

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG SƠ CỨU, CẤP CỨU, PHÂN LOẠI, VẬN CHUYỂN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN BỎNG HÀNG LOẠT DO CHÁY NỔ

BSCKII. LÊ ANH TUẤN - Bệnh viện Quân y 105
PGS.TS. NGUYỄN GIA TIẾN, TS. CHU ANH TUẤN
Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác
Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. NGUYỄN NHƯ LÂM
(2) BSCKII. TRẦN VĂN HÀ

TÓM TẮT: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả 361 bệnh nhân bỏng của 93 vụ bỏng hàng loạt do cháy nổ, điều trị tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác, từ tháng 01/2008-12/2015.

Kết quả: Chủ yếu bệnh nhân bỏng do tai nạn lao động (60,22%), tác nhân gây bỏng là nhiệt khô (90,32%) và xảy ra trong nhà, xưởng (78,49%), trong độ tuổi từ 16-59 tuổi (88,37%), là nam giới (76,45%) làm công nhân (44,87%). 51,80% bệnh nhân bỏng sâu, 47,64% bệnh nhân bỏng nặng. Có 21,05% bệnh nhân được sơ cứu làm lạnh vết bỏng bằng nước sạch; 27,15% bệnh nhân được băng vết bỏng hoặc đắp các vật liệu khác nhau. 40,28% bệnh nhân tuyến huyện và 33,78% bệnh nhân tuyến tỉnh được chẩn đoán diện tích bỏng. 33,78% bệnh nhân được tiêm SAT, không trường hợp nào được dự phòng loét do stress, các thủ thuật cấp cứu được tiến hành với số lượng rất ít (như 1 bệnh nhân được đặt sonde dạ dày, 5 bệnh nhân được đặt sonde tiểu, 16 bệnh nhân được đặt nội khí quản, 2 bệnh nhân được rạch hoại tử) tại bệnh viện tuyến huyện và tuyến tỉnh.

Từ khóa: Bỏng hàng loạt, cháy nổ.

ABSTRACT: Retrospective study and description of 361 burn patients of 93 cases of mass burns due to explosion, treated at the Le Huu Trac National Burn Hospital, from January 2008 to December 2015.

Results: Mainly patients with burns caused by occupational accidents (60.22%), the cause of burns was dry heat (90.32%) and occurred in houses and workshops (78.49%), at the age of 16-59 years (88.37%), were men (76.45%), were workers (44.87%). There were 51.80% of patients with deep burns, 47.64% of patients with severe burns. There were 21.05% of patients given first aid and the burns were cooled with clean water; There were 27.15% of patients bandaged burns or covered with other materials. 40.28% of district patients and 33.78% of provincial patients were diagnosed with burn area. 33.78% of patients received SAT injection, there were not cases prevented from stress ulcer, the emergency procedures were carried out in very small numbers (such as 1 patient was put on a stomach sonde, 5 patients were put on a urinary sonde, 16 patients with endotracheal intubation, 2 patients were cut necrosis) at the district and provincial hospitals.

Keywords: Mass burns, explosion.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Lê Anh Tuấn, Email: leanhtuan_bv105@icloud.com

Ngày nhận bài: ; mời phản biện khoa học: ; Chấp nhận đăng: .

1. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Bỏng là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong thời chiến và thời bình, có thể xảy ra đơn lẻ hoặc hàng loạt. Trên thế giới ghi nhận nhiều vụ bỏng hàng loạt do cháy nổ, với số lượng nạn nhân lớn, tỉ lệ tử vong cao. Đáp ứng y tế trong các vụ bỏng hàng loạt hoặc thảm họa bỏng khó khăn hơn nhiều so với các trường hợp tai nạn bỏng đơn lẻ, do tai nạn xảy ra bất ngờ, số lượng nạn nhân nhiều, tính chất của chấn thương bỏng phức tạp (nhất là bỏng hô hấp, nhiễm độc, nhiều chấn thương và vết thương kết hợp gây nguy hiểm tính mạng), ngay lập tức phải huy động một lượng lớn nhân lực, phương tiện, cơ sở vật chất. Đồng thời, công tác tổ chức phân loại, cấp cứu,

vận chuyển nạn nhân đòi hỏi nhân viên y tế có kinh nghiệm chuyên khoa. Trong khi đó, số lượng các cơ sở điều trị chuyên khoa bỏng hạn chế (nhất là vùng sâu, vùng xa), năng lực và kinh nghiệm xử trí cấp cứu bỏng của đội ngũ chuyên môn còn nhiều bất cập... Kết quả điều trị bệnh nhân (BN) bỏng hàng loạt ở tuyến chuyên khoa phụ thuộc đáng kể vào công tác tổ chức sơ cứu, cấp cứu tại chỗ, phân loại, vận chuyển và điều trị ở các tuyến y tế.

Xuất phát từ vấn đề trên, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá thực trạng sơ cứu, cấp cứu, phân loại, vận chuyển và điều trị BN bỏng do cháy nổ tại các tuyến y tế.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

361 BN bỏng do các tai nạn cháy nổ (có ít nhất 3 BN bỏng cùng lúc), điều trị tại Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác (VBQG), từ tháng 01/2008 đến tháng 12/2015. BN có hồ sơ bệnh án đủ các thông số nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả theo các chỉ tiêu đánh giá định sẵn.

- Các chỉ tiêu thu thập và đánh giá:

+ Đặc điểm BN và các vụ bỏng hàng loạt do cháy nổ: số lượng, nguyên nhân, vị trí tai nạn; tác nhân gây bỏng hàng loạt; tuổi, giới tính, nghề nghiệp; đặc điểm tổn thương bỏng (bỏng hô hấp, mức độ bỏng, diện tích bỏng chung, diện tích bỏng sâu, chấn thương kết hợp).

+ Thực trạng sơ cứu nạn nhân bỏng hàng loạt tại hiện trường: làm lạnh vùng bỏng bằng nước lạnh; sơ cứu vết bỏng tại cộng đồng ngay sau khi bị nạn (băng vết bỏng, sử dụng các thuốc, các vật liệu tại vết bỏng, bù nước điện giải...); thực trạng cấp cứu và điều trị tại các tuyến.

+ Đặc điểm vận chuyển tại các tuyến y tế: phương tiện vận chuyển, nơi chuyển đến VBQG; thời gian chuyển đến viện sau tai nạn.

+ Chẩn đoán của tuyến trước: diện tích bỏng, độ sâu bỏng, bỏng hô hấp, vẽ sơ đồ tổn thương bỏng.

- Chẩn đoán của tuyến trước so với chẩn đoán của VBQG: phù hợp (nếu sai lệch không quá 5% diện tích bỏng); quá cao (cao hơn 5%); quá thấp (thấp hơn 5%).

- Chẩn đoán mức độ bỏng theo tiêu chuẩn của Hội Bỏng Hoa Kỳ, 1984.

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN bỏng hàng loạt do cháy nổ:

Bảng 1. Số lượng, đặc điểm các vụ bỏng hàng loạt.

Đặc điểm		Số vụ (n = 93)	Tỉ lệ %
Nguyên nhân tai nạn	Sinh hoạt	37	39,78
	Lao động	56	60,22
Tác nhân gây bỏng	Nhiệt khô	84	90,32
	Nhiệt ướt	1	1,08
	Điện	7	7,52
	Hóa chất	1	1,08
Vị trí tai nạn	Trong nhà, xưởng	73	78,49
	Ngoài trời	20	21,51

Từ tháng 01/2008 đến tháng 12/2015 có 93 vụ bỏng hàng loạt do cháy nổ. Trong đó, chủ yếu do tai nạn lao động (60,22%), tác nhân gây bỏng là nhiệt khô (90,32%) và xảy ra trong nhà, xưởng (78,49%).

Bảng 2. Đặc điểm chung BN bỏng hàng loạt.

Đặc điểm		Số BN (n = 361)	Tỉ lệ %
Tuổi	< 16 tuổi	40	11,08
	Từ 16-59 tuổi	319	88,37
	≥ 60 tuổi	2	0,55
Giới tính	Nam	276	76,45
	Nữ	85	23,55
Nghề nghiệp	Nông dân	57	15,79
	Công nhân	162	44,87
	Sinh viên/học sinh	31	8,59
	Khác	111	30,75

Hay gặp nhất là BN từ 16-59 tuổi (88,37%), nam giới (76,45%) và công nhân (44,87%).

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương trên BN bỏng hàng loạt.

Đặc điểm		Số BN (n = 361)	Tỉ lệ %
Bỏng hô hấp		93	25,76
Chấn thương kết hợp	Gãy xương, sai khớp	5	1,39
	Vết thương phần mềm	6	1,66
	Chấn thương sọ não	3	0,83
	Sóng nổ	2	0,55
	Đa chấn thương	1	0,28
Diện tích bỏng chung	Dưới 20%	159	44,04
	Từ 20-40%	95	26,32
	Trên 40%	107	29,64
	Trung bình	31,25 ± 2,77%	
Độ sâu bỏng	Bỏng nông	174	48,20
	Bỏng sâu	187	51,80
Diện tích bỏng sâu	Dưới 10%	82	22,72
	Từ 10-20%	36	9,97
	Trên 20%	69	19,11
	Trung bình	11,10 ± 1,95%	
Mức độ bỏng	Nhẹ	58	16,07
	Vừa	131	36,29
	Nặng	172	47,64

25,76% BN bỏng hô hấp, 4,71% BN có chấn thương kết hợp (nhiều nhất là vết thương phần mềm, chiếm 1,66%), 51,80% BN bỏng sâu, 47,64% BN bỏng nặng. 55,96% BN có diện tích bỏng chung từ 20% diện tích cơ thể trở lên, trong đó có 29,64% BN có diện tích bỏng trên 40%.

Diện tích bỏng chung trung bình là $31,25 \pm 2,77\%$; 29,08% BN có diện tích bỏng sâu từ 10% diện tích cơ thể trở lên, 19,11% BN có diện tích bỏng sâu trên 20% diện tích cơ thể. Diện tích bỏng sâu trung bình là $11,10 \pm 1,95\%$.

3.2. Thực trạng sơ cứu nạn nhân bỏng hàng loạt tại hiện trường:

- Tỷ lệ BN được sơ cứu (làm lạnh vùng bỏng bằng nước sạch):

+ Có sơ cứu: 76 BN (21,05%).

+ Không sơ cứu: 285 BN (78,85%).

21,05% BN được làm lạnh vết bỏng bằng nước sạch tại hiện trường.

Bảng 4. Công tác sơ cứu vết bỏng tại cộng đồng ngay sau khi bị bỏng.

Các bước sơ cứu	Số BN (n = 361)	Tỷ lệ %
Băng vết bỏng	53	14,68
Bôi các vật liệu hoặc chườm đá	45	12,47
Để hở vết bỏng	284	78,67

14,68% BN được băng vết bỏng, 12,47% BN được đắp các vật liệu khác nhau hoặc chườm đá, 78,67% BN để hở vết bỏng.

- Tỷ lệ BN bỏng được bù dịch (nước, điện giải) ngay sau khi bị bỏng:

+ Có bù dịch: 52 BN (14,40%).

+ Không bù dịch: 309 BN (85,60%).

14,40% BN được bù nước, điện giải ngay sau khi bị bỏng.

3.3. Đặc điểm cấp cứu, vận chuyển tại các tuyến y tế:

Bảng 5. Đặc điểm vận chuyển BN bỏng hàng loạt.

Đặc điểm		Số BN (n = 361)	Tỷ lệ %
Phương tiện vận chuyển	Xe cứu thương	122	33,80
	Phương tiện khác	239	66,20
Nguồn đến BVBQG	Chuyển thẳng	138	38,23
	BV tuyến huyện	72	19,94
	BVTuyến tỉnh	151	41,83
Thời gian đến BVBQG sau tai nạn	Dưới 6 giờ	218	60,39
	Từ 6-12 giờ	66	18,28
	Trên 12 giờ	77	21,33

41,83% BN được cấp cứu và chuyển đến BVBQG từ các bệnh viện tuyến tỉnh, 19,94% BN được cấp cứu và chuyển đến từ các bệnh viện tuyến huyện, 38,23% BN được chuyển thẳng đến BVBQG. 60,39% BN được chuyển đến BVBQG trước 6 giờ. 33,80% BN được chuyển bằng xe cứu thương.

Bảng 6. Kết quả chẩn đoán diện tích và độ sâu bỏng của tuyến trước.

Chẩn đoán tuyến trước		Tuyến huyện (n = 72)	Tuyến tỉnh (n = 151)
Diện tích bỏng	Không chẩn đoán	29 (40,28%)	51 (33,78%)
	Quá cao	18 (25,00%)	36 (23,84%)
	Quá thấp	6 (8,33%)	19 (12,58%)
	Phù hợp VBQG	19 (26,39%)	45 (29,80%)
Độ sâu bỏng		0	5 (3,31%)
Bỏng hô hấp		0	10 (6,62%)
Vết hình tổn thương bỏng		0	0

26,39% và 29,80% BN tuyến huyện và tuyến tỉnh có chẩn đoán phù hợp với chẩn đoán của VBQG về diện tích bỏng.

Bảng 7. Tổng hợp thực trạng cấp cứu và điều trị tại các tuyến

Phương pháp cấp cứu	Số BN (n = 223)*	Tỷ lệ %
Truyền dịch BN dưới 16 tuổi (n = 11)**	10	90,91
Truyền dịch BN từ 16-59 tuổi (n = 122)***	106	86,89
Bù dịch đường tiêu hóa	2	0,90
Giảm đau	155	69,51
SAT*	75	33,63
Kháng sinh	46	20,63
Dự phòng loét do stress	0	0
Băng vết bỏng	37	16,59
Đặt sonde dạ dày	1	
Đặt sonde tiểu	5	
Đặt nội khí quản	16	
Rạch hoại tử	2	

(Ghi chú *: không tính số BN đến thẳng VBQG;

***: 11 BN dưới 16 tuổi, diện tích bỏng > 10%);

***: 122 BN từ 16-59 tuổi, diện tích bỏng > 20%).

Trong số các BN có chỉ định truyền dịch dự phòng hoặc điều trị sốc bỏng, có 10/11 BN (90,91%) dưới 16 tuổi có diện tích bỏng trên 10% và 106/122 BN (86,89%) từ 16-59 tuổi có diện tích bỏng trên 20% được truyền dịch; 2 BN (0,90%) bù dịch qua đường uống, 69,51% BN được sử dụng giảm đau, 33,63% BN được tiêm SAT, 20,63% BN được chỉ định dùng kháng sinh, 16,59% BN được băng vết

bỏng, không BN nào được dự phòng loét ống tiêu hóa do stress. Các thủ thuật được tiến hành với số lượng rất ít, như đặt sonde dạ dày (1 BN), đặt sonde tiểu (5 BN), đặt nội khí quản (16 BN), rạch hoại tử (2 BN).

4. BÀN LUẬN.

Trong 8 năm (từ tháng 01/2008-12/2015), VBQG đã thu dung điều trị 361 BN của 93 vụ bỏng hàng loạt. Chủ yếu các vụ bỏng xảy ra trong nhà, trong công xưởng (78,49%). Nghiên cứu cho thấy, các vụ bỏng hàng loạt xảy ra chủ yếu ở các khu công nghiệp, nhà máy, điểm khai thác than tư nhân. Có thể do công tác bảo hộ và an toàn lao động còn có nhiều hạn chế. 60,22% các vụ bỏng hàng loạt xảy ra do tai nạn lao động và thường xảy ra tại ngoại ô của các tỉnh, thành phố, vùng nông thôn, nơi tập trung nhiều nhà máy, công xưởng và công nhân. 39,78% các vụ bỏng hàng loạt do tai nạn sinh hoạt, chủ yếu gặp ở khu vực thành thị. Tác nhân chủ yếu gây ra các vụ bỏng hàng loạt là nhiệt khô (90,32%) và điện cao thế (7,52%), đây là những tác nhân gây bỏng nghiêm trọng, cần thời gian điều trị dài, nguy cơ phải thông khí nhân tạo và tử vong cao hơn các tác nhân gây bỏng khác. Đây cũng là tác nhân chính thường xảy ra bỏng hàng loạt ở các quốc gia khác [6], [12], [15], [10]. Trong số các vụ bỏng hàng loạt, có một số lượng lớn công nhân làm việc trong ngành xây dựng, khai thác hầm mỏ, chủ yếu do chưa chú trọng công tác bảo hộ lao động hoặc không tuân thủ hành lang an toàn của điện cao thế và các quy tắc vận hành điện. Theo nghiên cứu dịch tễ bỏng năm 2008 của Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Như Lâm và Salomon Jérôme, bỏng lửa chiếm 45%, bỏng điện chiếm 30%, bỏng do nhiệt ướt chiếm 11% và do tiếp xúc là 9% [4].

Ở những nước phát triển, nhân viên y tế cơ sở được đào tạo, cập nhật bài bản, thường xuyên về cấp cứu thảm họa, trong đó có thảm họa cháy nổ gây bỏng hàng loạt. Hệ thống thường trực cấp cứu thảm họa cháy nổ được tổ chức rộng khắp, luôn sẵn sàng ứng cứu. Khi nhận tin báo có tai nạn xảy ra, tùy theo tính chất từng vụ mà điều các đội cấp cứu (trang bị đầy đủ phương tiện hồi sức) có mặt tại hiện trường chỉ sau thời gian ngắn. Nạn nhân được phân loại và chuyển về các trung tâm y tế chuyên khoa bằng phương tiện chuyên dụng (ô tô hoặc máy bay cứu thương). Với điều kiện như vậy, sẽ giảm thiểu được các biến chứng và tỉ lệ tử vong nạn nhân sẽ cao. Ở Việt Nam và các nước đang phát triển, chưa có đội ngũ nhân viên y tế làm công tác cứu nạn chuyên nghiệp. Đa phần tự cứu và dựa vào lực lượng cứu hỏa là chính, trong khi kĩ năng cứu hộ của lực lượng này cũng còn nhiều

hạn chế; xe cứu thương chuyên dụng vừa hồi sức vừa cấp cứu nạn nhân còn thiếu, chưa đồng bộ. Đây là một trong những hạn chế lớn trong công tác cấp cứu bỏng, đặc biệt là bỏng hàng loạt và thảm họa bỏng. Điều này làm cho nhiều BN không được giảm đau, ủ ấm, thời gian vận chuyển lâu, dẫn tới tỉ lệ BN diễn biến nặng, nguy cơ tử vong cao [8]. Để làm tốt công tác cấp cứu nạn nhân bỏng hàng loạt/thảm họa bỏng, phải có sự hiệp đồng chặt chẽ giữa các trạm y tế, phòng khám đa khoa khu vực, bệnh viện tuyến huyện, tuyến tỉnh, thành phố, tuyến trung ương và sự phối hợp của các ngành, các cấp, chính quyền, đoàn thể, tổ chức nhân đạo... Bệnh viện tuyến trung ương cần tổ chức các đội cấp cứu cơ động, sẵn sàng chi viện cho tuyến dưới khi cần thiết và chuẩn bị tốt mọi mặt để tiếp nhận BN từ các tuyến chuyển lên.

Nghiên cứu này cho thấy, trong số 93 vụ bỏng hàng loạt, có đến 66,20% BN đến cấp cứu tại các cơ sở y tế bằng các phương tiện tự túc, như xe máy, công nông, xe ô tô... Tỉ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Dũng và cộng sự (25% BN được chuyển thẳng đến VBQG, 16% được chuyển đến bằng xe máy) [1]. Chúng tôi gặp 33,80% BN chuyển đến VBQG bằng xe cứu thương. Không trường hợp nào được chuyển bằng đường hàng không. Đây là điểm khác biệt lớn nhất giữa cách vận chuyển cấp cứu BN bỏng ở Việt Nam với các nước phát triển. 41,83% BN được cấp cứu và chuyển đến VBQG từ bệnh viện tuyến tỉnh, 19,94% BN được cấp cứu và chuyển đến VBQG từ bệnh viện tuyến huyện, 38,23% BN đến thẳng VBQG. 60,39% BN chuyển đến VBQG trước 6 giờ kể từ khi tai nạn.

Kết quả nghiên cứu này cũng chỉ rõ công tác cấp cứu tại các tuyến hiện nay còn nhiều hạn chế, như chẩn đoán sai diện tích bỏng, hầu hết không chẩn đoán độ sâu bỏng, bỏng hô hấp, các kĩ thuật can thiệp được tiến hành cũng rất hạn chế (như rạch hoại tử giải phóng chèn ép, các thủ thuật của liệu pháp 4 ống...). Một hạn chế khác là hồ sơ chuyển tuyến còn nhiều bất cập, như không có thông tin về diện tích bỏng (40,28% hồ sơ từ tuyến huyện và 33,78% từ tuyến tỉnh), độ sâu bỏng, bỏng hô hấp, hình vẽ tổn thương bỏng. Những điều này phản ánh kiến thức của nhân viên y tế còn có nhiều hạn chế, gây khó khăn cho các tuyến sau khi tiếp nhận BN. Bồi phụ nước, điện giải có vai trò rất quan trọng trong dự phòng và điều trị sốc bỏng, tuy nhiên, nhiều trường hợp bỏng nặng và rất nặng chỉ được bù dịch qua đường tiêu hóa. Có thể do việc thiết lập đường truyền dịch ngoại vi hoặc trung tâm còn khó khăn đối với nhân viên y tế tuyến cơ sở.

Theo khuyến cáo của Hội Bồng thể giới và Tổ chức Y tế thế giới, Oresol là lựa chọn hàng đầu cho dung dịch bổ sung đường uống (sẵn có, rẻ tiền, dễ sử dụng). Nhiều nghiên cứu cũng đã chứng minh, với BN bỏng mức độ vừa và nhẹ, nếu không có nguy cơ trên hệ tiêu hóa, dung dịch này để có thể dùng hiệu quả trong dự phòng và điều trị sốc bỏng [7]. Trong nghiên cứu này, chỉ ghi nhận có 2 BN được bù dịch bằng uống Oresol.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 361 BN bỏng của 93 vụ tai nạn bỏng hàng loạt do cháy nổ, điều trị tại BVBCQG, từ tháng 01/2008 đến tháng 12/2015, kết luận:

- Chủ yếu BN bỏng do tai nạn lao động (60,22%), tác nhân gây bỏng là nhiệt khô (90,32%) và xảy ra trong nhà, xưởng (78,49%), trong độ tuổi từ 16-59 tuổi (88,37%), là nam giới (76,45%) làm công nhân (44,87%).

- 51,80% BN bỏng sâu, 47,64% BN bỏng nặng. 55,96% BN có diện tích bỏng chung từ 20% diện tích cơ thể trở lên, trong đó có 29,64% BN có diện tích bỏng trên 40%.

- 21,05% BN được làm lạnh vết bỏng bằng nước sạch, 27,15% BN được băng vết bỏng hoặc đắp các vật liệu khác nhau. 40,28% BN tuyến huyện và 33,78% BN tuyến tỉnh được chẩn đoán diện tích bỏng

- Tuyến huyện và tuyến tỉnh chỉ có 33,78% BN được tiêm SAT, không trường hợp nào được dự phòng loét do stress, các thủ thuật cấp cứu được tiến hành với số lượng rất ít (như 1 BN đặt sonde dạ dày, 5 BN đặt sonde tiểu, 16 BN đặt nội khí quản, 2 BN rạch hoại tử).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Cục cảnh sát phòng cháy chữa cháy và cứu nạn, cứu hộ (2016), *Hội nghị tổng kết công tác phòng cháy chữa cháy và cứu hộ cứu nạn, năm 2015*, <http://canhsatpccc.gov.vn/ArticlesDetail/tabid/193/cateid/135/id/8258/language/vi-VN/Default.aspx>.

2. Hồ Thị Dung (1996), *Góp phần nghiên cứu đặc điểm 4 vụ cháy xe chở khách và kinh nghiệm tổ chức cứu chữa*, Luận văn cao học, Học viện Quân y.

3. Mạnh Quán Dũng (2004), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá công tác đáp ứng y tế trong vụ thảm họa cháy xe khách tại xã Đại Bái, huyện Gia Bình, tỉnh Bắc Ninh*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y.

4. Nguyễn Tiến Dũng, Nguyễn Như Lâm, Salomon Jérôme (2011), "Dịch tễ học miêu tả bỏng

do tai nạn lao động ở miền bắc Việt Nam", *Tạp chí Y học Thảm họa và Bỏng*, số 1, tr. 5-24.

5. Liên Bộ Y tế - Quốc phòng (1994), *Thông tư liên bộ Y tế - Quốc phòng số 03/TTLB ngày 4/3/1994 về việc kết hợp quân dân y, cứu chữa và chăm sóc người bị nạn do thảm họa gây ra*, Hà Nội, tr. 4-5.

6. Lê Thế Trung (2003), "Thảm họa cháy nổ, cộng đồng phòng chống cháy nổ, đáp ứng y tế với cháy nổ", *Tạp chí y học Thảm họa và Bỏng*, số 1, tr. 11-20.

7. Chu Anh Tuấn (2009), "Nghiên cứu đặc điểm và kinh nghiệm tổ chức vụ cháy nổ bình gas tại Nghệ An ngày 11/02/2007", *Tạp chí Y học Thảm họa và Bỏng*, số 4, tr. 14-21.

8. Adesunkami A.R.K, Lawai A.O (2011), "Management of Mass Casualty: A review", *The Nigerian Postgraduate Medical Journal*, vol. 18(3), pp. 210-216.

9. Atiyeh B and Dibo S (2013), "Measurement of intervention in burn disasters: Preparedness and crisis management", *J Def Manag*, vol. S3: 001.

10. Barillo D and Wolf S (2006), "Planning for burn disasters: lessons learned from one hundred years of history", *J Burn Care Res*, vol. 27, pp. 622-634.

11. Center for research on the epidemiology of disaster (2011), *Annual statistical review: numbers and trends 2010 CRED: Brussels 2011*. <http://www.cred.be/publications>.

12. Cleland H.J, Proud D, Spinks A, Wasiak J (2011), "Multidisciplinary team response to a mass burn casualty event: outcomes and implications", *Med J Aust*, vol 194(11), pp. 589-593.

13. Hick J.L, Hanfling D, Cantrill S.V (2012), "Allocating scarce resources in disaster: Emergency department principles", *Ann Emerg Med*, vol. 59, pp. 177-187.

14. Ngim RCK (1994), "Burns mass disasters in Singapore - a three decade review with implications for future planning", *Singapore Med J*, vol. 35, pp. 47-49.

15. Welling L, Boers M, Mackie D.P et al (2006), "A consensus process on management of major burns accidents: lessons learned from the café fire in Volendam, The Netherlands", *J Health Organ Manag*, vol 20(2-3), pp. 243-252.

16. WHO/EHA (2002), *Disaster and Emergency definition*, Pan African Emergency Training Centre, www.who.int/hac/about/definitions/en/. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NỘI SOI TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO TRƯỚC KHỚP GỐI BẰNG KỸ THUẬT ALL INSIDE, SỬ DỤNG GÂN CƠ BÁN GÂN

BSCKII. TRẦN KHÁNH TOÀN, BSCKII. NGUYỄN VĂN QUANG
BSCKII. NGUYỄN VIỆT CƯỜNG, ThS. NGUYỄN ĐÌNH THỦY
BSCKI. ĐỖ DANH TOÀN - Bệnh viện quân y 105

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. ĐẶNG HOÀNG ANH
(2) BSCKII. LÊ ANH TUẤN

TÓM TẮT: Nghiên cứu 73 bệnh nhân đứt dây chằng chéo trước khớp gối, có chỉ định và được phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng kỹ thuật all inside, sử dụng mảnh ghép gân cơ bán gân chập bốn, tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 7/2016 đến tháng 3/2019.

Kết quả: Sau mổ trung bình 14,5 tháng, điểm Lysholm của bệnh nhân trung bình đạt 94,5 điểm; tỉ lệ kết quả phẫu thuật tốt và rất tốt đạt 95,2%; biên độ vận động khớp gối được phục hồi, tầm vận động khớp gối đạt 120°-140° chiếm 93,6%; dấu hiệu Lachman âm tính đạt 87,3%. Có 3 BN bị viêm gối nhẹ sau mổ, 4 BN phải mổ lại do đứt dây chằng.

Từ khóa: Dây chằng chéo trước, nội soi khớp gối.

ABSTRACT: Study on the 73 patients with the broken anterior cruciate ligament of knee joint, with indications and underwent laparoscopic surgery to reconstruct the anterior cruciate ligament by all inside technique, using quadruple semitendinous muscle-tendon graft, at the Military hospital 105, from July 2016 to March 2019.

Results: The average time after surgery was 14.5 months, the average Lysholm score of patients was 94.5 points; the rate of good and very good surgical results was 95.2%; the amplitude of knee movement was restored, the range of motions of knee joint reached 120°-140°, accounted for 93.6%; negative Lachman signs reached 87.3%. There were 3 patients with mild knee inflammation after surgery, 4 patients underwent operation again due to broken ligaments.

Keywords: Anterior cruciate ligament, knee arthroscopy

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Trần Khánh Toàn, Email: bskhanhtoan@gmail.com

Ngày nhận bài: ; mời phản biện khoa học: ; Chấp nhận đăng: .

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Tổn thương dây chằng chéo trước (DCCT) gây mất vững khớp gối, làm giảm khả năng lao động, hoạt động thể thao và mọi vận động của người bệnh. Nếu không được điều trị kịp thời, tổn thương DCCT sẽ gây ra các tổn thương thứ phát, như rách sụn chêm, vỡ sụn khớp, gây thoái hóa khớp sớm... Chính vì vậy, đối với những bệnh nhân (BN) có nhu cầu vận động mạnh, tham gia các hoạt động thể thao, chỉ định phẫu thuật tái tạo dây chằng là cần thiết.

Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi được áp dụng trong điều trị tổn thương DCCT từ cuối những năm 1990. Hiện nay, phẫu thuật nội soi điều trị tổn thương DCCT được thực hiện ở hầu hết các bệnh viện tuyến trên và một số bệnh viện tuyến dưới. Kỹ thuật được sử dụng phổ biến là dùng mảnh ghép bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon, chập đôi, cố định bằng nút treo và vít chèn. Tuy nhiên, kỹ thuật này còn một số hạn chế, như kích thước mảnh ghép nhỏ, nguy cơ để lại di chứng vùng lấy mảnh ghép. Sự tiến bộ không ngừng trong nghiên cứu và phát triển phương tiện giữ mảnh ghép gân,

dụng cụ phẫu thuật đã góp phần rất lớn làm thay đổi kỹ thuật tái tạo DCCT. Đặc biệt, sự ra đời của nút treo gân có thể thay đổi độ dài (Tightrope) và mũi khoan ngược (FlipCutter II) cho phép sử dụng mảnh ghép ngắn hơn, đồng thời tăng kích thước mảnh ghép (chỉ sử dụng gân cơ bán gân, có thể bảo tồn gân cơ thon), giúp phẫu thuật viên thêm nhiều lựa chọn, khắc phục được nhược điểm của phẫu thuật lấy hai gân truyền thống. Kỹ thuật all inside sử dụng gân cơ bán gân chập bốn, cố định bằng nút treo gân hai đầu đã được sử dụng thành công, với nhiều báo cáo khoa học trên thế giới và ở Việt Nam những năm gần đây.

Hiện nay, Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 105 đã áp dụng kỹ thuật all inside sử dụng gân cơ bán gân chập bốn, bảo tồn gân cơ thon trong điều trị đứt DCCT, nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả nội soi tái tạo DCCT bằng kỹ thuật all Inside, sử dụng gân cơ bán gân chập bốn, cố định bằng nút treo gân Tightrope hai đầu, tại Bệnh viện Quân y 105.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

73 BN đứt DCCT khớp gối, có hoặc không tổn thương sụn chêm, chỉ định phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT bằng kỹ thuật all inside, sử dụng mảnh ghép gân cơ bán gân chập bốn, tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 7/2016 đến tháng 3/2019.

Loại trừ BN có tổn thương khớp gối, cứng khớp gối, dị tật vùng gối; BN < 18 tuổi hoặc > 55 tuổi; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Kỹ thuật phẫu thuật tái tạo DCCT:

+ Vô cảm: gây tê tủy sống, BN nằm ngửa; gối gấp 90°, tựa vào dụng cụ đỡ; bàn chân tì vào vật đỡ.

+ Vào khớp gối: bằng 2 lỗ (lỗ cao ngoài và lỗ xa trong); nội soi khớp gối đánh giá tổn thương phối hợp (như rách sụn chêm, trật khớp... nếu có).

+ Chuẩn bị mảnh ghép: rạch da cách lồi củ chày khoảng 3 khoát ngón tay ở mặt trong cẳng chân; bóc lộ bao gân cơ chân ngỗng, mở bao gân, lấy gân cơ bán gân, khâu lại bao gân.

+ Làm mảnh ghép bán gân - "graft link": mảnh ghép được lồng qua 2 nút treo có thể thay đổi độ dài Tightrope, khâu cố định (4 mũi) bằng chỉ Vicryl. Đo đường kính mảnh ghép dây chằng và chiều dài mảnh ghép, sau đó căng mảnh ghép trên bàn căng gân (lực căng 20 lbs).

+ Xử trí tổn thương phối hợp.

+ Khoan tạo đường hầm đùi từ trong ra với trợ dụng cụ, đường kính tương đương đường kính mảnh ghép, dài khoảng 20 mm; khoan tạo đường hầm chày ngược từ trong ra, dùng mũi khoan Flipcutter II, khoan ngược từ trong ra khoảng 30 mm.

+ Cố định và căng mảnh ghép: mảnh ghép được cố định bằng nút treo có thể thay đổi độ dài - Tightrope hai đầu.

+ Kiểm tra lâm sàng trong mổ: các dấu hiệu ngăn kéo trước, Lachman, Pivot shift.

+ Kiểm tra lại ổ khớp lần cuối, rửa khớp. Khâu đóng vết mổ, băng ép, nẹp gối bất động sau mổ.

- Hướng dẫn BN tập phục hồi chức năng trước và ngay sau mổ theo quy trình tập phục hồi chức năng của Trung tâm Phẫu thuật thể thao Cincinnati - Frank R Noyes. Hẹn BN khám lại và khám phục hồi chức năng sau mổ 1, 3 và 6 tháng.

- Đánh giá kết quả điều trị căn cứ vào: biên độ vận động khớp, dấu hiệu Lachman định tính, dấu hiệu Pivoshift; đánh giá chức năng khớp gối theo thang điểm Lyshom (1985).

- Đạo đức nghiên cứu: đề tài đã được thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện; các thông tin của BN được giữ bí mật và chỉ sử dụng trong nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm Epi Info 6.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- Giới tính: 57 BN (78,1%) là nam giới, 16 BN (21,9%) là nữ giới.

- Tuổi đời: BN trung bình 30,1 tuổi, trong đó, độ tuổi từ 18-49 tuổi chiếm đa số (85,5%).

- Nguyên nhân tổn thương: chủ yếu do tai nạn giao thông (34,5%) và tai nạn thể thao (54,5%).

- Chức năng khớp trước mổ theo thang điểm Lysholm: từ 44-70 điểm, trung bình 45 điểm. Trong đó có 60 BN (85,7%) dưới 65 điểm, 10 BN trên 65 điểm.

- Tổn thương kết hợp:

+ Có tổn thương kết hợp: 48 BN (65,7%). Trong đó, rách sụn chêm trong 18 BN; rách sụn chêm ngoài 20 BN; rách cả 2 sụn chêm 10 BN.

+ Không có tổn thương kết hợp: 25 BN (34,3%).

- Chiều dài gân cơ bán gân: từ 250-280 mm, trung bình 265,38 ± 6,35 mm.

- Đường kính mảnh ghép: từ 6,6-9,5 mm, trung bình 8,09 ± 0,73 mm.

- Thời gian từ khi bị chấn thương đến khi phẫu thuật: trung bình 13 tuần.

3.2. Kết quả điều trị:

- Kết quả gần: 100% BN vết mổ nội soi liền sẹo khi khâu; 1 BN (1,4%) tụ máu nơi lấy gân. Trên X quang khớp gối, 100% BN có vị trí, hướng đường hầm chính xác, các vít Tightrope nằm đúng vị trí.

- Kết quả xa (63 BN quay lại kiểm tra):

+ Thời gian theo dõi: trung bình 14,5 tháng.

+ Biên độ vận động khớp gối: 59 BN (93,6%) từ 130°-140°; 4 BN (6,4%) từ 100°-129°.

+ Chức năng khớp gối (theo thang điểm Lysholm): từ 76-99 điểm, trung bình là 94,5 điểm. Trong đó, 49 BN (77,8%) kết quả rất tốt (95-100 điểm); 11 BN (17,4%) kết quả tốt (84-94 điểm) và 3 BN (4,8%) kết quả trung bình (65-83 điểm).

+ Các nghiệm pháp đánh giá độ vững khớp gối:

Nghiệm pháp	(-)	(+)	(++)
Lachman	55	6	2
Bán trật xoay ra trước	55	8	0
Dấu hiệu ngăn kéo trước	50	13	0

3.3. Tai biến và biến chứng:

- Nhiễm trùng: 3 BN nhiễm trùng khớp gối mức độ nhẹ (phát hiện sau mổ 1 tháng). Các BN được nội soi, bơm rửa khớp, dẫn lưu khớp, kháng sinh phổ rộng 10 ngày; sau điều trị đều ổn định. Khám lại BN sau 3 và 6 tháng đều không còn dấu hiệu nhiễm trùng.

- Đứt lại DCCT khớp gối: 4 BN (chuyển Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 phẫu thuật).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

- Tuổi, giới, nguyên nhân, tổn thương phối hợp:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lứa tuổi trung bình và giới tính BN phù hợp với một số nghiên cứu của các tác giả khác, như Trương Trí Hữu [1] (BN trung bình 29 tuổi), Nguyễn Bá Ngọc [2] (BN trung bình 31,3 tuổi).

Nguyên nhân chúng tôi gặp chủ yếu là do tai nạn giao thông và tai nạn thể thao (chiếm 89%), tương đồng với một số tác giả khác [2], [3], [4].

Chúng tôi gặp 48 BN (65,7%) có tổn thương sụn chêm, nhiều hơn nghiên cứu của tác giả Đặng Hoàng Anh [3] (54,4% BN), Nguyễn Năng Giỏi [4] (50,9% BN).

- Kích thước mảnh ghép:

Về chiều dài gân cơ bán gân: theo Lubowitz [5], tiêu chí quan trọng nhất khi chuẩn bị mảnh ghép cho kỹ thuật all inside là độ dài graftlink. Nếu mảnh ghép quá dài sẽ xảy ra hiện tượng “bottom out” ở đường hầm chốt (gân đã lấp đầy hai đường hầm chốt ở đầu và chày nhưng vẫn chưa căng đoạn trong khớp). Nếu mảnh ghép quá ngắn sẽ không đủ cho quá trình liền sinh lý trong đường hầm. Tác giả kết luận, mảnh ghép graftlink không nên dài quá 75 mm sau khi khâu và căng với lực 20lbs. Chiều dài trung bình mảnh ghép graftlink sử dụng gân cơ bán gân chập bốn của chúng tôi (65,11 mm) phù hợp với kỹ thuật all inside.

Về đường kính mảnh ghép gân cơ bán gân chập bốn: trung bình đường kính mảnh ghép gân cơ bán gân chập bốn của nhóm BN nghiên cứu là 8,09 mm. Theo Mariscalco [6], kích thước mảnh ghép có mối liên quan tới kết quả phẫu thuật, cứ tăng 1 mm đường kính mảnh ghép thì điểm Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score (KOOS) về đau tăng 3,3 điểm, về hoạt động thường ngày tăng 2 điểm, về hoạt động thể thao tăng 5,2 điểm. Vì vậy, trong thực tế, đối với các trường hợp BN trẻ tuổi, có nhu cầu vận động rất mạnh (như bóng đá, bóng rổ...), chúng tôi cân nhắc về đường kính mảnh ghép, sử dụng bổ sung mảnh ghép gân cơ thon khi kích thước nhỏ hơn 8,00 mm. Với những

BN còn lại, mảnh ghép gân cơ bán gân chập bốn có kích thước lớn hơn so với mảnh ghép gân cơ bán gân và gân cơ thon chập đôi, có lợi thế không chỉ về đường kính mảnh ghép mà còn tiết kiệm được gân cơ thon.

Về độ dài đường hầm: chúng tôi dựa trên nguyên tắc tổng độ dài đường hầm đầu, đường hầm chày và đoạn mảnh ghép trong khớp luôn dài hơn 10 mm so với chiều dài mảnh ghép. Việc tính toán độ dài đường hầm là rất quan trọng, tránh trường hợp gân đã lấp đầy hai đường hầm mà vẫn chưa căng. Theo các nghiên cứu về sinh lý liền mảnh ghép của Noyes [7], chiều dài mảnh ghép đặt trong đường hầm nên là 20 mm, để bảo đảm khả năng liền gân với xương. Do đó, đường hầm đầu chúng tôi đặt cố định ở mức 20 mm, các mối khâu chỉ FiberWire cho graftlink cũng được khâu đánh dấu tương ứng với mức 20 mm để dễ kiểm tra khi kéo mảnh ghép. Đối với phần mảnh ghép trong khớp, theo Miller [8], khi tiến hành đo đặc khoảng cách thực tế trong mổ giữa hai vị trí của kim dẫn hướng tại đường hầm chày và đầu, chiều dài đối với DCCT khi tái tạo là 23,56 mm. Chúng tôi lấy giá trị trung bình từ 25-30 mm. Mảnh ghép graftlink có độ dài trung bình 65-70 mm, do đó, theo nguyên tắc tính toán đã nêu ở trên, để bảo đảm mảnh ghép được căng, độ dài tổng đường hầm và đoạn trong khớp khoảng 75-80 mm. Vì vậy, sau khi trừ đường hầm đầu và phần trong khớp, đường hầm chày nên đạt khoảng 30 mm. Và như vậy, để an toàn, chúng tôi định vị đường hầm chày sao cho độ dài đường hầm khoảng 40 mm để có 10 mm thành xương cứng.

4.2. Kết quả điều trị:

- Chức năng khớp gối (theo thang điểm Lysholm): điểm Lysholm của BN trước phẫu thuật trung bình là 44 điểm; sau phẫu thuật (trung bình 13 tháng), điểm Lysholm trung bình là 94,5 điểm (thấp nhất 76 điểm, cao nhất là 99 điểm). Cải thiện chức năng khớp gối rất có ý nghĩa so với chức năng khớp ở thời điểm trước phẫu thuật. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Trương Trí Hữu [1] (điểm Lysholm trung bình 91,7), Williams [9] (điểm Lysholm trung bình 91).

- Các nghiệm pháp lâm sàng đánh giá độ vững của khớp gối: dấu hiệu Lachman âm tính 55/63 BN (87,3%); 6 BN (9,5%) khi làm dấu hiệu Lachman thấy khớp gối lỏng hơn so với khớp gối bên lành ở mức độ nhẹ (1+), 2 BN lỏng khớp ở mức độ trung bình.

- Tai biến, biến chứng: chúng tôi có 3 BN bị viêm gối nhẹ (phát hiện sau mổ 1 tháng). Những BN này trước khi ra viện, khớp gối vẫn còn ít dịch; sau mổ 1 tháng, BN có sưng, đau gối, khám khớp gối có dịch, xét nghiệm CPR tăng. BN được nội soi, bơm rửa khớp, dẫn lưu khớp, dùng thuốc

kháng sinh cephalosporin thế hệ III 10 ngày. Sau điều trị, BN ổn định; khám lại sau mổ 3 và 6 tháng, không còn dấu hiệu viêm khớp gối. Có 1 BN tụ máu nơi lấy gân, do chúng tôi không cầm máu tốt tại nơi lấy gân và BN này bị tắc dẫn lưu tại nơi lấy gân. Tất cả các trường hợp trên đều được chúng tôi rút kinh nghiệm về chăm sóc BN sau mổ, nhất là về dẫn lưu. Có 4 BN phải mổ lại tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 do DCCT bị đứt lại. Những BN này có thể do chúng tôi khi căng 2 vít Tightrope đã làm dây chằng căng quá mức và lúc BN vận động, dây chằng bị đứt dần dần. Chúng tôi cũng đã rút kinh nghiệm cho các ca sau. Có 4 BN hạn chế gấp gối < 20°, là các BN sợ đau, không tuân thủ quy trình tập phục hồi chức năng khớp gối sau mổ. Chúng tôi không gập BN nào bị tụt vít Tightrope vào đường hầm, hoặc tụt ra da ở lồi cầu đùi. Có 6 BN tê bì, dị cảm mặt trước cẳng chân.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 73 BN đứt DCCT khớp gối, có chỉ định và được phẫu thuật nội soi tái tạo DCCT bằng kỹ thuật all inside, sử dụng mảnh ghép gân cơ bán gân chập bốn, tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 7/2016 đến tháng 3/2019. Kết quả: sau mổ, điểm Lysholm trung bình đạt 94,5 điểm; tỉ lệ tốt và rất tốt đạt 95,2%, dấu hiệu Lachman âm tính đạt 87,3%. Có 3 BN bị viêm gối nhẹ sau mổ, 4 BN phải mổ lại do đứt dây chằng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trương Trí Hữu, Bùi Văn Đức, Nguyễn Văn Quang (2007), "Đánh giá kết quả tái tạo dây chằng chéo trước bằng mảnh ghép bốn dải gân cơ thon - bán gân qua nội soi", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 11 (2), pp. 116-121.
2. Nguyễn Bá Ngọc (2011), *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi tái tạo dây chằng chéo trước bằng gân cơ bán gân và gân cơ thon với nút treo gân cố định ở đường hầm đùi*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
3. Đặng Hoàng Anh (2009), *Nghiên cứu điều trị đứt DCCT khớp gối bằng phẫu thuật nội soi sử dụng gân cơ bán gân và gân cơ thon*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
4. Nguyễn Năng Giỏi (2009), *Nghiên cứu tái tạo DCCT bằng mảnh ghép gân bánh chè tự thân với kỹ thuật nội soi*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
5. Lubowitz J.H, Ahmad C.S, Anderson K (2011), *All-inside anterior cruciate ligament graft-link technique: second-generation, noincision anterior cruciate ligament reconstruction*, *Arthroscopy*, 27 (5): pp. 717-27.

6. Mariscalco M.W et al (2013), *The influence of hamstring autograft size on patient-reported outcomes and risk of revision after anterior cruciate ligament reconstruction: a Multicenter Orthopaedic Outcomes Network (MOON) Cohort Study*, *Arthroscopy*, 29 (12), p. 1948-53.

7. Noyes (2016), *Noyes' Knee Disorders Surgery, Rehabilitation, Clinical Outcomes 2nd*.

8. Miller M.D, Olszewski A.D (1997), *Cruciate ligament graft intraarticular distances*, *Arthroscopy*, 13 (3), p. 291-5.

9. Williams R.J, Hyman J, Petrigliano F, Wickiewicz T.L (2005), "Anterior Cruciate ligament Reconstruction with a Four - Strand Hamstring Tendon Autograft", *J. Bone Joint Surg.*, 87 A, pp. 51-68. □

GIỚI THIỆU CA BỆNH U GLOMUS DƯỚI MÓNG TAY...

(Tiếp theo trang 35)

Vì vậy, khi đứng trước bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng nghi ngờ khối u Glomus, các thầy thuốc cần thăm khám lâm sàng kỹ lưỡng, chỉ định chẩn đoán hình ảnh bằng MRI dùng thuốc đối quang để chẩn đoán xác định.

U glomus có bản chất là cuộn mạch thần kinh nên có đặc trưng sẫm màu trên T1 và sáng trên T2 MRI. Bệnh nhân u Glomus được điều trị phẫu thuật sớm chừng nào thì thời gian chịu đựng những cơn đau trước mổ giảm chừng ấy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Carroll R.E, Berman A.T (1972), "Glomus tumors of the hand", *J Bone Joint Surg.*, 54A(4), pp. 691-703.
2. Fornage B.D (1988), "Glomus tumors in the fingers", *Diagnosis with US. Radiolog.*, 167(1), pp. 183-185.
3. Heys S.D, Brittenden J, Atkinson P, Eremin O (1992), "Glomus tumor: An analysis of 43 patients and the review of the literature", *Br J Surg.*, 79, pp. 345-347.
4. Matloub H.S, Muoneke V.N, Prevel C.D, Sanger J.R, Yousif N.J (1992), "Glomus tumor imaging: use of MRI for localization of occult lesions", *J Hand Surg.*, 17A, pp. 472-275.
5. Rettig A.C, Strickland J.W (1977), "Glomus tumor of the digits", *J Hand Surg.*, 2A (4), pp. 261-265. □

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHUYỂN VẬT TỰ DO CÁNH TAY NGOÀI CHE PHỦ KHUYẾT HỒNG DA VÙNG SAU CỔ TAY, BÀN TAY

BSCKII. NGUYỄN VĂN TRƯỜNG, BSCKII. NGUYỄN VĂN QUANG,
BSCKII. NGUYỄN VIỆT CƯỜNG
Bệnh viện Quân y 105.

Thẩm định khoa học: (1) PGS.TS. ĐẶNG HOÀNG ANH
(2) BSCKII. LÊ ANH TUẤN

TÓM TẮT: Khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay, bàn tay là một tổn thương phức tạp, thường gặp, nguyên nhân do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, bỏng, hoặc sau cắt bỏ tổ chức bệnh lý... Vạt cánh tay ngoài có cuống mạch hằng định tách từ động mạch cánh tay sâu, thần kinh bì sau cẳng tay đi qua vạt và tách các nhánh nhỏ cảm giác cho vạt, vạt thường mỏng, dễ bóc tách, dễ lấy. Bước đầu sử dụng vạt tự do cánh tay ngoài điều trị khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay, bàn tay cho kết quả tốt (không xuất hiện hoại tử da tại vị trí chuyển vạt; vận động cổ tay, bàn, ngón tay sau 3 tháng tốt, vị trí lấy da và ghép da đều liền sẹo), tỉ lệ thành công cao và có thể áp dụng cho các vị trí khác.

Từ khóa: khuyết hồng phần mềm, vạt cánh tay ngoài.

ABSTRACT: The soft defect of the wrist and the hand area was a complex and common injury, caused by a traffic accident, occupational accident, burn, or after a pathological organ resection... The flap of the outer upper arm has a constant vein stem from the deep upper arm artery, the posterior nerve end of the forearm passes over the flap and splits the sensory small branches for the flap, the flap is usually thin, easy to peel off, easy to take. The initial use of the free flap of the upper arm to treat soft defects in the wrists and hands area gave good results (there was no skin necrosis at the place of the transfer flap; the movement of the wrists, hand, and fingers after 3 months was good, the site of removing skin and skin grafts were scarred), the rate of success was high and can be applied to other positions.

Keywords: Soft defect, the flap of the outer upper arm

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Nguyễn Văn Trường, Email: binhduong2519@gmail.com

Ngày nhận bài: ; mời thẩm định khoa học: ; chấp nhận đăng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay, bàn tay là một tổn thương hay gặp. Nguyên nhân gây khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay, bàn tay thường do tai nạn giao thông, tai nạn lao động, bỏng, hoặc sau cắt bỏ tổ chức bệnh lý... nên tổn thương khá phức tạp. Bàn tay có cấu trúc tương đối đặc biệt, da ở mu bàn tay mỏng, da ở gan tay dày và đệm mỡ chắc, dưới da là gân và xương, do đó, tổn thương dễ lộ gân và xương nên điều trị gặp nhiều khó khăn. Khi mất da diện rộng, lộ gân, xương thời gian dài, dễ gây nhiễm trùng, hoại tử gân, xương, có thể để lại di chứng nặng nề cho người bệnh như biến dạng, co rút cơ vận động, cứng khớp làm mất chức năng bàn tay... nếu không được điều trị kịp thời.

Điều trị khuyết hồng phần mềm lộ gân duỗi mu tay có nhiều phương pháp, như khâu da, xoay vạt da tại chỗ cho những khuyết da nhỏ. Các trường hợp tổn thương rộng cần phải sử dụng các vạt da, cần có cuống mạch liền, như vạt liên cốt cẳng tay sau hoặc các vạt tự do (vạt cánh tay ngoài, cánh

tay trong, vạt bẹn...). Vạt da cân cánh tay ngoài là một lựa chọn tốt trong các trường hợp tổn thương trên, do vạt có nhánh sau của động mạch bên quay (một trong hai nhánh tận của động mạch cánh tay sâu), trong vách liên cơ ngoài cấp máu và một thần kinh cảm giác chi phối.

Bệnh viện Quân y 105 đã phẫu thuật chuyển vạt tự do cánh tay ngoài cho hai bệnh nhân (BN) mất da diện rộng mu tay và bàn tay, bước đầu đạt kết quả khả quan. Chúng tôi giới thiệu kết quả điều trị hai trường hợp BN này để đồng nghiệp cùng tham khảo.

2. TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG.

Ca bệnh thứ nhất:

BN Mai Văn D., sinh năm 1981.

Ngày 25/9/2018, BN vào Bệnh viện Quân y 105 sau tai nạn giao thông. BN ngã xe máy, mài phần mu cổ tay và mu bàn tay phải trên mặt đường. Sau tai nạn, BN tỉnh, vết thương lóc da phần mu bàn tay phải, vạt ngược, tổ chức dưới da bầm dập, có nhiều dị vật (đất, cát tại vị trí vết thương), không có

tổn thương hệ thống gân duỗi. BN vào Khoa Ngoại chấn thương với chẩn đoán khuyết hồng phần mềm, mất da 80 cm² vùng sau cổ tay và mu bàn tay phải do tai nạn giao thông giờ thứ 3.



Hình 1. Bàn tay BN Mai Văn D. trong phẫu thuật (A, B) và sau phẫu thuật 18 tháng (C, D)

Tại khoa, BN được khám lâm sàng và chỉ định làm các xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, máu đông máu chảy (kết quả trong giới hạn bình thường), X quang tim phổi (chưa phát hiện dấu hiệu bệnh lý), X quang cẳng bàn tay phải (không thấy tổn thương xương)... BN được xử trí: rửa sạch vết thương, cắt lọc hoại tử da kì đầu, thay băng, đắp gạc nước muối sinh lí, dùng kháng sinh, giảm đau, tiêm phòng uốn ván. Sau 5 ngày, khám thấy diện khuyết da tương đối sạch, BN có chỉ định phẫu thuật chuyển vật tự do cánh tay ngoài che phủ.

Ngày 01/10/2018, BN được phẫu thuật chuyển vật tự do cánh tay ngoài che phủ. Trước phẫu thuật, BN được nhân viên y tế giải thích rõ về phương pháp điều trị, nguy cơ tai biến, biến chứng có thể xảy ra và yêu cầu BN hợp tác. Quá trình phẫu thuật, BN được cắt lọc, làm sạch diện khuyết da, kích thước 8 x 10 cm vùng cổ tay và mu bàn tay phải, bộc lộ kiểm soát nhánh mu cổ tay phải của động mạch quay. Thiết kế vạt và tiến hành bóc vạt: vạt kích thước 10 x 12 cm, trục vạt theo điểm bám cơ Delta đến lồi cầu ngoài xương cánh tay, giải phóng mặt sau vạt theo thiết kế qua da (tìm vách liên cơ ngoài từ phía sau bộc lộ động mạch bên quay và thần kinh bì cẳng tay sau), giải phóng mặt trước vạt tới vách liên cơ (thấy được động mạch bên quay từ hai phía). Sau đó cắt thần kinh bì cẳng tay sau và nhánh trước động mạch bên quay, phẫu tích từ dưới lên trên tới cuống vạt (khoảng 5 cm). Tiến hành khâu nối mạch tận - tận bằng kĩ thuật vi phẫu động mạch và tĩnh mạch tùy hành, mỗi mạch khâu 9 mũi rời chỉ Prolen 10.0. Bơm rửa sạch, đặt dẫn lưu lam và khâu cố định vạt (khâu khế kín vị trí lấy vạt da một thì). Trong quá trình phẫu thuật, sử dụng thuốc chống đông Heparin, liều 4000 UI/1 lít dung dịch NaCl 0,9% truyền tĩnh mạch chậm, tốc độ 30 giọt/phút; sau phẫu thuật, giảm 1/2 liều trong 3 ngày; sau đó, chuyển dùng Aspirin, liều 200 mg/ngày x 7 ngày. Kết thúc phẫu thuật, BN được cố định bột và tiến hành thay băng hằng ngày.

Sau phẫu thuật 2 tuần, vết mổ khô, vạt hồng, vận động bàn, ngón tay tốt. BN được cắt chỉ, bỏ bột, hướng dẫn tập vận động gấp duỗi, cầm nắm bàn, ngón tay phải và cho ra viện, hẹn khám lại sau 3 tháng.

Kết quả kiểm tra lại sau khi ra viện 3 tháng, thấy chức năng vận động bàn, ngón tay rất tốt.

Ca bệnh thứ hai:

BN Kiều Đức T., sinh năm 1954.

Ngày 28/5/2019, BN vào Bệnh viện Quân y 105 sau tai nạn lao động. BN bị lưỡi máy bào cắt vào phần mu bàn trái. Sau tai nạn, BN tỉnh, vết thương nhiều tầng ở mu bàn tay trái, diện tích khoảng 100 cm², mép vết thương sắc gọn, thiếu dưỡng, không

tổn thương hệ thống gân duỗi. BN vào Khoa Ngoại chấn thương với chẩn đoán khuyết hồng phần mềm, mất da 100 cm² vùng sau cổ tay và mu bàn tay trái do tai nạn lao động giờ thứ 4.



Hình 2. Bàn tay BN Kiều Đức T. trước (A) và sau (B) phẫu thuật.

Tại khoa, BN được khám lâm sàng và chỉ định làm các xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, máu đông máu chảy (kết quả trong giới hạn bình thường), X quang tim phổi (chưa phát hiện dấu hiệu bệnh lý), X quang cẳng bàn tay phải (không thấy tổn thương xương)... BN được xử trí: cắt lọc hoại tử, khâu dính da thừa. Sau 7 ngày, xuất hiện hoại tử thứ phát một phần da.

Ngày 6/11/2019, BN được chỉ định phẫu thuật cắt lọc hoại tử, chuyển vạt tự do che phủ. Quá trình phẫu thuật tương tự BN thứ nhất.

Sau phẫu thuật 2 tuần, vết mổ khô, vạt hồng, vận động bàn, ngón tay tốt; BN được ra viện. Sau ra viện 3 tháng, khám lại BN, thấy vạt da ổn định, chức năng vận động bàn tay tốt.

3. BÀN LUẬN.

Sử dụng vạt da điều trị khuyết hồng phần mềm ngày càng được sử dụng rộng rãi. Có nhiều vạt da - cần được sử dụng với cuống mạch nuôi riêng biệt được phát hiện và sử dụng ở dạng cuống mạch liền hoặc dạng tự do với kỹ thuật vi phẫu để tạo hình che phủ khuyết hồng phần mềm. Khi lựa chọn

một vạt cụ thể, chúng tôi căn cứ vào đặc điểm của phần mềm khuyết hồng (vị trí, kích thước, hình dạng, tổn thương giải phẫu, mạch nuôi được sử dụng, vị trí nối mạch), đặc điểm giải phẫu của vạt ghép (kích thước, độ dày của vạt, chiều dài cuống mạch, kích thước mạch, thần kinh cảm giác, cơ có thể lấy kèm, lông mọc trên vạt) và ảnh hưởng về chức năng, thẩm mỹ tại nơi lấy vạt.

Về giải phẫu vạt cánh tay, ngoài có cuống mạch hằng định tách từ động mạch cánh tay sâu, thần kinh bì sau cẳng tay đi qua vạt và tách các nhánh nhỏ cảm giác cho vạt, vạt thường có cấu trúc mỏng, dễ bóc tách. Đường kính động mạch của vạt nhỏ, do vậy, cần bóc tách lên tới nguyên ủy của động mạch cánh tay sâu để có cuống mạch dài và đường kính mạch lớn hơn, tạo thuận lợi cho khâu nối mạch. Về thần kinh, phải hi sinh thần kinh bì sau cẳng tay khi bóc tách cho dù không muốn lấy thần kinh theo vạt.

Trong báo cáo này, cả 2 trường hợp có khuyết hồng phần mềm cổ tay và mu bàn tay không lớn, yêu cầu tạo hình che phủ bằng vạt da cân mỏng, nên sử dụng vạt cánh tay ngoài được lựa chọn. Kết quả sau phẫu thuật, chúng tôi đều thấy diễn biến tại vết mổ tốt dần lên, không xuất hiện hoại tử da tại vị trí chuyển vạt; vận động cổ tay, bàn tay và ngón tay sau 3 tháng tốt; vị trí lấy da và ghép da đều liền sẹo, nhưng vị trí ghép da còn rối loạn cảm giác.

4. KẾT LUẬN.

Khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay, bàn tay là một tổn thương thường gặp, do nhiều nguyên nhân gây nên. Vạt cánh tay ngoài có cuống mạch hằng định tách từ động mạch cánh tay sâu, thần kinh bì sau cẳng tay đi qua vạt và tách các nhánh nhỏ cảm giác cho vạt. Vạt thường mỏng, dễ bóc tách, dễ lấy. Bước đầu điều trị cho 2 BN, chúng tôi thấy kết quả điều trị tốt (không xuất hiện hoại tử da tại vị trí chuyển vạt; vận động cổ tay, bàn, ngón tay sau 3 tháng tốt; vị trí lấy da và ghép da đều liền sẹo). Sử dụng vạt tự do cánh tay ngoài điều trị khuyết hồng phần mềm vùng cổ tay, bàn tay cho tỉ lệ thành công cao và có thể áp dụng cho các vị trí khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Huy Phan (1999), *Kỹ thuật vi phẫu mạch máu - thần kinh thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng*, Nhà xuất bản Khoa học và Kỹ thuật, tr. 256-263.
2. Nguyễn Việt Tiến, Lê Văn Đoàn (2009), "Điều trị khuyết hồng phần mềm ở chi thể bằng vạt cánh tay ngoài", *Tạp chí Y học lâm sàng* 108, tập 4, số 3, tr. 91-94.
3. Viện Nghiên cứu khoa học y học lâm sàng 108 (2017), *Giáo trình chấn thương chỉnh hình và tạo hình*, Nhà xuất bản Y học, tập II, tr. 303-314. □

KẾT QUẢ KẾT XƯƠNG BÊN TRONG ĐIỀU TRỊ GỠY KÍN XƯƠNG GÓT PHẠM KHỚP DI LỆCH TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

BSCKII. ĐỖ DUY TRUNG

Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. ĐẶNG HOÀNG ANH

(2) BSCKII. NGUYỄN VĂN QUANG

TÓM TẮT: Nghiên cứu 39 trường hợp gãy kín xương gót phạm khớp (trên 33 bệnh nhân), điều trị phẫu thuật mở qua đường vào bên ngoài, kết hợp xương bên trong bằng nẹp khóa xương gót, thời gian theo dõi từ 12 tháng đến 52 tháng.

Kết quả: Liền sẹo ở tất cả các trường hợp, không có hoại tử, nhiễm khuẩn, tổn thương nhánh thần kinh cảm giác cẳng - bàn chân. Thời gian bệnh nhân trở lại hoạt động thường ngày trung bình $4,8 \pm 1,4$ tháng. Kết quả chung: 15 ca tốt (45,5%), 11 ca khá (33,3%), 5 ca trung bình (15,2%), 2 ca kém (6%).

Từ khóa: Phẫu thuật kết xương bên trong, gãy kín xương gót phạm khớp di lệch.

ABSTRACT: Study on the 39 cases of closed fracture of the intra-articular deviated heel bone (in 33 patients), treated by the method of open surgery through outside line combined with inner bone by heel bone brace, follow-up time from 12 months to 52 months.

Results: There were scarred in all cases, without necrosis, infection, sensory nerve damage of the leg - foot. The time of returning to normal activities was 4.8 ± 1.4 months. General results: 15 good cases (45.5%), 11 fair cases (33.3%), 5 average cases (15.2%), 2 poor cases (6%).

Keywords: Internal osteosynthesis surgery, closed fracture of the intra-articular deviated heel bone

Chịu trách nhiệm nội dung: Email:

Ngày nhận bài: ; mời thẩm định khoa học: ; chấp nhận đăng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Trong các gãy xương vùng cổ chân, gãy xương gót là tổn thương xương phổ biến nhất, song phương pháp tối ưu điều trị gãy xương gót vẫn là chủ đề được nhiều nhà ngoại khoa tranh biện [1]; [3]; [5]. Gãy xương gót thường dẫn đến biến dạng nở rộng xương gót, mất góc Bohler và mất tương quan khớp dưới sên. Chính mở kết xương bên trong bằng nẹp khóa xương gót là phương pháp được dùng để sửa chữa các di lệch, khôi phục hình thể giải phẫu xương gót, tái lập chức năng và cơ sinh học bàn chân. Tái lập chiều rộng xương gót dự phòng tình trạng viêm các gân cơ mạc bên và khôi phục trục gân Achilles, bảo toàn sức gấp gan bàn chân. Chính mở, kết xương bên trong tạo cơ hội nắn chỉnh, phục hồi giải phẫu và kết xương vững chắc khớp dưới sên. Sự vận động bình thường của khớp dưới sên là yếu tố quyết định cho bàn chân thích ứng khi di chuyển trên mặt phẳng gập ghềnh với các cử động nghiêng trong và nghiêng ngoài [5]. Đường mổ bên ngoài có khả năng kéo dài khi cần đã phổ biến trong phẫu thuật điều trị gãy xương gót phạm khớp. Đường mổ này tạo trường mổ rộng rãi, thuận lợi cho đánh giá tổn thương, nắn chỉnh và cố định các mảnh xương gót [9].

Với các thiết bị chẩn đoán hình ảnh hiện đại (như chụp cắt lớp vi tính), tổn thương gãy xương gót ngày càng được đánh giá chính xác hơn. Cùng với những phát triển, cải tiến về trang bị, phương tiện, kĩ thuật kết xương... phẫu thuật điều trị gãy xương gót cũng có thêm nhiều thành công, đặc biệt là xu hướng mổ kết xương bên trong với các trường hợp gãy xương gót phạm khớp di lệch [1]; [3]; [4]; [8].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả điều trị gãy kín xương gót phạm khớp di lệch bằng chỉnh mở qua đường vào bên ngoài, kết xương bên trong bằng nẹp khóa xương gót.

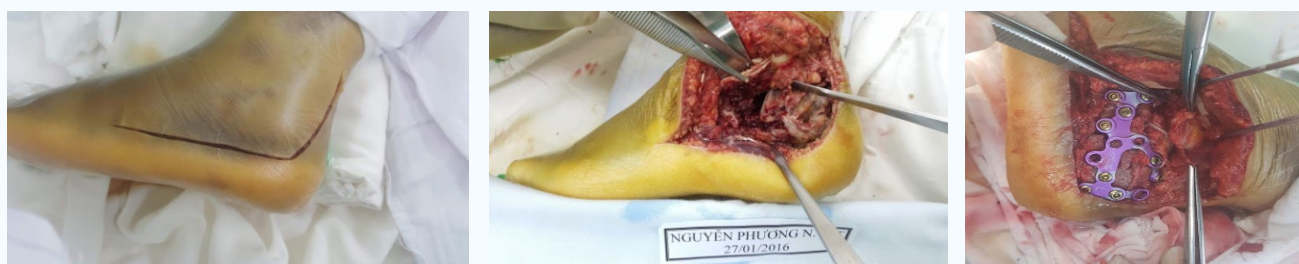
2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

33 bệnh nhân (BN) với 39 tổn thương gãy kín xương gót phạm khớp di lệch, được phẫu thuật chỉnh mở qua đường vào bên ngoài, kết xương bên trong bằng nẹp khóa xương gót, điều trị tại Bệnh viện Quân y 105, từ năm 2015 đến 2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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



Hình 1. Đường vào bên ngoài (A); Tiếp cận, đánh giá ổ gãy (B); và Kết xương gót bằng nẹp khóa (C)

- Chỉ định phẫu thuật: gãy kín xương gót có di lệch trên 2 mm ở diện khớp dưới sên, góc Bohler < 20°, mất tương quan diện khớp sên gót sau.

- Kỹ thuật cơ bản:

+ Chuẩn bị BN: BN nhập viện được kê cao chân tổn thương (cả trước và sau mổ), chườm lạnh giảm nề, giảm phòng thanh dịch. Đặt BN tư thế mỏ nằm nghiêng sang bên đối diện; kẹp gối giữa 2 đùi. Garo 1/3 giữa đùi cùng bên; phủ sạch mổ phía trên bộ lộ vùng can thiệp gót chân; đặt điện cực dao điện đùi đối bên.

+ Thì 1 (bộc lộ ổ gãy): rạch da hình chữ L dài 12-15 cm, từ góc trước ngoài khớp gót hộp, kéo thẳng ra sau, đến góc gót và đi lên trên theo gân Achilles 5-7 cm (hình 1A). Bóc tách sát mặt ngoài xương gót đến các bao gân mạc bên (tránh thần kinh, tĩnh mạch hiển); mở dọc bờ trước trên bao gân cơ mạc bên, giữ các gân duỗi để mở xoang cổ chân ở bờ trước ngoài. Tách gân duỗi ngắn các ngón đủ để mở bộc lộ khớp gót hộp. Bóc tách dây chằng cổ chân tại điểm bám nguyên ủy đủ để bộc lộ mặt trên sau và mặt ngoài xương gót. Xác định, bóc tách các dây chằng mạc - gót, sên - gót, bộc lộ tiếp bao khớp dưới sên. Thành ngoài xương gót rất mỏng và dễ vỡ vụn, nên có thể được giữ liên tục với mô áp sát và dùng dụng cụ kéo tách ra ngoài để tiếp cận ổ gãy sập đôi gót, khớp sên-gót sau.

+ Thì 2 (đánh giá tổn thương): kiểm soát các tổn thương, đánh giá góc Bohler, Gissane, chiều cao, chiều rộng và chiều dài xương gót, so sánh với chẩn đoán hình ảnh (hình 1B).

+ Thì 3 (nắn chỉnh, khôi phục giải phẫu): dùng đinh Kirschner, Steimann kết hợp các dụng cụ thông thường chỉnh và giữ tạm thời hình thể giải phẫu. Các mảnh gãy phạm khớp sập vào lòng xương gót được chỉnh nâng lên, khôi phục tương quan khớp dưới sên. Kết xương bằng nẹp khóa xương gót, vít xỏ khóa 3,5 mm. Tháo bỏ các đinh Kirschner và Steimann (hình 1C).

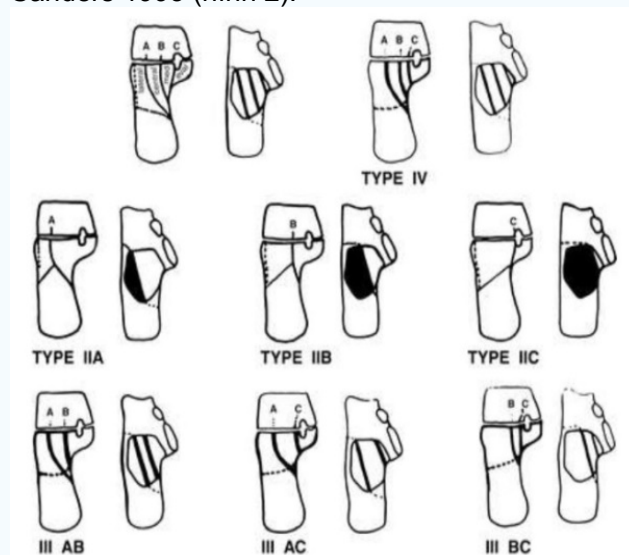
+ Thì 4 (đóng vết mổ): tháo bỏ garo, kiểm tra cầm máu, đặt dẫn lưu hút 1 chiều và đóng vết mổ theo lớp; nếu máu vẫn rỉ ra từ xương thì đặt dẫn lưu rồi đóng trường mổ, băng ép và kê cao chân.

+ Chăm sóc sau mổ: đặt nẹp bột với các ổ gãy dập nát. Tập vận động khớp dưới sên ngay khi BN

thấy thoải mái hoặc tình trạng vết mổ cho phép (thường từ 7-10 ngày sau mổ). Điều trị phục hồi chức năng, khôi phục vận động khớp dưới sên với các động tác nghiêng trong và ngoài. Cất chỉ sau mổ 2 tuần. Tập vận động giữ sức cơ kiểm soát bàn - cổ chân sau mổ 4-6 tuần. Tập tỉ nén từng phần (sử dụng nạng) khi chưa có dấu hiệu liền xương trên X quang. Rút đinh Kirschner sau 8-10 tuần. Tập tỉ nén toàn phần, sau đó không dùng nạng tăng dần trong khoảng thời gian 4-6 tuần kế tiếp.

- Tiêu chuẩn đánh giá:

+ Chẩn đoán tổn thương: qua lâm sàng, phim chụp X quang (gót bàn chân cả 2 bên để so sánh) và chụp cắt lớp vi tính; phân loại hình thái gãy xương gót (qua chiều cao, chiều dài xương, các góc giải phẫu... trên hình ảnh cắt lớp vi tính) theo Sanders 1993 (hình 2).



Hình 2. Phân loại gãy xương gót theo Sanders 1993.

+ Thời gian theo dõi sau mổ ít nhất 12 tháng; đánh giá kết quả điều trị BN theo thang điểm Creighton Nebraska (bảng 1) với 4 mức (tốt: 90-100 điểm; khá: 80-89 điểm; trung bình: 65-79 điểm; kém: dưới 65 điểm [2]); đánh giá tầm vận động khớp dưới sên bằng thước đo góc; đánh giá mức độ nề bằng so sánh với bên lành; đánh giá góc Bohler bằng phim chụp X quang các tư thế sau mổ.

Bảng 1. Thang điểm Creighton Nebraska.

Chỉ tiêu		Điểm
Đau		30
Khi vận động	Không đau	15
	Nhẹ	10
	Vừa	5
	Nặng	0
Khi nghỉ	Không đau	15
	Nhẹ	10
	Vừa	5
	Nặng	0
Khả năng đi lại		20
Không hạn chế		20
500m đến 1.000m		15
100m đến < 500m		10
< 100m		5
Không đi được		0
Tầm vận động khớp dưới sên		20
20-25°		20
Dưới 20°-15°		15
Dưới 15°-10°		10
Dưới 10°-5°		5
Dưới 5°		0
Khả năng lao động		20
Trở lại công việc như trước tai nạn		20
Trở lại công việc như trước tai nạn nhưng giảm thời lượng		15
Phải thay đổi công việc		10
Phải đổi công việc và giảm thời lượng		5
Không làm việc được		0
Cổ giày, dép		5
Không đổi		5
Phải thay đổi		0
Mức độ sưng nề		5
Không		5
Nhẹ (mất nếp nhăn)		3
Vừa (ấn lõm)		2
Nặng (phải kê cao chân)		0
Tổng điểm		100

- Xử lý số liệu: số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0, dùng kiểm định t mẫu độc lập, kiểm định Pearson Chi bình phương đánh giá mối liên quan lâm sàng, X quang và kết quả; mức ý nghĩa thông kê $\alpha = 0,05$. 6 BN gây cả 2 xương gót tính toán theo chân bên có kết quả kém hơn.

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: số liệu nghiên cứu và thông tin BN được bảo mật, chỉ sử dụng phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN:

- Giới tính (n = 33): 32 BN nam (97,0%) và 1 BN nữ (3,0%).

- Tuổi đời (n = 33): BN phân bố từ 25-70 tuổi, trung bình 45,55 tuổi.

- Bệnh kết hợp (n = 33): 3 BN (9,1%) có bệnh mạn tính và 6 BN (18,2%) có tổn thương ngoại khoa khác kết hợp.

- Nguyên nhân tổn thương (n = 33): 29 BN (87,9%) do tai nạn lao động (ngã cao) và 4 BN (12,1%) do tai nạn xe máy.

- Vị trí tổn thương (n = 39): 17 trường hợp (43,6%) gãy xương gót phải và 22 trường hợp (56,4%) gãy xương gót trái.

- Dạng tổn thương xương gót (n = 39):

+ Type II: 22 trường hợp (56,4%); trong đó, 8 trường hợp type IIA, 13 trường hợp type IIB, 1 trường hợp type IIC.

+ Type III: 16 trường hợp (41,0%); trong đó, 9 trường hợp type IIIA-B, 2 trường hợp type IIIB-C.

+ Type IV: 1 trường hợp (2,6%).

- Thời gian từ lúc tổn thương đến lúc phẫu thuật: từ 2-14 ngày, trung bình 6,3 ngày.

3.2. Kết quả điều trị:

- Sẹo mổ: đường vào bên ngoài cho phép bộc lộ, kiểm soát tốt tất cả các di lệch; nắn chỉnh gián tiếp thành công và thực hiện kỹ thuật thuận lợi. Sẹo mổ liền tốt, không nhiễm khuẩn, không hoại tử, không tổn thương thần kinh hiển.

- Tình trạng đau (n = 33): 13 BN (39,4%) không đau và 20 BN (60,6%) có đau (đau mặt ngoài là phần nanh chính); trong đó, 13 BN (39,4%) đau nhẹ khi đi lại, liên quan viêm gân mạc bên trong, 5 BN (15,2%) đau vừa, liên quan mất tương quan khớp dưới sên và 1 BN (3,0%) đau cả khi nghỉ cần dùng thuốc giảm đau. Tuy nhiên, không BN nào đau liên quan đến phương tiện kết xương.

- Khả năng đi lại (n = 33): 22 BN (66,7%) đi bộ và đứng không hạn chế (có BN còn đau nhẹ); 9 BN (27,3%) đi bộ được từ 500-1.000m và đứng ngắt quãng 1 giờ. 2 BN (6%) đi bộ dưới 500m.

- Tầm vận động khớp dưới sên (n = 39): 14 trường hợp (35,9%) tầm vận động khôi phục từ 80-100% so với bình thường; 17 trường hợp (43,6%) tầm vận động khá (60-80% so với bình thường); 8 trường hợp tầm vận động dưới 60%.

- Khả năng lao động (n = 33): thời gian trở lại công việc của BN từ 3-7 tháng sau mổ (trung bình

4,8 ± 1,4 tháng). Trong đó, 22 BN (66,7%) trở lại công việc cũ, toàn thời gian; 10 BN (30,3%) làm việc cũ nhưng hạn chế thời gian; 1 BN (3,0%) phải đổi việc, là BN gãy type IV dưới cơ chế đè ép, góc Bohler trước mổ âm 20° và có điểm chức năng thấp.

- Cỡ giày, dép (n = 39): 1 trường hợp (2,6%) không đi được cỡ dép cũ.

- Mức độ sưng nề (n = 39): sưng nề là yếu tố phổ biến và kéo dài, trong đó 12 trường hợp (30,8%) sưng nề nhẹ, 3 trường hợp (7,7%) sưng nề vừa và 21 trường hợp còn lại chỉ nề nhẹ.

- Kết quả X quang (theo dõi sau mổ các BN từ 12-52 tháng, trung bình 32,3 ± 9,1 tháng), thấy:

+ Góc Bohler: trước mổ từ âm 15° đến 18° (trung bình 3,7°); theo dõi trên BN thấy kết quả hồi phục về khoảng 16°-35° (trung bình 26,7° ± 5,1°), khôi phục được về bình thường 33 trường hợp (84,6%).

+ Dấu hiệu viêm khớp: 29 trường hợp (74,4%) không viêm khớp; trong đó, 5 trường hợp (12,8%) chênh mặt khớp 1-2 mm ở diện khớp sau. 10 trường hợp (25,6%) có viêm khớp; trong đó, 8 trường hợp (20,5%) chênh 2-3 mm và 2 trường hợp (5,1%) không chênh mặt khớp sên sau.

- Kết quả chung (n = 33):

+ Kết quả thuyết phục: 15 trường hợp (38,5%) kết quả tốt, 11 trường hợp (28,2%) kết quả khá.

+ Kết quả chưa thuyết phục: 5 trường hợp (12,8%) kết quả trung bình và 2 trường hợp (5,1%) kết quả kém.

Không BN nào trật gân mạc.

- Mọi liên quan giữa kết quả điều trị với một số yếu tố:

+ Chúng tôi không tìm thấy sự liên quan có ý nghĩa giữa giới tính, cơ chế tổn thương, hình thái tổn thương và kết quả điều trị chung.

+ Liên quan với tuổi đời:

Bảng 2. Liên quan tuổi đời và kết quả điều trị.

Tuổi đời	Kết quả điều trị		p
	Thuyết phục (n = 26)	Chưa thuyết phục (n = 7)	
$\bar{x}$	42,3077	57,57142857	0,0022
SD	10,15389277	9,675693651	
Σ	11,7582		
μ	45,5455		
d.f	25	6	

Nhóm BN kết quả thuyết phục có trung bình tuổi thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm kết quả chưa thuyết phục, p = 0,0022.

+ Liên quan với mức khôi phục góc Bohler:

Bảng 3. Liên quan mức khôi phục góc Bohler và kết quả điều trị.

Khôi phục góc Bohler	Kết quả		Tổng
	Thuyết phục	Chưa thuyết phục	
Đạt	24	4	26
Không đạt	2	3	7
Tổng	26	7	33

BN kết quả thuyết phục có 92,3% khôi phục góc Bohler, nhiều hơn ở BN kết quả chưa thuyết phục có 57,1% khôi phục góc Bohler (p = 0,02).

+ Liên quan với tình trạng viêm khớp dưới sên:

Bảng 4. Liên quan giữa tình trạng viêm khớp dưới sên và kết quả điều trị.

Tình trạng viêm khớp dưới sên	Kết quả		Tổng
	Thuyết phục	Chưa thuyết phục	
Không viêm	23	2	25
Có viêm	3	5	8
Tổng	26	7	33

Có sự liên quan có ý nghĩa giữa kết quả thuyết phục và không có viêm khớp dưới sên với p = 0,001.

+ Phân phối tần suất liên quan kết quả đi lại và mức khôi phục góc Bohler:

Bảng 5. Phân phối tần suất liên quan kết quả đi lại và mức khôi phục góc Bohler.

Góc Bohler	Kết quả đi lại		Tổng
	Không hạn chế	Hạn chế	
Đạt	22	4	26
Không đạt	0	5	5
Tổng	22	9	31

Tỉ lệ trung bình ở BN góc Bohler khôi phục về bình thường cao hơn ở BN có điểm tối đa về đi lại so với BN hạn chế đi lại (500-1.000m) 100% so với 44,4%, p = 0,0001. 2 BN đi lại kém dưới 500m không thuộc hai nhóm này.

4. BÀN LUẬN.

Gãy xương gót không phạm khớp có tiên lượng tốt, khác với gãy xương gót phạm khớp [6]. Điều trị gãy xương gót phạm khớp còn nhiều tranh luận do các hệ thống phân loại khác nhau, phương pháp đánh giá khác nhau về kết quả lâm sàng và kết quả X quang. Sự gia tăng chỉ định điều trị phẫu thuật cho loại gãy xương này đã đóng góp thêm sự hiểu biết về gãy xương gót [2], [7]. Nghiên cứu về cơ sinh học của Perry đã khẳng định vai trò quan trọng của khớp dưới sên trong vai trò làm giảm

bớt lực xoay khớp cổ chân trong khi đi. Nếu không có sự hỗ trợ giảm lực này, khớp cổ chân có thể tiến triển thoái hóa viêm thứ phát. Gãy xương gót phạm khớp dưới sên tương tự như gãy xương mâm chày di lệch. Các dạng gãy xương như vậy nên được điều trị như bất kì gãy xương phạm khớp nào, bằng nắn chỉnh giải phẫu, cố định vững và vận động sớm.

Stephenson dùng đường vào bên trong kết hợp bên ngoài để nắn chỉnh khớp - mặt khớp sau trực tiếp, cố định nhằm khôi phục vận động sớm khớp dưới sên [7]. Palay và Hall dùng đường vào bên trong điều trị BN không có khả năng chỉnh các mảnh gãy bên ngoài [5]. Đường vào bên ngoài ít xâm lấn cũng được dùng, nhưng hạn chế quan sát sâu bên trong mặt khớp sên gót sau và hạn chế chỉnh di lệch thành trong. Stephenson [7] khuyên dùng đường vào bên ngoài để điều trị gãy dạng lưỡi 2 mảnh và gãy sập khớp, không di lệch nhiều ra ngoài của mảnh củ gót.

Theo chúng tôi, đường vào bên ngoài thích hợp hơn cả, đủ không gian chỉnh mở ổ gãy và kết xương bên trong bằng nẹp khóa xương gót cho các gãy kín phạm khớp di lệch. Chúng tôi thấy, gãy càng dập nát càng có tiên lượng xấu (2 BN có kết quả kém là gãy type IIbc, trong khi đa số có kết quả tốt là type II). Chúng tôi đồng ý với Leung và cộng sự để đánh giá khớp dưới sên thì chụp X quang tiêu chuẩn, theo trục và tư thế chéo trong là đủ. Chụp chéo có giá trị trong khảo sát gãy mở rộng đến khớp gót hộp. Chụp cắt lớp vi tính trước mổ hữu ích cho phân tích, lập kế hoạch phẫu thuật. Điều này có thể giảm thời gian nắn chỉnh, giảm tổn thương phần mềm. Tuy thế, chụp cắt lớp vi tính ít giá trị cho đánh giá sau mổ vì có tương tác của phương tiện kết xương kim loại.

Chúng tôi tìm thấy có sự tương quan mạnh mẽ giữa việc khôi phục hình thể giải phẫu (bao gồm tương quan khớp dưới sên, góc Bohler, độ chênh mặt khớp) với kết quả chức năng tốt. Stephenson [7] kết luận không BN nào có kết quả tốt khi ít khôi phục được giải phẫu. Leung và cộng sự cũng tìm thấy sự tương quan có ý nghĩa giữa đánh giá hình ảnh với phát hiện trên lâm sàng mà khớp dưới sên chiếm phần quan trọng để có kết quả tốt. Paley và Hall [20] công bố rằng, góc Bohler gián tiếp phản ánh cả chiều cao xương gót cũng như vòm bàn chân; góc Bohler nhỏ liên quan đến kết quả kém. Điều này ngụ ý rằng khôi phục chiều cao xương gót là yếu tố quan trọng. Với nghiên cứu của Stephenson, vận động sớm sau mổ làm cho khớp dưới sên khôi phục bình thường ở 75%. Một số nghiên cứu gần đây cũng cho thấy khớp này khôi phục được trung bình 75% bình thường (45-98%).

Mặc dùn còn có những hạn chế trong các

nghiên cứu hiện nay, đường vào bên ngoài thích hợp cho điều trị gãy xương gót phạm khớp di lệch. Kỹ thuật được mô tả ở đây là một kỹ thuật thành công cho điều trị gãy kín xương gót phạm khớp di lệch ít dập nát diện khớp sên sau. Để có kết quả tốt, khôi phục giải phẫu bình thường xương gót và giải phóng sớm khớp dưới sên là cần thiết.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 39 trường hợp gãy kín xương gót phạm khớp (trên 33 bệnh nhân), điều trị phẫu thuật mở qua đường vào bên ngoài, kết hợp xương bên trong bằng nẹp khóa xương gót, chúng tôi thấy:

Thời gian theo dõi trung bình: $32,3 \pm 9,1$ tháng (từ 12 tháng đến 52 tháng). Kết quả: 15 ca tốt (45,5%), 11 ca khá (33,3%), 5 ca trung bình (15,2%), 2 ca kém (6%). Tốt và khá 78,8% (nhóm kết quả thuyết phục); trung bình và kém 21,2% (nhóm kết quả chưa thuyết phục).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bezes H, Massart P, Delvaux D, Fourquet J.P, Tzari F (1993), "The operative treatment of intra-articular calcaneal fractures: indications, techniques, and results in 257 cases", *Clin Orthop*, 290:55-59.
2. Crosby L.A, Fitzgibbons T (1990), "Computerized tomography scanning of acute intra-articular fractures of the calcaneus: a new classification system", *J Bone Joint Surg (Am)*, 72-A: 852-859.
3. Crosby L.A, Fitzgibbons T.C (1996), "Open reduction and internal fixation of type II intra-articular calcaneus fractures", *Foot Ankle*, 17: 253-258.
4. Marcey L.R, Benirschke S.K, Sangeorzan B.J, Hansen S.T Jr (1994), "Acute calcaneal fractures: treatment options and results", *J Am Acad Orthop Surg*, 2: 36-43.
5. Paley D, Hall H (1993), "Intra-articular fractures of the calcaneus: a critical analysis of results and prognostic factors", *J Bone Joint Surg (A)*, 75-A: 342-354.
6. Pozo J.L, Kirwan E.O.G, Jackson A.M (1984), "The long-term results of conservative management of severely displaced fractures of the calcaneus", *J Bone Joint Surg (Br)*, 66-B: 386-390.
7. Stephenson J.R (1987), "Treatment of displaced intra-articular fractures of the calcaneus using medial and lateral approaches, internal fixation, and early motion", *J Bone Joint Surg (Am)*, 69-A: 115-130.
8. Thordarson D.B, Krieger L.E (1996), "Operative Vs. Nonoperative treatment of intra-articular fractures of the calcaneus: a prospective randomized trial", *Foot Ankle*, 17: 2-9.
9. Thordarson D.B, Latterier M (2003), "Open reduction and internal fixation of calcaneal fractures with a low profile titanium perimeter plate", *Foot Ankle Int*, 24: 217-221. □

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ MẠC TREO TRỰC TRÀNG QUA ĐƯỜNG HẬU MÔN ĐIỀU TRỊ 64 BỆNH NHÂN UNG THƯ TRỰC TRÀNG

ThS. NGÔ TIẾN KHƯƠNG - *Bệnh viện Quân y 105*,
PGS.TS. NGUYỄN ANH TUẤN, BS. NGUYỄN TÔ HOÀI,
BS. PHẠM VĂN HIỆP, ThS. NGUYỄN VĂN DƯ
Bệnh viện Quân y 108

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. LÊ THANH SƠN
(2) BSCKII. TRẦN VĂN HÀ

TÓM TẮT: Nghiên cứu kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng qua đường hậu môn điều trị 64 bệnh nhân ung thư trực tràng, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 7/2017-7/2019. **Kết luận:**

- Thời gian phẫu thuật trung bình $145,7 \pm 22,6$ phút; mất máu trong mổ trung bình $71,3 \pm 38,4$ ml; khoảng cách từ khối u tới diện cắt đầu gần trung bình $13,27 \pm 6,94$ cm, tới diện cắt đầu xa trung bình $2,37 \pm 0,75$ cm; số hạch vét trung bình $12,4 \pm 3,37$ hạch; 82,8% cắt hoàn toàn mạc treo trực tràng, 14,1% cắt gần hoàn toàn mạc treo trực tràng, 3,1% cắt không hoàn toàn mạc treo trực tràng.

- Kết quả ban đầu: 3,2% có tai biến trong phẫu thuật; 18,7% có biến chứng gần và 4,7% có biến chứng xa; thời gian phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật từ 1-4 ngày, trung bình $2,5 \pm 0,8$ ngày; thời gian nằm viện từ 4-29 ngày, trung bình $11,8 \pm 5,9$ ngày; chức năng cơ thắt hậu môn sau phẫu thuật 12 tháng có 30,8% rất tốt, 42,3% tốt và 26,9% trung bình.

Từ khóa: Phẫu thuật TaTME; phẫu thuật nội soi; ung thư trực tràng.

ABSTRACT: Study on the initial results of laparoscopic surgery for the transanal total mesorectal excision in the treatment of 64 patients with rectal cancer at the Military Central hospital 108, from July 2017 to July 2019. **Concluded:**

- The average surgical time was 145.7 ± 22.6 minutes; the average blood loss in surgery was 71.3 ± 38.4 ml; the average distance from the tumor to the proximal cutting end was 13.27 ± 6.94 cm, the average distance to the far cutting end was 2.37 ± 0.75 cm; the average number of removing lymph nodes was 12.4 ± 3.37 ; 82.8% of patients were completely mesorectal excision, 14.1% of patients were almost completely mesorectal excision, 3.1% did not completely mesorectal excision.

- The initial results: There were 3.2% with complications during surgery; 18.7% had near complications and 4.7% had far complications; The time for recovery of intestinal circulation after surgery was 1-4 days, the average time was 2.5 ± 0.8 days; the time of hospitalization ranged from 4 to 29 days, the average time was 11.8 ± 5.9 days. The function of the anal sphincter 12 months after surgery was 30.8% very good, 42.3% good, and average 26.9%.

Keywords: Transanal Total Mesorectal Excision (TaTME) surgery; Endoscopic surgery; rectal cancer.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Ngô Tiến Khương, Email: ngtkhuongdr78@yahoo.com

Ngày nhận bài:

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Cắt toàn bộ mạc treo trực tràng (TT) được coi là phương án tối ưu trong điều trị ung thư TT [1]. Với những tiến bộ của y học, đặc biệt trong lĩnh vực phẫu thuật nội soi, cắt toàn bộ mạc treo TT bằng kỹ thuật nội soi được nhiều cơ sở y tế lớn trên thế giới nghiên cứu phát triển, ứng dụng. Tuy nhiên, nội soi cắt toàn bộ mạc treo TT qua đường từ trên xuống (up to down) chưa thỏa mãn về kết quả ung thư học ở những bệnh nhân (BN) ung thư TT thấp. Hơn nữa, ở những BN có khung chậu hẹp, béo phì, u kích thước lớn..., kỹ thuật này thực hiện khá khó khăn, có

thể dẫn đến cắt mạc treo TT không hoàn toàn hoặc xác định khoảng cách an toàn đối với bờ dưới khối u không chính xác, tỉ lệ bảo tồn cơ thắt thấp [2], [3].

Với đường tiếp cận từ dưới lên (down to up), lần đầu tiên Sylla và cộng sự đã áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng qua đường hậu môn (Transanal total mesorectal excision - TaTME) điều trị ung thư TT hiệu quả [3]. Sau đó, nhiều tác giả áp dụng phương pháp TaTME và ghi nhận kỹ thuật có thể được thực hiện an toàn, bảo đảm nguyên tắc ung thư học trong điều trị [4], [5], [6].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật TaTME điều trị bệnh nhân ung thư TT tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

64 BN chẩn đoán xác định ung thư TT giữa và dưới, có chỉ định và được phẫu thuật TaTME, tại Khoa Phẫu thuật ống tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 7/2017 đến 7/2019.

Tiêu chuẩn lựa chọn BN:

- Có khối u TT giai đoạn $\leq$ cT4a, u cách rìa hậu môn $\leq$ 10 cm trên MRI.
- Có phân loại ASA từ I-III.
- Xạ trị tiền phẫu 25Gy x 5 ngày đối với khối u cT1-T3 và/hoặc di căn hạch cN1-N2; phẫu thuật ngay sau đợt xạ trị. Hóa - xạ trị 50,4 Gy x 28 ngày kết hợp Capecitabin đối với u giai đoạn cT4, đánh giá lại giai đoạn sau hóa - xạ trị, nếu $\leq$ cT4a chỉ định mổ sau điều trị 6-8 tuần.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu.
- Quy trình phẫu thuật cơ bản:
 - + Nội soi đánh giá toàn trạng ổ bụng bằng camera qua Trocar 10 mm đặt tại rốn.
 - + Thì 1 (phẫu thuật nội soi qua đường hậu môn): đặt van Lone Star bộc lộ hậu môn; thăm, đánh giá khối u. Khâu đóng niêm mạc trực tràng dưới khối u $\geq$ 1 cm. Phẫu tích qua các lớp thành trực tràng dưới đường khâu $\geq$ 1 cm hướng ra mặt ngoài cân mạc treo TT và dần lên trên cho đến khi đủ không gian để đặt van Gelpoint Path. Tiếp tục phẫu tích di động mạc treo TT đến khi phẫu tích thùng qua nếp gấp phúc mạc ở mặt trước.
 - + Thì 2 (phẫu thuật nội soi ổ bụng): phẫu tích như trong phẫu thuật nội soi cắt TT đường trước cho đến khi gặp diện phẫu tích qua đường hậu môn. Đưa bệnh phẩm ra ngoài qua đường hậu môn, xác định vị trí cắt và lấy bệnh phẩm. Thực hiện miệng nối đại tràng sigma - ống hậu môn bằng tay hoặc máy cắt nối tự động.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 16.0.

- 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 Quân y 105; các BN đồng ý tham gia nghiên cứu; mọi thông tin về BN được bảo mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của BN:

- Tuổi đời: BN phân bố từ 45-86 tuổi, trung bình $66,4 \pm 11,7$ tuổi.

- Giới tính: 43 BN nam giới (67,2%) và 21 BN (32,8%) nữ giới.

- BMI: phân bố từ 16-27 kg/m², trung bình $20,7 \pm 2,4$ kg/m².

- Phân độ sức khỏe cho gây mê:

+ Độ ASA I: 8 BN (12,5%).

+ Độ ASA II: 42 BN (65,6%).

+ Độ ASA III: 14 BN (21,9%).

- Tiền sử có phẫu thuật ổ bụng: 9 BN (14,0%).

- Vị trí khối u trên TT:

+ 1/3 giữa TT: 38 BN (59,4%).

+ 1/3 dưới TT: 26 BN (40,6%).

- Khoảng cách từ khối u tới rìa hậu môn: từ 1,5-8,2 cm, trung bình $4,7 \pm 1,8$ cm.

- Đã điều trị hỗ trợ trước phẫu thuật:

+ Chưa điều trị: 14 BN (21,9%).

+ Xạ trị: 26 BN (40,6%).

+ Hóa trị: 1 BN (1,6%)

+ Kết hợp xạ trị và hóa trị: 23 BN (35,9%). Trong đó, trước hóa-xạ trị, 17/23 BN (73,9%) ở giai đoạn cT3 và 6/23 BN (26,1%) ở giai đoạn cT4; 21/23 BN (91,3%) ở giai đoạn cN+ và 2/23 BN (8,7%) ở giai đoạn cNx.

- Đánh giá giai đoạn TNM trước phẫu thuật:

+ Giai đoạn Tx: 6 BN (9,4%).

+ Giai đoạn T2: 6 BN (9,4%).

+ Giai đoạn T3: 47 BN (73,4%).

+ Giai đoạn T4: 5 BN (7,8%).

+ Giai đoạn N+: 48 BN (75,0%).

+ Giai đoạn N-: 13 BN (20,3%).

+ Giai đoạn Nx: 3 BN (4,7%).

+ Giai đoạn M0: 62 BN (96,8%).

+ Giai đoạn M1: 2 BN (3,2%).

3.2. Kết quả sớm:

- Đặc điểm phẫu thuật:

+ Thời gian phẫu thuật: từ 100-195 phút, trung bình $145,7 \pm 22,6$ phút.

+ Có cắt gian cơ thắt: 24 BN (37,5%).

+ Mất máu trong mổ: từ 30-225 ml, trung bình $71,3 \pm 38,4$ ml.

+ Thực hiện miệng nối bằng tay 51 BN (79,7%) và bằng máy 13 BN (20,3%).

+ Có 35 BN (54,7%) dẫn lưu hông tràng và 29 BN (45,3%) không dẫn lưu hồi tràng.

+ Thời gian phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật: từ 1-4 ngày, trung bình $2,5 \pm 0,8$ ngày.

+ Thời gian nằm viện: từ 4-29 ngày, trung bình $11,8 \pm 5,9$ ngày.

- Đặc điểm giải phẫu bệnh lý:

+ Kích thước khối u: từ 1,1-10 cm, trung bình $3,17 \pm 1,62$ cm.

+ Khoảng cách từ khối u tới diện cắt đầu gần: từ 5-38,6 cm, trung bình $13,27 \pm 6,94$ cm.

+ Khoảng cách từ khối u tới diện cắt đầu xa: từ 1,1-4,5 cm, trung bình $2,37 \pm 0,75$ cm.

+ Chất lượng mạc treo TT: 53 BN (82,8%) cắt hoàn toàn mạc treo TT; 9 BN (14,1%) cắt gần hoàn toàn mạc treo TT và 2 BN (3,1%) cắt không hoàn toàn mạc treo TT.

+ Xét nghiệm tế bào ung thư âm tính trên diện cắt gần và diện cắt xa ở 100% BN; dương tính trên diện cắt chu vi ở 3 BN (4,8%).

+ Số hạch vét trung bình: $12,4 \pm 3,37$ hạch.

+ Giai đoạn T: 2 BN (4,8%) không xác định; 2 BN (3,1%) giai đoạn pT1; 17 BN (26,6%) giai đoạn pT2; 37 (57,8%) giai đoạn pT3 và 5 BN (7,8%) giai đoạn pT4.

+ Giai đoạn N: 43 BN (67,2%) giai đoạn N0; 15 BN (23,4%) giai đoạn N1 và 6 BN (9,4%) giai đoạn N2.

- Tai biến, biến chứng:

+ Tai biến: 1 BN (1,6%) chảy máu, 1 BN (1,6%) thủng TT).

+ Biến chứng gần: 8 BN (12,5%) bí tiểu, là các BN Clavien - Dindo I; 1 BN (1,6%) chảy máu miệng nổi, là BN Clavien - Dindo I; 2 BN (3,2%) bán tắc ruột, là các BN Clavien - Dindo II; 1 BN (1,6%) rò TT-âm đạo, là BN Clavien - Dindo IIIb.

+ Biến chứng xa: 2 BN (3,2%) rò miệng nổi, là các BN Clavien - Dindo IIIa; 1 BN (1,6%) rò và hẹp miệng nổi, là BN Clavien - Dindo IIIb.

- Đánh giá chức năng cơ thất hậu môn:

Chức năng cơ thất	Thời gian sau phẫu thuật			
	1 tháng	3 tháng	6 tháng	12 tháng
Rất tốt			6 (11,1%)	16 (30,8%)
Tốt		5 (8,9%)	17 (31,5%)	22 (42,3%)
Trung bình	6 (18,2%)	39 (69,7%)	9 (16,7%)	14 (26,9%)
Xấu	27 (81,8%)	12 (21,4%)	21 (38,9%)	
Rất xấu			1 (1,8%)	
Tổng	33 BN	56 BN	54 BN	52 BN

4. BÀN LUẬN.

Khoảng cách từ bờ dưới khối u tới rìa hậu môn trung bình $4,7 \pm 1,8$ cm, trong đó có 26 BN (40,6%) khối u ở vị trí 1/3 dưới TT. Một số nghiên cứu trên BN ung thư 1/3 dưới TT tại Bệnh viện Trung ương

Quân đội 108 trước đây cho thấy tỉ lệ bảo tồn cơ thất trong phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo TT chỉ dưới 50%. Các nghiên cứu khác cho thấy khoảng cách này là $7,6 \pm 3,6$ cm [4]; 4 cm (1-5 cm) [6]. Phẫu thuật TaTME ra đời có thể là một thay đổi lớn trong chiến thuật điều trị ung thư 1/3 dưới TT, đặc biệt là vấn đề bảo tồn cơ thất. Bảo tồn được cơ thất hậu môn, tránh phải mang hậu môn nhân tạo vĩnh viễn sẽ góp phần nâng cao chất lượng sống cho BN và đây là một mục tiêu quan trọng của các phẫu thuật điều trị ung thư 1/3 dưới TT.

Thời gian phẫu thuật phụ thuộc nhiều yếu tố, trong đó các yếu tố quan trọng, như trình độ và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, chỉ số BMI của BN, số lượng kíp phẫu thuật... Một số trung tâm y học lớn trên thế giới thường tổ chức 2 kíp kỹ thuật đồng thời cho 2 thì [4], [5]. Với trang bị, nhân lực hiện tại, chúng tôi triển khai 1 kíp với 1 dàn máy và các dụng cụ phẫu thuật nội soi. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $145,7 \pm 22,6$ phút, tương đương với kết quả nghiên cứu của Lacy (166 ± 57 phút [4]) và ngắn hơn một số nghiên cứu khác ($244,9$ phút với nhóm phẫu thuật nội soi ổ bụng và 197 phút đối với nhóm mổ mở [1]).

Thể tích máu mất trong mổ ở nghiên cứu của chúng tôi trung bình là $71,3 \pm 38,4$ ml, không BN nào phải truyền máu vì mất máu trong mổ. Nghiên cứu của Xu và cộng sự thấy lượng máu mất trung bình trong mổ của BN là 60 ml và ở nghiên cứu COLOR II là 200 ml ở nhóm phẫu thuật nội soi, 400 ml ở nhóm mổ mở [2].

Chúng tôi thực hiện dẫn lưu hồi tràng ở 35 BN (54,7%), thấp hơn tỉ lệ này ở nghiên cứu khác (83,6% [4]).

Thời gian BN nằm viện trung bình là $11,8 \pm 5,9$ ngày, dài hơn so với nghiên cứu của Lacy $7,8 \pm 5,1$ ngày, do một số BN có diễn biến biến hậu phẫu thuận lợi, chúng tôi chủ động kéo dài thời gian trong đợt nằm điều trị để đóng dẫn lưu hồi tràng sớm cho BN.

Không BN nào phải chuyển phương pháp mổ, kể cả những trường hợp khối u có kích thước lớn hay u ở vị trí thấp hoặc rất thấp. Đây chính là một ưu điểm của phẫu thuật TaTME với cách tiếp cận kết hợp 2 đường từ dưới lên và từ trên xuống, trong khi tỉ lệ này ở một số nghiên cứu khác là 3,7% [5]. Nhiều nghiên cứu cũng cho thấy phẫu thuật TaTME giúp khắc phục triệt để những hạn chế gặp trong phẫu thuật nội soi truyền thống, đặc biệt trên các đối tượng BN có khối u kích thước lớn, khung chậu hẹp, béo phì, đã hóa - xạ trị tiền phẫu hay nam giới có phì đại tuyến tiền liệt [4], [5].

Chất lượng của mạc treo TT và các diện cắt là những yếu tố quan trọng trong thành công của

điều trị phẫu thuật ung thư TT, liên quan đến tỉ lệ tái phát tại chỗ và thời gian sống thêm của BN. Quirke cho rằng, việc cắt hoàn toàn mạc treo TT và diện cắt chu vi âm tính còn quan trọng hơn tiêu chuẩn diện cắt đầu xa cách u từ 1-2 cm. Theo tiêu chuẩn đánh giá chất lượng mạc treo TT của Quirke [8], chúng tôi thấy tỉ lệ mạc treo TT cắt hoàn toàn đạt 82,8%, gần hoàn toàn 14,1%; tương đương một số tác giả khác, như Penna (85% và 11% [9]), Lacy (97,1 và 2,1% [4]). Trong khi phẫu thuật nội soi ổ bụng với ung thư TT 1/3 dưới, việc cắt hoàn toàn mạc treo TT chỉ đạt được 17% và không hoàn toàn là 3% [2]. Nghiên cứu của Xu cho thấy, phẫu thuật TaTME đạt 100% cắt hoàn toàn mạc treo TT và với nhóm phẫu thuật nội soi ổ bụng là 75,6% [6]. 100% diện cắt đầu gần và đầu xa âm tính với khoảng cách trung bình từ khối u đến các diện cắt gần và xa lần lượt là $13,27 \pm 6,94$ cm và $2,37 \pm 0,75$ cm. Diện cắt đầu xa dương tính trong nghiên cứu của Penna là 2,7% [9] và Simillis là 0,3% [5]. Chúng tôi gặp 3/44 BN (6,8%) có diện cắt chu vi dương tính; tương đương một số nghiên cứu khác (6,8% [4] và 5% [5]). Chúng tôi cho rằng kết quả tốt của mạc treo TT và các diện cắt là do hiệu quả cách tiếp cận từ dưới lên để phẫu tích mạc treo TT trong phương pháp TaTME.

Một nghiên cứu đa trung tâm cho thấy tỉ lệ tai biến, biến chứng chung của phẫu thuật TaTME khoảng 35%, trong đó rò miệng nổi chiếm 6,1% [5]. Theo Lacy, tỉ lệ biến chứng chung là 34% và không có tai biến [4]. Penna gặp tỉ lệ tai biến là 0,5% và biến chứng là 32,6%, trong đó biến chứng nguy hiểm được mô tả là tổn thương niệu đạo [9]. Tỉ lệ tai biến, biến chứng trong nghiên cứu COLOR II là 40% ở nhóm phẫu thuật nội soi và 37% ở nhóm mổ mở [2].

Biến chứng sớm là những biến chứng ở thời điểm ≤ 30 ngày sau mổ và các biến chứng được phân loại theo Clavien - Dindo [10]. Tỉ lệ tai biến, biến chứng chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 17 BN (26,6%), trong đó tai biến gặp ở 2 BN (3,2%), gồm 1 BN (1,6%) tổn thương tuyến tiền liệt gây chảy máu được xử trí cầm máu trong mổ (BN nam giới có khung chậu hẹp, là BN đầu tiên chúng tôi phẫu thuật nên chưa có nhiều kinh nghiệm) và 1 BN (1,6%) thủng trực tràng trong khi phẫu tích qua đường hậu môn, xử trí khâu lỗ thủng bơm rửa bằng dung dịch betadin.

Biến chứng gặp ở 15 BN (23,4%), trong đó biến chứng cần phải can thiệp phẫu thuật (Clavien - Dindo III) là 3 BN (4,8%), gồm 1 BN rò miệng nổi, 1 BN rò TT - âm đạo, 1 BN hẹp miệng nổi và rò TT - âm đạo. Xử trí khâu lại miệng nổi hoặc phục hồi thành TT - âm đạo hoặc nong miệng nổi và đưa

đại tràng ngang ra làm hậu môn nhân tạo. Theo Lacy, biến chứng cần can thiệp phẫu thuật là 10% (Clavien - Dindo độ III và IV). Các tỉ lệ biến chứng rò và hẹp miệng nổi trong nghiên cứu của Xu lần lượt là 2,7% và 16,2% [6]. Theo quan điểm của một số tác giả, các biến chứng hẹp hay rò miệng nổi có liên quan tới xạ trị, nguyên nhân được cho là do thiếu nuôi dưỡng tại vùng được chiếu xạ trước đó [4], [5].

Đánh giá chức năng cơ thắt hậu môn ở những BN không làm dẫn lưu hồi tràng và có làm dẫn lưu hồi tràng nhưng đã được phẫu thuật đóng dẫn lưu hồi tràng theo tiêu chuẩn của Kirwan [11] cho kết quả khá khả quan tại tháng thứ 12 sau phẫu thuật. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Zhang HW và cộng sự (chức năng cơ thắt biểu hiện suy giảm đỉnh điểm vào tuần thứ 2 sau phẫu thuật, trương lực cơ thắt hậu môn dần được cải thiện ở những tuần tiếp theo và phục hồi tương đương trước mổ ở tháng thứ 6 [12]).

Với những kết quả trên, có thể thấy phẫu thuật TaTME là khả thi và an toàn, kết quả bước đầu trên 64 BN khá tốt.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu kết quả bước đầu phẫu thuật TaTME điều trị 64 BN ung thư TT, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 7/2017 đến 7/2019. Kết luận:

- Đặc điểm phẫu thuật: thời gian phẫu thuật từ 100-195 phút, trung bình $145,7 \pm 22,6$ phút; mất máu trong mổ từ 30-225 ml, trung bình $71,3 \pm 38,4$ ml; khoảng cách từ khối u tới diện cắt đầu gần trung bình $13,27 \pm 6,94$ cm, tới diện cắt đầu xa trung bình $2,37 \pm 0,75$ cm; số hạch vét trung bình $12,4 \pm 3,37$ hạch; 82,8% cắt hoàn toàn mạc treo TT, 14,1% cắt gần hoàn toàn mạc treo TT, 3,1% cắt không hoàn toàn mạc treo TT.

- Kết quả ban đầu: 2 BN (3,2%) tai biến trong phẫu thuật; 12 BN (18,7%) biến chứng gần và 3 BN (4,7%) biến chứng xa; thời gian phục hồi lưu thông ruột sau phẫu thuật từ 1-4 ngày, trung bình $2,5 \pm 0,8$ ngày; thời gian nằm viện từ 4-29 ngày, trung bình $11,8 \pm 5,9$ ngày. Chức năng cơ thắt hậu môn sau phẫu thuật 12 tháng có 30,8% rất tốt, 42,3% tốt và 26,9% trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Kang S.B, Park J.W, Jeong S.Y, et al (2010), "Open versus laparoscopic surgery for mid or low rectal cancer after neoadjuvant chemoradiotherapy (COREAN trial): short-term outcomes of an open-label randomised controlled trial", *Lancet Oncol*, 11(7), 637-645.

(Xem tiếp trang)

ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ DỊ HÌNH VÁCH NGĂN MŨI TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

BSCKI. TRẦN HỒNG THU, BS ĐÀO QUANG DŨNG
BS. ĐỖ TRUNG THÀNH - Bệnh viện Quân y 105

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

TÓM TẮT: Phẫu thuật nội soi điều trị dị hình vách ngăn mũi là phương pháp can thiệp tối thiểu vào vùng dị hình, cải thiện các triệu chứng bệnh lý đã điều trị nội khoa không hiệu quả. Chúng tôi đánh giá bước đầu kết quả phương pháp phẫu thuật nội soi điều trị dị hình vách ngăn mũi trên 30 bệnh nhân, tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 7/2017-6/2019.

Kết quả: Đa số bệnh nhân có thời gian phẫu thuật từ 21-30 phút (66,7%), thời gian điều trị sau phẫu thuật dưới 7 ngày (83,3%). Khi ra viện, tỉ lệ hết các triệu chứng ngạt mũi, đau đầu, chảy mũi lần lượt là 73,3%; 80,0%; 93,3% và không bệnh nhân nào còn bị hắt hơi, chảy máu mũi hoặc ngứa kém. Sau phẫu thuật 30-90 ngày, tất cả các bệnh nhân đều hết các triệu chứng ngạt mũi, đau đầu, chảy mũi, chảy máu mũi hoặc ngứa kém. Không bệnh nhân nào bị tai biến, biến chứng phẫu thuật.

Từ khóa: Dị hình vách ngăn mũi, phẫu thuật nội soi.

ABSTRACT: The laparoscopic surgery for the treatment of nasal septum deformities is a method of minimum intervention for the deformed area, improving the pathological symptoms, which have been ineffective with internal treatments. We initially evaluated the results of laparoscopic surgery for the treatment of nasal septum deformities in 30 patients, at the Military hospital 105, from July 2017 to June 2019.

Results: The majority of patients had a surgical time of 21-30 minutes (66.7%), the duration of treatment after surgery less than 7 days (83.3%). When discharged from the hospital, the rate of finished symptoms such as stuffy, headache, snot was respectively 73.3%; 80.0%; 93.3% and there were no patients with sneezing, bleeding nose or poor smell. After surgery 30-90 days, all patients finished symptoms of stuffy, headache, sneezing, bleeding nose or poor smell. There were no patients with an accident or surgical complications.

Keywords: Nasal septum deformities, laparoscopic surgery.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKI. Trần Thu Hồng, Email: bstranhongthu@gmail.com

Ngày nhận bài: ; mời phản biện: ; chấp nhận đăng: .

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Dị hình vách ngăn mũi là bệnh tương đối phổ biến, có thể gặp ở 20% dân số và xấp xỉ 1/4 trong số đó cần thiết phải can thiệp chỉnh hình [1]. Những dị hình vách ngăn mũi gây cản trở lưu thông không khí và vận chuyển niêm dịch mũi, có thể gây ra đau đầu mạn tính. Đây là một trong những nguyên nhân hoặc là yếu tố phối hợp làm nặng thêm các bệnh mũi xoang, như viêm mũi dị ứng, viêm mũi vận mạch, viêm xoang... [2]. Phẫu thuật lấy bỏ một phần hay toàn bộ vách ngăn mũi là phương pháp điều trị duy nhất khi bệnh nhân (BN) dị hình vách ngăn mũi đã điều trị nội khoa thất bại.

Ngày nay, với sự phát triển của phương tiện và kỹ thuật nội soi, các dị hình vách ngăn mũi không những được khám, đánh giá toàn diện hơn mà còn được khảo sát, chỉ định phẫu thuật, nâng cao hiệu quả can thiệp tối thiểu điều trị các dị hình, bảo tồn tối đa cấu trúc của vách ngăn mũi. Bệnh viện Quân

y 105 đã và đang triển khai thực hiện phẫu thuật này, nhưng chưa có báo cáo nào đánh giá về kết quả của phẫu thuật.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá bước đầu kết quả phẫu thuật nội soi điều trị các BN dị hình vách ngăn mũi, tại Bệnh viện Quân y 105.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

30 BN chẩn đoán xác định dị hình vách ngăn mũi, có chỉ định và được can thiệp phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi, tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 7/2017 đến tháng 6/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu mô tả, can thiệp lâm sàng không đối chứng.
- Chỉ định phẫu thuật nội soi can thiệp dị hình

vách ngăn mũi: BN trên 16 tuổi, dị hình vách ngăn mũi gây ra các rối loạn mạn tính chức năng mũi (ngạt mũi, chảy nước mũi, hắt hơi, đau đầu, ngủ kém, viêm mũi xoang kéo dài, tổn thương giải phẫu nhẹ), đã điều trị nội khoa nhiều lần không hiệu quả.

- Không chỉ định phẫu thuật các BN đang nhiễm trùng cấp tính hoặc mắc bệnh nội khoa, như tim mạch, huyết áp, rối loạn đông máu, lao tiến triển, tiểu đường...

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Chọn mẫu nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện (gồm tất cả các BN đủ tiêu chuẩn trong suốt thời gian nghiên cứu).

+ Khám bệnh, ghi nhận các đặc điểm chung BN, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (nội soi, chụp X quang kiểu Blondeaux, Hirtz), chỉ định phẫu thuật.

+ Thực hiện phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi; săn sóc, theo dõi sau mổ; hẹn và khám lại BN sau mổ 1 tháng, 3 tháng.

+ Tổng hợp, phân tích số liệu.

- Tiêu chuẩn đánh giá áp dụng trong nghiên cứu:

+ Đánh giá mức độ ngạt mũi: theo phân độ của Podoshin (1991).

+ Đánh giá triệu chứng đau: theo cảm giác chủ quan của BN, sử dụng thước đánh giá độ đau VAS.

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi:

- Thời gian phẫu thuật: từ 10-37 phút, trong đó:

+ Từ 10-20 phút: 3 BN (10,0%).

+ Từ 21-30 phút: 20 BN (66,7%).

+ Trên 30 phút: 7 BN (23,3%).

Đa số các ca phẫu thuật đều có thời gian can thiệp không quá 30 phút (76,7%). Nhờ có nội soi, phẫu thuật viên quan sát, đánh giá dị hình vách ngăn mũi toàn diện hơn, lấy đúng phần dị hình, bảo tồn tối đa cấu trúc vách ngăn, góp phần giảm đáng kể thời gian phẫu thuật.

- Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: từ 4-10 ngày, trong đó:

+ Từ 4-6 ngày: 25 BN (83,3%).

+ Từ 7-10 ngày: 5 BN (16,7%).

Đa số các BN chỉ nằm viện sau mổ dưới 7 ngày (83,3%). Phẫu thuật nội soi bảo đảm vách ngăn mũi được can thiệp tối thiểu, bảo tồn tối đa cấu trúc, nên sau phẫu thuật, BN hồi phục nhanh, ra viện sớm.

3.2. Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn mũi:

- Biến đổi một số triệu chứng chính:

Bảng 1. Biến đổi một số triệu chứng chính sau phẫu thuật.

Triệu chứng		Trước phẫu thuật Khi ra viện	Sau phẫu thuật		
			30 ngày	90 ngày	
Ngạt mũi	Độ 1	1 (3,3%)	22 (73,3%)	30 (100%)	30 (100)
	Độ 2	29 (96,7%)	8 (26,7%)	0	0
Đau đầu	Độ 1	15 (50,0%)	24 (80,0%)	30 (100%)	30 (100%)
	Độ 2	15 (50,0%)	6 (20,0%)	0	0
Chảy mũi	Không	5 (16,7%)	28 (93,3%)	30 (100%)	30 (100%)
	Có	25 (83,3%)	2 (6,7%)	0	0
Hắt hơi	Không	10 (33,3%)	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)
	Có	20 (66,7%)	0	0	0
Khứu giác	Bình thường	27 (90,0%)	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)
	Ngửi kém	3 (10,0%)	0	0	0
Chảy máu mũi	Không	27 (90%)	30 (100%)	30 (100%)	30 (100%)
	Có	3 (10%)	0	0	0

Về triệu chứng ngạt mũi: trước phẫu thuật, có 96,7% BN ngạt mũi gây khó chịu thoáng qua từng thời điểm trong ngày (ngạt mũi độ 2) và 3,3% BN không ngạt mũi (độ 1). Khi ra viện, có 73,3% BN hết ngạt mũi (ngạt mũi độ 1) và chỉ còn 26,7% BN ngạt mũi gây khó chịu thoáng qua từng thời điểm trong ngày (ngạt mũi độ 2); thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Kim Tôn (93,2% BN hết ngạt và 6,8% BN đỡ ngạt [5]), Tống Phước Hội (91,8 BN hết ngạt và 8,2% BN đỡ ngạt [3]), Nguyễn Thái Hùng (96,9% BN hết ngạt và 3,1% BN đỡ ngạt [4]), SyhavongBuaphan (93,3% BN hết ngạt và 6,7% BN đỡ ngạt mũi [6]). Sau phẫu thuật 1 tháng và 3 tháng, không còn BN nào có tình trạng ngạt mũi.

Về triệu chứng đau đầu: trước phẫu thuật,

50,0% BN đau đầu do dị hình vách ngăn mũi. Khi ra viện, chỉ còn 20% đau đầu nhẹ và không BN nào còn mắc sau phẫu thuật 30-90 ngày; tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thái Hùng (82,6% BN hết đau và 17,4% BN đỡ đau sau phẫu thuật [4]).

Về triệu chứng chảy mũi: trước phẫu thuật, 83,3% BN có chảy mũi. Khi ra viện, có 93,3% BN đã khỏi và 6,7% BN đỡ chảy mũi. Sau mổ 30-90 ngày, không BN nào còn dấu hiệu chảy mũi; tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Kim Tôn (90,9% BN hết chảy mũi và 9,1% BN đỡ chảy mũi [5]), Tống Phước Hội (90,5% BN hết chảy mũi và 9,5% BN đỡ chảy mũi [3]). Kết quả này đạt được là do sau phẫu thuật, hốc mũi thông thoáng, không còn kích thích cơ học, con đường vận chuyển niêm dịch mũi được khôi phục, niêm mạc mũi hết phù nề xuất tiết dịch.

Về triệu chứng hắt hơi: trước phẫu thuật có 66,7% BN bị hắt hơi. Sau phẫu thuật, tất cả các BN đều không còn biểu hiện triệu chứng; tương đương với kết quả nghiên cứu của Tống Phước Hội (95% BN hết hắt hơi và 5% đỡ hắt hơi [3]).

Về triệu chứng ngửi kém và chảy máu mũi: trước phẫu thuật đều có 10,0% BN mắc. Sau phẫu thuật, các BN đều không có biểu hiện triệu chứng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương so với nghiên cứu của Nguyễn Kim Tôn (95,8% BN ngửi trở lại bình thường và 4,2% BN còn giảm ngửi [5]).

- Số lượng các triệu chứng bệnh lí điều trị khỏi trên 1 BN khi ra viện:

- + Khỏi hẳn 6 triệu chứng: 21 BN (70,0%).
- + Khỏi hẳn 5 triệu chứng: 4 BN (13,3%).
- + Khỏi hẳn 4 triệu chứng: 3 BN (13,3%).
- + Khỏi hẳn 3 triệu chứng: 2 BN (6,7%).

Tỉ lệ được điều trị khỏi hẳn cả 6 triệu chứng bệnh lí (ngạt mũi, đau đầu, chảy mũi, hắt hơi, ngửi kém và chảy máu mũi) là 70,0%; không BN nào chỉ khỏi 1-2 triệu chứng bệnh; ít nhất là 3/6 triệu chứng bệnh lí cũng chỉ gặp ở 6,7% BN.

- Tai biến, biến chứng phẫu thuật: chúng tôi không gặp trường hợp BN nào có tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật. Tai biến, biến chứng phẫu thuật là vấn đề được chúng tôi rất chú ý trong nghiên cứu, hạn chế tối đa các tổn hại đến sức khỏe người bệnh và góp phần đánh giá, rút kinh nghiệm cho phương pháp phẫu thuật. Điều này, có thể do số lượng mẫu trong

nghiên cứu chưa đủ lớn nên chúng tôi không gặp trường hợp nào có tai biến, biến chứng.

Nhìn chung, nghiên cứu bước đầu đánh giá phẫu thuật nội soi điều trị dị hình vách ngăn mũi tại Bệnh viện Quân y 105, chúng tôi thấy đây là kỹ thuật khá an toàn, hiệu quả cao, có thể mở rộng chỉ định lựa chọn đối tượng BN vào điều trị, nhằm góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho bộ đội và nhân dân khu vực đơn vị đóng quân.

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu bước đầu đánh giá kết quả phương pháp phẫu thuật nội soi điều trị dị hình vách ngăn mũi trên 30 BN, tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 7/2017-6/2019, kết quả:

- Đa số BN có thời gian phẫu thuật từ 21-30 phút (66,7%), thời gian điều trị sau phẫu thuật dưới 7 ngày (83,3%).

- Khi ra viện, tỉ lệ BN hết các triệu chứng ngạt mũi, đau đầu, chảy mũi lần lượt là 73,3%; 80,0%; 93,3% và không BN nào còn bị hắt hơi, chảy máu mũi hoặc ngửi kém. Sau phẫu thuật 30-90 ngày, tất cả các BN đều hết các triệu chứng ngạt mũi, đau đầu, chảy mũi, chảy máu mũi hoặc ngửi kém. Không BN nào bị tai biến, biến chứng phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Thanh Thái và cộng sự (2017), *Đánh giá kết quả điều trị dị hình vách ngăn mũi có quá phát cuốn dưới bằng phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn và cắt một phần cuốn dưới*, Hội nghị khoa học Tai mũi họng toàn quốc lần thứ XX, tr. 92-99.
2. Huỳnh Khắc Cường, Nguyễn Đình Bảng, Nguyễn Ngọc Minh (2006), *Cập nhật chẩn đoán và điều trị bệnh lí mũi xoang*, Nhà xuất bản Y học, tr. 99-158.
3. Tống Phước Hội (2004), *Đánh giá kết quả phẫu thuật dị hình vách ngăn mũi*, Trường Đại học Y khoa Huế.
4. Nguyễn Thái Hùng (2009), *Đánh giá hiệu quả thông khí của phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn - cuốn mũi*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Kim Tôn (2007), "Nghiên cứu đặc điểm dị hình vách ngăn và đánh giá kết quả phẫu thuật", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 332 (3), tr. 44-49.
6. Buaphan Shyhavong (2011), *Nghiên cứu phẫu thuật cắt cuốn dưới và chỉnh hình vách ngăn dưới niêm mạc - màng xương*, Trường Đại học Y Hà Nội. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT 100 BỆNH NHÂN RĂNG KHÔN HÀM DƯỚI MỘC LỆCH, NGẦM TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

BSCKI. NGUYỄN ĐĂNG XUBSKI. NGUYỄN THỊ HƯƠNG

Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: (1) TS. NGUYỄN KHANG

(2) BSCKII. TRẦN VĂN HÀ

TÓM TẮT: Nghiên cứu 100 bệnh nhân với 100 răng khôn hàm dưới mọc lệch, ngầm, điều trị tại Khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 7/2015-7/2016. Kết luận: thường gặp bệnh nhân từ 20-29 tuổi (69%); có triệu chứng sưng, đau răng (44%); mức độ nhổ khó trung bình (66%); chân răng nằm sát ống răng dưới (28%), sâu cổ răng số 7 (34%). Phẫu thuật theo phương pháp mở xương kết hợp cắt thân hoặc cắt thân - chia chân cho 100% bệnh nhân; đa số kéo dài từ 30-60 phút (64%), với 7% bị gãy chân răng, 3% có chảy máu thứ phát, 1% có nhiễm trùng. Kết quả gần: 79% kết quả tốt, 17% kết quả khá và 4% kết quả kém.

Từ khóa: Răng khôn hàm dưới, mọc lệch, nhổ răng.

ABSTRACT: Study on the 100 patients with 100 mandible wisdom teeth and underground deviated teeth, treated at the Maxillofacial Dental Department, Military hospital 105, from July 2015 to July 2016. Concluded: The patients usually were 20-29 years old (69%) with symptoms of swelling and toothache (44%); the level of extraction with medium difficulty (66%); the root was located next to the lower tooth tube (28%), caries of the tooth No. 7 (34%). Surgery according to the method of teeth bones opening combined with cutting the teeth body - dividing for 100% of patients; The majority prolonged 30-60 minutes (64%), with 7% of the broken tooth root, 3% had secondary bleeding, 1% had an infection. The immediate results: 79% of good results, 17% of fair results and 4% of poor results.

Keywords: Mandible wisdom teeth, deviated teeth, tooth extraction

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKI. Nguyễn Thị Hương, Email: nguyenthithuong2701179@gmail.com

Ngày nhận bài:

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Răng khôn hàm dưới (RKHD) nằm ở vị trí sâu nhất, xa nhất trên cung hàm và thường mọc sau cùng, khi các răng khác đã mọc ổn định trên cung hàm. Vì vậy, RKHD rất dễ bị mọc lệch, ngầm do thiếu chỗ và có thể gây ra tai biến, biến chứng như viêm túi răng khôn, viêm tổ chức liên kết, viêm hạch, bệnh lí răng số 7... làm ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh. Ở Việt Nam, tỉ lệ RKHD mọc lệch, ngầm chiếm khoảng 42,73% trong số các bệnh lí răng [1], [2].

Với mong muốn tìm hiểu những bằng chứng trong việc xác định sự liên quan giữa tình trạng mọc RKHD và các nguy cơ gây tai biến, biến chứng gặp phải trong thực tế lâm sàng nhằm nâng cao kết quả điều trị phẫu thuật RKHD mọc lệch, ngầm; chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu nhận xét một số đặc điểm bệnh nhân (BN) RKHD mọc lệch, ngầm và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị tại Khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Quân y 105.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

100 BN với 100 RKHD mọc lệch, ngầm được

chẩn đoán xác định và phẫu thuật điều trị tại Khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 7/2015-7/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, tiền cứu có can thiệp.

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Tính toán cỡ mẫu và lựa chọn đối tượng nghiên cứu: cỡ mẫu thuận tiện, không xác suất; lựa chọn BN có chỉ định và được điều trị phẫu thuật, BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Thu thập số liệu: ghi nhận các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng BN theo mẫu hồ sơ bệnh án nghiên cứu. Đánh giá phân loại răng khôn mọc lệch theo bảng chỉ số khó nhổ của Pederson có cải biên của Mai Đình Hưng [8], [12].

+ Dụng cụ nghiên cứu: máy ghế răng (Osada, Nhật Bản), máy X quang panorama, dụng cụ nhổ răng phẫu thuật.

- Xử lí số liệu: theo thuật toán thống kê trong nghiên cứu y sinh học.

- 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 Quân y 105; các BN đồng ý tham gia nghiên cứu; mọi thông tin về BN được bảo mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung BN:

- Giới tính: 38 BN (38,0%) nữ giới và 62 BN (71,0%) nam giới; tỉ lệ BN nam/nữ là 1,63.

- Tuổi đời:

+ Dưới 20 tuổi: 08 BN (8%).

+ Từ 20-29 tuổi: 71 BN (71 %).

+ Từ 30-39 tuổi: 13 BN (13%).

+ Trên 39 tuổi: 8 BN (8%).

- Lí do vào viện:

+ Đau răng: 26 BN (26,5).

+ Sưng và đau răng: 44 BN (44,0%).

+ Sưng, đau răng và khít hàm: 6 BN (6,0%).

+ Sưng, đau răng và rò mủ: 4 BN (4,0%).

+ Lí do khác: 20 BN (20,0%).

- Liên quan RKHD với ống răng dưới:

+ Xa ống răng dưới: 72 BN (72,0%).

+ Sát ống răng dưới: 28 BN (28,0%).

- Biểu chứng RKHD mọc lệch, ngầm:

+ Sâu cổ răng số 7 lân cận: 34 BN (34,0%).

+ Viêm quanh thân răng: 18 BN (18,0%).

+ Viêm lợi, lợi trùm: 22 BN (22,0%).

+ Viêm mô tế bào: 4 BN (4,0%).

+ Viêm xương hàm. 2 BN (2,0%).

+ Biểu chứng khác: 12 BN (12,0%).

+ Chưa có biểu chứng: 8 BN (8,0%).

3.2. Đặc điểm và kết quả phẫu thuật:

- Độ khó nhỏ:

+ Từ 1-5 điểm: 13 BN (13,0%).

+ Từ 6-10 điểm: 66 BN (66,0%).

+ Từ 11-15 điểm: 21 BN (21,0%).

- Phương pháp phẫu thuật:

+ Mổ xương: 46 BN (46,0%).

+ Mổ xương và cắt thân răng: 45 BN (45,0%).

+ Mổ xương, cắt thân răng và chia chân răng: 9 BN (9,0%).

- Thời gian phẫu thuật:

+ Dưới 30 phút: 31 BN (31,0%).

+ Từ 30-60 phút: 64 BN (64,0%).

+ Trên 60 phút: 5 BN (5,0%).

- Tai biến trong phẫu thuật:

+ Gãy cuống răng: 7 BN (7,0%).

+ Chảy máu nhiều: 4 BN (4,0%).

+ Vỡ tấm xương ổ răng: 5 BN (5,0%).

+ Tổn thương niêm mạc môi, má: 2 BN (2,0%).

+ Không có tai biến: 82 BN (82,0%).

- Kết quả sớm sau phẫu thuật:

+ Kết quả tốt: 79 BN (79,0%).

+ Kết quả khá: 17 BN (17,0%).

+ Kết quả kém: 4 BN (4,0%).

4. BÀN LUẬN.

Chúng tôi gặp chủ yếu các BN từ 20-39 tuổi (từ 20-29 tuổi chiếm 69% và từ 30-39 tuổi chiếm 18%), tương tự kết quả các nghiên cứu của Nguyễn Văn Dỹ [4], Phạm Như Hải [5], Mai Đình Hưng [10]. Nên nhỏ RKHD ở BN từ 20-29 tuổi [3], [5], [7], vì lúc này, BN thường có tình trạng toàn thân và tại chỗ thuận lợi cho phẫu thuật cũng như liền vết mổ (khoảng quanh răng rộng, chân RKHD chưa phát triển hoàn toàn, chưa/ít có tai biến nhiễm trùng từ trước).

Sưng, đau răng là dấu hiệu thường gặp (44%) khiến BN đi khám và điều trị. Ngoài ra, ở các BN khác còn có những lí do, như sưng, đau răng, khít hàm (6%, thường do viêm quanh thân răng, viêm lợi trùm, biểu chứng viêm mô tế bào, áp xe cơ cắn...); sưng, đau răng, rò mủ (4%, do biểu chứng viêm xương hàm dưới). Kết quả này của chúng tôi tương đồng với các tác giả khác [1], [4], [5], [12]. Ngoài những lí do khiến BN khó chịu này, phẫu thuật viên cũng cần phải kiểm tra kĩ qua khám lâm sàng và quan sát trên phim X quang.

Mối quan hệ giữa RKHD và ống răng dưới rất quan trọng. Trong nghiên cứu, khảo sát trên phim X quang, chúng tôi thấy 28 BN (28%) có chân răng nằm sát ống răng dưới. Đây là tỉ lệ khá cao so với một số nghiên cứu khác. Phẫu thuật RKHD rất dễ gây tổn thương ống thần kinh răng dưới. Để tránh biểu chứng này, khi phẫu thuật, phải bọc lộ răng ngầm thận trọng bằng cách tạo vạt đủ rộng, mổ xương, lấy bỏ xương, chia cắt thân - chân răng...

Chúng tôi gặp biểu chứng phổ biến là sâu cổ răng số 7 (chiếm 34%) do RKHD mọc lệch đâm vào và gây tổn thương, khó vệ sinh.

Trong phẫu thuật nhỏ RKHD mọc lệch, ngầm, phương pháp mổ xương kết hợp với cắt thân và cắt thân - chia chân hay sử dụng nhất (chúng tôi sử dụng cho 100% BN trong nghiên cứu). Theo Phạm Như Hải [5], tỉ lệ cắt thân răng từ 43-45,7%; những trường hợp khó, chân răng cong hoặc dài trống thì phải chia cắt cả chân răng.

(Xem tiếp trang 50)

GIỚI THIỆU CA BỆNH U GLOMUS DƯỚI MÓNG TAY ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

BSCKII. ĐỖ DUY TRUNG - Bệnh viện Quân y 105

Thẩm định khoa học: (1) TS. LÊ MẠNH CƯỜNG

(2) BSCKII. NGUYỄN VĂN QUANG

TÓM TẮT: U Glomus là khối u lành tính, hiếm gặp, phát triển từ một tổ chức mạch - thần kinh. Bệnh thường biểu hiện bởi bộ ba triệu chứng không đặc hiệu, gồm: đau, nhạy cảm với nhiệt độ và có điểm tăng cảm. Vì vậy, nhiều trường hợp phải chịu đựng sự hoành hành của bệnh nhiều năm liền trước khi được chẩn đoán và điều trị đúng. Chúng tôi giới thiệu ca bệnh u Glomus ngón trỏ tay phải, với biểu hiện rất đau đớn, khó chịu ở đầu ngón tay đã nhiều năm (đặc biệt khi tiếp xúc với lạnh hoặc móng tay vô tình chạm vào vật khác). Chụp MRI có dùng thuốc đối quang, phát hiện khối hình cầu 3x5 cm dưới móng tay. Bệnh nhân được phẫu thuật bóc khối u. Sau mổ, tiến triển thuận lợi. Khám lại sau mổ 1 tháng, thấy sẹo mổ đẹp, triệu chứng đau hết hoàn toàn. Bệnh nhân đã trở lại với công việc bình thường và rất hài lòng về kết quả điều trị.

Từ khóa: U Glomus, đau, tăng cảm.

ABSTRACT: The Glomus tumor is a benign, rare tumor that develops from a vascular - nerve organization. The disease is usually manifested by three nonspecific symptoms, including pain, temperature sensitivity, and hyperthermia. Therefore, many cases suffering from the raging of disease for many years before being properly diagnosed and treated. We introduced a case of Glomus tumor in the index finger of the right hand, with very painful, uncomfortable expression at the tip of the finger for many years (especially when exposed to cold or accidentally touching other objects by fingers). An MRI scan using a contrast agent, detected a spherical thing 3x5 cm under a nail. The patient underwent surgery to remove the tumor. After surgery, progressed smoothly. Examination again after 1 month of surgery, it was a beautiful surgical scar, symptoms of pain completely disappeared. The patient returned to normal work and was very satisfied with the treatment results.

Keywords: The Glomus tumor, pain, hypersensitivity.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Đỗ Duy Trung

Ngày nhận bài:

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

U Glomus là khối u lành tính hiếm gặp (tần suất gặp từ 1-4,5% trong số các khối u bàn tay), phát triển từ một tổ chức mạch - thần kinh (được gọi là thể cuộn mạch). Bình thường, các thể cuộn mạch có ở dưới da khắp cơ thể và tập trung nhiều ở các ngón tay, có chức năng điều nhiệt.

Bệnh nhân mắc u Glomus thường từ 30-50 tuổi. Ban đầu, khối u thường rất nhỏ nên khó phát hiện qua khám lâm sàng. Có những người bệnh phải mất đến 7 năm để có được chẩn đoán chính xác. Bệnh thường biểu hiện bởi bộ ba triệu chứng: đau, nhạy cảm với nhiệt độ và có điểm tăng cảm. Tuy vậy, các triệu chứng này không đặc hiệu và không hằng định. Xét nghiệm tế bào thấy có các tế bào đa diện, nhân bắt màu mờ nhạt và thường thấy kèm các tế bào máu. X quang bàn tay không thấy hình ảnh tổn thương. Siêu âm có thể giúp ích cho chẩn đoán, song phụ thuộc nhiều vào năng lực chẩn đoán của kỹ thuật viên. MRI được lựa chọn khi có nghi ngờ, nhằm đánh giá được khối u tổ chức phần mềm với hình ảnh rõ nét khối u Glomus khi dùng thuốc đối quang.

Điều trị phẫu thuật là lựa chọn duy nhất cho khối u Glomus. Trong phẫu thuật, vô cảm thường lựa chọn là gây tê đám rối thần kinh cánh tay; ga-rô cánh tay cần thiết cho bóc tách dễ dàng khối u. Tiếp cận khối u qua đường bên bảo vệ được sự toàn vẹn của móng tay và cho trường mổ thuận lợi. Bóc tách khối u cần sử dụng kính vi phẫu. Kháng sinh dự phòng thường chọn nhóm Cephalosporin thế hệ II. Chăm sóc hậu phẫu cần kê tay cao trong tuần đầu.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH.

Bệnh nhân nữ, 47 tuổi, vào viện tháng 5/2019.

Bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Quân y 105 sau 10 năm đau buốt đầu ngón trỏ tay phải. Bệnh nhân đã khám tại rất nhiều cơ sở y tế, có nhiều chẩn đoán và phác đồ điều trị được đưa ra, như: viêm khớp; nấm móng; loạn cảm..., song đều không có hiệu quả.

Triệu chứng lâm sàng cơ bản: bệnh nhân cảm giác rất đau ở đầu ngón trỏ tay phải, đặc biệt khi tiếp xúc với lạnh hoặc vô tình chạm vào móng tay ngón trỏ phải. Do đau, bệnh nhân hạn chế rất nhiều công việc hàng ngày, thậm chí phải "cất" ngón tay vào túi áo. Khám thấy móng tay ngón

trở phải không thay đổi màu sắc, nhìn gồ cao hơn móng bên lành khi đặt 2 ngón tay cạnh nhau. Chạm nhẹ vào giữa móng, bệnh nhân rất đau. Chụp X quang bàn tay (ảnh 1) và các xét nghiệm thường quy đều không phát hiện dấu hiệu bệnh lý. Chụp MRI có dùng thuốc đối quang (ảnh 2), phát hiện khối hình cầu dưới móng ngón trở tay phải, kích thước 3×5 mm.



Ảnh 1. X quang bàn tay phải không phát hiện tổn thương.



Ảnh 2. MRI đối quang có hình ảnh khối dưới móng ngón 2 tay phải.

Bệnh nhân được chẩn đoán u Glomus dưới móng ngón 2 tay phải và được chỉ định phẫu thuật bóc u. Kỹ thuật mổ cơ bản:

- Chuẩn bị bệnh nhân: vô cảm tê đám rối thần kinh cánh tay; dùng kháng sinh dự phòng (Cefotaxime 1g, tiêm tĩnh mạch trước mổ 30 phút); tư thế nằm ngửa, garô 1/3 giữa cánh tay phải.

- Thì 1: rạch da 1,5 cm qua đường bên ngoài (ảnh 3); bóc tách qua dưới bờ ngoài móng, sát xương đốt 3 và giường móng.

- Thì 2: sử dụng kỹ thuật vi phẫu bóc lộ, quan sát, phát hiện khối mềm, hình cầu, kích thước khoảng 4mm, không xâm lấn xung quanh, có bó mạch đi vào; tổ chức xung quanh bình thường.



Ảnh 3. Đường vào tiếp cận khối u Glomus.

- Thì 3: vi phẫu bóc tách, lấy gọn khối u kèm theo 2 mm cường mạch thuận lợi (ảnh 4).



Ảnh 4. Bóc tách khối u Glomus bằng kỹ thuật vi phẫu.

- Thì 4: tháo garô, cầm máu bằng đốt điện với dao bipolar; khâu phục hồi lớp tổ chức dưới da bằng chỉ vicryl 5.0, đóng da bằng prolen 5.0.

- Hậu phẫu: kê tay cao, thay băng hàng ngày. Chẩn đoán giải phẫu bệnh cho kết quả phù hợp chẩn đoán trước mổ.

Sau mổ, tiến triển thuận lợi (bệnh nhân ra viện sau mổ 2 ngày, cắt chỉ sau mổ 7 ngày). Khám lại sau mổ 1 tháng, thấy sẹo mổ đẹp, không nhiễm khuẩn, các triệu chứng hết hoàn toàn, bệnh nhân đã trở lại với công việc bình thường và rất hài lòng về kết quả điều trị.

3. BÀN LUẬN.

U glomus là khối u lành tính, chẩn đoán dựa trên lâm sàng, cận lâm sàng (trong đó, MRI có dùng thuốc đối quang cho hình ảnh rõ nét là căn cứ quan trọng), điều trị phẫu thuật cho kết quả tốt. Trong nhiều trường hợp, bệnh nhân thường phải chịu đựng sự hoành hành của bệnh nhiều năm liền trước khi được chẩn đoán và điều trị đúng. Ca bệnh chúng tôi giới thiệu là một bằng chứng cho thấy điều đó.

(Xem tiếp trang 16)

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÔ CẢM CỦA GÂY Mê TỈNH MẠCH BẰNG PROPOFOL KẾT HỢP FENTANYL TRONG NỘI SOI ĐƯỜNG TIÊU HÓA

BSCKII. KIỀU THỊ NGUYỄN, DSKKI. NGUYỄN THANH TÙNG - Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. TRẦN ĐẮC TIỆP
(2) BSCKII. NGUYỄN NGỌC BÍCH

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả có phân tích 108 bệnh nhân từ 16-80 tuổi, có chỉ định và được nội soi dạ dày, đại tràng dưới gây mê tĩnh mạch bằng propofol kết hợp fentanyl, tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 6-9/2017. **Kết quả:** Thời gian khởi mê từ trung bình $28 \pm 4,56$ giây. Thời gian gây mê trung bình $7,23 \pm 5,33$ phút. Thời gian thoát mê trung bình $6,02 \pm 2,43$ phút. Tại thời điểm mất phản xạ mi mắt, mất đáp ứng lời nói: điểm MOAA/S trung bình $0,02 \pm 2,3$; độ mê lâm sàng 96,30% bệnh nhân PRST 0 điểm, 3,7% bệnh nhân PRST 1 điểm. Tại thời điểm sau khi làm thủ thuật 1 phút: 97,20% bệnh nhân PRST 0 điểm, 4,6% bệnh nhân PRST 1 điểm. Không bệnh nhân nào nhịp thở dưới 10 lần/phút và tụt huyết áp tâm thu $> 20\%$. Nhịp tim trung bình tại các thời điểm đều trên 77 chu kỳ/phút, SpO_2 trung bình tại các thời điểm đều trên 95%. Tác dụng không mong muốn: 1 bệnh nhân (0,85%) kích ứng da; 21 bệnh nhân (19,44%) đau chỗ tiêm; 2 bệnh nhân (1,8%) giật chi. **Kết luận:** Gây mê tĩnh mạch bằng propofol kết hợp fentanyl bảo đảm vô cảm tốt cho nội soi dạ dày và đại tràng; ít ảnh hưởng lên tuần hoàn, hô hấp; ít tác dụng không mong muốn.

Từ khóa: Gây mê bằng propofol và fentanyl, nội soi gây mê.

ABSTRACT: Prospective and descriptive study with an analysis of 108 patients aged 16-80 years, with indications for gastroscopy and colonoscopy under intravenous anesthesia with propofol combined with fentanyl, at the Department of Gastroenterology, Military hospital 105, from June 2017 to September 2017. **Results:** The average time of beginning for anesthesia was 28 ± 4.56 seconds. The average anesthetic time was 7.23 ± 5.33 minutes. The average time of escape from anesthesia was 6.02 ± 2.43 minutes. At the time of eyelid reflex loss, speech loss: the average MOAA/S score 0.02 ± 2.3 ; the clinical anesthesia 96.30% of patients PRST score = 0 points, 3.7% of patients PRST score = 1 point. At 1 minute after the procedure: 97.20% of patients with PRST = 0 points, 4.6% of patients with PRST = 1 point. None of the patients had breathing rates below 10 beats/minute and systolic hypotension $> 20\%$. The average heart rate at all times was over 77 cycles/minute, the average SpO_2 at all times was over 95%. The unwanted effects: 1 patient (0.85%) had skin irritation; 21 patients (19.44%) had pain at the injection site; 2 patients (1.8%) had to jerk the limbs. **Conclusion:** The intravenous anesthesia by propofol combined with fentanyl ensured good insensitivity for gastroscopy and colonoscopy; less influence on the circulation and respiration; less unwanted effects.

Keywords: Anesthesia by propofol and fentanyl, endoscopic anesthesia.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Kiều Thị Nguyễn, Email: bsnguyen105@gmail.com

Ngày nhận bài: ; mời phản biện khoa học: ; chấp nhận đăng:.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Nội soi tiêu hóa là một thủ thuật xâm lấn tối thiểu, ngày càng được sử dụng rộng rãi. Đây là kỹ thuật cần thiết, giúp chẩn đoán một số bệnh liên quan đến đường tiêu hóa, từ đó đưa ra phương hướng điều trị hiệu quả, an toàn. Tuy nhiên, nội soi dạ dày, đại tràng có thể gặp biến chứng liên quan tới hệ tuần hoàn, hệ hô hấp trên nền bệnh cảnh có sẵn (hầu hết biến chứng phụ thuộc người bệnh). Gây mê là phương pháp vô cảm bằng các thuốc mê tác dụng lên hệ thần kinh trung ương, tạm thời làm mất ý thức, cảm giác và các phản xạ. Gây mê trong nội soi tiêu hóa được sử dụng khá phổ biến, làm giảm cảm giác đau, sợ hãi, hạn chế kích thích trong quá

trình thực hiện thủ thuật, đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe ngày càng cao của cộng đồng.

Đến nay, gây mê trong nội soi đường tiêu hóa thuận lợi hơn với sự xuất hiện của một số thuốc mê có thời gian khởi mê nhanh, thời gian bán thải ngắn và ít tác dụng không mong muốn, ít gây biến chứng. Propofol là một thuốc mê tĩnh mạch, có đặc điểm như vậy, song lại không có tác dụng giảm đau nên thường được phối hợp với các thuốc có tác dụng giảm đau, thời gian tác dụng ngắn khi vô cảm, như fentanyl. Bệnh viện Quân y 105 áp dụng gây mê trong nội soi đường tiêu hóa từ năm 2015, nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về kỹ thuật cũng như hiệu quả của các thuốc sử dụng.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả vô cảm và tác dụng không mong muốn của phương pháp gây mê tĩnh mạch bằng propofol kết hợp fentanyl trong nội soi đường tiêu hóa tại Bệnh viện Quân y 105.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

108 bệnh nhân (BN) từ 16-80 tuổi, có chỉ định và được nội soi dạ dày, đại tràng dưới gây mê tĩnh mạch bằng propofol kết hợp fentanyl, tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 6-9/2017.

Loại trừ các BN có khó khăn trong giao tiếp; BN rối loạn nước, điện giải; BN mắc bệnh mạn tính nặng; BN xếp loại sức khỏe ASA III-VI, BN có chỉ số khối cơ thể (Body mass index - BMI) > 30 kg/m²; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả có phân tích.

- Thuốc và phương tiện: propofol ống 200 mg/20 ml, fentanyl ống 100 µg/2 ml, thuốc hồi sức hô hấp, tuần hoàn, dịch truyền các loại. Chuẩn bị kim luồn, khoá chắc 3, dây truyền, bơm tiêm các cỡ, bóng ambu, mask, đèn và ống đặt nội khí quản, máy hút và ống hút nhớt; Monitor theo dõi điện tim (ECG), mạch (lần/phút), huyết áp động mạch (HAĐM), tần số thở (lần/phút), độ bão hòa oxy máu mao mạch (SpO₂).

- Đánh giá hiệu quả vô cảm:

+ Đánh giá mức độ an thần và mất phản xạ mi mắt theo bảng điểm MOAA/S (Modified observer's assessment of alertness/sedation) [4].

+ Đánh giá độ mê lâm sàng theo PRTS (Systolic blood pressure, heart rate, sweating, tear) [5].

- Các bước tiến hành:

+ Chuẩn bị: giải thích cho BN về phương pháp vô cảm. BN nằm ngửa trên bàn thủ thuật; đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại vi, truyền natriclorid 0,9% (60 giọt/phút), thở oxy qua mặt nạ gong kính (3 lít/phút); lắp monitor theo dõi ECG, mạch, HAĐM, tần số thở, SpO₂. Sau đó, cho BN nằm nghiêng một bên, ngửa cổ (thẳng trục).

+ Gây mê: tiêm tĩnh mạch chậm thuốc giảm đau fentanyl, liều 100 µg (2 ml), tiếp theo tiêm tĩnh mạch chậm thuốc mê propofol, liều 1,5-2 mg/kg trong thời gian 30 giây cho đến khi BN bắt đầu mất phản xạ mi mắt, không đáp ứng khi gọi tên to và lay mạnh (tương ứng OASS ≤ 1). Bảo bác sĩ nội soi tiến hành làm thủ thuật.

+ Trong quá trình nội soi, duy trì mê dựa vào sự thay đổi của huyết áp, nhịp tim, vã mồ hôi, chảy nước mắt (thang điểm PRST) hoặc cử động của BN. Tiêm thêm propofol tĩnh mạch 30-40 mg khi BN có dấu hiệu mê nông (cựa tay, chân gây cản trở

nội soi) hoặc khi PRST ≥ 3 điểm. Nâng hàm hoặc thông khí bóp bóng ambu có gắn oxy khi hô hấp của BN không hiệu quả (SpO₂ ≤ 90%).

+ Ngừng tiêm propofol trước khi kết thúc thủ thuật. Theo dõi cho đến khi BN tỉnh hoàn toàn tỉnh hoàn toàn, đáp ứng ngay khi gọi tên bằng giọng bình thường (OAAS = 5).

+ Cho BN ra khỏi phòng hồi tỉnh (xuất viện) khi OAAS = 10 điểm (theo tiêu chuẩn Aldrets sửa đổi).

- Các thời điểm khảo sát chỉ tiêu nghiên cứu: ngay trước khởi mê (T0); khi BN mất phản xạ mi mắt, mất đáp ứng lời nói (T1); sau làm thủ thuật 1 phút (T2); khi kết thúc thủ thuật (T3); khi BN phục hồi phản xạ mi mắt, mở mắt theo lệnh (T4); khi chuyển BN ra khỏi phòng hồi tỉnh (T5).

- Đạo đức trong nghiên cứu: đã được thông qua Hội đồng khoa học kĩ thuật Bệnh viện Quân y 105 và chỉ tiến hành trên BN đồng ý tham gia.

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- Giới tính: 40 BN (37,0%) nam giới và 68 BN (63,0%) nữ giới.

- Tuổi: BN từ 17-80 tuổi, trung bình 53,83 ± 14,68 tuổi.

- Trọng lượng cơ thể: BN từ 40-72 kg, trung bình 57,36 ± 7,60 kg.

- Phân loại thủ thuật: 19 BN (17,6%) nội soi dạ dày và 89 BN (82,4%) nội soi đại tràng.

- Thời gian thực hiện thủ thuật: từ 1,5-3,0 phút, trung bình 2,35 ± 1,34 phút với nội soi dạ dày; từ 4,5-25 phút, trung bình 7,42 ± 5,67 phút với nội soi đại tràng.

3.2. Hiệu quả vô cảm của phương pháp:

- Thời gian khởi mê: từ 15-35 giây, trung bình 28 ± 4,56 giây.

- Thời gian gây mê: từ 2-27 phút, trung bình 7,23 ± 5,33 phút.

- Độ an thần theo MOAA/S:

+ Thời điểm T0: điểm MOAA/S trung bình 5,00.

+ Thời điểm T1: điểm MOAA/S từ 0,00-1,00, trung bình 0,02 ± 2,3.

+ Thời điểm T4: điểm MOAA/S từ 4,00-5,00, trung bình 4,79 ± 4,67.

+ Thời điểm T5: điểm MOAA/S từ 5,00-5,00, trung bình 5,00 ± 0,00.

- Thời gian thoát mê từ 5-15 phút, trung bình 6,02 ± 2,43 phút.

- Liều propofol khởi mê 60-110 mg, trung bình 95,40 ± 21,06 mg. Tổng liều propofol từ 80-220 mg, trung bình 130,25 ± 25,30 mg.

- Độ mê lâm sàng theo PRST:

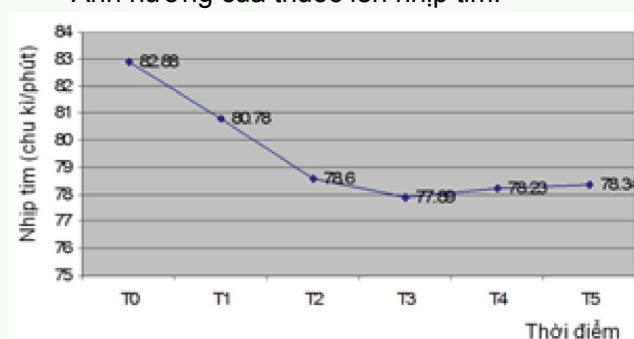
Bảng 1. Độ mê lâm sàng theo PRST:

Thời điểm	Điểm PRST		
	0 điểm	1 điểm	2 điểm
T1	104 (96,30%)	4 (3,70%)	0 (0%)
T2	105 (97,20%)	5 (4,63%)	0 (0%)
T3	75 (69,44%)	30 (27,78%)	3 (2,77%)

3.3. Ảnh hưởng của thuốc lên tuần hoàn, hô hấp và tác dụng không mong muốn:

- Ảnh hưởng của thuốc lên tuần hoàn:

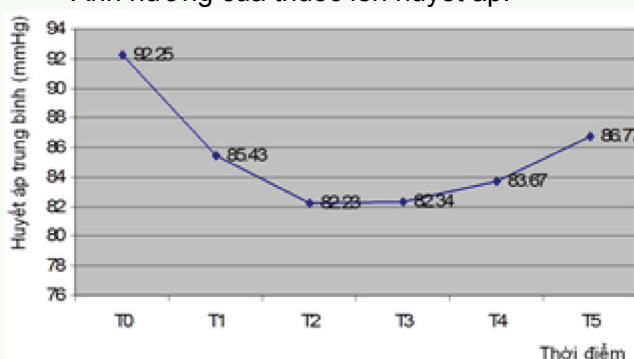
+ Ảnh hưởng của thuốc lên nhịp tim:



Biểu đồ 1. Nhịp tim trung bình của BN.

Nhịp tim trung bình tại các thời điểm đều trên 77 chu kỳ/phút.

+ Ảnh hưởng của thuốc lên huyết áp:

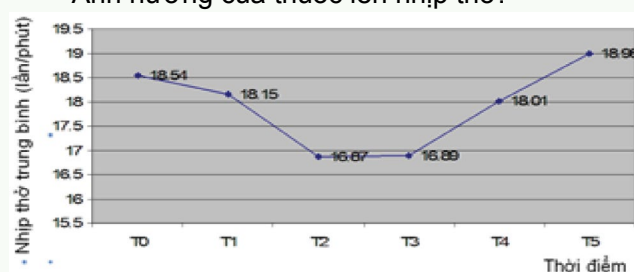


Biểu đồ 2. Huyết áp trung bình của BN.

Không có BN nào tụt huyết áp tâm thu > 20%.

- Đánh giá ảnh hưởng của thuốc lên hô hấp:

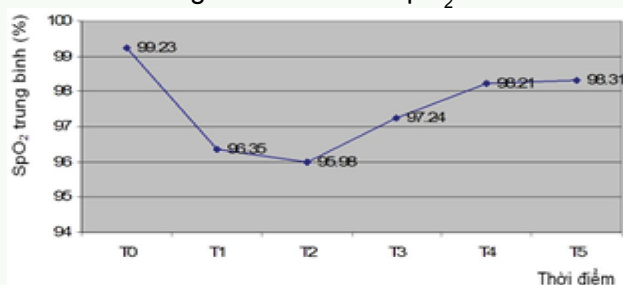
+ Ảnh hưởng của thuốc lên nhịp thở:



Biểu đồ 3. Nhịp thở trung bình của BN.

Không có BN nào nhịp thở dưới 10 lần/phút.

+ Ảnh hưởng của thuốc lên SpO₂:



Biểu đồ 4. SpO₂ trung bình của BN.

SpO₂ trung bình tại các thời điểm đều trên 95%.

- Tác dụng không mong muốn: 1 BN (0,85%) kích ứng da; 21 BN (19,44%) đau chỗ tiêm; 2 BN (1,8%) giật chi.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- BN từ 16-80 tuổi, trung bình $53,83 \pm 14,68$ tuổi; trọng lượng cơ thể từ 40-72 kg, trung bình $57,36 \pm 7,60$ kg. Nghiên cứu này lựa chọn BN từ 16-80 tuổi, sức khỏe loại ASA I, II và loại bỏ những BN có BMI > 30. Điều này giúp cho quá trình đánh giá tác dụng của propofol và fentanyl lên hiệu quả gây mê, các chỉ số sinh tồn và các tác dụng không mong muốn được đồng nhất hơn.

- BN nam (37,0%) ít hơn BN nữ (63,0%), sự khác biệt này không làm ảnh hưởng đến kỹ thuật gây mê cũng như chất lượng vô cảm. Nhưng giới tính có ảnh hưởng đến khả năng chịu đựng cảm giác khó chịu và đau, do vậy, tỉ lệ BN nữ có nhu cầu gây mê để nội soi cao hơn so với BN nam.

- Chủ yếu BN gây mê nội soi đại tràng (82,4%). Có thể do người bệnh nội soi đại tràng cần nhiều thời gian hơn so với nội soi dạ dày. Mặt khác, do nhu cầu BN nội soi đại tràng gây mê nhiều hơn BN nội soi dạ dày gây mê.

- Thời gian nội soi dạ dày từ 1,5-3,0 phút, trung bình $2,53 \pm 11,34$ phút; thời gian nội soi đại tràng từ 4,5-25 phút, trung bình $7,42 \pm 5,27$ phút. Tổng thời gian nội soi đường tiêu hóa trung bình (cả thời gian nội soi dạ dày và đại tràng) là $4,18 \pm 2,80$ phút; tương đương nghiên cứu của Nguyễn Công Chính (thời gian nội soi đường tiêu hóa trung bình $3,96 \pm 2,48$ phút [3]). Thời gian làm thủ thuật phụ thuộc vào kỹ năng của bác sĩ nội soi, tình trạng người bệnh và hiệu quả vô cảm.

4.2. Hiệu quả vô cảm của phương pháp:

- Thời gian khởi mê từ 15-35 giây, trung bình $28 \pm 4,56$ giây; thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Công Chính: thời gian khởi mê trung bình bằng kiểm soát nồng độ đích (TCI) là $89,65 \pm$

24,49 giây; bằng bơm tiêm điện (BTĐ) là $84,94 \pm 11,83$ giây [3]. Có thể do chúng tôi tiêm tĩnh mạch propofol kết hợp fentanyl tiền mê nên thời gian khởi mê nhanh hơn.

- Thời gian gây mê từ 2-27 phút, trung bình $7,23 \pm 5,33$ phút. Thời gian gây mê dài hơn so kết quả với Nguyễn Công Chính (thời gian gây mê trung bình bằng TCI là $5,79 \pm 2,78$ phút; bằng BTĐ là $5,43 \pm 2,54$ phút [3]), nhưng thấp hơn kết quả nghiên cứu của Đỗ Thị Na (thời gian gây mê trung bình là $21,60 \pm 12,4$ phút [1]).

- Độ an thần MOAA/S: để đánh giá tác dụng an thần của thuốc propofol, fentanyl trước và sau gây mê, chúng tôi sử dụng bảng điểm độ an thần sửa đổi lâm sàng MOAA/S [4]. Kết quả cho thấy, sau thời điểm khởi mê (T1), độ an thần MOAA/S trung bình $0,02 \pm 2,3$; thấp hơn kết quả của Nguyễn Công Chính (độ an thần trung bình ở BN TCI là $0,87 \pm 0,34$; bằng BTĐ là $0,04 \pm 0,19$ [3]). Do tiêm tĩnh mạch propofol để khởi mê nên BN mê nhanh hơn. Thời điểm hồi tỉnh (T4), độ an thần MOAA/S trung bình là $4,79 \pm 4,67$, hầu hết BN tỉnh, phục hồi phản xạ mi mắt và làm theo lệnh tốt; cao hơn kết quả của Nguyễn Công Chính ($4,0 \pm 0,00$ [3]). Do BN được dùng tiêm thuốc sớm hơn. Thời điểm xuất viện (T5), độ an thần trung bình là $5,0 \pm 0,0$, BN tỉnh hoàn toàn, trở về bình thường; tương đương kết quả của Nguyễn Công Chính [3].

- Độ mê lâm sàng theo PRST [5]: đánh giá mức độ đầy đủ của gây mê và giảm đau đối với kích thích phẫu thuật, thủ thuật có liên quan đến huyết áp, nhịp tim, vã mồ hôi và chảy nước mắt trong gây mê. Điểm PRST tối đa là 8 điểm, khi PRST ≥ 3 điểm thì cần phải xem xét cho thêm thuốc giảm đau hoặc thuốc mê. Nếu nồng độ thuốc mê và thuốc giảm đau không đủ để ức chế các phản xạ đau đều có thể làm tăng nhịp tim, tăng huyết áp, vã mồ hôi và chảy nước mắt. Tuy nhiên, nó không đặc hiệu trong các trường hợp ưu thán, thiếu máu và dùng thuốc vận mạch liều cao. Trên lâm sàng, chúng tôi dựa vào bảng điểm PRST để duy trì mê một cách hiệu quả. Kết quả nghiên cứu thấy, thời điểm T1: 96,30% BN PRST 0 điểm, 3,7% BN đạt PRST 1 điểm và không có BN nào PRST 2 điểm; cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Công Chính (BN gây mê TCI: 88,7% BN PRST 0 điểm, 11,3% BN PRST 1 điểm; BN gây mê bằng BTĐ: 56,6% BN PRST 0 điểm, 41,5% BN PRST 1 điểm và 1,9% BN PRST 2 điểm) [3]). Thời điểm T2: 97,20% BN PRST 0 điểm, 4,6% BN PRST 1 điểm và không có BN nào PRST 2 điểm. Thời điểm T3: 69,44% BN PRST 0 điểm, 27,78% BN PRST 1 điểm và 2,77% BN PRST 2 điểm; Khác với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Công Chính [3]. Như vậy, độ mê lâm

sàng PRST của các BN nghiên cứu khi tiến hành thủ thuật đều ≤ 2 điểm (chủ yếu là 0 điểm và một số ít là 1 hoặc 2 điểm, những BN có PRST 2 điểm thường là do có sự thay đổi về mạch và huyết áp), bảo đảm thuận lợi cho quá trình thực hiện thủ thuật. So với nghiên cứu của Nguyễn Công Chính thì độ mê lâm sàng PRST ở T1, T2 trong nghiên cứu này cao hơn, nhưng T3 cao hơn. Do chúng tôi tiêm tĩnh mạch propofol kết hợp fentanyl nên độ mê sâu hơn, đồng thời, dùng tiêm propofol trước khi kết thúc thủ thuật nên BN ở thời điểm T3 có độ mê nông hơn. Gây mê tĩnh mạch bằng propofol phối hợp fentanyl bảo đảm độ mê sâu hơn (nhưng vẫn bảo đảm ổn định về mạch, huyết áp) và tỉnh nhanh hơn so với dùng propofol bằng gây mê TCI hoặc BTĐ.

- Thời gian thoát mê từ 5-15 phút, trung bình là $6,02 \pm 2,43$ phút; cao hơn Nguyễn Công Chính [3]. Thời gian thoát mê nhanh, tránh ùn, tắc BN trong quá trình làm thủ thuật.

- Liều propofol khởi mê từ 60-110 mg, trung bình $95,40 \pm 21,06$ mg. Theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Công Chính liều propofol khởi mê trung bình ở nhóm BN TCI là $73,65 \pm 22,39$ mg [3]; thấp hơn kết quả nghiên cứu này. Liều propofol khởi mê trung bình ở nhóm BN dùng BTĐ là $117,6 \pm 21,84$ mg; cao hơn kết quả nghiên cứu này. Nghiên cứu cho thấy, khởi mê với liều propofol kết hợp với fentanyl tiền mê đạt được hiệu quả vô cảm tốt, BN đạt mất ý thức nhanh, song vẫn bảo đảm an toàn. Tổng liều propofol trung bình trên BN nghiên cứu là $130,25 \pm 25,30$ mg; tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Công Chính ở nhóm BN TCI ($123,95 \pm 27,21$ mg), nhưng thấp hơn so với nhóm BN dùng BTĐ ($167,27 \pm 26,71$ mg) [3]. Sự khác biệt này có thể do tác giả chỉ sử dụng propofol đơn thuần.

4.3. Đánh giá ảnh hưởng của thuốc lên tuần hoàn, hô hấp và tác dụng không mong muốn:

- Ảnh hưởng của thuốc lên tuần hoàn: tư thế BN nằm nghiêng nên có thể gây ra những ảnh hưởng nhất định đến tuần hoàn. Ở những thời điểm nghiên cứu, các chỉ số về nhịp tim, huyết áp trung bình đều nằm trong giới hạn bình thường, không có sự khác biệt với $p > 0,05$. Như vậy huyết động thay đổi ít. Tuy nhiên, vẫn có 3 BN (2,7%) mạch chậm < 60 lần/phút, được xử trí tiêm tĩnh mạch 0,5 mg atropin, BN ổn định (thường gặp ở BN soi đại tràng có thời gian làm thủ thuật lâu). Nguyên nhân dẫn tới nhịp chậm có thể do propofol gây cường phó giao cảm. Nghiên cứu không gặp BN nào tụt huyết áp $> 20\%$. Do sử dụng kết hợp với fentanyl, nên liều propofol thấp (tiêm tĩnh mạch chậm) nên hạn chế tác dụng không mong muốn là tụt huyết

áp. Kết quả này tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Công Chính [3].

- Ảnh hưởng của thuốc lên hô hấp: trong khi tiến hành vô cảm, BN luôn được thở oxy (3 lít/phút). Tư thế BN nằm nghiêng có ảnh hưởng đến hô hấp, nhất là những BN béo hoặc cổ ngắn (nguy cơ bị ức chế hô hấp cao). Mặt khác, trong nội soi dạ dày BN cần để tư thế gập cổ (thuận lợi đưa camera vào). Đây là tư thế có ảnh hưởng đến hô hấp rất nhiều. Vì vậy, để hạn chế biến chứng về hô hấp, trong nội soi đại tràng, trước khi tiến hành khởi mê nên đặt cổ BN ngửa và thẳng trục, nếu vẫn không hiệu quả cần nâng hàm hoặc bóp bóng hỗ trợ; trong nội soi dạ dày, chủ động nâng hàm BN để cải thiện tư thế gập cổ khi đưa camera vào, tránh tình trạng ức chế hô hấp quá mức. Kết quả nghiên cứu thấy, SpO_2 trung bình của BN đều trên 95%, trong đó, 9 BN (8,3%) có $SpO_2 < 90\%$ ở thời điểm T1, T2, nhưng vẫn bảo đảm yêu cầu về mặt lý thuyết; tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Công Chính (SpO_2 giảm chủ yếu T1, T2, T3 trên BN gây mê bằng BTĐ, nhưng nhóm BN gây mê TCI thì SpO_2 thay đổi ít [3]). Nghiên cứu không gặp BN nào thở chậm < 10 lần/phút. Mặc dù, tần số thở ít thay đổi, nhưng chỉ số SpO_2 giảm nhẹ trong khi BN vẫn thở oxy qua mask (chứng tỏ có suy giảm hô hấp), tuy chưa cần phải can thiệp song vẫn phải theo dõi chặt chẽ. Theo nghiên cứu của Đỗ Thị Na, 22,55% BN có ngừng thở sau khởi mê, trong đó có 4 BN ngừng thở > 30 giây, phải bóp bóng hỗ trợ, sau đó BN thở lại bình thường; SpO_2 giảm có ý nghĩa thống kê so với lúc trước khởi mê (tác giả có sử dụng tiền mê hypnovel) [1].

Trong gây mê ngoại trú, tụt huyết áp và suy hô hấp là 2 biến chứng thường gặp và đáng ngại nhất, cho nên, việc cung cấp oxy và đủ phương tiện cấp cứu cơ bản luôn cần thiết. Nghiên cứu thấy, BN ổn định về hô hấp và tuần hoàn, do đó có thể áp dụng trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, cần theo dõi BN một cách chặt chẽ để kịp thời xử trí các biến chứng khi xảy ra.

- Tác dụng không mong muốn: 19,44% BN đau chỗ tiêm; cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Công Chính (7,55%) [3]; tương đương Tào Ngọc Sơn (22,6%) [2] và Đỗ Thị Na (23,53%) [1]. Qua khảo sát các BN đau tại chỗ tiêm thấy, đau dọc theo tĩnh mạch, đau nhiều khi tiêm ở các tĩnh mạch nhỏ (mu tay), giảm đi khi tiêm ở các tĩnh mạch lớn (khủy tay). Để hạn chế đau, nên tiêm vào tĩnh mạch lớn hoặc có thể tiêm trước hoặc pha lidocain vào thuốc mê với liều 20 mg. 2 BN (1,8%) giật chi (cho BN mê sâu hơn là hết triệu chứng), 1 BN (0,85%) nổi mẩn đỏ vùng tiêm thuốc (tự hết), không gặp trường hợp nào nôn và buồn nôn, co giật khi gây mê và hồi tỉnh.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 108 BN nội soi dạ dày, đại tràng dưới gây mê tĩnh mạch bằng propofol và fentanyl tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 6-9/2017, kết luận:

- BN tuổi trung bình $53,83 \pm 14,68$ tuổi. Trọng lượng cơ thể trung bình $57,36 \pm 7,60$ kg. Chủ yếu BN nội soi là nữ giới (63,0%), nội soi đại tràng (82,4%). Thời gian nội soi dạ dày trung bình $2,35 \pm 1,34$ phút; thời gian nội soi đại tràng trung bình $7,42 \pm 5,67$ phút.

- Thời gian khởi mê từ trung bình $28 \pm 4,56$ giây. Thời gian gây mê trung bình $7,23 \pm 5,33$ phút. Thời gian thoát mê trung bình $6,02 \pm 2,43$ phút. Điểm MOAA/S tại thời điểm T1 trung bình $0,02 \pm 2,3$. Độ mê lâm sàng tại thời điểm T1: 96,30% BN PRST 0 điểm, 3,7% BN đạt PRST 1 điểm; thời điểm T2: 97,20% BN PRST 0 điểm, 4,6% BN PRST 1 điểm.

- Không có BN nào nhịp thở dưới 10 lần/phút và tụt huyết áp tâm thu > 20%. Nhịp tim trung bình tại các thời điểm đều trên 77 chu kì/phút, SpO_2 trung bình tại các thời điểm đều trên 95%. Tác dụng không mong muốn: kích ứng da: 1 BN (0,85%); đau chỗ tiêm: 21 BN (19,44%); giật chi: 2 BN (1,8%).

Gây mê tĩnh mạch bằng propofol và fentanyl bảo đảm vô cảm tốt cho nội soi dạ dày và đại tràng và ít ảnh hưởng lên tuần hoàn, hô hấp, ít tác dụng không mong muốn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đỗ Thị Na (1998), *Đánh giá tác dụng của thuốc mê propofol trong gây mê tĩnh mạch cho thủ thuật nội soi đại tràng toàn bộ*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

2. Tào Ngọc Sơn (2006), *Đánh giá tác dụng an thần bằng propofol do bệnh nhân tự điều khiển trong thủ thuật nội soi đại tràng*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

3. Nguyễn Công Chính (2012), *So sánh phương pháp gây mê propofol bằng TCI với BTĐ truyền liên tục trong nội soi đường tiêu hóa*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

6. Nguyễn Thụ, Đào Văn Phan, Công Quyết Thắng (1996), *Thuốc sử dụng trong gây mê*, Nhà xuất bản Y học, tr. 65-66, 150-159.

4. Gunter N.S, Petra B, Thomas S et al (2004), "Comparative evaluation of the Datex - Ohmeda S/5 Entropy module and the BISpectral index monitor during propofol - remifentanyl anesthesia", *Anesthesiology*, 101: 1293-90.

5. Evans J.M and Davies W.L (1984), "Monitoring anaesthesia", *Clin Anesth*, 2, pp: 243-262. □

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC VỀ BỎNG VÀ BỎNG HÀNG LOẠT CỦA 682 BÁC SĨ VÀ ĐIỀU DƯỠNG, TẠI 20 CƠ SỞ Y TẾ

BSCKII. LÊ ANH TUẤN - Bệnh viện Quân y 105
PGS.TS. NGUYỄN GIA TIẾN, TS. CHU ANH TUẤN
Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác
Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. NGUYỄN NHƯ LÂM
(2) BSCKII. TRẦN VĂN HÀ

TÓM TẮT: Đánh giá kiến thức của 682 bác sĩ và điều dưỡng, công tác tại 20 cơ sở y tế các tuyến về sơ cứu, cấp cứu bỏng và bỏng hàng loạt. **Kết quả:**

- 90,59% bác sĩ và 100% điều dưỡng chưa được đào tạo chuyên khoa bỏng kể từ sau khi ra trường. Đa số nhân viên y tế tham gia nghiên cứu chưa nắm vững kiến thức về sơ cứu, cấp cứu bỏng (trên 80% chẩn đoán sai diện tích bỏng; trên 99% trả lời sai về điều trị dự phòng sốc bỏng, trên 70% chỉ định vận chuyển nạn nhân bỏng chưa phù hợp...). Chỉ 37,24% có kiến thức sơ cứu, cấp cứu bỏng đạt trên 50% kiến thức điều tra.

- Tỷ lệ bác sĩ, điều dưỡng có nhận thức đúng về đáp ứng y tế với bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ còn thấp (48,68% nhận thức đúng về lực lượng chỉ huy khi xảy ra bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ; 67,64% hiểu đúng nguyên tắc 4 tại chỗ; 28,59% thấy sự cần thiết của đội cấp cứu chuyên khoa...). Tỷ lệ trả lời đúng trên 50% số câu hỏi về đáp ứng với bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ là 58,65%.

Từ khóa: Nhân viên y tế, bỏng, bỏng hàng loạt.

ABSTRACT: A survey was conducted on 682 medical doctors and nurses working at 20 health care facilities on the first aid, emergency management for burn and mass burn injuries. **The results:**

- 90.59% of medical doctors and 100% of nurses participating in the study did not received burn continuing medical education after graduation. Most of the health workers involved in the study have limitation on the knowledge of first aid and burn emergency management (over 80% of health workers misdiagnosed burn area, over 99% of health workers answered incorrectly about prevention of burns shock, over 70% give inappropriate indication for transferring burn victims...). Only 37.24% of participant had correct answers of over 50% of the total questions.

- Low percentage of medical doctors and nurses had good knowledge of response to mass burn injuries/ disaster (48.68% correctly answered the commanding force in case of mass burn injuries/ disaster, 67.64% of health workers understood the principle of 4 local principles, 28.59% understood the need of specialized emergency medical team...). The percentage of respondent who had correct answers over 50% of the questions was 58.65%.

Keywords: Medical staff, burn, mass burn injuries.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Lê Anh Tuấn, Email: leanhtuan_bv105@icloud.com

Ngày nhận bài: ; mời phản biện khoa học: ; chấp nhận đăng: .

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Thảm họa hoặc bỏng hàng loạt thường xảy ra bất ngờ, tại những vị trí khó tiếp cận, số lượng nạn nhân lớn, tính chất tổn thương bỏng phức tạp (bỏng diện rộng và sâu, bỏng hô hấp, nhiễm độc, nhiều tổn thương kết hợp, tỉ lệ tử vong cao), đòi hỏi huy động ngay lập tức phương tiện, cơ sở vật chất và số lượng lớn nhân lực có kinh nghiệm chuyên khoa để tổ chức phân loại, cấp cứu, vận chuyển, điều trị các nạn nhân. Công tác đáp ứng y tế trong các vụ bỏng hàng loạt hoặc thảm họa bỏng khó khăn hơn nhiều so với các trường hợp

tai nạn bỏng đơn lẻ. Thế giới đã ghi nhận nhiều vụ bỏng hàng loạt do cháy nổ với số lượng người bị bỏng lớn, tỉ lệ tử vong cao. Tại Việt Nam, cùng với sự phát triển của nền kinh tế, số vụ tai nạn bỏng hàng loạt có xu hướng gia tăng và diễn biến phức tạp hơn [4]. Tuy nhiên, mạng lưới điều trị bỏng ở nước ta còn có những hạn chế nhất định trong đáp ứng khẩn cấp với công tác cấp cứu, điều trị bỏng hàng loạt. Thực trạng tiếp nhận bệnh nhân (BN) bỏng hàng loạt chuyển từ các cơ sở y tế đến Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác cho thấy, chất lượng công tác phân loại, vận chuyển BN

chưa tốt, đặc biệt với các BN bỏng hô hấp, chấn thương kết hợp, bỏng ở các vị trí chức năng...; nhiều BN được chuyển đến muộn, xử lý khi đầu tổn thương bỏng không đúng, bỏ sót tổn thương, sai số lớn trong chẩn đoán diện tích, độ sâu tổn thương bỏng, điều trị trên đường vận chuyển còn nhiều bất cập.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kiến thức của nhân viên y tế đối với sơ cấp cứu BN bỏng, phân loại và vận chuyển BN bỏng hàng loạt tại các tuyến y tế Việt Nam.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

682 nhân viên y tế (NVYT) tại các khoa cấp cứu, hồi sức, bỏng (hoặc đơn vị điều trị bỏng của khoa) thuộc 20 bệnh viện, trung tâm y tế quận, huyện, tỉnh/thành phố khu vực miền Bắc (Hà Nội, Phú Thọ, Hải Phòng, Lai Châu), miền Trung (Nghệ An, Hà Tĩnh, Đà Nẵng) và miền Nam (Bình Dương, Thành phố Hồ Chí Minh, Cần Thơ).

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, phân tích xã hội học.

- Chọn mẫu và cách tính cỡ mẫu: áp dụng phương pháp chọn mẫu hệ thống theo công thức:

$$n \geq \left(\frac{1.96}{m} \right)^2 \hat{p}(1 - \hat{p})$$

Trong đó: n là cỡ mẫu tối thiểu, m là sai số ước tính (< 5%), p là tỉ lệ cần đạt (chọn p = 50%). Như vậy, cỡ mẫu tối thiểu cần chọn là $n \geq 384,1$. Chúng tôi chọn n = 682.

- Thu thập thông tin bằng phỏng vấn trực tiếp qua bộ câu hỏi thiết kế sẵn, nhằm khảo sát về kiến thức hiện có của NVYT các tuyến về đáp ứng với bỏng hàng loạt/thảm họa bỏng.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Kiến thức về sơ cấp cứu BN bỏng: chẩn đoán diện tích, độ sâu tổn thương bỏng; sinh bệnh học tổn thương bỏng, sốc bỏng; các bước sơ cấp cứu nạn nhân bỏng; chẩn đoán và cấp cứu bỏng hô hấp; cấp cứu, vận chuyển BN sốc bỏng; dự phòng, điều trị và xử lý các biến chứng sốc bỏng, bỏng hô hấp; thực trạng và nhu cầu đào tạo về chuyên ngành bỏng.

+ Kiến thức về công tác tổ chức đáp ứng y tế với bỏng hàng loạt: điều hành các lực lượng đáp ứng y tế; vai trò, nhiệm vụ của tổ phân loại; xử lý tình huống phân loại nạn nhân; ưu tiên vận chuyển

nạn nhân; hồi sức dịch thể, xử lý bỏng hô hấp; vai trò, nhiệm vụ của tổ cấp cứu cơ động chuyên khoa bỏng; kế hoạch đáp ứng y tế đối với bỏng hàng loạt của các cơ sở y tế.

- Xử lý số liệu: tính tỉ lệ % cho từng nội dung trả lời. Lập bảng, xử lý số liệu theo các thuật toán thống kê bằng chương trình SPSS 14.0. Khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm NVYT tham gia điều tra:

- Trình độ chuyên khoa bỏng của bác sĩ (n = 372):

+ Chưa đào tạo: 335 bác sĩ (90,05%).

+ Chuyên khoa định hướng: 11 bác sĩ (2,96%).

+ Chuyên khoa I Bỏng: 19 bác sĩ (5,11%).

+ Chuyên khoa II Bỏng: 2 bác sĩ (0,54%).

+ Thạc sĩ Bỏng: 5 bác sĩ (1,34%).

90,05% bác sĩ chưa được đào tạo về chuyên khoa bỏng, 9,95% bác sĩ đã được đào tạo chuyên khoa định hướng, chuyên khoa cấp I, chuyên khoa cấp II và thạc sĩ bỏng, không bác sĩ nào có trình độ tiến sĩ chuyên ngành bỏng.

Bảng 1. Đặc điểm NVYT nghiên cứu.

Đặc điểm		Bác sĩ (n = 372)	Điều dưỡng (n = 310)	Tổng (n = 682)
Nơi công tác	Bệnh viện tỉnh/thành phố	204 (54,84%)	183 (59,03%)	387 (56,74%)
	Bệnh viện huyện/thị xã	166 (44,62%)	127 (40,97%)	293 (42,96%)
	Bệnh xá	1 (0,27%)	0	1 (0,14%)
	Khác	1 (0,27%)	0	1 (0,14%)
Tập huấn về bỏng	Đã được tập huấn	35 (9,41%)	0	35 (5,13%)
	Chưa được tập huấn	337 (90,59%)	310 (100,0%)	647 (94,87%)

Trong 682 NVYT có 372 bác sĩ (54,55%) và 310 điều dưỡng (45,45%). Trong đó, 387 NVYT (56,74%) công tác tại các bệnh viện tuyến tỉnh/thành phố hoặc tương đương, 293 NVYT (42,96%) công tác tại bệnh viện tuyến huyện/thị xã và 2 NVYT (0,28%) công tác tại bệnh xá hoặc đơn vị khác (đều là bác sĩ). 35/682 NVYT (5,13%) đã được tập huấn về bỏng kể từ khi ra trường (đều là bác sĩ).

3.2. Kết quả điều tra kiến thức về sơ cứu, cấp cứu bỏng:

Bảng 2. Kiến thức về sơ cứu, cấp cứu bỏng của nhân viên y tế

Kiến thức về sơ cứu, cấp cứu bỏng		Đúng		Sai	
		Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Chẩn đoán diện tích, diễn biến tổn thương	Diễn biến tổn thương bỏng	593	86,95	89	13,05
	Chẩn đoán diện tích bỏng người lớn	57	8,36	625	91,64
	Chẩn đoán diện tích bỏng trẻ em	105	15,40	577	84,60
	Diễn biến tổn thương bỏng	593	86,95	89	13,05
Sơ cứu ngay sau bỏng	Làm lạnh và vai trò của nước mát	618	90,62	64	9,38
	Sử dụng các vật liệu đắp vết bỏng	589	86,36	93	13,64
	Sơ cấp cứu bỏng mắt	507	74,34	175	25,66
Cơ chế bệnh sinh và hồi sức thể dịch sốc bỏng	Máu cô trong sốc bỏng	256	37,54	426	62,46
	Rối loạn điện giải trong sốc bỏng	268	39,30	414	60,70
	Thời điểm tích dịch truyền	462	67,74	220	32,26
	Công thức truyền dịch	381	55,87	301	44,13
	Khái niệm dung dịch keo	30	4,40	652	95,60
	Điều trị dự phòng sốc bỏng	4	0,59	678	99,41
Kết quả hồi sức sốc bỏng	Yêu cầu bài niệu ở người lớn	340	49,85	342	50,15
	Yêu cầu bài niệu ở trẻ em	373	54,69	309	45,31
Dấu hiệu giúp chẩn đoán bỏng hô hấp		620	90,90	62	9,10
Vận chuyển bệnh nhân sốc bỏng		199	29,17	483	70,67

Tỉ lệ NVYT có nhận thức đúng về diễn biến tổn thương bỏng (86,95%) và NVYT nhận biết các dấu hiệu chẩn đoán bỏng hô hấp (90,90%) khá cao. Song, chẩn đoán đúng diện tích bỏng chiếm tỉ lệ rất thấp (chỉ 8,36% NVYT chẩn đoán đúng diện tích bỏng người lớn và 15,40% NVYT chẩn đoán đúng diện tích bỏng trẻ em). Tỉ lệ NVYT có kiến thức về sơ cứu ngay sau bỏng tương đối cao (90,62% trả lời đúng về vai trò của việc làm lạnh và nước mát; 86,36% biết sử dụng các vật liệu đắp vết bỏng; 74,34% có kiến thức sơ cứu đúng với bỏng mắt). Đa số NVYT nhận thức đúng về thời điểm tích dịch truyền và công thức truyền dịch (lần lượt là 67,74% và 55,87%). Nhưng chỉ có xấp xỉ 40% NVYT có

nhận thức đúng về máu cô, rối loạn điện giải trong sốc bỏng; 4,40% NVYT nhận thức đúng về dung dịch keo và 0,59% NVYT nhận thức đúng về điều trị dự phòng sốc bỏng. 29,18% NVYT nhận thức đúng thời điểm có thể vận chuyển bệnh nhân sốc bỏng.

- Tổng hợp điều tra kiến thức sơ cấp cứu bỏng (n = 682): Có 18 NVYT (2,64%) trả lời đúng từ 1-25% câu hỏi; 410 NVYT (60,12%) trả lời đúng từ 26-50% câu hỏi và 254 NVYT (37,24%) trả lời đúng trên 50% câu hỏi. Như vậy, gần 2/3 số NVYT nghiên cứu trả lời đúng không quá 50% câu hỏi điều tra kiến thức sơ cấp cứu bỏng.

3.3. Kết quả điều tra kiến thức về bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ:

Bảng 3. Kết quả điều tra kiến thức về bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ (n = 682).

Kiến thức về bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ		Đúng		Sai	
		Số lượng	Tỉ lệ %	Số lượng	Tỉ lệ %
Tổ chức đáp ứng	Các lực lượng tham gia xử lý bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ	650	95,31	32	4,69
	Lực lượng chỉ huy xử lý bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ	332	48,68	350	51,32
	Nguyên tắc 4 tại chỗ trong xử lý bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ	462	67,64	220	32,26
Nhiệm vụ các lực lượng y tế	Nhiệm vụ của tổ phân loại	456	66,86	226	33,14
	Sự cần thiết của đội cấp cứu chuyên khoa	195	28,59	487	71,41
	Nhiệm vụ đội cấp cứu chuyên khoa	519	76,10	163	23,90
Cấp cứu, vận chuyển nạn nhân	Ưu tiên hồi sức dịch thể nạn nhân bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ	428	62,76	254	37,24
	Xử lý bỏng hô hấp trong bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ	268	39,30	414	60,70
	Thứ tự ưu tiên vận chuyển nạn nhân bỏng hàng loạt/thảm họa	26	3,81	656	96,19
Sự cần thiết xây dựng kế hoạch đáp ứng bỏng hàng loạt		681	99,85	1	0,14

95,31% NVYT có nhận thức đúng về các lực lượng tham gia đáp ứng bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ; 48,68% trả lời đúng về lực lượng chỉ huy khi xảy ra bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ. 67,64% trả lời đúng từ hiểu đúng về nguyên tắc 4 tại chỗ (gồm chỉ huy, lực lượng, hậu cần và phương tiện tại chỗ). 66,86% NVYT trả lời đúng về nhiệm vụ của tổ phân loại bỏng, 76,10% NVYT trả lời đúng về nhiệm vụ của đội cứu chữa chuyên khoa. Song chỉ có 28,59% NVYT trả lời phù hợp về sự cần thiết hỗ trợ của đội cứu chữa chuyên khoa. 62,76% NVYT trả lời đúng về ưu tiên hồi sức dịch thể bằng đường tiêu hóa trong bỏng hàng loạt, 3,81% NVYT có nhận thức đầy đủ về thứ tự ưu tiên xử lý nạn nhân bỏng hàng loạt. 99,85% NVYT cho rằng mỗi cơ sở y tế cần thiết có kế hoạch đáp ứng với tình huống bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ.

- Tổng hợp kết quả điều tra đáp ứng y tế với bỏng hàng loạt (n = 682):

- + Trả lời đúng từ 1-30%: 39 NVYT (5,72%).
- + Trả lời đúng từ 31-50%: 243 NVYT (35,63%).
- + Trả lời đúng trên 50%: 400 NVYT (58,65%).

Đa số NVYT trả lời đúng trên 50% tổng số câu hỏi (58,65%).

4. BÀN LUẬN.

Kiến thức và kỹ năng của NVYT đóng vai trò gần như quyết định kết quả chẩn đoán, cấp cứu, điều trị và vận chuyển cho từng nạn nhân bỏng cụ thể. Ngoài ra, trong đáp ứng y tế với tai nạn bỏng hàng loạt, công tác chỉ huy điều hành, phối hợp, kết hợp giữa các bộ phận y tế, các tuyến y tế cũng đóng vai trò rất quan trọng bảo đảm thành công của hệ thống đáp ứng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, kiến thức của NVYT các tuyến trong chẩn đoán, sơ cứu, cấp cứu và điều trị bỏng, công tác phân loại, vận chuyển bệnh nhân cùng nhiều khía cạnh khác trong tổ chức đáp ứng y tế trong bỏng hàng loạt còn nhiều hạn chế. Có tỉ lệ rất cao NVYT chẩn đoán sai diện tích, độ sâu tổn thương bỏng giả định (91,64% chẩn đoán sai ở người lớn và 84,60% chẩn đoán sai ở trẻ em); 39,30% hiểu chưa đúng về các rối loạn bệnh lý trong bỏng; 99,41% nhân viên y tế hiểu sai về điều trị dự phòng sốc bỏng; 70,82% chỉ định vận chuyển bệnh nhân sốc bỏng chưa phù hợp; 96,19% không nắm được thứ tự ưu tiên vận chuyển nạn nhân bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ... Chỉ có 37,24% NVYT có kiến thức đúng trên 50% tổng số câu hỏi trong nội dung điều tra kiến thức sơ cứu, cấp cứu bỏng.

Một trong những nguyên nhân tạo ra khoảng trống kiến thức như phân tích ở trên đó là hạn chế trong chương trình đào tạo cho sinh viên ngành y,

chương trình tập huấn, đào tạo liên tục. Điều này xảy ra ngay cả tại các nước phát triển. Dù rất nhiều cố gắng nhưng mạng lưới điều trị bỏng ở nước ta còn có nhiều hạn chế trong năng lực đáp ứng với công tác cấp cứu và điều trị bỏng hàng loạt, trang thiết bị thiếu thốn, đội ngũ cán bộ chuyên trách mỏng và chưa vững về chuyên khoa. Bệnh nhân bỏng hầu hết chưa được xử lý kỳ đầu đúng, cấp cứu chưa kịp thời, phải vận chuyển xa, công tác điều trị trên đường vận chuyển còn nhiều bất cập. Đây là những hạn chế cơ bản trong cấp cứu, điều trị bệnh nhân bỏng hàng loạt ở nước ta.

Việt Nam mới chỉ có duy nhất Học viện Quân y tổ chức Bộ môn Bỏng và Y học thảm họa, đào tạo tương đối cơ bản về chuyên ngành Bỏng cho sinh viên đại học y khoa hệ quân y, dân y và đào tạo sau đại học. Các trường Đại học y khác và nhiều cơ sở đào tạo trung cấp, cao đẳng, cử nhân y học bố trí chương trình học về bệnh lý bỏng chủ yếu lồng ghép trong chuyên ngành chấn thương hoặc ngoại chung với thời lượng hạn chế. Đặc biệt, hoạt động huấn luyện, thực hành các kỹ năng cơ bản trong cấp cứu, điều trị, điều dưỡng bệnh nhân bỏng còn hạn chế. Do vậy, nhu cầu đào tạo liên tục, cập nhật kiến thức chuyên ngành bỏng cho nhân viên y tế tại các tuyến từ khu vực đến tuyến tỉnh, tuyến huyện... còn rất lớn.

Hiện nay, Bệnh viện Bỏng Quốc gia Lê Hữu Trác đã và đang phối kết hợp với Hội Bỏng, thông qua công tác tuyến và Đề án 1816 từng bước tổ chức đào tạo, cầm tay chỉ việc, tập huấn cho các cơ sở y tế trên cả nước nhằm nâng cao chất lượng trong cấp cứu, điều trị bệnh nhân bỏng tại các tuyến. Đây là một hoạt động rất thiết thực, nhằm nâng cao năng lực tổ chức và thực hiện công tác tổ chức cứu chữa, điều trị các nạn nhân bỏng khi có sự cố bỏng hàng loạt hoặc thảm họa bỏng xảy ra.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 682 bác sĩ và điều dưỡng, công tác tại 20 cơ sở y tế tuyến tỉnh, tuyến huyện và bệnh xá trên cả ba miền của nước ta về sơ cứu, cấp cứu bỏng và bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ, kết quả:

- 90,59% bác sĩ và 100% điều dưỡng tham gia nghiên cứu chưa được đào tạo chuyên khoa bỏng kể từ sau khi ra trường. Đa số nhân viên y tế tham gia nghiên cứu không nắm vững kiến thức về sơ cứu, cấp cứu bỏng (trên 80% chẩn đoán sai diện tích bỏng; trên 99% trả lời sai về điều trị dự phòng sốc bỏng, trên 70% chỉ định vận chuyển nạn nhân bỏng chưa phù hợp...). Chỉ 37,24% có kiến thức sơ cứu, cấp cứu bỏng đạt trên 50% kiến thức điều tra.

- Tỉ lệ bác sĩ, điều dưỡng có nhận thức đúng về đáp ứng với bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ còn thấp (48,68% nhận thức đúng về lực lượng chỉ

huy khi xảy ra bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ; 67,64% hiểu đúng nguyên tắc 4 tại chỗ; 28,59% thấy sự cần thiết của đội cấp cứu chuyên khoa...). Tỷ lệ trả lời đúng trên 50% số câu hỏi về đáp ứng với bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ là 58,65%.

Từ kết quả nghiên cứu này, để tiếp tục nâng cao khả năng đáp ứng y tế với bỏng hàng loạt/thảm họa cháy nổ, chúng tôi có một số kiến nghị như sau:

- Hệ thống giáo dục đại học, cao đẳng y cần tăng cường chương trình đào tạo chuyên ngành bỏng với tất cả các đối tượng đào tạo.

- Hệ thống quản lý ngành Y tế cần tăng cường mở các lớp tập huấn, đào tạo liên tục... cho NVYT về chuyên ngành bỏng và y học thảm họa.

- Các cơ sở y tế quan tâm đúng mức đến công tác huấn luyện, đào tạo tại chỗ, nâng cao nhận thức, nghiệp vụ cho cán bộ, nhân viên chuyên môn về chuyên ngành bỏng và y học thảm họa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Cục Cảnh sát Phòng cháy chữa cháy và cứu nạn, cứu hộ (2016), "Hội nghị tổng kết công tác phòng cháy chữa cháy và cứu nạn, cứu hộ năm 2015", http://canhsatpccc.gov.vn/Articles_Detail/tabid/193/cateid/135/id/8258/language/vi-VN/Default.aspx.

2. Hồ Thị Dung (1996), *Góp phần nghiên cứu đặc điểm của 4 vụ cháy xe chở khách và kinh nghiệm tổ chức cứu chữa*, Luận văn cao học, Học viện Quân y, Hà Nội.

3. Mạnh Quán Dũng (2004), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá công tác đáp ứng y tế trong vụ thảm họa cháy xe khách tại xã Đại Bái, huyện Gia Bình, tỉnh Bắc Ninh*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Học Viện Quân Y, Hà Nội.

4. Nguyễn Võ Hình (2014), "Những điều lưu ý khi vận chuyển bệnh nhân, nạn nhân bằng máy bay", www.impe-qn.org.vn/impe-qn/vn/portal/Info-Detail.jsp?area.

5. Liên Bộ Y tế - Bộ Quốc phòng (1994), "Thông tư liên Bộ Y tế - Quốc phòng số 03/TTLB ngày 4/3/1994 về việc kết hợp quân dân y, cứu chữa và chăm sóc người bị nạn do thảm họa gây ra", Hà Nội, tr. 4-5.

6. Nguyễn Trung Sơn (2007), *Nghiên cứu hoàn cảnh bị bỏng, công tác thu dung cấp cứu, đặc điểm lâm sàng và điều trị nạn nhân trong vụ nổ bình gaz tại xã Trung Hưng, huyện Hưng Nguyên, tỉnh Nghệ An*, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa 2, Học Viện Quân Y, Hà Nội.

7. Lê Thế Trung (2003), "Thảm họa cháy nổ,

cộng đồng phòng chống cháy nổ, đáp ứng y tế với cháy nổ", *Tạp chí Y học Thảm họa và Bỏng*, số 1, tr. 11-20.

8. Lê Thế Trung, Lê Hồng Thịnh, Nguyễn Hồng Sơn (2002), "Vụ thảm họa do cháy trung tâm thương mại quốc tế thành phố Hồ Chí Minh 29/10/2002", *Tạp chí Y học Thảm họa và Bỏng*, số 4, tr. 7-9.

9. Chu Anh Tuấn (2009), "Nghiên cứu đặc điểm và kinh nghiệm tổ chức vụ cháy nổ bình Gas tại Nghệ An ngày 11/02/2007", *Tạp chí Y học Thảm họa và Bỏng*, số 4, tr. 14-21.

10. Adesunkami A.R.K, Lawai A.O (2011), "Management of Mass".

11. Atiyeh B & Dibo S (2013), "Measurement of intervention in burn disasters: Preparedness and crisis management", *J Def Manag*, vol. S3: 001.

12. Barillo D & Wolf S (2006), "Planning for burn disasters: lessons learned from one hundred years of history", *J Burn Care Res*, vol. 27, pp. 622-634.

13. Center for disease control and prevention, "Emergency preparedness and response", <http://emergency.cdc.gov/masscasualties/research>.

14. Center for research on the epidemiology of disaster (2011), "Annual statistical review: numbers and trends 2010 CRED: Brussels 2011", <http://www.cred.be/publications>.

15. Greenwood J.E, Mackie I.P (2009), "Factors for consideration in developing a plan to cope with massburn casualties", *ANZ J Surg*, vol. 79 (9), pp. 581-583.

16. Heberal M (2006), "Guideline for dealing with disasters involving large numbers of intensive burns", *Burns*, vol 32, pp 933-939.

17. Kim S.J, Kim C.H, Shin S, Lee S.C et al (2013), "Incidence and mortality rate of disasters and mass casualty incidents in Korea: A population - based cross - sectional study, 2000-2009", *J Korean Med Sci*, vol. 28, pp. 658-666.

18. Ngim R.C.K (1994), "Burns mass disasters in Singapore - a three decade review with implications for future planning", *Singapore Med J*, vol. 35, pp. 47-49.

19. O'ya H (1990), "Mass burn injuries in Japan. Incidence, treatment and prevention of mass burns in Japan", *The Bulletin of Burn Injuries*, vol. 7, pp. 27-28.

20. Randic L, Carley S, Mackway - Jones K, Dunn K (2002), "Planning for major burns incidents in the UK using an accelerated Delphi technique", *Burns*, vol. 28, pp. 405-412. □

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ 85 BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

BSCKI. NGUYỄN TIẾN NHIỆM, BS. NGUYỄN HỮU ĐẠO
Bệnh viện Quân y 105
ThS. NGUYỄN VIỆT PHƯƠNG - Bệnh viện Quân y 103
Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. HOÀNG VŨ HÙNG
(2) BSCKI. NGUYỄN VĂN TÌNH

TÓM TẮT: Nghiên cứu hồi cứu, kết hợp tiền cứu mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị 85 bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue, điều trị tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Quân y 105, năm 2015-2016. **Kết quả:** bệnh nhân nam (58,8%) nhiều hơn bệnh nhân nữ (41,2%). Chủ yếu gặp bệnh nhân từ 16-30 tuổi (57,6%), mức độ sốt xuất huyết Dengue (78,8%), có triệu chứng sốt cao (82,3%), xuất huyết dưới da (76,5%), thời gian xuất hiện xuất huyết từ ngày thứ 3-7 của bệnh (89,4%). 100% bệnh nhân có biểu hiện sốt, nghiệm pháp dây thắt dương tính, có triệu chứng đau đầu, đau mỏi cơ khớp, da và niêm mạc xung huyết. Đa số bệnh nhân có bạch cầu giảm dưới 4 G/l (81,2%), hematocrit tăng (63,5%), tiểu cầu giảm còn từ 50 đến dưới 100 G/l (51,8%). 100% bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue tăng nồng độ enzym SGOT và SGOT. Kết quả điều trị: 69,4% bệnh nhân có thời gian điều trị từ 5-10 ngày và 100% bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue khỏi, ra viện.

Từ khóa: Sốt xuất huyết Dengue, Bệnh viện Quân y 105.

ABSTRACT: Retrospective study combined with prospective study and description of some clinical, subclinical characteristics and the results of treatment of 85 patients with Dengue hemorrhagic fever, treated at the Department of Infectious Diseases, Military Hospital 105, in 2015-2016. **Results:** The male patients (58.8%) were more than female patients (41.2%). The patients mainly aged 16-30 years (57.6%), The level of Dengue hemorrhagic fever (78.8%), with symptoms of high temperature (82.3%), subcutaneous hemorrhage (76.5%) %, the time of hemorrhage appearing from day 3 to 7 of disease (89.4%). There were 100% of patients with symptoms of fever, positive tourniquet test, headache, muscular and joint aches, hyperemia of the skin and mucous membranes. The majority of patients with leukopenia below 4 G/l (81.2%), hematocrit increased (63.5%), platelets decreased from 50 to less than 100 G/l (51.8%). The enzyme levels SGOT and SGOT increased by 100% of Dengue patients. The results of treatment: 69.4% of patients with 5-10 days of treatment time and 100% of Dengue patients recovered and discharged from the hospital.

Keywords: Dengue hemorrhagic fever, Military hospital 105

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKI, Nguyễn Tiến Nhiệm, Email: nguyennhiemtp@gmail.com

Ngày nhận bài: ; mời phản biện khoa học: ; chấp nhận đăng: .

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm cấp tính do virus Dengue gây ra, có thể lây thành những vụ dịch lớn. Trung gian chính truyền bệnh là muỗi *Aedes aegypti*. Dịch bệnh sốt xuất huyết và SXHD là vấn đề y tế cần quan tâm ở nhiều quốc gia trên thế giới, nhất là các nước khu vực Đông Nam Á và Tây Thái Bình Dương. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới, SXHD đang gia tăng đáng kể và là một bệnh có tỉ lệ mắc, tử vong cao trong những thập niên gần đây. Hiện nay, trên thế giới có khoảng 2,5 tỉ người sống trong vùng dịch tễ SXHD, mỗi năm có khoảng 50-100 triệu ca bệnh, tỉ lệ tử vong khoảng 2,5% [7]. Ở Việt Nam, những năm qua, dịch sốt xuất huyết xuất hiện ở hầu hết các tỉnh/thành trong cả nước với số mắc đứng hàng thứ năm, tử vong đứng hàng đầu trong 26

bệnh truyền nhiễm gây dịch. SXHD phát triển thành dịch hằng năm và cứ 3-4 năm lại có một đợt dịch bùng phát nặng trên diện rộng. Biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng trong SXHD đã được một số tác giả nghiên cứu đề cập. Song các biểu hiện này lại có những điểm khác biệt trong mỗi vụ dịch. Theo thống kê của Bộ Y tế nước ta, số mắc/tử vong do SXHD ở Việt Nam năm 2009 là 93.329/81 người, năm 2010 là 128.831/109 người. Trên thực tế, số mắc và tử vong có thể còn cao hơn nhiều.

Những năm qua, Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Quân y 105 đã thu dung, điều trị hàng trăm bệnh nhân (BN) SXHD trên địa bàn Thị xã Sơn Tây và khu vực lân cận. Để phục vụ công tác chẩn đoán sớm, điều trị kịp thời, hạn chế các biến chứng của bệnh, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết

quả điều trị BN SXHD tại Bệnh viện Quân y 105, năm 2015-2016.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

85 BN chẩn đoán xác định SXHD, điều trị tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Quân y 105, năm 2015-2016.

Loại trừ BN dưới 16 tuổi, BN có bệnh lý khác kèm theo (như nhiễm trùng, suy gan, suy thận, viêm gan virút...), BN không đồng ý tham gia nghiên cứu hoặc bệnh án không đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Phương pháp thu thập số liệu: số liệu thu thập theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất (thông tin từ hồ sơ bệnh án, khai thác bệnh sử, diễn biến bệnh, đánh giá kết quả điều trị).

- Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới tính, mức độ SXHD, đặc điểm của sốt, thời gian sốt, thời gian xuất hiện xuất huyết, hình thái xuất huyết và các triệu chứng khác.

+ Đặc điểm cận lâm sàng: biến đổi số lượng tiểu cầu, bạch cầu, hồng cầu; biến đổi tỉ lệ Hematocrit, nồng độ enzym SGOT và SGPT.

+ Kết quả điều trị: thời gian điều trị, kết quả điều trị (khỏi ra viện, biến chứng - tử vong).

- Chẩn đoán SXHD theo Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị SXHD của Bộ Y tế, năm 2011 [4].

- Đạo đức nghiên cứu: đề tài được thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện; các thông tin của BN được giữ bí mật và chỉ sử dụng trong nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm Excel 2007 và Epi info 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm lâm sàng BN nghiên cứu:

Bảng 1. Tuổi và giới tính.

Tuổi	Giới tính		Tổng
	Nam	Nữ	
Từ 16-30	29	20	49 (57,6%)
Từ 31-45	12	8	20 (23,5%)
Trên 45	9	7	16 (18,8%)
Tổng	50 (58,8%)	35 (41,2%)	85 (100%)

Chủ yếu gặp BN SXHD từ 16-30 tuổi (57,6%). BN nam (58,8%) mắc bệnh nhiều hơn BN nữ (41,2%).

- Phân bố mức độ SXHD (n = 85):

+ Mức độ SXHD: 67 BN (78,8%).

+ Mức độ SXHD có dấu hiệu cảnh báo: 16 BN (18,8%).

+ Mức độ SXHD nặng: 2 BN (2,3%).

Đa số BN mức độ SXHD (78,8%).

Bảng 2. Đặc điểm của sốt (n = 85).

Đặc điểm sốt		Số BN	Tỉ lệ %
Mức độ sốt	Nhẹ (< 38°C)	2	2,3
	Vừa (38-< 39°C)	13	15,3
	Cao (> 39°C)	70	82,3
Thời gian sốt	Dưới 3 ngày	0	0
	Từ 3-7 ngày	77	90,6
	Trên 7 ngày	8	9,4

Đa số BN SXHD sốt cao (82,3%), thời gian sốt từ 3-7 ngày (90,6%).

- Hình thái xuất huyết (n = 85):

+ Xuất huyết dưới da: 65 BN (76,5%).

+ Xuất huyết niêm mạc: 42 BN (49,4%).

+ Xuất huyết nội tạng: 2 BN (2,3%).

+ Dấu hiệu dây thắt (+): 85 BN (100%).

100% BN SXHD đều có dấu hiệu dây thắt (+), 76,5% BN xuất huyết dưới da, 49,4% BN xuất huyết niêm mạc, 2,3% BN xuất huyết nội tạng.

- Thời gian xuất hiện xuất huyết (n = 85):

+ Từ 1-2 ngày: 2 BN (2,3%).

+ Từ 3-7 ngày: 76 BN (89,4%).

+ Trên 7 ngày: 7 BN (8,2%).

100% BN có biểu hiện xuất huyết, vị trí xuất huyết gặp ở dưới da, niêm mạc và cả xuất huyết nội tạng. Thời gian xuất huyết thường xảy ra từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 7 của bệnh (89,4%).

- Một số triệu chứng khác (n = 85):

+ Đau đầu: 85 BN (100%).

+ Đau mỗi cơ, khớp: 85 BN (100%).

+ Da, niêm mạc xung huyết: 85 BN (100%).

+ Đau bụng: 21 BN (24,7%).

+ Nôn: 17 BN (20,0%).

+ Gan to: 12 BN (14,1%).

+ Đùi ngoài lỏng: 10 BN (11,8%).

+ Hạch to: 7 BN (8,2%).

100% BN có triệu chứng đau đầu, đau mỗi cơ, khớp, da niêm mạc xung huyết.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng BN nghiên cứu:

- Biến đổi số lượng tiểu cầu (n = 85):

+ Tiểu cầu dưới 50 G/l: 16 BN (18,8%).

+ Tiểu cầu từ 50 đến < 100 G/l: 44 BN (51,8%).

+ Tiểu cầu từ 100-150 G/l: 25 BN (29,4%).

+ Không BN nào có tiểu cầu trên 150 G/l.

100% BN SXHD có giảm tiểu cầu, trong đó, 18,8% BN có số lượng tiểu cầu dưới 50 G/l.

- Biến đổi số lượng bạch cầu (n = 85):

- + Bạch cầu giảm (< 4 G/l): 69 BN (81,8%).
- + Bạch cầu bình thường (từ 4-9 G/l): 14 BN (16,5%).
- + Bạch cầu tăng (> 9 G/l): 2 BN (2,3%).
- 81,18% BN SXHD có bạch cầu giảm.
- Biến đổi số lượng hồng cầu (n = 85):
- + Hồng cầu dưới 3,9 T/l: 3 BN (3,5%).
- + Hồng cầu từ 3,9-6 T/l: 80 BN (94,1%).
- + Hồng cầu trên 6 T/l: 2 BN (2,3%).
- 94,12% BN có số lượng hồng cầu bình thường.
- Biến đổi tỉ lệ Hematocrit (n = 85):
- + Hematocrit bình thường (từ 34-48%): 31 BN (36,47%).
- + Hematocrit tăng (> 48%): 54 BN (63,53%).
- + Không BN hợp nào giảm Hematocrit (< 34%).
- 63,53% BN SXHD có tăng Hematocrit.
- Biến đổi nồng độ SGOT và SGPT (n = 85):

Enzym	Mức độ	Số BN	Tỉ lệ %
SGOT (bình thường < 40 U/l)	Tăng < 5 lần	68	80,0
	Tăng ≥ 5 lần	17	20,0
SGPT (bình thường < 40 U/l)	Tăng < 5 lần	71	83,53
	Tăng ≥ 5 lần	14	16,47

100% BN SXHD có biến đổi nồng độ SGOT và SGPT. Trong đó, chủ yếu nồng độ SGOT và SGPT tăng dưới 5 lần (80,0% trở lên).

3. Kết quả điều trị BN SXHD:

- Thời gian điều trị (n = 85):
- + Dưới 5 ngày: 13 BN (15,29%).
- + Từ 5-10 ngày: 59 BN (69,42%).
- + Trên 10 ngày: 13 BN (15,29%).

Đa số BN có thời gian điều trị từ 5-10 ngày (69,42%).

- Kết quả điều trị (n = 85):
- + Khỏi, ra viện: 85 BN (100%).
- + Không có trường hợp BN tử vong.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm lâm sàng BN nghiên cứu:

Tỉ lệ BN nam (58,82%) nhiều hơn BN nữ (41,2%); tương đương kết quả nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước, như nghiên cứu của Hà Văn Phúc, năm 2006 (BN nam: 55,3%, BN nữ: 44,7% [9]); Đoàn Văn Quyền (BN nam: 57,5% và BN nữ: 44,3% [7]); Hoàng Vũ Hùng (BN nam: 55%, BN nữ 45% [8]).

57,6% BN SXHD từ 16-30 tuổi, 23,5% BN SXHD từ 31-45 tuổi, 18,8% BN SXHD trên 45 tuổi. Theo nghiên

cứu của Đoàn Văn Quyền, BN SXHD từ 16-25 tuổi: 76,7%; từ 26-35 tuổi: 16,4%; từ 36-45 tuổi: 5,4%; trên 45 tuổi: 1,3%. Tỉ lệ bệnh giảm dần theo tuổi (tuổi càng cao tỉ lệ mắc bệnh càng giảm), do đáp ứng miễn dịch được củng cố dần. BN từ 20-30 tuổi có tỉ lệ mắc cao, có thể do tính chất công việc, học tập cần dành nhiều thời gian bên ngoài nhà hơn nên bị ảnh hưởng nhiều hơn; phù hợp với kết quả nghiên này.

Theo tiêu chuẩn của WHO về mức độ bệnh, 78,8% BN mức độ SXHD, 18,8% BN mức độ SXHD có dấu hiệu cảnh báo, 2,3% BN mức độ SXHD nặng; tương đương nghiên cứu của Hoàng Vũ Hùng (57,5% BN SXHD, 38,3% BN SXHD có dấu hiệu cảnh báo và 4,2% BN SXHD nặng [8]).

Đặc điểm về sốt: 100% BN SXHD có sốt, trong đó, hay gặp nhất là BN sốt trên 39°C (82,3%). 90,6% BN có thời gian sốt từ 3-7 ngày. Theo Bùi Đại, sốt là triệu chứng nổi bật ở hầu hết BN SXHD, trong đó, 70-90% BN sốt trên 39°C, thời gian sốt trung bình 4-7 ngày [1]; theo Lê Thị Lựu và cộng sự, 71,7% BN SXHD có thời gian sốt từ 5-6 ngày [12]; theo Đoàn Văn Quyền, sốt thường kéo dài từ 4-7 ngày [7]; Lê Ngọc Phú năm 2009 thấy 93,8% BN có thời gian sốt từ 3-8 ngày [10]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của các tác giả trên.

Thời gian xuất hiện xuất huyết: đa số BN xuất hiện xuất huyết từ ngày thứ 3-7 của bệnh (89,4%); tương đương nghiên cứu của Lê Thị Lựu, chủ yếu BN có thời gian xuất hiện xuất huyết từ ngày thứ 4-7 của bệnh [12].

Hình thái xuất huyết: 100% BN SXHD đều có dấu hiệu dây thắt (+), 76,5% BN SXHD xuất huyết dưới da, 49,4% BN SXHD xuất huyết niêm mạc, 2,3% BN xuất huyết nội tạng; thấp hơn kết quả nghiên cứu của Lê Thị Lựu (xuất huyết dưới da: 94,33%, xuất huyết nội tạng: 5,65%, xuất huyết niêm mạc: 38,5% [12]). Nghiên cứu của Bệnh viện Quân y 103 năm 2009 thấy, xuất huyết dưới da: 54,7%, xuất huyết niêm mạc: 40,7%, xuất huyết nội tạng: 7,4% (tỉ lệ BN xuất huyết nội tạng cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có thể do Bệnh viện Quân y 103 là bệnh viện tuyến trên nên nhiều BN nặng được chuyển về, các trường hợp nhẹ thường có chỉ định điều trị tại tuyến y tế cơ sở hoặc ngoại trú).

Các triệu chứng khác: 100% BN SXHD có triệu chứng đau đầu, đau mỗi cơ khớp, xung huyết da và niêm mạc, 20,0% BN SXHD có triệu chứng đau bụng và 24,7% có triệu chứng nôn; tương tự nghiên cứu của Đoàn Văn Quyền [7], Hoàng Vũ Hùng [8], Lê Thị Lựu [12].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng BN nghiên cứu:

Biến đổi số lượng tiểu cầu: 100% BN SXHD có

tiểu cầu giảm, trong đó, 29,4% BN SXHD tiểu cầu giảm từ 100-150 G/l và 51,8% BN SXHD tiểu cầu giảm còn từ 50 đến dưới 100 G/l, 18,8% BN SXHD tiểu cầu giảm dưới 50 G/l; tương đương kết quả nghiên cứu của Lê Thị Lựu và cộng sự (100% BN đều giảm tiểu cầu, trong đó có 69,75% BN giảm tiểu cầu ở mức 50-100 G/l [12]). Các y văn trên thế giới đều ghi nhận, SXHD tiểu cầu giảm mạnh (thường dưới 100 G/l). Tiểu cầu giảm nhiều thường đi kèm với tình trạng xuất huyết nặng, tuy nhiên, có những BN dù tiểu cầu giảm rất nhiều nhưng xuất huyết không nhiều, tiểu cầu giảm ít nhưng xuất huyết nhiều. Chất lượng tiểu cầu có bị ảnh hưởng trong sốt xuất huyết hay không còn chưa được các tác giả đề cập đến, có lẽ còn có yếu tố về độ bền thành mạch, rối loạn đông máu hay độ tập trung tiểu cầu giảm?

- Biến đổi số lượng bạch cầu: 81,2% BN SXHD bạch cầu giảm dưới 4 G/l, thậm chí có trường hợp giảm dưới 2 G/l; cao hơn kết quả nghiên cứu của Lê Thị Lựu và cộng sự (74,5%) [12], Đoàn Văn Quyền (55%) [7]. Sự khác nhau này có lẽ liên quan đến typ Dengue gây bệnh trong các vụ dịch. Theo WHO, trong thời kì đầu bạch cầu thường giảm, sau đó hồi phục ở giai đoạn lui bệnh.

- Biến đổi số lượng Hồng cầu: 2,3% BN SXHD có hồng cầu tăng, 3,5% BN SXHD có hồng cầu giảm; phù hợp với nghiên cứu của Lê Thị Lựu và cộng sự [12]. Biến đổi tỉ lệ Hematocrit: 63,5% BN SXHD có Hematocrit tăng nhưng chưa vượt qua ngưỡng 48%, có lẽ do BN đi khám bệnh sớm, được bù nước điện giải sớm nên tình trạng cô máu đã được cải thiện. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả trong và ngoài nước [7, 8].

- Biến đổi nồng độ enzym SGOT và SGPT: tổn thương gan trong sốt xuất huyết được chứng minh bằng xét nghiệm có tăng men gan (SGOT và SGPT). Kết quả nghiên cứu này cho thấy, 100% BN SXHD có tăng enzym SGOT và SGPT, trong đó, SGOT/SGPT tăng nhẹ dưới 5 lần (80%/83,5%), SGOT/SGPT tăng trên 5 lần (20%/16,5%). Kết quả này phù hợp nghiên cứu của Hoàng Vũ Hùng (90,2% BN có SGOT tăng, trong đó có 68,3% BN có SGOT tăng dưới 5 lần và 22,5% BN có SGOT tăng trên 5 lần; 73,4% SGPT tăng, trong đó có 56,7% BN có SGPT tăng dưới 5 lần, 16,7% có SGPT tăng trên 5 lần [8]); nhưng nghiên cứu của Đoàn Văn Quyền cho kết quả tổn thương gan ở mức độ nhẹ hơn, 89,2% và 66,9% BN có SGOT và SGPT tăng dưới 5 lần; không trường hợp nào tăng trên 5 lần [7]).

4.3. Kết quả điều trị:

- 69,4% BN SXHD có thời gian điều trị từ 5-10 ngày, 15,3% BN SXHD có thời gian điều trị trên 10 ngày (thường là BN có men gan tăng cao); tương

tự nghiên cứu của Lê Thị Lựu (thời gian điều trị từ 5-7 ngày: 43,4%; từ 8-10 ngày: 21,7%; trên 10 ngày: 18,9% [12]). 100% BN SXHD điều trị tại khoa đều khỏi và ra viện, không có trường hợp nào biến chứng hoặc tử vong; tương đương nghiên cứu của Lê Thị Lựu (100% BN khỏi và ra viện) [12]; khác nghiên cứu của Đoàn Văn Quyền (99,3% BN khỏi ra viện, 0,7% BN có biến chứng tử vong [7]).

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 85 BN SXHD tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Quân y 105, chúng tôi rút ra một số kết luận:

- Tỉ lệ BN nam (58,8%) nhiều hơn BN nữ (41,2%). Chủ yếu gặp BN SXHD từ 16-30 tuổi (57,6%), mức độ SXHD (78,8%), có triệu chứng sốt cao (82,3%), xuất huyết dưới da (76,5%), thời gian xuất hiện xuất huyết từ ngày thứ 3-7 của bệnh (89,4%). 100% BN có biểu hiện sốt, nghiệm pháp dây thắt dương tính, có đau đầu, đau mỗi cơ khớp, da và niêm mạc xung huyết.

- Đa số BN có bạch cầu giảm dưới 4 G/l (81,2%), Hematocrit tăng (63,5%), tiểu cầu giảm còn từ 50 đến dưới 100 G/l (51,8%). 100% BN SXHD tăng nồng độ enzym SGOT và SGPT.

- Kết quả điều trị: chủ yếu BN có thời gian điều trị 5-10 ngày (69,4%); 100% BN khỏi, ra viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bùi Đại (2002), *Dengue xuất huyết*, Nhà xuất bản Y học.
2. Lê Đăng Hà (2003), “Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng SXHD ở người lớn”, *Tạp chí thông tin Y học dược*, số 7, tr. 24-28.
3. Bộ Y tế (2009), *Quyết định về việc ban hành Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt Dengue và SXHD*.
4. Bộ Y tế (2011), *Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị SXHD*, Quyết định số 458/QĐ-BYT.
5. Tổ chức Y tế thế giới, *Cập nhật thông tin về bệnh sốt xuất huyết năm 2013*.
6. Trần Viết Tiến (2009), *Dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng của BN sốt Dengue, SXHD người lớn, điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 trong vụ dịch 2009*.
7. Đoàn Văn Quyền, Ngô Văn Truyền (2014), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị và yếu tố tiên lượng bệnh SXHD ở người lớn”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 1, tr. 25-29.
8. Hoàng Vũ Hùng, Đỗ Thị Lệ Quyên (2014), “Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng tổn thương gan ở BN SXHD ở người lớn”, *Tạp chí Y học quân sự*, số 4.
9. Hà Văn Phúc (2006), *Nghiên cứu một số đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và yếu tố tiên lượng*

bệnh SXHD ở huyện Vĩnh Thuận - Kiên Giang, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II.

10. Lê Ngọc Phú (2010), *Một số đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng ở BN SXHD tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Quân y 103*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.

11. Mai Hữu Phước (2011), “Một số nhận xét về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh sốt Dengue/SXHD ở người ≥ 16 tuổi”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 1 (804), tr. 72-74.

12. Lê Thị Lựu và cộng sự (2011), “Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị BN sốt xuất huyết tại Khoa Truyền nhiễm, Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái nguyên, năm 2009-2010”, *Tạp chí Khoa học và Công nghệ*, 85 (09)/2, tr. 82- 89.

13. Cruz D.S (2007), “The pathology of Dengue haemorrhagic fever”, *Seminars in Diagnostic Pathology*.

14. WHO (2004), *Dengue haemorrhagic fever: diagnosis, treatment and control*, Gavana. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT 100 BỆNH NHÂN RĂNG KHÔN...

(Tiếp theo trang 33)

Thần răng được chia cắt làm nhiều phần nhằm hạn chế phải mổ xương, tránh làm tổn thương xương hàm dưới, răng số 7 và thần kinh mạch máu; tạo điều kiện cho sự lành thương nhanh phục hồi.

Có 64 BN (64%) được phẫu thuật lấy RKHD trong thời gian từ 30-60 phút, phù hợp với tỉ lệ BN độ khó từ 6-10 điểm. Trong phẫu thuật, có 7 BN bị gãy chân răng do chân răng cong hoặc mảnh, thấp hơn nghiên cứu của Mai Đình Hưng (chiếm 11% [6]). Sau phẫu thuật, chúng tôi gặp 3 BN (3%) chảy máu thứ phát, 1 BN (1%) nhiễm trùng.

Đánh giá sau phẫu thuật 1 tuần, chúng tôi thấy kết quả tốt ở 79 BN (79%), kết quả khá ở 17 BN (17%), kết quả kém ở 4 BN (4%). Những BN có kết quả khá thường còn các biểu hiện đau nhẹ, sưng nề, tập trung vào những trường hợp phải lấy xương nhiều (RKHD mọc ngầm trong xương) hoặc có tai biến nhiễm trùng.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 100 BN với 100 RKHD mọc lệch, ngầm, điều trị tại Khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 7/2015-7/2016, kết luận:

- Thường gặp BN từ 20-29 tuổi (69%), có triệu

chứng sưng, đau răng (44%), mức độ nhỏ khó trung bình (66%), chân răng nằm sát ống răng dưới (28%), sâu cổ răng số 7 (34%).

- Phẫu thuật theo phương pháp mở xương kết hợp cắt thân hoặc cắt thân - chia chân cho 100% BN, đa số kéo dài từ 30-60 phút (64%), với 7% bị gãy chân răng, 3% có chảy máu thứ phát, 1% có nhiễm trùng. Kết quả gần: 79% kết quả tốt, 17% kết quả khá và 4% kết quả kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Văn Cát (1977), *Hình thành và phát triển răng hàm mặt*, tập I, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 73-89.

2. Nguyễn Đăng Dự (1982), “Phương pháp nhổ răng RKHD mọc lệch”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 8, tr. 41-45.

3. Nguyễn Văn Dĩ (1999), “Nhận xét qua 100 trường hợp nhổ RKHD mọc lệch gây biến chứng”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 10-11/1999, tr. 45-47.

4. Nguyễn Xuân Hòe (1973), “Tổng kết kinh nghiệm nhổ răng khôn mọc lệch theo phương pháp đòn bẩy 3 năm 1971-1973”, *Nội san Răng hàm mặt*, tr. 45-47.

5. Nguyễn Dương Hồng (1977), “Chỉ định và phản chỉ định nhổ răng khôn mọc lệch”, *Nội san Răng hàm mặt*, số 1, tr. 57-61.

6. Mai Đình Hưng (1977), “Phẫu thuật nhổ răng khôn và răng ngầm”, “Các phẫu thuật khác trong miệng”, *Răng hàm mặt*, tập 1, Nhà xuất bản Y học, tr. 228-232, 232-240.

7. Mai Đình Hưng (1973), “Nhận xét về hình thể bên ngoài 51 RKHD mọc lệch”, *Nội san Răng hàm mặt*, số 2, tr. 17-19.

8. Mai Đình Hưng (1973), “Tổng kết 83 trường hợp phẫu thuật RKHD”, *Nội san Răng hàm mặt*, tr. 67-72.

9. Mai Đình Hưng (1995), “Phẫu thuật sớm RKHD mọc lệch ngầm”, *Thông tin Y học*, tập III, số 7, tr. 15-17.

10. Mai Đình Hưng (1999), *X quang răng hàm mặt*, Đại học Y Hà Nội, tr. 51-58

11. Võ Thế Quang (1986), “Nhổ răng bằng phương pháp phẫu thuật”, *trong: Giải phẫu miệng và hàm mặt*, tập I, Nhà xuất bản Y học, tr. 58-81.

12. Võ Thế Quang (1973), “Nhổ RKHD mọc ngầm”, *trong: Phẫu thuật miệng và hàm mặt*, tập I, Nhà xuất bản Y học, tr. 46-97. □

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM RUỘT THỪA CẤP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

BSCKII. TRẦN VĂN HÀ - Bệnh viện Quân y 105
TS. HÀ THẾ TẤN - Viện Y học dự phòng Quân đội
Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. KIỀU CHÍ THÀNH
(2) BSCKI. ĐỖ THỊ KIM OANH

TÓM TẮT: Nghiên cứu kết quả bước đầu sử dụng kháng sinh dự phòng điều trị 50 bệnh nhân phẫu thuật nội soi viêm ruột thừa cấp, so sánh với nhóm 50 bệnh nhân phẫu thuật nội soi viêm ruột thừa cấp sử dụng kháng sinh điều trị theo phác đồ thông thường sau mổ, tại Bệnh viện Quân y 105, kết luận:

- Bệnh nhân phẫu thuật nội soi viêm ruột thừa cấp sử dụng kháng sinh dự phòng có diễn biến thân nhiệt sau mổ ổn định; mức độ đau sau mổ (92% đau vừa, 4% đau ít), thời gian lưu thông ống tiêu hóa sau mổ (trung bình $11,20 \pm 2,62$ giờ); tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (4% nhiễm khuẩn nhẹ), thời gian nằm viện (trung bình $4,05 \pm 1,56$ ngày) và kết quả điều trị gần (96% tốt, 4% trung bình), kết quả điều trị xa (100% tốt) đều tương đương với nhóm sử dụng kháng sinh điều trị theo phác đồ thông thường.

- Nhóm bệnh nhân sử dụng kháng sinh dự phòng có chi phí thuốc kháng sinh đợt điều trị trung bình thấp hơn 5,7 lần so với nhóm sử dụng kháng sinh điều trị theo phác đồ thông thường.

Từ khóa: Kháng sinh dự phòng, phẫu thuật nội soi, viêm ruột thừa cấp.

ABSTRACT: Study on the initial results of using prophylactic antibiotics for treatment of 50 patients with acute appendicitis underwent laparoscopic surgery, compared with a group of 50 patients with acute appendicitis underwent laparoscopic surgery using antibiotics following the conventional regimen after surgery, at the Military hospital 105, concluded:

The patients with acute appendicitis underwent laparoscopic surgery using prophylactic antibiotics have stable changes in body temperature after surgery; the pain level after surgery (92% moderate pain, 4% less pain), the time of gastrointestinal circulation after surgery (average 11.20 ± 2.62 hours); the incidence of incision site infection (4% minor infection), the average time of hospital stay (average 4.05 ± 1.56 days) and the results of immediate treatment (96% good, 4% average), the results of distant treatment (100% good) was equivalent to the group using antibiotics following the conventional regimens.

The group of patients using prophylactic antibiotics had the average cost of antibiotics during the treatment session, which was 5.7 times lower than that of the group using antibiotics following the conventional regimens.

Keywords: Prophylactic antibiotics, laparoscopic surgery, acute appendicitis.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Trần Văn Hà, Email: vanha6226@gmail.com

Ngày nhận bài:

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Kháng sinh dự phòng (KSDP) là việc sử dụng kháng sinh trước khi xảy ra nhiễm khuẩn nhằm mục đích ngăn ngừa hiện tượng này. KSDP được sử dụng trước phẫu thuật (khi chưa có nhiễm khuẩn), tạo nồng độ kháng sinh cần thiết nhằm giảm tần suất nhiễm khuẩn tại vị trí hoặc cơ quan được phẫu thuật, kể cả trong phẫu thuật mở hay phẫu thuật nội soi [1].

Tại Bệnh viện Quân y 105, phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa (RT) được thực hiện từ năm 2007 cho hầu hết các trường hợp viêm RT cấp. Tuy nhiên, việc sử dụng KSDP trong điều trị còn chưa được quan tâm triển khai đúng mức và chưa có những đánh giá, rút kinh nghiệm.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm nhận

xét kết quả bước đầu sử dụng KSDP trong phẫu thuật nội soi điều trị viêm RT cấp và đánh giá chi phí sử dụng KSDP trong phẫu thuật nội soi điều trị viêm RT cấp tại Bệnh viện Quân y 105.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

100 bệnh nhân (BN) viêm RT cấp, có chỉ định và được phẫu thuật nội soi cắt RT viêm tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 7 đến tháng 12/2014. BN được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm:

- Nhóm 1: 50 BN (có sổ bệnh án lẻ), có sử dụng KSDP trước phẫu thuật.

- Nhóm 2: 50 BN (có sổ bệnh án chẵn), không sử dụng KSDP trước phẫu thuật, sử dụng kháng sinh điều trị sau phẫu thuật theo phác đồ thông thường.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu, có phân tích.

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Lựa chọn đối tượng nghiên cứu: các BN được thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng, xác định chẩn đoán viêm RT cấp và chỉ định phẫu thuật nội soi cắt RT viêm. Sau đó chia ngẫu nhiên vào các nhóm.

+ BN nhóm 1 sử dụng KSDP cefotaxim (liều 2g tiêm tĩnh mạch) và metronidazol (liều 500 mg truyền tĩnh mạch) trước phẫu thuật 30 phút; không dùng kháng sinh điều trị sau phẫu thuật.

+ BN nhóm 2 không sử dụng KSDP; sau phẫu thuật dùng kháng sinh theo phác đồ điều trị đang áp dụng tại Khoa Ngoại chung, Bệnh viện Quân y 105 (mỗi ngày 2g cefotaxim và 1000 mg metronidazol, trong 5-7 ngày tùy theo diễn biến bệnh lý).

+ Thu thập số liệu nghiên cứu, phân tích và kết luận.

- Chỉ tiêu nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá:

+ Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, diễn biến trong quá trình điều trị và kết quả phẫu thuật.

+ So sánh hiệu quả điều trị và chi phí sử dụng kháng sinh giữa 2 nhóm BN.

+ Đánh giá kết quả gần (khi BN ra viện) và kết quả xa (sau phẫu thuật 6 tháng) theo tiêu chuẩn của Bệnh viện TƯQĐ108, gồm các mức độ: tốt, trung bình, xấu.

- Xử lý số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và Excel 2010 với các thuật toán thống kê ứng dụng trong y học.

- 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 Quân y 105; các BN đồng ý tham gia nghiên cứu; mọi thông tin về BN được bảo mật và chỉ sử dụng phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN trước phẫu thuật:

Bảng 1. Một số đặc điểm BN trước phẫu thuật.

Sự khác biệt về tuổi, thân nhiệt trước mổ, số

Đặc điểm BN		Nhóm 1	Nhóm 2	p
Tuổi trung bình		33, 56 ± 17,48	36,46 ± 16,58	> 0,05
Thân nhiệt (°C)		37,4 ± 1,06	37,4 ± 0,98	> 0,05
Số lượng bạch cầu	≤ 9,0 G/l	4 (8,0%)	1 (2,0%)	> 0,05
	> 9,0 G/l	46 (92,0%)	49 (98,0%)	> 0,05
	Trung bình	14,53 ± 2,06	14,90 ± 1,89	> 0,05
Tỉ lệ bạch cầu N (%)		82,8 ± 8,50	85,7 ± 5,50	> 0,05
Hình ảnh RT trên siêu âm	Có viêm	32 (64,0%)	29 (58,0%)	> 0,05
	Không viêm	18 (36,0%)	21 (42,0%)	

lượng bạch cầu, tỉ lệ bạch cầu neutro, hình ảnh RT trên siêu âm giữa 2 nhóm BN không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

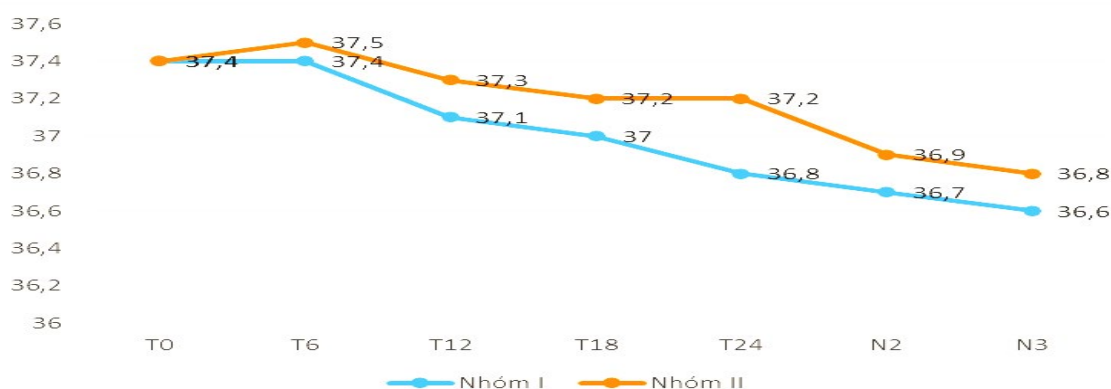
3.2. Đặc điểm và kết quả phẫu thuật:

- Đặc điểm RT trong phẫu thuật:

Bảng 2. Đặc điểm RT trong phẫu thuật.

Đặc điểm RT		Nhóm 1	Nhóm 2	p
Vị trí	Bình thường	40 (80,0%)	37 (74,0%)	> 0,05
	Sau M.tràng	6 (12,0%)	8 (16,0%)	> 0,05
	Khác	4 (8,0%)	5 (10,0%)	> 0,05
Mức độ viêm	Xung huyết	3 (6,0%)	4 (8,0%)	> 0,05
	Viêm mủ	47 (94,0%)	46 (92,0%)	> 0,05

- Diễn biến thân nhiệt BN:



Biểu đồ diễn biến thân nhiệt BN trước và sau phẫu thuật.

- Một số diễn biến lâm sàng khác:

Bảng 3. Diễn biến lâm sàng sau phẫu thuật.

Diễn biến lâm sàng		Nhóm 1	Nhóm 2	p
Mức độ đau	Đau ít	4 (8,0%)	1 (2,0%)	> 0,05
	Đau vừa	46 (92,0%)	49 (98,0%)	> 0,05
	Đau nhiều	0	0	> 0,05
Thời gian lưu thông ống tiêu hóa sau mổ	Trước 12 giờ	46	41	> 0,05
	Từ 12-24 giờ	4	5	
	Từ 25-36 giờ	0	4	
	Sau 36 giờ	0	0	
	Trung bình	11,20 ± 2,62	11,56 ± 2,48	> 0,05
Tình trạng vết mổ	Khô hoàn toàn	48	49	> 0,05
	Nề nhẹ, ít dịch	2	1	
	Tấy đỏ, dịch mủ	0	0	

- Hiệu quả điều trị:

Bảng 4. Hiệu quả điều trị.

Hiệu quả điều trị		Nhóm 1	Nhóm 2	p
Thời gian nằm viện		4,05 ± 1,56	4,67 ± 1,67	> 0,05
Chi phí kháng sinh		114.400	654.120	
Kết quả gần	Tốt	48	49	
	Trung bình	2	1	
Kết quả xa	Tốt	50	50	
	Trung bình	0	0	

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

Viêm RT cấp có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Trong nghiên cứu này, chúng tôi gặp BN từ 7-82 tuổi; trung bình nhóm 1 là 33,56 ± 17,48 tuổi và nhóm 2 là 36,46 ± 16,58 tuổi, khác biệt không có ý nghĩa thống kê (với p > 0,05). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Lê Thanh Sơn [2], Phạm Minh Đức [3] và một số nghiên cứu dịch tễ học về viêm RT cấp trong nước và trên thế giới. Nội soi cắt RT là kỹ thuật khá nhiều ưu điểm, độ an toàn cao, có thể chỉ định cho cả trẻ nhỏ và người cao tuổi khi điểm ASA cho phép. BN cao tuổi nhất trong nghiên cứu này (82 tuổi) trong nhóm 1 (sử dụng KSDP) và đáp ứng rất tốt với điều trị.

Chẩn đoán viêm RT cấp phải căn cứ vào rất nhiều yếu tố (triệu chứng cơ năng, thực thể, các xét nghiệm và chẩn đoán hình ảnh). Về thân nhiệt BN trước mổ, trung bình cả 2 nhóm xấp xỉ 37,4°C, đa số sốt nhẹ (dưới 38°C). Nghiên cứu của Liang

H.H trên 70 BN viêm RT cấp phẫu thuật nội soi, ghi nhận 35,7% có sốt trên 37,5°C; tuy nhiên không

phát hiện sự liên quan giữa triệu chứng sốt với thời gian phẫu thuật hay tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật [4]. Đa số BN có số lượng bạch cầu và tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng cao, chỉ 5% không tăng số lượng bạch cầu. Số lượng bạch cầu phản ánh mức độ nhiễm trùng của viêm RT cấp. Di Saverio S và cộng sự nghiên cứu 4.529 BN nghi ngờ viêm RT cấp, đã tiến hành phẫu thuật 4.108 BN (91%) và thấy 942 trường hợp (23%) RT viêm vỡ mủ. Tác giả ghi nhận 1 trong 3 yếu tố có liên quan đến viêm RT cấp vỡ mủ là số lượng bạch cầu lớn hơn 15 G/l [5]. Kết quả siêu âm trước mổ cho thấy tỉ lệ âm tính giả còn cao, 39% số BN không phát hiện hình ảnh RT trên siêu âm. Thực tế lâm sàng đòi

hỏi chẩn đoán viêm RT cấp phải có nhiều kinh nghiệm lâm sàng và thăm khám tỉ mỉ, phát hiện nhiều triệu chứng như đã phân tích ở trên. Chẩn đoán viêm RT cấp nhìn chung không khó với những trường hợp RT ở vị trí thông thường, triệu chứng điển hình. Tuy nhiên, lại có trường hợp chẩn đoán khó khăn do những bất thường về vị trí giải phẫu, đặc điểm tổn thương, nên một tỉ lệ không nhỏ chẩn đoán trước mổ là nghi ngờ viêm RT cấp và chỉ định nội soi thăm dò.

Vị trí của RT rất quan trọng khi áp dụng phương pháp phẫu thuật nội soi 1 cổng. Nghiên cứu của chúng tôi 77,0% trường hợp RT nằm ở vị trí hố chậu phải; 14,0% nằm sau manh tràng; 9,0% ở các vị trí khác như sau hồi tràng, dưới gan phải... Các vị trí khó này được xem là thách thức đối với phẫu thuật nội soi, đặc biệt tại các bệnh viện mới triển khai kỹ thuật. Kim Y.H và cộng sự đã thực hiện thành công 120 trường hợp cắt RT nội soi, trong đó có 15% RT nằm sau manh tràng, 21,7% RT nằm sau hồi tràng và 63,3% RT nằm dưới manh tràng [6].

Chúng tôi gặp 93,0% trường hợp viêm RT cấp nang mủ. Với những trường hợp viêm RT cấp nang mủ, thao tác phẫu thuật đòi hỏi thận trọng, tránh gây dập nát thành RT. Đồng thời, cần đánh giá phần gốc RT và manh tràng (nếu gốc RT chưa hoại tử sẽ tiến hành buộc gốc như thông thường). Margenthaler J.A và cộng sự nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả phẫu thuật nội soi cắt RT với 4.163 trường hợp và cho rằng những BN viêm RT cấp nang mủ có nguy cơ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật (24,9% và 4,0%) cao hơn so với các BN viêm RT cấp xung huyết (12,7% và 0,7%) [7].

KSDP tỏ ra an toàn trong phẫu thuật nội soi điều trị viêm RT cấp chưa biến chứng. Theo dõi sự biến đổi thân nhiệt của BN sau phẫu thuật, chúng tôi thấy thân nhiệt trung bình của nhóm sử dụng KSDP thấp hơn nhóm sử dụng kháng sinh điều trị ở các thời điểm sau phẫu thuật, đặc biệt tại các thời điểm sau phẫu thuật 12 giờ, 18 giờ và 24 giờ ($p < 0,05$). Bên cạnh đó, nhóm sử dụng KSDP diễn biến thân nhiệt nhanh ổn định hơn (sau 12 giờ) so nhóm không sử dụng KSDP (sau 18 giờ).

Đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật, đa số BN đều đau mức độ ít, nhóm 1 và nhóm 2 lần lượt 92,0% và 76% ($p > 0,05$). Ngoài ra, thời gian trung bình xuất hiện trung tiện của cả 2 nhóm lần lượt $11,20 \pm 2,62$ giờ và $11,56 \pm 2,48$ giờ ($p > 0,05$); BN có trung tiện sớm (trước 12 giờ) chiếm 87,0%. Kết quả tương tự với nghiên cứu của Phạm Minh Đức (thời gian xuất hiện trung tiện trung bình $13,8 \pm 5,63$ giờ [3]). Tác giả cũng cho rằng quá trình phục hồi nhanh là do đặc tính của phẫu thuật nội soi cắt RT chỉ cần vết mổ nhỏ, tác động lên các quai ruột tối thiểu và thời gian phẫu thuật ngắn so với phẫu thuật mở. Tình trạng vết mổ sau phẫu thuật đều ổn định, không có vết mổ bị nhiễm khuẩn nặng. Nhóm KSDP có 2 trường hợp nhiễm khuẩn nông, chảy dịch vàng tại chân Trocar rốn, dùng thêm 1 liều kháng sinh ở giờ thứ 6 sau mổ cho kết quả tốt. Đây là 2 trường hợp khi lấy RT ra ngoài thấy túi nilon bị rách, RT tiếp xúc trực tiếp với tổ chức thành bụng. Tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ chung trong nghiên cứu là 3%, tương đương với báo cáo của Phạm Văn Huy (2014) tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong phẫu thuật nội soi là 2,4%). Qua phân tích các yếu tố diễn biến lâm sàng sau phẫu thuật, kết quả điều trị sớm ở nhóm KSDP đa số là tốt (96,0%), không BN nào xảy ra tai biến, biến chứng nghiêm trọng, không có sự khác biệt với nhóm sử dụng kháng sinh điều trị về mức độ đau, thời gian trung tiện và tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ.

Thời gian điều trị trung bình tại viện của BN nhóm KSDP là $4,05 \pm 1,56$ ngày, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không dùng KSPD ($4,67 \pm 1,67$ ngày, $p < 0,05$). Chi phí trung bình trên mỗi BN cho điều trị kháng sinh theo đợt ở nhóm KSDP (Cefotaxim 2g/Metronidazol 0,5g) là 114.400 đồng và ở nhóm sử dụng kháng sinh điều trị (Cefotaxim 2g/Metronidazol 1g/ngày) là 654.120 đồng (cao hơn gấp 5,7 lần so với nhóm KSDP).

Viêm RT cấp chưa có biến chứng thuộc nhóm phẫu thuật sạch - nhiễm theo phân loại của Altemeier. Do trong quá trình phẫu thuật cắt RT có thì "nhiễm" (khi cắt RT), nên đa số phẫu thuật viên vẫn chỉ định cho BN dùng kháng sinh sau mổ từ 5-7 ngày dù phẫu thuật nội soi hay phẫu thuật mở

[5], [8]. Điều này gần như một thói quen cổ hủ vì lo ngại nếu không dùng kháng sinh sẽ dẫn đến nhiễm khuẩn vết mổ hoặc nặng hơn là các biến chứng như áp xe, viêm phúc mạc sau mổ... Tuy nhiên, việc lạm dụng kháng sinh, sử dụng kháng sinh không đúng thời điểm, không đúng chỉ định không chỉ làm tăng chi phí điều trị mà còn gây ra những hệ lụy cho cộng đồng vì nguy cơ tạo ra các chủng vi khuẩn kháng kháng sinh. Việc thay đổi thói quen sử dụng kháng sinh trong một số phẫu thuật sạch và sạch - nhiễm là hết sức cần thiết. Nghiên cứu của Phạm Văn Huy, sử dụng KSDP tại Viện Chấn thương Chỉnh hình Quân đội và Khoa Phẫu thuật tiêu hóa, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (2013) cho thấy tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ ở nhóm sử dụng KSDP và kháng sinh điều trị là tương đương, thời gian điều trị trung bình khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$; nhưng chi phí cho kháng sinh của 1 BN ở nhóm KSDP thấp hơn ở nhóm kháng sinh điều trị đến 694.000 đồng. Đoàn Huy Cường đánh giá kết quả bước đầu sử dụng KSDP trong phẫu thuật bụng tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (2013) cho thấy nhóm phẫu thuật sạch- nhiễm được sử dụng KSDP là 69,8%; nhóm sử dụng KSDP có tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ trong phẫu thuật bụng là 1,7% và chi phí cho kháng sinh tiết kiệm được là 1.067.200 đồng/1 BN. Nhìn chung, các tác giả đều thấy rằng KSDP có kết quả tốt trong những phẫu thuật sạch và sạch - nhiễm, rút ngắn được thời gian điều trị sau mổ, giảm chi phí kháng sinh... và tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ tương đương như sử dụng kháng sinh điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian điều trị trung bình tại viện ở nhóm KSDP $4,05 \pm 1,56$ ngày, thấp hơn so với nhóm không dùng KSPD ($4,67 \pm 1,67$ ngày, $p > 0,05$). Tính riêng chi phí kháng sinh cho 1 đợt điều trị của mỗi BN ở nhóm dùng kháng sinh điều trị cao hơn gấp 5,7 lần so với nhóm KSDP. Chi phí tiết kiệm được cho 1 BN có thể không nhiều, song đối với số thu dung điều trị của 1 cơ sở y tế thì có thể rất đáng kể (trung bình hằng năm, Bệnh viện thu dung 600 ca viêm RT cấp, tỷ lệ đủ điều kiện sử dụng KSDP xấp xỉ 65%, số tiền có thể tiết kiệm được là hơn 200 triệu đồng). Bên cạnh việc giảm chi phí thuốc kháng sinh, sử dụng KSDP còn góp phần giảm chi phí và công sức do giảm thời gian điều trị, giảm vật tư tiêu hao (bơm tiêm, dây truyền dịch); đặc biệt là giảm nguy cơ xảy ra tai biến, biến chứng trong quá trình thực hiện các kỹ thuật đưa thuốc vào cơ thể người bệnh, giảm đau đớn cho BN, nhanh trả người bệnh về với công việc và cuộc sống bình thường. Ở một số quốc gia phát triển, KSDP đã được sử dụng thường quy với các trường hợp phẫu thuật sạch và sạch - nhiễm.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu kết quả bước đầu sử dụng KSDP điều trị 50 BN phẫu thuật nội soi viêm RT cấp, so sánh với nhóm 50 BN phẫu thuật nội soi viêm RT cấp sử dụng kháng sinh điều trị theo phác đồ thông thường sau mổ, tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 7/2014 đến tháng 12/2014, kết luận:

- BN phẫu thuật nội soi viêm RT cấp sử dụng KSDP có diễn biến thân nhiệt sau mổ ổn định; mức độ đau sau mổ (92% đau vừa, 4% đau ít), thời gian lưu thông ống tiêu hóa sau mổ (trung bình $11,20 \pm 2,62$ giờ); tỉ lệ nhiễm khuẩn vết mổ (4% nhiễm khuẩn nhẹ), thời gian nằm viện (trung bình $4,05 \pm 1,56$ ngày) và kết quả điều trị gần (96% tốt, 4% trung bình), kết quả điều trị xa (100% tốt) đều tương đương với nhóm BN sử dụng kháng sinh điều trị theo phác đồ thông thường.

- Nhóm BN sử dụng KSDP có chi phí thuốc kháng sinh đợt điều trị trung bình thấp hơn 5,7 lần so với nhóm sử dụng kháng sinh điều trị theo phác đồ thông thường.

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

- Tăng cường việc kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện để hạn chế nhiễm khuẩn sau mổ nói chung và nhiễm khuẩn vết mổ nói riêng.

- Triển khai sử dụng KSDP cho các phẫu thuật sạch và sạch - nhiễm ở tất cả các khoa ngoại.

- Tăng cường kiểm soát việc sử dụng kháng sinh không đúng mục đích, không đúng thời điểm và liều lượng, không lạm dụng kháng sinh trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn sử dụng kháng sinh*, Quyết định số 708/QĐ-BYT ngày 02/3/2015 của Bộ Y tế.

2. Lê Thanh Sơn, Đặng Việt Dũng (2016), "Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm RT cấp qua 625 BN", *Tạp chí Y dược học Quân sự*, số 3.

3. Phạm Minh Đức (2017), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi 1 cổng trong điều trị viêm ruột thừa cấp*, Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y dược Huế.

4. Liang H.H, Hung C.S, Wang W, et al (2014), "Single-incision versus conventional laparoscopic appendectomy in 688 patients: a retrospective comparative analysis", *Canadian journal of surgery*, 57(3), E89-E97.

5. Di Saverio S, Birindelli A, Kelly M.D, et al. (2016), "WSES Jerusalem guidelines for diagnosis and treatment of acute appendicitis", *World J Emerg Surg*, 11, 34.

6. Kim Y, Lee W (2016), "The learning curve of single-port laparoscopic appendectomy performed by emergent operation", *World Journal of Emergency Surgery*, 11(1), 39.

7. Margenthaler J.A, Longo W.E, Virgo K.S, et al (2003), "Risk factors for adverse outcomes after the surgical treatment of appendicitis in adults", *Annals of surgery*, 238(1), 59.

8. Sadraei-Moosavi S.M, Nikhbakhsh N, Darzi A.A (2017), "Postoperative antibiotic therapy after appendectomy in patients with non-perforated appendicitis", *Caspian journal of internal medicine*, 8(2), 104-107. □

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA...

(Tiếp theo trang 66)

- HCCH gặp ở BN nữ (62,1%) và BN có BMI ≥ 23 (61,8%) nhiều hơn so với BN nam (37,9%) và BN có BMI < 23 (38,2%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thành Công, Nguyễn Thy Khuê (2005), "Hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2", *Hội nghị Hội đái tháo đường và nội tiết TP.Hồ Chí Minh mở rộng lần III*, Hội Y dược TP. Hồ Chí Minh, tr 16-23.

2. Trần Hữu Dàng (2013), *Đái tháo đường, Bệnh nội tiết chuyển hóa*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam, tr. 268-298.

3. Lê Thanh Đức và CS (2011), "Hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Đa khoa Vĩnh Long", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, chuyên đề nội khoa, tập 15, phụ bản số 1, tr. 271-276.

4. Expert Panel (ATP III) (2001), "Executive Summary of The Third Report of The National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III)", *JAMA*, 285, pp. 2486-2497.

5. IDF (2014), "IDF Diabetes Atlas", *International Diabetes Federation*.

6. Janghorbani M, Amini M (2007), "Metabolic syndrome in type 2 diabetes mellitus in Isfahan, Iran: Prevalence and risk factors", *Metabolic syndrome and related disorders*, Vol 5. □

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN VẾT MỔ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN, TẠI KHOA NGOẠI CHUNG, BỆNH VIỆN QUÂN Y 105, NĂM 2017

BSCKI. ĐỖ THỊ KIM OANH
BSCKI. TRẦN MANH DŨNG - *Bệnh viện Quân y 105*
TS. HÀ THẾ TẤN - *Viện Y học dự phòng Quân đội*
Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. KIỀU CHÍ THÀNH
(2) ThS. CẦN MẠNH HÙNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang tình trạng nhiễm khuẩn vết mổ và một số yếu tố liên quan trên 250 bệnh nhân đã phẫu thuật tại Khoa Ngoại chung, Bệnh viện Quân y 105 từ tháng 5 đến tháng 10/2017. **Kết quả:** Có 12/250 bệnh nhân (4,8%) phẫu thuật bị nhiễm khuẩn vết mổ, gặp ở bệnh nhân từ 20 tuổi trở lên. Trong số 12 bệnh nhân nhiễm khuẩn vết mổ, có 6 bệnh nhân (50,0%) nhiễm khuẩn vết mổ nông, 4 bệnh nhân (33,3%) nhiễm khuẩn vết mổ sâu, 2 bệnh nhân (16,7%) nhiễm khuẩn cơ quan/khoang phẫu thuật. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn vết mổ, gồm: bệnh nhân mắc bệnh mạn tính kết hợp; tình trạng vết mổ bẩn, nhiễm, sạch-nhiễm; thời gian phẫu thuật kéo dài trên 1 giờ và độ tuổi BN (tuổi càng cao càng dễ nhiễm khuẩn vết mổ)...

Từ khóa: Nhiễm khuẩn vết mổ, yếu tố liên quan nhiễm khuẩn vết mổ.

ABSTRACT: Prospective study, cross-sectional description of the situation of incision infection and some related factors in 250 patients who underwent surgery at the Department of General Surgery, Military hospital 105 from May to October 2017. **Results:** There were 12/250 patients (4.8%) were infected with incisions, encountered in patients aged 20 years and older. Among 12 patients with incision infection, 6 patients (50.0%) were infected with superficial incision, 4 patients (33.3%) were infected with deep incision, 2 patients (16.7%) were infected organs/surgical cavities. Some factors were related to incisions infections, including patients with a combination of chronic disease; dirty incisions, infected, clean-infected incision status; The surgical time prolonged for more than 1 hour and the age of the patients (as higher the age, as more infection of the incision)...

Keywords: Infections of the incision, related factors with incisions infection

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKI. Đỗ Thị Kim Oanh, Email: dothikimoanhsonatay@gmail.com

Ngày nhận bài: ; mời phản biện khoa học: ; chấp nhận đăng:.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Theo Tổ chức Y tế thế giới, nhiễm khuẩn bệnh viện là những nhiễm khuẩn mắc phải trong thời gian người bệnh điều trị tại bệnh viện, thường xuất hiện sau nhập viện 48 giờ. Nhiễm khuẩn bệnh viện dẫn tới nhiều hệ lụy cho hệ thống y tế, như tăng tỉ lệ mắc bệnh, biến chứng, tử vong, kéo dài thời gian nằm viện và tăng chi phí điều trị. Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là một trong những nhiễm khuẩn bệnh viện thường gặp tại vị trí phẫu thuật. NKVM làm tăng sử dụng kháng sinh và tăng tính kháng kháng sinh của vi khuẩn. Tại Việt Nam, tỉ lệ NKVM cao hơn những nước đã phát triển. Nghiên cứu thực hiện năm 2008 tại 8 bệnh viện tỉnh khu vực phía Bắc cho thấy, tỉ lệ NKVM là 10,5%. Qua điều tra thực tế ở các bệnh viện đa khoa tuyến tỉnh, tỉ lệ bệnh nhân (BN) mắc NKVM đứng hàng thứ ba, sau nhiễm khuẩn hô hấp và nhiễm khuẩn tiết niệu.

Hàng năm, Bệnh viện Quân y 105 phẫu thuật hàng nghìn trường hợp, nhưng chưa có nghiên

cứu đánh giá tình trạng NKVM. Chúng tôi triển khai đề tài này nhằm khảo sát thực trạng NKVM và tìm hiểu các yếu tố liên quan đến NKVM tại Khoa Ngoại chung, Bệnh viện Quân y 105.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

250 BN đã phẫu thuật, tại Khoa Ngoại chung, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 5-10/2017.

Loại trừ BN có thời gian sau mổ dưới 48 giờ; BN phẫu thuật từ nơi khác chuyển đến; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Lựa chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên 250 BN (trên bệnh án) đã phẫu thuật tại Khoa Ngoại chung, Bệnh viện Quân y 105. Thời gian sau phẫu thuật trên 48 giờ.
- Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu:

quan sát vết mổ (lúc thay băng các buổi sáng hằng ngày), đánh giá tình trạng, mức độ nhiễm khuẩn (nếu có), ghi vào phiếu điều tra theo mẫu sẵn; thu thập thông tin liên quan đến khả năng NKVM qua bệnh án, như bệnh mạn tính đi kèm (đái tháo đường, tăng huyết áp, viêm gan mạn...), các thông tin về phẫu thuật (vết mổ sạch, sạch-nhiễm, nhiễm và bẩn), tình trạng phẫu thuật (mổ cấp cứu hay mổ phiên), thời gian phẫu thuật. Đánh giá mức độ nhiễm khuẩn: bác sĩ Khoa kiểm soát nhiễm khuẩn kiểm tra đánh giá trực tiếp theo bộ phiếu thiết kế sẵn; tham khảo ý kiến bác sĩ điều trị. Với các BN xuất viện trước 30 ngày sau phẫu thuật, theo dõi tình trạng vết mổ qua liên lạc với BN (dẫn BN, nếu vết mổ có bất thường thì quay lại khoa khám). Sau mỗi ngày điều tra, nhận định và đánh giá từng phiếu nghiên cứu.

- Xác định tình trạng NKVM theo tiêu chuẩn của CDC [2].

- Đạo đức trong nghiên cứu: đề tài đã được thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện; các thông tin của BN được giữ bí mật và chỉ sử dụng trong nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học và phần mềm excel.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

Bảng 1. Phân bố BN theo giới tính.

Giới tính	Số BN	NKVM	
		Không	Có
Nam	164 (65,6%)	154 (93,9%)	10 (6,1%)
Nữ	86 (34,4%)	84 (97,7%)	2 (2,3%)
Tổng	250 (100%)	238 (95,2%)	12 (4,8%)

Bảng 2. Phân bố BN theo nhóm tuổi.

Tuổi	Số BN	NKVM	
		Không	Có
Dưới 20 tuổi	38	38 (100%)	0
Từ 20-40 tuổi	92	88 (95,7%)	4 (4,3%)
Từ 41-60 tuổi	59	57 (96,6%)	2 (3,4%)
Từ 61-80 tuổi	56	52 (92,9%)	4 (7,1%)
Trên 80 tuổi	5	3 (60%)	2 (40%)
Tổng	250	238 (95,2%)	12 (4,8%)

NKVM xảy ra trên BN từ 20 tuổi trở nên, trong đó, BN trên 80 tuổi có tỉ lệ NKVM cao nhất (2/5 BN, chiếm 40%).

- Đặc điểm NKVM (n = 12):

+ NKVM nông: 6 BN (50,0%).

+ NKVM sâu: 4 BN (33,3%).

+ NKVM cơ quan/khoang phẫu thuật: 2 BN (16,7%).

3.2. Một số yếu tố liên quan NKVM trên BN nghiên cứu:

Bảng 3. Liên quan giữa NKVM với bệnh mạn tính kèm theo.

Bệnh mạn tính	NKVM		Tổng	p
	Có	Không		
Không	4 (2,07%)	181 (97,93%)	193	< 0,01
Có	8 (14,03%)	49 (85,97%)	57	
Tổng	12 (4,8%)	238 (95,2%)	250	

Bảng 4. Liên quan giữa NKVM với loại vết mổ.

Loại vết mổ	NKVM		Tổng	p
	Có	Không		
Sạch	1 (0,92%)	108 (99,08%)	109	> 0,05
Sạch-nhiễm	3 (3,33%)	87 (96,67%)	90	
Nhiễm	3 (7,89%)	35 (92,11%)	38	< 0,05
Bẩn	5 (38,46%)	8 (61,54%)	13	< 0,01
Tổng	12 (4,8%)	238 (95,2%)	250	

Bảng 5. Mối liên quan giữa NKVM với tình trạng phẫu thuật.

Tình trạng phẫu thuật	NKVM		Tổng	p
	Có	Không		
Phiên	10 (4,7%)	203 (95,3%)	213	> 0,05
Cấp cứu	2 (4,26%)	45 (95,74%)	47	
Tổng	12 (4,8%)	238 (95,2%)	250	

Bảng 6. Liên quan giữa NKVM với thời gian phẫu thuật.

Thời gian phẫu thuật	NKVM		Tổng	p
	Có	Không		
Dưới 1 giờ	5 (1,2%)	150 (98,8%)	155	< 0,05
Từ 1-3 giờ	7 (8,3%)	88 (91,7%)	95	
Tổng	12 (4,8%)	238 (95,2%)	250	

- Định danh vi khuẩn gây NKVM qua cấy khuẩn (n = 12):

+ *Staphylococcus aureus*: 3 BN (25,0%).

+ *P. aeruginosa*: 2 BN (16,7%).

+ *E. coli*: 1 BN (8,3%).

+ *Klebsiella*: 2 BN (16,7%).

+ *Enterobacter*: 1 BN (8,3%).

+ Không mọc vi khuẩn: 3 BN (25,0%).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

BN nam (65,6%) nhiều hơn BN nữ (34,4%). Tỉ lệ

BN nam/nữ = 1,9/1. Có 12/250 BN (4,8%) NKVM, trong đó, 10 BN (83,3%) nam giới và 2 BN (16,7%) nữ giới. NKVM gặp ở BN từ 20 tuổi trở lên, trong đó, BN trên 80 tuổi có tỉ lệ NKVM cao nhất (2/5 BN, chiếm 40%). Theo chúng tôi, NKVM tại bệnh viện do nhiều nguyên nhân. Một số nguyên nhân chủ quan có thể kể đến, như nhân viên y tế chưa coi trọng công tác vệ sinh tay (rửa tay ngoại khoa, rửa tay thường quy không đủ thời gian hoặc không đúng kĩ thuật, không dùng hóa chất khử khuẩn), công tác chuẩn bị BN trước mổ không tốt (không tắm bằng xà phòng khử khuẩn, vệ sinh khử khuẩn vùng rạch da không đúng quy trình), việc thiết kế phòng mổ chưa bảo đảm nguyên tắc kiểm soát nhiễm khuẩn, điều kiện khu phẫu thuật không đảm bảo vô khuẩn (không khí, nước vệ sinh tay ngoại khoa và bề mặt thiết bị, môi trường buồng phẫu thuật bị ô nhiễm), quy định ra vào buồng phẫu thuật không theo chuẩn, không mang hoặc mang phương tiện che chắn cá nhân không đúng quy định, không vệ sinh tay/không thay găng sau mỗi khi tay đụng chạm vào bề mặt môi trường... Từ Tuấn Hà (2015) nghiên cứu nhận thức, thái độ về vấn đề rửa tay thường quy của nhân viên y tế tại các khoa ngoại Bệnh viện Quân y 105, thấy trong các yếu tố liên quan đến NKVM, có nguyên nhân do vệ sinh tay chưa tốt.

Trong 12 BN NKVM, có 6 BN (50,0%) NKVM nông, 4 BN (33,3%) NKVM sâu, 2 BN (16,7%) nhiễm khuẩn cơ quan/khoang phẫu thuật. NKVM nông thường do các vi khuẩn có nguồn gốc từ chính da BN và nhân viên y tế chăm sóc hoặc từ môi trường phòng mổ... Trong khi đó, NKVM sâu hoặc khoang và cơ quan thường liên quan tới kĩ thuật mổ, thời gian phẫu thuật kéo dài. Điều này chỉ ra, công tác chuẩn bị và phẫu thuật cần phải thực hiện đúng quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn, như chuẩn bị BN trước phẫu thuật, bảo đảm vô khuẩn phòng mổ, công tác điều dưỡng, hộ lí hướng dẫn BN, người nhà phối hợp trong chăm sóc trước và sau mổ... Các biện pháp làm giảm lượng vi khuẩn định cư ở cơ thể BN trước phẫu thuật (rút ngắn thời gian nằm viện trước phẫu thuật, tắm trước phẫu thuật bằng xà phòng khử khuẩn, vệ sinh nơi rạch da bằng dung dịch khử khuẩn...) đã được nhiều nghiên cứu chứng minh làm giảm tỉ lệ NKVM.

4.2. Một số yếu tố liên quan NKVM trên BN nghiên cứu:

Kết quả bảng 3 cho thấy, 57/250 BN nghiên cứu có mắc bệnh lí mạn tính kèm theo, trong đó có 8 BN NKVM. 193/250 BN nghiên cứu không mắc bệnh lí mạn tính, trong đó có 4 BN NKVM. Tỉ lệ BN có bệnh mạn tính NKVM (14,03%) cao hơn so với BN không có bệnh lí mạn tính (2,07%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Kết quả bảng 4: 5/13 BN (38,46%) vết mổ bẩn có NKVM, 3/38 BN (7,89%) vết mổ nhiễm có NKVM, 3/90 BN (3,33%) vết mổ sạch-nhiễm có NKVM, 1/109 BN (0,92%) vết mổ sạch có NKVM. Khác biệt về tỉ lệ NKVM giữa BN vết mổ bẩn, nhiễm với BN vết mổ sạch có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$; khác biệt tỉ lệ NKVM giữa BN vết mổ sạch-nhiễm với BN vết mổ sạch có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Kết quả bảng 5 thấy: 10/203 BN (4,7%) mổ phình có NKVM, 2/47 BN (4,26%) mổ cấp cứu có NKVM, khác biệt không có ý nghĩa với $p > 0,05$; trái ngược với kết quả nghiên cứu trước đó của một số tác giả. Có thể do đặc thù của Khoa Ngoại chung mổ cấp cứu chủ yếu là BN viêm ruột thừa cấp, mổ nội soi ít xâm lấn, thời gian mổ ngắn.

Kết quả bảng 6 thấy: BN có thời gian phẫu thuật dưới 1 giờ (1,2%) NKVM thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với BN có thời gian phẫu thuật từ 1-3 giờ (8,3%), với $p < 0,05$.

Kết quả trên chỉ ra, các yếu tố liên quan chặt chẽ đến NKVM bao gồm: bệnh mạn tính đi kèm (đái tháo đường, viêm gan mạn, tăng huyết áp...), tình trạng vết mổ (bẩn, nhiễm, sạch-nhiễm, sạch), thời gian phẫu thuật, độ tuổi BN (tuổi càng cao càng dễ NKVM)... Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Lê Anh Thư (2008), Nguyễn Việt Hùng (2011), Đinh Vạn Trung (2012).

BN NKVM đều được tiến hành cấy khuẩn để định danh vi, kết quả thấy, *Staphylococcus aureus* (tụ cầu vàng) 25%; *P. aeruginosa* (trực khuẩn mủ xanh) và *Klebsiella* đều chiếm 16,7%; *E. coli* và *Enterobacter* (vi khuẩn đường ruột) đều chiếm 8,3%; không định danh được vi khuẩn 25,0%.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 250 BN phẫu thuật tại Khoa Ngoại chung, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 5-10/2017, kết luận:

- Tỉ lệ BN nam/nữ = 1,9/1. Có 12/250 BN (4,8%) NKVM, trong đó 83,3% BN nam giới và 16,7% BN nữ giới. NKVM gặp ở BN từ 20 tuổi trở lên, trong đó, BN trên 80 tuổi có tỉ lệ NKVM cao nhất (40%). Có 6/12 BN (50,0%) NKVM nông, 4/12 BN (33,3%) NKVM sâu, 2/12 BN (16,7%) nhiễm khuẩn cơ quan/khoang phẫu thuật.

- BN mắc bệnh mạn tính NKVM (14,03%) cao hơn so với BN không mắc bệnh mạn tính (2,07%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. BN có vết mổ bẩn, nhiễm, sạch-nhiễm có tỉ lệ NKVM cao hơn so với BN có vết mổ sạch, khác biệt với $p < 0,05$. BN có thời gian phẫu thuật dưới 1 giờ (1,2%) NKVM thấp hơn so với BN có thời gian phẫu thuật từ 1-3 giờ (8,3%), với $p < 0,05$.

(Xem tiếp trang 63)

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP BẰNG PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA

ThS. TRẦN CHÍ NAM, BS. NGUYỄN XUÂN DUY
BS. KIỀU HỮU DƯƠNG - Bệnh viện Quân y 105
ThS. NGUYỄN VIỆT PHƯƠNG - Bệnh viện Quân y 103
Phản biện khoa học: (1) TS. TRẦN ĐỨC HÙNG
(2) ThS. KIỀU KIM CHUNG

TÓM TẮT: **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị bước đầu điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp bằng phương pháp can thiệp động mạch vành qua da. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu mô tả, cắt ngang 63 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, điều trị can thiệp động mạch vành qua da tại Khoa Tim, thận, khớp, nội tiết, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 5/2018 đến tháng 10/2019. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ $\approx 2,2/1$. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $64,70 \pm 6,31$ tuổi, (trong đó, 60,3% có độ tuổi từ 60-69 tuổi). Yếu tố nguy cơ tim mạch gồm: rối loạn lipid máu (66,7%), tăng huyết áp (60,3%), đái tháo đường (52,4%), hút thuốc 44,4%, uống rượu (31,7%), gia đình có người mắc bệnh động mạch vành (25,4%). Đa số bệnh nhân được can thiệp động mạch vành qua da trước 12 giờ (54,0%), qua đường động mạch quay (95,2%), can thiệp 1 nhánh động mạch vành (79,4%), sử dụng kỹ thuật can thiệp kết hợp nong bóng và đặt stent (87,3%) và đặt 1 stent (73,0%). 100% bệnh nhân kết quả thành công trên chụp động mạch vành; 93,7% bệnh nhân thành công về thủ thuật và lâm sàng sớm. Biến chứng rối loạn nhịp nặng 4,8% và sốc tim 1,6%.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim cấp, can thiệp động mạch vành qua da, hiệu quả điều trị bước đầu.

ABSTRACT: Objectives: To evaluate the results of initial treatment for patients with acute myocardial infarction by a method of the percutaneous coronary intervention. **Subjects and methods:** Retrospective combined with prospective study, cross-sectional description of the 63 patients with acute myocardial infarction, treated by a method of the percutaneous coronary intervention at the Department of Cardiology, Nephrology, Rheumatology, Endocrinology, Military hospital 105, from May 2018 to October 2019. **Results:** The rate of male/female patients was 2.2/1. The average age of patients was 64.70 ± 6.31 years (of which 60.3% were aged 60-69 years). The cardiovascular risk factors included dyslipidemia (66.7%), hypertension (60.3%), diabetes (52.4%), smoking 44.4%, drinking alcohol (31.7%), a family member suffered from coronary artery disease (25.4%). The majority of patients had percutaneous coronary artery intervention before 12 hours (54.0%), through rotational arteries (95.2%), intervention with a branch of coronary artery (79.4%), using intervention techniques combined balloon and place a stent (87.3%) and place 1 stent (73.0%). There 100% of patients succeeded in coronary angiography; 93.7% of patients succeeded with procedures and early clinical. **Complications:** 4.8% severe arrhythmia and 1.6% cardiogenic shock.

Keywords: Acute myocardial infarction, percutaneous coronary intervention, initial effectiveness.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Trần Chí Nam, Email: namtranv105@gmail.com

Ngày nhận bài: ; mời thẩm định khoa học: ; chấp nhận đăng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở Hoa Kỳ và các nước châu Âu. Ước tính hằng năm, ở Hoa Kỳ có khoảng 1 triệu bệnh nhân (BN) nhập viện và khoảng 200.000-300.000 BN tử vong vì NMCT cấp [4]. Ở Việt Nam, những năm gần đây, số lượng BN NMCT cấp có xu hướng gia tăng rất nhanh và đang trở thành vấn đề thời sự được quan tâm.

NMCT cấp nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời sẽ gây ra những biến chứng nguy hiểm, như tử vong, suy tim, rối loạn nhịp tim, rối loạn dẫn

truyền, phình vách thất... Với sự phát triển của khoa học, công nghệ, kỹ thuật, dẫn tới cách tiếp cận điều trị NMCT cấp đã có nhiều thay đổi. Trước đây, phần lớn các trường hợp NMCT chỉ điều trị nội khoa đơn thuần. Ngày nay, can thiệp động mạch vành (ĐMV) qua da phát triển rộng rãi và đã trở thành cách tiếp cận điều trị phổ biến cho NMCT cấp [1], [5].

Là bệnh viện chiến lược khu vực của Quân đội, Bệnh viện Quân y 105 đã triển khai kỹ thuật can thiệp ĐMV qua da điều trị NMCT cấp từ năm 2017. Bước đầu, kỹ thuật cho kết quả khả quan trong tiên

lượng và điều trị, nhưng chưa có nghiên cứu tổng kết đánh giá.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị BN NMCT cấp bằng phương pháp can thiệp ĐMV qua da, tại Bệnh viện quân y 105.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

63 BN chẩn đoán xác định NMCT cấp theo tiêu chuẩn của đồng thuận toàn cầu III [5], điều trị bằng can thiệp ĐMV qua da tại Khoa Tim, thận, khớp, nội tiết, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 5/2018 đến tháng 10/2019.

Loại trừ BN đã được chẩn đoán NMCT hoặc bệnh mạch vành trước đây; BN đã can thiệp ĐMV; BN NMCT cấp nhưng không chụp và can thiệp ĐMV qua da thì đầu (đã dùng tiêu sợi huyết trước đó; không chụp ĐMV; chụp nhưng không can thiệp ĐMV qua da, chỉ điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật bắc cầu nối chủ-vành); BN không đủ thông tin nghiên cứu hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu kết hợp tiền cứu mô tả, cắt ngang.

- Các bước tiến hành: BN được thăm khám lâm sàng tỉ mỉ (tiền sử, bệnh sử và triệu chứng lâm sàng), làm xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu (SGOT, SGPT, glucose, ure, creatinine, cholesterol, lipid...), xét nghiệm các dấu ấn sinh học (CK-MB, troponin T, myoglobin, NT-proBNP), điện tim đồ, siêu âm tim, chụp động mạch vành (theo Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành tim mạch của Bộ Y tế Việt Nam, năm 2014 [7]). Các thông tin nghiên cứu được ghi vào phiếu thu thập thông tin.

- Các xét nghiệm máu được thực hiện tại Khoa Sinh hóa; chụp động mạch vành bằng máy chụp mạch DSA hãng GE của Mỹ, tại phòng Can thiệp mạch, Bệnh viện Quân y 105.

- Tiêu chuẩn đánh giá kỹ thuật can thiệp động mạch vành qua da: Theo khuyến cáo của Hiệp hội Tim mạch Việt Nam năm 2008 [1]:

+ Thành công trên chụp ĐMV: sau thủ thuật làm rộng lòng mạch tại vị trí can thiệp với đường kính hẹp tối thiểu (minimum stenosis diameter) giảm đi còn dưới 20% và dòng chảy trong ĐMV đạt mức độ TIMI-3 (đánh giá trên hình ảnh chụp ĐMV).

+ Thành công về mặt thủ thuật: BN thành công về mặt chụp mạch và không bị biến chứng nặng trong thời gian nằm viện (tử vong, NMCT, bắc cầu nối chủ-vành cấp cứu) trong khi nằm viện.

+ Thành công về mặt lâm sàng sớm: bao gồm

thành công về mặt chụp mạch và thành công về mặt thủ thuật cùng với giảm triệu chứng và/hoặc dấu hiệu thiếu máu cơ tim khi BN hồi phục sau thủ thuật.

- Đạo đức trong nghiên cứu: đề tài đã được thông qua hội đồng đạo đức Bệnh viện Quân y 105. BN tự nguyện và kí vào biên bản đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin về BN được bảo đảm giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Một số đặc điểm chung BN nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới tính và một số yếu tố nguy cơ tim mạch (n = 63):

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ %
Tuổi	Dưới 60 tuổi	14	22,2
	Từ 60-69 tuổi	38	60,3
	Từ 70 trở lên	11	17,5
	± SD	64,70 ± 6,31	
Giới tính	Nam	43	68,3
	Nữ	20	31,7
Yếu tố nguy cơ tim mạch	Đái tháo đường	33	52,4
	Tăng huyết áp	38	60,3
	Rối loạn lipid máu	42	66,7
	Uống rượu	20	31,7
	Hút thuốc	28	44,4
	Tiền sử gia đình mắc bệnh ĐMV	16	25,4

Tuổi trung bình của BN là 64,70 ± 6,31 tuổi. Trong đó, độ tuổi từ 60-69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (60,3%). BN nam (68,3%) nhiều hơn BN nữ (31,7%), tỉ lệ nam/nữ ≈ 2,2/1.

Yếu tố nguy cơ tim mạch: rối loạn lipid máu (66,7%), tăng huyết áp (60,3%), đái tháo đường (52,4%), hút thuốc 44,4%, uống rượu (31,7%), gia đình có người mắc bệnh ĐMV (25,4%).

3.2. Đánh giá kết quả điều trị của kỹ thuật can thiệp ĐMV qua da:

- Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng ban đầu đến khi được can thiệp (n = 63):

+ Trước 12 giờ: 34 BN (54,0%).

+ Từ 12-24 giờ: 5 BN (7,9%).

+ Sau 24 giờ: 24 BN (38,1%).

Đa số BN được can thiệp ĐMV qua da trước 12 giờ (54,0%).

- Một số đặc điểm về kỹ thuật can thiệp:

Bảng 2. Một số đặc điểm về kỹ thuật can thiệp ĐMV qua da (n = 63):

Đặc điểm kỹ thuật		Số BN	Tỉ lệ %
Đường can thiệp	Động mạch quay	60	95,2
	Động mạch đùi	3	4,8
Số nhánh can thiệp	1 nhánh	50	79,4
	2 nhánh	13	20,6
	≥ 3 nhánh	0	0,0
Kỹ thuật can thiệp	Nong bóng + đặt stent	55	87,3
	Đặt stent trực tiếp	8	12,7
Số Stent đặt	1 stent	46	73,0
	2 stent	17	27,0
	≥ 3 stent	0	0,0

Chủ yếu BN can thiệp ĐMV qua động mạch quay (95,2%), can thiệp 1 nhánh ĐMV (79,4%), sử dụng kỹ thuật can thiệp kết hợp nong bóng và đặt stent (87,3%) và đặt 1 stent (73,0%).

- Đánh giá kết quả can thiệp ĐMV trong quá trình điều trị tại bệnh viện (n = 63):

- + Thành công trên chụp ĐMV: 63 BN (100%).
- + Thành công về thủ thuật: 59 BN (93,7%).
- + Thành công về lâm sàng sớm: 59 BN (93,7%).

100% BN kết quả thành công trên chụp ĐMV và 93,7% BN đều thành công về thủ thuật và lâm sàng sớm.

- Một số biến chứng trong can thiệp (n = 63):

- + Rối loạn nhịp nặng: 3 BN (4,8%).
- + Sốc tim: 1 BN (1,6%).
- + Không BN nào tử vong, vỡ mạch - tách thành ĐMV, chảy máu, suy thận do thuốc.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu:

Đối với NMCT cấp, tuổi càng cao tiên lượng càng nặng, do các BN cao tuổi thường đến muộn và tổn thương nhiều nhánh ĐMV. Kết quả nghiên cứu này cho thấy, độ tuổi trung bình của tương đối cao ($64,70 \pm 6,31$ tuổi); tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo nghiên cứu của Giao Thị Thoa (2018), độ tuổi trung bình chung là $62,00 \pm 13,41$ tuổi [3]; giả Trần Viết An (2010), độ tuổi trung bình của BN là $65,5 \pm 12,4$ tuổi; Georg Haltern và cộng sự (2010), tuổi trung bình của BN là 67 ± 14 tuổi; Kerstin Kurz và cộng sự (2011), độ tuổi trung bình $65,6 \pm 10,8$ tuổi [6].

BN nam (68,3%) nhiều hơn BN nữ (31,7%), tỉ lệ nam/nữ $\approx 2,2/1$. So sánh với một số nghiên cứu trong và ngoài nước thấy, tỉ lệ BN nam giới mắc

bệnh lí mạch vành nói chung và NMCT cấp nói riêng đều cao hơn so với nữ giới [2, 7]. Điều này cũng phù hợp với thực tế, nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ mắc các bệnh tim mạch hơn nữ giới (hút thuốc, uống rượu, bia...).

Rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá... đã được chứng minh là những yếu tố nguy cơ chính của BMV. Các yếu tố này còn ảnh hưởng đến tiên lượng sau NMCT. Càng nhiều yếu tố nguy cơ, tiên lượng tử vong càng cao. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, rối loạn lipid máu chiếm tỉ lệ cao nhất (66,7%), tiếp đến là tăng huyết áp (60,3%) và đái tháo đường (52,4%), thấp nhất là tiền sử gia đình mắc bệnh ĐMV (25,4%). Kết quả này tương đương kết quả nghiên cứu của Bùi Long (rối loạn lipid là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất (79,29%), tiếp đến là tăng huyết áp (70,6%) và đái tháo đường (26,87%) [2]). Bên cạnh các yếu tố nguy cơ thường gặp ở trên, thì BN hút thuốc lá chiếm tỉ lệ không nhỏ (44,4%). Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, thuốc lá tác động lên tim ở nhiều cơ chế khác nhau, như giảm nồng độ HDL-C, làm suy giảm tính đàn hồi thành mạch, các mạch máu lớn trong cơ thể và làm tăng nguy cơ hình thành cục máu đông, làm tăng hoạt tính của hệ thần kinh giao cảm điều hòa tim và mạch máu. Nghiên cứu INTERHEART cho thấy, hút thuốc lá làm gia tăng nguy cơ NMCT cấp, đặc biệt ở nam giới. Hút càng nhiều thuốc thì nguy cơ NMCT càng cao. Đặc biệt, những người hút trên 20 điếu/ngày thì có nguy cơ NMCT cấp cao gấp 4,59 lần so với những người không hút thuốc [8].

4.2. Đánh giá kết quả điều trị của kỹ thuật can thiệp ĐMV qua da:

- Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng ban đầu đến khi được can thiệp: NMCT là một cấp cứu nội khoa nguy hiểm. Biến chứng và tử vong phụ thuộc vào thời gian phát hiện bệnh, thời gian tiếp cận nhân viên y tế/vào viện sớm, xử trí sớm. Trong nghiên cứu này, đa số BN nhập viện và can thiệp sớm trước 12 giờ (54,0%), nhưng vẫn có 38,1% BN được can thiệp sau 24 giờ; cao hơn kết quả nghiên cứu của của Hoàng Quốc Tuấn năm 2010 (14,3% BN nhập viện trước 12 giờ), Đỗ Thế Truyền (15,2% BN nhập viện trước 12 giờ), Lê Kim Khánh (33,6% BN nhập viện trước 12 giờ); tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước gần đây, như Bùi Long năm 2018, 75,4% BN nhập viện trước 12 giờ [2], Giao Thị Thoa, 30,6% BN nhập viện trước 6 giờ và 69,4% BN nhập viện sau 6 giờ [3]. Cùng với sự hiểu biết hơn của người dân về bệnh tật, sự phát triển của phương tiện giao thông công cộng và các phương tiện sơ cứu cấp cứu ban đầu đã góp phần cải thiện thời gian phát hiện bệnh

và nhập viện, tạo điều kiện thuận lợi cho việc thăm khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng để đưa ra các biện pháp can thiệp, điều trị sớm cho BN.

- Một số đặc điểm về kỹ thuật can thiệp ĐMV qua da: nghiên cứu cho thấy, chủ yếu BN can thiệp ĐMV qua động mạch quay (95,2%), can thiệp 1 nhánh ĐMV (79,4%), sử dụng kỹ thuật can thiệp kết hợp nong bóng và đặt Stent (87,3%) và đặt 1 Stent (73,0%); tương đương kết quả của Bùi Long năm 2018, tiến hành nghiên cứu trên 227 BN can thiệp ĐMV qua da, kết quả đa số BN can thiệp ĐMV qua đường động mạch quay (88,11%), sử dụng kết hợp kỹ thuật nong bóng và đặt stent (87,22%) và đặt 1 stent (81,05%) [2]; Nguyễn Thị Thanh Thúy năm 2016, tiến hành nghiên cứu trên đối tượng can thiệp ĐMV qua da tại Bệnh viện Chợ Rẫy, 83,6% BN can thiệp ĐMV qua đường động mạch quay, 75,6% BN đặt 1 stent trong cấp cứu.

- Đánh giá kết can thiệp ĐMV qua da trong quá trình điều trị: Bệnh viện Quân y 105 đã áp dụng, triển khai kỹ thuật chụp và can thiệp ĐMV qua da trong những năm gần đây, các quy trình chuyên môn đều tuân thủ chặt chẽ theo các quy trình chuẩn của Bộ Y tế. Kết quả nghiên cứu đã phản ánh nỗ lực của tập thể cán bộ nhân viên Khoa Nội Tim mạch nói riêng và bệnh viện nói chung trong cố gắng bắt kịp xu hướng phát triển, nâng cao chất lượng chăm sóc điều trị. Đánh giá kết quả can thiệp ĐMV qua da thấy, 100% BN sau can thiệp, lòng mạch tại vị trí can thiệp với đường kính hẹp tối thiểu (minimum stenosis diameter) giảm (còn dưới 20%) và dòng chảy trong ĐMV đạt mức độ TIMI-3.

Kết quả về thủ thuật: 93,7% BN thành công về thủ thuật (4 trường hợp có biến chứng nặng trong quá trình thực hiện kỹ thuật: 1 suy tim cấp, 3 rối loạn nhịp nặng. Các BN này sau cấp cứu, đã tạm thời ổn định, tuy nhiên, do nguyện vọng gia đình mong muốn chuyển lên tuyến trên điều trị, do đó, để bảo đảm tính khách quan trong nghiên cứu nên chúng tôi đều tính 4 trường hợp này thất bại về mặt thủ thuật). Kết quả này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Bùi Long, tỉ lệ thành công về thủ thuật là 95,8% [2]; Natsuaki và cộng sự tiến hành nghiên cứu trên 1.617 BN với 2.059 tổn thương ĐMV được can thiệp bằng stent, tỉ lệ thành công của thủ thuật là 96,8%; Lorenz Raber và cộng sự nghiên cứu 575 BN NMCT cấp được can thiệp ĐMV qua da, tỉ lệ BN trước can thiệp có TIMI 0/1 là 69,6%, TIMI 2 là 12,9% và TIMI 3 là 17,5%. Sau can thiệp, dòng chảy ĐMV được cải thiện đáng kể, 95,5% BN đạt mức TIMI 3, 4% BN đạt TIMI 2 và chỉ có 0,5% đạt TIMI 0/1. Bên cạnh đó, sự khác biệt giữa các nghiên cứu, các trung tâm tim mạch có thể do sự không tương đồng về độ tuổi của các

đối tượng nghiên cứu. Theo tác giả Gharacholou S.M và cộng sự, BN cao tuổi có tỉ lệ thành công thủ thuật thấp hơn và các biến chứng quanh giai đoạn NMCT nhiều hơn BN không cao tuổi. Tuổi là yếu tố tiên lượng mạnh nhất của tử vong trong vòng 90 ngày trên những BN NMCT cấp ST chênh lên, trải qua can thiệp ĐMV qua da cấp cứu.

Kết quả về mặt lâm sàng: 93,7% BN thành công về mặt lâm sàng; thấp hơn kết quả nghiên cứu của Bùi Long (98,3% BN thành công về lâm sàng, nhưng có 2 trường hợp tử vong không rõ nguyên nhân, 1 trường hợp nhồi máu cơ tim tái phát [2]); tương đồng với nghiên cứu của Giao Thị Thoa (92,8% BN thành công về mặt lâm sàng [3]), Nguyễn Thị Thanh Thúy (94,2% BN thành công về mặt lâm sàng). Như vậy, tỉ lệ thành công về mặt lâm sàng tại các Trung tâm can thiệp Tim mạch ở Việt Nam đều rất cao (trên 90%), sự khác biệt nhỏ giữa các nghiên cứu có thể do sự không tương đồng giữa các đối tượng nghiên cứu, các đặc điểm về nhân trắc học, thời gian nhập viện, mức độ tổn thương cơ tim,...

- Một số biến chứng trong quá trình làm thủ thuật: kết quả nghiên cứu thấy, 3 BN (4,8%) rối loạn nhịp tim nặng (2 nhịp nhanh thất, 1 block nhĩ thất độ III) và 1 BN (1,6%) sốc tim. Các trường hợp này đều được cấp cứu, can thiệp điều trị thành công, bệnh tạm ổn định về lâm sàng. Không có trường hợp nào tử vong, thủng rách mạch vành, chảy máu tại nơi đặt catheter, hay suy thận do thuốc. Kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Giao Thị Thoa (tử vong: 17,65%, suy tim: 33,99%, rối loạn nhịp: 56,21%, sốc tim: 31,37%, tái NMCT: 2,61%, biến chứng cơ học: 7,84%, huyết khối: 5,23 [3]); Hoàng Quốc Tuấn (rối loạn nhịp tim: 34,15%, suy tim: 21,95%, tử vong: 12,20%, sốc tim: 14,28%). Nghiên cứu của Planer David (2014) ghi nhận, tỉ lệ tử vong trong 1 tháng là 1,3% và trong 1 năm là 2,4% [10]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của chúng tôi chỉ đánh giá và theo dõi giai đoạn sớm sau can thiệp (không có điều kiện theo dõi BN kéo dài để có cái nhìn tổng quan hơn các biến chứng sau can thiệp).

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 63 BN NMCT cấp, điều trị bằng can thiệp ĐMV qua da tại Khoa Tim, thận, khớp, nội tiết, Bệnh viện Quân y 105, kết luận:

- BN nam (68,3%) nhiều hơn BN nữ (31,7%), tỉ lệ nam/nữ $\approx 2,2/1$. Tuổi trung bình của BN là $64,70 \pm 6,31$ tuổi. Trong đó, độ tuổi từ 60-69 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (60,3%). Yếu tố nguy cơ tim mạch: rối loạn lipid máu (66,7%), tăng huyết áp (60,3%), đái tháo đường (52,4%), hút thuốc 44,4%, uống

rượu (31,7%), gia đình có người mắc bệnh ĐMV (25,4%).

- Đa số BN được can thiệp ĐMV qua da trước 12 giờ (54,0%), qua đường động mạch quay (95,2%), can thiệp 1 nhánh ĐMV (79,4%), sử dụng kỹ thuật can thiệp kết hợp nong bóng và đặt stent (87,3%) và đặt 1 stent (73,0%).

- 100% BN kết quả thành công trên chụp ĐMV và 93,7% BN đều thành công về thủ thuật và lâm sàng sớm. Biến chứng: rối loạn nhịp nặng 3 BN (4,8%), sốc tim 1 BN (1,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phạm Gia Khải, Nguyễn Quang Tuấn, Đỗ Quang Huân (2008), “Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch học Việt Nam về can thiệp động mạch vành qua da.”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, số 70, 108: 100-104.

2. Bùi Long (2018), Nghiên cứu hiệu quả điều trị can thiệp bệnh nhân hội chứng vành cấp bằng stent phủ thuốc có polymer tự tiêu, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.

3. Giao Thị Thoa (2018), *Nghiên cứu nồng độ H-FABP trong chẩn đoán và tiên lượng nhồi máu cơ tim cấp*, Luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y dược Huế.

4. Kastrati A, Caforio A.L.P, Bucciarelli-Ducci C et al (2017), “2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the ESC”, *European Heart Journal*, 39 (2), 119-177.

5. Thygesen K, Alpert J.S, Jaffe A.S et al (2012), “Third universal definition of myocardial infarction”. *Circulation*, 126 (16), 2020-2035.

6. Kurz K, Giannitsis E, Becker M et al (2011), “Comparison of the new high sensitive cardiac troponin T with myoglobin, h-FABP and cTnT for early identification of myocardial necrosis in the acute coronary syndrome”, *Clin Res Cardiol*, 100, pp. 209-215.

7. Dieplinger B, Egger M, Haltmayer M et al (2014), “Increased soluble ST2 predicts long-term mortality in patients with stable coronary artery disease: results from the Ludwigshafen risk and cardiovascular health study”, *Clin Chem*, 60 (3), 530-540.

8. Teo K.K, Ounpuu S, Hawken S et al (2006), *Tobacco use and risk of myocardial infarction in 52 countries in the INTERHEART study: a case-control study*, The lancet, 368 (9536), 647-658.

9. Wu A.H, Parsons L, Every N.R et al (2002), “Hospital outcomes in patients presenting with congestive heart failure complicating acute myocardial

infarction. A report from the Second National Registry of Myocardial Infarction (NRMI-2)”, *J Am Coll Cardiol*, 40 (8), pp. 1389-1394.

10. Planer D, Mehran R, Ohman M et al (2014), “Prognosis of Patients With Non-ST-Segment-Elevation Myocardial Infarction and Nonobstructive Coronary Artery Disease. Propensity - Matched analysis from the acute catheterization and urgent intervention triage strategy trial”, *Cardiovascular Interventions*, 7, pp. 285-293. □

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN VẾT MỖ...

(Tiếp theo trang 58)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế - Vụ Điều trị (2001), Điều tra cắt ngang nhiễm khuẩn bệnh viện.

2. Bộ Y tế (2006), *Tài liệu hướng dẫn quy trình chống nhiễm khuẩn bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2012), *Tài liệu hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn vết mổ*, QĐ 3671/QĐ-BYT.

4. Cục Quân y (2016), *Tài liệu tập huấn kiểm soát nhiễm khuẩn*, Hội Điều dưỡng, tr. 132.

5. Đinh Vạn Trung (2012), *Thực trạng nhiễm khuẩn vết mổ trong phẫu thuật sạch và sạch - nhiễm tại các khoa ngoại, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*.

6. Trần Duy Anh (2011), “Quy định thực hành kiểm soát nhiễm khuẩn Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Bộ Quốc phòng - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

7. Trần Thị Châu (2008), “Dịch tễ học nhiễm khuẩn bệnh viện tại 23 bệnh viện”, *Kỷ yếu nghiên cứu khoa học điều dưỡng*, tr. 78-84.

8. Nguyễn Việt Hùng và cộng sự (2005), “Tình hình nhiễm khuẩn vết mổ tại Bệnh viện Bạch Mai năm 2001-2002”, *Báo cáo tại Hội nghị Chống nhiễm khuẩn toàn quốc lần thứ nhất*, Bộ Y tế, thành phố Hồ Chí Minh.

9. Trần Hữu Luyện và cộng sự (2009), “Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn vết mổ tại một số khoa ngoại, Bệnh viện Trung ương Huế”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, số 8, tr. 30-36.

10. Lê Kiên Ngải (2011), “Hiệu quả của một số chương trình thúc đẩy tuân thủ vệ sinh tay tại Bệnh viện Nhi Trung ương”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 74-79. □

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

ThS. NGUYỄN VĂN HỢI - Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN MINH NÚI
(2). ThS. KIỀU KIM CHUNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu đặc điểm và tìm hiểu mối liên quan hội chứng chuyển hóa với một số yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2, kết luận:

Bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có tuổi trung bình là $63,88 \pm 8,86$ tuổi, chủ yếu trên 60 tuổi (66,4%). Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ $\approx 1/1,12$. BMI trung bình là $23,13 \pm 2,64$, trong đó, 52,4% bệnh nhân có BMI ≥ 23 . Có 70,8% bệnh nhân đái tháo đường típ 2 mắc HCCH. Bệnh nhân nữ có rối loạn các thành phần của hội chứng chuyển hóa nhiều hơn bệnh nhân nam. Trong đó, thành phần béo bụng và giảm HDL-C giữa bệnh nhân nam (27,0%, 17,5%) và bệnh nhân nữ (73,0%, 82,5%) khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Hội chứng chuyển hóa gặp ở bệnh nhân nữ (68,1%) và bệnh nhân có BMI ≥ 23 (62,1%) cao hơn so với BN nam (37,9%) và BN có BMI < 23 (38,2%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: hội chứng chuyển hóa, đái tháo đường típ 2, béo bụng.

ABSTRACT: Study on the characteristics and ascertain the relationship of metabolic syndrome with some risk factors in type 2 diabetes patients, **concluded:**

The average age of patients was 63.88 ± 8.86 years, mainly patients over 60 years old (66.4%). The rate of male/female patients was 1/1.12. The average BMI was 23.13 ± 2.64 , of which, 52.4% of patients with BMI ≥ 23 . There 70.8% of patients with type 2 diabetes had metabolic syndrome. The female patients had more disorders of the metabolic syndrome than male patients. Of which, abdominal obesity and HDL-C content between male patients (27.0%, 17.5%) and female patients (73.0%, 82.5%). The difference was statistically significant with $p < 0.05$. The metabolic syndrome was observed in female patients (68.1%) and patients with BMI ≥ 23 (61.8%) higher than male patients (31.9%) and patients with BMI < 23 (39.2%), the difference was statistically significant with $p < 0.05$.

Keyword: Metabolic syndrome, type 2 diabetes, abdominal obesity

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Nguyễn Văn Hoi, Email: drhoi.sontay@gmail.com

Ngày nhận bài: ; mời phản biện khoa học: ; chấp nhận đăng:.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là tập hợp các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tim mạch và rối loạn chuyển hóa. Các yếu tố thường xuất hiện trong HCCH bao gồm béo phì trung tâm, rối loạn dung nạp glucose máu, rối loạn chuyển hóa lipid gây vữa xơ động mạch, tăng huyết áp, tình trạng tiền viêm, tình trạng tiền đông máu [4]. Cơ chế gây HCCH khá phức tạp, còn đang được nghiên cứu. Hầu hết người mắc HCCH đều lớn tuổi, béo phì, ít vận động và có kháng insulin.

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh mang tính xã hội, là vấn đề báo động cấp bách của sức khỏe cộng đồng. Tổ chức Y tế thế giới đánh giá ĐTĐ là 1 trong 3 căn bệnh có tốc độ phát triển nhanh nhất; là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước đang phát triển do biến chứng của bệnh. Nhiều nghiên cứu đưa ra kết luận, HCCH liên quan đến tăng nguy cơ bệnh tim mạch và tăng tử suất

bệnh tim mạch (nhất là bệnh mạch vành). Bệnh nhân (BN) ĐTĐ kết hợp HCCH sẽ làm tăng nguy cơ tử vong do bệnh tim mạch lên nhiều lần.

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nghiên cứu đặc điểm HCCH và tìm hiểu mối liên quan giữa HCCH với một số yếu tố nguy cơ trên BN ĐTĐ típ 2.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

473 BN chẩn đoán xác định ĐTĐ típ 2, điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 3/2016 đến tháng 9/2016.

Loại trừ BN không đồng ý tham gia nghiên cứu; người mắc bệnh hiểm nghèo, bệnh cấp tính đang điều trị tại bệnh viện; BN không đủ các tiêu chí nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Các bước tiến hành:

+ Lựa chọn đối tượng nghiên cứu, lập phiếu nghiên cứu, phỏng vấn theo nội dung bệnh án nghiên cứu.

+ Khám lâm sàng, làm các xét nghiệm sinh hóa máu, công thức máu, xét nghiệm nước tiểu; siêu âm ổ bụng...

+ Tổng hợp số liệu, phân tích, đánh giá kết quả.

- Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu:

+ Chẩn đoán ĐTĐ theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới năm 1998.

+ Chẩn đoán hội chứng chuyển hóa theo tiêu chuẩn NCEP- ATP III.

+ Đánh giá chỉ số khối cơ thể (BMI) theo tiêu chuẩn WHO dành riêng cho người châu Á.

- Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 17.0.

- 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 Quân y 105; các BN đồng ý tham gia nghiên cứu; mọi thông tin về BN được bảo mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

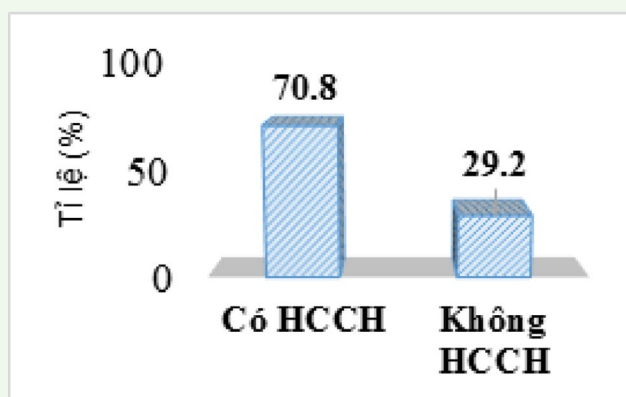
Bảng 1. Đặc điểm BN nghiên cứu (n = 473).

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ
Giới tính	Nam	223 BN	47,1%
	Nữ	250 BN	52,9%
Nhóm tuổi	Dưới 40	2 BN	0,4%
	Từ 40-49	22 BN	4,7%
	Từ 50-59	135 BN	28,5%
	Từ 60-69	190 BN	40,2%
	≥ 70	124 BN	26,2%
	Trung bình	63,88 ± 8,86 tuổi	
Vòng eo	Nam	85,17 ± 8,10 cm	
	Nữ	83,94 ± 7,06 cm	
BMI (kg/m ²)	< 18,5	15 BN	3,2%
	18,5-22,9	210 BN	44,4%
	≥ 23	248 BN	52,4%
	Trung bình	23,13 ± 2,64 cm	
Glucose		7,91 ± 2,33 mmol/l	
Triglycerid		2,73 ± 2,49 mmol/l	
Cholesterol		5,32 ± 1,24 mmol/l	
HDL-C	Nam	1,33 ± 0,32 mmol/l	
	Nữ	1,35 ± 0,30 mmol/l	
LDL-C		3,19 ± 0,96 mmol/l	

BN trung bình 63,88 ± 8,86 tuổi (BN > 60 tuổi

chiếm 66,4%); tỉ lệ BN nam/nữ ≈ 1/1,12. BMI trung bình 23,13 ± 2,64 kg/m², trong đó, BN thừa cân và béo phì (BMI ≥ 23 kg/m²) chiếm 52,4%.

- Phân bố HCCH trên BN ĐTĐ típ 2 (n = 473):



Biểu đồ tỉ lệ mắc HCCH trên BN ĐTĐ típ 2.

70,8% BN ĐTĐ típ 2 mắc HCCH.

- Đặc điểm rối loạn các thành phần HCCH:

Bảng 2. Phân bố BN rối loạn các thành phần HCCH giữa nam và nữ.

Thành phần	Nam (n = 223)	Nữ (n = 250)	Tổng	p
Tăng glucose máu (mmol/l)	223 (47,1%)	250 (52,9%)	473	> 0,05
Tăng triglycerid (mmol/l)	134 (44,2%)	169 (55,8%)	303	> 0,05
Tăng huyết áp mmol/l	154 (48,9%)	161 (51,1%)	315	> 0,05
Béo bụng	70 (27,0%)	189 (73,0%)	259	< 0,05
Giảm HDL-C	22 (17,5%)	104 (82,5%)	126	< 0,05

BN nữ có rối loạn các thành phần của HCCH nhiều hơn BN nam. Trong đó, thành phần béo bụng và giảm HDL-C giữa BN nam và nữ khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

3.2. Mối liên quan HCCH với một số yếu tố nguy cơ BN ĐTĐ típ 2:

Bảng 3. Liên quan HCCH với tuổi BN ĐTĐ típ 2.

Tuổi	HCCH		p
	Có	Không	
< 40 (n = 2)	1 (50%)	1 (50%)	> 0,05
40-49 (n = 22)	11 (50%)	11 (50%)	
50-59 (n = 135)	91 (67,4%)	44 (32,6%)	
60-69 (n = 190)	137 (72,1%)	53 (27,9%)	
≥ 70 (n = 124)	95 (76,6%)	29 (23,4%)	
Tổng	335 (70,8%)	128 (29,2%)	

Không thấy mối liên quan giữa HCCH với nhóm tuổi BN ĐTD típ 2, $p > 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan HCCH với giới tính BN ĐTD típ 2.

Giới tính	HCCH		p
	Có	Không	
Nam (n = 223)	127 (57,0%)	96 (43,0%)	< 0,05
Nữ (n = 250)	208 (83,2%)	42 (16,8%)	
Tổng	335 (70,8%)	128 (29,2%)	

HCCH gặp ở BN nữ (62,1%) nhiều hơn so với BN nam (38,2%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan HCCH với BMI trên BN ĐTD típ 2.

BMI	HCCH		p
	Có	Không	
BMI < 23 (n = 225)	128 (56,9%)	97 (43,1%)	< 0,05
BMI ≥ 23 (n = 248)	207 (83,5%)	41 (16,5%)	
Tổng	335 (70,8%)	128 (29,2%)	

HCCH gặp ở BN BMI ≥ 23 (61,8%) nhiều hơn so với BN có BMI < 23 (38,2%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 6. Mối liên quan HCCH với thời gian mắc bệnh trên BN ĐTD típ 2 (n = 335).

Thời gian mắc bệnh ĐTD	HCCH		p
	Có	Không	
≤ 5 năm (n = 281)	197 (70,1%)	84 (29,9%)	> 0,05
> 5 năm (n = 192)	138 (71,9%)	54 (28,1%)	
Tổng	335 (70,8%)	128 (29,2%)	

Không thấy mối liên quan giữa HCCH với thời gian mắc bệnh trên BN ĐTD típ 2, $p > 0,05$.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- Tuổi trung bình BN là $63,88 \pm 8,86$ tuổi, đa số BN từ 50 tuổi trở lên (94,9%). Tuổi trung bình giữa BN nam và BN nữ khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ BN nam (47,1%) tương đương với BN nữ (52,9%); khác với kết quả nghiên cứu của Mai Lê Hiệp (BN nữ nhiều gấp 2 lần BN nam [4]); Lê Thanh Đức (BN nữ nhiều gấp 3 lần BN nam [3]). BMI trung bình của BN là $23,13 \pm 2,6$, đa số có BMI ≥ 23 (52,4%); tương tự kết quả nghiên cứu Lê Thanh Đức (BMI trung bình của BN là $23,9 \pm 3,5$ [3]).

4.2. Mối liên quan HCCH với một số yếu tố nguy cơ BN ĐTD típ 2:

- Rối loạn các thành phần HCCH: kết quả bảng 2 thấy, 303/473 BN (64,1%) có tăng triglycerid, 315/473 BN (66,6%) có tăng huyết áp. Trong số BN này, thì BN nữ tăng triglycerid, tăng huyết áp nhiều

hơn BN nam, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. 126/473 BN (26,6%) giảm HDL-C, 259/473 BN (54,8%) béo bụng, trong đó, BN nữ giảm HDL-C, béo bụng nhiều hơn BN nam (82,5% và 73,0% so với 17,5% và 27,0%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Nghiên cứu chỉ ra trong 335 BN mắc HCCH thì 3 thành phần chiếm chủ yếu với 44,8%, tiếp đó đến 4 thành phần với 42,4% cuối cùng 5 thành phần gặp ít nhất với 12,8%.

Về phân bố số lượng các thành phần HCCH theo giới: tỷ lệ mắc 3 thành phần của HCCH gặp ở nam (50,7%) nhiều hơn nữ (49,3%); nhưng tỷ lệ mắc 4 và 5 thành phần gặp ở nữ (66,2% và 93,0%) nhiều hơn nam (33,8% và 7,0%).

Về phân bố số lượng các thành phần HCCH theo tuổi: ở các nhóm tuổi tỷ lệ 3 thành phần đều gặp nhiều nhất và ít nhất là 5 thành phần. Ở nhóm BN < 40 tuổi, duy nhất chỉ gặp 1 BN mắc HCCH với 3 thành phần. Ở nhóm BN ≥ 70 tuổi, tỷ lệ 3, 4, 5 thành phần HCCH lần lượt là 50,5%; 36,9% và 12,6%. Sự khác biệt về số lượng thành phần HCCH giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

- Mối liên quan HCCH với một số yếu tố nguy cơ trên BN ĐTD típ 2: biểu đồ 1 và bảng 3 cho thấy, 335/473 BN ĐTD típ 2 (70,8%) mắc HCCH. Trong số BN ĐTD típ 2 mắc HCCH, tỷ lệ BN nữ giới (62,1%), BN có BMI ≥ 23 (61,8%) nhiều hơn BN nam (37,9%) và BN có BMI < 23 (38,2%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Phân bố BN mắc HCCH tăng dần theo tuổi, trong đó, hay gặp nhất là BN ≥ 60 tuổi (69,2%), tiếp đến là BN từ 40-59 tuổi (30,5%), ít gặp nhất là BN dưới 40 tuổi (0,3%); tương tự nghiên cứu của Lê Thanh Đức (cao nhất là BN ≥ 60 tuổi (42,99%), thấp nhất là BN < 40 tuổi (1,87%); tỷ lệ BN nữ mắc HCCH nhiều hơn BN nam (89,7% so với 10,3%), khác biệt với $p < 0,05$ [3]). Nhiều nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước cũng khẳng định tuổi là yếu tố nguy cơ của HCCH, tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc càng cao.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 473 BN ĐTD típ 2, điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 3 đến tháng 9/2016, kết luận:

- BN trung bình $63,88 \pm 8,86$ tuổi, BN trên 60 tuổi chiếm 66,4%. Tỷ lệ BN nam/nữ ≈ 1/1,12. BMI trung bình là $23,13 \pm 2,64$, trong đó, BN thừa cân và béo phì (BMI ≥ 23) chiếm 52,4%. 70,8% BN ĐTD típ 2 mắc HCCH.

- BN nữ có rối loạn các thành phần HCCH nhiều hơn BN nam; trong đó, thành phần béo bụng và giảm HDL-C giữa BN nam và nữ khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

(Xem tiếp trang 55)

NGHIÊN CỨU RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

ThS. CẦN THỊ ÁNH TUYẾT - Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN MINH NÚI
(2) BSCKII. LÊ VĂN HÒA

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 86 bệnh nhân tiền đái tháo đường, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 105. **Kết luận:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $48,4 \pm 9,2$ tuổi, bệnh nhân từ 40-59 tuổi chiếm 73,2%. Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ = 1/1,5. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng vòng bụng và BMI là 41,9% và 45,3%. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn lipid máu là 83,7%, trong đó tăng triglycerid 50,0% và tăng cholesterol toàn phần đơn thuần là 36,05%, tăng LDL-C là 39,5%, giảm HDL-C là 38,4%. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân nam (91,4%) cao hơn ở bệnh nhân nữ (78,6%). Bệnh nhân có glucose máu $\geq 5,6$ mmol/l, HbA1c $\geq 5,7\%$ thì nguy cơ rối loạn lipid máu lần lượt cao gấp 1,91 lần và 1,35 lần so với bệnh nhân có glucose máu $< 5,6$ mmol/l, HbA1c $< 5,7\%$. Tuổi cao, thừa cân, béo phì ở bệnh nhân tiền đái tháo đường làm tăng nguy cơ rối loạn lipid máu.

Từ khóa: Đái tháo đường, BMI, rối loạn lipid.

ABSTRACT: Prospective study, cross-sectional description of 86 outpatients with pre-diabetes at the Military hospital 105. **Concluded:** The average age of patients was 48.4 ± 9.2 years, The patients aged 40-59 years accounted for 73.2%. The rate of male/female patients was 1/1.5. The proportion of patients with increased waist circumference and BMI was 41.9% and 45.3%. The rate of patients with dyslipidemia was 83.7%, of which increased triglycerides 50.0% and simple total cholesterol 36.05%, increased LDL-C 39.5%, and decreased HDL-C 38.4%. The rate of dyslipidemia in male patients (91.4%) was higher than in female patients (78.6%). The patients with blood glucose ≥ 5.6 mmol/l, HbA1c $\geq 5.7\%$, the risk of dyslipidemia was 1.91 times and 1.35 times higher than the patients with blood glucose < 5.6 mmol/l, HbA1c $< 5.7\%$. The advanced age, overweight, and obesity in pre-diabetic patients increase the risk of dyslipidemia.

Keywords: Diabetes, BMI, dyslipidemia.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Cần Thị Ánh Tuyết, SĐT: 0974070209

Ngày nhận bài: ; mời phản biện khoa học: ; chấp nhận đăng: .

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý nội tiết - chuyển hóa mạn tính, mang tính cộng đồng và xã hội rõ rệt; là nguyên nhân gây tử vong hàng thứ 4 hoặc thứ 5 tại các nước phát triển. ĐTĐ là một trong 3 bệnh có tốc độ phát triển nhanh nhất hiện nay (cùng với ung thư và bệnh tim mạch). Đáng chú ý, tỷ lệ bệnh nhân (BN) tiền ĐTĐ cao hơn nhiều so với ĐTĐ. Một số nghiên cứu cho thấy, các biến chứng của ĐTĐ xảy ra trong giai đoạn tiền ĐTĐ, nhưng người bệnh không biết để điều trị, dẫn tới các biến chứng này ngày càng trầm trọng hơn. Các nghiên cứu đều nhận thấy rằng, rối loạn lipid (RLLP) máu, ĐTĐ thường đi kèm và tác động tương hỗ lẫn nhau (đây là sự liên quan giữa các thành phần lipid và dung nạp glucose).

Để góp phần ngăn chặn tiền ĐTĐ tiến triển thành bệnh ĐTĐ và hạn chế các biến chứng của bệnh, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm RLLP máu ở BN tiền ĐTĐ và tìm hiểu mối liên quan giữa các chỉ số lipid máu với một

số yếu tố nguy cơ trên BN tiền ĐTĐ, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 105.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

86 BN chẩn đoán xác định tiền ĐTĐ, khám và điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 11/2015 đến tháng 6/2016.

Loại trừ BN đã sử dụng các thuốc hạ glucose máu; BN mắc bệnh nặng (suy gan, suy thận, suy tim...); BN có bệnh lý ở tuyến tụy, đang dùng thuốc gây tăng đường máu (như corticoid, furosemide...) BN đang mang thai; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Phương pháp tiến hành: tất cả BN đều được hỏi tiền sử bệnh, thăm khám lâm sàng, làm xét nghiệm định lượng glucose máu lúc đói, định lượng HbA1c máu, định lượng các thành phần lipid

máu. Thu thập số liệu nghiên cứu theo mẫu bệnh án thống nhất.

- Tiêu chuẩn đánh giá:

+ Chẩn đoán tiền ĐTĐ theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ (dựa vào 1 trong 3 hoặc cả 3 tiêu chuẩn sau): (1) 100 mg/dl $\leq$ glucose huyết tương lúc đói (G0) < 126 mg/dl (5,6 mmol/l $\leq$ G0 < 7 mmol/l); (2) 140 mg/dl $\leq$ glucose huyết tương sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp glucose (G2) < 200 mg/dl (7,8 mmol/l $\leq$ G2 < 11,1 mmol/l); (3) 5,7% $\leq$ HbA1c < 6,5%.

+ Phân loại chỉ số khối cơ thể (BMI) theo tiêu chuẩn của Hiệp hội ĐTĐ thế giới năm 2005, áp dụng cho người châu Á trưởng thành (BMI = trọng lượng cơ thể/(chiều cao)²): gầy (BMI < 18,5); bình thường (BMI từ 18,5-22,9); thừa cân (BMI từ 23-25); béo phì (BMI > 25).

+ Chỉ số vòng bụng theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới dành cho người châu Á: chỉ số vòng bụng nam giới $\geq$ 90 cm và nữ giới $\geq$ 80 cm được coi là yếu tố nguy cơ béo phì.

+ Chẩn đoán RLLP máu theo khuyến cáo Hội Tim mạch Việt Nam năm 2006:

Tên xét nghiệm	Bình thường	Bệnh lí
Cholesterol toàn phần (mmol/l)	< 5,2	$\geq$ 5,2
Triglyceride (mmol/l)	< 1,7	$\geq$ 1,7
HDL-C (mmol/l)	> 1,0	$\leq$ 1,0
LDL-C (mmol/l)	< 3,1	$\geq$ 3,1

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS 16.0 và thuật toán thống kê y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm về đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu.

Đặc điểm	Số BN (n = 86)	Tỉ lệ %
Tuổi (năm)	Dưới 40	14
	Từ 40-49	31
	Từ 50-59	32
	$\geq$ 60	9
	Trung bình	48,4 $\pm$ 9,2
Giới tính	Nam	35
	Nữ	51
BMI	< 23	47
	$\geq$ 23	39
Vòng bụng	Bình thường	50
	Tăng	36
Huyết áp	Bình thường	61
	Tăng	25

Tuổi trung bình của BN là 48,4 $\pm$ 9,2 tuổi, chủ yếu BN từ 40-59 tuổi (73,2%). Tỉ lệ BN nam/nữ = 1/1,5; tương tự như các kết quả nghiên cứu của Diabcare - Asia (1998) và Diabcare Việt Nam (1998-2003) (tỉ lệ BN nam/nữ = 1/2). Tỉ lệ béo phì (đặc biệt là béo bụng) ở nữ nhiều hơn nam, có thể do nữ hoạt động thể lực ít hơn nam hay ý thức tự giác khám bệnh ở nữ cao hơn ở nam. Nghiên cứu cho thấy, đa số BN tiền ĐTĐ có BMI, VB và huyết áp nằm trong giới hạn bình thường.

3.2. Đặc điểm RLLP máu và mối liên quan với một số yếu tố trên BN tiền ĐTĐ:

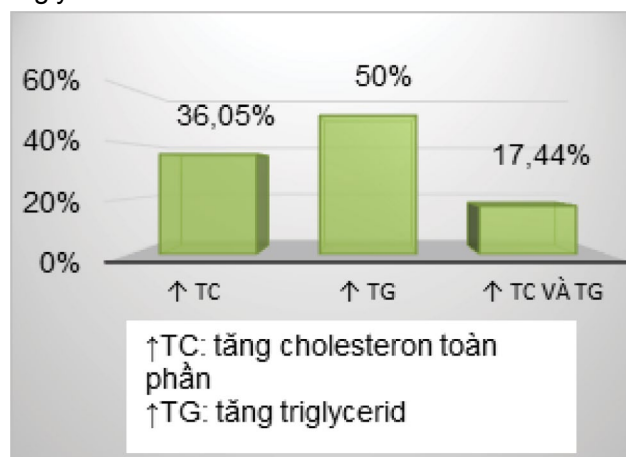
- Tỉ lệ RLLP ở đối tượng nghiên cứu:

+ Lipid máu bình thường: 14 BN (16,3%).

+ RLLP máu: 72 BN (83,7%).

83,7% BN tiền ĐTĐ có RLLP máu; tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hằng (86% BN đái tháo đường có RLLP máu), Trần Thị Đoàn (79,4% BN tiền ĐTĐ có RLLP máu). Nhưng cao hơn kết quả nghiên cứu của Tạ Văn Bình, Trương Quang Phổ, Phạm Thị Hồng Hoa (tỉ lệ rối loạn lipid máu ở BN ĐTĐ lần lượt là 65,3%, 67,6% và 68%). Các kết quả trên cho thấy, RLLP máu trên BN tiền ĐTĐ rất cao, thậm chí cao hơn ở BN ĐTĐ, tuy nhiên, còn phụ thuộc vào cỡ mẫu và cách chọn mẫu trong mỗi nghiên cứu.

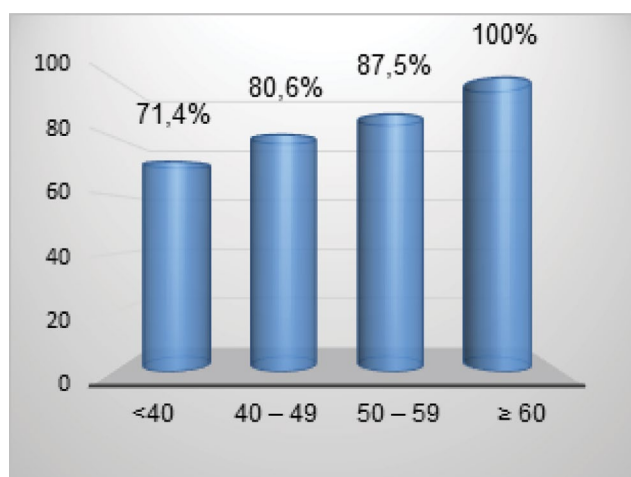
- Tỉ lệ tăng lipid máu dựa theo cholesterol và triglycerid trên BN tiền ĐTĐ:



Biểu đồ 1. Tỉ lệ tăng lipid máu dựa theo cholesterol và triglycerid trên BN đái tháo đường.

Có 36,05% BN tăng TC đơn thuần, 50,0% BN tăng TG đơn thuần và 17,44% tăng cả TC và TG. Trong số BN RLLP máu, có 39,5% BN tăng LDL-C, 38,4% BN giảm HDL-C. Tạ Văn Bình nghiên cứu RLLP trên BN lần đầu phát hiện ĐTĐ, thấy 53% BN tăng TG và 40% BN tăng TC đơn thuần, 42,9% BN tăng LDL-C, 20% BN giảm HDL-C [2]. Tăng TG là một RLLP máu thường gặp ở các BN tiền ĐTĐ.

- Mối liên quan giữa RLLP máu với độ tuổi BN nghiên cứu:



Biểu đồ 2. Mối liên quan giữa RLLP máu với độ tuổi BN ĐTĐ.

71,4% BN có RLLP máu dưới 40 tuổi, 80,6% BN có RLLP máu từ 40-49 tuổi, 87,5% BN có RLLP máu từ 50-59 tuổi, 100% BN có RLLP máu ≥ 60 tuổi; tương đương nghiên cứu của Trần Thị Đoàn (RLLP tăng dần theo nhóm tuổi trên, lần lượt là 67,6%, 81,6%, 82,5% và 85,7% [4]). BN tiền ĐTĐ có độ tuổi càng cao thì tỉ lệ RLLP máu càng cao.

- Mối liên quan giữa RLLP máu với giới tính BN tiền ĐTĐ:

Bảng 2. Mối liên quan giữa RLLP máu với đặc điểm BN tiền ĐTĐ.

Đặc điểm BN tiền ĐTĐ		RLLP máu	
		Có	Không
Giới tính	Nam	32 (91,4%)	3 (8,6%)
	Nữ	40 (78,4%)	11 (21,6%)
p		> 0,05	
Vòng bụng	Bình thường	38 (76%)	12 (24%)
	Tăng	34 (94,4%)	2 (5,6%)
p; OR		< 0,05; 5,36	
BMI	< 23	37 (78,7%)	10 (21,3%)
	≥ 23	35 (89,7%)	4 (10,3%)
p; OR		> 0,05; 2,36	
Glucose (mmol/l)	≥ 5,6	63 (85,1%)	11 (14,9%)
	< 5,6	9 (75%)	3 (25%)
p; OR		> 0,05; 1,91	
HbA1c (%)	≥ 5,7	51 (85%)	9 (15%)
	< 5,7	21 (80,8%)	5 (19,2%)
p; OR		> 0,05; 1,35	

BN nam (91,4%) mắc RLLP máu cao hơn so với BN nữ (78,6%), khác biệt không có ý nghĩa

thống kê với $p > 0,05$; tương tự kết quả nghiên cứu của Trần Thị Đoàn (86,9% BN nam tiền ĐTĐ có RLLP máu, 74,7% BN nữ tiền ĐTĐ có RLLP máu [4]).

BN tiền ĐTĐ có tăng vòng bụng thì nguy cơ RLLP máu cao gấp 5,36 lần so với BN tiền ĐTĐ không tăng vòng bụng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Trần Thị Đoàn và Phạm Thúy Hằng, tỉ lệ RLLP máu ở BN có tăng vòng bụng cao hơn BN không tăng vòng bụng lần lượt là 2,9 và 4,27 lần [4], [5]. BN tiền ĐTĐ có tăng BMI thì nguy cơ RLLP máu cao gấp 2,36 lần so với BN không có tăng BMI, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tình trạng thừa cân, béo phì ở BN tiền ĐTĐ làm tăng nguy cơ RLLP máu.

BN tiền ĐTĐ có glucose máu $\geq 5,6$ mmol/l thì nguy cơ RLLP máu cao gấp 1,91 lần so với BN tiền ĐTĐ có glucose máu $< 5,6$ mmol/l, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Có thể do số lượng BN trong nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn để đạt ý nghĩa thống kê.

BN tiền ĐTĐ có HbA1c $\geq 5,7\%$ thì có nguy cơ RLLP máu cao gấp 1,35 lần so với BN tiền ĐTĐ có HbA1c $< 5,7\%$. Nghiên cứu của Trần Thị Đoàn (2011), thấy BN có HbA1c $\geq 5,7\%$ thì có nguy cơ RLLP máu cao gấp 1,5 lần so với BN có HbA1c $< 5,7\%$ [4].

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 86 BN tiền ĐTĐ, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 105, kết luận:

- Tuổi trung bình của BN là $48,4 \pm 9,2$ tuổi, BN từ 40-59 tuổi chiếm 73,2%. Tỉ lệ BN Nam/nữ = 1/1,5. Có 41,9% BN tăng vòng bụng, 45,3% BN tăng BMI.

- Tỉ lệ RLLP máu ở BN là 83,7%, trong đó, 36,05% và 50,0% BN tăng TC và TG đơn thuần, 17,44% BN tăng cả TC và TG, 39,5% BN tăng LDL-C, 38,4% BN giảm HDL-C. BN nam (91,4%) có RLLP máu ở cao hơn BN nữ (78,6%). Tình trạng thừa cân, béo phì ở BN ĐTĐ làm tăng nguy cơ RLLP máu.

- BN có glucose máu $\geq 5,6$ mmol/l thì nguy cơ RLLP máu cao gấp 1,91 lần so với BN có glucose máu $< 5,6$ mmol/l. BN có HbA1c tăng $\geq 5,7\%$ thì nguy cơ RLLP máu cao gấp 1,35 lần so với BN có HbA1c $< 5,7\%$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Văn Bằng (2008), "Tiền đái tháo đường", *Tạp chí Y học thực hành*, tr. 79-86.

2. Tạ Văn Bình (2006), *Mở đầu, Bệnh đái tháo đường và tăng glucose máu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 11-49.

3. Tạ Văn Bình (2006), “Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 lần đầu tiên được phát hiện tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương”, *Kỷ yếu toàn văn hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hóa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Tr. 413-419.

4. Trần Thị Đoàn (2011), *Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tiền đái tháo đường*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

5. Phạm Thúy Hằng (2010), *Nghiên cứu rối loạn lipid máu và tình hình kiểm soát glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Xanh-Pôn*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.

6. Phạm Thị Hồng Hoa (2010), *Nghiên cứu kết quả kiểm soát một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 được quản lý và điều trị ngoại trú*, Luận văn tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.

7. American Diabetes Association (2010), “Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus”, *Diabetes Care*, 33 (1), pp. 62 -68.

8. Aroda V.R R.R (2008), “Approach to the patient with prediabetes”, *J Clin Endocrinol Metab*, 93 (9), pp. 3259-3265.

9. Ataru Taniguchi M.F (2008), “The role of body mass index and triglycerid level in indentifying in insulin resistan variant in type 2 diabetes mellitus”, *Metabolism*, Vol 49, No 8.

10. Brown C.D H.M, Donato K.A et al, (2000), “Body mass index and the prevalence of hypertension and dyslipidemia in type diabetes mellitus”, *Obesity research*, 8: 605-617.

11. Carr M.C B.J (2003), “Increased hepatic lipase activity and intraabdominal fat in diabetes mellitus”, *Annual Meeting of Endocrine society Philadelphia PA*, pp. 2-6.

12. Crepaldi G (1987), “Dyslipidemia and diabetes in obesity”, *Medicographia*, Vol 19, Is: 2, pp. 31-34.

13. Heikes K.E.E.D.M, Arondekar B, Schlessinger L (2008), “Diabetes Risk Calculator: A simple tool for detecting undiagnosed diabetes and pre-diabetes”, *Diabetes Care*, 31 (5), pp. 1040-1045.

14. Jean Marcel Brun (2000), “Triglycerides et diabetes Abstract diabetes lipid nutrition endocrinology”, *N.I novembre*. □

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TOÀN BỘ MẠC TREO...

(Tiếp theo trang 28)

2. Van der Pas M.H, Haglind E, Cuesta M.A, et al (2013), “Laparoscopic versus open surgery for rectal cancer (COLOR II): short-term outcomes of a randomised, phase 3 trial”, *The Lancet Oncology*, 14(3), 210-218.

3. Sylla P, Rattner D.W, Delgado S, et al (2010), “NOTES transanal rectal cancer resection using transanal endoscopic microsurgery and laparoscopic assistance”, *Surg Endosc*, 24(5), 1205-1210.

4. Lacy A.M, Tasende M.M, Delgado S, et al (2015), “Transanal Total Mesorectal Excision for Rectal Cancer: Outcomes after 140 Patients”, *Journal of the American College of Surgeons*, 221(2), 415-423.

5. Simillis C, Hompes R, Penna M, et al (2016), “A systematic review of transanal total mesorectal excision: is this the future of rectal cancer surgery?”, *Colorectal Disease*, 18(1), 19-36.

6. Xu C, Song H.Y, Han S.L, et al (2017), “Simple instruments facilitating achievement of transanal total mesorectal excision in male patients”, *World J Gastroenterol*, 23(31), 5798-5808.

7. Kim J.S, Kim J.S, Cho M.J, et al (2002), “Preoperative chemoradiation using oral capecitabine in locally advanced rectal cancer”, *Int. J. Radiation Oncology Biol*, 54(2), 403-408.

8. Quirke P, Steele R, Monson J, et al (2009), “Effect of the plane of surgery achieved on local recurrence in patients with operable rectal cancer: a prospective study using data from the MRC CR07 and NCIC-CTG CO16 randomised clinical trial”, *Lancet*, 373(9666), 821-828.

9. Penna M, Hompes R, Arnold S, et al (2017), “Transanal Total Mesorectal Excision: International Registry Results of the First 720 Cases”, *Ann Surg*, 266(1), 111-117.

10. Dindo D, Dematines N, Clavien P.A (2004), “Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey”, *Ann Surg*, 240(2), 205-213.

11. Kirwan W.O, Turbull R.B, Fazio V.W, et al (1978), “Pull-through operation with delayed anastomosis for rectal cancer”, *Br J Surg*, 65(15), 695-698.

12. Zhang H.W, Han X.D, Wang Y, et al (2012), “Anorectal functional outcome after repeated transanal endoscopic microsurgery”, *World J Gastroenterol*, 18(40), 5807-5811. □

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LỌC MÁU CHU KÌ ĐIỀU TRỊ 26 BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN TÍNH, ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

BSCKI. TRẦN VĂN HẢI - Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. BÙI VĂN MẠNH
(2) BSCKII. NGUYỄN VĂN NHƯ

TÓM TẮT: Nghiên cứu 26 bệnh nhân suy thận mạn tính, có chỉ định và được điều trị lọc máu chu kỳ tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 01 đến tháng 9 năm 2015, kết luận:

- Tình trạng lâm sàng, các chỉ tiêu xét nghiệm và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân được cải thiện rõ rệt sau lọc máu. Cân bằng điện giải của bệnh nhân về giới hạn cho phép; hiệu suất lọc ure trung bình đạt $66,47 \pm 1,04\%$ và độ thanh thải từng phần ure trung bình đạt $1,27 \pm 0,04$.

- Gặp hầu hết các tai biến, biến chứng trong lọc và giữa các cuộc lọc với tỉ lệ thấp (tụt huyết áp 15,4%; chuột rút 19,23%; ngứa 23,1%; sốt 26,9%; đau đầu 30,8%...) và đều được phát hiện, kiểm soát, xử trí kịp thời, không để lại hậu quả nặng nề.

Từ khóa: Suy thận mạn, suy thận giai đoạn cuối, lọc máu chu kỳ.

ABSTRACT: Study on the 26 patients with chronic renal insufficiency with indication and treated by the method of cycling dialysis at the Department of Intensive care and Emergency, Military hospital 105, from January to September 2015, **concluded:**

- The clinical status, laboratory criteria and quality of life of patients improved markedly after dialysis. The patient's electrolyte balance was in the allowable limits; the average urea filtration efficiency reached $66.47 \pm 1.04\%$ and the average urea partial clearance reached 1.27 ± 0.04 .

- Observed almost of the accidents and complications during dialysis and between dialysis with a low rate (decreased blood pressure 15.4%; cramp 19.23%; itching 23.1%; fever 26.9%; headache 30.8% ...) and were detected, controlled and handled timely, no serious consequences.

Keywords: Chronic renal insufficiency, end-stage renal insufficiency, cycling dialysis.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKI. Trần Văn Hải, Email:

Ngày nhận bài:

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Tỉ lệ người mắc suy thận mạn tính (STMT) có xu hướng ngày càng gia tăng và trở thành vấn đề y tế đáng quan tâm ở nhiều nước trên thế giới. Kỹ thuật điều trị STMT ngày nay đã có nhiều tiến bộ, trong đó điều trị thay thế thận bằng lọc máu chu kỳ tại các cơ sở y tế thể hiện rõ hiệu quả, tích cực góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống cho các bệnh nhân (BN) STMT giai đoạn cuối.

Tại Bệnh viện Quân y 105, kỹ thuật lọc máu chu kỳ điều trị BN STMT đã được triển khai tại Đơn vị Thận nhân tạo (thuộc Khoa Hồi sức cấp cứu), từ tháng 1/2015. Đến nay, tại đây đã tiến hành lọc máu cho hàng trăm BN với hàng ngàn lượt điều trị an toàn. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả kỹ thuật lọc máu chu kỳ tại Đơn vị thận nhân tạo của Bệnh viện.

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá hiệu quả lọc máu chu kỳ, điều trị các BN STMT tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 01 đến tháng 9/2015.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

26 BN STMT có chỉ định và điều trị lọc máu chu kỳ tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 01 đến hết tháng 9 năm 2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả.
- Các chỉ tiêu nghiên cứu:
 - + Đặc điểm chung của BN.
 - + Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước lọc máu và sau lọc máu.
 - + Các tai biến, biến chứng lọc máu (nếu có).
 - + Đánh giá, kết luận.
- Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu: đánh giá hiệu quả điều trị theo tiêu chuẩn lọc máu thẩm tách ngắt quãng của Hiệp hội thận học quốc gia Hoa Kỳ (The National Kidney Foundation Disease Outcomes Quality Initiative) năm 2002, qua hiệu suất lọc ure - PRU (%) và độ thanh thải từng

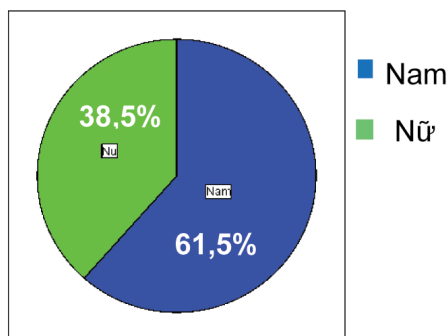
phần của ure - Kt/V ($Kt/V = \ln(C_0/C_t)$); trong đó C_0 là nồng độ Ure máu trước lọc; C_t là nồng độ ure máu sau lọc).

- Xử lý số liệu: số liệu được phân tích và xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0. Các biến định lượng phân tích và trình bày theo trung bình, độ lệch chuẩn; các biến định tính trình bày theo tỉ lệ %; $p < 0,05$ được quy ước là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Một số đặc điểm chung BN nghiên cứu:

- Giới tính:



Biểu đồ 1. Giới tính BN.

BN nam (38,5%) nhiều hơn BN nữ (61,5%), tỉ lệ BN nam/nữ là 1,6.

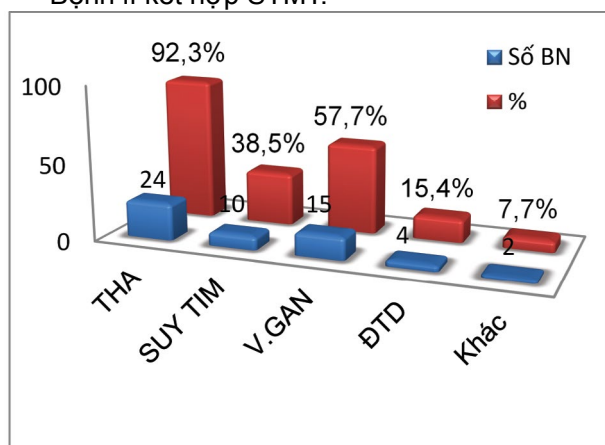
- Độ tuổi: BN phân bố từ 18-69 tuổi, trung bình $39,2 \pm 10,5$ tuổi, trong đó:

+ Dưới 55 tuổi: 18 BN (69,2%).

+ Từ 55 tuổi trở lên: 8 BN (30,8%).

Đa số BN lọc máu đang ở độ tuổi lao động (từ 18-55 tuổi chiếm 69,2%).

- Bệnh lý kết hợp STMT:



Biểu đồ 2. Các bệnh lý kết hợp trên BN.

Các BN STMT lọc máu chu kỳ có nhiều bệnh lý mạn tính khác kết hợp cần điều trị, trong đó, đa số BN có tăng huyết áp (92,3%). Tỉ lệ BN viêm gan (57,7%) và suy tim (38,5%) khá cao, ảnh hưởng nhiều đến hiệu suất lọc máu.

3.2. Hiệu quả lọc máu chu kỳ trên BN STMT:

- Hiệu quả trên lâm sàng:

Bảng 1. Lâm sàng trước và sau lọc máu.

Triệu chứng lâm sàng	Trước lọc		Sau lọc		Số BN hết triệu chứng
	Số BN	Số lần	Số BN	Số lần	
Tình trạng rất mệt	11	126	6	32	5
Huyết áp cao	16	232	2	26	14
Huyết áp thấp	2	35	0	0	2
Đau ngực	2	13	1	1	1
Đau đầu, chóng mặt	7	121	3	18	4
Phù	2	4	2	3	0
Ngứa	19	234	18	165	1

Các triệu chứng lâm sàng của BN nghiên cứu sau các lần lọc máu đều cải thiện rõ rệt so với trước lọc máu.

- Hiệu quả trên các chỉ số xét nghiệm:

Bảng 2. Kết quả điều chỉnh điện giải.

Giá trị	B.thường	Trước lọc	Sau lọc	p
Na ⁺ (mmol/l)	135-145	129 ± 7,6	136 ± 5,8	0,005
K ⁺ (mmol/l)	3,5-5,0	5,17 ± 0,78	3,24 ± 0,46	0,005
Ca ⁺⁺ (mmol/l)	1,17-1,29	1,04 ± 0,05	1,21 ± 0,04	0,005

Kết quả điều chỉnh điện giải sau lọc máu rất khả quan, các chỉ số sinh hóa sau lọc nằm trong giá trị bình thường, khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước lọc máu ($p = 0,005$).

- Hiệu suất lọc ure (PRU) và độ thanh thải từng phần của ure (Kt/V):

+ Chỉ số PRU trung bình: $66,47 \pm 1,04\%$.

+ Chỉ số Kt/V trung bình: $1,27 \pm 0,04$.

Giá trị trung bình hiệu suất lọc ure ở BN trong nghiên cứu này (66,5%) đạt tương đương nghiên cứu của Nguyễn Văn Tùng (65,71%) [6].

3.3. Tai biến, biến chứng của lọc máu chu kỳ:

- Tai biến trong lọc máu:

Bảng 3. Tai biến trong lọc máu.

Tai biến	Số BN	Số lần
Tụt huyết áp	4 (15,4%)	7
Tim mạch khác	1 (2,8%)	1
Mệt mỏi	6 (23,1%)	8
Chuột rút	5 (19,2%)	6
Khó thở	2 (7,7%)	2
Nôn	1 (3,9%)	1
Rối loạn khác	5 (19,2%)	5
Tổng	21 (80,8%)	

Đa số BN gặp các tai biến nhẹ trong lọc máu, như mệt mỏi, tụt huyết áp, chuột rút, rét run...

- Biến chứng giữa 2 cuộc lọc máu:

Bảng 4. Biến chứng giữa 2 cuộc lọc máu.

Biến chứng	Số BN	Số lần
Lọc trước chu kì	2 (7,7%)	2
Ngứa	6 (23,1%)	203
Khó thở	2 (7,7%)	2
Sốt	7 (26,9%)	106
Đau đầu	8 (30,8%)	121
Viêm nhiễm	2 (7,7%)	3
Khác	3	9

Đa số là các biến chứng do hậu quả của STMT và hội chứng ure huyết cao; không BN nào gặp các biến chứng nguy hiểm, như mê sảng, đau ngực...

4. BÀN LUẬN.

Nghiên cứu cho thấy BN STMT lọc máu chu kì tại bệnh viện Quân y 105 đa số là nam giới (61,5%). Tỷ lệ BN nam/nữ của chúng tôi (1,6/1) có thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tùng trên 50 BN lọc máu chu kì ở Bệnh viện Thái Nguyên (tỷ lệ BN nam/nữ là 8/1 [6]), hay Lâm Thành Vững (tỷ lệ BN nam/nữ là 6/1 [7]), có thể do tổng số BN STMT chúng tôi thu dung chưa nhiều, chưa đánh giá khách quan tỷ lệ STMT thực tiễn ở cộng đồng.

Độ tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu này ($39,2 \pm 10,5$ tuổi) cao hơn không đáng kể so với nghiên cứu của Lê Việt Thắng ($36,18 \pm 10,07$ tuổi [8]), có thể do Bệnh viện Quân y 105 làm nhiệm vụ tuyến sau trên địa bàn, nên BN chuyển về đã từng lọc máu nhiều năm ở các bệnh viện tuyến trước. Điều này có thể ảnh hưởng đến chất lượng, hiệu quả của cuộc lọc bởi thời gian đã lọc máu lâu năm sẽ dẫn đến sự gia tăng các bệnh lý nền kết hợp khác, đặc biệt là suy tim (do làm cầu thông động - tĩnh mạch), phải giảm lưu lượng lọc.

Tỷ lệ gặp các bệnh lý kết hợp trên BN nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Lâm Thành Vững [7] hay một số tác giả ở các trung tâm lọc máu lớn khác. Có thể đây là một “đặc thù” của BN STMT, cần được quan tâm để phối hợp điều trị ổn định các bệnh lý nền khác, tạo điều kiện tốt hơn cho lọc máu chu kì.

Nghiên cứu của chúng tôi ít gặp các tai biến đau ngực, đau đầu, chảy máu và gặp nhiều hơn là các tai biến tụt huyết áp (15,4%), chuột rút (19,23%). Kết quả này có phần chưa phù hợp với nghiên cứu của Lương Trác Nhân, Lê Văn Luân, Nguyễn Thị Thu Trang, tại Bệnh viện Quân y 121 [9]. Có thể do trong giai đoạn đầu triển khai lọc máu chu kì, chúng

tôi chưa có nhiều kinh nghiệm tính cân khô, điều chỉnh rút cân chưa thật tốt, hơn nữa, các BN tuyến trước chuyển lên Bệnh viện Quân y 105 tiếp tục lọc máu thường có bệnh mạn tính (khó thực hiện lọc máu ở tuyến trước).

Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy, giá trị trung bình Kt/V ($1,27 \pm 0,04$) là khá cao, tương đương với một số trung tâm lọc máu khác (như tại Bệnh viện Quân y 103 trong nghiên cứu của Lê Việt Thắng: Kt/V là $1,28 \pm 1,8$ [8]) và nằm trong giới hạn khuyến cáo của các hiệp hội thận học Hoa Kỳ và châu Âu (Kt/V $> 1,2$). Nguyên nhân là do một số BN trong nghiên cứu mới bắt đầu lọc máu (đang ở giai đoạn IIIb, còn tiểu đường), có chỉ định thời gian cuộc lọc ngắn hơn, rút cân qua siêu lọc UF ít hơn, do đó hiệu suất lọc thấp. Hơn nữa, trong giai đoạn đầu triển khai lọc máu, chúng tôi chưa có nhiều kinh nghiệm, chưa mạnh dạn chỉ định cuộc lọc với thông số lọc lớn hơn. Đặc biệt, tỷ lệ BN có bệnh lý nền kết hợp là suy tim của chúng tôi khá cao, nên chúng tôi thường chỉ định lọc với lưu lượng thấp. Vì vậy, giá trị trung bình PRU và chỉ số Kt/V chỉ đạt ở ngưỡng thấp.

Về hiệu quả điều chỉnh cân bằng điện giải, kết quả của chúng tôi phù hợp với các tác giả Nguyễn Hữu Sơn ($\text{Na}^+ 134 \pm 2,7$ mmol/l, $\text{K}^+ 3,52 \pm 0,52$ mmol/l [4]), Lâm Thành Vững ($\text{Na}^+ 135 \pm 3,6$ mmol/l, $\text{K}^+ 3,31 \pm 0,37$ mmol/l [7]), Hoàng Trung Vinh ($\text{Na}^+ 134 \pm 2,98$ mmol/l, $\text{K}^+ 3,6 \pm 0,43$ mmol/l [2]).

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 26 BN STMT, có chỉ định và được điều trị lọc máu chu kì tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 01 đến hết tháng 9 năm 2015, kết luận:

- Tình trạng lâm sàng, các chỉ tiêu xét nghiệm và chất lượng cuộc sống của BN được cải thiện rõ rệt sau lọc máu. Cân bằng điện giải của BN về giới hạn cho phép; hiệu suất lọc ure trung bình (PRU) đạt $66,47 \pm 1,04\%$ và độ thanh thải từng phần ure trung bình (Kt/V) đạt $1,27 \pm 0,04$.

- Gặp hầu hết các tai biến, biến chứng trong lọc và giữa các cuộc lọc với tỷ lệ thấp (tụt huyết áp 15,4%; chuột rút 19,2%; ngứa 23,1%; sốt 26,9%; đau đầu 30,8%...), đều được phát hiện, kiểm soát và xử trí kịp thời, không để lại hậu quả nặng nề.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Đinh Thị Kim Dung (2004), “Suy thận mạn tính”, *Bệnh thận nội khoa*, Nhà xuất bản Y học tr. 12-15.
- Hoàng Trung Anh, Hoàng Trung Vinh (2009), “Đặc điểm các trường hợp suy thận mạn được chạy thận nhân tạo tại Bệnh viện QY 103”, *Tạp chí y học quân sự*, số tháng 4/2009, tr.10-12.

(Xem tiếp trang 86)

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ, DỰ PHÒNG CHẢY MÁU TIÊU HÓA DO VỠ GIÃN TĨNH MẠCH THỰC QUẢN Ở 53 BỆNH NHÂN XƠ GAN, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

BSCKII. ĐINH THỊ KIM NGÂN - Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: (1) TS. DƯƠNG XUÂN NHƯƠNG
(2) BSCKII. LÊ VĂN HÒA

TÓM TẮT: Nghiên cứu kết quả điều trị chảy máu và dự phòng chảy máu tái phát do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản của 53 bệnh nhân (gồm 20 ca chảy máu cấp cứu, 33 ca điều trị dự phòng) được thắt tĩnh mạch thực quản kết hợp uống propranolol, tại Bệnh viện Quân y 105. **Kết quả:** Phương pháp có hiệu quả cầm máu cao ở những bệnh nhân chảy máu (90% kết quả khá và tốt); hiệu quả dự phòng tốt ở các bệnh nhân sau điều trị (tái phát búi giãn tĩnh mạch thực quản 2,5% sau điều trị 3 tháng và 10% sau điều trị 6 tháng; tái phát chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản 1,9% sau điều trị 3 tháng và 10,2% sau điều trị 6 tháng). Phương pháp điều trị an toàn với 37,3% bệnh nhân có biến chứng đau ngực sau thực hiện kỹ thuật và 9,43% bệnh nhân đau đầu do tác dụng không mong muốn của thuốc propranolol.

Từ khóa: Dự phòng chảy máu, chảy máu tái phát, vỡ giãn tĩnh mạch thực quản.

ABSTRACT: Study on the treatment results of bleeding and prevention of recurrent bleeding due to rupture and varicose of the esophagus in 53 patients (including 20 cases of emergency bleeding, 33 cases of prophylactic treatment) with esophageal vein ligation combined oral propranolol at the Military hospital 105. **Results:** The method had a high hemostatic effect in patients with bleeding (90% of results were fair and good); there was good preventive effect in patients after treatment (recurrent of esophageal varicose tufts 2.5% after treatment 3 months and 10% after treatment 6 months; recurrence of bleeding due to rupture and varicose of the esophagus 1.9% after treatment 3 months and 10.2% after treatment 6 months). The method of treatment was safe for 37.3% of patients with chest pain complications after performing the techniques and 9.43% of patients had headaches due to the unwanted effects of propranolol.

Keywords: Prevention of bleeding, recurrent bleeding, rupture and varicose of the esophagus.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Đinh thị Kim Ngân, Email: bskimngan74@gmail.com

Ngày nhận bài:

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản (TMTQ) trên bệnh nhân (BN) xơ gan là cấp cứu hay gặp thứ 2 trong các trường hợp chảy máu tiêu hóa (sau nguyên nhân loét dạ dày - tá tràng); là nguyên nhân gây tử vong hay gặp hàng đầu ở BN xơ gan [1], [9].

Có nhiều phương pháp điều trị chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ ở BN xơ gan, như thắt TMTQ bằng vòng cao su, tiêm gây xơ, chèn bóng, can thiệp mạch, phẫu thuật... Trong các phương pháp này, thắt TMTQ bằng vòng cao su qua nội soi có kỹ thuật đơn giản, chi phí thấp, hiệu quả cầm máu nhanh, dễ triển khai ở các tuyến có máy nội soi tiêu hóa [1]. Bên cạnh đó, dùng thuốc chẹn beta không chọn lọc (đứng đầu là propranolol) là một trong các phương pháp điều trị dự phòng chảy máu do vỡ giãn TMTQ

hay được các bác sĩ lâm sàng ứng dụng. Sử dụng thuốc chẹn beta không chọn lọc kết hợp với thắt TMTQ làm tăng hiệu quả điều trị, giảm biến chứng do thắt, đồng thời tăng hiệu quả tiết căn búi tĩnh mạch giãn [3], [8].

Tại Bệnh viện Quân y 105, phương pháp sử dụng thuốc chẹn beta không chọn lọc kết hợp với thắt TMTQ trong điều trị, dự phòng chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ trên BN xơ gan đã được triển khai từ 2013. Đến nay, phương pháp điều trị này đã mang lại hiệu quả tốt, song chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị và tính an toàn của phương pháp.

Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị, dự phòng chảy máu và chảy máu tái phát do vỡ giãn TMTQ bằng thắt vòng cao su kết hợp uống thuốc propranolol ở BN xơ gan, điều trị tại Bệnh viện Quân y 105.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

53 BN xơ gan, trong đó 20 BN chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ và 33 BN giãn TMTQ đe dọa chảy máu tiêu hóa; điều trị nội trú tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 3/2016 đến tháng 7/2017.

Loại trừ các BN có chống chỉ định nội soi thực quản (hẹp thực quản, suy hô hấp, suy tim, cơn đau thắt ngực, tiền hôn mê gan...) và có chống chỉ định với thuốc propranolol (nhịp tim chậm, hạ huyết áp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, hen phế quản...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Các bước thực hiện nghiên cứu:

+ Khám lâm sàng, cận lâm sàng, lựa chọn BN vào nghiên cứu, ghi nhận các đặc điểm nghiên cứu theo mẫu hồ sơ hàng ngày.

+ Thực hiện điều trị phối hợp: uống hằng ngày thuốc propranolol (liều tăng dần từ 20-80 mg/24 giờ, đến khi nhịp tim giảm nhưng không dưới 55 chu kì/phút) trong suốt quá trình điều trị; thực hiện kĩ thuật nội soi thắt TMTQ, nhắc lại từ 3-4 lần nhằm triệt tiêu tĩnh mạch giãn.

- Chẩn đoán xác định giãn TMTQ và/hoặc chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ trên BN xơ gan căn cứ theo tiêu chuẩn của tổ chức tiêu hóa thế giới và tổ chức tiêu hóa Nhật Bản.

- Các tiêu chí đánh giá trong nghiên cứu:

+ Trên BN chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn MTQ: đánh giá hiệu quả điều trị cầm máu sau 72 giờ thực hiện kĩ thuật.

+ Trên BN đe dọa vỡ giãn TMTQ do xơ gan: đánh giá hiệu quả điều trị dự phòng (số lần chảy máu tái phát) sau điều trị lần đầu từ 3-6 tháng.

+ Đánh giá về kĩ thuật: qua số vòng thắt trong 1 lần thực hiện kĩ thuật và số lần thực hiện kĩ thuật trên 1 BN; biến chứng kĩ thuật; tác dụng không mong muốn của thuốc.

+ Đánh giá kết quả điều trị: tốt: BN không còn nôn ra máu hoặc đi ngoài phân đen, mạch và huyết áp ổn định, xét nghiệm: hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit tăng dần; khá: BN còn nôn ra máu hoặc đại tiện phân đen nhưng giảm dần, mạch, huyết áp ổn định dần, xét nghiệm: hồng cầu, huyết sắc tố, hematocrit tăng dần nhưng chậm; Không tốt: BN vẫn còn tiếp tục nôn ra máu hoặc đi ngoài phân đen với tần suất và số lượng nhiều hơn so với trước

- Thu thập và xử lí số liệu: theo thuật toán thống

kê thường dùng trong y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu:

- Tuổi đời: độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $53 \pm 9,48$ tuổi, trong đó có 22 BN (41,5%) ở độ tuổi từ 50-59. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác như của Trần Phạm Chí [8], Trần Văn Huy [3], Nguyễn Mạnh Hùng [4].

- Giới tính: 49 BN nam (92,5%), 4 BN nữ (7,5%), tỉ lệ tương đồng với nghiên cứu của tác giả Trần Phạm Chí [8] và Nguyễn Mạnh Hùng [4].

Như vậy cho thấy nam giới chiếm đa số trong nhóm nghiên cứu, tỉ lệ nam/nữ = $49/4 = 12,25$.

3.2. Đánh giá hiệu quả điều trị:

- Hiệu quả điều trị cầm máu sau 72 giờ thực hiện kĩ thuật (n = 20):

+ Tốt (hết chảy máu): 14 BN (70,0%).

+ Khá (chảy máu giảm dần rồi hết): 4 BN (20,0%).

+ Thất bại (không cầm máu): 2 BN (10,0%).

Trong 72 giờ sau khi thực hiện kĩ thuật, có 90% BN cầm máu ở mức tốt và khá; 10% BN cầm máu thất bại.

Nghiên cứu của Mai Hồng Bằng trên 53 BN chảy máu tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ, thấy tỉ lệ cầm máu hoàn toàn bằng thắt TMTQ là 71,2%, cầm máu không hoàn toàn 13,4% và không cầm máu là 15,4% [1]. Nghiên cứu của Vũ Văn Khiển tại Bệnh viện Quân y 105, thấy tỉ lệ BN có hiệu quả cầm máu cấp cứu là 97,1% [8]. So sánh với các nghiên cứu này, chúng tôi thấy hiệu quả cầm máu cấp cứu trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương.

- Hiệu quả dự phòng tái phát búi giãn TMTQ sau 3-6 tháng điều trị (chúng tôi theo dõi, tái khám được 40 BN sau điều trị đến 6 tháng, phát hiện tái phát búi giãn TMTQ):

+ Sau điều trị 3 tháng: 1/40 BN (2,5%).

+ Sau điều trị 6 tháng: 4/40 BN (10,0%).

Theo nghiên cứu của Đỗ Thị Oanh, Dương Hồng Thái (2007), tỉ lệ BN tái phát búi giãn TMTQ sau điều trị 3 tháng là 2,8% [11], sau điều trị 6 tháng là 16,6%. Tỉ lệ tái phát trong nghiên cứu của Phạm Quang Cừ (2002) sau 6 tháng là 22,2% [2]. Như vậy, tỉ lệ tái phát trong nghiên cứu của chúng tôi đều thấp hơn. Điều này có thể do các tác giả trên chỉ điều trị cho các BN bằng kĩ thuật thắt TMTQ đơn thuần mà không kết hợp uống thuốc như trong nghiên cứu của chúng tôi.

Lê Thành Lý so sánh 2 phương pháp điều trị, thấy thời gian trung bình tái phát ở nhóm BN chỉ thắt TMTQ đơn thuần và không uống thuốc là 7,2

tháng; thời gian trung bình tái phát ở BN thất TMTQ có kết hợp uống là 11,4 tháng [10].

- Hiệu quả dự phòng chảy máu tái phát do vỡ giãn TMTQ (chúng tôi theo dõi và nắm thông tin BN sau điều trị đến 6 tháng, thống kê số chảy máu tái phát do vỡ giãn TMTQ):

+ Sau điều trị 3 tháng: 1/53 BN (1,9%).

+ Sau điều trị 6 tháng: 5/49 BN (10,2%).

Các BN chảy máu tái do vỡ giãn TMTQ đều nằm trong số 13 BN không triệt tiêu được hoàn toàn búi giãn.

Tỉ lệ BN chảy máu tái phát do vỡ giãn TMTQ sau 6 tháng điều trị (thất TMTQ đơn thuần, không kết hợp uống thuốc) trong các nghiên cứu của Mai Hồng Bằng là 15,5% [1]; của Lê Thành Lý là 16,5%, Trần Văn Trọng 25%. Các tác giả này đều có tỉ lệ BN chảy máu tái phát cao hơn hẳn so với phương pháp thất TMTQ kết hợp uống thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi.

Tỉ lệ chảy máu tái phát sau điều trị 6 tháng của chúng tôi cũng tương đương hoặc cao hơn không đáng kể so với các nghiên cứu cùng phương pháp điều trị này, như Trần Văn Hùng (7,5% [4]), Nguyễn Mạnh Hùng và cộng sự (9,5% [6]), Lê Thành Lý (6,7%).

- Liệu propranolol dùng trên các BN trong nghiên cứu của chúng tôi:

+ Liều 40 mg/24 giờ: 15 BN (28,3%).

+ Liều 60 mg/24 giờ: 20 BN (37,7%).

+ Liều 80 mg/24 giờ: 18 BN (34,0%).

Tỉ lệ BN dùng propranolol liều 60 mg/24 giờ gặp nhiều nhất, tương tự như nghiên cứu của Trần Phạm Chí (liều 80 mg/24 giờ là 45,1%, liều 60 mg/24 giờ là 41,2% [15]), Trần Văn Huy (liều 60 mg/24 giờ là 60% [5]).

- Biến chứng của kỹ thuật thất TMTQ và tác dụng không mong muốn của thuốc propranolol: chúng tôi chỉ gặp biến chứng đau ngực sau thực hiện kỹ thuật ở 20/53 BN (37,3%) và tác dụng không mong muốn đau đầu sau dùng thuốc ở 5/53 BN (9,43%).

Như vậy phương pháp thất TMTQ kết hợp uống propranolol (thuốc giảm áp lực tĩnh mạch cửa) thực sự an toàn và hiệu quả.

4. KẾT LUẬN.

Đánh giá kết quả điều trị chảy máu và dự phòng chảy máu tái phát do giãn vỡ TMTQ trên 53 BN xơ gan bằng thất vòng cao su kết hợp uống thuốc propranolol, chúng tôi thấy phương pháp có hiệu quả cầm máu cao ở những BN chảy máu (90% kết quả khá và tốt); hiệu quả dự phòng tốt ở các BN sau điều trị (tái phát búi giãn TMTQ 2,5% sau

điều trị 3 tháng và 10% sau điều trị 6 tháng; tái phát chảy máu do vỡ giãn TMTQ 1,9% sau điều trị 3 tháng và 10,2% sau điều trị 6 tháng). Phương pháp điều trị an toàn với 37,3% có biến chứng đau ngực sau thực hiện kỹ thuật và 9,43% BN đau đầu do tác dụng không mong muốn của thuốc propranolol.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Mai Hồng Bằng (2005), “Thất tĩnh mạch cấp cứu điều trị xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ”, *Tạp chí Y học thực hành*, 11, tr. 45-50.
2. Trần Văn Hùng, Phạm Văn Lĩnh, Phạm Minh Đức (2006), “Hiệu quả của kỹ thuật thất vòng cao su qua nội soi trong điều trị xuất huyết do vỡ TMTQ”, *Tạp chí Y học thực hành*, 532, tr. 23-29.
3. Trần Văn Huy (2006) “Hiệu quả của thất vòng cao su qua nội soi kết hợp với propranolol trong dự phòng tái phát vỡ TMTQ ở BN xơ gan”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, chuyên đề gan mật, tr. 140-149.
4. Nguyễn Mạnh Hùng, Vũ Văn Khiên, Nguyễn Tiến Thịnh và cộng sự (2011), “Đánh giá kết quả nắm thất TMTQ qua nội soi ở BN xơ gan có xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ”, *Tạp chí Y học thực hành*, 768 (6), tr. 21-24.
5. Vũ Văn Khiên, Vũ Trường Khanh, Nguyễn Mạnh Hùng và cộng sự (2012), “Hiệu quả cầm máu cấp cứu và làm mất búi giãn vỡ TMTQ”, *Tạp chí Gan mật Việt Nam*, 20, tr. 40-46.
6. Lê Thành Lý (2012), “Nghiên cứu đánh giá sơ bộ kết quả điều trị dự phòng tái phát xuất huyết tiêu hóa do vỡ giãn TMTQ”, *Tạp chí Khoa học tiêu hóa Việt Nam*, 26, tr. 1750-1756.
7. Đỗ Thị Kim Oanh, Dương Hồng Thái, Nguyễn Thu Thủy và cộng sự (2007) “Thất TMTQ qua nội soi trong điều trị dự phòng xuất huyết do vỡ búi giãn TMTQ ở BN xơ gan”, *Tạp chí Khoa học tiêu hóa Việt Nam*, 2(6), tr. 349-354.
8. Trần Phạm Chí (2014), *Nghiên cứu hiệu quả thất TMTQ kết hợp uống propranolol trong dự phòng xuất huyết và tác động lên bệnh dạ dày, tăng áp cửa do xơ gan*, Luận án tiến sĩ y học, 2014.
9. AASLD practice guidelines (2007) “Prevention and management of gastroesophageal varices and Variceal hemorrhage in Cirrhosis”, *Hepatology*, 46(3), pp. 922-938.
10. Gonzales R, Zamora J, Gomez Camarero J, et al (2008) “Meta - analysis: Combination endoscopic and drug therapy to prevent variceal hemorrhage on Cirrhosis”, *Ann Intern med*, 149, pp. 109-122.
11. Bernard B, Lebrec D, et al (1997), “Beta - adrenergic antagonist in the prevention of gastrointestinal rebleeding in patients with cirrhosis: a meta - analysis”, *Hepatology*, 25(1), pp. 63-70. □

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG BỆNH DẠ DÀY TĂNG ÁP CỬA VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ TRÊN BỆNH NHÂN XƠ GAN

ThS. LÊ THỊ THÁI BÌNH - Bệnh viện Quân y 105
BSCKI. LÊ THỊ ÁNH TUYẾT - Bệnh viện TƯQĐ 108

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. NGUYỄN QUANG DUẬT
(2) ThS. TRẦN THU HƯỜNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu đặc điểm tổn thương bệnh dạ dày tăng áp cửa và mối liên quan giữa bệnh dạ dày tăng áp cửa với một số yếu tố, trên 66 bệnh nhân xơ gan có hoặc không có bệnh dạ dày tăng áp cửa, điều trị nội trú tại Khoa Nội tiêu hóa - máu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 3 đến tháng 9/2019.

Kết luận: Bệnh nhân có tuổi trung bình $54,27 \pm 9,32$ tuổi; tỉ lệ nam/nữ = 10/1; chủ yếu xơ gan do rượu (75,7%), giãn tĩnh mạch thực quản độ II, III (86,4%), xơ gan child C (37,9%). 36/66 bệnh nhân xơ gan mắc bệnh dạ dày tăng áp cửa; trong đó có 27/36 bệnh nhân tổn thương dạ dày mức độ nhẹ (17 bệnh nhân có thiếu máu), 8/27 bệnh nhân tổn thương dạ dày mức độ nặng (8 bệnh nhân có thiếu máu). Bệnh nhân xơ gan mắc bệnh dạ dày tăng áp cửa vị trí phình vị là 44,5%, vị trí thân vị là 30,5% và vị trí hang vị là 25,0%. Chưa thấy mối liên quan giữa bệnh dạ dày tăng áp cửa với mức độ giãn tĩnh mạch thực quản trên nội soi và mức độ xơ gan trên bệnh nhân nghiên cứu ($p > 0,05$).

Từ khóa: Xơ gan, bệnh dạ dày tăng áp cửa.

ABSTRACT: Study on the characteristics of gastric portal hypertension and the relationship between portal hypertension and some factors in 66 patients with cirrhosis with or without gastric portal hypertension, treated at the Department of Gastroenterology - Hematology, Military hospital 105, from March to September 2019.

Conclusion: The average age of patients was 54.27 ± 9.32 years; the rate of male/female patients was 10/1; mainly alcoholic cirrhosis (75.7%), veins varicose of the esophagus grade II, III (86.4%), cirrhosis of child C (37.9%). 36/66 cirrhotic patients with gastric portal hypertension; of which 27/36 patients with mild gastric injury (17 patients with anemia), 8/27 patients with severe gastric injury (8 patients with anemia). The patients suffered from cirrhosis with gastric portal hypertension at the gastric bulge position was 44.5%, stomach body position was 30.5% and stomach antrum position was 25.0%. There was no relationship between the gastric portal hypertension and the level of esophageal varicose in endoscopy and cirrhosis in patients ($p > 0.05$).

Keywords: Cirrhosis, Portal hypertensive gastropathy (PHG).

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Lê Thị Thái Bình, Email: lethai binh hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: ; mời phản biện khoa học: ; chấp nhận đăng: .

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa (hay tăng áp cửa TAC) là tình trạng gia tăng áp lực trong hệ thống tĩnh mạch dẫn máu từ tạng đến gan. Nguyên nhân dẫn đến TAC là do sự biến đổi cấu trúc mô gan, làm gia tăng đề kháng dòng chảy mạch máu. Nói cách khác, khi bị xơ gan giai đoạn cuối thì sẽ xuất hiện mô xơ. Từ đó, hình thành các nốt tân tạo trong quá trình viêm, dẫn tới biến đổi cấu trúc gan. Đặc biệt, tình trạng TAC có thể nặng hơn nếu có sự co hệ thống mạch máu trong gan, gây ảnh hưởng đến cơ quan nội tạng. Đây cũng là lí do dẫn tới bệnh dạ dày, như giãn mạch máu vùng hang vị, vết trợt niêm mạc, loét dạ dày-tá tràng..., nhất là bệnh dạ dày TAC và có thể gây biến chứng xuất huyết tiêu hóa cấp hoặc mạn [4, [5].

Theo hội nghị đồng thuận Baveno III, bệnh dạ dày TAC điển hình dưới hình ảnh nội soi là các đa giác hình khảm được bao quanh bằng đường trắng mờ, phẳng. Khi bệnh nhẹ, lớp niêm mạc giữa các nút dạng khảm không có màu đỏ. Khi bệnh nặng, các nút dạng khảm được bao phủ bởi lớp niêm mạc màu đỏ và có thể xuất hiện tình trạng phù nề trên bề mặt niêm mạc dạ dày [3]. Những năm qua, Bệnh viện Quân y 105 đã triển khai nội soi dạ dày-thực quản chẩn đoán trên BN xơ gan, nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá sâu.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá đặc điểm tổn thương của bệnh dạ dày TAC và khảo sát mối liên quan giữa bệnh dạ dày TAC với một số yếu tố trên BN xơ gan.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

66 BN chẩn đoán xác định xơ gan, điều trị nội trú tại Khoa Nội tiêu hóa - máu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 3-9/2019.

Loại trừ BN ung thư hóa hoặc có biến chứng xơ gan nặng; BN dùng các thuốc giảm tiết hoặc trung hòa acid dịch vị trước nghiên cứu 1 tuần; BN mắc bệnh tim mạch nặng, COPD, suy thận cấp/mạn, hội chứng thận hư, đái tháo đường; BN có chống chỉ định nội soi dạ dày và BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2 Phương pháp nghiên cứu:

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

- Phương pháp chọn mẫu: chọn ngẫu nhiên.

- Chẩn đoán xơ gan khi BN có đủ 3 hội chứng: suy chức năng gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa và thay đổi hình thái gan. Chẩn đoán giai đoạn xơ gan theo điểm Child - Pugh: Child-Pugh A (từ 5-6 điểm), Child-Pugh B (từ 7-10 điểm), Child-Pugh C (từ 10-15 điểm). Điểm Child-Pugh bảng dưới:

Chỉ số	1 điểm	2 điểm	3 điểm
Bệnh não gan	Không có	Thoáng qua/nhẹ	Hôn mê
Cổ trướng	Không có	Có ít	Có nhiều
Bilirubin ($\mu\text{mol/l}$)	< 26	26-51	> 51
Albumin (G/L)	> 35	28-35	< 28
Tỉ lệ prothrombin	> 65%	40-65%	< 40%

- 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 chung BN nghiên cứu (n = 66).

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	60	90,9
	Nữ	6	9,1
Độ tuổi trung bình		54,27 $\pm$ 9,32	
Child- Pugh	A	20	30,3
	B	21	31,8
	C	25	37,9
Phân độ giãn tĩnh mạch thực quản	Độ 0 và I	9	13,6
	Độ II	33	50,0
	Độ III	24	36,4
Nguyên nhân xơ gan	Vi rút	6	9,1
	Rượu	50	75,7
	Hỗn hợp	5	7,6
	Không xác định	5	7,6

BN có tuổi trung bình là 54,27 $\pm$ 9,32 tuổi; chủ yếu là nam giới (90,9%), xơ gan do rượu (75,7%), giãn tĩnh mạch thực quản độ II, III (86,4%), xơ gan child C (37,9%).

- Các dạng tổn thương dạ dày trên BN xơ gan nghiên cứu (n = 66):

+ Bệnh dạ dày TAC: 36 BN (54,5%).

+ Vết loét niêm mạc dạ dày: 33 BN (50,0%).

+ Loét niêm mạc dạ dày: 8 BN (12,1%).

3.2. Đặc điểm tổn thương dạ dày trên BN xơ gan mắc bệnh dạ dày TAC (n = 36):

- Mức độ tổn thương dạ dày:

+ Mức độ nhẹ: 27 BN (75,0%).

+ Mức độ nặng: 9 BN (25,0%).

Đa số BN xơ gan mắc bệnh dạ dày TAC có tổn thương dạ dày mức độ nhẹ (75,0%).

- Vị trí và mức độ tổn thương dạ dày:

Bảng 2. Vị trí, mức độ tổn thương dạ dày.

Vị trí	Mức độ	Số BN	Tỉ lệ %
Hang vị	Nhẹ	9	25,0
	Nặng	0	0
Thân vị	Nhẹ	8	22,2
	Nặng	3	8,3
Phình vị	Nhẹ	10	27,8
	Nặng	6	16,7

Trong số các BN xơ gan mắc bệnh dạ dày TAC, có 44,5% tổn thương ở vị trí phình vị (trong đó, 16,7% tổn thương mức độ nặng), 30,5% tổn thương ở vị trí thân vị (trong đó, 8,3% tổn thương mức độ nặng) và 25,0% tổn thương ở vị trí hang vị (chỉ tổn thương mức độ nhẹ).

3.3. Mối liên quan giữa bệnh dạ dày TAC với một số yếu tố trên BN xơ gan:

Bảng 3. Mối liên quan giữa bệnh dạ dày TAC với mức độ thiếu máu trên BN xơ gan.

Tình trạng thiếu máu		Mức độ bệnh dạ dày TAC		
		Nhẹ	Nặng	Tổng
Không thiếu máu		10	1	11
Có thiếu máu		17	8	25
Mức độ thiếu máu	Nhẹ	12	1	13
	Vừa	4	4	8
	Nặng	1	3	4
Tổng		27	9	36

8/9 BN (88,9%) xơ gan mắc bệnh dạ dày TAC mức độ nặng có thiếu máu, 17/27 BN (63,0%) xơ gan mắc bệnh dạ dày TAC mức độ nhẹ có thiếu máu.

Bảng 4. Mối liên quan giữa bệnh dạ dày TAC với mức độ giãn tĩnh mạch thực quản qua nội soi trên BN xơ gan.

Mức độ giãn tĩnh mạch thực quản	Bệnh dạ dày TAC		p
	Nhẹ	Nặng	
Giãn độ 1 (n = 3)	3 (100%)	0	> 0,05
Giãn độ 2 (n = 13)	10 (76,9%)	3 (23,1%)	
Giãn độ 3 (n = 20)	14 (70,0%)	6 (30,0%)	
Tổng	27	9	

Mức độ bệnh dạ dày TAC (nhẹ hoặc nặng) và mức độ giãn tĩnh mạch thực quản (đánh giá qua nội soi) không có mối quan hệ mang ý nghĩa thống kê y ($p > 0,05$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa mức độ bệnh dạ dày TAC với mức độ xơ gan.

Mức độ xơ gan theo Child-Pugh	Bệnh dạ dày TAC		p
	Nhẹ	Nặng	
Child-Pugh A (n = 7)	6 (85,7%)	1 (14,3%)	>0,05
Child-Pugh B (n = 12)	9 (0,7%)	3 (25,0%)	
Child-Pugh C (n = 17)	12 (70,6%)	5 (29,4%)	
Tổng	27	9	

Mối liên quan giữa mức độ bệnh dạ dày TAC (nhẹ và nặng) với mức độ xơ gan không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

4. BÀN LUẬN.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, BN nam (90,9%) nhiều hơn BN nữ (9,1%), tỉ lệ BN nam/nữ = 10/1. Có thể do nam giới sử dụng bia, rượu nhiều hơn so với nữ giới (75,7% BN xơ gan do rượu). 36/66 BN (54,5%) xơ gan mắc bệnh dạ dày TAC; cao hơn so với kết quả nghiên cứu trong nước của Trần Ngọc Lưu Phương và cộng sự (2010) (43,3% BN xơ gan mắc bệnh dạ dày TAC) [1]. BN mắc bệnh dạ dày TAC có tổn thương vị trí phình vị là 44,5%, trí thân vị là 30,5%, vị trí hang vị là 25,0%; thấp hơn kết quả nghiên cứu của Trần Phạm Chi [2]. Bệnh dạ dày TAC gặp vùng thân vị, phình vị có thể là do các tĩnh mạch của vùng này (cùng với các tĩnh mạch 1/3 dưới thực quản) đều dẫn lưu máu về tĩnh mạch vị trái (có kích thước khá lớn và không có van), sau đó đổ trực tiếp vào thân tĩnh mạch cửa (tĩnh mạch vị trái cùng tĩnh mạch vị ngấn và tĩnh mạch vị mạc nối trái tạo nên một hệ thống mạch máu phủ khắp thân vị và phình vị). Vì vậy, khi gan xơ sẽ cản trở dòng máu từ tuần hoàn cửa về gan (tăng áp lực tĩnh mạch cửa), trong đó có tĩnh mạch vị trái, rồi dẫn đến tăng áp lực trong hệ thống mạch máu, làm giãn mạch và góp phần hình thành nên bệnh dạ dày TAC. Vùng hang-môn vị chủ yếu do tĩnh mạch vị phải phụ trách. Đây là một mạch máu nhỏ chạy ngoằn ngoèo trước khi đổ vào tĩnh mạch cửa, do đó tình trạng TAC sẽ không tác động nhiều lên vùng

hang-môn vị, ít gây tình trạng giãn mạch, ít tạo nên hình ảnh bệnh dạ dày TAC (trên nội soi). 54,5% BN xơ gan nghiên cứu mắc bệnh dạ dày TAC, 12,1% BN loét niêm mạc dạ dày-tá tràng, 50,0% BN có vết trợt dạ dày (có BN phối hợp nhiều loại tổn thương). Như vậy, BN xơ gan nghiên cứu có tỉ lệ tổn thương dạ dày khá cao, việc nhận định chính xác từng loại tổn thương giúp bác sĩ đưa ra phác đồ điều trị đúng và hiệu quả cho người bệnh.

Tăng áp lực tĩnh mạch cửa trên BN xơ gan là một trong yếu tố chính dẫn tới bệnh dạ dày TAC. Gan bị xơ sẽ làm tăng áp lực tĩnh mạch cửa; tổ chức xơ và nốt tân tạo làm tăng sức cản đối với tuần hoàn cửa trong gan, dòng máu về gan bị cản trở và ứ trệ tại niêm mạc đường ống tiêu hóa nói chung và dạ dày nói riêng. Hậu quả là rối loạn tuần hoàn dưới niêm mạc dạ dày và dẫn đến các tổn thương của bệnh dạ dày TAC. Kết quả nghiên cứu này thấy mối liên quan giữa bệnh dạ dày TAC với mức độ giãn tĩnh mạch thực quản trên nội soi và mức độ xơ gan trên BN nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$); phù hợp với các kết quả nghiên cứu của LoG H (2009) và Merkel C (2003) [6], [7].

8/9 BN (88,9%) xơ gan mắc bệnh dạ dày TAC mức độ nặng trong nghiên cứu có thiếu máu, 17/27 BN (63,0%) xơ gan mắc bệnh dạ dày TAC mức độ nhẹ có thiếu máu. Bệnh dạ dày TAC là một trong những nguyên nhân gây nên tình trạng thiếu máu mạn tính ở BN xơ gan. Tuy nhiên, cần phải thực hiện trên mẫu nghiên cứu lớn hơn và thời gian lâu hơn để đánh giá mối liên quan của các yếu tố này.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 66 BN chẩn đoán xác định xơ gan, điều trị nội trú tại Khoa Nội tiêu hóa - máu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 3 đến tháng 9/2019, kết luận:

- Tuổi trung bình của BN là $54,27 \pm 9,32$ tuổi; tỉ lệ BN nam/nữ = 10/1. Chủ yếu BN xơ gan do rượu (75,7%), giãn tĩnh mạch thực quản độ II, III (86,4%), xơ gan Child - Pugh C (37,9%).

- 36/66 BN (54,54%) xơ gan mắc bệnh dạ dày TAC. Trong đó, có 27/36 BN (75,0%) tổn thương dạ dày mức độ nhẹ; 16/36 BN (44,5%) tổn thương ở vị trí phình vị; 11/36 BN (30,5%) tổn thương ở vị trí thân vị và 9/36 BN (25,0%) tổn thương ở vị trí hang vị.

- 8/9 BN (88,9%) xơ gan mắc bệnh dạ dày TAC mức độ nặng có thiếu máu, 17/27 BN (63,0%) xơ gan mắc bệnh dạ dày TAC mức độ nhẹ có thiếu máu. Mối liên quan giữa bệnh dạ dày TAC với mức độ giãn tĩnh mạch thực quản trên nội soi và mức độ xơ gan trên BN nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

(Xem tiếp trang 118)

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA PHÁC ĐỒ PACB TRÊN BỆNH NHÂN LOÉT DẠ DÀY, TÁ TRÀNG VÀ VIÊM DẠ DÀY MẠN TÍNH CÓ *H. PYLORI*

ThS. TRẦN THU HƯỜNG
BS. NGUYỄN THỊ HÒA
Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. NGUYỄN THÁI SƠN
(2) BSCKII. LÊ VĂN HÒA

TÓM TẮT: Nghiên cứu hiệu quả diệt trừ *H. pylori* của phác đồ Pantoprazol, Amoxicillin, Clarithromycin, Bismuth trên 33 bệnh nhân loét dạ dày, tá tràng và 52 bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính có nhiễm *H. pylori*, điều trị tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 3/2016 đến 9/2019.

Kết quả: Trên 33 bệnh nhân loét dạ dày, tá tràng nhiễm *H. pylori*, sau điều trị, có 75,8% bệnh nhân hết đau, 72,7% bệnh nhân liền sẹo và 60,6% bệnh nhân xét nghiệm *H. pylori* âm tính. Tỷ lệ liền sẹo vết loét sau điều trị ở bệnh nhân đã âm tính với *H. pylori* (90,0%) cao hơn ở bệnh nhân còn dương tính với *H. pylori* (46,2%), khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Trên 52 bệnh nhân viêm dạ dày mạn tính, sau điều trị, có 65,4% bệnh nhân hết đau, 59,6% bệnh nhân lành tổn thương, 55,8% bệnh nhân xét nghiệm âm tính với *H. pylori*.

Từ khóa: Viêm loét dạ dày, tá tràng, viêm dạ dày mạn tính, *Helicobacter pylori*.

ABSTRACT: Study on the *H.pylori* eradication efficacy of regimen Pantoprazole, Amoxicillin, Clarithromycin, Bismuth in 33 patients with peptic - duodenal ulcer, and 52 patients with chronic gastritis with *H.pylori* infection, treated at the Military hospital 105, from March 2016 to September 2019.

Kết quả: Among 33 patients with *H.pylori* peptic - duodenal ulcer after treatment, 75.8% of patients had no pain, 72.7% of patients had scarring and 60.6% of patients tested negative for *H.Pylori*. The rate of healing after *H.pylori*-negative in patients (90.0%) was higher than in patients with *H. pylori*-positive after treatment (46.2%), the difference was statistically significant (with $p < 0.05$). Among 52 patients with chronic gastritis, after treatment, 65.4% of patients had pain relief, 59.6% of patients healed lesions, 55.8% of patients tested negative for *H.pylori*.

Keywords: Peptic - duodenal ulcer, chronic gastritis, *Helicobacter pylori*.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Trần Thu Hường, Email: bstranthuong@gmail.com

Ngày nhận bài: ; mời thẩm định khoa học: ; chấp nhận đăng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Từ năm 1983, nhiều nghiên cứu đã khẳng định *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) là căn nguyên chủ yếu gây bệnh viêm dạ dày, loét dạ dày, tá tràng và ung thư dạ dày [1]. Các nghiên cứu cũng đưa ra nhiều phác đồ điều trị diệt trừ *H. pylori*. Trong đó, phác đồ 3 thuốc gồm PPI cộng 2 kháng sinh, hoặc 4 thuốc gồm PPI cộng 2 kháng sinh có thêm Bismuth là một trong những phác đồ đầu tay đã và đang được sử dụng rộng rãi [1].

Theo thời gian tỷ lệ *H. pylori* kháng kháng sinh ngày càng tăng, ảnh hưởng không nhỏ tới kết quả điều trị bệnh viêm loét dạ dày, tá tràng. Do đó, việc đánh giá hiệu quả diệt trừ *H. pylori* vẫn là một trong những mối quan tâm hàng đầu của các bác sĩ lâm sàng.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá

hiệu quả diệt trừ *H. pylori* của phác đồ PACB (gồm P: Pantoprazol, A: Amoxicillin, C: Clarithromycin, B: Bismuth) trên các bệnh nhân (BN) loét dạ dày, tá tràng và viêm dạ dày mạn tính, điều trị tại Bệnh viện Quân y 105.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

33 BN chẩn đoán xác định loét dạ dày, tá tràng và 52 BN chẩn đoán xác định viêm dạ dày mạn tính, có chỉ định và được điều trị theo phác đồ PACB, tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 3/2016 đến 9/2016. Tất cả các BN đều có xét nghiệm nhiễm *H. pylori*.

Loại trừ BN dưới 18 tuổi; BN đã phẫu thuật dạ dày; BN ung thư dạ dày; BN có bệnh lý mạn tính kết hợp hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu cắt ngang.
- Phương pháp chọn mẫu: chọn cỡ mẫu thuận tiện.
- Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Khám lâm sàng, nội soi dạ dày đánh giá tổn thương; sinh thiết niêm mạc dạ dày (1 mảnh ở hang vị, 1 mảnh ở thân vị) làm test urease xác định nhiễm *H. pylori*.

+ Điều trị 10 ngày, theo phác đồ PACB. Cụ thể: Pantoprazole 40 mg x 2 lần/ngày, trước ăn 30 phút; Amoxicillin 1.000 mg x 2 lần/ngày, sau ăn; Clarithromycin 500 mg x 2 lần/ngày, sau ăn; Trymo 240 mg x 2 lần/ngày, trước ăn 30 phút.

+ Khám đánh giá sự thuyên giảm các triệu chứng bệnh ngay sau điều trị và nội soi đánh giá tổn thương thực thể dạ dày sau điều trị 40 ngày.

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: đề tài đã được thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện; các thông tin của BN được giữ bí mật và chỉ sử dụng trong nghiên cứu.

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Kết quả điều trị BN loét dạ dày, tá tràng có nhiễm *H. pylori* (n = 33):

- Kết quả trên triệu chứng đau vùng thượng vị:
 - + Hết đau: 25 BN (75,8%).
 - + Còn đau: 8 BN (24,2%).
- Kết quả liền sẹo ổ loét:
 - + Liền sẹo: 24 BN (72,7%).
 - + Không liền sẹo: 9 BN (27,3%).
- Kết quả diệt trừ *H. pylori*:
 - + Âm tính: 20 BN (60,6%).
 - + Dương tính: 13 BN (39,4%).

Sau liệu trình điều trị, 75,8% BN hết đau, 72,7% BN liền sẹo và 60,6% BN xét nghiệm *H. pylori* âm tính.

- Đánh giá mối liên quan giữa kết quả diệt trừ *H. pylori* và liền sẹo ổ loét:

Bảng 1. Mối liên quan giữa diệt trừ *H. pylori* và liền sẹo ổ loét.

Tình trạng ổ loét sau điều trị	<i>H. pylori</i> sau điều trị	
	Âm tính	Dương tính
Không liền sẹo	2 (10,0%)	7 (53,8%)
Liền sẹo	18 (90,0%)	6 (46,2%)
Tổng	20 (100%)	13 (100%)
p	0,00572	

Sau điều trị, tỉ lệ liền sẹo ở BN loét dạ dày, tá tràng âm tính với *H. pylori* (90,0%) cao hơn ở BN loét dạ dày, tá tràng còn dương tính với *H. pylori* (46,2%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

3.2. Kết quả điều trị ở BN viêm dạ dày mạn tính có nhiễm *H. pylori* (n = 52):

- Kết quả trên triệu chứng đau vùng thượng vị:
 - + Hết đau: 34 BN (65,4%).
 - + Còn đau: 18 BN (34,6%).
- Kết quả lành tổn thương viêm:
 - + Lành tổn thương: 31 BN (59,6%).
 - + Không lành tổn thương: 21 BN (40,4%).
- Đánh giá kết quả diệt trừ *H. pylori*:
 - + *H. pylori* âm tính: 29 BN (55,8%).
 - + *H. pylori* dương tính: 23 BN (44,2%).

52 BN viêm dạ dày mạn tính nhiễm *H. pylori* nghiên cứu đều được đánh giá hiệu quả điều trị trên các tiêu chí lâm sàng, nội soi, vi sinh. Kết quả cho thấy: 65,4% BN hết đau, 59,6% BN lành tổn thương, 55,8% có *H. pylori* âm tính.

So sánh với nhóm BN loét dạ dày, tá tràng ở trên, thấy hiệu quả điều trị của phác đồ PACB trên nhóm BN viêm dạ dày mạn tính thấp hơn.

- Đánh giá mối liên quan giữa kết quả diệt trừ *H. pylori* và triệu chứng đau sau điều trị:

Bảng 2. Mối liên quan giữa diệt trừ *H. pylori* và triệu chứng đau trên BN VDDMT.

Triệu chứng đau sau điều trị	<i>H. pylori</i> sau điều trị	
	Âm tính	Dương tính
Còn đau	11 (37,9%)	7 (30,4%)
Không đau	28 (62,1%)	16 (69,6%)
Tổng	29 (100%)	23 (100%)
p	0,57253	

Sau điều trị, tỉ lệ không còn đau ở BN có xét nghiệm *H. pylori* âm tính (62,1%) thấp hơn so với ở BN có xét nghiệm *H. pylori* dương tính, tuy nhiên, khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Hiệu quả giảm đau:

Kết quả nghiên cứu của cho thấy, 75,8% BN loét dạ dày, tá tràng hết đau và 65,4% BN viêm dạ dày mạn rình hết đau. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thúy Vinh (2003), sử dụng phác đồ OAM 7 ngày, kết quả: 78,3% BN hết đau thượng vị [4]. Trần Thế Hải (2002), sử dụng phác đồ NAC 7 ngày, kết quả 92,3% BN hết đau thượng vị [4]; Nguyễn Duy Thắng (2010), sử dụng phác đồ EAC thời gian 7

ngày và 14 ngày, thấy tỉ lệ hết đau vùng thượng vị lần lượt là 93,3% và 96,7%; Lê Văn Nho (2011), sử dụng phác đồ EAC, kết quả 43,1% BN hết đau vùng thượng vị [2].

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả của Nguyễn Thúy Vinh, nhưng thấp hơn kết quả của Trần Thế Hải, Nguyễn Duy Thắng và cao hơn kết quả của Lê Văn Nho. Điều này cho thấy, hiệu quả giảm đau của phác đồ PPI kết hợp với Amoxicillin và Clarithromycin đã giảm một cách đáng kể theo thời gian. Có thể do hiện tượng kháng thuốc ngày càng tăng của vi khuẩn *H. pylori* đã ảnh hưởng lớn đến kết quả điều trị của phác đồ, làm giảm hiệu quả liền sẹo và hết đau cho BN.

4.2. Hiệu quả tại chỗ tổn thương viêm và ổ loét:

Trần Thế Hải (2002) nghiên cứu phác đồ OAC điều trị loét dạ dày, tá tràng, kết quả 94,2% BN liền sẹo [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Thúy Vinh (2003), sử dụng phác đồ OAC 7 ngày, thấy 81,9% BN liền sẹo [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Quang Duật và cộng sự (2010), sử dụng phác đồ PAC, thấy 91,7% BN liền sẹo [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Duy Thắng (2011) sử dụng phác đồ EAC 7 ngày, 93,3% BN liền sẹo [2].

Kết quả của các nghiên cứu trên đều cao hơn so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi (72,7% BN liền sẹo ổ loét). Như vậy, việc sử dụng phác đồ PPI kết hợp với Amoxicillin và Clarithromycin hiện nay có tỉ lệ liền sẹo ổ loét đã giảm đáng kể so với trước; thời gian điều trị kéo dài hơn (10 ngày so với 7 ngày trong nghiên cứu của Nguyễn Thúy Vinh [4]), nhưng tỉ lệ liền sẹo vẫn thấp hơn (72,7% so với 81,9%). Chúng tôi hiện tượng kháng thuốc tăng đã ảnh hưởng đến khả năng liền sẹo ổ loét.

4.3. Hiệu quả diệt trừ *H. pylori*:

Sau điều trị, chúng tôi thấy tỉ lệ BN đã diệt trừ *H. pylori* với loét dạ dày, tá tràng và viêm dạ dày mạn tính lần lượt là 60,6% và 55,8%; thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Trần Thế Hải (98,1% BN diệt trừ *H. pylori* [4]), Nguyễn Duy Thắng (90% BN diệt trừ *H. pylori* với phác đồ EAC1, thời gian điều trị 7 ngày và 93,3% BN diệt trừ *H. pylori* với phác đồ EAC2, thời gian điều trị 14 ngày [2]), Nguyễn Quang Duật và cộng sự (97,9% BN diệt trừ *H. pylori* với phác đồ PAC, thời gian điều trị 10 ngày [3]).

Điều này chứng tỏ, vi khuẩn *H. pylori* có khả năng đã kháng thuốc, làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị của phác đồ PACB. Tuy nhiên, so với

nghiên cứu của Đào Hữu Khôi (2009) [4] và Trần Thiện Trung (2009) [4] thì kết quả diệt trừ *H. pylori* trong nghiên cứu này thấp hơn không đáng kể (60,6% so với 68,5% và 68,3%).

Như vậy, diệt trừ *H. pylori* trên BN viêm dạ dày mạn tính cho kết quả chưa đạt được mong muốn điều trị. Do đó, cần phải kết hợp các biện pháp điều trị khác để đạt hiệu quả cao nhất, cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 33 BN loét dạ dày, tá tràng và 52 BN viêm dạ dày mạn tính có nhiễm *H. pylori*, điều trị theo phác đồ PACB, tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 3/2016 đến 9/2016, kết luận:

- Kết quả điều trị 33 BN loét dạ dày, tá tràng: 75,8% BN hết đau, 72,7% BN liền sẹo ổ loét và 60,6% BN xét nghiệm *H. pylori* âm tính sau điều trị. Tỉ lệ liền sẹo ở BN âm tính với *H. pylori* sau điều trị (90,0%) cao hơn ở BN còn dương tính với *H. pylori* sau điều trị (46,2%), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

- Kết quả điều trị 52 BN viêm dạ dày mạn tính: 65,4% BN hết đau, 59,6% BN lành tổn thương, 55,8% BN có xét nghiệm *H. pylori* âm tính sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Hội Khoa học tiêu hóa Việt Nam (2012), "Đồng thuận về chẩn đoán và điều trị nhiễm *Helicobacter pylori* ở Việt Nam", *Tạp chí Khoa học Tiêu hóa Việt Nam*, tập VII, số 29, tr. 19-40.
2. Nguyễn Duy Thắng (2010), "Kết quả điều trị loét dạ dày nhiễm *H. pylori* bằng phác đồ Esomeprazole - Amoxicillin - Clarithromycin (EAC) 1 và 2 tuần, theo dõi sau 1 tháng và 6 tháng", *Tạp chí Thông tin Y dược*, số 4, tr. 15-17.
3. Nguyễn Quang Duật, Nguyễn Thái Sơn, Trần Việt Tú và CS (2010), "Bước đầu nghiên cứu biến động của kháng thể kháng *H. pylori* trước và sau điều trị bằng phác đồ Pantoprazole + Amoxicillin + Clarithromycin", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 2.
4. Nguyễn Thúy Vinh (2003), *Nghiên cứu hiệu quả điều trị của ba phác đồ OAM, OAC, OMC trong loét dạ dày, tá tràng H. pylori dương tính và ảnh hưởng của kháng thuốc tới các phác đồ trên*, Luận án tiến sĩ y học, Hà Nội.
5. Graham D.Y (2014), "History of *Helicobacter pylori*, duodenal ulcer, gastric ulcer and gastric cancer", *World J Gastroenterol*, 20 (18), pp. 5191-5204. □

GIỚI THIỆU CA BỆNH UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP HÓA TẮC MẠCH VI CẦU (DEB-TACE)

ThS. LÊ THỊ THÁI BÌNH - Bệnh viện Quân y 105
BSCKI. LÊ THỊ ÁNH TUYẾT - Bệnh viện TƯQĐ 108

Thẩm định khoa học: (1) PGS.TS. NGUYỄN TIẾN THỊNH
(2) ThS. PHAN ANH TUẤN

TÓM TẮT: Hóa tắc mạch sử dụng các hạt vi cầu tải hóa chất (DEB-TACE) là phương pháp hóa tắc mạch cải tiến trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan, hiệu quả kiểm soát khối u tốt hơn so với hóa tắc mạch truyền thống TACE, ngày càng được áp dụng rộng rãi. Đặc biệt với sự phát triển hiện nay các ống thông nhỏ (microcatheter) có thể đưa vào động mạch nuôi u mức nhánh hạ phân thùy gan làm hiệu quả điều trị cao, ít tác dụng phụ toàn thân[1]. Chúng tôi báo cáo 1 ca lâm sàng UBTG được điều trị bằng phương pháp DEB-TACE siêu chọn lọc động mạch nuôi khối u gan mức hạ phân thùy, kết quả sau can thiệp 1 tháng cho thấy u gan hoại tử rất sâu sắc, lâm sàng cải thiện.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, hóa tắc mạch vi cầu.

ABSTRACT: Trans-arterial chemoembolization using drug-loaded microspheres (DEB-TACE) is a modified technique of TACE for treatment of hepatocellular carcinoma (HCC) giving better tumour control compared with conventional TACE, has been applied more and more widely. Especially, along with the introduction of microcatheter that can be advanced to subsegmental feeding arteries, the efficacy of treatment is increased while the adverse events and complications are reduced. Here we report a case of HCC treated by DEB-TACE who got complete tumour necrosis after one month of treatment with clinical improvement.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, DEB-TACE

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Lê Thị Thái Bình, Email: lethai binh hvqy@gmail.com

Ngày nhận bài: ; mời thẩm định khoa học: ; chấp nhận đăng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Ung thư biểu mô tế bào gan (Hepatocellular carcinoma - HCC) là dạng ung thư nguyên phát, do sự phát triển bất thường của các tế bào nhu mô gan, từ đó ảnh hưởng đến chức năng gan. Theo GLOBOCAN năm 2018, HCC là loại ung thư phổ biến nhất Việt Nam. Đến nay, phẫu thuật được coi là phương pháp điều trị tốt nhất. Tuy nhiên, phương pháp này chỉ áp dụng được cho khoảng 20% trường hợp HCC tại thời điểm chẩn đoán (do phát hiện bệnh muộn). Điều trị HCC bằng hóa tắc mạch qua đường động mạch gan (Transcatheter arterial chemoembolization - TACE) nhằm chấm dứt nguồn cấp máu từ động mạch tới khối u, đồng thời, đưa hóa chất diệt tế bào ung thư vào khối u, làm khối u bị hoại tử. Phương pháp TACE thường áp dụng điều trị cho bệnh nhân HCC không còn chỉ định phẫu thuật hoặc điều trị giảm giai đoạn bệnh trước phẫu thuật cắt gan hoặc ghép gan. Hóa tắc mạch vi cầu tải hóa chất (DEB-TACE) là phương pháp hóa tắc mạch cải tiến, sử dụng hạt vi cầu mang thuốc và phóng thích hóa chất một cách có kiểm soát bên

trong môi trường khối u, vừa là tác nhân tắc mạch. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy, phương pháp DEB-TACE cho kết quả kiểm soát khối u tốt hơn, đồng thời ít tác dụng phụ hơn so với hóa tắc mạch truyền thống [2], [3]. Ở nước ta, phương pháp này đã áp dụng trong điều trị ung thư gan nguyên phát và thứ phát tại một số bệnh viện lớn.

2. ĐIỀU TRỊ HCC BẰNG PHƯƠNG PHÁP DEB-TACE.

DEB-TACE là kỹ thuật mới, nhằm trực tiếp đưa hóa chất vào khối u qua đường động mạch (tập trung thuốc liều cao tại chỗ, hạn chế tổn thương mô gan lành và tác dụng không mong muốn toàn thân). Có 2 loại hóa chất được sử dụng phổ biến là Doxorubicin và Cisplatin (sử dụng hóa chất nào phụ thuộc vào chức năng tim, thận của từng bệnh nhân). DEB-TACE là phương pháp hóa tắc mạch cải tiến sử dụng hạt vi cầu DC Beads mang hóa chất. Hạt vi cầu DC Beads có tác dụng tải, lưu giữ hóa chất lâu hơn trong khối u và cũng là tác nhân gây tắc mạch bền vững. DEB-TACE cho kết quả điều trị tốt (tỷ lệ khối u đáp ứng điều trị cao) và ít tác

dụng không mong muốn hơn so với TACE truyền thống. Tuy nhiên, hiệu quả điều trị của phương pháp này vẫn đang được nghiên cứu. Ở Việt Nam, một số bệnh viện lớn đã áp dụng phương pháp DEB-TACE điều trị HCC và có các nghiên cứu đề cập đến hiệu quả, cũng như độ an toàn của phương pháp này.

- Chỉ định điều trị bằng DEB-TACE: bệnh nhân HCC (theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam, năm 2012) giai đoạn A, B (theo tiêu chuẩn BCLC); xơ gan Child A, B; chỉ số tổng trạng khá (ECOG = 0-2) và không có bệnh nặng kết hợp (suy tim, suy thận, suy hô hấp...); bệnh nhân từ 18-80 tuổi.

Chống chỉ định: bệnh nhân HCC có di căn ngoài gan, có huyết khối thân hoặc nhánh chính tĩnh mạch cửa; xơ gan Child C; đang hoặc có nguy cơ biến chứng chảy máu do vỡ giãn tĩnh mạch thực quản; phụ nữ có thai hoặc cho con bú; bệnh nhân suy thận (creatinin máu trên 176 mmol/l), rối loạn đông máu, dị ứng thuốc cản quang (chống chỉ định tương đối).

- Quy trình kỹ thuật:

+ Đánh giá bệnh nhân trước điều trị: khám lâm sàng, cận lâm sàng; đánh giá đặc điểm khối u gan trên phim chụp cắt lớp vi tính đa dãy.

+ Vô cảm: bệnh nhân nằm ngửa, sát trùng hai bên vùng bẹn theo quy trình phòng mổ, trải xăng vô trùng, gây tê vùng (chọc kim giữa nếp bẹn 1-1,5 cm).

+ Kỹ thuật can thiệp cơ bản: đặt bộ introducer vào động mạch theo kỹ thuật Seldinger. Luồn ống thông động mạch qua introducer lên động mạch chủ, vào động mạch thân tạng, luồn và chọn lọc vào động mạch gan riêng. Chụp động mạch gan riêng, xác định rõ vùng bị tổn thương, khẳng định vị trí đầu ống thông ở sau chỗ xuất phát của động mạch vị tá tràng. Chụp động mạch mạc treo tràng trên, đánh giá tình trạng tĩnh mạch cửa và biến thể giải phẫu động mạch gan. Bơm hạt vi cầu có mang hóa chất vào động mạch gan riêng đối với những u lớn và siêu chọn lọc vào động mạch phân thùy hay hạ phân thùy đối với những u nhỏ. Bơm hóa chất từ từ, kiểm soát dưới màn hình, tránh trào ngược vào động mạch mạc treo tràng trên qua động mạch vị tá tràng. Nút động mạch gan tạm thời bằng spongel. Chụp kiểm tra. Rút ống thông động mạch và introducer. Cầm máu bằng ép tại chỗ.

+ Sau can thiệp: bệnh nhân được đưa về phòng, sử dụng thuốc giảm đau hạ sốt, kháng sinh...; theo dõi lâm sàng, xét nghiệm công thức máu, chức năng gan thận trong 48 giờ đầu. Tiếp tục theo dõi sau can thiệp 1 tháng và định kỳ cách 3 tháng nếu khối u hoại tử hoàn toàn. Đối với các tổn thương

còn sót hoặc tái phát trong quá trình theo dõi, thực hiện điều trị nhắc lại hóa tắc mạch, hoặc áp dụng các biện pháp điều trị phù hợp như can thiệp qua da RFA hoặc phẫu thuật.

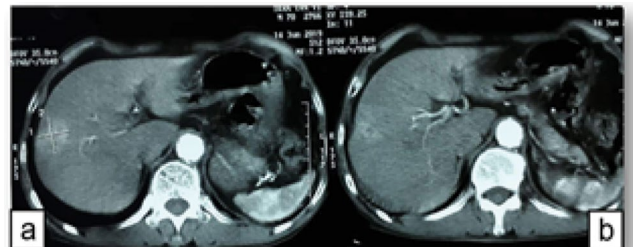
3. CA LÂM SÀNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105.

Tháng 8/2019, Bệnh viện Quân y 105 đã triển khai thành công kỹ thuật DEB-TACE trong điều trị HCC. Chúng tôi giới thiệu ca lâm sàng HCC điều trị bằng kỹ thuật DEB-TACE tại Bệnh viện Quân y 105 để đồng nghiệp tham khảo.

Bệnh nhân nam 70 tuổi, tiền sử viêm gan B mạn tính (đang điều trị thuốc kháng virus viêm gan B và kiểm tra định kỳ 6 tháng lần).

Trước vào viện khoảng 2 tuần, bệnh nhân thấy đau, tức, nặng vùng hạ sườn phải, mệt mỏi, gầy, sút cân vô tình đi khám bệnh.

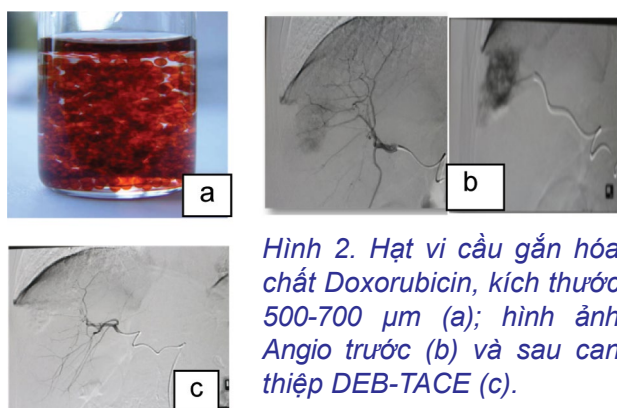
- Bệnh nhân vào Khoa A3 - Bệnh viện Quân y 105 điều trị, Siêu âm ổ bụng: khối u gan hạ phân thùy VIII, kích thước 30 mm. Xét nghiệm máu: các chỉ số công thức máu trong giới hạn bình thường. Xét nghiệm sinh hóa máu: ALT/AST 38/26 U/l, bilirubin toàn phần 7,2 μ mol/l, albumin huyết thanh 40,7 g/l, prothrombin 85s; INR 1,08, AFP 11,6 IU/ml. Hình ảnh CT scan đa dãy ổ bụng: khối u ngấm thuốc điển hình của ung thư biểu mô gan (HCC), không có di căn ngoài gan và không có huyết khối tĩnh mạch cửa (hình 2). Sinh thiết u gan: ung thư biểu mô tế bào gan biệt hóa vừa, trên nền gan xơ.



Hình 1. Hình ảnh u gan ngấm thuốc điển hình của HCC (a); động mạch phân thùy trước gan phải cấp máu nuôi u (b) trên phim chụp CT scan.

- Chẩn đoán xác định HCC giai đoạn sớm, xơ gan Child A. Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, song bệnh nhân từ chối điều trị phẫu thuật và đề nghị điều trị nội khoa (xét chỉ định điều trị DEB-TACE).

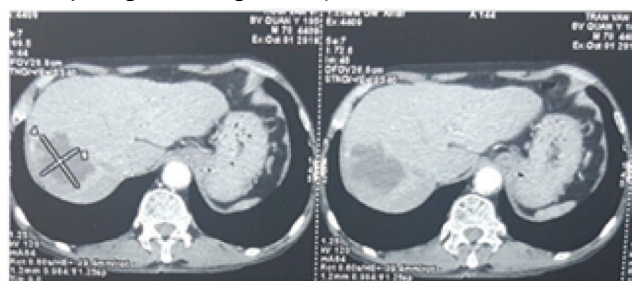
- Ngày 20/8/2019, bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp DEB-TACE siêu chọn lọc động mạch nuôi khối u gan mức hạ phân thùy VIII. Hóa chất sử dụng là Doxorubicin (Ebewe, Áo), được tải với hạt DC-Beads (Biocompatibles, Anh), kích thước hạt 500-700 μ m, liều hóa chất Doxorubicin 50-150 mg/lần can thiệp (theo khuyến cáo chung, sử dụng 1 hoặc 2 trong 3 loại hạt DC-Beads kích cỡ 100-300 μ m, 300-500 μ m, 500-700 μ m).



Hình 2. Hạt vi cầu gắn hóa chất Doxorubicin, kích thước 500-700 μm (a); hình ảnh Angio trước (b) và sau can thiệp DEB-TACE (c).

Sau can thiệp, bệnh nhân diễn biến ổn định, đau hạ sườn phải nhẹ, không sốt, không buồn nôn, không nôn. Xử trí truyền dịch, kháng sinh, giảm đau paracetamol 500 mg x 2 viên, uống sáng tối sau ăn; xét nghiệm công thức máu và chức năng gan, thận trong giới hạn bình thường. Kiểm tra lại siêu âm ổ bụng sau 4 ngày thấy hình ảnh biến đổi âm tại khối u, không có tổn thương bất thường khác tại gan và ngoài gan. Sau 5 ngày, bệnh nhân được cho ra viện.

- Sau 1 tháng, bệnh nhân tới viện kiểm tra lại. Kết quả chụp CT scan đa dãy ổ bụng, thấy khối u gan hoại tử hoàn toàn (khối u không ngấm thuốc cản quang thì động mạch).



Hình 3. Hình ảnh CT u gan sau 1 tháng: khối u gan hạ phân thùy VIII không ngấm thuốc cản quang thì động mạch (hoại tử hoàn toàn).

4. BÀN LUẬN.

Đối với các trường hợp HCC giai đoạn trung gian (BCLC-B) hoặc không có chỉ định phẫu thuật, phương pháp DEB-TACE được coi là biện pháp điều trị tạm thời cơ bản. Hiệu quả lâm sàng đã được chứng minh là kiểm soát được sự tiến triển của khối u, kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân [4]. Phương pháp TACE truyền thống sử dụng lipiodol (chất mang thuốc), hóa chất trộn với lipiodol (thuốc) và bơm vào khối u qua đường động mạch, theo sau là tắc mạch máu nuôi khối u tạm thời bằng gelfoam hoặc PVA. Tuy nhiên, tỉ lệ hoại tử hoàn toàn khối u thấp và việc giữ vững kết quả kiểm soát khối u cần thực hiện nhiều lần. Mặt khác, trong phương pháp hóa tắc mạch truyền thống, sự lắng đọng lipiodol ở u gan đôi khi gây

khó khăn cho việc nhận định phần tổn thương u gan còn tồn tại trên chẩn đoán hình ảnh. DEB-TACE là phương pháp hóa tắc mạch cải tiến, sử dụng các hạt vi cầu (đường kính khoảng vài trăm μm) vừa là chất mang hóa chất, phóng thích hóa chất bền vững trong môi trường khối u, vừa là chất gây tắc mạch bền vững và sâu sắc. Phương pháp này đã được chứng minh trong nhiều thử nghiệm lâm sàng, cho kết quả kiểm soát khối u tốt hơn, ít tác dụng không mong muốn hơn, dễ dàng nhận định phần u gan còn sống hơn so với hóa tắc mạch truyền thống. Kết quả ca lâm sàng điều trị bằng phương pháp này thấy khối u gan sau can thiệp 1 tháng hoại tử hoàn toàn, không ghi nhận tác dụng không mong muốn.

Đánh giá chính xác đáp ứng sau điều trị DEB-TACE có ý nghĩa rất quan trọng cho việc theo dõi và định hướng lựa chọn điều trị tiếp theo. Trước đây, để đánh giá đáp ứng điều trị đối với HCC, người ta thường sử dụng chỉ tiêu đáp ứng khối u rắn RECIST (Response evaluation criteria for solid tumour), dựa trên sự thay đổi đường kính khối u lớn nhất sau can thiệp (đo trên hình ảnh chụp CT scan hoặc MRI). Tuy nhiên, sự đánh giá này không phản ánh chính xác mức độ hoại tử u gan sau điều trị. Hiện nay, đánh giá hiệu quả các phương pháp điều trị HCC thường quan tâm đến mức độ hoại tử khối u hơn là sự thay đổi đường kính khối u. Chính vì vậy, Hiệp hội Gan mật Hoa Kỳ đề xuất chỉ tiêu đánh giá đáp ứng khối u rắn cải tiến (Modified RECIST) để áp dụng cho HCC. Chỉ tiêu đánh giá này ngày càng được chấp nhận rộng rãi [5].

DC Beads (Bicompatables UK, Surrey, UK) là một dạng hạt vi cầu được thiết kế đặc hiệu cho kỹ thuật hóa tắc mạch, có thể được chuyển tải cùng với hóa chất chống ung thư như Doxorubicin. Đây là một dạng vật liệu mềm hình cầu, cấu tạo bởi đường đa phân có gắn các nhóm sulfonat (SO_3^-) được polyme hóa. Kích thước các hạt từ 100-900 μm , bảo quản dưới dạng dung dịch phosphate. Khi trộn với dung dịch hóa chất, các tác nhân hóa chất được gắn kết vào các hạt. Sau khi đưa hạt DC Bead vào môi trường khối u, các hạt này sẽ giải phóng từ từ hóa chất. Sự gắn kết và phóng thích hóa chất được thực hiện theo cơ chế trao đổi ion. Các nghiên cứu trên động vật cho thấy, hoại tử khối u đạt cao nhất vào ngày thứ 7 đến ngày thứ 14 sau can thiệp. Hóa chất trong khối u được duy trì nồng độ cao và có thể tồn tại hằng tháng sau can thiệp [6].

Trong điều trị tắc mạch hóa chất nói chung và tắc mạch sử dụng hạt vi cầu tải hóa chất nói riêng, mức độ siêu chọn lọc nhánh động mạch nuôi khối

u càng tốt thì hiệu quả kiểm soát khối u càng tốt. Đồng thời, giảm được tác dụng không mong muốn và biến chứng. Tắc mạch siêu chọn lọc có thể làm hoại tử hoàn toàn khối u về mặt giải phẫu bệnh, đạt được hiệu quả điều trị triệt căn ung thư. Kết quả ca lâm sàng này đã củng cố thêm quan điểm điều trị HCC bằng phương pháp DEB-TACE có thể áp dụng điều trị triệt căn HCC giai đoạn sớm trên bệnh nhân không phù hợp cho phẫu thuật hoặc các phương pháp điều trị phá hủy khối u tại chỗ [7].

5. KẾT LUẬN.

Hóa tắc mạch sử dụng hạt vi cầu tải hóa chất (DEB-TACE) là phương pháp hóa tắc mạch cải tiến trong điều trị HCC. Phương pháp này cho kết quả kiểm soát khối u tốt hơn, ít tác dụng không mong muốn hơn, dễ dàng nhận định phần u còn sống hơn so với phương pháp TACE truyền thống. Kết quả ca lâm sàng HCC điều trị bằng phương pháp DEB-TACE siêu chọn lọc động mạch nuôi khối u gan hạ phân thùy VIII thấy, khối u gan hoại tử hoàn toàn sau can thiệp 1 tháng, lâm sàng cải thiện tốt hơn. Nhưng đây mới chỉ là ca lâm sàng riêng lẻ điều trị tại Bệnh viện Quân y 105. Cần có những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn và thời gian theo dõi dài để có thể đánh giá đầy đủ về hiệu quả điều trị HCC bằng phương pháp DEB-TACE ở nước ta hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. ShiroMiyayama, Osamu Matsui et al (2017), *Applying Superselective Conventional TACE Endovascular Today*, Endovascular Today.
2. Lammer J, Malagari K, Vogl T et al (2010), *PRECISION V investigators. Prospective Randomized study of Doxorubicin - eluting bead embolization in the treatment of hepatocellular carcinoma: results of the PRECISION V Study*, Cardiovasc Intervent Radiol, 33:41-52.
3. Renumathy Dhanasekaran et al (2010), "Comparison of Conventional Transarterial Chemoembolization (TACE) and Chemoembolization with Doxorubicin Drug-eluting Beads (DEB TACE) for unresectable Hepatocellular Carcinoma (HCC)", *Journal of Surgical Oncology*, 101: 476-480.
4. Thái Doãn Kỳ (2015), *Nghiên cứu kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng phương pháp tắc mạch hoá chất sử dụng hạt vi cầu DC Bead*, Luận án tiến sĩ y học, Viện Nghiên cứu Y dược học lâm sàng 108.
5. Ricardo Lencioni, Josep M Liovet (2008), *Modified RECIST (mRECIST) Assessment for Hepatocellular Carcinoma*, Semin Liver Dis, 30:52-60.

6. Varela M, Real M.I, Burrel M et al (2007), "Chemoembolization of hepatocellular carcinoma with drug eluting beads : efficacy and doxorubicin pharmacokinetics", *J Hepatol*, 46(3): 474-481.

7. Yaris M Nouri et al (2019), "Update on Transarterial Chemoembolization with drug-eluting microspheres for Hepatocellular Carcinoma", *Korean Journal of Radiology*, 20 (1): 34-39. □

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LỌC MÁU...

(Tiếp theo trang 73)

3. Nguyễn Bách (2007), *Sổ tay thực hành thận nhân tạo*, Nhà xuất bản Y học, tr. 2-32, 44-52.

4. Nguyễn Hữu Sơn (2009), "Nghiên cứu thực trạng rối loạn điện giải ở Bệnh nhân mắc bệnh thận mạn tính tại BV đa khoa Bắc Giang", Luận văn thạc sĩ y học, *Đại học Y dược Thái Nguyên*.

5. Nguyễn Văn Xang (2000), "Suy thận mạn", *Bệnh học nội khoa*, tập I, Nhà xuất bản Y học tr. 148-158.

6. Nguyễn Văn Tùng (2010), *Nghiên cứu biến chứng tụt huyết áp trong lọc máu chu kỳ ở các BN suy thận giai đoạn cuối*, Luận văn thạc sĩ, Trường Đại học Y dược Thái Nguyên.

7. Lâm Thành Vững (2013) *Nghiên cứu đặc điểm thiếu máu ở BN suy thận lọc máu chu kỳ*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y dược Huế.

8. Lê Việt Thắng, Nguyễn Phương Liên (2009), "Khảo sát tình trạng viêm lợi ở BN lọc máu chu kỳ", *Hội nghị khoa học Học viện Quân y 2009*, tr 56-61.

9. Lương Trác Nhân, Lê Văn Luân, Nguyễn Thị Thu Trang (2012), "Nghiên cứu hiệu quả lọc máu có tái sử dụng quả lọc", *Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh**, tập 16* 2012, tr. 212-217.

10. Võ Tam, Bùi Hoàng Bảo (2003), "Nghiên cứu đặc điểm phát hiện và theo dõi suy thận mạn ở 1 số xa đằm ven biển Thừa Thiên Huế", *Tạp chí Y học thực hành*, số 466 (11/2003), tr. 63-64.

11. Bernard G.J, Alex C, Laura P (2013), "Can we improve quality of life of Patients on Dialysis", *Clin J Am Soc Nephrol*, 8: 1-4, 2013.doi: 10.2215/CJN.11861112.

12. E Bonnie - Shorbn, A Grassman (2014), "Water Quality in Hemodialysis", *Hemodialysis International - Fresenius Medical Care*, 12: S 29-S33. □

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH 36 BỆNH NHÂN ĐỢT CẤP COPD SAU ĐIỀU TRỊ HỒI SỨC TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

BSCKI. TRẦN VĂN HẢI - Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. BÙI VĂN MANH
(2)ThS. TẠ DUY HIỀN

TÓM TẮT: Hồi cứu mô tả 36 bệnh nhân đợt cấp COPD, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 3 đến tháng 11/2019, kết luận:

- Có sự cải thiện rõ rệt về lâm sàng và các chỉ số xét nghiệm khí máu động mạch của bệnh nhân sau khi được can thiệp điều trị hồi sức 6 giờ và thời điểm chuyển khoa; cụ thể: tần số tim ($100 \pm 13,59$ và $92 \pm 6,25$ chu kì/phút), tần số thở ($23,86 \pm 3,13$ và $20,58 \pm 2,26$ lần/phút), SpO_2 ($93,36 \pm 3,06$ và $95,17 \pm 2,23\%$) khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm vào viện ($114,39 \pm 23,65$ chu kì/phút, $29,19 \pm 4,62$ lần/phút và $79,17 \pm 12,63\%$).

- Khí máu động mạch bệnh nhân dần ổn định và trở lại mức an toàn sau 6 giờ điều trị. Tại thời điểm chuyển khoa, nồng độ khí máu động mạch (PaO_2 : $89,15 \pm 8,47\%$; $PaCO_2$: $46,49 \pm 15,41\%$) khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm vào viện (lần lượt là $78,80 \pm 13,86$ và $66,68 \pm 24,76\%$). Một số chỉ số khí máu động mạch và triệu chứng lâm sàng bệnh nhân trong quá trình điều trị có tương quan với nhau, trong đó SPO_2 có tương quan thuận ($r = 0,506$; $p < 0,05$) với PaO_2 . $PaCO_2$ tương quan nghịch chặt chẽ với điểm Glasgow (khi $PaCO_2 > 60$ mmHg thì Glasgow < 12 điểm).

Từ khóa: Khí máu động mạch, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

ABSTRACT: The retrospective 36 patients with COPD exacerbations, treated at the Intensive care unit of 105 Military Hospital, from March to November 2019, concluded:

- There is a marked improvement in clinical features and arterial blood gas test index of patients after 6-hour resuscitation intervention and the time of transfer; Specifically: heart rate (100 ± 13.59 and 92 ± 6.25 cycles / minute), breathing rate (23.86 ± 3.13 and 20.58 ± 2.26 cycles / minute), SpO_2 (93.36 ± 3.06 and $95.17 \pm 2.23\%$) were statistically different from the time of admission (114.39 ± 23.65 cycles / minute, 29.19 ± 4.62 cycles / minute and $79.17 \pm 12.63\%$).

- Arterial blood gases gradually stabilized and returned to safe levels after 6 hours of treatment. At the time of transfer, the arterial blood gas concentration (PaO_2 : $89.15 \pm 8.47\%$; $PaCO_2$: $46.49 \pm 15.41\%$) was statistically different from the time of admission (times respectively 78.80 ± 13.86 and $66.68 \pm 24.76\%$). Some indicators of arterial blood gas and clinical symptoms of patients during treatment are correlated, in which SPO_2 has positive correlation ($r = 0.506$; $p < 0.05$) with PaO_2 . $PaCO_2$ closely correlated with Glasgow points (when $PaCO_2 > 60$ mmHg, Glasgow coma score < 12).

Keywords: Arterial blood gas, COPD.

Chịu trách nhiệm nội dung:

Ngày nhận bài:

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (Chronic obstructive pulmonary disease - COPD) là dạng bệnh lí tắc nghẽn thông khí phổi mạn tính hay gặp, có tỉ lệ mắc và tử vong ngày càng cao. Bệnh thường diễn tiến xấu dần theo thời gian, với những đợt cấp tính có tình trạng lâm sàng nặng nề, có thể gây nguy hiểm đến tính mạng của bệnh nhân (BN).

Để điều trị hồi sức hiệu quả các BN đợt cấp COPD, cần có những đánh giá, tiên lượng tình trạng và diễn biến lâm sàng từng trường hợp người bệnh. Tại các cơ sở y tế, có nhiều phương pháp tiên lượng, đánh giá lâm sàng để các thầy thuốc

áp dụng. Một trong những phương pháp đó là xét nghiệm khí máu động mạch.

Tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 105, nhiều BN đợt cấp COPD đã được điều trị hồi sức với căn cứ để đánh giá, tiên lượng bằng xét nghiệm khí máu động mạch. Tuy nhiên, vẫn chưa có nghiên cứu nào đánh giá về hiệu quả của xét nghiệm này trong điều trị hồi sức BN. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, chỉ số xét nghiệm khí máu động mạch ở BN đợt cấp COPD và đánh giá tương quan giữa các chỉ số xét nghiệm khí máu với một số đặc điểm lâm sàng trên các BN này trong quá trình điều trị.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

36 BN đợt cấp COPD, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 3-11/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả.
- Chẩn đoán COPD theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế, năm 2018 [6].

- Đánh giá các triệu chứng lâm sàng theo bảng điểm CCQ, tình trạng khó thở theo thang điểm MRC [10]. Chỉ số xét nghiệm khí máu tại các thời điểm khi BN vào viện (T0), sau cấp cứu, điều trị 6 giờ (T1) và khi BN ra viện hoặc chuyển khoa (T2).

- Xử lý số liệu: thống kê và phân tích mối tương quan bằng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0.

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y học Bệnh viện Quân y 105; mọi thông tin về BN được bảo mật và số liệu chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

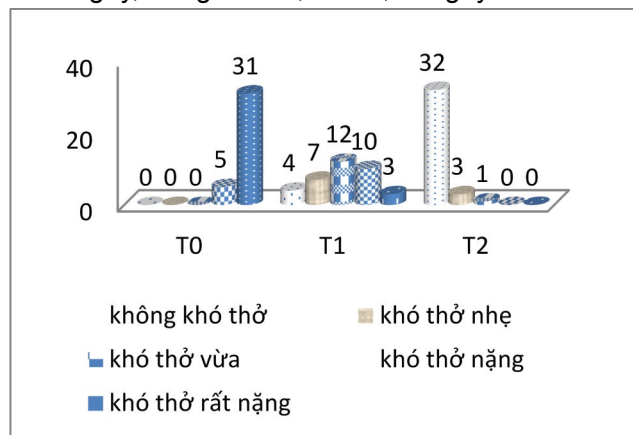
3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của BN:

- Giới tính: 31 BN (86,1%) là nam giới và 5 BN (13,9%) là nữ giới.

- Độ tuổi: BN phân bố từ 42-97 tuổi, trung bình $69,56 \pm 10,84$ tuổi.

- Thời gian điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu: từ 2-26 ngày, trung bình $9,03 \pm 3,66$ ngày.



Biểu đồ mức độ khó thở ở các thời điểm nghiên cứu.

- Biến đổi một số triệu chứng lâm sàng:

Bảng 1. Triệu chứng ho, khạc đờm.

Thời điểm	Ho	Khạc đờm
T0	20 (55,6%)	25 (69,4%)
T1	19 (52,8%)	6 (16,7%)
T2	23 (63,9%)	5 (13,9%)
p	$p_{1-0} > 0,05$ $p_{2-0} < 0,05$	$p_{1-0} > 0,05$ $p_{2-0} < 0,05$

Bảng 2. Tần số tim và tần số thở.

Thời điểm	Tần số tim	Tần số thở	SpO ₂
T0	114,39 ± 23,65	29,19 ± 4,62	79,17 ± 12,63
T1	100 ± 13,59	23,86 ± 3,13	93,36 ± 3,06
T2	92 ± 6,25	20,58 ± 2,26	95,17 ± 2,23
p	$p_{1-0} < 0,001$ $p_{2-0} < 0,001$	$p_{1-0} < 0,001$ $p_{2-0} < 0,001$	$p_{1-0} < 0,001$ $p_{2-0} < 0,001$

Bảng 3. Dấu hiệu tím tái môi-đầu chi và ran phế quản.

Thời điểm	Tím tái	Ran phế quản
T0	36 (100%)	34 (94,4%)
T1	7 (19,4%)	29 (80,6%)
T2	0	3 (8,3%)
p	$p_{1-0} < 0,05$ $p_{2-0} < 0,05$	$p_{1-0} < 0,05$ $p_{2-0} < 0,05$

3.2. Biến đổi khí máu động mạch và mối tương quan với một số triệu chứng lâm sàng:

Bảng 4. Biến đổi khí máu động mạch.

Chỉ số	Thời điểm			p
	T0	T1	T2	
pH	7,41 ± 0,15	7,39 ± 0,11	7,43 ± 0,07	$p_{1-0} > 0,05$; $p_{2-0} < 0,05$
PaO ₂	78,80 ± 13,86	90,62 ± 12,08	89,15 ± 8,47	$p_{1-0} < 0,001$; $p_{2-0} < 0,01$
PaCO ₂	66,68 ± 24,76	56,19 ± 16,40	46,49 ± 15,41	$p_{1-0} > 0,05$; $p_{2-0} < 0,05$
BE	2,94 ± 5,70	2,63 ± 5,78	2,22 ± 3,62	$p_{1-0} > 0,05$; $p_{2-0} > 0,05$

Bảng 5. Tương quan giữa khí máu động mạch với một số triệu chứng lâm sàng.

Khí máu động mạch Nhịp thở		Triệu chứng lâm sàng			
		Mạch	SPO ₂	GCS	
pH	r	- 0,273	0,120	0,283	- 0,042
	p	0,107	0,522	0,094	0,764
PaO ₂	r	- 0,06	- 0,005	0,506	0,091
	p	0,727	0,976	0,040	0,087
PaCO ₂	r	0,179	0,313	-0,281	- 0,891
	p	0,297	0,011	0,097	< 0,001

PaO₂ có tương quan thuận và khá chặt chẽ với SPO₂ ($r = 0,506$; $p < 0,05$). PaCO₂ và tình trạng ý thức của BN (thông qua điểm Glasgow - GCS) tương quan nghịch, chặt chẽ với nhau.

Biểu đồ tương quan PaCO_2 và Glasgow của BN (hệ số tương quan $r = -0,891$; $p < 0,001$).

PaCO_2 tương quan nghịch, chặt chẽ với điểm Glasgow của BN (khi Glasgow < 12 điểm thì PaCO_2 đều > 60 mmHg).

4. BÀN LUẬN.

Trong số 36 BN nghiên cứu, có 86,1% là nam giới và 13,9% là nữ giới; tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đặng Văn Huyền (2012). Lin S.H (2007) nghiên cứu trên 45 BN COPD thấy có 71,1% là nam giới và 28,9% là nữ giới. Sự khác biệt về tỉ lệ giới tính so với nghiên cứu của Lin S.H có thể do ở nước ta, tỉ lệ phụ nữ hút thuốc thấp hơn ở nước ngoài.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN phân bố từ 42-97 tuổi, trung bình là $69,56 \pm 10,84$ tuổi. Như vậy, đa số các BN COPD ở tuổi trung niên hoặc là người già, đây là gánh nặng lớn về kinh tế cho gia đình và cộng đồng.

Khảo sát về khí máu động mạch BN và mối tương quan với một số triệu chứng lâm sàng, chúng tôi thấy nồng độ SPO_2 của BN có tương quan thuận khá chặt chẽ với PaO_2 (hệ số tương quan $r = 0,506$; $p < 0,05$). Do đó có thể áp dụng theo dõi tình trạng rối loạn oxy hóa máu của bệnh nhân bằng chỉ số SpO_2 khi cơ sở y tế chưa có điều kiện xét nghiệm khí máu động mạch.

Đặc biệt, chúng tôi thấy PaCO_2 là chỉ số khí máu liên quan mật thiết với tình trạng rối loạn ý thức của BN (điểm Glasgow) trên lâm sàng (tương quan nghịch chặt chẽ, hệ số tương quan $r = -0,891$; $p < 0,001$). Như vậy, khi PaCO_2 của BN càng tăng thì ý thức của BN sẽ càng kém đi; ý thức BN ở trạng

thái ngủ gà, u ám (Glasgow < 12 điểm) thì $\text{PaCO}_2 > 60$ mmHg. Kết quả này phù hợp với báo cáo của Lê Thị Việt Hoa và cộng sự (2009) [4]. Căn cứ vào đó, có thể điều chỉnh liệu pháp oxy nhằm tăng thải CO_2 khi BN có dấu hiệu ý thức chậm chạp và u ám hoặc khi xét nghiệm khí máu $\text{PaCO}_2 > 60$ mmHg.

Nói tóm lại, giá trị của các thông số khí máu động mạch có mối tương quan với các triệu chứng lâm sàng, mặc dù sự tương quan với các triệu chứng khác nhau ở các mức độ khác nhau. Tuy nhiên, có thể sử dụng các thông số SPO_2 hay PaO_2 , PaCO_2 để đánh giá mức độ suy hô hấp, chọn liệu pháp điều trị oxy thích hợp và tiên lượng mức độ, diễn tiến của BN COPD.

5. KẾT LUẬN.

Hồi cứu mô tả 36 BN chẩn đoán xác định đợt cấp COPD, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 3 đến tháng 11/2019, chúng tôi thấy:

- Có sự cải thiện rõ rệt về lâm sàng và các chỉ số xét nghiệm khí máu động mạch của BN sau khi được can thiệp điều trị điều trị hồi sức 6 giờ và thời điểm chuyển khoa; cụ thể: tần số tim ($100 \pm 13,59$ và $92 \pm 6,25$ chu kì/phút), tần số thở ($23,86 \pm 3,13$ và $20,58 \pm 2,26$ lần/phút), SpO_2 ($93,36 \pm 3,06$ và $95,17 \pm 2,23\%$) khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm vào viện ($114,39 \pm 23,65$ chu kì/phút, $29,19 \pm 4,62$ lần/phút và $79,17 \pm 12,63\%$).

(Xem tiếp trang 94)

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH 61 BỆNH NHÂN ĐỘT QUY CHẢY MÁU NÃO TRÊN LỀU ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

BSCKI. LÊ HỒNG CHIẾN, BSCKI. ĐOÀN XUÂN HIỂU
BSCKI. NGUYỄN THỊ THU HỒNG, BS. TRƯƠNG VĂN PHONG
ĐD. NGUYỄN THỊ ÁNH NGUYỆT - Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. PHAN VIỆT NGÀ
(2) BSCKII. HOÀNG MẠNH HÙNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu 61 bệnh nhân đột quy chảy máu não trên lều, giai đoạn cấp tính, điều trị tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 4/2017 đến tháng 6/2018, kết luận:

- Bệnh nhân trung bình $63,38 \pm 13,53$ tuổi, đa số ở độ tuổi từ 50-69 (55,7%); tỉ lệ nam/nữ là 2,4/1. Thời điểm vào viện, mức tăng huyết áp độ 1, độ 2, độ 3 lần lượt là 26,2%, 34,4%, 39,4%; trong đó, tỉ lệ được điều trị tăng huyết áp thường xuyên 34,4%, không thường xuyên 34,4%, không điều trị gì 31,2%. Đột quy chảy máu não khởi phát đột ngột 91,8% với biểu hiện đau đầu 63,9%; buồn nôn - nôn 49,2%, rối loạn ý thức 77,2%, liệt dây VII trung ương 65,6%, liệt nửa người 73,8%.

- Trên phim chụp cắt lớp vi tính sọ não, vị trí ổ máu tụ vùng bao trong, nhân xám trung ương 72,1% và thùy não 24,6%; chảy máu não thất nguyên phát 3,3%, tràn máu não thất thứ phát 44,2%; thể tích ổ máu tụ dưới 30 cm^3 là 62,7%, từ $30-60 \text{ cm}^3$ là 25,4% và trên 60 cm^3 là 11,9%; tỉ lệ có di lệch đường giữa 78,7%, trong đó đường giữa di lệch bậc 1, bậc 2, bậc 3 lần lượt chiếm 18%; 39,3% và 21,1%.

Từ khóa:

ABSTRACT: Study on the 61 patients with stroke of a cerebral hemorrhage on the tent, at the acute phase, treated at the Military hospital 105, from April 2017 to June 2018, concluded:

- The average age of patients was 63.38 ± 13.53 years, the majority of patients were aged 50-69 (55.7%); the ratio of male/female was 2.4/1. At the time of hospital admission, the level of hypertension with grade 1, grade 2, and grade 3 were respectively 26.2%, 34.4%, 39.4%; of which, the rate of regular treatment of hypertension was 34.4%, irregular treatment 34.4%, without treatment 31.2%. The cerebral stroke suddenly started 91.8% with headache expression 63.9%; nausea - vomiting 49.2%, consciousness disorder 77.2%, paralysis of central VII nerve 65.6%, hemiplegia 73.8%.

- In the images of cranial computerized tomography, the location of hematoma in the area of internal capsule, central gray nucleus 72.1% and brain lobes 24.6%; primary ventricular hemorrhage 3.3%, secondary ventricular hemorrhage 44.2%; the volume of hematoma less than 30 cm^3 was 62.7%, from $30-60 \text{ cm}^3$ was 25.4% and over 60 cm^3 was 11.9%; the rate of mid-level displacement was 78.7%, of which the mid-level displacement of grades 1, 2 and 3 accounted for 18%; 39.3% and 21.1%.

Keywords:

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKI. Lê Hồng Chiến, Email: lechien1123@gmail.com

Ngày nhận bài:

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Đột quy não (ĐQN) với các thể lâm sàng nhồi máu não và chảy máu não luôn là vấn đề mang tính thời sự của y học. Đây là một trong những bệnh lí cấp cứu nội khoa có nguy cơ tử vong cao, để lại di chứng nặng nề cho người bệnh [1]. Một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ĐQN là tăng huyết áp (THA) [2]. Việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính (CLVT) và nguyên nhân đột quy chảy máu não rất có ý nghĩa trong chẩn đoán, theo dõi, điều trị, giảm thiểu tỉ lệ tử vong và tàn phế, tăng cơ hội hồi phục cho các bệnh nhân (BN).

Đã có nhiều công trình khoa học nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp CLVT trong

chảy máu não. Tại Bệnh viện Quân y 105, cũng đã có nhiều nghiên cứu về lâm sàng, cận lâm chảy máu não, nhưng chưa có nghiên cứu về chảy máu não trên lều do THA. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp CLVT của BN chảy máu não trên lều do tăng huyết áp.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

61 BN đột quy chảy máu não trên lều, giai đoạn cấp, điều trị tại Khoa Nội tâm thần kinh và Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 4/2017 đến tháng 6/2018.

- Tiêu chuẩn lựa chọn BN:

+ Về lâm sàng: chẩn đoán đột quỵ chảy máu não trên lâm sàng và chẩn đoán THA theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới (WHO).

+ Về cận lâm sàng: chụp CLVT sọ não có hình ảnh ổ tăng tỉ trọng (từ 60-90 HU) trong tổ chức não, trong não thất vùng trên lều tiểu não.

Loại trừ các BN ĐQN tái diễn; BN kèm theo u não; có tiền sử chấn thương, vết thương sọ não.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, cắt ngang kết hợp với mô tả phân tích.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Chỉ số huyết áp: đánh giá theo phân độ tăng huyết áp ESH/ESC 2018 [3].

+ Thời điểm (hoặc thời gian) khởi bệnh: là thời điểm BN có triệu chứng ĐQN đầu tiên (hoặc đến lúc BN được khám lần đầu tại bệnh viện).

+ Mức độ rối loạn ý thức: theo thang điểm Glasgow (Glasgow Coma Scale - GCS) [4].

+ Mức độ liệt: điểm sức cơ theo phân độ của Hội đồng Nghiên cứu y học Anh quốc (5 điểm: cơ co bình thường; 4 điểm: cơ co thắng được sức cản nhẹ; 3 điểm: cơ co hết tầm, thắng được trọng lực của chi; 2 điểm: cơ co hết tầm với điều kiện loại bỏ bớt trọng lượng của chi; 1 điểm: cơ co yếu, không cử động được, chỉ sờ thấy gân cơ đó co hoặc nhìn thấy cơ co nhẹ; 0 điểm: không có dấu hiệu co cơ).

+ Hình ảnh tổn thương trên phim chụp CLVT (đánh giá theo Hoàng Đức Kiệt [5]): vị trí khối máu tụ (theo phân vùng giải phẫu); thể tích khối máu tụ tính (theo công thức Broderick, gồm ổ nhỏ: dưới 30 cm³; ổ trung bình: từ 30-60 cm³; ổ lớn: trên 60 cm³); mức độ chèn ép biểu hiện bằng di lệch đường giữa sang bên đối diện (độ 1: đẩy đường giữa từ 0-0,49 cm; độ 2: đẩy đường giữa từ 0,5-1 cm; độ 3: đẩy đường giữa trên 1 cm); phù não vùng quanh ổ máu tụ (độ 1: diện phù dưới 2 cm; độ 2: diện phù từ 2-3 cm; độ 3: trên 3 cm); mức độ tràn máu não thất (nhẹ: tràn máu trong sừng chẩm não thất bên; vừa: máu trong sừng chẩm và sừng trán 1 hoặc 2 não thất bên; nặng: tràn ngập máu trong các não thất).

- Chụp CLVT không tiêm thuốc cản quang trên máy BRIVO CT325 GE, tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Quân y 105.

- Xử lý số liệu: theo các phương pháp thống kê trong y học.

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: đề cương đã thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu khoa học Bệnh viện; mọi thông tin về BN được bảo mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung:

- Tuổi: BN phân bố từ 33-95 tuổi, trung bình 63,38 ± 13,53 tuổi (BN nam: 60,12 ± 10,11 tuổi; BN nữ: 71,17 ± 17,39 tuổi). Độ tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất: từ 50-59 tuổi (32,7%) và từ 60-69 tuổi (23,0%); độ tuổi dưới 50 tuổi gặp 11,5%.

- Giới tính: 43 BN nam (70,5%), 18 BN nữ (29,5%); tỉ lệ BN nam/ nữ xấp xỉ 2,4/1.

- Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện:

+ Trong 6 giờ đầu: 43 BN (70,5%).

+ Trong 7-24 giờ đầu: 14 BN (23,0%).

+ Từ 25-48 giờ đầu: 10 BN (16,4%).

+ Từ 49-72 giờ đầu: 1 BN (1,6%).

+ Sau 72 giờ đầu: 3 BN (4,9%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng:

- Phân độ THA thời điểm BN vào viện:

+ THA độ 1: 16 BN (26,3%).

+ THA độ 2: 21 BN (34,4%).

+ THA độ 3: 24 BN (39,3%).

- Giá trị các chỉ số huyết áp tâm thu (HATTh), huyết áp tâm trương (HATTr), huyết áp trung bình (HATB) thời điểm BN vào viện:

Bảng 1. Giá trị các chỉ số huyết áp thời điểm BN vào viện.

Chỉ số	Chung	Nam ⁽¹⁾	Nữ ⁽²⁾	p ₁₋₂
HATTh	171,23 ± 23,99	168,02 ± 21,41	178,89 ± 28,47	> 0,05
HATTr	96,39 ± 10,65	93,35 ± 10,08	98,89 ± 11,82	> 0,05
HATB	121,34 ± 13,35	119,57 ± 12,31	125,56 ± 15,08	> 0,05

Giá trị cao nhất đo được thời điểm BN vào viện là HATTh 230 mmHg và HATTr 120 mmHg; các giá trị HATTh, HATTr và HATB ở BN nữ cao hơn ở BN nam, song khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

- Đặc điểm về điều trị THA:

+ Điều trị THA thường xuyên: 21 BN (34,4%).

+ Điều trị không thường xuyên: 21 BN (34,4%).

+ Chưa điều trị: 19 BN (31,2%).

- Đặc điểm khởi phát ĐQN: 56 BN (91,8%) khởi phát đột ngột, 5 BN (8,2%) khởi phát cấp tính.

- Triệu chứng lâm sàng thời điểm BN vào viện:

Theo bảng 2, có 67,2% BN rối loạn ý thức, trong đó rối loạn nhẹ (Glasgow 9-14 điểm) 44,2%, rối loạn nặng (Glasgow 6-8 điểm) 11,5%, hôn mê sâu/ rất sâu (Glasgow 3-5 điểm) 11,5%. Tỉ lệ BN buồn

nôn và buồn nôn 49,2%; đau đầu 63,9%; liệt nửa người 78,3%; liệt dây VII trung ương 65,6%.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng khi vào viện.

Triệu chứng		Số BN	Tỉ lệ %
Đau đầu		39	63,9
Nôn và buồn nôn		30	49,2
Ý thức (Glasgow)	15 điểm	20	32,8
	9-14 điểm	27	44,2
	6-8 điểm	7	11,5
	3-5 điểm	7	11,5
Liệt dây VII trung ương		40	65,6
Rối loạn ngôn ngữ		20	32,8
Rối loạn cơ vòng		19	31,1
Liệt nửa người		45	73,8

3.3. Đặc điểm hình ảnh CLVT:

- Vị trí chảy máu trên chụp CLVT:

+ Nhân xám trung ương: 44 BN (72,1%).

+ Thùy não: 15 BN (24,6%).

+ Chảy máu não thất nguyên phát: 2 BN (3,3%).

Vị trí chảy máu ở vùng nhân xám trung ương hay gặp hơn (44 BN, chiếm 72,1%), vị trí ở thùy não ít gặp hơn (15 BN, chiếm 24,6%) và chảy máu não thất nguyên phát chỉ gặp ở 2 BN (3,3%).

- Vị trí chảy máu não vùng nhân xám trung ương:

+ Đồi thị: 9 BN (14,8%).

+ Nhân bào: 10 BN (16,4%).

+ Bao trong: 1 BN (1,6%).

+ Phối hợp nhiều vị trí: 24 BN (39,3%).

Trong 9 BN chảy máu não vùng đồi thị, có 2 BN tràn máu não thất; trong 24 BN chảy máu phối hợp nhiều vị trí vùng nhân xám trung ương, có 8 BN tràn máu não thất.

- Vị trí chảy máu não vùng thùy não:

+ Thùy trán: 1 BN (1,6%).

+ Thùy thái dương: 3 BN (4,9%).

+ Thùy đỉnh: 10 BN (16,5%).

+ Thùy chẩm: 1 BN (1,6%).

Trong chảy máu vùng thùy não, gặp 13 BN tràn máu não thất bên và 2 BN tràn máu não thất III hoặc não thất IV.

- Thể tích ổ máu tụ:

+ Dưới 30 cm³: 38 BN (64,4%).

+ Từ 30-60 cm³: 14 BN (23,7%).

+ Trên 60 cm³: 7 BN (11,9%).

Đường kính trung bình ổ máu tụ là 4,08 ± 1,20

cm và thể tích trung bình 27,32 ± 22,72 cm³.

- Mức độ di lệch đường giữa:

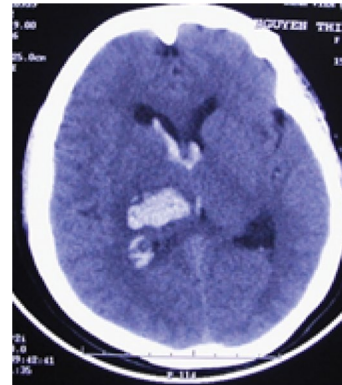
+ Không di lệch: 30 BN (49,2%).

+ Di lệch < 0,5 cm: 13 BN (21,3%).

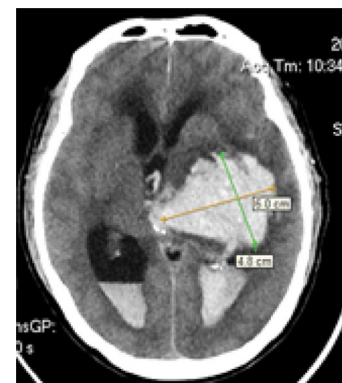
+ Di lệch 0,5-1 cm: 11 BN (18,0%).

+ Di lệch > 1 cm: 7 BN (11,5%).

Ổ máu tụ gây hiệu ứng khối, làm di lệch đường giữa gặp ở 31 BN (50,8%), trong đó nhiều nhất là di lệch bậc 1 (21,3%).



Hình 1. Chảy máu vùng đồi thị phải, tràn máu não thất (số bệnh án: 17022578)



Hình 2. Chảy máu vùng nhân xám trung ương trái, tràn máu não thất (số bệnh án: 18001779)

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung của BN:

- Tỉ lệ mắc bệnh theo tuổi và giới tính: tuổi trung bình BN nghiên cứu là 63,38 ± 13,53 tuổi (từ 33-95 tuổi); độ tuổi chiếm tỉ lệ lớn nhất là từ 50-69 tuổi (55,7%); BN nam (70,5%) nhiều hơn BN nữ (29,5%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả khác, như Nguyễn Minh Hiện và cộng sự [3].

- Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện: BN nhập viện trong ngày đầu chiếm 93,5%; trong đó 70,5% BN nhập viện trong 6 giờ đầu từ khi khởi phát bệnh. Theo Nguyễn Minh Hiện và cộng sự [3], có 60,5% BN ĐQN nhập viện trước 18 giờ tính từ khi khởi phát bệnh, trong đó có 27,4% nhập viện

trước 6 giờ. Nguyễn Quang Khá [7] nghiên cứu thấy 60,7% BN nhập viện trước 6 giờ kể từ khi khởi phát ĐQN. Như vậy, tỉ lệ BN nhập viện theo thời gian khởi phát bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi không khác biệt nhiều với các tác giả khác. Điều này cho thấy các BN đã nhận thức được mức độ nghiêm trọng của bệnh và sự cần thiết phải được can thiệp cứu chữa khẩn trương.

- Đặc điểm tiền sử THA: tất cả BN nghiên cứu của chúng tôi đều có tiền căn THA (do tiêu chuẩn lựa chọn BN nghiên cứu), nên có một số khác biệt so với nghiên cứu của các tác giả khác.

4.2. Đặc điểm lâm sàng:

- Đặc điểm khởi phát: đa số BN khởi phát đột ngột (91,8%) và chỉ 8,2% khởi phát cấp tính; phù hợp với diễn biến của ĐQN thường khởi phát đột ngột, diễn biến nhanh kèm theo rối loạn ý thức.

- Đặc điểm huyết áp của BN: thời điểm nhập viện, có 39,3% BN THA độ 3; 34,4% THA độ 2 và 26,3% THA độ 1; HATTh trung bình là $171,23 \pm 23,99$ mmHg; HATTr trung bình là $96,39 \pm 10,65$ mmHg; HATB là $121,34 \pm 13,35$ mmHg. Kết quả này tương tự nghiên cứu của một số tác giả khác, như Nguyễn Văn Thông, Đinh Thị Hải Hà và cộng sự [2] (lúc nhập viện BN có HATTh trung bình $156,62 \pm 25,71$ mmHg; HATTr trung bình $92,9 \pm 16,42$ mmHg).

- Triệu chứng lâm sàng cơ bản khi nhập viện: tỉ lệ BN buồn nôn và nôn 49,2%; đau đầu 63,9%; 67,2% có rối loạn ý thức (44,3% từ 9-14 điểm Glasgow; 11,5% từ 6-8 điểm Glasgow và 11,5% từ 3-5 điểm Glasgow). Nghiên cứu của Trần Thanh Tâm và Nguyễn Minh Hiện [1] có 18,9% BN dưới 9 điểm Glasgow; nghiên cứu của Đinh Thị Hải Hà [8] có 14,1% BN dưới 9 điểm Glasgow; nghiên cứu của Nguyễn Quang Khá, Đặng Quang Tâm [7] có 30,4% BN dưới 9 điểm Glasgow, 60,7% BN từ 9-14 điểm Glasgow; nghiên cứu của Nguyễn Văn Thông [2] có 18,2% BN dưới 9 điểm Glasgow và 81,8% BN trên 8 điểm Glasgow... khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi. Một số triệu chứng thần kinh khu trú trong nghiên cứu của chúng tôi (65,6% liệt dây VII trung ương, 73,8% liệt nửa người, 32,8% rối loạn ngôn ngữ...) cũng tương đồng với các nghiên cứu khác.

4.3. Đặc điểm hình ảnh chụp CLVT:

- Vị trí chảy máu não: chúng tôi gặp nhiều nhất là BN chảy máu não vùng bao trong, nhân xám trung ương (72,1%), trong đó **đa số là chảy máu vùng đồi thị** (39,3%) và chảy máu thùy não (24,6%); các vị trí ít gặp hơn là chảy máu thùy thái dương

(16,4%) và tràn máu não thất nguyên phát (3,3%).

Theo Nguyễn Minh Hiện và cộng sự [3], tỉ lệ BN ĐQN có chảy máu não vị trí bán cầu đại não 82,3%; đồi thị bao trong 33,3%; nhân xám trung ương 27,4% ; thùy đỉnh 10,1%; thùy trán 4,1%; thùy thái dương 11,3%; thùy chẩm 2,9%; chảy máu não thất nguyên phát 2,1%. Nguyễn Văn Thông, Đinh Thị Hải Hà và cộng sự [2] thấy chảy máu não vùng nhân xám 40,2%; đồi thị 22,0%; thùy thái dương 12,6%. Như vậy, về vị trí chảy máu não, kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác. Chảy máu não trên lều do THA chủ yếu ở vùng bao trong, nhân xám trung ương; tỉ lệ chảy máu ở nhu mô não gặp ít hơn; chảy máu não thất chủ yếu là thứ phát do sự phát triển của ổ máu tụ từ các tổ chức lân cận với não thất như đồi thị, nhân đuôi...

- Thể tích ổ máu tụ: BN trong nghiên cứu của chúng tôi đa số có thể tích ổ máu tụ dưới 30 cm³ (62,7%), chỉ 25,4% có ổ máu tụ kích thước 30-60 cm³ và 11,9% có thể tích ổ máu tụ trên 60 cm³. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thông [2] (67,9% BN có thể tích ổ máu tụ dưới 30 ml; 18,9% ổ máu tụ từ 30-60 ml và 13,2% ổ máu tụ trên 60 ml).

- Tràn máu não thất: chúng tôi gặp tràn máu não thất 44,2% BN, tràn máu não thất bên 42,6% BN, tràn máu não thất III-IV 1,6% và chảy máu não thất nguyên phát ở 2 BN (3,3%). Tỉ lệ BN có tràn máu não thất trong nghiên cứu của chúng tôi (44,2%) tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đinh Thị Hải Hà, Nguyễn Văn Thông [8] (61,9%). Tình trạng chảy máu não thất nguyên phát chúng tôi gặp với tỉ lệ không cao, chỉ xấp xỉ 3%, tương đồng với nhiều tác giả khác, như Thái Khắc Châu và cộng sự [6] (5,3%), Nguyễn Minh Hiện, Đỗ Đức Thuận, Đặng Phúc Đức, Phạm Đình Đài [3] (2,1%).

- Mức độ đè dẩy đường giữa: chảy máu trên lều do THA chủ yếu ở vị trí vùng đồi thị - bao trong - nhân xám trung ương, gần đường giữa (đây là vùng có cấu trúc phức tạp nên không phải lúc nào ổ máu tụ cũng làm di lệch đường giữa). Các ổ máu tụ có kích thước lớn hoặc tràn máu não thất nhiều mới gây ra đè dẩy, di lệch đường giữa. Chúng tôi thấy ổ máu tụ gây hiệu ứng khối, làm di lệch đường giữa ở 48 BN (78,7%), trong đó đường giữa di lệch bậc 1 chiếm 18%; di lệch bậc 2 là 39,3% và di lệch bậc 3 là 21,1%.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 61 BN đột quỵ chảy máu não trên lều, giai đoạn cấp tính, điều trị tại Khoa Nội tâm thần kinh và Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 4/2017-6/2018, kết luận:

- Đặc điểm lâm sàng: BN trung bình 63,38 ± 13,53 tuổi, đa số ở độ tuổi từ 50-69 (55,7%); tỉ lệ nam/nữ là 2,39. Thời điểm vào viện, HATTh cao nhất 230 mmHg, HATTr cao nhất 120 mmHg, mức THA độ 1, độ 2, độ 3 lần lượt là 26,2%, 34,4%, 39,4%; trong đó, tỉ lệ được điều trị THA thường xuyên 34,4%, không thường xuyên 34,4%, không điều trị gì 31,2%. ĐQNN khởi phát đột ngột 91,8% với biểu hiện đau đầu 63,9%; buồn nôn - nôn 49,2%, rối loạn ý thức 77,2%, liệt dây VII trung ương 65,6%, liệt nửa người 73,8%.

- Đặc điểm hình ảnh chụp CLVT sọ não: vị trí ổ máu tụ vùng bao trong, nhân xám trung ương 72,1%; thủy não 24,6%; chảy máu não thất nguyên phát 3,3%, tràn máu não thất thứ phát 44,2%; thể tích ổ máu tụ dưới 30 cm³ là 62,7%, từ 30-60 cm³ là 25,4% và trên 60 cm³ là 11,9%; tỉ lệ có di lệch đường giữa 78,7%, trong đó đường giữa di lệch bậc 1 chiếm 18%, di lệch bậc 2 là 39,3%, di lệch bậc 3 là 21,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Minh Hiện (2013), Đột quy não, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 11-38; 196-213.
2. Nguyễn Văn Thông, Đinh Thị Hải Hà và CS (2012), "Đánh giá kết quả điều trị nội khoa chảy máu não do THA tại Trung tâm Đột quy, Bệnh viện TƯQĐ 108", *Tạp chí Y học thực hành*, số 811-812, tr. 317-327.
3. Nguyễn Minh Hiện, Đỗ Đức Thuần, Đặng Phúc Đức, Phạm Đình Đài (2010), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng chảy máu não tại Khoa Đột quy, Bệnh viện Quân y 103", *Tạp chí Y học Việt Nam*, tháng 2/2010.
4. Nguyễn Minh Hiện (2011), "Chảy máu não", Trong: *Thực hành lâm sàng thần kinh học (tập 3)*, Nhà xuất bản Y học, tr. 78-92.
5. Hoàng Đức Kiệt (2007), "Chẩn đoán hình ảnh ĐQNN", Tài liệu tập huấn ĐQNN, Cục Quân y - Bệnh viện TƯQĐ 108, 2007.
6. Nguyễn Quốc Dũng, Thái Khắc Châu (2015), *Chẩn đoán cắt lớp vi tính não*, Giáo trình CT.scan, Đại học Y Hà Nội, 2013, tr. 53-78.
7. Nguyễn Quang Khá, Đặng Quang Tâm (2012), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng có giá trị tiên lượng nặng trên BN xuất huyết não có THA áp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ", *Tạp chí Y học thực hành*, số 815 (4/2012), tr. 45-50.
8. Đinh Thị Hải Hà, Nguyễn Văn Thông (2015), "Một số yếu tố tiên lượng tử vong tại viện ở BN chảy máu đồi thị", *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*, tập 10 (số đặc san 9/2015), tr. 166-169. □

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KHÍ MÁU ĐỘNG MẠCH 36 BỆNH NHÂN...

(Tiếp theo trang 89)

- Khí máu động mạch dần ổn định và trở lại mức an toàn sau 6 giờ điều trị. Tại thời điểm chuyển khoa, nồng độ khí máu động mạch (PaO₂: 89,15 ± 8,47%; PaCO₂: 46,49 ± 15,41%) khác biệt có ý nghĩa thống kê so với thời điểm vào viện (lần lượt là 78,80 ± 13,86 và 66,68 ± 24,76%). Một số chỉ số khí máu động mạch và triệu chứng lâm sàng BN trong quá trình điều trị có tương quan với nhau, trong đó SPO₂ có tương quan thuận (r = 0,506; p < 0,05) với PaO₂. PaCO₂ tương quan nghịch chặt chẽ với điểm Glasgow (khi PaCO₂ > 60 mmHg thì Glasgow < 12 điểm).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Học viện Quân y (2008), Giáo trình giảng dạy đại học, Bộ môn Lao và Bệnh phổi, 2008, tr. 66-69.
2. Đỗ Tiến Sơn (2017), Phân tích khí máu động mạch, MADE EASY, Nhà xuất bản Y học, tr.10-16.
3. Đỗ Thị Tường Oanh (2017), "COPD và các bệnh đồng mắc", *Chuyên đề hô hấp thực hành*, Thời sự y học, số 10/2017, tr. 27-35.
4. Lê Thị Việt Hoa và CS (2009), *Nghiên cứu ứng dụng phương pháp thông khí không xâm nhập điều trị suy hô hấp ở bệnh COPD đợt bùng phát*, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Bộ Quốc phòng năm 2009.
5. Ngô Quý Châu và CS (2001), "Tình hình chẩn đoán và điều trị COPD tại Khoa Hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai trong 5 năm (1996-2000)", *Thông tin Y học lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 50-55.
6. Bộ Y tế (Quyết định số 4562/QĐ-BYT, ngày 19/7/2018), *Tài liệu hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính*, tr. 30-32.
7. Trần Đức Tiệp, Nguyễn Đức Tân (2016), "Nghiên cứu biến đổi khí máu động mạch ở BN đợt cấp COPD được thông khí nhân tạo không xâm nhập 2 mức áp lực dương", *Tạp chí Y dược học quân sự*, số 8-2016, tr.100-106.
8. American Thoracic Society (1995), "Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease", *Am J Respir Crit Care Med*. 152(5 Pt 2), pp. 77-121.
9. GOLD (2018), "Executive summary: Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of COPD updated 2009" *NHLBI and who workshop report*.
10. Joosten SA, Koh MS, Bu X, Smallwood D, Irving LB (2007), "The effects of oxygen therapy in patients presenting to an emergency department with exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease", *Med J Aust*; 186(5): 239. □

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CỘNG HƯỞNG TỪ 40 BỆNH NHÂN THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

BSCKI. NGUYỄN THANH NHÀN - Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. PHAN VIỆT NGÀ
(2) BSCKII. BÙI THỊ THU HUYỀN

TÓM TẮT: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ ở 40 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng điều trị nội khoa tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 4-10/2016, kết luận:

- Bệnh thường gặp ở bệnh nhân tuổi trung niên (từ 40-60 tuổi chiếm 47,5%), nhập viện trong 3 tháng đầu sau khi khởi phát (45%); có yếu tố khởi phát rõ ràng (32,5%) với triệu chứng lâm sàng khá đầy đủ: đau lưng có tính chất cơ học (100%), lan theo rễ thần kinh L5-S1 (85%), lệch vẹo cột sống (75%), dấu hiệu chuông bấm (+) (75%), dấu hiệu Lasegue (+) (95%), có yếu tố chấn thương (60%).

- Trên cộng hưởng từ, thường gặp hình ảnh tổn thương ở vị trí L4-L5 và L5-S1 (chiếm 82%), thoát vị 1 tầng (67,5%), mức độ thoát vị lõi đĩa đệm (67,9%) và hướng thoát vị trung tâm lệch bên (52%).

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm, cột sống thắt lưng, cộng hưởng từ.

ABSTRACT: Study on the clinical characteristics and magnetic resonance imaging (MRI) in 40 patients with lumbar-spinal discal herniation for internal treatment at the Military hospital 105, from April to October 2016, concluded:

- The disease common observed in middle-aged patients (from 40-60 years old accounted for 47.5%), hospitalized in the first 3 months after onset (45%); had a clear onset factor (32.5%) with quite adequate clinical symptoms: back pain with mechanical properties (100%), spreading along with nerve roots L5-S1 (85%), dislocated scoliosis (75%), positive sign of ringed bell (+) (75%), positive Lasègue sign (+) (95%), injury factors (60%).

- In magnetic resonance imaging (MRI), Discal herniation at L4-L5 and L5-S1 with a high rate (accounted for 82%), single-stage herniation (67.5%), degree of discal herniation (67.9 %) and lateral discal herniation (52%).

Keywords: Lumbar-spinal discal herniation magnetic resonance imaging (MRI)

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKI. Nguyễn Thanh Nhàn, Email: nnhan2163@gmail.com

Ngày nhận bài:

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống thắt lưng (CSTL) là bệnh lý khá phổ biến, hay gặp ở lứa tuổi lao động và người cao tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân (BN) TVĐĐ CSTL gần đây có xu hướng tăng lên khi cuộc sống có cường độ ngày càng cao, lao động và sinh hoạt có nhiều yếu tố nguy cơ gây tổn thương các thành phần cột sống [6]. TVĐĐ CSTL có triệu chứng lâm sàng đa dạng, phong phú; đôi khi không tương xứng với tổn thương giải phẫu bệnh và hình ảnh chụp cộng hưởng từ (MRI). Do đó, việc chẩn đoán căn nguyên và mức độ TVĐĐ còn rất khó khăn và hạn chế. Trong chẩn đoán TVĐĐ CSTL, chụp MRI có hình ảnh TVĐĐ được coi là tiêu chuẩn vàng [8].

Bệnh viện Quân y 105 gần đây được trang bị máy chụp MRI góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán các bệnh lý nói chung và bệnh lý TVĐĐ CSTL nói riêng. Việc tổng kết, đánh giá hiệu quả ứng dụng hình ảnh chụp MRI trong chẩn đoán, điều trị bệnh tại Bệnh viện là hết sức cần thiết. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu mô tả

đặc điểm lâm sàng các BN TVĐĐ CSTL điều trị tại Bệnh viện Quân y 105 và nhận xét đặc điểm hình ảnh MRI CSTL trên các BN này.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

40 BN có chẩn đoán xác định TVĐĐ CSTL, điều trị nội khoa tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 4 đến tháng 10/2016.

Loại trừ các BN đã phẫu thuật CSTL, BN có kèm theo bệnh lý cột sống phối hợp (như chấn thương, vết thương cột sống, tủy sống)...

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích.

- Chẩn đoán xác định TVĐĐ CSTL theo tiêu chuẩn chẩn đoán lâm sàng của Saporta (1970) và trên phim chụp MRI có hình ảnh TVĐĐ CSTL.

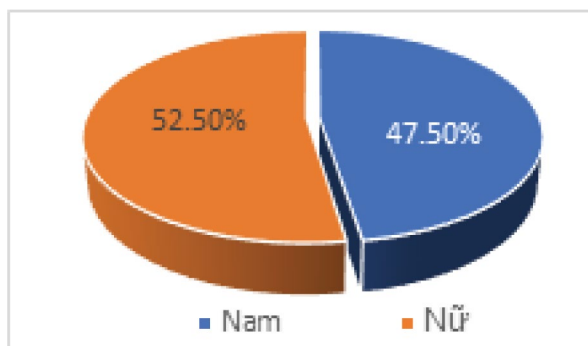
- Chụp MRI tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh, Bệnh viện Quân y 105, bằng máy Achieva (hãng Philips), độ phân giải 1.5 Tesla.

- Phương pháp xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Một số đặc điểm chung (n = 40):

- Giới tính:



Biểu đồ 1. Đặc điểm về giới tính.

Nhóm nghiên cứu có 21 BN là nam, chiếm 52,5%; 19 BN là nữ, chiếm 47,5%.

- Tuổi đời: BN phân bố từ 20-76 tuổi, trong đó:

- + Từ 20-39 tuổi: (20%).
- + Từ 40-59 tuổi: (47,5%).
- + Từ 60-76 tuổi: (32,5%).

Tuổi đời BN trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Mai Hương [2] và Võ Hoàng Nghiệp [5], trong đó lứa tuổi BN chúng tôi gặp nhiều nhất (từ 40-59 tuổi, chiếm 47,5%) là lứa tuổi lao động chính, có nhiều hoạt động thể lực.

- Thời gian mắc bệnh:

- + Dưới 3 tháng: 18 BN (45,0%).
- + Từ 3-12 tháng: 8 BN (20,0%).
- + Từ 13-36 tháng: 2 BN (5,0%).
- + Trên 36 tháng: 12 BN (30,0%).

BN có thời gian mắc bệnh dưới 3 tháng chiếm tỉ lệ nhiều nhất (45%); BN có thời gian mắc bệnh trên 36 tháng chiếm 30% và mắc bệnh từ 3-12 tháng chiếm 20%. Tỉ lệ BN mắc bệnh dưới 3 tháng của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Mai Hương [2] có thể do BN chúng tôi nghiên cứu đến viện điều trị nội khoa, còn BN của Nguyễn Mai Hương đến viện nhằm điều trị ngoại khoa (thường đến trong giai đoạn muộn).

- Yếu tố khởi phát bệnh:

- + Không rõ yếu tố: 16 BN (40,0%).
- + Vận động cột sống đột ngột: 10 BN (25,0%).
- + Vận động cột sống gắng sức: 14 BN (35,0%).

Yếu tố khởi phát do vận động cột sống đột ngột và vận động cột sống gắng sức chiếm 60%; không rõ yếu tố khởi phát chiếm 40% (có thể là do các yếu tố vi chấn thương mà người bệnh không chú ý). Trong nghiên cứu của Võ Hoàng Nghiệp, 27% BN

TVĐĐ CSTL không rõ yếu tố khởi phát [5].

3.2. Đặc điểm lâm sàng:

- Bảng triệu chứng lâm sàng chính:

- + Đau CSTL có tính chất cơ học: 40 BN (100%).
- + Biến dạng CSTL: 30 BN (75,0%).
- + Tăng trương lực cơ cạnh sống: 32 BN (80,0%).
- + Dấu hiệu Schober (+): 36 BN (90,0%).
- + Đau điểm chính giữa cột sống: 38 BN (95,0%).
- + Đau điểm cạnh sống: 38 BN (95,0%).
- + Dấu hiệu chuông bấm (+): 30 BN (75,0%).
- + Dấu hiệu Walleix (+): 37 BN (92,5%).
- + Dấu hiệu Lasegue (+): 38 BN (95,0%).
- + Giảm và mất cảm giác vùng da do rễ thần kinh chi phối: 24 BN (60,0%).

100% BN biểu hiện đau có tính chất cơ học và đây là lí do khiến BN phải đi điều trị. Triệu chứng đau khi ấn điểm chính sống, cạnh sống chiếm 95%, sau đó đến triệu chứng của hội chứng rễ (dấu hiệu Lasegue, Walleix chiếm 92,5%; dấu hiệu Schober chiếm 90%, giảm cảm giác vùng da do rễ thần kinh chi phối chiếm 60%). Các triệu chứng trong hội chứng rễ của BN trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Quang Tuyền [7] (có thể do BN của chúng tôi điều trị nội khoa ở giai đoạn đầu, là giai đoạn kích thích rễ, nên triệu chứng đau nhiều hơn).

- Hướng lan xuyên của triệu chứng đau:

- + Không lan xuyên: 1 BN (2,5%).
- + Lan theo rễ L3-4: 3 BN (7,5%).
- + Lan theo rễ L5: 21 BN (52,5%).
- + Lan theo rễ S1: 15 BN (37,5%).

Hướng đau lan xuyên theo rễ L5, S1 là cao nhất (chiếm 90%), lan theo rễ L3-4 chiếm 7,5% và không lan xuyên có tỉ lệ 2,5%. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Võ Hoàng Nghiệp [5].

- Bảng triệu chứng lâm sàng theo tiêu chuẩn Saporta:

- + Đau dọc theo dây hông to: 39 BN (97,5%).
- + Đau có tính cơ học: 40 BN (100%).
- + Lệch vẹo cột sống: 30 BN (75,0%).
- + Dấu hiệu chuông bấm (+): 30 BN (75,0%).
- + Dấu hiệu Lasegue (+): 38 BN (95,0%).
- + Có yếu tố chấn thương: 24 BN (60,0%).

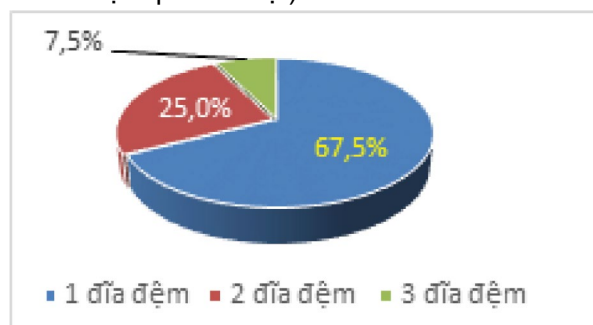
Các triệu chứng theo tiêu chuẩn Saporta gặp ở 60-100% BN, trong đó, đau dọc dây thần kinh hông to chiếm 97,5%, đau có tính chất cơ học chiếm 100%, dấu hiệu Lasegue (+) chiếm 95%.

3.3. Đặc điểm hình ảnh MRI:

- Số đĩa đệm thoát vị trên 1 BN (biểu đồ 2):

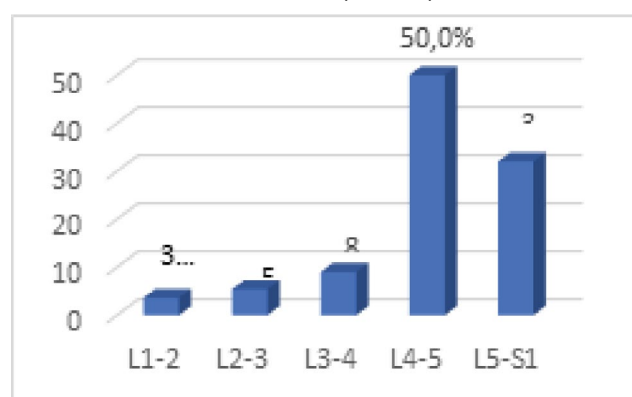
Thoát vị 1 đĩa đệm chiếm tỉ lệ cao nhất (67,5%), sau đó đến thoát vị 2 đĩa đệm (chiếm 25%) và thoát vị 3 đĩa đệm (7,5%). Tỉ lệ thoát vị 1 đĩa đệm của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Bùi Quang

Tuyển [7] (82,97%) vì Bùi Quang Tuyển nghiên cứu trên BN có chỉ định phẫu thuật (BN thoát vị đa tầng ít có chỉ định phẫu thuật).



Biểu đồ 2. Số đĩa đệm thoát vị trên 1 BN.

- Vị trí đĩa đệm thoát vị (n = 56):



Biểu đồ 3. Vị trí đĩa đệm thoát vị.

Đĩa đệm thoát vị nhiều nhất là L4-5 (28 đĩa đệm, chiếm 50%) và L5-S1 (18 đĩa đệm, chiếm 32%). Thoát vị đĩa đệm L1-2 chiếm tỉ lệ thấp nhất (3,6%) và thường đi kèm với thoát vị đĩa đệm khác. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Hồ Hữu Lương [4], điều này được giải thích do L4-5 là bản lề của cột sống và là đoạn hoạt động nhiều nhất, chịu lực lớn nhất.

- Hướng thoát vị đĩa đệm (n = 56):
- + Hướng trung tâm: 14 đĩa đệm (24,6%).
- + Hướng cạnh trung tâm phải: 12 đĩa đệm (21,5%).
- + Hướng cạnh trung tâm trái: 17 đĩa đệm (30,5%).
- + Hướng bên phải: 3 đĩa đệm (5,4%).
- + Hướng bên trái: 9 đĩa đệm (14,4%).
- + Thoát vị Schmorl: 2 đĩa đệm (3,6%).

Thoát vị hướng cạnh trung tâm trái chiếm tỉ lệ cao nhất (30,5%), sau đó đến hướng trung tâm (24,6%); thoát vị Schmorl gặp 2 BN (3,6%). Theo nghiên cứu của Lê Quang Tấn [6], TVĐĐ cạnh trung tâm trái chiếm 37,2%, hướng trung tâm 21,4% và cạnh trung tâm phải 31,4%. Điều này là do dây chằng dọc sau chắc ở giữa nhưng yếu hơn ở 2 bên nên thường gây TVĐĐ về 2 phía.

- Mức độ thoát vị (n = 56):
- + Lồi đĩa đệm: 34 trường hợp (67,9%).
- + Thoát vị đĩa đệm: 19 trường hợp (26,7%).

- + Thoát vị di trú: 1 trường hợp (1,8%).
- + Thoát vị Schmorl: 2 trường hợp (3,6%).

Chúng tôi gặp nhiều nhất là lồi đĩa đệm (chiếm 67,9%) và thoát vị đĩa đệm (chiếm 26,7%); gặp ít hơn là thoát vị Schmorl (2 trường hợp) và thoát vị di trú (1 trường hợp, phải chuyển điều trị ngoại khoa); không gặp trường hợp nào thoát vị có mảnh rời. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Hoàng Đức Kiệt [3] (lồi đĩa đệm chiếm 68,6%).

4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh MRI ở 40 BN TVĐĐ CSTL, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Thoát vị đĩa đệm thường gặp ở BN tuổi trung niên (từ 40-60 tuổi chiếm 47,5%), nhập viện trong 3 tháng đầu sau khi khởi phát (45%); BN có yếu tố khởi phát rõ ràng (32,5%) với triệu chứng lâm sàng khá đầy đủ: đau lưng có tính chất cơ học (100%), đau lan theo rễ thần kinh L5-S1 (85%), lệch vẹo cột sống (75%), dấu hiệu chuồng bằm (+) (75%), dấu hiệu Lasegue (+) (95%), có yếu tố chấn thương (60%).

- Trên MRI, hình ảnh TVĐĐ thường gặp ở vị trí L4-L5 và L5-S1 (chiếm 82%), thoát vị 1 tầng (67,5%), mức độ thoát vị lồi đĩa đệm (67,9%) và hướng thoát vị trung tâm lệch bên (52%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Văn Chương (2005), "Thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng", *Thực hành lâm sàng thần kinh học* - Tập III, tr. 320-327.
2. Nguyễn Mai Hương (2001), *Đối chiếu giữa đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ của TVĐĐ CSTL trên 34 BN, tại Khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai*, Luận văn thạc sĩ y học.
3. Hoàng Đức Kiệt (2004), "Kết quả bước đầu chẩn đoán bệnh lí cột sống và tủy sống bằng cộng hưởng từ tại Bệnh viện Hữu Nghị", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số tháng 9-10/2004, tr. 79-82.
4. Hồ Hữu Lương (2001), *Đau thắt lưng và thoát vị đĩa đệm*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
5. Võ Hoàng Nghiệp (2009), "Đặc điểm hình ảnh học trên BN đau vùng thắt lưng", *Kỹ yếu công trình nghiên cứu khoa học chuyên ngành thần kinh*, Hội thần kinh học Việt Nam, tr. 152-160.
6. Hoàng Văn Thuận (2006), *Nghiên cứu hình ảnh cộng hưởng từ trong TVĐĐ CSTL*, Hội nghị khoa học lần thứ 6, Hội thần kinh Việt Nam, tr. 313-316.
7. Bùi Quang Tuyển (2007), *Phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
8. Borenstein David G (2004), "Acute herniated nucleus pulposus", *Lowback and neck pain*, 3th Edition, pp. 147-171, 241-277. □

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ BƯỚC ĐẦU CÔNG TÁC CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH THEO MÔ HÌNH ĐỘI, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

CNDD. ĐỖ THỊ THANH HUYỀN - Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. LÊ ANH TUẤN
(2) ThS. CẦN MẠNH HÙNG

TÓM TẮT: *Mục tiêu:* Đánh giá hiệu quả bước đầu công tác chăm sóc toàn diện người bệnh theo mô hình đội, tại Bệnh viện Quân y 105. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu tiến cứu trên 5.000 người bệnh và người nhà người bệnh, tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 02 đến tháng 8/2017. *Kết quả:* Đối tượng nghiên cứu là nam giới (69,4%) nhiều hơn nữ giới 30,6%; tuổi đời phân bố từ 17 đến 92 tuổi, trung bình $65 \pm 11,8$ tuổi. Có trên 65% ý kiến đánh giá người bệnh thường xuyên nhận được sự chăm sóc của điều dưỡng viên ở cả 6 nhiệm vụ; 17,8% người bệnh được điều dưỡng viên hỗ trợ thay đồ vải; trên 60,0% người bệnh thường xuyên nhận được sự hỗ trợ chăm sóc của điều dưỡng viên ở cả 3 nhiệm vụ. 81,0% đối tượng nghiên cứu đánh giá điều dưỡng viên có tinh thần, thái độ phục vụ rất tốt và tốt, nhưng có 3,4% đối tượng nghiên cứu cho rằng tinh thần, thái độ của điều dưỡng viên trong chăm sóc người bệnh là chưa tốt.

Từ khóa: Chăm sóc người bệnh, mô hình đội.

ABSTRACT: *Objectives:* Evaluate the initial effectiveness of overall care for patients according to the team model at the Military hospital 105. *Subjects and methods:* Prospective study on the 5,000 patients and their family members, at the Military hospital 105, from February to August 2017. *Results:* The study subjects were men (69.4%) more than women 30.6%; The age ranged from 17 to 92 years, the average age was 65 ± 11.8 years. There were over 65% of the comments that, the patients regularly received nursing care in all 6 tasks; 17.8% of patients were assisted by nursing staff to change clothes; more than 60.0% of patients often received nursing care and supported in all 3 tasks. 81.0% of the study participants evaluated the spirit and service attitudes of the nurses with good and very good, but 3.4% of the study participants evaluated that the nurses' spirit and attitude of patient care were not good.

Keywords: Care for patients, team model.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Đỗ Thị Thanh Huyền, Email: duongcaode@gmail.com

Ngày nhận bài: ; mời phản biện khoa học: ; chấp nhận đăng:.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Công tác chăm sóc người bệnh (NB) là nhiệm vụ chung của cả bệnh viện, trong đó, chủ yếu do điều dưỡng viên và hộ lý thực hiện dưới sự hướng dẫn, chỉ đạo của điều dưỡng trưởng khoa. Những năm gần đây, mô hình chăm sóc NB theo đội đang được tiến hành rộng rãi tại các bệnh viện trên cả nước và dần thay thế mô hình chăm sóc NB theo công việc. NB sẽ được chăm sóc toàn diện khi điều trị trong bệnh viện, từ hỗ trợ đáp ứng nhu cầu cơ bản đến chăm sóc về thể chất và tinh thần.

Thời gian gần đây, NB đến điều trị tại Bệnh viện Quân y 105 ngày càng tăng về số lượng, đa dạng về mặt bệnh và tình trạng bệnh lý. Vì vậy, việc chăm sóc NB theo công việc không còn phù hợp như trước đây. Được sự nhất trí của chỉ huy các cấp, Bệnh viện Quân y 105 đã thực hiện thí điểm tại một số khoa lâm sàng chuyển đổi mô hình chăm

sóc NB theo công việc, theo nhóm sang mô hình chăm sóc NB theo đội (trước khi nhân rộng mô hình này). Để đánh giá hiệu quả công tác chăm sóc NB theo đội, việc thăm dò, lấy ý kiến NB và người nhà trực tiếp chăm sóc NB là cần thiết, bảo đảm tính khách quan; là cơ sở khoa học để đánh giá, rút kinh nghiệm, điều chỉnh kịp thời, nhằm đem lại hiệu quả cao nhất cho công tác chăm sóc NB.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả bước đầu công tác chăm sóc NB theo mô hình đội, tại Bệnh viện Quân y 105.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

5.000 NB và người nhà trực tiếp chăm sóc NB (gọi chung là đối tượng nghiên cứu - ĐTNC) được chăm sóc toàn diện theo đội, điều trị tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 02 đến tháng 8 năm 2017.

Loại trừ NB có diễn biến bệnh lí phức tạp hoặc mắc bệnh mạn tính nguy cơ đe dọa tử vong; NB có biểu hiện rối loạn tâm thần; NB và người nhà chăm sóc trực tiếp NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên.

- Phương pháp tiến hành nghiên cứu: phỏng vấn trực tiếp ĐTNC trước khi ra viện, dựa vào phiếu hướng dẫn phỏng vấn có sử dụng bộ câu hỏi soạn sẵn, kèm đáp án mở; hướng dẫn và trả lời thắc mắc của ĐTNC về nội dung câu hỏi điều tra (nếu có).

- Nội dung nghiên cứu: đặc điểm ĐTNC; đánh giá của ĐTNC về hiệu quả chăm sóc toàn diện NB theo mô hình đội.

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: đề tài đã được thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện; các thông tin của ĐTNC được giữ bí mật và chỉ sử dụng trong nghiên cứu.

- Xử lí số liệu: bằng thuật toán thống kê y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm ĐTNC:

- Giới tính: 3.470 ĐTNC (69,4%) là nam giới và 1.530 ĐTNC (30,6%) là nữ giới. Tỷ lệ đối tượng nam/nữ $\approx$ 2,27.

- Tuổi đời: ĐTNC từ 17-92 tuổi, trung bình $65 \pm 11,8$ tuổi.

- ĐTNC biết tên điều dưỡng:

+ Biết tên điều dưỡng: 3.290 ĐTNC (65,8%).

+ Không biết tên điều dưỡng: 1.710 ĐTNC (34,2%).

3.2. Đánh giá hiệu quả công tác chăm sóc toàn diện NB theo mô hình đội:

Bảng 1. Mức độ tiếp nhận sự hỗ trợ chăm sóc của điều dưỡng viên cho NB.

Nội dung	Mức độ tiếp nhận sự hỗ trợ chăm sóc				Tổng
	Rất thường xuyên	Thường xuyên	Không thường xuyên	Không được	
Giải thích về bệnh và phương pháp điều trị	710 (14,2%)	3.480 (69,6%)	690 (13,8%)	120 (2,4%)	5.000 (100%)
Theo dõi diễn biến bệnh hàng ngày	1.110 (22,2%)	3.890 (77,8%)	0	0	5.000 (100%)
Hướng dẫn sử dụng và cho NB dùng thuốc	1.060 (21,2%)	3.810 (76,2%)	130 (2,6%)	0	5.000 (100%)
Hướng dẫn tự chăm sóc hàng ngày	830 (16,6%)	3.430 (68,6%)	370 (7,4%)	370 (7,4%)	5.000 (100%)
Tư vấn hướng dẫn giữ gìn sức khỏe	930 (18,6%)	3.250 (65,0%)	250 (5,0%)	570 (11,4%)	5.000 (100%)
Trao đổi, chia sẻ về bệnh tật, sức khỏe khi có nhu cầu	820 (16,4%)	3.280 (65,6%)	800 (16,0%)	100 (2,0%)	5.000 (100%)
Tổng	5.460 (109,2%)	21.140 (422,8%)	2.240 (44,8%)	1.160 (23,2%)	30.000 (600%)

NB thường xuyên nhận được sự chăm sóc của điều dưỡng viên ở cả 6 nhiệm vụ (đều trên 65%).

Bảng 2. Sự tiếp nhận hỗ trợ chăm sóc cá nhân của ĐTNC.

Hoạt động	Hỗ trợ chăm sóc cá nhân với NB			Tổng
	Điều dưỡng	Người nhà	Tự làm	
Cho ăn uống	430 (8,6%)	2.560 (51,2%)	2.010 (40,2%)	5.000 (100%)
Vệ sinh răng miệng	400 (8,0%)	940 (18,8%)	3.660 (73,2%)	5.000 (100%)
Vệ sinh thân thể	80 (1,6%)	1.940 (38,8%)	2.980 (59,6%)	5.000 (100%)
Hỗ trợ đại/tiểu tiện	230 (4,6%)	1.910 (38,2%)	2.860 (57,2%)	5.000 (100%)
Thay đồ vải	890 (17,8%)	2.090 (41,8%)	2.020 (40,4%)	5.000 (100%)
Thay đổi tư thế	360 (7,2%)	1.960 (39,2%)	2.680 (53,6%)	5.000 (100%)
Tổng	2.030 (40,6%)	9.440 (188,8%)	13.530 (270,6%)	30.000 (600%)

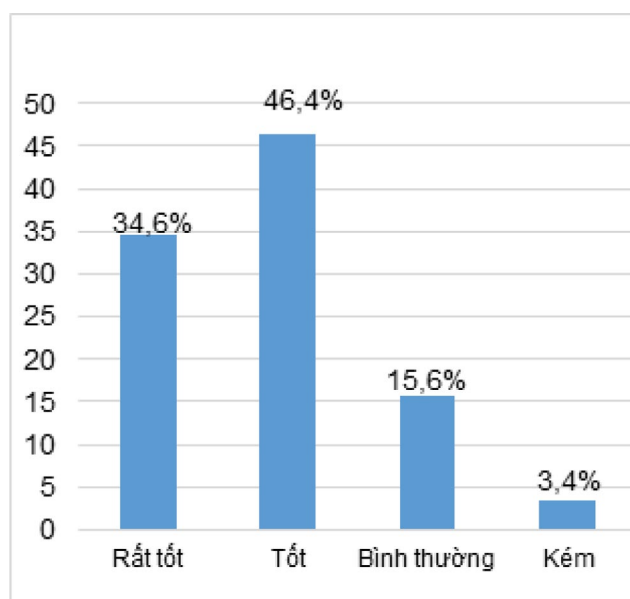
Chủ yếu NB được điều dưỡng viên hỗ trợ thay đồ vải (17,8%); các hỗ trợ khác đều chiếm tỉ lệ thấp (dưới 9,0%).

Bảng 3. Sự tiếp nhận hỗ trợ của điều dưỡng viên với ĐTNC.

Nội dung	Mức độ tiếp nhận hỗ trợ của điều dưỡng viên với ĐTNC				Tổng
	Rất thường xuyên	Thường xuyên	Không thường xuyên	Không được	
Hướng dẫn hỗ trợ chăm sóc NB	1.100 (22,0%)	3.270 (65,4%)	450 (9,0%)	180 (3,6%)	5.000 (100%)
Tư vấn, hướng dẫn giữ gìn sức khỏe	1.170 (23,4%)	3.000 (60,0%)	530 (10,6%)	300 (6,0%)	5.000 (100%)
Trao đổi, chia sẻ về bệnh tật và sức khỏe	1.090 (21,8%)	3.010 (60,2%)	660 (13,2%)	240 (4,8%)	5.000 (100%)
Tổng	3.360 (67,2%)	9.280 (185,6%)	1640 (32,8%)	720 (14,4%)	15.000 (300%)

ĐTNC thường xuyên nhận được sự hỗ trợ chăm sóc của điều dưỡng viên ở cả 3 nhiệm vụ (đều trên 60,0%).

- Tinh thần, thái độ phục vụ NB của điều dưỡng viên:



Biểu đồ đánh giá tinh thần thái độ phục vụ NB của điều dưỡng viên.

Đa số ĐTNC đánh giá về tinh thần thái độ phục vụ NB của điều dưỡng viên là rất tốt (34,6%) và tốt (46,6%). Tuy nhiên, vẫn còn 3,4% ĐTNC cho rằng tinh thần, thái độ phục vụ NB của điều dưỡng viên là kém.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm ĐTNC:

Trong số đối tượng khảo sát đánh giá về hiệu quả chăm sóc toàn diện NB theo mô hình đội, tại Bệnh viện Quân y 105, thấy ĐTNC là nam giới (69,4%) nhiều hơn so với nữ giới (30,6%). Tuổi ĐTNC từ 17-92, trung bình $65 \pm 11,8$ tuổi.

65,8% ĐTNC biết tên điều dưỡng viên, 31,2% ĐTNC không biết tên điều dưỡng viên phụ trách mình (hoặc NB nhà mình). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Hưng (56% ĐTNC biết được tên điều dưỡng viên phụ trách NB [6]). Sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi có số lượng lớn ĐTNC ở các khoa nội, trong đó có nhiều bệnh nhân mắc bệnh mạn tính, đã nằm điều trị tại khoa nhiều lần và thường xuyên tiếp xúc với nhân viên y tế nên biết tên của điều dưỡng nhiều hơn.

4.2. Đánh giá hiệu quả công tác chăm sóc toàn diện NB theo mô hình đội:

Mô hình “Chăm sóc toàn diện NB theo đội” có sự phối hợp chặt chẽ giữa các thành viên, phân công nhiệm vụ công khai, cụ thể và khoa học, phù hợp với phân cấp NB. Theo dõi NB được thực hiện thường xuyên để thay đổi cấp độ chăm sóc và có những can thiệp kịp thời. NB là trung tâm, được chăm sóc cả về thể chất và tinh thần, được tham gia và lập kế hoạch chăm sóc.

- Mức độ tiếp nhận sự hỗ trợ chăm sóc của điều dưỡng viên đối với NB: điều dưỡng viên giải thích về tình trạng bệnh và phương pháp điều trị; điều dưỡng viên là người có thời gian tiếp xúc với NB nhiều nhất; những thắc mắc về tình trạng bệnh cũng như thắc mắc về phương pháp điều trị đa phần đều được NB hỏi qua điều dưỡng viên. Do vậy, tỉ lệ giải thích thường xuyên và rất thường xuyên chiếm tỉ lệ rất cao, lên tới 83,8%, nhưng vẫn còn 2,4% ĐTNC chưa được giải thích. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Hưng [6]. Sự khác biệt này là do Bệnh viện Quân y 105 mới triển khai công tác chăm sóc theo đội. Nên việc thực hiện hướng dẫn NB còn nhiều hạn chế.

- Sự tiếp nhận hỗ trợ chăm sóc cá nhân của NB: hỗ trợ chăm sóc cá nhân với NB gồm nhiều nội dung, nhằm bảo đảm cho sinh hoạt hằng

ngày của NB. Nghiên cứu cho thấy, chủ yếu điều dưỡng hỗ trợ NB thay đồ vải (17,8%), tiếp đến là hỗ trợ trong ăn uống, vệ sinh răng miệng và thay đổi tư thế (lần lượt là 8,6%; 8,0% và 7,2%), thấp nhất là hỗ trợ vệ sinh thân thể và đại/tiểu tiện (lần lượt là 1,6% và 4,6%). Bệnh nhân cần điều dưỡng hỗ trợ vệ sinh và đại/tiểu tiện đều là các ca bệnh nặng, không tự chăm sóc được bản thân, cần sự chăm sóc từ nhân viên y tế. Nghiên cứu chỉ ra, tất cả các hoạt động chăm sóc NB từ người nhà đều cao hơn so với sự hỗ trợ chăm sóc từ điều dưỡng viên. Trong đó, hoạt động hỗ trợ chăm sóc cho ăn uống chiếm tỉ lệ cao nhất (51,2%). Điều này cho thấy, chăm sóc NB của người nhà NB vẫn giữ một vị trí quan trọng trong công tác điều trị. NB tự chăm sóc bản thân chiếm phần lớn tất cả các nội dung nghiên cứu. Trong đó, cao nhất là tự vệ sinh răng miệng (73,2%, thấp nhất là ăn uống (40,2%). Đây thường là những bệnh nhân mắc bệnh mạn tính, như đau xương khớp, đái tháo đường, tăng huyết áp... Kết quả này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Hưng [6].

- Tiếp nhận hỗ trợ của điều dưỡng viên với NB: hướng dẫn cho người nhà tự chăm sóc NB là biện pháp hiệu quả giúp giảm áp lực quá tải bệnh viện và tạo điều kiện thuận lợi cho việc chăm sóc NB khi xuất viện. Nghiên cứu cho thấy, 65,4% ĐTNC thường xuyên được hướng dẫn chăm sóc NB, nhưng vẫn còn 9,0% ĐTNC không được hướng dẫn thường xuyên và 3,6% ĐTNC không được hướng dẫn. Những đối tượng này là những NB có thể tự chăm sóc được bản thân, nên điều dưỡng viên đã hướng dẫn trực tiếp cho NB. 60,0% ĐTNC được điều dưỡng viên thường xuyên hướng dẫn về việc giữ gìn sức khỏe và 6,0% ĐTNC không được hướng dẫn. Có thể do nhân viên y tế đã hướng dẫn trực tiếp cho người nhà NB. 60,2% ĐTNC thường xuyên được trao đổi, chia sẻ về bệnh tật khi có nhu cầu. Như vậy, tỉ lệ ĐTNC thường xuyên nhận được sự hỗ trợ chăm sóc của điều dưỡng viên ở cả 3 nhiệm vụ là trên 50%, rất thường xuyên nhận được sự hỗ trợ chăm sóc cả 3 nhiệm vụ là trên 20%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Hưng [6]. Mô hình chăm sóc toàn diện NB theo đội cũng thể hiện được vai trò của người nhà NB như một thành viên đội chăm sóc. Người nhà NB thấy được vai trò của mình, từ đó góp phần hiệu quả trong công tác điều trị, giảm tỉ lệ di chứng của bệnh, nhanh chóng hồi phục sức khỏe, rút ngắn thời gian nằm viện, giảm chi phí điều trị.

- Tinh thần, thái độ phục vụ của điều dưỡng viên: 81,0% ĐTNC đánh giá điều dưỡng viên có tinh thần, thái độ phục vụ rất tốt và tốt, nhưng vẫn

còn 3,4% ĐTNC cho rằng tinh thần, thái độ phục vụ chưa tốt.

5. KẾT LUẬN.

Khảo sát ý kiến đánh giá của 5.000 NB và người nhà NB về công tác chăm sóc toàn diện NB theo đội của điều dưỡng viên đối với NB điều trị tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 02 đến tháng 8 năm 2017, kết luận:

- ĐTNC là nam giới (69,4%) nhiều hơn nữ giới (30,6%); tỉ lệ đối tượng nam/nữ $\approx 2,27$. Tuổi ĐTNC từ 17-92 tuổi, trung bình $65 \pm 11,8$ tuổi.

- NB thường xuyên nhận được sự chăm sóc của điều dưỡng viên ở cả 6 nhiệm vụ đều trên 65%. Chủ yếu NB được điều dưỡng viên hỗ trợ thay đồ vải (17,8%). NB thường xuyên nhận được sự hỗ trợ chăm sóc của điều dưỡng viên ở cả 3 nhiệm vụ đều trên 60,0%.

- 81,0% ĐTNC đánh giá điều dưỡng viên có tinh thần, thái độ phục vụ rất tốt và tốt, nhưng vẫn còn 3,4% ĐTNC cho rằng tinh thần, thái độ phục vụ chưa tốt.

Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi kiến nghị: cần phát hiện, rà soát, đánh giá các yếu tố ảnh hưởng đến công tác chăm sóc NB của điều dưỡng viên, từ đó phát huy mặt tích cực, khắc phục mặt hạn chế. Đồng thời, bố trí điều dưỡng viên đảm nhiệm các vị trí làm việc phù hợp với độ tuổi, trình độ, giới tính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2011), "Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện", Thông tư số 07/2011/TT-BYT.
2. Bộ Y tế (2011), "Khái niệm chăm sóc toàn diện", Thông tư số 07/2011/TT-BYT.
3. Bộ Y tế (2012), "Bộ tiêu chí đánh giá chất lượng bệnh viện", Quyết định số 4858/QĐ-BYT.
4. Bộ Y tế (2011), "Hướng dẫn công tác điều dưỡng về chăm sóc người bệnh toàn diện trong bệnh viện", Thông tư số 07/2011/TT-BYT.
5. Nguyễn Trường Giang (2016), Mô hình chăm sóc người bệnh theo đội của Bệnh viện Đa khoa thành phố Yên Bái, tr. 38-39.
6. Nguyễn Tuấn Hưng (2011), Đánh giá hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng viên qua người bệnh, người nhà người bệnh tại Bệnh viện Việt Nam - Thụy Điển, Uông Bí, tr. 20-21.
7. Lê Phúc Linh (2009), "Đánh giá kết quả bước đầu chăm sóc người bệnh toàn diện theo mô hình đội tại Khoa Thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Nghệ An năm 2008", Kỷ yếu hội nghị khoa học điều dưỡng Nghệ An lần thứ 2. □

KHẢO SÁT SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỐI VỚI KỸ NĂNG THỰC HÀNH GIAO TIẾP CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

ĐD. NGUYỄN THỊ HƯƠNG - Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. KIỀU CHÍ THÀNH
(2) ThS. CẦN MẠNH HÙNG

TÓM TẮT: **Mục tiêu:** Khảo sát sự hài lòng của người bệnh đối với kỹ năng thực hành giao tiếp của điều dưỡng viên tại Bệnh viện Quân y 105. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 400 người bệnh điều trị tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 3-12/2016.

Kết quả: Tuổi trung bình của người bệnh là $41,28 \pm 17,58$ tuổi; người bệnh là nam giới (73,5%) nhiều hơn nữ giới (26,5%). 88,8% người bệnh thuộc đối tượng bảo hiểm y tế. 97,3% người bệnh rất hài lòng và hài lòng với hoạt động giao tiếp của điều dưỡng viên. Đa số người bệnh đánh giá chất lượng phục vụ của điều dưỡng đối với người bệnh đến khám tốt (đều trên 95,5%). 99,5% người bệnh đánh giá điều dưỡng xưng hô lịch sự, phù hợp với tuổi hoặc quan hệ xã hội rất tốt và tốt. 98,0% người bệnh cho rằng điều dưỡng viên có mặt và giải quyết kịp thời các vấn đề chuyên môn khi được yêu cầu. 99,5% người bệnh được điều dưỡng phụ trách giáo dục sức khỏe, hướng dẫn thực hiện chế độ chăm sóc, điều trị. 98,0% người bệnh được hướng dẫn cách dùng thuốc, những vấn đề cần theo dõi, chú ý trong quá trình dùng thuốc. 96,0% người bệnh được điều dưỡng công khai số lượng thuốc, loại thuốc, hướng dẫn cách dùng. 96,0% người bệnh được thông báo hướng dẫn, giải thích trước khi làm thủ thuật. 95,8% người bệnh đánh giá điều dưỡng viên có thái độ cảm thông, động viên khi người bệnh đau đớn, lo sợ.

Từ khóa: Kỹ năng giao tiếp, quy chế giao tiếp.

ABSTRACT: Objectives: Survey on patient's satisfaction with practical communication skills of nursing at the Military hospital 105. **Subjects and methods:** Prospective study, cross-sectional description of 400 patients, treated at the Military hospital 105, from March 3 to December 2016.

Results: The average age of patients was 41.28 ± 17.58 years; the patients were male (73.5%) more than female patients (26.5%). There were 88.8% of patients covered by health insurance. 97.3% of patients were very satisfied and satisfied with the communication activities of the nurses. The majority of patients evaluated the quality of nursing services for patients was good (over 95.5%). 99.5% of patients evaluated nurses as polite, appropriate for age, or social relations were very good and good. 98.0% of patients said that nurses were present and promptly solve professional issues when required. 99.5% of patients were in charge of health education, guiding the implementation of care and treatment. 98.0% of patients were instructed on how to use the medicines, issues to monitor and pay attention during treatment. 96.0% of patients were publicly treated with the number of medicines and types of medicines and instructions for use. 96.0% of patients were informed instructions and explanations before the procedure. 95.8% of patients evaluated the nurses with sympathetic attitude and motivated when the patients were in pain or fear.

Keywords: Communicative skills, communicative regulations.

Chịu trách nhiệm nội dung: ĐD. Nguyễn Thị Hương, Email: nguyenthihuongv105@gmail.com

Ngày nhận bài: ; mời phản biện khoa học: ; Chấp nhận đăng:.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Giao tiếp là điều kiện tất yếu, không thể thiếu được trong hoạt động của mỗi con người [6]. Đây là hoạt động truyền tải ý đồ, ý tứ của chủ thể tới một chủ thể khác thông qua việc sử dụng lời nói, các dấu hiệu, biểu tượng... mà cả hai bên đều hiểu. Dịch vụ y tế là dịch vụ đặc biệt, có tính chuyên môn cao, nên người bệnh (NB) khó đánh giá về kỹ thuật chuyên môn mà chủ yếu đánh giá chất lượng dịch

vụ y tế thông qua cách thức mà nhân viên y tế cung cấp dịch vụ cho họ. Nói cách khác, NB đánh giá theo cách mà họ cảm nhận được trong quá trình khám bệnh, chăm sóc và điều trị.

Trong môi trường bệnh viện, điều dưỡng là đối tượng tiếp xúc nhiều nhất với NB. Vì thế, giao tiếp của điều dưỡng với NB mang đặc thù nghiệp vụ riêng biệt, đòi hỏi người điều dưỡng không chỉ có kiến thức chuyên môn cao, mà cần có kỹ năng giao tiếp khéo

léo, tế nhị, lịch sự, phù hợp với từng hoàn cảnh, từng đối tượng NB. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng, điều dưỡng có thể giao tiếp tốt với NB khi lấy NB làm trung tâm, thay vì lấy công việc làm trung tâm [6].

Góp phần nâng cao chất lượng thực hành kỹ năng giao tiếp, văn hóa nghề nghiệp của nhân viên y tế (NVYT) nói chung, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát sự hài lòng của NB đối với kỹ năng thực hành giao tiếp của điều dưỡng tại Bệnh viện Quân y 105.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

400 NB trên 18 tuổi, điều trị nội trú từ 3 ngày trở lên, tại Khoa Khám bệnh và các khoa lâm sàng, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 3 đến tháng 12/2016.

Loại trừ NB không tỉnh táo, không đủ năng lực trả lời các câu hỏi; NB hoặc người nhà NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu sau:

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

Trong đó: p là tỉ lệ NB hài lòng về giao tiếp của điều dưỡng (do chưa có khảo sát trước đó, chúng tôi lựa chọn p = 0,5); d là sai số chấp nhận được (chúng tôi lựa chọn d = 5%); $Z^2_{(1-\alpha/2)} = 1,96$. Thay các chỉ số vào công thức, tính được số mẫu cần nghiên cứu n = 384. Thực tế, chúng tôi khảo sát trên 400 NB.

- Công cụ điều tra: bộ câu hỏi về quy chế giao tiếp của điều dưỡng được xây dựng dựa trên Quyết định số 4031/2001/QĐ-BYT và Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT [1]. Ngoài ra, chúng tôi cũng đã tham khảo một số bộ công cụ đánh giá giao tiếp của điều dưỡng với NB trên thế giới và trong nước.

- Phương pháp tiến hành: phỏng vấn trực tiếp NB bằng bộ phiếu điều tra chuẩn bị sẵn.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0.

3.1. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu (n = 400).

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ %
Tuổi	≤ 35 tuổi	199
	Từ 35-60 tuổi	131
	Trên 60 tuổi	70

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	294
	Nữ	106
Bảo hiểm y tế	Có	355
	Không	45

3.2. Đánh giá hoạt động giao tiếp của điều dưỡng viên với NB:

Bảng 2. Đánh giá chất lượng phục vụ của điều dưỡng viên đối với NB đến khám bệnh.

Chỉ tiêu đánh giá	Số NB	Tỉ lệ %
NVYT chủ động tiếp đón với thái độ niềm nở, sẵn sàng giúp đỡ	Có	390
	Không	10
	Tổng	400
Thái độ của NVYT khi trả lời các câu hỏi của NB	Ân cần, quan tâm, lịch sự	334
	Bình thường	62
	Cáu gắt, không nhiệt tình	4
	Tổng	400
NB được điều dưỡng hướng dẫn làm thủ tục khám bệnh, nhập viện	Đầy đủ	383
	Chưa đầy đủ	4
	Không H.dẫn	7
	Không trả lời	6
	Tổng	400
NB được NVYT đưa vào khoa điều trị khi nằm viện	Có	384
	Không	2
	Không trả lời	14
	Tổng	400

Bảng 3. Đánh giá chất lượng phục vụ của điều dưỡng viên đối với NB điều trị tại khoa lâm sàng.

Chỉ tiêu đánh giá	Số NB	Tỉ lệ %
Điều dưỡng xưng hô lịch sự, phù hợp với tuổi hoặc quan hệ xã hội	Rất tốt	223
	Tốt	175
	Chưa tốt	0
	Không xưng hô	2
	Tổng	400
Phụ trách giáo dục sức khỏe, hướng dẫn NB thực hiện chế độ điều trị, chăm sóc	Đầy đủ	365
	Chưa đầy đủ	33
	Không H.dẫn	2
	Tổng	400
Trong giờ trực, có mặt ngay tại giường bệnh khi được NB hoặc người nhà gọi	Có	380
	Không	20
	Tổng	400

Chỉ tiêu đánh giá		Số NB	Tỉ lệ %
Điều dưỡng giải quyết kịp thời các vấn đề chuyên môn cần thiết khi được yêu cầu,	Rất tốt	236	59,0
	Tốt	156	39,0
	Chưa tốt	2	0,5
	Không giải quyết	2	0,5
	Không trả lời	4	1,0
Tổng		400	100

Bảng 4. Đánh giá chất lượng phục vụ của điều dưỡng khi cho NB dùng thuốc và làm thủ thuật.

Chỉ tiêu đánh giá		Số NB	Tỉ lệ %
Hướng dẫn cho NB cách dùng thuốc, những vấn đề cần theo dõi, chú ý trong quá trình dùng thuốc	Đầy đủ	392	98,0
	Chưa đầy đủ	4	1,0
	Không hướng dẫn	4	1,0
	Tổng	400	100
Công khai số lượng thuốc, loại thuốc dùng theo quy định	Đầy đủ	384	96,0
	Chưa đầy đủ	10	2,5
	Không công khai	6	1,5
	Tổng	400	100
Thông báo, hướng dẫn những việc cần thiết trước khi làm thủ thuật, phẫu thuật	Có	384	96,0
	Không	2	0,5
	Không trả lời	14	3,5
	Tổng	400	100
Giải thích rõ lí do khi hoãn hoặc tạm ngừng phẫu thuật, thủ thuật	Có	364	91,0
	Không	8	2,0
	Không trả lời	28	7,0
	Tổng	400	100
Giải thích khả năng rủi ro có thể xảy ra khi làm thủ thuật	Tốt	332	83,0
	Trung bình	36	9,0
	Kém/không giải thích	2	0,5
	Không trả lời	30	7,5
	Tổng	400	100
Thái độ của NVYT khi NB lo sợ, đau đớn	Cảm thông, động viên	366	91,5
	Không tỏ thái độ	12	3,0
	Thờ ơ, lạnh nhạt	4	1,0
	Không trả lời	18	4,5
	Tổng	400	100

Bảng 5. Mức độ hài lòng của NB về hoạt động giao tiếp của điều dưỡng (n = 400).

Mức độ hài lòng	Phòng khám	Khoa điều trị	Chung
Rất hài lòng	215 (53,8%)	269 (67,3%)	242 (60,5%)
Hài lòng	171 (42,7%)	123 (30,7%)	147 (36,8%)
Chưa hài lòng	14 (3,5%)	8 (2,0%)	11 (2,7%)

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Độ tuổi trung bình của các đối tượng tham gia khảo sát là $41,28 \pm 17,58$ tuổi. NB là nam giới (73,5%) nhiều hơn so với nữ giới (26,5%). Đặc điểm về tuổi và giới tính phù hợp với cơ cấu NB nhập viện tại Bệnh viện Quân y 105. nghiên cứu cho thấy, 88,8% NB thuộc đối tượng bảo hiểm y tế, thể hiện uy tín của bệnh viện trên địa bàn đóng quân. Mặt khác, kết quả nghiên cứu trên 400 NB điều trị nội trú thấy, tỉ lệ cán bộ, sĩ quan, chiến sĩ trên địa bàn chiếm 26,5%; cao hơn so với nghiên cứu của Bệnh viện Quân y 110 [6].

4.2. Đánh giá hoạt động giao tiếp của điều dưỡng viên với NB.

Kết quả bảng 5 cho thấy, 97,3% NB rất hài lòng và hài lòng với hoạt động giao tiếp của điều dưỡng viên; cao hơn kết quả điều tra tại bệnh viện năm 2014 (93,6%), 2015 (95,4%) và tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Hoa tại Bệnh viện Quân y 110 (97,6%) [6]. Điều này cho thấy, hoạt động giao tiếp của điều dưỡng tại Bệnh viện Quân y 105 ngày càng được cải thiện.

- Đánh giá chất lượng phục vụ NB đến khám bệnh: 97,5% NB đánh giá NVYT chủ động tiếp đón với thái độ niềm nở, sẵn sàng giúp đỡ; 83,5% NB đánh giá NVYT ân cần, quan tâm, lịch sự khi trả lời các câu hỏi của NB; 95,7% NB được điều dưỡng hướng dẫn làm thủ tục khám bệnh, nhập viện đầy đủ; 96,0% NB được NVYT đưa vào khoa điều trị khi nằm viện. Kết quả này cao hơn so với các nghiên cứu của tác giả Cấn Mạnh Hùng nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 105 năm 2013 (92,5% NB đánh giá điều dưỡng thực hiện tốt tiêu chí “chủ động chào hỏi, vui vẻ tiếp đón”) [5]; Đinh Ngọc Toàn năm 2012 (94,6% NB đánh giá điều dưỡng thực hiện tốt tiêu chí “chủ động chào hỏi, vui vẻ tiếp đón”. Xét về tiêu chí thái độ của NVYT khi trả lời các câu hỏi của NB thì kết quả nghiên cứu này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Đinh Ngọc Toàn tại Bệnh viện đa khoa Ninh Bình (94,6% NB được giải thích trả lời đầy đủ các câu hỏi) [4], nhưng cao hơn so với kết quả nghiên cứu tại Bệnh

viện Đa khoa khu vực Ninh Hòa (66,0% NB được giải thích trả lời đầy đủ các câu hỏi) [2] và Bệnh viện Nhi Trung ương (63,5% NB được giải thích trả lời đầy đủ các câu hỏi) [3].

- Đánh giá chất lượng phục vụ của điều dưỡng viên đối với NB điều trị tại các khoa lâm sàng: 99,5% NB đánh giá điều dưỡng xưng hô lịch sự, phù hợp với tuổi hoặc quan hệ xã hội rất tốt và tốt; 98,0% NB cho rằng điều dưỡng có mặt và giải quyết kịp thời các vấn đề chuyên môn khi được yêu cầu; 99,5% NB được điều dưỡng phụ trách giáo dục sức khỏe, hướng dẫn thực hiện chế độ chăm sóc, điều trị. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Hoa năm 2015 (99,04% NB đánh giá chất lượng phục vụ của điều dưỡng tốt) và Phạm Thị Hải Thương năm 2008 (95,8% NB đánh giá chất lượng phục vụ của điều dưỡng tốt) [6], [7]. Nghiên cứu này cho thấy, vẫn còn một số ít NB cho rằng họ chưa được phục vụ tốt những vấn đề nêu trên. Có thể do nhân lực điều dưỡng phục vụ còn thiếu, khối lượng công việc lớn nên vẫn có những NB chưa được chăm sóc chu đáo.

- Đánh giá chất lượng phục vụ của điều dưỡng viên khi cho NB dùng thuốc và làm các thủ thuật: 98,0% NB được hướng dẫn cách dùng thuốc, những vấn đề cần theo dõi, chú ý trong quá trình dùng thuốc; 96,0% NB được điều dưỡng công khai số lượng thuốc, loại thuốc, hướng dẫn cách dùng theo quy định; 96,0% NB được thông báo hướng dẫn, giải thích trước khi làm thủ thuật. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Hoa, Bệnh viện đa khoa Ninh Bình (99,4% và 98,1% NB đánh giá chất lượng phục vụ của điều dưỡng viên khi cho NB dùng thuốc và làm các thủ thuật tốt) [4], [6]. 95,8% NB đánh giá điều dưỡng có thái độ cảm thông, động viên khi người bệnh đau đớn, lo sợ; tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Hoa (97,1%) [6] và cao hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Nhi Trung ương (90,8%), bệnh viện Đa khoa khu vực Ninh Hòa (76,0%) [2], [3]. Nghiên cứu cũng chỉ ra, 8,5% NB cho rằng nhân viên y tế có thái độ thờ ơ, lạnh nhạt và không tỏ thái độ khi NB lo sợ, đau đớn. Cho thấy, vẫn còn những điều dưỡng chưa thực sự thấu hiểu được sự sợ hãi, đau đớn của NB.

5. KẾT LUẬN.

Khảo sát 400 NB điều trị tại Khoa Khám bệnh và các khoa lâm sàng Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 03-12/2016 về kỹ năng thực hành giao tiếp của điều dưỡng viên, kết luận:

- NB có tuổi trung bình là $41,28 \pm 17,58$ tuổi; tỉ lệ nam giới (73,5%) nhiều hơn nữ giới (26,5%). 88,8% NB thuộc đối tượng bảo hiểm y tế.

- 97,3% NB rất hài lòng và hài lòng với hoạt động

giao tiếp của điều dưỡng viên. 97,5% NB đánh giá NVYT chủ động tiếp đón với thái độ niềm nở, sẵn sàng giúp đỡ; 83,5% NB đánh giá NVYT ân cần, quan tâm, lịch sự khi trả lời các câu hỏi của NB; 95,7% NB được điều dưỡng hướng dẫn làm thủ tục khám bệnh, nhập viện đầy đủ; 96,0% NB được NVYT đưa vào khoa điều trị khi nằm viện. 99,5% NB đánh giá điều dưỡng xưng hô lịch sự, phù hợp với tuổi hoặc quan hệ xã hội rất tốt và tốt; 98,0% NB cho rằng điều dưỡng có mặt và giải quyết kịp thời các vấn đề chuyên môn khi được yêu cầu; 99,5% NB được điều dưỡng phụ trách giáo dục sức khỏe, hướng dẫn thực hiện chế độ chăm sóc, điều trị. 98,0% NB được hướng dẫn cách dùng thuốc, những vấn đề cần theo dõi, chú ý trong quá trình dùng thuốc; 96,0% NB được điều dưỡng công khai số lượng thuốc, loại thuốc, hướng dẫn cách dùng theo quy định; 96,0% NB được thông báo hướng dẫn, giải thích trước khi làm thủ thuật; 95,8% NB đánh giá điều dưỡng có thái độ cảm thông, động viên khi người bệnh đau đớn, lo sợ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2008), *Quy tắc ứng xử của cán bộ viên chức trong các đơn vị sự nghiệp Y tế*, Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT ngày 18/8/2008.
2. Bệnh viện Đa khoa khu vực Ninh Hòa (2013), *Báo cáo số 96/BC-BVNH ngày 08 tháng 02 năm 2014 của Bệnh viện ĐKKV Ninh Hòa, về tổng kết hoạt động Điều dưỡng và chăm sóc người bệnh năm 2013*.
3. Đỗ Mạnh Hùng (2014), *Nghiên cứu thực trạng nhận thức, thực hành y đức của điều dưỡng viên tại bệnh viện Nhi trung ương và kết quả một số biện pháp can thiệp*, Khoa Y tế công cộng, Đại học Y Dược Thái Bình.
4. Đinh Ngọc Toàn, Trần Thị Nhung (2014), "Khảo sát thực trạng thực hành quy chế giao tiếp của Điều dưỡng viên đối với người bệnh tại Bệnh viện Đa khoa Ninh Bình".
5. Cấn Mạnh Hùng (2014), *Đánh giá sự hài lòng của NB và người nhà NB đến khám tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Quân y 105, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quân năm 2014*.
6. Nguyễn Thị Phương Hoa, Nguyễn Thị Hồng Nhung, Vũ Quang Thanh (2014), *Đánh giá thực trạng khả năng giao tiếp với NB của đội ngũ điều dưỡng Bệnh viện Quân y 110, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quân năm 2014*.
7. Phạm Thị Hải Thương, Nguyễn Thị Kim Chung (2008), *Đánh giá khả năng giao tiếp với NB của đội ngũ Điều dưỡng Bệnh viện Quân y 110, Hội nghị khoa học điều dưỡng lần thứ 2*.
8. McCABE C. (2004), "Nurse - patient communication: an exploration of patients' experiences", *Journal of Clinical Nursing* 13. □

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT ĐẶT BUỒNG TIÊM DƯỚI DA Ở 15 BỆNH NHÂN UNG THƯ, TẠI KHOA UNG BƯỚU, BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

ThS. ĐỖ HẢI LINH, BSCKI. ĐINH XUÂN TRƯỜNG
BS. NGUYỄN TRỌNG GIÁP - Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. NGHIÊM THỊ MINH CHÂU
(2) ThS. TẠ DUY HIỀN

TÓM TẮT: Nghiên cứu kết quả bước đầu phẫu thuật đặt buồng tiêm dưới da và đánh giá mức độ hài lòng sau khi thực hiện thủ thuật của 15 bệnh nhân ung thư, tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 4/2019 đến tháng 10/2019. **Kết quả:** Bệnh nhân nữ (60,0%) nhiều hơn bệnh nhân nam (40,0%). Đa số bệnh nhân trên 50 tuổi (86,7%), ung thư vú (40,0%), ung thư đường tiêu hóa (33,3%), ung thư giai đoạn III, IV (66,6%) và có PS = 0,1 (73,3%), có tình trạng tĩnh mạch ngoại vi xơ chai trước khi đặt buồng tiêm (86,7%), lí do đặt buồng tiêm dưới da để truyền hóa chất (80,0%). 100% bệnh nhân trong nghiên cứu đặt catheter vào tĩnh mạch dưới đòn dưới hướng dẫn của C-arm. 66,7% bệnh nhân có thời gian đặt buồng tiêm truyền từ 26-30 phút. 73,3% bệnh nhân có thời gian lưu kim từ 6-7 ngày. 100% bệnh nhân không gặp tai biến, biến chứng trong, sau phẫu thuật. 100% bệnh nhân đều rất hài lòng sau khi được thực hiện thủ thuật đặt buồng tiêm dưới da.

Từ khóa: Buồng tiêm dưới da, ống thông, đầu nối.

ABSTRACT: Study on the initial results of surgery for the subcutaneous injection chamber and evaluate the level of satisfaction after the procedure in 15 cancer patients, at the Department of Oncology, Military hospital 105, from April 2019 to October 2019. Results: The female patients (60.0%) were more than the male patients (40.0%). The majority of patients were over 50 years old (86.7%), with breast cancer (40.0%), gastrointestinal cancer (33.3%), cancer of stage III and IV (66.6%) and PS = 0,1 (73.3%), with peripheral fibrous venous condition before placement of injection chamber (86.7%), the reason for placing subcutaneous injection chamber for chemotherapy (80.0%) 100% of patients in the study placed a catheter in a subclavian vein under the guidance of C-arm. 66.7% of patients had an infusion chamber from 26-30 minutes. 73.3% of patients had a needle retention time of 6-7 days. 100% of patients did not have accidents, complications during and after surgery. 100% of patients were very satisfied after the procedure of placing the subcutaneous injection chamber.

Keywords: Subcutaneous injection chamber, catheter, connector.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Đỗ Hải Linh, Email: hailinh1279@gmail.com

Ngày nhận bài: ; mời phản biện khoa học: ; chấp nhận đăng: .

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Buồng tiêm dưới da là hệ thống gồm buồng tiêm (portal chamber), ống thông (catheter), đầu nối giữa buồng tiêm và ống thông (catheter connector), trong đó, ống thông được đặt vào tĩnh mạch lớn (tĩnh mạch cánh ngoài, tĩnh mạch dưới đòn, tĩnh mạch đùi...) và buồng tiêm được cấy hoàn toàn vào mô dưới da (nhằm đưa thuốc và dịch truyền vào cơ thể qua buồng tiêm, vào tĩnh mạch khi tĩnh mạch ngoại vi khó lấy hoặc cần tiêm truyền dài ngày).

Năm 2019, Khoa Ung bướu, Bệnh viện Quân y 105 đã triển khai kĩ thuật đặt buồng tiêm dưới da cho bệnh nhân (BN) ung thư phải truyền hóa chất, BN chăm sóc giảm nhẹ, bước đầu đạt kết quả tốt, nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá.

Chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu nghiên cứu kết quả bước đầu phẫu thuật và đánh

giá mức độ hài lòng của BN sau phẫu thuật đặt buồng tiêm dưới da.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

15 BN có chỉ định và được phẫu thuật đặt buồng tiêm dưới da, tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 4 đến tháng 10/2019.

Loại khỏi nghiên cứu các BN đã từng đặt buồng tiêm dưới da trước đó; BN có hồ sơ lưu trữ không đủ thông tin nghiên cứu; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả cắt ngang.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

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

số toàn trạng (PS); loại ung thư mắc phải, giai đoạn bệnh; tình trạng tĩnh mạch ngoại vi, lí do, vị trí, phương pháp và thời gian đặt buồng tiêm; kết quả sau phẫu thuật; tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật, thời gian lưu kim; mức độ hài lòng của BN.

- Chỉ số toàn trạng đánh giá theo thang điểm đánh giá khả năng hoạt động thể lực (Eastern Cooperation Oncology Group Performance Scale): PS = 0 (không có triệu chứng); PS = 1 (có triệu chứng, có thể tự di chuyển hoàn toàn); PS = 2 (có triệu chứng, phải nằm tại giường < 50% thời gian trong ngày); PS = 3 (có triệu chứng, phải nằm tại giường > 50% thời gian trong ngày); PS = 4 (nằm liệt giường thường xuyên và cần trợ giúp cho các sinh hoạt hằng ngày).

- Xử lí số liệu: theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS.20.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu (n = 15):

- Tuổi đời:

+ Dưới 50 tuổi: 2 BN (13,3%).

+ Từ 50 tuổi trở lên: 13 BN (86,7%).

- Giới tính: 6 BN (40,0%) nam và 9 BN (60,0%) nữ.

- Loại ung thư mắc phải:

+ Ung thư đường tiêu hóa: 5 BN (33,3%).

+ Ung thư vú: 6 BN (40,0%).

+ Ung thư đầu mặt cổ: 2 BN (13,3%).

+ Ung thư phổi: 1 BN (6,7%).

+ Ung thư tử cung: 1 BN (6,7%).

Đa số BN mắc ung thư đường tiêu hóa và ung thư vú (lần lượt 33,3% và 40,0%).

- Giai đoạn của bệnh ung thư:

+ Giai đoạn I: 1 BN (6,7%).

+ Giai đoạn II: 4 BN (26,7%).

+ Giai đoạn III: 5 BN (33,3%).

+ Giai đoạn IV: 5 BN (33,3%).

Đa số BN ung thư giai đoạn III, IV (66,6%).

- Chỉ số toàn trạng (PS) của BN:

+ PS = 0: 6 BN (40,0%).

+ PS = 1: 5 BN (33,3%).

+ PS = 2: 2 BN (13,3%).

+ PS = 3: 1 BN (6,7%).

+ PS = 4: 1 BN (6,7%).

Chủ yếu BN có PS = 0 (40,0%).

- Tình trạng tĩnh mạch ngoại vi:

+ Còn tốt: 2 BN (13,3%).

+ Xơ chai: 13 BN (86,7%).

86,7% BN tình trạng tĩnh mạch ngoại vi xơ chai.

- Lí do đặt buồng tiêm dưới da:

+ Điều trị hóa chất: 12 BN (80,0%).

+ Chăm sóc giảm nhẹ: 3 BN (20,0%).

80,0% BN đặt buồng tiêm để điều trị hóa chất.

- Vị trí đặt buồng tiêm dưới da: 15 BN (100%) đặt buồng tiêm tĩnh mạch dưới đòn.

- Phương pháp đặt buồng tiêm dưới da: 15 BN (100%) đặt buồng tiêm dưới hướng dẫn C-arm.

3.2. Kết quả phẫu thuật (n = 15):

- Thời gian đặt buồng tiêm: 15 BN đều có thời gian thực hiện phẫu thuật đặt buồng tiêm dưới da từ 21 đến 35 phút, trong đó:

+ Từ 21-25 phút: 2 BN (13,3%).

+ Từ 26-30 phút: 10 BN (66,7%).

+ Từ 31-35 phút: 3 BN (20%).

Đa số BN có thời gian đặt buồng tiêm từ 26-30 phút (66,7%).

- Thời gian lưu kim:

+ Dưới 6 ngày: 4 BN (26,7%).

+ Từ 6-7 ngày: 11 BN (73,3%).

73,3% BN có thời gian lưu kim từ 6-7 ngày.

- Không BN nào gặp tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật.

- Mức độ hài lòng của BN sau phẫu thuật đặt buồng tiêm: 15 BN (100%) rất hài lòng sau phẫu thuật đặt buồng tiêm dưới da.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

Bước đầu nghiên cứu 15 BN đặt buồng tiêm dưới da, thấy đa số BN trên 50 tuổi (86,7%); BN nữ (60,0%) nhiều hơn BN nam (40,0%); chủ yếu BN ung thư vú (40,0%), ung thư đường tiêu hóa (33,3%), mắc ung thư giai đoạn III, IV (66,6%) và có PS = 0 và 1 (73,3%).

13/15 BN (86,7%) có tình trạng tĩnh mạch ngoại vi xơ chai trước khi đặt buồng tiêm. 2/15 BN (13,35%) tình trạng tĩnh mạch ngoại vi còn tốt, nhưng BN có chỉ định dùng hóa chất nhiều đợt, dài ngày nên được phẫu thuật đặt buồng tiêm ngay từ đầu với mục đích bảo tồn tĩnh mạch ngoại vi. Trong số 15 BN đặt buồng tiêm dưới da, có 12 BN (80,0%) truyền hóa chất và 3 BN (20,0%) chăm sóc giảm nhẹ (có chỉ định nuôi dưỡng đường tĩnh mạch dài ngày, nhưng tĩnh mạch ngoại vi gần như không lấy được).

(Xem tiếp trang 114)

ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG Ở 60 BỆNH NHÂN XƠ GAN, ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA TIÊU HÓA, BỆNH VIỆN QUÂN Y 105

BS. PHÍ VĂN KHOA - Bệnh viện Quân y 105

Phản biện khoa học: (1) TS. PHẠM ĐỨC MINH
(2) BSCKII. NGUYỄN VĂN CHINH

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở 60 bệnh nhân xơ gan, điều trị tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 7/2015-7/2016.

Kết quả: Bệnh nhân nam (85,0%) nhiều hơn bệnh nhân nữ (15,0%), khác biệt với $p < 0,05$. Chủ yếu bệnh nhân từ 41-65 tuổi (81,7%). Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI: 15/60 bệnh nhân (25,0%) xơ gan bị suy dinh dưỡng, trong đó có 9 bệnh nhân xơ gan Child-Pugh B và 6 bệnh nhân xơ gan Child-Pugh C. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo nồng độ protein toàn phần: 54/60 bệnh nhân (90,0%) xơ gan bị suy dinh dưỡng, trong đó có 42 bệnh nhân xơ gan Child-Pugh B và 12 bệnh nhân xơ gan Child-Pugh C. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo mức độ thiếu máu: lần lượt 75,0% và 87,5% bệnh nhân xơ gan Child-Pugh B có giảm số lượng hồng cầu và nồng độ huyết sắc tố; 100% bệnh nhân xơ gan Child-Pugh C có giảm số lượng hồng cầu và nồng độ huyết sắc tố.

Từ khóa: Tình trạng dinh dưỡng, bệnh nhân xơ gan.

ABSTRACT: Prospective study, cross-sectional description of assessment of the nutritional status in 60 patients with cirrhosis, treated at the Department of gastroenterology, Military hospital 105, from July 2015 to July 2016.

Results: The patients were male (85.0%) more than female patients (15.0%), the difference was statistically significant (with $p < 0.05$). The majority of patients were 41-65 years old (81.7%). Evaluation of the nutritional status according to BMI: 15/60 patients with cirrhosis (25.0%) were malnourished, including 9 patients with Child-Pugh B cirrhosis and 6 patients with Child-Pugh C cirrhosis. Evaluation of the nutritional status according to total protein concentration: 54/60 patients (90.0%) with cirrhosis were malnourished, including 42 patients with Child-Pugh B cirrhosis and 12 patients with Child-Pugh C cirrhosis. Evaluation of the nutritional status by level of anemia: respectively 75.0% and 87.5% of patients with Child-Pugh B cirrhosis, were decreased of red blood cells number and hemoglobin concentration; 100% of patients with Child-Pugh C cirrhosis were decreased of red blood cells number and hemoglobin concentration.

Keywords: Nutritional status, patients with cirrhosis.

Chịu trách nhiệm nội dung: BS. Phí Văn Khoa, Email: chuninh797@gmail.com

Ngày nhận bài: ; mời thẩm định khoa học: ; chấp nhận đăng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Xơ gan là bước tiến triển tận cùng của các tổn thương ở gan, do nhiều nguyên nhân khác nhau. Trong giai đoạn tổn thương gan cấp tính, tế bào gan bị thoái hóa mỡ rồi hoại thư. Hoại thư bị xơ hóa dần dần, lan ra xung quanh tế bào gan và khoảng cửa, làm cho huyết áp ở hệ tĩnh mạch cửa tăng lên và biểu hiện bằng sự phát triển tuần hoàn bàng hệ, giãn tĩnh mạch thực quản trĩ hạ, phù và cổ chướng. Nhiều nghiên cứu cho thấy, chế độ ăn thiếu protein kéo dài cũng sẽ phát sinh xơ gan. Nhiều trường hợp xơ gan do suy dinh dưỡng đã được cứu sống bằng chế độ ăn phù hợp, dù bệnh nặng có phù nề và cổ chướng. Vì vậy, đánh giá tình trạng dinh dưỡng trên các bệnh nhân (BN) xơ gan có giá trị quan trọng trong việc góp phần nâng cao chất lượng điều trị.

Tuy nhiên tình trạng suy dinh dưỡng ở những bệnh nhân (BN) xơ gan tới mức nào thì chưa có nhiều công trình nghiên cứu.

Để góp phần làm sáng tỏ hơn vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở các BN xơ gan điều trị tại Bệnh viện Quân y 105.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

60 BN xơ gan giai đoạn Child-Pugh B, C (chẩn đoán theo tiêu chuẩn Child-Pugh), điều trị nội trú tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 7/2015-7/2016.

Loại trừ BN có bệnh lý kết hợp, như suy tim, suy thận...; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng BN dựa vào:

+ Định lượng albumin huyết thanh: albumin > 35 g/l bình thường; albumin từ 28-35 g/l: suy dinh dưỡng nhẹ; albumin từ 21-27 g/l: suy dinh dưỡng vừa; albumin < 21 g/l: suy dinh dưỡng nặng.

+ Định lượng protein toàn phần: protein từ 60-80 g/l: bình thường; protein < 60 g/l: giảm.

+ Chỉ số khối cơ thể (Body mass index - BMI) áp dụng cho người châu Á: BMI < 16 kg/m²: suy dinh dưỡng nặng; BMI từ 16-16,9 kg/m²: suy dinh dưỡng trung bình; BMI từ 17-18,4 kg/m²: suy dinh dưỡng nhẹ; BMI từ 18,5-22,9 kg/m²: bình thường; BMI > 23 kg/m²: thừa cân.

+ Tình trạng thiếu máu:

Tình trạng thiếu máu Nữ		Hồng cầu (T/L)		Huyết sắc tố (g/l)	
		Nam	Nữ	Nam	
Bình thường		> 3,8	> 4,2	> 130	> 140
Thiếu máu	Nhẹ	3-3,8	3-4,2	90-130	90-140
	Vừa	2-2,9	2-2,9	60-89	60-89
	Nặng	< 2	< 2	< 60	< 60

- Các xét nghiệm thực hiện tại Khoa Sinh hóa, Khoa Huyết học và Truyền máu, Bệnh viện Quân y 105; thực hiện trên máy AU 640 OLYMPUS của Đức và CD 1700 Specimen Data Report.

- Đạo đức trong nghiên cứu: đề tài đã được thông qua hội đồng đạo đức bệnh viện; các thông tin của BN được giữ bí mật và chỉ sử dụng trong nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm excel và thuật toán thống kê y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

Bảng 1. Phân bố BN theo giới tính.

Giới tính	Child-Pugh B (n = 48)	Child-Pugh C (n = 12)	Cộng (n = 60)
Nam	42 (87,5%)	9 (75,0%)	51 (85,0%)
Nữ	6 (12,5%)	3 (25,0%)	12 (15,0%)
p			< 0,05

BN nam (85,0%) nhiều hơn BN nữ (15,0%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 2. Phân bố BN theo tuổi.

Tuổi đời	Child-Pugh B (n = 48)	Child-Pugh C (n = 12)	Cộng (n = 60)
Từ 18-40	5 (10,4%)	0	5 (8,3%)
Từ 41-65	40 (83,3%)	9 (75,0%)	49 (81,7%)
Trên 65	3 (6,3%) 3 (25,0%)		6 (10,0%)

Chủ yếu BN mắc xơ gan từ 41-65 tuổi (49/60 BN, chiếm 81,7%).

3.2. Đặc điểm tình trạng dinh dưỡng trên BN xơ gan:

Bảng 3. Phân bố BN theo BMI.

BMI (kg/m ²)	Child-Pugh B (n = 48)	Child-Pugh C (n = 12)
Dưới 16	1 (2,1%)	3 (25,0%)
Từ 16-16,9	2 (4,2%)	2 (16,7%)
Từ 17-18,4	6 (12,5%)	1 (8,3%)
Từ 18,5-22,9	32 (66,7%)	5 (41,7%)
≥ 23	7 (14,6%)	1 (8,3%)
p; OR	p _{suy dinh dưỡng} < 0,05; OR = 4,59	

Tỉ lệ BN xơ gan Child-Pugh C bị suy dinh dưỡng (6/12 BN, chiếm 50,0%) cao hơn so với BN xơ gan Child-Pugh B (9/48 BN, chiếm 18,8%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 4. Phân bố BN theo albumin huyết thanh.

Albumin huyết thanh (g/l)	Child-Pugh B (n = 48)	Child-Pugh C (n = 12)
Trên 35	6 (12,5%)	0
Từ 28-35	27 (56,3%)	3 (25,0%)
Từ 21-27	14 (29,2%)	6 (50,0%)
Dưới 21	1 (2,1%)	3 (25,0%)
p	p _{suy dinh dưỡng} < 0,05	

Tỉ lệ BN xơ gan Child-Pugh C có albumin huyết thanh < 35 g/l (12/12 BN, chiếm 100%) cao hơn so với BN xơ gan Child-Pugh B có albumin huyết thanh < 35 g/l (42/48 BN, chiếm 87,5%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 5. Phân bố BN theo số lượng hồng cầu.

Số lượng hồng cầu	Child-Pugh B (n = 48)	Child-Pugh C (n = 12)
Bình thường	12 (25,0%)	0
Giảm nhẹ	24 (50,0%)	8 (66,7%)
Giảm vừa	11 (22,9%)	3 (25,0%)
Giảm nhiều	1 (2,1%)	1 (8,3%)
p	p _{hồng cầu giảm} < 0,05	

BN xơ gan Child-Pugh C có hồng cầu giảm (12/12 BN, chiếm 100%) cao hơn so với BN xơ gan Child-Pugh B có hồng cầu giảm (36/48 BN, chiếm 75,0%), khác biệt với p < 0,05.

Bảng 6. Phân bố BN theo lượng huyết sắc tố.

Lượng huyết sắc tố	Child-Pugh B (n = 48)	Child-Pugh C (n = 12)
Bình thường	6 (12,5%)	
Giảm nhẹ	33 (68,7%)	9 (75,0%)
Giảm vừa	8 (16,7%)	2 (16,7%)
Giảm nặng	1 (2,1%)	1 (8,3%)
p	p _{huyết sắc tố giảm} > 0,05	

BN xơ gan Child-Pugh C có lượng huyết sắc tố giảm (12/12 BN, chiếm 100%) cao hơn so với BN xơ gan Child-Pugh B có lượng huyết sắc tố giảm (42/48 BN, chiếm 87,5%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

Bảng 7. Phân bố BN theo protein toàn phần.

Protein toàn phần	Child-Pugh B (n = 48)	Child-Pugh C (n = 12)
Bình thường	45 (93,9%)	8 (78,3%)
Giảm	3 (6,1%)	4 (21,7%)
p	p _{protein toàn phần giảm} < 0,05	

BN xơ gan Child-Pugh C có lượng protein toàn phần giảm (4/12 BN, chiếm 33,3%) nhiều hơn so với BN xơ gan Child-Pugh B có lượng protein toàn phần giảm (3/48 BN, chiếm 6,3%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu:

Chúng tôi thấy, BN nam (85,0%) nhiều hơn BN nữ (15,0%), khác biệt về tỉ lệ nam và nữ trên BN xơ gan Child-Pugh B và Child-Pugh C có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đa số BN mắc xơ gan từ 41-65 tuổi (49/60, chiếm 81,7%), trong đó có 40 BN xơ gan Child-Pugh B và 9 BN xơ gan Child-Pugh C. Kết quả này phù hợp với nhận định của một số nghiên cứu: bệnh xơ gan gặp nhiều ở nam giới và thường gặp ở độ tuổi trung niên. Có thể do thói quen sử dụng rượu, bia trong sinh hoạt ở nam giới nhiều hơn so với nữ giới.

4.2. Tình trạng dinh dưỡng trên BN xơ gan:

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng BN xơ gan dựa vào BMI: chúng tôi tính BMI theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2000, áp dụng với người châu Á. Kết quả: 15/60 BN có BMI < 18,5 kg/m² (suy dinh dưỡng), chiếm 25,0%; thấp hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Thu Hương (nghiên cứu trên BN xơ gan, điều trị tại Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Bạch Mai (28,9% BN xơ gan có BMI < 18,5 kg/m²) [2].

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng BN xơ gan dựa vào định lượng albumin huyết thanh: 54/60 BN (90,0%) có lượng albumin huyết thanh giảm < 35 g/l (suy dinh dưỡng), trong đó, suy dinh dưỡng nặng 4/60 BN (6,7%); cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Vân Anh và Trần Thị Phúc Nguyệt (80% BN xơ gan suy dinh dưỡng, trong đó, suy dinh dưỡng nặng là 3% [1]). Có thể do mẫu nghiên cứu này chỉ tiến hành trên BN xơ gan child-Pugh B và xơ gan Child-Pugh C nên có thời gian diễn bệnh kéo dài hơn, tiến triển và tiên lượng nặng hơn.

- Mức độ thiếu máu trên BN xơ gan: BN xơ gan Child-Pugh C có lượng hồng cầu giảm (12/12 BN, chiếm 100%) cao hơn so với BN xơ gan Child-Pugh B có lượng hồng cầu giảm (36/48 BN, chiếm 75,0%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. BN xơ gan Child-Pugh C có lượng huyết sắc tố giảm (12/12 BN, chiếm 100%) cao hơn so với BN xơ gan Child-Pugh B có lượng hồng cầu và huyết sắc tố giảm (42/48 BN, chiếm 87,5%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Mức độ giảm protein toàn phần trên BN xơ gan: BN xơ gan Child-Pugh C có lượng protein toàn phần giảm (4/12 BN, chiếm 21,74%) cao hơn BN xơ gan Child-Pugh B (3/48 BN, chiếm 6,06%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chúng tôi thấy, protein toàn phần của huyết thanh là một hỗn hợp phức tạp gồm nhiều thành phần, như albumin, globulin, liên hợp lipoprotein, glucoprotein... Protein huyết thanh có chức năng quan trọng trong việc duy trì áp lực thẩm thấu giữa tuần hoàn máu và dịch kẽ; tham gia hệ thống đệm, duy trì pH của máu không thay đổi; là chất vận chuyển nhiều chất khác không tan trong máu, như canxi, bilirubin, acid béo tự do...

Bệnh xơ gan là bệnh mạn tính, diễn biến kéo dài, bệnh cảnh của xơ gan tùy thuộc vào giai đoạn của bệnh, tỉ lệ suy dinh dưỡng của BN xơ gan có mối liên quan chặt chẽ tới tiến triển của bệnh. Bệnh càng nặng thì tỉ lệ suy dinh dưỡng càng cao. Nghiên cứu này cho thấy, tỉ lệ suy dinh dưỡng ở BN xơ gan khá cao, do đó, cần có sự phối hợp giữa bác sĩ lâm sàng và người làm công tác dinh dưỡng trong Bệnh viện để có kế hoạch hỗ trợ dinh dưỡng kịp thời cho người bệnh.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu tình trạng dinh dưỡng của 60 BN xơ gan, điều trị tại Bệnh viện Quân y 105, kết luận:

- BN nam mắc xơ gan (85,0%) nhiều hơn BN nữ (15,0%), khác biệt với $p < 0,05$. Chủ yếu BN mắc xơ gan từ 41-65 tuổi (81,7%).

- Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo BMI: 15/60 BN (25,0%) xơ gan bị suy dinh dưỡng, trong đó có 9 BN xơ gan Child-Pugh B và 6 BN xơ gan Child-Pugh C. Đánh giá tình trạng dinh dưỡng theo protein toàn phần: 54/60 BN (90,0%) xơ gan bị suy dinh dưỡng, trong đó có 42 BN xơ gan Child-Pugh B và 12 BN xơ gan Child-Pugh C. 75,0% và 87,5% BN xơ gan Child-Pugh B có giảm số lượng hồng cầu và nồng độ huyết sắc tố; 100% BN xơ gan Child-Pugh C có giảm số lượng hồng cầu và nồng độ huyết sắc tố.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Văn Tập (2008), *Nhu cầu dinh dưỡng: Dinh dưỡng lâm sàng*, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, tr. 55-64.
2. Phạm Thu Hương (2006), "Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân nhập viện", *Dinh dưỡng và thực phẩm*, Hội dinh dưỡng Việt Nam, số 3, 4, tr. 85-91.
3. Bộ Y tế (2007), *Hướng dẫn chế độ ăn bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2007), *Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội. □

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ CHỈ TIÊU SỬ DỤNG THUỐC TRONG ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 105, NĂM 2017

ThS. HỒ CẢNH HẬU, DS. TRẦN THỊ HẰNG
DS. NGUYỄN THỊ LAN HƯƠNG, ThS. NGUYỄN TÔ HIỆU
DS. HOÀNG XUÂN HÒA - *Bệnh viện Quân y 105*

Phản biện khoa học: (1). TS. NGUYỄN MINH TUẤN
(2) DSKII. HẦN MẠNH HƯNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu hồi cứu 601 bệnh án nội trú ở tất cả các khoa lâm sàng, nhằm đánh giá một số chỉ tiêu sử dụng thuốc trong điều trị, tại Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 01-12/2017. **Kết quả:** Số thuốc phối hợp trung bình/bệnh án là $5,011 \pm 2,197$ thuốc. Số thuốc kháng sinh trung bình/bệnh án là $0,946 \pm 0,904$ thuốc, số vitamin trung bình/bệnh án là $0,573 \pm 0,652$ thuốc. 21,79% bệnh án có cặp tương tác thuốc bất lợi (với 49 cặp, xuất hiện 181 lần); trong đó, các cặp tương tác thuốc bất lợi mức độ vừa là 71,43%, mức độ nhẹ là 16,33%, mức độ nặng là 12,24%. Chủ yếu gặp cặp tương tác thuốc mức độ nặng là phối hợp Ciprofloxacin với Methylprednisolon và Theophyllin (66,64%); mức độ vừa là phối hợp Cefotaxim với Gentamicin (27,45%) và Diazepam với Esomeprazol (26,14%); mức độ nhẹ là phối hợp Aspirin với Nitroglycerin (25,0%) và Phenobarbital với Esomeprazol (25,0%).

Từ khóa: Hoạt động điều trị và sử dụng thuốc, cặp tương tác thuốc.

ABSTRACT: Retrospective study on the 601 medical records of inpatients of all clinical departments, aimed to evaluate some criteria for drugs using in treatment, at the Military hospital 105, from January to December 2017. **Results:** The average number of combination drugs/medical record was $5,011 \pm 2,197$. The average number of antibiotics/medical record was 0.946 ± 0.904 , the average number of vitamins/medical record was 0.573 ± 0.665 . 21.79% of medical records had an adverse drug interaction pairs (with 49 pairs, occurred 181 times); of which, the adverse drug interaction pairs of the moderate level was 71.43%, of the mild level was 16.33% and of the severity level was 12.24%. Mainly observed a drug interaction pair of the severe level was the combination of Ciprofloxacin with Methylprednisolon and Theophyllin (66.64%); moderate level was the combination of Cefotaxim with Gentamicin (27.45%) and Diazepam with Esomeprazol (26.14%); mild level was a combination of Aspirin with Nitroglycerin (25.0%) and Phenobarbital with Esomeprazol (25.0%).

Keywords: The activities of treatment and drugs using, drug interaction pair.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Hồ Cảnh Hậu, Email: dshocanhhaul@gmail.com

Ngày nhận bài: ; mời phản biện khoa học: ; Chấp nhận đăng: .

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Thuốc là một loại hàng hóa đặc biệt cần được sử dụng an toàn, hợp lý và hiệu quả. Sử dụng thuốc hợp lý, bảo đảm dùng đúng thuốc, liều lượng thích hợp và phù hợp với tình trạng người bệnh. Những năm qua, ngành Y tế nước ta đã có nhiều nỗ lực trong chăm sóc sức khỏe nhân dân. Nhà nước cũng có khung pháp lý quản lý chất lượng thuốc, sử dụng thuốc. Trong công tác kê đơn thuốc, việc phối hợp thuốc là cần thiết để nâng cao hiệu quả điều trị, đặc biệt với người bệnh có nhiều bệnh kết hợp. Song sự phối hợp thuốc/đơn/bệnh án sẽ có những mặt tương phản, như “Hiệu quả - lạm dụng”, “Phối hợp an toàn - tương tác bất lợi”... Vì vậy, kiểm soát kê đơn cần được quan tâm và chú trọng. Mặt khác, người dân sử dụng thẻ bảo hiểm y tế ngày càng nhiều, việc kê đơn vừa phải bảo đảm thuốc đáp ứng được nhu cầu điều trị, vừa phù hợp với khả năng chi trả của quỹ bảo hiểm y tế.

Bệnh viện Quân y 105 là bệnh viện đa khoa hạng 1, đóng quân trên địa bàn phường Sơn Lộc, thị xã Sơn Tây, thành phố Hà Nội, có nhiệm vụ thu dung, cấp cứu điều trị cho bộ đội và nhân dân trên địa bàn. Thời gian qua, Bệnh viện đã không ngừng nâng cao trình độ chuyên môn, kỹ thuật nhằm đáp ứng nhiệm vụ y tế trong quân đội thời kì đổi mới; nâng cao chất lượng khám và điều trị, ngày càng khẳng định vị thế bệnh viện chiến lược khu vực của quân đội, thu hút lượng bệnh nhân ngày càng lớn. Hằng năm, Bệnh viện khám và điều trị cho hàng chục nghìn lượt người, thuộc nhiều đối tượng khác nhau (quân, bảo hiểm y tế, tự chi trả...) với số lượng thuốc sử dụng trong điều trị ngày càng lớn.

Tạo cơ sở khoa học cho lựa chọn thuốc trong điều trị, bảo đảm nguyên tắc “An toàn - hiệu quả - kinh tế”; chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá một số chỉ tiêu sử dụng thuốc trong điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 105, năm 2017.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

601 bệnh án điều trị nội trú tại tất cả các khoa lâm sàng, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 01 đến tháng 12/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu.

- Lựa chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên, theo tỉ lệ bệnh nhân điều trị nội trú tại các khoa lâm sàng, Bệnh viện Quân y 105.

- Khảo sát một số chỉ số kê đơn sử dụng thuốc trong năm 2017, theo hướng dẫn của Thông tư số 21/2013/TT-BYT [4].

- Đánh giá mức độ tương tác thuốc theo Cục quản lý thực phẩm và dược phẩm Hoa Kỳ (Food and Drug Administration - FDA) [6].

- Đạo đức trong nghiên cứu: nghiên cứu được thông qua hội đồng đạo đức của bệnh viện. Thông tin bệnh án bệnh nhân nghiên cứu chỉ sử dụng cho nghiên cứu.

- Xử lý số liệu: theo thuật toán thống kê y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Một số chỉ số trong kê đơn điều trị:

Bảng 1. Một số chỉ số trong kê đơn thuốc theo bệnh án.

Chỉ số	Nội khoa	Ngoại khoa	Tổng
Số bệnh án	294	307	601
Số thuốc phối hợp trung bình/bệnh án	6,275	4,105	5,011 ± 2,197
Số kháng sinh trung bình/bệnh án	0,534	1,341	0,946 ± 0,904
Số vitamin trung bình/bệnh án	0,802	0,353	0,573 ± 0,652

Số thuốc phối hợp/bệnh án nhiều nhất là 12 thuốc/bệnh án và ít nhất là 1 thuốc/bệnh án, trung bình $5,011 \pm 2,197$ thuốc/bệnh án. Số kháng sinh trung bình/bệnh án khối nội là 0,534 thuốc và khối

ngoại là 1,341 thuốc, số kháng sinh sử dụng trung bình cả khối nội khối ngoại/bệnh án là $0,946 \pm 0,904$ thuốc. Số vitamin trung bình/bệnh án khối nội là 0,802 thuốc, khối ngoại là 0,353 thuốc, số vitamin sử dụng trung bình cả khối nội khối ngoại/bệnh án là $0,573 \pm 0,652$ thuốc. Kết quả này khá phù hợp với đặc thù cơ cấu bệnh tại các khối (ở khối nội, bệnh nhân điều trị nội trú thường mắc nhiều bệnh kết hợp, trong đó có nhiều bệnh mạn tính, như đái tháo đường, tăng huyết áp..., nên việc phối hợp nhiều khoản thuốc trên một đơn là hợp lý. Việc sử dụng kháng sinh chủ yếu để dự phòng hoặc điều trị nhiễm khuẩn thấp. Trong khi đó, khối ngoại chủ yếu điều trị chấn thương, mổ cấp cứu các bệnh ngoại khoa..., nên sử dụng nhiều khoản kháng sinh phối hợp để phòng, chống nhiễm khuẩn; việc phối hợp thuốc/bệnh thấp hơn so với bệnh nhân điều trị nội khoa). Tỉ lệ sử dụng vitamin của khối nội cao gần gấp đôi tỉ lệ sử dụng ở khối ngoại, điều này cần quan tâm, theo dõi cách sử dụng vitamin ở khối nội, tránh bị lạm dụng gây lãng phí.

3.2. Tương tác bất lợi trong phối hợp thuốc:

Bảng 2. Mức độ các cặp tương tác bất lợi trong phối hợp sử dụng thuốc.

Mức độ tương tác	Số cặp	Số lần xuất hiện	Số bệnh án
Nặng	6 (12,24%)	12	10
Vừa	35 (71,43%)	153	107
Nhẹ	8 (16,33%)	16	14
Tổng	49 100%	181	131

Số bệnh án có các cặp tương tác bất lợi trong phối hợp sử dụng thuốc khá cao: 131/601 bệnh án (21,79%). Có 49 cặp tương tác thuốc bất lợi với 181 lần xuất hiện trong số 131 bệnh án có các cặp tương tác thuốc bất lợi (do một bệnh án có thể xảy ra 01 hoặc nhiều cặp tương tác). Trong đó, hay gặp nhất các cặp tương tác thuốc bất lợi mức độ vừa (35/49 cặp, chiếm 71,43%).

Bảng 3. Các cặp tương tác thuốc mức độ nặng.

Cặp tương tác	Hậu quả	Cơ chế	Số lần (n = 12)
Ciprofloxacin - Methylprednisolon	Có thể làm tăng nguy cơ viêm gân và đứt gân kết hợp với điều trị fluoroquinolone	Dược lực học	4 (33,32%)
Ciprofloxacin - Theophyllin	Có thể làm tăng đáng kể nồng độ theophylline trong huyết thanh (nguy cơ độc tính liên quan)	Dược động học	4 (33,32%)
Spironolacton - Kali	Làm tăng kali máu	Dược lực học	1 (8,33%)
Clopidogrel - Esomeprazol	Làm giảm tác dụng của Clopidogrel	Dược động học	1 (8,33%)
Spironolacton - Perindopril	Có thể làm tăng nguy cơ tăng kali máu	Dược lực học	1 (8,33%)
Ketorolac - Diclofenac	Có thể làm tăng nguy cơ tác dụng phụ nghiêm trọng của NSAID	Dược động học	1 (8,33%)

Tỉ lệ gặp tương tác của nhóm thuốc kháng sinh Quinolone là khá cao (66,64% trong các cặp tương tác mức độ nặng). Quinolone là nhóm kháng sinh phổ rộng, được chỉ định trong điều trị nhiều mặt bệnh thuộc các chuyên khoa khác nhau, nhưng chúng cũng có nhiều tác dụng không mong muốn nghiêm trọng, đặc biệt liên quan đến cơ, gân, xương (viêm/đứt gân, đau/yếu cơ và đau/sưng khớp...), hệ thần kinh (cảm giác kim châm, mệt mỏi, trầm cảm, lú lẫn, có ý định tự tử, rối loạn giấc ngủ...). Vì vậy, trong phối hợp thuốc, cần tránh phối hợp với thuốc làm tăng nồng độ Ciprofloxacin dẫn đến tăng độc tính, tăng tác dụng không mong muốn của thuốc hoặc có thể sử dụng giãn cách các liều khi cần phối hợp các thuốc trong điều trị. Các thuốc tim mạch và các thuốc có phạm vi điều trị hẹp thường hay gặp những tương tác mức độ nặng hơn các nhóm thuốc khác, đặc biệt các thuốc ảnh hưởng tới nồng độ kali máu và khoảng QT (như các nhóm xanthin, nhóm lợi tiểu giữ kali hay nhóm ức chế men chuyển Angiotensin). Hậu quả nghiêm trọng của các cặp tương tác này có thể là gây ra hiện tượng xoắn đỉnh.

Bảng 4. Mười cặp tương tác phổ biến ở mức độ vừa.

Tương tác	Hậu quả	Cơ chế	Số lần (n = 153)
Cefotaxim - Gentamicin	Có thể làm tăng nguy cơ độc tính trên thận	Dược lực học	42 (27,45%)
Diazepam - Esomeprazol	Tăng tác dụng phụ của Diazepam	Dược động học	40 (26,14%)
Atorvastatin - Clopidogrel	Làm tăng nồng độ của clopidogrel	Dược động học	8 (5,23%)
Nitroglycerin - Perindopril	Tăng tác dụng trên tim mạch của nitroglycerin	Dược lực học	6 (3,92%)
Aspirin - Perindopril	Làm giảm tác dụng của ACE	Dược lực học	5 (3,27%)
Furosemid - Esomeprazol	Gây hạ huyết áp, mất Magie máu	Dược lực học	5 (3,27%)
Theophylin - Methylprednisolon	Hạ kali máu	Dược lực học	4 (2,61%)
Amitriptylin - Diazepam	Làm tăng tác dụng ức chế thần kinh	Dược lực học	4 (2,61%)
Perindopril - Meloxicam	Giảm tác dụng hạ huyết áp của Perindopril	Dược động học	4 (2,61%)
Aspirin - Clopidogrel	Tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa	Dược lực học	3 (1,96%)

Bảng 1 chỉ ra 35 cặp tương tác thuốc ở mức độ vừa; trong đó, 10 cặp xuất hiện nhiều nhất với tần suất 121/153 lần (bảng 4). Trong số 49 cặp tương tác thuốc bất lợi, có 35/49 cặp (71,43%) tương tác bất lợi mức độ vừa, với tần suất xuất hiện cao (153/181 lần), hay gặp nhất là cặp Cefotaxim - Gentamycin (27,45%) và cặp Diazepam - Esomeprazol (26,14%). Chúng tôi thường gặp cặp tương tác Cefotaxim - Gentamycin trong các bệnh án ngoại khoa. Điều này có thể do quan niệm kết hợp giữa nhóm kim khuẩn với nhóm diệt khuẩn để tăng tác dụng điều trị và chống nhiễm khuẩn [5], [6]. Tuy nhiên, khi phối hợp 2 loại thuốc trên thường gây ra độc tính với thận. Vì vậy, khi sử dụng, cần chú ý tới chức năng thận của bệnh nhân và tính toán liều, khoảng thời gian đưa thuốc khi cần phải kết hợp 2 loại kháng sinh này. Cặp tương tác thuốc Diazepam - Esomeprazol có cơ chế dược động học là do Esomeprazol gây ức chế enzym CYP450 2C19, làm giảm độ thanh thải Diazepam, gây hậu quả tăng nồng độ Diazepam trong máu. Từ đó, gây ra nhiều tác dụng không mong muốn trên hệ thần kinh [7], [8]. Bởi vậy cần tránh phối hợp 2 thuốc trên hoặc giảm liều Diazepam khi cần thiết phải sử dụng.

Bảng 4. Các cặp tương tác ở mức độ nhẹ.

Cặp tương tác	Hậu quả	Cơ chế	Số lần (n = 16)
Aspirin - Nitroglycerin	Làm tăng tác dụng phụ hạ huyết áp của Nitroglycerin	Dược lực học	4 (25,00%)
Phenobarbital - Esomeprazol	Làm tăng độc tính của Phenobarbital	Dược động học	4 (25,00%)
Ciprofloxacin - Furosemid	Làm tăng nồng độ, tăng tác dụng phụ của ciprofloxacin	Dược động học	2 (12,25%)
Perindopril - Trymafor	Làm giảm sinh hạ dụng của perindopril	Dược động học	2 (12,25%)
Esomeprazol - Aspirin	Làm giảm tác dụng của Aspirin	Dược động học	1 (6,13%)
Furosemid - Aspirin	Làm giảm tác dụng lợi tiểu của furosemid	Dược động học	1 (6,13%)
Furosemid - Theophylin	Có thể ảnh hưởng tới hấp thu của Theophylin	Dược động học	1 (6,13%)
Salbutamol - Prednisolon	Có thể gây hạ kali máu	Dược lực học	1 (6,13%)

Tương tác thuốc ở mức độ nhẹ xảy ra ở trên các nhóm tim mạch, kháng sinh, giảm đau chống viêm... Ở mức độ này được khuyến cáo cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ trong quá trình chỉ định kê đơn.

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 601 bệnh án điều trị nội trú tại tất cả các khoa lâm sàng, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 01-12/2017 về một số chỉ tiêu sử dụng thuốc, kết luận:

- Số thuốc phối hợp trung bình/bệnh án là $5,011 \pm 2,197$ thuốc. Trong đó, số kháng sinh trung bình/bệnh án khối nội là 0,534 kháng sinh và khối ngoại là 1,341 kháng sinh, trung bình chung là $0,946 \pm 0,904$ kháng sinh; số vitamin trung bình/bệnh án khối nội là 0,802 thuốc, khối ngoại là 0,353 thuốc, trung bình chung là $0,573 \pm 0,652$ thuốc.

- 131/601 bệnh án (21,79%) có cặp tương tác thuốc bất lợi với 49 cặp xuất hiện 181 lần. Trong đó, hay gặp nhất các cặp tương tác thuốc bất lợi mức độ vừa (35/49 cặp, chiếm 71,43%), tiếp đến mức độ nhẹ (8/49 cặp, chiếm 16,33%), ít gặp nhất là mức độ nặng (6/49 cặp, chiếm 12,24%).

- Chủ yếu gặp cặp tương tác thuốc mức độ nặng do sự phối hợp kháng sinh nhóm Quinolone (Ciprofloxacin) với thuốc khác (Methylprednisolon và Theophylin), chiếm 66,64%; mức độ vừa do sự phối hợp Cefotaxim - Gentamicin (27,45%) và Diazepam - Esomeprazol (26,14%); mức độ nhẹ do sự phối hợp Aspirin - Nitroglycerin (25,0%) và Phenobarbital - Esomeprazol (25,0%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Thủ Tướng chính phủ (2013), *Quyết định: Phê duyệt đề án thực hiện lộ trình tiến tới bảo hiểm y tế toàn dân giai đoạn 2012-2015 và 2020*.
2. Bộ Y tế (2015), *Hướng dẫn sử dụng, Bảng phân loại thống kê Quốc tế về bệnh tật và các vấn đề sức khỏe có liên quan phiên bản lần thứ 10 (ICD 10)*, Tập 1.
3. Bộ Y tế (2017), *Niên giám thống kê y tế*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Bộ Y tế (2013), *Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng Thuốc và điều trị trong bệnh viện*, Thông tư số 21/2013/TT-BYT.
5. Bộ Y tế (2010), *Tương tác thuốc và chú ý khi chỉ định*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
6. Bộ Y tế (2010), *Dược lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
7. www.Drugs.com/drug-interaction.
8. *Drug interaction fact 2009*.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT ĐẶT BUỒNG TIÊM DƯỚI DA...

(Tiếp theo trang 107)

4.2. Kết quả phẫu thuật:

100% BN đặt catheter vào tĩnh mạch dưới đòn, dưới hướng dẫn của C-arm; tương đương nghiên cứu của Nguyễn Tiến Quang (100% BN đặt catheter tĩnh mạch dưới đòn) [1]. Đây là vị trí tương đối thuận tiện cho việc luồn catheter đặt buồng tiêm vùng trên cơ ngực lớn; vừa thuận tiện cho điều dưỡng cầm kim truyền, vừa dễ dàng cho BN vận động trong quá trình truyền.

66,7% BN có thời gian đặt buồng tiêm từ 26-30 phút. 100% BN không gặp tai biến, biến chứng trong và sau phẫu thuật. Có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ, nên việc gặp tai biến biến chứng là chưa xảy ra. 100% BN đều rất hài lòng sau khi được đặt buồng tiêm dưới da. Sau đặt buồng tiêm, mọi hoạt động của người bệnh vẫn diễn ra bình thường. 73,3% BN có thời gian lưu kim từ 6-7 ngày. Theo khuyến cáo, thời gian lưu kim tốt nhất không quá 8 ngày.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu bước đầu đánh giá 15 BN phẫu thuật đặt buồng tiêm dưới da, tại Khoa Ung bướu, Bệnh viện Quân y 105, từ tháng 4 đến tháng 10/2019, kết luận:

- BN nữ (60,0%) nhiều hơn BN nam (40,0%). Đa số BN trên 50 tuổi (86,7%), mắc ung thư vú (40,0%), ung thư đường tiêu hóa (33,3%), với ung thư giai đoạn III, IV (66,6%); có PS = 0 và 1 (73,3%), có tình trạng tĩnh mạch ngoại vi xơ chai trước khi đặt buồng tiêm (86,7%), lí do đặt buồng tiêm dưới da để truyền hóa chất (80,0%).

- 100% BN trong nghiên cứu đặt catheter vào tĩnh mạch dưới đòn, dưới hướng dẫn của C-arm. 66,7% BN có thời gian đặt buồng tiêm truyền từ 26-30 phút. 73,3% BN thời gian lưu kim từ 6-7 ngày. 100% BN không gặp tai biến, biến chứng trong, sau phẫu thuật và đều rất hài lòng sau khi được đặt buồng tiêm dưới da.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Tiến Quang và cộng sự (2019), "Đánh giá tính an toàn của buồng tiêm truyền cấy dưới da trên bệnh nhân ung thư", *Tạp chí Ung thư học Việt Nam*, số 2, trang 173-179.
2. Nguyễn Lâm Hiếu và cộng sự (2018), "Kết quả đặt buồng tiêm truyền tĩnh mạch tại Trung tâm Tim mạch, Đại học Y Hà Nội", *Hội nghị tim mạch Việt Nam 2018*.
3. Kỹ thuật đặt buồng tiêm truyền dưới da, <http://bmir.vn/tin-bai/tinh-mach/ky-thuat-dat-buong-tiem-truyen-chemoport/219-1381-116449>. □

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM THỰC VẬT VÀ THÀNH PHẦN HÓA HỌC CỦA CÂY BỒ GIÁC THU HÁI TẠI BA VÌ (SƠN TÂY, HÀ NỘI), NĂM 2017

BSCKII. NGUYỄN VĂN CHINH,
BSCKII. PHAN VĂN GẦY, ThS. HỒ CẢNH HẬU,
DS. NGUYỄN THỊ TÂM - *Bệnh viện Quân y 105*
ThS. NGUYỄN CẨM VÂN,

ThS. NGUYỄN TUẤN QUANG - *Học viện Quân y*

Phản biện khoa học: (1) PGS.TS. NGUYỄN HOÀNG NGÂN
(2) DSC.KII. HẦN MẠNH HƯNG

TÓM TẮT: Nghiên cứu mẫu cây bồ giác thu hái tại Ba Vì, Sơn Tây, Hà Nội (tháng 01-02/2017). **Kết quả:**

- Mẫu cây thu hái được Phòng Thực vật, Viện Sinh thái và Tài nguyên sinh vật, Viện Khoa học và Công nghệ Việt Nam xác định tên khoa học là *Psychotria asiatica* L., thuộc họ cà phê (*Rubiaceae*); có đặc điểm hình thái mẫu tương tự với mô tả cây bồ giác trong các tài liệu thực vật chuyên ngành.

- Mẫu cây bồ giác đã được mô tả đặc điểm vi phẫu của thân cây, lá cây; đặc điểm của bột thân cây, lá cây và xác định định tính các thành phần hóa học thân cây, lá cây (có chứa các nhóm hợp chất saponin, flavonoid, tanin, đường khử, sterol và acid amin). Hàm lượng saponin toàn phần trong cây bồ giác nghiên cứu xác định bằng phương pháp cân là $3,68 \pm 0,07\%$ (tính theo dược liệu khô).

Từ khóa: Bồ giác, đặc điểm thực vật, thành phần hóa học, saponin.

ABSTRACT: Study on the samples of Bodhi tree collected in Ba Vì, Son Tay, Hanoi (January-February 2017). **Results:**

- The samples of Bodhi tree collected in Ba Vì were identified the scientific name as *Psychotria asiatica* L., of the coffee family (*Rubiaceae*) by Department of Plant, Institute of Ecology and Biological Resources, Vietnam Academy of Science and Technology, which have similar morphological characteristics with description of the Bodhi tree in specialized plant documents.

- The samples of Bodhi tree had described the microscopic characteristics of the trunk and leaves; characteristics of stems flour, leaves and qualitative determination of chemical components of stems and leaves (containing saponin, flavonoid, tannin, reducing sugars, sterols and amino acids). The content of total saponin in the Bodhi tree was determined by weight method of $3.68 \pm 0.07\%$ (based on dry medicinal herbs).

Keywords: Bodhi, plant characteristics, chemical composition, saponins.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Nguyễn Văn Chinh, Email:

Ngày nhận bài: ; mời phản biện khoa học: ; chấp nhận đăng: .

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Cây bồ giác (*Psychotria asiatica* L., *Rubiaceae*) còn được gọi là cây bầu giác hay bồ chất..., thuộc họ cà phê. Cây nhỏ, cao 2-3m, cành non màu nâu đỏ, cành già màu xám sẫm. Lá cây mọc đối, quả hình cầu, màu đỏ. Theo kinh nghiệm dân gian, nhiều bộ phận cây bồ giác được dùng để chữa bệnh, như rễ cây (chữa rối loạn tiêu hóa), thân cây (chữa đau bụng, kiết lỵ), lá cây (tiêu độc, cầm máu, chàm)... [8], [9]. Cây bồ giác phân bố rộng rãi tại khu vực Sơn Tây, Hà Nội và dễ dàng khai thác. Tuy nhiên, những thông tin khoa học về cây bồ giác đến nay còn rất hạn chế.

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nghiên cứu một số đặc điểm thực vật và thành phần hóa học của cây bồ giác.

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

2.1. Nguyên liệu, dung môi và thiết bị nghiên cứu:

- Nguyên liệu: cây bồ giác thu hái tại Ba Vì, Sơn Tây, Hà Nội (tháng 1-2/2017), được giám định tên khoa học và lưu tiêu bản mẫu tại Phòng Thực vật, Viện Sinh thái và Tài nguyên sinh vật, Viện Khoa học và Công nghệ Việt Nam.

- Dung môi, hóa chất: Ether ethylic, EtOAc, MeOH, EtOH, benzen, chloroform... và một số hóa chất, thuốc thử dùng cho định tính đạt tiêu chuẩn tinh khiết phân tích. Các hóa chất: MgO, NaOH, HCl, H₂SO₄ đạt tiêu chuẩn dược dụng.

- Thiết bị: cân phân tích Mettler (độ chính xác 0,1 mg, Thụy Sĩ), kính hiển vi (Trung Quốc), máy cắt quay thu hồi dung môi Yamoto RE300 (Nhật Bản) và các thiết bị khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Xác định tên khoa học mẫu cây nghiên cứu: mô tả đặc điểm hình thái của cây mẫu, kết hợp với giám định của chuyên gia thực vật tại Viện Khoa học và Công nghệ Việt Nam.

- Xác định đặc điểm thực vật mẫu cây nghiên cứu (thân, lá cây): bằng phương pháp vi học (cắt, nhuộm, soi thân, lá và bột thân, lá trên kính hiển vi [2], [4], [7].

- Nghiên cứu thành phần hóa học mẫu cây nghiên cứu: bằng phương pháp định tính các nhóm hợp chất trong các dịch chiết theo hướng dẫn của Trường Đại học Dược Rumania và các tài liệu chuyên ngành [1], [3], [4], [5], [7].

- Định lượng nhóm hoạt chất chính mẫu cây nghiên cứu: bằng cách xác định mất khối lượng làm khô bột dược liệu theo Dược điển Việt Nam V [6], áp dụng công thức:

$$h(\%) = \frac{a - b}{a} \times 100(\%)$$

Trong đó: h là hàm ẩm của mẫu thử (biểu thị bằng tỉ lệ %); a là khối lượng của mẫu thử trước khi làm khô (mg); b là khối lượng của mẫu thử sau khi làm khô (mg).

Bảng 1. So sánh đặc điểm hình thái của mẫu cây nghiên cứu với mô tả của các tài liệu thực vật.

Đặc điểm	Mẫu cây nghiên cứu	Tài liệu thực vật
Thân	Cây bụi, cao 2-3m. Cành non màu nâu đỏ, cành già hình tròn, màu xám sẫm.	Cây nhỏ hay cây nhỡ, cao 2-8m. Cành non có dạng gần hình vuông, màu nâu đỏ, cành già hình tròn, màu xám sẫm.
Lá	Lá mọc đối, phiến lá hình thuôn, dài 10-18 cm, rộng 2-6 cm, mép nguyên, đầu nhọn, gốc thuôn, mặt trên lá màu xanh lục, mặt dưới màu xám nhạt. Gân lá: gân chính có dạng lông chim, hơi lõm ở mặt trên, lồi ở mặt dưới; gân phụ có 10 đôi, mọc đối ở khoảng 1/3 phần gân chính phía gốc và mọc lệch dần về ngọn. Cuống lá dài khoảng 1,0-2,0 cm.	Lá mọc đối, hình bầu dục, thuôn, dài 8-20 cm, rộng 2-7 cm, gốc thuôn, đầu nhọn, mặt trên màu lục, mặt dưới màu xám nhạt, gân nổi rõ, lá kèm, rụng sớm.
Hoa	Hoa lưỡng tính, 1 nhụy ở chính giữa, 5 nhị dính ở họng tràng; 2 ô bầu hạ, mỗi ô chứa 1 noãn; 5 đài hoa, 5 tràng hoa có màu trắng ngà, có lông màu trắng dính ở họng tràng; cụm hoa có dạng xim ngù, mọc ở đầu cành.	Cụm hoa mọc ở đầu cành thành xim ngù, dài 2-6 cm, hoa màu trắng, lá đài 5 răng có ống ngắn, tràng 5 cánh có lông ở họng, nhị 5 dính ở họng tràng, chỉ nhị dài bằng bao phấn, bầu hạ 2 ô.
Quả	Quả có dạng gần hình cầu, khi chín có màu đỏ.	Quả gần hình cầu, có đài tồn tại, khi chín màu đỏ

3.1.3. Kết quả xác định tên khoa học:

Thu hái dược liệu tại Ba Vì, Sơn Tây, Hà Nội, ngày 23/02/2017, mẫu tiêu bản số hiệu: H01, H02, H03. Mẫu tiêu bản ép khô và mẫu tiêu bản tươi vừa được thu hái, chưa qua xử lý hóa chất, nhiệt độ, gửi các chuyên gia thực vật Viện Khoa học và Công nghệ Việt Nam (Phòng Thực vật, Viện Sinh thái và Tài nguyên sinh vật) giám định. Kết quả giám định (bản giao ngày 06/03/2017): mẫu số hiệu: H01, H02, H03 có tên khoa học: *Psychotria asiatica* L. (tên đồng nghĩa: *Psychotria rubra* (Lour.) Poir.), họ cà phê (*Rubiaceae*).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Xác định tên khoa học của mẫu cây nghiên cứu:

3.1.1. Đặc điểm hình thái thực vật:

- Thân: cây bụi, cao 2-3m, cành non màu nâu đỏ, cành già hình tròn, màu xám sẫm.

- Lá: mọc đối, phiến lá hình thuôn, dài 10-18 cm, rộng 2-6 cm, mép nguyên, đầu nhọn, gốc thuôn, mặt trên lá màu xanh lục, mặt dưới màu xám nhạt; cuống lá dài 1-2 cm; gân chính dạng lông chim, hơi lõm ở mặt trên, lồi ở mặt dưới; gân phụ có 10 đôi, mọc đối ở khoảng 1/3 phần gân chính phía gốc và lệch dần về phía ngọn.

- Hoa: lưỡng tính, 1 nhụy ở chính giữa, 5 nhị dính ở họng tràng; 2 ô bầu hạ, mỗi ô chứa 1 noãn; 5 đài hoa, 5 tràng hoa có màu trắng ngà, có lông màu trắng dính ở họng tràng; cụm hoa có dạng xim ngù, mọc ở đầu cành.

- Quả: có dạng gần hình cầu, khi chín có màu đỏ; mùa hoa, quả từ tháng 5 đến tháng 8.

3.1.2. So sánh đặc điểm hình thái mẫu cây nghiên cứu với mô tả của tài liệu thực vật:

Đặc điểm hình thái của mẫu cây nghiên cứu (thu hái tại Ba Vì, Sơn Tây, Hà Nội, tháng 01-02/2017) được so sánh với mô tả của các tài liệu thực vật [8], [9].

3.2. Kết quả xác định đặc điểm thực vật thân, lá cây bồ giác nghiên cứu:

3.2.1. Đặc điểm vi phẫu lá, thân cây bồ giác nghiên cứu:

- Đặc điểm vi phẫu lá cây bồ giác: gân lá có mặt trên hơi lõm, mặt dưới lồi. Từ trên xuống dưới của tiêu bản vi phẫu: lớp biểu bì được cấu tạo bởi một hàng tế bào xếp đều đặn. Cung mô dày, nằm ngay dưới biểu bì, được cấu tạo bởi những tế bào hình tròn nhỏ, kích cỡ không đều, vách dày, xếp thành 3-8 lớp. Mô mềm gồm những tế bào hình gần tròn, to, kích thước không đều, vách mỏng. Ở phần trung tâm gân lá có 3 bó libe gỗ (có phần gỗ ở trong và được bao xung quanh bên ngoài bởi phần libe), trong đó có 2 bó libe gỗ nhỏ hình tròn và một bó libe gỗ to hình tim. Xếp ngay sát lớp biểu bì dưới là cung mô dày, được cấu tạo bởi những tế bào hình tròn, nhỏ, kích cỡ không đều, vách dày, xếp thành 8-10 hàng. Phía ngoài biểu bì dưới có các lông che chở đơn bào, đầu nhọn. Tiếp đến là lớp hạ bì, gồm 1 lớp tế bào hình gần tròn, to, vách mỏng. Mô dậu gồm những tế bào hình chữ nhật dài, xếp dựng đứng đều đặn. Mô khuyết nằm giữa lớp mô dậu và lớp biểu bì dưới gồm những tế bào hình bầu dục, to, vách mỏng nằm xen kẽ với những khoảng trống.

- Đặc điểm vi phẫu thân cây bồ giác (mặt cắt thân hình tròn): từ ngoài vào trong của tiêu bản vi phẫu: lông che chở đơn bào, nằm bên ngoài biểu bì, gồm một hàng tế bào, xếp đều đặn. Mô dày, gồm 8-10 lớp tế bào hình tròn, nhỏ, vách dày xếp ngay sát dưới lớp biểu bì. Mô mềm, vỏ có chứa 15-20 lớp tế bào hình tròn to, kích thước không đều. Các tế bào mô cứng, thành dày hóa gỗ, khoang hẹp, xếp khá đều đặn tạo thành vòng mô cứng có 1 lớp tế bào. Libe-gỗ xếp liên tục thành vòng theo chu vi của thân với phần libe bao quanh phía ngoài phần gỗ. Các sợi gỗ có thành dày, xếp thành những đường thẳng sát nhau theo hướng đồng tâm (hình nan hoa). Bên trong cùng là lớp mô mềm ruột gồm những tế bào to, hình gần tròn, kích cỡ không đều, vách mỏng.

3.2.2. Đặc điểm bột lá, thân cây bồ giác nghiên cứu:

- Đặc điểm bột lá cây bồ giác: có màu xanh thẫm. Soi dưới kính hiển vi, thấy mảnh biểu bì mang lông lỗ khí (gồm những tế bào có vách ngoằn ngoèo mang lỗ khí kiểu trực bào), lông che chở đơn bào, bó sợi dài (vách dày, khoang rộng), mảnh mạch xoắn hình lò xo, tế bào mô cứng thành dày hóa gỗ, tinh bột đơn hình chuông, tinh thể calci oxalat hình kim và mảnh mang màu có màu nâu thẫm.

- Đặc điểm bột thân cây bồ giác: có màu nâu vàng. Soi dưới kính hiển vi thấy có mảnh bản

(gồm những tế bào hình chữ nhật xếp đều đặn), lông che chở đơn bào, bó sợi (vách dày, khoang rộng), mảnh mạch xoắn hình lò xo, tinh bột đơn, tinh thể calci oxalat hình kim, mảnh mang màu có màu nâu thẫm.

3.3. Kết quả xác định thành phần hóa học thân, lá cây bồ giác nghiên cứu:

3.3.1. Định tính các nhóm hợp chất bằng phản ứng hóa học:

Bảng 2. Kết quả định tính các nhóm hợp chất trong thân, lá cây bồ giác.

Tên nhóm hợp chất	Phản ứng định tính	Kết quả	Kết luận
Antraquinon	Phản ứng với KOH	-	Không
Flavonoid	Phản ứng Cyanidin Phản ứng với NH_3 Phản ứng với NaOH 10% Phản ứng với FeCl_3 5%	+ + + ++	Có
Chất béo	Sự để lại vết trên giấy	-	Không
Alcaloid	Phản ứng với TT Mayer, Bouchardat, DragenDorff	-	Không
Sterol	Phản ứng Liebermann	+	Có
Tinh dầu	Cận có mùi thơm	-	Không
Caroten	Phản ứng với H_2SO_4 đặc	-	Không
Saponin	Phản ứng tạo bọt	+++	Có
Tanin	Phản ứng với gelatin 1% Phản ứng với FeCl_3 5% Phản ứng với chì acetat	++ +++ ++	Có
Acid hữu cơ	Phản ứng với Na_2CO_3	-	Không
Đường khử	Phản ứng với TT Fehling	++	Có
Acid amin	Phản ứng với HNO_3 đặc	+	Có
Anthocyanosid	Phản ứng với acid, kiềm	-	Không
Coumarin	Phản ứng mở, đóng vòng lacton	-	Không
Polysaccharid		-	Không

(-): phản ứng âm tính; (+): phản ứng dương tính; (++) : phản ứng dương tính rõ; (+++) phản ứng dương tính rất rõ.

Thân, lá cây bồ giác nghiên cứu có chứa các nhóm hợp chất saponin, flavonoid, tanin, đường khử, sterol và acid amin.

3.3.2. Kết quả định lượng saponin toàn phần trong cây bồ giác nghiên cứu:

- Xác định mất khối lượng do làm khô bột dược liệu:

Bảng 3. Kết quả xác định mất khối lượng do làm khô bột dược liệu.

Mẫu	Khối lượng dược liệu (mg)		Hàm ẩm h (%)
	Trước khi sấy	Sau khi sấy	
1	2006,3	1845,6	8,01
2	2004,4	1843,1	8,04
3	1996,2	1837,8	7,94
4	2003,8	1841,8	8,08
5	1998,5	1840,6	7,90
$\bar{X} \pm SD$			7,99 $\pm$ 0,07

Hàm ẩm trung bình của bột dược liệu là 7,99 $\pm$ 0,07 (%).

- Định lượng saponin toàn phần theo phương pháp cân theo Dược điển Việt Nam V [6]:

Bảng 4. Kết quả định lượng saponin toàn phần (TP) trong cây bồ giác.

Mẫu	Khối lượng (mg)		Hàm lượng saponin TP (%)
	Dược liệu	Saponin TP	
1	10.020,2	334,7	3,63
2	10.060,1	349,4	3,77
3	10.016,3	339,2	3,68
4	10.021,7	331,0	3,59
5	9.998,5	341,3	3,71
$\bar{X} \pm SD$			3,68 $\pm$ 0,07

Hàm lượng saponin TP trong cây bồ giác theo phương pháp cân là 3,68 $\pm$ 0,07 (%).

4. KẾT LUẬN.

Cây bồ giác thu hái tại Ba Vì, Sơn Tây, Hà Nội được xác định tên khoa học là *Psychotria asiatica* L., thuộc họ cà phê (*Rubiaceae*); có đặc điểm hình thái mẫu tương tự với mô tả của các tài liệu thực vật chuyên ngành. Cây đã được mô tả đặc điểm vi phẫu của thân cây, lá cây; đặc điểm của bột thân cây, lá cây và xác định định tính các thành phần hóa học thân cây, lá cây (có chứa các nhóm hợp chất saponin, flavonoid, tanin, đường khử, sterol và acid amin). Xác định được hàm lượng saponin toàn phần trong cây bồ giác bằng phương pháp cân là 3,68 $\pm$ 0,07% (tính theo dược liệu khô).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ môn Công nghiệp Dược (2005), *Kỹ thuật sản xuất dược phẩm (phần chiết xuất dược liệu)*, Trường Đại học Dược Hà Nội
2. Bộ môn Dược liệu (1998), *Thực tập dược liệu (phần vi học)*, Trường Đại học Dược Hà Nội.
3. Bộ môn Dược liệu (1999), *Thực tập dược liệu (phần hóa học)*, Trường Đại học Dược Hà Nội.

4. Bộ môn Dược liệu (2006), *Bài giảng dược liệu*, tập I, Trường Đại học Dược Hà Nội.

5. Bộ môn Dược liệu (2006), *Bài giảng dược liệu*, tập II, Trường Đại học Dược Hà Nội.

6. Bộ Y tế (2017), *Dược điển Việt Nam V*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

7. Nguyễn Văn Đàn, Nguyễn Viết Tựu (1985), *Các phương pháp nghiên cứu hoá học cây thuốc*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

8. Phạm Thị Hóa (2013), “Khảo sát tác dụng chống viêm của cây Lầu đở”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, Phụ bản số 1.

9. Đỗ Tất Lợi (2006), *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học. □

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG BỆNH DẠ DÀY TĂNG ÁP CỬA...

(Tiếp theo trang 79)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Ngọc Lưu Phương, Nguyễn Thị Cẩm Tú, Nguyễn Thị Thanh Trúc (2010), “Khảo sát đặc điểm nội soi dạ dày - thực quản trên bệnh nhân xơ gan”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14 (2), tr. 95-101.
2. Trần Phạm Chí (2014), *Nghiên cứu hiệu quả thất giãn tĩnh mạch thực quản kết hợp Propranolol trong dự phòng xuất huyết tái phát và tác động lên bệnh dạ dày tăng áp cửa do xơ gan*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y dược Huế.
3. De Franchis R (2000), “Updating consensus in portal hypertension: report of the Baveno III Consensus Workshop on definitions, methodology and therapeutic strategies in portal hypertension”, *J Hepatol*, 33 (5), 846-52.
4. Eleftheriadis E (2001), “Portal hypertensive gastropathy”, *Annals of gastroenterology*, 14 (3), pp. 196-204.
5. Gjeorgjievski M, Cappell M.S (2016), “Portal hypertensive gastropathy: A systematic review of pathophysiology, clinical presentation, natural history and therapy”, *World J Hepatol*, 84 (4): 231-262.
6. LoG H (2009), “Mechanism of portal hypertensive gastropathy: an unresolved issue”, *J Gastroenterol Hepatol*, 24 (9), 1482-3.
7. Merkel C, Schipilliti M, Bighin R et al (2003), “Portal hypertension and portal hypertensive gastropathy in patients with liver cirrhosis: a haemo-dynamic study”, *Dig Liver Dis*, 35 (4), 269-74. □