

# MỤC LỤC

## Trang

1. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU THỰC HIỆN PHẪU THUẬT.....	5
NỘI SOI NGOÀI PHÚC MẠC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN .....	5
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG .....	5
Lữ Văn Trạng, Trần Phước Hồng, .....	5
Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Tấn Huy .....	5
2. NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THAI NGOÀI TỬ CUNG VỖ.....	18
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG .....	18
Bs Ngô Hùng Sơn, Bs Dương Thị Nhan .....	18
Bs Trần Phước Hồng, Bs Hồ Thị Lan Phương .....	18
Bs Kim Thanh Lộc (BV Nhật Tân).....	18
3. TÌNH HÌNH CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO TẠI KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG TỪ 06/2013 ĐẾN 06/ 2014 .....	33
Đỗ Văn Vân- Hồ Ngọc Diệp.....	33
Trần Minh Quang- Tạ Thị Kim Liên .....	33
4. CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ THAI NGOÀI TỬ CUNG .....	47
Ở BỆNH VIỆN ĐA KHOA NHẬT TÂN.....	47
Nguyễn Thị Huệ, Kim Thanh Lộc, Phạm Đăng Tấn Hưng ..	47
Phạm Phước Vinh, Châu Hữu Hầu .....	47
5. KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỐC ĐIỆN NGOÀI LÒNG NGỰC XỬ TRÍ RỐI LOẠN NHỊP NHANH TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG .....	55
Nguyễn Thị Trà My, Hà Minh Đức, .....	55
Trần Bửu Thọ, Võ Thị Bạch Yến.....	55
6. TỶ LỆ VÀ LIÊN QUAN VỀ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA TĂNG TROPONIN I Ở BỆNH NHÂN ĐỢT MÁT BÙ CẤP SUY TIM MẠN .....	68
Ths.Bs. Võ Minh Hiền, Bs. Hồ Thị Thanh Thủy, .....	68

BS. Trần Lê Minh Thái, ĐD. Tô Lộc Huyền.....	68
7. KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH TIM MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP2 .....	78
BS Phạm Kim Xoàn BS Nguyễn Văn Ngọc Răng.....	78
ĐD Hồ Xuân Hồng ĐD Nguyễn Thị Xuân .....	78
8. NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG BÀN CHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI KHOA NGOẠI CHẤN THƯƠNG BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG.....	87
Bs. Trần Thế Phương, Bs. Cao Phước Lộc .....	87
Ys. Phạm Văn Giao, Đd. Võ Thị Phương .....	87
9. KHẢO SÁT TÌNH HÌNH NHIỄM VIÊM GAN B TRÊN CÁC SẢN PHỤ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG .....	95
Nguyễn Thu Lộc, Cao Công Sang.....	95
Nông Thị Hoa, Võ Thị Mỹ Loan.....	95
10. KHẢO SÁT BỆNH TIÊU CHẢY CẤP VÀ CÁC YẾU TỐ KẾT HỢP VỚI BỆNH TIÊU CHẢY CỦA TRẺ EM DƯỚI 6 TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI PHÒNG KHÁM NHI BVĐK-KV TỈNH AN GIANG.....	104
ThS.BS Chung Cẩm Hạnh, ĐD Nguyễn Thị Diễm Trang, ..	104
ĐD Huỳnh Thị Trang, ĐD Cao thị Kim Sa. ....	104
11. TÌNH HÌNH TỬ VONG TRONG 24 GIỜ ĐẦU NHẬP VIỆN TRONG 2 NĂM (2012 - 2013) TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG.....	114
Huỳnh Thị Kiều Phương, Lê Thị Hòa, .....	114
Trương Thiện Tùng, Đào Châu Khôi.....	114
12. NHẬN MỘT TRƯỜNG HỢP TỔN THƯƠNG.....	123
ĐỘNG MẠCH TINH HOÀN ( BUỒNG TRÚNG ) TRÁI.....	123
TẠI BỆNH VIỆN ĐK KV TỈNH AN GIANG.....	123
BS CK II Nguyễn Văn Ngãi.....	123

13.KHẢO SÁT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỊ VẬT TẠI.....	128
Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG .....	128
Bs.CKI.Phạm Dân Nguyên - Bs.CKI.Lê Thiện Hiệp .....	128
Ys.Lê Công Tâm - ĐD.Nguyễn Thị Thanh Bay .....	128
14.KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG THIẾU MÁU THIẾU SẮT Ở TRẺ EM KHOA KHÁM BỆNH Từ 1/9/2013- 01/3/2014 .....	135
Ths, BS. Ngô Thị Kim Loan, BS CKI. Đoàn Thị Hảo .....	135
ĐD. Võ Ngọc Ân, ĐD.Võ Thị Kim Hoàng. ....	135
15.NHẬN XÉT TÌNH HÌNH ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN TỬ VONG.....	141
TRONG 24 GIỜ ĐẦU SAU NHẬP VIỆN.....	141
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG NĂM 2014 .....	141
CV La Văn Hoàng, ĐD Nguyễn Xuân Thế .....	141
Lê Thị Kim Thanh, Lê Thị Huyền Trang .....	141
16.KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ CHẾ ĐỘ ĂN BỆNH LÝ CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP .....	152
ĐD. Trần Huỳnh Ngọc – ĐD. Nguyễn Thị Chi.....	152
ĐD. Nguyễn Thị Trúc Linh.....	152
17.NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ABCCESS GAN DO DỊ VẬT ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG.....	164
Bs Đặng Minh Triết, Huỳnh Ngọc Thanh.....	164
18.THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI CỦA CÁC BÀ MẸ CÓ CON BỊ TAY CHÂN MIỆNG TẠI KHOA NHI BV ĐKKV TỈNH .....	171
AN GIANG TỪ THÁNG 6 ĐẾN THÁNG 9 NĂM 2014.....	171
CN. Nguyễn Thanh Bình, BS. Nguyễn T Bích Thủy .....	171
CN. Nguyễn Như Phượng, ĐD. Nguyễn Thị Kim Chi.....	171
19.BÁO CÁO HAI TRƯỜNG HỢP TẮC TÁ TRÀNG BẨM SINH.....	180
ĐIỀU TRỊ TẠI BVĐKV TỈNH AN GIANG .....	180
Bs CKII Nguyễn Văn Ngãi, Bs CKI Nguyễn Thanh Long, 180	
Bs CKI Nguyễn Thị Kim Liên, Bs Phạm Huyền Loan. ....	180

20.KHẢO SÁT CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN QUA NỘI SOI DẠ DÀY TÁ TRÀNG.....	186
BS Lê Thiện Hòa - BS Nguyễn Thị Bích Thủy .....	186
BS Nguyễn Văn Bình - ĐD Nguyễn Thị Huyền .....	186
21.ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHỈ SỐ FMD, BỀ DÀY LỚP NỘI TRUNG MẠC ĐỘNG MẠCH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2 .....	196
Lê Nguyễn Trí Dũng, Lê Văn Cường, .....	196
Huỳnh Phúc Hậu, Nguyễn Văn Nô .....	196

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU THỰC HIỆN PHẪU THUẬT NỘI SOI NGOÀI PHỨC MẠC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG

*Lữ Văn Trạng, Trần Phước Hồng,*

*Nguyễn Thanh Long, Nguyễn Tấn Huy*

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là bệnh thường gặp, thống kê tại Mỹ, hàng năm có khoảng 770.000 thoát vị bẹn. Phẫu thuật là phương pháp duy nhất điều trị bệnh này với mục đích che phủ ổ khuyết hông bằng cân cơ tự thân hoặc nhân tạo. Bassini thực hiện PT lần đầu tiên 1884, cho đến nay đã có khoảng 100 PP mổ khác nhau, nhưng tỷ lệ tái phát sau mổ vẫn cao. Kỹ thuật mổ kinh điển bằng cách khâu kéo cân cơ che phủ chỗ khuyết hông của lỗ bẹn có nhược điểm làm căng giãn đường khâu, chậm liền sẹo, đau sau mổ, thiếu dưỡng..., dễ tái phát sau mổ.

Phương pháp mổ nội soi được Ger thử nghiệm 1982 và Bojagavalensky thực hiện trên người 1989 với ưu điểm vượt trội ít đau sau mổ, hồi phục nhanh, giảm biến chứng, giá trị thẩm mỹ cao. Sau đó, trong những năm đầu của thập niên 90, nhiều kỹ thuật nội soi xuyên phúc mạc (TAPP) điều trị thoát vị bẹn đã được tiến hành.<sup>(7,10)</sup>

Năm 1993 phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP) được Kernan báo cáo có kết quả tốt. Từ đó đến nay có nhiều phẫu thuật viên đã thực hiện phương pháp này.<sup>(10)</sup>

### **Mục tiêu nghiên cứu:**

1. Đánh giá tính khả thi và an toàn của phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn ở người lớn.
2. Xác định các tai biến trong mổ.
3. Xác định các biến chứng sau mổ.

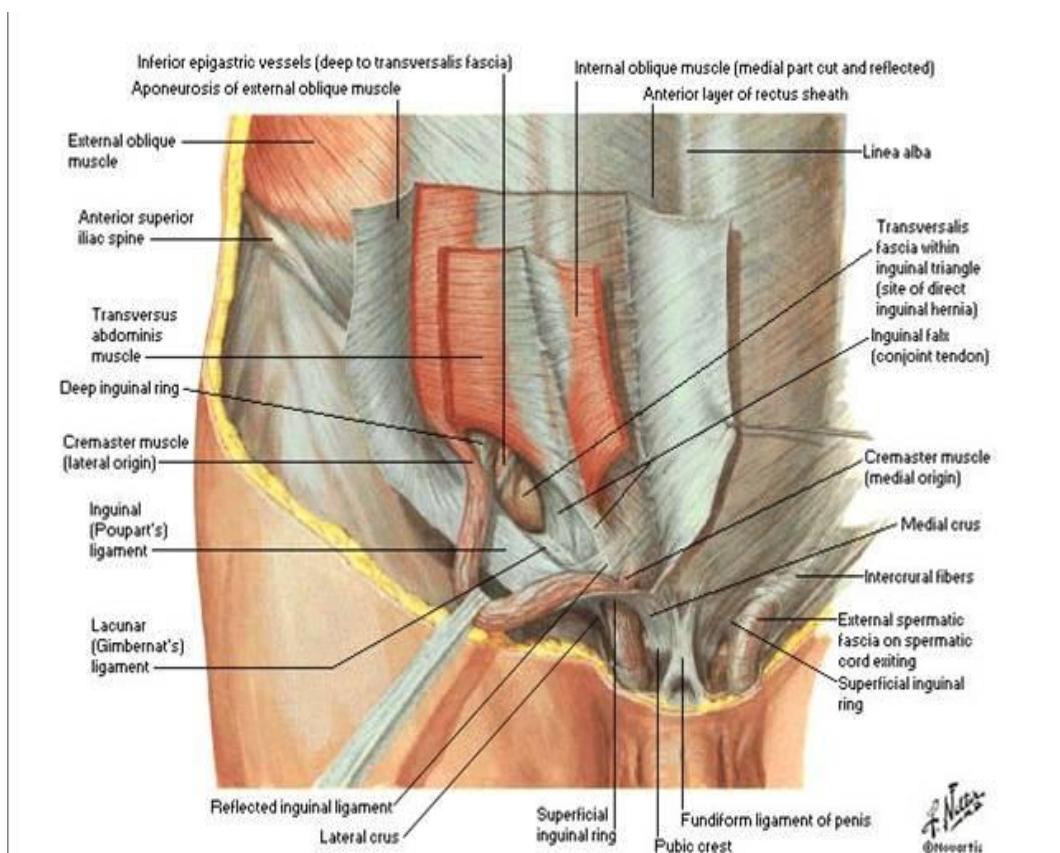
## II. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

### 2.1 Giải phẫu vùng bẹn

Vùng bẹn được quy ước là khu vực gồm phần thấp của hố chậu và hạ vị mỗi bên, nằm trên nếp lằn bẹn.

Bệnh lý của vùng bẹn chủ yếu là thoát vị bẹn, không những thể hiện triệu chứng ở vùng bẹn mà còn ở bộ phận sinh dục ngoài (bìu hay môi lớn) và cả ở đùi. Vì vậy bìu, môi lớn được xem như một liên quan mở rộng của vùng bẹn.

Cấu trúc giải phẫu chủ yếu ở vùng bẹn là ống bẹn. Ống bẹn gồm 4 thành và 2 lỗ:



Thành trước: Là tận cùng của cân cơ chéo bụng ngoài với các cột trụ ngoài và trong.

Thành sau: Phức tạp, gồm có các phần ở sau cân cơ của thành bụng, trong đó đáng chú ý là mạc ngang.

Thành trên: Gồm các thớ cơ thấp nhất của cơ chéo bụng trong và cơ ngang, xuống thấp tạo thành liềm bẹn hay gân kết hợp.

Thành dưới: là cung đùi gồm các thớ cân của cơ chéo bụng ngoài cuốn chung quanh dây bẹn ngoài Hence từ trước ra sau và từ ngoài vào trong làm thành một cấu trúc hình máng hướng lên trên.

Dây chằng bẹn phân chia ống bẹn ở trên và vòng đùi ở phía dưới.

Lỗ bẹn nông: Ở mức gai mu, nằm giữa cột trụ ngoài và cột trụ trong.

Lỗ bẹn sâu: Nằm ở phía trên trung điểm của nếp bẹn khoảng 1,5-2cm. Ở nam, ống bẹn là đường đi của tinh hoàn từ ổ bụng xuống bìu trong thời kỳ phôi thai vào tuần thứ 12 cuối thai kỳ. Tinh hoàn xuống bìu kéo theo phúc mạc tạo thành ống phúc tinh mạc. Sau khi tinh hoàn đã xuống bìu, ống bẹn sẽ chứa thừng tinh, còn ống phúc tinh mạc sẽ bít lại tạo thành dây chằng Cloquet. Còn ở nữ, ống bẹn chứa dây chằng tròn. Mặt trong của vùng bẹn có động mạch thượng vị dưới, thừng động mạch rốn và dây treo bàng quang đội vào phúc mạc tạo nên các nếp nhô và chia vùng bẹn ra thành 3 hố bẹn:

Hố bẹn ngoài: Nằm ngoài động mạch thượng vị dưới, là nơi xảy ra thoát vị bẹn chéo ngoài gián tiếp.

Hố bẹn giữa: Nằm giữa động mạch thượng vị dưới và thừng động mạch rốn, là nơi xảy ra thoát vị bẹn trực tiếp.

Hố bẹn trong: Nằm giữa thừng động mạch rốn và dây treo bàng quang, là nơi xảy ra thoát vị bẹn chéo trong, rất hiếm gặp.

## **2.2 Nguyên nhân và sinh lý bệnh**

Cho đến nay, nguyên nhân tại sao chỉ có một số người bị thoát vị bẹn, đối với thoát vị bẹn thể trực tiếp, vẫn chưa được biết rõ. Riêng đối với thoát vị bẹn thể gián tiếp, tồn tại ống phúc tinh mạc được xem là nguyên nhân chủ yếu. Mặc dù,

trong một số không ít trường hợp, không có thoát vị bẹn dù tồn tại ống phúc tinh mạc. Nhiều nghiên cứu đã cố gắng tìm hiểu đáp ứng của vòng bẹn trong đối với sự gia tăng áp lực trong ổ phúc mạc. Các nghiên cứu này đã chỉ ra rằng, lỗ bẹn sâu có tác dụng như một cấu trúc dạng van, có vai trò ngăn cản không cho các tạng chui qua lỗ bẹn sâu khi có tăng áp lực đột ngột như khi ho, rặn ... Trong thoát vị bẹn gián tiếp, chức năng này bị suy yếu hay hầu như mất hẳn.

Đối với thoát vị bẹn trực tiếp, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra các biến loạn về chuyển hóa và sinh hóa đóng vai trò quan trọng trong hình thành mà đặc biệt là khả năng tái phát. Trong đó nổi bật là vai trò của các sợi collagen. Ở các bệnh nhân bị thoát vị bẹn trực tiếp, người ta ghi nhận sự giảm tạo collagen, giảm hàm lượng collagen và giảm trọng lượng các sợi collagen. Tuy nhiên bản chất của quá trình này vẫn chưa được hiểu biết đầy đủ.

### **III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

#### **3.1. Đối tượng nghiên cứu:**

Tất cả các bệnh nhân được điều trị phục hồi thành bẹn bằng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc tại đa khoa Khu Vực Tỉnh An Giang từ tháng 10/2013 đến tháng 10/2014.

#### **3.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân :**

- Các bệnh nhân không có chống chỉ định phẫu thuật nội soi
- Thoát vị bẹn 1 bên hay 2 bên, lần đầu hay tái phát
- Loại trừ những trường hợp: Có phẫu thuật đường giữa dưới rốn trước đó, có đặt mesh ngã tiền phúc mạc trước đó, thoát vị to hay bị kẹt.

#### **3.3. Phương pháp nghiên cứu:**

Tiền cứu, mô tả cắt ngang không có nhóm đối chứng.

#### **3.4. Thu thập số liệu:**

Số liệu được thu thập theo một mẫu bệnh án thống nhất định sẵn.

#### **3.5. Phương pháp tiến hành:**

Bố trí phòng mổ: màn hình, nguồn sáng, bơm hơi và đốt điện giữa 2 chân bệnh nhân. Bệnh nhân nằm ngửa. Phẫu thuật viên đứng đối bên thoát vị.

**1. Đặt Trocar, tạo khoảng trống trong khoang tiền phúc mạc:** rạch da 1-1,5cm dưới rốn, cắt lá trước bao cơ thẳng bụng bóc tách cơ thẳng bụng cho đến lá sau,

Đặt Trocar 1 (10 mm) nòng hướng về khớp mu một góc  $30^{\circ}$ . Sau đó, đặt camera  $45^{\circ}$  để kiểm tra, nếu vào đúng khoang tiền phúc mạc, cho bơm  $CO_2$  với áp lực  $<11\text{mmHg}$ , đồng thời dùng ống soi bóc tách rộng khoang tiền phúc mạc cho đến xương mu.

Đặt Trocar 2 (5mm) đường giữa dưới rốn cách trocar đầu tiên 4cm.

Đặt trocar 3 (5 mm) đường giữa dưới rốn cách trocar thứ hai 4cm.

**2. Xử lý túi thoát vị:** Nếu túi thoát vị nhỏ thì được bóc tách khỏi thành tinh và đẩy vào ổ bụng, nếu túi thoát vị to xuống bìu và bị dính thì cắt túi ở lỗ bẹn trong và đẩy đầu gân vào ổ bụng.

**3. Chuẩn bị mảnh ghép:** Một mảnh ghép polypropylen kích thước  $10 \times 15$  cm có đánh dấu ở góc được đặt vào phía sau bó mạch thượng vị dưới để che phủ lỗ bẹn trong.

Kiểm tra để đảm bảo mảnh ghép nằm sát thành bụng, xả hơi đồng thời rút camera để chắc chắn mảnh ghép không bị cuộn hay di lệch, đóng lại các lỗ trocar.

**4. Theo dõi sau mổ:** Sau mổ bệnh nhân được dùng thuốc giảm đau và đánh giá mức độ đau theo thang điểm VAS, thuốc giảm đau từ nhẹ đến nặng.

Theo dõi bệnh nhân có bị biến chứng sớm như: chảy máu, tụ máu, tụ dịch, bí tiểu, táo bón...

Tất cả bệnh nhân được tái khám sau 1 tuần và cắt chỉ tại bệnh viện. Tái khám định kỳ 3,6,12 tháng để phát hiện các biến chứng muộn và tái phát

### **3.6. Ghi nhận các biến số cần nghiên cứu:**

	STT	Tên biến số	Định nghĩa	Phân loại
Hành	1	Tuổi	Năm sinh	Định lượng
Chánh	2	Giới	Nam, nữ	Định tính

	3	Địa chỉ	Thành thị, nông thôn	Định tính
Lâm Sàng	4	Vị trí thoát vị	Thoát vị bên (T), (P)	Định tính
	5	Số lượng thoát vị	1 bên, 2 bên	Định lượng
Điều Trị	6	Thời gian PT	Phút	Định lượng
	7	Chuyên mổ hở	Có, không	Định tính
	8	Thời gian nằm viện	Ngày	Định lượng
	9	Đau sau mổ	Thang điểm đau	Định tính
	10	Nhiễm trùng vết mổ	Theo tổ chức CDC (Center for disease control & prevention)	Định tính
	11	Tụ dịch	Nề da vùng mổ, khám hay siêu âm	Định tính

### 3.7. Phương pháp xử lý số liệu:

- Dữ liệu thu thập được lưu trữ trên máy vi tính, xử lý theo các thuật toán thống kê với chương trình SPSS 16.0.
- Tỷ lệ được tính cho các biến số định tính.
- Trung bình và độ lệch chuẩn được tính cho các biến số định lượng.

## IV. KẾT QUẢ:

### 4.1. Kết quả về tuổi

**Bảng 1:** Tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

Tuổi	Trung bình	Tuổi lớn nhất	Tuổi nhỏ nhất
	46 ± 16	77	17

Nhận xét: Tuổi trung bình là 46 ± 16 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 17, lớn nhất là 77 tuổi.

#### 4.2. Vị trí thoát vị

**Bảng 2: Vị trí thoát vị bẹn :**

Vị trí thoát vị	Trái	Phải	Hai bên
	13 (36,1%)	23 (63,9%)	0 (0%)

Nhận xét : trong nhóm nghiên cứu thì nhóm thoát vị bên phải chiếm tỉ lệ cao nhất 63,9%, không có trường hợp nào thoát vị 2 bên nào thỏa điều kiện trong nhóm nghiên cứu.

#### 4.3. Loại thoát vị bẹn:

**Bảng 3: Phân loại thoát vị**

Loại thoát vị	Gián tiếp	Trực tiếp
	36 (100%)	0 (0%)

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân của chúng tôi là thoát vị bẹn gián tiếp.

#### 4.4. Thời gian phẫu thuật.

**Bảng 4: Thời gian phẫu thuật :**

Thời gian mổ	Trung bình	Dài nhất	Ngắn nhất
	93 ± 28	190	40

Nhận xét: Thời gian mổ trung bình là 93 ± 28 phút

#### 4.5. Kích thước mảnh ghép.

Trong tất cả các trường hợp chúng tôi dùng mảnh ghép 10\*15cm.

#### 4.6. Phương pháp phẫu thuật:

**Bảng 5: Phương pháp phẫu thuật:**

Phương pháp mổ	TEP	TAPP
	35(97,2%)	1(2,8%)

Nhận xét: Chúng tôi có 1 trường hợp chuyển mổ theo TAPP, không chuyển mổ mở nào mặc dù trong quá trình phẫu thuật có vài trường hợp bị thủng phúc mạc làm xếp phẫu trường nhưng vẫn không gây khó khăn trong quá trình thao tác.

#### 4.7. Đau sau mổ:

**Bảng 6: Mức độ đau sau mổ:**

Đau ít (VAS 1-3đ)	Đau vừa (VAS 4-6đ)	Đau nhiều (VAS 7-10đ)
33 (91,67%)	3 (8,33%)	0 (0%)

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi, có 3 trường hợp bị đau vết mổ mức độ trung bình, còn lại là đau ít chỗ vùng thoát vị nên không làm hạn chế việc phục hồi vận động sớm cho bệnh nhân sau phẫu thuật này.

#### 4.8. Tai biến, biến chứng.

**Bảng 7: Tai biến và biến chứng cuộc mổ:**

Tai biến, biến chứng	Tụ dịch vùng mổ	Nhiễm trùng vết mổ
	2 (5,56%)	1 (2,78%)

Nhận xét: Không có biến chứng nặng. có 2 trường hợp tụ dịch vùng thoát vị mức độ ít, chúng tôi duy trì kháng sinh, kháng viêm nên phục hồi sớm không gây khó chịu gì cho bệnh nhân.

Ngoài ra chúng tôi gặp 1 trường hợp nhiễm trùng nhẹ vết mổ lỗ trocar được xử lý cắt chỉ sớm bệnh nhân diễn tiến rất tốt sau đó xuất viện trong tình trạng khỏe mạnh bình thường

#### 4.9. Thời gian trở lại sinh hoạt và làm việc:

**Bảng 8: Thời gian trở lại sinh hoạt bình thường sau phẫu thuật:**

Trở lại sinh hoạt bình thường	Trung bình	Dài nhất	Ngắn nhất
	3 ngày	4 ngày	2 ngày

Nhận xét: Thời gian trở lại sinh hoạt bình thường là 3 ngày

#### 4.10. Thời gian nằm viện:

**Bảng 9: Thời gian nằm viện ( tính từ lúc phẫu thuật đến xuất viện):**

Trở nằm viện	Trung bình	Dài nhất	Ngắn nhất
	5 ± 1 ngày	8 ngày	3 ngày

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện trung bình là 5 ± 1 ngày

## V. BÀN LUẬN

Sự phát triển của phẫu thuật nội soi trong điều trị thoát vị bẹn cũng giống như trong phẫu thuật mở, đầu tiên là nút chặn, miếng vá nhỏ, đến nay là mảnh ghép lớn - điều này làm tỉ lệ tái phát giảm đi rõ rệt. Phẫu thuật nội soi cũng có nhiều biến đổi. Đầu tiên là phương pháp đặt mảnh ghép trong phúc mạc, Sau đó là phương pháp xuyên bụng vào khoang tiền phúc mạc (TAPP): phương pháp này đặt mảnh ghép ở khoang tiền phúc mạc, nhưng khác với mổ mở ngã sau là tiếp cận khoang tiền phúc mạc từ trong xoang phúc mạc, điều này làm kéo dài thời gian mổ vì phải khâu lại lá

phức mạc và có bất lợi là có thể gây dính tạng trong khoang phúc mạc, nhưng với kết quả tốt, tỉ lệ tai biến và biến chứng thấp nên phẫu thuật được thực hiện rất nhiều<sup>(1,2,4,5)</sup>. Đến nay là phương pháp ngoài phúc mạc (TEP): phương pháp này hoàn toàn giống với mổ mở ngã sau, nên tránh được biến chứng của đường rạch phúc mạc hoặc của mảnh ghép trong xoang phúc mạc<sup>(7,10)</sup>

Qua tổng kết chúng tôi nhận thấy bệnh nhân trở lại sinh hoạt bình thường vào ngày thứ 3, không có đau kéo dài sau mổ và chưa thấy dấu hiệu tái phát với thời gian theo dõi còn ngắn. Điều này cho thấy phẫu thuật đặt mảnh ghép qua ngã nội soi ngoài phúc mạc dưới gây mê có tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ tái phát thấp, bệnh nhân ít đau, thời gian nằm bệnh viện ngắn, thời gian trở lại sinh hoạt và trở lại làm việc sớm.

Tỉ lệ chuyển sang phương pháp TAPP của Lê Quốc Phong<sup>(4)</sup> là 6,9%, của Chiofalo<sup>(8)</sup> là 0,5% đối với thoát vị lần đầu, 1,4% đối với thoát vị tái phát, không có chuyển mổ mở. Các nguyên nhân làm thủng phúc mạc là do túi thoát vị dính nhiều, ngoài ra còn do lỗi kỹ thuật. Qua nghiên cứu này chúng tôi thấy sử dụng cả ba trocar trên đường giữa không làm khó khăn cho việc tạo phẫu trường đủ rộng để thao tác xử lý túi thoát vị. Đối với thoát vị gián tiếp to, để tránh thoát khí CO<sub>2</sub> vào ổ bụng chúng tôi phẫu tích ở cổ túi thoát vị, tách mạch máu tinh hoàn, ống dẫn tinh ra khỏi túi thoát vị, cột ngang cổ túi, rồi cắt ngang túi ở dưới chỗ cột, để hở đầu xa.

Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc : bệnh nhân không đau, không khó chịu, phẫu trường rộng rãi và thực hiện phẫu thuật dễ dàng. Mảnh ghép khi đặt vào cơ thể sẽ bị co lại 20% và theo thời gian thì lỗ thoát vị sẽ mở rộng hơn, vì vậy mảnh ghép phải che phủ qua khỏi diện yếu ít nhất là 2cm nếu có cổ định hoặc là 3-4cm nếu không có cổ định<sup>(7)</sup> (vì thế, chúng tôi sử dụng mảnh ghép lớn). Một yếu tố để ngừa tái phát là mảnh ghép phải che phủ toàn bộ lỗ cơ lược, vì vậy cần phải phẫu tích toàn bộ lỗ cơ lược: bộc lộ dây chằng lược, dải chậu mu, mặt sau thành bụng trước, phải tách túi thoát vị và phúc mạc ra khỏi mạch máu tinh hoàn

và thành bụng sau. Mảnh ghép khi trải ra phải phẳng, không được gấp và bờ dưới phải áp sát thành bụng sau. Một số tác giả cho thấy sử dụng mảnh ghép lớn thời gian mổ nhanh hơn so với mảnh ghép nhỏ<sup>(1)</sup>. Chúng tôi nhận thấy nên sử dụng mảnh ghép lớn vì điều này làm rút ngắn thời gian mổ và giảm tỉ lệ tái phát. Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi đánh giá kết quả bước đầu chưa thấy tái phát, nhưng điều này cần phải theo dõi lâu dài ít nhất là 3-5 năm.

## **VI. KẾT LUẬN:**

Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn kết quả bước đầu là an toàn và hiệu quả, có tỉ lệ biến chứng và tái phát thấp, thời gian nằm viện ngắn, trở lại sinh hoạt và làm việc sớm. Việc nắm kỹ cấu trúc giải phẫu tiền phúc mạc là yếu tố giúp phẫu thuật an toàn tránh tái phát. Tuy nhiên do số liệu nghiên cứu còn khiêm tốn, thời gian theo dõi ngắn nên việc đánh giá chưa thật chính xác. Cần có thêm số liệu và thời gian nghiên cứu dài hơn nữa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Quan Anh Tuấn, Phạm Minh Hải** (2013), “Kết quả của phẫu thuật nội soi đặt lưới tiền phúc mạc điều trị thoát vị bẹn”, *Hội nghị ngoại khoa quốc gia Việt Nam lần thứ XIII*, Tạp chí ngoại khoa, tr 110-114
2. **PGS-TS. Triệu Triều Dương; Th.S Phạm Văn Thương** (2013), “Đánh giá kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi Singlepote xuyên thành bụng đặt lưới Prolen ngoài phúc mạc tại Khoa B15 Bệnh viện TW QUÂN ĐỘI 108”, *Hội nghị ngoại khoa quốc gia Việt Nam lần thứ XIII*, Tạp chí ngoại khoa, tr 56-59
3. **Nguyễn Thanh Phong** ( 2013), “Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc (TEP) điều trị thoát vị bẹn”, *Hội nghị ngoại khoa quốc gia Việt Nam lần thứ XIII*. Tạp chí ngoại khoa, tr. 78-82
4. **Lê Quốc Phong, Phạm Như Hiệp** (2013), “ Kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật nội soi ngoài phúc mạc- bệnh viện trung ương Huế ”, *Hội nghị ngoại khoa quốc gia Việt Nam lần thứ XIII*, Tạp chí ngoại khoa, tr. 134-137
5. **Nguyễn Đình Quyền, Phạm Sỹ Thanh Hà, Sái Văn Đức**(2013), “Nhận xét 16 trường hợp phẫu thuật nội soi phúc hồi thành bụng hoàn toàn ngoài phúc mạc không cố định mảnh ghép tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công an”, *Hội nghị ngoại khoa quốc gia Việt Nam lần thứ XIII*, Tạp chí ngoại khoa, tr. 32-35
6. **Phạm Hữu Thông, Đỗ Đình Công, Nguyễn Thanh Minh, Nguyễn Thế Hiệp**.(2002), “Nhận xét kết quả ban đầu của phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn qua ngã soi ổ bụng”, *Hội nghị ngoại khoa quốc gia Việt Nam lần thứ XII*, Tạp chí ngoại khoa, tr. 81-88.

7. **Simons MP, Aufenacker T, Bay – Nielson M, et al** (2009), “European Hernia Society guidelines on the treatment of inguinal hernia in adult patients”. *Hern* 13, pp.343–403
8. **Chiofalo R, Holzinger F, Klaiber C** (2001), “Total endoscopic preperitoneal mesh implant in primary or recurrent inguinal hernia”. *Chirurgie*, 72(12), pp. 1485-91.
9. **Liem MSL, Steennsel CJV, Boelhouwer RU, Weidema WF et al**(1996), “The learning curve for totally extraperitoneal laparoscopic inguinal hernia repair”, *Am J Surg*, 171, pp. 281-285.
10. **Ramshaw B et al** (2001), “Laparoscopic inguinal hernia repair: Lessons learned after 1224 consecutive cases”, *Surg Endosc*, 15(1), pp. 50-4.

**NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ**  
**THAI NGOÀI TỬ CUNG VỠ**  
**TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG**

*Bs Ngô Hùng Sơn, Bs Dương Thị Nhan*  
*Bs Trần Phước Hồng, Bs Hồ Thị Lan Phương*  
*Bs Kim Thanh Lộc (BV Nhật Tân)*

**TÓM TẮT**

- **Mục tiêu nghiên cứu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị và các yếu tố nguy cơ chữa ngoài tử cung

- **Phương pháp nghiên cứu:** Tiền cứu, mô tả cắt ngang có nhóm đối chứng.

- **Kết quả nghiên cứu:** Từ tháng 1/2014 đến tháng 7/2014 có tổng cộng 75 cas vì CNTC nhập viện và phẫu thuật ở BV ĐKKVT và BV Nhật Tân. Chọn ngẫu nhiên 75 cas sanh thường để khảo sát, so sánh các yếu tố liên quan.

+ Tuổi trung bình CNTC  $33 \pm 6.58$ , địa chỉ ở nông thôn chiếm tỷ lệ cao CNTC ( 78.7%), số con trung bình  $1 \pm 0.89$  ( 0-4 ). Tiền sử mổ CNTC có 2 cas ( 2.7%). Số lần phá thai tỷ lệ 26.7%, viêm nhiễm phụ khoa: 49 cas (65.3%), Phương pháp kế hoạch hóa gia đình: uống thuốc tránh thai khẩn cấp 14 cas (18.7%).

+ Huyết áp trung bình  $110 \pm 33.48$  ( 00 - 150 ), mạch trung bình:  $82 \pm 11.51$  ( 00 - 100 ) lần/ phút. Thời gian trễ kinh trung bình  $8 \pm 6.5$  ngày, Đau bụng: 98.7%, ra huyết âm đạo: 84%, Test thai: dương tính 100%, Hồng cầu trung bình:  $4 \pm 0.6$  triệu, Hct trung bình  $34 \pm 5.41$  %, Siêu âm: Dịch ổ bụng chiếm 45.3%. Thời gian từ vào viện đến phẫu thuật trung bình: mổ nội soi  $2 \pm 2.53$  giờ, mổ mở  $2 \pm 5.22$  giờ, vị trí khối thai: ở vòi trứng hay gặp nhất là đoạn eo 33 cas (44%), đoạn loa: 24 (32.0 %), đoạn thành: 18 (24 %).

Phương pháp phẫu thuật: mổ nội soi chiếm 49.33%, mổ mở chiếm 50.67%. Thời gian phẫu thuật trung bình: mổ nội soi:  $42 \pm 26.44$  phút, mổ mở:  $37.89 \pm 22.73$  phút, lượng máu mất trung bình của mổ nội soi:  $309.46 \pm 247.20$  ml, mổ hở:  $427.11 \pm 375.24$ ml.

### **Kết quả điều trị:**

phẫu thuật nội soi có thời gian phục hồi nhanh, số ngày nằm viện ngắn (BN có thể xuất viện sau 3 ngày), chi phí thấp, lượng máu mất trung bình thấp hơn. *Thời gian nằm viện:* trung bình mổ nội soi:  $6.2 \pm 1.4$ , mổ hở:  $6.8 \pm 0.9$  ngày, không có tai biến nào xảy ra, *chi phí điều trị:* mổ nội soi trung bình:  $2.819.000 \pm 1.582.000$  đồng, mổ mở  $3.582.000 \pm 2.179.000$  đồng,

### **Các yếu tố nguy cơ:**

Tỉ lệ bệnh nhân uống thuốc ngừa thai khẩn cấp bị CNTC tăng gấp 16.9 lần so với các phương pháp ngừa thai khác, Tỷ lệ viêm nhiễm phụ khoa tăng gần gấp 8.9 lần, đông con tăng gấp 8.8 lần, bệnh nhân có nạo phá thai 20 cas (76.9%) cao gấp 4.1 lần

### **I-ĐẶT VẤN ĐỀ:**

- Chửa ngoài tử cung (CNTC) là khi trứng được thụ tinh và làm tổ ở ngoài buồng tử cung. Đây là một bệnh thường gặp, nếu không phát hiện sớm và xử trí không tốt sẽ dẫn đến nguy hiểm và nhiều hệ lụy cho thai phụ.

- Tỷ lệ CNTC tăng dần từ 0.58% đến 1.3% và tỷ lệ này tăng lên rất nhiều lần khi thai phụ đã bị CNTC. Theo Vương Tiến Hòa ở bệnh viện phụ sản TW gọi là CNTC nhắc lại tương đương 11.5%, nếu giới hạn trong vòng 02 năm kể từ CNTC lần đầu thì tỷ lệ lên đến 44.4%.

- Dù các phương pháp chẩn đoán ngày càng tốt hơn, bệnh lý CNTC vẫn là bệnh lý nặng nề vì hai lý do chủ yếu:

- + Sai lầm trong chẩn đoán đe dọa tính mạng người bệnh.
- + CNTC báo hiệu tương lai sản khoa xấu cho người bệnh vì: CNTC ở người chưa đẻ chiếm 1/3 số trường hợp và 50% số trường hợp này bị vô sinh.

Có rất nhiều yếu tố dẫn đến CNTC, nghiên cứu các yếu tố này để dự phòng hoặc giúp chẩn đoán sớm, điều trị sớm nhằm giảm tác động xấu của CNTC, giúp góp phần làm tăng sự thành công của điều trị sinh sản sau này. Nhóm nghiên cứu thực hiện “ nhận xét kết quả điều trị và khảo sát những yếu tố nguy cơ chữa ngoài tử cung ” cũng không ngoài mục đích trên.

### **MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:**

- Mục tiêu tổng quát: Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị CNTC
- Mục tiêu chuyên biệt:
  - + Xác định các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng CNTC.
  - + Đánh giá kết quả điều trị CNTC.
  - + Xác định các yếu tố nguy cơ CNTC

### **II-ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:**

#### **2.1- Đối tượng nghiên cứu:**

##### 2.1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân CNTC:

Tất cả các bệnh nhân nhập Khoa sản Bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang và bệnh viện Đa khoa Nhật Tân từ tháng 1/2014 đến tháng 7/2014 được phẫu thuật với chẩn đoán là CNTC.

2.1.2 Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân sinh thường làm nhóm đối chứng: Chọn ngẫu nhiên bệnh nhân sinh thường với số lượng tương đương bệnh nhân CNTC để khảo sát yếu tố nguy cơ CNTC.

#### **2.2 Địa điểm, thời gian nghiên cứu:**

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang và bệnh viện Đa khoa Nhật Tân.

- Thời gian nghiên cứu: 6 tháng đầu năm 2014.

#### **2.3 Phương pháp nghiên cứu:**

2.3.1. Loại hình nghiên cứu: Đề tài được tiến hành theo phương pháp tiền cứu, mô tả cắt ngang có nhóm đối chứng.

2.3.2 Thu thập số liệu: Số liệu được thu thập theo một mẫu bệnh án thống nhất định sẵn.

2.3.3. Phương pháp tiến hành nghiên cứu: Ghi nhận các biến số cần nghiên cứu:

❖ **Đặc điểm bệnh nhân:**

- Dịch tễ: tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, nơi cư trú., thời gian vào viện.
- Các triệu chứng lâm sàng – cận lâm sàng như: mạch, huyết áp, thời gian trẻ kinh, đau bụng, ra huyết âm đạo, siêu âm, hồng cầu, HCT, test thai,  $\beta$  HCG.
- Tiền sử bệnh nhân điều trị bệnh vô sinh, tiền sử mổ thai ngoài tử cung, số lần thực hiện nạo phá thai
- Bệnh kèm theo: Viêm nhiễm phụ khoa
- Sử dụng PP KHHGĐ: Thuốc viên, thuốc tiêm, đặt dụng cụ, thuốc ngừa thai khẩn cấp, triệt sản.

❖ **Đặc điểm phẫu thuật:**

- Thời gian từ nhập viện đến mổ, thời gian mổ, phương pháp mổ: mổ NS, mổ mở, lượng máu mất. Vị trí khối thai: đoạn loa, đoạn eo, đoạn thành, trong ổ bụng .

❖ **Kết quả điều trị:**

Thời gian nằm viện, biến chứng, chi phí điều trị, lượng máu mất,

❖ **Khảo sát các yếu tố nguy cơ CNTC:**

So sánh giữa nhóm bệnh nhân CNTC và nhóm bệnh nhân sinh thường các yếu tố nguy cơ bao gồm:

- Số con
- Tiền sử bệnh nhân điều trị bệnh vô sinh, tiền sử mổ thai ngoài tử cung, Số lần thực hiện nạo phá thai
- Viêm nhiễm phụ khoa
- Sử dụng PP KHHGĐ: Thuốc viên, thuốc tiêm, đặt dụng cụ, thuốc ngừa thai khẩn cấp, triệt sản.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu:

- Các dữ liệu được so sánh và đánh giá bằng các phép kiểm thống kê thông dụng như chi bình phương với độ tin cậy 95%.

- Tỷ lệ được tính cho các biến số định tính.
- Trung bình và độ lệch chuẩn được tính cho các biến số định lượng.
- xử lý thống kê với chương trình SPSS 16.0.

### **III- KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:**

Từ tháng 01 -> 07 năm 2014 BVĐKKVT và BVĐKNT có 2020 cas nhập viện sanh, mổ, và thực hiện KHHGD, có 75 BN bị CNTC. Tỷ lệ BN bị CNTC là 3,71%

#### **3.1/. Đặc điểm bệnh nhân:**

<b>Đặt điểm</b>	<b>CNTC</b>	<b>Sanh Thường</b>
<b>* Tuổi</b>	Trung bình: 33 ± 6.58 ( 17- 44 )	Trung bình: 27 ± 5.52 ( 18- 41 )
<b>* Nghề nghiệp:</b>	- Công nhân viên: 11(14.7%) - Nông dân: 23 (30.7%) - Buôn bán: 29 (38.7%) - Khác: 12 (16 %)	- Công nhân viên: 16 (21.3%) - Nông dân:17 (22.7 %) - Buôn bán: 24 ( 32 % ) - Khác: 18 (24 %)
<b>* Học vấn:</b>	- Mù chữ: 14 (18.7%) - Tiểu học: 26 (34.7%) - Trung học: 31 (41.3%) - Đại học: 4 ( 5.3%)	- Mù chữ: 17 (22.7%) - Tiểu học: 30 (40%) - Trung học: 21 (28%) - Đại học: 7 (9.3%)
<b>* Địa chỉ:</b>	- Nông thôn: 59 ( 78.7%) - Thành thị: 16 ( 21.3%)	- Nông thôn: 62 ( 82.7%) - Thành thị: 13 (17.3%)
<b>* Số con:</b>	- Số con trung bình: 1 ± 0.89 (0-4) - Con so: 8 (10.7%) - 1 con: 34 (45.3%) - 2 con: 25 (33.3%) - 3 con: 6 (8%) - 4 con: 2 (2.7%)	- Số con trung bình: 1±0.71(0-3) - Con so: 33 (44%) - 1 con: 33 (44%) - 2 con: 8 (10.7%) - 3 con: 1 (1.3%)
<b>* Tiền sử mổ TNTC:</b>	2 (2.7 %)	Không
<b>* Số lần phá thai:</b>	- Không: 55 ( 73.3 %), - Có : 20 (26.7 %) - 1 lần: 12 ( 16 %) - 2 lần: 6 ( 8 %) - 3 lần: 2 ( 2.7%)	- Không: 69 (92%), - Có: 6 (8%) - Lần 1: 5 (6.7%) - Lần 2: 1 (13%)
<b>* Viêm phụ khoa:</b>	- Có: 49 (65.3%) - Không: 26 (34.7%)	- Có: 13 (17.3%) - Không: 62 (82.7%)
<b>*Phương pháp KHHGD:</b>	-Thuốc viên: 32 (42,7%) - Thuốc tiêm: 12 (16%)	-Thuốc viên:31 (41.3%) - Thuốc tiêm: 25 (33.3%)

	- Dụng cụ tử cung: 17 (22.7%) - Thuốc khẩn cấp: 14 (18.7%)	- Dụng cụ tử cung: 18 (24%) - Thuốc khẩn cấp: 1 (1.3%)
--	---	---

**\*Nhân xét:**

- Tuổi trung bình CNTC  $33 \pm 6.58$ , sanh thường  $27 \pm 5.52$ .
- Nghề nghiệp: Buôn bán chiếm tỷ lệ cao ở cả 2 nhóm CNTC (29 cas(38.7%)), sanh thường (24 cas (32 %)).
- Học vấn: Ở CNTC trung học chiếm tỷ lệ cao nhất 31 cas ( 41.3%).
- Về địa chỉ: Ở cả 2 nhóm nghiên cứu nông thôn chiếm tỷ lệ cao CNTC (59 cas(78.7%)), sanh thường (62 cas (82.7%)). Do phân bố dân cư, dân nông thôn nhiều hơn thành thị.
- Số con:
  - + Ở nhóm CNTC 1 con chiếm tỷ lệ cao nhất 34 cas (45.3%), 4 con có 2 cas chiếm (2.7%). Số con trung bình  $1 \pm 0.89$  (0-4)
  - + Ở nhóm sanh thường 1con chiếm tỷ lệ cao nhất 33 cas (44%), không có cas nào > 3 con. Số con trung bình:  $1 \pm 0.71$ (0-3)
- Tiền sử mổ CNTC : Nhóm sanh thường không có cas nào, nhóm CNTC có 2 cas (2.7%).
- Số lần phá thai: Bệnh nhân nhóm CNTC có nạo phá thai 20 cas (76,9%) cao gấp 4,1 lần so với nhóm sanh thường 6 cas (23,1%). Quá trình hút thai, phá thai nhiều lần không đảm bảo vô khuẩn, phòng nhiễm khuẩn sau hút thai không tốt làm tăng tỷ lệ viêm nhiễm phụ khoa gây nhiều rối loạn cho sự di chuyển của phôi thai, tổn thương niêm mạc tử cung không thuận lợi cho sự làm tổ của phôi thai, viêm ngược dòng làm dính, hẹp vòi trứng làm tăng tỉ lệ bị chửa ngoài tử cung.
- Viêm nhiễm phụ khoa: ở nhóm CNTC rất cao 49 cas (65.3%), ở nhóm sanh thường chỉ có 13 cas (17.3%). Các viêm nhiễm phụ khoa như viêm âm đạo, lạc nội mạc tử cung, viêm phần phụ thường gây ra các biến chứng ở vòi trứng như bị

tắc, hẹp cản trở sự di chuyển bên trong của trứng, đây là một nguyên nhân dẫn đến thai ngoài tử cung.

- Phương pháp kế hoạch hóa gia đình:

Ở nhóm CNTC: Ngừa bằng thuốc viên chiếm đa số 32 cas (42,7%) , uống thuốc tránh thai khẩn cấp 14 cas (18.7%). . Dụng cụ tử cung 17 cas (22.7%), Thuốc tiêm: 12 (16%)

Ở nhóm sanh thường: Ngừa thai bằng thuốc viên vẫn chiếm tỷ lệ cao 31 cas (41.3%), thuốc ngừa thai khẩn cấp có 1 cas (1.3%), thuốc tiêm: 25 (33.3%), dụng cụ tử cung: 18 (24%). Điều này cho thấy thuốc ngừa thai khẩn cấp nếu uống không đúng nguy cơ dẫn đến CNTC rất cao.

### 3.2 Đặc điểm lâm sàng - cận lâm sàng CNTC:

* Mạch: ( lần/ phút)	Trung bình: $82 \pm 11.51$ ( 00 - 100 )
* Huyết Áp: ( mmHg )	Trung bình: $110 \pm 33.48$ ( 00 - 150 )
*Ngày trễ kinh: ( ngày)	Trung bình: $8 \pm 6.5$
* Đau bụng:	74 (98.7%)
* Ra huyết âm đạo:	63 ( 84% )
*Hồng cầu:	Trung bình: $4 \pm 0.6$ triệu (2triệu - 5 triệu)
*HCT:	Trung bình: $34 \pm 5.41$ % ( 17.5% - 40.4% )
*Test thai:	Dương tính: 75 ( 100% )
*Beta- HCG:	41 cas. (100 % tương ứng chẩn đoán)
* Siêu âm:	- Khối thai cạnh tử cung: 11 (14.7%) - Focal cạnh TC: 30 (40%) - Dịch ổ bụng: 34 (45.3%)
*Thời gian từ vào viện đến phẫu thuật:	Trung bình: $2 \pm 5.22$ giờ (00- 23)
*Vị trí khối thai:	- Đoạn loa: 24 (32.0 %) - Đoạn Eo: 33 (44 %) - Đoạn thành: 18 (24 %)

**\* Nhận Xét:**

+ *Mạch, huyết áp*: Huyết áp trung bình  $110 \pm 33.48$  ( 00 - 150 ), mạch trung bình:  $82 \pm 11.51$ ( 00 - 100 ) lần/ phút. Sinh hiệu tương đối ổn, do bệnh nhân đến khám sớm.

+ *Trễ kinh*: Có trường hợp không trễ kinh ngày nào, do bệnh nhân bị rong kinh rong huyết kéo dài, trễ kinh lâu nhất là 60 ngày, trung bình  $8 \pm 15.5$  ngày.

+ *Đau bụng*: có 74 cas ((98.7%).

+ *Ra huyết âm đạo*: 63 cas (84%)

+ *Test thai*: dương tính 100%

+ *Hồng cầu trung bình*:  $4 \pm 0.6$  triệu.

+ *Hct* :nhỏ nhất 17%, lớn nhất 40.4%, trung bình  $34 \pm 5.41$  %

+ *Test beta HCG* :chỉ thử được 41 cas, kết quả tương ứng với TNTC 34 cas còn lại không thử do TNTC lúc nhập viện rõ không cần xét nghiệm hoặc không đủ thời gian để làm xét nghiệm này.

+ *Siêu âm*: Dịch ổ bụng chiếm 45.3%.

+ *Thời gian từ vào viện đến phẫu thuật trung bình*: mổ nội soi  $2 \pm 2.53$  giờ, mổ mở  $2 \pm 5.22$  giờ.

+ *Vị trí khối thai*: ở vòi trứng hay gặp nhất là đoạn eo 33 cas(44%), đoạn loa: 24 (32.0 %), đoạn thành: 18 (24 %).

Từ kết quả này cho thấy triệu chứng CNTC tương đối rõ ràng, cận lâm sàng giúp ích rất nhiều trong quá trình chẩn đoán và điều trị.

### 3.3 Kết quả điều trị CNTC :

Nội dung	Phương pháp phẫu thuật:		P (t)
	Nội soi ( 37 cas (49.33%))	Mổ mở ( 38 cas (50.67%))	
Thời gian phẫu thuật: (phút)	Trung bình: 42 ± 26.44 phút (20- 140)	Trung bình: 37.89 ± 22.73 phút (20-120)	P = 0.44 (t = 0.77)
Lượng máu mất:	Trung bình: 309.46 ± 247.20 ml (50- 1000)	Trung bình: 427.11 ±375.24ml (40- 1500)	P = 0.11 (t = 1.599)
Thời gian nằm viện: (ngày)	Trung bình 6.2 ± 1.4 ngày (3-8)	Trung bình 6.8 ± 0.9 ngày (3-9)	P = 0.14 (t = 2.519)
Chi phí điều trị: (đồng)	Trung bình: 2.819.000 ± 1.582.000 đồng (1.015.000- 7.958.000)	Trung bình: 3.582.000 ± 2.179.000 đồng (1.139.000 - 9.969.000)	P = 0.08 (t = 1.732)

**\* Nhận xét:**

- *Phương pháp phẫu thuật:* 37 cas mổ nội soi chiếm 49.33%, 38 cas mổ mở chiếm 50.67%.

- *Thời gian phẫu thuật trung bình:* mổ nội soi: 42 ± 26.44 phút, mổ mở: 37.89 ± 22.73 phút. Vậy mổ mở nhanh hơn mổ thường

- *Lượng máu mất:* lượng máu mất trung bình của mổ nội soi: 309.46 ± 247.20 ml, lượng máu mất trung bình mổ hở: 427.11 ± 375.24ml. Vậy lượng máu mất của mổ nội soi ít hơn mổ hở.

- *Thời gian nằm viện:* trung bình mổ nội soi: 6.2 ± 1.4, mổ hở: 6.8 ± 0.9 ngày. Vậy thời gian nằm viện mổ nội soi thấp hơn mổ hở.

- *Tai biến :* không có tai biến nào xảy ra trong quá trình điều trị.

- *Về chi phí điều trị:* mổ nội soi trung bình: 2.819.000 ± 1.582.000 đồng, mổ mở 3.582.000 ± 2.179.000 đồng, vậy chi phí mổ nội soi thấp hơn mổ hở.

### 3.4. Các yếu tố nguy cơ CNTC:

Yếu tố nguy cơ	CNTC(%) N = 75	SANH THƯỜNG (%) N = 75	$\chi^2$	P	OR (KTC 95%)
Sử dụng thuốc ngừa thai khẩn cấp	14 (93.3)	1 (6.7)	12.519	<0.001	16.9 (2.17 – 132.83)
Viêm nhiễm phụ khoa	49 (65.3%)	13 (17.3%)	35.630	<0.001	8.9 (4.2 - 19.3)
Số con (> 2 con)	8 (88.9%)	1 (11.1%)	5.792	0.16	8.8 (1.07 – 72.51)
Có thực hiện phá thai	20 (76.9%)	6 (23.1%)	9.119	0.003	4.1 (1.572 – 11.128)

**\*Nhận xét:**

- Uống thuốc ngừa thai khẩn cấp ở bệnh nhân CNTC gấp 16.9 lần so các biện pháp tránh thai khác (OR(2.17- 132.83)) với  $p < 0.001$ .

- Tỷ lệ viêm nhiễm phụ khoa của bệnh nhân CNTC (49 cas (65.3%)) cao hơn gấp 8.9 lần so với sinh thường (13(17.3%)) với  $p < 0.001$ .

- Nhóm CNTC đông con gấp 8.8 lần so với nhóm sinh thường với  $p = 0.16$ .

- Bệnh nhân nhóm CNTC có nạo phá thai 20 cas (76,9%) cao gấp 4.1 lần so với nhóm sinh thường 6 cas (23.1%) với  $p = 0.03$

### IV- BÀN LUẬN:

Qua 6 tháng nghiên cứu có 2020 BN nhập viện tại 2 BV sinh, mổ, thực hiện KHHGD, có 75 cas bị CNTC chiếm tỷ lệ 3.71%, tỷ lệ này tăng lên nhiều lần so với nghiên cứu trước đây của Vương Tiến Hòa là 1.3 %.

#### 4.1 Xác định các đặc điểm: dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng CNTC:

- Tuổi trung bình: GEU  $33 \pm 6.58$ , sinh thường  $27 \pm 5.52$ , cho thấy tuổi càng cao thì nguy cơ thai ngoài tử cung khi có thai sẽ càng cao, điều này trùng hợp với các nghiên cứu của BV Giao Thông Vận Tải (2003-2009).

- Theo nghiên cứu của Th.S-BS Tạ Thị Thanh Thủy (BV Hùng Vương): Theo thống kê, 80%-90% bệnh nhân CNTC có triệu chứng đau bụng, 10%-20% bệnh nhân không đau, nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ đau bụng lên đến 98.7%

Triệu chứng thời gian trễ kinh không điển hình có trường hợp không trễ kinh ngày nào, do bệnh nhân bị rong kinh rong huyết kéo dài, thời gian trễ kinh lâu nhất là 60 ngày, trung bình  $8 \pm 15.5$  ngày.

- Test thai mặc dù là test nhanh nhưng tỉ lệ chính xác và phù hợp chẩn đoán 100%.

- Thai ngoài tử cung là một tình trạng trong đó một trứng đã thụ tinh ổn định và phát triển ở bất kỳ vị trí nào bên ngoài lớp lót bên trong tử cung. Đại đa số các trường hợp thai ngoài tử cung xảy ra trong ống dẫn trứng (96.75%) (nghiên cứu Bv Giao Thông Vận Tải Trung ương 2003-2009), ở nghiên cứu của chúng tôi 100% nằm ở vòi trứng (đoạn eo 33 cas(44%), Đoạn loa: 24 (32.0 %), Đoạn thành: 18 (24 %)).

- Triệu chứng CNTC tương đối rõ ràng, cận lâm sàng giúp ích rất nhiều trong quá trình chẩn đoán và điều trị.

#### **4.2 Đánh giá kết quả điều trị CNTC:**

100% điều trị bằng phẫu thuật, trong đó 49.3% (37cas) mổ nội soi 50.7% (38 cas) mổ mở, so sánh giữa 2 phương pháp này cho thấy: Thời gian phẫu thuật trung bình: mổ nội soi:  $42 \pm 26.44$  phút, mổ mở:  $37.89 \pm 22.73$  phút với ( $p = 0.44$ ) cho thấy thời gian mổ mở nhanh hơn mổ nội soi. Lượng máu mất trung bình của mổ nội soi:  $309.46 \pm 247.20$  ml, lượng máu mất trung bình mổ hở:  $427.11 \pm 375.24$  ml ( $p = 0.11$ ). Vậy lượng máu mất của mổ nội soi ít hơn mổ hở. Thời gian nằm viện trung bình mổ nội soi:  $6.2 \pm 1.4$  mổ hở:  $6.8 \pm 0.9$  ngày ( $p = 0.14$ ), Vậy thời gian nằm viện của mổ hở cao hơn mổ nội soi. Về chi phí điều trị: mổ nội soi trung bình:  $2.819.000 \pm 1.582.000$  đồng, mổ mở  $3.582.000 \pm 2.179.000$  đồng ( $p = 0.08$ ), vậy chi phí mổ nội soi thấp hơn mổ hở.

Nghiên cứu này cũng phù hợp với kết luận của nhiều nghiên cứu khác: của Lê Thị Hiếu - Nguyễn Thị Hiền (Bệnh viện Giao thông vận tải Trung Ương), phù hợp với kết luận của Trần Thị Lợi và Nguyễn Chí Quang trên 196 phụ nữ bị CNTC tại BV Từ Dũ được mổ nội soi. Tóm lại: các ưu điểm của phẫu thuật nội soi: Thời

gian phục hồi nhanh số ngày nằm viện ngắn (BN có thể xuất viện sau 3 ngày), chi phí thấp hơn, lượng máu mất trung bình thấp hơn.

#### 4.3 Các yếu tố nguy cơ liên quan đến CNTC:

- **Uống thuốc ngừa thai khẩn cấp** (viên thuốc tránh thai ngày hôm sau), cao hơn tài liệu ở sách giáo khoa trước đây # 10%, có lẽ do hiện nay quan hệ tình dục khá thoáng ở giới trẻ và mua thuốc ngừa thai cũng dễ dàng hơn trước đây, ở bệnh nhân CNTC gấp 16.9 lần so với các phương pháp ngừa thai khác (OR(2.17-132.83)) với  $p < 0.001$ .

- **Viêm nhiễm phụ khoa**: dễ dẫn đến viêm nhiễm vòi trứng sẽ gây tắc, hẹp vòi trứng và dễ gây ra thai ngoài tử cung. Viêm nhiễm vòi trứng thường do bệnh lây truyền qua đường tình dục gây nên như trực khuẩn lậu hay bệnh do Chlamydia trachomatis. Trước khi bị viêm phần phụ, bệnh nhân thường vị bí vòi trứng hoàn toàn dẫn đến vô sinh. Nếu có điều trị thuốc, vòi trứng cũng bị hẹp lại dẫn đến chữa ngoài tử cung. Tỷ lệ viêm nhiễm phụ khoa của bệnh nhân CNTC (49 cas (65.3%)) cao hơn gần gấp 8.9 lần so với sinh thường (13(17.3%)) với  $p < 0.001$ . Theo TS Trần thị Lợi: Viêm phần phụ làm tăng nguy cơ mắc CNTC lên 2.68 lần ( $p < 0.05$ ) Các sản phụ nên tích cực điều trị bệnh viêm khoang chậu và chứng viêm ống dẫn trứng để ngăn chặn tình trạng chữa ngoài tử cung. Do đó viêm nhiễm phụ khoa làm tăng nguy cơ mắc TNTC.

- **Tiền sử mổ CNTC**: chỉ có 2 trường hợp, tiền sử điều trị vô sinh không có cas nào trong nghiên cứu này nên không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên: Theo TS Trần Thị Lợi: Tiền sử điều trị vô sinh làm tăng nguy cơ mắc CNTC lên 4.32 ( $p < 0.05$ ), CNTC ngoài những nguy cơ đe dọa tới tính mạng do chảy máu thì có thể nói gần như chắc chắn là không còn khả năng thụ thai tự nhiên nữa.

- **Đông con**: Nhóm TNTC cao gấp 8,8 lần so với nhóm sinh thường với  $p = 0.16$ .

- **Số lần phá thai**: Bệnh nhân nhóm CNTC có nạo phá thai 20 cas (76.9%) cao gấp 4.1 lần so với nhóm sinh thường 6 cas (23.1%) với  $p = 0.03$ . nghiên cứu của Lê Thị Hiếu - Nguyễn Thị Hiền (BV Giao Thông Vận Tải Trung Ương) thì Tỷ

lệ bệnh nhân có tiền sử nạo hút thai khá cao 40.36%. Quá trình hút thai không đảm bảo vô khuẩn, phòng nhiễm khuẩn sau hút thai không tốt gây viêm ngược dòng làm dính, hẹp vòi trứng làm tăng tỉ lệ bị chửa ngoài tử cung. Nước ngoài, người ta còn thấy rằng CNTC liên quan đến số lần nạo hút thai. Đối với 1 lần nạo thì nguy cơ CNTC tăng lên 1.4 lần, và 2 lần nạo là 1.9 lần

## **VI- KẾT LUẬN:**

Qua nghiên cứu 75 bệnh chửa ngoài tử cung, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

Tỷ lệ chửa ngoài tử cung tăng lên 3.71%.

### **Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:**

*Tuổi* trung bình CNTC  $33 \pm 6.58$ , *địa chỉ* ở nông thôn chiếm tỷ lệ cao CNTC (78.7%), *số con* trung bình  $1 \pm 0.89$  (0-4). *Tiền sử mổ CNTC* có 2 cas (2.7%), bệnh nhân nhóm CNTC có *nạo phá thai* 20 cas (76.9%) cao gấp 4.1 lần so với nhóm sanh thường 6 cas (23.1%), *tỷ lệ viêm nhiễm phụ khoa* của bệnh nhân CNTC (49 cas (65.3%)) cao hơn gần gấp 8.9 lần so với sanh thường (13(17.3%)) với  $p < 0.001$ , *Uống thuốc ngừa thai khẩn cấp* ở bệnh nhân CNTC gấp 16.9 lần so các biện pháp tránh thai khác (OR(2.17- 132.83)) với  $p < 0.001$ . *Huyết áp trung bình*  $110 \pm 33.48$  ( 00 - 150 ), *mạch trung bình*:  $82 \pm 11.51$ ( 00 - 100 ) lần/ phút. *Thời gian trễ kinh* trung bình  $8 \pm 6.5$  ngày, *Đau bụng*: 98.7%, *ra huyết âm đạo*: 84%, *Test thai*: dương tính 100%, *Hồng cầu trung bình*:  $4 \pm 0.6$  triệu, *Hct* trung bình  $34 \pm 5.41$  %, *Siêu âm*: *Dịch ổ bụng* chiếm 45.3%. *Thời gian từ vào viện đến phẫu thuật trung bình*: mổ nội soi  $2 \pm 2.53$  giờ, mổ mở  $2 \pm 5.22$  giờ, *vị trí khối thai*: ở vòi trứng hay gặp nhất là đoạn eo 33 cas(44%), đoạn loa: 24 (32.0 %), đoạn thành: 18 (24 %).

Phương pháp phẫu thuật: mổ nội soi chiếm 49.33%, mổ mở chiếm 50.67%. *Thời gian phẫu thuật* trung bình: mổ nội soi:  $42 \pm 26.44$  phút, mổ mở:  $37,89 \pm 22.73$  phút, *lượng máu mất* trung bình của mổ nội soi:  $309,46 \pm 247.20$  ml, mổ hở:  $427,11 \pm 375.24$ ml, *thời gian nằm viện*: trung bình mổ nội soi:  $6.2 \pm 1.4$ , mổ hở:

6.8 ± 0.9 ngày, không có tai biến nào xảy ra, *chi phí điều trị*: mổ nội soi trung bình: 2.819.000 ± 1.582.000 đồng, mổ mở 3.582.000 ± 2.179.000 đồng,

**Kết quả điều trị:**

Phẫu thuật nội soi có thời gian phục hồi nhanh, số ngày nằm viện ngắn (BN có thể xuất viện sau 3 ngày), chi phí thấp, lượng máu mất trung bình thấp hơn, không có tai biến nào xảy ra,

**Các yếu tố nguy cơ:**

Tỉ lệ bệnh nhân uống thuốc ngừa thai khẩn cấp bị CNTC tăng gấp 16.9 lần so với các phương pháp ngừa thai khác, Tỷ lệ viêm nhiễm phụ khoa tăng gần gấp 8.9 lần, đông con tăng gấp 8.8 lần, bệnh nhân có nạo phá thai 20 cas (76.9%) cao gấp 4.1 lần.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1-**Bộ môn Phụ sản trường Đại học Y Hà Nội (1992)**, “*Chửa ngoài tử cung*”, Bài giảng Sản Phụ khoa, Nhà xuất bản Y học, Trang 119-126.
- 2-**Viện bảo vệ bà mẹ và trẻ sơ sinh (1999)**, “*chửa ngoài tử cung*”, Phụ khoa dành cho thầy thuốc thực hành, Nhà xuất bản Y học, Trang 128-132.
- 3-**Nguyễn Việt Hùng (2001)**, “*Chửa ngoài tử cung*” Bài giảng Sản - Phụ khoa sau đại học, Bộ môn Sản - Phụ khoa Đại học Y Hà Nội.
- 4-**Vương Tiến Hòa (2004)**, “*Nghiên cứu những yếu tố nguy cơ chửa ngoài tử cung nhắc lại*”, Tạp chí Y học tháng 5-2004.
- 5- **Trần Thị Lợi, Nguyễn Chí Quang (2011)**, “*Hiệu quả phẫu thuật nội soi trong điều trị thai ngoài tử cung đoạn kẽ ống dẫn trứng*”
- 6- **Tạ Thị Thanh Thủy (2006)**, “*Thai ngoài tử cung: Những bước tiến trong điều trị*”.
- 7- **Lê Thị Hiếu, Nguyễn Thị Hiền (2010)**, “*Nghiên cứu kết quả chẩn đoán và xử trí chửa thai ngoài tử cung bằng phẫu thuật nội soi tại BV Giao Thông Vận Tải Trung Ương từ năm 2003 đến 2009*”.
- 8- **Bệnh Viện Đại Học y Thái nguyên(2013)**, “*Nghiên cứu về phẫu thuật nội soi chữa TNTC*”.

**TÌNH HÌNH CHẤN THƯƠNG SỌ NÃO TẠI KHOA  
CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC  
TỈNH AN GIANG TỪ 06/2013 ĐẾN 06/ 2014**

*Đỗ Văn Vân- Hồ Ngọc Diệp  
Trần Minh Quang- Tạ Thị Kim Liên*

**TÓM TẮT:**

Chúng tôi hồi cứu 91 trường hợp chấn thương sọ não (CTSN) nhập vào khoa Cấp Cứu Tổng Hợp bệnh viện ĐKKV An Giang từ 06/2013 đến 06/2014.

Tỉ lệ CTSN trong nghiên cứu của chúng tôi là 9.61%. Tai nạn giao thông(TNGT) là nguyên nhân thường gặp nhất. Tỉ lệ nam-nữ là 3.5/1. Tuổi thường gặp 15 – 54 tuổi. Đa số bệnh nhân nhập viện trong 6 giờ đầu sau tai nạn . CTSN nặng chiếm 27.5%. 100% bệnh nhân được chụp CT -scanner sọ não ngay khi nhập viện. Tổn thương não từ 2 vị trí trở lên gặp nhiều nhất, chiếm 35.2%. 20.8% bệnh nhân được phẫu thuật.

Tỉ lệ tử vong là 20.8%. Các yếu tố : điểm Glasgow (GCS), dẫn dòng tử , di lệch đường giữa trên phim CT -scanner là những yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến tiên lượng bệnh.

**ABSTRACT:**

We retrospectively studied 91 cases of head injury admitted to Emergency Department of the Chau Doc hospital from 06/2013 to 06/2014.

The frequency of head injury was 9.61%. Traffic accident was the most frequent cause. The proportion of men-women was 3.5/1. The head injury occurred frequently in patients 15-54 years-old. 90.8% patients admitted to Emergency Department within the first 6 hours. Severe head injury was 27.5%. All of patients were realised the CT-scanner on admission. Surgical treatment was in 20.8% of patients.

The mortality was 20.8%. GCS, unilateral mydriasis and middle line shift were statistically influence factors of head injury.

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ:**

Chấn thương sọ não (CTSN) là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp , chiếm từ 20 – 30% các trường hợp chấn thương . Mỗi năm trên thế giới CTSN cướp đi mạng sống của hơn 1.2 triệu người, đồng thời gây thương tật cho khoảng 20 đến 50 triệu người khác, có người trở nên tàn phế.

Theo thống kê của Ủy Ban An Toàn Giao Thông Quốc Gia trung bình mỗi ngày ở nước ta có khoảng 30 người tử vong vì TNGT . Tại bệnh viện Chợ Rẫy , mỗi năm cấp cứu khoảng 30.000 trường hợp CTSN. Nguyên nhân chính ở nước ta hiện nay là TNGT, rồi đến TNLĐ và TNSH...

Ngày nay khi dân số tăng nhiều , tình trạng đô thị hoá ngày càng phát triển , các phương tiện giao thông ngày càng phong phú thì số vụ tai nạn cũng ngày càng tăng. Nạn nhân đa số là người trẻ , những người lao động chính trong gia đình . Sự ra đi của họ ảnh hưởng mạnh đến cân bằng trong gia đình và cả xã hội .

Chấn thương sọ não là một bệnh lý nguy hiểm , là mối quan tâm hàng đầu của các nhà chuyên môn cũng như của các nhà làm công tác xã hội vì nó gây tử vong cao và để lại di chứng nặng nề , mặc dù những năm gần đây đã có nhiều bước phát triển lớn trong chẩn đoán và điều trị CTSN.

Đến nay mặc dù CTSN đã được nghiên cứu bởi nhiều tác giả trong và ngoài nước trên nhiều khía cạnh khác nhau, việc dự phòng, chẩn đoán và điều trị bệnh lý này vẫn là một thách thức đối với ngành ngoại thần kinh nói riêng và y học cũng như xã hội nói chung.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu ”Tình hình chấn thương sọ não tại khoa Cấp Cứu bệnh viện Đa Khoa Khu Vực tỉnh An Giang từ 06/2013 đến 06/2014” với các mục tiêu:

1. Tìm hiểu tỉ lệ CTSN nhập vào bệnh viện Đa Khoa Khu Vực tỉnh An Giang từ 06/2013 đến 06/2014.
2. Tìm hiểu về nguyên nhân , mức độ nghiêm trọng và các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng của CTSN.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu:**

➤ Tất cả những bệnh nhân chấn thương đầu nhập vào bệnh viện ĐKKV An Giang từ tháng 06/ 2013 đến 06/2014.

- Có tổn thương sọ não trên phim CT – scanner.
- Loại trừ: những trường hợp tai biến mạch máu não kèm theo.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu:**

Phương pháp mô tả, hồi cứu.

### **2.3. Phương pháp thu thập số liệu:**

Trên tất cả bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán là chấn thương sọ não, chúng tôi tiến hành thu thập số liệu về các yếu tố sau :

- Đặc điểm chung: tuổi, giới,.
- Nguyên nhân CTSN: TNGT, TNLĐ, TNSH, đánh nhau...
- Thời gian từ lúc xảy ra tai nạn đến khi vào khoa Cấp Cứu (CC).
- Tình trạng tri giác BN khi vào khoa CC.
- Các dấu hiệu lâm sàng , cận lâm sàng khác : tri giác , nồng độ cồn/máu.
- Hình ảnh CT-Scanner sọ não.
- Thái độ xử trí: phẫu thuật, điều trị bảo tồn.
- Kết quả điều trị.

## 2.4. Phương pháp phân tích số liệu:

- Dùng phần mềm SPSS16.0.
- Các biến định tính được biểu thị bằng tỉ lệ phần trăm.
- So sánh 2 tỉ lệ: dùng phép kiểm Chi bình phương.
- Các kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê khi  $p \leq 0.05$ .
- Chẩn đoán mức độ hôn mê: Dựa vào thang điểm Glasgow: cao nhất: 15 điểm, thấp nhất: 3 điểm.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

### 3.1. Tần suất CTSN:

➤ Từ 06/2013 đến 06/2014, có 91 trường hợp CTSN nhập vào bệnh viện ĐKKV An Giang, trong số 946 trường hợp chấn thương đầu, chiếm tỉ lệ 9.62%. 53 trường hợp (58%) điều trị tại bệnh viện đến khi xuất viện, 38 trường hợp(42%) chuyển tuyến trên do tình trạng nặng hoặc do yêu cầu của thân nhân bệnh nhân.

### 3.2. Nguyên nhân và thời gian từ lúc xảy ra tai nạn đến khi nhập viện:

**Bảng 3.1:** Nguyên nhân của CTSN và thời điểm nhập viện

	Số trường hợp(n)	Tỉ lệ(%)
<b>Nguyên nhân</b>		
TNGT	67	73.6
TNLĐ	2	2.2
TNSH	16	17.6
ĐÁNH NHAU	6	6.6
<b>Thời gian TN đến NV</b>		
< 6 giờ	82	90.8
6 – 24 giờ	3	3.3
> 24 giờ	6	6.6

- TNGT là nguyên nhân thường gặp nhất trong CTSN.
- Đa số bệnh nhân nhập viện sớm sau TNGT.

### 3.3. Đặc điểm lâm sàng :

**Bảng 3.2:** Đặc điểm lâm sàng của CTSN

	Số trường hợp(n)	Tỉ lệ(%)
<b>Tuổi</b>		
<15	8	8.8
15 – 24	20	22
25 -34	20	22
35 -44	13	14.3
45 -54	14	15.4
55 -64	8	8.8
≥65	8	8.8
<b>Giới</b>		
Nữ	20	22
Nam	71	78
<b>GCS</b>		
3 – 7	25	27.5
8 – 12	27	29.7
13 – 15	39	42.9

- CTSN đa số gặp ở người trẻ, từ 15 đến 54 tuổi, chiếm tỉ lệ 74%.
- CTSN xảy ra ở nam nhiều hơn nữ, tỉ lệ 3.5 / 1.
- CTSN nặng chỉ chiếm 27.5%.

### 3.4. Đặc điểm cận lâm sàng:

**Bảng 3.3:** Đặc điểm cận lâm sàng của CTSN

	Số trường hợp(n)	Tỉ lệ(%)
<b>NỒNG ĐỘ CỒN/MÁU</b>		
<1mg/Dl	12	21.8%
>1mg/Dl	43	78.2%

<b>TÔN THƯƠNG NÃO</b>	<b>Số trường hợp</b>	<b>Tỉ lệ(%)</b>
TMNMC	15	16.5
TMDMC	18	19.8
TM TN	19	20.9
<b>DẬP NÃO</b>	3	3.3
<b>VT SỌ</b>	2	2.2
<b>NÃO</b>		
<b>LÚN SỌ</b>	2	2.2
<b>&gt;2 TT</b>	32	35.2

- Có trên 2 tổn thương chiếm tỉ lệ cao nhất, tụ máu trong não chiếm vị trí thứ hai.
- Đa số trường hợp có nồng độ cồn trong máu trên giới hạn bình thường.

### 3.5. Xử trí CTSN tại bệnh viện ĐKKV An Giang và kết quả điều trị:

**Bảng 3.4:** Xử trí CTSN

	<b>Số trường hợp(n)</b>	<b>Tỉ lệ(%)</b>
<b>XỬ TRÍ</b>		
<b>Phẫu thuật</b>	11	20.8
<b>Điều trị nội</b>	42	79.2
<b>KẾT QUẢ ĐT</b>		
<b>Sống</b>	42	79.2
<b>Tử vong</b>	11	20.8

- Điều trị nội chiếm tỉ lệ cao.

### 3.6. Mối liên quan giữa các yếu tố lâm sàng và tử vong trong CTSN:

**Bảng 3.5:** Liên quan giữa yếu tố lâm sàng và tử vong

<b>Yếu tố</b>	<b>Sống</b>	<b>Tử vong</b>	<b>P</b>
<b>NGUYÊN NHÂN</b>			<b>0.</b>
			<b>75</b>
<b>TNGT</b>	<b>30(78.9%)</b>	<b>8(21.1%)</b>	
<b>TNSH</b>	<b>10(76.9%)</b>	<b>3(23.1%)</b>	
<b>ĐÁNH NHAU</b>	<b>2(100%)</b>		
<b>TUỔI</b>			<b>0.</b>
			<b>22</b>
<b>&lt;15</b>	<b>5(100%)</b>	<b>0</b>	
<b>15 -54</b>	<b>30(81.1%)</b>	<b>7(18.9%)</b>	
<b>&gt;55</b>	<b>7(63.6%)</b>	<b>4(36.4%)</b>	
<b>GIỚI</b>			<b>1.</b>
			<b>00</b>
<b>Nữ</b>	<b>11(78.6%)</b>	<b>3(21.4%)</b>	
<b>Nam</b>	<b>31(79.5%)</b>	<b>8(20.5%)</b>	
<b>TRI GIÁC</b>			<b>0.</b>
			<b>00</b>
<b>3 -7 điểm</b>	<b>2(15.4%)</b>	<b>11(84.6%)</b>	
<b>8 – 12điểm</b>	<b>13(100%)</b>		
<b>13 – 15 điểm</b>	<b>27(100)</b>		
<b>DẪN đồng tử</b>			<b>0.</b>
			<b>003</b>
<b>Có</b>	<b>2(33.3%)</b>	<b>4(66.7%)</b>	
<b>Không</b>	<b>40(85.1%)</b>	<b>7(14.9%)</b>	

- Tri giác và dấu hiệu dẫn đồng tử là 2 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tỉ lệ tử vong.

**3.7. Mối liên quan giữa các yếu tố cận lâm sàng , phương pháp điều trị và tử vong trong CTSN:**

**Bảng 3.6:** Liên quan giữa các yếu tố cận lâm sàng , phương pháp điều trị và tử vong

<b>Yếu tố</b>	<b>Sống</b>	<b>Tử vong</b>	<b>P</b>
<b>NỒNG ĐỘ CỒN/MÁU</b>			<b>0. 64</b>
< 1mg/Dl	7(87.5%)	1(12.5%)	
≥ 1mg/Dl	15(75%)	5(25%)	
<b>TÔN THƯƠNG NÃO</b>			<b>0. 32</b>
TMNMC	11(100%)		
TMDMC	7(70%)	3(30%)	
<b>DẬP NÃO</b>	1(50%)	1(50%)	
TMTN	9(81.1%)	2(18.2%)	
VTSN	2(100%)		
<b>LÚN SỌ</b>	2(100%)		
>2 TT	10(66.7%)	5(33.3%)	
<b>LỆCH ĐƯỜNG GIỮA</b>			<b>0. 009</b>
Có	7(53.8%)	6(46.2%)	
Không	35(87.5%)	5(12.5%)	
<b>PP ĐIỀU TRỊ</b>			<b>0. 28</b>
<b>PHẪU THUẬT</b>	10(90.9%)	1(9.1%)	
<b>ĐT NỘI</b>	32(76.2%)	10(23.8%)	

- Lệch đường giữa là dấu hiệu có liên quan chặt chẽ đến tiên lượng CTSN.

#### IV. BÀN LUẬN:

Chấn thương sọ não chiếm tỉ lệ 9,62% các trường hợp chấn thương đầu trong nghiên cứu của chúng tôi. Hiện nay ở nước ta chúng tôi chưa có con số liệu thống kê cụ thể về tỉ lệ CTSN. Theo các tài liệu nước ngoài thì CTSN chiếm tỉ lệ từ 20 đến 30%(15).

Tuổi thường gặp từ 15 đến 54 tuổi, chiếm tỉ lệ 74%, là lứa tuổi học sinh và lao động. Đây là lứa tuổi thường xuyên tham gia giao thông. Trong tình trạng chấp hành luật lệ giao thông của người tham gia giao thông nước ta hiện nay còn kém thì khả năng xảy ra tai nạn là rất lớn. Kết quả này của chúng tôi tương đương với hầu hết các nghiên cứu khác: nghiên cứu của Vũ Văn Hoè (3) ghi nhận độ tuổi từ 20 đến 50 chiếm tỉ lệ 77%, nghiên cứu của Đỗ Anh Vũ (13) ghi nhận tuổi từ 16 đến 60 chiếm tỉ lệ 82%,

CTSN thường xảy ra ở nam nhiều hơn nữ, với tỉ lệ 3.5/1. Tất cả các nghiên cứu về CTSN đều ghi nhận đa số các trường hợp CTSN thường xảy ra ở nam. Nghiên cứu của Vũ Văn Hoè (3), nghiên cứu của Đồng Văn Hệ (1) và nghiên cứu của Phạm Ngọc Hoa (2) đều ghi nhận tỉ lệ này là 4/1. Tuy tỉ lệ tham gia giao thông gần như tương đương nhau ở nam và nữ, nhưng hành vi tham gia giao thông của nam tiềm ẩn nhiều nguy cơ hơn như uống rượu, liều lĩnh, thích tốc độ...

Tai nạn giao thông là nguyên nhân thường gặp nhất của CTSN trong nghiên cứu của chúng tôi, chiếm tỉ lệ 73.6%, ghi nhận này cũng giống như nhận xét của hầu hết các tác giả khác trong nước. Theo nghiên cứu của Võ Văn Nho (6), nghiên cứu về CTSN tại bệnh viện Chợ Rẫy năm 2004 thì TNGT chiếm 90,5% các trường hợp CTSN. Nghiên cứu của Hoàng Thị Kim Trâm (8) tại bệnh viện trung ương Huế ghi nhận TNGT chiếm 91.5%, sau đó là các nguyên nhân khác như TNSH, TNLĐ, đánh nhau...

Đa số bệnh nhân nhập viện ngay sau khi bị tai nạn , số bệnh nhân nhập viện trước 6 giờ chiếm 90.8% trường hợp, có lẽ do chúng tôi là tuyến trước nên bệnh nhân nhập viện sớm ngay sau khi bị tai nạn . Đây là thời gian vàng , nếu biết cách sơ cứu và đưa bệnh nhân đến bệnh viện càng sớm thì tử vong do CTSN sẽ giảm đáng kể. Theo nghiên cứu của Võ Tấn Sơn (7) thì hình thức vận chuyển và thời gian đưa bệnh nhân đến bệnh viện là rất quan trọng , càng sớm càng tốt , trong nghiên cứu này , thời gian từ lúc bệnh nhân bị tai nạn đến khi vào viện < 6 giờ là 81%. Trong nghiên cứu của Hoàng thị Kim Trâm (8), tỉ lệ này là 79.2%. Nghiên cứu của Manuela C(16) ghi nhận thời gian từ lúc bị tai nạn đến khi nhập viện dưới 6 giờ là 90%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đương với các kết quả trên.

CTSN nặng không gặp nhiều trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, CTSN nặng chỉ chiếm 27.5%. Tỉ lệ này cao hơn nghiên cứu của Phạm Ty (10) là 5.14%, của Trần Như Tú(9) là 17.72%, thấp hơn nghiên cứu của Hoàng thị Kim Trâm(8) là 54.6%.

Chúng tôi thực hiện đo nồng độ cồn trong máu trên 55 bệnh nhân thì thấy rằng đa số các trường hợp TNGT xảy ra khi bệnh nhân có nồng độ rượu trong máu vượt giới hạn cho phép . Mặc dù trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ rượu trong máu không có liên quan có ý nghĩa thống kê với tiên lượng của CTSN , nhưng điều này là một lời cảnh báo rằng hiện nay số người uống rượu khi tham gia giao thông vẫn còn nhiều và có thể đây là một lý do của CTSN do TNGT .

Tất cả bệnh nhân đều được chụp CT Scanner sọ não . Sự ra đời của CT Scanner là bước phát triển lớn trong chẩn đoán và điều trị CTSN . Nhờ kỹ thuật này mà bệnh nhân được chẩn đoán sớm , chính xác và xử trí kịp thời . Từ đó có thể giảm được tử vong do CTSN.

Về tổn thương não , trong nghiên cứu của chúng tôi gặp nhiều nhất là từ 2 tổn thương trở lên , chiếm tỉ lệ 35,2%. Trong nghiên cứu của Hoàng thị Kim Trâm(8), gặp nhiều nhất là XHDN , chiếm tỉ lệ 31.5%. Trong nghiên cứu của Đỗ

Anh Vũ(13) gặp nhiều nhất là TMDMC, chiếm 37.5%. Chúng tôi cũng ghi nhận tử vong ở nhóm bệnh nhân có từ 2 tổn thương trở lên cao hơn các nhóm bệnh nhân khác. Tác giả Đỗ Anh Vũ (13) cũng ghi nhận tổn thương nhiều vị trí có tỉ lệ tử vong là 57%, cao hơn so với các tổn thương ở một vị trí, Tuy nhiên sự khác biệt này trong nghiên cứu của chúng tôi không có ý nghĩa thống kê.

Trong nghiên cứu chúng tôi có 11 trường hợp CTSN được phẫu thuật, chiếm tỉ lệ 20.8%. Tỉ lệ phẫu thuật của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Ty(10) là 9,22%, của Nguyễn Thường Xuân (14) là 14,5%. Tử vong của nhóm bệnh nhân phẫu thuật thấp hơn rõ rệt so với nhóm không phẫu thuật, 9.1% so với 23,8%. Nghiên cứu của Đồng Văn Hệ (1) cũng ghi nhận tử vong của nhóm bệnh nhân phẫu thuật thấp hơn nhóm điều trị nội, 17,9% so với 58,5%. Điều này có lẽ nhờ vào tiến bộ của các phương tiện chẩn đoán, kỹ thuật phẫu thuật cũng như các phương tiện gây mê hồi sức hiện nay.

Tỉ lệ tử vong chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 20,8%. Tỉ lệ này tương đương của Võ Tấn Sơn (7) là 20-30%; cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Ty(10) là 2,89%, của Trần Như Tú (9) là 7.51%, của Nguyễn Thường Xuân(14) là 12,7%. Các yếu tố như điểm Glasgow, dẫn đồng tử và di lệch đường giữa trên phim CT scanner sọ não là những yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến tiên lượng của CTSN. Ghi nhận này của chúng tôi cũng giống như ghi nhận của các tác giả khác về tiên lượng của CTSN. Trong nghiên cứu của Vũ Văn Hoè(3), ba yếu tố chính ảnh hưởng đến tiên lượng của CTSN là điểm Glasgow, tình trạng dẫn đồng tử và mức độ di lệch đường giữa. Tác giả Đồng Văn Hệ(1) ghi nhận các yếu tố tình trạng đồng tử, mức độ di lệch đường giữa, tri giác, dấu hiệu xoá bả đáy và XH dưới nhện là các yếu tố ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến tiên lượng của CTSN.

## V. KẾT LUẬN:

CTSN là bệnh lý thường gặp và có tỉ lệ tử vong cao.

Nguyên nhân thường gặp nhất là TNGT , gặp ở nam nhiều hơn nữ , bệnh nhân đa số có uống rượu khi tham gia giao thông.

Bệnh thường xảy ra ở người trẻ từ 15 đến 54 tuổi, là tuổi lao động và học tập do đó ảnh hưởng lớn đến gia đình và xã hội.

Đa số trường hợp nhập viện sớm ngay sau TNGT.

Tổn thương não từ hai vị trí trở lên chiếm tỉ lệ cao nhất và tiên lượng nặng nề hơn so với tổn thương ở một vị trí.

Tử vong ở nhóm điều trị nội cao hơn nhóm phẫu thuật.

Các yếu tố: tình trạng tri giác , dấu hiệu dẫn dòng tử , mức độ di lệch đường giữa là những yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến tiên lượng của CTSN.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. *Đông Văn Hệ(2010). Những yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ chết trong chấn thương sọ não nặng , Y học Thực hành , 5 (715), 72-75*
2. *Phạm Ngọc Hoa (2010). Hình ảnh CT 100 trường hợp chấn thương sọ não tử vong tại Bệnh viện Chợ Rẫy , Tập san Hội nghị Chẩn đoán hình ảnh Việt Nam.*
3. *Vũ Văn Hòe(2010). Nhận xét một số yếu tố tiên lượng và kết quả phẫu thuật chấn thương sọ não nặng,- Y học thực hành 6 (722), 70-73.*
4. *Nguyễn Quốc Hùng(2008). Về chấn thương sọ não được chụp cắt lớp vi tính và điều trị tại Bệnh viện Việt Tiệp-Hải Phòng, Y học dự phòng, 4, (18), 49-54.*
5. *Vũ Anh Nhị (2009). Hôn mê và những rối loạn liên quan đến ý thức , Thần kinh học lâm sàng và điều trị, Nhà xuất bản Mũi Cà Mau, 7-43.*
6. *Võ Văn Nho (2004). Máu tụ dưới màng cứng cấp tính do chấn thương , Tài liệu huấn luyện lớp cấp cứu chấn thương, 91.*
7. *Võ Tấn Sơn (2002). Máu tụ trong não sau chấn thương , Chuyên đề ngoại thần kinh, Nhà xuất bản Y học.*
8. *Hoàng thị Kim Trâm và cs. Đánh giá*
9. *Trần Như Tú, Nguyễn Duy Huệ(2009). Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính ở bệnh nhân tử vong do chấn thương sọ não tại Bệnh viện Đa khoa Đà Nẵng,/ Nghiên cứu Y học, Tháng 2, số 1(60), 84-91.*
10. *Phạm Ty(2009). Nghiên cứu lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân chấn thương sọ não tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định (6 tháng đầu năm 2009), Y học Việt Nam, Tháng 1, 1(365), 34-38.*

11. Trần Văn Việt, Nguyễn Quang Hanh, Phạm Minh Thông(2007). Nhận xét 133 trường hợp chấn thương sọ não có chụp cắt lớp vi tính, Y học Việt Nam, 3(332),. 18-24.
12. Trần Quang Vinh (2002), Điều trị Nội khoa chấn thương sọ não nặng , Chuyên đề Ngoại thần kinh, Nhà xuất bản Y học, 147-156.
13. Đỗ Anh Vũ(2008). Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả điều trị phẫu thuật chấn thương sọ não nặng, Y học thực hành, 2(597+598), 25-27.
14. Nguyễn Thường Xuân , Hà Kinh Trung , Nguyễn thị Lo . A General account of the development of head trauma management in Vietnam war and peace. In the Neurosurgical society of Australia 1994International conference on recent advance in Neurotraumatology Australia 1994, 45 – 49.
15. Jennntt B(1996). Epidemiology of head injury. Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, 60(4): 362-369.
16. Manuela C (2001), “ Multiple intracranial lesions in head injury: Clinical consideration, Prosgnostic factors, management, and result in 95 patients”, Surgery Neurology, 2001, 56, pp. 82-88.

# CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ THAI NGOÀI TỬ CUNG Ở BỆNH VIỆN ĐA KHOA NHẬT TÂN

*Nguyễn Thị Huệ, Kim Thanh Lộc, Phạm Đăng Tấn Hưng,  
Phạm Phước Vinh, Châu Hữu Hầu*

**TÓM TẮT:** *Chẩn đoán và xử trí thai ngoài tử cung ở bệnh viện Nhật Tân.*

Trong 2 năm 9 tháng (2012 đến tháng 9/2014), có 81 trường hợp TNTC nhập viện điều trị tại bệnh viện Nhật Tân. Các BN TNTC thường đến muộn nên chỉ phát hiện được 5 trường hợp thai ngoài chưa vỡ (6,2%). Đa số BN TNTC được mổ nội soi (88,9%), còn lại là mổ hở. Các trường hợp mổ hở thường là bệnh nặng và đôi khi có choáng. Bệnh viện Nhật Tân chưa có điều kiện để xử trí đợi chờ, chữa TNTC bằng nội khoa cũng như phẫu thuật bảo tồn TNTC. Và đây cũng là hướng phấn đấu thực hiện trong những năm sắp tới.

**SUMMARY:** *Diagnosis and management of ectopic pregnancy in Nhat Tan Hospital. From 2012 to September 2014, there were 81 cases of ectopic pregnancy hospitalized Nhat Tan Hospital. These patients often arrived late so only 5 unruptured ectopic pregnancy cases had been detected (6.2%). The majority of patients with ectopic pregnancy was operated by laparoscopic surgery (88.9%), the remaining patients were used open laparotomic surgery. The open surgery cases were usually severe and sometimes in a state of shock. Nhat Tan Hospital can not meet the conditions for the expectant management, medical treatment as well as conservative surgery for ectopic pregnancy cases. And this is also the targets of our hospital in the coming years.*

## **MỞ ĐẦU**

Các tế bào phôi (blastocyte) bình thường làm tổ trong lớp nội mạc tử cung. Khi các tế bào phôi làm tổ ở bất cứ nơi nào ngoài nội mạc tử cung được gọi là thai ngoài tử cung (TNTC). TNTC là một bệnh có nguy cơ cao xảy ra trong 1,9% các thai kỳ. TNTC là nguyên nhân hàng đầu của tử vong liên quan đến tình trạng

mang thai trong 3 tháng đầu. Nếu một phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ bị đau bụng, chảy máu âm đạo, ngất, hoặc hạ huyết áp, thì nên thực hiện ngay test thai. Đánh giá bằng siêu âm là chủ yếu trong chẩn đoán TNTC. Kết quả siêu âm lập lờ, khó xác định cần kết hợp với định tính nồng độ  $\beta$ -hCG. Nếu một BN có  $\beta$ -hCG  $\geq 1.500$  IU/l nhưng siêu âm qua ngã âm đạo không thấy túi thai trong buồng tử cung, phải nghĩ đến TNTC. Nạo lòng tử cung chẩn đoán có thể thích hợp ở các BN có huyết động học ổn định và nồng độ của  $\beta$ -hCG không tăng như mong đợi. Điều trị thích hợp đối với các BN TNTC chưa vỡ có thể bao gồm (1) xử trí đợi chờ (expectant management), (2) xử trí nội khoa bằng methotrexate, (3) phẫu thuật. Xử trí đợi chờ chỉ thích hợp khi nồng độ  $\beta$ -hCG thấp ( $< 1.000$  IU/l) và đang giảm xuống. Điều trị nội khoa thành công càng cao khi nồng độ ban đầu của  $\beta$ -hCG càng thấp. Điều trị phẫu thuật thích hợp khi TNTC vỡ và khi BN có huyết động học không ổn định<sup>(1)</sup>. TNTC là bất cứ thai kỳ nào đó xảy ra bên ngoài lòng tử cung. Các thai kỳ ở vòi Fallop chiếm 97% TNTC: 55% ở đoạn bóng; 25% ở đoạn eo; 17% ở các tua buồng trứng (fimbria) và 3% ở các nơi khác như trong ổ bụng, buồng trứng và cổ tử cung<sup>(1)</sup>.

Xét nghiệm: *Human Chorionic Gonadotropin ( $\beta$ -hCG)*: Xác định nhanh chóng và chính xác sự mang thai là cần thiết khi phụ nữ có các triệu chứng gợi ý đến TNTC. Các xét nghiệm thai trong huyết thanh và trong nước tiểu hiện nay dùng phương pháp ELISA đối với  $\beta$ -hCG nhạy đối với mức độ 10-20 mIU/ml và dương tính trong  $>99\%$  TNTC. *Progesterone huyết thanh*: Đo một lần duy nhất. khi nồng độ vượt quá 25 ng/ml, loại trừ TNTC với độ nhạy 92.5%. Trái lại,  $<5$  ng/ml được thấy trong chỉ 0,3% thai kỳ bình thường. Bởi thế, giá trị  $<5$  ng/ml gợi ý đến hoặc là thai trong lòng tử cung với thai đã chết hoặc TNTC. Vì đa số các TNTC, nồng độ progesterone biến thiên từ 10-25 ng/ml, lợi ích lâm sàng của progesterone bị hạn chế<sup>(2)</sup>.

Siêu âm đầu dò âm đạo (TVS): Siêu âm đầu dò âm đạo có độ phân giải cao đã làm cuộc cách mạng sự chăm sóc phụ nữ nghi ngờ bị TNTC và luôn được các thuật toán chẩn đoán TNTC đề cập đến. Siêu âm bụng: Khó xác định TNTC ở tay vòi<sup>(2)</sup>.

Một số thuật toán đã được đề nghị, nhưng đa số thuật toán đều có 5 thành phần then chốt được gọi là Chẩn đoán đa phương thức (multimodality) bao gồm: (1) Siêu âm đầu dò âm đạo; (2) Nồng độ  $\beta$ -hCG huyết thanh; (3) Nồng độ progesterone huyết thanh; (4) Nạo buồng tử cung; (5) Nội soi ổ bụng thăm dò (laparoscopy) hoặc đôi khi mở bụng (laparotomy)<sup>(2)</sup>.

Các lựa chọn xử trí TNTC bao gồm xử trí đợi chờ, xử trí nội khoa và phẫu thuật<sup>(1)</sup>.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu trên các hồ sơ của thai phụ được chẩn đoán TNTC đến bệnh viện Nhật Tân. Các thông tin chi tiết trong hồ sơ này được dùng để xử lý thống kê. **Đối tượng loại trừ:** Các BN sau khi nhập viện lại xin chuyển viện. **Thời gian nghiên cứu:** từ năm 2012 đến tháng 9/2014. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả.

**Xử lý số liệu:** Khoa Sản thu thập số liệu vào Excel. Sau đó số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Dùng crosstabs để so sánh các biến định tính. Dùng ANOVA để phân tích các biến định lượng. Số trung bình  $\pm$  Độ lệch chuẩn. Trị số  $p < 0.05$  được xem có ý nghĩa thống kê.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Các số liệu tổng quát qua 2 phương pháp mổ: mổ hở và mổ nội soi.**

	Mổ hở (%)	Mổ nội soi (%)	Tổng số (%)
Số TNTC	9 (11.1)	72 (88.9)	81
Tình trạng của TNTC			
Chưa vỡ	1	4	5 (6.2)
Vỡ	7	31	38 (46.9)
Xảy thai qua tay vòi	1	37	38 (46.9)
Vị trí TNTC			
Đoạn bóng	4	64	68 (84.0)
Đoạn eo	3	7	10 (12.3)
Đoạn sừng	2	1	3 (3.7)
Chọc hút túi cùng	0	9	9/81 (11.1)
Nạo buồng tử cung	0	0	0/81 (0)
Nồng độ $\beta$ -hCG			
<1.500 IU/l	5	32	37 (52.9)
$\geq$ 1.500 IU/l	3	30	33 (47.1)

**Bảng 1. So sánh các biến số với 2 phương pháp mổ: mổ hở và mổ nội soi.**

Các biến số	Mổ hở n=9	Mổ nội soi n=72	$\chi^2$ , OR	p
Tuổi	32.1 ± 4.9	30.1 ± 6.7		0.386
Nghề (nội trợ/công nhân viên, học sinh)	9/0	63/9	1.266	0.261
Tiền sử sản khoa (2 ca mổ lấy thai, 5 ca TNTC, 1 bóc nhân xơ)	7/2	66/6	1.734	0.188
Thai đủ tháng	1.22 ± 0.83	1.05 ± 0.78		0.553
Thai sảy	0.78 ± 1.30	0.61 ± 0.91		0.624
Số con còn sống	1.22 ± 0.83	1.07 ± 0.79		0.589
Tiền sử phụ khoa (không bệnh/có bệnh)	8/1	66/6	1.734	0.780
Mạch	89.8 ± 18.7	84.4 ± 8.4		0.133
Trễ kinh (Trễ kinh/kinh kéo dài, không đều)	61/11	9/0	1.591	0.207
Huyết áp tối đa	78.9 ± 50.6	109.8 ± 10.9		0.000
Huyết áp tối thiểu	51.1 ± 32.9	70.0 ± 7.9		0.000
Đau bụng (Có đau bụng/không đau bụng)	9/0	71/1	0.127	0.722
Ra huyết âm đạo (Có ra huyết/không ra huyết)	8/1	59/13	0.270	0.603
Choáng (Có/Không)	5/4	2/70	28.22, OR=43.7 (KTC95%, 6,4-299,3)	0.000
Chọc dò túi cùng	0	9		
Hồng cầu	3.45 ± 0.89	3.96 ± 0.53		0.015
Hematocrit	26.8 ± 5.0	32.1 ± 4.5		0.002
Test thai (dương/âm)	8/0	63/1	0.127	0.722
Beta-hCG	2.501±3.837	2.206 ± 2.536		0.772

Thời gian vào viện đến lúc mổ (phút)	68.9 ± 61.3	197.8 ± 427.9		0.372
Thời gian mổ	52.2 ± 15.2	69.4 ± 22.3		0.028
Lượng máu mất	930 ± 526	437 ± 381		0.001
Nơi thai ngoài (Đoạn bóng/các nơi khác)	8/5	64/4	11.72, OR=10 (KTC95%, 2,2-45,1)	0.001

## BÀN LUẬN

Trong 81 trường hợp TNTC, 72 trường hợp mổ nội soi, chiếm 88,9%, còn lại là mổ hở. Không có trường hợp nào tử vong vì TNTC trong thời gian nghiên cứu. Trước đây, vào những năm 2005-2008, nghiên cứu của Vương Tiến Hoà và cs<sup>(3)</sup> tại Thanh Hoá thì tỷ lệ mổ nội soi là 30,77%.

Các thủ thuật trước đây thường dùng như chọc dò túi cùng Douglas, ngày càng ít dùng do có nhiều bất tiện. Trong công trình này, chỉ có 9 (11.1%) trường hợp được chọc dò túi cùng. Cung Thị Thu Thủy<sup>(4)</sup> nghiên cứu trên 806 BN TNTC được điều trị tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương thì thấy chọc dò túi cùng Douglas đã giảm xuống từ 55% năm 2003 xuống 30,9% năm 2008. Chúng tôi cũng chưa có trường hợp nào phải nạo buồng tử cung để chẩn đoán.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân thường đến muộn, các trường hợp thai ngoài chưa vỡ chỉ phát hiện được 5 trường hợp (6,2%), thai ngoài đã vỡ và xảy thai qua loa vòi đều có 38 trường hợp (46.9%). Trong khi đó, Vương Tiến Hoà và cs<sup>(3)</sup> chẩn đoán sớm khi khối thai chưa vỡ là 43,49%.

Các biến số như tuổi, nghề, con sống đủ, số con bị sảy, số con còn sống, tiền sử sản khoa, tiền sử phụ khoa, mạch, trễ kinh, ra huyết âm đạo, beta-hCG.... không khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ .

Các trường hợp mổ hở thường là do bệnh nặng: So với mổ nội soi, các trường hợp mổ hở có huyết áp tối đa là  $78.9 \pm 50.6$  so với  $109.8 \pm 10.9$  mmHg; huyết áp tối thiểu  $51.1 \pm 32.9$  so với  $70.0 \pm 7.9$ ; hồng cầu  $3.45 \pm 0.89$  so với  $3.96 \pm 0.53$ ; hematocrit  $26.8 \pm 5.0$  so với  $32.1 \pm 4.5$ ; lượng máu mất  $930 \pm 526$  so với  $437 \pm$

381 ml, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.01$  và  $p < 0.05$ . Tình trạng choáng ngay khi vào viện chỉ có 7 trường hợp, 5 mổ hở và 2 mổ nội soi, khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $OR = 43.7$  (KTC95%, 6,4-299,3),  $p = 0.000$ .

Thời gian vào viện cho đến lúc mổ là  $197.8 \pm 427.9$  đối với mổ nội soi và  $68.9 \pm 61.3$  cho mổ hở, nhưng không khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ . Điều này cho thấy, chúng tôi không cố mổ nội soi các trường hợp mất máu nặng, mà chủ yếu mổ hở để có thể nhanh chóng xử lý, nhất là các trường hợp TNTC ở đoạn sừng hay đoạn kẽ.

Tạ Thị Thanh Thủy<sup>(7)</sup> nhận thấy phương pháp nội soi ổ bụng có thời gian mổ ngắn hơn mổ hở. Trong khi đó, bệnh viện Nhật Tân, thời gian mổ  $69.4 \pm 22.3$  phút cho mổ nội soi và  $52.2 \pm 15.2$  phút cho mổ hở, cho thấy mổ nội soi lâu hơn mổ hở trên 17 phút và khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p = 0.028$

Có 1 trường hợp test thai âm tính,  $\beta$ -hCG = 129 IU/l với kết quả giải phẫu bệnh: thai trong vòi trứng. Đây có thể là một trường hợp trứng thoái hoá và có thể chỉ cần theo dõi mà không cần điều trị nội khoa hay ngoại khoa. Trong y văn còn nhận thấy có các trường hợp TNTC mà  $\beta$ -hCG âm tính<sup>(2)</sup>.

Có tất cả 52,9% BN có nồng độ  $\beta$ -hCG  $< 1.500$  IU/l. Khi nồng độ  $\beta$ -hCG thấp có thể có 3 trường hợp xảy ra: mang thai bình thường, chửa ngoài tử cung và sảy thai. Nhiều thuật toán lấy nồng độ  $\beta$ -hCG  $< 1.500$  IU/l và đang tiếp tục giảm để theo dõi các dấu hiệu và triệu chứng đau hoặc sảy thai và cân nhắc phẫu thuật hoặc nạo buồng tử cung để chẩn đoán<sup>(1)</sup>.

Bệnh viện Nhật Tân cũng chưa xử trí đợi chờ, mà theo Lozeau và cs<sup>(1)</sup> có hiệu quả từ 47 đến 82% các trường hợp TNTC. Các ứng viên tốt của xử trí đợi chờ là khi nồng độ  $\beta$ -hCG  $< 1.000$  IU/l và đang giảm xuống, khối thai ngoài  $< 3$  cm, không có tim thai và BN đồng ý tuân thủ các yêu cầu theo dõi.

Bệnh viện Nhật Tân chưa có điều kiện để chữa nội khoa TNTC. Trong khi đó Nguyễn Văn Học, Phạm Gia Khánh<sup>(5)</sup> điều trị cho 100 trường hợp NTTC chưa vỡ

bằng methotrexate tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng vào năm 2004 với tỷ lệ thành công lên đến 81%. Vương Tiến Hoà, Nguyễn Thị Bích Thủy<sup>(8)</sup> điều trị TNTC chưa vỡ bằng methotrexate đa liều với tỷ lệ thành công chiếm 90,3%. Lê Thủy Quế Lâm, Nguyễn Thị Từ Vân<sup>(6)</sup> nghiên cứu về TNTC chưa vỡ tại bệnh viện đa khoa Bạc Liêu với tỷ lệ thành công lên đến 93,2%.

Bệnh viện Nhật Tân vẫn chưa tiến hành phẫu thuật bảo tồn TNTC. Trong khi đó, Tạ Thị Thanh Thủy<sup>(7)</sup> nghiên cứu về tình hình phẫu thuật bảo tồn thai ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ Sản Hùng Vương từ năm 2002 đến 2004 với 1.423 TNTC, trong số đó có 355 chưa vỡ.

## **KẾT LUẬN**

Đối với các trường hợp nhẹ, mất máu ít, chúng tôi thường mổ nội soi. Các trường hợp mất máu nhiều hay có sốc, mổ hở thường được áp dụng. Tuy nhiên, chúng tôi chưa áp dụng các biện pháp mới trong điều trị TNTC như xử trí đợi chờ, điều trị nội khoa, phẫu thuật bảo tồn vòi trứng... Và đây sẽ là các mục tiêu phấn đấu cho những năm sắp tới.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lozeau AM, Potter B.** Diagnosis and Management of Ectopic Pregnancy. Am Fam Physician 2005;72:1707-14, 1719-20.
2. **Williams Obstetrics.** Ectopic Pregnancy. In Williams Obstetrics. McGraw-Hill Companies. 2010.
3. **Vương Tiến Hoà, Võ Mạnh Hùng.** Nghiên cứu chẩn đoán và xử trí chữa ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ Sản Thanh Hoá. Y học thực hành (886), số 11/2013, tr 44-49.
4. **Cung Thị Thu Thủy.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở các bệnh nhân chữa ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Y học Thực hành 755, 3/2011, tr 21-23.
5. **Nguyễn Văn Học, Phạm Gia Khánh.** Nhận xét 100 trường hợp chữa ngoài tử cung chưa vỡ bằng methotrexate tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. Y học Thực hành. 8/2004, tr 62-65.
6. **Lê Thụy Quế Lâm, Nguyễn Thị Từ Vân.** Hiệu quả của methotrexate trong điều trị thai ngoài tử cung chưa vỡ tại bệnh viện đa khoa Bạc Liêu. Y học TP. Hồ Chí Minh, vol. 17, Supl 1/2013, tr 137-140.
7. **Tạ Thị Thanh Thủy.** Tình hình phẫu thuật bảo tồn thai ngoài tử cung tại bệnh viện Phụ Sản Hùng Vương. Thông tin Y Dược, 8/2005, tr 29-32.
8. **Vương Tiến Hoà, Nguyễn Thị Bích Thủy.** Nghiên cứu hiệu quả điều trị chữa ngoài tử cung chưa vỡ bằng methotrexate đa liều. Y học Thực hành (899), số 12/2013, tr 90-94.

# KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỐC ĐIỆN NGOÀI LÒNG NGỰC XỬ TRÍ RỐI LOẠN NHỊP NHANH TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG

Nguyễn Thị Trà My, Hà Minh Đức,

Trần Bửu Thọ, Võ Thị Bạch Yến

## TÓM TẮT

Sốc điện ngoài lồng ngực là một phương pháp điều trị rất hiệu quả trong hồi sức tim mạch và cấp cứu loạn nhịp nhanh, nhất là trong trường hợp có rối loạn huyết động hay không đáp ứng với thuốc. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tình hình sốc điện ngoài lồng ngực điều trị cắt cơn nhịp nhanh. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả cắt ngang. **Đối tượng:** Tất cả bệnh nhân có điện tâm đồ rối loạn nhịp nhanh có chỉ định điều trị khẩn cấp bằng sốc điện tại Khoa Hồi sức tích cực - chống độc.

**Kết quả:** Khảo sát 34 trường hợp bệnh nhân rối loạn nhịp nhanh được sốc điện ngoài lồng ngực điều trị cắt cơn nhịp nhanh có tuổi trung bình  $59,5 \pm 17$  tuổi, nhỏ nhất 15 tuổi, lớn nhất 89 tuổi. Bệnh thường gặp gây rối loạn nhịp nhanh là nhồi máu cơ tim (29,41%), suy tim (20,59%), rối loạn Kali máu (11,76%); rối loạn nhịp thường gặp ở khoa ICU là nhịp nhanh thất (47,06%), rung thất (35,29%), nhịp nhanh kịch phát trên thất (17,65%). Kết quả sốc điện cắt cơn đối với nhịp nhanh kịch phát trên thất và nhịp nhanh thất tỷ lệ thành công 100%, với rung thất tỷ lệ thành công 75% ( $p < 0,05$ ). Mức năng lượng sốc điện lần đầu  $\leq 50J$  tỷ lệ thành công (79,17%) cao hơn so với mức năng lượng  $> 50J$  (50%). Các biến chứng ít gặp, thường nhẹ và tự giới hạn.

**Kết luận:** Kết quả khảo sát của chúng tôi có tỷ lệ thành công cao và không ghi nhận biến chứng nguy hiểm nào cho người bệnh.

## **ABSTRACT**

*Electrical cardioversion is a very effective method treatment of cardiac arrhythmias in intensive care cardiac disease patients and in tachyarrhythmias emergency, especially for hypotension and non-response to antiarrhythmic medication conditions. **The purpose of study:** to evaluate the treatment of tachycardia. **The method of study:** Retrospective cross-sectional description. **Object:** All of the patients having tachyarrhythmias that require an urgent conversion by sinus rhythm at intensive care unit. **Results:** conducting a survey of 34 cases mean aged  $59,5 \pm 17$ . The youngest age is 15, oldest age is 89. Underline disease cause the rhythm disorder usually occurs at myocardial infarction (29,41%), heart failure (20,59%), kalemia disorder 11,76%; the disorder of rhythm commonly found in intensive care unit falls into the case of ventricular tachycardia 47,06%, ventricular flutter 35,29% and supraventricular tachycardia 17,65%. The result is that electrical cardioversion return to sinus rhythm from supraventricular tachycardiarhythmias gets 100% successful rate, ventricular flutter gets 75% ( $p < 0,05$ ), the first power of shock  $\leq 50J$ , the percentage of success is 79,17%, which higher than the power over 50J (50%). Complications are usually rare, mild and self-limiting. **Conclusion:** Our survey result have a high successful rate and even have no serious complications for the patients.*

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Sự ra đời của phương pháp sốc điện ngoài lồng ngực (SĐNLN) đánh dấu một bước ngoặt quan trọng trong quá trình phát triển của ngành tim mạch học và hồi sức cấp cứu. SĐNLN là một phương pháp điều trị rất hiệu quả trong hồi sức tim mạch và cấp cứu loạn nhịp nhanh, nhất là trong trường hợp có rối loạn huyết động hay không đáp ứng với thuốc. Trong điều kiện có theo dõi chặt chẽ bằng

monitor, SĐNLN có thể cắt cơn nhịp nhanh ngay lập tức một cách an toàn. SĐNLN cho phép rút ngắn thời gian điều trị cơn nhịp nhanh và tránh được các tác dụng phụ của thuốc<sup>[3]</sup>.

Tuy nhiên, có nhiều bác sĩ lâm sàng còn e ngại khi SĐNLN, do đó chúng tôi tiến hành đề tài khảo sát tình hình sốc điện ngoài lồng ngực xử trí rối loạn nhịp nhanh tại Khoa Hồi sức tích cực - chống độc (HSTC-CD) với mục tiêu nghiên cứu như sau:

### **1.1 Mục tiêu tổng quát:**

Đánh giá tình hình sốc điện ngoài lồng ngực điều trị cắt cơn nhịp nhanh.

### **1.2 Mục tiêu cụ thể:**

- Tìm hiểu các bệnh lý cơ bản thường gây rối loạn nhịp nhanh tại Khoa Hồi sức tích cực - chống độc.
- Đánh giá hiệu quả của sốc điện ngoài lồng ngực cắt cơn nhịp nhanh.
- Đánh giá sự an toàn của sốc điện ngoài lồng ngực.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1 Đối tượng nghiên cứu:**

Tất cả bệnh nhân có điện tâm đồ rối loạn nhịp nhanh có chỉ định điều trị khẩn cấp bằng sốc điện tại Khoa Hồi sức tích cực - chống độc Bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang.

### **2.2 Đối tượng loại trừ:**

- Bệnh nhân có chống chỉ định sốc điện ngoài lồng ngực.
- Người nhà bệnh nhân không đồng ý sốc điện.

### **2.3 Địa điểm, thời gian nghiên cứu:**

- **Địa điểm:** Khoa Hồi sức tích cực - chống độc Bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang.
- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 01/2012 đến tháng 07/2014.

### **2.4 Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả cắt ngang.

## 2.5 Phương tiện nghiên cứu:

Máy sốc điện 2 pha cardiolife TEC 5521k của Nihon Kohden.

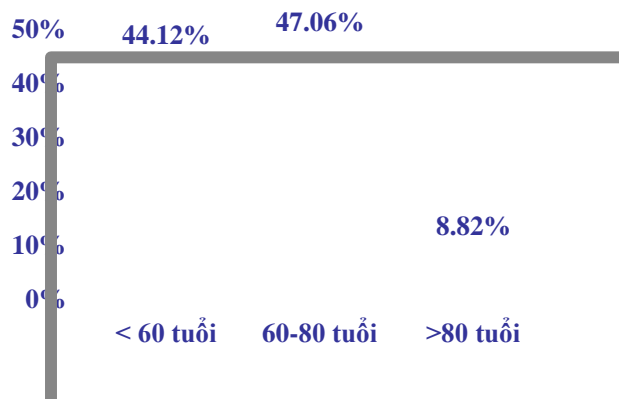
## 2.6 Phương pháp xử lý số liệu:

Dữ liệu được thu thập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi khảo sát 34 trường hợp bệnh nhân rối loạn nhịp nhanh được sốc điện ngoài lồng ngực điều trị cắt cơn nhịp nhanh (từ tháng 01/2012 đến tháng 07/2014) có tuổi trung bình  $59,5 \pm 17$  tuổi, nhỏ nhất 15 tuổi, lớn nhất 89 tuổi và có các đặc điểm như sau:

### 3.1 Nhóm tuổi:



Biểu đồ 3.1 Tần suất theo nhóm tuổi

Nhận xét: Nhóm <60 tuổi có 15/34 ca (44,12%), nhóm 60 - 80 tuổi có 16/34 ca (47,06%), nhóm >80 tuổi chỉ có 3/34 ca (8,82%).

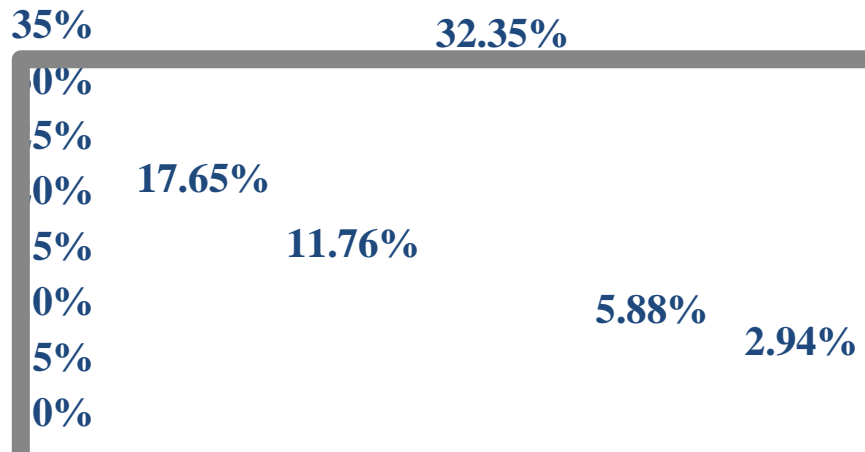
### 3.2 Giới tính:



*Biểu đồ 3.2 Tần suất theo giới tính*

*Nhận xét:* Tỷ lệ nam (44,12%), nữ (55,88%)

### 3.3 Địa chỉ:



*Biểu đồ 3.3 Tần suất theo địa chỉ*

*Nhận xét:* Bệnh nhân ở thành phố Châu Đốc 6 ca (17,65%), đến từ các huyện chiếm 82,34% (trong đó 2 huyện chuyển đến nhiều nhất là huyện Châu Phú 11 ca (32,35%), huyện An Phú 8 ca (23,53%).

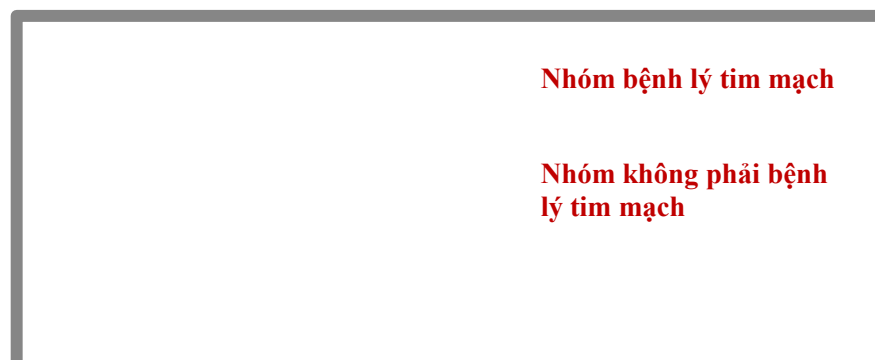
### 3.4 Các bệnh cơ bản gây rối loạn nhịp tim:

Bảng 3.1 Tần suất các bệnh cơ bản gây rối loạn nhịp tim

Bệnh cơ bản	n	Tỷ lệ (%)
Cơn đau thắt ngực	1	2,94
Cường giáp	1	2,94
Tự tử thuốc sâu	1	2,94
Sốt xuất huyết	1	2,94
Suy hô hấp	1	2,94
Tai biến mạch máu não	1	2,94
<b>Nhồi máu cơ tim cấp</b>	<b>10</b>	<b>29,41</b>
<b>Suy tim</b>	<b>7</b>	<b>20,59</b>
Viêm phổi	2	5,88
Viêm dạ dày	1	2,94
Nhịp nhanh kịch phát trên thất	3	8,82
<b>Rối loạn Kali máu</b>	<b>4</b>	<b>11,76</b>
Đái tháo đường	1	2,94
<b>Tổng số</b>	<b>34</b>	<b>100</b>

*Nhận xét:* Bệnh thường gặp gây rối loạn nhịp nhanh là nhồi máu cơ tim (29,41%), suy tim (20,59%), rối loạn Kali máu (11,76%).

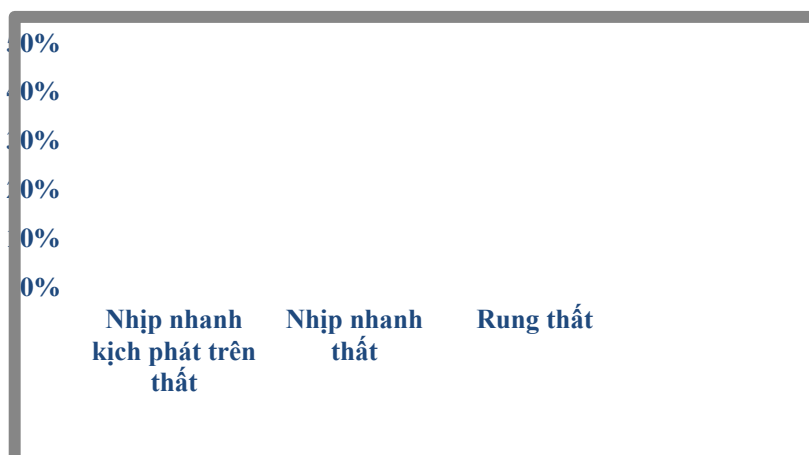
### 3.5 Nhóm bệnh lý gây rối loạn nhịp tim:



Biểu đồ 3.4 Tần suất nhóm bệnh gây rối loạn nhịp tim

*Nhận xét:* Nhóm bệnh lý tim mạch gây rối loạn nhịp nhanh chiếm 61,76%, nhóm không phải bệnh lý tim mạch chiếm 38,24%.

### 3.6 Các loại rối loạn nhịp tim:



Biểu đồ 3.5 Tần suất các loại rối loạn nhịp nhanh

*Nhận xét:* Nhịp nhanh thất thường gặp ở khoa ICU hơn chiếm 47,06%, rung thất 35,29%, nhịp nhanh kịch phát trên thất 17,65%.

### 3.7 Loại rối loạn nhịp tim và mức năng lượng sốc điện:

Bảng 3.2 Mức năng lượng sốc điện

Loại rối loạn nhịp tim	50J	100J	150J	200J	270J	Tổng số
- Nhịp nhanh kịch phát trên thất	5	0	0	2	1	8
- Nhịp nhanh thất	11	6	3	1	2	23
- Rung thất	8	3	1	2	0	14
<b>Tổng số</b>	<b>24</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>3</b>	<b>45</b>

*Nhận xét:* Sử dụng mức năng lượng sốc điện 50J có 24/45 ca (53,33%), mức năng lượng 100J có 9/45 ca (20%).

### 3.8 Mức năng lượng sốc điện lần đầu và kết quả cắt cơn:

Bảng 3.3 Tương quan mức năng lượng sốc điện lần đầu và kết quả cắt cơn

		Kết quả		Tổng số	p
		Thành công	Thất bại		
Mức năng lượng lần đầu	≤ 50J	19 (79,17%)	5 (20,83%)	24	0,094
	> 50J	5 (50%)	5 (50%)	10	
Tổng số		24	10	34	

*Nhận xét:* Chúng tôi ghi nhận sốc điện lần đầu xử trí cơn nhịp nhanh với mức năng lượng ≤50J tỷ lệ thành công 79,17% cao hơn so với mức năng lượng >50J (50%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0,094).

### 3.9 Loại rối loạn nhịp tim và kết quả sốc điện:

Bảng 3.4 Tương quan loại rối loạn nhịp tim và kết quả sốc điện

Loại rối loạn nhịp tim	Kết quả		Tổng số	p
	Cắt cơn	Không cắt cơn		
Nhịp nhanh kịch phát trên thất	6 (100%)	0 (0%)	6	0,049
Nhanh thất	16 (100%)	0 (0%)	16	
Rung thất	9 (75%)	3 (25%)	12	

*Nhận xét:* Kết quả sốc điện cắt cơn đối với nhịp nhanh kịch phát trên thất và nhịp nhanh thất tỷ lệ thành công 100%, còn với rung thất tỷ lệ này 75%, sự khác biệt giữa 2 nhóm này có ý nghĩa thống kê với p=0,049.

### 3.10 Tính an toàn của sốc điện ngoài lồng ngực cắt cơn nhịp nhanh:

Bảng 3.5 Tỷ lệ biến chứng của sốc điện

Loại rối loạn nhịp tim	Không biến chứng	Biến chứng	Tổng số
Nhịp nhanh kịch phát trên thất	6	0	6
Nhanh thất	15	1	16
Rung thất	12	0	12
<b>Tổng số</b>	<b>33 (97,05%)</b>	<b>1(2,94%)</b>	<b>34</b>

*Nhận xét:* Chúng tôi ghi nhận có 33/34 trường hợp (97,05%) sốc điện ngoài lồng ngực không xảy ra biến chứng, tuy nhiên có 1 trường hợp nhịp nhanh thất ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sốc điện lần đầu bị block nhĩ thất độ 3 nhưng sau đó trở về nhịp xoang.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1 Đặc điểm bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu:

Tuổi trung bình là  $59,5 \pm 17$  tuổi, nhỏ nhất 15 tuổi, lớn nhất 89 tuổi. Nữ giới gặp nhiều hơn nam giới. Nhóm <60 tuổi có 15/34 ca (44,12%), nhóm 60 - 80 tuổi có 16/34 ca (47,06%), nhóm >80 tuổi chỉ có 3/34 ca (8,82%).

Bệnh nhân ở thành phố Châu Đốc 6 ca (17,65%), đến từ các huyện chiếm 82,34%. Qua đó chúng tôi nhận thấy tình hình chuyển lên tuyến trên đối với bệnh nhân có rối loạn nhịp tim nhanh còn khá cao, có thể do bác sĩ điều trị ở tuyến dưới chưa  **mạnh dạn**  xử trí bằng sốc điện ngoài lồng ngực để điều trị cắt cơn nhịp nhanh, mà chỉ dùng thuốc chống loạn nhịp đơn thuần.

### 4.2 Nhóm bệnh thường gặp gây rối loạn nhịp:

Qua khảo sát nghiên cứu của chúng tôi bệnh lý thường gặp gây rối loạn nhịp nhanh là nhồi máu cơ tim (29,41%), suy tim (20,59%), rối loạn Kali máu (11,76%). Đa số bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có bệnh nền gây rối loạn nhịp nhanh là suy tim và nhồi máu cơ tim, kết quả này cũng phù hợp với y văn. Trong đột tử do tim cơ chế sinh lý bệnh có sự tương tác giữa 2 yếu tố: nhóm thứ

nhất có bất thường cấu trúc tim (bệnh động mạch vành, bệnh cơ tim, bệnh van tim,...) và nhóm thứ 2 chủ yếu là yếu tố thúc đẩy như: rối loạn điện giải, thuốc,... Trên thực tế lâm sàng có 2 nhóm đối tượng nguy cơ cao bị đột tử do tim thường gặp là nhồi máu cơ tim và suy tim<sup>[3]</sup>.

#### **4.3 Hiệu quả của sốc điện ngoài lồng ngực:**

Theo báo cáo của Bệnh viện Tim mạch An Giang năm 2001 - 2003 thực hiện 12 lần sốc điện đồng bộ tỷ lệ thành công 100%<sup>[1]</sup>. Kết quả của chúng tôi sốc điện cắt cơn nhịp nhanh trên thất và nhanh thất tỷ lệ thành công 100%, còn ở bệnh nhân rung thất là 75%, sự khác biệt giữa 2 nhóm này có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Theo y văn trong nhịp nhanh kịch phát trên thất năng lượng khởi đầu là 25 - 100J máy 2 pha; trong nhịp nhanh thất đơn dạng gây rối loạn huyết động năng lượng khởi đầu là 50J - 100J với máy 2 pha; trong nhịp nhanh thất đa dạng kéo dài, nhịp nhanh thất rối loạn huyết động và rung thất năng lượng khởi đầu là 120 - 200J với máy 2 pha<sup>[3,9]</sup>. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sốc điện lần đầu xử trí cơn nhịp nhanh với mức năng lượng  $\leq 50J$  tỷ lệ thành công 79,17% cao hơn so với mức năng lượng  $>50J$  (50%), tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,094$ ).

#### **4.4 Biến chứng của sốc điện:**

Theo y văn các biến chứng thường nhẹ và tự giới hạn, các biến chứng thường gặp là: nhịp nhanh thất ngắn (5%), nhịp nhanh xoang và trên thất (30%), nhịp chậm (25%), bỏng da (20%), tụt huyết áp thoáng qua, phù phổi và tắc mạch (hiếm)<sup>[11]</sup>. Chúng tôi ghi nhận đa số các trường hợp sốc điện ngoài lồng ngực của chúng tôi không có biến chứng. Tuy nhiên, có 1 trường hợp bị bloc nhĩ thất độ 3 nhưng sau đó trở về nhịp xoang.

## V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

SĐNLN là một biện pháp điều trị nhanh chóng và hiệu quả trong xử trí rối loạn nhịp nhanh, đặc biệt nếu có tình trạng huyết động không ổn định. Kết quả khảo sát của chúng tôi có tỷ lệ thành công cao và không ghi nhận biến chứng nguy hiểm nào cho người bệnh.

Từ kết quả ghi nhận được, chúng tôi  **mạnh dạn**  kiến nghị các đồng nghiệp thực hiện đúng chỉ định, sốc điện ngoài lồng ngực sẽ có hiệu quả tức thì và giúp bệnh nhân thoát khỏi cơn nguy kịch. Việc vận dụng theo phương pháp xử trí này giúp các Bệnh viện tuyến huyện có máy sốc điện thực hiện được dễ dàng mà không cần phải bỏ qua để chuyển tuyến trên./.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO:

### \* TIẾNG VIỆT:

1. Bùi Hữu Minh Trí, Mai Phạm Trung Hiếu, Ngô Trần Quang Minh (2003), sốc điện đồng bộ trong điều trị khẩn cấp rối loạn nhịp nhanh , kỷ yếu nghiên cứu khoa học bệnh viện đa khoa trung tam An Giang 2003.
2. Hồ Huỳnh Quang Trí, Phạm Nguyễn Vinh (2002), chuyển nhịp rung nhĩ và cuồng nhĩ bằng sốc điện ngoài lồng ngực: một số kinh nghiệm sau hơn 300 lần thực hiện, y học thành phố Hồ Chí Minh, tập 6, phụ bản số 1, 2002.
3. Hồ Huỳnh Quang Trí, Phạm Nguyễn Vinh, Bệnh học tim mạch, Tập 2, Nhà xuất bản y học, 2003.
4. Phạm Anh Tuấn, sốc điện, Bệnh viện Cấp cứu trung ương, [www.115.org.vn/Default.aspx?tabid=74&ctl=ViewNewsDetail&mid=404&NewsPK=416](http://www.115.org.vn/Default.aspx?tabid=74&ctl=ViewNewsDetail&mid=404&NewsPK=416).

### \* TIẾNG ANH:

5. American heart Asociation (2010), Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care science, circulation, 2010; 122:S639.
6. American heart asociation (2005) Defibrillation. From the 2005 international consensus conference on cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care science with treatment recommendations, hosted by the american heart association in Dallas, Texas, January 23-30, 2005, circulation, 2005; 112:III-17-III-24.
7. Bernard Lown (2002). Defibrilation and cardioversion. Cardiovascuular Research. Volume 55, issue 2: 220-224.
8. Bradley P Knight, MD, FACC , Basic principles and technique of cardioversion and defibrillation, uptodate 21.3 , 2013.
9. Bradley P Knight, MD, FACC, Cardioversion for specific arrhythmias, uptodate 21.3, 2013.

10. Dalzell GW, Adgey (1991). Determinants of successful transthoracic defibrillation and outcome in ventricular fibrillation. *AA. Br Heart J.* 1191; 65(6):331
11. Philip j Podrid, MD Cardioversion for specific arrhythmias, (2011), <http://www.uptodate.com/contents/cardioversion-for-specific-arrhythmias>.  
Last updated: Mon Apr 25 2011.

# TỶ LỆ VÀ LIÊN QUAN VỀ LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA TĂNG TROPONIN I Ở BỆNH NHÂN ĐỢT MÁT BÙ CẤP SUY TIM MẠN

Ths.Bs. Võ Minh Hiền, Bs. Hồ Thị Thanh Thủy,  
BS. Trần Lê Minh Thái, ĐD. Tô Lộc Huyền

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, suy tim được coi là dịch bệnh của thế kỷ XXI. Đây là vấn đề sức khỏe cộng đồng quan trọng với tỷ lệ tật bệnh, tử vong và chi phí chăm sóc cao đáng kể. Bệnh nhân suy tim nặng có tiên lượng tử vong trong 12 tháng lên đến 37,3% và trong 5 năm cao đến 78,5% [1].

Tiến triển của suy tim được đặc trưng bởi sự tái cấu trúc thất trái, sự căng giãn quá mức thành tim dẫn đến quá tải áp lực và thể tích, sức căng thành tăng lên dẫn đến thiếu máu dưới nội mạc và chết tế bào cơ tim, làm phóng thích troponin tim đi kèm với kết cục xấu. Hơn thế nữa, những nguyên nhân khác (loạn nhịp tim, nhiễm trùng, phù phổi, sung huyết phổi,...) làm mất cân bằng cung cầu oxy cũng làm thiếu máu cục bộ cơ tim và do đó cũng gây phóng thích troponin I ở bệnh nhân suy tim.

Tầm quan trọng của các chỉ điểm sinh học tim trong chẩn đoán và phân tầng nguy cơ bệnh nhân (BN) suy tim ngày càng tăng. Trong số đó, vai trò của các natriuretic peptides đã được khẳng định. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều điều chưa biết về vai trò của Troponin tim (cTn) trong suy tim, đặc biệt là đợt mất bù cấp suy tim mạn. Tổn thương cơ tim là do thiếu máu cục bộ nặng, và cTn là một chỉ điểm sinh học nhạy và đặc hiệu của tổn thương cơ tim. Do đó, cTn chủ yếu được sử dụng trong chẩn đoán, phân tầng nguy cơ và chăm sóc bệnh nhân bị hội chứng vành cấp. Nồng độ Troponin I tăng lên trong bệnh cảnh suy tim mà không có hội chứng động mạch vành cấp đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu [3,4,5].

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

### MỤC TIÊU TỔNG QUÁT

Xác định tỷ lệ và liên quan về lâm sàng, cận lâm sàng của tăng troponin I ở bệnh nhân đột mất bù cấp suy tim mạn

### MỤC TIÊU CHUYÊN BIỆT

1. Xác định tỷ lệ tăng troponin I ở bệnh nhân đột mất bù cấp suy tim mạn mà không có hội chứng động mạch vành cấp.
2. Xác định mối liên quan giữa lâm sàng (tuổi, giới tính, huyết áp tâm thu, nhịp tim, rung nhĩ, tăng huyết áp, thiếu máu cục bộ cơ tim, sử dụng ức chế Beta/ức chế men chuyển/ ức chế angiotensin/ kháng aldosteron), cận lâm sàng (creatinin huyết thanh, Natri máu) với nồng độ cTnI  $<0.028$  ng/mL và  $\geq 0.028$  ng/mL.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. THIẾT KẾ NGHIÊN CỨU:

Nghiên cứu cắt ngang mô tả

### 2.2. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

#### 2.2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Tất cả bệnh nhân suy tim nhập khoa Tim Mạch-Lão Học BVĐK KV Tỉnh An Giang từ 01/06/2014 đến 31/08/2014

#### 2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Những bệnh nhân có hội chứng động mạch vành cấp

Những bệnh nhân không đồng ý thực hiện nghiên cứu.

### 2.3. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

#### 2.3.1. Phương pháp lấy mẫu:

##### 2.3.1.1. Cỡ mẫu:

Tỷ lệ bệnh nhân đột mất bù cấp suy tim mạn có tăng nồng độ troponin I  $> 0.034$  ng/mL theo Michael Felker 2012 là 50%

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

Với:  $Z=1,96$   $\alpha=0,05$  (xác suất sai lầm loại 1)  
 $P=0,5$   $d=0,1$  (sai số cho phép)

$$n = \frac{1,96^2 (0,5)(0,5)}{0,1^2} = 96,04$$

Vậy cỡ mẫu theo lý thuyết là 97 bệnh nhân đợt mất bù cấp suy tim mạn không có hội chứng động mạch vành cấp.

**2.3.1.2. Kỹ thuật chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

**2.3.2. Phương pháp thực hiện:**

Tất cả những bệnh nhân nhập khoa có triệu chứng đợt mất bù cấp suy tim mạn sẽ được hỏi bệnh sử, tiền sử và khám lâm sàng để lấy các thông tin: tuổi, giới tính, huyết áp tâm thu, nhịp tim, rung nhĩ, tiền sử: tăng huyết áp, thiếu máu cục bộ cơ tim, sử dụng ức chế Beta/ức chế men chuyển/ ức chế angiotensin/kháng aldosteron.

Sau đó bệnh nhân sẽ được lấy máu tĩnh mạch xét nghiệm ure, creatinin huyết thanh, nồng độ natri máu.

Xét nghiệm định lượng Troponin I ở 2 thời điểm:

Lần 1: Ngay lúc bệnh nhân nhập khoa

Lần 2: Sau khi nhập khoa 6h để loại trừ nhồi máu cơ tim cấp.

**2.3.2. Công cụ thu thập dữ kiện:** Bảng thu thập dữ kiện

**2.4. Xử lý số liệu:**

Phép kiểm  $X^2$ , phép kiểm Fisher's exact test để kiểm định mối quan hệ giữa 2 biến định tính.

Phép kiểm trung bình 2 mẫu ghép cặp để so sánh kết quả với biến định lượng trên cùng một nhóm ở các thời điểm khác nhau.

Phép kiểm T test để kiểm định sự khác biệt về giá trị trung bình của 2 nhóm khác nhau.

Phân tích phương sai 1 yếu tố: phân tích ảnh hưởng của biến định lượng lên biến định tính.

Giá trị  $p < 0,05$  được xem có ý nghĩa thống kê.

### 3.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua 02 tháng nghiên cứu chúng tôi thu thập được 106 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và qua phân tích số liệu chúng tôi ghi nhận được tỷ lệ bệnh nhân nhóm có cTnI  $< 0,028$  ng/mL chiếm tỷ lệ 48,1% (51 trường hợp) và cTnI  $\geq 0,028$  ng/mL chiếm tỷ lệ 51,9% (55 trường hợp), chúng tôi ghi nhận sự khác biệt về lâm sàng, cận lâm sàng và việc dùng thuốc giữa 2 nhóm có cTnI  $< 0,028$  ng/mL và cTnI  $\geq 0,028$  ng/mL như sau:

**Bảng 1: Liên quan giữa đặc điểm lâm sàng, tiền sử với nhóm có cTnI  $\leq 0,028$  ng/mL và cTnI  $> 0,028$  ng/mL**

<b>Biến số</b>	<b>N (106)</b>	<b>cTnI <math>&lt; 0,028</math> ng/mL (n=56)</b>	<b>cTnI <math>\geq 0,028</math> ng/mL (n=50)</b>	<b>p</b>
Tuổi TB ( $\pm$ ĐLC)	66 ( $\pm$ 5)	64 ( $\pm$ 4)	69 ( $\pm$ 5)	$< 0,0001$
Giới tính (nam, %)	68,9	64,3	74	0,38
HA tâm thu TB ( $\pm$ ĐLC)	123,5 ( $\pm$ 7)	123 ( $\pm$ 7)	124 ( $\pm$ 6)	0,43
Nhịp tim ( $\pm$ ĐLC)	81 ( $\pm$ 5)	81 ( $\pm$ 3)	82 ( $\pm$ 5)	0,21
Rung nhĩ (%)	36,8	35,7	38	0,97
Tăng HA (%)	74,5	76,7	72	0,74
Bệnh tim TMCB (%)	60,4	59	62	0,91

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của 2 nhóm cTnI có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ , Không có sự khác biệt về giới tính nam, HA tâm thu TB, Nhịp tim TB, tỷ lệ rung nhĩ, tiền sử tăng huyết áp và bệnh tim TMCB giữa 2 nhóm cTnI  $< 0,028$  ng/mL và cTnI  $\geq 0,028$  ng/mL.

**Bảng 2: Liên quan giữa việc dùng thuốc với nhóm có cTnI  $\leq 0,028$  ng/mL và cTnI  $> 0,028$  ng/mL**

<b>Biến số</b>	<b>N (106)</b>	<b>cTnI <math>\leq 0,028</math> ng/mL (n=56)</b>	<b>cTnI <math>&gt; 0,028</math> ng/mL (n=50)</b>	<b>p</b>
Dùng ư/c Beta (%)	75,4	75	70	0,72
Dùng ACE/ARB (%)	79,2	78,6	80	0,95
Dùng kháng Aldosteron (%)	76,4	75	78	0,89

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về việc dùng thuốc ở các nhóm có cTnI  $< 0,028$  ng/mL và cTnI  $\geq 0,028$  ng/mL

**Bảng 3: Liên quan giữa cận lâm sàng với nhóm có cTnI  $\leq 0,028$  ng/mL và cTnI  $> 0,028$  ng/mL**

<b>Biến số</b>	<b>N (106)</b>	<b>cTnI <math>&lt; 0,028</math> ng/mL (n=56)</b>	<b>cTnI <math>\geq 0,028</math> ng/mL (n=50)</b>	<b>p</b>
Creatinin HT TB mg% ( $\pm$ ĐLC)	1,26 ( $\pm$ 0,4)	1,1 ( $\pm$ 0,2)	1,43 ( $\pm$ 0,5)	$< 0,0001$
Natri HT mmol/L ( $\pm$ ĐLC)	135 ( $\pm$ 13)	134 ( $\pm$ 12)	135 ( $\pm$ 15)	0,7

**Nhận xét:** Không có sự khác biệt về nồng độ Natri máu trung bình ở các nhóm có cTnI  $< 0,028$  ng/mL và cTnI  $\geq 0,028$  ng/mL, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ creatinin huyết thanh trung bình ở 2 nhóm có cTnI  $< 0,028$  ng/mL và cTnI  $\geq 0,028$  ng/mL

#### **4. BÀN LUẬN**

. Năm 1997, Missov và cs sử dụng kỹ thuật xét nghiệm có độ nhạy cao đã chứng minh có troponin tuần hoàn ở 35 BN suy tim tiến triển ổn định (không nằm trong bối cảnh lâm sàng của thiếu máu cục bộ) với mức trung bình là 0.74 ng/ml. Nhìn chung, cTn tăng rõ hơn ở BN suy tim tiến triển hơn, đợt mất bù cấp suy tim

mạn. Gần đây, một phân tích số bộ ADHERE (Acute Decompensated Heart Failure National Registry) thấy có 75% BN nhập viện do suy tim cấp ( $n = 67.924$ ) có mức cTn phát hiện được ( $cTnI > 0.4$  ng/ml hoặc  $cTnT > 0.01$   $\mu\text{g/l}$ ). Nếu dùng ngưỡng tăng cTn cao hơn ( $cTnI \geq 1.0$  ng/ml hoặc  $cTnT \geq 0.1$   $\mu\text{g/l}$ ) thì chỉ có 6.2% BN suy tim cấp có mức cao hơn những giá trị cut-off này. Tỷ lệ này thay đổi rộng phụ thuộc vào quần thể nghiên cứu cũng như là kỹ thuật xét nghiệm được sử dụng. Nghiên cứu của chúng tôi dùng ngưỡng xét nghiệm cTnI là 0,028 ng/mL, kết quả chúng tôi ghi nhận có 51,9% bệnh nhân ĐMBCSTM có  $cTnI \geq 0,028$  ng/mL. Felker nghiên cứu trên 808 bệnh nhân, 50% bệnh nhân có  $cTnI > 0,034$  ng/mL. Tamara B. Horwich cũng ghi nhận 49,1% bệnh nhân suy tim ĐMBCSTM có  $cTnI \geq 0,04$  ng/mL.

Chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình giữa 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,0001$ . Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả giống với tác giả Felker ghi nhận tuổi trung bình 67, tuổi trung bình trong nhóm có  $cTnI \leq 0,034$  ng/ml là 65 và tuổi trung bình của nhóm có  $cTnI > 0,034$  ng/ml là 69 ( $p = 0,022$ ). Tamara B. Horwich: tuổi trung bình của 238 bệnh nhân được nghiên cứu là  $52 \pm 13$ , tuổi trung bình của nhóm có  $cTnI < 0,04$  ng/ml là  $53 \pm 13$  và tuổi trung bình của nhóm có  $cTnI \geq 0,04$  ng/mL là  $52 \pm 14$ ; không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa 2 nhóm

Theo nghiên cứu của Felker nam chiếm 70,1%, tỷ lệ nam giới trong nhóm có  $cTnI \leq 0,034$  ng/ml là 64,6 và tỷ lệ nam giới của nhóm có  $cTnI > 0,034$  ng/ml là 75,5 ( $p = 0,0007$ ). Tamara B. Horwich: nam chiếm 71% trong nghiên cứu và không có sự khác biệt về tỷ lệ nam giới trong 2 nhóm cTnI. chúng tôi cũng ghi nhận kết quả tương tự

Huyết áp tâm thu trung bình trong nghiên cứu của Felker là 124 mmHg và không có sự khác biệt về huyết áp tâm thu trung bình giữa 2 nhóm cTnI; tần số tim trung bình là 79, không có sự khác biệt về tần số tim trung bình giữa 2 nhóm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, huyết áp tâm thu trung bình là  $123,5 (\pm 7)$  mmHg và không có sự khác biệt về huyết áp tâm thu trung bình ở 2 nhóm cTnI. Tamara

B. Horwich Huyết áp trung bình ở nhóm có cTnI  $\geq 0,04$ ng/mL là  $108 \pm 20$  mmHg và ở nhóm có cTnI  $< 0,04$  ng/mL là  $115 \pm 24$  mmHg

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 60,4% bệnh nhân ĐMBCSTM có bệnh cơ tim TMCB tăng cTnI  $\geq 0,028$ ng/mL. Trong N/C Val-HeFT, TMCBCT là nguyên nhân ở 60% và 57% BN suy tim có và không có tăng cTnT, lần lượt, nếu dùng phương pháp xét nghiệm kinh điển; còn với phương pháp có độ nhạy cao thì tỷ lệ này là 59% và 55%, lần lượt. Kết quả của N/C ADHERE ở những BN đợt mất bù cấp suy tim mạn cho thấy “suy tim do thiếu máu cục bộ” là nguyên nhân của mất bù cấp ở 53% và 52% BN có và không có tăng cTn, lần lượt. Tác giả Felker ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ có tăng cTnI là 60,6%, không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ giữa 2 nhóm có cTnI trên và dưới ngưỡng phát hiện ( $p=0,77$ ). Tamara B. Horwich Tỷ lệ bệnh nhân bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ là 50%, không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ giữa 2 nhóm ( $p=0,72$ ). Nhiều nghiên cứu đã cho rằng sự hiện hữu của bệnh tim nền TMCB dường như không phải là nguyên nhân chủ yếu của tăng cTn ở BN suy tim mạn và cấp.

Felker Tỷ lệ bệnh nhân rung nhĩ là 41,3%, không có sự khác biệt về tỷ lệ rung nhĩ giữa 2 nhóm; Tỷ lệ bệnh nhân THA là 77,7%, không có sự khác biệt về tỷ lệ THA giữa 2 nhóm. Tamara B. Horwich: Tỷ lệ bệnh nhân THA là 36%, không có sự khác biệt về tỷ lệ THA giữa 2 nhóm. Chúng tôi cũng ghi nhận không có sự khác biệt về tỷ lệ rung nhĩ và tiền sử tăng huyết áp ở 2 nhóm cTnI.

Chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt về nồng độ Natri máu trung bình ở các nhóm có cTnI  $< 0,028$  ng/mL và cTnI  $\geq 0,028$  ng/mL, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ creatinin huyết thanh trung bình ở 2 nhóm có cTnI  $< 0,028$  ng/mL và cTnI  $\geq 0,028$  ng/mL. Theo nghiên cứu của tác giả Tamara B. Horwich: Nồng độ creatinin trung bình là 123,8 mg%, nồng độ creatinin trung bình ở nhóm có cTnI  $< 0,04$  ng/ml là 114,9 mg% và nồng độ creatinin trung bình ở nhóm có cTnI  $\geq 0,04$  ng/ml là 132,6 ( $p = 0,196$ ); Nồng độ Natri máu trung bình là 135 mmol/L, không có sự khác biệt về nồng độ Natri máu trung bình giữa 2

nhóm. Còn theo Felker Nồng độ creatinin trung bình là 114,9 mg%, nồng độ creatinin trung bình ở nhóm có cTnI  $\leq 0,034$ ng/ml là 106,1mg% và nồng độ creatinin trung bình ở nhóm có cTnI  $>0,034$ ng/ml là 123,8 (p <0,0001); Nồng độ Natri máu trung bình là 139 mmol/L, không có sự khác biệt về nồng độ Natri máu trung bình giữa 2 nhóm.

Felker ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế beta là 75,5%, không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế beta giữa 2 nhóm (p=0,1); Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc ACE hoặc ARB là 64,2%, không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế beta giữa 2 nhóm (p=0,51); Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc kháng aldosterone là 24,6%, không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc kháng aldosterone giữa 2 nhóm (p=0,06). Tamara B. Horwich Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế beta ở nhóm có cTnI  $\geq 0,04$  ng/ml là 70% và ở nhóm có cTnI < 0,04 ng/ml là 71%, không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế beta giữa 2 nhóm (p=0,853); Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc ACE hoặc ARB ở nhóm có cTnI  $\geq 0,04$  ng/ml là 83% và ở nhóm có cTnI < 0,04 ng/ml là 94%, có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế beta giữa 2 nhóm (p=0,011); Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc kháng aldosterone ở nhóm có cTnI  $\geq 0,04$  ng/ml là 37% và ở nhóm có cTnI < 0,04 ng/ml là 51%, không có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc kháng aldosterone giữa 2 nhóm (p=0,071). Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi dùng ngưỡng xét nghiệm cTnI là 0,028 ng/mL, kết quả chúng tôi ghi nhận có 51,9% bệnh nhân ĐMBCSTM có cTnI  $\geq 0,028$ ng/mL 48,1% bệnh nhân có cTnI <0,028ng/mL

Có mối liên quan giữa tuổi và nồng độ creatinin huyết thanh với nồng độ cTnI <0.028 ng/mL và  $\geq 0.028$  ng/mL. Không có mối liên quan giữa lâm sàng (giới tính, huyết áp tâm thu, nhịp tim, rung nhĩ, tăng huyết áp, thiếu máu cục bộ cơ tim, sử dụng ức chế Beta/ức chế men chuyển/ ức chế angiotensin/ kháng aldosteron), Natri máu với nồng độ cTnI <0.028 ng/mL và  $\geq 0.028$  ng/mL.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Lâm (2014), “Vai trò tiên lượng của troponin ở bệnh nhân suy tim”, <http://bvdkquangnam.vn/ao-to-nckh/tp-san-y-hc/918-vai-tro-tien-lng-ca-troponin-bnh-nhan-suy-tim-.html>
2. Nguyễn ngọc phương Thư, Nguyễn thanh Hiền (2012), “Sử dụng các dấu ấn tim (Cadiac Markers) trong cấp cứu”, <http://timmachhoc.vn/component/content/article.html?id=703:s-dng-cac-du-n-tim-cadiac-markers-trong-cp-cu&catid=60:tng-quan-v-tim-mch>
3. G. Michael Felker, Vic Hasselblad1, W.H. Wilson Tang (2012), “Troponin I in acute decompensated heart failure: insights from the ASCEND-HF study”, *Eur J Heart Fail*, 14 (11), pp: 1257-1264.
4. Robb D. Kociol, Peter S. Pang (2010), “Troponin Elevation in Heart Failure: Prevalence, Mechanisms, and Clinical Implications”, *Am Coll Cardiol*, 56(14), pp: 1071-1078.
5. Tamara B. Horwich (2003), “Cardiac Troponin I Is Associated With Impaired Hemodynamics, Progressive Left Ventricular Dysfunction, and Increased Mortality Rates in Advanced Heart Failure”, *Circulation*, 108, pp:833-838
6. W.F. Peacock, T. De Marco, G.C. Fonarow et al (2008), “Cardiac troponin and outcome in acute heart failure”, *N Engl J Med*, 358, pp: 2117–2126.
7. W.L. Miller, K.A. Hartman, et al (2009), “Profiles of serial changes in cardiac troponin T concentrations and outcome in ambulatory patients with chronic heart failure”, *J Am Coll Cardiol*, 54, pp: 1715–1721.
8. Yukihiro Sato, Hisayoshi Fujiwara, Yoshiki Takatsu (2012), “Cardiac troponin and heart failure in the era of high-sensitivity assays”, *Journal of Cardiology*, Volume 60 (3), pp: 160–167.

## PHIẾU THU THẬP SỐ LIỆU

Số nhập viện:.....

Tuổi:.....

Giới: Nam/Nữ

Tiền sử tăng huyết áp: Có/ Không

Tiền sử thiếu máu cục bộ cơ tim: Có/ Không

Rung nhĩ: Có/ Không

Tiền sử sử dụng ức chế beta: Có/ Không

Tiền sử sử dụng ức chế men chuyển/ ức chế angiotensin: Có/ Không

Tiền sử sử dụng thuốc kháng aldosteron: Có/ Không

EF %: .....

Troponin I:.....ng/ml

Creatinin HT:.....mg/dl

Natri HT:.....mmol/L

# **KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH TIM MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP2**

BS Phạm Kim Xoàn BS Nguyễn Văn Ngọc Răng  
ĐD Hồ Xuân Hồng ĐD Nguyễn Thị Xuân

## **I - Đặt Vấn Đề.**

Bệnh đái tháo đường (diabetes mellitus – DM) được định nghĩa là một nhóm các bệnh chuyển hóa được đặc trưng bởi tăng đường máu mãn tính do hậu quả của thiếu hụt hoặc giảm hoạt động của insuline hoặc cả hai trong cơ thể người bệnh.

Báo tuổi trẻ 14/11/2013 với bài viết “ Đại dịch đái tháo đường ” đã đến gần, đái tháo đường ( ĐTĐ ) được xem là kẻ giết người thầm lặng, đại dịch của thế kỷ XXI, vì bệnh không có triệu chứng đặc hiệu nên người bệnh không có cảnh giác, một số người khi có biến chứng mới phát hiện ra bệnh.

Tim mạch là hệ cơ quan bị ảnh hưởng sớm và rõ nét nhất ở bệnh nhân đái tháo đường Típ 2. Với một số biểu hiện như tăng huyết áp, suy tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ (BTTMCB), bệnh động mạch chi dưới (BĐMCD), tai biến mạch máu não (TBMMN). Biến chứng tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường thường xuất hiện thầm lặng, tần suất biến chứng tim mạch sẽ gia tăng khi có mặt các yếu tố nguy cơ.

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá bệnh lý tim mạch ở bệnh nhân đái tháo đường Típ 2 và xác định các yếu tố nguy cơ (YTNC) đối với các biến chứng tim mạch: Người cao tuổi, thừa cân béo phì, tăng glycemias và tăng HbA1c, thời gian mắc bệnh lâu năm, rối loạn lipid máu, cao huyết áp... Để tư vấn bệnh tốt cải thiện lối sống và giảm tần suất các biến chứng tim mạch ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2.

- **Mục tiêu nghiên cứu:**

1. Khảo sát một số đặc điểm bệnh nhân ĐTD típ 2 tại khoa khám bệnh BVĐK KV An giang
2. Tìm hiểu mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ và một số biến chứng tim mạch trên bệnh nhân đái tháo đường Típ 2

**II - Đối Tượng Và Phương Pháp Nghiên Cứu.**

**1 Đối tượng nghiên cứu:**

- Tiêu chuẩn chọn bệnh : Chọn ngẫu nhiên bệnh nhân đến khám bệnh phòng khám tim mạch nội tiết số 6 và 7, khoa khám bệnh BVĐK KV AG

- Tiêu chuẩn loại trừ :

- + Các bệnh nhân có các bệnh lý van tim thực thể, màng ngoài tim.
- + Các bệnh lý khác như bệnh phổi cấp và mạn tính, các bệnh suy gan thận, cường giáp, phụ nữ có thai.

**2. Phương Pháp Nghiên Cứu:**

- Tiền cứu, mô tả cắt ngang
- Sử dụng phần mềm SPSS 16.

**3. Thời Gian Nghiên Cứu:**

- Từ tháng 01/8/2013 đến 30/7/2014

**III - Kết quả nghiên cứu :**

**1. Bảng 1: Phân bố tỷ lệ ĐTD típ 2 theo tuổi và giới .**

Đặc điểm tuổi và giới tính:

Nhóm Tuổi	Giới tính		Tổng Cộng	P
	Nam	Nữ		
< 40	5 1.4%	8 2.1 %	13 3.5 %	0.75

40-59	70 19 %	129 35.1%	199 54.1 %
≥ 60	38 10.3%	118 32.1%	156 42.4%
Tổng cộng	113 30.7 %	255 69.3 %	368 100 %

Nhận xét: Nữ tổng số 69.3 %, nam 30.7 %, nữ gấp 2 lần nam .

Số người cao tuổi ≥ 60 là 42.4 % ,gần một nửa là người cao tuổi ,với  $p= 0.75$  mối tương quan không có ý nghĩa thống kê .

## 2. Bảng 2. Thời gian phát hiện bệnh ĐTD típ 2

Thời gian phát hiện	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
<1 năm	48	13
1→4 năm	150	40.8
5→9 năm	119	32.3
≥10 năm	51	13.9
Tổng cộng	368	100

Nhận xét: Bệnh mới phát hiện nhỏ hơn 1 năm 48 cas(13 % ),phát hiện bệnh 1 →4 năm là 150 cas( 40.8 %),5→9 năm là 119 cas( 32.3 %) và ≥ 10 năm là 51 cas(13,9%),là những thời điểm nguy cơ về biến chứng .

## 3. Bảng 3. Khảo sát mối tương quan giữa BMI và cao huyết áp.

BMI	Cao Huyết Áp		Tổng cộng	P
	<130/80 mmhg	≥ 130/80mmhg		
≤ 22.9	52 14.1 %	88 23.9 %	140 38 %	0.20
≥ 23	70 19 %	158 42.9 %	228 62 %	
Tổng cộng	122 33.2 %	246 66.8	368 100 %	

Nhận xét: Người thừa cân và béo phì (BMI  $\geq 23$ ) có 288 cas (62 %) nhiều hơn người bình thường (BMI  $\leq 22.9$ ) có 140 cas (38 %), tỉ lệ thừa cân và béo phì có cao huyết áp 158 cas (42.9 %) nhiều hơn BMI bình thường có CaoHA 88 cas (23.9 %), với  $p= 0.20$  mối tương quan không có ý nghĩa thống kê .

**4. Bảng 4. Khảo sát Bilan lipid máu:**

Bilan lipid	Số cas (tổng 368 )	Tỉ lệ %
Total cholesterol(TC) ( $\geq 200$ mg	167	45.3
Triglycerid(TG) $\geq 150$ mg	281	76.4
HDL $< 40$ mg	283	76.9
LDL $\geq 130$ mg	279	75.8

Nhận xét : Tăng TG 76.4 % và giảm HDL 76.9 % , tăng TC 45.3 % ,tăng LDL 75.8 % .Cả 4 loại lipid máu đều tăng.

**5. Bảng 5. Tình trạng kiểm soát đường huyết lúc đói:**

Nồng độ glucose	Số cas (368 )	Tỉ lệ %
Lý tưởng $< 140$ mg%	178	48.4
Chấp nhận $140 \rightarrow 179$ mg%	84	22.8
Không chấp nhận $\geq 180$ mg%	106	28.8
Tổng cộng	368	100 %

Nhận xét: Nồng độ glucose huyết lý tưởng 178 cas (48.4 %) gần phân nửa số bệnh nhân, mức cao không chấp nhận được 106 cas (28.8 %), mức chấp nhận 84 cas(22.8 %)

**6. Bảng 6. Đánh giá kiểm soát đường huyết theo HbA1c:**

Nồng độ HbA1c	Số cas (368 )	Tỉ lệ %
Lý tưởng ( $\leq 7$ %)	190	51.6
Chấp nhận ( $7.1 \rightarrow 8$ %)	64	17.4
Không chấp nhận ( $> 8\%$ )	114	31
Tổng cộng	368	100

Nhận xét : HbA1c lý tưởng có 190 cas(51.6 % ), đường huyết ổn định trong 3 tháng vừa qua hơn ½ số bệnh nhân .Mức chấp nhận 64 cas(17. 4 %),mức cao không chấp nhận 114 cas ( 31 %).

**7.Bảng 7. Biến chứng tim &YTNC.**

Biến chứng tim	Biến chứng tim	Không biến chứng tim	P
Số BN	56 (15.2 %)	312(84.8 %)	
Tuổi trung bình (TB)	58.07 ± 11.4	57.48 ± 10.48	0.47
thời gian phát hiện bệnh trung bình (TGPHB)	6,37 ± 4.61	5.31 ± 3.64	0.03
BMI ≥ 23	42/228 (18.4 %)	186/228 (81.6 %)	0.02
CaoHA (≥ 130/80mmHg)	37/246 (15 %)	209/246 (85%)	0.89
Glucose TB mg %	164 ± 76	176 ± 94.87	0.17
HbA1c TB %	7.34 ± 1.71	7.27 ± 1.90	0.69
Cholesterol TB mg %	209.59 ± 77.59	215.72 ± 78.78	0.48
Triglycerid TB mg %	283 ± 197	276 ± 157.72	0.76
HDL TB mg %	54.08 ± 18.73	52 ± 13.75	0.37
LDL TB mg %	106 ± 45	109 ± 45	0.60

Nhận xét : Biến chứng tim 56 cas( 15.2 %) ,trong nhóm này độ tuổi trung bình 58.07 ± 11.4(P=0.47), thời gian phát hiện bệnh TB 6.37 ± 4.61 với P=0.03 mỗi tương quan có ý nghĩa thống kê. CaoHA 37cas (15 %), glycemie trung bình 164 ± 67, HbA1c TB 7.34 ± 1.71,TG TB 283 ± 197, các yếu tố này với p> 0.05 mỗi tương quan không có ý nghĩa thống kê.

**8.Bảng 8. Biến chứng TBMMN &YTNC.**

BC TBMMN	BC TBMMN (+)	BC TBMMN (-)	P
Số BN	31/368 ( 8.4 %)	337/368 (91.6 %)	
Tuổi trung bình	59.42 ± 10.71	57.64 ± 11.15	0.97
TGPHB	6.52 ± 4.71	5.99 ± 4.32	0.79

BMI $\geq$ 23	23/228 ( 10.09 % )	205/ 228 (89.91 %)	0.04
CaoHA ( $\geq$ 130/80mmHg)	21/246 (8.5 % )	225/246 ( 91.5 %)	0.13
Glucose TB mg %	147.65 $\pm$ 64.41	169.95 $\pm$ 83.79	0.03
HbA1c TB %	7.56 $\pm$ 1.73	7.31 $\pm$ 1.77	0.52
Cholesterol TB mg %	190.42 $\pm$ 62.41	213 $\pm$ 78.98	0.16
Triglycerid TB mg %	240.39 $\pm$ 116.60	284.91 $\pm$ 196.37	0.14
HDL TB mg %	52.42 $\pm$ 13.65	53.64 $\pm$ 17.62	0.46
LDL TB mg %	95.16 $\pm$ 33.96	108.96 $\pm$ 45.50	0.18

Nhận xét: BC TBMMN 31 cas (8.4%) ,độ tuổi trung bình 59.42  $\pm$  10.71(P=0.97) TGPHTB 6.52  $\pm$  4.71(P=0.79) . BMI  $\geq$  23 có 23 cas (10.09 %) với p=0.04 mỗi tương quan có ý nghĩa thống kê. CaoHA 23 cas (8.5%)(p=0.1),Glycose huyết 147.65  $\pm$  64.41 với p=0.03 mỗi tương quan có ý nghĩa thống kê . Còn lại các yếu tố TC,TG,HDL,LDL với P > 0.05 mỗi tương quan không có ý nghĩa thống kê.

#### **9.Bảng 9: khảo sát tỉ lệ các biến chứng(BC) bàn chân .**

<b>BC bàn chân</b>	<b>Số cas</b>	<b>Tỉ lệ %</b>
Không	128	34.8
Nhiễm trùng	17	4.6
Bàn chân mạch máu	64	17.4
Bàn chân thần kinh	159	43.2
Tổng cộng	368	100

Nhận xét : tỉ lệ biến chứng bàn chân do mạch máu 64 cas ( 17.4 % ) ,bàn chân do thần kinh 159 cas (43.2 %)

#### **IV Bàn Luận .**

Khảo sát về tuổi và giới, nữ là 69.3 % cao gấp hơn 2 lần so với nam 30.7 % . Tuy nhiên Với p= 0.75 mỗi tương quan không có ý nghĩa thống kê .Nhóm người cao tuổi  $\geq$  60 là 42.4 % chiếm gần ½, trong đó nữ (32.1%) cao hơn nam (10.3%). kết quả này tương tự như nghiên cứu của Ts Nguyễn Thị Nhận,năm 2005 (bệnh thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân ĐTĐ, Đại Học Y Huế.)

Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh 1 →4 năm là 40.8 % cao nhất trong 4 nhóm , khi mới phát hiện trong năm đầu có 48 cas ( 13%) , 5→9 năm là 32.3 % và ≥ 10 năm là 13,9%, là những thời điểm nguy cơ về biến chứng, phù hợp nghiên cứu TS Nguyễn Hải Thủy và TS Cao Mỹ Phượng, năm 2008 (biến chứng tim mạch trên BN ĐTĐ típ 2 ,bệnh viện Trà vinh ) .

BMI ≥ 23 thừa cân và béo phì có 288 cas (62 %) nhiều hơn BMI ≤ 22.9 có 140 cas (38 %), mối tương quan giữa tỉ lệ thừa cân và béo phì có cao huyết áp 158 cas(42.9 %), nhiều hơn BMI bình thường có 88 cas (23.9 %),nhưng p=0.20 không có ý nghĩa thống kê .

Khảo sát rối loạn lipid máu trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2: Tăng TG 76.4 % và giảm HDL 76.9 % là dạng rối loạn lipid máu thường gặp trong ĐTĐ típ 2 phù hợp các y văn. Tăng TC 45.3 %, tăng LDL 75.8 % ,tỷ lệ này không phù hợp vì theo các y văn tăng LDL tỷ lệ trung bình .Rối loạn lipid là nguyên nhân tạo nên mảng xơ vữa gây hội chứng mạch vành cấp,CaoHA ,huyết khối,nhồi máu não...do vậy phải xét nghiệm lipid máu mỗi 3 tháng 1 lần cho tất cả bệnh nhân ĐTĐ và có phương pháp điều trị thích hợp .

Khảo sát nồng độ đường huyết lúc đói: ở mức lý tưởng 178 cas(48.4 %), tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu Ts Lê Văn Chi,là 37.6 % (Nghiên cứu thực trạng Bệnh nhân ĐTĐ ty1p 2 - BV ĐK Trung ương Thái Nguyên 2006 ). Mức cao không chấp nhận được 106 cas (28.8 %), mức chấp nhận 84 cas (22.8 %),

Khảo sát về nồng độ HbA1c : lý tưởng có 190 cas(51.6 % ),mức chấp nhận 64 cas(17. 4 %),mức cao không chấp nhận 114 cas ( 31 %).Trong tổng số 368 cas kiểm soát đường huyết tốt 51.6 %,tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu Ts Nguyễn Hải Thủy Và Ts Cao Mỹ Phượng(chỉ đạt 10 %).Chúng tôi cố gắng tăng tỷ lệ kiểm soát đường huyết với tỷ lệ cao hơn.

Khảo sát biến chứng tim 56 cas (15.2 %) thấp hơn nghiên cứu BV ĐK Tỉnh Trà Vinh 2008 ( 46.7 %),tuổi trung bình 58.07 %, thời gian phát hiện bệnh trung bình  $6.37 \pm 4.61$  năm với p=0.03 mối tương quan có ý nghĩa thống kê . Cao BMI ≥ 23 có 18.4 % với P =0.02 mối tương quan có ý nghĩa thống kê . CaoHA 37cas (15

%), glycemie trung bình  $164 \pm 67$ , HbA1c TB  $7.34 \pm 1.71$ , TG trung bình  $283 \pm 197$  mg% với  $p=0.76$  mối tương quan không có ý nghĩa thống kê. Triglycerid trung bình  $283 \pm 197$  mg % có tương quan với bệnh lý tim mạch, nhưng với  $P=0.76$  không có ý nghĩa thống kê.

Khảo sát biến chứng tai biến mạch máu não: tổng số 31 cas (8.4%), tuổi trung bình  $59.42 \pm 10.71$ , thời gian phát hiện bệnh  $6.52 \pm 4.71$ , BMI  $\geq 23$  có 23 cas (10.09%), CaoHA 21 cas (8.5%). Glucose  $147.65 \pm 64.41$  ( $p=0.03$ ), còn các yếu tố nguy cơ khác sự khác biệt giữa 2 nhóm không có ý nghĩa thống kê.

Biến chứng bàn chân: không biến chứng 128 cas (34.8%), nhiễm trùng 17 cas (4.6%), bàn chân mạch máu 64 cas (17.4%) thấp hơn nghiên cứu BVĐK Tỉnh Trà Vinh 2008 (27.5%), bàn chân thần kinh chiếm tỷ lệ cao nhất 159 cas (43.2%) cao hơn BVĐK Tỉnh Trà Vinh-2008 (22.9%). Việc khám phân loại biến chứng bàn chân cho bệnh nhân là cần thiết, mỗi 3 tháng 1 lần, để có tư vấn chăm sóc tốt, tránh các biến chứng nặng như đoạn chi, loét nặng.

## V. KẾT LUẬN :

- Qua khảo sát 368 bệnh nhân ĐTĐ típ 2, Tỷ lệ nữ gấp 2 nam, nhóm người cao tuổi số đông tỷ lệ 42.4%, thời gian phát hiện bệnh 1→4 năm là 40.8% nhiều nhất, bệnh nhân thừa cân béo phì chiếm đa số với BMI  $\geq 23$  là 62%, kiểm soát đường huyết lúc đói mức lý tưởng đạt 48.4%, kiểm soát đường huyết qua HbA1c mức lý tưởng đạt 51.6%, tỷ lệ BN có CaoHA là 42.4%, có rối loạn lipid thường gặp là tăng triglycerid 76.4% và giảm HDL 76.9%, biến chứng tim 15.2%, TBMMN 8.4%, tỷ lệ bệnh bàn chân ĐTĐ dạng thiếu máu chiếm tỷ lệ 17.4%.

Khảo sát các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2 cũng như tìm mối liên quan giữa yếu tố nguy cơ và bệnh lý tim mạch, nhằm có hướng tư vấn và điều trị sớm các biến chứng nặng tim mạch, giảm tàn phế cho bệnh nhân và giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngô Văn Truyền, Bài giảng bệnh đái tháo đường .năm 2011
2. Nguyễn Thụy Khuê, Bài giảng bệnh đái tháo đường, năm 2010.
3. Hướng dẫn chẩn đoán điều trị bệnh đái tháo đường của Mỹ ADA ( American deabetes Asociation – 2013 )
4. Tạ Văn Bình, Tài liệu: phòng và quản lý bệnh đái tháo đường tại Việt Nam, năm 2010.
5. Nguyễn Thụy Khuê, Cập nhật mới bệnh đái tháo đường týp 2. năm 2012.
6. Nguyên cứu thực trạng bệnh nhân đái tháo đường týp 2 đang điều trị ngoại trú tại BVĐK Trung Ương Thái Nguyên – 2006.
7. Đề tài nghiên cứu biến chứng tim mạch trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2 (2008).  
Thạc sĩ Bs Cao Mỹ Phượng-Bs Nguyễn Hoàng Nga  
PGS TS: Nguyễn Hải Thủy
8. Đề tài nghiên cứu Bệnh thần kinh ngoại biên ở bệnh nhân đái tháo đường-  
2005 Ts Nguyễn Thị Nhạn, Đại học Y Khoa Huế.

# **NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG BÀN CHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI KHOA NGOẠI CHẤN THƯƠNG BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG**

Bs. Trần Thế Phương, Bs. Cao Phước Lộc  
Ys. Phạm Văn Giao, Đd. Võ Thị Phương

## **ABSTRACT**

From april to september 2014 a total of 46 diabetic patients with foot ulcers from level 2 to level 5 (as assigned Wagner 16.4% ) of 280 hospitalized diabetic patients were treated at the Injury Department of Chaudoc Hospital. These patients were treated according to the general regimen and foot care. After treatment there were 28 cases good results with granulation tissue (61%), 18 cases were poor results as applying the transfer to Cho Ray Hospital or leg amputation.

Factors affecting of treatment outcome were : leg artery stenosis, some comorbidity such as renal failure, heart failure, pulmonary tuberculosis .....

## **TÓM TẮT**

Từ tháng 04/2014 đến tháng 09/2014 có 46 bệnh nhân NTBC ĐTĐ từ độ 2 đến độ 5 (WAGNER) được điều trị tại khoa ngoại chấn thương BVĐKKV tỉnh An Giang trong tổng số 280 bệnh nhân ĐTĐ nhập viện, chiếm tỉ lệ 16,4%, tất cả bệnh nhân được điều trị theo phác đồ cơ bản và chăm sóc vết thương, sau đợt điều trị có 28 case vết loét diễn tiến tốt có mô hạt, sạch mủ chiếm tỉ lệ 61%, 18 case vết loét không tốt có chỉ định đoạn chi, chuyển tuyến trên hoặc bệnh nhân xin về. Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị là hẹp động mạch chi dưới (SAMM), phân độ loét vết thương và các bệnh lý kèm theo như suy thận, suy tim, lao phổi ...

## **I- ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nhiễm trùng bàn chân (NTBC) là một biến chứng mạn tính nguy hiểm của bệnh đái tháo đường (ĐTĐ). Có đến 15-30% bệnh nhân ĐTĐ có biến chứng

NTBC, trong đó có 10-30% bị đoạn chi, tỉ lệ tử vong sau đoạn chi có thể đến 23% [ 2 ].

Biến chứng NTBC ĐTĐ thường xảy ra ở mu bàn chân, ngón cái, các tổn thương khởi đầu có thể là những vết xước nhỏ hoặc phỏng da, nhưng do không được phát hiện và điều trị kịp thời các tổn thương lâu lành và lan rộng, nhiễm trùng hoại tử.

Biến chứng NTBC ĐTĐ là một thách thức cả về mặt xã hội, kinh tế và y tế do thời gian nằm viện kéo dài, thường tái phát, việc điều trị đòi hỏi phải có đội ngũ y bác sĩ phối hợp nhiều chuyên khoa và trên hết là chi phí điều trị rất cao. Hàng năm tại Mỹ vấn đề NTBC ĐTĐ tốn gần 200 triệu USD, NTBC còn làm mất đi sức lao động, gây tàn phế, giảm chất lượng cuộc sống và tuổi thọ người bệnh. [ 1 ].

Việt Nam là một trong những nước có tỉ lệ bệnh ĐTĐ phát triển cao nhất thế giới. Theo Ts Nguyễn Vinh Quang trưởng ban điều hành dự án ĐTĐ quốc gia, so sánh giữa số liệu thống kê năm 2002 và 2012 thì tỉ lệ ĐTĐ tăng 211% trong đó có tới 60% không biết mình bị bệnh, có những trường hợp khi phát hiện đã xảy ra biến chứng, 25% BN nhập viện là do NTBC.

Tuy nhiên nếu phát hiện sớm, điều trị kịp thời chăm sóc tốt thì có thể ngăn ngừa 85% trường hợp đoạn chi do ĐTĐ.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu: Nhận xét kết quả điều trị bàn chân ĐTĐ tại khoa ngoại chấn thương BVĐKKV tỉnh An Giang nhằm hướng dẫn người bệnh phát hiện kịp thời biến chứng để phòng ngừa và nhập viện sớm để có kế hoạch chăm sóc và điều trị tốt hơn.

## **II- MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:**

**2.1- Mục tiêu chung:** Nhận xét kết quả điều trị NTBC ĐTĐ nhập BVĐKKV tỉnh trong 6 tháng .

### **2.2- Mục tiêu chuyên biệt:**

- 1/ Xác định tỉ lệ NTBC ĐTĐ.
- 2/ Nhận xét kết quả điều trị.
- 3/ Các yếu tố ảnh hưởng đến quả điều trị.

### **III- ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:**

**3.1- Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả những trường hợp được chẩn đoán NTBC ĐTĐ nhập vào khoa ngoại chấn thương BVĐKKV tỉnh từ tháng 04/2014-09/2014.

Loại trừ những trường hợp NTBC không do ĐTĐ.

#### **3.2- Phương pháp nghiên cứu:**

1/ Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp hồi cứu mô tả cắt ngang.

2/ Thu thập số liệu: Tất cả BN được chọn vào lô nghiên cứu chúng tôi tiến hành thu thập số liệu về các yếu tố sau:

- Phân hành chánh: tuổi, giới.
- Thời gian từ lúc NTBC đến nhập viện.
- Huyết áp lúc nhập viện.
- Đường huyết, HbA1c, Ure, Creatinin lúc nhập viện.
- Cholesterol, HDL-LDL-Triglyceride.
- Siêu âm Doppler mạch máu chi.
- Các bệnh kèm theo: suy tim, suy thận, lao phổi...
- Tổn thương bàn chân theo phân độ Wagner.(3)
- Kết quả điều trị.
- Thời gian nằm viện.

#### **3.3- Phương pháp phân tích số liệu:**

1/ Dùng phần mềm SPSS16.0.

2/ Các biến định lượng được biểu thị bằng trung bình và độ lệch chuẩn.

3/ Các biến định tính được biểu thị bằng tỉ lệ %.

4/ Dùng phương pháp hồi qui logistic để tìm các yếu tố liên quan.

5/ Kết quả được xem có ý nghĩa thống kê khi  $p \leq 0.05$ .

#### **3.4- Một số tiêu chuẩn chẩn đoán và điều trị.**

1/ Thời gian nằm viện tính bằng ngày.

2/ Thời gian từ lúc NTBC đến nhập viện tính bằng tuần.

3/ Chẩn đoán ĐTĐ dựa vào tiêu chuẩn ADA 2010.

- 4/ Phân độ tổn thương bàn chân theo Wagner:
- Độ 0: Không có loét, có biến dạng ngón chân.
  - Độ 1: Loét nông bề mặt da.
  - Độ 2: Loét lan rộng tới dây chằng, gân, bao khớp nhưng chưa có áp xe hoặc viêm xương.
  - Độ 3: Loét sâu với tổn thương áp xe, viêm xương.
  - Độ 4: Hoại tử khu trú vùng trước bàn chân hoặc các ngón.
  - Độ 5: Hoại tử lan rộng toàn bộ bàn chân.

5/ Tất cả bệnh nhân được điều trị cơ bản theo phác đồ chung: Kiểm soát đường huyết tích cực bằng Insulin, kiểm soát huyết áp, lipid máu, chức năng thận....., kiểm soát nhiễm trùng bằng kháng sinh phổ rộng đường tĩnh mạch, can thiệp vết loét chân tại phòng thủ thuật của khoa như rạch rộng vết thương, cắt lọc tổ chức hoại tử, cắt đoạn hoặc tháo bỏ xương viêm, tháo ngón chân, rửa vết thương bằng nước muối sinh lý và đắp gạc dầu mù u. Các phẫu thuật cắt cụt bán phần bàn chân, đoạn chi ở cẳng chân hoặc trên gối được tiến hành tại phòng mổ, sau đó chăm sóc hằng ngày tại phòng thủ thuật của khoa.

6/ Kết quả điều trị:

- **Tốt:** Vết loét bàn chân có mô hạt, hết mủ và mô hoại tử, thể trạng bệnh nhân tốt hơn.
- **Không tốt:** Bệnh nhân bị đoạn chi, chuyển tuyến trên, xin về.

#### IV KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

##### 4.1- Đặc điểm bệnh nhân:

**Bảng 4.1:**

	<b>Trung bình</b>	<b>Cao nhất</b>	<b>Thấp nhất</b>
<b>Tuổi</b>	58,5	87	37
<b>Huyết áp</b>	134 mmhg	200 mmhg	80 mmhg
<b>Đường huyết</b>	261 mg%	498 mg%	79 mg%
<b>Hba1c</b>	8,287 %	11,3%	4,9%
<b>Thời gian NTBC→NV</b>	3,13 tuần		
<b>Thời gian nằm viện</b>	16,2 ngày	30 ngày	3 ngày

**Bảng 4.2:**

<b>Giới</b>	Nam ( 28,3%)	Nữ (71,7%)
<b>Kết quả điều trị</b>	Tốt (61%)	Không tốt (39%)

**4.2- Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị :****Bảng 4.3:**

<b>Yếu tố</b>	<b>OR</b>	<b>95%</b>	<b>P</b>
<b>Siêu âm MM</b>	18,33	3,95-84,95	0,001
<b>Bệnh đi kèm</b>	6,5	1,74-24,27	0,005
<b>Lipid máu</b>	0,60	0,15-2,36	0,46

**Liên quan giữa tổn thương loét và kết quả điều trị:****Bảng 4.4:**

<b>Tổn thương loét(Wagner)</b>	<b>Tốt</b>	<b>Không tốt</b>	<b>Tổng số</b>
<b>2</b>	4(100%)	0(0%)	4
<b>3</b>	23(71,9%)	9(28,1%)	32
<b>4</b>	1(50%)	1(50%)	2
<b>5</b>	0(0%)	8(100%)	8

**V- BÀN LUẬN:**

Trước đây NTBC ĐTĐ khi vào viện nằm rải rác ở các khoa nên việc chăm sóc bàn chân có phần khó khăn, từ khi Khoa ngoại chấn thương thành lập phòng bàn chân ĐTĐ thì bệnh NTBC ĐTĐ được tập trung lại do đó việc chăm sóc, điều trị và theo dõi có phần tốt hơn.

**5.1- Đặc điểm bệnh nhân:** Theo bảng 1 và 2

Trong 6 tháng từ 04/2014- 09/2014 có tất cả 46 trường hợp NTBC ĐTĐ trên tổng số 280 trường hợp ĐTĐ nhập viện, chiếm tỉ lệ 16,4%, tỉ lệ nam/ nữ 13/33 case, tuổi trung bình 58,5t (37t-87t), hầu hết bệnh nhân đều có tình trạng kiểm soát đường huyết kém ( ĐH trung bình 261mg%, HbA1c trung bình 8,28%), khoảng thời gian từ NTBC đến nhập viện kéo dài trung bình 3,13 tuần, từ 3→4 tuần chiếm đến 76%.

## **5.2- Đặc điểm tổn thương loét:**

Toàn bộ tổn thương bàn chân của bệnh nhân là tổn thương hoại tử ướt có mũ và giả mạc, trong đó tổn thương độ 3 chiếm tỉ lệ cao 32 case chiếm 69,5% ( theo nghiên cứu của Đặng Thị Mai Trang, Nguyễn Khoa Diệu Vân, Kỷ Yếu Hội Nghị Nội Tiết- Đtd Toàn Quốc Lần VI, Bv Nội Tiết Trung Ương là 73%).

## **5.3- Các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị:**

- Theo bảng 3

Hẹp động mạch chi > 90% qua SARM có kết quả điều trị không tốt tức là đoạn chi, chuyển tuyến trên hoặc bệnh nhân xin về, có ý nghĩa thống kê với  $p=0,001$  ( $<0,05$ ).

Bệnh lý đi kèm như suy thận, suy tim, lao phổi..., có kết quả điều trị không tốt, có ý nghĩa thống kê với  $p=0,005$  ( $<0,05$ ), ngoài ra Lipid máu tăng hay bình thường không ảnh hưởng đến kết quả điều trị với  $p\geq 0,05$  (0,46).

- Theo bảng 4

Mức độ tổn thương bàn chân theo Wagner ảnh hưởng đến kết quả điều trị , tổn thương càng sâu, càng lan rộng thì khả năng có mô hạt càng thấp, khả năng đoạn chi cao. Độ 5 kết quả điều trị không tốt là 100% tức là khả năng đoạn chi rất cao.

## **5.4- Đặc điểm về kết quả điều trị và thời gian nằm viện:**

❖ Trong 46 case NTBC ĐTD nhập viện sau đợt điều trị có 28 case vết loét có mô hạt tốt, sạch mũ và hết mô hoại tử, 18 case không tốt ( đoạn chi, chuyển tuyến trên, xin về), đây là nghiên cứu hồi cứu với phác đồ điều trị cơ bản và chăm sóc vết thương thông thường như cắt lọc, thay băng, sắp tới đây chúng tôi định làm nghiên cứu tiền cứu có so sánh nhóm chứng dùng chất tăng trưởng tế bào (EGF) xịt vào vết thương, kết quả có thể so sánh với các nghiên cứu của Đặng Thị Mai Trang, Nguyễn Khoa Diệu Vân, Kỷ Yếu Hội Nghị Nội Tiết- Đtd Toàn Quốc Lần VI, Bv Nội Tiết Trung Ương.

❖ Thời gian nằm viện trung bình là 16,2 ngày thấp hơn so với nghiên cứu của Bv nội tiết trung ương (28 ngày), thực tế thì những bàn chân nhiễm trùng nặng thì vào viện ít ngày thì xin về hoặc chuyển tuyến trên tùy vào hoàn cảnh bệnh nhân,

đối với những bàn chân có mô hạt tốt thì cho xuất viện và tái khám hàng tuần tại khoa để tiện việc theo dõi vết thương, bệnh nhân không thể nằm viện đến lành vết thương do điều kiện kinh tế và hoàn cảnh gia đình, do đó thời gian nằm viện trung bình ngắn lại.

## **VI- KẾT LUẬN:**

Qua nhận xét kết quả điều trị 46 trường hợp NTBC ĐTĐ chúng tôi rút ra được một số kết luận sau:

- ❖ Tỷ lệ NTBC ĐTĐ chiếm khá cao # 16,4%( 15-30%)
- ❖ Hầu hết bệnh nhân có tình trạng kiểm soát đường huyết không tốt.
- ❖ Thời gian từ lúc NTBC đến nhập viện kéo dài # 3,13 tuần chứng tỏ hiểu biết bệnh nhân kém về bệnh và do điều kiện kinh tế gia đình.
- ❖ Những bệnh nhân có bệnh lý kèm theo, hoặc có hẹp mạch máu chi thì kết quả điều trị không tốt khả năng đoạn chi rất cao.

## **VII- KIẾN NGHỊ:**

Bệnh lý NTBC ĐTĐ ngày nay trở thành phổ biến tại Việt Nam với tỷ lệ gia tăng nhanh, với những đặc điểm như trình độ hiểu biết về bệnh của người dân còn thấp, thói quen đi chân đất, kiểm soát đường huyết kém, nhiễm trùng cao và điều trị muộn đi đến cắt cụt chi cao.

### **7.1- Công tác phòng và quản lý bệnh ĐTĐ các cấp:**

- Cần có chính sách và chỉ đạo tốt hơn về phòng, quản lý, chăm sóc bàn chân cho người ĐTĐ.
- Tăng cường giáo dục về chăm sóc bàn chân ĐTĐ cho nhân viên y tế và cho người bệnh.
- Đào tạo cán bộ chuyên sâu, hợp tác phát triển mạng lưới về quản lý bàn chân ĐTĐ, đề ra tiêu chuẩn cụ thể về chuyên tuyến.

**7.2- Trong điều trị tổn thương bàn chân ĐTĐ** nên sử dụng phối hợp yếu tố tăng trưởng tế bào (EGF) dạng xịt cho các tổn thương sâu, mạn tính để rút ngắn thời gian điều trị và giảm nguy cơ cắt cụt chi.

***Các chữ viết tắt:***

NTBC ĐTĐ: Nhiễm trùng bàn chân đái tháo đường.

ĐTĐ: Đái tháo đường.

SAMM: Siêu âm mạch máu

**TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

- 1- Tạ Văn Bình (2006), Dịch tễ học bệnh ĐTĐ ở Việt Nam - Các phương pháp điều trị và biện pháp phòng chống, Nxb Y Học Hà Nội, tr 568-596.
- 2- Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê, Bệnh đái đường, Nội tiết học đại cương, Nxb Y Học Tphcm; tr 388-390.
- 3- American diabetes association (2008), Standards of medical care in diabetes, Diabetes care , 31, (suppl 1): s12-s54.
- 4- American diabetes association (2010), Guideline update 2010- Diagnosis of diabetes. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care, vol 26, suppl 1, s4-s13.
- 5- Nicolas c (2011), Ulcer assesement and classification, Clinical care of diabetic foot, Second ediction, s24-s35.

# ***KHẢO SÁT TÌNH HÌNH NHIỄM VIÊM GAN B TRÊN CÁC SẢN PHỤ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG***

*Nguyễn Thu Lộc, Cao Công Sang*

*Nông Thị Hoa, Võ Thị Mỹ Loan*

## **Summary:**

If the mother's body with the hepatitis B virus is likely transmitted from mother to child shortly after he was born is 50-90%, this is a dangerous path transmission for the health sector can be prevented.

- Objective: To survey the prevalence of hepatitis B in pregnant women and childbirth visit at Regional Hospital of An Giang province.
- Study subjects: the women to be seen and childbirth in the Department of Obstetrics, Regional Hospital Region 01 month from January 01 2012 to December 31, 2013
- Research Methods: A retrospective cross-sectional descriptive analysis.
- Results: Through a retrospective survey of 2 years (2012-2013), with 8065 cases of pregnant women tested for hepatitis, there were 347 (4.3%) cases of HBsAg (+), of which only 146 (42.1%) cases for trial HBeAg, housewife component remains the highest risk (15.7%), the rate of hepatitis accounted for age 20-30 is quite high (63.69 %), two places higher detection rate Chau Phu (36.6%) and Chau Doc (22.5%) risk of thrombocytopenia in the age group ranged in amounts of 6-12%.

## **Tóm tắt :**

Nếu trong cơ thể mẹ có virus viêm gan B thì khả năng lây truyền từ mẹ sang con ngay sau khi lọt lòng là 50-90%, đây là con đường lây truyền nguy hiểm mà ngành y tế có thể phòng tránh được.

- Mục tiêu : Khảo sát tỷ lệ nhiễm viêm gan B trên các sản phụ đến khám và sinh con tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang.

- Đối tượng nghiên cứu : các sản phụ đến khám và sinh con tại khoa Sản, Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh từ tháng 01 tháng 01 năm 2012 đến ngày 31 tháng 12 năm 2013
- Phương pháp nghiên cứu : hồi cứu mô tả cắt ngang có phân tích .
- Kết quả : Qua khảo sát hồi cứu trong 2 năm (2012 – 2013), có 8.065 trường hợp sản phụ xét nghiệm viêm gan, có 347 (4,3%) trường hợp HBsAg (+), trong số này chỉ 146 (42,1%) trường hợp được cho thử HBeAg, phụ nữ nội trợ vẫn là thành phần có nguy cơ cao nhất (15,7%), tỷ lệ nhiễm viêm gan chiếm khá cao ở độ tuổi 20-30 (63,69%), hai nơi có tỷ lệ phát hiện cao là Châu Phú (36,6%) và Châu Đốc (22,5%) nguy cơ giảm thiểu cầu ở các nhóm tuổi dao động trong khoản 6-12%.

### **1. ĐẶT VẤN ĐỀ :**

Viêm gan là bệnh phổ biến, dễ dẫn đến xơ gan, ung thư gan sau này. Hiện Việt Nam đã xác định được 6 chủng virus viêm gan (virus A, B, C, D, E và G), trong đó Viêm gan virus B là một bệnh phổ biến ở hầu hết các nước trên thế giới. Những người mang HBV có thể chết do viêm gan cấp, viêm gan mạn, xơ gan và ung thư gan tiên phát. Những người mang HBV mạn tính, khả năng bị ung thư gan tiên phát cao gấp 200 lần so với người không mang HBV [3, 11] . Việt Nam là một trong những nước có tỷ lệ nhiễm viêm gan B cao nhất thế giới với khoảng 15 - 20% dân số và là nước có tỷ lệ ung thư gan đứng hàng thứ hai, trong đó 90% có mang virus viêm gan B. Có nhiều yếu tố liên quan đến nhiễm HBV như truyền máu và các sản phẩm của máu, dùng thuốc đường tiêm truyền, hoạt động tình dục, mẹ truyền cho con và phơi nhiễm nghề nghiệp.

Virus viêm gan B được truyền từ mẹ sang con không phải trong thời kỳ mang thai mà sự lây truyền chỉ diễn ra trong quá trình sinh đẻ . Nếu trong cơ thể mẹ có virus viêm gan B thì khả năng lây truyền từ mẹ sang con ngay sau khi lọt lòng là 50-90% điều này tùy theo nồng độ virus hiện diện trong huyết thanh của mẹ cao hay thấp và người mẹ có HBeAg dương tính hay âm tính ; đây là con

đường lây truyền nguy hiểm mà ngành y tế có thể phòng tránh được. Xuất phát từ nhu cầu thực tiễn trên, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu :

- Khảo sát tỷ lệ nhiễm viêm gan B trên các sản phụ đến khám và sinh con tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang trong 2 năm (2012 – 2013).
- Khảo sát tỷ lệ thai phụ có HBsAg (+) được cho test HBeAg .
- Khảo sát các yếu tố : tuổi, nghề nghiệp, nơi cư trú, tiểu cầu.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU :

1- Đối tượng nghiên cứu : các sản phụ đến khám và sinh con tại khoa Sản, Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh từ tháng 01 tháng 01 năm 2012 đến ngày 31 tháng 12 năm 2013.

2- Phương pháp nghiên cứu :

- Thiết kế nghiên cứu : hồi cứu mô tả.
- Tiêu chuẩn chọn mẫu : các sản phụ đến khám và sinh con tại khoa Sản Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh có yêu cầu xét nghiệm HBsAg .
- Tiêu chuẩn loại trừ : chỉ chọn các sản phụ đến khám và sinh con tại khoa Sản có xét nghiệm HBsAg (+).
- Thu thập dữ liệu lưu trữ tại Phòng Kế hoạch Tổng hợp và khoa Xét Nghiệm Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An giang trong năm 2012 - 2013.
- Test xét nghiệm chẩn đoán HBsAg dương tính : test miễn dịch HBsAg.
- Xử lý kết quả thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0

## 3. KẾT QUẢ :

**Bảng 1:** Phân bố tuổi của mẫu nghiên cứu.

Tuổi	HBsAg (+)
	N(347)
<20	30 (8,5%)
20 - 30	221 (63,6%)
31 - 40	88 (25,3%)
>40	8 (2,3%)

Nghiên cứu có 347 trường hợp dương tính , đa số ở lứa tuổi 20-30 (63,6%) (P= 0.00)

**Bảng 2:** Tỷ lệ sản phụ có HBsAg (+) trong huyết thanh được cho thử HBEAg.

ĐC	HBE			N
	Dương	Âm	Không thử	
	48(13,8%)	98(28,2%)	201(57,9%)	347(100%)
Châu đốc	10 (2,9%)	17 (4,9%)	51(14,7%)	78 (22,5%)
Châu phú	18(5,2%)	44 (12,7%)	65 (18,7%)	127 (36,6%)
An phú	6 (6,1%)	8 (12,4%)	30 (8,6%)	44 (12,7%)
Tỉnh biên	8 (2,3%)	8 (2,3%)	13 (3,7%)	29 (8,4 %)
Tân châu	4 (1,2%)	9 (2,6%)	20 (5,8%)	33 (9,5%)
Khác	2 (6%)	12 (3,5%)	22 (6,3%)	36 (10,4%)

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ không cho test HBeAg khá cao 57,9% (P=0.018).

**Bảng 3:** Tỷ lệ sản phụ có cho thử HBeAg ở những các thành phần nghề nghiệp.

Nghề nghiệp	HBE			N
	Dương	Âm	Không thử	
	48(13,8%)	98(28,2%)	201(57,9%)	347(100%)
Nội trợ	45 (15,7%)	91 (31,8%)	150(52,4%)	286 (82,4%)
Buôn bán	2(8,7%)	1(4,3%)	20 (87%)	23 (6,60%)
CNV	0	3 (33,3%)	6 (66,7%)	9 (2,6%)
Làm thuê	1 (9,1%)	0	10 (90,9%)	11 (3,2%)
Làm ruộng	0	3 (23,7%)	8 (72,7%)	11 (3,2%)
Thợ	0	0	7 (100%)	7 (2%)

Các sản phụ có HBsAg (+) cho test kiểm tra lại HbeAg ở các thành phần nghề nghiệp có tỷ lệ thấp đa số < 50% (P=0.00)

**Bảng 4:** Mức độ giảm tiêu cầu trên sản phụ có HBsAg (+)

Tuổi	HBsAg (+)		N
	TC <130	TC ≥ 130	
	20(5,76%)	327(94,23%)	347(100%)
<20	2 (6,66%)	28 (93,3%)	30
20-30	11 (12,5%)	210(95,02%)	221
31-40	6 ( 6,82%)	82 (93,18%)	88
>40	1 (12,5%)	7 (87,50)	8

Nguy cơ giảm tiêu cầu ở các nhóm tuổi dao động trong khoản 6-12% (P<0.00)

#### 4. BÀN LUẬN :

Qua khảo sát cắt ngang trong 2 năm 2012 và 2013, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ sản phụ cho xét nghiệm viêm gan khá nhiều 8.065 trường hợp, nhưng chỉ có 347 (4,3%) trường hợp dương tính, nếu so với nghiên cứu của Nguyễn Minh Trung và Trần Thị Lợi năm 2007 thì nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nhiều (4,3% < 9,93%)[6] , với Phan Hùng Việt năm 2004 tại BVĐK Trà Vinh là 9,6%[6] ; Calvin T Kenmeni- Châu Phi năm 2007 là 6,5-25% [8].

- Về tuổi của sản phụ có HbsAg (+) nằm rải từ 16 đến hơn 40 ; tuổi trung bình  $27.2 \pm 5.82$  ; cao nhất là 46 tuổi và thấp nhất là 16 tuổi chiếm khá cao ở độ tuổi 20-30 (63,69%) và 31-40 (25,36%) [bảng 1] , cũng như nghiên cứu của Nguyễn Minh Trung và Trần Thị Lợi năm 2007 tại thành phố Long Xuyên lứa tuổi từ 21-30 chiếm tỉ lệ cao nhất ( 63,9%)[5], với Phan Hùng Việt tỉ lệ HBsAg(+) chiếm tỉ lệ cao trong nhóm tuổi >38 (26,3%) [6].

- Tỷ lệ nhiễm viêm gan nếu tính theo địa chỉ thì hai nơi có tỷ lệ cao là Châu Phú (36,6%) và Châu Đốc (22,5%) ; nếu tính tỷ lệ phân bố theo nghề nghiệp thì phụ nữ là nội trợ chiếm tỷ lệ cao nhất (82,4%) [ bảng 1], điều này khá khác biệt so với nghiên cứu của Phan Hùng Việt tỉ lệ HBsAg(+) ở thai phụ trong các nhóm nghề nghiệp tương đương nhau, dao động từ 5,6-12,9 % [6], còn với Trần Thị Lợi ta thấy có sự khác biệt lớn trong tỉ lệ HbsAg (+) giữa các nhóm nghề nghiệp, thai phụ với nghề nghiệp buôn bán có tỉ lệ HbsAg (+) cao nhất (26,3%) [4].

Khi khảo sát tỷ lệ HBeAg chúng tôi nhận thấy có nhiều trường hợp chúng ta đã bỏ sót, khoảng 57,9% (201 người) tỷ lệ sản phụ không được cho thử ; dù vậy chúng tôi cũng cố gắng thực hiện phân tích phân đã được cho thử để các đồng nghiệp có một ít thông tin cần thiết ghi nhận theo dõi và dự phòng tốt hơn cho các sản phụ ; với 146 trường hợp HBsAg (+) được cho thử HbeAg chúng tôi chỉ phân tích dựa vào nghề nghiệp và nhận thấy phụ nữ nội trợ vẫn là thành phần có nguy cơ cao nhất (15,7%)[bảng 3], với kết quả này chúng tôi nghĩ là chưa thể bàn luận được vì tỷ lệ HBeAg(+) trong nghiên cứu của một số nơi cho chúng tôi thấy là khá cao

với Trần Thị Lợi (1996) là 40%[4] , Phan Hùng Việt (2004) [6] 31,2%, Ahn Y O (1996) 51,3%[7] . Điều này đặc biệt có ý nghĩa trong trường hợp phụ nữ mang thai mà HBeAg (+ ) thì khả năng lây cho đứa bé có thể lên đến 90 - 100%(10), nếu HBeAg (-) thì nguy cơ lây chỉ khoảng 5 - 20% ; vấn đề cần chú ý là : 70% vợ hoặc chồng của bệnh nhân mang HBeAg (+) sẽ có HBsAg (+) và ngược lại nếu bệnh nhân đã có HBeAg (+) thì chỉ có 30% vợ hoặc chồng của họ sẽ bị nhiễm.

HBeAg không có ý nghĩa về mặt chẩn đoán khi HBsAg đã (+) nhưng nó lại có giá trị về mặt tiên lượng vì đây còn là cơ sở để các khoa lâm sàng và bác sĩ sản theo dõi các sản phụ chặt chẽ hơn, có những giải pháp để can thiệp một cách kịp thời và phù hợp cho đứa bé khi chào đời hạn chế được sự lây nhiễm từ mẹ sang con.

- Trong nghiên cứu chúng tôi chú ý đến thành phần tiểu cầu vì trong thời gian gần đây chúng tôi phát hiện khá nhiều sản phụ có nguy cơ hạ tiểu cầu, vì thế chúng tôi tiến hành phân tích và nhận thấy nguy cơ giảm tiểu cầu ở các nhóm tuổi dao động trong khoảng 6-12% , nguy cơ chung trong nhóm chỉ có khoảng (5,76%) khá cao ở nhóm tuổi 20 – 30 và lớn hơn 40 [ bảng 4].

## **5. KẾT LUẬN :**

Từ các kết quả ghi nhận được, nhóm nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ thai phụ nhiễm viêm gan đến cơ sở chúng ta khá thấp so với các nơi (4,3 %) ; chúng ta còn bỏ sót khá nhiều các sản phụ đã bị phát hiện nhiễm HBsAg (+) mà không cho thử HBeAg khoảng 57,9 % , kết quả HBeAg âm hoặc dương là bằng chứng hữu hiệu nhất để đánh giá tính lây nhiễm cao hay thấp ; nguy cơ giảm tiểu cầu đối với các bà mẹ có HBsAg (+) chiếm tỷ lệ không cao 6-12%.

## **6. KIẾN NGHỊ :**

Với các bà mẹ đang mang thai, nếu phát hiện HBsAg (+) thì nên cho thử HBeAg vì khi phát hiện bị nhiễm bệnh, đứa bé sinh ra phải được tiêm thuốc trong vòng 12 giờ đầu sau sinh và không được cho trẻ bú mẹ để tránh bị lây nhiễm bệnh; đây là điều rất quan trọng, bởi nhiều bà mẹ mang thai không biết mình bị bệnh,

nên không có biện pháp phòng cho con khiến trẻ bị lây nhiễm, một trong những nguyên nhân truyền bệnh mà ta có thể tránh vì hơn 90% các đối tượng này sẽ diễn tiến sang mãn tính, do nhiều trường hợp mắc bệnh nhưng không có biểu hiện lâm sàng rõ ràng, chỉ qua xét nghiệm mới biết. Đây mới thực sự là mối nguy mà chúng ta cần giải quyết triệt để, vì không những bệnh dẫn đến mãn tính nặng, mà còn là mầm bệnh làm lây lan cho người khác trong cộng đồng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt :

1. **Nguyễn Văn Bằng** (2008). “Tình hình nhiễm virus và các kiểu gien virus viêm gan B ở trẻ em và bố mẹ tại xã Tiên Phong (Ba Vì, Hà Tây)”. Tạp chí Y học thực hành, 629 : 406-411.
2. **Nguyễn Văn Bằng, Nguyễn Thị Vân Anh, Lương Công Sỹ** (2009). Một số đặc điểm dịch tễ học nhiễm virus viêm gan B (HBV) ở trẻ em và người lớn các dân tộc thuộc xã Bản Cầm, huyện Bảo Thắng, tỉnh Lào Cai. Tạp chí Nhi khoa, 2(2): 62-69
3. **Nguyễn Văn Bằng, Nguyễn Thị Vân Anh** (2010). “Đặc điểm lâm sàng, sinh học nhiễm virus viêm gan B ở trẻ em và người lớn các dân tộc tại xã Bản Cầm, Bảo Thắng, Lào Cai”. Tạp chí Nhi khoa, 3(1) : 48-55.
4. **Trần Thị Lợi** (1996), “Lây truyền virus viêm gan B từ mẹ sang con - khả năng dự phòng”, *Luận án Phó tiến sĩ khoa học Y dược*, TP. Hồ Chí Minh, tr 39-63.
5. **Nguyễn Minh Trung, Trần Thị Lợi** (2007)“Tỉ lệ nhiễm siêu vi viêm gan B ở thai phụ tại TP.Long Xuyên, An Giang (08/04-28/04/2007)”.*Y Học TP. Hồ Chí Minh*, tập. 12 số 1 - 2008: tr 201 - 207
6. **Phan Hùng Việt** (2004).”Khảo sát tình hình thai phụ nhiễm HBV đến sanh tại khoa sản BVĐK Trà Vinh”, *Luận án thạc sĩ sản phụ khoa*, tr 36-77 năm 2004.

### Tiếng Anh :

7. **Ahn YO** (1996), Strategy for vaccination against Hepatitis B in areas with high endemicity: focus on Korea; *Gut*, 38 (suppl 2): pp 63-66.
8. **Francois G, et al** (2005). “Vaccine safety controversies and the future of vaccination programs”. *Paediatric Infectious Disease Journal* ; 11:953-61.
9. **Kenmeni CT** (2007), Prevalence of hepatitis B in pregnancy and vertical transmission rate of HBV in Africa: *A systematic review*.  
<http://www.immunize.org/catg.d/p2062.htm>.

10. **WHO.** Hepatitis B. Geneva: WHO, 2002 [www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs/whocdscrlyo20022.pdf](http://www.who.int/emc-documents/hepatitis/docs/whocdscrlyo20022.pdf)

**Zhang, W.L., J. Zhao, and W. Li** (2011), “Influencing factors of mother-infant vertical transmission of hepatitis B virus”. *Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi*, .13(8): p. 644-6.

# **KHẢO SÁT BỆNH TIÊU CHẢY CẤP VÀ CÁC YẾU TỐ KẾT HỢP VỚI BỆNH TIÊU CHẢY CỦA TRẺ EM DƯỚI 6 TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI PHÒNG KHÁM NHI BVĐK-KV TỈNH AN GIANG.**

ThS.BS Chung Cẩm Hạnh, ĐD Nguyễn Thị Diễm Trang,

ĐD Huỳnh Thị Trang, ĐD Cao thị Kim Sa.

## **1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Có nhiều nguyên nhân gây bệnh tiêu chảy như virus, vi trùng, ký sinh trùng, do tác dụng phụ của kháng sinh. Năm 2012 Tiêu chảy là nguyên nhân thứ 2 trên thế giới làm chết trẻ em dưới 5 tuổi ( 0,76 triệu trẻ, chiếm 11%). Nguyên nhân do Rotavirus chiếm từ 40 đến 55%.

Theo WHO 1,3 tỷ trẻ em dưới 5 tuổi mắc bệnh tiêu chảy, trong đó 3,5-4 triệu trẻ em tử vong, trung bình trẻ dưới 5 tuổi mắc tiêu chảy cấp từ 3,3 đến 9 đợt/năm. Theo Hội nghị tại Hà nội 6/8/2014 số mắc tiêu chảy ở VN là 380,4 /100.000 dân. Gần đây, Tại Phòng khám nhi BVĐKKV tỉnh An giang. Đa số trẻ em mắc bệnh tiêu chảy cấp có kèm theo một số bệnh lý khác như Viêm tiểu phế quản, Viêm phổi, Viêm họng, Viêm Amydal, Bệnh lý tay chân miệng, Suy dinh dưỡng có thể làm BN phải nhập viện. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm khảo sát bệnh tiêu chảy cấp và các yếu tố kết hợp với bệnh tiêu chảy có thể gây bệnh nặng cần phải nhập viện ngay.

## **MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU**

### **MỤC TIÊU TỔNG QUÁT.**

Khảo sát bệnh tiêu chảy cấp và các yếu tố kết hợp có thể gây nặng làm cho trẻ em dưới 6 tuổi phải nhập viện.

## **MỤC TIÊU CỤ THỂ**

1. Đặc điểm dịch tễ học
2. Tỷ lệ trẻ bị tiêu chảy cấp đơn thuần
3. Tỷ lệ trẻ tiêu chảy cấp kết hợp với bệnh lý khác.
4. Đặc điểm cận lâm sàng ( Bạch cầu tăng, CRP tăng).
5. Tỷ lệ bệnh nặng phải nhập viện ( mất nước nặng, nhiễm trùng nhiễm độc, khó thở,...)
6. Xác định mối liên quan có ý nghĩa (nếu có) giữa bệnh nhân nhập viện và một số yếu tố khác.

## **2.TỔNG QUAN TÀI LIỆU.**

### **CƠ CHẾ SINH BỆNH:**

Quá trình tiêu hóa bình thường, thức ăn có dạng dịch do có một lượng lớn nước của dạ dày, đoạn trên ruột non, tụy, mật tiết ra. Thức ăn không tiêu hóa đi tới đoạn dưới ruột non và đại tràng ở dạng dịch. Đoạn dưới ruột non và đại tràng hấp thu nước. Nếu dạ dày và đoạn trên ruột non tiết quá nhiều dịch thì lượng nước trong phân tăng cao. Đoạn dưới ruột non và đại tràng không hấp thu đủ nước, hoặc không tiêu hóa hết, dung dịch thức ăn đi quá nhanh qua ruột và đại tràng làm nước không được hấp thu kịp.

Một số vi trùng xâm nhập và gây viêm niêm mạc ruột gây tăng tiết dịch ruột hoặc tạo độc tố kích thích niêm mạc tiết dịch nhưng không gây viêm. Viêm niêm mạc ruột và/hoặc đại tràng do vi trùng có thể làm thức ăn đi nhanh qua ruột, làm giảm thời gian hấp thu nước của ruột.

### **PHÂN LOẠI TIÊU CHẢY**

Tiêu chảy cấp: thời gian  $\leq 1$  tuần

Tiêu chảy kéo dài: thời gian  $> 1$  tuần

### **NGUYÊN NHÂN GÂY TIÊU CHẢY**

Nguyên nhân thông thường nhất của tiêu chảy cấp là virus. Các nguyên nhân thông thường khác là nhiễm trùng, do tác dụng phụ của kháng sinh, và nhiễm trùng không liên quan đến viêm dạ dày-ruột.

## **ĐÁNH GIÁ TIÊU CHẤY CẤP CẦN NHẬP VIỆN NGAY**

Sau đây là một số dấu hiệu phải cho trẻ cần nhập viện ngay:

Môi, lưỡi khô	Lờ đờ hoặc quấy khóc.
Khóc không có nước mắt	Trẻ từ chối ăn, từ chối uống
Da khô, nhăn.	trong nhiều giờ.
Mất trũng, bụng trũng.	Thay đổi hành vi, giảm đáp
Sốt cao.	ứng.

## **ĐIỀU TRỊ**

### **NHỮNG LỜI KHUYÊN VỀ THỨC ĂN**

Cố gắng tránh caffein, sản phẩm sữa, thức ăn béo, thức ăn có chất xơ cao hoặc quá ngọt. Khi tiêu chảy ngừng, trẻ em có thể có thể ăn lại chế độ ăn bình thường.

### **CHĂM SÓC TRẺ BỊ TIÊU CHẢY TẠI NHÀ**

Bù nước qua đường miệng bằng dung dịch ORS. Trẻ từ chối uống nước hoặc ói ngay sau uống nên theo dõi chặt chẽ.

### **THUỐC**

Kháng sinh sử dụng trong trường hợp nhiễm vi trùng.

### **PHÒNG NGỪA LÂY LAN**

Thực hiện ăn chín uống chín. Dùng nước sạch để nấu thức ăn và nước uống. Rửa tay sạch với nước và xà phòng.

## **3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **3.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:**

-Đối tượng chọn lựa:

Trẻ em  $\leq 6$  tuổi

Tiêu chảy  $\leq 7$  ngày

-Đối tượng loại trừ:

Trẻ em  $> 6$  tuổi

Tiêu chảy  $> 7$  ngày.

### **3.2.THỜI GIAN VÀ ĐỊA ĐIỂM NGHIÊN CỨU:**

Thời gian lấy mẫu tháng 5,6,7 năm 2014

Địa điểm lấy mẫu nghiên cứu: Phòng khám Nhi, BVĐKKV Tỉnh.

Thời gian phân tích và viết báo cáo tháng 8 và tháng 9/2014.

Thời gian báo cáo tháng 10/2014.

### **3.3.PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:**

Phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả từ tháng 5,6,7 năm 2014.

### **3.4.PHƯƠNG PHÁP CHỌN MẪU:**

Trẻ em  $\leq 6$  tuổi đến khám tại Phòng khám nhi vì bị tiêu chảy  $\leq 7$  ngày.

### **3.5.PHƯƠNG PHÁP THU THẬP SỐ LIỆU:**

Phương pháp thu thập dựa vào phiếu thu thập số liệu.

### **3.6.PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH SỐ LIỆU:**

Phần mềm phân tích số liệu SPSS.16

### **3.7. CÁC BIẾN SỐ NGHIÊN CỨU:**

-Biến số tiêu chảy đơn thuần (TCĐT): Bn tiêu chảy  $< 7$  ngày.

-Biến số tiêu chảy kết hợp với 1 bệnh khác(TCKH):

Tiêu chảy cấp + Viêm tiêu phế quản (sốt nhẹ, ho, sổ mũi, khò khè, ran rít, ran ẩm, xq phổi là hình ảnh ứ khí phế nang, thường gặp trẻ  $< 2$  tuổi)

Tiêu chảy cấp + Viêm hô hấp trên (sốt, ho, sổ mũi, đau họng, phổi không ran).

Tiêu chảy cấp + Viêm phổi (sốt, ho, xq phổi có tổn thương phế nang.)

Tiêu chảy cấp + Bệnh lý tay chân miệng (hồng ban, bóng nước ở miệng, lòng bàn tay và lòng bàn chân)

Tiêu chảy cấp + Sốt xuất huyết (sốt liên tục 2 đến 7 ngày, tiểu cầu giảm  $< 100.000/mm^3$ , Hct tăng 20% so với bình thường)

-Tiêu chuẩn BN cần phải nhập viện: BN có 1 trong các dấu hiệu sau được đưa vào biên số BN nhập viện: Dầu mắt nước, nhiễm trùng nhiễm độc, khó thở.

#### **4. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU, BÀN LUẬN**

##### **4.1 ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC:**

##### **4.1.1. Phân bố về giới tính:**

Bảng 1: phân bố về giới tính:

GIỚI	SỐ CAS	TỶ LỆ %
Nam	381	60,6%
Nữ	248	39,4%
<b>TỔNG CỘNG</b>	<b>629</b>	<b>100%</b>

Nam mắc bệnh gấp 0,6 lần nữ. Theo nghiên cứu tình hình tiêu chảy ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Nghĩa an-huyện Tư nghĩa –Tỉnh Quảng Ngãi năm 2007 trẻ nam mắc bệnh 35,8 %.

##### **4.1.2. Phân bố về tuổi:**

Nhỏ nhất 2 tháng tuổi, lớn nhất 72 tháng, trung bình 21,12 tháng.

Theo WHO Trẻ mắc bệnh nhiều nhất từ 6 tháng đến 24 tháng.

##### **4.1.3. Phân bố về địa chỉ:**

Bảng 3: phân bố về địa chỉ

ĐỊA CHỈ	SỐ TRƯỜNG HỢP	TỶ LỆ %
Châu phú	245	39%
Châu đóc	125	19,9%
Phú tân	79	12,6%
An phú	72	11,4%
Tịnh biên	53	8,4%
Tân châu	47	7,5%
Tri tôn	6	1%
Châu thành	1	0,2%
Campuchia	1	0,2%
<b>TỔNG CỘNG</b>	<b>629</b>	<b>100%</b>

BN đến khám từ nhiều huyện trong đó châu phú có tỷ lệ đến khám cao nhất ( 39 %)

#### **4.2. TỶ LỆ BỆNH TIÊU CHẢY ĐƠN THUẦN**

Tiêu chảy đơn thuần 433 trường hợp, chiếm 68,8%

Tiêu chảy kết hợp với một bệnh khác 196 trường hợp, chiếm 31,2%.

Tỷ lệ BN tiêu chảy đến khám tại BVĐKKV Tỉnh An Giang là 6,4%.

Theo PGS.TS Trần Đắc Phu số mắc tiêu chảy 383,4/100.000 dân; 1,7 tỷ trường hợp mắc tiêu chảy trong đó 765,000 trẻ em dưới 5 tuổi tử vong vì tiêu chảy.

Theo WHO tiêu chảy là nguyên nhân đứng hàng thứ hai trên thế giới làm chết trẻ em dưới 5 tuổi (11%).

#### **4.3. TỶ LỆ BỆNH TIÊU CHẢY KẾT HỢP VỚI BỆNH KHÁC**

BỆNH ĐI KÈM	SỐ CAS	TỶ LỆ %
VHHT	129	65,8 %
SXH	16	8,2 %
VTPQ	14	7,1%
BLTCM	12	6,1%
VP	2	1%
KHÁC	23	11,7 %
TỔNG CỘNG	196	100%

Tiêu chảy kết hợp với bệnh viêm hô hấp trên chiếm tỷ lệ cao nhất 65,8%.

#### **4.4. TỶ LỆ BN NẶNG CẦN NHẬP VIỆN**

Số BN nhập viện 141 chiếm tỷ lệ 22,4%. BN nhập viện do mất nước, ói nhiều, vết mặt niêm trùng nhiễm độc, khó thở do bệnh lý đường hô hấp.

#### **4.5. TỶ LỆ BC VÀ CRP TĂNG.**

Có 459 trường hợp thực hiện công thức máu nhận thấy BC tăng 185 trường hợp, chiếm 40,3%.

Có 187 trường hợp thực hiện CRP nhận thấy CRP tăng 59 trường hợp, chiếm 31,5%.

BC và CRP tăng có thể do nguyên nhân nhiễm vi trùng.

Trong nhiều nguyên cứu nguyên nhân do Rotavirus chiếm từ 40% đến 55%.

#### **4.6. MỐI LIÊN QUAN CỦA BỆNH TIÊU CHẢY CẤP VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ.**

##### **4.6.1. Mối liên quan giữa tiêu chảy cấp có nhập viện và giới tính**

	TỔNG CỘNG	NHẬP VIỆN	CẤP TOA	P
NAM	381 (100%)	81 (21%)	300 (79%)	0,2
NỮ	248 (100%)	60 (24%)	188 (76%)	
TỔNG CỘNG	629	141	488	

BN nữ nhập viện cao hơn nam nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (P=0,2).

##### **4.6.2. Mối liên quan giữa tiêu chảy cấp đơn thuần có nhập viện và tiêu chảy cấp có kèm thêm một bệnh khác:**

	TỔNG CỘNG	NHẬP VIỆN	CẤP TOA	P
-TIÊU CHẢY KÈM BỆNH KHÁC	196 (100%)	24 (12%)	172 (88%)	0.0001
-TIÊU CHẢY ĐƠN THUẦN	433 (100%)	117 (27%)	316 (73%)	
TỔNG CỘNG	629	141	488	

Bệnh nặng cần nhập viện của nhóm tiêu chảy đơn thuần cao hơn bệnh tiêu chảy có kèm theo một số bệnh lý khác. Điều khác biệt này có ý nghĩa thống kê (P=0.001). Điều này cho thấy bệnh tiêu chảy đi kèm với 1 số bệnh khác không làm bệnh nặng lên. Bệnh nhi nhóm tiêu chảy đơn thuần nhập viện do tình trạng mất nước, về mặt nhiễm trùng nhiễm độc nặng.

Theo Nguyễn thị Ngọc Tuyết, các yếu tố đi kèm bệnh tiêu chảy như viêm phổi, viêm tiểu phế quản, viêm hô hấp trên liên quan nhiều đến số ngày nằm viện.

#### **4.6.3. Mối liên quan giữa tiêu chảy cấp có nhân viện và số lượng BC tăng.**

	TỔNG CỘNG	NHẬP VIỆN	CẤP TOA	P
BC TĂNG	185 (100%)	66 (36%)	119 (64%)	0.0012
BC BÌNH THƯỜNG	274 (100%)	67 (25%)	207 (75%)	
TỔNG CỘNG	459	133	326	

Trong nhóm Bệnh nhi có BC tăng có đến 36 % phải nhập viện. Trong khi đó nhóm BC bình thường có 25% phải nhập viện. Điều khác biệt này có ý nghĩa thống kê (P=0.0012). Nhóm bệnh có BC tăng có thể do nhiễm vi trùng.

#### **4.6.4. Mối liên quan giữa tiêu chảy cấp và CRP tăng:**

	TỔNG CỘNG	NHẬP VIỆN	CẤP TOA	P
CRP TĂNG	59 (100%)	34 (58%)	25 (42%)	0.43
CRP BÌNH THƯỜNG	128 (100%)	65 (51%)	63 (49%)	
TỔNG CỘNG	187	99	88	

Nhóm CRP Tăng và nhóm CRP bình thường có khác biệt không có ý nghĩa thống kê (P=0.43)

### **5. KẾT LUẬN**

Trong nghiên cứu này có 629 BN. Nam chiếm tỷ lệ 60,6%, tuổi trung bình 21,12 tháng, phân bố về địa chỉ nhiều huyện, cao nhất là châu phú 39%, tỷ lệ tiêu chảy đơn thuần 68,8%, tỷ lệ tiêu chảy kèm với bệnh khác 31,2% cao nhất bệnh viêm hô hấp trên 65,8%, tỷ lệ BN nặng cần nhập viện 22,4%, tỷ lệ BC tăng chiếm 40,3%, tỷ lệ CRP tăng 31,5%. Nam nữ mắc bệnh khác nhau không có ý nghĩa thống kê (P=0.2). Bệnh tiêu chảy đơn thuần có tỷ lệ nhập viện cao hơn tiêu chảy kết hợp với 1 bệnh khác, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (P=0.0001). Nhóm BC tăng có tỷ lệ nhập viện cao hơn nhóm BC bình thường, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (P=0.0012). Nhóm CRP tăng có tỷ lệ nhập viện cao hơn CRP bình thường, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (P=0.43).

### **HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU.**

Nghiên cứu này dựa trên các đối tượng đến khám tại Phòng khám nhi BVĐKKV tỉnh nên mẫu nghiên cứu sẽ không đại diện cho cộng đồng.

### **VẤN ĐỀ ĐẠO ĐỨC TRONG NGHIÊN CỨU:**

Nghiên cứu này không vi phạm y đức, các xét nghiệm được thực hiện theo phác đồ điều trị và được sự chấp thuận của thân nhân Bệnh nhi. Bệnh nặng nhập viện ngay không cần phải xét nghiệm.

### **NHỮNG ĐÓNG GÓP TRONG NGHIÊN CỨU:**

Bác sĩ nên lưu ý Bệnh nhi bị tiêu chảy thường kèm theo 1 bệnh khác.

Nhân viên y tế lưu ý tư vấn thân nhân bệnh nhi các dấu hiệu nặng của bệnh tiêu chảy và dấu hiệu nặng của bệnh khác đi kèm. Khi bé có các dấu hiệu nặng thì trở lại nhập viện ngay.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

**PGS. Ts Trần đắc Phu** (2014), “tình hình bệnh tiêu chảy cấp và các hoạt động phòng chống dịch”, *Bài báo cáo tổ chức tại Hà Nội ngày 6 tháng 8 năm 2014*.

**Phan thị Bích Ngọc, Phạm văn Nhu** (2007), Trường ĐHYD Huế TYT Nghĩa An-Tur Nghĩa-Quảng Ngãi. “Nghiên cứu tình hình tiêu chảy ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã nghĩa An-Huyện Tư Nghĩa- Tỉnh Quảng Ngãi”. *Y học thực hành, tr 644-645, số 2/2009*.

**Daniel R, Dinir.Santos, joses.Santana, junaure.raretto.Maria gareth.Andrade, Luciana R.Silva**. “Bazillian Journal of Infectious diseases”. *Prin version ISSN 1413-8670*.

**Gary R Fleisher, MD, David O Matson, MD, PhD, Section Editors George D Ferry, MD, Jan E Drutz, MD**. “Patient information : Acute diarrhea in children”.

Ykhoanet.com.

**King, CK, Glass,R, Bresee, JS, Duggan, C**. “Managing acute gastroenteritis among children: oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy”. *MMWR Recomm Rep*

# TÌNH HÌNH TỬ VONG TRONG 24 GIỜ ĐẦU NHẬP VIỆN TRONG 2 NĂM (2012 - 2013) TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG

*Huyền Thị Kiều Phương, Lê Thị Hòa,  
Trương Thiện Tùng, Đào Châu Khôi*

## TÓM TẮT

**Mục đích nghiên cứu:** xác định đặc điểm dịch tễ và các biện pháp điều trị ở trẻ tử vong trong vòng 24 giờ, nhập viện trong 2 năm (2012-2013) tại khoa Nhi bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang.

**Phương pháp:** mô tả loạt ca

**Kết quả:** Trong 2 năm (2012-2013) có 34 trường hợp tử vong trong vòng 24 giờ. Trong đó, trẻ dưới 1 tuổi là 25 trẻ. Có 24 trường hợp chuyển viện trong tình trạng không ổn định, chủ yếu là suy hô hấp. các sự cố thường gặp trên đường chuyển viện là tím tái(59,2%), sốc (29,6%). 100% các trường hợp cần hỗ trợ hô hấp và 35,2% trường hợp phải đặt nội khí quản. Tử vong trong 3 giờ đầu là 18 trường hợp.

**Kết luận:** Tử vong trong 24 giờ đầu nhập viện là vấn đề cần được quan tâm đúng mức nhất là trẻ dưới 1 tuổi. Cần phải quan tâm đến tình trạng bệnh nhân trước khi chuyển viện và tăng cường huấn luyện kỹ năng hồi sức cấp cứu hô hấp tuần hoàn cho nhân viên y tế.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm qua tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang có hàng chục ngàn ca trẻ em phải nhập viện, trong số đó có một số ca trẻ tử vong, đặc biệt là trẻ tử vong trong vòng 24 giờ đầu nhập viện. Có nhiều lý do gây nên tình trạng tử vong trong vòng 24 giờ đầu nhập viện: bệnh quá nặng, chuyển viện không an toàn, khả năng cấp cứu của cơ sở y tế. Tỷ lệ tử vong trong vòng 24 giờ đầu là một chỉ số để đánh giá chất lượng chẩn đoán, điều trị đặc biệt là công tác hồi sức cấp cứu của bệnh viện. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với những mục tiêu sau:

- Xác định dịch tể ở các trẻ tử vong trong vòng 24 giờ đầu nhập viện (tuổi, giới tính, địa phương).

- Xác định các biện pháp điều trị trong vòng 24 giờ nhập viện.

Từ đó giúp chúng tôi có phương hướng về phòng bệnh, điều trị bệnh góp phần vào việc hạ tỉ lệ tử vong và nâng cao chất lượng điều trị.

## II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả hàng loạt ca

**Đối tượng nghiên cứu:**

**Dân số mục tiêu:** tất cả trẻ dưới 15 tuổi nhập viện khoa nhi Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang từ ngày 01/01/2012 đến ngày 31/12/2013.

**Dân số chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện, ghi nhận tất cả những trẻ dưới 15 tuổi tử vong trong vòng 24 giờ nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang từ ngày 01/01/2012 đến ngày 31/12/2013.

**Tiêu chí chọn mẫu:** các trẻ dưới 15 tuổi tử vong trong vòng 24 giờ nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang từ ngày 01/01/2012 đến ngày 31/12/2013.

Tiêu chí loại trừ: không đủ các số liệu cần thu thập.

**Phương pháp thu thập số liệu:** Ghi nhận thông tin từ hồ sơ bệnh án tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang.

Công cụ thu thập số liệu là bảng thu thập thông tin.

## III. Kết quả:

Trong thời gian từ 01/01/2012 đến 31/12/2013, chúng tôi ghi nhận vào nghiên cứu 34 trường hợp tử vong trong vòng 24 giờ nhập viện tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang.

**Đặc điểm dịch tể:**

**Tuổi và giới của bệnh nhi**

*Bảng 1: Tuổi của bệnh nhi*

Tuổi	Số bệnh nhi	Tỉ lệ
≤ 7 ngày tuổi	18	52,9%
8 ngày tuổi - 1 tháng	2	5,8%

tuổi		
> 1 tháng tuổi – 12 tháng tuổi	5	14,17%
> 1 tuổi – 5 tuổi	6	17,6%
> 5 tuổi – 10 tuổi	2	5,8%
> 10 tuổi – 15 tuổi	1	2,9%
Tổng cộng	34	100%

*Bảng 2: Giới tính của bệnh nhi:*

		Số bệnh nhi	Tỉ lệ
Giới tính	Nam	17	50%
	Nữ	17	50%
Tổng cộng:		34	100%

**Nhận xét:** có 31/34 bệnh nhi tử vong trong vòng 24 giờ nhập viện thuộc nhóm dưới 5 tuổi, trong đó có 25 bệnh nhi dưới 1 tuổi. Đặc biệt nhóm dưới 7 ngày tuổi chiếm tỉ lệ tử vong trong vòng 24 giờ nhập viện cao nhất 52,9%.

Đa số là trẻ sơ sinh, không có sự khác biệt về giới tính.

Địa phương:

*Bảng 3 : địa chỉ của bệnh nhi*

Địa phương	Số bệnh nhi	Tỉ lệ
Châu Đốc	4	11,7%
Tân Châu	1	2,9%
An Phú	10	29,4%
Tịnh Biên	4	11,7 %
Châu Phú	6	17,6%
Khác	9	26,4%

**Nhận xét:** Số bệnh nhi tử vong tập trung ở An Phú và Châu Phú, số còn lại phân bố tương đối đều ở các huyện và địa phương khác.

**- Tình trạng dinh dưỡng:**

*Bảng 4: Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhi*

Tình trạng dinh dưỡng	Số bệnh nhi	Tỉ lệ
Béo phì	0	

Bình thường	24	70,5%
Suy dinh dưỡng	10	29,5%

**Nhận xét:** khoảng gần 1/3 số bệnh nhi tử vong bị suy dinh dưỡng.

**- Đặc điểm trước vận chuyển**

**+ Tình trạng trước chuyển viện**

Có 24 trường hợp bệnh nhân được chuyển đến khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Khu vực Tỉnh và 10 trường hợp tự đến.

Trong 24 trường hợp được chuyển đến khoa Nhi có 19 trường hợp không ổn định được chuyển viện.

*Bảng 5: Các yếu tố không ổn định trước chuyển viện*

<b>Yếu tố không ổn định</b>	<b>Số bệnh nhi</b>	<b>Tỉ lệ</b>
Suy hô hấp	17	89,5%
Sốc	5	26,3%
Hôn mê	2	10,5%
Co giật	1	5,2%

**Nhận xét:** Yếu tố làm tình trạng bệnh nhi không ổn định trước chuyển viện thường nhất là suy hô hấp 89,5%

**- Các biến cố trên đường chuyển viện**

Có 27 trường hợp bị biến cố trên đường chuyển viện, chiếm 79,4%.

*Bảng 6: Các biến cố trên đường chuyển viện*

<b>Biến cố chuyển viện</b>	<b>Số bệnh nhi</b>	<b>Tỉ lệ</b>
Tử vong trước nhập viện	2	7,4%
Ngưng tim	2	7,4%
Ngưng thở	5	18,5%
Tái	16	59,2%
Sốc	8	29,6%
Mê	6	22,2%
Co giật	4	14,8%

Các biến cố tái, sốc và hôn mê là biến cố hàng đầu trên đường chuyển viện.

**- Tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa Khu vực Tỉnh**

Các biện pháp xử trí thường làm ngay lúc nhập viện Bệnh viện đa khoa Khu vực Tỉnh

Bảng 7: Các biện pháp xử trí thường làm ngay lúc nhập viện Bệnh viện đa khoa Khu vực Tỉnh

Xử trí	Số bệnh nhi	Tỉ lệ
Cung cấp Oxy	34	100%
Đặt nội khí quản bóp bóng	22	35,2%
Ấn tim	6	17,5%
Adrenalin	7	20,5%
Sử dụng vận mạch	9	26,4%
Kháng sinh	30	88,2%
Khác	10	29,2%

**Nhận xét:** Phần lớn các bệnh nhi khi nhập viện được đặt nội khí quản, bóp bóng, sử dụng vận mạch, kháng sinh, tất cả các bệnh nhi đều được cung cấp Oxy.

**- Thời gian được hồi sức cấp cứu**

Bảng 8: Thời gian được hồi sức cấp cứu

Thời gian cấp cứu hồi sức	Số bệnh nhi	Tỉ lệ
≤ 30 phút	1	2,9%
> 30 phút – 60 phút	4	11,7%
> 1 giờ - 3 giờ	12	35,2%
> 3 giờ - 6 giờ	6	17,6%
> 6 giờ - 12 giờ	5	14,7%
> 12 giờ - 24 giờ	6	17,6%
Tổng cộng	41	100%

**Nhận xét:** các bệnh nhi thường có thời gian cấp cứu hồi sức trước tử vong là > 1 giờ - 3 giờ

Bàn luận:

**- Đặc điểm dịch tễ bệnh nhi trong nghiên cứu**

**+ Tuổi và giới**

Các bệnh nhi tử vong trong vòng 24 giờ nhập viện có nhóm tuổi dưới 7 ngày tuổi chiếm 52,9%, 58,7% < 1 tháng tuổi. Điều này phù hợp với mô hình bệnh tật trẻ em. Kết

quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Lê Thị Nga (4) tỉ lệ bệnh nhi tử vong trong vòng 24 giờ nhập viện cao nhất ở nhóm < 1 tháng tuổi (66,7%), nhóm 1 – 12 tháng tuổi chiếm 29,5%. Có thể giải thích được là do thời gian đầu trẻ tiếp xúc với môi trường bên ngoài sức đề kháng với mọi tác nhân gây bệnh còn yếu, sự tiến triển bệnh rất nhanh nên trẻ dễ mắc bệnh và tử vong cao. Tỉ lệ tử vong nhóm < 1 tháng tuổi ở bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang cao hơn nhóm nghiên cứu của Huỳnh Thị Ngọc Tuyết, Bùi Quốc Thắng do bệnh viện khu vực Châu Đốc thuộc tuyến tỉnh có trang bị cấp cứu chưa đầy đủ bằng Bệnh viện Nhi Đồng 1 và sơ sinh không phải là hướng phát triển chuyên sâu như Bệnh viện Nhi Đồng 1.

#### **+ Dinh dưỡng**

Tỉ lệ suy dinh dưỡng trong tổng số bệnh nhi tử vong trong vòng 24 giờ nhập viện gần tương đương với nghiên cứu của Adeboye MA (1) và thấp hơn nghiên cứu của Huỳnh Thị Ngọc Tuyết (7). Sự khác biệt này có thể do bệnh viện Nhi Đồng 1 là nơi tiếp nhận nhiều bệnh nhân nặng thuộc các tỉnh phía Nam.

#### **+ Tình trạng bệnh nhi trước chuyển viện**

Trong số các trường hợp bệnh nhi không ổn định được chuyển viện có 89,5% có suy hô hấp, 26,3% trường hợp có sốc, 10,5% trường hợp chuyển viện trong tình trạng hôn mê, 5,2% có co giật. Chuyển viện trong tình trạng bệnh nhi không ổn định là một điều kiện thuận lợi cho diễn tiến nặng của bệnh, dẫn đến việc tử vong trong vòng 24 giờ nhập viện của bệnh nhi. Việc điều trị ổn định các vấn đề của bệnh nhi đối với tuyến huyện, xã là một vấn đề khó khăn. Việc chuyển nhanh bệnh nhân đến cơ sở chuyên khoa có thể giúp cho việc cải thiện tình trạng bệnh, cũng có thể do quan điểm cần hạn chế tử vong tại tuyến cơ sở, vận chuyển bệnh nhân đến tuyến cao hơn để tránh trách nhiệm, ngoài ra có thể do yêu cầu của gia đình bệnh nhi trong giai đoạn nặng không cần cảnh báo từ bác sĩ ở tuyến cơ sở.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi khác với tác giả Nguyễn Phú Lộc về tình trạng của bệnh nhân lúc bắt đầu chuyển viện, 76% trường hợp trong tình trạng ổn định, 24% trường hợp trong tình trạng không ổn định. Trong số không ổn định có 16,5% bị suy hô hấp, 3,3% bị sốc, 2,5% bị co giật và 2,7% hôn mê. Có thể do chúng tôi lấy những trường hợp tử

vong trong 24 giờ nhập viện đây là các bệnh cảnh nặng không thể xử trí ổn định trước chuyển viện.

#### **- Biến cố trên đường chuyển viện**

79,4% trường hợp bệnh nhi tử vong trong vòng 24 giờ nhập viện xảy ra biến cố trên đường đến bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang. Nặng nhất là tử vong trước nhập viện chiếm tỉ lệ 7,4%. Thường gặp biến cố tái(59,2%), sốc (29,6%) và mê (22,2%). Biến cố trên đường chuyển viện làm nặng thêm tình trạng bệnh nhi mà đa số là không ổn định trước khi chuyển. Có thể giải thích cho việc xuất hiện biến cố do diễn tiến bất thường của bệnh, ngoài ra thường trên xe chuyển viện không có bác sĩ chuyển bệnh, thiếu cán bộ y tế có kiến thức tốt về cấp cứu hồi sức nên sẽ không tránh khỏi thiếu sót giải quyết ngay khi biến cố xảy ra. Ngoài ra, việc thiếu các phương tiện hồi sức cấp cứu trên xe chuyển viện cũng làm tăng tần suất các biến cố (3,6)

#### **- Tại bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang**

Đa số các bệnh nhi tử vong trong vòng 24 giờ nhập viện là do chuyển viện chiếm tỉ lệ 70%. Có sự chênh lệch về cách nhập viện của chúng tôi và tác giả Huỳnh Thị Ngọc Tuyết và Bùi Quốc Thắng.

Có thể do đa số bệnh nhi tử vong trong 24 giờ nhập viện đến từ các huyện, bệnh nhi phải đến ngay tuyến y tế gần nhất do tình trạng bệnh nhi nặng ngay từ lúc phát bệnh.

Thời gian cấp cứu hồi sức bệnh nhi thường kéo dài > 1 giờ -3 giờ chiếm tỉ lệ 35,2% trường hợp. Đây là thời gian thử thách của bệnh nhi và bác sĩ, điều dưỡng.

#### **Biện pháp cấp cứu hồi sức ngay lúc nhập viện**

Các trường hợp bệnh nhi tử vong trong vòng 24 giờ nhập viện đều phải được xử trí ngay lúc nhập viện, điều này cho thấy tình trạng nặng của bệnh nhi ngay lúc nhập viện. Trong đó, 100% bệnh nhi được cho thở Oxy (canula, mask), 35,2% bệnh nhi phải đặt nội khí quản và bóp bóng giúp thở ngay lúc nhập viện. 17,6% bệnh nhi ấn tim ngoài lồng ngực ngay lúc nhập viện. 20,5% cần điều trị Adrenalin. 26,4% bệnh nhi sử dụng vận mạch, 88,2% được cho kháng sinh ngay. 29,2% bệnh nhi được sử dụng các biện pháp khác như truyền dịch, truyền máu...

Điều này có thể là hậu quả tất yếu của nhiều yếu tố như: việc chuyển viện, chăm sóc y tế tuyến trước, sự quan tâm đến bệnh lý trẻ của thân nhân hoặc do tình trạng bệnh nặng của bệnh nhi nên phải xử lý tích cực ngay lúc nhập viện.

**Kết luận:** Tử vong trong vòng 24 giờ đầu nhập viện thường gặp ở trẻ nhỏ nhất là trẻ dưới 1 tuổi. Cần phải quan tâm đến tình trạng bệnh nhân trước khi chuyển viện và tăng cường huấn luyện kỹ năng hồi sức cấp cứu hô hấp tuần hoàn cho nhân viên y tế tuyến trước và tại khoa nhi Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adeboye MA; Ojuawo A; Ernest SK; Salisu OT (2010). Mortality pattern within twenty – four hours of emergency paediatric admission in a resource-poor nation health facility. West African journal of Medicine.
2. Bùi Quốc Thàng. Lý do nhập viện trẻ ở những trẻ tử vong trước nhập viện tại bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2001 – 2002 tạp chí y học TP. HCM 8 (1) tr 01-04
3. Hoàng Trọng Kim; Đỗ Văn Dũng; Nguyễn Phú Lộc (2008). Đặc điểm dịch tễ học các trường hợp tử vong trong vòng 24 giờ đầu nhập viện liên quan đến bệnh nhân được chuyển viện từ các cơ sở y tế đến khoa cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 3/2003 – 02/2004. Tạp chí y học TP.HCM 9 (1) tr 17-21.
4. Lê Thị Nga, Nguyễn Anh Chi, Nguyễn Thị Xuân Hương (2009). Đánh giá kết quả cấp cứu bệnh nhân nặng trong 24 giờ nhập viện tại khoa nhi bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên. Tạp chí khoa học và công nghệ 51(3) tr 3-7.
5. Nguyễn Phú Lộc(2004). Đặc điểm dịch tễ học và tính an toàn của những trường hợp chuyển viện đến khoa cấp cứu bệnh viện Nhi Đồng 1 năm 2003. Luận án Chuyên khoa II, Đại học y dược TP.HCM.
6. Phạm Lê An (2007) chuyển viện an toàn cho bệnh nhi. Bộ môn Nhi ĐHYD TP.HCM, Nhi khoa chương trình đại học, tập 1, tr 477-480 TP.HCM nhà xuất bản Y Học.

7. Huỳnh Thị Ngọc Tuyết, Bùi Quốc Thắng 2012 tình hình tử vong trong vòng 24 giờ nhập viện trong 6 tháng đầu năm 2011 tại bệnh viện Nhi Đồng 1, tạp chí y học TP.HCM tập 16 phụ bản số 1 2012

# **NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH TINH HOÀN ( BUỒNG TRÚNG ) TRÁI TẠI BỆNH VIỆN ĐK KV TỈNH AN GIANG**

*BS CK II Nguyễn Văn Ngãi*

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Vết thương mạch máu là một trong những bệnh lý cấp cứu ngoại khoa khẩn cấp.

Thuận lợi cho công tác cấp cứu bệnh nhân cần được sơ cứu, hồi sức, vận chuyển đến nơi có đủ trình độ chuyên môn, đủ phương giải quyết triệt để nguyên nhân, đúng với giải phẫu bệnh thì việc cứu sống và không để lại di chứng cho người bệnh đó là mong muốn của mọi người.

Loại vết thương mạch máu tìm thấy được vị trí chảy máu, khi cấp cứu còn gặp nhiều khó khăn, nếu việc cấp cứu tổn thương mạch máu mà không xác định được vị trí vết thương và điểm chảy máu phải truy tìm chỗ châu máu kéo dài thì tính mạng bệnh nhân bị đe dọa.

Thực tế chảy máu từ động mạch tinh hoàn ( ở Nam giới); động mạch buồng trứng ( ở Nữ giới) là bệnh lý hiếm gặp, hiện nay rất hiếm thấy báo cáo nghiên cứu...

## **II. TÓM TẮT**

Nạn nhân sau cú va chạm nặng, có dấu hiệu choáng, hội chứng thiếu máu cấp suy hô hấp, truy tìm mạch ....

Vào viện chẩn đoán rất khó và chậm, khi phẫu thuật mất khối lượng máu rất lớn (4000 ml).

Xử trí khó khăn....

### **BỆNH ÁN**

Trần Chi L 1986, Nam

SVV: 31409; Mã BN: 1462757

**Vào viện; 13g10 ngày 05/10/2014**

Khoa Cấp cứu nhận:

**Lý do vào viện:** Thở mệt, đau lưng, đau ngực sau khi bị té cao.

**Bệnh sử:** Trước nhập viện khoảng 120 phút; BN té cây ở độ cao 7-10 mét, tư thế rơi tự do, hai chân xuống trước, có bất tỉnh.

Sau đó tỉnh, thở mệt, đau nhiều vùng lưng và thắt lưng trái, ngực trái xin nhập viện cấp cứu

**Tình trạng lúc nhập viện;**

Đau nhiều vùng bụng trái

M:105 l/p; HA 70/40 mmHg; nhịp thở 24 L/p

**Khám:**

Tỉnh, tiếp xúc chậm

Niêm nhợt nhạt, môi tái, da xanh, xây xát vùng bụng trái và ngực trái

Tay chân lạnh, 2 chân không cử động ( liệt)

Bụng gồng, đau khắp bụng, nhưng đau nhiều bụng trái, nề xung bên hông lưng trái, cao hơn bên hông lưng phải; Vùng hông trái và HCT( hố chậu trái) có khối ( mẫn) chắc lan rộng từ hố chậu trái đến hố thắt lưng trái, bờ không rõ, mật độ không cứng chắc, ấn đau, không di động.

Ấn đau khắp bụng, đau nhiều vùng bên trái đến hố thắt lưng trái, trên mẫn chắc hố chậu trái.

Cảm ứng phúc mạc (+)

Tim rõ

Phổi thô

**Cận lâm sàng :**

Siêu âm : Kết luận tụ dịch bao thận trái

Công thức máu : Kết quả XN : Hct 24,2%

CT scanner cột sống, bụng.

**Chăm sóc toàn diện**

Giải thích chế độ ăn uống và tư vấn:

Nhịn ăn và uống, chuẩn bị phẫu thuật cấp cứu

Tiền lượng nặng đã giải thích người nhà.

**Tóm tắt các H/C :**

H/c mất máu

H/c suy hô hấp

H/c trụy tim mạch

H/C Viêm phúc mạc

Chấn thương vào vùng bụng , hạ sườn trái

Có khối chắc lan rộng từ hố chậu trái đến thắt lưng trái

Nước tiểu trong qua sonde 400 ml

**Chẩn đoán:** Viêm phúc mạc/Chấn thương, Ngực, bụng, /trụy tim mạch do mất khối lượng tuần hoàn ( mất máu)

**Xử trí:**

Thở oxy mũi

Nacl 0,9% TTM CC g/p

Hydrocortisol 100mg TM

Ranitidin 50mg TM

Transamin 250 mg TM

Truyền máu

Giảm đau

Nhịn ăn, uống, chăm sóc cấp I

**PHẪU THUẬT LÚC 17g00**

BB Phẫu thuật

**Chẩn đoán trước phẫu thuật :** Choáng mất máu chấn thương thận T

**Chẩn đoán sau phẫu thuật :** Choáng mất máu do rách động mạch Tinh hoàn ( Buồng trứng ) trái

**Tường trình PT**

Rạch da đường giữa dưới rốn dài 20cm,

Vào ổ bụng thấy vùng hông lưng T có khối máu tụ rất to ở phúc mạc thành sau lan đến hố chậu T qua đường chấn giữa đến hông lưng P và HCP, hạ vị

Mở phúc mạc thành sau bên trái

Thấy

MM thận và thận bình thường

Động mạch Tinh hoàn ( Buồng trứng trái) rách hơn nửa khẩu kính, đang chảy máu nhiều

Khâu ĐM chỉ prolén 5-0

Đắp SPongel 3 miếng, 2 Surgisel

Dẫn lưu Douglas

Đóng bụng

**Lượng máu mất trong cuộc phẫu thuật 4.000 ml**

### **III. BÀN LUẬN**

Đây là lại bệnh hiếm gặp...

Chảy máu nhiều, chảy máu 2 đầu

Tìm nguyên nhân khó khăn

Dấu hiệu lâm sàng không điển hình ( không có nghiên cứu hướng dẫn....)

Xử trí chưa hoàn chỉnh....

Theo báo Hội nghị Khoa học – Công nghệ Quân Dân y Đồng bằng sông Cửu Long lần thứ V vào tháng 11 năm 2004, tài liệu Kỹ yếu trang 168 ; báo cáo của Bs Nguyễn Văn Ngãi kết luận : Đứt động mạch buồng trứng bên phải là bệnh lý hiếm gặp, phát hiện chậm sản phụ rất dễ tử vong do chảy máu nhiều, chảy 2 đầu .

Cơ chế tổn thương có thể do động mạch buồng trứng bị kéo căng đột ngột gây đứt ngay hoặc hoại tử.

Xử trí thật khẩn trương.

Chẩn đoán dễ nhầm

CLS dựa vào siêu âm

### **IV. KẾT LUẬN**

Chẩn đoán dễ nhầm

Xử trí khẩn trương, thất 2 đầu

Bệnh rất nặng

Xử trí cần có kinh nghiệm

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1/- ATLAS of Anatomy. J. C. BOILEAU GRANT 1962 : 165, 177, 179, 188-188.2 ;
- 2/- Kỹ yếu HNKH-CN QDY ĐB sông Cửu long lần V; 11/2004

# KHẢO SÁT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ DỊ VẬT TẠI Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG

*Bs.CKI.Phạm Dân Nguyên - Bs.CKI.Lê Thiện Hiệp*

*Ys.Lê Công Tâm - ĐD.Nguyễn Thị Thanh Bay*

## **TÓM TẮT:**

**Mục tiêu :** khảo sát quá trình bệnh lý và đánh giá kết quả điều trị lấy dị vật tai ở trẻ em.

**Phương pháp :** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang .Gồm 50 bệnh nhân dưới 12 tuổi vào khám tại khoa TMH được chẩn dị vật tai từ 01/01/2010 đến 01/01/2014.

**Kết quả :** Từ 01/01/2010 → 01/01/2014 , ghi nhận 50 trường hợp trong đó có 37 bệnh nhân nam (74 % ) , 13 bệnh nhân nữ (26 % ) . Tuổi trung bình là  $4.64 \pm 1.7$ , tuổi cao nhất là 10, tuổi nhỏ nhất là 2 . Hầu hết bệnh nhân sau khi phát hiện dị vật 2 – 3 ngày mới đến bệnh viện khám . Ghi nhận 3 ca dị vật gần lỗ tai (6 % ) , 28 ca trong ống tai (56 % ) , 19 ca sát màng nhĩ (38 % ) . Trong 60 ca dị vật có 1 ca lấy lúc bệnh nhân tỉnh, 59 ca còn lại lấy qua gây mê (tiền mê)

**Kết luận :** Lấy dị vật tai ở trẻ em thường phải qua gây mê vì bệnh nhân thường giãy giụa không hợp tác. Tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ, đa số dị vật được phát hiện từ ngày thứ 2 trở đi.

## **I.ĐẶT VẤN ĐỀ**

Dị vật tai là dị vật nằm trong ống tai ngoài. Đa số thường xảy ra ở trẻ em có thói quen khi chơi hay nhét vào lỗ tai của chính bản thân hoặc của bạn những đồ chơi mà chúng tự tìm ra như : hạt cườm, hạt cây, hạt đỗ, nút áo, sỏi, đầu viết chì...Dị vật tai thường không gây triệu chứng gì rõ rệt, nhưng nguy hiểm là khi có sự can thiệp vội vã của người lớn như dùng que tăm cạy lấy ra làm xước tai và đẩy dị vật vào sâu thêm trong tai.

Cách xử trí đối với dị vật tai thông thường là bơm rửa làm dị vật trôi ra hay dùng máy hút ra , nếu dị vật không hút ra được thì dùng móc khuỷu nhỏ để lấy ra. Nhưng các em nhỏ thường không hợp tác , hay khóc la, giãy giụa nên phải cho tiền mê mới lấy để

tránh trường hợp trong lúc lấy dị vật, các em giãy mạnh sẽ vô tình làm tổn thương ống tai, màng nhĩ, đẩy dị vật vào sâu hơn trong tai.

## **MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU**

Mục tiêu tổng quát: khảo sát quá trình bệnh lý và đánh giá kết quả điều trị lấy dị vật tai ở trẻ em.

Mục tiêu chuyên biệt:

- Khảo sát đặc điểm bệnh nhân : tuổi ,giới, địa dư, thời gian mang bệnh, vị trí dị vật trong tai.
- Đánh giá kết quả điều trị , tình trạng tổn thương ống tai , màng nhĩ của bệnh nhân sau khi dị vật được lấy ra ngoài.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:**

### **2.1.Đối tượng nghiên cứu:**

Tất cả bệnh nhân dưới 12 tuổi bị dị vật tai đến khám ở phòng khám TMH được nội soi chẩn đoán xác định từ tháng 01/2010 đến 01/2014.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân được chẩn đoán dị vật tai qua bệnh sử và nội soi tai.

Tiêu chuẩn loại trừ : nội soi tai không phát hiện dị vật.

### **2.2.Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang.**

#### **2.2.1.Phương pháp :**

- Thu thập và xử lý số liệu theo mẫu thống nhất.
- Xử lý thống kê : dùng phần mềm SPSS 18 để xử lý thống kê.

#### **2.2.2.Phương pháp tiến hành :**

Thu thập thông tin từ những phiếu thu thập số liệu ghi nhận từ bệnh án mượn lại từ kho lưu trữ hồ sơ bệnh viện.

Các biến số được ghi nhận theo mẫu định sẵn bao gồm :

- Các biến độc lập : giới tính, tuổi, địa chỉ, thời gian mang bệnh, vị trí dị vật trong tai, loại dị vật, tính chất dị vật.
- Biến kết cục : chảy máu ống tai, tổn thương màng nhĩ, thời gian điều trị.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU :

- Trong mẫu khảo sát 50 ca: có 37 bệnh nhân nam (74%), 13 bệnh nhân nữ (26% )
- Tuổi trung bình :  $4.64 \pm 1.7$ , tuổi cao nhất : 10, tuổi thấp nhất : 2.

#### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân lúc đến khám :

Bảng 3.1:

Đặc điểm	Số ca	Tỷ lệ %	Thời gian mang bệnh trung bình	p
<b>Thời gian mang bệnh</b>				
1 ngày	5	10		
2 ngày	18	36		
3 ngày	16	32	$2.88 \pm 1.42$	
4 ngày	6	12		
5 ngày	2	4		
7 ngày	3	6		
<b>Giới tính</b>				
Nam	37	74	$2.84 \pm 1.19$	0.11
Nữ	13	26	$3 \pm 2$	
<b>Địa chỉ</b>				
Thành thị	15	30	$2.27 \pm 0.96$	0.29
Nông thôn	35	70	$3.14 \pm 3.14$	
<b>Loại dị vật</b>				
Nhựa	12	24	$3.33 \pm 1.97$	
Kim loại	1	2	2	
Giấy	11	22	$2.64 \pm 1.12$	
Hạt lúa	11	22	$2.82 \pm 0.98$	
Côn trùng	7	14	$2.29 \pm 0.95$	
Khác	8	16	$3.25 \pm 1.75$	
<b>Tính chất dị vật</b>				
Cứng	30	60	$3.1 \pm 1.62$	0.12
Mềm	20	40	$2.55 \pm 0.99$	
<b>Tổn thương ống tai lúc đến khám</b>				
Sung huyết	39	78	$2.95 \pm 1.35$	0.48
Chảy máu	11	22	$2.64 \pm 1.69$	

Nhận xét :

- Đa số các bé được người nhà đưa đi khám sau khi dị vật đã mắc kẹt trong tai sau 2 ngày.

- Thời gian mang bệnh của nữ nhiều hơn nam nhưng mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ .

- Thời gian mang bệnh của người thành thị ngắn hơn ở nông thôn nhưng mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ .

- Thời gian mang bệnh của dị vật cứng dài hơn dị vật mềm nhưng mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ .

- Các loại dị vật có thời gian mang bệnh trung bình trong khoảng từ 2 đến 3 ngày.

- Thời gian mang bệnh của trẻ có chảy máu ống tai ít hơn trẻ chỉ bị sưng huyết khi có dị vật trong tai nhưng mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0.05$ .

### 3.2. Kết quả điều trị :

Bảng 3.2.1 : Tình trạng tổn thương ở tai bệnh nhân

Tổn thương ở tai	Số case	Tỷ lệ %	Thời gian điều trị trung bình
Chảy máu ống tai	10	20	4.2 ± 4.22
Tổn thương màng nhĩ	1	2	

Nhận xét:

Trong 50 ca thống kê, ghi nhận có 10 trường hợp chảy máu ống tai ( 20 % ) ,1 trường hợp trầy xước màng nhĩ ( 2 % ) .Thời gian điều trị trung bình cho những bé có tổn thương tai sau khi lấy dị vật là 4.2 ± 4.22

Bảng 3.2.2 Mối liên hệ giữa tính chất dị vật và tình trạng chảy máu ống tai :

	Cứng	Mềm	$\chi^2$	p	OR (KTC 95%)
Có chảy máu	7	3	0.52	0.47	1.5 (0.45 – 5.3)
Không chảy máu	23	17			

Nhận xét : Không có mối liên hệ giữa tính chất dị vật và chảy máu ống tai với  $p > 0.05$  .

Bảng 3.2.3 Mối liên hệ giữa tổn thương ống tai trước và sau khi lấy dị vật ra khỏi tai :

		Chảy máu ống tai sau khi lấy dị vật		$\chi^2$	p	OR (KTC 95%)
		Có	Không			
<b>Tổn thương ống tai lúc nhập viện</b>	Sung huyết	0	39	44.31	< 0.001	11 ( 1.69 – 71.28)
	Chảy máu	10	1			

Nhận xét :

Mối liên hệ giữa chảy máu ống tai trước và sau khi lấy dị vật có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.001$ . Nếu ống tai đã bị tổn thương trước lúc nhập viện thì yếu tố nguy cơ bị chảy máu ống tai sau khi lấy dị vật là 11.

#### IV. BÀN LUẬN :

Nguyên nhân trẻ bị dị vật tai là do tính tò mò, nghịch ngợm thích khám phá nên các em thương tự nhét các vật có kích thước nhỏ vào tai mình hay nhét vào tai bạn. Ngoài ra cũng có thể do côn trùng bay vào và kẹt trong tai không ra được.

Tuổi trung bình :  $4.64 \pm 1.7$ , tuổi cao nhất : 10, tuổi thấp nhất : 2 . Theo khảo sát của [Dubois M<sup>1</sup>](#), [François M](#), [Hamrioui R](#) thực hiện ở khoa TMH bệnh viện Robert-Debré ở Paris khảo sát trên 40 case trong 1 năm (tháng 01/1996 đến 03/1997 ) thì tuổi trung bình là 6.5 , tuổi nhỏ nhất là 15 tháng, cao nhất là 14 tuổi .

Thời gian mang bệnh trung bình là 2.8 ngày. Chứng tỏ sau khi dị vật bị kẹt trong tai bé thì do không có dấu hiệu gì rõ ràng nên người nhà không ai phát hiện, còn các em do còn nhỏ tuổi ,ham chơi nên cũng không khóc la hay nói cho cha mẹ biết. Chỉ sau vài ngày, tai bé bắt đầu có mùi hôi , trẻ bắt đầu có cảm giác khó chịu, hay móc tai thì gia đình mới đưa đi khám. Nên thông thường khi đến khám thì ống tai các bé đã bị viêm. Trong báo cáo ghi nhận 11 ca bị chảy máu ống tai trước khi lấy dị vật ra nguyên nhân do trầy

xuốt. Nếu ống tai đã bị chảy máu trước thì sau khi lấy dị vật ra, khả năng chảy máu lại gấp 11 lần so với ống tai chỉ bị viêm sung huyết.

Số lượng bệnh nhân nam bị dị vật tai chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (37 nam / 13 nữ), có thể do các bé nam hiếu động, tinh nghịch hơn. Theo khảo sát của [Dubois M<sup>1</sup>](#), [François M](#), [Hamrioui R](#) tỷ lệ nam/nữ là 1.2 (19 nam / 16 nữ)

Thời gian mang bệnh trung bình của bé ở thành thị ngắn hơn ở nông thôn nhưng mối quan hệ này không có ý nghĩa thống kê.

Trong 50 ca, phân loại dị vật ghi nhận được 12 trường hợp dị vật bằng nhựa, 1 trường hợp kim loại, 11 bằng giấy, 11 ca là hạt thóc, 7 ca côn trùng, 8 ca là những loại khác (sáp đèn cầy, nút, vật nhỏ không rõ loại....) Trong các loại dị vật thì hạt thóc khó lấy, dễ gây tổn thương ống tai vì có 2 đầu nhọn, tròn. Ngoài ra côn trùng cũng có thể gây xây xát ống tai. Trong báo cáo của [Dubois M<sup>1</sup>](#), [François M](#), [Hamrioui R](#) ghi nhận có 11 ca có biến chứng trong đó rách ống tai có 5 ca, viêm ống tai 5 ca và 1 ca thủng nhĩ. Còn về loại dị vật thì có 8/40 ca là hạt trang sức, 7/40 ca là gián. Phần còn lại tác giả không đề cập đến.

Về vị trí dị vật thì ghi nhận 3 ca dị vật gần lỗ tai (6%), 28 ca trong ống tai (56%), 19 ca sát màng nhĩ (38%). Khi dị vật nằm sát màng nhĩ thì phải bơm nước cho dị vật trôi ra hay dùng ống hút hút ra. Tránh dùng dụng cụ cứng móc ra vì dễ rách màng nhĩ.

Cách xử trí đối với dị vật tai thông thường là bơm rửa làm dị vật trôi ra hay dùng máy hút ra, nếu dị vật không hút ra được thì dùng móc khuỷu nhỏ để lấy ra. Nhưng các em nhỏ thường không hợp tác, hay khóc la, giãy giụa nên phải cho tiền mê mới lấy để tránh trường hợp trong lúc lấy dị vật, các em giãy mạnh sẽ vô tình làm tổn thương ống tai, màng nhĩ, đẩy dị vật vào sâu hơn trong tai.

## V. KẾT LUẬN

Qua báo cáo cho thấy dị vật tai ở trẻ nhỏ là một loại bệnh thường gặp nhưng hay bị bỏ quên do không có triệu chứng rõ ràng. Chỉ khi nào qua vài ngày bắt đầu có hiện tượng viêm ống tai ngoài thì người nhà mới dẫn trẻ đi khám. Cách xử trí dị vật tai đơn giản nhưng phải được thực hiện ở cơ sở chuyên khoa để tránh làm tổn thương ống tai, màng nhĩ hay vô tình đẩy dị vật vào sâu hơn trong tai. Trẻ nhỏ bị dị vật tai đến cơ sở y tế khám

thường quấy khóc, không chịu nằm yên nên thường sẽ cho trẻ tiền mê rồi lấy dị vật tại phòng mổ để an toàn cho bệnh nhân. Ngoài ra , cần tuyên truyền cho những gia đình có trẻ nhỏ phải theo dõi trẻ thường xuyên, không cho trẻ chơi những món đồ có kích thước nhỏ.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

*Foreign bodies in the ear - Dubois M<sup>1</sup>, François M, Hamrioui R Service ORL, hôpital Robert-Debré, Paris, France.*

*Tai mũi họng thực hành – Tập 1 GS.Võ Tấn*

*Tai mũi họng – Quyển 1 PGS.Nhan Trùng Sơn*

*Cấp cứu Tai Mũi Họng – GS Lê Văn Lợi*

# **KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG THIẾU MÁU THIẾU SẮT Ở TRẺ EM KHOA KHÁM BỆNH**

**Từ 1/9/2013- 01/3/2014**

*Ths, BS. Ngô Thị Kim Loan, BS CKI. Đoàn Thị Hào  
ĐD. Võ Ngọc Ân, ĐD. Võ Thị Kim Hoàng.*

## **1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Thiếu máu gây ảnh hưởng đến sự tăng trưởng và phát triển trí tuệ, giảm khả năng hoạt động thể lực và tăng khả năng mắc bệnh ( Nestel và Davidson 2002). Thiếu máu là một hội chứng thường do nhiều nguyên nhân như: cung cấp sắt thiếu, nhiễm các loại ký sinh trùng, các bệnh lý mãn tính ở đường tiêu hóa, cơ thể hấp thu sắt kém ... Trong đó thiếu sắt là nguyên nhân chính. Theo Staubli và cs (2001) thì thiếu sắt là nguyên nhân chính của 50% các trường hợp thiếu máu. Theo Viện dinh dưỡng quốc gia, năm 1989, tỷ lệ mắc bệnh TMTS ở lứa tuổi học đường ở Việt Nam là 37%. Do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em đến phòng khám nhi để góp phần tư vấn và điều trị tốt hơn nữa.

## **2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

- Mục tiêu nghiên cứu
  - Khảo sát tỉ lệ thiếu máu ở trẻ em.
  - Khảo sát tỉ lệ thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em
- Đối tượng nghiên cứu: Trẻ dưới 15 tuổi, đến khám bệnh tại phòng khám nhi.
- Phương pháp nghiên cứu: tiền cứu phân tích.
- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ 1/9/2013- 1/3/2014, tại phòng khám nhi, khoa Khám bệnh , bệnh viện Đa khoa khu vực Tỉnh.
- Phương pháp thu thập số liệu: dựa trên phiếu thu thập
- Tiêu chuẩn chẩn đoán
  - Thiếu máu khi Hb <11g/dl (theo tiêu chuẩn của WHO)
  - Trẻ thiếu sắt khi sắt huyết thanh <7 microgram/l

- Xử lý thống kê: Dùng phần mềm SPSS17.0. Dùng cross tables để phân tích thiếu máu thiếu sắt theo giới và theo lớp tuổi. Dùng ANOVA một chiều để phân tích các số trung bình. Các số trung bình được diễn tả bằng: Số trung bình  $\pm$  SD (độ lệch chuẩn). Các thử nghiệm thống kê có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ .

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

#### 3.1 Phân bố TMTS theo giới

Bảng 1: Phân bố TMTS theo giới

	Tổng số trẻ	Trẻ TMTS	Tỷ lệ %
Nữ	60	41	68,33%
Nam	40	19	47,5%
Tổng số	100	60	60%

Nhận xét: trong 100 trẻ nghiên cứu, có 60 trẻ TMTS chiếm 60 %.

#### 3.2 Phân bố trẻ TMTS theo tuổi

Bảng 2: Phân bố trẻ TMTS theo tuổi .

Giới \ Tuổi	Nữ	Nam
< 72 tháng	25 ( 60,9%)	14 ( 73,6%)
$\geq$ 72 tháng	16 ( 39,1%)	5 ( 26,4%)
Tổng số	41 ( 100%)	19 ( 100%)

Nhận xét: trẻ nam < 72 tháng tuổi TMTS nhiều hơn trẻ nữ trong khi trẻ ≥ 72 tháng thì nữ TMTS nhiều hơn nam, điều này không có ý nghĩa thống kê.

### 3.3 Phân bố TMTS theo địa chỉ

Bảng 3. Phân bố TMTS theo địa chỉ

Địa chỉ	CĐỐC	C PHÚ	T BIÊN	T TÔN	P TÂN	T CHÂU	A PHÚ
Số cas	5	12	8	15	6	7	7
Tỉ lệ	8,3 %	20%	13,3%	25%	10%	11,6%	11,7%

Nhận xét: các em ở các huyện vùng sâu, vùng xa thì tỉ lệ TMTS cao hơn ở thành phố.

### 3.4 Phân bố thiếu máu theo Hemoglobin.

Bảng 4. Phân bố thiếu máu theo Hemoglobin.

Hemoglobin	< 6 g/dl	6- < 9 g/dl	9- < 11 g/dl	≥ 11 g/dl
Số cas	2	15	20	23
Tỉ lệ (%)	3,4	25	33,3	38,3

Nhận xét: có 61,7% trẻ bị thiếu máu theo nồng độ hemoglobin

### 3.5 So sánh các thông số tháng tuổi, hemoglobin và sắt huyết thanh giữa nhóm không TMTS và nhóm TMTS.

Bảng 5. So sánh sự phân bố TMTS và không TMTS theo tháng tuổi, hemoglobin, fe huyết thanh và ferritin huyết thanh.

	Không TMTS	TMTS	P
Tháng tuổi	27,5 ± 10,4	28,5 ± 11,7	>0,05
Hemoglobin	12,3 ± 9,2	9,3 ± 1,4	< 0,05
Fe huyết thanh	12,1 ± 5,2	3,7 ± 1,3	< 0,001
Ferritine huyết thanh	96,7 ± 52,4	78,6 ± 58,7	< 0,05

Nhận xét: trị số hemoglobin và Fe huyết thanh và Ferritine huyết thanh ở nhóm TMTS luôn thấp hơn nhóm không TMTS.

#### 4. BÀN LUẬN.

Trong tổng số 100 trẻ < 15 tuổi đến phòng khám nhi, có 60 trẻ TMTS ( 60%). Trong đó 41/60 ( 68,3%) trẻ nữ TMTS, trẻ nam 19/60 ( 31,7%) TMTS. Trẻ em ở các vùng xa như Tri tôn ( 25%) và Châu phú ( 20%) , tỉ lệ TMTS cao so với trẻ em ở nội thành. Trẻ < 72 tháng TMTS ( 65%) cao hơn trẻ ≥ 72 tháng (35%). Điều đó có lẽ do trình độ nhận thức về dinh dưỡng, kiến thức chăm sóc trẻ em chưa tốt. Phân tích TMTS theo lứa tuổi và giới cũng không khác biệt có ý nghĩa thống kê,  $p > 0,05$ . So sánh các thông số tháng tuổi, hemoglobin và sắt huyết thanh giữa trẻ có và không TMTS thì thấy nồng độ hemoglobin giữa 2 nhóm (12,3 ± 9,2 so với 9,3 ± 1,4) khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ , sắt huyết thanh trung bình có ý nghĩa cao nhất (12,1 ± 5,2 so với 3,7 ± 1,3) với  $P < 0,001$ . Ferritine huyết thanh ( 96,7 ± 52,4 so với 78,6 ± 58,7) có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,05$ . Phân tích thiếu máu theo Hemoglobin thì có 61,7% thiếu máu, trong đó 33,3% thiếu máu nhẹ và 3,4% thiếu máu nặng.

## 5. KẾT LUẬN.

Trong 100 trẻ em đến phòng khám nhi với nhiều bệnh khác nhau, có đủ xét nghiệm huyết đồ và Fe, Ferritine huyết thanh. Trong đó có 60 % trẻ TMTS, gồm nữ 68,3% và nam 31,7%, vùng nông thôn TMTS hơn thành thị. Khi phân tích thiếu máu theo nồng độ hemoglobin thì thấy 61,7% trẻ thiếu máu gần tương đương TMTS là 60%. Theo Staubli và cs (2001) thì thiếu sắt là nguyên nhân chính của 50% các trường hợp thiếu máu. Nồng độ Hemoglobin giữa 2 nhóm ( $12,3 \pm 9,2$  và  $9,3 \pm 1,4$ ) khác biệt có ý nghĩa thống kê  $P < 0,05$ . Sắt huyết thanh trung bình có ý nghĩa cao nhất ( $12,1 \pm 5,2$  và  $3,7 \pm 1,3$ ) với  $P < 0,001$ . Ferritine huyết thanh trung bình ( $96,7 \pm 52,4$  và  $78,6 \pm 58,7$ .) với  $P < 0,05$ .

✚ Hạn chế nghiên cứu: mẫu nghiên cứu nhỏ, hạn chế, thời gian xét nghiệm lâu, người bệnh không hợp tác.

✚ Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: các xét nghiệm được thực hiện đúng theo phác đồ điều trị và được sự đồng ý của thân nhân bệnh nhi nên không vi phạm về y đức.

✚ Ý nghĩa nghiên cứu: biết được tỉ lệ thiếu máu thiếu sắt ở trẻ em đến khám bệnh ở phòng khám nhi, qua đó có hướng tư vấn, truyền thông, giáo dục sức khỏe cho người chăm sóc bệnh nhi như: bú mẹ hoàn toàn 6 tháng đầu sau sinh, bổ sung sữa có sắt nếu không có sữa mẹ, thức ăn có nhiều sắt và vitamine C ( từ động vật và thực vật)....

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lâm thị Mỹ, “ Thiếu máu thiếu sắt”, Thực hành lâm sàng nhi khoa, Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh, Nhà xuất bản Y học, năm 2004.
2. Thái Quý, “Chuyển hóa sắt - thiếu máu thiếu sắt”, Bài giảng huyết học và truyền máu, trường đại học Y hà nội, Nhà xuất bản Y học, năm 2006.
3. Nguyễn ngọc Minh ( 2007) , “ Đại cương về thiếu máu”, Bài giảng huyết học - truyền máu sau đại học, Nhà xuất bản Y học , Hà nội, trang 165-190
4. Nguyễn công Khanh (2004) , Thiếu máu thiếu sắt , huyết học lâm sàng nhi khoa, Nhà xuất bản Y học, Hà nội, trang 63.
5. Batra J, Sood A ( 2005), Iron deficincy anaemia ; Effect on cognitive development in chieldrenr ; A review. India J Clin Biochem 2005; 20, 19-25.

**NHẬN XÉT TÌNH HÌNH ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN TỬ VONG  
TRONG 24 GIỜ ĐẦU SAU NHẬP VIỆN  
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG NĂM 2014**

*CV La Văn Hoàng, ĐD Nguyễn Xuân Thế  
Lê Thị Kim Thanh, Lê Thị Huyền Trang*

**Tóm tắt :**

**Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định đặc điểm và kết quả điều trị của bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện tại bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang (BVĐKKVTAG).

**Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả cắt ngang.

**Kết quả nghiên cứu:**

Tỉ lệ bệnh nhân tử vong 24 giờ đầu sau nhập viện 6 tháng đầu năm 2014 là 0,53%, trong đó nam chiếm tỉ lệ 46,1% và nữ chiếm tỉ lệ 53,9%. Nhóm tuổi từ 50 đến 80 tử vong trong 24 giờ chiếm tỉ lệ cao.

Bệnh nhân vào viện với triệu chứng mệt và hôn mê chiếm tỉ lệ cao nhất (32,4% và 31,4%). Tỉ lệ chẩn đoán đúng khi mới nhập viện 85,3%.

Có 68 bệnh nhân tử vong sau vào viện từ 1 đến 12 giờ (66,7%) và 34 bệnh nhân tử vong sau vào viện từ 12 đến 24 giờ (33,3%)

Các bệnh chiếm tỉ lệ cao trong mô hình bệnh tật bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện năm 2014 là: bệnh nhồi máu cơ tim (18,6%), tai biến mạch máu não (17,6%), suy hô hấp sơ sinh (13,7%), sốc nhiễm trùng (11,8%), suy hô hấp (6,9%), xuất huyết tiêu hóa (5,9%), chấn thương sọ não (3,9%), viêm phổi (2,9%) và ngộ độc thuốc (2,9%)

**Kết luận:**

- Tỉ lệ bệnh nhân tử vong 24 giờ đầu sau nhập viện 6 tháng đầu năm 2014 là 0,53%.
- Bệnh nhân tử vong trong 24 giờ được chẩn đoán đúng khi mới nhập viện 85,3%.
- Có 68 bệnh nhân tử vong sau vào viện từ 1 đến 12 giờ (66,7%) và 34 bệnh nhân tử vong sau vào viện từ 12 đến 24 giờ (33,3%).

- Mô hình bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện năm 2014: bệnh nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, suy hô hấp sơ sinh, sốc nhiễm trùng chiếm tỉ lệ cao.

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang là bệnh viện tuyến Tỉnh, mỗi năm bệnh viện tiếp nhận và điều trị nội trú cho khoảng 40.000 bệnh nhân, trong đó có nhiều bệnh nhân sau khi nhập viện dưới 24 giờ bị tử vong hoặc xin về trong tình trạng nặng (gọi chung là BN tử vong).

Khảo sát đặc điểm bệnh nhân tử vong 24 giờ đầu sau nhập viện là rất cần thiết để góp phần nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành khảo sát nghiên cứu này nhằm các mục tiêu sau:

Mục tiêu nghiên cứu:

- Mục tiêu tổng quát:

Xác định đặc điểm và kết quả điều trị của bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện tại bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang.

- Mục tiêu chuyên biệt:

- Xác định các đặc điểm của bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện.
- Xác định mô hình bệnh tật bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện tại bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang trong năm 2014.

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang.

2.3 Phương pháp tiến hành:

- Bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện sẽ được phòng kế hoạch tổng hợp thu thập nghiên cứu:
- Thời gian thực hiện đề tài: 01/01/2014 đến 31/6/2014.
- Nơi thực hiện đề tài: Bệnh viện ĐKKV Tỉnh An Giang.
- Xử lý thống kê theo phần mềm SPSS 16.0

## **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:**

Từ tháng 01 đến tháng 6 năm 2014, bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang tiếp nhận điều trị nội trú 19.124 bệnh nhân, trong đó có 102 bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện. Tỷ lệ 0,53%.

### **3.1. Đặc điểm bệnh nhân và kết quả điều trị:**

Tuổi trung bình của bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện:  $51,7 \pm 26,8$  tuổi, nhỏ nhất: 1 tuổi, lớn nhất: 86 tuổi. Trong đó có 14 bệnh nhân là trẻ sơ sinh (13,7%). Có 1 bệnh nhân tử vong sau vào viện 10 phút, 2 bệnh nhân tử vong sau vào viện 15 phút, 2 bệnh nhân tử vong sau vào viện 20 phút, 1 bệnh nhân tử vong sau vào viện 35 phút.

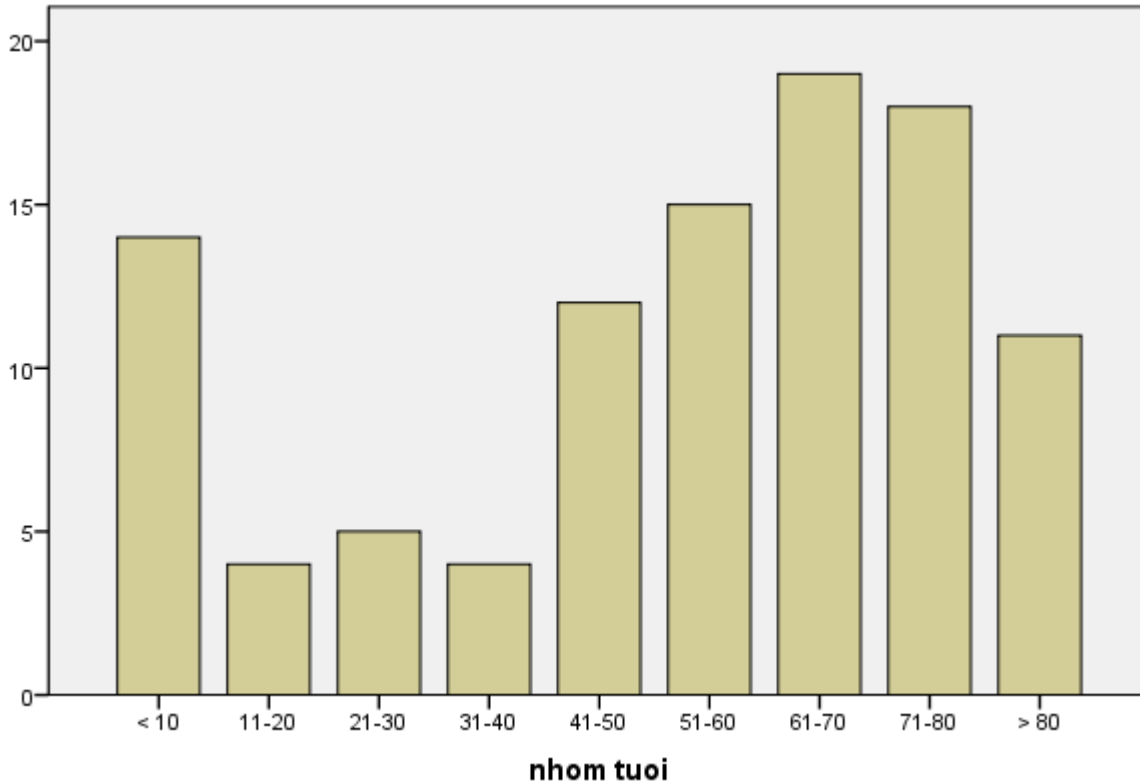
Bảng 3.1. Đặc điểm của bệnh nhân.

Đặc điểm	Tần suất	Tỷ lệ %
Giới:		
-Nam	47	46,1
-Nữ	55	53,9
Địa chỉ:		
-Châu Đốc:	19	18,6
-Nơi khác:	83	81,4
Đối tượng:		
-Tuyển trước chuyển đến:	13	12,6
-Tự đến:	89	87,2
Bệnh nhân		
-BN sơ sinh:	14	13,7
-BN khác:	88	86,3
Khoa điều trị:		
-Khoa ICU:	84	82,4
-Khoa Nhi:	16	15,7
-Khoa Cấp cứu	1	1,0
-Khoa PT GMHS	1	1,0
Chẩn đoán ban đầu:		
-Chẩn đoán đúng:	87	85,3
-Chẩn đoán sai:	15	14,7
Tình trạng bệnh nhân khi vào viện:		
-Hôn mê:	32	31,4
-Mạch trung bình:	$87,4 \pm 47,5$ (0 – 180 lần phút)	
-Huyết áp trung bình:	$83,0 \pm 65,8$ (0 – 220 mmHg)	

Nhận xét:

- Bệnh nhân tử vong trong 24 giờ được chẩn đoán đúng khi mới nhập viện 85,3%.
- Bệnh nhân được chuyển viện từ tuyến dưới chiếm tỉ lệ thấp ( 11,8%)
- 82,4% BN tử vong trong 24 giờ nằm tại khoa ICU.
- 22,5% BN tử vong trong 24 giờ vào viện trong tình trạng hôn mê.

Biểu đồ 3.1. Đặc điểm nhóm tuổi



Nhận xét:

Nhóm tuổi từ 50 đến 80 tử vong trong 24 giờ chiếm tỉ lệ cao

Toàn bộ 14 bệnh nhân < 10 tuổi đều là trẻ sơ sinh (13,7%)

Bảng 3.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng lúc vào viện.

Triệu chứng lâm sàng	Bệnh nhân	Tỉ lệ %
Mệt	33	32.4
Hôn mê	32	31.4
Tím tái	7	6.9
Khó thở	7	6.9
Đau bụng	5	4.9
Nôn máu	4	3.9
Đau ngực	4	3.9
Tiêu chảy	3	2.9
Ngất	3	2.9

Lơ mơ	3	2,9
Co giật	1	1,0
Tổng	102	100

Nhận xét:

- Bệnh nhân vào viện với triệu chứng mê và hôn mê chiếm tỉ lệ cao (32,4% và 31,4%) .

Bảng 3.3. Đặc điểm thực hiện cận lâm sàng.

Đặc điểm	Tần suất	Tỉ lệ %
– Xét nghiệm máu:	102	100
– Đo điện tim:	71	69,6
– X quang:	65	63,7
– Siêu âm	22	21,6
– CT scanner:	7	6,9

Nhận xét:

- 100% Bệnh nhân tử vong trong 24 giờ được thực hiện xét nghiệm máu.
- Đo điện tim được thực hiện chiếm tỉ lệ 69,6%, X quang chiếm tỉ lệ 63,7%, siêu âm chiếm tỉ lệ 21,5%, CT scanner chiếm tỉ lệ 6,9%.

Bảng 3.4. Kết quả điều trị.

Đặc điểm	Tần suất	Tỉ lệ %
– Kết quả điều trị:		
- Tử vong:	16	15,7
- Xin về trong tình trạng nặng:	86	84,3
– Thời gian điều trị:		
- Từ 1 – 12 giờ:	68	66,7
- Từ 13 – 24 giờ	34	33,3
– Bệnh nhân tử vong trong 1 giờ đầu sau nhập viện	6	5,8

Nhận xét:

- Trong số 102 bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện, có 68 bệnh nhân tử vong sau vào viện từ 1 đến 12 giờ (66,7%) và có 34 bệnh nhân tử vong sau vào viện từ 12 đến 24 giờ (33,3%)
- Có 6 bệnh nhân tử vong sau vào viện dưới 1 giờ.

Bảng 3.5. Đặc điểm của bệnh nhân tử vong trong 12 giờ đầu sau nhập viện.

Đặc điểm	TV 12 giờ đầu 68(68,7% )	TV 13-24 giờ 34(33,3% )	$\chi^2$	P	OR(KTC 95%)
Địa chỉ:					
-Châu Đốc:	14(73,7)	5(26,3)	0,517	0,59	1,5(0,49-4,59)
-Nơi khác:	54(65,1)	29(34,9)			
Đối tượng:					
-Chuyên viện:	9(69,2)	4(30,8)	0,04	0,80	1,14(0,32-4,02)
-Tự đến:	59(66,3)	30(33,7)			
Bệnh nhân sơ sinh:					
-BN sơ sinh:	7(50,0)	7(50,0)	2,028	0,22	0,44(0,14-1,38)
-BN khác:	61(69,3)	27(30,7)			
Vào viện với tình trạng mạch = 0:					
-Mạch = 0:	11(68,8)	5(31,2)	0,03	0,84	1,11(0,35-3,52)
-Mạch bắt được:	57(66,3)	29(33,7)			
Khoa điều trị:					
-Khoa ICU:	56(66,7)	28(33,3)			
-Khoa khác	12(66,7)	6(33,3)			
Bệnh thường gặp:					
- NMCT:	13(68,6)	6(31,6)			
- TBMMN:	14(77,8)	4(22,2)			
- Suy hô hấp sơ sinh:	7(50,0)	7(50,0)			

Nhận xét:

Trong số 16 bệnh nhân nhập viện với tình trạng mạch = 0, có 11 bệnh nhân tử vong trong 12 giờ đầu sau nhập viện (tỉ lệ 68,8%). Tuy nhiên mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê với  $P > 0,05$ .

Trong số 12 bệnh nhân tuyến trước chuyên đến, có 9 bệnh nhân tử vong trong 12 giờ đầu sau nhập viện (69,2%).

Bảng 3.6. Liên quan kết quả điều trị với bệnh nhân sơ sinh

Kết quả điều trị	Trẻ sơ sinh	Bệnh nhân khác	Cộng
Tử vong	6 (42,9%)	10 (11,4%)	16 (15,7%)
Xin về	8 (57,1%)	78 (88,6%)	86 (84,3%)
Cộng	14 (100%)	88 (100%)	102 (100%)

$$(\chi^2 = 9,058, P = 0,003)$$

Nhận xét:

- Trong số 14 bệnh nhân sơ sinh nghiên cứu, kết quả điều trị có 6 bệnh nhân tử vong tại bệnh viện chiếm tỉ lệ 42,9%.
- Bệnh nhân khác đa số xin về trong tình trạng nặng, chiếm tỉ lệ 88,6%

### **3.2. Mô hình bệnh tật BN tử vong trong 24 giờ sau nhập viện tại BVĐKKV Tỉnh:**

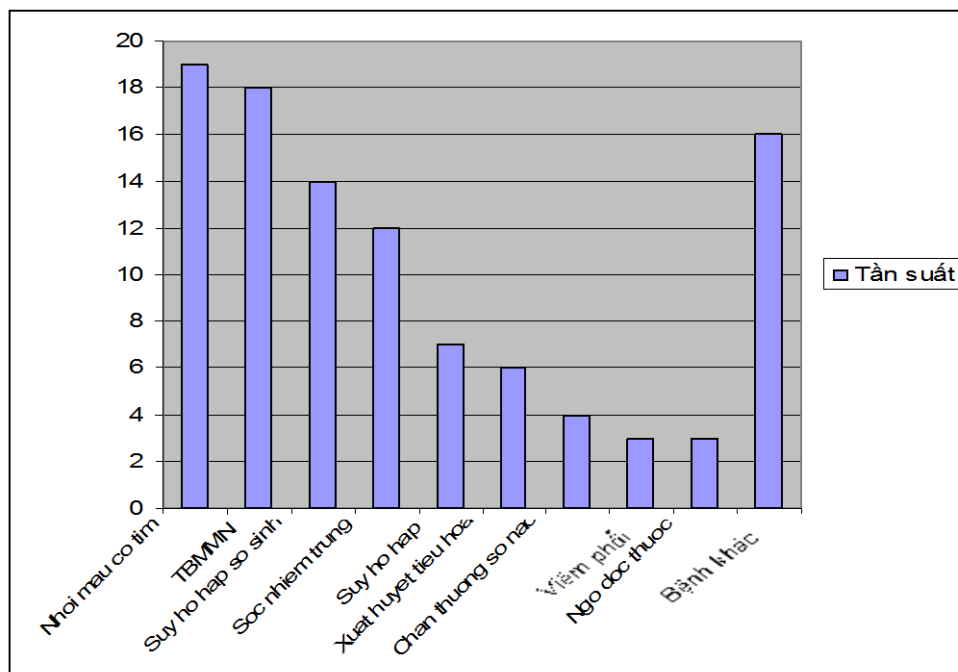
Bảng 3.5. Mô hình bệnh tật

Bệnh lý	Tần suất	Tỉ lệ %
Nhồi máu cơ tim	19	18,6
Tai biến mạch máu não	18	17,6
Suy hô hấp sơ sinh	14	13,7
Sốc nhiễm trùng	12	11,8
Suy hô hấp	7	6,9
Xuất huyết tiêu hóa	6	5,9
Chấn thương sọ não	4	3,9
Viêm phổi	3	2,9
Ngộ độc thuốc	3	2,9
Bệnh khác	16	15,6
Tổng	102	100

Nhận xét:

Các nhóm bệnh nhồi máu cơ tim, TBMMN, suy hô hấp sơ sinh, sốc nhiễm trùng chiếm tỉ lệ cao trong mô hình bệnh tật BN tử vong trong vòng 24 giờ đầu sau nhập viện.

Biểu đồ 3.3. Mô hình bệnh tật



#### IV. BÀN LUẬN:

##### **Đặc điểm bệnh nhân:**

Trong 6 tháng đầu năm năm 2014, bệnh viện có 102 bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện, trong đó có 16 bệnh nhân tử vong tại bệnh viện (15,7%) và 86 bệnh nhân xin về trong tình trạng nặng (84,3%). Nam: 47 bệnh nhân (46,1%), nữ: 55 bệnh nhân (53,9%). 84 bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện nằm điều trị tại khoa ICU (82,4%), 16 nằm điều trị tại khoa Nhi (15,7%), 1 BN khoa cấp cứu (1%), 1 BN khoa Gây mê hồi sức (1%)

Tuổi nhỏ nhất là 1 ngày, tuổi lớn nhất là 86 tuổi. Nhóm tuổi từ 50 đến 80 tử vong trong 24 giờ chiếm tỉ lệ cao, toàn bộ 14 bệnh nhân < 10 tuổi đều là trẻ sơ sinh (13,7%).

- Bệnh nhân vào viện với triệu chứng mê và hôn mê chiếm tỉ lệ cao (32,4% và 31,4%). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của bác sĩ Hà Thanh Hà BV Cấp cứu Trưng Vương năm 2009[2], triệu chứng mê và hôn mê chiếm tỉ lệ cao nhất trong số bệnh nhân cấp cứu. Bệnh nhân được chuyển viện từ tuyến dưới chiếm tỉ lệ thấp (11,8%), 82,4% BN tử vong trong 24 giờ nằm tại khoa ICU.
- Về cận lâm sàng đã thực hiện cho bệnh nhân: 100% Bệnh nhân tử vong trong 24 giờ được thực hiện xét nghiệm máu. Đo điện tim được thực hiện chiếm tỉ lệ 69,6%, X quang chiếm tỉ lệ 63,7%, siêu âm chiếm tỉ lệ 21,5%, CT scanner chiếm tỉ lệ 6,9%. Theo mô hình bệnh tật bệnh nhân tử vong trong 24 giờ thì TBMMN có 18 trường hợp (17,6%) nhưng chỉ thực hiện CT Scanner 7 (6,9%) trường hợp do bệnh nhân vào viện trong tình trạng nặng, không đủ điều kiện để chụp CT Scanner.
- Bệnh nhân tử vong trong 24 giờ được chẩn đoán đúng khi mới nhập viện 85,3%.
- Trong số 102 bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện có 34 bệnh nhân tử vong sau vào viện từ 12 đến 24 giờ (33,3%) và có 68 bệnh nhân tử vong sau vào viện từ 1 đến 12 giờ (66,7%), có 6 bệnh nhân tử vong sau vào viện dưới 1 giờ trong đó có 2 bệnh nhân do bệnh viện Huyện chuyển đến, mạch không bắt được. Đây là những trường hợp chuyển viện không an toàn.
- Theo nghiên cứu của Bs Trần Thị Gấn (BV Đa khoa Tiền Giang) năm 2002[1], 44% bệnh nhân chuyển viện tử vong trước 24 giờ. Theo nghiên cứu của Hoàng Trọng Kim năm 2004[3], BN chuyển viện có tỉ lệ tử vong trong 24 giờ đầu là 37,4%. Trong nghiên cứu này có 12 bệnh nhân tuyến trước chuyển đến, 9 bệnh nhân tử vong trong 12 giờ đầu sau nhập viện, chiếm tỉ lệ 69,2%.
- Có 16 bệnh nhân nhập viện với tình trạng mạch = 0, trong đó 11 bệnh nhân tử vong trong 12 giờ đầu sau nhập viện (tỉ lệ 68,8%). Tuy nhiên mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê với  $P > 0,05$ .
- Trong số 14 bệnh nhân sơ sinh nghiên cứu, có 6 trẻ tử vong tại bệnh viện chiếm tỉ lệ 42,9%. Có mối liên quan bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện giữa BN sơ sinh và BN khác, 42,9% BN sơ sinh tử vong tại bệnh viện, trong khi đối với BN khác thì tỉ lệ này chỉ là 11,4% ( $P = 0,003$ ).

### **Mô hình bệnh tật bệnh nhân nặng.**

Các bệnh chiếm tỉ lệ cao trong mô hình bệnh tật bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện năm 2013 là: bệnh nhồi máu cơ tim (18,6%), tai biến mạch máu não (17,6%), suy hô hấp sơ sinh (13,7%), sốc nhiễm trùng (11,8%), suy hô hấp (6,9%), xuất huyết tiêu hóa (5,9%), chấn thương sọ não (3,9%), viêm phổi (2,9%) và ngộ độc thuốc (2,9%).

### **VI. KẾT LUẬN:**

Qua khảo sát 102 bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện năm 2014, chúng tôi có nhận xét như sau:

- Tỉ lệ bệnh nhân tử vong 24 giờ đầu sau nhập viện 6 tháng đầu năm 2014 là 0,53%, trong đó nam chiếm tỉ lệ 46,1% và nữ chiếm tỉ lệ 53,9%. Nhóm tuổi từ 50 đến 80 tuổi tử vong trong 24 giờ chiếm tỉ lệ cao.
- Bệnh nhân vào viện với triệu chứng mê và hôn mê chiếm tỉ lệ cao nhất (32,4% và 31,4%). Tỉ lệ chẩn đoán đúng khi mới nhập viện 85,3%.
- Có 68 bệnh nhân tử vong sau vào viện từ 1 đến 12 giờ (66,7%) và 34 bệnh nhân tử vong sau vào viện từ 12 đến 24 giờ (33,3%).
- Mô hình bệnh nhân tử vong trong 24 giờ đầu sau nhập viện năm 2014: bệnh nhồi máu cơ tim, tai biến mạch máu não, suy hô hấp sơ sinh, sốc nhiễm trùng chiếm tỉ lệ cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Gấn** (2002), “Tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại khoa Nhi bệnh viện Đa Khoa Trung Tâm Tiền Giang từ năm 2000 -2002”.  
[WWW.ykhoa.Net/binhluan/bvtien\\_giang/htm](http://WWW.ykhoa.Net/binhluan/bvtien_giang/htm).
2. **Hà Thanh Hà** (2011), “Khảo sát đặc điểm dịch tễ, sự phân bố bệnh của các trường hợp cấp cứu được tiếp nhận, xử trí qua hệ thống cấp cứu 115 tại TPHCM”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, tr 105 – 111, (4) 15.
3. **Hoàng Trọng Kim** (2005), “Đặc điểm dịch tễ của các trường hợp tử vong trong 24 giờ đầu liên quan đến bệnh nhân được chuyển viện từ các cơ sở y tế đến khoa Cấp cứu bệnh viện Nhi đồng I từ tháng 3/2003 đến tháng 2/ 2004”, *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*, tr 17 – 21, (1) 9.

# KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ CHẾ ĐỘ ĂN BỆNH LÝ CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP

*ĐD. Trần Huỳnh Ngọc – ĐD. Nguyễn Thị Chi*

*ĐD. Nguyễn Thị Trúc Linh*

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** khảo sát kiến thức, thái độ về chế độ ăn bệnh lý của bệnh nhân đái tháo đường tại khoa Nội Tổng Hợp.

**Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả cắt ngang thực hiện từ 01/08/2014 đến 30/09/2014 trên 70 bệnh nhân đái tháo đường tại khoa nội tổng hợp.

**Kết quả:** Trong 70 bệnh nhân được nghiên cứu có 54 (77,1%) là nữ giới, 16 (22,9%) là nam giới, qua khảo sát nhận thấy số bệnh nhân được nhân viên y tế hướng dẫn chế độ ăn bệnh lý là 26 (37,1%), không được hướng dẫn chế độ ăn bệnh lý là 44 (62,9%); số bệnh nhân biết chế độ ăn là cần thiết trong điều trị bệnh đái tháo đường là 14 (20%), không biết chế độ ăn là cần thiết là 56 (80%); số bệnh nhân đang ăn theo chế độ ăn bệnh lý là 21 (30%), không ăn theo chế độ ăn bệnh lý là 49 (70%); Sau khi được tư vấn, số bệnh nhân đồng ý tham gia thực hiện chế độ ăn của bệnh viện là 61 (87,1%), số bệnh nhân không đồng ý tham gia thực hiện chế độ ăn của bệnh viện là 9 (12,9%).

**Kết luận:** Đa số bệnh nhân đái tháo đường chưa được nhân viên y tế hướng dẫn chế độ ăn bệnh lý, chưa nhận thức được tầm quan trọng của chế độ ăn bệnh lý trong việc điều trị đái tháo đường. Sau khi được tư vấn, đa số bệnh nhân thay đổi thái độ tham gia chế độ ăn bệnh lý. Cần đẩy mạnh tư vấn chế độ ăn bệnh lý cho những bệnh nhân nội trú nhiều hơn nữa.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh rối loạn chuyển hóa đường, gây tăng đường huyết(ĐH) mãn tính kèm theo rối loạn chuyển hóa lipid, protid và điện giải. Hậu quả

muộn của các rối loạn chuyển hóa này là tổn thương các vi mạch, các mạch máu nhỏ và mạch máu lớn dẫn tới các biến chứng như đã nêu ở trên thậm chí có thể tử vong.

Cho đến nay đã có nhiều công trình nghiên cứu <sup>(1) (2)</sup> chứng minh vai trò của chế độ dinh dưỡng trong điều trị bệnh ĐTĐ. Chế độ ăn cùng với tập luyện và dùng thuốc là 3 phương pháp chính điều trị bệnh ĐTĐ, chế độ ăn có tác dụng tốt ở đại đa số các bệnh nhân ĐTĐ trên 3 phương diện: điều chỉnh cân nặng, hạn chế làm tăng ĐM và làm giảm các yếu tố nguy cơ tim mạch.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Khảo sát kiến thức, thái độ về chế độ ăn bệnh lý của bệnh nhân Đái tháo đường đang điều trị nội trú tại khoa Nội Tổng Hợp- Bệnh Viện ĐKKV Tỉnh An Giang” nhằm mục đích đánh giá sự hiểu biết của bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường nằm điều trị tại khoa Nội Tổng Hợp để định hướng cho việc tư vấn dinh dưỡng đối với bệnh nhân ĐTĐ điều trị tại khoa.

## **MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU**

### **Mục tiêu chung:**

**KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ CHẾ ĐỘ ĂN BỆNH LÝ CỦA BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP**

### **Mục tiêu cụ thể:**

1. Khảo sát tỷ lệ một số đặc điểm dân số học và tỷ lệ về kiến thức, hành vi của bệnh nhân về chế độ ăn bệnh lý ĐTĐ trước và sau tư vấn.
2. Đánh giá thay đổi thái độ của bệnh nhân sau khi được tư vấn lợi ích của chế độ ăn bệnh lý.

## **2. PHƯƠNG PHÁP – ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU**

- 2.1. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- 2.2. Thời gian nghiên cứu: từ 01/08/2014 đến 30/09/2014
- 2.3. Địa điểm nghiên cứu: khoa nội tổng hợp.
- 2.4. Đối tượng nghiên cứu:
  - + Tiêu chuẩn chọn bệnh:  
Những bệnh nhân đái tháo đường điều trị nội trú tại khoa Nội Tổng Hợp.
  - + Tiêu chuẩn loại trừ :

Những bệnh nhân không đồng ý tham gia phỏng vấn,

Những bệnh nhân có bệnh đi kèm nặng hoặc không thể tự trả lời phỏng vấn.

## 2.5. Cách thực hiện nghiên cứu:

Chọn những bệnh nhân nằm viện tại khoa nội với chẩn đoán đái tháo đường không đi kèm những bệnh nặng khác.

Giới thiệu sơ bộ về đề tài và mời họ tham gia trả lời phỏng vấn theo bản câu hỏi đã soạn sẵn.

Sau khi phỏng vấn, tiến hành tư vấn về chế độ ăn đối với những bệnh nhân chưa được nhân viên y tế hướng dẫn chế độ ăn hoặc những bệnh nhân đã được hướng dẫn chế độ ăn nhưng chưa ăn đúng cách.

Khái niệm chế độ ăn bệnh lý: Chế độ ăn bệnh lý là chế độ ăn dành cho người bệnh nhằm mục đích đưa liệu pháp ăn uống vào phối hợp với các phương tiện điều trị khác (thuốc, lý liệu pháp...).

Sau khi tư vấn cho các bệnh nhân đã nêu trên, tiếp nhận thông tin phản hồi từ bệnh nhân được tư vấn để đánh giá hiệu quả tư vấn.

## 2.6. Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 16.0

### 3. KẾT QUẢ

Chúng tôi khảo sát ngẫu nhiên 70 bệnh nhân ĐTD điều trị nội trú tại khoa Nội Tổng Hợp của BV ĐKKV Tỉnh An Giang ghi nhận:

**Bảng 1:** Một số đặc điểm dân số học

<b>Biến số</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
<b>Giới tính</b>		
Nữ	54	77,1
Nam	16	22,9
<b>Nhóm tuổi</b>		
<60	26	37,1
≥60	44	62,9
<b>Địa chỉ</b>		
Châu Đốc	10	14,3
Ngoài Châu Đốc	60	85,7
<b>Nghề nghiệp</b>		
Làm ruộng	68	97,1
Lao động khác	2	2,9

**Nhận xét:** Tỷ lệ nữ mắc bệnh nhiều hơn nam (77,1% so với 22,9%); tỷ lệ nhóm tuổi mắc bệnh ≥60 tuổi nhiều hơn nhóm tuổi <60 tuổi là 62,9% so với 37,1%; đa số bệnh nhân cư trú ngoài Châu Đốc chiếm tỷ lệ 85,7%; phần nhiều bệnh nhân có nghề nghiệp là làm ruộng với tỷ lệ 97,1%, và bệnh nhân lao động tự do chiếm tỷ lệ thấp hơn là 2,9%.

**Bảng 2:** Kiến thức, thái độ của bệnh nhân về chế độ ăn bệnh lý ĐTĐ trước và sau tư vấn

<b>Biến số</b>	<b>Tần số</b>	<b>Tỷ lệ %</b>
Được hướng dẫn chế độ ăn bệnh lý ĐTĐ		
Có	26	37,1
Không	44	62,9
Biết chế độ ăn bệnh lý là cần thiết		
Biết	14	20
Không biết	56	80
Đang ăn chế độ ăn bệnh lý		
Có	21	30
Không	49	70
Khó khăn trong thực hiện chế độ ăn bệnh lý		
Có	9	12,9
Không	61	87,1
Kiểu khó khăn		
Do thói quen	6	66,7
Thực hiện	3	33,3
Đồng ý tham gia thực hiện chế độ ăn bệnh lý sau tư vấn		
Có	61	87,1
Không	9	12,9
Lý do không đồng ý tham gia chế độ ăn bệnh lý sau tư vấn		
Tự nấu	5	55,6
Đắt tiền	3	33,3
Rắc rối	1	11,1

**Nhận xét:**

-Trước tư vấn: Tỷ lệ bệnh nhân không được hướng dẫn chế độ ăn bệnh lý là 62,9%, tỷ lệ bệnh nhân không biết chế độ ăn bệnh lý là cần thiết là 80%, đang ăn theo chế độ ăn bệnh lý là 30%, tỷ lệ bệnh nhân gặp phải khó khăn khi thực hiện chế độ ăn bệnh lý là 12,9% (trong đó tỷ lệ bệnh nhân gặp khó khăn do phải thay đổi thói quen ăn uống là 66,7% , khó khăn do phải tuân thủ một số nguyên tắc là 33,3%).

-Sau khi tư vấn: tỷ lệ bệnh nhân đồng ý tham gia chế độ ăn bệnh lý là 87,1%, không tham gia chế độ ăn là 12,9% (trong đó lý do không tham gia chế độ ăn là do bệnh nhân thích tự chế biến thức ăn chiếm tỷ lệ 55,6%; không tham gia vì lo lắng chi

phí tổn kém chiếm tỷ lệ 33,3%; không tham gia do nghĩ chế độ ăn phức tạp và rắc rối chiếm tỷ lệ 11,1%).

**Bảng 3:** Mối liên quan giữa kiến thức Biết chế độ ăn bệnh lý là cần thiết và hành vi Có tham gia chế độ ăn bệnh lý

			Đang ăn chế độ ăn bệnh lý		Tổng	OR (KTC 95%)	P Fisher's Exact Test
			Không	Có			
Chế độ ăn bệnh lý là cần thiết	Không	Tần suất	47	9	56	31,3 (5,9-164,5)	<0,0001
		Tỷ lệ %	83,9%	16,1%	100,0%		
	Có	Tần suất	2	12	14		
		Tỷ lệ %	14,3%	85,7%	100,0%		
Tổng		Tần suất	49	21	70		
		Tỷ lệ %	70,0%	30,0%	100,0%		

**Nhận xét:** Trước tư vấn, trong 49 bệnh nhân không ăn chế độ ăn bệnh lý có 47 bệnh nhân không thấy chế độ ăn bệnh lý là cần thiết.

**Bảng 4:** Thay đổi về thái độ từ Không ăn chế độ ăn bệnh lý trước khi được tư vấn sang Tham gia thực hiện chế độ ăn bệnh lý sau khi được tư vấn

			Tham gia chế độ ăn bệnh lý		Tổng	P Fisher's Exact Test
			Có	Không		
Đang ăn chế độ ăn bệnh lý	Không	Tần suất	46	3	49	<0,018
		Tỷ lệ %	93,9%	6,1%	100,0%	
	Có	Tần suất	15	6	21	

		Tỷ lệ %	71,4%	28,6%	100,0 %
Tổng		Tần suất	61	9	70
		Tỷ lệ %	87,1%	12,9%	100.0 %

**Nhận xét:** Sau tư vấn, trong 49 bệnh nhân không ăn chế độ ăn bệnh lý trước tư vấn có 46 bệnh nhân thay đổi thái độ sẽ tham gia chế độ ăn bệnh lý (chiếm tỷ lệ 93,9%).

### 3. BÀN LUẬN

#### 3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

##### 3.1.1. Tuổi, giới tính:

Tuổi có liên quan đến sự phát triển bệnh đái tháo đường. Hầu hết các nghiên cứu đều thấy tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc đái tháo đường càng tăng, theo nghiên cứu của chúng tôi thì tỷ lệ bệnh nhân  $\geq 60$  tuổi mắc bệnh cao hơn so với tỷ lệ bệnh nhân  $< 60$  tuổi (62,9% so với 37,1%) phù hợp với nhiều nghiên cứu trong nước. Nghiên cứu của Cao Mỹ Sinh<sup>(3)</sup> tại huyện Cầu Ngang- Tỉnh Trà Vinh từ năm 2009- 2011 thấy tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh càng tăng (45- 59 tuổi: 25,2%; 60- 74 tuổi: 33,5%;  $>75$  tuổi: 33,6%). Phạm Thị Hồng Hoa<sup>(4)</sup> khi nghiên cứu tại khu vực Hà Nội năm 2007 thì tỷ lệ mắc bệnh cũng tăng dần theo tuổi với hệ số tương quan  $r= 0,95$ . Bế Thu Hà<sup>(5)</sup> khi nghiên cứu tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn thấy tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường ở độ tuổi từ 50 trở lên chiếm 70,4%.

Theo thống kê của WHO, tỷ lệ mắc ĐTD ở 2 giới nam và nữ thay đổi tùy thuộc vào các vùng dân cư khác nhau, ở Bắc Mỹ và Tây Âu tỷ lệ nam/nữ=1/4, ở Trung Quốc, Malaysia, Ấn Độ có tỷ lệ mắc ĐTD ở nam=nữ, còn ở Việt Nam nữ chiếm 2/3 số mắc ĐTD. Nghiên cứu của Tô Văn Hải<sup>(6)</sup> tại bệnh viện Thanh Nhàn- Hà Nội năm 2005 tỷ lệ nữ mắc bệnh đái tháo đường là 69,7 % so với nam là 30,3 %. Theo nghiên cứu của Phạm Thị Lan<sup>(7)</sup> tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên thì tỷ lệ nữ mắc bệnh lại là 51,1 % so với tỷ lệ nam mắc bệnh là 48,9 %. Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nữ mắc

bệnh là 77,1%, nam là 22,9 %. Như vậy ảnh hưởng của giới tính lên khả năng mắc ĐTĐ diễn biến không theo quy luật mà tùy thuộc vào chủng tộc, độ tuổi, điều kiện sống, mức độ béo phì<sup>(5)</sup>.

### **3.1.2. Địa chỉ, nghề nghiệp:**

Điều tra của Tô Văn Hải và cộng sự<sup>(8)</sup> năm 2000 tỷ lệ bệnh ĐTĐ tại Hà Nội là 3,62%, trong đó nội thành là 1,6% và ngoại thành là 0,82%. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, có 85,7 % bệnh nhân cư trú ở khu vực ngoại thành phố Châu Đốc, 14,3% bệnh nhân cư trú ở khu vực thành phố. Do nghiên cứu của chúng tôi chỉ lấy mẫu bệnh nhân nội trú nên tỷ lệ này không thể đại diện cho tỷ lệ mắc ĐTĐ chung cho cộng đồng.

Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường có sự khác nhau ở đối tượng nghiên cứu có nghề nghiệp khác nhau. Kết quả của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm làm ruộng là 97,1 % , lao động khác là 2,9 %. Tỷ lệ nhóm bệnh nhân có nghề nghiệp làm ruộng mắc ĐTĐ trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao có thể do An Giang là tỉnh sản xuất lúa gạo hàng đầu cả nước, người dân đa số làm nghề nông, tuy nhiên, cũng có một số tỷ lệ những người làm nghề nội trợ hoặc làm vườn cũng khai làm ruộng nên chúng tôi không tách những nghề nghiệp này ra để phân tích sâu hơn.

### **3.2. Đánh giá kiến thức, thái độ của bệnh nhân về chế độ ăn bệnh lý ĐTĐ trước và sau tư vấn**

Dinh dưỡng trong ĐTĐ có vai trò rất quan trọng trong việc kiểm ĐH

Tất cả các bệnh nhân bị ĐTĐ, không kể ĐTĐ typ2 hay typ1 đều phải tuân thủ chế độ ăn: Giảm glucid, Dinh dưỡng đủ, Năng lượng đủ.

Trên đây là những kiến thức mà bệnh nhân đái tháo đường nào cũng phải ghi nhớ, mặc dù thực tế thì không phải vậy. Theo nghiên cứu của chúng tôi thì có 62,9 % bệnh nhân đái tháo đường chưa được hướng dẫn chế độ ăn bệnh lý, chỉ có 37,1 % bệnh nhân được hướng dẫn chế độ ăn bệnh lý. Chính vì vậy dẫn đến tỷ lệ bệnh nhân cho rằng chế độ ăn bệnh lý thì không cần thiết đối với bệnh của họ là 80 % , chỉ có 20% bệnh nhân hiểu rõ chế độ ăn bệnh lý là cần thiết. Và tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường đang ăn theo chế độ ăn bệnh lý là 30%, tỷ lệ bệnh nhân không ăn theo chế độ ăn bệnh lý là 70 %. Như vậy từ việc không có đủ kiến thức về chế độ ăn bệnh lý sẽ dẫn đến những thái độ và hành vi không đúng trong việc thực hiện, và đây là một trong những nguyên nhân góp

phần làm bệnh phát triển nhanh hơn, làm tăng nguy cơ xảy ra biến chứng đối với bệnh nhân đái tháo đường.

Mặc dù chế độ ăn bệnh lý dành cho bệnh đái tháo đường là quan trọng nhưng việc thực hiện đúng hoàn toàn không phải là điều dễ dàng. Trước tư vấn, trong 49 bệnh nhân không ăn chế độ ăn bệnh lý có 47 bệnh nhân không thấy chế độ ăn bệnh lý là cần thiết. Đối với những bệnh nhân đái tháo đường dù đã có kiến thức về chế độ ăn bệnh lý và hiểu rõ tầm quan trọng của nó nhưng khi thực hiện vẫn gặp nhiều khó khăn, có 12,9 % bệnh nhân gặp khó khăn trong khi thực hiện chế độ ăn bệnh lý (trong đó có 66,7 % bệnh nhân cho biết họ gặp khó khăn vì phải thay đổi thói quen ăn uống; 33,3 % bệnh nhân gặp khó khăn vì chế độ ăn bệnh lý phức tạp khó thực hiện).

**Sau khi phỏng vấn**, tiến hành tư vấn tại chỗ đối với những bệnh nhân chưa được hướng dẫn chế độ ăn bệnh lý, nhận thấy tỷ lệ bệnh nhân thay đổi thái độ thông qua việc đồng ý tham gia chế độ ăn bệnh lý do bệnh viện cung cấp tăng lên đáng kể: **trong 49 bệnh nhân không ăn chế độ ăn bệnh lý trước tư vấn có 46 bệnh nhân thay đổi thái độ sẽ tham gia chế độ ăn bệnh lý (chiếm tỷ lệ 93,9%)**; những bệnh nhân còn lại không đồng ý tham gia chế độ ăn bệnh lý do bệnh viện cung cấp do nhiều nguyên nhân như: 55,6% thích tự chế biến thức ăn, 33,3% lo lắng vì chi phí đắt, 11,1% lo gặp phải một số quy định phiền hà.

**Hạn chế của đề tài:** đề tài chỉ dừng lại ở việc đánh giá sự thay đổi về thái độ mà không khảo sát và đánh giá thay đổi về hành vi của bệnh nhân sau khi được tư vấn nên cần nghiên cứu khác đánh giá kết quả của việc tư vấn qua tỷ lệ bệnh nhân có thật sự tham gia hay không tham gia chế độ ăn bệnh lý sau khi được tư vấn.

#### **4. KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu 70 bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường điều trị tại khoa Nội Tổng Hợp- Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang, chúng tôi ghi nhận: Tỷ lệ nữ mắc bệnh nhiều hơn nam (77,1% so với 22,9%); tỷ lệ nhóm tuổi mắc bệnh  $\geq 60$  tuổi nhiều hơn nhóm tuổi  $< 60$  tuổi là 62,9% so với 37,1%; đa số bệnh nhân cư trú ngoài Châu Đốc chiếm tỷ lệ 85,7%; phần nhiều bệnh nhân có nghề nghiệp là làm ruộng với tỷ lệ 97,1%, và bệnh nhân lao động tự do chiếm tỷ lệ thấp hơn là 2,9%.

Trước tư vấn: Tỷ lệ bệnh nhân không được hướng dẫn chế độ ăn bệnh lý là 62,9%, tỷ lệ bệnh nhân không biết chế độ ăn bệnh lý là cần thiết là 80%, đang ăn theo chế độ ăn bệnh lý là 30%, tỷ lệ bệnh nhân gặp phải khó khăn khi thực hiện chế độ ăn bệnh lý là 12,9% (trong đó tỷ lệ bệnh nhân gặp khó khăn do phải thay đổi thói quen ăn uống là 66,7% , khó khăn do phải tuân thủ một số nguyên tắc là 33,3%).

Sau khi tư vấn: tỷ lệ bệnh nhân đồng ý tham gia chế độ ăn bệnh lý là 87,1%, không tham gia chế độ ăn là 12,9% (trong đó lý do không tham gia chế độ ăn là do bệnh nhân thích tự chế biến thức ăn chiếm tỷ lệ 55,6%; không tham gia vì lo lắng chi phí tốn kém chiếm tỷ lệ 33,3%; không tham gia do nghĩ chế độ ăn phức tạp và rắc rối chiếm tỷ lệ 11,1%).

## **5. KIẾN NGHỊ**

Việc tư vấn chế độ ăn cho bệnh nhân có thể làm thay đổi 93,9% bệnh nhân chuyển từ không ăn chế độ ăn bệnh lý thay đổi thái độ chuyển sang ăn chế độ ăn bệnh lý. Vì vậy, các bác sĩ và nhất là các điều dưỡng của khoa Nội TH cần tư vấn chế độ ăn cho bệnh nhân ngay lúc nhập viện hoặc càng sớm càng tốt.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình (2005). “Nghiên cứu ảnh hưởng của thói quen ăn uống và chế độ ăn với bệnh đái tháo đường”, *Tạp chí y học thực hành, Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học*, tr.664-672.
2. Tạ Văn Bình (2005). “Ảnh hưởng của thói quen ăn uống và tình trạng hoạt động thể lực đến rối loạn chuyển hóa đường”, *Tạp chí y học thực hành, Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học*, tr.781-790.
3. Cao Mỹ Sinh(2009-2011). “Nghiên cứu kết quả can thiệp cộng đồng phòng chống tiền đái tháo đường- đái tháo đường typ 2 tại huyện Cầu Ngang- Tỉnh Trà Vinh”, Luận án tiến sĩ, Đại Học Huế.
4. Phạm Thị Hồng Hoa và CS (2007), “Tỷ lệ rối loạn đường huyết lúc đói và đái tháo đường typ 2 ở đối tượng có nguy cơ cao khu vực Hà Nội”, *Báo cáo toàn văn các đề tài khoa học*, NXB Y Học, tr.513.
5. Bé Thu Hà (2009). “Nghiên cứu thực trạng bệnh đái tháo đường điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Kạn”, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên.
6. Tô Văn Hải, Ngô Mai Xuân và cộng sự (2006). “Một số yếu tố nguy cơ gây bệnh đái tháo đường điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Thanh Nhàn- Hà Nội”, *Tạp chí y học thực hành*, (548), tr.158- 164.
7. Phạm Thị Lan (2009). “Đánh giá tổn thương thận ở bệnh nhân đái tháo đường typ (2) điều trị tại khoa nội tiết Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Thái Nguyên”, Khảo luận tốt nghiệp Bác Sĩ đa khoa, Trường Đại Học Y Dược Thái Nguyên.
8. Tô Văn Hải và cs (2000). “Điều tra dịch tễ học bệnh tiểu đường ở người từ 16t trở lên thuộc 3 quận huyện tại Hà Nội”, Hội nghị khoa học toàn quốc lần thứ II, NXB Y Học, tr.13.

## BẢN CÂU HỎI KHẢO SÁT

### A. PHẦN GIỚI THIỆU

Chúng tôi đang thực hiện một cuộc khảo sát để tìm hiểu xem mọi người đã biết gì về chế độ ăn theo bệnh lý, nhằm mục đích nâng cao chất lượng chăm sóc và phục vụ bệnh nhân, rất mong quý bà con giúp chúng tôi hoàn thành tốt cuộc khảo sát này bằng cách trả lời các câu hỏi sau đây. Chúng tôi đảm bảo rằng các thông tin mà ông(bà) cung cấp sẽ được giữ kín và không ảnh hưởng gì đến ông(bà).

### B. PHẦN CỦA BỆNH NHÂN( THÂN NHÂN )

<b>Họ và tên</b>				
<b>Địa chỉ</b>				
<b>Giới tính</b>	<b>Nam</b>	<b>Nữ</b>	<b>Tuổi</b>	
<b>Học vấn</b>	<b>Biết chữ</b>		<b>Không biết chữ</b>	
<b>Nghề nghiệp</b>	<b>Làm ruộng</b>		<b>Lao động tự do</b>	

### C. PHẦN NỘI DUNG KHẢO SÁT

- Ông/bà có từng được nhân viên y tế hướng dẫn chế độ ăn theo bệnh lý không?
  - Có
  - Không
- Theo ông/bà chế độ ăn theo bệnh lý có cần thiết cho bệnh của ông/bà không?
  - Có
  - Không
- Hiện giờ ông/bà có đang ăn theo chế độ ăn bệnh lý không?
  - Có
  - Không



# NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ABCESS GAN DO DỊ VẬT ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG

Bs Đặng Minh Triết, Huỳnh Ngọc Thanh

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Dị vật đường tiêu hóa là một bệnh lý thường gặp phải trong cấp cứu. Mặc dù trong nhiều trường hợp, dị vật sẽ vượt qua đường tiêu hóa mà không gây biến chứng, nhưng các dị vật sắc nhọn như: kim may, tăm xỉa răng, xương cá, xương gà... làm gia tăng nguy cơ thủng đường tiêu hóa, xuất huyết tiêu hóa, áp xe, rò tiêu hóa viêm phúc mạc, thậm chí tử vong. [3]

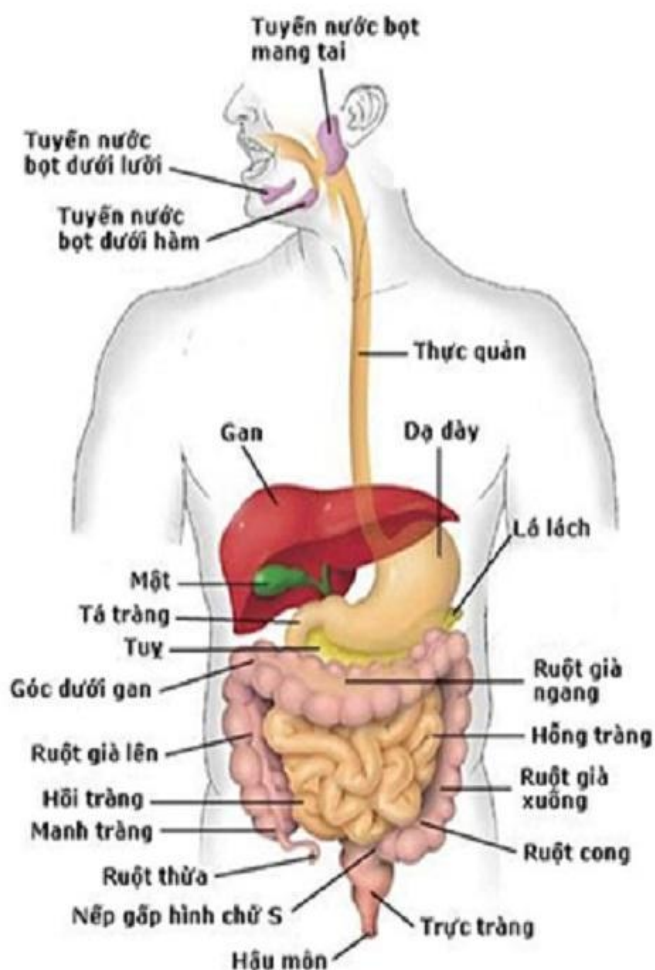
Thủng đường tiêu hóa do dị vật tiêu hóa rất hiếm, chỉ xảy ra trong ít hơn 1% dị vật tiêu hóa. Tuy nhiên tăm xỉa răng do tính chất sắc nhọn nên có nguy cơ gây thủng cao hơn so với các vật khác khác khi chúng qua đường tiêu hóa. Tỷ lệ thủng có thể lên cao đến 30%. Tỷ lệ biến chứng liên quan đến tăm được ước tính là 0.2/100000 dân số. [5]

Một số yếu tố liên quan chặt chẽ với nuốt tăm, thường gặp ở người nghiện rượu, răng giả, bệnh nhân lớn tuổi (bệnh mất trí nhớ), trẻ em, tăm xỉa răng trong thực phẩm và thói quen "ngậm" tăm. Thường bệnh nhân không nhớ nuốt tăm xỉa răng lúc nào hoặc chỉ có thể nhớ lại sự cố sau khi đã được chẩn đoán. [1,3,4,5]

Hầu hết bệnh nhân (70%) biểu hiện đau bụng, trong khi 7% bệnh nhân có chảy máu đường tiêu hóa. Hơn nữa thủng đường tiêu hóa do nuốt tăm có thể gây ra triệu chứng cấp tính với các dấu hiệu của viêm phúc mạc.

Theo nghiên cứu của bệnh viện Chợ Rẫy trong 5 năm , có 211 trường hợp bị dị vật đường tiêu hóa thì chỉ có 4 trường hợp là nuốt tăm tre chiếm 1.78% các trường hợp dị vật nhưng không có trường hợp nào xuyên thành dạ dày [2]

Ngày 11/2/2014, tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang, các bác sĩ Khoa Ngoại Tổng hợp đã phẫu thuật thành công một trường hợp rất hiếm gặp với chẩn đoán: Abscess gan trái do dị vật xuyên thành dạ dày vào gan.



## II. BỆNH ÁN:

Bệnh nhân: Ngô Lê Hạnh Trường, sinh năm 1968

Địa chỉ: Ấp Phước Thọ - Xã Đa Phước – Huyện An Phú – Tỉnh An Giang.

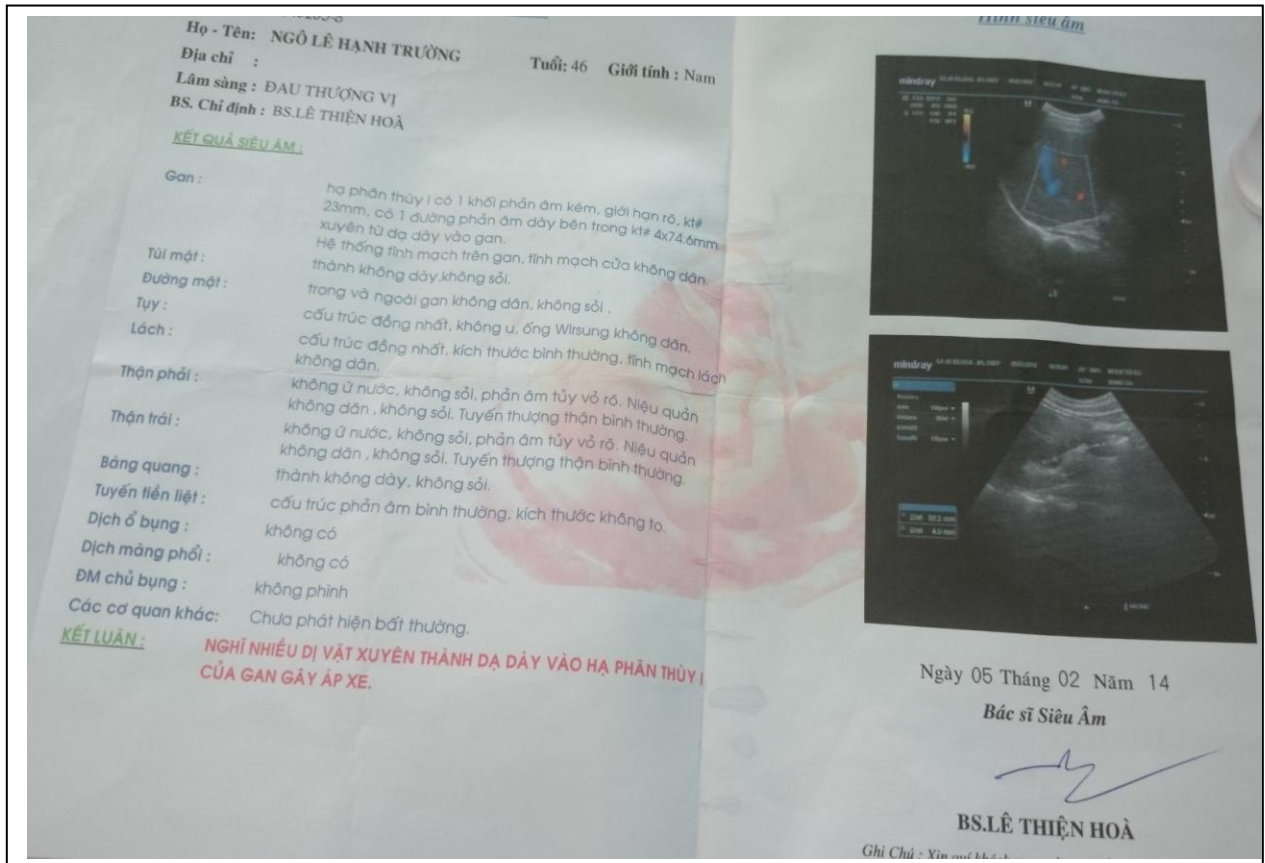
Lý do vào viện: sốt, đau bụng vùng thượng vị

Bệnh sử:

Bệnh phát cách nhập viện 2 tuần, bệnh nhân đang ngâm tắm, rồi uống nước vào, vô ý nuốt luôn cả cây tắm, # 3 ngày sau cảm giác đau nhẹ vùng thượng vị, có mua thuốc uống nhưng không giảm, sau đó 7 ngày bệnh nhân bắt đầu có sốt và đau âm ỉ vùng

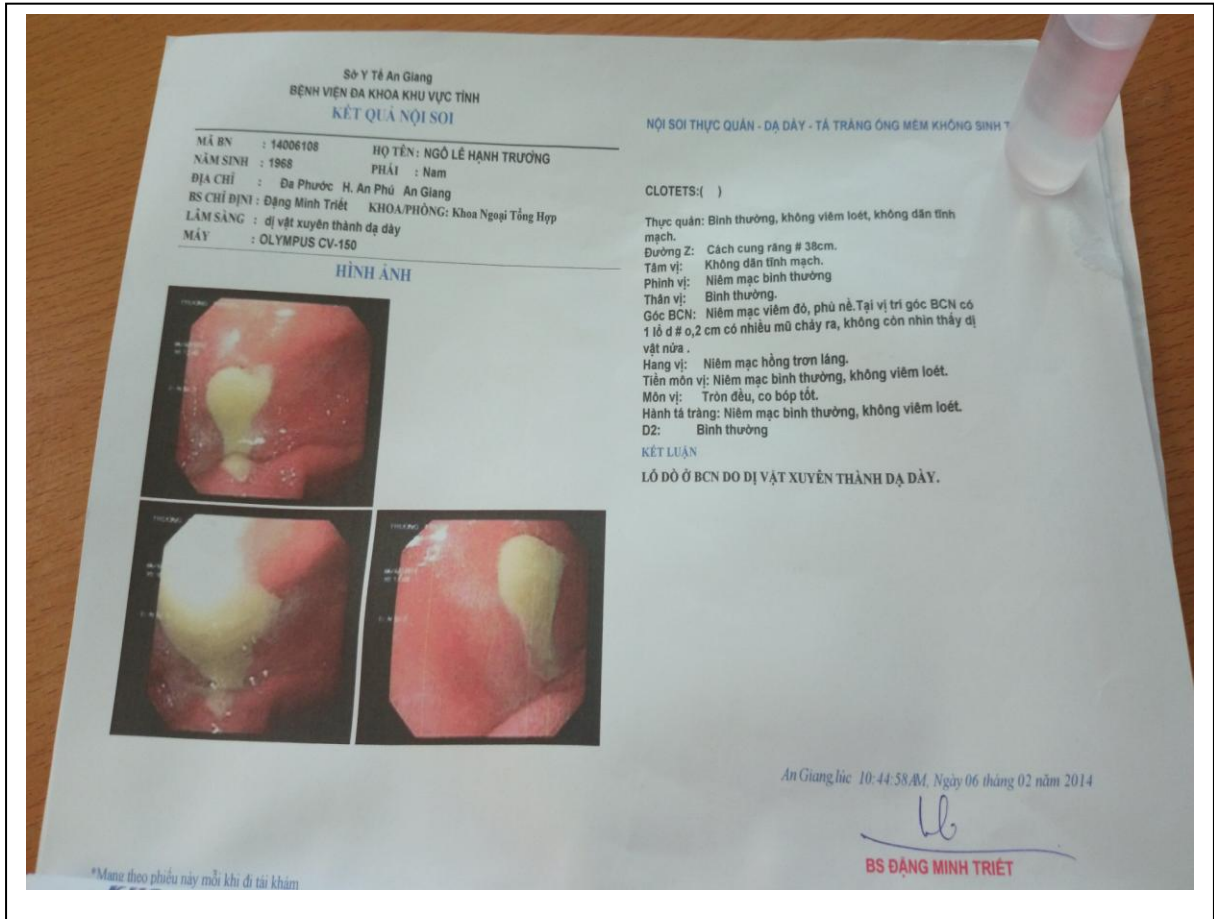
thượng vị, bệnh nhân vẫn tiếp tục uống thuốc tại nhà thêm 1 tuần không thấy giảm nên nhập viện .

Tình trạng lúc nhập viện: Sốt + đau vùng thượng vị.



Siêu âm phát hiện có 1 dị vật cản âm dài # 5 cm nằm trong gan T ( HPT I) tạo thành ổ abces gan T, d # 60 mm chỉ còn 1 phần nhỏ # 0,5 cm nằm trong thành dạ dày.

Các BS đã hội chẩn và quyết định nội soi dạ dày.



Kết quả nội soi: Không còn thấy dị vật mà chỉ thấy có 1 lỗ nhỏ # 3 mm đang chảy mủ vào dạ dày.

Kết quả chụp CT.Scanner ổ bụng:

BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG  
**KHU CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ KỸ THUẬT CAO**  
917 TÔN ĐỨC THẮNG, VINH MỸ, CHÂU ĐỐC, AN GIANG. ĐT : 0763.550696.  
Email : kythuatcaobvkv\_cd@yahoo.com.vn.

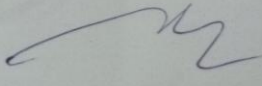
**PHIẾU KẾT QUẢ CT-SCAN**  
-----ooOoo-----

Họ và tên: **NGÔ LÊ HẠNH TRƯỜNG** Tuổi: 1968 Phái: Nam  
Địa chỉ: **ĐA PHƯỚC**  
Số IDPhim: 060214 04A Khoa: **NGỌAI** SNV: 0  
Bác sĩ chỉ định: **BS TRIẾT** Ngày chụp: 06/02/2014  
Tóm tắt lâm sàng: **DỊ VẬT XUYỀN THÀNH DẠ DÀY**  
Kỹ thuật : CT Scan bụng không cản quang

**KẾT QUẢ**  
\*Mô tả hình ảnh :  
-GAN: khối giảm đậm độ ở hạ phân thùy I, kt# 40x47mm.  
-TÚI MẬT : không sỏi , vách không dày.  
-ĐƯỜNG MẬT : Không giãn đường mật trong và ngoài gan .  
-TỤY TẠNG : Đầu, thân, đuôi tụy xuất hiện bình thường.  
-LÁCH : Bình thường.  
-THẬN: Chức năng và cấu trúc hai thận bình thường.  
-CÁC MẠCH MÁU : ĐMC bụng, TMC dưới bình thường.  
-Không phát hiện hạch phì đại .  
-Tụ ít dịch sau dạ dày.

**KẾT LUẬN:**  
-HÌNH ẢNH ÁP XE GAN TRÁI.  
-TỤ ÍT DỊCH SAU DẠ DÀY.

Ngày 06 tháng 02 năm 2014

  
**BS LÊ THIÊN HÒA**

**KHU CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ KỸ THUẬT CAO**

## **II. KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM MÁU:**

WBC: 18.7 K/ul ; Neu: 94% ; Hgb: 12.3g/dl ; RBC: 4.2M/uL; PLT 329 K/ul

Creatinin: 0.82mg/dl ; GOT: 38 u/l ; GGT: 247 u/l

## **III. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:**

**ABCESS GAN TRÁI NGHI DO DỊ VẬT XUYÊN DẠ DÀY VÀO GAN**

Bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật sau 1 ngày làm các cận lâm sàng để xác định chẩn đoán

Sau gần 2 giờ phẫu thuật, các bác sĩ đã lấy ra từ vùng gan trái của bệnh nhân một que tăm 2 đầu nhọn dài 6cm nằm gọn trong ổ abcces gan T.

Sau 7 ngày được săn sóc hậu phẫu tại khoa ngoại bệnh nhân đã ổn định và cất chỉ xuất viện.

## **IV. KẾT LUẬN**

Nuốt tăm gây biến chứng xuyên thủng dạ dày và tạo thành ổ abces gan là một trường hợp hiếm gặp . Đây là biến chứng rất nặng nề mà bệnh nhân và thầy thuốc không thể lường trước được. Do đó tốt nhất là chúng ta nên phòng tránh:

- Nên bỏ thói quen ngậm tăm.
- Nhai kỹ trước khi nuốt
- Đối với trẻ em hoặc người già, sa sút trí nhớ cần kiểm soát thật kỹ vấn đề ăn uống.
- Khi đã vô ý nuốt phải dị vật thì nên đến ngay các cơ sở y tế để được kiểm tra và bằng các kỹ thuật lâm sàng mới sẽ giúp lấy ra được các dị vật ra khỏi cơ thể một cách sớm nhất, tránh các biến chứng nặng nề có thể xảy ra.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Xuân Quang** ( 2002), "xử trí dị vật tiêu hóa trên bằng nội soi mềm". *Tạp chí y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, tập 6, tr. 443-447
2. **Trần Đình Trí, Phạm Hữu Tùng**(2010), " xử trí dị vật đường tiêu hóa bằng nội soi ống mềm", *Tạp chí y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, tập 14, phụ bản số 1, tr.
3. **Đỗ Anh Giang** (2006), "*Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh X quang, nội soi và kết quả điều trị dị vật thực quản – dạ dày qua nội soi*". Luận văn thạc sĩ y khoa – Học viện Quân Y - Hà Nội.
4. **Trần Công Khanh** (2005), "Một số nhận xét và kết quả điều trị dị vật đường tiêu hóa bằng phương pháp nội soi tại BVĐK Hưng Yên", *Tạp chí Y học Việt Nam*, số 319, tr. 444-450
5. **ASGE** (2002), " guideline for the management of ingester foreign bodies", *Gastrointestinal Endoscopy*, 55(7), pp. 802-806

# THỰC TRẠNG KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI CỦA CÁC BÀ MẸ CÓ CON BỊ TAY CHÂN MIỆNG TẠI KHOA NHI BV ĐKKV TỈNH AN GIANG TỪ THÁNG 6 ĐẾN THÁNG 9 NĂM 2014

*CN. Nguyễn Thanh Bình, BS. Nguyễn T Bích Thủy  
CN. Nguyễn Như Phương, ĐD. Nguyễn Thị Kim Chi*

## **TÓM TẮT:**

Hiện nay, bệnh tay chân miệng chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và chưa có vắc xin dự phòng. Giáo dục sức khỏe cho người mẹ hiểu được cách phòng ngừa cho bản thân, gia đình, cộng đồng để giảm tỉ lệ mắc bệnh và tử vong, việc nâng cao kiến thức cho cộng đồng về hoạt động phòng chống TCM là một hoạt động cần thiết vì các bà mẹ ở nước ta giữ vai trò chính trong việc chăm sóc trẻ; **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi của các bà mẹ có con bị bệnh tay chân miệng; Khảo sát mối liên quan giữa yếu tố: đặc điểm xã hội học với kiến thức các bà mẹ có con bệnh tay chân miệng. **Đối tượng nghiên cứu:** tất cả các bà mẹ có con bị bệnh tay chân miệng tại khoa nhi bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang từ tháng 6 đến tháng 9 năm 2014. **Phương pháp nghiên cứu:** Tiền cứu mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** đa số các bà mẹ ở 20 – 30 tuổi chiếm 70.7%, địa chỉ ở huyện khác chiếm 83.6% trong đó Châu đốc 16.4%, nghề nghiệp của bà mẹ nội trợ chiếm tỉ lệ 34.1%, trình độ cấp II chiếm 33.6%, các trẻ bị bệnh chủ yếu dưới 3 tuổi đạt 92.2%, số con trong gia đình mắc bệnh đa số là 1 con 90.5% ; các bà mẹ biết thông tin qua tivi là chủ yếu chiếm 83.2% ; phần lớn các bà mẹ cho rằng bệnh tay chân miệng có dấu hiệu hồng ban bóng nước là 95.7% ; chỉ có 27.6% bà mẹ biết tác nhân gây bệnh là do siêu vi, vi rút ; ngoài ra họ còn hiểu bệnh có khả năng tái phát chiếm 70.3 % ; để phòng bệnh các bà mẹ cho rằng phải rửa tay thường xuyên là 95.7%; mẹ có nghề nghiệp là công nhân viên hiểu đúng về đường lây và tác nhân gây bệnh, tỉ lệ hiểu đúng 52,4% cao hơn so với bà mẹ không phải là công nhân viên.

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bệnh tay chân miệng (TCM) là bệnh truyền nhiễm, lây từ người sang người dễ gây thành dịch lớn do vi rút đường ruột gây ra. Tác nhân gây bệnh thường gặp là Coxackie vi rút A 16 và Enterovirus 71. Bệnh xảy ra quanh năm hầu hết các tỉnh thành, bệnh tăng cao vào tháng 3-5 và tháng 9-10 hàng năm. Bệnh TCM thường gặp ở trẻ em dưới 10 tuổi, tập trung nhiều nhất ở trẻ dưới 3 tuổi. Bệnh có thể gây biến chứng nguy hiểm như viêm não-màng não, viêm cơ tim, phù phổi cấp và dẫn tới tử vong nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời<sup>[4]</sup>.

Hiện nay, bệnh tay chân miệng chưa có thuốc điều trị đặc hiệu và chưa có vắc xin dự phòng. Do đó giáo dục sức khỏe cho người mẹ hiểu được cách phòng ngừa cho gia đình, cộng đồng để giảm tỉ lệ mắc bệnh, tử vong, việc nâng cao kiến thức cho cộng đồng về hoạt động phòng chống TCM là một hoạt động cần thiết vì các bà mẹ ở nước ta giữ vai trò chính trong việc chăm sóc trẻ.

### **Mục tiêu nghiên cứu**

- Khảo sát thực trạng kiến thức, thái độ, hành vi của các bà mẹ có con bị bệnh TCM.
- Khảo sát mối liên quan giữa yếu tố: đặc điểm xã hội học với kiến thức các bà mẹ có con bệnh TCM.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

- **Đối tượng nghiên cứu:** tất cả các bà mẹ có con bị bệnh TCM tại khoa nhi bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang từ tháng 6 đến tháng 9 năm 2014.

- **Phương pháp nghiên cứu:**

- Tiền cứu mô tả cắt ngang có phân tích
- Thu thập số liệu dựa vào bảng câu hỏi được thiết kế sẵn trong phiếu điều tra.
- Tiêu chuẩn chọn mẫu nghiên cứu:

Các bà mẹ đồng ý tham gia vào nhóm nghiên cứu

Có con bệnh TCM nằm viện từ 24 - 48 giờ

### III. KẾT QUẢ

**Bảng 1: Đặc điểm mẫu nghiên cứu**

Yêu tố	ĐẶC ĐIỂM MẪU NGHIÊN CỨU N =232 (%)
<b>Tuổi mẹ:</b>	
< 20	12 ( 5.2%)
20 – 30	164 (70.7%)
> 30	56 (24.1%)
<b>Địa chỉ:</b>	
Châu đốc	38 (16.4%)
Huyện khác	194 (83.6%)
<b>Nghề nghiệp:</b>	
Công nhân viên (CNV)	21 (9.1%)
Nội trợ	79 (34.1%)
Làm ruộng	55 (23.7%)
Buôn bán	29 (12.5%)
Khác	48 (20.7%)
<b>Trình độ bà mẹ:</b>	
Mù chữ	21 (9.1%)
Cấp I	76 (32.8%)
Cấp II	78 (33.6%)
Cấp III	36 (15.5%)
ĐH, CĐ, TH	21 (9.1%)
<b>Tuổi con bị bệnh</b>	
< 3	214 (92.2%)
3-5	15 (6.5%)
> 5	3 (1.3%)

**Nhận xét:** đa số các bà mẹ 20 – 30 tuổi chiếm 70.7%; địa chỉ ở huyện khác chiếm 83.6% trong đó Châu đốc 16.4%; nghề nghiệp số lượng bà mẹ nội trợ cao nhất tỉ lệ 34.1%, trình độ học vấn tỉ lệ cấp I và cấp II tương đồng, cấp II là cao nhất chiếm 33.6%, các trẻ bị bệnh chủ yếu dưới 3 tuổi 92.2%.

**Bảng 2: kiến thức của bà mẹ có con bị TCM**

<b>KIẾN THỨC CỦA BÀ MẸ CÓ CON BỊ TCM</b>		
<b>Yếu tố</b>	<b>Có N (%)</b>	<b>không N (%)</b>
<b>Nguồn thông tin biết TCM</b>		
Tivi	193 (83.2%)	39 (16.8%)
Internet	44 (19%)	188 (81%)
Đài phát thanh/radio	50 (21.6%)	182 (78.4%)
Sách báo, tờ rơi	32 (13.8%)	200 (86.2%)
NVYT	38 (16.4%)	194 (83.6%)
Truyền miệng	65 (28%)	167 (72%)
<b>Biểu hiện nghĩ đến TCM</b>		
Sốt	220 (94.8%)	12 (5.2%)
Hồng ban/bóng nước	222 (95.7%)	10 (4.3%)
Nôn ói/tiêu chảy	81 (34.9%)	151 (65.1%)
Chơi với/ giật mình	118 (50.9%)	114 (49.1%)
Run tay/ yếu chi	34 (14.7%)	198 (85.3%)
Thở nhanh	30 (12.9%)	202 (87.1%)
Khác	7 (3%)	225 (97%)

**Nhận xét:** Các bà mẹ biết TCM qua tivi là chủ yếu chiếm 83.2% và thấp nhất là biết qua sách báo/ tờ rơi 13.8%; Phần lớn các bà mẹ cho rằng bệnh TCM có hồng ban/bóng nước chiếm 95.7% và có sốt, có chơi với/giật mình với tỉ lệ lần lượt là 94.8% và 50.9%).

**Bảng 3: kiến thức của bà mẹ có con bị TCM (tt)**

<b>KIẾN THỨC CỦA BÀ MẸ CÓ CON BỊ TCM</b>	
<b>Yếu tố</b>	<b>N =232 (%)</b>
<b>Đường lây</b>	
Tiêu hóa	63 (27.2%)
Hô hấp	78 (33.6%)
Máu	2 (0.9%)
Khác	3 (1.3%)
Không biết	86 (37.1%)
<b>Tác nhân gây bệnh</b>	
Siêu vi/ vi rút	64 (27.6%)
Vi khuẩn	45 (19.4%)
Nấm	3 (1.3%)
Khác	2 (0.9%)
Không biết	118 (50.9%)
<b>Mức độ nguy hiểm</b>	
Nguy hiểm	205 (88.4%)
Không nguy hiểm	3 (1.3%)
Không biết	24 (10.3%)
<b>Khả năng tái phát</b>	
Có	163 (70.3)
Không	7 (3.0%)
Không biết	62 (26.7%)

**Nhận xét:** Các bà mẹ hiểu đúng đường lây và tác nhân gây bệnh với tỉ lệ là 27.2% và 27.6%; Tỉ lệ Các bà mẹ cho rằng TCM là bệnh nguy hiểm và có khả năng tái phát khá cao là 88.4% và 70.3%.

**Bảng 4: Thái độ, hành vi bà mẹ có con TCM**

Yếu tố	Thái độ, hành vi của bà mẹ có con bị bệnh	
	Có N (%)	không N (%)
Rửa tay thường xuyên	222 (95.7%)	10 (4.3%)
Vệ sinh môi trường	149 (64.2%)	83 (35.8%)
Vệ sinh dụng cụ đồ chơi	188 (81%)	44 (19%)
Cách ly với trẻ bệnh	156 (67.2%)	76 (32.8%)
Khác	2 (0.9%)	230 (99.1%)
Không biết	7 (3%)	225 (97%)

**Nhận xét:** Để phòng bệnh TCM các bà mẹ biết phải rửa tay thường xuyên là 95.7% chiếm tỉ lệ cao nhất.

**Bảng 5: Yếu tố liên quan giữa đặc điểm xã hội học của bà mẹ với kiến thức về bệnh TCM**

Yếu tố	BIẾT VỀ ĐƯỜNG LÂY BỆNH TCM		
	Đúng	sai	p
<b>Nghề nghiệp</b>			
CNV	11 (52.4%)	10 (47.6%)	<0.01
Khác	52 (24.6%)	159 (75.4%)	
<b>Địa chỉ</b>			
Châu Đốc	8 (21.1%)	30 (78.9%)	0.237
Khác	55 (28.4%)	139 (71.6%)	

#### BIẾT VỀ TÁC NHÂN GÂY BỆNH TCM

<b>Nghề nghiệp</b>			
CNV	15 (71.4%)	6 (28.6%)	<0.001
Khác	49 (23.2%)	162 (76.8%)	
<b>Địa chỉ</b>			
Châu Đốc	12 (31.6%)	26 (68.4%)	0.337

Khác 52 (26.8%) 142 (73.2%)

~~**Nhận xét:** Bà mẹ có nghề nghiệp là công nhân viên hiểu đúng về đường lây và tác nhân gây bệnh, tỉ lệ hiểu đúng cao hơn so với bà mẹ không phải là công nhân viên, với  $P < 0.01$  và  $P < 0.001$ ; Bà mẹ có địa chỉ ở Châu Đốc so với bà mẹ ở nơi khác hiểu đúng về đường lây và tác nhân gây bệnh không khác biệt nhiều với  $P = 0.237$  và  $P = 0.337$ .~~

#### IV. BÀN LUẬN

Qua thu thập 232 phiếu điều tra bà mẹ có con bị TCM chúng tôi ghi nhận:

1. Về đặc điểm của mẫu nghiên cứu: Đa số bà mẹ trong độ tuổi 20-30 tuổi chiếm 70.7%; Địa chỉ lưu trú chủ yếu là ở các huyện khác (83.6%) riêng Châu Đốc là 16.4%; Nghề nghiệp: có tỉ lệ cao nhất là nội trợ (34.1%) kế đến là làm ruộng (23.7%) công nhân viên chiếm tỉ lệ thấp nhất (9.1%). Trình độ văn hóa: các bà mẹ có trình độ cấp I và II gần như tương đương nhau (32.8% # 33.6%), trong khi tỉ lệ các bà mẹ mù chữ và tỉ lệ có trình độ ĐH, CĐ, TH lại bằng nhau (9.1%). Điều này cho thấy các bà mẹ trẻ tuổi và trình độ học vấn còn thấp.

2. Về kiến thức:

- Bà mẹ biết TCM qua nguồn thông tin ti vi chủ yếu chiếm 83.2%, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Võ Thị Tiến ở BV ĐK Tiền Giang là 80%<sup>[5]</sup>, biết TCM qua truyền miệng là 28% và đài phát thanh/radio 21.6%. Điều này hoàn toàn phù hợp vì hầu như mọi nhà đều có tivi cùng với việc tuyên truyền thường xuyên trên truyền hình, đài phát thanh nên bà mẹ nghe được. Tuy nhiên tỉ lệ bà mẹ biết TCM qua NVYT còn thấp 16.4%.

- Bà mẹ hiểu đúng về đường lây và tác nhân gây bệnh còn thấp tỉ lệ tương đương nhau 27.2% và 27.6%. Một phần là do trình độ học vấn của các bà mẹ thấp, tiếp nhận thông tin qua tivi, truyền miệng, radio/ đài phát thanh chưa thật sự hiệu quả. Riêng các bà mẹ là công nhân viên thì hiểu đúng về đường lây và tác nhân gây bệnh tỉ lệ cao hơn những bà mẹ không phải là công nhân viên sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tuy vậy các bà mẹ vẫn biết TCM là bệnh nguy hiểm (chiếm 88.4%) và có khả năng tái phát (chiếm 70.3%).

- Các triệu chứng nghĩ đến TCM: có 95.5% bà mẹ cho rằng có hồng ban/bóng nước, 94.8% có sốt, 50.9% bà mẹ cho là có chơi với/giật mình và 34.9% có nôn ói/tiêu chảy. Theo tài liệu nghiên cứu của Đỗ Kiến Quốc (viện Pasteur TPHCM) ở khu vực phía nam thì triệu chứng sốt là 61.4%, có bóng nước/hồng ban 48.29%, chơi với giật mình 22.29%, tỉ lệ có sự khác biệt<sup>[1]</sup>. Tuy nhiên đây là những triệu chứng hay gặp nhất trên các bé bệnh TCM.

3. Để phòng bệnh TCM bà mẹ biết phải rửa tay thường xuyên (95.6%), vệ sinh dụng cụ đồ chơi (81%), cách ly với trẻ bệnh (67.2%), vệ sinh môi trường (64.2%), vẫn còn 0.9% nghĩ yếu tố khác và 3% không biết.

## V. KẾT LUẬN

- Các bà mẹ chủ yếu ở độ tuổi 20-30 tuổi đa số ở nơi khác ngoài Châu Đốc, phần lớn các ngành nghề khác trong đó công nhân viên chỉ chiếm 9.1%, các bà mẹ có trình độ học vấn thấp, các bé bị bệnh đa số là < 3 tuổi.

- Nhiều bà mẹ biết được TCM là bệnh nguy hiểm và có khả năng tái phát, tuy nhiên hiểu đúng về đường lây và tác nhân gây bệnh của TCM tỉ lệ còn thấp, các triệu chứng để bà mẹ hiểu về TCM đa số chọn đúng rơi vào những triệu chứng thường gặp.

- Bà mẹ biết cách phòng TCM khá tốt.

- Nghề nghiệp của các bà mẹ có liên quan đến việc nhận biết đúng đường lây và tác nhân gây bệnh TCM.

## VI. KIẾN NGHỊ

- Tăng cường giáo dục rộng rãi trong cộng đồng về TCM, bằng những từ ngữ đơn giản, dễ hiểu.

- Ở bệnh viện hướng dẫn rõ ràng, tăng cường giáo dục sức khỏe cho bà mẹ, đặc biệt khi tuyên truyền, giáo dục cho những bà mẹ không phải là công nhân viên, ngoài việc giáo dục cách phòng bệnh thì cần chú ý giáo dục thêm về đường lây, tác nhân gây bệnh để họ nắm, để nâng cao ý thức, kiến thức về bệnh TCM.

-

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Kiến Quốc, Viện Pasteur Thành phố Hồ Chí Minh, Hội Nghị Tổng kết hoạt động phòng chống dịch tại khu vực phía Nam năm 2011 và kế hoạch hoạt động năm 2012, Tháng 02 năm 2012.
2. Bệnh viện Nhi đồng I, 2013 “Phác đồ điều trị nhi khoa” nhà xuất bản Y học, tái bản lần 8, trang 465- 470.
3. Phạm Đức Mục, 2012 “Nghiên cứu Điều dưỡng” nhà xuất bản Y học, tái bản lần 2, trang 137-143.
4. Quyết định 2554/QĐ-BYT, 2013 “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tay – chân – miệng”, Bộ Y tế.
5. Võ Thị Tiên, 2012 “13 kiến thức , thái độ, hành vi của các bà mẹ về phòng chống bệnh tay – chân – miệng”, BVĐK KV tỉnh Tiền Giang.

# **BÁO CÁO HAI TRƯỜNG HỢP TẮC TÁ TRÀNG BẨM SINH ĐIỀU TRỊ TẠI BVĐKV TỈNH AN GIANG ( CHÂU ĐỐC)**

*Bs CKII – PGĐ Nguyễn Văn Ngãi, Bs CKI Nguyễn Thanh Long,  
Bs CKI Nguyễn Thị Kim Liên, Bs Phạm Huyền Loan.*

## **1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tắc tá tràng là nguyên nhân thường gặp của tắc ruột sơ sinh, là một thách thức lớn trong điều trị bệnh lý sơ sinh. Tắc Tá tràng bẩm sinh cần phải chẩn đoán sớm và kịp thời sẽ phòng ngừa được các biến chứng: hạ thân nhiệt, hạ đường huyết, mất nước, toan hô hấp, từ đó cải thiện kết quả điều trị nhóm sơ sinh bệnh lý ngoại khoa.

Hiện nay việc chẩn đoán vẫn còn chậm, vẫn còn khá nhiều trường hợp bỏ sót. . Do đó, vấn đề chẩn đoán chính xác và kịp thời tắc tá tràng sơ sinh vẫn là một yêu cầu cần thiết.

Điều trị tắc Tá tràng cần phối hợp, đồng bộ của 4 lĩnh vực:;Gây mê, Hồi sức trước, sau mổ. Phẫu thuật và phối hợp của gia đình.

## **2. TÓM TẮT**

Tắc Tá tràng bẩm sinh thường kèm theo những dị dạng khác, nên bệnh sinh của tắc tá tràng xảy ra do sai sót trong quá trình tái lập đường tiêu hóa, cũng như sự phát triển của tụy trong những tuần đầu tiên của thai kỳ.

Chẩn đoán dựa vào bệnh sử trong lúc mang thai người mẹ bị đa ối: do thai nhi bị tắc đường tiêu hóa nước ối không được nuốt vào ruột và qua đường ruột thai nhi để trở lại tuần hoàn của nhau thai

Sau sinh trong những ngày đầu bé thường bị nôn ói: là dấu hiệu lâm sàng nổi bật và xuất hiện sớm ngay sau sinh; Chậm hoặc không tiêu phân su.

Thăm khám:Bụng mềm xẹp, có thể có chướng vùng thượng vị.

Cận LS:

- XQ : hình ảnh bóng đôi (double bubble), 2 túi hơi hình bậc cầu thang, túi hơi bên phải thấp hơn, bé hơn là hình ảnh của tá tràng giãn to, túi hơi bên trái cao hơn, to hơn là hình ảnh của dạ dày cũng trương căng hơi
- Siêu âm trong tắc tá tràng bẩm sinh bao gồm dấu bóng đôi, dấu nghẹt ruột, dấu chuyển tiếp.

### 3. BỆNH ÁN:

#### Trường hợp 1:

Họ tên : CB NGUYỄN THỊ YÊN, 3 ngày tuổi, nữ. Cân nặng 2,1 kg

Tiền sử sản khoa: con so, sanh thường, thai 37 tuần, sanh BV Tân Châu

Vào viện ngày: 28/9/2014

Lý do chuyển viện: Nhiễm trùng sơ sinh/ suy dinh dưỡng bào thai. Td di tật đường tiêu hóa

Bệnh sử: Bé sanh 1 ngày không tiêu phân su, bú ọc nhiều lần dịch trong sau dịch xanh rêu chuyển dịch nâu. Điều trị 3 ngày kháng sinh cefotaxim, ampicillin 100mg/kg/ngày, đặt sond dạ dày không giảm chuyển BV ĐKKV Tỉnh.

Tình trạng lúc vào viện: Bé tỉnh, chưa tiêu phân su 3ngày, môi hồng, thở đều, mạch quay rõ, tim đều, phổi trong, bụng mềm xẹp, sond dạ dày ra dịch nâu lợn con.

Các xét nghiệm:

Công thức máu: BC 9 K/uL, N 38,3%, L 55,8%, HC 3,25K/uL, Het 38%, TC 128K/uL

Điện giải: Ca<sup>++</sup> 0,86, K<sup>+</sup> 3,45, Na<sup>+</sup> 140 mmol/L.

CRP 0,7mg/dl.

Xquang bụng không chuẩn bị : Hình ảnh bóng đôi trong ổ bụng.

Siêu âm: chưa phát hiện bệnh lý.

Điều trị: truyền dịch nuôi ăn TM, Kháng sinh, đặt sond hậu môn ra nhiều phân su.

Hội chẩn BS ngoại chuyên BV Nhi Đồng I.

#### Trường hợp 2:

CB CHANH THI 3 ngày tuổi, nam, cân nặng 2,1 kg, sanh thường, bé non tháng( 7 tháng), sanh tại BV Tân Châu.

Tiền sử sản khoa: PARA: 1102,

Vào viện 20/10/2014

Lý do vào viện: BV Tân Châu chuyển với chẩn đoán: Suy hô hấp sinh non nhẹ cân, viêm phổi hít. TD dị tật đường tiêu hóa

Bệnh sử: Sau sanh tím, không khóc, ọc nhiều, chưa đi tiêu phân su 3 ngày. Môi hồng/ thở NCPAP, thở co lõm ngực, sonde dạ dày ra dịch vàng trong, điều trị 3 ngày kháng sinh, truyền dịch, thở NCPAP không giảm chuyển ĐKKV Tỉnh.

Tình trạng lúc nhập viện bé li bì, môi hồng nhạt/oxy canula, thở rên, khóc yếu. Da nổi bông, mạch quay rõ, tim đều, phổi ran ẩm, bụng mềm. Tật bàn chân

Chẩn đoán suy hô hấp / viêm phổi rất nặng. TD nhiễm trùng huyết sơ sinh / dị tật đường tiêu hóa.

Xử trí : Đặt sond hậu môn, thở oxy 1 l/phút, 20 phút sau thở NCPAP 3cmH<sub>2</sub>O, FiO<sub>2</sub> 68%, truyền dịch nuôi ăn TM. Cepotaxim, ampicillin 100mg/kg/ngày

Làm xét nghiệm CTM, CRP, đường huyết mao mạch, chụp XQ tim phổi thẳng, bụng không chuẩn bị, siêu âm bụng.

Kết quả xét nghiệm : BC 5,2K/uL, N 48,2%, L 42,9%, HC 4,99K/uL, TC 100K/uL, CRP 0,45mg/dl. Ca<sup>+</sup> 1,13, K<sup>+</sup> 4,18, Na<sup>+</sup> 138mmol/L.

**Xquang bụng:** Hình ảnh bóng đôi trong ổ bụng.

X quang phổi: Viêm phổi

Xử trí mời BS trực ngoại khám đề nghị chuyển lên tuyến trên người nhà không có tiền xin nằm lại.

Sau 21 giờ nhập viện bé tỉnh, môi hồng/ thở NCPAP, thở co lõm ngực, tim đều, phổi thô, bụng chướng vừa, sonde dạ dày ra dịch xanh, sonde hậu môn ra phân su. Hội chẩn Ban giám đốc, Bs trực ngoại quyết định phẫu thuật với chẩn đoán tắc tá tràng bẩm sinh

Chẩn đoán trước phẫu thuật: Tắc Tá tràng

Xử trí: Nối ruột non với Tá tràng

Hậu phẫu: Diễn tiến - Xử trí

Ngày 1: 2giờ sau bé nằm im, môi hồng

3 giờ sau môi hồng SpO<sub>2</sub> 89 – 90% oxy qua NKQ

Ngày 2 : Thở máy. Nuôi ăn TM., Kháng sinh chuyển HS Khoa Nhi.

Ngày 4- 6: Nằm im, không sốt, vết mổ khô, rút sond hậu môn, sond dạ dày không ra dịch. Bilirubin GT tăng. Chiều đèn vàng da.

Thở máy. Chiều chuyển thở NCPAP được 16 giờ

Ngày 7 : Tím tái, không tự thở . Tăng tiết đàm, phổi thô, kích thích mở mắt. Thở máy chỉnh thông số thở tăng. Ngưng chiều đèn vàng da. Vết mổ khô, Cắt chỉ vết mổ

Nuôi ăn TM

Ngày 8 – 10: Nằm im, kích thích mở mắt, tiểu được, tiêu phân su, bụng mềm.

**Chẩn đoán: Bệnh Màng Trong/ hậu phẫu ngày 10 nội Ruột non-Tá tràng**

**Xử trí: Duy trì thở máy, nuôi ăn tĩnh mạch.**

**Vận động chuyển viện**

- Gia đình không đồng ý chuyển lên tuyến trên điều trị tiếp bệnh màng trong vì không có điều kiện.

#### **4. BÀN LUẬN**

Tắc tá tràng bẩm sinh là một chương bệnh lý khá phong phú ở trẻ sơ sinh và nữ nhi. Bệnh có thể được chẩn đoán sớm từ giai đoạn bào thai.

Chẩn đoán dựa vào:

- Mẹ đa ối.
- Nôn ối: là dấu hiệu lâm sàng nổi bật và xuất hiện sớm ngay sau sinh
- Chậm hoặc không tiêu phân su.

Cận lâm sàng: Dấu “bóng đôi” là đặc trưng chẩn đoán tắc tá tràng trên phim bụng không chuẩn bị, dấu hiệu này tương ứng với bóng khí trong dạ dày và tá tràng

Cà 2 trường hợp phát hiện dựa vào triệu chứng lâm sàng điển hình của tắc tràng bẩm sinh, đều rơi vào ngày thứ 3 sau sinh và có cân nặng bằng nhau.

Trường hợp 1 bé đủ tháng , chưa có biểu hiện suy hô hấp, khi chuyển Nhi Đồng I mổ cấp cứu bé vẫn sống, nhưng có dị tật hội chứng Down. Chẩn đoán sau phẫu thuật teo tá tràng bẩm sinh.

Trường hợp 2 mổ cấp cứu tại BV ĐKKV Tỉnh bé sau phẫu thuật vết mổ khô tốt lưu thông ruột tốt. Bé trước phẫu thuật có biểu hiện suy hô hấp thở NCPAP và sau đó thở máy không cay máy được vì bé có thể kết hợp bệnh màng trong.

Tắc tá tràng bẩm sinh là sự bít tắc hoàn toàn hoặc một phần tá tràng.

Nguyên nhân tắc tá tràng do màng ngăn, teo tá tràng, rối loạn quay của ruột... Tỷ lệ tắc tá tràng từ 1/5000 đến 1/10000 trẻ sinh ra.

Có một tỷ lệ cao mắc các dị tật kết hợp hội chứng Down, tim bẩm sinh, teo thực quản, dị tật đường tiết niệu...

Kết quả phẫu thuật bệnh hiện nay có tỷ lệ thành công cao.

Thường tử vong sau thời kỳ hậu phẫu đối với những bệnh nhân có kèm theo các dị tật nặng phối hợp.

Qua 2 trường hợp teo tá tràng bẩm sinh triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng rất điển hình nhưng chẩn đoán chậm (ngày 3 sau sinh).

## **5. KẾT LUẬN:**

Tắc tá tràng phát hiện sớm và kịp thời, đưa về đúng tuyến điều trị.

Cơ sở điều trị ( Khoa Nhi) đã chẩn đoán sớm và chính xác, tổ chức hồi sức trước trong sau mổ có hiệu quả.

Khoa Phẫu thuật gây mê đã tổ chuẩn bị tốt, thành công lớn trong lĩnh vực gây mê hồi sức sơ sinh.

Đội ngũ phẫu thuật viên bước đầu tham gia phẫu thuật sơ sinh có hiệu quả.

Cần phát triển điều trị chuyên sâu đơn nguyên sơ sinh.

Phối hợp gia đình, chưa tốt cho ca thứ 2, gia đình không đủ điều kiện hỗ trợ, vì sau mổ, hồi sức tốt BN vượt qua tuần đầu tỉnh tiếp xúc tốt, cắt chỉ, tiêu phân su...

Khoa điều trị có đặt vấn đề chuyển lên tuyến trên điều trị đặc hiệu bệnh màng trong người nhà không đồng ý.

Còn thiếu vận động xã hội tham gia.

Chẩn đoán chậm

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phác đồ điều trị nhi khoa năm 2013.
2. Phẫu thuật bụng ở sơ sinh và trẻ em, *Giáo sư Nguyễn Văn Đức*, Đại học y dược TP Hồ Chí Minh.
3. Bệnh học và điều trị học ngoại khoa ngoại nhi, *Bs Lê Tấn Sơn* phân môn ngoại nhi ,Đại học y dược TP Hồ Chí Minh.

# KHẢO SÁT CÁC NGUYÊN NHÂN GÂY XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN QUA NỘI SOI DẠ DÀY TÁ TRÀNG

*BS Lê Thiện Hòa - BS Nguyễn Thị Bích Thủy  
BS Nguyễn Văn Bình - ĐD Nguyễn Thị Huyền*

## **Dàn bài :**

- I. ĐẶT VẤN ĐỀ.
- II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU
- III. KẾT QUẢ.
- IV. BÀN LUẬN.
- V. KẾT LUẬN.

*Tài liệu tham khảo.*

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ :**

- Xuất huyết đường tiêu hoá trên là một cấp cứu nội khoa có tỉ lệ tử vong cao, nhất là ở những bệnh nhân lớn tuổi hoặc khi có các bệnh lý toàn thân khác.
- Nội soi đã chứng tỏ có giá trị cao trong chẩn đoán xác định cũng như đang có hướng nội soi điều trị tại bệnh viện giúp hạn chế lượng máu mất cũng như giảm tỉ lệ tử vong.
- Trong nhiều trường hợp, lượng máu mất quá nhiều dẫn đến choáng hay tụt huyết áp, các nhà nội soi thường do dự trước nguy cơ tử vong trong lúc soi. Những câu hỏi thường được đặt ra là nên soi ở đâu và lúc nào. Các khuyến hướng bảo tồn thường yêu cầu hồi sức nội khoa cho đến khi tình trạng huyết động hoàn toàn ổn định mới tiến hành cuộc soi. Cách tiếp cận mạnh dạn hơn là chỉ định soi sớm sau một thời gian hồi sức tích cực vài giờ và được thực hiện ở phòng mổ. Tuy nhiên, giá trị và hạn chế của mỗi cách tiếp cận vẫn còn nhiều bàn cãi.
- Tại Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang, từ nhiều năm nay chúng tôi đã thực hiện nội soi chẩn đoán và đang từng bước triển khai điều trị xuất huyết tiêu hóa theo hướng tích cực và chủ động. Trong báo cáo này, chúng tôi ghi nhận các dạng tổn thương và tần suất của mỗi loại để đề ra hướng xử lý thích hợp cho từng bệnh nhân.

## **MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:**

**Mục tiêu tổng quát :** khảo sát các nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa trên qua nội soi dạ dày tá tràng ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên từ tháng 02/2014 → tháng 08/2014 tại Bệnh viện Đa khoa khực tỉnh An Giang.

### **Mục tiêu chuyên biệt :**

1. Xác định tỷ lệ của các nguyên nhân gây XHTH trên qua nội soi dạ dày tá tràng.
2. Đánh giá các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của các dạng tổn thương trên nội soi dạ dày tá tràng.
3. Khảo sát các tính chất của các dạng tổn thương trên nội soi dạ dày tá tràng và mối liên quan với lượng máu mất.

## **II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU :**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu :**

- Tất cả các bệnh nhân nhập viện có triệu chứng ói ra máu hay đi cầu phân đen có nội soi dạ dày tá tràng trong thời gian từ 01/02/2014 → 31/08/2014.

\* **Tiêu chuẩn chọn bệnh :** bệnh nhân với chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa trên ( ói ra máu hay đi cầu phân đen ) đến khám hay nhập viện vào BVĐK KV Tỉnh An Giang có nội soi dạ dày tá từ 01/02/2014 → 31/08/2014.

#### **\* Tiêu chuẩn loại trừ :**

- + Ho ra máu do lao phổi , ói ra máu do nguyên nhân vùng hầu họng.
- + Xuất huyết tiêu hóa trên nhưng đồng ý hay không chỉ định nội soi dạ dày tá tràng.

### **2.2. Phương pháp nghiên cứu :**

#### **2.2.1. Phương pháp :** nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang.

- Số liệu được thu thập theo bảng được tạo sẵn.
- Xử lý thống kê: Dùng **phần mềm SPSS 18.0** .

#### **2.2.2 Phương pháp tiến hành:**

**Phương pháp nghiên cứu:** thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án và khai thác bệnh nhân tại phòng nội soi từ 01/02/2014 → 31/08/2014.

### III. KẾT QUẢ :

- Trong mẫu khảo sát **58 bệnh án** : có **44 bệnh nhân nam** ( 75,9% ), 14 bệnh nhân **nữ** ( 24,1% ).

- Tuổi trung bình là **50,38 ± 13,15** , tuổi cao nhất là **85**, thấp nhất là **27** .

#### 3.1 Tỷ lệ các nguyên nhân của xuất huyết tiêu hóa trên qua nội soi dạ dày tá tràng :

- Trong thời gian khảo sát chỉ ghi nhận 3 dạng tổn thương chính là : dẫn tĩnh mạch thực quản - phình vị, loét và viêm. Ngoài ra còn có các nguyên nhân khác như : k dạ dày, ...nhưng không thấy loại tổn thương này nên không đưa vào thống kê được.

- Trong mẫu khảo sát có :

+ Dẫn TM TQ có 25 case ( 43,1% ).

+ Loét 21 case ( 36,2% ).

+ Viêm 12 case ( 20,7% ).

#### 3.2 Các đặc điểm chung của các nguyên nhân của xuất huyết tiêu hóa trên :

##### 3.2.1 Giới tính :

Giới tính	Dẫn TM thực quản Số case ( tỷ lệ % )	Loét Số case ( tỷ lệ % )	Viêm Số case ( tỷ lệ % )	Tổng Số case ( tỷ lệ % )
Nam	21 ( 36,21 )	13 ( 22,41 )	10 ( 17,21 )	44 ( 75,86 )
Nữ	4 ( 6,90 )	8 ( 13,79 )	2 ( 3,45 )	14 ( 24,14 )
Tổng	25 ( 43,10 )	21 ( 36,21 )	12 ( 20,69 )	58 ( 100 )

Nhận xét : Nam giới thường bị xuất huyết tiêu hóa trên hơn nữ , với  $p = 0,17$  không có ý nghĩa thống kê.

##### 3.2.2 Tuổi :

- Tuổi trung bình của dẫn TM TQ là **48,64 ± 9,87** , tuổi cao nhất là **61**, thấp nhất là **31**.

- Tuổi trung bình của loét là **52,38 ± 14,99** , tuổi cao nhất là **85**, thấp nhất là **35**.

- Tuổi trung bình của viêm là **50,50 ± 16,10** , tuổi cao nhất là **78**, thấp nhất là **27**.

Nhận xét : Tuổi trung bình của dẫn TM TQ thường thấp hơn các tổn thương khác, với  $p < 0,001$  có ý nghĩa thống kê.

##### 3.2.3 Địa chỉ :

Địa chỉ	Dẫn TM thực quản Số case ( tỷ lệ % )	Loét Số case ( tỷ lệ % )	Viêm Số case ( tỷ lệ % )	Tổng Số case ( tỷ lệ % )
Châu Đốc	9 ( 15,52 )	5 ( 8,62 )		14 ( 24,14 )
TT huyện	4 ( 6,90 )	4 ( 6,90 )	2 ( 3,45 )	10 ( 17,21 )
Nông thôn	12 ( 20,69 )	12 ( 20,69 )	10 ( 17,21 )	34 ( 58,62 )

Tổng	25 ( 43,10 )	21 ( 36,21 )	12 ( 20,69 )	58 ( 100 )
------	--------------	--------------	--------------	------------

*Nhận xét :* Nông thôn thường bị XHTH nhiều hơn thành thị , với  $p = 0,18$  không có ý nghĩa thống kê.

### 3.2.4 Nghề nghiệp :

Nghề nghiệp	Dẫn TM thực quản Số case ( tỷ lệ % )	Loét Số case ( tỷ lệ % )	Viêm Số case ( tỷ lệ % )	Tổng Số case ( tỷ lệ % )
Hưu trí	14 ( 24,14 )	8 ( 13,79 )	2 ( 3,45 )	24 ( 41,38 )
CNV		1 ( 1,72 )		1 ( 1,72 )
Làm mướn	8 ( 13,79 )	5 ( 8,62 )	2 ( 3,45 )	15 ( 25,86 )
Làm ruộng	3 ( 5,17 )	5 ( 8,62 )	6 ( 10,34 )	14 ( 24,14 )
Nội trợ		2 ( 3,45 )	2 ( 3,45 )	4 ( 6,90 )
Tổng	25 ( 43,10 )	21 ( 36,21 )	12 ( 20,69 )	58 ( 100 )

*Nhận xét :* Người hưu trí thường bị xuất huyết tiêu hóa trên hơn, với  $p = 0,07$  không có ý nghĩa thống kê.

### 3.3 Các đặc điểm lâm sàng của các nguyên nhân của xuất huyết tiêu hóa trên :

#### 3.3.1 Lý do nhập viện :

Lý do nhập viện	Dẫn TM thực quản Số case ( tỷ lệ % )	Loét Số case ( tỷ lệ % )	Viêm Số case ( tỷ lệ % )	Tổng Số case ( tỷ lệ % )
Ói ra máu	3 ( 5,17 )	6 ( 10,34 )	2 ( 3,45 )	11 ( 18,97 )
Đi cầu phân đen		7 ( 12,07 )	6 ( 10,34 )	13 ( 22,41 )
Cả hai	22 ( 37,93 )	8 ( 13,79 )	4 ( 6,90 )	34 ( 58,62 )
Tổng	25 ( 43,10 )	21 ( 36,21 )	12 ( 20,69 )	58 ( 100 )

*Nhận xét :* Viêm gây XHTH trên thường gây đi cầu phân đen, còn dẫn TM TQ thì xuất hiện cả hai triệu chứng ói ra máu và đi cầu phân đen , với  $p < 0,001$  có ý nghĩa thống kê.

#### 3.3.2 Lượng máu mất :

Lượng máu mất	Dẫn TM thực quản Số case ( tỷ lệ % )	Loét Số case ( tỷ lệ % )	Viêm Số case ( tỷ lệ % )	Tổng Số case ( tỷ lệ % )
< 200ml	1 ( 1,72 )	5 ( 8,62 )	6 ( 10,34 )	12 ( 20,69 )
200-500ml	10 ( 17,21 )	6 ( 10,34 )	6 ( 10,34 )	22 ( 37,93 )
>500ml	14 ( 24,14 )	10 ( 17,21 )		24 ( 41,38 )
Tổng	25 ( 43,10 )	21 ( 36,21 )	12 ( 20,69 )	58 ( 100 )

*Nhận xét :* Loét và dẫn TM TQ thường gây XHTH nhiều hơn viêm, với  $p = 0,003$  có ý nghĩa thống kê.

### 3.3.3 Thói quen uống rượu :

Thói quen uống rượu (ml/ngày)	Dẫn TM TQ Số case ( tỷ lệ % )	Loét Số case ( tỷ lệ % )	Viêm Số case ( tỷ lệ % )	Tổng Số case ( tỷ lệ % )
Không	6 ( 10,34 )	16 ( 27,59 )	4 ( 6,90 )	26 ( 44,83 )
< 200ml	2 ( 3,45 )	1 ( 1,72 )	6 ( 10,34 )	9 ( 15,52 )
200-500ml	7 ( 12,07 )	3 ( 5,17 )	2 ( 3,45 )	12 ( 20,69 )
>500ml	10 ( 17,21 )	1 ( 1,72 )		11 ( 18,97 )
Tổng	25 ( 43,10 )	21 ( 36,21 )	12 ( 20,69 )	58 ( 100 )

*Nhận xét :* Uống rượu càng nhiều thì càng tăng tỷ lệ XHTH nhất là do dẫn TM TQ , với  $p < 0,001$  có ý nghĩa thống kê.

### 3.3.4 Tiền căn sử dụng thuốc :

Tiền căn uống thuốc	Dẫn TM thực quản Số case ( tỷ lệ % )	Loét Số case ( tỷ lệ % )	Viêm Số case ( tỷ lệ % )	Tổng Số case ( tỷ lệ % )
Không	11 ( 18,97 )	7 ( 12,07 )	4 ( 6,90 )	22 ( 37,93 )
Thuốc kháng viêm	3 ( 5,17 )	8 ( 13,79 )	6 ( 10,34 )	17 ( 29,31 )
Thuốc nam	11 ( 18,97 )	6 ( 10,34 )	2 ( 3,45 )	19 ( 32,76 )
Tổng	25 ( 43,10 )	21 ( 36,21 )	12 ( 20,69 )	58 ( 100 )

*Nhận xét :* Uống thuốc kháng viêm gây tổn thương niêm mạc dạ dày hơn thuốc nam, với  $p = 0,12$  không có ý nghĩa thống kê.

### 3.4 Các đặc điểm cận lâm sàng của các nguyên nhân của xuất huyết tiêu hóa trên :

Xn máu	Dẫn TM TQ			Loét			Viêm			p
	Mean	Min	Max	Mean	Min	Max	Mean	Min	Max	
SL HC	2,45	1,10	4,59	2,88	1,41	4,46	3,66	1,84	4,87	<0.001
Hct	20,27	9,5	34,2	25,58	12,8	34	32,43	15,4	39,8	0.001

*Nhận xét :* XHTH trên do dẫn TM TQ gây biến động số lượng hồng cầu và hct hơn loét và viêm, với  $p < 0,001$  có ý nghĩa thống kê.

### 3.5 Các đặc điểm của các nguyên nhân của xuất huyết tiêu hóa trên và mối liên quan với lượng máu mất :

#### 3.5.1 Dẫn tĩnh mạch thực quản :

##### a. Phân loại tổn thương :

- Vị trí ( L ) : dẫn TM thực quản thường xảy ra ở đoạn dưới 19 trường hợp ( 76 % ), hay nặng hơn là cả hai đoạn giữa và dưới 6 trường hợp ( 24% ).
- Độ ( F ) : dẫn độ II là thường gặp nhất 15 trường hợp ( 60% ), độ III 9 trường hợp ( 36% ), chỉ có 1 trường hợp độ I ( 4% ).
- Màu sắc ( C ) : 100% là màu xanh ( Cb ).

- Dấu đỏ ( Rc ) : thường gặp nhất là (+) 40%, (++) 32%, (+++) 24%, chỉ có 1 trường hợp âm tính 4%.

**b. Mối liên hệ giữa phân độ dẫn TM TQ và lượng máu mắt:**

- Độ dẫn :

Độ	Lượng máu mắt			Tổng Số case ( tỷ lệ % )
	< 200ml Số case ( tỷ lệ % )	200 – 500 ml Số case ( tỷ lệ % )	> 500ml Số case ( tỷ lệ % )	
I	1 ( 4 )			1 ( 4 )
II		7 ( 28 )	8 ( 32 )	15 ( 60 )
III		3 ( 12 )	6 ( 24 )	9 ( 36 )
Tổng	1 ( 4 )	10 ( 40 )	14 ( 56 )	25 ( 100 )

Nhận xét : độ dẫn càng cao thì lượng máu mắt càng nhiều, với  $p = 0,001$  có ý nghĩa thống kê.

- Dấu đỏ :

Dấu đỏ Rc	Lượng máu mắt			Tổng Số case ( tỷ lệ % )
	< 200ml Số case ( tỷ lệ % )	200 – 500 ml Số case ( tỷ lệ % )	> 500ml Số case ( tỷ lệ % )	
Âm tính	1 ( 4 )			1 ( 4 )
(+)		4 ( 16 )	6 ( 24 )	10 ( 40 )
(++)		4 ( 16 )	4 ( 16 )	8 ( 32 )
(+++)		2 ( 8 )	4 ( 16 )	6 ( 24 )
Tổng	1 ( 4 )	10 ( 40 )	14 ( 56 )	25 ( 100 )

Nhận xét : Dấu đỏ càng nhiều thì lượng máu mắt càng nhiều, với  $p < 0,001$  có ý nghĩa thống kê.

**3.5.2 Loét :**

**a. Tính chất ổ loét :**

- Vị trí : thường gặp nhất là ở hang vị 6 ( 28,6% ), tá tràng 5 ( 23,8% ), kết hợp tá tràng và hang vị 4 ( 19% ), bờ cong nhỏ 4 ( 19% ), ít gặp ở thân vị 2 ( 9,5% ).

- Phân độ Forrest : thường gặp nhất là Forrest III 14 ( 66,7% ), IIb 3 ( 14,3% ), IIc 4 ( 19% ).

- Số lượng : 1 ổ chiếm ưu thế 16 ( 76,2% ), đa ổ 5 ( 23,8% ).

## b. Mối liên hệ giữa tính chất ổ loét và lượng máu mất:

- Phân độ Forrest :

Phân độ Forrest	Lượng máu mất			Tổng Số case ( tỷ lệ % )
	< 200ml Số case ( tỷ lệ % )	200 – 500 ml Số case ( tỷ lệ % )	> 500ml Số case ( tỷ lệ % )	
IIb			3 ( 14,3 )	3 ( 14,3 )
IIc			4 ( 19 )	4 ( 19 )
III	5 ( 23,8 )	6 ( 28,6 )	3 ( 14,3 )	14 ( 66,7 )
Tổng	5 ( 23,8 )	6 ( 28,6 )	10 ( 47,6 )	21 ( 100 )

Nhận xét : Phân độ Forrest càng thấp thì lượng máu mất càng nhiều, với  $p = 0,02$  có ý nghĩa thống kê.

- Vị trí ổ loét :

Vị trí	Lượng máu mất			Tổng Số case ( tỷ lệ % )
	< 200ml Số case ( tỷ lệ % )	200 – 500 ml Số case ( tỷ lệ % )	> 500ml Số case ( tỷ lệ % )	
Thân vị			2 ( 9,5 )	2 ( 9,5 )
Hang vị		5 ( 23,8 )	1 ( 4 )	6 ( 28,6 )
Tá tràng	3 ( 14,3 )	1 ( 4,8 )	1 ( 4,8 )	5 ( 23,8 )
Hang vị + Tá tràng	1 ( 4,7 )		3 ( 14,3 )	4 ( 19 )
Bờ cong nhỏ	1 ( 4,7 )		3 ( 14,3 )	4 ( 19 )
Tổng	5 ( 23,8 )	6 ( 28,6 )	10 ( 47,6 )	21 ( 100 )

Nhận xét : Loét ở bờ cong nhỏ, thân vị hay kết hợp tá tràng và hang vị thì xuất huyết nhiều hơn, với  $p = 0,019$  có ý nghĩa thống kê.

### 3.5.3 Viêm sung huyết :

- Viêm sung huyết mức độ nhẹ 4 case ( 33,3% ), vừa 5 case ( 41,7% ), nặng 3 case ( 25% ).

- Mối liên quan mức độ sung huyết và lượng máu mất :

Mức độ sung huyết	Lượng máu mất		Tổng Số case ( tỷ lệ % )
	< 200ml Số case ( tỷ lệ % )	200 – 500 ml Số case ( tỷ lệ % )	
Nhẹ	2 ( 16,7 )	1 ( 8,3 )	3 ( 25 )
Vừa	2 ( 16,7 )	3 ( 25 )	5 ( 41,7 )
Nặng	2 ( 16,7 )	2 ( 16,7 )	4 ( 33,3 )
Tổng	6 ( 50 )	6 ( 50 )	12 ( 100 )

Nhận xét : Viêm sung huyết không gây mất máu > 500ml, nhưng không ghi nhận được mối liên quan giữa tình trạng viêm và lượng máu mất.

## IV. BÀN LUẬN :

- Tỷ lệ nam/nữ là 3,14/1 , tuổi trung bình  $50,38 \pm 13,15$  ( 27-85 ). Tỷ lệ này khác biệt với bài báo cáo Trần Văn Huy, Phan Hồng Nhân là tỷ lệ nam/nữ là 2,26/1, tuổi trung bình  $43,13 \pm 17,44$  ( 12-85 ) có thể là do thời gian khảo sát là 6 tháng ngắn hơn so với 2 năm của 2 tác giả trên.

#### **4.1 Tỷ lệ các nguyên nhân của xuất huyết tiêu hóa trên qua nội soi dạ dày tá tràng :**

- Trong mẫu khảo sát có : Dẫn TM TQ có 25 case ( 43,1% ), loét 21 case ( 36,2% ), viêm 12 case ( 20,7% ). Ngoài ra còn có các nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa trên như k dạ dày xuất huyết nhưng do trong mẫu khảo sát không có nên không đưa vào thống kê được.

#### **4.2 Các đặc điểm chung của các nguyên nhân của xuất huyết tiêu hóa trên :**

- Nam giới bị XHTH trên nhiều hơn nữ và tuổi trung bình mắc bệnh của dẫn TM TQ là thấp nhất trong 3 loại tổn thương .
- Ở nông thôn tỷ lệ mắc bệnh cao hơn ở thành thị tuy không có y nghĩa thống kê nhưng có thể do chế độ ăn và khả năng nhận thức.
- Người hưu trí và lao động ( làm ruộng + làm mướn ) thường bị dẫn TM TQ và loét nhiều hơn viêm.

#### **4.3 Các đặc điểm lâm sàng của các nguyên nhân của xuất huyết tiêu hóa trên :**

- Viêm gây XHTH trên thường gây đi cầu phân đen, còn dẫn TM TQ thì xuất hiện cả hai triệu chứng ói ra máu và đi cầu phân đen là do lượng máu mất nhiều.
- Loét và dẫn TM TQ thường gây XTHT nhiều hơn viêm. Uống rượu càng nhiều thì càng tăng tỷ lệ XHTH trên nhất là do dẫn TM TQ là do tăng áp lực TM cửa trong bệnh lý xơ gan.
- Uống thuốc kháng viêm gây tổn thương niêm mạc dạ dày hơn thuốc nam, còn đối với dẫn TM TQ là do bệnh nên là xơ gan nên bệnh nhân tự điều trị thuốc nam nhiều hơn.

#### **4.4 Các đặc điểm cận lâm sàng của các nguyên nhân của xuất huyết tiêu hóa trên :**

- XHTH trên do dẫn TM TQ gây biến động số lượng hồng cầu và hct hơn loét và viêm là do dạng xuất huyết trực tiếp từ mạch máu.

#### **4.5 Các đặc điểm của các nguyên nhân của xuất huyết tiêu hóa trên và mối liên quan với lượng máu mất :**

##### **4.5.1 Dẫn tĩnh mạch thực quản :**

- Dẫn TM thực quản thường xảy ra ở đoạn dưới 19 trường hợp là do nguyên nhân trọng lực khi nặng thêm sẽ dần dần lên đoạn giữa
- Dẫn độ II-III là thường gặp nhất là do bệnh nhân đã bị XHTH trên chỉ có 1 trường hợp độ I ( 4% ). Do dẫn độ II-III nên màu sắc TM đều màu xanh.
- Dấu đỏ ( Rc ) là chỉ điểm sẽ xuất huyết hay đã xuất huyết nên trong mẫu khảo sát đa phần dương tính thậm chí (+++) chỉ có 1 trường hợp âm tính 4%.
- Độ dẫn TM TQ và dấu đỏ càng cao thì lượng máu mất càng nhiều do tăng nguy cơ chảy máu.

#### **4.5.2 Loét :**

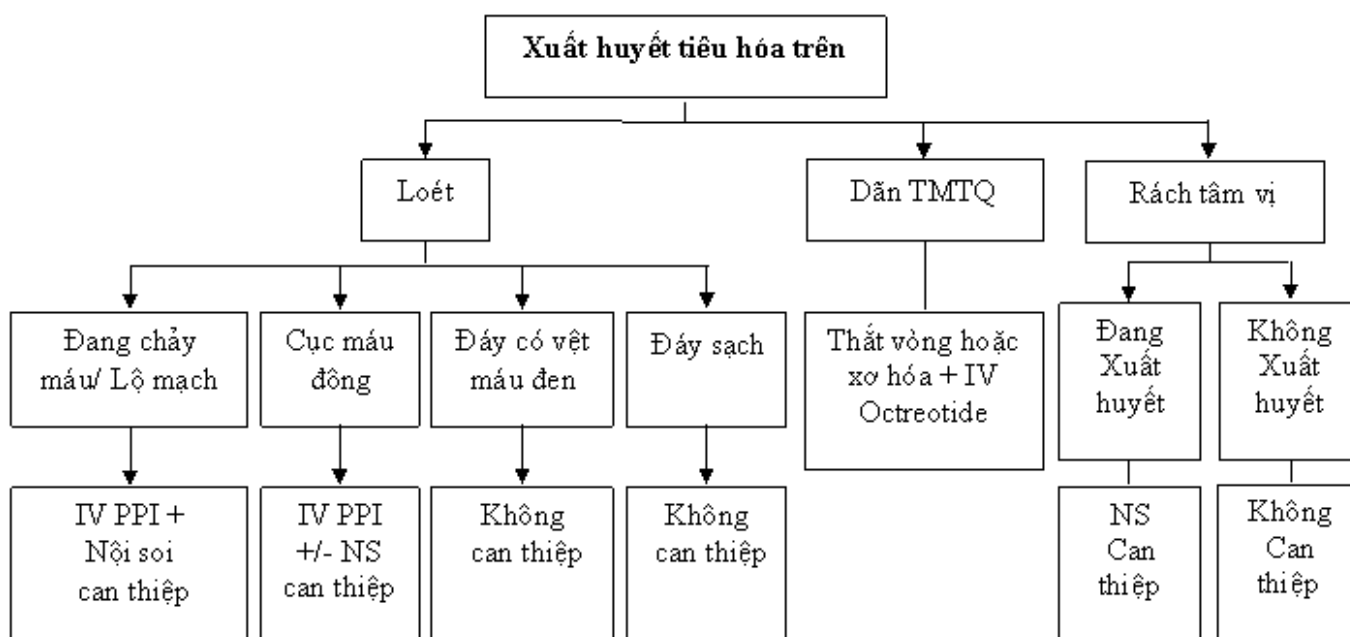
- Loét thường xảy ra nhất là ở hang vị, tá tràng hay kết hợp tá tràng và hang vị , bờ cong nhỏ và ở thân vị ít gặp hơn có thể là do tác nhân gây loét. Do trong mẫu khảo sát không làm clo test trên tất cả các bệnh nhân nên không thống kê được.
- Thường gặp nhất là phân loại Forrest III ít gặp hơn là Iib, Iic và chủ yếu là 1 ổ loét đơn độc.
- Phân độ Forrest càng thấp thì lượng máu mất càng nhiều do bản chất ổ loét có tình trạng lộ mạch nên dễ xuất huyết.
- Loét ở bờ cong nhỏ, thân vị do giàu mạch máu nên lượng máu mất nhiều hơn.

#### **4.5.3 Viêm sung huyết :**

- Viêm sung huyết mức độ nhẹ 4 case ( 33,3% ), vừa 5 case (41,7% ), nặng 3 case (25% ). Viêm sung huyết không gây mất máu > 500ml, nhưng không ghi nhận được mối liên quan giữa tình trạng viêm và lượng máu mất.

### **V. KẾT LUẬN :**

- Nội soi là một phương tiện hữu ích trong cấp cứu xuất huyết tiêu hóa, giúp chẩn đoán chính xác nguyên nhân gây xuất huyết từ đó đưa ra hướng xử trí phù hợp cho từng bệnh nhân.
- Tuy nhiên việc chỉ định nội soi điều trị cấp cứu trong xuất huyết tiêu hóa trên cần có sự phối hợp giữa lâm sàng và phòng nội soi để đưa ra thời điểm tiến hành nội soi.



- Xuất huyết tiêu hóa là bệnh dễ dàng tái phát nếu không có điều trị dứt điểm và có biện pháp phòng ngừa hợp lý. Để phòng bệnh tái phát, người bệnh tuyệt đối tránh xa thuốc lá và rượu bia, tránh ăn các loại thức ăn gây kích ứng vết loét như: thức ăn nhiều gia vị cay, chua, nhiều dầu mỡ, thức ăn quá nóng hoặc quá lạnh. Nên ăn thức ăn mềm, dễ tiêu, tăng cường chất xơ và rau quả. Cần tái khám định kỳ theo quy định của bác sĩ để việc điều trị đạt hiệu quả.

**Tài liệu tham khảo :**

- Hồ Đăng Quý Dũng ( 2011 ) – BV Chợ Rẫy – Tổng quan xuất huyết tiêu hóa.
- Trần Văn Huy, Phan Hồng Nhân ( 2008 ) - Đại học Y Dược Huế - Tình hình xuất huyết tiêu hóa cao ở Bệnh viện Đại Học Y Dược Huế qua 2 năm 2007 - 2008.
- Nguyễn Đăng Sáng ( 2010 ) – BV Thống nhất Đồng Nai – Xử lý xuất huyết tiêu hóa trên.
- Lê Quang Quốc Ánh ( 1996 )- Hội thảo chuyên đề bệnh lý tiêu hóa Bệnh viện Chợ Rẫy- Nội soi chích cầm máu cấp cứu trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng.

# **ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CHỈ SỐ FMD, BỀ DÀY LỚP NỘI TRUNG MẠC ĐỘNG MẠCH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2**

*Lê Nguyễn Trí Dũng, Lê Văn Cường,  
Huỳnh Phúc Hậu, Nguyễn Văn Nó*

## **TÓM TẮT:**

Nghiên cứu được thực hiện trên 133 bệnh nhân đái tháo đường bao gồm 32 nam, 101 nữ, tuổi trung bình là  $66 \pm 11,85$  năm.

Mục đích nghiên cứu là tìm hiểu sự liên quan giữa các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng với bề dày lớp nội trung mạc động mạch, chỉ số FMD%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy: FMD% và các triệu chứng như: mắt nhìn mờ, đau khớp gối, teo cơ chân, có mối liên quan với  $p < 0,05$  và có mối tương quan tuyến tính nghịch biến giữa chỉ số FMD% và HbA1c. Yếu tố tuổi và IMT có mối liên quan với nhau, tuổi càng cao và thời gian phát hiện bệnh càng lâu thì IMT càng tăng với  $p < 0,05$ . IMT với các yếu tố lâm sàng như: tăng huyết áp, mắt nhìn mờ, teo cơ chân, bệnh vồng mạc, bệnh thần kinh ngoại vi có mối liên quan  $p < 0,05$ .

## **1. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Đái tháo đường là một bệnh mãn tính, mang yếu tố di truyền, hậu quả của tình trạng thiếu insulin tuyệt đối hoặc tương đối. Bệnh được đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết cùng với các rối loạn về chuyển hóa đường, đạm, mỡ, chất khoáng. Các rối loạn này có thể đưa đến các biến chứng cấp tính, các tình trạng dễ bị nhiễm trùng và về lâu dài sẽ gây các biến chứng ở mạch máu lớn và mạch máu nhỏ [5], [7].

Theo Tổ chức Y tế thế giới năm 1985 toàn cầu có khoảng 30 triệu người mắc bệnh đái tháo đường, năm 1994 là 98,9 triệu, năm 2010 khoảng 239 triệu và có thể lên đến 366 triệu người vào năm 2030 [2]. Việt Nam đứng thứ 10 Châu Á về số lượng người bị đái tháo đường và rối loạn dung nạp glucose [4].

Sử dụng siêu âm doppler màu với kỹ thuật siêu âm đánh giá đáp ứng giãn mạch qua trung gian dòng chảy (FMD) và đo bề dày lớp nội trung mạc (IMT) cần được áp dụng rộng rãi, để phát hiện tình trạng suy giảm chức năng lớp nội mạc một biểu hiện sớm của tổn thương xơ vữa mạch máu trên bệnh nhân đái tháo đường với mục đích phát hiện sớm các thương tổn này từ đó có kế hoạch điều trị tích cực để làm giảm bớt nguy cơ các biến chứng.

## **2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu:**

Các bệnh nhân đái tháo đường tít 2 được điều trị nội trú tại Khoa Nội – Khoa Tim mạch lão Bệnh viện Đa khoa khu vực Tỉnh An Giang từ: 6/2012 - 6/2013.

Tiêu chuẩn loại trừ: đái tháo đường tít 1, đái tháo đường thai kỳ, bệnh nhân đã phẫu thuật mạch máu ngoại vi: (động mạch cảnh, động mạch đùi, động mạch cánh tay), bệnh nhân không hợp tác.

### **2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu:**

Nghiên cứu được tiến hành nhằm ước lượng mối liên quan giữa yếu tố bệnh đái tháo đường với bề dày nội mạc động mạch và FMD(%).

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu :

$$N=3+ 4(Z\alpha +Z\beta)/[\log_e (1+p)/(1-p)]^2$$

Trong đó:

P được tính bằng 0.28, đây là hệ số liên quan giữa yếu tố IMT với bệnh đái tháo đường theo nghiên cứu của Đào Thị Thanh Bình [1].

$\alpha$ : là mức ý nghĩa, được chọn là 0.05

$\beta$ : là sai lầm loại II của nghiên cứu, được chọn là 0.1, năng lực nghiên cứu là 90%.

Như vậy, để khảo sát mẫu nghiên cứu phải có 129 bệnh nhân.

### **2.3. Phương pháp nghiên cứu:**

Phương pháp nghiên cứu tiến cứu mô tả, cắt ngang

**Một số tiêu chuẩn đánh giá:**

\* **Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh ĐTD:**

Theo Hội Đồng chuyên gia về chẩn đoán và phân loại bệnh ĐTĐ thuộc Hiệp Hội Đái Tháo Đường Hoa Kỳ (American Diabetes Association – ADA) tháng 6/1997 và được Tổ Chức Y Tế Thế Giới công nhận năm 1998.

\* **Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tăng huyết áp:** theo JNC VI (1997)

\* **Rối loạn Lipid máu:** theo tiêu chuẩn của NCEP:

\* **Chỉ số béo gầy:**

$$\text{BMI} = \text{Cân nặng(kg)}/\text{Chiều cao}^2(\text{m})$$

Theo WHO năm 2000 áp dụng cho vùng Châu Á - Thái Bình Dương.

\* **Chỉ số vòng bụng/ vòng hông:** Dựa theo Larson và Quy Grand – 1991)

\***Microalbumin niệu:** (+)

Microalbumin niệu  $\geq 20\mu\text{g}/\text{phút}$  hoặc Tỷ lệ A/C (albumin/creatinine)  $\geq 3,4\text{mg}/\text{mmol}$ .

\* **Siêu âm động mạch cảnh- động mạch đùi:**

Theo Hội tăng huyết áp Châu Âu / Hội tim mạch Châu Âu:

IMT được đánh giá là dày bệnh lý khi  $\geq 0,9\text{mm}$ .

Mãng xơ vữa được định nghĩa là khi IMT  $> 50\%$  so với bề dày IMT của đoạn kế cận, khu trú nhô vào lòng mạch, hoặc khi IMT  $> 1,5\text{mm}$ .

\* Siêu âm đo FMD(%): Khi  $<5\%$ : (+)

$$\text{FMD} (\%) = \frac{\text{D2} - \text{D1}}{\text{D2}} \times 100$$

A đường kính động mạch trước khi làm nghiệm pháp – D1

B đường kính động mạch sau khi làm nghiệm pháp – D2

#### **2.4. Phương pháp xử lý số liệu:**

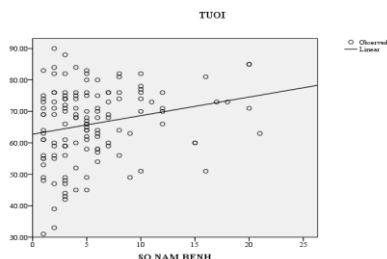
Theo phương pháp thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 18.0.

### **3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

#### **3.1. Đặc điểm chung**

Tuổi trung bình ( $66,04 \pm 11,85$ ), đa số là tuổi  $> 50$  (87,9%), nữ chiếm tỷ lệ (75,94%) (gấp 3,15 so với nam), cư ngụ nông thôn chiếm đa số (73,7%), với nghề nghiệp làm ruộng chiếm (72,9%).

### 3.1.1. Môi trường quan giữa tuổi và thời gian phát hiện bệnh



$$p = 0.009 \quad r = 0,225$$

**Biểu đồ 1: Môi trường quan giữa tuổi và thời gian phát hiện bệnh**

### 3.1.2. Tương quan giữa tuổi và các yếu tố ở đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1.2: Tương quan giữa tuổi và các yếu tố ở đối tượng nghiên cứu**

Tuổi	r	p
IMT ĐMĐùi T	0,371	<b>0,000</b>
IMT ĐMĐùi P	0,362	<b>0,000</b>
IMT ĐMCánh T	0,405	<b>0,000</b>
IMT ĐMCánh P	0,479	<b>0,000</b>

### 3.1.3. Tương quan giữa thời gian phát hiện bệnh và các yếu tố ở đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1.3: Tương quan giữa thời gian phát hiện bệnh và các yếu tố ở đối tượng nghiên cứu**

Thời gian phát hiện bệnh	r	p
Chỉ số B/M	0,19	<b>0,025</b>
BMI	0,195	<b>0,025</b>
Tỷ lệ A/C	0,307	<b>0,000</b>
Tuổi	0,225	<b>0,009</b>
FMD(%)	0,526	<b>0,000</b>
IMT ĐMĐùi T	0,172	<b>0,047</b>

IMT ĐMĐùi P	0,175	<b>0,044</b>
IMTĐMCảnh P	0,189	<b>0,029</b>

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng và biến chứng

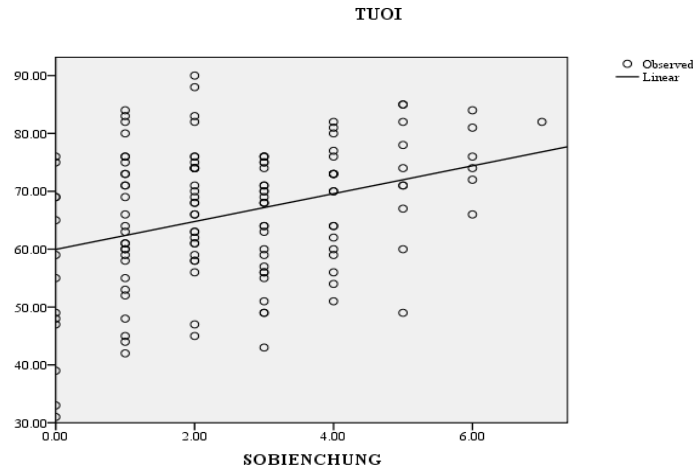
#### 3.2.1. Một số triệu chứng và biến chứng ở đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.2.1: Một số triệu chứng và biến chứng ở đối tượng nghiên cứu**

Triệu chứng	Giới		(n)	Tỷ lệ (%)	p	Biến chứng	Giới		(n)	Tỷ lệ (%)	P
	Na m	Nữ					Na m	Nữ			
Khát	23	76	99	74,4	0,7	Bệnh VMạc	4	29	33	24,8	0,64
Đái nhiều	17	62	79	59,4	0,4	Đục TTT	7	44	51	38,3	<b>0,02</b>
Sụt cân	16	61	77	57,9	0,29	Đột quy não	2	8	10	7,5	0,75
Mệt mỏi	21	67	88	66,2	0,49	Nhồi máu CT	0	3	3	2,3	0,19
RL giấc ngủ	7	26	33	24,8	0,65	Con đau TN	4	11	15	11,3	0,80
Đau ngực trái	6	19	25	18,8	0,99	Suy tim	5	17	22	16,5	0,87
Tê bì chân	20	83	103	77,4	0,20	Suy thận	7	7	14	10,5	<b>0,01</b>
Mắt nhìn mờ	14	58	72	54,1	0,17	Lao phổi	3	5	8	6	0,35
Khó thở	0	3	3	2,3	0,32	Viêm tắc ĐMNV	2	4	6	4,5	0,58
Phù chân	1	1	2	1,5	0,38	Bệnh TKNV	12	52	64	48,1	0,16
Đau khớp gối	4	20	24	18	0,35	Loét bàn chân	2	4	6	4,5	0,58
Đau đầu	4	18	22	16,5	0,48	Hạ ĐH	5	12	17	12,8	0,58
Teo cơ chân	6	44	50	37,6	0,21						
RL tiểu	15	14	29	21,8	<b>0,00</b>						

tiện					<b>1</b>
------	--	--	--	--	----------

### 3.2.2. Mối tương quan giữa tuổi và số biến chứng của bệnh



$$p = 0,000 \quad r = 0,334$$

*Biểu đồ 2: Mối tương quan giữa tuổi và số biến chứng của bệnh*

### 3.2.3. Mối liên quan giữa một số biến chứng ở đối tượng nghiên cứu với thời gian phát hiện bệnh

*Bảng 3.2.3: Mối liên quan giữa một số biến chứng ở đối tượng nghiên cứu với thời gian phát hiện bệnh*

Biến chứng	Số lượng (n)	Thời gian phát hiện bệnh			Tỷ lệ (%)	p
		< 1 năm	1-5 năm	>5 năm		
Bệnh võng mạc	33	0	5	28	24,8	< 0,001
Đục thủy tinh thể	51	2	13	36	38,3	< 0,001
Bệnh thần kinh NV	64	3	22	39	48,1	< 0,001

### 3.3. Các yếu tố nguy cơ

#### 3.3.1: Phân bố tỷ lệ béo trung tâm với nhóm tuổi ở đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.3.1: Phân bố tỷ lệ béo trung tâm với nhóm tuổi ở đối tượng nghiên cứu**

Nhóm tuổi	Béo trung tâm		Tổng số N
	Có	Không	
<40	1 (33,3%)	2 (66,7%)	3 (100%)
40-49	12 (92,3%)	1 (7,7%)	13 (100%)
50-59	23 (88,5%)	3 (11,5%)	26 (100%)
≥60	88 (96,7%)	3 (3,3%)	91 (100%)
Tổng cộng	124 (93,2%)	9 (6,8%)	133 (100%)
p < 0,001			

#### 3.3.2. Mối tương quan giữa vi đạm niệu với thời gian phát hiện bệnh

**Bảng 3.3.2: Mối tương quan giữa vi đạm niệu với thời gian phát hiện bệnh**

Vi đạm niệu \ Nhóm năm	Nhóm năm			Tổng cộng
	< 1 năm	1-5 năm	> 5 năm	
Có	0	5 7,6%	10 20,4%	15 11,3%
Không	18 100%	61 92,4%	39 79,6%	118 88,7%
Tổng cộng	18 100%	66 100%	49 100%	133 100%
p < 0,05				

### 3.4. Bề dày lớp nội trung mạc động mạch

#### 3.4.1. So sánh bề dày nội mạc động mạch cảnh với nhóm tuổi

**Bảng 3.4.1: So sánh bề dày nội mạc động mạch cảnh với nhóm tuổi**

Nhóm tuổi Dày IMT ĐMC	Nhóm tuổi				Tổng cộng
	< 40 tuổi	40-49 tuổi	50-59 tuổi	≥ 60 tuổi	
Có	0	5 38,5%	16 61,5%	80 98,9%	101 75,9%
Không	3 100%	8 61,5%	10 38,8%	11 12,1%	32 24,1%
Total	3 100%	13 100%	26 100%	91 100%	133 100%
p < 0,001					

#### 3.4.2. Mối liên quan giữa IMT ĐM Cảnh phải với yếu tố tăng huyết áp

**Bảng 3.4.2: Mối liên quan giữa IMT ĐM Cảnh phải với yếu tố tăng huyết áp**

TĂNG HUYẾT ÁP	DÀY IMT ĐM CẢNH P		TỔNG CỘNG
	CÓ	KHÔNG	
Có	62 (72.9%)	25 (52.1%)	87 (65.4%)
Không	23 (27.1%)	23 (47.9%)	46 (34.6%)
TỔNG CỘNG	85 100.0%)	48 (100.0%)	133 (100.0%)
p < 0,05			

### 3.4.3: Mối liên quan IMT và một số yếu tố

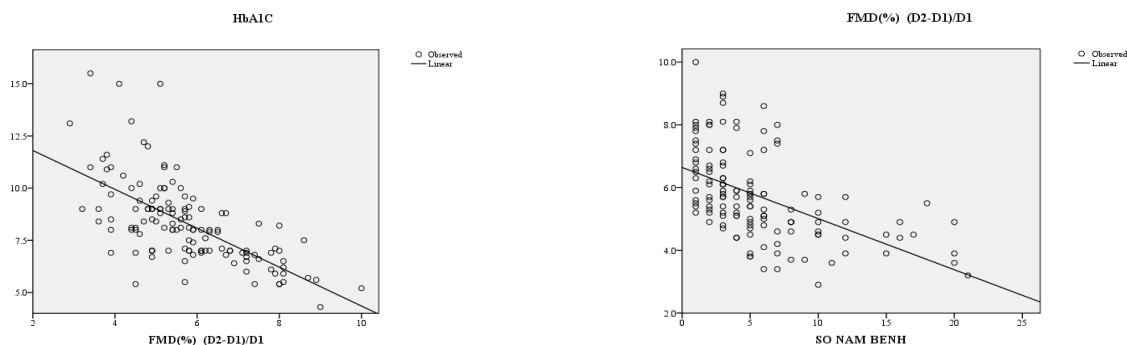
**Bảng 3.4.3: Mối liên quan IMT và một số yếu tố**

Yếu tố	IMT ĐM Đùi		IMT ĐM Cảnh	
	r	p	r	p
Mắt nhìn mờ	2,489	<b>0,043</b>	2,43	<b>0,03</b>
Teo cơ chân	6,646	<b>0,006</b>	1,74	0,20
Bệnh vông mạc	0,216	<b>0,031</b>	1,23	0,65
Bệnh thần kinh ngoại vi	0,272	<b>0,007</b>	1,49	0,33
Tăng huyết áp	0,59	0,28	2,48	<b>0,015</b>

### 3.5. Yếu tố giãn mạch qua trung gian dòng chảy FMD%

- Chỉ số FMD(%) thấp nhất là 3%, cao nhất là 10%, trung bình là 5,73%

#### 3.5.1. Mối tương quan giữa chỉ số FMD(%); Thời gian phát hiện bệnh; HbA1c



$$p=0.000; r=0.658 \quad y=-0,932x+13,666$$

$$p=0,000 \quad r=0,526$$

Biểu đồ 3: Mối tương quan tuyến tính giữa chỉ số FMD(%) và HbA1c

Biểu đồ 4: Mối tương quan giữa FMD(%) và thời gian phát hiện bệnh

**3.5.2. Tương quan chỉ số (FMD%) với các chỉ số sinh hóa và số các triệu chứng, số các biến chứng lâm sàng**

**Bảng 3.5.2: Tương quan chỉ số (FMD%) với các chỉ số sinh hóa và số các triệu chứng, số các biến chứng lâm sàng**

<b>FMD (%)</b>	<b>r</b>	<b>p</b>
Tỷ lệ A/C niệu	0,204	<b>0,018</b>
SGOT	0,256	<b>0,003</b>
SGPT	0,28	<b>0,001</b>
Glycemia	0,249	<b>0,004</b>
HbA1c	0,658	<b>0,000</b>
Số triệu chứng lâm sàng	0,228	<b>0,008</b>
Số biến chứng lâm sàng	0,249	<b>0,004</b>

## **4. BÀN LUẬN**

### **4.1. Đặc điểm lâm sàng**

#### **4.1.1. Tần suất của các triệu chứng lâm sàng**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần suất xuất hiện các triệu chứng: Khát uống nhiều (74,4%), đái nhiều (59,4%), sụt cân (57,9%), mệt mỏi (66,2%), tê bì chân (77,4%), mất nhìn mờ (54,1%), teo cơ chân (37,6%). Các triệu chứng khác như rối loạn giấc ngủ, đau ngực trái, khó thở, phù chân, đau khớp gối, đau đầu có tỷ lệ thấp. Tương tự theo kết quả của tác giả Hoàng Trung Vinh [6].

Triệu chứng tê bì chân và teo cơ chân ở nữ cao hơn ở nam, riêng triệu chứng rối loạn tiểu tiện ở nam có nguy cơ nhiều hơn nữ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Điều này có thể lý giải đa số bệnh nhân nam rối loạn tiểu tiện do bệnh lý tiền liệt tuyến ở người cao tuổi là chính, chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, vì thế chúng tôi không thể khẳng định vấn đề này có liên quan trong đái tháo đường.

#### **4.1.2. Tần suất của các biến chứng**

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 28 trường hợp không có biến chứng chiếm tỷ lệ (21,05%), có biến chứng là (78,95%). Trong đó biến chứng chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh thần kinh ngoại vi (48,1%), tim mạch (42,2%), đục thủy tinh thể (38,3%), bệnh võng mạc (24,8%), suy thận (10,5%).

Các biến chứng đục thủy tinh thể, suy thận giữa nam và nữ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Điều này có thể do mẫu nghiên cứu của chúng tôi đa số là nữ, đục thủy tinh thể nữ chiếm tỷ lệ rất cao (33%) so với nam (5,2%) trong tổng số chung, riêng suy thận thì cả hai giới có tỷ lệ bằng nhau trong tổng số chung (7 trường hợp 5,2%). Tỷ lệ các biến chứng tăng theo tuổi và thời gian phát hiện bệnh. Thời gian phát hiện bệnh  $< 1$  năm thì có rất ít biến chứng, ngược lại  $> 5$  năm có rất nhiều biến chứng.

Vì thế giữa hai yếu tố tuổi và số các biến chứng có mối tương quan thuận với  $p = 0,000$   $r = 0,334$  (Biểu đồ 2).

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì bệnh võng mạc, đục thủy tinh thể, bệnh thần kinh ngoại vi tăng theo thời gian mắc bệnh, bệnh càng lâu năm thì có nguy cơ mắc các yếu tố đó càng cao, so sánh giữa các nhóm năm phát hiện bệnh với các yếu tố này thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### **4.2. Các yếu tố cận lâm sàng**

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự khác biệt giữa nam và nữ liên quan tới các chỉ số HDL-C, Creatinin niệu, Microalbumin niệu. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ , nhưng không thể nói lên sự khác biệt này đại diện cho khu vực nghiên cứu của chúng tôi, cần có sự xem xét các yếu tố nhiễu trong nghiên cứu.

#### **4.3. Các yếu tố nguy cơ**

##### **4.3.1. Tăng huyết áp**

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tăng huyết áp là (65,4%). Trong đó nữ chiếm tỷ lệ cao hơn nam nhưng không có khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Điều này nói

lên tăng huyết áp và đái tháo đường luôn luôn song hành, hai người bệnh đái tháo đường thì có hơn 1 người có tăng huyết áp.

#### **4.3.2. Rối loạn lipid máu**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bất thường về lipid máu của bệnh nhân ĐTĐ tít 2 cũng thường gặp:

- Tỷ lệ Cholesterol toàn phần > 240mg/dl (5,2 mmol/L) chiếm (60,9%).
- Tỷ lệ LDL-C  $\geq$  35mg/dl (3,12 mmol/l) chiếm tỷ lệ (24,8%).
- Tỷ lệ HDL-C < 39mg/dl (1mmol/l đối với nữ) và < 35mg/dl (0,9mmol/l đối với nam) chiếm tỷ lệ (25,6%).
- Tỷ lệ tăng Triglycerid  $\geq$  150mg/dl (1,7mmol/l) chiếm tỷ lệ (67,66%).

#### **4.3.3. Chỉ số khối cơ thể, vòng bụng và tỷ số B/M**

##### **\* Chỉ số khối cơ thể BMI**

BMI trung bình trong nghiên cứu là  $21,80 \pm 2,96$  (kg/m<sup>2</sup>), đa số bệnh nhân đái tháo đường có thể trạng trung bình chiếm tỷ lệ cao (51,9%), các thể trạng khác như gầy (17%), thừa cân (25,6%), béo độ I là (8,3%), béo độ II là (1,5%), BMI > 25 (kg/m<sup>2</sup>) là 35,3%. Khi so sánh chỉ số BMI với yếu tố thời gian phát hiện bệnh cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$  và  $r = 0,19$ .

##### **\* Vòng bụng**

Nam giới là 79,5cm và nữ giới là 78,02cm, tỷ lệ bệnh nhân nam có vòng bụng  $\geq$  90cm (3%), bệnh nhân nữ có vòng bụng  $\geq$  80cm chiếm (42,1%), (với cùng tiêu chuẩn).

##### **\* Tỷ lệ VB/VM (vòng bụng /vòng hông)**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ béo phì vùng bụng ở nam là (18,79%) (tỷ lệ VB/VM  $\geq$  0,9) và ở nữ là (69,92%) ( tỷ lệ VB/VM  $\geq$  0,85), chung cho hai giới là (88,72%), và tỷ lệ riêng nữ (92%) cao hơn so với riêng nam là (60,5%) với  $p < 0,05$ .

Khi so sánh tỷ lệ B/M với nhóm tuổi thì tỷ lệ béo vùng bụng ở nhóm tuổi > 60 rất cao (96,7%) so với các nhóm tuổi khác ( $p < 0,05$ ) và với thời gian phát hiện bệnh thì có

sự khác biệt có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ,  $R=0,19$ ) và khi so với số các biến chứng lâm sàng thì tỷ lệ béo trung tâm là (93,2%) so với không béo trung tâm ( $p < 0,05$ ).

#### **4.3.4. Vi đạm niệu**

Tỷ lệ A/C (+) trong nghiên là 11,3%, tỷ lệ A/C tăng cao ở nhóm tuổi > 50 chiếm 30,2% ( $p > 0,05$ ).

Trong nghiên cứu có (20,4%) bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh  $\geq 5$  năm có vi đạm niệu ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ A/C với số triệu chứng lâm sàng, chúng tôi cũng thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

#### **4.4. Độ dày lớp nội trung mạc (IMT)**

Yếu tố tuổi và IMT có mối liên quan với nhau, tuổi càng cao và thời gian phát hiện bệnh càng lâu thì IMT có lẽ càng tăng với  $p < 0,05$ .

Khi so sánh IMT với các yếu tố lâm sàng, chúng tôi thấy rằng đa số các triệu chứng và biến chứng không có mối tương quan ( $p > 0,05$ ), chỉ vài yếu tố có mối liên quan như: tăng huyết áp, mắt nhìn mờ, teo cơ chân, bệnh vông mạc, bệnh thần kinh ngoại vi  $p < 0,05$

Theo nghiên cứu của Malecki MT và CS (2008) cho thấy IMT động mạch cảnh ở 182 bệnh nhân ĐTĐ tít 2 ở nhóm có biến chứng vi mạch vông mạc cao hơn so với nhóm không có biến chứng ( $p = 0,0001$ ), như vậy bệnh lý vi mạch vông mạc được dự báo bởi IMT động mạch cảnh cao [9]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có mối liên quan này.

#### **4.5. Chỉ số giãn mạch qua trung gian dòng chảy FMD(%)**

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ số FMD(%) trung bình ở nam là ( $6,13 \pm 1,34\%$ ), ở nữ là ( $5,6 \pm 1,4\%$ ); chỉ số FMD(%) cao nhất là (10%), thấp nhất là (3%), và trung bình mẫu nghiên cứu là ( $5,73 \pm 1,4\%$ ), tuổi trung bình là ( $66,04 \pm 11,8$ ), trong đó FMD% < 5% (32,3%). Giữa nam và nữ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

\* Liên quan chỉ số FMD(%) với các triệu chứng lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số FMD(%) với các triệu chứng như khát uống nhiều, đái nhiều, sụt cân, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, đau ngực trái, tê bì chân, khó thở,

phù chân, đau đầu, rối loạn tiêu tiện, không thấy có mối liên quan nào ( $p > 0,05$ ). Các triệu chứng như: mắt nhìn mờ, đau khớp gối, teo cơ chân, có mối liên quan với  $p < 0,05$ .

Triệu chứng mắt nhìn mờ có thể là biểu hiện của bệnh lý võng mạc và đục thủy tinh thể cho nên mới có mối liên quan này.

Theo nghiên cứu của Malecki MT và CS (2008) cho thấy FMD(%) ở nhóm có biến chứng vi võng mạc (FMD = 8,38%) thấp hơn so với nhóm không có biến chứng (FMD = 10,45%). Như vậy FMD(%) thấp nghĩa là chức năng nội mạc suy giảm ở bệnh nhân đái tháo đường và dự báo bệnh lý võng mạc [9].

Mối tương quan giữa FMD(%) và số các triệu chứng lâm sàng, bệnh nhân đái tháo đường có đồng thời nhiều triệu chứng lâm sàng thì FMD(%) càng giảm so với người có ít triệu chứng lâm sàng hơn,  $p = 0,008 (< 0,05)$ ;  $r = 0,228$ .

\* Liên quan chỉ số FMD(%) với các biến chứng

Trong nghiên cứu, chỉ số FMD(%) với các biến chứng như: Đột quỵ não, nhồi máu cơ tim, cơn đau thắt ngực, suy tim, suy thận, lao phổi, viêm tắc động mạch ngoại biên, loét bàn chân, hạ đường huyết, không thấy có mối liên quan nào với ( $p > 0,05$ ). Các biến chứng như: Bệnh võng mạc, đục thủy tinh thể, bệnh thần kinh ngoại vi, thì thấy có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với ( $p < 0,05$ ).

Ngoài ra chỉ số FMD(%) còn có mối tương quan với số các biến chứng. Trong nghiên cứu cho thấy mối tương quan giữa FMD(%) với số các biến chứng lâm sàng, bệnh nhân đái tháo đường có đồng thời nhiều biến chứng lâm sàng thì FMD(%) càng giảm so với người có ít số biến chứng lâm sàng hơn,  $p = 0,004 (< 0,05)$ ;  $R = 0,249$ .

\* Tương quan FMD(%) với tuổi và thời gian phát hiện bệnh

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không thấy có sự tương quan giữa yếu tố tuổi và chỉ số FMD(%), với  $p > 0,05$ , khác với trong nghiên cứu của Nguyễn Hồng Hạnh, Tạ Văn Bình, Phạm Thắng ở Bệnh viện Nội tiết Trung ương cho thấy có sự tương quan giữa tuổi và FMD(%). Cũng theo Uehata thực hiện các nghiên cứu tại Mỹ cho thấy FMD(%) giảm dần theo tuổi ( $p < 0,05$ ), tuổi càng cao FMD(%) càng giảm. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy FMD(%) có mối tương quan với thời gian phát hiện bệnh, thời gian này càng lâu thì chỉ số FMD(%) càng giảm ( $p < 0,05$ ),  $r = 0,526$  [3], [10].

\* Tương quan FMD(%) với chỉ số khối cơ thể và béo phì

Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự khác biệt giữa FMD(%) và chỉ số khối cơ thể cũng như đối tượng thừa cân hay béo phì  $p > 0,05$ . Kết quả này có thể do cách chọn mẫu của chúng tôi.

\* Tương quan FMD(%) và rối loạn chuyển hóa lipid

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có yếu tố tăng cholesterol với FMD(%) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ .

\* Tương quan FMD(%) với HbA1c

Trong nghiên cứu của chúng tôi có mối tương quan tuyến tính nghịch giữa FMD(%) và HbA1c với  $r = 0,658$ ;  $p = 0,000$ ;  $y = -0,93x + 13,66$  (Biểu đồ 3.7).

\* Tương quan FMD(%) và tỷ lệ A/C

Yếu tố vi đạm niệu được thể hiện bằng Tỷ lệ A/C có mối tương quan với FMD(%). Trong nghiên cứu của chúng tôi mối tương quan này có  $p < 0,005$ , tương tự trong nghiên cứu của Lekakis J và cộng sự [8], cho thấy ở nhóm bệnh nhân đái tháo đường có vi đạm niệu (+) thì FMD(%) giảm có ý nghĩa so với nhóm không đái tháo đường có vi đạm niệu (+). Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấy giữa FMD(%) và các chỉ số về sinh hóa chức năng gan như SGOT, SGPT cũng có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,005$ ; điều này cần có một số nghiên cứu khác để so sánh và tìm hiểu mối tương quan này chặt chẽ hơn.

## 5. KẾT LUẬN

- Siêu âm đo bề dày lớp nội trung mạc động mạch (IMT) ở ĐM Cảnh P là  $0,99 \pm 0,13$ mm, ĐM Cảnh T là  $1,005 \pm 0,142$ mm, ĐM Đùi P  $1,031 \pm 0,162$ mm, ĐM Đùi T là  $1,035 \pm 0,182$ mm. Chỉ số FMD(%) trung bình  $5,73 \pm 1,4\%$ , trong đó  $< 5\%$  (32,3%).

- Tương quan giữa các yếu tố:

Thời gian phát hiện bệnh với béo vùng bụng, chỉ số khối cơ thể, vi đạm niệu, tuổi, bề dày lớp nội mạc ĐM đùi, ĐM cảnh P có tương quan thuận, với FMD có tương quan nghịch. Thời gian phát hiện bệnh với biến chứng: Bệnh võng mạc, đục thủy tinh thể, bệnh thần kinh ngoại vi liên quan có ý nghĩa thống kê.

Tuổi và béo trung tâm với số các biến chứng có tương quan thuận.

Bề dày lớp nội trung mạc động mạch (IMT) với tuổi, thời gian phát hiện bệnh, tăng huyết áp tương quan thuận; với mắt nhìn mờ, teo cơ chân, bệnh võng mạc, bệnh thần kinh ngoại vi liên quan có ý nghĩa thống kê.

Chỉ số FMD(%) với các triệu chứng lâm sàng như: (mắt nhìn mờ, đau khớp gối, teo cơ chân); với các biến chứng: (bệnh võng mạc, đục thủy tinh thể, bệnh thần kinh ngoại biên) liên quan có ý nghĩa thống kê.

Chỉ số FMD(%) với thời gian phát hiện bệnh, HbA1c, tăng cholesterol, vi đạm niệu, SGOT, SGPT có tương quan nghịch. Trong đó chỉ số FMD với HbA1c có tương quan tuyến tính nghịch với phương trình tuyến tính  $y = -0,93x + 13,66$  ( $r = 0,658$ ;  $p = 0,000$ ).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Thị Thanh Bình** (2007), Nghiên cứu mối tương quan giữa siêu âm động mạch cảnh ngoài sọ, động mạch đùi với bệnh động mạch vành. Luận án tiến sĩ y học.
2. **Tạ Văn Bình** (2006), *Dịch tễ học bệnh đái tháo đường ở Việt Nam-Các phương pháp điều trị và phòng chống*, Nxb Y học, Hà Nội.
3. **Nguyễn Hồng Hạnh, Tạ Văn Bình, Phạm Thắng** (2007), “Nghiên cứu đáp ứng giãn mạch qua trung gian dòng chảy động mạch cánh tay ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2”. Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hóa lần thứ 3, tr.756-767.
4. **Đỗ Trung Quân** (2006) *Biến chứng bệnh đái tháo đường và điều trị*. Nhà xuất bản Y học 2006, tr.9-14.
5. **Mai Thế Trạch, Nguyễn Thy Khuê** (2007), *Bệnh đái tháo đường, Nội tiết học đại cương*, Nhà xuất bản TP. Hồ Chí Minh, tr. 374 – 456.
6. **Hoàng Trung Vinh** (2007), “*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 người > 60 tuổi*”, Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hóa lần thứ 3, tr.382-388.
7. **American Diabetes Association** (2003), Report of the expert committee on the Diagnosis and Classification of diabetes mellitus. *Diabetes Care*, Vol. 26, Suppl. 1, pp.S5-S13.
8. **Lekakis J, Papamichael C, Anastasiou H et al** (1997). “Endothelial dysfunction of conduit arteries in insulin-dependent diabetes mellitus without microalbuminuria. *Cardiovasc Res*. 34(1):164-8
9. **Malecki MT, Osmenda G, Walus-Miarka**. “Retinopathy in type 2 diabetes mellitus is associated with increased intima-media thickness and endothelial dysfunction”. 2008 Dec;38(12):925-30.
10. **Uehata A, liebermem EH, Gerhar MD. et al** (1997), Noninvasive assessment of endothelium-dependent flow mediated dilation of the brachial artery. *Vascular Medicin*, 2: 87-92.