

VAI TRÒ CỦA NHÀ NƯỚC VÀ CÁC TỔ CHỨC XÃ HỘI TRONG THỰC HIỆN CHỦ TRƯỞNG XÃ HỘI HÓA Y TẾ

ThS. NGUYỄN THỊ THANH HÀ

Trường Chính trị tỉnh Lào Cai

Thẩm định khoa học: TS. CHU TIẾN CƯỜNG

Nguyên Cục trưởng Cục Quân y

TÓM TẮT: Xã hội hóa y tế là một chủ trương mang tính chiến lược của Đảng và nhà nước trong việc huy động mọi nguồn lực tham gia chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân. Cùng với nhà nước, các tổ chức xã hội và mỗi người dân đều phải có trách nhiệm trong phát triển y tế. Khi các tổ chức xã hội và cá nhân cùng tham gia tổ chức, thực hiện tốt các dịch vụ y tế thì sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân càng thu được nhiều thành tựu to lớn. Thực hiện chủ trương xã hội hóa y tế, nhà nước luôn giữ vai trò đặc biệt quan trọng trong điều chỉnh vĩ mô các hoạt động y tế của quốc gia.

Từ khóa: Y tế, xã hội hóa y tế, sức khỏe nhân dân.

ABSTRACT: Socialization of health is a strategic policy of the Party and the Government in mobilizing all resources to participate in the care, protection and improvement of people's health. Together with the Government, the social organizations and every citizen must be responsible for the development of health. When the social organizations and individuals jointly participate in the organization and implementation of health care services, the cause of protection, care and improvement of the people's health has gained great achievements. Implementing the policy of socialization of health, the Government plays an especially important role in macro-adjustment of the National health activities.

Keywords: Health, socialization of health, people's health.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Nguyễn Thị Thanh Hà, Email: vietha.edu.vn@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/01/2018; mời thẩm định khoa học: 20/02/2018; chấp nhận đăng: 26/3/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Trước đây, công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân do nhà nước bảo đảm hoàn toàn; nhà nước chiếm vai trò độc tôn trong tổ chức cung ứng các dịch vụ y tế. Bước sang giai đoạn đầu của công cuộc đổi mới, công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân gặp nhiều khó khăn, trong đó, có nguyên nhân do ngân sách còn hạn chế nhất định. Trước tình hình đó, Đảng, nhà nước ta đã đề xuất và thực hiện chủ trương xã hội hóa y tế bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Đây là một chủ trương mang tính chiến lược, được tổ chức thực hiện trong khoảng thời gian dài và đã đạt được những kết quả to lớn. Tuy nhiên, cho đến nay, quan niệm về xã hội hóa y tế vẫn còn nhiều ý kiến khác nhau.

Thuật ngữ “xã hội hóa” được sử dụng khá phổ biến trên nhiều lĩnh vực ở nước ta hiện nay. Thuật ngữ này được hiểu theo hai nghĩa chính: *Thứ nhất*, “xã hội hóa” là “biến tư liệu sản xuất và trao đổi thành của công” [1]; *Thứ hai*, “xã hội hóa” là “tăng cường sự tham gia rộng rãi của xã hội (các cá nhân, nhóm, tổ chức, cộng đồng...) cả về vật chất và tinh thần vào một số hoạt động mà trước đó chỉ một bộ phận hay một ngành chức năng nhất định thực hiện” [2]. Theo

đó, nếu trước đây, nhà nước bao cấp cho toàn bộ hoạt động y tế thì ngày nay, không chỉ là sự đóng góp của người dân (với tư cách là người được hưởng dịch vụ) mà còn là một cơ chế điều phối nguồn lực xã hội. Xã hội hóa là một hình thức “phi công lập hóa”, tức là có sự tham gia của các đối tác khác bên ngoài nhà nước. Như vậy, thuật ngữ “xã hội hóa” (trong cụm từ “xã hội hóa y tế”) được hiểu theo nghĩa thứ hai ở trên. Từ đó, khái niệm xã hội hóa y tế trong các văn kiện của Đảng và nhà nước có nghĩa là quá trình huy động sự tham gia dưới các hình thức khác nhau của các chủ thể và cộng đồng xã hội đối với y tế, nhằm nâng cao chất lượng cung ứng các dịch vụ và mở rộng đối tượng hưởng thụ, bảo đảm công bằng xã hội trong đóng góp và hưởng thụ các dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Nghị quyết số 04-NQ/HNTW (Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa VII), ngày 14-3-1993, đã đề xuất: “Sự nghiệp chăm sóc sức khỏe là trách nhiệm của cộng đồng, với phương châm “Nhà nước và nhân dân cùng làm”, đa dạng hóa các hình thức tổ chức chăm sóc sức khỏe, trong đó y tế nhà nước giữ vai trò chủ đạo, tận dụng mọi tiềm năng sẵn có trong nước và mở rộng hợp tác quốc tế”. Chủ trương xã hội hóa y tế được Đảng ta tiếp tục làm rõ tại Đại hội VIII, đó

là: “Các vấn đề chính sách xã hội được giải quyết theo tinh thần xã hội hóa, nhà nước giữ vai trò nòng cốt, đồng thời động viên mỗi người dân, mỗi doanh nghiệp, các tổ chức trong xã hội, các cá nhân và các tổ chức nước ngoài cùng tham gia giải quyết những vấn đề xã hội” [3]. Tại Đại hội IX, Đảng ta chủ trương: “Các chính sách xã hội được tiến hành theo tinh thần xã hội hóa, đề cao trách nhiệm của chính quyền các cấp, huy động các nguồn lực trong nhân dân và sự tham gia của các đoàn thể nhân dân, các tổ chức xã hội”[4]. Đại hội X của Đảng khẳng định: “Phát huy tiềm năng, trí tuệ và các nguồn lực vật chất trong nhân dân, của toàn xã hội để cùng nhà nước giải quyết các vấn đề xã hội và chăm lo phát triển dịch vụ công cộng”[5]. Văn kiện Đại hội XI của Đảng tiếp tục hoàn thiện chủ trương xã hội hóa y tế: “Tăng đầu tư nhà nước, đồng thời đẩy mạnh xã hội hóa y tế”[6]. Đại hội XII của Đảng nhấn mạnh: “Tạo điều kiện thuận lợi cho phát triển y tế ngoài công lập, thí điểm hình thành các cơ sở khám, chữa bệnh theo hình thức hợp tác công-tư và mô hình quản lý bệnh viện như doanh nghiệp công ích. Đẩy nhanh tiến độ thực hiện bảo hiểm y tế toàn dân” [7], nhằm nhấn mạnh quyết tâm xã hội hóa y tế, bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân.

Ngày 25/10/2017, Hội nghị lần thứ VI, Ban Chấp hành Trung ương Đảng khóa XII đã ban hành Nghị quyết số 20-NQ/TW về tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới. Nghị quyết đưa ra quan điểm chỉ đạo: “Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe là nghĩa vụ, trách nhiệm của mỗi người dân, của cả hệ thống chính trị và toàn xã hội, đòi hỏi sự tham gia tích cực của các cấp ủy đảng, chính quyền, Mặt trận Tổ quốc và các đoàn thể, các ngành, trong đó, ngành Y tế là nòng cốt”; “Khuyến khích hợp tác công-tư, đầu tư tư nhân, cung cấp dịch vụ theo yêu cầu”[8]. Với quan điểm đó, Đảng và nhà nước ta đồng thời khẳng định sức khỏe là vốn quý của mỗi người dân và của cả xã hội, mọi người dân có quyền và có trách nhiệm đóng góp vào công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe cộng đồng.

Như vậy, một nội dung quan trọng trong công cuộc đổi mới của Đảng ta là thực hiện chủ trương xã hội hóa y tế bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân. Chủ trương này ngày càng được thể hiện rõ hơn trong các văn kiện Đảng thời kỳ đổi mới. Vậy, khi thực hiện chủ trương xã hội hóa y tế, nhà nước và các tổ chức xã hội có vai trò như thế nào?

2. VAI TRÒ CỦA NHÀ NƯỚC TRONG XÃ HỘI HÓA Y TẾ.

Vai trò của nhà nước trong xã hội hóa y tế thể hiện qua các nội dung sau:

Một là, Nhà nước bảo đảm cho mọi công dân được hưởng quyền hiến định (quyền đã được ghi trong Hiến pháp Việt Nam) là “Được hưởng chế độ bảo vệ sức khỏe”. Nhà nước có nhiệm vụ xác lập khuôn khổ pháp lý để phát triển y tế; tạo điều kiện để toàn xã hội được tiếp cận và sử dụng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo định hướng công bằng, hiệu quả và phát triển; thể chế hóa quyền và trách nhiệm tham gia cung ứng các dịch vụ chăm sóc sức khỏe của các cá nhân, tổ chức, cộng đồng xã hội cũng như quyền được hưởng thụ các dịch vụ đó của người dân. Theo đó, xã hội hóa y tế không có nghĩa là nhà nước chuyển giao hay phó thác nhiệm vụ hiến định của mình cho các cá nhân, tổ chức, doanh nghiệp, mà là tạo điều kiện để toàn xã hội tham gia vào cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe sao cho đáp ứng tốt nhất nhu cầu của mọi thành viên trong xã hội.

Ngày nay, ngay cả những quốc gia chấp nhận xu hướng thị trường trong lĩnh vực y tế, thì nhà nước vẫn có vai trò đặc biệt quan trọng trong điều chỉnh vĩ mô thông qua nhiều biện pháp, trong đó, có chính sách, cơ chế hỗ trợ đặc thù, cung cấp tín dụng, kinh phí nghiên cứu khoa học, quyết định mức dịch vụ... Không chỉ hỗ trợ, nhà nước còn trực tiếp cung ứng cho người dân các dịch vụ y tế cơ bản. Mục tiêu hỗ trợ hoặc trực tiếp tổ chức cung ứng các dịch vụ y tế của nhà nước là bảo đảm quyền được tiếp cận các cơ hội chăm sóc sức khỏe cơ bản với mọi đối tượng người dân. Tùy theo điều kiện kinh tế - xã hội của mỗi quốc gia, nhà nước miễn phí hoặc thu phí mức thấp với các dịch vụ y tế công cộng, song các dịch vụ chăm sóc sức khỏe cơ bản cần được nhà nước bảo đảm hoàn toàn. Sự hỗ trợ của nhà nước không những không làm yếu đi tính năng động của thị trường y tế mà còn hướng tới hiệu quả hoạt động cụ thể của các cơ sở dịch vụ y tế. Sự hỗ trợ của nhà nước ở nhiều quốc gia không phân biệt theo sở hữu (cơ sở y tế công hay tư), mà căn cứ vào vai trò, mục tiêu và hiệu quả hoạt động cụ thể của các cơ sở y tế.

Hai là, Nhà nước đầu tư các nguồn lực (tài chính, đất đai...) để phát triển y tế. Những năm gần đây, ngân sách nhà nước cấp cho lĩnh vực y tế ngày càng tăng: năm 2013 chi 118.326,0 tỉ đồng; năm 2014 chi 137.691,0 tỉ đồng; năm 2015 chi 151.785,4 tỉ đồng[9]. Số giường bệnh của cơ sở y tế công lập cũng ngày càng tăng: năm 2013 với 25,33 giường/10.000 dân; năm 2014 là 25,41 giường/10.000 dân; năm 2015 lên tới 26,11 giường/10.000 dân[9]. Mặc dù xã hội hóa y tế đã huy động được nhiều nguồn lực trong nhân

dân, nhưng nguồn đầu tư của nhà nước vẫn rất quan trọng, đặc biệt đầu tư cho các vùng sâu, vùng xa. Tại những khu vực này, các nhà đầu tư tư nhân không đủ sức mạnh, không tìm kiếm được lợi nhuận; hầu hết người dân lại có trình độ không cao, khả năng kinh tế thấp, không có khả năng chi trả những dịch vụ y tế cơ bản. Trong trường hợp này, chỉ nhà nước mới có đủ sức mạnh đầu tư. Sự đầu tư đó của nhà nước cũng là sự thể hiện bản chất ưu việt của chế độ ta đối với việc thực hiện công bằng trong lĩnh vực y tế, bảo đảm quyền được chăm sóc sức khỏe của người dân.

Ba là, Nhà nước tạo lập cơ chế, chính sách và trực tiếp hỗ trợ việc đào tạo, bồi dưỡng đội ngũ công chức, viên chức và nhân viên hoạt động trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe. Số cán bộ y tế tăng: năm 2013 có 424.237 cán bộ y tế; năm 2014 có 430.496 cán bộ y tế; năm 2015 có 441.466 cán bộ y tế phục vụ; tỉ lệ bác sĩ cũng tăng qua các năm: năm 2013 có 7,6 bác sĩ/10.000 dân; năm 2014 có 7,8 bác sĩ/10.000 dân; năm 2015 có 8,0 bác sĩ/10.000 dân[9]. Đây chính là lực lượng nòng cốt, có vai trò rất quan trọng trong phát triển y tế nói chung và xã hội hóa y tế nói riêng. Trách nhiệm hàng đầu của các cơ quan nhà nước là xây dựng và hoàn thiện thể chế quản lý y tế, đào tạo, bồi dưỡng, sử dụng, đãi ngộ, tiền lương, kỷ luật, tôn vinh, khen thưởng đội ngũ công chức, viên chức, người lao động trong lĩnh vực y tế. Hệ thống cơ chế, chính sách hợp lý của nhà nước không chỉ tạo điều kiện xây dựng đội ngũ công chức, viên chức, nhân viên y tế đầy đủ về số lượng, bảo đảm về chất lượng, mà còn phát huy vai trò, trách nhiệm và sự đóng góp có hiệu quả của lực lượng này cho xã hội. Từ đó, xã hội thêm tin tưởng, trọng dụng, tôn vinh và tham gia xây dựng đội ngũ công chức, viên chức, nhân viên y tế ngày càng trong sạch, vững mạnh. Chỉ khi đó, hiệu quả xã hội hóa y tế mới đạt kết quả như mong muốn. Ngược lại, sự bất cập về cơ chế, chính sách đối với nhân viên y tế là một trong những nguyên nhân quan trọng gây nên những hạn chế yếu kém, tệ nạn trong ngành y tế.

Bốn là, Nhà nước tập hợp, huy động xã hội hóa phát triển y tế, tạo môi trường phát triển cạnh tranh lành mạnh trong lĩnh vực y tế. Nhà nước là “nhạc trưởng” chỉ huy “dàn nhạc” xã hội hóa các hoạt động y tế (tư nhân, liên kết, thu hút viện trợ từ các tổ chức nước ngoài...). Đối với việc thu hút nguồn viện trợ, ngày 11/1/2018, Thủ tướng chính phủ phê duyệt Quyết định số 48/QĐ-Ttg (Chương trình hợp tác y tế với Tổ chức Y tế thế giới, tài khóa 2018-2019). Theo đó, chúng ta sẽ được viện trợ không hoàn lại 21.104.164 USD[10].

Chính việc thực hiện tốt vai trò tạo lập khuôn khổ pháp lý, cơ chế, chính sách, tổ chức đào tạo, sử dụng tốt đội ngũ cán bộ quản lý, nguồn vốn huy động, nhân viên y tế... sẽ tạo được môi trường phát triển cạnh tranh lành mạnh trong lĩnh vực y tế.

Năm là, Nhà nước giám sát, thanh tra, kiểm tra, xử lý vi phạm pháp luật trong lĩnh vực y tế. Đây là nhiệm vụ quan trọng của nhà nước mà không ai có thể thay thế. Xã hội hóa các hoạt động y tế thu hút nhiều chủ thể, nhiều lực lượng, nhiều nguồn lực xã hội tham gia, trong đó, không loại trừ một số cá nhân, tổ chức thông qua đầu tư vào lĩnh vực y tế để tìm kiếm lợi ích, lợi nhuận bất chấp luật pháp. Gần đây, bên cạnh sự đóng góp của các cơ sở y tế tư nhân trong việc chăm sóc sức khỏe người dân, giảm quá tải cho các bệnh viện công lập, vẫn còn nhiều cơ sở y tế tư nhân hoạt động kém chất lượng, chạy theo lợi nhuận, làm giảm lòng tin của nhân dân với ngành y tế, với nhà nước. Vì thế, nhà nước cần thực hiện tốt vai trò giám sát, thanh tra, kiểm tra, xử lý các vi phạm pháp luật.

Như vậy, khi thực hiện xã hội hóa y tế, nhà nước không phó thác nhiệm vụ của mình cho các cá nhân, tổ chức, doanh nghiệp, mà tạo điều kiện để xã hội cùng tham gia vào các hoạt động y tế, bảo đảm nhu cầu của mọi thành viên trong xã hội được chăm sóc sức khỏe.

3. VAI TRÒ CỦA CÁC TỔ CHỨC XÃ HỘI VÀ NGƯỜI DÂN TRONG XÃ HỘI HÓA Y TẾ.

Ở bất cứ quốc gia nào, ngay cả những nước phát triển, nhà nước không thể “ôm” hết mọi việc, mà phải có sự chia sẻ với các cá nhân, các tổ chức cộng đồng xã hội. Trách nhiệm của xã hội trong cung ứng dịch vụ chăm sóc sức khỏe được thể hiện qua những nội dung cụ thể sau:

Một là, Tất cả các tầng lớp nhân dân, tổ chức quần chúng, tổ chức kinh tế, doanh nghiệp và từng người dân tham gia đóng góp nguồn lực vật chất và tinh thần, tham gia ý kiến đối với nhà nước về các chính sách, pháp luật liên quan đến y tế, nhằm tạo môi trường kinh tế - xã hội thuận lợi để phát triển sự nghiệp y tế. Theo Tổ chức Y tế thế giới: “Sức khỏe là sự toàn vẹn về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không chỉ là không có bệnh tật”. Do vậy, chăm sóc yếu tố tâm lý và xã hội của sức khỏe chính là nhiệm vụ của mỗi người dân (tự chăm lo cho mình) và của toàn xã hội, chứ không chỉ của riêng ngành y tế.

Thực hiện Nghị quyết 20-NQ/TW, cần xây dựng và phát triển hệ thống khám, chữa bệnh, phục hồi chức năng hoàn chỉnh ở các thành phố, tỉnh trực thuộc trung ương, bên cạnh hệ thống bệnh viện thuộc lực

lượng vũ trang; tăng cường kết hợp quân-dân y. Phát huy thế mạnh của lực lượng vũ trang; triển khai các mô hình tổ chức linh hoạt, phù hợp với điều kiện từng nơi để bảo đảm dịch vụ khám, chữa bệnh cho người dân vùng sâu, vùng xa, biên giới, hải đảo. Để việc thực hiện Nghị quyết 20 của Bộ Chính trị có hiệu quả, cần phát huy hơn nữa tính chủ động và vai trò tham mưu, đề xuất của cơ quan quân-dân y trên địa bàn; phát huy sức mạnh tổng hợp, khai thác mọi nguồn lực phục vụ trực tiếp nhiệm vụ y tế cũng như nhiệm vụ quân sự, quốc phòng trên địa bàn. Theo đó, cần đầu tư nhiều hơn nữa cho chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe, sức khỏe học đường, chăm sóc sức khỏe cộng đồng; đào tạo nhân viên chăm sóc sức khỏe ban đầu và các tình nguyện viên chăm sóc sức khỏe theo nhu cầu; tăng cường chăm sóc bệnh tại nhà, kêu gọi gia đình, nhà trường, các tổ chức xã hội phối hợp với ngành y tế tham gia giáo dục, hỗ trợ trẻ em; tăng cường đào tạo kỹ năng sống của học sinh, sinh viên, nhằm giảm bớt bạo lực học đường, biết nói không với rượu bia, thuốc lá, giữ gìn an toàn giao thông để bảo vệ sức khỏe và phòng ngừa bệnh tật.

Hai là, Các thành phần kinh tế, các đoàn thể nhân dân và mỗi người dân tùy vào khả năng và điều kiện của mình tham gia cung ứng các dịch vụ y tế tuân thủ theo quy định của pháp luật và có quyền hưởng thụ lợi ích từ dịch vụ đó. Hiện nay, nhiều bệnh viện, trung tâm chăm sóc sức khỏe tư nhân ra đời. Tính đến hết năm 2015, cả nước có 182 bệnh viện tư và bán công, với 11.717 giường phục vụ người bệnh [9], đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe nhân dân, góp phần giảm sức ép đối với các cơ sở y tế công lập, tạo môi trường thông thoáng, thuận lợi hơn trong chăm sóc sức khỏe nhân dân. Đồng thời, người dân trả tiền cho các dịch vụ đó là góp thêm nguồn lực tài chính để phát triển các dịch vụ y tế.

Ba là, Các tổ chức xã hội giám sát, kiểm tra, phản biện đối với các hoạt động y tế, góp phần khắc phục các hạn chế, tiêu cực, tạo nên sự cạnh tranh bình đẳng, lành mạnh trong các hoạt động y tế. Các tổ chức xã hội, cá nhân, nhân dân vì là người cung ứng và hưởng thụ các dịch vụ y tế nên cần hiểu rõ những kết quả, hạn chế, tiêu cực trong các hoạt động y tế. Đây là lực lượng quan trọng để giám sát, kiểm tra, phản biện đối với các hoạt động y tế. Để phát huy vai trò đó của họ, Nhà nước cần có cơ chế để các lực lượng này tiếp cận được thông tin, bày tỏ được chính kiến, đề đạt được nguyện vọng của mình.

3. KẾT LUẬN.

Bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân

dân không chỉ là trách nhiệm của nhà nước nói chung, của hệ thống y tế công lập nói riêng, mà còn là sự nghiệp của toàn dân, của mọi tổ chức kinh tế, xã hội.

Cùng với nhà nước, các tổ chức xã hội và mỗi người dân đều có trách nhiệm trong phát triển nền y tế. Xã hội hóa y tế là một giải pháp lâu dài, mang tính chiến lược trong việc chăm sóc, bảo vệ và nâng cao sức khỏe nhân dân. Khi các tổ chức xã hội và cá nhân cùng tham gia tổ chức, thực hiện tốt các dịch vụ y tế thì sự nghiệp bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân càng thu được nhiều thành tựu to lớn. Nhưng ngay cả khi các tổ chức xã hội và cá nhân cùng chung tay làm tốt các dịch vụ y tế, bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân, thì nhà nước vẫn giữ vai trò đặc biệt quan trọng trong điều chỉnh vĩ mô các hoạt động y tế của quốc gia.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Trọng Phúc chủ biên (2006), *Các Đại hội đại biểu toàn quốc và Hội nghị Ban Chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam (1930-2006)*, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia, Hà Nội.
2. Nguyễn Minh Phương chủ biên (2012), *Đẩy mạnh xã hội hóa giáo dục, y tế ở Việt Nam*, Nhà xuất bản Chính trị Quốc gia, Hà Nội.
3. Đảng Cộng sản Việt Nam (1996), *Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ VIII*, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia, Hà Nội, tr. 110, 114
4. Đảng Cộng sản Việt Nam (2001), *Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ IX*, Nhà xuất bản Chính trị quốc gia, Hà Nội, tr. 108
5. Đảng Cộng sản Việt Nam, *Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ X*, Nxb. Chính trị quốc gia, Hà Nội, 2001.
6. Đảng Cộng sản Việt Nam, *Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ XI*, Nxb. Chính trị quốc gia, Hà Nội, 2011, tr. 218
7. Đảng Cộng sản Việt Nam, *Văn kiện Đại hội đại biểu toàn quốc lần thứ XII*, Văn phòng Trung ương Đảng, Hà Nội, 2016, tr. 302.
8. Đảng Cộng sản Việt Nam, *Nghị quyết số 20/NQ-TW của Bộ Chính trị khóa XII về "Tăng cường công tác bảo vệ, chăm sóc và nâng cao sức khỏe nhân dân trong tình hình mới"*, ngày 25-10-2017.
9. Bộ Y tế (2017), *Niên giám thống kê y tế 2017*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.52,57,66,64.
10. Quyết định số 48/QĐ-TTg, ngày 11/1/2018, của Thủ tướng chính phủ, về *Chương trình hợp tác y tế với Tổ chức Y tế thế giới, tài khóa 2018-2019, do Tổ chức Y tế thế giới tài trợ*. □

MỘT SỐ VẤN ĐỀ VỀ TỔ CHỨC, HOẠT ĐỘNG ỨNG PHÓ VÀ ĐÁP ỨNG Y TẾ KHẨN CẤP TRONG THẢM HỌA Ở VIỆT NAM

PGS.TS. NGUYỄN MINH HIẾU

Cục Quân y

Thẩm định khoa học: TS. NGUYỄN HỮU MỸ

Phó Cục trưởng Cục Quân y

TÓM TẮT: Thảm họa xảy ra thường xuyên trên toàn thế giới, gây ảnh hưởng nặng nề đến kinh tế, xã hội và sức khỏe của nhiều cộng đồng, nhiều quốc gia. Việt Nam là một trong những nước chịu nhiều thảm họa do thiên nhiên. Những năm gần đây, biến đổi khí hậu toàn cầu dẫn đến thiên tai xảy ra thường xuyên và nghiêm trọng hơn, làm nhiều người chết, gây thiệt hại lớn về kinh tế và ảnh hưởng đến sự phát triển của đất nước. Nhà nước và nhân dân Việt Nam đã tích cực xây dựng về tổ chức, hoạt động ứng phó và đáp ứng y tế khẩn cấp trong thảm họa do thiên nhiên. Bài báo cung cấp và sơ đồ hóa một số nội dung cơ bản, cập nhật về tổ chức, hoạt động ứng phó và đáp ứng y tế khẩn cấp trong thảm họa do thiên nhiên ở Việt Nam hiện nay.

Từ khóa: Thảm họa, đáp ứng y tế khẩn cấp, hoạt động ứng phó thảm họa.

ABSTRACT: Disasters occur frequently throughout the world, severely affecting the economy, society and health of many communities, many countries. Vietnam is one of the countries suffering from many natural disasters. In the recent years, the global climate change has led to more frequent and serious natural disasters, resulting in the death of many people. in major economic losses and affect the development of the country. The Government and people of Vietnam have actively developed on the organization and operation of disaster response and emergency health response in the natural disasters. This article provides and has scheme of some basic update contents on organization, response activities and emergency medical response in the natural disasters in Vietnam today.

Keywords: Disasters, emergency medical response, response activities in disaster.

Chịu trách nhiệm nội dung: PGS.TS. Nguyễn Minh Hiếu, Email: hieu60@yahoo.com

Ngày nhận bài: 25/2/2018; mời thẩm định khoa học: 06/3/2018; chấp nhận đăng bài: 15/3/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Thảm họa - theo Trung tâm nghiên cứu dịch tễ học về thảm họa của Liên hợp quốc (Centre for research on the epidemiology of disasters - CRED), là một tình huống hoặc sự cố xảy ra vượt quá khả năng xử lý tại chỗ của địa phương, đòi hỏi phải có sự trợ giúp từ bên ngoài của quốc gia hay quốc tế. Thảm họa thường xảy ra đột ngột, không lường trước, tạo ra sự nguy hại, tàn phá to lớn và sự đau khổ, tổn thất lớn về con người.

Có 4 nhóm nguyên nhân gây ra thảm họa, gồm: do thiên nhiên; do yếu tố công nghệ, kỹ thuật; do yếu tố xã hội; do tình trạng khủng hoảng, khẩn cấp của một cộng đồng hoặc một quốc gia. Thảm họa do thiên nhiên (còn gọi là thiên tai), xảy ra thường xuyên trên toàn thế giới, gây ảnh hưởng nặng nề đến kinh tế, xã hội và sức khỏe của nhiều cộng đồng, nhiều quốc gia [8], [9], [10], [11]

Việt Nam là một trong những nước chịu nhiều thiên tai: bão, áp thấp nhiệt đới, lốc, sét, mưa lớn, lũ,

lũ quét, ngập lụt, sạt lở đất... Trong những năm gần đây, do sự biến đổi khí hậu toàn cầu, các thảm họa do thiên nhiên xảy ra thường xuyên và nghiêm trọng hơn. Hằng năm, thiên tai đã làm hàng trăm người chết, thiệt hại kinh tế hàng ngàn tỉ đồng và làm ảnh hưởng đến sự phát triển của đất nước [4], [6], [7]. Để phòng, chống và khắc phục hậu quả do thảm họa gây ra (trọng tâm là thiên tai và các sự cố), nhiều năm qua, Nhà nước và nhân dân Việt Nam đã tích cực xây dựng tổ chức, triển khai hoạt động ứng phó và đáp ứng y tế khẩn cấp trong thảm họa.

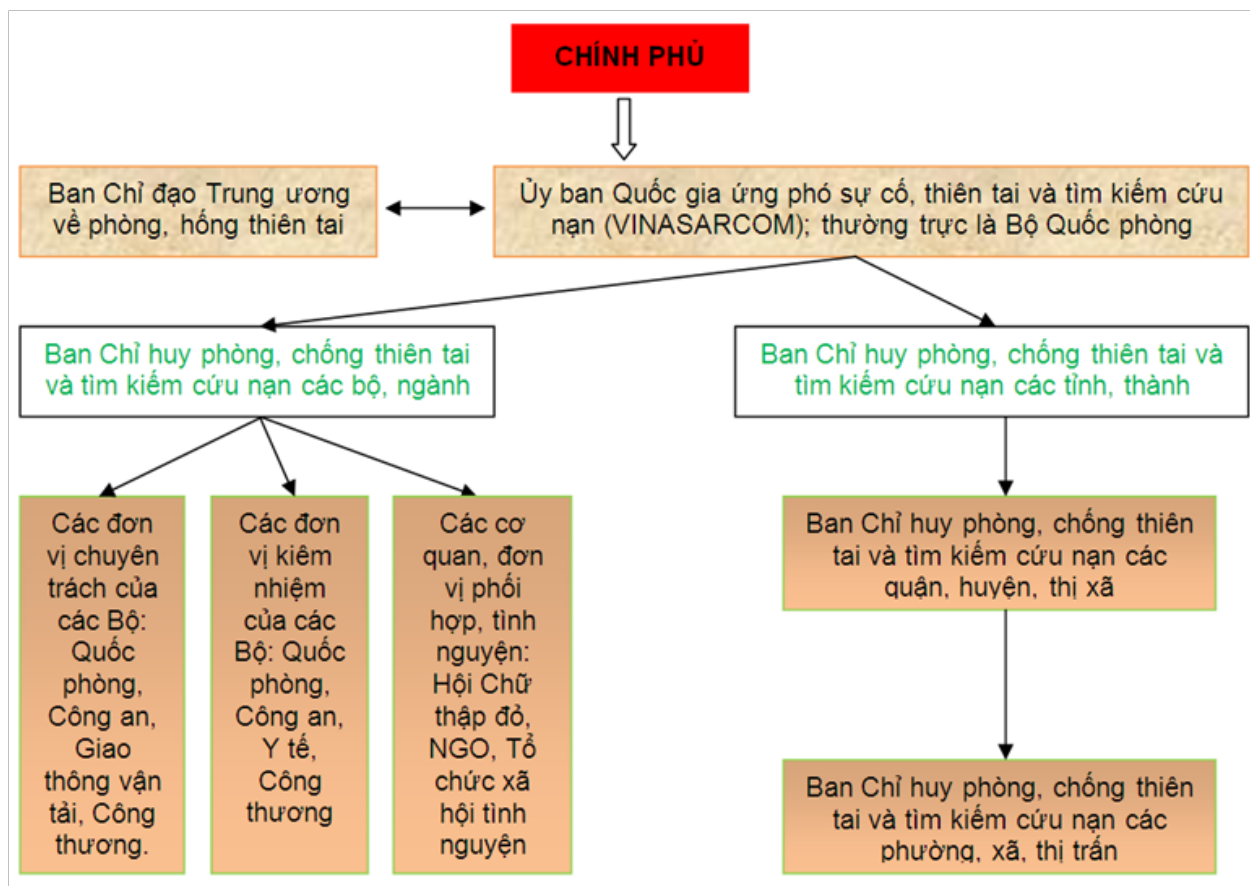
Chúng tôi nghiên cứu tìm hiểu và sơ đồ hóa về tổ chức, hoạt động ứng phó và đáp ứng y tế khẩn cấp trong thảm họa, trọng tâm là sự cố và thảm họa do thiên nhiên; giúp cho việc phổ biến, huấn luyện về công tác phòng chống thảm họa được thuận lợi và có hiệu quả hơn.

2. TỔ CHỨC VÀ HOẠT ĐỘNG ỨNG PHÓ THẢM HỌA.

2.1. Tổ chức lực lượng phòng, chống thảm họa tại Việt Nam:

Hiện nay, tổ chức lực lượng để phòng, chống và đáp ứng với thảm họa tại Việt Nam được thực hiện theo Luật Phòng chống, thiên tai (Luật số 33/2013/QH13 của Quốc hội Việt Nam, khóa XIII); các Nghị định của Chính phủ (Nghị định số 66/2014/NĐ-CP, ngày 04/7/2014, quy định chi tiết, hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Phòng, chống thiên tai; Nghị định số 30/2017/NĐ-CP, ngày 21/3/2017, quy định tổ chức, hoạt động ứng phó sự cố, thiên tai và tìm kiếm cứu

nạn); Quyết định số 646/QĐ-BYT, ngày 13/02/2015 của Bộ Y tế (về việc ban hành Kế hoạch hành động chuẩn bị, ứng phó với thiên tai của ngành Y tế giai đoạn 2015-2020) và theo tài liệu “Quy trình chuẩn ứng phó với thảm họa” của Trung ương Hội chữ thập đỏ Việt Nam, phát hành tháng 01/2012. Theo đó, hệ thống tổ chức lực lượng phòng, chống và đáp ứng với thảm họa do thiên nhiên tại Việt Nam có thể tóm tắt qua sơ đồ 1.



Sơ đồ 1. Tổ chức trong phòng, chống thảm họa do thiên nhiên tại Việt Nam (theo Nghị định số 30/2017/NĐ-CP của Chính phủ) [3].

2.2. Nguyên tắc hoạt động ứng phó và tìm kiếm cứu nạn trong thảm họa:

Theo Nghị định số 30/2017/NĐ-CP của Chính phủ, có 5 nguyên tắc hoạt động ứng phó sự cố, thiên tai và cứu hộ cứu nạn. Đó là:

1. Thông tin về sự cố, thiên tai và tìm kiếm cứu nạn phải được thông báo nhanh chóng, kịp thời cho chính quyền địa phương nơi xảy ra sự cố, thiên tai, lực lượng tìm kiếm cứu nạn và cơ quan chủ trì.

2. Chủ động, sẵn sàng nhân lực, phương tiện, thiết bị cho hoạt động ứng phó theo từng khu vực và tính chất vụ việc; phát huy sức mạnh tổng hợp của toàn dân và các lực lượng tham gia công tác ứng phó sự cố, thiên tai và tìm kiếm, cứu nạn. Từng bước nâng cao năng lực dân sự trong hoạt động ứng phó

sự cố, thiên tai, tìm kiếm cứu nạn; trong đó lực lượng vũ trang làm nòng cốt.

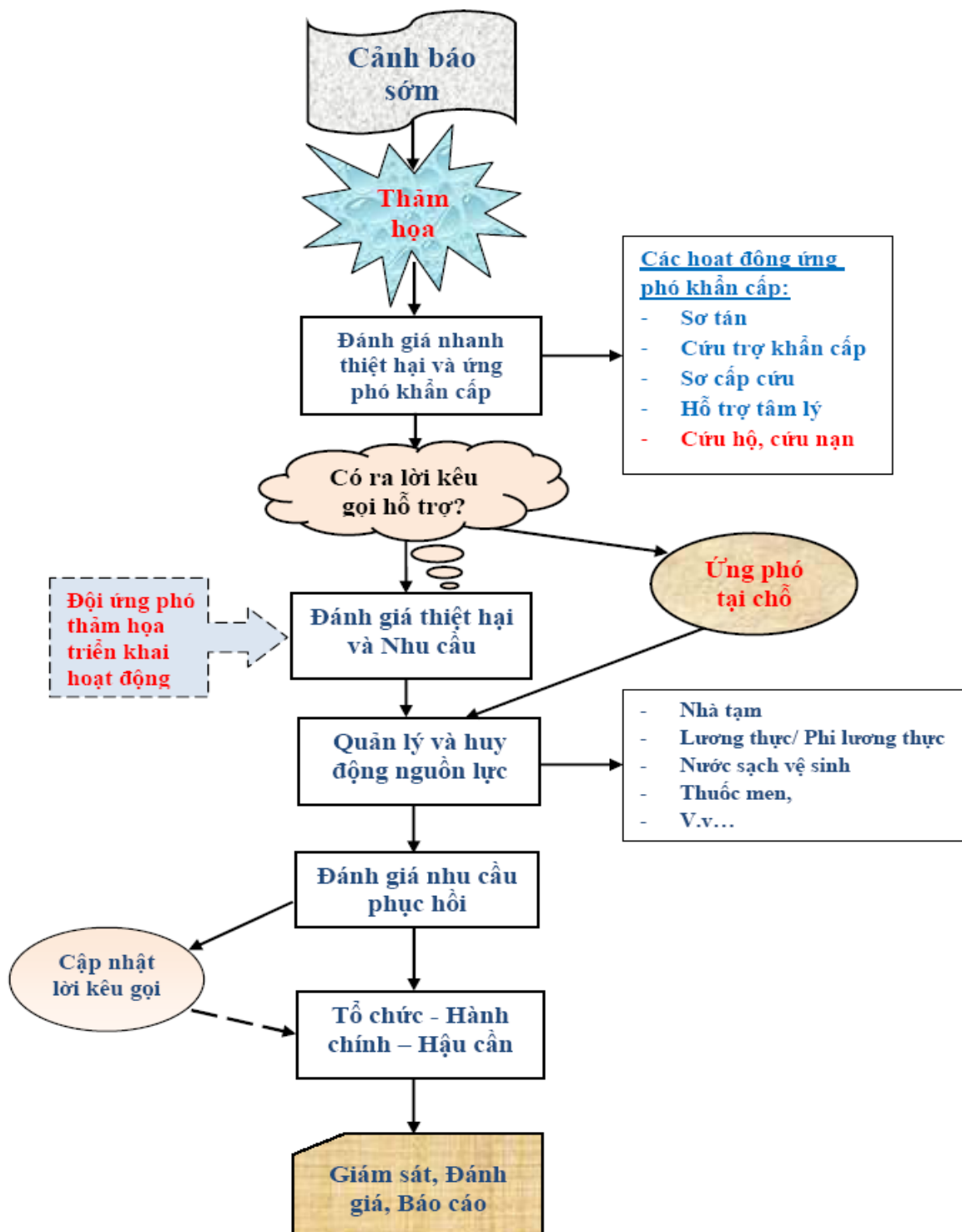
3. Thực hiện phương châm “4 tại chỗ” để sẵn sàng ứng phó kịp thời, hiệu quả; ưu tiên hoạt động cứu người trước, cứu tài sản sau và bảo vệ môi trường khi có tình huống xảy ra.

4. Chỉ huy thống nhất, phối hợp chặt chẽ các lực lượng được huy động tham gia ứng phó, tìm kiếm cứu nạn trong suốt quá trình tổ chức thực hiện công tác ứng phó, tìm kiếm cứu nạn.

5. Bảo đảm an toàn cho người, phương tiện tham gia ứng phó sự cố, thiên tai và tìm kiếm cứu nạn; các công trình, phương tiện hoạt động trên phạm vi khu vực được ứng phó, tìm kiếm cứu nạn và bảo vệ môi trường; hạn chế mức thấp nhất sự cố, tai nạn do chính hoạt động ứng phó, tìm kiếm cứu nạn gây ra.

2.3. Quy trình ứng phó sự cố, thiên tai và tìm kiếm cứu nạn:

Quy trình ứng phó sự cố, thiên tai và tìm kiếm cứu nạn được tóm tắt thể hiện trong sơ đồ 2.



Sơ đồ 2. Quy trình ứng phó sự cố, thiên tai tại Việt Nam (theo tài liệu của Trung ương Hội chữ thập đỏ Việt Nam) [5].

3. CÔNG TÁC ĐÁP ỨNG Y TẾ KHẨN CẤP TRONG THẢM HỌA.

3.1. Nguyên tắc đáp ứng y tế khẩn cấp trong thảm họa:

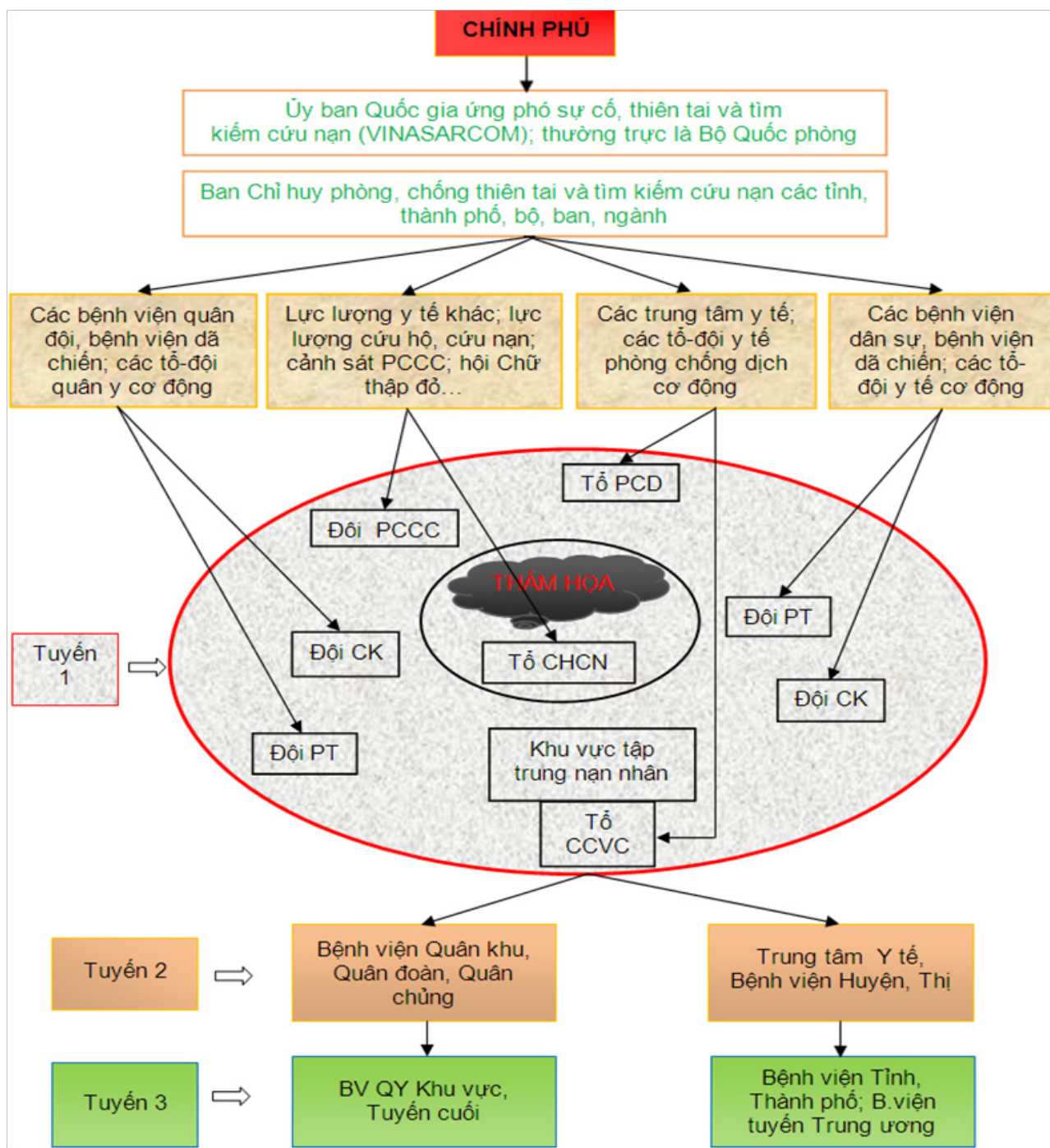
Về nguyên tắc, đáp ứng y tế khẩn cấp đối với thảm họa của y tế Việt Nam dựa trên sự kết hợp chặt chẽ

liên ngành, kết hợp quân dân y của các cơ sở dân y và quân y, nhằm phối hợp tìm cứu, thu dung, cấp cứu và điều trị nạn nhân theo bậc thang tuyến điều trị.

3.2. Mục tiêu đáp ứng y tế khẩn cấp trong thảm họa:

Mục tiêu cơ bản đáp ứng y tế khẩn cấp đối với thảm họa của y tế Việt Nam là hạn chế đến mức thấp nhất tỉ lệ tử vong và tàn phế cho các nạn nhân; phòng chống dịch bệnh, bảo vệ môi trường, phục hồi một cách nhanh nhất tình trạng ban đầu nơi xảy ra thảm họa.

Nguyên tắc và mục tiêu đáp ứng y tế khẩn cấp trong thảm họa tại Việt Nam có thể biểu diễn theo mô hình tại sơ đồ 3.



Sơ đồ 3. Mô hình đáp ứng y tế khẩn cấp trong thảm họa (CK: chuyên khoa; PT: phẫu thuật; CHCN: cứu hộ cứu nạn; PCD: phòng chống dịch; PCCC: phòng cháy chữa cháy; CCVC: cấp cứu vận chuyển)[7].

Để thực hiện được nguyên tắc và mục tiêu trên, đáp ứng y tế khẩn cấp đối với thảm họa của y tế Việt Nam được quy định thành 3 tuyến như sau:

- Tuyến 1: sử dụng các đội cơ động cứu hộ cứu nạn, tổ cấp cứu vận chuyển... để tìm cứu, vận chuyển nạn nhân đến nơi an toàn; cấp cứu phân loại sơ bộ theo thứ tự ưu tiên, vận chuyển và tổ chức vận chuyển về các cơ sở điều trị theo chỉ định.

- Tuyến 2: cấp cứu và điều trị tại y tế tuyến huyện hoặc các cơ sở y tế quân y và dân y gần nhất. Tại đây, thực hiện cứu chữa cơ bản và chuyên khoa nhằm cứu sống tính mạng các nạn nhân, hạn chế đến mức thấp nhất tỉ lệ tử vong do thảm họa.

- Tuyến 3: điều trị tại các bệnh viện tuyến tỉnh và trung ương, các bệnh viện quân y khu vực hoặc tuyến cuối. Thực hiện các biện pháp cứu chữa chuyên khoa nhằm giảm đến mức thấp nhất tỉ lệ tàn phế cho các nạn nhân.

4. KẾT QUẢ ĐÁP ỨNG Y TẾ ĐỐI VỚI THẢM HỌA TẠI VIỆT NAM VÀ MỘT SỐ VẤN ĐỀ CẦN QUAN TÂM.

4.1. Kết quả đáp ứng y tế đối với thảm họa tại Việt Nam:

Trong những năm qua, hoạt động y tế đối với thảm họa và sự kết hợp chặt chẽ quân dân y trong phòng, chống, khắc phục hậu quả sự cố, tai nạn, thiên tai, dịch bệnh tại Việt Nam đã thường xuyên được lãnh đạo, chỉ đạo, triển khai thực hiện tích cực. Công tác này đã giúp cứu chữa được nhiều người bị nạn, hạn chế thấp tỉ lệ tử vong, tàn phế ở các nạn nhân; phòng và chống có hiệu quả các dịch bệnh phát sinh sau thảm họa, giúp bảo vệ môi trường.

Một số ví dụ điển hình về công tác cấp cứu, điều trị nhanh, có hiệu quả nạn nhân các sự cố, tai nạn và thiên tai ở nước ta trong khoảng 20 năm gần đây, như: sự cố cháy tòa nhà ITC năm 2001; dịch bệnh SARS do virus Corona năm 2003; tai nạn lật tàu hỏa E1 tại Lăng Cô năm 2005; siêu bão nhiệt đới Linda năm 1997; sự cố sập nhịp dẫn cầu Cần Thơ năm 2007; các trận lũ lụt, lũ quét, lở đất nghiêm trọng tại nhiều địa phương trong các năm 2011, 2014, 2015, 2017...

4.2. Một số vấn đề cần quan tâm trong đáp ứng y tế đối với thảm họa:

Mặc dù có nhiều kết quả nêu trên, nhưng để thực hiện tốt nguyên tắc, mục tiêu, nội dung về đáp ứng y

tế đối với thảm họa trong thời gian tới với sự biến đổi khí hậu toàn cầu, sự phát triển mạnh mẽ của kỹ thuật, công nghệ và những thay đổi phức tạp của xã hội, công tác đáp ứng với thảm họa (trong đó, có đáp ứng y tế) cần có sự quan tâm tới một số vấn đề là:

- Xây dựng lực lượng, huấn luyện tính chuyên nghiệp của lực lượng y tế đáp ứng với thảm họa, trong đó, cần chú ý tới từng yếu tố nguyên nhân gây thảm họa.

- Nghiên cứu tạo mới và bảo đảm các trang bị, phương tiện có tính chuyên dụng và lưỡng dụng cho đáp ứng với các loại thảm họa.

- Tiếp tục hoàn chỉnh thực hiện phương châm "4 tại chỗ" đối với thảm họa, nhất là các thảm họa nghiêm trọng (mức 3 và 4).

- Xây dựng và hoàn chỉnh những vấn đề liên quan đến việc triển khai hỗ trợ quốc tế khi xảy ra thảm họa nghiêm trọng, chuẩn bị việc sẵn sàng tham gia các hoạt động quốc tế trong hỗ trợ nhân đạo thảm họa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam Khóa XIII (2013), *Luật Phòng, chống thiên tai số 33/2013/QH13*.

2. Chính phủ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2014), *Nghị định số 66/2014/NĐ-CP, ngày 04/7/2014 về quy định chi tiết, hướng dẫn thi hành một số điều của Luật Phòng, chống thiên tai*.

3. Chính phủ nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2017), *Nghị định số 30/2017/NĐ-CP, ngày 21/3/2017 về quy định tổ chức, hoạt động ứng phó sự cố, thiên tai và tìm kiếm cứu nạn*.

4. Bộ Y tế nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2015), *Quyết định số 646/QĐ-BYT ngày 13/02/2015 về việc ban hành Kế hoạch hành động chuẩn bị, ứng phó với thiên tai của ngành y tế giai đoạn 2015-2020*.

5. Trung ương Hội chữ thập đỏ Việt Nam (2012), *Quy trình chuẩn ứng phó với thảm họa*.

6. Đỗ Công Tâm (2009), *Đáp ứng và hỗ trợ y tế trong thảm họa*, Nhà xuất bản Đại học Huế, tr. 31-72.

7. Trà Quang Ân (2014), *Công tác đáp ứng y tế khẩn cấp đối với thảm họa, thiên tai Việt Nam*, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Nam, <http://bvdkquangnam.vn/tin-tc/y-hc-thng-thc/1206-.html>

8. <https://disasterinfo.nlm.nih.gov/dimrc/disasters.html>

9. <https://www.wvi.org/disaster-management/what-humanitarian-disaster>

10. <http://www.sphereproject.org/handbook/>

11. https://en.wikipedia.org/wiki/disaster_medicine. □

ĐỀ XUẤT MỘT SỐ GIẢI PHÁP QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG DƯỢC LIỆU TẠI CÁC ĐƠN VỊ QUÂN Y

BSCKII. TRẦN BẢO LONG - Cục Quân y

ThS. NGUYỄN QUANG HIỆU

Viện KN-NC Dược và TBYT Quân đội

Thẩm định khoa học: TS. PHẠM XUÂN CHUNG

Trưởng phòng Dược, Cục Quân y

TÓM TẮT: Thời gian qua, Bộ Y tế đã chỉ đạo tăng cường các hoạt động kiểm soát chất lượng dược liệu, vị thuốc y học cổ truyền trên toàn quốc. Trong quân đội, Cục Quân y đã có nhiều văn bản chỉ đạo các đơn vị tăng cường quản lý, kiểm soát chất lượng dược liệu, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và tổ chức các lớp tập huấn quy mô toàn quân về vấn đề này. Tương tự thực trạng chung trên cả nước, các tuyến quân y còn xuất hiện nhiều dược liệu, vị thuốc y học cổ truyền không bảo đảm chất lượng đang lưu hành. Kết quả kiểm nghiệm dược liệu từ năm 2013-2017 cho thấy tỉ lệ không nhỏ mẫu dược liệu không đạt tiêu chuẩn chất lượng ở nhiều tiêu chí khác nhau, do nhiều nguyên nhân khác nhau. Để làm tốt công tác quản lý chất lượng dược liệu trong hệ thống quân y, chúng tôi đề xuất một số giải pháp cụ thể và hữu hiệu cho vấn đề này.

Từ khóa: Chất lượng dược liệu, chất lượng vị thuốc y học cổ truyền, quản lý dược liệu.

ABSTRACT: Over the past time, the Ministry of Health has directed to intensify the activities of the quality control of herbal medicine and traditional medicine in the whole country. In the army, the Department of military medicine has issued many documents to direct the units to strengthen the management and quality control of herbal medicines, traditional medicines and herbal remedies and organize the training courses on a scale of the whole army on this problem. Similar to the general situation in the country, at the military medical lines the quality of many herbal medicine and traditional medicine is still not assured. The results of herbal test from 2013 to 2017 showed that, there was a large proportion of herbal samples did not meet quality standards in many different criteria, due to many different reasons. In order to better manage the quality of herbal products in the military medical system, we suggested some concrete and effective solutions to this problem.

Keywords: Quality of herbal medicine, quality of traditional medicine, herbal management.

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

Ngày nhận bài: 12/11/2017; mời thẩm định khoa học: 25/12/2017; chấp nhận đăng: 26/02/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Ngành y, dược cổ truyền Việt Nam những năm qua đã đạt được nhiều thành tựu quan trọng, ngày càng chiếm được lòng tin của đông đảo người bệnh. Hệ thống khám, chữa bệnh y học cổ truyền (YHCT) đang từng bước hoàn thiện trên cả nước với 64 bệnh viện YHCT công lập và 3 bệnh viện YHCT tư nhân; hơn 90% số bệnh viện đa khoa có khoa/tổ YHCT. Để bảo đảm chất lượng dược liệu và thuốc YHCT, Bộ Y tế đã chỉ đạo tăng cường các hoạt động kiểm soát chất lượng dược liệu, vị thuốc YHCT trên toàn quốc. Tuy nhiên, vẫn còn xuất hiện nhiều dược liệu, vị thuốc YHCT không bảo đảm chất lượng lưu hành phổ biến trong các cơ sở khám chữa bệnh và trên thị trường.

Số liệu thống kê của Bộ Y tế cũng đã chỉ ra, trong hơn 50.000 tấn dược liệu tiêu thụ ở nước ta mỗi năm, có đến hơn 80% là hàng nhập lậu và hàng không rõ nguồn gốc [6].

Hoạt động khám chữa bệnh bằng YHCT trong quân đội chiếm một khối lượng lớn so với toàn bộ

hoạt động khám chữa bệnh của ngành Quân y. Lượng dược liệu và thuốc từ dược liệu được sử dụng tại các bệnh viện và các đơn vị trong toàn quân cũng không nhỏ. Nhằm tăng cường công tác quản lý, kiểm soát chất lượng dược liệu và thuốc từ dược liệu trong quân đội, Cục Quân y đã có nhiều văn bản chỉ đạo các đơn vị tăng cường quản lý, kiểm soát chất lượng dược liệu, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và tổ chức các lớp tập huấn quy mô toàn quân về vấn đề này.

Chúng tôi nghiên cứu thực trạng kiểm soát chất lượng dược liệu hiện nay, phân tích các nguyên nhân và đề xuất một số giải pháp quản lý chất lượng dược liệu tại các đơn vị quân y.

2. THỰC TRẠNG KIỂM SOÁT CHẤT LƯỢNG DƯỢC LIỆU HIỆN NAY VÀ CÁC NGUYÊN NHÂN.

Trong năm 2016, có 2.724 mẫu dược liệu được hệ thống kiểm nghiệm thuốc trên cả nước chủ động lấy kiểm tra. Trong số đó, phát hiện 374 mẫu không đạt tiêu chuẩn chất lượng, chiếm tỉ lệ 13,73% [7]. Trong quân đội, những năm gần đây, Cục Quân y đã chỉ đạo

các đơn vị tăng cường công tác kiểm tra, quản lý chất lượng thuốc và dược liệu. Đa số các đơn vị đã thực hiện tốt quy chế về quản lý chất lượng thuốc, dược liệu; làm tốt công tác tạo nguồn, bảo quản, sản xuất và phân phối thuốc, dược liệu. Tuy nhiên, theo số liệu báo cáo của Viện Kiểm nghiệm-nghiên cứu dược và trang thiết bị y tế (KN-NC dược và TTBYT) Quân đội), kết quả kiểm nghiệm dược liệu từ năm 2013-2017 cho thấy một tỉ lệ không nhỏ mẫu dược liệu không đạt tiêu chuẩn chất lượng. Cụ thể như sau:

Năm	Số mẫu dược liệu không đạt tiêu chuẩn chất lượng			
	Lấy	Gửi	Nghiên cứu	Tổng
2013	72/184 (39,1%)	2/4 (50,0%)	0	74/188 (39,4%)
2014	37/126 (29,4%)	3/26 (11,5%)	5/41 (12,2%)	45/193 (23,3%)
2015	50/126 (39,7%)	4/31 (12,9%)	8/55 (14,5%)	62/212 (29,2%)
2016	20/103 (19,4%)	3/24 (12,2%)	6/52 (11,5%)	29/179 (16,2%)
2017	9/113 (8,0%)	1/25 (4,0%)	0/170	10/308 (3,2%)
Tổng	210/757 (27,7%)	13/110 (11,8%)	19/318 (6,0%)	242/1.185 (20,4%)

Từ năm 2013-2017, có tới 63/193 loại dược liệu được lấy mẫu không đạt tiêu chuẩn chất lượng. Trong đó, gặp nhiều nhất là bạch linh (23/46 mẫu không đạt tiêu chí độ ẩm); câu đằng (18/43 mẫu không đạt tiêu chí tạp chất); câu kỳ tử (7/16 mẫu không đạt tiêu chí độ ẩm); đại táo (10/22 mẫu không đạt tiêu chí độ ẩm); hồng hoa (8/20 mẫu không đạt tiêu chí định tính, độ ẩm hoặc tro toàn phần); hoài sơn (9/27 mẫu không đạt tiêu chí tạp chất, độ ẩm, soi bột); hoàng bá (14/17 mẫu không đạt tiêu chí định lượng, định tính); kim ngân hoa (9/11 mẫu không đạt tiêu chí tạp chất, tỉ lệ hoa đã nở, độ ẩm, tỉ lệ cành lá); nhũ hương (7/9 mẫu không đạt tiêu chí định tính, tro toàn phần, mô tả); thổ phục linh (6/16 mẫu không đạt tiêu chí chất chiết được trong dược liệu, tạp chất, độ ẩm); ý dĩ (9/26 mẫu không đạt tiêu chí chất chiết được trong dược liệu, mô tả, độ ẩm)... Tiêu chí không đạt của dược liệu cũng rất đa dạng. Trong đó, hay gặp nhất là ở các tiêu chí chất chiết được trong dược liệu (29/168 mẫu, chiếm 17,3%), định lượng (21/125 mẫu, chiếm 16,8%), độ ẩm 113/742 mẫu, chiếm 15,2%), tạp chất (48/522 mẫu, chiếm 9,2%); ít gặp nhất là các tiêu chí bột (7/632 mẫu, chiếm 1,1%), vi phẫu (5/481 mẫu, chiếm 1,0%), mô tả (7/757 mẫu, chiếm 0,9%). Dược liệu không đạt về tiêu chí độ ẩm thường gặp là bạch linh, câu kỳ tử, đại táo, xuyên khung. Dược liệu không đạt về các tiêu chí định lượng, chất chiết được thường gặp là hoàng bá, thổ phục linh, ý dĩ, thăng ma, cốt toái bổ, hoắc hương. Tạp chất trong dược liệu rất đa dạng, có thể là các chất giả mạo được trộn lẫn vào (tinh bột trong bạch linh), tỉ lệ hoa nở, tỉ lệ cành lá trong hoa (kim ngân hoa), hạt xi măng trộn vào thổ ty tử...

Chúng tôi thấy một số nguyên nhân ảnh hưởng tới chất lượng dược liệu là:

- Dược liệu bị nhầm lẫn hoặc làm giả, không đúng với tên trong dược điển. Dược liệu “đúng” yêu cầu cần phải đúng tên, đúng loài, đúng giống, đúng bộ phận dùng. Các đặc trưng của dược liệu về hình thái, vi phẫu, bột và các phản ứng đặc trưng của hoạt chất hoặc “chất đặc trưng” tiêu biểu cho dược liệu đó đã được tiêu chuẩn hóa cụ thể. Theo tiêu chí này, nhiều dược liệu bị làm giả mạo, như hoài sơn được chế từ rễ củ mỡ, củ cọc, củ sắn; ý dĩ bắc được chế từ nhân hạt cao lương; thiên ma được chế từ

khoai tây; địa cốt bì được chế từ vỏ rễ cây đương nãi đẳng (*Periploca sepium*)... Dược liệu bị nhầm lẫn do có tên tương đối giống nhau, như hoàng kỳ Bắc và hoàng kỳ Nam, đỗ trọng Bắc và đỗ trọng Nam, sài hồ Bắc và sài hồ Nam, mộc hương Bắc và mộc hương Nam... [1, 12]

- Dược liệu chất lượng không tốt. Dược liệu “tốt” được nuôi trồng đúng quy trình tiêu chuẩn, thu hái đúng thời điểm, phơi sấy chế biến đúng phương pháp, đạt tiêu chuẩn về quy cách, định tính, định lượng hoạt chất hoặc chất đặc trưng (còn gọi là chất chủ đạo), định lượng cao tan (chất chiết được); có loại còn cần đạt các tiêu chuẩn tác dụng sinh học theo những mô hình kiểm tra nhất định. Tuy nhiên, nhiều loại dược liệu ẩm mốc, không đạt tiêu chuẩn, được phơi lại, thậm chí lau chùi, cọ rửa, phơi sấy, đánh bóng để trộn lẫn với dược liệu tốt. Hoặc có loại dược liệu đã bị chiết xuất gần hết các hoạt chất chính nhưng vẫn được bày bán, như ba kích, nhân sâm, hoàng kỳ, nấm linh chi, đông trùng hạ thảo... Nếu chỉ nhận biết bằng cảm quan, hình thức bên ngoài mà không có dược liệu chuẩn để đối chiếu thì không thể phát hiện [11, 13].

- Dược liệu không bảo đảm tính sạch và tính khiết. Dược liệu “sạch” và “tinh khiết” là loại có tỉ lệ tạp chất (đất, cát...) không vượt quá tiêu chuẩn quy định; không có dược liệu khác không đúng lẫn vào; không có các bộ phận không dùng của cây dược liệu và chứa một hàm ẩm an toàn. Tuy nhiên, trên thực tế, không ít loại dược liệu lưu hành trên thị trường không bảo đảm tiêu chuẩn này.

- Công tác quản lý, kiểm soát chất lượng dược liệu, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu chưa được nhiều đơn vị quan tâm đúng mức. Cơ sở hạ tầng (phòng chức năng), trang thiết bị chuyên dụng và nguồn nhân lực phù hợp còn thiếu hoặc chưa đồng bộ. Một số đơn vị chưa chú trọng việc lựa chọn nhà cung cấp dược liệu bảo đảm chất lượng hoặc nhập dược liệu trực tiếp từ nơi nuôi trồng, thu hái; việc kiểm soát, tự kiểm nghiệm nguyên liệu đầu vào chủ yếu dựa vào kinh nghiệm, chủ quan, thiếu cơ sở xác thực. Công tác bảo quản chưa được chú trọng; bảo quản dược liệu tại các kho thuốc, quầy thuốc không bảo đảm yêu cầu

hiệt độ, độ ẩm. Chế độ kiểm nghiệm dược liệu định kỳ và khi nhập - xuất hàng chưa đúng quy định, thậm chí còn buông lỏng...

3. ĐỀ XUẤT MỘT SỐ GIẢI PHÁP QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG DƯỢC LIỆU TRONG HỆ THỐNG QUÂN Y.

Để làm tốt công tác quản lý chất lượng dược liệu trong hệ thống quân y, chúng tôi đề xuất một số giải pháp sau:

- Quán triệt và thực hiện nghiêm Công văn số 353/QY-YHCT, ngày 28/3/2012 của Cục Quân y [9] (chỉ đạo thực hiện Chỉ thị số 03/CT-BYT, về tăng cường quản lý cung ứng, sử dụng dược liệu, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu); Công văn số 193/YDCT-QLD, ngày 24/7/2015 của Cục Quản lý y dược cổ truyền/Bộ Y tế về việc tăng cường kiểm soát chất lượng dược liệu, vị thuốc YHCT [8]; thực hiện tốt mục đích, yêu cầu, nội dung công tác quản lý chất lượng dược liệu (Cục Quân y đã tổ chức tập huấn toàn quân năm 2014 [10]).

- Khẩn trương xây dựng bộ mẫu dược liệu/vị thuốc YHCT chuẩn (gồm 65 loại, theo danh sách ban hành kèm theo Công văn số 193/YDCT-QLD, ngày 24/07/2015 của Cục Quản lý y dược cổ truyền/Bộ Y tế). Tùy theo điều kiện của từng đơn vị, nghiên cứu xây dựng bộ mẫu dược liệu/vị thuốc YHCT chuẩn có trong danh mục vị thuốc YHCT ban hành kèm theo Thông tư 05/2015/TT-BYT, ngày 17/03/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế [5], phù hợp với danh mục dược liệu, vị thuốc YHCT sử dụng trong cơ sở mình.

- Tăng cường kiểm soát chất lượng dược liệu, thuốc cổ truyền. Dược liệu nhập phải có phiếu kiểm nghiệm và phải đạt tiêu chuẩn. Khi nhập dược liệu về, cần bố trí cán bộ chuyên trách đủ trình độ chuyên môn, bộ mẫu dược liệu chuẩn để đối chiếu, kiểm tra chất lượng. Nếu có nghi ngờ, thực hiện gửi mẫu tới Viện KN-NC dược và TTBYT Quân đội hoặc cơ sở kiểm nghiệm khác đạt tiêu chuẩn GLP, tiêu chuẩn ISO/IEC 17025 để kiểm nghiệm.

- Đầu tư cơ sở vật chất, trang thiết bị, cán bộ chuyên trách phù hợp. Cơ sở pha chế, sản xuất thuốc từ dược liệu cần được đầu tư, nâng cấp để đạt các nguyên tắc, tiêu chuẩn GMP/WHO với quy mô phù hợp theo Thông tư số 16/2011/TT-BYT, ngày 19/4/2011 của Bộ Y tế (quy định nguyên tắc sản xuất thuốc từ dược liệu đối với các cơ sở sản xuất thuốc từ dược liệu [3]); hoặc tập trung đầu tư xây dựng xưởng sản xuất thuốc từ dược liệu tại Viện KN-NC dược và TTBYT Quân đội đạt tiêu chuẩn GMP/WHO để sản xuất tất cả các sản phẩm thuốc từ dược liệu hiện đang được sản xuất tại một số đơn vị trong toàn quân [13].

- Thực hiện chế biến dược liệu theo đúng các quy trình do Bộ Y tế ban hành (Quyết định số 3759/QĐ-BYT ngày 08/10/2010, về việc ban hành phương pháp chế biến bảo đảm chất lượng đối với 85 vị thuốc đông y [2]).

- Tổ chức tự kiểm nghiệm theo nội dung đã được

huấn luyện trong chương trình tập huấn kiểm nghiệm Dược liệu năm 2014 của Cục Quân y với một số chỉ tiêu đơn giản như soi bột, vi phẫu, định tính và độ ẩm [10].

- Bảo quản dược liệu, vị thuốc YHCT phải được kiểm soát chặt chẽ về nhiệt độ và độ ẩm môi trường lưu trữ. Các bao bì đóng gói và dụng cụ chứa đựng dược liệu bảo đảm kín, chống được các tác động của môi trường bên ngoài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2010), *Dược điển Việt Nam*, lần xuất bản thứ tư, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2010), *Quyết định số 3759/QĐ-BYT, ngày 08/10/2010 của Bộ Y tế "V/v ban hành phương pháp chế biến bảo đảm chất lượng đối với 85 vị thuốc đông y"*.
3. Bộ Y tế (2011), *Thông tư số 16/2011/TT-BYT, ngày 19/4/2011 của Bộ Y tế "Quy định nguyên tắc sản xuất thuốc từ dược liệu đối với các cơ sở sản xuất thuốc từ dược liệu"*.
4. Bộ Y tế (2012), *Chỉ thị số 03/CT-BYT, ngày 24/02/2012 của Bộ Y tế "V/v tăng cường quản lý cung ứng, sử dụng dược liệu, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh bằng y học cổ truyền"*.
5. Bộ Y tế (2015), *Thông tư số 05/2015/TT-BYT, ngày 17/3/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế "Ban hành danh mục thuốc đông y, thuốc từ dược liệu và vị thuốc YHCT thuộc phạm vi thanh toán của quỹ BHYT"*.
6. Bộ Y tế (2016), *Báo cáo kết quả 5 năm triển khai thực hiện Quyết định 2166/QĐ-TTg của Thủ tướng Chính phủ về Kế hoạch hành động phát triển YDCT Việt Nam đến năm 2020, giai đoạn 2011-2015, nhiệm vụ chủ yếu giai đoạn 2016-2020*.
7. Bộ Y tế (2017), *Báo cáo của Bộ trưởng Bộ Y tế tại Hội nghị toàn quốc của Chính phủ về phát triển dược liệu Việt Nam, ngày 12/4/2017*.
8. Cục quản lý Y dược cổ truyền/Bộ Y tế (2015), *Công văn số 193/YDCT-QLD, ngày 24/7/2015 của Cục quản lý YDCT/Bộ Y tế "V/v tăng cường kiểm soát chất lượng dược liệu, vị thuốc YHCT"*.
9. Cục Quân y (2012), *Công văn số 353/QY-YHCT, ngày 28/03/2012 chỉ đạo thực hiện Chỉ thị số 03/CT-BYT về tăng cường quản lý cung ứng, sử dụng dược liệu, thuốc đông y, thuốc từ dược liệu*.
10. Viện KN-NC dược và TTBYT Quân đội (2014), *Tài liệu tập huấn kiểm nghiệm dược liệu*.
11. Võ Văn Chi (2012), *Từ điển cây thuốc Việt Nam (Bộ mới)*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
12. *Pharmacopoeia of the People's Republic of China* (2010), Vol.1, Monographs part 1, p.A003; p.A468.
13. WHO (1998), *Quality control methods for medicinal plant materials* WHO Geneva. □

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

BSCKII. TRẦN VIỆT DƯƠNG

BS. NGUYỄN HẢI ĐĂNG

Viện Y học Phòng không-Không quân

Phản biện khoa học: TS. NGUYỄN MINH HẢI

Giám đốc Viện Y học Phòng không-Không quân

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Keywords: Pilot health, military aircraft.

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

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

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

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

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

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

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

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

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

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

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

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

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

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

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

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

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

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Kết quả khám tuyển sức khỏe TN:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bảng 3.5. Nguyên nhân loại theo các chuyên khoa.

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

- Chuyên khoa Ngoại-da liễu:

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

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

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

- Chuyên khoa Nội:

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

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

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

- Chuyên khoa Tai-mũi-họng:

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

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

- Chuyên khoa Mắt:

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

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

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

- Chuyên khoa Thần kinh-tâm lý:

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

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

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

4. KẾT LUẬN.

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

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

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

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

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

(Xem tiếp trang 30)

ĐÁNH GIÁ ĐẶC ĐIỂM KỸ THUẬT GHÉP GAN TRÊN NGƯỜI TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

BS. ĐẶNG KIM KHUÊ

BS. NGUYỄN QUANG NGHĨA

Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

PGS.TS. LÊ TRUNG HẢI - Cục Quân y

ThS. LÊ TRUNG HIẾU - *Bệnh viện TƯQĐ108*

Phản biện khoa học: TS. LÊ VĂN THÀNH

Phó Chủ nhiệm Khoa Phẫu thuật gan-mật-tụy,

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT: Nghiên cứu hồi cứu mô tả 23 bệnh nhân người lớn, ghép gan tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, từ tháng 11/2007-6/2015. **Kết quả:** 13% bệnh nhân ghép gan từ người cho sống, 87% bệnh nhân ghép gan toàn bộ đúng vị trí từ người cho chết não. Thời gian cắt gan toàn bộ trung bình 215 ± 72 phút; thời gian không gan trung bình $45,5 \pm 10,8$ phút. 100% bệnh nhân nối tĩnh mạch chủ dưới theo kỹ thuật Piggyback, trong đó, 1 bệnh nhân nối kiểu bên-bên. 95,7% bệnh nhân ghép gan theo kỹ thuật Piggyback và đặt dẫn lưu mật. Trong mổ, 17,4% bệnh nhân phải thực hiện lại miệng nối động mạch; 4,3% bệnh nhân tụt clamp tĩnh mạch cửa; 4,3% bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch gan giữa. Như vậy, nguồn gan ghép gan từ người cho sống và từ người cho chết não đều đạt kết quả tốt.

Từ khóa: Ghép gan, cắt gan.

ABSTRACT: Retrospective study on the 23 adult patients, who have liver transplants at the Viet Duc friendship hospital, from November 2007 to June 2015. **Results:** There were 13% of liver transplants recipients from living donors, 87% of liver transplant recipients in place from brain dead donors. The average time of hepatectomy was 215 ± 72 minutes; The average time of liver absence was 45.5 ± 10.8 minutes. There were 100% of patients with anastomosis of inferior caval vein by Piggyback technique, in which one patient with anastomosis side-to-side. 95.7% of patients with liver transplants by Piggyback technique and with bile drainage. In operation, 17.4% of patients had to re-connect the artery; 4.3% of patients with clamp descent of portal vein; 4.3% of patients had middle hepatic vein thrombosis. Thus, liver transplants from living donors and brain dead donors were good results.

Keywords: Liver transplantation, hepatectomy.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Lê Trung Hiếu, Email: lehieu.liversurg.108@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/01/2018; mời phản biện khoa học: 25/01/2018; chấp nhận đăng bài: 28/02/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Ghép gan là phẫu thuật thay thế gan bị bệnh bằng một phần hay toàn bộ gan còn sống từ người cho, nhằm điều trị bệnh gan giai đoạn cuối và suy gan cấp tính. Đây là một loại phẫu thuật hết sức phức tạp. Thông thường, lá gan gốc (gan bệnh) được tách ra khỏi cơ thể và lá gan mới (gan sống) được đặt lại vào vị trí ban đầu của lá gan gốc. Ghép gan trên người được thực hiện lần đầu năm 1963, bởi đội ngũ phẫu thuật viên do tiến sĩ Thomas Starzl chỉ đạo và thực hiện. Năm 1967, ca ghép gan đầu tiên trên người thực hiện thành công bởi bác sĩ Starzl và trở thành quy trình ghép gan phổ biến trên thế giới. Quy trình này ngày càng được hoàn thiện và có rất nhiều điểm khác biệt so với quy trình Starzl mô tả lần đầu.

Từ tháng 11/2007 đến 6/2015, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức đã thực hiện được 23 ca ghép gan, trong

đó, có 20 ca ghép gan toàn bộ đúng vị trí từ người cho chết não, 3 ca ghép gan từ người cho sống. Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào đánh giá về kết quả, kỹ thuật ghép gan trên người.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá đặc điểm kỹ thuật ghép gan trên người lớn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

23 bệnh nhân (BN) người lớn, được phẫu thuật ghép gan, tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức, từ tháng 11/2007 đến 6/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả.
- Chỉ định ghép gan: BN xơ gan Child B-C, xơ gan có biến chứng; BN ung thư gan nguyên phát trên nền gan xơ theo tiêu chuẩn Milan (1 khối u kích thước $< 5\text{cm}$;

hoặc dưới 3 khối u kích thước < 3cm) hoặc theo tiêu chuẩn UCSF (1 khối u kích thước < 6,5cm; hoặc dưới 3 khối u kích thước < 4,5 cm).

- Quy trình kỹ thuật ghép gan cơ bản (ghép gan toàn bộ đúng vị trí từ người cho chết não hoặc ghép gan bán phần từ người cho sống) gồm 3 giai đoạn:

+ Giai đoạn cắt gan toàn bộ.

+ Giai đoạn không gan (thực hiện miệng nối tĩnh mạch gan và tĩnh mạch cửa).

+ Giai đoạn nối động mạch gan và đường mật.

- Quy trình chuẩn bị, kỹ thuật và theo dõi sau ghép tuân theo quy trình chuẩn [0].

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm BN nghiên cứu:

- Tiền sử bệnh và điều trị:

+ Xơ gan: 5 BN (21,7%).

+ Ung thư gan nguyên phát: 18 BN (77,3%).

+ Phẫu thuật cắt u gan: 3 BN (13,0%)

- Nguồn gan ghép:

+ Người cho sống: 3 BN (13,0%).

+ Người cho chết não: 20 BN (87,0%).

3.2. Đặc điểm phẫu thuật:

- Kỹ thuật mổ:

+ Đường mổ Mercedes: 23 BN (100%).

+ Tuần hoàn ngoài cơ thể: 1 BN (4,3%).

+ Không BN nào cần tạo shunt cửa chủ.

- Đặc điểm tổn thương trong ổ bụng:

+ Dịch ổ bụng: 7 BN (30,4%).

+ Ổ bụng dính: 3 BN (13,0%).

+ Gan xơ: 22 BN (95,7%).

+ U gan: 18 BN (78,3%).

+ Lách to: 9 BN (39,1%).

+ U thâm nhiễm quanh tĩnh mạch cửa dưới: 1 BN (4,3%).

- Loại hình ghép gan:

+ Ghép gan phải (lấy từ người cho sống): 3 BN (13,0%).

+ Ghép gan giảm thể tích (cắt thùy trái): 1 BN (4,3%).

+ Ghép gan toàn bộ đúng vị trí: 19 BN (82,6%).

- Thời gian tiến hành phẫu thuật:

+ Thời gian cắt gan toàn bộ: từ 100-380 phút, trung bình 215 ± 72 phút.

+ Thời gian không gan: từ 34-70 phút, trung bình $45,5 \pm 10,8$ phút.

+ Thời gian nối tĩnh mạch chủ dưới: từ 12-35 phút, trung bình $24,3 \pm 5,9$ phút (100% BN được thực hiện theo kỹ thuật Piggyback, trong đó, 1 BN nối kiểu bên-bên).

+ Thời gian nối tĩnh mạch cửa: từ 4-35 phút, trung bình $11,2 \pm 7,5$ phút (22 BN nối tận-tận, 1 BN nối với tĩnh mạch mạc treo tràng trên qua đoạn mạch nhân tạo PTFE).

+ Thời gian nối động mạch gan: từ 8-25 phút, trung bình 13 ± 5 phút (100% BN nối tận-tận).

+ Thời gian nối ống mật chủ: từ 13-45 phút, trung bình $22,5 \pm 8,4$ phút (100% BN nối tận-tận, trong đó, 22 BN đặt dẫn lưu mật).

- Tai biến trong mổ:

+ Động mạch gan thông không tốt (phát hiện qua siêu âm): 4 BN (17,4%).

+ Tụt clamp tĩnh mạch cửa trong mổ: 1 BN (4,3%).

+ Huyết khối tĩnh mạch gan giữa: 1 BN (4,3%).

4. BÀN LUẬN.

- Về kỹ thuật mổ. Lựa chọn đường mổ đúng rất quan trọng và quyết định đến thành công của cuộc phẫu thuật, đặc biệt, với phẫu thuật cắt gan lớn. Một đường mổ cắt gan đúng tiêu chuẩn phải bộc lộ được toàn bộ gan và cuống mạch gan (bộc lộ được 2 điểm tận cùng bên phải và trái gan; phía trên phải bộc lộ rõ vị trí hợp lưu các tĩnh mạch gan vào tĩnh mạch chủ dưới). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các BN ghép gan đều được mổ theo đường Mercedes (hình 1) (gồm đường dưới sườn 2 bên và kéo lên phía mũi ức). Đây là đường mổ đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn trên. Tuy nhiên, đường mổ này có nhược điểm gây đau, ảnh hưởng đến hô hấp và tồn tại điểm yếu ở chỗ giao 2 đường mổ (có thể gây thoát vị và chảy dịch ổ bụng ra ngoài qua điểm này).



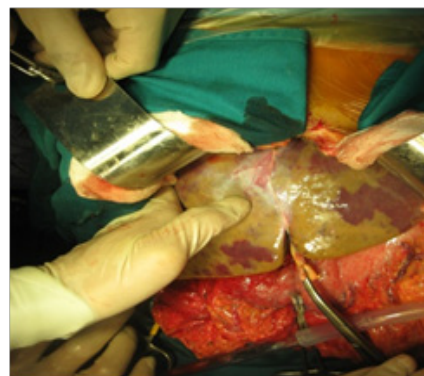
Hình 1. Đường mổ bụng Mercedes.

- Đặc điểm tổn thương trong ổ bụng. Trong mổ, chúng tôi thấy 22 BN (95,7%) có hình ảnh xơ

gan về đại thể; 18 BN (71,4%) có u gan (tương ứng với tỉ lệ chỉ định ghép gan do ung thư gan nguyên phát); 7 BN (30,4%) có dịch ổ bụng màu vàng trong, số lượng ít đến vừa (dịch ổ bụng là hậu quả của xơ gan, tăng áp lực tĩnh mạch cửa); 9 BN (39,1%) lách to (là hậu quả do tăng áp lực tĩnh mạch cửa, trong đó, 1 BN đã được cắt lách do phát hiện nhồi máu lách trước mổ); 1 BN (4,3%) u gan đã thâm nhiễm vào tĩnh mạch chủ dưới; 7 BN (30,4%) dính ổ bụng (trong đó, 3 BN có tiền sử phẫu thuật cắt u gan cũ).



Hình 2. Kỹ thuật Piggyback nối tận-tận tĩnh mạch chủ dưới-tĩnh mạch chủ dưới.



Hình 3. Tái tưới máu gan.

- Loại hình ghép gan. Tại thời điểm nghiên cứu, Bệnh viện Việt Đức đã có đủ khả năng ghép gan theo hai mô hình từ người cho sống hoặc ghép gan toàn bộ đúng vị trí từ người cho chết não. Trong 23 BN nghiên cứu, có 3 BN (13%) ghép gan phải (được lấy nửa gan phải từ người cho sống); 20 BN (87%) ghép gan toàn bộ (từ người cho chết não). Trong 20 BN ghép gan toàn bộ, có 1 BN (4,3%) ghép gan giảm thể tích (do gan ghép toàn bộ quá lớn nên cắt thùy trái ngoài bàn rửa để ghép).

- Đặc điểm phẫu thuật. Ghép gan (chủ yếu từ người cho chết não) được chia làm 2 kỹ thuật cơ bản, gồm kỹ thuật cổ điển (cắt bỏ gan kèm toàn bộ đoạn tĩnh mạch chủ dưới) và kỹ thuật Piggyback (phẫu tích gan rời khỏi mặt trước tĩnh mạch chủ dưới, để lại đoạn tĩnh mạch chủ dưới; sau đó, nối đoạn tĩnh mạch chủ dưới người nhận vào chỗ mở của 3 tĩnh mạch trên gan cũ). Kỹ thuật cổ điển có ưu điểm thực hiện thì cắt gan toàn bộ nhanh hơn, giảm mất máu khi phải phẫu tích gan ra khỏi mặt trước tĩnh mạch chủ dưới; nhưng biến đổi về huyết động nặng nề do giảm khối lượng tuần hoàn khi phải clamp cả tĩnh mạch cửa và tĩnh mạch chủ dưới. Kỹ thuật Piggyback tuy phải thực hiện thì cắt gan toàn bộ lâu hơn, nhưng tránh được biến đổi về huyết động.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 95,7% BN ghép gan theo kỹ thuật Piggyback (không phải làm các cầu nối hoặc shunt cửa-chủ); với miệng nối tận-tận tĩnh mạch chủ dưới-tĩnh mạch chủ dưới, khâu vắt bằng chỉ prolene 3/0, 4/0; 1 BN do u nằm sát tĩnh mạch chủ dưới không thể tách được, nên phải thực hiện theo kỹ thuật cổ điển (cắt gan toàn bộ kèm đoạn tĩnh mạch chủ dưới với tuần hoàn ngoài cơ thể để đưa máu từ nửa dưới cơ thể về tim; sau đó, thực hiện khâu miệng nối tận-tận tĩnh mạch chủ dưới-tĩnh mạch cửa bằng chỉ prolene 5/0 hoặc 6/0); 1 BN phải

nối tĩnh mạch mạc treo tràng trên của người nhận với tĩnh mạch cửa của người cho qua đoạn mạch PTFE (do người nhận đã đặt TIPS cũ). Sau khi thực hiện xong thì nối tĩnh mạch cửa, thả clamp tĩnh mạch cửa, tiếp theo là clamp tĩnh mạch chủ dưới để tái tưới máu gan, kết thúc thời kì không gan.

Miệng nối động mạch (nối tận-tận): nối động mạch gan của người cho với động mạch gan của người nhận (có thể động mạch gan riêng hoặc động mạch gan chung) bằng chỉ prolene 7/0. Trong nghiên cứu, chúng tôi thấy không BN nào phải tạo hình hoặc thực hiện nhiều miệng nối động mạch. Các trường hợp ghép gan từ người cho sống, miệng nối động mạch rất nhỏ (nối động mạch gan phải người cho với động mạch gan của người nhận) thường được thực hiện dưới kính vi phẫu và mất nhiều thời gian hơn ghép gan toàn bộ từ người cho chết não. Miệng nối động mạch rất quan trọng, bởi nếu xảy ra hẹp hoặc tắc động mạch gan, BN phải được chỉ định khâu lại miệng nối động mạch gan (tránh hoại tử đường mật).

100% BN nối đường mật tận-tận bằng chỉ monosyn 6/0, trong đó, 22/23 BN đặt dẫn lưu mật bằng sonde thẳng (số 6 Fr). Dẫn lưu mật có tác dụng làm giảm áp cho miệng nối, làm thẳng đường mật và

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

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

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

5. KẾT LUẬN.

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

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

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

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

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

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

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

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

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

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

(Tiếp theo trang 27)

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

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

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

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

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

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

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

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

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA VIÊM DƯỚI VÔ CẨM GÂY TÊ TỦY SỐNG, TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 354

BSCKII. ĐÌNH XUÂN NAM

Bệnh viện Quân y 354

Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN VĂN XUYỀN

Chủ nhiệm Bộ môn Ngoại bụng, Học viện Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 132 bệnh nhân viêm ruột thừa cấp, có chỉ định và phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa dưới gây tê tủy sống, tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 01/2015-6/2015. **Kết quả:**

- Đặc điểm chung: bệnh nhân từ 11-84 tuổi, trung bình 37,71 tuổi; BMI trung bình 21,42; phân loại sức khỏe ASA I là 12,9%, ASA II là 84,1%; bệnh nhân nam (46,2%) ít hơn bệnh nhân nữ (53,8%). Các bệnh nhân nghiên cứu có 65,9% đau vùng hố chậu phải ngay từ đầu; 54,5% thân nhiệt dưới 37,5°C; 39,4% thân nhiệt từ 37,6-38,5°C; 6,1% thân nhiệt trên 38,5°C; số lượng bạch cầu trung bình 11,92 G/L (tỉ lệ bạch cầu trung tính trung bình 77,15%); 12,9% giải phẫu bệnh là viêm ruột thừa xung huyết; 69,6% giải phẫu bệnh là viêm ruột thừa mủ; 17,6% giải phẫu bệnh là viêm phúc mạc ruột thừa.

- Thời gian phẫu thuật trung bình $45,52 \pm 19,79$ phút; so sánh trong với trước mổ, nhịp tim trung bình tăng 0,63 chu kỳ/phút, huyết áp trung bình giảm 3,62 mmHg. Sau mổ, 9,85% nhiễm khuẩn vị trí chọc Trocar. Thời gian trung tiện trung bình sau mổ 36,26 giờ. Thời gian dùng kháng sinh trung bình 6,23 ngày. Thời gian cho ăn trở lại trung bình sau mổ 2,09 ngày. Thời gian nằm viện trung bình 6,25 ngày. Kết quả điều trị chung: tốt 93,9%; khá 2,3%; trung bình 3,8%.

Từ khóa: Ruột thừa viêm, tê tủy sống.

ABSTRACT: Prospective and study on the 132 patients suffering from acute appendicitis, with indication and endoscopic surgery of appendectomy under spinal anesthesia, at the Military hospital 354, from January 2015 to June 2015. **Result:**

- The general characteristics: Patients aged 11-84, the average age - 37.71; the average BMI - 21.42; health classification ASA I was 12.9%, ASA II was 84.1%; male patients (46.2%) were less than female patients (53.8%). There were 65.9% of patients in the study with right pelvic cavity pain; 54.5% of patients had body temperature under 37.5°C; 39.4% of patients had body temperature from 37.6°C to 38.5°C; 6.1% of patients had body temperature over 38.5°C; the average white blood cell was 11.92 G/L (the average neutrophil was 77.15%); 12.9% of patients in pathological anatomy were congestive appendicitis; 69.6% of patients in pathological anatomy were pus appendicitis; 17.6% of patients in pathological anatomy were peritonitis - appendicitis.

- The average surgical time: 45.52 ± 19.79 minutes; compared during operation with preoperation, the average heart rate increased 0.63 cycles/min, the mean blood pressure decreased 3.62 mmHg. After surgery, there were 9.85% of patients had infections at the Trocar position. The mean time of postoperative fart was 36.26 hours. The average time of antibiotic treatment was 6.23 days. The postoperative time of feeding was 2.09 days. The average hospital stay was 6.25 days. The results of treatment: good 93.9%; rather 2.3%; average 3.8%.

Keywords: Appendicitis, spinal anesthesia.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKII. Đình Xuân Nam, Email: drnam354@gmail.com

Nhận bài ngày: 25/12/2017; mời phản biện khoa học: 03/01/2018; chấp nhận đăng: 30/01/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Viêm ruột thừa cấp là bệnh thường gặp nhất trong các bệnh lý cấp cứu bụng ngoại khoa. Hiện nay, phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa cấp trở nên phổ biến và được áp dụng rộng rãi trên thế giới cũng như ở trong nước.

Phương pháp vô cảm thường áp dụng cho phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm là gây mê nội khí quản

với các ưu điểm kiểm soát chặt chẽ đường hô hấp, mềm cơ, thời gian mổ có thể kéo dài... Tuy nhiên, gây mê nội khí quản luôn tiềm ẩn những nguy cơ tai biến, biến chứng và tổn thương phổi do áp lực bơm khí ổ bụng. Mặt khác, đối với các bệnh nhân (BN) có một số bệnh lý hô hấp, tuần hoàn..., lại không thể tiến hành gây mê nội khí quản được.

Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa, cắt túi mật dưới

gây tê tủy sống (hoặc tê ngoài màng cứng) đã được triển khai ở nhiều nước trên thế giới như Ấn Độ, Hà Lan, Arab Saudi, Hàn Quốc, Brasil... Tại Việt Nam, đã có nhiều bệnh viện (như Bệnh viện Quân y 103, Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Đa khoa Quảng Nam, Bệnh viện Khu vực Sơn Tây...) triển khai phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm dưới gây tê tủy sống đạt kết quả rất tốt. Bệnh viện Quân y 354 áp dụng kỹ thuật này từ năm 2009, nhưng chưa có nghiên cứu đánh giá.

Vì vậy, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với các mục tiêu nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, chỉ định phẫu thuật nội soi (có bơm CO₂ áp lực thấp) cắt ruột thừa viêm; đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm dưới gây tê tủy sống tại Bệnh viện Quân y 354.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

132 BN chẩn đoán viêm ruột thừa cấp, có chỉ định và được phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm dưới gây tê tủy sống, tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 01/2015 đến tháng 6/2015.

Lựa chọn vào nghiên cứu các BN đồng ý với phương pháp vô cảm và phẫu thuật; có kết quả mô bệnh học và giải phẫu bệnh lý sau phẫu thuật; sức khỏe xếp loại theo Hội gây mê hồi sức Hoa Kỳ (American Society of Anesthesiologists, năm 1963) từ ASA I đến ASAIII.

Loại trừ các BN có chống chỉ định gây tê tủy sống và bơm CO₂ ổ bụng; BN có tiền lượng cuộc mổ kéo dài trên 150 phút (như viêm ruột thừa cấp có biến chứng viêm phúc mạc toàn thể, BN đã có phẫu thuật bụng trước đó nhiều lần...).

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu, mô tả cắt ngang.
- Phương tiện tiến hành kỹ thuật: dàn máy nội soi của hãng Karl-Storz, khí CO₂ trung tâm và bơm với áp lực 8-10 mmHg.
- Các chỉ tiêu nghiên cứu:
 - + Đặc điểm chung: tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể (BMI); phân loại sức khỏe theo ASA.
 - + Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

+ Đặc điểm và diễn biến phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa: mối liên quan giữa thời gian phẫu thuật và BMI; số lượng Trocar; thời gian phẫu thuật; tỉ lệ, nguyên nhân chuyển mổ mở; tác dụng không mong muốn trong và sau mổ.

+ Kết quả gây tê tủy sống: tỉ lệ thành công (bảo đảm tốt cho phẫu thuật) và thất bại (phải chuyển phương pháp vô cảm khác); liên quan giữa BMI và kết quả gây tê tủy sống; thay đổi nhịp tim, huyết áp trước và trong mổ (lấy ở thời điểm nhịp tim cao nhất và huyết áp thấp nhất. Huyết áp tụt khi huyết áp trung bình trong và sau mổ thấp hơn 20 mmHg so với trước khi gây tê tủy sống).

+ Đánh giá sớm kết quả điều trị theo phân loại của Đỗ Quang Thuận [4] gồm: tốt (sau mổ không có biến chứng, BN ra viện sau 5 đến 14 ngày); khá (sau mổ gặp biến chứng, nhưng tự khỏi, hoặc điều trị nội khoa); trung bình (sau mổ gặp biến chứng phải can thiệp thủ thuật); kém (sau mổ gặp một hoặc nhiều biến chứng cần phải mổ lại).

- Xử lý số liệu: thu thập và xử lý số liệu theo phần mềm EPI - INFO 2005, phiên bản 3.3.2.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm chung của BN:

- Tuổi: BN phân bố từ 11-84 tuổi, trung bình 37,71 tuổi.
- Giới tính: 61 BN (46,2%) nam, 71 BN (53,8%) nữ, tỉ lệ BN nam/nữ = 0,86.
- BMI: trung bình $21,42 \pm 3,53$.
- Phân loại sức khỏe theo ASA:
 - + ASA I: 17 BN (12,9%);
 - + ASA II: 111 BN (84,1%).
- Bệnh kết hợp: 23 BN (17,42%).

Số liệu trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả trong các nghiên cứu của Ngô Toàn Thắng (tuổi trung bình BN viêm ruột thừa cấp là 34,88 tuổi và 35 tuổi); Lê Thanh Sơn (BMI trung bình BN viêm ruột thừa cấp là $20,51 \pm 1,54$); Go-Woon (BMI trung bình BN viêm ruột thừa cấp là 22,53, trong đó, 11,5% BN có BMI > 30; phân loại sức khỏe ASA I chiếm 73,07% và ASA II chiếm 26,93%) [2], [3], [5].

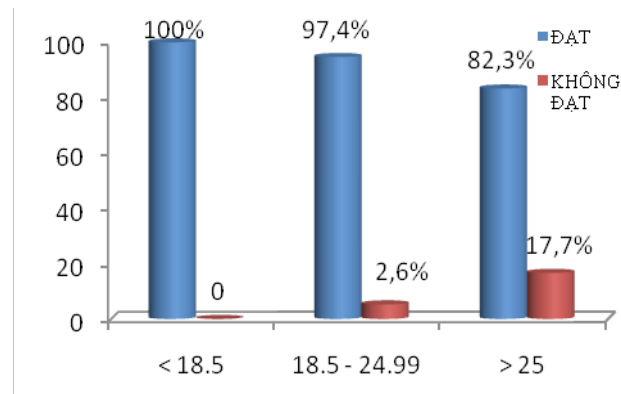
3.2. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng BN viêm ruột thừa cấp:

- Lâm sàng chủ yếu:
- + Đau vùng hố chậu phải từ đầu: 87 BN (65,9%).
- + Thân nhiệt: 72 BN (54,5%) dưới 37,5°C; 52 BN (39,4%) từ 37,6 đến 38,5°C và 8 BN (6,1%) trên 38,5°C.
- Cận lâm sàng chủ yếu:
- + Số lượng bạch cầu trung bình: $11,92 \pm 3,98$ G/L, trong đó tỉ lệ bạch cầu đa nhân trung tính trung bình 77,15%.
- + Kết quả giải phẫu bệnh (tiêu chuẩn vàng xác định thể bệnh viêm ruột thừa cấp): 17 BN (12,9%) có hình ảnh viêm ruột thừa xung huyết; 92 BN (69,6%) hình ảnh viêm ruột thừa mủ; 23 BN (17,6%) hình ảnh viêm phúc mạc ruột thừa.

3.3. Kết quả gây tê tủy sống cắt ruột thừa:

- Thành công: 129 BN (97,7%).
- Thất bại: 3 BN (2,3%). Các trường hợp gây tê tủy sống thất bại (phải chuyển mê nội khí quản và mê tĩnh mạch tăng cường) là những BN béo, trường phẫu thuật hẹp hoặc thời gian mổ kéo dài, không an toàn khi xử trí tổn thương.

- Liên quan giữa BMI và kết quả gây tê tủy sống:



Biểu đồ 1. Liên quan giữa BMI của BN và kết quả gây tê tủy sống.

Kết quả gây tê tủy sống ở BN có chỉ số BMI < 18,5 đạt 100%; BMI từ 18,5-24,99 đạt 97,4% và BN có chỉ số BMI > 25 chỉ đạt 82,3%. Kết quả này cho thấy, BN có chỉ số BMI càng cao thì kết quả gây tê tủy sống cho phẫu thuật nội soi càng giảm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Qua đây, chúng tôi cũng cân nhắc chỉ định và lựa chọn tiêu chuẩn BN để tiến hành một cách an toàn và hiệu quả nhất (nên chỉ định gây tê tủy sống cho những trường hợp có BMI < 30).

- Thay đổi nhịp tim và huyết áp trung bình trước và trong phẫu thuật:

Nhịp tim, huyết áp	Trước gây tê tủy sống	Trong phẫu thuật	p
Thay đổi nhịp tim (chu kỳ/phút)	$85 \pm 10,23$	$85,77 \pm 11,46$	$< 0,05$
Thay đổi huyết áp (mmHg)	$85,94 \pm 9,08$	$82,33 \pm 6,96$	$< 0,05$

Quá trình theo dõi nhịp tim và huyết áp trước và sau khi gây tê tủy sống cũng như trong quá trình mổ, chúng tôi căn cứ hoàn toàn vào bằng gây mê hồi sức được đánh giá trên máy Life - Scope. Nhịp tim tăng trung bình 0,63 lần/phút; huyết áp trung bình giảm 3,62 mmHg, có 7% BN tụt huyết áp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Tác dụng không mong muốn:

+ Trong mổ: 51 BN (38,6%) gặp triệu chứng đau vai, run, buồn nôn, nôn.

+ Sau mổ: 32 BN (24,2%) có các triệu chứng ngứa, đau đầu, đau vai, run, buồn nôn, nôn.

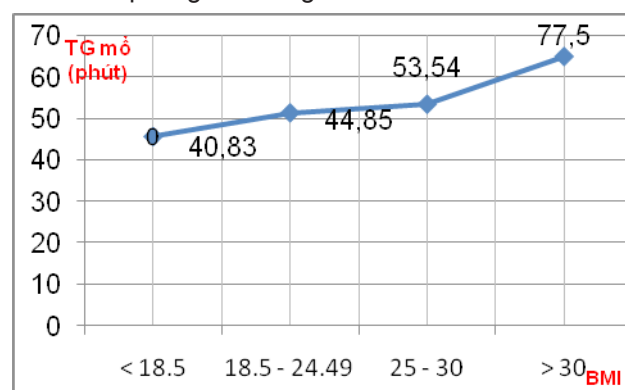
Đối với BN mổ nội soi cắt ruột thừa do phải nằm tư thế đầu thấp nghiêng trái kết hợp bơm khí CO₂ ổ bụng, nên song song với tụt huyết áp, có thể gặp BN đau vai một hoặc hai bên.

3.4. Đặc điểm, diễn biến phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa và kết quả điều trị sớm:

- Thời gian phẫu thuật: từ 15-130 phút, trung bình $45,52 \pm 19,79$ phút.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 3 BN có thời gian phẫu thuật chỉ kéo dài 15 phút. Cá biệt, có 1 BN thời gian phẫu thuật kéo dài đến 130 phút (do ruột thừa viêm, hoại tử và vỡ ở gốc, rất khó xác định). BN đã được chuyển mổ mở để kiểm tra và xử trí tổn thương. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Lê Thanh Sơn (thời gian phẫu thuật trung bình 53,67 phút); Đỗ Quang Thuận (2% BN chuyển mê nội khí quản); Rajeev S và cộng sự (1% BN phải chuyển mê nội khí quản) [2], [4], [7].

- Liên quan giữa thời gian mổ với BMI:



Biểu đồ 2. Liên quan giữa thời gian mổ với BMI.

Với BN có BMI < 18,5, thời gian mổ trung bình là 40,83 phút. Với BN có BMI > 30, thời gian mổ trung bình là 77,5 phút. Như vậy, BN có BMI càng cao thì thời gian phẫu thuật càng kéo dài, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy, các BN có BMI cao đều là người có thể trạng béo, thành bụng dày, trường mổ hẹp hơn và thao tác phẫu thuật cũng khó hơn.

- Số lượng Trocar đặt trong mổ: 3 BN (2,3%) đặt 2 Trocar; 123 BN (93,2%) đặt 3 Trocar; 5 BN (3,8%) đặt 4 Trocar và 1 BN (0,8%) đặt 5 Trocar. BN sử dụng 2 Trocar đều là nữ, còn trẻ, thành bụng mỏng, manh tràng di động và mạc treo ruột thừa dài. Qua Trocar 10 mm ở vùng hố chậu phải, chúng tôi kéo ruột thừa ra ngoài và thực hiện cắt ruột thừa bên ngoài; sau đó, đặt lại Trocar kiểm tra, lau ổ bụng, đặt dẫn lưu.

- Tỷ lệ chuyển mổ mở: 5 BN (3,8%), trong đó, 2 trường hợp do gốc ruột thừa hoại tử vỡ; 3 trường hợp còn lại viêm phúc mạc toàn thể, phải tiến hành mổ mở để giải quyết triệt để tổn thương.

- Biến chứng sớm sau mổ: 13 BN (9,6%) nhiễm khuẩn vị trí đặt Trocar.

- Thời gian trung tiện trung bình sau mổ: 36,26 giờ.

- Sử dụng kháng sinh trung bình: 6,23 ngày.

- Thời gian ăn trở lại trung bình sau mổ: 2,09 ngày.

- Thời gian nằm viện trung bình: 6,52 ngày.

- Đánh giá kết quả sớm:

+ Tốt: 124 BN (93,9%).

+ Khá: 3 BN (2,3%).

+ Trung bình: 5 BN (3,8%).

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 132 BN viêm ruột thừa cấp, có chỉ định và được phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm dưới gây tê tủy sống, tại Bệnh viện Quân y 354, từ tháng 01/2015-6/2015, chúng tôi rút ra kết luận:

- Đặc điểm chung của BN: BN có tuổi từ 11-84 tuổi, trung bình 37,71 tuổi; BMI trung bình 21,42; phân loại sức khỏe ASA I là 12,9%, ASA II là 84,1%. Tỷ lệ BN nam/nữ = 0,86.

- Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng: 87 BN (65,9%) đau vùng hố chậu phải ngay từ đầu; 72 BN (54,5%) thân nhiệt dưới 37,5°C; 52 BN (39,4%) từ 37,6-38,5°C; 8 BN (6,1%) trên 38,5°C. Bạch cầu trung bình 11,92 G/L, tỉ lệ bạch cầu trung tính trung bình

77,15%; 17 BN (12,9%) có giải phẫu bệnh là viêm ruột thừa xung huyết; 92 BN (69,6%) giải phẫu bệnh là viêm ruột thừa mủ; 23 BN (17,6%) giải phẫu bệnh là viêm phúc mạc ruột thừa.

- Đặc điểm và diễn biến phẫu thuật: thời gian phẫu thuật trung bình 45,52 ± 19,79 phút; so sánh trong phẫu thuật với trước phẫu thuật, thấy nhịp tim trung bình tăng 0,63 chu kỳ/phút, huyết áp trung bình giảm 3,62 mmHg (5,3% BN tụt huyết áp). Sau mổ, 13 BN (9,85%) nhiễm khuẩn vị trí chọc Trocar; thời gian trung tiện trung bình sau mổ 36,26 giờ; thời gian dùng kháng sinh trung bình 6,23 ngày; thời gian cho ăn trở lại trung bình sau mổ 2,09 ngày; thời gian nằm viện trung bình 6,25 ngày.

- Kết quả điều trị: tốt 93,9%; khá 2,3%; trung bình 3,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Nguyễn Văn Liễu (2008), "Nghiên cứu ứng dụng điều trị ruột thừa viêm bằng phương pháp phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Trường Đại học y dược Huế qua 2.139 trường hợp", *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, số 4, tr. 215-219.

2. Lê Thanh Sơn (2010), *Nghiên cứu ứng dụng nội soi ổ bụng trong điều trị viêm ruột thừa cấp tại Bệnh viện Quân y 103*, Đề tài nghiên cứu cấp cơ sở, Học viện Quân y, Hà Nội.

3. Ngô Toàn Thắng (2014), *So sánh tác dụng giữa levobupivacain và bupivacain có phối hợp fentanyl trong gây tê tủy sống để phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y, Hà Nội.

4. Đỗ Quang Thuần (2014), *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị viêm ruột thừa cấp tại Bệnh viện Bắc Thăng Long*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Học viện Quân y, Hà Nội.

5. Go-Woon Jun et al (2014), "Laparoscopic appendectomy under spinal anesthesia with dexmedetomidine infusion", *Korean J Anesthesiol*, 2014 Oct, 67(4), pp. 246-251.

6. Manish K, Aloke K, Subrata N (2013), "Laparoscopic appendicectomy under spinal anaesthesia", *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences Volume 11*, Issue 2 (Nov-Dec. 2013), pp. 33-35.

7. Rajesh S and co (2012), "Combined spinal epidural anesthesia for laparoscopic appendectomy in adults: A case series", *Saudi J Anaesth*, 2012 Jan-Mar, 6(1), pp. 27-30. □

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN LIỆT NGOẠI VI DÂY THẦN KINH SỐ VII TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

PGS.TS. PHAN VIỆT NGÀ - *Bệnh viện Quân y 103*
BSCKI. BÙI THỊ THU HUYỀN - *Bệnh viện Quân y 105*
BS. LÊ TRUNG ĐỨC - *Bệnh viện Quân y 103*
Phản biện khoa học: PGS.TS. NGUYỄN MINH HIỆN
Chủ nhiệm Bộ môn Nội thần kinh, Học viện Quân y

TÓM TẮT: **Mục tiêu:** Đánh giá một số biến đổi lâm sàng trước và sau điều trị bệnh nhân liệt ngoại vi dây thần kinh số VII. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu mô tả và theo dõi kết quả điều trị ở 45 bệnh nhân liệt ngoại vi dây thần kinh số VII, tại Khoa Nội thần kinh, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 6/2017 đến tháng 4/2018. **Kết quả:**

- Các nguyên nhân gây bệnh: nguyên phát 60%; do zona hạch gối 17,8%; do chấn thương 2,2% và không rõ nguyên nhân 20%.

- Lâm sàng bệnh nhân trước điều trị: rối loạn chức năng vận động 100%; rối loạn cảm giác vùng chi phối của dây thần kinh số VII 40%; rối loạn chức năng thực vật 42%. Có 77,8% bệnh nhân được điều trị ngay từ tuần đầu tiên sau khởi phát bệnh.

- Kết quả điều trị: 31,1% khỏi hoàn toàn; 66,7% cải thiện rõ rệt các triệu chứng.

Từ khóa: Dây thần kinh số VII, liệt ngoại vi.

ABSTRACT: Objective: To evaluate some clinical changes before and after treatment of patients with peripheral facial nerve paralysis. **Subjects and methods:** Prospective, descriptive study and observation of the treatment results of 45 patients with peripheral facial nerve paralysis at the Department of Neurology, Military hospital 103 from June 2017 to April 2018. **Results:**

- The causes of disease: Primary facial nerve palsy accounted for 60% of patients. Another causes were zoster of geniculate ganglion (17.8%), trauma (2.2%) and unknown cause 20%.

- The clinical features of patients before treatment: 100% of patients with dysfunction of movement; sensory disturbance of the distributive zone of nerve VII 40%; neurovegetative dysfunction 42%. There were 77.8% of patients treated at the first week after beginning of disease.

- The results of treatment: There were 31.1% of patients recovered completely, 66.7% significantly improved the symptoms.

Keywords: Facial nerve VII, peripheral paralysis.

Chịu trách nhiệm nội dung: PGS.TS. Phan Việt Nga, Email: dr.vietnga@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/12/2017; mời phản biện khoa học: 03/01/2018; chấp nhận đăng: 30/01/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Dây thần kinh số VII là dây thần kinh hỗn hợp, có chức năng chính là chi phối vận động cơ bám da mặt và kiểm soát cơ biểu hiện cảm xúc trên khuôn mặt. Liệt ngoại vi dây thần kinh số VII không hiếm gặp trên lâm sàng, có thể do nhiều nguyên nhân, hay gặp nhất là liệt do lạnh (còn gọi là liệt Bell, chiếm từ 60-80%). Nếu được phát hiện và điều trị sớm, bệnh có thể khỏi hoàn toàn. Những trường hợp đến muộn, không được điều trị đúng ngay từ đầu sẽ có nguy cơ cao để lại di chứng, ảnh hưởng nghiêm trọng đến thẩm mỹ và nghề nghiệp của bệnh nhân (BN).

Hiện chưa có nhiều đề tài nghiên cứu về bệnh lý của dây thần kinh số VII nói chung và theo dõi kết quả điều trị nói riêng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên

cứu với mục tiêu tìm hiểu lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân liệt ngoại vi dây thần kinh số VII, tại Bệnh viện Quân y 103.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

45 BN có chẩn đoán và được điều trị liệt ngoại vi dây thần kinh số VII, tại Khoa Nội thần kinh, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 6/2017-4/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả và theo dõi dọc. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Các bước tiến hành nghiên cứu: tất cả BN vào viện với chẩn đoán liệt ngoại vi dây thần kinh số VII đều được khám xét, ghi nhận các dấu hiệu, triệu

chứng lâm sàng trước và sau điều trị theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của BN: tuổi, giới tính, nguyên nhân và thời gian mắc bệnh.

+ Triệu chứng chức năng của dây thần kinh số VII: chức năng vận động (trạng thái động và tĩnh) của các nhánh theo chi phối từng nhóm cơ (cơ trán, cơ

vòng mi, cơ vòng miệng); dấu hiệu Charlier Bell, dấu hiệu Souques; chức năng cảm giác (vị giác), cảm giác ống tai ngoài; chức năng phản xạ giác mạc, mũi-mi, thị-mi; chức năng thực vật (bài tiết nước bọt và nước mắt qua hồi BN).

+ Đánh giá hiệu quả điều trị qua cải thiện chức năng dây thần kinh số VII trước và sau điều trị, theo thang điểm House-Brackmann (HB) [6].

Tiêu chuẩn đánh giá lâm sàng theo thang điểm House-Brackmann.

Độ	Chức năng	Đối xứng khi nghỉ	Mắt	Miệng	Trán
HBI	Bình thường	Bình thường	Bình thường	Bình thường	Bình thường
HBII	Nhẹ	Bình thường	Mắt dễ dàng nhắm kín hoàn toàn	Mắt cân xứng nhẹ	Chức năng còn phù hợp
HBIII	Vừa	Bình thường	Mắt nhắm kín hoàn toàn khi gắng sức	Khi gắng sức các chức năng ảnh hưởng nhẹ	Mờ hoặc mất nhãn trán
HBIV	Nặng	Bình thường	Mắt nhắm không kín	Mắt đối xứng cả khi gắng sức	Không nhăn trán được
HBV	Rất nặng	Mất đối xứng	Mắt nhắm không kín	Cơ miệng vận động rất nhỏ	Không nhăn trán được
HBVI	Liệt hoàn toàn				

- Điều trị BN theo phác đồ thống nhất (đã được Hội đồng Khoa học Bệnh viện Quân y 103 thông qua), gồm: Solumedrol (Methylprednisolone 40mg), tiêm tĩnh mạch chậm 1 lọ/ngày trong 3-5 ngày; Nivalin (Galantamin hydrobromide 2,5mg), ngày 2 ống tiêm bắp sáng/chiều trong 12 ngày; Nucleo-CMP forte 1 ống/ngày tiêm bắp trong 12 ngày; Vinpocetine 10mg/ ngày tiêm bắp trong 12 ngày; Neurobion uống 2 viên/ ngày sáng/chiều trong 12 ngày [1].

- Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học Bộ môn. Tất cả các BN đều đồng ý tham gia nghiên cứu; mọi thông tin thu thập từ BN chỉ sử dụng vào mục đích điều trị và nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm chung của BN:

3.1.1. Phân bố BN theo tuổi và giới tính (n = 45):

Tuổi và giới tính		Số BN	Tỉ lệ
Tuổi	Dưới 20 tuổi	6	13,3%
	Từ 21-49 tuổi	21	46,7%
	Từ 50-69 tuổi	14	31,1%
	Trên 70 tuổi	4	8,9%
Giới tính	Nam	29	64,4%
	Nữ	16	35.6%

BN phân bố từ 18-74 tuổi, nhiều nhất ở đội tuổi từ 21-49 (46,7%), phù hợp với nghiên cứu của các tác giả khác, như Vũ Thị Thu [4], Lê Văn Thành [3], Bạch Thanh Thủy [2].

Tỉ lệ BN nam/nữ là 1,8, song với mẫu nghiên cứu

chưa lớn (45 BN), thực hiện tại bệnh viện quân y (có đối tượng phục vụ chủ yếu là bộ đội), sự chênh lệch về giới tính của BN trong bệnh lý này cần tiếp tục được nghiên cứu thêm.

3.1.2. Nguyên nhân gây liệt (n = 45):

Nguyên nhân	Số BN	Tỉ lệ
Nguyên phát	27	60,0%
Do chấn thương	1	2,2%
Do zona hạch gối	8	17,8%
Không rõ nguyên nhân	9	20,0%

Trong số 45BN nghiên cứu, chúng tôi gặp nguyên nhân do nguyên phát (liệt Bell) chiếm 80%; do zona hạch gối 17,8%, do chấn thương 2,2% và không rõ nguyên nhân 20%.

Kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả khác cũng đều cho thấy nguyên nhân hay gặp nhất là do lạnh, dao động từ 60-80% [2], [5], [6].

3.1.3. Thời gian từ khi khởi phát đến khi vào viện (n = 45):

Thời gian vào viện	Số BN	Tỉ lệ
Dưới 1 tuần	35	77,8%
Từ 1-2 tuần	6	13,3%
Trên 2 tuần	4	8,0%

BN nhập viện điều trị chủ yếu ở tuần đầu tiên kể từ khi khởi phát bệnh (chiếm 77,8%). Trong nghiên cứu của Cipaciu D, số BN liệt ngoại vi dây thần kinh số VII nhập viện trong tuần đầu khởi phát bệnh chiếm tỉ lệ cao nhất (62%) [5].

3.2. Đánh giá kết quả điều trị:

3.2.1. Đánh giá qua biến đổi lâm sàng (n = 45):

Triệu chứng hay gặp			Trước điều trị		Sau điều trị	
			Số BN	Tỉ lệ	Số BN	Tỉ lệ
Nếp nhăn trán	Bình thường		0	0	14	31,1%
	Mờ		16	35,6%	31	68,9%
	Mắt		29	64,4%	0	0
Nhắm mắt không kín	Charles Bell	Có	38	84,4%	14	31,1%
		Không	7	15,6%	31	68,9%
	Souques	Có	7	15,6%	0	0
		Không	38	84,4%	45	100%
Nhe răng miệng lệch	Có		45	100%	12	26,7%
	Không		0	0	33	73,3%
Rối loạn thính giác	Có		11	24,4%	2	4,4%
	Không		34	75,6%	43	95,6%
Rối loạn cảm giác ống tai ngoài	Có		7	15,6%	0	0
	Không		38	84,4%	45	100%
Rối loạn tiết lệ	Có		10	22,2%	0	0
	Không		35	77,8%	45	100%
Rối loạn bài tiết nước bọt	Có		9	20%	0	0
	Không		36	80%	45	100%

Rối loạn chức năng vận động cơ bám da mặt gặp ở 100% BN. Rối loạn chức năng cảm giác ở vùng phân bố của dây thần kinh số VII chiếm 40% và 42% BN có rối loạn chức năng thực vật.

Dây thần kinh số VII là một dây thần kinh hỗn hợp, có đầy đủ các chức năng vận động, phân xạ, cảm giác và thực vật (nhánh VII'). Tùy vào từng vị trí tổn thương mà các chức năng tương ứng bị rối loạn. Đánh giá sự hồi phục chức năng dây thần kinh số VII chủ yếu dựa trên sự cải thiện sức cơ nhóm cơ vòng mắt và vòng miệng. Trong nghiên cứu này, sự phục hồi sau điều trị của cơ vòng mắt là 68,9% và cơ vòng miệng là 73,3%.

3.2.2. Đánh giá theo thang điểm HB (n=45):

Thang điểm HB	Trước điều trị		Sau điều trị	
	Số BN	Tỉ lệ	Số BN	Tỉ lệ
HBI (bình thường)	0	0	14	31,1%
HBII (nhẹ)	0	0	30	66,7%
HBIII (vừa)	8	17,8%	1	2,2%
HBIV (nặng)	19	42,2%	0	0
HBV (rất nặng)	18	40,0%	0	0
HBVI (liệt hoàn toàn)	0	0	0	0

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng thang điểm House-Brackmann để đánh giá mức độ liệt ngoại vi dây thần kinh số VII [6], trong đó số trường hợp nặng và rất nặng trước điều trị chiếm 82,2%. Các

triệu chứng cải thiện rõ rệt sau quá trình điều trị, số BN liệt nặng và rất nặng đã hồi phục về mức độ bình thường (khỏi hoàn toàn) là 14 người (chiếm 31,1%) và mức độ nhẹ (các triệu chứng cải thiện rõ) là 30 người (chiếm 66,7%).

Nghiên cứu của Cirpaci D theo dõi trên 86 BN liệt ngoại vi dây thần kinh số VII từ tháng 1/2005 đến 12/2009 (nguyên nhân 81% do lạnh, 7% do zona hạch gối), kết quả khỏi hoàn toàn 12%, cải thiện rõ rệt các triệu chứng 78%[5].

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 45 BN liệt ngoại vi dây thần kinh số VII, điều trị tại Khoa Nội thần kinh, Bệnh viện Quân y 103, chúng tôi kết luận:

- Đặc điểm lâm sàng: BN phân bố từ 20-74 tuổi, nhiều nhất ở nhóm tuổi từ 21-49 tuổi (46,7%); tỉ lệ BN nam/nữ là 1,8. Đa số các BN liệt dây VII ngoại vi nguyên phát (60%) và được điều trị ngay từ tuần đầu tiên sau khởi phát (77,8%). Tỉ lệ BN có rối loạn chức năng vận động là 100%, có rối loạn cảm giác vùng chi phối của dây thần kinh số VII là 40% và có rối loạn chức năng thực vật là 42%.

- Kết quả điều trị đánh giá theo thang điểm House Brackmann: khỏi hoàn toàn 31,1%, các triệu chứng cải thiện rõ 66,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ môn Nội Thần kinh, Học viện Quân y (2007), *Bệnh học thần kinh dùng cho sau đại học*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
2. Bạch Thanh Thủy (1995), *Phản xạ nháy mắt: giá trị bình thường và bệnh lý trong liệt ngoại vi dây thần kinh số VII*, Luận văn thạc sĩ y khoa, Học viện Quân y.
3. Lê Văn Thành (2007), *Đánh giá quá trình phục hồi trên BN liệt ngoại vi dây thần kinh số VII do lạnh, điều trị bằng phương pháp xoa bóp bấm huyệt kết hợp điện châm qua phản xạ nháy mắt*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 2.
4. Vũ Thị Thu (2007), *Nghiên cứu một số đặc điểm điện sinh lý thần kinh ở BN tổn thương dây thần kinh số VII*, Luận văn thạc sĩ y khoa.
5. Khuyến cáo của Hội Thần kinh Mỹ (2017), Corticoides liệu pháp trong điều trị liệt Bell.
6. Cirpaci D, Goanta C.M (2014), *Bell's palsy: data from a study of 70 cases*.
7. House J.W, Brackmann D.E (1985), "Facial nerve grading system", *Otolaryngol Head Neck Surg*. 93: 146-147.
8. Sullivan F.M, Swan I.R, Donnan P.T, Morrison J.M, Smith B.H (2007), *Early treatment with prednisolone or acyclovir in Bell's palsy*. □

MỘT SỐ YẾU TỐ Ở MẸ LIÊN QUAN ĐẾN TÌNH TRẠNG TIÊM CHỦNG ĐẦY ĐỦ CỦA TRẺ TẠI TỈNH QUẢNG NAM

TS. NGUYỄN VĂN VĂN - Sở Y tế Quảng Nam
BS. HUỖNH CÔNG QUANG, BS. NGUYỄN THỊ THÙY TRANG
Trung tâm Y tế dự phòng Quảng Nam
Phản biện khoa học: TS. NGUYỄN CHÍNH PHONG
Trưởng phòng Vệ sinh phòng dịch, Cục Quân y

TÓM TẮT: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu 900 mẹ và con từ đủ 12 tháng đến đủ 36 tháng tuổi, tại Tỉnh Quảng Nam, năm 2016, nhằm xác định tỉ lệ tiêm chủng đầy đủ, tiêm chủng đúng lịch ở trẻ và các yếu tố liên quan ở mẹ cho thấy:

- Tỉ lệ tiêm chủng đầy đủ và tiêm chủng đúng lịch của trẻ từ đủ 12 tháng đến đủ 36 tháng tuổi lần lượt là 97,1% và 10,6%. 100% trẻ được tiêm BCG (33,4% trẻ được tiêm chủng đúng lịch); 98% trẻ được tiêm đủ 3 mũi DPT và uống 3 lần OPV (tỉ lệ tiêm chủng đúng lịch của 2 loại vắc xin này lần lượt là 57,9% và 63,2%); 98,7% trẻ tiêm vắc xin sởi (78,2% trẻ được tiêm chủng đúng lịch).

- Phân tích hồi quy đa biến cho thấy, địa bàn sinh sống và thành phần dân tộc là hai yếu tố rất quan trọng ở các mẹ, ảnh hưởng lớn đến tình trạng tiêm chủng đầy đủ của trẻ.

Từ khóa: Tiêm chủng đầy đủ, tiêm chủng đúng lịch.

ABSTRACT: A cross-sectional study combined with retrospective study on the 900 mothers and infants from 12 months to 36 months of age, in Quang Nam province, in 2016 to determine the rate of full vaccination and vaccination on schedule in children and related factors in mothers. The results showed that:

- The rate of full vaccination and vaccination on schedule in children from 12 months to 36 months of age was 97.1% and 10.6% respectively. There were 100% of children vaccinated BCG (33.4% of children were vaccinated on schedule); 98% of children were given 3 doses of DPT and 3 times of OPV (the rate of vaccination on schedule of 2 vaccines was 57.9% and 63.2% respectively). 98.7% of children were vaccinated against measles (78.2% of children were vaccinated on schedule).

- Multivariate recurrent analysis showed that, the living area and ethnic composition were two important factors in mothers, which greatly affected the full vaccination of the children.

Keywords: Full vaccination, vaccination on schedule.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Nguyễn Văn Văn, Email: nhivan6@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2017; mời phản biện khoa học: 20/01/2018; chấp nhận đăng: 01/3/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Chương trình Tiêm chủng mở rộng triển khai ở Việt Nam từ năm 1981. Năm 2016, cả nước có 1.693.995 trẻ dưới 1 tuổi (chiếm 98%) được tiêm chủng đầy đủ 8 loại vắc xin phòng bệnh (bệnh lao, viêm gan B, bại liệt, bạch hầu, ho gà, uốn ván, sởi và viêm phổi/viêm màng não mủ do Hib) [8]. Công tác tiêm chủng mở rộng tại Quảng Nam được triển khai ở 224/224 xã/phường/thị trấn. Tuy nhiên, do địa bàn rộng, công tác này tại đây gặp nhiều khó khăn, kết quả thực hiện còn nhiều hạn chế. Do vậy, trên địa bàn tỉnh vẫn xảy ra một số vụ dịch. Điển hình là vụ dịch bệnh bạch hầu tại 2 thôn 8A và 8B, xã Phước Lộc, huyện Phước Sơn (năm 2015) với 5 người mắc và 1 người chết [2].

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm xác định tỉ lệ tiêm chủng đầy đủ (TCĐĐ), tiêm chủng đúng lịch (TCĐL) ở các trẻ trong độ tuổi từ đủ 12 tháng đến đủ 36 tháng tuổi và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ TCĐĐ của trẻ ở các mẹ.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả các mẹ có con từ đủ 12-36 tháng tuổi. Phiếu/sổ tiêm chủng cá nhân đang được các mẹ lưu giữ và sổ quản lý tiêm chủng của trẻ tại các trạm y tế giai đoạn 2013-2016.

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 7-12/2016, tại 30 xã, thuộc 9 huyện, trên địa bàn 3 khu vực địa lý, gồm miền núi cao (2 huyện và 3 xã), vùng trung du (4 huyện và 9 xã), vùng đồng bằng (5 huyện và 18 xã).

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Công thức tính cỡ mẫu:

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

Trong đó, n là cỡ mẫu tối thiểu; $Z(1-\alpha/2)$ là hệ số tin cậy (ứng với độ tin cậy 95%, thì $Z(1-\alpha/2) = 1,96$); p là tỉ lệ các mẹ có kiến thức, thái độ và thực hành đúng về tiêm chủng mở rộng (ước $p = 50\%$; $q = 1 - p = 0,5$); d là sai số tương đối cho phép (chọn $d = 0,05$); thay các giá trị vào công thức ở trên, ta có $n = 384$. Để bảo đảm hạn chế những sai lệch do kích thước của cỡ mẫu, chúng tôi sử dụng hiệu quả thiết kế (design effect - DE) bằng 2; do đó, cỡ mẫu nghiên cứu sẽ là: $384 \times 2 = 768$ bà mẹ. Do nghiên cứu được triển khai tại 30 xã nên số mẫu tối thiểu cho 1 xã là $768/30 \approx 30$ mẹ/xã. Vậy, số mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là: $30 \times 30 = 900$ mẹ (có con từ đủ 12 tháng đến 36 tháng tuổi).

- Chọn mẫu: các huyện/thị xã/thành phố của tỉnh Quảng Nam phân bố theo 3 khu vực địa lý (miền núi cao, vùng trung du và vùng đồng bằng), với tỉ lệ dân số giữa 3 khu vực này là 1:3:5,5. Để bảo đảm chọn mẫu xác suất theo tỉ lệ trên, số xã và cỡ mẫu đưa vào nghiên cứu cho mỗi khu vực sẽ là:

Khu vực địa lý	Số xã được chọn	Số mẹ được chọn
Miền núi cao	3	90
Vùng trung du	9	270
Vùng đồng bằng	18	540

Từ mỗi khu vực kể trên, liệt kê danh sách các xã theo từng huyện; bốc thăm ngẫu nhiên các xã và số lượng xã.

- Chọn đối tượng nghiên cứu: các mẹ có con trong độ tuổi từ đủ 12 tháng đến 36 tháng tuổi (tại thời điểm điều tra), sẽ được chọn theo phương pháp cổng liên cổng (ở mỗi xã được chọn ở mục trên). Chỉ những bà mẹ đồng ý tham gia vào nghiên cứu mới được chọn.

- Nội dung nghiên cứu: xác định tỉ lệ TCĐĐ, TCĐL ở trẻ và mối liên quan giữa các yếu tố ở mẹ với tình trạng TCĐĐ của trẻ.

- Một số khái niệm trong nghiên cứu:

+ TCĐĐ: trẻ nhận đủ 6 loại vắc xin và đủ 8 liều (1 liều vắc xin BCG, 3 liều vắc xin DPT, 3 liều vắc xin OPV, 1 liều vắc xin sởi), hoàn thành trước 12 tháng tuổi.

+ TCĐL: trẻ được TCĐĐ và đúng thời gian (BCG trong vòng 1 tháng tuổi; DPT, OPV từ đủ 2 tháng đến trước 6 tháng tuổi; sởi từ đủ 9-10 tháng tuổi).

Kiểm tra phiếu/sổ tiêm chủng cá nhân (các mẹ đang lưu giữ), đối chiếu với sổ quản lý tiêm chủng trẻ tại các trạm y tế để có thông tin chính xác về tình trạng tiêm chủng của trẻ (loại bỏ yếu tố nhiễu do hồi tưởng từ các bà mẹ).

- Xử lý số liệu: thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm Excel 2007 và phần mềm Stata 13.0.

2.3. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu được sự đồng ý của Ủy ban nhân dân tỉnh Quảng Nam; là nghiên cứu không xâm lấn, chỉ dựa trên việc phỏng vấn, quan sát. Các đối tượng đều tự nguyện tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của đối tượng đều được bảo mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

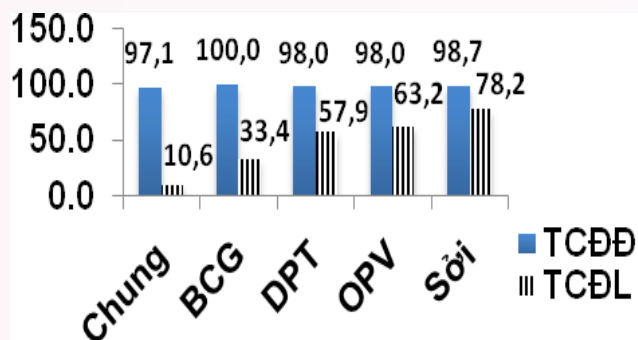
3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1. Một số đặc điểm ở các mẹ ($n = 900$).

Đặc điểm		Số lượng
Tuổi mẹ	≤ 35 tuổi	721 (80,1%)
	> 35 tuổi	179 (19,9%)
Khu vực sinh sống	Miền núi	90 (10,0%)
	Trung du và đồng bằng	810 (90,0%)
Dân tộc	Kinh	779 (86,6%)
	Thiểu số	121 (13,4%)
Tình trạng hôn nhân	Có gia đình	889 (98,8%)
	Đơn thân/ly hôn/góa	11 (1,2%)
Nghề nghiệp	Khác	766 (85,1%)
	Cán bộ, công/viên chức	134 (14,9%)
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	47 (5,2%)
	Trung học cơ sở trở lên	853 (94,8%)
Khoảng cách từ nhà đến điểm tiêm chủng	< 2 km	355 (39,4%)
	2-5 km	465 (51,7%)
	> 5 km	80 (8,9%)
Kinh tế gia đình	Nghèo và cận nghèo	115 (12,8%)
	Trung bình trở lên	785 (87,2%)
Phương tiện đi lại	Không có/xe đạp	36 (4,0%)
	Xe máy/ô tô	864 (96,0%)
Nơi sinh con	Tại nhà	61 (6,8%)
	Tại cơ sở y tế	839 (93,2%)
Số con hiện có	≤ 2 con	723 (80,3%)
	≥ 3 con	177 (19,7%)
Giới tính của trẻ	Nam	473 (52,6%)
	Nữ	427 (47,4%)
Tình trạng tiêm chủng của con	TCĐĐ	874 (97,1%)
	Không TCĐĐ	26 (2,9%)

Tuổi mẹ từ 18-49 tuổi, trung bình $30,5 \pm 5,8$ tuổi. 90 mẹ (10%) đang sống tại khu vực miền núi, 810 mẹ (90%) đang sống tại vùng trung du và đồng bằng. 13,4% mẹ là người dân tộc thiểu số (trong đó, 100% sống tại miền núi), 86,6% là người Kinh. 98,8% mẹ có gia đình, 1,2% mẹ đơn thân/ly hôn/góa. 42,2% mẹ làm nông nghiệp, còn lại làm các nghề khác. 94,8% mẹ có học vấn từ trung học cơ sở trở lên, 5,2% mẹ có học vấn tiểu học trở xuống (chủ yếu là người dân tộc thiểu số). Tỷ lệ mẹ có khoảng cách từ nhà đến điểm tiêm chủng dưới 2 km, từ 2-5km và trên 5km lần lượt là 39,4%, 51,7% và 8,9%. 12,8% mẹ thuộc hộ nghèo/cận nghèo. 4% mẹ không có phương tiện đi lại hoặc chỉ có xe đạp. 93,2% mẹ sinh con tại cơ sở y tế, 6,8% bà mẹ sinh con tại nhà. 80,3% mẹ có từ 1-2 con, 19,7% mẹ có từ 3 con trở lên. 52,6% trẻ là nam giới, 47,4% trẻ là nữ giới.

- Tình trạng TCĐĐ và TCĐL ở trẻ (n= 900):



Tình trạng TCĐĐ và TCĐL ở trẻ (n= 900).

97,1% trẻ TCĐĐ (10,6% trẻ được TCĐL). Trong đó, 100% trẻ tiêm BCG (33,4% trẻ được TCĐL); 98% trẻ được tiêm đủ 3 mũi DPT và uống 3 lần OPV (tỷ lệ TCĐL của 2 loại vắc xin này lần lượt là 57,9% và 63,2%); 98,7% trẻ tiêm vắc xin sởi (78,2% trẻ TCĐL).

3.2. Các yếu tố liên quan tới TCĐĐ ở trẻ (n = 900):

Bảng 2. Phân tích hồi quy đơn biến yếu tố của các mẹ liên quan đến TCĐĐ ở trẻ (n= 900).

Yếu tố		Tình trạng TCĐĐ		OR	CI 95%
		Có	Không		
Khu vực sinh sống	Miền núi	75	15	1	1,81- 10,17
	Trung du và đồng bằng	799	11	4,29	
Dân tộc	Thiểu số	105	16	1	1,27- 7,04
	Kinh	769	10	2,99	
Tuổi mẹ	≤ 35 tuổi	701	20	1	0,57- 6,51
	> 35 tuổi	173	6	1,93	
Tình trạng hôn nhân	Đơn thân/ly hôn/goá	10	1	1	0,43- 28,04
	Có gia đình	864	25	3,46	
Nghề nghiệp	Nghề khác	741	25	1	0,60- 33,40
	Cán bộ, công/viên chức	133	1	4,48	
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	40	7	1	1,16- 10,65
	Trung học cơ sở trở lên	834	19	3,51	
Khoảng cách từ nhà đến điểm tiêm chủng	≤ 5km	75	5	1	0,20- 3,67
	> 5km	799	21	0,85	
Kinh tế gia đình	Nghèo và cận nghèo	101	14	1	1,07- 6,36
	Trung bình trở lên	773	12	2,61	
Phương tiện đi lại	Không có/xe đạp	29	7	1	0,13- 7,28
	Xe máy/ô tô	844	19	0,96	
Nơi sinh con	Tại nhà	48	13	1	2,25- 13,89
	Tại cơ sở y tế	826	13	5,59	
Số con hiện có	≤ 2 con	706	17	1	0,97- 5,08
	≥ 3 con	168	9	2,22	

Các mẹ sinh sống tại vùng trung du và đồng bằng có con TCĐĐ cao hơn so với các mẹ sống ở khu vực miền núi (OR= 4,29; CI95%: 1,81-10,17). Mẹ là người Kinh có con TCĐĐ cao hơn so với mẹ là người dân tộc

khác (OR= 2,99; CI 95%: 1,27-7,04). Mẹ có học vấn trung học cơ sở trở lên có con TCĐĐcao hơn so với nhóm còn lại (OR= 3,51; CI 95%: 1,16-10,65). Mẹ với kinh tế gia đình ở mức trung bình có con TCĐĐcao hơn so với mẹ thuộc hộ nghèo và cận nghèo (OR= 2,61; CI 95%: 1,07-6,36). Mẹ sinh con tại các cơ sở y tế có con TCĐĐcao hơn so với mẹ sinh con ở nhà (OR= 5,59; CI 95%: 2,25-13,89). Khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3. Phân tích hồi quy đa biến các yếu tố của bà mẹ liên quan đến TCĐĐ ở trẻ (n= 900).

Yếu tố		Tình trạng TCĐĐ		OR	CI 95%
		Có	Không		
Khu vực sinh sống	Miền núi	75	15	1	1,08- 1,79
	Trung du và đồng bằng	799	11	2,24	
Dân tộc	Thiểu số	105	16	1	1,33- 8,39
	Kinh	769	10	1,06	
Trình độ học vấn	Tiểu học trở xuống	40	7	1	0,33- 5,49
	TH cơ sở trở lên	834	19	1,35	
Kinh tế gia đình	Nghèo và cận nghèo	101	14	1	0,09- 5,05
	Trung bình trở lên	773	12	0,66	
Nơi sinh con	Tại nhà	48	13	1	0,72- 15,98
	Tại cơ sở y tế	826	13	3,39	

Các mẹ sinh sống tại vùng trung du và đồng bằng có con TCĐĐcao hơn so với mẹ sống ở khu vực miền núi(OR= 2,24; CI 95%: 1,08-1,79). Mẹ là người Kinh có con TCĐĐcao hơn so với mẹ người dân tộc khác(OR = 1,06; CI 95%: 1,33-5,49). Khác biệt có ý nghĩa thống kê.

4. BÀN LUẬN.

- Chúng tôi thấy: 97,1% trẻ TCĐĐ, trong đó, có 10,6% trẻ TCĐL; 100% trẻ tiêm BCG (33,4% trẻ được TCĐL); 98% trẻ tiêm đủ 3 mũi DPT và uống 3 lần OPV (trẻ được TCĐL của 2 loại vắc xin này lần lượt là 57,9% và 63,2%); 98,7% trẻ tiêm vắc xin sởi (78,2% trẻ được TCĐL). Tỷ lệ TCĐĐ của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của tỉnh Quảng Namgiai đoạn 2010-2015 (tỷ lệ TCĐĐ trung bình 98%); của Nguyễn Thành Huế năm 2017 (tỷ lệ trẻ TCĐĐ 97,77%); nghiên cứu tại Hà Nội và cả nước năm 2016 (tỷ lệ TCĐĐ 8 loại vắc xin đều đạt 98%) [3], [8]. Tỷ lệ này của chúng tôi, cao hơn so với nghiên cứu của Trịnh Quang Trí năm 2015 (nghiên cứu 487 trẻ dưới 1 tuổi tại Đắk Lắk năm 2012, tỷ lệ TCĐĐ đạt 79,26%) [7]; của Nguyễn Thị Lý (tỷ lệ TCĐĐ 95,2%) [4]; của Nguyễn Thành Huế năm 2017 (nghiên cứu 476 trẻ dưới 1 tuổi tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau, tỷ lệ TCĐĐ 74,9%) [3]; của Lilian Chepkemai năm 2013 (nghiên cứu 380 trẻ từ 12-23 tháng tuổi, tại các khu vực cận đô thị ở Kenya, tỷ lệ TCĐĐ 76,6%) [10]; của Abdi Nur Mohamud năm 2014 (trong tổng số 580 trẻ tại quận Jigjiga, Epithopia chỉ có 36,6% trẻ được TCĐĐ) [9].

- Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% trẻ được tiêm vắc xin BCG. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Huế (99,68%) và của Nguyễn Thị Lý (99,7%). 98% trẻ được tiêm đủ 3 mũi DPT và uống 3 lần OPV, 98,7% trẻ tiêm vắc xin sởi (mũi 1), cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Lý (96,5% trẻ

được tiêm đủ 3 mũi DPT, 96,2% uống 3 lần OPV và 96,8% trẻ tiêm vắc xin sởi). Tỷ lệ TCĐĐ vắc xin DPT trong nghiên cứu này (98%) thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Huế (98,41%), nhưng tỷ lệ TCĐĐ vắc xin OPV và sởi mũi 1 của chúng tôi cao hơn (98% và 98,7% so với 97,7% và 98,41%) [3], [5].

- Trong nghiên cứu này, chỉ 10,6% trẻ được TCĐL, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thành Trí (59,14%) và Nguyễn Thị Lý (22,9%). Tỷ lệ TCĐL vắc xin DPT, OPV và sởi mũi 1 của chúng tôi cũng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Thành Trí (các tỷ lệ tương ứng lần lượt là 85,85%; 85,37% và 81,91%), nhưng cao hơn kết quả của Nguyễn Thị Lý (tỷ lệ lần lượt là 48,8%, 49,3% và 58,3%) [5], [7]. Tỷ lệ TCĐL các loại vắc xin DPT, OPV và sởi mũi 1 trong nghiên cứu này (57,9%, 63,2%, 78,2%) cao hơn nghiên cứu của Hứa Hoàng Tây (lần lượt là 29,7%, 29,4%, 66,3%). Tỷ lệ TCĐL vắc xin BCG (33,4%) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu của Nguyễn Thành Trí (72,41%), Nguyễn Thị Lý (67,2%) và Hứa Hoàng Tây (62,5%) [3], [5], [6].

- Kết quả phân tích hồi quy đơn biến chúng tôi nhận thấy, tuổi của mẹ, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, khoảng cách từ nhà đến điểm tiêm chủng, phương tiện đi lại, số con của mẹ không có liên quan đến tình trạng TCĐĐ của trẻ. Tình trạng TCĐĐ ở trẻ có cao hơn và khác biệt có ý nghĩa thống kê gặp ở các mẹ sinh sống tại vùng trung du và đồng bằng so với các mẹ sống ở khu vực miền núi (OR= 4,29; CI 95%: 1,81-10,17); mẹ là người Kinh so với mẹ người dân tộc khác (OR= 2,99; CI 95%: 1,27-7,04); mẹ có học vấn trung học cơ sở trở lên so với mẹ ở các nhóm còn lại (OR= 3,51; CI 95%: 1,16-10,65); mẹ với kinh tế gia đình ở mức trung bình so với mẹ thuộc hộ nghèo và cận nghèo (OR= 2,61; CI 95%: 1,07-6,36);

mẹ sinh con tại các cơ sở y tế so với mẹ sinh con ở nhà (OR= 5,59; CI 95%: 2,25-13,89).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 90 mẹ (10%) là người dân tộc thiểu số, sinh sống tại miền núi, trong đó, 61 ca (6,8%) sinh tại nhà. Khu vực miền núi cũng là nơi có tỉ lệ hộ nghèo cao[1], học vấn của các mẹ ở đây cũng thấp hơn. Do đó, các yếu tố này có liên quan đến tình trạng TCĐĐ thấp hơn khu vực khác là điều dễ hiểu. Kết quả này cũng phù hợp với kết luận của Trịnh Quang Trí (cho rằng, trẻ em người Kinh có tỉ lệ TCĐĐ gấp 1,21 lần so với trẻ em người dân tộc thiểu số).

Mẹ có học vấn càng cao thì tỉ lệ TCĐĐ càng lớn. Trẻ được sinh ra tại các cơ sở y tế hoặc do cán bộ y tế đỡ đẻ có tỉ lệ TCĐĐ cao gấp 1,37 lần so với trẻ được sinh tại nhà và không có sự hỗ trợ của cán bộ y tế[7]. Mohamud cũng đưa ra kết luận tương tự, khi chỉ ra các yếu tố ở mẹ liên quan đến tỉ lệ TCĐĐ cao hơn của trẻ là: có học so với thất học (OR= 3,63; CI95%: 2,17-6,08), sống ở đô thị so với nông thôn (OR= 2,63; CI 95%: 1,85-3,73), sinh tại cơ sở y tế so với sinh tại nhà (OR= 2,02; CI95%: 1,24-3,28). Ngoài ra, nghiên cứu này còn chỉ ra thêm các yếu tố có liên quan đến tỉ lệ TCĐĐ lớn ở trẻ gồm: mẹ tuổi cao so với mẹ dưới 19 tuổi; mẹ được tiêm vắc xin phòng uốn ván so với mẹ không được tiêm; nhân viên y tế có đến thăm nhà so với không có nhân viên y tế đến thăm nhà[9].

- Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy, khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ TCĐĐ cao hơn ở trẻ thuộc về các bà mẹ sinh sống tại vùng trung du và đồng bằng so với mẹ sinh sống ở khu vực miền núi (OR= 2,24; CI 95%: 1,08-1,79); mẹ là người Kinh so với mẹ là người dân tộc khác (OR = 1,06; CI 95%: 1,33-5,49). Điều này cho thấy, tại tỉnh Quảng Nam, địa bàn sinh sống và thành phần dân tộc là hai yếu tố rất quan trọng (ở mẹ) có ảnh hưởng lớn đến tình trạng TCĐĐ của trẻ. Từ đó, đòi hỏi phải có những chính sách, cách tiếp cận phù hợp để đạt được độ bao phủ tiêm chủng mong muốn cho trẻ là con của những mẹ là người dân tộc thiểu số, sinh sống khu vực miền núi, góp phần tăng tỉ lệ TCĐĐ cho trẻ tại tỉnh trong thời gian tới.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 900 mẹ có con từ đủ 12 tháng đến đủ 36 tháng tuổi, tại tỉnh Quảng Nam, chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Tỉ lệ TCĐĐ và TCĐL của trẻ từ đủ 12 tháng đến đủ 36 tháng tuổi lần lượt là 97,1% và 10,6%.

- 100% trẻ được tiêm BCG (33,4% trẻ được TCĐL); 98% trẻ được tiêm đủ 3 mũi DPT và uống 3 lần OPV (tỉ lệ TCĐL của 2 loại vắc xin này lần lượt là 57,9% và 63,2%); 98,7% trẻ tiêm vắc xin sởi (78,2% trẻ được TCĐL).

- Địa bàn sinh sống và thành phần dân tộc là hai yếu tố rất quan trọng ở các mẹ, có ảnh hưởng lớn đến tình trạng TCĐĐ của trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Cục Thống kê tỉnh Quảng Nam (2017), *Niên giám thống kê tỉnh Quảng Nam năm 2016*.
2. Cục Y tế dự phòng, Bộ Y tế (2016), *Niên giám thống kê bệnh truyền nhiễm năm 2015*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. Nguyễn Thành Huế, Lê Minh Giang, Nguyễn Nhật Cẩm (2017), “Thực trạng tiêm chủng đầy đủ, đúng lịch 8 loại vắc xin ở trẻ em dưới 1 tuổi và một số yếu tố liên quan tại khu vực ngoại thành Thành phố Hà Nội năm 2016”, *Tạp chí Y học dự phòng*, số 27(3), trang 98-105.
4. Đào Văn Khuynh, Nguyễn Văn Quy và CS (2012), “Nghiên cứu tình hình tiêm chủng ở trẻ em dưới 1 tuổi và một số yếu tố liên quan tại huyện Thới Bình, tỉnh Cà Mau, năm 2009”, *Tạp chí Y học Dự phòng*, số 829 (7), trang 62-64.
5. Nguyễn Thị Lý (2016), *Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến tiêm chủng đầy đủ và đúng lịch của trẻ dưới 1 tuổi tại xã Chí Linh, tỉnh Hải Dương, năm 2016*, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y học dự phòng, Đại học Y Hà Nội.
6. Hứa Hoàng Tây (2015), *Thực trạng tiêm vắc xin đủ liều, đúng lịch và một số yếu tố liên quan ở trẻ em 12 đến 24 tháng tuổi tại quận Cái Răng, thành phố Cần Thơ*, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ Y tế công cộng, Đại học Y tế công cộng.
7. Trịnh Quang Trí, Trần Kim Long, Nguyễn Hữu Huyền (2015), “Tỉ lệ tiêm chủng đầy đủ của trẻ em dưới 01 tuổi tại Đắc Lắc năm 2012 và một số yếu tố liên quan”, *Tạp chí Y học dự phòng* 25, số 4(164), trang 75-80.
8. Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương - Dự án tiêm chủng mở rộng quốc gia (2017), *Báo cáo tổng kết tiêm chủng mở rộng năm 2016*, Hà Nội tháng 3/2017.
9. Abdi Nur Mohamud, Amsalu Feleke, Walegn Worku Manay Kifle, Hardeep Rai Sharma (2014), “Immunization coverage of 12–23 months old children and associated factors in Jigjiga District, Somali National Regional State, Ethiopia”, *BMC Public Health*, 14:865, doi: 10.1186/1471
10. Lilian Chepkemoi Maina, Simon Karanja, Janeth Kombich (2013), “Immunization coverage and its determinants among children aged 12-23 months in a peri-urban area of Kenya”, *Pan African Medical Journal*, 14(3), doi: 10.11604/pamj.2013.14.3.2181.□

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TRỨNG CÁ THỂ THÔNG THƯỜNG BẰNG BÔI SAPIZO VÀ UỐNG DOXYCYCLIN

ThS. NGUYỄN DUY THÀNH
PGS.TS. TRẦN ĐĂNG QUYẾT,
ThS. NGÔ VĂN HÒA - Bệnh viện Quân y 103
Phản biện khoa học: PGS.TS ĐẶNG VĂN EM
Chủ nhiệm Bộ môn Da liễu,
Viện nghiên cứu Y dược lâm sàng 108

TÓM TẮT: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng 521 bệnh nhân bệnh trứng cá thể thông thường; đánh giá hiệu quả điều trị bằng bôi thuốc Sapizo kết hợp uống Doxycyclin trên 30 bệnh nhân có bệnh mức độ nhẹ và trung bình, so sánh với nhóm đối chứng 30 bệnh nhân điều trị bằng bôi Oxy5 kết hợp uống Doxycyclin liều tương tự. Kết quả: bệnh nhân gặp nhiều ở lứa tuổi từ 15-24 tuổi (66,6%), sống ở thành phố (86,7%), có tiền sử gia đình (58,3%); tổn thương chủ yếu ở vùng mặt (100%), lưng (38,3%) và ngực (28,3%); 100% bệnh nhân có biểu hiện da nhờn ở các mức độ khác nhau. Hiệu quả điều trị ở hai nhóm nghiên cứu là tương đương nhau, trong đó tác dụng không mong muốn khô da ít gặp ở nhóm nghiên cứu hơn so với nhóm đối chứng.

Từ khóa: Bệnh trứng cá, Sapizo, Oxy5, Doxycyclin.

ABSTRACT: Study on the clinical characteristics of 521 patients with simplex acne. Evaluate the effect of treatment by method of external medication Sapizo combined with Doxycyclin in 30 patients with mild and moderate level and comparison with the control group of 30 patients treated with Oxy5 combined with Doxycyclin in similar doses. Results: Almost patients at the age of 15-24 years (66.6%), lived in the city (86.7%), had a family history (58.3%); lesions mostly in the face (100%), back (38.3%) and chest (28.3%); 100% of patients have oily skin with different levels. The effect of treatment in the two study groups was similar, in which unwanted effect dry skin less observed in the study group than in the control group.

Keywords: Simplex acne, Sapizo, Oxy5, Doxycyclin.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Nguyễn Duy Thành, Email: bsthanhderma@gmail.com

Ngày nhận bài: 21/12/2017; mời phản biện khoa học: 20/01/2018; chấp nhận đăng: 05/3/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Bệnh trứng cá là một bệnh da thường gặp ở độ tuổi thanh - thiếu niên (từ 13-25 tuổi), khởi đầu ở tuổi dậy thì, tăng dần theo tuổi, tập trung ở lứa tuổi 14-19, sau 20 tuổi thì bắt đầu thuyên giảm. Đây là bệnh không nguy hiểm, tiến triển dai dẳng từng đợt. Bệnh thường biểu hiện ở mặt, gây ảnh hưởng đến tâm lý và chất lượng sống của người bệnh. Hiểu rõ cơ chế bệnh sinh, đặc điểm lâm sàng, diễn biến bệnh là cơ sở vững chắc để ứng dụng những phương pháp điều trị hiệu quả.

Trên thị trường, hiện có nhiều loại thuốc bôi được sử dụng phối hợp trong các liệu trình điều trị bệnh trứng cá. Sapizo có thành phần chủ yếu từ thảo dược (azadirachtaindica leaf powder, nghệ vàng, đu đủ, dịch chiết lô hội) và một số hoạt chất kháng khuẩn khác. Thuốc Sapizo mới được đưa vào sử dụng điều trị bệnh trứng cá tại nước ta và hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách hệ thống về tác dụng của thuốc.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm 2 mục tiêu:

- Mục tiêu 1: khảo sát một số đặc điểm lâm sàng bệnh nhân (BN) bệnh trứng cá thể thông thường tại Khoa Da liễu, Bệnh viện Quân y 103.

- Mục tiêu 2: đánh giá hiệu quả điều trị bệnh trứng cá thể thông thường mức độ nhẹ và vừa bằng thuốc bôi Sapizo kết hợp uống Doxycyclin, so sánh với nhóm đối chứng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Với mục tiêu 1: 521 BN chẩn đoán và được điều trị bệnh trứng cá thể thông thường, tại Phòng khám Da liễu, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 9/2016-6/2017.

- Với mục tiêu 2: 60 BN bệnh trứng cá thể thông thường mức độ nhẹ và vừa (chọn trong số các BN nêu trên).

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Mục tiêu 1: phương pháp tiến cứu, mô tả cắt ngang. Tất cả 521 BN đủ tiêu chuẩn được thu thập thông tin theo mẫu phiếu nghiên cứu thống nhất.

- Mục tiêu 2: phương pháp tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. 60 BN từ trên 15 tuổi, bệnh trứng cá thông mức độ vừa và trung bình, chấp nhận tham gia nghiên cứu, được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm:

+ Nhóm nghiên cứu: 30 BN, điều trị theo phác đồ Sapizo bôi 3 lần/ngày và Doxycyclin 100mg, uống 2 viên/ngày, chia 2 lần, trong 4 tuần.

+ Nhóm đối chứng: 30 BN, điều trị theo phác đồ Doxycyclin bôi 1 lần/ngày và Doxycyclin 100mg, uống 2 viên/ngày, chia 2 lần, trong 4 tuần.

Loại trừ các BN dị ứng bất cứ thành phần nào của thuốc; BN đang có thai hoặc cho con bú; suy chức năng gan, suy thận, suy tim, có tiền sử viêm ruột, viêm loét đại tràng, viêm đại tràng giả mạc; BN không có khả năng trả lời câu phỏng vấn; BN làm việc ngoài nắng hay tiếp xúc với ánh nắng; BN không tuân thủ chế độ điều trị.

- Thuốc sử dụng trong nghiên cứu

+ Sapizo cream: thành phần gồm azadirachta indica leaf powder, nghệ vàng, đu đủ, dịch chiết lô hội, phèn chua, lưu huỳnh, boric acid và tá dược; trọng lượng: 25g; số đăng kí: 102525/15/CBMP-QLD; do hãng A HAAN HEAL THCare, LTD Ấn Độ sản xuất.

+ Oxy 5 cream: thành phần gồm benzoperoxyl 5%; trọng lượng: 10g; do công ty TNHH ROHTO-MENTHOLATUM, Việt Nam sản xuất; số đăng kí VD-13694-10.

+ Doxycyclin: hàm lượng 100 mg/viên nang.

- Chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan: tuổi, giới tính; vị trí tổn thương; vị trí tổn thương; vị trí địa lý.

+ Kết quả điều trị: đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên sự thay đổi số lượng các thương tổn không viêm và viêm sau 4 tuần điều trị của từng nhóm, so sánh 2 nhóm với nhau; tác dụng không mong muốn.

Đánh giá kết quả điều trị theo 4 mức: tốt (tổng số thương tổn giảm $\geq 75\%$); khá ($50\% \leq$ tổng số thương tổn giảm $< 75\%$); trung bình ($25\% \leq$ tổng số thương tổn giảm $< 50\%$); kém (tổng số thương tổn giảm $< 25\%$).

- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê sử dụng trong nghiên cứu y sinh học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan:

Bảng 1. Tuổi và giới tính (n = 521).

Đặc điểm		Số BN	Tỉ lệ
Tuổi	15-19 tuổi	74	14%
	20-24 tuổi	274	52,6%
	25-29 tuổi	63	12,1%
	> 29 tuổi	110	21,2%
Giới tính	Nam giới	273	52,4%
	Nữ giới	248	47,6%

Đa số BN ở độ tuổi từ 15-24 (66,6%), phù hợp với nghiên cứu của Shen Y và cộng sự [1]. Do ở lứa tuổi này, các tuyến nội tiết hoạt động mạnh (đặc biệt, tăng tiết các hormon sinh dục); đồng thời, sự bài tiết chất bã cũng đạt đỉnh cao ở tuổi trưởng thành.

BN là nam giới chiếm tỉ lệ 52,4%, xấp xỉ với tỉ lệ BN nữ (47,6%); phù hợp với nhiều nghiên cứu khác, như WeiB và cộng sự (trong số 2.920 thanh niên bị trứng cá thể thông thường, nam giới chiếm 52,7% và nữ giới là 47,4% [2]).

Bảng 2. Phân bố BN theo vị trí tổn thương (n = 521).

Vị trí tổn thương	Số BN	Tỉ lệ
Mặt	521	100%
Lưng	199	38,3%
Ngực	147	28,3%
Vị trí khác	87	16,7%

Vị trí chiếm tỉ lệ cao nhất là mặt (100%), tiếp đến là lưng (38,3%), ngực (28,3%); ít gặp nhất là các vị trí khác (16%). Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong nước, như Vũ Văn Tiến [3], Nguyễn Thị Minh Hồng [4].

Tuyến bã có vai trò quan trọng trong hình thành bệnh trứng cá. Về nguyên tắc, ở đâu có tuyến bã ở đấy có nguy cơ bị bệnh trứng cá. Vùng nào có mật độ tuyến bã cao sẽ có nguy cơ mắc trứng cá hơn những vùng có mật độ tuyến bã thấp. Da đầu, mặt, ngực, lưng, tăng sinh môn có số lượng tuyến bã cao nhất với 400-900 cái/10 cm²; các vùng còn lại khoảng 100 cái/10 cm²; lòng bàn tay-bàn chân không có tuyến bã. Da vùng mặt có số lượng tế bào tuyến bã nhiều nhất, tế bào tuyến bã lại có thể tích lớn hơn, tuyến bã phát triển gấp 5 lần ở các nơi khác. Đó là lý do tại sao trứng cá hay mọc ở mặt ngực lưng so với vị trí khác. Tuyến bã ở những vùng da khác nhau đáp ứng với nội tiết tố khác nhau. Tuyến bã ở chi dưới đáp ứng với androgen rất thấp hoặc không đáp ứng. Trong khi đó, ở mặt, tuyến bã lại đáp ứng với androgen rất mạnh. Chính vì 2 lý do trên, khiến trứng cá hay mọc nhất ở mặt (2 gò má, trán, xung quanh miệng), ngực, lưng.

Bảng 3. Tiền sử gia đình (n = 521).

Tiền sử gia đình	Số BN	Tỷ lệ	p
Có người bị trứng cá	304	58,3%	> 0,05
Không có người bị trứng cá	217	41,7%	

Yếu tố tiền sử gia đình trong bệnh trứng cá thông thường đã được nhiều tác giả nghiên cứu và khẳng định. Chúng tôi gặp 58,3% BN tiền sử gia đình có người bị bệnh trứng cá. Các nghiên cứu khác ở trong nước cũng cho kết quả tương tự, như Nguyễn Thị Minh Hồng (50,9%); Vũ Văn Tiến (45,8%), Hoàng Ngọc Hà (47,1%).

Bảng 4. Vị trí địa lý (n = 521).

Nơi sống	Số BN	Tỷ lệ	p
Thành phố	452	86,7%	< 0,05
Nông thôn	69	13,3%	

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số BN sống ở thành phố là 86,7%, còn nông thôn là 13,3%; sự khác biệt là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có thể do Bệnh viện 103 là bệnh viện tuyến cuối của quân đội, có uy tín với chất lượng khám chữa bệnh, đóng quân ở địa bàn Hà Nội nên những người sống ở thành thị có nhiều điều kiện để tiếp cận hơn.

Bảng 5. Liên quan trứng cá và da nhờn (n = 521).

Da nhờn	Nhẹ	Trung Bình	Nặng	Số BN
Ít	14	174	44	232 (45%)
Nhiều	19	199	69	289 (55%)

Nghiên cứu của chúng tôi thấy, 100% BN có biểu hiện da nhờn ở các mức độ khác nhau, trong đó, 45% BN da nhờn ít và 55% BN da nhờn nhiều. Tuy nhiên, chúng tôi không tìm được mối liên quan giữa mức độ bệnh và mức độ da nhờn.

3.2. Kết quả điều trị:

Bảng 6. Kết quả điều trị.

Kết quả điều trị	Nhóm nghiên cứu	Nhóm đối chứng
Tốt	1 (3,3%)	0 (0%)
Khá	20 (66,7%)	16 (3,3%)
Trung bình	8 (26,7%)	13 (3,3%)
Kém	1 (3,3%)	1 (3,3%)

Sau 4 tuần điều trị, kết quả khá ở nhóm nghiên cứu là 66,7%, cao hơn ở nhóm đối chứng (tỷ lệ 53,3%); kết quả trung bình ở nhóm nghiên cứu (26,7%) thấp hơn ở nhóm đối chứng (43,3%); tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. Tác dụng không mong muốn (TDKMM) của liệu trình điều trị.

TDKMM	Nhóm nghiên cứu	Nhóm đối chứng	p
Đỏ da	6,7%	10%	> 0,05
Khô da	10%	20%	< 0,05
Tróc vảy da	6,7%	10%	> 0,05
Rát	6,7%	6,7%	> 0,05

Trong suốt 4 tuần điều trị, những tác dụng không mong muốn của thuốc ở 2 nhóm như đỏ da, tróc vảy, rát, khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên, có sự khác biệt ở tác dụng không mong muốn khô da khi điều trị bằng Sapizo.

4. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng 521 BN bệnh trứng cá thể thông thường, đánh giá hiệu quả điều trị bằng bôi thuốc Sapizo kết hợp uống Doxycyclin trên 30 BN bệnh mức độ nhẹ và trung bình, so sánh với nhóm đối chứng 30 BN điều trị bằng bôi Oxy5 kết hợp uống Doxycyclin liều tương tự, kết quả:

- BN gặp nhiều ở lứa tuổi từ 15-24 tuổi (66,6%); tổn thương chủ yếu ở vùng mặt (100%), lưng (38,3%) và ngực (28,3%). 58,3% BN có tiền sử gia đình. 86,7% BN sống ở thành phố. 100% bệnh nhân có biểu hiện da nhờn ở các mức độ khác nhau, tuy nhiên, không tìm được mối liên quan giữa mức độ bệnh và mức độ da nhờn.

- Hiệu quả điều trị ở hai nhóm BN nghiên cứu là tương đương nhau, trong đó, tác dụng không mong muốn khô da ít gặp ở nhóm nghiên cứu hơn so với nhóm đối chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Shen Y, Wang T, Zhou C et al (2012), "Prevalence of acnes vulgaris in Chinese adolescents and adults: a community-based study of 17.345 subjects in six cities", *Acta Derm Venereol*, 92 (1), 40-4.
- Wei B, Pang Y, Zhu H, et al (2010), "The epidemiology of adolescent acnes in North East China", *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 24 (8), 953-7.
- Vũ Văn Tiến (2002), *Tình hình đặc điểm lâm sàng và lượng 17-cetosteroid trong nước tiểu bệnh nhân trứng cá thông thường nam giới*, Luận văn thạc sĩ, Học viện Quân y.
- Nguyễn Thị Minh Hồng (2008), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá hiệu quả điều trị bệnh trứng cá thông thường bằng Vitamin A acid tại Viện Da liễu Quốc gia*, Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Hà Nội. □

XÂY DỰNG VÀ THẨM ĐỊNH PHƯƠNG PHÁP SẮC KÝ LỎNG HIỆU NĂNG CAO PHÂN TÍCH ĐỒNG THỜI 6 CORTICOID TRỘN TRONG CHẾ PHẨM TỪ DƯỢC LIỆU

ThS. TRẦN THỊ DIỆU OANH
ThS. NGÔ VĂN TUYÊN, TS. TÔ MINH HÙNG
Viện KN-NC dược và TTBYT Quân đội
PGS.TS. TRỊNH NAM TRUNG - Học viện Quân y
Phản biện khoa học: TS. PHẠM XUÂN CHUNG
Trưởng phòng Dược, Cục Quân y

TÓM TẮT: *Mục tiêu:* Xây dựng phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao pha đảo, phân tích đồng thời 6 corticoid (methyl prednisolon, prednisolon, betamethason, hydrocortison acetat, triamcinolon acetamid và dexamethason acetat) trộn trong chế phẩm từ dược liệu. *Phương pháp nghiên cứu:* Khảo sát các điều kiện sắc ký để tách riêng 6 chất nghiên cứu trên sắc ký đồ, thẩm định phương pháp phân tích theo hướng dẫn của USP.

Kết quả: Xây dựng được phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao pha đảo, phân tích đồng thời 6 corticoid trộn trong chế phẩm từ dược liệu với các điều kiện: cột sắc ký RP18 (150 mm x 4,6 mm; 5 μ m); pha động acetonitril-nước (40:60), tốc độ dòng 1,0 ml/phút, detector DAD ở 240 nm. Kết quả thẩm định phương pháp trên hai chế phẩm từ dược liệu cho thấy độ chọn lọc tốt, độ đúng 103,87-112,86%, độ lặp lại 0,50-5,06%, khoảng tuyến tính 0,5-166 μ g/ml; giới hạn phát hiện 0,04-0,15 μ g/ml, giới hạn định lượng 0,12-0,50 μ g/ml.

Từ khóa: Corticoid, dược liệu, HPLC, thẩm định phương pháp.

ABSTRACT: Objectives: To develop HPLC (High Performance Liquid Chromatography) method for simultaneous analysis of 6 corticoids (methyl prednisolone, prednisolone, betamethasone, hydrocortisone acetate, triamcinolone acetonide and dexamethasone acetate) in the herbal products. **Methods:** Investigating the chromatographic conditions to separate the 6 substances in the chromatogram, validating the analytical method according to the guidelines of the USP.

Results: The method of High Performance Liquid Chromatography (HPLC) was established for simultaneous analysis of 6 corticoids in the herbal products with conditions: chromatographic column RP18 (150 mm x 4.6 mm; 5 μ m); mobile phase acetonitrile-water (40:60); flow speed (1.0 ml/min), DAD detector at 240 nm. The results of validation of the two herbal products showed that the selection was good; the accuracy of 103.87-112.86%; the repetition of 0.50-5.06%; range of linearity of 0.5-166 μ g/ml; Limit of Detection (LOD) of 0.04-0.15 μ g/ml; Limit of Quantity (LOQ) of 0.12-0.50 μ g/ml.

Keywords: Corticoids, herbal products, HPLC, validate a method.

Chịu trách nhiệm nội dung: ThS. Trần Thị Diệu Oanh, Email: tranthidieuoanh1980@gmail.com

Nhận bài ngày: 21/01/2018; mời phản biện khoa học: 01/02/2018; chấp nhận đăng: 26/02/2018.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Trên thị trường hiện nay, các corticoid như dexamethason, betamethason, methyl prednisolon và muối của chúng có tác dụng chống viêm nhanh, mạnh, nhưng giá thành rẻ, dễ mua, nên hay bị trộn trái phép trong các chế phẩm thuốc hoặc thực phẩm chức năng từ dược liệu chữa thấp khớp, làm tăng cân, kích thích ăn ngon miệng...[2]. Việc trộn trái phép corticoid vào các chế phẩm từ dược liệu gây nguy hiểm cho người sử dụng vì họ không biết về sự có mặt của corticoid trong chế phẩm để phòng ngừa các tác dụng không mong muốn của corticoid. Người sử dụng có thể bị các tác dụng không mong muốn của corticoid như gây loãng xương, suy giảm miễn

dịch, loét đường tiêu hóa... Sự nguy hại đối với người sử dụng càng lớn khi họ dùng chế phẩm liều cao, thời gian kéo dài và không kiểm soát liều trình chặt chẽ.

Việc phân tích, kiểm soát các corticoid trộn trái phép trong chế phẩm từ dược liệu gặp nhiều khó khăn do nền mẫu phức tạp và các corticoid có cấu trúc khung steroid giống nhau. Vì vậy, chúng tôi xây dựng phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao (HPLC) để phân tích đồng thời 6 corticoid gồm dexamethason acetat (DEX), betamethason (BET), methyl prednisolon (MEP), prednisolon (PRE), hydrocortison acetat (HYD), triamcinolon acetamid (TRI) làm cơ sở kiểm tra, giám sát chất lượng các chế phẩm có nguồn gốc từ dược liệu.

2. MẪU, NGUYÊN VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Mẫu nghiên cứu:

Mẫu lựa chọn nghiên cứu là 2 chế phẩm chứa phần lớn các dược liệu điều trị viêm khớp, đau khớp hiện nay:

- Mẫu M1 (thực phẩm chức năng - viên nang cứng): thành phần gồm đương quy, đỗ trọng, tục đoạn, cẩu tích, độc hoạt, ba kích, ngưu tất, cao quy bản, thương truật, mã tiền chế, phụ liệu vừa đủ; liều dùng: 3 viên/lần x 2 lần/ngày.

- Mẫu M2 (thuốc - viên nén bao phim): thành phần gồm mã tiền chế, thương truật, hương phụ, mộc hương, địa liền, quế chi; liều dùng: người lớn uống 2-6 viên/ngày; trẻ em trên 5 tuổi dùng bằng 1/2 liều người lớn.

2.2. Nguyên vật liệu và thiết bị:

- Nguyên liệu nghiên cứu:

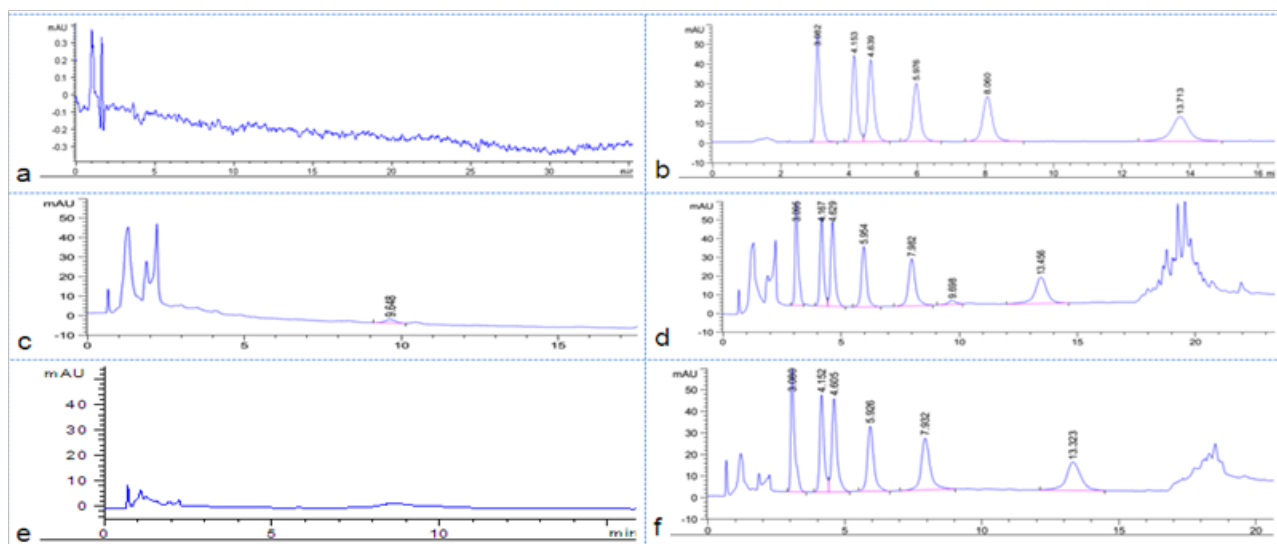
+ Chất chuẩn: Methylprednisolon, prednisolon, hydrocortison acetat - Viện kiểm nghiệm thuốc Trung ương; Betamethason, dexamethason acetat, triamcinolon acetonid - Viện kiểm nghiệm thuốc Thành phố Hồ Chí Minh.

+ Hóa chất, dung môi: Acetonitril, methanol (HPLC) - Merck, J.T Baker; aceton, methanol (PA) - Merck.

- Thiết bị, dụng cụ: hệ thống sắc ký lỏng hiệu năng cao HP1100 có detector mảng diod (DAD) (Agilent - Đức); cột sắc ký RP18 Luna, 150 x 4,6 mm, 5 μ m và bảo vệ cột cùng loại và một số loại thiết bị, dụng cụ khác.

3.2. Kết quả thẩm định phương pháp phân tích:

- Tính chọn lọc, đặc hiệu: chuẩn bị các mẫu gồm mẫu trắng (methanol), mẫu chuẩn hỗn hợp trong methanol, mẫu thử M1, M2 và mẫu thử M1, M2 thêm chuẩn. Tiến hành xử lý mẫu và chạy sắc ký theo các điều kiện sắc ký đã chọn, thu được kết quả như hình 1.



Hình 1. Sắc ký đồ các mẫu: mẫu trắng (a); mẫu chuẩn hỗn hợp (b); mẫu thử M1 (c); mẫu thử M1 thêm chuẩn (d); mẫu thử M2 (e); mẫu thử M2 thêm chuẩn (f).

2.3. Phương pháp nghiên cứu;

- Xác định các điều kiện sắc ký: khảo sát trên cột C18, tiến hành thay đổi thành phần, tỉ lệ pha động, tốc độ dòng... để tìm điều kiện sắc ký có thể tách riêng 6 chất nghiên cứu trên sắc ký đồ.

- Thẩm định phương pháp phân tích:

+ Phương pháp xử lý mẫu: cân chính xác một lượng bột viên đã nghiền mịn tương đương với một liều uống, thêm 50,0 ml aceton, siêu âm 20 phút, để nguội, hút 20,0 ml dịch nổi, bốc hơi tới khô trên cách thủy ở 80°C. Hòa tan cân bằng 20,0 ml methanol, lọc qua màng 0,45 μ m.

+ Thẩm định phương pháp phân tích: thực hiện theo hướng dẫn của USP với các chỉ tiêu độ chọn lọc, độ đúng và độ lặp lại, khoảng tuyến tính, giới hạn định lượng và giới hạn phát hiện.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu:

Số liệu thí nghiệm được nhập và xử lý trên phần mềm Microsoft Office Excel, biểu diễn dưới dạng $\bar{X} \pm SD$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Kết quả xác định điều kiện sắc ký:

Qua khảo sát, các điều kiện sắc ký được chọn như sau: detector DAD đặt ở bước sóng 240 nm, cột RP18 Luna (150 mm x 4,6 mm, 5 μ m) đặt ở nhiệt độ phòng, tốc độ dòng là 1 ml/phút, pha động là ACN-Nước (40:60). Với điều kiện sắc ký trên, sắc ký đồ cho 6 pic tách riêng biệt, cân xứng. Thứ tự rửa giải của các chất lần lượt: PRE, MEP, BET, TRI, HYD và DEX. Thời gian phân tích khoảng 20 phút.

Trên sắc ký đồ của mẫu thử thêm chuẩn xuất hiện các pic tương ứng với vị trí của các chất nghiên cứu như trên sắc ký đồ của mẫu chuẩn hỗn hợp. Các pic này cân đối và riêng biệt. Trên sắc ký đồ của mẫu trắng và các mẫu thử, tại các vị trí tương ứng với các chất nghiên cứu không thấy xuất hiện pic, các pic phụ trên sắc ký đồ ít và tín hiệu thấp. Như vậy, quy trình xử lý mẫu và phân tích đảm bảo có tính chọn lọc đối với các mẫu M1 và M2.

- Độ tuyến tính: chuẩn bị các dung dịch chuẩn của 6 chất nghiên cứu trong methanol ở 8 nồng độ khác nhau. Tiêm các dung dịch vào hệ thống, ghi lại sắc đồ, vẽ đường hồi quy tuyến tính giữa diện tích pic và nồng độ các chất nghiên cứu, kết quả như sau (bảng 1):

Bảng 1. Sự phụ thuộc tuyến tính giữa nồng độ các chất nghiên cứu và diện tích pic (n = 6).

Dung dịch		0	1	2	3	4	5	6	7
PRE	Nồng độ (µg/ml)	0,56	1,13	5,63	11,27	16,90	28,16	93,88	187,76
	Diện tích pic TB	28,74	54,72	279,09	545,73	809,60	1350,46	4476,76	8719,16
	Đường chuẩn TB	$y = 46,358x + 24,368; r = 0,9999$							
MEP	Nồng độ (µg/ml)	0,50	1,01	5,05	10,10	15,14	25,24	84,14	168,27
	Diện tích pic TB	24,33	47,64	241,20	475,21	705,24	1175,14	3871,07	7589,59
	Đường chuẩn TB	$y = 45,155x + 19,475; r = 0,9999$							
BET	Nồng độ (µg/ml)	0,50	1,00	5,00	9,99	14,99	24,98	83,28	166,55
	Diện tích pic TB	25,11	49,13	249,31	487,96	728,26	1210,47	4033,22	7851,00
	Đường chuẩn TB	$y = 47,257x + 20,024; r = 0,9999$							
TRI	Nồng độ (µg/ml)	0,50	1,00	4,99	9,99	14,98	24,97	83,22	166,44
	Diện tích pic TB	23,48	45,16	229,22	448,71	666,26	1107,92	3661,63	7147,29
	Đường chuẩn TB	$y = 43,013x + 20,459; r = 0,9999$							
HYD	Nồng độ (µg/ml)	0,50	1,00	5,01	10,01	15,02	25,03	83,45	166,89
	Diện tích pic TB	24,20	46,74	236,64	464,04	686,27	1144,60	3784,40	7397,71
	Đường chuẩn TB	$y = 44,396x + 19,833; r = 0,9999$							
DEX	Nồng độ (µg/ml)	0,50	1,00	5,01	10,02	15,03	25,05	83,49	166,97
	Diện tích pic TB	23,66	45,17	229,61	446,84	663,63	1104,34	3643,47	7112,45
	Đường chuẩn TB	$y = 42,663x + 21,129; r = 0,9999$							

(TB: Trung bình; đơn vị diện tích pic: µAU.s)

Trong khoảng nồng độ khảo sát có sự phụ thuộc tuyến tính chặt chẽ của diện tích pic với nồng độ các chất nghiên cứu, các hệ số tương quan r đều lớn hơn 0,999.

- Độ đúng và độ lặp lại: tiến hành thẩm định bằng phương pháp thêm chuẩn với các mẫu được chuẩn bị như sau: lấy lượng bột viên tương đương với một liều uống, thêm chính xác 500 µl dung dịch chuẩn hỗn hợp (nồng độ khoảng 1000 µg/ml trong methanol đối với mỗi chất), để khô tự nhiên trong 1-2 giờ. Xử lý mẫu và sắc ký theo phương pháp đã xây dựng, tính nồng độ tìm lại. Độ đúng là tỉ lệ thu hồi % giữa nồng độ tìm lại và nồng độ thêm vào; độ lặp lại là giá trị RSD%. Kết quả bảng 2 và bảng 3.

Bảng 2. Kết quả thẩm định độ đúng, độ lặp lại với mẫu M1 (n = 6).

TT	Thuốc nghiên cứu	Diện tích pic trung bình (mAU.s)		Tỉ lệ thu hồi ($\bar{X} \pm SD$ %)	RSD%
		Chuẩn	Thử		
1	PRE	501,73	526,92	105,02 ± 5,31	5,06
2	MEP	463,60	487,97	105,05 ± 2,76	2,63
3	BET	512,63	554,26	106,17 ± 2,26	2,13
4	TRI	443,43	477,29	107,64 ± 2,48	2,30
5	HYD	460,93	520,19	112,86 ± 2,62	2,32
6	DEX	444,12	480,01	108,08 ± 3,06	2,83

Bảng 3. Kết quả thẩm định độ đúng, độ lặp lại với mẫu M2 (n = 6, HYD có n = 5).

TT	Thuốc nghiên cứu	Diện tích pic trung bình (mAU.s)		Tỉ lệ thu hồi ($\bar{X} \pm SD\%$)	RSD%
		Chuẩn	Thử		
1	PRE	501,73	534,49	106,53 $\pm$ 0,77	0,72
2	MEP	463,60	481,54	103,87 $\pm$ 0,52	0,50
3	BET	512,63	561,37	109,51 $\pm$ 1,15	1,05
4	TRI	443,43	461,82	104,15 $\pm$ 1,81	1,74
5	HYD	460,93	483,35	104,86 $\pm$ 5,53	5,27
6	DEX	444,12	473,74	106,67 $\pm$ 2,51	2,35

Khi thẩm định trên hai mẫu là M1 và M2, phương pháp có độ đúng từ 103,87% (đối với PRE trên mẫu M2) đến 112,86% (đối với HYD trên mẫu M1); độ lặp lại với RSD% từ 0,50-5,27%. Độ đúng và độ lặp lại của phương pháp có thể chấp nhận được trong điều kiện phân tích thuốc có hàm lượng nhỏ, trong nền mẫu phức tạp của chế phẩm từ dược liệu.

- Giới hạn phát hiện (LOD) và giới hạn định lượng (LOQ).

Bảng 4. LOD và LOQ của các chất nghiên cứu.

Thuốc nghiên cứu	PRE	MEP	BET	TRI	HYD	DEX
LOD ($\mu\text{g/ml}$)	0,06	0,04	0,04	0,04	0,08	0,15
LOQ ($\mu\text{g/ml}$)	0,21	0,12	0,13	0,13	0,27	0,50

Phương pháp có giới hạn phát hiện từ 0,04-0,15 $\mu\text{g/ml}$ và giới hạn định lượng từ 0,12-0,50 $\mu\text{g/ml}$. Với giới hạn này có thể phát hiện các corticoid trộn vào ở nồng độ có tác dụng dược lý.

4. BÀN LUẬN.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi không sử dụng các dược liệu để chiết xuất làm nền mẫu mà tiến hành phân tích và thẩm định ngay trên thành phẩm. Khi phân tích mẫu M1 và M2, nếu trên sắc ký đồ mẫu thử có pic trùng với một trong các pic của 6 chất nghiên cứu thì phải tiến hành định tính xác định bằng cách lấy phổ UV và thay đổi tỉ lệ pha động để so sánh thời gian lưu giữa mẫu thử và mẫu chuẩn. Nếu khẳng định đó là pic của chất nghiên cứu bị trộn thì tiến hành định lượng bằng phương pháp thêm chuẩn để hạn chế sai số do tác động của nền mẫu.

Khi phân tích không thấy sự có mặt của các chất nghiên cứu, nên tiến hành thêm chuẩn để xây dựng mô hình thẩm định phương pháp phân tích cho các mẫu này. Kết quả cho thấy, có thể áp dụng phương pháp phân tích cho các chế phẩm có thành phần tương tự như mẫu M1 và M2. Tuy nhiên, để hạn chế ảnh hưởng do thành phần tá dược, qui trình chiết xuất, bào chế khác nhau của các nhà sản xuất khác nhau thì khi phân tích định tính phải xem xét thêm phổ UV và khi định lượng phải dùng phương pháp thêm chuẩn.

5. KẾT LUẬN.

Đã xây dựng được phương pháp phân tích đồng thời sáu thuốc chống viêm corticoid (PRE, MEP, BET, HYD, TRI, DEX) có thể trộn lẫn trong các chế

phẩm thuốc hoặc thực phẩm chức năng có nguồn gốc từ dược liệu. Phương pháp có độ chọn lọc cao khi thẩm định trên hai mẫu M1 và M2; độ tuyến tính trong khoảng khảo sát từ 0,5-166 $\mu\text{g/ml}$, với hệ số tương quan $r \geq 0,9999$; độ đúng đạt từ 103,87-112,86%; độ lặp lại với RSD% từ 0,50-5,27%; giới hạn phát hiện từ 0,04-0,15 $\mu\text{g/ml}$ và giới hạn định lượng từ 0,12-0,50 $\mu\text{g/ml}$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (2009), *Công văn số 14147/QLD-CL về việc đình chỉ lưu hành và thu hồi thuốc đông dược có trộn tân dược*.
2. Trịnh Thị Quy (2012), *Nghiên cứu phát hiện một số glucocorticoid trộn trái phép trong chế phẩm đông dược bằng phương pháp sắc ký lỏng hiệu năng cao*, Luận văn thạc sĩ dược học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
3. Nguyễn Đức Thanh (2014), *Xác định một số corticosteroid trong thực phẩm chức năng bằng phương pháp HPLC*, Khóa luận tốt nghiệp dược sĩ đại học, Trường Đại học Dược Hà Nội.
4. Huan Ping, Ling Xiao (2009), "Detection of glucocorticosteroid in traditional Chinese preparation by the liquid chromatography-mass spectrometry method", *Journal of Shandong University*, 47 (12), pp.138-140.
5. XiaRui, CheBaoquan (2008), "RP-HPLC identification of corticosteroids in Chinese material medica preparation", *Chinese Journal of Pharmaceutical Analysis*, 2, pp. 316-318. □

ĐÁNH GIÁ SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN QUÂN Y 6

BSCKI. HOÀNG NGỌC HẢI

ĐD. NGUYỄN THỊ LIỄU

YS. NGUYỄN NHƯ HUỖNH

Bệnh viện Quân y 6

Phản biện khoa học: TS. ĐỖ VĂN BÌNH

Bộ môn Điều dưỡng, Học viện Quân y

TÓM TẮT: Tiến cứu, mô tả cắt ngang 1.000 bệnh nhân tới khám bệnh tại Bệnh viện Quân y 6, trong năm 2016, chúng tôi thấy mức độ hài lòng của người bệnh khá cao (84,5-94,4%), trong đó tinh thần thái độ phục vụ của bác sĩ và điều dưỡng được đánh giá cao nhất (83,6-94,4%). 88,1% người bệnh hài lòng về bảng biểu hướng dẫn trong bệnh viện; 19,2-76,7% người bệnh cho rằng phòng chờ đầy đủ tiện nghi hoặc chấp nhận được; 21,7-69,6% người bệnh cho rằng truyền thông, giáo dục sức khỏe đầy đủ tiện nghi hoặc chấp nhận được.

Từ khóa: Khám bệnh, hài lòng, thái độ phục vụ.

ABSTRACT: The prospective study and cross-sectional description of 1000 patients at the department of medical examination, Military hospital 6 in 2016, we found that the level of satisfaction of the patients was high (84.5-94.4%), in which the behavioural attitudes in health services of the medical doctors and nursing were highest (83.6-94.4%), 88.1% of the patients were satisfied with the guidelines in the hospital; 19.2-76.7% of the patients said that the waiting room was full of amenities or acceptable; 21.7-69.6% of the patients said that the communication, health education was fully comfortable or acceptable.

Keywords: Medical examination, satisfaction, service attitude.

Chịu trách nhiệm nội dung: BSCKI. Hoàng Ngọc Hải, Email: ngochaist@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/4/2017; mời phản biện khoa học: 14/4/2017; chấp nhận đăng: 20/6/2017.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Từ năm 1983, Tổ chức Y tế thế giới đã nêu quan điểm: chất lượng chăm sóc, điều trị người bệnh (NB) phải bảo đảm về cả hai mặt. Đó là về mặt sức khỏe (NB phải được áp dụng tất cả các kỹ thuật cần thiết để chẩn đoán và điều trị, nhằm đem lại kết quả hồi phục sức khỏe tốt nhất) và sự thích ứng của cơ sở y tế với trình độ phát triển của y học, với chi phí hợp lý nhất để cho ra kết quả tốt; đồng thời NB hoàn toàn hài lòng về kết quả điều trị, về thái độ phục vụ của nhân viên (NV) y tế và về hệ thống chăm sóc cùng quy trình điều trị. Một số nghiên cứu tại các cơ sở khám chữa bệnh tại Việt Nam cho thấy, tỉ lệ NB hài lòng chung trong quá trình khám, chữa bệnh là rất cao, tới hơn 90%.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá sự hài lòng của NB tại Bệnh viện Quân y 6 qua việc khảo sát ý kiến khi họ tới khám bệnh tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 6 trong năm 2016.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

1.000 NB đến khám bệnh và điều trị tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Quân y 6, từ tháng 1/2016 đến tháng 1/2017.

Không đưa vào nghiên cứu những trường hợp NB không đủ năng lực hành vi trả lời đúng các nội dung khảo sát hoặc không hợp tác nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Bộ câu hỏi bảo đảm tính giá trị và độ tin cậy, đã được Hội đồng Khoa học Bệnh viện Quân y 6 thông qua.

- Phòng vấn bằng bảng câu hỏi (đính kèm).

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

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Phân bố NB theo tuổi và giới tính:

Tuổi	Nam	Nữ	Cộng
18-35	120	103	223 (22,3%)
Tuổi	Nam	Nữ	Cộng
36-45	100	83	183 (18,3%)
>45	320	274	594 (59,4%)
Cộng	540 (54%)	460 (46%)	1.000 (100%)

NB ở độ tuổi trên 45 chiếm đa số (59,4%), nam giới (54%) nhiều hơn nữ giới (46%).

3.2. Phân bố NB theo địa điểm sinh sống:

- Thuộc tỉnh Sơn La: 870 NB (87%).
- Đến từ tỉnh khác: 130 NB (13%).

3.3. Phân bố NB theo nghề nghiệp:

- Công nhân: 332 NB (33,2%).
- Học sinh, sinh viên: 182 NB (18,2%).
- Cán bộ hưu trí: 170 NB (17,0%).
- Bộ đội: 145 NB (14,5%).
- Dịch vụ y tế: 171 NB (17,1%).

3.4. Đánh giá của NB về tổ chức dịch vụ khám, chữa bệnh:

Mức độ	Hướng dẫn NB	Quy trình thuận tiện
Rõ ràng	99,3%	96,8%
Chưa rõ ràng	0,7%	1%
Không rõ ràng	0	2,2%

Chỉ có 0,7% NB thấy chưa được hướng dẫn rõ ràng và 1% cho rằng quy trình khám bệnh chưa thuận tiện, như: khu khám bệnh xa khu xét nghiệm và khu khám ngoại chuyên khoa. Thời gian chờ đợi ở mỗi khâu trung bình 5-15 phút, quy trình đi lại gồm nhiều khâu. Điều này có thể do số lượng NB đông, trong khi bệnh viện vẫn còn có khó khăn nhất định về nhân lực và cơ sở vật chất.

3.5. Đánh giá của NB về thái độ phục vụ của NV bệnh viện:

Mức độ	NV tiếp đón	Điều dưỡng	Bác sĩ	NV cận lâm sàng	NV bán thuốc	NV thanh toán	NV cấp thuốc
Rất hài lòng	88,6%	83,6%	94,4%	85,5%	87,5%	84,5%	88,6%
Hài lòng	10,4%	8,9%	4,3%	10,1%	6,2%	9,6%	8,1%
Không hài lòng	1,0%	1,7%	1,3%	3,8%	6,3%	5,3%	2,1%
Không trả lời	0%	0,3%	0%	0,6%	0,9%	0,6%	1,2%

Phần lớn NB đánh giá thái độ giao tiếp, phục vụ của NV ở các khâu là chu đáo, tận tình với mức độ rất hài lòng từ 84,5-94,4%; tuy nhiên vẫn còn 4,3-10,4% NB đánh giá ở mức chấp nhận được. Đặc biệt, vẫn còn 1-6,3% NB không hài lòng, cho rằng

NV y tế của bệnh viện còn biểu hiện qua loa, cầu thả. Tỷ lệ không hài lòng của NB rất đáng để bệnh viện xem xét, có biện pháp điều chỉnh thái độ của NV y tế trong quá trình giao tiếp với NB.

3.6. Đánh giá của NB về quá trình làm thủ tục nhập viện:

- Rườm rà: 3,4%.
- Phù hợp: 96,6%.

3,4% NB cho rằng quá trình làm thủ tục nhập viện còn rườm rà. Điều này bệnh viện cần nghiên cứu cải tiến để mức độ phù hợp cao hơn.

3.7. Đánh giá của NB về vệ sinh bệnh viện:

- Rất sạch sẽ: 87,2%.
- Sạch sẽ: 8,0%.
- Chưa sạch sẽ: 4,8%.

Tỷ lệ NB nhận thấy bệnh viện rất sạch sẽ là 87,2%. Đây là hình ảnh đáng trân trọng, mặc dù còn có những NB hoặc người nhà không có ý thức cao trong việc giữ gìn vệ sinh chung, khi tình trạng còn thiếu hộ lý và hộ lý phải đảm nhiệm rất nhiều nội dung công việc. Vẫn còn 8% NB cho rằng vệ sinh bệnh viện chỉ ở mức sạch sẽ và 4,8% NB cho rằng vệ sinh ở bệnh viện chưa được sạch sẽ.

3.8. Đánh giá của NB về bảng biểu hướng dẫn trong bệnh viện:

- Đầy đủ: 88,1%.
- Chưa đầy đủ: 7,3%.
- Không có: 4,6%.

Hầu hết NB đánh giá bảng biểu hướng dẫn trong bệnh viện đầy đủ (88,1%), trong đó 7,3% NB cho rằng bảng biểu hướng dẫn chưa đầy đủ và 4,6% NB đánh giá các bảng biểu hướng dẫn không có.

3.9. Đánh giá của NB về cơ sở hạ tầng, tiện nghi phục vụ:

- Phòng chờ:
 - + Rất hài lòng: 76,7%.
 - + Hài lòng: 19,2%.
 - + Không hài lòng: 4,1%.
- Truyền thông giáo dục sức khỏe:
 - + Rất hài lòng: 69,6%.
 - + Hài lòng: 21,7%.

- + Không hài lòng: 8,8%.

Hầu hết NB rất hài lòng, cho là phòng chờ và truyền thông, giáo dục sức khỏe đầy đủ tiện nghi hoặc chấp nhận được.

4. KẾT LUẬN.

Khảo sát ý kiến 1.000 NB đến khám bệnh tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 6, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- NB đến khám bệnh tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Quân y 6 tập trung nhiều ở độ tuổi trên 45 (59,4%); NB làn da chiếm 46%, là nam chiếm 54%; NB đến từ tỉnh Sơn La chiếm đa số (87%), còn lại đến từ các tỉnh khác (13%).

- Đánh giá về công tác tổ chức dịch vụ khám, chữa bệnh của Bệnh viện Quân y 6: mức độ rất hài lòng của NB đạt 96,8-99,3%; hài lòng từ 0,7-1%; không hài lòng từ 0-2,2%.

- Đánh giá về thái độ phục vụ của nhân viên y tế Bệnh viện Quân y 6: mức độ rất hài lòng của NB từ 84,5-94,4%; hài lòng từ 4,3-10,4%; không hài lòng từ 1-6,3%.

- Đánh giá về cơ sở hạ tầng, tiện nghi phục vụ của Bệnh viện Quân y 6: mức độ rất hài lòng của NB từ 69,6-76,7%; hài lòng từ 19,2-21,7%; không hài lòng từ 4,1-8,8%.

- Đánh giá về môi trường vệ sinh bệnh viện: mức độ rất hài lòng của NB là 87,2%; hài lòng là 8,8%; không hài lòng là 4,8%.

- Về bảng biểu hướng dẫn: mức độ rất hài lòng của NB là 88,1%; hài lòng là 7,3%; không hài lòng là 4,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Bộ Y tế (1996), *Quy định về y đức (tiêu chuẩn đạo đức của người làm công tác y tế)*, Quyết định số 2088/BYT-QĐ ngày 6/11/1996 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Bộ Y tế (1997), *Quy chế bệnh viện*, Quyết định số 1895/1997/QĐ-BYT ngày 19/9/1997 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

3. Bộ Y tế (2008), *Quy tắc ứng xử của cán bộ, viên chức trong các đơn vị sự nghiệp y tế*, Quyết định số 29/2008/QĐ-BYT ngày 18/8/2008 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

4. Bộ phiếu khảo sát sự hài lòng của người bệnh điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Da liễu thành phố Hồ Chí Minh.

5. Hà Thị Mai (2011), "Khảo sát sự hài lòng của người bệnh điều trị nội trú tại Bệnh viện 87", *Tạp chí Y học Quân sự*, số 273.

6. Hà Thị Soạn, "Đánh giá sự hài lòng của người

bệnh và người nhà người bệnh đối với công tác khám, chữa bệnh tại một số bệnh viện tỉnh Phú Thọ hai năm 2006, 2007", *Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học*, Hội nghị khoa học điều dưỡng toàn quốc lần thứ III, Hội Điều dưỡng Việt Nam.

7. Hospital Surveys, National Business Research Institute, Inc. www.nbrii.com/Surveys_Index.html. www.nbrii/Hospital_Surveys.html. □

NGƯỜI THẦY THUỐC QUÂN Y HÀNG CHỤC NĂM TẬN TÌNH...

(Tiếp theo trang 4)

Tháng 8/2010, anh được bổ nhiệm giữ chức Phó chủ nhiệm Khoa; đến tháng 7/2015, anh tiếp tục được giao cương vị Chủ nhiệm Khoa. Là người đứng đầu Khoa, anh không ngừng rèn luyện, học tập, trau dồi ý thức, nâng cao trình độ chuyên môn nghiệp vụ; coi tay nghề và cái tâm người thầy thuốc là trên hết.

Không chỉ dành nhiều tình cảm, trách nhiệm chữa trị cho người bệnh, bác sĩ Thành còn quan tâm bồi dưỡng, giúp đỡ các y, bác sĩ trong khoa nâng cao ý thức, theo đúng lời dạy của Bác Hồ: "Lương y như từ mẫu".

Anh Dương Hồ Sinh, quê ở xã Quang Yên, huyện Sông Lô, Vĩnh Phúc, có bố đang điều trị tại Khoa Thần kinh-tâm thần, Bệnh viện Quân y 109, tâm sự: "Bố tôi bị tai biến, ảnh hưởng thần kinh, phải cấp cứu trong đêm. May mắn được bác sĩ Thành tiếp nhận, tận tâm cứu chữa. Đến nay, sau một tuần điều trị, bố tôi đã cơ bản ổn định, sức khỏe dần hồi phục. Gia đình chúng tôi rất cảm kích trước tấm lòng, trách nhiệm của bác sĩ Thành. Mong sao bệnh viện có thêm nhiều y, bác sĩ giỏi chuyên môn, giàu tâm huyết để chữa trị, chăm sóc sức khỏe cho nhân dân".

Trao đổi với chúng tôi, Đại tá Phạm Minh Phú, Bí thư Đảng ủy, Chính ủy Bệnh viện Quân y 109, khẳng định: "Bác sĩ Nguyễn Đức Thành là một cán bộ giàu tâm huyết, giỏi chuyên môn, yêu nghề, say mê công việc. Nhiều năm qua, đồng chí luôn hoàn thành xuất sắc các nhiệm vụ được giao, để lại ấn tượng tốt đẹp trong lòng người bệnh và đồng nghiệp, xứng đáng là tấm gương sáng cho các y, bác sĩ của Bệnh viện học tập, noi theo". □

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, MÔ BỆNH HỌC U TUYẾN MANG TAI THƯỜNG GẶP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

BS. NGUYỄN VĂN DÂN

TS. LÊ ĐỨC TUẤN

TS. NGUYỄN HÙNG THẮNG

TS. LÊ MẠNH CƯỜNG

Bệnh viện Quân y 103

Phản biện khoa học: PGS.TS. VŨ NGỌC LÂM

Phó Chủ nhiệm Khoa Phẫu thuật hàm mặt và tạo hình,

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT: *Mục tiêu:* Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học u tuyến mang tai thường gặp. *Đối tượng và phương pháp:* Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang không đối chứng 42 bệnh nhân, chẩn đoán mô bệnh học là u tuyến mang tai, tại Khoa Phẫu thuật hàm mặt và tạo hình, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 5/2015-5/2017. *Kết quả:* Gặp nhiều nhất u hỗn hợp (chẩn đoán lâm sàng 45,3%, mô bệnh học 52,3%); tuổi trung bình 52,9 tuổi, trong đó, chủ yếu BN trên 55 tuổi (64,3%); bệnh nhân nữ nhiều hơn nam; đa số mắc bệnh trong khoảng 1-5 năm (47,6%); kích thước khối u từ 2-4 cm (63,2%), mật độ chắc (86,8%), ranh giới rõ (55,3%), di động tốt (56,6%). *Kết luận:* Hình thái lâm sàng của u tuyến mang tai đa dạng và phong phú. Chẩn đoán u vùng tuyến mang tai còn có sự sai lệch giữa lâm sàng và mô bệnh học.

Từ khóa: U tuyến mang tai, mô bệnh học.

ABSTRACT: Objectives: Evaluate the clinical characteristics and histopathology of common parotid gland tumors. **Subjects and methods:** Prospective and descriptive study on the 42 patients with histopathological diagnosis of parotid gland tumors at the Department of Facial and Plastic surgery of the Military hospital 103 from May 2015 to May 2017. **Results:** There were almost mixture tumors (clinical diagnosis - 45.3%, histopathological diagnosis - 52.3%); the average age was 52.9 years, in which, patients over 55 years old (64.3%); female patients were more than male patients; most cases occurred in 1-5 years (47.6%); the size of tumor was 2-4 cm (63.2%), the density was strong (86.8%), clear boundary (55.3%), good mobility (56.6%). **Conclusions:** The clinical features of parotid gland tumors were diversified and varied. The diagnosis of parotid gland tumors was deviated between the clinical and histopathological findings.

Keywords: Parotid gland tumors, histopathology.

Chịu trách nhiệm nội dung: TS. Lê Đức Tuấn, Email: drtuan103@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 01/4/2017; mời phản biện khoa học: 10/4/2017; chấp nhận đăng: 15/6/2017.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ.

U tuyến nước bọt mang tai (còn gọi là u tuyến mang tai) là bệnh lý thường gặp. Việc chẩn đoán được khối u tuyến không quá khó khăn. Tuy nhiên, utuyến mang tai lại hết sức đa dạng về hình thái học lâm sàng cũng như mô bệnh học nên chẩn đoán chính xác là không đơn giản.

Chẩn đoán chính xác về mô bệnh học u tuyến mang tai có ý nghĩa quan trọng trong xây dựng kế hoạch điều trị cụ thể, hạn chế sai lầm trong điều trị, giảm tỉ lệ tái phát, không để lại những hậu quả ngoài ý muốn. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học khối utuyến mang tai.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

42 bệnh nhân (BN), chẩn đoán xác định u tuyến mang tai bằng mô bệnh học, có đủ hồ sơ lưu trữ và địa chỉ liên hệ, điều trị tại Khoa Phẫu thuật hàm mặt và tạo hình, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 5/2015-5/2017.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Chỉ tiêu nghiên cứu: đặc điểm tuổi, giới tính và thời gian diễn biến lâm sàng; đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

- Xử lý số liệu: số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

3.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1.Đặc điểm chung của BN:

Bảng 1. Đặc điểm giới tính, tuổi và thời gian mắc bệnh.

Đặc điểm		U Warthin	U hỗn hợp	Ung thư	U khác*	Tổng
Giới tính	Nam	6 (14,3%)	9 (9,5%)	2 (4,8%)	3 (7,1%)	20 (47,6%)
	Nữ	4 (9,5%)	13 (30,6%)	1 (2,4%)	4 (9,5%)	22 (52,4%)
Tuổi	< 15	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
	15-30	0 (0%)	5 (11,9%)	0 (0%)	0 (0%)	5 (11,9%)
	31-55	1 (2,4%)	5 (11,9%)	2 (4,8%)	2 (4,8%)	10 (23,8%)
	56-60	4 (9,5%)	4 (9,5%)	1 (2,4%)	2 (4,8%)	11 (26,2%)
	> 60	5 (11,9%)	8 (19%)	0 (0%)	3 (7,1%)	16 (38,1%)
Thời gian mắc bệnh (năm)	< 1	4 (9,5%)	5 (11,9%)	2 (4,8%)	2 (4,8%)	13 (31%)
	1-5	5 (11,9%)	10 (23,8%)	1 (2,4%)	4 (9,5%)	20 (47,6%)
	5-10	1 (2,4%)	3 (7,1%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (9,5%)
	> 10	0 (0%)	4 (9,5%)	0 (0%)	1 (2,4%)	5 (11,9%)

(* u khác bao gồm u mỡ, u cơ, u tế bào ưa acid, u nang tuyến).

Nam 20 BN(47,6%),nữ 22 BN (52,4%), khác biệt không có ý nghĩa thống kê.Trong từng nhóm bệnh ở nam giới:tỉ lệ mắc uwarthin là 6/10 BN (60%), u hỗn hợp là 9/22 BN (40,9%), ung thư là 2/3 BN (66,7%),khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Tuổi mắc bệnh: từ 20-92 tuổi, trung bình là 52,9 tuổi, chủ yếu BNtrên 55 tuổi(64,3%).Thời gian mắc bệnh:đa số từ 1-5 năm (trừ ung thư), trong đó,u warthin 5/10 BN (50%), u hỗn hợp10/22 BN (45,5%), u khác:4/7 BN (57,1%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

Bảng 2. Đặc điểm về vị trí, kích thước, mật độ khối u tuyến mang tai.

Đặc điểm		U Warthin	U hỗn hợp	Ung thư	U khác	Tổng
Vị trí	Trái	7 (16,7%)	11 (26,2%)	1 (2,4%)	5 (11,9%)	24 (57,2%)
	Phải	3 (7,1%)	11 (26,2%)	2 (4,8%)	2 (4,8%)	18 (42,8%)
Kích thước	< 2cm	2 (4,8%)	3 (7,1%)	1 (2,4%)	0 (0%)	6 (14,3%)
	2-4cm	8 (19%)	14 (33,3%)	1 (2,4%)	7 (16,7%)	30 (71,4%)
	> 4cm	0 (0%)	5 (11,9%)	1 (2,4%)	0 (0%)	6 (14,3%)
Mật độ	Mềm	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (4,8%)	2 (4,8%)
	Chắc	9 (21,4%)	9 (21,4%)	0 (0%)	3 (7,1%)	21 (50%)
	Cứng	1 (2,4%)	13 (30,9%)	3 (7,1%)	2 (4,8%)	19 (45,2%)

U phân bố bên phải và bên trái là gần tương đương (57,2%, 42,8%). Đa phần khối u có kích thước từ 2-4cm (71,4%), trong đó hay gặp là u warthin8/10 BN (80%), tiếp theo là u hỗn hợp14/22 BN (63,6%). Mật độ chắc ở u warthin 9/10 BN, mật độ cứng ở u hỗn hợp14/22 BN,mật độ cứng ở ung thư là 100% (3/3 BN), khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2. Đặc điểm về ranh giới, mức độ di động và bề mặt khối u.

Đặc điểm		U Warthin	U hỗn hợp	Ung thư	U khác	Tổng
Ranh giới	Rõ	10 (23,8%)	22 (52,4%)	2 (4,8%)	6 (14,2%)	40 (95,2%)
	Không	0 (0%)	0 (0%)	1 (2,4%)	1 (2,4%)	2 (4,8%)
Di động	Có (dễ)	9 (21,4%)	14 (33,3%)	0 (0%)	7 (16,7%)	30 (71,4%)
	Không	0 (0%)	0 (0%)	2 (4,8%)	0 (0%)	2 (4,8%)
	Ít	1 (2,4%)	8 (19%)	1 (2,4%)	0 (0%)	10 (23,8%)
Bề mặt	Nhẵn	9 (21,4%)	5 (11,9%)	2 (4,8%)	7 (16,7%)	23 (54,8%)
	Gồ ghề	1 (2,4%)	17 (40,4%)	1 (2,4%)	0 (0%)	19 (45,2%)

Ranh giới rõ chiếm 95,2%. Di động dễ chủ yếu là u warthin và u hỗn hợp (chiếm 9/10 BN và 14/22 BN), với ung thư thì đa số trường hợp không di động (2/3 BN). 9/10 BN u warthin có bề mặt nhẵn, 17/22 BN u hỗn hợp có bề mặt gồ ghề. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với độ tin cậy 95% ($p < 0,05$).

Bảng 3. Tỷ lệ khối u trên lâm sàng, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ và mô bệnh học.

Phân loại	U warthin	U hỗn hợp	Ung thư	U khác	Tổng
Lâm sàng	13 (30,9%)	19 (45,3%)	5 (11,9%)	5 (11,9%)	42 (100%)
CHTBKN**	13 (30,9%)	20 (47,6%)	2 (4,83%)	7 (16,67%)	42 (100%)
Mô bệnh học	10 (23,8%)	22 (52,3%)	3 (7,14%)	7 (16,67%)	42 (100%)

(Ghi chú: ** chọc hút tế bào bằng kim nhỏ).

Đa số u hỗn hợp (lâm sàng 45,3%, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ 47,6%, mô bệnh học 52,3%), sau đó là u Warthin (lâm sàng 30,9%, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ 30,9%, mô bệnh học 23,8%), ít gặp nhất là ung thư tuyến (lâm sàng 11,9%, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ 4,83% và mô bệnh học 7,14%).

4. BÀN LUẬN.

- *Giới tính*: chúng tôi gặp nam 20 BN (47,6%), nữ 22 BN (52,4%). Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương (2000) và Đinh Xuân Thành (2013) (BN nữ 54,8% và 61,84%) [4], [5]. U hỗn hợp gặp chủ yếu BN nữ (59,1%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Minh Phương (2000), u hỗn hợp ở BN nữ là 51,28% [4], Rohit Khanna và cộng sự (1996) [3].

- *Tuổi*: BN mắc bệnh ở nhiều lứa tuổi, trung bình là 52,9 tuổi, hay gặp BN trên 60 tuổi (38,1%). Theo Nguyễn Minh Phương (2000) và Đinh Xuân Thành (2013), tuổi trung bình là 44,49 tuổi và hay gặp BN từ 30-45 hoặc 45-60 tuổi [4], [5].

- *Thời gian diễn biến lâm sàng*: đa số BN mắc bệnh từ 1-5 năm (47,6%). Thời gian gian trung bình theo Hàn Thị Vân Thanh (2001) là trên 5 năm (66,76 tháng) [1]. U tuyến mang tai, dù ác tính cũng tiến triển chậm, biểu hiện tại chỗ là chính, do hoàn cảnh và thói quen ngại đi khám bệnh, nên đa số BN đi khám khi triệu chứng lâm sàng rõ ràng và u gây biến dạng cổ-mặt.

- *Đặc điểm lâm sàng*: u phân bố bên phải và bên trái là gần tương đương (57,2%, 42,8%) Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh (2001), bên phải và bên trái ngang nhau (50%) [1]. Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng, u kích thước 2-4 cm chiếm 71,46%. Theo Nguyễn Minh Phương (2000), kích thước khối u từ 2-4 cm chiếm 71,9% [6], Duroux (1997) thì tỷ lệ này thấp hơn, khối u có kích thước dưới 2 cm chiếm 26% và kích thước 2-4 cm chiếm 20% [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khối u kích thước 2-4 cm có tỷ lệ cao hơn là do BN thường đến khám muộn. 50% khối u có mật độ chắc, 4,8% khối u có mật độ mềm. Đặc điểm khối u: ranh giới rõ 95,2%, di động dễ (71,4%). Các đặc

điểm lâm sàng này đều đã được đề cập rất nhiều trong các tài liệu.

- *Tỷ lệ khối u trên lâm sàng, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ và mô bệnh học*: u hỗn hợp chiếm tỷ lệ cao nhất cả trên chẩn đoán lâm sàng, chọc hút tế bào bằng kim nhỏ và mô bệnh học. Sự phù hợp giữa chẩn đoán lâm sàng và mô bệnh học của u warthin là 76,92%, của nhóm u hỗn hợp là 86,36%, ung thư là 60%, u khác là 71,42%. Sự phù hợp giữa chọc hút tế bào bằng kim nhỏ và mô bệnh học u warthin là 76,9%, u hỗn hợp là 90,9%, ung thư là 100%, u khác là 85,7%.

5. KẾT LUẬN.

Nghiên cứu 42 BN u tuyến mang tai, tại Khoa Phẫu thuật hàm mặt và tạo hình, Bệnh viện Quân y 103, từ tháng 5/2015-5/2017, kết luận:

- U tuyến mang tai có rất nhiều thể, trong đó u hỗn hợp tuyến mang tai chiếm nhiều nhất (52,3%), tiếp theo là u warthin (23,8%), ung thư (7,14%) và các loại u khác (16,76%).

- Có sự sai lệch về chẩn đoán lâm sàng, chọc hút tế bào với chẩn đoán mô bệnh học.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- Hàn Thị Vân Thanh (2001), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai ở bệnh viện K từ năm 1996-2001*, Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
- Duroux S, Ballester M, Michelet V (1997), "Traitement chirurgical des adenomes pleomorphes de la parotide", *Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac*, 98(6), pp. 336-338.
- Rohit Khanna, Donal W. Chakeres (1996), "Mix adenoma of the parotid gland, ACR's learning file CD series, Head and neck", *Ohio state University, columbus O.H.*
- Nguyễn Minh Phương (2000), *Chụp tuyến có thuốc cản quang đối chiếu giải phẫu bệnh trong chẩn đoán và điều trị u tuyến nước bọt mang tai*, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại Học Y Hà Nội.
- Đinh Xuân Thành (2013), *Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai*, Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội. □