

Mục lục

**“NGƯỜI THẦY THUỐC GIỎI ĐỒNG THỜI
PHẢI LÀ NHƯ NGƯỜI MẸ HIỀN”**
Chủ tịch Hồ Chí Minh

SỐ 344 (5-6/2020)

HỌC TẬP VÀ LÀM THEO TƯ TƯỞNG, ĐẠO ĐỨC, PHONG CÁCH HỒ CHÍ MINH

- 3.** Lời Bác Hồ dạy ngày này năm xưa
Ban Biên tập
- 4.** Người thầy thuốc quân y gương mẫu làm theo lời Bác Hồ dạy
Lê Phú

CHỈ ĐẠO NGHIỆP VỤ

- 5.** Công tác bảo đảm thuốc, vật tư quân y phục vụ phòng, chống dịch COVID-19
Đại tá TS. Nguyễn Hữu Mỹ
- 7.** Kết quả thực hiện công tác quản lý sức khỏe quân nhân 6 tháng đầu năm và nhiệm vụ 6 tháng cuối năm 2020
Đại tá BSCKII. Trần Duy Hưng

NGHIÊN CỨU - TRAO ĐỔI

- 10.** Đặc điểm dịch não mô cầu tại các đơn vị Quân đội khu vực phía Nam, từ năm 2014-2018
ThS. Đinh Việt Đức
- 13.** Mô hình bệnh truyền nhiễm và dịch bệnh trong Quân đội giai đoạn 2010-2019
*BSCKI. Phạm Trắc Đông, ThS. Nguyễn Văn Vân,
TS. Nguyễn Chính Phong, TS. Nguyễn Văn Tuấn*
- 13.** Nghiên cứu đặc điểm tâm lý của người dân do ảnh hưởng của đại dịch COVID-19 tại một điểm cách li tập trung
*ThS. Nguyễn Văn Linh, GS.TS. Cao Tiến Đức, PGS.TS. Bùi Quang Huy,
PGS.TS. Lê Văn Quân, BSCKI. Bùi Thị Thanh và CS*
- 20.** Nghiên cứu kết quả khám sức khỏe định kỳ sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp tại Sư đoàn X., Quân khu 3, từ năm 2015-2019
*BSCKI. Vũ Tuấn Anh, ThS. Đặng Thế Quang
PGS.TS. Hoàng Hải, ThS. Nguyễn Đức Kiên*
- 24.** Khảo sát nồng độ NT-proBNP huyết tương trên 52 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 354
BSCKI. Lê Đình Nam, PGS.TS. Bùi Văn Mạnh
- 28.** Giới thiệu ca lâm sàng suy thất phải cấp sau phẫu thuật tim hở
ThS. Nguyễn Quang Huy
- 31.** Nhận xét đặc điểm hạch vét trong phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn ung thư đại tràng phải bằng kỹ thuật CME
BSCKI. Trần Mạnh Hà, PGS.TS. Nguyễn Anh Tuấn, ThS. Lương Ngọc Cương
- 35.** Một số đặc điểm lâm sàng và kết quả phẫu thuật điều trị 57 bệnh nhân bướu giáp thông trung thất lạnh tính
TS. Nguyễn Hoàng Bình, BS. Lê Minh Tân
- 39.** Đánh giá kết quả sử dụng vật da trán dạng đảo trong tạo hình tổn khuyết phần mềm vùng mũi
PGS.TS. Vũ Ngọc Lâm, ThS. Ngô Thế Mạnh

-
- 44.** Đánh giá ảnh hưởng của thuốc lá đến các chỉ số hô hấp kí và mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn trên bệnh nhân COPD
ThS. Trần Lê Nguyệt Minh, PGS.TS. Lê Văn Quân, BS. Nguyễn Thị Ngọc, ThS. Nguyễn Thị Lý, TS. Đặng Thành Chung, BSCKI. Bùi Thị Thanh
-
- 47.** Đánh giá kết quả điều trị 61 bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ có triệu chứng bằng một số kĩ thuật vật lí trị liệu
BSCKII. Nguyễn Thị Thu Hoa, BS. Vũ Thị Phương
-
- 51.** Nghiên cứu tần suất các đa hình đơn nucleotit trên gen FCN2 ở quần thể người Việt Nam
ThS. Ngô Trường Giang, SV. Nguyễn Thị Uyển
-
- 55.** Nghiên cứu xây dựng quy trình xác định arsen trong nước sắc thuốc thang đông túi bằng phương pháp quang phổ hấp thụ nguyên tử
ThS. Nguyễn Quang Hiệu, DS. Nguyễn Tiến Mạnh
-

TIN NGẮN

CONTENTS

The teaching words of Uncle Ho this day in the past • The exemplary military physician follows teaching words of Uncle Ho • The work of ensuring medicines and military medical supplies for the prevention and control of COVID-19 • The results of the implementation of health management of servicemen in the first 6 months and duties for the last 6 months of 2020 • The characteristics of meningococcal epidemics in military units of the southern area from 2014-2018 • A model of infectious diseases and epidemics in the army for the period 2010-2019 • Study on the psychological characteristics of people affected by the COVID-19 pandemic at a concentrated isolation facility • Study on the results of periodic health examinations for officers and professional soldiers in the X Division, Military Region 3, from 2015-2019 • Investigation of plasma NT-proBNP concentration in 52 patients with septic shock, treated at the Intensive Care Unit, Military Hospital 354 • Introduction of a clinical case of acute right ventricular failure after open-heart surgery • Remark on the characteristics of lymph node dissection in laparoscopic surgery to treat right colon cancer by CME (Complete Mesocolic Excision) techniques • Some clinical characteristics and the results of surgical treatment of 57 patients with Benign mediastinal goiter • Evaluate the results of using the inverted forehead flap in shaping for nasal soft tissue reconstruction • Evaluate the influence of tobacco on respiratory indexes and the degree of obstructive ventilation disorders in COPD patients • Evaluate the results of treatment for 61 patients with symptomatic cervical spondylosis by some physiotherapy techniques • Study on the frequency of single nucleotide polymorphisms on the FCN2 gene in the Vietnamese population • Study and develop the process of determining arsenic in the bagged infusion of medical herbs by atomic absorption • News in brief.

CONTENU

LỜI BÁC HỒ DẠY NGÀY NÀY NĂM XƯA

Ngày 14/5/1966, tại lớp huấn luyện đảng viên mới do Thành ủy Hà Nội tổ chức, Chủ tịch Hồ Chí Minh nói: **“Đảng mạnh là do chi bộ tốt. Chi bộ tốt là do các đảng viên đều tốt”.** (Hồ Chí Minh toàn tập, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia, 2000, tập XV, tr. 113).

Đây là sự đánh giá, khẳng định của Bác về bản chất, nguồn gốc sức mạnh của Đảng, vai trò, mối liên hệ mật thiết giữa đảng viên và chi bộ trong giai đoạn Đảng ta phát động thực hiện cuộc vận động chi bộ “bốn tốt”, đảng bộ “bốn tốt” và đạt được nhiều kết quả, góp phần quan trọng vào công tác xây dựng, chỉnh đốn Đảng.

Quán triệt và thực hiện lời Bác dạy, từ khi thành lập đến nay, Đảng ta luôn nhận thức sâu sắc vị trí, vai trò của chi bộ, coi chi bộ là tế bào, là cơ sở của Đảng, là hạt nhân chính trị, lãnh đạo thực hiện nhiệm vụ ở cơ sở; đảng viên là những người có trách nhiệm góp phần xây dựng đường lối, chủ trương, chính sách của Đảng, đồng thời có trách nhiệm tổ chức thực hiện đường lối, chủ trương, chính sách đó với tư cách vừa là người lãnh đạo, vừa là người đầy tớ của nhân dân. Do vậy, xây dựng chi bộ tốt, đội ngũ đảng viên tốt là nhiệm vụ thường xuyên, trọng yếu trong công tác xây dựng Đảng; làm cơ sở, nền tảng xây dựng Đảng ta xứng đáng với trọng trách là Đảng duy

nhất cầm quyền, lãnh đạo toàn dân tộc thực hiện thắng lợi sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc Việt Nam xã hội chủ nghĩa trong thời kì mới.

Thực hiện lời dạy của Bác, công tác xây dựng Đảng trong Quân đội luôn được Quân ủy Trung ương, cấp ủy, tổ chức đảng các cấp trong toàn quân quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo và triển khai thực hiện nghiêm túc. Chất lượng sinh hoạt, năng lực lãnh đạo, sức chiến đấu của chi bộ không ngừng được nâng lên. Đội ngũ đảng viên trong Quân đội phát triển cả về số lượng và chất lượng. Người đảng viên trong Quân đội luôn nêu cao tính tiên phong gương mẫu, có phẩm chất đạo đức cách mạng, có ý thức tổ chức kỷ luật và năng lực hoàn thành mọi nhiệm vụ được giao; kiên định lập trường giai cấp công nhân, phấn đấu cho mục tiêu lí tưởng của Đảng, của Quân đội; phát huy tốt tinh thần chủ động, sáng tạo, tự nguyện, tự giác, dám nghĩ, dám làm, gương mẫu trước bộ đội, được bộ đội tin yêu, thật sự là hạt nhân lãnh đạo, đoàn kết trong đơn vị.

Ngày 24/6/1960, trong bài: **“Phải đẩy mạnh hơn nữa công việc vệ sinh”**, với bút danh T.L.; đăng trên báo Nhân dân, số 2288, Chủ tịch Hồ Chí Minh viết: **“Muốn xây dựng chủ nghĩa xã hội thì phải lao động tốt. Muốn lao động tốt thì phải có sức khỏe. Muốn có sức khỏe thì phải giữ gìn vệ sinh”.** (Hồ Chí Minh toàn tập, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia, 2000, tập XII, tr. 610).

Sinh thời, Bác Hồ luôn đề cao giá trị của lao động đối với quá trình xây dựng chủ nghĩa xã hội và vai trò quan trọng của sức khỏe, của việc giữ gìn vệ sinh đối với sức khỏe của xã hội, cộng đồng và mỗi con người. Người luôn động viên, khích lệ, nhắc nhở mọi người phải yêu quý lao động, tích cực rèn luyện sức khỏe, giữ gìn vệ sinh, phòng chống bệnh tật. Thực hiện lời dạy của Bác, nhân dân ta từ miền xuôi đến miền núi, từ thành thị đến nông thôn trong khắp cả nước đã tích cực thi đua lao động sản xuất, rèn luyện thể lực, chăm sóc sức khỏe, bảo vệ môi trường, phòng chống bệnh tật, đóng góp công sức, tài trí cho sự nghiệp xây dựng chủ nghĩa xã hội ở miền Bắc, đấu tranh giải phóng miền Nam thống nhất Tổ quốc.

Ngày nay, đất nước ta đang đẩy mạnh toàn diện công cuộc đổi mới, công nghiệp hóa, hiện đại hóa, sớm đưa nước ta trở thành một nước công nghiệp theo hướng hiện đại. Vấn đề môi trường, lao động và sức khỏe con người đang đặt

ra những thách thức mới, do đó, việc học tập và làm theo lời Bác Hồ dạy có ý nghĩa thực tiễn to lớn, đồng thời là cơ sở để Đảng ta nghiên cứu, vận dụng trong xác định chủ trương, đường lối xây dựng lực lượng sản xuất xã hội chủ nghĩa; quan tâm bảo đảm môi trường và điều kiện để phát triển con người Việt Nam toàn diện, đáp ứng yêu cầu của sự nghiệp xây dựng và bảo vệ Tổ quốc Việt Nam xã hội chủ nghĩa.

Hoạt động quân sự là lao động đặc biệt, cần phải có sức khỏe tốt để đáp ứng yêu cầu cao trong thực hiện nhiệm vụ. Quán triệt sâu sắc lời dạy của Bác, mỗi quân nhân trong Quân đội đều ra sức học tập, huấn luyện, rèn luyện, không ngừng nâng cao thể lực, trình độ, năng lực, đi đôi với cải thiện đời sống vật chất, tinh thần; tích cực tham gia giữ gìn vệ sinh, bảo vệ môi trường; xây dựng doanh trại chính quy, xanh, sạch, đẹp; tích cực xây dựng cơ quan, đơn vị có môi trường văn hóa tốt đẹp, lành mạnh, phong phú... hoàn thành xuất sắc mọi nhiệm vụ được giao.

NGƯỜI THẦY THUỐC QUÂN Y GƯƠNG MẪU LÀM THEO LỜI BÁC HỒ DẠY

LÊ PHÚ - Bệnh viện Quân y 4 (Quân khu 4)

Từ nhiều năm nay, đồng đội và những bệnh nhân từng tiếp xúc và được đại tá, thạc sĩ Lê Văn Thanh, Chủ nhiệm Khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện Quân y 4 (Quân khu 4) khám, điều trị đều trân trọng gọi anh là “Từ mẫu”. Trên cương vị là Chủ nhiệm khoa, bác sĩ Lê Văn Thanh luôn nhiệt tình, trách nhiệm, sáng tạo và hết lòng vì người bệnh, phấn đấu rèn luyện “giỏi về y thuật, sáng về y đức”. Quá trình thực hiện nhiệm vụ chuyên môn, bác sĩ Thanh thường xuyên bám sát khoa, nắm rõ tình hình bệnh nhân, chủ động cùng lãnh đạo, chỉ huy khoa điều hành, phân công nhiệm vụ cụ thể, rõ ràng, hợp lý cho các cán bộ, y, bác sĩ trong khoa; đoàn kết xây dựng tập thể khoa dân chủ, vững mạnh, với phong cách phục vụ người bệnh tận tụy, nhiệt tình và cởi mở.

Hằng ngày, dù mưa bão hay gió rét, đại tá Lê Văn Thanh luôn đến khoa từ rất sớm, để kiểm tra, động viên, nắm tình hình sức khỏe từng người bệnh. Bệnh nhân Hà Huy Nguyên (sống tại phường Hưng Bình, thành phố Vinh, Nghệ An) được bác sĩ Thanh trực tiếp điều trị bệnh viêm khớp dạng thấp, biến dạng do co cứng khớp, chia sẻ với chúng tôi: “Bác sĩ Thanh đối xử với người bệnh chúng tôi không khác gì với người thân của mình. Nhờ kết hợp chặt chẽ giữa y học cổ truyền và vật lý trị liệu, chỉ trong thời gian ngắn, bệnh của tôi đã giảm hẳn và có thể đi lại được”. Mỗi khi gặp bệnh nhân có hoàn cảnh khó khăn, bác sĩ Thanh luôn sẵn lòng hỗ trợ, giúp đỡ. Bệnh nhân Lô Văn Dũng (sống tại huyện Mường Lát, Thanh Hóa) bệnh nặng phải điều trị dài ngày, gia đình thuộc hộ nghèo, hoàn cảnh kinh tế hết sức khó khăn, tiền thuốc men thiếu trước hụt sau. Biết hoàn cảnh người bệnh, bác sĩ Thanh đã kêu gọi anh em trong khoa cùng góp sức hỗ trợ bệnh nhân một số chi phí trong thời gian chữa bệnh. Ngày bệnh nhân ra viện, cá nhân anh còn hỗ trợ thêm lộ phí đi đường cho bệnh nhân. Cảm động và ghi nhớ tấm lòng người lương y, sau gần 1 năm ra viện, bệnh nhân Dũng vẫn thường xuyên gọi điện hỏi thăm, cảm ơn thầy thuốc Lê Văn Thanh. Sự tận tình, hết lòng cứu chữa người bệnh và tinh thần tương thân, tương ái của anh cùng các đồng nghiệp luôn được bệnh nhân đánh giá cao và hết sức trân trọng. Rất nhiều người bệnh sau khi kết thúc thời gian điều trị ở đây vẫn luôn ghi nhớ, gọi điện, viết thư về cảm ơn đội ngũ y, bác sĩ Khoa Y học cổ truyền và cá nhân Chủ nhiệm Khoa.

Không chỉ hết lòng với người bệnh, bác sĩ Thanh còn rất nhiệt tình, hòa đồng, luôn cư xử với đồng

nghiệp trong khoa, trong viện như với những người anh em trong một gia đình. Theo thiếu tá chuyên nghiệp Lê Văn Tuế, Điều dưỡng trưởng khoa, bác sĩ Thanh luôn tận tình hướng dẫn, chỉ bảo, bồi dưỡng nghiệp vụ cho cán bộ, nhân viên trong khoa nâng cao trình độ tay nghề. Không chỉ thế, Chủ nhiệm Thanh còn luôn quan tâm động viên, tư vấn, tạo mọi điều kiện giúp đỡ, hỗ trợ mỗi khi anh em trong khoa gặp vướng mắc, khó khăn trong cuộc sống thường ngày.

Bên cạnh công tác chuyên môn, bác sĩ Lê Văn Thanh luôn tích cực tìm tòi, nghiên cứu khoa học, có nhiều sáng kiến hiệu quả, nâng cao chất lượng công tác điều trị. Từ năm 2015-2020, bác sĩ Thanh đã có 4 đề tài nghiên cứu khoa học cấp cơ sở được áp dụng vào điều trị, mang lại hiệu quả cao. Trong đó, có sáng kiến cải tiến giảm thời gian thực hiện quy trình điều trị kết hợp điện châm, chiếu đèn hồng ngoại, thủy châm cho bệnh nhân từ 70 phút xuống còn 45 phút mà vẫn bảo đảm hiệu quả. Anh còn cải tiến, bào chế lại một số bài thuốc như: “Tăng áp thang gia giảm” điều trị chứng thấp huyết áp; “Hoàn ngũ thang gia giảm” điều trị chứng tai biến mạch máu não... Đây là những bài thuốc đơn giản, không quá cầu kì nhưng lại hết sức hiệu quả.

Nói về người đồng nghiệp, thượng tá Nguyễn An Giang, Phó Giám đốc Bệnh viện Quân y 4 cho chúng tôi biết: “Bác sĩ Thanh là một trong những người có nhiều biện pháp hiệu quả trong quản lý, chỉ huy, lãnh đạo khoa hoàn thành xuất sắc các chỉ tiêu nhiệm vụ hằng năm. Anh luôn gương mẫu trong học tập, làm theo tám gương đạo đức Bác Hồ; đồng thời, luôn chủ động xây dựng, hướng dẫn cho cán bộ, nhân viên trong khoa trở thành những thầy thuốc vừa hồng, vừa chuyên. Chi bộ khoa do anh làm bí thư từ năm 2015 đến nay liên tục hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ”.

Với sự cống hiến và tinh thần hết lòng vì người bệnh, đại tá Lê Văn Thanh luôn là tấm gương tiêu biểu trong phong trào thi đua quyết thắng của Bệnh viện Quân y 4 và Cục Hậu cần Quân khu 4. Từ năm 2015-2019, Khoa Y học cổ truyền liên tục được tặng danh hiệu Đơn vị quyết thắng. Bác sĩ Lê Văn Thanh được tặng danh hiệu Chiến sĩ thi đua từ năm 2015-2019, được Bộ Quốc phòng tặng Bằng khen các năm 2016, 2018 và vinh dự nhận danh hiệu Thầy thuốc Ưu tú năm 2017. Tháng 5/2020, đại tá, bác sĩ Lê Văn Thanh tiếp tục được đơn vị đề nghị Thủ tướng Chính phủ xét tặng Bằng khen.

CÔNG TÁC BẢO ĐẢM THUỐC, VẬT TƯ QUÂN Y PHỤC VỤ PHÒNG, CHỐNG DỊCH COVID-19

Đại tá TS. NGUYỄN HỮU MỸ
Phó Cục trưởng Cục Quân y

Tính đến ngày 16/6/2020, dịch bệnh viêm đường hô hấp cấp do virus SARS-CoV-2 đã diễn ra trên 213 quốc gia và vùng lãnh thổ, với hơn 8.073.000 người mắc và hơn 437.000 người tử vong. Tại Việt Nam, đã có 334 người mắc, hơn 306.000 người phải thực hiện cách li tại các cơ sở y tế, điểm cách li tập trung hoặc tại các gia đình. Ngay từ khi thông báo có dịch tại thành phố Vũ Hán (tỉnh Hồ Bắc, Trung Quốc), Việt Nam đã rất chủ động trong việc phòng chống dịch bệnh nguy hiểm này. Chấp hành chỉ đạo của Ban Bí thư, Chỉ thị của Thủ tướng Chính phủ, Chỉ thị của Thường vụ Quân ủy Trung ương, Chỉ thị của Bộ trưởng Bộ Quốc phòng và các kế hoạch của Bộ Quốc phòng, toàn quân nói chung, ngành Quân y nói riêng đã hết sức tích cực và quyết liệt vào cuộc ngay từ đầu với phương châm “Chống dịch như chống giặc”. Cùng nhiều mặt công tác khác, công tác bảo đảm thuốc, vật tư quân y phòng, chống dịch COVID-19 đã được Thủ trưởng Bộ Quốc phòng và chỉ huy các cấp hết sức quan tâm, chỉ đạo sâu sát.

1. Công tác chỉ đạo:

Ngay từ khi Bộ Quốc phòng triển khai kế hoạch phòng chống dịch COVID-19, Cục Quân y đã có các văn bản hướng dẫn công tác bảo đảm thuốc, vật tư quân y cho phòng, chống dịch COVID-19 phù hợp với tình hình thực tế của ngành, của từng đơn vị. Cụ thể: các đơn vị quán triệt nghiêm túc phương châm bảo đảm “4 tại chỗ”, trong đó các đơn vị sử dụng tồn kho, tạm ứng ngân sách đã được Bộ phân bổ năm 2020 và các nguồn ngân sách khác để chủ động trong tạo nguồn, mua sắm; nếu vượt khả năng thì báo cáo lên Bộ để ứng chi hoặc dự trù những mặt hàng khó tạo nguồn lên quân y tuyến trên, đến Cục Quân y để được bảo đảm. Do đặc tính hàng hóa nên một số mặt hàng được phân cấp để các đơn vị chủ động trong công tác mua sắm và thanh quyết toán.

2. Công tác bảo đảm cho phòng, chống dịch:

Ngay từ những ngày đầu dịch chưa bùng phát trên toàn thế giới, Cục Quân y và các đơn vị đã chủ động tham mưu cho thủ trưởng các cấp bằng mọi nguồn, với nhiều kênh bán hàng khác nhau, cơ bản bảo đảm đủ các vật tư thiết yếu, như: nhiệt kế đo trán, khẩu trang các loại, hóa chất sát khuẩn, thuốc tăng cường miễn dịch, nâng cao thể trạng... phục vụ phòng, chống dịch, đặc biệt cho các đơn vị thực

hiện nhiệm vụ có nguy cơ lây nhiễm cao, như tổ chức điểm cách li y tế đối với công dân trở về từ các nước và vùng lãnh thổ có dịch; lực lượng làm nhiệm vụ tại các cửa khẩu; lực lượng tiếp nhận, khám phúc tra sức khỏe chiến sĩ mới... Đến nay, cơ bản thuốc, vật tư phòng chống dịch COVID-19 trong toàn quân được bảo đảm đủ, kịp thời, góp phần phòng, chống dịch đạt hiệu quả bước đầu có ý nghĩa hết sức quan trọng.

Cục Quân y đã bảo đảm cho các đơn vị 183 máy phun phòng dịch có động cơ; 58 máy đo thân nhiệt từ xa; 2.102 nhiệt kế hồng ngoại đo trán; 486 máy khử khuẩn, khử mùi không khí; 3,67 triệu khẩu trang các loại; 78.714 bộ quần áo phòng chống dịch; 45 tấn Cloramin B; 100.000 lít dung dịch rửa tay; 7,2 triệu viên thuốc tăng cường miễn dịch, nâng cao thể trạng; bảo đảm hóa chất, sinh phẩm xét nghiệm SARS-CoV-2... Ngoài ra, các đơn vị đã tự tạo nguồn tại chỗ hàng trăm nghìn khẩu trang các loại, hàng vạn lít dung dịch rửa tay sát khuẩn...

Công tác xét nghiệm và bảo đảm cho xét nghiệm, chẩn đoán COVID-19 cũng được triển khai từ rất sớm. Đến nay, đã bảo đảm hóa chất, sinh phẩm để xét nghiệm được hơn 3.000 mẫu.

3. Công tác bảo đảm cho điều trị:

Dù đến nay (ngày 16/6/2020), các bệnh viện quân đội chưa có bệnh nhân COVID-19, nhưng công tác chuẩn bị thuốc, hóa chất, vật tư sẵn sàng cho tiếp nhận và điều trị bệnh nhân COVID-19 của các bệnh viện, bệnh xá, cơ sở điều trị trong quân đội đã được thực hiện nghiêm túc. Tất cả các bệnh viện đã sẵn sàng tối thiểu 01 cơ sở điều trị bệnh nhân COVID-19. Để hạn chế đến mức thấp nhất dịch bệnh lây lan vào các cơ sở điều trị, Cục Quân y phối hợp với các bệnh viện triển khai, bảo đảm quần áo bảo hộ, khẩu trang y tế cho tất cả nhân viên y tế tham gia đón tiếp, khám, sàng lọc bệnh nhân COVID-19. Cục Quân y đã chỉ đạo công tác bảo đảm cho 07 bệnh viện đã chiến tuyến nhiễm, trong đó giao cho bệnh viện chủ trì sẵn sàng 01 cơ sở thuốc, vật tư điều trị 20 bệnh nhân COVID-19. Để có kinh phí cho công tác phòng, chống dịch COVID-19, Cục Quân y đã báo cáo Tổng cục Hậu cần đề nghị Thủ trưởng Bộ Quốc phòng trình Chính phủ cấp kinh phí. Trên cơ sở kinh phí được cấp, Cục Quân y phối hợp với

các cơ quan liên quan tham mưu cho Thủ trưởng Tổng cục Hậu cần và Bộ Quốc phòng phân bổ cho các đơn vị để bổ sung mua sắm, tạo nguồn thuốc, hóa chất, vật tư quân y phòng, chống dịch.

4. Một số khó khăn trong công tác bảo đảm thuốc, hóa chất, vật tư phòng, chống dịch COVID-19:

- Về kinh phí: khi dịch bệnh COVID-19 xảy ra, ngân sách năm 2020 đã được Bộ Quốc phòng phân bổ cho các đơn vị. Ngân sách này chỉ bảo đảm cho các nhiệm vụ thường xuyên theo kế hoạch đã được phê duyệt. Ngoài ra, theo phương thức bảo đảm tài chính mới, các đơn vị đã tiếp tục phân cấp triệt để. Vì vậy, hầu hết các đơn vị đều không có kinh phí dự phòng để bảo đảm cho công tác phòng, chống dịch COVID-19; lượng tồn kho của các đơn vị chỉ bảo đảm cho nhiệm vụ thường xuyên; lượng dự trữ không đáng kể, nhất là các mặt hàng phục vụ phòng chống dịch...

- Về tạo nguồn, mua sắm: do dịch bệnh diễn biến nhanh chóng, trong thời gian rất ngắn, trên diện rộng toàn thế giới, nên nhu cầu về thuốc, hóa chất, vật tư phòng, chống dịch, điều trị bệnh nhân COVID-19 là rất lớn. Trong khi phần lớn nguyên liệu và thuốc, hóa chất, vật tư kỹ thuật cao sử dụng đều phải nhập ngoại. Một số nước cũng xảy ra dịch bệnh nên đã phong tỏa bán hàng vật tư y tế cho nước khác. Vì vậy, công tác bảo đảm thuốc, hóa chất, vật tư cho phòng chống dịch COVID-19 của nước ta nói chung, của ngành Quân y nói riêng rất khó khăn.

Tình hình dịch bệnh COVID-19 dù đã được kiểm soát, song, nguy cơ dịch bùng phát và lan rộng vẫn hiện hữu do chưa có vắc-xin và thuốc điều trị đặc hiệu. Để hạn chế tối đa dịch bệnh lan vào trong quần đội, đòi hỏi công tác bảo đảm vẫn phải được tiếp tục chủ động, góp phần chung tay với các lực lượng khác thực hiện phòng chống dịch có hiệu quả cao nhất.

5. Phương hướng bảo đảm trong thời gian tới:

Tiếp tục quán triệt và thực hiện tốt phương châm “4 tại chỗ”, trong đó tăng cường công tác chỉ đạo, nắm tình hình, chủ động công tác bảo đảm, đặc biệt lưu ý công tác tạo nguồn thuốc, vật tư phục vụ cho công tác điều trị. Mở rộng hợp tác trong và ngoài nước để nghiên cứu, sản xuất thuốc, vắc xin để phòng và điều trị bệnh nhân Covid-19. Kịp thời đề xuất với Thủ trưởng Bộ trong việc bố trí ngân sách, rà soát một số thủ tục trong quá trình mua sắm để bảo đảm đúng quy định nhưng kịp thời, nhanh chóng phục vụ cho công tác phòng, chống dịch. □

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TÂM LÝ CỦA NGƯỜI DÂN ĐO ẢNH HƯỞNG...

(Tiếp theo trang 23)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Wuhan Municipal Health Commission (2019), “Report on current pneumonia epidemic situation in the city (in Chinese)”, <http://wjw.wuhan.gov.cn/front/web/showDetail/2019123108989>.
2. WHO (2020), “Modes of transmission of virus causing COVID-19: implications for IPC precaution recommendations”, *Scientific brief*, 29 March 2020.
3. Firas A Rabi, Mazhar S Al Zoubi, Orcl D Ghena A, Kasasbeh Dunia M Salameh (2020), “SARS-CoV-2 and Coronavirus Disease 2019: What We Know So Far”, *Pathogens* 2020, 9 (3), 231.
4. Wycliffe E Wei, Zongbin Li et al (2020), *Presymptomatic Transmission of SARS-CoV-2-Singapore*, January 23, March 16, 2020. Weekly/ April 10, 2020/69(14), 411-415.
5. Sufang Tian, Weidong Hu, Li Niu, Huan Liu, Haibo Xu, Shu-Yuan Xiao (2020), “Pulmonary Pathology of Early-Phase 2019 Novel Coronavirus (COVID-19) Pneumonia in Two Patients with Lung Cancer”, *Journal of Thoracic Oncology*, Article in press.
6. Ajay Tandon, Christopher J.L Murray, Jeremy A Lauer, David B Evans (2020), “Measuring Overall Health System Performance for 191 Countries”, *World Health Organization*, GPE Discussion Paper Series: No. 3.
7. *Ministry of Health of Italy COVID-19 situazione in Italia*. March 19, 2020.
8. Cuiyan Wang, Riyu Pan, Xiaoyang Wan at all (2020), “Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China”, *Int. J. Environ, Res, Public Health* 2020, 17 (5), 1729.
9. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>.
10. <http://baochinhphu.vn/Thoi-su/Nguy-co-dich-benh-van-hien-huu-khong-duoc-chu-quan/392113.vgp>.
11. <https://thanhvien.vn/thoi-su/40-ca-benh-COVID-19-tai-viet-nam-lay-nhiem-trong-cong-dong-1211460.html>.
12. Sijia Li, Yilin Wang, Jia Xue, Nan Zhao and Tingshao Zhu (2020), “Article The Impact of COVID-19 Epidemic Declaration on Psychological Consequences: A Study on Active Weibo Users”, *Int. J. Environ, Res, Public Health* 2020, 17, 2032.
13. Samantha K Brooks, Rebecca K Webster, Louise E Smith et al (2020), “The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence”, *The Lancet*, 395 (10227): 912-920. □

KẾT QUẢ THỰC HIỆN CÔNG TÁC QUẢN LÝ SỨC KHỎE QUÂN NHÂN 6 THÁNG ĐẦU NĂM VÀ NHIỆM VỤ 6 THÁNG CUỐI NĂM 2020

Đại tá, BSKII. TRẦN DUY HƯNG
Trưởng phòng Điều trị, Cục Quân y

Công tác điều trị dự phòng trong quân đội bao gồm 5 nội dung: tiếp nhận công dân vào quân đội; quản lý sức khỏe (QLSK) quân nhân; cấp cứu, điều trị quân nhân khi bị thương, bị nạn; điều dưỡng, phục hồi chức năng và giám định y khoa; trong đó, QLSK quân nhân là nội dung có vai trò hết sức quan trọng. QLSK quân nhân tại các đơn vị trong toàn quân được thực hiện bằng các biện pháp cơ bản là: (1) Khám, phân loại sức khỏe (khám sức khỏe định kỳ và khám sức khỏe theo yêu cầu nhiệm vụ); (2) Duy trì chế độ phân cấp nhiệm vụ theo dõi sức khỏe thường xuyên, có hệ thống, phát hiện kịp thời những diễn biến sức khỏe đột xuất; (3) Giám sát sức khỏe chủ động trong điều kiện dã ngoại, trong hoạt động quân sự đặc thù, theo dõi sức khỏe trong rèn luyện thể lực. Những năm qua, công tác QLSK quân nhân luôn được Quân ủy Trung ương, Bộ Quốc phòng, Tổng cục Hậu cần và Cục Quân y quan tâm, lãnh đạo, chỉ đạo chặt chẽ; các cơ quan, đơn vị đã cơ bản quán triệt, chỉ đạo, tổ chức thực hiện nghiêm túc, có nền nếp, hiệu quả.

Sáu tháng đầu năm 2020, công tác bảo đảm quân y nói chung, công tác QLSK quân nhân nói riêng thực hiện trong điều kiện có nhiều khó khăn, đặc biệt là sự tác động của đại dịch COVID-19 (quân đội đi đầu tham gia phòng, chống đại dịch) và yêu cầu nhiệm vụ quân sự quốc phòng ngày càng cao. Tuy nhiên, công tác QLSK quân nhân trong toàn quân tiếp tục được giữ vững và đạt một số kết quả tốt hơn so với cùng kỳ năm 2019.

Về công tác chỉ đạo, Cục Quân y đã ban hành nhiều văn bản chỉ đạo nhằm nâng cao chất lượng công tác QLSK quân nhân, như hướng dẫn thực hiện bảo đảm chỉ tiêu và nâng cao chất lượng khám sức khỏe định kỳ năm 2020 (ban hành ngày 11/02/2020), hướng dẫn phòng chống dịch COVID-19 bảo vệ sức khỏe cán bộ cao cấp quân đội (ban hành ngày 17/3/2020), hướng dẫn quản lý sức khỏe quân nhân trong giai đoạn dịch COVID-19 (ban hành ngày 27/3/2020), chỉ đạo toàn quân tăng cường công tác quản lý, chăm sóc sức khỏe bộ đội (ban hành ngày 06/5/2020)... Tiêu chuẩn định mức dành cho khám sức khỏe định kỳ được giữ vững theo quy định tại Nghị định số 76/NĐ-CP của Chính phủ.

Về tổ chức thực hiện, QLSK quân nhân được duy trì thành chế độ nền nếp theo phân cấp.

Các đơn vị thực hiện nghiêm túc công tác theo dõi sức khỏe bộ đội thường xuyên; nhiều trường hợp sức khỏe diễn biến bất thường trong luyện tập, công tác, sinh hoạt được phát hiện, xử trí kịp thời. 6 tháng đầu năm 2020 đã tổ chức cấp cứu, vận chuyển bằng đường không 6 trường hợp bị thương, bị nạn ở khu vực Quần đảo Trường Sa (trong đó có 2 quân nhân) vào đất liền an toàn, kịp thời, đúng chỉ định. Quân y đơn vị từng bước được đầu tư các trang bị y tế phù hợp (như máy X quang kỹ thuật số, máy điện tim, máy siêu âm, máy xét nghiệm huyết học, sinh hóa...), nâng cao khả năng khám phát hiện sớm một số bệnh lý tim mạch, hô hấp, rối loạn chuyển hóa... và điều trị tại tuyến bệnh xá. Công tác truyền thông chăm sóc sức khỏe được quân y các cấp tổ chức thực hiện dưới nhiều hình thức, tích cực góp phần nâng cao nhận thức của bộ đội về tầm quan trọng, ý thức tự bảo vệ sức khỏe, phòng chống dịch bệnh... Tỷ lệ quân số khỏe toàn quân đạt trên 99% (chỉ tiêu kế hoạch 98,5%). Tỷ lệ một số bệnh thường gặp (sốt rét, lờn ly, bệnh ngoài da) thấp hơn chỉ tiêu kế hoạch và không cao hơn so với cùng kỳ năm 2019. Thực hiện các biện pháp phòng chống dịch COVID-19 (trong đó có giãn cách toàn xã hội), các đơn vị chưa tổ chức khám sức khỏe định kỳ theo kế hoạch. Tuy nhiên, ngay sau khi có chủ trương giảm dần giãn cách xã hội, các cơ quan, đơn vị đã tích cực, chủ động triển khai ngay khám sức khỏe định kỳ từ cuối tháng 5/2020, vừa góp phần hoàn thành nhiệm vụ QLSK quân nhân, vừa thực hiện nhiệm vụ theo yêu cầu tổ chức đại hội Đảng nhiệm kỳ 2020-2025 ở các cấp.

Về tình hình đột tử, tử vong nhanh, Trong 6 tháng đầu năm 2020, toàn quân có 9 trường hợp đột tử, tử vong nhanh vì sức khỏe diễn biến xấu đột ngột hoặc bệnh lý diễn biến nhanh chóng (không bao gồm các trường hợp tử vong đột ngột do bị sát hại; tai nạn; tự tử; tai biến điều trị; sốc phản vệ do sử dụng chất kích thích; bệnh lý mạn tính giai đoạn cuối...); giảm 10 trường hợp so với cùng kỳ năm 2019. Đây là kết quả rất đáng ghi nhận sau những biện pháp quyết liệt của lãnh đạo, chỉ huy các cơ quan, đơn vị toàn quân. Trong 9 trường hợp đột tử, tử vong nhanh này, phân bố tuổi đời từ 20-56 tuổi (trung bình 37,3 tuổi); tất cả đều là nam giới; sĩ quan cấp thượng tá và đại tá có 2 trường hợp (22,2%); sĩ quan cấp trung tá có 1 trường hợp (11,1%); sĩ

quan cấp úy có 4 trường hợp (44,4%); quân nhân chuyên nghiệp có 2 trường hợp (22,2%); chiến sĩ có 1 trường hợp (11,1%); nguyên nhân tử vong do bệnh lí tim mạch 6 trường hợp (66,7%), do hen phế quản 1 trường hợp (11,1%) và chưa rõ nguyên nhân 2 trường hợp (22,2%).

Công tác QLSK quân nhân 6 tháng đầu năm 2020 đạt kết quả tốt hơn so với cùng kì năm 2019, song còn bộc lộ một số hạn chế, khuyết điểm cần rút kinh nghiệm như sau:

- Công tác khám sức khỏe định kì, theo dõi sức khỏe thường xuyên tại một số cơ quan, đơn vị chưa thực sự đáp ứng mục tiêu phát hiện bệnh sớm, kịp thời để điều trị dự phòng; còn bỏ sót bệnh lí. Một số bệnh lí khó phát hiện nhưng có thể định hướng, tư vấn kịp thời cho quân nhân nếu được quan tâm, khai thác kĩ tiền sử trong khám sức khỏe hoặc theo dõi sức khỏe thường xuyên (như dị dạng mạch máu não thường có biểu hiện đau đầu các mức độ khác nhau nhiều lần, nhất là trước khi xảy ra tai biến vỡ mạch; song đã bị bỏ qua, không gửi bệnh viện tuyến sau khám chuyên khoa để tìm nguyên nhân).

- Kế hoạch luyện tập, kiểm tra thể lực có đơn vị chưa thực sự phù hợp; công tác bảo đảm quân y cho quá trình luyện tập thể lực chưa hợp lý. Sáu tháng đầu năm 2020, xảy ra 1 trường hợp đột quỵ trong kiểm tra thể lực quân sự, dù đã được khám sức khỏe trước khi tham gia luyện tập.

- Công tác kiểm tra sức khỏe quân nhân trước khi phân công nhiệm vụ, nhất là khi cử đi công tác xa tại một số đơn vị chưa được coi trọng, thậm chí có biểu hiện thiếu chặt chẽ. Sáu tháng đầu năm 2020, có 1 trường hợp mắc bệnh lí mạn tính (tiểu đường, tăng huyết áp) vẫn được cử đi công tác tại Quần đảo Trường Sa; 1 trường hợp mắc bệnh lí mạn tính (tiểu đường, tăng huyết áp, hen phế quản) đi công tác xa đơn vị và đột tử trong thời gian công tác.

- Quản lí, điều trị bệnh mạn tính chưa phát huy hiệu quả; biện pháp điều trị dự phòng của quân y một số cơ quan đơn vị thiếu kiên quyết. Một số trường hợp được phát hiện bệnh lí mạn tính qua khám sức khỏe định kì, song không được thực hiện các biện pháp điều trị dự phòng một cách cơ bản; trong đó có trường hợp bệnh lí nguy cơ diễn biến xấu cao nếu không điều trị như tiểu đường, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid...

- Công tác truyền thông về sức khỏe, phòng chống các bệnh mạn tính đã đạt được những kết quả tốt về chiều rộng và chiều sâu. Tuy nhiên, vẫn chưa tác động mạnh mẽ để từng quân nhân thực sự có ý thức cao trong tự bảo vệ sức khỏe, tự giác đi khám, điều trị ngay khi có những biểu hiện bất thường về sức khỏe.

Từ những kết quả nêu trên, trong 6 tháng cuối năm 2020, các cơ quan, đơn vị toàn quân cần tiếp

tục quan tâm, tập trung thực hiện tốt một số nhiệm vụ công tác QLSK quân nhân như sau:

Một là, Tiếp tục hoàn thiện hệ thống văn bản quy phạm pháp luật; sửa đổi, bổ sung, cụ thể hóa những quy định pháp luật hiện hành về chăm sóc sức khỏe quân nhân, công nhân, viên chức quốc phòng đáp ứng yêu cầu trong công tác quản lí, chăm sóc sức khỏe bộ đội. Theo kế hoạch, Cục Quân y đã hoàn thành và sẽ trình Bộ ban hành thông tư quy định phân loại sức khỏe, khám sức khỏe định kì quân nhân, công nhân và viên chức quốc phòng trong thời gian sớm nhất.

Hai là, Tổ chức tập huấn để nắm vững các văn bản hướng dẫn; nâng cao trình độ chuyên môn cho các hội đồng khám sức khỏe đủ năng lực phát hiện các bệnh lí mạn tính thường gặp, nhất là các bệnh lí tim mạch; rối loạn chuyển hóa; hô hấp; nội tiết; tâm thần kinh. Thường xuyên cập nhật, bổ sung kiến thức chuyên môn, kĩ thuật khám lâm sàng, kĩ năng khai thác tiền sử để tránh bỏ sót bệnh lí mạn tính trong quá trình khám sức khỏe và theo dõi sức khỏe thường xuyên bộ đội. Không bỏ qua những triệu chứng mạn tính lặp lại nhiều lần; kiên quyết gửi cơ sở quân y tuyến trên khám chuyên sâu để xác định chẩn đoán và kịp thời có biện pháp điều trị dự phòng phù hợp. Thường xuyên kiểm tra, hướng dẫn để cán bộ nhân viên quân y cơ sở nắm vững phác đồ cấp cứu, điều trị các tình trạng bệnh lí thường gặp tại tuyến đơn vị; sử dụng thành thạo các dụng cụ, trang bị cấp cứu cơ bản để luôn sẵn sàng xử lí đúng tình huống. Từng bước đưa các kĩ thuật xét nghiệm, cận lâm sàng chuyên sâu vào khám, kiểm tra sức khỏe nhằm phát hiện sớm bệnh lí, dự báo các yếu tố nguy cơ cao để can thiệp kịp thời, hiệu quả.

Ba là, Thường xuyên truyền thông, giáo dục, tư vấn về sức khỏe để từng cán bộ, chiến sĩ, công nhân, viên chức quốc phòng và người lao động có kiến thức tự bảo vệ, chăm sóc sức khỏe bản thân, rèn luyện thể lực đúng quy định; hạn chế những thói quen có hại sức khỏe, nguy cơ gây bệnh; tự giác báo cáo kịp thời cho quân y những thay đổi bất thường về sức khỏe; kiên quyết loại bỏ tư tưởng chủ quan, giấu bệnh.

Bốn là, Tích cực, chủ động triển khai khám sức khỏe định kì, vừa đáp ứng nhiệm vụ công tác QLSK quân nhân và đại hội Đảng các cấp; vừa đáp ứng công tác phòng, chống dịch COVID-19; phần đầu toàn quân hoàn thành trước 30/9/2020. Tổ chức khám phải bảo đảm nghiêm túc, chặt chẽ, đúng hướng dẫn của Cục Quân y. Chuyển bệnh viện tuyến trên ngay để xác định chẩn đoán và điều trị kịp thời khi quân nhân có triệu chứng bất thường được phát hiện qua khám sức khỏe định kì hoặc trong theo dõi sức khỏe thường xuyên. Kiên quyết xử lí các trường hợp không khám sức khỏe định kì; khám không đúng quy trình; không thực hiện đủ các xét nghiệm do Cục Quân y quy định.

Năm là, Các đơn vị khi cử quân nhân đi công tác tại Trường Sa-DK1 phải thực hiện đúng quy trình khám sức khỏe do Cục Quân y và Quân chủng Hải quân hướng dẫn. Tổ chức chặt chẽ công tác QLSK quân nhân theo phân cấp; kiên quyết không cử quân nhân không đủ sức khỏe, quân nhân đang điều trị bệnh lý mạn tính đi công tác xa, dài ngày.

Sáu là, Đổi mới hình thức kiểm tra, giám sát tình hình sức khỏe quân nhân. Chỉ huy các đơn vị quân y cần tổ chức kiểm tra về kế hoạch, nhân lực, tổ chức quy trình, kỹ thuật khám sàng lọc, phân loại sức khỏe của hội đồng KSK trước khi tiến hành thực hiện khám sức khỏe. Trong quá trình khám sức khỏe, cơ quan quản lý cử người giám sát tổ chức thực hiện.

Bảy là, Quân y các cấp phối hợp chặt chẽ với cơ quan cán bộ, quân lực, chính sách để tham mưu với lãnh đạo, chỉ huy đơn vị bố trí, sử dụng, phân công nhiệm vụ cho quân nhân phù hợp với kết quả phân loại sức khỏe hằng năm; thực hiện chế độ nghỉ dưỡng phục hồi sức khỏe (theo quy định của Luật Bảo hiểm xã hội); giải quyết tốt chế độ chính sách theo quy định.

QLSK quân nhân có tầm quan trọng đặc biệt trong công tác bảo đảm sức khỏe bộ đội, một trong các yếu tố chính tạo nên sức mạnh tổng hợp của quân đội. Để công tác QLSK quân nhân ngày càng tốt hơn, cần sự vào cuộc quyết liệt của lãnh đạo, chỉ huy các cơ quan, đơn vị toàn quân và mọi cá nhân, tổ chức, trong đó quân y giữ vai trò tham mưu. □

NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG QUY TRÌNH XÁC ĐỊNH ARSEN...

(Tiếp theo trang 61)

Hiệu suất thu hồi của mẫu M tương đối tốt, định lượng tại nồng độ rất thấp (ng/ml), độ thu hồi dao động từ 94,80% đến 104,94%.

- Xác định LOD, LOQ:

Bảng 5. Độ lệch chuẩn của 10 lần đo lặp lại mẫu trắng arsen:

TT	Độ hấp thụ (Abs)	Độ lệch chuẩn (SD)
1	0,0000	0,0006
2	-0,0012	
3	-0,0009	
4	0,0006	
5	-0,0005	
6	-0,0004	
7	0,0003	
8	0,0000	
9	-0,0011	
10	-0,0007	

LOD (ng/ml) = $3,3.SD/a = 0,04253$ (a là hệ số góc).

LOQ (ng/ml) = $10.SD/a = 0,12887$.

Như vậy, phương pháp định tính, định lượng arsen bằng kỹ thuật AAS có LOD = 0,04253 (ng/ml), LOQ = 0,12887 (ng/ml).

4. KẾT LUẬN.

Xây dựng thành công quy trình xác định arsen trong nước sắc thuốc thang đông tử bằng phương pháp quang phổ hấp thụ nguyên tử.

- Kết quả: độ đúng dao động từ 94,80-104,94%;

độ lặp lại tốt (RSD = 1,27%). Có sự tương quan tuyến tính chặt chẽ giữa độ hấp thụ và nồng độ chất phân tích trong khoảng nồng độ từ 1,0-12,0 ppb (ng/ml), với hệ số tương quan $R = 0,99997$ và phương trình hồi quy tuyến tính $y = 0,04691x - 0,00022$; giới hạn phát hiện = 0,04253 (ng/ml), giới hạn định lượng = 0,12887 (ng/ml).

- Kết luận: có thể sử dụng phương pháp này để định lượng arsen trong nước sắc thuốc thang đông tử, các thuốc dược liệu, thuốc cổ truyền hoặc thực phẩm chức năng với dạng bào chế tương tự.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y Tế (2017), *Dược điển Việt Nam 5*, Nhà xuất bản Y học.

2. Bộ Y Tế (2007), *Quyết định về việc ban hành "Quy định giới hạn tối đa ô nhiễm sinh học và hóa học trong thực phẩm"*, Quyết định số 46/2007/QĐ-BYT, Hà Nội.

3. Bộ Y Tế (2011), *Quy chuẩn kỹ thuật quốc gia đối với giới hạn kim loại nặng trong thực phẩm*, QCVN 8-2:2011/BYT.

4. Trịnh Văn Lầu, Bùi Thị Hòa, Nguyễn Văn Hà (2000), *"Phân tích một số nguyên tố độc (As, Pb, Cu) trong một số chế phẩm Đông dược bằng phương pháp quang phổ hấp thụ nguyên tử"*, Đề tài khoa học công nghệ, mã số KHYD- 0235.

5. Viện Kiểm nghiệm thuốc Trung ương (2019), *Xác định các kim loại nặng trong thuốc đông dược, dược liệu và trong mẫu mỹ phẩm*, Tài liệu tập huấn.

6. Ari Schoen, Barbara Beck, Raj Sharma, Eric Dube (2004), *"Arsenic toxicity at low doses epidemiological and mode of action considerations"*, Toxicology and Applied Pharmacology 198, p. 253-267. □

ĐẶC ĐIỂM DỊCH NÃO MÔ CẦU TẠI CÁC ĐƠN VỊ QUÂN ĐỘI KHU VỰC PHÍA NAM, TỪ NĂM 2014-2018

ThS. ĐINH VIỆT ĐỨC

Trung tâm Y học dự phòng Quân đội phía Nam

Phản biện khoa học: (1) TS. LÊ NGỌC ANH

(2) TS. NGUYỄN VĂN THUYỀN

TÓM TẮT: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang các vụ dịch và ca bệnh trong các vụ dịch nhiễm não mô cầu tại các đơn vị quân đội khu vực phía Nam, từ năm 2014-2018.

Kết quả: Trong 5 năm (2014-2018), tại các đơn vị quân đội khu vực phía Nam xảy ra 19 vụ dịch với 45 ca bệnh nhiễm não mô cầu (trung bình mỗi năm có 3,8 vụ dịch, 9 ca bệnh và 0,6 ca tử vong). 100% ca bệnh là chiến sĩ nhập ngũ năm thứ 1. Dịch nhiễm não mô cầu xảy ra quanh năm, hay gặp từ tháng 4 đến tháng 8 hằng năm. Chủ yếu dịch não mô cầu xảy ra ở vùng Tây Nguyên, Nam Trung Bộ (47,3%) và Đông Nam Bộ (31,6%); dịch xuất hiện ở cả khu vực biển đảo (5,3%). Thể lâm sàng hay gặp là viêm hầu họng (55,6%), viêm màng não (26,7%) và viêm màng não kết hợp nhiễm khuẩn huyết (13,3%).

Từ khóa: Não mô cầu, bệnh nhiễm não mô cầu.

ABSTRACT: Retrospective, cross-sectional description study of epidemics and cases in meningococcal disease outbreaks in military units in the South, from 2014-2018.

Result: In 5 years (2014-2018), there were 19 outbreaks in the southern military units with 45 cases of meningococcal disease (on average, there are 3.8 epidemics, 9 cases and 0.6 deaths per year). 100% of the cases are soldiers enrolled in the first year. Meningococcal disease occurs year-round, usually from April to August. Mainly meningococcal disease occurs in the Central Highlands, South Central Coast (47.3%) and Southeast (31.6%); the disease occurred in the island area (5.3%). The most common clinical forms were pharyngitis (55.6%), meningitis (26.7%) and meningitis associated with septicemia (13.3%).

Keyword: Neisseria meningitidis, Meningococcal disease.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Đinh Việt Đức, Email: drvietduc@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/3/2020; mời phản biện khoa học: 4/2020; chấp nhận đăng: 29/4/2020.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Biến đổi khí hậu và ô nhiễm môi trường là một trong những nguyên nhân khiến tình hình dịch bệnh trên thế giới và trong nước có những diễn biến phức tạp, khó lường. Biến đổi khí hậu tác động rõ rệt đến thay đổi môi trường, sinh thái, dịch bệnh tại các tỉnh, thành khu vực phía Nam, đặc biệt là những dịch bệnh dễ lây lan, bùng phát mạnh, gây khó khăn cho công tác dự phòng và điều trị như dịch sốt xuất huyết, bệnh sởi, bệnh tay - chân - miệng, nhiễm não mô cầu (NMC)... Trong các dịch bệnh này, nhiễm NMC nếu được phát hiện sớm, điều trị đúng hướng dẫn thì kết quả điều trị tốt, hạn chế tử vong. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào về tình hình dịch nhiễm NMC ở các đơn vị quân đội khu vực phía Nam.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng các vụ dịch nhiễm NMC tại một số đơn vị quân đội khu vực phía Nam, từ năm 2014-2018 và đề xuất những giải pháp nâng cao chất lượng phòng, chống dịch nhiễm NMC.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

19 vụ dịch và 45 ca bệnh trong 19 vụ dịch nhiễm NMC tại các đơn vị quân đội đóng quân trên địa bàn khu vực phía Nam, từ năm 2014-2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn vào phân tích tất cả ca bệnh được chẩn đoán xác định nhiễm NMC bằng nuôi cấy hoặc xét nghiệm PCR.

- Phương pháp thu thập số liệu: sử dụng biểu mẫu M3 (báo cáo vụ dịch) ban hành trong Điều lệ phòng, chống dịch Quân đội Nhân dân Việt Nam (gồm số mắc, số chết, quy mô, hoàn cảnh, căn nguyên, phân bố, thời gian, địa điểm của các vụ dịch nhiễm NMC) và biểu mẫu điều tra ca bệnh nghi NMC (theo Quyết định số 3897/QĐ-BYT ngày 12/10/2012 của Bộ Y tế). Sử dụng thông báo tình hình dịch và mô hình bệnh truyền nhiễm toàn quân theo từng tháng và năm.

- Xử lý số liệu: nhập liệu và phân tích bằng phần

mềm Excel, thống kê mô tả sử dụng trong nghiên cứu theo tỉ lệ %.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm dịch tễ các ca bệnh:

Bảng 1. Đặc điểm ca bệnh nhiễm NMC.

	Đặc điểm	Tần suất	Tỉ lệ %
Tuổi	≤ 25	45	100
	> 25	0	0
Giới tính	Nam	45	100
	Nữ	0	0
Đối tượng	Chiến sĩ năm thứ 1	45	100
	Chiến sĩ năm thứ 2	0	0
	Cán bộ	0	0

Kết quả cho thấy, 100% ca bệnh là nam giới, từ 18-25 tuổi (trong độ tuổi nhập ngũ theo Luật nghĩa vụ quân sự); đều là chiến sĩ nhập ngũ năm thứ 1 (với đặc điểm nổi bật là mới đến từ nhiều vùng, miền địa lí khác nhau; cùng huấn luyện, sinh hoạt tập trung trong doanh trại). Đây là đối tượng dễ mắc NMC do chưa có miễn dịch với mầm bệnh.

Bảng 2. Tình hình dịch nhiễm NMC ở các đơn vị quân đội khu vực phía Nam.

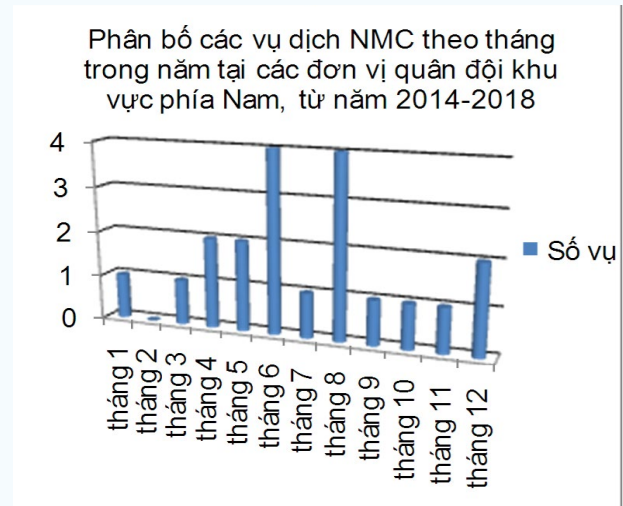
Năm	Vụ dịch	Ca bệnh	Tử vong
2014	2	2	0
2015	2	2	0
2016	5	20	2
2017	6	6	1
2018	4	15	0
Tổng số	19	45	3
Trung bình/năm	3,8	9,0	0,6

Trong 5 năm (2014-2018), các đơn vị quân đội khu vực phía Nam xảy ra 19 vụ dịch nhiễm NMC, với 45 ca bệnh nhiễm NMC và 3 trường hợp tử vong. Như vậy, trong giai đoạn này, tại các đơn vị đóng quân trên địa bàn khu vực phía Nam có trung

bình 3,8 vụ dịch/năm, 9 người mắc và 0,6 người tử vong.

So với toàn quân trong giai đoạn này (48 vụ dịch nhiễm NMC, 91 ca bệnh và 6 trường hợp tử vong), ở các đơn vị khu vực phía Nam, số vụ dịch nhiễm NMC chiếm 39,6% (19/48 vụ), số ca nhiễm NMC chiếm 49,4% (45/91 ca bệnh) và số ca tử vong chiếm 50% (3/6 trường hợp).

- Phân bố các vụ dịch nhiễm NMC ở các đơn vị quân đội phía Nam theo tháng trong năm:



Biểu đồ phân bố các vụ dịch NMC theo tháng trong năm tại các đơn vị quân đội khu vực phía Nam, từ năm 2014-2018.

Dịch nhiễm NMC xảy ra quanh năm, trong đó hay gặp là từ tháng 4-8 hằng năm. Có thể do đây là thời điểm cuối mùa huấn luyện của chiến sĩ mới, các tân binh sau 1-2 tháng huấn luyện được biên chế về đơn vị mới hoặc thay đổi môi trường sống và hoạt động quân sự dẫn tới giảm sức đề kháng của tân binh, mầm bệnh NMC cư trú ở mũi họng một số người có cơ hội phát triển và gây bệnh nhiễm NMC, kết hợp với khu vực miền nam bắt đầu chuyển mùa khô sang mùa mưa, thời tiết nóng ẩm làm cho vi sinh vật dễ phát triển, phát sinh dịch bệnh vào thời điểm này.

Bảng 3. Phân bố dịch nhiễm NMC theo khu vực đóng quân.

Khu vực đóng quân	Năm					Tổng
	2014	2015	2016	2017	2018	
Miền Đông Nam Bộ	1 (16,7%)	1 (16,7%)	3 (50,0%)	1 (16,7%)	0	6 (31,6%)
ĐB sông Cửu Long	0	0	1 (33,3%)	1 (33,3%)	1 (33,4%)	3 (15,8%)
Tây Nguyên, Nam Trung Bộ	1 (11,2%)	1 (11,1%)	1 (11,1%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	9 (47,3%)
Biển đảo	0	0	0	1 (100%)	0	1 (5,3%)
Tổng	2	2	5	6	4	19 (100%)

Trong 5 năm, khu vực Tây Nguyên, Nam Trung Bộ hay xảy ra dịch nhất (47,3%), tiếp theo là Đông Nam Bộ (31,6%) và đồng bằng sông Cửu Long (15,8%). Nhưng đáng chú ý là khu vực biển đảo, trước đây chưa từng có dịch nhiễm NMC thì giai đoạn này có 1 vụ dịch nhiễm NMC (chiếm 5,3%).

3.2. Đặc điểm bệnh cảnh lâm sàng:

Bảng 4. Thể bệnh lâm sàng trong các vụ dịch.

Thể bệnh	Ca bệnh	Tử vong
Viêm hầu họng	25 (55,6%)	0
Viêm màng não	12 (26,7%)	0
Nhiễm khuẩn huyết	2 (4,4%)	1 (50,0%)
Viêm màng não và nhiễm khuẩn huyết	6 (13,3%)	2 (33,3%)
Tổng	45 (100%)	3 (6,7%)

Từ năm 2014-2018, xảy ra 19 vụ dịch nhiễm NMC với 45 người mắc, trong đó, 25 ca (55,6%) thể bệnh viêm hầu họng, 12 ca (26,7%) thể viêm màng não, 6 ca (13,3%) thể bệnh. Trong 25 ca thể bệnh viêm hầu họng, 16 trường hợp xảy ra tại 1 vụ dịch năm 2016, làm 1 trường hợp tử vong (xét nghiệm đều dương tính với NMC típ B). Đây được coi là ổ dịch với số lượng mắc cao, đáng báo động. Riêng thể bệnh phối hợp viêm màng não và nhiễm khuẩn huyết có diễn biến lâm sàng nhanh, rõ rệt, diễn biến nặng dẫn tới sốc và tử vong nếu không được điều trị tích cực, kịp thời.

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu các vụ dịch nhiễm NMC và ca bệnh nhiễm NMC trong các vụ dịch, tại các đơn vị quân đội đóng quân trên địa bàn khu vực phía Nam, từ năm 2014-2018, kết luận:

- Trong 5 năm (2014-2018), tại các đơn vị quân đội đóng quân trên địa bàn khu vực phía Nam xảy ra 19 vụ dịch nhiễm NMC với 45 ca bệnh (trung bình mỗi năm có 3,8 vụ dịch, 9 ca bệnh và 0,6 ca tử vong). 100% ca bệnh là chiến sĩ năm thứ 1. Dịch nhiễm NMC xảy ra quanh năm, trong đó hay gặp từ tháng 4-8 hằng năm.

- Chủ yếu dịch xảy ra ở vùng Tây Nguyên, Nam Trung Bộ (47,3%) và Đông Nam Bộ (31,6%); dịch đã xuất hiện ở cả khu vực biển đảo (5,3%).

- Thể lâm sàng hay gặp là viêm hầu họng (55,6%), viêm màng não (26,7%) và viêm màng não kết hợp nhiễm khuẩn huyết (13,3%).

Qua kết quả nghiên cứu này, chúng tôi kiến nghị: các đơn vị cần tổ chức nhiều biện pháp quản lý chặt chẽ sức khỏe bộ đội; các tuyến quân y tăng cường giám sát, phát hiện sớm ca bệnh, chú ý tại thời điểm từ tháng 4-8, ở đối tượng chiến sĩ nhập ngũ năm thứ 1; thường xuyên theo dõi phát hiện các ca bệnh ở khu vực biển đảo, có phương án xử lý tại chỗ, chuyển tuyến phù hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2010), *Cẩm nang phòng chống bệnh truyền nhiễm*, Hà Nội, tr. 179-183.
2. Nguyễn Văn Mùi (2008), *Bệnh học truyền nhiễm*, Hà Nội, tr. 188-194.

3. Bộ Y tế (2012), *Quyết định 3897/QĐ-BYT ngày 12/10/2012 của Bộ Y tế về việc ban hành "Hướng dẫn giám sát và phòng, chống bệnh do NMC"*.

4. *Bệnh truyền nhiễm*, Nhà xuất bản Y - dược học thành phố Hồ Chí Minh, tr. 255-271.

5. Triệu Phi Long (2015), "Giám sát dịch tễ học nhiễm não mô cầu tại một số đơn vị quân đội khu vực miền Bắc từ 2008-2014", *Tạp chí Truyền nhiễm Việt Nam*, số 2, tr. 16-21.

6. Châu Đỗ Trường Vi và CS (2015), *Đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm màng não mủ do Streptococcus pneumoniae tại Bệnh viện Nhiệt đới từ 2009-2015*.

7. Võ Thị Trang Đài và CS (2014), "Nhóm huyết thanh và tình hình kháng kháng sinh của *Neisseria Meningitidis* trên tân binh tại một số doanh trại quân đội khu vực phía Nam, năm 2012-2014", *Tạp chí Y học dự phòng*, số 11, tr. 58-60.

8. Borrow R, Lee J.S, Vázquez J.A et al (2016), "Meningococcal disease in the Asia-Pacific region: Findings and recommendations from the Global Meningococcal Initiative", *Vaccine*, 34 (4): 5855-5862. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỎ...

(Tiếp theo trang 51)

7. Nguyễn Thị Thắm (2008), Đánh giá hiệu quả điều trị đau cổ vai gáy trong thoái hóa cột sống cổ bằng một số phương pháp vật lý kết hợp vận động trị liệu, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

8. Đặng Minh Thu (2010), "Đánh giá kết quả điều trị thoái hóa CSC bằng phương pháp kéo giãn CSC trên máy T300 tại Bệnh viện Điều dưỡng và Phục hồi chức năng Thái Nguyên", *Tạp chí Khoa học và Công nghệ*, 72 (10), tr. 127-132.

9. Phan Kim Toàn, Hà Hoàng Kiệm (2003), "Nghiên cứu triệu chứng lâm sàng, hình ảnh X quang và kết quả điều trị thoái hóa CSC bằng phương pháp kéo giãn", *Tạp chí Y dược học quân sự*, số 6/2003.

10. Couper M.P (2006), "Evaluating the effectiveness of visual analog scales - a web experiment", *Social Science Computer Review*, 24 (2), pp. 227-245.

11. Haefeli M, Elfering A (2006), "Pain Assessment", *European spine Journal*, 15, pp. 17-24.

12. Hawker G.A, Mian S, Kendzerska T, French M (2011), "Measure of Adult Pain", *Arthritis Care and Research*, 63 (S11), pp. S240-S252.

13. Vernon H, Mior S (1991), "The neck disability index: A study of reliability and validity", *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*, 14, pp. 409-415. □

MÔ HÌNH BỆNH TRUYỀN NHIỄM VÀ DỊCH BỆNH TRONG QUÂN ĐỘI GIAI ĐOẠN 2010-2019

BSCKI. PHẠM TRẮC ĐÔNG, ThS. NGUYỄN VĂN VÂN,
TS. NGUYỄN CHÍNH PHONG - Cục Quân y
TS. NGUYỄN VĂN TUẤN - Bệnh viện Quân y 103
Phản biện khoa học: (1) TS. LÊ NGỌC ANH
(2) TS. LÊ VĂN NAM

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô hình bệnh truyền nhiễm và dịch bệnh trong Quân đội giai đoạn 2010-2019, kết luận: Số lượng quân nhân mắc bệnh truyền nhiễm nhập viện điều trị cao nhất năm 2017 (5.893 ca), thấp nhất năm 2014 (3.704 ca), trung bình hằng năm khoảng 4.600 ca. Phân bố mặt bệnh truyền nhiễm trong giai đoạn 2010-2019 mang tính đặc thù vùng miền và đặc tính chung. Trong 10 năm, đã xảy ra 12 vụ dịch (trong đó, có 12 loại bệnh dịch: não mô cầu; cúm A/H1N1; sốt phát ban dạng sởi; nhiễm trùng nhiễm độc ăn uống; quai bị; sốt xuất huyết Dengue; nhiễm virút cấp; bệnh ghẻ; bệnh giun xoắn, viêm não Nhật Bản B, viêm hạch chưa rõ nguyên nhân) với 2.334 người mắc. Bệnh truyền nhiễm có tỉ lệ thu dung hằng năm là nhiễm virút cấp (từ 21,43-31,3%), sốt xuất huyết Dengue (từ 6,91-36,57%), viêm gan virút B, C, D (từ 10,3-19,6%), bệnh lao (từ 3,21-8,26%). Các bệnh dịch có xu hướng tăng trong giai đoạn 2010-2019 là sốt xuất huyết Dengue, quai bị, viêm màng não mủ, viêm gan virút B, C, D.

Từ khóa: Bệnh truyền nhiễm trong quân đội, mô hình bệnh truyền nhiễm.

ABSTRACT: Research on the model of infectious diseases and outbreaks in the army in the period 2010-2019, conclusion: The number of soldiers infected with infectious diseases hospitalized the highest treatment in 2017 (5,893 cases), the lowest in 2014 (3,704 cases), an average of 4,600 cases annually. The distribution of infectious diseases in the period 2010-2019 is still regional characteristics and general characteristics. In 10 year, occurred 12 outbreaks (including 12 types of diseases: meningococcal infections; influenza A/H1N1; measles rash; Food poisonous infection; mumps; Dengue haemorrhagic fever; acute virus infection; scabies; trichinosis disease, encephalitis japonica B, lymphadenitis of unknown etiology) with 2,334 people infected. The Infectious diseases have a high rates, such as: acute respiratory infection (from 21.43% to 31.3% per year); Dengue haemorrhagic fever (from 6.91% to 36.57% per year); Hepatitis B, C, D (from 10.3% to 19.6% per year); tuberculosis (from 3.21% to 8.26% per year). The epidemic diseases that tend to increase in the period 2010-2019 are Dengue hemorrhagic fever, mumps, meningitis, hepatitis B, C and D.

Keywords: Infectious diseases in the army, the model of infectious diseases.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKI. Phạm Trắc Đông, Email: phamtracdong@gmail.com

Ngày nhận bài: 28/4/2020; mời phản biện khoa học: 5/2020; chấp nhận đăng: 01/6/2020.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Bệnh truyền nhiễm và dịch bệnh luôn là một gánh nặng cho kinh tế toàn cầu và sức khỏe cộng đồng. Mô hình bệnh truyền nhiễm thay đổi theo thời gian và đang có những diễn biến phức tạp, với sự gia tăng của các bệnh dịch mới nổi, tái nổi, sự thay đổi các yếu tố ảnh hưởng tới tình hình dịch bệnh (như biến đổi khí hậu, ô nhiễm môi trường, sự thích nghi và biến đổi của mầm bệnh, gia tăng dân số, sự phát triển kinh tế xã hội và hội nhập quốc tế...).

Việt Nam và hầu hết các nước đang phát triển luôn phải đối mặt với những khó khăn, thách thức trong công tác phòng, chống dịch bệnh truyền nhiễm (do sự hạn chế về nguồn lực, chuyên môn, cơ sở hạ tầng). Theo ước tính, tại Việt Nam, hằng năm có khoảng 3,5 triệu người mắc bệnh truyền nhiễm. Việc xác định mô hình bệnh truyền nhiễm giúp cho ngành Y tế xây dựng kế hoạch, đầu tư cho công tác phòng, chống dịch bệnh có chiều sâu và trọng điểm; từng bước hạ thấp tỉ lệ mắc và tử vong

cho cộng đồng; nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe con người.

Trong Quân đội, ngoài sự tác động chung của bệnh truyền nhiễm và dịch bệnh trên toàn quốc, còn chịu sự tác động đặc thù của môi trường lao động quân sự. Do đó, dịch bệnh trong Quân đội mang những nét riêng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm phân tích mô hình bệnh truyền nhiễm và dịch bệnh trong Quân đội, giai đoạn 2010-2019; góp phần tạo cơ sở khoa học phục vụ cho công tác phòng, chống dịch bệnh, bảo vệ sức khỏe bộ đội.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

46.038 quân nhân mắc bệnh truyền nhiễm, thu dung điều trị tại 26 bệnh viện quân y và 124 vụ dịch với 2.334 người mắc tại các đơn vị trong toàn quân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả, hồi cứu.

- Thu thập số liệu từ báo cáo thống kê hằng tháng của các bệnh viện quân y và báo cáo thống kê hằng tháng của Cục Quân y, từ tháng 1/2010 đến tháng 12/2019, trong đó:

+ Số quân nhân mắc bệnh truyền nhiễm, thu dung điều trị tại 26 bệnh viện quân y thu thập từ báo cáo của các bệnh viện quân y.

+ Số các vụ dịch và người mắc tại các đơn vị thu thập từ thống kê của Cục Quân y.

- Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS.

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: mọi số liệu thu thập chỉ sử dụng phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Bệnh truyền nhiễm thu dung điều trị tại các bệnh viện quân y:

Bảng 1. Bệnh truyền nhiễm thu dung điều trị tại các bệnh viện quân y giai đoạn 2010-2019.

Mặt bệnh	2010		2011		2012		2013		2014		2015		2016		2017		2018		2019	
	Mắc	TV	Mắc	TV	Mắc	TV	Mắc	TV	Mắc	TV	Mắc	TV	Mắc	TV	Mắc	TV	Mắc	TV	Mắc	TV
Nhiễm virút cấp	31,22	0	26,87	0	31,30	0	28,90	0	27,97	0	21,94	0	25,44	0	21,43	0	25,95	0	22,16	0
SXHD	18,84	0	12,18	0	11,73	0	16,26	0	6,91	0	23,99	0	17,82	0	36,57	1	690	0	32,98	0
Sởi, Rubella	4,29	0	8,52	0	0,41	0	0,13	0	2,70	0	0,26	0	0,94	0	0,41	0	0,44	0	0,57	0
Quai bị	3,65	0	5,39	0	6,55	0	7,61	0	3,91	0	6,38	0	13,32	0	6,50	0	5,68	0	2,10	0
Thủy đậu	2,08	0	4,23	0	3,36	0	3,04	0	5,86	0	2,62	0	3,06	0	2,77	0	3,95	0	2,57	0
Cúm	1,09	0	0	0	0	0	0,50	0	0,08	0	0,02	0	0	0	0	0	0	0	0,18	0
Viêm não virút	0,17	0	0,18	0	0,23	0	0,16	0	0,19	0	0,07	0	0,04	0	0,07	0	0,20	0	0,07	0
Viêm gan không B, C	2,7	0	1,82	0	1,96	0	2,94	0	2,56	0	1,34	0	1,18	0	0,83	0	1,24	0	2,23	0
Viêm gan B, C, D	11,33	2	12,23	1	16,06	0	14,27	2	19,60	1	16	1	13,5	0	10,30	0	15,50	0	13,10	0
Viêm màng não mủ	0,31	0	0,28	0	0,46	0	0,55	0	0,51	0	0,53	0	0,8	0	0,25	0	0,33	0	0,31	0
Nhiễm não mô cầu	0,06	0	0,43	1	0,08	0	0,16	0	0,11	0	0,09	2	0,024	2	0,22	1	0,24	0	0,17	0
NTND ăn, uống	10,26	0	9,00	0	8,90	0	9,47	0	10,8	0	9,09	0	7,77	0	5,21	0	8,35	0	6,70	0
HC lỵ	0,54	0	0,32	0	0,18	0	0,18	0	0,30	0	0,09	0	0,08	0	0,05	0	0,04	0	0,06	0
Tả	0,06	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0,02	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bệnh lao	4,27	0	4,68	0	6,47	0	7,71	0	8,26	0	5,52	0	5,01	0	3,21	0	6,11	0	4,43	0
Sốt CRNN	2,52	0	1,86	0	1,40	0	0,89	0	0,84	0	0,75	0	0,54	0	0,15	0	0,24	0	0,39	0
Sốt rét	1,36	0	1,61	0	1,63	0	0,84	0	0,89	0	0,44	0	0,28	0	0,36	0	0,42	0	0,15	0
Sốt mò	0,43	0	0,52	0	0,54	0	0,71	0	0,73	0	0,77	0	0,42	0	0,32	0	0,53	0	0,48	0
HIV/AIDS	0,41	0	0,43	0	0,69	0	0,45	0	0,38	0	0,13	0	0,26	0	0,24	0	0,27	1	0,18	1
Thương hàn, PTH	0,23	0	0,18	0	0,31	0	0,21	0	0,57	0	0,29	0	0,12	0	0,12	0	0,18	0	0,22	0
Sốt nhiễm khuẩn	0,27	0	0,64	0	0,46	0	0,45	0	0,76	0	0,75	0	0,48	0	0,66	0	1,20	0	1,61	0
NKH	0,5	0	0,23	0	0,28	0	0,24	0	0,30	0	0,4	0	0,2	0	0,17	0	0,53	0	0,30	0
Bệnh do <i>Leptospira</i>	0	0	0	0	0,05	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bệnh khác	3,4	0	8,39	0	6,96	1	4,35	0	5,78	0	8,52	0	8,49	0	10,16	0	12,26	1	9,04	0
Cộng	4.846	2	4.399	2	3.923	1	3.813	2	3.704	1	4.544	3	4.993	2	5.893	2	4.504	2	5.419	1

(TV: tử vong; SXHD: sốt xuất huyết Dengue; NTND: nhiễm trùng nhiễm độc;

CRNN: chưa rõ nguyên nhân; HC: hội chứng; PTH: phó thương hàn; NKH: nhiễm khuẩn huyết).

Năm 2010, có 2 trường hợp tử vong (đều do viêm gan). Năm 2011, có 2 trường hợp tử vong (do não mô cầu 1, viêm gan 1). Năm 2012, có 1 trường hợp tử vong do bệnh dại. Năm 2013, có 2 trường hợp tử vong (đều do viêm gan B). Năm 2013 có 2 trường hợp tử vong (đều do viêm gan B). Năm 2014, có 1 trường hợp tử vong do viêm gan B. Năm 2015, có 3 trường hợp tử vong (do não mô cầu 2, viêm gan 1). Năm 2016, có 2 trường hợp tử vong (đều do não mô cầu). Năm 2017, có 2 trường hợp tử vong (do SXHD 1, do não mô cầu 1). Năm 2018, có 2 trường hợp tử vong (do HIV/AIDS 1, do bệnh khác 1). Năm 2019, có 1 trường hợp tử vong do HIV/AIDS.

3.2. Phân bố bệnh truyền nhiễm:

3.2.1. Phân bố bệnh truyền nhiễm theo khu vực:

Bảng 2. Phân bố bệnh truyền nhiễm thu dung theo khu vực, giai đoạn 2010-2019.

Mặt bệnh	Miền Bắc			Miền Trung - Tây Nguyên			Miền Nam			Tổng số
	Số lượng	Tỉ lệ %	TV	Số lượng	Tỉ lệ %	TV	Số lượng	Tỉ lệ %	TV	
Nhiễm virút cấp	6.133	51,27	0	2.372	19,83	0	3.456	28,89	0	11.961
SXHD	3.982	42,38	1	2.639	28,08	0	2.776	29,54	0	9.397
Sởi, Rubella	507	60,50	0	143	17,06	0	188	22,43	0	838
Quai bị	1.427	50,71	0	488	17,34	0	899	31,95	0	2.814
Thủy đậu	579	38,50	0	440	29,26	0	485	32,25	0	1.504
Cúm	61	70,93	0	9	10,47	0	16	18,60	0	86
Viêm não vi rút	44	73,33	0	2	3,33	0	14	23,33	0	60
Viêm gan VR không B,C	612	72,77	0	141	16,77	0	88	10,46	0	841
Viêm gan virút B, C, D	4.388	68,05	7	872	13,52	0	1.188	18,42	0	6.448
Viêm màng não mủ	125	63,78	0	28	14,29	0	43	21,94	0	196
Nhiễm não mô cầu	60	71,43	2	16	19,05	0	8	9,52	3	84
NTNĐ ăn uống	2.001	51,97	0	821	21,32	0	1.028	26,70	0	3.850
Hội chứng lỵ	38	46,91	0	21	25,93	0	22	27,16	0	81
Tả	3	75,00	0	0	0,00	0	1	25,00	0	4
Lao phổi và lao khác	913	36,93	0	665	26,90	0	894	36,17	0	2.472
Sốt CRNN	301	70,66	0	47	11,03	0	78	18,31	0	426
Sốt rét	20	5,75	0	251	72,13	0	77	22,13	0	348
Sốt mò	103	42,21	0	138	56,56	0	3	1,23	0	244
HIV/AIDS	89	58,55	2	15	9,87	0	48	31,58	0	152
Thương hàn và PTH	79	74,53	0	1	0,94	0	26	24,53	0	106
Sốt nhiễm khuẩn	1	0,29	0	78	22,81	0	263	76,90	0	342
Nhiễm khuẩn huyết	94	65,73	0	13	9,09	0	36	25,17	0	143
Bệnh do <i>Leptospira</i>	2	100,00	0	0	0,00	0	0	0,00	0	2
Các bệnh khác	1.221	33,55	1	1.841	50,59	0	577	15,86	1	3.639
Phân bố chung	22.783	49,49	13	11.041	23,98	0	12.214	26,53	4	46.038

26 bệnh viện quân y trong toàn quân có khoa truyền nhiễm, trong đó, 13 bệnh viện thuộc khu vực phía Bắc, 6 bệnh viện khu vực miền Trung - Tây Nguyên và 7 bệnh viện khu vực miền Nam. Mặc dù số lượng bệnh nhân tập trung chủ yếu ở phía Bắc, song phân bố mặt bệnh truyền nhiễm trong giai đoạn 2010-2019 vẫn mang tính đặc thù vùng miền và đặc tính chung: miền Bắc có đa số trường hợp mắc tả (75%), thương hàn và phó thương hàn (74,53%), viêm não virút (73,33%), viêm gan virút không B, C, D (72,77%), nhiễm khuẩn não mô cầu (71,43%), viêm gan virút B, C, D (68,05%), viêm màng não mủ (63,78%), sởi - Rubella (60,5%). Miền Trung có đa số trường hợp mắc sốt rét (72,13%), sốt mò (56,56%). Miền Nam có đa số trường hợp mắc sốt nhiễm khuẩn (76,90%), lao phổi và lao khác (36,17%), thủy đậu (32,25%), quai bị (31,95%).

3.2.2. Phân bố bệnh truyền nhiễm theo các tuyến điều trị:

Bảng 3. Phân bố bệnh truyền nhiễm thu dung điều trị theo tuyến, giai đoạn 2010-2019.

Mặt bệnh	Tuyến cuối			Khu vực			Quân khu-Quân đoàn-Q/B chủng		
	Số lượng	Tỉ lệ %	TV	Số lượng	Tỉ lệ %	TV	Số lượng	Tỉ lệ %	TV
Nhiễm virus cấp	3.246	27,14	0	2.388	19,96	0	6.327	52,90	0
Sốt xuất huyết Dengue	2.792	29,71	0	2.200	23,41	1	4.405	46,88	0
Sởi, Rubella	100	11,93	0	319	38,07	0	419	50,00	0
Quai bị	472	16,77	0	560	19,90	0	1.782	63,33	0
Thủy đậu	121	8,05	0	391	26,00	0	992	65,96	0
Cúm	7	8,14	0	47	54,65	0	32	37,21	0
Viêm não virus	37	61,67	0	9	15,00	0	14	23,33	0
Viêm gan vi rút không B, C, D	318	37,81	0	42	4,99	0	481	57,19	0
Viêm gan virus B, C, D	3.578	55,49	7	498	7,72	0	2.372	36,79	0
Viêm màng não mủ	117	59,69	0	12	6,12	0	67	34,18	0
Nhiễm não mô cầu	55	65,48	3	2	2,38	0	27	34,52	2
NTNĐ ăn uống	925	24,03	0	745	19,35	0	2.180	56,62	0
Hội chứng lỵ	8	9,88	0	6	7,41	0	67	82,72	0
Tả	2	50,00	0	1	25,00	0	1	25,00	0
Lao phổi và lao khác	980	39,64	0	394	15,94	0	1.098	44,42	0
Sốt chưa rõ NN	184	43,19	0	26	6,10	0	216	50,70	0
Sốt rét	28	8,05	0	32	9,20	0	288	82,76	0
Sốt mò	28	11,48	0	136	55,74	0	80	32,79	0
HIV/AIDS	114	75,00	2	3	1,97	0	35	23,03	0
Thương hàn, PTH	2	1,89	0	75	70,75	0	29	27,36	0
Sốt nhiễm khuẩn	162	47,37	0	78	22,81	0	102	29,82	0
Nhiễm khuẩn huyết	91	63,64	0	10	6,99	0	42	29,37	0
Bệnh do <i>Leptospira</i>	1	50,00	0	0	0,00	0	1	50,00	0
Các bệnh khác	164	4,51	2	105	2,89	0	3.370	92,61	0
Phân bố chung	13.532	29,39	14	8.079	17,55	1	24.427	53,06	2

3.2.3. Diễn biến bệnh truyền nhiễm trung bình theo tháng trong năm:

Bảng 4. Diễn biến bệnh truyền nhiễm trung bình theo tháng trong năm (từ năm 2010-2019).

Mặt bệnh	Tháng trong năm											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Sốt xuất huyết Dengue	702	399	227	138	152	311	524	1.414	1.318	1.299	1.560	1.353
Nhiễm vi rút cấp	739	619	799	910	1.017	1.167	1.295	1.275	1.099	1.034	1.018	989
Sởi, Rubella	48	53	110	255	125	78	46	32	29	16	26	20
Quai bị	181	186	259	325	323	336	286	219	189	180	191	139
Cúm	49	0	2	15	6	3	8	2	0	1	0	0
Thủy đậu	133	153	229	231	170	128	87	69	65	59	80	100
Viêm não virus	4	2	3	3	8	12	9	4	5	4	4	2
Viêm gan virus không B, C	53	43	46	76	69	93	75	86	64	87	86	63

Mặt bệnh	Tháng trong năm											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Viêm gan virút B, C, D	418	311	417	540	611	607	600	675	583	588	576	522
Viêm màng não mủ	16	10	9	18	21	14	12	12	12	27	18	27
Nhiễm não mô cầu	6	10	8	7	8	11	5	4	1	4	6	14
NTND ăn uống	228	212	230	349	374	437	437	436	310	281	308	248
Hội chứng lỵ	3	3	4	5	8	14	6	7	9	6	9	7
Tả	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0
Lao phổi & lao khác	188	170	170	183	159	263	230	248	226	223	207	205
Sốt CRNN	30	25	30	58	52	41	46	20	26	43	14	41
Sốt rét	26	15	16	33	20	20	18	31	26	29	54	60
Sốt mò	17	11	11	6	10	22	24	15	22	30	40	36
HIV/AIDS	11	18	11	13	11	7	18	14	12	13	13	11
Thương hàn, PTH	9	3	7	3	9	11	17	9	5	8	14	11
Sốt nhiễm khuẩn	26	21	13	22	21	20	55	50	38	29	28	19
Nhiễm khuẩn huyết	13	10	8	6	11	8	6	30	7	8	16	20
Sốt do <i>Leptospira</i>	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1
Các bệnh khác	304	177	273	284	305	341	352	325	346	382	277	273
Cộng	3.205	2.451	2.882	3.480	3.491	3.944	4.157	4.978	4.393	4.351	4.545	4.161

3.3. Tình hình dịch bệnh trong toàn quân:

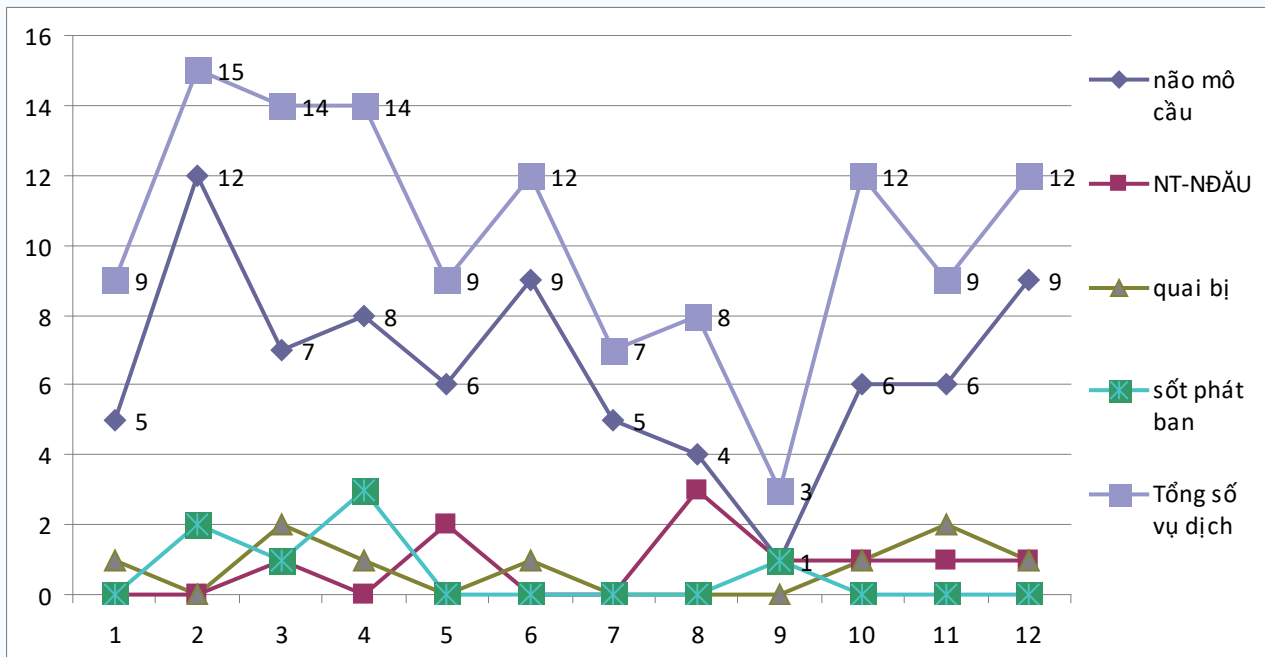
3.3.1. Đặc điểm dịch bệnh:

Bảng 5. Đặc điểm dịch bệnh giai đoạn 2010-2019.

Dịch bệnh	Năm									
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Não mô cầu	1	10	3	6	6	8	13	12	10	9
Nhiễm trùng nhiễm độc ăn uống	2	2	1	2	1			2		
Quai bị	1	1	2	2		1	2			
Cúm A	2	3		1					1	
Sốt phát ban	3	2	1				1			
Sốt xuất huyết Dengue	2			1	1			1		
Nhiễm virút cấp	1		2							
Giun xoắn				1						
Lao								1		
Ghẻ								1		
Viêm hạch chưa rõ nguyên nhân								1		
Viêm não Nhật Bản B									1	
Tử vong do dịch	2	2	0	0	0	2	2	2	1	0
Tổng cộng	12	18	9	13	8	9	16	18	12	9

Năm 2010, có 2 ca tử vong do dịch (1 do SXHD và 1 do não mô cầu). Năm 2011, 2015 và 2016 đều có 2 ca tử vong do dịch não mô cầu. Năm 2017, có 2 ca tử vong (1 do não mô cầu, 1 do SXHD). Năm 2018, có 1 ca tử vong do não mô cầu.

3.3.2. Tần suất diễn biến dịch theo tháng trong năm:



Biểu đồ tần suất diễn biến một số dịch theo tháng trong năm (từ năm 2010-2019).

4. BÀN LUẬN.

- Số lượng quân nhân nhập viện do bệnh truyền nhiễm: trong 10 năm (2010-2019), số lượng quân nhân mắc bệnh truyền nhiễm nhập viện điều trị trung bình hằng năm khoảng 4.600 ca (cao nhất là năm 2017 với 5.893 ca, thấp nhất là năm 2014 với 3.704 ca). Kết quả này cho thấy, toàn quân đã làm tốt công tác chăm sóc, quản lý sức khỏe bộ đội, tổ chức triển khai tốt công tác phòng, chống bệnh truyền nhiễm. Nhưng cần quan tâm hơn với một số bệnh truyền nhiễm có tỉ lệ thu dung cao hằng năm, như nhiễm virút đường hô hấp cấp (từ 21,43-31,3%), sốt xuất huyết Dengue (từ 6,91-36,57%).

- Các trường hợp tử vong: giai đoạn 2010-2019, có 17 ca tử vong do bệnh truyền nhiễm. Trong đó, do viêm gan virút B, C, D 7 ca, do não mô cầu 5 ca, do HIV/AIDS 2 ca, do SXHD 1 ca, bệnh dại 1 ca, bệnh khác 1 ca. Năm 2010, có 2 ca tử vong do dịch SXHD và não mô cầu. Năm 2011, 2015 và 2016 đều có 2 ca tử vong do dịch não mô cầu. Năm 2017, có 2 ca tử vong do dịch SXHD và não mô cầu. Năm 2018, có 1 ca tử vong do não mô cầu. Các trường hợp tử vong do dịch từng bước được khống chế và kiểm soát có hiệu quả (năm 2010 có xảy ra tử vong tại đơn vị do bệnh truyền nhiễm; những năm gần đây, các ca bệnh truyền nhiễm đều được cứu chữa qua các tuyến và chỉ xảy ra tử vong ở tuyến bệnh viện). Đặc biệt, đối với dịch nhiễm khuẩn não mô cầu, số vụ và số ca mắc không giảm, nhưng với phương châm “Giám sát - phát hiện sớm, cứu chữa kịp thời ngay từ đơn vị, sử dụng kháng sinh đúng, vận chuyển hợp

lí từ đơn vị tới bệnh viện”, các tuyến quân y đã và đang triển khai quyết liệt nhằm không để tử vong do dịch.

- Nhiễm khuẩn não mô cầu: trong 10 năm (2010-2019), có 84 ca nhiễm khuẩn não mô cầu, chiếm 30% trong tổng số 280 ca viêm màng não do vi khuẩn. Nhiễm khuẩn não mô cầu luôn tiềm ẩn nguy cơ mắc và diễn biến nặng nề, phức tạp, có thể gây tử vong nhanh. Đây là một thách thức trong công tác giám sát, phát hiện, chẩn đoán và điều trị, nhằm khống chế tử vong do nhiễm khuẩn não mô cầu.

- Nhóm căn nguyên do virút: là nhóm có số lượng quân nhân nhập viện cao nhất, trong đó, nhiễm vi rút cấp từ 997-1.513 ca/năm. Số mắc tăng dần từ tháng 5, cao nhất là tháng 11, sau đó giảm dần đến tháng 4 năm sau. SXHD từ 256-2.155 ca/năm, bệnh tăng lên từ tháng 8, với đỉnh là tháng 11 rồi giảm dần đến tháng 5 năm sau. Sởi, Rubella lập đỉnh vào tháng 4. Quai bị có xu hướng gia tăng từ 177 ca (năm 2010) lên 665 ca (năm 2016).

- Viêm gan virút B, C, D và lao: số mắc viêm gan do vi rút B, C, D luôn gia tăng, từ 549 ca (năm 2010) lên 743 ca (năm 2018). Viêm gan virút B, C, D là căn nguyên dẫn đến xơ gan và ung thư gan. Nghiên cứu cho thấy, trong 10 năm qua đã có 7 ca tử vong do viêm gan vi rút B, C, D. Lao phổi và lao các tạng khác cũng luôn gia tăng, từ 207 ca (năm 2010) lên 306 ca (năm 2014), không có trường hợp tử vong do lao. Do đó, cần nâng cao công tác kiểm soát nhiễm khuẩn, chẩn đoán, điều trị từ tuyến cơ sở đến tuyến bệnh viện, không để lây nhiễm chéo trong điều trị cũng như trong sinh hoạt hằng ngày của bộ đội; nâng cao chất lượng

công tác sàng lọc khám tuyển nghĩa vụ, tuyển sinh quân sự, khám sức khỏe định kì và quản lí sức khỏe bộ đội.

- Nhiễm trùng nhiễm độc ăn uống: trung bình có khoảng 385 ca/năm phải nhập viện điều trị, cao điểm vào tháng 6-8 hàng năm. Để hạn chế tỉ lệ nhiễm trùng nhiễm độc ăn uống, công tác vệ sinh an toàn thực phẩm phải đồng bộ giữa các ngành, các cấp trong toàn quân. Các đơn vị cần thường xuyên có kế hoạch kiểm tra kiến thức và thực hành của nhân viên nấu ăn; nâng cao nhận thức của từng cá nhân trong phòng, chống dịch.

- Diễn biến bệnh truyền nhiễm trong năm và thu dung điều trị tại các tuyến: bệnh truyền nhiễm xảy ra quanh năm, song vẫn theo mùa và mang tính đặc thù của từng khu vực. Ở Miền Bắc có đa số trường hợp mắc tả (75%), thương hàn và phó thương hàn (74,53%), viêm não vi rút (73,33%), viêm gan virút không B, C, D (72,77%), nhiễm khuẩn não mô cầu (71,43%), viêm gan virút B, C, D (68,05%), viêm màng não mủ (63,78%), sởi - Rubella (60,5%). Miền Trung có đa số trường hợp mắc sốt rét (72,13%), sốt mò (56,56%). Miền Nam có đa số trường hợp mắc sốt nhiễm khuẩn (76,90%), Lao phổi và lao khác (36,17%), thủy đậu (32,25%), quai bị (31,95%). Vì vậy, yếu tố dịch tễ cần được quan tâm trong phòng chống dịch, chẩn đoán điều trị, song không chủ quan bởi vẫn có sự thay đổi đột biến do biến đổi khí hậu.

- Xu hướng các bệnh truyền nhiễm: các bệnh có xu hướng tăng trong giai đoạn 2010-2019 là sốt xuất huyết Dengue, quai bị, viêm màng não mủ, viêm gan virút B, C, D. Các bệnh có xu hướng giảm là các bệnh lây truyền qua đường tiêu hóa (như hội chứng lỵ, viêm gan virút không B, C, D), sốt rét, HIV/AIDS.

- Tình hình dịch bệnh: từ năm 2010-2019, toàn quân xảy ra 124 vụ dịch, cao nhất là năm 2011 và 2017 (18 vụ), thấp nhất là năm 2014 (8 vụ). Trong đó, có 12 loại bệnh dịch là nhiễm não mô cầu (78 vụ), nhiễm trùng nhiễm độc ăn uống (10 vụ), quai bị (9 vụ), cúm A/H1N1 (7 vụ), sốt phát ban dạng sởi (7 vụ), sốt xuất huyết (5 vụ), nhiễm virút cấp (3 vụ), các dịch khác mỗi loại (1 vụ). Dịch xảy ra rải rác trong toàn quân với 2.334 người mắc, làm 11 trường hợp tử vong. Trong 3 năm 2012-2014, không có tử vong do dịch. Dịch xảy ra quanh năm, tập trung từ tháng 2-4, dịch tăng lên vào đầu mùa Xuân, lập đỉnh vào tháng 2, sau đó giảm dần tới tháng 9, rồi tăng lại vào tháng 10-12. Riêng dịch nhiễm khuẩn não mô cầu xảy ra quanh năm, đỉnh là tháng 2 và có diễn biến hết sức phức tạp, có thể xảy ra ở cả những đơn vị chưa bao giờ có dịch, đơn vị đóng quân trên đảo. Dịch do vi rút xảy ra chủ yếu vào mùa Xuân. Dịch quai bị rải rác trong năm. Sốt xuất huyết Dengue xuất hiện tháng 8-10. Nhiễm trùng

nhiễm độc ăn uống xuất hiện vào mùa Hè và mùa Thu.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 46.038 quân nhân mắc bệnh truyền nhiễm, thu dung điều trị tại 26 bệnh viện quân y và 124 vụ dịch với 2.334 người mắc tại các đơn vị trong toàn quân, từ tháng 1/2010 đến tháng 12/2019, kết luận:

- Số lượng quân nhân mắc bệnh truyền nhiễm nhập viện điều trị cao nhất năm 2017 (5.893 ca), thấp nhất năm 2014 (3.704 ca), trung bình hằng năm khoảng 4.600 ca.

- Bệnh truyền nhiễm xảy ra quanh năm, song vẫn theo mùa và mang tính đặc thù của từng khu vực. Phía Bắc là tả (75%), thương hàn và phó thương hàn (74,53%), viêm não virút (73,33%), viêm gan virút không B, C, D (72,77%), nhiễm khuẩn não mô cầu (71,43%), viêm gan virút B, C, D (68,05%), viêm màng não mủ (63,78%), sởi - Rubella (60,5%). Miền Trung là sốt rét (72,13%), sốt mò (56,56%). Miền Nam là sốt nhiễm khuẩn (76,90%), lao phổi và lao khác (36,17%), thủy đậu (32,25%), quai bị (31,95%).

- Trong 10 năm (từ 2010-2019) đã có 124 vụ dịch xảy ra, với 3.334 người mắc. Trong đó, có 12 loại bệnh dịch, các bệnh dịch có số vụ cao là nhiễm não mô cầu (78 vụ), nhiễm trùng nhiễm độc ăn uống (10 vụ), quai bị (9 vụ), cúm A/H1N1 (7 vụ), sốt phát ban dạng sởi (7 vụ), sốt xuất huyết (5 vụ), nhiễm vi rút cấp (3 vụ)

- Bệnh truyền nhiễm có tỉ lệ thu dung cao hằng năm là nhiễm virút đường hô hấp cấp (từ 21,43-31,3%), sốt xuất huyết Dengue (từ 6,91-36,57%), viêm gan virút B, C, D (từ 10,3-19,6%), lao (từ 3,21-8,26%).

- Các bệnh dịch có xu hướng tăng trong giai đoạn 2010-2019 là sốt xuất huyết Dengue, quai bị, viêm màng não mủ, viêm gan virút B, C, D.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Như Dương (2015), "Tình hình bệnh truyền nhiễm tại miền Bắc Việt Nam, giai đoạn 2000-2014", *Tạp chí Y học dự phòng*, tập XXV, số 8 (168), Số đặc biệt.
2. Lê Ngọc Anh (2015), "Mô hình bệnh truyền nhiễm trong quân đội từ năm 2010-2014", *Tạp chí Y học Quân sự*, Số 304 (1-2), tr. 47-51.
3. Nguyễn Văn Mùi, Nguyễn Thị Xuân Hòa, *Bệnh học truyền nhiễm*, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, 2015.
4. Nguyễn Văn Kính (2014), *Tình hình và xu hướng bệnh truyền nhiễm tại Việt Nam từ năm 2001-2014*, Báo cáo khoa học tại hội nghị truyền nhiễm toàn quốc, 9/2014.
5. WHO, *International Health Regulation*, 2005. □

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM TÂM LÝ CỦA NGƯỜI DÂN DO ẢNH HƯỞNG CỦA ĐẠI DỊCH COVID-19 TẠI MỘT ĐIỂM CÁCH LI TẬP TRUNG

ThS. NGUYỄN VĂN LINH, GS.TS. CAO TIẾN ĐỨC, PGS.TS. BÙI QUANG HUY,
PGS.TS. LÊ VĂN QUÂN và các cộng sự - Học viện Quân y

BSCKI. BÙI THỊ THANH - Bệnh viện TƯQĐ 108
Phản biện khoa học: (1) TS. NGUYỄN ĐỨC THUẬN
(2) TS. NGUYỄN VĂN TUẤN

TÓM TẮT: Nghiên cứu cắt ngang, mô tả từng trường hợp về đặc điểm tâm lý của 333 người dân do ảnh hưởng của đại dịch COVID-19 tại một điểm cách li tập trung.

Kết quả: Người dân cách li do đại dịch COVID-19 tại điểm cách li tập trung có các rối loạn tâm lý; cụ thể: 84,1% đối tượng nghiên cứu có cảm giác lo lắng khi nghe thông tin về dịch COVID-19; 89,8% đối tượng nghiên cứu cảm thấy lo sợ dịch COVID-19 sẽ lan tràn; 83,2% đối tượng nghiên cứu cảm thấy lo lắng về một đợt bùng phát của dịch COVID-19 trong tương lai. Đa số đối tượng nghiên cứu có cảm xúc đồng cảm, chia sẻ với người nhiễm COVID-19 (64,0%); căng thẳng tâm lý, đánh giá tiêu cực và đánh giá tích cực mức độ trung bình (73,6%; 59,16% và 56,16%); không có phản ứng quá mức, phản ứng xâm nhập, phản ứng trốn tránh và rối loạn stress sau sang chấn (65,17%, 46,5%, 61,9% và 48,6%).

Từ khóa: Đặc điểm tâm lý, đại dịch COVID-19.

ABSTRACT: Descriptive, cross-sectional study on mental responses of 333 citizens to COVID-19 disease in an isolated area.

Results: The present study provided new evidence of mental disorders of citizens due to COVID-19 disease. In detail, of all these subjects, 84.1% expressed anxiety disorders in response to hearing information of disease; 89.8% was afraid of COVID-19 disease to emerge and spread; 83.2% believed outbreaks of COVID-19 disease in the future; almost subjects indicated emotional empathy and sharing to infected people. Anxiety disorders, positive and negative responses were average levels (73.6%, 59.16% and 56.16%). There were no overreacting and evasive responses, intrusion reaction, evasive reaction and post-traumatic stress disorders (65.17%, 46.5%, 61.9% and 48.6%).

Keyword: Mental disease, COVID-19 disease.

Chịu trách nhiệm nội dung: PGS.TS. Lê Văn Quân, Email: levanquan2002@yahoo.com

Ngày nhận bài: 02/5/2019; mời phản biện khoa học: 5/2020; chấp nhận đăng: 01/6/2020.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Đại dịch COVID-19 xuất hiện cuối tháng 12/2019 và nhanh chóng lan ra hơn 200 quốc gia, vùng lãnh thổ trên thế giới; gây ra hậu quả rất nghiêm trọng trong mọi mặt đời sống xã hội, tại nhiều khu vực. Số người nhiễm bệnh và tử vong ngày càng tăng ở nhiều nước trên thế giới, như Hoa Kỳ, Italy, Pháp...

Tại Việt Nam, xuất hiện các ca nhiễm COVID-19 từ những người trở về từ vùng dịch và có sự lây nhiễm trong cộng đồng. Để hạn chế thấp nhất sự lây lan dịch bệnh trong cộng đồng, công tác phòng, chống dịch được Chính phủ, các cơ quan quản lý nhà nước và các cấp chính quyền đặt lên hàng đầu. Vì vậy, Việt Nam đặt ra phương châm phát hiện sớm, cách li, ngăn chặn kịp thời, điều trị triệt để, không để dịch lây lan rộng trong cộng đồng. Tuy nhiên, biện pháp này có thể gây ra những phản ứng tiêu cực, đặc biệt là những người bắt buộc phải cách li. Vì vậy, nắm bắt diễn

biến tâm lý của những người cách li cũng như trong cộng đồng có ý nghĩa rất quan trọng trong công tác phòng, chống dịch, tránh gây các hậu quả tâm lý tiêu cực.

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nghiên cứu đặc điểm tâm lý của người dân do ảnh hưởng của đại dịch COVID-19 tại một điểm cách li tập trung.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

333 người dân được cách li tập trung do ảnh hưởng của đại dịch COVID-19 (sau đây gọi là đối tượng nghiên cứu - ĐTNC), tại địa điểm Trường Quân sự Quân khu 3.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang, mô tả từng trường hợp.

- Xây dựng bộ test tâm lý (Bộ môn Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103 xây dựng, ứng dụng) với

các câu hỏi cụ thể về đánh giá diễn biến tâm lí của đối tượng cách li.

- Đánh giá diễn biến tâm lí qua các giai đoạn: khi mới nghe tin có dịch COVID-19 và khi đại dịch COVID-19 bùng phát.

- Đạo đức trong nghiên cứu: nghiên cứu được bảo đảm bí mật, mọi thông tin của đối tượng chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Phân tích số liệu: theo thuật toán thống kê trên phần mềm SPSS 20.0. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Tất cả số liệu trong nghiên cứu này được biểu diễn dưới dạng số và tỉ lệ %.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Phản ứng của ĐTNC trong thời gian đầu đại dịch COVID-19:

- Cảm xúc ĐTNC về đại dịch COVID-19:

Bảng 1. Cảm xúc của ĐTNC (n = 333).

Nội dung câu hỏi	Có	Không	Không trả lời	p
Bạn cảm thấy lo lắng khi nghe thông tin có dịch COVID-19?	280 (84,1%)	51 (15,3%)	2 (0,6%)	< 0,001
Bạn cảm thấy lo sợ dịch COVID-19 sẽ lan tràn?	299 (89,8%)	33 (9,9%)	1 (0,3%)	< 0,001
Bạn cảm thấy lo lắng dịch COVID-19 sẽ có đợt bùng phát trong tương lai?	277 (83,2%)	34 (14,7%)	1 (2,1%)	< 0,001

84,1% ĐTNC có cảm giác lo lắng khi nghe thông tin về dịch COVID-19. Sự khác biệt giữa các nhóm ĐTNC có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

89,8% ĐTNC cảm thấy lo sợ dịch COVID-19 sẽ lan tràn. Sự khác biệt giữa các nhóm ĐTNC có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

83,2% ĐTNC cảm thấy lo lắng về một đợt bùng phát của dịch COVID-19 trong tương lai. Sự khác biệt giữa các nhóm ĐTNC có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

- Cảm xúc của ĐTNC với người nhiễm COVID-19 và lây lan trong cộng đồng (n = 333):

+ Tức giận: 85 ĐTNC (25,5%).

+ Đồng cảm, chia sẻ: 213 ĐTNC (64,0%).

+ Cảm xúc khác: 35 ĐTNC (10,5%).

64,0% ĐTNC có cảm xúc đồng cảm, chia sẻ với người nhiễm COVID-19; 25,5% ĐTNC có cảm xúc tức giận, khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$.

3.2. Đặc điểm tâm lí của ĐTNC trong đại dịch COVID-19:

Bảng 2. Mức độ căng thẳng tâm lí của ĐTNC trong đại dịch COVID-19 (n = 333).

	Mức độ	Số lượng	Tỉ lệ %
Căng thẳng tâm lí	Nhẹ	44	13,2
	Trung bình	245	73,6
	Cao	44	13,2
	p	$X^2 = 239,05; p < 0,001$	
Đánh giá tiêu cực	Nhẹ	88	26,43
	Trung bình	197	59,16
	Cao	48	14,41
	p	$X^2 = 107,15; p < 0,001$	
Đánh giá tích cực	Nhẹ	83	24,92
	Trung bình	187	56,16
	Cao	63	18,92
	p	$X^2 = 79,86; p < 0,001$	
Phản ứng quá mức	Không	217	65,17
	Nhẹ	27	8,11
	Vừa	27	8,11
	Nặng	62	18,61
	p	$X^2 = 296,32; p < 0,001$	
Phản ứng xâm nhập	Không	155	46,5
	Nhẹ	64	19,2
	Vừa	31	9,3
	Nặng	83	24,9
	p	$X^2 = 99,08; p < 0,001$	
Phản ứng trốn tránh	Không	206	61,9
	Nhẹ	59	17,7
	Vừa	22	6,6
	Nặng	46	13,8
	p	$X^2 = 249,79; p < 0,001$	
Rối loạn stress sau sang chấn (PTSD)	Không có	162	48,6
	Theo dõi PTSD	76	22,8
	Chẩn đoán PTSD	24	7,2
	Có thể để lại hậu quả kéo dài	71	21,3
	p	$X^2 = 119,10; p < 0,001$	

73,6% ĐTNC căng thẳng tâm lí mức độ trung bình. Căng thẳng tâm lí mức nhẹ và mức độ cao đều chiếm 13,2%. Thống kê cho thấy, khác biệt về các mức độ căng thẳng khác nhau trong cộng đồng

những người được cách li có ý nghĩa thống kê ($X^2 = 239,05$; $p < 0,001$).

59,16% ĐTNC đánh giá tiêu cực mức độ trung bình, 26,43% và 14,41% ĐTNC đánh giá tiêu cực mức độ nhẹ và cao. Khác biệt về các mức đánh giá tiêu cực trong cộng đồng những người được cách li có ý nghĩa thống kê ($X^2 = 107,15$; $p < 0,001$).

56,16% ĐTNC đánh giá tích cực trung bình, 24,92% ĐTNC đánh giá tích cực mức độ nhẹ và 18,92% ĐTNC đánh giá tích cực mức độ thấp. Khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ các mức đánh giá tích cực trong cộng đồng người được cách li có ý nghĩa thống kê ($X^2 = 79,86$; $p < 0,001$).

65,17% ĐTNC không có phản ứng quá mức, 18,61% ĐTNC có phản ứng quá mức mức độ nặng; phản ứng quá mức mức độ nhẹ và vừa đều chiếm 8,11%. Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các tỉ lệ phản ứng quá mức trong cộng đồng những người được cách li ($X^2 = 296,32$; $p < 0,001$).

46,5% ĐTNC không có các phản ứng xâm nhập, như rối loạn giấc ngủ, luôn nghĩ về đại dịch COVID-19, cảm giác sợ hãi, ác mộng về hậu quả của đại dịch; 24,9% ĐTNC có phản ứng xâm nhập mức độ nặng. Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các tỉ lệ phản ứng xâm nhập trong cộng đồng những người được cách li ($X^2 = 99,08$; $p < 0,001$).

61,9% ĐTNC không có các phản ứng trốn tránh, 17,7% ĐTNC có phản ứng trốn tránh mức độ nhẹ và 13,8% ĐTNC có phản ứng trốn tránh mức độ nặng. Khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các tỉ lệ phản ứng trốn tránh trong cộng đồng những người được cách li ($X^2 = 249,79$; $p < 0,001$).

48,6% ĐTNC không có rối loạn stress sau sang chấn, 21,3% ĐTNC có rối loạn stress sau sang chấn mức độ nặng và có thể để lại hậu quả lâu dài. Khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ phản ứng stress sau sang chấn của cộng đồng những người được cách li ($X^2 = 119,10$; $p < 0,001$).

4. BÀN LUẬN.

Chúng tôi phân tích diễn biến tâm lí của ĐTNC theo từng giai đoạn (khi mới nghe tin có dịch COVID-19 và khi đại dịch COVID-19 bùng phát), từ đó, đánh giá hậu quả tâm lí của đại dịch COVID-19 lên nhóm ĐTNC.

4.1. Diễn biến tâm lí của ĐTNC giai đoạn mới nghe tin có dịch COVID-19:

Nghiên cứu cho thấy, phản ứng tâm lí trong giai đoạn đầu của dịch (mới nghe tin có dịch) thể hiện tâm lí căng thẳng rõ rệt trên nhóm ĐTNC. Cụ thể, 84,1% ĐTNC có phản ứng lo lắng khi nghe

thông tin có dịch COVID-19 tại Việt Nam. Phản ứng này có thể liên quan đến diễn biến và tính chất của dịch bệnh COVID-19 trên thế giới. Dịch COVID-19 xuất hiện đầu tiên tại Vũ Hán, Trung Quốc và đã lây lan tương đối nhanh ra nhiều tỉnh thành ở Trung Quốc và nhiều quốc gia, vùng lãnh thổ trên thế giới, trong đó có Việt Nam [1, 2]. Các báo cáo cũng cho thấy, đường lây truyền của virus Corona (virus gây ra đại dịch COVID-19) qua đường hô hấp, thông qua các giọt bắn khi người mang virus ho hoặc hắt hơi hoặc khi tiếp xúc giữa người lành và người mang virus [3]. Vì vậy, virus dễ dàng lây từ người sang người khi có sự tiếp xúc như nói chuyện, bắt tay ở trong phạm vi 2 mét mà không có phương tiện phòng hộ. Thậm chí, các báo cáo cho thấy, khi có người nhiễm virus ở trong một khu vực, người này có thể là nguyên nhân lây nhiễm cho người khác ở mức F1, F2, F3 [4]. Quan trọng hơn, hậu quả của nhiễm virus Corona trên người có thể gây viêm phổi và suy hô hấp nặng dẫn đến tử vong, nhất là những người cao tuổi, người có bệnh nền (như ung thư...) [5]. Do đối tượng cách li đều là những người có nguy cơ nhiễm virus Corona cao (đến từ vùng dịch hoặc tiếp xúc với người nhiễm virus Corona). Vì vậy, khi nghe thông tin có dịch COVID-19, họ sẽ lo lắng mình có thể nhiễm virus Corona. Phản ứng này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi (89,8% ĐTNC được hỏi lo lắng về dịch sẽ lan tràn ở Việt Nam và 83,2% ĐTNC lo lắng sẽ có đợt bùng phát dịch trong tương lai). Sở dĩ người được hỏi lo lắng về sự lan tràn của dịch COVID-19 có thể liên quan đến sự bùng phát của dịch COVID-19 ở các nước trên thế giới, cũng như hậu quả về quá tải hệ thống y tế của các nước này khi để dịch bùng phát trong cộng đồng, nhất là các nước phát triển, như Hoa Kỳ, Italy, Pháp, Anh... (những nơi có hệ thống y tế tốt nhất thế giới) [6]. Nhưng khi dịch bùng phát nhanh trong cộng đồng, số lượng người nhiễm SARS-CoV-2 lớn, dẫn tới hệ thống y tế quá tải và số người tử vong cao [7]. Vì vậy, tâm lí lo lắng dịch lan tràn và bùng phát không chỉ phản ánh tâm lí của những người bị cách li, mà có thể cũng phản ánh tâm lí căng thẳng chung của cộng đồng trước tình trạng dịch bệnh diễn biến ngày càng phức tạp ở nhiều nước trên thế giới. Sự lây lan này hoàn toàn có nguy cơ làm làm dịch bùng phát và lan tràn ở Việt Nam. Trong khi hệ thống y tế của đất nước vốn đã biểu hiện quá tải có thể trở nên khó khăn chế dịch khi dịch bùng phát trên diện rộng trong cộng đồng. Kết quả diễn biến tâm lí trong giai đoạn đầu của dịch COVID-19 trong nghiên cứu này tương tự kết quả một số nghiên cứu trước về diễn biến tâm lí

của cộng đồng trước dịch bệnh. Nghiên cứu của Wang C (2020) tiến hành trên 1.210 người thuộc 194 thành phố ở Trung Quốc về các phản ứng tâm lý ngay lập tức và các yếu tố liên quan trong giai đoạn đầu của bệnh COVID-2019. Kết quả cho thấy, 53,8% số người được hỏi đánh giá tác động tâm lý của vụ dịch là vừa hoặc nặng, 16,5% báo cáo các triệu chứng trầm cảm trung bình đến nặng, 28,8% báo cáo các triệu chứng lo âu trung bình đến nặng và 8,1% báo cáo mức độ căng thẳng trung bình đến nghiêm trọng [8].

Nghiên cứu cho thấy, 64,0% ĐTNC có thái độ đồng cảm, chia sẻ với những người nhiễm COVID-19, nhưng một bộ phận không nhỏ có thái độ tức giận đối với người nhiễm COVID-19 (25,5%). Chính thái độ này có thể dẫn đến tâm lý kỳ thị người mắc bệnh COVID-19, làm tăng mức độ căng thẳng cảm xúc, trạng thái lo âu, sợ hãi, thậm chí có thể dẫn đến hành vi tự sát của những người được chẩn đoán.

4.2. Đặc điểm tâm lý của ĐTNC trong đại dịch COVID-19:

Kết quả cho thấy, 100% người được cách li có biểu hiện căng thẳng tâm lý ở các mức độ từ nhẹ đến nặng. Chúng tôi cho rằng, phản ứng này là phù hợp với diễn biến tâm lý của cộng đồng, phù hợp với tính chất diễn biến phức tạp, khó lường của đại dịch COVID-19 trên thế giới. Đặc biệt, một số nước có tỉ lệ người mắc lên đến hàng chục nghìn người và số tử vong cao [9]. Trong khi đó, ở nước ta, số người có nguy cơ lây nhiễm và được cách li lớn [10]. Vì vậy, tâm lý lo lắng của người được cách li tập trung tại các điểm cũng như trong cộng đồng sẽ tăng lên. Tuy nhiên, chủ yếu ĐTNC có căng thẳng tâm lý mức độ trung bình (73,6%). Có thể do tình hình dịch bệnh tại Việt Nam được khống chế, cũng như các chính sách, biện pháp chống dịch của nước ta là chủ động phát hiện sớm, cách li, ngăn chặn kịp thời, điều trị triệt để, không để dịch lây lan rộng ra cộng đồng... (đến 7 giờ 30 phút ngày 6/4/2020, Việt Nam ghi nhận 241 trường hợp mắc COVID-19; 91 bệnh nhân đã điều trị khỏi bệnh, chưa có trường hợp tử vong; 150 người đang được điều trị tại 21 cơ sở y tế, trong đó số ca âm tính từ 1 lần trở lên là 52 ca [10]. Trong số người nhiễm COVID-19, có 40% số ca lây nhiễm từ cộng đồng [11]). Chính sách này cùng với số ca lây nhiễm ít đã giúp tâm lý của cộng đồng yên tâm hơn. Công tác truyền thông và chính sách bảo đảm tốt của Chính phủ tại các khu cách li, cũng như trong cộng đồng đã góp phần làm cho diễn biến tâm lý của cộng đồng theo chiều hướng tích cực hơn. Nhận định này phù hợp

với kết quả về đánh giá tích cực và tiêu cực của nhóm ĐTNC (14,41% ĐTNC có đánh giá tiêu cực mức độ cao; 59,16% ĐTNC có đánh giá tiêu cực mức độ trung bình và 26,43% ĐTNC có đánh giá tiêu cực mức độ nhẹ. Trong khi tỉ lệ đánh giá tích cực mức độ trung bình và mức độ cao chiếm tỉ lệ khá cao: 56,16% và 18,92%). Điều này phản ánh chính sách phòng, chống dịch của Chính phủ có hiệu quả cao đối với cộng đồng.

Kết quả nghiên cứu về phản ứng của ĐTNC phù hợp với diễn biến tâm lý nói trên và hậu quả tâm lý của đại dịch COVID-19 lên đối tượng người được cách li. Đó là, phần lớn những người được cách li tập trung không có phản ứng quá mức (65,17%). Thể hiện chính sách truyền thông về dịch bệnh cũng như chính sách tâm lý tại các điểm cách li tập trung là khá tốt; làm cho đa phần người cách li đều yên tâm, phối hợp tốt trong giai đoạn cách li. Tuy nhiên, tỉ lệ người có phản ứng quá mức mức độ nặng vẫn khá cao (18,61%); phù hợp với các báo cáo của Sijia Li và Samantha K Brooks về diễn biến tâm lý phức tạp ở đối tượng được cách li (tỉ lệ cao người được cách li có phản ứng stress và phản ứng quá mức [12], [13]). Có thể do môi trường và thời gian cách li tập trung dài (14 ngày), trong điều kiện sinh hoạt tương đối hạn chế so với nhu cầu của ĐTNC. 46,5% ĐTNC không có phản ứng xâm nhập, 61,9% ĐTNC không có hành vi trốn tránh để đỡ lo lắng về dịch, 48,6% ĐTNC không có rối loạn stress sau sang chấn. Kết quả này một lần nữa cho thấy, chính sách của Chính phủ ở các điểm cách li tập trung là rất hiệu quả, giảm căng thẳng tâm lý cũng như các hậu quả của các diễn biến tâm lý tiêu cực đối với người được cách li.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 333 người dân được cách li tập trung tại điểm Trường Quân sự Quân khu 3 do ảnh hưởng của đại dịch COVID-19, kết luận:

- 84,1% ĐTNC có cảm giác lo lắng khi nghe thông tin về đại dịch COVID-19; 89,8% ĐTNC cảm thấy lo sợ dịch COVID-19 sẽ lan tràn; 83,2% ĐTNC cảm thấy lo lắng về một đợt bùng phát của dịch COVID-19 trong tương lai.

- Đa số ĐTNC có cảm xúc đồng cảm, chia sẻ với người nhiễm COVID-19 (64,0%); căng thẳng tâm lý, đánh giá tiêu cực và đánh giá tích cực mức độ trung bình (73,6%, 59,16% và 56,16%). Chủ yếu ĐTNC không có phản ứng quá mức, phản ứng xâm nhập, phản ứng trốn tránh và rối loạn stress sau sang chấn (65,17%, 46,5%, 61,9% và 48,6%).

(Xem tiếp trang 6)

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KÌ SĨ QUAN, QUÂN NHÂN CHUYÊN NGHIỆP TẠI SƯ ĐOÀN X., QUÂN KHU 3, TỪ NĂM 2015-2019

BSCKI. VŨ TUẤN ANH,
ThS. ĐẶNG THẾ QUANG - Phòng Quân y Quân khu 3
PGS.TS. HOÀNG HẢI,
ThS. NGUYỄN ĐỨC KIẾN - Học viện Quân y
Phản biện khoa học: (1) TS. TRẦN QUANG TRUNG
(2) PGS.TS. TRẦN VĂN TUẤN

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả kết quả khám sức khỏe định kỳ đối tượng sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp tại Sư đoàn X., Quân khu 3, từ năm 2015-2019. **Kết luận:** Công tác khám sức khỏe định kỳ tại Sư đoàn X. được tổ chức hằng năm bám sát hướng dẫn nghiệp vụ. Từ năm 2015-2019, đơn vị có 97,9% số sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp được khám sức khỏe định kỳ, trong đó 98,9% đạt sức khỏe loại I và loại II. Tỷ lệ đạt sức khỏe loại I và loại II ở sĩ quan, quân nhân chuyên nghiệp cấp thượng tá và đại tá là 100%; ở cấp thiếu tá, trung tá và ở cấp úy là 98,9%. Từ kết quả nghiên cứu này, đề xuất đơn vị tiếp tục đẩy mạnh công tác truyền thông - giáo dục sức khỏe, nâng cao nhận thức bộ đội về tầm quan trọng của việc khám sức khỏe định kỳ; có chế tài xử lý nghiêm túc đối với tổ chức, cá nhân không thực hiện bảo đảm 100% quân số được khám sức khỏe định kỳ theo quy định. Đầu tư nhân lực, trang bị quân y và sự phối hợp của các cơ quan, đơn vị nhằm bảo đảm chất lượng công tác khám sức khỏe định kỳ tại các đơn vị. Đồng thời, sử dụng dữ liệu sức khỏe này để có các biện pháp phù hợp chăm sóc, bảo vệ, nâng cao sức khỏe bộ đội, tăng cường sức mạnh chiến đấu cho đơn vị.

Từ khóa: Khám sức khỏe định kỳ, quản lý sức khỏe quân nhân.

ABSTRACT: The study described the results of periodic health examinations for the officers and professional servicemen in the X Division, Military Region 3, from 2015-2019. **Conclusion:** The work of periodic health examination at the X. Division was held annually following the directions. From 2015-2019, the unit had 97.9% of officers and professional servicemen have given periodic health examination, of which 98.9% had health status of grades I and II. The rate of health status for grades I and II in officers and professional servicemen of high rank (colonel and lieutenant colonel) was 100%; The rank of major, lieutenant colonel, and the lieutenant was 98.9%. From this research result, proposed the unit to continue promoting health communication - education, raising awareness of soldiers about the importance of periodic health examinations; There were serious sanctions against organizations and individuals that fail to ensure 100% of the army's periodic health examinations as prescribed. Invest in human resources, military medical equipment and the coordination of agencies and units to ensure the quality of periodic health examination at the units and use this health data to take appropriate measures for health care, protection, improve the health of officers and professional servicemen, increase the fighting strength for the unit.

Keyword: Health check, officer, professional soldiers.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKI. Vũ Tuấn Anh, Email:

Ngày nhận bài: 28/4/2020; mời phản biện khoa học: 5/2020; chấp nhận đăng: 01/6/2020.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Khám sức khỏe (KSK) định kỳ là biện pháp chủ yếu và tin cậy nhất để đánh giá tình trạng sức khỏe mỗi người. Trong quân đội, KSK định kỳ là một nội dung lớn của công tác quản lý sức khỏe quân nhân và được quy định thực hiện với mọi quân nhân, ít nhất 1 lần mỗi năm. Thông qua KSK định kỳ, bản thân quân nhân, người chỉ huy và quân y đơn vị nắm được tình trạng sức khỏe từng cá nhân, các nguy cơ có thể ảnh hưởng đến sức khỏe bộ đội và có các biện pháp điều trị dự phòng, rèn luyện sức khỏe phù hợp.

Trong quân đội, hằng năm vẫn xảy ra một số trường hợp đột tử, tử vong nhanh hoặc trường hợp biến cố xấu về sức khỏe do bệnh lý, tác động không tốt đến khả năng hoàn thành nhiệm vụ của đơn vị và mỗi cá nhân quân nhân, đặc biệt với đối tượng là sĩ quan (SQ), quân nhân chuyên nghiệp (QNCN). Một trong những nguyên nhân khiến quân nhân không biết mình có bệnh lý tiềm tàng, không nắm rõ tình trạng sức khỏe của mình để điều trị dự phòng thích hợp là do không thực hiện KSK định kỳ đúng quy định. KSK định kỳ đúng quy định giúp người chỉ huy nắm vững tình trạng sức khỏe bộ đội, là căn cứ khoa học để đơn vị tổ chức các biện pháp chăm sóc, điều trị dự phòng phù hợp, bảo vệ, nâng cao sức khỏe quân nhân trong

toàn đơn vị, tăng cường khả năng huấn luyện, lao động, sẵn sàng chiến đấu...

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả KSK định kì đối tượng SQ, QNCN tại Sư đoàn X., Quân khu 3, từ năm 2015-2019; từ đó, đề xuất một số biện pháp nâng cao chất lượng công tác KSK định kì tại đơn vị.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Kết quả KSK định kì tại Sư đoàn X. (Quân khu 3), từ năm 2015-2019 và lực lượng SQ chỉ huy quân sự, hậu cần, quân y Sư đoàn X., từ năm 2014-2019.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu và tiền cứu, trong đó:

+ Hồi cứu (bằng phương pháp phân tích số liệu thứ cấp): thu thập số liệu công tác tổ chức KSK định kì của các đầu mối trong Sư đoàn X. và kết quả KSK định kì hằng năm. Chất liệu nghiên cứu: báo cáo công tác quân y, báo cáo kết quả KSK định kì hằng năm của quân y sư đoàn, quân y các trung đoàn trực thuộc từ năm 2015-2019.

+ Tiến cứu (bằng phương pháp xã hội học): phỏng vấn SQ chỉ huy quân sự, hậu cần sư đoàn, trung đoàn về những thuận lợi, khó khăn và đề xuất trong công tác KSK quân nhân trong đơn vị.

- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 4 đến tháng 5/2020.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

- Công tác quản lí hồ sơ sức khỏe SQ, QNCN:

+ Cấp đại đội: khảo sát tất cả các đại đội bộ binh, thấy một số đơn vị không có danh sách theo dõi sức khỏe SQ, QNCN trong 5 năm (2015-2019).

+ Cấp tiểu đoàn: khảo sát tất cả các tiểu đoàn, trong 5 năm (2015-2019) có 87,5% số đơn vị lập danh sách theo dõi sức khỏe SQ, QNCN dưới dạng sổ; 100% đơn vị lưu giữ hồ sơ quản lí sức khỏe SQ, QNCN toàn tiểu đoàn (gồm sổ sức khỏe và phiếu KSK định kì các năm). Tuy nhiên, số lượng sổ sức khỏe và phiếu KSK định kì của SQ, QNCN chưa đầy đủ, một số giao cho cá nhân tự quản lí; hồ sơ sức khỏe có nhiều nội dung theo dõi chưa thống nhất.

+ Cấp trung đoàn: danh sách theo dõi sức khỏe SQ, QNCN từ thượng úy trở xuống được lồng ghép trong báo cáo kết quả KSK định kì hằng năm. Trong 2 năm (2018-2019) cả 3 trung đoàn đều lập danh sách quân nhân có sức khỏe loại III, IV toàn trung đoàn.

+ Cấp sư đoàn: trong 5 năm (2015-2019),

danh sách theo dõi sức khỏe SQ, QNCN cấp đại úy và SQ chỉ huy cấp tiểu đoàn trở lên được lồng ghép trong báo cáo kết quả KSK định kì hằng năm. Có danh sách theo dõi sức khỏe SQ, QNCN cấp thượng úy trở lên đạt sức khỏe loại III, IV. Trong 2 năm (2018-2019), lập danh sách quân nhân có sức khỏe loại III, IV toàn sư đoàn. Sổ theo dõi sức khỏe cán bộ cao cấp và tương đương đủ nhưng biểu mẫu thống kê chưa thống nhất.

Để thực hiện chặt chẽ theo “Hướng dẫn quản lí và KSK đối với cán bộ” do liên Cục Quân y - Cục Cán bộ ban hành năm 2004, Phòng quân y Quân khu đã có những quy định chi tiết, cụ thể hơn về phân cấp quản lí hồ sơ. Theo đó:

- Quân y cấp đại đội (và tương đương) quản lí và có danh sách theo dõi sức khỏe cán bộ, chiến sĩ toàn đại đội.

- Quân y cấp tiểu đoàn (và tương đương) quản lí và theo dõi sức khỏe cán bộ, chiến sĩ toàn tiểu đoàn qua phiếu sức khỏe hoặc sổ sức khỏe.

- Quân y cấp trung đoàn (và tương đương) quản lí và có danh sách theo dõi sức khỏe của tất cả các quân nhân, công nhân, viên chức quốc phòng toàn trung đoàn, báo cáo lên trên tình hình sức khỏe SQ từ cấp đại úy trở lên, cấp thượng úy (và tương đương) có sức khỏe loại III-IV.

- Quân y cấp sư đoàn quản lí và có danh sách theo dõi sức khỏe SQ từ cấp đại úy (và tương đương) trở lên, SQ giữ chức vụ tiểu đoàn trưởng trở lên; SQ, QNCN cấp thượng úy (và tương đương) trở lên có sức khỏe loại III-IV; báo cáo lên trên tình hình sức khỏe SQ từ cấp thượng tá trở lên, cấp thiếu tá, trung tá (và tương đương) có sức khỏe loại III-IV.

Kết quả nghiên cứu ở các tuyến quân y đại đội, tiểu đoàn và trung đoàn cho thấy quá trình thực hiện nội dung này đang đi vào nề nếp. Cấp sư đoàn, hệ thống công cụ quản lí sức khỏe chủ yếu dựa trên hồ sơ, sổ sách đã đáp ứng được yêu cầu nhiệm vụ nhưng một số biểu mẫu cần hoàn thiện hơn. Thực tiễn nghiên cứu cũng cho thấy việc bảo quản hồ sơ, sổ sức khỏe SQ, QNCN còn nhiều khó khăn, do hầu hết các đơn vị hạn chế về nơi cất giữ hồ sơ. Tại một số đơn vị cấp tiểu đoàn, việc cất giữ hồ sơ, giấy tờ còn chưa khoa học nên gặp nhiều khó khăn khi tìm kiếm, tra cứu thông tin về sức khỏe SQ, QNCN.

- Công tác tổ chức KSK định kì:

Bảng 1. Tổ chức khám sức khỏe định kỳ cho SQ, QNCN.

Đơn vị	Số lần KSK/năm	Khám bổ sung	Nội dung KSK định kỳ
Trung đoàn thứ 1	1	Có	- Khám lâm sàng: mọi SQ, QNCN.
Trung đoàn thứ 2	1	Có	- Khám cận lâm sàng (X quang, siêu âm, điện tim, xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu): SQ, QNCN. - Xét nghiệm miễn dịch: SQ cấp thượng tá và đại tá. - Khám chuyên khoa phụ sản: SQ, QNCN nữ.
Trung đoàn thứ 3	1	Có	
Sư đoàn bộ và đơn vị trực thuộc	1	Có	
Toàn sư đoàn	1	Có	

Thực hiện quy định của Cục Quân y và hướng dẫn của Phòng Quân y Quân khu, hằng năm, sư đoàn đều tổ chức KSK định kỳ cho quân nhân nói chung và cho SQ, QNCN nói riêng. Đơn vị tổ chức 1 đợt khám chính và 1 đợt khám bổ sung (không bao gồm KSK khi cần thiết cho các đối tượng nghiệp vụ đặc thù như nấu ăn, vận động viên...); thời gian khám mỗi đợt 2-3 ngày. Riêng SQ cao cấp được khám tập trung thành 2 đợt, tại bệnh viện quân khu.

Nội dung KSK định kỳ cho SQ, QNCN gồm: khám lâm sàng, khám cận lâm sàng (siêu âm ổ bụng, chụp X quang tim, phổi và xét nghiệm huyết học, sinh hóa máu). Riêng SQ cao cấp được thực hiện xét nghiệm thêm một số chỉ số miễn dịch (các marker chẩn đoán sớm ung thư); SQ, QNCN nữ được khám lâm sàng, cận lâm sàng về sản phụ khoa.

KSK định kỳ thường được tiến hành vào cuối quý I, đầu quý II hằng năm. Đối với 3 trung đoàn, tổ chức KSK tại bệnh xá trung đoàn; khối sư đoàn bộ và các tiểu đoàn trực thuộc sư đoàn, KSK tại bệnh xá sư đoàn. Trong KSK định kỳ, chủ yếu sử dụng lực lượng, phương tiện của sư đoàn và được bệnh viện quân y quân khu tăng cường thêm xét nghiệm sinh hóa, miễn dịch. Để nâng cao chất lượng KSK định kỳ hằng năm, quân y đơn vị đã chuẩn bị tốt về lực lượng, phương tiện kỹ thuật; có hướng dẫn nghiệp vụ của cơ quan quân y cấp trên; có kế hoạch chi tiết được phê duyệt và có sự hiệp đồng chặt chẽ với cơ quan, đơn vị liên quan.

- Tỷ lệ tham gia KSK định kỳ:

Bảng 2. Tỷ lệ SQ, QNCN tham gia KSK định kỳ.

Đối tượng	Năm					Trung bình 5 năm
	2015	2016	2017	2018	2019	
Cấp thượng tá, đại tá	100%	100%	100%	100%	100%	100,0%
Cấp thiếu tá, trung tá và cấp úy	99,4%	99,7%	95,7%	99,6%	94,7%	97,8%
Toàn sư đoàn	99,4%	99,7%	95,8%	99,6%	94,8%	97,9%

Tỷ lệ SQ, QNCN tham gia KSK định kỳ luôn duy trì mức cao, trung bình 5 năm đạt 97,9%; thấp hơn tỷ lệ chung toàn quân theo báo cáo của Cục Quân y (năm 2019 đạt 98,4%). Riêng đối tượng SQ cao cấp có tỷ lệ tham gia KSK định kỳ hằng năm và cả 5 năm đều đạt 100% (cao hơn báo cáo của Cục Quân y, năm 2019 đạt 99,2%). Tuy nhiên, tỷ lệ SQ, QNCN tham gia KSK định kỳ có xu hướng biến động trong 3 năm 2017-2019, thấp nhất là năm 2019 chỉ đạt 94,8%. Điều này một phần do có tỷ lệ nhất định quân nhân đi công tác, đi điều trị, đi an dưỡng, nghỉ phép vào các thời điểm đơn vị tổ chức KSK định kỳ (đặc biệt số cán bộ đi công tác trùng thời điểm KSK định kỳ năm 2017 và 2019).

Để bảo đảm tỷ lệ 100% quân nhân tham gia KSK định kỳ, Cục Quân y đã có hướng dẫn các đơn vị tổ chức đợt khám bổ sung. Các quân nhân đi công tác, đi điều trị, đi an dưỡng, nghỉ phép... chưa được KSK định kỳ đợt chính sẽ được KSK vào đợt khám bổ sung phù hợp với tình hình nhiệm vụ của đơn vị. Tuy nhiên, các đối tượng chưa KSK định kỳ theo đợt thường rải rác tại các đơn vị; sau khi khám "vét" trong năm, đơn vị thống kê, báo cáo còn chưa kịp thời. Đây có thể là một lỗ hổng nghiệp vụ cần rút kinh nghiệm kịp thời, nhất là tại các đơn vị có tỷ lệ quân nhân KSK định kỳ đợt 1 thấp.

Một nguyên nhân tác động đến tỷ lệ KSK chưa đầy đủ có thể kể đến là sự chủ quan, xem nhẹ việc KSK định kỳ ở một số quân nhân. Vì vậy, bên cạnh việc truyền thông, nâng cao nhận thức bộ đội về tầm quan trọng của KSK định kỳ, các đơn vị cần có những chế tài kiên quyết để mọi quân nhân thực hiện đúng các quy định của quân đội về công tác quản lý sức khỏe, trong đó có yêu cầu KSK định kỳ hằng năm.

- Kết quả phân loại sức khỏe trong KSK định kỳ:

Bảng 3. Kết quả phân loại sức khỏe của SQ, QNCN trong 5 năm (2015-2019).

Phân loại sức khỏe	Năm					Trung bình 5 năm
	2015	2016	2017	2018	2019	
Loại I	41,6%	40,1%	38,0%	71,4%	71,4%	52,5%
Loại II	57,5%	59,5%	62,0%	27,5%	25,6%	46,4%
Loại III	0,4%	0	0	1,1%	2,8%	0,9%
Loại IV	0,5%	0,4%	0	0	0,2%	0,2%
Tổng số	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Trong 5 năm, tuyệt đại đa số SQ, QNCN Sư đoàn X. có sức khỏe loại I và loại II (chiếm 98,9%), tương đương với các sư đoàn chủ lực khác và ở mức cao hơn so với tỉ lệ chung toàn quân theo báo cáo của Cục Quân y (92,0%).

Tỉ lệ sức khỏe loại I có xu hướng tăng cao rõ rệt trong các năm 2018-2019, có thể do xu hướng trẻ hóa cán bộ của đơn vị. Ngoài ra, ý thức tự chăm sóc sức khỏe của quân nhân cũng ngày càng tăng cao, sự quan tâm của chỉ huy đơn vị trong bảo đảm điều kiện cơ sở vật chất, trang thiết bị rèn luyện thể lực bộ đội cũng là những yếu tố tăng cường sức khỏe không kém phần quan trọng.

- Kết quả phân loại sức khỏe theo từng đối tượng trong KSK định kì:

Bảng 4. Kết quả phân loại sức khỏe SQ, QNCN theo quân hàm.

Đối tượng	Phân loại sức khỏe	Năm					Trung bình 5 năm
		2015	2016	2017	2018	2019	
Cấp thượng tá, đại tá	Loại I	30,0%	33,3%	36,8%	60,0%	65,4%	47,2%
	Loại II	70,0%	66,7%	73,2%	40,0%	44,6%	52,8%
	Loại III, IV	0	0	0	0	0	0
	Tổng số	100%	100%	100%	100%	100%	100%
Cấp úy và thiếu tá, trung tá	Loại I	41,8%	40,2%	38,1%	71,7%	71,5%	52,6%
	Loại II	57,5%	59,4%	61,9%	27,2%	25,3%	46,3%
	Loại III	0,4%	0	0	1,1%	2,9%	0,9%
	Loại IV	0,5%	0,4%	0	0	0,2%	0,2%
	Tổng số	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Phân tích từng đối tượng theo quân hàm, thấy tỉ lệ SQ, QNCN cấp thượng, đại tá có sức khỏe loại I, II trong 5 năm là 100%, tương đương một sư đoàn thuộc Quân khu 2 (100%) và cao hơn báo cáo của Cục Quân y các năm 2017, 2018, 2019 (99,3%). Tỉ lệ sức khỏe loại I-II của SQ, QNCN cấp thiếu tá, trung tá và cấp úy không khác biệt nhiều so với sư đoàn thuộc Quân khu 2 nêu trên và tỉ lệ chung trong toàn quân.

Sức khỏe của SQ, QNCN cấp thiếu tá, trung

tá và cấp úy ở loại III là 0,9% và loại IV là 0,2%. SQ, QNCN cấp thiếu tá, trung tá thường gặp các bệnh mạn tính như: viêm loét dạ dày, tá tràng, rối loạn chuyển hóa (goute, tăng lipid máu), rối loạn chức năng gan...; cấp úy thường gặp các bệnh chủ yếu liên quan đến căng thẳng tâm lí, cường độ huấn luyện, luyện tập cao.

Các SQ, QNCN có vấn đề sức khỏe sau KSK định kì, y sinh ở các phòng khám trực tiếp tư vấn chế độ ăn uống, luyện tập, nghỉ ngơi để tăng cường sức khỏe, dự phòng bệnh tật và các biến chứng của bệnh có thể xảy ra. Ngoài ra, hướng dẫn theo dõi tình trạng sức khỏe, yêu cầu đi khám và điều trị ở tuyến quân y phù hợp nếu cần.

- Kết quả phỏng vấn chuyên sâu: SQ chỉ huy quân sự, hậu cần và quân y các cấp đều cho rằng công tác KSK định kì tại sư đoàn đã được thực hiện tốt do có sự quan tâm đúng mức của thủ trưởng các cấp và sự chỉ đạo nghiệp vụ của quân y cấp trên. Tuy nhiên, có một số kiến nghị liên quan đến công tác KSK định kì là:

+ Chủ nhiệm quân y sư đoàn cần giám sát chặt chẽ hơn các điểm KSK, bảo đảm người kết luận tình trạng sức khỏe phải là bác sĩ có kinh nghiệm, đã được tập huấn chuyên môn.

+ Sau các đợt KSK định kì, quân y đơn vị cần phối hợp với cơ quan cán bộ, quân lực bổ sung thông tin về sức khỏe quân nhân vào hồ sơ nhân sự theo phân cấp.

+ Đầu tư ứng dụng công nghệ thông tin trong quản lí thông tin, cơ sở dữ liệu về sức khỏe quân nhân nói chung, SQ và QNCN nói riêng; bảo đảm thuận lợi cho công tác lưu trữ dữ liệu và khai thác, sao lưu, trích xuất thông tin khi cần.

+ Tiếp tục đẩy mạnh công tác truyền thông - giáo dục sức khỏe cho quân nhân trong đơn vị, hạn chế tối đa tình trạng khai báo thiếu trung thực về tình trạng sức khỏe; cần có chế tài xử lí nghiêm túc đối với SQ, QNCN không phối hợp tốt với quân y đơn vị trong thực hiện các nhiệm vụ quản lí sức khỏe.

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu kết quả KSK định kì đối tượng SQ, QNCN tại Sư đoàn X., Quân khu 3, từ năm 2015-2019, chúng tôi rút ra kết luận:

(Xem tiếp trang)

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ NT-proBNP HUYẾT TƯƠNG TRÊN 52 BỆNH NHÂN SỐC NHIỄM KHUẨN, ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU, BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

BSCKI. LÊ ĐÌNH NAM - Bệnh viện Quân y 354
PGS.TS. BÙI VĂN MẠNH - Bệnh viện Quân y 103
Phản biện khoa học: (1) TS. NGUYỄN VĂN GIANG
(2) BSCKII. HÀ DUY DƯƠNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang 52 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 8/2019 đến tháng 5/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $73,19 \pm 11,52$ tuổi; tỉ lệ bệnh nhân nam (49,08%) tương đương bệnh nhân nữ (50,92%). Nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình của bệnh nhân là 5.027,91 pg/ml. Nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình ở bệnh nhân không quá 75 tuổi và bệnh nhân nam giới khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với ở bệnh nhân trên 75 tuổi và bệnh nhân nữ giới ($p > 0,05$). Nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình ở bệnh nhân rối loạn chức năng ít nhất 3 tạng và bệnh nhân tử vong tại bệnh viện cao hơn có ý nghĩa thống kê so với ở bệnh nhân rối loạn chức năng dưới 3 tạng và bệnh nhân còn sống ($p < 0,001$).

Từ khóa: Nồng độ NT-proBNP huyết tương, sốc nhiễm khuẩn.

ABSTRACT: A prospective, cross-sectional study of 52 patients with septic shock, treated at the Emergency Recovery Department, 354 Military Hospital, from August 2019 to May 2020. **Result:** The average age of the patient was 73.19 ± 11.52 years; the proportion of male patients (48.08%) is equivalent to that of female patients (51.02%). The median plasma NT-proBNP concentration of the patient was 5.027,91 pg/ml. Average plasma NT-proBNP concentration in patients not older than 75 years and male patients were not significantly different compared to patients older than 75 years and women ($p > 0,05$). The mean plasma NT-proBNP concentration in patients with at least 3 organ dysfunction and patients with hospital deaths was significantly higher than in patients with functional disorders of less than 3 organs and patients with live ($p < 0.001$).

Keywords: NT-proBNP level, septic shock.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKI. Lê Đình Nam, Email: nam33354@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 15/5/2020; mời phản biện khoa học: 6/2020; chấp nhận đăng: 15/6/2020.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

NT-proBNP (N-terminal pro B-type natriuretic peptide) là peptid gồm 76 acid amin, với tiền thân là preproBNP (bao gồm 134 acid amin). PreproBNP tách ra thành proBNP (108 gốc acid amin) và một đoạn peptid tín hiệu (26 gốc acid amin). Khi được giải phóng vào trong máu, proBNP bị thủy phân bởi một enzym protease là furin, tạo thành NT-proBNP và BNP (32 acid amin). Ở người, NT-proBNP và BNP có hàm lượng lớn trong cơ tim thất trái, hàm lượng nhỏ trong mô tim nhĩ và cơ tim thất phải. NT-proBNP có tác dụng giãn mạch, tăng thải natri và lợi tiểu, ức chế hệ renin-angiotensin-aldosterol và hệ thần kinh giao cảm [3]. Tại các đơn nguyên hồi sức tích cực, một trong những nguyên nhân gây tử vong là sốc nhiễm khuẩn [1]. Sốc nhiễm khuẩn gây nên tình trạng rối loạn chức năng tim mạch, đặc biệt là suy tim với những biểu hiện sớm [5]. Có nhiều phương pháp đánh giá chức năng tim trên bệnh nhân (BN) sốc nhiễm khuẩn, như siêu âm, điện tim.... Nhiều nghiên cứu gần đây cũng cho thấy, trên các BN sốc nhiễm khuẩn, nồng độ NT-proBNP huyết tương tăng [7] và có liên quan đến

mức độ nặng cũng như tỉ lệ tử vong của người bệnh [4].

Góp phần làm rõ thêm vấn đề này, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm khảo sát nồng độ NT-proBNP huyết tương trên BN sốc nhiễm khuẩn.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

52 BN chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 8/2019 đến tháng 5/2020.

Loại trừ BN dưới 18 tuổi; BN sốc tim, sốc phản vệ, sốc giảm thể tích tuần hoàn; BN hoặc người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu, mô tả cắt ngang.
- Các bước tiến hành nghiên cứu: khai thác tiền sử, bệnh sử; khám lâm sàng, làm các xét nghiệm; định lượng NT-proBNP huyết tương trên máy Cobas E411 (bằng phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang).
- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung BN nghiên cứu: tuổi, giới tính, vị trí nhiễm khuẩn.

+ Kết quả điều trị: thời gian điều trị, thời gian thoát sốc; tỉ lệ BN thở máy, lọc máu liên tục, sống còn; điểm SOFA (Sepsis-related Organ Failure Assessment), tỉ lệ BN tử vong hoặc nặng xin về.

+ Đánh giá nồng độ NT-proBNP huyết tương theo tuổi, giới tính, số tạng bị rối loạn chức năng, ở nhóm sống và tử vong tại bệnh viện.

- Chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo Hội Hồi sức và Hội Lồng ngực Hoa Kỳ (ACCP/SCCM), năm 2016 [11].

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS. Tính giá trị trung bình và tỉ lệ % với các biến số định tính; tính trung bình và độ lệch chuẩn với các biến liên tục có phân phối chuẩn; kiểm định Mann - Whitney đối với các biến số liên tục không tuân theo luật phân phối chuẩn.

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: BN tham gia nghiên cứu có sự đồng ý của BN và gia đình người bệnh; mọi thông tin về BN đều được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu (n = 52):

- Tuổi đời: BN từ 42-96 tuổi, trung bình 73,19 ± 11,52 tuổi; tỉ lệ BN ≤ 75 tuổi và BN > 75 tuổi đều chiếm 50,0%.

- Giới tính: 27 BN (51,92%) nam giới và 25 BN (49,08%) nữ giới.

- Vị trí nhiễm khuẩn:

+ Đường tiêu hóa (bao gồm cả gan, mật): 19 BN (36,54%).

+ Đường hô hấp: 23 BN (44,23%).

+ Vị trí khác (đường máu, tiết niệu, ổ loét ngoài da): 10 BN (19,23%).

- Số tạng rối loạn chức năng:

+ Từ 3 tạng trở lên: 9 BN (17,31%).

+ Dưới 3 tạng: 43 BN (82,69%).

3.2. Kết quả điều trị (n = 52):

- Thời gian điều trị: từ 1-31 ngày, trung bình 10,56 ± 8,56 ngày; trong đó, thời gian điều trị thoát sốc trung bình 3,35 ± 1,47 ngày.

- Tỉ lệ BN thở máy: 31 BN (59,60%), với thời gian thở máy trung bình là 4,0 ± 3,72 ngày.

- Tỉ lệ cấy máu mọc khuẩn: 21 BN (40,38%).

- Điểm SOFA: trung bình 10,13 ± 2,82 điểm.

- BN lọc máu liên tục: 25 BN (48,10%).

- BN tử vong/nặng xin về: 21 BN (40,38%).

3.3. Nồng độ NT-proBNP huyết tương trên BN nghiên cứu:

- Nồng độ NT-proBNP huyết tương: từ 553,80-24.099,00 pg/ml, trung bình 5.027,91 pg/ml.

- Nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình theo tuổi:

+ BN ≤ 75 tuổi: 5.873,02 ± 767,77 pg/ml.

+ BN > 75 tuổi: 4.182,80 ± 3.601,02 pg/ml.

Không có sự khác biệt về nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình giữa 2 nhóm tuổi, p > 0,05.

- Nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình theo giới tính:

+ BN nam: 4.901,10 ± 4.324,47 pg/ml.

+ BN nữ: 5.145,27 ± 6.375,41 pg/ml.

Không có sự khác biệt về nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình theo giới tính, p > 0,05.

- Nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình theo số tạng bị rối loạn chức năng:

+ Dưới 3 tạng: 2.173,16 ± 2.118,76 pg/ml.

+ Từ 3 tạng trở lên: 5.625,42 ± 5.735,81 pg/ml.

Nồng độ NT-proBNP huyết tương BN rối loạn chức năng từ 3 tạng trở nên cao hơn có ý nghĩa thống kê so với BN rối loạn chức năng dưới 3 tạng, với p < 0,001.

- Nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình ở BN sống và BN tử vong hoặc nặng, xin về:

+ BN còn sống: 4.681,40 ± 4.659,55 pg/ml.

+ BN tử vong hoặc nặng xin về: 5.539,43 ± 6.503,19 pg/ml.

Nồng độ NT-proBNP huyết tương ở BN tử vong tại bệnh viện hoặc nặng xin về cao hơn có ý nghĩa thống kê so với BN còn sống, p < 0,001.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu:

- Tuổi trung bình của BN là 73,19 ± 11,52 tuổi, 48,08% BN là nam giới; tương đương với nghiên cứu của River E.P và cộng sự trên 263 BN nhiễm khuẩn nặng và sốc nhiễm khuẩn (tuổi trung bình của BN là 64,4 tuổi, nam giới chiếm 50,4%) [8].

- 36,54% BN sốc nhiễm khuẩn do nhiễm khuẩn đường tiêu hóa, 44,23% BN do nhiễm khuẩn đường hô hấp. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Bùi Thị Hương Giang (2016) vị trí nhiễm khuẩn thường gặp nhất là đường hô hấp (37,2%) và đường tiêu hóa (29,5%) [2].

4.2. Kết quả điều trị (n = 52):

59,6% BN suy hô hấp phải thở máy; 40,38% BN tử vong tại viện hoặc nặng xin về; thời gian thở máy trung bình là 4,0 ± 3,72 ngày, 48,10% BN can thiệp siêu lọc máu, 40,40% BN cấy máu

mọc khuẩn. Thời gian thoát sốc trung bình $3,35 \pm 1,47$ ngày. Kết quả này khác so với nghiên cứu của River E.P và cộng sự (thời gian thở máy trung bình $9,0 \pm 13,1$ ngày, 30,5% BN tử vong tại bệnh viện) [8]. Nghiên cứu của Bùi Thị Hương Giang (2016) thấy tỉ lệ BN sống là 39% (30 BN), BN tử vong tại bệnh viện là 42% (33 BN) và BN ngừng điều trị là 19% (15 BN) [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm SOFA trung bình là $10,13 \pm 2,82$ điểm; phù hợp với tác giả Bùi Thị Hương Giang ($13,5 \pm 3,0$ điểm SOFA) [2].

4.3. Nồng độ NT-proBNP huyết tương BN nghiên cứu:

Nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình là $5.027,91$ pg/ml. Nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình ở BN ≤ 75 tuổi và BN nam khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với BN > 75 tuổi và BN nữ, với $p > 0,05$. Nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình ở BN rối loạn chức năng ≥ 3 tạng ($5.625,42 \pm 5.735,81$ pg/ml) và BN tử vong tại bệnh viện hoặc nặng xin về ($5.539,43 \pm 6.503,19$ pg/ml) cao hơn so với BN rối loạn chức năng dưới 3 tạng ($2.173,16 \pm 2.118,76$ pg/ml) và BN còn sống ($4.681,40 \pm 4.659,55$ pg/ml), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Varpula M (2007): nồng độ NT-proBNP huyết tương lúc nhập viện ở BN tử vong (7.908 pg/ml) cao hơn có ý nghĩa so với BN còn sống (3.479 pg/ml), khác biệt với $p = 0,002$ [9]; nghiên cứu của Zhao (2011): nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình lúc nhập viện ở BN tử vong (20.860 pg/ml) cao hơn có ý nghĩa so với BN còn sống (10.020 pg/ml), $p < 0,01$, nồng độ NT-proBNP huyết tương thời điểm 72 giờ ở BN tử vong (1.968 pg/ml) cao hơn so với BN còn sống (9.240 pg/ml), khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$ [10].

Theo Kotanidou và cộng sự (2009), nồng độ NT-proBNP huyết tương tăng ở BN nhiễm khuẩn huyết sẽ làm tăng mức độ nặng của bệnh và có tương quan thuận với các cytokin viêm khác. Nồng độ NT-proBNP huyết tương ở nhóm BN tử vong và nặng xin về cao hơn so với BN còn sống, do đó, NT-proBNP huyết tương là tiêu chuẩn để chẩn đoán suy tim. Nồng độ NT-proBNP là yếu tố tiên đoán độc lập mức độ nặng của bệnh [6].

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 52 BN sốc nhiễm khuẩn, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 8/2019 đến tháng 5/2020, kết luận:

- Tuổi trung bình của BN là $73,19 \pm 11,52$; tỉ lệ BN nam (48,08%) tương đương BN nữ (51,92%).

- Nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình của BN là $5.027,91$ pg/ml. Nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình ở BN ≤ 75 tuổi và BN nam khác biệt không có ý nghĩa thống kê so với BN $>$

75 tuổi và BN nữ ($p > 0,05$). Nồng độ NT-proBNP huyết tương trung bình ở BN rối loạn chức năng ≥ 3 tạng ($5.625,42 \pm 5.735,81$ pg/ml) và BN tử vong hoặc nặng xin về ($5.539,43 \pm 6.503,19$ pg/ml) cao hơn so với BN rối loạn chức năng dưới 3 tạng ($2.173,16 \pm 2.118,76$ pg/ml) và BN còn sống ($4.681,40 \pm 4.659,55$ pg/ml), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Vũ Văn Đình (2003), *Sốc nhiễm khuẩn*, Hồi sức cấp cứu toàn tập, tr. 202-209.
2. Bùi Thị Hương Giang (2016), *Nghiên cứu một số thông số huyết động và chức năng tâm thu thất trái ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Morrow A.D (2006), *Cardiovascular Biomarkers Pathophysiology and Disease Management*, Humana Pres Inc, 21, 310.
4. Chen W, Zhao Lei, Liu P et al (2013), *The predictive value of plasma N-terminal pro-B-type natriuretic peptide levels in the evaluation of prognosis and the severity of patients with septic shock induced myocardial suppression*, Zhonghua wei zhong bing ji jiu yi xue, 25 (1): 40-44.
5. Court O, Kumar A, Parrillo Joseph E et al (2002), "Clinical review: Myocardial depression in sepsis and septic shock", *Critical Care*, 6 (6): 500-508.
6. Kotanidou A, Karsaliakos P, Tzanela M et al (2009), *Prognostic importance of increased plasma amino-terminal pro-brain natriuretic peptide levels in a large noncardiac, general intensive care unit population*, Shock, 31 (4): 342-347.
7. Pirracchio R, Deye N, Lukaszewicz AC et al (2008), "Impaired plasma B-type natriuretic peptide clearance in human septic shock", *Crit Care Med*, 36 (9): 2542-2546.
8. Rivers E, Nguyen B, Havstad S et al (2001), "Early goal-directed therapy in the treatment of severe sepsis and septic shock", *New England Journal of Medicine*, 345 (19): 1368-1377.
9. Varpula M, Pulkki K, Karlsson S et al (2007), "Predictive value of N-terminal pro-brain natriuretic peptide in severe sepsis and septic shock", *Crit Care Med*, 35 (5): 1277-1283.
10. Zhao H.Y, Liu F, Lu J et al (2011), *The prognostic value of N-terminal pro-B-type natriuretic peptide in patients with severe sepsis and septic shock*, Zhongguo Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue, 23 (8): 467-470.
11. Singer M, Deutschman C.S, Seymour C.W et al (2016), "The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3)", *JAMA*, 315 (8): 801-810. □

GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG SUY THẤT PHẢI CẤP SAU PHẪU THUẬT TIM HỖ

ThS. NGUYỄN QUANG HUY - Bệnh viện Quân y 103
Thẩm định khoa học: (1) TS. NGUYỄN VĂN GIANG
(2) TS. TÔ VŨ KHƯƠNG

TÓM TẮT: Suy thất phải cấp là một biến chứng nặng nề, ít gặp sau phẫu thuật tim hở. Tiên lượng, phát hiện sớm các dấu hiệu và chẩn đoán kịp thời suy thất phải cấp giúp đưa ra phác đồ điều trị đúng và cho kết quả tốt. Chúng tôi giới thiệu một ca lâm sàng điều trị tại Bệnh viện Quân y 103, năm 2019. Trên bệnh nhân có đủ các yếu tố chẩn đoán suy thất phải cấp sau phẫu thuật tim hở: chỉ số cung lượng tim thấp ($1,5 \text{ l/phút/m}^2$), huyết áp tâm thu thấp (70 mmHg , đo huyết áp động mạch), huyết áp trung bình $< 60 \text{ mmHg}$, giảm tưới máu mô (da lạnh, biểu hiện co mạch ngoại vi do giảm tưới máu), lactat máu tăng cao ($6,1 \text{ mmol/l}$), độ lệch trục của vòng van ba lá tâm thu 17 mm . Bệnh nhân được điều trị thông khí nhân tạo, dùng thuốc vận mạch duy trì huyết động, đặt bóng đối xung nội động mạch chủ, lọc máu liên tục, cân bằng dịch vào ra, điều chỉnh toan, kiềm. Bệnh ổn định sau 21 ngày điều trị tích cực.

Từ khóa: Suy thất phải, phẫu thuật tim hở.

ABSTRACT: Acute right ventricular failure (ARVF) is a serious, rare complication after opening heart surgery. If physician can prognosticate, detect early signs and diagnose ARVF, they will give right treat and have good results. We introduce a case report in 103 military hospital. That patient had diagnosed ARVF after on-pump heart surgery: low cardiac output index (1.5 l/m^2), low systolic blood pressure (70 mmHg), mean artery pressure below 60 mmHg , hypoperfusion tissue (cool skin, constricted peripheral vascula), increase lactat level (6.1 mmol/l), tricuspid annular plane systolic excursion (17 mm). Therapeutic method: Mechanical ventilation, maintain hemodynamic by vasoconstricted drugs, intra aortic ballon pump, continuous renal replacement therapy, fluid balance, correct acid - base. That patient was stable after intensive care 21 days.

Keywords: Acute right ventricular failure, on-pump heart surgery.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Nguyễn Quang Huy, Email: nguyenquanghuy910@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/3/2020 ; mời phản biện khoa học: 4/2020; chấp nhận đăng: 15/6/2020.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Sau phẫu thuật tim hở, suy thất phải cấp là một trong các nguyên nhân làm tăng tỉ lệ tàn phế và tử vong. Theo nghiên cứu của Ali (2018), tỉ lệ suy thất phải cấp tăng 2-3% trên bệnh nhân (BN) sau phẫu thuật ghép tim; gấp ở 20-30% BN đặt thiết bị hỗ trợ thất trái và ở 0,04-0,1% BN sau phẫu thuật thay van tim [1]. Nghiên cứu của Pinzani thấy rằng, sau phẫu thuật thay hoặc sửa van hai lá và/hoặc van động mạch chủ, suy thất phải là một trong những nguyên nhân dẫn tới tử vong (28% BN sống sau phẫu thuật 75 tháng) [2]. Suy thất phải sau phẫu thuật tim thường do thiếu máu, tổn thương tái tưới máu hoặc đè ép tim trong phẫu thuật, làm ảnh hưởng đến chức năng thất phải. Phần lớn BN suy thất phải cấp tự hồi phục và không ảnh hưởng đến kết quả điều trị, nhưng một số trường hợp (đặc biệt các BN có yếu tố nguy cơ mắc bệnh tim mạch, như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, thừa cân, béo phì...) có những ảnh hưởng đến huyết động và tiên lượng xấu, tỉ lệ tử vong lên đến 70-75%.

Trong phẫu thuật tim hở, có một số yếu tố dự đoán suy thất phải, như bảo vệ cơ tim chưa tối

ưu trong quá trình phẫu thuật, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể kéo dài, thiếu máu hoặc nhồi máu cơ tim thất phải, loạn nhịp nhĩ, tổn thương phổi do tái tưới máu, các bệnh lý phổi và mạch máu phổi có trước phẫu thuật [1]. Để điều trị suy thất phải cấp hiệu quả, cần phải phối hợp tốt các biện pháp và tùy diễn biến trên người bệnh, như sử dụng thuốc giãn mạch phổi, thuốc vận mạch, hỗ trợ cơ học, lọc máu liên tục, thông khí nhân tạo, hay oxy hóa máu ngoài cơ thể (ECMO) [3].

Chúng tôi giới thiệu ca lâm sàng suy thất phải cấp sau phẫu thuật tim hở, theo dõi và điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 để đồng nghiệp tham khảo.

2. GIỚI THIỆU CA LÂM SÀNG.

BN Nguyễn Thị Minh P., nữ giới, 53 tuổi, có tiền sử mắc bệnh thalasemia 10 năm.

BN vào Bệnh viện Quân y 103 ngày 23/4/2019, với lí do mệt mỏi, nhịp tim chậm 50 chu kì/phút.

Bệnh sử: BN được phát hiện hẹp, hở van hai lá, rung nhĩ, suy tim độ III 3 năm nay; khám, điều trị thường xuyên theo hướng dẫn của bác sĩ. Trước khi vào viện, BN thấy mệt mỏi nhiều, tự kiểm tra

thấy nhịp tim chậm. Khám thực thể: BN tỉnh, tiếp xúc tốt, niêm mạc hồng, không xuất huyết dưới da, phù nhẹ hai chi dưới, phù mềm, ấn lõm; thân nhiệt 37°C, trọng lượng 43 kg, mạch 50 lần/phút, huyết áp 100/60 mmHg; tự thở, rì rào phế nang rõ, không ral. Siêu âm tim: hẹp nặng van hai lá (diện tích mở van 1,3 cm², dính hai mép van); hở van hai lá mức độ 2/4, các lá van dày, xơ; Gradient qua van hai lá 20/14 mmHg; hở van động mạch chủ 2/4, vòng van dày vừa; hở van ba lá 3/4; áp lực động mạch phổi 60 mmHg; độ lệch trục của vòng van ba lá tâm thu 17 mm; phân suất tổng máu thất trái 40%; đường kính thất trái cuối tâm trương 56 mm, đường kính thất trái cuối tâm thu 45 mm; đường kính thất phải cuối tâm trương 40 mm, đường kính thất phải cuối tâm thu 30 mm. Điện tim: rung nhĩ đáp ứng thất, tần số 50 chu kì/phút. BN vào Khoa Nội tim mạch điều trị với chẩn đoán: hẹp khí, hở vừa van hai lá, hở vừa van ba lá, hở vừa van động mạch chủ, tăng áp động mạch phổi, suy tim độ III. BN được chuyển khoa phẫu thuật tim mạch điều trị phẫu thuật thay van hai lá, thay van động mạch chủ, sửa van ba lá.

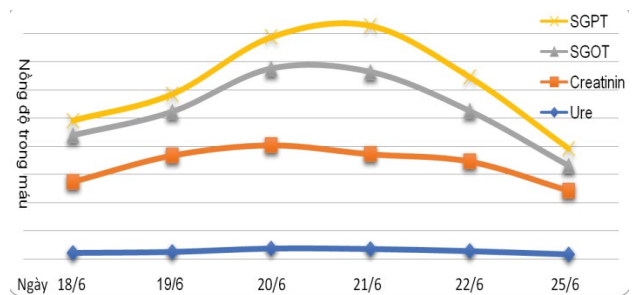
Ngày 18/06/2019, BN được phẫu thuật thay van hai lá, van động mạch chủ sinh học, sửa van ba lá. Quá trình phẫu thuật có thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể sử dụng dung dịch liệt tim máu nóng xuôi dòng 150 phút. Sau phẫu thuật (16 giờ 00 phút), BN điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực, sử dụng thuốc: Dobutamin 7 µg/kg/phút, Adrenalin 0,18 µg/kg/phút, Milrinone 0,75 µg/kg/phút.

02 giờ ngày 19/6/2019, BN diễn biến xấu dần. Khám thấy BN tiếp xúc chậm, da lạnh, mạch 160 lần/phút, huyết áp 70/40 mmHg; SpO₂ 100% (thở máy qua ống nội khí quản); áp lực tĩnh mạch trung tâm 10 mmHg; nước tiểu 30 ml/giờ. Siêu âm tim: phân suất tổng máu thất trái 35%; độ lệch trục của vòng van ba lá tâm thu 7 mm; cung lượng tim 1,5 l/phút/m²; lactat máu động mạch 6,1 mmol/l, Troponin T 0,6 mmol/l; CK-MB 28 ng/ml. Chẩn đoán: suy thất phải cấp sau phẫu thuật thay van hai lá, van động mạch chủ sinh học, sửa van ba lá giờ thứ 10. Điều trị: đặt bóng đối xung nội động mạch chủ; sử dụng thuốc vận mạch với liều Noradrenalin 0,1 µg/kg/phút (nâng huyết áp, chống đông bằng heparin, duy trì thời gian đông máu hoạt hóa (Activated coagulation time - ACT) 60-80 giây, chống loạn nhịp, bù điện giải, điều chỉnh cân bằng toan, kiểm tra khí máu động mạch, cân bằng lượng dịch vào, dịch ra.

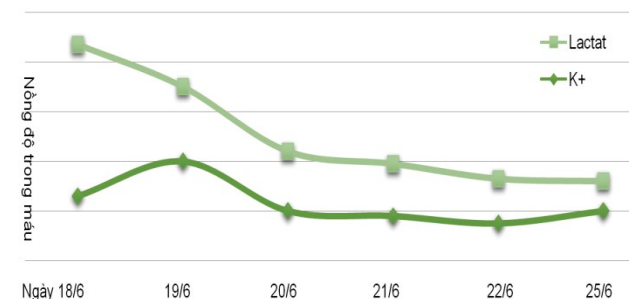
17 giờ ngày 19/6/2019, khám BN: huyết áp 80/50 mmHg, mạch 150 lần/phút, thiếu niệu (nước tiểu 20 ml/giờ), ure và creatinin tăng (Ure: 12,5 U/l; Creatinin: 171 U/l), men gan tăng (SPOT: 136 U/l, SGPT: 56 U/l), rối loạn thăng bằng toan kiềm. BN được điều trị lọc máu liên tục, rút nước, cân bằng dịch vào - ra, cân bằng điện giải.

Diễn biến bệnh cải thiện theo thời gian điều trị (chức năng các tạng dần hồi phục - hình 1, 2). BN được giảm dần liều các thuốc vận mạch, rút dần các thiết bị xâm lấn (ngày 22/6/2019 giảm dần và ngưng Noradrenalin, rút ống nội khí quản; ngày 25/6/2019 rút lọc máu liên tục, giảm dần và ngưng Dobutamin; ngày 26/6/2019 giảm dần và ngưng Adrenalin; ngày 07/7/2019 giảm dần và ngưng Milrinone, cai và rút bóng đối xung).

Ngày 10/7/2018, BN diễn biến ổn định, tỉnh, tiếp xúc được, da, niêm mạc bình thường, tự thở thỏa đáng, nghe phổi rõ, đều, không có ral, tần số tim 70 chu kì/phút, huyết áp 110/70 mmHg. Siêu âm tim: vận động thành tim tốt, phân suất tổng máu thất trái 40%, độ lệch trục của vòng van ba lá tâm thu 16 mm.



Hình 1. Biến đổi SGOT, SGPT, ure, creatinin theo thời gian.



Hình 2. Biến đổi K⁺, lactat theo thời gian.

3. BÀN LUẬN.

3.1. Yếu tố nguy cơ suy thất phải:

- Trước phẫu thuật: BN có các yếu tố nguy cơ suy thất phải là suy tim độ III; siêu âm có giãn các buồng tim, phân suất tổng máu thất trái 40%, độ lệch trục của vòng van ba lá tâm thu 17 mm. Đây là các yếu tố nguy cơ rất lớn để tiên lượng diễn biến bệnh có thể xấu đi sau phẫu thuật. Theo nghiên cứu của Bootsma, phân suất tổng máu thất trái < 50% là yếu tố nguy cơ độc lập giúp tiên lượng tỉ lệ suy thất phải và tử vong sau phẫu thuật [8]. Arrigo theo dõi các nguyên nhân gây suy thất phải, thấy nếu áp lực động mạch phổi tâm thu > 40 mmHg thì thất phải mất bù và gây suy

thất phải cấp; nếu áp lực động mạch phổi tâm thu 60 mmHg, đồng thời thất phải giãn thì sau phẫu thuật, nguy cơ suy thất phải tăng cao, việc điều trị gặp nhiều khó khăn [3].

- Trong phẫu thuật: BN có các yếu tố nguy cơ suy thất phải là thay van hai lá và van động mạch phổi, sửa 1 van ba lá; thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể sử dụng dung dịch liệt tim máu nóng xuôi dòng 150 phút. Theo một số nghiên cứu, thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể càng dài thì tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật càng cao, đặc biệt là các biến chứng trên tim mạch (thời gian dài làm giải phóng nhiều yếu tố viêm gây viêm nội tâm mạc, làm nặng thêm các tổn thương thiếu máu và tái tưới máu cơ tim). Theo Estrada, nếu BN thay cả van hai lá, van động mạch phổi, sau phẫu thuật có suy thất phải thì tỉ lệ tử vong cao (chỉ 28% BN sống sót sau 75 tháng); thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể trên 150 phút có quan hệ với biến chứng suy thất phải sau phẫu thuật [4].

- Sau phẫu thuật: BN có các yếu tố nguy cơ suy thất phải là rối loạn chức năng thất phải, nhịp nhanh trên thất, chạy tuần hoàn ngoài cơ thể trên 150 phút, ghép tim và đặt dụng cụ hỗ trợ thất trái. Đối với trường hợp phẫu thuật đặt dụng cụ hỗ trợ thất trái, tỉ lệ suy thất phải sau phẫu thuật dao động khoảng 11% [4]. Ochiai cho rằng, những BN sau phẫu thuật đặt thiết bị hỗ trợ thất trái thường xảy ra suy thất phải và cần thiết phải dùng thuốc vận mạch. Tác giả nhấn mạnh, các yếu tố lâm sàng như sốt, phù phổi, truyền máu trong quá trình phẫu thuật có giá trị tiên lượng suy thất phải tốt hơn các thông số đánh giá chức năng thất phải trước khi đặt hỗ trợ thất trái [5].

3.2. Cơ chế bệnh sinh suy thất phải:

- Sinh lý bệnh suy thất phải: thất phải có thành mỏng hơn so với thất trái, do đó, sức căng thành lớn hơn và đẩy máu vào hệ thống động mạch với áp lực thấp, sức cản thấp. Bất cứ bất thường của tiền gánh, hậu gánh hoặc co bóp cơ tim đều sẽ dẫn tới suy thất phải, như tăng tiền gánh sẽ mở rộng thành tự do, thay đổi hình dạng thất phải, đẩy vách liên thất, ảnh hưởng đến thể tích co bóp và làm giảm sức căng thất trái; tăng trở kháng của van động mạch phổi, sức cản mạch phổi, chức năng tim trái sẽ làm tăng hậu gánh thất phải. Tăng hậu gánh mạn tính thì thất phải có thể bù trừ được, nhưng khi tăng cấp tính thì không thể bù trừ được; tăng đột ngột sức cản mạch phổi dẫn đến giãn nhanh thất phải, tăng công cơ tim và giảm chức năng co bóp của tim... Suy thất phải làm giảm cung lượng tim, giảm tưới máu vành và làm giảm nặng hơn chức năng thất phải [4], [6].

- Cơ chế suy thất phải sau phẫu thuật tim hở rất phức tạp, do nhiều yếu tố khác nhau gây lên, như tuần hoàn ngoài cơ thể trong thời gian dài; tăng áp

lực phổi nguyên phát; sự tương tác giữa các tâm thất; co thất mạch phổi và tăng cấp tính sức cản mạch phổi sau rút tuần hoàn ngoài cơ thể (có thể do tổn thương nội mạc hoặc thiếu máu hoặc cơ chế tái tưới máu dẫn đến thiếu máu vào các nhánh động mạch); mất cân bằng giữa các chất giãn mạch và co mạch (giảm nitric oxide, prostacyclin và tăng thromboxane A₂, các tế bào nội mạc); một vài yếu tố đặc biệt gây tăng áp phổi dẫn đến sự thay đổi huyết động của thất phải, như dùng Heparin, Protamin, tắc các động mạch phổi nhỏ, thiếu máu thất phải, toan chuyển hóa, tăng CO₂, hạ thân nhiệt, bảo vệ cơ tim kém, thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể lâu, tắc nghẽn mạch ghép, mất đồng bộ nhĩ thất [4], [7].

3.3. Chẩn đoán suy thất phải:

Chẩn đoán xác định suy thất phải dựa vào các triệu chứng sau [4]:

- Triệu chứng lâm sàng: khó cai tuần hoàn ngoài cơ thể hoặc hội chứng cung lượng tim thấp sau phẫu thuật mà không giải thích được do chức năng thất trái hoặc giảm khối lượng tuần hoàn.

- Triệu chứng huyết động: áp lực động mạch phổi tâm trương (PAD) > 18 mmHg hoặc PAD/áp lực động mạch phổi bóp > 1, chỉ số cung lượng tim ≤ 2 l/phút/m² và huyết áp động mạch trung bình < 60 mmHg.

- Siêu âm tim: giãn thất phải (> 2/3 đường kính thất trái trên cùng mặt phẳng cắt ngang); phân suất co cơ < 25% hoặc giảm 20% so với đánh giá trước tuần hoàn ngoài cơ thể, độ lệch trục của vòng van ba lá tâm thu < 16 mm, vận tốc tâm thu vòng van 3 lá trên siêu âm < 10 cm/s.

Như vậy, BN có đầy đủ 3 tiêu chuẩn chẩn đoán suy thất phải [9]: chỉ số cung lượng tim thấp (1,5 l/phút/m²), huyết áp thì tâm thu thấp (70 mmHg, đo huyết áp động mạch), huyết áp trung bình < 60 mmHg, giảm tưới máu mô (da lạnh, biểu hiện của co mạch ngoại vi do giảm tưới máu), lactat máu tăng cao (6,1 mmol/l), độ lệch trục của vòng van ba lá tâm thu 7 mm.

3.4. Điều trị suy thất phải:

- Bảo đảm thông khí và oxy đầy đủ là yếu tố cần thiết giúp hồi phục chức năng thất phải. BN được thở máy qua ống nội khí quản, điều chỉnh thông số trên máy thở bằng kết quả khí máu động mạch. Theo nghiên cứu của Itagaki, thông khí với áp lực dương sẽ làm tăng áp lực trong lồng ngực, tăng áp lực nhĩ phải từ đó làm giảm áp lực đổ đầy thất phải và giảm thể tích tổng máu thất phải. Thất phải giãn liên tục sẽ làm giảm phân suất tổng máu đồng thời vách liên thất sẽ tác động sang thất trái làm giảm trương lực thành thất trái, giảm thể tích tổng máu từ đó giảm CO. Tác giả khuyến cáo nên duy trì PEEP 5-10 cmH₂O [6].

- Điều trị thiếu máu hoặc co thắt mạch vành: giai đoạn đầu của bệnh thường đáp ứng tốt với nitroglycerin (huyết áp cho phép) [3].

- Tối ưu hóa tiền gánh: kiểm soát lượng dịch vào (tránh quá tải dịch), dịch ra (không để thiếu dịch làm giảm thể tích tổng máu). Trên BN này, chúng tôi kiểm soát lượng dịch truyền dựa vào áp lực tĩnh mạch trung tâm (duy trì 8-12 mmHg), áp lực nhĩ trái (12-14 mmHg), các chỉ số này được đo liên tục bằng 1 catheter 5F đặt từ tĩnh mạch cảnh trong vào thất phải, qua vách liên nhĩ vào nhĩ trái; kiểm soát lượng dịch ra, điều chỉnh cân bằng điện giải và toan, kiểm bằng lọc máu liên tục (do BN không đáp ứng với thuốc lợi tiểu liều cao) [10]. Sau lọc máu, thấy SGOT, SGPT, ure, creatinin có xu hướng tăng ngày thứ 1, 2 sau phẫu thuật, sau đó giảm dần; K⁺, lactat (6,1 mmol/l) máu tăng cao trong ngày thứ 1, sau đó giảm dần về ổn định. Giảm hậu gánh (giảm gánh nặng cho thất trái): sử dụng sức cản mạch hệ thống (SVR) để điều chỉnh hậu gánh. Nếu SVR cao thì dùng thuốc giãn mạch (Nitroprusside, Nitroglycerin); SVR thấp thì dùng các thuốc co mạch nhằm duy trì áp lực tưới máu tạng (Noradrenalin, Vasopressin). Do huyết áp của BN giảm (80/50 mmHg), dẫn tới cung lượng tim thấp, BN được chỉ định sử dụng Noradrenalin, truyền máu để hemoglobin > 80 g/dl và hematocrit > 26%, truyền plasma để duy trì áp lực keo [11].

- Duy trì nhịp tim thích hợp (90-100 chu kì/phút) và điều chỉnh các rối loạn nhịp: duy trì nhịp xoang nhằm bảo đảm đồng bộ nhĩ thất và thể tích nhát bóp, giúp việc hỗ trợ cơ học hiệu quả hơn. Trong trường hợp cần thiết, có thể dùng máy tạo nhịp tạm thời để dẫn nhịp. Nếu vẫn loạn nhịp hoặc nhịp nhanh, có thể dùng sốc điện [3].

Cải thiện co bóp cơ tim: sử dụng thuốc vận mạch (Dobutamin và Adrenalin) để tăng cường co bóp cơ tim ngay trong quá trình phẫu thuật, nhưng huyết động chưa được cải thiện. BN được chỉ định dùng Milrinone (ức chế phosphor-diesterase, có tác dụng tăng co bóp cơ tim, giảm áp lực động mạch phổi, giảm sức cản hệ thống, đặc biệt tác dụng tốt trong điều trị suy thất phải [6]), nhưng không cải thiện được huyết động. Sau đó, bổ sung điều trị hỗ trợ cơ học bằng bóng đối xung nội động mạch chủ (có tác dụng tăng cung lượng tim, tăng tưới máu vành, giảm tiền tải [6]) và Noradrenalin đường tĩnh mạch. Estrada phẫu thuật cho 1 BN nam, 72 tuổi, chẩn đoán hở van hai lá nặng, hở van ba lá vừa, tăng áp phổi nặng. Trong quá trình gây mê, BN bị tăng áp phổi nặng, huyết áp thấp nên chỉ thay được van hai lá. Sau khi chuyển về hồi sức, huyết áp thấp, thất phải giãn, suy chức năng, tăng áp phổi, BN được đặt bóng đối xung động mạch chủ, dùng thuốc hạ áp động mạch phổi, tăng cường co bóp cơ tim. Bệnh diễn biến tốt dần, chuyển khoa sau 15 ngày [4].

4. KẾT LUẬN.

Suy thất phải cấp là một biến chứng nặng và ít gặp sau phẫu thuật tim hở (0,04-0,1%), tuy nhiên, tỉ lệ tử vong rất cao (70-75%). Do vậy, cần xác định những yếu tố nguy cơ trước và trong phẫu thuật để tiền lượng cũng như dự trù các phương tiện cấp cứu. Đồng thời, cần nắm chắc những dấu hiệu sớm cũng như tiêu chuẩn chẩn đoán của suy thất phải cấp để kịp thời phát hiện, điều trị đúng phương pháp, giúp BN hồi phục tốt nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Ali F.S.A.A (2018), "Acute right ventricular failure post-cardiotomy: RVAD as a bridge to a successful recovery", *Oxford University Press*, 6: p. 1-7.
2. Pinzani A, Pinzani V, Ninet J, Milon H, Delahaye J.P (1993), "Pre- and postoperative right cardiac insufficiency in patients with mitral or mitral-aortic valve diseases", *Arch Mal Coeur Vaiss*, 86 (1): p. 27-34.
3. Huber, M.A.F.R.L.C (2019), *Right Ventricular Failure: Pathophysiology, Diagnosis And Treatment cfrjournal*, 5 (3): p. 140-6.
4. Estrada V.H et al (2016), "Postoperative Right Ventricular Failure in Cardiac Surgery", *Cardiol Res*, 7 (6): p. 185-195.
5. Ochiai Y.M.P, Smedira N.G, Banbury M.K, Navia J.L, Feng J, Hsu A.P (2002), "Predictors of severe right ventricular failure after implantable left ventricular assist device insertion: analysis of 245 patients", *Circulation*, 106 (12): p. 198-202.
6. Itagaki S, Hosseinian L and Varghese R (2012), "Right ventricular failure after cardiac surgery: management strategies", *Semin Thorac Cardiovasc Surg*, 24 (3): p. 188-94.
7. Kapur N.K (2017), "Mechanical Circulatory Support Devices for acute right ventricular failure", *American Heart Association Journals*, 136: p. 314-326.
8. Bootsma I.T et al (2017), "Right Ventricular Function After Cardiac Surgery Is a Strong Independent Predictor for Long-Term Mortality", *J Cardiothorac Vasc Anesth*, 31 (5): p. 1656-1662.
9. Lomivorotov V.V et al (2017), "Low-Cardiac-Output Syndrome After Cardiac Surgery", *J Cardiothorac Vasc Anesth*, 31(1): p. 291-308.
10. Goldsmith S.R (2016), "A new approach to treatment of acute heart failure", *J Cardiol*, 67 (5): p. 395-8.
11. Bojar M.R (2011), *Cardiovascular management, in Manual of perioperative care in adult cardiac surgery*, Wiley-Blackwell: USA. p. 444-457. □

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM HẠCH VẾT TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TRIỆT CĂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG PHẢI BẰNG KỸ THUẬT CME

BSCKI. TRẦN MẠNH HÀ - Bệnh viện Quân y 87
PGS.TS. NGUYỄN ANH TUẤN - Bệnh viện TƯQĐ108
ThS. LƯƠNG NGỌC CƯỜNG
Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên
Phản biện khoa học: (1) GS.TS. LÊ TRUNG HẢI
(2) PGS.TS. NGUYỄN VĂN XUYỀN

TÓM TẮT: Nghiên cứu 45 bệnh nhân ung thư đại tràng phải giai đoạn I đến giai đoạn III, điều trị triệt căn bằng phẫu thuật nội soi theo kỹ thuật CME, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 5/2018 đến 3/2020. **Kết luận:** Bệnh nhân từ 39-86 tuổi; 75,6% là nam giới, 24,4% là nữ giới. 53,3% khối u lớn trên 3/4 chu vi đại tràng, 28,9% khối u chiếm từ trên 1/2 đến 3/4 chu vi đại tràng, 15,6% khối u chiếm từ trên 1/4 đến 1/2 chu vi đại tràng và 2,2% khối u chiếm dưới 1/4 chu vi đại tràng. Mức độ xâm lấn pT2 là 11,1%, pT3 là 40,0% và pT4 là 48,9%. U biểu mô tuyến chiếm 82,2%, các u khác chiếm 17,8%. Số hạch vét được trong phẫu thuật từ 6-44 hạch, trung bình $17,38 \pm 10,71$ hạch. Tỷ lệ bệnh nhân vét được ít nhất 12 hạch là 62,2%; tỷ lệ bệnh nhân có di căn hạch là 31,1% và có di căn hạch nhảy chặng là 2,2%. Phân bố số lượng hạch vét được trong phẫu thuật khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm bệnh nhân có $LNR < 0,2$ và $LNR \geq 0,2$ (với $p < 0,05$) và khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các vị trí khối u cũng như giữa u biểu mô tuyến với nhóm u còn lại ($p > 0,05$).

Từ khóa: Ung thư đại tràng, nội soi, CME.

ABSTRACT: Study on 45 patients who underwent laparoscopic complete mesocolic excision (CME) with stage I-III rightsided colon cancer at Military Central Hospital 108, from May 2018 to March 2020. **Conclusion:** The age from 39 to 86, men 75.6% and women 24.4%. The size distribution of the tumor was 53.3% larger 3/4 colon perimeter; 28.9% between 1/2-3/4 colon perimeter; 15.6% between 1/4-1/2 colon perimeter and 2.2% smaller 1/4 colon perimeter. pT2, pT3 and pT4 was 11.1%, 40.0%, 48.9% respectively. Adenocarcinoma 82.2% and the others 17.8%. The LNs harvested from 6-44, mean 17.38 ± 10.71 . The proportion of the patients harvested at least 12 LNs were 62.2%, the patients had metastases LNs were 31.1% and the patients had skipped metastases LNs was 2.2%. There was a significant difference about the numbers of the LNs between two groups: $LNR < 0.2$ and $LNR \geq 0.2$ ($p < 0.05$) but there were no differences between tumors as well as tumor's positions ($p > 0.05$).

Keywords: Hemicolon cancer, laparoscopic, CME.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKI. Trần Mạnh Hà, Email: bacsiha87@gmail.com

Ngày nhận bài: 19/4/2020 ; mời phản biện khoa học: 5/2020; chấp nhận đăng: 20/5/2020.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Ung thư đại tràng (UTĐT) là một trong những bệnh ung thư thường gặp. Bệnh có biểu hiện lâm sàng kín đáo nên tại những quốc gia chưa áp dụng rộng rãi các biện pháp sàng lọc phát hiện sớm UTĐT, bệnh nhân (BN) phát hiện UTĐT thường đã ở giai đoạn muộn.

Với UTĐT giai đoạn sớm, điều trị phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất [1]. Lúc này, phẫu thuật điều trị UTĐT phải bảo đảm nguyên tắc cắt rộng khối u và vét hạch vùng rộng rãi. Trên thế giới, còn nhiều quan điểm khác nhau về mức độ tối đa của vét hạch vùng rộng rãi; song đều thống nhất quan điểm lấy được số hạch liên quan càng nhiều càng có lợi cho người bệnh [2].

Năm 2009, Hohenberger đề xuất kỹ thuật cắt toàn bộ mạc treo đại tràng (Complete mesocolic excision - CME) trong phẫu thuật điều trị UTĐT [1]. Điểm cốt lõi của kỹ thuật CME là cắt bỏ hoàn toàn một khối gồm toàn bộ mạc treo đại tràng cùng phần đại tràng mang khối u, kết hợp cắt bỏ mạch nuôi tận gốc và vét hạch triệt để [2]. Các báo cáo về CME trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải đã cho thấy kỹ thuật này lấy được số hạch nhiều hơn, góp phần mang lại kết quả khả quan hơn về mặt ung thư học so với các kỹ thuật cắt đại tràng trước đó [1], [3], [4].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá một số đặc điểm hạch vét được trong phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn UTĐT phải, giai đoạn I đến giai đoạn III bằng kỹ thuật CME.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

45 BN chẩn đoán xác định UTĐT phải, giai đoạn I đến giai đoạn III, có chỉ định và được phẫu thuật nội soi điều trị triệt căn bằng kỹ thuật CME, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 5/2018 đến 3/2020.

Loại trừ các BN UTĐT phải tái phát hoặc thứ phát, BN mổ cấp cứu, BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu và tiến cứu.
- Các chỉ tiêu nghiên cứu:
 - + Đặc điểm chung của BN: tuổi, giới tính.
 - + Đặc điểm khối UTĐT: vị trí, kích thước, mức độ xâm lấn, mô bệnh học.
 - + Đặc điểm hạch vét được (số lượng, di căn hạch) và mối liên quan với một số đặc điểm BN, đặc điểm khối u.

- Chẩn đoán xác định UTĐT phải giai đoạn I-II-III và xác định hạch di căn bằng mô bệnh học.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0; kiểm định Mann - Whitney U và Kruskal Wallis sử dụng với giá trị $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu khoa học Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, mọi số liệu nghiên cứu được bảo mật và chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của BN:

- Giới tính: 34 BN (75,6%) nam giới và 11 BN (24,4%) nữ giới.

- Tuổi đời: BN phân bố từ 39-86 tuổi, trung bình $63,6 \pm 12,3$ tuổi; trong đó:

- + Dưới 41 tuổi: 3 BN (6,7%).
- + Từ 41-50 tuổi: 5 BN (11,1%).
- + Từ 51-60 tuổi: 8 BN (17,8%).
- + Từ 61-70 tuổi: 12 BN (26,7%).
- + Trên 70 tuổi: 17 BN (37,8%).

3.2. Đặc điểm khối UTĐT phải:

- Số lượng: 100% BN có duy nhất 1 khối UTĐT được phát hiện trước và trong phẫu thuật.

- Vị trí khối UTĐT:

- + Manh tràng: 6 BN (13,3%).
- + Đại tràng lên: 16 BN (35,6%).
- + Đại tràng góc gan: 21 BN (46,7%).
- + 1/3 phải đại tràng ngang: 2 BN (4,4%).

- Kích thước khối UTĐT:

- + Không quá 1/4 chu vi đại tràng: 1 BN (2,2%).

- + Từ 1/4 đến 1/2 chu vi đại tràng: 7 BN (15,6%).
- + Từ trên 1/2 đến 3/4 chu vi đại tràng: 13 BN (28,9%).

- + Lớn hơn 3/4 chu vi đại tràng: 24 BN (53,3%).

- Mức độ xâm lấn UTĐT:

- + pT2: 5 BN (11,1%).
- + pT3: 18 BN (40,0%).
- + pT4: 22 BN (48,9%).

- Mô bệnh học khối UTĐT:

- + Ung thư biểu mô tuyến: 37 BN (82,2%).
- + Ung thư biểu mô nhầy: 6 BN (13,3%).
- + U Sarcom: 1 BN (2,2%).
- + U Lympho: 1 BN (2,2%).

- Kết quả giai đoạn bệnh sau mổ:

- + Giai đoạn I: 5 BN (11,1%).
- + Giai đoạn II: 27 BN (60,0%).
- + Giai đoạn III: 13 BN (28,9%).

3.3. Đặc điểm hạch vét trong phẫu thuật:

- Số lượng hạch: số hạch vét trong phẫu thuật ở mỗi BN từ 6-44 hạch, trung bình $17,38 \pm 10,71$ hạch. 17 BN (37,8%) vét được từ 6-11 hạch và 28 BN (62,2%) vét được từ 12-44 hạch.

Bảng 1. Số lượng hạch vét theo vị trí UTĐT.

Vị trí khối UTĐT	Số hạch vét		p
	Tổng số	Trung bình/BN	
Manh tràng	160	$26,67 \pm 15,53$	0,382
Đại tràng lên	280	$17,50 \pm 9,59$	
ĐT góc gan	284	$14,20 \pm 7,77$	
1/3 phải ĐT ngang	58	$19,33 \pm 17,03$	

Sự khác biệt về số lượng hạch vét giữa các vị trí UTĐT không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

- Di căn hạch:

- + Không di căn hạch: 31 BN (68,9%).

+ Có di căn hạch: 14 BN (31,1%). Trong các BN có di căn hạch, số hạch phát hiện di căn phân bố từ 1-7 hạch, trung bình 2 hạch.

+ Di căn hạch nhảy chặng (hạch nhóm 1 không di căn, hạch nhóm 2 có di căn): 1 BN (2,2%).

Bảng 2. Phân bố hạch di căn theo vị trí UTĐT.

Vị trí khối UTĐT	Số hạch di căn		p
	Tổng số	Trung bình/BN	
Manh tràng	9	5	0,295
Đại tràng lên	8	3	
Đại tràng góc gan	26	6	
1/3 phải ĐT ngang	1	1	

Số lượng hạch di căn vét được không khác biệt giữa các vị trí UTĐT ($p > 0,05$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa mức độ xâm lấn và di căn hạch.

Mức độ xâm lấn	Có di căn hạch	
	Số BN	Tỉ lệ
pT2 (n = 5)	0	0
pT3 (n = 18)	4	22,2%
pT4 (n = 22)	10	45,5%
p	< 0,05	

Mức độ xâm lấn của khối UTĐT càng sâu thì tỉ lệ BN di căn hạch càng cao ($p < 0,05$).

- Tỉ suất di căn hạch (Lymph node ratio - LNR): LNR ở nhóm 14 BN có di căn hạch từ 0,05-0,67, LNR trung bình 0,13.

Bảng 4. Phân bố số hạch vét theo LNR.

Giá trị LNR	Số hạch		p
	Min-Max	Trung bình	
LNR < 0,2 (n = 40)	6-44	14	0,046
LNR ≥ 0,2 (n = 5)	6-12	10	

Số hạch vét giữa hai nhóm LNR < 0,2 và LNR ≥ 0,2 khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 5. Phân bố số hạch vét theo đặc điểm mô bệnh học khối UTĐT.

Mô bệnh học khối UTĐT	Số hạch		p
	Min-Max	Trung bình	
U biểu mô tuyến (n = 37)	6-44	13	0,787
U khác (n = 8)	10-41	12	

Số lượng hạch vét giữa nhóm u biểu mô tuyến với nhóm u còn lại không có sự khác biệt ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN.

Với UTĐT nói chung, số lượng hạch vét trong phẫu thuật là một trong những tiêu chí quan trọng đánh giá chất lượng cuộc mổ. Đây vừa là căn cứ để đánh giá đúng giai đoạn bệnh (từ đó, có chiến lược theo dõi, tiên lượng và điều trị phù hợp), vừa là mục tiêu hướng tới triệt căn tế bào ung thư trong điều trị. Paggio [5] nghiên cứu 5.508 BN UTĐT, thấy số hạch vét được có liên quan mật thiết tới nguy cơ tử vong do ung thư ($p < 0,001$).

Một trong những ưu điểm của kĩ thuật CME được nhiều tác giả thừa nhận là có thể vét được số lượng hạch nhiều hơn so với phương pháp phẫu thuật khác. Qua đó, góp phần cải thiện rõ rệt các chỉ số ung thư sau mổ của BN [1], [2], [4]. Trong nghiên cứu này, tổng số hạch vét được trên 45 BN là 782 hạch, trung bình $17,38 \pm 10,71$ hạch (riêng ở nhóm BN tiến cứu trung bình là $24,18 \pm 11,52$ hạch), cao hơn so với một số nghiên cứu về phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải theo phương

pháp “không CME”, như Nguyễn Phú Tuấn ($10,63 \pm 6,50$ hạch [6]), Nguyễn Anh Tuấn ($12,5 \pm 5,1$ hạch [7]).

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy sự khác biệt về số hạch và số hạch di căn giữa các vị trí UTĐT là không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$. Tuy nhiên, số hạch vét được giữa hai nhóm LNR < 0,2 và LNR ≥ 0,2 khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Schiffmann [8] chỉ ra rằng, những BN có LNR < 0,2 thì thời gian sống thêm sau mổ và thời gian sống thêm không bệnh cao hơn so với những BN có LNR ≥ 0,2 ($p = 0,008$); ngoài ra, nhóm BN có LNR < 0,2 thường vét được số hạch nhiều hơn, nên có thể nói tiên lượng BN càng tốt nếu vét được càng nhiều hạch.

Nhiều tác giả đề xuất số lượng hạch tối thiểu cần đánh giá trong phẫu thuật điều trị UTĐT là 12 hạch, bởi các nghiên cứu đã chỉ ra những trường hợp số lượng hạch lympho đánh giá ít hơn 12 hạch thì có nguy cơ âm tính giả trong phát hiện di căn hạch [6]. Việc đánh giá tối thiểu 12 hạch bảo đảm phân chia đúng giai đoạn, tiên lượng và có phương pháp điều trị phù hợp. Nghiên cứu của chúng tôi có 28/45 BN (62,2%) lấy bỏ được ít nhất 12 hạch. Kết quả này cao hơn so với Lê Huy Hòa (31,1% [9]), Nguyễn Phú Tuấn (34,5% [6]).

So sánh số lượng hạch vét trên BN trong nghiên cứu của chúng tôi với một số tác giả nghiên cứu về CME (bảng sau), thấy kết quả này là chấp nhận được trong điều kiện chúng tôi kiểm đếm hạch từ bệnh phẩm bằng phương pháp thủ công, không sử dụng hóa chất.

Tác giả	Số BN	Số hạch
Ting Li (2018) [1]	40	$16,6 \pm 3,2$
Shin (2014) [2]	168	25,5 (3-76)
Daxing Xie (2017) [3]	36	20 (14,8-27)
Sheng (2017) [10]	78	$19,2 \pm 2,8$
Chúng tôi	45	$17,38 \pm 10,71$

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 45 BN UTĐT phải giai đoạn I-II-III, phẫu thuật nội soi theo kĩ thuật CME, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 5/2018 đến 3/2020, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- BN từ 39-86 tuổi, 75,6% nam giới và 24,4% nữ giới. 53,3% khối u lớn trên 3/4 chu vi đại tràng, 28,9% khối u chiếm từ trên 1/2 đến 3/4 chu vi đại tràng, 15,6% khối u chiếm từ trên 1/4 đến 1/2 chu vi đại tràng và 2,2% khối u chiếm dưới 1/4 chu vi đại tràng. Mức độ xâm lấn pT2 là 11,1%, pT3 là 40,0% và pT4 là 48,9%. U biểu mô tuyến chiếm 82,2%, các u khác chiếm 17,8%.

- Số hạch vét được trong phẫu thuật từ 6-44 hạch, trung bình $17,38 \pm 10,71$ hạch. Tỉ lệ BN

vết được ít nhất 12 hạch là 62,2%; tỉ lệ BN có di căn hạch là 31,1% và có di căn hạch nhẩy chằng là 2,2%. Phân bố số lượng hạch vết được trong phẫu thuật khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm BN có LNR < 0,2 và $\geq 0,2$ ($p < 0,05$), khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa các vị trí khối UTĐT cũng như giữa u biểu mô tuyến với nhóm u còn lại ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Ting Li X.L.M, Wei Chen (2018), "Safety and Short-term Efficacy of a Laparoscopic Complete Mesocolic Excision for the Surgical Treatment of Right Hemicolonic Cancer", *Clinical Surgery Research Communications*, 2018. 02: p. 29-33.
2. Shin, et al. (2014), "Complete mesocolic excision with D3 lymph node dissection in laparoscopic colectomy for stages II and III colon cancer: long-term oncologic outcomes in 168 patients", *Techniques in Coloproctology*, 2014. 18: p. 09.
3. Xie D, et al. (2017), "An optimal approach for laparoscopic D3 lymphadenectomy plus complete mesocolic excision (D3+ CME) for right-sided colon cancer", *J Annals of surgical oncology*, 2017. 24(5): p. 1312-1313.
4. Gao Z, et al. (2019), "Efficacy and safety of complete mesocolic excision in patients with colon cancer: Three-year results from a prospective, nonrandomized, double-blind, controlled trial", *J Annals of surgery*, 2019.
5. Del Paggio J, et al. (2017), "Population-based study to re-evaluate optimal lymph node yield in colonic cancer", *J British Journal of surgery*, 2017, 104(8), p. 1087-1096.
6. Tuấn N.P (2017), *Nghiên cứu đặc điểm và mối liên quan di căn hạch với một số yếu tố tiên lượng ung thư đại tràng phải được phẫu thuật triệt căn*, Học viện Quân y: Luận văn thạc sĩ.
7. Tuấn N.A, Hoài N.T, Dư N.V (2017), "Kết quả phẫu thuật nội soi cắt nửa đại tràng phải tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", *Tạp chí Y-Dược lâm sàng 108*, 2017. 12(9).
8. Schifmann L, et al. (2013), "Is the lymph node ratio superior to the Union for International Cancer Control (UICC) TNM system in prognosis of colon cancer?", *J World journal of surgical oncology*, 2013. 11(1): p. 79.
9. Hòa L.H (2015), *Nghiên cứu tình trạng hạch mạc treo trong ung thư đại tràng bằng phẫu thuật nội soi kết hợp với kỹ thuật làm sạch mô mỡ*, Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh: Luận án tiến sĩ.
10. Sheng Q.S, et al. (2017), "Complete mesocolic excision in right hemicolectomy: comparison between hand-assisted laparoscopic

and open approaches", *Annals of surgical treatment research*, 2017. 92(2): p. 90-96.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ KHÁM SỨC KHỎE ĐỊNH KÌ SĨ QUAN...

(Tiếp theo trang 27)

Công tác khám sức khỏe định kì tại Sư đoàn X. được tổ chức hằng năm bám sát hướng dẫn nghiệp vụ chuyên môn. Từ năm 2015-2019, đơn vị có 97,9% số SQ, QNCN được KSK định kì, trong đó 98,9% đạt sức khỏe loại I và loại II. Tỉ lệ đạt sức khỏe loại I và loại II ở SQ, QNCN cấp thượng tá và đại tá là 100%; cấp thiếu tá, trung tá và cấp úy là 98,9%.

Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi có một số kiến nghị như sau:

- Tiếp tục đẩy mạnh công tác truyền thông - giáo dục sức khỏe, nâng cao nhận thức bộ đội về tầm quan trọng của việc KSK định kì; có chế tài xử lí nghiêm túc đối với tổ chức, cá nhân không thực hiện bảo đảm 100% quân số được KSK định kì đúng quy định.

- Đầu tư nhân lực, trang bị quân y và tăng cường sự phối hợp của các cơ quan, đơn vị nhằm bảo đảm chất lượng công tác KSK định kì tại các đơn vị. Đồng thời, sử dụng dữ liệu sức khỏe này để có các biện pháp phù hợp chăm sóc, bảo vệ, nâng cao sức khỏe SQ, QNCN, tăng cường sức mạnh chiến đấu cho đơn vị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Liên Cục Quân y-Cán bộ (2004), *Hướng dẫn quản lí và khám sức khỏe đối với cán bộ*.
2. Cục Quân y (2019), *Báo cáo kết quả thực hiện công tác điều trị dự phòng giai đoạn 2014-2019; phương hướng giai đoạn 2020-2025*.
3. Cục Quân y (2018), *Báo cáo tổng kết công tác quân y năm 2017, phương hướng nhiệm vụ năm 2018*.
4. Cục Quân y (2019), *Báo cáo tổng kết công tác quân y năm 2018, phương hướng nhiệm vụ năm 2019*.
5. Tổng cục Hậu cần (2006), *Tổ chức và chỉ huy quân y tập 1*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân, Hà Nội.
6. Cục Hậu cần Quân khu 1 (2019), *Báo cáo công tác Quân y 5 năm (2015-2019)*.
7. Phòng Hậu cần Sư đoàn bộ binh 316 (2018), *Báo cáo công tác Quân y năm 2018*. □

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ 57 BỆNH NHÂN BƯỚU GIÁP THÔNG TRUNG THẤT LÀNH TÍNH

TS. NGUYỄN HOÀNG BÌNH, BS. LÊ MINH TÂN

Bệnh viện Quân y 175

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. MAI VĂN VIỆN

(2) TS. CÙ XUÂN THANH

TÓM TẮT: Nghiên cứu đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật bướu giáp thông trung thất lành tính, tại Bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2019. **Kết luận:** Bệnh nhân trung bình $58,5 \pm 9,7$ tuổi; tỉ lệ bệnh nhân nữ/nam $\approx 5,9/1$; thời gian tiến triển bệnh trung bình $12,1 \pm 8,1$ năm. Triệu chứng lâm sàng: đa số bướu giáp thông trung thất lành tính có triệu chứng bướu giáp ở cổ (94,5%), khó thở (38,2%), đau ngực (20,0%). Cận lâm sàng: đa số bệnh nhân siêu âm là bướu giáp đa nhân (90,9%); hình ảnh X quang khối mờ trung thất rõ (91,2%); chụp cắt lớp vi tính có vị trí bướu giáp thông trung thất trước (54,4%), bờ bướu rõ (92,7%), độ I (49,1%), chèn ép khí quản, thực quản, tĩnh mạch chủ trên (78,2%), kích thước bướu trung bình $10,4 \pm 2,6$ cm, phần bướu thông trung thất trung bình $5,7 \pm 2,2$ cm. Kết quả phẫu thuật: thời gian phẫu thuật trung bình 76,8 phút, thời gian nằm viện trung bình $5,2 \pm 0,73$ ngày. Kết quả phẫu thuật sớm: 87,3% có kết quả tốt, 7,3% có kết quả trung bình, 5,4% có kết quả xấu. Tai biến, biến chứng sau phẫu thuật: tụ dịch, chảy máu vết mổ và hạ canxi máu (đều chiếm 1,8%), khàn tiếng và suy hô hấp (đều chiếm 3,6%).

Từ khóa: Bướu giáp thông trung thất.

ABSTRACT: The descriptive and retrospective study evaluated clinical, paraclinical characteristics, surgical result of patients diagnosed benign retrosternal goiter in ChoRay Hospital from Jan 2015 to Dec 2018. **Conclusion:** The median age 58.5 ± 9.7 , rate of female/male $\approx 5.9/1$. The average time of progressive disease 12.1 ± 8.1 years. Clinical symptoms: most of patients presented a palpable mass in the neck (94.5%), chest pain (20.0%). Paraclinical study: most of thyroid echography are multinodule thyroid goiter. Chest X-ray: 91.2% is mediastinal opacity mass. CT Scans: 54.4% is anterior mediastinal retrosternal goiter; 92.7% mass of clear margin; 49.1% retrosternal goiter with grade 1; 78.2% mass compressed the trachea, the esophagus, superior vena cava. The mean diameter of tumor and substernal part 10.4 ± 2.6 cm, 5.7 ± 2.2 cm, respectively. Operative result: the average time of operation 76.8 minute, the average time of postoperative hospital stay 5.2 ± 0.73 days. Early surgical result: 87.3% good, 7.3% median, 5.4% poor outcome. Post-operative complication: seroma, bleeding needed reoperation, hypocalcemia (1.8%, respectively), hoarseness and respiratory failure (3.6%, respectively).

Keyword: Benign retrosternal goiter.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Nguyễn Hoàng Bình, Email: nguyenhoangbinh06@yahoo.com

Ngày nhận bài: 26/5/2020; mời phản biện khoa học: tháng 6/2020; chấp nhận đăng: 15/6/2020.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Bướu giáp thông trung thất (BGTTT) khi có ít nhất 50% mô bướu giáp nằm phía dưới lồng ngực, xác định trên phim chụp cắt lớp vi tính cổ ngực [11]. Tỉ lệ gặp BGTTT từ 3-20% trong các loại bướu giáp và thường gặp ở nữ giới, từ 50-60 tuổi. Đa số BGTTT là bướu giáp đa nhân lành tính (tỉ lệ ác tính khoảng 6-16%) [11]. BGTTT thường phát triển chậm, không có triệu chứng trong nhiều năm. Khi bướu to dần sẽ chèn ép các cơ quan trong lồng ngực, gây ra các triệu chứng như khó thở, suy hô hấp, khó nuốt... Chẩn đoán BGTTT chủ yếu dựa trên hình ảnh học. Điều trị phẫu thuật BGTTT cho kết quả khả quan, nhưng là thách thức đối với phẫu thuật viên do bướu chèn ép khí quản, thực quản,

các mạch máu lớn... Vì vậy, việc lựa chọn đường mổ thích hợp sẽ hạn chế được các biến chứng nghiêm trọng có thể xảy ra. Trên thế giới cũng như ở nước ta, đã có nhiều tác giả nghiên cứu, đánh giá về BGTTT.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật BGTTT lành tính tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

57 BN BGTTT lành tính, điều trị phẫu thuật tại Khoa Ngoại lồng ngực, Bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2019.

Loại trừ BN ung thư tuyến giáp, bướu giáp lạc chỗ, cường/nhược giáp, viêm giáp; BN có kèm theo phẫu thuật khác (cắt khâu kén khí, u phổi...); hồ sơ lưu trữ không đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả.

- Chẩn đoán BGTTT lành tính dựa trên kết quả chụp cắt lớp vi tính cổ ngực (hơn 50% mô bướu tuyến giáp nằm phía dưới lỗ trên lồng ngực hoặc cực dưới của bướu nằm phía dưới lỗ trên lồng ngực ít nhất 3 cm); chọc hút tế bào bằng kim nhỏ hoặc giải phẫu bệnh sau phẫu thuật lành tính.

- Chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm BN nghiên cứu; triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng; đánh giá kết quả phẫu thuật.

- Đánh giá chèn ép khí quản dựa trên hình ảnh nội soi, gồm các mức: nhẹ (khí quản hẹp dưới 50% đường kính ngang), vừa (khí quản hẹp từ 51-70% đường kính ngang), nặng (khí quản hẹp trên 70% đường kính ngang).

- Đánh giá mức độ thông bướu giáp trên phim chụp cắt lớp vi tính cổ ngực cản quang: độ I (giới hạn dưới của bướu nằm trên bờ trên quai động mạch chủ); độ II (giới hạn dưới của bướu ngang mức động mạch chủ); độ III (giới hạn dưới của bướu nằm dưới bờ dưới quai động mạch chủ).

- Đánh giá kết quả sớm (30 ngày sau mổ):

+ Tốt: phẫu thuật cắt trọn bướu giáp thông, không biến chứng.

+ Trung bình: phẫu thuật cắt trọn bướu giáp thông; có biến chứng nhẹ như hạ canxi máu, khàn tiếng thoáng qua, tụ dịch vết mổ...

+ Xấu: không cắt được bướu giáp hoặc cắt được nhưng có tai biến, biến chứng nặng như liệt thần kinh thanh quản 2 bên phải mở khí quản, suy hô hấp, chảy máu phải mổ lại, tổn thương thực quản, khí quản, ống ngực hoặc BN tử vong.

- Đạo đức trong nghiên cứu: đề tài đã được thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện, các thông tin người bệnh chỉ sử dụng mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm spss 20.0 dành cho Mac; kiểm định Chi bình phương, hiệu chỉnh Fisher.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- Tuổi: BN từ 39-81 tuổi, trung bình $58,5 \pm 9,7$ tuổi.

- Giới tính: Nam giới: 8 BN (14,1%); nữ giới: 49 BN (85,9%).

3.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng:

3.2.1. Triệu chứng lâm sàng (n = 57):

- Bướu giáp lớn ở cổ: 54 BN (94,7%).

- Ho: 4 BN (7,0%).

- Khó thở: 21 BN (36,8%).

- Đau ngực: 11 BN (19,3%).

- Suy hô hấp: 3 BN (5,2%).

- Nuốt nghẹn: 3 BN (5,2%).

- Hội chứng tĩnh mạch chủ trên: 1 BN (1,7%).

- Không triệu chứng: 3 BN (5,2%).

- Thời gian tiến triển của bệnh BGTTT: từ 2-40 năm, trung bình $12,1 \pm 8,1$ năm.

3.2.2. Triệu chứng cận lâm sàng:

- Siêu âm tuyến giáp trước phẫu thuật (n = 50):

+ Bướu giáp đa nhân: 50 BN (90,9%).

+ Bướu giáp lan tỏa: 2 BN (3,6%).

+ Bướu giáp hỗn hợp: 3 BN (5,4%).

- X quang ngực thẳng (n = 57):

+ Khối mờ trung thất rõ: 52 BN (91,2%).

+ Khối mờ trung thất không rõ: 5 BN (8,2%).

+ Chèn ép, đẩy lệch khí quản: 30 (52,6%).

+ Không chèn ép, đẩy lệch khí quản: 27 BN (47,3%).

- Chụp cắt lớp vi tính cổ ngực cản quang:

Bảng 1. Đặc điểm BGTTT trên phim chụp cắt lớp vi tính (n = 57):

Đặc điểm BGTTT		Số BN	Tỉ lệ %
Vị trí	Trung thất trước	31	54,4
	Trung thất giữa	11	19,3
	Trung thất sau	15	26,3
Vôi hóa	Có	42	74,5
	Không	15	25,5
Tính chất	Dạng đặc	53	93,0
	Dạng hỗn hợp	4	7,0
Tăng quang	Không	3	5,2
	Đồng nhất	3	5,2
	Không đồng nhất	51	89,6
Bờ của bướu	Rõ	52	92,7
	Không rõ	5	7,3
Mức độ thông	Độ I	28	49,1
	Độ II	15	26,3
	Độ III	14	24,6
Chèn ép mô xung quanh	Không	22	38,6
	Đẩy lệch khí quản	26	45,6
	Chèn ép thực quản	8	14,0
	Chèn ép TMCT	1	1,8

Kích thước BGTTT từ 8-16 cm, trung bình $10,4 \pm 2,6$ cm. Kích thước phần bướu giáp vượt quá xuống dưới lỗ trên lồng ngực từ 4-12 cm, trung bình $5,7 \pm 2,2$ cm.

- Nội soi khí phế quản trước phẫu thuật (n = 14):
- + Chèn ép khí quản nhẹ: 4 BN (28,6%).
- + Chèn ép khí quản vừa: 4 BN (28,6%).
- + Chèn ép khí quản nặng: 6 BN (42,8%).

3.3. Kết quả phẫu thuật:

- Lựa chọn đường mổ (n = 57):
- + Đường mổ cổ đơn thuần: 53 BN (93,0%).
- + Đường mổ cổ kết hợp mở xương ức: 3 BN (5,2%).
- + Đường mổ mở xương ức: 1 BN (1,8%).
- Phương pháp phẫu thuật (n = 57):
- + Cắt thùy giáp thông: 27 BN (47,3%).
- + Cắt gần hoàn toàn tuyến giáp: 30 BN (52,7%).
- Tai biến, biến chứng:
- + Tụ dịch vết mổ: 1 BN (1,8%).
- + Chảy máu mổ lại: 1 BN (1,8%).
- + Khàn tiếng: 2 BN (3,6%).
- + Hạ canxi máu: 1 BN (1,8%).
- + Suy hô hấp: 2 BN (3,6%).
- Yếu tố liên quan đến tai biến, biến chứng:

Bảng 2. Yếu tố liên quan đến tai biến, biến chứng (n = 57):

Yếu tố liên quan		Biến chứng		p
		Có	Không	
Đường phẫu thuật	Mở xương ức	1 (14,3%)	3 (6,2%)	0,44
	Đường mổ cổ	6 (85,7%)	47 (93,8%)	
Phương pháp phẫu thuật	Cắt thùy giáp thông	2 (28,6%)	25 (50,0%)	0,28
	Cắt gần toàn bộ tuyến giáp	5 (71,4%)	25 (50,0%)	

- Thời gian phẫu thuật từ 50-160 phút, trung bình 76,8 phút.
- Thời gian lưu ống nội khí quản từ 2-120 giờ, trung bình $14,8 \pm 18,4$ giờ. BN có chèn ép khí quản thì thời gian lưu ống nội khí quản trung bình 19,5 giờ, cao hơn so với BN không có chèn ép khí quản (thời gian lưu ống nội khí quản trung bình 7,6 giờ), khác biệt với p = 0,001.
- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật từ 2-16 ngày, trung bình $5,2 \pm 0,73$ ngày.
- Đánh giá kết quả điều trị (n = 57):
- + Tốt: 48 BN (87,3%).
- + Trung bình: 4 BN (7,3%).
- + Xấu: 3 BN (5,4%).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

BGTTT lành tính là một dạng đặc biệt của bướu giáp nhân, thường gặp ở BN nữ, tuổi cao và có thời gian tiến triển kéo dài (trung bình trên 10 năm). Giai đoạn đầu, bệnh thường không có triệu chứng nên người bệnh không phát hiện ra hoặc BN không có điều kiện, e ngại đi khám. Mặt khác, BN trên 60 tuổi thì các cơ vùng nền cổ giảm trương lực nên bướu phát triển to dần và thông xuống trung thất. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình BN là $58,5 \pm 9,7$ tuổi, chủ yếu gặp ở nữ giới (85,9%), có thời gian tiến triển trên 10 năm (65,4%). Tỷ lệ BN nữ/nam $\approx 5,9/1$; phù hợp với kết quả nghiên cứu của Trần Xuân Hùng (tuổi trung bình BN là 61,8 tuổi), Nakaya M (tuổi trung bình BN là 60 tuổi) và Trần Hồng Quân (tỷ lệ BN nữ/nam $\approx 5,6/1$) [2, 12, 3].

4.2. Triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng:

- Triệu chứng lâm sàng: đa số BGTTT lành tính có triệu chứng ho, đau ngực, khó thở và nuốt nghẹn (do chèn ép khí quản, thực quản...). Theo nghiên cứu của Nakaya M thấy triệu chứng bướu giáp ở cổ (77,2%), đau ngực (31,8%), khó thở (11,4%), ho (2,2%), không triệu chứng (18,2%) [12]; Lê Quang Đình thấy bướu giáp ở cổ (76,3%), khó thở (38,2%), nuốt nghẹn (30,9%), đau ngực (16,4%), chèn ép tĩnh mạch chủ trên (3,6%) [1]. Kết quả nghiên cứu này cho thấy, bướu giáp ở cổ (94,5%), khó thở (38,2%), đau ngực (20,0%), ho (7,3%), nuốt nghẹn (5,2%), chèn ép tĩnh mạch chủ trên (1,8%) và không có triệu chứng (5,2%). Đặc biệt có 3 BN (5,2%) bị suy hô hấp phải mổ cấp cứu (chẩn đoán sau chụp cắt lớp vi tính). Như vậy nghiên cứu này có kết quả khác so với các tác giả trên.

- Cận lâm sàng: hình ảnh BGTTT trên phim X quang ngực thẳng thường biểu hiện khối mờ ở trung thất trên liên tục với vùng cổ, bờ rõ nét, chèn ép hoặc đẩy lệch khí quản. kết quả nghiên cứu cho thấy, 91,2% BN có hình ảnh khối mờ trung thất rõ, liên tục vùng cổ trên phim X quang, 52,6% BN có đẩy lệch hoặc chèn ép khí quản; tương đương nghiên cứu của Lê Quang Đình (94,6%) [1]. Một số tác giả trong nước ghi nhận, tỷ lệ bướu giáp trên X quang ngực thẳng cao hơn so với các nghiên cứu của ngoài nước. Điều này có thể do thói quen sinh hoạt không kiểm tra sức khỏe hoặc sức chịu đựng của người Việt Nam lâu hơn. Vì vậy, cần có một sự tầm soát chẩn đoán và tư vấn điều trị sớm cho BN, tránh nguy cơ BGTTT về sau. Theo nghiên cứu của Trần Hồng Quân, Trần Xuân Hùng và Rodriguez, tỷ lệ khí quản bị chèn ép hoặc đẩy lệch trên phim X quang lần lượt là 86,5%, 100% và 76,7% [3, 2, 13]; cao hơn kết quả nghiên cứu này.

Chụp cắt lớp vi tính cổ ngực coi như tiêu chuẩn vàng chẩn đoán BGTTT; giúp xác định vị trí, tính chất, kích thước và mức độ phân bố trong trung thất, sự liên quan giữa bướu giáp với các cấu trúc xung quanh hoặc mạch máu. Từ đó, giúp phẫu thuật viên chọn đường phẫu thuật thích hợp, hạn chế tai biến, biến chứng trong quá trình phẫu thuật. Một số nghiên cứu cho thấy, cắt lớp vi tính có tỉ lệ chẩn đoán chính xác BGTTT rất cao, khoảng 86-100%. Đa số trường hợp BGTTT bên phải (thay đổi từ 54,5- 90,2% tùy nghiên cứu), do cấu trúc quai động mạch chủ cản trở cực dưới bướu thông về bên trái và mô bên phải lỏng lẻo hơn. Kết quả nghiên cứu này thấy 50,9% BN BGTTT bên trái, 41,8% BN BGTTT bên phải, 7,3% BN BGTTT hai bên. Kích thước BGTTT trung bình $10,4 \pm 2,6$ cm, phần BGTTT trung bình $5,7 \pm 2,2$ cm; cao hơn nghiên cứu của Trần Xuân Hùng (kích thước bướu trung bình là $7,9 \pm 2,4$ cm, kích thước phần thông trung thất trung bình $5,5 \pm 1,67$ cm), nhưng thấp hơn Sara (kích thước bướu trung bình là $12,2 \pm 3$ cm) [2, 15]. Mercante tiến hành nghiên cứu 222 BN BGTTT trong 27 năm thấy, hay gặp nhất là BGTTT trước (58,1%), BGTTT độ I (64,8%) [10]; nghiên cứu của Mostafa thấy đa số BN BGTTT trước (64,4%) và bướu giáp thông độ I (78,1%) [1]. Nghiên cứu này cho thấy, đa số BN BGTTT trước và thông độ I (54,5% và 49,1%). Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, bướu giáp thông độ III chiếm tỉ lệ tương đối cao (23,6%). 78,2% BN BGTTT có biểu hiện chèn ép trên phim chụp cắt lớp vi tính (chủ yếu chèn ép khí quản và thực quản); tương đương kết quả nghiên cứu của Nistor C (77,2% BN có chèn ép khí quản và thực quản) [14].

BN có chỉ định nội soi phế quản khi xuất hiện triệu chứng tắc nghẽn đường hô hấp trên, như khó thở, thở khò khè và khí quản bị chèn ép, đẩy lệch trên hình ảnh học. Trường hợp BN BGTTT chèn ép khí quản thì nội soi phế quản hỗ trợ gây mê đặt nội khí quản. Trong nghiên cứu này có 14 trường hợp nội soi phế quản trước mổ, trong đó có 6 trường hợp chèn ép nặng. Các trường hợp này đều đặt được nội khí quản khi gây mê mà không cần sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể.

Siêu âm tuyến giáp trước mổ không giúp ích nhiều trong chẩn đoán BGTTT, mà chỉ mô tả đặc tính bướu giáp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy 90,9% BN là bướu giáp đa nhân.

4.3. Kết quả điều trị phẫu thuật:

- Đường phẫu thuật: BGTTT có thể chèn ép các cơ quan quan trọng, như tim, các nhánh động mạch, tĩnh mạch lớn, khí quản, thực quản... Do đó, lựa chọn đường phẫu thuật rất quan trọng,

quyết định đến kết quả phẫu thuật. Nếu lựa chọn đường mổ không thích hợp, trong lúc phẫu thuật có thể gây ra các tai biến nghiêm trọng. Vì vậy, phẫu thuật viên phải đánh giá kĩ trên lâm sàng, cận lâm sàng, đặc biệt là dựa trên phim chụp cắt lớp vi tính trước khi quyết định đường mổ. Đối với BGTTT lành tính, hầu hết các tác giả lựa chọn phẫu thuật đường mổ cổ; một số trường hợp phải kết hợp mổ xương ức mới cắt bỏ phần mô bướu thông trung thất [8, 9, 14]. Trong nghiên cứu này, 92,9% BN phẫu thuật qua đường mổ cổ; tương đương nghiên cứu của Joe Grainger (97% BN BGTTT được phẫu thuật qua đường mổ cổ) [7]. 4 BN (7,0%) phẫu thuật qua đường mổ xương ức do BGTTT sau, kích thước vượt giới hạn lồng trên trung thất; BGTTT giữa, dính nhiều vào tĩnh mạch cánh tay đầu trái, di động cực dưới khó khăn; BGTTT sau chèn ép nặng khí quản và ôm sát động mạch chủ, bờ không rõ, dài 14 cm; BGTTT sau độ III. Đường mổ xương ức có thể dự phòng các tai biến, biến chứng sau mổ, như tổn thương thần kinh quặt ngược thanh quản, tuyến cận giáp, các cơ quan xung quanh, chảy máu do kéo căng qua đường mổ cổ. Mổ xương ức có thể được quyết định trong lúc phẫu thuật [5, 9]. Theo Vadasz P BGTTT được nuôi bởi động mạch giáp dưới, xuất phát từ cổ. Vì vậy, chỉ cần mở cổ là có thể kiểm soát sự chảy máu, tránh tổn thương thần kinh quặt ngược trong quá trình bóc tách.

- Phương pháp phẫu thuật: cắt toàn bộ tuyến giáp hay cắt một thùy, bán phần hai thùy phụ thuộc vào tổ chức tuyến giáp lành ở mỗi BN. Mục đích là cắt lấy hết thùy giáp thông và cắt toàn bộ phần mô giáp bệnh lí, để lại phần nhu mô tuyến giáp lành, tránh suy giáp sau mổ (nếu được). Theo Grant, phải cân nhắc giữa nguy cơ cao tổn thương tuyến cận giáp, thần kinh quặt ngược với phòng ngừa tái phát sau mổ khi quyết định cắt toàn bộ tuyến giáp. Randolth W.G khuyến cáo, cắt ít hơn một thùy giáp nguy cơ tái phát rất cao và việc mổ lại sẽ khó khăn. Với bướu giáp 1 thùy, rõ ràng cắt trọn thùy đó là phù hợp. Với bướu giáp đa nhân 2 thùy, tùy trường hợp có thể cắt gần toàn bộ tuyến giáp hoặc cắt trọn thùy giáp lớn ưu thế và cắt gần trọn thùy giáp bên còn lại, chừa lại ít mô để tránh tổn thương tuyến cận giáp [9]. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 52,7% BN cắt gần toàn bộ tuyến giáp, 47,3% BN cắt thùy giáp thông; thấp hơn kết quả nghiên cứu của Trần Hồng Quân (79,2% BN cắt gần hoàn toàn tuyến giáp, 20,8% BN cắt thùy giáp thông) [3]; cao hơn nghiên cứu của Nakaya M (20,5% cắt gần toàn bộ tuyến giáp, 79,5% cắt thùy giáp thông) [12].

- Biến chứng sớm sau phẫu thuật: 1 BN (1,8%) chảy máu sau mổ, gây tụ máu tại vết mổ, chèn ép

khí quản gây khó thở, đau vùng cổ, được phẫu thuật lấy máu tụ cầm máu, sau mổ bệnh ổn định, xuất viện; 2 BN (3,6%) khàn tiếng, được điều trị bằng corticoid, kháng sinh, chống phù nề, khí dung... giọng nói hồi phục sau mổ 3-4 ngày; 1 BN (1,8%) hạ canxi máu, cơn Tetanie xuất hiện 10 giờ sau mổ, xử trí bằng bổ sung canxi đường tĩnh mạch, kháng sinh, chống phù nề... bệnh ổn định, xuất viện sau mổ 3 ngày; 2 BN (3,6%) suy hô hấp, đều là trường hợp có bướu giáp thông hai bên, chèn ép khí quản nặng, phải đặt nội khí quản mổ cấp cứu qua đường mổ cổ (cắt gần hoàn toàn tuyến giáp). BN được xử trí kháng sinh, corticoid, chống phù nề, khí dung, được rút nội khí quản sau mổ 5 ngày, bệnh ổn định; 1 BN (1,8%) tụ dịch vết mổ, được thay băng, băng ép hàng ngày. Sau 5 ngày, không đọng dịch vết mổ. Các biến chứng sau phẫu thuật xuất hiện do dây thần kinh quặt ngược thanh quản bị sang chấn trong mổ hoặc phù nề chèn ép sau mổ (gây khàn tiếng tạm thời); trong khi mổ cắt bỏ mất một đến hai tuyến cận giáp hay tuyến cận giáp bị đụng dập, bị chèn ép phù nề sau mổ dẫn đến thiếu dưỡng (gây hạ canxi máu)... Kết quả nghiên cứu này thấp hơn nghiên cứu của Lê Quang Đình và Mostafa M.R (chảy máu sau mổ lần lượt là 3,9% và 2,7%) [1, 11]; thấp hơn nghiên cứu của Trần Hồng Quân (3,8% BN suy hô hấp sau mổ, 5,6% BN tụ dịch vết mổ) [3], nhưng cao hơn nghiên cứu của Sandrizadeh A (1,2% BN suy hô hấp sau mổ và tụ dịch vết mổ) [4].

- Các yếu tố liên quan biến chứng: trong nghiên cứu này, chúng tôi phân tích các yếu tố nguy cơ và biến chứng sau mổ, thấy không có sự khác biệt giữa đường mổ, phương pháp mổ với biến chứng sau mổ ($p > 0,05$). Rodriguez J.M cho rằng, không có sự khác biệt giữa đường mổ và biến chứng sau mổ [14]. Sandrizadeh A thấy, không có sự khác biệt giữa giới tính, đường mổ và mô học bướu giáp với biến chứng sau mổ [4].

- Thời gian phẫu thuật: thời gian phẫu thuật càng dài thì thời gian gây mê càng dài, ảnh hưởng nhiều đến việc hồi sức sau mổ. Thời gian phẫu thuật phụ thuộc vào nhiều yếu tố, như kinh nghiệm phẫu thuật viên, vị trí và kích thước bướu, loại bướu, đặc điểm bướu có chèn ép hay xâm lấn xung quanh... Trong nghiên cứu này, thời gian mổ trung bình là 76,8 phút. Điều này có thể do BN trong nghiên cứu đều là bướu giáp thông lành tính, bướu không dính vào các tổ chức xung quanh. Hơn nữa, các phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật vùng cổ và lồng ngực. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Trần Hồng Quân (thời gian phẫu thuật trung bình là 74,2 phút) [3], nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Lin Y.S (thời gian phẫu thuật trung bình

với đường mổ cổ là 178 phút, đường mổ xương ức là 267 phút) [14].

- Thời gian lưu ống nội khí quản từ 2-120 giờ, trung bình $14,8 \pm 18,4$ giờ. BN có chèn ép khí quản thì thời gian lưu ống nội khí quản trung bình 19,5 giờ, cao hơn so với BN không có chèn ép khí quản (thời gian lưu ống nội khí quản trung bình 7,6 giờ, khác biệt với $p = 0,001$).

- Thời gian hậu phẫu trung bình 5,2 ngày. Các trường hợp BGTTT phẫu thuật qua đường mổ cổ không có biến chứng thường ra viện từ 3-5 ngày, các trường hợp phải mổ xương ức và có biến chứng thì thời gian điều trị sau mổ dài hơn. Đặc biệt có 1 trường hợp mổ khí quản thì số ngày điều trị sau mổ lên tới 16 ngày. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Trần Hồng Quân (số ngày điều trị trung bình sau mổ là 15,8 ngày) [3].

- Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật: 87,3% có kết quả tốt, 7,3% đạt kết quả trung bình, 5,4% có kết quả xấu. Có thể do các BN BGTTT to, chèn ép nặng, BN lớn tuổi, thời gian tiến triển bướu kéo dài... ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Trần Xuân Hùng (97,6% kết quả tốt, không có kết quả xấu) [2], Nakaya M (97,7% có kết quả tốt, không có kết quả xấu) [12].

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 57 BN BGTTT lành tính, điều trị phẫu thuật tại Khoa Ngoại lồng ngực, Bệnh viện Chợ Rẫy, từ tháng 01/2015 đến tháng 12/2019, kết luận:

- BN trung bình $58,5 \pm 9,7$ tuổi; tỉ lệ nữ/nam $\approx 5,9/1$; thời gian tiến triển trung bình $12,1 \pm 8,1$ năm.

- Triệu chứng lâm sàng: đa số BN BGTTT lành tính có triệu chứng bướu giáp ở cổ (94,5%), khó thở (38,2%), đau ngực (20,0%).

- Cận lâm sàng: đa số BN siêu âm là bướu giáp đa nhân (90,9%); hình ảnh X quang khối mờ trung thất rõ (91,2%); chụp cắt lớp vi tính có vị trí BGTTT trước (54,4%), vôi hóa (74,5%), tính chất bướu dạng đặc (93,0%), bờ bướu rõ (92,7%), thông độ I (49,1%), chèn ép khí quản, thực quản, tĩnh mạch chủ trên (78,2%), kích thước BGTTT trung bình $10,4 \pm 2,6$ cm, phần BGTTT trung bình $5,7 \pm 2,2$ cm.

- Kết quả điều trị: thời gian phẫu thuật trung bình 76,8 phút, thời gian nằm viện trung bình $5,2 \pm 0,73$ ngày; kết quả phẫu thuật sớm: 87,3% có kết quả tốt, 7,3% có kết quả trung bình, 5,4% có kết quả xấu.

- Tai biến, biến chứng sau phẫu thuật: tụ dịch, chảy máu vết mổ, hạ canxi máu (đều chiếm 1,8%), khàn tiếng, suy hô hấp (đều chiếm 3,6%).

(Xem tiếp trang 64)

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG VẬT DA TRÁN DẠNG ĐẢO TRONG TẠO HÌNH TỔN KHUYẾT PHẦN MỀM VÙNG MŨI

PGS.TS. VŨ NGỌC LÂM - Bệnh viện TƯQĐ 108

ThS. NGÔ THẾ MẠNH - Bệnh viện Quân y 103

Phản biện khoa học: (1) TS. LÊ MẠNH CƯỜNG

(2) TS. LÊ ĐỨC TUẤN

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả lâm sàng theo dõi dọc 9 bệnh nhân tổn thương khuyết phần mềm vùng mũi bẩm sinh hoặc sau cắt ung thư biểu mô vùng mũi, điều trị phẫu thuật tạo hình bằng vật da trán dạng đảo trong tạo hình tổn khuyết phần mềm, tại Khoa Phẫu thuật hàm mặt và tạo hình, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 7/2016 đến tháng 6/2018.

Kết quả: Bệnh nhân từ 20-84 tuổi, trung bình 63,8 tuổi. Bệnh nhân nữ (66,7%) nhiều hơn bệnh nhân nam (33,3%). Nguyên nhân tổn thương chủ yếu là sau phẫu thuật cắt ung thư biểu mô vùng mũi 88,9% (8/9 bệnh nhân). Kích thước vật da tạo hình được lấy rộng hơn khuyết tổn thương phần mềm, kích thước vật da tạo hình từ 4,5-22,5cm², trung bình 13,4 cm². 7/9 bệnh nhân (77,8%) tạo hình vật da trán che phủ 1 lớp, 2/9 bệnh nhân (22,2%) tạo hình vật da trán 2 lớp. 6/9 bệnh nhân (66,7%) kết quả gần đạt tốt; 8/9 bệnh nhân (88,9%) kết quả xa đạt tốt; 1/9 bệnh nhân (11,1%) hoại tử vật da tạo đường hầm chưa đủ rộng.

Từ khóa: Khuyết phần mềm vùng mũi, vật da trán dạng đảo.

ABSTRACT: Prospective, clinical description, vertical observation study on 9 patients with nasal soft tissue defect (congenital or after nasal carcinoma treatment). All defects were used island forehead flap in Maxillo - facial and Plastic Surgery Department, 108 Military central Hospital, from July 2016 to June 2018.

Result: The average age was 63.8 years, in which the youngest was 20 and the oldest was 84 years old. Female patients (66.7%) were more than male patients (33.3%). Almost cause of defect was after surgery of nasal carcinoma with 88.9% (8/9 patients). Size of flap was bigger than size of soft tissue defect, size of flaps was from 4.5 to 22.5 cm², average was 13.4 cm². 7 patients (77.8%) was used 1 layer flap and 2 patients (22.2%) was used 2 layer flap. Good result when hospital discharge was 6/9 patients (66.7%), 8/9 patients (88.9%) was good in far result. 1/9 patient (11.1%) had necrosis flap because of the tunnel of pedicle flap was narrow.

Keywords: Nasal soft tissue defect, island forehead flap.

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

Ngày nhận bài: 15/4/2020; mời phản biện khoa học: 4/2020; chấp nhận đăng: 29/4/2020.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Tổn 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 khuyết vùng mũi gây ảnh hưởng đến chức năng, tâm lý và thẩm mỹ. Vì vậy, điều trị phục hình các tổn thương mũi có ý nghĩa vô cùng quan trọng.

Sử dụng vật da trán là một trong những biện pháp hữu ích trong tạo hình tổn khuyết vùng mũi, nhưng phải tiến hành cắt cuống vật da sau 3 tuần. Điều này gây ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ và tâm lý của người bệnh. Mặt khác, sẹo giữa trán để lại sau phẫu thuật cũng làm ảnh hưởng tới thẩm mỹ và tâm lý của bệnh nhân (BN).

Xuất phát từ vấn đề trên, chúng tôi nghiên cứu đánh giá kết quả sử dụng vật da trán dạng đảo

trong tạo hình tổn khuyết phần mềm vùng mũi và đánh giá tai biến, biến chứng sau phẫu thuật.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

9 BN tổn thương khuyết phần mềm vùng mũi bẩm sinh hoặc sau cắt ung thư biểu mô vùng mũi, điều trị phẫu thuật tạo hình bằng vật da trán dạng đảo, tại Khoa Phẫu thuật hàm mặt và tạo hình, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 7/2016 đến tháng 6/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả lâm sàng theo dõi dọc.

- Phương pháp tiến hành: tất cả BN đều tiến hành khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cận lâm sàng. Nếu BN nghi ung thư da thì sinh thiết,

chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh. Đánh giá tổn thương, dự kiến kích thước khuyết phần mềm sau cắt tổn thương. Thiết kế vật trần dạng đảo phù hợp với kích thước ổ khuyết phần mềm và tạo hình khuyết phần mềm vùng mũi, cuống vật là tổ chức dưới da.

- Phương pháp phẫu thuật:

+ Vô cảm bằng gây mê nội khí quản.

+ Cắt tổn thương, đánh giá lại khuyết phần mềm thực tế để điều chỉnh kích thước, hình dáng vật cho phù hợp.

+ Bóc vật, tạo đường hầm dưới da từ vị trí lấy vật đến tổn khuyết mũi, cắt bỏ thượng bì phần cuống vật.

+ Chuyển vật đến nơi nhận qua đường hầm, khâu tạo hình phục hồi tổn khuyết.

+ Nơi cho vật: đóng vết mổ trực tiếp phần cuống, phần vật tùy theo khuyết phần mềm (đóng trực tiếp hoặc ghép da xẻ đôi lấy từ da đầu).

+ Đối với trường hợp ung thư da: trong quá trình phẫu thuật, tiến hành sinh thiết tức thì (làm giải phẫu bệnh) để bảo đảm cắt sạch tổn thương.

- Theo dõi hậu phẫu: chăm sóc vết mổ, theo dõi tình trạng chảy máu, màu sắc vật.

- Đánh giá kết quả gần (sau phẫu thuật):

+ Tốt: vật sống toàn bộ, vết mổ liền kì đầu. Tạo hình được toàn bộ khuyết phần mềm vùng mũi, nơi lấy vật liền tốt hoặc da ghép sống tốt.

+ Khá: vật sống, có thể thiếu dưỡng một phần nhưng tự liền hoặc cần tiểu phẫu khâu kì 2, vật vẫn đủ kích thước tạo hình khuyết tổ chức. Nơi lấy vật liền tốt, da ghép sống tốt.

+ Kém: vật hoại tử phần lớn hoặc toàn bộ, phải thay thế bằng phương pháp tạo hình khác. Nơi lấy vật không liền, da ghép hoại tử.

- Đánh giá kết quả xa (sau phẫu thuật 3 tháng):

+ Tốt: vật tạo hình hòa đồng với tổ chức xung quanh, có thể còn dày hơn so với da đầu mũi cánh mũi, sẹo mềm mại. Sẹo nơi lấy vật mờ, da ghép đẹp.

+ Khá: vật còn sự khác biệt với xung quanh do sẹo, màu sắc vật. Hình thể vùng cần tạo hình bình thường hoặc vật còn dày hơn. Sẹo nơi lấy vật có thể còn rõ, da ghép sẫm màu.

+ Kém: vật chỉ còn 1 phần nhỏ hoặc sẹo co kéo biến dạng bộ phận cần tạo hình. Nơi lấy vật sẹo xấu, phải tạo hình kì 2.

- Đạo đức trong nghiên cứu: BN được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin về BN và số liệu nghiên cứu được bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê y học.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- Tuổi đời: từ 20-84 tuổi, trung bình 63,8 tuổi.

- Giới tính: 3 BN nam (33,3%), 6 BN nữ (66,7%).

- Nguyên nhân tổn thương (n = 9):

+ Sau cắt ung thư biểu mô: 8 BN (88,9%), trong đó có 2 BN ung thư da đầu mũi, cánh mũi, 6 BN ung thư da sống mũi.

+ Lép bẩm sinh: 1 BN (11,1%).

Tổn thương khuyết phần mềm chủ yếu do cắt ung thư da và tập trung ở vùng sườn mũi. Tuổi trung bình là 63,8; khác biệt nhiều so với nghiên cứu của Bạch Minh Tiến (BN dưới 30 tuổi chiếm 90,91% [1]). Sự khác biệt này phù hợp với nguyên nhân tổn thương chủ yếu là do ung thư.

3.2. Kích thước tổn thương, khuyết hồng sau cắt và kích thước vật sử dụng:

Bảng 1. Kích thước tổn thương - khuyết sau cắt và kích thước vật (n = 9).

Kích thước (cm ²)	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Tổn thương (ung thư và lép bẩm sinh)	3,5	20,2	11,3
Khuyết phần mềm sau cắt tổn thương	4,0	21,2	12,1
Kích thước vật tạo hình	4,5	22,5	13,4

Khuyết phần mềm sau cắt tổn thương lớn hơn nhiều so với kích thước tổn thương ban đầu. Kích thước vật da tạo hình được lấy rộng hơn khuyết phần mềm, vật tạo hình lớn nhất là 22,5 cm². Trong nghiên cứu của Bạch Minh Tiến chỉ 3/17 trường hợp có diện tích > 3,5 cm² do trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân chủ yếu là ung thư nên tổn khuyết rộng hơn

Bảng 2. Các dạng tạo hình vật da trần (n = 9).

Vị trí tổn thương	Tạo hình vật da trần		Tổng
	Che phủ 1 lớp	Tạo hình 2 lớp	
Sống mũi	6	0	6
Đầu mũi, trụ mũi	1	0	1
Cánh mũi	0	2	2
Tổng	7 (77,8%)	2 (22,2%)	9

7/9 BN (77,8%) tạo hình vật da trần che phủ 1 lớp, đều là BN có tổn thương vùng sống mũi. 2/9 BN (22,2%) tạo hình vật da trần 2 lớp, đây là BN có tổn khuyết vùng cánh mũi.

3.3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật:

Bảng 3. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật (n = 9).

Kết quả	Tốt	Khá	Kém	Tổng
Gần	6 (66,7%)	2 (22,2%)	1 (11,1%)	9 (100%)
Xa	8 (88,9%)	1 (11,1%)	0	9 (100%)

Kết quả gần: 6/9 BN (66,7%) kết quả tốt, 2/9 BN (22,2%) kết quả khá, 1/9 BN (11,1%) kết quả kém. Kết quả xa: 8/9 BN (88,9%) kết quả tốt, 1/9 BN (11,1%) kết quả khá, không có kết quả kém.

- Tai biến, biến chứng:

+ Hoại tử vạt: 1 BN (11,1%), phẫu thuật ghép da tạo hình thì 2, sau phẫu thuật bệnh ổn định.

Các tác giả Bạch Minh Tiến, Đỗ Duy Tính sử dụng vạt trán kinh điển, không có trường hợp nào hoại tử. Nguyên nhân do ca đầu mới sử dụng vạt dạng đảo nên chưa có kinh nghiệm, tạo đường hầm vạt nhỏ nên bị chèn ép cuống vạt.

- Đóng vết mổ nơi lấy vạt: tất cả các trường hợp đều đóng trực tiếp nơi lấy cuống vạt, trong đó có 4/9 BN đóng trực tiếp nơi lấy vạt, 5/9 BN ghép da xẻ đôi (lấy da đầu).

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 9 BN tổn thương khuyết phần mềm vùng mũi bẩm sinh hoặc sau cắt ung thư biểu mô vùng mũi, điều trị phẫu thuật tạo hình bằng vạt trán dạng đảo tại Khoa Phẫu thuật Hàm mặt và tạo hình, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 7/2016 đến tháng 6/2018, kết luận:

- BN từ 20-84 tuổi, trung bình là 63,8 tuổi. BN nữ (66,7%) nhiều hơn BN nam (33,7%) Nguyên nhân tổn thương chủ yếu là sau phẫu thuật cắt ung thư 88,9% (8/9 BN).

- Kích thước vạt da tạo hình được lấy rộng hơn khuyết tổn thương phần mềm, kích thước vạt tạo hình từ 4,5-22,5cm², trung bình là 13,4cm².

- 7/9 BN (77,8%) tạo hình vạt da trán che phủ 1 lớp, 2/9 BN (22,2%) tạo hình vạt da trán 2 lớp

- Kết quả sau phẫu thuật: kết quả gần: 6/9 BN (66,7%) kết quả tốt, 2/9 BN (22,2%) kết quả khá, 1/9 BN (11,1%) kết quả kém. Kết quả xa: 8/9 BN (88,9%) kết quả tốt, 1/9 BN (11,1%) kết quả khá, không BN nào kết quả kém. Tai biến, biến chứng sau phẫu thuật: 1 BN (11,1%) hoại tử vạt do tạo đường hầm chưa đủ rộng, gây chèn ép hoại tử.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bạch Minh Tiến (2002), *Sử dụng vạt trán và vạt rãnh mũi má trong điều trị tổn khuyết phần mềm vùng mũi*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

2. Đỗ Duy Tính (1991), "Phẫu thuật tạo hình điều trị tổn khuyết mũi do vết thương hỏa khí", *Tạp chí Y học Quân sự*, tr.56-58.

3. Shan R. Baker (2007), *Local flaps in Facial Reconstruction*.

4. Campbell J.P (1997), "The temporary alar suspension stitch: a refinement in forehead flap reconstruction of nasal defect", *Plast Reconstr Surg*, Nov, 100(6): 1587- 91.

5. Yotsuyanagi T (2000), "Nasal reconstruction based on aesthetic subunit in Orientals", *Plast Reconstr Surg*, Jul, 106(1): 36-44, discussion 45-6.

6. Lopez R, Dekeister C, Sleiman Z, Paoli J.R (2003), "The temporal fasciocutaneous island flap for oncologic oral and facial reconstruction", *J. Oral Maxillofac Surg* 61: 1150-1155. □

HÌNH ẢNH MINH HỌA:



BN Nguyễn Thị H., sinh năm 1934, ung thư biểu mô vảy sừng mũi - má phải (A: tổn thương trước phẫu thuật; B: tạo hình vạt da trong phẫu thuật; C: Sau phẫu thuật 3 tuần).

ĐÁNH GIÁ ẢNH HƯỞNG CỦA THUỐC LÁ ĐẾN CÁC CHỈ SỐ HÔ HẤP KÍ VÀ MỨC ĐỘ RỐI LOẠN THÔNG KHÍ TẮC NGHẼN TRÊN BỆNH NHÂN COPD

ThS. TRẦN LÊ NGUYỆT MINH, PGS.TS. LÊ VĂN QUÂN,
BS. NGUYỄN THỊ NGỌC, ThS. NGUYỄN THỊ LÝ,
TS. ĐẶNG THẮNG CHUNG - Học viện Quân y
BSCKI. BÙI THỊ THANH - Bệnh viện TƯQĐ 108

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. VŨ ĐĂNG NGUYỄN
(2) TS. NGUYỄN MINH HẢI

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang ảnh hưởng của thuốc lá đến sự thay đổi các chỉ số hô hấp kí và mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn trên 30 bệnh nhân bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đo hô hấp kí tại Khoa Chẩn đoán chức năng, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2019. Kết quả: Hút thuốc lá làm giảm các chỉ số hô hấp kí và tăng mức độ tắc nghẽn của đường thở. Cụ thể: đa số bệnh nhân có mức độ tắc nghẽn đường thở mức độ trung bình (57,58%). Có mối liên quan thuận, mức độ vừa giữa tuổi và thời gian nhập viện tính từ lúc hút thuốc ($r = 0,37$; $p = 0,03$). Mối tương quan nghịch, mức độ chặt chẽ giữa số điếu thuốc hút trên ngày với thời gian bắt đầu hút đến khi nhập viện ($r = -0,522$; $p = 0,0018$). Số điếu thuốc hút/ngày, số năm hút thuốc và tổng số điếu thuốc hút càng nhiều thì FEV1 càng giảm ($p < 0,05$), mức độ tắc nghẽn càng nặng ($p < 0,05$).

Từ khóa: Hút thuốc lá, hô hấp kí.

ABSTRACT: Descriptive, cross-sectional study on effects of smoking to changes in lung volumes and capacities and obstructive pulmonary levels in 30 patients with COPD. The spirometry was measured at Department of Functional Exploration, Military Hospital 103 from 01/2019 to 12/2019. Results: Smoking induced decreases in lung volumes and capacities and increases in obstructive pulmonary levels. In details, obstructive pulmonary in almost patients was average 57.58%). There was a positive correlation between ages and smoking durations ($r = 0.37$; $p = 0.03$). There was a negative correlation between numbers of smoked cigarettes per day and smoking durations ($r = -0.522$; $p = 0.0018$). Higher smoked cigarettes per day, longer smoking durations and higher total smoked cigarettes, lower FEV1 ($p < 0.05$), more severe obstructive pulmonary levels ($p < 0.05$).

Keywords: Smoking, pulmonary.

Chịu trách nhiệm nội dung: PGS.TS. Lê Văn Quân, Email: levanquan2002@yahoo.com

Ngày nhận bài: 12/5/2019; mời phản biện khoa học: 6/2020; chấp nhận đăng: 15/6/2020.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic obstructive pulmonary disease - COPD) là một bệnh lí đặc trưng bởi sự giảm lưu lượng thở không hồi phục hoàn toàn, tiến triển, kết hợp đáp ứng viêm bất thường ở phổi với các hạt và khí độc hại. Theo Nguyễn Quang Đợi (2017), COPD là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên thế giới [1].

Hiện nay, COPD là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ tư và đến năm 2030 dự báo sẽ là nguyên nhân gây tử vong đứng hàng thứ ba (sau bệnh tim thiếu máu cục bộ và đột quỵ) [2]. Các yếu tố nguy cơ mắc COPD có thể là yếu tố di truyền và/hoặc yếu tố môi trường. Ba yếu tố nguy cơ chính của môi trường tác động đến bệnh là hút thuốc lá, đun bếp củi/than và tiếp xúc bụi. Trong đó, hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ hàng đầu và quan trọng nhất, liên quan tới hơn 75% các

trường hợp mắc COPD trên toàn thế giới.

Khói thuốc lá ảnh hưởng xấu đến chuyển động lồng chuyển của biểu mô hô hấp, ức chế chức năng đại thực bào phế nang và tăng sinh các tuyến chế nhầy. Thuốc lá gây tăng kháng lực đường hô hấp, giảm hoạt tính antiprotease và kích thích bạch cầu phóng thích men tiêu protein [3]. Tắc nghẽn đường thở được thấy ở những người trẻ hút thuốc và có thể biến mất hoàn toàn sau bỏ thuốc. Đối với người có thời gian hút thuốc lâu, mặc dù bỏ thuốc lá nhưng vẫn không hồi phục hoàn toàn sự tắc nghẽn đường thở, mà chỉ làm chậm đáng kể sự giảm chức năng phổi [4], [5]. Các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra, người hút thuốc lá có nguy cơ mắc COPD chiếm tỉ lệ cao [4], [5], [6]. Tốc độ giảm thể tích thở ra gắng sức trong một giây đầu (FEV1) ở những người hút thuốc lớn hơn người không hút thuốc.

Ở các bệnh nhân (BN) COPD nghiện thuốc lá (tiền sử hút thuốc lá trên 20 bao/năm) thường có bất thường chức năng hô hấp, tốc độ giảm FEV1 hằng năm nhanh hơn, tỉ lệ tử vong do COPD nhiều hơn so với người không hút thuốc [3].

Bệnh viện Quân y 103 chưa có nghiên cứu nào đánh giá ảnh hưởng của thuốc lá đến sự thay đổi của FEV1 cũng như mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn trên BN COPD. Vì các lí do trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá ảnh hưởng của thuốc lá đến sự thay đổi các chỉ số của hô hấp kí và mức độ rối loạn thông khí tắc nghẽn trên BN COPD.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

33 BN COPD có tiền sử hút thuốc lá, đo hô hấp kí tại Khoa Chẩn đoán chức năng, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 01/2019 đến tháng 12/2019. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả, cắt ngang.
- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm thông số hô hấp kí: dung tích sống gắng sức (FVC), thể tích thở ra gắng sức trong một giây đầu (FEV1), chỉ số Gaensler (FEV1/FVC), lưu lượng thở ra gắng sức trong khoảng 25-75% dung tích sống gắng sức (FEF25-75), thể tích khí thở ra gắng sức trong 6 giây đầu tiên (FEV6), lưu lượng thở ra đỉnh (PEF).

+ Mức độ tắc nghẽn đường thở theo hô hấp kí: $60\% \leq FEV1 < 80\%$: tắc nghẽn mức độ nhẹ; $40\% \leq FEV1 < 60\%$: tắc nghẽn mức độ trung bình; $FEV1 < 40\%$: tắc nghẽn mức độ nặng.

+ Mỗi liên quan một số yếu tố: mỗi liên quan giữa độ tuổi và thời gian nhập viện từ lúc hút thuốc; mỗi liên quan giữa số điều thuốc hút/ngày với thời gian bắt đầu hút đến khi nhập viện; mỗi liên quan giữa số điều thuốc hút/ngày với các chỉ số của hô hấp kí; mỗi liên quan giữa số năm hút thuốc với các chỉ số hô hấp kí; mỗi liên quan giữa tổng số điều thuốc hút với các chỉ số của hô hấp kí; mỗi liên quan giữa đặc điểm hút thuốc với mức độ tắc nghẽn đường thở.

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: tất cả BN đều đồng ý tham gia nghiên cứu; mọi số liệu và thông tin về BN được bảo đảm bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lí số liệu: thu thập, phân tích và xử lí theo thuật toán thống kê y học, bằng phần mềm Stata 14.0. Sử dụng hệ số tương quan Pearson (r) đo mối quan hệ giữa 2 biến định lượng: tương quan rất chặt chẽ khi $|r| \geq 0,7$; tương quan chặt chẽ khi $0,5 \leq |r| < 0,7$; tương quan vừa khi $0,3 \leq |r| < 0,5$;

tương quan rất ít khi $|r| < 0,3$; tương quan nghịch khi r (-) và tương quan thuận khi r (+).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm thông số hô hấp kí trên BN nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm thông số hô hấp kí trên BN nghiên cứu (n = 33).

Thông số hô hấp kí	Trung bình	Nhỏ nhất - lớn nhất
FVC (%)	95,82 ± 2,88	54 - 140
FEV1 (%)	63,67 ± 3,35	32 - 111
FEV1 / FVC (%)	55,36 ± 1,66	34 - 69
FEV6 (L/s)	3,03 ± 0,11	1,66 - 4
FEF 25-75 (%)	30,48 ± 2,34	6 - 53
PEF (%)	50,48 ± 2,62	24 - 83

Thể tích thở ra gắng sức trong 1 giây đầu trung bình 63,67 ± 3,35 (%). Tất cả BN đều có tắc nghẽn đường dẫn khí có đường kính < 2 mm.

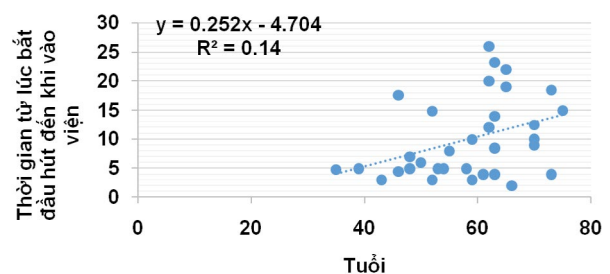
- Mức độ tắc nghẽn đường thở theo hô hấp kí (n = 33).

- + Tắc nghẽn mức độ nhẹ: 6 BN (18,18%).
- + Tắc nghẽn mức độ trung bình: 19 BN (57,58%).
- + Tắc nghẽn mức độ nặng: 8 BN (24,24%).

Đa số BN tắc nghẽn đường thở theo hô hấp kí mức độ trung bình (57,58%).

3.2. Mối liên quan một số yếu tố trên BN nghiên cứu:

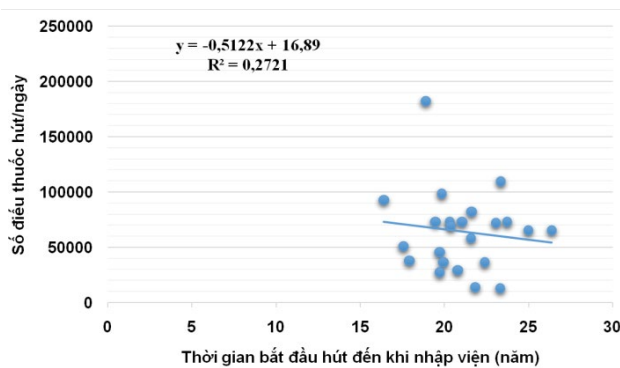
- Mối liên quan giữa độ tuổi và thời gian nhập viện từ lúc hút thuốc.



Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa độ tuổi và thời gian nhập viện tính từ lúc hút thuốc.

Có mối liên quan thuận, mức độ vừa giữa độ tuổi hút thuốc và thời gian nhập viện tính từ lúc hút thuốc (r = 0,37; p = 0,03).

- Mối liên quan giữa số điều thuốc hút/ngày với thời gian bắt đầu hút đến khi nhập viện.



Biểu đồ 2. Mỗi liên quan giữa số điều thuốc hút/ngày với thời gian bắt đầu hút đến khi nhập viện.

Có mối tương quan nghịch, mức độ chặt chẽ giữa số điều thuốc hút/ngày với thời gian bắt đầu hút đến khi nhập viện ($r = -0,522$; $p = 0,0018$).

Bảng 2. Mỗi liên quan giữa số điều thuốc hút/ngày với các chỉ số của hô hấp kí.

Thông số hô hấp kí	r	p
FVC (%)	- 0,36	0,04
FEV1 (%)	- 0,47	0,006
FEV1/FVC (%)	- 0,33	0,06
FEV6 (L/s)	- 0,12	0,50
FEF 25-75 (%)	- 0,26	0,15
PEF (%)	- 0,38	0,03

Số điều thuốc hút/ngày có mỗi liên quan với FEV1, PEF ($p < 0,05$).

Bảng 3. Mỗi liên quan giữa số năm hút thuốc với các chỉ số hô hấp kí.

Thông số hô hấp kí	r	p
FVC (%)	- 0,43	0,01
FEV1 (%)	- 0,42	0,02
FEV1/FVC (%)	- 0,31	0,08
FEV6 (L/s)	- 0,14	0,42
FEF25-75 (%)	- 0,39	0,02
PEF (%)	- 0,37	0,03

Số năm hút thuốc có mỗi liên quan nghịch, mức độ vừa với FVC, FEV1, FEF25-75, PEF ($p < 0,05$).

Bảng 4. Mỗi liên quan giữa tổng số điều thuốc hút với các chỉ số của hô hấp kí.

Thông số hô hấp kí	r	p
FVC (%)	- 0,60	0,0002
FEV1 (%)	- 0,65	0,0000
FEV1/FVC (%)	- 0,43	0,01
FEV6 (L/s)	- 0,126	0,14
FEF 25 - 75 (%)	- 0,45	0,009
PEF (%)	- 0,56	0,0007

Tổng số điều thuốc hút có mỗi liên quan mức độ chặt chẽ với FVC, FEV1, PEF ($p < 0,001$); có mỗi liên quan mức độ vừa với chỉ số Gaensler (FEV1/FVC), FEF25-75 ($p < 0,05$).

Bảng 5. Mỗi liên quan giữa đặc điểm hút thuốc với mức độ tắc nghẽn đường thở.

Mức độ tắc nghẽn	Nhẹ (n = 6) ₁	Trung bình (n = 19) ₂	Nặng (n = 8) ₃	$p_{1/2, 1/3, 2/3}$
Số điều thuốc hút/ngày	6,33 ± 1,58	14,53 ± 1,51	16,13 ± 2,36	0,004; 0,004; 0,26
Số năm hút thuốc	10 ± 1,45	13,89 ± 0,98	18,5 ± 3,91	0,03; 0,048; 0,06
Tổng số điều thuốc hút	20.622,5 ± 4.282,34	66.718,16 ± 4.792,10	97.637,5 ± 51.541,3	0,0000; 0,0052; 0,03

Số điều thuốc hút/ngày, số năm hút thuốc, tổng số điều thuốc càng nhiều thì mức độ tắc nghẽn đường thở càng nặng ($p < 0,05$).

4. BÀN LUẬN.

Trong khói thuốc lá chứa hơn 7.000 loại hóa chất. Trong đó, ít nhất 250 loại có hại cho sức khỏe và khoảng 70 loại có thể gây ung thư (bao gồm chất gây nghiện và các chất gây độc). Khói thuốc lá chứa nhiều chất kích thích dạng khí hoặc dạng hạt nhỏ. Các chất này gây nên các thay đổi cấu trúc của niêm mạc phế quản, dẫn đến tăng sinh các tuyến phế quản, các tế bào tiết nhầy và làm mất các tế bào có lông chuyển. Các thay đổi này làm tăng tiết dịch nhầy và giảm hiệu quả thanh lọc của thảm nhầy - lông chuyển trong việc lấy và mang các chất bẩn ra ngoài. Hậu quả cuối cùng là chất nhầy ở những người hút thuốc bị nhiễm các chất độc hại và lưu giữ lại nhiều trong tổ chức phổi, cản trở sự lưu thông trao đổi khí. Mức độ, nguy cơ tổn thương phổi tăng lên theo thời gian hút thuốc lá, số lượng thuốc lá tiêu thụ hằng ngày và lứa tuổi bắt đầu hút thuốc lá (càng sớm càng nguy hiểm).

Kết quả nghiên cứu (biểu đồ 2) cho thấy, có mỗi tương quan nghịch, mức độ chặt chẽ giữa số điều thuốc hút/ngày với thời gian bắt đầu hút thuốc đến khi nhập viện ($r = -0,522$; $p = 0,0018$). Số điều thuốc hút/ngày càng nhiều thì các triệu chứng xuất hiện càng sớm, BN phải nhập viện điều trị càng sớm. Kết quả biểu đồ 1 cho thấy, độ tuổi hút thuốc càng trẻ thì thời gian nhập viện càng sớm ($r = 0,37$; $p = 0,03$). COPD do thuốc lá làm các phế nang bị mất độ đàn hồi, tạo thành tổn thương khí phế thũng, đồng thời, có sự đóng sớm các phế quản tổn thương. Khi BN thở ra nhanh và mạnh, áp lực trong lồng ngực tăng lên, làm phế quản của người hút thuốc lá đóng sớm,

thêm nữa phế nang giảm độ đàn hồi nên không co lại nhanh chóng để tổng khí ra, làm ứ khí lại trong phế nang, tạo thành “bẫy khí”. Cơ chế then chốt làm luồng không khí thở ra bị giảm trong COPD là hiện tượng “bẫy khí” (lượng không khí được thổi ra giảm), tức là FEV1 giảm (phế quản đống sớm do bị tổn thương). Vì vậy, FEV1 là thông số đặc hiệu cho COPD. Tổn thương khí phế thũng trong COPD rất nguy hiểm, vì đây là loại tổn thương âm thầm, không phục hồi. Mặt khác, sự dày lên và giảm độ đàn hồi của đường thở cũng không hồi phục. Do đó, khi FEV1 giảm sẽ rất khó cải thiện.

Kết quả bảng 2, 3, 4 cho thấy, có mối tương quan nghịch giữa FEV1 với số điều thuốc hút/ngày ($r = -0,36$; $p = 0,04$), số năm hút thuốc ($r = -0,42$; $p = 0,02$), tổng số điều thuốc ($r = -0,648$; $p = 0,0000$). Số điều thuốc hút/ngày càng nhiều, số năm và tổng số điều thuốc hút càng lớn thì FEV1 càng giảm. Nghiên cứu của Piquette C.A và cộng sự (2000) thấy rằng, tốc độ giảm FEV1 ở những người hút thuốc lớn hơn người không hút thuốc [3]. Barnes và cộng sự (1997) nhận thấy, 85% BN COPD nghiện thuốc lá, thường có tiền sử hút thuốc lá trên 20 bao/năm. Những người này thường có bất thường chức năng hô hấp, tốc độ giảm FEV1 hàng năm nhanh hơn, tỉ lệ tử vong do COPD nhiều hơn so với người không hút thuốc [7]. Khói thuốc gây phá hủy phế nang, làm giảm tính đàn hồi của phổi và giảm khả năng trao đổi oxy. Phổi của những người hút thuốc lá bị giảm diện tích bề mặt và mạng lưới mao mạch, giảm dòng máu lưu thông qua phổi, giảm cung cấp chất dinh dưỡng và oxy cần thiết cho nhu mô phổi và các tổ chức khác trong cơ thể. Mặt khác, BN bị COPD tăng nhu cầu thông khí (gây nên bởi sự gia tăng sản xuất kỵ khí). Sự gia tăng này làm các cơ hô hấp phải hoạt động mạnh hơn, dẫn tới tình trạng nhiễm toan ở cơ sớm, làm dễ mệt mỏi cơ [8], [9]. Mệt mỏi cơ làm giảm khả năng hít vào tối đa (FVC), khả năng thở ra nhanh, mạnh. Kết quả là tất cả các thông số của thì thở ra (như FEV1, PEF, FEF) giảm.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, trong số 33 BN COPD đo FEV1, có 6 BN (18,18%) tắc nghẽn mức độ nhẹ, 19 BN (57,58%) tắc nghẽn mức độ trung bình và 8 BN (24,24%) tắc nghẽn mức độ nặng. Kết quả bảng 2, 3, 4 chỉ ra, có mối tương quan nghịch giữa số điều thuốc hút/ngày, số năm hút thuốc và tổng số điều thuốc hút với FVC, PEF25-75 và PEF ($p < 0,05$). Kết quả bảng 5 thấy, số điều thuốc hút/ngày, số năm hút thuốc và tổng số điều thuốc hút càng nhiều thì mức độ tắc nghẽn đường thở càng nặng, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 33 BN COPD có tiền sử hút thuốc lá, đo hô hấp tại Khoa Chẩn đoán chức năng, Bệnh viện quân y 103, kết luận:

- Độ tuổi hút thuốc càng trẻ, số điều thuốc hút/ngày càng nhiều thì thời gian nhập viện điều trị càng sớm ($p < 0,05$).

- Số điều thuốc hút/ngày, số năm hút thuốc và tổng số điều thuốc hút càng nhiều thì FEV1 càng giảm ($p < 0,05$), mức độ tắc nghẽn càng nặng ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Quang Đợi, Hoàng Bùi Hải, Hoàng Hồng Thái (2017), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tắc động mạch phổi ở bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 1 (451), 141-145.
2. Nguyễn Quang Đợi, Hoàng Hồng Thái, Chu Thị Hạnh (2018), “Tỉ lệ và yếu tố nguy cơ tắc động mạch phổi trong đợt cấp bệnh nhân đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 1(472), 89-93.
3. Piquette C, Rennard S, Snider G (2000), “Textbook of respiratory medicine”, *Chronic bronchitis and emphysema*, 3rd ed, New York: Saunders, 1187-1246.
4. Jiménez-Ruiz C.A, Masa F, Miravittles M et al (2001), “Smoking characteristics: differences in attitudes and dependence between healthy smokers and smokers with COPD”, *Chest*, 119 (5), 1365-1370.
5. Lindström M, Jönsson E, Kotaniemi J et al (2001), “Smoking, respiratory symptoms, and diseases: a comparative study between northern Sweden and northern Finland: report from the FinEsS study”, *Chest*, 119 (3), 852-861.
6. Stang P, Lydick E, Silberman C et al (2000), “The prevalence of COPD: using smoking rates to estimate disease frequency in the general population”, *Chest*, 117 (5), 354S-359S.
7. Bannes R.J, Godfrey S (1997), “Chronic Obstructive Pulmonary Disease”, *Thorax*, 55, 137-147.
8. Wüthrich T.U, Notter D.A, Spengler C.M (2013), “Effect of inspiratory muscle fatigue on exercise performance taking into account the fatigue induced excess respiratory drive”, *Experimental physiology*, 98 (12), 1705-1717.
9. Debigaré R, Marquis K, Côté C.H et al (2003), “Catabolic/anabolic balance and muscle wasting in patients with COPD”, *Chest*, 124 (1), 83-89. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ 61 BỆNH NHÂN THOÁI HÓA CỘT SỐNG CỔ CỔ TRIỆU CHỨNG BẰNG MỘT SỐ KỸ THUẬT VẬT LÝ TRỊ LIỆU

BSCKII. NGUYỄN THỊ THU HOA,
BS. VŨ THỊ PHƯƠNG - Viện Y học Hải quân

Phản biện khoa học: (1) TS. NGUYỄN VĂN TUẤN
(2) BSCKII. TRẦN BẢO LONG

TÓM TẮT: Nghiên cứu hồi cứu và tiến cứu, mô tả 61 bệnh nhân thoái hóa cột sống cổ có triệu chứng, điều trị nội trú bằng một số kỹ thuật vật lý trị liệu, tại Viện Y học Hải quân, từ tháng 5/2018 đến tháng 8/2019. **Kết quả:** Bệnh nhân nữ (52,5%) nhiều hơn bệnh nhân nam (47,5%); đa số bệnh nhân trên 40 tuổi (83,6%). Hội chứng cột sống cổ: 100% bệnh nhân có đau và co cứng các cơ cạnh cột sống cổ, có điểm đau cột sống cổ và hạn chế vận động cột sống cổ. Hội chứng rễ thần kinh cổ: 100% bệnh nhân đau kiểu rễ thần kinh cổ, đau có tính chất cơ học và nghiệm pháp kéo giãn cột sống cổ dương tính. Hội chứng động mạch sống - nền: 73,8% bệnh nhân đau đầu; 51,1% bệnh nhân hoa mắt, chóng mặt. Sau 7-10 ngày điều trị: trung bình điểm VAS ($3,00 \pm 0,775$ điểm) và điểm NDI ($25,86 \pm 5,96$ điểm) của bệnh nhân giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($5,75 \pm 0,943$ điểm và $55,52 \pm 7,83$ điểm), với $p < 0,01$. Kết quả điều trị chung: 26,2% bệnh nhân đạt kết quả tốt, 68,9% bệnh nhân đạt kết quả khá, 4,9% bệnh nhân đạt kết quả trung bình.

Từ khóa: Thoái hóa cột sống cổ, vật lý trị liệu.

ABSTRACT: Retrospective and prospective study, describing on 61 inpatients with symptomatic cervical spondylosis (SCS) were treated with physiotherapy techniques in the Institute of Naval Medicine from May 2018 to August 2019. **Results:** Female patients were 52.5%, more than male patients (47.5%); Most patients with SCS were older than 40 years (83.6%). Cervical spine syndrome: 100% of the patients had pain and spasticity in the muscles near the cervical spine, cervical spinal pain points and restrict cervical motor movement. Nerve root syndrome: 100% of the patients had suffered from root-style pain; physical-style pain and spinal stretching test. Basilar artery syndrome: 73.8% of patients had headache; 51.1% of patients had dizziness. After 7-10 days of treatment: the mean VAS score (3.00 ± 0.775) and the mean NDI score (25.86 ± 5.96) of patients were significantly reduced compared to those before treatment (5.75 ± 0.943 and 55.52 ± 7.83), respectively ($p < 0.01$). General treatment results: good (26.2%), relatively good (68.9%), average (4.9%).

Keywords: Cervical spondylosis, physiotherapy.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Nguyễn Thị Thu Hoa, Email: bshoahq@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/4/2020; mời phản biện khoa học: 5/2020; chấp nhận đăng: 29/5/2020.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Thoái hóa cột sống cổ (CSC) là bệnh lý mạn tính phổ biến, nguyên nhân do quá trình lão hóa tổ chức sụn, tế bào, tổ chức khớp, quanh khớp và tình trạng chịu áp lực quá tải kéo dài của sụn khớp [2]. Bệnh có biểu hiện lâm sàng đa dạng, phức tạp do cấu tạo giải phẫu và sự liên quan tới nhiều thành phần mạch máu, thần kinh. Nếu không được chẩn đoán và điều trị đúng, bệnh sẽ tiến triển từng đợt nặng dần, có thể dẫn đến chèn ép rễ thần kinh, tủy sống, gây đau hoặc tàn phế.

Đã có nhiều nghiên cứu về điều trị thoái hóa CSC bằng các phương pháp khác nhau, như hóa trị liệu, nhiệt trị liệu, điện trị liệu, châm cứu, xoa bóp bấm huyệt... Các nghiên cứu đều cho thấy, điều trị thoái hóa CSC chủ yếu bằng phương pháp nội khoa, trong đó kéo giãn CSC là một phương pháp điều trị bảo tồn có hiệu quả [8].

Viện Y học Hải quân được trang bị máy kéo giãn cột sống TRU-TRAC T3135 (sản xuất tại Mexico) từ năm 2017, nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị kéo giãn CSC tại đây. Cùng với một số kỹ thuật vật lý trị liệu khác, kéo giãn CSC góp phần nâng cao hiệu quả điều trị các bệnh nhân (BN) thoái hóa CSC tại bệnh viện. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân thoái hóa CSC bằng một số kỹ thuật vật lý trị liệu, tại Viện Y học Hải quân.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

61 BN thoái hóa CSC có triệu chứng, điều trị nội trú bằng một số kỹ thuật vật lý trị liệu, tại Khoa Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng, Viện Y học Hải quân, từ tháng 5/2018 đến tháng 8/2019.

Loại trừ các BN viêm nhiễm hoặc đau vùng cổ

gáy cấp tính; BN chấn thương xẹp lún, trượt thân đốt sống hoặc chèn ép tủy; BN lao hoặc ung thư cột sống; BN loãng xương trung bình và nặng; BN có bệnh lý tổ chức phần mềm trong ống tủy; BN viêm khớp dạng thấp, viêm cột sống dính khớp hoặc mắc bệnh mạn tính toàn thân nặng; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu và tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Chẩn đoán thoái hóa CSC theo tiêu chuẩn:

+ Về lâm sàng: BN đau bán cấp hoặc mạn tính tại vùng CSC và có 1 hoặc nhiều triệu chứng thuộc 3 hội chứng [2], [3]: hội chứng CSC (đau, co cứng các cơ cạnh CSC; có điểm đau CSC; hạn chế vận động CSC); hội chứng rễ thần kinh (đau có tính chất cơ học, tê bì vùng chi trên, khám dấu hiệu chuông bấm dương tính, nghiệm pháp Spurling dương tính, nghiệm pháp kéo giãn CSC dương tính); hội chứng động mạch sống nền (đau đầu, hoa mắt, chóng mặt).

+ Về cận lâm sàng: X quang CSC tư thế thẳng, nghiêng, chếch 3/4 có hình ảnh thoái hóa CSC (mất đường cong sinh lý, gai xương thân đốt sống, giảm chiều cao đốt sống, đĩa đệm, đặc xương dưới sụn, hẹp lỗ liên hợp) [2], [3].

- Các bước tiến hành: BN được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm; chỉ định kéo giãn CSC (không dùng các thuốc giảm đau, chống viêm steroid, tăng dẫn truyền và bảo vệ dây thần kinh) theo quy trình của Bộ Y tế [6], trong 7-10 ngày:

+ Bước 1: chiếu đèn hồng ngoại vùng cổ vai mỗi ngày 1 lần trong 15 phút.

+ Bước 2: điện xung vùng cổ vai mỗi ngày 1 lần trong 20 phút.

+ Bước 3: kéo giãn CSC trên máy TRU-TRAC T3135 mỗi ngày 1 lần trong 15 phút. BN nằm thư giãn thoải mái trên bàn kéo, đai kéo tựa lên trán và gáy; chọn lực kéo khởi đầu bằng 10% trọng lượng cơ thể, tăng dần theo phản ứng của BN, lực kéo tối đa 9-10 kg, lực nền bằng 1/4-1/3 lực kéo tối đa; chế độ kéo giãn kiểu xung lực; kéo 30 giây, nghỉ 10 giây, tổng thời gian 15 phút.

- Đánh giá kết quả điều trị:

+ Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS (Visual Analogue Scale) [12]: 0 điểm (không đau); 1-2 điểm (đau nhẹ); 3-4 điểm (đau vừa); 5-6 điểm (đau nhiều); 7-8 điểm (đau dữ dội); 9-10 điểm (đau khủng khiếp).

+ Đánh giá tầm vận động CSC [8]: tốt (> 80% tầm vận động bình thường); khá (từ 60-80% tầm vận động bình thường); trung bình (từ 40-59% tầm vận động bình thường); kém (< 40% tầm vận động bình thường).

+ Đánh giá chức năng CSC dựa vào điểm NDI (Neck Disability Index) [13]: 0 điểm (không ảnh hưởng chức năng CSC); < 15 điểm (ít ảnh hưởng chức năng CSC); từ 15 đến 24 điểm (ảnh hưởng mức độ trung bình chức năng CSC); từ 25 đến 34 điểm (ảnh hưởng mức độ nhiều chức năng CSC); từ 35-50 điểm (ảnh hưởng rất nhiều hoặc hoàn toàn chức năng CSC).

+ Đánh giá kết quả điều trị chung [8]: tốt (VAS 0-2 điểm, tầm vận động CSC tốt, NDI < 15 điểm); khá (VAS 3-5 điểm, tầm vận động CSC khá, NDI 15-24 điểm); trung bình (VAS 6-8 điểm, tầm vận động CSC trung bình, NDI 25-34 điểm); kém (VAS 9-10 điểm, tầm vận động CSC kém, NDI ≥ 35 điểm).

- Đạo đức trong nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức bệnh viện. Mọi thông tin của BN được bảo mật và chỉ sử dụng vào mục đích nghiên cứu.

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm về tuổi và giới tính.

Tuổi	Nam	Nữ	Tổng
Dưới 40	4 (13,8%)	6 (18,75%)	10 (16,4%)
Từ 40-60	18 (62,1%)	20 (62,5%)	38 (62,3%)
Trên 60	7 (24,1%)	6 (18,75%)	13 (21,3%)
Tổng	29 (47,5%)	32 (52,5%)	61 (100%)

Đa số BN trên 40 tuổi (83,6%), trong đó độ tuổi từ 40-60 chiếm tỉ lệ cao nhất (62,3%). BN nữ (52,5%) nhiều hơn BN nam (47,5%), tỉ lệ BN nữ/nam ≈ 1,1.

- Triệu chứng hội chứng CSC (n = 61):

+ Đau, co cứng cơ cạnh CSC: 61 BN (100%).

+ Có điểm đau CSC và hạn chế vận động CSC: 61 BN (100%).

- Triệu chứng hội chứng rễ thần kinh (n = 61):

+ Đau kiểu rễ thần kinh cổ, đau có tính chất cơ học: 61 BN (100%).

+ Tê bì vùng chi trên: 39 BN (63,9%).

+ Nghiệm pháp Spurling dương tính: 7 BN (11,5%).

+ Nghiệm pháp kéo giãn CSC dương tính: 61 BN (100%).

+ Dấu hiệu chuông bấm dương tính: 23 BN (37,7%).

- Triệu chứng hội chứng động mạch sống - nền (n = 61):

+ Đau đầu: 45 BN (73,8%).

+ Hoa mắt, chóng mặt: 31 BN (51,1%).

3.2. Kết quả điều trị:

Bảng 2. Cải thiện mức độ đau (n = 61).

Mức độ đau	Trước điều trị	Sau điều trị	p
Không đau	0	0	
Đau nhẹ	0	16 (26,2%)	
Đau vừa phải	7 (11,5%)	43 (70,5%)	
Đau nhiều	44 (72,1%)	2 (3,3%)	
Đau dữ dội	10 (16,4%)	0 (0%)	
Đau khủng khiếp	0	0	
VAS ($\bar{x} \pm SD$)	5,75 $\pm$ 0,943	3,00 $\pm$ 0,775	< 0,01

Điểm VAS trung bình sau điều trị ($3,00 \pm 0,775$) giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($5,75 \pm 0,943$), với $p < 0,01$.

Bảng 3. Cải thiện tầm vận động CSC (n = 61).

Tầm vận động	Tốt	Khá	Tr. bình	Kém
Trước điều trị	Gập	0	15 (24,6%)	41 (67,2%)
	Duỗi	0	20 (32,8%)	38 (62,3%)
	Nghiêng	0	14 (23%)	42 (68,9%)
	Xoay	0	15 (24,6%)	41 (67,2%)
Sau điều trị	Gập	19 (31,1%)	37 (60,7%)	5 (8,2%)
	Duỗi	24 (39,3%)	32 (52,8%)	5 (8,2%)
	Nghiêng	16 (26,2%)	39 (63,9%)	6 (9,8%)
	Xoay	18 (29,5%)	39 (63,9%)	4 (6,6%)

Trước điều trị, chủ yếu BN có tầm vận động CSC ở mức trung bình (từ 62,3-68,9%), tiếp đến là mức khá (từ 23,0-32,8%), mức kém chỉ từ 4,9-8,2% và không BN nào ở mức tốt. Sau điều trị, tầm vận động CSC của BN ở mức tốt tăng từ 26,2-39,3%, khá tăng từ 52,8-63,9%, mức trung bình giảm từ 6,6-9,8%, không BN nào ở mức kém.

Bảng 4. Cải thiện chức năng CSC (n = 61).

Mức độ cải thiện	Trước điều trị	Sau kéo điều trị	p
Hết	0	0	
Ít	0	55 (90,16%)	
Trung bình	18 (29,51%)	6 (9,84%)	
Nhiều	42 (68,85%)	0	
Rất nhiều	1 (1,64%)	0	
NDI ($\bar{x} \pm SD$)	55,52 $\pm$ 7,83	25,86 $\pm$ 5,96	< 0,01

Điểm NDI trung bình sau điều trị ($25,86 \pm 5,96$ điểm) giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($55,52 \pm 7,83$ điểm), $p < 0,01$.

- Kết quả điều trị chung (n = 61):

+ Tốt: 16 BN (26,2%).

+ Khá: 42 BN (68,9%).

+ Trung bình: 3 BN (4,9%).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- Về tuổi: đa số BN thoái hóa CSC trên 40 tuổi (83,6%), trong đó độ tuổi từ 40-60 chiếm tỉ lệ cao nhất (62,3%). Theo Hồ Hữu Lương, quá trình thoái hóa CSC thường xuất hiện ở người từ 40 tuổi trở lên và hay gặp nhất là độ tuổi từ 40-60 [3]. Tác giả cho rằng, tuổi càng cao thì nguy cơ thoái hóa CSC càng cao.

- Về giới tính: BN nữ (52,5%) nhiều hơn BN nam (47,5%), tỉ lệ BN nữ/nam $\approx 1,1$; phù hợp kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thắm (tỉ lệ BN nữ/nam $\approx 2,2$) [7], Phan Kim Toàn (tỉ lệ BN nữ/nam $\approx 1,5$) [9], nhưng khác so với kết quả nghiên cứu của Đặng Thị Minh Thu (tỉ lệ BN nam/nữ $\approx 1,1$) [8]. Sự khác biệt này có thể do số lượng mẫu trong nghiên cứu này còn ít.

- Hội chứng CSC: 100% BN có đau và co cứng các cơ cạnh CSC, có điểm đau CSC và hạn chế vận động CSC; phù hợp với nghiên cứu của Đặng Thị Minh Thu (các BN đều có cả 3 triệu chứng trên) [8].

- Hội chứng rễ thần kinh cổ: 100% BN có đau kiểu rễ thần kinh cổ; đau có tính chất cơ học và nghiệm pháp kéo giãn CSC dương tính; 63,9% BN có tê bì vùng chi trên; 37,7% BN có dấu hiệu chuông bấm dương tính; 11,5% BN có nghiệm pháp Spurling dương tính. Theo Hồ Hữu Lương, Phan Kim Toàn, Đặng Thị Minh Thu, phần lớn BN thoái hóa CSC đều có hội chứng rễ thần kinh, do đặc điểm lỗ liên đốt ở CSC hẹp hơn so với các đoạn cột sống khác, nên thần kinh dễ bị chèn ép hơn [3], [8], [9].

- Hội chứng động mạch đốt sống - thân nền: 51,1% BN có hoa mắt, chóng mặt. Một số nghiên cứu cho thấy, BN thoái hóa CSC có triệu chứng hoa mắt, chóng mặt, như Nguyễn Thị Thắm (48,3% BN có chóng mặt), Đặng Thị Minh Thu (94,1% BN có hoa mắt, chóng mặt) [7], [8]. Chóng mặt là triệu chứng khách quan đáng tin cậy của thiếu năng tuần hoàn sống nền. Nguyên nhân là do các khớp mòm móc đốt sống và khớp gian đốt sống bị thoái hóa, các gai xương làm hẹp lỗ gian đốt sống gây chèn ép rễ thần kinh và động mạch đốt sống (nơi có tốc độ tuần hoàn chậm 2 lần so với động mạch cảnh) [8]. Nghiên cứu này cho thấy, đau đầu là triệu chứng thường gặp, chiếm 73,8%; phù hợp với

ngghiên cứu của Phạm Văn Minh (đau đầu là triệu chứng thường gặp của bệnh thoái hóa CSC) [4]. Tuy nhiên, triệu chứng đau đầu nếu chỉ xuất hiện đơn độc thì chưa đủ để buộc BN đi khám và điều trị, vì triệu chứng này không đặc hiệu cho riêng thoái hóa CSC.

4.2. Kết quả điều trị:

- Mức độ cải thiện đau theo thang điểm VAS: điểm VAS trung bình sau điều trị ($3,00 \pm 0,775$ điểm) giảm có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($5,75 \pm 0,943$ điểm), $p < 0,01$. Trước điều trị, 72,1% BN đau nhiều, 11,5% BN đau vừa phải, 16,4% BN đau dữ dội. Sau điều trị, không BN nào còn đau dữ dội, 3,3% BN đau nhiều, 70,5% BN đau vừa phải và 26,2% BN đau nhẹ; phù hợp với kết quả nghiên cứu của Đặng Thị Minh Thu (sau điều trị, 70% BN đau nhẹ và đau vừa phải, 3,3% BN đau nhiều, không BN nào đau dữ dội) [8].

- Mức độ cải thiện tầm vận động CSC: trước điều trị, chủ yếu BN có tầm vận động CSC ở mức trung bình (từ 62,3-68,9%), tiếp đến là mức khá (từ 23,0-32,8%), mức kém chỉ từ 4,9-8,2%, không BN nào ở mức tốt. Sau điều trị, tầm vận động CSC của BN ở mức mức tốt tăng (từ 26,2-39,3%), mức khá tăng (từ 52,8-63,9%), mức trung bình giảm (từ 6,6-9,8%), không BN nào ở mức kém. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Đặng Thị Minh Thu, (trước điều trị, tầm vận động CSC mức độ trung bình từ 50-63,3%, mức kém từ 3,3-16,7%, không BN nào mức tốt; sau điều trị, tầm vận động CSC mức tốt từ 16,7-21,7%, mức khá tăng lên 61,7%, mức trung bình giảm xuống còn từ 15,0-18,3%) [8].

- Mức độ cải thiện chức năng CSC: điểm NDI trung bình sau điều trị ($25,86 \pm 5,96$ điểm) giảm xuống có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($55,52 \pm 7,83$ điểm), $p < 0,01$. Trước điều trị, 68,85% BN hạn chế chức năng CSC mức độ nhiều, 29,51% BN mức trung bình, 1,64% mức rất nhiều, không BN nào hạn chế ít hoặc không bị hạn chế chức năng CSC. Kết quả sau điều trị, thấy 90,16% BN còn hạn chế chức năng CSC mức độ ít, 9,84% BN hạn chế mức trung bình, không BN nào còn hạn chế chức năng CSC mức nhiều, rất nhiều. Nghiên cứu của Đặng Thị Minh Thu cho thấy, trước điều trị, 70,0% BN hạn chế chức năng CSC mức nhiều, 16,7% BN hạn chế mức trung bình, không BN nào hạn chế chức năng CSC mức ít hoặc không hạn chế. Sau điều trị, 60% BN hạn chế chức năng CSC ở mức độ ít, 25,5% BN hạn chế mức trung bình, 15,0% BN hạn chế mức nhiều [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi và của Đặng Thị Minh Thu đều thấy chức năng CSC cải thiện rất nhiều.

- Kết quả điều trị chung: tốt 26,2%; khá 68,9%; trung bình 4,9% và không BN nào có kết quả kém; phù hợp với nghiên cứu của Đặng Thị Minh Thu (tốt: 21,7%, khá: 44,0%, trung bình: 33,3%, không

có kết quả kém) [8]. Nhiều tác giả khác, như Phạm Văn Minh, Phan Kim Toàn, Hà Hoàng Kiệm đều cho rằng, kéo giãn là phương pháp rất hiệu quả để điều trị thoái hóa CSC [4], [9]. Trong suốt quá trình điều trị kéo giãn, không BN nào gặp tai biến, biến chứng.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 61 BN thoái hóa CSC, điều trị bằng một số kĩ thuật vật lí trị liệu, tại Khoa Y học cổ truyền và Phục hồi chức năng, Viện Y học Hải quân, từ tháng 5/2018 đến tháng 8/2019, kết luận:

- BN nữ (52,5%) nhiều hơn BN nam (47,5%), tỉ lệ BN nữ/nam $\approx 1,1$. Đa số BN trên 40 tuổi (83,3%), trong đó độ tuổi từ 40-60 chiếm tỉ lệ cao nhất (62,3%).

- Hội chứng CSC: 100% BN có đau và co cứng các cơ cạnh CSC, có điểm đau CSC và hạn chế vận động CSC; hội chứng rễ thần kinh cổ: 100% BN đau kiểu rễ thần kinh cổ, đau có tính chất cơ học và nghiệm pháp kéo giãn CSC dương tính, 63,9% BN tê bì vùng chi trên, 37,7% BN dấu hiệu chuông bấm dương tính, 11,5% BN nghiệm pháp Spurling dương tính; hội chứng động mạch sống - nền: 73,8% BN đau đầu; 51,1% BN hoa mắt, chóng mặt.

- Kết quả điều trị: điểm VAS trung bình trước điều trị ($5,75 \pm 0,943$) cao hơn so với sau điều trị ($3,00 \pm 0,775$), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tầm vận động CSC của BN ở mức tốt tăng (từ 26,2-39,3%), khá tăng (từ 52,8-63,9%), mức trung bình giảm (từ 6,6-9,8%), không có BN nào ở mức kém. Điểm NDI trung bình sau điều trị ($25,86 \pm 5,96$) giảm xuống có ý nghĩa so với trước điều trị ($55,52 \pm 7,83$), $p < 0,01$. 26,2% đạt kết quả BN tốt, 68,9% BN đạt kết quả khá, 4,9% BN đạt kết quả trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội (2004), *Bài giảng Bệnh học Nội khoa tập II*, Nhà xuất bản Y học, tr. 327-333, 335-336.
2. Bộ Y tế (2016), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp*, Nhà xuất bản Y học, tr. 145-148, 149-153.
3. Hồ Hữu Lương (2018), *Thoái hóa cột sống cổ và thoát vị đĩa đệm*, Nhà xuất bản Y học, tr. 9-30, 48-82, 148-151, 203-206.
4. Phạm Văn Minh (2008), "Đánh giá hiệu quả điều trị thoái hóa cột sống cổ bằng máy kéo giãn", *Tạp chí Y học thực hành*, số 8/2008.
5. Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu, Vũ Thị Bích Hạnh (2003), *Bài giảng vật lí trị liệu phục hồi chức năng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Quyết định số 54/QĐ-BYT ngày 06/01/2014 của Bộ Y tế về "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành phục hồi chức năng".

(Xem tiếp trang 12)

BƯỚC ĐẦU NGHIÊN CỨU TẦN SUẤT CÁC ĐA HÌNH ĐƠN NUCLEOTIT TRÊN GEN FCN2 Ở QUẦN THỂ NGƯỜI VIỆT NAM

ThS. NGÔ TRƯỜNG GIANG - Học viện Quân y
SV. NGUYỄN THỊ UYÊN - Đại học Quốc gia Hà Nội
Phản biện Khoa học: (1) PGS.TS. HỒ ANH SƠN
(2) TS. HOÀNG VĂN TÔNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu bước đầu xác định tần suất các alen, genotypes, haplotypes của các đa hình đơn trên gen FCN2 trên 100 mẫu máu tĩnh mạch thu thập tại Bệnh viện Quân y 103, sử dụng tách DNA tổng số, nhân gen FCN2. Sản phẩm PCR của gen FCN2 được giải trình tự theo phương pháp Sanger, phân tích kết quả bằng phần mềm MEGAX.

Kết quả: Xác định được tần suất alen của chín đa hình đơn nucleotide: -986G>A; -902C>A; -602G>A; -64A>C; -4A>C; +6031A>G; +6220T>G; +6359C>T; +6424G>T và bốn kiểu haplotypes điển hình: GCGAATG, GCGCGTT, GCGAAGG và AAGAAGG.

Từ khóa: FCN2, SNPs, genotype, haplotypes.

ABSTRACT: The present study aims to initially determine the frequency of alleles, genotypes, haplotypes of FCN2 gene single nucleotide polymorphisms in 100 blood samples collected at the Military hospital 103. Total DNA were extracted, amplified FCN2 gene fragments, PCR products were sequenced by Sanger method, the results were analyzed by MEGA X software.

Result: The study showed the allele frequencies of nine SNPs including: -986G>A, -902C>A, -602G>A, -64A>C, -4A>C, +6031A>G, +6220T>G, +6359C>T, +6424G>T and the frequencies of four major haplotypes: GCGAATG, GCGCGTT, GCGAAGG and AAGAAGG.

Keywords: FCN2, SNP, genotype, haplotypes.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Ngô Trường Giang, Email: legiangngo@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/06/2020; mời phản biện khoa học: 6/2020; chấp nhận đăng: 15/6/2020.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Miễn dịch là khả năng của cơ thể nhận biết, đáp ứng và loại bỏ các yếu tố lạ. Đáp ứng miễn dịch được chia làm hai loại, gồm đáp ứng miễn dịch tự nhiên (miễn dịch không đặc hiệu) và đáp ứng miễn dịch thu được (miễn dịch đặc hiệu). Hệ thống bổ thể là một phần quan trọng trong đáp ứng miễn dịch tự nhiên, có vai trò phát hiện, loại bỏ mầm bệnh và cân bằng nội môi [4]. Để hệ thống bổ thể hoạt động thì chúng phải được hoạt hóa. Một trong các con đường hoạt hóa bổ thể quan trọng là con đường lectin - kích hoạt hệ thống bổ thể nhờ hoạt động của Ficolin-2 (một protein huyết thanh hòa tan, được mã hóa bởi gen FCN2) và lectin liên kết với mannose (mannose binding lectin - MBL).

Nồng độ của Ficolin-2 trong cơ thể cao hay thấp sẽ ảnh hưởng đến hoạt hóa bổ thể. Từ đó, ảnh hưởng tới khả năng bảo vệ cơ thể trước các tác nhân gây bệnh của hệ thống miễn dịch tự nhiên. Nồng độ Ficolin-2 thay đổi do ảnh hưởng trực tiếp từ các đa hình đơn nucleotide (SNPs) trong gen FCN2. Một nghiên cứu trước đây trên thế giới đã chỉ ra, SNPs trong gen FCN2 liên quan đến nồng độ Ficolin-2 thấp, có thể làm cho các bệnh nhân

bị tái phát hoặc nhiễm liên cầu khuẩn nặng hơn. Các SNPs này tập trung vào vùng promotor-exon 1 và exon 7 - exon 8 của gen FCN2 [5]. Nồng độ Ficolin-2 huyết thanh thấp đã được chứng minh có liên quan tới tăng cường tính nhạy cảm với nhiễm trùng đường hô hấp ở trẻ em [1]. Do đó, nghiên cứu về tính đa hình gen FCN2 sẽ là nền tảng quan trọng để thực hiện các nghiên cứu tiếp theo về rối loạn sinh lý bệnh của các bệnh lý có cơ chế miễn dịch, phục vụ tốt hơn công tác chẩn đoán, tiên lượng, điều trị và dự phòng các bệnh lý này. Hiện nay, Việt Nam có rất ít nghiên cứu xác định rõ ràng vai trò của tần suất đa hình gen FCN2 ảnh hưởng đến nồng độ Ficolin-2 trong huyết thanh.

Với mong muốn đóng góp những hiểu biết về Ficolin-2 nói chung và gen FCN2 nói riêng tại Việt Nam cũng như trên thế giới, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu bước đầu xác định tần suất alen, genotypes và haplotypes của gen FCN2 trên quần thể người Việt Nam.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

100 mẫu máu tĩnh mạch người khỏe mạnh (hiển

máu tình nguyện), tại Bệnh viện Quân y 103, chống đông bằng ETDA.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Tách chiết AND: 100 mẫu máu thu thập được tách chiết AND bằng kit tách chiết AND từ máu toàn phần của Qiagen.

- PCR nhân gen FCN2: các nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra các SNPs ảnh hưởng tới nồng độ Ficolin-2 huyết thanh, tập trung chính vào vùng promotor-exon 1 và exon 7 - exon 8 của gen FCN2. Do đó, trong nghiên cứu này, chúng tôi tập trung vào vùng promotor-exon 1 và exon 7 - exon 8 với 2 đoạn DNA tương ứng được nhân lên (khuếch đại gen FCN2).

+ Trình tự cặp mồi (theo Hoàng Văn Tổng và cộng sự, năm 2011) [7]:

+ Thành phần phản ứng PCR nhân gen: master mix: 12,5 µl; primers (10 pmol/µl): 1 µl; nước deion: 5,5; mẫu: 5 µl; tổng thể tích: 25 µl.

+ Chu trình nhiệt phản ứng PCR: 95°C trong 5 phút; 94°C trong 30 giây; tiếp theo là 50 chu kỳ: 56°C trong 30 giây; 72°C trong 45 giây; 72°C trong 5 phút.

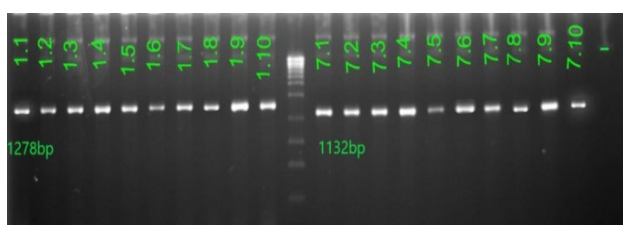
+ Sản phẩm PCR được điện di kiểm tra trên gel agarose 2%, phân tích kết quả chọn các mẫu có sản phẩm nhân gen để thực hiện bước tiếp theo.

- Giải trình tự Sanger: sản phẩm nhân gen FCN2 được tinh sạch, giải trình tự Sanger.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Kết quả nhân gen FCN2:

Sản phẩm nhân gen được điện di trên gel agarose 2% trong 25 phút.

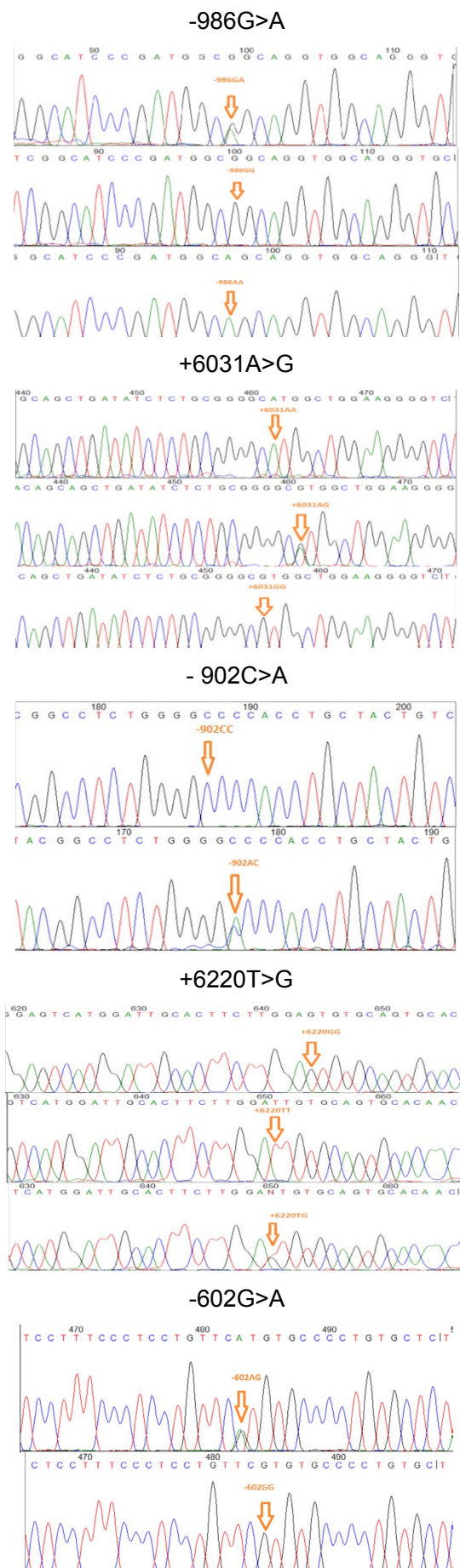


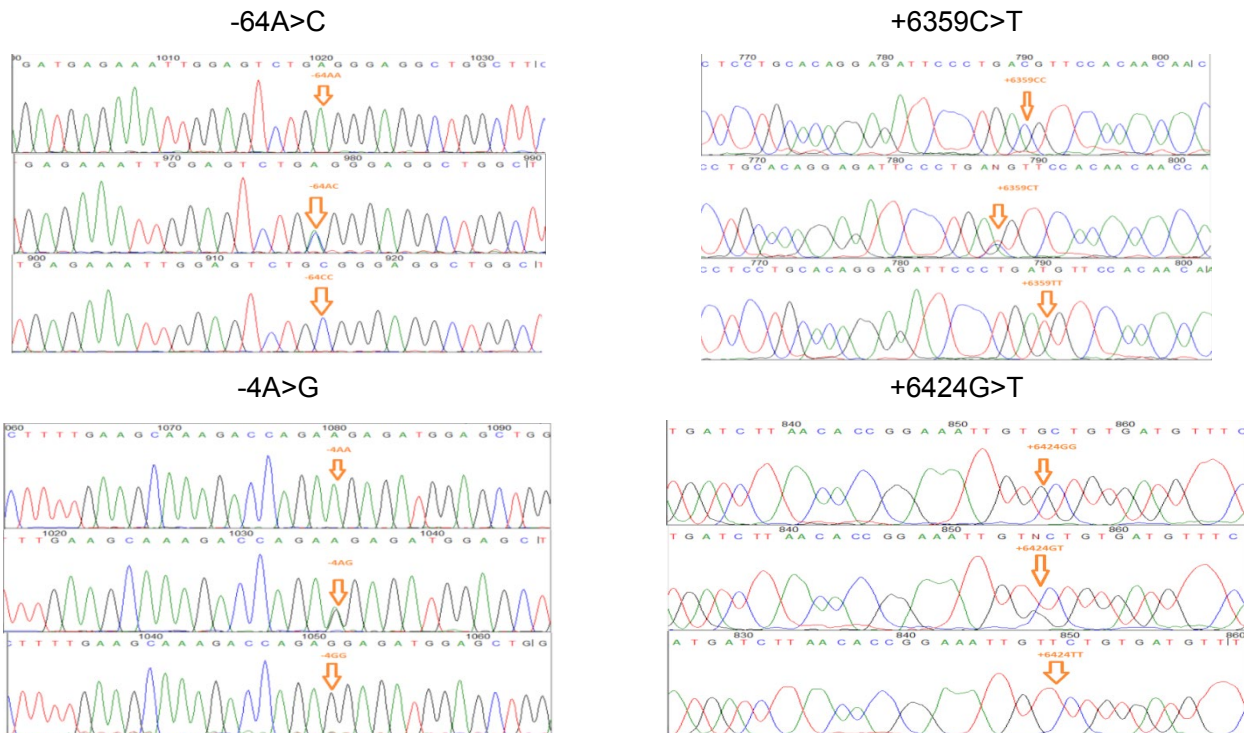
Hình 1. Kết quả điện di sản phẩm nhân gen FCN2.

(-): đối chứng âm; marker: 1kb; Giếng từ 1.1 đến 1.10: băng lên với kích thước 1278 bp, là sản phẩm sau PCR với cặp mồi F1R1 nhằm khuếch đại vùng promotor và exon1. Giếng từ 7.1 đến 7.10: băng lên với kích thước 1132 bp, là sản phẩm sau PCR với cặp mồi F2R2 nhằm khuếch đại vùng exon 7, 8).

Kết quả điện di sản phẩm nhân gen đều rõ, sáng, cho thấy sự ổn định và đồng đều giữa các mẫu, không thấy xuất hiện băng phụ. Như vậy, đã nhân thành công các đoạn gen FCN2.

3.2. Kết quả genotypes:





Hình 2. Kết quả giải trình tự bằng phương pháp Sanger. Kết quả giải trình tự được đọc trên phần mềm MEGAX. Hình ảnh kết quả cho thấy tín hiệu đạt chất lượng tốt, không thấy xuất hiện tín hiệu nhiễu.

Bảng 1. Tần suất alen của các đa hình gen FCN2 (n = 100).

Đa hình	Alen chính	Alen hiếm	dbSNP	Vị trí	Tần suất alen hiếm	Tần suất alen chính	P-value Hardy-einberg
-986	G	A	rs3124952	Promoter	0,12	0,88	0,14
-902	C	A	rs3811143	Promoter	0,095	0,905	0,29
-602	G	A	rs3124953	Promoter	0,03	0,97	0,76
-64	A	C	rs28969369	Promoter	0,2	0,8	0,21
-4	A	G	rs28969369	Promoter	0,095	0,905	0,015
+6031	A	G	rs11103563	Intron 7	0,205	0,795	0,46
+6220	T	G	rs7872508	Intron 7	0,19	0,81	0,69
+6359	C	T	rs17549193	Exon 8	0,1	0,9	0,026
+6424	G	T	rs78516996	Exon 8	0,185	0,815	0,78

dbSNP: dữ liệu từ NCBI; P-value: tính theo phương pháp khi bình phương. P-value < 0,05 không tuân theo định luật Hardy-Weinberg).

- Tiến hành xây dựng kiểu haplotypes dựa trên một nhóm gồm bảy điểm đa hình (-986G>A, -902C>A, -602A>C, -64A>C, +6031A>G, +6220T>G, +6424G>T) tuân theo định luật Hardy-Weinberg.

Bảng 2. Kết quả haplotypes của gen FCN2.

Hapl.freq	Haplotypes -986/-902/-602/-64/+6031/+6220/+6424	Tỉ lệ %
121	GCGAATG	60,5
36	GCGCGTT	18
14	GCGAAGG	7

Hapl.freq	Haplotypes -986/-902/-602/-64/+6031/+6220/+6424	Tỉ lệ %
13	AAGAAGG	6,5
6	AAAAAGG	3
5	ACGAAGG	2,5
4	GCGCGTG	2
1	GCGAGTT	0,5

4. BÀN LUẬN.

Kết quả bảng 1 chỉ ra tần suất alen hiếm của 9 đa hình chúng tôi phân tích được trên gen FCN2 chiếm một tỉ lệ đáng quan tâm dao động từ 3% đến 20%. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra mối liên quan chặt chẽ của các alen hiếm này và

nồng độ protein Ficolin-2 trong huyết thanh người, cũng như tăng nguy cơ mắc một số bệnh lý có liên quan đến cơ chế miễn dịch, như bệnh tự miễn, bệnh truyền nhiễm... Kết quả nghiên cứu này có thể là nền tảng bước đầu cho các nghiên cứu tiếp theo về cơ chế bệnh sinh các bệnh có liên quan đến cơ chế miễn dịch; phục vụ công tác tiên lượng và điều trị.

Do quá trình thu thập mẫu là hoàn toàn ngẫu nhiên, không có tính chọn lọc nên kết quả P-value có khác biệt giữa các đa hình. Bảy điểm đa hình (-986G>A, -902C>A, -602A>C, -64A>C, +6031A>G, +6220T>G, +6424G>T) tuân theo định luật Hardy-Weinberg, hay nói cách khác là không bị ảnh hưởng bởi các nhân tố biến đổi di truyền, như di cư, quá trình đột biến, giao phối cận huyết...

Sự khác biệt về môi trường sống của các dân tộc, khu vực và quốc gia khác nhau mang lại những đặc điểm khác biệt cho gen FCN2, điển hình đó là sự khác biệt tại Nhật Bản, Đan Mạch, Argentina, Ghana, Mozambique [3]. Theo một nghiên cứu tại Đan Mạch cho biết tần suất alen -986G>A, -602A>C, -4A>G liên quan trực tiếp tới nồng độ Ficolin-2 trong huyết thanh cao nhất [2]. Bên cạnh đó tần suất alen của đa hình -602G>A, -4A>G có tỉ lệ thấp đối với các khu vực châu Phi và Nhật Bản. Tại Việt Nam, tần suất alen của đa hình -986G>A, -4A>G thấp hơn so với tần suất của người da trắng và châu Phi.

Trong 9 điểm đa hình đơn phân tích được, có 7 điểm tuân theo định luật Hardy-Weinberg. Chúng tôi tiến hành phân tích haplotypes từ 7 điểm đa hình này bằng phần mềm Arlequin. Kết quả phân tích cho thấy có tám kiểu haplotypes. Trong đó, nhóm chính gồm bốn kiểu haplotypes: GCGAATG, GCGCGTT, GCGAAGG và AAGAAGG; nhóm hiếm gồm bốn kiểu haplotypes sau: AAAAAGG, ACGAAGG, GCGCGTG và GCGAGTT. Các haplotypes chính có tần suất cao có thể dùng trong các nghiên cứu tiếp theo về rối loạn sinh lý bệnh của các bệnh có cơ chế miễn dịch. Đặc biệt, kiểu haplotype GCGAATG (thuộc nhóm chính) có tần suất cao nhất (chiếm 60,5%), kiểu haplotype GCGAGTT có tần suất thấp nhất (0,5%).

Nếu như trong một số nghiên cứu trước đây chỉ dựa vào 4 hoặc 6 SNPs khác nhau để xây dựng các kiểu haplotypes [6], [7], thì trong nghiên cứu này đã xác định được 8 kiểu haplotypes có ý nghĩa thống kê từ một nhóm gồm bảy SNPs khác nhau. Từ đó, tạo nhiều cơ sở hơn cho những nghiên cứu tiếp theo trên các bệnh lý cụ thể.

5. KẾT LUẬN.

Bước đầu xác định tần suất các đa hình đơn biến nucleotid trên gen FCN2 ở 100 mẫu máu tĩnh mạch người khỏe mạnh, thu thập tại Bệnh viện Quân y 103, sử dụng tách DNA tổng số, nhân gen

FCN2. Sản phẩm PCR của gen FCN2 được giải trình tự theo phương pháp Sanger, phân tích kết quả bằng phần mềm MEGAX, kết quả:

- Xác định được tần suất kiểu gen, tần suất alen của chín đa hình (-986G>A, -902C>A, -602G>A, -64A>C, -4A>G, +6031A>G, +6220T>G, +6359C>T, +6424G>T) thuộc gen FCN2 trên quần thể người Việt Nam.

- Xác định được tám haplotypes của gen FCN2 và tần suất xuất hiện của chúng trong quần thể người Việt Nam. Đặc biệt nhóm chính gồm 4 kiểu haplotypes có tần suất xuất hiện cao: GCGAATG, GCGCGTT, GCGAAGG, AAGAAGG.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Cedzynski M, Atkinson A.P, Swierczko A.S, MacDonald S.L, Szala A, Zeman K, Buczylo K, Bak-Romaniszyn L, Wiszniewska M, Matsushita M (2009), "L-ficolin (ficolin-2) insufficiency is associated with combined allergic and infectious respiratory disease in children", *Molecular immunology*, 47 (2-3), pp. 415-419.
2. Hummelshoj T, Munthe-Fog L, Madsen H.O, Fujita T, Matsushita M, Garred P (2005), "Polymorphisms in the FCN2 gene determine serum variation and function of Ficolin-2", *Human molecular genetics*, 14 (12), pp. 1651-1658.
3. Hummelshøj T, Munthe-Fog L, Madsen HO, Garred P (2008), "Functional SNPs in the human ficolin (FCN) genes reveal distinct geographical patterns", *Molecular immunology*, 45 (9), 2508-2520.
4. Kolev M, Kemper C. (2017), "Keeping it all going-complement meets metabolism". *Frontiers in immunology*, 8,1.
5. Messias Reason I, Schafranski M, Kremsner P, Kun J (2009), "Ficolin 2 (FCN2) functional polymorphisms and the risk of rheumatic fever and rheumatic heart disease", *Clinical & Experimental Immunology*, 157 (3), 395-399.
6. Ruskamp J.M, Hoekstra M.O, Postma D.S, Kerkhof M, Bottema R.W, Koppelman G.H, Rovers M.M, Wijga A.H, De Jongste J.C, Brunekreef B (2009), "Exploring the role of polymorphisms in ficolin genes in respiratory tract infections in children", *Clinical & Experimental Immunology*, 155 (3), 433-440.
7. Tong H.V, Toan N.L, Song L.H, Ouf E.A, Bock C-T, Kremsner P.G, Kun J.F, Velavan T (2011), "Ficolin-2 levels and FCN2 haplotypes influence hepatitis B infection outcome in Vietnamese patients", *PLoS One*, 6 (11), e28113. □

NGHIÊN CỨU XÂY DỰNG QUY TRÌNH XÁC ĐỊNH ARSEN TRONG NƯỚC SẮC THUỐC THANG ĐÓNG TÚI BẰNG PHƯƠNG PHÁP QUANG PHỔ HẤP THỤ NGUYÊN TỬ

ThS. NGUYỄN QUANG HIỆU, DS. NGUYỄN TIẾN MẠNH
Viện Kiểm nghiệm, nghiên cứu dược
và trang thiết bị y tế Quân đội

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

TÓM TẮT: Nghiên cứu xây dựng quy trình xác định arsen trong nước sắc thuốc thang đóng túi bằng phương pháp quang phổ hấp thụ nguyên tử, tại Viện Kiểm nghiệm, nghiên cứu dược và trang thiết bị y tế Quân đội. **Kết quả:** Xây dựng thành công quy trình với phương pháp có độ đúng (thông qua độ thu hồi) dao động từ 94,80-104,94%; độ lặp lại tốt ($RSD = 1,27\%$); có sự tương quan tuyến tính chặt chẽ giữa độ hấp thụ và nồng độ chất phân tích trong khoảng nồng độ từ 1,0-12,0 ppb (ng/ml), hệ số tương quan $R = 0,99997$ và phương trình hồi quy tuyến tính $y = 0,04691x - 0,00022$; giới hạn phát hiện 0,04253 ng/ml và giới hạn định lượng 0,12887 ng/ml.

Kết luận: Có thể sử dụng quy trình này để định lượng arsen trong nước sắc thuốc thang đóng túi, các thuốc dược liệu, thuốc cổ truyền hoặc thực phẩm chức năng với dạng bào chế tương tự.

Từ khóa: Arsen, thuốc sắc đóng túi, quang phổ hấp thụ nguyên tử.

ABSTRACT: Research to build processes determination of arsenic in bagged tobacco decoction using atomic absorption spectroscopy at the Institute of Testing, Researching on Pharmacy and Military Medical Equipment. **Results:** Successful construction of a process with a correct method (through recovery) ranging from 94.80% to 104.94%; good repeatability ($RSD = 1.27\%$); there is a strong linear correlation between the absorbance and the analyte concentration in the concentration range from 1.0-12.0 ppb (ng/ml), the correlation coefficient $R = 0.99997$ and the regression equation linear rule $y = 0.04691x - 0.00022$; detection limit of 0.04253 ng/ml and the quantitative limit of 0.12887 ng/ml.

Conclusion: This procedure can be used to quantify arsenic in decoction water in bagged, herbal medicines, traditional medicine, or functional foods with similar dosage forms.

Keywords: Arsenic, decoction bagged, atomic absorption spectroscopy.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Nguyễn Quang Hiệu, Email: hieu09ds@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/4/2020; mời phản biện khoa học: 5/2020; chấp nhận đăng: 29/5/2020.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Tại Việt Nam và nhiều nước trên thế giới, thuốc cổ truyền, thuốc dược liệu ngày càng được sử dụng rộng rãi trong điều trị và nâng cao sức khỏe con người do có tính an toàn cao. Vì vậy, trong giai đoạn phát triển mới của ngành dược liệu, rất cần quan tâm nghiên cứu các chất có hoạt tính sinh học sử dụng làm thuốc và khống chế các chất có hại, ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe người sử dụng bằng các phương pháp kiểm nghiệm có độ tin cậy, độ nhạy cao. Tuy nhiên, các dược liệu sử dụng có thể nhiễm một số kim loại nặng từ đất, nước, không khí...

Do tính tiện lợi và dễ sử dụng, tại khoa y học cổ truyền ở nhiều bệnh viện, việc sử dụng thuốc sắc đông y đóng túi trong phòng bệnh và chữa bệnh hiện rất phổ biến. Song, thuốc sắc đông y đóng túi ở nhiều cơ sở còn chưa được kiểm soát chặt chẽ về kim loại nặng, nhất là các kim loại nặng như chì,

thủy ngân, cadimi..., đặc biệt là arsen - một kim loại nặng có độc tính cao

Xuất phát từ yêu cầu thực tế, góp phần bảo đảm chất lượng thuốc đông y, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xây dựng quy trình xác định arsen trong nước sắc thuốc thang đóng túi bằng phương pháp quang phổ hấp thụ nguyên tử.

2. NGUYÊN LIỆU, THIẾT BỊ VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Nguyên liệu, thiết bị nghiên cứu:

- Nguyên liệu nghiên cứu: mẫu nước sắc thuốc thang đóng túi tại Khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện Quân y 105 (mẫu M).

- Thiết bị nghiên cứu: hệ thống quang phổ hấp thụ nguyên tử AA - 7000SHMADZU (Nhật Bản); lò phá mẫu Questron QLAB PRO - Canada; các thiết bị và dụng cụ đạt tiêu chuẩn theo quy định để sử dụng cho máy AAS.

- Hóa chất: chất chuẩn và hóa chất sử dụng nghiên cứu đạt tiêu chuẩn tinh khiết phân tích.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Xây dựng phương pháp xử lý mẫu: tiến hành khảo sát tác nhân vô cơ hóa trên mẫu M trong lò vi sóng, với các tác nhân hóa chất có tỉ lệ khác nhau. Qua thực nghiệm, chọn được hỗn hợp hóa chất gồm 10 ml acid nitric 65% và 2 ml hydroxygen peroxide 30% làm tác nhân vô cơ hóa bằng lò vi sóng (kết quả thu được sau phá mẫu là dung dịch không màu).

- Xây dựng chương trình nhiệt vô cơ hóa bằng lò vi sóng: khảo sát chương trình nhiệt để vô cơ hóa 5 mã trên mẫu M với tác nhân vô cơ hóa nêu trên. Kết quả thực nghiệm cho dung dịch trong, không màu (chứng tỏ mẫu đã được vô cơ hóa hoàn toàn bằng lò vi sóng) và chúng tôi lựa chọn chương trình nhiệt này để vô cơ hóa bằng lò vi sóng với các thông số: giai đoạn 1 (nhiệt độ 130°C, thời gian gia nhiệt 10 phút, thời gian duy trì 2 phút); giai đoạn 2 (nhiệt độ 150°C, thời gian gia nhiệt 5 phút, thời gian duy trì 5 phút); giai đoạn 3 (nhiệt độ 200°C, thời gian gia nhiệt 5 phút, thời gian duy trì 10 phút).

- Chuẩn bị mẫu:

+ Mẫu trắng thử: lấy 10 ml acid nitric 65% và 2 ml hydroxygen peroxide 30%, tiến hành vô cơ hóa trong lò vi sóng trong các điều kiện trên. Thêm vừa đủ 100 ml acid hydrochloric 10%.

+ Mẫu thử: lấy chính xác 0,5 ml mẫu, thêm 10 ml acid nitric 65% và 2 ml hydroxygen peroxide 30%, tiến hành vô cơ hóa trong lò vi sóng với các điều kiện được xây dựng trên. Thêm vừa đủ 100 ml acid hydrochloric 10%.

+ Dây arsen chuẩn: pha loãng dung dịch chuẩn arsen 1.000 ppm bằng nước khử ion, được dung dịch arsen có nồng độ 100 ppb (100 ng/ml). Từ dung dịch chuẩn arsen 100 ppb, pha loãng bằng acid hydrochloric 10% và hệ dung môi (hòa tan 10g kali iodid và 10g acid ascorbic trong 100 ml acid hydrochloric 10%) thành các dung dịch chuẩn arsen có nồng độ 0,0 (mẫu trắng chuẩn); 1,0; 2,0; 4,0; 6,0; 8,0; 12,0 ng/ml.

- Khảo sát các yếu tố ảnh hưởng đến quá trình vô cơ hóa mẫu (xử lý mẫu). Sau đó lựa chọn các chất hoặc hỗn hợp các chất có khả năng oxy hóa mạnh nhất, nhanh nhất để làm tác nhân vô cơ hóa mẫu trong lò vi sóng với chương trình nhiệt phù hợp. Sử dụng kỹ thuật hóa hơi hydrid có ngọn lửa để khảo sát các dung môi, hóa chất, tỉ lệ hỗn hợp khí đốt, thông số đo phù hợp, như cường độ đèn catot rỗng, độ rộng khe sáng, thời gian và nhiệt độ tro hóa, nguyên tử hóa. Sử dụng phương pháp đường chuẩn trực tiếp để xác định arsen trong mẫu thuốc sắc đóng túi.

- Quy trình phân tích: đánh giá các chỉ tiêu độ

chọn lọc, độ tuyến tính và khoảng xác định, giới hạn phát hiện (LOD), giới hạn định lượng (LOQ), độ lặp lại, độ đúng (độ thu hồi).

- Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê, sử dụng phần mềm Excel với các tham số (giá trị trung bình, độ lệch chuẩn tương đối...) và đưa ra kết luận.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ NHẬN XÉT.

3.1. Xây dựng các điều kiện phù hợp để định tính, định lượng arsen:

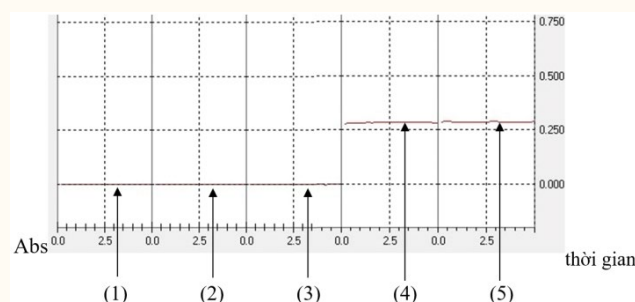
Thực hiện định lượng dung dịch arsen chuẩn (5 ng/ml) và thay đổi các yếu tố ảnh hưởng, dựa vào kết quả độ hấp thụ đo được, lựa chọn điều kiện cho độ hấp thụ cao nhất làm điều kiện định tính, định lượng arsen (bảng 1).

Bảng 1. Quy trình định tính, định lượng arsen trong nước thuốc sắc bằng máy AAS.

Hệ dung môi	10 ml hỗn hợp acid ascorbic 10%, kali iodid 10% trong acid hydrochloric 10%	
Các thông số chung	Bước sóng phát hiện (nm)	193,7
	Loại đèn	Arsen catot rỗng
	Cường độ đèn (mA)	12
	Độ rộng khe sáng (nm)	0,7
	Chế độ đèn đo	BGC-D2
	Tỉ lệ hỗn hợp khí đốt acetylen/tổng dòng (l/min)	2,0/15,0

3.2. Thẩm định phương pháp phân tích arsen trên mẫu M:

- Độ chọn lọc: sau khi tiến hành đo độ hấp thụ mẫu trắng chuẩn, mẫu trắng thử, mẫu thử thuốc, mẫu chuẩn (6 ng/ml), mẫu thử thêm chuẩn (thêm 6 ml dung dịch chuẩn arsen 100 ppb vào 0,5 ml mẫu thử rồi vô cơ hóa), chúng tôi thu được kết quả (hình 1).



Hình 1. Pic hấp thụ của các dung dịch arsen: (1) Mẫu trắng chuẩn; (2) mẫu trắng thử; (3) mẫu thử; (4) mẫu chuẩn arsen; (5) mẫu thử thêm chuẩn.

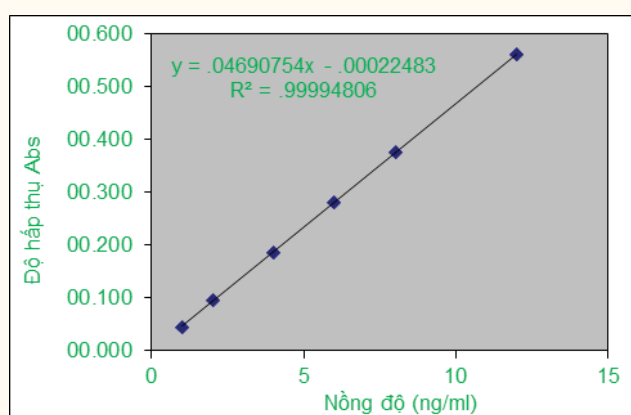
Dung dịch mẫu trắng chuẩn, mẫu trắng thử và mẫu thử thuốc cho độ hấp thụ không đáng kể ($Abs < 0,0008$), dung dịch mẫu chuẩn và mẫu thử thêm chuẩn có độ hấp thụ lớn hơn (đều $> 0,28$) tại bước sóng đặc trưng của arsen là 193,7 nm.

- Độ tuyến tính và khoảng xác định:

Bảng 2. Kết quả thẩm định khoảng tuyến tính của arsen.

Lần đo		Nồng độ (ng/ml)					
		2,0	4,0	6,0	8,0	12,0	
Độ hấp thụ (Abs)	n ₁	0,0468	0,0909	0,1829	0,2800	0,3788	0,5650
	n ₂	0,0457	0,0931	0,1849	0,2829	0,3773	0,5623
	n ₃	0,0458	0,0974	0,1865	0,2786	0,3766	0,5599
	n ₄	0,0461	0,0985	0,1862	0,2831	0,3746	0,5631
	n ₅	0,0454	0,0990	0,1878	0,2785	0,3724	0,5629
	TB	0,0460	0,0958	0,1857	0,2806	0,3759	0,5626

Đường chuẩn arsen:



Hình 2. Đường chuẩn arsen tại nồng độ 1,0 - 12,0 ppb, R² = 0,99995.

Trong khoảng nồng độ khảo sát từ 1,0 đến 12,0 ppb có độ tương quan tuyến tính chặt chẽ giữa nồng độ arsen (ng/ml) và độ hấp thụ.

Hệ số tương quan là: R = 0,99997.

Phương trình hồi quy tuyến tính là:

$$y = 0,04691x - 0,00022.$$

- Độ lặp lại: tiến hành thử trên 01 mẫu M bằng phương pháp thêm chuẩn (6 ppb). Lấy chính xác 0,5 ml mẫu (mỗi mã thêm 6 ml dung dịch chuẩn arsen 100 ppb) và tiến hành xử lý mẫu theo phương pháp xử lý mẫu và chương trình nhiệt vô cơ hóa bằng lò vi sóng, tiến hành làm lặp lại 6 lần. Đo độ hấp thụ của arsen trong các dung dịch thu được theo các thông số trong bảng 1 (mỗi nồng độ đo 3 lần), tính toán nồng độ trong dung dịch dựa vào đường chuẩn và suy ra hàm lượng arsen trong mẫu thuốc sắc đóng túi.

Bảng 3. Kết quả khảo sát độ lặp lại arsen trên mẫu M.

Lượng mẫu (ml)	Độ hấp thụ (Abs)				Nồng độ As đo được (ng/ml)
	Lần 1	Lần 2	Lần 3	TB	
0,5	0,2858	0,2859	0,2863	0,2860	6,0970
0,5	0,2841	0,2834	0,2838	0,2838	6,0494
0,5	0,2806	0,2812	0,2815	0,2811	5,9918
0,5	0,2813	0,2811	0,2808	0,2811	5,9918
0,5	0,2801	0,2807	0,2805	0,2804	5,9776
0,5	0,2899	0,2895	0,2894	0,2896	6,1737
					6,0469
					1,27 %

Phương pháp có độ lặp lại cao, với RSD là 1,27% trên nền mẫu M.

- Độ đúng: xác định độ đúng của phương pháp thông qua độ thu hồi. Xác định độ thu hồi trên mẫu M bằng cách thêm chính xác một lượng dung dịch arsen chuẩn đã biết trước nồng độ vào mẫu ban đầu. Sau đó xác định hàm lượng arsen trong mẫu đã thêm chuẩn và so sánh, đánh giá độ thu hồi của phương pháp (bảng 4).

Bảng 4. Kết quả khảo sát độ thu hồi arsen trên mẫu M.

Lượng mẫu (ml)	Lượng arsen chuẩn thêm vào (ng)	Độ hấp thụ trung bình (Abs)			Lượng arsen đo được (ng)	Hiệu suất thu hồi (%)	RSD (%)
		Lần 1	Lần 2	TB			
0,5	4,0	0,1864	0,1853	0,1873	0,1863	3,9724	5,10
0,5	4,0	0,1864	0,1853	0,1873	0,1863	3,9724	
0,5	4,0	0,1971	0,1973	0,1963	0,1969	4,1976	
0,5	6,0	0,1780	0,1757	0,1799	0,1779	3,7919	1,81
0,5	6,0	0,2813	0,2811	0,2808	0,2811	5,9918	
0,5	6,0	0,2801	0,2806	0,2805	0,2804	5,9776	
0,5	8,0	0,2899	0,2895	0,2894	0,2896	6,1737	2,67
0,5	8,0	0,3761	0,3731	0,3789	0,3760	8,0163	
0,5	8,0	0,3621	0,3616	0,3625	0,3621	7,7185	

(Xem tiếp trang 64)

ĐẠI HỘI ĐẠI BIỂU ĐẢNG BỘ CỤC QUÂN Y LẦN THỨ XVI, NHIỆM KỲ 2020-2025

Ngày 04-05/6/2020, Đảng bộ Cục Quân y tổ chức Đại hội đại biểu lần thứ XVI, nhiệm kỳ 2020-2025. Trung tướng Trần Duy Giang, Phó bí thư Đảng ủy, Chủ nhiệm Tổng cục Hậu cần dự và chỉ đạo đại hội.

Đại hội thống nhất đánh giá, nhiệm kỳ 2015-2020, Đảng bộ Cục Quân y đã lãnh đạo cơ quan, bám sát thực tiễn, nhạy bén trước những biến động của đời sống xã hội, đất nước, Quân đội và hoàn thành tốt chức năng tham mưu, đề xuất các chủ trương, giải pháp công tác quân y kịp thời, chính xác; chỉ đạo bảo đảm quân y cho sẵn sàng chiến đấu; chỉ đạo thực hành, bảo đảm quân y cho diễn tập và các sự kiện lớn của Đảng, Nhà nước, Quân đội an toàn tuyệt đối; chỉ đạo quân y đơn vị và hệ thống y học dự phòng trong toàn quân, triển khai quyết liệt, hiệu quả công tác phòng, chống, kiểm soát dịch bệnh (xử lý 66 vụ dịch bệnh, trong đó có dịch bệnh nguy hiểm như não mô cầu, sốt rét, đặc biệt ngăn chặn, không để dịch bệnh COVID-19 lây lan vào Quân đội); thực hiện tốt công tác vệ sinh môi trường, an toàn thực phẩm, an toàn lao động, phòng, chống bệnh nghề nghiệp, say nắng, say nóng, giữ vững tỉ lệ quân số khỏe trên 98,5%; xây dựng ngành Quân y vững mạnh và công tác kết hợp quân dân y đáp ứng yêu cầu nhiệm vụ trong tình hình mới...

Phát biểu chỉ đạo đại hội, Trung tướng Trần Duy Giang biểu dương tinh thần đoàn kết, chủ động sáng tạo, phát huy sức mạnh tổng hợp, nỗ lực phấn đấu hoàn thành mục tiêu, nhiệm vụ Đại hội Đảng bộ Cục Quân y lần thứ XV; nổi bật: đã lãnh đạo cơ quan hoàn thành tốt nhiệm vụ tham mưu, chỉ đạo, tổ chức bảo đảm quân y cho các nhiệm vụ của toàn quân và xây dựng ngành Quân y vững mạnh; lãnh đạo xây dựng Đảng bộ trong sạch, Cục Quân y vững mạnh toàn diện... Trung tướng đề nghị nhiệm kỳ tới, Cục Quân y tiếp tục thực hiện tốt chức năng tham mưu, chỉ đạo, bảo đảm quân y toàn quân; lãnh đạo xây dựng Cục vững mạnh toàn diện “mẫu mực, tiêu biểu”, đột phá, nâng cao vai trò của cán bộ, đảng viên trong xây dựng chính quy, chấp hành pháp luật, kỉ luật; nâng cao năng lực lãnh đạo, sức chiến đấu, xây dựng Đảng bộ Cục vững mạnh về chính trị, tư tưởng, tổ chức và đạo đức...

Đại hội xác định, nhiệm kỳ 2020-2025, Đảng bộ Cục Quân y quyết tâm hoàn thành nhiệm vụ chính trị trung tâm; xây dựng ngành Quân y đồng bộ, chính quy, hiện đại theo hướng “Tập trung, thống nhất, mạnh về tổ chức và khả năng cơ động, giỏi về chuyên môn nghiệp vụ, vững về chính trị tư tưởng và y đức”; nâng cao năng lực toàn ngành, ưu tiên phát triển hệ thống y học dự phòng và quân y đơn vị, đủ khả năng hoàn thành nhiệm vụ trong mọi tình huống... Đại hội đã bầu Ban chấp

hành Đảng bộ Cục Quân y nhiệm kỳ 2020-2025 (gồm 14 đồng chí), bầu đoàn đại biểu dự Đại hội Đại biểu Đảng bộ Tổng cục Hậu cần lần thứ XII. Đại tá Nguyễn Văn Giang, Phó Cục trưởng Cục Quân y được bầu làm Bí thư Đảng ủy Cục Quân y nhiệm kỳ 2020-2025.

HUY ĐẠI

TOÀN QUÂN KHÔNG LƠ LÀ, CHỦ QUAN TRONG PHÒNG, CHỐNG DỊCH COVID-19

Ngày 28/5/2020, Bộ Quốc phòng tổ chức hội nghị trực tuyến triển khai nhiệm vụ, giải pháp cấp bách công tác phòng, chống dịch COVID-19. Thượng tướng Trần Đơn, Ủy viên Trung ương Đảng, Ủy viên Thường vụ Quân ủy Trung ương, Thứ trưởng Bộ Quốc phòng, Trưởng Ban chỉ đạo BQP phòng, chống dịch COVID-19 chủ trì hội nghị.

Theo báo cáo kết quả công tác phòng, chống dịch COVID-19 trong Quân đội, tình hình dịch COVID-19 trên thế giới tiếp tục diễn biến phức tạp, số ca mắc mới và tử vong ngày càng tăng. Tình hình dịch ở nước ta đang được kiểm soát tốt, các ca mới phát hiện đều là người nhập cảnh (được cách li ngay khi trở về nước). Trong Quân đội chưa có trường hợp lây nhiễm COVID-19. Bộ Quốc phòng đã quán triệt chỉ đạo của Bộ Chính trị, Ban Bí thư và Chính phủ, kịp thời tham mưu, đề xuất chỉ đạo triển khai đồng bộ, quyết liệt các biện pháp phòng, chống dịch phù hợp với tình hình thực tế và mức độ nguy cơ của đơn vị; thực hiện tốt công tác đảng, công tác chính trị; phát huy tốt vai trò của báo chí, truyền thông, kịp thời phản ánh tình hình dịch bệnh một cách toàn diện, có chiều sâu; triển khai đồng bộ, quyết liệt, toàn diện, hiệu quả các biện pháp phòng, chống dịch; thực hiện tốt các biện pháp cách li công dân nhập cảnh từ vùng dịch; kiểm soát chặt chẽ biên giới, đường mòn, lối mở, ngăn chặn kịp thời trường hợp nhập cảnh trái phép; đẩy mạnh nghiên cứu, huấn luyện, diễn tập và hợp tác quốc tế... Hội nghị đã thảo luận, đề xuất chủ trương, giải pháp, biện pháp phòng, chống dịch chặt chẽ trong tình hình mới, nhưng vẫn bảo đảm nhiệm vụ sẵn sàng chiến đấu và các hoạt động quân sự, không để bị động, bất ngờ, luôn bảo vệ vững chắc độc lập, chủ quyền, thống nhất và toàn vẹn lãnh thổ.

Thượng tướng Trần Đơn biểu dương Bộ đội Biên phòng, Quân khu 1, 2, 3, 4, 5, lực lượng quân y, các nhà khoa học... tham gia trực tiếp vào công tác phòng, chống dịch COVID-19. Trước tình hình dịch bệnh COVID-19 có thể còn kéo dài, Thượng tướng yêu cầu cấp ủy, chỉ huy các đơn vị tiếp tục quán triệt sâu, rộng chỉ đạo của Bộ Chính trị, Ban Chấp hành Trung ương, Bộ Quốc phòng trong công tác phòng, chống dịch; tuyên truyền cho cán bộ, nhân viên, chiến sĩ nâng cao ý thức tự phòng, chống dịch, không được lơ là, chủ quan, quyết tâm không để dịch bệnh COVID-19 lây lan vào Quân đội. Cơ quan, đơn vị tổ chức tổng kết, rút

kinh nghiệm tại chỗ, đề ra các biện pháp phù hợp, hiệu quả hơn, sẵn sàng ứng phó hiệu quả với các dịch bệnh khác; đơn vị được giao nhiệm vụ tổ chức cách li cần tổ chức tốt việc tiếp nhận, vận chuyển, cách li theo đúng quy định, không để xảy ra lây nhiễm chéo và các vụ việc vi phạm kỉ luật...

ĐẶNG HUY ĐẠI

MỘT SỐ HOẠT ĐỘNG QUÂN Y CÁC ĐƠN VỊ (tháng 5-6/2020)

Quân y (QY) toàn quân tập trung vào công tác phòng, chống dịch COVID-19; tổ chức cách li tập trung công dân từ nước ngoài về nước; tổ chức khám sức khỏe định kì năm 2020; chủ động phòng chống say nắng, say nóng; phòng chống dịch mô não cầu, sốt xuất huyết...

- QY QK3 phối hợp với QY QC Hải quân tập huấn nghiệp vụ cho 39 đồng chí, sẵn sàng tăng cường cho QC Hải quân.

- QY QK5 bảo đảm quân y diễn tập chỉ huy -tham mưu 1 bên 2 cấp có một phần thực binh tại tỉnh Quảng Ngãi, Quảng Nam.

- QY QK7 xây dựng kế hoạch tập huấn xử trí đuối nước, điện giật, say nắng, say nóng, rắn cắn...; khảo sát, lập kế hoạch diễn tập phòng chống COVID-19 Việt Nam-Campuchia; bảo đảm quân y cho khảo sát, tổ chức kỉ niệm 43 năm “Con đường cứu nước” của Thủ tướng Hun Sen.

- QY QK9 tổ chức kiểm tra sức khỏe lực lượng y tế dự bị động viên của quân khu.

- QY QĐ1 khử khuẩn Trung đoàn 102 và dự phòng nhiễm mô não cầu cho 1.200 người.

- QY QĐ2 bảo đảm quân y diễn tập chỉ huy -tham mưu 1 bên 2 cấp của cơ quan quân đoàn.

- QY QĐ3 tổ chức bảo đảm quân y phục vụ Hội thảo khoa học kỉ niệm 45 năm chiến thắng Tây Nguyên (03/4/1975-2020).

- QY QC Hải quân khám sức khỏe tuyển chọn thợ lặn, đặc công người nhái và đặc công nước; bảo đảm quân y tham gia diễn tập chỉ huy - tham mưu 1 bên 2 cấp có một phần thực binh (CH-20); ủng hộ Hải quân Nga 500.000 chiếc khẩu trang.

- QY BTL Biên phòng tặng vật tư y tế cho nước bạn Lào, Campuchia, và tặng lương thực cho người gốc Việt tại nước bạn.

- QY BTL86 bảo đảm quân y diễn tập chỉ huy - tham mưu 1 bên 2 cấp có một phần thực binh.

- QY BTL Thủ đô Hà Nội tổ chức bảo đảm y tế tiếp nhận, cách li công dân từ nước ngoài về nước.

- QY BC Tăng thiết giáp tổ chức tặng quà cho 64 trẻ em khuyết tật, tổng trị giá 32.000.000 đồng.

- QY QC Phòng không-Không quân tổ chức khám sức khỏe và giám định sức khỏe phi công.

- QY BC Đặc công xây dựng kế hoạch bảo đảm quân y cho diễn tập CKB.

THANH HẢI

Tạp chí Y HỌC QUÂN SỰ, SỐ 344 (5-6/2020)

KHAI GIẢNG LỚP Y SĨ CHUYÊN KHOA VỆ SINH PHÒNG DỊCH KHÓA XXII

Ngày 10/6/2020, Viện Y học dự phòng Quân đội tổ chức khai giảng lớp y sĩ chuyên khoa vệ sinh phòng dịch khóa XXII, năm 2020. Dự lễ khai mạc có Đại tá TS. Trần Công Trường, Phó Cục trưởng Cục Quân y, Đại tá TS. Nguyễn Phúc Thái, Phó Viện trưởng, phụ trách Viện Y học dự phòng Quân đội và gần 20 học viên là y sĩ đa khoa đến từ các đơn vị trong toàn quân.

Phát biểu chỉ đạo, Đại tá Trần Công Trường biểu dương những nỗ lực của Viện thời gian qua đã đào tạo được 21 khóa y sĩ chuyên ngành y học dự phòng với hàng trăm học viên tốt nghiệp, góp phần vào công tác phòng, chống dịch bệnh trong quân đội; bảo đảm quân số khỏe, nâng cao sức chiến đấu của bộ đội thời bình và thời chiến; tham gia chăm sóc sức khỏe nhân dân... Đồng chí Phó Cục trưởng yêu cầu Viện xây dựng giáo trình, giáo án, bài giảng sát với điều kiện thực tế; các học viên nâng cao tinh thần trách nhiệm, chấp hành nghiêm các quy định, tích cực học tập, tham gia đầy đủ các nội dung, chương trình của khóa học, chủ động, mạnh dạn trao đổi các vấn đề chưa rõ, bất cập trong công tác y học dự phòng tại các tuyến đơn vị để đưa ra các giải pháp, biện pháp khắc phục.

Khóa học diễn ra trong thời gian 3 tháng (dự kiến bế giảng tháng 9/2020), cung cấp cho học viên những kĩ năng phòng, chống dịch bệnh, xử lí vệ sinh môi trường, thực hành thành thạo các bước cơ bản phòng, chống dịch và tham gia xử lí khi có vụ dịch xảy ra, góp phần bảo đảm quân số khỏe của đơn vị và nâng cao vai trò chuyên ngành y học dự phòng. Sau khóa học, các học viên sẽ áp dụng tốt nhất những kiến thức phòng, chống dịch bệnh vào thực tế hoạt động của bản thân và quân y đơn vị.

HĐ

DIỄN TẬP TRỰC TUYẾN CƠ CHẾ PHÒNG, CHỐNG COVID-19

Ngày 27/5, Quân y các nước ASEAN tổ chức diễn tập trực tuyến cơ chế phòng, chống dịch COVID-19. Thiếu tướng Nguyễn Xuân Kiên, Cục trưởng Cục Quân y, Chủ tịch Ban Giám đốc Quân y ASEAN (ACMM) chỉ huy diễn tập. Tham gia quan sát diễn tập có đại biểu quân y các nước Trung Quốc, Ấn Độ, Nhật Bản, Hoa Kỳ, Úc, Nga, Hàn Quốc, đại diện Tổ chức Y tế thế giới (WHO) và tùy viên quân sự một số nước tại Hà Nội...

Mở đầu diễn tập, Thượng tướng Nguyễn Chí Vịnh, Ủy viên Trung ương Đảng, Ủy viên Thường vụ Quân ủy Trung ương, Thứ trưởng Bộ Quốc phòng

Việt Nam cảm ơn Bộ Quốc phòng các nước đã phối hợp, hỗ trợ Việt Nam trong cuộc chiến chống đại dịch COVID-19, thể hiện tinh thần đoàn

kết, gắn bó và tương trợ lẫn nhau giữa lực lượng quốc phòng nói chung, lực lượng quân y nói riêng. Thượng tướng nhấn mạnh: “Diễn tập Quân y ASEAN phòng, chống COVID-19 nhưng nhìn rộng ra là sự phối hợp của Bộ Quốc phòng các nước ASEAN chống lại dịch bệnh, chống lại thách thức an ninh phi truyền thống”. Thượng tướng khẳng định diễn tập sẽ đem lại hiệu quả trong công tác phòng, chống dịch COVID-19 không chỉ cho các nước ASEAN, ASEAN+ mà còn cho các quốc gia có liên quan; đồng thời bày tỏ mong muốn các nước ASEAN sẽ có những hỗ trợ thiết thực, cùng nhau vượt qua khó khăn, sớm đẩy lùi dịch bệnh.

Diễn tập đưa ra 3 kịch bản: có ca bệnh xâm nhập; có chùm ca bệnh COVID-19; dịch lây lan trong cộng đồng/đại dịch và đưa ra các tình huống để mỗi nhóm quốc gia thảo luận, trình bày biện pháp xử trí tình huống thực tế tại nước mình... Từ đó, phân tích lỗ hổng dựa trên Kế hoạch đáp ứng và chuẩn bị chiến lược, Kế hoạch của WHO - điều phối và rút ra những kinh nghiệm trong công tác phòng, chống dịch COVID-19... Thông qua diễn tập, các nước tham dự có thể xác định vai trò và trách nhiệm của quân y trong ứng phó với dịch bệnh truyền nhiễm; xác định những lĩnh vực mà quân y các nước có thể phối hợp, xác định cơ chế hợp tác giữa Quân y các nước ASEAN và các tổ chức khác trong đối phó với dịch bệnh truyền nhiễm... **T.P**

THẨM ĐỊNH, XÉT DUYỆT HỒ SƠ HỖ TRỢ NGƯỜI HIẾM MUỘN VÔ SINH ĐANG CÔNG TÁC TRONG QUÂN ĐỘI

Thực hiện kế hoạch công tác dân số, gia đình và trẻ em năm 2020 đã được Bộ Quốc phòng phê duyệt, chiều ngày 24/6/2020, Hội đồng thẩm định, xét duyệt hồ sơ hỗ trợ người hiếm muộn, vô sinh đang công tác trong Quân đội đợt 1 năm 2020 đã tổ chức thẩm định, xét duyệt 170 hồ sơ hiếm muộn vô sinh của các đơn vị toàn quân với số tiền hỗ trợ lên đến gần 8 tỉ đồng.

Hỗ trợ người hiếm muộn, vô sinh đang công tác trong Quân đội là chủ trương lớn, thể hiện sự quan tâm đặc biệt của Thường vụ Quân ủy Trung ương, Bộ Quốc phòng đến niềm vui, hạnh phúc gia đình các gia đình quân nhân hiếm muộn, vô sinh. Trong thời gian qua, toàn quân có nhiều trường hợp sau khi được hưởng chính sách hỗ trợ này đã đạt được nguyện vọng, mang lại niềm hạnh phúc vô cùng to lớn. Tin tưởng trong thời gian tiếp theo, sự hỗ trợ mang nhiều ý nghĩa nhân văn sâu sắc này của Đảng, Nhà nước, Quân đội sẽ tiếp tục mang đến những kết quả mới, thiết thực chia sẻ, động viên, tạo điều kiện thuận lợi nhất cho những cặp vợ chồng hiếm muộn vô sinh đang công tác tại các đơn vị trong toàn quân được đón nhận thiên chức làm cha, làm mẹ. **H.H**

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG...

(Tiếp theo trang 43)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Quang Đình (2008), *Đánh giá kết quả điều trị bệnh bướu giáp thông trung thất*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, tr. 60-81.
2. Trần Xuân Hùng (2014), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán hình ảnh và đánh giá kết quả phẫu thuật bướu giáp thông trung thất tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội, tr. 62-89.
3. Trần Hồng Quân (2007), *Nghiên cứu kết quả chẩn đoán và điều trị ngoại khoa bướu giáp cổ-trung thất*, Luận văn thạc sĩ y khoa, Học viện Quân y, tr. 67-87.
4. Ali Sadrizadeh et al (2015), "Evaluations of Factors Predicting the Need for an Extra-Cervical Approach for Intra-Thoracic Goiter", *Iranian Journal of Otorhinolaryngology*, 27 (6), pp. 435-451.
5. Cichon Stanislaw et al (2008), "Surgical management of mediastinal goiter: risk factors for sternotomy", *Langenbecks Arch Surg*, 393, pp. 751-757.
6. Gregory W Randolph, Jennifer J Shin et al (2011), "The Surgical Management of Goiter", *Laryngoscope*, 121, pp. 68-76.
7. Joe Grainger et al (2005), "The surgical approach to retrosternal goiters: The role of computerized tomography", *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*, 132, pp. 849-851.
8. Laura Wang et al (2016), "Surgical Management of Goiter", *Sataloff's Comprehensive Textbook of Otolaryngology: Head and Neck Surgery*, Jaypee Brothers, pp. 313-327.
9. Luke Nankee et al (2015), "Substernal goiter: when is a sternotomy required?", *J Surg Res*, 199 (1), pp. 121-125.
10. Mercante Gabrielli E, Pedroni C, Formisano D et al (2011), "CT cross-sectional imaging classification system for substernal goiter based on risk factors for an extracervical surgical approach", *Head Neck*, 33, pp. 792-799.
11. Mostafa A. Sakkary et al (2012), "Retrosternal goiter: The need for thoracic approach based on CT findings: Surgeon's view". *Journal of the Egyptian National Cancer Institute*, 24, pp. 85-90.
12. Muneo Nakaya et al (2017), "Surgical treatment of substernal goiter: An analysis of 44 cases", *Auris Nasus Larynx*, 44, pp. 111-115.
13. Rodriguez J.M et al (1999), "Substernal goiter: clinical experience of 72 cases", *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 108 (5), pp. 501-504.
14. Rodriguez J.M et al (1999), "Substernal goiter: clinical experience of 72 cases", *Ann Otol Rhinol Laryngol*, 108 (5), pp. 501-504.
15. Sara L Richer et al (2016), "Substernal goiter", *Thyroid and Parathyroid Diseases - Surgical Management of Thyroid Diseases*; David J Terris, William S Duke, Thieme, 2th edition, pp. 132-138. □