

**MỤC LỤC**

STT	Nội dung	Trang
1	<p><b>NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNH GHÉP HOÀN TOÀN NGOÀI PHỨC MẠC TẠI BVĐKKV TỈNH AN GIANG</b></p> <p style="text-align: center;"><i>TS.BS Lữ Văn Trang, BS. CKII Trần Phước Hồng BSCKI .Nguyễn Tấn Huy, ĐD Nguyễn Ngọc Thanh</i></p>	4
2	<p><b>KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN GIÁP NỘI SOI, TIẾP CẬN ĐƯỜNG NÁCH VÀ QUẩNG VÚ</b></p> <p style="text-align: center;"><i>Ths.BS Đỗ Hữu Liệt, BS. CKII Đoàn Tiến Mỹ, BS. CKII Hoàng Công Thành, BS. Nguyễn Duy Toàn, BS. Trần Vĩnh Long Trường, BS. Nguyễn Thái Tuấn (Khoa Ngoại Gan mật - Bệnh viện Chợ Rẫy)</i></p>	13
3	<p><b>BA TRƯỜNG HỢP NHỒI MÁU CƠ TIM TÁI TUỞI MÁU TỰ PHÁT</b></p> <p style="text-align: center;"><i>BS. Võ Thị Trinh Nữ, TS. BS. Châu Hữu Hầu Bệnh viện Nhật Tân</i></p>	18
4	<p><b>KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH &amp; BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BIÊN NĂM 2015</b></p> <p style="text-align: center;"><i>BS. CKI. Ngô Hùng Sơn, Ths. DS. Nguyễn Thu Lộc, BS. Trần Quốc Việt, Lê Thị Thủy, BS. CKI. Dương Hoàng Dũng, Trần Tấn Viễn, Nguyễn Thế Công (BV Tịnh Biên)</i></p>	25
5	<p><b>CHẨN ĐOÁN VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN (VPBV)</b></p> <p style="text-align: center;"><i>BS. Võ An Toàn, TS. BS. Châu Hữu Hầu Bệnh viện Nhật Tân</i></p>	32
6	<p><b>KHẢO SÁT THỰC TRẠNG THỪA CÂN BÉO PHÌ Ở HỌC SINH TIỂU HỌC TẠI THÀNH PHỐ CHÂU ĐỐC NĂM 2014-2015</b></p> <p style="text-align: center;"><i>BS. CKI. Nguyễn Văn Ngọc Răng, BS. CKI Nguyễn Thị Thái Phiên, CN. Nguyễn Thị Mỹ Hạnh, Trương Thị Thu Swong</i></p>	37
7	<p><b>NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI, CHỨC NĂNG XOANG ĐỘNG MẠCH CẢNH BẰNG SIÊU ÂM DOPPLER Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO</b></p> <p style="text-align: center;"><i>BS. CKII Lê Nguyễn Trí Dũng, BS CKII Lê Văn Cường ĐD Võ Phi Hùng, ĐD Nguyễn Văn Nô</i></p>	43
8	<p><b>BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG PHÁC ĐỒ YALE TRONG VIỆC KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT Ở BỆNH NHÂN ICU TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG</b></p> <p style="text-align: center;"><i>BS. CKI. Nguyễn Thị Trà My, BS. Mou Sa, BSCKI. Hồ Minh Châu, ĐD. Võ Thị Bạch Yến</i></p>	49
9	<p><b>TỔNG KẾT TÌNH HÌNH PHẪU THUẬT TRÍ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AG</b></p>	56

	TỪ THÁNG 05/2015 ĐẾN THÁNG 05/2015  <i>BS.CKI. Đặng Minh Triết, Đd Nguyễn Ngọc Thanh</i>	
10	NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA TRONG 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2015  <i>BSCKII. Trần Phước Hồng, ThS.BS. Nguyễn Hùng Tâm NHS. Lê Thị Huyền Trang, ĐDTH. Nguyễn Xuân Thế</i>	61
11	KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI VỀ XỬ TRÍ TIÊU CHẢY CẤP CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NHI BV ĐKKV TỈNH AN GIANG TỪ 2014 ĐẾN 2015.  <i>BS.CKI. Nguyễn Phú Duy, Dương Thúy Trúc, Nguyễn Thị Huỳnh Nga, Trương Thiện Tùng, Bs Ck 1 Lê Thị Thủy Tiên ( BV Tân Châu)</i>	66
12	TÌNH HÌNH THỰC HIỆN CHĂM SÓC THIẾT YẾU BÀ MẸ, TRẺ SƠ SINH TRONG VÀ NGAY SAU SINH TẠI KHOA SẢN BVĐKKV TỈNH AN GIANG VÀ BV TP CHÂU ĐỐC  <i>BS.CKI.Trịnh Thanh Nhung, NHS. Dương Thị Chuông, BS.CKI.Phạm Hồng Loan, BS.CKI. Phạm Bích Loan, NHS.Lê Thị Huệ (BV Tp Châu Đốc)</i>	72
13	TÌNH HÌNH NGỪNG TIM TRƯỚC NHẬP VIỆN ĐẾN KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG NĂM 2014-2015  <i>BS.CKI.Đỗ Văn Vân, Ths.BS.Hồ Ngọc Diệp BS.CKI.Trần Minh Quang, ĐD. Tạ Kim Liên</i>	77
14	KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ CỦA BÀ MẸ CÓ CON BỊ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TẠI KHOA KHÁM BỆNH – BVĐKKV TỈNH AN GIANG  <i>Ths.Bs Chung Cẩm Hạnh, ĐD Nguyễn Thị Diễm Trang, ĐD Cao Kim Sa, ĐD Võ Thị Kim Hoàng</i>	86
15	KHẢO SÁT TÌNH HÌNH HO RA MÁU Ở NHỮNG BỆNH NHÂN NHẬP VIỆN TẠI KHOA LAO BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG NĂM 2014  <i>BS.CKI.Trần Quốc Thắng, ĐD.Nguyễn Trường Xuân, ĐD.Nguyễn Văn Triệu BS.Võ Quốc Xuyên(BV AN PHÚ)</i>	91
16	KHẢO SÁT CHẤN THƯƠNG VÙNG CẨM VỚI LỖI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI TẠI BV ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG  <i>BS.CKI.Nguyễn Việt Tuấn, BS.Lê Bôn, BS.CKI.Nguyễn Thị Bích Thủy, BS.Trương Huỳnh Khanh</i>	100
17	KHẢO SÁT TÌNH HÌNH ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN TUYẾN DƯỚI CHUYÊN TUYẾN NĂM 2015  <i>CV.La Văn Hoàng, Lê Thị Huyền Trang, Huỳnh Xuân Thế</i>	106
18	ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI NỘI SOI ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN	112

	<i>BS.CKI.Lê Thiện Hòa, BS.CKI.Nguyễn Thị Bích Thủy ĐD.Hồ Văn Cửa, KTV.Huỳnh Thị Kim Trâm.</i>	
19	<b>KHẢO SÁT VAI TRÒ CỦA PROCALCITONIN TRONG CHẨN ĐOÁN NHIỄM KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG</b>  <i>Ths.DS.Nguyễn Thu Lộc, DS.Cao Công Sang, Nông Thị Hoa, Nguyễn Thanh Qui</i>	117
20	<b>TÌNH HÌNH SUY HÔ HẤP CẤP SƠ SINH VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẠI ĐƠN NGUYÊN SƠ SINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG NĂM 2015</b>  <i>BS.CKII. Hồ Thị Thanh Thủy, BS.CKI Bành Đạt Thông ĐD.Hoàng Thị Trà My, CN.Lê Tuyết Ngân.</i>	121
21	<b>ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI BẰNG NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG</b>  <i>Bs.CKI.Lê Thiện Hiệp - Bs.CKI.Phạm Dân Nguyên ĐD.Trần Thị Trúc Mai - ĐD.Trần Ngọc Huệ</i>	127
22	<b>KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG SỐC SỐT XUẤT DENGUE Ở TRẺ TỪ DƯỚI 15 TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NHI BVĐKKV TỈNH NĂM 2014 – 2015</b>  <i>BS Đào Châu Khôi, BS Nguyễn Thị Kim Liên BS Bành Đạt Thông, BS Huỳnh Thị Kiều Phương</i>	131
23	<b>08 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA Ở TRẺ EM</b>  <i>BS Nguyễn Văn Ngãi, BS Nguyễn Thanh Long, BS Nguyễn Hữu Tuấn, BS Tăng Văn Dũng</i>	141

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ  
THOÁT VỊ BỆNH BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI  
ĐẶT MẢNH GHÉP HOÀN TOÀN NGOÀI PHÚC MẠC  
TẠI BVĐKKV TỈNH AN GIANG**

*Lữ Văn Trang, Trần Phước Hồng  
Nguyễn Tấn Huy, Nguyễn Ngọc Thanh*

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Thoát vị bẹn là bệnh lý thường gặp ở mọi lứa tuổi và cả hai phái với tỉ lệ giữa nam và nữ là 10/1. Ở nam, tỉ lệ mắc bệnh là 25%, ở nữ là 2% [8]. Theo Abrahamson, tần suất thoát vị bẹn tăng dần theo tuổi. Tuổi từ 25 đến 40 tần suất thoát vị bẹn là 5 – 8 %, đến lứa tuổi trên 75 tần suất thoát vị bẹn là 45 %. Xuất độ chung ở người lớn là 10 – 15 % [9].

Tại Mỹ, mỗi năm có khoảng 800.000 bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật [9]. Tại Pháp, tỉ lệ mắc 10/100.000 dân, hàng năm phẫu thuật khoảng 100.000 bệnh nhân.

Các kỹ thuật mổ dùng mô tự thân như Bassini, McVay, Shouldice, đều có nhược điểm chung là: đường khâu căng, do phải kéo 2 mép cân cơ vốn khá xa nhau khâu lại với nhau, làm cho bệnh nhân đau nhiều sau mổ, sự phục hồi sinh hoạt cá nhân và lao động sau mổ bị chậm trễ. Ngoài ra đường khâu căng còn làm cho lớp khâu tạo hình thiếu máu nuôi, sẹo lành không tốt, có thể dẫn đến tái phát [3]. Tỉ lệ tái phát sau mổ của phương pháp dùng mô tự thân là 10-20% ở Mỹ.

Ở Việt Nam, tỉ lệ tái phát sau mổ thoát vị bẹn bằng kỹ thuật dùng mô tự thân khá cao: Nguyễn Văn Liễu ứng dụng phẫu thuật Shouldice để điều trị 89 bệnh nhân thoát vị bẹn có tỉ lệ tái phát là 1,3 % [4]. Ngô Viết Tuấn ứng dụng phẫu thuật Shouldice cải biên hai lớp để điều trị 145 bệnh nhân thoát vị bẹn có tỉ lệ tái phát là 3,8 % [1].

Để loại bỏ triệt để sự căng ở đường khâu thoát vị một cách có hiệu quả mà không làm thay đổi cấu trúc giải phẫu, có thể dùng mảnh ghép đặt vào chỗ yếu thành bẹn và có thể thực hiện qua mổ mở hoặc mổ nội soi. Có hai phương pháp mổ nội soi: đặt mảnh ghép trước phúc mạc qua ngã bụng (TAPP) và đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc (TEP), trong đó theo Ramshaw tỉ lệ tái phát của TAPP là 2% và TEP là 0,3% [5].

Theo nghiên cứu của Bùi Trường Tèo, Trương Thanh Sơn tại vùng Đồng bằng sông cửu Long tỉ lệ mắc bệnh thoát vị bẹn ở nông thôn khá cao, lần lượt là 73,44% và 74%. Thường sau phẫu thuật, bệnh nhân cần đi làm sớm, đôi khi phải vận động, mang vác nặng nên việc đánh giá kết quả điều trị là rất cần thiết [2], [4].

Tại An Giang, chưa có nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc bệnh thoát vị bẹn, vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “ *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị sớm thoát vị bẹn bằng phương pháp phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc tại Bệnh Viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang* ” với hai mục tiêu cụ thể như sau :

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh thoát vị bẹn nhập viện tại khoa Ngoại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang

2. Đánh giá kết quả điều trị sớm bệnh thoát vị bẹn bằng phương pháp phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang năm 2013- 2015.

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

**2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU**

**2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh**

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán xác định thoát vị bẹn và được chỉ định điều trị phẫu thuật phục hồi thành bụng bằng phương pháp nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc.

Bệnh nhân đồng ý phẫu thuật và chấp nhận tham gia nghiên cứu.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Thoát vị bẹn – đùi phối hợp, thoát vị nghẹt, tái phát

- Bệnh nhân bị tăng áp lực ổ bụng do xơ gan cổ chướng, u đại tràng gây bán tắc ruột, đang thăm phân phúc mạc, bứu tuyến tiền liệt
- Bệnh nhân có bệnh nội khoa chống chỉ định phẫu thuật và một số bệnh nặng kèm theo như: Basedow chưa ổn định, tiểu đường nặng có biến chứng, đau thắt ngực không ổn định, suy thận, lao phổi tiến triển.
- Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật theo phương pháp nghiên cứu sau khi đã giải thích và tư vấn.

### 2.1.3 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Khoa Ngoại Bệnh Viện Đa Khoa khu vực Tỉnh An Giang.
- Thời gian: Từ ngày 01 tháng 06 năm 2013 đến ngày 30 tháng 10 năm 2015.

## 2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang không nhóm chứng.

### 2.2.2. Cỡ mẫu

- Cỡ mẫu chọn: ước lượng tỉ lệ trong quần thể nghiên cứu
- Tỉ lệ biến chứng trong mổ nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc thay đổi tùy theo từng nghiên cứu, phần lớn tỉ lệ biến chứng chung khoảng 2,7 %, tỉ lệ kết quả tốt khoảng 97,3%

- Dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu một mẫu :

- Nên sử dụng công thức : 
$$n = \frac{Z^2 p(1-p)}{c^2}$$

Trong đó :

- + n : là cỡ mẫu nhỏ nhất hợp lý.
- + Z : là giá trị số tùy thuộc vào mức tin cậy mong muốn của ước lượng; mức tin cậy mong muốn là 95% thì  $Z = 1,96$ .
- + p : là kết quả điều trị thành công 0,973%
- + c : là mức chính xác của nghiên cứu, sự khác biệt này được lựa chọn là 0,05.  
 $n = 41$  bệnh nhân.

### 2.2.3. Cách chọn mẫu

- Chúng tôi chọn tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian thực hiện nghiên cứu trên.

### 2.2.4. Phương pháp chọn mẫu

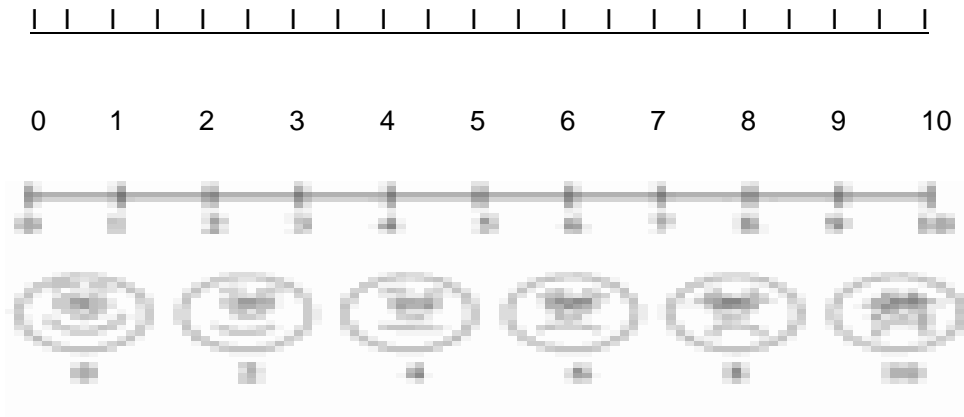
- Tất cả bệnh nhân nằm trong tiêu chuẩn chọn mẫu, được mổ đúng địa điểm và trong thời gian nghiên cứu.

### 2.2.5. Nội dung nghiên cứu.

#### 2.2.5.1. Nghiên cứu trên lâm sàng.

- Các biến số nghiên cứu:
  - + Giới.
  - + Nghề nghiệp. được chia làm BA nhóm:
    - Nhóm I: Lao động nhẹ
    - Nhóm II: Lao động nặng
    - Nhóm III : Mất sức lao động
  - + Lý do nhập viện.
  - + Thời gian mắc bệnh.
  - + Tiền sử.
    - Táo bón.
    - Lao phổi.
    - Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
    - Bứu tuyến tiền liệt.
    - Mổ thoát vị bẹn trước cùng bên đợt nhập viện.
    - Mổ thoát vị bẹn trước khác bên đợt nhập viện.
  - + Khác : Các bệnh lý tim mạch

- Tiền sử mổ bệnh lý khác không liên quan đến vùng bẹn.
- Bệnh lý nội tiết khác...
- + Bệnh lý kèm theo.
  - Táo bón.
  - Lao phổi.
  - Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.
  - Bướu tiền liệt tuyến.
  - Mổ thoát vị bẹn trước cùng bên đợt nhập viện.
  - Mổ thoát vị bẹn trước khác bên đợt nhập viện.
- + Khác : Các bệnh lý tim mạch
  - Tiền sử mổ bệnh lý khác không liên quan đến vùng bẹn.
  - Bệnh lý nội tiết khác...
- + Bệnh lý kèm theo nhằm đánh giá:
  - Các bệnh lý gây tăng áp lực ổ bụng: Bệnh phổi mạn tính gây ho nhiều, tiêu hóa như táo bón gây rặn nhiều, bướu tiền liệt tuyến gây tiểu khó.
  - Các bệnh lý liên quan đến thành bẹn yếu, bệnh mô liên kết, các yếu tố liên quan đến thành bẹn như hút thuốc lá..
- + Đau vùng bẹn
  - Theo thang điểm đau VAS (Visual Analogue Scale), thang điểm đau được tính từ 0 đến 10 điểm:



Hình 2.1. Mức độ đau.

- Khi khối thoát vị xuất hiện: Gây đau vùng bẹn- bìu, co kéo vùng bẹn- bìu, không co kéo không đau.
- + Khối thoát vị có dính hay không dính.
- + Vị trí thoát vị: phải, trái, hai bên.
- + Số bên thoát vị: một bên, hai bên.
- + Loại thoát vị: Phân loại theo Stoppa [13] chia làm 4 loại:
  - **Loại 1:** Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu < 2 cm, sàn bẹn tốt. Gặp ở trẻ em.
  - **Loại 2:** Thoát vị bẹn gián tiếp, lỗ bẹn sâu > 2 cm, sàn bẹn tốt.
  - **Loại 3:** Tất cả các loại thoát vị bẹn ( gián tiếp, trực tiếp, đùi) có liên quan đến sự hư hỏng sàn bẹn.
  - **Loại 4:** Thoát vị tái phát, chia làm 3 loại:
    - R1: Tái phát lần đầu, dạng gián tiếp, nhỏ
    - R2: Tái phát lần đầu, dạng túi thừa, trực tiếp trên xương mu
    - R3: Các dạng tái phát còn lại ( 2 bên, thoát vị đùi tái phát, tái phát nhiều lần, nghẹt).

+ Siêu âm: đánh giá thành phần khối thoát vị trong thoát vị bẹn dính không đẩy lên được.

### 2.2.5.2. **Đánh giá kết quả**

#### **Kỹ thuật thực hiện:**

\* *Nguyên tắc thực hiện:*

- Bệnh thỏa các tiêu chí, có chỉ định phẫu thuật, được mời gây mê khám trước mổ để đánh giá.

- Bệnh nhân sẽ được giải thích về các phương pháp phẫu thuật cho bệnh nhân chọn lựa. Bệnh nhân tự nguyện đồng ý đặt mảnh ghép bằng phẫu thuật nội soi.

- Êkip phẫu thuật do các bác sĩ tại khoa ngoại tổng quát của bệnh viện có thực hiện phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép bằng phương pháp TEP.

\* *Phương pháp thực hiện:*

- Đặt mảnh ghép hoàn toàn trước phúc mạc qua nội soi (TEP).

\* *Dụng cụ và thiết bị thực hiện:*

- Bộ phẫu thuật nội soi cơ bản.

- Mảnh ghép loại 32g/m<sup>2</sup> (premilen, hoặc Optilene).

\* *Quy trình phẫu thuật:*

- Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ.

+ Bệnh nhân được rửa sạch vùng mổ bằng xà phòng và sát trùng rộng bằng Betadine khi lên bàn mổ.

+ Bệnh nhân được sát trùng bằng Betadine trước khi trải khăn mổ bởi chính phẫu thuật viên từ dưới hai núm vú đến 1/3 trên đùi, cả vùng bìu bẹn.

#### **Kỹ thuật mổ:**

- Đặt Trocar

+ 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, chú ý tránh làm thủng phúc mạc.

+ Đặt trocar 1 (10 mm) nòng hướng về khớp mu một góc 30°. Sau đó, đặt camera 30° để kiểm tra, nếu vào đúng khoang tiền phúc mạc, cho bơm CO<sub>2</sub> với áp lực <11mmHg và lưu lượng <3 lít/phút, 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 5cm.

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

+ Phẫu tích túi thoát vị.

+ Xác định túi thoát vị, bóc tách túi với mô xung quanh, tách bó mạch thành tinh & ống dẫn tinh : Cột ngang cổ túi, chỉ cột phúc mạc và cắt ngang túi dưới chỗ cột đối với thoát vị gián tiếp dính nhiều hoặc quá dài. Thoát vị trực tiếp không cần cột túi thoát vị

+ Hạ nếp phúc mạc khỏi lỗ bẹn

+ Kích thước mảnh ghép

• Kích thước mảnh ghép phải che phủ hết lỗ cơ lược

• Mảnh ghép lớn 10x15cm không cần cố định.

• Thoát vị bẹn 2 bên dùng 1 mảnh ghép lớn hoặc đặt 2 mảnh ghép

+ Đặt mảnh ghép

• Đặt mảnh ghép phải đúng vị trí.

• Trải rộng mảnh ghép.

• Lá phúc mạc phải nằm ở bờ dưới của mảnh ghép.

+ Giữ mảnh ghép bằng dụng cụ đúng vị trí khi xả khí

• Xả khí chậm để lá phúc mạc nâng dần lên

+ Khâu lại vết mổ trocar

#### **Thuốc giảm đau sau mổ**

- Tất cả các bệnh nhân dùng paracetamol 1g truyền

- Bệnh nhân sau ba ngày còn sử dụng giảm đau cao hơn thì được đánh giá là tăng lên 1 mức độ đau theo thang điểm VAS.

### **2.2.5.3. Đánh giá và nhận định kết quả**

#### **- Đánh giá trong lúc mổ:**

- + Thời gian mổ.
- + Tai biến và biến chứng trong phẫu thuật :
  - Tồn thương mạch máu.
  - Thần kinh.
  - Thùng tinh.
  - Ruột.
  - Bàn quang.
  - Chảy máu.
  - Rách phúc mạc.
  - Chuyển mổ mở.

#### **- Đánh giá kết quả trong thời gian nằm viện:**

- + Đau sau mổ (theo thang điểm VAS)
- + Thời gian phục hồi, sinh hoạt cá nhân bình thường.
- + Thời gian phục hồi sớm sau mổ: từ khi mổ xong cho đến khi bệnh nhân tự đứng dậy được, tự đi tiểu, tự vệ sinh cho mình mà không cần sự giúp đỡ của người khác, được xác định bằng cách hỏi bệnh nhân: Trung tiện, Đi lại, ăn uống.

#### + Biến chứng :

- Bí tiểu
- Chảy máu sau mổ.
- Tụ máu vùng bìu thường gặp trong khối thoát vị lớn, dính.
- Nhiễm trùng vết mổ.
- Tràn khí dưới da.
- Thoát vị lỗ trocar.
- Viêm thừng tinh – tinh hoàn.
- + Thời gian nằm viện sau mổ: tính từ ngày mổ đến ngày xuất viện.
- + Tái phát sớm sau mổ.

#### **- Đánh giá kết quả sau 7 ngày:**

- + Đau sau mổ (theo thang điểm VAS).
- + Các thông tin cần ghi nhận khi tái khám:
  - Thời gian trở lại lao động bình thường.
  - Tái phát: 1 hoặc 2 bên, đã điều trị tái phát ở cơ sở nào chưa.
  - Đau vết mổ kéo dài.
  - Rối loạn cảm giác vùng bẹn – bìu.
  - Tụ dịch ở bìu.
  - Nhiễm trùng vết mổ.
  - Thoát vị lỗ trocar.
  - Sa tinh hoàn.
  - Tràn dịch màng tinh hoàn.
  - Rối loạn sự phóng tinh.
  - Thủ trừ mảnh ghép.

#### **- Tiêu chuẩn đánh giá:**

- + Dựa vào siêu âm vùng bìu bẹn.
- + Mức độ hài lòng của người bệnh:
  - + Hài lòng hoàn toàn.
  - + Chấp nhận.
  - + Không hài lòng.
- + Đau sau mổ (theo thang điểm VAS).

#### **- Đánh giá các trường hợp biến chứng.**

- + Đặc điểm các trường hợp tụ dịch vùng bìu.
- + Đặc điểm các trường hợp chuyển mổ mở.
- + Đặc điểm các trường hợp tái phát

### 2.2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

- Các số liệu được xử lý theo phần mềm thống kê STATA 10 với các test thống kê mô tả: tỷ lệ phần trăm, số trung bình.
- Các biến số định tính được kiểm định bằng phép chi bình phương.

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN :

### 3.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

- Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 6 năm 2013 đến tháng 10 năm 2015 chúng tôi thu thập được 44 trường hợp thỏa các điều kiện chọn bệnh với kết quả như sau:

- Tuổi trung bình là  $46 \pm 16$  tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 17, lớn nhất là 77 tuổi.

- Nhận xét : kết quả nghiên cứu tôi phần lớn là bệnh nhân tuổi trung niên và tuổi già. Tuổi trẻ chiếm tỉ lệ rất thấp điều này cung phù hợp với nghiên cứu của nhiều tác giả khác như : Phạm Hữu Thông và CS nghiên cứu 132 năm 2009 thì tuổi trung bình là 59 tuổi, Stavros và CS nghiên cứu 538 năm 2013 thì tuổi trung bình là 48, Theo Alberto Meyer nghiên cứu 2012 với 4565 BN thì tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 55, Yoon Young Choi năm 2011 nghiên cứu 879 BN tuổi trung bình là 48,5 tuổi.

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng trước mổ:

*Bảng 3.1 Đặc điểm lâm sàng trước mổ*

	Số ca	Tỉ lệ %
Dân tộc <i>Kinh</i>	38	86,36%
Nghề nghiệp <i>Lao động nặng</i>	27	61,36%
Lý do vào viện <i>Khối phòng vùng bẹn to</i>	42	95,45%
Thời gian bị thoát vị <i>&lt; 1 năm</i>	15	34,09%
<i>&gt; 3 năm</i>	21	47,73%
Tiền sử tăng áp lực ổ bụng	4	9,09%
Vị trí thoát vị: <i>Bên phải</i>	28	63,64%
<i>Bên trái</i>	15	34,09%
<i>Cả 2 bên</i>	1	2,27%
Túi thoát vị xuống đến: <i>Bẹn</i>	26	59,09%
<i>Bìu</i>	13	29,55%

### Nhận xét:

- Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi có 61,36% là làm động nặng, số còn lại là già yếu mất sức lao động.
- Chúng tôi chỉ chọn bệnh mổ chương trình nên phần lớn (95,45%) lý do vào viện chỉ đơn thuần là khối phòng vùng bẹn to mà nhập viện chứ chưa bị đau nhiều mà nhập viện
- Vị trí thoát vị bên phải chiếm đến 63.64% trong khi cả 2 bên thì chỉ có một trường hợp.
- Phần lớn là khi khối thoát vị đến bẹn hoặc bìu bệnh nhân mới nhập viện chiếm tỉ lệ 88.64%.

### 3.3. Đặc điểm trong mổ

Bảng 3.2 Đặc điểm trong mổ

	Số ca	Tỉ lệ %
Loại thoát vị: <i>Gián tiếp</i>	42	95,45%
Khối thoát vị: <i>Đính</i>	4	9,09%
Cắt túi thoát vị:	10	22,73%
Cột cổ túi thoát vị:	13	29,55%
Nội dung túi thoát vị: <i>Mạc nối lớn</i>	41	93,18%
Rách phúc mạc trong mổ	20	45,45%
Tổn thương tạng xung quanh: <i>- Ống dẫn tinh</i>	1	2,33%
Chảy máu trong mổ: <i>- Bìu</i>	2	4,55%

#### Nhận xét:

- Phần lớn nhóm nghiên cứu là thoát vị gián tiếp chiếm 95.45%, khối thoát vị không dính. Trong một số nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy tỉ lệ thoát vị gián tiếp cao hơn trực tiếp: theo Alberto Meyer là 56,5%, Theo Phạm Hữu Thông là 74.3%, Yoon Young Choi là 95.5%.

- Nội dung khối thoát vị hầu hết là mạc nối lớn chiếm 93,18%

- Các tổn thương rách phúc mạc cũng gặp khá nhiều 45.45% nhưng các tổn thương rách này không làm ảnh hưởng gì nhiều đến quá trình thao tác.

- Trong nhóm nghiên cứu có một trường hợp làm tổn thương tạng xung quanh chiếm 2,33% (*tổn thương ống dẫn tinh*). Trường hợp này chúng tôi tiến hành khâu ngay thì đầu ống dẫn tinh bằng Prolen 6.0 cho kết quả lành tốt. Theo các tác giả khác tỉ lệ tổn thương tạng xung quanh là rất thấp: theo Alberto Meyer tỉ lệ tổn thương chung là 0.6% (chảy máu là 0.25%, đứt ống dẫn tinh là 0.04%)

- Có 2 trường hợp chảy máu làm tụ dịch ít vùng bìu (4,55%). Các trường hợp này chúng tôi chỉ sử dụng thuốc cầm máu phối hợp cho kết quả thành công.

### 3.4.Theo dõi hậu phẫu:

Bảng 3.3 Theo dõi hậu phẫu

	Số ca	Tỉ lệ %
Kháng Sinh sử dụng: <i>- Cephalosporin</i>	3	
+ <i>Aminoglycoside</i>	31	70,45%
<i>- Phối hợp khác</i>	11	29,55%
Giảm đau sau mổ: <i>-Paracetamol truyền tĩnh mạch</i>	37	84,09%
<i>- Phối hợp 2 loại trở lên</i>	7	19,91%
Tái phát	0	0%
Mức độ hài lòng: <i>- Hoàn toàn hài lòng</i>	37	84,09%
<i>- Chấp nhận được</i>	7	15,91%
<i>- Không hài lòng</i>	0	0%

### **Nhận xét:**

- Trong hầu hết các trường hợp chúng tôi sử dụng kháng sinh phối hợp phổ rộng là Aminoglycoside với nhóm cephalosporine thế hệ 3 (70.45%), không có trường hợp nào sử dụng kháng sinh dự phòng.

- Sau mổ chúng tôi sử dụng giảm đau bằng đường truyền tĩnh mạch đơn thuần chiếm 84.09%, còn lại các trường hợp có biểu hiện đau nhiều chúng tôi phối hợp thêm 1 loại giảm đau nonsteroid trong 1 hoặc 2 ngày hậu phẫu đầu tiên.

- Trong nhóm nghiên cứu tất cả các bệnh nhân được tái khám sau mổ 1 tuần và liên lạc bằng điện thoại theo dõi cho thấy không có trường hợp nào tái phát ( theo dõi dài nhất 28 tháng, theo dõi ngắn nhất là 1.5 tháng)

- Mức độ hài lòng hoàn toàn của nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi là 84.09%, còn lại 15,91% thì chấp nhận được, không gặp trường hợp nào than phiền và cảm thấy khó chịu. Về mức độ hài lòng của bệnh nhân của một số tác giả khác như sau: Ông Novik và cộng sự năm 2006 có nghiên cứu tương tự với mức độ hài lòng là 69% trong 96 bệnh nhân theo dõi 40 tháng, 28% là chấp nhận được. Nghiên cứu Phạm Hữu Thông năm 2010 với 132 trường hợp tỉ lệ hài lòng là 94%, có 1% trường hợp không hài lòng.

### **3.5. Các giá trị trung bình của nghiên cứu**

**Bảng 3.4 Bảng giá trị trung bình**

	Trung bình	Thấp nhất	Cao nhất
Thời gian phẫu thuật	78 ± 23 phút	40 phút	150 phút
Thời gian nằm viện	5 ± 1 ngày	3 ngày	9 ngày
Thời gian trung tiện	30 ± 10 giờ	12 giờ	48 giờ
Thời gian đi lại	24 ± 4 giờ	12 giờ	36 giờ
Thời gian ăn uống trở lại	23 ± 4 giờ	12 giờ	38 giờ

### **Nhận xét:**

- Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là 78phút, kéo dài nhất 150 phút.

- Thời gian nằm viện trung bình 5 ngày, kéo dài nhất là 9 ngày

- Trung tiện, đi lại và ăn uống sau mổ của nhóm chúng tôi cũng khá sớm, kéo dài nhất là 2 ngày. Nhanh nhất là trong ngày phẫu thuật.

### **3.6. Mức độ hài lòng của bệnh nhân**

**Bảng 3.5 So sánh mức độ hài lòng của bệnh nhân với các yếu tố liên quan.**

	Hài lòng	Chấp nhận được	P
Cắt túi thoát vị: <i>Có</i>	31	3	0,018
<i>Không</i>	6	4	
Cột cổ túi thoát vị: <i>Có</i>	29	2	0,008
<i>Không</i>	8	5	
Rách phúc mạc: <i>Có</i>	0		0%
<i>Không</i>			
Chảy máu trong mô: <i>Có</i>	37	5	0,001
<i>Không</i>	0	2	
Giảm đau paracetamol đơn thuần: <i>Có</i>	33	4	0.034
<i>Không</i>	4	3	
Kháng sinh phối hợp: Cephalosporin 3 + aminoglycoside: <i>Có</i>	27	4	0,40
<i>Không</i>	10	3	

### **Nhận xét:**

- Khi bệnh nhân có cắt hoặc cột túi thoát vị thì kết quả sau cùng bệnh nhân thường không hài lòng với kết quả phẫu thuật về lâu dài sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê

- Giảm đau sau mổ khi có phối hợp hơn 1 loại thuốc giảm đau thì cho thấy bệnh nhân hậu phẫu hài lòng hơn với  $P = 0.034$  ( có ý nghĩa thống kê).

- Sử dụng kháng sinh phối hợp phổ rộng hay không đều không làm tăng mức độ hài lòng của bệnh nhân về sau với  $p = 0.4$

### **3.7. Tỷ lệ tái phát:**

Bảng 3.6 Tỷ lệ tái phát so với các tác giả khác

	Số ca	Tỷ lệ tái phát %	Thời gian theo dõi
Phạm hữu Thông 2009	114	0%	26 tháng
Yoon Young Choi 2012	879	0.1%	45 tháng
Novik 2006	1000	0%	40 tháng
Chúng tôi 2015	44	0%	28 tháng

## **IV. KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu cho thấy phẫu thuật nội soi đặc mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị bệnh Thoát vị bẹn là phương pháp hữu hiệu đem lại nhiều kết quả tốt về khả năng lành bệnh và tỉ lệ tái phát thấp về lâu dài tại bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

### **Tiếng việt**

1. La Văn Phú, CS (2010), “Phẫu thuật nội soi thoát vị bẹn đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc”, *Hội nghị phẫu thuật nội soi Châu Á Thái Bình Dương*, Tr. 33-34.

2. Trương Thanh Sơn (2014), “Đánh giá kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn ở người lớn tuổi bằng phương pháp đặt mảnh ghép nội soi hoàn toàn trước phúc mạc tại Cần Thơ từ năm 2012 đến 2014”, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Cần Thơ.

3. Phạm Hữu Thông (2010), “Kết quả phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn dưới gây tê tùy sống và gây mê”, *Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh*, Tập 2, Tr.53-58.

4. Bùi Trường Tèo (2010), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng mổ mở đặt mảnh ghép theo Lichtenstein tại Cần Thơ”, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại Học Y Dược Huế.

### **Tiếng Anh**

5. Alberto Meyer (2013). “Laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repair. Twentyseven severe complications after 4565 consecutive operations”. *Rev Col Bras Cir.*;40(1).

6. Abrahamson J (1997), “Hernias”, *Maingot’s abdominal operations*, pp. 479-22. Bendavid R (1992), “The space of Bogros and the deep inguinal venous circulation”, *Surg Gynecol Obstet*, 174, pp. 355-358.

7. Choi Y.Y., HurK.Y., Kim Z.(2011), “Laparoscopic total extraperitoneal repair for incarcerated inguinal hernia”, *Journal of The Korean surgical Society 2011*, 80, pp. 426-430.

8. Novik (2006), “Fibrin glue for securing the mesh in laparoscopic totally extraperitoneal inguinal hernia repair” *Surg Endosc* 20: 462–467.

9. Stavros A. Antoniou, M.D (2013), “Transabdominal preperitoneal versus totally extraperitoneal repair of inguinal hernia: a meta-analysis of randomized studies”, *The American Journal of Surgery* 206, 245-252

# KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN GIÁP NỘI SOI: TIẾP CẬN ĐƯỜNG NÁCH VÀ QUẪNG VÚ

*Đỗ Hữu Liệt\*, Đoàn Tiến Mỹ\*, Hoàng Công Thành\*,  
Nguyễn Duy Toàn\*, Trần Vĩnh Long Trường\* Nguyễn Thái Tuấn\**

**Mở đầu:** Phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi gần đây đã phát triển nhanh chóng trong lĩnh vực phẫu thuật tuyến giáp kể từ khi Gagner mô tả phẫu thuật cắt tuyến cận giáp lần đầu tiên năm 1996[6]. Có nhiều cách tiếp cận tuyến giáp cho việc phẫu thuật nội soi tuyến giáp của nhiều tác giả trên thế giới. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn phương pháp tiếp cận bằng đường nách và đường quầng vú để thực hiện phẫu thuật này.

**Phương pháp:** Từ tháng 2.2010 đến tháng 12.2014 chúng tôi thực hiện 426 trường hợp; 396 nữ(93%), 30 nam(7%). Tuổi trung bình là  $36,5 \pm 6,2$ (16-70) tuổi. Chúng tôi sử dụng 3 trocar: 1 trocar 5mm ở phía trên quầng vú, 1 trocar 5mm và 1 trocar 10mm ở vùng nách cùng bên. Mô bệnh phẩm được bỏ vào bao và lấy qua lỗ trocar 10mm ở nách.

**Kết quả:** Đường kính trung bình của bướu giáp là  $2,68 \pm 0,15$ (2-6)cm. Tất cả bệnh nhân đều được thực hiện thành công với phương pháp mổ nội soi. Có 204 trường hợp(47,8%) bướu thùy phải, 127 trường hợp bướu thùy trái (29,8%), và 95 trường hợp (21,5%) bướu 2 thùy, 38 trường hợp cường giáp ổn định (8,9%), ung thư giáp 32 trường hợp. Chúng tôi thực hiện cắt thùy cho 325 trường hợp, cắt gần trọn tuyến giáp 58 trường hợp. Có 28 trường hợp chúng tôi phải thực hiện phẫu thuật cắt thùy đối diện còn lại do kết quả giải phẫu bệnh lý sau mổ là ung thư tuyến giáp. Thời gian mổ trung bình cho cắt thùy là  $30,56 \pm 2,1$ (25-65) phút và cắt gần trọn hay cắt trọn là  $61,15 \pm 3,25$ (45-125)phút. Không có biến chứng do CO2 gây ra. Có 48 trường hợp(11,2%) bị khàn tiếng sau mổ cho trong quá trình mổ bị chấn thương thần kinh quặt ngược thanh quản nhưng sau đó bệnh nhân hồi phục hoàn toàn sau 6 tuần. Thời gian nằm viện trung bình  $1,33 \pm 0,42$ (1-4) ngày.

**Kết luận:** Phẫu thuật cắt tuyến giáp qua ngã nội soi với tiếp cận đường bên và quầng vú là an toàn và hiệu quả, đảm bảo yếu tố thẩm mỹ cao, ít tai biến và biến chứng.

Từ khóa: Cắt tuyến giáp nội soi, đường nách và quầng vú

## **Results of endoscopic thyroidectomy: ipsilateral axillary and breast areolar approach**

**Background:** Endoscopic thyroidectomy is a recently developed procedure in the field of thyroid surgery since the first description of endoscopic parathyroidectomy by Gagner in 1996. There are ways to approach to thyroid gland for this procedure of many authors in the world. The present study reviews our initial experiences with endoscopic thyroidectomy using ipsilateral axillary and breast areolar approach to evaluate its safety and feasibility

**Methods:** From February 2010 to december 2014, we performed 426 cases with 93% female, mean age  $36.5 \pm 6.2$ (range, 16-70) years. We inserted 3 tocars with two 5mm-trocar and 10mm-trocar at ipsilateral axilla and the other at upper margin of breast areola. Specimen was put into an endobag and pulled out through the axillary skin incision.

**Results:** The mean diameter of goiter was  $2.68 \pm 0.15$ (range, 2-6)cm. All patients were successfully performed with endoscopic procedure. There were 204 cases(47.8%) from right lobe, 127 cases(29.8%) from left lobe, 95 cases(21.5%) from bilateral site and 38 cases(8.9%) from stable hyperthyroidism. Endoscopic procedures were 325 lobectomies, 58 sub-total thyroidectomy. There were 28 cases we must performed reoperation with contralateral lobe due to postoperative pathology was thyroid cancer. The operating time for lobectomy was  $30.56 \pm 2.1$ (25-65)minutes and for sub-total or total thyroidectomy was  $61.15 \pm 3.25$ (range, 45-125)minutes. No CO2 gas-related complications, such as subcutaneous emphysema or hypercapnia. There was 48 cases(11.2%) of hoarseness due to recurrent laryngeal nerve injury but she recovered for 6 weeks. The mean length of the hospital stay was  $1.33 \pm 0.42$ ( range, 1-4) days.

**Conclusion:** Endoscopic thyroidectomy with breast areolar and ipsilateral axillary approach is safe and feasible. The cosmetic results were considered excellent by all patients and less morbidity.

**Key word:** Endoscopic thyroidectomy, axillary and breast areolar approach

(\*) Khoa ngoại gan mật tụy BV Chợ Rẫy

(\*\*) Bộ môn ngoại ĐHYD TP Hồ Chí Minh

## MỞ ĐẦU

Kể từ năm 1996, Gagner mô tả lần đầu tiên cắt tuyến cận giáp qua ngã nội soi, phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi một thời gian dài chưa trở thành phẫu thuật tiêu chuẩn[2]. Tuy nhiên trong mười năm trở lại đây phẫu thuật này phát triển mạnh mẽ và được nhiều phẫu thuật viên trên thế giới quan tâm[8]. Có nhiều cách tiếp cận tuyến giáp cho việc phẫu thuật nội soi tuyến giáp của nhiều tác giả trên thế giới như tiếp cận từ đường cổ trước của Gagner, tiếp cận từ đường cổ bên của Henry, Inabnet; tiếp cận đường vú của Park hay tiếp cận từ đường nách của Ikeda...[2]. Tất cả các đường tiếp cận đều có những ưu và nhược điểm khác nhau. Trong nghiên cứu này chúng tôi chọn phương pháp tiếp cận bằng đường nách và đường quàng vú của tác giả Trần Ngọc Lương[7]. Đây là đường tiếp cận kết hợp được sự hài hòa của hai tác giả Park và Ikeda và cũng tương tự cách tiếp cận Hybrid mà tác giả Charles T.K.Tan đã giới thiệu[1].

## MỤC TIÊU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả phương pháp này trong phẫu thuật nội soi tuyến giáp

**Phương pháp nghiên cứu:** loạt ca, tiến cứu.

-Tiêu chuẩn chọn bệnh:

+Bệnh nhân có bướu kích thước nhỏ hơn 6cm

+Chức năng tuyến giáp bình thường

+Đồng ý phẫu thuật nội soi

-Qui trình thực hiện:

+Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, nằm ngửa, kê gối nhỏ dưới vai.

+Chúng tôi sử dụng 3 trocar cho phẫu thuật này. Trocar 10mm được đặt ở hõm nách đường nách giữa, 1 trocar 5mm được đặt ở đường nách trước ngay chỗ nếp gấp của cánh tay và thành ngực. Khi đặt xong 2 trocar này chúng tôi dùng móc đốt tạo khoảng trống dưới da trước cơ ngực lớn. Khi có khoảng trống đủ rộng trocar còn lại 5mm được đặt phía trên quàng núm vú. Tất cả các trocar đều ở cùng bên với bướu của tuyến giáp.

+CO2 được bơm với áp lực 10mmHg. Chúng tôi dùng móc đốt và ống hút để tạo khoảng trống từ ngực lên đến cổ và bộc lộ toàn bộ thùy và bướu của tuyến giáp.

+Sau đó dùng dao siêu âm phẫu tích các cực của tuyến giáp, bộc lộ tuyến cận giáp và thân kinh thanh quản quặt ngược trước khi cắt thùy tuyến giáp.

+Sau khi cắt xong thùy tuyến giáp, chúng tôi bơm nước kiểm tra chảy máu, cho bệnh phẩm vào bao, đặt 1 ống dẫn lưu nhỏ qua lỗ trocar 5mm đường nách trước, lấy bệnh phẩm qua lỗ trocar 10mm đường nách giữa và gỡ giải phẫu bệnh lý. Các lỗ trocar được khâu với chỉ vicryl 4.0 tan nhanh và không cần phải cắt chỉ. Ống dẫn lưu được rút 1 ngày sau mổ.

## KẾT QUẢ

**Kết quả:** Đường kính trung bình của bướu giáp là  $2,68 \pm 0,15(2-6)$ cm. Tất cả bệnh nhân đều được thực hiện thành công với phương pháp mổ nội soi. Có 204 trường hợp (47,8%) bướu thùy phải, 127 trường hợp bướu thùy trái (29,8%), và 95 trường hợp (21,5%) bướu 2 thùy, 38 trường hợp cường giáp ổn định (8,9%), ung thư giáp 32 trường hợp. Chúng tôi thực hiện cắt thùy cho 325 trường hợp, cắt gần trọn tuyến giáp 58 trường hợp. Có 28 trường hợp chúng tôi phải thực hiện phẫu thuật cắt thùy đối diện còn lại do kết quả giải phẫu bệnh lý sau mổ là ung thư tuyến giáp. Thời gian mổ trung bình cho cắt thùy là  $30,56 \pm 2,1(25-65)$  phút và cắt gần trọn hay cắt trọn là  $61,15 \pm 3,25(45-125)$  phút. Không có biến chứng do CO2 gây ra. Có 48 trường hợp (11,2%) bị khàn tiếng sau mổ cho trong quá trình mổ bị chấn thương thần kinh quặt

ngược thanh quản nhưng sau đó bệnh nhân hồi phục hoàn toàn sau 6 tuần. Thời gian nằm viện trung bình  $1,33 \pm 0,42(1-4)$  ngày.

**Kết luận:** Phẫu thuật cắt tuyến giáp qua ngã nội soi với tiếp cận đường bên và quầng vú là an toàn và hiệu quả, đảm bảo yếu tố thẩm mỹ cao, ít tai biến và biến chứng.

Từ khóa: Cắt tuyến giáp nội soi, đường nách và quầng vú

### BÀN LUẬN

Kể từ khi Gagner báo cáo kết quả cắt tuyến cận giáp qua ngã nội soi năm 1996[7], ông đã đặt nền móng cho phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi sau này. Năm 1997 Huscher và cộng sự báo cáo kết quả cắt thùy tuyến giáp hoàn toàn qua ngã nội soi với đường tiếp cận trước cơ ức đòn chũm[2]. Sau đó một số tác giả đã giới thiệu một số đường tiếp cận thực hiện cắt tuyến giáp qua ngã nội soi[3]. Thế nhưng, các phương pháp này đều không đạt được yếu tố thẩm mỹ vì vẫn để lại sẹo ở vùng cổ. Năm 2000, Ikeda báo cáo kết quả tiếp cận bằng đường nách phương pháp này đạt được yếu tố thẩm mỹ. Tuy nhiên, phương pháp này khó thực hiện hơn do 3 trocar nằm gần nhau vì thể thao tác dễ va chạm nhau và thời gian mổ dài hơn[9]. Sau đó năm 2003, Park và cộng sự báo cáo 100 trường hợp tiếp cận từ đường vú. Tác giả dùng trocar kích thước 10-15mm, phẫu tích sang 2 bên ngực. Điều này không đảm bảo yếu tố thẩm mỹ và sau mổ bệnh nhân đau nhiều hơn[3]. Chính vì những yếu tố trên chúng tôi thực hiện phương pháp tiếp cận của tác giả Trần Ngọc Lương năm 2010, tác giả báo cáo với số lượng lớn 1435 bệnh nhân. Ông cho rằng với tiếp cận bằng đường nách và quầng vú, tuyến giáp được bộc lộ dễ dàng, việc kiểm soát chảy máu và thần kinh thanh quản quặt ngược cũng tiện lợi hơn. Chúng tôi chọn đường tiếp cận này đến thời điểm hiện tại chưa gặp khó khăn gì trong việc tiếp cận tuyến giáp[8].

Chúng tôi chọn 2 trocar 5mm cho đường tiếp cận ở đường nách trước và phía trên quầng vú. Điều này không ảnh hưởng nhiều đến yếu tố thẩm mỹ của bệnh nhân vì lỗ trocar nhỏ, được che khuất bởi nếp gấp cánh tay và quầng của vú. Khi được thực hiện khâu dưới da thẩm mỹ thì hầu như không còn thấy sẹo. Chúng tôi không thực hiện đặt trocar 10mm ở quầng vú như các tác giả Park hay K. Jeryong vì điều này không cần thiết và làm bệnh nhân đau nhiều dễ gây biến chứng chảy máu hơn.

Chúng tôi chọn bướu không quá 6cm trong thời gian đầu khi bắt đầu phẫu thuật nội soi bướu giáp, với bướu lớn hơn 6cm việc tạo phẫu trường sẽ khó hơn vì thế việc phẫu tích và bộc lộ tuyến giáp cũng sẽ khó hơn. Thực tế, qua 10 trường hợp ban đầu chúng tôi chỉ chọn những bệnh nhân có bướu dưới 4 cm, tuy nhiên khi thao tác đã trở nên quen thuộc chúng tôi thực hiện đến những bệnh nhân có bướu 6cm mà không gặp trở ngại gì, có chăng đó là khi thực hiện lấy bệnh phẩm mất thời gian lâu hơn bướu có kích thước nhỏ. Hiện nay theo tác giả Trần Ngọc Lương những bướu có đường kính dưới 7cm đều có thể thực hiện được qua ngã nội soi. Chúng tôi cũng đã thực hiện thành công các trường hợp như trên, không những cho một thùy cả cả hai thùy đều có thể phẫu thuật được.

Thời gian mổ chúng tôi trung bình Thời gian mổ trung bình cho cắt thùy là  $30,56 \pm 2,1(25-65)$  phút và cắt gần trọn hay cắt trọn là  $61,15 \pm 3,25(45-125)$  phút so với Jeryong 89,93 phút, Eckhard Barlehner là 132 phút, Jun-Ho Choe là 165,3 phút[2][6][7]. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi ngắn hơn, tuy nhiên tiêu chuẩn chọn bệnh của mỗi tác giả khác nhau và số lượng bệnh nhân cũng khác nhau. Nhưng điều này cũng gợi ý rằng phương pháp tiếp cận của chúng tôi phù hợp cho phẫu thuật này. Tác giả Trần Ngọc Lương thực hiện phương pháp cắt tuyến giáp nội soi với tiếp cận giống như chúng tôi với số lượng 1354 trường hợp và có thời gian mổ trung bình 56,5 phút[8]. Điều này khẳng định phương pháp này là phù hợp, với thời gian mổ ngắn hơn các phương pháp khác.

Tai biến và biến chứng trong cũng như sau mổ của chúng tôi thấp-48 trường hợp(11,2%) bệnh nhân bị khàn tiếng tạm thời. Tất cả các trường hợp trước khi phẫu thuật cắt tuyến giáp chúng tôi đều phải thực hiện đúng nguyên tắc chung đó là phải tìm tuyến cận giáp trước sau đó tìm thần kinh quặt ngược phẫu tích chúng ra khỏi tuyến giáp trước khi cắt, tuy nhiên khi thực hiện cắt dây chằng Berry- đây là nơi dễ tổn thương thần kinh quặt ngược nhất, có thể dây thần kinh bị chấn thương trong quá trình phẫu tích hoặc sức nóng của dao siêu âm là tổn

thương dẫn đến bệnh nhân bị khàn tiếng trong thời gian khá dài(6 tuần), điều đó đã ảnh hưởng rất nhiều đến công việc của bệnh nhân. Cho nên, để khắc phục tình trạng này hiện tại chúng tôi khi thực hiện các trường hợp cắt trên dây chằng Berry, và dùng chế độ Max cảnh nóng của dao siêu âm phải đặt xa dây chằng. Chúng tôi nghĩ rằng đây là biến chứng hoàn toàn có thể tránh được nếu chúng ta cẩn thận hơn trong phẫu tích cắt dây chằng Berry. Chúng tôi gặp 9 trường hợp(2,1%) chảy máu sau mổ gây tụ máu vùng ngực và cổ, chúng tôi tiến hành xử lý tại chỗ bằng cách mở lại chỗ đặt trocar 10mm, đẩy máu ra lỗ trocar sau đó tiến hành băng ép lại, tất cả đều thành công không trường hợp nào phải chuyển mổ mở như một số tác giả. Chúng tôi cũng gặp 6 trường hợp(1,4%) dính cơ và da vùng cổ gây co rút cơ cổ và mô dưới da vùng ngực, 5 trong 6 trường hợp được phẫu thuật tiểu phẫu vùng cổ để cắt phần mô bị dính, các trường hợp này sau đó đều thành công, hết gây dính. Đây là những trường hợp có tụ dịch sau mổ, trong quá trình theo dõi sau mổ chúng tôi có chọc hút tại chỗ đều thành công. Tuy nhiên, hậu quả để lại sau tụ dịch 3-6 tháng là sự xơ hóa và co rút vùng cổ phải phẫu thuật cắt bỏ mô xơ. Để khắc phục tình trạng này, chúng tôi tiến hành để băng ép ở cổ từ 2-3 ngày tùy theo bệnh nhân trong mổ đánh giá khó hay dễ, nếu ống dẫn lưu còn ra dịch chúng tôi lưu lại thêm ngày. Điều quan trọng đó là chúng tôi cho bệnh nhân tập vận động vùng cổ sớm. Gần đây, chúng tôi chưa gặp trường hợp nào tương tự. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp bị thủng khí quản sau phẫu thuật cắt gần trọn tuyến giáp sau 13 ngày, bệnh nhân sau mổ xuất viện ăn uống bình thường, tuy nhiên ngày 11 bệnh nhân bị viêm họng ho nhiều 2 ngày sau bị tụ khí vùng cổ được xác định sau đó là thủng khí quản. Chúng tôi xử trí bằng cách dẫn lưu khí tại chỗ liên tục và băng ép 1 tuần bệnh nhân ổn định xuất viện. Đây có thể là trường hợp tổn thương khí quản muộn do tai biến của dao siêu âm hoặc do khí quản có chỗ khiếm khuyết mỏng hơn bình thường sau khi lấy tuyến giáp thành khí quản sẽ bị yếu khi áp lực đường thở tăng dẫn đến dễ bị thủng. Có 15 trường hợp(3,5%) hạ calci máu sau mổ cắt toàn bộ tuyến giáp, trong đó 9 trường hợp hồi phục sau 4-6 tuần, 6 trường hợp còn lại vẫn phải dùng thuốc hỗ trợ mỗi ngày. Các trường hợp tổn thương tuyến cận giáp này đều xảy ra trong những trường hợp đầu khi chúng tôi tiến hành cắt toàn bộ tuyến giáp ở bệnh nhân ung thư giáp do chúng tôi chưa có nhiều kinh nghiệm. Hiện tại, chúng tôi đã thực hiện thường qui cắt toàn bộ tuyến giáp điều trị ung thư tuyến giáp chưa di căn hạch và không có trường hợp nào bị hạ calci vĩnh viễn.

Chúng tôi phải thực hiện mổ lại lần hai cho 28 trường hợp(6,5%) để cắt tiếp thùy tuyến giáp còn lại do kết quả giải phẫu bệnh lý sau mổ là ung thư tuyến giáp. Điều này do kết quả của FNA trước mổ không phát hiện được, chúng tôi lấy làm tiếc cho những trường hợp này vì bệnh nhân phải chịu 2 cuộc phẫu thuật trong thời gian ngắn, mặc dù chúng tôi vẫn thực hiện an toàn và nhanh chóng qua phẫu thuật nội soi cho bệnh nhân. Tuy nhiên, bệnh nhân phải tổn nhiều vật chất và tin thần hơn. Hiện tại cả bệnh nhân đều khỏe mạnh và đang được theo dõi và điều trị với I-131.

Thời gian nằm viện của chúng tôi  $1,33 \pm 0,42$ (1-4) ngày so với Jun-Ho Choe 4 ngày, Eckhard Barlemer 2,7 ngày Jeryong 5,37 ngày[2],[5],[7]. Thời gian nằm viện của nghiên cứu chúng tôi ngắn hơn tác giả khác. Tuy nhiên, như chúng tôi đã đề cập mỗi tác giả có cách chọn bệnh khác nhau và phương pháp mổ cũng khác nhau nên không thể so sánh chính xác được. Với kết quả có được chúng tôi vẫn cho rằng thời gian nằm viện trung bình từ 2-3 ngày là thích hợp hơn cả.

Tất cả bệnh nhân trở lại tái khám đều rất hài lòng với vết mổ, họ rất tự tin khi mặc những trang phục theo ý thích của mình. Sự hài lòng cao của bệnh nhân cũng là nguồn động viên lớn đối với chúng tôi để thực hiện tiếp đề tài này.

## KẾT LUẬN

Qua 426 trường hợp thực hiện cắt tuyến giáp qua ngã nội soi với tiếp cận bằng đường nách và quàng vu, chúng tôi nhận thấy rằng đây là phương pháp an toàn, hiệu quả và thẩm mỹ cao, đáp ứng được kỳ vọng về thẩm mỹ của bệnh nhân và có thể áp dụng cho nhiều loại bệnh lý tuyến giáp khác nhau.

**Tài liệu tham khảo:**

1. Charles T.K.Tan, W.K.Cheak, Leigh Delbridge(2008) “Scarless” (in the Neck) Endoscopic Thyroidectomy(SET):An Evidence-based Review of Published Techniques.*World J Surg* 32:1349-1357
2. Eckhard Barlehner, Tahar Benhidjeb(2008) Cervical scarless endoscopic thyroidectomy:Axillo-bilateral-breast approach(ABBA).*Surg Endosc* 20:339-342
3. E.Th.Slotema, F. Sebag, J.F. Henry(2008) What is the Evidence for Endoscopic Thyroidectomy in the Management of Benign Thyroid Disease?.*World J Surg* 32:1325-1332
4. F.F.Palazzo, F.Sebag, J.F.Henry(2006) Endoscopic surgical technique: endoscopic thyroidectomy via lateral approach.*Surg Endosc* 20:339-342
5. F.Sebag, F.F.Palazzo, J.Harding et al(2006) Endoscopic Lateral Approach Thyroid Lobectomy:Safe Evolution from Endoscopic Parathyroidectomy. *World J Surg* 30:802-805
6. Jun-Ho-Choe, Seok Won Kim, Ki-Wook Chung et al(2007) Endoscopic Thyroidectomy Using a New Bilateral Axillo-Breast Approach. *World J Surg* 31: 601-606
7. K.Jeryong, L.Jinsun, K. Hyegyong, C. Eilsung et al(2008) Total Endoscopic Thyroidectomy with Bilateral Breast Areola and Ipsilateral Axillary(BBIA) Approach.*World J Surg* 32: 2488-2493
8. Tran Ngoc Luong, Nguyen Giang Son, Pham Tan Duc et al(2010).The Results of 7 years(May 2003-June 2010) Of Endoscopic Thyroidectomy. 10<sup>th</sup> meeting of endoscopic and laparoscopic surgeons of ASIA 256-257
9. Y.Ikeda, H.Takami, M.Niimi et al(2001) Endoscopic Thyroidectomy by the axillary approach. *Surg Endosc* 15:1362-1364

**BA TRƯỜNG HỢP**  
**NHỒI MÁU CƠ TIM TÁI TƯỚI MÁU TỰ PHÁT**  
**VÕ THỊ TRINH NỮ, CHÂU HỮU HẬU**  
**Bệnh viện Nhật Tân**

**TÓM TẮT**

- Ba trường hợp nhồi máu cơ tim có ST chênh lên tái tưới máu tự phát. Cả 3 trường hợp nhồi máu cơ tim có ST chênh lên có tái tưới máu tự phát được điều trị nội khoa thông thường, không cần đến các biện pháp can thiệp (tiêu sợi huyết hoặc nong mạch vành). Bệnh nhân giảm triệu chứng khá nhanh và ECG trở về đường đẳng điện trong một thời gian ngắn (vài giờ), trong khi men tim vẫn còn tăng cao, nhất là troponin T. Nhồi máu cơ tim tái tưới máu tự phát không phải hiếm gặp, nhưng không hiểu sao lại không thấy báo cáo tại Việt Nam.

**SUMMARY**

**Three cases of ST-Segment Elevation Myocardial Infarction with Spontaneous Reperfusion.** All 3 cases of spontaneous reperfusion of myocardial infarction were treated by conventional medical therapy, without the need for intervention procedures (fibrinolysis or angioplasty). Patients rapidly reduced symptoms and ECG returned isoelectric lines in a short time (a few hours), while cardiac enzymes were still rising, especially troponin T. Spontaneous reperfusion of myocardial infarction were not rare, but why not see reports of this disease in Vietnam.

**ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nhồi máu cơ tim (NMCT) có ST chênh lên (STCL) là một khả năng cấp nội khoa gây nên bởi tắc nghẽn toàn bộ cấp của động mạch vành ngoài tim, thường đa số do nứt vỡ hoặc bào mòn mảng xơ vữa và hình thành huyết khối sau đó. Kiểu NMCTC này là kiểu nhồi máu xuyên thành, qua toàn bộ bề dày của cơ tim và thường gây tắt nghẽn hoàn toàn việc cung cấp máu cho một vùng cơ tim, gây tổn thương rồi sau đó là hoại tử một vùng cơ tim. Tình trạng hoại tử được thể hiện trên ECG bằng hình ảnh ST chênh lên và sóng Q hoại tử. NMCT-STCL có một tỷ lệ tử vong rất cao. Nhưng nhờ vào sự phát triển của các đơn vị chăm sóc mạch vành và can thiệp động mạch vành, tử vong NMCT-STCL đã giảm đáng kể <7% so với >30% trước đây<sup>(1)</sup>.

Một thể NMCT-STCL với đầy đủ các tiêu chuẩn chẩn đoán, nhưng nhẹ, hồi phục rất sớm mà không có sóng Q hoại tử, được gọi là NMCT tái tưới máu tự phát (NMCT-TTMTP). Thể này hiện chưa thấy mô tả ở y văn Việt Nam, tuy đã mô tả ở nước ngoài từ lâu.

**TỔNG QUAN**

Tái tưới máu (TTM) mạch vành tự phát (MVTP) của mạch máu bị nhồi máu xảy ra trong 7-27% các BN bị NMCT-STCL<sup>(2)</sup>. Rimar và cs nghiên cứu thuần tập trên 26 đơn vị chăm sóc mạch vành với 2.382 BN NMCTC thì thấy tỷ lệ TTM là 4% BN (n=98) so với điều trị tan huyết khối ((n = 1163, 49%), can thiệp mạch vành thì đầu ((n = 102, 4%) và không TTM ((n = 1019, 43%)<sup>(3)</sup>. Nhưng theo Christian và cs thì tần suất NMCT-TTMTP cao hơn, trong nghiên cứu về tần suất của TTMTP của động mạch bị nhồi máu thì thấy 21 BN bị NMCTC chỉ được điều trị bằng heparin và aspirin không dùng thuốc tan huyết khối hoặc can thiệp mạch vành thì đầu. Sau một thời gian trung vị là 18 giờ sau khi vào viện, 12 BN (57%) đã thông khi chụp mạch vành<sup>(4)</sup>. Sherif và cs cũng cho rằng TTMTP xảy ra và về mặt lý thuyết có thể ảnh hưởng đến các kết quả của các nghiên cứu về các thủ thuật TTM. TTMTP hiếm gặp trong 3-4 giờ đầu sau khởi phát NMCT. Kennedy và cs năm 1983 đã báo cáo một nghiên cứu với 116 BN có TTM mà không truyền streptokinase với thời gian trung bình 4.6 giờ sau khi có triệu chứng<sup>(10)</sup>.

NMCT-TTMTP có ổ nhồi máu nhỏ hơn và BN được xuất viện với chức năng thất trái ít bị tổn thương và một tiên lượng tốt hơn<sup>(2,9)</sup>. Nhưng các BN NMCTC-TTMTP dễ bị tái phát nên các BN này cần được theo dõi chặt chẽ và có thể can thiệp sớm khi cần<sup>(3)</sup>.

Cơ tim có thể chịu đựng một khoảng thời gian ngắn (tới 15 phút) khi bị thiếu máu nặng, thậm chí thiếu máu hoàn toàn mà không gây chết tế bào, mà chỉ gây tổn thương thiếu máu. Tổn thương này có thể hồi phục với sự tái tưới máu của động mạch vành. Nhưng thiếu máu thoáng qua có thể gặp trong các tình huống lâm sàng: đau thắt ngực, co thắt động mạch vành và nong mạch vành bằng bóng. Khi tình trạng thiếu máu lâu và lan rộng hơn sẽ làm nhiều tế bào cơ tim bị tổn thương và tình huống này được gọi là tổn thương tái tưới máu. Tổn thương tái tưới máu làm cho tế bào cơ tim choáng váng, dễ gây tổn thương nội mạc và vi mạch và tổn thương tế bào não không hồi phục hoặc hoại tử(5).

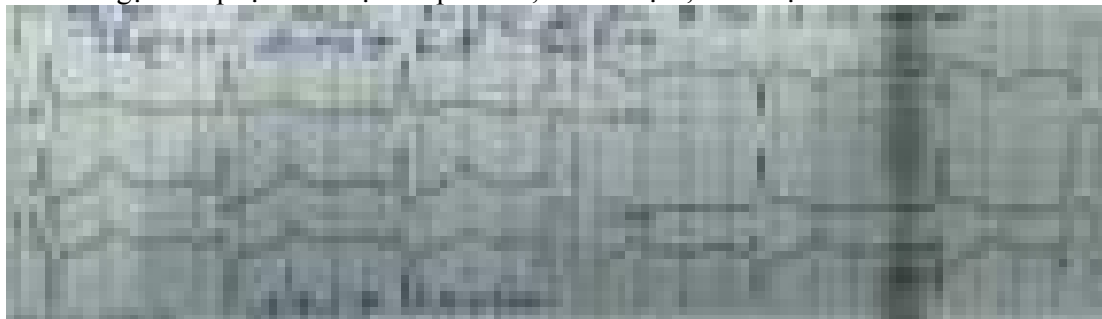
Ngăn ngừa chết tế bào nhờ khôi phục dòng máu phụ thuộc vào mức độ trầm trọng và thời gian thiếu máu cục bộ cơ tim trước đó. Các bằng chứng lâm sàng và thực nghiệm đã cho thấy lưu lượng máu khôi phục càng sớm, sự hồi phục của chức năng tâm thu, cải thiện chức năng tâm trương thất trái và giảm tỷ lệ tử vong càng thuận lợi. Hệ mạch vành bằng hệ cũng ảnh hưởng đến chức năng thất trái sau tái tưới máu. Chúng cung cấp tưới máu cơ tim đủ để làm chậm đi tình trạng chết tế bào. Dù cho sau tái tưới máu thành công và mặc dù không có tổn thương cơ tim không hồi phục, một thời kỳ rối loạn chức năng co bóp sau nhồi máu có thể xảy ra và hiện tượng đó được gọi là cơ tim choáng váng (myocardial stunning)(6).

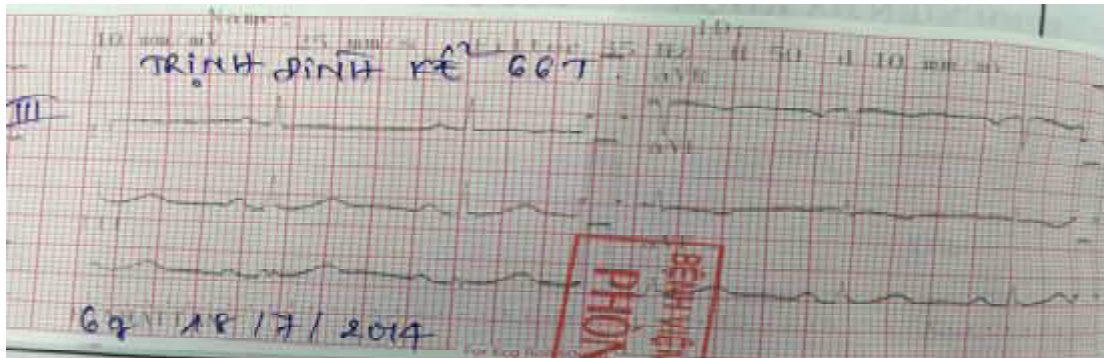
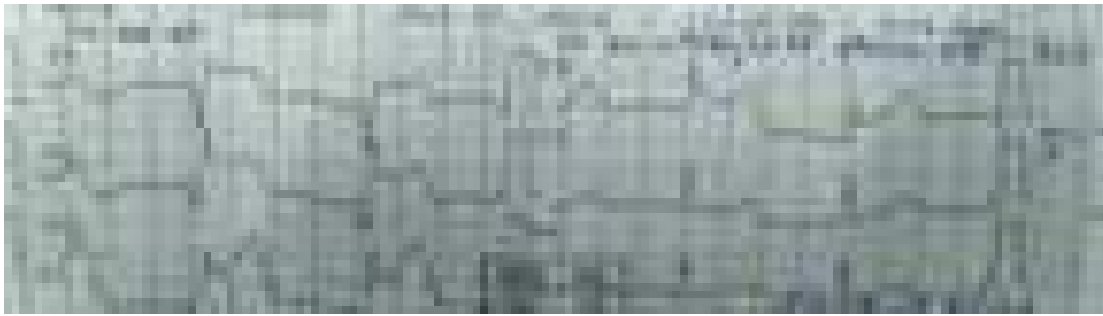
### **BA BỆNH ÁN NMCT-TTMTP**

Cả 3 trường hợp NMCT-TTMTP sau khi chẩn đoán đều được điều trị theo phác đồ chuẩn NMCT-STCL cho người <75 tuổi<sup>(6)</sup>: Oxy 3 lít/phút, nghỉ ngơi tuyệt đối. Enoxaparin 0.4ml bolus TM, sau đó, thêm Enoxaparin 0.6ml 1 ống x 2 TDD/mỗi 12 giờ. Clopidogrel 75mg 4 viên uống, aspirin 81mg 4 viên uống, ISMN 60mg 1 viên uống. Atorvastatin 20mg 2 viên uống...

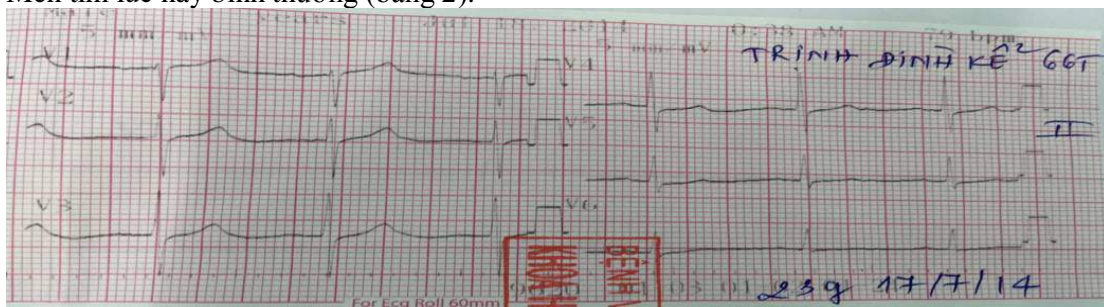
**BỆNH ÁN 1.** Trịnh Đình K., 66 tuổi, nam, MSBN 14/20275, số vào viện 14/5289, địa chỉ TX Tân Châu, AG. Bệnh khởi phát cách nhập viện 1 giờ. Sau khi uống 2 lon bia, người bệnh (NB) thấy đau ngực nhiều, lan ra tay trái kèm khó thở, mệt, cơn đau liên tục > 30 phút, không thấy giảm đau, chưa điều trị gì và xin nhập viện. Tiền sử bản thân: Tăng huyết áp, đái tháo đường type II, hút thuốc lá 20 gói/năm. Tiền sử gia đình không có gì.

Khám bệnh: BN tỉnh, đau ngực nhiều, da niêm hồng. Tim đều, phổi trong. Bụng mềm. Xét nghiệm: Bạch cầu  $10.000/mm^3$ , hồng cầu  $5.010.000/mm^3$ , tiểu cầu  $225.000/mm^3$ ; hematocrit: 42.9%. Glucose 17.7mmol/l, HbA<sub>1c</sub> 9.1%, Ure 10.0mmol/l, Creatinine 75mmol/l, AST 29 U/L, ALT 51 U/L. Bộ mỡ: cholesterol 7.87mmol/l, HDL 1.4mmol/l; LDL 3.5mmol/l; Triglyceride 11.5mmol/l. Ion đồ: Na 139 mmol/l, K<sup>+</sup> 3.5mmol/l; Ca<sup>++</sup> 1.2 mmol/l, Cl 102 mmo/l. NT-proBNP 40.9pg/mml → 86.6 pg/ml. X-quang Phổi, CT sọ não bình thường. Siêu âm bụng: gan nhiễm mỡ, nang thận trái. Chẩn đoán: nhồi máu cơ tim cấp vách và trước vách, giờ 1 killip I/đái tháo đường type II. Điều trị: phác đồ NMCT-STCL. Đến 23h cùng ngày BN hết đau ngực. Tiếp tục điều trị theo phác đồ, BN ổn định, xuất viện sau 1 tuần.





**Hình 1. Trinh Đình K., 66 tuổi-ECG lần 1 lúc vào viện: 16h45p ngày 17/07/2014: ST chênh lên từ V1 đến V4 gợi ý đến tổn thương cơ tim dưới màng ngoài tim vách và trước vách. Men tim lúc này bình thường (bảng 2).**

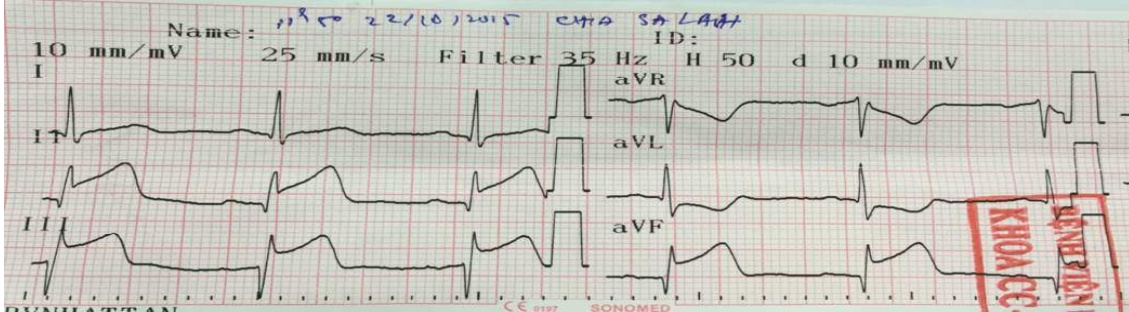


**Hình 2 Trinh Đình K., 66 tuổi-ECG lần 2: lúc 23h, 17/07/2014: ST đã về đẳng điện. Men tim lần 2 lúc 23h 17/07/2014 bắt đầu tăng: troponin T 1.102 pg/ml, CK-MB 56.7 pg/ml. Men tim lần 3 lúc 6h 18/07/2014 Troponin 2502 pg/ml, CK-MB 56.7 pg/ml. Men tim lần 4 21/07/2014: Troponin tiếp tục tăng cao 6.867 pg/ml và CK-MB về bình thường chỉ còn 2.12 pg/ml (bảng 2).**

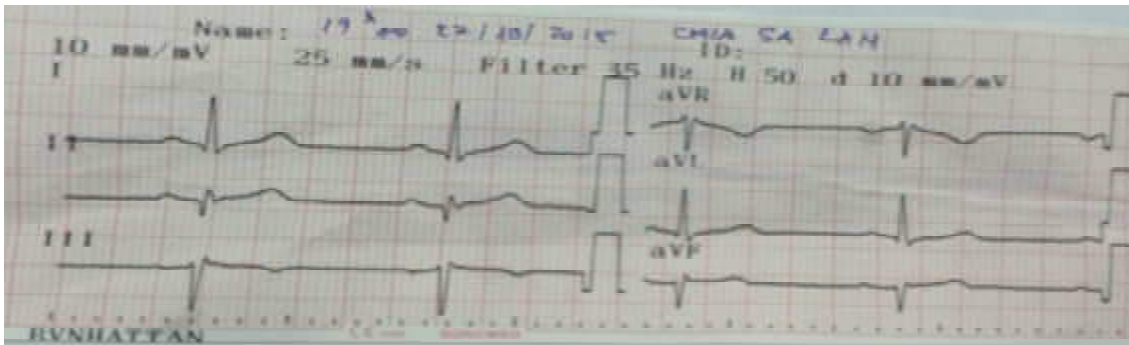
**BỆNH AN 2. CHIA SA R., 50 tuổi, nam, MSBN 15/33956, Số vào viện: 8649/15, địa chỉ: Campuchia. Vào viện: 11h50p ngày 22/10/2015. BN vào viện vì đau ngực ngày 1 giờ thứ 5, cơn đau > 30 phút, mệt nhiều → nhập viện. Tiền sử bản thân và gia đình không rõ.**

Khám bệnh: Bệnh tình, tiếp xúc được, đau ngực nhiều, da niêm hồng, hạch ngoại vi sờ không chạm. Tim đều rõ. ECG được mô tả dưới đây. Phổi trong. Bụng mềm, gan lách sờ không chạm....Xét nghiệm: bạch cầu  $10.250^3/\text{mm}^3$ , hồng cầu  $4.820.000/\text{mm}^3$ , tiểu cầu  $194.000/\text{mm}^3$ , hematocrit 41.3%. Glucose: 5.9 mmol/l, HbA<sub>1c</sub>: 6.1%, urê 4.5mmol/l; creatinine 78mmol/l, AST 43 U/L, ALT 37 U/L. Total Cholesterol 4.0 mmo/l, HDL 1.0 mmol/l, LDL 3.0 mmol/l, Triglyceride 1.2 mmol/l. Ion đồ: Na: 139mmol/l; K<sup>+</sup>: 3.5mmol/l; Ca<sup>++</sup>1.2mmol/l, Cl 102 mmo/l. NT-proBNP 28pg/mml, troponin: 172 pg/ml, CK-MB: 25pg/ml. X-quang Phổi: trong giới hạn bình thường. Chẩn đoán: Bệnh nhân nam, 50 tuổi, nhập viện vì đau ngực giờ thứ 5 được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp vùng hoành ngày 1 giờ 5 killip I/Đái tháo đường type II. Điều trị: Xử trí theo phác đồ NMCT-STCL.. Đến 19h cùng ngày bệnh nhân hết đau ngực ECG: Nhịp xoang 56 lần/phút ST trở về đẳng điện. Đến 20h ngày 22/10/2015, người nhà BN xin chuyển bệnh viện Tim Mạch An Giang để chụp mạch

vành. Khi BN đến BV Tim Mạch An Giang được BS giải thích can thiệp mạch vành, nhưng sau khi chụp mạch vành, BS cho biết mạch vành đã thông, không cần can thiệp nữa.



**Hình 3. CHIA SA R., 50 tuổi, ECG lần 1 lúc vào viện: 11h50ph ngày 22/10/2015.**  
Hình ảnh tổn thương cơ tim dưới màng ngoài tim thành hoành.

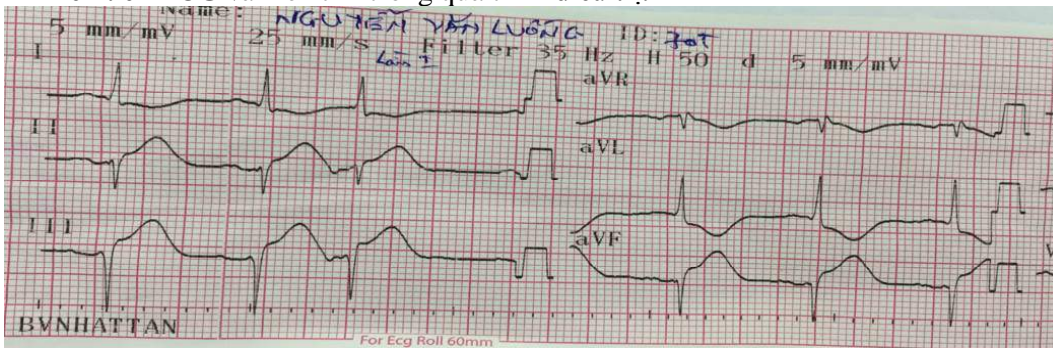


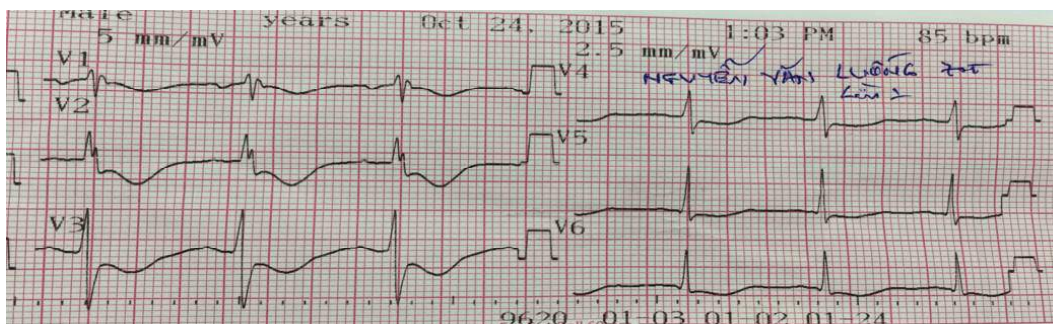
**Hình 4. CHIA SA R., 50 tuổi, ECG lần 2:** lúc 19h00ph ngày 22/10/2015, ST trở về đẳng điện.

**BỆNH ÁN 3. NGUYỄN VĂN L.,** 70 tuổi, nam, MSBN 15/34298, số vào viện 8709/15. Địa chỉ: Châu Phong, TX Tân Châu, An Giang. Vào viện 11h30p ngày 24/10/2015 vì BN đau ngực nhiều 1 giờ trước khi vào viện, đau nhiều vùng sau xương ức, không lan, cơn đau > 30 phút, không tự thể giảm đau. Tiền sử bản thân: tăng HA. Tiền sử gia đình: Không có bệnh.

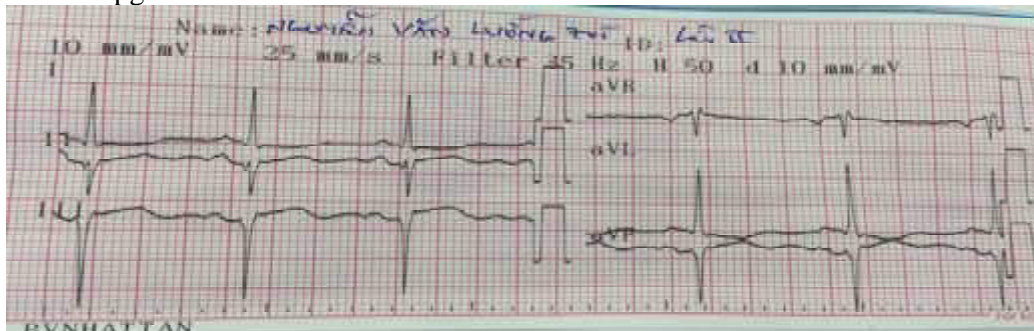
Khám bệnh: Bệnh tình, tiếp xúc được, đau ngực nhiều, da niêm hồng. Tim đều, không âm thổi, phổi trong. Bụng mềm, gan lách sờ không chạm. Cận lâm sàng: bạch cầu  $15.190/mm^3$ , hồng cầu  $4.660.000/mm^3$ , tiểu cầu  $177.000/mm^3$ , hematocrit: 42.2%. Glucose 5.4 mmol/l, HbA<sub>1c</sub> 6.2%, Ure 4.6 mmol/l, Creatinine 96 mmol/l, AST 33 U/L, ALT 27 U/L. Bộ mỡ: Total cholesterol 5.9 mmo/l, HDL 1.3 mmol/l, LDL 4.3 mmol/l, triglyceride 1.9 mmol/l. Ion đồ: Na<sup>+</sup> 137 mmol/l, K<sup>+</sup> 2.6 mmol/l, Ca<sup>++</sup> 1.0 mmol/l. NT-proBNP: 639 pg/ml. Chẩn đoán vào khoa: Nhồi máu cơ tim cấp vùng hoành giờ 1 killip I. Điều trị: Xử trí theo phác đồ NMCT-STCL. Bệnh nhân bớt đau ngực. Men tim tăng cao: Troponin: 8971 pg/ml, CK-MB: > 300 pg/ml.

Diễn tiến ECG và men tim trong quá trình điều trị:





**Hình 5. NGUYỄN VĂN L., 70 tuổi, ECG lần 1:** lúc vào viện: 11h30p ngày 24/10/2015; ECG: ST chênh lên ở DII, DIII và aVF. Men tim lần 1: Troponin: 40 pg/ml, CK-MB: 7.6 pg/ml.



**Hình 6. NGUYỄN VĂN L., 70 tuổi, ECG lần 2:** lúc 17h00p ngày 24/10/2015: ST giảm chênh nhiều so với ban đầu, nhưng còn hơi cao hơn đường đẳng điện. Men tim lần 2 Troponin; 534 pg/ml, CK-MB: 92 pg/ml. Men tim lần 3 lúc 6h00p ngày 25/10/2015: Troponin 8971 pg/ml, CK-MB > 300 pg/ml.

**Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng NMCT-TTMTTP.**

Giờ vào viện	Giờ ST về BT	Tiền sử	ECG	Thời gian nằm viện
1	8	THA, ĐTĐ, hút thuốc, RLCH lipid	Trước vách, mồm	7 ngày
5	7	ĐTĐ type 2	Hoàn	8 giờ
1	2 giờ30	Tăng huyết áp	Hoàn	Đang nằm viện

Viết tắt: NV, nhập viện. THA, tăng huyết áp; ĐTĐ, đái tháo đường; ST, đoạn ST

**Bảng 2. Động học men tim ở 3 BN.** Viết tắt: CK1, CK-MB lần 1, Tropo1, Troponin lần 1

BN	CK1	Tropo1	CK2	Tropo2	CK3	Tropo3	CK4	Tropo4
	Khi vào viện		(8 giờ sau nhập viện)		(15 giờ sau NV)		(4 ngày sau NV)	
1	1,9	14,4	56,7	1.102	56,7	2.502	2,12	6.867
2	25	172	<i>BN xin chuyển đến BN Tim Mạch An Giang. Sau khi chụp mạch vành. mạch vành đã thông nên không cần can thiệp nữa.</i>					
	Khi vào viện		(1 giờ 30 sau NV)		(14 giờ sau NV)		(5 ngày sau nhập viện)	
3	7,6	40	92	534	>300	8.971	4,9	5.344

## BÀN LUẬN

Có tất cả 3 BN trong vòng 15 tháng được chẩn đoán NMCT TTMTTP. Trong khoảng thời gian này, có tất cả 61 trường hợp NMCT trong đó 48 trường hợp NMCT-STCL và 13 trường hợp NMCT-KSTCL. Như vậy, tỷ lệ NMCT-TTMTTP chiếm 4,9% trong tất cả các trường hợp NMCT và 6.2% các trường hợp NMCT-STCL nhập viện điều trị tại bệnh viện Nhật Tân. Theo Uriel, tỷ lệ NMCT-TTMTTP xảy ra trong 7-27% các BN bị nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên (NMCT-STCL)<sup>(2)</sup>. Nhưng theo Christian và cs thì tần suất NMCT-TTMTTP cao hơn,

trong nghiên cứu về tần suất của TTMTT của động mạch bị nhồi máu thì thấy 21 BN bị NMCTC chỉ được điều trị bằng heparin và aspirin không dùng thuốc tan huyết khối hoặc can thiệp mạch vành thì đầu. Sau một thời gian trung vị là 18 giờ sau khi vào viện, 12 BN (57%) đã thông khi chụp mạch vành<sup>(4)</sup>. Theo El-Sherif và cs cho rằng TTMTT xảy ra và về mặt lý thuyết có thể ảnh hưởng đến các kết quả của các nghiên cứu về TTM. TTMTT hiếm gặp trong 3 đến 4 giờ đầu sau khởi phát NMCT. Kennedy và cs năm 1983 đã báo cáo một nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng thì thấy có 116 BN NMCT có TTM mạch vành mà không truyền streptokinase khi BN được nghiên cứu trung bình 4.6 giờ sau khi khởi phát triệu chứng<sup>(9)</sup>.

Các BN này đều là nam, tuổi từ 50 đến 70, vào viện sớm từ 1 đến 5 giờ với các cơn đau thắt ngực điển hình. Các BN được chẩn đoán là NMCT cấp và được điều trị với các thuốc theo phác đồ điều trị NMCTC chuẩn: thở Oxy, nghỉ ngơi, Enoxaparin, Clopidogrel, Aspirin, ISMN, Atorvastatin, Morphine sulfat... Các thuốc chống đông (enoxaparin) ngăn được hình thành huyết khối hoặc ngăn chặn huyết khối lan rộng. Các thuốc chống tiểu cầu kết dính (clopidogrel, aspirin) cũng đóng góp vào ngăn chặn hình thành huyết khối bằng cách làm cho các tiểu cầu không kết dính vào nhau. Tất cả các BN này đều không dùng đến tiêu sợi huyết là thuốc có thể phá vỡ cục máu đông<sup>(1)</sup>.

Tất cả các BN đã được chẩn đoán xác định qua ECG và men tim CK-MB và troponin T tăng dần. CK-MB đến ngày thứ 4 mới giảm xuống. Nhưng troponin T vẫn còn tăng cao khi BN ra viện do ngày nằm viện thấp hơn. Điều này phù hợp với động học của các dấu ấn này: CK-MB trở về bình thường sau 72 giờ. Trong khi đó troponin tăng lên 3-4 giờ sau nhồi máu cơ tim (NMCT) và có thể tồn tại sau 2 tuần với nồng độ cao<sup>(7)</sup>.

Các BN sau một thời gian rất ngắn đã hết đau ngực, ECG trở về đường đẳng điện trong khoảng 2 giờ 30 đến 8 giờ sau khi nằm viện. ECG sau đó cũng không thấy có dấu hiệu gì bất thường. Điều này phù hợp với chẩn đoán NMCT có TTMTT nên BN hồi phục nhanh và không có nhiều di chứng. Riêng ECG ở bệnh nhân thứ 3 được đo sau 2 giờ 30 sau nhập viện thì thấy vẫn còn ST chênh lên nhẹ ở DII, DIII và aVF. Tình trạng này có thể là do thiếu máu nặng, hay đã có tổn thương cơ tim trước đó khiến cho sự hồi phục cơ tim không được hoàn toàn, hệ mạch vành bằng hệ không hồi phục đủ lượng máu đến nuôi dẫn đến tình trạng rối loạn chức năng cơ bóp sau nhồi máu có thể xảy ra và hiện tượng đó được gọi là cơ tim choáng váng (myocardial stunning)<sup>(6)</sup>.

## KẾT LUẬN

Đây là 3 trường hợp nhồi máu cơ tim tái tưới máu tự phát được điều trị nội khoa thông thường, không cần đến các biện pháp can thiệp (tiêu sợi huyết hoặc nong mạch vành). Bệnh nhân giảm triệu chứng khá nhanh và ECG trở về đường đẳng điện trong một thời gian ngắn (vài giờ), trong khi men tim vẫn còn tăng cao, nhất là troponin T.

## THAM KHẢO

1. **Kizilbash M, Parker JR, Sarwar MA, Meyers JD.** ST-segment Elevation Myocardial Infarction. In The Washington Manual of Medical Therapeutics 34th edition, 2014: 142.
2. **Uriel N, Moravsky G, Blatt A, Tourovski A, Gabara Z, Inna Y, Danicek V, Hendler A, Braunstein R, Krakover R, Vered Z, Kaluski E.** Acute myocardial infarction with spontaneous reperfusion: clinical characteristics and optimal timing for revascularization. *Isr Med Assoc J.* 2007 Apr;9(4):243-6.
3. **D Rimar, E Crystal, A Battler, S Gottlieb, D Freimark, H Hod, V Boyko, L Mandelzweig, S Behar, and J Leor.** Improved prognosis of patients presenting with clinical markers of spontaneous reperfusion during acute myocardial infarction. *Heart.* 2002 Oct; 88(4): 352-356.
4. **Christian TE, Milavetz JJ, Miller TD, Clements IP, Holmes DR, Gibbons RJ.** Prevalence of spontaneous reperfusion and associated myocardial salvage in patients with acute myocardial infarction. *Am Heart J.* 1998 Mar;135(3):421-7.

5. **Nguyễn Quang Tuấn.** Nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên. NXB Y học, 2014, tr 90-91.
6. **Antman EM, Morrow DA.** ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: Management. In Braunwald's Heart Disease- A textbook of Cardiovascular Medicine, 9th edition. Elsevier Saunders. 2012:1119.
7. **Giannitsis E, Katus HA.** Current recommendations for interpretation of the highly sensitive Troponin T Assay for Diagnostic, Therapeutic and Prognostic Purposes in Patients with a Non-ST-segment-elevation Acute Coronary Syndrome.
8. **El-Sherif N, Ramana Reddy CV.** Pathophysiology and Pharmacotherapy of Myocardial Infarction. Academic Press Inc. 1988: 161
9. **Lee CW, Hong MK, Lee JH, Yang HS, Kim JJ, Park SW, Park SJ.** Determinants and prognostic significance of spontaneous coronary recanalization in acute myocardial infarction. Am J Cardiol. 2001 Apr 15;87(8):951-4; A3.
10. **El-Sherif N, Ramana Reddy CV.** Pathophysiology and Pharmacotherapy of Myocardial Infarction. Academic Press Inc. 1988: 16.

**KHẢO SÁT TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC KHÁNG SINH  
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH  
& BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BIÊN NĂM 2015**

**NGÔ HÙNG SƠN - NGUYỄN THU LỘC  
TRẦN QUỐC VIỆT - LÊ THỊ THỦY  
DƯƠNG HOÀNG DŨNG – TRẦN TẤN VIÊN  
NGUYỄN THẾ CÔNG**

**Summary :**

With a desire to examine the reality of the use of antibiotics and rationality in the use of antibiotics, our team has conducted this study to have a general assessment of how the current use of antibiotics in the clinical Department of Regional Province General Hospital and Tinh Bien General Hospital in 2015

- Objective: Survey on the use of antibiotics in Regional Province General Hospital and Tinh Bien General Hospital in 2015.

- Study subjects: including all medical and prescription is taken randomly in the clinical departments and faculty clinic from January to November in 2015.

- Research Methods: Prospective cross-sectional descriptive analysis.

- Results: The survey 4036 records (medical records + prescription) and 2655 records Regional Province General Hospital and Tinh Bien General Hospital in 2015 we found: a diagnosis of infection in Regional Province General Hospital are 1896 records (47%) of which no use of antibiotics are 856 record (45.1%), not to infectious diagnosis are 2140 records (53%) in which the use of antibiotics are 967 records (45.2%), totally there are 2007 records with antibiotic use (49.7%); in Tinh Bien General Hospital there are infectious diagnosis 1215 record with infectious diagnosis (45.8%) in which no antibiotic use are 172 records (6.5%); no infectious diagnosis are 1440 records (54.2%) in which the use of antibiotics are 132 records (4.9%) totally there are 1175 records with antibiotic use (44.2%).

**Tóm Tắt :**

- Với mong muốn khảo sát được thực trạng sử dụng kháng sinh và tính hợp lý trong sử dụng kháng sinh, nhóm chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này để có một đánh giá chung về cách sử dụng kháng sinh hiện nay tại các khoa lâm sàng Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh và Bệnh Viện Đa Khoa huyện Tịnh Biên năm 2015

- Mục tiêu: Khảo sát tình hình sử dụng thuốc kháng sinh tại Bệnh viện ĐKKV tỉnh và Bệnh Viện Đa Khoa huyện Tịnh Biên năm 2015.

- Đối tượng nghiên cứu: gồm tất cả các bệnh án và các toa được lấy một cách ngẫu nhiên tại các khoa lâm sàng và khoa Khám bệnh từ tháng 01 đến tháng 11 năm 2015.

- Phương pháp nghiên cứu: tiền cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

- Kết quả: Qua khảo sát 4036 hồ sơ (bệnh án + toa) BVĐKKV và 2655 hồ sơ Bệnh Viện Đa khoa huyện Tịnh Biên trong năm 2015 chúng tôi nhận thấy: có chẩn đoán nhiễm trùng Ở BVKVT là 1896 hồ sơ (47%) trong đó không sử dụng kháng sinh 856 hồ sơ (45.1%), không chẩn đoán nhiễm trùng là 2140 hồ sơ (53%) trong đó sử dụng kháng sinh là 967 hồ sơ (45.2%), tổng hợp có 2007 hồ sơ cho sử dụng kháng sinh (49,7%); ở BVĐKTB có chẩn đoán nhiễm trùng là 1215 hồ sơ (45,8%) trong đó không sử dụng kháng sinh 172 hồ sơ (6,5%); không chẩn đoán nhiễm trùng là 1440 hồ sơ (54,2%) trong đó sử dụng kháng sinh là 132 hồ sơ (4,9%) tổng hợp có 1175 hồ sơ cho sử dụng kháng sinh (44,2%).

**I.ĐẶT VẤN ĐỀ:**

Bệnh viện là cơ sở trực tiếp khám chữa bệnh và chăm sóc sức khỏe cho người bệnh, một trong những nhiệm vụ quan trọng có ảnh hưởng đến công tác khám chữa bệnh là sử dụng thuốc, đây là loại hàng hóa đặc biệt có ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe con người, cụ thể là người bệnh.

Hiện nay, vấn đề sử dụng thuốc nhất là thuốc kháng sinh, trong nhiều bệnh viện cũng chưa thật sự hợp lý, đây cũng là một thách thức lớn. Có rất nhiều lý do dẫn đến điều đó như: thiếu hướng dẫn điều trị, chưa ứng dụng tốt trong chẩn đoán lâm sàng, thiếu cập nhật thông tin, tác dụng của yếu tố kinh tế trong kê đơn ..., thực tế điều đáng lo ngại là sự gia tăng tỷ lệ kháng thuốc của vi khuẩn đối với nhiều kháng sinh thông dụng [5], [6], [9].

Nhóm nghiên cứu được giao nhiệm vụ giám sát sử dụng kháng sinh trong bệnh viện, nên đã tiến hành hợp tác với Bệnh Viện Đa Khoa huyện Tịnh Biên nghiên cứu đề tài “khảo sát tình hình sử dụng thuốc kháng sinh tại Bệnh Viện năm 2015”, với mục tiêu:

- Khảo sát tình hình sử dụng thuốc kháng sinh tại Bệnh viện ĐKKV tỉnh và Bệnh Viện Đa Khoa huyện Tịnh Biên năm 2015.

- Khảo sát Tỷ lệ sử dụng kháng sinh dựa trên chẩn đoán trong năm 2015.
- Khảo sát Tỷ lệ sử dụng kháng sinh các khoa lâm sàng.
- Khảo sát Tỷ lệ kết hợp kháng sinh trên hồ sơ nghiên cứu.
- Khảo sát Tỷ lệ sử dụng các loại thuốc trên đơn thuốc tại Khoa Khám Bệnh.

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

**1. Đối tượng nghiên cứu:** gồm tất cả các bệnh án và các đơn thuốc được lấy một cách ngẫu nhiên tại các khoa lâm sàng và khoa Khám bệnh.

### 2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả cắt ngang có phân tích.
- Cách chọn mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu.
- Với mẫu nội trú:

Bệnh viện ĐKKVT	$n \geq [1.96/0.02]^2 \times 0.76 \times 0.24$ # 1754 bệnh án lấy ngẫu nhiên các khoa
Bệnh viện ĐKTB	$n \geq [1.96/0.02]^2 \times 0.43 \times 0.57 / 5$ # 470 bệnh án lấy ngẫu nhiên các khoa

- Với mẫu ngoại trú:

Bệnh viện ĐKKVT	$n \geq [1.96/0.02]^2 \times 0.36 \times 0.64$ # 2282 toa khám bệnh tại Khoa khám bệnh
Bệnh viện ĐKTB	$n \geq [1.96/0.02]^2 \times 0.35 \times 0.65$ # 2185 toa khám bệnh tại Khoa khám bệnh

- Thu thập dữ liệu trên các bệnh án và các đơn thuốc theo mẫu khảo sát được thiết kế sẵn.

- Xử lý kết quả thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0

## III. KẾT QUẢ :

### 1. Khảo sát tỷ lệ phân bố nhóm tuổi và giới tính của mẫu nghiên cứu:

Bảng 3.1: Phân bố giới tính và tuổi của mẫu nghiên cứu.

\* Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh:

Giới tính	Nam	Nữ	N
Tuổi	1755(43,5%)	2281(56,5%)	4036(100%)
1-10	614(15,21%)	528 (13,08%)	1142(28,30%)
11-20	47(1,16 %)	62(1,53%)	109(2,7%)
21-40	187 (4,63%)	590 (14,61%)	777(19,25%)
41-60	432 (10,70%)	499 (12,36%)	931(23,06%)
>61	459 (11,37%)	618 ( 15,31%)	1077(26,69%)

Nhận xét: mẫu nghiên cứu có 4036 trường hợp, trong đó nam 1755 ( 43,5%), nữ 2281 (56,5%). Tuổi trung bình chung cả 2 giới là  $38.69 \pm 31.12$ , Với Nam  $37.52 \pm 29.83$ , Nữ  $39.27 \pm 26.58$  [ $P < 0,05$ ].

\* Bệnh Viện Đa khoa huyện Tịnh Biên:

Giới tính	Nam	Nữ	N
Tuổi	1109(41,8%)	1546(58,2%)	2655 (100%)
1-10	256(9,64%)	182(6,85%)	438 (16,49%)
11-20	61(2,29 %)	89(3,35%)	150 (5,64%)
21-40	143(5,39%)	323(12,16%)	466 (17,55%)
41-60	352(13,25%)	535(20,15%)	887 (33,40%)
>61	297(11,19%)	417(15,70%)	714 (26,89%)

Nhận xét: mẫu nghiên cứu có 2655 trường hợp, trong đó nam 1109 ( 41,8%), nữ 1546 (58,2%). Tuổi trung bình chung cả 2 giới là  $42.83 \pm 23.9$ , Với Nam  $40.4 \pm 25.5$ , Nữ  $44.5 \pm 22.5$  [P<0,05].

## 2. Tình hình sử dụng thuốc kháng sinh

Bảng 3.2: Tỷ lệ sử dụng kháng sinh trên đơn thuốc và bệnh án trong năm 2015

\* Bệnh viện ĐKKV tỉnh:

	Kháng sinh sử dụng				
	một	hai	ba	>ba	không sd
Bệnh án (1754)	845 (48,2 %)	416(23,7%)	101(5,8%)	26(1,5%)	366(20,9%)
Đơn (2282)	592 (25,9%)	27(1,2%)	0	0	1663(72,9%)
Tổng cộng (4036)	1437(35,6%)	443 (11%)	101(2,5%)	26(1,5%)	2029(50,3%)

Nhận xét: với 4036 hồ sơ (bệnh án nội trú + đơn thuốc) cho thấy có 1437 hồ sơ (35,6%) sử dụng một loại kháng sinh, không sử dụng kháng sinh 2029 hồ sơ (50,3%)

\* Bệnh Viện Đa khoa huyện Tịnh Biên:

	Kháng sinh sử dụng				
	một	hai	ba	>ba	không sd
Bệnh án (470)	273 (10,2 %)	33(1,2%)	2(0,1%)	26(1,5%)	162(49,5%)
Đơn (2185)	851(32,1%)	16(0,6%)	0	0	1318(6,3%)
Tổng cộng (2655)	1124(42,3%)	49 (1,8%)	2(0,1%)	26(1,5%)	1480(55,7%)

Nhận xét: với 2655 hồ sơ (bệnh án nội trú + đơn thuốc) cho thấy có 1124 hồ sơ (42,3%) sử dụng một loại kháng sinh, không sử dụng kháng sinh 1480 hồ sơ (55,7%)

## 3. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh dựa trên chẩn đoán trong năm 2015

Bảng 3.3 : Tỷ lệ sử dụng kháng sinh dựa trên chẩn đoán trong năm 2015

\* Bệnh viện ĐKKV tỉnh:

Chẩn đoán	Kháng sinh sử dụng		
	có	không	N
Có nhiễm trùng	1040(25,8 %)	856(21,2%)	1896(47%)
Không	967(24 %)	1173(29,1%)	2140(53%)
Tổng cộng	2007(49,7%)	2029(50,3%)	4036(100%)

Nhận xét: phân tích 4036 hồ sơ cho thấy có chẩn đoán nhiễm trùng 1896 hồ sơ (47%) trong đó không sử dụng kháng sinh 856 hồ sơ (21,2%); không chẩn đoán nhiễm trùng là 2140 hồ sơ (53%) trong đó sử dụng kháng sinh là 967 hồ sơ (24%).

\* Bệnh Viện Đa khoa huyện Tịnh Biên:

Chẩn đoán	Kháng sinh sử dụng		
	có	không	N
Có nhiễm trùng	1043(39,3 %)	172(6,5%)	1215(45,8%)
Không	132(4,9 %)	1308(49,3%)	1440(54,2%)
Tổng cộng	1175(49,7%)	1480(50,3%)	2655(100%)

Nhận xét: phân tích 2655 hồ sơ cho thấy có chẩn đoán nhiễm trùng 1215 hồ sơ (45,8%) trong đó không sử dụng kháng sinh 172 hồ sơ (6,5%); không chẩn đoán nhiễm trùng là 1440 hồ sơ (54,2%) trong đó sử dụng kháng sinh là 132 hồ sơ (4,9%)

#### 4. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh các khoa lâm sàng

Bảng 3.4: Tỷ lệ sử dụng kháng sinh các khoa lâm sàng

\* Bệnh viện ĐKKV tỉnh :

KHOA	Chẩn đoán		
	Có NT	không	N
Nội	134(6,7%)	68(3,4%)	202(5%)
Ngoại	164(8,2%)	38( 1,9%)	202(5%)
Sản	363(18,1%)	26(1,3%)	386(9,6)
Nhi	656(32,7)	449(22,1%)	1105(27,4%)
Nhiễm	47(2,3%)	48(2,3%)	95(2,4%)
Lao	133(6,6%)	12(0,6%)	145(3,6%)
Phòng khám	130(6,5%)	1217(60%)	1347(33,4%)
Mắt	54(2,7%)	8(0,4%)	62(1,5%)
TMLH	92(4,6%)	84(4,1%)	176(4,4%)
ICU	11(0,5%)	4(0,2%)	15(0,4%)
Ngoại CTB	85(4,2%)	40(2%)	125(0,4%)
TMH	106(5,3%)	16(0,8%)	122(3%)
RHM	20(1%)	9(0,4%)	29(0,7%)
Da liễu	12(0,6%)	10(0,5%)	22(0,5%)
<b>Tổng cộng</b>	<b>2007(49,7%)</b>	<b>2029(50,3%)</b>	<b>4036</b>

Nhận xét: việc sử dụng kháng sinh tạm thời được phân tích với các khoa: Khoa Nhi 1105 bệnh án có 656 bệnh án sử dụng kháng sinh (32,7%); Khoa Sản 386 bệnh án có 363 bệnh án sử dụng kháng sinh (18,1%); Khoa Khám Bệnh 1347 toa có 130 toa sử dụng kháng sinh (6,5%) ...; tổng cộng chung với 4036 (toa thuốc + bệnh án thu thập) có 2007 (toa thuốc + bệnh án thu thập) cho sử dụng kháng sinh (49,7%).

\* Bệnh Viện Đa khoa huyện Tịnh Biên:

KHOA	Chẩn đoán		
	Có NT	không	N
Ngoại	73(2,9%)	16(0,6%)	89(3,4)
Sản	73(2,9%)	17(0,6%)	90(3,4%)
Nhi	82(3,1%)	28(0,1%)	110(4,2%)
Nội	80(3,1%)	101(3,8%)	181(6,8%)
Phòng khám	867(32,7%)	1318(49,6%)	2185(82,3%)
<b>Tổng cộng</b>	<b>1175(44,2%)</b>	<b>1480(55,8%)</b>	<b>2655</b>

Nhận xét: việc sử dụng kháng sinh tạm thời được phân tích với các khoa: Khoa Nhi 110 bệnh án có 82 bệnh án sử dụng kháng sinh (3,1%); Khoa Sản 90 bệnh án có 73 bệnh án sử dụng kháng sinh (2,9%); Khoa Khám Bệnh 2185 đơn thuốc có 867 đơn sử dụng kháng sinh (32,7%)...; tổng cộng chung với 2655 (đơn thuốc + bệnh án thu thập) có 1175 (toa thuốc + bệnh án thu thập) cho sử dụng kháng sinh (44,2%) [P<0,001].

#### 5. Tỷ lệ kết hợp kháng sinh trên hồ sơ nghiên cứu.

Bảng 3.5: số loại kháng sinh sử dụng kết hợp trên một hồ sơ

\* Bệnh viện ĐKKV tỉnh:

Chẩn đoán	Kháng sinh				
	một	hai	ba	>ba	không sd
Có NT (1896)	772 (40,7%)	212(11,2%)	47(2,5%)	9(0,5%)	856(45,1%)
Không (2140)	665 (31,1%)	231(10,8%)	54(2,7%)	17(0,8%)	1173(54,8%)
<b>Tổng cộng(4036)</b>	<b>1437</b>	<b>443</b>	<b>101</b>	<b>267</b>	<b>2029</b>

Nhận xét: số loại kháng sinh sử dụng trong những trường hợp chẩn đoán không nhiễm trùng: một loại có 665 (31,1%) hồ sơ, hai loại có 231(10,8%) hồ sơ, ba loại có 54(2,5%) hồ sơ và lớn hơn ba là 17(0,8%) trường hợp.

\* Bệnh Viện Đa khoa huyện Tịnh Biên:

Chẩn đoán	Kháng sinh			
	một	hai	ba	không sd
Có NT (1215)	996 (37,5%)	45(1,7%)	2(0,1%)	172(6,5%)
Không (1440)	128 (4,8%)	4(0,2%)	0	1308(49,3%)
<b>Tổng cộng(2655)</b>	<b>1124</b>	<b>49</b>	<b>2</b>	<b>1480</b>

Nhận xét: số loại kháng sinh sử dụng trong những trường hợp chẩn đoán không nhiễm trùng: một loại có 128 (4,8%) hồ sơ, hai loại có 4(0,2%) hồ sơ[P<0,001].

#### 6. Tỷ lệ sử dụng các loại thuốc trên đơn thuốc tại Khoa Khám Bệnh

Bảng 3.6: số loại thuốc sử dụng trên đơn thuốc tại Khoa Khám Bệnh

\* Bệnh viện ĐKKV tỉnh:

Đơn thuốc (2282)	Thuốc sử dụng				
	Một	hai	ba	Bốn	năm >năm(loại)
	71(3,11%)	182(7,79%)	580(25,41%)	570(24,97%)	447(19,59%) 432(18,93%)

Nhận xét: số loại thuốc kết hợp sử dụng trong những trường hợp chẩn đoán bệnh tại khoa khám bệnh: nhiều nhất là ba loại có 580 (25,41%) đơn thuốc, lớn hơn năm loại có 432(18,93%), ít nhất là một loại có 71 đơn thuốc (3,11%)[P<0,001].

\* Bệnh Viện Tịnh Biên:

Đơn thuốc (2156)	Thuốc sử dụng				
	Một	hai	ba	Bốn	năm >năm(loại)
	9(0,3%)	61(2,3%)	291(11%)	706(26,6%)	237(8,9%) 881(33,2%)

Nhận xét: số loại thuốc kết hợp sử dụng trong những trường hợp chẩn đoán bệnh tại khoa khám bệnh: bốn loại có 703 (26,6%) đơn thuốc, nhiều nhất là lớn hơn năm loại có 881(33,2%), ít nhất là một loại có 9 đơn thuốc (0,3%) [P<0,001].

#### IV. BÀN LUẬN:

Qua khảo sát cắt ngang trong năm 2015, Phân tích tổng cộng 4036 hồ sơ BVĐKKVT và 2655 hồ sơ BVĐKTB cho thấy: có chẩn đoán nhiễm trùng ở BVĐKKVT là 1896 hồ sơ (47%) trong đó không sử dụng kháng sinh 856 hồ sơ (45.1%); không chẩn đoán nhiễm trùng là 2140 hồ sơ (53%) trong đó sử dụng kháng sinh là 967 hồ sơ (45.2%); ở BVĐKTB có chẩn đoán nhiễm trùng là 1215 hồ sơ (45,8%) trong đó không sử dụng kháng sinh 172 hồ sơ (6,5%); không chẩn đoán nhiễm trùng là 1440 hồ sơ (54,2%) trong đó sử dụng kháng sinh là 132 hồ sơ (5%).

- Về giới tính: Khảo sát này được tiến hành trên số trường hợp nam và nữ khác nhau ở BVĐKKV nam 1175, nữ 2281 [bảng 1]; tỷ lệ giới nam đạt 43,5%, tỷ lệ giới nữ đạt 56,5%; mẫu nghiên cứu BVĐKTB có 2655 trường hợp, trong đó nam 1109 ( 41,8%), nữ 1546 (58,2%), khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P < 0,05.

- Về tuổi trong nghiên cứu tại BVĐKKV chiếm tỷ lệ cao nhất là 28,3 % trong lứa tuổi 1-10 (trong lứa tuổi này tỷ lệ giới nam đạt 15,21%, tỷ lệ giới nữ đạt 13,08); lứa tuổi 11 – 20 thấp nhất chiếm 2,7%; lứa tuổi ≥ 61 chiếm 26,69% [bảng 1]. Tuổi trung bình chung cả 2 giới là 38.69 ± 31.12, Với Nam 37.52 ± 29.83, Nữ 39.27 ± 26.58, tuổi thấp nhất là 1 tuổi và cao nhất là 100 tuổi; BVĐKTB chiếm tỷ lệ cao nhất là 41,6 % trong lứa tuổi 41-60 (trong lứa tuổi này tỷ lệ giới nam đạt 13,25%, tỷ lệ giới nữ đạt 20,15); lứa tuổi 11 – 20 thấp nhất chiếm 5,64 %; Tuổi trung bình chung cả 2 giới là 42.83 ± 23.9, Với Nam 40.4 ± 25.5, Nữ 44.5 ± 22.5 tuổi thấp nhất là 1 tuổi và cao nhất là 97 tuổi khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P < 0,05.

- Phân tích tình hình sử dụng kháng sinh tại 2 Bệnh viện năm 2015 cho thấy BVĐKKV có 2007 hồ sơ có sử dụng kháng sinh (49,7%), trong đó có 1437 hồ sơ (35,6%) sử dụng một loại kháng sinh và sử dụng 2 loại kháng sinh là 443(11%), Bệnh viện Tịnh Biên có 2655 hồ sơ

có 1175 hồ sơ có sử dụng kháng sinh (44,2%), trong đó có 1124 hồ sơ (42,3%) sử dụng một loại kháng sinh và sử dụng 2 loại kháng sinh là 49(1,8%), nếu so với nghiên cứu Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế Sử dụng 1-2 loại kháng sinh chiếm tỷ lệ chủ yếu (66,8%) thì của chúng tôi thấp hơn và cũng như họ khi sử dụng nhiều loại kháng sinh chúng ta có tỷ lệ thấp dần[2]; tỷ lệ không sử dụng kháng sinh ở hai bệnh viện cũng khá cao (50,3% và 55,7%) [bảng 2] khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $P < 0,001$ .

- Phân tích tỷ lệ sử dụng kháng sinh dựa vào chẩn đoán cho thấy tại BVĐKKVT có chẩn đoán nhiễm trùng 1896 hồ sơ (47%) trong đó không sử dụng kháng sinh 856 hồ sơ (21,2%); không chẩn đoán nhiễm trùng là 2140 hồ sơ (53%) trong đó sử dụng kháng sinh là 967 hồ sơ (24%); với BVĐKTB có chẩn đoán nhiễm trùng 1215 hồ sơ (45,8%) trong đó không sử dụng kháng sinh 172 hồ sơ (6,5%); không chẩn đoán nhiễm trùng là 1440 hồ sơ (54,2%) trong đó sử dụng kháng sinh là 132 hồ sơ (5%) đây là những hồ sơ mang tính sử dụng kháng sinh không phù hợp với chẩn đoán ( $P < 0.001$ ) [bảng 3] tỷ lệ không phù hợp này so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiền Lương từ 2009-2010 là 15,38%[8] thì của BVĐKKV khá cao, nhưng Với BVTB thì lại thấp hơn nhiều.

- Trong tìm hiểu về tỷ lệ sử dụng kháng sinh tại các khoa lâm sàng BVĐKKVT chúng tôi ghi nhận các khoa: Khoa Nhi 1105 bệnh án có 656 bệnh án sử dụng kháng sinh (32,7%); Khoa Sản 386 bệnh án có 363 bệnh án sử dụng kháng sinh (18,1%); Khoa Khám Bệnh 1347 đơn thuốc có 130 sử dụng kháng sinh (6,5%); với BVĐKTB ghi nhận Khoa Nhi 110 bệnh án có 82 bệnh án sử dụng kháng sinh (3,1%); Khoa Sản 90 bệnh án có 73 bệnh án sử dụng kháng sinh (2,9%); Khoa Khám Bệnh 2185 đơn thuốc có 867 sử dụng kháng sinh (32,7%) tổng cộng chung với 2655 (đơn thuốc + bệnh án thu thập) có 1175 cho sử dụng kháng sinh (44,2%) khảo sát này có ý nghĩa thống kê với  $P < 0.001$  [bảng 4].

- Số loại kháng sinh sử dụng trong những trường hợp chẩn đoán không nhiễm trùng tại BVĐKKVT: một loại có 665 (31,1%) hồ sơ, hai loại có 231(10,8%) hồ sơ, ba loại có 54(2,5%) hồ sơ và lớn hơn ba là 17(0,8%) trường hợp, nếu tính tổng cộng ta có 967(45,2%) hồ sơ không chẩn đoán nhiễm trùng được dùng kháng sinh, tại BVĐKTB: một loại có 128 (4,8%) hồ sơ, hai loại có 4(0,2%) hồ sơ, nếu tính tổng cộng có 132(4,9%) hồ sơ không chẩn đoán nhiễm trùng được dùng kháng sinh ( $P < 0.001$ ) kết quả này thấp hơn 65,6% nghiên cứu năm 2010 của Bệnh viện Nhi Trung Ương[8] [bảng 5].

- Số loại thuốc sử dụng trong những trường hợp chẩn đoán bệnh tại khoa khám bệnh BVĐKKVT: nhiều nhất là ba loại có 580 (25,41%) đơn, lớn hơn năm loại có 432(18,93%), ít nhất là một loại có 71 đơn (3,11%); BVĐKTB: nhiều nhất là lớn hơn năm loại có 881(33,2%) đơn, kể đến là bốn loại có 706(26,6%), ít nhất là một loại có 9 đơn (0,3%) [bảng 6].

## **V. KẾT LUẬN :**

Từ các kết quả ghi nhận được, nhóm nghiên cứu nhận thấy các khoa nên xem lại chẩn đoán trước khi cho sử dụng kháng sinh vì trong hồ sơ lưu (bệnh án, đơn thuốc) không có bằng chứng nhiễm khuẩn mà chúng ta lại cho sử dụng kháng sinh sẽ mang tính sử dụng kháng sinh không phù hợp với chẩn đoán

Tổ giám sát sử dụng kháng sinh thực hiện nghiên cứu với mong muốn tìm ra những con số cụ thể phản ánh tình hình sử dụng kháng sinh hiện nay tại bệnh viện, nhưng lĩnh vực này quá rộng nên chỉ mang tính thông tin đến các bác sĩ lâm sàng mong có một cái nhìn mới trong việc sử dụng kháng sinh hợp lý và an toàn hơn để tránh nguy cơ kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh ngày càng cao, điều chúng ta quan tâm nhất đó là ảnh hưởng đến chi phí điều trị gây tốn kém cho người bệnh nếu việc chỉ định sử dụng kháng sinh không được tuân thủ nghiêm ngặt, chúng tôi sẽ tiếp tục nghiên cứu sâu hơn, toàn diện hơn tạo tiền đề cho việc sử dụng kháng sinh phù hợp với tình hình bệnh viện.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

### **TIẾNG VIỆT**

- 1- Bệnh viện Bạch Mai (2009). Hội thảo sử dụng kháng sinh.
- 2- Trần Đình Bình, Nguyễn Sanh Tùng, Trương Thị Diệu Thuần, Ngô Thị Minh Châu, Nguyễn Việt Tú, Nguyễn Thị Hồng Phương (2012-2013). Nghiên cứu tình hình sử dụng kháng sinh ở các khoa có phẫu thuật tại Bệnh Viện Trường Đại Học Huế
- 3- Lê Thị Kim Hạnh và cộng sự (2013). Khảo sát việc sử dụng kháng sinh Cephalosporin tại khoa nội Bệnh viện từ 01/6 đến 30/7/2013”.
- 4- Lê Xuân Ngọc, Lê Kiến Ngãi. Tình hình chỉ định sử dụng kháng sinh tại một số khoa bệnh viện nhi trung ương. Tạp chí Y học thực hành (873) -số 6/2013 TR 119-120-121
- 5- Mai Phương Mai (2007). Tài liệu giảng dạy về kháng sinh. Bộ môn Dược lý-Dược lâm sàng, Khoa Dược, Đại học Y Dược TP. HCM.
- 6- Nguyễn Văn Kính (2010). Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam. Global Antibiotic Resistance Partnership, pp. 3 – 4.
- 7- Nhóm nghiên cứu Quốc gia - GARP- Việt Nam (NWG).Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh tại Việt Nam, trang 31- 32 (2006).
- 8- Nguyễn Thị Hiền Lương (2012).Nghiên cứu đánh giá sử dụng kháng sinh tại Bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2009-2011”. Luận văn tốt nghiệp.

### **TIẾNG ANH**

- 9- djei M.A. (2010), A retrospective evaluation of Ciprofloxacin use at Kwame Nkrumah University of Science and Technology (Knust) Hospital, Kumasi, pp. 18 - 19.
- 10-Hoa, N.Q. et al. Unnecessary antibiotic use for mild acute respiratory infections in 28-day follow-up of 823 children under five in rural Vietnam. Journal of Antimicrobial Chemotherapy (2007)
- 11-Pereira L.P., Phillips M., Ramlal H., Teemul K., Prabhakar P. (2004), "Third generation cephalosporin use in a tertiary hospital in Port of Spain, Trinidad: need for an antibiotic policy", BMC Infectious Diseases, 4(1), pp. 59.
- 12-Phuong, D.M. Quality issues in resistance testing and data in Vietnam (Presentation in the 1st GARP's workshop). (2009). Phuong, D.M. Vấn đề chất lượng trong xét nghiệm kháng thuốc và dữ liệu tại Việt Nam (trình bày trong hội thảo của GARP 1). (2009).
- 13-WHO. Good hand hygiene by health workers protects patients from drug resistant infections.[online]Available at:<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2014/hand-hygiene/en/> [Accessed 2 May 2014].

## CHẨN ĐOÁN VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN (VPBV)

*Võ An Toàn, Châu Hữu Hậu*

**Bệnh viện Nhật Tân**

### **TÓM TẮT: Chẩn đoán viêm phổi bệnh viện ở bệnh viện Nhật Tân.**

Từ tháng 11 năm 2014 đến tháng 10 năm 2015, có 5 trường hợp viêm phổi bệnh viện, bao gồm 2 trường hợp viêm phổi mắc phải khi nằm viện, 2 trường hợp viêm phổi do chăm sóc y tế và 1 trường hợp viêm phổi do thở máy. Tỷ lệ viêm phổi bệnh viện chiếm 0.036% (5/13.761) số người nằm viện trong khi bệnh viện không có tình trạng quá tải và công suất giường bệnh không cao (70-80%).

### **SUMMARY: Diagnosis of nosocomial pneumonia in Nhat Tan hospital.**

From November 2014 to October 2015, there were 5 cases of nosocomial pneumonia, including 2 cases of hospital-acquired pneumonia (HAP), 2 cases of healthcare-associated pneumonia (HCAP) and 1 case of ventilator-associated pneumonia (VAP). Percentage of nosocomial pneumonia accounts of 0.036% (5/13.761) of hospitalized patients when the hospital did not have the overcrowding state and hospital bed capacity was not high (60%).

### **ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tác động của VPBV rất quan trọng liên quan đến bệnh suất, giá thành và nguy cơ tử vong. Để ngăn ngừa và điều trị VPBV tốt nhất, điều quan trọng là phải hiểu biết các yếu tố nguy cơ và sinh bệnh học dẫn đến VPBV. Ngoài ra, sự hiểu biết các tiêu chí chẩn đoán và điều trị khác nhau có thể dẫn đến cải thiện trong chăm sóc và kết cục của BN. Sự hiểu biết này có tầm quan trọng ngày càng tăng vì quan điểm của y học hiện nay nghiêng về giảm thiểu các biến chứng có thể dự phòng được.

### **TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

#### **Ba loại VPBV<sup>(1)</sup>**

- Viêm phổi bệnh viện (VPBV, Hospital-Acquired Pneumonia=HAP) là VP xảy ra  $\geq 48$  giờ sau khi nhập viện và không được đặt nội khí quản vào lúc nhập viện. VPBV có thể được điều trị tại khoa hoặc tại khoa CC-HSTC&CD khi bệnh nặng hơn.
- VP do thở máy (VPTM, Ventilator-Associated Pneumonia=VAP) là VP xuất hiện >48-72 giờ sau khi nội khí quản. Tuy không bao gồm trong định nghĩa này, một số BN cần nội khí quản sau khi phát triển VPBV nặng và nên được điều trị tương tự như BN VPTM.
- VP do chăm sóc y tế (VPCSĐT, Healthcare Associated Pneumonia=HCAP) bao gồm:
  - Nằm viện ở một bệnh viện chăm sóc bệnh cấp tính  $\geq 2$  ngày trong 90 ngày trước;
  - Nằm ở viện điều dưỡng hoặc dưỡng lão;
  - Điều trị kháng sinh truyền tĩnh mạch, hoá trị, chăm sóc vết thương trong 30 ngày trước;
  - BN nằm viện hoặc trung tâm lọc máu 30 ngày trước.

#### **Các đặc điểm khác của VPBV**

- Các tác nhân gây VPBV khác biệt với tác nhân viêm phổi (VP) cộng đồng (VPCĐ), thường gặp là trực khuẩn G(-) và S. aureus. Các vi khuẩn kháng thuốc có tầm quan trọng đặc biệt<sup>(2)</sup>.
- Cần điều trị theo kinh nghiệm ngay lúc đầu với thuốc chống lại các vi khuẩn kháng thuốc<sup>(2)</sup>.
- Triệu chứng bao gồm khó chịu, sốt, ớn lạnh, rét run, khó thở và đau ngực. Nhưng ở BN thở máy, VP thường biểu hiện khi oxy máu xấu đi và dịch tiết khí quản tăng lên<sup>(2)</sup>.
- Điều trị kháng sinh: Tiên lượng thường xấu, một phần do các bệnh đi kèm. Đánh giá lại sau vài ngày điều trị theo kinh nghiệm và thay kháng sinh dựa vào nuôi cấy và lâm sàng<sup>(2)</sup>.
- Theo nghiên cứu tại Việt Nam:

- Lê Thị Kim Nhung (2005)<sup>(3,5)</sup> thấy VPBV gây tử vong khá cao (43,75%) cho người lớn tuổi, viêm phổi thở máy (VPTM) có tỷ lệ tử vong còn cao hơn với 46,6% và nội khí quản với 31,1%.

- Phạm Thái Dũng và cs<sup>(4)</sup> (2009-2011) nghiên cứu trên các BN thở máy điều trị tại khoa Hồi sức tích cực thì thấy vi khuẩn gây viêm phổi chủ yếu là gram (-) chiếm 79,31%, gặp nhiều nhất là *P. aeruginosa* 36,21%. Vi khuẩn Gram (+) chiếm phần còn lại, trong đó *S. aureus* chiếm 8,62%. *P. aeruginosa* kháng với hầu hết các loại kháng sinh, chỉ còn nhạy với imipenem, ticarcilline/clavulanic. *E. coli* đề kháng với ampicilline, amoxycilline, cefotaxime (84,61%), và đã có chủng kháng với imipenem và ertapenem. *S. aureus* kháng 100% với hầu hết các thuốc, chỉ chưa kháng với vancomycin.

- Nguyễn Thị Hồng Nhân nghiên cứu trên bệnh nhi, trong đó dưới 1 tuổi là 72%, tỷ lệ tử vong chiếm 23%<sup>(6)</sup>.

**Tiêu chí chẩn đoán: Theo CDC 2005<sup>(7)</sup>.**

X-quang	Dấu hiệu/Triệu chứng lâm sàng/Xét nghiệm
Hai hay nhiều phim X-quang phổi có ít nhất <b>một</b> trong các dấu hiệu sau: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Thâm nhiễm mới hay tiến triển và kéo dài</li> <li>• Đông đặc phổi</li> <li>• Tạo hang</li> <li>• Trần dịch màng phổi.</li> </ul> <b>Chú ý:</b> Nếu NB <b>không</b> có bệnh phổi hoặc bệnh tim đi kèm, chỉ cần 1 <b>X-quang thay đổi rõ</b> đủ chẩn đoán	<b>Đối với BN người lớn nào:</b> Có ít nhất <b>một</b> trong các triệu chứng sau <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sốt (&gt;38<sup>0</sup>C) mà không có nguyên nhân nào khác.</li> <li>- BC giảm (&lt; 4.000/mm<sup>3</sup>) hoặc tăng (&gt;12.000 mm<sup>3</sup>)</li> <li>- Người lớn ≥70 thay đổi tri giác mà không có nguyên nhân nào khác</li> </ul> <b>Và</b> Ít nhất <b>hai</b> trong các triệu chứng sau: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Xuất hiện đàm mủ mới, hoặc thay đổi tính chất của đàm, hoặc tăng bài tiết, hoặc gia tăng nhu cầu cần hút đàm</li> <li>• Mới xuất hiện ho hoặc ho xấu đi, hoặc khó thở hoặc thở nhanh</li> <li>• Có rales hoặc âm thở phế quản (bronchial breath sounds)</li> <li>• Khí máu xấu đi (giảm bảo hoà O<sub>2</sub> như PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> ≤240, tăng nhu cầu Oxygen hoặc tăng nhu cầu máy thở).</li> </ul>

**BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP**

**Tóm tắt 5 bệnh án VPBV**

T	HVT	Giới	Tuổi	Thời gian phát bệnh	Nhiệt độ	Bạch cầu	Đàm mủ	Ho, rales	X-qq	Bệnh trước khi bị VPVPBV	Chẩn đoán
1	HVÚ.. 05/1702 0	Nam	67	40 giờ	-	+	-	+	+	Choáng nhiễm trùng tiêu hoá, viện điều trị tại BVNT	VP bệnh
2	TTT. 09/1395	Nữ	83	30 ngày	+	+	-	+	+	BN nằm viện phẫu thuật áp xe mông chăm sóc ở một bệnh viện y tế huyện	VP do
3	PKA. 14/2672 6	Nữ	46	50 giờ	-	+	+	+	+	Nhồi máu cơ tim, viện điều trị tại BVNT	VP bệnh
4	CR. 15/1491 2	Nam	50	87 giờ	-	+	+	+	+	Mồ mỡ bề thận trái lấy sỏi, dẫn máu lưu ra da BVNT	VP thở
5	PTH. 14/3549 3	Nữ	36	>48 giờ	+	-	+	+	+	BN lọc thận định kỳ tại BVNT	VP chăm sóc y tế

**Tóm tắt 5 bệnh án VPBV (tiếp theo)**

TT	Họ và tên	Thuốc điều trị	Cấy máu	Tình trạng khi ra viện
1	HVÚ. 5/17020	ciprofloxacin, Ceftriaxon	Âm	Xuất viện với tình trạng khoẻ.
2	TTT. 09/1395	levofloxacin và amikacin	Không cấy	Xin về với tình trạng giảm.
3	PKA.14/26726	cefotaxim, levofloxacin	Không cấy	Xuất viện với tình trạng khoẻ.
4	CR. 15/14912	levofloxacin, ceftriaxone Imipenem, Metronidazol,	Enterobacte r agglomeran s	Xin về vì kinh tế khó khăn. Sau đó tiếp tục lọc thận tại BV 115 và Nhật Tân.
5	PTH. 14/35493	ceftriaxon	Không cấy	Xin về, tạm ổn, lọc thận định kỳ tiếp

**MỘT SỐ HÌNH ẢNH VPBV TRÊN X-QUANG**



**Hình 1.** X-quang phổi của Huỳnh Văn Ú., 67 tuổi, 24/01/2015 (trái) và 26/1/2015 (phải).



**Hình 4.** X-quang phổi của CHAU R., nam, 50 tuổi, 20/05/2015 (trái) và 27/05/2015 (phải).

## BÀN LUẬN

- Trong 12 tháng từ tháng 11/2014 cho đến hết tháng 10/2015, có 5 trường hợp VPBV được ghi nhận tại bệnh viện Nhật Tân. Tỷ lệ VPBV trên số người nằm viện là 0,036% (5/13.761). Tỷ lệ này khá thấp có lẽ do bệnh viện Nhật Tân chưa phổ biến kỹ thuật thở máy và công suất giường bệnh chưa cao (chỉ khoảng 60%).

- Cả 5 trường hợp VPBV được chẩn đoán dựa vào các triệu chứng, dấu hiệu theo CDC 2005: BN thường có sốt 38°C và bạch cầu  $>12 \times 10^3 \mu\text{L}$ , xuất hiện ho, đờm có mủ, có ran. Trên X-quang phổi bị thâm nhiễm mới, đông đặc phổi hay tràn dịch màng phổi.

- Trong 5 trường hợp VPBV, các thể lâm sàng VPBV như sau:

+ 2 trường hợp mắc phải khi nằm viện vì một bệnh khác: Một trường hợp bệnh nhồi máu cơ tim và một trường hợp sốc nhiễm khuẩn đường tiêu hoá.

+ 2 trường hợp VP do chăm sóc y tế: Trong đó có một trường hợp nằm viện để mổ áp-xe mông ở một bệnh viện huyện. Một tháng sau nhập viện BVNT với chẩn đoán VPBV. Trường hợp kia là một BN chạy thận định kỳ.

+ 1 trường hợp VP do thở máy: do phẫu thuật mở lấy sỏi thận qua da, sau đó dẫn lưu ra da.

- Tuy số liệu còn ít, nhưng 5 trường hợp này được xếp vào 3 loại VPBV theo CDC 2005.

- Theo Haley nghiên cứu ở các bệnh viện Hoa Kỳ vào năm 1986 thì thấy nhiễm khuẩn bệnh viện ở BN nội trú phổ biến là 6%, nhưng ở BN nặng thuộc khoa Hồi sức Cấp cứu lên đến 20%<sup>(6)</sup>. Ở Việt Nam, chưa có số thống kê chính thức về tỷ lệ VPBV so với số BN nằm viện nhưng do tình trạng quá tải bệnh viện vẫn còn, môi trường bệnh viện còn nhiều thiếu sót, kỹ năng của nhân viên y tế còn nhiều yếu kém, tỷ lệ này chắc hẳn cao hơn. Trong cuộc điều tra 19 bệnh viện trong toàn quốc thì VPBV chiếm 55,4% tổng số các trường hợp nhiễm khuẩn bệnh viện. Trong đó VPBV liên quan đến thở máy chiếm tỷ lệ rất cao (43-63.5/1.000 ngày thở máy) và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trong số các loại nhiễm khuẩn bệnh viện<sup>(8)</sup>.

- Có 2 BN được cấy máu, một trường hợp âm và một trường hợp có *Enterobacter agglomerans*. Các BN được điều trị bằng 2 kháng sinh: ciprofloxacin + ceftriaxone; levofloxacin + amikacin; cefotaxim + levofloxacin. Chỉ có một BN phải điều trị 4 kháng sinh do đây là một trường hợp mổ sỏi san hô thận phải (levofloxacin + ceftriazone + imipenem + metronidazol).

- Các trường hợp được chẩn đoán VPBV đều được đánh giá bằng kiểm thực hành lâm sàng phòng VPBV để có biện pháp khắc phục nhằm giảm thiểu tỷ lệ mắc VPBV<sup>(8)</sup>.

- Có 2 trường hợp xuất viện với tình trạng khoẻ; 2 trường hợp xin về do bệnh đã thuyên giảm, 1 trường hợp xin về do hoàn cảnh khó khăn. Nhưng tất cả đều có kết cục tốt, không có tử vong.

## KẾT LUẬN

Lần đầu tiên BVNT ghi nhận được 5 trường hợp VPBV, chiếm 0,036% số người nằm viện từ tháng 11 năm 2014 đến tháng 10 năm 2015. Bảng kiểm thực hành lâm sàng phòng VPBV do Bộ Y tế ban hành được thường xuyên áp dụng nhằm giảm thiểu tỷ lệ này.

## THAM KHẢO

1. **Singh N, Rogers P, Atwood CW, Wagener MM, Yu VL.** Short-course empiric antibiotic therapy for patients with pulmonary infiltrates in the intensive care unit. A proposed solution for indiscriminate antibiotic prescription. *Am J Respir Crit Care Med.* 2000 Aug;162(2 Pt 1):505-11.

2. **Sanjay Sethi. Hospital-Acquired Pneumonia. In Merck manual Professional Edition.** [http://www.merckmanuals.com/professional/pulmonary\\_disorders/pneumonia/hospital-acquired\\_pneumonia.html](http://www.merckmanuals.com/professional/pulmonary_disorders/pneumonia/hospital-acquired_pneumonia.html). Last revision Dec 2014.

3. **Lê Thị Kim Nhung.** Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố tiên lượng của viêm phổi bệnh viện trên người lớn tuổi. TC Y học thực hành. 2005. số 5, tr 15-17.
4. **Phạm Thái Dũng; Đỗ Quyết.** Nghiên cứu đặc điểm vi khuẩn ở bệnh nhân viêm phổi thở máy. Y học Việt Nam. 2013. số 1, tr 100-104.
5. **Lê Thị Kim Nhung.** Đặc điểm nhạy cảm với kháng sinh của vi khuẩn gây viêm phổi bệnh viện tại BV Thống Nhất (12/2003-9/2004). Y học thực hành (499), số 12/2004, tr 33-35.
6. **Nguyễn Thị Hồng Nhân, Nguyễn trung Thành, Trang Bích Vân.** Tình hình kháng kháng sinh của các loại vi khuẩn phân lập được qua dịch phế quản ở bệnh nhân viêm phổi bệnh viện tại khoa HSCC Nhi, bệnh viện Xanh Pôn. Y học thực hành (729), số 8/2010, tr 5-8.
7. **CDC.** Criteria for defining Nosocomial Pneumonia, 2005.
8. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn phòng ngừa viêm phổi bệnh viện trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Theo 3671/QĐ-BYT ngày 27/9/2012.

# KHẢO SÁT THỰC TRẠNG THỪA CÂN BÉO PHÌ Ở HỌC SINH TIỂU HỌC TẠI THÀNH PHỐ CHÂU ĐỐC NĂM 2014-2015

*Nguyễn Văn Ngọc Răng, Nguyễn Thị Thái Phiên, Trần Phước Hồng,  
Nguyễn Thu Lộc, Nguyễn Thị Mỹ Hạnh, Trương Thị Thu Swong*

## TÓM TẮT ĐỀ TÀI

- Cùng với sự phát triển của nền kinh tế những năm gần đây, ở Việt Nam, tỉ lệ trẻ thừa cân và béo phì đã có xu hướng gia tăng, đặc biệt là tại các đô thị. Hiểu rõ tình hình thừa cân béo phì và những yếu tố liên quan sẽ là cơ sở cần thiết giúp các ngành chức năng tìm ra giải pháp góp phần hạ thấp tỉ lệ thừa cân béo phì của học sinh tiểu học tại địa phương.

- Mục tiêu: Xác định tỷ lệ TCBP và các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tình trạng TCBP ở học sinh tiểu học từ 6 -11 tuổi tại TP. Châu Đốc.

- Đối tượng Nghiên cứu : 2661 học sinh của 08 trường tiểu học ở thành phố Châu Đốc, trong đó chọn 295 trẻ thừa cân béo phì và 295 trẻ có tình trạng dinh dưỡng bình thường để tìm hiểu mối tương quan giữa một số yếu tố nguy cơ với thừa cân béo phì.

- Phương pháp: tiền cứu mô tả cắt ngang có đối chứng

- Kết quả: Qua khảo sát 2661 học sinh trong đó 1404 nam (52.8%). Tỷ lệ thừa cân béo phì chung là 19%, đa số trẻ nam bị thừa cân béo phì (nam 23.6% > nữ 13.9%), tỷ lệ TCBP của học sinh tiểu học cao nhất ở nhóm 6 tuổi (20.8%) ; bên cạnh đó, tỷ lệ suy dinh dưỡng nhẹ cân vẫn còn chiếm 4.5%. Các trường tiểu học ở khu vực nội thành có tỷ lệ TCBP cao 26.5% ; trong đó, trường Nguyễn Huệ có tỷ lệ TCBP cao nhất 35.2%. Cha mẹ ở nhóm thừa cân béo phì không nhận thức đúng về tình trạng dinh dưỡng của con mình (63.1% ) cao hơn rất nhiều so với nhóm chứng (4.1%), không biết hậu quả của béo phì (7.1%) và cho rằng béo phì là khỏe (8,8%) .

## 1.ĐẶT VẤN ĐỀ:

- Thừa cân béo phì (TCBP) đã tăng lên đến mức báo động trong những năm gần đây và hiện nay đã trở thành một vấn đề sức khỏe cộng đồng ở nhiều nước trên thế giới. Tỷ lệ bệnh này không những tăng cao ở các nước đã phát triển mà còn gia tăng ở các nước đang phát triển, kể cả những nước mà tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) vẫn còn phổ biến, trong đó có Việt Nam. Mặc dù tỷ lệ TCBP ở Việt Nam thấp hơn so với các quốc gia khác nhưng lại có tốc độ gia tăng nhanh chóng và đáng báo động. Người ta quan tâm đến béo phì ở trẻ em vì đó là mối đe dọa lâu dài đến sức khỏe, tuổi thọ và kéo dài tình trạng béo phì đến tuổi trưởng thành sẽ làm gia tăng nguy cơ đối với các bệnh mạn tính như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, tiểu đường, viêm xương khớp, sỏi mật, gan nhiễm mỡ, và một số bệnh ung thư. Béo phì ở trẻ em còn làm ngừng tăng trưởng sớm, dễ dẫn tới những ảnh hưởng nặng nề về tâm lý trẻ như tự ti, nhút nhát, kém hòa đồng, học kém. Trẻ em béo phì là một yếu tố nguy cơ cho béo phì ở người lớn bởi vì thừa cân béo phì có thể phòng ngừa được nhưng điều trị rất khó khăn, tốn kém và hầu như rất ít kết quả. Kinh nghiệm của các nước phát triển cho thấy can thiệp phòng chống TCBP, đặc biệt ở giai đoạn sớm góp phần giảm đáng kể nhu cầu chăm sóc sức khỏe và chi phí y tế cho các bệnh mạn tính trong suốt cuộc đời.

- Những năm gần đây, ở Việt Nam, bên cạnh tỉ lệ SDD đã giảm, tỉ lệ trẻ TCBP đang có xu hướng gia tăng, đặc biệt là tại các đô thị. Các nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng của trẻ em tuổi học đường đã được thực hiện ở các thành phố lớn cho thấy tỉ lệ trẻ em thừa cân béo phì ngày càng tăng.

- Kết quả một số nghiên cứu cho thấy các yếu tố liên quan đến TCBP ở trẻ như: kinh tế gia đình, chế độ dinh dưỡng, thói quen ăn uống, hoạt động của trẻ, học vấn và thể chất của bố mẹ trẻ ...ảnh hưởng không nhỏ đến tình trạng TCBP ở trẻ. Do vậy, việc đánh giá tình trạng TCBP ở tuổi học đường là hết sức cần thiết nhằm kiến giải những căn nguyên cũng như hậu quả của TCBP. Nghiên cứu thực trạng TCBP ở học sinh tiểu học sẽ là dữ liệu cơ sở cần thiết

giúp các ngành chức năng định hướng giải pháp góp phần hạ thấp tỉ lệ TCBP ở học sinh tiểu học.

- Tại thành phố Châu Đốc trong những năm gần đây chưa có công trình nào nghiên cứu về tỉ lệ TCBP. Nhằm tìm hiểu thực trạng tình hình TCBP ở trẻ em đặc biệt là trẻ em lứa tuổi tiểu học chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Khảo sát thực trạng thừa cân béo phì ở học sinh tiểu học tại TP. Châu Đốc năm học 2014 - 2015”. Với mục tiêu:

- *Mục tiêu tổng quát:*

+ Khảo sát thực trạng TCBP ở học sinh tiểu học tại TP. Châu Đốc năm học 2014 - 2015.

- *Mục tiêu cụ thể:*

+ Xác định tỷ lệ TCBP và các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tình trạng TCBP ở học sinh tiểu học từ 6 -11 tuổi tại TP. Châu Đốc

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

### **2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU**

#### **2.1.1. Đối tượng của nghiên cứu mô tả cắt ngang**

- Các học sinh tiểu học từ 6-11 tuổi tại 08 trường tiểu học được chọn ngẫu nhiên là trường tiểu học Trung Vương, Lê Lợi, Hùng Vương, Nguyễn Huệ, A Núi Sam, B Vĩnh Ngươn, A Vĩnh Mỹ, Vĩnh Châu.

#### **2.1.2. Đối tượng của nghiên cứu bệnh chứng**

- Lô thừa cân béo phì: chọn ngẫu nhiên học sinh được chẩn đoán TCBP trong nghiên cứu đủ tiêu chuẩn cỡ mẫu.

- Lô chứng: những học sinh cùng tuổi, giới, địa chỉ, dân tộc với lô TCBP và có cân nặng theo chiều cao hoặc BMI trong giới hạn bình thường.

#### **2.1.3. Địa điểm nghiên cứu:**

- Nghiên cứu được tiến hành tại 08 trường tiểu học ở TP. Châu Đốc

#### **2.1.4. Thời gian nghiên cứu:**

- Tháng 11/2014 đến tháng 11/2015

### **2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:**

#### **2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:**

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang : Xác định tỷ lệ thừa cân béo phì ở trẻ em tiểu học (6-11 tuổi)

- Nghiên cứu bệnh chứng: Tìm hiểu yếu tố nguy cơ của TCBP ở trẻ em

#### **2.2.2 Phương pháp chọn mẫu:**

*Qui trình chọn mẫu:*

- Mẫu nghiên cứu được tiến hành ở TP. Châu Đốc theo phương pháp chọn mẫu chùm với mỗi lớp là một chùm.

*Cỡ mẫu:*

- Cỡ mẫu của nghiên cứu mô tả cắt ngang được tính theo công thức:

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

n: Cỡ mẫu ( số trẻ 6-11 tuổi cần điều tra)

Với độ tin cậy 95% thì  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ .

p: ước tính tỉ lệ thừa cân là khoảng 7,26% (p=0,0726) [5]( Dựa theo nghiên cứu của Bùi Đức Văn đề tài “Nghiên cứu tình hình TCBP ở học sinh tiểu học tại huyện Cái Nước tỉnh Cà Mau” năm 2009).

d: ước lượng độ chính xác ,ở đây chúng tôi chọn là 1,5% (d= 0.015)

- Thay vào công thức: cỡ mẫu tính được là 1150 trẻ

- Lấy tỷ lệ bỏ cuộc là 10% thì cỡ mẫu sẽ là 1278 trẻ.

- Mẫu nghiên cứu được chọn theo mẫu chùm nên được tăng lên gấp đôi để đảm bảo độ tin cậy, khi đó mẫu tính được là 2555 trẻ làm tròn là 2560 trẻ.

- Cỡ mẫu của nghiên cứu bệnh chứng được tính theo công thức:

$$n = \frac{\{Z_{2\alpha} \sqrt{2pq} + Z_{2\beta} \sqrt{p_1q_1 - p_2q_2}\}^2}{(p_1 - p_2)^2} \quad (1)$$

n: Số đối tượng cần thiết trong từng nhóm;

Với  $\alpha = 0,05$  và  $\beta = 0,2$  thì  $Z_{2\alpha}$  và  $Z_{2\beta}$  lần lượt là 1,96 và 1,04

$p_1$ : Ước đoán tỷ lệ phơi nhiễm với yếu tố nguy cơ trong nghiên cứu

Ước đoán  $p_1 = 0,15$ ; Dự đoán OR = 2 Ta biết:

$$OR = \frac{p_2}{1 - p_2} / \frac{p_1}{1 - p_1}$$

$$p = \frac{p_1 + p_2}{2}$$

$$q = 1 - p$$

Thế OR = 2 và  $p_1 = 0,15$  ta tính được  $p_2 = 0.26$   $p = 0.2$

Thay vào công thức (1) ta có: Cỡ mẫu cho từng nhóm đối tượng là 232 trẻ

Lấy tỷ lệ bỏ cuộc là 10% thì cỡ mẫu là 255 trẻ

Như vậy nhóm chứng là 255trẻ, nhóm TCBP là 255 trẻ

### 2.3 TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ THỪA CÂN BÉO PHÌ

- Chúng tôi lấy ngưỡng cân nặng theo chiều cao lớn hơn +2Z-scores (CN/CC > +2Z-Scores) so với quần thể tham khảo NCHS để đánh giá, phân loại thừa cân và béo phì của trẻ, mà nhiều tác giả hiện nay đang áp dụng. Như vậy:

- Đối với trẻ 9 tuổi trở lên hoặc trẻ có chiều cao vượt quá giới hạn áp dụng chỉ số CN/CC của TCYTĐG thì dựa vào BMI. Do đặc điểm của lứa tuổi này là cơ thể đang phát triển, chiều cao chưa ổn định nên không thể dùng ngưỡng BMI như người trưởng thành mà BMI được tính theo giới và tuổi của trẻ, ta có: BMI của các em học sinh theo tuổi và giới tương ứng của quần thể tham khảo (NCHS) ta có: Trẻ thừa cân khi BMI > 85% bách phân vị BMI

- *Tiêu chuẩn loại trừ*

+ Loại trừ các trường hợp béo phì thứ phát, béo phì do nguyên nhân nội tiết, do khiếm khuyết di truyền, do dùng thuốc, chẳng hạn như dùng Corticoid kéo dài trong điều trị hội chứng thận hư.

+ Trẻ > 11 tuổi.

### 3.KẾT QUẢ

#### 3.1 TÌNH HÌNH THỪA CÂN BÉO PHÌ Ở TIỂU HỌC

Qua phân tích 2661 mẫu nghiên cứu kết quả như sau:

- Giới nam chiếm 1404 (52,8%), tỉ lệ nam/nữ: 1,11.

- Tỷ lệ thừa cân béo phì là 19%, suy dinh dưỡng nhẹ cân vẫn còn chiếm 4,5%.

- Trẻ nam thừa cân béo phì nhiều hơn trẻ nữ ở các lứa tuổi khác nhau ( $p < 0.05$ ).

Trong đó trẻ 6 tuổi thừa cân béo phì nhiều nhất ( $p > 0.05$ )

- Các trường có tỷ lệ học sinh thừa cân béo phì nhiều nhất lần lượt là trường Nguyễn Huệ, Trưng Vương, Hùng Vương (35.2%, 27.3%, 25.9%), thấp nhất là trường Vĩnh Châu (5.4%) ( $p < 0.05$ ). Điều này cho thấy học sinh nội thành TCBP nhiều hơn ngoại thành.

- Khảo sát kiến thức về dinh dưỡng : phần lớn bà mẹ có kiến thức đúng về dinh dưỡng (> 90%)

### 3.2. ĐẶC ĐIỂM THỂ LỰC CỦA NHÓM TCBP VÀ NHÓM CHỨNG

**Bảng 3.1. So sánh đặc điểm cân nặng, chiều cao của nhóm TCBP và nhóm chứng**

	N	Trung bình	± SD	t, p
Cân nặng Nhóm TCBP	295	39.93	14.4	12.84
Nhóm chứng	295	27.5	8.17	<0.001(*)
Chiều cao Nhóm TCBP	295	131.03	9.83	2.99
Nhóm chứng	295	128.52	10.5	0.003(*)

**Nhận xét:** Chiều cao, cân nặng trung bình của nhóm TCBP và nhóm chứng có sự khác biệt, trẻ TCBP có cân nặng cao hơn đồng thời cũng có chiều cao cao hơn.

### 3.3. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ LIÊN QUAN ĐẾN THỪA CÂN BÉO PHÌ

#### 3.3.1. Liên quan giữa cân nặng lúc sinh với tình trạng TCBP

**Bảng 3.2. Liên quan giữa cân nặng lúc sinh với tình trạng TCBP**

Cân nặng lúc sinh (gam)	Nhóm TCBP (N=295)		Nhóm chứng (N=295)		OR (KTC 95%)	P
	n	%	n	%		
>3500	47	15.9	22	7.4	2.35(1.37-4.0)	0.001(*)
Khác	218	84.1	273	92.6		

**Nhận xét:** Kết quả cho thấy trẻ có cân nặng > 3500gr có nguy cơ TCBP gấp 2.3 lần so với nhóm chứng (p< 0.05).

#### 3.3.2. Thói quen ăn uống và mối liên quan với TCBP ở trẻ

**Bảng 3.3. So sánh thói quen ăn uống giữa nhóm TCBP và nhóm chứng**

Yếu tố	TCBP (N=295)		Nhóm chứng (N=295)		OR (KTC 95%)	P
	n	%	n	%		
1. Thích ăn béo	147	49.8	84	28.5	2.49(1.77-3.5)	<0.001 (*)
2. Thích ăn ngọt	236	80	218	73.9	1.41(0.96-2.07)	0.07
3. Ăn trước khi ngủ	158	35.6	105	53.6	2(1.5-2.9)	<0.001(*)
4. Thích ăn vặt	188	63.7	188	63.7	1(0.7-1.39)	1
5. Ăn vặt khi xem tivi	174	59	170	57.6	1(0.76-1.46)	0.7
6. Háu ăn	170	57.6	99	33.6	2.7(1.92-3.76)	<0.001(*)
7. Ăn > 3bữa/ngày	142	48.1	161	54.6	0.77(0.55-1.06)	0.11
8. Thích ăn rau	156	52.9	162	54.9	0.92(0.66-1.27)	0.6
9. Thích ăn trái cây	261	88.5	256	86.8	1.16(0.7-1.91)	0.5

Trẻ thích ăn béo có nguy cơ TCBP gấp 2.49 lần so với trẻ không thích ăn béo, trẻ thích ăn trước khi ngủ có nguy cơ TCBP gấp 2 lần trẻ khác, trẻ háu ăn có nguy cơ TCBP gấp 2.7 lần trẻ khác (p< 0.05). Trẻ thích ăn ngọt có nguy cơ TCBP gấp 1.4 lần trẻ không thích ăn ngọt (p> 0.05).

**Bảng 3.4. Liên quan giữa tần suất tiêu thụ thực phẩm giàu năng lượng với nguy cơ TCBP**

Yếu tố		TCBP (N=295) n(%)	Nhóm chứng (N=295) n(%)	OR (KTC 95%)	P
1. Thức ăn chiên xào	Thường xuyên	217(73.6)	197(66.8)	1.38(0.97-1.97)	0.07
	Không	78(26.4)	98(33.2)		
2. Thịt mỡ các loại	Thường xuyên	128(43.4)	116(39.3)	1.18(0.85-1.64)	0.3
	Không	167(56.6)	179(60.7)		
3. Nước ngọt có gas hoặc bánh ngọt	Thường xuyên	203(68.8)	209(70.8)	0.9(0.63-1.29)	0.5
	Không	92(31.2)	86(29.2)		

Trẻ TCBP thường xuyên ăn thức ăn chiên xào và thịt mỡ hơn trẻ không thừa cân.

### 3.3.3. Mối liên quan giữa nhận thức và quan niệm của cha (mẹ) với TCBP ở trẻ

**Bảng 3.5. Mối liên quan giữa nhận thức và quan niệm của cha (mẹ) với**

**TCBP ở trẻ**

Yếu tố	TCBP(N=295) n (%)	Nhóm chứng (N=295) n(%)	OR (KTC95%)	P
1. Không nhận biết đúng tình trạng dinh dưỡng của trẻ	186(63.1)	12(4.1)	40(21.5-75.1)	<0.001 *
2. Cho rằng trẻ TC khỏe hơn trẻ có cân nặng bình thường	26(8.8)	46(15.6)	1.91(1.14-3.18)	0.01 *
3. Có nghe nói đến TCBP	252(85.4)	227(76.9)	1.75(1.1-2.67)	0.008 *
4. Không biết hậu quả của TCBP	21(7.1)	13(4.4)	1.66(0.81-3.38)	0.1

- Mặc dù cha mẹ của trẻ TCBP có nghe đến vấn đề TCBP ở trẻ em nhiều hơn cha mẹ của trẻ có cân nặng bình thường (  $p < 0.05$ ) nhưng phần lớn cha mẹ của trẻ TCBP lại không nhận biết đúng tình trạng dinh dưỡng của con (63.1%) . Nguy cơ gia tăng tỷ lệ TCBP ở trẻ gấp 40 lần so với các cha mẹ nhận biết đúng tình trạng dinh dưỡng của trẻ (  $p < 0.05$ ).

### 3.3.4. Mối liên quan giữa điều kiện kinh tế gia đình với TCBP ở trẻ

Trẻ trong gia đình có máy giặt và máy lạnh có nguy cơ TCBP hơn trẻ khác (  $p < 0.05$  ).

## 3.4. PHÂN TÍCH HỒI QUY LOGISTIC CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TCBP

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy khi phân tích đơn biến có 8 yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê đến trẻ thừa cân béo phì bao gồm: giới tính, sinh thừa cân ( > 3.500gr), thích ăn béo, thói quen ăn uống sau 20 giờ, háu ăn, cha mẹ không nhận biết đúng tình trạng dinh dưỡng của con , gia đình có máy lạnh, máy giặt. Tuy nhiên để khảo sát tác động độc lập của từng yếu tố riêng biệt lên trẻ béo phì khi có mặt đồng thời của 7 yếu tố còn lại, chúng tôi sử dụng phương pháp hồi quy Logistic để hiệu chỉnh các yếu tố gây nhiễu.

**Bảng 3.6. Phân tích hồi quy logistic các yếu tố nguy cơ liên quan đến trẻ TCBP**

Yếu tố	P	OR (KTC 95 95%)
- Giới tính = 0,035		1,73 (1,03 – 2,88)
- Sinh thừa cân = 0,026		0,43 (0,20 – 0,90)
- Thích ăn béo < 0,001		2,67 (1,60 – 4,44)
- Ăn uống sau 20 giờ = 0,001		2,48 (1,48 – 4,17)
- Háu ăn < 0,001		0,29 (0,17– 0,49)
- Không nhận biết đúng tình trạng dinh dưỡng < 0,001		58,27 (28,07 – 120,98)
- Có máy giặt = 0,72		0,88 (0,45 – 1,71)
- Có máy lạnh = 0,75		0,57 (0,31 – 1,05)

**Nhận xét:** Sau khi hiệu chỉnh các yếu tố gây nhiễu, có 6 yếu tố ảnh hưởng đến trẻ TCBP, đó là: giới tính, sinh thừa cân (> 3.500gr), thích ăn béo, thói quen ăn uống sau 20 giờ, háu ăn, cha mẹ không nhận biết đúng tình trạng dinh dưỡng của con.

## 4. BÀN LUẬN

### 4.1. TỶ LỆ TCBP

Tỷ lệ học sinh tiểu học TCBP là 19%, trong nghiên cứu này chúng tôi không phân biệt tỷ lệ béo phì riêng vì không sử dụng một số chỉ số khác chuyên sâu hơn để đánh giá béo phì ( đo nếp gấp cơ tam đầu hoặc đo chỉ số mỡ...). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Đỗ Thị Ngọc Diệp tại một số trường tiểu học quận 10 thành phố Hồ Chí Minh năm 2009 là

28.5%[1], điều này có thể do tác giả đã nghiên cứu tại thành phố lớn có đời sống kinh tế cao(thành phố Hồ Chí Minh).Tuy nhiên, tỷ lệ này của chúng tôi là khá cao, cao hơn nghiên cứu của Bùi Đức Văn (2010) tại Cà Mau là 7.26%[5].

#### **4.2. MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỪA CÂN BÉO PHÌ**

Về giới: Tỷ lệ TCBP ở nam là 23.6% cao hơn so với nữ 13.9% ( $p < 0,05$ ). Kết quả này tương tự một số nghiên cứu khác. Điều này có thể là do trẻ nữ thường được các bậc phụ huynh lưu ý giữ gìn về vóc dáng nhiều hơn, ăn kiêng khem nhiều hơn, thường phụ giúp cha mẹ làm việc nhà nhiều hơn nên TCBP thấp hơn nam.

Trẻ có cân nặng lúc sinh  $> 3500$  gr có nguy cơ TCBP gấp 2.3 lần so với nhóm chứng. Kết quả này cũng phù hợp nghiên cứu của Bùi Đức Văn (2009) ở Cà Mau.

Thói quen ăn uống nhiều chất béo, ngọt, ăn trước khi ngủ, háu ăn làm gia tăng nguy cơ TCBP. Trẻ thừa cân ăn nhiều hoặc thích ăn thực phẩm nhiều chất béo và chúng thường được ăn uống theo sở thích bởi chúng thường xuyên kêu đói. Một phần là do bố mẹ thiếu kiến thức về dinh dưỡng hợp lý không hiểu chính sở thích đó của trẻ đang tiềm tàng yếu tố nguy cơ TCBP. Các nghiên cứu dịch tễ học gần đây cho thấy nguyên nhân cơ bản của sự gia tăng tỷ lệ TCBP trên phạm vi toàn cầu chủ yếu là do các thay đổi hành vi ăn uống và do môi trường sống [3], [4]. Ở nước ta những năm gần đây, sự tăng trưởng kinh tế nhanh, đời sống người dân ngày càng được cải thiện. Cơ cấu bữa ăn và thói quen ăn uống phần nào biến đổi như ở các nước công nghiệp phát triển, nghĩa là ăn nhiều thịt, chất béo, thức ăn ngọt nhưng ít rau củ. Các công trình nghiên cứu gần đây cho thấy một số bệnh do ăn uống không hợp lý đã xuất hiện và ngày một gia tăng, nhất là ở các thành phố lớn..

Kiến thức về TCBP, mặc dù sự hiểu biết của cha mẹ về hậu quả của TCBP khá cao chiếm  $> 90\%$ , nhưng tỷ lệ TCBP vẫn cao một phần là do điều trị TCBP ở trẻ em rất khó bởi vì như chúng ta biết thay đổi thói quen ăn uống và tập luyện với người lớn đã khó, với trẻ TCBP còn khó hơn vì trẻ không tuân thủ chế độ dinh dưỡng và tập luyện mà chỉ ăn uống theo sở thích của mình nhưng quan trọng hơn cả là cha mẹ chưa nhận biết đúng tình trạng dinh dưỡng của con, nhất là những trẻ đang ở ngưỡng thừa cân vì thế nguy cơ TCBP khi cha mẹ không nhận biết đúng tình trạng dinh dưỡng là gấp 40 lần. Có đến 63.1% phụ huynh của trẻ TCBP không nhận biết đúng tình trạng dinh dưỡng của con em họ, những phụ huynh này vẫn cho là con em họ ở mức cân nặng trung bình. Điều này phản ánh một thực tế là trong lúc tiến hành phỏng vấn chúng tôi nhận thấy chưa có một phụ huynh nào chủ động đưa con em mình đến các cơ sở y tế để được khám hoặc tư vấn về tình trạng TCBP. Chính vì vậy mà họ chỉ biết hậu quả chung chung chứ chưa có sự quan tâm đúng mức đến tình trạng TCBP của con mình.

#### **5. KẾT LUẬN**

Thừa cân béo phì đang tăng nhanh ở lứa tuổi học sinh tiểu học là vấn đề đáng báo động trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng. Một số yếu tố nguy cơ tìm thấy trong nghiên cứu liên quan đến TCBP như giới tính, cân nặng lúc sinh, thói quen ăn uống, kiến thức về dinh dưỡng, đặc biệt là cách đánh giá tình trạng dinh dưỡng là những yếu tố góp phần thực hiện một nghiên cứu can thiệp cộng đồng vào nhóm nguy cơ để đánh giá tác động lên TCBP ở học sinh tiểu học để từ đó đề ra giải pháp phòng chống TCBP ở trẻ, đặc biệt là lứa tuổi tiểu học.

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Đỗ Thị Ngọc Diệp(2011),” Thừa cân, béo phì và một số đặc điểm dịch tễ học ở học sinh tiểu học tại quận 10, TP.HCM năm học 2008-2009”, *thời sự y học*, số 67, (12/2011)
2. Đỗ Thị Ngọc Diệp. Kiểm soát đại dịch béo phì vì sức khỏe cộng đồng 2013 (<http://t4ghcm.org.vn>).
3. Hà Huy Khôi (2004), “Đánh giá một số yếu tố dinh dưỡng có nguy cơ ảnh hưởng đến sức khỏe cộng đồng và các giải pháp can thiệp”, BYT-VDD, 15-16.
4. Nguyễn Công Khẩn, Nguyễn Thị Lâm, Lê Bạch Mai, Trần Thị Phúc Nguyệt (2004), “Thừa cân và béo phì, một vấn đề sức khỏe cộng đồng đang gia tăng ở Việt Nam, hiệu quả của các can thiệp trong cộng đồng”, BYT-VDD, 25-85.
5. Bùi Đức Văn (2010), “Nghiên cứu tình hình thừa cân béo phì ở học sinh tiểu học tại huyện Cái Nước tỉnh Cà Mau”, Luận án chuyên khoa cấp II, 65.

# NGHIÊN CỨU HÌNH THÁI, CHỨC NĂNG XOANG ĐỘNG MẠCH CẢNH BẰNG SIÊU ÂM DOPPLER Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO

*ĐD Võ Phi Hùng, ĐD Nguyễn Văn Nô  
BS CKII Lê Nguyễn Trí Dũng, BS CKII Lê Văn Cường*

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là một bệnh khá phổ biến có tỷ lệ tử vong cao đứng hàng thứ ba sau bệnh tim mạch và ung thư. Việt Nam, từ năm 1995 trở lại đây, các tác giả cho thấy tỷ lệ bị đột quy não hàng năm tăng cao, thành phố Hồ Chí Minh 400/100.000 dân và bệnh nhân bị đột quy não nhập viện tăng từ 1,7 – 2,5 lần. Hai dạng đột quy não hay gặp là chảy máu não và nhồi máu não.

Vữa xơ động mạch là quá trình bệnh lý phức tạp, diễn ra ở lớp nội trung mạc của các động mạch lớn như động mạch chủ, động mạch vành, động mạch cảnh. Đầu tiên là sự dày lên của lớp nội trung mạc, sau đó hình thành các mảng vữa xơ có thể kèm theo canxi hóa, gây nhiều biến chứng cho các cơ quan đích như: đột quy não, nhồi máu cơ tim, tắc mạch chi.

Siêu âm doppler mạch máu thường được sử dụng trong thăm dò tổn thương động mạch cảnh đoạn ngoài sọ. Đây là phương pháp không xâm lấn, không độc hại, ít tai biến, giá thành thấp, độ tin cậy cao nhằm phát hiện những mảng vữa xơ động mạch cảnh để có hướng tiên lượng dự phòng và điều trị nhồi máu não. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với các mục tiêu sau:

1. Khảo sát hình thái, chức năng xoang ĐMC bằng siêu âm doppler ở bệnh nhân nhồi máu não.

2. Tìm hiểu mối liên quan giữa hình thái, chức năng xoang động mạch cảnh ở bệnh nhân nhồi máu não với một số yếu tố nguy cơ và tổn thương trên hình ảnh CT sọ não.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- 162 bệnh nhân khám và điều trị tại khoa Bệnh viện ĐK khu vực Châu Đốc An Giang từ tháng 12 năm 2013 đến 12/2014. Trong đó nhóm bệnh nhân đột quy là 99. Nhóm chứng là 63.

- Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh: Chẩn đoán xác định NMN theo tiêu chuẩn của WHO (1990) (dựa vào lâm sàng và chụp cắt lớp vi tính sọ não). Loại trừ những BN: Tắc mạch não, ngộ độc hóa chất, chấn thương sọ não.

### 2.2. Phương Pháp Nghiên Cứu

- Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt ca có phân tích đối chứng.  
- Khám lâm sàng phát hiện các triệu chứng như: đau đầu, rối loạn ý thức, rối loạn cảm giác, rối loạn cơ vòng, rối loạn ngôn ngữ, liệt các dây thần kinh sọ não, liệt nửa người.

- Các BN được chụp cắt lớp vi tính. Siêu âm Doppler động mạch cảnh bằng máy siêu âm Medison Accuvix v10.

- Tăng độ dày lớp nội trung mạc khi độ dày nội trung mạc > 0,9 mm và ≥ 1,5 mm gọi là vữa xơ.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI, CHỨC NĂNG XOANG ĐỘNG MẠCH CẢNH Ở ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU.

*Bảng 3.1. So sánh trung bình lớp IMT xoang ĐMC ở đối tượng nghiên cứu*

Độ dày lớp IMT (mm)	Nhóm bệnh (n = 99) TB ± ĐLC	Nhóm chứng (n = 63) TB ± ĐLC	P
Xoang ĐMC phải	1,10 ± 0,38	0,69 ± 0,10	<0,001
Xoang ĐMC trái	1,11 ± 0,34	0,68 ± 0,11	<0,001
P	>0,05	>0,05	-

Chung	1,14 ± 0,39	0,69 ± 0,10	<0,001
Dày IMT [n; (%)]	82 (82,8%)	4 (6,3%)	<0,001

Nhận xét: Độ dày lớp IMT xoang ĐMC ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Tỷ lệ dày lớp IMT xoang ĐMC ở nhóm bệnh là 82,8% gấp 15 lần nhóm chứng là 6,3%; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

**Bảng 3.21. So sánh hình thái, chức năng xoang ĐMC phải ở hai nhóm**

Hình thái, chức năng		Nhóm chứng (n=63) TB ± ĐLC	Nhóm bệnh (n=99) TB ± ĐLC	p
Hình thái	ĐK tâm thu (mm)	11,83 ± 1,07	12,45 ± 1,58	<0,01
	ĐK tâm trương (mm)	10,98 ± 1,05	11,68 ± 1,61	<0,01
	Độ dày IMT (mm)	1,10 ± 0,38	0,69 ± 0,10	<0,001
Chức năng	Tốc độ tâm thu (cm/s)	41,18 ± 12,85	39,99 ± 15,18	>0,05
	Tốc độ tâm trương (cm/s)	13,97 ± 5,49	16,00 ± 5,08	<0,05
	Chỉ số sức cản (RI)	0,64 ± 0,07	0,60 ± 0,07	<0,01
	Chỉ số S/D	2,96 ± 0,70	2,63 ± 0,56	<0,01

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não đường kính tâm thu, đường kính tâm trương và tốc độ tâm trương thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Độ dày lớp IMT, chỉ số sức cản và chỉ số S/D ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

**Bảng 3.3. So sánh hình thái, chức năng xoang ĐMC trái ở hai nhóm**

Hình thái, chức năng		Nhóm chứng (n=63) TB ± ĐLC	Nhóm bệnh (n=99) TB ± ĐLC	p
Hình thái	ĐK tâm thu (mm)	11,99 ± 1,29	12,55 ± 1,81	<0,05
	ĐK tâm trương (mm)	10,97 ± 1,80	11,70 ± 1,78	<0,05
	Độ dày IMT (mm)	1,10 ± 0,35	0,68 ± 0,11	<0,001
Chức năng	Tốc độ tâm thu (cm/s)	41,38 ± 13,99	39,80 ± 13,37	>0,05
	Tốc độ tâm trương (cm/s)	14,09 ± 5,46	15,20 ± 5,19	>0,05
	Chỉ số sức cản (RI)	0,65 ± 0,07	0,61 ± 0,07	<0,01
	Chỉ số S/D	3,06 ± 0,90	2,71 ± 0,60	<0,01

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não đường kính tâm thu, đường kính tâm trương và tốc độ tâm trương thấp hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Độ dày lớp IMT, chỉ số sức cản và chỉ số S/D ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ).

**Bảng 3.4. So sánh tính chất mảng xơ vữa xoang ĐMC phải ở hai nhóm**

Tính chất xơ vữa	Nhóm bệnh (n = 93)		Nhóm chứng (n = 63)		p
	n	%	n	%	
MVX cản âm thấp	14	21,2	3	75,0	<0,01
MVX cản âm trung bình	48	72,7	1	25,0	-
MVX cản âm cao	4	6,1	0	-	-
Cộng	66	100	4	100	-

Nhận xét: Tỷ lệ cao nhất mảng xơ vữa xơ hóa chiếm 72,7% ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não.

**Bảng 3.5. So sánh tính chất mảng xơ vữa xoang ĐMC trái ở hai nhóm**

Tính chất xơ vữa	Nhóm bệnh (n = 99)		Nhóm chứng (n = 63)		p
	n	%	n	%	
MVX cân âm thấp	12	16,7	2	50,0	-
MVX cân âm trung bình	58	80,6	2	50,0	-
MVX cân âm cao	2	2,8	0	0	-
Cộng	72	100	4	100	-

Nhận xét: Trong 72 trường hợp có mảng xơ vữa ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não, mảng xơ vữa xơ hóa chiếm tỷ lệ cao nhất (80,6%).

**3.2. MỐI LIÊN QUAN GIỮA BIẾN ĐỔI HÌNH THÁI, CHỨC NĂNG XOANG ĐMC Ở BỆNH NHÂN NMN VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG TRÊN CHỤP CT SỌ NÃO**

**Bảng 3.6. Liên quan giữa độ dày lớp IMT, RI và chỉ số S/D trung bình của xoang ĐMC với tuổi ở đối tượng nghiên cứu**

	Tuổi	Nhóm bệnh (n = 99) TB ± ĐLC	Nhóm chứng (n = 63) TB ± ĐLC	p
Độ dày lớp IMT (mm)	< 60	1,11 ± 0,27	0,64 ± 0,08	<0,001
	≥ 60	1,10 ± 0,38	0,70 ± 0,11	<0,001
	p	>0,05	<0,05	-
RI	< 60	0,63 ± 0,08	0,61 ± 0,07	>0,05
	≥ 60	0,65 ± 0,07	0,61 ± 0,07	<0,001
	p	>0,05	>0,05	-
Chỉ số S/D	< 60	2,90 ± 0,75	2,67 ± 0,60	>0,05
	≥ 60	3,04 ± 0,82	2,68 ± 0,51	<0,001
	p	>0,05	>0,05	-

Nhận xét: Độ dày lớp nội trung mạc ở nhóm tuổi <60 và ≥ 60 tuổi ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,001).

**Bảng 3.7. Liên quan giữa độ dày lớp IMT, RI và chỉ số S/D trung bình của xoang ĐMC với giới ở đối tượng nghiên cứu**

	Giới	Nhóm bệnh (n = 99) TB ± ĐLC	Nhóm chứng (n = 63) TB ± ĐLC	p
Độ dày lớp IMT (mm)	Nam	1,12 ± 0,36	0,67 ± 0,10	<0,001
	Nữ	1,08 ± 0,36	0,70 ± 0,11	<0,001
	p	<0,05	<0,05	-
RI	Nam	0,64 ± 0,07	0,61 ± 0,06	<0,01
	Nữ	0,64 ± 0,07	0,60 ± 0,08	<0,001
	p	>0,05	>0,05	-
Chỉ số S/D	Nam	3,01 ± 0,85	2,70 ± 0,52	<0,01
	Nữ	3,00 ± 0,76	2,64 ± 0,64	<0,01
	p	>0,05	>0,05	-

Nhận xét: Độ dày lớp nội trung mạc chỉ số S/D và chỉ số RI trung bình của nhóm bệnh luôn cao hơn nhóm chứng ở cả nam và nữ. Độ dày lớp nội trung mạc ở nam giới cao hơn nữ giới của hai nhóm nghiên cứu, sự khác biệt có ý nghĩa (p<0,05).

**Bảng 3.8. Liên quan giữa độ dày lớp nội trung mạc, RI và chỉ số S/D trung bình của xoang ĐMC với BMI ở đối tượng nghiên cứu**

	BMI	Nhóm bệnh (n = 99) TB ± ĐLC	Nhóm chứng (n = 63) TB ± ĐLC	p
Độ dày lớp IMT (mm)	≥ 23	1,15 ± 0,39	0,70 ± 0,10	<0,001
	< 23	0,94 ± 0,16	0,68 ± 0,10	<0,01
	p	<0,05	>0,05	-
RI	≥ 23	0,65 ± 0,06	0,61 ± 0,06	<0,001
	< 23	0,64 ± 0,07	0,60 ± 0,07	<0,05
	p	>0,05	>0,05	-
Chỉ số S/D	≥ 23	3,03 ± 0,86	2,67 ± 0,63	<0,01
	< 23	2,95 ± 0,57	2,67 ± 0,46	<0,05
	p	>0,05	>0,05	-

Nhận xét: Độ dày lớp IMT chỉ số RI và chỉ số S/D trung bình ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng ở phân nhóm bệnh nhân có BMI ≥ 23 so với phân nhóm bệnh nhân có BMI < 23, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với p < 0,05.

**Bảng 3.9. Liên quan giữa độ dày lớp IMT, RI và chỉ số S/D trung bình của ĐMC với tình trạng rối loạn lipid máu ở đối tượng nghiên cứu**

	RLLP	Nhóm bệnh (n = 99) TB ± ĐLC	Nhóm chứng (n = 63) TB ± ĐLC	p
Độ dày lớp IMT (mm)	Có	1,26 ± 0,46	0,69 ± 0,10	<0,001
	Không	1,05 ± 0,30	0,68 ± 0,10	<0,001
	p	<0,05	>0,05	-
RI	Có	0,64 ± 0,70	0,62 ± 0,07	<0,05
	Không	0,64 ± 0,07	0,60 ± 0,07	<0,001
	p	>0,05	>0,05	-
Chỉ số S/D	Có	3,01 ± 0,86	2,76 ± 0,62	<0,05
	Không	3,01 ± 0,66	2,62 ± 0,55	<0,001
	p	>0,05	>0,05	-

Nhận xét: Độ dày lớp nội trung mạc, chỉ số RI và chỉ số S/D trung bình nhóm bệnh nhân nhồi máu não cao hơn nhóm chứng ở phân nhóm có RLLP máu và không có rối loạn lipid máu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

### **3.3. MỐI LIÊN QUAN GIỮA BIẾN ĐỔI HÌNH THÁI, CHỨC NĂNG XOANG ĐMC Ở BỆNH NHÂN NMN VỚI MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ HÌNH ẢNH TỔN THƯƠNG TRÊN CHỤP CT SỌ NÃO**

Kết quả nghiên cứu cho thấy Độ dày NTM và S/D ở nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Độ dày NTM của xoang ĐMC ở nhóm bệnh nam là 11,12 ± 0,36 mm và nữ là 1,08 ± 0,36 mm; tương ứng chỉ số này ở nhóm chứng của nam là 0,67 ± 0,10 mm và nữ là 0,70 ± 0,11 mm; khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05).

Độ dày lớp nội trung mạc, chỉ số RI và chỉ số S/D trung bình nhóm bệnh nhân nhồi máu não cao hơn nhóm chứng ở phân nhóm có rối loạn lipid máu và không có rối loạn lipid máu, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05).

#### 4. BÀN LUẬN

Về hình thái: Độ dày NTM ở nhóm NMN, xoang ĐMC (P) là  $1,10 \pm 0,38$  mm, xoang ĐMC (T) là  $1,11 \pm 0,34$  mm, nhóm chứng xoang ĐMC (P) là  $0,69 \pm 0,10$  mm, xoang ĐMC (T) là  $0,68 \pm 0,11$  mm. Độ dày lớp IMT xoang ĐMC ở nhóm bệnh nhân nhồi máu não cao hơn nhóm chứng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ). Tỷ lệ tăng độ dày NTM xoang ĐMC nhóm bệnh là 82,8%, cao gấp 15 lần nhóm chứng ( $p < 0,001$ ). Đường kính xoang động mạch cảnh chung phải là  $11,83 \pm 1,07$  mm và xoang động mạch cảnh chung trái là  $11,99 \pm 1,29$  mm hai chỉ số này của nhóm bệnh thấp hơn nhóm chứng tương ứng là phải  $12,45 \pm 1,58$  mm; trái  $12,55 \pm 1,81$  mm. Sự khác biệt về đường kính xoang động mạch cảnh ở hai nhóm có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Trần Văn Trung cho kết quả độ dày nội trung mạc ĐMCC (P) là  $1,25 \pm 0,61$  mm, độ dày nội trung mạc ĐMCC (T) là  $1,22 \pm 0,49$ , đường kính ĐMC (P) là  $7,81 \pm 1,12$  mm, đường kính ĐMCC (T) là  $7,65 \pm 1,15$  mm.

Về mảng vữa xơ: Trong nghiên cứu chúng tôi độ dày mảng vữa xơ xoang động mạch cảnh chung nhóm bệnh là  $2,33 \pm 0,39$  mm, nhóm chứng là  $2,10 \pm 0,75$  mm.

Thực chất mảng vữa xơ bắt nguồn từ sự dày lên của nội trung mạc, cho nên khái niệm về mảng vữa xơ với các mốc dày của nội trung mạc của mỗi nghiên cứu có khác nhau.

#### 5. KẾT LUẬN

##### 1. Hình thái, chức năng xoang động mạch cảnh trên siêu âm ở bệnh nhân nhồi máu não.

- Đường kính xoang động mạch cảnh phải:  $11,83 \pm 1,07$  mm; ĐK XĐMC trái:  $11,99 \pm 1,29$  mm

- Độ dày nội trung mạc là  $1,14 \pm 0,39$  mm

- Tỷ lệ tăng độ dày nội trung mạc là 82,8%

- Tốc độ tâm thu  $41,38 \pm 13,99$  cm/s, Tốc độ tâm trương  $14,09 \pm 5,46$  cm/s

- Tỷ lệ mảng vữa xơ xoang động mạch cảnh 77,7%

- Chỉ số sức cản RI là  $0,64 \pm 0,7$  và chỉ số S/D là  $2,96 \pm 0,7$

##### 2. Mối liên quan giữa biến đổi hình thái xoang động mạch cảnh ở bệnh nhân nhồi máu não với một số yếu tố nguy cơ và tổn thương trên hình ảnh CLĐT sọ não.

- Tỷ lệ dày NTM và MVX nhóm bệnh cao hơn nhóm chứng ( $p < 0,001$ ), Đây là 2 chỉ số có giá trị cao trong dự báo nhồi máu não.

- Các yếu tố nguy cơ như tuổi, giới tính, RLLP máu, BMI chủ yếu ảnh hưởng đến hình thái xoang ĐMC.

- Béo bụng, tăng chỉ số WHR không ảnh hưởng đến tăng độ dày NTM.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1- Trần Thanh Linh, Hồ Thượng Dũng (2011), “Khảo sát động mạch cảnh bằng siêu âm mạch máu ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 15, Phụ bản 1, 182-186.
- 2- Nguyễn Thị Phi Nga, Nguyễn Đức công (2010), “Nghiên cứu mối tương quan giữa hình thái - chức năng động mạch cảnh gốc bằng siêu âm với tuổi của bệnh nhân đái tháo đường típ 2”, *Tạp chí Y Dược học Quân sự*, 1, 62-66.
- 3- Lê Đức Quyền (2013), “Nghiên cứu đặc điểm hình thái, chức năng động mạch cảnh đoạn ngoài sọ bằng siêu âm ở bệnh nhân tăng huyết áp có tiền đái tháo đường”, *Luận Văn BSCKII*, Học viện Quân y.
- 4- Nguyễn Hải Thủy, Lê Chuyên và cs (2008), “Nghiên cứu lớp nội trung mạc động mạch cảnh, nồng độ huyết thanh ở bệnh nhân nhồi máu não”, *Tạp chí y học thực hành*, 596, 348-353.
- 5- Trần Văn Trung (2009), “Nghiên cứu hình thái, chức năng động mạch cảnh đoạn ngoài sọ bằng siêu âm doppler ở bệnh nhân nhồi máu não tại bệnh viện đa khoa Bình định”, *Luận văn chuyên khoa cấp II*, HVQY

- 6- Akihino Kitanura, Hiroyasu Iso, Hironori Imano, et al (2004), "Carotid intima thickness and plaque characteristics as a risk factor for stroke in Japanese elderly men", *Stroke*, 35: 2788 - 2794.
- 7- Kuo Liong Chen, Ta Chen Su (2008), "Carotid artery intima-media thickness carotid plaque and coronary heart disease and stroke in Chinese ", *Plosone*, Vol 3, Issue 10, e3435.

**BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG PHÁC ĐỒ YALE TRONG VIỆC  
KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT Ở BỆNH NHÂN ICU  
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG**

*BSCKI. Nguyễn Thị Trà My, BS. Mou Sa,  
BSCKI. Hồ Minh Châu, ĐD. Võ Thị Bạch Yến*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Tăng đường huyết là một rối loạn thường gặp và là yếu tố nguy cơ độc lập gây tử vong và tàn phế ở bệnh nhân ICU (Intensive Care Unit). Kiểm soát tốt đường huyết ở ICU làm giảm tỷ lệ tử vong và cải thiện tiên lượng của bệnh. Gần đây chúng tôi đã sử dụng phác đồ Yale cải biên nhưng chưa thường xuyên và còn e ngại. Chính vì vậy mà chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích là “Ứng dụng phác đồ Yale trong việc kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân ICU tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang” và thông qua đó đánh giá phần nào về tính hiệu quả và tính an toàn của IIP (Insulin Infusion Protocol) được áp dụng tại khoa trong điều kiện cụ thể.

**Mục tiêu:** Bước đầu ứng dụng phác đồ Yale trong việc kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân ICU tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang.

**Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân nằm điều trị tại ICU Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang từ 01/01/2015 đến 30/06/2015 có chỉ định dùng IIP. Thiết kế nghiên cứu: Thực nghiệm lâm sàng tiền cứu.

**Kết quả:** Nghiên cứu của chúng tôi bao gồm 30 bệnh nhân với tuổi trung bình là  $68 \pm 14,65$  tuổi, nhỏ nhất 41 tuổi, lớn nhất 96 tuổi. Thời gian trung bình đạt đường huyết mục tiêu trong nghiên cứu của chúng tôi là  $5,97 \text{ giờ} \pm 2,42$  (3,55-8,39 giờ). Trong 30 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, chỉ có 1 bệnh nhân có đường huyết  $< 70 \text{ mg/dl}$  chiếm 1/30 ca (3,33%). Tổng số lần thử đường huyết là 555 lần, như vậy tỷ lệ hạ đường huyết trong nghiên cứu của chúng tôi là 1/555 (chiếm 0,18%) và không có bệnh nhân nào hạ đường huyết nặng ( $< 40 \text{ mg/dl}$ ).

**Kết luận:** Thời gian trung bình đạt đường huyết mục tiêu là  $5,97 \pm 2,42$  giờ. Tỷ lệ hạ đường huyết là 0,18%.

**ABSTRACT**

**INITIAL APPLICATION YALE PROTOCOL FOR GLYCEMIA CONTROL IN ICU  
PATIENTS AT AREA HOSPITAL IN AN GIANG PROVINCE**

**Background:** Hyperglycemia is a common disorder and is an independent risk factor for death and disability in ICU patients (Intensive Care Unit). Glycemia control in ICU will reduce mortality and improve the prognosis. Recently we've been using Yale protocol to control glycemia, but less frequent and more afraid. Therefore, the aim of this study is “Application Yale protocol for glycemia control in ICU patients at Area Hospital in An Giang Province” and evaluation on the effectiveness and safety of the IIP (Insulin Infusion Protocol) is applied in specific conditions.

**Objectives:** Initial application Yale protocol for glycemia control in ICU patients at Area Hospital in An Giang Province.

**Patients - Method:** All patients are treated at the ICU of Area Hospital An Giang Province, has indicated IIP from 01/01/2015 to 30/06/2015. Method: Prespective clinical fact.

**Results:** Our study included 30 patients with a mean age of  $68 \pm 14.65$  years, the youngest age 41 years, the oldest age 96 years. The average time to reach target blood glucose in our study was  $5.97 \pm 2.42$  hours (3.55 to 8.39 hours). In the 30 patients in the study group, only 1 patient had blood glucose  $< 70 \text{ mg/dl}$  accounts for 1/30 cases (3.33%). The total number of blood glucose is 555 times, so the proportion of hypoglycemia in our study was 1/555 (representing 0.18%) and no patient had severe hypoglycemia ( $< 40 \text{ mg/dl}$ ).

**Conclusion:** The average time to reach target blood glucose was  $5.97 \pm 2.42$  hours, with rate is 0.18% of hypoglycemia.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ năm 2001, sau nghiên cứu ở Leuven (Bỉ) được báo cáo, người ta nhận thấy việc điều chỉnh đường huyết về mức bình thường có nhiều hữu ích. Trong nghiên cứu này, kiểm soát đường huyết chặt chẽ (80-110 mg%) làm giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân nằm điều trị tại Khoa Hồi sức tích cực (ICU\_Intensive Care Unit) đến 42%, giảm tỷ lệ nhiễm trùng, giảm suy thận cấp, giảm thông khí cơ học và giảm thời gian nằm ICU [10]. Trong nghiên cứu DIGAMI (Diabetes Insulin-Glucose Infusion in Acute Myocardial Infarction) truyền tĩnh mạch insulin theo một protocol (IIP\_Insulin Infusion Protocol) làm cải thiện tiên lượng tử vong ở bệnh nhân đái tháo đường sau nhồi máu cơ tim [9].

Dựa vào kết quả các nghiên cứu ban đầu, các nhà nghiên cứu trên toàn thế giới ngày càng nỗ lực kiểm soát tốt đường huyết ở bệnh nhân tăng đường huyết. Tuy nhiên để đạt được đường huyết tốt bằng IIP, cần phải có sự đóng góp nhiều công sức của điều dưỡng, bao gồm theo dõi đường huyết nhiều lần và áp dụng IIP một cách nhuần nhuyễn [7]. Việc kiểm soát đường huyết chặt chẽ ở bệnh nhân tăng đường huyết làm tăng tần suất hạ đường huyết [1],[2],[3]. Hiện nay trên thế giới các nhà nghiên cứu đang tìm một IIP chuẩn, an toàn và dễ áp dụng để kiểm soát đường huyết chặt chẽ ở bệnh nhân tăng đường huyết.

Yale IIP đã được cải biên lần thứ 4 [8]. Gần đây chúng tôi đã sử dụng IIP này nhưng chưa thường xuyên và còn e ngại. Chính vì vậy mà chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích là “**Ứng dụng phác đồ Yale trong việc kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân ICU tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang**” và thông qua đó đánh giá phần nào về tính hiệu quả và tính an toàn của IIP được áp dụng tại khoa trong điều kiện cụ thể.

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

### \* Mục tiêu tổng quát:

Bước đầu ứng dụng phác đồ Yale trong việc kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân ICU tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang.

### \* Mục tiêu chuyên biệt:

1. Xác định thời gian trung bình đạt đường huyết mục tiêu.
2. Xác định tỷ lệ hạ đường huyết.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân nằm điều trị tại ICU Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang có chỉ định dùng IIP.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân bị đái tháo đường có biến chứng cấp nhiễm ceton acide hay tăng áp lực thẩm thấu.

**2.2 Thiết kế nghiên cứu:** Thực nghiệm lâm sàng tiền cứu.

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

- **Địa điểm:** ICU Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang.
- **Thời gian nghiên cứu:** 01/01/2015 - 30/06/2015.

**2.4 Thu thập số liệu:** Tất cả các thông số cần thu thập được điền vào phiếu thu thập in sẵn. Điều chỉnh liều insulin dựa theo Yale IIP cải biên [8]. Đường huyết được đo bằng máy đo đường huyết mao mạch tại giường.

**2.5 Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

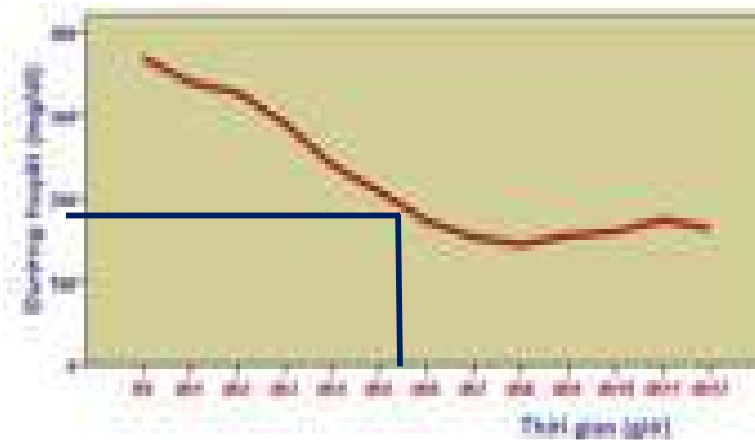
Từ ngày 01 tháng 01 năm 2015 đến ngày 30 tháng 6 năm 2015, chúng tôi khảo sát được 30 trường hợp bệnh nhân nằm điều trị tại ICU Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang có chỉ định dùng IIP thoả tiêu chuẩn chọn mẫu.

### 3.1 Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

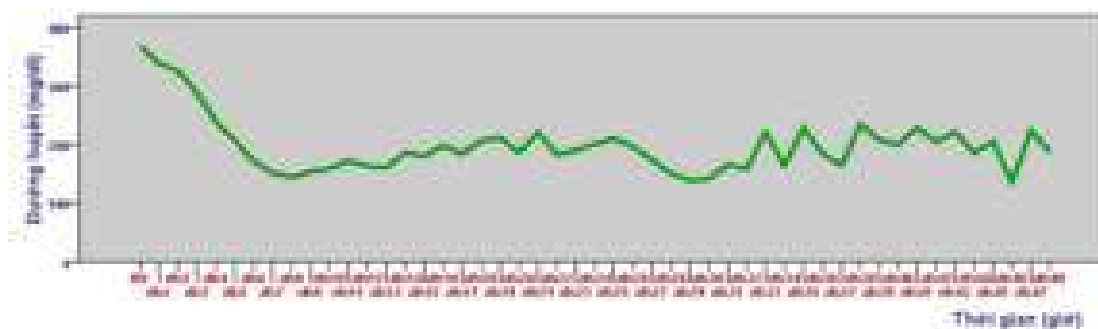
Đặc điểm chung	Giá trị
Tổng số bệnh nhân (n)	30
Tuổi (năm)	68 ± 14,65 (41-96)
Giới nữ (n,%)	20 (66,67)
Địa dư (TP.Châu Đốc,%)	9(30)
Tiền sử đái tháo đường (n,%)	17 (43,33)

Nhận xét: Trong 30 ca: có tuổi trung bình 68 ± 14,65 tuổi, nữ giới chiếm 66,67%, thành phố Châu Đốc chiếm 30%, có 43,33% bệnh nhân bị đái tháo đường.

### 3.2 Thời gian trung bình đạt đường huyết mục tiêu

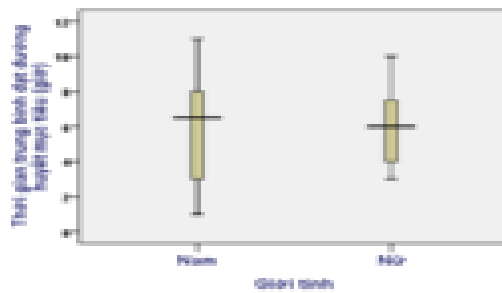


Biểu đồ 3.1: Biểu đồ biểu diễn tốc độ giảm đường huyết theo thời gian trong 12 giờ sau nhập viện



Biểu đồ 3.2: Biểu đồ biểu diễn tốc độ giảm đường huyết theo thời gian trong 48 giờ sau nhập viện

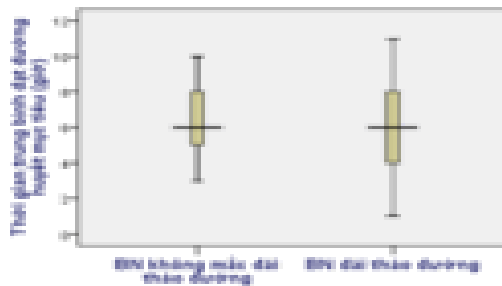
Nhận xét: Thời gian trung bình đạt đường huyết mục tiêu là **5,97 giờ ± 2,42 (3,55-8,39 giờ)**. Từ biểu đồ 3.1 ta ghi nhận được sau khi đạt được đường huyết mục tiêu thì đường huyết dao động trong khoảng giới hạn 140-180 mg/dl trong 12 giờ đầu sau nhập viện và kéo dài đến 24 giờ đầu sau nhập viện (biểu đồ 3.2). Tuy nhiên kể từ giờ thứ 31 trở về sau thì biên độ dao động đường huyết ra khỏi khoảng đường huyết mục tiêu (biểu đồ 3.2).



$n = 30$   
 $p=0,118$

*Biểu đồ 3.3: Thời gian trung bình đạt đường huyết mục tiêu ở nam và nữ.*

Nhận xét: Thời gian trung bình đạt đường huyết mục tiêu ở nam là **5,9 giờ ± 3,07**, ở nữ là **6 giờ ± 2,1**. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,118$ ).

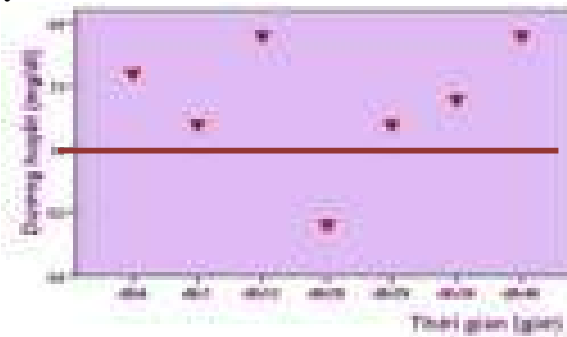


$n = 30$   
 $p=0,334$

*Biểu đồ 3.4: Thời gian trung bình đạt đường huyết mục tiêu ở BN đái tháo đường và BN không mắc đái tháo đường.*

Nhận xét: Thời gian trung bình đạt đường huyết mục tiêu ở BN đái tháo đường là **5,94 giờ ± 2,67**, ở BN không mắc đái tháo đường là **6 giờ ± 2,19**. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,334$ ).

#### 4.3 Tỷ lệ hạ đường huyết



*Biểu đồ 3.5: Đường huyết <70 mg/dl*

Nhận xét: Trong 30 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, chỉ có 1 bệnh nhân có đường huyết < 70 mg/dl chiếm 1/30 ca (3,33%). Tổng số lần thử đường huyết là 555 lần, như vậy tỷ lệ hạ đường huyết là 1/555 (0,18%) và không có bệnh nhân nào hạ đường huyết nặng.

#### IV. BÀN LUẬN

##### 4.1 Thời gian trung bình đạt đường huyết mục tiêu

Thời gian trung bình đạt đường huyết mục tiêu (140-180 mg/dl) trong nghiên cứu của chúng tôi là  $5,97 \text{ giờ} \pm 2,42$  ( $3,55-8,39 \text{ giờ}$ ). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu của một số tác giả [3], [11]:

<i>Thời gian trung bình đạt đường huyết mục tiêu (giờ)</i>	
Amrein	$4,7 \pm 4,1$
Davidson	7,5 - 10,5
Watts	8
<b>Chúng tôi</b>	<b><math>5,97 \pm 2,42</math></b>

Thời gian trung bình đạt đường huyết mục tiêu ở nam là  $5,9 \text{ giờ} \pm 3,07$ , ở nữ là  $6 \text{ giờ} \pm 2,1$ . Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,118$ ). Thời gian trung bình đạt đường huyết mục tiêu ở bệnh nhân đái tháo đường là  $5,94 \text{ giờ} \pm 2,67$ , ở bệnh nhân không mắc đái tháo đường là  $6 \text{ giờ} \pm 2,19$ . Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p=0,334$ ). Từ kết quả này giúp cho chúng tôi khẳng định lại việc áp dụng phác đồ này ở nam và nữ, ở bệnh nhân mắc hay không mắc đái tháo đường đều là như nhau.

Tuy nhiên trong nghiên cứu này mức dao động đường huyết ra khỏi mức giới hạn đường huyết mục tiêu kể từ giờ thứ 31 cho đến giờ thứ 48. Điều này có thể giải thích là do chế độ ăn chưa hợp lý, ở giai đoạn này bệnh nhân tỉnh và khỏe hơn, bệnh nhân tự ăn uống nên khó kiểm soát chặt năng lượng đưa vào; trong khi đó thì giữa các lần thử đường huyết lại cách xa nhau 4 giờ, 6 giờ. Mặc dù vậy chúng tôi luôn cố gắng tìm ra những nguyên nhân để khắc phục nhằm đưa trở về mức đường huyết trong khoảng cho phép, vì ở mức đường huyết này giúp cải thiện tỷ lệ tử vong, cải thiện tiên lượng bệnh.

##### 4.2 Tỷ lệ hạ đường huyết

Trong 30 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu, chỉ có 1 bệnh nhân có đường huyết < 70 mg/dl chiếm 1/30 ca (3,33%). Tổng số lần thử đường huyết là 555 lần, như vậy tỷ lệ hạ đường huyết trong nghiên cứu của chúng tôi là 1/555 (chiếm 0,18%) và không có bệnh nhân nào hạ đường huyết nặng (< 40 mg/dl). Ở một số tác giả [3], [4], [5], [6] tỷ lệ này được ghi nhận ở bảng sau:

	<i>Tỷ lệ hạ đường huyết</i>	<i>Tỷ lệ hạ đường huyết nặng</i>
Amrein	0,2%	
De La Rosa Gdel	10%	2%
Devos		3%
Nghiên cứu NICE-SUGAR		0,5%
<b>Chúng tôi</b>	<b>0,18%</b>	<b>không có</b>

Tỷ lệ hạ đường huyết của chúng tôi 0,18% thấp hơn so với các nghiên cứu khác và không có bệnh nhân nào hạ đường huyết nặng. Tuy cỡ mẫu còn quá nhỏ chưa thể đại diện nhưng cũng từ bước đầu nghiên cứu này giúp cho chúng tôi đánh giá phần nào về tính an toàn của phác đồ này được áp dụng tại khoa của chúng tôi.

#### V. KẾT LUẬN

- Thời gian trung bình đạt đường huyết mục tiêu trong nghiên cứu của chúng tôi là  $5,97 \pm 2,42 \text{ giờ}$ .

- Tỷ lệ hạ đường huyết trong nghiên cứu của chúng tôi là 0,18%.

#### VI. KIẾN NGHỊ

- Cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn nữa.
- Bên cạnh việc áp dụng phác đồ một cách nhuần nhuyễn cần phối hợp với một chế độ dinh dưỡng phù hợp tại ICU.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Quang Đại (2013), “Hạ đường huyết ở bệnh nhân nặng kiểm soát đường huyết bằng truyền insulin tĩnh mạch tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Chợ Rẫy”, *Kỷ yếu hội nghị khoa học thường niên*, 10-15.
2. American Diabetes Association (2013), “Standards of Medical Care in Diabetes”, American Diabetes Association Position Statement, *Diabetes Care*, January 2013, 36 (1), 11-50.
3. Amrein K, Kachel N, Fries H, Hovorka R, Pieber TR, Plank J, et al. (2014), “Glucose control in intensive care : usability, efficacy and safety of Space glucosecontrol in two medical European intensive care units”, *Endocrine Disorders*, 14-62.
4. De La Rosa Gdel C, Donado J H, Restrepo A H, Gonzalez L G, Saldarriaga N E, et al. (2008), “Strict glycaemic control in patients hospitalized in a mixed medical and surgical intensive care unit: a randomised clinical trial”, *Crit Care*, 12, R120.
5. Devos P, Preiser J, Melot C (2007), “Impact of tight glucose control by intensive insulin therapy on ICU mortality and the rate of hypoglycemia: final results of the glucontrol study”, *Intensive Care Med*, 33, S189.
6. Finfer S, Chittock DR, Su SY, et al (2009), “NICE- SUGAR Study: Intensive versus conventional glucose control in critically ill patients”, *N Eng J Med*, 360, 1283-1297.
7. Goldberg PA, Siegel MD, Sherwin RS, Halickman JI, Lee M, Bailey VA, et al. (2004), “Implementation of a safe and effective insulin infusion protocol in a medical intensive care unit”, *Diabetes Care*, 27(2), 461-467.
8. Isip-Tan IT (2011), “Yale Insulin Infusion Protocol”, <http://www.slideshare.net/isiptan/yale-insulin-infusion-protocol>.
9. Malmberg K, Ryden L, Efendic S, Herlitz J, Nicol P, Waldenstrom A, et al. (1995), “Randomized trial of insulin-glucose infusion followed by subcutaneous insulin treatment in diabetic patients with acute myocardial infarction (DIGAMI study)”, *J Am Coll Cardiol*, 26, 57-65.
10. Van den Berghe G, Wouters P, Weekers F, Verwaest C, Bruyninckx F, Schetz M, et al. (2001), “Intensive insulin therapy in critically ill patients”. *N Engl J Med*, 345, 1359-1367.
11. Wilson M, Weinreb J, Hoo GW (2007), “Intensive insulin therapy in critical care: a review of 12 protocols”, *Diabetes Care Med*, 30(4), 1005-11.

PHỤ LỤC

**BẢNG THÔNG TIN CHI TIẾT (BẢN GỐC) MỸ ĐẠNG (TÍNH AN GIANG)**

Địa chỉ khai thác: 100/100 Nguyễn

Chiều dài khai thác: 100m (theo hướng Bắc - Nam)  
 Chiều rộng khai thác: 100m (theo hướng Đông - Tây)

STT	Hạng mục	Đơn vị tính	Số lượng	Đơn giá	Tổng giá	Đơn vị	Đơn vị
1	Đất đai	m <sup>2</sup>	10000	1000	10000000	10000	10000
2	Đường	m	1000	10000	10000000	1000	1000
3	Điện	kWh	100000	1000	100000000	100000	100000
4	Nước	m <sup>3</sup>	100000	1000	100000000	100000	100000
5	Chi phí khác						
6	Tổng cộng						

STT	Hạng mục	Đơn vị tính	Số lượng	Đơn giá	Tổng giá	Đơn vị	Đơn vị
1	Đất đai	m <sup>2</sup>	10000	1000	10000000	10000	10000
2	Đường	m	1000	10000	10000000	1000	1000
3	Điện	kWh	100000	1000	100000000	100000	100000
4	Nước	m <sup>3</sup>	100000	1000	100000000	100000	100000
5	Chi phí khác						
6	Tổng cộng						

Chiều dài khai thác: 100m (theo hướng Bắc - Nam)  
 Chiều rộng khai thác: 100m (theo hướng Đông - Tây)

# TỔNG KẾT TÌNH HÌNH PHẪU THUẬT TRỊ TẠI BVĐKKV TỈNH AN GIANG TỪ THÁNG 05/2013 ĐẾN THÁNG 05/2015

*Bs Đặng Minh Triết  
ĐD Nguyễn Ngọc Thanh*

## **TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** Trĩ là bệnh rất phổ biến, hầu hết các phẫu thuật cắt trĩ đều gây đau sau mổ. Phẫu thuật Longo là phương pháp phẫu thuật mới dùng dụng cụ cắt và khâu niêm mạc trực tràng bằng máy khâu bấm và ít gây đau sau mổ. Mục tiêu nghiên cứu của đề tài nhằm đánh giá tính hiệu quả và an toàn của phẫu thuật Longo.

**Phương pháp:** Nghiên cứu 70 bệnh nhân trĩ, trong đó 49 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật Longo, 21 bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật Longo cải tiến. Nghiên cứu được thiết kế theo nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng áp dụng kỹ thuật mới.

**Kết quả:** Từ 05/2013 đến 05/2015, phẫu thuật được 70 ca, trong đó nam/nữ = 46/26, tuổi trung bình 46. Trĩ độ III, IV, thời gian mổ trung bình 35 phút, thời gian nằm viện nằm viện 4,3 ngày. không có cas nào hẹp hậu môn sau mổ.

**Kết luận:** Phẫu thuật Longo là một phương pháp điều trị trĩ an toàn, hiệu quả nếu có sự chọn lọc bệnh nhân kỹ.

## **ABSTRACT**

### **INITIAL RESULTS OF LONGO TECHNIQUE FOR TREATMENT OF HEMORROIDS**

**Introduction:** Piles is a very common disease, all of conventional hemorrhoidectomies are painful. Longo's procedure is new technique in which the rectal mucosa was cut and stapled with a device, as a result, it caused less post-operative pain. The aim of this study was to determine the efficacy and safety of Longo's procedure.

**Methods:** This study included 70 patients with internal hemorrhoid who underwent Longo's procedure. The study design was clinical trial applying new technique.

**Results:** From Jun 2013 to Jun 2015, there are 70 patients (46males/ 24 females) with average age of 46 and from third-degree to fourth-degree hemorrhoids. Mean operation time was 50 minutes. Mean hospital stay was 4,3 days. The complications after procedure: no cases of anal stenosis.

**Conclusion:** Longo's procedure is safe and effective for select patient.

## **ĐẶT VẤN ĐỀ:**

-Trĩ là một bệnh rất phổ biến, ngày nay có nhiều phương pháp mổ trĩ chứng tỏ chưa có một phương pháp nào thật sự hoàn hảo. Dù áp dụng phương pháp phẫu thuật nào hay bằng phương tiện nào thì vấn đề đáng quan tâm vẫn là đau sau mổ, chảy máu và chít hẹp hậu môn sau mổ.

-Phẫu thuật Longo là phương pháp mổ trĩ mới, gần đây đã được nhiều người biết đến và nhiều bệnh viện đang áp dụng.

-Phẫu thuật Longo là dùng dụng cụ cắt 1 khoanh niêm mạc trực tràng và khâu lại bằng máy, nhằm triệt mạch trĩ ở lớp dưới niêm mạc, các niêm mạc bị sa được kéo rút vào trong, không can thiệp vào vùng da hậu môn. Do đó phương pháp này có nhiều ưu điểm như: thời gian mổ nhanh, ít đau, hồi phục sớm, và ít gây hẹp hậu môn sau mổ. Tuy nhiên phương pháp này vẫn có các biến chứng tương tự các phẫu thuật kinh điển. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá kết quả điều trị trĩ bằng phẫu thuật Longo trong thời gian qua.

## **MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:**

### **Mục tiêu tổng quát:**

-Đánh giá kết quả điều trị trĩ bằng phẫu thuật Longo tại Khoa Ngoại BVĐKKV Tỉnh An Giang, thời gian từ tháng 05/2013 đến 05/2015

### **Mục tiêu chuyên biệt:**

-Khảo sát các đặc điểm lâm sàng.

-Nhận xét kết quả điều trị bệnh: tính an toàn, hiệu quả và các ưu nhược điểm

## **ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Thiết kế nghiên cứu:**

-Nghiên cứu hồi cứu không đối chứng, áp dụng kỹ thuật lâm sàng mới trong thời gian từ tháng 05/2013 đến tháng 05/2015 tại khoa Ngoại BVĐKKV Tỉnh An giang

**Đối tượng nghiên cứu:**

-Các bệnh nhân có búi trĩ (độ III, độ IV) hay trĩ sa vòng hoặc phối hợp với thương tổn khác như : Trĩ sa niêm, trĩ ngoại, da thừa hậu môn.

-Chúng tôi loại trừ các trường hợp: có thai, xơ gan, suy tim, ung thư trực tràng hay vùng chậu.

**Phương pháp nghiên cứu:**

-Nguyên tắc của kỹ thuật là cắt bỏ một khoanh niêm mạc hậu môn trực tràng trên đường lược rồi nối lại bằng máy hoặc khâu từng mũi bằng tay , vừa triệt mạch máu đến đám rối trĩ trong vừa kéo lên phân sa niêm mạc của các búi trĩ.

-Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ : Bệnh nhân nhịn ăn uống 1 ngày trước mổ, buổi chiều uống 3 gói Fortrans pha với 3lit nước, uống trong vòng 3-4 giờ sẽ tẩy sạch hết phân trong đường ruột.

-Gây tê tủy sống, đặt bệnh nhân nằm tư thế sản khoa.

-Đặt dụng cụ nong hậu môn 33mm

-Khâu vòng niêm mạc bằng chỉ prolene 2-0 khâu vòng lấy đến lớp niêm mạc, trên đường lược từ 2 đến 4 cm. Đặt stapler bấm - cắt - nối niêm mạc trực tràng gọi là phẫu thuật Longo. Hoặc khâu từng mũi bằng tay gọi là phẫu thuật theo pp Longo cải tiến.

-Kiểm tra cầm máu, có thể khâu cầm máu tăng cường.

-Xử lý thương tổn kèm theo nếu có ( cắt bỏ da thừa)

-Săn sóc sau mổ:

-Dịch truyền

-Kháng sinh,

-Giảm đau( tùy mức độ đau có thể dùng thuốc uống hoặc chích).

- Thuốc làm mềm phân.

-Những ngày đầu hậu phẫu nên ăn cháo loãng hoặc soup.

-Nếu có cắt nhiều da thừa nên dặn bệnh nhân ngâm nước ấm pha betadine sau mỗi lần đi vệ sinh.

-Hẹn tái khám sau 1 tuần, 2 tuần.

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

-Từ tháng 05/2013 đến tháng 05/2015 chúng tôi có 49 bệnh nhân được phẫu thuật theo phương pháp Longo và 21 cas được phẫu thuật theo phương pháp Longo cải tiến.

**1. TUỔI**

	Trung bình	Nhỏ nhất	Cao nhất
Tuổi	46	24	72

**2. PHÂN ĐỘ TRĨ**

PHÂN ĐỘ TRĨ			TỔNG
ĐỘ 3	ĐỘ 4	TRĨ HỖN HỢP	
16	26	28	70

### 3. THỜI GIAN PHẪU THUẬT:

	Thời gian phẫu thuật trung bình	Thời gian nằm viện trung bình	P
Longo	30 ± 12 (phút)	4 ± 1 (ngày)	<0,001
Longo cải tiến	40 ± 15 (phút)	5 ± 2 (ngày)	

### 4 – CHẢY MÁU SAU MỔ:

	CÓ CHẢY MÁU	KHÔNG CHẢY MÁU	GIÁ TRỊ P
Longo( 49cas)	4 cas ( 8,2 %)	45 cas (91,8 %)	< 0,001
Longo cải tiến (21)	9 cas ( 42,8 %)	12 cas ( 57,2 %)	

### 5- ĐAU SAU MỔ:

	Đau ít	Đau vừa	Đau nhiều	Giá trị P
LONGO( 49 cas)	29 ( 59,2 %)	19 (38,8%)	1 (2%)	< 0,001
LONGO cải tiến(21 cas)	6 ( 28,5%)	12 ( 57,1%)	3 ( 14,4% )	

### NHẬN XÉT:

- .Giới: Nam 41cas (58%), Nữ 29cas (42%)
- .Tuổi trung bình: 46 (nhỏ nhất 24 tuổi, cao nhất 72 tuổi)
- .Lí do nhập viện điều trị :
  - .Có búi trĩ: độ III 16 cas(23%), độ IV 26 cas (37%), hỗn hợp 28 cas(40%)
  - .Đi tiêu ra máu ( có thể có hoặc không)
- .Phẫu thuật Longo: 49/70cas (70%), trong đó có cắt bỏ da thừa 12 cas
- .Phẫu thuật Longo cải tiến 21/70 cas (30%), trong đó có cắt bỏ da thừa 9 cas
- .Thời gian mổ trung bình:
  - Longo : 30 ± 12 Phút
  - Longo cải tiến: 40 ± 15Phút
- .Mất máu trong khi mổ: không đáng kể.
- .Khâu cầm máu tăng cường trong mổ: 32/70 cas (46%)
- .Đau sau mổ:
  - .Đánh giá mức độ đau theo 3 mức độ:
    - Đau ít: Chỉ cần dùng thuốc giảm đau uống.
    - Đau vừa: Phải dùng đến thuốc chích
    - Đau nhiều: Dùng các thuốc nhóm Opium (Dolargan).

Không có trường hợp nào không đau hoặc đau dữ dội sau mổ.

- . Chảy máu trong mổ (32cas) thường chỉ rịn máu ít, sau khi rút máy ra, chỉ cần khâu tăng cường 1-3 mũi
- .Chảy máu sau mổ: 13 cas chảy máu ít sau khi đi tiêu, chỉ dùng thuốc cầm máu và thuốc làm mềm phân sau đó tự cầm, không có cas nào phải mổ lại
- .Thời gian nằm viện trung bình : Phẫu thuật Longo: 4 ngày , Longo cải tiến : 5 ngày ( ngắn nhất là 2 ngày, nhiều nhất 12 ngày (vì có 02 bệnh nhân được điều trị từ khoa khác chuyển đến)
- .Chi phí điều trị :Tùy theo giá thành của máy, hiện nay tổng chi phí cho 1 cas phẫu thuật theo pp Longo tại BVĐKKV An giang # 4.500.000 (không kể tiền máy)
- .Hẹn tái khám :
  - .Theo dõi 1 tuần sau khi xuất viện một số bệnh nhân còn cảm giác đi cầu vướng, triệu chứng này giảm dần sau tuần thứ 2.
  - .Chưa thấy trường hợp nào trở lại vì biến chứng: hẹp hậu môn, nhiễm trùng hoặc tiêu không tự chủ.

### **BÀN LUẬN**

-Trong khoảng thời gian 24 tháng đầu triển khai phẫu thuật Pongo, chúng tôi đã thực hiện được 70 ca phẫu thuật Trĩ với kết quả như trên, từ đó chúng tôi rút ra một số nhận xét sau:

#### **\*Tuổi và giới:**

Trong nhóm bệnh nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ nam nhiều hơn nữ và tập trung vào lứa tuổi lao động, điều này cũng phù hợp với cơ chế bệnh sinh: khi lao động nặng sẽ làm tăng áp lực ổ bụng, dễ dàng cho bệnh trĩ xuất hiện.

#### **\*Về chỉ định phẫu thuật:**

-Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi đa số là trĩ độ IV, trĩ hỗn hợp , có hoặc không có xuất huyết, tương tự như các tác giả khác cũng cho rằng chỉ định lý tưởng cho phẫu thuật Longo là trĩ nội độ III , độ IV hay trĩ sa vòng, còn các trĩ nhỏ thì chưa cần áp dụng phẫu thuật này.

-Nguyên tắc của phẫu thuật Longo là triệt mạch máu đến các đám rối trĩ trong làm teo nhỏ các búi trĩ nội, đồng thời treo phần niêm mạc sa dẫn của các búi trĩ nội trở lại vị trí bình thường. Vì thế các trường hợp búi trĩ quá to, độ IV hoặc sa vòng sẽ khó thu nhỏ xếp lại bằng khâu triệt mạch.

**\*Các thương tổn tại chỗ đi kèm như:** trĩ ngoại, rò hậu môn, da thừa, polyp hậu môn-trực tràng, nhú gai phì đại...Theo một số tác giả không phải là chống chỉ định phẫu thuật Longo. Bởi vì: Việc giải quyết các thương tổn đi kèm sẽ làm giảm đi ưu điểm ít đau sau mổ của phẫu thuật Longo.

-Theo y văn, chống chỉ định áp dụng phương pháp Longo cho các trường hợp trĩ có biến chứng sa nghẹt, tắc mạch, hoại tử nhiễm trùng, xơ chai. Chúng tôi cũng tôn trọng nguyên tắc này, những trường hợp này chúng tôi điều trị nội khoa trước rồi mới phẫu thuật sau

#### **\*Về kỹ thuật:**

-Thời gian mổ trung bình của chúng tôi là 35phút. Do mới bước đầu áp dụng kỹ thuật này và một số cas phải khâu cầm máu tăng cường, xử lý thêm tổn thương kèm theo ( Cắt bỏ da thừa hoặc cắt búi trĩ ngoại) nên thời gian phẫu thuật kéo dài hơn so với các nghiên cứu khác trung bình chỉ là 20-30 phút. Báo cáo của Ts. Lê Quang Nghĩa BVBD thời gian mổ trung bình: 43 phút( Y học TP HCM Tập 12 Phụ bản Số 1\* 2008)

-Do dụng cụ stapler vừa cắt bỏ và khâu nối ngay một khoanh niêm mạc trực tràng trên đường lược nên kỹ thuật may về chiều cao và độ sâu của khoanh niêm mạc phải được kiểm soát chặt chẽ, tránh làm tổn thương cấu trúc thành trực tràng, âm đạo.

-Đường khâu niêm mạc theo kỹ thuật Longo là cách trên đường lược 4cm, khoanh niêm mạc được cắt ra có chiều cao # 2cm và đường kim bấm nối niêm mạc nằm trên đường lược từ 2cm trở lên. Theo R.William trong nghiên cứu của mình đã nhận thấy rằng: các đường bấm nối nằm cách đường lược dưới 2cm sẽ gây đau sau mổ nhiều hơn, còn đường bấm cách đường lược trên 4cm sẽ dễ gây tái phát triệu chứng trĩ sa hay chảy máu. Do đó đường bấm cắt nên nằm trên đường lược trong khoảng 2 đến 4cm.

-Có 32 cas ( 46%) chúng tôi phải khâu cầm máu tăng cường đường kim bấm, có thể vì vậy mà thời gian mổ kéo dài. Chảy máu trên đường cắt nối là một bất lợi trong phẫu thuật và là yếu tố góp phần tăng nguy cơ chảy máu sau mổ. Theo báo cáo 162 cas phẫu thuật Longo Tại BVBD có đến 143 cas(88,3%) phải khâu tăng cường trong mổ. Chúng tôi nhận thấy rằng tỉ lệ này tương đối khác nhau đối với một số nghiên cứu: 10% trong nghiên cứu của Bikhehandani (Ấn độ), 20,45% trong nghiên cứu của Triệu Triệu Dương (BV 108), 26,9% trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Châu BV 354. Đa số các trường hợp này mất máu không đáng kể

#### **\*Kết quả sau mổ**

##### ***Đau sau mổ:***

-Đau là cảm giác chủ quan của bệnh nhân nên khó đánh giá chính xác. Các tác giả nước ngoài thường sử dụng thang điểm VAS hoặc dựa theo phân độ đau của Goligher còn chúng tôi chia làm 3 mức độ:Đau ít sau mổ, chỉ cần dùng thuốc đường uống, còn lại phải dùng thêm thuốc chích trong ngày hậu phẫu tiếp theo. Đa số những cas đau vừa và nhiều nằm trong nhóm có xử lý các thương tổn kèm theo (cắt bỏ da thừa hoặc búi trĩ ngoại). Theo y văn, ưu điểm của phẫu thuật Longo là ít đau sau mổ, tuy nhiên chúng tôi chưa có nhóm đối chứng để so sánh và đánh giá ưu điểm này.

##### ***Rối loạn đi tiêu***

-Bí tiêu là một vấn đề hay gặp sau mổ trĩ hay các phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng.

-Nguyên nhân gây bí tiêu có nhiều yếu tố góp phần như: đau sau mổ, phương pháp vô cảm (tê tủy sống), khâu tăng cường...Theo một số tác giả: tỉ lệ bí tiêu sau mổ Longo là 7,8% có ít hơn so với PT cắt bỏ búi trĩ là 15,2%.

##### ***Nằm viện:***

-Thời gian nằm viện trung bình 4,3 ngày, thực tế có những bệnh nhân chỉ nằm viện 2 ngày vì ưu điểm của phẫu thuật Longo là ít đau và không cần chăm sóc vết mổ nên bệnh nhân có thể xuất viện sớm

##### ***Kết luận:***

-Đây là nghiên cứu đầu tiên với số lượng bệnh nhân chưa nhiều, thời gian theo dõi còn ngắn nên chúng tôi chỉ đưa ra một số nhận xét ban đầu về phẫu thuật Longo:

-Đây là phẫu thuật tương đối an toàn, có thể áp dụng cho cả bệnh nhân lớn tuổi, chỉ định tốt nhất cho các trường hợp trĩ độ III, độ IV, nhất là có sa niêm trực tràng kèm theo.

-Kỹ thuật không quá khó nhưng cần nắm vững nguyên tắc (chỉ khâu tới lớp dưới niêm và trên đường lược 2- 4 cm).

-Ít đau sau mổ, thời gian hồi phục sớm, ít biến chứng sau mổ.

-Tuy nhiên phương pháp này vẫn còn một số nhược điểm: chảy máu trong và sau mổ, chi phí điều trị còn cao do giá máy đắt tiền. Thông tin đáng mừng là từ nay BHYT đồng ý thanh toán cho các trường hợp phẫu thuật điều trị Trĩ bằng máy khâu bấm.

##### **Tài liệu tham khảo:**

1. Nguyễn Văn Châu, Nhận xét kết quả bước đầu phẫu thuật Longo điều trị Trĩ tại BV 354.
2. Nguyễn Trung Vinh. Kỹ thuật khâu vòng trong điều trị bệnh Trĩ. Hội thảo chuyên đề bệnh hậu môn trực tràng.
3. Lê Quang Nhân. Đánh giá kết quả bước đầu điều trị Trĩ nội độ 3-4 bằng phẫu thuật Longo cải tiến, Hội thảo chuyên đề bệnh hậu môn trực tràng.
4. Nguyễn Phúc Minh, Dương Văn Hải, Lê Quang Nghĩa. Kết quả bước đầu điều trị Trĩ bằng phẫu thuật Longo. Y học Tp HCM Vol.12 – Supplement of No 1- 2008;161- 165

# NHẬN XÉT KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA TRONG 6 THÁNG ĐẦU NĂM 2015

BSCCKII. Trần Phước Hồng, ThS.BS. Nguyễn Hùng Tâm  
NHS. Lê Thị Huyền Trang, ĐDTH. Nguyễn Xuân Thế

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phúc mạc ruột thừa là biến chứng của viêm ruột thừa cấp, thường do bệnh nhân đến muộn[1]. Giai đoạn này tình trạng ruột thừa vỡ mũ hoặc ruột thừa đã hoại tử, mũ khu trú ở vùng hố chậu phải hoặc chảy đến vùng tiểu khung và viêm phúc mạc toàn thể. Bệnh nhân sốt cao, môi khô, lưỡi bẩn, đau khắp ổ bụng, bí trung đại tiện, trướng bụng do liệt ruột, phản ứng phúc mạc khắp ổ bụng.

Nếu chẩn đoán xác định viêm phúc mạc ruột thừa, cần hồi sức sớm và mổ ngay. Tùy theo biến chứng mà bác sĩ sẽ chỉ định phương pháp mổ, đường mổ và cách thức xử lý khác nhau, nhưng nguyên tắc chung là cắt ruột thừa làm sạch ổ bụng và dẫn lưu.

## MỤC TIÊU

Đánh giá kết quả phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa trong 6 tháng đầu năm 2015 tại bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện từ 01 tháng 01 năm 2015 đến 30 tháng 06 năm 2015 bệnh viện ĐKKV tỉnh, đã thực hiện phẫu thuật điều trị 53 trường hợp viêm phúc mạc ruột thừa.

### 2. Phương pháp nghiên cứu:

Đây là nghiên cứu hồi cứu phẫu thuật nội soi và mổ mở điều trị viêm phúc mạc ruột thừa qua các chỉ số về kết quả điều trị gồm: thời gian nằm viện; việc sử dụng kháng sinh, thuốc giảm đau; biến chứng và chi phí điều trị, kết quả khi tái khám.

Nhập số liệu và phân tích kết quả trên phần mềm thống kê SPSS 16.0.

## III. KẾT QUẢ

Từ 01 tháng 1 năm 2015 đến 30 tháng 6 năm 2015, khoa Ngoại Tổng hợp bệnh viện đã phẫu thuật 53 trường hợp viêm phúc mạc ruột thừa, tuổi trung bình  $40.55 \pm 21.709$  (4- 86) tuổi, và các kết quả như sau:

### 1. Đặc điểm dịch tễ học:

Bảng 1: đặc điểm dịch tễ học:

	Đặc điểm	n	Tỉ lệ%
Giới tính	Nam	35	66.0
	Nữ	18	34.0
Địa chỉ	Tp Châu Đốc	9	17.0
	Nơi khác	44	83.0
Bệnh kèm theo	Không	42	79.2
	Có	11	20.8

Tỉ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ, đa số bệnh nhân địa chỉ ngoài thành phố Châu Đốc.

### 2. Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng :

Bảng 2: đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

Triệu chứng	Kết quả	n	Tỉ lệ%
TG ủ bệnh(giờ)	$33.75 \pm 19.454$ (7- 96)		
Đau hố chậu (P)	Có	51	96.2
	Không	2	3.8
Cảm ứng phúc	Có	7	13.2

	Không	46	86.8
SÂ dấu VRT (n=50)	Có	46	86.8
	Không	4	7.5
Bạch cầu	14.9226 ± 4.59291 (7000- 30600)		
Chẩn đoán trước mổ	VRT cấp	35	66.0
	VPM khu trú	17	32.1
	VPM toàn thể	1	1.9
Chẩn đoán sau mổ	VPM khu trú	41	77.4
	VPM toàn thể	12	22.6

### 3. Đặc điểm tổn thương ruột thừa và xử trí:

Bảng 3: đặc điểm tổn thương và xử trí:

Đặc điểm tổn thương	Triệu chứng	n	Tỉ lệ%
Vị trí ruột thừa	Bình thường	52	98,1
	Không thấy RT	1	1.9
Giả mạc trong OB	Có	20	37.7
	không	33	62.3
Tính chất dịch OB	Dịch đục	49	92.5
	Dịch mủ	4	7.5
Phương pháp phẫu thuật	Nội soi	44	83.0
	Mở hở	9	17.0
Xử trí tổn thương	Cắt RT + DL	52	98,1
	Rửa bụng + DL	1	1.9

Trong 53 ca: gốc ruột thừa vị trí bình thường chiếm tỉ lệ cao (98,1%), có 1 ca tìm không thấy gốc ruột thừa chiếm tỉ lệ (1.9%). Dịch đục ổ bụng và giả mạc chiếm tỉ lệ cao 92% và 62.3%.

Phẫu thuật nội soi chiếm tỉ lệ cao (83%) và xử trí chủ yếu là cắt ruột thừa dẫn lưu ổ bụng chiếm (98%). Mở mổ 7 ca chiếm 17%, trong đó có 2 ca mở nội soi thất bại phải chuyển mổ mở.

### 4. Kết quả phẫu thuật:

Bảng 4: kết quả phẫu thuật:

Kết quả	Triệu chứng	n	Tỉ lệ %
Biến chứng	Không biến chứng	50	94.3
	Có biến chứng	3	5.7
TG phẫu thuật (phút)	62.64 ± 19.305 (40- 120 )		
TG dùng thuốc GĐ (ngày)	4.11 ± 1.936 (1- 10)		
TG dùng thuốc KS (ngày)	4.11 ± 2.044 (2-14)		
TG nằm viện (ngày)	9.19 ± 3.757 (4 –27)		
Chi phí điều trị (triệu)	5.68 ± 1.09 (3.69 - 8.97)		
Tái khám Sau 4- 9 tháng	Tốt	42	100.0

3 ca biến chứng sau mổ: 2 ca chẩn đoán trước mổ viêm ruột thừa cấp, 1 ca chẩn đoán trước mổ viêm phúc mạc khu trú. Cả 3 ca đều phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa và dẫn lưu ổ bụng. Thời gian nằm viện 3 ca kéo dài tương ứng 9, 10 và 27 ngày.

## 5. Mối liên quan giữa nhóm bệnh nhân có biến và không biến chứng:

Bảng 5: mối liên quan nhóm bệnh nhân có biến chứng và không biến chứng:

Kết quả	Không BC (N= 50)	Có BC (N=3)	P
Tuổi (TB)	40,84	35,67	0,623
TG ủ bệnh (giờ)	32,0	48,0	0,194
Bạch cầu TB	14,9020	15,266	0,895
TG dùng thuốc GD (ngày)	3,96	6,67	<b>0,024</b>
Chi phí điều trị TB (triệu)	5,594	6,192	<b>0,01</b>
TG nằm viện TB (ngày)	8,82	15,33	<b>0,003</b>

Sự khác biệt về thời gian dùng thuốc giảm đau, chi phí điều trị và thời gian nằm viện có ý nghĩa thống kê  $p < 0.05$ .

Bảng 6: so sánh tỉ lệ giới tính

Giới tính	n	Nam/Nữ	p
Nguyễn Mạnh Dũng; Nguyễn An (2005)	384	0,97/1	<b>0,014</b>
Võ Văn Hùng; Đình Văn Trung (2002)	246	0,59/1	<b>0,000</b>
Văn Tân; Hoàng Danh Tấn (2010)	897	0,95/1	<b>0,012</b>
NC Chúng tôi	53	1,94/1	

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của chúng tôi với tác giả Nguyễn Mạnh Dũng, Võ Văn Hùng, Văn Tân.

Bảng 7: so sánh tuổi trung bình

Tuổi	n	Trung bình	p
Nguyễn Mạnh Dũng; Nguyễn An (2005)	384	41,0	<b>0,880</b>
Võ Văn Hùng; Đình Văn Trung (2002)	246	33,9	<b>0,014</b>
NC Chúng tôi	53	40,55	

Tuổi trung bình của nghiên cứu chúng tôi không khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Dũng, nhưng lớn hơn nghiên cứu của Võ Văn Hùng.

Bảng 8: so sánh biến chứng

Biến chứng	n	Tỉ lệ %
Nguyễn Mạnh Dũng; Nguyễn An (2005)	384	27,86
Võ Văn Hùng; Đình Văn Trung (2002)	246	5,04
Văn Tân; Hoàng Danh Tấn (2010)	897	3,09
NC Chúng tôi	53	5,7

Tỉ lệ biến chứng trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn các nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Dũng, Võ Văn Hùng và Văn Tân ( $p = 0.000$ )

Bảng 9: so sánh ngày nằm viện

TG nằm viện (ngày)	n	Trung bình	p
Nguyễn Mạnh Dũng; Nguyễn An (2005)	384	7,87	<b>0,014</b>
Võ Văn Hùng; Đình Văn Trung (2002)	246	5,2	<b>0,000</b>
Văn Tân; Hoàng Danh Tấn (2010)	897	5,0	
NC Chúng tôi	53	9,19	

Ngày điều trị trung bình trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn của Nguyễn Mạnh Dũng, Võ Văn Hùng và Văn Tân ( $p < 0,05$ )

#### IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 53 trường hợp viêm phúc mạc ruột thừa được phẫu thuật từ ngày 01 tháng 1 năm 2015 đến ngày 30 tháng 6 năm 2015 tại Khoa ngoại bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang. Chúng tôi thấy: Bệnh lý viêm phúc mạc ruột thừa tăng suất thường gặp nam nhiều hơn nữ tỉ lệ 1,94/1, kết quả này khác hơn nghiên cứu của các tác giả [2], [3], [4], khác biệt có ý nghĩa thống kê  $p > 0,05$ . Nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình 40,55, nhỏ hơn tuổi trung bình của tác giả [2] là 41,0 và lớn hơn tác giả [3] là 33,9, với  $p < 0,05$ .

Về triệu chứng lâm sàng có 46/53(86,79%) có cảm ứng phúc mạc, Xét nghiệm máu bạch cầu trung bình 14.922; kết quả siêu âm 46/53(86,79%) thấy dấu hiệu viêm ruột thừa, chẩn đoán lâm sàng trước mổ có 35/53(66,04%) là viêm ruột thừa cấp. Như vậy, khám lâm sàng và siêu âm có tỉ lệ chưa phù hợp với chẩn đoán trước mổ và chẩn đoán sau mổ. Xét nghiệm bạch cầu tăng là một trong những dấu hiệu củng cố cho vấn đề chẩn đoán.

Phẫu thuật nội soi chiếm tỉ lệ cao (83%) và xử trí chủ yếu là cắt ruột thừa dẫn lưu ổ bụng chiếm (98%). Có 2 ca mổ nội soi thất bại phải chuyển mổ mở.

Trong nghiên cứu này chúng tôi có 3 ca biến chứng sau mổ chiếm tỉ lệ 5,7%, tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu tác giả [2] và cao hơn tác giả [3] và [4] với  $p < 0,05$ , có 2 ca nhiễm trùng vết mổ và 1 ca dò manh tràng nhưng tất cả đều điều trị nội khoa, chủ yếu là chăm sóc tại chỗ, bệnh diễn tiến tốt xuất viện.

Trong công trình nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình 9,19 ngày dài hơn nghiên cứu của các tác giả [2], [3], [4],  $p < 0,05$ .

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian sử dụng giảm đau và kháng sinh ở nhóm bệnh nhân có biến chứng dài hơn nhóm bệnh nhân không biến chứng, chi phí điều trị cao và thời gian nằm viện kéo dài hơn với  $p < 0,05$ .

#### V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 53 bệnh nhân được chẩn đoán và phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa tại Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang từ ngày 01/01/2015 đến ngày 30/06/2015, chúng tôi rút ra kết luận sau:

Viêm phúc mạc khu trú chiếm tỉ lệ 77,4%, viêm phúc mạc toàn thể chiếm tỉ lệ 22,6%. Phẫu thuật nội soi chiếm tỉ lệ cao (83%) và xử trí chủ yếu là cắt ruột thừa dẫn lưu ổ bụng chiếm (98%). Mổ mở 7 ca chiếm 17%, trong đó có 2 ca mổ nội soi thất bại phải chuyển mổ mở. Biến chứng sau mổ chiếm 5,7%, nhưng tất cả đều là biến chứng nhẹ chủ yếu là chăm sóc tại chỗ, tiến triển tốt và xuất viện.

Kết quả tái khám sau xuất viện 3 tháng kết quả tốt, bệnh nhân sinh hoạt và lao động bình thường với gia đình.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh học ngoại khoa tiêu hoá (2007), Đại học y dược Tp Hồ Chí Minh, NXB Y học.

2. Nguyễn Mạnh Dũng, Nguyễn An, Lê Phong Huy (2005), “Phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột”, tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh, năm 2010, tập 14, tập 1.
3. Võ Văn Hùng, Đinh Văn Trung, Nguyễn Văn Phúc (2002), “Mổ cắt ruột thừa qua nội soi ổ bụng tại bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang từ 20/11/2001
4. Văn Tân, Hoàng Danh Tấn, Nguyễn Văn Việt Thành (2010),”Nghiên cứu viêm phúc mạc ruột thừa: nội soi và mổ mở”, tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh, năm 2012, tập 16, số 1.

**KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, HÀNH VI  
VỀ XỬ TRÍ TIÊU CHẢY CẤP CỦA BÀ MẸ CÓ CON DƯỚI 5 TUỔI  
ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NHI BV ĐKKV TỈNH AN GIANG TỪ 2014 ĐẾN 2015**

*Nguyễn Phú Duy, Dương Thúy Trúc, Nguyễn Thị Huỳnh Nga  
Trương Thiện Tùng và Khoa Nhi Tân Châu*

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

- Tiêu chảy cấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong cho trẻ em, nó còn là nguyên nhân chính gây suy dinh dưỡng và là một gánh nặng kinh tế xã hội. Theo thống kê của Tổ Chức Y Tế Thế Giới ước tính hàng năm có khoảng 4 – 5 triệu trẻ em dưới 5 tuổi chết vì bệnh tiêu chảy. Trong đó 80% là trẻ dưới 2 tuổi.
- Theo báo cáo của Unicef (12/06/2013) [4] tại Việt Nam tiêu chảy chiếm 10% tổng số trẻ tử vong dưới 5 tuổi.
- Tại Khoa Nhi BV ĐKKV Tỉnh An Giang năm 2013 có 749 trẻ < 5 tuổi nhập khoa vì tiêu chảy, chiếm 10% tổng số trẻ < 5 tuổi nhập khoa.
- Để phòng ngừa và chăm sóc trẻ bệnh tiêu chảy có hiệu quả các bà mẹ cần được trang bị kiến thức, kỹ năng, thực hành chăm sóc trẻ tiêu chảy tốt. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “ Kiến thức, thái độ, hành vi về xử trí bệnh tiêu chảy cấp, của những bà mẹ có con dưới 5 tuổi nhập viện tại Khoa Nhi BV ĐKKV Tỉnh năm 2014 -2015”.

**MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:**

- Xác định tỉ lệ các bà mẹ có con < 5 tuổi đang điều trị tại BV ĐKKV Tỉnh An Giang 2014 - 2015 có kiến thức, thái độ, hành vi đúng về xử trí trẻ bệnh tiêu chảy cấp
- Xác định tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn của các bà mẹ
- Xác định mối tương quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành với các yếu tố liên quan.
- Xác định nguồn thông tin về bệnh tiêu chảy cấp mà bà mẹ nhận được

**II. ĐỐI TƯỢNG –PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu:** tất cả các bà mẹ nuôi con đang điều trị tiêu chảy cấp tại khoa nhi BVĐKKV Tỉnh An Giang từ năm 2014 đến 2015

**Tiêu chí chọn mẫu:**

- + Các bà mẹ có con < 5 tuổi.
- + Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chí loại trừ:**

- + Các bà mẹ không trực tiếp nuôi con
- + Các bà mẹ không hợp tác trả lời phỏng vấn hoặc có bệnh bẩm sinh như câm, tâm thần...

**Thời gian, địa điểm nghiên cứu.**

- Thời gian: 04/2014 - 07/2015
- Khoa Nhi bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh.

**Thiết kế:** Mô tả cắt ngang có phân tích

**Phương pháp nghiên cứu:** Chọn mẫu ngẫu nhiên

- Cỡ mẫu: Thuận tiện.

**Phương pháp thu thập số liệu:**

- Lập bảng câu hỏi.
- Phỏng vấn trực tiếp bà mẹ đang nuôi con tiêu chảy cấp tại khoa nhi bệnh viện.

**Xử lý phân tích số liệu:**

- Nhập số liệu và xử lý trên phần mềm stata 12.0.
- Thống kê có ý nghĩa khi  $P < 0.05$ .

**Vấn đề đạo đức của nghiên cứu:**

Nghiên cứu chỉ phỏng vấn và thực hành không làm tổn hại tinh thần và thể xác các đối tượng quan sát.

**Ứng dụng đề tài:**

Đề xuất một số giải pháp góp phần tuyên truyền giáo dục các bà mẹ cách xử lý bệnh tiêu chảy cấp.

### III. KẾT QUẢ

Tuổi:

Tuổi trung bình của các bà mẹ: 28 +/- 4.5.

Tuổi thấp nhất: 18.

Tuổi cao nhất: 53 (con nuôi).

Bảng 3.1: Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Tần số	Tỉ lệ (%)
18-26	135	36.10
27-31	153	40.91
32-53	86	22.99

Nhận xét: Bà mẹ có tuổi từ 27-31 chiếm ưu thế.

Bảng 3.2: Trình độ học vấn

Trình độ văn hóa	N	Tỉ lệ (%)
Mù chữ	14	3.74
Cấp 1	129	34.49
Cấp 2	150	40.11
Cấp 3+ đại học	81	21.66
Tổng	374	100

Nhận xét: Các bà mẹ có trình độ cấp 2 chiếm ưu thế 150 (40.11%).

Bảng 3.3: nghề nghiệp:

Nghề nghiệp	Tần số	Tỉ lệ %
Công nhân viên	37	9.89
Làm nông	38	10.16
Nội trợ	294	78.61
Nghề khác	5	1.34

Nhận xét: Bà mẹ làm nội trợ chiếm cao nhất 78,61%.

Bảng 3.4: Kết quả kiến thức điều trị bệnh tiêu chảy của các bà mẹ

Nội dung	N	%
<b>Khái niệm về bệnh tiêu chảy cấp</b>		
Đúng	145	38.77
Chưa đúng	229	61.23
<b>Biết ORS là dung dịch bù nước</b>		
Đúng	349	93.32
Chưa đúng	25	6.68
<b>Biết dấu hiệu bệnh nặng</b>		
Đúng	121	32.35
Không đúng	253	67.65
<b>Biết phát hiện dấu mất nước</b>		
Đúng	213	56.95
Không đúng	161	43.05

Bảng 3.5: Kết quả thái độ điều trị tiêu chảy của các bà mẹ

Nội dung	N	%
<b>Dùng thuốc cầm tiêu chảy</b>		
Đồng ý	254	67.91
Không đồng ý	120	32.09
<b>Trẻ nhịn ăn để ruột nghỉ ngơi</b>		
Đồng ý	199	53.21
Không đồng ý	175	46.79
<b>Cho trẻ uống ORS</b>		
Đồng ý	336	89.84

Không đồng ý	38	10.16
<b>Ăn cháo muối khi bệnh</b>		
Đồng ý	265	70.86
Không đồng ý	109	29.14
<b>Trẻ ói khi uống ORS</b>		
Ngưng 15 phút sau cho uống lại	292	21.93
Không cho trẻ uống	82	78.07

Bảng 3.6: Kết quả thực hành điều trị bệnh tiêu chảy của các bà mẹ

Nội dung	N	%
<b>Cách pha ORS</b>		
Thực hành đúng	312	83.42
Thực hành không đúng	62	16.58
<b>Cho trẻ uống ORS</b>		
Thực hành đúng	329	87.97
Thực hành không đúng	45	12.03
<b>Phát hiện dấu mất nước</b>		
Thực hành đúng	333	89.04
Thực hành không đúng	41	10.96

Bảng 3.7: Nguồn thông tin về bệnh tiêu chảy bà mẹ có được

Nội dung	N	%
Có thông tin	151	40.37
Không có thông tin	223	59.63

	N	%
Không thông tin	223	59.63
Khác	129	34.49
Nhân viên y tế	22	5.88

Bảng 3.8: Mối tương quan giữa kiến thức đúng với trình độ văn hóa

Kiến thức đúng	Mù chữ N(%)	Cấp 1 N(%)	Cấp 2 N(%)	Cấp 3+đại học N(%)	P
Bệnh tiêu chảy	5(35.71)	44(34.11)	50(33.33)	46(56.79)	0.003
Dấu hiệu bệnh nặng	5(35.71)	35(27.13)	36(24)	45(55.56)	<0.001
Dung dịch ORS	12(85.71)	120(93.02)	141(94)	76(93.83)	0.691
Dấu mất nước	8(57.14)	73(56.59)	78(52)	54(66.67)	0.201

Nhận xét: Qua bảng trên ta thấy

- Biết khái niệm về bệnh tiêu chảy thì nhóm trình độ cấp 3 và đại học cao hơn các nhóm còn lại (p=0.03).
- Biết phát hiện dấu hiệu bệnh nặng của nhóm trình độ cấp 3 và đại học cao nhất 55.56% (p<0.001).

Bảng 3.9: Mối tương quan giữa thái độ với trình độ văn hóa

Thái độ đúng	Mù chữ N(%)	Cấp 1 N(%)	Cấp 2 N(%)	Cấp 3+đại học N(%)	P
Cho trẻ uống ORS	8(57.14)	120(93.02)	135(90)	73(90.12)	<0.001
Không ăn cháo muối khi bệnh	8(57.14)	47(36.43)	42(28)	12(14.81)	0.001
Trẻ uống ORS lại sau ói 15 phút	9(64.29)	98(75.97)	118(76.67)	67(82.72)	0.401

Không nhin ăn đẽ ruột nghi ngơi	4(28.57)	56(43.41)	71(47.33)	44(54.32)	0.229
Không dùng thuốc cầm tiêu chảy	5(35.71)	48(37.21)	48(32)	19(23.46)	0.221

Nhận xét: Qua bảng trên ta thấy

- Cho trẻ uống ORS là đúng ở nhóm mù chữ là thấp nhất 57.14% so với các nhóm còn lại ( $p < 0.001$ ).

- Không cho trẻ ăn cháo muối là đúng giảm dần theo trình độ văn hóa ( $p = 0.001$ ).

Bảng 3.10: Mối tương quan giữa thực hành với trình độ văn hóa.

Thực hành đúng	Mù chữ N(%)	Cấp 1 N(%)	Cấp 2 N(%)	Cấp 3+đại học N(%)	P
Pha ORS	9(64.29)	103(79.84)	126(84)	74(91.36)	0.035
Cho uống ORS	8(57.14)	115(89.15)	134(89.33)	172(88.89)	0.004
Đánh giá mất nước	13(92.86)	114(88.37)	134(89.33)	72(88.89)	0.963

Nhận xét: Qua bảng trên ta thấy

- Pha ORS đúng hướng dẫn tăng dần theo trình độ văn hóa ( $p = 0.035$ ).

- Cho trẻ uống ORS tăng dần theo trình độ văn hóa ( $p = 0.04$ ).

Bảng 3.11: Mối tương quan giữa kiến thức đúng với thông tin

Kiến thức đúng	Có thông tin N(%)	Không thông tin N(%)	P
Bệnh tiêu chảy	94(62.25)	51(22.87)	<0.001
Dung dịch ORS	147(97.35)	202(90.58)	0.010
Dấu hiệu bệnh nặng	74(49)	47(21.08)	<0.001
Dấu mất nước	110(72.85)	103(46.19)	<0.001

Nhận xét: Qua bảng trên ta thấy

- Có thông tin thì khái niệm bệnh tiêu chảy, biết ORS là dung dịch bù nước, biết dấu hiệu bệnh nặng, biết dấu mất nước cao hơn so với không có thông tin về bệnh tiêu chảy ( $p < 0.05$ ).

Bảng 3.12: Mối tương quan giữa thái độ với thông tin

Thái độ đúng	Có thông tin N(%)	Không thông tin N(%)	P
Không ăn cháo muối khi bệnh	30(19.87)	79(35.43)	0.001
Trẻ uống ORS lại sau ói 15 phút	134(88.74)	158(70.85)	<0.001
Không dùng thuốc cầm tiêu chảy	41(27.15)	79(35.43)	0.090
Không nhin ăn đẽ ruột nghi ngơi	77(50.99)	98(43.95)	0.180
Cho trẻ uống ORS	136(90.07)	200(89.69)	0.900

Nhận xét: Qua bảng trên ta thấy

- Có thông tin thì thái độ đúng không ăn cháo muối khi bệnh thấp hơn so với không có thông tin ( $p = 0.001$ ). Điều này có thể do hiểu nhầm với trẻ uống nước cháo muối bù mất nước.

- Có thông tin thì thái độ đúng cho trẻ uống ORS lại sau ói 15 phút cao hơn so với không có thông tin ( $p < 0.001$ ).

Bảng 3.13: Mối tương quan giữa thực hành với thông tin.

Thực hành đúng	Có thông tin N(%)	Không thông tin N(%)	P
Pha ORS	135(89.40)	177(79.37)	0.010
Cho uống ORS	138(91.39)	191(85.65)	0.094
Đánh giá mất nước	138(91.39)	195(87.44)	0.231

Nhận xét: Qua bảng trên ta thấy

Có thông tin thì bà mẹ pha ORS đúng cao hơn so với bà mẹ không có thông tin ( $p=0.01$ ).

#### **IV. BÀN LUẬN:**

Qua khảo sát 374 bà mẹ nuôi con dưới 5 tuổi về điều trị tiêu chảy cấp, từ tháng 4/2014 đến tháng 7/2015, có các đặt điểm như sau:

##### **Đặc điểm nhóm nghiên cứu**

Các bà mẹ có tuổi trung bình  $28 \pm 4,5$ . Thấp nhất 18, cao nhất 53. Trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là 27-31, chiếm 40,91%. Trình độ học vấn cấp 2 chiếm ưu thế (40,11%). Nghề nghiệp các bà mẹ chủ yếu là nội trợ (78,61%). 59,63% bà mẹ không có được thông tin về bệnh tiêu chảy. Nhìn chung, các bà mẹ đa số là trẻ, có trình độ học vấn tương đối, do đó sẽ dễ dàng tiếp thu những kiến thức mới, bỏ những kiến thức lạc hậu khi được hướng dẫn. Số bà mẹ không có thông tin về chăm sóc trẻ tiêu chảy cao, cần tăng cường hướng dẫn chăm sóc trẻ tiêu chảy cho các bà mẹ có con nhập khoa nhi.

##### **Kiến thức của các bà mẹ về bệnh tiêu chảy cấp:**

Khái niệm bệnh tiêu chảy đúng thấp 38,77%, biết các dấu hiệu bệnh nặng cần khám ngay thấp 32,35%, biết phát hiện dấu mất nước 59,65%, thấp hơn so với tác giả Nguyễn Thị Gái [2] là 76,8%, 90,9% và 90,5%. Điều này có thể do số bà mẹ không có nguồn thông tin cao 59,63%. Biết ORS là dung dịch bù nước 93,32%. Tỷ lệ bà mẹ có kiến thức đúng còn thấp, cần phải phổ biến thêm kiến thức về bệnh tiêu chảy, dấu hiệu mất nước, và các dấu hiệu bệnh nặng cần khám ngay.

##### **Mối tương quan giữa kiến thức với đặc điểm xã hội:**

Khái niệm về bệnh tiêu chảy ( $p<0.05$ ) và phát hiện dấu bệnh nặng ( $p<0.05$ ) có sự khác nhau theo trình độ văn hóa. Trình độ cấp 3+ đại học cao nhất. Các kiến thức đúng về bệnh tiêu chảy giữa nhóm có thông tin về bệnh cao hơn so với nhóm không có thông tin.

##### **Thái độ của các bà mẹ về bệnh tiêu chảy cấp:**

Có 32,09% bà mẹ không đồng ý dùng thuốc cầm tiêu chảy tương đương 32,6% Lê Hồng Phúc [3], thấp hơn Nguyễn Thị Gái 40,2%. Có 46,92% bà mẹ không đồng ý cho trẻ nhịn ăn thấp hơn so với Lê Hồng Phúc (55,8%), Nguyễn Thị Gái 90,9%. 89,84% bà mẹ đồng ý cho trẻ uống ORS cao hơn so với Nguyễn Thị Gái và Lê Hồng Phúc là 66,3% và 67,3%. 21,93% bà mẹ đồng ý cho trẻ uống lại ORS sau ói thấp hơn so với Nguyễn Thị Gái 51,9%. Nhìn chung thái độ đúng của các bà mẹ còn thấp. Cần giải thích cho bà mẹ hiểu, khi tiêu chảy không dùng thuốc cầm, cho trẻ ăn uống như bình thường miễn là hợp vệ sinh, cần phải cho trẻ uống lại ORS tiếp tục sau khi trẻ bị ói.

##### **Mối tương quan giữa thái độ với đặc điểm xã hội**

Đồng ý cho trẻ uống ORS có sự khác biệt theo trình độ ( $p<0.05$ ), Mù chữ thì tỉ lệ đồng ý thấp nhất, cấp 1,2,3 cao hơn.

Không đồng ý cho trẻ ăn cháo muối khi bệnh giảm dần theo trình độ ( $p<0.05$ ). Có thể do hiểu nhầm với uống nước cháo muối bù mất nước trong bệnh tiêu chảy.

Cho trẻ uống ORS sau ói 15 phút ở nhóm bà mẹ có thông tin, cao hơn so với nhóm bà mẹ không có thông tin.

##### **Thực hành của các bà mẹ về bệnh tiêu chảy cấp:**

83,42% thực hành pha ORS đúng cao hơn Nguyễn Thị Gái 75,4%. 87,97% cho trẻ uống ORS, 89,04% phát hiện dấu mất nước đúng. Vẫn còn 1 số bà mẹ không biết pha ORS cần được hướng dẫn, 1 số bà mẹ không cho trẻ uống ORS vì sợ uống nước nhiều trẻ tiêu chảy nhiều là một hành động sai cần được khắc phục.

##### **Mối tương quan giữa thực hành với các đặt điểm xã hội:**

Nhóm bà mẹ có thông tin về bệnh tiêu chảy biết pha ORS đúng cao hơn so với nhóm bà mẹ không có thông tin ( $p<0.05$ ).

Trình độ văn hóa càng cao thì tỉ lệ bà mẹ pha ORS, cho trẻ uống ORS tăng dần. ( $p<0.05$ )

## **V. KẾT LUẬN:**

Kiến thức: Khái niệm bệnh tiêu chảy thấp 38.77%, biết các dấu hiệu bệnh nặng cần khám ngay thấp 32.35%, biết phát hiện dấu mất nước 59.65%.

Thái độ: Bà mẹ không đồng ý dùng thuốc cầm tiêu chảy 32.09%, bà mẹ không đồng ý cho trẻ nhịn ăn thấp 21.93%, bà mẹ đồng ý cho trẻ uống lại ORS sau ói 21.39%.

Hành vi: 83.42% thực hành pha ORS đúng, 87.97% cho trẻ uống ORS, 89.04% phát hiện dấu mất nước đúng.

## **VI. KIẾN NGHỊ:**

1. Khoa nhi cần tăng cường cung cấp thông tin về bệnh tiêu chảy bằng loa, chiếu phim.
2. Cần phổ biến cho các bà mẹ hiệu quả của ORS để bà mẹ tin tưởng cho trẻ dùng trong bệnh tiêu chảy.
3. Khi hướng dẫn cần nhấn mạnh cung cấp thức ăn đầy đủ chất dinh dưỡng khi trẻ tiêu chảy, tránh ăn kiêng.
4. Giải thích rõ tác hại của dùng thuốc cầm tiêu chảy.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bộ Y Tế Cục QLKCB ( 2010 ), *hướng dẫn xử trí tiêu chảy trẻ em*. Nhà xuất bản y học, trang 8, 22.
2. Nguyễn Thị Gái (2011 ), kiến thức, thái độ, hành vi về xử trí tiêu chảy cấp tại nhà của những bà mẹ có con dưới 5 tuổi điều trị tại khoa nhi BVĐK Bình Thuận năm 2011. *tạp chí Y Học TP HCM tập 15. phụ bản của số 4 năm 2011*, trang 156-160.
3. Lê Hoàng Phúc (2006 ), Kiến thức, thái độ, thực hành của các bà mẹ trong việc xử lý bệnh tiêu chảy ở trẻ em dưới 5 tuổi tại xã Vĩnh An, Huyện Ba Tri, Tỉnh Bến Tre, *tạp chí Y Học Đại Học Y Dược TP HCM*, chuyên san tập 10, số 1 trang 181 – 184.
4. [http://www.unicef.org/vietnam/vi/media\\_19463.html](http://www.unicef.org/vietnam/vi/media_19463.html).

**TÌNH HÌNH THỰC HIỆN CHĂM SÓC THIẾT YẾU BÀ MẸ,  
TRẺ SƠ SINH TRONG VÀ NGAY SAU SINH  
TẠI KHOA SẢN BVĐKKV TỈNH AN GIANG VÀ BV TP CHÂU ĐỐC**

**Bs TRỊNH THANH NHUNG, NHS DƯƠNG THỊ CHUỘNG,  
Bs PHẠM HỒNG LOAN, Bs PHẠM BÍCH LOAN, NHS LÊ THỊ HUỆ**

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Bảo vệ sức khỏe bà mẹ và trẻ em là vấn đề luôn được các Quốc gia trên thế giới quan tâm. Ở nước ta, chăm lo bảo vệ sức khỏe cho bà mẹ, trẻ em là một trong những trọng tâm ưu tiên hàng đầu của ngành y tế. Trong những năm qua, mặc dù được cộng đồng quốc tế đánh giá cao công tác chăm sóc sức khỏe bà mẹ, trẻ em nhưng vẫn còn những tồn tại và đặt ra nhiều thách thức cần giải quyết đối với ngành y tế. Theo báo cáo thống kê năm 2010, tỷ lệ tử vong bà mẹ vẫn còn cao, ước tính khoảng 59 trường hợp/ 100.000 trẻ sinh sống mà nguyên nhân hàng đầu là do băng huyết sau sanh, bên cạnh đó, tử vong sơ sinh vì các nguyên nhân sinh non tháng, suy hô hấp, nhiễm trùng, vàng da, thiếu máu...chiếm tỷ lệ cao.

Hầu hết các trường hợp tử vong bà mẹ và trẻ sơ sinh là do các biến chứng sản khoa, liên quan đến quá trình mang thai và sinh nở. Tuy nhiên phần lớn các trường hợp có thể phòng ngừa hay điều trị được bằng những biện pháp cơ bản. Để giảm tỷ lệ tử vong bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau sinh, các phương pháp chăm sóc can thiệp được đề ra. Dựa trên khuyến cáo của Tổ chức y tế Thế giới, ngày 10/11/2014 Bộ y tế đã ra Quyết định số 4673/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ, và Chỉ thị 01/CT-BYT ngày 09/01/2015 về việc tăng cường chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh nhằm giảm tử vong mẹ và tử vong sơ sinh.

Nhằm thực hiện tốt chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ theo hướng dẫn chuyên môn do Bộ y tế ban hành, cán bộ Khoa sản Bệnh viện ĐKKV An Giang đã có hai đợt tham gia tập huấn tại Bệnh viện Từ Dũ và Trung tâm Chăm sóc sức khỏe An Giang và đã triển khai thực hiện tại Khoa để đánh giá hiệu quả công tác chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh chúng tôi tiến hành đề tài: **TÌNH HÌNH THỰC HIỆN CHĂM SÓC THIẾT YẾU BÀ MẸ,**

**TRẺ SƠ SINH TRONG VÀ NGAY SAU SINH TẠI KHOA SẢN  
BVĐKKV TỈNH AN GIANG**

Với mục tiêu cụ thể như sau: Đánh giá tính khả thi cũng như tìm ra các thuận lợi và khó khăn khi áp dụng qui trình mới.

**II. TỔNG QUAN TÀI LIỆU:**

Cơ sở lý thuyết và các bằng chứng về các can thiệp trong và ngay sau đẻ:  
Chảy máu sau đẻ là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong mẹ, đặt biệt là ở các nước đang phát triển. Mặc dù có thể tiên lượng trước nguy cơ chảy máu nhưng có tới 90% trường hợp xảy ra trên sản phụ không có yếu tố nguy cơ nào. Để phòng ngừa chảy máu sau đẻ, Hiệp hội nữ hộ sinh Quốc tế (ICM) và Hiệp hội Sản phụ khoa Quốc tế (FIGO) khuyến cáo xử trí tích cực giai đoạn 3 chuyển dạ gồm 3 can thiệp chính : **Tiêm bắp Oxytocin sau sổ thai, kéo dây rốn có kiểm soát, và xoa đáy tử cung 15phút/lần trong 2 giờ đầu sau đẻ** đã giảm tỷ lệ chảy máu sau đẻ rõ rệt.

**1. Tiêm bắp oxytocin:**

Tổ chức y tế Thế giới khuyến cáo sử dụng thuốc tăng co tử cung (oxytocin) để xử trí tích cực giai đoạn 3 cuộc chuyển dạ cho tất cả các trường hợp đẻ đường âm đạo với liều tiêm bắp 10 đơn vị để phòng chảy máu sau đẻ.

**2. Kéo dây rốn có kiểm soát:**

Trước đây kéo dây rốn có kiểm soát được khuyến cáo áp dụng cho tất cả các trường hợp đẻ thường, do các nhân viên y tế đã được đào tạo về kỹ năng xử trí tích cực giai đoạn ba

cuộc chuyển dạ thực hiện. Năm 2007, Bộ Y tế đã ban hành hướng dẫn “Xử trí tích cực giai đoạn ba cuộc chuyển dạ” trong đó khuyến cáo kéo dây rốn có kiểm soát sau khi tiêm bắp 10 đơn vị oxytocin được áp dụng cho tất cả các trường hợp đẻ đường âm đạo tại cơ sở y tế từ tuyến xã đến trung ương do nhân viên y tế đỡ đẻ thực hiện. Tuy nhiên bằng chứng nghiên cứu gần đây đã khuyến cáo kéo dây rốn chỉ nên thực hiện tại các cơ sở cung cấp dịch vụ đỡ đẻ có cán bộ y tế có kỹ năng và được đào tạo về xử trí tích cực giai đoạn ba cuộc chuyển dạ, còn các nơi không có nhân viên y tế có kỹ năng và chưa được đào tạo thì không được tiến hành kéo dây rốn có kiểm soát.

### **3. Xoa đáy tử cung:**

Xoa đáy tử cung là một trong ba can thiệp của xử trí tích cực giai đoạn ba cuộc chuyển dạ được khuyến cáo tiến hành liên tục trong hai giờ đầu sau đẻ, với tần suất 15 phút/lần. Hơn nữa xoa đáy tử cung còn có thể giúp phát hiện sớm các trường hợp đờ tử cung sau đẻ, hạn chế được tai biến băng huyết.

Thử nghiệm lâm sàng trên 200 sản phụ chia thành hai nhóm có và không xoa đáy tử cung sau khi xử trí tích cực giai đoạn ba cuộc chuyển dạ cho thấy giảm lượng máu mất, giảm số lượng sản phụ cần dùng thêm thuốc tăng co bóp tử cung ở nhóm có xoa đáy tử cung so với nhóm không xoa đáy tử cung.

### **4. Kẹp và cắt dây rốn muộn:**

Nghiên cứu về sinh lý ở trẻ sơ sinh cho thấy, trong phút đầu tiên sau sinh lượng máu truyền từ bánh rau sang trẻ sơ sinh khoảng 80ml và có thể lên tới 100 ml trong 3 phút sau sinh. Lượng máu thêm này có thể cung cấp một lượng sắt tương ứng 40-50mg/kg cân nặng của trẻ, cùng với lượng sắt của cơ thể (khoảng 75mg/kg cân nặng) có thể giúp trẻ đủ tháng ngăn ngừa được thiếu máu thiếu sắt trong năm đầu. Các nghiên cứu cũng cho thấy rằng nếu kẹp rốn đúng thời điểm, một lượng máu sẽ từ bánh rau qua dây rốn đến đứa trẻ làm giúp cho trẻ đủ tháng không bị thiếu máu do thiếu sắt trong những tháng đầu, và đặc biệt ở trẻ non tháng không bị thiếu máu cũng như giảm tỷ lệ xuất huyết não do giảm prothrombin.

Xuất phát từ các bằng chứng lâm sàng của các nghiên cứu về kẹp cắt dây rốn muộn, năm 2012, WHO đã khuyến cáo nên kẹp cắt dây rốn muộn (khi dây rốn ngừng đập hoặc 1-3 phút sau sổ thai) cho tất cả các trường hợp đẻ thường để ngăn ngừa tình trạng thiếu máu của trẻ. Chỉ kẹp cắt dây rốn sớm (trước 01 phút) đối với các trường hợp trẻ ngạt cần phải hồi sức tích cực.

### **5. Tiếp xúc da kề da:**

Trước đây, tại hầu hết các cơ sở đỡ đẻ, trẻ sơ sinh ngay sau khi sinh sẽ được tách rời mẹ nhằm 2 mục đích: thứ nhất là hồi sức cho trẻ ngay sau khi sinh bao gồm lau khô, hút đàm, làm rốn hoặc các thủ thuật hồi sức tích cực khác nếu trẻ cần hồi sức, hai là để thuận lợi cho việc chăm sóc bà mẹ ngay sau sinh như đỡ nhau, kiểm soát tử cung hoặc khâu vết cắt tầng sinh môn. Tuy nhiên điều này đã vô tình làm chia cắt mẹ con ngay sau khi sinh và ảnh hưởng có hại cho trẻ sơ sinh. Những khuyến cáo mới đây cho thấy trẻ được tiếp xúc da kề da với mẹ ngay từ những phút đầu sau đẻ giúp tăng sự tương tác sớm giữa mẹ và con, trẻ sẽ không bị hạ thân nhiệt, trẻ sẽ tìm vú mẹ sớm hơn và bú mẹ khỏe hơn, người mẹ cũng giảm lo lắng, giảm nỗi đau “vượt cạn một mình”. Kết quả nghiên cứu của Cochrane phân tích gộp 34 thử nghiệm lâm sàng trên 2177 cặp mẹ con về tiếp xúc da kề da cho thấy trẻ được tiếp xúc trực tiếp da kề da với mẹ ngay sau đẻ thì ít khóc hơn so với trẻ được nhân viên y tế chăm sóc (4).

### **6. Cho trẻ bú sớm:**

Theo khuyến cáo của WHO, nên cho trẻ bú sớm trong giờ đầu và bú sữa mẹ hoàn toàn trong 6 tháng đầu, cho trẻ bú mẹ sớm hoàn toàn có thể ngăn ngừa bệnh tiêu chảy và nhiễm khuẩn hô hấp cấp trong 3 tháng đầu. Và cho trẻ bú sớm ngay sau đẻ còn làm kích thích tuyến yên tăng tiết oxytocin giúp tử cung co hồi tốt hơn để phòng ngừa chảy máu sau đẻ.

**Chính từ các bằng chứng lâm sàng trên, WHO đã đưa ra khuyến cáo áp dụng 6 bước chăm sóc thiết yếu bà mẹ và trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ bao gồm:**

1. Lau khô và ủ ấm ngay; cho trẻ tiếp xúc trực tiếp da kề da với mẹ. (trẻ được đặt trên bụng mẹ ngay sau đẻ và kéo dài ít nhất 90 phút)

2. Tiêm bắp 10 đơn vị Oxytocin.
3. Kẹp dây rốn muộn và cắt rốn 1 thì( sau sổ thai từ 1-3 phút, hoặc khi dây rốn ngừng đập)
4. Kéo dây rốn có kiểm soát ( Sổ nhau)
5. Xoa đáy tử cung 15 phút/lần trong 2 giờ, (có thể hướng dẫn cho bà mẹ xoa)
6. Hỗ trợ cho bé bú sớm và bú mẹ hoàn toàn.

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

1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các trường hợp đẻ thường ngã âm đạo vào Khoa Sản Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh An Giang
2. Thời gian nghiên cứu: từ 01/04/2015 đến 30/09/2015
3. Phương pháp Nghiên cứu:  
Tiền cứu cắt ngang có nhóm chứng
4. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Các sản phụ có thai chuyển dạ sinh vào Khoa sản trong thời gian nghiên cứu
5. Tiêu chuẩn loại trừ : Các trường hợp mổ lấy thai, sanh ngạt, có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo .
6. Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

### IV. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ ngày 01 tháng 04 năm 2015 đến 30 tháng 09 năm 2015 chúng tôi thu thập được 626 trường hợp sanh thường ngã âm đạo thỏa điều kiện nghiên cứu với kết quả như sau:

#### 4.1. Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu:

##### 4.1 Bảng các giá trị trung bình của nhóm nghiên cứu:

	Trung bình	cao nhất	Thấp nhất
Tuổi mẹ	25 ± 5 tuổi	44 tuổi	15 tuổi
Tuổi thai	38 ± 1 tuần	41 tuần	30 tuần
Thời gian chuyển dạ	312 ± 167 phút	960 phút	18 phút
Apgar sau 1 phút	7 ± 1 điểm	9 điểm	3 điểm
Apgar sau 5 phút	9 ± 1 điểm	10 điểm	5 điểm

##### Nhận xét:

- Tuổi trung bình của các sản phụ trong nghiên cứu chúng tôi là 25 tuổi, khi đến sanh thì tuổi thai trung bình là 38 tuần, trong nhóm có sản phụ sanh non nhất là 30 tuần.

- Thời gian chuyển da kéo dài 310 phút, đặc biệt có trường hợp chỉ 18 phút là đã vào cuộc sanh thuận lợi.

- Apgar đánh giá tình trạng bé khi sanh trong nhóm nghiên cứu chúng tôi rất tốt trung bình sau 1 phút là 7 điểm, sau 5 phút là 9 điểm.

##### 4.2 Bảng các đặc điểm lúc sanh của sản phụ trong nhóm nghiên cứu

	Số ca	Tỉ lệ %
Ngôi thai Ngôi đầu	310	99,4%
Mức độ nước ối Trung bình	286	91,7%
Chất lượng nước ối Tốt	294	94,2%

Lau khô và ủ ấm ngay cho bé	310	99,4%
Cắt rốn sau 2 phút	286	91,7%
Bú sớm	290	92,9%
Da kề da	297	95,2%
HSSS	25	8%
Tai biến cuộc sanh: <i>Bé chuyển Khoa Nhi HS</i>	4	1,3%
<i>BHSS</i>	1	0,3%
Tử Vong		
Mẹ	0	0%
Con	0	0%

#### **Nhận xét:**

- Trong nghiên cứu chúng tôi chọn chủ yếu là các trường hợp ngôi thuận chiếm 99,4%, lượng nước ối và màu sắc nước ối còn tốt.
- Phương pháp sản sóc thiết yếu chúng tôi sử dụng cho sản phụ như: da kề da cho 95,2%, lau khô và ủ ấm ngay cho bé 99,4%
- Trong diễn tiến cuộc sanh chúng tôi phải hồi sức sơ sinh cho 25 TH, chiếm tỉ lệ 8%, trong đó có 4 TH chuyên khoa nhi đề hồi sức sau đó ( chiếm 1,3%), các trường hợp còn lại hồi sức tại phòng sanh đạt kết quả tốt.
- Tai biến BHSS trong nhóm nghiên cứu chỉ 0,3%, các trường hợp này được xác định và xử lý kịp thời nên không trường hợp nào diễn tiến nặng hơn hoặc tử vong.

#### **4.2. So sánh hiệu quả của áp dụng qui trình mới trong các trường hợp sanh thường**

Bảng 4.3 Bảng so sánh hiệu quả của 2 qui trình

	Qui trình mới	Qui trình cũ	P
Số gant tay sử dụng cho 1 TH	2,5± 1,1 cặp	5,5 ±1,4 cặp	<0,001
Số nữ hộ sinh cần cho cuộc sanh	1,2 ±0,5 người	2,4 ±0,8 người	<0,001
Hồi sức sơ sinh	25 ( 8%)	45 (14,4%)	0.008
Chi phí cho cuộc sanh	1.035.164 đ ±102.421 đ	1.146.875 đ ± 130704 đ	<0,001

#### **Nhận xét:**

- Số lượng gant tay sử dụng cho cuộc sanh theo qui trình mới giảm rõ rệt từ 5,5 cặp xuống còn 2,5 cặp, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.
- Và cũng qua đó cho thấy số lượng nữ hộ sinh phục vụ cho cuộc sanh cũng ít hơn 2,4 người xuống còn 1,2 người, sự khác biệt này cũng rất có ý nghĩa thống kê
- Qui trình mới đã được áp dụng cho 312 trường hợp trong quá trình nghiên cứu cho thấy tỉ lệ số lượng em bé cần được hồi sức cũng giảm đáng kể từ 14,4% xuống chỉ còn 8% sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p = 0,008.
- Qua các thuận lợi trên cho thấy tổng hợp chi phí toàn cuộc sanh cho các sản phụ theo qui trình mới giảm có nghĩa thống kê P < 0.001 (từ 1.146.875 đồng xuống còn 1.035.164 đồng)

#### **V. KẾT LUẬN**

- Qua thời gian nghiên cứu 6 tháng năm 2015 thực hiện qui trình mới cho các trường hợp sanh thường tại Khoa Sản BV đa khoa khu vực Tỉnh An Giang bước đầu cho thấy có nhiều thuận lợi và hiệu quả đem lại cho cả sản phụ và nhân viên y tế vì có thể thực hiện tốt mà không cần chuẩn bị phức tạp hay đòi hỏi trang thiết bị đắt tiền. Qua đây

đánh giá được việc cần thiết để triển khai qui trình này rộng rãi hơn nữa trong thời gian tới tại khoa sản và các nơi có phòng sanh của các cơ sở y tế.

- Khó khăn khi thực hiện can thiệp này là nhân viên y tế chưa quen với việc kẹp dây rốn muộn và lo sợ trẻ bị ngạt nếu không hút nhớt ngay cho trẻ sau khi sinh ra. Những khó khăn này có thể được khắc phục bằng đào tạo và tư vấn tốt.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- o Bộ Y Tế ( 2015) “*Phê duyệt tài liệu hướng dẫn chuyên môn chăm sóc thiết yếu bà mẹ, trẻ sơ sinh trong và ngay sau đẻ*” ,Quyết định 4673/QĐ-BYT ngày 10/11/2014.
- o Bộ Y tế ( 2015) “*Tăng cường chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ sơ sinh nhằm giảm nguy cơ tử vong mẹ và tử vong sơ sinh*”, Chỉ thị 01/CT-BYT ngày 09/01/2015.

**Hình ảnh 1: Qui trình chăm sóc thiết yếu**



# TÌNH HÌNH NGỪNG TIM TRƯỚC NHẬP VIỆN ĐẾN KHOA CẤP CỨU BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG NĂM 2014-2015

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

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Ngưng tim trước nhập viện (NTTNV) là một biểu hiện gây tử vong cao nhất của bệnh tim, là một cấp cứu hết sức khẩn cấp, có thể xảy ra ở bất cứ nơi nào: Tại nhà, nơi làm việc, ngoài đường phố, nơi công cộng... Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong kiến thức và nỗ lực trong hồi sinh tim phổi nhưng tỷ lệ sống của ngưng tim ngoài bệnh viện vẫn còn thấp.

### Mục tiêu:

- Xác định nhóm nguyên nhân và các yếu tố dịch tễ ở bệnh nhân ngưng tim trước nhập viện được đưa vào khoa Cấp Cứu Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang.
- Nhận xét thực trạng cấp cứu ban đầu tại hiện trường và khi vào viện.

### Phương pháp:

 Điều tra, mô tả

**Kết quả:** Theo nghiên cứu 73 bệnh nhân NTTNV nam nhiều hơn nữ, tuổi trung bình 56.6 tuổi, nhóm tuổi 51-80 chiếm tỷ lệ cao 54.2%, phương tiện được đưa đến bệnh viện chủ yếu là xe 2 bánh 54.8%. Đa số bệnh nhân ở Châu Đốc và Châu Phú (38.4% và 28.9%), 58.9% ngưng tim trên đường vào viện, 41.1% có tiền căn tim mạch, thời gian từ lúc khởi phát đến khi ngưng tim tập trung khoảng 15 phút- 60 phút, 37.0% được phát hiện ngay, thời gian đến bệnh viện đa số >30 phút(53.4%). Trong cấp cứu ban đầu có 8.2% được ép tim, 6.8% được thổi ngạt, 0% sử dụng Adrenalin, 0% được đặt nội khí quản, 49.3% nguyên nhân tử vong do bệnh lý tim mạch, 83.6% vô tâm thu trên ECG, 79.5% bệnh nhân đến khoa cấp cứu được đặt nội khí quản, tỷ lệ có tim lại 30.1%, tỷ lệ cứu sống 1,4%.

**Kết luận:** Bệnh nhân ngưng tim trước nhập viện thường xảy ra ở nam giới. Đa số không rõ tiền căn bệnh, với triệu chứng khởi phát hôn mê và khó thở. Tỷ lệ cấp cứu ban đầu còn thấp, biểu hiện ECG chủ yếu vô tâm thu. Đa số các trường hợp vào viện được đặt nội khí quản, rung thất được sốc điện. Chúng ta nên tăng cường công tác giáo dục, tập huấn cho người dân biết cấp cứu ban đầu. Họ phải được trang bị dụng cụ và thuốc thiết yếu trên xe cấp cứu. Thầy thuốc tuyến huyện và khoa cấp cứu cần phải cập nhật phác đồ hồi sinh tim phổi cơ bản và nâng cao.

## ABSTRACT

**Introduction:** Out-of-hospital cardiac arrest is an expression that causes the highest mortality of heart disease. It is a very urgent emergency, which can occur in anywhere: at home, at work, in the streets and public places ... Although there have been many advances in knowledge and efforts in cardiopulmonary resuscitation, the survival rate of cardiac arrest outside hospitals is very low.

### Objective:

- Determine the group of cause and the epidemiological factors of patients with Out-of-hospital cardiac arrest into the Emergency department Hospital area in An Giang province.
- Review about the first aid at the scene and hospital admission process.

### Methods:

 To investigate and describe.

**Results:** According to the 73 study patients Out-of-hospital cardiac arrest: Men more than women, the average age 56.6 , the age group 51-80 accounted for the highest percentage 54.2%, 54.8% of patients to hospital by motorcycle home. Most of them are from Chau Doc and Chau Phu (38.4% and 28.9%), 58.9% of cardiac arrest on the way to hospital, 41.1% had the pre- history of heart disease, the time from symptom onset until cardiac arrest is from 15 to 60 minutes, 37.0% of cardiac arrest is detected immediately, the average time to hospital is > 30 minutes (53.4%). In the initial aid, emergency chest compression was given in 8.2% of cases and 6.8% was given rescue breaths, 0% was used Adrenalin, 0% was Intubated, 49.3% had cardiac etiology, 83.6% asystole on the ECG, 79.5% to the emergency department was defibrillated, 30.1% had heart beating again, the survival rate was 1.4 %.

**Conclusion:** Patients with Out-of-hospital cardiac arrest often occur in men. Most pre-historic diseases are unknown, with symptoms onset coma and dyspnea. The rate of first aid is low, ECG manifestation primarily asystole. The majority of hospitalized cases were intubated, ventricular fibrillation was defibrillated. We should educate and train people to know how to do the first aid, they must be equipped with essential equipments and drugs in the ambulance. Physicians at the district and Emergency departments need to update the basic and advanced cardiopulmonary resuscitation.

### **I. ĐẶT VẤN ĐỀ:**

Ngưng tim trước nhập viện (NTTNV) là một biểu hiện gây tử vong cao nhất của bệnh tim. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong kiến thức và nỗ lực trong hồi sinh tim phổi nhưng tỷ lệ sống của ngưng tim ngoài bệnh viện vẫn còn thấp. Ngưng tim trước nhập viện có thể xảy ra tại nhà, nơi làm việc, ngoài đường, nơi công cộng...Xử trí còn tùy thuộc vào kiến thức người chứng kiến ban đầu, sự kịp thời của đội ngũ thầy thuốc.

Tại Hoa Kỳ hàng năm có khoảng 300.000 bệnh nhân với 92% bị tử vong, ở Thụy sĩ gần 10.000BN bị NTTNV mỗi năm. Tính trên 100.000 dân, ở Osaka(Nhật Bản) có 48,6, Lausanne(Thụy sĩ) có 40, Washington(Mỹ) có 56-60 trường hợp NTTNV.

Có nhiều nguyên nhân ví dụ: Chấn thương, chết đuối, ngộ độc, ngạt thở, điện giật, suy hô hấp, nguyên nhân không do tim khác...Nhưng phần lớn (70%-85%) các trường hợp là do bệnh tim mạch( 7).

Dù bất kể do nguyên nhân gì, các trường hợp NTTNV nếu không được những người xung quanh và / hoặc nhân viên cấp cứu ngoài bệnh viện thực hiện ngay kỹ thuật hồi sinh cơ bản và/ hoặc nâng cao thì khả năng sống còn của nạn nhân sẽ rất thấp.

Tại Việt Nam do sự thiếu hiểu biết về kiến thức và kỹ năng hồi sinh tim phổi cũng như nhiều bất cập trong công tác cấp cứu ngoài bệnh viện dẫn đến tình trạng nạn nhân bị NTTNV chưa được cấp cứu đúng cách, kịp thời và có hiệu quả.

Để tìm hiểu nguyên nhân, các yếu tố dịch tễ về NTTNV bước đầu nhận định về thực trạng tình hình cấp cứu ban đầu NTTNV qua tiếp nhận và xử trí cấp cứu cho người bệnh bị NTTNV tại khoa cấp cứu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Tình hình ngưng tim trước nhập viện đến khoa Cấp cứu BV ĐKKV Tỉnh An Giang”

### **II.MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:**

#### **1.MỤC TIÊU TỔNG QUÁT:**

Xác định nguyên nhân, các yếu tố dịch tễ ở bệnh nhân ngưng tim trước khi nhập viện được đưa vào khoa Cấp cứu bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang

#### **2.MỤC TIÊU CHUYÊN BIỆT:**

Xác định nhóm nguyên nhân, các yếu tố dịch tễ ở bệnh nhân NTTNV được đưa vào khoa cấp cứu BV ĐKKV Tỉnh An Giang.

Nhận xét thực trạng cấp cứu ban đầu tại chỗ và quá trình nhập viện.

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

#### **1.Đối tượng nghiên cứu:**

Tất cả những bệnh nhân NTTNV vào khoa cấp cứu bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang từ 01/07/ 2014 đến 01/ 07/2015.

Loại trừ: những trường hợp không có người thân, không nắm được tiền sử, bệnh sử, không thể khai thác được thông tin theo mẫu.

#### **2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

Thời gian từ 01/07/ 2014 đến 01/ 07/2015.

Địa điểm khoa Cấp cứu BV ĐKKV tỉnh An Giang

#### **3. Thiết kế nghiên cứu: điều tra, mô tả**

#### **4. Phương pháp chọn mẫu: Chọn tất cả bệnh nhân NTTNV theo tiêu chuẩn.**

**5. Phương pháp thu thập số liệu:** Khi bệnh nhân vào viện được đánh giá bởi bác sĩ khoa cấp cứu, đánh dấu vào ô thích hợp theo bảng số liệu có sẵn.

## 6. Phương pháp phân tích số liệu:

Dùng phần mềm SPSS 16.00

## 7. Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Chẩn đoán xác định ngưng tim- ngưng thở: Dựa vào lâm sàng và ECG

## IV. KẾT QUẢ:

Trong thời gian 1 năm, chúng tôi thu được 73 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

Bảng 1: Giới tính

Giới tính	n	Tỷ lệ %
Nam	44	60.0
Nữ	29	39.7
<b>Tổng</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Nam chiếm cao hơn nữ.

Bảng 2: Tuổi

Tuổi	n	Tỷ lệ %
<15	3	4.1
15-30	6	8.2
31-40	7	9.6
41-50	9	12.3
51-60	13	17.8
61-70	13	17.8
71- 80	14	19.2
>80	8	11.0
<b>Tổng</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Tuổi trung bình: 56.6 tuổi, nhỏ nhất 5 tuổi, lớn nhất 88 tuổi.

Bảng 3: Phương tiện vào

Phương tiện vào	n	Tỷ lệ %
Xe nhà	40	54.8
Taxi	5	6.8
Xe cấp cứu từ thiện	20	27.4
Xe bệnh viện	8	11.4
<b>Tổng</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Phương tiện vào viện bằng xe nhà là chủ yếu.

Bảng 4: Địa chỉ bệnh nhân

Địa chỉ	n	Tỷ lệ %
Châu Đốc	28	38.4
Châu Phú	21	28.8
An Phú	7	9.6
Tân Châu	7	9.6
Tịnh Biên	4	5.5
Tri Tôn	1	1.4
Phú Tân	1	1.4

Campuchia	3	4.1
Tỉnh khác	1	1.4
<b>Tổng</b>	73	100

Bệnh nhân đến thường ở Châu Đốc và Châu Phú vì 2 nơi này gần bệnh viện.

Bảng 5: Nơi xảy ra ngưng tim

Nơi xảy ra ngưng tim	n	Tỷ lệ %
Nhà	20	27.4
Trên đường vào viện	43	58.9
Cơ sở y tế	2	2.7
Ngoài đường	8	11.0
<b>Tổng</b>	73	100

Đa số bệnh nhân ngưng tim trên đường vào bệnh viện, kể đến là tại nhà.

Bảng 6: Tiền căn

Tiền căn	n	Tỷ lệ %
Tim mạch	30	41.1
Hô hấp	7	9.6
Thần kinh	2	2.7
Thận	1	1.4
ĐTĐ	1	1.4
Không rõ	32	43.8
<b>Tổng</b>	73	100

Không rõ tiền căn tim mạch chiếm đa số, kể đến là tim mạch.

Bảng 7: Triệu chứng khởi phát

Triệu chứng	n	Tỷ lệ %
Khó thở	18	24.7
Hôn mê	19	26.0
Đau ngực	10	13.7
Đa thương	4	5.5
Đau bụng	1	1.4
Nôn ra máu	1	1.4
Cơ giật	2	2.7
Không rõ	4	5.5
<b>Tổng</b>	73	100

Triệu chứng khởi phát đa số là hôn mê và khó thở.

Bảng 8: Thời gian có triệu chứng đến lúc ngưng tim

Thời gian	n	Tỷ lệ %
<5 phút	6	8.2
5- 15 phút	18	24.7
15 phút- 1 giờ	26	35.6
1 giờ - 24 giờ	10	13.7
> 1 ngày	1	1.4

Không rõ	12	16.4
<b>Tổng</b>	73	100

Thời gian từ khởi phát đến ngưng tim thường từ khoảng 5 phút đến 1 giờ.

*Bảng 9: Thời gian phát hiện ngưng tim ngưng thở*

Thời gian phát hiện	n	Tỷ lệ %
Lập tức	27	37.0
3 phút	3	8.2
5 phút	12	16.4
10 phút	4	5.5
15 phút	2	2.7
Không rõ	22	30.1
<b>Tổng</b>	73	100

Đa số các trường hợp ngưng tim được phát hiện ngay lập tức.

*Bảng 10: Thời gian đến bệnh viện*

Thời gian đến bệnh viện	n	Tỷ lệ %
<15 phút	7	9.6
15- 30 phút	27	37.0
>30 phút	39	53.4
<b>Tổng</b>	73	100

Thời gian đi đến bệnh viện thường muộn, sau 30 phút.

*Bảng 11: Biện pháp dân gian*

Sử dụng biện pháp dân gian	n	Tỷ lệ %
Có	5	6.8
Không	68	93.2

Đa số người dân không dùng các biện pháp dân gian.

*Bảng 12: Cấp cứu ban đầu trước khi đến bệnh viện*

Cấp cứu ban đầu	n	Tỷ lệ %
Ép tim	6	8.2
Thổi ngạt	5	6.8
Sử dụng Adrenalin	0	0
Đặt nội khí quản	0	0

Đa số bệnh nhân không được cấp cứu ban đầu theo khoa học.

*Bảng 13: ECG khi vào viện*

Đặc điểm ECG	n	Tỷ lệ %
Vô tâm thu	61	83.6
Rung thất	9	12.3
Phân ly điện cơ	2	2.7
Khác	1	1.4
<b>Tổng</b>	73	100

Hình ảnh ECG đo được tại khoa cấp cứu đa số là vô tâm thu(83.6%)

*Bảng 14: Số lần sốc điện tại cấp cứu*

Số lần sốc điện	n	Tỷ lệ %
0 lần	27	37.0
1 lần	3	4.1
2 lần	7	9.6
3 lần	14	19.2
4 lần	4	5.5
5 lần	8	11.5
>5 lần	10	13.7
<b>Tổng</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Tỷ lệ không sốc điện cao nhất, số bệnh nhân được sốc điện nhiều nhất 20 lần, trung bình là 3.15 lần/bn

*Bảng 15: Đặt nội khí quản tại cấp cứu*

Đặt nội khí quản	n	Tỷ lệ %
Có	58	79.5
Không	15	20.5
<b>Tổng</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Đa số bệnh nhân vào cấp cứu được đặt nội khí quản.

*Bảng 16: Liều Adrenalin tại cấp cứu*

Số mg Adrenalin	n	Tỷ lệ %
0 mg	4	5.5
1- 10 mg	48	65.8
11- 20 mg	17	23.3
21- 30 mg	3	4.1
>30 mg	1	1.4
<b>Tổng</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Liều Adrenalin được sử dụng cao nhất trong khoảng 1-10 mg, bệnh nhân được sử dụng nhiều nhất 40 mg, trung bình 10.03 mg/bn

*Bảng 17: Kết quả cấp cứu ngưng tim*

Kết quả	n	Tỷ lệ %
Không đập lại	51	69.9
Có tim lại	22	30.1
ở cấp cứu, sau đó tử vong	9	12.3
Chuyển ICU, sau đó tử vong	12	16.4
Chuyển ICU, sau đó sống	1	1.4
<b>Tổng</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Tỷ lệ bệnh nhân sống còn quá thấp 1.4%.

*Bảng 18: Nguyên nhân ngưng tim ngưng thở*

Nguyên nhân	n	Tỷ lệ %
Nhồi máu cơ tim	30	41.1
Suy tim cấp	5	6.8
RLNT	1	1.4
Xuất huyết não	8	11.0
Lao	4	5.5

Chấn thương sọ não	6	8.2
Đa chấn thương	2	2.7
Ngạt nước	3	4.1
COPD	3	4.1
Xuất huyết tiêu hóa	1	1.4
Động kinh	1	1.4
K thanh quản	1	1.4
Viêm não	1	1.4
Không rõ	3	4.1
<b>Tổng</b>	<b>73</b>	<b>100</b>

Gần nửa bệnh nhân(49.3%) ngưng tim do bệnh lý tim mạch.

## V. BÀN LUẬN:

### 1. Đặc điểm chung:

Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân NTTNV gặp ở nam nhiều hơn nữ (60,0% so với 39.7%) kết quả này cũng giống như nghiên cứu của tác giả Huỳnh Ngọc Hớn (4) (56% so với 44%), Đặng Đức Hoàn(3), David Trần(2). Tuổi trung bình là 56.6 tuổi thấp hơn Huỳnh Ngọc Hớn (4) (62 tuổi) và cao hơn Đặng Đức Hoàn (3) ( 40.52 tuổi) và David Trần (2) (43 tuổi); Trong đó chiếm tỷ lệ cao ở các nhóm tuổi từ 51-80 (54.2%), có thể giải thích khoa Cấp cứu ít nhận bệnh nhân nhi.

Phương tiện đến bệnh viện đa số là xe nhà chiếm 54.8% khác với Huỳnh Ngọc Hớn (4) (18.8%), điều này chứng tỏ hệ thống cấp cứu ngoại viện còn yếu.

Địa chỉ bệnh nhân chủ yếu là Châu Đốc 38.4%, Châu Phú 28,8% đây là 2 địa phương gần bệnh viện.

Thời gian có triệu chứng đến ngưng tim khoảng 15 phút- 1 giờ, thời gian dài nhất 2 ngày. Đa phần các trường hợp ngưng tim ngưng thở đều được phát hiện ngay (37.0%), vì vậy nếu được tập huấn tốt công tác hồi sinh tim phổi sẽ tận dụng được thời gian cứu sống bệnh nhân. Một tỷ lệ cũng tương đối cao (31,1%) không rõ thời gian ngưng tim ngưng thở, cho thấy thiếu sự quan tâm thường xuyên của thân nhân bệnh nhân đối với những người mắc bệnh tim mạch.

Thời gian đến bệnh viện thường sau 30 phút(53.4%) lâu hơn Huỳnh Ngọc Hớn (4) đa số trong vòng 15 phút. Điều này cho thấy sự chậm trễ, quãng đường đến bệnh viện xa hơn ở thành phố lớn, ảnh hưởng đến khả năng cứu sống bệnh nhân.

Đa số bệnh nhân được đưa ngay đến bệnh viện không dùng các biện pháp dân gian(93.2%), một số ít trường hợp (6.8%) xoa bóp, lăn nước đối với bệnh nhân ngạt nước.

### 2. Cấp cứu tại hiện trường và quá trình nhập viện:

Khâu cấp cứu ban đầu trước khi đến bệnh viện rất thấp, chỉ có 8.2% ép tim, 6.8% thổi ngạt so với David Trần (2) là 25%. Tỷ lệ phát hiện ngưng tim lập tức cao nhưng các biện pháp hồi sinh tim phổi cơ bản còn quá thấp điều này chứng tỏ kiến thức của người phát hiện còn thấp dẫn đến e dè trong công việc cấp cứu tại chỗ, điều này cũng phù hợp với AHA khuyến cáo năm 2010 đưa ép tim lên hàng đầu theo thứ tự CAB.

Việc sử dụng Adrenalin, cũng như đặt nội khí quản 0% từ nơi ngưng tim đến bệnh viện, trong đó có một số trường hợp được chuyển đến từ bệnh viện tuyến dưới, điều này cho thấy việc trang bị kỹ năng cho nhân viên và trang thiết bị cho xe chuyển viện còn kém, chưa đáp ứng nhu cầu hiện tại.

Đặc điểm ECG khi vào viện là vô tâm thu (83.6%) tiếp theo là rung thất (12.3%) số liệu này cũng giống như những nơi khác, Đặng Đức Hoàn(3) là 73.7% và 13.6%, Huỳnh Ngọc Hớn (4) là 59.4% và 16.9%. Đa số các cas rung thất đến khoa Cấp cứu đều được sốc điện (8/9), số lần sốc điện trung bình là 3.15 lần/bệnh nhân, cao nhất là 20 lần. Ở khoa cấp cứu tỷ lệ đặt nội khí quản đối với bệnh nhân NTTNV là 79.5% so với không đặt là 20.5%, các cas không đặt đa phần là do bệnh nhân được đưa đến quá muộn, thời gian ngưng tim quá lâu.

Nguyên nhân tử vong: Đây chỉ là đánh giá sơ bộ sau khi khai thác lâm sàng tiền sử, bệnh sử và khám hiện tại chúng tôi đưa ra kết quả nghi nguyên nhân tử vong (chứ không phải xác định chính xác), nguyên nhân cao nhất là do bệnh lý tim mạch (49.3%) (bao gồm NMCT, suy tim cấp, rối loạn nhịp tim) kế đến là TBMMN (11.8%) điều này cũng phù hợp với Huỳnh Ngọc Hón (4) 43.6% và 13.9%. Các nguyên nhân khác hay gặp là chấn thương sọ não (8.2%), lao (5.5%) ngạt nước (4.1%)

### **3. Kết quả cấp cứu ngưng tim:**

Đa số tim không đập lại(69.9%), chỉ có 30.1% có tim lại nhưng sau đó tử vong ở tại cấp cứu hoặc sau khi chuyển lên ICU, chỉ có 1cas sống sau 24 giờ. Kết quả chúng tôi cứu sống còn thấp (1.4%) so với Huỳnh Ngọc Hón (4) 5%, Đặng Đức Hoàn(3) 1.7%, David Trần (2) 8%. Nhìn chung trên thế giới chưa vượt quá 5%.

## **VI. KẾT LUẬN**

Đặc điểm của bệnh nhân NTTNV đến khoa Cấp cứu nam nhiều hơn nữ, tuổi trung bình là 56.5 tuổi, phương tiện đến bệnh viện chủ yếu là xe nhà. Địa chỉ bệnh nhân nhiều nhất là Châu Đốc tiếp theo là Châu Phú. Ngưng tim ngưng thở trên đường từ nhà đến bệnh viện, phân đông không rõ tiền căn, kế đến là tim mạch. Triệu chứng khởi phát đa số là hôn mê kế đến khó thở. Thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc ngưng tim tập trung ở khoảng 15 phút- 1 giờ, đa số các trường hợp được phát hiện ngay. Nguyên nhân ngưng tim ngưng thở cao nhất là bệnh lý tim mạch kế đến là TBMMN, các nguyên nhân này phù hợp với triệu chứng khởi phát ban đầu.

Trong cấp cứu ban đầu trước khi vào viện tỷ lệ ép tim(8.2%) và thổi ngạt (6.8%) còn thấp. Hầu hết không được dùng Adrenalin và đặt nội khí quản trước khi vào viện.

Hình ảnh điện tim đa số là vô tâm thu (83.6%). Các trường hợp rung thất được sốc điện cao (8/9 cas). Kết quả điều trị: không hồi phục tuần hoàn tự nhiên chiếm 69.9%, tỷ lệ cứu sống thấp (1.4%)

## **VII. KIẾN NGHỊ:**

- Tăng cường công tác giáo dục, tập huấn cho người dân biết cấp cứu ban đầu để cải thiện mắc xích đầu tiên của chuỗi sống còn.

- Trang bị dụng cụ trên xe cấp cứu: Những trang thiết bị, thuốc thiết yếu và kỹ năng sử dụng thành thạo.

- Tiếp tục tập huấn, cập nhật phác đồ hồi sinh tim phổi cơ bản và nâng cao cho thầy thuốc tuyến huyện và khoa Cấp cứu.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Nguyễn Đức Công(2011). Khảo sát những trường hợp ngừng tim ngừng thở trước khi vào viện tại khoa cấp cứu bệnh viện Thống Nhất-Tp Hồ Chí Minh (từ 01/6/2008 đến/7/2010). Y học Tp Hồ Chí Minh- Phụ bản tập 15-Số 2 – 2011: 06-12.

2. David Trần, Đinh Xuân Diễm(2010). Nghiên cứu những trường hợp ngưng tim trước nhập viện đến khoa cấp cứu bệnh viện FV năm 2009. Y học TP. Hồ Chí Minh-Phụ bản tập 14 số 4-2010: 35-38.

3. Đặng Đức Hoàng(2014), Nhận xét về cấp cứu bệnh nhân ngừng tuần hoàn tại khoa cấp cứu bệnh viện Thanh Nhàn. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam Số 66- 2014: 198-206.

4. Huỳnh Ngọc Hón(2014), nghiên cứu tình hình ngưng tim trước nhập viện đến khoa cấp cứu bệnh viện cấp cứu Trung Vương năm 2013-2014.Kỷ yếu Hội nghị Hồi sức cấp cứu thường niên 2014: 01-13.

5. Đặng Trúc Lan Trinh(2009), Nhận xét đặc điểm các trường hợp ngưng tim ngoài viện, hồi sức không thành công tại khoa cấp cứu bệnh viện Nhân dân Gia Định, từ 02/2008 – 12/2008. Y học Tp Hồ Chí Minh- Phụ bản tập 13-Số 6 – 2009: 311-321.

6. AHA: Releases Latest Statistics on out-of-hospital Cardiac Arrest-Submitted by SCAFoundation on Thu,02/13/2014. <http://circ.ahajournals.org/content/129/3/e28>.

7. Bryan McNally(2005), Out-of-Hospital Cardiac Arrest Surveillance-Cardiac Arrest Registry to Enhance Survival(CARES), United States, October 1, 2005- December 31,2010. Surveillance Summaries Junly 29, 2011/Vol.60 No.08;1-19.
8. Mattias Ringh (2009), Out of hospital cardiac arrest outside home in Sweden, change in characteristics, outcome and availability for public access defibrillation, Scandinavian Journal of Trauma, Resuscitation and Emergency Medicine 2009, Vietnam17:18 doi: 10.1186/1757-7241-17-18. The electronic version <http://www.sjtrem.com/content/17/1/18>.

# **KHẢO SÁT KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ CỦA BÀ MẸ CÓ CON BỊ NHIỄM KHUẨN HÔ HẤP CẤP TẠI KHOA KHÁM BỆNH - BVĐKKV TỈNH AN GIANG**

*Ths.Bs Chung Cẩm Hạnh, ĐD Nguyễn Thị Diễm Trang,  
ĐD Cao Kim Sa, ĐD Võ Thị Kim Hoàng*

## **I.ĐẶT VẤN ĐỀ:**

Sức khỏe trẻ em phụ thuộc vào dinh dưỡng, chăm sóc và kiến thức của Bà mẹ. Đa số Bà mẹ có kiến thức và xử trí khá tốt khi trẻ bệnh về đường hô hấp. Tuy nhiên, một số bà mẹ có kiến thức không đầy đủ và xử trí chưa tốt trẻ bệnh. Vì vậy Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm khảo sát kiến thức và hướng xử trí của Bà mẹ có con bị nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp đến khám tại Phòng Khám Nhi- Khoa Khám bệnh.

### **MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:**

1. Đặc điểm dịch tễ học
2. Khảo sát kiến thức và xử trí của bà mẹ
3. Khảo sát trình độ học vấn với các xử trí của Bà mẹ

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

### **ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU**

Bà mẹ có trẻ đến khám tại Phòng Khám nhi- BVĐKKV Tỉnh An giang.

### **ĐỐI TƯỢNG CHỌN NGHIÊN CỨU**

Chọn tất cả bà mẹ có trẻ bị bệnh nhiễm khuẩn đường hô hấp cấp đến khám tại Khoa Khám Bệnh

### **TIÊU CHUẨN LOẠI TRỪ**

Người đưa đi khám bệnh không phải là mẹ.

Bé bị hen phế quản.

### **PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

Phỏng vấn bà mẹ bằng Bảng câu hỏi

Phương pháp cắt ngang mô tả từ 1/9/2015 đến 11/9/2015

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

## **III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN**

### **III.1. ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC**

**TUỔI:**Tuổi trung bình 28 tuổi, nhỏ nhất 19 tuổi, cao nhất 49 tuổi.

### **ĐỊA CHỈ:**

ĐỊA CHỈ	TẦN SỐ	TỶ LỆ %
Châu đốc	34	25.2
Nơi khác	101	74.8
<b>TỔNG CỘNG</b>		

Nhận xét: Bà mẹ ở nơi khác chiếm 74.8%.

### **TRÌNH ĐỘ HỌC VẤN:**

TRÌNH ĐỘ HỌC VẤN	TẦN SỐ	TỶ LỆ %
Không học	10	7.4
Cấp I	37	27.4
Cấp II	62	45.9
Cấp III	19	14.1
Trung cấp nghề	3	2.2
Đại học	4	3.0
<b>TỔNG CỘNG</b>	<b>135</b>	<b>100</b>

Nhận xét: Bà mẹ không được đi học chiếm 7.4% , học văn cấp II chiếm đa số 45.9%

**NGHỀ NGHIỆP:**

NGHỀ NGHIỆP	TẦN SỐ	TỶ LỆ %
Nội trợ	60	44.4
Làm ruộng	19	14.1
Làm việc Nhà nước	8	5.9
Làm việc Tư nhân	6	4.4
Khác	42	31.1
<b>TỔNG CỘNG</b>	<b>135</b>	<b>100</b>

Nhận xét: Bà mẹ nội trợ chiếm 44.4%. Bà mẹ đi làm việc cho cả hai tư nhân và nhà nước 10.3%. Điều này cho thấy Phụ nữ vẫn làm việc nội trợ khá nhiều, có nghĩa phụ thuộc người chồng về kinh tế.

So sánh với nghiên cứu ở Nepal năm 2014: nội trợ chiếm đến 90%. Thu nhập chủ yếu là nghề nông.

	Chúng tôi (2015, N=135)	Nepal (2014, N=132)
Nội trợ	44%	90%
Buôn bán		5%
Cấp I	27.4%	30%
Cấp II	45.9%	36%
Đại học	3%	7%

**III.2. KHẢO SÁT KIẾN THỨC VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ CỦA BÀ MẸ**

**KIẾN THỨC VÀ XỬ TRÍ CỦA BÀ MẸ:**

	TẦN SỐ	TỶ LỆ %
<b>KIẾN THỨC CỦA BÀ MẸ NHẬN BIẾT TRẺ BỊ BỆNH</b>		
Sổ mũi	119	88.1
Ho	119	88.1
Kém ăn, kém bú	117	86.7
Li bì	109	80.7
Sốt	106	78.5
Thở nhanh	103	76.3
Co giật	101	74.8
<b>XỬ TRÍ CỦA BÀ MẸ</b>		
Điều trị tại cơ sở nhà nước	135	100
Giữ ấm	134	99.3
Nhà cửa thông thoáng, sạch sẽ.	127	94.1
Tránh người bị ho	125	92.6
Tiêm ngừa vacxin đầy đủ	125	92.6
Tránh tiếp xúc khói/thuốc lá/bụi	122	90.4
Tự mua thuốc uống	116	85.9
Nuôi con bằng sữa mẹ 4 tháng đầu đời	112	83
Tăng cường bữa ăn/cữ bú	106	78.5
Điều trị tại cơ sở tư nhân	104	71.9
Xử trí tại nhà (lau ấm, uống hạ sốt)	97	65.2
Thông thoáng mũi	88	

Nhận xét: Đa số bà mẹ biết dấu hiệu trẻ bị bệnh, biết Trẻ có dấu hiệu nặng ( thờ nhanh, co giật, li bì) , biết hướng xử trí thích hợp đối với trẻ bệnh ( giữ ấm, xử trí tại nhà, mang Trẻ đến cơ sở y tế) và cách chăm sóc Trẻ ( nuôi con bằng sữa mẹ, tiêm vaccin đầy đủ, giữ nhà sạch sẽ/thông thoáng,...) chiếm >80%. Khi trẻ bệnh nên tăng cường bữa, thành phần thức ăn đa dạng, nhằm tăng dinh dưỡng và sức đề kháng giúp trẻ mau khỏi bệnh.

**SO SÁNH NGHIÊN CỨU CỦA NEPAL NĂM 2014:**

Nhận biết dấu hiệu bệnh	Chúng tôi (2015, N=135)	Nepal (2014, N=132)
Sốt	88.1%	78%
Ho	88.1%	66%
Thở nhanh	76.3%	49%
Li bì	80.7%	50%

Nhận xét: nghiên cứu của chúng tôi Bà mẹ có kiến thức cao hơn ở Nepal.

**SO SÁNH VỚI CÁC NGHIÊN CỨU KHÁC:**

	Chúng tôi	Hyryana (1992)	Ghana (1994)	Ethopia (1995)	Kynia (2003)
Tuổi	28				31.5
Nhận biết trẻ nặng (thở nhanh)	76.3%	12.2%	18.9%		
Đem Trẻ mang đến cơ sở y tế	77%-100%			35.6%	87.1%

**NHẬN XÉT:**

Trước 2000, Bà mẹ nhận biết trẻ nặng thấp như nước Ghana 18.9%.

Sau năm 2000, bà mẹ biết mang Trẻ đến cơ sở y tế cao như khảo sát của chúng tôi từ 77%(cơ sở y tế tư nhân) đến 100% (cơ sở y tế nhà nước) và Kynia là 87.1%.

**XỬ TRÍ SAI**

XỬ TRÍ SAI	TẦN SỐ	TỶ LỆ
Nạo ban	37	27.4
Ăn cháo với muối/đường	43	31.9

Nhận xét: Bà mẹ mang con đi nạo ban chiếm 27.4%. Qua thực tiễn khám lâm sàng nhận thấy nhiều trẻ đến khám có nhiều vết bong da đỏ trước ngực hoặc có nhiều dấu sọc trắng mất sắc tố da do tiền sử có mang trẻ đi nạo ban ở một cơ sở không đăng ký hành nghề. Những trẻ mà Bà mẹ cho là ‘ có ban’ cần phải nạo là chán ăn, sốt nhẹ. Nạo ban không mang lại sức khỏe cho Trẻ mà còn gây nhiễm trùng vết trầy xước do nạo ban gây ra.

Tập quán kiêng cử khi Trẻ bệnh, cho Trẻ ăn cháo muối/đường chiếm 31.7%.

Vì vậy, cần phải tuyên truyền qua thông tin trên tivi, tư vấn trực tiếp từ nhân viên y tế cho các Bà mẹ những việc không nên làm. Hướng dẫn cách ăn uống khi Trẻ bệnh, không nên kiêng cử quá mức, giúp trẻ đầy đủ dinh dưỡng để phát triển thể chất. Kiến thức của Bà mẹ về bệnh nhiễm khuẩn hô hấp cấp càng cao, góp phần phát hiện bệnh sớm, làm giảm chi phí điều trị và giảm tỷ lệ tử vong.

### **III.3. KHẢO SÁT SỰ LIÊN QUAN GIỮA TRÌNH ĐỘ HỌC VẤN VÀ HƯỚNG XỬ TRÍ CỦA BÀ MẸ.**

Chia trình độ học vấn của Bà mẹ thành hai nhóm: nhóm có trình độ học vấn từ cấp II đến đại học và nhóm có trình độ học vấn < cấp II.

	HỌC VẤN $\geq$ CẤP II	HỌC VẤN < CẤP II	P
<b>NHẬN BIẾT TRẺ CÓ DẤU HIỆU NẶNG CỦA BÀ MẸ</b>			
Li bì:			
Có	76	33	0.05
Không	12	14	
Thở nhanh:			
Có	67	36	0.5
Không	21	11	
Co giật:			
Có	75	26	0.0001
Không	13	21	
<b>HƯỚNG XỬ TRÍ CỦA BÀ MẸ</b>	<b>HỌC VẤN <math>\geq</math> CẤP II</b>	<b>HỌC VẤN &lt; CẤP II</b>	<b>P</b>
Nạo ban:			
Có	22	15	0.4
không	66	32	
Tránh người hút thuốc lá:			
Có	84	38	0.01
không	4	9	
Biết xử trí tại nhà:			
Có	69	28	0.01
không	19	19	
	88	47	

Nhận xét:

Bà mẹ có trình độ học vấn  $\geq$  cấp II nhận biết dấu hiệu bé li bì và co giật là dấu hiệu nặng. trong khi Bà mẹ có học vấn < cấp II không nhận biết dấu hiệu nặng này. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P lần lượt là 0.05 và 0.0001. Bà mẹ có trình độ học vấn  $\geq$  cấp II có hướng xử trí tốt hơn bà mẹ có học vấn < cấp II

Bà mẹ có trình độ học vấn  $\geq$  cấp II biết cách xử trí tại nhà đơn giản như lau mát, uống hạ sốt, tránh người hút thuốc lá. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với P= 0.01.

Cả hai nhóm Bà mẹ đều không nhận biết dấu hiệu thở nhanh là dấu hiệu nặng.

### **IV. KẾT LUẬN**

Qua khảo sát 135 Bà mẹ, lứa tuổi trung bình của Bà mẹ là 28 tuổi, trình độ học vấn cấp II chiếm đa số 45.9%, nghề nghiệp chủ yếu nội trợ 44.4% . Kiến thức của Bà mẹ về những dấu hiệu nhận biết trẻ bệnh (sốt, kém ăn/kém bú, ho, sổ mũi) đạt >80%, kiến thức về những dấu hiệu nặng cần mang trẻ đến cơ sở y tế ngay ( li bì, co giật, thở nhanh) đạt > 70%. Cách chăm sóc con (tiêm vaccin, bú mẹ 4 tháng đầu đời, giữ ấm, giữ nhà cửa thông thoáng, tránh người bị ho, tránh người hút thuốc lá) đạt > 80%, hướng xử trí trẻ bệnh ( biết xử trí tại nhà, tăng cử

ăn/cử bú, biết đem trẻ đến cơ sở y tế khám bệnh) đạt >70%. Bên cạnh xử trí đúng, Bà mẹ có những xử trí sai lầm như đi nạo ban, ăn cháo muối đường lần lượt là 27.4% và 31.9%

Bà mẹ có trình độ học vấn  $\geq$  cấp II nhận biết dấu hiệu nặng (co giật và li bì) nhiều hơn khi Bà mẹ có học vấn < cấp II. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p= 0.05$  và  $p= 0.001$ .

Bà mẹ có trình độ học vấn  $\geq$  cấp II có hướng xử trí tốt hơn Bà mẹ có học vấn < cấp II (biết xử trí tại nhà, tránh người hút thuốc lá) . sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0.01$ . Cả hai nhóm Bà mẹ đều có mang con đi nạo ban.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO:**

1. Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em. Bộ y tế 1994.
2. Acute respiratory infection in children: a study of knowledge and practices in rural Hyryana. Pubmed.gov. US national library of medicine . National intitudes of health.
3. Maternal knowledge, attitude and practices regarding childhood acute respiratory infection in Kumasi, Ghana. Pubmed.gov. US national library of medicine . National intitudes of health.
4. Mother's knowledge, attitude and practices regarding acute respiratory infection in children in Bangingo district, Kenya.
5. Health behaviour of rural mothers to acute respiratory infection in children in Gondan, Ethiopia. Pubmed.gov. US national library of medicine . National intitudes of health.
6. Scientific Journal of Biological Sciences (2014) 3(1) 11-16  
ISSN 2322- 1968. Knowledge and practice of management of acute respiratory infection among mothers of under five years children in rural Nepal.

# **KHẢO SÁT TÌNH HÌNH HO RA MÁU Ở NHỮNG BỆNH NHÂN NHẬP VIỆN TẠI KHOA LAO BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG NĂM 2014**

**BS TRẦN QUỐC THẮNG BS: VÕ QUỐC XUYÊN (BV AN PHÚ)  
ĐD: NGUYỄN THANH XUÂN ĐD: NGUYỄN VĂN TRIỆU**

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Ho ra máu trên bệnh nhân nhập viện, nhất là đối với những bệnh đã từng điều trị lao là 1 triệu chứng thường gặp, gây lo lắng cho bệnh nhân rất nhiều vì nghĩ rằng mình mắc lao hoặc bệnh lao cũ đang tái phát. Phần lớn các trường hợp này là do các tổn thương sẹo xơ cũ có quá trình tăng sinh tạo nhiều mạch máu xung quanh, đồng thời có các yếu tố cơ học, thần kinh, nhiễm trùng ... tạo ra các chất làm bào mòn thành mạch máu khiến cho mạch máu dễ vỡ. Đặc biệt đối với các trường hợp bệnh nhân có hang lao cũ là nơi có nhiệt độ, độ ẩm và nguồn oxy thích hợp cho vi nấm phát triển. Nhằm tìm hiểu một số nguyên nhân gây ho ra máu ở những bệnh nhân nhập viện vì triệu chứng này để có hướng xử trí thích hợp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

### **Mục tiêu nghiên cứu:**

\*Mục tiêu chung:

**“Khảo sát tình hình ho ra máu ở những bệnh nhân nhập viện tại Khoa Lao Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang năm 2014”**

\*Mục tiêu cụ thể:

1. Khảo sát các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân ho ra máu ở bệnh nhân nhập viện
2. Khảo sát các yếu tố liên quan đến nguyên nhân ho ra máu ở bệnh nhân nhập viện
3. Khảo sát kết quả điều trị ở những bệnh nhân nhập viện vì nguyên nhân ho ra máu ở Khoa Lao – Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang.

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

### **2.1. Đối tượng nghiên cứu:**

Hồ sơ bệnh án các bệnh nhân có triệu chứng ho ra máu, nhập viện Bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang và bệnh viện ĐK An Phú.

từ tháng 4 năm 2014 đến tháng 12 năm 2014, được lưu trữ tại Khoa.

#### **+Tiêu chuẩn chọn bệnh :**

- Bệnh nhân nhập viện có triệu chứng ho ra máu với đầy đủ biến số cần nghiên cứu .

#### **+ Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân nhập viện với các triệu chứng ho ra máu nhưng HSBA không có đủ biến số cần nghiên cứu .

### **2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

- Thời gian nghiên cứu: Thực hiện từ tháng 4 năm 2014 đến tháng 12 năm 2014

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Lao Bệnh Viện Đa Khoa Khu vực tỉnh An Giang :115 ca và bệnh viện ĐK An Phú : 27 ca

### **2.3. Phương pháp nghiên cứu:**

#### **+. Thiết kế nghiên cứu:**

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu mô tả cắt ngang.

### 2.2.2. Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2 (1-\alpha/2) \times p \times (1 - p)}{d^2} \quad (1,96^2 \cdot 0,47 \cdot 0,53) / 0,1^2 = 97$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu ước lượng.

Z: là trị số phân phối chuẩn.

$\alpha$ : chọn  $\alpha = 0,05$  nên  $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ .

d: sai số cho phép, chọn  $d = 0,1$

p: tỷ lệ bệnh nhân ho ra máu do bội nhiễm hang lao cũ trong nghiên cứu trước đây của Nguyễn Thị Thu Ba ;  $p=0,47$ .

Tính được  $n = 97$ , nhân với hiệu lực thiết kế 1.5, cho cỡ mẫu là 145

+ **Phương pháp tiến hành :**

- Thu thập thông tin qua khảo sát hồ sơ bệnh án lưu trữ tại phòng KHTH theo mẫu thống nhất

+ **Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16 . 0**

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Khảo sát các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân ho ra máu ở bệnh nhân nhập viện

#### 3.1.1 Thông Tin Chung

**BẢNG 3.1**

Thông Tin Chung		N=142	%
Giới	Nam	115	81.0
	Nữ	27	19.0
Tuổi	≤ 60	77	54.2
	>60	65	45.8
Địa Chỉ	Nông Thôn	113	79.6
	Thành Thị	29	20.4
Nghề Nghiệp	Làm ruộng	28	19.7
	CNV	3	2.1
	Nội trợ	10	7.0
	Lao động phổ thông	101	71.1

**NHẬN XÉT :** Kết quả nghiên cứu cho thấy: nam giới chiếm tỷ lệ 81%, nữ chiếm 19%, độ tuổi >60 chiếm tỷ lệ 45,8% và dưới 60 chiếm tỷ lệ 54,2%, phân bố đối tượng nghiên cứu theo địa dư có 79,6% ở nông thôn và 20,4% ở thành thị. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp có 71,1% Lao động phổ thông, 19,7% làm ruộng và 2,1% Công nhân viên.

#### 3.1.2. Tiền Sử

**BẢNG 3.2**

Tiền sử bệnh nhân		N=142	%
Hút Thuốc Lá	Có	90	63.4
	Không	52	36.6
Điều Trị Lao	Có	88	62.0
	Không	54	38.0
Ho Ra Máu	Có	67	47.2
	Không	75	52.8

**NHẬN XÉT :** Có 90 bệnh nhân (63,4%) có tiền sử hút thuốc lá, 88 bệnh nhân (62%) có tiền sử điều trị lao và 67 bệnh nhân (47%) có tiền sử ho ra máu

**BẢNG 3.3**

Số đợt ho ra máu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
1 đợt	10	7

2 đợt	54	38.0
3 đợt	55	38.7
≥ 4 đợt	23	16.2
Tổng	142	100

NHẬN XÉT : Trong 142 bệnh nhân nhập viện vì ho ra máu, có 23 bệnh nhân ho ra máu ≥ 4 đợt.

### 3.1.3. Lâm sàng

**BẢNG 3.4**

Lâm sàng		N=142	%
Ho ra máu	Nhẹ	61	43
	Vừa	81	57
	Nặng	0	0
Suy hô hấp	Có	6	4.2
	Không	136	95.8
Nhịp Thở	≤30	140	98.6
	>30	2	1.4
Tăng Huyết Áp	≤ 140	125	88
	>140	17	12
Mạch	≤100	140	98.6
	>100	2	1.4

NHẬN XÉT : Có 81 trường hợp(57%) ho ra máu mức độ vừa, 6 trường hợp(4,2%) suy hô hấp, 17 trường hợp(12%) tăng huyết áp và 2 trường hợp có nhịp thở nhanh, 2 trường hợp có mạch nhanh

### 3.1.4. Cận Lâm Sàng

#### 3.1.4.1. BK đàm và Công thức máu

**BẢNG 3.5**

BK đàm và Công thức máu		N=142	%
BK đàm	(-)	132	93
	(+)	10	7
Hồng cầu	Giảm (<3 M/uL)	11	7.7
	Bình Thường	130	91.5
	Tăng (> 6M/uL)	1	0.7
Tiểu cầu	Giảm (<100K/uL)	8	5.6
	Bình thường	131	92.3
	Tăng(>500K/uL)	3	2.1
Bạch cầu	Giảm (<4K/uL)	15	10.6
	Bình thường	97	68.3
	Tăng (>10K/uL)	30	21.1

NHẬN XÉT : Có 10 trường hợp có BK đàm (+) (7%), 11 trường hợp (7.7%) có giảm hồng cầu, 8 trường hợp (5,6%) giảm tiểu cầu và 3 trường hợp (2,1%) tăng tiểu cầu, 15 trường hợp (10,6%) giảm bạch cầu và 30 trường hợp (21,1%) tăng bạch cầu

#### 3.1.4.2. Xquang

**BẢNG 3.6**

	Xquang	Số lượng	Tỷ lệ %
1	Bình thường	6	4.4

2	Thâm nhiễm dạng nốt	6	4,4
3	Hang lao	16	11,8
4	Xẹp phổi	2	1,5
6	Khí phế thũng	6	4,4
7	Thâm nhiễm + Xơ hóa	97	71,3
8	Hình ảnh dẫn phế quản	3	2,2
<b>Tổng</b>		<b>136</b>	<b>100</b>

NHẬN XÉT : Kết quả X-Quang có 97 trường hợp có Thâm nhiễm và xơ hóa phổi (71,3%), 16 trường hợp có hang lao (11,8%)

### 3.1.4.3. CT Scanner

**BẢNG 3.7**

	CT Scanner	Số lượng 18	%
1	Hang lao	2	11,1
2	Khối U	3	16,6
3	Xơ hóa + thâm nhiễm	12	66,6
4	Hình lục lạc (quả cầu nấm)	1	5,5
<b>Tổng</b>		<b>18</b>	<b>18</b>

NHẬN XÉT : Kết quả trên CT Scanner cho thấy có 12 trường hợp có Thâm nhiễm và xơ hóa phổi

### 3.1.5. Chẩn đoán xác định

**BẢNG 3.8**

	Chẩn đoán xác định	N=142	%
1	Lao phổi BK (+)	10	7.0
2	Lao phổi BK (-)	21	14.8
3	Dẫn phế quản	3	2.1
4	Bệnh lý tim mạch	2	1.4
5	Bội nhiễm lao phổi cũ	42	29.6
6	K phổi	3	2.1
7	Xẹp phổi	2	1.4
8	Bệnh lý nội khoa khác	59	41.5
<b>Tổng</b>		<b>142</b>	<b>100</b>

NHẬN XÉT : Có 10 trường hợp(7%) Lao phổi Bk (+), 21 trường hợp (14,8%) Lao phổi BK(-) và 42 trường hợp (29,6%) là Bội nhiễm lao phổi cũ

### 3.1.6. Điều trị

**BẢNG 3.9**

Điều trị		N=142	%
Kháng sinh	Có	130	91,5
	Không	12	8,5
Thuốc cầm máu + giảm ho	Có	142	100
	Không	0	0
Truyền máu	Có	1	0,7
	Không	141	99,3

NHẬN XÉT : Tất cả các trường hợp đều được điều trị với thuốc cầm máu và giảm ho, có 130 trường hợp (91,5%) được điều trị kháng sinh, có 1 trường hợp có chỉ định truyền máu.

## 3.2 Khảo sát các yếu tố liên quan đến nguyên nhân ho ra máu

### 3.2.1 Mối liên quan giữa thông tin chung và các nguyên nhân ho ra máu

**BẢNG 3.10**

**NHẬN XÉT :** Chưa tìm thấy mối liên quan giữa nguyên nhân ho ra máu ở những bệnh nhân nhập viện và các yếu tố: giới tính, nghề nghiệp của các bệnh nhân (với  $p > 0,05$ ), có sự mối liên quan giữa tuổi của đối tượng nghiên cứu và các nguyên nhân: lao phổi BK (-) và bội nhiễm lao phổi cũ, có mối liên quan giữa địa dư và các nguyên nhân: bội nhiễm lao phổi cũ và

Thông tin chung		Nguyên nhân					
		Lao phổi BK (+)	Lao phổi Bk (-)	Bệnh lý TM	Bội nhiễm LP cũ	Dãn PQ, XP, K-P	BP Khác
Giới	Na m	8 7.0%	18 15.7%	1 0.9%	34 29.6%	6 5.2%	48 41.7%
	Nữ	2 7.4%	3 11.1%	1 3.7%	8 29.6%	2 7.4%	11 40.7%
p		0,934	0,55	0,261	0,995	0,657	0,925
Tuổi	≤ 60	4 5.2%	16 20.8%	0	17 22.1%	4 5.2%	36 46.8%
	>60	6 9.2%	5 7.7%	2 3.1%	25 38.5%	4 6.2%	23 35.4%
p		0,349	<b>0,029</b>	0,121	<b>0,033</b>	0,805	0,171
Địa Chi	Nông Thôn	8 7.1%	18 15.9%	2 1.8%	38 33.6%	7 6.2%	40 35.4%
	Thành Thị	2 6.9%	3 10.3%	0	4 13.8%	1 3.4%	19 65.5%
p		0,973	0,45	0,471	<b>0,037</b>	0,567	<b>0,003</b>
Nghề Nghiệp	Làm ruộng	1 3.6%	7 25.0%	0	6 21.4%	1 3.6%	13 46.4%
	CNV	0	1 33.3%	0	0	0	2 66.7%
	Nội Trợ	0	2 20.0%	0	1 10.0%	2 20.0%	5 50.0%
	LĐPT	9 8.9%	11 10.9%	2 2.0%	35 34.7%	5 5.0%	39 38.6%
p		0,564	0,206	0,844	0,155	0,224	0,636

bệnh lý nội khoa khác

### 3.2.2. Mối liên quan giữa Tiền sử bệnh và Nguyên nhân ho ra máu

**BẢNG 3.11**

Tiền sử bệnh	Nguyên nhân ho ra máu					
	LP BK (+)	LP BK (-)	Bệnh lý TM	Bội nhiễm LP cũ	Dãn PQ, XP, K-P	BP Khác
Hút Thuốc Lá	8 8.9%	11 12.2%	1 1.1%	28 31.1%	6 6.7%	36 40.0%
p	0,258	0,257	0,692	0,598	0,483	0,622
Ho Ra Máu	6 9.0%	12 17.9%	0	26 38.8%	2 3.0%	21 31.3%
p	0,4	0,322	0,178	<b>0,023</b>	0,196	<b>0,02</b>

Điều Trị Lao	7 8.0%	9 10.2%	1 1.1%	40 45.5%	5 5.7%	26 29.5%
p	0,588	0,051	0,725	< <b>0,001</b>	0,975	< <b>0,001</b>

**NHẬN XÉT :** Có mối liên quan giữa tiền sử điều trị lao và các nguyên nhân: Bội nhiễm lao phổi cũ và bệnh lý nội khoa khác. Có mối liên quan giữa tiền sử ho ra máu và các nguyên nhân: bội nhiễm lao phổi cũ và bệnh lý nội khoa khác. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa hút thuốc lá và những nguyên nhân dẫn đến ho ra máu ở các bệnh nhân.

### 3.2.3. Mối liên quan giữa Khám lâm sàng và Nguyên nhân ho ra máu

**BẢNG 3.12**

Lâm sàng		Nguyên nhân					
		LP BK (+)	LP BK (-)	Bệnh lý TM	Bội nhiễm LP cũ	Dẫn PQ, XP, K-P	BP Khác
Ho ra máu	Nhẹ	4 40%	7 33.3%	1 50%	30 71.4%	2 25%	17 28.8%
	Vừa	6 60%	14 66.7%	1 50%	12 28.6%	6 75%	42 61.2%
p		0,845	0,334	0,839	< <b>0,001</b>	0,291	<b>0,004</b>
THA	≤ 140	9 90%	20 16.0%	0	38 30.4%	7 5.6%	51 40.8%
	>140	1 10%	1 5.9%	2 100%	4 23.5%	1 5.9%	8 47.1%
p		0,842	0,27	< <b>0,001</b>	0,56	0,962	0,623

**NHẬN XÉT :** Có mối liên quan giữa mức độ ho ra máu và những nguyên nhân: Bội nhiễm lao phổi cũ và bệnh lý nội khoa khác. Có mối liên quan giữa tăng huyết áp và nguyên nhân: bệnh lý tim mạch.

### 3.3. Kết quả điều trị

**BẢNG 3.13**

Kết quả điều trị	N=142	%
Xuất viện	139	95,78
Bệnh nặng xin về	6	4,22
<b>Tổng</b>	<b>142</b>	<b>100</b>

**NHẬN XÉT :** Kết quả điều trị có 139 bệnh nhân xuất viện ổn định chiếm tỷ lệ 95,78%, có 6 trường hợp bệnh nặng xin về (4,22%)

## BÀN LUẬN

### 4.1. Kết quả khảo sát các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân ho ra máu ở những bệnh nhân nhập viện

Kết quả nghiên cứu cho thấy: nam giới chiếm tỷ lệ 81%, nữ chiếm 19%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trước đây về bệnh lao, theo các báo cáo tổng kết của chương trình chống lao quốc gia thì tỷ lệ mắc bệnh lao ở nam cao hơn nữ (3:1), có thể lý giải sự khác biệt này do lối sống, môi trường làm việc tạo điều kiện phát triển bệnh lao ở nam nhiều hơn nữ, do tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao hơn nên tỷ lệ xảy ra di chứng cũng cao hơn.

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ đối tượng trong độ tuổi lao động cao hơn tuổi già, tuy nhiên sự khác biệt không nhiều, cụ thể: độ tuổi >60 chiếm tỷ lệ 45,8% và dưới 60 (trong độ tuổi lao động) chiếm tỷ lệ 54,2%, theo các nghiên cứu trước đây của TCYTTG, bệnh lao trong độ tuổi lao động chiếm tỷ lệ 75%, lý giải sự khác biệt này có thể do trong nghiên cứu

của chúng tôi, những đối tượng trong độ tuổi lao động khi có triệu chứng nặng mới nhập viện nên tỷ lệ sẽ thấp hơn số lượng mắc lao thực tế. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo địa dư có 79,6% ở nông thôn và 20,4% ở thành thị và phân bố đối tượng nghiên cứu theo nghề nghiệp có 71,1% Lao động phổ thông, 19,7% làm ruộng và 2,1% Công nhân viên.

Nghiên cứu về tiền sử bệnh của các bệnh nhân nhập viện vì ho ra máu cho thấy có những người có tiền sử hút thuốc lá và tiền sử điều trị lao có tỷ lệ nhập viện vì ho ra máu cao nhất : 90 bệnh nhân (63,4%) có tiền sử hút thuốc lá, 88 bệnh nhân (62%) có tiền sử điều trị lao, tiền sử ho ra máu có tỷ lệ nhập viện thấp hơn với 67 bệnh nhân (47%) có tiền sử ho ra máu.

Trong 142 bệnh nhân nhập viện vì ho ra máu, có 23 bệnh nhân ho ra máu  $\geq 4$  đợt.

Khám trên lâm sàng, chúng tôi nhận thấy trên một bệnh nhân, có thể xuất hiện nhiều triệu chứng lâm sàng, ngoài triệu chứng ho ra máu có ở 100% bệnh nhân nhập viện còn có các triệu chứng khác như: suy hô hấp (4,2%), tăng huyết áp (12%) và 2 trường hợp có nhịp thở nhanh, mạch nhanh (1,4%).

Kết quả cận lâm sàng cho thấy có 10 trường hợp có BK đàm (+) (7%), 11 trường hợp (7,7%) có giảm hồng cầu, 8 trường hợp (5,6%) giảm tiểu cầu và 3 trường hợp (2,1%) tăng tiểu cầu, 15 trường hợp (10,6%) giảm bạch cầu và 30 trường hợp (21,1%) tăng bạch cầu

Kết quả X-Quang cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có Thâm nhiễm và xơ hóa phổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 97 trường hợp (71,3%), 16 trường hợp phát hiện có hang lao (11,8%), ngoài ra còn phối hợp với các hình ảnh khác như: xẹp phổi, dẫn phế quản, khí phế thũng v.v.... Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu trước đây của Nguyễn Thị Thu Ba tiến hành tại BV. Phạm Ngọc Thạch năm 2007 với 100% trường hợp có X-Quang thâm nhiễm- xơ hóa phổi và có kèm theo xẹp phổi, dẫn phế quản v.v....[1]. Kết quả trên CT Scanner cho thấy có 12 trường hợp có Thâm nhiễm và xơ hóa phổi. Tổn thương xơ làm phổi bị co kéo, dễ gây rách, vỡ mạch dẫn đến ho ra máu ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Di chứng này về sau có thể gây dẫn phế quản và cũng là nguyên nhân gây ho ra máu tái phát nhiều lần. Có 3 trường hợp có hình ảnh xẹp phổi trên X-Quang. Tùy theo mức độ bị xẹp sẽ gây co kéo rốn phổi, trung thất về phía tổn thương, tăng thông khí bù trừ ở phần không bị xẹp, 100% các trường hợp xẹp phổi trong nghiên cứu có kèm tổn thương xơ. Xơ xẹp phổi sẽ gây ra hội chứng hạn chế, đặc biệt rõ rệt trên những bệnh nhân xẹp toàn bộ 1 phổi và có thể có hội chứng tắc nghẽn kèm theo. Các tổn thương xơ và xẹp này làm tăng thông khí bù trừ những phần phổi còn lại gây khí phế thũng, dẫn phế quản làm cho người bệnh có những đợt ho ra máu tái phát

Hình ảnh Hang có hình lục lạc gợi ý u nấm được ghi nhận 1 trường hợp trên 18 cas có CT-Scanner ngực, trong khi đó trên X-quang phổi không phát hiện được cas nào. Sự khác biệt được giải thích do trên X-quang phổi thẳng hang có hình lục lạc lẫn vào đám xơ phổi hoặc vào chỗ có dẫn phế quản làm cho khó phát hiện ra. Mặt khác, trong nghiên cứu này, các tổn thương hang không phát hiện được trên X-quang phổi thẳng thường có kích thước nhỏ trên CT-Scanner. Hình ảnh “lục lạc”(quả cầu nấm) là điển hình của U nấm phổi Aspergillus: một khối tròn đặc, nằm tự do trong một hang, hình cầu hoặc hình bầu dục, gọi là quả cầu nấm: gồm có tế bào viêm, sợi nấm, fibrin và những mảnh mô hoại tử. Quả cầu nấm hoàn toàn cách biệt vách thành hang, cùng với một niêm khí là khoảng không khí có kích thước và hình dạng thay đổi. Khi thay đổi tư thế của bệnh nhân sẽ thấy hình ảnh u nấm di chuyển xuống phần thấp của hang. Theo tác giả Daly [3], chụp CT Scanner cho phép nhận ra hình ảnh bọt khí trong vùng đặc của khối nấm, khi quả cầu nấm phát triển tới đây hang không còn niêm khí sáng trên phim X-quang. Chúng tôi thực hiện được 18 ca CT-Scanner và có 1 ca thấy rõ niêm hơi trên quả cầu nấm kèm theo các hình ảnh xơ hóa và vôi hóa.

Dẫn phế quản là nguyên nhân gây ho ra máu nhiều lần, dai dẳng, do sự ăn mòn đường dẫn khí, do viêm nhiễm, chúng tôi phát hiện được 4 cas trên X-quang ngực, chiếm tỷ lệ 2,9%, thấp hơn nghiên cứu trước đây của Nguyễn Thị Thu Ba thực hiện trên CT-Scanner với tỷ lệ 16,8%, lý giải sự khác biệt này như sau: theo tác giả Nguyễn Thị Thu Ba, chẩn đoán dẫn phế quản trên X-quang phổi thường khó và dễ bỏ sót, theo tác giả Prasad M [4]. khoảng 20% bệnh nhân bị dẫn phế quản có X-quang phổi bình thường.

Kết quả nghiên cứu về nguyên nhân ho ra máu ở những bệnh nhân nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang cho thấy nguyên nhân Bội nhiễm lao phổi cũ chiếm tỷ lệ cao nhất với 42 trường hợp (29,6%), ngoài ra có 10 trường hợp (7%) nguyên nhân do Lao phổi Bk (+) và 21 trường hợp (14,8%) Lao phổi BK(-). Ho ra máu trên bệnh nhân lao phổi cũ rất hay thường gặp, do di chứng của lõi phổi cũ tổn thương nhiều và được điều trị lao trẻ, ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi, có nhiều trường hợp chưa ghi nhận tiền sử mắc lao nhưng đã mắc lao một thời gian dài (BK đằm (+) và có Thâm nhiễm – Xơ hóa phổi trên X-quang hoặc CT- Scanner) mà không điều trị lao, khi có triệu chứng ho ra máu mới đến Bệnh viện, những trường hợp này có thời gian điều trị kéo dài và gây tổn kém nhiều cho người bệnh.

#### **4.2. Các yếu tố liên quan đến nguyên nhân ho ra máu ở bệnh nhân**

Qua nghiên cứu, chúng tôi chưa tìm thấy mối liên quan giữa nguyên nhân ho ra máu ở những bệnh nhân nhập viện và các yếu tố: giới tính, nghề nghiệp của các bệnh nhân (với  $p > 0,05$ ), có sự mối liên quan giữa tuổi của đối tượng nghiên cứu và các nguyên nhân: lao phổi BK (-) và bội nhiễm lao phổi cũ, có mối liên quan giữa địa dư và các nguyên nhân: bội nhiễm lao phổi cũ và bệnh lý nội khoa khác

Chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa tiền sử điều trị lao, tiền sử ho ra máu với nguyên nhân bội nhiễm lao phổi cũ và bệnh lý nội khoa khác gây ho ra máu ở những bệnh nhân nhập viện, phần lớn các bệnh nhân đã từng điều trị lao thường có tổn thương xơ sẹo cũ, có quá trình tăng sinh tạo nhiều mạch máu xung quanh, đồng thời có các yếu tố cơ học, thần kinh, nhiễm trùng v.v... tạo thành các chất làm bào mòn thành mạch máu khiến cho mạch máu dễ vỡ. Đặc biệt đối với các trường hợp bệnh nhân có hang lao cũ là nơi có nhiệt độ, độ ẩm và nguồn oxy thích hợp cho vi nấm phát triển, vì thế dễ dẫn đến ho ra máu tái phát dẫn đến phải nhập viện

Có mối liên quan giữa mức độ ho ra máu và nguyên nhân bội nhiễm lao phổi cũ gây ho ra máu ở những bệnh nhân nhập viện. Theo Resmussen (1968) ho ra máu trong lao phổi là do vỡ phình mạch ở thành các hang lao, nên khi bệnh nhân có bội nhiễm hang lao cũ, chứng tỏ số lượng vi khuẩn cao trong phổi nên số lượng các hang lao vỡ phình mạch nhiều hơn, dẫn đến lượng máu khi ho ra nhiều hơn các bệnh lý khác

Trong phổi có một hệ thống tuần hoàn bàng hệ nối tiếp giữa động mạch phổi và động mạch phế quản tạo thành các chỗ nối tiếp giữa mạch máu phổi với mạch máu phế quản. Các mạch nối này dễ phình to do phổi được tăng tưới máu và tạo thành các phình mạch, khi gặp điều kiện thuận lợi (vd: tăng huyết áp) làm tăng đột ngột áp lực trong phổi, dẫn đến vỡ các phình mạch và làm bệnh nhân ho ra máu, chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa tăng huyết áp và nguyên nhân tim mạch gây ho ra máu ở những bệnh nhân nhập viện

#### **4.3. Kết quả điều trị ở những bệnh nhân ho ra máu**

Tất cả các trường hợp đều được điều trị với thuốc cầm máu và giảm ho, có 130 trường hợp (91,5%) được điều trị kháng sinh, có 1 trường hợp có chỉ định truyền máu do mất máu nhiều.

Kết quả điều trị có 139 bệnh nhân xuất viện ổn định chiếm tỷ lệ 97,9%, có 3 trường hợp bệnh nặng xin về (2,1%)

#### **KẾT LUẬN**

Qua nghiên cứu tình hình ho ra máu ở 142 bệnh nhân nhập viện tại k oa lao và bệnh phổi Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang, chúng tôi rút ra kết luận như sau:

Trong nghiên cứu này có 142 ca HRM thì ta thấy ở nam nhiều hơn nữ ở độ tuổi lao động < 60 tuổi, ở nông thôn, lao động phổ thông, hút thuốc lá, có liên quan tới bệnh lao nhiều hơn chiếm tỉ lệ rất cao. Đa số là bệnh nhân HRM ở mức độ vừa. có những bệnh nhân HRM tái đi tái lại nhiều lần gây suy hô hấp nặng hoặc mất máu nặng phải truyền máu.

Đối với điều trị lao mới phát hiện, lao phổi điều trị ổn định, lao cũ tái phát, bệnh lý tim mạch, di chứng của điều trị lao trẻ; bệnh lý phổi khác; giãn phế quản; nấm phổi; ung thư phổi; COPD vv... Việc tìm hiểu rõ nguyên nhân HRM hoặc các mối liên quan của HRM sẽ

phản ứng cho thầy thuốc có hướng điều trị thích hợp hơn . Đồng thời cũng giúp cho việc tiên lượng bệnh sẽ chính xác hơn tránh những trường hợp đáng tiếc .

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Nguyễn Thị Thu Ba (2009) *Nguyên nhân ho ra máu trên bệnh nhân lao phổi cũ*, Y Học Tp.HCM số 13-2009
2. Châu Ngọc Hoa (2014), *Bệnh Học Nội Khoa*, Đại Học Y Dược TP.HCM, NXB Y Học.
3. Daly P. Kavanagh K. 2001: *Pulmonary aspergillosis clinical presentation, diagnosis and therapy*. Br J. Biomed Sci: 58(3): 197-205
4. Prasad M. et al (2007), “*Bronchiectasis: presentation and diagnosis*”, The Journal of Respiratory Diseases, 28(12), pp.545-554.
5. World Health Organization (2008), “*Global Tuberculosis Control*” WHO Report 2007, Geneva.

# KHẢO SÁT CHẤN THƯƠNG VÙNG CẰM VỚI LỖI CẦU XƯƠNG HÀM DƯỚI TẠI BV ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG

*Nguyễn Việt Tuấn, Lê Bôn,  
Nguyễn Thị Bích Thủy,  
Trương Huỳnh Khanh*

## **TÓM TẮT**

Gãy xương hàm dưới chiếm tỉ lệ cao trong chấn thương vùng hàm mặt. Gãy xương hàm dưới thường gây rối loạn chức năng và ảnh hưởng nặng nề đến thẩm mỹ nếu không được chẩn đoán sớm và không được điều trị kịp thời đúng phương pháp.

**Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ chấn thương vùng cằm và lỗi cầu xương hàm dưới tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang.

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương vùng cằm, xương hàm dưới được điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh từ tháng 10 năm 2012 đến tháng 3 năm 2015

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

**Kết quả:** Qua khảo sát hồi cứu trong hơn 2 năm (tháng 10 năm 2012 đến tháng 3 năm 2015), trong 84 trường hợp chấn thương vùng cằm thì gãy cằm kết hợp với lỗi cầu 17 (20.24%) chiếm tỷ lệ cao trong các kiểu gãy phối hợp, nguyên nhân chấn thương gãy xương hàm dưới chiếm tỷ lệ cao vẫn là tai nạn giao thông (78.6%), trong đó tất cả các trường hợp gãy cằm và lỗi cầu có nguyên nhân là tai nạn giao thông, nam giới là thành phần chiếm tỷ lệ chấn thương cao nhất (73.8 %), tỷ lệ chấn thương gãy xương hàm dưới chiếm tỷ lệ cao ở nhóm tuổi 18 – 39 (65.5%). Châu Phú là huyện chiếm tỷ lệ bệnh nhân khá cao (22.5%).

Từ khoá: Gãy xương hàm dưới, mandibular fracture distribution.

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Chấn thương hàm mặt nói chung và chấn thương gãy xương hàm dưới nói riêng ngày càng hay gặp. Gãy xương hàm dưới chiếm 43,12% - 63,66% trong tổng số gãy xương vùng mặt.

Xương hàm dưới là xương động duy nhất của khối xương mặt hình thành tầng mặt dưới, thân xương cong nhiều chỗ dày mỏng không đều tạo nên nhiều điểm yếu dễ gãy khi xảy ra chấn thương. Gãy xương hàm dưới rất đa dạng về hình thái và thường kèm theo tổn thương phối hợp, điều trị không đúng sẽ ảnh hưởng đến thẩm mỹ và chức năng. Vì vậy việc thăm khám phải tỉ mỉ và toàn diện để phát hiện các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để có phương pháp điều trị thích hợp nhất. Tuy nhiên thực tế quá trình thăm khám gặp nhiều khó khăn nhất là các chấn thương mới xảy ra và phương tiện chẩn đoán không đầy đủ. Do vậy việc nắm vững các qui luật chấn thương, ý nghĩa của các triệu chứng phát hiện qua thăm khám kết hợp phương tiện chẩn đoán hình ảnh hiện có nhằm đưa ra chẩn đoán chính xác. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm:

- Khảo sát tỷ lệ chấn thương vùng cằm và xương hàm dưới tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang từ tháng 10/ 2012 đến tháng 3/ 2015.

- Khảo sát đặc điểm chấn thương vùng cằm kết hợp lỗi cầu xương hàm dưới

- Khảo sát các yếu tố: tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương

Từ đó nâng cao hiệu quả thăm khám và điều trị đối với các bệnh nhân chấn thương hàm mặt nói chung và chấn thương vùng cằm nói riêng.

## **MỤC TIÊU.**

- Khảo sát tỷ lệ chấn thương vùng cằm và xương hàm dưới tại Khoa Răng hàm mặt Bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang từ tháng 10/ 2012 đến tháng 3/ 2015.

- Khảo sát đặc điểm chấn thương vùng cằm và lỗi cầu xương hàm dưới

- Khảo sát các yếu tố: tuổi, giới, nguyên nhân chấn thương, phương pháp và thời gian điều trị.

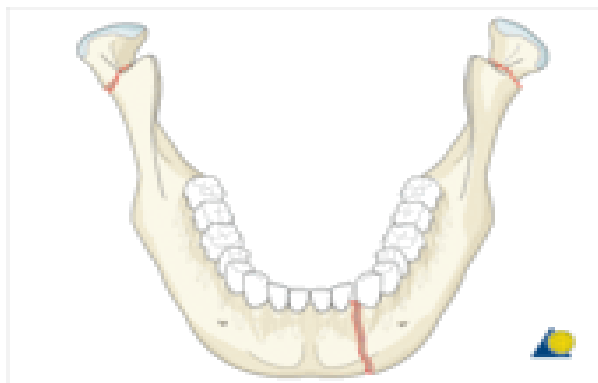
## **TỔNG QUAN TÀI LIỆU**

Đặc điểm giải phẫu và phân loại gãy xương hàm dưới

Các đặc điểm giải phẫu xương hàm dưới

- XHD là xương lớn nhất và khỏe nhất của khối xương mặt, gồm một thân xương nằm ngang, uốn cong hình móng ngựa, hai đầu thân XHD nối với hai ngành lên đi lên trên gần thẳng đứng, XHD khớp với ổ hàm của xương thái dương bởi khớp thái dương hàm

- Thân xương có lớp vỏ xương dày cứng, bên trong là xương xốp, trong lớp xương xốp có ống răng dưới và có nhiều chân răng từ bờ trên cắm sâu vào trong. Đặc biệt bản xương ngoài rất cứng có chiều dày tại các vị trí giải phẫu khác nhau, được tăng cường bởi đường chéo chạy từ móm vệt đến vùng răng hàm, bờ trên ở sau răng hàm xương dày nhất



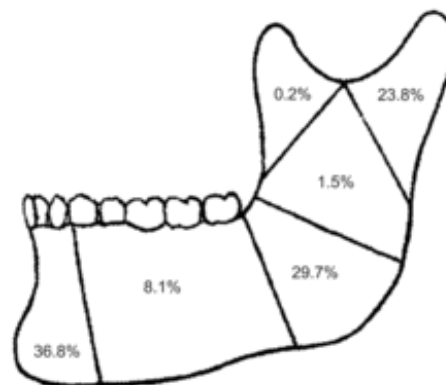
- Cánh lên tiếp tục thân xương và hướng thẳng đứng hơi chếch từ dưới lên, từ trước ra sau, nối với thân xương một góc lớn hơn 90°, nâng đỡ và cùng với thân xương thực hiện các chức năng nhai, nuốt, nói, thở, hình thành khuôn mặt. Cánh lên có bản xương ngoài và bản xương trong dày, ở giữa là xương xốp.

- Về phương diện cấu trúc, các yếu tố góp phần tạo thành điểm yếu XHD bao gồm mật độ xương, các chân răng, mầm răng, lỗ cằm, lỗ ống răng dưới, ống răng dưới<sup>[3]</sup>.

Phân loại gãy xương hàm dưới

- Có nhiều tác giả với nhiều phân loại gãy XHD khác nhau. Mỗi tác giả đều dựa trên một cơ sở khác nhau để phân loại và mỗi phân loại đều có những ưu điểm - nhược điểm riêng. Trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng hệ thống phân loại của Dingman R.O và Natvig P (1964) để xác định vị trí gãy theo cấu trúc giải phẫu.

- Gãy cằm giữa
- Gãy cằm bên
- Gãy cánh ngang
- Gãy góc hàm
- Gãy cánh cao
- Gãy lồi cầu
- Gãy móm vệt
- Gãy xương ổ răng



## II. ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương vùng cằm, xương hàm dưới được điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt, Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh từ tháng 10 năm 2012 đến tháng 3 năm 2015
2. Phương pháp nghiên cứu
  - Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả.
  - Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương vùng cằm, xương hàm dưới
  - Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân gãy xương hàm dưới trên cơ địa có dị tật bẩm sinh, biến dạng xương hàm dưới

Các gãy xương hàm dưới trong khuyết hồng xương do bệnh lý xương hàm

- Thu thập dữ liệu từ bệnh án lưu trữ tại Phòng Kế hoạch tổng hợp
- Xử lý kết quả thống kê bằng phần mềm SPSS 18.0

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 3.1: Phân bố về loại chấn thương:**

Chấn thương cằm		Số cas	Tỷ lệ %
Không gãy xương	CT phần mềm cằm	32	38.10%
Có gãy xương	Gãy cằm	23	27.38%
	Gãy cằm + gãy lồi cầu	17	20.24%
	Gãy cằm + gãy góc hàm	11	13.10%
	Gãy cằm + gãy cạnh ngang	1	1.19%
Tổng		84	100%

Nhận xét: Gãy cằm và lồi cầu chiếm tỷ lệ cao trong các kiểu gãy phối hợp 17 trường hợp (20.24%)

**Bảng 3.2: Phân bố theo địa chỉ trong chấn thương cằm**

	CT phần mềm cằm	Gãy cằm	Gãy cằm + gãy lồi cầu	Gãy cằm + gãy góc hàm	Gãy cằm + gãy cạnh ngang	TỔNG	P
	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)		
An Phú	4(4.8%)	5(6.0%)	3(3.6%)	1(1.2%)	0	13(15.5%)	0.8
Châu Đốc	10(11.9%)	4(4.8%)	4(4.8%)	1(1.2%)	0	19(22.6%)	
<b>Châu Phú</b>	<b>10(11.9%)</b>	<b>5(6.0%)</b>	<b>5(6.0%)</b>	<b>2(2.4%)</b>	<b>0</b>	<b>22(26.2%)</b>	
Tân Châu	1(1.2%)	1(1.2%)	1(1.2%)	0	0	3 (3.6%)	
Phú Tân	2(2.4%)	2(2.4%)	1(1.2%)	1(1.2%)	0	6(7.1%)	
Tịnh Biên	2(2.4%)	3(3.6%)	2(2.4%)	3(3.6%)	1(1.2%)	11(13.1%)	
Tri Tôn	0	1(1.2%)	0	1(1.2%)	0	2(2.4%)	
Khác	3(3.6%)	2(2.4%)	1(1.2%)	2(2.4%)	0	8(9.5%)	
TỔNG	32(38.1%)	23(27.38%)	17(20.24%)	11(13.10%)	1(1.19%)	84(100%)	

Nhận xét: Châu phú là huyện có tỷ lệ bệnh nhân chấn thương cao nhất 22 bệnh nhân (26.2%).

**Bảng 3.3: Phân bố theo Nguyên nhân**

	CT phần mềm cằm	Gãy cằm	Gãy cằm + gãy lồi cầu	Gãy cằm + gãy góc hàm	Gãy cằm + gãy cạnh ngang	TỔNG	P
	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)		
<b>TNGT</b>	<b>20(23.8%)</b>	<b>19(22.6%)</b>	<b>17(20.2%)</b>	<b>10(11.9%)</b>	<b>0</b>	<b>66(78.6%)</b>	0.0002
TNSH	10(11.9%)	0	0	0	1(1.2%)	11(13.1%)	
TNLD	1(1.2%)	3(3.6%)	(%)	(%)	1(1.2%)	5(6.0%)	
KHÁC	1(1.2%)	1(1.2%)	0	0	0	2(2.4%)	
TỔNG	32(38.1%)	23(27.4%)	17(20.2%)	11(13.10%)	1(1.2%)	84(100%)	

Nhận xét: Tai nạn giao thông chiếm tỷ lệ cao trong nhóm nguyên nhân chấn thương vùng hàm mặt 66 trường hợp (78.6%). Điều này có ý nghĩa thống kê  $P = 0.0002$

**Bảng 3.4: Phân bố theo giới trong chấn thương cằm**

	CT phần mềm cằm	Gãy cằm	Gãy cằm + gãy lồi cầu	Gãy cằm + gãy góc hàm	Gãy cằm + gãy cạnh ngang	TỔNG	P
	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)		
Nữ	14(16.7%)	4(4.8%)	2(2.4%)	2(2.4%)	0	22(26.2%)	0.073
<b>Nam</b>	<b>18(21.4%)</b>	<b>19(22.6%)</b>	<b>15(17.9%)</b>	<b>9(10.7%)</b>	<b>1(1.2%)</b>	<b>62(73.8%)</b>	
<b>TỔNG</b>	<b>32(38.1%)</b>	<b>23(27.4%)</b>	<b>17(20.2%)</b>	<b>11(13.10%)</b>	<b>1(1.2%)</b>	<b>84</b>	

Nhận xét: Nam giới vẫn là thành phần chiếm tỷ lệ cao trong các chấn thương 62 trường hợp (73.8%)

**Bảng 3.5: Phân bố theo Nhóm tuổi**

	CT phần mềm cằm	Gãy cằm	Gãy cằm + gãy lồi cầu	Gãy cằm + gãy góc hàm	Gãy cằm + gãy cạnh ngang	TỔNG	P
	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)		
<18	7(8.3%)	0	2(2.4%)	1(1.2%)	0	10(11.9%)	0.23
<b>18 - 39</b>	<b>17(20.2%)</b>	<b>20(23.8%)</b>	<b>11(13.1%)</b>	<b>7(8.3%)</b>		<b>55(65.5%)</b>	
40 - 60	6(7.1%)	3(3.6%)	3(3.6%)	3(3.6%)	1(1.2%)	16(19.0%)	
>60	2(2.4%)	0	1(1.2%)	0	0	3(3.6%)	
<b>TỔNG</b>	<b>32(38.1%)</b>	<b>23(27.4%)</b>	<b>17(20.2%)</b>	<b>11(13.1%)</b>	<b>1(1.2%)</b>	<b>84(100%)</b>	

Nhận xét: Bệnh nhân chấn thương cằm và xương hàm dưới chủ yếu gặp ở tuổi trẻ 18 - 39 (65.5%).

**Bảng 3.6: Sự phân bố phương pháp điều trị:**

	CT phần mềm cằm	Gãy cằm	Gãy cằm + gãy lồi cầu	Gãy cằm + gãy góc hàm	Gãy cằm + gãy cạnh ngang	TỔNG	P
	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)	Số cas (tỷ lệ %)		
Điều trị bảo tồn	32(38.1%)	0	0	(%)	0	32(38.1%)	0.002
Nắn chỉnh	Cố định 1 hàm	0	20(23.8%)	0	0	20(23.8%)	
	Cố định 2 hàm	0	2(2.4%)	16(19.0%)	10(11.9%)	1(1.2%)	
BN không điều trị	0	1(1.2%)	1(1.2%)	1(1.2%)	0	3(3.6%)	
<b>TỔNG</b>	<b>32(38.1%)</b>	<b>23(27.4%)</b>	<b>17(20.2%)</b>	<b>11(13.1%)</b>	<b>1(1.2%)</b>	<b>84(100%)</b>	

#### **IV. BÀN LUẬN:**

Qua khảo sát cắt ngang trong hơn 2 năm từ tháng 10 năm 2012 đến tháng 3 năm 2015 chúng tôi nhận thấy trong 84 trường hợp chấn thương vùng cằm thì chấn thương cằm đơn thuần là : phần mềm cằm và gãy cằm chiếm tỷ lệ khá cao (lần lượt là 38.1% và 27.4%). Trong gãy cằm phối hợp thì gãy cằm kết hợp lồi cầu chiếm tỷ lệ cao nhất 17 (20.2%) trường hợp, nếu so với nghiên cứu của nhóm nghiên cứu thuộc khoa Phẫu thuật miệng và hàm mặt bệnh viện Nha khoa Trường Đại học Kyung Hee từ năm 2002 đến năm 2012 thì nghiên cứu của chúng tôi tương đương (20.0%)<sup>[4]</sup>, với G Mittal tại Veer Chandra Singh Garhwali Government Medical Science and Research Institute, Uttarakhand, India năm 2013 thì nghiên cứu của chúng tôi có vẻ cao hơn nhiều (4,1%)<sup>[5]</sup>

Về giới thì Nam giới chiếm tỷ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi 62(73.8%) trường hợp, rải đều từ vết thương phần mềm cằm, gãy cằm đơn thuần và gãy cằm kết hợp lồi cầu lần lượt là 18(21.4%), 19(22.6%) và 15(17.9%) sự chênh lệch giữa các kiểu chấn thương không cao. Nữ giới chủ yếu là vết thương phần mềm cằm 14(16.7%) trường hợp. Nghiên cứu tại Trường Đại Học Kyung Hee thì nam giới chiếm tỷ lệ cao nhất 84.5%<sup>[4]</sup> và với G Mittal là 60.3%<sup>[5]</sup>

Về tuổi chấn thương rải từ 3 tuổi đến 90 tuổi, cao nhất là 90 tuổi và thấp nhất là 3 tuổi, chiếm khá cao ở độ tuổi từ 18 đến 39 tuổi là 55(65.5%) trường hợp. Cũng như nghiên cứu tại Trường Đại Học Kyung Hee thì nhóm tuổi 20 đến 39 chiếm tỷ lệ cao nhất 55.2%<sup>[4]</sup>, với G Mittal thì nhóm tuổi từ 21 tuổi đến 40 tuổi cũng là nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao 52.0%<sup>[5]</sup>.

Từ hai điều trên có thể nhận thấy tỷ lệ chấn thương vùng cằm và xương hàm dưới chiếm tỷ lệ cao là nam giới trong độ tuổi lao động, có lẽ là do nam giới tham gia nhiều vào các hoạt động giao thông, lao động sản xuất. Khi chấn thương hàm mặt xảy ra trên bệnh nhân nam thì khả năng chấn thương cằm, gãy cằm và gãy cằm kết hợp lồi cầu thì như nhau. Còn đối với bệnh nhân nữ chấn thương cằm chủ yếu chỉ là vết thương phần mềm cằm.

Về tỷ lệ chấn thương vùng cằm và xương hàm dưới nếu tính theo địa chỉ thì hai nơi có tỷ lệ cao là Châu Phú 22(26.2%) trường hợp và Châu Đốc 19(22.6%) trường hợp; Nếu tính theo nguyên nhân thì TNGT chiếm tỷ lệ cao nhất 66(78.6%) trường hợp, trong số này 100% kiểu gãy cằm kết hợp lồi cầu đều có nguyên nhân do TNGT, điều này có ý nghĩa thống kê  $P < 0.05$ . Điều này khá khác biệt so với nghiên cứu tại Trường Đại Học Kyung Hee nguyên nhân hàng đầu chấn thương gãy xương hàm dưới chủ yếu là do va chạm và té ngã (TNSH) 43.4%<sup>[4]</sup>, TNGT chỉ chiếm khoảng 10.1%<sup>[4]</sup>, và G Mittal cũng tương tự nguyên nhân do té ngã chiếm tỷ lệ cao nhất 54.5%<sup>[5]</sup>, sau đó mới đến TNGT là 37.2%<sup>[5]</sup>.

Chúng tôi nhận thấy do khác biệt trong sự phát triển của mỗi quốc gia, phương tiện đi lại cũng khác nhau nên tỷ lệ chấn thương do tai nạn giao thông cũng khác nhau. Trong khảo sát này Châu Phú có số dân đông hơn các huyện khác nên chiếm tỷ lệ bệnh nhân đông nhất.

Về điều trị tất cả các trường hợp được chẩn đoán là gãy xương hàm dưới thì phải cố định xương hàm dưới trong 6 tuần. Khi chỉ gãy cằm thì sẽ cố định 1 hoặc cố định 2 hàm tùy vào độ di lệch vị trí gãy. Còn tất cả các kiểu gãy kết hợp thì phải cố định 2 hàm bằng cung ARCH BARS và nắn chỉnh bằng thun. Sau 6 tuần tháo cung. Hướng dẫn bệnh nhân há miệng sớm, để phòng ngừa cứng khớp.

#### **V. KẾT LUẬN**

Từ các kết quả ghi nhận được:

Tỷ lệ gãy xương hàm dưới kiểu gãy cằm kết hợp với lồi cầu cao hơn kết hợp các vị trí khác của xương hàm dưới 20.2%. Tất cả các trường hợp gãy cằm kết hợp với lồi cầu đều có nguyên nhân từ TNGT. Nam giới chiếm tỷ lệ cao trong các chấn thương có gãy xương hàm dưới 65.5%. Độ tuổi thường xảy ra chấn thương vùng cằm và xương hàm dưới là 18 đến 39 tuổi. Châu Phú là huyện có tỷ lệ bệnh nhân cao nhất.

#### **VI. KIẾN NGHỊ**

-Sự tương quan giữa chấn thương vùng cằm và lồi cầu rất hay xảy ra. Khi có bệnh nhân chấn thương vùng cằm kể cả có phần mềm vùng cằm thì nên nghĩ đến một chấn thương kèm theo của thân xương hàm dưới, trong đó đặc biệt là chấn thương vùng cằm và lồi cầu.

-Vì vậy, khi thăm khám bệnh nhân có chấn thương vùng cằm, chúng ta nên khám thêm những tổn thương khác trên thân xương hàm dưới, đặc biệt là lồi cầu bằng thăm khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh (tối thiểu là 1 phim hàm dưới chéch nghiêng). Để không bỏ sót các tổn thương của xương hàm dưới.

#### **HẠN CHẾ CỦA NGHIÊN CỨU**

Nghiên cứu này dựa trên các bệnh nhân được điều trị tại Khoa Răng hàm mặt Bệnh viện Đa khoa khu vực Tỉnh An Giang nên mẫu nghiên cứu sẽ không đại diện cho cộng đồng.

Hiện nay thì những nghiên cứu về gãy xương hàm dưới có thể do có quá ít hoặc do chung tôi chưa tìm thấy nhiều tài liệu nghiên cứu tương tự để so sánh nên những bàn luận chủ yếu so với 2 tài liệu nghiên cứu nước ngoài là:

1. Nhóm nghiên cứu thuộc khoa Phẫu thuật miệng và hàm mặt bệnh viện Nha khoa Trường Đại học Kyung Hee (the Department of Oral and Maxillofacial Surgery in Kyung Hee University Dental Hospital) từ tháng 01 năm 2002 đến tháng 12 năm 2012.

2. Nghiên cứu của G Mittal, SR Mittal tại Veer Chandra Singh Garhwali Government Medical Science and Research Institute, Uttarakhand, India

#### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Võ Thế Quang** (1973), “Phẫu thuật miệng và hàm mặt”, NXB Y học, Hà Nội.
2. **Nguyễn Quang Hải, Nguyễn Toại** (2006), "Tình hình chấn thương hàm mặt được điều trị tại khoa Răng Hàm Mặt – Bệnh viện Trường Đại học Y Khoa Huế trong hai năm 11/2003 – 11/2005", Hội nghị Khoa học Công nghệ Tuổi trẻ Trường Đại học Y Khoa Huế lần thứ XIII.
3. **Trương Nhật Khuê** (2012), “Nghiên cứu đặc điểm gãy xương hàm dưới và đánh giá kết quả điều trị tại bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ giai đoạn 2009 - 2010 2012”, Luận án tiến sỹ y học, Viện nghiên cứu khoa học y dược lâm sàng 108.
4. **Hai-Won Jung, Baek-Soo Lee, Yong-Dae Kwon, Byung-Jun Choi, Jung-Woo Lee, Hyun-Woo Lee, Chang-Sig Moon, and Joo-Young Ohe** (2014), Retrospective clinical study of mandible fractures in the Department of Oral and Maxillofacial Surgery in Kyung Hee University Dental Hospital from January 2002 to December 2012.  
(đường dẫn: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3949494/>)
5. **G Mittal, SR Mittal** (2013), Mandibular fractures at veer Chandra Singh Garhwali Government Medical Science and Research Institute, Garhwal region, Uttarakhand, India: A retrospective study.  
(đường dẫn: <http://www.amhsr.org/article.asp?issn=21419248;year=2013;volume=3;issue=2;spage=161;epage=165;aulast=Mittal>)

# KHẢO SÁT TÌNH HÌNH ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN TUYẾN DƯỚI CHUYỂN TUYẾN NĂM 2015

*La Văn Hoàng,  
Lê Thị Huyền Trang, Huỳnh Xuân Thế*

## **I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tình hình bệnh nhân chuyển tuyến là một vấn đề cả xã hội đang quan tâm và phấn đấu thực hiện với mục đích phục vụ tốt cho bệnh nhân đồng thời làm giảm sự quá tải cho tuyến trên.

Việc chuyển tuyến có nhiều lý do, có thể do bệnh lý khó, vượt khả năng điều trị của tuyến dưới, hoặc có thể do chuyển theo giấy hẹn tái khám của tuyến trên hoặc do áp lực yêu cầu của bệnh nhân và thân nhân bệnh nhân. Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang (BVĐKKVTAG) là bệnh viện tuyến Tỉnh, mỗi năm bệnh viện tiếp nhận đến điều trị nội trú gần 40.000 người và khám bệnh ngoại trú khoảng 200.000 bệnh nhân, trong đó tiếp nhận nhiều bệnh nhân từ tuyến dưới chuyển đến. Thực hiện theo Thông tư 14/2014/TT-BYT về quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, đồng thời cũng khảo sát mô hình tật bệnh nhân chuyển tuyến của tuyến dưới, 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 của bệnh nhân tuyến dưới chuyển đến tại BVĐKKVTAG

- Mục tiêu chuyên biệt:

- Đặc điểm bệnh nhân chuyển tuyến.
- Kết quả điều trị của BVĐKKVTAG.
- Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh nhân chuyển tuyến
- Những bệnh lý thường gặp ở bệnh nhân chuyển tuyến

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

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân tuyến dưới chuyển tuyến trong 3 tháng đầu năm 2015.

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

2.3 Phương pháp tiến hành:

- Bệnh nhân tuyến dưới chuyển tuyến trong 3 tháng đầu năm 2015 được nhân viên phòng kế hoạch tổng hợp thu thập các thông tin theo mẫu thiết kế..
- Thời gian thực hiện đề tài: 01/1/2015 đến 31/3/2015.
- 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:**

Trong 3 tháng đầu năm 2015, chúng tôi khảo sát 6.296 bệnh nhân tuyến dưới chuyển tuyến, trong đó, Nữ 3.435 (54,6%), nam: 2.861 (45,4%).

3.1. Phân bố bệnh nhân theo bệnh viện chuyển tuyến:

Bảng 3.1: Bệnh viện chuyển tuyến

Đối tượng bệnh nhân	BN	%
Châu Đốc	2.227	35,4
Châu Phú	2.210	35,1
An Phú	686	10,9
Tân Châu	642	10,2
Tinh biên	531	8,4
Tổng	6.296	100

Nhận xét:

Bệnh viện Châu Đốc và bệnh viện Châu Phú có tần suất chuyển tuyến cao.

3.2. Đối tượng bệnh nhân chuyển tuyến:

Bảng 3.2: Đối tượng bệnh nhân.

Đối tượng bệnh nhân	BN	%
Bảo hiểm y tế	6.225	98,9
Thu phí	71	1,1
Tổng	6.296	100

Nhận xét:

Bệnh nhân đối tượng bảo hiểm y tế chiếm tỉ lệ đến 98,9% tổng số bệnh nhân chuyển tuyến.

3.3. Phân bố bệnh nhân theo ngày chuyển tuyến:

Bảng 3.3: Tần suất bệnh nhân theo ngày chuyển tuyến

Ngày chuyển tuyến	BN	%
Ngày nghỉ	159	2,5
Ngày thường	6.137	97,5
Tổng	6.296	100

Nhận xét:

Đa số bệnh nhân chuyển tuyến từ thứ 2 đến thứ 6, chiếm tỉ lệ 97,5%

3.4. Phân bố bệnh nhân theo giờ chuyển tuyến:

Bảng 3.4: Tần suất bệnh nhân theo giờ chuyển tuyến

Giờ chuyển tuyến	BN	%
Giờ hành chánh	6.154	97,7
Ngoài giờ	142	2,3
Tổng	6.296	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được chuyển viện trong giờ hành chánh, chiếm tỉ lệ 97,7%.

3.5. Phân bố bệnh nhân theo lý do chuyển tuyến:

Bảng 3.5: Tần suất bệnh nhân theo lý do chuyển tuyến

Lý do chuyển tuyến	BN	%
Đúng tuyến	6.279	99,7
Trái tuyến	17	0,3
Tổng	6.296	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được chuyển viện đúng tuyến.

3.6. Tỉ lệ chẩn đoán phù hợp của tuyến dưới:

Bảng 3.6: Tỉ lệ chẩn đoán phù hợp của tuyến dưới.

Chẩn đoán phù hợp	BN	%
Chẩn đoán phù hợp	5.306	84,3
Chẩn đoán không phù hợp	990	15,7
Tổng	6.296	100

Nhận xét: Tỉ lệ chẩn đoán phù hợp của tuyến dưới là 84,3%.

3.7. Xử trí của tuyến trên:

Bảng 3.7: Xử trí của tuyến trên

Xử trí của tuyến trên	BN	%
Khám điều trị ngoại trú	5.782	91,8

Nhập viện điều trị nội trú	514	8,2
<b>Tổng</b>	<b>6.296</b>	<b>100</b>

Nhận xét:

Đa số bệnh nhân được khám và điều trị ngoại trú, tỉ lệ 91,8%. Chỉ có 8,2 % bệnh nhân chuyển tuyến được nhập viện điều trị nội trú.

3.8. Kết quả điều trị bệnh nhân ngoại trú của tuyến trên:

Bảng 3.8: Kết quả điều trị bệnh nhân ngoại trú

Xử trí của tuyến trên	BN	%
Khám cấp toa	4.045	70,0
Chuyển viện tuyến trên	1.663	28,8
Điều trị ngoại trú	74	1,3
<b>Tổng</b>	<b>6.296</b>	<b>100</b>

Nhận xét:

Bệnh nhân được khám và cấp toa chiếm tỉ lệ 70,0%. Có 28,8 % bệnh nhân được bệnh viện tiếp tục chuyển lên tuyến trên.

3.9. Kết quả điều trị bệnh nhân nội trú của tuyến trên:

Bảng 3.9: Kết quả điều trị bệnh nhân nội trú

Xử trí của tuyến trên	BN	%
Xuất viện	456	88,7
Chuyển viện	50	9,7
Xin về	8	1,6
<b>Tổng</b>	<b>514</b>	<b>100</b>

Nhận xét:

Bệnh nhân được điều trị với kết quả tốt và xuất viện chiếm tỉ lệ 88,7%. Có 50 bệnh nhân chuyển viện (tỉ lệ 20,8 %), bệnh nặng xin về chiếm tỉ lệ 1,6%.

3.10. Tỉ lệ chẩn đoán phù hợp của tuyến dưới so với tuyến trên:

Bảng 3.10: Tỉ lệ chẩn đoán phù hợp

Chẩn đoán chuyển tuyến	Bệnh viện chuyển tuyến					Tổng
	Châu Đốc	Tỉnh Biên	An Phú	Tân Châu	Châu Phú	
- Phù hợp	1855 83.3%	449 84.6%	601 87.6%	524 81.6%	1877 84.9%	5306 84.3%
- Không phù hợp	372 16.7%	82 15.4%	85 12.4%	118 18.4%	333 15.1%	990 15.7%
<b>Tổng</b>	<b>2227</b> <b>100.0%</b>	<b>531</b> <b>100.0%</b>	<b>686</b> <b>100.0%</b>	<b>642</b> <b>100.0%</b>	<b>2210</b> <b>100.0%</b>	<b>6296</b> <b>100.0%</b>
$\chi^2 = 11,534, P= 0,021$						

Nhận xét:

Tỉ lệ chẩn đoán phù hợp của bệnh viện Châu Đốc, Tỉnh Biên, An Phú, Tân Châu, Châu Phú so với BVĐKKVTAG lần lượt là: 83.3%, 84.6%, 87.6%, 81.6%, 84.9%.

3.11. Liên quan giữa chẩn đoán phù hợp và bệnh nhân tử vong:

Bảng 3.11: Liên quan giữa chẩn đoán phù hợp và bệnh nhân tử vong.

	Chẩn đoán		Tổng
	Đúng	Sai	
Tử vong	5 0.1%	3 0,3%	8 .1%
Xuất viện	5301 99.9%	987 99.7%	6288 99.9%
Tổng	5306 100.0%	990 100.0%	6296 100.0%
$\chi^2 = 2,866, P= 0,090$			

Nhận xét:

Bệnh viện tuyến dưới chẩn đoán phù hợp với tuyến trên thì bệnh nhân chuyển tuyến có tỉ lệ tử vong thấp (0,1%), so với bệnh viện tuyến dưới chẩn đoán không phù hợp với tuyến trên thì bệnh nhân chuyển tuyến có tỉ lệ tử vong cao (0,3%). (P= 0,09)

### 3.12. Liên quan giữa giờ chuyển tuyến và bệnh nhân tử vong:

**Bảng 3.12:** Liên quan giữa giờ chuyển tuyến và bệnh nhân tử vong.

	Giờ chuyển viện		Tổng
	Ngoài giờ	Giờ hành chánh	
Tử vong	4 2,8%	4 0,1	8 0,1
Không tử vong	138 97.2%	6150 99.9%	6.288 99.9
Tổng	142 100.0%	6.154 100.0%	6.296 100.0%
$\chi^2 = 82,827, P < 0,001$			

Nhận xét:

Bệnh viện tuyến dưới chuyển tuyến ngoài giờ hành chánh thì kết quả điều trị có tỉ lệ tử vong cao (2,8%), so với bệnh viện tuyến dưới chuyển tuyến trong giờ hành chánh có tỉ lệ tử vong thấp (0,1%). (P < 0,001)

### 3.13. Mô hình bệnh tật tuyến dưới chuyển tuyến:

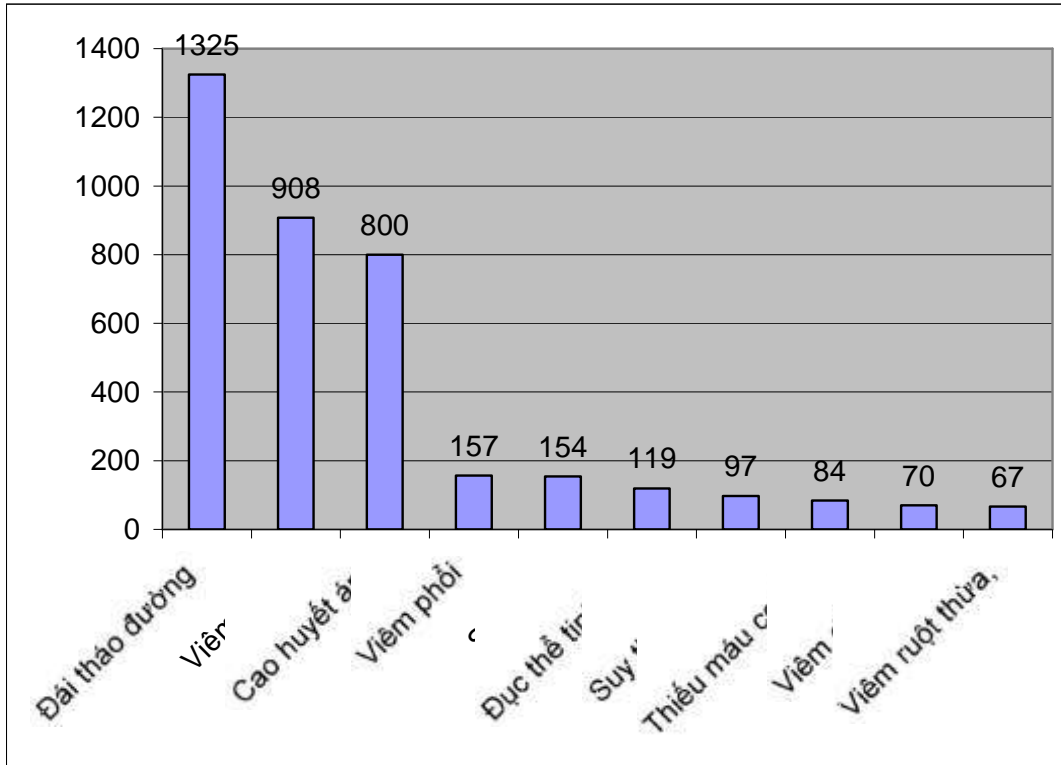
**Bảng 13:** Mô hình bệnh tật tuyến dưới chuyển tuyến

Bệnh lý	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Đái tháo đường	1325	21.05
Viêm gan,	908	14.42
Cao huyết áp,	800	12.71
Viêm phổi	157	2.49
Suy tim,	154	2.45
Đục thể tinh thể	119	1.89
Suy thận mạn	97	1.54
Thiếu máu cơ tim	84	1.33

Viêm dạ dày,	70	1.11
Viêm ruột thừa,	67	1.06

Nhận xét:

Những bệnh lý thường gặp ở bệnh nhân chuyển tuyến là: Đái tháo đường (21,05%), viêm gan (14,42%), cao huyết áp (12,71%), viêm phổi (2,49%), suy tim (2,45%), đục thể tinh thể (1,89%), suy thận mạn (1,54%), thiếu máu cơ tim (1,33%), viêm dạ dày (1,11%), viêm ruột thừa (1,06%).



#### IV. BÀN LUẬN:

##### 4.1. Đặc điểm bệnh nhân chuyển tuyến:

Qua khảo sát 6.296 bệnh nhân tuyến dưới chuyển đến từ tháng 01 năm 2015 đến tháng 3 năm 2015, bệnh viện Châu Đốc và bệnh viện Châu Phú có tần suất chuyển tuyến cao so với các bệnh viện khác trong khu vực với tỉ lệ lần lượt là 35,4% và 35,1%. Bệnh nhân đối tượng bảo hiểm y tế chiếm tỉ lệ đến 98,9% tổng số bệnh nhân chuyển tuyến. Đa số bệnh nhân chuyển tuyến từ thứ 2 đến thứ 6 (tỉ lệ 97,5%), bệnh nhân được chuyển viện trong giờ hành chính chiếm tỉ lệ 97,7%. Bệnh nhân được chuyển viện đúng tuyến chiếm tỉ lệ 99,7%. Tỉ lệ chẩn đoán phù hợp của tuyến dưới so với tuyến trên là 84,3%.

##### 4.2. Kết quả điều trị của BVĐKKVTAG:

Trong số 6.296 bệnh nhân tuyến dưới chuyển đến BVĐKKVTAG, chỉ có 514 BN (8,2 %) được nhập viện điều trị nội trú và 5.782 BN (91,8 %) được khám và điều trị ngoại trú.

Kết quả điều trị nội trú 514 bệnh nhân chuyển tuyến: kết quả tốt và xuất viện 546 BN, chiếm tỉ lệ 88,7%, bệnh nặng xin về 8 BN, chiếm tỉ lệ 1,6%, Có 50 bệnh nhân tiếp tục được bệnh viện chuyển viện lên tuyến trên (tỉ lệ 20,8 %),

Kết quả điều trị ngoại trú 5.782 bệnh nhân chuyển tuyến: khám và cấp toa 4.045 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 70,0%. Có 1.663 bệnh nhân (tỉ lệ 28,8 %) được bệnh viện tiếp tục chuyển lên tuyến trên. Có 70 bệnh nhân được điều trị ngoại trú (1,3%)

Tổng số bệnh nhân nội trú và ngoại trú được BVĐKKVTAG tiếp tục chuyển lên tuyến trên là 1.713 người, chiếm tỉ lệ 27,2% trên tổng số 6.296 bệnh nhân tuyến dưới chuyển đến.

Tỉ lệ chẩn đoán phù hợp của bệnh viện tuyến trước so với BVĐKKVTAG đạt tương đối cao: Châu Đốc: 83.3%, Tịnh Biên: 84.6%, An Phú: 87.6%, Tân Châu: 81.6%, Châu Phú: 84.9%. (P= 0,021)

#### 4.3. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh nhân chuyển tuyến:

Bệnh viện tuyến dưới chẩn đoán phù hợp với tuyến trên thì bệnh nhân chuyển tuyến có tỉ lệ tử vong thấp (0,1%), trong khi nếu bệnh viện tuyến dưới chẩn đoán không phù hợp với tuyến trên thì bệnh nhân chuyển tuyến có tỉ lệ tử vong cao (tỉ lệ: 0,3%). Tuy nhiên mối tương quan này không có ý nghĩa thống kê với P= 0,09.

Bệnh viện tuyến dưới chuyển tuyến ngoài giờ hành chính thì kết quả điều trị có tỉ lệ tử vong cao (2,8%), trong khi nếu bệnh viện tuyến dưới chuyển tuyến trong giờ hành chính có tỉ lệ tử vong thấp hơn ( tỉ lệ: 0,1%). (P <0,001).

#### 4.4. Những bệnh lý thường gặp ở bệnh nhân chuyển tuyến:

Những bệnh lý thường gặp ở bệnh nhân chuyển tuyến là: Đái tháo đường (21,05%), viêm gan (14,42%), cao huyết áp (12,71%), viêm phổi (2,49%), suy tim (2,45%), đục thể tinh thể (1,89%), suy thận mạn (1,54%), thiếu máu cơ tim (1,33%), viêm dạ dày (1,11%), viêm ruột thừa (1,06%). Theo nghiên cứu của Ts Dương Huy Liệu và Bs Nguyễn Văn Đoàn [1] 75% người bệnh đến khám tại các bệnh viện tuyến trên là người bệnh vượt tuyến, trong khi đó 56% số người bệnh đó là hoàn toàn có thể khám chữa tại tuyến dưới. Theo Thông tư 37/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014 [3] Hướng dẫn đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế của Bộ Y Tế: bệnh nhân đái tháo đường khi chuyển tuyến thì giấy chuyển tuyến có giá trị trong một năm, do đó khi bệnh nhân cùng một lúc có nhiều bệnh, trong đó có bệnh đái tháo đường, một số cơ sở y tế chẩn đoán chuyển tuyến là đái tháo đường mặc dù đái tháo đường là bệnh nền, không phải là bệnh chính cần chuyển tuyến. Chính điều này làm cho tỉ lệ chuyển tuyến đối với bệnh nhân đái tháo đường chiếm vị trí hàng đầu, trong khi tuyến dưới hoàn toàn có thể điều trị được bệnh này.

### V. KẾT LUẬN:

Qua khảo sát 6.296 bệnh nhân chuyển tuyến từ các bệnh viện Huyện Thị trong khu vực, chúng tôi có nhận xét như sau:

- Bệnh viện chuyển tuyến nhiều nhất là bệnh viện Châu Phú và Châu Đốc, chiếm tỉ lệ 35,4% và 35,1%. Bệnh nhân chuyển tuyến đa số thuộc đối tượng BHYT (98,9%)
- Bệnh viện điều trị ngoại trú chiếm tỉ lệ 91,8 %, chỉ có 8,2 % được nhập viện điều trị nội trú. Có 27,2% bệnh nhân tuyến dưới chuyển đến được BVĐKKVTAG tiếp tục chuyển lên tuyến trên
- Những bệnh lý thường gặp ở những bệnh nhân chuyển là đái tháo đường, cao huyết áp, viêm gan..
- Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị bệnh nhân chuyển tuyến: Bệnh viện tuyến dưới chẩn đoán phù hợp với tuyến trên và chuyển tuyến trong giờ hành chính thì bệnh nhân chuyển tuyến có tỉ lệ tử vong thấp.

#### Tài liệu tham khảo:

1. **Dương Huy Liệu, Nguyễn Văn Đoàn** (2013), “Bàn về mô hình chuyển tuyến trong tương lai”, Hội nghị kinh tế y tế Việt Nam.
2. Thông tư 14/2014/TT-BYT ngày 14/4/2014 quy định việc chuyển tuyến giữa các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.
3. Thông tư 37/2014/TT-BYT ngày 17/11/2014 Hướng dẫn đăng ký khám bệnh, chữa bệnh ban đầu và chuyển tuyến khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế.

# **ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI NỘI SOI ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN**

**BS LÊ THIỆN HÒA - BS NGUYỄN THỊ BÍCH THỦY  
ĐD HỒ VĂN CỬA – KTV HUỖNH THỊ KIM TRÂM**

## **Tóm tắt :**

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.

*Mục tiêu nghiên cứu:* xác định hiệu quả của việc triển khai nội soi điều trị ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên từ tháng 01/2015 → tháng 08/2015 tại Bệnh viện Đa khoa khực tỉnh An Giang.

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

*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 đến 31/08/2014 .

*Cách thu thập thông tin :* khai thác hỏi bệnh nhân và xem hồ sơ để thu thập số liệu theo bảng được tạo sẵn.

## **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 khuynh 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. Nội soi điều trị trong xuất huyết tiêu hóa trên bao gồm : thắt dãn TM thực quản bằng vòng cao su, chích cầm máu ổ loét bằng Adrenalin và chích xơ dãn TM phình vị bằng Histo acryl. Trong báo cáo này, chúng tôi ghi nhận các dạng tổn thương và tần suất của mỗi loại trong xuất huyết tiêu hóa trên và phân tích hiệu quả điều trị của nội soi điều trị so với bệnh nhân không cần điều trị.

## **MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:**

**Mục tiêu tổng quát :** xác định hiệu quả của việc triển khai nội soi điều trị ở bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên từ tháng 01/2015 → tháng 08/2015 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. Khảo sát các tính chất của các dạng tổn thương trên nội soi dạ dày tá tràng.
3. Hiệu quả của việc triển khai nội soi điều trị xuất huyết tiêu hóa.

## **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 01/01/2015 → 31/08/2015.

\* **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 01/01/2015 → 31/08/2015.

\* **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 hồi 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 01/01/2015 → 31/08/2015.

## III. KẾT QUẢ :

- Trong mẫu khảo sát **37 bệnh án** : có **29** bệnh nhân **nam** ( 78,4% ), **8** bệnh nhân **nữ** ( 21,6% ).
- Tuổi trung bình là **60,08 ± 15,27** , tuổi cao nhất là **34**, thấp nhất là **85** .  
Tuổi trung bình nam là **58,41 ± 15,62** , tuổi cao nhất là **34**, thấp nhất là **84** .  
Tuổi trung bình nữ là **66,12 ± 13,04** , tuổi cao nhất là **52**, thấp nhất là **85** .

Bệnh lý xuất huyết tiêu hóa trên thường xảy ra ở nam và có tuổi trung bình mắc bệnh thấp hơn nữ.

### 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 4 dạng tổn thương chính là : dẫn tĩnh mạch thực quản, dẫn tĩnh mạch phình vị, loét và viêm.
- Trong mẫu khảo sát có :
  - + Dẫn TM TQ 12 case ( 32,4% ).
  - + Loét 21 case ( 56,8% ).
  - + Dẫn TMTQ + loét 2 case ( 5,4% ).
  - + Dẫn TM phình vị : 1 case ( 2,7% ).
  - + Viêm : 1 case ( 2,7% ).

Nguyên nhân chủ yếu chủ xuất huyết tiêu hóa trên là tổn thương dạng loét, sau đó là dẫn TM thực quản. Kết quả này cũng giống như các báo cáo của các tác giả khác.

### 3.2 Các đặc điểm của hai nguyên nhân chủ yếu của xuất huyết tiêu hóa trên :

#### 3.2.1 Dẫn tĩnh mạch thực quản :

##### 3.2.1.1 Tuổi :

- Trong mẫu khảo sát có 12 bệnh nhân : có **9 nam** ( 67,3% ), **3 nữ** ( 32,7% ).
- Tuổi trung bình là **49,25 ± 12,69** , tuổi cao nhất là **34**, thấp nhất là **78** .  
Tuổi trung bình nam là **44,22 ± 8,33** , tuổi cao nhất là **34**, thấp nhất là **60** .  
Tuổi trung bình nữ là **64,33 ± 12,34** , tuổi cao nhất là **52**, thấp nhất là **78** .

Bệnh lý xuất huyết tiêu hóa trên do dẫn TM thực quản thường xảy ra ở nam và có tuổi trung bình mắc bệnh thấp hơn nữ.

##### 3.2.1.2 Phân loại tổn thương :

- Độ ( F ) : dẫn độ III là thường gặp nhất 6 trường hợp ( 50% ), độ II-III 4 trường hợp ( 33,3% ), chỉ có 2 trường hợp độ II ( 16,7% ).
- Dấu đỏ ( Rc ) : (+) 4 TH ( 33,3% ), (++) 3 TH ( 25% ), (+++) 4 TH ( 33,3% ), chỉ có 1 trường hợp âm tính 8,3%.

Phân độ dẫn TM thực quản từ độ II trở lên và có dấu đỏ thường gây xuất huyết tiêu hóa nên trong mẫu khảo sát do có xuất huyết tiêu hóa nên không ghi nhận độ I.

##### 3.2.2 Loét :

##### 3.2.2.1 Tuổi :

- Trong mẫu khảo sát có 21 bệnh nhân : có **17 nam** ( 80,95% ), **4 nữ** ( 19,05% ).
- Tuổi trung bình là **66,86 ± 14,39** , tuổi cao nhất là **39**, thấp nhất là **85** .  
Tuổi trung bình nam là **66,59 ± 14,31** , tuổi cao nhất là **39**, thấp nhất là **84** .  
Tuổi trung bình nữ là **68 ± 16,91** , tuổi cao nhất là **52**, thấp nhất là **85** .

Bệnh lý xuất huyết tiêu hóa trên do loét thường xảy ra ở nam và có tuổi trung bình mắc bệnh gần bằng nữ.

### 3.2.2.2 Phân loại tổn thương :

- Vị trí : **thường gặp nhất ở hành tá tràng 7case** ( 33,33%), nhiều chỗ 5 case (23,8%), hang vị 3 case (14,3%), tiền môn vị 2 case (9,5%), bờ cong nhỏ 2 case (9,5%), thân vị 1 case (4,8%), tâm vị case (4,8%).

- Kích thước trung bình : **10,14mm ± 6,57** , to nhất là **30mm**, nhỏ nhất là **5mm** .

Kích thước trung bình ở nam : **10,82mm ± 7,1** , to nhất là **30mm**, nhỏ nhất là **5mm** .

Kích thước trung bình ở nữ : **7,25mm ± 2,22** , to nhất là **10mm**, nhỏ nhất là **5mm** .

- Số lượng ổ loét : thường là 1 ổ là 13case (61,9%), 2 ổ là 6 case (28,6%), nhiều hơn 2 ổ là 2 case (9,5%).

- Phân độ Forrest : 1b là 6case (28,6%), 2a là 1case (4,8%), 2b là 3case (14,3%), 3 là 11case (52,3%).

Loét thường xảy ra ở hành tá tràng , 1 ổ , có kích thước trung bình khoảng 10mm, và forrest III.

### 3.3 Hiệu quả của việc triển khai nội soi điều trị xuất huyết tiêu hóa so với điều trị nội khoa :

- Trong mẫu khảo có **20 case** tiến hành điều trị ( 54,1% ) trong đó thất dẫn TMTQ 12 case (60%), chích cầm máu 7 case (35%), chích xơ 1 case (5%). Tất cả những case có phân độ dẫn TM thực quản từ độ II trở lên, phân độ Forrest IIa trở xuống và có dẫn TM phình vị đều được tiến hành nội soi điều trị theo phương pháp thích hợp,

#### 3.3.1 Thất dẫn TM thực quản bằng vòng cao su :

- Trong mẫu khảo sát có 12 case dẫn TM thực quản ở độ II trở lên và đã được điều trị bằng thất vòng cao su.

##### 3.3.1.1 Số lượng máu truyền và số ngày nằm viện trung bình :

Phân độ dẫn TMTQ	Số lượng máu truyền trung bình ( đơn vị)			Số ngày nằm viện trung bình
	Trước can thiệp	Sau can thiệp	Tổng	
<b>ĐỘ II</b>	0	0	0	4
<b>ĐỘ II-III</b>	1,4 ± 1,9 ( 0-4 )	0,8 ± 1,8 ( 0-4 )	2,2 ± 3,1 ( 0-7 )	6,8 ± 3,9 ( 3-13 )
<b>ĐỘ III</b>	2,7 ± 2 ( 0-5 )	1,1 ± 1 ( 0-2 )	3,8 ± 2,6 ( 0-7 )	5,3 ± 4,2 ( 1-13 )
<b>TỔNG</b>	1,9 ± 2 ( 0-5 )	0,9 ± 1,3 ( 0-4 )	2,8 ± 2,9 ( 0-7 )	5,8 ± 3,8 ( 1-13 )

Độ dẫn TM càng lớn thì số lượng máu cần truyền càng nhiều và thời gian nằm viện càng lâu, tuy nhiên số lượng máu truyền sau can thiệp giảm rõ rệt qua đó chứng minh giá trị của thủ thuật thất vòng cao su. Với  $p > 0,12$  nên không có ý nghĩa thống kê.

##### 3.3.1.2 Tình trạng xuất viện :

Tình trạng xuất viện	Phân độ dẫn tĩnh mạch			Tổng
	ĐỘ II	ĐỘ II-III	ĐỘ II	
<b>Xuất viện ( ổn )</b>	1	5	4	10
<b>Chuyển viện</b>			1	1
<b>Tử vong</b>			1	1
<b>TỔNG</b>	1	5	6	12

Chỉ có 1 case chuyển viện theo yêu cầu và 1 case tử vong sau can thiệp do bệnh lý tim mạch, còn tất cả đều xuất viện trong tình trạng ổn định. Với  $p = 0,63$  không có ý nghĩa thống kê.

#### 3.3.2 Chích cầm máu bằng hỗn hợp Adrenalin và NaCl 3% :

##### 3.3.2.1 Số lượng máu truyền và số ngày nằm viện trung bình :

Foresst	Số case	Số lượng máu truyền trung bình ( đơn vị)			Số ngày nằm viện trung bình
		Trước can thiệp	Sau can thiệp	Tổng	

<b>Ib</b>	6	4,7 ± 5,4 ( 0-14 )	3 ± 3,3 ( 0-9 )	7,7 ± 6,6 ( 0-17 )	5,7 ± 4,5 ( 1-13 )
<b>IIa</b>	1	2		2	6
<b>IIb</b>	3	4 ± 4 ( 0-8 )		4 ± 4 ( 0-8 )	7,3 ± 4,1 ( 4-12 )
<b>III</b>	11	2,4 ± 2,3 ( 0-7 )		2,4 ± 2,3 ( 0-7 )	6,4 ± 3,6 ( 2-12 )
<b>TỔNG</b>	21	3,3 ± 3,6 ( 0-14 )	0,9 ± 2,2 ( 0-9 )	4,1 ± 4,6 ( 0-17 )	6,3 ± 3,7 ( 1-13 )

Tất cả các case có phân độ Forrest từ IIa trở xuống đều được chỉ định chích cầm máu và lượng máu cần truyền sau can thiệp giảm rõ rệt , số ngày nằm viện của nhóm làm can thiệp và nhóm Forrest III ( không có chỉ định can thiệp ) gần bằng nhau càng chứng minh hiệu quả của thủ thuật chích cầm máu.

### 3.3.2.2 Tình trạng xuất viện :

Tình trạng xuất viện	Phân độ Forrest				Tổng
	Ib	IIa	IIb	III	
<b>Xuất viện ( ổn )</b>	2	1	2	9	14
<b>Xin về ( tử vong )</b>	2				2
<b>Chuyển viện</b>	1			1	2
<b>TV do bệnh lý khác</b>	1		1	1	3
<b>TỔNG</b>	6	1	3	11	12

Chích cầm máu ở tổn thương Forrest Ib (máu chảy thành dòng ) thì tỷ lệ thành công thấp (50%), còn đối với IIa thì tỷ lệ thành công rất cao. Phân độ IIb nằm giữa ranh giới có nên can thiệp hay không và trong mẫu khảo sát này thì không tiến hành can thiệp. Với p=0,26 không có ý nghĩa thống kê.

### 3.3.3 Chích xơ dẫn TM phình vị bằng Histoacryl :

- Trong mẫu khảo sát có tiến hành 1 case và không có truyền máu ,có số ngày nằm viện là 9 ( xuất viện sau 3 ngày tiến hành điều trị ), tình trạng xuất viện ổn.

## IV. BÀN LUẬN :

- Tỷ lệ nam/nữ là 3,63/1 , tuổi trung bình 60,08 ± 15,27 ( 34-85 ). 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 ± 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 12 case ( 32,4% ), loét 21 case ( 56,8% ), dẫn + loét 2 case ( 5,4%), dẫn TM phình vị 1 case ( 2,7%), viêm 1 case (2,7%). 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 của hai nguyên nhân chủ yếu của xuất huyết tiêu hóa trên :

#### 4.2.1 Dẫn tĩnh mạch thực quản :

- Bệnh lý xuất huyết tiêu hóa trên do dẫn TM thực quản thường xảy ra ở nam và có tuổi trung bình mắc bệnh thấp hơn nữ.

- Phân độ dẫn TM thực quản từ độ II trở lên và có dấu đỏ thường gây xuất huyết tiêu hóa nên trong mẫu khảo sát do có xuất huyết tiêu hóa nên không ghi nhận độ I.

#### 4.2.2 Loét :

- Bệnh lý xuất huyết tiêu hóa trên do loét thường xảy ra ở nam và có tuổi trung bình mắc bệnh gần bằng nữ.

#### 4.2.2.2 Phân loại tổn thương :

- Loét thường xảy ra ở hành tá tràng , 1 ổ , có kích thước trung bình khoảng 10mm, và forrest III. Tuy nhiên những ổ loét ở hành tá tràng thường có phân độ forrest Ib do tổn thương ảnh

hường mạch máu, gây xuất huyết nhiều và nội soi can thiệp cũng gặp nhiều khó khăn do không gian chật hẹp khó thao tác.

#### **4.3 Hiệu quả của việc triển khai nội soi điều trị xuất huyết tiêu hóa so với điều trị nội khoa :**

##### *4.3.1 Thất dẫn TM thực quản bằng vòng cao su :*

- Thất dẫn TM thực quản bằng vòng cao su được chỉ định trong dẫn độ II trở lên và có những điểm xuất huyết trên thành. Trước khi triển khai thủ thuật này để cấp cứu thường sử dụng sonde Blackmore chèn ép, tuy nhiên đặt sonde chỉ giải quyết chèn ép tạm thời không giải quyết được búi dẫn nên thất TM thực quản là lựa chọn tốt trong điều trị dẫn TMTQ.

- Độ dẫn TM càng lớn thì số lượng máu đã mất trước can thiệp càng nhiều nên lượng máu cần truyền trước và sau nội soi thất càng lớn. Tuy nhiên số lượng máu truyền sau can thiệp giảm rõ rệt qua đó chứng minh giá trị của thủ thuật thất vòng cao su.

- Thời gian nằm viện trung bình là  $5,8 \pm 3,8$  ngày , chỉ có 1 case chuyển viện ( ôn ) theo yêu cầu và 1 case tử vong sau can thiệp do bệnh lý tim mạch, còn tất cả đều xuất viện trong tình trạng ổn định. Qua đó thấy rõ hiệu quả điều trị của nội soi thất dẫn TM thực quản là hạn chế tỷ lệ tử vong cũng như giảm thời gian nằm viện điều trị.

##### *4.3.2 Chích cầm máu bằng hỗn hợp Adrenalin và NaCl 3% :*

- Tất cả các case có phân độ Forrest từ IIa trở xuống đều được chỉ định chích cầm máu và lượng máu cần truyền sau can thiệp giảm rõ rệt , số ngày nằm viện của nhóm làm can thiệp và nhóm Forrest III ( không có chỉ định can thiệp ) gần bằng nhau càng chứng minh hiệu quả của thủ thuật chích cầm máu.

- Chích cầm máu ở tổn thương Forrest Ib (máu chảy thành dòng ) thì tỷ lệ thành công thấp (50%), còn đối với IIa thì tỷ lệ thành công rất cao. Phân độ IIb nằm giữa ranh giới có nên can thiệp hay không và trong mẫu khảo sát này thì không tiến hành can thiệp.

- Tuy nhiên chích cầm máu là thủ thuật điều trị phong bế tạm thời ổ loét không điều trị loét nên sẽ tái phát 5-6 ngày sau chích nên điều trị loét nội khoa không tốt. Qua đó cần có sự phối hợp giữa nội soi điều trị, điều trị nội khoa và phẫu thuật ngoại khoa nếu chảy máu tái phát.

##### *4.3.3 Chích xơ dẫn TM phình vị bằng Histoacryl :*

- Trong mẫu khảo sát chỉ có 1 case được tiến hành thủ thuật này và bệnh nhân ổ được xuất viện sau 3 ngày chích xơ qua đó cũng thấy rõ hiệu quả của phương pháp điều trị này.

#### **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 :**

1. Lê Quang Quốc Anh ( 1996 )- Nội soi chích cầm máu cấp cứu trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng - Hội thảo chuyên đề bệnh lý tiêu hóa Bệnh viện Chợ Rẫy.
2. Hồ Đăng Quý Dũng ( 2011 ) - Tổng quan xuất huyết tiêu hóa - BV Chợ Rẫy.
3. Trần Văn Huy, Phan Hồng Nhân ( 2008 ) - Tình hình xuất huyết tiêu hóa cao ở Bệnh viện Đại Học Y Dược Huế qua 2 năm 2007 - 2008 - Đại học Y Dược Huế .
4. Võ Xuân Quang ( 2003 ) - Tổng quan xuất huyết tiêu hóa trên - BV Chợ Rẫy.
5. Hà Văn Quyết ( 1995 ) – Góp phần chẩn đoán và điều trị nội soi cấp cứu ngoại khoa chảy máu đường tiêu hóa trên – Tạp chí Ngoại khoa, ( 9 ), tr. 86-92.
6. Nguyễn Đăng Sáng ( 2010 )- Xử lý xuất huyết tiêu hóa trên - BV Thống nhất Đồng Nai.

# KHẢO SÁT VAI TRÒ CỦA PROCALCITONIN TRONG CHẨN ĐOÁN NHIỄM KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG

Nguyễn Thu Lộc, Cao Công Sang  
Nguyễn Thị Hoa, Nguyễn Thanh Qui

## In summary:

Low procalcitonin concentrations have a high negative prognostic value to exclude sepsis and on the contrary if high procalcitonin levels help diagnose infections, sepsis, septic shock especially as the dysfunction of organs as a result of systemic inflammatory processes, multiple organ failure

- *Objectives of the study:* Survey on the ratio of increased procalcitonin concentrations in infections diagnosed at Regional An Giang Province General Hospital.

- *Study subjects:* including all patient in clinical departments to do procalcitonin test at Regional An Giang Province General Hospital in 2015; Data collected at the Clinical Departments and Laboratory Sciences of the Hospital in 6 months (5-10 months) 2015

- *Research Methods:* Prospective cross-sectional descriptive analysis.

- *Results:* The survey of 65 cases we found 12 cases of procalcitonin below 0.5 ng / ml (18.5%), 15 cases of procalcitonin in the range from 0.5 to 2 ng / ml (23, 1%), 38 cases above 2 ng / ml (58.5%), most of the cases over 61 years old (44.62%), according to the diagnosis we see rate increased PCT accounted for 49.2% in the diagnosis of infection, whereas ratio of increased PCT in no infection also rose 36.9%; While leukocyte over 12,000 the ratio of increased PCT is 58.5%, while leukocyte in normal index increased PCT rise at a rate of 20%, but when leukocyte reduced, in some cases also have the ratio of increased PCT about 7.7%

## Tóm tắt :

Nồng độ Procalcitonin thấp có giá trị tiên lượng âm tính cao để loại trừ nhiễm khuẩn huyết và ngược lại nếu nồng độ Procalcitonin cao giúp chẩn đoán nhiễm khuẩn, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn nhất là khi các cơ quan có rối loạn chức năng, hậu quả của quá trình viêm toàn thân, suy đa cơ quan.

- Mục tiêu nghiên cứu : Khảo sát tỷ lệ tăng nồng độ Procalcitonin trong chẩn đoán nhiễm khuẩn tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang

- Đối tượng nghiên cứu : gồm tất cả bệnh nhân các khoa lâm sàng được cho thử cho thử Procalcitonin tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An giang trong năm 2015 ; thu thập dữ liệu tại các khoa lâm sàng và khoa Xét Nghiệm Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An giang trong 6 tháng ( tháng 5-10 ) năm 2015

- Phương pháp nghiên cứu : tiền cứu mô tả cắt ngang có phân tích .

- Kết quả : Qua khảo sát 65 trường hợp chúng tôi nhận thấy có 12 trường hợp Procalcitonin dưới 0,5 ng/ml (18,5%), 15 trường hợp Procalcitonin trong ngưỡng 0,5 – 2 ng/ml (23,1%), 38 trường hợp trên 2ng/ml (58,5%), trong đó nhiều nhất ở lứa tuổi lớn hơn 61 (44,62%), theo chẩn đoán chúng tôi thấy tỷ lệ PCT tăng chiếm 49,2% trong chẩn đoán nhiễm trùng, ngược lại không nhiễm trùng tỷ lệ PCT cũng tăng 36,9% ; khi bạch cầu tăng lớn hơn 12.000 thì PCT cũng tăng tỷ lệ là 58,5%, bạch cầu ở chỉ số bình thường PCT tăng với tỷ lệ 20%, nhưng khi bạch cầu giảm thì một số trường hợp PCT cũng tăng tỷ lệ này là 7,7%

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ :

Procalcitonin là chất chỉ dấu sinh học tương đối mới ở Việt Nam được áp dụng để khảo sát đáp ứng của cơ thể đối với tình trạng nhiễm khuẩn toàn thân. Nghiên cứu của nhiều tác giả nhằm đánh giá vai trò của procalcitonin trong chẩn đoán và tiên lượng nhiễm khuẩn huyết cho thấy : “Máu người khỏe mạnh chỉ chứa những lượng thấp procalcitonin, Procalcitonin thường tăng trong các trường hợp nhiễm khuẩn, đặc biệt là nhiễm khuẩn nặng và shock nhiễm khuẩn ; trong huyết thanh, Procalcitonin có thời gian bán hủy là từ 19 đến 24 giờ, điều cần chú ý là mức độ Procalcitonin huyết tương tăng cao trong các nhiễm khuẩn không kèm theo sự tăng calcitonin hoặc calci [1]

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

**2.1 Đối tượng nghiên cứu :** Đối tượng gồm tất cả bệnh nhân các khoa lâm sàng được cho thử Procalcitonin tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An giang trong năm 2015

**2.2 Phương pháp nghiên cứu :**

- Thiết kế nghiên cứu : tiền cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Tiêu chuẩn chọn mẫu : tất cả bệnh nhân các khoa lâm sàng được cho thử PCT tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An giang trong năm 2015

- Thu thập dữ liệu lưu trữ tại khoa Xét Nghiệm Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An giang trong năm 2015.

- Test xét nghiệm chẩn đoán Procalcitonin Brahms elecsys cobas e 411.

- Xử lý kết quả thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0

## 3. KẾT QUẢ :

**3.1** Khảo sát tỷ lệ phân bố nhóm tuổi và giới tính của mẫu nghiên cứu:

**Bảng 3.1:** Phân bố tuổi và giới tính của mẫu nghiên cứu.

	Giới tính	Nam	Nữ	N
<b>Tuổi</b>		<b>34(52,3%)</b>	<b>31(47,7%)</b>	<b>65(100%)</b>
<b>1-20</b>		<b>13(20%)</b>	<b>10 (15,38%)</b>	<b>23(35,38%)</b>
<b>21-60</b>		<b>06(9,23 %)</b>	<b>07(10,77%)</b>	<b>13(20 %)</b>
<b>&gt;61</b>		<b>15(23,07%)</b>	<b>14(21,55%)</b>	<b>29(44.62%)</b>

Nhận xét: nghiên cứu có 65 trường hợp cho thử Procalcitonin, nhiều nhất ở lứa tuổi >61 (44,62%) Tuổi trung bình chung cả 2 giới là  $45,46 \pm 34,65$  , Với Nam  $44.02 \pm 31,31$  , Nữ  $47.03 \pm 5,62$  nhỏ nhất là 1 tuổi cao nhất là 88 tuổi [P= 0.104 >0,05]

**3.2** Tỷ lệ tăng nồng độ Procalcitonin theo chẩn đoán:

**Bảng 3.2 :** Nồng độ Procalcitonin theo chẩn đoán

	Procalcitonin		N
	Giảm	tăng	
<b>Chẩn đoán nhiễm trùng</b>	<b>5(7,7 %)</b>	<b>32(49,2%)</b>	<b>37(56,9%)</b>
<b>Không</b>	<b>4(6,2 %)</b>	<b>24(36,9%)</b>	<b>28(43,1%)</b>
<b>Tổng cộng</b>	<b>9(13,9%)</b>	<b>56(86,1%)</b>	<b>65(100%)</b>

Nhận xét: dựa vào chẩn đoán cho thấy tỷ lệ PCT chiếm 49,2% trong nhiễm trùng, ngược lại với việc chẩn đoán không nhiễm trùng tỷ lệ cũng đáng chú ý 36,9%. [P=0.602>0.05]

**3.3** Khảo sát nồng độ Procalcitonin theo chỉ số bạch cầu:

**Bảng 3:** nồng độ Procalcitonin theo sự tăng và giảm của bạch cầu

	Procalcitonin		N
	Giảm	tăng	
<b>Bạch cầu Tăng</b>	<b>6(9,2 %)</b>	<b>38(58,5%)</b>	<b>44(67,7%)</b>
<b>Bình thường</b>	<b>1(1,5 %)</b>	<b>13(20%)</b>	<b>24(21,5%)</b>
<b>Giảm</b>	<b>2(3,1%)</b>	<b>5(7,7%)</b>	<b>7(10,8%)</b>
<b>Tổng cộng</b>	<b>9(13,8%)</b>	<b>56(86,2%)</b>	<b>65(100%)</b>

Nhận xét: khi bạch cầu tăng (>12.000) thì PCT cũng tăng tỷ lệ 58,5%, bạch cầu ở chỉ số bình thường PCT tăng với tỷ lệ 20%, nhưng khi bạch cầu giảm thì một số trường hợp PCT cũng tăng tỷ lệ này là 7,7%. [P=0.355>0.05]

**3.4** Khảo sát nồng độ PCT theo giới tính:

**Bảng 3.4:** nồng độ PCT theo giới tính

	Procalcitonin		N
	Giảm	tăng	
<b>Giới tính</b>			

<b>Nam</b>	<b>6(9,2 %)</b>	<b>28(43,1%)</b>	<b>34(52,3%)</b>
<b>Nữ</b>	<b>3(4,6 %)</b>	<b>28(43,1%)</b>	<b>24(47,7%)</b>
<b>Tổng cộng</b>	<b>9(13,8%)</b>	<b>56(86,2%)</b>	<b>65(100%)</b>

Nhận xét: nồng độ PCT tăng trong nghiên cứu này giữa 2 giới tương đương nhau (43,1%)[P=0.278>0,05]

**3.5 Tỷ lệ PCT cho thử tại các khoa:**

Bảng 3.5: tỷ lệ PCT cho thử tại các khoa.

<b>Khoa</b>	<b>Procalcitonin</b>			<b>N</b>
	<b>&lt;0,5 ng/ml</b>	<b>0,5 – 2 ng/ml</b>	<b>&gt; 2ng/ml</b>	
<b>ICU</b>	<b>3(4,6%)</b>	<b>7(10,8%)</b>	<b>28(43,1%)</b>	<b>38(58,5%)</b>
<b>Cấp cứu</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>2(3,1%)</b>	<b>2(3,1%)</b>
<b>Nhi</b>	<b>8(12,3%)</b>	<b>6(9,2%)</b>	<b>8(12,3%)</b>	<b>22(33,8%)</b>
<b>Khoa Lao</b>	<b>1(1,5%)</b>	<b>1(1,5%)</b>	<b>0</b>	<b>2(3,1%)</b>
<b>Ngoại</b>	<b>0</b>	<b>1(1,5%)</b>	<b>0</b>	<b>1(1,5%)</b>
<b>Tổng cộng</b>	<b>12(18,5%)</b>	<b>15(23,1%)</b>	<b>38(58,5%)</b>	<b>65(100%)</b>

Nhận xét: khoa ICU chiếm tỷ lệ cao nhất 58,5%, tiếp theo là khoa Nhi 33,8% [P=0.001 <0,05]

#### **4 BÀN LUẬN :**

Qua khảo sát cắt ngang 3 tháng với 65 hồ sơ bệnh nhân được cho xét nghiệm Procaictonin tại các khoa Lâm sàng Bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang cho thấy: có 12 trường hợp Procalcitonin < 0,5 (18,5%), 15 trường hợp Procalcitonin trong ngưỡng 0,5 – 2 ng/ml (23,1%), 38 trường hợp trên 2ng/ml (58,5%).

Về tuổi và giới tính: Khảo sát này được tiến hành trên số trường hợp nam và nữ không chênh lệch nhau nhiều nam 34 (52,3%), nữ 31 (47,7%) [bảng 1]; tỷ lệ giới nam đạt 52,3%, tỷ lệ giới nữ đạt 47,7%; nghiên cứu có 65 trường hợp cho thử Procalcitonin, nhiều nhất ở lứa tuổi >61 (44,62%), tuổi trung bình chung cả 2 giới là 45,46 ± 34,65 , với nam 44.02 ± 31,31 ; nữ 47.03 ± 5,62 nhỏ nhất là 1 tuổi cao nhất là 88 tuổi [P= 0.104 >0,05] khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với P < 0,05

Về tỷ lệ tăng PCT theo chẩn đoán chúng tôi thấy tỷ lệ PCT chiếm 49,2% trong nhiễm trùng, ngược lại với việc chẩn đoán không nhiễm trùng tỷ lệ cũng đáng chú ý 36,9%, điều này chúng tôi chưa có thời gian theo dõi như những nghiên cứu khác là theo dõi nhiệt độ trung bình cũng như nhịp thở lúc vào viện vì một số tác giả cho rằng PCT cũng tăng theo sự tăng của hai yếu tố trên[2] [P=0.602>0.05]

Việc tăng bạch cầu thường đi kèm với nhiễm trùng, nhưng trong nhiễm trùng huyết với nhiều mức độ nặng khác nhau thì bạch cầu có thể nằm trong hay thậm chí dưới giới hạn bình thường . Kết quả các nghiên cứu quan sát cho thấy khi bạch cầu tăng (>12.000) thì PCT cũng tăng tỷ lệ 58,5%, bạch cầu ở chỉ số bình thường PCT tăng với tỷ lệ 20%, nhưng khi bạch cầu giảm thì một số trường hợp PCT cũng tăng tỷ lệ này là 7,7%. [ P=0.355>0.05]

Việc tăng PCT theo giới tính: nồng độ PCT tăng trong nghiên cứu này giữa 2 giới tương đương nhau khảo sát này không có ý nghĩa thống kê với [P=0.278>0,05], việc tăng nồng độ PCT còn được một số đơn vị đưa vào nghiên cứu dự báo nguy cơ tử vong trên bệnh nhân có sốc nhiễm khuẩn, ngưỡng PCT của nhóm bệnh nhân tử vong có nồng độ là 40,7± 29 ng/ml và điểm cắt PCT dự báo nguy cơ tử vong là 29,56ng/ml [5].

Việc quan tâm sử dụng test PCT tại khoa ICU chiếm tỷ lệ cao nhất 53,8% , tiếp theo là khoa nhi 26,2% ; theo một nghiên cứu của Bùi Bình Bảo Sơn với trẻ em từ 2 đến 5 tuổi năm 2004-2005 cho thấy đa số các em được chẩn đoán viêm phổi khi nhập viện có nồng độ PCT tăng từ 0,5 – 2 ng/ml chiếm 46%, lớn hơn 2ng/ml chiếm 24% và không tăng chiếm 30%[2] nếu so với 22 trường hợp bệnh nhi cho thử PCT tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh chúng

tôi thấy không chênh lệch nhiều: PCT có nồng độ không tăng và lớn hơn 2ng/ml chiếm tỷ lệ như nhau 36,4% , tỷ lệ không tăng chiếm 27,3% [P=0.001<0,05]

## **5 KẾT LUẬN:-**

Từ các kết quả ghi nhận được, nhóm nghiên cứu có cơ sở làm tham mưu cho Ban Giám Đốc thực hiện các thử nghiệm PCT chuyên sâu để giúp chẩn đoán phân biệt được có nhiễm khuẩn hay không nhiễm khuẩn, trong nhiễm khuẩn, nồng độ PCT sẽ gia tăng sau khoảng 2 giờ, nồng độ PCT có thể rút ngắn thời gian chẩn đoán bệnh, phân biệt được nhiễm khuẩn do vi khuẩn hay siêu vi, theo dõi đáp ứng với điều trị kháng sinh và kiểm soát ổ nhiễm khuẩn [6,8].

Khi tình trạng nhiễm khuẩn được hồi phục, PCT sẽ quay trở lại giá trị bình thường trong vài ngày, điều quan trọng là quyết định có sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân vì nếu lạm dụng kháng sinh hay bỏ sót một bệnh lý nhiễm khuẩn đều có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng.

## **6. TÀI LIỆU THAM KHẢO :**

### **7.1 Tiếng Việt**

1. Đào Bạch Quế Anh, Quang Văn Trí. Giá trị của Procalcitonin trong viêm phổi mắc phải cộng đồng. Y Học thành phố Hồ Chí Minh, tập 13 phụ bản số 1-2009: tr 1-5.
2. Bùi Bình Bảo Sơn. Y Học thành phố Hồ Chí Minh tập 11 phụ bản số 4 -2007:tr 36-40
3. Nguyễn Nghiêm Luật “ Procalcitonin - Một dấu mới để chẩn đoán nhiễm khuẩn “ Bệnh viện đa khoa MEDLATEC.
4. Nguyễn Quang Duật, Phạm Quang Phú, Phạm Cao kỳ, Diệp Hồng Kháng.Nghiên cứu biến đổi nồng độ Lactat dehydrogenase Procalcitonin huyết thanh ở bệnh nhân viêm tụy cấp. Tạp chí Y - Dược học quân sự số 9-2014.
5. Lê Đình Thanh. Nồng độ Procalcitonin máu dự báo nguy cơ tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại Bệnh Viện Thống Nhất, 2013-2014.

### **7.2 Tiếng Anh :**

6. Briel M, Schuetz P, Mueller B, et al (2008). Procalcitonin-guided antibiotic use vs a standard approach for acute respiratory tract infections in primary care. *Arch Intern Med*; **168** (18): 2000-2007.
7. Brunkhorst FM, Al-Nawas B, Krummenauer F, Forycki ZF, Shah PM (2002). Procalcitonin, C-reactive protein and APACHE II score for risk evaluation in patients with severe pneumonia. *Clin. Microbiol Infect* **8** (2): 93–100
8. Castelli G. P, Pognani C, Meisner M, Stuardi A, Bellomi D, Sgarbi L. Procalcitonin and C- reactive protein during systemic inflammatory response syndrome, sepsis and organ dysfunction. *Crit care*. 2004, p.8.
9. Meisner M, Tschaikowsky K, Palmaers T, Schmidt J (1999). Comparison of procalcitonin (PCT) and C-reactive protein (CRP) plasma concentrations at different SOFA scores during the course of sepsis and MODS. *Crit Care* **3** (1): 45–50.

**TÌNH HÌNH SUY HÔ HẤP CẤP SƠ SINH VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẠI  
ĐƠN NGUYÊN SƠ SINH  
BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG NĂM 2015**

**BS HỒ THỊ THANH THỦY, BS BÀNH ĐẠT THÔNG  
ĐD HOÀNG THỊ TRÀ MY, CN LÊ TUYẾT NGÂN**

**I. Đặt vấn đề**

Suy hô hấp là một hội chứng của nhiều nguyên nhân gây nên, rất hay gặp trong thời kỳ sơ sinh, nhất là những ngày đầu sau đẻ, khi trẻ làm quen với môi trường bên ngoài tử cung, có thể xuất hiện vài giờ hay vài ngày sau sinh, tùy thuộc vào nguyên nhân gây nên. Suy hô hấp sơ sinh là tình trạng rất nặng ở trẻ sơ sinh [4].

Nguyên nhân suy hô hấp sơ sinh thường do phổi chưa trưởng thành, sinh ngạt, viêm phổi, bệnh lý não, tim...[4]

Khoảng 10% trẻ sơ sinh cần một số hỗ trợ để khởi phát nhịp thở lúc sinh, khoảng 1% cần các biện pháp hồi sức tích cực để sống sót [4]. Trẻ suy hô hấp nặng có nguy cơ tử vong cao nhất, cao gấp 134 lần trẻ nhập viện không có suy hô hấp nặng. Do đó vấn đề khảo sát các trường hợp suy hô hấp sơ sinh về nguyên nhân và những tổn thương do thiếu oxy sẽ góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, hạn chế các tổn thương cơ quan và cải thiện tình hình tử vong [1].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: “**Nghiên cứu tình hình suy hô hấp cấp sơ sinh và đánh giá kết quả điều trị tại đơn nguyên sơ sinh bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh An Giang năm 2015**” với các mục tiêu:

1. *Xác định tỷ lệ đặc điểm của trẻ SHH và những nguyên nhân gây SHH sơ sinh.*
2. *Mối liên quan giữa SHH và một số bệnh lý của mẹ.*
3. *Mối liên quan giữa mức độ SHH lúc nhập viện và kết cục của trẻ.*

**II Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**

**A.Đối tượng nghiên cứu**

*Tiêu chuẩn lựa chọn:*

-Tất cả trẻ các trẻ nhập đơn nguyên sơ sinh Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh An giang từ 1/12/2014 đến 30/11/2015.

*Tiêu chuẩn loại trừ*

- Trẻ sơ sinh bị bỏ rơi không rõ mẹ.
- Các bà mẹ không thể giao tiếp được.

**B.Phương pháp nghiên cứu**

*Thiết kế nghiên cứu:*

Theo thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang

*Cỡ mẫu:*

Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện

*Kỹ thuật thu thập số liệu:*

Tất cả những trẻ sơ sinh thỏa tiêu chuẩn được phân thành 2 nhóm: Nhóm có SHH và nhóm không SHH.

*Các biến số cần nghiên cứu:*

Biến số của mẹ: Bệnh lý của mẹ

Biến số của trẻ:

- Cân nặng
- Tuổi thai
- Giới tính
- Phương pháp sanh
- Điểm Apgar phút thứ 5 sau đẻ
- Điểm Silverman khi trẻ vào khoa Sơ sinh.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán suy hô hấp cấp sơ sinh khi có một trong các dấu hiệu sau xuất hiện sau sinh: (theo tiêu chuẩn của ai?)

- Nhịp thở nhanh > 60 lần/ phút hoặc có cơn ngưng thở dài >20 giây
- Rút lõm lồng ngực
- Cánh mũi phập phồng
- Tiếng thở rên
- Tím tái

*Xử lý số liệu*

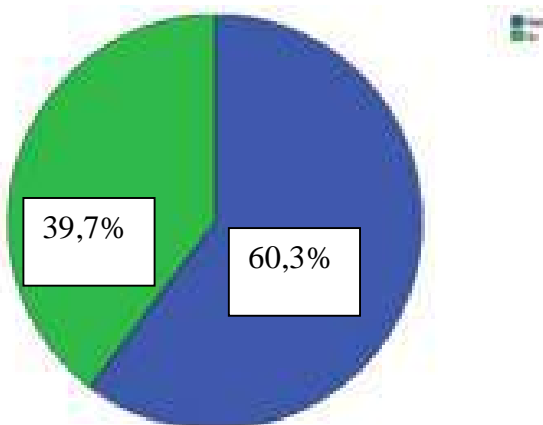
Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 15.0

### III.Kết quả nghiên cứu và bàn luận

Từ 1/12/2014-30/11/2015, có 304 trẻ nhập đơn nguyên sơ sinh do mọi nguyên nhân, trong đó có 278 trẻ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu của chúng tôi.

Trong 278 trẻ sơ sinh, có 121 trẻ SHH chiếm tỷ lệ: 43,5%

- Giới tính của 278 trẻ sơ sinh:



#### 3.1. Tỷ lệ đặc điểm (giới tính, nhóm tuổi thai, nhóm cân nặng) của trẻ SHH và những nguyên nhân gây SHH sơ sinh

*Bảng 3.1.1. Phân bố trẻ nghiên cứu theo giới tính*

Giới	Tần số	Tỷ lệ %
Nữ	48	39,7
Nam	73	60,3
Tổng	121	100

**Nhận xét:** Trẻ có giới tính nam chiếm 60,3% và giới tính nữ chiếm 39,7%

- Tỷ lệ tử vong sau nhập viện 1h:

	Tử vong	
	Tần số	Tỷ lệ %
<b>Tử vong sau 1h nhập viện</b>	3/121	2,5

- Thời gian điều trị kháng sinh trung bình: 9,8 ngày ± 5,1 ngày, thấp nhất 1 ngày, cao nhất 27 ngày

- Tỷ lệ thở máy: 9/121 chiếm 7,4%

- Tỷ lệ ngạt theo chỉ số APGAR lúc sanh của 121 trẻ sơ sinh: 14% ngạt nặng, 6,6% ngạt nhẹ, 79,4% ngạt TB

- Tỷ lệ trẻ suy hô hấp theo tuổi thai: 37,2% trẻ non tháng, 62,8% trẻ đủ tháng tháng

- Trong 121 trẻ suy hô hấp, có 8 trẻ ngạt nhẹ (6,6 %), 96 trẻ ngạt mức độ trung bình (79,3 %), 17 trẻ ngạt nặng (14,1 %).

*Bảng 3.1.2. Phân bố trẻ nghiên cứu theo nhóm tuổi thai*

Giới	Tần số	Tỷ lệ %
<36 tuần	49	40,5
36-38 tuần	58	47,9
>38 tuần	14	11,6
Tổng	121	100

**Nhận xét:** Trẻ sanh non chiếm 40,5% trẻ sanh đủ tháng chiếm 47,9%, trẻ già tháng chiếm 11,6%

*Bảng 3.1.3. Phân bố trẻ nghiên cứu theo nhóm cân nặng lúc sanh*

Giới	Tần số	Tỷ lệ %
<2000g	25	20,7
2000-2900g	50	41,3
3000-3500g	41	33,9
>3500g	5	4,1
Tổng	121	100

**Nhận xét:** Trẻ có cân nặng <2000g chiếm 20,7% ; trẻ có cân nặng từ 2000-2900g chiếm 41,3%; trẻ có cân nặng 3000-3500g chiếm 33,9%; trẻ có cân nặng >3500g chiếm 4,1%

*Bảng 3.1.4. Nguyên nhân của 121 trẻ suy hô hấp cấp*

Nguyên nhân	Có	
	Tần số	Tỷ lệ %
Viêm phổi	48	39,7
Viêm phổi hít	30	24,8
Bệnh màng trong	26	21,5
Thoát vị hoành	0	0
Nhiễm khuẩn huyết	47	38,8
Bẩm sinh	1	0,8
Sanh ngạt	67	55,4
Nhẹ cân	46	38
Non tháng	49	40,5

**Nhận xét:** Nguyên nhân suy hô hấp của trẻ có Sanh ngạt chiếm tỷ lệ cao nhất 55,4%, tiếp đến là viêm phổi chiếm tỷ lệ 39,7%; Nhiễm khuẩn huyết chiếm tỷ lệ 38,8% và non tháng 40,5%; còn lại là các nguyên nhân khác.

### 3.2. Mối liên quan giữa SHH và một số bệnh lý của mẹ

*Bảng 3.2.5. Mối liên quan giữa SHH và một số bệnh lý của mẹ*

Một số bệnh lý của mẹ		Suy hô hấp sơ sinh		Tổng	OR CI 95%	$\chi^2$ , P
		Có	Không			
Tăng HA	Có	47 (88,7%)	6 (11,3%)	53 (100%)	16 6,5-39	$\chi^2=54,3$ p<0,0001
	Không	74 (32,9%)	151 (67,1%)	225 (100%)		
Chuyển dạ kéo dài >24h	Có	19 (82,6%)	4 (17,4%)	23 (100%)	7,1 2,3-21,5	p<0,0001 (Fisher)

	Không	102 (40%)	153 (60%)	255 (100%)		
Sốt lúc mang thai	Có	10 (55,6%)	8 (44,4%)	18 (100%)	1,7 0,6-4,3	$\chi^2=1,13$ p=0,287
	Không	111 (42,7%)	149 (57,3%)	260 (100%)		
Tiền sử sảy thai hoặc con chết trong thời kỳ sơ sinh	Có	9 (60%)	6 (40%)	15 (100%)	2,02 0,7-5,8	$\chi^2=1,75$ p=0,19
	Không	112 (42,6%)	151 (57,4%)	263 (100%)		
Đái tháo đường	Có	0 (0%)	2 (100%)	2 (100%)		p=0,51 (Fisher)
	Không	121 (43,8%)	155 (56,2%)	276 (100%)		
Nhau bong non	Có	7 (53,8%)	6 (46,2%)	13 (100%)	1,5 0,5-4,7	$\chi^2=59$ p=0,44
	Không	114 (43%)	151 (57%)	265 (100%)		

**Nhận xét:** Mẹ bị tăng huyết áp làm tăng nguy cơ SHH của con lên 16 lần so với mẹ không bị THA ( $p<0,0001$ ); Mẹ chuyển dạ kéo dài làm tăng nguy cơ SHH của trẻ lên 7,1 lần so với mẹ không chuyển dạ kéo dài ( $p<0,0001$ ); không có mối liên quan giữa tình trạng Mẹ sốt lúc mang thai, mẹ có Tiền sử sảy thai hoặc con chết trong thời kỳ sơ sinh, mẹ bị Đái tháo đường, nhau bong non với SHH của trẻ.

**3.3. Mối liên quan giữa mức độ SHH lúc nhập viện, sanh non, nhóm cân nặng và kết cục của trẻ; mối liên quan giữa mức độ SHH lúc nhập viện với nhu cầu thở máy:**

**Bảng 3.3.1. Mối liên quan giữa mức độ SHH nặng lúc nhập viện và kết cục của trẻ**

Mức độ SHH	Kết cục		Chung	OR CI 95%	$\chi^2, p$
	Chết	Sống			
Nặng	18 (64.3%)	10 (35.7%)	28 (100%)	12,2 4,5-32,5	$\chi^2=30,5$ p<0,0001
Nhẹ+TB	12 (12.9%)	81 (87.1%)	93 (100%)		
Tổng	30 (24,8%)	91 (75,2%)	121(100%)		

**Nhận xét:** Trong 15 trẻ SHH nặng, chỉ có 5 trẻ sống còn 10 trẻ tử vong. Trẻ SHH mức độ nặng làm tăng nguy cơ tử vong lên đến # 22 lần so với trẻ SHH mức độ nhẹ và TB ( $p<0,0001$ ).

**Bảng 3.3.2. Mối liên quan giữa sanh non và kết cục của trẻ**

Sinh non	Kết cục		Chung	OR, CI95%	$\chi^2, p$
	Chết	Sống			
Có	18 (40%)	27 (60%)	45 (100%)	3,6 1,5-8,4	8,89 p=0,003
Không	12 (15.8%)	64 (84.2%)	76 (100%)		

Tổng	30 (24.8%)	91 (75.2%)	121 (100%)		
------	------------	------------	------------	--	--

**Nhận xét:** Sinh non làm tăng nguy cơ tử vong của trẻ SHH lên gấp 3,6 lần so với những trẻ sinh đủ tháng (p=0,003)

**Bảng 3.3.3. Mối liên quan giữa nhóm cân nặng và kết cục của trẻ**

Nhóm cân nặng	Kết cục		Chung	OR, CI95%	Fisher, p
	Chết	Sống			
<2500g	17(37%)	29(63%)	46(100%)	2,8 1,2-6,5	5,9 p=0,015
≥2500g	13(17,3%)	62(82,7%)	75(100%)		
Tổng	30(24,8%)	91(75,2%)	121(100%)		

**Nhận xét:** Trẻ có cân nặng <2500g có nguy cơ tử vong cao gấp 2,8 lần những trẻ có cân nặng ≥2500g (p=0,015)

**3.3.4. Mối liên quan giữa mức độ SHH với nhu cầu thở máy**

	Thở máy		Chung	OR, CI95%	Fisher, p
	Có	Không			
SHH TB+ nặng	7 (25%)	21 (75%)	28 (100%)	15,2 2,9-78,3	p<0,0001
SHH nhẹ	2 (2,2%)	91 (97,8%)	93 (100%)		
Tổng	9 (7,4%)	112 (92,6%)	121(100%)		

**Nhận xét:** Trẻ SHH từ trung bình đến nặng có nhu cầu thở máy cao gấp 15,2 lần những trẻ SHH nhẹ (p<0,0001)

**IV. Kết luận**

- Trong 278 trẻ sơ sinh, có 121 trẻ SHH chiếm tỷ lệ: 43,5%
- Trẻ sinh non chiếm 40,5% trẻ sinh đủ tháng chiếm 47,9%, trẻ già tháng chiếm 11,6%.
- Trẻ có Sinh ngạt chiếm tỷ lệ cao nhất 55,4%, tiếp đến là viêm phổi chiếm tỷ lệ 39,7%; Nhiễm khuẩn huyết chiếm tỷ lệ 38,8% và non tháng 40,5%; còn lại là các nguyên nhân khác.
- Mẹ bị tăng huyết áp làm tăng nguy cơ SHH của con lên 16 lần so với mẹ không bị THA;
- Mẹ chuyển dạ kéo dài làm tăng nguy cơ SHH của trẻ lên 7,1 lần so với mẹ không chuyển dạ kéo dài;
- Không có mối liên quan giữa tình trạng mẹ sốt lúc mang thai, mẹ có tiền sử sảy thai hoặc con chết trong thời kỳ sơ sinh, mẹ bị Đái tháo đường, nhau bong non với SHH của trẻ.
- Trẻ suy hô hấp mức độ nặng tăng nguy cơ tử vong lên đến 22 lần.
- Trẻ sinh non tăng nguy cơ tử vong của trẻ suy hô hấp lên gấp 3,6 lần so với những trẻ sinh đủ tháng.
- Trẻ có cân nặng <2500g có nguy cơ tử vong cao gấp 2,8 lần những trẻ có cân nặng ≥2500g (p=0,015).
- Trẻ SHH từ trung bình đến nặng có nhu cầu thở máy cao gấp 15,2 lần những trẻ SH nhẹ (p<0,0001).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Vũ Văn Bền, Đoàn Thị Thuý Nga, “Các yếu tố nguy cơ tử vong sơ sinh tại Khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa Long An”, Tập 15 số 2 – 2007, *Việt Nam Pediatric Association*.
2. Bộ Y Tế (2009), “Hồi sức sơ sinh ngay sau đẻ”, *Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, tr: 245 - 246.
3. Bộ Y Tế (2009), “Thai nghén có nguy cơ cao”, *Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản*, tr: 93 - 96.
4. Hồi Sức Cấp Cứu Sơ Sinh (2006), “Phiên bản tiếng Việt của Viện Hàn Lâm Nhi Khoa Hoa Kỳ và Hội Tim Mạch Hoa Kỳ”, *Nhà xuất bản Y học*, tr:2, 10, 11, 12, 14, 28.
5. Angus DC, Linde-Zwirbke WT (2001), “Epidemiology of neonatal respiratory failure in the United States: projections from California and New York”, *Am J Respir Crit Care Med*, 164 (7): 1154-60.

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CHỈNH HÌNH VÁCH NGĂN MŨI BẰNG NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG

Bs.CKI.Lê Thiện Hiệp - Bs.CKI.Phạm Dân Nguyên  
ĐD.Trần Thị Trúc Mai - ĐD.Trần Ngọc Huệ

## TÓM TẮT:

**Mục tiêu :** Đánh giá kết quả phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi bằng nội soi.

**Phương pháp :** Nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang .Gồm 50 bệnh nhân được chẩn đoán vẹo vách ngăn và phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi qua nội soi tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang từ 01/01/2013 đến 31/08/2015.

**Kết quả :** Ghi nhận 50 trường hợp, trong đó có 34 bệnh nhân nữ (68 %), 16 bệnh nhân nam ( 32 %), tuổi trung bình là  $32.16 \pm 8.2$  ,tuổi cao nhất 48, tuổi nhỏ nhất 20 tuổi . Hình thái vẹo vách ngăn : vẹo chữ C hoặc chữ S : 58 % , mào vách ngăn 3 % , gai vách ngăn 34 % , loại phối hợp 1 % .Kết quả phẫu thuật :tỷ lệ thành công ,không biến chứng là 96 % , trong quá trình phẫu thuật , tai biến rách niêm mạc vách ngăn chiếm tỷ lệ 16 % trong đó chỉ có 1 trường hợp rách niêm mạc 2 bên chiếm tỷ lệ 2 % .

**Kết luận :** Phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi bằng nội soi là phương pháp tốt, giúp phẫu thuật viên quan sát rõ ràng hơn, cải thiện đường tiếp cận đến vách ngăn phần cao, cho phép đường rạch giới hạn. Kỹ thuật này ít gây chấn thương vách ngăn , do đó ít gây biến chứng hậu phẫu .

## I.ĐẶT VẤN ĐỀ

Vách ngăn giúp kiểm soát dòng khí lưu thông, giúp cho một số không khí xoay tròn trong hốc mũi, giúp cho các chức năng của mũi hoạt động.Khi vách ngăn không thẳng (vẹo vách ngăn) làm thay đổi về động học của luồng khí lưu thông có thể gây ra những triệu chứng khác nhau.

Một khi vẹo vách ngăn gây ảnh hưởng đến chức năng hô hấp, khứu giác, dẫn lưu xoang... thì mới được xem là vẹo vách ngăn cần phải điều trị.

Theo thống kê, ở Mỹ tần suất vẹo vách ngăn bẩm sinh được ghi nhận từ 4 -5 % . Ở Ba Lan chiếm 14.3 % . Ở Phần Lan, vẹo vách ngăn là một chẩn đoán lâm sàng được tìm thấy ở 9.5% các học sinh.

Trước đây phẫu thuật vách ngăn truyền thống chủ yếu phẫu thuật qua ánh sáng của đèn Clar. Kỹ thuật nội soi cho sửa đổi dị hình vách ngăn được bắt đầu mô tả năm 1991 bởi Stammberger. Nghiên cứu của Park và cộng sự (1998) kết luận : nhìn vách ngăn dưới sự phóng đại trên màn hình cho phẫu thuật chính xác cũng như chứng minh kỹ thuật. Hwang và cộng sự (1999) cũng tuyên bố nội soi vách ngăn là hữu ích trong sửa đổi những dị dạng ở phía sau vách ngăn, những trường hợp sửa chữa lại, và như một công cụ dạy học hiệu quả.

Ở Việt Nam hiện nay , chỉnh hình vách ngăn qua nội soi là phương pháp phổ biến trong điều trị vẹo vách ngăn. Khoa Tai Mũi Họng bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang đã áp dụng kỹ thuật này từ năm 2013. Mục tiêu nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi bằng nội soi.

## MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

**Mục tiêu tổng quát:** Đánh giá kết quả phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi bằng nội soi.

**Mục tiêu chuyên biệt:**

- Khảo sát đặc điểm bệnh nhân : tuổi ,giới, bệnh kết hợp

- Thống kê những loại hình thái vẹo vách ngăn mũi
- Đánh giá tai biến trong lúc mổ và biến chứng sau khi mổ

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

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán vẹo vách ngăn và phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn mũi qua nội soi tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang từ 01/01/2013 đến 31/08/2015.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân được chẩn đoán là vẹo vách ngăn mũi qua nội soi ,chụp CT Scanner và được phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn qua nội soi.

- Tiêu chuẩn loại trừ : vẹo vách ngăn nhưng chưa có chỉ định phẫu thuật.

### 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, hình thái vẹo vách ngăn, bệnh mũi xoang kết hợp, điểm tiếp xúc phần vẹo vách ngăn với cuốn mũi , phương pháp phẫu thuật .

- Biến kết cục : Tai biến trong lúc phẫu thuật, biến chứng sau phẫu thuật .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU :

- Ghi nhận 50 trường hợp, trong đó có 34 bệnh nhân nữ (68 %), 16 bệnh nhân nam (32%)

- Tuổi trung bình là  $32.16 \pm 8.2$  ,tuổi cao nhất 48, tuổi nhỏ nhất 20 tuổi

### 3.1. Đặc điểm lâm sàng :

Bảng 3.1:

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
<b>Hình thái vẹo vách ngăn</b>		
Vẹo chữ C hoặc S	29	58
Mào vách ngăn	3	6
Gai vách ngăn	17	34
Phối hợp	1	2
<b>Bệnh mũi xoang kết hợp</b>		
Quá phát cuốn mũi	9	18
Viêm xoang	17	34
Thể hỗn hợp	2	4
Không bệnh kết hợp	22	44
<b>Điểm tiếp xúc với cuốn mũi</b>		
Có tiếp xúc	19	38
Không tiếp xúc	31	62

Nhận xét : Hình thái vẹo vách ngăn chữ C hoặc chữ S chiếm tỷ lệ 58 %, kể đến là gai vách ngăn ( 34%), mào vách ngăn và thể phối hợp chỉ chiếm một phần nhỏ ( 8

%). Còn bệnh lý mũi xoang kết hợp thì quá phát cuốn mũi chiếm 18 %, viêm xoang chiếm 34 %, có 2 trường hợp vừa có viêm xoang vừa có quá phát cuốn mũi (4%) , còn lại là không có bệnh kết hợp. Trong 50 ca nghiên cứu có 19 ca có điểm tiếp xúc giữa phần vách ngăn vẹo với cuốn mũi giữa hoặc dưới.

### 3.2.Kết quả điều trị :

Bảng 3.2.1 : Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	n	Tỷ lệ %
Chỉnh hình vách ngăn đơn thuần	21	42
Chỉnh hình vách ngăn + phẫu thuật khác	29	58

Nhận xét: Phương pháp xén vách ngăn đơn thuần chiếm tỷ lệ 42 %, xén vách ngăn kết hợp với phẫu thuật khác chiếm tỷ lệ 58 %.

Bảng 3.2.2 Tai biến trong mổ

Tai biến	n	Tỷ lệ %
Rách niêm mạc 1 bên	7	14
Rách niêm mạc 2 bên	1	2
Không tai biến	42	84

Nhận xét : trong 50 ca chỉ có 8 ca có tai biến, trong đó rách niêm mạc 1 bên 7 ca (14%), rách 2 bên 1 ca (2 %)

Bảng 3.2.3 Biến chứng sau mổ

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
Chảy máu	2	4
Dính cuốn	0	0
Không biến chứng	48	96

Nhận xét : Có 2 ca có biến chứng sau mổ là chảy máu chiếm tỷ lệ 4 % .

#### IV.BÀN LUẬN :

Nội soi giúp quan sát tốt , kiểm soát từng thì trong phẫu thuật giúp hạn chế tối đa các tai biến trong phẫu thuật do đó không có thủng vách ngăn sau mổ . Trong nghiên cứu này tỷ lệ tai biến trong mổ chiếm 16 % (8/50), trong đó chỉ có 1 ca bị rách niêm mạc vách ngăn 2 bên chiếm tỷ lệ 2 % , còn lại chỉ bị rách 1 bên chiếm tỷ lệ 14%. Nguyên nhân là do niêm mạc chỗ vách ngăn bị vẹo rất mỏng, dù thao tác tốt nhưng vẫn có khả năng bị rách niêm mạc, nhưng nội soi giúp quan sát tốt để tránh làm vết rách lan rộng hay rách đối bên. Trường hợp rách niêm mạc 2 bên trong nghiên cứu này có vị trí rách không đối bên nên không ảnh hưởng đến khả năng hồi phục niêm mạc vách ngăn sau mổ .So Sánh với nghiên cứu của Nguyễn Quốc Dũng và cộng sự tại bệnh viện Đại học Y Dược Huế ,tỷ lệ tai biến rách niêm mạc 1 bên là 21 % (13/61), rách niêm mạc 2 bên là 1.6% (1/61) .Tỷ lệ tai biến trong nghiên cứu tại bệnh viện ĐKKV An Giang thấp hơn do cỡ mẫu ít hơn mẫu nghiên cứu của Nguyễn Quốc Dũng.

Trong nghiên cứu của Nguyễn Quốc Dũng, tỷ lệ xén vách ngăn kết hợp với phẫu thuật khác là 23 % (14/61 ca) ít hơn bệnh viện ĐKKV An Giang nghĩ do bệnh

nhân đến khám tại bệnh viện ĐHYD Huế có ít bệnh mũi xoang kết hợp vì ý thức người dân cao hơn, đến khám sớm được chẩn đoán và điều trị kịp thời .

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật có xảy ra nhưng không nặng nề, chỉ dừng lại ở mức chảy máu vết mổ (4 %) chứ không bị dính cuốn .Tỷ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của Nguyễn Quốc Dũng là 3.2 % (1/61 ca chảy máu vết mổ, 1/61 ca dính cuốn )

Tóm lại , phẫu thuật chỉnh hình vách ngăn qua nội soi có tai biến hay gặp là rách niêm mạc vách ngăn 1 bên do phẫu trường nhỏ, niêm mạc vách ngăn nơi vẹo rất mỏng, dễ rách.Nhưng tai biến này không đáng lo vì sau mổ chỗ rách sẽ tự lành. Chỉ đáng ngại là nếu rách niêm mạc vách ngăn 2 bên đối xứng nhau thì rất khó lành lại như cũ vì niêm mạc không có chỗ bám để phục hồi.Trong nghiên cứu này cũng như báo cáo của Nguyễn Quốc Dũng đều không xảy ra tai biến này .

## V. KẾT LUẬN

Tóm lại qua nghiên cứu trên cho thấy phẫu thuật nội soi vách ngăn có nhiều ưu điểm,ít tai biến, biến chứng. Phẫu thuật nội soi giúp bảo tồn được phần vách ngăn không bị vẹo, quan sát tốt phần cao và phía sau của vách ngăn giúp cho phẫu thuật viên tự tin trong lúc mổ .Do đó hậu phẫu nhẹ nhàng, bệnh nhân ít đau hơn và giảm thời gian nhét mech mũi , thời gian nằm viện sau mổ. Ngoài ra còn 1 ưu điểm nữa là phẫu trường hiện rõ trên màn hình máy nội soi nên rất hữu ích trong việc hướng dẫn , chuyển giao kỹ thuật cho tuyến dưới .

### *Tài liệu tham khảo:*

1.Nguyễn Quốc Dũng và cộng sự (2011), “Đánh giá kết quả phẫu thuật dị hình vách ngăn mũi bằng nội soi” tại khoa TMH bệnh viện Đại học y dược Huế và bệnh viện Trung Ương Huế từ tháng 5/2010 – 5/2011 ,tr 32 – 36.

2.Huỳnh Khắc Cường và cộng sự (2006) , “vẹo vách ngăn mũi “, cập nhật chẩn đoán và điều trị bệnh lý mũi xoang ,tr 98-105.

3.Phạm Kiên Hữu (2004), “Chỉnh hình vách ngăn dưới niêm mạc qua nội soi nhân 68 trường hợp tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định”,tạp chí Y học Tp HCM tr.28-31.

4.Trần Trọng Uyên Minh (2006), “Khảo sát bệnh cảnh nhức đầu có điểm tiếp xúc cuốn mũi – vách ngăn và vấn đề điều trị “, nội san Hội nghị Khoa Học kỹ thuật ,bệnh viện Tai Mũi Họng tp.HCM tr.321-331.

**KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG**  
**SỐC SỐT XUẤT DENGUE Ở TRẺ TỪ DƯỚI 15 TUỔI**  
**ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NHI BVĐKKV TỈNH NĂM 2014 – 2015**

BS: ĐÀO CHÂU KHÔI, BS NGUYỄN THỊ KIM LIÊN  
BS BÀNH ĐẠT THÔNG, BS HUỖNH THỊ KIỀU PHƯƠNG

**I. Đặt vấn đề:**

Bệnh sốt xuất huyết Dengue ( SXH- D) là một bệnh nhiễm khuẩn cấp tính do siêu vi Dengue gây ra và truyền cho người qua muỗi vằn Aedes aegypti. Chẩn đoán lâm sàng và điều trị SXH –D đã được Tổ Chức Y Tế Thế Giới (TCYTGG) chuẩn hóa và hoàn thiện dần bằng phác đồ hướng dẫn điều trị của TCYTGG.

Sốc SXH – Dengue còn gia tăng và gây nhiều biến chứng do chẩn đoán chậm , sốc kéo dài, suy đa cơ quan , suy hô hấp.

Chống sốc SXH – Dengue còn gặp phải nhiều vấn đề khó khăn: Tái sốc, sốc kéo dài cần dùng dung dịch cao phân tử kéo dài đưa đến suy hô hấp, quá tải tuần hoàn.

Chính vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “ Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị sốc SXH - Deugeu ở trẻ nhũn: Có phương pháp nào hay hơn xử trí tốt là quan trọng.

**Mục tiêu nghiên cứu:**

**Mục tiêu tổng quát**

Đánh giá hiệu quả điều trị sốc SXH Deugue tại Khoa Nhi Bệnh viện ĐKKV Tỉnh năm 2014 - 2015.

**Mục tiêu cụ thể**

- 1.Xác định tỉ lệ đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng sốc SXH Dengue.
- 2.Tính tỉ lệ dịch truyền cao phân tử của từng loại sốc SXH Dengue.
3. Tổng kết so sánh tỉ lệ tái sốc của từng loại dịch.

4. Tính thời gian nằm viện, tỉ lệ biến chứng sốc SXH Dengue.

## **II. Đối tượng và Phương pháp nghiên cứu:**

### **1. Đối tượng nghiên cứu:**

**1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh:** Bệnh nhi  $\leq 15$  tuổi, sốt xuất huyết Dengue xác định bằng huyết thanh chẩn đoán Mac ELISA ( IgM) Dengue dương tính hoặc Test NS1 dengue dương tính, hoặc Sốc SXH - Dengue.

**1.2. Tiêu chuẩn không lựa chọn:** Bệnh nhi được chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue theo tiêu chuẩn của TCYTTC. Có bất thường bệnh lý khác đi kèm như bệnh tim, phổi, thận.

### **2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiền cứu.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ năm 2014 – 6/2015, tại Khoa Nhi BVĐKKV Tỉnh.

Các bước tiến hành

Thu thập số liệu: Hồi cứu hồ sơ các dữ kiện: tuổi, giới tính, ngày vào viện, ngày vào sốc, lý do vào viện, chẩn đoán lúc vào viện, mạch lúc vào sốc, HA lúc vào sốc, Hct lúc vào sốc, tiểu cầu lúc vào sốc, test NS 1, Mac Elisa SXH, chẩn đoán lúc vào sốc, các loại dịch truyền, tái sốc, hỗ trợ hô hấp, chẩn đoán ra viện, thời gian nằm viện.

Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 16.0.

## **III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:**

Trong năm 2014 – tháng 6/2015, có 62 trường hợp sốt xuất huyết Dengue, với test NS1 dương tính hoặc huyết thanh chẩn đoán ELISA Dengue dương tính, với các đặc điểm sau:

### **3.1. Đặc điểm dịch tễ học:**

- Giới tính: nam/ nữ: 37/25, nam chiếm 59,7%, nữ chiếm 40.3%

Bảng 3.1: Đặc điểm dịch tễ học

Đặc điểm	Số ca bệnh	Tỉ lệ %
Tuổi ( tuổi)		
1	1	1,6
Dưới 5 tuổi	10	16,1
Dưới 10 tuổi	34	54,8
Trên 10 tuổi	17	27,4
Ngày vào sóc		
3	2	3,2
4	24	38,7
5	25	40,3
6	10	16,1
7	1	1,6
Chẩn đoán lúc vào viện		
Chưa sóc	33	53,2
Dấu hiệu cảnh báo	10	16,1
Sóc	15	24,2
Sóc nặng	4	6,5

Nhận xét:

Năm 2014 số cas sốt SXH thấp so 6 tháng đầu năm 2015

Giới tính: nam mắc nhiều hơn nữ, không có ý nghĩa thống kê

Tuổi : Nhỏ nhất 1 tuổi, trung bình dưới 10 tuổi mắc nhiều nhất, lớn nhất trên 10 tuổi ít gặp.

Ngày vào sốt : TB  $4,7 \pm 0,8$  (sớm nhất 3 ngày, trễ nhất 7 ngày)

Ngày vào viện: TB  $3,8 \pm 1,5$  ngày

Thời gian vào sốt: TB 24.1 giờ (0 giờ-120giờ)

Chẩn đoán lúc vào viện:

Sốt SXH D có 33 ca ( 53,2%), Sốt SXH D có dấu hiệu cảnh báo 10 ca ( 16,1%), Sốt SXH D có 15 ca ( 24,2%), Sốt SXH D nặng có 4 ca ( 6,5%),

## 2. Biểu hiện lâm sàng – cận lâm sàng sốt SXH Dengue

Thời gian từ lúc nhập viện đến khi vào sốt TB 24,1 giờ ( từ 0 – 120 giờ)

Bảng 2: Biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng sốt SXH - Deugue

Đặc điểm	Kết quả
Mạch lúc vào sốt	TB $107,2 \pm 30,5$ ( nhỏ nhất =0, nhanh nhất =140 nhịp)
HA lúc vào sốt	Kẹp cao ( 2- 2,5mmHg) 24,1% Kẹp thấp (1 – 1,5mmHg) 69,4% Không đo được 6,5%
Hct lúc vào sốt	TB $48,6\% \pm 4,8$ ( nhỏ nhất 36%, lớn nhất 59%)

Tiêu cầu lúc vào sóc	Có tái sóc 32.000±29.816 Không tái sóc 41.860±23.753
Test NS 1	Dương tính 55 ( 88,7%)
Mac Elisa SXH(49 ca bệnh)	Dương tính 28 (57.1%)
Sóc SXH Dengue	58ca ( 93,5%)
Sóc SXH Dengue nặng	4 ca ( 6,5%)

### 3. Điều trị sóc SXH Dengue:

Bảng 3: Phương pháp điều trị

Đặc điểm	Kết quả
Lactat Ringer (ml/kg)	TB 40,16 ± 25,2
Voluven 6 % (ml/kg)	TB 85,75 ± 74,66
Refortant 6 % (ml/kg)	TB 64,14 ± 84,91
Máu (ml/kg)	TB 1,34 ± 4,2
Tổng lượng dịch truyền (ml/kg)	TB 192,44 ± 49,64
Thở Oxy	26 ca ( 41,9%)
Thở NCPAP	13 ca (21%)
Thở Máy	1ca ( 1,6)

Nhận xét: Thở NCPAP: Có thở 13(21%), không thở NCPAP 49(79%).

Thở máy: Có thở máy 1(1.6%), không thở máy 61(98.45).

#### 4. Kết quả điều trị:

Bảng 4: Kết quả điều trị

Đặc điểm	Kết quả
Thời gian truyền dịch	TB 35± 8
Tỉ lệ tử vong	0 (%)
Xuất viện	60 (96,8%)
Chuyển viện	2 (3,2%)

Khỏi	57(96.8%)	3(100%)	0.74
Chuyển tuyến trên	2(3.2%)	0(0%)	

Nhận xét: Không có sự liên quan giữa tái sức và chuyển tuyến trên.

Khỏi 60(96.8%), chuyển tuyến trên 2(3.2%).

Tái sức: 3(4.8%), không tái sức 59(95.2%).

Suy hô hấp: Có suy hô hấp 26(41.9%), không suy hô hấp 36(58.1%)

#### 5. Khảo sát các yếu tố tương quan đến kết quả điều trị

Bảng 5: Một số yếu tố tương quan đến tái sộc SXH

		Số ca bệnh	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Ngày vào viện	Tái sộc	3	3.67	0.57
	Không tái sộc	59	3.88	1.57
Tổng lượng dịch	Tái sộc	3	218	72.79
	Không tái sộc	58	191.12	48.70
Hct lúc vào sộc	Tái sộc	3	48.33	3.51
	Không tái sộc	59	48.95	4.94
Thời gian truyền dịch	Tái sộc	3	41	18.73
	Không tái sộc	59	34.71	7.32
Tiểu cầu	Tái sộc	3	32	29.81
	Không tái sộc	59	41.86	23.75

### Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means			
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed) <b>P</b>	Mean Difference
thoi gian u benh	Equal variances assumed	1.226	.273	-.233	60	<b>.816</b>	
	Equal variances not assumed			-.548	3.785	.614	

TONG LUONG DICH	Equal variances assumed	.897	.348	.913	59	.365	2€
	Equal variances not assumed			.632	2.094	.589	2€
HCT LUC VAO SOC	Equal variances assumed	.663	.419	-.212	60	.833	
	Equal variances not assumed			-.289	2.424	.795	
THOI GIAN TRYUEN DICH	Equal variances assumed	8.214	.006	1.333	60	.187	€
	Equal variances not assumed			.579	2.031	.620	€
TIEU CAU	Equal variances assumed	.060	.808	-.695	60	.490	-€
	Equal variances not assumed			-.564	2.131	.626	-€

Bảng 6: Liên quan tái sóc SXH và kết quả điều trị

### KET QUẢ ĐIỀU TRỊ \* TAI SỐC Crosstabulation

		TAI SỐC		Total
		0	1	
KET QUẢ ĐIỀU TRỊ	KHOI Count	57	3	60
	% within TAI SỐC	96.6%	100.0%	96.8%
2	Count	2	0	2
	% within TAI SỐC	3.4%	.0%	3.2%
Total	Count	59	3	62
	% within TAI SỐC	100.0%	100.0%	100.0%

(P = 0,74, không có ý nghĩa thống kê)

### BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu bệnh nhi sốt xuất huyết Dengue được điều trị tại Khoa Nhi BVĐKKV Tỉnh chúng tôi chọn được 62 ca sốc sốt xuất huyết Dengue ( Sốc SXH D) đủ tiêu chuẩn chọn với huyết thanh chẩn đoán IgM ELISA Dengue dương tính hoặc test NS1 dương tính, tiêu cầu giảm được đưa vào lô nghiên cứu, nhỏ nhất là 1tuổi ít gặp thường gặp nhất trẻ từ 5 đến 10 tuổi chiếm tỉ lệ cao (54,8%) so nhóm nghiên cứu BV NĐI ( 46,6%) . Ngày vào sốc trung bình  $4,7 \pm 0,8$  ngày, sớm nhất 3 ngày trễ nhất 7 ngày, vào sốc sớm thường có liên quan đến yếu tố nguy cơ tái sốc ( 4,8%), ngày vào viện trung bình  $3,8 \pm 1,5$  ngày, thời gian vào sốc trung bình 24,1 giờ ( sớm nhất 0 giờ và trễ nhất 120 giờ ) liên quan đến chẩn đoán sốc SXH D (93,5%) và sốc SXH D nặng ( 6,5%).

Các dấu hiệu mạch trung bình  $107.2 \pm 30,5$  nhỏ nhất không bắt được, nhanh nhất 140 nhịp, huyết áp = 0 (6,5%), kẹp thấp 69,4% ( HA tâm thu/HA tâm trương chênh từ 2 – 2,5mmHg), kẹp cao 24,2% ( chênh từ 1 – 1,5mmHg), Hct trung bình  $48,6 \pm 4,8$  . Các yếu tố này có liên quan đến vấn đề tái sốc 3 ca (4,8%), không tái sốc 59 ca (95,2%) thời gian truyền dịch trung bình  $35,02 \pm 8,01$ , tổng lượng dịch có tái sốc trung bình 218ml, không tái sốc trung bình 191,12ml và loại dịch truyền cho bệnh nhi.

Không có sự liên quan giữa tái sốt và chuyển tuyến trên, khỏi 60(96.8%), chuyển tuyến trên 2(3.2%) , tái sốt 3 (4.8%), không tái sốt 59 (95.2%), suy hô hấp có suy hô hấp 26(41.9%), không suy hô hấp 36(58.1%), không có ý nghĩa thống kê

### **5. Kết luận và khuyến nghị:**

Sốt sốt xuất huyết Dengue ở trẻ từ 14 tuổi được điều trị tại khoa nhi BVĐKKV Tỉnh

### **6 Tài liệu tham khảo:**

Tài liệu tiếng việt:

Sách: Phác đồ điều trị bệnh viện nhi động I năm 2013.

Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh “ tập 15” Phụ bản số 4 năm 2011

THỐNG KÊ

## 08 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT RUỘT THỪA Ở TRẺ EM

*BS Nguyễn Văn Ngãi, BS Nguyễn Thanh Long,  
BS Nguyễn Hữu Tuấn, BS Tăng Văn Dũng*

### ĐẶT VẤN ĐỀ

- Viêm ruột thừa là bệnh lý ngoại khoa rất thường gặp
- Đối với trẻ em, nhất là trẻ nhỏ việc chẩn đoán, theo dõi... đến khi mổ thường chậm trễ, đa số bị viêm phúc mạc.
- Việt Nam gần đây, tỉ lệ Viêm phúc mạc do ruột thừa trẻ em ( từ 5-15 tuổi) chiếm 56,9%.
- Mổ mở là việc làm thường xuyên nhưng để lại các biến chứng do mổ mở ( nhiễm trùng vết mổ, chậm đi lại sau mổ do đau, dính ruột...)
- Ngày nay phẫu thuật nội soi ổ bụng, giúp bệnh nhân mau hồi phục, giảm các biến chứng do mổ mở và thời gian nằm viện ngắn...
- Bệnh viện ĐKKV Tỉnh chưa áp dụng mổ nội soi ở trẻ < 15 tuổi
- Do đó việc chẩn đoán và điều trị sớm viêm ruột thừa trẻ em bằng phẫu thuật nội soi là vấn đề cần được quan tâm và phát triển rộng rãi hơn.

### HÀNH CHÁNH

STT	TÊN	GIỚI	TUỔI	CÂN NẶNG(KG)	ĐỊA CHỈ	THỜI GIAN NV
1	LÊ THỊ YẾN NHI	NỮ	12	24	AN PHÚ-AG	18 GIỜ
2	HUỶNH THỊ BẢO DUYÊN	NỮ	10	22	TÂN CHÂU-AG	14 GIỜ
3	LÊ THÀNH ĐOÀN	NAM	9	25	CHÂU ĐỐC-AG	12 GIỜ
4	NGUYỄN TRẦN QUỐC KIẾT	NAM	7	21	CHÂU PHÚ-AG	24 GIỜ
5	DƯƠNG VĂN TẤN	NAM	8	24	TỊNH BIÊN-AG	23 GIỜ
6	DƯƠNG THIỆU THÚY GIANG	NỮ	10	23	AN PHÚ-AG	16 GIỜ
7	PHẠM THANH PHONG	NAM	11	25	CHÂU PHÚ-AG	12 GIỜ
8	BÙI TRƯỜNG ANH	NAM	14	26	AN PHÚ-AG	03 NGÀY

### LÂM SÀNG

STT	ĐAU KHỞI ĐẦU→HƯỚNG LAN	ĐIỀU TRỊ TRƯỚC NV	SỐT °C	KÈM THEO	KHÁM
1	HC(P)	-	38	-	McBurney (+)
2	HC(P)	-	38,5	-	McBurney (+)
3	THƯỢNG VỊ→HC(P)	-	37,2	-	McBurney (+)
4	QUANH RÓN→HC(P)	-	37	-	McBurney (+)
5	THƯỢNG VỊ→HC(P)	-	37,5	-	McBurney (+)
6	HC(P)	-	37,5	-	McBurney (+)
7	HC(P)	-	37,5	-	McBurney (+)
8	QUANH RÓN→KHẤP BỤNG	TỰ ĐIỀU TRỊ	38,6	TIÊU CHẢY	ĐỀ KHÁNG HC(P) PHẢN ỨNG PM(+)

### CẬN LÂM SÀNG

STT	CT BẠCH CẦU (K/μ L)	NEUTRO PHIL(%)	KẾT QUẢ SIÊU ÂM
1	16,2	83,2	HÌNH ẢNH VRT CẤP
2	10	80	HÌNH ẢNH VRT CẤP
3	11	69	HÌNH ẢNH VRT CẤP
4	11	75	HÌNH ẢNH VRT CẤP
5	14,4	86,7	HÌNH ẢNH VRT CẤP
6	11	80	HÌNH ẢNH VRT CẤP
7	13,9	73,9	HÌNH ẢNH VRT CẤP
8	15	86,3	CÁC QUAI RUỘT DẪN GIẢM NHU ĐỘNG

### KẾT QUẢ

STT	HÌNH ẢNH ĐẠI THỂ	THỜI GIAN MỎ	CHUYÊN MỎ MỎ	B/C TRONG MỎ
1	RT NUNG MỦ	45	-	-
2	RT NUNG MỦ	30	-	-
3	RT NUNG MỦ	30	-	-
4	RT NUNG MỦ	30	-	-
5	RT NUNG MỦ	45	-	-
6	RT NUNG MỦ	30	-	-
7	RT NUNG MỦ	30	-	-
8	RT VỠ Ở ĐẦU	60	-	-

## THEO DÕI

STT	THỜI GIAN TRUNG TIỀN	THỜI GIAN NÀM VIỆN	B/C SAU MỔ	TD SAU TÁI KHÁM(1T, 1 TH)
1	24	04	-	TỐT
2	<24	05	-	TỐT
3	24	04	-	TỐT
4	<24	04	-	TỐT
5	24	04	-	TỐT
6	24	04	-	TỐT
7	24	04	-	TỐT
8	24	07	-	TỐT

## BÀN LUẬN

- Lâm sàng viêm ruột thừa cấp đặc hiệu, chẩn đoán và xử trí kịp thời.
- Cận lâm sàng phù hợp với chẩn đoán.
- Mổ ruột thừa trẻ em có lợi điểm như ở người lớn và không có chống chỉ định ngay cả trong trường hợp có viêm phúc mạc ruột thừa.
- Thời gian mổ ngắn, mang hiệu quả cao.
- Không thấy biến chứng cho các ca mổ.
- Tỷ lệ chuyển mổ mở 0%.
- Xuất viện sớm, chất lượng cuộc sống tốt.
- Ngày càng nhiều người có ý thức đem con sớm đến cơ sở y tế.