

BỆNH VIỆN QUÂN Y 354 PHÁT HUY TRUYỀN THỐNG 70 NĂM XÂY DỰNG VÀ PHÁT TRIỂN

Đại tá, BSC.KII. PHẠM MINH ĐỨC
Giám đốc Bệnh viện Quân y 354

Sau khi thống nhất Bộ Tổng chỉ huy và Bộ Quốc phòng thành Bộ Quốc phòng - Tổng tư lệnh, ngày 27/5/1949, Chính phủ ra Nghị định số 82/NĐ, thành lập Phòng Quân y thuộc Bộ Quốc phòng - Tổng Tư lệnh, trong đó có Quân y xá Trần Quốc Toàn - đơn vị tiền thân của Bệnh viện Quân y 354 ngày nay. Quân y xá Trần Quốc Toàn triển khai tại xóm Cao Chùa (thôn Mỹ Trang, xã Mỹ Yên, huyện Đại Từ, tỉnh Thái Nguyên), ban đầu có quy mô 40 giường bệnh, với 20 cán bộ, nhân viên; thực hiện nhiệm vụ bảo đảm sức khỏe cho cán bộ, chiến sĩ cơ quan Bộ Quốc phòng - Tổng tư lệnh và dân công, nhân dân tại chiến khu Việt Bắc; một bộ phận đảm nhiệm quân y thủ trưởng, chăm sóc sức khỏe các đồng chí lãnh đạo Đảng, Nhà nước, Quân đội. Trải qua 70 năm (1949-2019) xây dựng và phát triển, dưới sự lãnh đạo, chỉ đạo của Bộ Quốc phòng, trực tiếp là Tổng cục Hậu cần, Cục Quân y; được sự đùm bọc, giúp đỡ của đảng bộ, chính quyền và nhân dân các địa phương nơi đóng quân, đặc biệt là sự nỗ lực phấn đấu của các thể hệ cán bộ, chiến sĩ, công nhân viên qua các thời kì, Quân y xá Trần Quốc Toàn - Bệnh viện Quân y 354 đã không ngừng lớn mạnh, trưởng thành và phát triển. Đến nay, Bệnh viện Quân y 354 là bệnh viện hạng 1, có tổ chức gồm 32 khoa, ban, bộ phận, với gần 600 cán bộ, nhân viên (trong đó, số có trình độ đại học trở lên chiếm 56%, với 3 tiến sĩ, 13 thạc sĩ, 49 chuyên khoa II, 29 chuyên khoa I). Nguồn nhân lực có trình độ cùng cơ sở vật chất, trang thiết bị hiện đại, đồng bộ, thường xuyên được bổ sung đã tạo nên một diện mạo mới cho Bệnh viện trong thời kì hội nhập, tiếp tục khẳng định là địa chỉ tin cậy của bộ đội và nhân dân.

Những năm qua, Bệnh viện luôn tập trung phấn đấu hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ chính trị trung tâm, bảo đảm chất lượng cao nhất trong khám bệnh, cấp cứu, thu dung điều trị. Đáp ứng nhu cầu khám chữa bệnh ngày càng tăng của bộ đội và nhân dân, Bệnh viện được trên đầu tư và đã tổ chức triển khai 30 phòng khám bệnh (tăng 22 phòng so với trước năm 2015), 7 phòng mổ "thông minh", thành lập Đơn vị Thận nhân tạo, Đơn vị Can thiệp mạch... với hệ thống máy móc, trang thiết bị tiên tiến (máy chụp cộng hưởng từ 3.0 tesla, máy chụp cắt lớp vi tính 128 dãy, máy siêu âm màu 4D, máy sinh hóa tự động, máy đếm tế bào Celdyl 1700, 1800, máy X quang tăng

sáng truyền hình, máy điện não, máy sốc tim, máy gây mê, máy thở, máy phẫu thuật nội soi...). Nhiều phòng bệnh các khoa Hồi sức cấp cứu, Nội Cán bộ, các buồng hậu phẫu, buồng kĩ thuật được cải tạo, nâng cấp, có hệ thống khí y tế trung tâm với trang thiết bị nội thất chất lượng cao. Đồng thời, Bệnh viện từng bước triển khai áp dụng công nghệ thông tin vào các hoạt động chuyên môn và quản lí, góp phần nâng cao chất lượng điều hành và phục vụ người bệnh, công khai, minh bạch, giảm phiền hà. Bệnh viện đã phối hợp và độc lập triển khai thành công nhiều kĩ thuật mới, như siêu lọc máu, lọc máu chu kì, điều trị oxy cao áp, can thiệp mạch, đặt stent thực quản, nội soi tiêu hóa can thiệp, phẫu thuật nội soi cột sống điều trị thoát vị đĩa đệm, thay khớp háng, phẫu thuật nội soi cắt tử cung, cắt u phì đại tiền liệt tuyến lành tính, lấy sỏi ống mật chủ, lấy sỏi bể thận, tán sỏi niệu quản laser, phẫu thuật nội soi u trực tràng, kĩ thuật gây mê kiểm soát nồng độ đích trên bệnh nhân cao tuổi... Nhiều trường hợp bệnh nhân nặng, tình trạng bệnh lí phức tạp, kết hợp nhiều bệnh, như nhồi máu cơ tim, xuất huyết não, phù phổi cấp/tăng huyết áp, sốc mất máu do vết thương thấu bụng, đa chấn thương... được các thầy thuốc Bệnh viện Quân y 354 cứu sống và điều trị thành công. Các trường hợp mổ lớn, như cắt toàn bộ dạ dày; cắt thận; cắt nửa đại tràng do ung thư; kết hợp xương do gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người cao tuổi; phẫu thuật kéo dài chi thể cho bệnh nhân di chứng ngắn chi do tiêu chỏm xương đùi; phẫu thuật tạo hình mặt hàm phức tạp... được triển khai có chất lượng. Người bệnh là trung tâm của các hoạt động chuyên môn nghiệp vụ, được quan tâm chẩn đoán, điều trị, chăm sóc toàn diện, không để xảy ra các tai biến, tai nạn. Công tác nuôi dưỡng người bệnh được quan tâm đặc biệt và phát triển rõ nét với việc nghiên cứu, triển khai thực hiện 17 chế độ ăn bệnh lí; bệnh nhân được phục vụ ăn tại các khoa lâm sàng, góp phần quan trọng vào quá trình điều trị. Những kết quả trong công tác khám bệnh, cấp cứu, điều trị, nuôi dưỡng thương binh, bệnh binh, bệnh nhân của Bệnh viện đã mang lại sức khỏe, trả lại sự sống cho hàng vạn lượt cán bộ, chiến sĩ, công nhân viên, nhân dân, bảo đảm kịp thời yêu cầu huấn luyện, chiến đấu, công tác cho các đơn vị quân đội, góp phần cùng toàn Đảng, toàn dân, toàn quân thực hiện tốt nhiệm vụ bảo vệ Tổ quốc và xây dựng Quân đội trong tình hình mới.

Công tác nghiên cứu khoa học, ứng dụng thành tựu khoa học kỹ thuật tiên tiến vào chẩn đoán, điều trị, chăm sóc người bệnh tại Bệnh viện thường xuyên được quan tâm. Bệnh viện định kỳ tổ chức các hội nghị khoa học với sự tham gia nhiệt tình của các bác sĩ, dược sĩ, kỹ sư (hội nghị khoa học bệnh viện lần thứ 19, năm 2016) và y tá, điều dưỡng, kỹ thuật viên (hội nghị khoa học điều dưỡng lần thứ 4, năm 2018) cùng nhiều hội thảo chuyên đề về phát triển nội khoa, ngoại khoa; định hướng phát triển kỹ thuật; hội nghị khoa học điều dưỡng mở rộng (hợp tác nghiên cứu với Hội Điều dưỡng Việt Nam, các trung tâm khoa học lớn khác...). Với trên 600 đề tài khoa học, trong đó có nhiều đề tài cấp ngành, cấp Bộ Quốc phòng, thành quả công tác nghiên cứu khoa học của đội ngũ thầy thuốc Bệnh viện Quân y 354 đã đem lại hiệu quả cao trong cấp cứu, điều trị bệnh nhân.

Cùng với việc nâng cao trình độ chuyên môn kỹ thuật, Bệnh viện luôn coi trọng công tác xây dựng tổ chức, đặc biệt là tổ chức Đảng. Xác định xây dựng tổ chức Đảng là then chốt, là cơ sở để Bệnh viện hoàn thành tốt mọi nhiệm vụ được giao, Bệnh viện luôn thực hiện nghiêm nguyên tắc tập trung dân chủ, kiện toàn tổ chức phù hợp với yêu cầu nhiệm vụ đơn vị, xây dựng khối đoàn kết thống nhất, xây dựng đạo đức, phong cách người thầy thuốc quân y. Từ một Tổ Đảng khi mới ra đời, đến nay Đảng bộ Bệnh viện Quân y 354 là đảng bộ hai cấp, với 31 chi bộ, hơn 400 đảng viên. Tập thể Đảng ủy luôn đoàn kết, thống nhất, tạo niềm tin cho toàn đơn vị. Nhiều năm liên tục, Đảng bộ Bệnh viện được công nhận là Đảng bộ Trong sạch vững mạnh. Đội ngũ đảng viên, tổ chức Đảng có sự trưởng thành cả về số lượng và chất lượng. Các tổ chức quần chúng (Đoàn Thanh niên, Hội Phụ nữ, Hội đồng quân nhân...) thường xuyên được quan tâm kiện toàn, củng cố và tạo điều kiện mọi mặt. Đoàn Thanh niên Bệnh viện nhiều năm liền được Tổng cục Chính trị, Trung ương Đoàn tặng cờ, bằng khen. Các Hội đồng tư vấn phát huy hiệu quả cao nhất, thực hiện công khai, công bằng, dân chủ. Tổ chức phân loại lao động, tài chính công khai, sơ tổng kết thi đua, khen thưởng, kỷ luật nghiêm minh, kịp thời, tạo nên khí thế thi đua sôi nổi và nếp sống văn hóa, dân chủ trong toàn bệnh viện. Các khoa, ban, tổ chức Đảng, tổ chức quần chúng luôn chú trọng đến việc rèn luyện phẩm chất đạo đức, nề nếp chính quy, văn hóa văn minh trong giao tiếp ứng xử của cán bộ, chiến sĩ, nhân viên. Đặc biệt, trong thực hiện cuộc vận động "Phát huy truyền thống, cống hiến tài năng, xứng danh Bộ đội Cụ Hồ" và học tập, làm theo tư tưởng, đạo đức, phong cách Hồ Chí Minh, cán bộ, chiến sĩ, nhân viên Bệnh viện luôn phấn đấu, rèn luyện, noi theo

lời dạy của Bác Hồ "Người thầy thuốc giỏi đồng thời phải là như người mẹ hiền". Nhiều năm qua, Bệnh viện luôn tôn trọng tiếp thu và chủ động lấy ý kiến người bệnh qua hòm thư góp ý, phiếu thăm dò ý đức và đối thoại dân chủ, toàn diện hằng tháng, xây dựng mối quan hệ giữa thầy thuốc và người bệnh ngày càng gần gũi, chân thành hơn, hướng tới sự hài lòng của người bệnh. Bên cạnh nhiệm vụ chính trị trung tâm, Bệnh viện Quân y 354 thường xuyên thực hiện tốt chính sách của Đảng, Nhà nước về công tác dân vận trong thời kỳ mới. Phát huy thế mạnh chuyên môn kỹ thuật, Bệnh viện phối hợp với các đơn vị quân đội và dân y trên địa bàn Hà Nội cùng các địa phương khác, tổ chức khám bệnh, tư vấn sức khỏe, cấp thuốc miễn phí cho hàng vạn lượt đối tượng chính sách, giảm viện phí cho bệnh nhân có hoàn cảnh khó khăn, nhận chăm sóc sức khỏe thường xuyên các Mẹ Việt Nam anh hùng, hưởng ứng tích cực các hoạt động củng cố y tế cơ sở, điều tra lập bản đồ dịch tễ và bệnh tật của nhân dân (các tỉnh Thái Nguyên, Thanh Hóa, Hà Giang, Điện Biên...), thắt chặt mối đoàn kết quân dân, xây dựng đơn vị an toàn, địa bàn an toàn.

Cùng với toàn quân, toàn ngành Hậu cần, ngành Quân y, cán bộ, chiến sĩ, công nhân viên Bệnh viện Quân y 354 đã thể hiện rõ nét phẩm chất Bộ đội Cụ Hồ, trung thành với Tổ quốc, với Đảng, với nhân dân, dù trong bất kì hoàn cảnh nào cũng luôn sẵn sàng nhận và hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ được giao. Các thế hệ thầy thuốc, cán bộ, chiến sĩ, công nhân viên Bệnh viện kế tục nhau, phấn đấu hết mình cứu chữa thương binh, bệnh binh, bệnh nhân, vì sự nghiệp chăm sóc, bảo vệ nâng cao sức khỏe bộ đội và nhân dân. Từ Bệnh viện Quân y 354, nhiều cán bộ quân y đã trưởng thành, có nhiều đóng góp về vang dội với sự nghiệp xây dựng Quân đội, xây dựng ngành Y tế, trở thành những nhà khoa học lớn, như Giáo sư Vũ Tăng Âm, Giáo sư Bửu Triều, Giáo sư Phạm Cự... Đội ngũ cán bộ, nhân viên quân y của Bệnh viện có 41 đồng chí được Nhà nước trao tặng danh hiệu Thầy thuốc Ưu tú. Ghi nhận những thành tích 70 năm qua, Bệnh viện Quân y 354 đã được Đảng, Nhà nước tặng thưởng nhiều phần thưởng cao quý: 3 Huân chương Chiến công hạng Ba, 2 Huân chương Chiến công hạng Nhì, 1 Huân chương Quân công hạng Nhì, 2 Huân chương Quân công hạng Nhất, 1 Huân chương Bảo vệ Tổ quốc hạng Ba. Đặc biệt, Bệnh viện vinh dự được Chủ tịch nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam tặng danh hiệu Anh hùng Lực lượng vũ trang nhân dân thời kỳ đổi mới (năm 2004) và danh hiệu Anh hùng Lực lượng vũ trang nhân dân thời kỳ kháng chiến chống Pháp (năm 2011).

(Xem tiếp trang 10)

NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG SUY HÔ HẤP Ở BỆNH NHÂN CHẢY MÁU BÁN CẦU ĐẠI NÃO CẤP TÍNH ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

BSCKII. HÀ DUY DƯƠNG, ThS. LÊ HỮU NHƯỢNG

BSCKI. LÊ ĐÌNH NAM - Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN MINH HIỆN

Nguyên Chủ nhiệm Khoa Đột quỵ,

Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT: **Mục tiêu:** Nghiên cứu tình trạng suy hô hấp trên bệnh nhân chảy máu bán cầu đại não cấp tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 42 bệnh nhân suy hô hấp do đột quỵ chảy máu bán cầu đại não cấp tính, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 354, từ 01/9/2014 đến 01/9/2015. **Kết quả:** Bệnh nhân nam (61,9%) nhiều hơn bệnh nhân nữ (39,1%). Chủ yếu gặp bệnh nhân trên 70 tuổi (52,4%). Hay gặp nhất là bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tăng huyết áp (83,3%) và tiền sử đột quỵ não (35,7%). 78,6% bệnh nhân có rối loạn ý thức, 88,1% bệnh nhân có liệt nửa người. Chủ yếu bệnh nhân có điểm Glasgow từ 4-8 điểm (64,3%), vị trí tổn thương nhân xám-bao trong (45,2%) và thời gian nhập viện trước 6 giờ (52,4%). 22 bệnh nhân (52,2%) suy hô hấp do cản trở đường thở (trong đó có 7 bệnh nhân tụt lưỡi, 10 bệnh nhân ứ tắc đờm dãi, 5 bệnh nhân trào ngược dạ dày vào đường thở). Chủ yếu bệnh nhân suy hô hấp nguy kịch (95,2%), thể tích khối máu tụ từ 30-60 ml (17/42 bệnh nhân, 40,5%) và trên 60 ml (18/42 bệnh nhân, 42,9%), thời gian xuất hiện suy hô hấp trước 6 giờ (22/42 bệnh nhân, 52,2%).

Từ khóa: Suy hô hấp, đột quỵ não.

ABSTRACTS: Objectives: Study on the state of respiratory failure in patients with acute cerebral hemispheric hemorrhage. **Subjects and methods:** Prospective study, cross-sectional description of 42 patients with respiratory failure due to acute cerebral hemorrhagic stroke, treated at the Department of emergency and intensive care, Military hospital 354, from September 01, 2014 to September 01, 2015. **Results:** Male patients (61.9%) were more than female patients (39.1%). Mainly were patients over 70 years old (52.4%). Commonly observed patients with risk factors for hypertension (83.3%) and history of brain stroke (35.7%). There were 78.6% of patients with consciousness disorders, 88.1% of patients with hemiplegia. Most patients with Glasgow score of 4-8 points (64.3%), lesions location of gray nucleus-internal capsule (45.2%) and admission time before 6 hours (52.4%). There were 22 patients (52.2%) with respiratory failure due to obstruction of airway (in which there were 7 patients with tongue swallow, 10 patients with phlegm congestion, and 5 patients with gastroesophageal reflux). Most patients with severe respiratory failure (95.2%), hematoma volume from 30-60 ml (17/42 patients, 40.5%) and over 60 ml (18/42 patients, 42.9%) the time of respiratory failure occurrence before 6 hours (22/42 patients, 52.2%).

Keywords: Respiratory failure, brain stroke.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Lê Hữu Nhượng, Email: lehuunhuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 01/3/2019; chấp nhận đăng: 29/3/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Đột quỵ não là tình trạng xảy ra khi một mạch máu não bị vỡ (tạo ra đột quỵ chảy máu não) hoặc bị tắc (tạo ra đột quỵ nhồi máu não). Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (1993), đột quỵ não là một trong 10 nguyên nhân bệnh lí có tỉ lệ tử vong cao.

Rối loạn hô hấp ở bệnh nhân (BN) đột quỵ chảy máu não đang là vấn đề quan tâm của các thầy thuốc lâm sàng. Tình trạng suy hô hấp (SHH) trên các BN đột quỵ não phụ thuộc vào nhiều yếu tố, như mức độ tổn thương não, tình

trạng phổi, tình trạng tuần hoàn... Đánh giá được tình trạng SHH và các yếu tố liên quan đến SHH rất có ý nghĩa đối với tiên lượng và kết quả điều trị, đặc biệt với các BN đột quỵ não điều trị tại các đơn nguyên hồi sức cấp cứu.

Khoa Hồi sức cấp cứu (Bệnh viện Quân y 354) thu dung, điều trị nhiều BN SHH trên nền đột quỵ chảy máu bán cầu đại não. Góp phần nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng và tình trạng SHH trên BN đột quỵ chảy máu bán cầu đại não.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.**2.1. Đối tượng nghiên cứu:**

42 BN SHH trên nền đột quỵ chảy máu bán cầu đại não cấp tính, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 9/2014 đến 9/2015. Loại trừ các BN có kèm theo chảy máu màng não.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Phương pháp chọn mẫu: chọn tất cả các BN có chẩn đoán SHH trên nền đột quỵ chảy máu bán cầu đại não.

- Phương pháp tiến hành:

+ Lựa chọn BN.

+ Khám lâm sàng, cận lâm sàng.

+ Phát hiện các yếu tố nguy cơ tại thời điểm 24 giờ sau khi BN vào viện.

+ Đánh giá các yếu tố nguy cơ: tuổi, giới, tiền sử các bệnh tăng huyết áp, đái tháo đường, đột quỵ não trước đó, rối loạn chuyển hóa lipid, uống rượu, hút thuốc lá.

- Chẩn đoán chảy máu não theo tiêu chuẩn của Nguyễn Minh Hiền [3]:

+ Lâm sàng: các triệu chứng rối loạn ý thức tiến triển xấu dần và khuyết thiếu thần kinh tăng lên.

+ Chụp CT hoặc MRI sọ não xác định chẩn đoán chảy máu não.

- Chẩn đoán và đánh giá mức độ SHH theo tiêu chuẩn của Vũ Văn Đính [1] (SHH cấp là tình trạng phổi đột nhiên không bảo đảm được chức năng trao đổi khí, gây ra thiếu oxy máu, kèm theo hoặc không kèm theo tăng CO₂ máu):

Triệu chứng	SHH nặng	SHH nguy kịch
Xanh tím	++	+++
Vã mồ hôi	+	+++
Khó thở	++	+++
Huyết áp tăng	+	+
Huyết áp tụt	-	+
Trụy mạch	-	Sắp tử vong
Rối loạn ý thức	-	Giấy giụa, lơ lơ, hoặc hôn mê

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.**3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng BN nghiên cứu (n = 42):**

Bảng 1. Tuổi và giới tính.

Tuổi	Nam giới	Nữ giới	Cộng
Dưới 50	1	0	1 (2,4%)
Từ 50-59	5	4	9 (21,4%)
Từ 60-69	6	4	10 (23,8%)
Trên 70	14	8	22 (52,4%)
Cộng	26 (61,9%)	16 (39,1%)	42 (100%)

- Các yếu tố nguy cơ:

+ Tăng huyết áp: 35 BN (83,3%).

+ Uống rượu: 5 BN (11,9%).

+ Hút thuốc lá: 3 BN (7,1%).

+ Rối loạn chuyển hóa lipid: 12 BN (28,6%).

+ Đái tháo đường: 7 BN (16,7%).

+ Tiền sử đột quỵ: 15 BN (35,7%).

- Dấu hiệu lâm sàng thần kinh khi nhập viện:

+ Rối loạn ý thức: 33 BN (78,6%).

+ Nôn: 20 BN (47,6%).

+ Rối loạn cơ vòng: 28 BN (66,7%).

+ Liệt nửa người phải: 15 BN (35,7%).

+ Liệt nửa người trái: 22 BN (52,4%).

- Tình trạng ý thức (theo thang điểm Glasgow) khi nhập viện:

+ Glasgow 3 điểm: 1 BN (2,4%).

+ Glasgow 4-5 điểm: 16 BN (38,10%).

+ Glasgow 6-8 điểm: 11 BN (26,2%).

+ Glasgow ≥ 9 điểm: 14 BN (33,3%).

3.2. Một số yếu tố nguy cơ và tình trạng SHH:

Bảng 2. Thời gian xuất hiện SHH và vị trí tổn thương não.

Vị trí tổn thương	Thời gian xuất hiện SHH			Cộng
	< 6 giờ	6-24 giờ	> 24 giờ	
Nhân xám-bao trong	11	7	1	19
Thái dương	2	1	0	3
Đỉnh	0	0	1	1
Chẩm	0	0	1	1
Thái dương-đỉnh	7	3	2	12
Thái dương-đỉnh-chẩm	2	1	3	6
Cộng	22 (52,4%)	12 (28,6%)	8 (19,0%)	42 (100%)

- Cản trở đường thở (n = 42):

+ Không cản trở đường thở: 20 BN (47,8%).

+ Có cản trở đường thở: 22 BN (52,2%), trong đó có 7 BN tụt lưỡi, 10 BN ùn tắc đờm dãi, 5 BN trào ngược dạ dày vào đường thở.

Bảng 3. Vị trí tổn thương não và tình trạng SHH.

Vị trí tổn thương	SHH nặng	SHH nguy kịch
Nhân xám-bao trong	01 (2,4%)	18 (42,9%)
Thái dương	0	3 (7,1%)
Đỉnh	1 (2,4%)	0
Chẩm	0	1 (2,4%)
Thái dương - đỉnh	0	12 (28,6%)
Thái dương-đỉnh-chẩm	0	6 (14,3%)
Cộng	2 (4,8%)	40 (95,2%)

Bảng 4. Thể tích khối máu tụ và thời gian xuất hiện SHH.

Thể tích khối máu tụ	Thời gian xuất hiện SHH			
	< 6 giờ	6-24 giờ	> 24 giờ	Cộng
Dưới 30 ml	1	1	5	07
Từ 30-60 ml	8	7	2	17
Trên 60 ml	13	4	1	18
Cộng	22	12	8	42

Bảng 5. Mối liên quan giữa thể tích khối máu tụ và tình trạng SHH.

Thể tích khối máu tụ	SHH nặng	SHH nguy kịch	p
Dưới 30 ml	4 (9,5%)	3 (7,1%)	> 0,05
Từ 30-60 ml	1 (2,4%)	16 (38,1)	< 0,05
Trên 60 ml	0	18 (42,8%)	< 0,05

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm nhóm BN nghiên cứu:

Kết quả nghiên cứu cho thấy, BN SHH do đột quỵ chảy máu nhu mô đại não chủ yếu trên 60 tuổi (76,2%); nam giới (61,9%) nhiều hơn nữ giới (39,1%); phù hợp với lứa tuổi thường gặp đột quỵ não trên y văn. Yếu tố nguy cơ gặp trên BN là uống rượu và hút thuốc lá. Đây cũng là yếu tố nguy cơ gây tăng huyết áp và đột quỵ chảy máu não. Trong nghiên cứu này, yếu tố nguy cơ hay gặp nhất là tăng huyết áp (83,3%), tiếp đến là uống rượu (11,9%) và hút thuốc lá (7,1%); cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Hiên và cộng sự, yếu tố nguy cơ hay gặp là uống rượu (8,5%) và hút thuốc lá (3,2%) [2]. Theo các nghiên cứu và thông báo của Tổ chức Y tế thế giới, đái tháo đường cũng là yếu tố nguy cơ đột quỵ não, BN bị đột quỵ não có tăng đường huyết là yếu tố tăng độ nặng cũng như mất chức năng sau đột quỵ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ

BN đột quỵ não có tiền sử đái tháo đường là 7/42 (16,7%); tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Hiên (15,2% BN có tiền sử đái tháo đường) [2].

Bệnh nhân có tiền sử đột quỵ não là yếu tố nguy cơ gây đột quỵ lần 2, 3. Khi bị đột quỵ não lần hai, lần ba thì tiên lượng nặng và tỉ lệ tử vong cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ đột quỵ não lần 2 và 3 là 35,7% (tương đương nghiên cứu của Nguyễn Minh Hiên: 31,5%) [2]. Rối loạn chuyển hóa lipid thường gặp ở BN tăng huyết áp, đái tháo đường, béo phì. Nghiên cứu cho thấy, BN có rối loạn chuyển hóa lipid là 28,5% (tương đương nghiên cứu của Nguyễn Minh Hiên: 29,1%) [2].

Về tình trạng tri giác và các dấu hiệu thần kinh khu trú khi nhập viện: rối loạn ý thức, rối loạn cơ vòng, nôn là các triệu chứng thường gặp và đặc trưng của chảy máu não. Trong nghiên cứu này, tỉ lệ rối loạn ý thức là 78,6%, rối loạn cơ vòng là 66,7%, nôn là 47,6%; tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Minh Hiên và cộng sự (tỉ lệ rối loạn ý thức là 75,4%, rối loạn cơ vòng 62,7% và nôn là 45,9%) [2].

4.2. Một số yếu tố nguy cơ và tình trạng SHH:

Nghiên cứu cho thấy, có mối liên quan giữa tình trạng SHH và điểm Glasgow. Biểu hiện SHH với BN hôn mê sâu do tổn thương thần kinh trung ương mức độ nặng, Glasgow 3 điểm là 1/1 BN (100%), Glasgow 4-5 điểm là 14/16 BN (87,5%), Glasgow 6-8 điểm là 1/11 (9,1%), Glasgow ≥ 9 điểm không có BN nào bị rối loạn hô hấp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Thân Sơn Tùng, SHH ở nhóm Glasgow dưới 10 điểm là 91,4% và rối loạn hô hấp nhóm Glasgow ≥ 10 điểm là 8,6% [4]. Như vậy, đánh giá được tình trạng rối loạn hô hấp và điểm Glasgow chính xác, giúp cho tiên lượng bệnh, từ đó có hướng xử trí, cấp cứu và điều trị kịp thời.

SHH và vị trí tổn thương não: BN chảy máu lớn liên thùy não và chảy máu nhân xám-bao trong, tình trạng SHH xuất hiện sớm trước 6 giờ chiếm tỉ lệ cao (52,3%). Chảy máu thùy đỉnh, thùy chẩm ít gặp, SHH thường xuất hiện muộn trên 24 giờ. SHH nguy kịch chiếm tỉ lệ cao trên BN chảy máu lớn liên thùy não (95,2%), trong đó gặp chủ yếu là chảy máu nhân xám-bao trong (42,9%). Như vậy, xác định vị trí tổn thương não cho ta tiên lượng thời gian xuất hiện và mức độ SHH.

7 BN khối máu tụ nhỏ (dưới < 30 ml), trong đó có 1 BN xuất hiện SHH trước 6 giờ, 1 BN xuất hiện SHH từ 6-24 giờ, 5 BN xuất hiện SHH sau 24 giờ; 17 BN khối máu tụ trung bình (từ 30-60 ml), trong đó có 8 BN xuất hiện SHH trước 6 giờ, 7 BN xuất hiện SHH từ 6-24 giờ, 2 BN xuất hiện

SHH sau 24 giờ); 18 BN khối máu tụ trên 60 ml, trong đó có 13 BN xuất hiện SHH trước 6 giờ, 4 BN xuất hiện SHH từ 6-24 giờ, 1 BN xuất hiện SHH sau 24 giờ. Thể tích khối máu tụ càng lớn thì mức độ SHH càng nặng. Như vậy, xác định được thể tích khối máu tụ giúp tiên lượng bệnh, thời gian cũng như mức độ suy hô hấp. Đánh giá tình trạng đường thở giúp tiên lượng tình trạng suy hô hấp và có thái độ xử trí cấp cứu phù hợp.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 42 BN SHH do đột quỵ chảy máu nhu mô đại não, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 354, từ ngày 01/9/2014-01/9/2015, kết luận:

- BN nam (61,9%) nhiều hơn BN nữ (39,1%). Hay gặp nhất là BN trên 70 tuổi (52,4%); BN có yếu tố nguy cơ tăng huyết áp (83,3%) và tiền sử đột quỵ não (35,7%); BN có rối loạn ý thức (78,6%) và BN có liệt nửa người (88,1%); BN có điểm Glasgow từ 4-8 điểm (64,3%), vị trí tổn thương nhân xám-bao trong (45,2%), thời gian nhập viện trước 6 giờ (52,4%).

- 52,2% BN có cản trở đường thở (trong đó có 7/22 BN tụt lưỡi, 10/22 BN ứn tắc đờm dãi, 5/22 BN trào ngược dạ dày vào đường thở). Chủ yếu BN SHH nguy kịch (95,2%), thể tích khối máu tụ từ 30-60 ml (17/42 BN, 40,5%) và trên 60 ml (18/42 BN, 42,9%), xuất hiện SHH trước 6 giờ (22/42 BN, 52,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Vũ Văn Đính (2001), *Suy hô hấp cấp*, Hồi sức cấp cứu, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tập 1, tr. 35-47.

2. Nguyễn Minh Hiện (1999), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh chụp cắt lớp vi tính, một số các yếu tố nguy cơ và tiên lượng ở BN chảy máu não*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.

3. Hoàng Đức Kiệt (1998), *Chẩn đoán X quang cắt lớp vi tính sọ não, các phương pháp chẩn đoán hỗ trợ thần kinh*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 111-134.

4. Thân Sơn Tùng (2004), *Thông khí nhân tạo trong điều trị BN tai biến mạch máu não tại khoa điều trị tích cực Bệnh viện Bạch Mai trong hai năm 2002-2003*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y khoa Hà Nội. □

BỆNH VIỆN QUÂN Y 354 PHÁT HUY TRUYỀN THÔNG...

(Tiếp theo trang 6)

Kế tục sự nghiệp đáng tự hào suốt 70 năm qua, lãnh đạo, chỉ huy đơn vị cùng tập thể cán bộ, chiến sĩ, công nhân viên quyết tâm phấn đấu, xây dựng Bệnh viện Quân y 354 tiếp tục trưởng thành trên nhiều lĩnh vực, đáp ứng tốt yêu cầu nhiệm vụ trong giai đoạn mới với một số nội dung trọng tâm:

Thứ nhất, quán triệt và thực hiện nghiêm đường lối, chủ trương chính sách của Đảng, Nhà nước, nhiệm vụ của Quân đội, của ngành Hậu cần, ngành Quân y, tranh thủ sự quan tâm lãnh đạo, chỉ đạo của thủ trưởng và cơ quan nghiệp vụ các cấp trong xây dựng đơn vị.

Thứ hai, bám sát nhiệm vụ chính trị trung tâm, lấy việc hoàn thành tốt nhiệm vụ chính trị là ưu tiên hàng đầu của Bệnh viện; nêu cao tinh thần cách mạng tiến công, tinh thần vượt mọi khó khăn, thử thách, dù ở bất cứ đâu, bất kì cương vị công tác nào cũng đều tận tâm, tận lực phục vụ chu đáo thương binh, bệnh binh, bệnh nhân với tinh thần thấm nhuần quan điểm y học của Đảng, lời dạy của Bác Hồ "Người thầy thuốc giỏi đồng thời phải là như người mẹ hiền".

Thứ ba, chăm lo củng cố, xây dựng tổ chức Đảng, tổ chức quần chúng, gắn với xây dựng đội ngũ cán bộ đảng viên, chiến sĩ, công nhân viên, đặc biệt là đội ngũ cán bộ chủ trì, cả về bản lĩnh chính trị, phẩm chất đạo đức và trình độ chuyên môn kĩ thuật, đáp ứng tốt yêu cầu nhiệm vụ.

Thứ tư, tích cực học tập nâng cao trình độ chuyên môn kĩ thuật, gắn chuyên môn với nghiên cứu khoa học, tổng kết rút kinh nghiệm, áp dụng các sáng kiến cải tiến, các tiến bộ kĩ thuật, kết hợp y học hiện đại với y học dân tộc; khiêm tốn cầu thị, tranh thủ sự giúp đỡ của các bệnh viện tuyến trên, các chuyên gia, chuyên viên kĩ thuật trong và ngoài quân đội.

Thứ năm, thường xuyên chăm lo xây dựng khối đoàn kết, thống nhất, tranh thủ sự giúp đỡ của các đơn vị tuyến, các cơ quan, đơn vị trong và ngoài quân đội, chính quyền và nhân dân các địa phương trong suốt quá trình xây dựng và trưởng thành.

Đứng trước những thời cơ mới, vận hội mới, song đầy thách thức và đòi hỏi ngày càng cao về chất lượng chuyên môn nghiệp vụ, tập thể cán bộ, chiến sĩ, công nhân viên Bệnh viện Quân y 354 hôm nay đoàn kết một lòng, khắc phục mọi khó khăn, phấn đấu học tập, rèn luyện, nâng cao trình độ mọi mặt, tỏa sáng y đức người chiến sĩ quân y cách mạng, hoàn thành xuất sắc nhiệm vụ được giao, xây dựng Bệnh viện hiện đại, thực sự là địa chỉ tin cậy của bộ đội và nhân dân, xứng đáng với truyền thống đơn vị hai lần Anh hùng Lực lượng vũ trang nhân dân. □

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI THỞ MÁY TẠI KHOA HỒI SỨC CẤP CỨU BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

BSCKII. NGÔ QUANG VIỆT, ThS. LÊ HỮU NHƯỢNG
ThS. VŨ THỊ PHƯƠNG LIÊN - *Bệnh viện Quân y 354*
Phản biện khoa học: BSCKII. HÀ DUY DƯƠNG
Phó Giám đốc Bệnh viện Quân y 354

TÓM TẮT: *Mục tiêu:* Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân viêm phổi thở máy. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 83 bệnh nhân có chẩn đoán xác định viêm phổi thở máy, điều trị tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 354, từ 1/2015-10/2016. *Kết quả:* Bệnh nhân nam (68,67%) nhiều hơn bệnh nhân nữ (31,33%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuổi trung bình của bệnh nhân là $74,87 \pm 7,65$ tuổi. Chủ yếu bệnh nhân mắc các bệnh tăng huyết áp (55,42%), viêm phế quản mạn, COPD (44,58%), đột quỵ não (40,96%). Triệu chứng chủ yếu: sốt trên $38,5^{\circ}\text{C}$ (77,11%), phổi có ran (81,93%), đờm vừa và nhiều (69,88%); X quang tổn thương thâm nhiễm phổi phải (30,12%), thâm nhiễm phổi trái (31,33%), thâm nhiễm cả hai phổi 38,55%, thâm nhiễm khu trú (66,27%); bạch cầu máu ngoại vi 81,93% tăng trên 10 G/l và 6,02% giảm dưới 4 G/l. 77,11% bệnh nhân xuất hiện viêm phổi sau thở máy 4 ngày; 67,47% 56 bệnh nhân khỏi ra viện.

Từ khóa: Viêm phổi thở máy, nhiễm khuẩn bệnh viện.

ABSTRACT: *Objectives:* Investigation of the clinical and subclinical characteristics of patients with ventilator pneumonia. *Subjects and methods:* Prospective study, cross-sectional description of 83 patients with definite diagnosis of ventilator pneumonia, treated at the Department of emergency and intensive care, Military hospital 354, from January 2015 to October 2016. *Results:* Male patients (68.67%) were more than female patients (31.33%), the difference was statistically significant with $p < 0.05$. The average age of patients was 74.87 ± 7.65 years. Most patients suffering from hypertension (55.42%), chronic bronchitis, COPD (44.58%), brain stroke (40.96%). The main symptoms: fever over $38,5^{\circ}\text{C}$ (77.11%), lung had rales (81.93%), a lot of sputum or moderate amount of sputum (69.88%); X-ray with lesions of the right pulmonary infiltrates (30.12%), left pulmonary infiltrates (31.33%), both pulmonary infiltrates 38.55%, localized infiltrates (66.27%); peripheral blood leukocytes 81.93% increased over 10 G/l and 6.02% decreased below 4 G/l. There were 77.11% of patients appeared pneumonia after 4 days of mechanical ventilation; 56 patients (67.47%) discharged from the hospital.

Keywords: Ventilator associated pneumonia, hospital infection.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Vũ Thị Phương Liên, Email: lienvp354@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 01/3/2019; chấp nhận đăng: 29/3/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Viêm phổi liên quan tới thở máy (hay viêm phổi thở máy - ventilator associated pneumonia: VAP) là một nhiễm khuẩn bệnh viện mắc phải thường gặp nhất ở bệnh nhân (BN) điều trị tại các khoa hồi sức tích cực. VAP xuất hiện ở BN thở máy qua ống nội khí quản (hoặc ống mở khí quản) sau 48 giờ mà không có bằng chứng viêm phổi trước đó [1], [2]. Hiện nay, tỉ lệ mắc VAP có xu hướng gia tăng trên BN thở máy (do các BN này thường có chỉ định can thiệp nhiều thủ thuật cùng lúc, như đặt thông nuôi dưỡng, đặt thông tiểu, đặt catheter tĩnh mạch trung tâm...) [3].

Tại Hoa Kỳ và các nước châu Âu, tỉ lệ mắc VAP khoảng 8-20% ở các BN nằm khoa hồi sức và 27% ở các BN thở máy. Tỉ lệ tử vong do VAP thay đổi từ 24-50%, thậm chí có thể lên tới 76%

[3]. Thực tế, BN thở máy khi bị nhiễm khuẩn bệnh viện sẽ làm tình trạng bệnh nặng lên, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, tăng nguy cơ tử vong và tăng khả năng kháng kháng sinh của vi khuẩn.

Nhiễm khuẩn bệnh viện đã trở thành một thách thức mang tính thời đại và toàn cầu [4]. Việc phát hiện nhiễm khuẩn bệnh viện ở BN thở máy chủ yếu dựa vào các xét nghiệm cận lâm sàng và nhận định một cách hệ thống các triệu chứng lâm sàng trên BN. Từ đó mới có thể đánh giá, ngăn ngừa và tìm các yếu tố liên quan gây ra nhiễm khuẩn bệnh viện.

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng BN mắc VAP tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

83 BN có chẩn đoán xác định VAP, tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 354, từ 01/01/2015-01/10/2016.

Lựa chọn BN suy hô hấp có chỉ định thở máy liên tục trên 48 giờ, chưa bị nhiễm khuẩn bệnh viện trước đó; được sự đồng ý của BN hoặc người nhà BN. Loại trừ BN có nhiễm khuẩn phổi, tiêu hóa, tiết niệu, da, mắt... trước khi vào viện.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang. Tất cả BN thở máy tại Khoa khi có dấu hiệu gợi ý mắc VAP đều được ghi chép diễn biến lâm sàng, cận lâm sàng theo mẫu hồ sơ nghiên cứu lập sẵn. Khi BN có chẩn đoán xác định VAP và đủ tiêu chí lựa chọn thì đưa vào nghiên cứu.

- Chẩn đoán VAP theo tiêu chuẩn của Hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ (American Thoracic Society - ATS) năm 2005 (xác định khi có 2 tiêu chuẩn 1, 2 và ít nhất có 2 trong các tiêu chuẩn 3, 4, 5, 6):

- + Sau 48 giờ đặt nội khí quản thở máy (1).
- + X quang phổi có hình ảnh thâm nhiễm mới, tiến triển hoặc kéo dài (2).
- + Thân nhiệt $\geq 38^{\circ}\text{C}$ hoặc $< 35,5^{\circ}\text{C}$ (3).
- + Dịch phế quản có mủ hoặc màu vàng đặc (4).
- + Bạch cầu máu ngoại vi trên 10 G/L hoặc dưới 4 G/L (5).
- + Cấy dịch khí, phế quản có vi khuẩn gây bệnh, cấy máu dương tính (6).

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

- + Đặc điểm BN nghiên cứu (tuổi, giới tính, bệnh lý đang điều trị).
- + Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (thời gian xuất hiện VAP, số ngày thở máy, số ngày nằm điều trị, một số chỉ số lâm sàng-cận lâm sàng).

+ Kết quả điều trị.

- Chỉ định hút đờm khi BN thở lọc xọc, cản trở hô hấp: mức độ đờm nhiều (tần suất hút đờm ≤ 3 giờ/lần); vừa (tần suất hút đờm 3-6 giờ/lần); ít (tần suất hút đờm ≥ 6 giờ/lần).

- Xử lý số liệu: theo thuật toán thống kê y học, bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu (n = 83):

- Giới tính:

+ Nam giới: 57 BN (68,67%).

+ Nữ giới: 26 BN (31,33%).

Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Tuổi đời trung bình:

+ BN nam giới: $74,35 \pm 7,02$ tuổi.

+ BN nữ giới: $76,68 \pm 8,23$ tuổi.

+ BN nghiên cứu: $74,87 \pm 7,65$ tuổi.

- Bệnh lý đang điều trị:

+ Đột quỵ não: 34 BN (40,96%).

+ Viêm phế quản mạn, COPD: 37 BN (44,58%).

+ Đái tháo đường: 29 BN (34,94%).

+ Tăng huyết áp: 46 BN (55,42%).

+ Suy tim: 19 BN (22,89%).

+ Nghiện rượu/bệnh gan liên quan đến uống rượu: 13 BN (15,66%).

+ Bệnh lý khác: 7 BN (8,43%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (n = 83):

3.2.1. Triệu chứng lâm sàng:

- Sốt $> 38,5^{\circ}\text{C}$: 64 BN (77,11%).

- Phổi có ran: 68 BN (81,93%).

- Đờm vừa và nhiều: 58 BN (69,88%).

3.2.2. Triệu chứng cận lâm sàng:

- Hình ảnh X quang phổi thẳng:

+ Thâm nhiễm phổi phải: 25 BN (30,12%).

+ Thâm nhiễm phổi trái: 26 BN (31,33%).

+ Thâm nhiễm hai phổi: 32 BN (38,55%).

+ Thâm nhiễm khu trú: 55 BN (66,27%).

+ Thâm nhiễm lan tỏa: 28 BN (33,73%).

- Số lượng bạch cầu máu ngoại vi:

+ Trên 10 G/L: 68 BN (81,93%).

+ Từ 4-10 G/L: 10 BN (12,05%).

+ Dưới 4 G/L: 5 BN (6,02%).

- Thời gian xuất hiện VAP sau khi thở máy:

+ Từ 48 giờ đến hết 4 ngày đầu: 19 BN (22,89%).

+ Sau 4 ngày đầu: 64 BN (77,11%).

Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.3. Kết quả điều trị:

+ BN khỏi, ra viện: 56 BN (67,47%).

+ BN tử vong: 27 BN (32,53%).

Khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

Tỉ lệ BN nam (68,67%) nhiều hơn BN nữ (31,33%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Nguyễn Đức Thành, năm 2009 (BN nam chiếm 81,6%) [4]; Vũ Hải Vinh, năm 2005 (BN nam chiếm 73,4%) [5]. Điều này có thể do nam giới hay hút thuốc, uống rượu bia hơn nữ giới, dẫn tới hay mắc các bệnh về phổi (như COPD) hơn nữ giới. Thực tế, những BN nam trong nghiên cứu này đều có tiền sử hút thuốc lá, đã gây ảnh

hưởng đến chức năng hô hấp (đa số các BN này phải thở máy kéo dài, dễ có nguy cơ mắc VAP).

Tuổi trung bình của BN là $74,87 \pm 7,65$ tuổi; là độ tuổi có sức đề kháng giảm, lại hay có các bệnh mạn tính kèm theo. Đây là yếu tố thuận lợi cho nhiễm khuẩn bệnh viện nói chung và mắc VAP nói riêng. Nghiên cứu cho thấy, chủ yếu BN mắc các bệnh tăng huyết áp (55,42%), viêm phế quản mạn, COPD (44,58%), đột quỵ não (40,96%).

4.2. Đặc điểm lâm sàng:

- Triệu chứng lâm sàng: 77,11% BN sốt trên $38,5^{\circ}\text{C}$, 81,93% BN phổi có ran, 69,88% BN đờm vừa và nhiều. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Lê Bảo Huy (2008), tại Bệnh viện Thống Nhất, thành phố Hồ Chí Minh [3]. Đây là các triệu chứng sớm để nhận biết và chẩn đoán VAP. Vì vậy, điều dưỡng cần theo dõi, chăm sóc BN thật kĩ, đặc biệt chú ý đến các yêu cầu nghiệp vụ, như rửa tay thường quy, chăm sóc răng miệng, hút đờm rãi BN đúng quy trình, bảo đảm vô khuẩn, vệ sinh, khử trùng các thiết bị hỗ trợ hô hấp...

- Triệu chứng cận lâm sàng: 25 BN (30,12%) thâm nhiễm phổi phải, 26 BN (31,33%) thâm nhiễm phổi trái, 32 BN (38,55%) thâm nhiễm hai phổi, 55 BN (66,27%) thâm nhiễm khu trú; phù hợp với nghiên cứu tác giả Lê Bảo Huy và Nguyễn Đức Thành [3], [4]. 68 BN (81,93%) có bạch cầu máu ngoại vi tăng trên 10 G/l, 4 BN (6,02%) bạch cầu dưới 4 G/l.

- 77,11% BN có thời gian xuất hiện VAP muộn (sau thở máy 4 ngày). Điều này chứng tỏ, thở máy càng dài thì nguy cơ mắc VAP càng cao. Thở máy kéo dài làm thay đổi sinh lý hô hấp của BN, làm phổi của BN phải thích nghi với một trạng thái cân bằng khác. 22,89% BN có thời gian xuất hiện VAP sớm (từ ngày thứ 2 đến ngày thứ 4 sau thở máy), đa phần là BN già yếu, suy kiệt, giảm sức đề kháng (đây là các yếu tố thuận lợi cho mắc VAP sớm hơn). Theo nghiên cứu của Phạm Thái Dũng (2012), 75% BN mắc VAP sau 5 ngày thở máy [1]. Vũ Hải Vinh (2005) thấy thời gian BN xuất hiện VAP từ 2-18 ngày thở máy, trung bình là 6,57 ngày thở máy [5]. Fabregas N, Torres A (2009) cho rằng, cứ mỗi ngày thở máy thì tỉ lệ BN mắc VAP tăng 1% [9]. Các nghiên cứu đã cho thấy thời gian thở máy càng dài thì tỉ lệ mắc VAP càng cao. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả trên.

4.3. Kết quả điều trị:

56 BN (67,47%) khỏi ra viện, 27 BN (32,53%) tử vong. So với nghiên cứu khác, tỉ lệ tử vong của chúng tôi thấp hơn. Có được điều này, có thể một phần do Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 354 mới thay đổi địa điểm, môi trường mới còn sạch, nguy cơ lây nhiễm giảm. Mặt khác, công tác chăm sóc BN tại Khoa được các bác sĩ và điều dưỡng thực hiện đúng quy trình.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 83 BN có chẩn đoán xác định VAP, tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 354, từ 01/01/2015-01/10/2016, kết luận:

- BN nam (68,67%) nhiều hơn BN nữ (31,33%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Tuổi trung bình của BN là $74,87 \pm 7,65$ tuổi, chủ yếu mắc các bệnh tăng huyết áp (55,42%), viêm phế quản mạn, COPD (44,58%), đột quỵ não (40,96%). 77,11% BN xuất hiện VAP sau 4 ngày thở máy.

- Triệu chứng: 77,11% BN sốt trên $38,5^{\circ}\text{C}$, 81,93% BN phổi có ran, 69,88% BN đờm vừa và nhiều; X quang tổn thương thâm nhiễm phổi phải (30,12%), thâm nhiễm phổi trái (31,33%), thâm nhiễm cả hai phổi 38,55%, thâm nhiễm khu trú (66,27%); bạch cầu máu ngoại vi 68 BN (81,93%) tăng trên 10 G/l, 4 BN (6,02%) giảm dưới 4 G/l. Kết quả điều trị: 56 BN (67,47%) khỏi, ra viện; 27 BN (32,53%) tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Phạm Thái Dũng, Đỗ Quyết, Mai Xuân Hiên (2012), "Nghiên cứu một số biến chứng trên BN thở máy dài ngày tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 103", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 7 (395), tr. 14-19.
2. Nguyễn Việt Hùng (2002), "Nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí Y học lâm sàng*, số 5, tr. 9.
3. Lê Bảo Huy (2009) "Đặc điểm viêm phổi liên quan đến thở máy khởi phát sớm và muộn tại Khoa Hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Thống Nhất, thành phố Hồ Chí Minh", *Hội nghị toàn quốc về Hồi sức cấp cứu và chống độc lần thứ 9*, tr. 206.
4. Nguyễn Đức Thành (2009), *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị BN viêm phổi liên quan thở máy tại khoa Hồi sức Cấp cứu, Bệnh viện Quân y 175*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y.
5. Vũ Hải Vinh (2005), *Nhiễm khuẩn phổi trong điều trị BN thở máy bằng bằng điểm nhiễm khuẩn phổi*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
6. Nguyễn Ngọc Thanh (2010), "Các yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn BN ở người bệnh điều trị tại khoa Chống độc, Bệnh viện Quảng Ngãi", *Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng*, tr. 116.
7. CDC/NHSN (2014), *Surveillance Definitions for Specific Types of Infections*, 17 (p.1): p. 63.
8. Chastre and and et al (2006), *Pneumonia in the ventilator-dependent patient, in Principles and Practice mechanical ventilation*, pp. 991-1018.
9. Fabregas N, Torres A et al (2009), *Clinical diagnosis of ventilator associated pneumonia revisited: comparative validation using immediate post - mortem lung biopsies*, Thorax 54. □

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TỤY CẤP CÓ TĂNG TRIGLYCERID BẰNG THAY HUYẾT TƯƠNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

ThS. LÊ HỮU NHƯỢNG, BSCKII. HÀ DUY DƯƠNG
BSCKI, LÊ ĐÌNH NAM, BS. NGUYỄN THỊ HUYỀN TÂM
Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: PGS.TS. BÙI VĂN MẠNH
Giám đốc Trung tâm Hồi sức tích cực,
Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng 40 bệnh nhân viêm tụy cấp tăng triglycerid, điều trị bằng thay huyết tương, tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 354. **Kết quả:** 80% bệnh nhân là nam giới, 37,5% tuổi từ 31-40 tuổi, 65% có tiền sử uống rượu, 35% có tiền sử rối loạn chuyển hóa lipid, 100% có đau bụng trên rốn, 85% có buồn nôn và nôn, 70% có bí trung/đại tiện, 100% có chướng bụng, 65% đau điểm sườn lưng, 72,5% có amylase tăng gấp hơn 3 lần giới hạn trên mức bình thường, nồng độ triglycerid trung bình $42,46 \pm 6,37$ mmol/l, cholesterol trung bình $17,78 \pm 5,29$ mmol/l. Kết quả điều trị: 52,5% bệnh nhân thay huyết tương 1 lần, 35% thay huyết tương 2 lần và 12,5% thay huyết tương 3 lần. Sau thay huyết tương lần 1, nồng độ triglycerid trung bình giảm còn $13,46 \pm 7,28$ mmol/l, cholesterol giảm còn $9,54 \pm 4,21$ mmol/l; sau lần 2, triglycerid trung bình giảm tiếp còn $6,68 \pm 4,65$ mmol/l, cholesterol giảm tiếp còn $5,74 \pm 2,69$ mmol/l ($p < 0,01$). Có 22,5% bệnh nhân dị ứng và 2,5% bệnh nhân bị sốc phản vệ với plasma. Sau điều trị, 100% bệnh nhân khỏi, ra viện.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, tăng triglycerid, thay huyết tương.

ABSTRACT: Study on the clinical and subclinical characteristics of 40 patients with acute pancreatitis and hypertriglyceridemia, treated by method of plasma replacement, at the Department of emergency and intensive care, Military hospital 354. **Results:** 80% of patients were male, 37.5% of patients aged 31-40 years, 65% with a history of alcohol consumption, 35% with a history of lipid metabolism disorders, 100% with abdominal pain in the navel area, 85% with nausea and vomiting, 70% with fart/defecation retention, 100% with abdominal distention, 65% with flank - back point pain, 72.5% with increased amylase more than 3 times, upper the normal level, the average triglyceride concentration 42.46 ± 6.37 mmol/l, the average cholesterol of 17.78 ± 5.29 mmol/l. The results of treatment: 52.5% of patients replaced blood plasma once, 35% replaced blood plasma twice and 12.5% replaced blood plasma 3 times. After the first time of plasma replacement, the average triglyceride concentration decreased to 13.46 ± 7.28 mmol/l, cholesterol decreased to 9.54 ± 4.21 mmol/l; after the second time, the average triglyceride decreased to 6.68 ± 4.65 mmol/l, cholesterol decreased to 5.74 ± 2.69 mmol/l ($p < 0.01$). 22.5% of patients with allergy and 2.5% of patients have anaphylaxis with plasma. After treatment, 100% of patients recovered and discharged from the hospital.

Keywords: Acute pancreatitis, hypertriglyceridemia, plasma replacement.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Lê Hữu Nhượng, Email: lehuunhuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 01/3/2019; chấp nhận đăng: 29/3/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Viêm tụy cấp (VTC) là quá trình tổn thương cấp tính của tụy, thường xảy ra đột ngột với những triệu chứng lâm sàng đa dạng, phức tạp (từ VTC nhẹ, thể phù đến VTC nặng, thể hoại tử), có thể gây biến chứng suy đa tạng, tỉ lệ tử vong cao. Ở Hoa Kỳ, mỗi năm có khoảng 250.000 trường hợp nhập viện vì VTC [5]. Ở Việt Nam, trong những năm gần đây, một số nghiên cứu và

thống kê cho thấy, tỉ lệ bệnh nhân (BN) VTC ngày càng gia tăng [3], [1].

Có rất nhiều nguyên nhân gây ra VTC, đứng đầu là do sỏi mật và nghiện rượu (chiếm khoảng 80%), sau đó là liên quan đến tăng triglycerid (TG) chiếm 1,3-3,8% [9]. Cùng với sự phát triển của xã hội, chất lượng cuộc sống ngày càng nâng cao, với chế độ ăn không hợp lý, nguy cơ mắc VTC tăng TG cũng ngày càng nhiều hơn [2].

Thay huyết tương (THT) trong điều trị VTC tăng TG đã được bàn đến và thực hiện từ năm 1966, do Alain Piolot đề xuất. Từ đó đến nay, đã có rất nhiều báo cáo nghiên cứu về liệu pháp THT, nhưng chủ yếu dưới dạng các ca lâm sàng [2]. Tại Bệnh viện Quân y 354, chúng tôi đã triển khai liệu pháp THT điều trị các BN VTC tăng TG đạt kết quả tốt.

Chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng BN VTC tăng TG và đánh giá kết quả điều trị VTC bằng liệu pháp THT.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

40 BN VTC tăng TG, có chỉ định và được điều trị THT, tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 9/2017 đến 8/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Chẩn đoán VTC: theo tiêu chuẩn của Atlanta sửa đổi 2012 (khi có 1 triệu chứng lâm sàng kèm với ít nhất 1 trong 2 triệu chứng cận lâm sàng):

+ Triệu chứng lâm sàng: cơn đau bụng điển hình.

+ Triệu chứng cận lâm sàng: amylase máu tăng cao hơn 3 lần so với giới hạn trên mức bình thường; chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh VTC.

- Chẩn đoán VTC tăng TG [6] khi BN có VTC (như tiêu chuẩn trên), kèm theo xét nghiệm TG $\geq 11,3$ mmol/l (1.000 mg/dl).

- Phương pháp: BN được khám lâm sàng, làm các xét nghiệm chẩn đoán. BN có chỉ định được THT theo quy trình công bố của Bộ Y tế, trên máy lọc máu Diapact (hãng B/Braun). Dịch thay thế dùng 1 trong 2 loại: plasma tươi đông lạnh hoặc dung dịch albumin 5% (nếu dị ứng với plasma).

+ Thể tích dịch thay thế được tính theo công thức:

$[1 - (\text{Hematocrit}/100) \times \text{cân nặng (kg)} \times 0,07]$ (ml) [8].

Thời gian THT trong 2 giờ; ngừng THT khi TG máu $< 11,3$ mmol/l (1.000 mg/dl).

+ Điều trị phối hợp: truyền dịch, kháng sinh, giảm tiết, đặt sonde dạ dày, nuôi dưỡng tĩnh mạch, chăm sóc hộ lí cấp 1.

+ Tiêu chuẩn khỏi ra viện: BN hết nhiễm trùng, hết đau bụng, đã trung/đại tiện, ăn đường miệng bình thường.

- Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của BN:

- Giới tính:

+ Nam giới: 32 BN (40,0%).

+ Nữ giới: 8 BN (20%).

- Tuổi đời:

+ Từ 21-30 tuổi: 10 BN (25,0%).

+ Từ 31-40 tuổi: 15 BN (37,5%).

+ Từ 41-50 tuổi: 9 BN (22,5%).

+ Trên 50 tuổi: 6 BN (15,0%).

- Tiền sử bệnh:

+ Có uống rượu: 26 BN (65,0%).

+ Có rối loạn chuyển hóa lipid: 14 BN (35,0%).

+ Có đái tháo đường: 5 BN (12,5%).

+ Không rõ: 8 BN (20,0%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

- Triệu chứng cơ năng:

+ Đau bụng trên rốn: 40 BN (100%).

+ Buồn nôn và nôn: 34 BN (85,0%).

+ Bí trung/đại tiện: 28 BN (70,0%).

+ Ía lỏng: 8 BN (20,0%).

- Triệu chứng thực thể:

+ Bụng chướng: 40 BN (100%).

+ Điểm sườn lưng đau: 26 BN (65,0%).

+ Có cảm ứng phúc mạc: 18 BN (45,0%).

+ Tràn dịch màng phổi: 19 BN (47,5%).

+ Khối căng tròn trên rốn: 4 BN (10,0%).

- Xét nghiệm amylase máu:

+ Không quá 3 lần giới hạn trên: 11 BN (27,5%).

+ Tăng hơn 3 lần giới hạn trên: 29 BN (72,5%).

- Xét nghiệm TG máu:

+ Thấp nhất: 11,3 mmol/l.

+ Cao nhất: 105,8 mmol/l.

+ Trung bình: $42,46 \pm 6,37$ mmol/l.

- Xét nghiệm cholesterol máu:

+ Thấp nhất: 5,7 mmol/l.

+ Cao nhất: 29,3 mmol/l.

+ Trung bình: $17,78 \pm 5,29$ mmol/l.

3.3. Đặc điểm điều trị:

- Số lần thay huyết tương:

+ 1 lần: 21 BN (52,5%).

+ 2 lần: 14 BN (35,0%).

- + 3 lần: 5 BN (12,5%).
- Loại dịch thể thay thế:
- + Huyết tương tươi đông lạnh: 27 BN (67,5%).
- + Dung dịch Albumin 5%: 13 BN (32,5%).
- Thay đổi TG và cholesterol máu (mmol/l):

Thời điểm	TG	Cholesterol
Trước THT	42,46 ± 6,37	17,78 ± 5,29
Sau THT lần 1	13,46 ± 7,28	9,54 ± 4,21
Sau THT lần 2	6,68 ± 4,65	5,74 ± 2,69
p	p ₀₋₁ < 0,05 p ₀₋₂ < 0,01	p ₀₋₁ < 0,05 p ₀₋₂ < 0,01

- Thay đổi các bảng điểm trên BN (n = 40):

Bảng điểm	Trước THT	Kết thúc THT	p
APACHE II	13,2 ± 5,29	5,28 ± 3,45	< 0,05
Ranson	4,4 ± 2,16	2,4 ± 1,39	< 0,05
SOFA	8,3 ± 3,93	3,0 ± 2,69	< 0,05
Số tạng suy	2,5 ± 1,37	1,7 ± 2,25	> 0,05
ALOB	28,3 ± 3,26	19,28 ± 6,81	< 0,05

- Biến chứng của THT (n = 40):

Biến chứng	Dịch thay thế		Tổng
	Albumin 5%	Plasma	
Tắc quả lọc	3	4	7 (17,5%)
Hạ kali máu	2	2	4 (10,0%)
Dị ứng	0	9	9 (22,5%)
Sốc phản vệ	0	1	1 (2,5%)

- Kết quả điều trị: 40 BN (100%) khỏi, ra viện.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

Trong nghiên cứu này, BN nam giới (80%) chiếm đa số, tương đồng nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình (nam giới chiếm 74,4% [2]), Yuchen Wang (BN nam giới chiếm 80% [10]). Lí do để BN nam giới có tỉ lệ cao hơn nữ giới có thể liên quan tới yếu tố lạm dụng rượu bia của nam giới nhiều hơn. Nhóm BN từ 31-40 tuổi có tỉ lệ cao nhất (70%). Trong nghiên cứu của Linares, tuổi trung bình BN VTC là 47 năm, tuổi trung bình BN tăng lipid máu là 39 năm [7].

Về đặc điểm tiền sử, đa số BN của chúng tôi có liên quan tới sử dụng rượu (60%), có tăng lipid máu (35%), đái tháo đường (12,5%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Linares [7], BN có tiền sử sử dụng rượu bia chiếm 50,7%; bệnh đái tháo đường 43,4%; thói quen hút thuốc lá 54,7%.

Triệu chứng cơ năng: phần lớn BN có đau trên rốn (100%), buồn nôn (85%), bí trung/đại tiện (70%). Triệu chứng thực thể: chướng bụng 100%, đau điểm sườn lưng 65%. Thống kê này cho thấy triệu chứng lâm sàng của VTC tăng TG giống như lâm sàng của VTC nói chung. Kết quả này cũng tương đương với các tác giả chúng tôi tham khảo [3], [2], [7], [1].

Phần lớn BN có amylase máu tăng gấp hơn 3 lần giới hạn trên bình thường (chiếm 72,5%). Như vậy, không phải tất cả các trường hợp VTC tăng TG đều tăng amylase máu trong những ngày đầu tiên. Vì vậy, khi BN đau chướng bụng mà xét nghiệm amylase máu không cao cũng không loại trừ được VTC tăng TG. Trong nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình, tăng amylase máu trên 3 lần bình thường chiếm 52% [2].

Nồng độ TG trung bình ở mức cao, trung bình chung 42,46 ± 6,37 mmol/l, cao nhất là 87,4 mmol/l; nồng độ cholesterol 17,78 ± 5,29 mmol/l. Theo nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình [2] khảo sát các BN VTC tăng TG tại Bệnh viện Bạch Mai, nồng độ TG là 23,40 ± 18,10 mmol/l, nồng độ cholesterol là 14,51 ± 6,66 (thấp hơn của chúng tôi). Trong nghiên cứu của Kiran [6], nồng độ TG trung bình lúc vào viện là 39,9 mmol/l, phân bố trong khoảng 28,5-51,1 mmol/l.

4.2. Đặc điểm và kết quả điều trị:

Khi chỉ định THT điều trị VTC tăng TG, chúng tôi gặp phần lớn BN (52,5%) chỉ phải thay 1 lần, 35% thay 2 lần, 12,5% thay 3 lần, không trường hợp nào phải thay trên 3 lần. Trong nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình [2], thực hiện liệu pháp THT trên 42 BN với tổng số 56 lần; phần lớn BN chỉ sau THT 1 lần lượng TG trở về bình thường, có 4 BN thực hiện 2 lần, 2 BN thực hiện 3 lần và cá biệt có 1 BN thực hiện THT đến 7 lần.

Nồng độ TG trung bình chung trước THT là 42,46 ± 6,37 mmol/l. Sau THT lần 1, nồng độ TG giảm xuống còn 13,46 ± 7,28 mmol/l; sau lần 2, TG giảm tiếp còn 6,68 ± 4,65 mmol/l. Sự giảm có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Nồng độ cholesterol trung bình chung trước THT là 17,78 ± 5,29 mmol/l. Sau THT lần 1, nồng độ cholesterol giảm xuống còn 9,54 ± 4,21 mmol/l và sau lần 2, giảm tiếp còn 5,74 ± 2,69 mmol/l (sự thay đổi có ý nghĩa thống kê với p < 0,01).

THT làm giảm nhanh lượng TG và cholesterol máu đã được chứng minh bởi nhiều thông báo ca lâm sàng [6], [8], [4]. Trong nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình, lượng TG và cholesterol giảm rất nhanh sau mỗi lần THT, các lần sau giảm ít

hơn các lần trước (lượng TG trung bình sau lần 1 là $15,79 \pm 16,533$ mmol/l, sau lần 2 là $8,75 \pm 2,875$ mmol/l, sau lần 3 là $5,09 \pm 1,525$ mmol/l, tương ứng với mức giảm 68%, 50% và 42%; lượng cholesterol trung bình sau lần 1 là $8,44 \pm 5,291$ mmol/l, lần 2 là $4,65 \pm 2,128$ mmol/l, lần 3 là $1,96 \pm 0,544$ mmol/l, tương ứng với mức giảm 57%, 43% và 28%). Trong nghiên cứu của Yuchen Wang [10], nồng độ TG từ 7.193 mg/dl giảm xuống còn 3.511 mg/dl ($p < 0,01$).

Thay đổi các bảng điểm đánh giá VTC trước và sau khi THT: APACHE II giảm từ $13,2 \pm 5,29$ điểm xuống còn $5,28 \pm 3,45$ điểm ($p < 0,05$); Ranson giảm từ $4,4 \pm 2,16$ điểm xuống còn $2,4 \pm 1,39$ điểm ($p < 0,05$); SOFA giảm từ $8,3 \pm 3,93$ điểm xuống còn $3,0 \pm 2,69$ điểm ($p < 0,05$). Theo Yuchen Wang [10], điểm APACHE II trung bình giảm từ 11,4 xuống 9,1 ($p = 0,06$) và điểm Ranson giảm từ 3,73 xuống 3,03 ($p = 0,08$).

Trong quá trình điều trị, chúng tôi sử dụng 2 loại dịch thay thế là huyết tương tươi đông lạnh cùng nhóm và dung dịch albumin 5%. Phần lớn BN THT sử dụng huyết tương tươi đông lạnh, chiếm 67,5%. Chúng tôi ghi nhận các biến chứng hay gặp là tắc quả lọc (17,5%), hạ kali máu (10%). Các phản ứng dị ứng, sốc phản vệ chỉ gặp khi sử dụng huyết tương tươi đông lạnh, không trường hợp nào bị dị ứng, sốc phản vệ khi THT bằng dung dịch albumin 5%. Qua kết quả trên, chúng tôi thấy rằng sử dụng dung dịch albumin 5% rất an toàn và nên được khuyến cáo sử dụng thường xuyên, thường quy.

Kết quả điều trị: 100% BN khỏi ra viện an toàn, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình (tỉ lệ tử vong là 6/75 BN nghiên cứu, chiếm 8%, đều thuộc nhóm VTC nặng).

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 40 BN VTC tăng TG, có chỉ định và được điều trị THT, tại Khoa Hồi sức cấp cứu, Bệnh viện Quân y 354, chúng tôi rút ra kết luận như sau:

- Phần lớn BN là nam giới (80%), tuổi từ 31-40 (37,5%), có tiền sử uống rượu (65%), tiền sử rối loạn chuyển hóa lipid (35%). Về lâm sàng, 100% BN đau bụng vùng trên rốn, 85% buồn nôn và nôn, 70% bí trung/đại tiện, 100% BN chướng bụng, 65% BN đau điểm sườn lưng, 72,5% có nồng độ amylase máu tăng gấp hơn 3 lần giới hạn trên bình thường; nồng độ TG trung bình $42,46 \pm 6,37$ mmol/l, cholesterol trung bình $17,78 \pm 5,29$ mmol/l.

- 52,5% BN phải THT 1 lần, 35% BN phải THT 2 lần và 12,5% BN phải THT 3 lần. Sau THT lần thứ 1, nồng độ TG giảm từ $42,46 \pm 6,37$ mmol/l xuống còn $13,46 \pm 7,28$ mmol/l, cholesterol giảm từ $17,78 \pm 5,29$ mmol/l xuống còn $9,54 \pm 4,21$ mmol/l; sau THT lần thứ 2, TG giảm tiếp còn $6,68 \pm 4,65$ mmol/l, cholesterol giảm tiếp còn $5,74 \pm 2,69$ mmol/l ($p < 0,01$). Có 22,5% BN dị ứng và 2,5% BN bị sốc phản vệ với plasma. Sau điều trị, 100% BN khỏi, ra viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Hữu Nhượng, Hà Duy Dương, Lê Đình Nam và cộng sự (2017), "Nhận xét kết quả thay huyết tương điều trị 10 BN viêm tụy cấp tăng TG tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Quân y 354", *Tạp chí Y học Quân sự*, số 325 (11-12/2017), tr. 12-15.
2. Nguyễn Gia Bình, Hoàng Đức Chuyên (2010), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị VTC tăng TG*, Đề tài cấp cơ sở, Bệnh viện Bạch Mai.
3. Nguyễn Khánh Trạch (2004), *Viêm tụy cấp*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. Galán C.I (2015), "Double filtration plasmapheresis in the treatment of pancreatitis due to severe hypertriglyceridemia", *Journal of Clinical Lipidology*, 9 (5), pp. 698-702.
5. Haney J.C, T.N.P (2007), "Necrotizing pancreatitis: diagnosis and management", *Surg Clin North Am*, 87 (6), pp. 1431-1446.
6. Kiran Joglekar, Ben Brannick, Kadari D (2017), "Therapeutic Plasma Exchange in Patients With Severe Hypertriglyceridemia: A Multicenter Study", *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, Vol. 8 (4), pp. 59-65.
7. Linares C.L (2008), *Acute Pancreatitis in a Cohort of 129 Patients Referred for Severe Hypertriglyceridemia*, *Pancreas*, 37 (1), 13-18.
8. Ramírez-Bueno, Salazar-Ramírez, Cota-Delgado and CS (2012), *Plasmapheresis as treatment for hyperlipidemic pancreatitis*, Universidad de Malaga, Spain.
9. Yadav D (2003), "Issues in hyperlipidemic pancreatitis", *J Clin Gastroenterol*, 36 (1), pp. 54-62.
10. Yuchen Wang, Bashar Attar W.T (2018), *Assessment-of-the-effects-of-plasmapheresis-on-patients-with-hypertriglyceridemia-induced-acute-pancreatitis*, *Pancreatic Disorders and Therapy*, 8 (1), 1-7. □

ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG ĐIỀU CHỈNH ĐỘ MÊ BẰNG CHỈ SỐ BIS TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT BỤNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

TS. NGUYỄN QUỐC KHÁNH - Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: PGS.TS. TRẦN ĐẮC TIỆP

Chủ nhiệm Khoa Gây mê, Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT: Nghiên cứu 65 bệnh nhân phẫu thuật vùng bụng, dưới vô cảm bằng gây mê nội khí quản có hướng dẫn của BIS, kết luận:

- Chỉ số BIS và điểm an thần MOAAS có mối tương quan thuận, rất chặt chẽ, với hệ số tương quan $r = 0,996$. Chỉ số BIS và nồng độ propofol đích não Ce có mối tương quan nghịch, rất chặt chẽ, với hệ số tương quan $r = - 0,948$.

- Theo dõi độ mê bằng BIS giúp duy trì huyết động ổn định trong giới hạn cho phép và không có dấu hiệu thức tỉnh trong mổ.

Từ khóa: Độ mê, gây mê nội khí quản, chỉ số BIS.

ABSTRACT: Study on the 65 patients with abdominal surgery, under the endotracheal anesthesia guided by BIS. **Concluded:**

- The BIS index and sedative score of MOAAS have a positive and very close correlation, with the correlation coefficient $r = 0.996$. The BIS index and the concentration of cerebral target propofol have a negative and very close correlation, with a correlation coefficient $r = - 0.948$.

- Anesthesia monitoring by BIS helped maintain hemodynamic stability within permitted limits and there was no sign of awakening in surgery.

Keywords: Anesthesia, endotracheal anesthesia, BIS index.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Nguyễn Quốc Khánh, Email: khanhnguyenquoc354@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 01/3/2019; chấp nhận đăng: 29/3/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Kỹ thuật gây mê kiểm soát nồng độ đích (TCI) được coi là một cuộc cách mạng khi sử dụng thuốc mê tĩnh mạch propofol. Với kỹ thuật này, thông qua các giá trị nồng độ của propofol trong huyết tương (hay trong não) được hiển thị trên máy sẽ giúp điều chỉnh và kiểm soát độ mê thuận lợi hơn. Thực tế hiện nay, đánh giá mức độ mê trên lâm sàng thường chủ quan, phụ thuộc hoàn toàn vào kinh nghiệm người gây mê. Do vậy, vẫn có thể xảy ra tình trạng mê quá sâu hoặc mê nông (là nguyên nhân của tai biến, biến chứng, thức tỉnh trong mổ, gây đau, sang chấn tâm lý cho người bệnh trong và sau gây mê phẫu thuật). Chỉ số lưỡng phổ (Bispectral index) được sử dụng để theo dõi độ mê khách quan và không xâm lấn. Máy theo dõi BIS xử lý tín hiệu điện não (EEG) đơn cực ở trán trước, tính toán cho ra một tham số có giá trị từ 0 đến 100 (không có đơn vị). Sau khi được sử dụng thuốc mê, chỉ số BIS giảm dần từ 100, mất tri giác khi BIS có giá trị trong khoảng 80-70. Giai đoạn duy trì mê nên giữ BIS từ 60-40 để mê đủ sâu, dưới 40 là mê sâu, dưới 20 là mê quá sâu, BIS bằng 0 biểu thị không có hoạt động điện não. BIS bắt đầu có mặt ở Việt Nam từ năm 2011, được áp dụng trong một số trung tâm gây

mê hồi sức lớn [1], [3], [4]. Tại Bệnh viện Quân y 354, BIS được ứng dụng từ năm 2015 để theo dõi độ mê một cách khách quan, nhưng chưa có nghiên cứu về vấn đề này.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu xác định sự tương quan của BIS với nồng độ propofol trong não (Ce) và độ mê trên lâm sàng MOAAS ở các giai đoạn của gây mê trên bệnh nhân (BN) phẫu thuật bụng và đánh giá thay đổi huyết động, thức tỉnh trong khi gây mê có hướng dẫn của BIS trên các BN này.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

65 BN có chỉ định phẫu thuật vùng bụng theo kế hoạch, được gây mê nội khí quản (NKQ), tại Khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 10/2015-6/2018.

- Tiêu chuẩn chọn BN: tuổi từ 18-65, phân loại ASA từ 1-2, không có suy gan, thận hoặc bệnh lý ảnh hưởng điện não.

- Loại trừ BN tiền sử có dị ứng với propofol, có bệnh tâm thần hay nghiện rượu, BN không hợp tác nghiên cứu.

- Đưa ra khỏi nghiên cứu các BN trong mổ có

chảy máu gây thay đổi huyết động mạnh, các BN có biến chứng do gây mê hoặc phẫu thuật và diễn biến nặng trong mổ, cần phải hồi sức tích cực sau mổ, BN xin rút ra khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, mô tả không đối chứng.

- Trình tự tiến hành:

+ BN nằm ngửa, đầu bằng, thở oxy qua mask 3-5 l/phút. Truyền dịch Ringer lactat trước khởi mê 7-10 ml/kg.

+ Lắp mornitor theo dõi huyết áp (HA), ECG, SpO₂, BIS.

+ Khởi mê: sử dụng propofol kiểm soát nồng độ đích với mô hình dược động học Schnider. Đặt nồng độ đích huyết tương ban đầu Cp là 1,5 µg/ml. Sau khi nồng độ đích não Ce đạt được 1,5 µg/ml mà BIS vẫn chưa ≤ 60, tăng thêm 0,2 µg/ml mỗi 2 phút cho đến khi BIS ≤ 60 thì tiêm giãn cơ esmeron 0,6 mg/kg, sau ít nhất 90 giây và điểm an thần MOAAS = 0, tiến hành đặt NKQ. Thông khí kiểm soát thể tích vòng kín lưu lượng thấp.

+ Duy trì mê: nếu BIS duy trì từ 40-60, huyết động ổn định, không điều chỉnh độ mê. Nếu BIS < 40 hoặc BIS > 60 thì phải điều chỉnh độ mê. Mỗi lần điều chỉnh tăng hoặc giảm nồng độ đích từng mức 0,1-0,2 µg/ml. Sau 2 phút duy trì ở nồng độ đích mới mà vẫn chưa đạt hiệu quả mong muốn, tiếp tục điều chỉnh cho đến khi đạt yêu cầu. Chủ động điều chỉnh tăng nồng độ trước các thủ thuật có can thiệp mạnh, giảm nồng độ khi kích thích đã giảm bớt. Thuốc phối hợp: fentanyl, esmeron (theo đáp ứng lâm sàng của BN). Ngừng fentanyl và esmeron trước kết thúc mổ khoảng 20 phút. Ngừng truyền propofol khi bắt đầu đông da.

+ Hồi tỉnh: giải giãn cơ khi có dấu hiệu tự thở lại (neostigmin 40-50 µg/kg, atropin 15µg/kg). Rút NKQ khi MOAAS ≥ 4, thực hiện đúng theo lệnh, tự thở 12-25 lần/phút, SpO₂ ≥ 95% với FiO₂ ≤ 40%, có phản xạ ho nuốt.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đánh giá mối tương quan (thông qua giá trị r) giữa BIS, với MOAAS và Ce ở các thời điểm: khi BN mất ý thức; khi đủ điều kiện đặt NKQ, Khi mở mắt và định hướng đúng (nhớ chính xác tuổi, nơi ở), khi đủ điều kiện rút NKQ

+ Theo dõi mạch, HA trung bình (HAtb) tại các thời điểm: trước khởi mê (T0); trước khi đặt NKQ (T1); sau đặt NKQ 2 phút (T2); trước khi rạch da (T3); sau khi rạch da (T4); trước khi đóng da (T5); khi BN hồi phục phản xạ mi mắt (T6); trước khi rút NKQ (T7); sau khi rút NKQ 2 phút (T8).

+ Đánh giá nhớ, biết trong mổ: 24 giờ sau khi

BN tỉnh, hồi BN về nhớ hoặc biết trong mổ.

- Tiêu chuẩn và phương pháp đánh giá:

+ Đánh giá mức độ an thần: theo thang điểm OAAS sửa đổi (Modified Observer's Assessment of Alertness Sedation Scale- MOAAS) [6].

+ Đánh giá nhớ, biết trong mổ: bằng hai câu hỏi của Abouleish và cộng sự [7] (ông/bà nhớ điều gì trong mổ không?; ông/bà có ngủ mơ trong mổ không?).

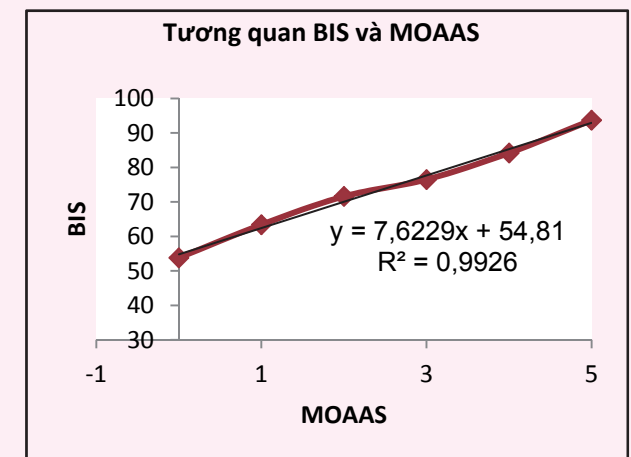
- Xử lý số liệu: số liệu được phân tích thống kê y học trên phần mềm SPSS-16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

- Liên quan giữa BIS và MOAAS khi khởi mê:

Điểm MOAAS	BIS trung bình	Bé nhất-lớn nhất
5	93,7 ± 6,8	80-100
4	84,2 ± 5,1	73-89
3	76,5 ± 8,4	68-85
2	71,6 ± 4,9	64-81
1	63,4 ± 7,2	54-65
0	53,8 ± 9,3	35-60

Nhận xét: chỉ số BIS giảm thì điểm MOAAS cũng giảm theo.



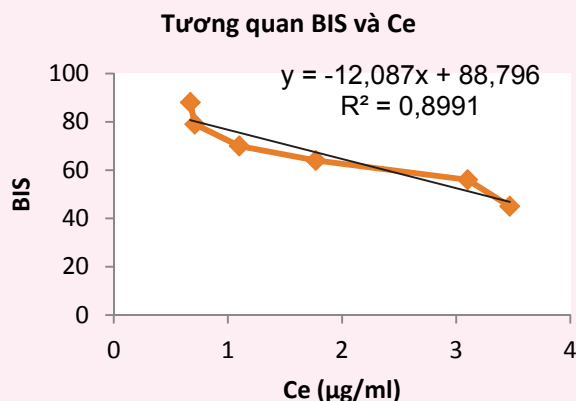
Biểu đồ 1. Tương quan giữa BIS và MOAAS.

Nhận xét: tương quan giữa BIS và MOAAS là tương quan thuận, rất chặt chẽ với $r = 0,996$.

- Tương quan giữa BIS và Ce:

Thời điểm	BIS	Ce (µg/ml)
Đủ điều kiện đặt NKQ	45,6 ± 5,1	3,47 ± 0,42
Giai đoạn duy trì mê	51,4 ± 3,4	3,1 ± 0,21
Khi BN mất ý thức	64,9 ± 4,3	1,77 ± 0,14
Khi BN mở mắt	70,7 ± 8,2	1,1 ± 0,15
Khi BN định hướng đúng	79,5 ± 6,5	0,71 ± 0,19
Khi đủ điều kiện rút NKQ	88,2 ± 5,3	0,67 ± 0,13

Nhận xét: Nồng độ đích Ce càng tăng, chỉ số BIS càng giảm.



Biểu đồ 2. Tương quan giữa BIS và Ce.

Nhận xét: BIS và Ce có tương quan nghịch, chặt chẽ với $r = -0,948$.

- Thay đổi nhịp tim và HAtb:

Thời điểm	Nhịp tim (lần/phút)	HAtb (mmHg)
T0	68,48 ± 6,61	81,51 ± 6,44
T1	56,34 ± 4,82	75,18 ± 6,12
T2	63,69 ± 5,55	78,83 ± 6,48
T3	66,42 ± 6,49	77,37 ± 6,21
T4	69,31 ± 6,17	75,94 ± 6,03
T5	70,80 ± 6,61	76,55 ± 6,29
T6	76,29 ± 7,13	86,34 ± 7,02
T7	82,12 ± 6,39	89,32 ± 7,36
T8	85,32 ± 7,07	82,65 ± 6,60

Nhận xét: không ghi nhận hiện tượng chậm nhịp tim hay tụt HA trong quá trình gây mê.

- Khả năng nhớ, biết trong mổ: sau 24 giờ từ khi thức tỉnh, không BN nào nhớ, biết sự việc xảy ra hay ngủ mơ trong quá trình mổ.

4. BÀN LUẬN.

Trên BN nghiên cứu của chúng tôi, điểm an thần sửa đổi MOAAS càng giảm khi BIS càng giảm. Thực tế, sau khi khởi mê bằng propofol (một thuốc mê có tác dụng nhanh), điểm MOAAS và giá trị BIS cũng giảm nhanh. Khi điểm an thần MOAAS bằng 0, đồng thời BIS < 60, chúng tôi tiến hành đặt NKQ. Kích thích do quá trình đặt NKQ được coi là kích thích mạnh nhất, ảnh hưởng nhiều tới tim mạch và hô hấp, nên đòi hỏi phải mê đủ sâu. Vì vậy, nếu mê nông hoặc quá sâu đều gây ra các ảnh hưởng xấu tới tuần hoàn và hô hấp. Dưới hướng dẫn của BIS, người gây mê có bằng chứng khách quan khi chọn độ mê phù hợp. Kết hợp với phương thức gây mê kiểm soát nồng độ đích, cho phép lựa chọn nồng độ thuốc hằng định trong mỗi giai đoạn phẫu thuật, chúng ta hoàn toàn có thể lựa chọn một mức mê theo mong muốn.

Biểu đồ 1 cho thấy mối liên quan giữa BIS và điểm an thần MOAAA là rất chặt chẽ, với hệ số tương quan $r = 0,9926$. Do đó, giá trị BIS cho phép theo dõi độ mê khách quan, giúp người gây mê chủ động điều chỉnh mức mê tùy theo giai đoạn phẫu thuật. Các giai đoạn có nhiều kích thích ngoại khoa thì tăng độ mê, ngược lại giai đoạn ít kích thích thì giảm độ mê một cách linh hoạt, giúp giảm thiểu lượng thuốc mê và hạn chế các tác dụng không mong muốn của thuốc.

Nồng độ thuốc mê tại não (Ce) là yếu tố quyết định tới mức mê của BN. Mỗi thời điểm trong quá trình gây mê phẫu thuật cần mức mê khác nhau. Thay đổi từng bước nhỏ nồng độ đích có ý nghĩa “dò liều” sao cho tìm được nồng độ đích tối ưu cho mỗi giai đoạn của phẫu thuật. Do đó, dựa vào giá trị BIS để ra quyết định lựa chọn nồng độ thuốc mê nhanh chóng và dễ dàng hơn.

Qua bảng biểu diễn nồng độ Ce và giá trị BIS tại một số thời điểm quan trọng trong quá trình gây mê, dễ dàng nhận thấy Ce càng tăng thì BIS càng giảm.

Nguyễn Văn Chinh [1] nghiên cứu gây mê bằng propofol có kiểm soát nồng độ đích huyết tương với hướng dẫn của BIS cho kết quả: mất ý thức tại thời điểm Cp: $1,39 \pm 0,25$ mcg/ml, BIS: $61,56 \pm 7,54$; giai đoạn khởi mê: liều propofol $1,52 \pm 0,16$ mg/kg, BIS: $42,11 \pm 3,63$; giai đoạn duy trì mê Cp: 3 mcg/ml, BIS: 40-60. Dù tác giả chọn nồng độ đích huyết tương, nhưng khi đạt độ mê mong muốn thì Cp = Ce. Như vậy, kết quả của chúng tôi cũng tương đương với tác giả này.

Tuy nhiên, so sánh với nghiên cứu của Nguyễn Thị Quý [3] sử dụng BIS trên các BN mổ tim mở (khi đặt NKQ, Ce = $2,48 \mu\text{g/ml}$ và BIS = 57), giá trị Ce khi đặt nội khí quản của chúng tôi cao hơn. Lí do: trên những BN cần mổ tim mở, thường có suy tim kèm theo, phải giảm liều khởi mê để giảm bớt các biến cố tim mạch.

Biểu đồ 2 cho thấy BIS và Ce có tương quan nghịch, rất chặt chẽ, với $r = -0,948$. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Đỗ Thị Minh Trang và cộng sự [5] (giữa BIS và Ce propofol có tương quan tuyến tính nghịch, rất chặt chẽ với công thức BIS = $80,73 - 10,377 \times \text{Ce}$, hệ số tương quan $r = -0,769$; $R^2 = 0,59$).

Mặc dù vậy, giá trị BIS cũng không phải phản ánh hoàn toàn trung thực độ mê sâu, do vỏ não còn chịu ảnh hưởng các thuốc giảm đau nhóm opioid sử dụng phối hợp trong gây mê. Hiệu quả gây ngủ của propofol được gia tăng bởi opioid do tác động hiệp đồng cộng. Khi sử dụng phối hợp với opioid nhu cầu propofol sẽ thấp hơn và vì thế giá trị BIS có thể sẽ cao hơn, cần lưu ý điều này để không sử dụng quá liều thuốc mê [2].

Kết quả ảnh hưởng tới huyết động trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nhịp tim và HATb tại tất cả các thời điểm đều trong giới hạn cho phép. Nhịp tim và HATb giai đoạn sau khởi mê được ghi nhận là thấp nhất. Điều này phù hợp với giá trị Ce trong thời điểm đặt NKQ là cao nhất, đồng thời giá trị BIS thấp nhất. Năm 2013, nghiên cứu của Nguyễn Văn Chính [1] thấy gây mê kiểm soát nồng độ đích có hướng dẫn BIS ổn định và ít thay đổi huyết động; không ghi nhận các tác dụng phụ, tai biến và các biến chứng nghiêm trọng. Nghiên cứu của Đỗ Thị Minh Trang và cộng sự năm 2016 cũng cho kết quả tình trạng huyết động và hô hấp của tất cả các BN đều ổn định trong mổ [5]. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự như các tác giả nêu trên.

Gây mê nông dẫn tới tăng nhịp tim, tăng HA, kích thích thần kinh giao cảm gây tăng tiết mồ hôi, nước mắt. Nếu không có theo dõi độ mê khách quan như BIS, người ta thường sử dụng bằng điểm độ mê lâm sàng PRST (Blood pressure, Heart rate, Sweating, Tears), trong đó dựa vào sự thay đổi của HA, nhịp tim, sự xuất hiện của mồ hôi và nước mắt BN để đánh giá độ mê. Bằng cách này, người gây mê thường đánh giá độ mê một cách thụ động, điều chỉnh độ mê thường theo kinh nghiệm nên khả năng ổn định độ mê, ổn định huyết động không bằng theo dõi độ mê khách quan. Gây mê quá liều dẫn đến những hậu quả đáng kể cho người bệnh, mà thường gặp nhất là tụt HA, loạn nhịp tim... Không những thế, còn dẫn đến lãng phí, tiêu thụ một lượng thuốc mê thừa vô ích, gây chậm thức tỉnh và kéo dài thời gian phải nằm ở phòng hồi tỉnh. Một số nghiên cứu khác đã chứng minh việc sử dụng theo dõi độ mê bằng BIS giúp giảm liều lượng tiêu thụ 10-40% và giảm tích lũy thuốc mê, dẫn đến giảm tỉ lệ nôn, buồn nôn sau mổ [8].

Theo lý thuyết, nếu BN không được tiền mê có BIS ≥ 93 ; mất khả năng nhớ lại ($< 10\%$) xảy ra khi giá trị BIS khoảng 75-80 và khi BIS < 60 thì khả năng nhớ lại trong mổ thấp, khả năng đáp ứng kích thích mổ trong quá trình gây mê cũng thấp. BIS đã được chấp nhận rộng rãi và được các nhà lâm sàng gây mê với BIS mục tiêu dưới 60 để phòng thức tỉnh trong mổ [2], [8].

Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có hiện tượng nhớ, biết hay ngủ mơ trong khi mổ. Giá trị BIS trung bình trong giai đoạn duy trì mê của chúng tôi $51,4 \pm 3,4$ là phù hợp theo khuyến cáo và đảm bảo cho BN không có các ký ức xấu trong phẫu thuật. Phẫu thuật vùng bụng, đặc biệt là những phẫu thuật ở tầng trên mạc treo đại tràng ngang cũng gây nhiều tác động bất lợi tới tuần hoàn và hô hấp, đòi hỏi mê, giảm đau, giãn cơ đủ sâu. Việc duy trì được mức mê ổn định, sẽ bảo đảm huyết động ổn định, giúp cho quá trình phẫu thuật và hậu phẫu diễn ra thuận lợi.

Đỗ Thị Minh Trang và cộng sự [5] cũng không ghi nhận thức tỉnh hay ghi nhớ trong mổ khi sử dụng BIS theo dõi độ mê trong phẫu thuật cắt thùy phổi.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 65 BN phẫu thuật vùng bụng, được gây mê NKQ có hướng dẫn của BIS, chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Chỉ số BIS và điểm an thần MOAAS có mối tương quan thuận, rất chặt chẽ, với hệ số tương quan $r = 0,996$. Chỉ số BIS và nồng độ propofol đích não Ce có mối tương quan nghịch, rất chặt chẽ, với hệ số tương quan $r = -0,948$.

- Theo dõi độ mê bằng BIS giúp duy trì huyết động ổn định trong giới hạn cho phép và không có dấu hiệu thức tỉnh trong mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Văn Chính, Nguyễn Văn Chường (2013), "Đánh giá sự thay đổi BIS trong gây mê TCI bằng propofol", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 17, phụ bản của số 4, tr. 67-71.
2. Nguyễn Thị Như Hà, Nguyễn Thị Quý (2014), "Thức tỉnh trong phẫu thuật và theo dõi độ mê bằng BIS", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 18, phụ bản của số 4, tr. 20-27.
3. Nguyễn Thị Quý (2012), "Một vài nhận xét ban đầu trong việc theo dõi độ sâu gây mê trong phẫu thuật tim mở với Bispectral", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 16, phụ bản của số 2, tr. 28-36.
4. Bùi Hạnh Tâm, Nguyễn Quốc Kính (2011), "Đánh giá độ mê bằng BIS (Bispectral index) ở BN mổ tim mở", *Tạp chí Y học thực hành*, số 744, tr. 137-140.
5. Đỗ Thị Minh Trang, Nguyễn Thị Thanh, Nguyễn Hữu Lân, Trương Kim Minh, Hoàng Quốc Thắng (2016), "Liên quan giữa BISPECTRAL INDEX (BIS) với nồng độ đích não (Ce) của PROPOFOL trong phẫu thuật cắt thùy phổi", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, tập 20, tr. 289-295.
6. Balci C, Kahraman F, Sivaci R.G (2009), "Comparison of ENTROPY and Bispectral Index during propofol and fentanyl sedation in monitored anaesthesia care", *J. Int. Med. Res.*, 37(5), pp. 1336-1342.
7. Brice D, Hetherington R, Utting J.E (1970), "A simple study of awareness and dreaming during anaesthesia", *British Journal of Anaesthesia*, 42, pp. 535-542.
8. Lui S (2004), "Effect of Bispectral Index monitoring on ambulatory anesthesia: a meta-analysis of randomized controlled trials and a cost analysis", *Anesthesiology* 101, pp. 311-315. □

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU MỔ VÙNG BỤNG QUA ĐƯỜNG NGOÀI MÀNG CỨNG DO BỆNH NHÂN TỰ KIỂM SOÁT, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

TS. NGUYỄN QUỐC KHÁNH - Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: PGS.TS. TRẦN ĐẮC TIỆP

Chủ nhiệm Khoa Gây mê, Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng, tiến cứu, đánh giá hiệu quả phương pháp giảm đau ngoài màng cứng do bệnh nhân tự kiểm soát sau mổ vùng bụng dưới và tác dụng không mong muốn của phương pháp trên 35 bệnh nhân sau mổ phần vùng bụng dưới, tại Bệnh viện Quân y 354. **Kết quả:** Với thể tích liều đầu tiên tiêm là $6,2 \pm 0,9$ ml, số phân đốt bị ức chế là $4,7 \pm 0,8$; tổng lượng bupivacain sử dụng ngày thứ nhất $98,9 \pm 6,2$ mg, ngày thứ hai $84,4 \pm 4,1$ mg, ngày thứ ba $76,2 \pm 3,1$ mg; tổng lượng fentanyl sử dụng ngày thứ nhất $98,9 \pm 6,2$ μ g, ngày thứ hai $84,4 \pm 4,1$ μ g, ngày thứ ba $76,2 \pm 3,1$ μ g; kết quả “giải cứu” đau: ngày thứ nhất có 4 bệnh nhân với 6 lần, tổng liều 335 μ g fentanyl, ngày thứ hai có 2 bệnh nhân với 2 lần, tổng liều 110 μ g fentanyl, ngày thứ ba không cần “giải cứu” đau. Không bệnh nhân nào bị ức chế vận động chi dưới từ độ II trở lên, 3 bệnh nhân bị block độ I đến giờ thứ 4; ảnh hưởng huyết động và hô hấp không đáng kể; tỉ lệ ngứa 37,1%, buồn nôn và nôn 22,9%, bí đái sau rút sond tiểu 5,7%.

Từ khóa: Giảm đau, bệnh nhân tự điều khiển.

ABSTRACT: Study on the clinical trials, prospective study and evaluate the effectiveness of the epidural analgesia method by self-controlled patients after surgery of the lower abdominal area and unwanted effects of the method in 35 patients after surgery of the lower abdominal area, at the Military hospital 354. **Results:** The first dose of injection was 6.2 ± 0.9 ml, the number of inhibited vertebra was 4.7 ± 0.8 ; the total amount of bupivacaine used on the first day was 98.9 ± 6.2 mg, on the second day was 84.4 ± 4.1 mg, on the third day was 76.2 ± 3.1 mg; the total amount of fentanyl used on the first day was 98.9 ± 6.2 μ g, on the second day was 84.4 ± 4.1 μ g, on the third day was 76.2 ± 3.1 μ g. The results of “rescue” pain: the first day had 4 patients with 6 times, the total dose of 335 μ g fentanyl, the second day had 2 patients with 2 times, the total dose of 110 μ g fentanyl, on the third day did not need “rescu” pain. There was no patient inhibited exercise the lower limbs from degree II, 3 patients with block degree I to fourth hours; negligible hemodynamic and respiratory effects; the incidence of itching was 37.1%, nausea and vomiting were 22.9%, urinary retention was less than 5.7%.

Keywords: Analgesia, self-control patients.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Nguyễn Quốc Khánh, Email: khanhnguyenquoc354@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 01/3/2019; chấp nhận đăng: 29/3/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Sau phẫu thuật vùng bụng, bệnh nhân (BN) thường đau nhiều, stress do đau và phản xạ ức chế cơ hoành, gây biến chứng hô hấp, tăng thời gian nằm viện, chi phí y tế và tỉ lệ tử vong sau mổ. Kỹ thuật giảm đau do BN tự kiểm soát cho phép họ chủ động bấm nút điều khiển khi đau và một liều nhỏ thuốc giảm đau nhất định được cài đặt bởi bác sĩ được tiêm thêm. Điều này làm tăng chất lượng giảm đau và làm BN hài lòng hơn vì không phải chờ đợi khi đau [7]. Hiện nay, giảm đau sau mổ đường ngoài màng cứng (NMC) do BN tự điều khiển được áp dụng khá phổ biến [3].

Trên thế giới, phương pháp giảm đau do BN tự điều khiển được ứng dụng từ năm 1994. Tại Việt Nam, phương pháp này đã được một số tác giả nghiên cứu áp dụng cho BN tự kiểm soát đau sau mổ bằng đường tĩnh mạch hay NMC đạt hiệu

quả tốt [1]. Tại Bệnh viện Quân y 354, phương pháp giảm đau NMC do BN tự kiểm soát đã được triển khai, song chưa có nghiên cứu đánh giá.

Chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu đánh giá hiệu quả giảm đau NMC do BN tự kiểm soát sau mổ vùng bụng dưới và các tác dụng không mong muốn của phương pháp.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

35 BN sau mổ phần vùng bụng dưới, được giảm đau sau mổ đường NMC do BN tự kiểm soát, từ tháng 5/2015 đến 12/2016, tại Bệnh viện Quân y 354.

Lựa chọn BN: tuổi từ 18-65, xếp loại ASA I-III; BN biết sử dụng máy tự điều khiển sau khi được hướng dẫn. Đưa ra khỏi nghiên cứu các BN có loạn thần sau mổ, BN không thực hiện giảm đau

đủ 72 giờ sau mổ, BN không hợp tác hoặc xin rút khỏi nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, mô tả.

- Trình tự tiến hành:

+ BN được hướng dẫn sử dụng máy PCA, thước đánh giá độ đau VAS.

+ Thực hiện kỹ thuật giảm đau NMC do BN tự kiểm soát: gây tê tủy sống bằng marcain 0,5% và fentanyl ngang mức L2-3 hoặc L3-4. Kết hợp luồn và lưu một catheter vào khoang NMC hướng lên trên từ 3-5 cm, cố định chắc bằng opsit.

+ Giảm đau sau mổ (đánh giá đau sau mổ theo thang điểm VAS: nếu VAS ≤ 4 , theo dõi và đánh giá lại 15 phút/lần; nếu VAS > 4 , tiến hành giảm đau): pha hỗn hợp thuốc bupivacain 0,1% và 1 μ g fentanyl/ml; lắp máy PCA với catheter NMC qua bầu lọc khuẩn. Xác định liều đầu theo công thức của Leon Visser [5]. Sau đó, mức ức chế cảm giác trên da được kiểm tra bằng thử cảm giác với nghiệm pháp châm kim đầu tù trên da. Để BN tự đánh giá điểm đau, nếu VAS > 4 tiêm thêm 2 ml mỗi 5 phút, cho tới khi có VAS ≤ 4 .

+ Đặt các thông số máy: liều yêu cầu (bolus) 2 ml; thời gian khóa 10 phút; liều duy trì 3 ml/giờ; tổng liều giới hạn trong 4 giờ là 40 ml. Các thông số máy được giữ nguyên trong suốt 72 giờ tính từ khi bắt đầu thực hiện giảm đau. Nếu BN có điểm VAS ≥ 4 sau 3 lần bấm liên tiếp có đáp ứng thì tiêm bổ sung "giải cứu" đau bằng fentanyl liều 0,1 μ g/kg tính mạch chậm.

+ Các thời điểm lấy số liệu: H0 (trước khi tiêm thuốc giảm đau), H1/4 (sau tiêm 15 phút), H1/2 (sau tiêm 30 phút), các giờ H1, H4, H8, H16, H24, H36, H48, đến H72.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Hiệu quả giảm đau: thể tích bupivacain-fentanyl tiêm khởi đầu vào khoang NMC (ml); số phân đốt ức chế cảm giác đau trên da tính từ vị trí gây tê; tổng lượng bupivacain (mg), fentanyl (μ g) sử dụng đường NMC theo ngày; số lần tiêm và tổng liều fentanyl (μ g) bổ sung đường tĩnh mạch "giải cứu" đau theo ngày; điểm đau khi nghỉ và ho theo thang điểm VAS.

+ Tác động của phương pháp đến huyết động (tần số mạch, huyết áp trung bình - HATB); hô hấp (tần số thở, SpO₂),

+ Tác dụng không mong muốn: buồn nôn, nôn, ngứa, đau đầu, bí trung tiện...

- Phương pháp đánh giá:

+ Đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS.

+ Đánh giá ức chế vận động theo thang điểm Bromage.

- Số liệu trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0; độ tin cậy 95%, có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Bảng 1. Thể tích tiêm khởi đầu khoang ngoài màng cứng và số phân đốt bị ức chế.

Thể tích	Thể tích (ml)	Số phân đốt bị ức chế
$\bar{X} \pm SD$	$6,2 \pm 0,9$	$4,7 \pm 0,8$
min - max	5,0 - 7,8	4 - 6

Bảng 2. Tổng lượng bupivacain, fentanyl sử dụng đường NMC.

Tổng lượng		Bupivacain (mg)	Fentanyl (μ g)
Ngày thứ 1	$\bar{X} \pm SD$	$98,9 \pm 6,2$	$98,9 \pm 6,2$
	min - max	92 - 114	92 - 114
Ngày thứ 2	$\bar{X} \pm SD$	$84,4 \pm 4,1^*$	$84,4 \pm 4,1^*$
	min - max	80 - 98	80 - 98
Ngày thứ 3	$\bar{X} \pm SD$	$76,2 \pm 3,1^*$	$76,2 \pm 3,1^*$
	min - max	72 - 84	72 - 84
p (*: so với ngày 1)		$< 0,05$	$< 0,05$

Tổng lượng bupivacain và fentanyl sử dụng giảm dần từ ngày thứ nhất tới ngày thứ ba.

Bảng 3. Số lần tiêm và tổng liều fentanyl.

Thời điểm	Số BN	Số lần tiêm	Tổng liều fentanyl
Ngày 1	4	6	335 μ g
Ngày 2	2	2	110 μ g
Ngày 3	0	0	0

Số lần tiêm và tổng liều fentanyl "giải cứu" đau ngày thứ hai giảm so với ngày thứ nhất; ngày thứ ba không có BN nào cần "giải cứu" đau.

Bảng 4. Điểm VAS khi nghỉ theo thời gian.

Thời điểm	Điểm VAS khi nghỉ	p
H0	$4,4 \pm 0,6$	
H1/4	$3,1 \pm 0,6^*$	$< 0,05$
H1/2	$2,9 \pm 0,4^*$	$< 0,05$
H1	$2,7 \pm 0,5^*$	$< 0,05$
H4	$2,6 \pm 0,5^*$	$< 0,05$
H8	$2,4 \pm 0,6^*$	$< 0,05$
H16	$2,3 \pm 0,5^*$	$< 0,05$
H24	$2,1 \pm 0,7^*$	$< 0,05$
H36	$1,9 \pm 0,5^*$	$< 0,05$
H48	$1,8 \pm 0,7^*$	$< 0,05$
H72	$1,5 \pm 0,5^*$	$< 0,05$

(*: so sánh với thời điểm H0).

Điểm VAS khi nghỉ sau khi được giảm đau tại

tất cả các thời điểm giảm có ý nghĩa so với thời điểm H0 (đều đạt mức giảm đau tốt).

Bảng 5. Điểm VAS khi ho theo thời gian.

Thời điểm	Điểm VAS khi nghỉ	p (so với H0)
H0	4,6 ± 0,7	-
H1/4	3,5 ± 0,4*	< 0,05
H1/2	3,2 ± 0,6*	< 0,05
H1	3,1 ± 0,5*	< 0,05
H4	3,0 ± 0,4*	< 0,05
H8	2,8 ± 0,3*	< 0,05
H16	2,6 ± 0,4*	< 0,05
H24	2,5 ± 0,7*	< 0,05
H36	2,3 ± 0,4*	< 0,05
H48	2,1 ± 0,5*	< 0,05
H72	1,8 ± 0,3*	< 0,05

Điểm VAS khi ho sau khi được giảm đau đều giảm có ý nghĩa so với thời điểm H0 (đều đạt mức giảm đau tốt).

Bảng 6. Tần số mạch (lần/phút) và HATB (mmHg).

Thời điểm	Tần số mạch	HATB
H0	81,9 ± 7,6	88,1 ± 9,3
H1/4	76,4 ± 6,9	82,2 ± 7,5
H1/2	73,8 ± 5,4	79,4 ± 6,4
H1	72,6 ± 5,8	78,1 ± 6,2
H4	71,3 ± 6,2	76,7 ± 5,8
H8	69,5 ± 6,1	74,7 ± 6,2
H16	69,1 ± 5,2	74,3 ± 4,7
H24	69,4 ± 5,9	74,6 ± 3,9
H36	68,7 ± 4,8	73,9 ± 5,4
H48	70,3 ± 5,1	75,6 ± 4,9
H72	69,5 ± 5,3	74,7 ± 5,5

Tại thời điểm H0, mạch và HATB cao hơn các thời điểm khác, song không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Tần số thở và độ bão hòa oxy SpO₂.

Thời điểm	Tần số thở (lần/phút)	SpO ₂ (%)
H0	18,2 ± 0,8	98,6 ± 0,8
H1/4	16,1 ± 1,2	99,1 ± 1,0
H1/2	18,8 ± 1,4	98,8 ± 1,0
H1	19,0 ± 1,7	99,0 ± 1,0
H4	18,1 ± 1,1	99,1 ± 1,0
H8	17,6 ± 1,5	98,6 ± 1,0
H16	16,3 ± 0,9	99,3 ± 0,8
H24	17,0 ± 1,0	99,0 ± 1,0
H36	18,1 ± 0,9	99,1 ± 0,9
H48	18,5 ± 1,1	98,5 ± 1,1
H72	17,1 ± 1,0	99,1 ± 1,0

Không có biểu hiện suy hô hấp ở tất cả các thời điểm.

- Ảnh hưởng vận động: sau khi tiến hành giảm đau NMC, không BN nào bị ức chế vận động từ độ II trở lên, chỉ có 3 BN còn block chi dưới độ I đến giờ thứ 4, chủ yếu có cảm giác tê bì chi dưới.

Bảng 8. Tác dụng không mong muốn.

Triệu chứng	Số BN	Tỉ lệ %
Ngứa	13	37,1
Buồn nôn, nôn	8	22,9
Bí tiểu sau rút thông	2	5,7
Ngộ độc thuốc tê	0	0
Thủng màng cứng	0	0
Đứt catheter trong khoang NMC	0	0
Tụ máu khoang NMC	0	0
Nhiễm khuẩn điểm chọc kim	0	0
Nhiễm khuẩn hệ thần kinh	0	0

4. BÀN LUẬN.

Bảng 1 cho thấy thể tích tiêm khởi đầu vào khoang NMC trung bình là 6,0 ± 0,6 ml; số phân đốt ức chế trung bình là 4,7 ± 0,8. Vị trí chọc kim gây tê của chúng tôi là L2-3 hoặc L3-4, luồn catheter lên phía trên từ 3-5 cm, cho phép gây tê ngoài màng cứng tương đương đến T10-T12. Với mức lan tỏa ức chế như vậy đủ bảo đảm giảm đau cho các cuộc mổ vùng bụng dưới giới hạn từ T10-T12. Để ức chế một khoanh tủy cần từ 1-1,5 ml thuốc tê tiêm vào khoang NMC; thể tích thuốc tê tăng thì số phân đốt ức chế tăng. Với đặc điểm ức chế thần kinh theo phân đoạn thì vị trí gây tê, liều thuốc tê trong gây tê NMC có ý nghĩa quyết định tới hiệu quả gây tê và giảm thiểu ảnh hưởng tới huyết động, hô hấp của BN. Do đó, cần chọn liều thuốc tê vừa đủ và vị trí gây tê thích hợp để đảm bảo đạt hiệu quả gây tê mong muốn.

Nguyễn Trung Kiên [1] nghiên cứu hiệu quả giảm đau đường ngoài màng cứng ngực bằng hỗn hợp bupivacain-fentanyl do BN tự điều khiển sau mổ vùng bụng trên ở người cao tuổi, thấy thể tích dung dịch thuốc tê tiêm khởi đầu vào khoang NMC trung bình là 6,1 ± 0,7 ml, thấp nhất là 4,7 ml, nhiều nhất là 7,2 ml. Số phân đốt ức chế trung bình là 6,7 ± 0,8 phân đốt, ức chế ít nhất là 5 phân đốt, cao nhất là 8 phân đốt. Như vậy, mặc dù thể tích thuốc tê liều đầu tương đương với chúng tôi, nhưng số phân đốt bị ức chế của tác giả lại cao hơn do tác giả gây tê vùng ngực, nơi có khoang NMC hẹp hơn vùng thắt lưng và gây tê trên người cao tuổi.

Một số BN cần giải cứu đau bằng fentanyl tiêm tĩnh mạch, nghĩa là giảm đau ngoài màng cứng do BN tự điều khiển có những thời điểm chưa đầy

đủ. Có 4 BN với 6 lần tiêm trong ngày thứ nhất, 2 BN với 2 lần tiêm trong ngày thứ 2 sau mổ. Ngày thứ 3 không có BN nào cần “giải cứu” đau. Việc “giải cứu” đau cho thấy giảm đau theo một công thức chung dường như chưa phù hợp cho tất cả các BN. Do đó, khi thực hiện giảm đau, cần cá thể hóa từng đối tượng hoặc sử dụng kết hợp nhiều phương pháp khác nhau. Để BN tham gia vào quá trình điều trị đau là đã góp phần nâng cao chất lượng giảm đau (do điều trị theo nhu cầu của người bệnh), song vẫn cần sự theo dõi sát và điều chỉnh kịp thời của nhân viên y tế.

Kết quả bảng 4 và 5 cho thấy điểm VAS sau khi được giảm đau cả khi nghỉ và khi ho đều giảm có ý nghĩa thống kê so với trước khi giảm đau và đạt mục tiêu điểm VAS < 4. Nghiên cứu của Nguyễn Trung Kiên cho thấy sau tiêm 15 phút, điểm VAS trung bình khi nghỉ của BN phẫu thuật vùng bụng trên giảm đau NMC tự điều khiển giảm từ $4,6 \pm 0,6$ (H0) xuống $1,1 \pm 0,6$ (H1/4), khi ho giảm từ $6,3 \pm 0,5$ (H0) xuống $2,5 \pm 0,7$ (H1/4). Điểm VAS trung bình khi nghỉ và khi ho trong các thời điểm theo dõi đều thấp hơn so với thời điểm H0 ($p < 0,05$). Điểm VAS trung bình khi nằm nghỉ sau mổ nhóm gây tê NMC thấp hơn nhóm giảm đau tĩnh mạch tự điều khiển [1]. Hazem El kết luận giảm đau NMC do BN tự điều khiển cũng có hiệu quả tốt cho những phẫu thuật vùng bụng [4]. Liping Wang nghiên cứu giảm đau 3.042 BN sau phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư, thấy giảm đau NMC do BN tự điều khiển có hiệu quả giảm đau tốt hơn đường tĩnh mạch do BN tự điều khiển [6].

Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp giảm đau NMC do BN tự kiểm soát ảnh hưởng không nhiều tới huyết động người bệnh (các chỉ tiêu huyết động theo dõi đều trong giới hạn cho phép). Tác dụng không mong muốn của phương pháp trên huyết động thường là tụt huyết áp, nhịp chậm...; trên hô hấp thường là giảm nhịp thở, khó thở do ức chế cơ hô hấp. Chúng tôi không có BN nào cần can thiệp do các ảnh hưởng xấu trên. Một số tác giả trong nước sử dụng gây tê NMC giảm đau sau mổ với bupivacain do BN tự kiểm soát cũng cho kết quả tương tự [2]. Khi BN được giảm đau tốt sẽ giúp cải thiện hiệu quả hô hấp sau phẫu thuật ngực [1].

Sau khi tiến hành giảm đau NMC, không BN nào bị ức chế vận động từ độ II trở lên, chỉ có 3 BN còn block chỉ dưới độ I đến giờ thứ 4. Dung dịch thuốc tê chúng tôi sử dụng để giảm đau sau mổ có nồng độ thấp, khả năng ức chế các sợi thần kinh vận động bị giảm đi, nên sau giờ thứ 4, không ghi nhận BN nào bị ức chế vận động.

Các tác dụng không mong muốn thường gặp là ngửa, buồn nôn và nôn. Các triệu chứng này thường xuất hiện sau gây tê tủy sống hoặc NMC, đặc biệt là có sử dụng các thuốc opioid. Tỷ lệ BN

ngửa của chúng tôi là 37,1%, buồn nôn, nôn là 22,9 %. Một trong những nguyên nhân hàng đầu là do có lượng nhỏ thuốc họ morphin được hấp thu vào dịch não tủy và máu, đi lên kích thích trung tâm nôn ở sán não thất, gây ra dị cảm ngứa trên da. Ngoài ra, có thể còn do nhiều nguyên nhân khác, như thuốc phối hợp trong mổ, bệnh phối hợp hoặc cơ địa BN...

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 35 BN được giảm đau 72 giờ sau mổ vùng bụng, qua đường NMC bằng hỗn hợp bupivacain 0,1% và fentanyl 1 $\mu\text{g/ml}$ do BN tự kiểm soát với các thông số tốc độ truyền 3 ml/h, bolus 2 ml/lần, thời gian khóa 10 phút; kết quả cho thấy hiệu quả giảm đau tốt tại tất cả các thời điểm nghiên cứu sau mổ; ảnh hưởng huyết động và hô hấp không đáng kể; tác dụng không mong muốn gặp ngứa, buồn nôn và nôn, bí đại sau rút sond tiểu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Trung Kiên, (2014), *Nghiên cứu hiệu quả giảm đau đường NMC ngực bằng hỗn hợp bupivacain-fentanyl do BN tự điều khiển sau mổ vùng bụng trên ở người cao tuổi*, Luận án tiến sĩ y học, Viện Nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
2. Bùi Ngọc Đức, Nguyễn Thị Thanh, Nguyễn Thị Phương Dung, Phan Tôn Ngọc Vũ (2015), “Đánh giá hiệu quả của gây tê NMC để giảm đau trong phẫu thuật đường tiêu hóa”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, tập 19, tr. 419-423.
3. Claude M, Yvan P (2000), “Comparison of intravenous or epidural patient controlled analgesia in the elderly after major abdominal surgery”, *Anesthesiology*, 92 (2), pp. 433-441.
4. Hazem El Sayed Moawad, Ehab M Mokbel (2014), “Postoperative analgesia after major abdominal surgery: Fentanyl-bupivacaine patient controlled epidural analgesia versus fentanyl patient controlled intravenous analgesia”, *Egyptian Journal of Anaesthesia* 30, pp. 393-397.
5. Leon Visser (2001), “Epidural Anesthesia”, *Practical Procedures*, 13 (11), pp. 1-4.
6. Liping Wang, Xuan Li Hong, Chen Jie Liang, Yu Wang (2018), “Effect of patient-controlled epidural analgesia versus patient-controlled intravenous analgesia on postoperative pain management and shortterm outcomes after gastric cancer resection: a retrospective analysis of 3,042 consecutive patients between 2010 and 2015”, *Journal of Pain Research* (11), pp. 1743-1749.
7. Macintyre P.E (2001), “Safety and efficacy of patient - controlled analgesia”, *Br J Anaesth.*, 87, pp. 36-46. □

NGHIÊN CỨU GIẢM ĐAU SAU MỔ BẰNG MORPHINE ĐƯỜNG TĨNH MẠCH DO BỆNH NHÂN TỰ KIỂM SOÁT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

BSCKII. TRINH XUÂN TRƯỜNG

TS. NGUYỄN QUỐC KHÁNH

Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: PGS.TS. TRẦN ĐẮC TIỆP

Chủ nhiệm Khoa Gây mê, Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT: Nghiên cứu giảm đau sau phẫu thuật bằng morphine do bệnh nhân tự kiểm soát qua đường tĩnh mạch trên 48 bệnh nhân phẫu thuật vùng bụng dưới và chi dưới, từ tháng 05/2013-5/2015, tại Bệnh viện Quân y 354. Kết quả nghiên cứu cho thấy hiệu quả giảm đau tốt: khi nghỉ, có 93,33% bệnh nhân không đau đến đau vừa; khi ho, có 77,77% bệnh nhân đau nhẹ đến đau vừa. Tổng lượng morphine sử dụng trong 72 giờ là $52,24 \pm 2,54$ mg; tổng lượng fentanyl bổ sung giảm đau là $65,23 \pm 6,02$ μ g. Trong suốt quá trình điều trị, bệnh nhân có huyết động ổn định, không ức chế hô hấp, điểm an thần OAA/S từ 4,1-4,6. Tác dụng không mong muốn chỉ gặp ngứa (4,17%), buồn nôn và nôn (16,66%).

Từ khóa: Giảm đau sau mổ, bệnh nhân tự kiểm soát.

ABSTRACT: Study on the postoperative analgesia by intravenous morphine due to self-controlled patients in 48 patients with lower abdominal surgery and lower limbs, from May 2013 to May 2015, at the Military hospital 354. The results showed that good effect of analgesia: when resting, there were 93.33% of patients without pain to moderate pain, when coughing, 77.77% of patients felt mild to moderate pain. The total amount of morphine used in 72 hours was 52.24 ± 2.54 mg; the total amount of fentanyl supplemented with pain relief was 65.23 ± 6.02 μ g. During treatment process, patients had stable hemodynamics, without respiratory inhibition, sedative score OAA/S from 4.1-4.6. The unwanted effects were only pruritus (4.17%), nausea and vomiting (16.66%).

Keywords: Postoperative analgesia, self-controlled patients.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Nguyễn Quốc Khánh, Email: khanhnguyenquoc354@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 01/3/2019; chấp nhận đăng: 29/3/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Đau cấp tính sau mổ có thể trở thành đau mạn tính nếu không được quan tâm và điều trị hiệu quả. Đau nhiều sau mổ vùng bụng trên, stress do đau và phản xạ ức chế cơ hoành góp phần gây biến chứng hô hấp, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí y tế và tỉ lệ tử vong sau mổ. Để giảm đau cho các trường hợp này, có thể sử dụng các thuốc NSAIDs, thuốc gây tê, thuốc họ morphine... Khi sử dụng các thuốc họ morphine đường tiêm thông thường (bắp, dưới da, tĩnh mạch), nồng độ thuốc trong huyết tương bệnh nhân (BN) dao động, hiệu quả giảm đau không ổn định, có nguy cơ gây ức chế hô hấp [4]. Ở các nước phát triển, morphine không còn sử dụng để tiêm bắp hoặc tĩnh mạch ngắt quãng.

Kỹ thuật giảm đau do BN tự điều khiển (patient controlled analgesia - PCA) cho phép BN chủ động điều khiển (bấm nút bơm tiêm) khi đau và một liều nhỏ thuốc giảm đau (do bác sĩ cài đặt) được tiêm thêm. Sau phẫu thuật, giảm đau do BN tự điều khiển đường tĩnh mạch bằng morphin đạt

hiệu quả giảm đau cao và đang được ứng dụng rộng rãi [6]. Tại Việt Nam, phương pháp này cũng đã được một số tác giả nghiên cứu thấy đạt hiệu quả tốt [1], [2]. Tại Bệnh viện Quân y 354, phương pháp giảm đau do BN tự điều khiển đường tĩnh mạch đã bước đầu triển khai, song chưa được nghiên cứu tổng kết.

Chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này với các mục tiêu đánh giá hiệu quả giảm đau BN tự điều khiển bằng morphine đường tĩnh mạch sau mổ vùng bụng dưới, chi dưới và tìm hiểu tác dụng không mong muốn của phương pháp.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

48 BN tuổi từ 18-65, phẫu thuật theo kế hoạch vùng bụng dưới hoặc chi dưới, có chỉ định và được áp dụng kỹ thuật PCA bằng morphine đường tĩnh mạch sau mổ, điều trị tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 5/2013 đến tháng 4/2015.

Lựa chọn BN sức khỏe loại ASA II-III, không có chống chỉ định với morphine, biết sử dụng kỹ

thuật PCA và đồng ý tham gia nghiên cứu. Loại trừ các BN loạn thần sau phẫu thuật.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng tiến cứu, mô tả.

- Thuốc, phương tiện nghiên cứu: morphine (ống 10 mg/1ml, Công ty CP dược phẩm TỰ), máy giảm đau PCA (Bbraun, Đức), máy theo dõi Life Scope I (NIHON KOHDEN, Nhật Bản), thước đánh giá độ đau VAS (Astra-Zeneca, Thụy Điển).

- Trình tự tiến hành:

+ Trước phẫu thuật, hướng dẫn BN cách sử dụng máy PCA, thước VAS.

+ Tại phòng mổ, BN được theo dõi điện tim, huyết áp động mạch không xâm lấn, SpO₂; vô cảm phẫu thuật bằng gây tê tủy sống (marcain heavy 0,5% (0,15 mg/kg thể trọng), tổng liều không quá 10 mg.

+ Sau phẫu thuật, BN được theo dõi sát, giảm đau sau mổ PCA. Nếu VAS < 4, theo dõi và đánh giá lại 15 phút/lần. Nếu VAS ≥ 4, thực hiện giảm đau đến 72 giờ sau phẫu thuật bằng morphine (1 mg/ml qua máy PCA, cài đặt liều khởi đầu 2 ml tương đương 2 mg, mỗi lần bấm (bolus) 1 ml tương đương 1 mg, thời gian khóa 10 phút, không dùng liều duy trì, liều tối đa không quá 10 mg/4h). Nếu điểm VAS ≥ 4 khi nằm nghỉ mặc dù đã bolus 3 lần liên tiếp không đáp ứng, bổ sung liều giảm đau fentanyl 0,5 µg/kg tiêm tĩnh mạch chậm.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Hiệu quả giảm đau khi sử dụng PCA: đau khi nghỉ và ho (đánh giá theo thang điểm VAS); tổng lượng morphine sử dụng; số lượng fentanyl dùng bổ sung; điểm an thần OAA/S

+ Ảnh hưởng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn: tần số tim, huyết áp tâm thu (HATth), huyết áp tâm trương (HATtr), tần số thở, độ bão hòa oxy máu mao mạch

(SpO₂). Số liệu ghi chép tại các thời điểm H0 (trước khi tiêm thuốc giảm đau), H0,15 (sau tiêm 15 phút), H0,5 (sau tiêm 30 phút), các giờ H1, H4, H8, H16, H24, H36, H48, đến 72 giờ (H72).

+ Các tác dụng không mong muốn khác: ngứa, buồn nôn và nôn.

- Tiêu chuẩn và phương pháp đánh giá:

+ Xác định có ức chế hô hấp khi tần số thở < 10 lần/phút và SpO₂ < 90%.

+ Đánh giá mức độ đau (theo thang điểm VAS), gồm từ 0-1: không đau; từ 2-3: đau nhẹ; từ 4-6: đau vừa; từ 7-8: rất đau; từ 9-10: đau dữ dội.

+ Đánh giá mức độ an thần theo thang điểm OAA/S, gồm 5 điểm: BN tỉnh hoàn toàn, đáp ứng ngay khi gọi tên bằng giọng bình thường: 4 điểm: đáp ứng chậm, mơ hồ khi gọi tên bằng giọng bình thường; 3 điểm: BN chỉ đáp ứng khi gọi to hoặc gọi nhắc lại; 2 điểm: BN chỉ đáp ứng khi gọi to và lay nhẹ; 1 điểm: BN không đáp ứng khi gọi to và lay nhẹ; 0 điểm: BN không đáp ứng với kích thích đau.

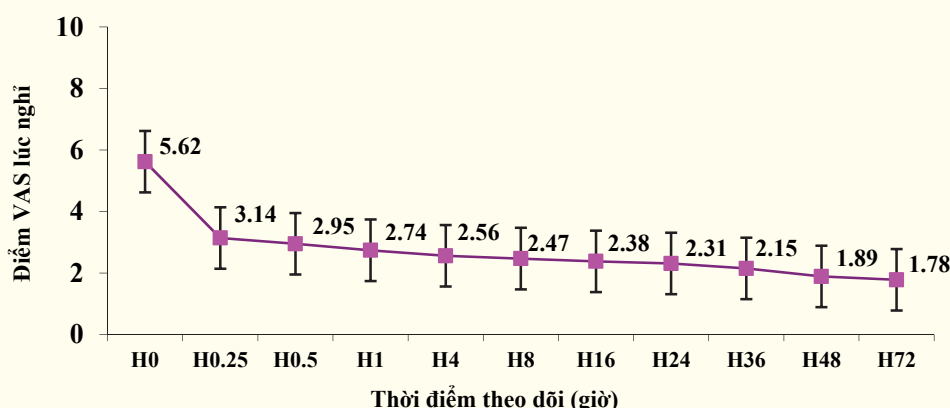
- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 16.0, biểu diễn dưới dạng số trung bình và độ lệch chuẩn, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

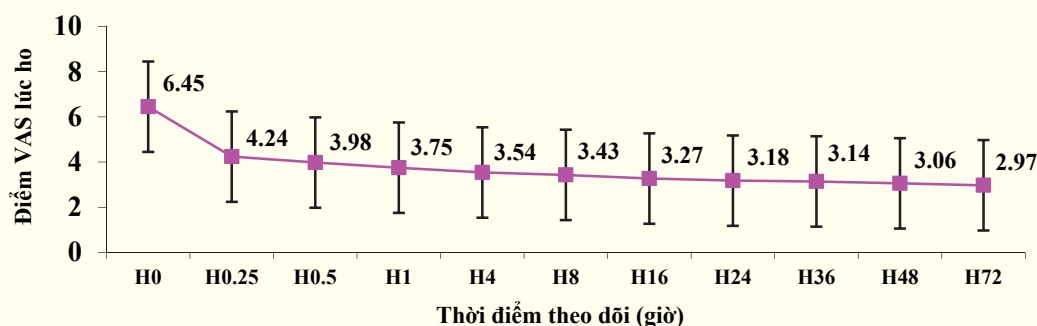
3.1. Hiệu quả giảm đau bằng kĩ thuật PCA:

Điểm VAS lúc nghỉ (biểu đồ 1): sau chạy máy PCA 15 phút với liều khởi đầu, điểm VAS trung bình giảm từ 5,62 ± 0,76 (H0) xuống 3,14 ± 0,65 (H0,25). Từ giờ thứ 1 (H1) trở đi, có 93,33% BN không đau hoặc đau mức độ vừa (VAS ≤ 4), trong đó có 28,88% BN không đau (VAS 0-1).

Điểm VAS lúc ho (biểu đồ 2): giảm từ 6,45 ± 1,06 xuống 4,24 ± 0,74 điểm sau liều khởi đầu 15 phút. Tại các thời điểm theo dõi tiếp theo, BN đau nhẹ đến đau vừa khi ho (điểm VAS trung bình từ 3-4; thấp nhất là 2,97 ± 0,73 ở thời điểm H72). Có 77,77% BN điểm VAS < 4 khi ho.



Biểu đồ 1. Điểm VAS lúc nghỉ.



Biểu đồ 2. Điểm VAS lúc ho.

3.2. Ảnh hưởng trên tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn:

- Ảnh hưởng của kĩ thuật lên tần số tim (chu kì/phút), tần số thở (lần/phút), SpO₂ (%) và HATTh, HATTr (mmHg) trên BN (n = 48):

Thời điểm	Tần số tim (T.bình; min-max)	HATTh (T.bình; min-max)	HATTr (T.bình; min-max)	Tần số thở (T.bình; min-max)	SpO ₂ (T.bình; min-max)
H0	86,4 ± 8,2 (68-105)	122,2 ± 13,1 (98-148)	71,0 ± 10,0 (55-89)	20,0 ± 1,2 (18-23)	96,7 ± 0,9 (95-99)
H0,25	85,8 ± 7,8 (67-103)	121,9 ± 11,3 (103-145)	70,8 ± 8,9 (56-87)	15,9 ± 1,1 (14-18)	99,1 ± 0,9 (97-100)
H0,5	84,2 ± 7,0 (69-98)	121,6 ± 10,1 (96-140)	70,2 ± 8,0 (54-87)	14,7 ± 1,2 (12-19)	98,7 ± 1,0 (97-100)
H1	82,9 ± 6,7 (72-95)	120,6 ± 7,4 (108-135)	69,7 ± 6,8 (60-86)	14,2 ± 0,8 (12-16)	99,1 ± 0,9 (97-100)
H4	81,1 ± 6,7 (66-94)	119,8 ± 6,9 (109-136)	68,7 ± 6,5 (60-82)	14,3 ± 0,8 (12-16)	98,9 ± 1,0 (97-100)
H8	79,9 ± 6,5 (64-92)	119,5 ± 5,7 (105-134)	68,0 ± 6,1 (58-80)	13,6 ± 1,0 (9-16)	97,4 ± 1,0 (96-100)
H16	79,9 ± 5,8 (67-92)	118,4 ± 5,6 (105-130)	68,4 ± 4,6 (61-79)	15,1 ± 0,6 (14-17)	98,9 ± 1,0 (97-100)
H24	79,8 ± 6,7 (66-97)	119,6 ± 4,8 (108-131)	68,7 ± 3,9 (60-76)	14,5 ± 0,5 (14-16)	99,4 ± 0,9 (97-100)
H36	78,4 ± 5,9 (68-91)	116,3 ± 17,8 (108-130)	67,4 ± 4,8 (55-76)	13,7 ± 0,9 (11-15)	98,2 ± 1,3 (96-100)
H48	78,4 ± 4,6 (66-87)	117,9 ± 4,7 (108-126)	67,6 ± 4,4 (58-74)	12,9 ± 1,2 (11-15)	98,5 ± 1,0 (96-100)
H72	77,7 ± 4,0 (70-86)	118,7 ± 6,6 (105-138)	68,1 ± 4,6 (60-80)	12,6 ± 0,8 (11-15)	99,2 ± 0,8 (98-100)
p	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Tần số tim, tần số thở có xu hướng giảm theo thời gian, song không ức chế hô hấp; huyết áp của BN ổn định. Khác biệt chỉ số sinh tồn giữa các thời điểm theo dõi không có ý nghĩa thống kê.

- Thay đổi mức độ an thần theo thang điểm OAA/S lần lượt theo từng thời điểm từ H0 đến H72 là: 4,6 ± 0,3 điểm; 4,5 ± 0,2 điểm; 4,5 ± 0,3 điểm; 4,2 ± 0,3 điểm; 4,4 ± 0,1 điểm; 4,3 ± 0,5 điểm; 4,4 ± 0,4 điểm; 4,2 ± 0,4 điểm; 4,1 ± 0,3 điểm; 4,2 ± 0,2 điểm (mức an thần nhẹ).

- Các tác dụng không mong muốn (n = 48):

+ Ngứa: 2 BN (4,17%).

+ Buồn nôn, nôn: 8 BN (16,66%).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật khi sử dụng PCA:

Sau phẫu thuật, tác dụng vô cảm của gây tê tủy sống dần mất đi, BN sẽ đau nếu không được sử dụng các biện pháp chống đau. Khi điểm VAS > 4, BN có nhu cầu được tiếp tục giảm đau. Kết quả nghiên cứu này cho thấy, khi bắt đầu tiến

hành PCA (bằng morphine đường tĩnh mạch), điểm đau trung bình của BN khi nghỉ và khi ho lần lượt là 5,62 và 6,45. Sau khi cho liều bolus 2 mg morphine, tại thời điểm H0,15, điểm VAS khi nghỉ (3,14 điểm) và khi ho (4,24 điểm) đều giảm rõ rệt. Tại tất cả các thời điểm theo dõi sau thời điểm H0,5, điểm VAS cả khi nghỉ và khi ho đều < 4 (mức đau BN có thể chấp nhận được). Theo khuyến cáo của WHO, khi điểm VAS < 4 thì không phải can thiệp. Điểm đau khi nghỉ và khi ho đều có xu hướng giảm theo thời gian, điều này phù hợp với diễn biến bình thường của quá trình liền vết thương và diễn biến của đau sau mổ.

BN của chúng tôi có điểm VAS thấp hơn so với nghiên cứu của Đào Khắc Hùng [1] ở nhiều thời điểm sau mổ dù thời gian khóa của chúng tôi dài hơn (10 phút so với 8 phút). Có thể do Đào Khắc Hùng bắt đầu thực hiện PCA khi BN đã có mức đau cao hơn (điểm VAS 6,2 ± 2). Tác giả cũng nhận thấy điểm VAS có xu hướng giảm rõ khi theo dõi 48 giờ sau mổ. Hoàng Xuân Quân nghiên cứu giảm đau PCA bằng morphine đường tĩnh mạch trên các BN mổ ngực, thấy mức độ

giảm đau khi nghỉ là tốt, nhưng khi ho chưa tốt với VAS > 4 [2], có lẽ do mổ ngực gây đau nhiều hơn so với mổ vùng bụng dưới và chi dưới.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trung bình có 43,46 lần BN tự bấm nút để thêm thuốc giảm đau, tập trung nhiều hơn vào 24 giờ đầu sau mổ và ở các BN mổ vùng bụng dưới. Điều này là do mức đau sau phẫu thuật ở các ngày đầu cao hơn. Hơn nữa, đau sau phẫu thuật với vô cảm bằng gây tê tủy sống xuất hiện ở BN mổ vùng bụng dưới sớm hơn so với mổ chi dưới (do liên quan đến được động học của thuốc tê trong dịch não tủy). Tổng lượng morphine trung bình để giảm đau trong 72 giờ của nghiên cứu này là $52,24 \pm 2,54$ mg. Đào Khắc Hùng [1] nghiên cứu giảm đau PCA bằng morphine trên BN mổ 2 xương cẳng chân sử dụng trung bình $48,48 \pm 3,56$ mg sau 48 giờ.

Khi BN bấm máy PCA liên tục 3 lần không đáp ứng, tức là tại thời điểm đó, hiệu quả giảm đau sau mổ chưa đạt mức mong muốn. Các BN này được tiêm bổ sung fentanyl, tổng liều trung bình là $65,23 \pm 6,02$ μ g (đây là một lượng nhỏ nhưng đều đạt mức giảm đau cần thiết). Trong nghiên cứu này, chúng tôi chỉ phải tiêm bổ sung fentanyl trong những giờ đầu sau mổ.

Nguyễn Toàn Thắng đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật bụng của fentanyl, morphine, morphine-ketamin tĩnh mạch BN tự kiểm soát cho thấy kết quả giảm đau 48 giờ sau mổ tốt, nhưng tỉ lệ cần bổ sung giảm đau ở nhóm dùng morphine cao hơn 2 nhóm còn lại. Đồng thời, tỉ lệ nôn, ngứa, bí tiểu cũng cao hơn [3]. Như vậy, có thể phối hợp ketamin với morphine để tăng hiệu quả giảm đau và giảm tác dụng không mong muốn.

4.2. Ảnh hưởng trên tuần hoàn, hô hấp và tác dụng không mong muốn:

Sự thay đổi tần số tim, HATth, HATtr tại các thời điểm theo dõi trong nghiên cứu không có ý nghĩa thống kê và đều trong giới hạn bình thường. Như vậy, giảm đau bằng morphine đường tĩnh mạch do BN tự kiểm soát có huyết động ổn định. Kết quả của chúng tôi tương tự với Đào Khắc Hùng [1] và Hoàng Xuân Quân [2].

Độ bão hòa oxy mao mạch trung bình từ 96,7-99,4%, chứng tỏ không có tình trạng thiếu oxy ở BN. Tuy nhiên, tần số thở của BN có xu hướng giảm dần, song vẫn ở mức cho phép, không ghi nhận BN nào bị ức chế hô hấp. Theo Macintyre P.E (2001) [6], tỉ lệ ức chế hô hấp khi sử dụng thuốc giảm đau nhóm opioid theo phương thức giảm đau BN tự điều khiển đường tĩnh mạch từ 0,1-0,8% nếu không sử dụng liều nền. Khi sử dụng liều nền, tỉ lệ này tăng lên từ 1,1-3,9%.

Trong nghiên cứu này, mức độ an thần của BN tính theo điểm số OAA/S trung bình, dao động từ 4,1-4,6 (ở mức an thần nhẹ) và không BN nào bị ức chế hô hấp hoặc suy hô hấp. An thần chủ yếu do tác dụng của thuốc giảm đau nhóm opioid lên

hệ thần kinh trung ương. Độ an thần rất quan trọng để theo dõi biến chứng ức chế hô hấp nên cần được theo dõi sát và đánh giá thường xuyên, đặc biệt trên những BN cao tuổi.

Tác dụng không mong muốn khác trong nghiên cứu này bao gồm ngứa (4,17%), buồn nôn và nôn (16,66%). Nghiên cứu của Đào Khắc Hùng [1] thấy tỉ lệ ngứa 10%, buồn nôn và nôn 10%; Hoàng Xuân Quân thấy, tỉ lệ buồn nôn và nôn 28,12% (cao hơn chúng tôi, có lẽ do BN trước đó đã được gây mê nội khí quản [2]). Kết quả của chúng tôi tương đương với Claude Mann (2000) [4] và Keita H, Geachan N [5].

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu giảm đau sau phẫu thuật bằng morphine do BN tự kiểm soát đường tĩnh mạch trên 48 BN sau phẫu thuật vùng bụng dưới và chi dưới, từ tháng 05/2013-5/2015, tại Bệnh viện Quân y 354 cho thấy hiệu quả giảm đau tốt: khi nghỉ có 93,33% BN không đau đến đau vừa; khi ho có 77,77% BN đau nhẹ đến đau vừa. Tổng lượng morphine sử dụng trong 72 giờ là $52,24 \pm 2,54$ mg; tổng lượng fentanyl bổ sung giảm đau là $65,23 \pm 6,02$ μ g. Trong suốt quá trình điều trị, BN có huyết động ổn định, không ức chế hô hấp, điểm an thần OAA/S từ 4,1-4,6. Các tác dụng không mong muốn: ngứa 4,17%, buồn nôn và nôn 16,66%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đào Khắc Hùng, Nguyễn Quốc Kính (2012), "Đánh giá hiệu quả giảm đau và tính an toàn của morphine đơn thuần và morphine kết hợp ketamine do BN tự điều khiển sau mổ gây 2 xương cẳng chân", *Tạp chí Y học thực hành* (821), số 5, tr 140-143.
2. Hoàng Xuân Quân, Nguyễn Quốc Kính (2011), "So sánh hiệu quả giảm đau sau mổ ngực do BN tự điều khiển qua đường ngoài màng cứng bằng bupivacain-sufentanil với dùng morphine đường tĩnh mạch", *Tạp chí Y học thực hành* (729), số 11, tr. 96-98.
3. Nguyễn Toàn Thắng (2016), *Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật bụng và tác dụng không mong muốn của fentanyl, morphin, morphine - ketamin tĩnh mạch theo phương pháp BN tự kiểm soát*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Claude M, Yvan P (2000), "Comparison of intravenous or epidural PCA in the elderly after major abdominal surgery", *Anesthesiology*, 92 (2), pp. 433-441.
5. Keita H, Geachan N, Dahmani S, Couderc E, Armand C (2003), "Comparison between PCA and subcutaneous morphine in elderly patients after total hip replacement", *BJA*, 90(1), pp. 53-57.
6. Macintyre P.E (2001), "Safety and efficacy of PCA", *Br J Anaesth*, 87, pp. 36-46. □

KẾT QUẢ QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

TS. VŨ HÀ NGA SƠN, BSCKII. NGUYỄN MINH CƯƠNG
BSCKII. NGUYỄN THẮNG LỢI, BSCKII. BÙI MINH THU
BSCKII. VŨ THỊ THANH HẢI - *Bệnh viện Quân y 354*
Phản biện khoa học: PGS.TS. LƯƠNG CÔNG THỨC
Phó Giám đốc Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT: *Mục tiêu nghiên cứu:* Đánh giá kết quả điều trị và các biến cố tim mạch, biến chứng của bệnh trong quá trình quản lý, điều trị sau 1 năm, trên 1.045 bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường típ 2 từ 18 tuổi trở lên, điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 354, từ 01/01/2017-28/3/2018. **Kết quả:** Sau 1 năm điều trị, số bệnh nhân đạt huyết áp mục tiêu tăng từ 72,98% lên 89,95%, ($p < 0,001$); số bệnh nhân kiểm soát glucose máu kém giảm từ 70,44% xuống 65,61%, ($p < 0,001$); số bệnh nhân kiểm soát HbA1c kém giảm từ 35,0% xuống 24,7%, ($p < 0,001$). Tỷ lệ các biến cố tim mạch và biến chứng ở nhóm bệnh nhân tăng huyết áp gồm: tăng huyết áp khẩn cấp 1,27%; đột quỵ não cấp 1,03%; nhồi máu cơ tim cấp 0,35%; đau thắt ngực 5,43%; suy tim mới 0,81%; suy thận mới 1,04%. Tỷ lệ các biến cố tim mạch và biến chứng ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường gồm: tăng huyết áp khẩn cấp 1,21%; đột quỵ não cấp 0,75%; nhồi máu cơ tim cấp 0,45%; đau thắt ngực 4,37%; suy tim mới 0,61%; suy thận mới 1,36%; hạ glucose máu 0,9%; đục thủy tinh thể 32,7%, glaucome 0,6%; bệnh võng mạc 0,15%; bệnh thần kinh ngoại vi 4,82%.

Từ khóa: Tăng huyết áp, đái tháo đường típ 2.

ABSTRACT: *Objectives of the study:* Evaluate the results of treatment and cardiovascular occurrences and complications in the process of management and treatment after 1 year in 1,045 outpatients with hypertension and type 2 diabetes at the age of 18 years and older, treated at the Department of examination, Military hospital 354 from January 1, 2017 to March 28, 2018. **Results:** After one year of treatment, the number of patients achieving target blood pressure increased from 72.98% to 89.95%, ($p < 0.001$); the number of patients with poor blood glucose control decreased from 70.44% to 65.61%, ($p < 0.001$); the number of patients with poor HbA1c control decreased from 35.0% to 24.7% ($p < 0.001$). The rate of cardiovascular occurrences and complications in hypertensive patients included: acute hypertension 1.27%; acute brain stroke 1.03%; acute myocardial infarction 0.35%; angina 5.43%; new heart failure 0.81%; new kidney failure 1.04%. The rate of cardiovascular occurrences and complications in diabetic patients included: acute hypertension 1.21%; acute brain stroke 0.75%; acute myocardial infarction 0.45%; angina 4.37%; new heart failure 0.61%; new kidney failure 1.36%; hypoglycemia 0.9%; cataract 32.7%, glaucome 0.6%; retinopathy 0.15; peripheral neuropathy 4.82%.

Keywords: Hypertension, type 2 diabetes mellitus.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Nguyễn Minh Cường, Email: bsnguyenminhcuong354@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 01/3/2019; chấp nhận đăng: 29/3/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Mô hình bệnh tật trên thế giới và Việt Nam đang dịch chuyển từ các bệnh lây nhiễm sang các bệnh không lây nhiễm. Tăng huyết áp (THA) và đái tháo đường (ĐTĐ) là 2 trong những bệnh không lây nhiễm chính có tỉ lệ mắc lớn và là yếu tố nguy cơ tim mạch chính làm tăng tỉ lệ biến chứng tim mạch. Các nghiên cứu đã chứng minh một chế độ điều trị tích cực, bao gồm kết hợp thay đổi lối sống và can thiệp bằng thuốc, nhằm kiểm soát toàn diện các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân (BN) THA, ĐTĐ sẽ làm giảm có ý nghĩa các biến cố tim mạch và tử vong. Việc quản lý, điều trị

ngoại trú BN THA, ĐTĐ tại tuyến bệnh viện đóng vai trò quan trọng trong chuỗi hoạt động phát hiện sớm, chẩn đoán, điều trị.

Bệnh viện Quân y 354 đã triển khai quản lý, điều trị ngoại trú BN THA, ĐTĐ tại Khoa Khám bệnh từ 01/3/2013. Chúng tôi nghiên cứu đề tài với mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị ngoại trú BN THA, ĐTĐ và theo dõi các biến cố tim mạch, biến chứng bệnh trong quá trình quản lý, điều trị.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

1.045 BN từ 18 tuổi trở lên, có chẩn đoán

THA, ĐTĐ típ 2, được quản lý, điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 354, từ 01/01/2017-28/3/2018. Loại trừ các BN THA, ĐTĐ thứ phát, BN có các bệnh cấp tính khác kèm theo.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, đánh giá theo chiều dọc.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán THA và ĐTĐ (theo hướng dẫn của Bộ Y tế):

+ THA khi huyết áp tâm thu (HATTh) ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương (HATTr) ≥ 90 mmHg [1].

+ ĐTĐ khi mức glucose huyết tương lúc đói $\geq 7,0$ mmol/l ở cả 2 lần xét nghiệm vào hai thời điểm khác nhau [2].

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Giai đoạn 1: phỏng vấn điều tra và khám thu thập số liệu tại thời điểm bắt đầu tham gia nghiên cứu (T0), từ 01/1/2017-28/3/2017. BN được khám và làm các xét nghiệm để chẩn đoán xác định bệnh, các yếu tố nguy cơ tim mạch và tổn thương cơ quan đích. BN được quản lý bằng bệnh án điều trị ngoại trú; theo dõi, điều trị theo hướng dẫn của Bộ Y tế. BN tái khám định kỳ hàng tháng để được điều chỉnh đơn thuốc và phát hiện kịp thời các biến cố tim mạch, biến chứng của bệnh.

Các yếu tố nguy cơ tim mạch, gồm: tuổi (≥ 55 ở nam, ≥ 65 ở nữ); giới nam; tiền sử gia đình có người mắc bệnh tim mạch sớm; rối loạn chuyển hóa lipid (cholesterol toàn phần $\geq 5,2$ mmol/L; triglycerid $\geq 1,7$ mmol/L; HDL-c $< 1,03$ mmol/L ở nam và $< 1,3$ mmol/L ở nữ; LDL-c $> 3,0$ mmol/L); ĐTĐ; béo phì; hút thuốc lá; lạm dụng rượu bia; lười vận động thể lực.

+ Giai đoạn 2: phỏng vấn điều tra và khám thu thập số liệu tại thời điểm sau tham gia nghiên cứu 1 năm (T1), từ 01/1/2018-28/3/2018. BN được thăm khám và làm các xét nghiệm để chẩn đoán xác định các biến cố tim mạch gồm: đột quỵ não; bệnh mạch vành; bệnh thận; bệnh mạch máu ngoại vi; tổn thương đáy mắt; bệnh lý bàn chân.

- Đánh giá kết quả điều trị:

+ Tốt: glucose máu lúc đói từ 4,4-6,1 mmol/L; HbA1c $\leq 6,5\%$; huyết áp $\leq 130/80$ mmHg (nếu nguy cơ tim mạch từ cao đến rất cao thì huyết áp mục tiêu cần đạt $< 130/80$ mmHg [1], [2]).

+ Chấp nhận: glucose máu lúc đói từ 6,2-7,0 mmol/L; HbA1c từ trên 6,5% đến $\leq 7,5\%$; huyết áp từ 130/80 đến 140/90 mmHg.

+ Kém: glucose máu lúc đói từ $> 7,0$ mmol/L; HbA1c $> 7,5\%$; huyết áp $> 140/90$ mmHg.

- Xử lý số liệu: các số liệu thu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu:

Bảng 1. Phân bố BN theo bệnh lý và giới tính.

Mặt bệnh	Cộng		Nam		Nữ		p
	n	%	n	%	n	%	
THA đơn thuần	382	36,55	163	42,7	219	57,3	$< 0,05$
ĐTĐ đơn thuần	179	17,13	101	56,4	78	43,6	$< 0,05$
THA kèm ĐTĐ	484	46,32	239	49,4	245	50,6	$> 0,05$
Có THA	866	82,9	402	46,42	464	53,58	$< 0,05$
Có ĐTĐ	663	63,4	340	51,28	323	48,72	$< 0,05$

Bảng 2. Phân bố BN THA theo độ tuổi và giới tính.

Độ tuổi	Cộng (n = 866)		Nam (n = 402)		Nữ (n = 464)		p (nam/nữ)
	n	%	n	%	n	%	
40-49	5	0,6	2	0,5	3	0,6	$> 0,05$
50-59	128	14,8	62	15,4	66	14,2	$> 0,05$
60-69	495	57,2	208	51,7	287	61,9	$< 0,05$
≥ 70	238	27,5	130	32,3	108	23,3	$< 0,05$
Trung bình	65,81 $\pm 6,06$		66,11 $\pm 6,34$		65,55 $\pm 5,80$		$> 0,05$

Bảng 3. Phân bố BN ĐTĐ theo độ tuổi và giới tính.

Độ tuổi	Cộng (n = 663)		Nam (n = 340)		Nữ (n = 323)		p (nam/nữ)
	n	%	n	%	n	%	
40-49	6	0,9	1	0,3	5	1,5	$< 0,05$
50-59	120	18,1	55	16,2	65	20,1	$< 0,05$
60-69	391	59,0	201	59,1	190	58,8	$> 0,05$
≥ 70	146	22,0	83	24,4	63	19,5	$< 0,05$
Trung bình	64,75 $\pm 6,22$		65,17 $\pm 6,09$		64,31 $\pm 6,33$		$> 0,05$

3.2. Kết quả kiểm soát THA và ĐTĐ:

3.2.1. Kết quả kiểm soát huyết áp:

Bảng 4. Phân độ HATTh ở BN THA tại các thời điểm (n = 866).

Phân độ THA	T0		T1		p
	n	%	n	%	
HATTh < 140 mmHg	632	72,98	779	89,95	$< 0,001$
THA độ I	169	19,51	79	9,12	$< 0,001$
THA độ II	65	7,51	5	0,58	$< 0,001$
THA độ III	0	0	3	0,35	
HATTh trung bình	130,95 $\pm 12,12$		126,10 $\pm 8,48$		$< 0,001$

3.2.2. Kết quả kiểm soát glucose máu lúc đói:

Bảng 5. Mức glucose máu lúc đói ở BN ĐTĐ tại các thời điểm (n = 663).

Mức glucose máu lúc đói	T0		T1		p
	n	%	n	%	
4,4-6,1 mmol/l	54	8,14	94	14,18	< 0,001
6,2-7,0 mmol/l	142	21,42	134	20,21	< 0,001
> 7,0 mmol/l	467	70,44	435	65,61	< 0,001
Trung bình	8,36 ± 2,39		7,98 ± 2,18		< 0,001

3.2.3. Kết quả kiểm soát HbA1c:

Bảng 6. Mức HbA1c ở BN ĐTĐ tại các thời điểm (n = 663).

Mức HbA1c	T0		T1		p
	n	%	n	%	
≤ 6,5%	203	30,6	258	38,9	< 0,001
> 6,5-7,5%	228	34,4	241	36,3	< 0,05
> 7,5%	232	35,0	164	24,7	< 0,001
Trung bình	7,36 ± 1,43		7,04 ± 1,24		< 0,001

3.3. Biến cố tim mạch và các biến chứng ở BN THA, ĐTĐ:

Bảng 7. Tần suất biến cố, biến chứng tim mạch từ T0-T1.

Biến cố, biến chứng	THA (n = 866)		ĐTĐ (n = 663)		Chung (n = 1.045)	
	n	%	n	%	n	%
Đột quỵ não cấp	09	1,03	05	0,75	10	0,96
Nhồi máu cơ tim cấp	03	0,35	03	0,45	03	0,29
Đau thắt ngực	47	5,43	29	4,37	52	4,97
THA khẩn cấp	11	1,27	08	1,21	11	1,05
Suy tim mới	07	0,81	04	0,61	07	0,67
Suy thận mới	09	1,04	09	1,36	11	1,05
Cộng	86	9,93	58	8,75	94	8,99

- Tần suất biến chứng cấp tính ở BN ĐTĐ từ thời điểm T0-T1 (n = 663):

- + Hạ đường huyết: 4 BN (0,6%).
- + Hôn mê do hạ đường huyết: 2 BN (0,3%).
- + Đường huyết tăng cao: 1 BN (0,15%).
- + Nhiễm trùng nặng (viêm phổi, viêm thận bể thận): 4 BN (0,6%).
- + Tổng số: 11 BN (1,65%).

- Tần suất biến chứng mất ở BN ĐTĐ từ thời điểm T0-T1 (n = 663):

+ Đục thủy tinh thể: 206 BN (32,7%).

+ Glaucoma: 4 BN (0,6%).

+ Bệnh võng mạc: 1 BN (0,15%).

+ Tổng số: 211 BN (33,45%).

- Tần suất biến chứng thần kinh ngoại vi ở BN ĐTĐ từ thời điểm T0-T1 (n = 663):

+ Bệnh TK ngoại vi: 32 BN (4,82%).

+ Nhiễm trùng bàn chân: 2 BN (0,3%).

+ Tổng số: 34 BN (5,12%).

4. BÀN LUẬN.**4.1. Kết quả điều trị ngoại trú BN THA, ĐTĐ:**

Kết quả kiểm soát THA: trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm BN THA, tỉ lệ BN đạt huyết áp mục tiêu sau 1 năm cao hơn so với nhiều nghiên cứu khác trong nước. Nghiên cứu của Đồng Văn Thành trên 54.500 BN THA được quản lý, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai và 22 bệnh viện khác từ 2002-2012, thấy tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu 66,8% [3]. Nghiên cứu của Phan Anh Phong trên 1.487 BN THA được quản lý, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam, từ tháng 5/2009-11/2010, tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu 74,9% [5]. Nghiên cứu của Phan Long Nhơn trên 400 BN THA được quản lý, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Bồng Sơn, Bình Định, từ 2012-2014, tỉ lệ đạt huyết áp mục tiêu 77,25% [6]. Có lẽ do nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi sống trong các quận nội thành Hà Nội, là nơi có nhiều trường trình truyền thông về bệnh, thuận lợi cho chăm sóc sức khỏe, giúp BN có hiểu biết bệnh tốt hơn, tỉ lệ tái khám hàng tháng cao, được cấp thuốc đều đặn, do đó số BN đạt huyết áp mục tiêu cao.

Kết quả kiểm soát glucose máu ở BN ĐTĐ típ 2 phù hợp với nhiều nghiên cứu khác trong nước. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Vân trên 1.214 BN ĐTĐ típ 2 được quản lý, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Bạch Mai từ 2006-2010, sau 1 năm theo dõi điều trị, trị số glucose máu trung bình giảm từ 12,1 ± 9,6 mmol/L xuống còn 10,83 ± 5,74 mmol/L (p < 0,05), HbA1c giảm từ 8,1 ± 2,1% xuống còn 7,8 ± 1,8% (p < 0,05) [4]. Nghiên cứu của Tạ Văn Bình trên 662 BN ĐTĐ tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2003-2004, sau 1 năm theo dõi điều trị, trị số glucose máu trung bình cũng giảm từ 10,1 mmol/L xuống 7,5 mmol/L; tỉ lệ kiểm soát kém glucose máu giảm từ 87,4% xuống 60%; trị số HbA1c trung bình giảm từ 9,3% xuống 7,7%; tỉ lệ kiểm soát kém HbA1c giảm từ 71,4% xuống 41,3% [8].

Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ kiểm soát glucose máu kém sau một năm quản lý điều trị vẫn còn ở mức cao: trị số trung bình glucose máu lúc đói là 7,98 ± 2,18 mmol/L; tỉ lệ kiểm soát glucose máu kém là 65,61% và tỉ lệ

kiểm soát HbA1c kém là 24,7%. Các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh tim mạch tăng cao có liên quan đến tình trạng kiểm soát glucose máu kém, cứ tăng 1% HbA1c thì nguy cơ mắc bệnh tim mạch tăng lên 10-30%. Do đó, cần tiếp tục cá thể hóa điều trị, tích cực giáo dục sức khỏe cho người bệnh, bảo đảm kết hợp chặt chẽ giữa chế độ ăn, chế độ luyện tập và tuân thủ điều trị thuốc để kiểm soát tốt glucose máu mục tiêu.

4.2. Biến cố tim mạch và biến chứng của THA, ĐTĐ:

Ở nhóm BN THA, tỉ lệ đột quỵ não cấp và nhồi máu cơ tim cấp trong nghiên cứu của chúng tôi (1,03% và 0,35%) thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Anh Phong (lần lượt là 2,2% và 0,5%) [5]. Tuy nhiên, tần suất đột quỵ não cấp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Phan Long Nhơn (0,5% BN bị đột quỵ não trong 24 tháng quản lý, điều trị) [6].

Ở nhóm BN ĐTĐ, tỉ lệ các biến cố và biến chứng tim mạch ở nhóm BN ĐTĐ típ 2 trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Hồng Vân (sau 3 năm quản lý điều trị, tỉ lệ BN đột quỵ não 3,1%; nhồi máu cơ tim 1,8%, thiếu năng vành 5,6% [4]); song cao hơn so với nghiên cứu của Tạ Văn Bình (tỉ lệ đột quỵ não, bệnh mạch vành và suy thận mới sau 1 năm quản lý, điều trị có tăng nhưng không có ý nghĩa thống kê, cụ thể: đau thắt ngực 3,8%; đột quỵ não 1,2%, nhồi máu cơ tim 0,2%, suy thận mới 0,3% [8]).

Nghiên cứu của Tạ Văn Bình thấy tỉ lệ thấp các biến chứng cấp tính ở BN ĐTĐ, chỉ có 0,8% BN bị nhiễm toan ceton và một tỉ lệ như thế bị hôn mê do tăng áp lực thẩm thấu; không thấy trường hợp nào bị hạ glucose máu nặng [8]. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tăng glucose máu thấp hơn, nhưng tỉ lệ hạ glucose máu lại cao hơn hẳn so với nghiên cứu của Tạ Văn Bình. Hạ glucose máu có thể trực tiếp gây nguy hiểm đến tính mạng và là nguyên nhân của các triệu chứng thần kinh do thiếu glucose mô [7]. Nhóm BN ĐTĐ trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn là người cao tuổi (≥ 60 tuổi chiếm 81%), nguy cơ có biến chứng hạ glucose máu cao. Mặt khác, các thuốc BN của chúng tôi sử dụng đôi lúc phụ thuộc vào chế độ BN được hưởng (các BN không có điều kiện kinh tế để sử dụng thuốc tốt, phù hợp). Do đó, cần tiếp tục tăng cường giáo dục sức khỏe giúp người bệnh hiểu và có thể tự theo dõi, tự xử lý khi có hạ glucose máu xảy ra; có thể tự điều chỉnh lượng glucose máu của mình bằng chế độ ăn, chế độ luyện tập hoặc bằng thuốc trong mọi trường hợp. Đây là biện pháp hữu hiệu nhất để phòng chống biến chứng hạ glucose máu.

Tỉ lệ biến chứng mắt do ĐTĐ có liên quan chặt chẽ đến thời gian mắc bệnh ĐTĐ. Ở BN có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm, tỉ lệ mắc bệnh võng mạc dao động từ 25-40%. Trên 60% BN ĐTĐ típ 2 có tổn thương võng mạc ở mức độ khác nhau sau 20 năm kể từ khi phát hiện mắc bệnh ĐTĐ. Bệnh võng mạc có thể gây mù lòa và có mối liên quan chặt chẽ với chất lượng kiểm soát glucose máu [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm BN ĐTĐ, tỉ lệ bệnh võng mạc tăng thêm sau 1 năm quản lý điều trị rất thấp so với nghiên cứu của Tạ Văn Bình (0,15% so với 11,5%) [8], có thể khả năng phát hiện bệnh lý võng mạc do ĐTĐ của chúng tôi còn hạn chế.

Bệnh lý thần kinh ngoại vi là một biến chứng mạn tính quan trọng của bệnh ĐTĐ và tỉ lệ mắc ngày càng tăng theo thời gian mắc bệnh [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm BN ĐTĐ, tỉ lệ bệnh thần kinh ngoại vi tăng thêm trong 1 năm quản lý, điều trị thấp hơn so với nghiên cứu của Tạ Văn Bình (4,82% so với 13%) [8]. Tuy nhiên, thống kê của chúng tôi có thể chưa đầy đủ vì bệnh lý thần kinh ngoại vi do ĐTĐ rất đa dạng và còn nhiều khó khăn trong chẩn đoán.

Bệnh lý bàn chân do ĐTĐ ngày càng được nhiều người quan tâm bởi tính phổ biến của bệnh. Một thông báo của WHO tháng 3/2006 cho thấy, tới 15% số người mắc ĐTĐ có liên quan tới bệnh lý bàn chân, 20% số người mắc ĐTĐ phải nhập viện do bị loét chân. Tỉ lệ bệnh lý bàn chân của người ĐTĐ cũng khác nhau tùy theo tình trạng kinh tế xã hội, ở các quốc gia phát triển chỉ vào khoảng 5% và lên tới 40% ở các quốc gia đang phát triển [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm BN ĐTĐ, sau 1 năm quản lý, điều trị có thêm 2 BN bị nhiễm trùng bàn chân (chiếm 0,3%), cao hơn so với nghiên cứu của Tạ Văn Bình (tỉ lệ nhiễm trùng bàn chân sau 1 năm quản lý, điều trị thay đổi không có ý nghĩa thống kê [8]).

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 1.045 BN THA, ĐTĐ típ 2 được quản lý, điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 354 từ 01/01/2017 đến 28/3/2018, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Kết quả điều trị: số BN THA đạt huyết áp mục tiêu tăng từ 72,98% lên 89,95%, ($p < 0,001$). Trị số HATTh trung bình giảm từ $130,95 \pm 12,12$ mmHg xuống $126,10 \pm 8,48$ mmHg ($p < 0,001$). Trị số glucose máu trung bình giảm từ $8,36 \pm 2,39$ mmol/L xuống $7,98 \pm 2,18$, ($p < 0,001$); số BN kiểm soát glucose máu kém giảm từ 70,44% xuống 65,61%, ($p < 0,001$). Trị số HbA1c trung bình giảm từ $7,36 \pm 1,43\%$ xuống $7,04 \pm 1,24\%$, ($p < 0,001$); số BN kiểm soát HbA1c kém giảm từ 35,0% xuống 24,7%, ($p < 0,001$).

(Xem tiếp trang 44)

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

BS. HỒ NGHĨA TRUNG, BSCKI. VŨ ĐĂNG DŨNG
BSCKI. NGUYỄN HUY VIỆT, TS. VŨ HÀ NGÀ SƠN
Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: TS. TRẦN ĐỨC HÙNG
Chủ nhiệm Khoa Can thiệp tim mạch, Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT: **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả bước đầu can thiệp mạch vành qua da trên bệnh nhân có hội chứng mạch vành cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Hồi cứu, mô tả cắt ngang 58 bệnh nhân có hội chứng mạch vành cấp, được chẩn đoán và can thiệp từ tháng 3/2017-5/2018. **Kết quả:** Đa số bệnh nhân là nam giới (69,6%), tuổi từ 45-75 (79,3%), trung bình $66,24 \pm 12,31$ tuổi. Các yếu tố nguy cơ thường gặp là tăng huyết áp (50%), rối loạn chuyển hóa lipid (20,6%), đái tháo đường (19%). Tỷ lệ phát hiện tổn thương ở 1 nhánh mạch vành 69%; tổn thương ở 2 nhánh 24,1%; tổn thương ở 3 nhánh 6,9%; tổn thương LAD 50%, tổn thương RCA 22,4%, tổn thương LCx 27,6%, tổn thương type A 22,4%, tổn thương type B 51,7%, tổn thương type C 25,9%. Tỷ lệ thành công về thủ thuật 84,5%. Tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân 5,2%.

Từ khóa: Can thiệp mạch vành qua da, hội chứng vành cấp.

ABSTRACT: Objectives: Evaluate the initial results of percutaneous coronary intervention in patients with acute coronary syndrome. **Subjects and methods:** Retrospective study, cross-sectional description of 58 patients with acute coronary syndrome, diagnosed and intervened from March 2017 to May 2018. **Results:** The majority of patients were male (69.6%), aged 45-75 years (79.3%), the average age was 66.24 ± 12.31 years. The common risk factors were hypertension (50%), lipid metabolism disorders (20.6%), diabetes (19%). The rate of detecting lesions in one coronary branch was 69%; lesions in two branches were 24.1%; lesions in three branches were 6.9%; LAD lesions were 50%, RCA lesions were 22.4%, LCx lesions were 27.6%, type A lesions were 22.4%, type B lesions were 51.7%, type C lesions were 25.9%. The rate of successful intervention was 84.5%. The mortality rate from all causes 5.2%.

Keywords: Percutaneous coronary intervention, acute coronary syndrome.

Chịu trách nhiệm nội dung: BS. Hồ Nghĩa Trung, Email: nghiatrung862004.th@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 01/3/2019; chấp nhận đăng: 29/3/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Hội chứng mạch vành cấp là tình trạng giảm đột ngột dòng chảy của máu qua động mạch vành (ĐMV). Hội chứng mạch vành cấp bao gồm nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, nhồi máu cơ tim cấp không có ST chênh lên và đau thắt ngực không ổn định. Tại Việt Nam, chụp ĐMV được áp dụng lần đầu tiên vào năm 1995, mở ra thời kỳ mới cho chẩn đoán bệnh ĐMV và can thiệp tim mạch. Từ đó đến nay, các cơ sở y tế đã cấp cứu kịp thời cho nhiều bệnh nhân (BN), giảm đáng kể tỷ lệ tử vong và biến chứng của bệnh.

Trên cả nước, hiện đã có nhiều cơ sở y tế thực hiện được các kỹ thuật can thiệp tim mạch. Bệnh viện Quân y 354 bắt đầu thực hiện các kỹ thuật can thiệp tim mạch này từ tháng 9/2016, trên cả BN có hội chứng mạch vành cấp và BN bệnh ĐMV mạn tính. Tổng kết và rút kinh nghiệm trong quá trình thực hiện kỹ thuật, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá kết quả bước đầu can thiệp mạch vành qua da trên BN có hội chứng mạch vành cấp tại Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

58 BN có hội chứng mạch vành cấp, được chẩn đoán và can thiệp mạch vành qua da tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 3/2017 đến tháng 5/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả cắt ngang.
- Chẩn đoán hội chứng vành cấp theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch Việt Nam [12].
- Các bước thực hiện: BN được khám lâm sàng, chuẩn bị đầy đủ các xét nghiệm máu thường quy, men tim, X quang tim phổi, siêu âm tim. Khi BN có chỉ định điều trị can thiệp mạch vành, BN được tiến hành các kỹ thuật can thiệp theo quy trình tại đơn vị Can thiệp mạch. Sau khi can thiệp, BN được theo dõi và tiếp tục điều trị theo phác đồ sau can thiệp của Hội Tim mạch Việt Nam [12].
- Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm tuổi, giới tính, yếu tố nguy cơ:

- Phân bố BN theo độ tuổi:
- + Dưới 45 tuổi: 2 BN (3,4%).
- + Từ 45-75 tuổi: 46 BN (79,3%).
- + Trên 75 tuổi: 10 BN (17,3%).
- Giới tính:
- + Nam giới: 41 BN (70,7%).
- + Nữ giới: 17 BN (29,3%).
- Một số yếu tố nguy cơ:
- + Tăng huyết áp: 29 BN (50,0%).
- + Đái tháo đường: 11 BN (19,0%).
- + Rối loạn chuyển hóa lipid: 12 BN (20,6%).
- + Bệnh mạch vành: 3 BN (5,2%).
- + Hút thuốc lá: 3 BN (5,2%).

3.2 . Kết quả chụp và can thiệp mạch vành:

- Đặc điểm tổn thương mạch vành:
- + Tổn thương 1 nhánh: 40 BN (69,0%).
- + Tổn thương 2 nhánh: 14 BN (24,1%).
- + Tổn thương 3 nhánh: 4 BN (6,9%).
- + Tổn thương LAD: 29 BN (50,0%).
- + Tổn thương RCA: 13 BN (22,4%).
- + Tổn thương LCx: 16 BN (27,6%).
- + Tổn thương type A: 13 BN (22,4%).
- + Tổn thương type B: 30 BN (51,7%).
- + Tổn thương type C: 15 BN (25,9%).
- Kỹ thuật can thiệp:
- + Nong bóng: 3 BN (5,2%).
- + Nong bóng và đặt stent: 51 BN (87,9%).
- + Lấy cục máu đông: 4 BN (6,9%).
- Số lượng stent dùng trong can thiệp:
- + 2 stent: 8 BN (13,8%).
- + 1 stent: 47 BN (81,0%).
- + Không đặt stent: 3 BN (5,2%).
- Kết quả dòng chảy sau can thiệp:
- + TIMI 0: 1 BN (1,7%).
- + TIMI 1: 3 BN (5,2%).
- + TIMI 2: 5 BN (8,6%).
- + TIMI 3: 49 BN (84,5%).
- Tai biến, biến chứng:
- + Hội chứng tái tưới máu: 33 BN (56,9%).
- + Tổn thương LM: 1 BN (1,7%).
- + Bệnh thận thuốc cản quang: 1 BN (1,7%).
- + Di ứng thuốc cản quang: 10 BN (17,2%).
- + Huyết khối sau đặt stent: 1 BN (1,7%).

+ Suy tim: 9 BN (15,5%).

+ Tử vong: 3 BN (5,2%).

4. BÀN LUẬN.

Trong nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam giới là chủ yếu và lứa tuổi gặp nhiều nhất từ 45-75 tuổi. Kết quả này tương tự các nghiên cứu khác trong nước, như Nguyễn Quang Tuấn 2001-2003 (nam 74,7%, tuổi trung bình 63,3), Nguyễn Cửu Lợi 2005-2010 (nam 80%, tuổi trung bình 65 [6]), Huỳnh Trung Cang (nam 75,5%, tuổi trung bình 60,2 [2]). BN có tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao nhất (50,0%), tiếp đến là rối loạn chuyển hóa lipid (20,6%). Theo nghiên cứu của Huỳnh Trung Cang tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang, 868 lượt BN nghiên cứu có các yếu tố nguy cơ là tăng huyết áp 80,4%; rối loạn chuyển hóa lipid 77,7%; hút thuốc lá 68,1%; đái tháo đường 38,8%; yếu tố gia đình 0,6% [2]. Có thể do các nghiên cứu thực hiện trên những nhóm đối tượng khác nhau; hơn nữa, số lượng BN nghiên cứu của chúng tôi còn ít, nên chưa thể hiện được đặc trưng của bệnh kết hợp.

Chúng tôi thấy tỉ lệ tổn thương LAD chiếm 50,0%, xấp xỉ nghiên cứu của Nguyễn Quang Tuấn (60,3%), Hoàng Thị Minh Tâm (77,7% [10]). Chúng tôi cũng nhận thấy, trong nghiên cứu này, các BN nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên thì có tổn thương RCA cao hơn; các BN nhồi máu cơ tim cấp không có ST chênh lên hoặc BN đau thắt ngực không ổn định thì tổn thương LCx cao hơn. Dương Hồng Niên nghiên cứu trên 217 BN, tại Bệnh viện 198, thấy tổn thương 1 nhánh chiếm 61,1%; tổn thương 2 nhánh chiếm 23,3%; tổn thương 3 nhánh chiếm 14,6%; động mạch vành thủ phạm: LM 2,2%; LAD 50%; LCx 28,9%; RCA 18,9% [8]. Theo Nguyễn Khắc Linh, tổn thương ĐMV thường gặp nhất là LAD (42,9%), tỉ lệ can thiệp ĐMV cao nhất là LAD (54%) và chủ yếu là đặt 1 stent ĐMV (63,7%) [4]. Các nghiên cứu đều cho thấy tỉ lệ tổn thương LAD - động mạch quan trọng nhất trong cung cấp máu cho thất trái - thường cao nhất. Triệu chứng lâm sàng trên những BN này thường rõ ràng và nặng nề hơn, tỉ lệ suy tim và shock tim cũng cao hơn.

Về số nhánh ĐMV tổn thương trong nghiên cứu này: tỉ lệ tổn thương 1 nhánh cao nhất, tương đương với nghiên cứu của một số tác giả, như Nguyễn Phúc Quốc (tổn thương LAD 65%; RCA 26,7%; có 86,6% can thiệp một nhánh ĐMV [9]), Nguyễn Cửu Lợi (tổn thương LAD 46,67%; RCA 43,33%; có 3 trường hợp (5%) chỉ nong bóng không đặt stent [7]), Nguyễn Quang Tuấn (can thiệp ở LAD 43,3%; RCA: 20,1%; có 6 trường hợp chỉ nong bóng đơn thuần 7,2%).

Những BN không đạt TIMI 3 do tổn thương phức tạp, mảng vữa xơ cứng, không mở hết được tổn thương. Theo Huỳnh Trung Cang, can thiệp cấp cứu 38,9%; đặt stent cổ điển 80,6% [2].

Nghiên cứu của Nguyễn Phục Quốc tại Bệnh viện Quân y 175 thực hiện trên 60 BN nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp mạch vành qua da với 68 vị trí tổn thương, kết quả cho thấy đạt mức dòng chảy TIMI 0 là 56,7%; TIMI 1-2 là 40%; thành công về thủ thuật 96,7%; thành công về lâm sàng 95%; tỉ lệ các biến chứng chính 10%, tử vong 5% [9]. Do kĩ thuật và tay nghề của thầy thuốc ngày càng được nâng cao và trang thiết bị can thiệp mạch cũng có những cải tiến, nên có những tác động nhất định đến việc lựa chọn phương pháp can thiệp và tỉ lệ thành công của các ca can thiệp.

Tỉ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp. Đa số các tác giả gặp tỉ lệ biến chứng chung khi can thiệp ĐMV từ 2,2-6,1% [2], [8], [9]. Tỉ lệ tử vong trong 2 năm đầu hoạt động được ghi nhận cao hơn so với nghiên cứu tại Viện Tim (1,7% [9]), Bệnh viện 115 (1,4%) [10]. Nguyễn Khắc Linh có kết quả bước đầu: tỉ lệ thành công về thủ thuật 98,5%, thành công về lâm sàng 97%, tử vong và biến chứng trong nghiên cứu 3%. Dương Hồng Niên có tỉ lệ can thiệp thành công 100%, rối loạn nhịp 0,92%, máu tụ vị trí đâm kim 0,92%, dị ứng cường phế vị 6,7%, chưa gặp các biến chứng nặng. Trong nhóm BN của chúng tôi, các trường hợp tai biến nhẹ đều được xử trí ổn định. 3 BN tử vong đều mắc nhồi máu cơ tim cấp tính, chụp lên thấy tổn thương phức tạp kèm theo hẹp đa thân ĐMV. Các BN tử vong sau can thiệp do bị nhồi máu cơ tim diện rộng, phù phổi cấp, rung thất, ngừng tuần hoàn, shock tim không hồi phục.

Kết quả được gọi là thành công khi BN không có các biến chứng nặng khi làm các kĩ thuật hoặc bị nhồi máu cơ tim trong thời gian điều trị, phải phẫu thuật cấp cứu, hay tử vong. Tỉ lệ thành công của chúng tôi cũng tương tự các tác giả khác trong nước, như Trương Quang Bình (95,6% [1]), Thân Hà Ngọc Thê (95,3% [11]), Nguyễn Cửu Lợi (95% [7]), Huỳnh Trung Cang (thành công về lâm sàng 95,5-98%, tử vong 1,6%, các biến chứng khác < 2% [2]). Bước đầu có những thành công và ít tai biến, biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi một phần do mới triển khai, nên các BN bệnh quá nặng được chuyển tuyến trên, một số BN khác được hội chẩn và có sự giúp đỡ của chuyên gia từ các bệnh viện lớn.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 58 BN có hội chứng vành cấp, được can thiệp mạch vành qua da, tại Bệnh viện Quân y 354, chúng tôi rút ra kết luận:

- BN chủ yếu là nam giới (69,6%), từ 45-75 tuổi (79,3%), trung bình $66,24 \pm 12,31$ tuổi. Các yếu tố nguy cơ thường gặp là tăng huyết áp (50%), rối loạn chuyển hóa lipid (20,6%), đái tháo đường (19%).
- Chụp mạch vành phát hiện tổn thương 1 nhánh ở 69% BN, tổn thương 2 nhánh ở 24,1%

BN, tổn thương 3 nhánh ở 6,9% BN; tổn thương LAD 50%, tổn thương RCA 22,4%, tổn thương LCx 27,6%, tổn thương type A 22,4%, tổn thương type B 51,7%, tổn thương type C 25,9%. Tỉ lệ thành công về thủ thuật 84,5%. Tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân 5,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trương Quang Bình (2007), “Kết quả can thiệp ĐMV qua da tại Bệnh viện Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh trong 2 năm 2004-2006”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 11, tr. 104-110.
2. Huỳnh Trung Cang, Võ Thành Nhân (2010), “Tính hiệu quả và an toàn của thủ thuật can thiệp ĐMV qua da tại Bệnh viện Chợ Rẫy”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, 14 (phụ san 1): tr. 1018.
3. Hồ Thượng Dũng (2006), “Kết quả chụp và can thiệp ĐMV qua da ở BN trên 75 tuổi tại Bệnh viện Thống Nhất, thành phố Hồ Chí Minh”, *Kỷ yếu tóm tắt hội nghị khoa học tim mạch toàn quốc lần thứ XI*, tr. 98.
4. Nguyễn Khắc Linh, Ngô Văn Tuấn (2016), “Kết quả bước đầu chụp và can thiệp ĐMV qua da tại Bệnh viện Đa khoa Quảng Ninh từ tháng 2-9/2016”, *Báo cáo khoa học tại hội nghị tim mạch toàn quốc*.
5. Huỳnh Ngọc Long (2003), “Kết quả nong mạch vành qua da tại Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh 9/2001-8/2002”, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, 36, tr. 123-130.
6. Nguyễn Cửu Lợi (2003), “Kết quả bước đầu can thiệp ĐMV tại Bệnh viện Trung ương Huế”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 36 (phụ san 1), tr. 115-117.
7. Nguyễn Cửu Lợi, Nguyễn Lưu Xuân Phương (2010), “Đánh giá hiệu quả can thiệp ĐMV cấp cứu trong nhồi máu cơ tim cấp tại Trung tâm Tim mạch Huế”, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 375, tr. 652-657.
8. Dương Hồng Niên (2014), “Kết quả chụp và can thiệp ĐMV qua da tại Bệnh viện 198 Bộ Công an”, *Báo cáo tại hội nghị tim mạch toàn quốc*.
9. Nguyễn Phục Quốc (2010), “Nhận xét kết quả can thiệp động mạch vành qua da trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Quân y 175”, *Tạp chí Y học thực hành*, 12, tr. 23-26.
10. Hoàng Thị Minh Tâm, Nguyễn Tiến Dũng, Phạm Mạnh Hùng (2013), “Kết quả đặt stent động mạch vành ở BN hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên”, *Tạp chí Y học thực hành*, 2 (859), tr. 15-18.
11. Thân Hà Ngọc Thê, Dương Duy Trang (2005), “Tình hình can thiệp ĐMV qua da tại Bệnh viện Nhân Dân 115 năm 2003-2005”, *Kỷ yếu hội nghị tim mạch Bệnh viện Việt Đức lần thứ V*, tr. 23-43.
12. Hội tim mạch Việt Nam (2015), *Khuyến cáo chăm sóc BN hội chứng vành cấp trước và sau can thiệp mạch vành qua da*. □

KHẢO SÁT TUỔI ĐỘNG MẠCH CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

ThS. VŨ THỊ PHƯƠNG LIÊN
Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN MINH NÚI
Phó Chủ nhiệm Bộ môn Khớp và nội tiết,
Học viện Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu bệnh chứng, mô tả cắt ngang 200 bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát, đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 01/2015 đến tháng 6/2015, **kết luận:**

Bệnh nhân nữ (63,5%) nhiều hơn bệnh nhân nam (36,5%), trong đó bệnh nhân từ 61-70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (41,5%). Tuổi động mạch trung bình bệnh nhân nam ($75,58 \pm 7,25$) cao hơn bệnh nhân nữ ($72,56 \pm 9,03$). Tuổi động mạch trên bệnh nhân tăng huyết áp độ 2 ($78,32 \pm 3,833$) cao hơn so với bệnh nhân tăng huyết áp độ 1 ($72,88 \pm 8,851$), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tuổi động mạch trên bệnh nhân tăng huyết áp chưa kiểm soát huyết áp ($77,62 \pm 4,48$) cao hơn nhóm có kiểm soát huyết áp ($71,33 \pm 9,45$), khác biệt với $p < 0,001$. Tuổi động mạch nhóm bệnh nhân có kiểm soát glucose máu và chưa kiểm soát glucose máu khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuổi động mạch của bệnh nhân có nồng độ cholesterol $\geq 5,2$ mmol/l ($75,21 \pm 7,38$) và triglycerid $\geq 1,7$ mmol/l ($76,52 \pm 6,59$) cao hơn bệnh nhân có nồng độ cholesterol $< 5,2$ mmol/l ($71,77 \pm 9,45$) và bệnh nhân có triglycerid $< 1,7$ mmol/l ($72,90 \pm 8,83$), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Từ khóa: Tuổi động mạch, tăng huyết áp.

ABSTRACT: A disease case-control study, cross-sectional description of 200 outpatients with primary hypertension, treated at the Military hospital 354, from January 2015 to June 2015, **concluded:**

Female patients (63.5%) were more than male patients (36.5%), of which patients aged 61-70 years accounted for the highest proportion (41.5%). The average arterial age of male patients (75.58 ± 7.25) was higher than that of female patients (72.56 ± 9.03). The arterial age in patients with hypertension degree 2 (78.32 ± 3.833) was higher than that in patients with hypertension degree 1 (72.88 ± 8.851), the difference was statistically significant with $p < 0.001$. The arterial age in hypertensive patients who had not yet controlled their blood pressure (77.62 ± 4.48) was higher than that in patients with blood pressure control (71.33 ± 9.45), the difference with $p < 0.001$. The arterial age of patients with blood glucose control and without blood glucose control was not statistically significant ($p > 0.05$). The arterial age of patients with cholesterol concentration ≥ 5.2 mmol/l (75.21 ± 7.38) and triglyceride ≥ 1.7 mmol/l was higher than that of patients with cholesterol concentration < 5.2 mmol/l (71.77 ± 9.45) and triglyceride < 1.7 mmol/l (72.90 ± 8.83), the difference was statistically significant with $p < 0.05$.

Keywords: Arterial age, hypertension.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Vũ Thị Phương Liên, Email: Lienvp354@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 01/3/2019; chấp nhận đăng: 29/3/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Tăng huyết áp (HA) đang trở thành vấn đề nóng của lĩnh vực sức khỏe vì sự gia tăng nhanh chóng tỉ lệ mắc trong cộng đồng và những biến chứng của bệnh. Báo cáo về sức khỏe năm 2012 của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) đã nhấn mạnh, tăng HA là “kẻ giết người số một”. Gần đây, nhiều nhà nghiên cứu đề cập đến khái niệm lão hóa mạch máu sớm. Trong quá trình lão hóa mạch máu bình thường, có sự thay đổi chậm cấu trúc và chức năng mạch máu, dẫn đến giảm độ đàn hồi và tăng độ cứng của các động mạch (ĐM) lớn. Quá trình này có liên quan với những thay đổi về cấu trúc và sinh hóa phụ thuộc tuổi, như thay đổi lượng elastin và collagen trong thành

mạch [7], [8]. Nhằm đơn giản hóa các khái niệm về các thang điểm nguy cơ tim mạch, D' Agostino và cộng sự đưa ra khái niệm “tuổi tim”. Tuổi tim của một cá thể được tính toán dựa trên tuổi thực tế của cá thể đó và các nguy cơ kèm theo. Tuổi tim phản ánh mức độ lão hóa của mạch máu, từ đó phản ánh “tuổi động mạch”. Tuổi ĐM liên quan đến sự thay đổi cấu trúc và chức năng mạch máu, tuổi ĐM gây giảm độ đàn hồi và làm tăng độ cứng thành mạch [1], [4]. Tuổi ĐM được tính dựa trên các yếu tố, như tuổi đời, HA tâm thu (được hoặc không được điều trị), hút thuốc lá, đái tháo đường (ĐTĐ), cholesterol toàn phần, HDL-c; thang điểm được xây dựng riêng cho nam giới và nữ giới [1].

Đã có nhiều nghiên cứu trong nước và thế giới về tuổi ĐM trên các nhóm bệnh nhân (BN) khác nhau. Chúng tôi nghiên cứu thêm trên BN tăng HA được quản lý, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354 nhằm khảo sát ĐM và các yếu tố nguy cơ tim mạch trên BN tăng HA điều trị tại đây, đồng thời tìm hiểu mối tương quan giữa tuổi ĐM với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng của BN tăng HA.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

200 BN tăng HA nguyên phát, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 01/2015 đến tháng 6/2015. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Loại trừ BN bị biến cố tim mạch nặng (hội chứng ĐM vành cấp, suy tim nặng, giai đoạn cấp của đột quỵ não, phình tách ĐM chủ giai đoạn cấp tính); tăng HA thứ phát; có bệnh lý nội khoa nặng (COPD, suy thận, suy gan...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, nghiên cứu bệnh chứng.

- Phương pháp tiến hành: khám BN, đo chiều cao, cân nặng, làm các xét nghiệm (công thức máu, glucose máu, chức năng gan thận, mỡ máu, điện tim, chụp X quang tim phổi).

- Phương pháp đánh giá:

+ Chẩn đoán tăng HA theo khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2008 [6].

+ Chẩn đoán ĐTĐ tip 2 theo Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ; chỉ số khối cơ thể (BMI) tính theo công thức của WHO (1996) [5]; các yếu tố nguy cơ tim mạch theo Vũ Thị Thanh Hải (2015) [3],

+ Tuổi ĐM tính quy đổi theo tuổi thực, HA tâm thu, hút thuốc lá, ĐTĐ, cholesterol toàn phần, HDL-c.

- Cách tính tuổi ĐM [1]:

+ Điểm nguy cơ quy đổi theo tuổi thực.

Tuổi thực	Điểm	
	Nữ	Nam
Từ 30-34 điểm	0	0
Từ 35-39 điểm	2	2
Từ 40-44 điểm	4	5
Từ 45-49 điểm	5	6
Từ 50-54 điểm	7	8
Từ 55-59 điểm	8	10
Từ 60-64 điểm	9	11
Từ 65-69 điểm	10	12
Từ 70-74 điểm	11	14
Từ 75 điểm trở lên	12	15

+ Điểm nguy cơ quy đổi theo HA tâm thu.

HA tâm thu (mmHg)	BN chưa dùng thuốc HA		BN đã/đang dùng thuốc HA	
	Nữ	Nam	Nữ	Nam
Dưới 120	- 3	- 2	- 1	0
Từ 120-129	0	0	2	2
Từ 130-139	1	1	3	3
Từ 140-149	2	2	5	4
Từ 150-159	4	2	6	4
Trên 160	5	3	7	5

+ Điểm nguy cơ quy đổi theo HDL-c.

HDL-c		Điểm quy đổi	
(mmol/l)	(g/l)	Nữ	Nam
Trên 1,54	Trên 0,6	- 2	- 2
Từ 1,28-1,53	Từ 0,5-0,59	- 1	- 1
Từ 1,15-1,27	Từ 0,45-0,49	0	0
Từ 0,90-1,14	Từ 0,35-0,44	1	1
Dưới 0,90	Dưới 0,35	2	2

+ Điểm nguy cơ quy đổi theo các yếu tố khác.

Yếu tố nguy cơ khác	Điểm	
	Nữ giới	Nam giới
Hút thuốc lá	3	4
Đái tháo đường	4	3

+ Tuổi ĐM tương ứng điểm nguy cơ quy đổi.

Nữ giới		Nam giới	
Tổng điểm	Tuổi ĐM	Tổng điểm	Tuổi ĐM
0	< 30	0	< 30
1	31	1	32
2	34	2	34
3	36	3	36
4	39	4	38
5	42	5	40
6	45	6	42
7	48	7	45
8	51	8	48
9	55	9	51
10	59	10	54
11	64	11	57
12	68	12	60
13	73	13	64
14	79	14	68
15 +	> 80	15	72
		16	76
		17 +	> 80

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới tính và tuổi ĐM trung bình của đối tượng nghiên cứu.

Tuổi	Tổng (n = 200)	Nam (n = 73)	Nữ (n = 127)
Dưới 50	8 (4,0%)	1 (1,4%)	7 (5,5%)
Từ 51-60	61 (30,5%)	22 (30,1%)	39 (30,7%)
Từ 61-70	83 (41,5%)	31 (42,5%)	52 (40,9%)
Trên 70	48 (24,0%)	19 (26,0%)	29 (22,8%)
Tổng	100%	36,5%	63,5%
Tuổi TB	64,98 ± 8,45	65,81 ± 8,32	64,51 ± 8,53
Tuổi ĐM TB	73,66 ± 8,53	75,58 ± 7,25	72,56 ± 9,03

Ghi chú: TB: trung bình.

Tỉ lệ BN nữ (63,5%) nhiều hơn BN nam (36,5%), trong đó BN từ 61-70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (41,5%). Tuổi ĐM trung bình BN nam (75,58 ± 7,25) cao hơn BN nữ (72,56 ± 9,03). Điều này là do tổng điểm nguy cơ quy đổi ở nữ (≥ 15 điểm) thấp hơn so với nam (≥ 17 điểm), trong khi tuổi ĐM chỉ giới hạn ở 80. Tuổi ĐM trung bình ở nam và nữ khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$).

Bảng 2. Tuổi ĐM TB và thời gian phát hiện tăng HA.

Tuổi	Tuổi ĐM TB	Tuổi thực
Dưới 5 năm (n = 73)	73,82 ± 8,380	63,55 ± 8,133
Từ 5 đến dưới 10 năm (n = 67)	71,90 ± 9,009	64,19 ± 8,945
Từ 10 năm trở lên (n = 60)	75,43 ± 7,890	67,62 ± 7,790
p	> 0,05	< 0,05

Tuổi ĐM trung bình ở BN THA trên 10 năm cao nhất.

Bảng 3. Tuổi ĐM và mức độ THA.

Mức độ THA	Tuổi ĐM TB	Tuổi thực
THA độ 1	72,88 ± 8,851	64,77 ± 8,202
THA độ 2	78,32 ± 3,833	66,29 ± 9,850
p	< 0,001	> 0,05

Tuổi ĐM trung bình ở BN THA độ 2 cao hơn ở BN THA độ 1, khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$.

Bảng 4. Tuổi ĐM trung bình và sự kiểm soát huyết áp.

Kiểm soát huyết áp (< 140/90 mmHg)	Tuổi ĐM TB	Tuổi thực
Có (n = 126)	71,33 ± 9,45	64,52 ± 8,42
Chưa (n = 74)	77,62 ± 4,48	65,78 ± 8,15
p	< 0,001	> 0,05

Tuổi ĐM trung bình nhóm THA chưa kiểm soát huyết áp cao hơn nhóm có kiểm soát huyết áp ($p < 0,001$).

Bảng 5. Tuổi ĐM trung bình và sự kiểm soát đường máu.

Kiểm soát đường máu (< 7,0 mmol/l)	Tuổi ĐM TB	Tuổi thực
Có (n = 26)	77,73 ± 5,4	66,35 ± 7,60
Chưa (n = 58)	78,12 ± 5,02	63,69 ± 8,14
Tổng (n = 84)	78,00 ± 5,113	64,51 ± 8,031
p	> 0,05	> 0,05

Tuổi ĐM trung bình nhóm BN có kiểm soát glucose máu và chưa kiểm soát glucose máu khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 6. Tuổi ĐM trung bình và nồng độ cholesterol máu.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Tuổi ĐM TB	Tuổi thực
Cholesterol $\geq 5,2$ mmol/l (n = 110)	75,21 ± 7,38	64,68 ± 7,75
Cholesterol < 5,2 mmol/l (n = 90)	71,77 ± 9,45	65,36 ± 9,28
p	< 0,05	> 0,05

Tuổi ĐM trung bình của BN có nồng độ cholesterol $\geq 5,2$ mmol/l và BN có nồng độ cholesterol < 5,2 mmol/l khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 7. Tuổi ĐM trung bình và nồng độ triglycerid máu.

Chỉ tiêu nghiên cứu	Tuổi ĐM TB	Tuổi thực
Triglycerid $\geq 1,7$ mmol/l (n = 42)	76,52 ± 6,59	64,21 ± 6,22
Triglycerid < 1,7 mmol/l (n = 158)	72,90 ± 8,83	65,19 ± 8,96
p	< 0,05	> 0,05

BN có nồng độ triglycerid $\geq 1,7$ mmol/l thì có tuổi ĐM trung bình cao hơn BN có triglycerid < 1,7 mmol/l, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tuổi trung bình của BN là 64,98 ± 8,45 tuổi; tương đương với nghiên cứu của Hồ Văn Phước (tuổi trung bình BN nghiên cứu là 64,13 ± 11,75 [4]). Tuổi trung bình của BN nữ là 64,51 ± 8,53 và BN nam là 65,81 ± 8,32, BN nữ (63,5%) nhiều hơn BN nam (36,5%); khác với nghiên cứu của khác Wilson P.W (tuổi trung bình BN nam là 48,6 ± 11,7 và BN

nữ là $49,8 \pm 12,0$, BN nam chiếm 44% [9]). Điều này cho thấy, tỉ lệ lớn BN tại Việt Nam điều trị THA, ĐTĐ ở độ tuổi trên 60, còn trên thế giới lại ở độ tuổi trẻ hơn.

Trong nghiên cứu này, 126/200 BN (63,0%) kiểm soát huyết áp dưới 140/90 mmHg; tương đương nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Hải (64,3% BN kiểm soát được huyết áp [3]). Điều này cho thấy, BN có ý thức tuân thủ điều trị cũng như hiểu biết về THA trong cộng đồng ngày càng nâng lên. Việc quản lý bệnh THA cũng góp phần không nhỏ vào kết quả này, vì qua đó BN được khám, tư vấn, theo dõi sức khỏe đều đặn và khoa học hơn. Tuy nhiên, việc điều trị THA phải được cá thể hóa và cố gắng phấn đấu đánh giá bằng huyết áp ĐM trung tâm chứ không chỉ dừng lại ở huyết áp ĐM ngoại biên.

Tuổi ĐM trung bình của BN là $73,66 \pm 8,53$, trong đó, tuổi ĐM trung bình BN nam ($75,58 \pm 7,25$) cao hơn BN nữ ($72,56 \pm 9,03$). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Cương (với tuổi ĐM trung bình là $48,59 \pm 16,63$ [2]), nhưng thấp hơn nghiên cứu của Hồ Văn Phước (tuổi ĐM trung bình là $74,6 \pm 8,42$ [4]) và Vũ Thị Thanh Hải (tuổi ĐM trung bình là $79,09 \pm 3,2$ [3]). Sở dĩ như vậy là do tổng điểm nguy cơ quy đổi ở nữ (≥ 15 điểm) thấp hơn so với nam (≥ 17 điểm), trong khi tuổi ĐM chỉ giới hạn ở 80; hoặc có thể do BN nam có nhiều yếu tố nguy cơ hơn BN nữ trong phạm vi tính điểm tuổi ĐM. Tuổi ĐM ở nam và nữ khác nhau có ý nghĩa thống kê ($p < 0,005$).

Tuổi ĐM trung bình nhóm THA chưa kiểm soát huyết áp cao hơn nhóm có kiểm soát huyết áp, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Tuổi ĐM trung bình nhóm BN có kiểm soát glucose máu và chưa kiểm soát glucose máu khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). THA và ĐTĐ có thể là hai bệnh độc lập, nhưng cũng có thể có mối liên quan. Một số nghiên cứu cho rằng, THA là một yếu tố nguy cơ của bệnh ĐTĐ, ngược lại một số cho rằng, ĐTĐ là yếu tố nguy cơ của THA. Nhưng cả hai bệnh này đều là yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch và chúng thường đi kèm với nhau. Tỉ lệ THA ở người ĐTĐ tăng gấp 2 lần so với người bình thường. Trong nghiên cứu này, tuổi ĐM trung bình ở BN THA độ 1 thấp hơn BN THA độ 2, với $p < 0,001$. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Hải (tuổi ĐM trung bình ở nhóm kiểm soát huyết áp là $74,75 \pm 3,80$ và ở nhóm còn lại là $79,43 \pm 2,48$ [3]). Điều này là do tuổi thực trung bình của nhóm BN ĐTĐ trong nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Hải cao hơn. Đây là bệnh có ảnh hưởng lớn đến sự lão hóa, xơ cứng của mạch máu [3]. Như vậy, việc kiểm soát trị số huyết áp là một mục tiêu tương đối dễ dàng nhưng hiệu quả lại vô cùng to lớn; khi BN hiểu

được điều đó thì tỉ lệ BN điều trị THA hiệu quả sẽ tăng lên đáng kể. Để làm tốt việc trên cần phải tốt công tác truyền thông, tư vấn và sử dụng thuốc đúng, đủ.

Tuổi ĐM trung bình ở BN ĐTĐ là $78,00 \pm 5,11$; tương đương kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Thanh Hải (tuổi ĐM ở BN ĐTĐ là $79,09 \pm 3,2$, trong đó tuổi ĐM trung bình ở BN có kiểm soát được glucose máu là $77,73 \pm 5,4$ [3]). Khi chúng tôi thực hiện nghiên cứu này, Bệnh viện Quân y 354 chưa triển khai làm xét nghiệm chỉ số HbA1C, nên đây cũng là đánh giá sơ bộ kiểm soát ĐTĐ dựa vào glucose máu lúc đói. Điều này cho thấy, có mối liên quan mật thiết giữa bệnh THA, ĐTĐ và các biến chứng, đặc biệt các biến chứng liên quan đến mạch máu, đến mảng xơ vữa động mạch.

Rối loạn chuyển hóa lipid và ĐTĐ ở BN THA là những bệnh lí đã được chứng minh làm tăng tỉ lệ tử vong và biến cố tim mạch. Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy, lợi ích thật sự của việc kiểm soát tốt glucose máu và lipid máu trong việc giảm tử vong và biến cố tim mạch. Trong nghiên cứu này, tuổi ĐM trung bình ở BN có cholesterol máu $\geq 5,2$ mmol/l ($75,21 \pm 7,38$) cao hơn ở nhóm BN có cholesterol $< 5,2$ mmol/l ($71,77 \pm 9,45$), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. BN có triglycerid $\geq 1,7$ mmol/l ($76,52 \pm 6,59$) có tuổi ĐM trung bình cao hơn BN có triglycerid $< 1,7$ mmol/l ($72,90 \pm 8,83$), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đối tượng BN của chúng tôi có tuổi trung bình khá cao nên có nhiều nguy cơ tim mạch đi kèm, trong đó có rối loạn chuyển hóa lipid. Liên quan giữa rối loạn lipid và quá trình xơ vữa ĐM đã được nhiều nghiên cứu chứng minh và làm thúc đẩy nhanh tiến trình già đi của mạch máu (tuổi ĐM là minh chứng cho điều đó). Hiện nay, sự cải thiện trong các dịch vụ y tế và chăm sóc sức khỏe đã góp phần nâng cao tuổi thọ của con người. Tuy nhiên, tuổi cao và lối sống không lành mạnh góp phần làm tăng tần suất mắc các bệnh tim mạch và ĐTĐ ở người cao tuổi. Trong đó, rối loạn chuyển hóa lipid ở người cao tuổi có ĐTĐ, THA là một vấn đề nổi bật, cần được quan tâm.

Để kiểm soát tuổi ĐM đồng nghĩa với việc chúng ta phải kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ tim mạch (hút thuốc lá, béo phì, hoạt động thể lực, rối loạn mỡ máu, THA, ĐTĐ...) càng sớm càng tốt. Có như vậy, sự lão hóa mạch máu mới chậm lại và cơ hội có cuộc sống khỏe sẽ đến rất gần.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 200 BN THA nguyên phát, đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 01/2015 đến tháng 6/2015, kết luận:

(Xem tiếp trang 56)

TÌM HIỂU CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ ĐỘT QUY NÃO TRÊN BỆNH NHÂN RUNG NHĨ KHÔNG DO BỆNH VAN TIM

BSCKII. BÙI THỊ MINH THU, TS. VŨ HÀ NGÀ SƠN
BCKII. VŨ THỊ THANH HẢI, ThS. HÀ NGỌC TIẾN
Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: TS. NGUYỄN VĂN TUYẾN
Giám đốc Trung tâm Đột quy, Bệnh viện TƯQĐ 108

TÓM TẮT: Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ đột quy não, đánh giá theo thang điểm CHADS2 và CHADS2-VAS ở 110 bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim. **Kết luận:**

Các yếu tố nguy cơ lần lượt là suy tim (72,73%), tuổi ≥ 75 (66,36%), tăng huyết áp (64,55%), tiền sử đột quy và cơn thiếu máu não thoáng qua (44,54%), giới tính nữ (35,45%) và đái tháo đường (24,55%). Điểm CHADS2 trung bình là $3,21 \pm 1,68$ và điểm CHADS2-VAS trung bình là $4,78 \pm 2,11$. Tỷ lệ bệnh nhân rung nhĩ có tiền sử đột quy tăng cùng với sự gia tăng của điểm CHADS2 và điểm CHADS2-VAS ($p < 0,001$). Bệnh nhân có tiền sử đột quy não thì có điểm CHADS2 ($4,4 \pm 0,75$) và điểm CHADS2-VAS ($5,9 \pm 1,02$) cao hơn các bệnh nhân không có tiền sử đột quy não (lần lượt là $2,94 \pm 1,72$ điểm và $4,53 \pm 2,21$ điểm), với $p < 0,001$. Điểm CHADS2 và điểm CHADS2-VAS trung bình của các bệnh nhân rung nhĩ mạn tính (lần lượt là $3,42 \pm 1,59$ và $5,1 \pm 1,97$ điểm) cao hơn ở các bệnh nhân rung nhĩ kịch phát (lần lượt là $2,56 \pm 1,82$ và $3,81 \pm 2,27$ điểm), với $p < 0,05$.

Từ khóa: Rung nhĩ, đột quy não, yếu tố nguy cơ.

ABSTRACT: Study on the risk factors for brain stroke, evaluate by CHADS2 and CHADS2-VAS scale in 110 patients with atrial fibrillation without valvular disease. **Concluded:**

The risk factors were heart failure (72.73%), aged 75 years and older (66.36%), hypertension (64.55%), history of stroke and transient brain ischemia (44.54%), female sex (35.45%) and diabetes (24.55%). The average CHADS2 score was 3.21 ± 1.68 and the average CHADS2-VAS score was 4.78 ± 2.11 . The rate of patients suffering from atrial fibrillation with a history of stroke increased with the increase of CHADS2 and CHADS2-VAS scores ($p < 0.001$). Patients with a history of brain stroke had CHADS2 score (4.4 ± 0.75) and CHADS2-VAS score (5.9 ± 1.02) were higher than patients without a history of brain stroke (respectively was 2.94 ± 1.72 points and 4.53 ± 2.21 points), with $p < 0.001$. The average CHADS2 score and CHADS2-VAS score of patients with chronic atrial fibrillation (3.42 ± 1.59 and 5.1 ± 1.97 points, respectively) were higher than in patients with paroxysmal atrial fibrillation (2.56 ± 1.82 and 3.81 ± 2.27 points respectively), with $p < 0.05$.

Keywords: Atrial fibrillation, brain stroke, risk factors.

Chịu trách nhiệm nội dung: BCKII. Bùi Thị Minh Thu, Email: buiminhtubv354@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 28/3/2019; chấp nhận đăng: 15/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Rung nhĩ (RN) là rối loạn nhịp tim hay gặp nhất. RN làm tăng tỉ lệ tử vong và các biến chứng bệnh lí tim mạch. RN làm tăng 3-5 lần nguy cơ bị đột quy não, tăng 3 lần nguy cơ bị suy tim và tăng có ý nghĩa nguy cơ tử vong từ 1,5-3 lần. Nguy cơ đột quy do RN luôn cao ở mọi lứa tuổi.

Mặc dù RN thường đi kèm các bệnh lí tim mạch hay các yếu tố nguy cơ khác, nhưng có khoảng 30% bệnh nhân (BN) bị RN vô căn. Các yếu tố nguy cơ gây RN bao gồm tuổi cao, giới nam, uống rượu, rối loạn chức năng tuyến giáp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, đái tháo đường, các bệnh lí tim mạch, tăng huyết áp, bệnh lí van tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ, các bệnh cơ tim, suy tim, bệnh tim bẩm sinh, hội chứng tiền kích

thích (Wolff-Parkinson-White), phì đại tâm thất trái, mới phẫu thuật tim hoặc ngoài tim. Ngoài ra, còn nhiều yếu tố khác có vai trò quan trọng trong khởi phát và duy trì RN. Các yếu tố nguy cơ lâm sàng đối với đột quy do tắc mạch huyết khối ở BN RN không có bệnh van tim liên quan đến sự ứ huyết nhĩ trái, và đây chính là nền tảng hình thành huyết khối ở BN RN. Các yếu tố này bao gồm tuổi, tăng huyết áp, suy tim ứ huyết, đái tháo đường, tiền sử đột quy-tai biến mạch máu não thoáng qua, bệnh mạch máu ngoại vi và giới nữ.

Thang điểm CHADS2, CHA2DS2-VASc là hệ thống thang điểm được áp dụng rộng rãi trong tiên lượng nguy cơ đột quy não; là cơ sở để dùng thuốc chống đông dự phòng. Năm 2006, Hội Tim mạch Mỹ và châu Âu đã khuyến cáo dùng thang

điểm CHADS2 trong phân tầng nguy cơ đột quỵ ở BN RN không do bệnh van tim và chỉ định sử dụng thuốc chống đông. Trên thế giới và trong nước, đã có nhiều nghiên cứu thang điểm CHADS2, CHA2DS2-VASc trong đánh giá tiên lượng nhập viện, huyết khối có nguyên nhân từ tim, dự báo nguy cơ đột quỵ nhồi máu não...

Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu tìm hiểu các yếu tố nguy cơ đột quỵ theo thang điểm CHADS2, CHA2DS2-VASc trên BN RN không do bệnh van tim.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

110 BN RN không do bệnh van tim, điều trị nội trú tại Khoa Tim mạch, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 1/2016-7/2017. Loại trừ BN đang mắc các bệnh cấp tính như nhiễm trùng, suy tim cấp, suy gan, suy thận nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Phương pháp tiến hành: các BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu được khám bệnh, thu thập số liệu (về lâm sàng, cận lâm sàng) theo mẫu hồ sơ nghiên cứu thống nhất.

- Đánh giá nguy cơ tắc mạch huyết khối theo điểm CHADS2: cho 1 điểm khi có suy tim xung huyết, tăng huyết áp, tuổi ≥ 75 , đái tháo đường và cho 2 điểm khi có tiền sử đột quỵ hoặc tai biến mạch máu não thoáng qua. Theo thang điểm CHADS2-VAS: tương tự CHADS2 cộng thêm 3 yếu tố: cho 1 điểm khi tuổi từ 65-74, có bệnh mạch máu ngoại vi và giới nữ.

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

- Tuổi đời: BN phân bố từ 52-95 tuổi, trung bình $76,5 \pm 9,6$ tuổi.

- Giới tính: 71 BN (64,55%) nam và 39 BN (35,45%) nữ.

- Đặc điểm RN và các yếu tố liên quan:

Bảng 1. Đặc điểm RN và các yếu tố liên quan.

Đặc điểm RN và yếu tố liên quan	Số BN (n = 110)	Tỉ lệ %
RN mạn tính	83	75,45
RN kịch phát	27	24,55
Có uống aspirin	24	21,82
Uống kháng vitamin K	1	0,91
Uống rượu	47	42,73
Hút thuốc	57	51,82
Hạn chế vận động	29	26,36
Mắc bệnh COPD	49	44,55

- Các yếu tố nguy cơ lâm sàng theo CHADS2:

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ lâm sàng theo CHADS2.

Yếu tố nguy cơ	Số BN (n = 110)	Tỉ lệ %
Suy tim	80	72,73
Tăng huyết áp	71	64,55
Tuổi > 75	73	66,36
Đái tháo đường	27	24,55
Tiền sử ĐQN	20	18,18
Bệnh MMNV	30	27,27
Giới nữ	39	35,45

- Tính điểm CHADS2 và CHADS2-VAS:

Bảng 3. Điểm CHADS2 và CHADS2-VAS (n = 110).

Điểm	CHADS2		CHADS2-VAS	
	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %
0	6	5,45	2	1,82
1	14	12,73	4	3,64
2	20	18,18	13	11,82
3	20	18,18	13	11,82
4	20	18,18	17	15,45
5	21	19,09	18	16,36
6	9	8,18	17	15,45
7	-	-	15	13,64
8	-	-	8	7,27
9	-	-	3	2,73
Trung bình	$3,21 \pm 1,68$		$4,78 \pm 2,11$	

- So sánh 2 nhóm BN có và không có tiền sử đột quỵ não:

Bảng 4. Yếu tố lâm sàng các BN có và không có tiền sử đột quỵ não.

Yếu tố lâm sàng	Có tiền sử đột quỵ (n = 20)	Không đột quỵ (n = 90)	p
CHADS2 (điểm)	$4,4 \pm 0,75$	$2,94 \pm 1,72$	< 0,001
CHADS2-VAS (điểm)	$5,9 \pm 1,02$	$4,53 \pm 2,21$	< 0,001
Tuổi	$80,3 \pm 10,7$	$75,7 \pm 9,3$	> 0,05
BMI	$21,1 \pm 1,88$	$21,35 \pm 2,28$	> 0,05
THA	60%	65,56%	> 0,05
ĐTĐ	15%	20%	> 0,05
Suy tim	80%	71,11%	> 0,05
Hút thuốc lá	57%	47,78%	> 0,05
COPD	56%	41,11%	> 0,05
Uống aspirin	15%	23,33%	> 0,05

- Đặc điểm lâm sàng ở BN RN mạn tính và kịch phát:

Bảng 5. Lâm sàng của BN RN mạn tính và RN kịch phát.

Lâm sàng	RN mạn tính (n = 83)	RN kịch phát (n = 27)	p
CHADS2 (điểm)	3,42 ± 1,59	2,56 ± 1,82	< 0,01
CHADS2-VAS (điểm)	5,1 ± 1,97	3,81 ± 2,27	< 0,05
Tuổi	77,6 ± 8,9	73,3 ± 11,0	> 0,05
BMI	21,47 ± 2,31	20,78 ± 1,97	> 0,05
Tăng huyết áp	63,86%	66,67%	> 0,05
Đái tháo đường	16,87%	25,93%	> 0,05
Suy tim	83,13%	40,74%	< 0,01
Đột quỵ	19,28%	14,81%	> 0,05
COPD	48,19%	33,33%	> 0,05
Bệnh mạch máu	31,32%	24,81%	> 0,05
Hút thuốc lá	49,4%	59,26%	> 0,05
Có uống aspirin	26,5%	7,4%	< 0,05

4. BÀN LUẬN.

Các yếu tố nguy cơ lâm sàng đối với đột quỵ do tắc mạch huyết khối ở BN RN không do bệnh van tim là các yếu tố liên quan đến sự ứ huyết nhĩ trái. Đây chính là nền tảng hình thành huyết khối ở BN RN. Các yếu tố này bao gồm tuổi ≥ 75, tăng huyết áp, suy tim ứ huyết, đái tháo đường, tiền sử đột quỵ hoặc tai biến mạch máu não thoáng qua, bệnh mạch máu ngoại vi và giới nữ.

Tuổi trung bình của BN trong nghiên cứu này là 76,5 ± 9,6; tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Trí trên 207 BN cao tuổi có RN không do bệnh van tim tại Bệnh viện Trưng Vương (trung bình 72,8 ± 8,3 tuổi); song cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Thúc Quang (127 BN RN không do bệnh van tim, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 có tuổi trung bình 65,8 ± 10,0), hay Zabalgoitia M (tuổi trung bình BN RN là 69 ± 9). Theo một số thống kê, khoảng 5% người trên 65 tuổi và 10% người trên 80 tuổi bị RN.

Tỉ lệ các yếu tố nguy cơ lâm sàng được phân bố gồm tăng huyết áp (64,59%), tiền sử đột quỵ (18,18%), đái tháo đường (19,09%). Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Bùi Thúc Quang và Zabalgoitia M. Tuy nhiên, tỉ lệ BN suy tim (72,73%) và tuổi ≥ 75 (66,36%) trong nghiên cứu của chúng tôi lại cao hơn so với hai tác giả trên.

Điểm CHADS2 trung bình là 3,21 ± 1,68 và đa số ở mức 2, 3, 4, 5 điểm; điểm CHADS2-VAS trung bình là 4,78 ± 2,11. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Bùi Thúc Quang (điểm CHADS2 trung bình là 1,8 ± 1,4; điểm CHADS2-VAS trung bình là 2,8 ± 1,6), có thể do số BN có tuổi > 75 và tỉ lệ BN nữ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn.

22,73% BN có uống thuốc chống đông, trong đó chủ yếu là aspirin (96%). Số có điểm CHADS2-VAS từ 2 điểm trở lên là 104 BN, theo khuyến cáo nên sử dụng thuốc chống đông, nhưng chỉ 24,03% có uống thuốc. Tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Trí (67,7% có uống thuốc chống đông, trong đó 87,7% dùng kháng vitamin K).

Kết quả nghiên cứu cho thấy BN RN tiền sử đột quỵ có điểm CHADS2 (4,4 ± 0,75) và CHADS2-VAS (5,9 ± 1,02) cao hơn nhóm không đột quỵ có ý nghĩa thống kê (lần lượt là 2,94 ± 1,72 và 4,53 ± 2,21 điểm, p < 0,001). Tỉ lệ BN có tiền sử đột quỵ gia tăng cùng với điểm CHADS2 và CHADS2-VAS có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Điều này cho thấy, BN RN không có bệnh van tim nếu có phối hợp càng nhiều yếu tố nguy cơ lâm sàng thì khả năng bị đột quỵ càng cao. Kết quả này của chúng tôi cũng giống nghiên cứu của Bùi Thúc Quang và Nguyễn Văn Trí.

Khi phân tích riêng lẻ các yếu tố nguy cơ cho thấy, BN RN tiền sử đột quỵ có tuổi trung bình, tỉ lệ suy tim, hút thuốc lá, mắc bệnh COPD cao hơn các BN không có tiền sử đột quỵ, tuy nhiên khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Như vậy, tuổi già là yếu tố nguy cơ quan trọng đối với đột quỵ ở BN RN không có bệnh van tim. Chính vậy, năm 2010, Hội Tim mạch châu Âu đưa ra hướng dẫn mới về điều trị RN đã bổ sung thêm thang điểm CHADS2-VAS. Trong 3 điểm mới được bổ sung (tuổi 65-74, nữ và bệnh mạch máu ngoại vi), yếu tố tuổi giữ vai trò quan trọng trong cơ chế gây đột quỵ ở BN RN không do bệnh van tim như đã đề cập trên.

Điểm CHADS2 và CHADS2-VAS trung bình của các BN RN mạn tính (lần lượt là 3,42 ± 1,59 và 5,1 ± 1,97 điểm) cao hơn ở các BN RN kịch phát (lần lượt 2,56 ± 1,82 và 3,81 ± 2,27 điểm), khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Giữa các BN RN mạn tính và RN kịch phát không thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của các yếu tố nguy cơ, các triệu chứng lâm sàng. Điều này cho thấy nguy cơ gây đột quỵ ở các BN này là như nhau. Do đó, trong chiến lược điều trị dự phòng huyết khối ở BN RN kịch phát và RN mạn tính là giống nhau, đồng thời phụ thuộc vào điểm CHADS2 và điểm CHADS2-VAS.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ đột quỵ não, đánh giá theo thang điểm CHADS2 và CHADS2-VAS ở 110 BN RN không do bệnh van tim, chúng tôi rút ra kết luận:

- Các yếu tố nguy cơ lần lượt là suy tim (72,73%), tuổi ≥ 75 (66,36%), tăng huyết áp (64,55%), tiền sử đột quỵ và cơn thiếu máu não thoáng qua (44,54%), giới tính nữ (35,45%) và đái tháo đường (24,55%). Điểm CHADS2 trung bình là $3,21 \pm 1,68$ và điểm CHADS2-VAS trung bình là $4,78 \pm 2,11$.

- Tỷ lệ BN RN có tiền sử đột quỵ tăng cùng với sự gia tăng của điểm CHADS2 và điểm CHADS2-VAS ($p < 0,001$). BN có tiền sử đột quỵ não thì có điểm CHADS2 ($4,4 \pm 0,75$) và điểm CHADS2-VAS ($5,9 \pm 1,02$) cao hơn các BN không có tiền sử đột quỵ não (lần lượt $2,94 \pm 1,72$ điểm và $4,53 \pm 2,21$ điểm, $p < 0,001$). Điểm CHADS2 và điểm CHADS2-VAS trung bình của các BN RN mạn tính (lần lượt là $3,42 \pm 1,59$ và $5,1 \pm 1,97$ điểm) cao hơn ở các BN RN kịch phát (lần lượt là $2,56 \pm 1,82$ và $3,81 \pm 2,27$ điểm), với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bùi Thúc Quang và cộng sự (2015), "Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ tắc mạch huyết khối lâm sàng bằng thang điểm CHADS2 và CHADS2-VAS ở BN rung nhĩ không do bệnh van tim", *Tạp chí Y dược học*, Trường Đại học Y dược Huế, số 11.

2. Nguyễn Văn Trí và cộng sự (2017), "Tỷ lệ điều trị kháng đông theo thang điểm CHADS2-VAS ở người cao tuổi rung nhĩ không do bệnh van tim tại Bệnh viện Trung Vương", *Tạp chí Tim mạch học*.

3. Miyasaka Y, Barnes M.E, Gersh B.J et al (2006), *Seculartrends in incidence of atrial fibrillation in Olmsted County, Minnesota, 1980 to 2000, and implications on the projections for future prevalence*. Circulation, 114 (2): 119-25.

4. Lloyd-Jones D.M, Wang T.J, Leip E.P et al (2004), *Lifetime risk for development of atrial fibrillation: the Framingham Heart Study*, Circulation, 110 (9): 1042-6.

5. Wolf P.A, Abbott R.D, Kannel W.B (1991), *Atrial fibrillation as an independent risk factor for stroke: the Framingham Study*, Stroke, 22 (8): 983-8.

6. Lin H.J, Wolf P.A, Kelly-Hayes M et al (1996), *Stroke severity in atrial fibrillation: The Framingham Study*, Stroke, 27 (10): 1760-4. □

KẾT QUẢ QUẢN LÝ, ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP, ĐÁI THÁO ĐƯỜNG...

(Tiếp theo trang 33)

- Biến cố tim mạch trong 1 năm quản lý, điều trị ở các BN THA: THA khẩn cấp 1,27%; đột quỵ não cấp 1,03%; nhồi máu cơ tim cấp 0,35%; đau thắt ngực 5,43%; suy tim mới 0,81%; suy thận mới 1,04%. Ở nhóm BN ĐTĐ: THA khẩn cấp 1,21%; đột quỵ não cấp 0,75%; nhồi máu cơ tim cấp 0,45%; đau thắt ngực 4,37%; suy tim mới 0,61%; suy thận mới 1,36%; hạ glucose máu 0,9%; đục thủy tinh thể 32,7%; glaucome 0,6%; bệnh võng mạc 0,15%; biến chứng bệnh thần kinh ngoại vi 4,82%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2010), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tăng huyết áp", *Quyết định số 3192/QĐ-BYT, ngày 31/8/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế*.

2. Bộ Y tế (2011), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2", *Quyết định số 3280/QĐ-BYT ngày 09/9/2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế*.

3. Đồng Văn Thành và CS (2012), "Tổng kết 10 năm triển khai mô hình quản lý, điều trị ngoại trú có kiểm soát bệnh tăng huyết áp tại Bệnh viện Bạch Mai và 22 bệnh viện khác", http://vnha.org.vn/upload/hoinghi/BAO_CAO_07.10_BS.Thanh_A1.pdf

4. Nguyễn Thị Hồng Vân (2010), "Nghiên cứu mô hình quản lý, theo dõi, điều trị có kiểm soát bệnh đái tháo đường tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai", *Tạp chí Y học thực hành* (762), số 4/201, tr. 137-139.

5. Phan Anh Phong và CS (2010), "Nghiên cứu đánh giá hiệu quả mô hình quản lý, theo dõi và điều trị có kiểm soát bệnh THA ở Hà Nam", <https://123doc.org/document/3069355-nghien-cuu-danh-gia-hieu-qua-mo-hinh-quan-ly-theo-doi-va-dieu-tri-co-kiem-soat-benh-tang-huyet-ap-o-ha-nam.htm>.

6. Phan Long Nhơn và CS (2016), "Đánh giá kết quả điều trị, quản lý 400 BN tăng huyết áp tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Bồng Sơn, Bình Định", *Tạp chí Y dược học*, số 31, tr. 31-40.

7. Tạ Văn Bình (2006), *Bệnh đái tháo đường - tăng glucose máu*, Nhà xuất bản Y học, 2006.

8. Tạ Văn Bình (2006), *Nghiên cứu theo dõi biến chứng đái tháo đường ở BN đến khám lần đầu tại Bệnh viện Nội tiết*, Nhà Xuất bản Y học, 2006. □

NGHIÊN CỨU SỰ BIẾN ĐỔI GLUCOSE MÁU Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO GIAI ĐOẠN CẤP

BSCKII. DƯƠNG ĐÌNH PHÚC, BSCKII. NGUYỄN VĂN CHÍNH
BSCKI. NGUYỄN THỊ THANH BÉ, BSCKI. NGUYỄN HUY VIỆT

Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: PGS.TS. PHẠM ĐÌNH ĐÀ
Chủ nhiệm Khoa Đột quy, Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT: Khảo sát sự biến đổi nồng độ glucose máu và sự liên quan của một số chỉ tiêu lâm sàng với nồng độ glucose máu ở 157 bệnh nhân nhồi máu não giai đoạn cấp, điều trị tại Khoa Nội tâm thần kinh, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 6/2014-8/2016. **Kết quả:** 57,3% bệnh nhân tăng glucose máu khi nhập viện (24,8% đái tháo đường, 32,5% tăng glucose máu phản ứng). Nhóm bệnh nhân đái tháo đường có nồng độ glucose máu trung bình cao hơn và tỉ lệ giảm về mức bình thường thấp hơn so với nhóm tăng glucose máu phản ứng. 82,4% bệnh nhân tăng glucose máu phản ứng sau 7 ngày đã trở về mức bình thường, không cần điều trị. Triệu chứng hay gặp là liệt nửa người (95,5%), liệt dây VII (91,1%). Tỉ lệ gặp các triệu chứng lâm sàng không khác biệt giữa 3 nhóm bệnh nhân có mức nồng độ glucose máu khác nhau, nhưng ở nhóm bệnh nhân glucose máu > 10 mmol/l, tỉ lệ rối loạn ý thức và liệt mức độ nặng cao hơn nhóm glucose máu < 10 mmol/l.

Từ khóa: Glucose máu, nhồi máu não, đái tháo đường.

ABSTRACT: Investigation of changes in blood glucose concentration and the relevance of some clinical criteria with blood glucose concentration in 157 patients with cerebral infarction in acute stage, treated at the department of internal neuropsychology, Military Hospital 354, from June 2014 to August 2016. **Results:** There were 57.3% of patients with hyperglycemia when hospitalized (24.8% of diabetes, 32.5% of reactive hyperglycemia). The group of diabetic patients had an average blood glucose concentration higher and the rate of reduction to normal levels was lower than the group of reactive hyperglycemia. There were 82.4% of patients with reactive hyperglycemia after 7 days returned to normal levels, without treatment. The common symptoms were hemiplegia (95.5%), paralysis nerve VII (91.1%). The prevalence of clinical symptoms was not different between 3 groups of patients with different blood glucose concentration, but in the group of patients with blood glucose > 10 mmol/l, the rate of consciousness disorder and severity paralysis higher than the group of patients with blood glucose < 10 mmol/l.

Keywords: Blood glucose, cerebral infarction, diabetes.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Dương Đình Phúc, Email: phucnguyen.1967@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 11/3/2019; chấp nhận đăng: 15/4/2019

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Đột quy não (ĐQN) là bệnh có tỉ lệ mắc và tử vong cao. Các bệnh nhân (BN) ĐQN sống sót thường bị di chứng nặng nề. Hội Đột quy thế giới (2008) thông báo, ĐQN là nguyên nhân gây tử vong nhiều thứ ba sau bệnh ung thư và tim mạch ở các nước công nghiệp phát triển [1], [2]. Tỉ lệ mắc bệnh này ở Hoa Kỳ khoảng 794/100.000 dân, với tỉ lệ tử vong là 90,7/100.000 dân. Ở Trung Quốc, tỉ lệ hiện mắc là 259,93/100.000 dân. Ở Việt Nam, tỉ lệ mắc ĐQN hiện khoảng 117-425,5/100.000 dân (xấp xỉ 200.000 người mắc mới mỗi năm), trong đó thể đột quy nhồi máu não (NMN) chiếm tới 80-85% [2].

Có rất nhiều yếu tố nguy cơ gây ĐQN, như bệnh lí tim mạch, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hóa lipid, rối loạn chuyển hóa glucose, nghiện rượu, nghiện thuốc lá... Đái tháo đường (ĐTĐ)

làm tăng nguy cơ ĐQN chung từ 2 đến 6 lần [2], trong đó làm tăng nguy cơ ĐQN của nam giới lên 1,8 lần và của nữ giới lên 2,2 lần. Tăng glucose máu có thể là nguy cơ của ĐQN, tuy nhiên cũng có trường hợp tăng glucose máu phản ứng sau ĐQN. Tăng glucose máu làm tăng toan trong tế bào, tích tụ glutamat ngoài tế bào, làm tăng phù não. Tăng glucose máu dù nhất thời trong một giai đoạn bệnh cũng có thể gây ảnh hưởng đến điều trị, diễn biến của bệnh [5].

Tại Khoa Nội tâm thần kinh, Bệnh viện Quân y 354, trong những năm gần đây, tỉ lệ BN ĐQN nhập viện với nồng độ glucose máu cao hơn bình thường có xu hướng gia tăng. Chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu này nhằm mục tiêu khảo sát sự biến đổi nồng độ glucose máu ở BN NMN giai đoạn cấp và tìm hiểu mối liên quan của một số chỉ tiêu lâm sàng với nồng độ glucose máu trên đối tượng BN này.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

157 BN NMN giai đoạn cấp, điều trị tại Khoa Nội tâm thần kinh, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 6/2014-8/2016. Lựa chọn BN có chụp C.T scanner hoặc MRI sọ (kết quả có hình ảnh NMN). Loại khỏi nghiên cứu BN đang dùng thuốc ảnh hưởng đến nồng độ glucose máu, BN mắc bệnh nội tiết có ảnh hưởng đến nồng độ glucose máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Các BN nghiên cứu theo mẫu bệnh án thống nhất. Xét nghiệm glucose máu tại thời điểm sớm nhất ngay sau khi BN vào viện (D1); xét nghiệm glucose máu lúc đói vào 6 giờ 30 phút sáng hôm sau (D2) và ngày thứ 7 của bệnh (D3).

- Phân nhóm BN:

+ Nhóm 1: gồm 39 BN đã được chẩn đoán và điều trị ĐTĐ (chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới 1998).

+ Nhóm 2: gồm 51 BN có tăng glucose máu phản ứng sau ĐQN.

+ Nhóm 3: gồm 67 BN có glucose máu bình thường sau ĐQN.

- Các tiêu chí áp dụng trong nghiên cứu:

+ Chẩn đoán NMN lần đầu theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới, 1989.

+ Chẩn đoán tăng glucose máu: glucose máu lúc đói $\geq 7,0$ mmol/l.

+ Đánh giá độ liệt theo Henry và cộng sự: gồm liệt độ I (liệt nhẹ), liệt độ II (liệt vừa) và liệt độ III trở lên (liệt nặng).

+ Đánh giá tình trạng rối loạn (RL) ý thức theo thang điểm Glasgow: RL ý thức nhẹ (từ 9-14 điểm), RL ý thức nặng (từ 6-8 điểm), hôn mê sâu (từ 3-5 điểm).

- Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 13.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Bảng 1. Tuổi, giới BN nghiên cứu (n = 157).

Đặc điểm		Nhóm 1		Nhóm 2		Nhóm 3		Tổng số		p
		n	%	n	%	n	%	n	%	
Độ tuổi	40-49	0	0	3	5,9	6	9,0	9	5,7	> 0,05
	50-59	8	20,5	12	23,5	9	13,4	29	18,5	> 0,05
	60-69	13	33,3	13	25,5	18	26,9	44	28,0	> 0,05
	70-79	15	38,5	18	35,3	20	29,9	53	33,8	> 0,05
	> 79	3	7,7	5	9,8	14	20,9	22	14,0	> 0,05
Giới tính	Nam	21	53,8	27	52,9	37	55,2	85	54,1	> 0,05
	Nữ	18	46,2	24	47,1	30	44,8	72	45,9	> 0,05

Tỉ lệ BN nam/nữ = 1,18; 90/157 BN (57,3%) NMN cấp có tăng glucose máu.

Bảng 2. Nồng độ glucose máu trung bình (mmol/l) ở các thời điểm xét nghiệm.

Thời điểm	Nhóm 1	Nhóm 2	Nhóm 3	p _{1-2,3}
D1	10,8 ± 1,5	7,7 ± 1,4	5,8 ± 0,9	< 0,001
D2	10,9 ± 1,2	7,8 ± 1,1	5,9 ± 1,3	< 0,001
D7	8,9 ± 0,9	6,2 ± 1,1	5,5 ± 1,0	< 0,001
p ₁₋₂	> 0,05	> 0,05	> 0,05	
p _{1,2,3}	< 0,001	< 0,001		

Đến ngày D7, glucose máu BN nhóm 2 và 3 đã trở về bình thường.

Bảng 3. Tỉ lệ tăng glucose máu ở các thời điểm xét nghiệm.

Thời điểm	Nhóm 1		Nhóm 2		Nhóm 3	
	n	%	n	%	n	%
D1	39	100	51	100	0	0
D2	39	100	48	94,7	0	0
D7	32	82,4	9	17,6	0	0

Ngày D7, nhóm 2 còn 9 BN tăng glucose máu.

Bảng 4. Triệu chứng lâm sàng NMN lúc vào viện.

Lâm sàng	Nhóm 1		Nhóm 2		Nhóm 3		Tổng số		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Liệt nửa người	38	97,4	47	92,2	65	97,0	150	95,5	> 0,05
Liệt dây VII	36	92,3	46	90,2	61	91,0	143	91,1	> 0,05
Đau đầu, choáng váng	34	87,2	43	84,3	58	86,6	135	86,0	> 0,05
RL cảm giác nửa người	27	69,2	42	82,4	51	76,1	120	76,4	> 0,05
RL cơ vòng	22	56,4	28	54,9	40	59,7	90	57,3	> 0,05
RL ngôn ngữ	22	56,4	24	47,1	31	46,3	77	49,0	> 0,05
Co giật	08	20,5	07	13,7	13	19,4	28	17,8	> 0,05
RL ý thức	07	17,9	06	11,8	10	14,9	23	14,6	> 0,05

Triệu chứng hay gặp là liệt nửa người (95,5%), liệt dây VII (91,1%).

Bảng 5. Liên quan giữa mức độ RL ý thức với nồng độ glucose máu thời điểm D1.

Glucose máu	RLYT nặng		RLYT nhẹ		Không RLYT	
	n	%	n	%	n	%
< 7 mmol/l ⁽¹⁾	2/67	3,0	6/67	9,0	59/67	88,0
7-10 mmol/l ⁽²⁾	3/56	5,4	5/56	8,9	48/56	85,7
> 10 mmol/l ⁽³⁾	5/34	14,7	2/34	5,9	27/34	79,4
So sánh	p ₁₋₂ > 0,05 p _{1,2,3} < 0,05		p ₁₋₂ > 0,05 p _{1,2,3} < 0,05		> 0,05	

Nhóm BN nồng độ glucose máu > 10 mmol/l có tỉ lệ RL ý thức nặng cao hơn so với nhóm nồng độ glucose tăng vừa phải hoặc không tăng.

Bảng 6. Liên quan giữa mức độ liệt với nồng độ glucose máu thời điểm D1.

Glucose máu	Không liệt		Liệt nhẹ, vừa		Liệt nặng	
	n	%	n	%	n	%
< 7 mmol/l ⁽¹⁾	2/67	3,0	56/67	83,6	9/67	13,4
7-10 mmol/l ⁽²⁾	4/56	7,1	45/56	80,4	7/56	12,5
> 10 mmol/l ⁽³⁾	1/34	2,9	22/34	64,7	9/34	26,5
p	> 0,05		> 0,05		p ₁₋₂ > 0,05 p _{1,2-3} < 0,05	

Nhóm BN nồng độ glucose máu > 10 mmol/l có tỉ lệ liệt mức độ nặng cao hơn nhóm glucose máu tăng vừa hoặc không tăng.

4. BÀN LUẬN.

Nhiều nghiên cứu cho thấy tăng glucose máu là yếu tố nguy cơ của các thể ĐQN, dự phòng tăng glucose máu có thể làm hạn chế hoặc giảm nhẹ ĐQN. Ngược lại, ĐQN cũng là yếu tố gây rối loạn chuyển hóa glucose, nhất là trong giai đoạn cấp tính của bệnh [10]. Sự gia tăng glucose (còn gọi là stress hyperglycemia) có lẽ liên quan tới sự giải phóng các hormone tăng glucose máu như cortisol và norepinephrine. Tăng glucose máu thường xuất hiện trong giai đoạn sớm của ĐQN và đôi khi là yếu tố không tốt cho tiên lượng của bệnh [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, ngoài những BN đã được chẩn đoán và điều trị đái tháo đường tăng glucose máu, có 51/157 BN (32,5%) có phản ứng tăng glucose máu (điều đó được lí giải khi bị ĐQN, BN rơi vào tình trạng stress đã làm kích hoạt hệ thần kinh trục giao cảm, từ đó làm tăng tiết các hormone tăng glucose máu như catecholamin, cortisol và glucagon). Ở những BN tăng glucose phản ứng, mức độ tăng vừa phải và sau 7 ngày thì hầu hết nồng độ glucose máu đều trở về bình thường, không cần điều trị. Kết quả này phù hợp với nhận xét của Trần Thanh Tâm, Nguyễn Minh Hiện (2010) [4]. Mặc dù tỉ lệ gặp các triệu chứng khác nhau không có ý nghĩa giữa các nhóm nghiên cứu, nhưng phân tích sâu hơn, chúng tôi nhận thấy mức độ tăng glucose máu đã ảnh hưởng đến mức độ nặng của triệu chứng. Chúng tôi thấy ở những BN nồng độ glucose máu tăng nhiều (> 10 mmol/l), tỉ lệ gặp RLYT hay liệt mức độ nặng cao hơn so với BN glucose máu không tăng hay tăng vừa (< 10 mmol/l). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Trần Thanh Tâm, Nguyễn Minh Hiện (2010) là biến đổi glucose máu có liên quan đến RLYT và mức độ liệt [4]. Khi tăng glucose máu đã kích động sự trao đổi chất kị khí, nhiễm acid lactic và sản xuất các gốc tự do, tăng glucose máu có thể gây peroxy hóa trực tiếp màng lipid và li giải tế bào. Bruno A, Biller J, Adams HP (1992) đã nhận xét tăng glucose máu trong giai đoạn cấp của BN ĐQN là một yếu tố tiên lượng nặng [9]. Trên những BN NMN tăng glucose máu, thì BN tăng glucose phản ứng có tiên lượng tốt

hơn so với BN ĐTĐ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thấy mức độ tăng glucose máu do phản ứng thường thấp hơn so với tăng glucose máu ở BN đái tháo đường.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 157 BN đột quỵ NMN cấp, điều trị tại Bệnh viện Quân y 354, kết luận:

- Triệu chứng hay gặp là liệt nửa người (95,5%), liệt dây VII (91,1%). Có 90/157 BN (57,3%) tăng glucose máu khi nhập viện, trong đó 24,8% do bệnh đái tháo đường, 32,5% tăng glucose máu phản ứng.

- Nhóm BN ĐTĐ có nồng độ glucose máu trung bình cao hơn và tỉ lệ giảm về mức bình thường thấp hơn so với nhóm tăng glucose máu phản ứng. 82,4% BN tăng glucose máu phản ứng sau 7 ngày đã trở về mức bình thường, không cần điều trị. Nhóm BN glucose máu tăng cao (> 10 mmol/l) thì có tỉ lệ RL ý thức và liệt mức độ nặng cao hơn so với nhóm BN glucose máu < 10 mmol/l.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lê Đức Hình và CS (2007), *Tai biến mạch máu não: Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí*, Nhà xuất bản Y học 2007.
2. Phạm Gia Khải và CS (2004), "Tình hình tai biến mạch máu não tại Viện Tim Mạch Việt Nam", *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 31.
3. Thái Hồng Quang (2001), "Đái tháo đường", trong: *Bệnh Nội tiết*, Nhà xuất bản Y học, 2001.
4. Trần Thanh Tâm, Nguyễn Minh Hiện (2010), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biến đổi glucose máu ở BN đột quỵ CMN giai đoạn đầu", *Tạp chí Y dược học quân sự*, số 2-2010, 32-36.
5. Alvarez-Sabin J, Molina C, Montaner J et al (2003), "Effects of admission hyperglycemia on stroke outcome in reperfused tissue plasminogen activator-treated patients", *Stroke*, 34:1235.
6. American Diabetes Association (2009), "American Association of clinical Endocrinologists and American Diabetes Association", *Diabetes care*, vol 32, no6.
7. Anderson R.E, Tan W.K, Martin H.S, Meyer F.B (1999), "Effects of glucose and PaO₂ modulation on cortical intracellular acidosis, NADH redox state, and infarction in the ischemic penumbra", *Stroke*, 1999; 30: 160-170.
8. Berger L, Hakim A.M (1986), "The Association of Hyperglycemia with cerebral edema in stroke", *Stroke*, 17:865-871.
9. Bruno A, Biller J, Adams H.P et al (1992), "Acute blood glucose level and outcome from ... and outcome of ischemic brain infarction", *Neurol Sci* 111:59-64.
10. Bruno A (2009), "Management of hyperglycemia" during acute stroke, *Curr Cardio Rep*. 11(1). □

NGHIÊN CỨU RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở BỆNH NHÂN SAU ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO BẰNG THANG ĐIỂM RÚT GỌN BECK

BSCKII. NGUYỄN VĂN CHÍNH
BSCKII. DƯƠNG ĐÌNH PHÚC VÀ CS
Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: TS. NGUYỄN VĂN TUYẾN
Giám đốc Trung tâm Đột quy, Bệnh viện TƯQĐ 108

TÓM TẮT: Khảo sát tỉ lệ trầm cảm sau đột quy nhồi máu não và bước đầu tìm hiểu mối liên quan giữa trầm cảm với đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tổn thương não ở 61 bệnh nhân sau đột quy nhồi máu não lần đầu; đánh giá rối loạn trầm cảm bằng thang điểm rút gọn của Beck trong 3 tháng. **Kết quả:** Có 22/61 bệnh nhân (36,17%) mắc trầm cảm với mức độ bệnh nhẹ 5/22 bệnh nhân (22,72%), trung bình 10/22 bệnh nhân (45,45%) và nặng 7/22 bệnh nhân (31,58%). Tỉ lệ mắc trầm cảm ở bệnh nhân sau nhồi máu não ở độ tuổi từ 60 trở lên: 41,67%, độ tuổi dưới 60: 15,38%; ở bệnh nhân nam giới: 36,11%, nữ giới: 36%; ở bệnh nhân lao động trí óc: 30%, lao động chân tay: 39,02%; bệnh nhân không kết hôn hoặc li hôn: 68,42%; có gia đình: 21,43%; bệnh nhân liệt chi: 61,82%, không liệt chi: 16,67%; ở bệnh nhân teo não: 69,23%, không teo não: 27,08%. Không thấy mối liên quan giữa trầm cảm với động mạch não tổn thương, kích thước - số lượng ổ nhồi máu.

Từ khóa: Nhồi máu não, rối loạn trầm cảm.

ABSTRACT: Investigation of the depression rate after cerebral infarction stroke and initially find out the relationship between depression and clinical characteristics, images of brain damage in 61 patients after cerebral infarction stroke first time; assessment of the depression disorder by Beck's shortened scale in 3 months. **Results:** There were 22/61 patients (36.17%) suffering from depression, in which 5/22 patients (22.72%) suffering from depression with mild level, 10/22 patients (45.45%) suffering from depression with average level and 7/22 patients (31.58%) suffering from depression with severe level. The incidence of depression in patients after cerebral infarction at the age of 60 was 41.67%, aged under 60 was 15.38%; in male patients was 36.11%, in female patients was 36%; in patients with intellectual activities was 30%, in patients with manual activities was 39.02%; in non-married or divorced patients was 68.42%; in married patients was 21.43%; in patients with paralysis of limbs was 61.82%, without paralysis of limbs was 16.67%; in patients with cerebral atrophy was 69.23%, without cerebral atrophy was 27.08%. There was no relationship between depression and cerebral arteries damage, size and number of infarction location.

Keywords: Cerebral infarction, depression disorder.

Chịu trách nhiệm nội dung: BCKII. Nguyễn Văn Chính, Email: chinhtrang65@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 28/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Trầm cảm (TC) là hội chứng bệnh lí của rối loạn cảm xúc, có đặc điểm khí sắc trầm, mất quan tâm hay thích thú, giảm năng lượng, dẫn đến mệt mỏi, giảm hoạt động, tồn tại trong khoảng thời gian ít nhất hai tuần. Người bệnh TC còn có các triệu chứng loạn thần và luôn trong trạng thái mệt mỏi, buồn bã, chán nản, thấy cuộc sống vô nghĩa [6]. TC có thể xuất hiện sau những sang chấn tâm lí hay tổn thương thực thể não... Theo nhiều nghiên cứu của các tác giả nước ngoài, tỉ lệ TC sau đột quy não chiếm khoảng 18-30%. Phát hiện các biểu hiện TC trên bệnh nhân (BN) sau đột quy não có vai trò quan trọng trong điều trị nói chung và điều trị phục hồi chức năng

nói riêng, giúp BN sớm hòa nhập vào cuộc sống lao động.

Hàng năm, Khoa Nội tâm thần kinh, Bệnh viện Quân y 354 tiếp nhận điều trị một số lượng không nhỏ BN đột quy nhồi máu não (NMN). Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu khảo sát tỉ lệ TC sau đột quy NMN và bước đầu tìm hiểu mối liên quan giữa TC với đặc điểm lâm sàng, hình ảnh tổn thương não ở BN sau đột quy NMN.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

61 BN chẩn đoán xác định đột quy NMN lần đầu, điều trị tại Khoa Nội tâm thần kinh, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 9/2014 đến tháng 8/2016.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: BN có đủ tiêu chuẩn chẩn đoán đột quỵ NMN trên lâm sàng theo WHO năm 1999 (khởi phát đột ngột, các triệu chứng thần kinh khu trú tồn tại trên 24 giờ) và có hình ảnh NMN trên CT scan hoặc MRI; BN tỉnh táo hoàn toàn để có thể trả lời bộ câu hỏi.

- Loại trừ các BN có tiền sử TC hoặc khảo sát tại thời điểm vào viện có biểu hiện TC dựa trên thang điểm rút gọn của Beck; BN không hợp tác nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Thang đánh giá TC rút gọn của Beck:

+ Từ 1-4 điểm: không có TC.

+ từ 5-7 điểm: TC mức độ nhẹ.

+ Từ 8-15 điểm: TC mức độ trung bình.

+ Từ 16 điểm trở lên: TC mức độ nặng.

- Kỹ thuật thu nhập thông tin:

+ Bước 1: Lựa chọn BN nghiên cứu và mô tả các đặc điểm nghiên cứu theo mẫu hồ sơ lập sẵn.

+ Bước 2: Theo dõi và tiếp tục mô tả, đánh giá mức độ TC theo thang điểm rút gọn của Beck trong suốt 3 tháng sau khi BN có NMN.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Tỷ lệ BN TC sau đột quỵ NMN đến 3 tháng.

+ Mối liên quan giữa TC với một số đặc điểm lâm sàng BN NMN.

+ Mối liên quan giữa TC với một số đặc điểm tổn thương não trên BN NMN.

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- Tuổi đời:

+ Dưới 60 tuổi: 13 BN (21,31%).

+ Từ 60 tuổi trở lên: 48 BN (78,69%).

- Giới tính:

+ Nam giới: 36 BN (59,02%).

+ Nữ giới: 25 BN (40,98%).

- Tỷ lệ và mức độ TC sau NMN:

+ Không TC: 39 BN (63,93%).

+ Có TC: 22 BN (36,07%). Trong đó, 5/22 BN (22,72%) TC mức độ nhẹ, 10/22 BN (45,45%) TC mức độ trung bình và 7/22 BN (31,81%) TC mức độ nặng.

3.2. Liên quan giữa TC với một số đặc điểm lâm sàng:

Bảng 1. Liên quan giữa TC với một số đặc điểm lâm sàng.

Đặc điểm lâm sàng		BN không TC	BN có TC	OR (95%CI), p
Tuổi đời	< 60 tuổi (n = 13)	11 (84,62%)	2 (15,38%)	3,93 (0,74-2,83) p = 0,08
	≥ 60 tuổi (n = 48)	28 (58,33%)	20 (41,67%)	
Giới tính	Nam giới (n = 36)	23 (63,89%)	13 (36,11%)	1,0 (0,34-2,91) p = 0,99
	Nữ giới (n = 25)	16 (64,00%)	9 (36,00%)	
Nghề nghiệp	Lao động trí óc (n = 20)	14 (70,00%)	6 (30,00%)	0,67 (0,21-2,13) p = 0,49
	Lao động chân tay (n = 41)	25 (60,98%)	16 (39,02%)	
Tình trạng hôn nhân	Có vợ (n = 42)	33 (78,57%)	9 (21,43%)	0,13 (0,03-0,50) p = 0,000
	Không có vợ/li hôn (n = 19)	6 (31,58%)	13 (68,42%)	
Mức độ liệt	Có liệt (n = 55)	34 (61,82%)	21 (38,18%)	0,32 (0,03-3,08) p = 0,43
	Không liệt (n = 6)	5 (83,33%)	1 (16,67%)	

3.3. Liên quan giữa TC với đặc điểm tổn thương não:

Bảng 2. Liên quan giữa TC với động mạch tổn thương.

Động mạch cấp máu	BN không TC	BN có TC	OR (95%CI), p
Động mạch não trước (n = 12) ⁽¹⁾	6 (50,00%)	6 (50,00%)	OR(95%CI) ²⁻¹ = 0,34(0,09-1,38); OR(95%CI) ³⁻¹ = 1,50(0,26-8,6) p _{2,3-1} = 0,69
Động mạch não giữa (n = 39) ⁽²⁾	29 (74,36%)	10 (25,64%)	
Động mạch não sau (n = 10) ⁽³⁾	4 (40,00%)	6 (60,00%)	
Tổng (n = 61)	39 (63,93%)	22 (36,07%)	

Bảng 3. Liên quan giữa TC với kích thước và số lượng ổ nhồi máu.

Ổ nhồi máu	BN không TC	BN có TC	OR (95%CI), p
Một ổ NMN (n = 38)	26 (68,42%)	12 (31,58%)	1,67 (0,56-4,95) p = 0,35
Nhiều ổ NMN (n = 23)	13 (56,52%)	10 (43,48%)	
NMN diện rộng (n = 2)	1 (50,00%)	1 (50,00%)	0,55 (0,03-9,55) p = 0,68
NMN khác (n = 59)	38 (64,41%)	21 (35,59%)	

Bảng 4. Liên quan giữa TC với tổn thương não kèm theo.

Tổn thương não kèm theo		BN không TC	BN có TC	OR (95%CI), p
Teo não	Có teo não (n = 13)	4 (30,77%)	9 (69,23%)	0,17 (0,04-0,70) p = 0,005
	Không teo não (n = 48)	35 (72,92%)	13 (27,08%)	
Giãn não thất	Có giãn não thất (n = 6)	2 (33,33%)	4 (66,67%)	0,24 (0,04-1,54) p = 0,176
	Không giãn não thất (n = 55)	37 (67,27%)	18 (32,73%)	

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm của BN nghiên cứu:

Các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy đột quỵ não chủ yếu xảy ra ở người lớn tuổi. Theo Wongwandee M, tuổi trung bình của BN NMN là $59,7 \pm 12,3$ tuổi [10]. Chúng tôi gặp BN tuổi từ 60 trở lên có 48/61 BN, chiếm tỉ lệ 78,69%.

Chúng tôi gặp 38 BN (59,02%,) nam và 25 BN (40,98%) nữ; tỉ lệ nam/nữ là 1,4/1. Theo Nguyễn Văn Chương và cộng sự, ở mọi lứa tuổi, BN nam đều chiếm tỉ lệ cao hơn BN nữ và tỉ lệ BN nam/nữ chung là 2,2/1 [2]. Nguyên nhân có thể do nam giới có nhiều yếu tố nguy cơ mắc đột quỵ não (uống rượu, hút thuốc lá, chế độ ăn và sinh hoạt không điều độ...) hơn nữ giới.

Trong 61 BN NMN chúng tôi nghiên cứu, có 22 BN bị TC sau đột quỵ, chiếm tỉ lệ 36,07%. Theo Dương Minh Tâm (2015), tỉ lệ mắc TC sau đột quỵ não là 76/243 BN (31,3%) [5]. Trong một nghiên cứu tổng quan từ 51 nghiên cứu khác nhau, Maree L Hackett thấy tỉ lệ trung bình mắc TC sau NMN là 33,3% [8]. Nếu tính trên tổng số 22 BN TC trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, thì TC mức độ nhẹ là 5/22 BN (22,72%), TC mức độ trung bình là 10/22 BN (45,45%) và TC mức độ nặng là 7/22 BN (31,58%). Theo nghiên cứu của Fuh T.L, TC mức độ nhẹ là 3,13%, TC mức độ trung bình là 48,44% và TC mức độ nặng là 48,43%.

Tần suất mắc và mức độ bệnh TC sau đột quỵ NMN trong các nghiên cứu tại Việt Nam và nước ngoài nêu trên cho thấy còn có những khác biệt, điều này có thể do nhiều nguyên nhân, như sự chưa đồng nhất về phương pháp nghiên cứu, cách thức chọn mẫu, số lượng mẫu...

4.2. Mối liên quan giữa TC với đặc điểm lâm sàng và tổn thương não:

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra, BN tuổi càng cao thì càng có nguy cơ bị TC, nhất là những BN đột quỵ não. Trong nghiên cứu này, có tới 41,67% BN ở độ tuổi từ 60 trở lên mắc chứng TC trong khoảng thời gian sau NMN 3 tháng; cao hơn so với ở độ tuổi dưới 60 (15,38%), tuy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Theo Đỗ Tư Duy và Trần Minh Thư, BN NMN tuổi từ 60 trở lên có tỉ lệ TC 76,1%, trong khi dưới 60 tuổi, tỉ lệ này chỉ là 27,9% [3].

Chúng tôi thấy tỉ lệ TC ở hai giới nam và nữ sau NMN là như nhau (36,11% và 36%). Theo Nguyễn Văn Thành và Vũ Anh Nhị, tỉ lệ TC sau đột quỵ ở nam là 42,1% và ở nữ là 29,3% [4]. Tuy nhiên, Brittany Poynter tổng hợp từ 56 nghiên cứu khác nhau thấy có 35 nghiên cứu thông báo TC sau NMN ở nữ cao hơn nam giới. Sự khác biệt này có lẽ do những khác nhau về địa lí, đời sống kinh tế và tâm lí xã hội.

Tỉ lệ TC ở BN lao động trí óc là 30%, thấp hơn so với tỉ lệ ở người lao động chân tay (39,02%), mặc dù sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê.

Chúng tôi cũng thấy, BN không kết hôn hoặc li hôn có nguy cơ cao bị TC với tỉ lệ mắc sau NMN là 68,42%, trong khi tỉ lệ này ở người có gia đình là 21,43%, với $p < 0,001$. Sau đột quỵ não, người bệnh dễ rơi vào tâm trạng tiêu cực, nên những quan tâm, chăm sóc của người xung quanh tác động rất nhiều đến tâm trạng bệnh lí của họ. Theo Đỗ Tư Duy và Trần Minh Thư, tỉ lệ TC ở BN li dị, li thân, không có gia đình là 50%, so với 35,8% ở nhóm BN có gia đình [3].

Trong số 55 BN bị liệt, có tới 21 BN bị TC, chiếm tỉ lệ 61,82%, cao hơn so với tỉ lệ 16,67% ở BN không bị liệt. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Tâm lại thấy tình trạng không bị liệt sau NMN dường như liên quan tới nguy cơ bị TC, tuy nhiên sự liên quan này là không chặt chẽ. Điều này có thể lí giải là TC sau NMN do nhiều yếu tố gây ra, tác động vào tâm lí và cơ thể của người bệnh. Vì thế, mặc dù có những BN NMN không bị liệt, nhưng vẫn có thể bị TC.

Không thấy sự liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TC với động mạch não bị tổn thương. Theo Bhogal S.B và Speechley M, vị trí tổn thương não do NMN là rất khác nhau và có mối liên hệ không rõ ràng với TC [7]. Nghiên cứu của Dương Minh Tâm lại cho rằng tổn thương động mạch não trước phải là yếu tố trực tiếp gây TC [5].

Theo Đặng Hoàng Anh, tổn thương bán cầu não trái có liên quan đến xuất hiện TC [1]. Robinson thì cho rằng, tổn thương bán cầu não trái hạnh nhân phải, các tổn thương gần cực trước làm tăng nguy cơ mắc TC [9].

Chúng tôi thấy tỉ lệ TC ở BN NMN một ổ và nhiều ổ có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê. Đồng thời, tỉ lệ TC ở BN NMN diện rộng và BN NMN diện không rộng cũng có sự khác biệt, song không có ý nghĩa thống kê.

Tỉ lệ TC ở BN teo não (69,23%) cao hơn ở BN không teo não (27%), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Một số nghiên cứu trên thế giới cho thấy TC thường xuất hiện ở giai đoạn sớm trên BN teo não (25,58% BN teo não có TC).

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 61 BN NMN lần đầu, gồm 36 nam (59,02%) và 25 nữ (40,98%), có độ tuổi dưới 60 (21,31%) hoặc từ 60 trở lên (78,69%), chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Trong thời gian 3 tháng sau đột quỵ NMN, có 22 BN (36,07%) mắc chứng TC, trong đó 5/22 BN (22,72%) TC nhẹ, 10/22 BN (45,45%) TC trung bình và 7/22 BN (31,81%) TC nặng. Tỉ lệ mắc chứng TC ở đối tượng BN nam giới: 36,11%; nữ giới: 36%; BN ≥ 60 tuổi: 41,67%; BN lao động chân tay: 39,02%; BN không kết hôn hoặc li hôn: 68,42%; BN nhồi máu vô não: 52,94%; BN NMN bán cầu ưu thế: 43,75%; BN NMN nhiều ổ: 43,48% và BN teo não: 69,23%.

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa TC sau đột quỵ NMN với tình trạng hôn nhân (có gia đình/không có gia đình hoặc li hôn: OR =

0,13; 95%CI từ 0,03-0,50; $p < 0,001$); với tổn thương teo não kèm theo (OR = 0,17; 95%CI từ 0,04-1,54; $p = 0,005$); chưa thấy có mối liên quan với các yếu tố khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đặng Hoàng Anh (2009), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn tâm thần ở BN tai biến mạch máu não có tăng huyết áp", Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
2. Nguyễn Văn Chương (2008), "Nhồi máu não - thực hành lâm sàng thần kinh học", trong: *Bệnh học thần kinh*, tập 3, Nhà xuất bản Y học, tr. 44-73.
3. Đỗ Tư Duy, Trần Minh Thư (2015), *Khảo sát tỉ lệ rối loạn TC và các yếu tố liên quan ở BN tai biến mạch máu não*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, tr. 43-44, 46-47.
4. Nguyễn Văn Thành, Vũ Anh Nhị (2009), "Nghiên cứu biến chứng sau đột quỵ NMN tại Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện Chợ Rẫy", *Tạp chí Y học thực hành*, số 3, tr. 1.
5. Dương Minh Tâm (2015), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến trầm cảm ở BN sau NMN*, Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, tr. 61, 79, 81, 97, 118, 125.
6. WHO (1992), "Rối loạn khí sắc", trong: *Phân loại bệnh học quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi, mô tả lâm sàng và nguyên tắc chỉ đạo chẩn đoán*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 91-105.
7. Bhogal S.B, Speechley M et al (2004), *Kesion Location and Poststroke Depression Systematic Review of the Methodological Limitations in the Literature*, Copyright 2004 American Heart Association, Inc. Stroke doi: 10.1161/01.STR.0000117237.98749.26204; 35:794- 802, originally published online February 12, 2004, St.
8. Hackett L.M et al (2005), *Frequency of Depression After Stroke. A Systematic Review of Observational Studies*, American heart Association, Inc, Stroke; 36: 1330.
9. Robinson R.G, Starstein S.E (1990), *Mood disorders in stroke patients, importance of location of lesion*, Brain, (107), pp 81-93.
10. Wongwandee M, Tangwongchai S, Phanthumchinda K (2012), "Relationship between post stroke depression and ischemic lesion location", *J Med Assoc Thai*, 95 (3): 330-6. □

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN GIỮA HbA1c, GLUCOSE MÁU LÚC ĐÓI VÀ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

BSCKII. BÙI VĂN VĨNH

Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN MINH NÚI

Phó Chủ nhiệm Bộ môn Khớp và nội tiết,

Học viện Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 380 bệnh nhân chẩn đoán xác định đái tháo đường típ 2, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 8/2015 đến tháng 10/2016, kết luận:

- Bệnh nhân nữ (56,1%) nhiều hơn bệnh nhân nam (42,9%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là 65,8 tuổi, trong đó độ tuổi từ 60-80 tuổi chiếm 75%. Chủ yếu bệnh nhân có ≥ 2 bệnh kết hợp (65,5%) và thời gian mắc bệnh ≤ 5 năm (75,0%).

- Thời gian mắc bệnh càng dài, nồng độ glucose máu và HbA1c trung bình càng cao. Sau 3 tháng điều trị, nồng độ glucose máu và HbA1c trung bình đều giảm so với thời điểm bắt đầu nghiên cứu; số bệnh nhân có giá trị xét nghiệm bình thường tăng rõ rệt, trong đó 38 bệnh nhân (10,0%) có giá trị xét nghiệm glucose máu và HbA1c bình thường, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$).

- Kết quả glucose máu và HbA1c theo mục tiêu điều trị của Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế: 28,2% bệnh nhân có nồng độ glucose máu ở mức tốt và chấp nhận; 58,5% bệnh nhân có nồng độ HbA1c được kiểm soát tốt và chấp nhận.

- Có mối tương quan thuận có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ glucose máu và HbA1c, với $r = 0,5739$ và $0,514$, $p < 0,01$; 69 bệnh nhân (18,6%) có mối tương quan nghịch giữa glucose máu và HbA1c.

Từ khóa: Đái tháo đường, HbA1c, glucose máu.

ABSTRACT: Prospective study and cross-sectional description of 380 outpatients with determined diagnosis of type 2 diabetes, treated at the Military hospital 354, from August 2015 to October 2016, concluded:

- Female patients (56.1%) were more than male patients (42.9%). The average age of patients was 65.8 years, in which the age range from 60-80 accounted for 75%. Most patients with two or more combined diseases (65.5%) and disease duration less than 5 years (75.0%).

- As longer the duration of the disease, as higher the average blood glucose and HbA1c concentration. After 3 months of treatment, the average blood glucose and HbA1c concentration were decreased in comparison with the start of study; the number of patients with normal test values increased markedly, in which 38 patients (10.0%) had normal blood glucose and HbA1c values, the difference was statistically significant ($p < 0.01$).

- The results of blood glucose and HbA1c according to the treatment goals of the International Diabetes Federation: there were 28.2% of patients with good blood glucose concentration and accepted; 58.5% of patients with well-controlled and accepted HbA1c concentration.

- There was a positive correlation and statistically significant between blood glucose concentration and HbA1c, with $r = 0.5739$ and 0.514 , $p < 0.01$; 69 patients (18.6%) had a negative correlation between blood glucose and HbA1c concentration.

Keywords: Diabetes, HbA1c, blood glucose.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Bùi Văn Vĩnh Email: vanvinhbui354@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 08/3/2019; chấp nhận đăng: 29/3/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Những năm gần đây, nền công nghiệp phát triển và tính toàn cầu hóa đã tác động sâu rộng đến việc thay đổi lối sống ở châu Á. Cuộc sống bận rộn khiến con người căng thẳng, ít vận động, nhiều lo âu, ngủ ít, lại thêm hút thuốc lá và uống

rượu nhiều... Trong chế độ dinh dưỡng, việc sử dụng chế độ ăn không hợp lý góp phần quan trọng vào cơ chế gây bệnh.

Theo thống kê của Hiệp hội Đái tháo đường quốc tế, tính đến năm 2016, Việt Nam có khoảng 3,5 triệu người trưởng thành (từ 20-79 tuổi) mắc

bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), với gần 64% người mắc bệnh chưa được chẩn đoán; đồng thời, ĐTĐ tại Việt Nam có tỉ lệ tử vong cao nhất trong các bệnh nội tiết.

HbA1c là tiêu chuẩn được dùng để đánh giá kiểm soát glucose máu trong thời gian dài và là mục tiêu chính kiểm soát, đánh giá hiệu quả điều trị ĐTĐ típ 2. Việc điều trị bệnh ĐTĐ thường tốn kém và lâu dài. Dùng thuốc điều trị ĐTĐ có vai trò rất quan trọng để kiểm soát glucose máu, là mục tiêu chính trong điều trị bệnh [7].

Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nghiên cứu mối liên quan giữa HbA1c với nồng độ glucose máu lúc đói và hiệu quả của các thuốc điều trị bệnh nhân (BN) ĐTĐ típ 2, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

380 BN chẩn đoán xác định ĐTĐ típ 2 theo Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA) năm 2015 [8], điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 8/2015 đến tháng 10/2016.

Loại trừ các BN thiếu máu nặng, BN có truyền máu trong vòng 2 tháng trước đó; BN có bệnh thận, bệnh gan mạn tính kết hợp; BN đang mang thai hoặc 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: BN được xét nghiệm nồng độ glucose máu lúc đói và HbA1c thời điểm bắt đầu nghiên cứu (T0) và sau đó 3 tháng (T1).

- Điều trị ĐTĐ típ 2 theo phác đồ của Hội Nội tiết và ĐTĐ Việt Nam năm 2013, gồm các nhóm merfomin, sulfonyleurea và insulin [6].

- Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu:

+ Đo HbA1c theo phương pháp miễn dịch độ đục, glucose máu được phân tích theo phương pháp glucose oxidase.

+ Áp dụng mục tiêu điều trị của Liên đoàn ĐTĐ quốc tế (IDF) năm 2011 [7].

- Chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm BN nghiên cứu (tuổi, giới tính, bệnh kết hợp, thời gian mắc bệnh); chỉ số glucose máu và HbA1c (liên quan đến thời gian mắc bệnh, tại thời điểm T0 và T1; so sánh số BN có các thông số bình thường giữa T0 và T1; chỉ số glucose máu theo mục tiêu điều trị của Liên đoàn ĐTĐ quốc tế; chỉ số HbA1c theo mục tiêu điều trị của Liên đoàn ĐTĐ quốc tế năm 2005); tương quan HbA1c với glucose máu; số lượng BN có các chỉ số không đồng đều.

- Xử lý số liệu: bằng phương pháp thống kê y học SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- Phân bố BN theo tuổi và giới tính:

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

Tuổi	Nam	Nữ	Tổng
Dưới 60	35 (9,2%)	42 (11,1%)	77 (20,3%)
Từ 60-80	122 (9,2%)	163 (42,9%)	285 (75,0%)
Trên 80	6 (1,6%)	12 (3,2%)	18 (4,7%)
Tổng	163 (42,9%)	217 (56,1%)	380 (100%)
p			< 0,001

Tuổi trung bình của BN là 65,8 tuổi, trong đó, từ 60-80 tuổi chiếm 75%; cao hơn kết quả nghiên cứu của Lê Văn Chi, năm 2010 (61% BN có độ tuổi từ 60-80) [2]. Có thể do BN điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354 chủ yếu là đối tượng bảo hiểm hưu trí. Khi về già, quá trình lão hóa là nguyên nhân quan trọng nhất của sự đề kháng insulin, làm tăng tỉ lệ ĐTĐ típ 2. Đồng thời, những thay đổi về lối sống và tuổi tác là yếu tố tác động quan trọng.

BN nữ (56,1%) nhiều hơn BN nam (42,9%). Sự khác nhau giữa BN nam và nữ giữa các quốc gia, các khu vực trong một quốc gia phụ thuộc vào các yếu tố ảnh hưởng đến ĐTĐ típ 2 (như sự phát triển nền công nghiệp, tính toàn cầu hóa) và tác động sâu xa đến việc thay đổi lối sống. Trong chế độ dinh dưỡng, việc ăn nhiều thực phẩm công nghiệp, nhiều chất béo, chất ngọt, nhất là gạo xay sát quá trắng góp phần quan trọng vào cơ chế gây bệnh. Những thay đổi về cấu trúc sinh lí (epigenetics) dẫn đến sự đề kháng insulin và giảm chức năng tế bào β (Beta).

- Bệnh kết hợp:

Bảng 2: Bệnh kết hợp phân bố theo giới tính.

Giới tính	ĐTĐ đơn thuần	≥ 2 bệnh kết hợp
Nam	59 (15,5%)	104 (27,4%)
Nữ	72 (19,0%)	145 (38,1%)
Tổng	131 (34,5%)	249 (65,5%)
p		< 0,01

65,5% BN có ≥ 2 bệnh kết hợp, 34,5% BN mắc bệnh ĐTĐ đơn thuần. Tỉ lệ BN nam và nữ mắc bệnh ĐTĐ đơn thuần và kết hợp khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Đối với BN cao tuổi mắc nhiều bệnh kết hợp, bác sĩ lâm sàng phải có chiến lược thích hợp trong điều trị.

- Thời gian mắc bệnh:

+ Từ 5 năm trở xuống: 285 BN (75,0%).

+ Trên 5 năm đến 10 năm: 69 BN: (18,2%).

+ Trên 10 năm: 26 BN (6,8%).

Chiếm tỉ lệ cao nhất là BN có thời gian mắc bệnh ≤ 5 năm (75,0%), tiếp đến là trên 5 năm đến 10 năm (18,2%) và thấp nhất là trên 10 năm (6,8%). Kết quả này khác với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hoàn, 2013 (87,4% BN mắc bệnh < 5 năm, 8,4% mắc bệnh từ 5-10 năm và 3,2% mắc bệnh trên 10 năm [4]). Do hiểu biết của người bệnh và chiến thuật điều trị, tầm soát bệnh ĐTD ngày càng tốt hơn nên thời gian mắc bệnh dài ngày càng tăng.

3.2. Kết quả xét nghiệm glucose máu và HbA1c:

- Chỉ số glucose máu và HbA1c trung bình liên quan đến thời gian mắc bệnh:

Bảng 3. Chỉ số xét nghiệm liên quan tới thời gian mắc bệnh.

Thời gian mắc bệnh	Glucose (mmol/l)	HbA1c (%)
≤ 5 năm	$9,18 \pm 2,38$	$8,26 \pm 3,26$
Trên 5 năm	$11,46 \pm 2,93$	$9,74 \pm 2,89$
p	$< 0,001$	$< 0,01$

Thời gian mắc bệnh càng dài nồng độ glucose máu và HbA1c trung bình càng cao, mức độ cao có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Thời gian dài kết hợp với nồng độ glucose máu tăng là nguyên nhân của các biến chứng trong bệnh ĐTD.

- Chỉ số glucose máu và HbA1c trung bình tại 2 thời điểm xét nghiệm T0 và T1:

Bảng 4. Chỉ số hóa sinh trung bình tại các thời điểm nghiên cứu.

Thời điểm	Glucose (mmol/l)	HbA1c (%)
Thời điểm T0	$9,75 \pm 2,71$	$8,63 \pm 3,18$
Thời điểm T1	$8,67 \pm 2,63$	$7,66 \pm 2,16$
p	$< 0,01$	$< 0,01$

Sau 3 tháng điều trị (T1), nồng độ glucose máu và HbA1c trung bình đều giảm so với thời điểm bắt đầu nghiên cứu (T0), khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Kết quả này khác với nghiên cứu của Đào Thị Dừa (thực hiện trên 257 BN ĐTD, thấy nồng độ glucose máu trung bình lúc vào viện là $14,71 \pm 6,84$ mmol/l và lúc ra viện là $7,35 \pm 2,1$ mmol/l [3]). Sự khác biệt có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là BN ngoại trú, còn tác giả trên nghiên cứu ở BN nội trú.

Theo Đào Thị Dừa, giá trị HbA1c trung bình của BN ĐTD lúc ra viện là $8,02 \pm 1,42\%$ [3]; nghiên cứu của nhóm tác giả Schweizer A (2007) thấy, giá trị HbA1c trung bình của BN ĐTD lúc ra viện là $8,7 \pm 1,95\%$ [2]. Như vậy, kết quả HbA1c trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu trên. Có thể do chúng tôi giám sát

chặt nồng độ glucose máu và phác đồ điều trị thích hợp đối với từng người bệnh.

- So sánh số BN có các thông số bình thường giữa T0 và T1 ($n = 380$):

Bảng 5. So sánh số BN có kết quả bình thường trong quá trình nghiên cứu.

Thông số	Thời điểm T0	Thời điểm T1	p
Glucose < 7 mmol/l	4 (1,0%)	100 (26,3%)	$< 0,001$
HbA1c $< 6,5\%$	8 (2,1%)	59 (15,5%)	$< 0,001$
2 thông số bình thường	0	38 (10,0%)	$< 0,001$

Sau điều trị, số BN có giá trị xét nghiệm bình thường tăng rõ rệt, trong đó có 38 BN (10,0%) giá trị xét nghiệm glucose máu và HbA1c bình thường. Khác biệt có ý nghĩa thống kê trước và sau 3 tháng điều trị với $p < 0,001$.

- Kết quả glucose máu theo mục tiêu điều trị của Liên đoàn ĐTD quốc tế:

Bảng 6. Kết quả glucose máu theo mục tiêu điều trị.

Nồng độ glucose	Số BN (%)	$X \pm SD$
Tốt (từ 4,4 đến dưới 6,2 mmol/l)	48 (12,6%)	$5,56 \pm 0,65$
Chấp nhận (từ 6,2 đến $\leq 7,0$ mmol/l)	59 (15,6%)	$6,68 \pm 0,22$
Kém (trên 7,0 mmol/l)	273 (71,8%)	$9,65 \pm 2,46$

71,8% BN có nồng độ glucose máu ở mức kém. Điều này cho thấy, BN tuân thủ chế độ điều trị chưa tốt, gây hậu quả rất xấu trong việc phòng ngừa các biến chứng của bệnh.

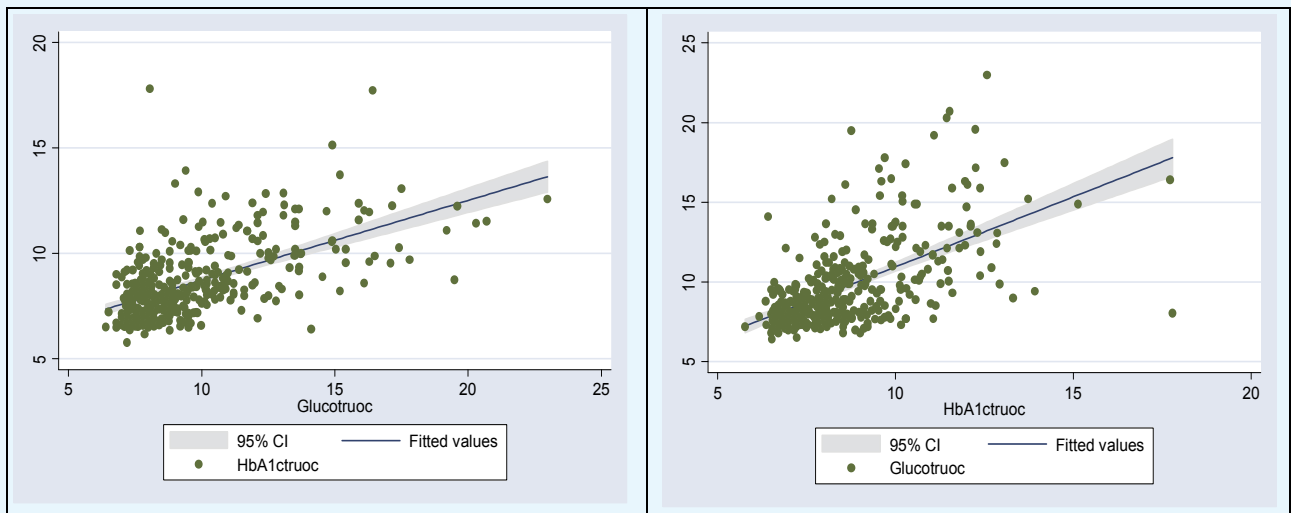
- Kết quả HbA1c theo mục tiêu điều trị của Liên đoàn ĐTD quốc tế năm 2005:

Bảng 7. Kết quả HbA1c theo mục tiêu điều trị.

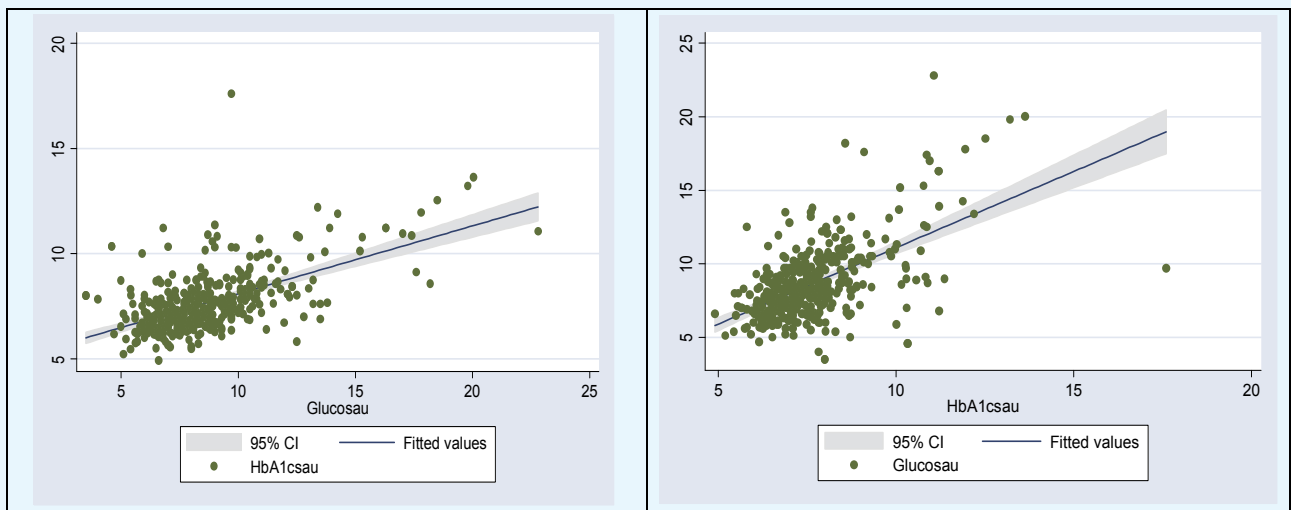
Nồng độ HbA1c	Số BN (%)	$X \pm SD$
Tốt (dưới 6,5%)	69 (18,2%)	$6,11 \pm 0,33$
Chấp nhận (6,5-7,5%)	153 (40,3%)	$7,06 \pm 0,35$
Kém (trên 7,5%)	158 (41,5%)	$8,92 \pm 1,44$

18,2% BN có nồng độ HbA1c được kiểm soát tốt; tương đương nghiên cứu của Lê Văn Chi (tỉ lệ này là 16,67% [2]). 41,5% BN có nồng độ HbA1c kiểm soát mức độ kém; thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Lê Văn Chi (57,57% BN có nồng độ HbA1c kiểm soát mức độ kém [2]). Chứng tỏ hiệu quả điều trị theo phác đồ của Bệnh viện Quân y 354 khá tốt.

- Tương quan giữa HbA1c với glucose máu trước và sau điều trị.



Biểu đồ 1. HbA1c và glucose máu trước điều trị tương quan thuận với $r = 0,5739$, $p < 0,01$.



Biểu đồ 2. HbA1c và glucose máu sau điều trị tương quan thuận với $r = 0,514$, $p < 0,01$.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, mối tương quan thuận giữa nồng độ glucose máu và tỉ lệ HbA1c có ý nghĩa thống kê, với $r = 0,5739$ và $0,514$, $p < 0,01$.

- Số lượng BN có các chỉ số xét nghiệm không đồng đều:

+ Nồng độ glucose máu cao và HbA1c bình thường: 23 BN (6,5%).

+ Nồng độ glucose máu bình thường và HbA1c cao: 46 BN (12,1%).

Kết quả cho thấy, 69 BN không có tương quan giữa glucose máu và HbA1c, trong đó có 12,1% BN có tỉ lệ HbA1C $\geq 6,5\%$ và nồng độ glucose máu < 7 mmol/l. Theo Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (2010), xét nghiệm HbA1c được coi là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán ĐTĐ. Vì vậy, việc xét nghiệm HbA1c là rất quan trọng, giúp bác sĩ vững vàng hơn trong kê đơn điều trị tiếp cho những BN có HbA1c cao hoặc quyết định kê đơn

ngay cho người bệnh khi có kết quả xét nghiệm HbA1c (kể cả BN mới khám lần đầu).

Từ kết quả này, chúng tôi thấy rằng chỉ định xét nghiệm HbA1c 3 tháng/lần với những BN đã có sổ điều trị bệnh mạn tính góp phần theo dõi sát chất lượng điều trị trên từng người bệnh.

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 380 BN có chẩn đoán xác định ĐTĐ típ 2 theo Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ năm 2015 [8], điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 8/2015 đến tháng 10/2016, kết luận:

- BN nữ (56,1%) nhiều hơn BN nam (42,9%). Tuổi trung bình của BN là 65,8 tuổi, trong đó từ 60-80 tuổi chiếm 75%. 65,5% BN có ≥ 2 bệnh kết hợp, 34,5% BN mắc bệnh ĐTĐ đơn thuần. Chủ yếu BN có thời gian mắc bệnh ≤ 5 năm (75,0%). Thời gian mắc bệnh càng dài, nồng độ HbA1c trung bình càng giảm so với thời điểm bắt đầu nghiên cứu; số BN có giá trị xét nghiệm

bình thường tăng rõ rệt, trong đó 38 BN (10,0%) có giá trị xét nghiệm glucose máu và HbA1c bình thường, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

- Kết quả xét nghiệm glucose máu và HbA1c theo mục tiêu điều trị của Liên đoàn ĐTĐ quốc tế: 28,2% BN có nồng độ glucose máu ở mức tốt và chấp nhận; 58,5% BN có nồng độ HbA1c được kiểm soát tốt và chấp nhận.

- Mọi tương quan thuận giữa hoạt độ glucose máu và tỉ lệ HbA1c có ý nghĩa thống kê, với $r = 0,5739$ và $0,514$, $p < 0,01$. 69 BN (18,6%) có mối tương quan nghịch giữa glucose máu và HbA1c.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thị Phương Mai, Trần Hoài Nam (2010), "Giá trị HbA1c huyết thanh trong chẩn đoán ĐTĐ tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng", *Tạp chí Hóa sinh y dược học*, Tổng hội Y học Việt Nam, tr. 92-98.

2. Lê Văn Chi, Trần Quang Trung (2011), *Tình hình sử dụng thuốc hạ glucose máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ II*, Bộ môn Nội, Trường Đại học Y dược Huế.

3. Đào Thị Dừa, Nguyễn Hải Thủy (2008), "Nghiên cứu chất lượng sống bệnh nhân đái tháo đường", *Tạp chí Y học thực hành* (616-617), tr. 349-357.

4. Nguyễn Văn Hoàn (2013), "Chất lượng điều trị, quản lí bệnh đái tháo đường", Báo Nghệ An

5. Nguyễn Diệu Vân (2011), *Bệnh đái tháo đường*, Bệnh học nội khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 411- 432.

6. *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2 chưa có biến chứng* (2013), Hội Nội tiết và đái tháo đường Việt Nam.

7. Bộ Y tế (2011), "Chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2", Quyết định số 3280/QĐ-BYT ngày 09 tháng 9 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

8. American Diabetes Association (2015), *Standards of medical care in Diabetes -2015*, Diabetes care Volume 38, Supplement I, January 2015. □

KHẢO SÁT TUỔI ĐỘNG MẠCH CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP...

(Tiếp theo trang 40)

- Tỉ lệ BN nữ (63,5%) nhiều hơn BN nam (36,5%), trong đó BN từ 61-70 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (41,5%). Tuổi ĐM trung bình ở BN nam ($75,58 \pm 7,25$) cao hơn ở BN nữ ($72,56 \pm 9,03$).

- Tuổi ĐM trung bình ở BN THA trên 10 năm mắc bệnh THA chiếm tỉ lệ cao nhất ($75,43 \pm 7,890$). Tuổi ĐM trung bình ở BN THA độ 2 cao hơn so với BN THA độ 1, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

- Tuổi ĐM trung bình trên BN THA chưa kiểm soát huyết áp cao hơn nhóm có kiểm soát huyết áp ($p < 0,001$). Tuổi ĐM trung bình nhóm BN có kiểm soát glucose máu và chưa kiểm soát glucose máu khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tuổi ĐM trung bình của BN có nồng độ cholesterol $\geq 5,2$ mmol/l và BN có nồng độ cholesterol $< 5,2$ mmol/l, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). BN có nồng độ triglycerid $\geq 1,7$ mmol/l thì có tuổi ĐM cao trung bình hơn BN có triglycerid $< 1,7$ mmol/l, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trương Quang Bình (2013), *Tuổi động mạch: Tiếp cận toàn diện trong đánh giá và điều trị tăng huyết áp*, ESC Highlights 2013.

2. Nguyễn Minh Cường (2014), *Nghiên cứu đặc điểm một số yếu tố nguy cơ tim mạch và tuổi động mạch ở cán bộ đơn vị X - Tổng cục Hậu cần*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y.

3. Vũ Thị Thanh Hải (2015), *Khảo sát tuổi động mạch và một số yếu tố nguy cơ tim mạch trên BN đái tháo đường típ 2*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y.

4. Hồ Văn Phước (2015), "Khảo sát tuổi động mạch ở bệnh nhân bị hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Đà Nẵng", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*.

5. Trịnh Hồng Sơn, Vũ Đại Quế, Nguyễn Tiến Thành và CS (2013), "Chẩn đoán và điều trị bệnh béo phì", *Tạp chí Y học thực hành*, 5, tr.168-173.

6. Nguyễn Quang Tuấn (2012), *Tăng huyết áp trong thực hành lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 19-28.

7. Hồ Huỳnh Quang Trí (2013), *Lão hóa mạch máu sớm: Ý nghĩa và phòng chống*, Chuyên đề tim mạch học tháng 3/2013.

8. Mc Govern P.G, Pankow J.S, Shahar E, Doliszny K.M, Folsom A.R, Blackburn H, Luepker R.V (1996), "The Minnesota Heart Survey Investigators, Recent trends in acute coronary heart disease: mortality, morbidity, medical care, and risk factors. *N Engl J Med*. 334: 884-890.

9. Wilson P.W, D'Agostino, R.B, Levy D, Belanger A.M, Silbershatz H, Kannel W.B (1998), "Prediction of coronary heart disease using risk factor categories", *Circulation*, 97 (18): 1837-1847. □

ĐÁNH GIÁ THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VIỆC TUÂN THỦ DÙNG THUỐC ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CỦA BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ

ThS. PHẠM HUY THÔNG, TS. VŨ HÀ NGÀ SƠN
Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: TS. PHẠM XUÂN CHUNG
Trưởng Phòng Dược, Cục Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả theo chiều dọc 97 bệnh nhân mới mắc đái tháo đường típ 2, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354, từ 7/2017-10/2017. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $61,7 \pm 10,2$; 84,5% bệnh nhân có HbA1c < 9%; 95,9% bệnh nhân có glucose máu $\leq 16,67$ mmol/l. 68,0% bệnh nhân có phác đồ điều trị khởi đầu phù hợp. 25% bệnh nhân trả lời được 1 tên thuốc. 68,2% bệnh nhân biết tác dụng của thuốc. 2,3% bệnh nhân biết các tác dụng không mong muốn của thuốc và cách xử trí. 86,4% bệnh nhân không biết hoặc nói “uống gấp đôi” liều bình thường. 59,1% bệnh nhân đã từng quên uống thuốc trong 3 tháng điều trị. 14,8% bệnh nhân giảm hoặc ngưng thuốc do thấy khó chịu bởi tác dụng không mong muốn của thuốc. 1,1% bệnh nhân tự giảm liều hoặc ngưng thuốc khi thấy glucose máu bình thường. 28,4% bệnh nhân thấy phiền về việc gắn bó với điều trị lâu dài. 33% bệnh nhân có kiến thức tốt về bệnh đái tháo đường; điểm kiến thức trung bình là $4,1 \pm 0,8$. 70,5% bệnh nhân tuân thủ tốt dùng thuốc điều trị đái tháo đường; điểm tuân thủ trung bình là $6,1 \pm 1,3$. Bệnh nhân có kiến thức tốt có khả năng đạt HbA1c mục tiêu cao gấp 4,05 lần so với kiến thức không tốt (OR = 4,05, 95% CI: 1,36-12,06, $p < 0,001$). Bệnh nhân tuân thủ dùng thuốc ở mức độ tốt làm tăng khả năng đạt HbA1c mục tiêu gấp 7,71 lần so với tuân thủ điều trị không tốt (OR = 7,71; 95% CI: 2,77-21,47, $p < 0,001$). Bệnh nhân sử dụng thêm 1 thuốc điều trị đái tháo đường giảm khả năng tuân thủ 60% (OR = 0,40, 95% CI: 0,16-0,95, $p = 0,04$).

Từ khóa: Đái tháo đường, kiến thức, thái độ.

ABSTRACT: Prospective study and vertical description of 97 outpatients suffering from type 2 diabetes, and treated at the Military hospital 354, from July 2017 to October 2017. **Results:** The average age of patients was 61.7 ± 10.2 ; 84.5% of patients with HbA1c < 9%; 95.9% of patients with blood glucose ≤ 16.67 mmol/l; 68.0% of patients had appropriate initial treatment regimens. There were 25% of patients correctly answered one drug name; 68.2% of patients knew the drug's effect; 2.3% of patients knew the unwanted effects of drugs and how to manage them; 86.4% of patients did not know or say “double drink” normal dose; 59.1% of patients were forgotten to take medicines in 3 months of treatment. There were 14.8% of patients reduced or discontinued to take medicines due to discomfort by the unwanted effects of the drug. There was 1.1% of patients self-reduced the dose or discontinued to take medicines when blood glucose was normal. 28.4% of patients felt troublesome about sticking with long-term treatment. 33% of patients had good knowledge of diabetes; the average knowledge score was 4.1 ± 0.8 . There were 70.5% of patients complied well with diabetes medications; the average compliance score was 6.1 ± 1.3 . Patients with a good knowledge of ability to achieve HbA1c goals were 4.05 times higher than patients with bad knowledge (OR = 4.05, 95% CI: 1.36-12.06, $p < 0.001$). Patients with good adherence of the medications use increased ability to achieve HbA1c goals were 7.71 times higher than patients with poor adherence (OR = 7.71; 95% CI: 2.77-21.47, $p < 0.001$). Patient used an additional diabetes medication to reduce compliance by 60% (OR = 0.40, 95% CI: 0.16-0.95, $p = 0.04$).

Keywords: Diabetes, knowledge, attitude.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Phạm Huy Thông, Email: phamhuythong13@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 08/3/2019; chấp nhận đăng: 29/3/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 là một bệnh mạn tính, đang thực sự là gánh nặng của xã hội khi số người mắc bệnh không ngừng tăng lên, việc điều trị kéo dài, kèm theo nhiều vấn đề về quản lý

người bệnh, tuân thủ điều trị và chi phí điều trị. Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), tỉ lệ bệnh nhân (BN) tuân thủ điều trị đối với các bệnh mạn tính chỉ chiếm 50%, thậm chí còn thấp hơn ở các nước đang phát triển. Không tuân thủ điều trị được cho là nguyên nhân gây ra tử vong

cho khoảng 125.000 người trên thế giới, BN phải nhập viện tăng lên khoảng 25%, tăng chi phí y tế lên hàng trăm triệu đô la mỗi năm [8], [11].

Bệnh viện Quân y 354 hiện đang quản lý trên 3.000 BN ĐTĐ theo chương trình quản lý bệnh không lây nhiễm. Việc tuân thủ điều trị đã được BN hiểu biết hơn. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều khó khăn trong việc giám sát. Để góp phần đánh giá đúng kiến thức về bệnh và tuân thủ điều trị của người bệnh, đưa ra các biện pháp can thiệp thích hợp, nâng cao hiệu quả điều trị, chúng tôi triển khai đề tài này nhằm đánh giá thực trạng sử dụng thuốc, kiến thức, thái độ và một số yếu tố liên quan đến việc tuân thủ dùng thuốc trên BN ĐTĐ típ 2, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

97 BN có chẩn đoán mới mắc ĐTĐ típ 2, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 7/2017 đến tháng 10/2017. BN có tái khám và lĩnh thuốc trong 3 tháng theo quy trình quản lý bệnh không lây nhiễm của Bệnh viện Quân y 354.

Loại trừ BN đang điều trị các bệnh khác có ảnh hưởng đến kết quả điều trị, như bệnh basedow, đái tháo đường thai kì, dùng corticoid...

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả theo chiều dọc.

- Phương pháp nghiên cứu: các BN được khám, làm các xét nghiệm chẩn đoán, điều trị bệnh ĐTĐ theo hướng dẫn của Bộ Y tế; loại thuốc, số loại thuốc điều trị; định kì kiểm tra mỗi tháng 1 lần hoặc khi có bất thường; khảo sát qua phiếu thăm dò về mức độ hiểu biết và sự tuân thủ điều trị (88 BN tham gia nghiên cứu).

- Công cụ nghiên cứu: phiếu theo dõi BN; bộ câu hỏi đánh giá tuân thủ điều trị dựa vào thang MMAS-8: tốt (6-8 điểm), không tốt (0-5 điểm) [10]; bộ câu hỏi đánh giá kiến thức về thuốc điều trị ĐTĐ gồm 5 câu hỏi ngắn của Mary Lynn McPherson và được đánh giá là có kiến thức tốt khi tổng điểm kiến thức ≥ 5 điểm [9].

- Kiểm soát glucose máu theo hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế 2017 ($HbA1c < 7\%$, glucose máu lúc đói từ 4,4-7,2 mmol/l) [2].

- Đánh giá tính phù hợp của phác đồ điều trị dựa trên Quy trình chuyên môn khám chữa bệnh ĐTĐ típ 2 được ban hành kèm theo Quyết định số 3798/QĐ-BYT của Bộ Y tế năm 2017 [1], [3]. Phác đồ tại thời điểm bắt đầu điều trị (T0) của BN được đánh giá là phù hợp khi:

+ Đối với BN có $HbA1c < 9\%$, khởi đầu điều trị bằng metformin (nếu không có chống chỉ định, mức lọc cầu thận ước tính $eGFR < 30$ ml/ml/1,73

m²) [1]; BN có chống chỉ định với metformin, ưu tiên sử dụng sulfonylure.

+ Đối với BN có $HbA1c \geq 9\%$, sử dụng phác đồ 2 thuốc đường uống metformin và sulfonylure.

+ Đối với BN có $HbA1c$ từ 10-12% và/hoặc glucose máu trên 16,67 mmol/l, sử dụng phác đồ điều trị có insulin.

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm của BN trong nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm BN nghiên cứu (n = 97).

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ %
Tuổi	Dưới 40	3	3,4
	Từ 40-75	76	86,4
	Trên 75	9	10,2
	Trung bình	61,7 $\pm$ 10,2	
Giới tính	Nam	47	48,5
	Nữ	50	51,5
Trình độ học vấn	THPT trở xuống	66	68,0
	Cao đẳng, đại học, sau đại học	31	32,0
Chỉ số HbA1c	Dưới 9%	82	84,5
	Từ 9-10%	9	9,3
	Trên 10%	6	6,2
	Trung bình	7,65 $\pm$ 1,61	
Chỉ số glucose máu lúc đói (mmol/l)	Dưới/bằng 16,67	93	95,9
	Trên 16,67	4	4,1
	Trung bình	9,44 $\pm$ 4,09	

Tuổi trung bình của BN là 61,7 $\pm$ 10,2 tuổi.

84,5% BN có $HbA1c$ dưới 9%; 95,9% BN có mức glucose máu $\leq 16,67$ mmol/l.

3.2. Thực trạng sử dụng thuốc, kiến thức và tuân thủ điều trị của BN:

Bảng 2. Phác đồ điều trị ĐTĐ tại thời điểm T0.

Phác đồ		Số BN (n = 97)	Tỉ lệ %
Phác đồ đơn trị liệu	Metformin	35	36,1
	Sulfonylure	09	9,3
	Insulin	03	3,1
Tổng		47	48,5
Phác đồ hai thuốc	Metformin + Sulfonylure	50	51,5

Trong phác đồ đơn trị liệu, metformin là thuốc được dùng nhiều nhất với 35 BN (36,1%). Tỉ lệ BN sử dụng sulfonylure và insulin đơn độc lần lượt là 9,3% và 3,1%. 51,5% BN sử dụng phác đồ phối hợp 2 thuốc (metformin + sulfonylure).

Bảng 3. Phân tích phác đồ điều trị ĐTĐ tại thời điểm T0 (n = 97).

Phác đồ	1 thuốc	2 thuốc	Insulin
HbA1c < 9%	Met: 27 (27,8%) Sul: 9 (9,3%)	46 (47,4%)	0
HbA1c từ 9-10%	6 (6,2%)	2 (2,1%)	1 (1,05%)
HbA1c ≥ 10%; glucose máu lúc đói ≥ 16,67 mmol/l	2 (2,1%)	2 (2,1%)	2 (2,1%)
Phác đồ phù hợp	31 (32,0%)		
Phác đồ chưa phù hợp	66 (68,0%)		

68,0% BN có phác đồ điều trị khởi đầu chưa phù hợp. Trong số các BN nồng độ HbA1c < 9%, có 9 BN (9,3%) không được điều trị đầu tay bằng metformin (mặc dù không có chống chỉ định), 46

BN (47,4%) điều trị ngay bằng phác đồ phối hợp 2 thuốc đường uống.

Bảng 4. Tỷ lệ BN đạt glucose máu mục tiêu tại thời điểm T3 (n = 97).

Mục tiêu	Đạt	Không đạt
HbA1c	59 (60,8%)	38 (39,2%)
Glucose máu lúc đói	43 (44,3%)	54 (55,7%)

Có 60,8% và 44,3% BN chỉ số HbA1c và glucose máu lúc đói đạt mục tiêu sau 3 tháng điều trị.

Bảng 5. Đặc điểm kiến thức của BN (n = 88):

Câu hỏi	Số BN	Tỷ lệ %
1. Ông (bà) có biết tên loại thuốc đang dùng không?		
Biết tên loại thuốc đang dùng	22	25,0
2. Ông (bà) có biết tại sao phải dùng loại thuốc này không?		
Để hạ glucose máu	60	68,2
Biết chính xác tất cả các tác dụng của thuốc	0	0
3. Ông (bà) có biết sử dụng loại thuốc này như thế nào và khi nào không?		
Biết cách dùng nhưng không biết thời điểm dùng thuốc	80	90,9
Biết cách dùng và thời điểm dùng thuốc	8	9,1
4. Ông (bà) có biết tác dụng không mong muốn khi dùng thuốc và nếu gặp thì sẽ làm gì?		
Biết các tác dụng không mong muốn, nhưng không biết cách xử lý hoặc biết cách xử lý nhưng không biết tác dụng không mong muốn	46	52,3
Biết các tác dụng không mong muốn của thuốc và cách xử trí khi xảy ra	02	2,3
5. Nếu ông (bà) quên 1 liều thuốc, ông (bà) sẽ phải làm thế nào?		
Không biết hoặc nói “uống gấp đôi” liều bình thường	76	86,4
Chưa bao giờ quên 1 liều thuốc nào, hoặc nói “tiếp tục uống như bình thường” hoặc “hỏi ý kiến bác sĩ/dược sĩ để được tư vấn”	12	13,6

25% BN trả lời được 1 tên thuốc, 68,2% BN biết tác dụng của thuốc, 2,3% BN biết các tác dụng không mong muốn của thuốc và cách xử trí, 86,4% BN không biết hoặc nói “uống gấp đôi” liều bình thường.

Bảng 6. Đặc điểm tuân thủ dùng thuốc điều trị ĐTĐ của BN (n = 88):

Câu hỏi		Số BN	Tỉ lệ %
1. Quên uống thuốc điều trị ĐTĐ		52	59,1
2. Trong 2 tuần vừa qua có lúc quên sử dụng thuốc ĐTĐ		16	18,2
3. Giảm hoặc ngưng uống thuốc mà không báo cho bác sĩ		13	14,8
4. Quên mang thuốc khi đi xa		4	4,5
5. Đã uống thuốc điều trị ĐTĐ của ngày hôm qua		79	89,8
6. Ngưng thuốc khi cảm thấy đường huyết được kiểm soát		1	1,1
7. Cảm thấy phiền về việc gắn bó với điều trị lâu dài		25	28,4
8. Tần suất gặp khó khăn khi phải nhớ uống thuốc nhiều lần	Không bao giờ/hiếm khi	41	46,6
	Một lần trong khoảng thời gian điều trị	4	4,5
	Thỉnh thoảng	36	40,9
	Thường xuyên	6	6,8
	Luôn luôn	1	1,1

59,1% BN đã từng quên uống thuốc trong 3 tháng điều trị, 14,8% BN giảm hoặc ngưng thuốc do thấy khó chịu bởi tác dụng không mong muốn của thuốc, 1,1% BN tự giảm liều hoặc ngưng thuốc khi thấy glucose máu bình thường, 28,4% BN thấy phiền về việc gắn bó với điều trị lâu dài.

Bảng 7. Phân loại kiến thức của BN (n = 88):

Kiến thức	Điểm	Số BN	Tổng
Không tốt	2	3 (03,4%)	59 (67,0%)
	3	25 (28,4%)	
	4	31 (35,2%)	
Tốt	5	19 (21,6%)	29 (33,0%)
	6	10 (11,4%)	
Điểm trung bình	4,1 ± 0,8		

33,0% BN có kiến thức tốt về bệnh ĐTĐ. Điểm kiến thức trung bình của BN là 4,1 ± 0,8.

Bảng 8. Tuân thủ dùng thuốc của BN (n = 88):

Tuân thủ	Điểm	Số BN	Tổng
Không tốt	3	1 (1,1%)	29,5%
	4	7 (8,0%)	
	5	18 (20,5%)	
Tốt	6	37 (42,1%)	70,5%
	7	5 (5,7%)	
	8	20 (22,7%)	
Điểm trung bình	6,1 ± 1,3		

70,5% BN tuân thủ tốt dùng thuốc điều trị ĐTĐ. Điểm tuân thủ trung bình là 6,1 ± 1,3 điểm.

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức và tuân thủ của BN ĐTĐ:

Bảng 9. Mối liên quan giữa các yếu tố và kiến thức của BN.

Yếu tố	OR (95% CI)	p
Tuổi	0,98 (0,94-1,05)	0,72
Giới tính	Nữ	1,00
	Nam	1,02 (0,31-1,54)
Trình độ văn hóa	THPT trở xuống	1,00
	CĐ, ĐH, SĐH	3,21 (1,65-5,68)
Glucose máu mục tiêu	4,05 (1,36-12,06)	0,001

BN có kiến thức tốt thì có khả năng đạt HbA1c mục tiêu cao gấp 4,05 lần so với BN kiến thức không tốt (OR = 4,05, 95% CI: 1,36-12,06, p < 0,001).

Bảng 10. Mối liên quan giữa các yếu tố đến tuân thủ điều trị

Yếu tố	OR (95% CI)	p
Tuổi	1,02 (0,97-1,06)	0,53
Giới tính	Nữ	1,00
	Nam	0,66 (0,26-1,66)
Trình độ văn hóa	THPT trở xuống	1,00
	CĐ, ĐH, SĐH	2,02 (0,15-7,24)
Kiến thức	Kém	1,00
	Tốt	1,77 (0,35-9,00)
Số thuốc	0,40 (0,16-0,95)	0,04
Glucose máu mục tiêu	7,71 (2,77-21,47)	0,001

BN tuân thủ dùng thuốc ở mức độ tốt làm tăng khả năng đạt HbA1c mục tiêu gấp 7,71 lần so với BN tuân thủ điều trị không tốt (OR = 7,71; 95% CI: 2,77-21,47, p < 0,001). Số thuốc điều trị ĐTĐ có

ảnh hưởng tới tuân thủ dùng thuốc của người bệnh. BN sử dụng thêm 1 thuốc điều trị ĐTĐ giảm khả năng tuân thủ 60% (OR = 0,40, 95% CI: 0,16-0,95, p = 0,04).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Thực trạng sử dụng thuốc, niềm tin, thái độ và kiến thức của BN ĐTĐ điều trị ngoại trú:

Trong nghiên cứu này, có 3 nhóm thuốc sử dụng điều trị cho BN mới mắc ĐTĐ típ 2, là nhóm biguanid (metformin), sulfonyleurea (gliclazid, glimepiride) và insulin; có 3 phác đồ sử dụng, chủ yếu là phác đồ đơn trị và phối hợp 2 thuốc uống. Kết quả cho thấy, 68% BN có phác đồ khởi đầu điều trị ĐTĐ típ 2 chưa phù hợp. Đối với BN có HbA1c < 9%, 9 BN (9,3%) không được điều trị đầu tay bằng metformin (mặc dù không có chống chỉ định), 46 BN (47,4%) điều trị ngay bằng phác đồ phối hợp 2 thuốc đường uống. Có thể do bác sĩ dựa vào kinh nghiệm sử dụng thuốc, cá thể hóa trên từng BN và muốn nhanh chóng đưa glucose máu về mức mục tiêu nhanh. Tỷ lệ BN đạt HbA1c và glucose máu lúc đói mục tiêu sau 3 tháng điều trị lần lượt là 60,8% và 44,3%. Đây là tỷ lệ HbA1c mục tiêu tương đối, nhằm phản ánh tình hình kiểm soát glucose máu mục tiêu chung của quần thể BN trong nghiên cứu.

Phần lớn các BN chưa biết về tác dụng không mong muốn của thuốc và cách theo dõi xử lý nếu gặp phải (52,3%). Chỉ 25% BN nói được tên thuốc (glucofast, glucofine), trong khi đây là những tên thuốc dễ nhớ, đều có hoạt chất metformin, được kê từ đầu quá trình điều trị và không bị thay đổi thuốc. Tuy các BN không nói được tên thuốc, nhưng hầu hết đều nhận biết ra thuốc ĐTĐ được cấp phát thông qua hộp thuốc, vỉ thuốc, hình dạng viên thuốc (viên tròn, viên hình "hạt gạo") và biết cách dùng thuốc.

33,0% BN có kiến thức tốt về các thuốc điều trị ĐTĐ, không BN nào đạt số điểm tuyệt đối về kiến thức; thấp hơn nghiên cứu của McPherson và cộng sự sử dụng cùng bộ câu hỏi đánh giá kiến thức của BN (61,36% BN có kiến thức tốt [9]); nhưng cao hơn nghiên cứu của Đoàn Thị Thoan khi đánh giá kiến thức BN ĐTĐ điều trị ngoại trú (không BN nào có kiến thức tốt ≥ 5 điểm [6]).

70,5% BN tuân thủ dùng thuốc trong điều trị. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Phương (65,9% BN tuân thủ dùng thuốc trong điều trị) [5]; Trần Việt Hà (57,9% BN tuân thủ dùng thuốc trong điều trị) [4]. Nghiên cứu cho thấy, 59% BN đã từng quên uống thuốc trong 3 tháng điều trị. Quên uống thuốc là nguyên nhân gây không tuân thủ thường gặp nhất trên các BN [11]. Do đó, nhân viên y tế cần nhắc nhở BN thường xuyên và có thể áp dụng các phương pháp nhắc nhở bằng công nghệ thông tin, hỗ trợ cho BN cải thiện tuân thủ thói quen uống thuốc.

15% BN giảm hoặc ngưng thuốc do thấy khó chịu bởi tác dụng không mong muốn của thuốc; 1,1% BN tự giảm liều hoặc ngưng thuốc khi thấy glucose máu bình thường. Bác sĩ, dược sĩ và BN cần có mối liên hệ để kịp thời tư vấn, giải quyết vấn đề tác dụng không mong muốn của thuốc cho người bệnh.

4.2. Một số yếu tố liên quan tới tuân thủ điều trị của BN:

Nghiên cứu của chúng tôi thấy mối liên quan giữa kiến thức và kiểm soát glucose máu. BN có kiến thức tốt thì có khả năng đạt HbA1c mục tiêu cao gấp 4,05 lần so với BN kiến thức kém (OR = 4,05, 95% CI: 1,36-12,06, $p < 0,001$); phù hợp với nghiên cứu của McPherson và cộng sự (2008), thấy có mối liên quan giữa kiến thức và kiểm soát glucose máu của BN [9]. Trình độ văn hóa có ảnh hưởng tới kiến thức của BN và kiến thức có liên quan tới việc kiểm soát glucose máu. Vì vậy, khi giáo dục BN về kiến thức thuốc điều trị ĐTĐ, nhân viên y tế nên có sự phân nhóm BN theo trình độ để đạt được hiệu quả cao nhất.

Tỉ lệ BN đạt HbA1c mục tiêu ở nhóm tuân thủ tốt cao hơn có ý nghĩa thống kê so với BN tuân thủ kém (69,2% so với 22,6%, $p < 0,001$). BN tuân thủ tốt có khả năng đạt HbA1c mục tiêu cao gấp 7,71 lần so với BN tuân thủ kém (OR = 7,71; 95% CI: 2,77-21,47, $p < 0,001$); tương tự nghiên cứu của Đoàn Thị Thoan (2016), tuân thủ dùng thuốc của BN có mối liên quan đến kiểm soát glucose máu của BN ($p < 0,05$) [6].

Số thuốc điều trị ĐTĐ có mối liên quan tới tuân thủ điều trị của người bệnh. BN dùng thêm 1 thuốc có nguy cơ giảm tuân thủ 60% (OR = 0,38, 95% CI: 0,15-0,95, $p = 0,03$). Phác đồ điều trị phức tạp có thể khiến BN khó tuân thủ, đặc biệt đối với các bệnh lý mạn tính như ĐTĐ. Tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo nên sử dụng phác đồ đơn giản hoặc sử dụng thuốc đã được phối hợp sẵn các hoạt chất để giảm số thuốc cần sử dụng [7].

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 97 BN mới mắc bệnh ĐTĐ típ 2, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 7/2017 đến 10/2017, kết luận:

- BN nữ (51,5%) tương đương BN nam (48,5%). Tuổi trung bình của BN là $61,7 \pm 10,2$ tuổi. 84,5% BN có HbA1c dưới 9%. 95,9% BN có mức glucose máu $\leq 16,67$ mmol/l. 68% BN có phác đồ điều trị khởi đầu phù hợp và 32% BN có phác đồ điều trị khởi đầu chưa phù hợp.

- 25% BN trả lời được 1 tên thuốc đang dùng, 68,2% BN biết tác dụng của thuốc là hạ glucose máu, 2,3% BN biết các tác dụng không mong muốn của thuốc và cách xử trí khi chúng xảy ra, 86,4% không biết hoặc nói “uống gấp đôi” liều

bình thường. 59,1% BN đã từng quên uống thuốc trong 3 tháng điều trị, 14,8% BN giảm hoặc ngưng thuốc do thấy khó chịu bởi tác dụng không mong muốn của thuốc, 1,1% BN tự giảm liều hoặc ngưng thuốc khi thấy glucose máu bình thường, 28,4% BN cảm thấy phiền về việc gắn bó với điều trị lâu dài. 33,0% BN có kiến thức tốt về bệnh ĐTĐ; điểm kiến thức trung bình của BN là $4,1 \pm 0,8$. 70,5% BN tuân thủ tốt dùng thuốc điều trị ĐTĐ; điểm tuân thủ trung bình là $6,1 \pm 1,3$.

- BN có kiến thức tốt có khả năng đạt HbA1c mục tiêu cao gấp 4,05 lần so với BN kiến thức không tốt (OR = 4,05, 95% CI: 1,36-12,06, $p < 0,001$); BN tuân thủ dùng thuốc ở mức độ tốt làm tăng khả năng đạt HbA1c mục tiêu gấp 7,71 lần so với BN tuân thủ điều trị không tốt (OR = 7,71; 95% CI: 2,77-21,47, $p < 0,001$); BN sử dụng thêm 1 thuốc điều trị ĐTĐ giảm khả năng tuân thủ 60% (OR = 0,40, 95% CI: 0,16-0,95, $p = 0,04$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2017), *Cập nhật hướng dẫn sử dụng thuốc chứa hoạt chất metformin điều trị ĐTĐ típ 2*, Công văn 18366/QLD-DK, ngày 08/11/2017.
2. Bộ Y tế (2017), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh ĐTĐ típ 2*, Quyết định số 3319/QĐ-BYT, ngày 19/7/2017.
3. Bộ Y tế (2017), *Quy trình chuyên môn khám, chữa bệnh ĐTĐ típ 2*, Quyết định số 3798/QĐ-BYT, ngày 21/8/2017.
4. Trần Việt Hà (2016), *Phân tích tình hình sử dụng thuốc và tuân thủ điều trị trên BN ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương*, Luận văn thạc sĩ, Đại học Dược Hà Nội.
5. Phạm Thị Phương (2016), *Phân tích tình hình sử dụng thuốc và tuân thủ điều trị trên BN ĐTĐ típ 2 trong điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Thái Ninh*, Luận văn dược sĩ chuyên khoa cấp I, Đại học Dược Hà Nội.
6. Đoàn Thị Thoan (2016), *Đánh giá tuân thủ điều trị và khảo sát kiến thức về sử dụng thuốc trên BN ĐTĐ típ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Yên Minh*, Luận văn chuyên khoa cấp I, Đại học Dược Hà Nội.
7. Burkhart P.V, Sabate E (2003), “Adherence to long-term therapies: evidence for action”, *J Nurs Scholarsh*, 35 (3), pp. 207.
8. Chisholm-Burns M.A, Spivey C,A (2003), *The 'cost' of medication nonadherence: consequences we cannot afford to accept*.
9. McPherson Mary Lynn (2008), *Association between diabetes patients' knowledge about medications and their blood glucose control*.
10. Morisky D, Green L, Levine D (1986), *Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence*, *Med Care*, pp. 67-74.
11. Organization World Health (2003), *Adherence to long - term therapies*. □

ĐÁNH GIÁ SỰ HIỂU BIẾT VỀ HẠ GLUCOSE MÁU CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

ĐD. TẠ THỊ HƯỜNG, ĐD. NGUYỄN VĂN KHÁNH
CNĐD. TRƯƠNG MINH HÒA - Bệnh viện Quân y 354
Phản biện khoa học: PGS.TS. LƯƠNG CÔNG THỨC
Phó Giám đốc Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT: Nghiên cứu hiểu biết của 110 bệnh nhân đái tháo đường típ 2, điều trị tại Bệnh viện Quân y 354, về biến chứng hạ glucose máu. **Kết quả:**

- Đa số bệnh nhân tuổi từ 50 trở lên (95,5%), có trình độ cao đẳng trở xuống (89,1%), phát hiện bệnh ít nhất 1 năm (86,4%), đã nhập viện điều trị ít nhất 2 lần (76,4%). Có 13,6% bệnh nhân đang dùng 1 loại thuốc, 67,2% đang dùng 2 loại thuốc, 19,2% đang dùng trên 2 loại thuốc; với 8,1% dùng đường tiêm, 55,4% dùng đường uống, 36,3% dùng cả đường tiêm và uống, 11,8% không nhớ tên thuốc, 10,9% đọc đúng tên thuốc, 77,3% mô tả đúng viên thuốc. Bệnh nhân tìm hiểu kiến thức phòng tránh hạ glucose máu thông qua tư vấn khi đi khám chữa bệnh (29,1%), qua tham gia câu lạc bộ bệnh nhân đái tháo đường (20,9%), qua các phương tiện truyền thông (24,5%), qua nhiều kênh thông tin (13,6%) và 39,1% bệnh nhân không tìm hiểu, chưa có kiến thức về đái tháo đường.

- Tỷ lệ bệnh nhân hiểu biết về triệu chứng hạ glucose máu: cảm giác đói cồn cào (79,0%); hồi hộp, đánh trống ngực (76,3%); cảm giác bồn chồn, vã mồ hôi (89,0%); cảm giác bủn rủn chân tay (75,4%); giảm khả năng chú ý, ngủ gà (62,7%); được phát hiện lú lẫn, lơ mơ, hôn mê, co giật (20,9%). Tỷ lệ hiểu biết về các yếu tố thuận lợi gây hạ glucose máu: không có sự giám sát của người khác khi dùng thuốc (90,0%); bỏ bữa khi đang sử dụng thuốc điều trị (9,0%); sử dụng rượu bia khi uống thuốc (12,7%); bệnh lý tăng huyết áp kết hợp (70,9%); bệnh lý suy thận kết hợp (2,7%); bệnh lý suy gan kết hợp (5,4%); bệnh lý rối loạn tiêu hóa kết hợp (7,2%); tập luyện gắng sức (14,5%); không kiểm tra glucose máu khi thấy bất thường (33,6%).

Từ khóa: Hiểu biết, đái tháo đường típ 2, hạ glucose máu.

ABSTRACT: Study on the knowledge of 110 patients with type 2 diabetes mellitus, treated at the Military hospital 354, about complications of hypoglycemia. **Results:**

- Most patients at the age of 50 years or older (95.5%), with education level from a college degree or less (89.1%), detected disease for at least one year (86.4%), had been hospitalized for treatment at least two times (76.4%). There were 13.6% of patients taking one type of medicine, 67.2% of patients were taking two types of medicine, 19.2% of patients were taking two or more types of medicine; 8.1% of patients used injections, 55.4% of patients used oral route, 36.3% of patients used both injections and oral route, 11.8% of patients did not remember the drug name, 10.9% of patients correctly read the drug name, 77.3% of patients described right the tablets. Patients studied the prevention knowledge of hypoglycemia through counseling during medical examination and treatment (29.1%), through participating in diabetes patient club (20.9%), through the mass media meaning (24.5%), through many information channels (13.6%) and 39.1% of patients did not study, had no knowledge about diabetes.

- The percentage of patient's knowledge about symptoms of hypoglycemia: very hungry feeling (79.0%); suspense, palpitations (76.3%); feeling of restless, sweating (89.0%); feeling of weaken limbs, shakiness (75.4%); reduced ability to pay attention, drowsiness (62.7%); detected confusion, drowsiness, coma, convulsions (20.9%). The rate of understanding of favorable factors caused hypoglycemia: there was no supervision of others when taking medicine (90.0%); skip meals when using medication (9.0%); alcohol use when taking medicine (12.7%); combined hypertension (70.9%); combined renal failure (2.7%); combined liver failure (5.4%); combined gastrointestinal disorders (7.2%); exercise exertion (14.5%); did not want to test blood glucose when observed abnormal sign (33.6%).

Keywords: Knowledge, type 2 diabetes mellitus, hypoglycemia.

Chịu trách nhiệm nội dung: ĐD. Tạ Thị Hường, Email: truongminhhoa.bv354@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 12/3/2019; chấp nhận đăng: 29/3/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 là một bệnh lý đặc trưng bởi tình trạng rối loạn chuyển hóa glucid

(kèm theo rối loạn chuyển hóa protit, lipid) do hậu quả của sự kháng insulin kết hợp giảm tiết insulin tương đối hay tuyệt đối. Tăng glucose máu mạn

tính dẫn đến hậu quả tổn thương và suy giảm chức năng các cơ quan của cơ thể, như hệ thống tim mạch, mắt, thần kinh... Theo WHO, năm 1994, trên thế giới có khoảng 110 triệu người mắc bệnh ĐTĐ; năm 2000 là 157,3 triệu người. Ước tính trước năm 2025, toàn cầu có khoảng 330 triệu người (tương đương với 6% dân số) mắc ĐTĐ. Tỷ lệ người có yếu tố nguy cơ phát triển đến ĐTĐ chiếm tới 38,5% ở lứa tuổi 30-60. Việt Nam là quốc gia có số người mắc ĐTĐ nhiều nhất khu vực Đông Nam Á với 3.299 triệu người mắc ĐTĐ (chiếm khoảng 5,8% người từ 20-79 tuổi). Cũng như các nước đang phát triển khác, do trình độ hiểu biết còn hạn chế, người mắc ĐTĐ ở nước ta thường được phát hiện bệnh ở giai đoạn muộn (trên 60% số người mắc ĐTĐ không được chẩn đoán, điều trị) và thường đến bệnh viện khi đã có những biến chứng nặng nề.

Điều trị ĐTĐ nhằm duy trì glucose máu của bệnh nhân (BN) ở gần với mức sinh lý, từ đó nâng cao chất lượng cuộc sống, phòng chống các biến chứng cấp tính và mạn tính thông qua việc sử dụng thuốc, chế độ ăn uống và rèn luyện thể lực hợp lý. Trong quá trình điều trị, nếu xảy ra tình trạng mất cân bằng giữa quá trình cung cấp và tiêu thụ glucose thì sẽ dẫn đến biến chứng cấp tính hạ glucose máu. Biến chứng này hoàn toàn có thể dự phòng được nếu các BN ĐTĐ hiểu biết về chế độ điều trị, bao gồm chế độ ăn, thuốc và luyện tập.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài này với mục tiêu đánh giá hiểu biết của BN ĐTĐ tip 2 về biến chứng hạ glucose máu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

110 BN ĐTĐ điều trị tại Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 12/2016 đến 4/2017.

Lựa chọn các BN đủ năng lực hành vi trả lời phiếu điều tra và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

- Các bước tiến hành:

+ Lựa chọn ngẫu nhiên 110 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu (chẩn đoán ĐTĐ tip 2 theo tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO - 1999).

+ Nghiên cứu viên phát phiếu điều tra, hướng dẫn BN phương pháp thực hiện, giải thích câu từ khi BN không rõ và để BN tự trả lời.

+ Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm Excel.

- Nội dung bộ câu hỏi phiếu điều tra gồm 4 phần chính (BN đánh dấu vào phần mình đồng ý):

+ Hiểu biết về thuốc điều trị: biết tên thuốc; hình dạng thuốc đang dùng.

+ Hiểu biết về triệu chứng hạ glucose máu: cảm giác đói, hồi hộp trống ngực, bồn chồn, vã mồ hôi, ngủ gà, lú lẫn, lơ mơ, hôn mê hoặc co giật...

+ Hiểu biết về các yếu tố thuận lợi gây hạ glucose máu: do thuốc, bỏ bữa, bất thường trong sinh hoạt.

+ Hiểu biết về cách phòng tránh hạ glucose máu, cách xử trí.

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- Tuổi đời:

+ Dưới 50 tuổi: 5 BN (4,5%).

+ Từ 50-69 tuổi: 50 BN (45,3%).

+ Trên 69 tuổi: 55 BN (50,2%).

- Giới tính:

+ Nam giới: 46 BN (41,9%).

+ Nữ giới: 64 BN (58,1%).

- Trình độ học vấn:

+ Trung học phổ thông trở xuống: 45 BN (40,9%).

+ Trung cấp, cao đẳng: 53 BN (48,1%).

+ Đại học trở lên: 12 BN (10,9%).

- Thời gian phát hiện bệnh:

+ Dưới 1 năm: 15 BN (13,6%).

+ Từ 1 đến dưới 5 năm: 48 BN (43,6%).

+ Từ 5 đến dưới 10 năm: 25 BN (22,7%).

+ Từ 10 năm trở lên: 22 BN (20,0%).

- Tiền sử gia đình:

+ Gia đình có người mắc bệnh ĐTĐ: 44 BN (40,0%).

+ Gia đình không có người mắc bệnh ĐTĐ: 66 BN (60,0%).

- Số lần đã nhập viện điều trị:

+ 1 lần: 26 BN (23,6%).

+ 2 lần: 41 BN (37,3%).

+ Trên 2 lần: 43 BN (39,1%).

- Số loại thuốc đang dùng:

+ 1 loại: 15 BN (13,6%).

+ 2 loại: 74 BN (67,2%).

+ Trên 2 loại: 21 BN (19,2%).

- Đường dùng thuốc:

+ Đường tiêm: 9 BN (8,1%).

- + Đường uống: 61 BN (55,4%).
- + Cả đường tiêm và uống: 40 BN (36,3%).

3.2. Hiểu biết về phòng tránh biến chứng hạ glucose máu:

- Hiểu biết về thuốc:
 - + Không nhớ tên thuốc: 13 BN (11,8%).
 - + Đọc đúng tên thuốc: 12 BN (10,9%).
 - + Mô tả đúng viên thuốc: 85 BN (77,3%).
- Hiểu biết về triệu chứng hạ glucose máu:
 - + Cảm giác đói cồn cào: 87 BN (79,0%).
 - + Hồi hộp, đánh trống ngực: 84 BN (76,3%).
 - + Cảm giác bồn chồn, vã mồ hôi: 98 BN (89,0%).
 - + Cảm giác bủn rủn chân tay: 83 BN (75,4%).
 - + Giảm khả năng chú ý, ngủ gà: 69 BN (62,7%).
 - + Được phát hiện lú lẫn, lơ mơ, hôn mê, co giật: 23 BN (20,9%).
- Hiểu biết về các yếu tố thuận lợi gây hạ glucose máu:
 - + Không có sự giám sát của người khác khi dùng thuốc: 99 BN (90,0%).
 - + Bỏ bữa khi đang sử dụng thuốc điều trị: 10 BN (9,0%).
 - + Sử dụng rượu bia khi uống thuốc: 14 BN (12,7%).
 - + Bệnh lí tăng huyết áp kết hợp: 78 BN (70,9%).
 - + Bệnh lí suy thận kết hợp: 3 BN (2,7%).
 - + Bệnh lí suy gan kết hợp: 6 BN (5,4%).
 - + Bệnh lí rối loạn tiêu hóa kết hợp: 8 BN (7,2%).
 - + Tập luyện gắng sức: 16 BN (14,5%).
 - + Không kiểm tra glucose máu khi thấy bất thường: 37 BN (33,6%).
- Tìm hiểu kiến thức phòng tránh hạ glucose máu thông qua:
 - + Tư vấn khi đi khám chữa bệnh: 32 BN (29,1%).
 - + Tham gia câu lạc bộ BN ĐTĐ: 23 BN (20,9%).
 - + Tìm hiểu qua các phương tiện truyền thông: 27 BN (24,5%).
 - + Tìm hiểu qua nhiều kênh thông tin: 15 BN (13,6%).
 - + Không tìm hiểu và chưa có kiến thức: 43 BN (39,1%).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

Số BN ở lứa tuổi ≥ 70 chiếm tỉ lệ cao nhất (50,2%), BN tuổi dưới 50 chiếm tỉ lệ thấp nhất (4,5%). Kết quả này tương đương với nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai của Nguyễn Thị Thúy Hằng và cộng sự (tuổi hay gặp là nhóm ≥ 70 tuổi, chiếm 55,41%). Tuổi mắc bệnh cao là một trong những yếu tố bất lợi khi điều trị ngoại trú và tư vấn giáo dục cho BN.

BN nữ giới (58,1%) nhiều hơn nam giới (41,9%), song tỉ lệ BN nữ của chúng tôi vẫn thấp hơn so với các nghiên cứu của Lý Đại Lương (71,6%) hay Hồ Đắc Phương (81,1%).

Thời gian được phát hiện bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu từ 1 đến dưới 5 năm (43,6%), tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hằng (khoảng 3 năm), Lý Đại Lương (trung bình 5,5 năm). Đây là khoảng thời gian chưa dài, tuy nhiên do tình trạng chung là hầu hết BN phát hiện bệnh khi đã mắc bệnh khá lâu nên thời gian bị bệnh thực sự thường đã dài hơn nhiều, có thể có những biến chứng hoặc tình trạng bệnh lí tương đối nặng. Nhiều BN trong gia đình chưa có người bị bệnh nên chưa tự trang bị cho mình kiến thức về ĐTĐ, vì thế số lần nhập viện sẽ phải thường xuyên hơn.

Tỉ lệ BN trong nghiên cứu của Bé Thu Hà (Bệnh viện Đa khoa Bắc Kạn) phải kết hợp 2 loại thuốc là 61,0%; trong nghiên cứu của chúng tôi là 67,2%. Như vậy, đa số BN điều trị ĐTĐ típ 2 phải dùng 2 loại thuốc. Điều đó càng chứng tỏ khi người bệnh ĐTĐ tiếp cận được với chẩn đoán và điều trị, thường đã ở giai đoạn muộn. Trong điều trị ĐTĐ típ 2, BN có rất nhiều lựa chọn thuốc để dùng hiệu quả nhất; có thể bằng đường uống, đường tiêm hoặc kết hợp. Do các thuốc rất phong phú nên thuốc đường uống là một lựa chọn phổ biến của các BN. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có tới 55,4% BN sử dụng thuốc đường uống đơn thuần; 36,4% BN sử dụng thuốc kết hợp uống và tiêm; chỉ 8,2% BN sử dụng thuốc đường tiêm. Dùng thuốc đường uống khá thuận tiện, dễ sử dụng; tuy nhiên, tiềm ẩn những rủi ro nếu BN lớn tuổi, hay quên liều lượng thuốc mà không có sự giám sát của người khác.

4.2. Hiểu biết về phòng tránh biến chứng hạ glucose máu:

Mặc dù có 11,8% BN không biết tên thuốc mình sử dụng điều trị, nhưng cũng chỉ có 10,9% BN đọc đúng được tên thuốc dùng hàng ngày. Hầu hết còn lại (77,3% BN) chỉ biết mô tả hình dạng viên thuốc. Điều đó phần nào nói lên những

hạn chế về khả năng ghi nhớ các thuốc của BN dù thường xuyên sử dụng. Tuy nhiên, phần lớn BN nhớ đúng cách sử dụng thuốc (thời gian hợp lý trong ngày) và có số ít BN tự tìm hiểu thêm tác dụng không mong muốn có thể xảy ra của loại thuốc đó đối với bản thân, từ đó có ý thức hơn trong việc quan tâm đến bệnh lý của mình.

Khi tìm hiểu về các triệu chứng của hạ glucose máu, chúng tôi thấy BN hiểu về các triệu chứng hay gặp nhất là: lo lắng, vã mồ hôi, hồi hộp đánh trống ngực, đói cồn cào, bủn rủn chân tay (đều chiếm trên 75%). Đây là những dấu hiệu dễ nhận biết, BN có thể dễ dàng phát hiện ra, từ đó có cách dự phòng và có thái độ tích cực để tránh xảy ra ở mức nguy hiểm cho bản thân. Số BN hiểu về triệu chứng lơ mơ, hôn mê hoặc co giật chiếm tỉ lệ 20,9%. Đây là các BN cao tuổi hoặc có những bệnh lý mạn tính khác kết hợp mà thiếu sự quan tâm chăm sóc của người thân. Qua điều tra các yếu tố thuận lợi gây hạ glucose máu, chúng tôi thấy có tới 90% BN không có sự giám sát của người khác khi dùng thuốc; 70,9% BN có tăng huyết áp kết hợp (tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hằng: 82,43% có kết hợp tăng huyết áp). Đối với những BN này, nhiều khi họ sẽ bị nhầm lẫn giữa triệu chứng của tụt huyết áp với triệu chứng của hạ glucose máu, dẫn tới các xử trí sai và có thể dẫn đến hậu quả nghiêm trọng. Số lượng BN ĐTĐ có suy gan, suy thận, kết hợp chỉ chiếm tỉ lệ thấp. Tuy nhiên, biến chứng cơn hạ glucose máu rất dễ xảy ra trên những BN này.

Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Thúy Hằng, tỉ lệ các yếu tố nguy cơ hạ glucose máu là thay đổi liều thuốc 17,57%; gắng sức 1,35%; uống rượu 1,35%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ yếu tố bỏ bữa khi dùng thuốc là 9,0%, gắng sức 14,5%, uống rượu bia 12,7%. Để tránh những hậu quả đáng tiếc có thể xảy ra cho BN ĐTĐ khi bị hạ glucose máu, BN cần được trang bị những hiểu biết cơ bản để nhận thấy các dấu hiệu cảnh báo - đây là mục đích quan trọng nhất của công tác giáo dục sức khỏe cộng đồng. Tuy nhiên, số BN được tìm hiểu vấn đề này chiếm tỉ lệ còn thấp.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu hiểu biết của 110 BN ĐTĐ típ 2, điều trị tại Bệnh viện Quân y 354, về biến chứng hạ glucose máu. Kết quả:

- Đa số BN tuổi từ 50 trở lên (95,5%), là nữ giới (58,1%), có trình độ trung cấp, cao đẳng trở xuống (89,1%), phát hiện bệnh ít nhất 1 năm (86,4%), đã nhập viện điều trị ít nhất 2 lần (76,4%), gia đình không có người mắc bệnh ĐTĐ (60%). Có 13,6% BN đang dùng 1 loại thuốc, 67,2% BN đang dùng 2 loại thuốc, 19,2% BN

đang dùng trên 2 loại thuốc; với 8,1% dùng đường tiêm, 55,4% dùng đường uống, 36,3% dùng cả đường tiêm và uống, 11,8% không nhớ tên thuốc, 10,9% BN đọc đúng tên thuốc, 77,3% BN mô tả đúng viên thuốc.

- Tỉ lệ BN tìm hiểu kiến thức phòng tránh hạ glucose máu thông qua tư vấn khi đi khám chữa bệnh là 29,1%; qua tham gia câu lạc bộ BN ĐTĐ là 20,9%; tìm hiểu qua các phương tiện truyền thông là 24,5%; tìm hiểu qua nhiều kênh thông tin là 13,6% và 39,1% BN không tìm hiểu, chưa có kiến thức về ĐTĐ. Tỉ lệ BN hiểu biết về triệu chứng hạ glucose máu: cảm giác đói cồn cào (79,0%); hồi hộp, đánh trống ngực (76,3%); cảm giác bủn rủn, vã mồ hôi (89,0%); cảm giác bủn rủn chân tay (75,4%); giảm khả năng chú ý, ngủ gà (62,7%); được phát hiện lú lẫn, lơ mơ, hôn mê, co giật (20,9%). Tỉ lệ BN hiểu biết về các yếu tố thuận lợi gây hạ glucose máu: không có sự giám sát của người khác khi dùng thuốc (90,0%); bỏ bữa khi đang sử dụng thuốc điều trị (9,0%); sử dụng rượu bia khi uống thuốc (12,7%); bệnh lý tăng huyết áp kết hợp (70,9%); bệnh lý suy thận kết hợp (2,7%); bệnh lý suy gan kết hợp (5,4%); bệnh lý rối loạn tiêu hóa kết hợp (7,2%); tập luyện gắng sức (14,5%); không kiểm tra glucose máu khi thấy bất thường (33,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lý Đại Lương, Nguyễn Thy Khuê (2011), "Các yếu tố gây hạ glucose máu trên BN ĐTĐ và tình trạng sống còn sau 3 năm theo dõi", Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, tập 15.
2. Tạ Văn Bình (2003), *Thực hành quản lý và điều trị bệnh ĐTĐ*, Nhà xuất bản Y học.
3. Tạ Văn Bình (2004), *Phòng và quản lý bệnh ĐTĐ tại Việt nam (phần 2: Thực hành lâm sàng chăm sóc người bệnh ĐTĐ)*, Nhà xuất bản Y học.
4. Trần Hữu Dàng và CS (2007), *Nghiên cứu tình hình ĐTĐ ở người 30 tuổi trở lên tại TP. Quy Nhơn*, Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hóa lần thứ 3, tr. 648-660.
5. Hoàng Thị Đợi, Nguyễn Kim Lương (2007), *Nghiên cứu thực trạng bệnh ĐTĐ típ 2 đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên*, Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hóa lần thứ 3, tr. 900-911.
6. Trần Thừa Nguyên, Trần Hữu Dàng (2006), "Nghiên cứu hội chứng chuyển hóa ở người béo phì với BMI ≥ 23 ", *Tạp chí Y học thực hành*, số 548, tr. 412-413.
17. Nguyễn Thị Nhạn (2006), "ĐTĐ ở người già", *Tạp chí Y học thực hành*, số 548, tr. 75-83. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU Ồ LOÉT DẠ DÀY - TÁ TRÀNG BẰNG TIÊM DUNG DỊCH ADRENALIN 0,01% QUA NỘI SOI, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

BSCKII. VŨ VĂN VIỄN,
BSCKI. NGUYỄN HỮU KHÂM - *Bệnh viện Quân y 354*
Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN QUANG DUẬT
Chủ nhiệm Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT: Nghiên cứu 108 bệnh nhân chảy máu ổ loét dạ dày - tá tràng có chỉ định và được tiêm cầm máu qua nội soi bằng dung dịch Adrenalin 0,01%, tại Bệnh viện Quân y 354. **Kết luận:**

- Bệnh nhân chảy máu ổ loét dạ dày - tá tràng thường gặp là nam giới (71,3%), ở lứa tuổi từ 31-50 tuổi (44,3%). Ổ loét có thể ở các vị trí: hành tá tràng (50,0%), hang vị dạ dày (17,5%), bờ cong nhỏ dạ dày (16,6%), thân vị dạ dày (8,3%), tâm vị dạ dày (4,6%), miệng nối dạ dày - ruột (2,7%); với mức độ chảy máu (theo Forrest) độ IA (8,3%), độ IB (56,4%), độ IIA (21,2%), độ IIB (13,8%).

- Tỷ lệ cầm máu thành công sau 1 lần tiêm là 91,7%, thành công sau 2 lần tiêm là 5,5%, thành công sau 3 lần tiêm là 0,9%, thất bại là 1,9%. Kết quả chung, tỷ lệ kỹ thuật đạt tốt 91,7%; trung bình 5,5%; kém 2,8%; thất bại phải chuyển phẫu thuật 8%. Không bệnh nhân nào gặp tai biến kỹ thuật hoặc tác dụng không mong muốn của dung dịch Adrenalin 0,01%.

Từ khóa: Loét dạ dày - tá tràng, cầm máu qua nội soi, Adrenalin 0,01%.

ABSTRACT: Study on the 108 patients with gastroduodenal ulcer bleeding, indicated and injected hemostasis Adrenalin solution 0.01% by endoscopy, at the Military hospital 354. **Concluded:**

- Patients suffering from gastroduodenal ulcer bleeding were men (71.3%), at the age of 31-50 years (44.3%). Ulcers may be located in the following places: duodenum (50.0%), stomach antrum (17.5%), lesser curvature of stomach (16.6%), stomach body (8.3 %), stomach cardia (4.6%), gastroduodenal junction (2.7%); with the level of bleeding (according to Forrest) degree IA (8.3%), degree IB (56.4%), degree IIA (21.2%), degree IIB (13.8%).

- The rate of successful hemostasis after one injection was 91.7%, successful hemostasis after two injections was 5.5%, successful hemostasis after 3 injections was 0.9%, failure was 1.9%. The general results: the rate of good techniques reached 91.7%; average 5.5%; poor 2.8%; failure to transfer surgery 8%. There was no patient with technical accident or unwanted effect of Adrenalin solution 0.01%.

Keywords: Gastroduodenal ulcer, endoscopic hemostasis, Adrenalin 0.01%.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKI. Nguyễn Hữu Khâm, Email: nguyengkhanhan2009@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 20/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Loét dạ dày - tá tràng (DDTT) là bệnh lý mạn tính, mang tính chất chu kỳ và hay tái phát. Mức độ tổn thương trong loét DDTT có thể gặp từ các phá hủy tại chỗ niêm mạc DDTT đến những tổn thương xuyên sâu qua lớp cơ niêm, thậm chí tổn thương thành mạch máu, gây ra tình trạng chảy máu tiêu hóa (chảy máu ổ loét), cần được can thiệp cấp cứu [2]. Theo một số nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân (BN) chảy máu ổ loét DDTT tử vong sau khi nhập viện tại Hoa Kỳ từ 6-7%, tại Pháp là 14,3%, tại Malaysia là 4,7% [5] và tại Việt Nam từ 3-10% [7].

Có nhiều kỹ thuật xử trí cấp cứu BN chảy máu ổ loét DDTT, như tiêm thuốc cầm máu, nội soi tiêm cầm máu tại chỗ, kẹp clip qua nội soi, đốt

điện qua nội soi, phẫu thuật thắt mạch máu, phẫu thuật cắt dạ dày... Trong đó, nội soi tiêm cầm máu bằng dung dịch Adrenalin 0,01% (dung dịch NSE) là kỹ thuật điều trị ít xâm lấn, có hiệu quả cao, đã được thực hiện từ lâu ở nhiều nước trên thế giới và cả ở Việt Nam. Tại Bệnh viện Quân y 354, kỹ thuật nội soi tiêm cầm máu bằng dung dịch NSE điều trị cấp cứu BN chảy máu ổ loét DDTT đã được triển khai ứng dụng từ những năm 1995. Cho đến nay, kỹ thuật này đã trở thành thường quy, có vị trí quan trọng trong điều trị BN chảy máu ổ loét DDTT tại đây. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá cụ thể kết quả kỹ thuật này tại Bệnh viện Quân y 354.

Góp phần nâng cao chất lượng điều trị tại Bệnh viện Quân y 354, chúng tôi thực hiện nghiên

cứu này nhằm đánh giá kết quả cầm máu bằng tiêm dung dịch NSE qua nội soi trong điều trị chảy máu ổ loét DDTT và các đặc điểm, diễn biến kĩ thuật tại Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

108 BN chảy máu ổ loét DDTT, có chỉ định và được điều trị cầm máu bằng tiêm dung dịch NSE qua nội soi, tại Khoa Nội Tiêu hóa - Bệnh máu (Bệnh viện Quân y 354), từ tháng 01/2016 đến tháng 7/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả cắt ngang.
- Các chỉ tiêu nghiên cứu:
 - + Tuổi, giới tính BN.
 - + Đặc điểm ổ loét DDTT (vị trí ổ loét, mức độ chảy máu phân loại theo Forrest).
 - + Đặc điểm kĩ thuật và kết quả (số lượng dung dịch NSE sử dụng; kết quả cầm máu ổ loét; tác dụng không mong muốn và các yếu tố ảnh hưởng đến kĩ thuật).
 - Tiêu chuẩn chẩn đoán chảy máu ổ loét DDTT: nôn ra máu và/hoặc đại tiện phân đen; nội soi DDTT phát hiện ổ loét chảy máu.
 - Phân loại mức độ chảy máu ổ loét DDTT theo Forrest (1979):
 - + Độ IA: nội soi thấy máu phun thành tia.
 - + Độ IB: nội soi thấy ổ loét đang rỉ máu.
 - + Độ IIA: nội soi không thấy chảy máu, nhưng thấy mạch máu ở đáy ổ loét.
 - + Độ IIB: nội soi thấy cục máu đông ở đáy ổ loét.
 - + Độ IIC: nội soi thấy vết bầm đen ở ổ loét.
 - + Độ III: nội soi thấy ổ loét sạch, không có vết máu.
 - Kĩ thuật tiêm cầm máu ổ loét DDTT qua nội soi và đánh giá kết quả:
 - + Thuốc và liều lượng NSE: mỗi mũi tiêm từ 1-2 ml; tổng liều 1 lần tiêm không quá 10 ml.
 - + Tiêm xung quanh rìa ổ loét.
 - + Đánh giá kết quả kĩ thuật (sau tiêm cầm máu 72 giờ) theo 3 mức độ: tốt (ổ loét cầm máu sau 1 lần tiêm); trung bình (ổ loét cầm máu sau 2 lần tiêm); kém (ổ loét cầm máu sau 3 lần tiêm hoặc không cầm máu). Ổ loét không cầm máu khi các triệu chứng chảy máu tiêu hóa không giảm so với trước đó (BN vẫn nôn ra máu và/hoặc đại tiện phân đen, mạch nhanh, huyết áp thấp, hồng cầu giảm, huyết sắc tố giảm, HCT giảm) và nội soi thấy ổ loét tiếp tục chảy máu hoặc có nguy cơ chảy máu (Forrest IA, IB, IIA, IIB).
 - Xử lí số liệu: bằng phần mềm SPSS 13.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Tuổi và giới tính BN nghiên cứu:

- Tuổi và giới tính BN nghiên cứu:

Tuổi	Giới tính		Cộng
	Nam	Nữ	
≤ 20	5	1	6 (5,5%)
Từ 21-30	11	4	15 (13,8%)
Từ 31-40	16	7	23 (21,2%)
Từ 41-50	17	8	25 (23,1%)
Từ 51-60	15	6	21 (19,4%)
> 60	13	5	18 (16,6%)
Cộng	77 (71,3%)	31 (28,7%)	108 (100%)

Đa số BN là nam giới (71,3%), ở lứa tuổi từ 31-50 tuổi (44,3%).

3.2. Đặc điểm của ổ loét DDTT chảy máu:

- Vị trí ổ loét chảy máu:
 - + Tá tràng: 54 BN (50,0%).
 - + Hang vị dạ dày: 19 BN (17,5%).
 - + Bờ cong nhỏ dạ dày: 18 BN (16,6%).
 - + Thân vị dạ dày: 9 BN (8,3%).
 - + Tâm vị dạ dày: 5 BN (4,6%).
 - + Miệng nối dạ dày-ruột: 3 BN (2,7%).
- Mức độ chảy máu tại ổ loét (theo Forrest):
 - + Mức độ F IA: 9 BN (8,3%).
 - + Mức độ F IB: 61 BN (56,4%).
 - + Mức độ F IIA: 23 BN (21,2%).
 - + Mức độ F IIB: 15 BN (13,8%).

3.3. Đặc điểm kĩ thuật và kết quả:

- Số lần tiêm của 1 BN theo mức độ chảy máu:

Mức độ chảy máu	Số lần tiêm cầm máu		
	1 lần	2 lần	3 lần
F IA	2 (1,9%)	4 (3,7%)	3 (2,8%)
F IB	59 (54,6%)	2 (1,9%)	0
F IIA	23 (21,3%)	0	0
F IIB	15 (13,9%)	0	0
Tổng số	99 (91,7%)	6 (5,5%)	3 (2,8%)

- Đánh giá kết quả kĩ thuật:
 - + Tốt: 99 BN (91,7%).
 - + Trung bình: 6 BN (5,5%).
 - + Kém: 3 BN (2,8%).
 - + Chuyển phẫu thuật: 2 BN (1,9%).
- Đặc điểm diễn biến kĩ thuật:
 - + Diễn biến kĩ thuật thuận lợi: 99 BN (91,7%).
 - + Diễn biến kĩ thuật không thuận lợi: 3 BN (2,8%).

3 BN này đều phải tiêm cầm máu lần thứ 3, đều xảy ra trên các BN có ổ loét xơ chai ở thành sau hành tá tràng, phân loại chảy máu ổ loét mức độ IA. Trong 3 BN này, có 1 BN cầm máu thành công, 2 BN (1,8%) thất bại, phải chuyển phẫu thuật.

- Tai biến và tác dụng không mong muốn của thuốc: chúng tôi không gặp trường hợp nào có tai biến kĩ thuật hoặc do tác dụng không mong muốn của Adrenalin.

4. BÀN LUẬN.

Chúng tôi gặp BN chảy máu ổ loét DDTT nhiều nhất ở độ tuổi từ 31-50 (44,3%), ít gặp nhất ở độ tuổi dưới 20 (5,0%). Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu khác về độ tuổi BN chảy máu tiêu hóa do loét DDTT.

Trong nghiên cứu này, đa số BN có ổ loét ở vị trí hành tá tràng (50%), chảy máu ổ loét độ Forrest IB chiếm 56,4% (chảy máu độ Forrest IA chỉ gặp 8,3%).

Trên thực tiễn lâm sàng, rất nhiều thuốc có thể sử dụng điều trị chảy máu ổ loét DDTT, như dung dịch mận ưu trương, alcol tuyệt đối... Một số tác giả cho rằng, các chất có tác dụng xơ hóa và tắc mạch càng nhanh thì khả năng gây thủng dạ dày do thiếu máu thứ phát dẫn đến hoại tử càng cao [3], [4], [5]. Do đó, đòi hỏi người làm nội soi phải có kinh nghiệm tốt mới đem lại hiệu quả và an toàn khi xử trí chảy máu ổ loét DDTT. Dung dịch NSE cầm máu dựa trên hai cơ chế tác dụng cơ bản là gây co mạch (tác dụng chính của Adrenalin, có thể làm giảm 30-75% lưu lượng máu đến hệ mạch máu khu vực đang chảy máu) và chèn ép cơ học (lượng dung dịch đưa vào lớp dưới niêm mạc tạo ra khối choán chỗ, gây chèn ép các mạch máu tại ổ loét) [1], [2], [3], [4], [5]. Quan sát bằng mắt thường, có thể thấy mô, tổ chức chỗ tiêm dung dịch NSE phồng gồ lên, vùng niêm mạc bạc màu rõ và máu ngừng chảy. Hơn nữa, dung dịch NSE dễ sử dụng, chi phí thấp, hiệu quả và ít biến chứng. Vì vậy, nhiều nhà lâm sàng chọn dung dịch NSE trong tiêm cầm máu ổ loét DDTT.

Số BN phải tiêm cầm máu nhiều nhất 3 lần trong nghiên cứu là 3 BN (2,8%), tổng số mũi tiêm và tổng liều tiêm dung dịch NSE nhiều nhất ở phân loại Forrest IA rồi đến IB (tiêm 2 lần), ít nhất ở Forrest IIB.

Kết quả kĩ thuật đạt tốt có 99 BN (91,7%); khá có 6 BN (5,5%) và kém có 3 BN (2,8%). Các BN có kết quả kém đều là những trường hợp ổ loét chảy máu mức độ IA; trong đó 2 BN loét tá tràng trên nền sẹo loét cũ xơ chai (và đều phải chuyển phẫu thuật cấp cứu). Tỷ lệ BN thất bại của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của các tác giả Trần Việt Tú (1,6%), Nguyễn Thị Quỳ (0,92%), Tạ Long (1,7%).

Chúng tôi không gặp BN nào bị tai biến kĩ thuật hoặc tác dụng không mong muốn của dung dịch NSE. Điều này thể hiện đây là kĩ thuật an toàn, hiệu quả, có thể thực hiện ở nhiều đối tượng BN, giúp giảm lượng máu truyền và các thuốc cầm máu, giảm tiết... giảm thời gian điều trị, giảm chi phí điều trị, giảm tỷ lệ phải phẫu thuật.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 108 BN chảy máu ổ loét DDTT có chỉ định và được tiêm cầm máu qua nội soi bằng dung dịch NSE, tại Bệnh viện Quân y 354, chúng tôi rút ra một số kết luận:

- BN thường gặp là nam giới (71,3%), ở lứa tuổi từ 31-50 tuổi (44,3%). Ổ loét ở các vị trí: hành tá tràng (50,0%), hang vị dạ dày (17,5%), bờ cong nhỏ dạ dày (16,6%), thân vị dạ dày (8,3%), tâm vị dạ dày (4,6%), miệng nối dạ dày - ruột (2,7%); với mức độ chảy máu (theo Forrest) độ IA (8,3%), độ IB (56,4%), độ IIA (21,2%), độ IIB (13,8%).

- Tỷ lệ BN thành công sau 1 lần tiêm cầm máu là 91,7%, thành công sau 2 lần tiêm cầm máu là 5,5%, thành công sau 3 lần tiêm cầm máu là 0,9%, thất bại là 1,9%. Kết quả chung, kĩ thuật đạt tốt 99 BN (91,7%); trung bình 6 BN (5,5%); kém 3 BN (2,8%), thất bại chuyển phẫu thuật 2 BN (1,8%). Không BN nào gặp tai biến kĩ thuật hoặc tác dụng không mong muốn của dung dịch NSE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Tạ Long (1991), "Một vài nhận xét qua 311 cas chảy máu DDTT", *Tạp chí Y học Quân sự*, số tháng 1/1991, tr. 130-132.
2. Hoàng Gia Lợi (1992), "Xuất huyết tiêu hóa", trong *Bệnh học nội khoa sau đại học*, Học viện Quân y, 1992, tr. 142-152.
3. Võ Xuân Quang (2006), *Tiêm cầm máu qua nội soi* (Tài liệu lưu hành nội bộ của Khoa Nội soi - Bệnh viện Chợ Rẫy).
4. Nguyễn Thị Quỳ (1996), *Chẩn đoán và xử trí cấp cứu tiêu hóa trên qua nội soi*, Hội thảo ứng dụng nội soi trong chẩn đoán và điều trị bệnh tiêu hóa toàn quốc, 5/1996.
5. Trần Việt Tú (2003), "Nhận xét hiệu quả các dung dịch tiêm cầm máu trong chảy máu tiêu hóa do loét DDTT qua nội soi", *Kỷ yếu các công trình nghiên cứu khoa học*, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y.
6. Phạm Thiệp, Vũ Ngọc Thúy (2000), *Thuốc biệt dược và cách sử dụng*, Nhà Xuất bản Khoa học và kĩ thuật, tr. 205.
7. Đỗ Sơn Hà (2015), "Chảy máu do loét DDTT", *Bài giảng chuyên ngành ngoại bụng*, Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẮT LƯNG HÔNG DO THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM BẰNG PHƯƠNG PHÁP KHÔNG DÙNG THUỐC

BSCKII. VŨ ĐỨC LƯU, BSCKII. MAI TRUNG DŨNG

Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: PGS.TS. PHAN VIỆT NGÀ

Chủ nhiệm Bộ môn Nội thần kinh,

Học viện Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu không đối chứng, so sánh trước và sau điều trị 40 bệnh nhân có hội chứng thắt lưng hông do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Quân y 354 từ tháng 10/2015 đến tháng 10/2016. **Kết luận:** Tỷ lệ BN nam/nữ $\approx 1,67$; chủ yếu bệnh nhân trong độ tuổi từ 20 - 59 (87,5%). Sau 30 ngày điều trị đắp paraffin, điện châm, điện xung, tập vận động và kéo giãn cột sống; mức độ đau, mức độ chèn ép rễ thần kinh hông, chức năng vận động cột sống thắt lưng, tầm vận động trung bình cột sống thắt lưng, các chức năng sinh hoạt hàng ngày của người bệnh được cải thiện rõ rệt so với trước điều trị; khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả điều trị chung: rất tốt 27,5, tốt 50%, trung bình 22,5%; không bệnh nhân nào đạt kết quả kém hoặc gặp tác dụng không mong muốn.

Từ khóa: Thoát vị đĩa đệm, hội chứng thắt lưng hông.

ABSTRACT: Prospective non-controlled study, comparison before and after treatment of 40 patients with hip - lumbar syndrome caused by Lumbar-spinal herniated disc, treated at the Functional rehabilitation Department, Military hospital 354 from October 2015 to October 2016. **Concluded:** The male/female ratio was 1.67; mainly patients at the age of 20-59 (87.5%). After 30 days of treatment by heater paraffin, electro - acupuncture, electric impulse, exercise and spinal traction therapy; degree of pain, degree of sciatic nerve roots compression, lumbar - spinal motor function, average movement of lumbar - spine, daily living functions of patients were markedly improved compared to before treatment; the difference was statistically significant with $p < 0.05$. The general treatment results: very good 27.5%, good 50%, average 22.5%; there was no patient with poor results or unwanted effects.

Keywords: Herniated disc, hip - lumbar syndrome.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Vũ Đức Lưu, Email: bsllu354@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 08/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Hội chứng thắt lưng hông (HCTLH) do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng (CSTL) là chứng bệnh thường gặp, nhất là ở độ tuổi lao động (20-50 tuổi). Với biểu hiện lâm sàng thường gặp là đau vùng cột sống thắt lưng (63-73%), đau thần kinh hông to (72%), HCTLH gây ảnh hưởng nhiều tới sức khỏe, khả năng lao động và cuộc sống sinh hoạt của người bệnh [5]. Có hai nhóm phương pháp điều trị TVĐĐ CSTL là điều trị bảo tồn và phẫu thuật. Chỉ định phẫu thuật thường chỉ đặt ra khi điều trị nội khoa thất bại hoặc bệnh có những biến chứng, như teo cơ, rối loạn cơ vòng... Tuy nhiên, phẫu thuật luôn tiềm ẩn những rủi ro và kết quả không hoàn toàn như mong đợi, nên điều trị nội khoa thường được ưu tiên lựa chọn.

Tại Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Quân y 354, lượng bệnh nhân (BN) HCTLH do thoát vị đĩa đệm CSTL đến khám và điều trị chiếm tỉ lệ

khá lớn. Chúng tôi đã sử dụng phương pháp không dùng thuốc điều trị cho các BN này, nhưng chưa có những nghiên cứu chuyên biệt.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị HCTLH do thoát vị đĩa đệm CSTL bằng các phương pháp không dùng thuốc, tại Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

40 BN HCTLH do thoát vị đĩa đệm CSTL, điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 10/2015 đến tháng 10/2016.

Loại trừ các BN thoát vị đĩa đệm thể di trú, BN loãng xương, BN có chấn thương gây xẹp lún thân đốt, gãy cung sau, trượt đốt sống; BN nhiễm trùng tại chỗ hoặc toàn thân, BN ung thư, đang sốt cao, dị ứng paraffin, dị ứng thuốc, dị ứng

điện; BN có đặt máy tạo nhịp, có kim loại ở vùng điều trị, BN không tuân thủ điều trị hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu không đối chứng, so sánh trước và sau điều trị.

- Chẩn đoán thoát vị đĩa đệm CSTL theo tiêu chuẩn Saporita 1980 (BN có ít nhất 4 trong 6 tiêu chuẩn sau): (1) có yếu tố chấn thương CSTL; (2) đau thắt lưng lan theo đường đi của rễ dây thần kinh; (3) đau có tính chất cơ học; (4) lệch vẹo CSTL; (5) dấu hiệu chuông bấm (+); (6) dấu hiệu Lassègue (+).

- Phân loại mức độ thoát vị đĩa đệm trên phim MRI theo Wood:

+ Phình đĩa đệm (Bulge): đĩa đệm bè rộng ra xung quanh, nhưng vẫn theo viền khớp, gây ra do yếu vòng xơ và dây chằng dọc sau.

+ Lồi đĩa đệm (Protrusion): vòng xơ bị phá vỡ, nhân keo chui ra ngoài tạo thành ổ lồi khu trú, tiếp xúc với dây chằng dọc sau nhưng vẫn liên tục với tổ chức đĩa đệm gốc.

+ Thoát vị đĩa đệm (Extrusion): khối thoát vị chui qua vòng xơ, nhưng vẫn còn dính liền với tổ chức nhân keo nằm trước dây chằng dọc sau.

+ Di trú đĩa đệm (Sequestration): một phần đĩa đệm tách rời khỏi phần đĩa đệm gốc nằm trước dây chằng dọc sau, có thể di trú đến mặt sau thân đốt sống. Mảnh rời thường nằm ngoài màng cứng, đôi khi xuyên qua màng cứng gây chèn ép tủy.

- Các bước tiến hành: chọn BN theo tiêu chuẩn lâm sàng và phim chụp MRI; lập kế hoạch điều trị theo quy trình (BN được điều trị trong 30 ngày, gồm đắp paraffin, điện châm, điện xung, tập vận động và kéo giãn CSTL).

- Chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới tính BN; kết quả điều trị theo sự cải thiện mức độ đau, mức độ chèn ép rễ thần kinh, cải thiện chức năng vận động CSTL, cải thiện tầm vận động CSTL (gấp, duỗi, nghiêng, xoay), các chức năng sinh hoạt hàng ngày (chọn 4/10 tiêu chuẩn theo bảng đánh giá chức năng sinh hoạt hàng ngày Owestry).

- Đánh giá kết quả điều trị sau 30 ngày: kém (5-8 điểm); trung bình (9-12 điểm); khá (13-16 điểm); tốt (17-20 điểm).

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Tuổi và giới tính:

- Giới tính: 25 BN (62,5%) nam giới, 15 BN (37,5%) nữ giới. Tỷ lệ BN nam/nữ $\approx 1,67$.

- Tuổi đời: BN phân bố từ 20-70 tuổi. Trong đó, 11 BN (27,5%) từ 30-39 tuổi, 11 BN (22,5%) từ

50-59 tuổi và 11 BN (22,5%) từ 60-70 tuổi.

Kết quả về lứa tuổi và giới tính của BN phù hợp với nghiên cứu của Davis RA [7], Vũ Hùng Liên [1, 3], Lê Thị Kiều Hoa [2], Nguyễn Vũ [6], Trần Thị Lan Nhung [4].

3.2. Kết quả điều trị:

- Cải thiện mức độ đau:

Bảng 1. Cải thiện mức độ đau sau 30 ngày điều trị.

Mức độ	Trước điều trị	Sau điều trị	p
Không đau	0	11 (27,5%)	< 0,05
Đau nhẹ	5 (12,5%)	14 (35,0%)	
Đau vừa	25 (62,5%)	15 (37,5%)	
Đau nặng	10 (25,0%)	0	

Sau 30 ngày điều trị, số BN đau nặng giảm từ 10 BN (25%) xuống 0%; BN đau vừa giảm từ 25 BN (62,5%) xuống còn 15 BN (giảm 25,0%), BN không đau và đau nhẹ đã tăng lên rất rõ rệt lần lượt từ 0 lên 11 BN (tăng 27,5%) và từ 5 lên 14 BN (tăng 22,5%). Khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Cải thiện mức độ chèn ép rễ thần kinh hông:

Bảng 2. Cải thiện độ Lassègue sau 30 ngày điều trị.

Mức độ	Trước điều trị	Sau điều trị	p
Rất tốt	4 (10,0%)	29 (72,5%)	< 0,05
Tốt	1 (2,5%)	5 (12,5%)	
Trung bình	4 (10,0%)	6 (15,0%)	
Kém	31 (77,5%)	0	
Tổng	40 (100%)	40 (100%)	

Sau điều trị, sự cải thiện góc Lassègue là rất rõ rệt, tăng từ 12,5% lên 85,0% (khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$). Như vậy, điều trị bằng điện châm, xoa bóp kết hợp nhiệt paraffin và kéo giãn CSTL có tác dụng làm giảm chèn ép rễ thần kinh khá tốt.

- Cải thiện chức năng vận động CSTL sau điều trị:

Bảng 3. Cải thiện độ giãn CSTL sau điều trị.

Mức độ	Trước điều trị	Sau điều trị	p
Rất tốt	7 (17,5%)	29 (72,5%)	< 0,05
Tốt	2 (5,0%)	4 (10,0%)	
Trung bình	6 (15,0%)	6 (15,0%)	
Kém	25 (62,5%)	1 (2,5%)	

Sau 30 ngày điều trị, số có chức năng vận động CSTL mức độ kém giảm 24 BN (60,0%), số có chức năng vận động CSTL mức độ rất tốt tăng từ 7 lên 22 BN (tăng 55%). Khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Đánh giá tầm vận động trung bình CSTL:

Bảng 3.4. Đánh giá tầm vận động trung bình CSTL sau 30 ngày điều trị:

Vận động	Trước điều trị	Sau điều trị	Độ chênh	p
Gấp	39,70 ± 12,09°	61,02 ± 9,39°	21,32 ± 11,46°	< 0,05
Duỗi	12,64 ± 4,35°	20,82 ± 4,39°	8,18 ± 5,32°	< 0,05
Nghiêng bên chân đau	15,28 ± 3,67°	22,38 ± 3,39°	7,1 ± 3,8°	< 0,05
Nghiêng bên chân không đau	16 ± 3,61°	22,54 ± 3,85°	6,54 ± 4,23°	< 0,05
Xoay sang chân đau	16 ± 4,14°	23,66 ± 3,56°	7,66 ± 4,7°	< 0,05
Xoay sang chân không đau	17,56 ± 4,53°	24,1 ± 4°	6,54 ± 4,72°	< 0,05

Sau điều trị, tầm vận động CSTL (gấp, duỗi, nghiêng bên chân đau, bên chân không đau, xoay sang chân đau và không đau) đều được cải thiện một cách có ý nghĩa ($p < 0,05$). Trong đó, sự cải thiện của động tác gấp, nghiêng sang bên chân đau và nghiêng sang bên chân không đau cải thiện rõ sau 30 ngày điều trị.

- Các chức năng sinh hoạt hàng ngày:

Bảng 5. Cải thiện các chức năng sinh hoạt hàng ngày sau 30 ngày điều trị.

Mức độ	Trước điều trị	Sau điều trị	p
Rất tốt	0	12 (30,0%)	< 0,05
Tốt	1 (2,5%)	19 (47,5%)	
Trung bình	8 (20,0%)	9 (22,5%)	
Kém	31 (77,5%)	0	
Tổng	40 (100%)	40 (100%)	

Chúng tôi lựa chọn 4 trong số 10 chỉ tiêu Oswestry (chăm sóc cá nhân, xách vật nặng, ngồi và đi bộ). Các chức năng này đã được cải thiện rõ rệt so với trước điều trị, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

- Kết quả điều trị chung sau 30 ngày điều trị:

Bảng 6. Kết quả chung.

Mức độ	Trước điều trị	Sau điều trị	p
Rất tốt	0	11 (27,5%)	< 0,05
Tốt	6 (15,0%)	20 (50,0%)	
Trung bình	19 (47,5%)	9 (22,5%)	
Kém	15 (37,5%)	0	
Tổng	40 (100%)	40 (100%)	

Hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm CSTL chính là nâng cao chất lượng cuộc sống người bệnh. Vì vậy, trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá kết quả điều trị chung dựa trên các chỉ số: mức độ đau, mức độ chèn ép rễ, độ giãn CSTL, tầm vận động CSTL (gồm 6 động tác: gấp, duỗi, nghiêng bên lành, nghiêng bên bệnh, xoay bên lành, xoay bên bệnh) và các hoạt động chức năng sinh hoạt hàng ngày. Sau 30 ngày điều trị, tất cả các BN đều đạt được kết quả tốt hơn trước khi điều trị.

Theo nghiên cứu Nguyễn Văn Thông (1993), kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm CSTL bằng xoa bóp nắn chỉnh cột sống là: 36% rất tốt, 44% tốt, 17% trung bình, 3% không đạt kết quả [6]. Phan Chúc Lâm, Nguyễn Văn Thông (1997) nghiên cứu trên 1.390 trường hợp thoát vị đĩa đệm CSTL thể ra sau, sau bên giai đoạn bán cấp, mạn tính bằng phương pháp nắn chỉnh cột sống, thuốc chống viêm, giảm đau, tiêm ngoài màng cứng kết hợp với tập luyện, kết quả: 80% tốt và khá, 13% trung bình, 4% ít kết quả và 3% không kết quả [7]. Lê Thị Kiều Hoa (2001), nghiên cứu điều trị thoát vị đĩa đệm CSTL bằng máy kéo giãn cột sống Eltract-471 thu được kết quả: rất tốt 36,4%, tốt 42,4%, trung bình 18,2%, không kết quả 3% [3]. So với các tác giả trên, kết quả điều trị trong nghiên cứu này có phần tốt hơn. Có thể do chúng tôi phối hợp nhiều phương pháp điều trị, các phương pháp này có tác dụng hỗ trợ nhau trong giảm đau tức thời cũng như duy trì kết quả lâu dài cho BN.

Trong nghiên cứu, chúng tôi không gặp trường hợp nào có tác dụng không mong muốn.

4. KẾT LUẬN:

Nghiên cứu 40 BN thoát vị đĩa đệm CSTL, điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 10/2015 đến tháng 10/2016, kết luận:

- Tỷ lệ BN nam/nữ $\approx 1,67$; 35 BN (87,5%) trong độ tuổi từ 20-59.

- Sau 30 ngày điều trị đắp paraffin, điện châm, điện xung, tập vận động và kéo giãn CSTL, thấy mức độ đau, mức độ chèn ép rễ thần kinh hông, chức năng vận động CSTL sau điều trị, tầm vận động trung bình CSTL, các chức năng sinh hoạt hàng ngày của BN đều được cải thiện rõ rệt so với trước điều trị; khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả điều trị chung: rất tốt 27,5%, tốt 50%, trung bình 22,5%; không BN nào đạt kết quả kém hoặc gặp tác dụng không mong muốn.

(Xem tiếp trang 75)

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA ĐIỆN CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ LIỆT NỬA NGƯỜI SAU ĐỘT QUY NÃO

CNDD. LÊ THỊ HỒNG GẮM - Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: BSCKII. TRẦN BẢO LONG

Trưởng Phòng Y học cổ truyền, Cục Quân y

TÓM TẮT: Đánh giá hiệu quả điện châm điều trị 30 bệnh nhân liệt nửa người sau đột quy não (giai đoạn ổn định), điều trị tại Khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 4/2017-4/2018. **Kết quả:** Bệnh nhân nam (56,7%) nhiều hơn bệnh nhân nữ (43,3%). Chủ yếu bệnh nhân trên 70 tuổi (chiếm 53,3%). 56,7% bệnh nhân mắc bệnh tăng huyết, 20% bệnh nhân mắc bệnh tăng huyết áp và đái tháo đường. Trước điều trị, 6,7% bệnh nhân liệt độ IV, 43,3% liệt độ III, 20% liệt độ I và độ II. Sau điều trị, tình trạng liệt của bệnh nhân được cải thiện, giảm còn 3,3% bệnh nhân liệt độ IV, 16,4% liệt độ III, 23,3% liệt độ II và 60,0% liệt độ I. Điểm Orgogozo trung bình trước điều trị 59,5 điểm tăng lên 89,4 điểm sau điều trị. Hiệu quả điều trị ở bệnh nhân mắc bệnh dưới 3 tháng tốt hơn ở bệnh nhân mắc bệnh trên 3 tháng (bệnh nhân mắc bệnh dưới 3 tháng có mức cải thiện là 39,4 điểm Ogogoro, bệnh nhân mắc bệnh từ 3 - 6 tháng và trên 6 tháng có mức cải thiện lần lượt là 29,5 điểm và 28,0 điểm Ogogoro).

Từ khóa: Đột quy não, điểm Ogogoro, độ liệt theo Henry.

ABSTRACT: Evaluate the effect of treatment by electro-acupuncture for 30 patients with hemiplegia after cerebral stroke (stable stage), treated at the Department of traditional medicine, Military hospital 354, from April 2017 to April 2018. **Results:** Male patients (56.7%) were more than female patients (43.3%). Most patients were over 70 years old (53.3%). There were 56.7% of patients suffering from hypertension, 20% of patients suffering from hypertension and diabetes. Before treatment, there were 6.7% of patients paralyzed degree IV, 43.3% of patients paralyzed degree III, 20% of patients paralyzed degree I and II. After treatment, paralysis of patients was improved, decreased to 3.3% of patients with degree IV, 16.4% of patients with degree III, 23.3% of patients with degree II and 60.0% of patients with degree I. Before treatment, the average Orgogozo score was 59.5 points and increased to 89.4 points after treatment. The treatment effect in patients suffering from paralysis less than 3 months was higher than patients suffering from paralysis more than 3 months (patients suffering from paralysis less than 3 months with improvement level was 39.4 points Ogogoro, patients suffering from paralysis from 3-6 months and over 6 months with improvement level was respectively 29.5 and 28.0 points Ogogoro).

Keywords: Cerebral stroke, Ogogoro points, Henry's paralysis.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Lê Thị Hồng Gắm, Email: legam1176@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 20/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Trong bệnh lí đột quy não (ĐQN), một phần tổ chức não bị tổn thương do mạch máu não bị vỡ hoặc tắc nghẽn. Bệnh xảy ra đột ngột, với các triệu chứng tổn thương thần kinh khu trú, như liệt nửa người, nói khó và có thể hôn mê. ĐQN có tỉ lệ tử vong cao thứ 3 sau bệnh tim mạch, ung thư [7] và là nguyên nhân bệnh lí hàng đầu gây tàn phế cho bệnh nhân (BN). Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), hằng năm có khoảng 15 triệu người mắc ĐQN trên toàn cầu, trong đó có 5 triệu ca tử vong và 5 triệu người khác phải chịu những khuyết tật vĩnh viễn [6]. Hiện nay, ĐQN vẫn là một vấn đề thời sự cấp thiết trên thế giới vì sự xuất hiện ngày càng nhiều, tỉ lệ tử vong cao và để lại nhiều di chứng về tâm thần kinh, là gánh nặng cho gia đình và toàn xã hội. Theo Hiệp hội Thần kinh các nước Đông Nam Á, trong các thể bệnh ĐQN, thiếu máu cục bộ chiếm 65,4%, chảy máu

não chiếm 21,3%, chảy máu dưới nhện chiếm 3,1%. Ở Việt Nam, mỗi năm có khoảng 200.000 người bị đột quy, khoảng 50% trong số đó tử vong và 90% số người sống sót sau đột quy có những di chứng về thần kinh, vận động. Nghiêm trọng hơn, độ tuổi bị ĐQN đang dần trẻ hóa, nếu những năm 1990, toàn cầu có khoảng 25% số ca đột quy ở người từ 20 - 64 tuổi, thì những năm gần đây, con số này đã tăng lên 31%.

Có nhiều phương pháp điều trị ĐQN, đều nhằm mục đích phục hồi chức năng tế bào não. Ở Việt Nam, sự kết hợp giữa lí luận y học cổ truyền và y học hiện đại đưa đến những liệu trình điều trị di chứng ĐQN hiệu quả, trong đó có châm cứu phục hồi vận động cho BN. Châm cứu an toàn và tiện lợi, chỉ dùng kim châm kết hợp máy điện châm kích thích vào huyết vị nên dễ thực hiện, được chấp nhận rộng rãi và là một dạng điều trị nhiều tiềm năng.

Chúng tôi triển khai đề tài nhằm đánh giá hiệu quả của điện châm trong điều trị BN liệt nửa người do ĐQN.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

30 BN chẩn đoán xác định liệt nửa người do ĐQN (theo tiêu chuẩn Bộ môn Nội thần kinh, Học viện Quân y, 2011), giai đoạn ổn định (sau mắc bệnh 1 tháng), điều trị tại Khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 4/2017 đến tháng 4/2018.

Loại trừ BN ĐQN tái diễn nhiều lần; BN có các bệnh cấp tính kết hợp, BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả theo dõi dọc.

- Phương pháp tiến hành: BN sau khi được thăm khám, chẩn đoán và chỉ định điều trị điện châm (kết hợp dùng thuốc, như thuốc kiểm soát huyết áp, kiểm soát glucose máu, tăng dẫn truyền thần kinh...), điều dưỡng thực hiện kỹ thuật điện châm, gồm các huyệt:

+ Vùng mặt (nếu có kèm theo liệt dây VII): Hạ quan, Giáp xa, Địa thương, Thừa tướng, Nghinh hương.

+ Chi trên: Kiên ngung, Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan, Hợp cốc, Bát tà.

+ Chi dưới: Hoàn khiêu, Ân môn, Phong thị, Dương lăng tuyền, Túc tam lý, Huyền chung, Giải Khê, Bát phong.

- Liệu trình điều trị: mỗi ngày điện châm một lần, mỗi lần 20 phút.

- Đánh giá kết quả điều trị sau 20 ngày điện châm.

+ Đánh giá độ liệt theo Henry, gồm độ 1 (liệt nhẹ: giảm sức cơ, còn vận động chủ động, đi lại được - 4 điểm); độ 2 (liệt vừa: còn nâng được chi lên khỏi giường - 3 điểm); độ 3 (liệt nặng: còn co duỗi khi có tì - 2 điểm); độ 4 (liệt rất nặng: chỉ còn biểu hiện co cơ chút ít - 1 điểm) và độ 5 (liệt hoàn toàn: không có dấu hiệu co cơ - 0 điểm).

+ Đánh giá tình trạng lâm sàng theo thang điểm Ogogozo:

Căn cứ	Điểm	Mức độ rối loạn
Ý thức	15	Bình thường
	10	Lú lẫn
	5	Lơ mơ
Giao tiếp ngôn ngữ	10	Bình thường
	5	Khó khăn

Căn cứ	Điểm	Mức độ rối loạn
Quay mắt, đầu	10	Không có biểu hiện bệnh lý
	5	Yếu khi quay mắt
Vận động mặt	5	Mất cân đối
	0	Liệt rõ
Nâng chi trên	10	Bình thường
	5	Không nâng tay qua vai được
	0	Hạn chế hoặc không nâng được
Vận động bàn tay	15	Bình thường
	10	Hạn chế nhẹ
	5	Còn cầm nắm được
	0	Không thể cầm nắm, vận động được
Trương lực cơ chi trên	5	Bình thường
	0	Mất hoặc co cứng
Nâng chi dưới	15	Bình thường
	10	Còn sức cản
	5	Có thể chống lại trọng lượng chi
	0	Không nâng được chân hoặc hạn chế
Gấp bàn chân	10	Có thể thắng sức cản
	5	Có thể chống lại trọng lượng chi
	0	Không thực hiện được
Trương lực chi dưới	5	Bình thường
	0	Mất trương lực hoặc co cứng
Điểm tối đa	100	

- Xử lý số liệu: theo thuật toán thống kê y học thông thường.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

- Tuổi đời:

+ Dưới 50 tuổi: 2 BN (6,7%).

+ Từ 50-70 tuổi: 12 BN (40,0%).

+ Trên 70 tuổi: 16 BN (53,3%).

- Giới tính: 17 BN (56,7%) nam, 13 BN (43,3%) nữ.

- Thời gian mắc bệnh ĐQN:

+ Dưới 3 tháng: 16 BN (53,3%).

+ Từ 3 đến dưới 6 tháng: 9 BN (30,0%).

+ Trên 6 tháng: 5 BN (16,7%).

- Bệnh kết hợp:

+ Tăng huyết áp: 17 BN (56,7%).

+ Đái tháo đường: 4 BN (13,3%).

+ Cả tăng huyết áp và đái tháo đường: 6 BN (20,0%).

+ Rối loạn chuyển hóa lipid: 3 BN (10,0%).

3.2. Kết quả điều trị:

Bảng 1. Độ liệt (theo Henry) và tình trạng lâm sàng BN (theo Ogogozo) trước và sau điều trị.

Phương pháp đánh giá		Trước điều trị	Sau điều trị
Độ liệt (theo điểm Henry)	Độ I	6 (20,0%)	18 (60,0%)
	Độ II	6 (20,0%)	7 (23,3%)
	Độ III	13 (43,3%)	4 (16,4%)
	Độ IV	3 (10,0%)	1 (3,3%)
	Độ V	2 (6,7%)	0
Điểm Ogogozo trung bình		59,5	89,4

Sau điều trị, BN có sự cải thiện rõ rệt mức độ liệt và tình trạng lâm sàng.

Bảng 2. Tình trạng lâm sàng BN trước và sau điều trị theo độ tuổi.

Tuổi	Điểm Ogogozo trung bình		
	Trước điều trị	Sau điều trị	Cải thiện
Dưới 50	72,5	95,0	22,5
Từ 50-70	66,25	89,5	23,25
Trên 70	42,0	79,0	37,0

Hiệu quả điều trị tương đương nhau ở các nhóm tuổi.

Bảng 3. Tình trạng lâm sàng BN trước và sau điều trị theo giới tính.

Giới	Điểm Ogogozo trung bình		
	Trước điều trị	Sau điều trị	Cải thiện
Nam giới	45,5	89,5	44,0
Nữ giới	45,3	77,6	32,3

Hiệu quả điều trị (qua tình trạng lâm sàng trước và sau điều trị) của BN nam tốt hơn BN nữ.

Bảng 4. Đánh giá tình trạng lâm sàng BN trước và sau điều trị theo thời gian mắc bệnh.

Thời gian mắc bệnh	Điểm Ogogozo trung bình		
	Trước điều trị	Sau điều trị	Cải thiện
Dưới 3 tháng	52,6	92,0	39,4
Từ 3-6 tháng	46,0	75,5	29,5
Trên 6 tháng	43,0	71,0	28,0

Hiệu quả điều trị ở BN có thời gian mắc bệnh dưới 3 tháng tốt hơn ở BN có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng.

- Tai biến, biến chứng trong châm cứu, điện châm: 1 BN (3,3%) vệt châm.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Đa số BN liệt sau đột quỵ vào điều trị tại Khoa Y học cổ truyền trên 70 tuổi (chiếm 53,3%), tiếp đến là BN từ 50-70 tuổi (40,0%), ít nhất là BN dưới 50 tuổi (6,7%). Kết quả này cũng phù hợp với kết quả điều tra tỉ lệ mắc ở trong và ngoài nước. Nghiên cứu cho thấy, 6,7% BN mắc ĐQDN dưới 50 tuổi, do đó công tác giáo dục sức khỏe cần phải đặt ra vì đây là độ tuổi lao động chính.

BN nam (56,7%) nhiều hơn BN nữ (43,3%). Điều này có thể do nam giới thường có lối sống và sinh hoạt ít điều độ (hút thuốc lá, uống bia rượu...) hơn so với nữ giới. Nghiên cứu này cũng phù hợp với các nghiên cứu trước đây. 56,7% BN mắc bệnh tăng huyết áp, 20% mắc đồng thời tăng huyết áp và đái tháo đường. Đây là nguyên nhân chính dẫn đến ĐQDN. Vì vậy, kết hợp điện châm với kiểm soát huyết áp và glucose máu là rất cần thiết, tránh các đợt đột quỵ tiến triển cùng những biến chứng do tăng glucose máu gây ra.

3.2. Kết quả điều trị:

Trước điều trị, 6,7% BN liệt độ IV, 43,3% BN liệt độ III, 20% BN liệt độ I và độ II. Sau điều trị tình trạng liệt của BN ĐQDN được cải thiện, trong đó có 3,3% BN liệt độ IV, 16,4% BN liệt độ III, 23,3% BN liệt độ II và 60% BN liệt độ I. Như vậy có thể nói, điều trị điện châm kết hợp cũng có hiệu quả nhất định phục hồi mức độ liệt của BN ĐQDN. Điều này đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu và được áp dụng ở nhiều bệnh viện cũng như các trung tâm phục hồi chức năng cùng với các phương pháp phục hồi chức năng khác. Điện châm là phương pháp dễ tiếp cận, đỡ tốn kém nhưng lại có hiệu quả cao trong điều trị.

Nghiên cứu cho thấy, kết quả điều trị ở BN có thời gian mắc bệnh dưới 3 tháng tốt hơn các BN có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng. Mức độ cải thiện trên BN có thời gian mắc bệnh dưới 3 tháng là 39,4 điểm Ogogoro, BN có thời gian mắc bệnh từ 3-6 tháng và trên 6 tháng có mức độ cải thiện lần lượt là 29,5 điểm và 28,0 điểm Ogogoro. Để nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh thì BN và người nhà cần nhận thức rõ về bệnh, sự kết hợp giữa thầy thuốc và BN với người chăm sóc là rất cần thiết nhằm phục hồi chức năng cho BN liệt sau ĐQDN. Điều trị phục hồi chức năng cho BN ĐQDN càng sớm càng đem lại hiệu quả cao (thời gian mắc bệnh dài sẽ làm xơ hóa dây thần kinh và cứng khớp, thậm chí gây loét điểm tì đè do

máu lưu thông kém, cộng với công tác vệ sinh không tốt). Như vậy, điện châm kết hợp với tập luyện, tư vấn các phương pháp vệ sinh, chế độ ăn uống hợp lý, và kiểm soát tốt huyết áp để từ đó mang lại hiệu quả tốt nhất, giúp BN nhanh chóng phục hồi chức năng, nâng cao chất lượng cuộc sống và sớm hòa nhập với cộng đồng.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 30 BN chẩn đoán xác định liệt nửa người do ĐQN, giai đoạn ổn định, điều trị tại Khoa Y học cổ truyền, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 4/2017-4/2018, kết luận:

- BN nam (56,7%) nhiều hơn BN nữ (43,3%). Chủ yếu BN trên 70 tuổi (chiếm 53,3%). 56,7% BN mắc bệnh tăng huyết, 20% BN mắc bệnh tăng huyết áp kết hợp đái tháo đường.

- Trước điều trị, 6,7% BN liệt độ IV, 43,3% BN liệt độ III, 20,0% BN liệt độ I và độ II. Sau điều trị tình trạng liệt của BN được cải thiện, còn 3,3% BN liệt độ IV, 16,4% BN liệt độ III, 23,3% BN liệt độ II và 60% BN liệt độ I. Điểm Orgogozo trung bình trước điều trị 59,5 điểm, tăng lên 89,4 điểm sau điều trị.

- Hiệu quả điều trị ở BN có thời gian mắc bệnh dưới 3 tháng tốt hơn ở BN có thời gian mắc bệnh trên 3 tháng. BN mắc bệnh dưới 3 tháng có mức độ cải thiện là 39,4 điểm Ogogoro, BN mắc bệnh từ 3-6 tháng và trên 6 tháng có mức độ cải thiện lần lượt là 29,5 điểm và 28,0 điểm Ogogoro.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Học viện Quân y (2011), *Bệnh học thần kinh*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.

2. Viện Y học cổ truyền quân đội (2002), *Kết hợp Đông Tây y chữa một số bệnh khó*, Nhà xuất bản Y Học.

3. Nguyễn Thiên Quyển (dịch 1998), *Chẩn đoán phân biệt chứng hậu trong đông y*, Nhà xuất bản Văn hóa dân tộc, Hội Y học cổ truyền Hà Nội.

4. Nguyễn Thanh Thủy, Ngô Quỳnh Hoa, Đỗ Thị Phương (2011), "Hiệu quả của điện châm và thủy châm Vincosyn trong điều trị nhồi máu não sau giai đoạn cấp tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương", *Tạp chí Nghiên cứu y học*, 76, tr. 90.

5. Nguyễn Hoàng Ngọc (2005), *Đột quỵ não: cấp cứu - điều trị - dự phòng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 71- 98.

6. Đại học Y Hà Nội (2003), *Giáo trình y học cổ truyền*.

7. Banerjee T.K, Das S.K (2006), "Epidemiology of stroke in India", *Neurology Asia*, 11, pp. 1-4.

8. Bejot Y, Daubail B, Jacquin A et al (2014), "Trends in the incidence of ischaemic stroke in young adults between 1985 and 2011", *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 85 (5), pp. 509-513.

9. Feigin V.L, Lawes C.M, Bennett D.A et al (2009), "Worldwide stroke incidence and early case fatality reported in 56 population - based studies: a systematic review", *Lancet Neurol*, 8(4), pp. 355-369. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG THẤT LƯNG HỒNG DO THOÁT VỊ...

(Tiếp theo trang 71)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Trần Mạnh Chí, Vũ Hùng Liên (1995), "Nhận xét kết quả điều trị ngoại khoa 845 trường hợp thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng cùng", *Kỷ yếu công trình ngoại khoa 1985-1995*, tr. 138-140.

2. Lê Thị Kiều Hoa (2001), *Nghiên cứu hiệu quả phục hồi vận động ở bệnh nhân thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng - cùng bằng máy Eltrac 471*, Luận văn thạc sĩ y học, Học viện Quân y.

3. Vũ Hùng Liên (1992), *Góp phần nghiên cứu nâng cao chất lượng điều trị ngoại khoa bệnh lý thoát vị đĩa đệm vùng thắt lưng cùng*, Luận án phó tiến sĩ khoa học y được, Học viện Quân y.

4. Trần Thị Lan Nhung (2006), *Bước đầu nghiên cứu hiệu quả điều trị đau vùng thắt lưng do thoát vị đĩa đệm với phương pháp kéo nắn bằng tay*, Khóa luận tốt nghiệp bác sĩ y khoa.

5. Nguyễn Văn Thông (1999), "Nhận xét kết quả điều trị 1.390 trường hợp đau thần kinh hông do thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng thể ra sau và sau bên giai đoạn bán cấp, mạn tính tại Khoa Thần kinh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ năm 1987 đến năm 1998", *Tạp chí Y học thực hành*, số 9, tr. 27-29.

6. Nguyễn Vũ (2004), *Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng cùng*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y khoa.

7. Davis R.A (1994), *A long term outcome analysis of 984 surgically treated herniated lumbar disc*, Orthopedic clinic of North America, Vol 2. No 2, pp. 415-421. □

NHẬN XÉT KẾT QUẢ CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN NỘI SOI ĐẠI TRÀNG BẰNG UỐNG FLEET PHOSPHO SODA TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

ĐD. NGUYỄN THỊ HẠNH

Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: GS.TS. LÊ TRUNG HẢI

Nguyên Phó Cục trưởng Cục Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu 78 bệnh nhân được chuẩn bị nội soi đại tràng bằng uống Fleet phospho soda, từ tháng 10 đến tháng 12/2016, tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 354, kết luận:

- Sau uống thuốc, bệnh nhân đi ngoài trung bình $7,6 \pm 1,8$ lần, trong đó 25,6% đi ngoài dưới 5 lần; 60,3% đi ngoài từ 5-10 lần; 14,1% đi ngoài trên 10 lần. Tính chất phân lần đi ngoài cuối cùng: có 18,0% là nước trong, không màu; 69,2% là nước trong, vàng; 12,8% là nước đục, lợn cợn.

- Có 89,7% bệnh nhân hoàn thành cuộc soi đến van Bauhin; 6,5% không hoàn thành cuộc soi vì đại tràng bẩn và 3,8% bỏ cuộc soi vì đại tràng còn rất bẩn. Đánh giá kết quả chung theo thang điểm Boston: 79,5% bệnh nhân được chuẩn bị đại tràng đầy đủ; 20,5% bệnh nhân không được chuẩn bị đại tràng đầy đủ; điểm Boston trung bình là $5,7 \pm 2,0$ điểm. Tác dụng không mong muốn của thuốc: 16,7% buồn nôn và nôn; 44,9% thấy vị thuốc khó uống; 19,2% chướng bụng; 8,9% mệt mỏi; 1,3% hạ huyết áp.

Từ khóa: Chuẩn bị bệnh nhân, nội soi đại tràng, Fleet phospho soda.

ABSTRACT: Study on the 78 patients who were prepared for colonoscopy with oral Fleet phosphor soda, from October to December 2016, at the Department of Gastroenterology, Military hospital 354, concluded:

- After taking the medicine, the average time of patients defecation was $7,6 \pm 1,8$ times, of which 25.6% defecated less than 5 times; 60.3% defecated from 5-10 times; 14.1% defecated more than 10 times. The nature of feces of the last defecation: 18.0% was clear water, colorless; 69.2% was clear water, yellow; 12.8% was muddy water, porous.

- There were 89.7% of patients completed colonoscopy to Bauhin valve; 6.5% of patients did not complete the colonoscopy because the colon was dirty and 3.8% gave up the colonoscopy because the colon was very dirty. Evaluate the general results on the Boston scale: 79.5% of patients were fully prepared for colonoscopy; 20.5% of patients were not adequately prepared for colonoscopy; The average Boston score was 5.7 ± 2.0 points. The unwanted effects of the drug: 16.7% nausea and vomiting; 44.9% found it difficult to take medicine; 19.2% abdominal distention; 8.9% tired; 1.3% hypotension.

Keywords: Patient preparation, colonoscopy, Fleet phosphor soda.

Chịu trách nhiệm nội dung: ĐD. Nguyễn Thị Hạnh, Email: nguyengkhanhan2009@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 08/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Nội soi đại tràng bằng ống soi mềm ngày càng phát triển và có vai trò rất quan trọng trong chẩn đoán, điều trị các bệnh lý tiêu hóa. Kết quả nội soi phụ thuộc rất nhiều vào công tác chuẩn bị bệnh nhân (BN) trước soi. Nếu chuẩn bị BN không tốt, có thể dẫn đến bỏ sót tổn thương, thậm chí phải dừng cuộc soi [1]. Có hai phương pháp chuẩn bị BN nội soi đại tràng là thụt tháo (qua hậu môn) hoặc dùng thuốc (qua đường uống). Thụt tháo (qua hậu môn) bằng nước ấm hoặc các loại thuốc nhuận tràng thường không làm sạch hết toàn bộ đại tràng, gây nhiều khó khăn khi cần soi toàn bộ đại tràng. Dùng thuốc (qua đường uống) có khả năng làm sạch toàn bộ đại tràng, mang lại hiệu quả nội soi rất tốt. Trên thị trường hiện có nhiều

loại thuốc uống với tác dụng làm sạch long đại tràng, song thông dụng là Polyethylene glycol - PEG (Fortrans) và Sodium phosphat (Fleet phospho soda). Đây là những chất cao phân tử, hầu như không hấp thu vào máu, mà chỉ làm tăng lượng nước trong lòng ruột và gây nhuận tràng.

Nội soi đại tràng tại Bệnh viện Quân y 354 được triển khai thực hiện từ nhiều năm nay. Trong quá trình chuẩn bị BN nội soi đại tràng, chúng tôi nhận thấy cho BN uống Fleet phospho soda có nhiều ưu điểm, giúp quá trình soi thuận lợi, cho kết quả nội soi tốt. Để góp thêm cơ sở khoa học cho thực hiện kỹ thuật, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả chuẩn bị BN nội soi đại tràng bằng uống Fleet phospho soda.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng và chất liệu nghiên cứu:

- Đối tượng nghiên cứu: 78 BN có chỉ định và được nội soi đại tràng với kỹ thuật chuẩn bị bằng uống Fleet phospho soda, từ tháng 10 đến tháng 12/2016, tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 354. Loại trừ các BN có chống chỉ định sử dụng Fleet phospho soda, BN không hợp tác nghiên cứu.

- Chất liệu nghiên cứu: Fleet phospho soda đạt tiêu chuẩn theo Dược điển Việt Nam IV, được phép lưu hành trên thị trường Việt Nam.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Trình tự chuẩn bị BN nội soi đại tràng:

+ BN có chỉ định nội soi nhện ăn trước khi thực hiện kỹ thuật ít nhất 8 giờ.

+ Dùng thuốc: Fleet phospho soda 45ml x 2 lọ, pha trong 1,5 lít nước lọc; uống chậm trong vòng 1-1,5 giờ, uống xong trước soi từ 4-6 giờ.

+ Điều dưỡng kiểm tra kết quả chuẩn bị BN trước khi đưa BN vào phòng soi theo các tiêu chí: thời gian chuẩn bị từ khi uống thuốc đến khi nội soi; số lượng nước uống; số lần đi ngoài; tính chất phân lần cuối.

- Một số chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, nghề nghiệp.

+ Đặc điểm liên quan đến hiệu quả làm sạch đại tràng: tình trạng nôn; số lần đi ngoài sau uống thuốc; tính chất phân của lần đi cuối.

+ Kết quả làm sạch đại tràng: đánh giá tại các vị trí đại tràng trái, đại tràng ngang, đại tràng lên theo thang điểm Boston [2], từ 0 đến 3 điểm (gồm sạch: 3 điểm - lòng đại tràng sạch, còn ít dịch trong, không còn cặn phân; tương đối sạch: 2 điểm - lòng đại tràng còn vẩn dịch đục, còn ít cặn phân, quan sát được niêm mạc; bẩn: 1 điểm - đại tràng còn nhiều dịch lẫn phân, quan sát được một phần niêm mạc; rất bẩn: 0 điểm - đại tràng còn phân rắn che phủ niêm mạc). Sau đó, tính tổng điểm để đánh giá kết quả chung (từ 5-9 điểm: chuẩn bị đầy đủ; từ 0-4 điểm: chuẩn bị không đầy đủ [3], [4]).

+ Các tác dụng không mong muốn (hạ huyết áp; mệt mỏi; buồn nôn hoặc nôn; khó uống...).

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm thống kê y học SPSS 16.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của BN (n = 78):

- Giới tính: 45 BN nam (57,7%) và 33 BN nữ (42,3%).

- Tuổi đời: trung bình $54,3 \pm 13,7$ tuổi, trong đó:

+ Từ 25-40 tuổi: 15 BN (19,2%).

+ Từ 41-60 tuổi: 34 BN (43,6%).

+ Trên 60 tuổi: 29 BN (37,2%).

3.2. Đặc điểm liên quan đến kết quả chuẩn bị BN (n = 78):

- Số lần đi ngoài: trung bình: $7,6 \pm 1,8$ lần, trong đó:

+ Dưới 5 lần: 20 BN (25,6%).

+ Từ 5-10 lần: 47 BN (60,3%).

+ Trên 10 lần: 11 BN (14,1%).

- Tính chất phân lần đi ngoài cuối cùng:

+ Nước trong, không màu: 14 BN (18,0%).

+ Nước vàng, trong: 54 BN (69,2%).

+ Nước đục, lợn cợn: 10 BN (12,8%).

3.3. Đánh giá kết quả chuẩn bị BN (n = 78):

- Theo tiêu chí hoàn thành cuộc soi:

+ Hoàn thành soi đến van Bauhin: 70 BN (89,7%).

+ Soi không hoàn thành vì bẩn: 5 BN (6,5%).

+ Bỏ cuộc không soi vì bẩn: 3 BN (3,8%).

- Theo thang điểm Boston:

+ BN được chuẩn bị đầy đủ: 62 BN (79,5%).

+ BN không được chuẩn bị đầy đủ: 16 BN (20,5%).

+ Điểm Boston trung bình: $5,7 \pm 2,0$ điểm.

3.4. Tác dụng không mong muốn:

- Buồn nôn, nôn: 13 BN (16,7%).

- Vị khó uống: 35 BN (44,9%).

- Chướng bụng: 15 BN (19,2%).

- Mệt mỏi: 7 BN (8,9%).

- Hạ huyết áp: 1 BN (1,3%).

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, BN có tuổi trung bình là 54 tuổi, nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là từ 40-60 tuổi. Các lứa tuổi này phù hợp với đặc điểm chung của BN đến khám bệnh tại Bệnh viện Quân y 354.

Số BN là nam giới chiếm tỉ lệ cao hơn nữ giới, tỉ lệ BN nam/nữ là 1,4. Có thể do đặc thù của

bệnh viện quân đội, đối tượng BN nam giới vẫn thường nhiều hơn so với nữ giới.

4.2. Các chỉ tiêu liên quan đến kết quả chuẩn bị BN:

Số lần đi ngoài trung bình của BN trong nghiên cứu là 7 lần; đa số BN đi ngoài 5-10 lần (60,3%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của Phùng Xuân Toàn (55,43% BN đi ngoài từ 6-10 lần khi chuẩn bị nội soi đại tràng bằng thuốc uống [5]). Tuy nhiên, nghiên cứu của Phùng Xuân Toàn lại thấy 35,9% BN đi ngoài trên 10 lần, cao hơn nghiên cứu của chúng tôi (14,1%). Có thể, trong nghiên cứu của Phùng Xuân Toàn, BN được uống thuốc liều 1 từ 21 giờ đêm hôm trước và liều 2 vào sáng hôm sau, còn BN trong nghiên cứu của chúng tôi được chuẩn bị trong ngày với liều kép. Thực tế chúng tôi ghi nhận, số lần đi ngoài càng nhiều thì khả năng kết quả chuẩn bị càng tốt.

Tính chất phân của lần đi ngoài cuối cùng trong nghiên cứu này thay đổi từ nước trong không màu, nước vàng trong, và một số nước đục, lợn cợn. Tỷ lệ BN đi ngoài lần cuối với phân nước vàng trong chiếm phần lớn (69,2%). Nghiên cứu của Hoonsub So và cộng sự (2015) cho rằng, có thể dựa vào tính chất phân lần đi ngoài cuối cùng để tiên lượng mức độ làm sạch đại tràng của thuốc trước khi soi [6]. Chúng tôi cũng thống nhất với nhận định này. Tuy nhiên, việc đánh giá tính chất phân lần đi ngoài cuối cùng nếu dựa trên đánh giá chủ quan của BN thường không chính xác. Một số BN tự nhận xét phân nước trong, song khi tiến hành nội soi thì vẫn còn nhiều phân trong lòng đại tràng. Vì vậy, việc hướng dẫn tỉ mỉ, cụ thể của điều dưỡng là rất quan trọng (nên hướng dẫn BN đánh giá tính chất phân lần đi ngoài cuối cùng bằng hình ảnh minh họa). Thậm chí, với nhiều BN, điều dưỡng cần trực tiếp kiểm tra tính chất phân lần đi ngoài cuối cùng trước khi nội soi đại tràng để bảo đảm đánh giá được chính xác, giúp công tác chuẩn bị đại tràng đạt hiệu quả cao nhất.

4.3. Kết quả chuẩn bị BN nội soi đại tràng:

Có 3 BN phải dừng soi vì đại tràng còn rất bẩn (3,8%); 5 BN soi không hoàn thành đến van Bauhin vì bẩn (6,5%). Trong số BN đại tràng bẩn, có 1 BN phải dừng soi còn vì lý do có u đại tràng ngang. Việc chuẩn bị soi không đạt yêu cầu một phần do BN nôn, không uống đủ số lượng thuốc, nước theo yêu cầu; mặt khác, có thể do BN tự đánh giá tính chất phân lần đi ngoài cuối cùng không chính xác. Đây là điều cần được quan tâm đúng mức, nâng cao chất lượng chuẩn bị BN.

Điểm Boston trung bình của 78 BN nghiên cứu là 5,7. Thang điểm Boston hiện nay có giá trị áp dụng lớn trong thực hành lâm sàng. Thang điểm này để tính điểm và sử dụng đánh giá trên cả 3 đoạn đại tràng. Chúng tôi cũng thấy, không BN nào trong nghiên cứu có điểm Boston 8-9 điểm mà tính chất phân lần đi ngoài cuối cùng đục, lợn cợn. Nghiên cứu của các tác giả Trung Quốc cho kết quả điểm Boston ≥ 5 liên quan đến tỉ lệ phát hiện polyp (35%) cao hơn so với điểm Boston < 5 (18%) [7]. Tỷ lệ BN có điểm Boston ≥ 5 (BN được chuẩn bị đại tràng tốt) trong nghiên cứu của chúng tôi là 79,5%; thấp hơn so với nghiên cứu của Phùng Xuân Toàn (88,3% [5]) hoặc Đỗ Thị Việt Phương và cộng sự (86,6% [8]). Tuy nhiên, cả 2 tác giả này đều cho BN uống thuốc 2 liều (liều 1 uống 21 giờ tối hôm trước, liều 2 uống 10 giờ sáng hôm sau). Như vậy, thời gian sử dụng thuốc và liều thuốc sử dụng cũng là một gợi ý trong công tác nâng cao chất lượng chuẩn bị BN nội soi đại tràng.

4.4. Tác dụng không mong muốn:

Chúng tôi thấy, tác dụng không mong muốn hay gặp nhất là BN khó chịu với vị của thuốc, gây khó uống (44,9%), trong đó có 13 BN (16,7%) buồn nôn và nôn. Hầu hết các BN bị nôn đều do cảm thấy vị thuốc rất khó uống. Mặt khác, cũng có thể do khi uống thuốc, BN phải uống kèm theo một lượng nước lớn, nên gây khó chịu, đầy chướng bụng. Việc BN nôn sau khi uống thuốc dẫn đến lượng thuốc còn lại không đủ liều, ảnh hưởng đến hiệu quả chuẩn bị BN. Thực tế, các trường hợp BN này đều phải được dùng thêm liều bổ sung để bảo đảm chất lượng chuẩn bị đại tràng. Hạn chế việc này, chúng tôi hướng dẫn BN uống thuốc chậm, từng ít một đến hết liều. Tỷ lệ BN khó chịu với vị của thuốc trong nghiên cứu của Đỗ Thị Việt Phương và cộng sự là 35% [8]. Tỷ lệ BN buồn nôn và nôn trong nghiên cứu này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Phùng Xuân Toàn [5]. Fleet phospho soda là thuốc nhuận tràng có tính thẩm thấu mạnh, do vậy tác dụng không mong muốn của thuốc liên quan đến rối loạn điện giải, mất dịch, tăng nguy cơ suy thận. Trong quá trình chuẩn bị, chúng tôi gặp 1 BN bị tụt huyết áp (BN này đã phải truyền bù dịch và lùi ngày soi đại tràng vào hôm sau). Vì vậy, để hạn chế tác dụng không mong muốn của thuốc, chúng tôi hướng dẫn BN sử dụng thuốc bằng cách uống chậm, từng ít một, tránh nôn, và phải uống đủ số lượng nước.

(Xem tiếp trang 110)

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG BỆNH NHÂN ĐỤC BAO SAU SAU PHẪU THUẬT PHACO VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG LASER Nd: YAG

BSCKII. NGUYỄN QUỲ ANH
BSCKII. TRƯƠNG VĂN BAO,
BSCKII. HÀ THỪA LANH, BSCKI. VŨ CAO NGỌC
Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: TS. NGUYỄN ĐÌNH NGÂN
Chủ nhiệm Bộ môn Mắt, Học viện Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng 120 bệnh nhân (142 mắt) đục bao sau thể thủy tinh sau phẫu thuật Phaco, điều trị bằng LASER Nd: YAG tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và theo dõi hậu phẫu tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 6/2007 đến tháng 6/2014. **Kết luận:**

- Bệnh nhân trung bình $67,79 \pm 13,66$ tuổi; thời gian sau phẫu thuật Phaco đến khi đục bao sau cần can thiệp trung bình là $2,21 \pm 1,64$ năm. Tổn thương bao sau gồm các hình thái: xơ hóa (71,8%), hạt trai (14,8%) và hỗn hợp (13,4%) và mức độ: đục độ 1 (26,1%); đục độ 2 (41,5%); đục độ 3 (32,4%).

- Sau LASER Nd: YAG, có 71,8% mắt tăng thị lực (đạt từ 5/10 trở lên); các biến chứng gặp là "rỗ" thể thủy tinh nhân tạo (14,1%), viêm màng bồ đào (3,5%), đục dịch kính (3,5%).

Từ khóa: Đục bao sau, phẫu thuật Phaco.

ABSTRACT: Study on the clinical characteristics of 120 patients (142 eyes) with posterior capsule opacification after Phaco surgery, treated by Nd: YAG LASER (Neodymium:Yttrium-Aluminum-Garnet) at the Central military hospital 108 and postoperative following at the Military hospital 354, from June 2007 to June 2014. **Concluded:**

- The average age of patients was 67.79 ± 13.66 years; the average time after Phaco surgery until the posterior capsule opacification needed to intervene was 2.21 ± 1.64 years. The lesions of posterior capsule opacification included: fibrosis (71.8%), pearl seed (14.8%) and mixture (13.4%) and Opacity degree 1 (26.1%); Opacity degree 2 (41.5%); Opacity degree 3 (32.4%).

- After Nd: YAG LASER, there were 71.8% of eyes increased vision (reached 5/10 or more); the complications were "pitting" of artificial glass (14.1%), uveitis (3.5%), vitreous opacity (3.5%).

Keywords: Posterior capsule opacification (PCO), Phaco surgery.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Nguyễn Quỳnh Anh, Email: quyanhnghuyen0409@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 13/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Một trong những lợi thế lớn của phẫu thuật lấy thể thủy tinh (TTT) ngoài bao so với lấy trong bao là để lại bao sau nguyên vẹn, giảm được nhiều biến chứng sau phẫu thuật. Tuy nhiên, theo thời gian, bao sau thường trở nên mờ đục, làm giảm thị lực.

Đục bao sau là một biến chứng phổ biến của phẫu thuật hiện đại lấy TTT ngoài bao và là nguyên nhân hàng đầu gây giảm thị lực sau phẫu thuật. Các nghiên cứu lâm sàng gần đây cho thấy, tỉ lệ đục bao sau sau phẫu thuật Phaco từ 30-40% [2], xuất hiện ở mọi thời điểm, tiến triển theo thời gian.

Từ những năm 1980, LASER Nd: YAG được

coi là phương thức điều trị đục bao sau thay thế phần lớn các phương pháp phẫu thuật trước đây [3], [7]. Mở bao sau bằng LASER Nd:YAG là thủ thuật không xâm lấn, thực hiện trên mắt bị đục bao sau, tạo nên một lỗ ở trung tâm của bao sau trên mắt đã phẫu thuật lấy TTT ngoài bao, đặt TTT nhân tạo, giúp bệnh nhân (BN) khôi phục lại thị lực.

Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 354 đã triển khai phẫu thuật Phaco từ năm 2007, nhưng đến nay vẫn chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu tìm hiểu đặc điểm lâm sàng BN đục bao sau sau phẫu thuật Phaco và đánh giá kết quả điều trị đục bao sau bằng LASER Nd: YAG.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

120 BN (142 mắt) bị đục bao sau sau phẫu thuật Phaco, điều trị bằng LASER Nd: YAG tại Khoa Mắt, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và theo dõi hậu phẫu tại Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 6/2007 đến tháng 6/2014.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu.

- Phương tiện nghiên cứu:

+ Bảng đo thị lực Snellen, nhãn áp kế Maclakóp, kính sinh hiển vi khám mắt, máy soi đáy mắt.

+ Máy LASER Nd: YAG bước sóng 1.064 nm, thuốc giãn đồng tử Mydrin P 1%, chất nhày Aurovic, dung dịch Dicain 1% gây tê bề mặt.

- Trình tự tiến hành:

+ BN đục bao sau sau mổ Phaco, có chỉ định và được điều trị bằng LASER Nd: YAG tại Khoa Mắt, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, sau đó về Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 354 theo dõi, điều trị hậu phẫu.

+ Sau điều trị bằng LASER Nd: YAG 1 giờ, BN được kiểm tra nhãn áp, khám bán phần trước nhãn cầu để phát hiện viêm khĩa và hiện tượng “rỗ” TTT nhân tạo.

+ Sau điều trị bằng LASER Nd: YAG 1 ngày, BN được kiểm tra thị lực, nhãn áp, khám bán phần trước nhãn cầu để phát hiện viêm màng bồ đào, đục dịch kính; soi đáy mắt để phát hiện các tổn thương phía sau như phù hoàng điểm, bong võng mạc...

+ Hẹn BN tái khám định kì sau LASER Nd: YAG 1 tuần, 1 tháng. Mỗi lần khám, BN được đo thị lực, nhãn áp, soi đáy mắt, kiểm tra kích thước lỗ mở bao trên máy sinh hiển vi để đánh giá sự thay đổi. Các lần khám của BN được ghi chép theo mẫu hồ sơ nghiên cứu chung.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung: giới tính, tuổi.

+ Đặc điểm tổn thương bao sau: hình thái tổn thương (xơ hóa, hạt trai, hỗn hợp cả xơ hóa và hạt trai), vị trí tổn thương (chu biên, trung tâm, cạnh trung tâm), mức độ đục bao sau (theo Aslam T.M).

+ Kết quả điều trị LASER Nd: YAG (theo Nguyễn Quốc Đạt và Trần Thị Nguyệt Thanh [3], [4]): căn cứ vào thay đổi thị lực, nhãn áp, các tai biến, biến chứng sau điều trị (như “rỗ” TTT nhân tạo, đục dịch kính, viêm màng bồ đào, phù hoàng điểm, bong võng mạc, lệch TTT).

- Đánh giá mức độ đục bao sau theo Aslam T.M [5], gồm độ 1 (bao sau còn trong ở trung tâm, có các nếp nhăn hoặc dải xơ rất mảnh, nhỏ mịn, soi đáy mắt thấy rõ gai thị và mạch máu), độ 2 (bao sau đục vùng trung tâm, soi đáy mắt thấy rõ gai thị nhưng không thấy rõ mạch máu), độ 3 (bao sau đục trắng sữa, không soi được đáy mắt).

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

- Tuổi và giới tính BN:

Bảng 1. Tuổi và giới tính BN (n = 120).

Độ tuổi	Nam giới	Nữ giới	Cộng
Dưới 40	3 (2,5%)	2 (1,7%)	5 (4,2%)
Từ 40-60	8 (6,7%)	11 (9,2%)	19 (15,8%)
Trên 60	49 (40,8%)	47 (39,2%)	96 (80,0%)
p	> 0,05		
Trung bình	67,79 ± 13,66		

- Thời gian sau phẫu thuật Phaco và hình thái tổn thương bao sau:

+ Thời gian sau phẫu thuật Phaco: sớm nhất 10 tháng, muộn nhất 5 năm, trung bình 2,21 ± 1,64 năm.

+ Hình thái tổn thương bao sau: 102/142 mắt (71,8%) xơ hóa, 21/142 mắt (14,8%) hạt trai và 19/142 mắt (13,4%) tổn thương hỗn hợp. Phân bố tổn thương theo thời gian sau phẫu thuật Phaco như sau:

Bảng 2. Hình thái tổn thương bao sau.

Thời gian sau phẫu thuật Phaco	Hình thái tổn thương bao sau			Cộng
	Xơ hóa	Hạt trai	Hỗn hợp	
Dưới 12 tháng	9 (8,8%)	2 (9,5%)	3 (15,8%)	14 (9,9%)
Từ 12-23 tháng	29 (28,4%)	7 (33,3%)	3 (15,8%)	39 (27,5%)
Từ 24-35 tháng	36 (35,3%)	9 (42,9%)	8 (42,2%)	53 (37,3%)
Trên 35 tháng	28 (27,5%)	3 (14,3%)	5 (26,3%)	36 (25,6%)
Cộng	102 (100%)	21 (100%)	19 (100%)	142 (100%)

- Bệnh lí đục TTT và mức độ đục bao sau sau phẫu thuật Phaco:

+ Bệnh lí đục TTT: 7/142 mắt (4,9%) do chấn thương, 13/142 mắt (9,2%) do viêm màng bồ đào, 6/142 mắt (4,2%) do glocom và 116/142 mắt (81,7%) do tuổi già.

+ Mức độ đục bao sau sau phẫu thuật Phaco: 37/142 mắt (26,1%) đục độ 1; 59/142 mắt (41,5%) đục độ 2; 46/142 mắt (32,4%) đục độ 3 và phân bố theo bệnh lí gây đục TTT trước đó như sau:

Bảng 3. Bệnh lí đục TTT liên quan đến mức độ đục bao sau.

Bệnh lí đục TTT	Mức độ đục bao sau			Cộng
	Độ 1	Độ 2	Độ 3	
Chấn thương mắt	2 (28,6%)	2 (28,6%)	3 (42,9%)	7 (100%)
Viêm màng bồ đào	0	3 (23,1%)	10 (76,9%)	13 (100%)
Glocom	0	2 (33,3%)	4 (66,7%)	6 (100%)
Tuổi già	35 (30,2%)	52 (44,8%)	29 (25,0%)	116 (100%)
p	> 0,05	> 0,05	< 0,05	

- Thị lực mắt phân bố theo hình thái tổn thương bao sau trước điều trị LASER Nd: YAG:

Bảng 4. Thị lực mắt theo hình thái tổn thương bao sau.

Thị lực	Hình thái tổn thương bao sau			Cộng
	Xơ hóa	Hạt trai	Hỗn hợp	
Dưới 2/10	37 (36,3%)	5 (23,8%)	8 (42,1%)	50 (35,2%)
Từ 2/10 đến 3/10	42 (41,9%)	9 (42,9%)	9 (47,4%)	60 (42,3%)
Từ 4/10 đến 5/10	18 (17,7%)	5 (23,8%)	1 (5,3%)	24 (16,9%)
Từ 5/10 đến 8/10	5 (4,9%)	2 (9,5%)	1 (5,3%)	8 (5,6%)
Cộng	102 (100%)	21 (100%)	19 (100%)	142 (100%)

- Bệnh lí đục TTT liên quan đến nhãn áp trước điều trị LASER Nd: YAG:

Bảng 5. Bệnh lí đục TTT liên quan đến nhãn áp trước điều trị.

Bệnh lí đục TTT	Nhãn áp trước điều trị (mmHg)		
	≤ 15	Từ 16-20	Từ 21-24
Chấn thương mắt	0	7 (5,2%)	0
Viêm màng bồ đào	1 (25,0%)	12 (9,0%)	0
Glocom	0	6 (4,5%)	0
Tuổi già	3 (75,0%)	109 (81,3%)	4 (100%)
Cộng	4 (100%)	134 (100%)	4 (100%)

- Năng lượng LASER Nd: YAG trung bình là $1,73 \pm 0,37$ mJ; phân bố theo tổn thương bao sau:

Bảng 6. Năng lượng LASER theo tổn thương bao sau.

Tổn thương bao sau		Năng lượng LASER Nd: YAG				p
		n	1-1,5 mJ	1,6-2 mJ	> 2 mJ	
Mức độ đục	Độ 1	37	35 (94,6%)	2 (5,4%)	0	> 0,05
	Độ 2	59	23 (39,0%)	35 (59,3%)	1 (1,7%)	< 0,05
	Độ 3	46	1 (2,2%)	18 (39,1%)	27 (58,7%)	< 0,05
Hình thái	Xơ hóa	92	45 (44,1%)	41 (40,2%)	16 (15,6%)	> 0,05
	Hạt trai	21	14 (66,7%)	4 (19,1%)	3 (14,3%)	> 0,05
	Hỗn hợp	19	0	10 (52,6%)	9 (47,4%)	< 0,05
Cộng		142	59 (41,6%)	55 (38,7%)	28 (19,7%)	

- Thay đổi thị lực sau điều trị LASER Nd: YAG:

Bảng 7. Thị lực sau điều trị LASER Nd: YAG.

Thị lực	Hình thái tổn thương bao sau			Cộng
	Xơ hóa	Hạt trai	Hỗn hợp	
Dưới 2/10	1 (1,0%)	1 (4,8%)	1 (5,3%)	3 (2,1%)
Từ 2/10-3/10	9 (8,8%)	1 (4,8%)	2 (10,5%)	12 (8,5%)
Từ 4/10-5/10	16 (15,7%)	5 (23,8%)	4 (21,1%)	25 (17,6%)
Từ 5/10-8/10	55 (53,9%)	9 (42,9%)	7 (36,8%)	71 (50,0%)
Trên 8/10	21 (20,6%)	5 (23,8%)	5 (26,3%)	31 (21,8%)
Cộng	102 (100%)	21 (100%)	19 (100%)	142 (100%)

- Thay đổi nhãn áp trước và sau điều trị LASER Nd: YAG:

Bảng 8. Thay đổi nhãn áp trước và sau điều trị.

Thời điểm	Trung bình	p
Trước điều trị	17,65 ± 1,5 mmHg	
Sau điều trị	1 giờ	18,19 ± 2,22 mmHg < 0,05
	1 ngày	16,68 ± 1,27 mmHg < 0,05
	1 tuần	16,53 ± 0,95 mmHg > 0,05
	1 tháng	16,53 ± 0,95 mmHg > 0,05

- Một số biến chứng sau điều trị:

Bảng 9. Biến chứng liên quan đến năng lượng LASER.

Biến chứng	Năng lượng LASER Nd: YAG			Cộng
	1-1,5 mj	1,6-2 mj	> 2 mj	
"Rỗ" TTT nhân tạo	6 (30,0%)	13 (65,0%)	1 (5,0%)	20 (14,1%)
Viêm màng bồ đào	1 (20,0%)	2 (40,0%)	2 (40,0%)	5 (3,5%)
Đục dịch kính	0	5 (100%)	0	5 (3,5%)
Không biến chứng	52 (46,4%)	0	25 (22,3%)	112 (77,9%)
P	> 0,05	> 0,05	< 0,05	

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu:

Tỉ lệ nam và nữ bị đục bao sau sau phẫu thuật Phaco là tương đương nhau. Nhiều tác giả thấy tỉ lệ đục bao sau sau phẫu thuật Phaco ở nữ cao hơn nam giới (có thể do tỉ lệ đục TTT phải phẫu thuật Phaco ở nữ cũng cao hơn nam). Tuy nhiên, Aslam T.M [5] và Trần Thị Nguyệt Thanh [4] lại có kết quả tương tự chúng tôi và không tìm thấy một sự khác biệt giới tính hay tuổi tác trong các nguy cơ đục bao sau sau phẫu thuật Phaco.

Về ảnh hưởng của bệnh lí gây đục TTT tới mức độ đục bao sau, chúng tôi thấy tỉ lệ đục bao sau độ 3 trên các BN đục TTT bệnh lí cao hơn ở các BN đục TTT tuổi già, khác biệt với $p < 0,05$. Những mắt đục bệnh lí do quá trình viêm trước phẫu thuật, đồng tử giãn kém, gặp khó khăn trong phẫu thuật... là những yếu tố thuận lợi làm cho bao sau đục sớm hơn và mức độ đục cao hơn.

Đục bao sau có 3 hình thái, trong đó xơ hóa gặp 71,8% (thường xuất hiện sớm hơn, ở 12 tháng đầu sau phẫu thuật Phaco và trong trường hợp xé bao rộng). Hình thái hạt trai (Elschinig) hoặc hỗn hợp có tỉ lệ thấp hơn (14,79% và 13,38%), thường xuất hiện muộn (ở giai đoạn sau phẫu thuật một đến vài năm), song khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p > 0,05$.

4.2. Kết quả điều trị bằng LASER Nd: YAG:

Kĩ thuật mở bao sau đơn giản, dễ thực hiện, chỉ cần vô cảm bề mặt bằng dung dịch Dicaín 1%. Kích thước mở bao sau như thế nào là hợp lí vẫn còn là vấn đề còn nhiều ý kiến. Trong nghiên cứu này, chúng tôi mở bao sau hình tròn, kích thước ban đầu khoảng 3 - 4mm. Sau 1 tháng theo dõi, chúng tôi thấy kích thước mở bao thay đổi không đáng kể, không ảnh hưởng đến thị lực của BN và khám đáy mắt quan sát võng mạc chu biên.

Nguyễn Quốc Đạt và cộng sự (2013) nghiên cứu sự thay đổi diện tích vùng mở bao bằng LASER, thấy diện tích mở bao sau rộng dần cho đến 1 tháng sau điều trị bằng LASER Nd: YAG và ổn định nhiều năm sau đó [2]. Hayashi K và cộng sự (2010) đánh giá kích thước mở bao sau bằng LASER ảnh hưởng đến việc khám và quan sát võng mạc chu biên; đồng thời cho rằng, với kích thước mở bao từ 2 - 3mm vẫn cải thiện đáng kể trong việc quan sát võng mạc [7].

Với mỗi hình thái và mức độ đục bao sau, năng lượng LASER được sử dụng khác nhau. Năng lượng LASER trung bình sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi là $1,73 \pm 0,37$ mj. Đục bao sau độ 1 công suất LASER sử dụng thấp ($\leq 1,5$ mj) chiếm 94,6%, nhưng đục bao sau độ 3 có tới 58,7% được sử dụng mức năng lượng cao (> 2 mj), vì bao sau rất dày, năng lượng thấp không thể xuyên thủng được. Để mở bao sau trong hình thái tổn thương hỗn hợp, có tới 47,4% phải sử dụng năng lượng cao.

Nguyễn Quốc Đạt [2] và Trần Thị Nguyệt Thanh [4] khi nghiên cứu mở bao sau bằng LASER cũng thu được kết quả tương tự như chúng tôi (96,2% dùng năng lượng thấp mở bao sau đục độ 1 và năng lượng cao mở bao sau dày). Theo các tác giả này, dùng năng lượng cao mở bao sau dày sẽ hạn chế được số lần bắn, dễ phân chia bao sau thành các mảnh nhỏ, tiêu nhanh trong buồng dịch kính và hạn chế hiện tượng viêm sau điều trị [1], [2], [7].

Thị lực trước khi mở bao sau của BN có thể được coi là xấu (dưới 3/10 chiếm 77,5%, chỉ

22,5% có thị lực trên 5/10). Sau khi mở bao sau, ngoại trừ những trường hợp có bệnh lý nhãn khoa đi kèm, kết quả thị lực tăng trên 5/10 là 71,8%, trong đó có 21,8% thị lực trên đạt 8/10.

LASER thường được thực hiện khi thị lực của BN dưới 5/10. Thời gian thực hiện sau phẫu thuật Phaco trung bình khoảng 2 năm, nhưng cũng có thể thực hiện sớm hoặc muộn hơn, tùy theo mức độ ảnh hưởng của đục bao sau đến chất lượng công việc của BN. Để ngăn ngừa nhược thị trên trẻ em, nhiều tác giả khuyến cáo nên LASER sớm sau phẫu thuật [4], [6].

Aslam T.M (2004) nghiên cứu so sánh hai nhóm BN có hoặc không dùng thuốc hạ nhãn áp, thấy ở thời điểm 3 giờ đầu, nhãn áp tăng giữa hai nhóm khác biệt có nghĩa, nhưng sau 1 tuần thì không có ý nghĩa giữa hai nhóm này. Vì vậy, tác giả khuyến cáo những trường hợp có tiền sử tăng nhãn áp nên dùng thuốc hạ nhãn áp trước khi thực hiện LASER [5]. Hayashi K (2010) nghiên cứu ảnh hưởng lâu dài sau mở bao sau bằng LASER cũng thấy nhãn áp tăng so với trước LASER, đặc biệt ở những mắt bị glacom và mắt đã có tiền sử tăng nhãn áp trong vài giờ sau khi LASER [7].

Chúng tôi thấy có sự gia tăng thoáng qua của nhãn áp trong ngày đầu tiên (trung bình 2,22 mmHg) sau khi mở bao sau bằng LASER Nd: YAG, nhưng đều trở lại bình thường trong tuần tiếp theo. Cơ chế tăng nhãn áp có thể do bị thoái hóa mạng lưới vùng bè trên người cao tuổi. Một số tác giả cho rằng do các mảnh vụn vỏ sau LASER dẫn đến sự tắc nghẽn trong dòng chảy của thủy dịch. Sau 1 tuần và 1 tháng, nhãn áp trở về như trước. Trong 6 trường hợp đã phẫu thuật glacom, chúng tôi theo dõi chặt chẽ nhưng cũng không phải xử lý gì thêm.

Một số nghiên cứu trước đây thông báo về biến chứng sau LASER mở bao sau, như phù hoàng điểm dạng nang (4,3%), bong võng mạc (1,6-1,9%), rơi TTT nhân tạo vào buồng dịch kính [2], [6], [7]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi không gặp trường hợp nào biến chứng như trên.

Chúng tôi gặp nhiều nhất là “rỗ” TTT nhân tạo (14,1%), các lỗ “rỗ” nhỏ li ti ở phần chu biên, chủ yếu do chúng tôi thử tìm mức năng lượng thích hợp để mở bao sau. Tuy nhiên, tổn hại này không ảnh hưởng đến tầm nhìn của BN. Phạm Thị Kim Thanh [3] gặp 13,9% “rỗ” TTT nhân tạo. Các tác giả cho rằng do sự hợp tác kém của BN đảo mắt khi bắn LASER. Để hạn chế biến chứng này, chúng tôi phải thăm dò năng lượng LASER ban đầu từ thấp lên cao, bắt đầu từ chu biên bao sau. Khi bắn LASER vào nếp gấp bao sau, chúng tôi thấy bao tự toác rộng, đôi khi chỉ cần bắn 1-2 lần, lỗ mở bao sau đã đạt được yêu cầu.

Đục dịch kính gặp 3,5%, do mảnh bao sau rơi

vào buồng dịch kính. Sau một tháng theo dõi, chúng tôi thấy những mảnh này đã tiêu hoàn toàn. Khúc Thị Nhựn [1] gặp 4% đục dịch kính sau LASER bao sau, tỉ lệ này tương tự với chúng tôi.

Viêm màng bồ đào trước mức độ nhẹ thấy trong 5 trường hợp (3,5%) (Alam T.M gặp 6,05% [5], Nguyễn Quốc Đạt gặp 5,83% [2]) và đã được điều trị tại chỗ bằng steroid kết hợp kháng sinh. Tỉ lệ viêm màng bồ đào chúng tôi gặp có phần thấp hơn các tác giả khác. Sau khi dùng thuốc tra tại mắt, các trường hợp trên đều ổn định.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng 120 BN (142 mắt) đục bao sau sau phẫu thuật Phaco, điều trị bằng LASER Nd: YAG tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 và theo dõi hậu phẫu tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 6/2007 đến tháng 6/2014, chúng tôi rút ra kết luận:

- Thời gian trung bình đục bao sau sau phẫu thuật Phaco cần can thiệp là $2,21 \pm 1,64$ năm. Hình thái xơ hóa gặp 71,8%, xuất hiện sớm ở năm đầu sau phẫu thuật.

- Sau LASER Nd: YAG, có 71,8% BN tăng thị lực (đạt từ 5/10 trở lên), các biến chứng gặp là “rỗ” TTT nhân tạo (14,1%), viêm màng bồ đào (3,5%), đục dịch kính (3,5%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Khúc Thị Nhựn (2009), *Nghiên cứu phẫu thuật tán nhuyễn TTT bằng siêu âm phối hợp đặt TTT nhân tạo qua đường rạch giác mạc phía thái dương*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Quốc Đạt (2013), *Nghiên cứu sử dụng LASER Nd: YAG điều trị đục bao sau thứ phát sau phẫu thuật đặt TTT nhân tạo hậu phòng tại cộng đồng*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Phạm Thị Kim Thanh (2012), *Nghiên cứu đục bao sau TTT thứ phát sau phẫu thuật đặt TTT nhân tạo và biện pháp xử lý*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. Trần Thị Nguyệt Thanh (2012), “Mở bao sau TTT bằng LASER Nd-YAG”, *Nội san Nhãn khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 16-25.
5. Aslam T.M (2004), *Methods of assessment of patients for Nd: YAG laser capsulotomy that correlate with final visual improvement*, BMC Ophthalmology, pp. 4-13.
6. Charles S (2001), *Vitreoretinal complications of YAG LASER capsulotomy*, Ophthalmology Clinics of North America 14, 705- 9.
7. Hayashi K (2010), *Influence of size of neodymium: yttrium-aluminium-garnet laser posterior capsulotomy on visual function*, Eye 24, 101-106. □

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG VÀ KẾT QUẢ XỬ TRÍ CHẤN THƯƠNG GÂY XƯƠNG HÀM MẶT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

BSCCKII. NGÔ VĂN VIỆN,
BSCCKII. NGUYỄN SÓNG BIÊN - *Bệnh viện Quân y 354*
Phản biện khoa học: TS. LÊ ĐỨC TUẤN
Nguyên Chủ nhiệm Bộ môn - *Khoa Hàm mặt,
Học viện Quân y*

TÓM TẮT: Nghiên cứu hồi cứu, kết hợp tiền cứu 215 bệnh nhân chấn thương hàm mặt, điều trị nội trú tại Khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 11/2015 đến tháng 11/2018. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ = 7,3, trong đó bệnh nhân từ 18-39 tuổi chiếm 60,0%. Chủ yếu chấn thương gây xương hàm mặt do tai nạn giao thông (76,75%), gãy xương hàm mặt đơn thuần (94,89%), gãy xương từ 2 đường trở lên (86,98%). 40 bệnh nhân (18,6%) có chấn thương kết hợp, trong đó hay gặp nhất là chấn thương sọ não (8,37%). 56,46% bệnh nhân gãy xương hàm dưới vùng cằm, 81,82% bệnh nhân gãy xương hàm trên toàn bộ kiểu Lefort I, II, III; 64,79% bệnh nhân gãy cung tiếp - ổ mắt di lệch. 1,86% bệnh nhân điều trị bảo tồn, 97,67% bệnh nhân phẫu thuật kết hợp xương. 210 bệnh nhân (97,68%) đạt kết quả tốt, 3 bệnh nhân (1,39%) đạt kết quả khá, 2 bệnh nhân (0,93%) đạt kết quả kém. Biến chứng sau điều trị: nhiễm trùng vết mổ, tê bì mất cảm giác, mặt không cân đối, hạn chế vận động khớp (đều có 1 bệnh nhân, chiếm 0,47%), khớp cắn lệch (2 bệnh nhân, chiếm 0,94%).

Từ khóa: Gãy xương hàm mặt, xương hàm dưới, xương hàm trên, gò má - cung tiếp.

ABSTRACT: Retrospective study, combined with prospective study on the 215 inpatients suffering from the facial and Jaw trauma, treated at the maxillofacial dental department, Military hospital 354, from November 2015 to November 2018. **Results:** The ratio of male/female patients was 7.3, of which patients aged 18-39 accounted for 60.0%. mainly fracture of the facial jaw caused by traffic accident (76.75%), simple facial jaw fracture (94.89%), fracture from 2 or more lines (86.98%). There were 40 patients (18.6%) with combined trauma, of which the most common was cranial trauma (8.37%). There were 56.46% of patients with the lower jaw fractures of the chin area, 81.82% of patients with the all upper jaw fractures (Le Fort I, II, and III fractures); 64.79% of patients with zygomatic arch fractures - eye socket deviated. 1.86% of patients with conservative treatment, 97.67% of patients with osteosynthesis surgery. There were 210 patients (97.68%) achieved good results, 3 patients (1.39%) achieved rather results, 2 patients (0.93%) achieved poor results. The complications after treatment: wound infection, loss of sensation, disproportionate face, limiting joint movement (1 patient respectively, accounted for 0.47%), dental malocclusion (2 patients, accounted for 0.94%).

Keywords: Fracture of the facial jaw, lower jaw bone, upper jaw, cheekbone - bow.

Người chịu trách nhiệm nội dung: BSCCKII. Ngô Văn Viện, Email: vienrubyblue@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 13/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam cho thấy, các chấn thương vùng hàm mặt phần lớn là do va đập, với tổn thương gãy xương chiếm tỉ lệ cao [2], [3]. Kerim Ortakoglu thống kê tại Bệnh viện Diyarbakir Military (Thổ Nhĩ Kỳ) trong 5 năm (1994-1999), thấy 157 trường hợp gãy xương vùng hàm mặt, chiếm 6% các loại gãy xương [11]. Nghiên cứu của Lâm Ngọc Ân trong 17 năm (1975-1993) ở Viện Răng hàm mặt thành phố Hồ Chí Minh, thấy 2.348 trường hợp chấn thương hàm mặt. Trịnh Hồng Mỹ thống kê tại Bệnh viện Bạch Mai trong 2 năm (2002-2003), thấy có 262 trường hợp chấn thương hàm mặt.

Với thực trạng gia tăng các chấn thương do tai nạn giao thông nói chung, các chấn thương vùng hàm mặt theo đó cũng có xu hướng tăng cao về tỉ lệ mắc và mức độ phức tạp, đa dạng của các tổn thương. Chấn thương hàm mặt không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe bệnh nhân (BN), mà còn tác động lớn đến tâm lí người bệnh do sự mất cân đối khuôn mặt sau chấn thương.

Góp phần nâng cao chất lượng điều trị các chấn thương vùng hàm mặt, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mô tả một số đặc điểm tổn thương và đánh giá kết quả xử trí chấn thương hàm mặt tại Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

215 BN chấn thương hàm mặt, điều trị nội trú tại Khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 11/2015 đến tháng 11/2018.

Lựa chọn BN có hồ sơ lưu đủ thông tin nghiên cứu; BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm BN nghiên cứu: tuổi, giới tính, nguyên nhân chấn thương gây xương hàm mặt, tổn thương kết hợp, đặc điểm của tổn thương gây xương hàm mặt.

+ Kết quả điều trị: phương pháp điều trị, kết quả điều trị gây xương, các biến chứng sau phẫu thuật.

- Đánh giá kết quả điều trị theo phân loại trong nghiên cứu của Trịnh Hồng Mỹ và Nguyễn Bắc Hùng theo các tiêu chí giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ, cụ thể như sau:

Kết quả	Giải phẫu	Chức năng	Thẩm mỹ
Tốt	- Xương liền tốt, không biến dạng. - Khớp cắn đúng.	- Miệng há trên 3,5 cm. - Ăn nhai bình thường. - Cử động lưỡi cầu bình thường.	- Mặt cân đối. - Sẹo mềm, nhỏ.
Khá	- Xương liền tốt, biến dạng ít. - Khớp cắn đúng.	- Miệng há 2,5-3,5 cm. - Ăn nhai được. - Cử động lưỡi cầu hạn chế.	- Mặt biến dạng ít. - Sẹo xấu, thô.
Kém	- Xương liền can xấu. - Khớp cắn không đúng.	- Miệng há dưới 2,5 cm. - Ăn nhai khó. - Dính khớp.	- Mặt biến dạng. - Sẹo phì đại, sẹo lồi.

- Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học EPI - INFO 6.04.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

Bảng 1. Sự phân bố BN theo tuổi và giới tính.

Tuổi	Nam	Nữ	Tổng
Dưới 18	7 (3,25%)	4 (1,87%)	11 (5,12%)
Từ 18-39	114 (53,02%)	15 (6,98%)	129 (60,00%)
Từ 40-60	60 (27,91%)	7 (3,25%)	67 (31,16%)
Trên 60	8 (3,72%)	0	8 (3,72%)
Tổng	189 (87,90%)	26 (12,10%)	(100%)

Chấn thương gây xương hàm mặt gặp phần lớn ở nam giới (87,90%), tỉ lệ BN nam/nữ = 7,3. Tuổi BN từ 17-75 tuổi, trong đó hay gặp nhất độ tuổi từ 18-39 tuổi (60,00%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả trong và ngoài nước về chấn thương gây xương hàm mặt. Nhóm BN trong độ tuổi lao động (từ 18-60 tuổi) chiếm đa số (91,16%). Đây là lứa tuổi tham gia nhiều vào các hoạt động xã hội, lao động sản xuất và giao thông [3].

- Nguyên nhân gây chấn thương (n = 215):

- + Tai nạn giao thông: 165 BN (76,75%).
- + Tai nạn sinh hoạt: 36 BN (16,74%).
- + Tai nạn lao động: 8 BN (3,72%).
- + Tai nạn thể thao: 6 BN (2,79%).

+ Không có BN nào tai nạn hỏa khí.

Tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu gây ra chấn thương gây xương hàm mặt (76,75%). Ở nước ta hiện nay, phương tiện giao thông (nhất là phương tiện cá nhân) tăng nhanh, nhưng cơ sở hạ tầng không đáp ứng kịp; người tham gia giao thông chấp hành chưa nghiêm luật giao thông, như không làm chủ được tốc độ, uống rượu, bia khi lái xe... Đây là nguyên nhân dẫn tới tai nạn giao thông tăng nhanh [3].

- Tổn thương kết hợp (n = 215):

- + Chấn thương sọ não: 18 BN (8,37%).
- + Tổn thương mắt: 6 BN (2,79%).
- + Chấn thương ngực: 2 BN (0,93%).
- + Chấn thương bụng: 2 BN (0,93%).
- + Chấn thương tứ chi: 12 BN (5,58%).
- + Không có BN nào chấn thương cột sống.

Trong số 215 BN chấn thương hàm mặt, có 40 BN (18,6%) chấn thương kết hợp. Hay gặp nhất là chấn thương sọ não (8,37%), tiếp đến là chấn thương tứ chi (5,58%). Như vậy, tỉ lệ BN có chấn thương sọ não kết hợp trong nghiên cứu này tương đối cao và là nguyên nhân dẫn tới thời gian điều trị kéo dài. Mặt khác, vùng sọ mặt chứa nhiều cơ quan quan trọng, lại liên quan chặt chẽ với sọ não. Nên chấn thương hàm mặt dễ gây tổn thương sọ não ở các mức độ khác nhau. Vì vậy, khám và xử trí chấn thương sọ não rất cần thiết

trước khi xử trí thương tổn vùng hàm mặt, tránh bỏ sót tổn thương dẫn đến tai biến nguy hiểm tính mạng người bệnh [3], [7].

- Phân bố hình thái tổn thương xương:

Bảng 2. Hình thái tổn thương xương (n = 215).

Hình thái tổn thương xương			Tổng
Đơn thuần	Gãy XHD	60 (27,91%)	204 (94,89%)
	Gãy XHT	10 (4,65%)	
	Gãy GM-CT	134 (62,33%)	
Phối hợp	Gãy ≥ 2 xương	11 (5,11%)	11 (5,11%)

Ghi chú: XHD: xương hàm dưới; XHT: xương hàm trên; GM-CT: gò má - cung tiếp.

94,89% BN gãy xương hàm mặt đơn thuần; cao hơn so với nghiên cứu của Kerim Ortakoglu (89,81% gãy xương hàm mặt đơn thuần), nhưng tương đương nghiên cứu của Nguyễn Bắc Hùng (92,90% BN gãy xương hàm mặt đơn thuần). Trong số trường hợp gãy xương hàm mặt đơn thuần, có 62,33% BN gãy xương gò má cung tiếp, 27,91% BN gãy xương hàm dưới và 4,65% BN gãy xương hàm trên; phù hợp với nghiên cứu của Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ân, Trịnh Hồng Mỹ.

Bảng 3. Sự phân bố số lượng đường gãy.

Xương gãy	Số lượng đường gãy xương			Tổng
	1 đường	2 đường	3 đường	
Xương hàm dưới	22 (35,48%)	36 (58,07%)	04 (6,45%)	62 (100%)
Xương hàm trên	1 (14,29%)	1 (14,29%)	5 (71,42%)	7 (100%)
Xương GM-CT	5 (3,52%)	10 (7,04%)	127 (89,44%)	142 (100%)
Xương hàm dưới + trên	0	0	4 (100%)	4 (100%)
Tổng	28 (13,02%)	47 (21,86%)	140 (65,12%)	215 (100%)

Chủ yếu BN gãy xương từ 2 đường trở lên (86,98%). BN có xương GM-CT gãy từ 2-3 đường chiếm 96,48% trong tổng số BN gãy xương GM-CT; cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Bắc

Hùng (66,33%), Trịnh Hồng Mỹ (78,46%), Hoàng Nam Tiến (77%) và Vũ Thị Bắc Hải (94,6%).

- Phân bố vị trí đường gãy trong tổn thương gãy xương hàm dưới (n = 62):

+ Vùng cằm: 35 BN (56,46%).

+ Cạnh ngang: 8 BN (12,90%).

+ Góc hàm: 14 BN (22,58%).

+ Cạnh lên, lồi cầu: 4 BN (6,45%).

+ Mỏm vệt: 1 BN (1,61%).

- Phân bố vị trí đường gãy trong tổn thương gãy xương hàm trên (n = 11):

+ Gãy một phần mỏm lên, bờ dưới ổ mắt: 2 BN (18,18%).

+ Gãy toàn bộ kiểu Lefort I, II, III: 9 BN (81,82%).

- Phân bố vị trí đường gãy xương gò má - cung tiếp (n = 142):

+ Gãy cung tiếp - ổ mắt không hoàn toàn: 35 BN (24,65%).

+ Gãy cung tiếp - ổ mắt di lệch: 92 BN (64,79%).

+ Gãy vỡ cung tiếp và ổ mắt kiểu vỡ vụn: 15 BN (10,56%).

Kết quả cho thấy, chủ yếu BN gãy xương hàm dưới vùng cằm (56,46%), gãy xương hàm trên toàn bộ kiểu Lefort I, II, III (81,82%). Với gãy xương GM-CT hay gặp nhất là gãy cung tiếp - ổ mắt di lệch (64,79%), tiếp đến là gãy cung tiếp - ổ mắt không hoàn toàn (24,65%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Kerim Ortakoglu (63,16% gãy cung tiếp - ổ mắt di lệch và 36,84% gãy cung tiếp - ổ mắt không hoàn toàn) [11], nhưng khác với nghiên cứu của Phạm Văn Liệu (gãy cung tiếp - ổ mắt di lệch là 92,81% và gãy cung tiếp - ổ mắt không hoàn toàn là 7,19%). Điều này càng chứng tỏ rằng tai nạn giao thông thường gây ra các lực chấn thương mạnh, nhiều nguy cơ dẫn tới những chấn thương gãy xương hàm mặt đa dạng và phức tạp hơn.

3.2. Phương pháp điều trị, kết quả, biến chứng sau điều trị:

Bảng 4. Các phương pháp điều trị.

Phương pháp điều trị		Gãy XHD	Gãy XHT	Gãy xương GM-CT	Gãy XHT + XHD	Gãy GM-CT + XHD	Tổng
Bảo tồn		1 (1,62%)	0	3 (2,22%)	0	0	04 (1,86%)
Phẫu thuật nắn chỉnh kết xương	Chỉ thép	0	1 (10,0%)	1 (0,74%)	0	0	210 (97,67%)
	Nẹp vít	54 (87,09%)	1 (10,0%)	130 (96,29%)	0	07 (100%)	
	Chỉ + nẹp vít	6 (9,67%)	8 (80,0%)	01 (0,74%)	1 (100%)	0	
Lấy bỏ mảnh vỡ		1 (1,62%)	0	0	0	0	01 (0,47%)
Tổng		62 (100%)	10 (100%)	135 (100%)	1 (100%)	7 (100%)	215 (100%)

1,86% BN điều trị bảo tồn bằng các phương pháp cố định 2 hàm, kĩ thuật đơn giản, chi phí thấp. Tuy nhiên, phải bất động hàm lâu và phải tập luyện sau tháo cố định, ăn uống, vệ sinh răng miệng khó.

97,67% BN phẫu thuật kết hợp xương, trong đó, chủ yếu BN gãy xương hàm dưới (54/210 BN) và Gãy xương GM-CT (130/210 BN). Phương pháp này bảo đảm an toàn, kết xương vững chắc, phục hồi chức năng nhanh, ăn uống, vệ sinh răng miệng dễ dàng. Nhưng đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kĩ năng, kinh nghiệm và phương tiện kết xương, chi phí điều trị cao. Kết xương bằng nẹp vít bảo đảm cố định chắc và chính xác theo không gian 3 chiều; tốt trong điều trị ổ gãy phức tạp di lệch nhiều, tránh di lệch thứ phát.

Nhiều tác giả đã đưa ra các nguyên tắc mới xử trí gãy xương vùng hàm mặt, như nắn chỉnh lại xương gãy, cố định xương gãy, ngăn ngừa các biến chứng, điều trị phải phục hồi chức năng và thẩm mỹ. Tạo điều kiện cho người bệnh hòa nhập tốt cộng đồng trong mọi sinh hoạt và lao động.

Bảng 5. Kết quả điều trị.

Kết quả	Tốt	Khá	kém	Tổng
Gãy XHD	60 (96,78%)	1 (1,61%)	1 (1,61%)	62 (100%)
Gãy XHT	9 (90,0%)	1 (10,0%)	-	10 (100%)
Gãy GM-CT	134 (99,25%)	1 (0,75%)	-	135 (100%)
Gãy XHT + XHD	1 (100%)	-	-	1 (100%)
Gãy GM-CT + XHD	6 (85,71%)	-	1 (14,29%)	7 (100%)
Tổng	210 (97,68%)	3 (1,39%)	2 (0,93%)	215 (100%)

210 BN (97,68%) đạt kết quả tốt, 3 BN (1,39%) đạt kết quả khá, 2 BN (0,93%) đạt kết quả kém. Nghiên cứu cho thấy, có 2 trường hợp đạt kết quả kém do can lệch sau phẫu thuật. Trong đó có 1 ca gãy xương hàm dưới kết hợp vỡ nát xương GM-CT di lệch nhiều (trình độ, kĩ năng của phẫu thuật viên chưa đáp ứng yêu cầu của phẫu thuật), 1 ca gãy góc hàm dưới do phương pháp vô cảm không phù hợp và quy trình phẫu thuật chưa đúng. Cả 2 trường hợp này đều được phẫu thuật lại, ra viện đạt kết quả tốt. Trong phẫu thuật, phẫu thuật viên là người chịu trách nhiệm chính, do đó cần chủ động quyết định phương pháp vô cảm, làm đúng các quy trình kĩ thuật phẫu thuật trên mỗi người bệnh.

- Biến chứng sau điều trị (n = 215):
- + Nhiễm trùng vết mổ: 1 BN (0,47%).

- + Khớp cắn lệch: 2 BN (0,94%).
- + Tê bì mất cảm giác: 1 BN (0,47%).
- + Mặt không cân đối: 1 BN (0,47%).
- + Hạn chế vận động khớp: 1 BN (0,47%).

Chúng tôi gặp 6 trường hợp biến chứng sau điều trị (2,79%). Trong đó Nhiều nhất là khớp cắn lệch (2/6 trường hợp).

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 215 BN chấn thương hàm mặt, điều trị nội trú tại Khoa Răng hàm mặt, Bệnh viện Quân y 354 từ tháng 11/2015 đến tháng 11/2018, kết luận:

Chủ yếu BN chấn thương gãy xương hàm mặt gặp nam giới (87,90%), tỉ lệ BN nam/nữ = 7,3/2. Trong đó, BN từ 18-39 tuổi chiếm 60,00%. Nguyên nhân chủ yếu gây ra chấn thương gãy xương hàm mặt do tai nạn giao thông (76,75%). 40 BN (18,6%) có chấn thương kết hợp, trong đó hay gặp nhất là chấn thương sọ não (8,37%), tiếp đến là chấn thương tứ chi (5,58%). 94,89% BN gãy xương hàm mặt đơn thuần. 86,98% BN gãy xương từ 2 đường trở lên. 56,46% BN gãy xương hàm dưới vùng cằm, 81,82% BN gãy xương hàm trên toàn bộ Lefort I, II, III, 64,79% BN gãy cung tiếp - ổ mắt di lệch.

- 1,86% BN điều trị bảo tồn, 97,67% BN phẫu thuật kết hợp xương. 210 BN (97,68%) đạt kết quả tốt, 3 BN (1,39%) đạt kết quả khá, 2 BN (0,93%) đạt kết quả kém. Biến chứng sau điều trị: nhiễm trùng vết mổ, tê bì mất cảm giác, mặt không cân đối, hạn chế vận động khớp (đều có 1 BN, chiếm 0,47%), khớp cắn lệch (2 BN, chiếm 0,94%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Bắc Hùng (2000), *Chấn thương vùng hàm mặt*, Bài giảng Phẫu Thuật tạo hình, Bộ môn Phẫu Thuật tạo hình, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Tấn Phong (2001), *Phẫu thuật điều trị chấn thương sọ mặt*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội.
3. Trần Huy Hải (1998), *Chấn thương hàm mặt do va đập*, Bài giảng tập huấn Phẫu Thuật hàm mặt-tạo hình toàn quân năm 1998, tr. 47-66.
4. Trần Văn Trường, Trương Mạnh Dũng (1999), "Tình hình chấn thương hàm mặt tại Viện Răng hàm mặt Hà Nội trong 11 năm, 1988-1999", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 10, 11, tr. 71-80.
5. Trịnh Hồng Mỹ, Nguyễn Bắc Hùng (2004), "Tình hình chấn thương hàm mặt do tai nạn giao thông được điều trị tại Khoa Răng hàm mặt, Bệnh

viện Bạch Mai trong hai năm 2002-2003”, *Hội nghị Khoa học chuyên ngành Răng hàm mặt và tạo hình toàn quân, Tạp chí Y học Việt Nam số đặc biệt*, tháng 10/2004, tr. 47-55.

6. Võ Thế Quang (1973), *Phẫu thuật miệng và hàm mặt, tập 1*, bản dịch - Ginextes, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr. 194- 267.

7. Astrid WILK, Christophe MEYER (2005), *Traumatologie faciale*, Chirurgie Maxillo-faciale et chirurgie plastique Reconstructrice, Faculté de Médecine Strasbourg, Module 12B-Appareil Loco-Moteur, pp. 2-10.

8. Bobby R Alford (2005), *Facial fractures*, Emergencies in Otolaryngology-Head and Neck Surgery, Department of Otorhinolaryngology and Communicative Sciences, Baylor College of Medicine.

9. Daniel BANDONA, FOIS M (1991), “Donnes épidémiologiques des traumatismes maxillo-faciaux de l’adolescent. Traumatologie bucco - dentaire chez l’enfant et l’adolescent”, *Marseille, XXIIIèmes journées*, pp. 179-191.

10. Jose E Barrera, Stephen G Batuello (2005), “Fractures, Mandibule, Angle”, *Medicine World Medical Library*, Last Updated: May 27.

11. Kerim Ortakoglu (2004), *An analysis of maxillofacial fractures: a 5 year survey of 157 patients*, Military Medicine, Vol 169, pp. 723-727.

12. Michael L Richardson (2001), *Facial and mandibular fractures*, Approaches to differential diagnosis in musculoskeletal imaging, School of Medicine, University of Washington, pp. 252-9. □

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG...

(Tiếp theo trang 100)

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 39 BN u xơ tử cung, có chỉ định và được điều trị phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn bộ, tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 8/2015 đến tháng 12/2017, kết luận:

- Tuổi trung bình của BN là $46 \pm 3,1$ tuổi; tiền sử đẻ từ 1-3 lần; chủ yếu BN vào viện với lý do rối loạn kinh nguyệt (56,41%) và đau bụng vùng hạ vị (28,2%). 64,10% BN kích thước tử cung tương đương tử cung có thai 8-12 tuần.

- Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công là 97,44%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $117,5 \pm 24,6$ phút. Thời gian phục hồi vận động sau mổ là $38 \pm$

6 giờ. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là 29 ± 8 giờ. 86,84% BN sử dụng thuốc giảm đau sau mổ 24 giờ đầu; 13,16% BN sử dụng thuốc giảm đau sau mổ từ 24-48 giờ. 100% BN sử dụng kháng sinh điều trị từ dưới 5 ngày. Không BN nào có tai biến trong phẫu thuật. Biến chứng sớm sau phẫu thuật là viêm mô mềm cắt âm đạo và rò bàng quang âm đạo (đều chiếm 2,63%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Chu Thị Bá (1999), *Phương pháp cắt tử cung ngả âm đạo với sự hỗ trợ của phẫu thuật nội soi ổ bụng*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.

2. Dương Thị Cường, Nguyễn Đức Hình (1999), *U xơ tử cung: Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành*, Nhà xuất bản Y học, tr. 58-67.

3. Nguyễn Văn Giáp (2006), *Nghiên cứu ứng dụng kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. Trần Thanh Hương (2012), *Nghiên cứu kết quả cắt tử cung hoàn toàn do u xơ tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà nội.

5. Nguyễn Bá Mỹ Nhi (2001), *Áp dụng cắt tử cung qua nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ*, *Tạp chí Phụ sản*, số 2, tr. 29-32.

6. Nguyễn Bá Mỹ Nhi, Chu Thị Bá và cộng sự (2004), *Tình hình phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Phụ sản Từ Dũ từ năm 1997-2003*, *Hội nghị Việt-Pháp về sản phụ khoa vùng châu Á - Thái Bình Dương lần thứ IV*, tr. 7-20.

8. Nguyễn Thị Ngọc Phượng (2004), *Tổng quan và triển vọng của phẫu thuật nội soi trong phụ khoa*, Bài giảng phẫu thuật nội soi cơ bản, Bệnh viện Từ Dũ.

9. Vũ Bá Quyết (2000), *Cắt tử cung qua nội soi*, Nội soi trong phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, tr.91-92.

10. Nguyễn Thị Kiều Trinh (2014-2015), *Nghiên cứu kết quả phẫu thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi trong bệnh lý u xơ tử cung tại Bệnh viện đa khoa Quảng Nam*.

11. Doucette R.C, Scott J.R (1996), “Comparison of Laparoscopically assisted vaginal hysterectomy with abdominal and vaginal hysterectomy”, *J Reprod Med*, 41: 1-6.

12. Johnson N, Barlow D, Lethaby A, Tavender E, Curr L, Garry K (2005), “Methods of hysterectomy”, *BMJ*, Jun 25, 330 (7506): 1478. □

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TAI GIỮA Ứ DỊCH BẰNG ĐẶT ống THÔNG KHÍ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

BS. LÊ VIỆT DŨNG, BSKII. ĐOÀN TIẾN THÀNH
Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: TS. NGUYỄN PHI LONG
Chủ nhiệm Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT: *Mục tiêu:* Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị viêm tai giữa ứ dịch bằng đặt ống thông khí tai giữa. *Đối tượng và phương pháp:* Tiến cứu, mô tả cắt ngang có can thiệp trên 35 bệnh nhân (với 47 tai) chẩn đoán xác định viêm tai giữa ứ dịch, điều trị phẫu thuật đặt ống thông khí tại Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 1/2016-6/2017. *Kết quả:* Bệnh nhân có tuổi trung bình 45,09 tuổi (94,3% bệnh nhân trên 16 tuổi). Tỷ lệ bệnh nhân nam/nữ = 1,5. Chủ yếu bệnh nhân mắc kết hợp bệnh viêm mũi xoang (31,4%) và viêm amygdal-VA (20,0%). 34,3% bệnh nhân mắc bệnh cả hai tai, 65,7% bệnh nhân mắc bệnh một tai. Triệu chứng cơ năng thường gặp là ù tai (53,2%), tức nặng tai (44,7%) và đau tai (27,7%). 57,1% bệnh nhân vào viện trong thời gian dưới 3 tuần (giai đoạn cấp tính). 82,9% tai bệnh có biến đổi hình thái màng nhĩ. 55,3% dịch tai giữa là thanh dịch, 44,7% dịch tai giữa là dịch keo. 63,8% tai bệnh giảm thính lực mức độ nhẹ, 59,6% tai bệnh có nhĩ lượng đồ type B. Sau điều trị đặt ống thông khí: 70,3% bệnh nhân hết triệu chứng cơ năng, 76,6% bệnh nhân thính lực về bình thường. Kết quả điều trị chung sau điều trị phẫu thuật đặt ống thông khí: 61,7% đạt kết quả tốt, 21,3% đạt kết quả khá. Tai biến, biến chứng sớm tại chỗ sau phẫu thuật gặp tắc ống (2,1%), tụt ống ra ngoài (2,1%), chảy dịch tai (6,4%).

Từ khóa: Viêm tai giữa ứ dịch, ống thông khí.

ABSTRACT: *Objectives:* Study on the some clinical characteristics and results of treatment of otitis media with effusion (OME) by putting of ventilation tube in the middle ear. *Subjects and methods:* Prospective study, cross-sectional descriptions with interventions of 35 patients (47 ears) with defined diagnosis of otitis media with effusion, treated surgically of putting ventilation tube at the Department of Otorhinolaryngology, Military hospital 354, from January 2016 to June 2017. *Results:* the average age of patients was 45.09 years (94.3% of patients over 16 years old). The ratio of male/female patients was 1.5. Most patients suffering from sinusitis (31.4%) and tonsillitis (20.0%). There were 34.3% of patients suffering from diseases in both ears, 65.7% of patients suffering from diseases in one ear. The common functional symptoms were tinnitus (53.2%), hard of hearing (44.7%) and earache (27.7%). There were 57.1% of patients hospitalized for less than 3 weeks (acute stage). There were 82.9% of disease ear changed the eardrum morphology. 55.3% of middle ear fluid was effusion, 44.7% of middle ear fluid was colloid. 63.8% of patients with mild hearing loss, 59.6% of patients with type B tympanometry. After treatment of putting of ventilation tube: 70.3% of patients without functional symptoms, 76.6% of patients with normal hearing. The results of general treatment after putting of ventilation tube: 61.7% of patients achieved good results, 21.3% of patients achieved rather results. The accidents, premature complications after surgery were tube occlusion (2.1%), outward tube (2.1%), ear effusion (6.4%).

Keywords: Otitis media with effusion, ventilation tube.

Chịu trách nhiệm nội dung: BS. Lê Việt Dũng, Email: dunglvhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 08/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Viêm tai giữa (VTG) ứ dịch là sự ứ dịch của tai giữa, phía sau một màng tai không thủng, không có các triệu chứng của viêm cấp [5], [7]. Dịch tai giữa có thể là dịch nhầy, thanh dịch hoặc dịch mủ, kết hợp với tình trạng viêm là dị sản biểu mô tai giữa. VTG ứ dịch có thể tiến triển thành các bệnh lý mạn tính của tai hoặc biến chứng, như túi

co kéo, viêm tai dính, xẹp nhĩ, xơ nhĩ, VTG mạn tính, viêm tai cholesteatoma, viêm não, viêm màng não, áp xe não... Cơ chế bệnh sinh liên quan đến sự suy giảm chức năng vòi nhĩ, nguyên nhân thường do nhiễm trùng hô hấp trên, phì đại VA, khối u vòm mũi họng, hở hàm ếch, chấn thương khí áp, dị ứng, xạ trị vùng đầu cổ... Bệnh có thể điều trị nội khoa với kháng sinh, corticoid,

kháng histamin và thông vòi nhĩ; hoặc điều trị ngoại khoa chích rạch màng nhĩ, nhưng thường không triệt để, bệnh dễ tái phát. Phẫu thuật đặt ống thông khí mục đích tạo ra sự thông khí nhân tạo cho tai giữa.

Ở Việt Nam, Bệnh viện Tai mũi họng Trung ương đã tiến hành điều trị bệnh VTG ứ dịch bằng đặt ống thông khí từ năm 1994. Năm 2010, Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Quân y 354 triển khai kỹ thuật đặt ống thông khí nhân tạo, bước đầu đạt kết quả khả quan. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu đánh giá đầy đủ về lâm sàng cũng như kết quả điều trị bệnh. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân (BN) VTG ứ dịch; đánh giá kết quả điều trị đặt ống thông khí tai giữa trên BN VTG ứ dịch tại Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

35 BN chẩn đoán xác định VTG ứ dịch (47 tai mắc bệnh), điều trị đặt ống thông khí tại Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 1/2016-6/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Các bước tiến hành nghiên cứu:

+ Chọn BN, đánh giá các chỉ tiêu lâm sàng, phẫu thuật nội soi đặt ống thông khí theo Nguyễn Tấn Phong [6].

+ Khám đánh giá BN trước khi ra viện và tái khám sau phẫu thuật 3 tháng.

- Phương pháp đánh giá kết quả:

+ Dựa vào hỏi bệnh, khám nội soi, đo thính lực, đo nhĩ lượng.

+ Đánh giá kết quả phẫu thuật theo 3 mức [5], [6]: tốt (lâm sàng hết triệu chứng cơ năng, tai khô hoàn toàn, thính lực phục hồi hoàn toàn về bình thường, ngưỡng nghe < 20 dB, phẫu thuật không tai biến, biến chứng); khá (lâm sàng còn triệu chứng cơ năng nhưng không chảy dịch tai, thính lực phục hồi một phần, ngưỡng nghe > 21 dB, phẫu thuật không tai biến, biến chứng) và kém (lâm sàng tai chảy dịch kéo dài, thính lực không hồi phục, phẫu thuật xảy ra tai biến, biến chứng).

- Chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm chung BN (tuổi và giới tính, bệnh kết hợp); đặc điểm lâm sàng (số tai bị bệnh trên 1 BN, triệu chứng cơ năng, thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên, màu sắc màng nhĩ, tính chất dịch tai giữa); thính lực đồ, nhĩ lượng đồ; kết quả điều trị đặt ống thông khí (so sánh kết quả trước và sau đặt ống thông khí, đánh giá chung kết quả sau phẫu thuật, tai biến và biến chứng sớm sau mổ).

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm thống kê y học thông thường.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu:

- Tuổi đời:

+ Từ 7-16 tuổi: 2 BN (5,7%).

+ Trên 16 tuổi: 33 BN (94,3%).

BN từ 9-80 tuổi, trung bình là 45,09 tuổi, trong đó chủ yếu BN trên 16 tuổi (chiếm 94,3%).

- Giới tính: 21 BN (60,0%) nam và 14 BN (40,0%) nữ. Tỷ lệ BN nam/nữ = 1,5.

- Bệnh lý tai mũi họng kết hợp (n = 35):

+ Viêm Amydal-VA: 7 BN (20,0%).

+ Viêm mũi dị ứng: 3 BN (8,6%).

+ Viêm mũi xoang: 11 BN (31,4%).

+ U vòm: 2 BN (5,8%).

+ Chấn thương khí áp: 6 BN (17,1%).

+ Không có bệnh lý tai mũi họng đi kèm: 6 BN (17,1%).

Chủ yếu BN mắc bệnh kết hợp là viêm mũi xoang (31,4%) và viêm Amydal-VA (20,0%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng:

- Số tai bị bệnh trên một BN:

+ 1 tai: 23 BN (65,7%).

+ 2 tai: 12 BN (34,3%).

12/35 BN (34,3%) mắc bệnh cả hai tai, 23/35 BN (65,7%) mắc bệnh 1 tai. Tổng số tai mắc bệnh là 47 tai.

- Triệu chứng cơ năng (n = 47).

+ Đau tai: 13 tai (27,7%).

+ Ù tai: 25 tai (53,2%).

+ Óc ách tai: 11 tai (23,4%).

+ Tức nặng tai: 21 tai (44,7%).

+ Nghe vang: 4 tai (8,5%).

+ Nghe kém: 6 tai (12,8%).

Triệu chứng cơ năng thường gặp là ù tai (53,2%), tức nặng tai (44,7%) và đau tai (27,7%).

- Thời gian xuất hiện triệu chứng đầu tiên đến khi vào viện (n = 35):

+ Dưới 3 tuần: 20 BN (57,1%).

+ Từ 3 tuần đến 3 tháng: 11 BN (31,4%).

+ Trên 3 tháng: 4 BN (11,5%).

20 BN (57,1%) đến viện trong thời gian dưới 3 tuần (giai đoạn cấp tính).

- Màu sắc màng nhĩ (n = 47):

- + Vàng đục: 9 tai (19,1%).
- + Ánh vàng: 7 tai (14,9%).
- + Có bọt khí: 14 tai (29,8%).
- + Trắng đục: 9 tai (19,1%).
- + Bình thường: 8 tai (17,1%).

82,9% tai có biến đổi hình thái màng nhĩ; trong đó, 29,8% màng nhĩ có bọt khí, 17,1% màng nhĩ bình thường. Không BN nào có màng nhĩ màu xanh.

- Tính chất dịch tai giữa (n = 47):

- + Thanh dịch: 26 tai (55,3%).
- + Dịch keo: 21 tai (44,7%).

55,3% tai bệnh có dịch tai giữa là thanh dịch, 44,7% tai bệnh có dịch tai giữa là dịch keo. Không tai bệnh nào có dịch đục mủ.

3.3. Nhĩ lượng đồ, thính lực đồ:

- Mức giảm thính lực (n = 47):
- + Giảm nhẹ: 30 tai (63,8%).
- + Giảm vừa: 13 tai (27,7%).
- + Giảm nặng: 4 tai (8,5%).

Đa số tai bệnh giảm thính lực ở mức độ nhẹ (63,8%), những trường hợp giảm thính lực vừa và nặng là do căn nguyên bệnh lí của tai trước đó. Không tai bệnh nào giảm thính lực sâu.

- Hình dạng nhĩ lượng (n = 47):

- + Type A: 9 tai (19,1%).
- + Type B: 28 tai (59,6%).
- + Type C: 10 tai (21,3%).

Chủ yếu tai có nhĩ lượng đồ type B (59,6%).

3.4. Kết quả điều trị đặt ống thông khí:

- Triệu chứng cơ năng trước và sau đặt ống thông khí:

Bảng 1. So sánh triệu chứng cơ năng trước và sau điều trị đặt ống thông khí (n = 47).

Triệu chứng	Trước điều trị	Sau điều trị
Đau tai	13 (27,7%)	0
Ù tai	25 (53,2%)	9 (19,1%)
Nặng tai	21 (44,7%)	0
Óc ách	11 (23,4%)	0
Nghe vang	4 (8,5%)	0
Nghe kém	6 (12,8%)	5 (10,6%)

Sau điều trị đặt ống thông khí, chỉ còn triệu chứng ù tai (19,1%) và nghe kém (10,6%), và đều giảm so với trước điều trị.

- Thính lực BN trước và sau điều trị đặt ống thông khí:

Bảng 2. So sánh thính lực trước và sau điều trị đặt ống thông khí (n = 47).

Mức độ	Trước điều trị	Sau điều trị
Nhẹ	30 (63,8%)	6 (12,8%)
Vừa	13 (27,7%)	1 (2,1%)
Nặng	4 (8,5%)	4 (8,5%)
Sâu	0	0

Đa số BN hồi phục thính lực sau điều trị đặt ống thông khí.

- Tai biến, biến chứng sớm tại chỗ sau phẫu thuật đặt ống thông khí (n = 47):

- + Tắc ống thông: 1 tai (2,1%).
- + Tụt ống ra ngoài: 1 tai (2,1%).
- + Chảy dịch tai: 3 tai (6,4%).

- Đánh giá chung về kết quả phẫu thuật:

- + Tốt: 29 tai (61,7%).
- + Khá: 10 tai (21,3%).
- + Kém: 8 tai (17,0%).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung BN nghiên cứu:

- Tuổi đời: BN từ 9-80 tuổi, trung bình là 45,09 tuổi, trong đó chủ yếu BN trên 16 tuổi (chiếm 94,3%). Kết quả này khác so với nghiên cứu của Nhan Trùng Sơn (tỉ lệ gặp nhiều nhất ở trẻ 2 tuổi, chiếm 20% [7]). Điều này được lí giải là do Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Quân y 354 có đối tượng thu dung chủ yếu là người trưởng thành, ít gặp bệnh nhi dưới 6 tuổi. Thực tế trong số BN chúng tôi nghiên cứu, không có BN nào dưới 9 tuổi.

- Giới tính: tỉ lệ BN nam/nữ = 1,5; theo Nguyễn Thị Hoài An, tỉ lệ mắc bệnh có xu thế cao hơn ở nam giới (9,64%) so với nữ giới (8,05%) [1].

- Bệnh lí kết hợp: chủ yếu BN mắc kết hợp bệnh viêm mũi xoang (31,4%) và viêm Amydal-VA (20,0%). kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Anh Văn (viêm mũi xoang và viêm VA chiếm 80,6% [10]).

4.2. Đặc điểm lâm sàng và nội soi của VTG ứ dịch:

- Thời gian từ khi mắc bệnh đến khi vào viện: 20 BN (57,1%) vào viện trong thời gian dưới 3 tuần (giai đoạn cấp tính), 11 BN (31,4%) vào viện trong thời gian từ 3 tuần đến 3 tháng, 4 BN (11,5%) vào viện trong thời gian trên 3 tháng. Theo Lại Thị Hoài Thư, 75,7% BN vào viện trong thời gian trên 3 tháng [9]. Khác biệt này có thể do việc phát hiện các triệu chứng về tai sớm hơn ở nhóm BN trưởng thành và nội soi tai mũi họng đã khá phổ biến với vai trò chẩn đoán sớm.

- Triệu chứng cơ năng: nghiên cứu cho thấy 53,2% BN ù tai, 44,7% BN có cảm giác tức nặng trong tai, 27,7% BN đau tai, nghe vang 8,5%, nghe kém 12,8%. Theo nghiên cứu của Lại Thị Hoài Thư, trên các BN đến muộn (trên 3 tháng), thường gặp nhất là triệu chứng nghe kém (28/33 BN, chiếm 84,8%) và ù tai (15/33 BN, chiếm 45,4%) [9].

- Về hình thái màng nhĩ và tính chất dịch hòm nhĩ: trong nghiên cứu này, màng nhĩ có màu vàng đậm như hồ phách (19,1%), vàng nhạt hay ánh vàng (14,9%), xám hay trắng đục (19,1%), có bóng khí hoặc mức khí dịch (29,8%), màng nhĩ gần như bình thường ở 17,0%. Dịch thường gặp là thanh dịch (55,3%) và dịch keo (44,7%), không gặp BN nào màng nhĩ xanh (theo mô tả của Shambaugh năm 1929 [7, 8]). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Lại Thị Hoài Thư (màng nhĩ ánh vàng chiếm 23,3%, không màu 56,6%; dịch nhầy keo gặp ở 58,3% BN).

4.3. Đặc điểm thính lực đồ và nhĩ lượng đồ:

- Nhĩ lượng đồ: chiếm tỉ lệ cao nhất là nhĩ lượng đồ type B (59,6%), tiếp đến là nhĩ lượng đồ type C (21,3%), thấp nhất là nhĩ lượng đồ type A (19,1%). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Lại Thị Hoài Thư (nhĩ lượng type B chiếm 81,6%) và Lương Thị Hồng Châu (nhĩ lượng type B chiếm 78%) [9, 2].

- Thính lực đồ: chủ yếu BN suy giảm thính lực mức độ nhẹ (chiếm 63,8%), BN suy giảm thính lực ở mức vừa là 27,7%; khác với nghiên cứu của Lại Thị Hoài Thư (mức độ vừa 61,3%, mức độ nhẹ 29,5%). Sự khác nhau này có thể do BN trong nghiên cứu này đến viện sớm (dưới 3 tuần).

4.4. Kết quả điều trị:

- Tai biến và biến chứng: trong nghiên cứu này, tỉ lệ gặp biến chứng là 10,6%, trong đó, tắc ống, tụt ống (đều bị 1 tai, chiếm 2,1%), chảy dịch tai (6,4%); tương đương nghiên cứu của Trần Anh Văn (hay gặp nhất là chảy dịch tai tại thời điểm 3 tháng sau phẫu thuật, chiếm 16,4%) [10].

- Sau điều trị đặt ống thông khí tai giữa, thấy 70,3% BN hết triệu chứng cơ năng, 76,6% BN thính lực về bình thường. Kết quả điều trị chung sau điều trị: 61,7% đạt kết quả tốt, 21,3% đạt kết quả khá. Chúng tôi cho rằng đây là kết quả khả quan, vì kết quả phẫu thuật phụ thuộc nhiều vào mức độ giảm thính lực nặng trước mổ và nhiều yếu tố khác. Như vậy, có thể nói phẫu thuật đặt ống thông khí tai giữa là biện pháp can thiệp có hiệu quả điều trị tốt.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 35 BN chẩn đoán xác định VTG úr dịch (47 tai mắc bệnh), điều trị đặt ống thông khí tại Khoa Tai mũi họng, Bệnh viện Quân y 354, từ

tháng 1/2016-6/2017, kết luận:

- BN từ 9-80 tuổi, trung bình 45,09 tuổi (94,3% BN trên 16 tuổi). Tỉ lệ BN nam/nữ = 1,5. Chủ yếu BN mắc kết hợp bệnh viêm mũi xoang (31,4%) và viêm Amydal-VA (20,0%).

- 34,3% BN mắc bệnh cả hai tai, 65,7% BN mắc bệnh 1 tai. Triệu chứng cơ năng thường gặp là ù tai (53,2%), tức nặng tai (44,7%) và đau tai (27,7%). 57,1% BN vào viện trong thời gian dưới 3 tuần (giai đoạn cấp tính). 82,9% tai có biến đổi hình thái màng nhĩ. 55,3% dịch tai giữa là thanh dịch, 44,7% dịch tai giữa là dịch keo. 63,8% tai giảm thính lực mức độ nhẹ. 59,6% tai có nhĩ lượng đồ type B.

- Sau điều trị đặt ống thông khí: 70,3% BN hết triệu chứng cơ năng, 76,6% BN thính lực về bình thường. Kết quả điều trị chung sau phẫu thuật: 61,7% đạt kết quả tốt, 21,3% đạt kết quả khá.

- Tai biến, biến chứng sớm tại chỗ sau phẫu thuật: tắc ống (2,1%), tụt ống ra ngoài (2,1%), chảy dịch tai (6,4%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thị Hoài An và CS (2003), *Nghiên cứu đặc điểm dịch tế học viêm tai giữa úr dịch ở trẻ em phường Trung Tự và một vài phường khác thuộc Hà Nội*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. Lương Hồng Châu (2009), “Đặc điểm hình thái nhĩ đồ trong bệnh viêm tai thanh dịch”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 10/2009.
3. Đặng Xuân Hùng (2010), *Thính học lâm sàng chẩn đoán*, Nhà xuất bản Y học thành phố Hồ Chí Minh, tr. 43-81.
4. Ngô Ngọc Liễn (2001), *Thính học ứng dụng*, Nhà xuất bản Y học, tr. 57-193.
5. Trần Viết Luận (2008), *Viêm tai giữa tiết dịch: Tai Mũi Họng nhập môn*, Nhà xuất bản Y học thành phố Hồ Chí Minh, tr. 107-112.
6. Nguyễn Tấn Phong (2009), *Phẫu thuật nội soi chức năng tai*, Nhà xuất bản Y học, tr. 140-173.
7. Nhan Trùng Sơn (2011), *Tai mũi họng*, quyển I, Nhà xuất bản Y học, tr. 515-534.
8. Nhan Trùng Sơn (2011), *Tai mũi họng*, quyển II, Nhà xuất bản Y học, tr. 425-435.
9. Lại Thị Hoài Thư (2008), *Đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn trong viêm tai giữa úr dịch*, Luận văn thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Trần Anh Văn (2016), “Đặc điểm lâm sàng, nhĩ lượng của viêm tai giữa úr dịch và tiến triển lâm sàng sau đặt ống thông khí màng nhĩ ở trẻ em dưới 6 tuổi”, *Tạp chí Y học thực hành*, số 12/2006. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐÌNH CHỈ THAI NGHÉN BẰNG PHƯƠNG PHÁP NỘI KHOA TRÊN 60 PHỤ NỮ CÓ THAI DƯỚI 7 TUẦN TUỔI, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

BSCKII. NGUYỄN THỊ MINH PHƯƠNG,
BSCKI. HOÀNG MINH THỦY

BS. NGUYỄN VĂN NAM - Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: TS. NGUYỄN THỊ MINH TÂM
Chủ nhiệm Bộ môn Sản và phụ khoa,
Học viện Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 60 phụ nữ có thai ngoài ý muốn, tự nguyện đình chỉ thai nghén theo phương pháp nội khoa tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 6/2016-5/2017, rút ra kết luận:

- Phụ nữ có thai tuổi trung bình là $26,1 \pm 5,3$ tuổi, trong đó, độ tuổi từ 20-29 chiếm tỉ lệ cao nhất (75,0%). 46,7% phụ nữ chưa có con, 35,0% phụ nữ có 1 con. Tuổi thai trung bình là 5,58 tuần, trong đó có 46,7% phụ nữ có thai 5 tuần, 35,0% phụ nữ có thai 6 tuần.

- 96,7% phụ nữ đình chỉ thai nghén theo phương pháp nội khoa thành công. Thời gian sảy thai sau uống Misoprostol trung bình là $3,41 \pm 1,7$ giờ, trong đó có 88,3% trường hợp sảy thai trong 6 giờ đầu. Thời gian ra máu âm đạo trung bình là $9,67 \pm 2,3$ ngày, trong đó 70% trường hợp ra máu âm đạo từ 7-14 ngày, 66,7% trường hợp ra máu âm đạo nhiều hơn kinh nguyệt. Tác dụng không mong muốn: đau bụng (90,0%), trong đó có 22,2% trường hợp đau bụng phải dùng thuốc giảm đau), buồn nôn (35,0%), nôn (20,0%), sốt (28,3%), rối loạn tiêu hóa (31,7%). Các tác dụng phụ đều ở mức độ nhẹ, đáp ứng với thuốc điều trị hoặc tự khỏi. Không có tai biến nào xảy ra trong thời gian nghiên cứu.

Từ khóa: Đình chỉ thai nghén nội khoa, Misoprostol.

ABSTRACT: Prospective study, cross-sectional description of 60 women who had unwanted pregnancies, voluntarily suspended pregnancy by method of internal medicine at the Department of Obstetrics and Gynecology, Military hospital 354, from June 2016 to May 2017. **Concluded:**

- The average age of pregnant women was 26.1 ± 5.3 years, of which the age of 20-29 accounted for the highest proportion (75.0%). 46.7% of women had no children, 35.0% of women had one child. The average gestational age was 5.58 weeks, of which 46.7% of women were 5 weeks pregnant, 35.0% of women were 6 weeks pregnant.

- There were 96.7% of women suspended pregnancy by method of internal medicine successfully. The average miscarriage time after taking Misoprostol was 3.41 ± 1.7 hours, of which 88.3% of women had miscarriages in the first 6 hours. The average time of vaginal bleeding was 9.67 ± 2.3 days, in which 70% of women with the time of vaginal bleeding was 7-14 days, there were 66.7% of women with vaginal bleeding more than menstruation. The unwanted effects: abdominal pain (90.0%, in which 22.2% of women with abdominal pain used analgesics), nausea (35.0%), vomiting (20.0%), fever (28.3%), gastrointestinal disorders (31.7%). The side effects were mild, responding to treatment medications or self-recovered. There were no accidents occurred during the study period.

Keywords: Abortion by method of internal medicine, Misoprostol.

Chịu trách nhiệm nội dung: BS. Nguyễn Thị Minh Phương, Email: ntmphuong71@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 08/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Hàng năm trên thế giới có khoảng 46 triệu trường hợp có thai ngoài ý muốn phải đình chỉ thai nghén. Điều tra của Tổng cục Thống kê Việt Nam (năm 2008) cho biết, tỉ lệ nạo phá thai ở nước ta thuộc mức cao và khác nhau theo từng vùng miền [1]. Trước đây, đình chỉ thai nghén thực hiện chủ yếu bằng phương pháp ngoại khoa và có nguy cơ

gây ra nhiều tai biến nguy hiểm. Gần đây, đình chỉ thai nghén bằng phương pháp nội khoa được áp dụng ở nhiều nước trên thế giới. Tại Việt Nam, đình chỉ thai nghén bằng phương pháp nội khoa lần đầu tiên được thực hiện vào năm 1992, tại Bệnh viện Hùng Vương. Từ đó đến nay, đình chỉ thai nghén bằng phương pháp nội khoa được tiến hành tại nhiều bệnh viện trên toàn quốc.

Đình chỉ thai nghén bằng phương pháp nội khoa là cách thức chấm dứt thai kì sử dụng phối hợp các thuốc Mifepristone (gây hoại tử thai) và Misoprostol (gây co bóp tử cung, làm chín muối cổ tử cung, dẫn tới sảy thai tự nhiên) và không dùng đến các thủ thuật ngoại khoa [2]. Tháng 11/2009, Bộ Y tế nước ta đã cho phép các cơ sở y tế được phép thực hiện đình chỉ thai nghén bằng phương pháp nội khoa cho các trường hợp tuổi thai đến 9 tuần, tùy theo từng tuyến. Theo quy định này, tuyến Bệnh viện Quân y 354 được áp dụng đến tuổi thai hết 7 tuần [2].

Khoa Phụ sản, Bệnh viện Quân y 354 đã triển khai phương pháp này từ tháng 4/2016, nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phương pháp. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm đánh giá hiệu quả đình chỉ thai nghén bằng phương pháp nội khoa đến hết 7 tuần tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

60 phụ nữ (PN) có thai ngoài ý muốn, tự nguyện đình chỉ thai nghén theo phương pháp nội khoa, tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 6/2016-5/2017.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: phụ nữ có thai từ 18 tuổi trở lên, thai sống, tuổi thai dưới < 7 tuần; ký cam kết tự nguyện phá thai bằng thuốc; đồng ý hợp tác trong quá trình theo dõi, sẵn sàng khám theo hẹn và trả lời phỏng vấn; chấp nhận thủ thuật ngoại khoa nếu đình chỉ thai nghén theo phương pháp nội khoa thất bại.

- Tiêu chuẩn loại trừ: PN đang mang dụng cụ tử cung, nghi ngờ có thai ngoài tử cung; sẹo mổ cũ tại tử cung; đang cho con bú; viêm đường sinh dục cấp tính cần phải điều trị; bệnh rối loạn đông máu, thiếu máu nặng; bệnh lý tuyến thượng thận; đang điều trị corticoid hoặc thuốc chống rối loạn đông máu; dị ứng thuốc Mifepristone hay Misoprostol.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Phương pháp tiến hành:

+ Thăm khám bệnh nhân, hỏi bệnh, làm các xét nghiệm và đánh giá trước khi dùng thuốc.

+ Hướng dẫn bệnh nhân uống thuốc theo phác đồ, theo dõi và dùng các thuốc điều trị tác dụng không mong muốn khi có.

+ Khám lại sau 2 tuần (khám lâm sàng phụ khoa, siêu âm tử cung).

- Đánh giá: đình chỉ thai nghén theo phương pháp nội khoa thành công khi sảy thai tự nhiên hoàn toàn, không phải can thiệp thủ thuật; thất bại

khi thai không sảy mà tiếp tục phát triển, thai chết lưu, sảy thai băng huyết, sót rau phải can thiệp bóc tách tử cung.

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

3.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

- Tuổi đời (n = 60):

+ Dưới 20 tuổi: 2 PN (3,3%).

+ Từ 20-29 tuổi: 45 PN (75,0%).

+ Từ 30-39 tuổi: 12 PN (20,0%).

+ Từ 40 tuổi trở lên: 1 PN (1,7%).

+ Trung bình: $26,1 \pm 5,3$ tuổi.

Đa số PN trong độ tuổi từ 20-29 (chiếm 75%).

- Tiền sử phá thai (n = 60):

+ Chưa có: 24 PN (40,0%).

+ Đã hút thai: 33 PN (55,0%).

+ Đã uống thuốc: 2 PN (3,3%).

+ Hút, thuốc: 1 PN (1,7%).

40,0% PN chưa có tiền sử phá thai, 55,0% có tiền sử hút thai.

- Tiền sử sản khoa (n = 60):

+ Chưa đẻ: 28 PN (46,7%).

+ Đẻ 1 con: 21 PN (35,0%).

+ Đẻ ≥ 2 con: 11 PN (18,3%).

Đa số phụ nữ chưa đẻ (46,067%) hoặc đẻ 1 con (35,0%) lựa chọn phương pháp này.

- Tuổi thai (n = 60):

+ 5 tuần (29-35 ngày): 28 PN (46,7%).

+ 6 tuần (36-42 ngày): 21 PN (35,0%).

+ 7 tuần (43-49 ngày): 11 PN (18,3%).

+ Trung bình là 5,58 tuần.

Đa số phụ nữ có tuổi thai ở tuần thứ 5 (46,7%), thứ 6 (35,0%).

3.2. Kết quả đình chỉ thai nghén nội khoa:

- Kết quả đình chỉ thai nghén nội khoa (n = 60):

+ Thành công: 58 PN (96,7%).

+ Không thành công: 2 PN (3,3%).

Tỉ lệ đình chỉ thai nghén nội khoa thành công chiếm 96,7%.

- Thời gian ra thai sau khi dùng Misoprostol (n = 60):

+ Dưới 3 giờ: 15 PN (25,0%).

+ Từ 3-6 giờ: 38 PN (63,3%).

+ Trên 6 giờ: 7 PN (11,7%).

Thời gian ra thai sau khi dùng thuốc thường từ 3-6 giờ, trung bình $3,14 \pm 1,7$ giờ.

- Thời gian ra máu âm đạo sau khi ra thai (n = 60):
- + Dưới 7 ngày: 9 PN (15,0%).
- + Từ 7-14 ngày: 42 PN (70,0%).
- + Trên 14 ngày: 9 PN (15,0%).

Thời gian ra máu âm đạo từ 3-21 ngày, trung bình là $9,67 \pm 2,05$ ngày sau khi ra thai.

- Tác dụng không mong muốn của thuốc:
- + Buồn nôn: 21 PN (35,0%).
- + Nôn: 12 PN (20,0%).
- + Sốt, rét run: 17 PN (28,3%).
- + Đau quặn bụng: 54 PN (90,0%).
- +Ỉa chảy: 19 PN (31,7%).

Đa số PN có dấu hiệu đau quặn bụng (90,0%).

- Mức độ đau bụng:
- + Không đau: 6 PN (10,0%).
- + Đau nhẹ: 5 PN (8,3%).
- + Đau vừa: 36 PN (60,0%).
- + Đau nhiều: 9 PN (15,0%).
- + Đau rất nhiều: 4 PN (6,7%).

Chủ yếu PN đau bụng mức độ vừa (60,0%).

- Mức độ ra máu âm đạo (n = 60):
- + Tương đương kinh nguyệt: 11 PN (18,3%).
- + Nhiều hơn kinh nguyệt: 40 PN (66,7%).
- + Ra máu rất nhiều: 9 PN (15,0%).

Đa số PN ra máu âm đạo nhiều hơn máu kinh nguyệt (66,7%).

4. BÀN LUẬN.

4.1. Một số đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

- Đối tượng nghiên cứu từ 18-41 tuổi, trung bình $26,1 \pm 5,3$ tuổi, trong đó, chiếm tỉ lệ cao nhất từ 18-29 tuổi (78,3%). 40% PN chưa có tiền sử phá thai đã lựa chọn phương pháp đình chỉ thai nghén nội khoa, 60% PN có tiền sử nạo hút thai hoặc đình chỉ thai nghén bằng thuốc. Vì vậy, cần phải tăng cường tư vấn sử dụng các biện pháp tránh thai, đặc biệt là sau nạo hút thai cho PN để giảm tỉ lệ có thai ngoài ý muốn.

- 46,7% đối tượng nghiên cứu chưa có thai lần nào hoặc đã từng có thai nhưng chưa đẻ con lựa chọn biện pháp đình chỉ thai nghén nội khoa, 81,7% PN chưa đủ 2 con lựa chọn phương pháp đình chỉ thai nghén nội khoa. Như vậy, đình chỉ thai nghén bằng thuốc là sự lựa chọn phù hợp với những PN chưa đủ 2 con, vì đình chỉ thai nghén nội khoa ít ảnh hưởng nhất đến chức năng sinh

sản trong tương lai và hạn chế các nguy cơ do thủ thuật đình chỉ thai nghén ngoại khoa gây nên, nhất là đối với những PN chưa có chồng (bảo đảm tính riêng tư, kín đáo, tế nhị).

- Tuổi thai của các đối tượng nghiên cứu được tính theo ngày đầu tiên của kì kinh cuối cùng, kết hợp khám lâm sàng và siêu âm. Kết quả nghiên cứu cho thấy, 46,7% PN có tuổi thai 5 tuần, 35,0% PN có tuổi thai 6 tuần. Điều này chứng tỏ sự quan tâm đến sức khỏe sinh sản của PN hiện nay tương đối tốt, khám và phát hiện có thai giai đoạn sớm giúp hạn chế được phần nào những tác dụng phụ và tai biến có thể xảy ra khi đình chỉ thai nghén.

4.2. Kết quả đình chỉ thai nghén nội khoa:

- 96,7% PN đình chỉ thai nghén theo phương pháp nội khoa thành công; tương đương nghiên cứu của Đặng Thị Ngọc Thơ (96,0% phá thai nội khoa thành công), nhưng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Minh (98,0% phá thai nội khoa thành công). Các nghiên cứu của Việt Nam từ năm 2000 đến năm 2001 triển khai 8 điểm trên cả nước, đình chỉ thai nghén nội khoa với tuổi thai dưới 8 tuần có tỉ lệ thành công từ 92-96% [6]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới từ năm 2000 đến 2009 về đình chỉ thai nghén nội khoa với tuổi thai dưới 9 tuần có tỉ lệ thành công từ 94-99% [6]. Như vậy, nghiên cứu này có kết quả tương đương với nhiều nghiên cứu của các tác giả trong nước và trên thế giới. 3,3% PN (2 trường hợp) đình chỉ thai nghén nội khoa thất bại, trong đó có 1 trường hợp thai 5 tuần chết lưu, 1 trường hợp thai 6 tuần sảy sót. 2 trường hợp này đều phải can thiệp hút buồng tử cung. Theo nghiên cứu của một số tác giả trong nước và trên thế giới, tỉ lệ thất bại có liên quan đến tuổi thai, tư thế tử cung hay đường sử dụng Misoprostol.

- Thời gian ra thai sau uống Misoprostol từ 30 phút đến 1.260 phút (21 giờ), trung bình là $3,41 \pm 1,7$ giờ; tương đương với nghiên cứu của Phạm Mỹ Hoài (thời gian ra thai trung bình là $3,0 \pm 1,7$ giờ), Nguyễn Thị Hồng Minh (thời gian ra thai trung bình là 3,2 giờ) và Đặng Thị Ngọc Thơ (thời gian ra thai trung bình là 4,01 giờ) [3], [4], [5].

- Thời gian ra máu âm đạo từ 3-21 ngày, trung bình là $9,67 \pm 2,05$ ngày sau khi ra thai; tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng Minh (thời gian ra máu âm đạo trung bình 7-11 ngày) [4], nhưng ngắn hơn so với kết quả nghiên cứu của một số tác giả ở tuổi thai đến 9 tuần, như Đặng Thị Ngọc Thơ (thời gian ra máu âm đạo trung bình 11,87 ngày), Nguyễn Thị Minh Khai (thời gian ra máu âm đạo trung bình 14,6 ngày). Nhiều nghiên cứu trong nước cũng như trên thế giới đánh giá nhược điểm của đình chỉ

thai nghén nội khoa chính là thời gian ra máu âm đạo kéo dài, có khi vài ngày đến vài tuần, làm tăng sự căng thẳng và mệt mỏi, tăng áp lực tâm lý của người PN. Chính vì vậy, việc rút ngắn được thời gian đình chỉ thai nghén nội khoa chính là giảm bớt những mặt hạn chế của phương pháp hiện nay.

- Mức độ ra máu âm đạo được so sánh với mức độ ra kinh nguyệt của chính bản thân họ. Kết quả cho thấy, 75,0% PN ra máu nhiều hơn máu kinh nguyệt, 18,3% PN ra máu tương đương và 6,7% PN ra máu rất nhiều. Tuy nhiên, tình trạng này cũng không ảnh hưởng đến toàn thân, không phải can thiệp thủ thuật ngoại khoa, không phải truyền máu. Đình chỉ thai nghén nội khoa ở tuổi thai dưới 7 tuần là tương đối an toàn, mất máu không quá nhiều, nhưng cần phải tư vấn, dặn dò cẩn thận để người bệnh biết được dấu hiệu nào cần phải đến bệnh viện ngay.

- Triệu chứng không mong muốn trong nghiên cứu này: buồn nôn 35,0%, nôn 20,0%, đau bụng 90%, sốt 28,3% và đại tiện phân lỏng 20,0%; cao hơn so với nghiên cứu của Đặng Thị Ngọc Thơ (buồn nôn 29,0%, nôn 15,0%, đau bụng 76,0%, sốt 25,5%) [5] và tương đương nghiên cứu của Beverly Winikoff (buồn nôn 39,3%, nôn 17,1%, đau quặn bụng 96,0%, sốt 25,0%) [7]. Đau bụng là một triệu chứng gây khó chịu cho người bệnh, sức chịu đựng và cảm nhận mức độ đau khác nhau. Nghiên cứu cho thấy, 10,0% PN không đau bụng, 90,0% PN đau quặn bụng (trong đó, 60,0% PN đau bụng mức độ vừa, 15% PN đau bụng mức độ nhiều, 6,7% PN đau bụng rất nhiều). Đa số trường hợp đau bụng không phải dùng thuốc giảm đau, song vẫn có 12/54 trường hợp (22,2%) phải dùng thuốc giảm đau (uống 1-2 viên Efferalgan Codein). Mức độ đau và việc uống thuốc giảm đau tùy thuộc vào cảm nhận đau và mức độ chịu đau của mỗi trường hợp. Tuy nhiên, mức độ đau bụng rất nhiều chiếm tỉ lệ thấp (6,7%) cũng là một thuận lợi của phác đồ.

Đình chỉ thai nghén nội khoa là phương pháp hiệu quả, an toàn, ít can thiệp trên cơ thể người PN, tránh được những tai biến do thủ thuật gây tê, gây mê, bảo đảm tính riêng tư, kín đáo của người có thai ngoài ý muốn. Đây cũng là phương pháp rẻ tiền, các thuốc có sẵn trên thị trường, dễ bảo quản, dễ sử dụng và được chứng minh tính an toàn của thuốc. Vì những ưu điểm trên, đình chỉ thai nghén nội khoa ngày càng có nhiều PN lựa chọn.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 60 PN có thai ngoài ý muốn, tự nguyện đình chỉ thai nghén theo phương pháp nội

khoa tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 6/2016-5/2017, rút ra kết luận:

- PN có thai trung bình là $26,1 \pm 5,3$ tuổi, trong đó, độ tuổi từ 20-29 chiếm tỉ lệ cao nhất (75,0%). 46,7% PN chưa có con, 35,0% PN có 1 con. Tuổi thai trung bình là 5,58 tuần, trong đó có 46,7% PN có thai 5 tuần, 35,0% PN có thai 6 tuần.

- 96,7% PN đình chỉ thai nghén theo phương pháp nội khoa thành công. Thời gian ra thai sau uống Misoprostol trung bình $3,41 \pm 1,7$ giờ, trong đó có 88,3% trường hợp ra thai trong 6 giờ đầu. Thời gian ra máu âm đạo trung bình là $9,67 \pm 2,3$ ngày sau khi ra thai, trong đó 70% trường hợp ra máu âm đạo từ 7-14 ngày, 66,7% trường hợp ra máu âm đạo nhiều hơn kinh nguyệt. Tác dụng không mong muốn: đau bụng (90,0%, trong đó 22,2% trường hợp đau bụng phải dùng thuốc giảm đau), buồn nôn (35,0%), nôn (20,0%), sốt (28,3%), rối loạn tiêu hóa (31,7%). Các tác dụng không mong muốn đều ở mức độ nhẹ, đáp ứng với thuốc điều trị hoặc tự khỏi. Không có tai biến nào xảy ra trong thời gian nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bùi Thị Thu Hà (2010), *Báo cáo tổng quan các nghiên cứu về sức khỏe sinh sản tại Việt Nam giai đoạn 2006-2010*, Nhóm nghiên cứu Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội, tr. 62-65.
2. Bộ Y tế (2009), *Phá thai đến hết 9 tuần bằng thuốc*, Hướng dẫn chuẩn Quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, tr. 189-190.
3. Phạm Mỹ Hoài, Nguyễn Thúy Hà, Hoàng Thị Hường, Hứa Hồng Hà (2012), *Hiệu quả phác đồ phá thai nội khoa dưới 7 tuần bằng bổ sung 400 µg Misoprostol*, Trường Đại học Y dược Thái Nguyên.
4. Nguyễn Thị Hồng Minh (2012), "Đánh giá hiệu quả sử dụng Sunmedabon trong phá thai đến hết 9 tuần tuổi tại Việt Nam", *Tạp chí Phụ sản*, tập 10, 2, tr. 195-201.
5. Đặng Thị Ngọc Thơ, Lê Hoài Chương (2014), *Đánh giá hiệu quả phá thai nội khoa đến hết 9 tuần bằng việc rút ngắn thời gian sử dụng Misoprostol sau Mifepristone từ 48 giờ xuống còn 24 giờ*, Đề tài nghiên cứu Bệnh viện Phụ sản Trung ương.
6. Nguyễn Thị Như Ngọc và cộng sự (2010), *Nghiên cứu xét nghiệm thử thai bán định lượng (Semi-quantitative pregnancy test) để tiến hành phá thai nội khoa ở Việt Nam*.
7. Beverly Winikoff, Batya Elul, Charlotte Ellertson and Rurus Coyaji (1999), *Side effects of Mifepristone - Misoprostol abortion versus surgical abortion 1999*, Elsevier science one all rights reserved 655, Avenue of the America, New York NY, 10010. □

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TỬ CUNG TOÀN BỘ, ĐIỀU TRỊ U XƠ TỬ CUNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

BSCKII. NGUYỄN THỊ MINH PHƯƠNG

BSCKI. HOÀNG MINH THÙY

BS. NGUYỄN VĂN NAM - Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN VIỆT TRUNG

Chủ nhiệm Khoa Sản và phụ khoa,

Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả 39 bệnh nhân u xơ tử cung, có chỉ định và được điều trị phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn bộ, tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 8/2015 đến tháng 12/2017. **Kết luận:** Bệnh nhân tuổi trung bình $46 \pm 3,1$ tuổi, có tiền sử đẻ từ 1-3 lần, vào viện với lý do chủ yếu là rối loạn kinh nguyệt (56,41%) và đau bụng vùng hạ vị (28,2%). 64,10% bệnh nhân kích thước tử cung tương đương tử cung có thai 8-12 tuần. Tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công là 97,44%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $117,5 \pm 24,6$ phút. Thời gian phục hồi vận động sau mổ là 38 ± 6 giờ. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là 29 ± 8 giờ. 86,84% bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau sau mổ 24 giờ đầu; 13,16% bệnh nhân sử dụng thuốc giảm đau sau mổ từ 24-48 giờ. 100% bệnh nhân sử dụng kháng sinh điều trị dưới 5 ngày. Không bệnh nhân nào có tai biến trong phẫu thuật; biến chứng sớm sau phẫu thuật là viêm mô mềm cắt âm đạo và rò bàng quang âm đạo (đều chiếm 2,63%).

Từ khóa: U xơ tử cung, phẫu thuật nội soi.

ABSTRACT: Prospective study and description of 39 patients with uterine fibroids, with indications and laparoscopic surgery for total hysterectomy at the Department of Obstetrics and Gynecology, Military Hospital 354, from August 2015 to December 2017. **Concluded:** The average age of patients was 46 ± 3.1 years, who have a birth history of 1-3 times, hospitalized with the main reason was menstrual disorders (56.41 %) and abdominal pain in the pyloric antrum (28.2%). There were 64.10% of patients with uterine size equivalents uterine of 8-12 weeks pregnant woman. The rate of successful laparoscopic surgery was 97.44%. The average time of surgery was 117.5 ± 24.6 minutes. The recovery time for movement after surgery was 38 ± 6 hours. The average post-operative farting time was 29 ± 8 hours. There were 86.84% of patients used postoperative analgesics in the first 24 hours; 13.16% of patients used postoperative analgesics in 24-48 hours. There were 100% of the patient's used antibiotics for less than 5 days. There was no patient with surgical accidents; early complications after surgery were inflammation of the vaginal incision and vesicovaginal fistula (all accounted for 2.63%).

Keywords: Uterine fibroids, laparoscopic surgery.

Chịu trách nhiệm nội dung: BS. Nguyễn Thị Minh Phương, Email: ntmphuong71@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 08/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

U xơ tử cung là một bệnh lý phụ khoa hay gặp và là một trong các nguyên nhân dẫn đến chỉ định cắt tử cung [2]. Trong phẫu thuật cắt tử cung, có nhiều đường tiếp cận để thực hiện kỹ thuật, như cắt tử cung qua đường bụng, cắt tử cung qua đường âm đạo, cắt tử cung qua nội soi... Trong đó, phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi có nhiều ưu điểm do kỹ thuật ít gây sang chấn, bệnh nhân (BN) nhanh hồi phục sức khỏe. Phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi được Harry Reich - nhà phẫu thuật phụ khoa người Hoa Kỳ - thực hiện lần đầu vào năm 1989, tại Hoa Kỳ. Ở Việt Nam, phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi đã được tiến hành tại nhiều bệnh viện lớn, như Bệnh viện Từ Dũ, Bệnh viện Phụ sản Trung ương, Bệnh viện Trung

ương Huế và một số bệnh viện tuyến tỉnh; góp phần làm giảm số ngày nằm viện, giảm tỉ lệ sử dụng kháng sinh và phục hồi sức khỏe nhanh hơn cho người bệnh [7].

Tiếp thu những tiến bộ này, Bệnh viện Quân y 354 đã triển khai và thực hiện độc lập phẫu thuật nội soi cắt tử cung hoàn toàn từ tháng 8/2015. Góp phần nâng cao chất lượng điều trị, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm nhận xét kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn bộ điều trị u xơ tử cung tại Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

39 BN u xơ tử cung, có chỉ định và được điều trị phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn bộ tại Khoa

Phụ sản, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 8/2015 đến tháng 12/2017.

Loại trừ BN u xơ tử cung kèm theo ung thư hay nghi ngờ ung thư cổ tử cung, niêm mạc tử cung, buồng trứng; có chống chỉ định gây mê; viêm dính tiểu khung, phẫu thuật cũ vùng bụng; chưa quan hệ tình dục; BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả.
- Các bước tiến hành phẫu thuật:
 - + Bước 1: đặt cần nâng tử cung.
 - + Bước 2: vào ổ bụng, bơm CO₂, đặt 4 trocar (1 trocar đèn soi, 3 trocar phẫu thuật).
 - + Bước 3: Kiểm tra toàn bộ ổ bụng, tiểu khung, tử cung và 2 phần phụ.
 - + Bước 4: tiến hành các thì cắt tử cung.
 - + Bước 5: mở âm đạo, lấy tử cung kèm u xơ. Đóng mồm âm đạo.
 - + Bước 6: kiểm tra, rửa ổ bụng, hút khí, rút dụng cụ
- Các chỉ tiêu nghiên cứu:
 - + Đặc điểm đối tượng: tuổi, số lần đẻ, tiền sử phụ khoa, kích thước tử cung.
 - + Kết quả phẫu thuật: tỉ lệ phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn bộ thành công, thời gian phẫu thuật và các yếu tố liên quan, các tai biến trong phẫu thuật, theo dõi và đánh giá BN sau phẫu thuật, theo dõi biến chứng sớm sau phẫu thuật.
 - Xử lí số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0; khác biệt với $p < 0,05$ được xem có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

- Tuổi đời (n = 39):
 - + Dưới 40 tuổi: 1 BN (5,13%).
 - + Từ 40-44 tuổi: 7 BN (17,95%).
 - + Từ 45-49 tuổi: 21 BN (51,28%).
 - + Từ 50-54 tuổi: 9 BN (23,08%).
 - + Từ 55 tuổi trở lên: 1 BN (2,56%).
 - + Trung bình: $46 \pm 3,1$ tuổi.
- Tiền sử sản khoa (n = 39):
 - + Đẻ 1 lần: 11 BN (28,21%).
 - + Đẻ 2 lần: 23 BN (58,97%).
 - + Đẻ 3 lần: 5 BN (12,82%).
- Lí do vào viện (n = 39):
 - + Rối loạn kinh nguyệt: 22 BN (56,41%).
 - + Đau bụng vùng hạ vị: 11 BN (28,20%).

- + Rối loạn tiểu tiện: 4 BN (10,26%).
- + Không có triệu chứng: 2 BN (5,13%).
- Phát hiện u xơ trước khi vào viện (n = 39):
 - + Không phát hiện trước: 11 BN (28,21%).
 - + Được phát hiện trước: 28 BN (71,79%).
- Điều trị nội khoa trước khi vào viện (n = 39):
 - + Đã điều trị: 15 BN (38,46%).
 - + Chưa điều trị: 24 BN (61,54%).
- Viêm phần phụ (n = 39):
 - + Có viêm: 9 BN (23,08%).
 - + Không viêm: 30 BN (76,92%).
- Kích thước tử cung tương ứng với tuổi thai (n = 39):
 - + Dưới 8 tuần: 14 BN (35,9%).
 - + Từ 8-12 tuần: 25 BN (64,1%).

3.2. Kết quả phẫu thuật:

- Kết quả phẫu thuật (n = 39):
 - + Thành công: 38 BN (97,44%).
 - + Thất bại: 1 BN (2,56%) phải chuyển mổ mở.
- Phương pháp phẫu thuật (n = 38):
 - + Cắt tử cung toàn bộ và cắt 2 vòi tử cung: 27 BN (71,05%).
 - + Cắt tử cung toàn bộ và cắt 2 vòi tử cung, 2 buồng trứng: 10 BN (26,32%).
 - + Cắt tử cung toàn bộ và 2 vòi tử cung, 1 buồng trứng: 1 BN (2,63%).
- Thời gian phẫu thuật (n = 38):
 - + Dưới 90 phút: 5 BN (13,16%).
 - + Từ 91-120 phút: 20 BN (52,63%).
 - + Từ 121-150 phút: 12 BN (31,58%).
 - + Trên 150 phút: 1 BN (2,63%).
 - + Trung bình: $117,5 \pm 24,6$ phút.
- Thời gian phẫu thuật và các yếu tố liên quan (n = 38):

Yếu tố liên quan		Số BN	Thời gian phẫu thuật (phút)	
Tử cung lớn tương đương	Thai < 8 tuần	14	$100,5 \pm 21,3$	$p < 0,05$
	Thai 8-12 tuần	24	$119,9 \pm 26,7$	
Độ di động tử cung	Bình thường	32	$105,6 \pm 25,1$	$p < 0,05$
	Hạn chế	6	$140,0 \pm 24,3$	
Vị trí nhân xơ tử cung	Eo tử cung	3	150,9	$p < 0,05$
	Thân tử cung	35	$106,3 \pm 24,8$	

- Tỉ lệ BN sốt sau phẫu thuật (n = 38):
 - + Dưới 24 giờ: 4 BN (10,53%).
 - + Từ 24-48 giờ: 5 BN (13,16%).
 - + Không BN nào sốt sau mổ trên 48 giờ.

- Thời gian phục hồi vận động sau mổ (n = 38):
 - + Dưới 24 giờ: 10 BN (26,32%).
 - + Từ 24-48 giờ: 38 BN (100%).
 - + Trung bình: 38 ± 6 giờ.
- Thời gian trung tiện sau mổ (n = 38):
 - + Dưới 24 giờ: 10 BN (26,32%).
 - + Từ 24-48 giờ: 28 BN (73,68%).
 - + Trung bình: 29 ± 8 giờ.
- Sử dụng thuốc giảm đau sau mổ (n = 38):
 - + 24 giờ đầu: 33 BN (86,84%).
 - + Từ 25-48 giờ: 5 BN (13,16%).
- Thời gian sử dụng kháng sinh sau phẫu thuật (n = 38):
 - + 4 ngày: 33 BN (86,84%).
 - + 5 ngày: 5 BN (13,16%).
- Biến chứng sớm sau phẫu thuật (n = 38):
 - + Viêm mủm cắt: 1 BN (2,63%).
 - + Rò bàng quang - âm đạo: 1 BN (2,63%).
 - + Không có trường hợp nào tai biến trong phẫu thuật.

4. BÀN LUẬN.

4.1. Đặc điểm chung của BN nghiên cứu:

Tuổi trung bình của BN là $46 \pm 3,1$ tuổi. BN đều có tiền sử đẻ từ 1-3 lần, tuy nhiên, số lần đẻ không ảnh hưởng nhiều đến chỉ định cắt tử cung qua phẫu thuật nội soi.

Chủ yếu BN vào viện với lý do rối loạn kinh nguyệt (56,41%) và đau bụng hạ vị (28,2%). 64,10% BN có kích thước tử cung tương đương tử cung có thai 8-12 tuần; số liệu tương tự nghiên cứu của Trần Thanh Hương (kích thước tử cung tương đương tử cung có thai 8-12 tuần là 61,9%) [4]. Theo tác giả Nguyễn Bá Mỹ Nhi, chỉ định phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi phụ thuộc vào một số yếu tố trong đó có yếu tố kích thước tử cung và độ di động tử cung trên thăm khám lâm sàng [5].

4.2. Kết quả phẫu thuật:

- Tỷ lệ phẫu thuật cắt tử cung nội soi thành công: 38 BN (97,44%) phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn bộ thành công, 1 BN (2,56%) thất bại (do viêm dính tiểu khung cũ kèm theo lạc nội mạc tử cung gây dính ruột, phần phụ vào mặt sau tử cung, gây khó khăn trong việc gỡ dính, dễ chảy máu, dễ tổn thương niệu quản và trực tràng). BN này phải chuyển mổ mở. Kết quả thất bại của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thanh Hương (7,2% BN phẫu thuật nội soi cắt tử cung toàn bộ thất bại) [4]. Quyết định chuyển mổ

mở hay tiếp tục phẫu thuật nội soi và tỷ lệ phẫu thuật thành công nhiều hay ít phụ thuộc vào nhiều yếu tố, như trình độ và kinh nghiệm phẫu thuật nội soi của phẫu thuật viên, dụng cụ phẫu thuật, vị trí u và kích thước tử cung, cách lựa chọn BN trước mổ... Tại Bệnh viện Quân y 354, trong giai đoạn đầu triển khai độc lập phẫu thuật nội soi cắt tử cung, chúng tôi chú trọng đến việc thăm khám, lựa chọn BN trước mổ để tạo thuận lợi tốt nhất trong phẫu thuật. Mặt khác, số ca phẫu thuật cắt tử cung qua nội soi trong nghiên cứu này còn ít, do đó tỷ lệ chuyển mổ mở của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả khác.

- Thời gian phẫu thuật và các yếu tố liên quan: thời gian phẫu thuật trung bình là $117,5 \pm 24,6$ phút; tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Kiều Trinh (thời gian phẫu thuật trung bình $112,4 \pm 26,7$ phút) [9], nhưng lâu hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Bá Mỹ Nhi (thời gian phẫu thuật từ 40-175 phút, trung bình 50-80 phút) [6]. Sở dĩ thời gian phẫu thuật của chúng tôi lâu hơn là do trong giai đoạn đầu triển khai độc lập phẫu thuật, kinh nghiệm và khả năng thao tác của phẫu thuật viên còn hạn chế. Theo Nguyễn Bá Mỹ Nhi, thời gian phẫu thuật phụ thuộc nhiều yếu tố khác nhau, như trạng bị dụng cụ nội soi cắt tử cung (nhất là dao điện lưỡng cực để cầm máu), sự thành thạo của phẫu thuật viên, kích thước tử cung, tình trạng phần phụ, ổ bụng đi kèm, vị trí của nhân xơ và sự lựa chọn BN trước mổ [6]. Nghiên cứu cho thấy, thời gian phẫu thuật nội soi trung bình cắt tử cung có nhân xơ tương đương tử cung có thai 8-12 tuần ($119,9 \pm 26,7$ phút) dài hơn so với tử cung có nhân xơ tương đương tử cung có thai dưới 8 tuần ($100,5 \pm 21,3$ phút), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Theo Nguyễn Bá Mỹ Nhi, kích thước tử cung càng lớn, thời gian phẫu thuật càng kéo dài [5]. Thời gian phẫu thuật nội soi trung bình cắt tử cung có độ di động hạn chế và vị trí nhân xơ tử cung ở eo tử cung kéo dài hơn ở BN có tử cung di động bình thường và vị trí nhân xơ ở thân tử cung; khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Điều này cho thấy, tử cung di động dễ sẽ thuận lợi trong việc bóc lột phần tử trường; u xơ ở đoạn eo là một trở ngại trong thao tác bóc tách bàng quang, bóc lột động mạch tử cung và dây chằng tử cung để cắt tử cung, do đó thời gian phẫu thuật cũng kéo dài hơn.

- Diễn biến sau phẫu thuật:

+ Sốt sau phẫu thuật dưới 24 giờ là 4 BN (10,53%), từ 24-48 giờ là 5 BN (13,16%), không trường hợp nào sốt sau 48 giờ. Không BN nào có biểu hiện nhiễm trùng (xét nghiệm bạch cầu máu chỉ tăng nhẹ, bạch cầu đa nhân trung tính không tăng); một số BN bị sốt trước khi trung tiện và hết

sốt khi đã trung tiện. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp (87% BN không sốt sau phẫu thuật dưới 24 giờ, 98,4% BN không sốt sau phẫu thuật trên 48 giờ) [3]. Trong nghiên cứu của Chu Thị Bá cất tử cung đường âm đạo có hỗ trợ nội soi, tình trạng BN sốt sau mổ dưới 24 giờ là 11,7%, từ 24-48 giờ 2 là 2,1%, trên 48 giờ là 4,3% [1]. Với nhiều tiến bộ của kỹ thuật, sự phóng đại về mặt giải phẫu, phẫu thuật nội soi có khả năng cầm máu tổ chức hoàn toàn, bơm rửa và hút sạch các cục máu đông làm giảm tình trạng nhiễm khuẩn.

+ Tình trạng vận động phục hồi sau mổ: thời gian phục hồi vận động sau mổ trung bình là 38 ± 6 giờ; trong đó có 10 BN (36,32%) phục hồi vận động (ngồi dậy, đứng vịn thành giường) trước 24 giờ, 100% BN ngồi dậy đi lại quanh đầu giường, trong phòng, tự đi vệ sinh từ 25-48 giờ. Nhìn chung, các tác giả cho rằng, ưu điểm của phẫu thuật nội soi là thời gian phục hồi vận động sớm hơn và khả năng làm việc trở lại sớm hơn so với các BN phẫu thuật cắt tử cung đường bụng và cắt tử cung đường âm đạo [10].

+ Tình trạng trung tiện sau mổ: 26,32% BN trung tiện trước 24 giờ, 73,68% BN trung tiện từ 25-48 giờ sau mổ. Như vậy, 100% BN phục hồi lưu thông tiêu hóa trong vòng 48 giờ đầu sau mổ. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Thanh Hương (22,2% BN trung tiện trước 24 giờ và 97,8% BN trung tiện trong 48 giờ) [4]; Nguyễn Văn Giáp (99,2% BN trung tiện trong 48 giờ đầu) [3]. Theo Vũ Bá Quyết, thời gian trung tiện sau phẫu thuật cắt tử cung nội soi từ 24-48 giờ [8]. Thời gian trung tiện sớm sau phẫu thuật là một ưu điểm trong phẫu thuật nội soi.

+ Sử dụng thuốc giảm đau sau mổ: 33 BN (86,84%) phải dùng thuốc giảm đau sau mổ ngày đầu, 15,79% BN phải dùng thuốc ngày thứ 2. Các BN đều dùng thuốc giảm đau là viên đặt hậu môn. Như vậy, có 5 BN không phải sử dụng thuốc giảm đau sau mổ ngày thứ nhất và 32 BN không dùng thuốc giảm đau ngày thứ 2; khác với nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp và Trần Thanh Hương (100% BN phải sử dụng thuốc giảm đau sau mổ ngày đầu, 2,5% và 5,6% BN phải dùng thuốc giảm đau sau mổ ngày thứ 2) [3], [4]. Nghiên cứu của Doucette so sánh giữa cắt tử cung nội soi, cắt tử cung đường bụng và đường âm đạo, thấy BN cắt tử cung nội soi có nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau là ít nhất [10].

+ Sử dụng thuốc kháng sinh: thời gian sử dụng kháng sinh sau mổ trung bình là 4-5 ngày. Trong đó có 33 BN dùng kháng sinh 5 ngày (86,84%), 5 BN sử dụng kháng sinh 4 ngày (23,16%), không có BN nào phải dùng kháng sinh trên 5 ngày.

- Tai biến và biến chứng sớm sau phẫu thuật: không BN nào bị tai biến trong phẫu thuật; 2 BN (5,26%) có biến chứng sau phẫu, trong đó 1 trường hợp viêm môm cắt âm đạo (gặp sau mổ 10 ngày; BN được điều trị đặt thuốc âm đạo, bệnh đó ổn định sau 10 ngày), 1 trường hợp rò bàng quang âm đạo (xảy ra sau phẫu thuật 15 ngày; BN phải tái nhập viện, điều trị chuyên khoa ngoại tiết niệu, sau đó ổn định). BN rò bàng quang là ca phẫu thuật thứ hai thực hiện độc lập, quá trình phẫu thuật thuận lợi, thời gian phẫu thuật nhanh, nhưng đến thì khâu môm cắt âm đạo có một mũi khâu vào đáy bàng quang không được phát hiện ra khi kiểm tra ổ bụng trước khi kết thúc phẫu thuật; hậu phẫu BN ổn định, ra viện hẹn tái khám. Hai tuần sau BN có biểu hiện ra nước đường âm đạo, vào viện tái khám với chẩn đoán rò bàng quang âm đạo, chuyển điều trị chuyên khoa tiết niệu ổn định. Điều này cần rút kinh nghiệm, đó là khi bóc tách, đẩy đáy bàng quang xuống sâu để bộc lộ hai mép cắt âm đạo và tránh tổn thương bàng quang khi khâu. Nếu nghi ngờ tổn thương bàng quang, có thể bơm 200-300 ml xanh methylene qua sonde niệu đạo để kiểm tra; trường hợp nghi ngờ tổn thương niệu quản, có thể soi bàng quang và niệu quản để phát hiện và xử lý kịp thời.

Nghiên cứu của Nguyễn Văn Giáp trên 122 BN cắt tử cung toàn bộ qua nội soi, tỉ lệ tai biến chiếm 5,7%, trong đó tổn thương hệ tiết niệu 4,1%, nhiễm khuẩn môm cắt 1,6% [3]. Nguyễn Bá Mỹ Nhi nghiên cứu 650 BN, có 8 trường hợp tổn thương hệ tiết niệu, trong đó 1 BN được phát hiện ngay trong mổ và 7 BN được phát hiện sau mổ 2 tuần [5]. Vũ Bá Quyết nghiên cứu 100 ca phẫu thuật đầu tiên, có 6 trường hợp tổn thương hệ tiết niệu, 2 trường hợp rò niệu quản ổ bụng phát hiện sau mổ 3-4 ngày; 3 trường hợp rò niệu quản - âm đạo, phát hiện sau mổ 2-4 tuần; 1 trường hợp tổn thương bàng quang [8]. Nghiên cứu của Johnson trên 3.643 trường hợp, chia 3 nhóm cắt tử cung đường âm đạo, cắt tử cung đường bụng và cắt tử cung nội soi; thấy, cắt tử cung qua nội soi có nhiều ưu điểm hơn, tuy nhiên tai biến tổn thương bàng quang - niệu quản nhiều hơn (OR = 2,61; 95% CI từ 1,22-5,6) [11]. Như vậy, tỉ lệ tai biến trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả trên, đặc biệt là tai biến đường tiết niệu. Có thể do số lượng BN trong nghiên cứu này còn ít, nên sự so sánh chưa có ý nghĩa.

Trong những năm gần đây, phẫu thuật nội soi cắt tử cung đã trở nên phổ biến, đem lại nhiều lợi ích cho người bệnh, như giảm số ngày nằm viện, giảm tỉ lệ sử dụng kháng sinh, phục hồi sức khỏe nhanh hơn và có tính thẩm mỹ cao.

(Xem tiếp trang 88)

ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

CNDD. HOÀNG VĂN SÁNG - Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: TS. NGUYỄN HỒNG THẮNG

Phó Chủ nhiệm Khoa Khám bệnh,

Bệnh viện Quân y 103

TÓM TẮT: *Mục tiêu:* Đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh đến khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 354. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 568 người bệnh bằng bộ câu hỏi tự điền, thiết kế dựa trên biểu mẫu Bộ Y tế năm 2016. *Kết quả:* Người bệnh hài lòng về khả năng tiếp cận dịch vụ khám bệnh là 89,3%; minh bạch thông tin, thủ tục khám bệnh là 86,2%; về cơ sở vật chất phương tiện phục vụ người bệnh là 86,4%; thái độ ứng xử và năng lực chuyên môn của nhân viên y tế là 88,9%; kết quả cung cấp dịch vụ đáp ứng nguyện vọng của người bệnh là 85,9%; hài lòng chung về đợt khám bệnh là 82,6%; người bệnh không hài lòng chiếm 2,6%. Nhu cầu khám bệnh lần sau đạt 69,0%. Người bệnh có số điểm hài lòng chung về dịch vụ khám bệnh của bệnh viện đạt 4,0 điểm. Tỷ lệ người bệnh hài lòng chung là 82,6%.

Từ khóa: Hài lòng người bệnh, chất lượng bệnh viện

ABSTRACT: Objectives: Evaluate the satisfaction level of patients who come to the Department of medical examination, Military hospital 354. **Subjects and methods:** Prospective study and cross-sectional description of 568 patients with the self-filling questionnaire, which designed based on the Ministry of Health's form in 2016. **Results:** The rate of patients who have been satisfied with the accessibility of medical services was 89.3%; with the information transparency, examination procedures was 86.2%; with the material base and facilities to serve patients was 86.4%; with the behavioral attitude and professional capacity of health workers was 88.9%; with the results of providing services to meet patients' aspirations was 85.9%; general satisfaction with the medical examination was 82.6%; dissatisfaction patients accounted for 2.6%. The demand for the next medical examination reached 69.0%. Patients had a general satisfaction score of the medical services at the hospital was 4.0 points. The overall rate of patients satisfaction was 82.6%.

Keywords: Satisfied patients, hospital quality.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Hoàng Văn Sáng, Email: hvsangbv354@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 12/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Xã hội ngày càng phát triển, nhu cầu được chăm sóc sức khỏe, khám chữa bệnh có chất lượng của con người cũng ngày càng cao. Sự hài lòng của người bệnh (NB) là vấn đề được xã hội nói chung, các đơn vị y tế và quản lý y tế nói riêng ngày nay đang hết sức chú trọng. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), chất lượng dịch vụ y tế tác động đến sự hài lòng của NB và ngược lại, sự hài lòng của NB có thể đánh giá được hiệu quả của các dịch vụ do bệnh viện và ngành y tế cung cấp. Chất lượng bệnh viện được đánh giá qua những nội dung chính, như khả năng tiếp cận dịch vụ y tế; sự minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh; cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ NB; thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế; kết quả cung cấp các dịch vụ...

Tại Việt Nam, đã có khá nhiều nghiên cứu về sự hài lòng của NB tại các bệnh viện, thực hiện đánh giá theo nhiều tiêu chí khác nhau, kết quả

cũng đa dạng và phụ thuộc vào các yếu tố đánh giá của từng nghiên cứu. Từ đó, các đơn vị y tế đã đưa ra được những giải pháp nhằm cải thiện chất lượng phục vụ NB.

Trước yêu cầu khám chữa bệnh ngày càng cao của NB hiện nay, Bệnh viện Quân y 354 đã không ngừng nâng cao chất lượng các dịch vụ y tế, tăng cường ứng dụng những tiến bộ khoa học kỹ thuật mới vào công tác khám chữa bệnh. Nâng cao năng lực, cải cách thủ tục hành chính nhằm mục đích tăng thêm mức độ hài lòng của NB đến với bệnh viện. Khoa Khám bệnh trong thời gian qua cũng đã có những đề xuất và triển khai cải cách một số thủ tục hành chính, tạo thuận lợi cho NB tham gia khám chữa bệnh. Đồng thời, Khoa áp dụng công nghệ thông tin trong tiếp đón, khám bệnh, trả thẻ bảo hiểm... đã cải thiện đáng kể thời gian, công sức của NB trong chờ đợi khám bệnh, nhận kết quả.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm

đánh giá sự hài lòng của NB đến khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

568 NB đến khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 354, từ 15/7/2017 đến 15/9/2017. NB đồng ý tham gia nghiên cứu.

Loại trừ NB không có khả năng trả lời phiếu khảo sát (do bệnh lý nặng, khiếm khuyết về thể chất và tinh thần) hoặc phiếu khảo sát đã trả lời nhưng các nội dung không phù hợp với nhau.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Phương pháp tiến hành: chọn ngẫu nhiên NB đến khám tại các phòng khám của Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 354 theo số thứ tự khám cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu. Sau khi NB khám bệnh xong, chuẩn bị ra về hoặc vào viện điều trị nội trú thì bố trí phòng riêng để khảo sát. NB được nhóm nghiên cứu giải thích rõ mục đích, nội dung của nghiên cứu; hướng dẫn trả lời các câu hỏi trong phiếu nghiên cứu in sẵn (bộ câu hỏi chuẩn bị theo các tiêu chí đánh giá sự hài lòng của NB do Bộ Y tế ban hành [4]). NB tự thực hiện trả lời bằng cách khoanh tròn vào lựa chọn của cá nhân mình trên phiếu nghiên cứu.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi đời, giới tính, trình độ học vấn, nơi sinh sống, chế độ khám bệnh, số lần khám tại Bệnh viện Quân y 354.

+ Mức độ hài lòng khi NB tham gia dịch vụ y tế: khả năng tiếp cận các dịch vụ y tế, sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ NB, thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế, kết quả cung cấp dịch vụ.

- Phương pháp: đánh giá mức độ hài lòng của NB về đợt khám bệnh qua 45 câu hỏi, mỗi câu hỏi gồm 5 phương án, trả lời theo thang đo Likert [5]: (1) rất không hài lòng; (2) không hài lòng; (3) bình thường; (4) hài lòng; (5) rất hài lòng. Đánh giá mức độ hài lòng của NB khi sử dụng dịch vụ y tế thông qua các câu hỏi nhỏ, mỗi câu hỏi được đánh giá từ 1 đến 5 điểm theo mức độ hài lòng. Điểm trung bình (TB) cho mỗi nhóm bằng tổng số điểm của nhóm trong tất cả các mẫu phiếu nghiên cứu; điểm TB chung bằng tổng số điểm của phiếu trong tất cả các mẫu phiếu nghiên cứu.

- Chỉ số đánh giá hài lòng [7]:

+ Điểm hài lòng chung = Tổng số điểm/tổng số câu hỏi.

+ Điểm hài lòng chung cho từng nhóm = Tổng điểm từng nhóm/tổng số câu hỏi của mỗi nhóm.

+ Tỷ lệ NB hài lòng với từng vấn đề = Tổng số phiếu nhận xét điểm 4 và 5 (trong tổng số phiếu khảo sát).

+ Tỷ lệ NB không hài lòng với từng vấn đề = Tổng số phiếu nhận xét điểm 1, 2 và 3 (trong tổng số phiếu khảo sát).

- Đạo đức nghiên cứu: NB đồng ý tham gia nghiên cứu và được phép dấu tên. Mục đích nghiên cứu nhằm bảo vệ và nâng cao sức khỏe cho NB.

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Tuổi, giới tính của đối tượng nghiên cứu.

Tuổi	Nam	Nữ	Tổng
Dưới 29	29 (10,6%)	34 (11,6%)	63 (11,1%)
Từ 30-49	71 (25,8%)	51 (17,4%)	122 (21,5%)
Từ 50-69	101 (36,7%)	129 (44,0%)	230 (40,5%)
≥ 70	74 (26,9%)	79 (27,0%)	153 (26,9%)
Tổng	275 (100%)	293 (100%)	568 (100%)

NB nam (49,4%) tương đương NB nữ (51,6%). Chủ yếu NB từ 50 tuổi trở lên (67,4%). NB dưới 29 tuổi chỉ chiếm 11,1%; đây là nhóm tuổi trẻ, ít mắc bệnh và cũng là nhóm tuổi chiếm tỷ lệ thấp trong số tham gia bảo hiểm y tế ở Bệnh viện Quân y 354.

Bảng 2. Một số đặc điểm khác của đối tượng nghiên cứu (n = 568).

	Đặc điểm	Số NB	Tỷ lệ %
Trình độ học vấn	Tiểu học	15	2,6
	Trung học cơ sở	60	10,6
	Phổ thông trung học	141	24,8
	Trung cấp, cao đẳng	150	26,4
	Đại học	181	31,9
	Sau đại học	21	3,7
Nơi sinh sống	Thành thị	495	87,1
	Nông thôn	64	11,3
	Khác	9	1,6
Bảo hiểm y tế	Có	556	97,9
	Không	12	2,1
Số lần đến khám	1 lần	95	16,7
	Từ 2-5 lần	241	42,4
	Trên 5 lần	232	40,9

Chủ yếu đối tượng nghiên cứu có trình độ phổ thông trung học đến đại học (chiếm từ 24,8-31,9%); sống ở thành thị (87,1%); có thẻ bảo hiểm y tế (97,9%); NB đến khám từ 2 lần trở nên (83,3%). Điều này cho thấy, NB đến khám tại Bệnh viện Quân y 354 đa số có kiến thức, có hiểu biết về bệnh và khá tin tưởng vào chất lượng phục vụ của bệnh viện.

Lượng NB có trình độ tiểu học chiếm 2,6%; từ nông thôn và khu vực khác chiếm từ 1,6-11,3%; không có thẻ bảo hiểm y tế chiếm 2,1%. Có thể do Bệnh viện Quân y 354 đóng quân trên địa bàn thành phố Hà Nội, bên cạnh những bệnh viện lớn, bệnh viện chuyên khoa sâu, nên NB có nhiều sự lựa chọn khi khám bệnh. Bệnh viện cần phải có nhiều biện pháp để nâng cao hơn nữa sự thu hút đối với nhiều đối tượng đến khám và điều trị tại bệnh viện.

3.2. Mức độ hài lòng khi NB sử dụng dịch vụ y tế:

Bảng 3. Hài lòng chung của NB đối với bệnh viện.

Nội dung	Điểm TB
Khả năng tiếp cận	4,0
Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị	4,0
Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh	4,0
Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế	4,1
Kết quả cung cấp dịch vụ	4,1
Điểm hài lòng chung	4,04

Điểm hài lòng chung của NB đối với Bệnh viện Quân y 354 đạt ở mức cao (4,04 điểm). Điểm hài lòng về các nội dung khảo sát đều từ 4,0 trở lên; trong đó, kết quả cung cấp dịch vụ và thái độ ứng xử của nhân viên y tế đều đạt 4,1 điểm.

Bảng 4. Khả năng tiếp cận dịch vụ y tế (n = 568).

Câu hỏi	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
Các biển báo, chỉ dẫn đường đến khoa khám bệnh rõ ràng, dễ nhìn, dễ tìm	17 (3,0%)	7 (1,2%)	63 (11,1%)	251 (44,2%)	230 (40,5%)
Các sơ đồ, biển báo chỉ dẫn đường đến các khoa, phòng trong bệnh viện rõ ràng, dễ hiểu, dễ tìm	10 (1,8%)	12 (2,1%)	68 (12%)	237 (41,7%)	241 (42,4%)
Các lối đi trong bệnh viện, hành lang bằng phẳng, dễ đi	15 (2,6%)	10 (1,8%)	36 (6,3%)	243 (42,8%)	264 (46,5%)
Khoa khám bệnh bố trí phòng khám thuận tiện, khoa học	9 (1,6%)	11 (1,9%)	64 (11,2%)	253 (44,6%)	231 (40,7%)

Điểm TB khả năng tiếp cận dịch vụ là 4,0 điểm. Khả năng tiếp cận dịch vụ khám bệnh cho thấy phần lớn BN đều hài lòng và rất hài lòng về sơ đồ bệnh viện, cách bố trí khám bệnh chiếm tỉ lệ từ 84,1-89,3%. Tuy nhiên, vẫn còn 4,2% BN cho rằng rất không hài lòng, cho rằng biển báo chỉ dẫn của bệnh viện chưa được rõ ràng giữa Khoa Khám bệnh và khám Phục hồi chức năng, chụp Xquang còn quá xa, khó tìm. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Ngọc Lan và cộng sự tại Bệnh viện Y học Phòng không-Không quân là (điểm TB khả năng tiếp cận dịch vụ là 4,1 điểm) [7].

Bảng 5. Sự minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị (n = 568).

Câu hỏi	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
Quy trình khám bệnh được niêm yết rõ ràng, công khai, dễ hiểu	13 (2,3%)	3 (0,5%)	62 (11,0%)	253 (44,5%)	237 (41,7%)
Các quy trình, thủ tục khám bệnh được cải cách đơn giản, thuận tiện	7 (1,2%)	10 (1,8%)	73 (12,9%)	262 (46,1%)	216 (38,0%)
Giá dịch vụ y tế niêm yết rõ ràng, công khai, thuận tiện	10 (1,8%)	9 (1,6%)	71 (12,5%)	268 (47,1%)	210 (37,0%)
Có nhân viên y tế tiếp đón, hướng dẫn NB làm các thủ tục hoặc sẵn sàng trả lời khi được hỏi	10 (1,8%)	9 (1,6%)	77 (13,6%)	250 (44,0%)	222 (39,0%)
Xếp hàng công bằng, trật tự khi làm thủ tục đăng ký, nộp tiền, khám bệnh, xét nghiệm, chiếu chụp	12 (2,1%)	16 (2,8%)	73 (12,9%)	244 (43,0%)	223 (39,2%)
Thời gian chờ đợi làm thủ tục đăng ký khám chấp nhận được	7 (1,2%)	15 (2,7%)	126 (22,2%)	266 (46,8%)	154 (27,1%)
Giờ khám, tên người khám, chức danh được niêm yết rõ ràng, công khai trước cửa các buồng khám	11 (1,9%)	6 (1,0%)	73 (12,9%)	240 (42,2%)	238 (41,9%)

Câu hỏi	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
Thời gian chờ đến lượt bác sĩ khám chấp nhận được	10 (1,8%)	17 (3,0%)	103 (18,1%)	267 (47,0%)	171 (30,1%)
Thời gian được bác sĩ khám và tư vấn chấp nhận được	10 (1,8%)	11 (1,9%)	94 (16,5%)	261 (46,0%)	192 (33,8%)
Thời gian chờ làm xét nghiệm, chiếu chụp chấp nhận được	8 (1,4%)	21 (3,7%)	117 (20,6%)	251 (44,2%)	171 (30,1%)
Thời gian chờ nhận kết quả xét nghiệm, chiếu chụp chấp nhận được	6 (1,1%)	20 (3,5%)	131 (23,1%)	247 (43,4%)	164 (28,9%)
Bệnh viện áp dụng công nghệ thông tin thuận tiện cho người bệnh	10 (1,8%)	12 (2,1%)	86 (15,1%)	259 (45,6%)	201 (35,4%)
Thời gian lấy số thứ tự từ 6 giờ sáng chấp nhận được	15 (2,7%)	8 (1,4%)	83 (14,6%)	279 (49,1%)	183 (32,2%)

NB hài lòng về quy trình khám bệnh, giờ khám, tên người khám, chức danh được niêm yết rõ ràng đạt 4,2 điểm, chiếm từ 84,2-86,2%. Tuy nhiên, NB không hài lòng và cho là bình thường chiếm tỉ lệ cao ở các khâu, như chờ làm thủ tục khám, chờ bác sĩ khám, chờ làm các xét nghiệm và nhận kết quả (chiếu chụp là 3,9 điểm, chiếm từ 21,0-26,6%); thời gian tư vấn bệnh ít và không hài lòng chiếm tới 20,2%; lỗi công nghệ thông tin chiếm 19,0%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Chung năm 2014 [8]. Điểm TB chung đánh giá tỉ lệ hài lòng của NB về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám chữa bệnh đạt 4,0 điểm; thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Ngọc Lan và cộng sự (đạt 4,17 điểm). Để tăng thêm sự hài lòng của NB trong thời gian tới, bệnh viện và Khoa Khám bệnh cần tăng thêm phòng khám, hoàn thiện thêm phần mềm công nghệ thông tin để NB bớt thời gian chờ đợi.

Bảng 6. Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ NB (n = 568).

Câu hỏi	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
Có phòng/sảnh chờ khám sạch sẽ, thoáng mát vào mùa hè; kín gió và ấm áp vào mùa đông	13 (2,3%)	9 (1,6%)	66 (11,6%)	252 (44,4%)	228 (40,1%)
Phòng chờ có đủ ghế ngồi cho NB và sử dụng tốt	13 (2,3%)	20 (3,5%)	74 (13,0%)	248 (43,7%)	213 (37,5%)
Phòng chờ có quạt (điều hòa) đầy đủ, hoạt động thường xuyên	12 (2,1%)	12 (2,1%)	89 (15,7%)	262 (46,1%)	193 (34,0%)
Phòng chờ có các phương tiện giúp NB có tâm lý thoải mái như tranh ảnh, tờ rơi.	9 (1,6%)	22 (3,9%)	119 (21,0%)	253 (44,5%)	165 (29,0%)
Bảo đảm sự riêng tư khi khám bệnh, chiếu chụp, làm thủ thuật	13 (2,3%)	9 (1,6%)	88 (15,5%)	274 (48,2%)	184 (32,4%)
Nhà vệ sinh thuận tiện, sử dụng tốt, sạch sẽ.	14 (2,5%)	21 (3,7%)	111 (19,5%)	253 (44,5%)	169 (29,8%)
Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp	15 (2,7%)	3 (0,5%)	63 (11,0%)	266 (46,8%)	221 (38,9%)
Bệnh viện bảo đảm an ninh, trật tự cho NB, người nhà	12 (2,1%)	5 (0,9%)	60 (10,6%)	273 (48%)	218 (38,4%)
Máy lấy số thứ tự thuận tiện, hoạt động tốt.	11 (1,9%)	23 (4,0%)	86 (15,1%)	246 (43,4%)	202 (35,6%)
Loa gọi bệnh nhân vào làm thủ tục khám hoạt động tốt, rõ ràng.	11 (1,9%)	11 (1,9%)	95 (16,7%)	232 (40,9%)	219 (38,6%)
Màn hình cửa phòng khám rõ ràng, dễ đọc khi gọi vào khám bệnh	11 (1,9%)	12 (2,1%)	63 (11,0%)	241 (42,5%)	241 (42,5%)

NB hài lòng và rất hài lòng về cơ sở vật chất của bệnh viện chiếm tỉ lệ cao (73,5-86,4%). NB đánh giá cơ sở vật chất bình thường và không hài lòng, như loa gọi NB vào làm thủ tục, máy lấy số thứ tự khám, nhà vệ sinh bẩn, không thuận tiện cho NB còn chiếm tỉ lệ cao (19,1-23,2%). Điểm hài lòng TB là 3,9 điểm. Điểm hài lòng chung về cơ sở vật chất phục vụ NB đạt 4,0 điểm. Kết quả này tương đồng với

nguyên cứu của Lê Thị Ngọc Lan và cộng sự (NB hài lòng và rất hài lòng về cơ sở vật chất của bệnh viện từ 81-84,7%). Tuy nhiên, NB cảm thấy bình thường và không hài lòng về phòng chờ thiếu tranh ảnh quảng cáo, tờ rơi chiếm 24,9%; rất và không hài lòng do thiếu ghế ngồi chiếm 5,8%.

Bảng 7. Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế (n = 568).

Câu hỏi	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
Bác sĩ có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực với người bệnh	7 (1,2%)	10 (1,8%)	46 (8,1%)	279 (49,1%)	226 (39,8%)
Bác sĩ có trình độ chuyên môn và xử lý công việc tốt	10 (1,8%)	7 (1,2%)	56 (9,8%)	294 (51,8%)	201 (35,4%)
Nhân viên phòng phát số có thái độ giao tiếp tốt, đúng mực	7 (1,2%)	10 (1,8%)	58 (10,2%)	318 (56,0%)	175 (30,8%)
Điều dưỡng phụ bác sĩ có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực với người bệnh	9 (1,6%)	9 (1,6%)	62 (10,9%)	299 (52,6%)	189 (33,3%)
Điều dưỡng phụ bác sĩ có trình độ chuyên môn và xử lý công việc tốt	8 (1,4%)	7 (1,2%)	69 (12,1%)	299 (52,7%)	185 (32,6%)
Nhân viên tài chính, kế toán có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực với người bệnh	7 (1,2%)	17 (3,0%)	77 (13,6%)	308 (54,2%)	159 (28,0%)
Nhân viên tài chính, kế toán có trình độ chuyên môn và xử lý công việc tốt	7 (1,2%)	11 (1,9%)	87 (15,3%)	287 (50,6%)	176 (31,0%)
Nhân viên khoa xét nghiệm có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực với người bệnh	7 (1,2%)	11 (1,9%)	87 (15,3%)	287 (50,6%)	176 (31,0%)
Nhân viên khoa X quang, siêu âm, điện tim... có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực với người bệnh	12 (2,1%)	10 (1,8%)	73 (12,8%)	287 (50,6%)	186 (32,7%)
Nhân viên Khoa Dược, cấp phát thuốc có lời nói, thái độ, giao tiếp đúng mực với người bệnh	7 (1,2%)	14 (2,5%)	74 (13,0%)	297 (52,3%)	176 (31,0%)
Nhân viên bàn hướng dẫn có thái độ giao tiếp tốt, tận tình	7 (1,2%)	12 (2,1%)	68 (12,0%)	286 (50,4%)	195 (34,3%)
Nhân viên bảo vệ, trông xe có thái độ, lời nói đúng mực	10 (1,8%)	10 (1,8%)	87 (15,3%)	288 (50,7%)	173 (30,4%)

Tỉ lệ NB hài lòng và rất hài lòng về thái độ ứng xử và trình độ chuyên môn của nhân viên Khoa Khám bệnh chiếm tỉ lệ cao, từ 81,1-88,9%. Điểm hài lòng chung về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn đạt 4,1 điểm. Tuy nhiên, vẫn còn NB cho rằng trình độ và thái độ ở mức bình thường và không hài lòng chiếm tỉ lệ không nhỏ (từ 16,6-17,2%), như thái độ ứng xử của nhân viên tài chính, khoa xét nghiệm (17,2%), nhân viên bảo vệ, trông xe có thái độ, lời nói đúng mực (17,1%).

Bảng 8. Kết quả cung cấp dịch vụ (n = 568).

Câu hỏi	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
Kết quả khám bệnh đã đáp ứng được nguyện vọng của ông/bà	7 (1,2%)	13 (2,3%)	64 (11,3%)	304 (53,5%)	180 (31,7%)
Hóa đơn, đơn thuốc, kết quả khám được cung cấp đầy đủ, rõ ràng, minh bạch; được giải thích nếu có thắc mắc	9 (1,6%)	12 (2,1%)	62 (11,0%)	305 (53,6%)	180 (31,7%)
Ông/bà đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế	8 (1,4%)	9 (1,6%)	63 (11,1%)	307 (54%)	181 (31,9%)
Ông/bà đánh giá mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế	6 (1,0%)	9 (1,6%)	75 (13,2%)	302 (53,2%)	176 (31,0%)

Điểm TB về kết quả cung cấp dịch vụ của bệnh viện đạt 4,1 điểm. NB hài lòng và rất hài lòng với kết quả cung cấp dịch vụ từ 84,2-85,9%; mức bình thường từ 11,0- 13,2%. Nhìn chung NB hài lòng với kết quả cung cấp dịch vụ của bệnh viện nhưng chưa cao. Bệnh viện cần nâng cao uy tín, công khai minh bạch các dịch vụ khám chữa bệnh nhằm thu hút sự tin tưởng của NB với bệnh viện trong thời gian tới.

Bảng 9. Đánh giá hài lòng chung về đợt khám bệnh (n = 568).

Câu hỏi	Rất không hài lòng	Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	Rất hài lòng
Đánh giá mức độ hài lòng chung về đợt khám bệnh	3 (0,5%)	10 (1,8%)	86 (15,1%)	335 (59,0%)	134 (23,6%)

NB hài lòng chung về đợt khám bệnh tại Bệnh viện Quân y 354 chiếm 82,6%, điểm TB chung đạt được là 4,0 điểm; tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Thủy và cộng sự năm 2004, tỉ lệ hài lòng của NB huyện Hòa Thành - Tây Ninh là 82,16% [6].

Bảng 10. Đáp ứng nhu cầu khám bệnh cho đối tượng nghiên cứu (n = 568).

Câu hỏi	0-20%	21-40%	41-60%	61-80%	81-100%	> 100%
Nhận xét một cách khách quan thì bệnh viện đã đáp ứng được bao nhiêu % so với mong đợi của ông/bà trước khi đến khám?	0	3 (0,5%)	33 (5,8%)	218 (38,4%)	314 (55,3%)	0

NB đánh giá bệnh viện đã đáp ứng nhu cầu khám bệnh từ 81-100% là 55,3%; từ 61-80% là 38,4%. Không có NB nào đánh giá ở mức từ 0-20% và trên 100%.

Bảng 11. Nhu cầu khám bệnh của đối tượng nghiên cứu.

Câu hỏi	Chắc chắn không bao giờ quay lại	Không muốn quay lại nhưng có ít lựa chọn khác	Có thể sẽ quay lại	Chắc chắn quay lại hoặc giới thiệu cho người khác	Khác
Nếu có nhu cầu khám bệnh, ông/bà có quay trở lại hoặc giới thiệu cho người khác đến không?	0	3 (0,5%)	138 (24,3%)	392 (69,0%)	35 (6,2%)

Khảo sát về nhu cầu khám bệnh của đối tượng nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 354 thấy, số NB sẽ quay lại viện khám chiếm 69,0%, bên cạnh đó số NB chưa chắc chắn hoặc có thể sẽ quay lại khám bệnh chiếm tỉ lệ cao 24,3%. Vì vậy, bệnh viện nên tìm hiểu rõ nguyên nhân từ những NB này và có biện pháp khắc phục để nâng cao uy tín của bệnh viện.

4. KẾT LUẬN.

Khảo sát ý kiến của 568 NB đến khám tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện quân y 354, từ 15/7/2017 đến 15/9/2017, NB đồng ý tham gia nghiên cứu, kết luận:

- Tỉ lệ hài lòng về khả năng tiếp cận dịch vụ chiếm từ 84,1-89,3%, đạt điểm TB 4,0 điểm.
- Tỉ lệ hài lòng về sự minh bạch thông tin, thủ tục khám bệnh chiếm 72,3-86,2%, đạt 4,0 điểm.
- Tỉ lệ hài lòng về sở vật chất, phương tiện phục vụ người bệnh từ 73,5-86,4%, đạt 4,0 điểm.
- Tỉ lệ hài lòng về thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế từ 81,1-88,9%, đạt 4,1 điểm.
- Tỉ lệ hài lòng về kết quả cung cấp dịch vụ từ 84,2-85,9%, đạt 4,1 điểm.
- Đáp ứng khám bệnh từ 81-100% chiếm 55,3%, từ 61-80% chiếm 38,4%.
- 69,0% NB chắc chắn quay lại khám bệnh.
- Tỉ lệ hài lòng chung về kết quả cung cấp dịch vụ là 82,6%, đạt 4,0 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2013), *Quyết định số 4448 về triển khai thực hiện đo lường sự hài lòng đối với dịch vụ y tế công*.
2. Bộ Y tế (2013), *Thông tư 19 Hướng dẫn thực hiện quản lý chất lượng dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh tại bệnh viện*.
3. Bộ Y tế (2014), *Thông tư 07 Quy định về quy tắc ứng xử của công chức, viên chức, người lao động làm việc tại các cơ sở y tế*.
4. Cục quản lý khám, chữa bệnh - Bộ Y tế, *Mẫu phiếu khảo sát ý kiến người bệnh ngoại trú, Mẫu phiếu số 2*.
5. Quản lý chất lượng bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng (2010), *Giới thiệu chất lượng toàn diện và tổ chức thực hiện quản lý chất lượng toàn diện trong bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học, tr. 9-13.
6. Nguyễn Thị Thu Thủy (2005), *"Khảo sát sự hài lòng của người bệnh tại Bệnh viện huyện Hòa Thành - Tây Ninh"*, Kỷ yếu đề tài nghiên cứu khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ 2.
7. Lê Thị Ngọc Lan và CS (2017), *"Sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ y tế tại Viện Y học Phòng không không quân"*, Kỷ yếu Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quân, tr. 313-317.
8. Nguyễn Văn Chung (2014), *"Báo cáo khảo sát sự hài lòng của người bệnh, thân nhân người bệnh đến khám và điều trị nội trú tại Bệnh viện Quân y 110"*, Hội nghị khoa học chào mừng 65 năm truyền thống Bệnh viện Quân y 103. □

KHẢO SÁT TÂM LÝ NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU PHẪU THUẬT TẠI KHOA NGOẠI CHUNG, BỆNH VIỆN QUÂN Y 354, NĂM 2016

CNDD. TẠ QUÝ SƠN, ThS. TRẦN THỊ PHƯƠNG LAN,
CNDD. NGUYỄN THỊ THU THỦY
Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN MINH HIẾU
Nguyên Trưởng Phòng Khoa học - Quân huấn,
Cục Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu xã hội học, mô tả cắt ngang 546 người bệnh có chỉ định phẫu thuật theo kế hoạch, tại Khoa Ngoại chung, Bệnh viện Quân Y 354, từ tháng 9/2016 đến tháng 9/2017.

Kết quả: Người bệnh là nam giới (65,20%) nhiều hơn người bệnh nữ giới (34,80%). Chủ yếu người bệnh trong độ tuổi từ 51-60 tuổi (33,15%), có trình độ học vấn trung cấp (62,64%) và đã tự tìm hiểu về bệnh (83,52%). Trước phẫu thuật, 62,45% người bệnh lo bị đau đớn trong và sau mổ, 38,83% người bệnh lo phẫu thuật không thành công, 68,86% người bệnh lo lắng về vấn đề kinh tế, 85,16% người bệnh lo lắng các vấn đề khác. Sau phẫu thuật, 82,60% người bệnh không muốn nằm lại phòng gây mê - hồi sức, 79,12% người bệnh sợ đau khi tiêm thuốc, 82,6% người bệnh có nguyện vọng được bác sĩ thăm khám từ 2 lần trở lên trong ngày, 100% người bệnh mong muốn được vệ sinh răng miệng, 65,20% người bệnh mong muốn được gội đầu và 82,97% người bệnh mong muốn được thay quần áo sạch hằng ngày.

Từ khóa: Tâm lý người bệnh, trước và sau mổ, Bệnh viện Quân y 354.

ABSTRACT: Sociological study, cross-sectional description of 546 patients with indications of planned surgery, at the Department of general surgery, Military hospital 354, from September 2016 to September 2017.

Results: Male patient (65.20%) were more than female patients (34.80%). Most patients aged 51-60 years (33.15%), with secondary education (62.64%) and self-study about the disease (83.52%). Before surgery, 62.45% of patients were afraid of pain during and after surgery, 38.83% of patients were troubled about unsuccessful surgery, 68.86% of patients were worried about the economic problem, 85.16% patients were worried about other problems. After surgery, 82.60% of patients did not want to stay in the room of anesthesia - intensive care, 79.12% of patients were afraid of pain when injecting drugs, 82.6% of patients had aspirations to be examined by medical doctors twice or more during the day, 100% of patients want to have dental hygiene, 65.20% of patients want to wash their hair and 82.97% of patients want to change clean clothes every day.

Keywords: Psychology of patients, before and after surgery, Military hospital 354.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Tạ Quý Sơn, Email: tasonlqh@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 26/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Người bệnh (NB) trước khi phẫu thuật thường có diễn biến tâm lý khác nhau. Những lo lắng về tình trạng bệnh lý, mức độ nguy hiểm của phẫu thuật, nhân sự kíp mổ và trình độ của phẫu thuật viên, tiên lượng về cuộc mổ và các tai biến, biến chứng của phẫu thuật... luôn có những tác động nhất định đến tâm lý NB. Diễn biến tâm lý đó có tác động hai chiều tới sự thành công của cuộc phẫu thuật. Nếu tâm lý ổn định, yên tâm và tin tưởng vào điều trị, có thể giúp NB phục hồi nhanh hơn. Ngược lại, nếu NB quá lo lắng, nghi ngờ, có thể làm ảnh hưởng xấu đến quá trình điều trị [2]. Vì vậy, với NB có hệ thần kinh cân bằng, cân động viên giải thích cho họ yên tâm

điều trị; với NB có hệ thần kinh không cân bằng hoặc thần kinh yếu, việc tư vấn tâm lý, chuẩn bị chu đáo trước mổ là rất quan trọng. Ngoài động viên, giải thích, NB cần được nâng cao thể trạng, điều trị an thần tốt và có thể nhờ sự giúp đỡ của những NB đã mổ có kết quả tốt trước đó nói chuyện, giải thích để họ hiểu, yên tâm, tin tưởng hơn vào đội ngũ phẫu thuật viên [6]. Đồng thời, các nhân viên y tế cần quan tâm đến tâm tư, nguyện vọng của NB mới có thể chăm sóc một cách tốt nhất.

Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm khảo sát tâm lý NB trước và sau phẫu thuật, tại Khoa Ngoại chung, Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

546 NB có chỉ định phẫu thuật theo kế hoạch, tại Khoa Ngoại chung, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 9/2016 đến tháng 9/2017.

Loại trừ NB mổ cấp cứu; NB có rối loạn tâm thần hay trầm cảm, không tiếp xúc được; NB không có khả năng trả lời câu hỏi; NB không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu xã hội học, mô tả cắt ngang.

- Các bước tiến hành:

+ Phỏng vấn NB có chỉ định phẫu thuật theo bộ câu hỏi đã xây dựng sẵn.

+ Thời điểm phỏng vấn: khi NB tỉnh táo, có thể tiếp xúc được, bình tĩnh trả lời các câu hỏi trước mổ 1 ngày, tại phòng mổ, sau mổ về khoa điều trị, chăm sóc, theo dõi, trước khi tiêm thuốc.

- Tổng hợp, thống kê số liệu, phân tích đánh giá những yếu tố liên quan.

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm NB nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm NB nghiên cứu (n = 546):

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ %
Tuổi đời	Dưới 30	120
	Từ 30-40	54
	Từ 41-50	48
	Từ 51-60	181
	Trên 60	143
Giới tính	Nam	356
	Nữ	190
Trình độ học vấn	Phổ thông	104
	Trung cấp	342
	Đại học, sau đại học	100
Tự tìm về hiểu bệnh	Có	456
	Không	90

Chiếm tỉ lệ cao nhất là NB từ 51-60 tuổi (33,15%), tiếp đến là NB trên 60 tuổi (26,19%). NB nam (65,20%) nhiều hơn NB nữ (34,80%). 62,64% NB có trình độ học vấn trung cấp, 18,32% NB có trình độ học vấn đại học và sau đại học, 19,04% NB có trình độ học vấn phổ thông; phù hợp với cơ cấu mặt bệnh thu dung tại khoa điều trị. 83,52% NB tự tìm hiểu về bệnh, 16,48% NB không tự tìm hiểu về bệnh. Điều này cho thấy, đa số người bệnh tìm hiểu về bệnh, phương thức tìm hiểu chủ yếu qua các phương tiện truyền thông;

những NB không tự tìm hiểu về bệnh có thể do ít có điều kiện tiếp xúc với các phương tiện thông tin đại chúng, không được tư vấn khi khám bệnh, ngại tìm hiểu về bệnh tật... Như vậy, bên cạnh việc điều trị, chăm sóc của nhân viên y tế cũng cần phải tăng cường công tác tư vấn, hướng dẫn người bệnh nâng cao kiến thức và tự hiểu cách chăm sóc dự phòng bệnh tật cho bản thân, từ đó có sự chuẩn bị sẵn sàng về tâm lý khi mình mắc bệnh, nâng cao hiệu quả cho điều trị chăm sóc.

3.2. Diễn biến tâm lý NB trước và sau mổ:

Bảng 2. Lo lắng của NB trước mổ (n = 546):

Nội dung	Có	Không
Lo đau khi phẫu thuật	341 (62,45%)	205 (37,55%)
Lo phẫu thuật không thành công	212 (38,83%)	334 (61,17%)
Lo không đủ tiền viện phí	376 (68,86%)	170 (31,14%)
Lo lắng các vấn đề khác	465 (85,16%)	81 (14,84%)

62,45% NB lo bị đau đớn trong và sau mổ. Triệu chứng đau gây cảm giác rất khó chịu, tạo ra hàng loạt các rối loạn tại chỗ và toàn thân, dẫn đến tình trạng mất ngủ, tăng huyết áp, rối loạn tim mạch... gây ảnh hưởng xấu đến tâm lý và sự phục hồi của NB [4]. Vì vậy, việc tư vấn kỹ về vấn đề giảm đau trước, trong và sau mổ là rất quan trọng, để NB hiểu và an tâm khi có chỉ định phẫu thuật. Tỉ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Thái Hoàng Đế, Dương Thị Mỹ Thanh (83,43%) NB lo bị đau đớn trong và sau mổ [4]. Điều này cho thấy, việc giải thích cho NB hiểu về quy trình phẫu thuật của Bệnh viện Quân y 354 là đầy đủ. 38,83% NB lo phẫu thuật không thành công. Đây là những NB đã phải trải qua các cuộc mổ, nên không sợ đau mà lo sợ cuộc mổ có biến chứng. 85,16% NB lo lắng các vấn đề khác, như sẽ tàn phế, không đi lại được, trở thành người "vô dụng", phụ thuộc hoàn toàn vào gia đình. 68,86% NB lo lắng về vấn đề kinh tế trong điều trị, phẫu thuật...

- Tâm lý NB trong phòng mổ (n = 546):

+ Yên tâm, không lo lắng: 404 NB (73,99%).

+ Không yên tâm, lo lắng nhiều: 142 NB (26,01%).

Có 26,01% NB không yên tâm, lo lắng nhiều trong phòng mổ. Có thể do các bác sĩ, điều dưỡng viên khoa điều trị và nhân viên y tế phòng mổ chưa tư vấn, giải thích cặn kẽ, chưa động viên tinh thần NB trước khi vào phòng mổ, hoặc NB có thần kinh kém.

- Tâm lý NB ngay sau mổ (n = 546):

+ Muốn về phòng bệnh: 451 NB (82,60%).

+ Muốn ở lại phòng hồi sức: 95 NB (17,40%).

82,60% NB không muốn nằm lại Phòng Gây mê-hồi sức, nơi có khả năng và điều kiện, phương tiện chăm sóc NB ngay sau mổ tốt hơn. Có thể do NB lo lắng, muốn gặp người thân, đặc biệt là NB lớn tuổi. Vì vậy, vai trò của nhân viên phòng gây mê-hồi sức phải luôn chia sẻ, động viên khi NB đã thoát mê để họ ổn định tâm lý sau phẫu thuật một cách nhanh nhất. Ở nhiều nước tiên tiến, để nâng cao chất lượng chăm sóc điều trị và làm tăng mức độ hài lòng của NB, người nhà NB, bệnh viện có thể trang bị cầu truyền hình để NB và người nhà có sự tương tác ngay sau mổ. Sự giao tiếp giữa NB đã hồi tỉnh và người thân sẽ giúp cả hai bên giảm bớt lo lắng, thậm chí đây có thể là động tác làm yên tâm cả những NB chưa mổ nằm cùng phòng [5].

- Tâm lý tin tưởng và không tin tưởng khi NB về khoa điều trị (n = 546):

+ Tin tưởng: 479 NB (87,73%).

+ Không tin tưởng: 67 NB (12,27%).

12,27% NB lo lắng, chưa tin tưởng, như lo nhân viên y tế chăm sóc không chu đáo, lo phải nằm viện lâu, chưa tin tưởng là kết quả tốt, có hay không có các biến chứng... Điều này cho thấy, nhân viên y tế cần phải tư vấn cho NB hiểu rõ hơn về bệnh, dự kiến thời gian điều trị để NB yên tâm; tạo niềm vui bằng cách làm cầu nối giao lưu giữa những NB với nhau; thiết lập mối quan hệ thân thiện giữa NB và nhân viên y tế. Việc tư vấn ban đầu và thông báo kết quả ngay sau mổ của phẫu thuật viên là rất quan trọng, có thể cho NB xem phim Xquang đối chiếu trước và sau mổ, nói rõ cho NB những nhận xét tốt về diễn biến bệnh... Hiện tại, Khoa Ngoại chung đã duy trì đi buồng điểm bệnh hằng ngày, đáp ứng được yêu cầu thăm khám, theo dõi sát diễn biến, đưa ra chỉ định điều trị, chăm sóc kịp thời và có thể giải đáp các thắc mắc ngay tại giường bệnh. Đây cũng là một biện pháp giải tỏa tâm lý rất tốt cho NB.

87,73% NB khi vào viện điều trị tin tưởng vào công tác chăm sóc của nhân viên y tế. Điều này cho thấy, uy tín của Khoa Ngoại chung đối với NB và người nhà NB ngày càng tăng.

- Tâm lý NB khi được tiêm thuốc (n = 546):

+ Sợ đau khi được tiêm: 432 NB (79,12%).

+ Không sợ đau khi được tiêm: 114 NB (20,88%).

79,12% NB sợ đau khi được tiêm thuốc. Đây là yếu tố chung của rất nhiều NB. Vì vậy, khi thực hiện nhiệm vụ tiêm truyền, điều dưỡng viên cần kết hợp tốt giữa kỹ thuật với giao tiếp để tư vấn, động viên và giải thích cho NB hiểu mục đích và tác dụng của kỹ thuật tiêm truyền, phù hợp với từng mặt bệnh. Khi NB đã hiểu thì sẽ hoàn toàn yên tâm phối hợp để thực hiện thành công các kỹ thuật, hạn chế tối đa các tai biến không mong muốn, nâng cao chất lượng phục vụ chăm sóc

điều trị, nâng cao tỉ lệ hài lòng của NB.

- Những điều NB mong muốn ở bác sĩ (n = 546):

+ Bác sĩ khám bệnh cho mình 1 lần trong ngày: 95 NB (17,40%).

+ Bác sĩ khám bệnh cho mình ≥ 2 lần trong ngày: 451 NB (82,60%).

82,60% NB có nguyện vọng được bác sĩ thăm khám từ 2 lần trở lên trong vòng 24 giờ. Qua đó, NB có thể hỏi thêm về tình trạng bệnh, hiểu rõ hơn bệnh tật của bản thân. Nhưng cũng có ý kiến mong muốn chất lượng của lần khám bệnh hơn là số lượng lần khám bệnh. Hiện nay, việc thăm khám thường quy vào các buổi sáng và đi buồng điểm bệnh được các khoa điều trị Bệnh viện Quân y 354 thực hiện rất nghiêm túc. Qua đó, đáp ứng được phần nào mong muốn của NB, nâng cao chất lượng chuyên môn, theo dõi, bám sát và phát hiện kịp thời các diễn biến bất thường có thể ảnh hưởng tới tính mạng NB [1].

Bảng 3. Nhu cầu được chăm sóc (n = 546):

Mong muốn của NB	Có	Không
Vệ sinh răng miệng hằng ngày	546 (100%)	0
Gội đầu hằng ngày	356 (65,20%)	190 (34,80%)
Thay quần áo hằng ngày	453 (82,97%)	93 (17,03%)

100% NB mong muốn được vệ sinh răng miệng hằng ngày, 86,97% NB mong muốn được thay quần áo sạch hằng ngày, 17,03% ngại ngùng và sợ làm phiền nhân viên y tế, 65,20% NB mong muốn được gội đầu. Theo các nghiên cứu khác, NB được thực hiện các dịch vụ gội đầu tại giường, massage bấm huyệt sẽ cảm thấy thoải mái, thư thái và dễ ngủ hơn sau những ngày phải nằm bất động. Tuy nhiên, nhiều NB vẫn còn lo lắng về chi phí phải trả, nên dịch vụ này vẫn còn hạn chế, chưa được thực hiện thường xuyên. Mặt khác, điều dưỡng cần thực hiện đầy đủ nhiệm vụ theo Thông tư 07/BYT/2011 của Bộ Y tế, hướng dẫn cách vệ sinh thân thể cho NB và hướng dẫn người nhà NB hiểu, phối hợp tốt với nhân viên y tế. NB luôn mong muốn được cung cấp nhiều hơn nữa những dịch vụ có chất lượng. Chính vì thế, việc nâng cao dịch vụ chăm sóc cần được chú trọng nhằm mục đích hướng tới nâng cao sự hài lòng của NB hơn nữa đối với bệnh viện.

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 546 NB có chỉ định phẫu thuật theo kế hoạch tại Khoa Ngoại chung, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 9/2016-9/2017, kết luận:

- NB nam giới (65,20%) nhiều hơn NB nữ giới (34,80%). Chủ yếu NB trong độ tuổi từ 51-60 tuổi (33,15%), có trình độ học vấn trung cấp (62,64%), tự tìm hiểu về bệnh (83,52%).

- Trước phẫu thuật: 62,45% NB lo bị đau đớn trong và sau mổ, 38,83% NB lo phẫu thuật không thành công, 68,86% NB lo lắng về vấn đề kinh tế, 85,16% NB lo lắng các vấn đề khác. Sau phẫu thuật: 82,60% NB không muốn nằm lại phòng gây mê - hồi sức, 79,12% NB sợ đau khi tiêm thuốc, 82,6% NB có nguyện vọng được bác sĩ thăm khám từ 2 lần trở lên trong ngày, 100% NB mong muốn được vệ sinh răng miệng, 65,20% NB mong muốn được gọi đầu và 82,97% NB mong muốn được thay quần áo sạch hằng ngày.

Qua nghiên cứu trên, chúng tôi kiến nghị:

- Cần tăng cường công tác tập huấn, đào tạo liên tục cho nhân viên y tế về kỹ năng tư vấn, giải thích, động viên NB trước, trong và sau phẫu thuật.

- Tập huấn nâng cao cho bác sĩ, kỹ thuật viên và điều dưỡng về các phương pháp, kỹ thuật giảm đau để tư vấn cho NB bớt lo lắng ngay từ khi có chỉ định phẫu thuật.

- Tăng cường các dịch vụ tiện ích có chất lượng cao, phục vụ chăm sóc sức khỏe NB, như cắt tóc, tắm khô, massage, gội đầu, phục hồi chức năng tại khoa phẫu thuật...

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2006), 44 Chế độ bệnh viện, Nhà xuất bản Y học.
2. Nguyễn Văn Bình (2012), Chuẩn bị tâm lý người bệnh trước mổ, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. Trần Đăng Luân (1987), "Khảo sát tâm lý NB lớn tuổi sau phẫu thuật", Kỷ yếu các công trình khoa học Hội Điều dưỡng toàn quốc lần III, Nhà xuất bản Giao thông vận tải, 2007: 55-61.
4. Thái Hoàng Đế, Dương Thị Mỹ Thanh (2011), Đánh giá tâm lý NB trước và sau phẫu thuật tại Bệnh viện An Giang, tr. 187-193.
5. Phạm Thị Liễu và CS (2007), Đánh giá hiệu quả tâm lý NB sau phẫu thuật tại Bệnh viện Việt-Tiệp, Hải Phòng. □

NHÂN XÉT KẾT QUẢ CHUẨN BỊ BỆNH NHÂN NỘI SOI ĐẠI TRÀNG...

(Tiếp theo trang 78)

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 78 BN có chỉ định nội soi đại tràng và được chuẩn bị đại tràng bằng uống Fleet phospho Soda, từ tháng 10 đến tháng 12/2016, tại Khoa Nội tiêu hóa, Bệnh viện Quân y 354, chúng tôi rút ra kết luận:

- Sau khi uống thuốc, các BN đi ngoài trung bình $7,6 \pm 1,8$ lần, trong đó 20 BN (25,6%) đi ngoài dưới 5 lần; 47 BN (60,3%) đi ngoài từ 5-10 lần; 11 BN (14,1%) đi ngoài trên 10 lần. Tính chất phân lần đi ngoài cuối cùng có 14 BN (18,0%) là nước trong, không màu; 54 BN (69,2%) là nước trong, vàng; 10 BN (12,8%) là nước đục, lợn cợn.

- Có 70 BN (89,7%) hoàn thành cuộc soi đến van Bauhin; 5 BN (6,5%) cuộc soi không hoàn thành vì bẩn và 3 BN (3,8%) bỏ cuộc không soi vì rất bẩn. Đánh giá kết quả chung theo thang điểm Boston: 62 BN (79,5%) được chuẩn bị đại tràng đầy đủ; 16 BN (20,5%) không được chuẩn bị đại tràng đầy đủ; điểm Boston trung bình là $5,7 \pm 2,0$ điểm. Tác dụng không mong muốn của thuốc: 13 BN (16,7%) buồn nôn và nôn; 35 BN (44,9%) thấy vị thuốc khó uống; 15 BN (19,2%) chướng bụng; 7 BN (8,9%) thấy mệt mỏi; 1 BN (1,3%) bị hạ huyết áp phải xử trí.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. American Gastroenterological Association, *Bowel cleansing for colonoscopy*, <http://www.gastro.org/>.
2. A.H.Calderwood, B.C. Jacobson (2010). Comprehensive validation of the Boston Bowel Preparation Scale, *Gastrointest Endosc*, 72 (4), 686-92.
3. Bowel preparation before colonoscopy (2015), *Gastrointestinal Endoscopy*, 81 (4), 781-789.
4. Đỗ Thị Việt Phương, Đào Viết Quân và CS (2017), "Đánh giá hiệu quả làm sạch của Monobasic Sodium Phosphate so với Polyethylen Glycol trên người bệnh có chỉ định nội soi đại tràng", Báo cáo Hội nghị Khoa học chuyên ngành Nội soi tiêu hóa dành cho điều dưỡng - kỹ thuật viên, Trường Đại học Y Hà Nội, 8/2017, 96-104.
5. Gao Y, Lin J.S, Zhang H.D, Lin M.X, Cheng C.S, Wu S.Z (2013), "Pilot validation of the Boston Boerl Preparation Scale in China", *Dig Endosc* 2013; 25: 167-73.
6. Hoonsub So, Sun Jin Boo, Hyungil Seo (2015), "Patient Descriptions of Rectal Effluents May Help to Predict the Quality of Bowel Preparation With Photographic Examples", *Intestinal Research*, 13 (2).pp 153 - 159.
7. Lai E.J, Calderwood A.H, Doros G, Fix O.K, Jacobsen B.C (2009), "The Boston Bowel Preparation Scale: a valid and reliable instrument for colonoscopy - oriented research", *Gastrointest Endosc*, 69 (3), 620-625.
8. Phùng Xuân Toàn (2015), Đánh giá hiệu quả làm sạch của các chế phẩm Sodium Phosphate, Polyethylene Glycol và Sodium Picosulfate/Magnesium Citrate trong chuẩn bị nội soi đại tràng, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội. □

KHẢO SÁT SỰ TUÂN THỦ 5 THỜI ĐIỂM VỆ SINH TAY CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI KHOA CHẤN THƯƠNG CHÍNH HÌNH, BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

CNDD. NGUYỄN HỮU HUẤN

CNDD. LÃ THỊ THANH LÂM

Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: GS.TS. LÊ TRUNG HẢI

Nguyên Phó Cục trưởng Cục Quân y

TÓM TẮT: Khảo sát sự tuân thủ 5 thời điểm và quy trình vệ sinh tay trên 16 nhân viên y tế Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 9/2017-1/2018, kết quả cho thấy:

- Tỷ lệ tuân thủ 5 thời điểm vệ sinh tay chung của các đối tượng đạt 61,46% và ở các thời điểm trước khi làm các thủ thuật vô khuẩn: 81,25%; sau khi tiếp xúc với máu, dịch tiết của người bệnh: 80,64%; sau khi tiếp xúc với người bệnh: 58,37%; trước khi tiếp xúc với người bệnh: 56,36%; sau khi tiếp xúc với vật dụng xung quanh người bệnh: 48,77%.

- Tỷ lệ tuân thủ đúng 6 bước trong quy trình vệ sinh tay của các đối tượng nghiên cứu cao hơn ở các bước 1, 2, 3 và thấp ở các bước 4, 5, 6. Tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay từ bước 1 đến bước 6 của điều dưỡng lần lượt là 100%, 100%, 84,1%, 45,3%, 39,2%, 21,6%; của bác sĩ lần lượt là 100%, 100%, 80,5%, 38,5%, 23,8%, 14,7% và của hộ lý lần lượt là 100%, 100%, 72,5%, 31,3%, 26,3%, 16,0%.

Từ khóa: Vệ sinh tay, tuân thủ quy trình, điều dưỡng.

ABSTRACT: Investigation of the compliance of Five moments and hand hygiene procedures in 16 medical workers at the Department of Trauma - Orthopedics, Military hospital 354, from September 2017 to January 2018. The results showed that:

- The compliance rate of "Five moments for hand hygiene" of the medical workers reached 61.46% and at the time before the sterilization procedures: 81.25%; after contact with the patient's blood and body fluids: 80.64%; after contact with patients: 58.37%; before contact with patients: 56.36%; after contact with objects around patients: 48.77%.

- The rate of compliance with 6 steps in the hand hygiene procedures of the study subjects was higher than in steps 1, 2, 3 and lower than in steps 4, 5, 6. The rate of hand hygiene compliance from step 1 to step 6 of the nursing were 100%, 100%, 84.1%, 45.3%, 39.2%, 21.6% respectively; of the medical doctors were 100%, 100%, 80.5%, 38.5%, 23.8%, 14.7% respectively and of the nurses were 100%, 100%, 72.5%, 31.3%, 26.3%, 16.0% respectively.

Keywords: Hand hygiene, compliance of the procedures, nursing.

Chịu trách nhiệm nội dung: CNDD. Nguyễn Hữu Huấn, Email: galaxy.nhh@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 12/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Theo nhiều nghiên cứu, tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện chiếm khoảng 5-10% ở các nước phát triển và 15-20% ở các nước đang phát triển [2]. Có nhiều yếu tố tác động đến tình trạng nhiễm khuẩn bệnh viện, như môi trường ô nhiễm, xử lý dụng cụ y tế, bệnh truyền nhiễm, các thủ thuật xâm lấn, phẫu thuật, sự không tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn... Trong đó, sự ô nhiễm bàn tay của nhân viên y tế là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến nhiễm khuẩn bệnh viện. Trong các biện pháp kiểm soát nhiễm khuẩn, vệ sinh tay (VST) là biện pháp đơn giản và hiệu quả nhất.

Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) cũng cho rằng rửa tay là "liều vắc xin tự chế" đơn giản, hiệu quả, chi phí thấp [4]. Chỉ bằng biện pháp làm sạch tay đã có thể giảm tới 35% khả năng lây truyền vi khuẩn gây bệnh tiêu chảy - căn bệnh gây tử vong hàng triệu người mỗi năm trên thế giới. Việc rửa tay cũng có thể làm giảm rủi ro nhiễm khuẩn đường hô hấp từ 19-45% [3].

Từ năm 2010, Bộ Y tế đã phát động phong trào "Bảo vệ sự sống - hãy vệ sinh tay", tổ chức vào ngày 5/5 hàng năm. Vệ sinh tay được quy định tại Điều 1, Thông tư số 18/2009 TT-BYT (hướng dẫn tổ chức thực hiện công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám chữa bệnh),

Bộ Y tế ban hành ngày 14/10/2009. Quy trình vệ sinh tay thường quy cũng được Bộ Y tế quy định và hướng dẫn tại Công văn số 7517/BYT-ĐTTr, ban hành ngày 12/10/2007 [1].

Tại Bệnh viện Quân y 354, toàn thể nhân viên y tế đã được quán triệt nội dung Công văn số 7517/BYT-ĐTTr, được tập huấn về thời điểm và quy trình rửa tay thường quy. Tại Khoa Chấn thương Chỉnh hình của Bệnh viện, VST hiện đã trở thành một việc thường quy của nhân viên y tế. Song, để VST vào đúng 5 thời điểm và theo đúng quy trình rửa tay Bộ Y tế quy định cho nhân viên y tế vẫn đang còn cần nhiều sự quan tâm, đôn đốc.

Để có cơ sở tham mưu cho lãnh đạo, chỉ huy Bệnh viện tổ chức, triển khai thực hiện đúng quy trình rửa tay chuẩn, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu khảo sát sự tuân thủ 5 thời điểm rửa tay và quy trình rửa tay của nhân viên y tế Khoa Chấn thương Chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 354 từ tháng 9/2017 đến tháng 01/2018.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

16 nhân viên y tế đang công tác tại Khoa Chấn thương chỉnh hình (Bệnh viện Quân y 354), trong đó có 5 bác sĩ điều trị, 10 điều dưỡng lâm sàng và 1 hộ lí.

Các nhân viên y tế đã được tập huấn về quy trình, 5 thời điểm vệ sinh tay theo Công văn số 7517/BYT-ĐTTr và có cơ hội vệ sinh tay trong thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Các bước tiến hành:

+ Tính toán cơ hội VST cần quan sát: dựa trên khối lượng công việc của nhân viên y tế (theo tỉ lệ 1 điều dưỡng/3 người bệnh, 1 bác sĩ/7 người bệnh, 1 hộ lí/7 người bệnh), tính ra được số cơ hội VST trung bình mỗi ngày của điều dưỡng lâm sàng là 28 cơ hội, của bác sĩ là 20 cơ hội và hộ lí là 15 cơ hội.

+ Các đối tượng nghiên cứu được đánh số thứ tự theo quy ước bí mật của nhóm quan sát và không biết thời điểm mình được quan sát. Thực hiện quan sát sự tuân thủ 5 thời điểm rửa tay của nhân viên y tế qua camera (đặt tại buồng hậu phẫu, Khoa Chấn thương chỉnh hình) và quan sát trực tiếp sự tuân thủ quy trình rửa tay của nhân viên y tế bằng mắt thường.

+ Thu thập kết quả quan sát theo mẫu phiếu giám sát thực hành cơ hội VST theo từng đối tượng nghiên cứu và xử lí kết quả.

- Thu thập và xử lí số liệu bằng các phương pháp thống kê y học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Kết quả tuân thủ VST theo 5 thời điểm qua camera:

Bảng 1. Sự tuân thủ VST của nhân viên y tế theo 5 thời điểm quan sát.

Thời điểm và đối tượng quan sát		Số cơ hội VST	Tuân thủ đúng
1. Trước khi tiếp xúc với người bệnh	Bác sĩ	1.380	485 (35,14%)
	Điều dưỡng	2.650	1.895 (71,51%)
	Hộ lí	450	145 (32,22%)
	Tổng số	4.480	2.525 (56,36%)
2. Trước khi làm thủ thuật vô khuẩn	Bác sĩ	550	396 (72,0%)
	Điều dưỡng	810	709 (87,53%)
	Hộ lí	0	0
	Tổng số	1.360	1.105 (81,25%)
3. Sau khi tiếp xúc người bệnh	Bác sĩ	1.380	561 (40,65%)
	Điều dưỡng	2.650	1.879 (70,91%)
	Hộ lí	450	175 (38,89%)
	Tổng số	4.480	2.615 (58,37%)
4. Sau khi tiếp xúc dịch tiết người bệnh	Bác sĩ	1.380	561 (40,65%)
	Điều dưỡng	2.650	1.879 (70,91%)
	Hộ lí	450	175 (38,89%)
	Tổng số	2.040	1.645 (80,64%)
5. Sau khi tiếp xúc vật dụng xung quanh người bệnh	Bác sĩ	420	205 (48,81%)
	Điều dưỡng	570	409 (71,75%)
	Hộ lí	1325	515 (38,87%)
	Tổng số	2.315	1.129 (48,77%)
Cộng		14.675	9.019 (61,46%)

Tỉ lệ tuân thủ đúng VST cao nhất ở thời điểm trước khi làm thủ thuật và sau khi tiếp xúc với dịch tiết người bệnh. Tỉ lệ tuân thủ đúng VST thấp nhất sau khi tiếp xúc với vật dụng xung quanh người bệnh và sau khi tiếp xúc với người bệnh.

Bảng 1. Sự tuân thủ 5 thời điểm VST của NVYT theo từng đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng		Số cơ hội VST	Tuân thủ đúng
Bác sĩ	Số 1	910	420 (46,15%)
	Số 2	870	456 (52,41%)
	Số 3	1.125	510 (45,33%)
	Số 4	793	502 (63,30%)
	Số 5	812	426 (52,46%)
	Chung	4.510	2.314 (51,31%)
Điều dưỡng	Số 1	810	590 (72,84%)
	Số 2	695	467 (67,19%)
	Số 3	630	545 (86,51%)

Đối tượng		Số cơ hội VST	Tuân thủ đúng
Điều dưỡng	Số 4	905	745 (82,32%)
	Số 5	710	405 (57,04%)
	Số 6	680	410 (60,29%)
	Số 7	720	630 (87,50%)
	Số 8	815	585 (71,78%)
	Số 9	905	710 (78,45%)
	Số 10	860	453 (52,67%)
Chung		7.730	5.540 (71,67%)
Hộ lí		2.435	1.165 (47,84%)
Cộng		14.675	9.019 (61,46%)

Tỉ lệ tuân thủ đúng 5 thời điểm VST ở bác sĩ (2.314/4.510 cơ hội, chiếm 51,31%) và hộ lí (1.165/2.435 cơ hội, chiếm 47,84%) thấp hơn ở điều dưỡng (5.540/7.730 cơ hội, chiếm 71,67%).

3.2. Kết quả tuân thủ 6 bước của quy trình VST qua quan sát bằng mắt thường:

Bảng 3. Tỉ lệ tuân thủ 6 bước quy trình VST của các đối tượng nghiên cứu.

Đối tượng		Bước 1	Bước 2	Bước 3	Bước 4	Bước 5	Bước 6
Bác sĩ	Số 1	400 (100%)	400 (100%)	300 (75,0%)	125 (31,3%)	80 (20,0%)	67 (16,8%)
	Số 2	400 (100%)	400 (100%)	325 (81,3%)	147 (36,8%)	95 (23,8%)	45 (11,3%)
	Số 3	400 (100%)	400 (100%)	315 (78,8%)	181 (45,3%)	104 (26,0%)	56 (14,0%)
	Số 4	400 (100%)	400 (100%)	350 (87,5%)	139 (34,8%)	101 (25,3%)	71 (17,8%)
	Số 5	400 (100%)	400 (100%)	320 (80,0%)	178 (44,5%)	97 (24,3%)	54 (13,5%)
	Chung	2.000 (100%)	2.000 (100%)	1.610 (80,5%)	770 (38,5%)	477 (23,9%)	293 (14,7%)
Điều dưỡng	Số 1	400 (100%)	400 (100%)	400 (100%)	178 (44,5%)	150 (37,5%)	98 (24,5%)
	Số 2	400 (100%)	400 (100%)	400 (100%)	185 (46,2%)	125 (31,2%)	120 (30,0%)
	Số 3	400 (100%)	400 (100%)	400 (100%)	155 (38,7%)	160 (40,0%)	65 (16,2%)
	Số 4	400 (100%)	400 (100%)	310 (77,5%)	165 (41,2%)	156 (39,0%)	112 (28,0%)
	Số 5	400 (100%)	400 (100%)	295 (73,7%)	187 (46,7%)	189 (47,2%)	58 (14,5%)
	Số 6	400 (100%)	400 (100%)	300 (75,0%)	195 (48,7%)	140 (35,0%)	55 (13,7%)
	Số 7	400 (100%)	400 (100%)	350 (87,5%)	190 (47,5%)	165 (41,2%)	96 (24,0%)
	Số 8	400 (100%)	400 (100%)	325 (81,2%)	170 (42,5%)	181 (45,2%)	87 (21,7%)
	Số 9	400 (100%)	400 (100%)	290 (72,5%)	210 (52,5%)	174 (43,5%)	98 (24,5%)
	Số 10	400 (100%)	400 (100%)	295 (73,7%)	178 (44,5%)	129 (32,2%)	76 (19,0%)
	Chung	4.000 (100%)	4.000 (100%)	3.365 (84,1%)	1.813 (45,3%)	1.569 (39,2%)	865 (21,6%)
Hộ lí		400 (100%)	400 (100%)	290 (72,5%)	125 (31,3%)	105 (26,3%)	64 (16,0%)

Tỉ lệ nhân viên y tế tuân thủ đúng quy trình VST nhiều hơn ở các bước 1, 2, 3 và giảm dần ở bước 4, bước 5, thấp nhất ở bước 6.

4. BÀN LUẬN

4.1. Về sự tuân thủ 5 thời điểm VST:

Theo các tiêu chí về tuân thủ 5 thời điểm VST của WHO, chúng tôi thấy tỉ lệ tuân thủ VST chung

của các đối tượng nghiên cứu còn thấp (chỉ đạt 61,46%). Ở thời điểm trước khi làm các thủ thuật vô khuẩn, tỉ lệ tuân thủ VST là cao nhất (81,25%), tiếp theo là thời điểm sau khi tiếp xúc máu, dịch tiết của người bệnh (80,64%), sau tiếp xúc với người bệnh (58,37%), trước khi tiếp xúc với người bệnh (56,36%). Tỉ lệ tuân thủ VST thấp nhất ở thời điểm sau khi tiếp xúc với vật dụng xung quanh người bệnh (48,77%).

Tỉ lệ tuân thủ VST giữa bác sĩ, điều dưỡng và hộ lí có sự chênh lệch rõ: tỉ lệ tuân thủ VST của bác sĩ (51,31%), thấp hơn nhiều so với điều dưỡng (71,67%). Điều dưỡng có ý thức rửa tay tốt hơn bác sĩ và hộ lí, đặc biệt trong các thời điểm trước khi làm thủ thuật vô trùng, sau khi tiếp xúc với người bệnh và sau khi tiếp xúc với dịch tiết của người bệnh. Kết quả trên cho thấy bác sĩ chỉ chú trọng VST trước khi làm thủ thuật vô trùng, còn trong khi thăm khám bệnh chưa chú trọng đến VST. Có thể do điều dưỡng viên hàng ngày trực tiếp thực hiện các thủ thuật trên người bệnh, như tiêm truyền, đặt sonde dạ dày, sonde tiểu, thay băng... nên thói quen tuân thủ VST cao hơn.

Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của một số tác giả khác (tỉ lệ tuân thủ VST của nhân viên y tế thời điểm sau khi tiếp xúc với người bệnh cao hơn so với thời điểm sau khi tiếp xúc vật dụng xung quanh người bệnh). Nghiên cứu của Lê Kiến Ngải tại Bệnh viện Nhi Trung ương [5], thấy tỉ lệ tuân thủ VST chung là 58,6%; trước khi làm thủ thuật vô khuẩn là 56,8% và sau khi tiếp xúc với người bệnh là 65,6%. Nghiên cứu của Tạ Thị Thành tại Bệnh viện Kontum [6] cũng cho thấy tỉ lệ tuân thủ VST chung của nhân viên y tế là 75%, trong đó bác sĩ là 60%, điều dưỡng là 83,5%; tỉ lệ tuân thủ VST thời điểm trước khi tiếp xúc với người bệnh là 63,56%, trước khi làm thủ thuật vô khuẩn là 79,93%, sau khi tiếp xúc với người bệnh là 41,0%, sau khi tiếp xúc với dịch tiết là 93,67% và sau tiếp xúc bề mặt xung quanh người bệnh là 35,38%. Trong Công văn số 7517/BYT-ĐTr, Bộ Y tế cũng đánh giá có tình trạng bác sĩ, hộ lí tuân thủ VST kém hơn điều dưỡng; nam giới tuân thủ VST kém hơn nữ giới; làm việc ở khu vực cấp cứu, hồi sức tích cực, thời gian làm việc trong tuần (không phải ngày cuối tuần), các thực hành chăm sóc có nguy cơ lây nhiễm cao thì tỉ lệ tuân thủ VST tay cao hơn [1]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy, tỉ lệ tuân thủ VST ở nhân viên y tế thay đổi từ 13-81%, tỉ lệ chung là 40,5%. Tỉ lệ tuân thủ VST không đồng nhất giữa các khu vực lâm sàng (khu vực hồi sức cấp cứu thường cao hơn các

khu vực khác), tỉ lệ tuân thủ VST ở bác sĩ thấp hơn các nhóm nhân viên y tế khác [1]. Tuân thủ VST trong các cơ sở khám chữa bệnh ở nước ta hiện nay hầu như chưa tốt. Một khảo sát tại 10 bệnh viện năm 2005 cho thấy tỉ lệ tuân thủ VST ở nhân viên y tế mới chỉ đạt 13,4%. Những năm gần đây, tỉ lệ tuân thủ VST ở các cơ sở y tế đã cải thiện đáng kể, song cũng chỉ mới đạt từ 30-40% [1].

Chúng tôi nhận thấy, yếu tố ảnh hưởng đến tỉ lệ VST ở nhân viên y tế chưa cao có thể do thiếu phương tiện (hóa chất, dụng cụ VST không có sẵn, không đặt ở vị trí thuận lợi nhất), nhận thức về tầm quan trọng của VST ở nhân viên y tế chưa thực sự đầy đủ, do áp lực về công việc (bệnh nhân đông) dẫn đến không có thời gian rửa tay, quên rửa tay khi kết thúc chăm sóc một bệnh nhân và chuyển sang chăm sóc bệnh nhân khác, thiếu kiểm tra giám sát hoặc thiếu các biện pháp tạo dựng thói quen VST. Nhân viên y tế chưa hình thành được ý thức và thói quen hoặc chưa coi trọng vấn đề VST, chỉ cảm nhận bằng mắt thấy tay vẫn sạch; ý thức bảo vệ cho người bệnh và cho chính mình vẫn thực sự còn hạn chế. Nhân viên y tế chỉ chú trọng VST khi làm thủ thuật vô trùng và sau khi tiếp xúc với dịch tiết người bệnh. Đây là hai thời điểm trong nghiên cứu có tỉ lệ VST cao nhất, do nhân viên ý thức sự quan trọng của vô khuẩn trong thực hiện các thủ thuật ngoại khoa và trực tiếp nhận thấy khi tiếp xúc dịch tiết bệnh nhân là bẩn nên cần rửa tay sau khi tiếp xúc.

Hơn nữa, trong rất nhiều yếu tố tác động tới tuân thủ VST không tốt ở nhân viên y tế thì việc lạm dụng găng tay và thói quen sử dụng một đôi găng để chăm sóc nhiều người bệnh là yếu tố quan trọng. Vi khuẩn trên người bệnh có thể thấy ở 30% tay nhân viên y tế có mang găng khi chăm sóc người bệnh. Các tác nhân gây bệnh xâm nhập vào tay nhân viên y tế qua các lỗ nhỏ ở găng hoặc khi tháo găng. Do vậy, mang găng không ngăn ngừa được ô nhiễm bàn tay và không thay thế được VST.

4.2. Về sự tuân thủ 6 bước quy trình VST:

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỉ lệ tuân thủ VST từ bước 1 đến bước 6 của điều dưỡng lần lượt là 100%, 100%, 84,1%, 45,3%, 39,2%, 21,6%; của bác sĩ lần lượt là 100%, 100%, 80,5%, 38,5%, 23,8%, 14,7% và của hộ lí lần lượt là 100%, 100%, 72,5%, 31,3%, 26,3%, 16%. Điều này cho thấy sự tuân thủ VST theo từng bước của cả bác sĩ, điều dưỡng và hộ lí đều cao ở bước 1, 2, 3, giảm dần ở bước 4, 5 và thấp

nhất ở bước 6. Tuy nhiên, ở từng bước, tỉ lệ tuân thủ của điều dưỡng đều cao hơn của bác sĩ và hộ lí.

Nghiên cứu của Tạ Thị Thành [6] năm 2013, tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kon Tum, tỉ lệ rửa tay thường quy và rửa tay nhanh đúng 6 bước được thực hiện tốt ở các đối tượng (lần lượt: bác sĩ 60% và 50%, điều dưỡng 85,7% và 68,7%, nữ hộ sinh 53,2% và 44,7%, sinh viên 66% và 38%, hộ lí 40% và 25%). Tác giả cho rằng tỉ lệ rửa tay thường quy và rửa tay nhanh đúng 6 bước của hộ lí thấp do đây là nhóm có trình độ thấp. Tỉ lệ rửa tay đúng 6 bước trong khoảng thời gian 30 giây chiếm cao nhất ở nhóm học sinh và điều dưỡng viên, do điều dưỡng viên là đối tượng chủ yếu, thường xuyên chăm sóc người bệnh nên việc rửa tay thường quy trở thành thói quen; còn học sinh là đối tượng đang trong giai đoạn học tập nên ý thức chấp hành quy định cao. Nhiều nhân viên y tế rửa tay theo quy trình 6 bước, song do bước 2, 4 có động tác khó nhớ, không thuận tay, nên dễ bị bỏ quên, cũng có thể do thói quen rửa tay không đúng cách đã được hình thành từ trước.

VST không đúng quy trình, không đúng kĩ thuật sẽ không có tác dụng loại bỏ vi khuẩn khỏi bàn tay. Một số vị trí như đầu ngón tay, kẽ móng tay, kẽ ngón tay, mu ngón cái và mu bàn tay là những vùng nhân viên y tế thường bỏ quên không chà rửa, do vậy không bảo đảm chăm sóc an toàn.

Chúng tôi nhận thấy, để thực hiện tốt 5 thời điểm VST, cần quan tâm đến các giải pháp:

- Nhân viên y tế cần nêu cao ý thức tuân thủ VST theo đúng các quy định nghiệp vụ, tạo thói quen tuân thủ VST trong hoạt động chăm sóc người bệnh hàng ngày.

- Người lãnh đạo, chỉ huy khoa thường xuyên quan tâm, chỉ đạo kiểm tra và hỗ trợ công tác VST, có kế hoạch tăng cường tuân thủ VST của khoa.

- Hệ thống kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện cần có chiến lược tuyên truyền, giáo dục, tập huấn cập nhật kiến thức về tuân thủ VST đến mọi nhân viên y tế; có bảng kiểm khảo sát sự tuân thủ VST và phản hồi cho giám sát viên kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Bệnh viện cần cung cấp đầy đủ dung dịch rửa tay nhanh phù hợp; tổ chức giám sát, đánh giá thường xuyên về chất lượng và thời điểm VST của nhân viên y tế.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu sự tuân thủ 5 thời điểm và quy trình VST của 16 nhân viên y tế Khoa Chẩn thương chỉnh hình, Bệnh viện quân y 354 (với 14.675 cơ hội VST), từ tháng 9/2017-01/2018, chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Tỉ lệ tuân thủ 5 thời điểm VST chung của nhân viên y tế đạt 61,46%, trong đó bác sĩ đạt 51,31%, điều dưỡng đạt 71,67% và hộ lí đạt 47,84%. Tỉ lệ tuân thủ VST của bác sĩ, điều dưỡng và hộ lí lần lượt ở từng thời điểm: trước khi tiếp xúc với người bệnh là 35,14%, 71,51% và 32,22%; sau khi tiếp xúc với người bệnh là 40,65%, 70,91% và 38,89%; sau khi tiếp xúc với dịch tiết người bệnh là 77,56%, 86,19% và 64,29%; sau khi tiếp xúc với vật dụng quanh người bệnh là 48,81%, 71,75% và 38,87%. Tỉ lệ tuân thủ VST trước khi làm các thủ thuật vô khuẩn của bác sĩ là 72,0% và của điều dưỡng là 87,5%.

- Tỉ lệ tuân thủ đúng 6 bước của quy trình VST ở các đối tượng nghiên cứu cao trong các bước 1, 2, 3 và thấp trong các bước 4, 5, 6. Tỉ lệ tuân thủ VST từ bước 1 đến bước 6 của điều dưỡng lần lượt là 100%, 100%, 84,1%, 45,3%, 39,2%, 21,6%; của bác sĩ lần lượt là 100%, 100%, 80,5%, 38,5%, 23,8%, 14,7% và của hộ lí lần lượt là 100%, 100%, 72,5%, 31,3%, 26,3%, 16,0%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế: Công văn số 7517/BYT-Đtr (2007) *Quy định và hướng dẫn quy trình VST thường quy.*
2. Nguyễn Việt Hùng (2010), *Vệ sinh tay*, Nhà xuất bản Y học.
3. Mai Ngọc Xuân (2010), *Khảo sát thái độ và sự tuân thủ rửa tay của bác sĩ và điều dưỡng tại các khoa trọng điểm, Bệnh viện Nhi đồng II, năm 2010.*
4. WHO (2009), *Guideline on Hand Hygien in Health Care: First Global patient Safty Challenge Clean Care Is Safer Care*, Geneva.
5. Lê Kiến Ngải, Lục Thị Thu Quỳnh và CS (2011), "Hiệu quả của các chương trình thúc đẩy tuân thủ VST tại Bệnh viện Nhi Trung ương", *Tạp chí Nghiên cứu y học lâm sàng*, Bệnh viện Trung ương Huế, 2011; 8 (6), tr 74-79.
6. Tạ Thị Thành (2013), "Nghiên cứu kiến thức và tuân thủ VST ở điều dưỡng Bệnh viện Kon Tum", *Tạp chí Nghiên cứu y học lâm sàng*, Bệnh viện Trung ương Huế, 2013; 8 (15), tr. 109-113. □

ĐÁNH GIÁ TUÂN THỦ QUY TRÌNH THAY BĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ SAU PHẪU THUẬT CẮT MỘNG GHÉP KẾT MẠC RÌA TỰ THÂN

ĐD. MAI THỊ MAI ANH, ĐD. NGUYỄN XUÂN BÁCH
ĐD. NGHIÊM THỊ NGỌC HUẾ - Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: TS. NGUYỄN ĐÌNH NGÂN
Chủ nhiệm Bộ môn Mắt, Học viện Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 3 điều dưỡng thực hiện 260 lượt kỹ thuật thay băng, tra thuốc mắt hằng ngày cho 130 mắt người bệnh sau mổ cắt mộng, ghép kết mạc rìa tự thân, tại Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 6/2017 đến tháng 06/2018. **Kết quả:** Kỹ năng chuẩn bị dụng cụ: 84,62% lượt đánh giá tốt, 11,54% lượt đánh giá đạt và 3,84% lượt đánh giá không đạt; kỹ thuật thay băng: 80,77% lượt đánh giá tốt, 16,54% lượt đánh giá đạt, 2,69% lượt đánh giá không đạt. Đánh giá chung thực hiện quy trình thay băng, chăm sóc sau phẫu thuật: 69,23% lượt đánh giá tốt, 26,92% lượt đánh giá đạt và 3,85% lượt đánh giá không đạt. Một số sai sót thường gặp trong quy trình thay băng: sát khuẩn tay nhanh (26,92%), ghi phiếu chăm sóc chưa đầy đủ (23,08%), tác phong của điều dưỡng chưa chuẩn (21,92%). Sai sót trong thực hiện kỹ năng tra thuốc nước là 36,15%, tra thuốc mỡ là 21,54% và thứ tự tra thuốc là 28,46%.

Từ khóa: Quy trình thay băng mắt, kỹ năng tra thuốc mắt.

ABSTRACT: Prospective study, cross-sectional description of three nurses, who performed 260 turns of daily bandages changes and eye drops for 130 patients' eyes after surgery of pterygium cutting and conjunctival limbal autograft, at the Ophthalmology Department, Military hospital 354, from June 2017 to June 2018. **Results:** The skills of instruments preparation: 84.62% turns of good assessment, 11.54% turns of rather an assessment and 3.84% turns of failures. The technique of bandages changes: 80.77% turns of good assessment, 16.54% turns of rather assessment, 2.69% turns of failures. The general assessment of the post-operative procedures of bandages changes and care: 69.23% turns of good assessment, 26.92% turns of rather an assessment and 3.85% turns of failures. Some common errors in the process of bandages changes: quick hand sterilization (26.92%), recording inadequate care cards (23.08%), the behavior of nursing was unqualified (21.92%). The errors in the implementation of eye drops were 36.15%, ointment use was 21.54% and the order of eye drops use was 28.46%.

Keywords: Procedures of eye bandages changes, skills of eye drops.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Nghiêm Thị Ngọc Huế, Email: quyanhnguyen0409@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 08/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Mộng là khối tăng sinh xơ mạch ở kết mạc nhãn cầu. Mộng thường có hình tam giác, ở góc trong hoặc ngoài, đỉnh hướng vào trung tâm giác mạc; gây cộm, vướng, làm giảm thị lực và mất mỹ quan cho người bệnh (NB) [2], [4], [6]. Đến nay, chưa có thuốc điều trị đặc hiệu mộng. Phẫu thuật cắt bỏ mộng, ghép kết mạc rìa tự thân là phương pháp tối ưu nhất trong điều trị, hạn chế sự tái phát sau mổ [4], [5], [6]. Thay băng, chăm sóc tại chỗ những ngày đầu sau mổ mộng đóng vai trò rất quan trọng, góp phần thành công của phẫu thuật. Với mảnh ghép nhỏ, mỏng của kết mạc, nếu không tuân thủ điều trị, mảnh ghép sẽ bong hoặc bị đào thải ngay từ những ngày đầu sau phẫu thuật [4], [5].

Điều dưỡng chuyên khoa mắt là người trực

tiếp thay băng, nhỏ thuốc trong những ngày đầu cho NB sau phẫu thuật, phát hiện những diễn biến bất thường để kịp thời báo cho bác sĩ điều trị [5]. Điều dưỡng khi thay băng phải tuân thủ tuyệt đối kỹ thuật, bảo đảm nguyên tắc vô khuẩn, tránh lây chéo, tạo điều kiện cho mảnh ghép kết mạc liền tốt [1], [5]. Việc tra thuốc nhỏ mắt trong những ngày đầu sau phẫu thuật cũng phải tuân thủ đúng quy định, tránh sự đào thải của mảnh ghép kết mạc.

Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 354 đã thực hiện phẫu thuật cắt mộng, ghép kết mạc rìa tự thân từ năm 2005. Đến nay, vẫn chưa có nghiên cứu đánh giá chuyên sâu. Chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu đánh giá sự tuân thủ quy trình thay băng và điều trị sau phẫu thuật cắt mộng, ghép kết mạc rìa tự thân của điều dưỡng, tại Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

3 điều dưỡng, thực hiện 260 lượt kỹ thuật thay băng, tra thuốc mắt hàng ngày cho 130 mắt trên NB sau mổ cắt mộng, ghép kết mạc rìa tự thân, tại Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 6/2017 đến tháng 6/2018. NB 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: quan sát viên gồm 3 điều dưỡng không tham gia chăm sóc NB sau mổ. Tiến hành quan sát trực tiếp 3 điều dưỡng Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 354 thực hiện kỹ thuật thay băng, tra thuốc mắt điều trị hàng ngày cho 130 mắt cắt mộng, ghép kết mạc rìa tự thân ngày thứ 2, 3 sau phẫu thuật. Trong đó, có 2 điều dưỡng thực hiện 87 lượt kỹ thuật và 1 điều dưỡng thực hiện 86 lượt kỹ thuật.

- Quy trình thay băng sau mổ:

+ Chuẩn bị dụng cụ: điều dưỡng mang khẩu trang, chuẩn bị các loại thuốc tra mắt. Rửa tay theo quy trình thường quy, trải khăn vô khuẩn. Sau đó, tiến hành soạn các dụng cụ chuẩn bị cho công việc thay băng.

+ Thực hiện thay băng tại mắt: điều dưỡng tháo băng cũ, tra Dicain 2% tại mắt; tiến hành sát khuẩn tay nhanh, mở hộp dụng cụ và mang găng vô khuẩn; quan sát tình trạng mắt NB (dịch tiết tại mắt, tình trạng mảnh ghép, tình trạng kết và giác mạc); lau sạch bên trong và ngoài mi mắt bằng bông vô khuẩn, tra thuốc kháng sinh theo y lệnh, đặt gạc và băng che mắt. Kết thúc thay băng, điều dưỡng thu dọn dụng cụ và ghi phiếu chăm sóc theo quy định.

- Phương pháp đánh giá:

+ Đánh giá kỹ năng chuẩn bị dụng cụ theo quy trình kỹ thuật thay băng của Bệnh viện Quân y 354 gồm các bước: (1) mang khẩu trang, rửa tay; (2) trải khăn vô khuẩn; (3) soạn các dụng cụ thay băng vô khuẩn; (4) chuẩn bị các dụng cụ khác [3]. Cho điểm kỹ năng chuẩn bị dụng cụ đối với mỗi bước: thực hiện đầy đủ chính xác (2 điểm); chưa đầy đủ chính xác (1 điểm); không thực hiện (0 điểm). Dựa trên tổng điểm đạt được qua các bước để phân loại kết quả kỹ năng chuẩn bị dụng cụ thành 3 mức: dưới 5 điểm (không đạt); từ 5-7 điểm (đạt); 8 điểm (tốt).

+ Đánh giá thực hiện thay băng theo quy trình kỹ thuật thường quy của Bệnh viện Quân y 354 kết hợp yêu cầu thay băng chuyên khoa Mắt [3], [5], gồm các bước: (1) tác phong điều dưỡng; (2) tháo băng bẩn; (3) sát khuẩn tay nhanh; (4) mở

hộp dụng cụ, mang găng vô khuẩn; (5) quan sát đánh giá tình trạng mắt; (6) dùng bông lau bên ngoài mắt; (7) tra thuốc, lau bên trong mắt; (8) đặt gạc vô khuẩn và băng che; (9) thu dọn dụng cụ, ngâm vào dung dịch khử khuẩn, rửa tay; (10) ghi phiếu chăm sóc. Cho điểm kỹ thuật thay băng đối với mỗi bước: thực hiện đầy đủ chính xác (2 điểm); chưa đầy đủ chính xác (1 điểm); không thực hiện (0 điểm). Dựa trên tổng điểm đạt được qua các bước để phân loại kết quả kỹ thuật thay băng thành 3 mức: dưới 10 điểm (không đạt); từ 10-15 điểm (đạt); từ 16-20 điểm (tốt).

+ Đánh giá kỹ năng tra thuốc mắt qua các bước: (1) tra thuốc nước; (2) tra thuốc mỡ; (3) thứ tự thực hiện tra các thuốc tại mắt theo y lệnh. Cho điểm kỹ năng tra thuốc mắt đối với mỗi bước: thực hiện đầy đủ chính xác (2 điểm); chưa đầy đủ chính xác (1 điểm); không thực hiện (0 điểm). Trong đó, bước 1 và bước 2 được tính theo số lần thực hiện. Thứ tự nhỏ các thuốc theo y lệnh được nhân hệ số 2. Dựa trên tổng điểm đạt được qua các bước để phân loại kết quả kỹ năng tra thuốc mắt thành 3 mức: dưới 8 điểm (không đạt); từ 8-12 điểm (đạt); từ 13-16 điểm (tốt).

Điều dưỡng thực hiện quy trình thay băng và tra thuốc trên NB phẫu thuật mộng đơn (cắt mộng góc trong hoặc góc ngoài; diện bóc mộng và lấy mảnh kết mạc để ghép nhỏ) đơn giản hơn so với phẫu thuật mộng kép (cắt mộng cả góc trong và góc ngoài; diện bóc mộng và lấy mảnh kết mạc để ghép lớn).

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Bảng 1. Đánh giá kỹ năng chuẩn bị dụng cụ.

Mức độ	Số lượt mắt	Tỉ lệ %
Tốt	220	84,62
Đạt	30	11,54
Không đạt	10	3,84
Tổng	260	100

84,62% lượt thực hiện của điều dưỡng có kỹ năng chuẩn bị dụng cụ tốt.

Bảng 2. Đánh giá thực hiện quy trình kỹ thuật thay băng.

Loại mộng	Mộng đơn		Mộng kép		Tổng	
	Lượt	%	Lượt	%	Lượt	%
Tốt	185	84,09	25	62,50	210	80,77
Đạt	30	13,64	13	32,50	43	16,54
Không đạt	5	2,27	2	5,00	7	2,69
Tổng	220	100	40	100	260	100

Quy trình kĩ thuật thay băng các mắt phẫu thuật mổ ghép đạt kết quả tốt (62,50%) thấp hơn so với các mắt phẫu thuật mổ đơn (84,09%).

Bảng 3. Đánh giá thực hiện kĩ năng tra thuốc mắt.

Loại mổ	Mổ đơn		Mổ ghép		Tổng	
	Lượt	%	Lượt	%	Lượt	%
Tốt	200	90,90	25	62,50	225	86,54
Đạt	10	4,55	12	30,00	22	8,46
Không đạt	10	4,55	3	7,50	13	5,00
Tổng	220	100	40	100	260	100

Kĩ năng tra thuốc mắt đối với mắt phẫu thuật mổ đơn đạt kết quả tốt (90,9%) cao hơn so với mắt phẫu thuật mổ ghép (62,50%); kết quả tốt chung là 86,54%.

Bảng 4. Kĩ năng thay băng của từng điều dưỡng.

Mức độ	Tốt	Đạt	Không đạt
Điều dưỡng 1 (n = 87)	65 (74,71%)	20 (22,99%)	2 (2,30%)
Điều dưỡng 2 (n = 87)	63 (72,41%)	21 (24,14%)	3 (3,45%)
Điều dưỡng 3 (n = 86)	62 (72,09%)	22 (25,58%)	2 (2,33%)

Kĩ năng thay băng của từng điều dưỡng tương đối đồng đều, mức độ tốt chiếm từ 72,09% đến 74,71%.

Bảng 5. Kĩ năng tra thuốc mắt của từng điều dưỡng.

Mức độ	Tốt	Đạt	Không đạt
Điều dưỡng 1 (n = 87)	76 (87,36%)	7 (8,05%)	4 (4,59%)
Điều dưỡng 2 (n = 87)	75 (86,21%)	7 (8,05%)	5 (5,74%)
Điều dưỡng 3 (n = 86)	74 (86,05%)	8 (9,30%)	4 (4,65%)

Từ 86,05% đến 87,36% lượt tra thuốc mắt của các điều dưỡng được đánh giá có kĩ năng tốt.

Bảng 6. Tổng hợp đánh giá chung thực hiện quy trình thay băng, chăm sóc mắt sau mổ mổ.

Kết quả	Số lượt mắt thay băng	Tỉ lệ %
Tốt	180	69,23
Đạt	70	26,92
Không đạt	10	3,85
Tổng	260	100

Số lượt thay băng, chăm sóc mắt sau mổ mổ được đánh giá thực hiện quy trình tốt là 69,23%, thực hiện quy trình đạt là 26,92% và thực hiện quy trình không đạt là 3,85%.

Bảng 7. Tỉ lệ sai sót theo các bước trong quy trình thay băng

Nội dung	Sai sót	Tỉ lệ %
Tác phong điều dưỡng	57	21,92
Tháo băng bẩn	55	21,15
Sát khuẩn tay nhanh	70	26,92
Mang găng vô khuẩn, xếp dụng cụ	45	17,31
Quan sát đánh giá tình trạng mắt	27	10,38
Dùng bông lau bên ngoài mắt	40	15,38
Tra thuốc, lau bên trong mắt	24	9,23
Đặt gạc vô khuẩn băng che	3	1,15
Thu dọn dụng cụ, ngâm vào dung dịch khử khuẩn và rửa tay	37	14,23
Ghi phiếu chăm sóc	60	23,08

Sai sót trong quy trình thay băng chủ yếu trong sát khuẩn tay nhanh (26,92%), ghi phiếu chăm sóc (23,08%) và tác phong điều dưỡng chưa chuẩn (21,92%).

Bảng 8. Tỉ lệ sai sót trong thực hiện kĩ năng tra thuốc.

Nội dung	Số lần sai sót	Tỉ lệ %
Tra thuốc nước	94	36,15
Tra thuốc mỡ	56	21,54
Thứ tự thực hiện	74	28,46

36,15% sai sót khi tra thuốc nước, 21,54% tra thuốc mỡ và 28,46% sai sót thứ tự thực hiện tra thuốc.

4. BÀN LUẬN.

Chuẩn bị dụng cụ là khâu đầu tiên trong quá trình thực hiện nhiệm vụ thay băng của người điều dưỡng. Việc này đòi hỏi phải tuân thủ đúng nguyên tắc vô khuẩn; dụng cụ phải đầy đủ, sắp xếp khoa học, hợp lí. Trong nghiên cứu này, 84,62% khâu chuẩn bị dụng cụ được đánh giá thực hiện tốt quy trình (từ việc mang khẩu trang, mang mũ, rửa tay trước khi thực hiện nhiệm vụ đến việc trải khăn vô khuẩn trước khi sắp xếp dụng cụ). 3,84% khâu chuẩn bị dụng cụ được đánh giá chưa đạt, mặc dù thực hiện đầy đủ nhưng chưa chính xác trong một số khâu, như điều dưỡng chưa rửa tay đã trải khăn vô khuẩn hoặc chưa mang khẩu trang đã rửa tay. Tuy nhiên, trong quá trình thực hiện, điều dưỡng đã phát hiện mình mắc phải thiếu sót nên kịp thời mang khẩu trang hoặc rửa tay trước khi thực hiện thay băng cho những ca tiếp theo.

Khi thực hiện thay băng trên những mắt phẫu thuật mổ đơn hay mổ ghép, quy trình kĩ thuật được thực hiện như nhau. Với những mắt mổ

mộng kép, do can thiệp rộng nên NB không dễ dàng tự mở được mắt. Do đó, phải tra thêm dung dịch Dicain 2% gây tê trên bề mặt nhãn cầu, giúp điều dưỡng thực hiện kỹ thuật thay băng được thuận lợi hơn. Những mắt phẫu thuật mộng đơn không cần tra dung dịch này. Theo chúng tôi, khi diện can thiệp trên bề mặt nhãn cầu càng rộng, hiện tượng kích thích khó chịu tại mắt càng nhiều và kéo dài hơn khi can thiệp nhỏ trên bề mặt nhãn cầu. Theo nghiên cứu của Trương Văn Bao và cộng sự năm 2014, triệu chứng kích thích tại mắt trong những ngày đầu ở NB sau phẫu thuật mộng kép (78,72%) cao hơn so với ở NB phẫu thuật mộng đơn (21,28%). Trên những NB này, khi thay băng cũng cần phải lưu ý nhiều hơn vì diện bóc mộng và lấy kết mạc rộng [6].

Đối với mắt phẫu thuật cắt mộng đơn (diện bóc mộng nhỏ), 84,09% lượt thay băng được đánh giá tốt. Đối với mắt phẫu thuật cắt mộng kép (diện bóc mộng rộng), 62,5% lượt thay băng được đánh giá tốt. Sự chênh lệch này có thể do trong nghiên cứu này, số lượng thay băng sau phẫu thuật cắt mộng đơn lớn gấp 4 lần so với cắt mộng kép. Kết quả đánh giá chung, việc thực hiện quy trình thay băng mức độ tốt trên tất cả các bước thực hiện với cả 2 loại cắt mộng đơn và kép là 80,77%. Tuy nhiên, vẫn còn 3,85% lượt mắt thay băng, chăm sóc sau mổ mộng không đạt, do có một số sai sót trong thực hiện quy trình thay băng, như trong sát khuẩn tay nhanh, trong ghi phiếu chăm sóc (điều dưỡng chưa đúng tác phong). Các sai sót khi thực hiện trên mắt cũng gặp nhưng với tỉ lệ ít hơn, như sai sót khi tháo băng bẩn, quan sát đánh giá tình trạng tại mắt, lau rửa mắt. Trong đó, chủ yếu gặp sai sót sát khuẩn tay nhanh (26,92%), tác phong điều dưỡng chưa hoàn chỉnh (21,92%). Theo chúng tôi, có lẽ vì quan niệm mổ mắt nên các điều dưỡng thường ít chú trọng đến những bước thông thường của quá trình thay băng chung tưởng như đơn giản. Từ việc ít chú ý hơn, nên lại gặp nhiều sai sót hơn. Với quan niệm thay băng mắt không chảy máu, khi thay băng, tay điều dưỡng không chạm vào mắt NB nên điều dưỡng dễ coi nhẹ bước sát khuẩn tay nhanh sau mỗi lần thực hiện kỹ thuật, mà chỉ chú ý đến bước dùng bông lau bên ngoài hay lau bên trong để làm sạch mắt NB, dễ dàng quan sát tình trạng mảnh ghép kết mạc. Điều này không đúng theo quy trình, dễ làm tăng tình trạng lây chéo trong bệnh viện. Không riêng ở chuyên khoa mắt, có lẽ ở chuyên khoa nào cũng có thể gặp sai sót này. Theo nghiên cứu của Lê Thị Thanh Lâm năm 2015, đánh giá sự tuân thủ quy trình thay băng vết mổ của điều dưỡng Khoa Chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 354, 58,57% sai sót ở khâu sát khuẩn tay nhanh [1].

Việc ghi phiếu chăm sóc NB sau khi thay băng cũng hay gặp sai sót. Nghiên cứu cho thấy có 23,08% sai sót ở bước này. Có thể lý giải sau khi thay băng, điều dưỡng còn phải thu dọn và ngâm rửa dụng cụ mà chưa bắt tay ngay vào việc ghi chép phiếu chăm sóc. Sau đó, điều dưỡng lại làm các công việc khác mà bỏ qua hoặc chưa kịp thời ghi chép đầy đủ theo quy định. Do vậy, việc rèn luyện tác phong làm việc khoa học là thật sự cần thiết, giúp hạn chế bỏ sót các bước trong quá trình thực hiện quy trình kỹ thuật thay băng, giảm thiểu các sai sót có thể xảy ra.

Tra thuốc tại chỗ là kỹ năng đặc thù của điều dưỡng chuyên khoa mắt. Tưởng như đơn giản nhưng nó mang ý nghĩa rất quan trọng, góp phần vào thành công của phẫu thuật. Kết quả cho thấy, 86,54% lượt tra thuốc mắt theo y lệnh được đánh giá tốt, bao gồm từ việc thực hiện tra thuốc nước, tra thuốc mỡ hay tra thêm các thuốc giảm đau, giảm kích thích cho NB đều được điều dưỡng thực hiện đầy đủ, theo đúng trình tự. Với những mắt phẫu thuật mộng kép, thời gian đau nhức và kích thích kéo dài hơn, phải tra thuốc với số lần nhiều hơn những NB mổ mộng đơn. Khi bác sĩ cho chỉ định tra những thuốc đặc biệt như Atropin để làm liệt điều tiết, giảm kích thích cho NB hoặc Duotrav để duy trì nhãn áp trong giới hạn. Mặt khác, điều dưỡng còn phải thêm động tác chặn điểm lệ và tra thuốc vào một giờ nhất định trong ngày. Nghiên cứu này thấy 28,46% lần sai sót khi thực hiện thứ tự tra thuốc tại mắt, như động tác tra thuốc còn chưa chuẩn, thuốc chảy ra ngoài, tra thuốc mỡ trước khi tra thuốc nước hoặc tra không đúng giờ quy định trong ngày... nên tác dụng của thuốc bị hạn chế. Tuy nhiên, các trường hợp này vẫn ổn định tốt sau phẫu thuật, mặc dù thời gian kích thích tại mắt có kéo dài hơn.

Tổng hợp chung, công tác thay băng và chăm sóc sau phẫu thuật cắt mộng ghép kết mạc rìa tự thân của điều dưỡng có 69,23% lượt đánh giá mức độ tốt, 26,92% lượt đánh giá mức độ đạt, 3,85% lượt đánh giá mức độ không đạt. Quan sát các điều dưỡng thay băng và tra thuốc, thấy kỹ năng của các điều dưỡng tương đối đồng đều. Tỉ lệ mức độ thay băng được đánh giá tốt từ 72,09-74,71% và kỹ năng tra thuốc tốt từ 86,05-87,36%. Bên cạnh đó, mức độ đánh giá không đạt từ 2,30-3,45% (thay băng) và 4,59-5,74% (tra thuốc). Chúng tôi không phân tích trình độ, nhận thức, tuổi tác và thâm niên công tác có tác động đến kết quả thực hiện công việc của điều dưỡng, nhưng nhận thấy việc thường xuyên được huấn luyện, hướng dẫn, đôn đốc kiểm tra cùng với sự tích cực trau dồi công tác của từng điều dưỡng đã trực tiếp ảnh hưởng đến kết quả thực hiện quy trình kỹ thuật và các kỹ năng này.

(Xem tiếp trang 128)

ĐÁNH GIÁ SỰ TUÂN THỦ DÙNG THUỐC CỦA BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

ĐD. HOÀNG VĂN HẢI

Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: TS. VŨ HÀ NGÀ SƠN

Phó Giám đốc Bệnh viện Quân y 354

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang 341 bệnh nhân tăng huyết áp, điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 354, từ 01/6/2017-01/7/2017. **Kết quả:** 80,0% bệnh nhân trên 60 tuổi, trong đó độ tuổi từ 30-49 tuổi chiếm 1,8%. Bệnh nhân nữ (54,2%) nhiều hơn bệnh nhân nam (45,8%). 70,6% bệnh nhân hưu trí, 25,8% bệnh nhân là nhân dân, 3,4% bệnh nhân là cán bộ đang làm việc. 42,2% bệnh nhân điều trị thuốc huyết áp từ 5-10 năm, 26,7% bệnh nhân điều trị thuốc huyết áp dưới 5 năm. Chủ yếu bệnh nhân mắc kèm theo bệnh đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa lipid (41,3% và 62,5%). Tuân thủ theo chỉ định điều trị: 92,1% bệnh nhân uống thuốc theo chỉ định, 95,3% nhớ giờ uống thuốc, 91,5% nhớ tên thuốc huyết áp đang dùng, 63,6% bệnh nhân đo huyết áp hằng ngày. Tuân thủ điều trị: 22,9% bệnh nhân đi xa quên mang theo thuốc, 14,1% bệnh nhân thấy sự bất tiện khi uống thuốc huyết áp, 16,4% bệnh nhân tự ý ngừng sử dụng thuốc khi huyết áp dưới mức kiểm soát, 14,4% bệnh nhân quên uống thuốc, 18,8% bệnh nhân khó khăn khi phải nhớ uống thuốc, 63,8% bệnh nhân tuân thủ điều trị cao theo thang điểm Morisky.

Từ khóa: Tuân thủ dùng thuốc, tăng huyết áp, thang điểm Morisky.

ABSTRACT: Prospective study, cross-sectional description of 341 outpatients with hypertension, treated at the Department of medical examination, Military hospital 354, from June 1, 2017 to July 1, 2017. **Results:** There were 80.0% of patients aged over 60 years, of which the age of 30-49 years accounted for 1.8%. Female patients (54.2%) were more than male patients (45.8%). There were 70.6% of patients retired, 25.8% of patients were civilians, 3.4% of patients were working staff. There were 42.2% of patients treated blood pressure medication for 5-10 years, 26.7% of patients treated blood pressure medication for less than 5 years. Most patients suffering from diabetes and lipid metabolism disorders (41.3% and 62.5%). The compliance of patients with the treatment indications: 92.1% of patients took medicine by prescriptions, 95.3% of patients remembered the time of taking medicine, 91.5% of patients remembered the name of the blood pressure medication, 63.6% of patients measured blood pressure daily. The compliance of the treatment: 22.9% of patients went away forgetting to bring medication, 14.1% of patients found inconvenience when taking blood pressure medication, 16.4% of patients arbitrarily stop using the drug when blood pressure was below control level, 14.4% of patients forgot to take medicine, 18.8% of patients had trouble remembering to take medicine, 63.8% of patients complied with treatment according to Morisky scale.

Keywords: Compliance of the medication use, hypertension, Morisky scale.

Chịu trách nhiệm nội dung: ĐD. Hoàng Văn Hải, Email: bshoanghai82@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 08/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Tăng huyết áp (THA) là bệnh lí mạn tính phổ biến, là mối đe dọa rất lớn đối với sức khỏe con người. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), THA là một trong sáu yếu tố nguy cơ chính ảnh hưởng đến gánh nặng sức khỏe toàn cầu. THA là một yếu tố nguy cơ cao đối với bệnh tim mạch, thường dẫn đến những biến chứng nặng nề, như suy tim, nhồi máu cơ tim, đột quỵ não, suy thận, giảm thị lực, mù lòa... làm ảnh hưởng lớn đến thể chất, tinh thần cũng như kinh tế của người bệnh (NB), gia đình NB và xã hội [4]. Hiện nay, bệnh THA đã trở thành một vấn đề rất đáng quan tâm

của xã hội. Năm 2014, WHO công bố tỉ lệ mắc bệnh THA chung trên toàn thế giới là 22%, có xu hướng tăng ở những nước đang phát triển và tỉ lệ THA tại Việt Nam là 22,9% [2].

Năm 2015, thống kê của Hội Tim mạch học Việt Nam trên quần thể 44 triệu người trên 25 tuổi, thấy 23,2 triệu người (52,8%) có huyết áp bình thường, 20,8 triệu người (47,2%) có THA. Đặc biệt, trong số bị THA, có 39,1% (8,1 triệu người) không được phát hiện THA; 7,2% (0,9 triệu người) bị THA không được điều trị và 69,0% người THA chưa kiểm soát được [7].

Thực tế cho thấy, có rất nhiều người không hề

biết về tình trạng huyết áp của mình. Thậm chí có người biết mình bị THA, nhưng vẫn không dùng thuốc đều đặn. Trong khi đó, việc tuyên truyền những kiến thức về bệnh cũng như cách phát hiện sớm căn bệnh này còn nhiều hạn chế. Chúng tôi thực hiện đề tài nhằm đánh giá thực trạng tuân thủ dùng thuốc của người bệnh (NB) THA điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

341 NB THA, lựa chọn ngẫu nhiên trong số các BN THA đang được quản lý, điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 354, từ 01/6/2017-01/7/2017.

Loại trừ NB có rối loạn tâm thần, cảm điếc; NB không hợp tác nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Phương pháp tiến hành: phỏng vấn trực tiếp NB trước khi ra về hoặc vào điều trị nội trú theo bộ câu hỏi soạn sẵn, sau khi đã giải thích rõ ràng mục đích, nội dung của việc khảo sát.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu: nghề nghiệp, tuổi, giới tính, thói quen sinh hoạt của đối tượng nghiên cứu; khảo sát NB tuân thủ uống thuốc theo chỉ định, kiểm soát huyết áp hằng ngày.

- Đánh giá tuân thủ sử dụng thuốc theo thang điểm của Morisky-8:

1. Đôi khi ông (bà) quên uống thuốc điều trị tăng huyết áp?

2. Trong 2 tuần vừa qua, đã có bất kì khi nào ông (bà) quên sử dụng thuốc điều trị THA?

3. Có bao giờ ông (bà) giảm hoặc ngừng uống thuốc mà không báo cho bác sĩ vì cảm thấy tồi tệ hơn khi sử dụng thuốc?

4. Khi ông (bà) đi công tác xa nhà dài ngày, có khi nào ông (bà) quên không mang theo thuốc không?

5. Ông (bà) đã uống thuốc điều trị THA của ngày hôm qua chưa?

6. Khi cảm thấy huyết áp dưới mức cần kiểm soát, ông (bà) có tự ngưng sử dụng thuốc không?

7. Uống thuốc điều trị THA là một sự bất tiện với nhiều người, ông (bà) có cảm thấy phiền về việc phải điều trị lâu dài không?

8. Tần xuất gặp khó khăn khi phải nhớ uống thuốc nhiều lần?

Trong đó, 7 câu hỏi đầu tiên (trừ câu 5), trả lời: có (0 điểm); không (1 điểm). Câu 5, trả lời: có (1 điểm); không (0 điểm). Câu 8 đánh giá theo 5 lựa chọn: chọn 1 (0 điểm); chọn 2 (0,25 điểm); chọn 3 (0,5 điểm); chọn 4 (0,75 điểm); chọn 5 (1 điểm). Cách đánh giá theo tổng điểm được tính là: tuân

thủ thấp (dưới 6 điểm), tuân thủ trung bình (6-7 điểm), tuân thủ cao (8 điểm) [10].

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm NB nghiên cứu:

Bảng 1. Tuổi, giới tính NB.

Tuổi	Nam (n = 156)	Nữ (n = 185)	Tổng (n = 341)
Từ 30-39 tuổi	0	3 (1,6%)	3 (0,9%)
Từ 40-49 tuổi	2 (1,3%)	1 (0,6%)	3 (0,9%)
Từ 50-59 tuổi	25 (16,0%)	37 (20,0%)	62 (18,2%)
Trên 60 tuổi	129 (82,7%)	144 (77,8%)	273 (80,0%)
Tổng	156 (100%)	185 (100%)	341 (100%)

Chiếm tỉ lệ cao nhất là NB trên 60 tuổi (80,0%), tiếp đến là từ 50-59 tuổi (18,2%), thấp nhất là từ 30-49 (1,8%). NB nữ (54,2%) nhiều hơn NB nam (45,8%).

Bảng 2. Nghề nghiệp của NB.

Nghề nghiệp	Nam (n = 156)	Nữ (n = 185)	Tổng (n = 341)
Cán bộ	6 (3,8%)	6 (3,2%)	12 (3,5%)
Hưu trí	111 (71,2%)	130 (70,3%)	241 (70,7%)
Nhân dân	39 (25,0%)	49 (26,5%)	88 (25,8%)

70,7% NB hưu trí, 3,5% NB là cán bộ đang làm việc.

Bảng 3. Bệnh kết hợp trên NB.

Bệnh kết hợp	Nam (n = 156)	Nữ (n = 185)	Tổng (n = 341)
Đái tháo đường	71 (45,5%)	70 (37,8%)	141 (41,3%)
Rối loạn lipid máu	93 (59,6%)	120 (64,9%)	213 (62,5%)
Suy tim, bệnh van tim	26 (16,7%)	41 (22,2%)	67 (19,6%)
Bệnh thận mạn tính	3 (1,9%)	4 (2,2%)	7 (2,1%)
Bệnh nội khoa khác	26 (16,7%)	25 (13,5%)	51 (15,0%)
Không mắc	9 (5,8%)	12 (6,5%)	21 (6,2%)

Chủ yếu NB mắc kèm theo bệnh đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa lipid (41,3% và 62,5%). Chỉ có 2,1% NB mắc kết hợp bệnh thận mạn tính và có 6,2% NB không mắc kết hợp bệnh mạn tính nào.

Bảng 4. Số năm điều trị thuốc THA.

Năm điều trị	Nam (n = 156)	Nữ (n = 185)	Tổng (n = 341)
Dưới 5 năm	35 (22,4%)	56 (30,3%)	91 (26,7%)
Từ 5-10 năm	59 (37,8%)	85 (45,9%)	144 (42,2%)
Trên 10 năm	62 (39,8%)	44 (23,8%)	106 (31,1%)

Chiếm tỉ lệ cao nhất là NB điều trị thuốc THA từ 5-10 năm (42,2%), tiếp đến là trên 10 năm (31,1%), thấp nhất là dưới 5 năm (26,7%).

3.2. Đánh giá sự tuân thủ dùng thuốc của NB:

Bảng 5. Tuân thủ theo chỉ định điều trị.

Tuân thủ theo chỉ định điều trị	Nam (n = 156)	Nữ (n = 185)	Tổng (n = 341)
Uống thuốc theo chỉ định	140 (89,7%)	174 (94,1%)	314 (92,1%)
Đo huyết áp hằng ngày	95 (60,9%)	122 (65,9%)	217 (63,6%)
Nhớ tên thuốc THA đang dùng	140 (89,7%)	172 (93,0%)	312 (91,5%)
Biết tác dụng phụ của thuốc	130 (83,3%)	152 (82,2%)	282 (82,7%)
Nhớ giờ uống thuốc	146 (93,6%)	179 (96,8%)	325 (95,3%)
Thực hiện chế độ ăn kiêng	139 (89,1%)	159 (85,9%)	298 (87,4%)

NB tuân thủ điều trị, như uống thuốc theo chỉ định, nhớ giờ uống thuốc, nhớ tên thuốc huyết áp mình đang uống là tương đối cao, đều trên 91%. Có 63,6% NB đo huyết áp hằng ngày.

Bảng 6. Đánh giá tuân thủ điều trị của NB.

Đánh giá tuân thủ điều trị	Nam (n = 156)	Nữ (n = 185)	Tổng (n = 341)
Quên uống thuốc THA	28 (17,9%)	21 (11,4%)	49 (14,4%)
Quên sử dụng thuốc trong 2 tuần	5 (3,2%)	9 (4,9%)	14 (4,1%)
Ngừng thuốc THA không báo cho bác sĩ	4 (2,6%)	9 (4,9%)	13 (3,8%)

Đánh giá tuân thủ điều trị	Nam (n = 156)	Nữ (n = 185)	Tổng (n = 341)
Đi xa quên mang thuốc THA	42 (26,9%)	36 (19,5%)	78 (22,9%)
Uống thuốc THA ngày hôm qua	3 (1,9%)	2 (1,1%)	5 (1,5%)
Ngừng sử dụng thuốc khi huyết áp dưới mức kiểm soát	30 (19,2%)	26 (14,1%)	56 (16,4%)
Sự bất tiện khi uống thuốc THA	22 (14,1%)	26 (14,1%)	48 (14,1%)
Khó khăn khi phải nhớ uống thuốc THA	19 (12,2%)	45 (24,3%)	64 (18,8%)

Chủ yếu NB quên mang thuốc THA theo khi đi xa (22,9%), khó khăn khi phải nhớ uống thuốc (18,8%) và sự bất tiện khi uống thuốc (chiếm 14,1%).

Bảng 7. Tuân thủ điều trị trên thang điểm của Morisky.

Thang điểm	Nam (n = 156)	Nữ (n = 185)	Tổng (n = 341)
Tuân thủ thấp (Dưới 6 điểm)	11 (7,0%)	9 (4,9%)	20 (5,9%)
Tuân thủ trung bình (6-7 điểm)	43 (27,6%)	45 (24,3%)	88 (25,8%)
Tuân thủ cao (8 điểm)	102 (65,4%)	131 (70,8%)	233 (68,3%)

Đa số NB tuân thủ điều trị cao trên thang điểm Morisky (68,3%).

4. BÀN LUẬN.

80,0% NB trên 60 tuổi, độ tuổi từ 30-49 tuổi chiếm 1,8%; phù hợp với khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị THA ở người lớn của Hội Tim mạch Việt Nam (nguy cơ bệnh tim mạch ở các đối tượng trên 55 tuổi) [2], [3]. NB nữ (54,2%) nhiều hơn NB nam (45,8%). 70,6% NB hưu trí, 25,8% NB là nhân dân, 3,4% NB là cán bộ, đang làm việc (độ tuổi lao động). 42,2% NB điều trị thuốc huyết áp từ 5-10 năm, 26,7% NB điều trị thuốc huyết áp dưới 5 năm.

Bệnh THA thường đi kèm với bệnh lí tim mạch, rối loạn chuyển hóa lipid... Kết quả nghiên cứu này cho thấy, chủ yếu NB THA mắc kèm theo bệnh đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa lipid (41,3% và 62,5%); cao hơn so với nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương (26,9% NB THA mắc bệnh đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa lipid). NB THA mắc bệnh thận mạn tính chỉ chiếm 2,1%; thấp hơn so với nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Cấp cứu Trưng

Vương (có 7,7% NB THA mắc bệnh thận mạn tính [1]). Số NB THA không mắc các bệnh kèm theo là rất ít, chỉ chiếm 6,2%. NB mắc nhiều bệnh kết hợp dẫn đến phải uống nhiều loại thuốc điều trị khác nhau, vào nhiều thời điểm trong ngày, gây ảnh hưởng đến việc uống thuốc THA của NB.

Nghiên cứu cho thấy, NB tuân thủ điều trị theo chỉ định và hướng dẫn của bác sĩ, như uống thuốc theo chỉ định, nhớ giờ uống thuốc, nhớ tên thuốc huyết áp đang uống là tương đối cao, đều trên 91%; cao hơn so với nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương (69,4%) [1]. 63,6% BN của chúng tôi đo và kiểm soát huyết áp hằng ngày; cao hơn so với nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Cấp cứu Trưng Vương (46% BN đo và kiểm soát huyết áp hằng ngày) [1]. Kiểm soát huyết áp là yếu tố rất quan trọng trong điều trị THA. Do vậy, khi chưa đạt huyết áp mục tiêu thì vẫn là yếu tố nguy cơ cao dẫn đến các biến chứng của bệnh.

Tuân thủ điều trị: 22,9% NB đi công tác xa quên không mang theo thuốc THA, 16,4% NB tự ý ngừng sử dụng thuốc khi huyết áp dưới mức kiểm soát, 14,4% NB quên uống thuốc, 18,8% NB thấy khó khăn khi phải nhớ uống thuốc THA. Trong khi đó, 14,4% NB quên uống thuốc THA, 4,1% NB quên sử dụng thuốc THA trong 2 tuần.

Đánh giá tuân thủ điều trị của NB theo thang điểm Morisky: NB tuân thủ cao là 68,3%, tuân thủ trung bình 25,8% và tuân thủ thấp là 5,9%.

Việc tuân thủ điều trị THA là hết sức cần thiết. Để NB có được kiến thức đúng về bệnh, tuân thủ điều trị thì ngoài tuyên truyền giáo dục hàng ngày qua các phương tiện truyền thông, cần phải tăng cường công tác tư vấn của nhân viên y tế cho NB, không chỉ dừng lại ở phát hiện bệnh và kê đơn thuốc đơn thuần.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 341 NB THA, lựa chọn ngẫu nhiên trong số các NB THA đang được quản lý, điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 354, từ 01/6/2017-01/7/2017, kết luận:

- 80,0% NB trên 60 tuổi, trong đó độ tuổi từ 30-49 tuổi chiếm 1,8%. NB nữ (54,2%) nhiều hơn NB nam (45,8%). 70,6% NB hưu trí, 25,8% NB là nhân dân, 3,4% NB là cán bộ đang làm việc. 42,2% NB điều trị thuốc THA từ 5-10 năm, 26,7% NB điều trị thuốc THA dưới 5 năm. Chủ yếu NB THA mắc kèm theo bệnh đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa lipid (41,3% và 62,5%).

- Tuân thủ theo chỉ định điều trị: 92,1% BN uống thuốc theo chỉ định, 95,3% nhớ giờ uống

thuốc, 91,5% nhớ tên thuốc huyết áp đang dùng, 63,6% BN đo huyết áp hàng ngày.

- Tuân thủ điều trị: 22,9% NB đi xa quên mang theo thuốc, 14,1% NB thấy sự bất tiện khi uống thuốc THA, 16,4% NB tự ý ngừng sử dụng thuốc THA khi huyết áp dưới mức kiểm soát, 14,3% NB quên uống thuốc, 18,8% NB thấy khó khăn khi phải nhớ uống thuốc THA. Đánh giá tuân thủ điều trị theo thang điểm Morisky: tuân thủ cao 63,8%, tuân thủ trung bình 25,8%, tuân thủ thấp 5,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (2013), "Khảo sát mối liên quan giữa sự tuân thủ dùng thuốc và kiểm soát huyết áp ở người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Cấp cứu Trưng vương", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, tập 17, phụ bản số 4.
2. Nguyễn Lân Việt (2010), "Tăng huyết áp - kẻ giết người thầm lặng", *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, tập 52, tr. 77-80.
3. Trần Hữu Hậu (2011), *Tỉ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân trên 60 tuổi tại phòng khám ngoại trú Bệnh viện Đa khoa Đồng Nai năm 2009-2010*, Luận văn Bác sĩ chuyên khoa II.
4. Đồng Văn Thành (2011), *Nghiên cứu quản lý, điều trị bệnh tăng huyết áp tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Bạch Mai*.
5. Nguyễn Minh Phương (2011), *Thực trạng tuân thủ điều trị tăng huyết áp tại cộng đồng và các yếu tố liên quan của bệnh nhân 25-60 tuổi ở 4 phường của thành phố Hà Nội*.
6. Hội tim mạch Việt Nam (2014), "Tài liệu hội thảo tim mạch toàn quốc năm 2014", *Hội nghị Tim mạch toàn quốc*.
7. Hội nghị tăng huyết áp lần thứ II (2016), "Tiếp cận đa ngành với tăng huyết áp", *Tạp chí Y học thực hành*, 14/05/2016.
8. Anthony D Heymann (2011), "Factors associated with Hypertensive Patients compliance with recommended lifestyle Behavios", *IMAJ*, 13, 553-557.
9. Muhammad Shahzeb Khan, F.I.B, Arslan Mirza, Mehwish Hussain et al (2014), "Frequency and Predictors of Non-compliance to Dietary Recommendations Among Hyper-tensive Patients", *J Community Health*.
10. Morisky D.E et al (2008), "Predictive Validity of A Medication Adherence Measure in an Outpatient Setting", *J lin Hypertens*, 10 (5): 348-354. □

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG SAI SÓT KHI SỬ DỤNG THUỐC TẠI KHOA NGOẠI CHUNG BỆNH VIỆN QUÂN Y 354, TỪ THÁNG 5-6/2016

ThS. TRẦN THỊ PHƯƠNG LAN,
CNĐD. PHẠM LAN HẢI, CNĐD. HOÀNG THỊ HƯNG
Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: TS. PHẠM XUÂN CHUNG
Trưởng Phòng Dược, Cục Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu hồi cứu 250 lượt bác sĩ kê đơn, ra y lệnh điều trị và điều dưỡng sử dụng thuốc theo y lệnh trên hồ sơ bệnh án, tại Khoa Ngoại chung, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 5/2016 đến tháng 6/2016. **Kết quả:** 96/250 thời điểm gặp sai sót thuốc; trong đó, 83,3% sai sót gặp ở điều dưỡng và 16,7% sai sót gặp ở bác sĩ. Chủ yếu sai sót là chỉ định thiếu đường dùng (7,3%), sao chép sai thời gian dùng thuốc (11,5%), phát thuốc không đúng theo giờ chỉ định (14,6%), bệnh nhân sử dụng thuốc sai so với y lệnh (của bác sĩ và hướng dẫn của điều dưỡng, chiếm 9,4%). Sai sót trong kê đơn và sao chép y lệnh hay gặp nhất là nhóm thuốc tim mạch (19,8%), tiếp đến là nhóm hạ glucose máu và giảm đau (đều chiếm 16,7%), nhóm an thần (11,5%), thấp nhất là nhóm thuốc điều trị hen, ho (2,1%). Nguyên nhân sai sót thuốc chủ yếu do thiếu thận trọng (44,4%).

Từ khóa: Sai sót trong sử dụng thuốc, Bệnh viện Quân y 354.

ABSTRACT: Retrospective study on 250 turns of medical doctors prescription, medical orders for treatment and medication use of nursing according to the medical orders in clinical records, at the General Surgery Department, Military hospital 354, from May 2016 to June 2016. **Results:** There were 96/250 moments of errors in medication use; of which, 83.3% of errors were encountered of nursing and 16.7% of errors encountered by medical doctors. Most of the errors were indicated by lack of direction use (7.3%), incorrectly copying the time of medication use (11.5%), did not give medicine to patients at the prescribed time (14.6%), patients wrongly used medication compared to medical orders (of the medical doctors and instructions of nursing, accounted for 9.4%). The most common errors in prescription and copying of medical orders were groups of cardiovascular drugs (19.8%), followed by hypoglycemia and pain relief (all accounted for 16.7%), sedative group (11.5%), the lowest was the group for treatment of asthma, cough (2.1%). The cause of errors in medication use was mainly careless (44.4%).

Keywords: Errors in medication use, Military hospital 354.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Trần Thị Phương Lan, Email: phuonglan354@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 08/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Bảo đảm an toàn cho bệnh nhân (BN) trong chăm sóc, điều trị là một nội dung trọng điểm của ngành Y tế nói chung và các bệnh viện nói riêng. Muốn làm tốt việc này, một trong những công tác chủ chốt đó là quản lý tốt nguy cơ mất an toàn xảy ra do thuốc. Việc giám sát, phát hiện và ngăn chặn sai sót khi kê đơn, sử dụng thuốc là một trong những nhiệm vụ nhằm bảo đảm an toàn cho BN của nhân viên y tế (NVYT), trong đó có điều dưỡng trưởng khoa [3]. Sai sót thuốc là bất cứ hiện tượng nào có thể dẫn đến việc dùng thuốc không đúng hoặc gây thiệt hại cho người bệnh, trong lúc thuốc đang nằm trong tầm kiểm soát của NVYT [5]. Sai sót thuốc là những lỗi có thể xảy ra trong quá trình kê đơn, sao chép y lệnh, cấp phát

thuốc, sử dụng thuốc, giám sát hiệu lực thuốc. Sai sót thuốc có thể ở mức độ nhẹ, không gây ảnh hưởng cho BN, nhưng cũng có khi rất nặng, gây thiệt hại về sức khỏe và tính mạng [5].

Tại Hoa Kỳ, mỗi năm có khoảng 3,8 triệu BN nhập viện và 3,3 triệu BN đến khám ngoại trú do các sai sót thuốc có thể ngăn ngừa được [6]. Viện Nghiên cứu Y khoa (Institute of Medicine) Hoa Kỳ ước tính, có khoảng 7.000 ca tử vong hằng năm tại nước này do các sai sót thuốc, mà nếu ngăn chặn được, mỗi năm sẽ tiết kiệm được 21 tỉ USD chi phí cho chăm sóc y tế [7].

Hầu hết các sai sót thuốc đều có thể ngăn ngừa được nếu có các biện pháp dự phòng tốt, một hệ thống quy trình kiểm soát chặt chẽ để phát hiện và ngăn chặn sai sót, không cho tiếp cận đến

BN. Thông tư 23/2011/TT-BYT của Bộ Y tế (hướng dẫn sử dụng thuốc trong cơ sở y tế có giường bệnh) yêu cầu chỉ định thuốc cần phải ghi đầy đủ, rõ ràng, không viết tắt, không ghi kí hiệu, ghi rõ tên thuốc, nồng độ, liều lượng dùng một lần, số lần dùng trong 24 giờ, khoảng cách các lần dùng thuốc, thời điểm dùng thuốc... [1]. Theo quy định, chế độ bệnh viện khi sử dụng thuốc cho BN có 3 kiểm tra (họ tên BN, tên thuốc, liều dùng), 5 đối chiếu (số phòng, số giường, nhãn thuốc, chất lượng thuốc hiện tại, đường dùng thuốc, thời gian dùng thuốc). Theo Thông tư 07/2011/TT-BYT của Bộ Y tế (hướng dẫn công tác điều dưỡng chăm sóc người bệnh trong bệnh viện), có 5 đúng là: đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng, đúng thời gian khi sử dụng thuốc cho người bệnh [2].

Ở Việt Nam, những đề tài nghiên cứu về thiệt hại do sai sót thuốc gây ra vẫn còn hạn chế. Tại Khoa Ngoại chung, Bệnh viện Quân y 354, lưu lượng BN vào điều trị tăng lên hằng năm. Trong 6 tháng đầu năm 2016, có 846 BN vào điều trị, trong đó, tháng 3 là 173 BN, tháng 4 là 179 BN, trung bình mỗi ngày có khoảng 50 BN nằm điều trị tại khoa. 100% BN nằm điều trị có chỉ định sử dụng thuốc truyền, tiêm, uống, bôi, ngâm tại chỗ... Tại đây, chưa có nghiên cứu nào khảo sát những sai sót khi sử dụng thuốc để tổng hợp số lần mắc, đối tượng hay mắc, những sai sót hay gặp để cảnh báo, làm hạn chế các sai sót, nâng cao chất lượng điều trị, bảo đảm an toàn cho BN.

Xuất phát từ những lí do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm khảo sát thực trạng sai sót thường gặp trong quá trình sử dụng thuốc cho BN của NVTY, tại Khoa Ngoại chung, Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

250 lượt bác sĩ kê đơn, ra y lệnh điều trị và điều dưỡng sử dụng thuốc theo y lệnh trên hồ sơ bệnh án tại Khoa Ngoại, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 5/2016 đến tháng 6/2016. Hồ sơ bệnh án đủ thông tin nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu kết hợp mô tả ngẫu nhiên một số trường hợp thực hiện y lệnh thuốc tại buồng bệnh.

- Các bước thu thập số liệu: lập bảng khảo sát, liệt kê sẵn các sai sót hay gặp trong kê đơn, ra y lệnh sử dụng, sao chép, cấp phát, hướng dẫn, theo dõi sử dụng thuốc. Nội dung khảo sát không được báo trước; quan sát thống kê các trường hợp trong nghiên cứu.

- Xử lí số liệu: làm sạch và xử lí số liệu bằng phương pháp thống kê đơn thuần.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm bác sĩ Khoa Ngoại chung (n = 8).

Đặc điểm		Bác sĩ	Tỉ lệ %
Tuổi	Từ 25-30	2	25,0
	Từ 31-40	4	50,0
	Từ 41-57	2	25,0
Giới tính	Nam	8	100
	Nữ	0	0
Trình độ	Bác sĩ đa khoa	3	37,5
	Chuyên khoa I, thạc sĩ	2	25,0
	Chuyên khoa II, tiến sĩ	3	37,5
Năm công tác	Dưới 5 năm	2	25,0
	Từ 5-10 năm	2	25,0
	Từ 10-20 năm	1	12,5
	Từ 20-30 năm	2	25,0
	Trên 30 năm	1	12,5

100% bác sĩ Khoa Ngoại chung là nam giới, trong đó có 50,0% từ 31-40 tuổi. Chủ yếu bác sĩ có trình độ chuyên khoa I, chuyên khoa II và tương đương (5/8 bác sĩ, 62,5%), thời gian công tác trên 5 năm (6/8 bác sĩ, 75,0%). Điều này cho thấy, trình độ và kinh nghiệm trong kê đơn ra y lệnh điều trị có tỉ lệ tương đương ở nhóm bác sĩ.

Bảng 2. Đặc điểm chung của điều dưỡng Khoa Ngoại chung (n = 14).

Đặc điểm		Điều dưỡng	Tỉ lệ %
Tuổi	Từ 20-30 tuổi	1	7,1
	Từ 31-40 tuổi	11	78,6
	Từ 41-50 tuổi	2	14,3
Giới tính	Nam	4	28,6
	Nữ	10	71,4
Trình độ	Trung cấp	10	71,4
	Cao đẳng, đại học	3	21,4
	Sau đại học	1	7,2
Năm công tác	Dưới 5 năm	1	7,2
	Từ 5-10 năm	4	28,6
	Từ 10-20 năm	8	57,1
	Từ 20-30 năm	1	7,1

Chủ yếu điều dưỡng là nữ giới (71,4%), trong độ tuổi từ 31-40 (78,6%), có trình độ trung cấp (71,4%), thời gian công tác từ 10-20 năm (57,14%). Điều này cho thấy, các điều dưỡng đều đã có kinh nghiệm trong thực hiện y lệnh điều trị.

3.2. Thời điểm gặp sai sót thuốc:

- Các thời điểm sai sót hay gặp (n = 250):
- + Sai sót khi ra chỉ định: 9 sai sót (3,6%).
- + Sai sót khi sao chép y lệnh: 45 sai sót (18,0%).
- + Sai sót khi sử dụng thuốc: 23 sai sót (9,2%).
- + Sai sót khi theo dõi sau dùng thuốc: 19 sai sót (7,6%).
- + Tổng: 96/250 sai sót (38,4%).

3,6% sai sót khi ra chỉ định (tại thời điểm hoàn tất y lệnh trong hồ sơ bệnh án và chuyển cho điều dưỡng lĩnh thuốc), 18,0% sai sót khi sao chép y lệnh (tính từ lúc hoàn tất phiếu lĩnh thuốc được đưa đến khoa dược), 9,4% sai sót khi sử dụng thuốc (thời điểm điều dưỡng thực hiện xong một y lệnh thuốc trên BN), 7,6% sai sót khi theo dõi sau dùng thuốc (tính từ khi ra một y lệnh thuốc mới để điều trị tiếp cho BN khi đã có bằng chứng về lâm sàng, cận lâm sàng sau khi thuốc điều trị trước đó phát huy hết hiệu lực). Kết quả cho thấy, để hạn chế sai sót khi sử dụng thuốc, NVYT cần phải tuân thủ quy trình một cách chặt chẽ và khoa học tại tất cả các thời điểm, tất cả các khâu mới hy vọng làm giảm tối đa những sai sót khi sử dụng thuốc [5].

Để tăng sự an toàn cho BN, việc kiểm tra phát hiện sai sót thuốc của điều dưỡng trưởng, và các bác sĩ điều trị từ khi kê đơn/y lệnh và sao chép là rất quan trọng, cần được làm thường xuyên, giúp phát hiện sớm các sai sót thuốc, hạn chế ảnh hưởng. Thực tế khảo sát thấy, các ca sai sót bị bỏ sót ở khâu kiểm tra trước khi sử dụng, lỗi này đều rơi vào các điều dưỡng trẻ (có thời gian công tác dưới 10 năm), chưa có nhiều kinh nghiệm và kiến thức phát hiện sai sót. Vì vậy, trong phân công nhiệm vụ, cần bố trí xen kẽ nhân viên cũ và nhân viên mới, phối hợp làm việc theo nhóm để hỗ trợ nhau cùng giám sát, hạn chế sai sót. Mô hình làm việc theo nhóm giúp tránh bỏ sót các sai sót thuốc, có hiệu quả tốt trong việc quản lý nguy cơ ảnh hưởng đến BN trong chăm sóc, điều trị. Trách nhiệm kiểm tra, phát hiện và ngăn chặn sai sót y lệnh thuốc, đơn thuốc luôn được đặt trọng tâm trong các quy trình làm việc. Làm tốt điều này sẽ góp phần bảo đảm an toàn và tạo niềm tin cho BN, xây dựng thương hiệu bệnh viện [5], [2].

3.3. Các dạng sai sót thường gặp:

Bảng 3. Các dạng sai sót hay gặp.

Dạng sai sót		Số lượng	Tỉ lệ %
Nhóm chỉ định	CĐ sai tên thuốc	3	3,1
	CĐ thiếu đường dùng	7	7,3
	CĐ phối hợp sai loại thuốc	1	1,0
Nhóm sao chép	Sao chép sai CĐ	4	4,2
	Sao chép sai tên thuốc	5	5,2
	Sao chép sai hàm lượng	4	4,2
	Sao chép sai đường dùng	6	6,3
	Sao chép sai liều dùng	4	4,2
	Sao chép sai số lượng	5	5,2
	Sao chép sai thời gian dùng	11	11,5
Nhóm phát thuốc	Phát thiếu thuốc so với CĐ	12	12,5
	Phát nhầm tên thuốc	8	8,3
	Phát nhầm người bệnh	3	3,1
	Phát không đúng giờ theo y lệnh	14	14,6
Nhóm sử dụng	Bệnh nhân sử dụng sai so với y lệnh	9	9,4
Tổng		96	100

Ghi chú: CĐ: chỉ định.

Kết quả cho thấy, chủ yếu sai sót là chỉ định thiếu đường dùng (7,3%), sao chép sai thời gian dùng thuốc (11,5%), phát không đúng giờ theo chỉ định (14,6%), BN sử dụng sai so với y lệnh (của bác sĩ và hướng dẫn của điều dưỡng, chiếm 9,38%). Việc phân tích kỹ nguyên nhân sai sót sẽ đưa ra các biện pháp hữu hiệu để cải thiện, giảm tối thiểu sai sót. Biện pháp thường xuyên áp dụng nhất là nhắc nhở trực tiếp và kịp thời trong từng tình huống cho các cá nhân gây sai sót. Đồng thời, tổng hợp các tình huống sai sót hàng tuần để có biện pháp nhắc nhở chung, chấn chỉnh trong khoa, rút kinh nghiệm trong bệnh viện và có biện pháp thưởng phạt với các tình huống sai sót nghiêm trọng [5].

3.4. Các nhóm thuốc thường gặp sai sót:

Bảng 4. Các nhóm thuốc thường gặp sai sót.

Nhóm thuốc	Sai sót	Tỉ lệ %
Kháng sinh	8	8,3
Giảm đau	16	16,7
Điện giải	5	5,2
Tiêu hóa	4	4,2
Tim mạch	19	19,8
Trị hen, ho	2	2,1
Hạ glucose máu	16	16,7

Nhóm thuốc	Sai sót	Tỉ lệ %
Dịch truyền	9	9,4
An thần	11	11,5
Lợi tiểu	6	6,3
Tổng	96	100

Các nhóm thuốc gặp sai sót trong kê đơn và sao chép y lệnh được phân bố rộng ở nhiều nhóm thuốc khác nhau (10 nhóm). Chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm thuốc tim mạch (19,8%), tiếp đến là nhóm hạ glucose máu và giảm đau (đều chiếm 16,7%), nhóm an thần (11,5%), thấp nhất là nhóm thuốc điều trị hen, ho (2,1%).

Để phát hiện tốt các sai sót thuốc, đặc biệt các thuốc thường được dùng nhiều và các thuốc nguy cơ cao như nhóm tim mạch, đái tháo đường, giảm đau, an thần thì NVYT (nhất là khối điều dưỡng) cần phải được tập huấn, cập nhật liên tục về kiến thức để hạn chế tối đa sai sót gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Giải pháp hỗ trợ khi sử dụng danh mục thuốc điện tử giúp giải quyết các lỗi sai sót do chữ viết tắt, chữ viết khó đọc. Tuy nhiên, muốn tránh sai sót thì khi bác sĩ kê đơn phải thận trọng, chú ý và kiểm tra lại đơn thuốc trước khi lưu và in đơn. Xem xét những khả năng sai sót khi pha thuốc thì cần ghi các lời nhắc nhở vào máy vi tính hoặc trên nhãn của vật chứa thuốc để cảnh báo NVYT về khả năng nhầm lẫn tiềm ẩn. Thực hiện nguyên tắc 5 đúng khi dùng thuốc (đúng người bệnh, đúng thuốc, đúng liều, đúng đường dùng thuốc và đúng thời gian). Nếu như không thực hiện đúng mục đích của thuốc trong điều trị, chăm sóc thì hiệu quả của thuốc sẽ giảm và đôi khi sẽ mất tác dụng hoặc có thể gây tình trạng nguy hiểm cho BN [1], [2], [3], [4].

3.5. Các nguyên nhân sai sót thuốc (n = 250):

- + Thiếu thận trọng: 75 sai sót (44,4%).
- + Thiếu kiến thức sử dụng thuốc: 21 sai sót (12,43%).
- + Tổng số: 96 sai sót (56,8%).

44,4% sai sót do thiếu thận trọng (cao hơn so với do thiếu kiến thức sử dụng thuốc, 12,43%). Chúng tôi đã tìm hiểu ngay sau khi các tình huống sai sót xảy ra với từng đối tượng, thấy sai sót gặp nhiều nhất ở điều dưỡng. Mặc dù NVYT đã được trang bị kiến thức cơ bản, kịp thời thông qua các buổi tập huấn, nhưng thiếu thận trọng sẽ dẫn tới nguy cơ xảy ra mất an toàn, làm giảm hiệu quả điều trị, chăm sóc, ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe của người bệnh. Sai sót thuốc vẫn có thể diễn ra thường xuyên nếu chúng ta thiếu kiến thức, không thận trọng trong sử dụng. Đây là vấn đề đặt ra nhiều thách thức trong công tác cải thiện, tăng mức an toàn sử dụng thuốc cho BN

của mọi cơ sở y tế. Vì vậy, sai sót thuốc cần được phát hiện và ngăn chặn kịp thời trước khi thuốc tiếp cận đến người bệnh. Việc phát hiện và ngăn chặn sai sót thuốc đòi hỏi phải rất chặt chẽ, liên tục, phải được nhận biết, ghi chép và tìm hiểu phân tích nguyên nhân thì mới giúp cho hệ thống triển khai các biện pháp để ngăn ngừa, giảm thiểu sai sót thuốc [1], [5], [7].

Do đó, bệnh viện cần quan tâm đến các biện pháp đã được chứng minh hiệu quả dự phòng sai sót thuốc, như tập huấn kiến thức sử dụng thuốc cho NVYT, giáo dục tư vấn sử dụng thuốc kĩ cho BN, xây dựng các quy trình kiểm soát chất lượng nội bộ, áp dụng kĩ thuật điện tử (mã vạch - bar coding), hồ sơ đơn thuốc điện tử (Electronic prescription record), kê đơn điện tử (E-prescribing) hay nhập y lệnh vào máy vi tính (computerized Physician Order Entry: CPOE), kiểm tra sử dụng thuốc điện tử (Drug utilization reviews: DUR), cấp phát thuốc tự động (Automated medication dispensing) [5], [6], [7], [8].

3.6. So sánh giữa các đối tượng:

- Tỉ lệ gặp sai sót của NVYT (n = 96):
- + Bác sĩ: 16 sai sót (16,7%).
- + Điều dưỡng: 80 sai sót (83,3%).

83,3% sai sót trong sử dụng thuốc cho BN gặp ở điều dưỡng (bác sĩ gặp tỉ lệ thấp hơn, chiếm 16,7%). Điều này có thể do khối lượng công việc của người điều dưỡng thường lớn hơn cả so với các NVYT khác, nhất là việc sử dụng thuốc cho BN chiếm một phần lớn nhiệm vụ. Vì vậy, việc hạn chế tối đa các sai sót của NVYT trong sử dụng thuốc nói chung và điều dưỡng nói riêng là hết sức quan trọng, cần thực hiện thường xuyên, đồng bộ, theo quy trình chặt chẽ. Sử dụng mô hình làm việc nhóm, mục đích ngăn chặn và phát hiện các sai sót (được phát hiện bởi bác sĩ, chủ nhiệm khoa, điều dưỡng trưởng, các thành viên trong nhóm và các nhóm phát hiện chéo nhau) [2].

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 250 lượt bác sĩ kê đơn, ra y lệnh điều trị và điều dưỡng sử dụng thuốc theo y lệnh trên hồ sơ bệnh án, tại Khoa Ngoại, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 5/2016 đến tháng 6/2016, kết luận:

- 100% bác sĩ Khoa Ngoại chung là nam giới, trong đó có 50,0% bác sĩ từ 31-40 tuổi. Chủ yếu bác sĩ có trình độ chuyên khoa I, chuyên khoa II và tương đương (5/8 bác sĩ, 62,5%), có thời gian công tác trên 5 năm (6/8 bác sĩ, 75,0%). Chủ yếu điều dưỡng là nữ giới (71,4%), trong độ tuổi từ 31-40 (78,6%), có trình độ trung cấp (71,4%), thời gian công tác từ 10-20 năm (57,14%).

- 96/250 thời điểm gặp sai sót thuốc; trong đó, 83,3% sai sót gặp ở điều dưỡng và 16,7% sai sót gặp ở bác sĩ. Chủ yếu sai sót là chỉ định thiếu đường dùng (7,3%), sao chép sai thời gian dùng thuốc (11,5%), phát không đúng giờ theo chỉ định (14,6%), BN sử dụng sai so với y lệnh (của bác sĩ và hướng dẫn của điều dưỡng, chiếm 9,38%).

- Sai sót trong kê đơn và sao chép y lệnh hay gặp nhất là nhóm thuốc tim mạch (19,8%), tiếp đến là nhóm hạ glucose máu và giảm đau (đều chiếm 16,7%), nhóm an thần (11,5%), thấp nhất là nhóm thuốc điều trị hen, ho (2,1%). Nguyên nhân sai sót thuốc chủ yếu do thiếu thận trọng (44,4%).

Từ những vấn đề trên chúng tôi kiến nghị: việc phát hiện và ngăn chặn sai sót thuốc cần triển khai rộng thêm ở khâu thực hiện thuốc trên BN, giám sát sau dùng thuốc và giám sát sự tuân thủ của BN. Kiểm tra, giám sát, ghi chép, tổng hợp đánh giá sai sót thuốc để giúp lãnh đạo khoa, bệnh viện đưa ra các biện pháp cải tiến phù hợp về mặt quy trình và cải thiện kiến thức sử dụng thuốc của NVYT, bảo đảm an toàn cao nhất trong chăm sóc, điều trị người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2011), *Hướng dẫn sử dụng thuốc trong cơ sở y tế có giường bệnh*, Thông tư 23/2011/TT-BYT.
2. Bộ Y tế (2011), *Hướng dẫn công tác Điều dưỡng về chăm sóc người bệnh trong bệnh viện*, Thông Tư 07/2011/TT-BYT.
3. Bộ Y tế (2006), *44 Chế độ bệnh viện*, Nhà xuất bản Y học.
4. Bộ Y tế (2009), *Dược Thư Quốc gia Việt Nam*.
5. Trịnh Thị Hồng Nhung (2014), *Đánh giá chất lượng báo cáo ADR trong cơ sở dữ liệu báo cáo tự nguyện của Việt Nam giai đoạn 2011-2013*, Khóa luận tốt nghiệp dược sĩ, Trường Đại học Dược Hà Nội.
6. Bandekar M.S, Anwikar S.R, Kshirsagar N.A (2010), "Quality check of spontaneous adverse drug reaction reporting forms of different countries", *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 19 (11), pp. 1181-5.
7. Bates D.W, Boyle D.L, Vander V.M.V, & Schneider J (1995), "Relationship between Medication Errors and Adverse Drug Events", *Journal of General Internal Medicine*, 10 (4), pp. 199-205.
8. Benkirane R, Soulaymani-Bencheikh R, Khattabi A, Benabdallah G, Alj L, Sefiani H, Hedna K et al (2015), "Assessment of a New

Instrument for Detecting Preventable Adverse Drug Reactions", *Drug Safety*, 38 (4), 383-393. □

ĐÁNH GIÁ TUÂN THỦ QUY TRÌNH THAY BĂNG VÀ ĐIỀU TRỊ...

(Tiếp theo trang 119)

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 3 điều dưỡng thực hiện 260 lượt kỹ thuật thay băng, tra thuốc mắt hằng ngày cho 130 mắt sau mổ cắt mộng, ghép kết mạc rìa tự thân, tại Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 06/2017 đến tháng 06/2018, kết luận:

- Kỹ năng chuẩn bị dụng cụ: 84,62% lượt đánh giá tốt, 11,54% lượt đánh giá đạt và 3,84% lượt đánh giá không đạt. Quy trình kỹ thuật thay băng: 80,77% lượt đánh giá tốt, 16,54% lượt đánh giá đạt, 2,69% lượt đánh giá không đạt.

- Đánh giá chung thực hiện quy trình thay băng, chăm sóc sau phẫu thuật: 69,23% lượt đánh giá tốt, 26,92% lượt đánh giá đạt và 3,85% lượt đánh giá không đạt.

- Một số sai sót thường gặp trong quy trình thay băng: sát khuẩn tay nhanh gấp (26,92%), ghi phiếu chăm sóc chưa đầy đủ (23,08%) và tác phong của điều dưỡng chưa chuẩn (21,92%). Sai sót trong thực hiện kỹ năng tra thuốc: tra thuốc nước (36,15%), tra thuốc mỡ (21,54%) và sai sót thứ tự thực hiện tra thuốc (28,46%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Lã Thị Thanh Lâm (2015), "Đánh giá sự tuân thủ quy trình thay băng vết mổ của điều dưỡng khoa chấn thương chỉnh hình, Bệnh viện Quân y 354", *Hội nghị khoa học điều dưỡng lần thứ IV Bệnh viện Quân y 354*.
2. Lê Đình Anh (2009), "Chăm sóc mắt sau mổ mộng ghép kết mạc rìa tự thân tại Khoa Mắt, Bệnh viện Quân y 103", *Tạp chí Nhân khoa*.
3. *Quy trình kỹ thuật điều dưỡng Bệnh viện Quân y 354 năm 2014*.
4. Bộ Quốc phòng - Cục Quân y - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 (2014), *Tài liệu tập huấn chuyên ngành Mắt toàn quân*.
5. Tài liệu giảng dạy - Viện Mắt Trung ương (2014), *Thực hành Điều dưỡng Nhãn khoa*.
6. Trương Văn Bao (2014), *Nhận xét kết quả cắt mộng, ghép kết mạc rìa tự thân tại Khoa Mắt - Bệnh viện Quân y 354 về phẫu thuật mộng ghép kết mạc rìa tự thân*, Đề tài nghiên cứu cơ sở. □

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN QUẢN LÝ CHẤT THẢI RẮN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354, NĂM 2018

CN. CAO THỊ THU HỒNG,
CN. NGUYỄN THỊ LAN, CN. TRƯƠNG THU HƯƠNG
Bệnh viện Quân y 354
Phản biện khoa học: BSCKII. TRẦN DUY HƯNG
Phó Trưởng Phòng Điều trị, Cục Quân y

TÓM TẮT: Mô tả thực trạng công tác quản lý chất thải rắn y tế và phân tích một yếu tố ảnh hưởng đến công tác này qua 338 lượt quan sát toàn bộ nhân viên y tế thực hiện phân loại, thu gom, vận chuyển, lưu giữ, xử lý chất thải rắn y tế và cơ sở vật chất, trang bị, dụng cụ, phương tiện quản lý chất thải rắn y tế; phỏng vấn sâu Chủ nhiệm Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn, chủ nhiệm và điều dưỡng trưởng khoa, tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 5/2018-7/2018. **Kết quả:** 35/114 lượt quan sát đạt đầy đủ 10 tiêu chí phân loại đúng, 77/114 lượt quan sát đạt đầy đủ 5 tiêu chí thu gom đúng, 34/40 lượt quan sát đạt đầy đủ 4 tiêu chí vận chuyển đúng, 36/40 lượt quan sát đạt đầy đủ 8 tiêu chí lưu giữ đúng, 35/40 lượt quan sát đạt đầy đủ 3 tiêu chí xử lý ban đầu đúng chất thải rắn y tế. Thực trạng quản lý chất thải rắn y tế tại các khoa chỉ đạt từ 67,54-90,0%. Yếu tố cơ sở vật chất, trang thiết bị, phương tiện, dụng cụ; yếu tố về con người làm việc; yếu tố về kinh phí, môi trường, chính sách, quy định đóng vai trò hết sức quan trọng có ảnh hưởng trực tiếp đến hoạt động quản lý chất thải rắn y tế và là những mắt xích gắn kết chặt chẽ với nhau.

Từ khóa: Quản lý chất thải rắn y tế, chất thải y tế.

ABSTRACT: Describe the real situation of the work of medical solid waste management and analyze some factors affecting to this work through 338 observations of all medical staff performing classification, collection and transportation, transfer, storage and management of medical solid waste and material facilities, equipment, tools and means for medical solid waste management; Deep interview with Head of Department of Infection control, and Nursing Head, at the Military hospital 354, from May 2018 to July 2018. **Results:** There were 35/114 observations achieved 10 criteria of correct classification, 77/114 observations achieved 5 criteria of correct collection, 34/40 observations achieved 4 criteria of correct transportation, 36/40 observations achieved 8 criteria of correct storage, 35/40 observations achieved 3 criteria of proper initial management of solid medical waste. The real situation of medical solid waste management at the departments only reached 67.54-90.0%. The factors of material facilities, equipment, means and tools; human factors; factors of funding, environment, policies and regulations played a very important role that directly affected the management of medical solid waste and was closely linked together.

Keywords: Medical solid waste management, medical waste.

Chịu trách nhiệm nội dung: CN. Cao Thị Thu Hồng, Email: caohong354@gmail.com

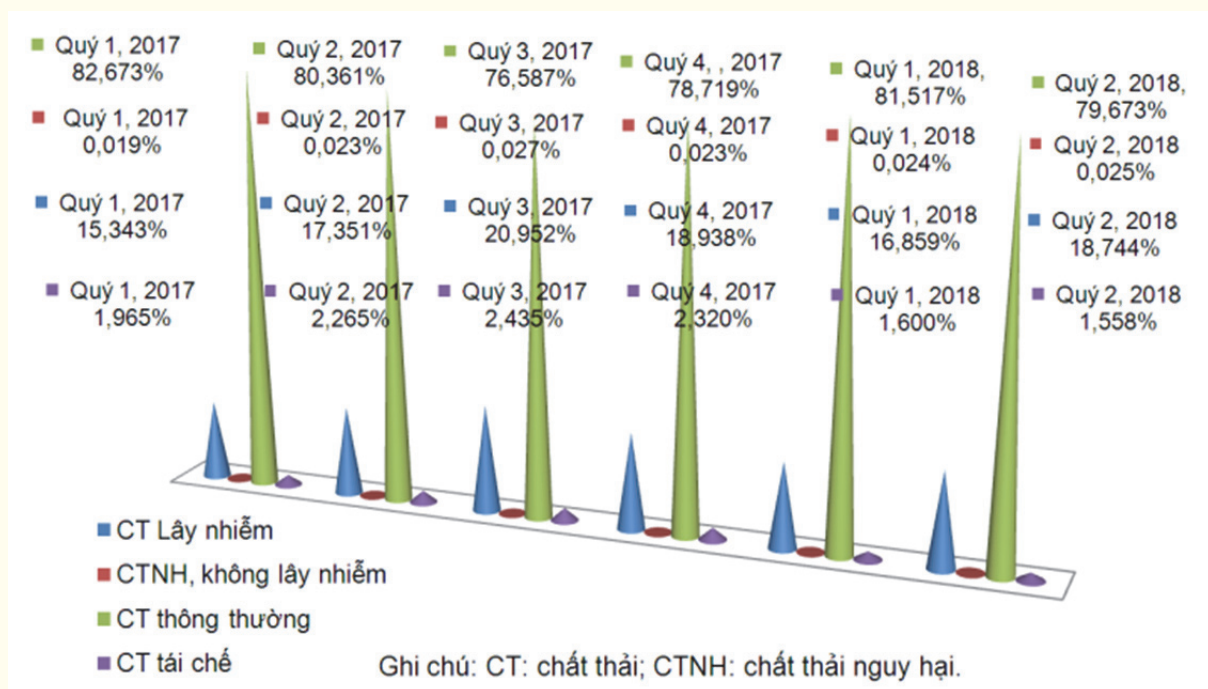
Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 08/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Chất thải y tế tiềm ẩn những nguy cơ rủi ro lây nhiễm các mầm bệnh hoặc gây nguy hại cho người bệnh, nhân viên y tế (NVYT) và cộng đồng. Thời gian qua, công tác quản lý chất thải y tế được quan tâm đáng kể, tích cực góp phần bảo vệ sức khỏe cộng đồng và hạn chế ô nhiễm môi trường. Tuy nhiên, công tác này còn gặp nhiều khó khăn, thách thức. Việc quản lý chất thải y tế cần tiếp tục được quan tâm sâu sát, tổ chức triển khai tốt hơn nữa tại mỗi cơ sở y tế [2], [6], [7]. Tại Bệnh viện Quân y 354, chất thải rắn y tế (CTRYT) phát sinh trong quá trình khám chữa bệnh hằng tháng

khoảng hơn 10 tấn [1]. Trong khi đó, cơ sở vật chất của bệnh viện còn hạn chế, trang thiết bị phục vụ công tác quản lý CTRYT chưa đầy đủ theo tiêu chuẩn của Thông tư 58/2015/TTLT-BYT-BTNMT, ngày 31/12/2015 liên bộ Bộ Y tế và Bộ Tài nguyên-môi trường (Thông tư 58), kinh phí hoạt động quản lý chất thải còn khó khăn.

Góp phần nâng cao chất lượng công tác quản lý chất thải y tế của bệnh viện, chúng tôi triển khai nghiên cứu này nhằm mô tả thực trạng hoạt động quản lý CTRYT và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác này của NVYT, tại Bệnh viện Quân y 354, năm 2018.



Biểu đồ tỉ lệ các chất thải phát sinh tại Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

388 lượt quan sát (LQS) các NVYT thực hiện phân loại, thu gom, vận chuyển, lưu giữ, xử lý CTRYT và cơ sở vật chất, trang thiết bị, dụng cụ, phương tiện quản lý CTRYT của 15 khoa lâm sàng, 5 khoa cận lâm sàng, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 5/2018 đến tháng 7/2018.

NVYT trong nghiên cứu gồm các đối tượng: chủ nhiệm khoa, điều dưỡng trưởng khoa và toàn bộ điều dưỡng, nữ hộ sinh, kĩ thuật viên, hộ lí các khoa nghiên cứu. Các NVYT đều đồng ý tham gia nghiên cứu và không biết thời điểm được quan sát thực hiện phân loại, thu gom, vận chuyển, lưu giữ, xử lý CTRYT.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Phương pháp nghiên cứu:

+ Định lượng và định tính, điều tra quan sát đánh giá thực trạng hoạt động quản lý CTRYT của bệnh viện bằng bảng kiểm theo Thông tư 58.

+ Mỗi khoa quan sát 1 ngày, tại tất cả các phòng có liên quan trực tiếp đến công tác quản lý CTRYT.

+ Phỏng vấn sâu Chủ nhiệm Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn, các chủ nhiệm khoa, điều dưỡng trưởng khoa, thảo luận nhóm tại một số khoa.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Thực trạng quản lý CTRYT tại các khoa, Bệnh viện Quân y 354:

- Thực trạng phát sinh CTRYT tại Bệnh viện Quân y 354 (biểu đồ trên).

Hàng quý, hay gặp nhất tại các khoa là chất thải thông thường (từ 76-83%), tiếp đến là chất thải lây nhiễm (từ 15-20%), chất thải tái chế (1,6-2,5%); thấp nhất là chất thải không lây nhiễm (dưới 1%). Số liệu này tương đương kết quả nghiên cứu của Nguyễn Bá Tòng và Tô Thị Liên [9], [5].

- Thực trạng phân loại đúng CTRYT (n = 114):

+ Phân loại đúng ngay tại nơi phát sinh: 114 LQS (100%).

+ Phân loại đúng chất thải sắc nhọn là bơm kim tiêm: 114 LQS (100%).

+ Phân loại đúng chất thải sắc nhọn khác: 99 LQS (86,84%).

+ Phân loại đúng chất thải lây nhiễm không sắc nhọn: 111 LQS (97,37%).

+ Phân loại đúng chất thải thông thường: 113 LQS (99,12%).

+ Phân loại đúng chất thải giải phẫu: 114 LQS (100%).

+ Phân loại đúng chất thải nguy hại không lây nhiễm: 35 LQS (30,70%).

+ Phân loại đúng chất thải tái chế: 77 LQS (67,54%).

+ Phân loại đúng chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao: 114 LQS (100%).

+ Các vị trí đúng có hướng dẫn cách phân loại: 111 LQS (97,37%).

+ Tính chung phân loại CTRYT đạt đầy đủ 10 tiêu chí trên: 35/114 LQS (30,70%).

Kết quả cho thấy, phân loại đúng các CTRYT đạt tỉ lệ khá cao, từ 67,54-100%; tương đương với nghiên cứu của Đinh Quang Tuấn (100%) [10] và Phan Thanh Lam (97,7%) [4], nhưng cao hơn nghiên cứu của Lê Phú Gia (72%) [3] và Nguyễn Bá Tông [9]. Điều này thể hiện ý thức về phân loại chất thải của NVYT là rất tốt. Tuy nhiên, tỉ lệ phân loại đúng chất thải không lây nhiễm chưa cao (30,70%), có thể do dụng cụ chưa đúng với quy định và kiến thức của một số NVYT chưa đầy đủ. Vì vậy, tính chung trong 114 lần quan sát NVYT, thấy thực hiện đúng 10 tiêu chí về phân loại CTRYT chỉ đạt 30,70%.

- Thực trạng thu gom đúng CTRYT (n = 114):

+ Tần suất thu gom đúng: 107 LQS (93,86%).

+ Có quy định đường thu gom riêng: 114 LQS (100%).

+ Vị trí thùng đựng chất thải có bảng hướng dẫn cách phân loại và thu gom: 85 (74,56%).

+ Các loại chất thải được thu gom riêng: 112 LQS (98,25%).

+ Chất thải không đầy, không để rơi, vãi ra nền nhà: 111 LQS (97,37%).

+ Tính chung thu gom đúng CTRYT đạt đầy đủ 5 tiêu chí trên: 77/114 LQS (67,54%).

100% NVYT thu gom chất thải theo đúng quy định riêng, 74,56% vị trí đặt thùng đựng chất thải có bảng hướng dẫn cách phân loại và thu gom. Các tiêu chí khác đều đạt trên 90%. Tỉ lệ thu gom CTRYT phần lớn cao hơn so với các nghiên cứu của Lê Phú Gia [3], Phan Thanh Lam [4] và Nguyễn Bá Tông [9]. Tính chung có 77 LQS (67,54%) đạt đầy đủ cả 5 tiêu chí về thu gom CTRYT.

- Thực trạng vận chuyển đúng CTRYT (n = 40):

+ Vận chuyển chất thải đúng thời gian quy định: 38 LQS (95,0%).

+ Vận chuyển chất thải đúng theo đường quy định riêng: 40 LQS (100%).

+ Đậy kín nắp thùng, buộc kín miệng túi khi vận chuyển: 39 LQS (97,5%).

+ Không rơi vãi chất thải trong khi vận chuyển: 36 LQS (90%).

+ Tính chung vận chuyển CTRYT đạt đầy đủ 4 tiêu chí trên: 34/40 LQS (85,0%).

Tỉ lệ vận chuyển CTRYT theo đúng đường quy

định đạt rất cao, từ 90-100%. Tuy nhiên, qua quan sát ở một số khoa vẫn còn hiện tượng rơi vãi khi vận chuyển do không buộc kín miệng túi. Tính chung trong số 40 LQS thấy, có 34 LQS (85%) đạt đầy đủ cả 4 tiêu chí. Có được kết quả này là do bệnh viện mới được xây dựng nâng cấp về cơ sở vật chất, khu điều trị người bệnh tập trung nên việc vận chuyển chất thải tại các khoa là rất thuận lợi.

- Thực trạng lưu giữ đúng CTRYT (n = 40):

+ Dụng cụ, thiết bị lưu chứa chất thải đúng quy định: 40 LQS (100%).

+ Chất thải lây nhiễm và chất thải thông thường lưu giữ riêng: 40 LQS (100%).

+ Nơi lưu giữ chất thải đảm bảo: 40 LQS (100%).

+ Phương tiện chứa chất thải có thành cứng không bị bục vỡ, rò rỉ: 40 LQS (100%).

+ Có biểu tượng, có nắp đậy kín: 37 LQS (92,5%).

+ Có mái che, cửa khóa: 39 LQS (97,5%).

+ Có đầy đủ phương tiện chứa và phòng chống sự cố: 39 LQS (97,5%).

+ Nền chống thấm, thông khí tốt: 39 LQS (97,5%).

+ Không phát sinh mùi khó chịu, hôi: 38 LQS (95%).

+ Tính chung lưu giữ CTRYT đạt đầy đủ 8 tiêu chí trên: 36/40 LQS (90,0%).

Tỉ lệ lưu giữ CTRYT đúng đạt từ 92,5-100%. Tính chung có 36 LQS (90,0%) NVYT thực hiện đạt đầy đủ 8 tiêu chí về lưu giữ CTRYT. Đây cũng là thành quả của sự đầu tư và triển khai trang bị thiết bị, dụng cụ cho hoạt động quản lí CTRYT từ bệnh viện.

- Thực trạng xử lí ban đầu CTRYT đúng (n = 40):

+ Có xô pha sẵn hóa chất xử lí ban đầu: 35 LQS (87,5%).

+ Thực hiện đúng quy trình xử lí ban đầu: 35 LQS (87,5%).

+ Tính chung xử lí ban đầu CTRYT đạt đầy đủ các tiêu chí trên: 35/40 LQS (87,5%).

Kết quả về xử lí ban đầu CTRYT cho thấy, việc sẵn sàng phương tiện cho xử lí ban đầu chất thải có nguy cơ lây nhiễm cao cũng như thực hiện đúng quy trình xử lí ban đầu đều đạt 87,5%; cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Bá Tông [9], Phan Thanh Lam (34,1%) [4]. Khâu xử lí chất thải đã được chú trọng và thực hiện tốt tại Brazil [11].

- Thực trạng quản lý CTRYT tại các khoa lâm sàng và cận lâm sàng:

Bảng mô tả thực trạng quản lý CTRYT.

Kết quả	Không đạt	Đạt
Phân loại CTRYT (n = 114)	79 (69,30%)	35 (30,70%)
Thu gom CTRYT (n = 114)	37 (32,46%)	77 (67,54%)
Vận chuyển CTRYT (n = 40)	6 (15,0%)	34 (85,0%)
Lưu giữ CTRYT (n = 40)	4 (10,0%)	36 (90,0%)
Xử lý CTRYT (n = 40)	5 (12,5%)	35 (87,5%)

Thực trạng quản lý CTRYT tại các khoa chỉ đạt từ 67,54-90,0%; trong đó, thấp nhất là phân loại CTRYT (đạt 30,70%). Nguyên nhân do thiếu dụng cụ phân loại, như thùng, túi chưa đúng mã màu, cùng với nhận thức của NVYT thực hiện theo thói quen nên có lúc nhầm lẫn chất thải khi phân loại.

3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động quản lý CTRYT:

3.2.1. Cơ sở vật chất, dụng cụ, trang thiết bị dựng, thu gom, vận chuyển:

Nghiên cứu cho thấy, hầu hết cơ sở vật chất, trang thiết bị, phương tiện, dụng cụ phục vụ công tác phân loại, thu gom, vận chuyển chất thải của bệnh viện theo Thông tư 58 (có đủ 4 màu vàng, xanh, đen, trắng) còn thiếu và chưa đạt quy chuẩn. Các loại túi nilon và thùng đựng chất thải màu vàng, màu xanh có đầy đủ, có biểu tượng chỉ dẫn loại chất thải phù hợp, vạch quy định mức thu gom. Còn túi nilon, thùng đựng chất thải màu đen, trắng thì chỉ là túi thông thường. Kết quả này tương tự một số nghiên cứu khác.

Quan sát, phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm cho thấy, có thể do lượng chất thải nguy hại không lây nhiễm phát sinh rất ít, có khoa hầu như không phát sinh, nên các khoa tận dụng các sọt hoặc xô để phân loại chất thải. Riêng với chất thải sắc nhọn, 100% các khoa được bệnh viện trang bị đủ, đúng dụng cụ đựng đạt tiêu chuẩn. 100% các khoa có đủ phương tiện vận chuyển rác thải chuyên dụng đến kho lưu giữ của bệnh viện, nên việc vận chuyển được các khoa thực hiện rất tốt.

Việc sử dụng các dụng cụ, trang thiết bị chưa đúng quy định đang là vấn đề không chỉ của riêng Bệnh viện Quân y 354, mà còn là thực trạng chung của nhiều cơ sở y tế tại Việt Nam [4], [9]. Sử dụng các dụng cụ chưa đúng, chưa đạt chuẩn dẫn đến tình trạng một số loại chất thải y tế được phân loại không đúng với các dụng cụ quy định.

3.2.2. Yếu tố nhân lực phục vụ công tác quản lý CTRYT tại bệnh viện:

Theo kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm, Bệnh viện Quân y 354 rất quan tâm đến vấn đề quản lý chất thải. Sau khi có sự thay đổi về quy chế quản lý chất thải, Ban Giám đốc bệnh viện đã yêu cầu mọi NVYT tiếp cận Thông tư 58 để triển khai thực hiện. Kết quả phỏng vấn sâu chỉ ra, để triển khai hiệu quả công tác quản lý CTRYT, yếu tố con người là vấn đề then chốt và phải được quan tâm ưu tiên. Theo đa số ý kiến, nếu có đủ máy móc, trang thiết bị mà không có con người vận hành thì cũng không có kết quả. Đây cũng là quan điểm chung của nhiều nghiên cứu trước. Bởi vì, trong quy trình quản lý CTRYT, con người phải tham gia vào tất cả các khâu thực hiện. Ngoài ra, khi NVYT có kiến thức, nhận thức đúng về quản lý chất thải thì sẽ biết cách phân loại chất thải vào đúng dụng cụ quy định. Kết quả phỏng vấn sâu cũng nhấn mạnh, Bệnh viện Quân y 354 đã thực hiện cơ bản các nội dung, như đào tạo, tập huấn, phân công nhiệm vụ và có sự kiểm tra, giám sát của cả hệ thống từ trên xuống dưới. Như vậy, để thực hiện tốt công tác quản lý chất thải rắn y tế thì vấn đề con người đóng vai trò hết sức quan trọng.

3.2.3. Yếu tố kinh phí, môi trường, chính sách, quy định, quy chế:

Vấn đề kinh phí là khó khăn lớn nhất, ảnh hưởng không nhỏ đến hoạt động quản lý CTRYT. Bệnh viện Quân y 354 đã cố gắng trong đầu tư kinh phí mua sắm trang thiết bị, dụng cụ, phương tiện, sửa chữa cơ sở vật chất, song còn nhiều hạn chế so với yêu cầu tại Thông tư 58. Theo kết quả phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm, có một số khoa đã chủ động đầu tư mua sắm trang thiết bị phục vụ công tác quản lý chất thải y tế, song chưa đúng quy chuẩn. So sánh với những nghiên cứu khác, Bệnh viện Quân y 354 đã thực hiện khá tốt về vấn đề đầu tư kinh phí cho hoạt động quản lý chất thải.

Thông tư 58 có nhiều điểm mới về quản lý chất thải y tế so với các văn bản quy phạm pháp luật trước đó. Tuy nhiên, trên thực tế, khi áp dụng chung cho tất cả các cơ sở y tế có quy mô khác nhau sẽ có nhiều bất cập, như quy định đường thu gom, vận chuyển rác thải; phương tiện vận chuyển, khu vực lưu giữ, người vận chuyển, ghi chép sổ sách, chế độ đào tạo và đãi ngộ đặc thù... Về những vấn đề trên, các nghiên cứu của Lê Phú Gia [3], Lê Chính Phong [7] và Nguyễn Bá Tông [0] đã đề cập đến. Đây là những rào cản lớn để thực hiện tốt công tác quản lý CTRYT. Bệnh viện Quân y 354 đáp ứng khá tốt các tiêu chí này.

Chế độ đãi ngộ trực tiếp là hình thức khuyến

khích người lao động, nhưng chính sách thì chưa rõ ràng. Cán bộ chuyên trách phải chịu trách nhiệm khá lớn với tất cả những vấn đề liên quan đến hoạt động quản lý chất thải mà không có cơ chế hỗ trợ, động viên khuyến khích là vấn đề bất cập cần tiếp tục được quan tâm.

Thực hiện tốt công tác quản lý CTRYT sẽ hạn chế được những rủi ro, nguy cơ phơi nhiễm cho NVYT, người dân và cộng đồng. Qua phỏng vấn sâu, thấy rằng tuy các cá nhân và tổ chức trong Bệnh viện Quân y 354 đã rất tích cực và có nhiều nỗ lực trong hoạt động quản lý CTRYT, song vẫn còn khá nhiều tồn tại cần giải quyết. Hiện nay, việc áp dụng Thông tư 58 với các cơ sở y tế nói chung, với Bệnh viện Quân y 354 nói riêng đang còn gặp rất nhiều khó khăn. Nhưng nếu các cơ sở y tế thực hiện đúng theo quy định, thì đây là hành lang pháp lý để thực hiện tốt công tác quản lý chất thải y tế.

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 388 LQS toàn bộ NVYT thực hiện phân loại, thu gom, vận chuyển, lưu giữ, xử lý CTRYT và cơ sở vật chất, trang thiết bị, dụng cụ, phương tiện quản lý CTRYT của 15 khoa lâm sàng, 5 khoa cận lâm sàng; phòng vấn sâu Chủ nhiệm Khoa Kiểm soát nhiễm khuẩn, chủ nhiệm và điều dưỡng trưởng các khoa, Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 5/2018-7/2018, kết luận:

- Thực trạng quản lý CTRYT tại Bệnh viện quân y 354: 35/114 LQS (30,70%) đạt đầy đủ 10 tiêu chí phân loại đúng CTRYT. 77/114 LQS (67,54%) đạt đầy đủ 5 tiêu chí thu gom đúng CTRYT. 34/40 LQS (85,0%) đạt đầy đủ 4 tiêu chí vận chuyển đúng CTRYT. 36/40 LQS (90,0%) đạt đầy đủ 8 tiêu chí lưu giữ đúng CTRYT. 35/40 LQS (87,5%) đạt đầy đủ 3 tiêu chí xử lý ban đầu đúng CTRYT. Thực trạng quản lý CTRYT tại các khoa chỉ đạt từ 67,54-90,0%.

- Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động phân loại, thu gom, vận chuyển, lưu giữ chất thải: cơ sở vật chất, trang thiết bị, dụng cụ, phương tiện; yếu tố nhân lực; kinh phí, môi trường, chính sách, các quy định đóng vai trò hết sức quan trọng, có ảnh hưởng trực tiếp đến hoạt động quản lý CTRYT và là những mắt xích gắn kết chặt chẽ với nhau. Nếu được trang bị đầy đủ, phương tiện dụng cụ, bảo đảm về cơ sở vật chất sẽ giảm được rất nhiều hệ lụy, góp phần nâng cao ý thức của cán bộ, NVYT, bệnh nhân và cộng đồng.

Từ kết quả nghiên cứu này, chúng tôi đưa ra khuyến nghị:

- Trang bị đầy đủ các dụng cụ, trang thiết bị, phương tiện đạt chuẩn theo quy định của Bộ Y tế để phục vụ công tác phân loại, thu gom, vận

chuyển và lưu giữ chất thải y tế.

- Tổ chức đào tạo, tập huấn nâng cao kiến thức, thực hành quản lý chất thải y tế cho tất cả NVYT trong toàn bệnh viện.

- Các phòng/ban chức năng liên quan, nhất là lãnh đạo các khoa/phòng trong bệnh viện (trưởng khoa, điều dưỡng trưởng khoa) tăng cường công tác kiểm tra, giám sát tất cả các khâu trong quy trình quản lý chất thải y tế.

- Các cơ quan cấp trên xem xét tăng nguồn kinh phí cho các hoạt động quản lý chất thải y tế nói chung và CTRYT nói riêng; lưu ý chính sách hỗ trợ và phòng ngừa rủi ro đối với người phụ trách công tác quản lý và người trực tiếp tham gia vận chuyển chất thải y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bệnh viện Quân y 354 (2018), *Báo cáo công tác quản lý chất thải 6 tháng đầu năm 2018*.
2. Bộ Tài Nguyên và môi trường, Bộ Y tế (2015), *Thông tư số 58/TTLT-BYT-BTNMT, ngày 31/12/2015 Quy định về quản lý chất thải y tế*.
3. Lê Phú Gia (2016), *Đánh giá hoạt động quản lý CTRYT tại Bệnh viện Lao-bệnh phổi tỉnh Hà Nam và một số yếu tố ảnh hưởng năm 2016*.
4. Phan Thanh Lam (2013), *Thực trạng công tác quản lý CTRYT của Trung tâm Y tế huyện Gia Lâm*.
5. Tô Thị Liên (2017), *Thực trạng quản lý CTRYT tại một số trạm y tế xã, phường thuộc 8 tỉnh Việt Nam, năm 2015*.
6. Đào Ngọc Phong (2007), *Mô tả thực trạng ô nhiễm môi trường do chất thải y tế, các giải pháp xử lý chất thải y tế và triển khai mô hình quản lý chất thải y tế tại bệnh viện, trung tâm y tế huyện, Đại học Y Hà Nội*.
7. Lê Chính Phong (2016), *Thực trạng thực hiện quy trình quản lý chất thải rắn y tế và một số yếu tố ảnh hưởng ở Viện Mắt Hà Nội*.
8. Hoàng Thị Thúy (2011), *Thực trạng quản lý CTRYT và kiến thức, thực hành của NVYT Bệnh viện Đa khoa Đông Anh, năm 2011*.
9. Nguyễn Bá Tòng (2015), *Thực trạng quản lý CTRYT và một số yếu tố ảnh hưởng tại các trạm y tế huyện Châu Thành, Đồng Tháp, năm 2015*.
10. Đinh Quang Tuấn (2011), *Thực trạng quản lý CTRYT, kiến thức, thực hành của cán bộ y tế trên địa bàn thành phố Việt Trì, năm 2011*.
11. Silva e Souza A.C, Alves S.B (2014), *The reality of waste management in primary health care units in Brazil*, Waste Manag Res, 32 (9 Suppl), pp. 40-7. □

MÔ TẢ ĐỘNG LỰC LÀM VIỆC CỦA ĐIỀU DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354, NĂM 2017

ThS. ĐOÀN NGỌC SƠN - Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN MINH HIẾU
Nguyên Trưởng Phòng Khoa học-Quản huân,
Cục Quân y

TÓM TẮT: **Mục tiêu:** Đánh giá thực trạng động lực làm việc và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc của điều dưỡng. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu xã hội học, mô tả cắt ngang 226 điều dưỡng đang làm việc tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 3-7/2017. **Kết quả:** Điều dưỡng có động lực làm việc tốt đạt từ 73,5-79,6%. Có 85,0% điều dưỡng tự hào về công việc, 84,0% điều dưỡng chủ động và trách nhiệm trong công việc, 78,4% điều dưỡng thấy công việc có ý nghĩa, 77,9% điều dưỡng yêu thích công việc. Điều dưỡng khối lâm sàng có động lực làm việc tốt cao hơn khu vực còn lại gấp 2,42 lần. Điều dưỡng viên có quan hệ tốt với đồng nghiệp và lãnh đạo thì có động lực làm việc cao hơn so với điều dưỡng viên có mối quan hệ chưa tốt. Công tác quản trị và điều hành tổ chức có ý nghĩa lớn trong việc tạo động lực làm việc, quản trị điều hành tốt giúp cho người điều dưỡng có động lực làm việc tốt gấp 1,97 lần so với nhóm cho rằng vấn đề này chưa tốt.

Từ khóa: Động lực làm việc, điều dưỡng.

ABSTRACT: **Objectives:** Evaluate the real situation of work motivation and investigation of some factors affecting the motivation of nursing. **Subjects and methods:** Sociological study, cross-sectional description of 226 nursing, who were working at the Military hospital 354, from March to July 2017. **Results:** Nurses with good working motivation reached 73.5-79.6%. There were 85.0% of nurses proud with their work, 84.0% of nurses proactive and responsible for their work, 78.4% of nurses found their work meaningful, 77.9% of nurses loved their work. Nurses of the clinical departments had better work motivation than the other departments by 2.42 times. Nurses with good relationships with colleagues and leaders had a higher motivation to work than nurses with poor relationships. The work of management and administration of the organization had a great significance in creating work motivation, good governance to help nurses have a good work motivation of 1.97 times compared to the group that considered this problem was not good.

Keywords: Motivation for work, nursing.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Đoàn Ngọc Sơn, Email: vudoanngocson@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 25/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Động lực làm việc tác động lớn đến người lao động. Một môi trường làm việc tích cực tạo cho nhân viên động lực lao động. Đây cũng là tiêu chí quan trọng của các nhà quản lý để xây dựng tổ chức. Vì thế, các công ty đã quan tâm hơn đến vấn đề xây dựng môi trường làm việc cho người lao động, từ không gian làm việc đến các nhu cầu cá nhân; từ mối tương tác giữa người lao động với nhau đến tương tác với người quản lý... để mang lại lợi ích cho tổ chức [1], [3]. Tại các cơ sở y tế, cơ sở vật chất, trang thiết bị y tế và môi trường làm việc là các yếu tố quan trọng tạo nên năng suất lao động, tránh các rủi ro, tạo niềm tin cho người bệnh. Thực tế hiện nay, điều dưỡng viên thường phải làm việc với cường độ lớn, công việc lại gặp nhiều rủi ro, độc hại và bạo lực... [2]. Do đó, để phát huy hết năng lực chuyên môn,

tăng cường tính sáng tạo trong công việc, hoàn thành tốt nhiệm vụ được giao, thì việc tạo ra động lực làm việc là hết sức cần thiết [4].

Thời gian qua, Bệnh viện Quân y 354 đã từng bước khẳng định được vị thế của mình, đội ngũ điều dưỡng được quan tâm hơn và khẳng định vai trò. Tuy nhiên, đến nay, bệnh viện chưa có nghiên cứu nào về động lực làm việc của điều dưỡng. Chúng tôi triển khai nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá thực trạng động lực làm việc và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến động lực của điều dưỡng tại Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

226 điều dưỡng đang làm việc tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 3/2017 đến tháng 6/2017 đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: xã hội học, mô tả cắt ngang.

- Trình tự nghiên cứu: xây dựng bộ công cụ nghiên cứu theo khung lí thuyết của Henzberg F (chia làm nhóm các yếu tố tạo động lực và các yếu tố ảnh hưởng) để thu thập số liệu.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Các yếu tố tạo động lực làm việc: yếu tố nhân khẩu/nghề nghiệp; sự hài lòng; điều kiện làm việc; quan hệ với đồng nghiệp, với lãnh đạo; quản trị và điều hành.

+ Các yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc: sự thành đạt; bản chất công việc; sự ghi nhận thành tích; phát triển chuyên môn nghề nghiệp.

- Đánh giá kết quả theo thang điểm Likert cho từng chỉ tiêu: rất không đồng ý (1 điểm); không đồng ý (2 điểm); bình thường (3 điểm); đồng ý (4 điểm); rất đồng ý (5 điểm). Dựa trên điểm của các tiểu mục, chia thành hai nhóm: chưa có động lực (từ 1-3 điểm); có động lực (từ 4-5 điểm). Từ đó, có điểm trung bình (TB) và điểm động lực chung (ĐLC) cho từng chỉ tiêu nghiên cứu.

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm		Số ĐD	Tỉ lệ %
Giới tính	Nam	85	37,6
	Nữ	141	62,4
Tuổi	Dưới 30 tuổi	21	9,3
	Từ 30-40 tuổi	133	58,8
	Trên 41 tuổi	72	31,9
Trình độ chuyên môn	Trung cấp, cao đẳng	173	76,5
	Đại học, sau đại học	53	23,5
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	08	3,5
	Kết hôn	213	94,2
	Ly hôn/góa bụa	02	2,2
Là thu nhập chính trong gia đình	Có	159	70,4
	Không	67	29,6
Thâm niên công tác	Từ 1-5 năm	15	6,6
	Từ 5-10 năm	78	34,5
	Trên 10 năm	133	58,8
Khoa ban công tác	Khối lâm sàng	173	76,5
	Khối cận lâm sàng	47	20,8
	Ban chức năng	06	2,7

3.2. Các yếu tố tạo động lực làm việc:

Bảng 2. Sự hài lòng với công việc.

Các yếu tố động lực	Điểm TB	Điểm ĐLC
Hài lòng với công việc	4,03	0,69
Hài lòng với đồng nghiệp	4,13	0,74
Hài lòng với người chỉ huy	4,01	0,72

Bảng 3. Cơ sở vật chất, trang thiết bị.

Các yếu tố động lực	Điểm TB	Điểm ĐLC
Trang thiết bị đầy đủ để phục vụ công việc.	4,01	0,72
Cơ sở vật chất đầy đủ để phục vụ công việc.	4,2	0,73
Thiết bị hiện có bảo đảm an toàn cho công việc.	4,22	0,72

Bảng 4. Mối quan hệ với đồng nghiệp.

Các yếu tố động lực	Điểm TB	Điểm ĐLC
Thấy thoải mái khi làm việc với đồng nghiệp khác.	4,09	0,74
Được đồng nghiệp động viên, hỗ trợ trong công việc.	4,17	0,71
Được đồng nghiệp giúp đỡ khi khó khăn.	4,25	0,71
Thường xuyên trao đổi thông tin với đồng nghiệp.	4,19	0,74
Luôn quý mến đồng nghiệp	4,21	0,73

Bảng 5. Mối quan hệ với lãnh đạo.

Các yếu tố động lực	Điểm TB	Điểm ĐLC
CHKB giải quyết tốt những khó khăn, vướng mắc.	4,1	0,75
CHKB đối xử công bằng.	4,14	0,73
CHKB chia sẻ, lắng nghe ý kiến của nhân viên.	4,14	0,73
CHKB động viên kịp thời khi hoàn thành nhiệm vụ.	4,15	0,75
CHKB hướng dẫn nhiệt tình trong công việc.	4,15	0,7

(CHKB: chỉ huy khoa, ban).

Bảng 6. Quản trị và điều hành của tổ chức.

Các yếu tố động lực	Điểm TB	Điểm ĐLC
Hiểu rõ CĐCS và KLQĐ, nội quy, quy chế bệnh viện.	4,21	0,72
Công việc quá tải và nhiều áp lực phải hoàn thành.	4,18	0,71
Sự giám sát người quản lí ảnh hưởng động lực.	3,98	0,79
Thân nhân được hưởng các chế độ theo quy định.	4,05	0,71

(CĐCS: chế độ chính sách, KLQĐ: kỉ luật quân đội).

3.3. Các yếu tố ảnh hưởng đến động lực:

Bảng 7. Bản chất công việc.

Các yếu tố động lực	Điểm TB	Điểm ĐLC
Cảm thấy công việc của mình có ý nghĩa.	4,13	0,74
Thích những công việc mình đang làm.	4,15	0,76
Tự hào với công việc mình đang làm tại Bệnh viện	4,24	0,7
Chủ động và có tinh thần trách nhiệm với công việc	4,2	0,69

Bảng 8. Sự ghi nhận thành tích.

Các yếu tố động lực	Điểm TB	Điểm ĐLC
Chỉ huy luôn ghi nhận những kết quả đạt được	4,22	0,76
Được đóng góp và ghi nhận ý kiến có ích cho đơn vị	4,04	0,75
Đồng nghiệp sẵn sàng ghi nhận kết quả đạt được.	4,03	0,73
Phương thức thi đua khen thưởng của đơn vị công bằng	4,16	0,74

Bảng 9. Phát triển chuyên môn nghề nghiệp.

Các yếu tố động lực	Điểm TB	Điểm ĐLC
Bệnh viện tạo điều kiện thăng cấp khi đạt thành tích.	4,05	0,78
Được cơ quan tạo điều kiện đi học nâng cao trình độ.	4,09	0,75
Được chỉ huy định hướng công việc	4,15	0,67

Bảng 10. Sự thành đạt.

Các yếu tố động lực	Điểm TB	Điểm ĐLC
Công việc được xã hội đánh giá cao và tôn trọng.	4,07	0,76
Công việc được chỉ huy đánh giá cao và tôn trọng.	4,19	0,75
Công việc được đồng nghiệp đánh giá cao và tôn trọng.	4,12	0,76
Công việc được gia đình đánh giá cao và tôn trọng.	4,16	0,75
Công việc được người bệnh đánh giá cao và tôn trọng.	4,15	0,73

3.4. Một số yếu tố liên quan với động lực làm việc:

Bảng 11. Các yếu tố nhân khẩu học.

Các yếu tố		Động lực làm việc		Tổng	OR khoảng tin cậy	p
		Tốt	Chưa tốt			
Giới tính	Nam	56 (65,9%)	29 (34,1%)	85	1,06 (0,6-1,87)	0,837
	Nữ	91 (64,5%)	50 (35,5%)	141		
Tuổi	≤ 40 tuổi	110 (67,1%)	54 (32,9%)	164	1,38 (0,75-2,52)	0,3
	>40 tuổi	37 (59,7%)	25 (40,3%)	62		
Trình độ chuyên môn	Trung cấp, cao đẳng	116 (61,7%)	57 (32,9%)	173	1,44 (0,77-2,72)	0,253
	Đại học, sau đại học	31 (58,5%)	22 (41,5%)	53		
Tình trạng hôn nhân	Đang kết hôn	138 (64,8%)	75 (35,2%)	213	0,82 (0,24-2,75)	0,74
	Chưa kết hôn/li thân/li hôn/góa bụa.	9 (69,2%)	4 (30,8%)	13		
Là thu nhập chính trong gia đình	Có	49 (30,7%)	110 (69,3%)	159	1,68 (0,73-3,9)	0,222
	Không	13 (19,5%)	54 (80,5%)	67		
Thời gian công tác	Từ 10 năm trở xuống	60 (64,5%)	33 (35,5%)	93	0,96 (0,55-1,68)	0,889
	Trên 10 năm	87 (65,4%)	46 (34,6%)	133		
Khoa ban công tác	Khoa lâm sàng	121 (69,9%)	52 (30,1%)	173	2,42 (1,29- 4,53)	0,049
	Phòng ban, khoa CLS	26 (49,1%)	27 (50,9%)	53		

Bảng 12. Mối liên quan giữa đặc thù công việc và động lực làm việc.

Các yếu tố nghề nghiệp		Động lực làm việc		Tổng	OR khoảng tin cậy	p
		Tốt	Chưa tốt			
Hài lòng với công việc	Hài lòng	98 (66,2%)	50 (33,8%)	148	1,16 (0,66-2,06)	0,61
	Chưa hài lòng	49 (62,8%)	29 (37,2%)	78		
Quan hệ với đồng nghiệp	Tốt	126 (69,6%)	55 (30,4%)	181	2,62 (1,25-5,10)	0,004
	Chưa tốt	21 (46,7%)	24 (53,3%)	45		
Quan hệ với lãnh đạo	Tốt	114 (69,1%)	51 (30,9%)	165	1,9 (1,04-3,46)	0,036
	Chưa tốt	33 (54,1%)	28 (45,9%)	61		
Quản trị và điều hành	Tốt	111 (69,6%)	48 (30,4%)	159	1,97 (1,1-3,55)	0,022
	Chưa tốt	36 (53,7%)	31 (46,3%)	67		
Ý nghĩa của công việc	Tốt	126 (68,5%)	58 (31,5%)	184	2,17 (1,1-4,29)	0,023
	Chưa tốt	21 (50,0%)	21 (50,0%)	42		
Phát triển chuyên môn	Tốt	101 (63,9%)	57 (36,1%)	158	0,85 (0,46-1,55)	0,59
	Chưa tốt	46 (67,6%)	22 (32,4%)	68		

4. BÀN LUẬN.

4.1. Các yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc của điều dưỡng:

- Động lực làm việc dưới góc độ thành đạt: sự đánh giá của chỉ huy tạo cho người điều dưỡng động lực làm việc cao nhất là 4,19 điểm (chiếm tỉ lệ 80,1%); tương đương nghiên cứu của Võ Văn Tài năm 2010, Lê Quang Trí năm 2013 và Nguyễn Hoàng Sơn năm 2014 (sự đánh giá của người chỉ huy tạo cho người điều dưỡng động lực làm việc lần lượt là 78,2%, 72,2%, 71,9%) [6], [8] [5].

- Động lực làm việc dưới góc độ bản chất công việc: điểm trung bình đối với các yếu tố này đều trên 4 điểm, chiếm 78,4%. Điều này cho thấy, ổn định và sự an toàn trong công việc là những yếu tố không thể thiếu với người điều dưỡng. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Việt Triều năm 2015 (tỉ lệ nhân viên y tế có động lực với yếu tố này chiếm 92,4%) [9], nhưng tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Đình Toàn năm 2013 (70% có động lực với bản chất công việc) [7].

- Động lực làm việc dưới góc độ ghi nhận thành tích và thăng tiến: việc khen thưởng, ghi nhận thành tích, cho đi đào tạo là các yếu tố kích thích người lao động làm việc hiệu quả, nâng cao năng suất lao động. Trong nghiên cứu này, người điều dưỡng có nguyện vọng tiếp tục được học tập đạt 79,6%, đồng nghiệp ghi nhận kết quả đạt được là 75,2%, đồng ý với phương thức thi đua khen thưởng là 79,2%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Việt

Triều năm 2015 (yếu tố sự ghi nhận thành tích là 69,7%) [13]. Theo nghiên cứu của Võ Văn Tài năm 2010 với đối tượng bác sĩ, yếu tố sự ghi nhận thành tích là 79,2% [6]. 72,5% điều dưỡng đồng ý với sự tăng cấp khi đạt thành tích.

4.2. Các yếu tố tạo động lực làm việc của điều dưỡng:

- Các yếu tố nhân khẩu học: trong nghiên cứu này, sự khác biệt giữa động lực làm việc của người điều dưỡng ở những khu vực khác nhau có ý nghĩa thống kê. Điều dưỡng làm việc tại các khoa lâm sàng có động lực làm việc tốt cao gấp 2,42 lần so với điều dưỡng đang làm việc tại các phòng chức năng và các khoa cận lâm sàng. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Sơn và Nguyễn Việt Triều [9].

- Các yếu tố nghề nghiệp:

+ Sự hài lòng với công việc: tạo sự hài lòng trong công việc là một việc làm cần thiết nhằm nâng cao năng suất lao động. Yếu tố hài lòng với công việc đạt 4,03 điểm, đa số đều hài lòng với công việc mình đang làm; điều dưỡng cũng rất quan tâm đối với sự hài lòng với đồng nghiệp đạt 4,13 điểm, thể hiện sự đoàn kết nội bộ tương đối tốt; mức độ hài lòng với người chỉ huy đạt 4,01 điểm. Có 74,3% hài lòng với người chỉ huy (trong đó 47,8% hài lòng và 26,5% rất hài lòng).

+ Điều kiện làm việc: theo nghiên cứu của Inke Mathauer và cộng sự (2006) thấy, nhiều nhân viên y tế thất vọng và mất dần môi trường làm việc vì họ bị cản trở công việc do thiếu hụt

phương tiện, vật tư; không có đầy đủ hoặc không thích hợp các công cụ quản lý nguồn nhân lực [10]. Nghiên cứu này cho thấy, điểm trung bình của các yếu tố, như bảo đảm trang thiết bị là 4,01 điểm, cơ sở vật chất là 4,2 điểm, an toàn lao động là 4,22 điểm. Tỷ lệ nhân viên có điểm với yếu tố điều kiện làm việc đạt 74,7-82,7%; cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đình Toàn (2013) với chỉ 17% có môi trường làm việc tốt và 83% nhân viên y tế chưa có môi trường làm việc tốt với yếu tố này [7].

+ Mối quan hệ với đồng nghiệp trong công việc: quan hệ tốt với đồng nghiệp có ý nghĩa quan trọng trong việc tạo động lực làm việc tốt. Trong nghiên cứu này, có 181 điều dưỡng viên có động lực làm việc tốt, cao hơn gấp 2,62 lần nhóm có quan hệ chưa tốt; tương đương với kết quả nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ, Minh Hải, Cà Mau, có liên quan giữa môi trường làm việc và mối quan hệ với đồng nghiệp [9]. Nghiên cứu của Hoàng Hồng Hạnh cho thấy, môi trường làm việc của các bác sĩ tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương có liên quan với mối quan hệ với lãnh đạo [2].

+ Yếu tố quản trị và điều hành của tổ chức: nghiên cứu cho thấy, người điều dưỡng hiện nay đang gắn bó với bệnh viện, các quy định nghiêm ngặt như kỷ luật, chế độ chuyên môn, áp lực công việc hay các chế tài khác không gây ảnh hưởng đến công việc của họ. Điều này thể hiện bằng kết quả điểm trung bình các yếu tố này trên 4 điểm; cao hơn nghiên cứu của Lê Quang Trí (2013), có tỉ suất này là 2,79 [8]. Ngược lại, nghiên cứu Nguyễn Việt Triều (2015) cho thấy, mối liên quan giữa yếu tố quản trị và điều hành tổ chức không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) [9].

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 226 điều dưỡng đang làm việc tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 3/2017 đến tháng 6/2017, kết luận:

- Tỷ lệ điều dưỡng có động lực làm việc tốt đạt từ 73,5-79,6%. Có 85,0% điều dưỡng tự hào về công việc, 84,0% điều dưỡng chủ động và trách nhiệm trong công việc, 78,4% điều dưỡng thấy công việc có ý nghĩa và 77,9% điều dưỡng yêu thích công việc.

- Điều dưỡng khối lâm sàng có động lực làm việc tốt cao hơn khu vực còn lại gấp 2,42 lần.

- Điều dưỡng viên có quan hệ tốt với đồng nghiệp và lãnh đạo có động lực làm việc cao hơn so với điều dưỡng viên có mối quan hệ chưa tốt.

- Công tác quản trị và điều hành tổ chức có ý nghĩa cao trong việc tạo động lực làm việc, quản trị điều hành tốt giúp cho người điều dưỡng có động lực làm việc tốt gấp 1,97 lần so với nhóm cho rằng vấn đề này chưa tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Văn Điềm, Nguyễn Ngọc Quân (2010), *Giáo trình quản trị nhân lực*, Nhà xuất bản Lao động, Hà Nội.

2. Hoàng Hồng Hạnh (2013), *Nghiên cứu các yếu tố liên quan đến động lực làm việc của bác sĩ Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương năm 2011*, Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng.

3. Nguyễn Khắc Hoàn (2010), "Các yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc của nhân viên", *Tạp chí Khoa học, Đại học Huế*.

4. Phùng Diệu Linh (2012), *Sự cần thiết phải tạo động lực cho người lao động*.

5. Nguyễn Hoàng Sơn (2014), *Động lực làm việc và một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Lấp Vò, Đồng Tháp năm 2014*, Đại học Y tế công cộng.

6. Võ Văn Tài (2010), *Thực trạng nguồn nhân lực và một số yếu tố ảnh hưởng đến động lực làm việc của bác sĩ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2009-2010*, Trường Đại học Y tế công cộng.

7. Nguyễn Đình Toàn (2013), *Thực trạng nguồn nhân lực và một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa huyện Lạng Giang, tỉnh Bắc Giang năm 2013*, Trường đại học Y tế công cộng.

8. Lê Quang Trí (2013), *Thực trạng nguồn nhân lực và một số yếu tố liên quan đến động lực làm việc của điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp năm 2013*, Trường đại học Y tế công cộng.

9. Nguyễn Việt Triều (2015), *Động lực làm việc và một số yếu tố liên quan của nhân viên y tế, tại Bệnh viện đa khoa Hoàn Mỹ, Minh Hải, Cà Mau năm 2015*, Trường Đại học Y tế công cộng.

10. Inke Mathauer and Ingo Imhoff (2006), *Health worker motivation in Africa: the role of non-financial incentives and human resource management tools*, Human Resources for Health, pp. 4-24. □

NGHIÊN CỨU CƠ CẤU BỆNH LÝ VÀ ĐỘ TUỔI BỆNH NHÂN TỬ VONG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354 TỪ NĂM 2006 ĐẾN NĂM 2015

BSCKII. PHẠM MINH ĐỨC,
ThS. LÊ HỮU NHƯỢNG
Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: TS. NGUYỄN VĂN GIANG
Phó Cục trưởng Cục Quân y

TÓM TẮT: *Mục tiêu:* Tìm hiểu cơ cấu bệnh lý và độ tuổi bệnh nhân tử vong tại Bệnh viện Quân y 354. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu hồi cứu, mô tả 1.079 bệnh nhân tử vong nội viện, tại Bệnh viện Quân y 354, từ ngày 01/01/2006 đến 31/12/2015.

Kết quả: Bệnh nhân nam (56,16%) tử vong nhiều hơn bệnh nhân nữ (43,84%). Tỷ lệ tử vong có xu hướng tăng theo lứa tuổi, trong đó gặp nhiều nhất từ 61-80 tuổi (48,10%), thấp nhất BN dưới 40 tuổi (3,99%). Tuổi trung bình bệnh nhân tử vong hằng năm trong 10 năm tương đương nhau, ở độ tuổi từ 70-80 tuổi. Nguyên nhân gây tử vong hay gặp là do bệnh ung thư (17,52%), đột quỵ não (16,59%) và suy hô hấp do bệnh lý phổi (13,90%). 31,14% bệnh nhân tử vong có 1 bệnh kết hợp, 23,91% bệnh nhân tử vong có 2 bệnh kết hợp. 90,55% bệnh nhân tử vong do bệnh lý nội khoa, 9,45% bệnh nhân tử vong sau phẫu thuật bệnh ngoại khoa.

Từ khóa: Tử vong nội viện, cơ cấu bệnh.

ABSTRACT: Objectives: Investigation of the pathological structure and age of death patients at the Military hospital 354. **Subjects and methods:** Retrospective and descriptive study on the 1,079 death patients at the Military hospital 354, from January 1, 2006 to December 31, 2015.

Results: The rate of death male patients (56.16%) was more than death female patients (43.84%). The mortality rate had tendency to increase with the age, in which the highest rate at the age of 61-80 years (48.10%), the lowest rate aged of under 40 (3.99%). The average age of death patients every year during 10 years was similar, at the age of 70-80 years. The common causes of death were cancer (17.52%), brain stroke (16.59%) and respiratory failure due to lung disease (13.90%). There were 31.14% of death patients with 1 combined disease, 23.91% of death patients with two combined diseases. There were 90.55% of patients died due to internal diseases, 9.45% of patients died after surgical surgery.

Keywords: Death at the hospital, disease structure.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Lê Hữu Nhượng, Email: lehuunhuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/02/2019; mời phản biện khoa học: 08/3/2019; chấp nhận đăng: 25/4/2019.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Trong các hoạt động chuyên môn của bệnh viện, diễn biến bệnh lý của người bệnh phụ thuộc vào nhiều yếu tố. Trong đó, có những yếu tố như bệnh lý chính, mức độ bệnh, số lượng bệnh mắc phải, tuổi đời... Với sự tác động của quá trình điều trị, chăm sóc, hầu hết người bệnh hồi phục sức khỏe, giảm hoặc khỏi bệnh và ra viện. Song, cũng có không ít người bệnh sức khỏe suy giảm, bệnh lý kéo dài, thậm chí không thể hồi phục và dẫn đến tử vong [1]. Tử vong trong bệnh viện là điều không mong muốn, nhưng đó là thực tế phải thừa nhận.

Những năm gần đây, số lượng bệnh nhân

(BN) đến khám bệnh và điều trị tại Bệnh viện Quân y 354 ngày một tăng; cơ cấu bệnh lý bệnh nhân thu dung điều trị có những thay đổi. Các BN tử vong nội viện chiếm một tỉ lệ nhất định với độ tuổi và cơ cấu bệnh lý cũng có xu hướng thay đổi. Tìm hiểu về độ tuổi và cơ cấu bệnh lý người bệnh tử vong nội viện giúp các thầy thuốc và nhà quản lý có cơ sở khoa học trong việc tìm ra những giải pháp nâng cao chất lượng điều trị, chăm sóc người bệnh.

Chúng tôi triển khai đề tài này nhằm làm rõ cơ cấu bệnh lý và độ tuổi các BN tử vong tại Bệnh viện Quân y 354 trong thời gian từ năm 2006 đến 2015.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

1.079 BN tử vong nội viện, tại Bệnh viện Quân y 354, từ ngày 01/01/2006 đến ngày 31/12/2015, có đủ hồ sơ lưu trữ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, mô tả.
- Phương pháp tiến hành: căn cứ vào tài liệu lưu trữ của các BN tử vong tại bệnh viện, tập hợp các bệnh án tử vong trong thời gian nghiên cứu, thống kê độ tuổi và cơ cấu bệnh lý người bệnh, phân tích, bàn luận và rút ra kết luận.
- Chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi đời, giới tính, bệnh lý gây tử vong, cơ quan tổn thương, các bệnh lý kèm theo, các yếu tố liên quan.
- Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học thông thường.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Bảng 1. BN tử vong qua các năm.

Năm	Số tử vong	Tổng thu dung	Tỉ lệ tử vong
2006	73	10.140	0,72%
2007	84	10.771	0,78%
2008	96	11.026	0,87%
2009	87	12.543	0,69%
2010	104	12.187	0,85%
2011	126	12.715	0,99%
2012	116	12.149	0,95%
2013	118	13.000	0,91%
2014	137	14.960	0,92%
2015	138	16.705	0,83%

Nhận xét: Số BN tử vong có xu hướng tăng dần, cao nhất là năm 2015 (138 BN). Năm 2011 có tỉ lệ tử vong cao nhất so với BN thu dung (0,99%).

- Tỉ lệ tử vong theo giới tính (n = 1.079):

- + Nam giới: 606 BN (56,16%).
- + Nữ giới: 473 BN (43,84%).

Nhận xét: Tỉ lệ tử vong ở BN nam giới nhiều hơn BN nữ giới.

- Độ tuổi tử vong (n = 1.079):

- + Dưới 40 tuổi: 43 BN (3,99%).
- + Từ 41-60 tuổi: 172 BN (15,94%).
- + Từ 61-80 tuổi: 519 BN (48,10%).
- + Trên 80 tuổi: 345 BN (31,97%).

Nhận xét: Tỉ lệ tử vong cao nhất ở độ tuổi BN từ 61-80 tuổi (48,10%), thấp nhất ở BN dưới 40 tuổi (3,99%).

Bảng 2. Tuổi tử vong trung bình theo năm.

Năm	Tuổi		
	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
2006	39	99	72,67 ± 35,29
2007	49	95	74,67 ± 27,68
2008	35	97	70,67 ± 25,58
2009	27	96	67,67 ± 52,24
2010	41	99	73,33 ± 36,28
2011	43	97	73,33 ± 28,96
2012	52	98	76,67 ± 41,85
2013	44	103	75,67 ± 34,23
2014	43	99	74,00 ± 39,29
2015	42	101	74,33 ± 29,63

Nhận xét: Tuổi trung bình BN tử vong hằng năm trong 10 năm tương đương nhau, trong độ tuổi từ 70-80 tuổi.

- Bệnh chính gây tử vong thường gặp (n = 1.079):

- + Suy hô hấp do bệnh lý phổi: 150 BN (13,90%).
- + Hen tim, phù phổi cấp: 96 BN (8,90%).
- + Sốc tim, trụy tim mạch: 114 BN (10,57%).
- + Ung thư: 189 BN (17,52%).
- + Đột quỵ não: 179 BN (16,59%).
- + Sốc nhiễm trùng nhiễm độc: 108 BN (10,01%).
- + Suy đa tạng: 94 BN (8,71%).
- + Hôn mê tăng áp lực thẩm thấu, rối loạn chuyển hóa: 89 BN (8,25%).
- + Bệnh khác: 60 BN (5,56%).

Nhận xét: Ung thư, đột quỵ não và suy hô hấp do bệnh lý phổi có tỉ lệ tử vong cao nhất (lần lượt là 17,52%, 16,59%, 13,90%).

- Bệnh kết hợp (n = 1.079):

- + Chỉ có 1 bệnh chính: 150 BN (13,90%).
- + Có 1 bệnh kết hợp: 336 BN (31,14%).
- + Có 2 bệnh kết hợp: 335 BN (31,05%).
- + Có trên 2 bệnh kết hợp: 258 BN (23,91%).

Nhận xét: Đa số BN tử vong có nhiều hơn một bệnh kết hợp.

- Nguyên nhân tử vong (n = 1.079):

- + Bệnh nội khoa: 977 BN (90,55%).
- + Sau phẫu thuật do bệnh ngoại khoa: 102 BN (9,45%).

Nhận xét: Phần lớn BN tử vong là do bệnh nội khoa, chiếm 90,45%.

4. BÀN LUẬN.

Nghiên cứu 1.079 BN tử vong trong 10 năm (từ 2006-2015), tại Bệnh viện Quân y 354, thấy số BN tử vong có xu hướng tăng dần (từ 73 BN năm 2006, tăng lên 138 BN năm 2015). Về tỉ lệ BN tử vong so với tổng thu dung trong năm, thấy số BN tử vong tăng tỉ lệ thuận với số BN thu dung điều trị nội trú của bệnh viện, trong đó, năm 2011 có tỉ lệ tử vong cao nhất (0,99%). Theo thống kê về tử vong toàn cầu, số người tử vong ngày một tăng (từ 47,5 triệu người năm 1990 lên 54,9 triệu người năm 2013) [1]. Kết quả nghiên cứu này cao hơn rất nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Chinh tại Bệnh viện Quân y 105 (bệnh viện cùng tuyến với Bệnh viện Quân y 354) [2]:

Năm	Số tử vong	Tổng số BN	Tỉ lệ %
2010	17	18.607	0,09
2011	16	19.063	0,08
2012	8	19.006	0,04
2013	7	20.349	0,03
2014	18	22.011	0,08
2015	23	24.117	0,095
2016	27	27.081	0,099

Sở dĩ như vậy là vì vị trí của 2 bệnh viện khác nhau, Bệnh viện Quân y 354 ở trung tâm thành phố, mật độ dân số đông.

Về giới tính: BN nam (56,16%) tử vong nhiều hơn BN nữ (43,84%). Sự khác nhau về giới tính này có thể là do đặc thù của Bệnh viện Quân y 354 cũng như các bệnh viện đa khoa quân đội, chủ yếu thu dung các BN là quân nhân tại chức và hưu trí, nên tỉ lệ BN nam cũng nhiều hơn bệnh nhân nữ. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Ngô Văn Thành (tỉ lệ tử vong của nam giới lớn hơn nữ giới) [3].

Độ tuổi tử vong: tỉ lệ tử vong có xu hướng tăng theo tuổi, gặp nhiều nhất trong độ tuổi 61-80 tuổi (48,10%), thấp nhất BN dưới 40 tuổi (3,99%). Điều này cũng phù hợp với tính chất hoạt động của Bệnh viện Quân y 354. Đây là bệnh viện đa khoa người lớn, chủ yếu thu dung điều trị cho các BN từ 18 tuổi trở lên, với cơ cấu bệnh chủ yếu là bệnh nội khoa, nên tỉ lệ tử vong cũng theo cơ cấu bệnh và độ tuổi này. Đánh giá tuổi trung bình BN tử vong hằng năm trong 10 năm, chúng tôi thấy tuổi trung bình BN tử vong hằng năm là tương đương nhau, nằm trong khoảng từ 70-80 tuổi. Kết quả này phù hợp với tuổi thọ trung bình của người Việt Nam trong các thống kê về dân số học [1].

Các nguyên nhân gây tử vong thường gặp: hay gặp nhất là bệnh ung thư (17,52%), đột quỵ não (16,59%) và suy hô hấp do bệnh lý phổi (13,90%). Kết quả này phù hợp với sự thay đổi

của cơ cấu tử vong tại các bệnh viện. Trước đây, nguyên nhân tử vong chủ yếu là do các nguyên nhân nhiễm trùng. Ngày nay, nguyên nhân nhiễm trùng có xu hướng giảm do nền y học hiện đại phát triển, ngày càng có các phương tiện chẩn đoán và điều trị sớm, đặc biệt nhiều loại kháng sinh tổng hợp mới, rất hiệu quả trong điều trị nhiễm khuẩn. Các bệnh không nhiễm trùng có xu hướng gia tăng, đặc biệt các như các bệnh chuyển hóa, tim mạch, ung thư [1], [4].

Các bệnh kết hợp: các BN tử vong thường kèm theo một hoặc nhiều bệnh mạn tính. Trong đó có 1 bệnh kết hợp là 31,14%, hai bệnh là 31,05% và trên 2 bệnh là 23,91%. Chỉ có 13,90% BN tử vong do bệnh chính và không có bệnh kết hợp. Đa số các BN tử vong trong nghiên cứu là các BN cao tuổi, nhiều bệnh mạn tính kết hợp [3].

Nguyên nhân tử vong: khảo sát liên quan giữa tỉ lệ tử vong với bệnh lý nội và ngoại khoa, chúng tôi gặp chủ yếu BN tử vong do bệnh nội khoa (90,55%) so với BN sau phẫu thuật (9,45%) bệnh ngoại khoa. Chúng tôi thấy rằng, tỉ lệ tử vong liên quan chặt chẽ tới cơ cấu thu dung và điều trị (chủ yếu là bệnh nội khoa, số lượng bệnh ngoại khoa nặng còn chưa nhiều) của Bệnh viện Quân y 354.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 1.079 BN tử vong nội viện, có đủ hồ sơ lưu, tại Bệnh viện Quân y 354, từ ngày 01/01/2006 đến ngày 31/12/2015), kết luận:

- BN nam (56,16%) tử vong nhiều hơn BN nữ (43,84%). Tỉ lệ tử vong có xu hướng tăng theo tuổi, trong đó gặp nhiều nhất độ tuổi từ 61-80 tuổi (48,10%), thấp nhất BN dưới 40 tuổi (3,99%). Tuổi trung bình BN tử vong hằng năm trong 10 năm tương đương nhau, ở độ tuổi từ 70-80 tuổi.

- Nguyên nhân gây tử vong hay gặp là do bệnh ung thư (17,52%), đột quỵ não (16,59%) và suy hô hấp do bệnh lý phổi (13,90%). 31,14% BN tử vong có 1 bệnh kèm theo, 23,91% BN tử vong có 2 bệnh kèm theo. 90,55% BN tử vong do bệnh lý nội khoa, 9,45% BN tử vong sau phẫu thuật bệnh ngoại khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Tổng cục Thống kê (2011), *Dự báo Dân số Việt Nam 2009-2049*, Hà Nội, tr. 13-15.
2. Nguyễn Văn Chinh (2016), *Thống kê tỉ lệ tử vong tại Bệnh viện Quân y 105*.
3. Ngô Văn Thành và Nguyễn Thị Hương (1998), *Nhận xét tình hình BN tử vong ở Bệnh viện Bạch Mai, 1992-1996*, Công trình nghiên cứu khoa học, 2, tr. 15-20.
4. Trương Văn Luyện (2002), *Đánh giá nguyên nhân tử vong trên BN đột quỵ não cấp*, Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh. □