

MỤC LỤC

| STT | TÊN ĐỀ TÀI | TRANG |
|-----|---|-------|
| 1 | Hiệu quả của nuôi ăn sớm trong phẫu thuật nội soi cắt đại tràng do ung thư. <i>TS.BS Nguyễn Hữu Thịnh, BS Tạ Ngọc Liên BS La Minh Đức, BV ĐH Y Dược TPHCM</i> | 4 |
| 2 | Kết quả phẫu thuật Alteimerer điều trị sa trực tràng toàn bộ ở người lớn. <i>Ths.BS Lê Châu Hoàng Quốc Chương BV ĐH Y Dược TPHCM</i> | 10 |
| 3 | Xử trí chảy máu thứ phát sau mổ trĩ - Tổng kết bước đầu <i>PGS.TS.BS. Nguyễn Trung Tín, BS. Nguyễn Hoàng Duy, BS.Lưu Hiếu Nghĩa - BV ĐH Y Dược TPHCM</i> | 16 |
| 4 | Phẫu thuật Bascom nâng rãnh gian mông khâu vết mổ thì đầu không đối xứng điều trị bệnh xoang tổ lông cùn cụt. <i>PGS.TS.BS. Nguyễn Trung Tín, BS. Nguyễn Hoàng Duy, BS.Lưu Hiếu Nghĩa - BV ĐH Y Dược TPHCM</i> | 26 |
| 5 | Kết quả 5 năm phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi: Tiếp nhận đường nách và quàng vú <i>TS.BS. Đỗ Hữu Liệt, BS CKII Đoàn Tiến Mỹ, BS. CKII Hoàng Công Thành , BS Nguyễn Thái Tuấn</i> | 33 |
| 6 | Tiêu sợi huyết trong điều trị nhồi máu não. <i>BS Võ Thị Trinh Nữ - BV Nhật Tân</i> | 40 |
| 7 | Điều trị phẫu thuật gãy xương đòn. <i>BS Nguyễn Quốc Thái - BV Nhật Tân</i> | 46 |
| 8 | Kết quả phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em tại BV Sản Nhi AG 2016-2017. <i>BS Nguyễn Tr Nghĩa, BS Đỗ T Bích Nga BS Lê Cao Sang – BV Sản Nhi An Giang</i> | 52 |
| 9 | Nhân trường hợp phẫu thuật thành công vỡ tá tràng do tắc tá tràng bẩm sinh, sơ sinh. <i>BS Đỗ Thị Bích Nga BS Nguyễn Trọng Nghĩa BV Sản Nhi An Giang</i> | 58 |
| 10 | Xác định các chỉ số siêu âm doppler động mạch tử cung ở thai nghén bình thường tuổi thai 11 -28 tuần tại bệnh viện đa khoa thành phố châu đốc. <i>BS. Salayman, BS.Lê Hữu Đức, CN.Huỳnh Mỹ Phúc –BV ĐK TPCĐ</i> | 61 |
| 11 | Đánh giá kết quả điều trị chấn thương gan, lách trong chấn thương bụng kín tại BVĐKKV tỉnh An Giang năm 2017 <i>TS.BS Lữ Văn Trang, BSCKII Nguyễn T Huy BSCKII Lê Văn Cường , Nguyễn Ngọc Thanh</i> | 72 |

| | | |
|----|--|-----|
| 12 | Đánh giá bước đầu phẫu thuật nội soi cắt tử cung tại BVĐKKV tỉnh AG. <i>BS CKI Phạm Hồng Loan, BS CKI Nguyễn Hoàng Huy BS CKI Phạm Bích Loan, BS CKI Nguyễn T B Liên</i> | 78 |
| 13 | Kết quả điều trị thoát vị bẹn tại BVKV tỉnh AG - Phẫu thuật nội soi và mổ hở. <i>TS.BS Lữ Văn Trang, TS.BS Trần Phước Hồng, CV La Văn Hoàng, KTV Mã Trí Nhân</i> | 82 |
| 14 | Nghiên cứu tình hình, các yếu tố liên quan và đánh giá kết quả điều trị loãng xương bằng Alendronate phối hợp với canxi và vitamine D3 ở phụ nữ ≥ 40 tuổi điều trị ở BVĐKKV tỉnh AG 2016-2017. <i>BS CKI Nguyễn Văn Ngọc Răng, BS CKII Phạm Kim Xoàn CN.Trần Văn An, ĐD Cao Thị Oanh</i> | 92 |
| 15 | Kết quả phẫu thuật nội soi treo trực ụ nhô điều trị sa trực tràng toàn bộ. <i>TS.BS Trần Phước Hồng</i> | 102 |
| 16 | Nghiên cứu tỉ lệ, đặc điểm và yếu tố nguy cơ gây tổn thương thận cấp ở bệnh nhân suy tim mạn bù cấp. <i>ThS.BS Thái Hán Vinh, BS CKI Nguyễn Thị Trà My BS CKI Trần Bửu Thọ, Võ Thị Bạch Yến</i> | 113 |
| 17 | Giá trị CRP trong sốt xuất huyết ở trẻ em tại BV Nhi Đồng I năm 2016-2017. <i>BSCCKII Nguyễn Thị Thái Phiên</i> | 119 |
| 18 | Đánh giá hiệu quả lọc máu định kỳ tại BVĐKKV tỉnh AG <i>BSCCKII Ng Thị Bích Thủy, BS Mousa BS Đoàn T Trúc Đào, Đỗ Thị D Ngọc</i> | 129 |
| 19 | Đánh giá kết quả nội soi cấp cứu điều trị xuất huyết tiêu hóa trên năm 2016-2017 tại BVĐKKV tỉnh An Giang. <i>ThsBS Hồ Ngọc Điệp, BS CKI Trần Minh Quang BS Lê Thiện Hòa, Cao Thị Hợp</i> | 137 |
| 20 | Tổng kết tình hình điều trị tắc ruột sau mổ tại BVĐKKV tỉnh An Giang. <i>BS CKI Đặng Minh Triết, BS CKI Nguyễn Hữu Tuấn BS CKI Nguyễn Thanh Cao</i> | 143 |
| 21 | Báo cáo nhân một trường hợp Trichobezoars dạ dày. <i>BS CKI Ngô Hùng Sơn, BS CKI Bành Đạt Thông</i> | 150 |
| 22 | Báo cáo ca áp xe gan vỡ vào màng phổi điều trị tại Khoa Nhi năm 2017. <i>BS CKI Đặng Đức Trí, BS CKI Đào Châu Khôi</i> | 153 |

| | | |
|----|---|-----|
| 23 | Vai trò của nội soi ống mềm trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý đại tràng từ 03->10/2017. <i>BS Lê Thiện Hòa, Hồ Văn Của BS Nguyễn Văn Bình, Lê Th Nhèn</i> | 156 |
| 24 | Đánh giá sự hiểu biết phụ huynh về tình trạng răng số 6 của trẻ từ 6->11 tuổi đến khám tại BV ĐKKV tỉnh An Giang <i>BS CKI Nguyễn Viêt Tuấn, BS CKI Nguyễn Thị Bích Thủy BS Trương Huỳnh Khanh, Lê T Phương Thảo</i> | 170 |
| 25 | Đánh giá tác dụng gây tê tủy sống bằng bupivacaine phối hợp sufentanyl với bupivacain đơn thân trong mổ lấy thai. <i>BS Nguyễn Trung Chánh ,BS CKI Tăng Văn Dũng Phạm Thị Ngọc Diễm, Phạm T C Dung</i> | 175 |
| 26 | Nghiên cứu tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại BV ĐKKV tỉnh An Giang năm 2017. <i>BS CKII Hồ Thị Thanh Thủy, BS.CKI Nguyễn Phú Duy CN. Lê Tuyết Ngân, HSTH. Hoàng thị Trà My</i> | 182 |
| 27 | Nghiên cứu đặc điểm nhiễm khuẩn sơ sinh tại BVĐKKV tỉnh An Giang. <i>BS.CKII Hồ Thị Thanh Thủy BS.CKI Nguyễn Thị Kim Liên ĐD. Lý Thị Bích Tuyền KTV. Lê Thị Kim Thanh</i> | 189 |
| 28 | Khảo sát mối liên quan giữa phương pháp phẫu thuật cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực với biến chứng chảy máu sau cắt amidan. <i>BS CKI Phạm Dân Nguyên, BS CKI Lê Thiện Hiệp Nguyễn T Thanh Bay, Trần Ngọc Huệ</i> | 197 |
| 29 | Khảo sát tình hình tương tác thuốc tại BVĐK KV tỉnh An Giang năm 2017. <i>BS CKI Ngô Hùng Sơn, DS Lê Thị Thủy Trần Kim Sơn, Trần Trí Thẩm</i> | 201 |
| 30 | Khảo sát tình hình kê đơn thuốc điều trị ngoại trú tại BVĐKKV tỉnh An Giang năm 2017 <i>Nguyễn T Kim Thảo, Ngô T Anh Loan Nguyễn T Kiều Oanh, Nguyễn T T Dương</i> | 208 |

HIỆU QUẢ CỦA NUÔI ĂN SỚM TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRÀNG DO UNG THƯ

*Nguyễn Hữu Thịnh, Tạ Ngọc Tiên,
La Minh Đức - BV Đại học Y Dược TPHCM*

Đặt vấn đề: Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm so sánh kết quả sớm sau mổ giữa phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt đại tràng do ung thư có và không có nuôi ăn sớm.

Phương pháp nghiên cứu: Có 60 bệnh nhân PTNS cắt đại tràng do ung thư, được chia không ngẫu nhiên vào hai nhóm. Nhóm I (n = 30), là nhóm nghiên cứu gồm những bệnh nhân được nuôi ăn sớm sau phẫu thuật. Nhóm II (n = 30), là nhóm bệnh nhân không được nuôi ăn sớm.

Kết quả: Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm về tuổi, tiền căn phẫu thuật vùng bụng, phân loại ASA, đái tháo đường, phương pháp phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, giải phẫu bệnh và biến chứng chung sau mổ. Không ghi nhận trường hợp nào xì miệng nối, phẫu thuật lại, tử vong hay nhập viện lại trong vòng 30 ngày sau mổ. Ở nhóm I, có 80% trường hợp dung nạp với nuôi ăn sớm, không có sự khác biệt về tỉ lệ buồn nôn và nôn sau mổ giữa hai nhóm. Thời điểm đạt được chế độ ăn bình thường, thời điểm trung tiện và thời điểm đi tiêu lần đầu ở nhóm I sớm hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm II ($p < 0,001$). Thời gian nằm viện sau mổ ở nhóm I (6,7 ngày), ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm II (7,5 ngày) ($p = 0,019$).

Kết luận: Kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy rằng, nuôi ăn sớm sau phẫu thuật nội soi cắt đại tràng là khả thi, an toàn và mang lại nhiều lợi ích trên sự phục hồi sau mổ của bệnh nhân.

THE EFFECT OF EARLY POSTOPERATIVE ORAL FEEDING AFTER LAPAROSCOPIC COLON RESECTION SURGERY FOR CANCER

Aims: We performed this trial to compare the early surgical outcomes following early postoperative oral feeding with traditional oral feeding in patients undergoing elective laparoscopic colon resection surgery.

Methods: 60 patients were splitted non-randomized into two groups. Group I (n = 30): early feeding patients. Group II (n = 30): ordinary feeding patients.

Results: There were no significant differences in age, ASA, diabetes mellitus, prior abdominal surgery, types of procedures, operative duration, postoperative histopathology and total postoperative complications in either group. Early oral intake was tolerated by 80% of group I. There were no significant differences in the rates of nausea or vomiting. The first defecation, the first passage of flatus and the regular diet were also tolerated by patients in the group I significantly earlier than those in the group II ($p < 0.001$). The mean length of hospital stay was 6.7 days in the group I versus 7.5 days in the group II ($p = 0.019$). There were no anastomotic leak, reoperation, death or readmitted to hospital within 30 days after surgery.

Conclusions: This study has objectively demonstrated that early postoperative oral feeding is feasible, safe and beneficial for patients undergoing elective laparoscopic colon resection surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù có nhiều tiến bộ nhưng theo y văn thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật cắt đại tràng vẫn còn kéo dài 6-12 ngày, với tỉ lệ biến chứng 15-20% [12]. Ngày nay, phẫu thuật nội soi (PTNS) đã trở thành phương pháp tiêu chuẩn trong điều trị ung thư đại trực tràng, với tỉ lệ tăng từ 13, 8% năm 2007 lên 42,6% năm 2009. Bằng việc áp dụng những phương pháp chăm sóc và điều trị mới, thời gian nằm viện đã giảm đáng kể, còn khoảng 4-6 ngày trong PTNS cắt đại tràng.

Hồi phục sớm sau phẫu thuật là chương trình chăm sóc bệnh nhân một cách toàn diện gồm nhiều giai đoạn, bắt đầu từ trước mổ, trong mổ, sau mổ và cho đến sau khi ra viện. Sự kết hợp giữa PTNS và chương trình hồi phục sớm trong điều trị ung thư đại tràng đã mang lại sự cải thiện ngoạn mục về sự hồi phục sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện sau mổ xuống chỉ còn khoảng 2-3 ngày [15]. Khoảng 70% các trường hợp ung thư đường tiêu hóa có vấn đề về tình trạng dinh dưỡng, tỉ lệ này còn cao hơn ở những trường hợp lớn tuổi. Hỗ trợ dinh dưỡng sau mổ trở thành một chiến lược quan trọng để cải thiện tình trạng dinh dưỡng ở bệnh nhân ung thư đường tiêu hóa sau phẫu thuật [8]. Nuôi ăn sớm là một phần của chương trình hồi phục sớm sau mổ, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm so sánh kết quả phẫu thuật giữa hai nhóm có và không có nuôi ăn sớm sau PTNS cắt đại tràng do ung thư.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân được PTNS cắt đại tràng do ung thư tại bệnh viện Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh từ tháng 09 năm 2016 đến tháng 05 năm 2017.

Tiêu chuẩn loại trừ: không thực hiện miệng nối, có làm dẫn lưu trên dòng, giải phẫu bệnh sau mổ không phải là ung thư.

Phương pháp nghiên cứu

Tiến cứu, thử nghiệm lâm sàng có nhóm chứng.

Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức là 30 trường hợp mỗi nhóm.

Kế hoạch thực hiện

Các bước tiến hành: Bệnh nhân được tuyển chọn chia vào 2 nhóm không ngẫu nhiên theo phẫu thuật viên.

- Trước mổ : Điều chỉnh và ổn định các rối loạn nội khoa, tư vấn trước mổ, ăn cháo loãng ngày trước mổ, sau 22 giờ thì nhịn ăn uống hoàn toàn, chuẩn bị ruột đường uống.

- Trong mổ: thông mũi dạ dày và thông tiểu được đặt thường quy.

- Sau mổ: Giảm đau sau mổ bằng paracetamol, ketorolac, tramadol và giảm đau ngoài màng cứng; sau đó sẽ được giảm liều thuốc dần và nhanh chóng chuyển sang dạng uống ngay khi có thể. Khi người bệnh uống được thì

dùng Ultracet (Paracetamol + Tramadol) 1 viên mỗi 6 giờ ± Meloxicam 15mg 1 viên. Điều chỉnh theo mức độ đau.

Nhóm chứng: Nuôi ăn đường miệng khi bắt đầu có trung tiện

Nhóm nuôi ăn sớm: Cho bệnh nhân ăn sớm bằng đường miệng trong vòng 24 giờ sau mổ, khởi đầu bằng nước và trong vòng 6 – 12 giờ tiếp theo sẽ ăn cháo. Chế độ ăn từ lỏng đến rắn dần, cho đến khi ăn uống bình thường. Nuôi dưỡng tĩnh mạch bổ sung và điều chỉnh theo khả năng ăn qua đường miệng.

Tiêu chuẩn xuất viện: Bệnh nhân dung nạp với chế độ ăn lỏng và đặc; kiểm soát đau tốt bằng thuốc giảm đau uống, tức không đau hoặc đau nhẹ; trung tiện hoặc đi tiêu được; không có vấn đề cần phải điều trị nội trú; sinh hiệu ổn, bệnh chính và bệnh nền đều kiểm soát tốt; bệnh nhân đồng ý xuất viện và có thể chăm sóc tốt cho bản thân (có người thân chăm sóc).

III. KẾT QUẢ

Có 60 trường hợp đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu, mỗi nhóm 30 trường hợp. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm về tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể (BMI), vị trí khối u, thời gian mổ, và các bệnh nội khoa kèm theo như tim mạch, hô hấp hay nội tiết (Bảng 1)

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

| | Nhóm I | Nhóm II | p |
|--------------------------|------------|----------|-------|
| Tuổi | 55,3±13,7 | 61,6±13 | 0,07 |
| Giới (nam/nữ) | 13/17 | 19/11 | 0,121 |
| BMI | 21,4±3 | 23,2±3,5 | 0,06 |
| Giải phẫu bệnh | | | |
| Carcinôm | 29 | 29 | |
| Lymphôm | 1 | 1 | |
| Phương pháp mổ | | | 0,174 |
| Cắt đại tràng phải | 14 (46,6%) | 9 (30%) | |
| Cắt đại tràng trái | 8 (26,7%) | 6 (20%) | |
| Cắt trước | 9 (30%) | 15 (50%) | |
| Thời gian mổ (phút) | 165,3±47,3 | 151±58,2 | 0,3 |
| Giảm đau ngoài màng cứng | 9 (30%) | 6 (20%) | 0,371 |

-Về chức năng tiêu hóa sau mổ: Thời điểm có trung tiện và thời điểm đi tiêu ở nhóm nuôi ăn sớm đều sớm hơn có ý nghĩa (Bảng 2).

Bảng 2. Kết quả sau mổ

| Đặc điểm | Nhóm nuôi ăn sớm | Nhóm chứng | P |
|--------------------------------------|------------------|-------------|-------------------------|
| Thời điểm rút thông mũi dạ dày (giờ) | 12,5 | 16 | 0,328 |
| Thời điểm bắt đầu cho ăn (giờ) | 18,3 ± 4,2 | 60,8 ± 17,9 | 4,6 x 10 ⁻¹⁴ |
| Thời điểm ăn uống bình thường (ngày) | 3,5 | 6 | 5,5 x 10 ⁻⁸ |
| Thời điểm trung tiện (giờ) | 37,6 ± 14,1 | 59,5 ± 19 | 5 x 10 ⁻⁶ |

| | | | |
|--------------------------|-----------|-----------|-------|
| Thời điểm đi tiêu (ngày) | 4,4 ± 1,4 | 5,8 ± 1,5 | 0,001 |
| Buồn nôn, nôn | 16,7% | 30% | |
| Chướng bụng | 10% | 16,7% | |

-*Về biến chứng*: Không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ biến chứng giữa hai nhóm (Bảng 3).

Bảng 3. Biến chứng sau mổ

| | Nhóm I | Nhóm II | P |
|--------------------|-----------------|----------------|-------|
| Nhiễm trùng vết mổ | 1 (3,3%) | 3 (10%) | 0,612 |
| Viêm phổi | 1 (3,3%) | 0 | 1 |
| Tổng cộng | 2 (6,7%) | 3 (10%) | |

-*Về thời gian nằm viện*: Thời gian đủ tiêu chuẩn xuất viện và thời gian nằm viện thực tế ở nhóm nuôi ăn sớm đều ngắn hơn có ý nghĩa so với nhóm chứng (Bảng 4).

Bảng 4. Thời gian nằm viện

| Đặc điểm | Nhóm I | Nhóm II | p |
|---------------------------------------|-----------|-----------|----------------------|
| Thời điểm đáp ứng tiêu chuẩn ra viện | 4,7 ± 1,3 | 6,4 ± 1,8 | 0,013 |
| Thời gian nằm viện trung bình thực tế | 6,7 ± 1,1 | 7,5 ± 1,4 | 4 x 10 ⁻⁶ |

IV. BÀN LUẬN

Sau phẫu thuật đại tràng, thông mũi dạ dày thường được lưu và nhịn ăn cho đến khi có bằng chứng hoạt động trở lại của đường tiêu hóa [6], [18]. Một phân tích gộp chứng minh việc đặt và lưu thông mũi dạ dày thường quy là không cần thiết trong phẫu thuật vùng bụng, mà còn làm tăng tỉ lệ các biến chứng và làm cho người bệnh khó chịu, cản trở việc nuôi ăn sớm và vận động sớm sau mổ [3]. Thông mũi dạ dày không thúc đẩy sự phục hồi chức năng ruột cũng không làm giảm tỉ lệ nôn, buồn nôn và còn làm tăng tỷ lệ chướng bụng sau mổ [23], [17], [19]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự như các nghiên cứu trước. Chúng tôi đặt thông mũi dạ dày thường quy và rút ngay sau mổ hoặc khi lên khoa phòng. Việc rút sớm thông mũi dạ dày sau phẫu thuật cắt đại tràng giúp bệnh nhân giảm bớt sự khó chịu, hỗ trợ ăn sớm qua đường miệng, vận động sớm mà không làm tăng tỉ lệ các biến chứng.

Bệnh nhân sau phẫu thuật đại tràng nói riêng và các phẫu thuật vùng bụng nói chung thường được nhịn ăn cho đến khi tình trạng liệt ruột sau mổ được giải quyết, biểu hiện bằng trung tiện/đi tiêu, nghe có nhu động ruột [4], [20]. Nhu động ruột sau mổ là một yếu tố quan trọng quyết định sự phục hồi sau mổ. Chức năng tiêu hóa sẽ phục hồi 12 giờ sau mổ và trở về bình thường khoảng 24 – 48 giờ sau mổ, nhưng chức năng hấp thu của ruột non sẽ khôi phục hoàn toàn trong vòng 4 – 8 giờ sau mổ [4], [9]. Nhịn ăn và quan niệm cho ruột nghỉ ngơi sau mổ không mang lại bất kỳ lợi ích nào trên sự lành vết thương ở miệng nối tiêu hóa, mà còn làm trầm trọng thêm tình trạng suy dinh dưỡng và rối loạn cân bằng chuyển hóa ở người bệnh sau mổ [10], [14], [16]. Can thiệp dinh dưỡng sớm sau mổ là sự kết hợp nuôi ăn đường tiêu hóa và

đường tĩnh mạch bổ sung [2]. Nuôi ăn đường tiêu hóa bao gồm nuôi ăn đường miệng và qua các ống nuôi ăn, nhưng việc cho ăn qua các ống nuôi ăn gây nhiều bất tiện, như làm bệnh nhân khó chịu, tăng tỉ lệ viêm phổi hít, viêm xoang, tụt ống và tắc ống, tỉ lệ khoảng 23 – 35% [20]. Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt về tỉ lệ biến chứng giữa hai nhóm nuôi ăn sớm và cho ăn theo kiểu truyền thống. Nuôi ăn sớm cũng không làm thay đổi tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, tỷ lệ xì miệng nối, viêm phổi [11].

Theo El Nakeeb [7], tỉ lệ viêm phổi ở nhóm nuôi ăn truyền thống cao hơn nhóm nuôi ăn sớm có ý nghĩa thống kê (11,7% so với 3,3%; $p < 0,05$). Nghiên cứu của Ahmet Dag [1], nhóm nuôi ăn truyền thống có tỉ lệ biến chứng khác biệt không có ý nghĩa thống kê nhóm nuôi ăn sớm. Theo Lewis, nuôi ăn sớm đường tiêu hóa giúp giảm tỷ lệ tử vong [11], giúp giảm nguy cơ xì miệng nối [10]. Xì miệng nối là biến chứng đáng ngại nhất trong phẫu thuật đường tiêu hóa, đặc biệt trong phẫu thuật đại tràng. Nghiên cứu của Ahmet Dag [1], có 6 trường hợp xì miệng nối ở nhóm nuôi ăn truyền thống và 2 trường hợp ở nhóm nuôi ăn sớm, với khác biệt không có ý nghĩa ($P = 0,279$). Trong nghiên cứu này, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào xì miệng nối. Ngoài ra, chúng tôi cũng không ghi nhận trường hợp nào bung thành bụng, nhập viện lại, mổ lại hay tử vong trong vòng 30 ngày sau mổ.

Nuôi ăn sớm giúp bệnh nhân trở lại chế độ ăn bình thường sớm hơn và đây cũng là một trong những tiêu chuẩn đáp ứng ra viện, giúp rút ngắn thời gian nằm viện. Thời điểm với chế độ ăn bình thường ở nhóm nuôi ăn sớm, sớm hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Ahmet Dag [1]. Nếu lấy thời điểm đáp ứng tiêu chuẩn ra viện so sánh thì kết quả của chúng tôi thu được cũng tương tự các tác giả nước ngoài [5], [7]. Tại bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, phần lớn là bệnh nhân sống ở tỉnh xa, điều này cũng ảnh hưởng đến quyết định xuất viện của cả thầy thuốc lẫn bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Nuôi ăn sớm sau PTNS cắt đại tràng do ung thư không làm tăng tỉ lệ biến chứng sau mổ, rút ngắn thời gian phục hồi sau mổ và thời gian nằm viện. Đây là phương pháp khả thi, an toàn và mang lại lợi ích trên sự phục hồi sau mổ của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dag A, Colak T, Turkmenoglu O, et al (2011). "A randomized controlled trial evaluating early versus traditional oral feeding after colorectal surgery". *Clinics (Sao Paulo)*, 66(12), pp. 2001–2005.
2. Braga M, Ljungqvist O, et al (2009). "ESPEN Guidelines on Parenteral Nutrition: Surgery." *Clinical Nutrition*, 28(4), pp. 378-386.
3. Cheatham ML, Chapman WC, Key SP, Sawyers JL (1995). "A meta-analysis of selective versus routine nasogastric decompression after elective laparotomy". *Ann Surg*, 221(5), pp. 469–478.
4. Correia MI, da Silva RG (2004). "The impact of early nutrition on metabolic response and postoperative ileus". *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 7(5), pp. 577-583.

5. DiFronzo LA, Yamin N, Patel K, O'Connell TX (2003). "Benefits of early feeding and early hospital discharge in elderly patients undergoing open colon resection". *J Am Coll Surg*, 197(5), pp. 747-752.
6. Huang D, Sun Z, Huang J et al (2015). "Early enteral nutrition in combination with parenteral nutrition in elderly patients after surgery due to gastrointestinal cancer". *Int J Clin Exp Med*, 8(8), pp. 13937-13945.
7. El Nakeeb A, Fikry A, El Metwally T, et al (2009). "Early oral feeding in patients undergoing elective colonic anastomosis". *Int J Surg*, 7(3), pp. 206-209.
8. Huang D, Sun Z, Huang J, Shen Z (2015). "Early enteral nutrition in combination with parenteral nutrition in elderly patients after surgery due to gastrointestinal cancer". *Int J Clin Exp Med*, 8(8), pp. 13937-13945.
9. Johnson Casto C, Krammer J, Drake J (2000). "Postoperative feeding: a clinical review". *Obstet Gynecol Surv*, 55(9):571-573.
10. Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA, Thomas S (2001). "Early enteral feeding versus 'nil by mouth' after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials". *BMJ*, 323(7316), pp. 773-776.
11. Lewis SJ, Andersen HK, Thomas S (2009). "Early Enteral Nutrition Within 24 h of Intestinal Surgery Versus Later Commencement of Feeding: A Systematic review and Meta-analysis". *J Gastrointest Surg*, 13(3), pp. 569-575.
12. Lobato M, Maciel L, Gomes R, et al (2010). "Early postoperative oral feeding impacts positively in patients undergoing colonic resection: results of a pilot study". *Nutr Hosp*, 25(5), pp. 806-809.
13. Nelson R, Edwards S, Tse B (2007). "Prophylactic nasogastric decompression after abdominal surgery". *Cochrane Database Syst Rev*, 18(3), CD004929.
14. Ng WQ, Neill J (2006). "Evidence for early oral feeding of patients after elective open colorectal surgery: a literature review". *J Clin Nurs*, 15(6), pp. 696-709. Systematic review and Meta-analysis". *J Gastrointest Surg* 13(3), pp. 569-575
15. Rossi G, Vaccarezza H, Vaccaro CA, et al (2013). "Two-day Hospital Stay After Laparoscopic Colorectal Surgery under an Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Pathway". *World J Surg*, 37, pp. 2483-2489.
16. Silk DBA, Gow NM (2001). "Postoperative starvation after gastrointestinal surgery". *British Medical Journal*, 323(7361), pp. 761-762.
17. Tanguy M, Seguin P, Mallédant Y (2007). "Bench-to-bedside review: Routine postoperative use of the nasogastric tube – Utility or futility?" *Crit Care*, 11:201.
18. Vinay HG, Raza M, Siddesh G (2015). "Elective Bowel Surgery with or without Prophylactic Nasogastric Decompression: A Prospective, Randomized Trial". *J Surg Tech Case Rep*, 7(2), pp. 37-41.
19. Wolff BG, Pemberton JH, Van Heerden JA et al (1989). "Elective colon rectal surgery without nasogastric decompression". *Ann Surg*, 209(6), pp. 670-675.
20. Zhuang CL, Ye XZ, Zhang CJ, et al (2013). "Early versus traditional postoperative oral feeding in patients undergoing elective colorectal surgery: a meta-analysis of randomized clinical trials". *Dig Surg*, 30(3), pp. 225-232.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ALTEMEIER ĐIỀU TRỊ SA TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ Ở NGƯỜI LỚN

Lê Châu Hoàng Quốc Chương, Trần Đình Phú, Nguyễn Trung Tín

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Phẫu thuật Altemeier điều trị sa trực tràng toàn bộ ở người lớn bằng cắt đoạn trực tràng và đại tràng chậu hông ngã tầng sinh môn đang ngày càng được lưu ý trở lại.

Mục tiêu: đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật Altemeier trong điều trị sa trực tràng toàn bộ ở người lớn

Phương pháp nghiên cứu: mô tả loạt ca lâm sàng

Kết quả: Trong thời gian 10/2011 đến 11/2016, có 56 bệnh nhân được phẫu thuật Altemeier điều trị sa trực tràng toàn bộ. Tỷ lệ nữ:nam = 1,9:1. Tuổi trung bình là $63,9 \pm 11,9$ (12 – 90 tuổi). Biến chứng sau mổ gồm: chảy máu 3,6%, bục miệng nối 3,6%, bí tiểu 1,8%. Không có tử vong sau mổ. Tái phát 7,1%. Khâu bản nâng đi kèm làm thời gian mổ kéo dài hơn, đau sau mổ nhiều hơn nhưng không ảnh hưởng kết quả phẫu thuật.

Kết luận: phẫu thuật này tương đối an toàn, biến chứng ít, có thể sử dụng trong điều trị sa trực tràng toàn bộ ở người lớn.

Từ khóa; phẫu thuật Altemeier, sa trực tràng

ABSTRACT

RESULTS OF ALTEMEIER OPERATION IN TREATMENT OF RECTAL PROLAPSE IN ADULTS

Background: Perineal approach for surgical treatment of rectal prolapse shows higher recurrence rate compared to abdominal approach, nonetheless, it can be performed safely in high risk patient. Perineal sigmoid colon – rectal resection (Altemeier operation) shows lowest recurrence rate and is coming back as a invasive procedure.

Objective: To evaluate early results of perineal sigmoid colon- rectal resection in treatment for rectal prolapse in adults

Methods: case series

Results: From Oct 2011 to Nov 2016, there were 56 patients with full thickness rectal prolapse treated by Altemeier operation. Mean age was $63,9 \pm 11,9$ (12 – 90 years). Post operative complications included: bleeding 3,6%, rupture of anastomosis 3,6%, urinary retention 1,8%. No mortality was encountered in this study. Recurrence rate was 7,1%. Posterior levatorplasty has prolonged the operative time as well as pain, but it had no effect on the results of Altemeier operation.

Conclusion: Perineal rectosigmoidectomy was safe and feasible in high risk patient with acceptable recurrence rate.

Đặt vấn đề

Sa trực tràng được định nghĩa là trực tràng chui qua khỏi ống hậu môn nằm ra ở ngoài hậu môn. Sa trực tràng toàn bộ khi thành trực tràng ra ngoài ống hậu môn, sa trực tràng nhưng thành trực tràng chưa ra khỏi ngoài ống hậu môn được gọi là sa trực tràng ẩn hay lồng trực tràng ống hậu môn. Sa trực tràng tương đối hiếm gặp, bệnh lành tính ít có diễn biến bất thường nhưng gây nhiều ảnh hưởng đến cuộc sống người bệnh. Sa trực tràng thường xảy ra ở trẻ nhỏ (thông thường được chẩn đoán trước 3 tuổi và trẻ trai và gái tương đương nhau) hoặc ngược lại ở người lớn tuổi

(60-70 tuổi) và phụ nữ sanh ngã âm đạo nhiều lần chiếm ưu thế (80 – 90% các trường hợp).

Cơ chế bệnh sinh của sa trực tràng có thể do 4 nguyên nhân: (1) túi cùng Douglas xuống thấp, (2) giãn hoặc mất trương lực của các cơ sàn chậu và ống hậu môn, (3) yếu cơ thắt trong và cơ thắt ngoài hậu môn mà thường thường cho thấy có đi kèm với bệnh thần kinh thẹn và (4) mạc treo trực tràng dài hoặc đại tràng chậu hông dài đi kèm với suy giãn dây chằng bên

Điều trị sa trực tràng là bằng phẫu thuật. Chọn lựa phương pháp phẫu thuật còn nhiều bàn cãi. Mục tiêu của các phương pháp phẫu thuật là điều trị không còn sa trực tràng, bảo tồn chức năng có nghĩa là tính tự chủ khi đi tiêu, tránh các biến chứng như táo bón hoặc rối loạn tổng phân. Kết quả của các phương pháp phẫu thuật thường được đánh giá bằng tỷ lệ tái phát, các biến chứng sau phẫu thuật và bảo tồn chức năng. Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật được mô tả, nhưng chủ yếu chia thành 2 nhóm: phẫu thuật ngã bụng và ngã tăng sinh môn.

Hiện nay, phẫu thuật khâu cố định trực tràng vào ụ nhô qua nội soi ổ bụng vẫn là tiêu chuẩn vàng trong điều trị sa trực tràng toàn bộ ở người lớn. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt trực tràng và đại tràng chậu hông ngã hậu môn ngày càng được quan tâm trở lại do có thể phục hồi được các thương tổn trong sa trực tràng như cắt trực tràng và đại tràng chậu hông dài (kèm mạc treo trực tràng), khâu nông hóa túi cùng Douglas, khâu bản cơ nâng và có thể khâu quán vòng để gia cố trong trường hợp cơ thắt hậu môn yếu.

Tại Việt Nam, đã có báo cáo của Nguyễn Trung Tín về phẫu thuật Altemeier cho kết quả tốt. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật Altemeier trong điều trị sa trực tràng toàn bộ ở người lớn.

Phương pháp nghiên cứu

Mô tả loạt ca lâm sàng

Mục tiêu

1. Tìm hiểu đặc điểm bệnh nhân bị sa trực tràng toàn bộ
2. Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật Altemeier điều trị sa trực tràng (biến chứng sau mổ, tiêu không kiểm soát và tỷ lệ tái phát)

Bảng đánh giá tiêu không tự chủ

Đánh giá tiêu không kiểm soát bằng bảng điểm CCIS (Cleveland Clinic Incontinence Score)

| Bảng điểm đánh giá tiêu không kiểm soát | | | | |
|---|-----|-----------|-----------|---------|
| | Hơi | Phân lỏng | Phân chặt | Mang tã |
| Thỉnh thoảng | 1 | 4 | 7 | 1 |
| > 1 lần / tuần | 2 | 5 | 8 | 2 |
| Mỗi ngày | 3 | 6 | 9 | 3 |

CCIS 0 Kiểm soát hoàn hảo

CCIS 1 – 7 Kiểm soát tốt

CCIS 8 – 14 Mất kiểm soát một phần

CCIS 15 – 20 Mất kiểm soát nặng

CCIS 21 Hoàn toàn mất tự chủ

Phương pháp phẫu thuật

Hầu hết các bệnh nhân được vô cảm bằng gây tê tủy sống. tư thế bệnh nhân là tư thế sản phụ khoa.

Các bước tiến hành trong phẫu thuật

Kỹ thuật mổ

1. Mở một đường phía trên đường lược
2. Di động và kéo ra ngoài toàn bộ rục tràng và đại tràng chậu hông
3. Kiểm soát các mạch máu cung cấp cho trực tràng
4. Cắt đoạn đại tràng chậu hông và trực tràng.
5. Nồi đại tràng với ống hậu môn bằng khâu tay (2 lớp) hoặc nồi máy

Chăm sóc và theo dõi sau mổ

Bệnh nhân được cho nhịn ăn đường miệng trong 48 giờ đầu sau mổ và được dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch. Sau đó tiếp tục chế độ ăn từ lỏng đến đặc. Bệnh nhân được xuất viện khi tình trạng ổn định, đi tiêu bình thường sau mổ. Tái khám sau mổ 5 – 7 ngày để đánh giá sự lành của miệng nối. Tái khám sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng và 12 tháng để đánh giá tái phát.

Kết quả

Trong thời gian từ 10/2011 đến 11/2016 chúng tôi thực hiện phẫu thuật Altemeier điều trị sa trực tràng toàn bộ ở người lớn cho 56 bệnh nhân. Chúng tôi theo dõi được 48 bệnh nhân, thời gian theo dõi trung bình là 34,2 tháng (3 – 79 tháng)

Đặc điểm bệnh nhân

| Đặc điểm bệnh nhân | | Tỷ lệ | |
|--------------------------------|----|--|------|
| Giới | | Nữ: Nam = 1,9 : 1 | |
| Nam | 21 | 37,5 | |
| Nữ | 35 | 72,5 | |
| Tuổi | | Trung bình: 63,9 ± 11,6 (12 – 90 tuổi) | |
| Nhóm tuổi | | Nam Nữ | |
| 12 – 29 tuổi | 4 | 0 | 7,1 |
| 30 – 49 tuổi | 11 | 0 | 19,6 |
| 50 – 69 tuổi | 3 | 9 | 21,4 |
| 70 – 90 tuổi | 3 | 26 | 51,8 |
| Bệnh lý đi kèm | | | |
| Tim mạch | 18 | | 32,1 |
| Đái tháo đường | 4 | | 7,1 |
| Lao phổi | 1 | | 1,8 |
| Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính | 1 | | 1,8 |
| Sa sinh dục | 3 | | 5,4 |
| Bệnh ung thư khác | 1 | | 1,8 |
| Thời gian bệnh | | | |
| 1 – 10 năm | 51 | | 92,7 |
| 11 – 20 năm | 2 | | 3,7 |
| 21 – 30 năm | 1 | | 1,8 |
| 31 – 40 năm | 1 | | 1,8 |
| Tiền sử sanh ngã âm đạo | | | |
| 1 – 2 lần | 6 | | 17,1 |
| 3 – 5 lần | 10 | | 28,5 |
| Trên 5 lần | 19 | | 54,4 |
| Tiền sử phẫu thuật | | | |
| Cắt trĩ | 4 | | 7,1 |
| Đặt lưới thành trước âm đạo | 2 | | 3,6 |
| Mổ sa trực tràng | 2 | | 3,6 |
| Mổ bóc nhân xơ tử cung | 1 | | 1,8 |

Phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật

| | Số bệnh nhân | Thời gian phẫu thuật (phút) | P (T-test) |
|---------------------|--------------|-----------------------------|------------|
| Chung | 56 | 94 ± 24,6 (40 – 150) | |
| Nổi tay | 47 | 98,7 ± 34,9 (55 – 150) | 0,02 |
| Nổi máy | 9 | 70,2 ± 23,8 (40 – 100) | |
| Khâu bản nâng | 16 | 113,4 ± 26,9 (70 – 150) | 0,039 |
| Không khâu bản nâng | 40 | 86,5 ± 44,9 (40 – 150) | |

Phẫu thuật đi kèm

| | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|--|--------------|-----------|
| Khâu bản nâng | 16 | 28,6 |
| Khâu cùng đồ | 19 | 33,9 |
| Đặt lưới thành trước âm đạo | 2 | 3,6 |
| Cắt tử cung ngã âm đạo + khâu treo mồm âm đạo vào dây chằng cùng gai | 2 | 3,6 |

Tai biến và biến chứng

| | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------------|--------------|-----------|
| Chảy máu sau mổ | 2 | 3,6 |
| Xi miệng nổi | 2 | 3,6 |
| Bí tiểu pái đặt thông tiêu > 3 ngày | 1 | 1,8 |
| Rò âm đạo | 0 | |
| Hẹp miệng nổi | 0 | |
| Tiêu mất tự chủ sau mổ | | |
| CCIS 0 | 6 | 10,7 |
| CCIS 1-7 | 48 | 85,7 |
| CCIS 8 – 14 | 2 | 3,6 |
| CCIS > 14 | 0 | 0 |

So sánh khâu bản nâng và không khâu bản nâng

| | Khâu bản nâng (n = 16) | Không KBN (n = 40) | P |
|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------------|-------------------------|
| Thời gian phẫu thuật | 113,4 ± 26,9 (70 – 150 phút) | 86,5 ± 44,9 (40 – 150 phút) | 0,03 (T-test) |
| Thời gian trung tiện sau mổ | 2,2 ± 1,2 (1-3 ngày) | 1,8 ± 2,1 (1 – 3 ngày) | 0,86 (T-test) |
| Thời gian nằm viện | 6,7 ± 4,8 (2 – 10 ngày) | 7,8 ± 4,6 (2 – 19 ngày) | 0,08 (T- test) |
| Biến chứng | 3 (18%) | 4 (10%) | 0,89 (χ^2 – test) |
| Đau sau mổ | 6 (37,5%) | 4 (10%) | 0,03 (χ^2 – test) |

Tái phát

| | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|--------------|--------------|-----------|
| Tốt | 41 | 73,2 |
| Trung bình | 3 | 5,4 |
| Tái phát | 4 | 7,1 |
| Mất liên lạc | 8 | 14,3 |

Bàn luận

Chẩn đoán sa trực tràng

Sa trực tràng là bệnh tương đối ít gặp nên việc chẩn đoán ít khi được các bác sĩ quan tâm. Bệnh sa trực tràng thường bị chẩn đoán lầm là bệnh trĩ vì bệnh nhân cũng có triệu chứng khối sa ở hậu môn kèm đi tiêu ra máu. Để chẩn đoán sa trực tràng một cách khách quan cần quan sát khi người bệnh rặn đi tiêu hoặc quay videoproctoscopy.

Điều trị sai lầm cho sa trực tràng bằng cách bôi các loại thuốc Đông để rụng búi trĩ làm cho hoại tử trực tràng. Khi đó chọn lựa duy nhất để điều trị đó là phẫu thuật cắt đoạn trực tràng qua ngã hậu môn.

Chọn lựa phương pháp phẫu thuật

Sa trực tràng xảy ra khi có các khiếm khuyết giải phẫu. Không phải tất cả các bệnh nhân đều có tất cả các khiếm khuyết giải phẫu nó i trên. Cũng như không có một phương pháp mô nào khắc phục được cùng một lúc tất cả các khiếm khuyết này. Do vậy có rất nhiều loại phẫu thuật để điều trị sa trực tràng.

Cắt trực tràng đại tràng chậu hông ngã tầng sinh môn được Mikulicz đề xướng đầu tiên vào năm 1889. Miles là người ủng hộ mạnh mẽ cho phẫu thuật này vào năm 1933 và trong suốt những năm sau đó phương pháp này là một chọn lựa ưa thích của các phẫu thuật ở Anh. Năm 1971, Altemeier là người báo cáo kết quả tốt nhất của phẫu thuật này và làm cho nó trở nên phổ biến ở Mỹ. Từ đó trở đi, phẫu thuật này gắn liền với tên Altemeier⁴.

Ưu điểm:

- Tránh không phải mở bụng
- Cắt đoạn đại tràng chậu hông quá dài và đoạn trực tràng sa nên tỷ lệ tái phát thấp
- Không có các biến chứng nặng nề
- Tránh được biến chứng bất lực ở nam giới khi so sánh với các phẫu thuật bóc tách trực tràng ngã bụng

Kết quả của phẫu thuật Altemeier

| | Số bệnh nhân | Biến chứng chung | Bục miệng nối | Tử vong |
|-----------|--------------|------------------|---------------|---------|
| Altomare | 93 | 6,5 | 1 | 0 |
| Elagili | 22 | 22 | 18 | 0 |
| Glasgow | 103 | 8,5 | 3,8 | 0 |
| N.T. Tín | 10 | 0 | 0 | 0 |
| N. V. Út | 21 | 0 | 0 | 0 |
| Chúng tôi | 56 | 5,2 | 3,6 | 0 |

Tái phát sau mổ Altemeier

| Tác giả | Số BN | Tái phát (%) | Tử vong (%) | Biến chứng | | Thời gian theo dõi (tháng) |
|-------------|-------|--------------|-------------|--------------------------|-------------|----------------------------|
| | | | | Tiêu không kiểm soát (%) | Táo bón (%) | |
| Altemeier | 106 | 3 | 0 | - | - | 28 |
| Kim (1999) | 183 | 16 | 0 | 53 | 61 | 47 |
| Zbar (2002) | 80 | 4 | 0 | - | - | 22 |
| Mark (2009) | 63 | 6,4 | 0 | - | - | 21 |

Kết luận

Phẫu thuật Altemeier tương đối an toàn. Tỷ lệ biến chứng bục miệng nối là 3,6%. Không có tử vong sau mổ. Khâu nối máy giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật. Khâu bản nâng đi kèm làm kéo dài thời gian mổ và đau sau mổ nhiều hơn, nhưng không ảnh hưởng kết quả điều trị.

Tài liệu tham khảo

1. Mark KH, Brent EK. The Altemeier repair: outpatient treatment of rectal prolapse. [Dis Colon Rectum](#). 2001 Apr;44(4):565-70
2. Nguyễn Đình Hồi. Sa trực tràng. In *Hậu môn trực tràng học* 2002

3. Carditello A, Milone A, Stilo F, Surgical treatment of rectal prolapse with transanal resection according to Altemeier. Experience and results. [Chir Ital.](#) 2003 Sep-Oct;55(5):687-92
4. [Madiba TE](#), [Baig MK](#), [Wexner SD](#). Surgical management of rectal prolapse. [Arch Surg.](#) 2005 Jan;140(1):63-73
5. Philip H. Gordon. Rectal Procidentia. In Principles and Practice of Surgery of the colon, rectum and anus. 3rd edition 2007
6. Corman ML (2004). Rectal prolapse, solitary rectal ulcer, syndrome of the descending perineum, and rectocele. Colon and rectal surgery. 5th ed, 1408. Lippincott Williams and Wilkins, Philadelphia, PA.
7. Marceau C, Parc Y, Debroux E, Tiret E, Parc R (2005). Complete rectal prolapse in young patients: psychiatric disease a risk factor of poor outcome. *Colorectal Dis*, 7: 360-364.

XỬ TRÍ CHẢY MÁU THỨ PHÁT SAU MỔ TRĨ TỔNG KẾT BƯỚC ĐẦU

Nguyễn Trung Tín,
Nguyễn Hoàng Duy (BCV)*,
Luu Hiếu Nghĩa**

TÓM TẮT

Mở đầu Chảy máu thứ phát sau mổ trĩ là một trong những biến chứng gây lo ngại cho bệnh nhân và phẫu thuật viên cũng như chưa thể tiên đoán và phòng ngừa được. Chúng tôi đã xây dựng phác đồ “Xử trí chảy máu thứ phát sau mổ trĩ” và bắt đầu áp dụng để tiếp cận điều trị cho nhóm bệnh nhân nhập viện lại vì chảy máu thứ phát sau mổ trĩ của khoa HMTT – BV ĐHYD CS I từ ngày 01/01/2017.

Mục tiêu Bước đầu đánh giá hiệu quả và khả năng áp dụng thực tế của phác đồ “Xử trí chảy máu thứ phát sau mổ trĩ” tại khoa Hậu môn trực tràng bệnh viện Đại học Y dược cơ sở I thành phố Hồ Chí Minh (khoa HMTT – BV ĐHYD CS I) trong thời gian nghiên cứu.

Đối tượng - Phương pháp Nghiên cứu báo cáo hàng loạt ca các trường hợp chảy máu thứ phát sau mổ trĩ trong thời gian 01/01/2017 đến 30/10/2017 của khoa HMTT – BV ĐHYD CS I.

Kết quả Trong thời gian nghiên cứu có 19 trường hợp chảy máu thứ phát sau mổ trĩ được chăm sóc và điều trị tại khoa HMTT – BV ĐHYD CS I. Trong đó, không có trường hợp nào cần phẫu thuật lại để cầm máu, 5 trường hợp được áp dụng thủ thuật đặt sonde Foley vào trực tràng và bơm rửa, 2 trường hợp kẹp phân được thực hiện và 12 trường hợp còn lại tình trạng chảy máu tự ổn định với điều trị nội khoa. Tỷ lệ chảy máu thứ phát sau mổ trĩ trong 10 tháng nghiên cứu là 0.8%.

Kết luận Phác đồ “Xử trí chảy máu thứ phát sau mổ trĩ” bước đầu đã đem lại kết quả tốt trong điều trị các bệnh nhân chảy máu sau mổ trĩ tại khoa HMTT – BV ĐHYD CS I và cần được tiếp tục đánh giá trong các nghiên cứu dài hạn hơn. Kẹp phân là một yếu tố góp phần gây chảy máu thứ phát do đó cần được nhận diện và xử lý sớm tại phòng cấp cứu hoặc đơn vị chăm sóc sức khoẻ ban đầu. Thủ thuật đặt sonde Foley vào trực tràng kết hợp thực hiện rửa cần được mô tả và nghiên cứu rõ hơn về mặt kỹ thuật cũng như mức độ khó chịu của bệnh nhân khi thực hiện trong các nghiên cứu tiếp theo. Vai trò của acid tranexamic trong điều trị và phòng ngừa chảy máu thứ phát sau mổ trĩ cũng cần được đánh giá trong các nghiên cứu riêng biệt trong tương lai.

Từ khoá: chảy máu thứ phát sau mổ trĩ, đặt sonde Foley vào trực tràng và thực hiện rửa

ABSTRACT **Secondary hemorrhage management after hemorrhoid surgery – early review** **Background** Secondary hemorrhage after hemorrhoid surgery is a complication which make patients and surgeon to be anxious. We developed the guideline of “Secondary hemorrhage management after hemorrhoid surgery” and started using this guideline in clinical practice at Proctology department – Ho Chi Minh University Medical Center from 1st

January 2017. **Objectives** Initial evaluating the effectiveness and reality of this guideline in our department between 1st January 2017 and 30th October 2017. **Method** Case series. **Results** In the time of study, there were 19 patients of secondary hemorrhage after hemorrhoid surgery. We didn't need to re-operate to control bleeding in any patients. A procedure with Foley catheter for rectal compression and irrigation was applying to control hemorrhage in 5 patients. 2 patients with fecal impaction were using tap water enema. Bleeding was auto-control in 12 patients with internal medicine. The incidence of secondary hemorrhage after hemorrhoid surgery in 10 months is 0.8%. **Conclusion** In 10 months, the guideline of "Secondary hemorrhage management after hemorrhoid surgery" is initially effective and needed to follow-up in long-term study for full evaluation. Procedure with Foley catheter for rectal compression and irrigation should be technically clarified and evaluated on patient's comfort in next research. Fecal impaction is a related cause of secondary hemorrhage which is needed to early identify and solve at emergency room or primary healthcare system. The role of tranexamic acid in treatment and prevention of secondary hemorrhage after hemorrhoid surgery is not clear and needed to evaluate in other studies. **Keyword** bleeding after hemorrhoid surgery, secondary hemorrhage, balloon rectal compression, rectal irrigation.

*Khoa Hậu môn – Trực tràng, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM
Tác giả liên lạc: BS. Nguyễn Hoàng Duy ĐT: 0913182012
Email: duy.nh@umc.edu.vn

1. Mở đầu:

Hiện nay tại khoa HMTT – BV ĐHYD CS I mỗi năm chúng tôi thực hiện gần 3000 trường hợp phẫu thuật điều trị bệnh trĩ bao gồm phẫu thuật cắt trĩ theo phương pháp NDH, phẫu thuật Longo, phẫu thuật khâu triệt mạch trĩ có hoặc không có hướng dẫn của siêu âm mạch máu, phẫu thuật đốt trĩ với năng lượng Laser. Trong quá trình điều trị nhóm bệnh nhân này, chúng tôi ghi nhận chảy máu sau mổ là một trong những biến chứng thường gặp gây lo lắng cho bệnh nhân và phẫu thuật viên.

Chảy máu sau mổ trĩ có thể được phân loại theo thời gian từ lúc phẫu thuật đến lúc xảy ra biến cố chảy máu thành 2 nhóm: (i) chảy máu sớm và (ii) chảy máu muộn còn được gọi là chảy máu thứ phát (6).

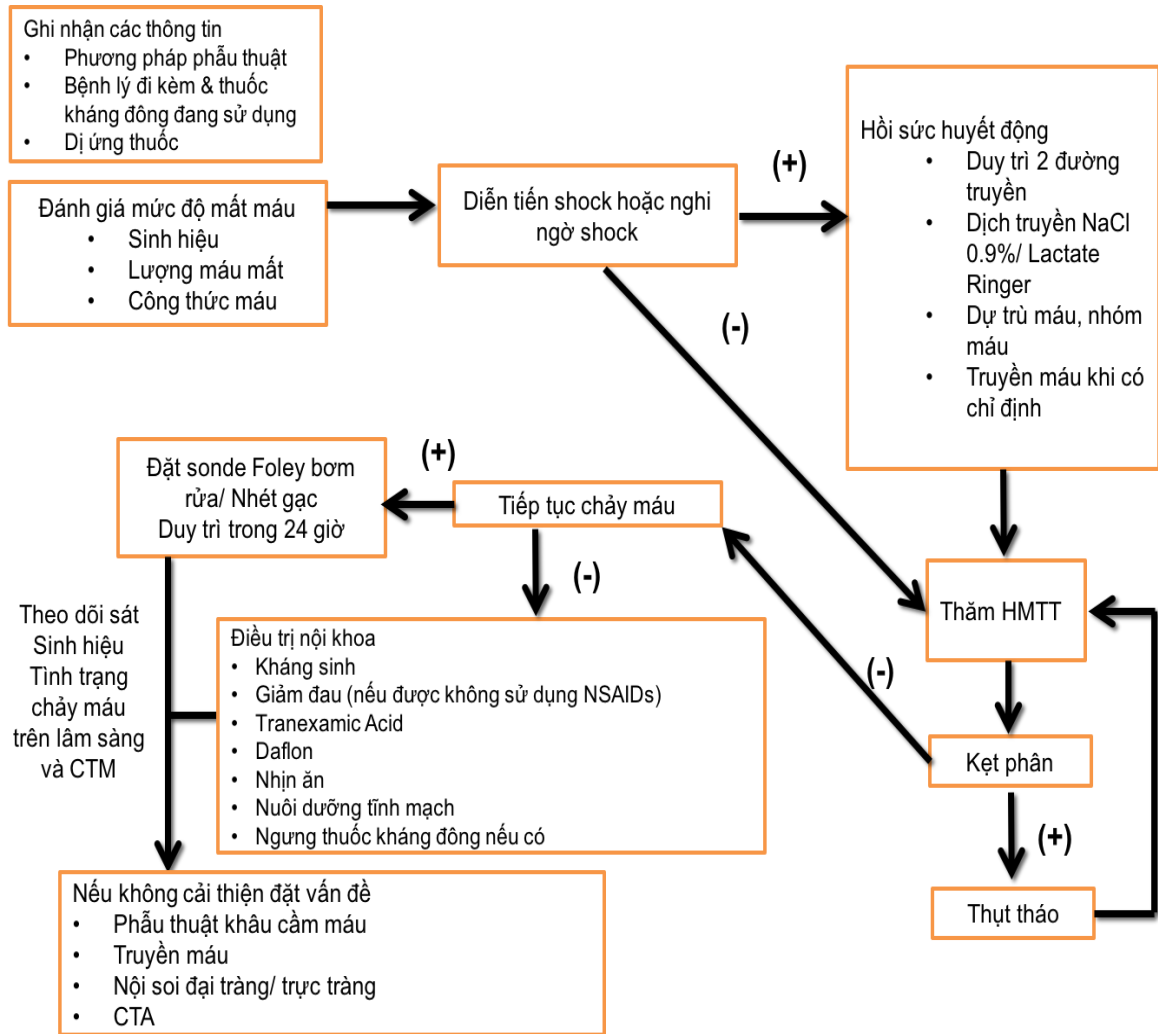
Chảy máu sớm sau mổ trĩ được định nghĩa là chảy máu từ vùng mổ trong vòng 48 giờ sau phẫu thuật với tỉ lệ khoảng 2%. Chảy máu sớm thường liên quan đến kĩ thuật cuộc mổ và thường được phẫu thuật lại để giải quyết tình trạng chảy máu khi băng ép tại chỗ không cải thiện (6).

Chảy máu muộn hay thứ phát sau mổ trĩ xảy ra trong vòng 3 ngày đến 3 tuần kể từ lúc phẫu thuật và thường xảy ra vào ngày thứ 7-10. Tỉ lệ chảy máu thứ phát từ 1-4% tùy theo nghiên cứu với mức độ mất máu từ ít đến nhiều và có thể gây sốc (6). Maria Pescatori đã ghi nhận có 1 trường hợp bệnh nhân nữ 80 tuổi tử vong vì chảy máu thứ phát sau mổ trĩ (10). Ngược với chảy máu

sớm, nguyên nhân của chảy máu muộn thường không rõ ràng. Tuy nhiên theo Hyung Kyu Yang một số tác động có thể liên quan đến chảy máu thứ phát bao gồm: tình trạng nhiễm trùng nhẹ ở gốc búi trĩ, chấn thương vết thương do khối phân khi đi tiêu, kích thích trực tiếp từ tình trạng tiêu chảy hoặc đi tiêu thường xuyên, chảy máu từ các mạch máu chưa được triệt mạch, rặn trong khi đi tiêu, hoạt động gắng sức sau khi xuất viện (6). Để phòng ngừa chảy máu thứ phát một số tác giả đề nghị một số biện pháp như cầm máu kỹ khi phẫu thuật, phòng ngừa táo bón và sử dụng các thuốc làm mềm phân, sử dụng kháng sinh, cắt ít niêm mạc, phẫu thuật viên có kinh nghiệm (4,9). Đối với các trường hợp sử dụng máy cắt nối niêm mạc, một số yếu tố nguy cơ được ghi nhận như trĩ độ IV, trĩ huyết khối, bệnh nhân có giãn tĩnh mạch trực tràng cùng với một số biện pháp phòng ngừa như giữ máy cắt nối niêm mạc khoá ít nhất 30 giây trước khi bấm máy, kỹ thuật khâu mũi túi alpha, nhét spongostan vào hậu môn, lựa chọn máy cắt nối niêm mạc có khả năng cầm máu tốt như HEM 3335 (9,11). Một số trường hợp cần phẫu thuật lại khi giảm Hb hơn 3 g/dl, sinh hiệu bất ổn kéo dài, lượng máu mất >500 ml, chảy máu tươi ồ ạt (6). Nhiều nghiên cứu báo cáo về việc có thể điều trị bảo tồn chảy máu thứ phát sau mổ bằng đè ép tại chỗ với thủ thuật nhét gạc hậu môn hoặc đặt sonde Foley vào trực tràng và ít khi cần phẫu thuật lại (2,3,5, 9,12). Hong Hwa Chen cũng có báo cáo về tính hiệu quả của điều trị chảy máu sau mổ cắt trĩ bằng việc bơm rửa trực tràng ở 22 trường hợp bệnh nhân (4).

Qua tham khảo y văn về điều trị chảy máu thứ phát sau mổ trĩ và Hướng dẫn điều trị xuất huyết tiêu hoá dưới năm 2016 của Hiệp hội bệnh lý dạ dày ruột Hoa Kỳ kết hợp với điều trị thực tế tại khoa HMTT – BV ĐHYD CS I trong các năm 2014-2016, chúng tôi xây dựng phác đồ “Xử trí chảy máu thứ phát sau mổ trĩ” (**Hình 1**) giúp tiếp cận điều trị nhóm bệnh nhân này.

Trong phác đồ này chúng tôi có sử dụng thủ thuật đặt sonde Foley vào trực tràng với kích thước bóng từ 30-40 ml nước để đè ép tại chỗ kết hợp bơm rửa bằng nước ấm để làm sạch lượng máu cũ trong trực tràng. Bóng Foley được duy trì tối thiểu 24 giờ và đánh giá lại tình trạng chảy máu qua sonde và màu sắc nước trong lần bơm rửa tiếp theo. Chúng tôi thực hiện việc giải thích cho bệnh nhân đầy đủ trước và sau khi thực hiện thủ thuật.



Hình 1. Xử trí chảy máu thứ phát sau mổ trĩ

Một số lưu ý đặc biệt:

- Cần thực hiện các điều trị hồi sức huyết động cơ bản như trong tất cả các trường hợp xuất huyết tiêu hoá dưới.
- Tình trạng chảy máu trong hầu hết các trường hợp là có liên quan với phẫu thuật, tuy nhiên một nguyên nhân khác gây xuất huyết tiêu hoá dưới có thể xảy ra trùng lặp sau lần phẫu thuật này như viêm loét đại tràng xuất huyết, dị dạng mạch máu ở đại tràng.
- Các dấu hiệu kẹt phân cần nhận diện sớm như bệnh nhân có cảm giác mắc tiêu liên tục, đi tiêu không hết phân, cảm giác nặng hậu môn, bí tiểu, dịch phân chảy ra liên tục từ hậu môn và nhiều phân trong lòng trực tràng khi thăm khám.
- Phác đồ cũng chưa cụ thể hoá các thuốc cần sử dụng để điều trị nội khoa, tuy nhiên cũng đã cung cấp một danh mục gợi ý để các bác sỹ điều trị cân nhắc lựa chọn tùy vào tình huống lâm sàng thực tế.

2. Mục tiêu nghiên cứu:

- **Mục tiêu chính:**

+ Bước đầu đánh giá hiệu quả của phác đồ “Xử trí chảy máu thứ phát sau mổ trĩ” qua số trường hợp bệnh nhân chảy máu cần phẫu thuật lại để khâu cầm máu.

- **Mục tiêu phụ:**

+ Đánh giá tính khả năng áp dụng thực tế trên lâm sàng của phác đồ “Xử trí chảy máu thứ phát sau mổ trĩ” qua việc mô tả đặc điểm và kết quả điều trị.

+ Tỷ lệ chảy máu thứ phát sau mổ trĩ của khoa HMTT – BV ĐHYD CSI

3. Đối tượng - Phương pháp:

• **Đối tượng nghiên cứu:**

- *Tiêu chuẩn nhận bệnh:*

Các bệnh nhân đạt được đầy đủ các tiêu chí sau được nhận vào nghiên cứu:

+ Đã phẫu thuật điều trị bệnh trĩ tại BV ĐHYD CS I

+ Nhập viện lại khoa khoa HMTT – BV ĐHYD CS I trong thời gian từ 01/01/2017 đến 31/10/2017 với lý do chảy máu từ vùng hậu môn

+ Được tiếp cận điều trị theo phác đồ “Xử trí chảy máu thứ phát sau mổ trĩ” của khoa HMTT – BV ĐHYD CS I

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Thời gian từ lúc phẫu thuật đến lúc chảy máu < 3 ngày

+ Thời gian từ lúc phẫu thuật đến lúc chảy máu > 30 ngày

• **Phương pháp:** Báo cáo hàng loạt ca.

• **Phương thức thực hiện:**

Các bệnh nhân đạt đầy đủ tiêu chí nhập viện và không nằm trong các tiêu chuẩn loại trừ được quan sát và ghi nhận các nhóm thông tin, bao gồm:

- Nhóm thông tin cơ bản của bệnh nhân: tuổi, giới, tiền sử dị ứng, các bệnh lý và điều trị đi kèm.

- Nhóm thông tin liên quan đến phẫu thuật điều trị trĩ gần nhất: chẩn đoán sau phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật

- Nhóm thông tin liên quan đến điều trị chảy máu:

+ Thời gian từ lúc phẫu thuật đến lúc chảy máu (ngày).

+ Mạch và Huyết áp lúc nhập cấp cứu.

+ Đặc điểm và kết quả điều trị.

+ Số ngày nằm viện.

4. Kết quả:

Trong thời gian thực hiện nghiên cứu từ 01/01/2017 đến 31/10/2017 tại khoa HMTT – BV ĐHYD CSI, chúng tôi đã thực hiện 2279 trường hợp phẫu thuật điều trị bệnh trĩ gồm phẫu thuật Longo, cắt trĩ theo phương pháp NĐH, triệt động mạch trĩ dưới hướng dẫn siêu âm, khâu triệt mạch trĩ, đốt trĩ với Laser lần lượt là 1202, 982, 50, 33, 12 trường hợp. Trong nghiên cứu này, tất cả các trường hợp phẫu thuật được thực hiện bởi các phẫu thuật viên có kinh nghiệm, được áp dụng các biện pháp phòng ngừa chảy máu đã được mô tả trong phần mở đầu như nhét spongatan, phương tiện cầm máu hiệu quả trong mổ (Ligasure, Bipolar). Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi quan sát thấy có 19 trường hợp bệnh nhân chảy máu thứ phát sau mổ trĩ đạt tiêu chuẩn nhận bệnh và không vi phạm tiêu chuẩn loại trừ (chiếm tỷ lệ 0.8%).

Đặc điểm lâm sàng của 19 trường hợp này được mô tả trong **Bảng 1**. Trong đó có 1 trường hợp dị ứng với prednisolone, 2 trường hợp có bệnh lý đi kèm gồm 1 bệnh nhân có đái tháo đường týp 2 đang điều trị metformin và 1 bệnh nhân có tăng huyết áp và bệnh tim thiếu máu cục bộ trong toa điều trị có aspirin 81mg (được ngừng sử dụng aspirin trong quá trình điều trị chảy máu); và không có diễn tiến đặc biệt nào ở cả 3 trường hợp này.

Ngoài những đặc điểm cận lâm sàng được mô tả trong **Bảng 1**, có 5 trường hợp được thực hiện nội soi đại trực tràng để khảo sát tình trạng chảy máu (2 trường hợp thực hiện 1 lần và 3 trường hợp phải thực hiện 2 lần), chỉ có 1 trường hợp ghi nhận nghi ngờ chảy máu từ vết loét chân chỉ. Có 1 trường hợp (bệnh nhân nữ, 61 tuổi chảy máu ngày thứ 10 sau phẫu thuật Longo) được chỉ định CT angiography để khảo sát vị trí chảy máu khi vẫn còn tình trạng chảy máu sau hơn 48 giờ đặt sonde Foley và không phát hiện vị trí chảy máu sau 2 lần nội soi đại tràng; và kết quả CT angiography cũng không gợi ý được vị trí chảy máu.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân chảy máu thứ phát sau mổ trĩ

| | |
|---|-------------|
| Giới | |
| Nam | 11 |
| Nữ | 8 |
| Tuổi (năm) | |
| Nam | 34.36±12.5 |
| Nữ | 55.625±7.26 |
| Chẩn đoán của lần phẫu thuật trước | |
| Trĩ huyết khối | 3 |
| Trĩ độ III | 7 |
| Trĩ độ IV | 2 |
| Trĩ hỗn hợp | 7 |
| Phẫu thuật đã thực hiện | |
| Longo HEM 3335 | 5 |
| Longo GRENA | 3 |
| Cắt trĩ pp NĐH | 9 |
| Laser + Cắt trĩ pp NĐH hoặc Khâu triệt mạch | 2 |
| Thời gian từ lúc phẫu thuật đến lúc chảy máu thứ phát (ngày) | |
| Trung bình ±Độ lệch chuẩn | 7.94±4.85 |
| Phạm vi | |
| Nhịp tim | 3-23 |

| | |
|--------------------------------|--------------------|
| Trung bình \pm Độ lệch chuẩn | 84.36 \pm 19.89 |
| Phạm vi | 62-150 |
| Huyết áp (mmHg) | |
| Tâm thu | 121.63 \pm 12.27 |
| Tâm trương | 70.42 \pm 10.27 |
| Trung bình | 87.49 \pm 10.42 |
| Số lượng bạch cầu | |
| Bất thường (>10 G/L) | 11 |
| Bình thường | 6 |
| Không thực hiện | 2 |
| Hematocrit | |
| Bất thường (<35%) | 8 |
| Bình thường | 9 |
| Không thực hiện | 2 |

Trong 19 trường hợp được báo cáo, không có bệnh nhân nào cần phẫu thuật lại để khâu cầm máu. Đặc điểm điều trị và các thuốc sử dụng của 19 trường hợp này được mô tả trong **Bảng 2** và **Bảng 3**. Trong đó có 2 trường hợp được xác định là có liên quan đến kẹt phân và tình trạng chảy máu được giải quyết sau khi loại bỏ được nguyên nhân, 1 trường hợp được cho là chảy máu từ vết loét chân chi, 1 trường hợp gợi ý chảy máu từ vết loét do thắt trĩ trước phẫu thuật. Trong các trường hợp không rõ nguyên nhân chảy máu có 5 trường hợp được đặt sonde Foley vào trực tràng kết hợp bơm rửa khi tình trạng chảy máu đang tiếp tục diễn tiến. Thời gian duy trì bóng của sonde Foley là 2 ngày (4 trường hợp) và 3 ngày (1 trường hợp). Và cả 5 trường hợp này bệnh nhân đều đáp ứng tốt với điều trị, tình trạng chảy máu được cải thiện dần cho đến khi bệnh nhân được xả bóng và rút sonde Foley, đi tiêu phân vàng và xuất viện.

Bảng 2. Đặc điểm điều trị của bệnh nhân chảy máu thứ phát sau mổ trĩ

| | |
|-------------------------------------|-----------------|
| Thủ thuật thực hiện (số trường hợp) | |
| Đặt sonde Foley bơm rửa | 5 |
| Thụt tháo | 2 |
| Truyền máu/các chế phẩm từ máu | 0 |
| Thời gian nằm viện (ngày) | |
| Trung bình \pm Độ lệch chuẩn | 2.89 \pm 1.28 |
| Phạm vi | 1-5 |

Bảng 3. Đặc điểm sử dụng thuốc của bệnh nhân chảy máu thứ phát sau mổ trĩ

| | |
|------------|--|
| Kháng sinh | |
|------------|--|

| | |
|---|----|
| Metronidazole + Ceftazidim | 6 |
| Metronidazole + Cefoperazone + Sulbactam | 2 |
| Metronidazole + Amoxicillin + Acid Clavulanic | 1 |
| Metronidazole + Ciprofloxacin | 1 |
| Tinidazole + Levofloxacin | 2 |
| Ciprofloxacin | 1 |
| Levofloxacin | 1 |
| Amoxicillin + Acid Clavulanic | 3 |
| Fosfomycin | 1 |
| Không | 1 |
| Tranexamic acid | |
| Có | 19 |
| Không | 0 |
| Các thuốc tăng trương lực mao mạch (Daflon, Savidimin) | |
| Có | 15 |
| Không | |
| 5-ASA | 1 |

5. Bàn luận:

Việc tổng kết sớm 10 tháng áp dụng phác đồ “Xử trí chảy máu thứ phát sau mổ trĩ” mang lại góc nhìn thực tế khi áp dụng trên lâm sàng, giúp kịp thời thực hiện các điều chỉnh cần thiết cho công tác điều trị và nghiên cứu nhóm bệnh nhân chảy máu thứ phát sau mổ trĩ trong năm 2018. Hiệu quả của điều trị nội khoa và thủ thuật kiểm soát chảy máu tại chỗ được trình bày trong phác đồ tất nhiên không thể tách rời với quá trình điều trị chu phẫu, bao gồm nhận diện các trường hợp có nguy cơ chảy máu cao, phẫu thuật viên có kinh nghiệm, sử dụng các biện pháp phòng ngừa trong lúc mổ và điều trị hậu phẫu (kháng sinh, thuốc mềm phân, điều chỉnh rối loạn đi tiêu nếu có).

Theo những kết quả ban đầu, phác đồ này đạt được hiệu quả nhất định trong việc điều trị chảy máu, đặc biệt là kỹ thuật sử dụng bóng Foley để chèn ép vào trực tràng kết hợp với thụt rửa bằng nước ấm cho các bệnh nhân chảy máu có xu hướng tiếp diễn. Tuy nhiên, một số vấn đề về kỹ thuật đặt bóng Foley cũng như thụt rửa vẫn khác nhau giữa những người thực hiện; vấn đề này cần được mô tả cụ thể cũng như quan sát chi tiết hơn trong các nghiên cứu tiếp theo, ví dụ như kích thước bóng chèn trong trực tràng bao nhiêu là đủ để có hiệu quả chèn ép cầm máu, lượng nước tối đa có thể sử dụng trong một lần thụt rửa là bao nhiêu, nhiệt độ nước thụt rửa, cố định hay không cố định sonde Foley, nếu có cách cố định như thế nào? Bên cạnh đó thủ thuật này cũng làm cho bệnh nhân không thoải mái, khó chịu hoặc gây ra đau mức độ từ ít tới nhiều, vấn đề này cũng nên được quan sát và báo cáo.

Tỉ lệ chảy máu thứ phát sau mổ trĩ ở khoa HMTT – BV ĐHYD CS I là 0.8% thấp hơn so với kết quả được báo cáo của khoa vào năm 2000 là 3.1% cũng như so với các kết quả được ghi nhận trong các nghiên cứu khác, tuy nhiên vì thời gian nghiên cứu chỉ có 10 tháng nên so sánh này chỉ mang tính tham khảo.

Một ghi nhận đáng chú ý trong nhóm bệnh nhân chảy máu thứ phát sau mổ trĩ, tuổi trung bình là 43.31 cho cả hai giới, nhưng riêng cho nam giới là 34.36 và 55.62 cho nữ giới. Sự khác nhau về độ tuổi ở nam và nữ trong nhóm bệnh nhân này cần được khảo sát trong các nghiên cứu tiếp theo.

Kết phân được xem là một trong những yếu tố góp phần vào chảy máu thứ phát sau mổ trĩ và việc xử lý rất dễ dàng bằng thắt tháo với nước ấm hoặc dung dịch thắt tháo ưu trương. Hầu hết các trường hợp chảy máu thứ phát có liên quan với kết phân đều ngưng chảy máu sau khi loại bỏ được khối phân. Tuy nhiên việc nhận định và xử trí sớm ở phòng cấp cứu và đơn vị chăm sóc sức khỏe ban đầu chưa được quan tâm đúng mực, việc này làm kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị cũng như sự lo lắng của bệnh nhân.

Trong nghiên cứu này, 19/19 các trường hợp chảy máu thứ phát sau mổ trĩ được sử dụng acid tranexamic với liều 1g/ ngày. Mặc dù hiện nay, nhiều nghiên cứu đã công nhận tranexamic acid có hiệu quả trong phòng ngừa và điều trị chảy máu ở nhóm bệnh nhân sản phụ khoa, chấn thương và phẫu thuật thần kinh. Tuy nhiên ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật vùng hậu môn trực tràng đặc biệt là mổ trĩ, vai trò và hiệu quả của tranexamic acid vẫn chưa được ghi nhận trong bất cứ nghiên cứu nào, chúng tôi sẽ thực hiện một nghiên cứu để đánh giá vấn đề này.

Tuy còn nhiều hạn chế về mặt thời gian nghiên cứu cũng như cỡ mẫu, nghiên cứu đã cho thấy được hiệu quả bước đầu của phác đồ “Xử trí chảy máu thứ phát sau mổ trĩ” đồng thời giúp chúng tôi nhìn nhận được một số điểm cần hoàn thiện để xây dựng phác đồ hoàn chỉnh hơn, mở ra một số hướng nghiên cứu trong thời gian sắp tới.

6. Tài liệu tham khảo:

1. A Bagul (2011), “Control of postoperative bleeding following a procedure for prolapse and haemorrhoids: a novel technique”, *Ann R Coll Surg Engl*, (93), pp. 255-264
2. Chen HH, Wang J-Y, Changchien CR, Yeh C-Y, Tsai W-S, Tang R. (2002), “Effective management of posthemorrhoidectomy secondary hemorrhage using rectal irrigation”, *Dis Colon Rectum*, (45), pp. 234–238.
3. J. McGuinness (2004), “Balloon tamponade to control haemorrhage following transanal rectal surgery”, *Int J Colorectal Dis*, (19), pp 395-396.
4. Francis J. Burns (1961), “Bleeding after Hemorrhoidectomy”, American Proctologic Society, Pittsburgh, Pennsylvania.
5. Frederick E. Farrer (1961), “Delayed Postoperative Anorectal Hemorrhage”, Mexican Proctologic Society and the American Proctologic Society, Mexico City, Mexico.
6. Hyung Kyu Yang (2014), *Hemorrhoids*, Springer-Verlag Berlin Heidelberg, pp 105-107.
7. Les Rosen et al. (1993), “Outcome of Delayed Hemorrhage Following Surgical Hemorrhoidectomy”, *Dis Colon Rectum*, (36), pp 743-746.
8. Lisa L. Strate (2016), “ACG Clinical Guideline: Management of Patients With Acute Lower Gastrointestinal Bleeding”, *The American Journal of Gastroenterology*
9. Maria Pescatori (2008), “Postoperative complications after procedure for prolapsed hemorrhoids (PPH) and stapled transanal rectal resection (STARR) procedures”, *Tech Coloproctol*, (12), pp. 7-19
10. Maria Pescatori (2012), *Prevention and Treatment of Complications in Proctological Surgery*, Springer-Verlag Italia, pp 39-40.
11. S. Giuratrabocchetta et al. (2012), “Safety and short-term effectiveness of EEA

stapler vs PPH stapler in the treatment of degree III haemorrhoids: prospective randomized controlled trial”, *Colorectal Disease The Association of Coloproctology of Great Britain and Ireland*, (15), pp. 354–35.

12. Takaaki Yano (2009), “The Outcome of Postoperative Hemorrhaging Following a Hemorrhoidectomy”, *Surg Today*, Vol 39, pp. 866-869.

7. Lời cảm ơn:

Nhóm nghiên cứu xin gửi lời cảm ơn chân thành đến quý anh chị bác sĩ và điều dưỡng khoa HMTT – BV ĐHYD CS I đã hỗ trợ trong suốt quá trình thực hiện nghiên cứu.

Nhóm nghiên cứu xin trân trọng cảm ơn sự đóng góp của Ths BS Dương Phước Hưng và Ths BS Nguyễn Văn Hậu trong việc hướng dẫn và cung cấp các kinh nghiệm quý báu trong suốt thời gian xây dựng phác đồ và thực hiện nghiên cứu.

**PHẪU THUẬT BASCOM NÂNG RÃNH GIAN MÔNG KHÂU VẾT MỔ
THÌ ĐẦU KHÔNG ĐỐI XỨNG
ĐIỀU TRỊ BỆNH XOANG TỔ LÔNG CÙNG CỤT**

Nguyễn Trung Tín
Nguyễn Hoàng Duy*
Luu Hiếu Nghĩa**

Tóm tắt:

Đặt vấn đề :

Phẫu thuật bất đối xứng điều trị bệnh xoang tổ lông đã được báo cáo có kết quả tốt hơn phẫu thuật cắt lọc đơn giản và khâu kín trên đường giữa. Mục đích của nghiên cứu này nhằm lượng giá kết quả sau khi tiến hành phẫu thuật nâng rãnh khâu da thì đầu không đối xứng của Bascom.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Có 5 bệnh nhân được phẫu thuật từ tháng 9 năm 2017 đến tháng 11 năm 2017 bằng phẫu thuật Bascom nâng rãnh không đối xứng, chúng tôi theo dõi tái khám và đánh giá kết quả sớm 30 ngày sau mổ. Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Hậu môn trực tràng, bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh. Bệnh nhân được đánh giá về tình trạng lành vết thương và các biến chứng liên quan đến vết thương.

Kết quả:

Tất cả 5 trường hợp xoang tổ lông cùng cụt đều là các trường hợp tái phát hay không lành sau phẫu thuật. Tuổi bệnh nhân từ 17 đến 32, có 3 nam và 2 nữ. Đau sau mổ ít điểm VAS từ 2-3. Thời gian lành vết thương từ 2-4 tuần. Có 2 trường hợp nhiễm trùng nhẹ đầu dưới vết mổ gần hậu môn. Không có trường hợp nào phải can thiệp lại bằng thủ thuật hay phẫu thuật.

Kết luận:

Phẫu thuật nâng rãnh gian mông khả thi và an toàn. Các kết quả sớm sau phẫu thuật điều trị bệnh tổ lông với kỹ thuật nâng rãnh bất đối xứng hứa hẹn. Cần phải nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian dài để đánh giá tái phát sau mổ.

Từ khóa: Kỹ thuật nâng rãnh bất đối xứng, Cắt bỏ, bệnh xoang tổ lông, Nhiễm trùng vết thương.

**The Bascom asymmetric cleft lift technique for surgical treatment of
sacroccygeal pilonidal sinus disease**

Nguyễn Trung Tín , Nguyễn Hoàng Duy* , Nguyễn Hiếu Nghĩa**

Backgrounds: The Bascom asymmetric techniques for surgery in pilonidal sinus disease have been reported to provide better results than simple excision

* Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh, thông tin liên hệ tin.nt@umc.edu.vn

and closure in the midline. The aim of this study was to evaluate the results after introducing the Bascom asymmetric cleft lift procedure in our hospital.

Patients and methods: This study included 5 adult patients with sacrococcygeal pilonidal sinus having Bascom's cleft lift procedure. The study was performed in the Proctology Department of University Medical Center in Ho Chi Minh city. The patients were evaluated for complete wound healing and wound-related complications.

Results: All five cases were recurrent or unhealed wound sacrococcygeal pilonidal sinus. Three of patients were male. Pain score of VAS was in range of 2-3. Healing time was in range of 3-4 weeks. There were 2 of 5 cases having light and superficial infection of the distal end of incisions for. There were no further revisions.

Conclusions: Bascom's asymmetric cleft lift is the simple and safety operation. The study with large simple size and long-term follow up needs to conduct for recurrence.

Keywords: Bascom's cleft lift, excision, pilonidal sinus disease, wound infection.

1. Đặt vấn đề:

Bệnh xoang tổ lông cùng cùng cụt thường gặp ở các phòng khám ngoại khoa. Tần xuất 26/100.000 (1) và bệnh thường gặp ở nam trong khoảng tuổi 30 (2). Một nghiên cứu gần đây cho thấy các kỹ thuật đường giữa kinh điển để điều trị xoang tổ lông có tỷ lệ nhiễm trùng vết thương cao, tỷ lệ tái phát cao, kết quả thẩm mỹ tồi và thời gian lành vết thương dài (3). Các kỹ thuật khâu chéo hay bất đối xứng được khuyến cáo vì dễ thực hiện hơn và cho kết quả như các kỹ thuật tạo hình full -thickness (4). Các kỹ thuật khâu bất đối xứng được cả Karydakis (5) và Bascom (6,7,8) mô tả.

Karydakis mô tả phẫu thuật lấy bỏ toàn bộ mô hạt viêm sâu và khâu cố định nền của vạt da dày không đối xứng được di động vào mạc cùng cụt trước khi khâu. Bascom mô tả di động vạt da mỏng để lại mô viên sâu tại chỗ và chỉ khâu kín da. Cả hai kỹ thuật đều chia sẻ kết quả tốt. Karydakis báo cáo tỷ lệ tái phát thấp hơn 10% (5) và Bascom báo cáo tỷ lệ lành 100 % sau minor revision hay một phẫu thuật nâng rãnh thì trong 9-10 % bệnh nhân của tác giả kháng trị (7,8).

Do kỹ thuật nâng rãnh đơn giản chúng tôi thực hiện kỹ thuật nâng rãnh của Bascom vào năm 2002 như là phương pháp duy nhất cho tất cả các trường hợp bệnh xoang tổ lông mạn tính. Mục đích của nghiên cứu hồi cứu này để lượng giá phẫu thuật cho loạt ca đầu tiên của chúng tôi.

2. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

2.1 Đối tượng:

Các bệnh nhân bệnh tổ lông vùng cùng cụt được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tại khoa Hậu môn Trực tràng bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh. Phương pháp phẫu thuật nâng rãnh gian mông theo Bascom được thực hiện để điều trị cho 3 bệnh nhân bệnh tổ lông mạn tính vùng cùng cụt. Tiêu chí chọn bệnh là bệnh nhân nam hay nữ tuổi lớn hơn hay bằng 15 tuổi.

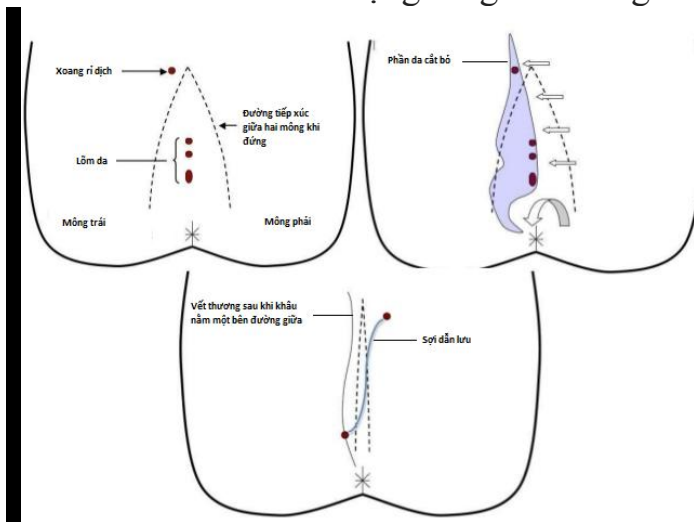
Tiêu chí loại trừ là bệnh nhân có bệnh tiểu đường, bệnh nhân béo phì, bệnh nhân có bệnh nhiễm trùng da hay có tình trạng giảm miễn dịch.

2.2 Chuẩn bị trước mổ:

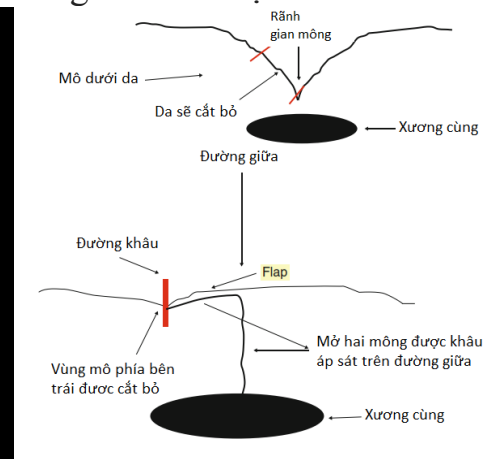
Bệnh nhân được thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu thường qui. Lông vùng mông, rãnh gian mông được cạo sạch vào buổi sáng hôm trước mổ hay trên bàn mổ trước phẫu thuật. Bệnh nhân cũng được làm sạch trực tràng bằng cách bơm 1 ống Flead enema sáng sớm ngày phẫu thuật. Kháng sinh phòng ngừa là một liều duy nhất cefazolin 1g đường tĩnh mạch trước khi rạch da.

2.3 Kỹ thuật phẫu thuật:

Phương pháp vô cảm được sử dụng là gây tê tủy sống hay gây mê toàn thân. Tư thế bệnh nhân, bệnh nhân nằm sấp hay nằm sấp nghiêng phải. Phẫu thuật được tiến hành là cắt bỏ toàn bộ các xoang và sẹo cũ. Da một bên rãnh gian mông được cắt bỏ và da bên rãnh gian mông đối diện được phẫu tích khỏi mô mỡ bên dưới và di động sang bờ rãnh gian mông bên đối diện.



Hình 1: Phần da một bên vết mổ và các xoang được cắt bỏ, sau đó di động phần da bên đối diện và khâu kín không đối xứng xa đường giữa.



Hình 2: Thiết kế cắt ngang mô tả phẫu thuật nâng rãnh gian mông bất đối xứng của Bascom

Mô mỡ sâu bên dưới được áp sát và khâu lại để che lấp và tạo lại đường rãnh gian mông. Vạt da được khâu kín phía ngoài rãnh gian mông.

Rãnh gian mông mới nông hơn và chuyển hướng mềm mại về phía hậu môn. Đặt dẫn lưu tạm thời dưới vạt da và rút sau một tuần.

2.4 Chăm sóc sau mổ:

Bệnh nhân được truyền tĩnh mạch kháng sinh cefazolin và metronidazole 3-5 ngày sau mổ, sau đó bệnh nhân được chuyển sang kháng sinh, kháng viêm, giảm đau đường uống và xuất viện.

Bệnh nhân được dặn dò cạo lông vùng mông và rãnh gian mông hàng tuần. Dẫn lưu được rút khi tái khám lần đầu tiên 7 ngày sau mổ. Chỉ may vết thương được cắt và rút bỏ 21 ngày sau mổ dù vết mổ có lành tốt hay không.

Thời gian lành vết thương xác định khi vết m ỏ được cắt chỉ hoặc cho khi vết thương lành hoàn toàn. Các biến chứng liên quan đến vết m ỏ như nhiễm trùng, tụ thanh dịch, hở vết m ỏ... được ghi nhận. Do thời gian theo dõi ngắn nên tái phát sau khi lành vết m ỏ không được trình bày trong nghiên cứu này.

3. Kết quả:

Trường hợp 1: Bệnh nhân V.N.M.Kh, nam, 26 tuổi. Ngày nhập viện 09/08/2017, số nhập viện 17-0047017. Lí do nhập viện: rỉ dịch vùng cùng cụt sau m ỏ xoang tổ lông vùng cùng cụt. Bệnh sử, trong khoảng 1 năm nay bệnh nhân than phiền rỉ dịch vùng cùng cụt, phẫu thuật tại bệnh viện địa phương 1 lần. Sau phẫu thuật còn chảy dịch vết m ỏ, điều trị nội khoa không hết nên đến khám và nhập viện phẫu thuật tại bệnh viện ĐHYD. Tiền căn gia đình không ai mắc bệnh tương tự. Chỉ số khối cơ thể (BMI) 24.

Khám thực thể vùng cùng cụt, hai mông có nhiều lông, ngay đầu trên rãnh gian mông, trên sẹo m ỏ cũ có một lỗ rò kích thước khoảng 0,5cm phía dưới lỗ rò khoảng 1cm có 7 lỗm da. Nội soi ống hậu môn trực tràng hoàn toàn bình thường.

Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật Bascom nâng rãnh gian mông, xuất viện 3 ngày sau m ỏ và vết m ỏ lành hoàn toàn 3 tuần sau m ỏ. Không có biến chứng sau m ỏ.

Trường hợp 2: Bệnh nhân H.T.B.Ng, nữ, sinh năm 1985. Ngày nhập viện 05/08/2017. Bệnh sử, bệnh nhân than phiền sưng đau vùng cùng cụt, có sốt nhẹ, sau đó vùng sưng đau vỡ mủ gây ảnh hưởng đến sinh hoạt nên đến khám và nhập viện phẫu thuật tại bệnh viện ĐHYD.

Tiền căn gia đình không ai bệnh tương tự, bệnh nhân được phẫu thuật bệnh xoang tổ lông 2011 tại bệnh viện ĐHYD phương pháp m ỏ là rạch dẫn lưu áp xe. Chỉ số khối cơ thể (BMI) 24.

Khám thực thể vùng cùng cụt, bên phải cách 1cm và ở đầu trên rãnh gian mông có một lỗ rò 0,5 cm rỉ mủ trắng đục. Phần còn lại rãnh gian mông không phát hiện bất thường.

Nội soi ống hậu môn trực tràng hoàn toàn bình thường.

Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật Bascom nâng rãnh gian mông, xuất viện 3 ngày sau m ỏ và vết m ỏ lành hoàn toàn 4 tuần sau m ỏ. Nhiễm trùng nhẹ ¼ dưới vết m ỏ đầu gần với hậu môn.

Trường hợp 3: Bệnh nhân H.H.V, nam, 19 tuổi. Ngày nhập viện 23/9/2017, số nhập viện 17-0057140. Lý do vào viện: nổi mụn vùng cùng cụt

Bệnh sử: 2 năm nay bệnh nhân thấy nổi mụn vùng cùng cụt kèm sưng và chảy mủ tái đi tái lại nhiều lần. Điều trị bằng phẫu thuật 2 lần tại bệnh viện địa phương và phòng khám nhưng không hết. Chỗ vết m ỏ cũ có lỗ rỉ dịch nên đến khám và nhập viện phẫu thuật tại bệnh viện ĐHYD. Tiền căn gia đình không ai mắc bệnh tương tự. Chỉ số khối cơ thể (BMI) 23,5.

Nội soi ống hậu môn trực tràng hoàn toàn bình thường. Kết quả chẩn đoán hình ảnh MRI, viêm áp xe trong mô dưới da ngay đường giữa vùng cùng cụt, tạo đường rò ra da. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật Bascom nâng

rãnh gian mô, xuất viện 5 ngày sau mổ và vết mổ lành hoàn toàn 3 tuần sau mổ.

Trường hợp 4: Bệnh nhân N D Kh, nam, 17 tuổi. Ngày nhập viện 23/10/2017, số nhập viện 17-0063970. Lý do vào viện: rỉ dịch vết mổ và sẹo lồi vùng cùng cụt sau mổ rò mô cách nhập viện 7 tháng, bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ nang lông mô hoại tử và để hở da, thời gian để lành vết thương cho lần mổ này là 4 tháng. Sau đó một tháng vết mổ rỉ dịch trở lại và bệnh nhân đến khám và nhập viện phẫu thuật tại bệnh viện ĐHYD. Tiền căn gia đình không ai mắc bệnh tương tự. Chỉ số khối cơ thể (BMI) 22,3.

Nội soi ống hậu môn trực tràng hoàn toàn bình thường. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật Bascom nâng rãnh gian mô, xuất viện 5 ngày sau mổ và vết mổ lành hoàn toàn 3 tuần sau mổ. GPBL mô viêm mạn tính không đặc hiệu.

Trường hợp 5: Bệnh nhân Nguyễn Thị Phương H., nữ 21 tuổi. Ngày nhập viện 7/11/2017, SNV: N17-0375391. Lý do vào viện: rỉ mủ vùng cùng cụt. Bệnh 1 năm, rỉ mủ tái đi tái lại nhiều lần vùng cùng cụt, 1 tháng trước nhập viện bệnh nhân đau nhiều nên xin nhập viện. BMI 17,44. Kết quả chẩn đoán hình ảnh MRI, tổn thương áp xe hóa trong mô dưới da đường giữa sau xương cụt. Bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật Bascom nâng rãnh gian mô, xuất viện 5 ngày sau mổ và đang theo dõi. GPBL mô viêm mạn tính không đặc hiệu.

Đặc điểm chung của các bệnh nhân là trẻ tuổi từ 17-32 tuổi. Tất cả bệnh nhân đều đã được phẫu thuật 1-2 lần trước đây, vết thương không lành hoặc là bệnh tái phát. Thời gian nằm viện trong khoảng từ 3-5 ngày. Lành vết thương hoàn toàn từ 2-4 tuần, không cần phải can thiệp lại bằng thủ thuật hay phẫu thuật.

4. Bàn luận

Rushfeldt và cs (15) báo cáo tỷ lệ lành bệnh ngay thì đầu là 76% (22/29 trường hợp nghiên cứu), trong khi đó 5 trường hợp (bao gồm một trường hợp nhiễm trùng) chậm lành vết mổ và 2 trường hợp lành không lành trước khi tái khám theo dõi. Khi theo dõi trong khoảng thời gian 17 tháng, 24 (83o/o) trường hợp lành và 5 (17o/o) bệnh nhân (bao gồm 2 bệnh nhân không lành ngay) có tái phát.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4/5 trường hợp lành vết mổ trong vòng 2-4 tuần, 1 trường hợp/5 trường hợp còn trong thời gian theo dõi 30 ngày.

Kết quả trong nghiên cứu của Rushfeldt thì tương đương với kết quả của nghiên cứu Bascom năm 2002, trong đó 22 trường hợp trong 31 trường hợp (71o/o) bệnh nhân có bệnh xoang tổ lông trầm trọng và kháng trị lành ngay trong khi đó 6 trường hợp lành chậm hơn và 3 trường hợp cần phải can thiệp nhỏ lại (7). Tất cả các vết thương đều lành sau 20 tháng sau phẫu thuật. Trong một nghiên cứu gần đây từ năm 2007 chỉ có 5/52 trường hợp (9o/o) cần phẫu thuật nâng rãnh lần 2 và 1 (1,5o/o) cần phẫu thuật nâng rãnh lần 3 trước khi lượng giá vào tháng 30 sau phẫu thuật (8).

Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê nhận thấy được giữa tái phát và các phẫu thuật điều trị bệnh xoang tổ lông trước đây, mặc dù phần lớn bệnh nhân bệnh tái phát đều có rạch dẫn lưu áp xe ở đường giữa. Phát hiện này cho thấy việc rạch dẫn lưu áp xe trước khi phẫu thuật điều trị triệt để tiên lượng bệnh trầm trọng hơn với nguy cơ cao của bệnh tái phát sau phẫu thuật Bascom.

Một số nghiên cứu không sử dụng kháng sinh sau mổ trong phân nửa các trường hợp. Tuy nhiên, một nghiên cứu mới đây cho thấy một chế độ 5 ngày kháng sinh phổ rộng có lợi hơn dùng liều phòng ngừa duy nhất trong việc phòng ngừa biến chứng có liên quan đến vết thương trong phẫu thuật điều trị bệnh xoang tổ lông với phẫu thuật cắt bỏ trung tâm và khâu kín ngay thì đầu (9).

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các trường hợp đều được sử dụng kháng sinh 3-5 ngày sau mổ. Có 2/5 trường hợp nhiễm trùng nhẹ đầu dưới vết mổ, gần hậu môn. Tác giả Rushfeldt và cs (15) cho thấy các trường hợp tái phát phân bố tương đương giữa phần trên (60o/o) và phần dưới (40o/o) vết mổ gần rãnh gian môn. Các tác giả cho rằng phần xa hay đầu dưới của sẹo là dễ tái phát vì gần hậu môn hơn và do đó dễ vấy nhiễm phân hơn, nhưng nó không có chứng cứ ủng hộ giả thiết này trong số liệu nhỏ bệnh nhân tái phát.

Một yếu tố rất đặc trưng của bệnh tổ lông quá trình bệnh kéo dài trước khi được phẫu thuật điều trị triệt để và cuối cùng. Thời gian trung bình có triệu chứng bệnh là 6,4 năm trước khi tiến hành phẫu thuật Bascom trong nghiên cứu của Rushfeldt và cs (15), thời gian này không khác trong nghiên cứu của Bascom (7). Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian bệnh trước khi tiến hành phẫu thuật Bascom là từ 1 đến 7 năm.

Các phương pháp phẫu thuật được thực hiện trong đơn vị chăm sóc trong ngày không cần vô cảm toàn thân (ngoài trừ một bệnh nhân) và tất cả nhưng ngoại trừ một bệnh nhân được xuất viện vài giờ sau mổ. Theo dõi, khoảng 1/2 bệnh nhân có đau sau mổ với thời gian trung bình là 2,6 ngày, cho thấy rằng đau không dẫn đến một khó chịu sau mổ đáng kể, mặc dù điều này cần phải lượng giá trong các giới hạn của nghiên cứu hồi cứu.

Thời gian nghỉ việc hay nghỉ học 11,5 ngày và thời gian trung bình từ lúc phẫu thuật cho đến khi cắt chỉ trong da (12,2 ngày). Thời gian dự kiến cắt chỉ trong da là 10 ngày, nhưng phân nửa bệnh nhân được cắt chỉ trễ hơn dự kiến, phát hiện này có thể là nguyên nhân nguy cơ tăng cho tái phát hay nhiễm trùng vì chậm trễ trong việc lấy bỏ dị vật khỏi vết thương.

Phân bố tuổi và giới của bệnh nhân thì ưu thế cho tuổi trẻ là chủ yếu như mô tả của các tác giả khác (2, 3).

Trong nghiên cứu của Rushfeldt và cs (15) 18 (62 o/o) thừa cân bao gồm 5 bệnh nhân béo phì. Trong nghiên cứu ở Ai Cập 78 o/o béo phì (11), một nghiên cứu gần đây cũng chỉ ra rằng BMI cao có thể là yếu tố nguy cơ cao cho bệnh tổ lông ở bệnh nhân vị thành niên (12). Trong nhóm bệnh nhân của chúng tôi BMI trong khoảng từ 17,4-24.

Dù thực hiện bất cứ kỹ thuật phẫu thuật nào để điều trị bệnh xoang tổ lông, kết quả tốt chỉ có thể đạt được trong các trung tâm chuyên khoa (11, 12, 13,

14) tập trung trên một số ít kỹ thuật. Tuy vậy, trong những bệnh viện tổng quát nhiều phẫu thuật viên được huấn luyện để thực hiện phẫu thuật điều trị bệnh xoang tổ lông theo nhiều kiểu khác nhau, kết quả có thể kém (3).

5. Kết luận

Chúng tôi kết luận rằng phẫu thuật nâng rãnh không đối xứng để điều trị bệnh xoang tổ lông là đơn giản, thời gian phẫu thuật nhanh. Tỷ lệ tái phát thấp và phẫu thuật có khả năng cao nhất tạo ra một phương pháp tái định hình phòng ngừa và vĩnh viễn rãnh gian mông sâu, mặc dù cần phải nghiên cứu dài hạn để xác định điều này. Hơn nữa, phẫu thuật gây đau ít và bệnh nhân trở lại làm việc nhanh. Phẫu thuật đã trở thành một phương pháp đồng nhất để điều trị tất cả bệnh xoang tổ lông có triệu chứng kéo dài.

Tài liệu tham khảo

1. Soendenaa K (1995), Patient characteristics and symptoms in chronic pilonidal sinus disease. *Int J Colorectal Dis*;10:39-42.
2. Hul T (2002), Pilonidal disease. *Surg Clin North Am*; 82:1169-1185.
3. Holmebakk T, Nesbakken A (2005); Surgery for pilonidal disease. *Scand J Surg*; 94: 43-46.
4. Petersen S, Koch R, Stelzner S, Wendlandt T P, Ludwig K (2002); Primary closure techniques in chronic pilonidal sinus. *Dis Colon Rectum*;45:1458-1467.
5. Karydakakis G E (1992); Easy and successful treatment of pilonidal sinus after explanation of its causative process. *Aust N Z J Surg*; 62:385-389.
6. Bascom J U (1987); Repeat pilonidal operations. *Am J Surg*;154: 118-121.
7. Bascom J U(2002); Failed Pilonidal surgery. New paradigm and new operation leading to cures. *Arch Surg*;137:1146-1150.
8. Bascom J U (2007); Utility of the cleft lift procedure in refractory pilonidal disease. *Am J Surg* ;193:606-609.
9. Chaudhuri A (2006); Single-dose metronidazole vs 5-day multidrug antibiotic regimen in excision of pilonidal sinuses with primary closure: a prospective, randomized, double-blinded pilot study. *Int J Colorectal Dis*; 21: 688-692.
10. Sakr M (2003):The effect of obesity on the results of Karydakakis technique for the management of chronic pilonidal sinus. *Int J Colorectal Dis*;18:36-39
11. Irfan S (2005) : High body mass index as a possible risk factor for pilonidal sinus disease in Gencosmanoglu R (2005): Modified lay-open (incision, curettage, partial lateral wall excision and marsupialization) versus total excision with primary closure in the treatment of chronic sacrococcygeal pilonidal sinus. *Int J Colorectal Dis*;20: 415-422
12. Keshava A (2007); Karydakakis flap repair for sacrococcygeal pilonidal sinus disease: How important is technique? *ANZ J Surg*; 77:181-183.
13. Aldean I (2005); Simple excision and primary closure of pilonidal sinus: a simple modification of conventional technique with excellent results. *Colorectal Dis*;7:81-85
14. Menteso (2005):Management of pilonidal sinus disease with oblique excision and primary closure: Results of 493 patients. *Dis Colon Rectum*;49:104-108.
15. Rushfeldt C, Bernstein A, Norderval S và Revhaug A (2008); Introducing an asymmetric cleft lift technique as a uniform procedure for pilonidal sinus surgery. *Scand J Surgery* 97: 77-81.

**KẾT QUẢ 5 NĂM PHẪU THUẬT CẮT TUYẾN GIÁP NỘI SOI:
TIẾP CẬN ĐƯỜNG NÁCH VÀ QUẲNG VÚ**

*Đỗ Hữu Liệt, Đoàn Tiến Mỹ,
Hoàng Công Thành, 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 (22,3%) 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 yêu 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 FOR 5 YEARS:
IPSILATERAL AXILLARY AND BREAST AREOLAR APPROACH**

*Do Huu Liet, Doan Tien My,
Hoang Cong Thanh, Nguyen Thai Tuan*

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 ± 6.2 (range, 16-70) years. We inserted 3 trocars 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 ± 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 ± 2.1 (25-65) minutes and for sub-total or total thyroidectomy was 61.15 ± 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 ± 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

TS.BS Đỗ Hữu Liệt- BV Chợ Rẫy dohuuliet73@yahoo.com ĐT 0913849434

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 quầng 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, tiền 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 quầng 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 gửi 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

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 (22,3%) 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.

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 thế 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 quàng vú, tuyến giáp được bộc lộ dễ dàng, việc kiểm soát chảy máu và thần kinh thanh quản ngược cũng tiện lợi hơn. Chúng tôi chọn đường tiếp cận này, đến thời điểm hiện tại cũng chưa gặp khó khăn gì [8].

Chúng tôi chọn 2 trocar 5mm cho đường tiếp cận ở đường nách trước và phía trên quàng 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 quàng 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 quàng 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 mà cả hai thùy đều có thể phẫu thuật được. Qua kinh nghiệm, chúng tôi nghĩ kích thước bướu không quá quan trọng trong lựa chọn điều trị phẫu thuật cắt tuyến giáp nội soi miễn sao phẫu trường đủ rộng để thao tác là 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 với số lượng 1354 trường hợp và có thời gian mổ trung bình 56,5 phút[8]. Điều này

khăng 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 làm 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. Hiện tại, để khắc phục tình trạng này chúng tôi thực hiện cắt trên dây chằng Berry và dùng chế độ Max với càn 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 nội soi thanh khí quản 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 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 1-6 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 giai đoạn

sớm kèm nạo hạch nhóm 3,4,6 thường qui và không có trường hợp nào bị hạ calci vĩnh viễn.

Chúng tôi phải thực hiện mổ lại lần hai cho 18 trường hợp (4,2%) 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 tốn nhiều vật chất và tin thần hơn. Hiện tại, tất cả bệnh nhân đều khỏe mạnh, đang được theo dõi và điều trị với I-131.

Thời gian nằm viện của chúng tôi từ $1,33 \pm 0,42$ (1-4) ngày so với Jun-Ho Choe 4 ngày, Eckhard Barlehmer 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 1-2 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 khi thực hiện phương pháp phẫu thuật này.

KẾT LUẬN

Qua 426 trường hợp thực hiện cắt tuyến giáp qua ngã nội soi với tiếp cận bằng đường nách và quàng vú, 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. 10th 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

ĐIỀU TRỊ TIÊU SỢI HUYẾT TRONG NHỒI MÁU NÃO CẤP

*Võ Thị Trinh Nữ, Nguyễn Minh Trí,
Châu Hữu Hầu - Bệnh viện Nhật Tân*

TÓM TẮT. Điều trị tiêu sợi huyết rt-PA ở bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp. Nhóm bệnh nhân đột quỵ có dùng rt-PA khi vào viện có điểm Rankin cải tiến từ 2 đến 5, sau khi dùng thuốc rt-PA có đến 9 BN (50%) hồi phục hoàn toàn. Sau 3 tháng, hồi phục hoàn toàn tăng lên thêm 2 trường hợp chiếm 64,7%. Các trường hợp khác cũng thuyên giảm ít nhiều. Không có trường hợp nào chảy máu não và tử vong. Điều này có thể là do các bệnh nhân được đưa vào điều trị thường nhẹ và có một số trường hợp yêu cầu chuyển viện khiến cho chúng tôi không đủ số liệu để đưa vào nghiên cứu. Trong khi nhóm chứng, sự cải thiện hầu như không đáng kể.

SUMMARY. *Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) Therapy For Acute Ischemic Stroke. Stroke. patients with rt-PA therapy on hospital admission had modified Rankin scores from 2 to 5, after rt-PA intravenous injection, we had 9 patients (50%) completely recovered. Three months after rt-PA injection, full recovery increased with 2 cases (64.7%). Other cases in this group also somewhat relieved. No cases of bleeding in the brain and death. This may be because the mild to moderate patients were put on treatment and there are some cases that require referral and we weren't not enough data to be included them in the study. While the control group, the improvement is almost negligible.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở các BN bị đột quỵ thiếu máu não, tác nhân hoạt hóa plasminogen kiểu mô tái tổ hợp (rt-PA) được dùng làm tăng tái tạo kênh các mạch máu bị nghẽn tắc. Nhưng rt-PA lại có thể làm chảy máu nội sọ tăng lên. Hiệu quả này được cho là tăng tính thấm mạch máu não qua nhiều yếu tố khác nhau như tổn thương tái tưới máu và kích hoạt cơ chất metalloproteinase mà cơ chế chưa được biết rõ. Gần đây điều trị rt-PA được biết làm tăng tính thấm mà không cắt đứt hàng rào máu não, nhưng hoạt hóa hệ yếu tố tăng trưởng nội bì mạch máu (VEGF). VEGF điều hòa sự phân ly các nối tế bào nội bì và hiện tượng nhập bào (endocytosis) của nội bì và làm tăng tính thấm của mạch máu⁽¹⁾.

Một serine proteinase, rt-PA, là một tác nhân thoái biến các cục máu đông qua hoạt hóa plasminogen thành plasmin được dùng trong 3 giờ tính từ khởi phát đột quỵ thiếu máu não làm cải thiện các kết cục lâm sàng của bệnh nhân^(8,10). Điều trị rt-PA muộn quá 3 giờ dễ tăng nguy cơ chảy máu. Điều trị muộn quá 4,5 giờ thường không có lợi⁽⁵⁾. Bằng chứng cho thấy rt-PA tiêm tĩnh mạch làm tăng tỷ lệ BN sống sót với kết cục khá thuận lợi khi theo dõi đến 1 năm. Số liệu này ủng hộ mạnh mẽ bằng chứng trước đây trong việc điều trị cho BN càng sớm càng tốt sau khi đột quỵ thiếu máu não. Tuy một ít BN có thể hưởng lợi lên đến 6 giờ sau đột quỵ⁽²⁾.

Để ứng dụng các nghiên cứu về rt-PA ở BN đột quỵ thiếu máu não đến sớm, chúng tôi đặt ra kế hoạch nghiên cứu về đề tài này từ năm 2015.

ĐỐI TƯỢNG VÀ MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn:

- 1) Tiêu chuẩn chẩn đoán đột quỵ não theo Tổ chức Y tế thế giới
- 2) Đột quỵ thiếu máu não cấp trong ≤ 4.5 giờ
- 3) Thang điểm đột quỵ: $4 < \text{NIHSS} < 22$ điểm
- 4) CT sọ não hoặc MRI không có xuất huyết nội sọ
- 5) CT sọ não hoặc MRI: vùng đậm độ $< 1/3$ vùng phân bố của động mạch não giữa.

6) Bệnh nhân hay thân nhân người bệnh đồng ý dùng thuốc tiêu sợi huyết.

Tiêu chuẩn loại trừ

- 1) Đột quỵ hay chấn thương sọ não trong 3 tháng trước.
- 2) Đại phẫu hay có chấn thương trầm trọng trong 14 ngày trước
- 3) Bệnh sử có xuất huyết não hay dị dạng mạch máu não
- 4) Xuất huyết tiêu hóa hay đường tiết niệu trong 21 ngày trước.
- 5) Chọc động mạch ở vị trí không thể băng ép hay chọc dò tủy sống 7 ngày trước.

6) Triệu chứng thần kinh cải thiện nhanh hay NIHSS < 5 .

7) Huyết áp $> 185/110$ mmHg: dùng thuốc tiêm tĩnh mạch để hạ huyết áp.

8) Co giật lúc khởi bệnh.

9) Nghi ngờ xuất huyết khoang dưới nhện.

10) Nhồi máu cơ tim trong vòng 3 tháng.

11) Đang dùng kháng đông hay INR $> 1,7$.

12) Trị liệu Heparin trong 48 giờ trước đó.

13) Tiểu cầu < 100.000 mm³.

14) Đường máu dưới $2,7$ mmol/l hay $> 22,2$ mmol/l.

15) Phụ nữ có thai.

16) Bệnh nhân hay thân nhân người bệnh không đồng ý dùng thuốc tiêu sợi huyết.

Ngoài ra, các BN chuyển viện sớm không đánh giá được bảng điểm trước và sau tiêm.

Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2015 đến hết tháng 4/2017 tại bệnh viện Nhật Tân.

Các thang điểm: *NIHSS* là thang điểm đột quỵ của Viện Sức khỏe quốc gia Hoa Kỳ, gồm 11 chỉ tiêu, điểm từ 0 (hoàn toàn không có triệu chứng) đến 42 (nặng nhất). **Thang điểm Rankin cải tiến (mRK):** Bao gồm 7 chỉ tiêu từ 0 đến 6: **0**, không triệu chứng; **1**, tàn tật ít cho dù có triệu chứng, có khả năng thực hiện được các công việc hàng ngày; **2**, tàn tật nhẹ, không khả năng thực hiện các hoạt động trước đây, nhưng có thể tự chăm sóc; **3**, tàn tật vừa, cần một vài sự trợ giúp, nhưng có thể đi đứng mà không cần trợ giúp; **4**, tàn tật

nhiều, không có khả năng đi mà không có trợ giúp và không có khả năng tự chăm sóc mà không có trợ giúp; **5**, tàn tật nặng, nằm liệt giường, tiêu tiểu không tự chủ và cần sự chú ý và chăm sóc thường xuyên của điều dưỡng; **6**, tử vong.

Cách tiến hành: Các BN thỏa tiêu chí chọn được đưa vào nghiên cứu (n=18 BN). Các BN đột quỵ thiếu máu não không được điều trị bằng rt-PA (alteplase) nhưng có đủ tiêu chí chọn sẽ được đưa vào nhóm chứng (n=18 BN). Chúng tôi đã tiến hành dùng rt-PA 0,9 mg/kg trên 24 BN đột quỵ thiếu máu não, liều tối đa không quá 90 mg. Cách tiêm: tiêm mạch chậm 10% tổng liều trong 1 phút, 90% còn lại truyền qua bơm tiêm điện trong 60 phút. Theo dõi: đo huyết áp mỗi 15 phút trong khi truyền, mỗi 30 phút trong 6 giờ đầu và mỗi 1 giờ trong 24 giờ đầu. Nhưng có 6 trường hợp chuyển viện theo yêu cầu (trong đó có 2 BN nặng), không theo dõi được, 1 BN không đánh giá Rankin cải tiến sau 3 tháng điều trị vì không liên hệ được, nên không đưa vào nghiên cứu.

Xử lý thống kê: Phần mềm SPSS phiên bản 16.0 được dùng để thực hiện các phân tích mô tả. Dùng Paired Samples T Test để so sánh các biến số bắt cặp trên cùng một BN. Các kết quả với $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa. Số trung bình \pm SD.

Đạo đức y học: Chọn bệnh nhân theo đúng tiêu chí chọn và tiêu chí loại trừ. Các BN được chọn đều được giải thích rõ qui trình chuyên môn. Thông tin BN đều được giữ kín.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nhóm điều trị bằng rt-PA có 18 BN, tuổi 56.8 ± 7.9 , trong đó có 8 nữ. Nhóm chứng có 18 BN, 7 nữ, tuổi 66.7 ± 11.2 .

Bảng 1. Số phút từ lúc khởi bệnh cho đến khi vào viện và đến thời gian dùng thuốc

| Nhóm điều trị bằng rt-PA | | | | Nhóm chứng | |
|--------------------------|---|--|---|------------|---|
| n | Số phút từ lúc khởi phát đến khi vào viện | Số phút từ lúc vào viện đến khi dùng rt-PA | Số phút từ lúc khởi phát đến khi dùng rt-PA | N | Số phút từ lúc khởi phát đến khi vào viện |
| 18 | 130 ± 67.5 | 52.2 ± 37.6 | 182 ± 83.9 | 18 | 237 ± 95 |

Bảng 2. Đánh giá bằng điểm NIHSS trước và sau khi dùng rt-PA đối với nhóm nghiên cứu và khi vào viện đến ngày ra viện đối với nhóm chứng.

| Nhóm | n | Điểm NIHSS trung bình \pm SD | | Khác biệt cặp | t | p |
|------------|----|---------------------------------|------------------------------------|---------------|-------|-------|
| | | Trước điều trị hay khi vào viện | Sau điều trị hay trước khi ra viện | | | |
| Nghiên cứu | 18 | 9.2 ± 4.9 | 3.4 ± 4.9 | 5.8 ± 4.4 | 5.777 | 0,000 |
| Chứng | 18 | 9.8 ± 7.1 | 9.5 ± 6.6 | 0.3 ± 0.7 | 2.062 | 0.055 |

Nhóm rt-PA khác biệt về điểm NIHSS trước và sau khi điều trị có ý nghĩa với $p < 0.001$.

Bảng 3. Dùng Rankin cải tiến chấm điểm tình trạng vào viện, ra viện và sau 3 tháng

| Điểm Rankin cải tiến | Nhóm đột quy có dùng rt-PA (n=16) | | | | | | Nhóm đột quy chứng (n=18) | | | |
|----------------------|-----------------------------------|---------|-------------|---------|-------------|---------|---------------------------|---------|-------------|---------|
| | mRK vào viện | | mRK ra viện | | mRK 3 tháng | | mRK vào viện | | mRK ra viện | |
| | n | Tỷ lệ % | n | Tỷ lệ % | n | Tỷ lệ % | n | Tỷ lệ % | n | Tỷ lệ % |
| 0 | | | 9 | 50.0 | 11 | 64.7 | | | | |
| 1 | | | 3 | 16.7 | 1 | 5.9 | 6 | 33.3 | 6 | 33.3 |
| 2 | 5 | 27.8 | 3 | 16.7 | 3 | 17.6 | 3 | 16.7 | 4 | 22.2 |
| 3 | 4 | 22.2 | 1 | 5.6 | 2 | 11.8 | 3 | 16.7 | 3 | 16.7 |
| 4 | 7 | 38.9 | 2 | 11.1 | | | 1 | 5,6 | 1 | 5.6 |
| 5 | 2 | 11.1 | | | | | 5 | 27.8 | 4 | 22.2 |
| Cộng | 18 | | 18 | | 17 | | 18 | | 18 | |

Nhóm đột quy dùng rt-PA khi vào viện có điểm mRankin từ 2-5 (không có điểm 6), sau khi dùng rt-PA có 9 BN (50%) hồi phục hoàn toàn, sau 3 tháng hồi phục hoàn toàn thêm 2 BN (64,7%). Các BN khác cũng thuyên giảm ít nhiều. Trong nhóm chứng, ít cải thiện.

Bảng 4. So sánh các cặp của nhóm dùng rt-PA và nhóm chứng bằng mRankin

| Nhóm BN | Các mẫu bắt cặp | n | Số trung bình ± SD | | Chênh lệch cặp | t | p |
|---------|--------------------------|----|--------------------|-----------|----------------|------|-------|
| | | | Mẫu 1 | Mẫu 2 | | | |
| rt-PA | mRK vào viện–mRK ra viện | 16 | 3.25±1.00 | 1.00±1.26 | 2.25±1.29 | 6.97 | 0.000 |
| Chứng | mRK vào viện–mRK ra viện | 18 | 2.78±1.67 | 2.61±1.58 | 0.17±0.38 | 1.84 | 0.083 |

Trong nhóm dùng rt-PA, tình trạng khi vào viện và tình trạng khi ra viện khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$. Không có sự khác biệt giữa vào và ra viện ở nhóm chứng.

BÀN LUẬN

Về tuổi BN: Nhóm đột quy thiếu máu não được điều trị bằng rt-PA có 18 BN, trong đó có 8 nữ, tuổi trung bình $56,8 \pm 7,9$. Nhóm tuổi này trẻ hơn trong nghiên cứu của Mai Duy Tôn tuổi trung bình $62,77^{(2)}$, Nguyễn Thanh Long là $65,4$ tuổi⁽⁴⁾.

Về thời gian nhập viện: Trong nghiên cứu của chúng tôi, số phút từ lúc khởi phát đến khi vào viện là $130 \pm 67,5$, số phút từ lúc vào viện đến khi dùng rt-PA $52,2 \pm 37,6$, số phút từ lúc khởi phát đến khi dùng rt-PA (thời gian cửa sổ điều trị) là $182 \pm 83,9$. Công trình của Mai Duy Tôn và cs⁽³⁾ 3 thời khoảng trên lần lượt là 82,67 phút; 56,55 phút và 139,22 phút. Công trình của Phan Văn Trường⁽⁷⁾ và cs với số phút lần lượt là 45,3; 78 và 123,3. Nghiên cứu của Nguyễn Thanh Long⁽⁴⁾, thời gian từ khi có triệu chứng cho đến khi điều trị là 168 phút. Như vậy, BN trong công trình này được điều trị rt-PA muộn hơn các tác giả khác, có thể do thời gian từ khởi phát đến khi vào viện dài hơn.

Liều rt-PA: Trong công trình này, rt=PA được dùng liều chuẩn theo các nước châu Âu và Mỹ là 0,9 mg/kg. Nhưng gần đây có một số công trình như của Bernard Yan⁽⁹⁾ ủng hộ điều trị với liều thấp hơn ở người châu Á với nhiều lý do khác nhau: khác biệt về chủng tộc, giá thành... Yang và cs⁽⁶⁾ nhận thấy liều 0,6 mg/kg có tính hiệu quả và an toàn tương tự so với liều 0,9 mg/kg trong điều trị đột quy nhẹ và giá thành thấp.

Dùng bảng điểm NIHSS trước và sau khi dùng rt-PA đối với nhóm nghiên cứu và khi vào viện đến ngày ra viện đối với nhóm chứng, chúng tôi nhận thấy bảng điểm NIHSS có cải thiện ở nhóm được điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, trong khi đó nhóm chứng không có ý nghĩa. Trong nghiên cứu của Mai Duy Tôn⁽³⁾ và cs thì điểm NIHSS trung bình là 14,06 điểm, Nguyễn Thanh Long⁽⁴⁾ thì NIHSS trung bình 15,2%. Công trình của chúng tôi điểm NIHSS trung bình của BN lúc vào viện là 9.2 ± 4.9 cho thấy BN bị đột quy thiếu máu não cấp với mức độ nhẹ hơn.

Dùng bảng điểm Rankin cải tiến: Nhóm BN đột quy được đưa vào nghiên cứu có điểm Rankin cải tiến từ 2 đến 5 khi vào viện. Sau khi dùng thuốc rt-PA có đến 9 BN (50%) hồi phục hoàn toàn, sau 3 tháng, hồi phục hoàn toàn thêm 2 trường hợp nữa chiếm 64,7%. Trong khi ở nhóm chứng, sự cải thiện hầu như không đáng kể. Trong khi đó Phan Văn Mừng⁽⁷⁾ và cs với số trường hợp trở về bình thường là 5 trường hợp (33,3%).

Về biến chứng chảy máu não, nghiên cứu của Mai Duy Tôn⁽³⁾ biến chứng chảy máu não có triệu chứng là 3,45% và tỷ lệ tử vong sau 3 tháng 8,62%. Công trình của Trương Lê Tuấn Anh⁽⁵⁾ thì tỷ lệ xuất huyết não có triệu chứng 8,5%, tử vong 19,1%. Nguyễn Thanh Long⁽⁴⁾ thì 2 tỷ lệ này lần lượt là 5,3% và 11,1%. Trong công trình của chúng tôi không có trường hợp nào chảy máu não và tử vong, có thể vì nhiều BN có biến chứng nặng thường yêu cầu lên tuyến trên (6 BN đang điều trị rt-PA) nên không có đủ số liệu để đưa vào nghiên cứu.

Trong nhóm dùng rt-PA, tình trạng khi vào viện và tình trạng khi ra viện khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Không có sự khác biệt giữa BN vào và ra viện ở nhóm chứng với $p > 0.05$. Sau 3 tháng đột quy cấp, công trình của chúng tôi có tỷ lệ khỏi bệnh hoàn toàn là 11 BN (64,7%), trong khi nhóm chứng không cải thiện gì nhiều. Công trình của Trương Lê Tuấn Anh⁽⁵⁾ và cs thì tỷ lệ hồi phục tốt sau 3 tháng 48,27%.

KẾT LUẬN

Tiêu sợi huyết rt-PA khá hữu hiệu giúp tái thông trong trường hợp đột quy thiếu máu não cấp. Nhưng chỉ định cần nghiêm ngặt tuân thủ các tiêu chí chọn và tiêu chí loại trừ. Mặc dù biến chứng xuất huyết não có thể tăng lên, điều trị bằng rt-PA trong 3 giờ đầu khởi phát đột quy thiếu máu não có thể giúp cải thiện kết cục lâm sàng.

THAM KHẢO

- 1 **The National Institute Of Neurological Disorders And Stroke Rt-Pa Stroke Study Group.** Tissue Plasminogen Activator For Acute Ischemic Stroke. N Engl J Med Dec 14, 1995;333 (24):1581-7.

- 2 **Wardlaw JM, Murray, Berge E, Zoppo GD, Sandercock P, Lindley RL, Cohen R.** Recombinant tissue plasminogen activator for acute ischaemic stroke. *www.thelancet.com* Vol 379 June 23, 2012: 2364-72.
- 3 **Mai Duy Tôn; Phạm Phước Sang.** Lâm sàng và kết quả điều trị đột quỵ thiếu máu não cấp 4,5 giờ đầu bằng thuốc tiêu sợi huyết Alteplase đường tĩnh mạch tại Thanh Hóa. *Y học Việt Nam.* 2015. no. 2. tr. 93-97.
- 4 **Nguyễn Thanh Long; Dương Đình Chính.** Đánh giá kết quả điều trị tiêu sợi huyết tĩnh mạch đối với bệnh nhân nhồi máu não cấp tính tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An. *Y học thực hành.* 2015. (3): tr. 59-61.
- 5 **Trương Lê Tuấn Anh; Lê Văn Thành.** Đánh giá hiệu quả và an toàn của điều trị tiêu sợi huyết nội mạch trên bệnh nhân thiếu máu não cục bộ. *Y học thực hành.* 2015. No. 2: tr. 30-32.
- 6 **Yang J, Yu F, Liu H, An H, Xiong R, Huang D.** A Retrospective Study of thrombolysis with 0.6 mg/kg Recombinant Tissue Plasminogen Activator (rt-PA) in Mild Stroke. *Sci Rep.* 2016 Aug 11;6:31344. doi: 10.1038/srep31344.
- 7 **Phan Văn Mừng; Nguyễn Cảnh Nam; Nguyễn Ngọc Hải Yến.** Sơ kết điều trị 15 trường hợp đột quỵ thiếu máu não cấp với thuốc tiêu sợi huyết rtPA tại bệnh viện Nhân dân Gia Định. *Thời sự Y học.* 2006. (7). tr. 3-6.
- 8 **Kwiatkowski TG et al.** Effects of tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke at one year. National Institute of Neurological Disorders and Stroke Recombinant Tissue Plasminogen Activator Stroke Study Group. *N Engl J Med.* 1999 Jun 10;340(23):1781-7.
- 9 **Siva Seeta Ramaiah a Bernard Yan.** Low-Dose Tissue Plasminogen Activator and Standard-Dose Tissue Plasminogen Activator in Acute Ischemic Stroke in Asian Populations: *Cerebrovasc Dis* 2013;36:161–6
- 10 **The National Institute Of Neurological Disorders And Stroke Rt-Pa Stroke Study Group.** Tissue Plasminogen Activator For Acute Ischemic Stroke. *N Engl J Med* 1995;333:1581-7.
- 11 **Suzuki Y, Nagai Y, Umemura K.** A Review of the Mechanisms of Blood-Brain Barrier Permeability by Tissue-Type Plasminogen Activator Treatment for Cerebral Ischemia. *www.frontiersin.org* 1 Jan 2016.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ GÃY XƯƠNG ĐÒN
Nguyễn Quốc Thái, BV Nhật Tân

TÓM TẮT

Phẫu thuật điều trị gãy xương đòn ngày càng phổ biến. Khoa Chấn thương Chỉnh hình bệnh viện Nhật Tân đã thực hiện được 38 cas trong 308 trường hợp gãy xương đòn với kết quả khả quan, giúp bệnh nhân sớm phục hồi chức năng khớp vai.

SUMMARY

Surgery for clavicle fractures is more and more common. Traumatology & Orthopaedics Department of of Nhat Tan Hospital has operated 38 cases in 308 cases of clavicle fractures with good results, helping patients early recover shoulder function.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Gãy xương đòn là loại gãy xương thường gặp, có xu hướng ngày càng gia tăng do tai nạn giao thông, tai nạn lao động ngày càng nhiều. Trước đây, điều trị chủ yếu là bảo tồn. Tuy nhiên, do tai nạn ngày càng nặng, tổn thương ngày càng phức tạp và do nhu cầu cuộc sống ngày càng tăng nên chỉ định phẫu thuật càng rộng nhằm phục hồi chức năng sớm, tập vận động khớp vai sớm, giúp người bệnh sớm trở lại cuộc sống hằng ngày.

Tại khoa Chấn thương Chỉnh hình của bệnh viện Nhật Tân đã áp dụng phẫu thuật điều trị gãy xương đòn trong vài năm gần đây với kết quả khả quan. Từ năm 2015 đến tháng 3/2107 khoa đã đưa ra đề cương nghiên cứu “Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị gãy xương đòn”.

TỔNG QUAN

Gãy xương đòn chiếm 5% tổng số gãy, chiếm 44% gãy ở đai vai⁽¹⁾. Allman xếp loại gãy xương đòn thành 3 nhóm dựa vào vị trí. Nhóm I: gãy xương đòn ở 1/3 giữa, nhóm II: gãy ở 1/3 ngoài và nhóm III: gãy ở 1/3 trong.

Gãy xương đòn 1/3 trong: Trong các nghiên cứu trước đây, gãy xương đòn 1/3 trong chỉ chiếm 2-3%. Tuy nhiên các nghiên cứu sau này cho thấy gãy 1/3 trong có thể lên đến 9,3% và đưa ra giả thuyết rằng do dùng CT để chẩn đoán (22% gãy xương đòn 1/3 trong chỉ thấy khi CT-scan). Gãy xương đòn 1/3 trong thường do chấn thương và tổn thương cơ quan nặng nề, cần được phẫu thuật⁽⁷⁾. Nếu không có tổn thương kết hợp và gãy xương không di lệch, điều trị bằng treo tay bất động. Rạn xương do mỏi (stress fracture) liên quan đến các hoạt động, bao gồm chèo thuyền, thể dục. Điều trị bảo tồn thường thành công⁽⁷⁾.

Gãy xương đòn 1/3 giữa: Thường di lệch, nhiều mảnh. Điều trị tùy theo người bệnh và dựa vào các yếu tố như mức độ di lệch, tình trạng vỡ vụn xương cũng như mối quan tâm về chức năng và thẩm mỹ. Nhiều nghiên cứu không cho thấy lợi ích rõ ràng của phẫu thuật so với bảo tồn trong nhiều trường hợp. Đối với bệnh nhân gãy xương đòn 1/3 giữa không di lệch hoặc di lệch tối thiểu được điều trị bằng treo tay, giảm đau và tập vận động khớp vai đều đặn. Đối với các bệnh nhân di lệch hoàn toàn cần được phẫu thuật, bất động bằng cách

dùng băng số 8 để giúp điều chỉnh và dự phòng xương ngắn đi, nhưng treo tay cũng được chấp nhận⁽⁷⁾.

Gãy xương đòn 1/3 ngoài: Phân loại gãy xương đòn 1/3 ngoài theo AO, chia thành 3 type, dựa vào tương quan với dây chằng qua-đòn⁽⁹⁾. Đa số gãy xương đòn 1/3 ngoài nên phẫu thuật, ngoại trừ type I có thể treo tay và tập vận động khớp vai đều đặn càng sớm càng tốt khi triệu chứng cho phép.

Cận lâm sàng chủ yếu là X-quang: Chụp vai trước sau, chệch 45° về phía đầu để xác định kiểu gãy. Chụp phổi để phát hiện các tổn thương tràn khí, máu màng phổi hoặc gãy xương sườn nếu có⁽²⁾. Thường chỉ cần một hình X-quang trước-sau là đủ để đánh giá. Tuy nhiên một phim sau-trước giúp so sánh chiều dài xương đòn 2 bên và đo chính xác chiều dài xương đòn⁽⁷⁾.

Điều trị bảo tồn: Chườm lạnh, thuốc giảm đau, thuốc kháng viêm chống phù nề. Bất động ổ gãy bằng đai số 8, băng thun, băng dán, băng treo tay từ 3-6 tuần ở trẻ em, 6-12 tuần ở người trưởng thành⁽²⁾.

Trước đây gãy xương đòn hiếm khi được phẫu thuật dựa vào các nghiên cứu thấy tỷ lệ khớp giả (nonunion) rất thấp khi được điều trị bảo tồn. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây đã cho thấy tình trạng khớp giả đã tăng lên so với các báo cáo trước đây. Các báo cáo khác đã nhấn mạnh đến tổn thương chức năng do xương đòn bị ngắn đi và kết hợp kém (malunion), biến dạng xương tồn lưu và yếu bên đai vai bị tổn thương cũng đau khớp vai kéo dài⁽⁵⁾.

Điều trị phẫu thuật

Các chỉ định phẫu thuật tuyệt đối⁽⁶⁾

- Di lệch hoàn toàn
- Di lệch có nguy cơ gây thủng da
- Gãy xương đòn làm ngắn đi 2 cm.
- Gãy vụn xương đòn (comminuted) với một đoạn ngang dòi chỗ (hoặc hình Z)
- Gãy xương đòn 1/3 trong di lệch có nguy cơ cho cấu trúc trung thất.
- Đa chấn thương với gãy nhiều xương: cần phục hồi nhanh.
- Gãy xương hở
- Bệnh nhân không chịu được khi điều trị kín
- Tổn thương thần kinh mạch máu
- Gãy xương có cơ chèn vào
- Khớp giả có triệu chứng, có nhiều khớp giả không có triệu chứng không cần điều trị.
- Gãy cổ xương ổ chảo kết hợp: Khớp vai bập bênh (floating)

Các chỉ định tương đối⁽⁶⁾: mổ xếp đặt xương cho ngay và chắc lại (open reduction and internal fixation, gọi tắt là ORIF) cho các vận động viên như đá banh, bóng chày.

Phương pháp phẫu thuật: Kết hợp xương gãy bằng xuyên kim Kirschner, cột các mảnh rời bằng chỉ thép. Kết hợp bằng nẹp vis. Cố định ngoài nếu có gãy hở⁽²⁾.

Biến chứng: Tổn thương mạch máu, thần kinh, cal lệch, khớp giả, tổn thương cơ, viêm khớp sau chấn thương⁽²⁾.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tiêu chuẩn chọn theo chỉ định ở phần trên. Tiêu chuẩn loại trừ: trẻ em, bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật, bệnh nhân có bệnh lý nền không đảm bảo cho gây mê

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu phân tích.

Kỹ thuật nghiên cứu:

Đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới tính, nguyên nhân gãy xương, vị trí gãy, chức năng khớp vai sau phẫu thuật, loại dụng cụ kết hợp xương

Kỹ thuật mổ: Bệnh nhân được gây mê nội khí quản. Bệnh nằm ngửa, kê vai 15- 30°. Rạch da mặt trước xương đòn, ngay trên ổ gãy. Bộc lộ cổ găng bảo vệ các nhánh thần kinh cảm giác trên đòn. Tách màng xương, vào ổ gãy. Làm sạch ổ gãy, diện gãy. Thăm sát các tổn thương mạch máu, thần kinh, màng phổi nếu có. Nắn xương theo cấu trúc giải phẫu. Cố định xương bằng đinh Kirschner, nẹp vis, có thể tăng cường bằng chỉ thép, chỉ Viryl 1.0 hoặc cố định các mảnh rời bằng vis. Rửa sạch ổ gãy. Khâu từng lớp

Đánh giá kết quả: Theo dõi phát hiện sớm các biến chứng, đánh giá liền xương ở các thời điểm 3 và 06 tháng. Đánh giá chức năng khớp vai theo thang điểm Constant-Murley vào 1, 3, 6 tháng.

Xử lý thống kê:

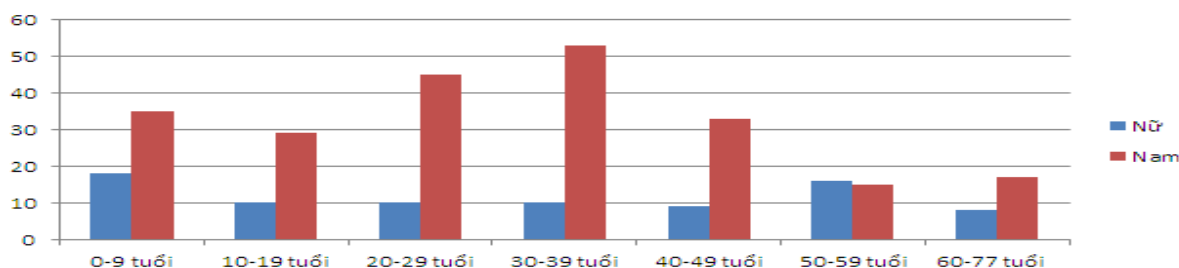
Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ

Tất cả có 308 BN, trong đó nữ 81 trường hợp, chiếm 26,3%. Chỉ có 22 trường hợp gãy xương đòn do té chiếm 7,1%. Ngoài ra 286 trường hợp còn lại là do tai nạn giao thông 92,9%. Gãy xương đòn phía bên phải chiếm 42,2% (130/308). Gãy xương đòn 1/3 ngoài chỉ chiếm 7,1% (22/308), còn lại là ở đoạn giữa, không có trường hợp nào gãy 1/3 trong. Các trường hợp gãy xương đòn can thiệp, nhỏ nhất 18, lớn nhất 60 tuổi gồm 38 trường hợp chiếm 12,3%.

Bảng 1. Các trường hợp gãy xương đòn chung, tuổi thấp nhất <1, cao nhất 77 tuổi

| Nhóm tuổi | Nữ | | Nam | | Tổng | |
|-------------|-----------|--------------|------------|--------------|------------|--------------|
| | Số cas | Tỷ lệ % | Số cas | Tỷ lệ % | Số cas | Tỷ lệ % |
| 0-9 | 18 | 22,2 | 35 | 15,5 | 53 | 17,2 |
| 10-19 | 10 | 12,3 | 29 | 12,8 | 39 | 12,7 |
| 20-29 | 10 | 12,3 | 45 | 19,8 | 55 | 17,9 |
| 30-39 | 10 | 12,3 | 53 | 23,2 | 63 | 20,5 |
| 40-49 | 9 | 11,1 | 33 | 14,5 | 42 | 13,6 |
| 50-59 | 16 | 19,8 | 15 | 6,6 | 31 | 10,1 |
| 60-77 | 8 | 9,9 | 17 | 7,5 | 25 | 8,1 |
| Cộng | 81 | 100,0 | 227 | 100,0 | 308 | 100,0 |



Hình 1. Biểu đồ tỷ lệ mắc gãy xương đòn giữa nam và nữ

Bảng 2. Vị trí gãy ở các trường hợp can thiệp phẫu thuật

| Vị trí gãy | Số cas | Tỷ lệ % |
|-----------------|--------|---------|
| Bên phải | | |
| Gãy 1/3 giữa | 21 | 54,2 |
| Gãy 1/3 ngoài | 6 | 15,8 |
| Bên trái | | |
| Gãy 1/3 giữa | 16 | 42,1 |
| Gãy 1/3 ngoài | 1 | 2,6 |

Bảng 3. Dụng cụ kết hợp xương (KHX)

| Dụng cụ kết hợp xương | Số cas | Tỷ lệ % |
|-----------------------|--------|---------|
| Kirschner | 34 | 89,5 |
| Nẹp vis | 04 | 10,5 |
| Tổng | 38 | 100 |

Bảng 4. Biến chứng: Có 3 trường hợp biến chứng, chiếm tỷ lệ 7,8%

| Biến chứng | Số cas | Tỷ lệ |
|--------------------------------|--------|-------|
| Gãy đinh | 01 | 2,6% |
| Cal lệch | 01 | 2,6% |
| Nhiễm khuẩn muộn(tháng thứ 5) | 01 | 2,6% |

Thời gian nằm viện: Thời gian nằm viện trung bình $3,2 \pm 0,6$ ngày:

- Kết hợp xương bằng Kirschner: 03 ngày
- Kết hợp xương bằng nẹp vis: 05 ngày
- Thời gian tái khám: $5,3 \pm 0,9$ tháng

BÀN LUẬN

Trong 308 trường hợp nghiên cứu, tỷ lệ nữ chỉ chiếm 26,3%, tỷ suất nam:nữ là 2,8/1. Tỷ lệ này tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Thành Chơn 27,9%, nhưng thấp hơn bệnh viện Trung Vương 34,2%^(3,4). Nghiên cứu của Kihlström ở Thụy Điển thì tỷ lệ nữ cũng xấp xỉ 30%, nhưng tỷ suất nam:nữ 2.2/1⁽¹⁰⁾.

Gãy chủ yếu ở 1/3 giữa chiếm tỷ lệ 92,9%, tỷ lệ này cao hơn các nghiên cứu khác với tỷ lệ dao động trong 82%-84,2%^(3,8). Phần còn lại là gãy xương đòn ở 1/3 giữa chiếm 7,1%. Không có trường hợp nào được ghi nhận gãy xương đòn

1/3 trong. Các bệnh nhân gãy 1/3 trong thường nặng nề và thường được chuyển lên tuyến trên. Hơn nữa, gãy 1/3 trong rất khó chẩn đoán, đôi khi chỉ chẩn đoán được khi chụp CT-scan⁽⁷⁾. Robinson nghiên cứu trên 1.000 người lớn bị gãy xương đòn từ năm 1988 đến năm 1994 ở Edinburg, 69% xảy ra ở 1/3 giữa, 28% ở 1/3 ngoài và 2,5% ở 1/3 trong⁽⁴⁾.

Tỷ lệ gãy xương đòn hàng năm ở nam cao nhất là lứa tuổi 20-39 với các tỷ lệ 17,9%-20,5%, là lứa tuổi lao động. Trong khi ở nữ, lứa tuổi mắc cao nhất là 0-9 tuổi và 50-59 tuổi với các tỷ lệ 22,2% và 19,8%. Theo Robinson, tỷ lệ mắc hàng năm ở nam cao nhất dưới 20 tuổi và sau đó giảm dần cho đến lứa tuổi 70. Ở phụ nữ, tỷ lệ này ổn định hơn, nhưng tương đối tăng ở tuổi <19 và tuổi già⁽⁴⁾. Điều này phù hợp do nam giới hoạt động mạnh hơn nên tổn thương nhiều hơn.

Nguyên nhân gãy xương đòn trong nghiên cứu chủ yếu là do tai nạn giao thông, chiếm 92,9%; ngoài ra do té chỉ chiếm 7,1%. Trong khi đó nghiên cứu của Kihlström⁽¹⁰⁾ thì các tỷ lệ này là 41,1%, 49% và các nguyên nhân khác chiếm phần còn lại.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ gãy xương đòn bên trái cao hơn bên phải với 57% so với 42,2%. Nghiên cứu của Kihlström ở Thụy Điển thì tỷ lệ gãy xương đòn bên trái cao hơn bên phải một ít là 52%⁽¹⁰⁾.

Chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cho 38 trường hợp gãy xương đòn, chiếm tỷ lệ 12,3%. Kết hợp xương chủ yếu là Kirschner 89,5%, do giai đoạn đầu chưa có nẹp vis và do giá tiền cao hơn nên loại phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp vis còn ít. Có 3/38 cas có biến chứng, chiếm tỷ lệ 7,8%: Một trường hợp cal lệch sau mổ, chức năng vai tương đương bên lành, cal lệch không nhiều và ở bệnh nhân nam nên không cần phẫu thuật chỉnh cal. Một bệnh nhân sau mổ 2 tuần bị té gãy đỉnh, phải phẫu thuật lấy đỉnh ra, cho mang đai số 8 sáu tuần, lành xương nhưng cal lệch và không cần phẫu thuật lại. Một cas nhiễm khuẩn vết mổ muộn ở tháng thứ 5, cấy dịch- kháng sinh đồ, điều trị kháng sinh, đến tháng thứ 06, kiểm tra lành xương vững, lấy nẹp vis, bệnh ổn xuất viện sau 1 tuần.

Bệnh nhân được tập vận động sớm ngay sau phẫu thuật, phù hợp với nguyên tắc điều trị: nắn- bất động vững- tập vận động sớm. Phẫu thuật sớm, thời gian nằm viện ngắn giúp bệnh nhân giảm chi phí điều trị, sớm đưa người bệnh trở về sinh hoạt bình thường.

Hiện nay người ta còn tranh cãi về vấn đề phẫu thuật trong gãy xương đòn, nhất là ở xương đòn 1/3 giữa. Thế nhưng phẫu thuật đã dần phổ biến trong điều trị gãy xương đòn. Ở nhiều nước, phẫu thuật trong điều trị gãy xương đòn 1/3 giữa đã trở thành phổ biến nhất là các nước ở vùng Scandinavia như Thụy Điển, Phần Lan và Đan Mạch⁽¹¹⁾.

KẾT LUẬN

Qua thời gian nghiên cứu và đánh giá kết quả điều trị gãy xương đòn bằng phẫu thuật, chúng tôi nhận thấy đạt hiệu quả liền xương tốt, phục hồi tốt giải phẫu giúp sớm đưa chức năng khớp vai trở về bình thường.

THAM KHẢO

1. **Haider I.Z and Khan T.A.** “Clavicle fractures: Incidence a two years study”, Professional Medical Journal. 2010; p.325-7.
2. **Nguyễn Đức Phúc.** “Gãy xương đòn”, Chấn thương chỉnh hình, Hà Nội. 2013; tr.206-211
3. **Nguyễn Thành Chơn.** “Điều trị phẫu thuật gãy xương đòn bằng đinh Knowles”, Hội nghị thường niên lần thứ XV, Hội Chấn Thương Chỉnh Hình, Tp. Hồ Chí Minh. 2008; tr.311-5.
4. **Robinson CM.** Fractures of the clavicle in the adult. Epidemiology and classification. J Bone Joint Surg Br 1998; 80:476.
5. **Postacchini R¹, Gumina S, Farsetti P, Postacchini F.** Long-term results of conservative management of midshaft claviclefracture. Int Orthop. 2010 Jun;34(5):731-6.
6. **Kleinhenz BP, Craig C Young et al.** Clavicle Fractures Treatment & Management. Jun 12, 2017. <http://emedicine.medscape.com/article/92429-treatment#showall>.
7. **Hatch RL, Clugston JR, Taffe J, Eiff P, Asplund CA, Grayzel J,** Clavicle fractures. Aug 04, 2017. <https://www.uptodate.com/contents/clavicle-fractures?>
8. **Rowe, Carter R.** An Atlas of Anatomy and Treatment of Midclavicular Fractures. Clinical Orthopaedics & Related Research: May/June 1968 - Volume 58:29-42.
9. **Watts E.** Distal Third Clavicle Fractures. <https://www.orthobullets.com/trauma/12770/distal-third-clavicle-fractures>.
10. **Kihlström C, Möller M, Lönn K, Wolf O.** Clavicle fractures: epidemiology, classification and treatment of 2 422 fractures in the Swedish Fracture Register; BMC Musculoskeletal Disorders (2017) 18:82
11. **Ban I, Nowak J, Virtanen K, Troelsen A.** Overtreatment of displaced midshaft clavicle fractures A survey of hospitals in Sweden, Denmark, and Finland. Acta Orthopaedica 2016; 87 (6): 541–545

**KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN Ở TRẺ EM
TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI AN GIANG 2016-2017**

*Nguyễn Trọng Nghĩa, Đỗ Thị Bích Nga, Lê Cao Sang
Bệnh viện Sản Nhi An Giang.*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn trẻ em tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang từ tháng 04/2016 – 08/2017.

Phương pháp nghiên cứu: Tiên cứu, loạt ca bệnh.

Kết quả: Tỷ lệ nam/nữ là 3,41/1. Tuổi trung bình là 4,08, tuổi gặp nhiều nhất từ 01-05 tuổi (65,55%). Tỷ lệ thoát vị bẹn mỗi bên tương đương nhau. Bệnh lý ngoại khoa kèm theo thường gặp là hẹp bao quy đầu (16,39%). Có 2,94% trẻ bị thoát vị nghẹt. Thời gian mổ mỗi bên trung bình là 13,65 phút. Thời gian hồi phục sinh hoạt trung bình là 14,12 giờ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 1,12 ngày. Biến chứng sau mổ: tụ dịch vết mổ là 1,26%. Kết quả sau 3 tháng được đánh giá tốt 99,16% và kém 0,84%.

Kết luận: Thoát vị bẹn ở trẻ em là một bệnh lý thường gặp, nếu được phẫu thuật sớm, kỹ thuật sẽ đơn giản, tỷ lệ thành công cao, chi phí và thời gian nằm viện thấp.

SUMMARY

Objective: To evaluate the results of surgical treatment for pediatric inguinal hernia in An Giang Hospital of Obstetrics-Gynecology and Pediatrics from April 2016 to August 2017.

Methods: Prospective serial cases.

Results: The ratio of male and female patients was 3,41/1. The mean age was 4,08 years old with the most age was 01 – 05 (65,55%). Right and left inguinal hernia were similar. Phymosis was the common surgical disease associated with inguinal hernia (16,39%). Stuffy inguinal hernia was 2,94%. One-sided inguinal hernia operative time was 13,65 minutes. The recovery time after surgery to resume personal activities was 14,12 hours. The mean postoperative hospital stay was 1,12 days. The only postoperative complication was wound seroma with small proportion 1,26%. We have evaluated the 3 month results including 99,16% excellent and 0,84% poor assessment.

Conclusions: Pediatric inguinal hernia is a common disease in children. If this condition is operated in early their life-time, the surgical technique is simple and easy with high success and low hospital cost.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em là phương pháp hữu hiệu với nhiều kỹ thuật mổ khác nhau. Tuy nhiên, việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật nào mới là phù hợp và an toàn nhất cho trẻ em, trong khi phần lớn các phẫu thuật viên ít chọn lựa chuyên ngành về ngoại nhi.

Ở Việt Nam, đã có vài nghiên cứu của một số tác giả về phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em với phương pháp đơn giản và hiệu quả như Bệnh viện Việt Đức Hà Nội, Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ...

Tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm đánh giá những thành công cũng như những mặt hạn chế (nếu có), từ đó chúng tôi sẽ rút ra những kinh nghiệm bổ ích và cố gắng hoàn thiện hơn nữa kỹ thuật mổ thoát vị bẹn.

II. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Mục tiêu tổng quát: đánh giá kết quả sớm, sau mổ 1 tháng, sau mổ 3 tháng trong phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn trẻ em từ 01 đến 15 tuổi tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang.

Mục tiêu cụ thể:

- Thời gian phẫu thuật.
- Thời gian hồi phục sinh hoạt.
- Thời gian nằm viện sau mổ.
- Biến chứng sau mổ.

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Trẻ em từ 01 đến 15 tuổi được chẩn đoán xác định thoát vị bẹn và được phẫu thuật tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang từ 04/2016 đến 08/2017.

3.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Hồ sơ bệnh án ghi không đầy đủ.
- Có bệnh toàn thân nặng hoặc chưa ổn định.
- Gia đình không đồng ý phẫu thuật.

3.2. Phương pháp nghiên cứu

3.2.1. Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, loạt ca bệnh.

3.2.2. Mẫu nghiên cứu: chọn các bệnh nhân có đủ các yếu tố trong tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ từ 04/2016-08/2017 tại Bệnh viện Sản Nhi An Giang.

3.2.3. Các nội dung chính trong nghiên cứu

- Thời gian phẫu thuật: được tính từ lúc bắt đầu rạch da cho đến lúc khâu xong vết mổ.

- Thời gian hồi phục sinh hoạt: được tính từ khi mổ xong cho đến khi bệnh nhi đứng dậy được, tự tiểu, tự làm một số công việc, được xác định bằng cách quan sát trực tiếp, hỏi người nuôi, hỏi điều dưỡng hoặc hỏi trực tiếp bệnh nhi lớn tuổi.

- Thời gian nằm viện sau mổ: được tính từ lúc bệnh nhi bắt đầu phẫu thuật đến lúc bệnh ổn định và được bác sĩ cho xuất viện về nhà.

- Biến chứng sau mổ: tụ dịch vết mổ, nhiễm trùng vết mổ, tái phát...

3.2.4. Phẫu thuật

- Chuẩn bị trước mổ: giải thích rõ với gia đình về bệnh trạng, phương pháp phẫu thuật cũng như các tai biến, biến chứng có thể có trong và sau mổ. Đối với bệnh mổ chương trình cần dặn bố mẹ cho nhịn ăn ít nhất 6 giờ, nhịn uống ít nhất 3 giờ hoặc cho bé bắt đầu nhịn ăn, uống từ 2 giờ sáng ngày mổ. Trường hợp bệnh bị thoát vị bẹn nghẹt thì đặt sonde dạ dày để tránh nôn ói

trong khi mổ. Vệ sinh, sát khuẩn và che vùng mổ bằng gạc sạch ngay trước khi mổ.

- Vô cảm: thường gây mê qua đường thở hay mê thanh quản. Gây tê tủy sống nếu trẻ lớn. Trường hợp trẻ bị thoát vị bẹn nghẹt có biểu hiện tổn thương nội tạng thì gây mê nội khí quản.

- Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, hai chân duỗi thẳng.

- Kỹ thuật: rạch da theo nếp lằn bụng dưới của bên thoát vị dài 2,5cm, cách đường trắng giữa khoảng 2cm. Rạch cân nông, mở cân cơ chéo lớn để tìm và phẫu tích rời ống phúc tinh mạc khỏi các thành phần của thừng tinh. Đẩy các tạng thoát vị lên ổ bụng (nếu có), kẹp và cắt đôi ống phúc tinh mạc (với bé gái chỉ cần cột ống thoát vị). Đầu trên của bao thoát vị được phẫu tích cao đến mức lỗ bẹn sâu và cột lại. Đưa tinh hoàn về lại đáy bìu. Khâu vết mổ 3 lớp.

3.2.6. Xử lý số liệu: các số liệu được thu thập theo mẫu các câu hỏi đã soạn sẵn và được xử lý thống kê bằng phần mềm STATA 8.0.

IV. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của 238 bệnh nhi là 4,08, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hà là 4,48 tuổi [3] và của Trần Văn Triệu [11] là 5,44. Tuổi gặp nhiều nhất từ 1-5 tuổi, có 156 ca chiếm 65,55%, tương đương với kết quả của Trần Văn Triệu có 65,67%, thấp hơn của Nguyễn Ngọc Hà có 74,9% [3], nhưng cao hơn nghiên cứu tại BV Bắc Ninh có 38,3% ca [4].

4.2. Đặc điểm lâm sàng

Có 10 ca (4,20%) bị thoát vị bẹn nghẹt khi nhập viện, thấp hơn của Trần Văn Triệu [11] có 6,72% ca. Ở những bệnh nhi bị TVB nghẹt việc chẩn đoán dễ dàng, nhưng ở 228 ca còn lại không bị nghẹt (97,06%) việc thăm khám đòi hỏi phải kiên trì, tỉ mỉ và cẩn thận hơn. Cần khám trẻ ở các tư thế khác nhau như nằm ngửa và đứng. Đối với trẻ lớn có thể cho bé chạy nhảy, ho mạnh hoặc thổi bong bóng; ở trẻ nhỏ có thể làm cho trẻ khóc nhằm làm tăng áp lực ổ bụng. Cách khám này tương tự như quan điểm của tác giả Nguyễn Thanh Liêm [5] đã đưa ra: PTV nên cố gắng chứng kiến khối TVB trước khi quyết định mổ, nếu không thấy được khối thoát vị sau khi làm nghiệm pháp tăng áp lực ổ bụng, nên cho bệnh về, hẹn tái khám lại khi khối thoát vị xuất hiện hoặc khi bố mẹ ghi hình lại khối thoát vị cho bác sĩ xem.

Các bệnh phối hợp trong nghiên cứu của chúng tôi gồm hẹp bao qui đầu có 39 ca (16,39%), tinh hoàn ẩn 08 ca (3,36%) và nang thừng tinh 17 ca (7,14%). Ở bệnh bị hẹp bao qui đầu, sau khi mổ xong chúng tôi dùng Kelly nong rộng bao qui đầu ra và thoa gel KY vào qui đầu rồi kéo bao lại như cũ [5]. Đối với tinh hoàn ẩn, theo Lê Tấn Sơn [9], sau khi xử lý túi thoát vị xong nên phẫu tích bó mạch thừng tinh, ống dẫn tinh đủ dài đến tận bìu và cố định tinh hoàn vào bìu trong cùng một lần mổ; còn theo Nguyễn Thanh Liêm, nên mổ sớm những bệnh nhi bị thoát vị bẹn có kèm theo tinh hoàn ẩn, lứa tuổi phù hợp là 2 tuổi, để đảm bảo chức năng tinh hoàn về sau. Trường hợp bệnh có

nang thùng tinh, sau khi cột cao ống phúc tinh mạc, phẫu thuật viên sẽ rạch thoát dịch hoặc cắt bỏ nang thùng tinh trong cùng thì mổ [1], [5], [7], [9].

4.3. Đặc điểm phẫu thuật

Phẫu thuật cấp cứu: chúng tôi có 7 ca (2,94%) do bị nghẹt, trong đó 3 ca bị nghẹt quá 6 giờ và 4 ca đẩy quai ruột lên không thành công. Ở 231 ca được mổ chương trình, có 3 ca nhập viện vì bị nghẹt, tuy nhiên chúng tôi đã đẩy khối thoát vị vào ổ bụng an toàn và mổ chương trình sau đó 3 ngày. Nghiên cứu của chúng tôi có 30% ca bị TVB nghẹt được làm nghiệm pháp đẩy khối thoát vị thành công, thấp hơn của Nguyễn Ngọc Hà [3] là 45,6 %, nhưng cao hơn của Trần Văn Triệu [11] là 11,11%. Điều đó đã nói lên rằng có sự khó khăn nhất định trong điều trị TVB nghẹt ở trẻ. Do đó chúng tôi hoàn toàn ủng hộ quan điểm được nhiều tác giả khẳng định: trong hoàn cảnh lý tưởng, tuổi mổ thoát vị bẹn ở trẻ ≥ 1 tuổi là tại thời điểm được chẩn đoán, nhằm hạn chế tỉ lệ TVB nghẹt ở trẻ [5], [11], [13], [15]. Grosfeld J và cs [12] cho rằng: đối với các trẻ bị TVB nghẹt mà chưa có biểu hiện tổn thương tạng bên trong thoát vị thì không nên mổ cấp cứu, mà nên tìm cách đẩy tạng trong khối thoát vị vào ổ bụng, và sau đó 2-3 ngày sẽ mổ giải quyết ống phúc tinh mạc khi tình trạng viêm nề tại chỗ đã hết. Tuy nhiên, thủ thuật này đòi hỏi PTV có kinh nghiệm mới được làm. Bệnh nhi được dùng an thần cho ngủ và theo dõi khoảng 01 giờ. Nếu sau thời gian này mà khối TVB nghẹt không lên được, thì sẽ đẩy nhẹ nhàng bằng tay: ép từ từ vào bình diện xa nhất của khối thoát vị trong khi giữ cổ bao thoát vị bằng 2 ngón tay bên đối diện. Áp lực được duy trì liên tục trong 10 phút (có thể lâu hơn), khối thoát vị sẽ trượt vào ổ bụng. Khoảng 70-84% thoát vị bẹn nghẹt lần đầu được đẩy thành công theo phương pháp này. Đối với các bệnh đã bị nghẹt lần thứ 02 trở lên, tỉ lệ đẩy thành công thoát vị bẹn nghẹt vào ổ bụng không được như vậy [9], [14].

Thời gian mổ: trung bình mỗi bên là 13,65 phút, ngắn hơn nghiên cứu của Trần Văn Triệu [11] là 15,55 phút, Nguyễn Ngọc Hà [3] là 28 phút và của Nguyễn Công Bình [1] là 27,3 phút. Có lẽ phẫu thuật này đã được chúng tôi thường xuyên thực hiện.

Đánh giá cảm giác đau sau mổ: Chúng tôi dựa vào thang điểm Wong-Baker FACES Pain Rating Scale và ghi nhận như sau: có 232 ca đau nhẹ (97,48%) và 6 ca đau vừa (2,52%), không có trường hợp nào đau nhiều. Chúng tôi nhận thấy ở nhóm mổ TVB nghẹt, bệnh đau nhiều hơn do trong lúc mổ phải bóc tách nhiều, va chạm nhiều với các cơ quan bị thoát vị và thời gian mổ kéo dài. Theo Trần Văn Triệu [11], có 40 ca đau nhẹ (29,9%), đau vừa 71 ca (53%) và đau nhiều là 23 ca (17,2%).

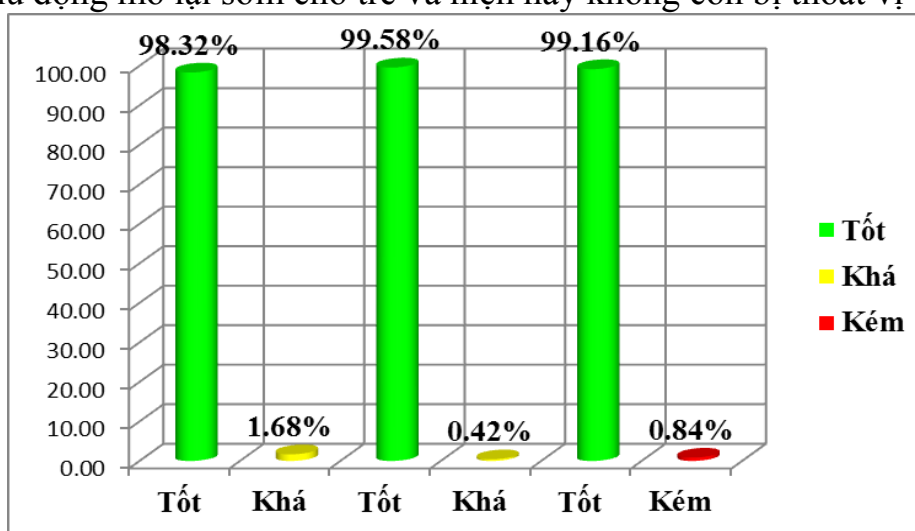
Thời gian hồi phục sinh hoạt: trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian hồi phục sau mổ trung bình là 14,12 giờ, nhóm mổ cấp cứu có thời gian hồi phục chậm hơn so với nhóm mổ chương trình do tạng thoát vị bị phù nề nhiều, gây khó khăn khi đẩy vào lại ổ bụng. Kết quả này cũng tương tự như của tác giả Trần Văn Triệu là 15,68 giờ, của Vương Thừa Đức [2] là: 14,7 giờ, và của Bùi Trường Tèo [10] là 14,9 giờ.

Thời gian nằm viện sau mổ: trung bình của nhóm nghiên cứu là 1,12 ngày, ngắn nhất 01 ngày và dài nhất 04 ngày. Trung bình của nhóm mổ chương trình là 1,03 ngày, ngắn hơn nhóm mổ cấp cứu là 2,46 ngày, có lẽ do ở nhóm mổ cấp cứu tạng thoát vị bị phù nề nhiều, phải thao tác nhiều hơn, thời gian mổ lâu hơn, nên phục hồi sau mổ chậm hơn, do đó thời gian nằm viện sau mổ lâu hơn. Tuy vậy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Kết quả sớm: chúng tôi có 234 ca tốt (98,32%) và 04 ca khá (1,68%), trong đó, biến chứng tụ dịch vết mổ chiếm 1,26% ca và sưng nề vùng bẹn bìu là 0,42%. Các bệnh này được chúng tôi điều trị nội khoa và đều đáp ứng tốt. Những biến chứng này đều gặp ở nhóm bệnh nhi từ 1-5 tuổi, trong đó có 2 ca mổ cấp cứu và 2 ca mổ chương trình. Nghiên cứu của Trần Văn Triệu [15] có 96,3% tốt và 3,7% khá.

Tái khám sau 1 tháng: có 237 ca tốt (99,58%), khá có 1 ca (0,42%) gặp ở bệnh mổ cấp cứu do đau, tê vùng bẹn bìu. Theo Nguyễn Ngọc Hà [3] có 1,8% ca bị đau tê vùng bẹn từ 1-5 tháng, sau đó tự hết dần mà không cần điều trị. Của Nguyễn Văn Liễu [6] có 8,8% ca bị tê vùng bẹn từ 3-6 tháng và sau đó cũng tự hết. Của Bùi Trường Tèo [10] có 1,75% có rối loạn cảm giác vùng bẹn bìu dài trên 8 tháng và 1,75% đau vùng bẹn bìu kéo dài 3 tháng.

Tái khám sau 3 tháng: có 236 ca tốt (99,16%) và xấu có 2 ca (0,84%) do bị tái phát. Kết quả này tương đương với của Trần Văn Triệu [11] là 0,75%, nhưng cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hà [3] chỉ có 0,4%, và thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Hà [4] có 5,2%, của Bùi Đức Phú là 25%, Mollaeian [13] là 4,7%, Pan ML [14] là 3,5%. Ở 2 trường hợp TVB tái phát, có lẽ do chúng tôi cắt và cột ống phúc tinh mạc hơi xa lỗ bẹn sâu, cộng với trẻ hiếu động, thường xuyên chạy nhảy, nên chỉ sau 3 tháng đã bị tái phát. Chúng tôi đã chủ động mổ lại sớm cho trẻ và hiện nay không còn bị thoát vị bẹn nữa.



Kết quả sớm Sau 1 tháng Sau 3 tháng
Biểu đồ 1. Kết quả theo dõi sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Trong 238 bệnh nhi được phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn tại BV Sản Nhi An Giang, chúng tôi có những kết luận sau:

- Thời gian mổ mỗi bên trung bình là 13,65 phút.

- Thời gian hồi phục sinh hoạt trung bình là 14,12 giờ.
- Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 1,12 ngày.
- Biến chứng sau mổ gồm tụ dịch vết mổ 1,26%, sung nề bìu 0,42%.
- Kết quả sau 3 tháng: tốt 99,16% và kém 0,84% do TVB tái phát.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Nguyễn Công Bình (1995), *Góp phần nghiên cứu tràn dịch màng tinh hoàn và nang nước thừng tinh ở trẻ em*, Luận án thạc sỹ Y học, Học viện Quân Y.
2. Vương Thừa Đức (2006), *Đánh giá kỹ thuật đặt mảnh ghép của Lichtenstein trong điều trị thoát vị bẹn*, Luận án tiến sỹ Y học, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.
3. Nguyễn Ngọc Hà (2006), *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị bệnh thoát vị bẹn trẻ em tại Bệnh viện Việt Đức*, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội.
4. Nguyễn Ngọc Hà, Trần Ngọc Bích (2006), “Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn trẻ em tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Ninh”, *Tạp chí Y học thực hành*, (8), 43-46.
5. Nguyễn Thanh Liêm (2002), “Các bệnh do tồn tại ống phúc tinh mạc”, *Phẫu thuật tiết niệu trẻ em*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 124-137.
6. Nguyễn Văn Liễu (2004), *Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật Shouldice trong điều trị thoát vị bẹn*, Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân Y.
7. Phạm Văn Linh (2007), “Bệnh lý ống phúc tinh mạc” *Ngoại bệnh lý -Tập 1*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, 228-233.
8. Bun Liêng Chăn Sila (2006), *Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật thoát vị bẹn trẻ em ≤ 6 tuổi tại Bệnh viện Trung ương Huế*, Luận văn thạc sỹ Y học, Đại học Y Huế.
9. Lê Tấn Sơn (2002), “Bệnh lý vùng bẹn bìu”, *Bệnh học và điều trị học ngoại khoa Ngoại nhi*, Nhà xuất bản Y học TP. Hồ Chí Minh, 143-161.
10. Bùi Trường Tèo (2010), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị thoát vị bẹn bằng mổ đặt mảnh ghép theo Lichtenstein tại Cần Thơ*, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Huế.
11. Trần Văn Triệu (2014), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng TP. Cần Thơ*, Luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y Dược Cần Thơ.

TIẾNG ANH

12. Grosfeld JL, Minnick K, Shedd F, West KW, Rescorla FJ, Vane DW (1991), “Inguinal hernia in children: factors affecting recurrence in 62 cases”, *J Pediatr Surg*, 26(3), 283-287.
13. Mollaeian M, Mollaeian A, Ghavami-Adel M, Abdullahi A, Torabi B (2012), “Preserving the continuity of round ligament along with hernia sac in indirect inguinal hernia repair in female children does not increase the recurrence rate of hernia. Experience with 217 cases”, *Pediatr Surg Int*, 28(4), 363-366.
14. Pan ML, Chang WP, Lee HC, Tsai HL, Liu CS, Liou DM, Sung YJ, Chin TW (2013), “A longitudinal cohort study of incidence rates of inguinal hernia repair in 0- to 6-year-old children”, *J Pediatr Surg*, 48(11), 2327-2331.
15. Rowe ML, Clatworthy HW Jr (1971), “The other side of the pediatric inguinal hernia”, *Surg Clin North Am*, 51(6), 1371-1376.

**NHÂN TRƯỞNG HỢP PHẪU THUẬT THÀNH CÔNG VỠ TÁ TRÀNG
DO TẮC TÁ TRÀNG BẨM SINH / SƠ SINH**

*Đỗ Thị Bích Nga, Nguyễn Trọng Nghĩa
Bệnh viện Sản Nhi An Giang.*

REVIEW

Congenital Duodenal atresia is a rather uncommon (rare) disease In newborn infants, occurring 1 in 10.000 – 40.000. It can be caused by many different reasons in which the Ladd ligament is the most common one. And sometimes it is also caused by the secondary ligaments related to a foremen at the intestine wall in foetus (or in embryo?)

Duodenal rupture in the neonatal baby who got conginital duodenal atresia could be affected the duodenal ulcer in embryos

We report one case of them in newborn baby 3 day old who suffered from the duodenal rupture as mention above

TÓM TẮT

Tắc tá tràng là một bệnh lý tương đối hiếm gặp, chiếm tỉ lệ 1/10.000 – 1/40.000 trẻ mới sinh. Tắc tá tràng bẩm sinh có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó tắc do dây chằng Ladd là nguyên nhân thường gặp nhất, đôi khi tắc tá tràng cũng có thể do các dây chằng phát sinh sau thủng ruột bào thai.

Vỡ tá tràng do dây chằng gây tắc tá tràng trên bé sơ sinh, có thể đây là hậu quả của vết loét tá tràng từ lúc bào thai.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp vỡ tá tràng do dây chằng gây tắc tá tràng bẩm sinh ở bé sơ sinh 03 ngày tuổi.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc tá tràng đã được Candler báo cáo lần đầu tiên 1733. Ernst lần đầu tiên phẫu thuật thành công 1916, từ đó đến nay có nhiều bệnh nhi được cứu sống, tử vong chủ yếu do các dị tật phối hợp.

Vỡ tá tràng là bệnh lý cấp cứu ngoại khoa ít gặp, nguyên nhân thường do chấn thương bụng kín, tỉ lệ biến chứng sau mổ và tỉ lệ tử vong còn cao.

Vỡ tá tràng do tắc tá tràng ở bé sơ sinh mới sinh là một trường hợp hiếm gặp, khó chẩn đoán. Chúng tôi muốn nêu lên trường hợp đã gặp để các bạn đồng nghiệp tham khảo.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Bé nữ 03 ngày tuổi, được Bệnh viện khu vực chuyển với chẩn đoán viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng. Bé con đầu, sanh thường, đủ tháng, cân nặng 3100gr, không ngạt, không uống bất kỳ loại thuốc nào sau sinh, tự tiêu phân su. Sau khi sanh 01 ngày, bé có biểu hiện nôn ói, thở co kéo, bụng ngày càng chướng căng, mạch rõ 130l/ph, NT: 46l/ph, T⁰: 37⁰C, SPO2: 58%.

X-quang: hơi tự do ổ bụng.

Echo: dịch tự do ổ bụng.

Xét nghiệm máu trong giới hạn bình thường.

Chẩn đoán: Viêm phúc mạc thủng tạng rỗng N2/ sơ sinh đủ tháng 03 ngày tuổi.

Bé được hồi sức và chuyển mổ cấp cứu.

TƯỜNG TRÌNH PHẪU THUẬT

Rạch da đường ngang trên rốn, trong ổ bụng có nhiều dịch mật lẫn giả mạc toàn ổ bụng, giả mạc chủ yếu nhiều ở vùng hậu cung mạc nối. Mặt trước tá tràng có nhiều dây xơ bất ngang gây tắc, cắt các dây dính, phẫu tích bóc lộ toàn bộ tá tràng. Tại vị trí mặt sau trong đoạn cuối D1 đầu D2, tá tràng vỡ theo chiều ngang chiếm nửa chu vi.

Xử trí: Khâu nối tá tràng vỡ, dẫn lưu giải áp dịch tiêu hóa theo phương pháp 02 ống (ống thông dạ dày và ống mở hồng tràng ra da).

DIỄN TIẾN HẬU PHẪU

Thời gian hậu phẫu, Bé được chăm sóc, theo dõi, ủ ấm trong lồng ấp, dinh dưỡng qua đường tĩnh mạch. HPN4 bé tiêu phân vàng, HPN7 bắt đầu tập cho ăn sữa qua thông dạ dày, HPN9 rút thông dạ dày, dẫn lưu hồng tràng và cho bú mẹ, HPN11 cắt chỉ vết mổ và xuất viện HPN14

BÀN LUẬN

Đây là trường hợp đầu tiên mà chúng tôi ghi nhận tại bệnh viện. Bệnh nhi được chẩn đoán và can thiệp kịp thời. Vỡ tá tràng trên nền tắc tá tràng do dây chằng, phải chằng “ô loét cam” đã tồn tại từ khi còn là bào thai gây viêm nhiễm hoặc đã thủng tạo nên các dây xơ chung quanh gây tắc tá tràng. Sau sinh, bé bú sữa làm tăng thêm tình trạng tắc nghẽn, là yếu tố thuận lợi gây vỡ tá tràng.

Về điều trị: Đây là phẫu thuật cấp cứu nặng, mức độ nặng và khó khăn hơn khi phải phẫu thuật ở bé sơ sinh. Phẫu thuật cắt dây dính gây tắc nghẽn giải phóng tá tràng là phương pháp kinh điển, chính xác, hiệu quả. Vỡ tá tràng thuộc phân độ 2 (Rách thủng vỡ trên 01 đoạn tá tràng khoảng dưới 50% chu vi), chúng tôi khâu kín thương tổn, giải áp dẫn lưu dịch tiêu hóa qua ống thông mũi – dạ dày, thông hồng tràng ra da. Chọn lựa phương pháp này là hợp lý và đã thành công.

Tuy nhiên, các biến chứng có thể xảy ra rất nặng nề, đe dọa tử vong trong thời gian hậu phẫu. Cho nên vấn đề theo dõi, chăm sóc và quan trọng nhất là dinh dưỡng góp phần không nhỏ trong sự thành công này.

KẾT LUẬN

Ở trẻ sơ sinh, tắc tá tràng là bệnh lý ít gặp, vỡ tá tràng do tắc càng hiếm gặp hơn. Là bệnh lý cấp cứu nặng của ngoại khoa. Việc chẩn đoán chính xác khó khăn, bệnh cảnh chỉ được phát hiện bởi tình trạng viêm phúc mạc thủng tạng rỗng. Để thành công, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong phát hiện, xử lý thương tổn và đội ngũ y bác sĩ vững vàng theo dõi, chăm sóc và điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Bá nhuận (2007), “Tổng kết kinh nghiệm xử trí 195 chấn thương và vết thương tá tràng trong 27 năm tại Bệnh viện Chợ Rẫy”, *Tạp chí y học TP. HCM*, tập 11, tr 80-96.

2. Nguyễn Đăng Đợi (2010), “Tắc tá tràng do dây chằng LaDD”, *Bộ môn Ngoại – Đại học Y Dược Huế*, http://bomongoaiydhue.net/?cat_id=128&id=385.

3. Đào Trung Hiếu (2013), “Điều trị tắc tá tràng trẻ em”, *phác đồ điều trị nhi khoa của Bệnh viện Nhi Đồng I TP HCM*, Nhà xuất bản y học, tr 1060-1062.

4. Khoa Ngoại tiêu hóa và Khoa Ngoại gan-mật-tụy Bệnh viện Chợ Rẫy (2008), “Phác đồ hướng dẫn chẩn đoán và điều trị thương tổn tá tràng”, *Y học TP. Hồ Chí Minh*, 12(3), tr. 103-104.

5. Nguyễn Thanh Liêm, Hoàng Bội Cung (1984), “Một số nhận xét về tắc tá tràng ở trẻ em”, *Công trình nghiên cứu khoa học Y dược*, Nhà xuất bản Y học, tr 73.

6. Nguyễn Thanh Liêm (2000), “Tắc tá tràng”, *Phẫu thuật tiêu hóa trẻ em*, Nhà xuất bản y học Hà Nội, tr 91-107.

7. Trần Thanh Trí, Lâm Thiên Kim (2015), “Đánh giá kết quả điều trị tắc tá tràng ở trẻ em”, *Tạp chí nhi khoa*, 8(2), tr 74-80.

TIẾNG ANH

8. Lawrence MJ, Ford WD, Furness ME, Hayward T, Wilson T (2000), “Congenital duodenal obstruction: early antenatal ultrasound diagnosis”, *Pediatr Surg Int*, 16(5-6), pp. 342-345.

9. Mooney D, Lewis JE, Connors RH, Weber TR (1987), “Newborn duodenal atresia: an improving outlook”, *Am J Surg*, 153, pp. 347-349.

10. Rathore MA, Abrabi SI, Najfi SM, Chaudhry Z, Chaudhry AM (2007), “Injuries to the duodenum prognosis correlates with body injury severity score”, *Int J surg*, 5(6), pp. 388-393.

XÁC ĐỊNH CÁC CHỈ SỐ SIÊU ÂM DOPPLER ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG Ở THAI NGHÉN BÌNH THƯỜNG TUỔI THAI 11 -28 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CHÂU ĐỐC

**BS. SALAYMAN, BS. LÊ HỮU ĐỨC,
CN. HUỖNH MỸ PHÚC- BV ĐK TP CD**

TÓM TẮT

Siêu âm thăm dò ĐMTC bằng Doppler có giá trị đánh giá toàn hoàn về phía mẹ của hệ thống tuần hoàn tử cung - nhau thai. Mục tiêu nghiên cứu là xác định các chỉ số siêu âm Doppler ĐMTC và biểu đồ tương quan của nó theo tuổi thai ở thai nghén bình thường từ 11-28 tuần. Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu được thực hiện trên đối tượng thai nghén bình thường từ 11-28 tuần với tuần suất thăm khám 4 tuần/1 lần cho đến khi sanh. Khảo sát các chỉ số RI, PI, S/D. Kết quả cho thấy các chỉ số RI, PI, S/D giảm dần về cuối thai kỳ một cách có ý nghĩa và nó liên quan tuyến tính với tuổi thai.

SUMMARY

Exploratory of Doppler uterine artery has value in maternal evaluation for fetal circulation through placenta. Objective: to determine Doppler RI, PI, S/D index of uterine artery and reference graphs in normal pregnancy. Subject and methodology: this study was conducted in 384 normal pregnancy from 11-28 week of gestation and once per 4 weeks until delivery.

Result: All of Doppler RI, PI, S/D indices in normal pregnancy from 11 to 28 week of gestation decreased gradually to the end of the pregnancy significantly and they have linear- relation with their week of gestation.

Conclusion: Exploratory study for Doppler uterine artery is relatively feasible and using their indices through the reference graphs to apply in clinic.

Keywords: Uterine artery, Doppler uterine artery, RI, PI, S/D index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Siêu âm thăm dò tuần hoàn mẹ - con bằng Doppler được xem là một trong những phương pháp thăm dò không xâm lấn có giá trị nhất hiện nay, nó đóng vai trò quan trọng trong tiên đoán tình trạng thai và quyết định thái độ xử trí đối với thai. Ở nước ta, việc sử dụng phương pháp này trong thăm dò tuần hoàn mẹ - con được thực hiện trong những năm gần đây; nghiên cứu về các thông số bình thường của Doppler và đánh giá vai trò ứng dụng của nó trong thực tiễn lâm sàng chưa có nhiều ngoài nghiên cứu của Trần Danh Cường (2007) nghiên cứu một cách tổng thể về các thông số siêu âm Doppler ĐMTC ở thai nghén 28-42 tuần bình thường [6] và nghiên cứu của Phạm Thị Mai Anh (2009) thực hiện tại bệnh viện Phụ sản TƯ [4] trên quần thể 100 trường hợp thai nghén bình thường từ 28 tuần.

Theo Walfrido U. Sumpaico tại Hội nghị Sản Phụ khoa Việt- Pháp- 2013 về "Quan niệm hiện nay về tầm soát sớm tiền sản giật" chuyển sự tập trung tầm soát sang quý I thay vì tầm soát quý II- III thai kỳ.

Để có được các giá trị bình thường của các chỉ số siêu âm Doppler ĐMTC phục vụ cho các nhà lâm sàng sản phụ khoa trong công tác nghiên cứu, theo dõi, quản lý thai, chúng tôi nghiên cứu đề tài " Xác định các chỉ số siêu âm

Doppler ĐMTC ở thai nghén bình thường tuổi thai từ 11-28 tuần tại bệnh viện ĐK TP Châu Đốc" nhằm mục tiêu:

Mục tiêu tổng quát: Xác định các chỉ số siêu âm Doppler động mạch tử cung ở tuần 11-28 thai kỳ bình thường.

Mục tiêu chuyên biệt:

-Xác định giá trị trung bình các chỉ số RI, PI, S/D trên siêu âm Doppler động mạch tử cung trên những sản phụ thai kỳ bình thường có tuổi thai 11-28 tuần.

-Xác định giá trị các chỉ số ĐMTC tương đương bách phương vị 5, 50, 95.

-Thiết lập biểu đồ tương quan của các chỉ số này với tuổi thai để ứng dụng trong lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tất cả sản phụ đến khám thỏa các điều kiện sau:

- Có chu kỳ kinh nguyệt đều, biết rõ ngày kinh cuối hoặc có siêu âm ở 3 tháng đầu thai kỳ phù hợp ngày kinh cuối.

-Có một thai và thai sống

-Tuổi thai từ 11- 28 tuần.

- Được khám quản lý thai, đồng ý tham gia nghiên cứu, đến làm siêu âm đúng hẹn.

2.2.2 Tiêu chuẩn loại trừ:

Đa thai, thai chết lưu, có tiền sử bệnh lý: TSG, nhau bong non, thai chết lưu, đái tháo đường thai nghén, nội khoa nào từ trước và trong thời kỳ thai nghén, có các khối u ở cơ quan sinh dục, đến khám siêu âm không đúng hẹn, hoặc bỏ 1 lần không làm.

2.2 PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, tiền cứu, có theo dõi.

2.2.2 Số lượng đối tượng: $n \geq t^2 \cdot \delta^2 / d^2$

n là số đối tượng nghiên cứu

t = 1, 96 (độ tin cậy 95%) tra từ bảng phân phối chuẩn

$\delta = 0,167$ (độ lệch chuẩn) chọn ĐLC lớn nhất của các thông số theo tuổi thai.

d = 0,05. Như vậy $n = (1, 96 \times 1, 96) \times (0,167 \times 0,167) / (0,05 \times 0,05) = 43$. Số lớp tuổi thai là 9. Vậy số lượng đối tượng nghiên cứu là ≥ 387 .

2.2.3. Thời gian nghiên cứu:

Từ 01 tháng 01/2017 đến tháng 30/09/2017

2.2.4 Các biến số dùng trong nghiên cứu

Các thông số nghiên cứu như tuổi mẹ, tiền thai, tuổi thai theo ngày đầu kỳ kinh cuối/siêu âm ở 3 tháng đầu thai kỳ phù hợp ngày kinh cuối, các chỉ số siêu âm như RI, PI, S/D và giá trị trung bình (mean) của chúng được thu thập theo phiếu điều tra mẫu.

-Tính trị số trung bình \pm SD của các chỉ số Doppler ĐMTC,

-Mối tương quan giữa hai đại lượng X(chỉ số Doppler ĐMTC), Y(tuổi thai); tìm hàm số tương quan thích hợp,

-Xác định giá trị TB tương đương bách phương vị 5, 50, 95.

- Thiết lập biểu đồ biểu đồ tổng hợp các chỉ số Doppler ĐMTC theo tuổi thai để ứng dụng trên lâm sàng

2.2.5 Quá trình thu thập, xử lý số liệu:

a. Bảng thu thập thông tin:

Phiếu thông tin tiếp nhận (phiếu số 1): gồm phần hành chính, tiền sử; ghi nhận phổ Doppler và các chỉ số RI, PI, S/D và giá trị trung bình (mean) của chúng trên siêu âm Doppler trong lúc tiếp nhận đầu tiên.

Phiếu thu thập kết quả trong quá trình theo dõi thai (phiếu số 2) gồm: các số cân nặng, đo mạch, huyết áp, siêu âm (theo dõi tim thai, kiểm tra nhau thai và lượng nước ối) với tần suất thăm khám 4 tuần/1 lần cho đến khi sanh.

Thu thập các số liệu sau đẻ: tuổi thai lúc sanh, cách thức sanh, trọng lượng thai, Apgar.

Các số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

b. Kỹ thuật siêu âm: đường thành bụng (transabdominal ultrasound) [1],[2],[3].

Vị trí khảo sát: **nhánh chính động mạch tử cung**, cạnh vùng eo tử cung

Bàn quang người mẹ phải trống (không có nước tiểu), bàn quang căng sẽ đẩy vùng eo tử cung ra xa đầu dò!

- Đặt đầu dò ở hố chậu, phía trên cung đùi, song song với thành bên TC, nghiêng nhẹ về phía thành TC.

- Đặt khung định vị của Doppler màu vào vị trí đã định. ĐMTC xuất hiện có hình ảnh dấu hiệu giả bất chéo các động mạch chậu ngoài, hoạt Doppler xung, cửa sổ mở 2-3mm đặt lên vị trí của ĐMTC. Đo Doppler xung tại vị trí này trước khi ĐMTC phân nhánh.

- Hình ảnh phổ Doppler ĐMTC bình thường: phổ dạng xung cân xứng có viền, đều, sáng ở trung tâm màu xám, phức hợp tâm trương lớn chiếm 3/4 (40%) đỉnh tâm thu, hình giả bình nguyên. ĐMTC mang thai quý II không còn khuyết (notching) tiền tâm trương. Thu nhận phổ Doppler ĐMTC để phân tích hình thái và đo các chỉ số.

- Chẩn đoán phân biệt với động mạch chậu trong: phổ 3 pha.

- Thực hiện tương tự với động mạch tử cung đối bên. Lấy số trung bình.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 390 trường hợp, trong đó có 384 trường hợp phù hợp tiêu chuẩn chọn mẫu (98,5%).

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm sản phụ

Tuổi của sản phụ: Tuổi trung bình là $27,93 \pm 6,65$, nhỏ nhất 15 tuổi, lớn nhất là 48 tuổi. Trong đó, nhóm tuổi <20 có 10,4%, nhóm tuổi 21-35

chiếm 75,3%, nhóm tuổi 36-44 là 13,5 % và nhóm tuổi ≥ 45 chỉ chiếm 0,8%. (Bảng 1)

| Nhóm tuổi | <20 | 21-35 | 36-44 | ≥ 45 |
|------------|------|-------|-------|-----------|
| Số sản phụ | 40 | 289 | 52 | 3 |
| Tỉ lệ % | 10,4 | 75,3 | 13,5 | 0,8 |

Nơi cư ngụ: Số sản phụ trong lô nghiên cứu cư ngụ tại TP Châu Đốc là 276 (72,0%), ngụ tại các huyện lân cận trong tỉnh là 96(24,9%) và ở các tỉnh khác là 12(3,9%).

Tiền thai: Số sản phụ mang thai lần I chiếm 33,9%, số mang thai lần II là 42,0%, mang thai lần III 18,7% và mang thai ≥ 4 lần chiếm 5,4%.(Bảng 2)

| Con thứ | 1 | 2 | 3 | ≥ 4 |
|------------|------|------|------|----------|
| Số sản phụ | 130 | 161 | 72 | 21 |
| Tỉ lệ % | 33,9 | 42,0 | 18,7 | 5,4 |

Tiền sử: Không ghi nhận trường hợp nào mắc các bệnh nội khoa từ trước đến khi có thai và cũng không có các bệnh lý sản khoa xảy ra trong kỳ thai nghén.

3.1.2 Lúc sanh: Trọng lượng trẻ trung bình 3.030 ± 270 g (2.650- 4.100 g), sanh thường 73%, sanh mổ 27%, Apgar 1 phút= 9, 5 phút= 10.

3.2 Kết quả siêu âm thăm dò ĐMTC

a. Trị số trung bình của RI(Bảng 3)

| Tuổi thai (tuần) | N | RI ĐMTC (T) | | RI ĐMTC (P) | | P |
|------------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| | | TB | SD | TB | SD | |
| 11-12 | 40 | 0,75 | 0,07 | 0,73 | 0,09 | > 0,05 |
| 13-14 | 40 | 0,69 | 0,06 | 0,68 | 0,10 | |
| 15-16 | 40 | 0,66 | 0,06 | 0,64 | 0,08 | |
| 17-18 | 38 | 0,65 | 0,05 | 0,60 | 0,09 | |
| 19-20 | 51 | 0,58 | 0,09 | 0,53 | 0,07 | |
| 21-22 | 52 | 0,54 | 0,06 | 0,51 | 0,08 | |
| 23-24 | 50 | 0,53 | 0,07 | 0,50 | 0,06 | |
| 25-26 | 40 | 0,53 | 0,09 | 0,49 | 0,09 | |
| 27-28 | 33 | 0,49 | 0,08 | 0,48 | 0,05 | |

Trị số trung bình chỉ số RI giảm về cuối thai kỳ, liên quan tuyến tính với tuổi thai theo hàm số: $Y = -0,017 X + 0,918$ (ĐMTC (T), $n = 384$, $r^2 = 0,497$), $Y = -0,019 X + 0,941$ (ĐMTC (P), $n = 384$, $r^2 = 0,493$), trong đó Y là chỉ số RI ĐMTC, X là tuổi thai.

b. Trị số trung bình của PI(Bảng 4)

| Tuổi thai (tuần) | N | PI ĐMTC (T) | | PI ĐMTC (P) | | P |
|------------------|----|-------------|------|-------------|------|---|
| | | TB | SD | TB | SD | |
| 11-12 | 40 | 1,67 | 0,51 | 1,75 | 0,46 | |
| 13-14 | 40 | 1,37 | 0,35 | 1,65 | 0,53 | |
| 15-16 | 40 | 1,28 | 0,31 | 1,47 | 0,37 | |

| | | | | | | |
|--------------|-----------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------|
| 17-18 | 38 | 1,10 | 0,18 | 1,08 | 0,37 | > 0,05 |
| 19-20 | 51 | 0,92 | 0,23 | 0,83 | 0,22 | |
| 21-22 | 52 | 0,85 | 0,14 | 0,79 | 0,21 | |
| 23-24 | 50 | 0,83 | 0,23 | 0,77 | 0,16 | |
| 25-26 | 40 | 0,82 | 0,21 | 0,73 | 0,20 | |
| 27-28 | 33 | 0,75 | 0,22 | 0,71 | 0,12 | |

Trị số trung bình chỉ số PI cũng đều giảm về cuối thai kỳ và liên quan tuyến tính với tuổi thai theo hàm số: $Y = -0,055 X + 2,125$ (ĐMTC (T), n= 384, $r^2 = 0,440$), $Y = -0,073 X + 2,479$ (ĐMTC (P), n= 384, $r^2 = 0,487$), trong đó Y là chỉ số PI ĐMTC, X là tuổi thai.

c. Trị số trung bình của S/D (Bảng 5)

| Tuổi thai (tuần) | N | S/D ĐMTC (T) | | S/D ĐMTC (P) | | P |
|------------------|-----------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------|
| | | TB | SD | TB | SD | |
| 11-12 | 40 | 4,20 | 1,37 | 4,12 | 1,47 | > 0,05 |
| 13-14 | 40 | 3,20 | 1,09 | 3,38 | 1,29 | |
| 15-16 | 40 | 3,20 | 0,84 | 3,15 | 1,39 | |
| 17-18 | 38 | 2,67 | 0,44 | 2,72 | 0,91 | |
| 19-20 | 51 | 2,37 | 0,42 | 2,19 | 0,49 | |
| 21-22 | 52 | 2,20 | 0,24 | 2,11 | 0,44 | |
| 23-24 | 50 | 2,20 | 0,31 | 2,02 | 0,26 | |
| 25-26 | 40 | 2,18 | 0,66 | 2,00 | 0,33 | |
| 27-28 | 33 | 2,02 | 0,38 | 1,88 | 0,36 | |

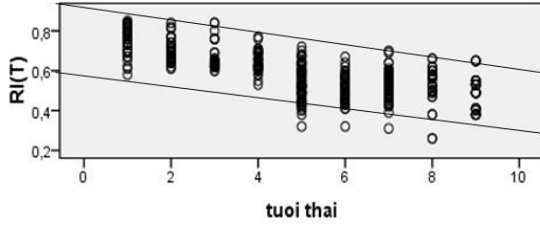
Tương tự, trị số trung bình chỉ số S/D giảm về cuối thai kỳ, liên quan tuyến tính với tuổi thai theo hàm số: $Y = -0,122X + 5,015$ (ĐMTC (T), n= 384, $r^2 = 0,369$), $Y = -0,157 X + 5,731$ (ĐMTC (P), n= 384, $r^2 = 0,390$), trong đó Y là chỉ số S/D ĐMTC, X là tuổi thai.

d. Phân bố theo bách phân vị và biểu đồ

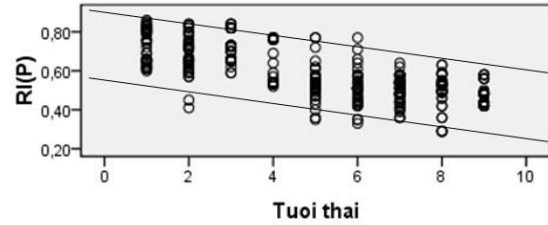
Bảng phân bố giá trị trung bình RI theo bách phân vị (Bảng 6)

| Tuổi thai (tuần) | RI ĐMTC (T) | | | RI ĐMTC (P) | | |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 5 | 50 | 95 | 5 | 50 | 95 |
| 11-12 | 0,60 | 0,76 | 0,84 | 0,61 | 0,75 | 0,85 |
| 13-14 | 0,62 | 0,67 | 0,82 | 0,57 | 0,66 | 0,84 |
| 15-16 | 0,60 | 0,64 | 0,84 | 0,56 | 0,63 | 0,84 |
| 17-18 | 0,55 | 0,63 | 0,76 | 0,53 | 0,56 | 0,77 |
| 19-20 | 0,48 | 0,56 | 0,68 | 0,40 | 0,54 | 0,71 |
| 21-22 | 0,44 | 0,55 | 0,66 | 0,37 | 0,51 | 0,63 |
| 23-24 | 0,42 | 0,54 | 0,64 | 0,36 | 0,51 | 0,63 |

| | | | | | | |
|-------|------|------|------|------|------|------|
| 25-26 | 0,36 | 0,52 | 0,63 | 0,33 | 0,50 | 0,62 |
| 27-28 | 0,34 | 0,49 | 0,62 | 0,32 | 0,48 | 0,58 |



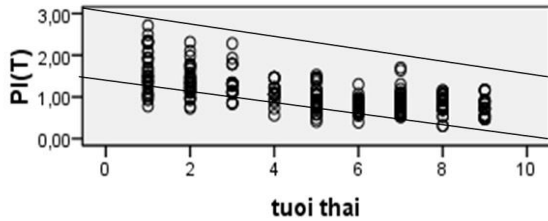
Biểu đồ 3.1: Tương quan giữa RI ĐMTC (T) với tuổi thai



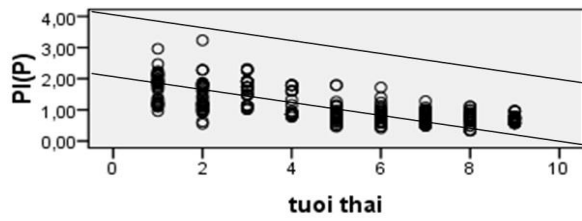
Biểu đồ 3.2: Tương quan giữa RI ĐMTC (P) với tuổi thai

Bảng phân bố giá trị trung bình PI theo bách phân vị (Bảng 7)

| Tuổi thai (tuần) | PI ĐMTC (T) | | | PI ĐMTC (P) | | |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| | 5 | 50 | 95 | 5 | 50 | 95 |
| 11-12 | 0,9 | 1,60 | 2,53 | 1,06 | 1,86 | 2,57 |
| 13-14 | 0,87 | 1,33 | 2,11 | 1,02 | 1,89 | 2,33 |
| 15-16 | 0,85 | 1,27 | 2,00 | 1,02 | 1,73 | 2,29 |
| 17-18 | 0,72 | 1,06 | 1,66 | 0,82 | 1,55 | 1,79 |
| 19-20 | 0,58 | 0,86 | 1,49 | 0,54 | 0,98 | 1,35 |
| 21-22 | 0,57 | 0,86 | 1,32 | 0,49 | 0,78 | 1,30 |
| 23-24 | 0,53 | 0,86 | 1,32 | 0,47 | 0,77 | 1,23 |
| 25-26 | 0,49 | 0,80 | 1,18 | 0,45 | 0,77 | 1,11 |
| 27-28 | 0,48 | 0,73 | 1,16 | 0,43 | 0,73 | 0,96 |



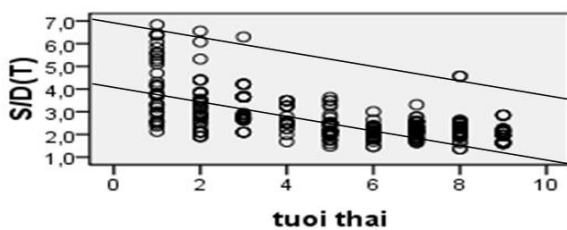
Biểu đồ 3.3: Tương quan giữa PI ĐMTC (T) với tuổi thai



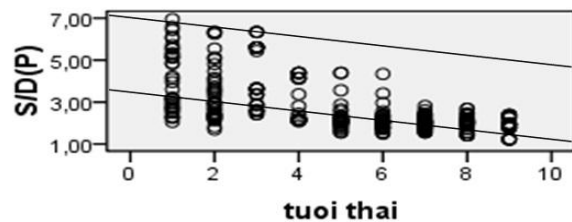
Biểu đồ 3.4: Tương quan giữa PI ĐMTC (P) với tuổi thai

Bảng phân bố giá trị trung bình S/D theo bách phân vị (Bảng 8)

| Tuổi thai (tuần) | S/D ĐMTC (T) | | | S/D ĐMTC (P) | | |
|------------------|--------------|-------------|-------------|--------------|-------------|-------------|
| | 5 | 50 | 95 | 5 | 50 | 95 |
| 11-12 | 2,31 | 3,80 | 6,51 | 2,21 | 3,96 | 6,65 |
| 13-14 | 2,20 | 2,88 | 6,10 | 2,12 | 3,94 | 6,34 |
| 15-16 | 2,10 | 2,86 | 4,64 | 2,02 | 3,64 | 6,34 |
| 17-18 | 1,97 | 2,49 | 3,49 | 1,92 | 2,16 | 3,59 |
| 19-20 | 1,74 | 2,14 | 3,47 | 1,68 | 2,06 | 3,49 |
| 21-22 | 1,65 | 2,14 | 2,88 | 1,55 | 2,06 | 3,12 |
| 23-24 | 1,63 | 2,13 | 2,76 | 1,55 | 2,04 | 2,95 |
| 25-26 | 1,60 | 2,13 | 2,67 | 1,42 | 2,00 | 2,68 |
| 27-28 | 1,60 | 1,97 | 2,55 | 1,23 | 1,94 | 2,39 |



Biểu đồ 3.5: Tương quan giữa S/D ĐMTC (T) với tuổi thai



Biểu đồ 3.6: Tương quan giữa S/D ĐMTC (P) với tuổi thai

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhóm đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu này chọn các sản phụ thai nghén bình thường để có các số liệu bình thường làm cơ sở cho các nghiên cứu sau này trên thai nghén bệnh lý. Các trẻ sanh ra đều bình thường (ghi nhận lúc sanh).

4.1.1. Tuổi sản phụ: Trong lô nghiên cứu tuổi sản phụ trung bình là 28, nhóm tuổi từ 21-35 chiếm 75,3%, đây là nhóm tuổi thích hợp cho việc sanh nở.

4.1.2. Nơi cư ngụ: Phần lớn sản phụ trong lô nghiên cứu ngụ tại TP Châu Đốc (72,0%) và các huyện lân cận trong tỉnh (24,9%). Điều này phản ánh đúng tình hình, đối tượng đến khám, chữa bệnh tại Bệnh viện TPCĐ hiện nay.

4.1.3. Số con: Số sản phụ mang thai lần I (con so) chiếm 33,9%, còn lại đa số sản phụ mang thai con rạ (mang thai lần II-III là 60,7%, mang thai lần \geq IV là 5,4%).

4.2 Trị số trung bình của ĐMTC:

4.2.1 Trong nghiên cứu, trị số trung bình chỉ số RI ĐMTC ở thai bình thường tuổi thai 11-18 tuần là $0,69 \pm 0,07$ (RI ĐMTC (T)= $0,69 \pm 0,07$; RI ĐMTC (P)= $0,69 \pm 0,11$). Trong khi, trị số trung bình RI ĐMTC tuổi thai 19-28 tuần là $0,52 \pm 0,06$ (RI ĐMTC (T)= $0,52 \pm 0,08$; RI ĐMTC(P)= $0,51 \pm 0,07$), có sự khác biệt giữa 2 nhóm tuổi trên, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) (Bảng 9).

Như vậy, thai bình thường RI trung bình ĐMTC tuổi thai 11-18 tuần thì $> 0,58$; ở thai 19-28 tuần thì $< 0,58$, phù hợp với những nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Trần Danh Cường [5], [6] và Coleman [11] chỉ số này ở thai quý II được coi là bất thường khi $> 0,58$ hoặc khi nó cao hơn 95 percentile ($> 0,7$), có kèm hoặc không kèm theo dấu khuyết đầu tâm trương. Ở thai quý II, chỉ có 5% có nguy cơ bị biến chứng khi chỉ số RI $< 0,58$. Nghiên cứu của Bower và cộng sự [10] trên các sản phụ có thai từ 18 -22 tuần tuổi, gọi là bất thường khi RI lớn hơn 95th percentile ($> 0,7$).

4.2.2 Trị số trung bình của chỉ số PI tuổi thai 11-18 tuần là $1,41 \pm 0,39$ (PI ĐMTC (T)= $1,35 \pm 0,41$; PI ĐMTC(P)= $1,48 \pm 0,51$). Trị số trung bình chỉ số PI tuổi thai 19-28 tuần là $0,84 \pm 0,17$ (PI ĐMTC(T)= $0,86 \pm 0,21$, PI ĐMTC(P)= $0,78 \pm 0,19$), cũng có sự khác biệt giữa 2 nhóm tuổi này và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) (Bảng 9).

| Tuổi thai (tuần) | RI ĐMTC | PI ĐMTC | S/D ĐMTC | P |
|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 11-18 | $0,69 \pm 0,07$ | $1,41 \pm 0,39$ | $3,43 \pm 1,07$ | <0,01 |
| 19-28 | $0,52 \pm 0,06$ | $0,84 \pm 0,17$ | $2,17 \pm 0,34$ | |

**Kiểm định Paired Samples T Test*

Kết quả nghiên cứu cho thấy PI trung bình ở thai bình thường tuổi thai 11-18 tuần $> 1,4$; PI trung bình từ 19-28 tuần < 1 . Theo Trần Danh Cường [6] chỉ số này ở thai quý II được coi là bất thường khi > 1 . Papageorghiou AT và cộng sự [15] trong nghiên cứu ở thai 23 (22-24) tuần tuổi, PI ĐMTC có giá trị trung bình là 1,04 và percentile thứ 95 là 1,63. Albaiges và cộng sự [7] khảo

sát thai 23 tuần tuổi chọn mốc PI trung bình tăng cao bất thường khi > 1.45 . A.M Martin và cộng sự [13] nghiên cứu thai 11-14 tuần cho thấy chỉ số PI trung bình ở percentile thứ 95 là 2,35.

4.2.3 Trị số trung bình chỉ số S/D tuổi thai 11-18 tuần là $3,43 \pm 1,07$ (S/D ĐMTC(T)= $3,30 \pm 1,13$, S/D ĐMTC(P)= $3,57 \pm 1,40$). Trị số trung bình chỉ số S/D tuổi thai 19-28 tuần là $2,17 \pm 0,34$ (S/D ĐMTC(T) = $2,19 \pm 0,42$, S/D ĐMTC(P) = $2,06 \pm 0,41$), có sự khác biệt giữa 2 nhóm tuổi nêu trên và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$)(Bảng 9).

S/D trung bình ở thai bình thường có tuổi thai 11-18 tuần $> 3,4$; thai từ 19-28 tuần $< 2,4$. Phạm Thị Mai Anh [4] trong nghiên cứu thai bình thường từ 28 tuần đề nghị điểm cắt (cut-off) chỉ số S/D ở 2,6 ở thai quý I và 2,4 ở thai quý II.

Ngoài ra, Aris Antsaklis và cộng sự [8], Paula j. Woodward và cộng sự [16]: Doppler ĐMTC thai quý I (12 tuần), trị số trung bình PI tăng cao bất thường khi > 2.35 (> 95 th percentile), trung bình RI tăng cao bất thường khi > 0.85 (> 95 th percentile). Đối với Doppler ĐMTC thai quý II (22 tuần) thì trị số trung bình PI tăng cao bất thường khi > 1.45 (> 95 th percentile), trung bình RI tăng cao bất thường khi > 0.58 (> 95 th percentile)

Về vai trò siêu âm Doppler thăm dò ĐMTC, theo Trần Danh Cường [6], Coleman [11], siêu âm Doppler ĐMTC có thể chẩn đoán sớm IUGR trong TSG, cao huyết áp, tiên đoán nguy cơ xảy ra nhau bong non: Đối với IUGR khi thăm dò Doppler thai 29 tuần thì Doppler ĐM rón chẩn đoán được 58% trong khi Doppler ĐMTC là 73%. Đối với nhau bong non thì khi ĐMTC bình thường thì 98% trường hợp không có nhau bong non, ngược lại khi nó bệnh lý thì 70% trường hợp có nhau bong non. Nghiên cứu của Bewley và cộng sự [9] trên thai từ 16 -24 tuần tuổi, nếu RI lớn hơn 95th percentile thì các tai biến gia tăng gấp 10 lần(thai chết, nhau bong non, IUGR, TSG).

Nghiên cứu của Kurdi W và cộng sự[12]: 23% Doppler ĐMTC bất thường, 12,4% có khuyết tiền tâm trương 2 bên; 2,2% phụ nữ này phát triển TSG và 6 % trẻ sinh ra là rất nhỏ so với tuổi thai (SGA; < 5 th percentile). Sản phụ có khuyết tiền tâm trương cộng với RI trung bình $> 0,55$ có giá trị tiên đoán dương tính TSG và sinh một bé SGA là 46%.

Papageorghiou AT và cộng sự [15]: độ nhạy của tăng chỉ số đập PI $>$ percentile thứ 95 (1.63) đối với TSG kèm IUGR là 69%, TSG không kèm IUGR là 24%, IUGR không kèm TSG là 13%, TSG không phân biệt IUGR là 41% và IUGR không phân biệt của TSG là 16%.

Theo Torres C, Raynor B [17] thì PI trung bình ở thai 16-22 tuần bất thường khi $> 1,45$, có giá trị tiên đoán TSG với độ nhạy 79%, độ chuyên 95,5%, giá trị tiên đoán dương 88,2%, giá trị tiên đoán âm 98,9%. Đối với SGA, chỉ số này có độ nhạy 57%, độ chuyên 96,5%, giá trị tiên đoán dương 23,5%, giá trị tiên đoán âm 99,2%.

Khảo sát siêu âm ĐMTC trong quý I (11-14 tuần) của tác giả O.Gómez và cộng sự [14] cho thấy khi PI cao bất thường thì 6,7% thai phát triển ít nhất một trong các biến chứng, 2,2% trường hợp TSG và 3,7% trường hợp

IUGR. So với những phụ nữ có kết quả bình thường, thai bệnh lý có PI cao hơn đáng kể (2,04 so với 1,75; $P < 0,05$)

Nghiên cứu của A.M Martin và cộng sự [13]: khi chỉ số PI trung bình ở thai 11-14 tuần > 2.35 , độ nhạy xảy ra TSG (có hoặc không IUGR) là 27,0%, IUGR là 11,7%. Tương tự độ nhạy của chỉ số này cho các biến chứng phải sanh trước 32 tuần tuổi thai (có kèm hoặc không IUGR) là 60,0% và có IUGR là 27,8%.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, mặc dù cỡ mẫu không lớn nhưng cho thấy ở thai nghén bình thường các chỉ số RI, PI, S/D của ĐMTC đều giảm dần về cuối của thai kỳ và không khác nhau ở hai bên; trị số trung bình của chúng có liên quan tuyến tính với tuổi thai.

Các chỉ số RI, PI, S/D của ĐMTC ở lớp tuổi thai 11-18 tuần và 19-28 tuần có sự khác biệt, có ý nghĩa thống kê.

KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi đề nghị sử dụng siêu âm Doppler ĐMTC thường quy, đặc biệt ở tuổi thai 11- 14 tuần- nhằm cung cấp các chỉ số Doppler ĐMTC phục vụ cho các nhà lâm sàng sản phụ khoa trong công tác nghiên cứu, theo dõi, quản lý thai,...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Trường Duyệt (2004), *Kỹ thuật siêu âm và ứng dụng trong Sản Phụ khoa*, Nhà xuất bản khoa học và Kỹ thuật Hà Nội, tr. 209-111, 301-302, 310-312.
2. Đại học Y Dược TPHCM (2006), *Sản phụ khoa*, Nhà xuất bản Y học, Tập 1, tr. 400-411.
3. Nguyễn Quang Trọng (2008), *Siêu âm sản khoa thực hành*, Nhà xuất bản Y học, tr. 268-279.
4. Phạm Thị Mai Anh (2009), *Nghiên cứu thông số Doppler động mạch tử cung ở thai phụ bình thường 28 tuần*, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
5. Trần Danh Cường, *Đánh giá thăm dò Doppler động mạch tử cung bằng chỉ số RI ở thai nghén bình thường tuổi thai từ 28-42 tuần*, Y học thực hành, số 1/2011(748).
6. Trần Danh Cường (2007), *Xác định một số thông số Doppler động mạch tử cung người mẹ, động mạch rốn, động mạch não thai nhi bình thường (28-42 tuần)*- Luận án tiến sĩ, ĐH Y Hà Nội, Hà Nội.
7. Albaiges G, Missfelder-Lobos H, Lees C, et al (2000), "One-stage screening for pregnancy complications by color Doppler assessment of the uterine arteries at 23 weeks' gestation", *Obstet Gynecol*, 96, pp. 559-564.
8. Aris Antsaklis et al. Uterine Artery Doppler in the Prediction of Preeclampsia and Adverse Pregnancy Outcome. *Donald School Journal of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, April-June 2010;4(2):117-122.
9. Bewley S, Cooper D, Campbell S (1991), "Doppler investigation of uteroplacental blood flow resistance in the second trimester: a screening study for preeclampsia and intrauterine growth retardation", *Br J Obstet Gynaecol*, 98, pp. 871- 879.
10. Bower S, Bewley S, Campbell S (1993), "Improved prediction of pre-eclampsia by two-stage screening of uterine arteries using the early diastolic notch and color Doppler imaging", *Obstet Gynecol*, 82, pp. 78-83.

11. Coleman MAG, McCowan LME, North RA (2000), “Mid-trimester uterine artery Doppler screening as a predictor of adverse pregnancy outcome in high-risk women”, *Ultrasound Obstet Gynecol*, 15, pp. 7-12.
12. Kurdi W, Campbell S, Aquilina J, et al (1998), “The role of color Doppler imaging of the uterine arteries at 20 weeks’ gestation in stratifying antenatal care”, *Ultrasound Obstet Gynecol*, 12, pp. 339- 345
13. Martin AM, Bindra R, Curcio P et al (2001), “Screening for pre-eclampsia and fetal growth restriction by uterine artery Doppler at 11-14 weeks of gestation”, *Ultrasound Obstet Gynecol*, 18, pp. 583-586.
14. O. Gómez et al. Reference ranges for uterine artery mean pulsatility index at 11–41 weeks of gestation. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2008; 32: 128–132
15. Papageorghiou AT, Yu CK, Erasmus IE, et al (2005), “Assessment of risk for the development of pre-eclampsia by maternal characteristics and uterine artery Doppler”, *BJOG*, 112(6), pp. 703-709.
16. Paula j. Woodward et al. *Diagnostic Imaging – Obstetrics*. Amirsys. 2005. Beth M. Kline-Fath, MD et al. *Fundamental and Advanced Fetal Imaging*. 2015
17. Torres C, Raynor B. Uterine artery score and adverse pregnancy outcomes in a low- risk population. *Am J Obstet Gynecol*. 2005;193:s167.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG GAN, LÁCH TRONG CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG NĂM 2017

*TS.BS.Lữ Văn Trang, BS. Nguyễn Tấn Huy,
BS.Lê Văn Cường, ĐD.Nguyễn Ngọc Thanh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Võ gan, lách do chấn thương là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất trong chấn thương bụng do tai nạn giao thông. Thái độ xử trí bảo tồn hay phẫu thuật trong võ gan, lách chấn thương hiện nay vẫn là một thách thức đối với các bác sĩ ngoại khoa. Vì cần được chẩn đoán chính xác, xử trí kịp thời phù hợp với phân độ của mỗi loại tổn thương là chìa khóa đem lại sự thành công.

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị võ gan, lách trong chấn thương bụng kín tại Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang năm 2017

Phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu cắt ngang mô tả hàng loạt ca

Kết quả: Từ tháng 9 năm 2016 – đến tháng 9 năm 2017 có 40 trường hợp chấn thương bụng kín có võ gan, lách được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình $31,5 \pm 14,8$ tuổi. Tỷ lệ Nam/Nữ là 3,4/1, Tỷ lệ điều trị bảo tồn không mổ là 92,25%. Có 3 trường hợp phải chuyển sang phẫu thuật cấp cứu sau 24 giờ theo dõi và điều trị nội tích cực. Không có tử vong và biến chứng nặng.

Kết luận: Điều trị nội khoa không mổ bệnh lý võ gan, lách trong chấn thương bụng kín là phương pháp an toàn, tỉ lệ thành công cao. Nên phân độ rõ ràng mức độ võ gan, lách trên CTSCAN bụng để có đánh giá đầy đủ hơn về mức độ tổn thương và có kế hoạch theo dõi, điều trị hiệu quả nhất.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thái độ điều trị chấn thương bụng trong nước cũng như trên thế giới có nhiều thay đổi trong thời gian gần đây, đặc biệt là việc áp dụng các phương tiện cận lâm sàng phổ biến như siêu âm bụng, CTscan bụng trong chẩn đoán và theo dõi diễn tiến cho thấy khuynh hướng điều trị bảo tồn các thương tổn tạng đặc ngày càng trở nên chuẩn mực tại nhiều trung tâm chấn thương trên thế giới cũng như các trung tâm đầu ngành tại Việt Nam.

Tai nạn giao thông là nguyên nhân chủ yếu nên chấn thương với một lực mạnh có thể làm tổn thương nhiều tạng khác nhau trong ổ bụng đặc biệt là gan và lách, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị các tổn thương gan, lách trong chấn thương bụng tại Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh An Giang

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả các bệnh nhân vỡ gan, vỡ lách do chấn thương được điều trị tại BVĐK Khu vực Tỉnh An Giang từ tháng 9 năm 2016 đến tháng 9 năm 2017.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân chấn thương thành bụng (không có tổn thương tạng được ghi nhận qua các cận lâm sàng và hình ảnh học).

Cỡ mẫu: 40 mẫu

Phương pháp thu thập số liệu

Các số liệu của bệnh nhân được thu thập và điền vào bệnh án mẫu.

Phương tiện nghiên cứu

Mẫu thu thập số liệu

Phương pháp xử lý số liệu

Các số liệu sẽ được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

Các biến số cần thu thập

Đặc điểm chung, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, kết quả điều trị

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung:

Trong thời gian từ 01/09/2016 – 01/09/2017 chúng tôi ghi nhận được 40 trường hợp chấn thương gan, lách thỏa điều kiện chọn bệnh

Tuổi: Tuổi trung bình $31,5 \pm 14,84$ tuổi. Nhỏ nhất là 7 tuổi, lớn nhất 58 tuổi

Giới: Nam 77,5% (31TH), nữ 22,5% (9TH). Tỷ lệ nam/ nữ là 3,4/1

Lý do vào viện: tai nạn giao thông 72,5%, tai nạn sinh hoạt 27,5%

2. Đặc điểm lâm sàng:

Sinh hiệu khi vào viện

| Tình trạng huyết động | Điều trị nội | Phẫu thuật | p |
|-----------------------|-------------------|------------------|-------|
| Huyết áp tâm thu | 107 ± 17 mmHg | 95 ± 5 mmHg | 0,027 |
| Huyết áp tâm trương | 65 ± 9 mmHg | 60 ± 0 mmHg | 0,009 |
| Mạch | 87 ± 14 mmHg | 90 ± 40 mmHg | 0,017 |

Nhận xét: Huyết áp khi vào viện sau chấn thương của nhóm có chỉ định phẫu thuật thấp hơn so với nhóm điều trị nội và mạch nhanh hơn nhóm điều trị nội, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Triệu chứng lâm sàng

| Triệu chứng | Số trường hợp | Tỷ lệ % |
|--------------------|---------------|---------|
| Không đau bụng | 4 | 10% |
| Đau bụng ít | 15 | 37,5% |
| Đau bụng nhiều | 21 | 52,5% |
| Xây sát thành bụng | 8 | 20% |
| Ấn đau khu trú | 19 | 47,5% |
| Ấn đau khắp bụng | 21 | 52,5% |
| Chướng bụng | 8 | 20% |

Nhận xét: Khi vào viện bệnh nhân có đau bụng là triệu chứng nổi bật nhất (90%)

3. Đặc điểm cận lâm sàng:

Ghi nhận siêu âm bụng

| Siêu âm | Số trường hợp | Tỉ lệ % |
|------------------|---------------|---------|
| Chấn thương gan | 18 | 45% |
| Chấn thương lách | 4 | 10% |
| Có dịch ổ bụng | 32 | 80% |

Nhận xét: Siêu âm ngay khi nhập viện thấy dịch ổ bụng chiếm 80% các trường hợp. Phát hiện được chấn thương gan, lách với tỉ lệ thấp hơn là 45% và 10%.

Ghi nhận CTSCAN bụng

| CTSCAN bụng | Số trường hợp | Tỉ lệ % |
|-------------------------|---------------|---------|
| Chấn thương gan | 14 | 50% |
| Chấn thương lách | 14 | 50% |
| Chấn thương gan và lách | 2 | 7,1% |
| Có dịch ổ bụng | 18 | 64,3% |
| Không chụp CTSCAN bụng | 12 | 30% |

Nhận xét: CTSCAN bụng phát hiện chấn thương gan, lách trong tất cả các trường hợp, 50% thấy chấn thương ở gan và 50% chấn thương ở lách và có 2 trường hợp (7,1%) thấy cả chấn thương gan và lách. Có 30% các trường hợp không chụp CTSCAN bụng

Dung tích hồng cầu: lúc nhập viện, sau 24h, lúc xuất viện

| Dung tích hồng cầu | Điều trị nội | Phẫu thuật | p |
|--------------------|--------------|--------------|-------|
| Lúc nhập viện | 37,9% ± 6,3% | 33% ± 1,5% | 0,062 |
| Sau 24h | 34% ± 6,2% | 25% ± 3% | 0,127 |
| Lúc ra viện | 34,4% ± 5,7% | 30,3% ± 2,3% | 0,1 |

Nhận xét: Dung tích hồng cầu của nhóm phải can thiệp phẫu thuật thấp hơn so với nhóm điều trị nội, Sau 24h thì dung tích hồng cầu giảm nhiều ở nhóm phải phẫu thuật từ 33% xuống 25%, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê.

Chấn thương phối hợp

| Chấn thương phối Hợp | Điều trị nội | Phẫu thuật | p |
|----------------------|--------------------|----------------------|-------|
| Không | 22 trường hợp(55%) | 1 trường hợp (33,3%) | 0.667 |
| Đầu | 4 trường hợp(40%) | 1 trường hợp (33,3%) | |
| Ngực | 10 trường hợp(25%) | 1 trường hợp (33,3%) | |
| Chi | 1 trường hợp(2,5%) | 0 | |

Nhận xét: Trong chấn thương bụng kín thường kết hợp các chấn thương phối hợp khác cùng lúc, tuy nhiên trong nghiên cứu này nhóm có phẫu thuật và điều trị nội không thấy tổn thương phối hợp làm ảnh hưởng đến chỉ định phẫu thuật, p = 0,667

4. Kết quả điều trị:

- Phẫu thuật

| Phương pháp điều trị | Số trường hợp | Tỉ lệ % |
|----------------------|---------------|---------|
| Điều trị nội | 37 | 92,5% |
| Phẫu thuật | 3 | 7,5% |
| Tổng cộng | 40 | 100% |

Nhận xét: Tỉ lệ thành công của điều trị nội trong chấn thương gan, lách của chúng tôi rất cao 92,5%.

- Truyền máu

| Điều trị | Truyền máu | | p |
|--------------|---------------|---------------------|-------|
| | Số trường hợp | Số lượng trung bình | |
| Điều trị nội | 37 | 0,8 ± 1,4 đơn vị | 0.004 |
| Phẫu thuật | 3 | 4 ± 3,4 đơn vị | |

Nhận xét: Số lượng phải truyền điều trị cho các trường hợp chấn thương gan, lách có phẫu thuật cao hơn nhiều so với nhóm điều trị nội khoa, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,004$

- Thời gian nằm viện

| Điều trị | Số trường hợp | Trung bình | Ngắn nhất | Dài nhất | p |
|--------------|---------------|-------------|-----------|----------|-----|
| Điều trị nội | 37 | 10 ± 5 ngày | 5 ngày | 28 ngày | 0,3 |
| Phẫu thuật | 3 | 14 ± 7 ngày | 9 ngày | 23 ngày | |

Nhận xét: Thời gian điều trị của nhóm có phẫu thuật kéo dài hơn nhóm điều trị nội 14 ngày so với 10 ngày, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê với $p=0,3$

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

- Tuổi trung bình là $31,5 \pm 14,84$ tuổi, (7 – 58 tuổi). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Trần Chánh Tín (2003) $30 \pm 15,05$ tuổi, Trần Hiếu Nhân (2014) $33,16 \pm 13,867$ tuổi.

- Chấn thương bụng kín thường xảy ra ở nam nhiều hơn nữ 3,4/1 tỉ lệ này còn thấp hơn so với các tác giả như Trần Hiếu Nhân 6,3/1; Trần Chánh Tín 5,1/1

- Phần lớn các nguyên nhân gây ra là do tai nạn giao thông, trong nghiên cứu chúng tôi tỉ lệ tai nạn giao thông gây chấn thương bụng kín là 72,5%, tương đương với tác giả Trần Hiếu Nhân 67,4%, Lê Văn Minh 63,9%, Nguyễn Văn Long 67,1%.

2. Cận lâm sàng

Dung tích hồng cầu (Hct) và hemoglobin (Hb) khi mới vào viện chưa thay đổi nhiều, ngay cả khi có mạch nhanh – huyết áp tụt mà Hct và Hb vẫn

chưa thay đổi. Trong quá trình theo dõi kết hợp với lâm sàng, Hct và Hb được xem như yếu tố chỉ điểm tình trạng đang chảy máu. Khi Hct, Hb tiếp tục giảm được xem là một trong những tiêu chuẩn để chỉ định phẫu thuật.

Trong nghiên cứu này ghi nhận Hct thấp nhất 25% và cao nhất 49%. Bệnh nhân vào viện Hct 35% trong 24h còn 28% mặc dù có truyền máu (bệnh án số 14) và bệnh nhân có hct 32% trong 24h còn 22% không đáp ứng với truyền máu, mạch nhanh >100 lần / phút (bệnh án số 15) da xanh niêm nhợt nhiều tiến hành mổ khẩn. Bệnh án số 31 bệnh nhân mạch nhanh liên tục khoảng 140 lần/ phút, có truyền máu không đáp ứng hct khi chỉ mổ là 26%. Điều này nói lên phần lớn bệnh nhân trước khi chỉ định phẫu thuật có mất máu từ trung bình đến nặng.

Siêu âm bụng:

Trong 40 trường hợp siêu âm trước mổ, có 22 trường hợp (55%) làm siêu âm đánh giá phân độ vỡ gan, lách dựa theo AAST. Cả 3 trường hợp mổ này thì siêu âm điều phát hiện có vỡ gan hoặc vỡ lách trước mổ.

Với kết quả trên có thể tin tưởng rằng siêu âm đáng tin cậy để phát hiện vỡ gan, lách do chấn thương. Tuy nhiên, nếu siêu âm chưa phát hiện tổn thương gan, lách cũng không được loại trừ ngay.

Chụp CT scan bụng:

Trong nghiên cứu này việc chụp CTSCAN bụng có giới hạn, do bệnh thường nặng, có sốc, sinh hiệu không ổn định và có lâm sàng kết hợp với siêu âm quá rõ ràng. Ngoài ra còn do thói quen phẫu thuật viên cũng như hoàn cảnh kinh tế của người bệnh. Hình ảnh CTSCAN với thuốc cản quang tĩnh mạch ngày nay được xem là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán-phân độ vỡ gan, lách: tổn thương được bộc lộ rõ ở thì động mạch giúp phát hiện đường vỡ, khối máu tụ nhu mô và mức độ phân phối máu cho mô tổn thương. CTSCAN có ý nghĩa trong việc phân loại bệnh nhân tổn thương gan, lách, chứ không phải là yếu tố quyết định có mổ hay không mổ.

Chẩn đoán

Hiện nay, việc chẩn đoán vỡ gan, lách do chấn thương có nhiều thuận lợi do điều kiện trang thiết bị bệnh viện ngày càng phát triển như: có nhiều máy siêu âm, máy CTSCAN, các phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị vỡ gan, lách. Tuy nhiên, do BV ĐK KV An Giang là BV tuyến 2, nên bệnh nhân chuyển đến thường là nặng và có kèm thương tổn phối hợp làm cho việc chẩn đoán đôi lúc gặp khó khăn.

3. Phương pháp điều trị

Phương pháp điều trị không phẫu thuật trong chấn thương bụng kín được thiết lập rõ ràng, và các phác đồ dựa trên chẩn đoán của CTSCAN và tình trạng huyết động ổn định đang được áp dụng rộng rãi trong điều trị chấn thương tạng đặc, bao gồm gan, lách, thận, cũng như tổn thương xương chậu. Trong chấn thương bụng kín, bao hàm những tổn thương tạng đặc nghiêm trọng, điều trị không phẫu thuật đã trở thành tiêu chuẩn [9].

Khi đã quyết định theo dõi bệnh nhân và điều trị không phẫu thuật thì cần tiến hành theo dõi sát dấu hiệu sinh tồn và thăm khám lâm sàng thường xuyên. Tăng thân nhiệt và nhịp thở có thể là dấu hiệu của thủng tạng rỗng hoặc hình thành áp xe. Mạch và huyết áp cũng có thể thay đổi nếu có nhiễm trùng hoặc chảy máu trong khoang bụng. Các xét nghiệm hỗ trợ như kiểm tra số lượng bạch cầu trong máu, hemoglobin và mức hematocrit có thể giúp xác định sự thất bại trong điều trị không phẫu thuật. Sự xuất hiện tình trạng viêm phúc mạc qua thăm khám thực thể và ít đáp ứng với điều trị không phẫu thuật là một chỉ định của phẫu thuật.

4. Kết quả điều trị

Tỉ lệ điều trị bảo tồn không mổ là 92,25% (37/40). Kết quả của chúng tôi tương đương với Trần Hiếu Nhân, Trần Bình Giang lần lượt là 92,1% [5]; 94,7% [2]. Có 3 trường hợp phải chuyển sang phẫu thuật cấp cứu sau 24 giờ theo dõi và điều trị nội tích cực nhưng tình trạng mất máu quá rõ ràng không đáp ứng điều trị.

Không có tử vong và biến chứng nặng trong nghiên cứu của chúng tôi.

KẾT LUẬN

Điều trị nội khoa không mổ bệnh lý Vỡ gan, lách trong chấn thương bụng kín là phương pháp an toàn, tỉ lệ thành công cao. Nên phân độ rõ ràng mức độ vỡ gan, lách trên CTSCAN bụng để có đánh giá đầy đủ hơn về mức độ tổn thương và có kế hoạch theo dõi, điều trị hiệu quả nhất.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phan Văn Bé, Lê Cao Sang** (2006), nhân 2 trường hợp điều trị bảo tồn lách trong vỡ lách chấn thương, Kỹ yếu hội nghị khoa học Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, t1-4.
2. **Trần Bình Giang, Nguyễn Ngọc Hùng** (2011), Điều trị không mổ chấn thương gan tại bệnh viện Việt Đức 2006-2008, Y học Thực Hành (778), 8, tr 23-26.
3. **Lê Văn Minh, Trần Hoàng Ân** (2015), đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng-kết quả điều trị bảo tồn vỡ gan trong chấn thương bụng kín tại BVĐK trung tâm Tiền Giang.tr1-28
4. **Phạm Văn Năng, Khuru Vũ Lâm** (2013), Kết quả phẫu thuật bảo tồn vỡ lách do chấn thương, Y học thực hành (874) – Số 6 – tr141-145.
5. **Trần Hiếu Nhân** (2014), Đặc điểm chấn thương – vết thương thấu bụng tại bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ, Y học thực hành (944), tr 125-128.
6. **Nguyễn Văn Long** (2005), Vài nhận xét trong điều trị bảo tồn vỡ lách không mổ ở người trưởng thành, Y học TP.HCM(phụ bản số1), tập 9, tr72-78.
7. **Trần Chánh Tín và cs** (2003), Chẩn đoán chấn thương bụng kín, Y học TP.HCM,tập 7, phụ bản số 1, tr 122-126.
8. **Nguyễn Khánh Vân, Lê Tiên Dũng** (2012), Kết quả điều trị chấn thương lách tại Bệnh viện Thống Nhất (1/2009-12/2011), Y học TP.HCM (1),16, tr 307-314.
9. **S. P. Stawicki, MD** (2007), Trends in nonoperative management of traumatic injuries: A synopsis, OPUS 12 Scientist 2007 Vol. 1, No. 1, pp 19-35.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT HOÀN TOÀN TỬ CUNG QUA NỘI SOI TẠI KHOA SẢN BVĐKKV TỈNH AN GIANG

*BSCKI PHẠM HỒNG LOAN
BSCKI NGUYỄN HOÀNG HUY
BSCKI PHẠM BÍCH LOAN
BSCKI NGUYỄN THỊ BÍCH LIÊN*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cắt tử cung là phẫu thuật thông dụng trong ngành sản phụ khoa. Ngày nay, phẫu thuật nội soi (PTNS) đang phát triển mạnh mẽ trong ngành ngoại khoa nói chung và phụ khoa nói riêng. Hơn 2 phần 3 số bệnh lý phụ khoa có chính định can thiệp ngoại khoa đều có thể giải quyết bằng PTNS. Trên thế giới PTNS cắt tử cung hoàn toàn được thực hiện lần đầu tiên và năm 1989. Tại Việt Nam kỹ thuật này được thực hiện lần đầu tiên tại Bệnh Viện Từ Dũ năm 1999. Tại Bệnh Viện ĐKKV Tỉnh PTNS trong phụ khoa được thực hiện từ cuối năm 2009, kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi được chuyển giao bắt đầu từ tháng 03 đến nay. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Nghiên cứu kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi ổ bụng.
2. Đánh giá hiệu quả của phương pháp cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi ổ bụng.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Bệnh nhân được chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi từ 03/2017 – 08/2017 với bệnh lý: U xơ tử cung: nhân xơ $\leq 10\text{cm}$, qua siêu âm đường kính trước sau TC $\leq 90\text{cm}$.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân UXTC kích thước $> 10\text{cm}$, hoặc mắc những bệnh lý ảnh hưởng lên quá trình gây mê phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu:

Tiến cứu, can thiệp không đối chứng.

Phương tiện nghiên cứu:

Máy nội soi Karl stort.

Phương pháp tiến hành:

Bệnh nhân nằm tư thế phụ khoa, đặt cần nâng tử cung.

Kỹ thuật cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi ổ bụng bao gồm các thì:

Thì 1: Vào ổ bụng: Chọc Trocar trực tiếp.

Thì 2: Thăm sát thương tổn, xác định thương tổn.

Thì 3: Tiến hành cắt tử cung gồm các bước:

Bước 1: Cắt dây chằng tròn, mở cửa sổ cắt phần phụ 2 bên.

Bước 2: Xử trí dây chằng tử cung – cùng.

Bước 3: Bóc tách phủ mạc trước bàng quang, tách bàng quang ra khỏi phần trên âm đạo.

Bước 4: Xử trí mạch máu tử cung âm đạo 2 bên.

Bước 5: Cắt âm đạo, mở vòm âm đạo.

Thì 4: Lấy tử cung qua ngã âm đạo, khâu móm âm đạo.

Thì 5: Kiểm tra móm cắt, niệu quản qua nội soi ổ bụng, khâu các lỗ Trocar.

Theo dõi trong và sau mổ.

Thời gian mổ: từ lúc rạch da đến khi đóng da.

Vị trí nhân xơ, kích thước nhân xơ.

Thời gian trung tiện, thời gian nằm viện.

Tai biến, biến chứng.

Xử lý số liệu:

Các kết quả nghiên cứu được xử lý thống kê theo chương trình SPSS

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN:

Từ 03/2017 – 08/2017 chúng tôi tiến hành chỉ định cắt tử cung hoàn toàn qua nội soi cho 10 trường hợp với kết quả thu được như sau:

| STT | TÊN | TUỔI | ĐỊA CHỈ | PARA |
|-----|----------------------|------|-----------|------|
| 1 | LÊ THỊ THẤT | 1973 | TỈNH BIÊN | 1001 |
| 2 | NGUYỄN THỊ TUYẾT ANH | 1973 | CHÂU PHÚ | 2002 |
| 3 | PHAN THỊ EM | 1962 | TÂN CHÂU | 3003 |
| 4 | LÊ THỊ NGỌC LOAN | 1973 | CHÂU PHÚ | 2002 |
| 5 | LÊ THỊ BÉ TỬ | 1966 | TỈNH BIÊN | 3003 |
| 6 | NGUYỄN THỊ HẢO | 1961 | AN PHÚ | 2012 |
| 7 | TỬ THỊ XUÂN | 1986 | AN PHÚ | 2002 |
| 8 | HUỖNH THỊ NHƯ | 1968 | CHÂU PHÚ | 2012 |
| 9 | TRẦN THỊ LAN | 1973 | TRI TÔN | 2002 |
| 10 | LƯU THỊ BÉ TỬ | 1966 | TỈNH BIÊN | 1966 |

| STT | LÝ DO VÀO VIỆN | | | CHẨN ĐOÁN | HCT NHẬP VIỆN |
|-----|----------------|-----------|-----------------|-----------------|---------------|
| | SIÊU ÂM | ĐAU HẠ VỊ | RA HUYẾT ÂM ĐẠO | | |
| 1 | SA | | | UXTC XUẤT HUYẾT | 30% |
| 2 | SA | | | UXTC XUẤT HUYẾT | 32% |
| 3 | SA | | | UXTC | 37% |
| 4 | | | RA HUYẾT | UXTC XUẤT HUYẾT | 29% |
| 5 | | | RA HUYẾT | UXTC | 30% |
| 6 | | ĐAU | | UXTC | 34% |
| 7 | SA | | | UXTC XUẤT HUYẾT | 35% |
| 8 | | | RA HUYẾT | UXTC | 30% |
| 9 | | ĐAU | | UXTC | 33% |
| 10 | | ĐAU | | UXTC XUẤT HUYẾT | 31% |

| STT | VỊ TRÍ,KT,DAP | TG MỠ-PHÚT | TG TRUNG TIỆN-GIỜ |
|-----|--------------------------------|------------|-------------------|
| 1 | TRƯỚC-45*55-77 | 240 | 48 |
| 2 | TRƯỚC-42*56-86 | 205 | 24 |
| 3 | SAU-60*65-87 | 230 | 24 |
| 4 | TRƯỚC-60*75-72 | 255 | 48 |
| 5 | SAU-27*28-61 26*30 20*24 | 125 | 24 |
| 6 | TRƯỚC-45*62-83 | 180 | 48 |
| 7 | TRƯỚC-40*53-60 | 165 | 24 |
| 8 | TRƯỚC-68*69-80 | 90 | 24 |
| 9 | SAU-50*65-83 | 210 | 48 |
| 10 | SAU-40*55-65 | 125 | 24 |

| S TT | SỐ LƯỢNG NXTC | SỐ LƯỢNG MÁU MẮT(ml) | ĐAU SAU MỠ | TAI BIẾN TRONG MỠ | MỨC ĐỘ HÀI LÒNG | BIẾN CHỨNG | TG NẮM VIỆN | CHI PHÍ |
|------|---------------|----------------------|------------|-------------------|-----------------|----------------------|-------------|------------|
| 1 | 1 | 50 | | KHÔNG | HÀI LÒNG | | 7 | 11.800.000 |
| 2 | 1 | 30 | ĐAU NHẸ | | RẤT HÀI LÒNG | | 7 | 9.190.000 |
| 3 | 1 | 60 | ĐAU NHẸ | | CHẤP NHẬN | DÒ BÀNG QUANG ÂM ĐẠO | 8 | 8.236.000 |
| 4 | 1 | 100 | | | HÀI LÒNG | CHẢY MÁU MỠM CẮT | 7 | 9.462.000 |
| 5 | 3 | 150 | | | RẤT HÀI LÒNG | | 7 | 9.854.000 |
| 6 | 1 | 50 | | | RẤT HÀI LÒNG | CHẢY MÁU MỠM CẮT | 8 | 9.295.000 |
| 7 | 1 | 40 | ĐAU NHẸ | | RẤT HÀI LÒNG | | 7 | 10.417.000 |
| 8 | 1 | 80 | | | CHẤP NHẬN | | 6 | 8.788.000 |
| 9 | 1 | 50 | | | HÀI LÒNG | | 7 | 10.087.000 |
| 10 | 1 | 30 | | | RẤT HÀI LÒNG | | 8 | 9.854.000 |

BÀN LUẬN:

Tuổi phẫu thuật 31- 51 tuổi , gồm những bệnh nhân trong độ tuổi sinh đẻ và mãn kinh, chỉ định mổ rộng rãi chủ yếu bệnh đã đủ con hoặc không mong muốn có con.

Đặc điểm u xơ và đường kính trước sau tử cung không liên quan đến thời gian mổ. Thời gian mổ trung bình 172 phút, lâu hơn mổ mở(40 phút), do cắt tử cung toàn phần qua nội soi ổ bụng là kỹ thuật mới, e- kíp mổ chưa thuần thục.

Dù thời mổ kéo dài nhưng hậu phẫu bệnh nhân hồi phục nhanh, đau ít, thậm chí không đau, lượng máu mất không đáng kể, nhiều nhất 150 ml.

Biến chứng sau mổ gồm chảy máu móm cắt và dò bàng quang – âm đạo 2/10 trường hợp. Trong mổ không xảy ra tai biến nào.

Có tai biến sau mổ nhưng đa số bệnh nhân đều hài lòng với kết quả điều trị, chỉ 2/10 trường hợp chấp nhận kết quả điều trị.

Thời gian nằm viện 7 ngày dù bệnh ổn vì cần theo dõi sát quá trình điều trị.

KẾT LUẬN:

- Cắt tử cung toàn phần qua nội soi ổ bụng là phương pháp mới .
- Triệu chứng đau sau mổ không đáng kể.
- Bệnh nhân hồi phục nhanh sau mổ.
- Biến chứng chủ yếu dò bàng quang- âm đạo, chảy máu móm cắt.
- Thời gian mổ kéo dài do kỹ thuật mới triển khai.
- Thời gian nằm viện giống như mổ mở.
- Chi phí phù hợp kinh tế.

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ
THOÁT VỊ BỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐK KHU VỰC TỈNH AN GIANG**

*TS BS. Lữ Văn Trang, Ts. Bs Trần Phước Hồng,
CV. La Văn Hoàng, KTV. Mã Trí Nhân*

TÓM TẮT

MỤC TIÊU: Đánh giá kết quả PTNS (TAPP) và mổ mở đặt mảnh ghép điều trị thoát vị bẹn.

PHƯƠNG PHÁP: Hồi cứu mô tả

KẾT QUẢ: Từ năm 2014 đến năm 2017 có 92 BN thoát vị bẹn theo tiêu chuẩn chọn bệnh được nghiên cứu. TVB nguyên phát 97,2%, TVB tái phát 2,2%, TVB phải 59,8%, TVB trái 40,2%, TVB nghẹt 10,9%, TVB gián tiếp 42,4%, TVB trực tiếp 57,6%.

Thời gian phẫu thuật trung bình 94 phút, Thời gian nằm viện trung bình 6,3 ngày, tỉ lệ tái phát chung 0% qua thời gian theo dõi trung bình 23 tháng.

Tai biến và biến chứng:

+ Đối với PTNS: Tỉ lệ thủng phúc mạc là 50,1%, tỉ lệ tụ dịch bìu 2,8%, tỉ lệ đau vùng bẹn 4,3%.

+ Đối với PT Lichtenstein: Tỉ lệ tụ máu vết mổ là 4,3%.

KẾT LUẬN: Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn sử dụng mảnh ghép (PTNS và Lichtenstein) có tính an toàn và hiệu quả, tái phát thấp.

**THE CLINICAL CHARACTERISTICS, THE OUTCOME OF
LAPAROSCOPIC MESH AND OPEN MESH REPAIR OF INGUINAL
HERNIA**

ABSTRACT

OBJECTIVES. To evaluate the outcome of laparoscopic mesh and open mesh repair of inguinal hernia.

METHOD. This was case series, vertical monitoring and uncontrolled study

RESULTS. From 2014 to 2017, there were 92 patients underwent laparoscopic mesh and open mesh repair of inguinal hernia. All of them were male and their average age was 50 (from 18 to 85). Their lesions were: 53 direct (57,6%), 39 indirect (42,4%).

The mean follow up was 23 months (from 3 to 45 months). The mean operative time was $94,6 \pm 27,1$ minutes. The mean duration of hospital stay: $6,3 \pm 1,3$ days. There was no recurrence.

Surgical accidents: scrotal collection 2,8%, abdominal hematuria 4,3%, late pain were 4,3%,

CONCLUSIONS. laparoscopic mesh and open mesh repair of inguinal hernia is both safe and effective with low recurrence rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Thoát vị bẹn là bệnh khá phổ biến tại các bệnh viện, thường gặp ở nam giới với tần suất khoảng 0,13%[8], việc phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn đến nay vẫn còn được các nhà ngoại khoa quan tâm với mục đích là giảm tỉ lệ tái phát và tai biến, biến chứng sau mổ. Có rất nhiều phương pháp phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn và những phương pháp thường được sử dụng là Shouldice, Bassini, Lichtenstein, phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép. Áp dụng phương pháp mổ nào cho từng nhóm đối tượng bệnh nhân đến nay vẫn chưa có sự thống nhất.

Tại bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang mỗi năm có nhiều bệnh nhân thoát vị bẹn ở mọi lứa tuổi nhập viện điều trị, với bệnh nhân thoát vị bẹn người lớn thì phương pháp phẫu thuật thường được chọn là mổ mở đặt mảnh ghép (Lichtenstein) và phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngã tiền phúc mạc. Nghiên cứu kết quả điều trị, tai biến, biến chứng sau mổ là rất cần thiết. Do đó, chúng tôi nghiên cứu đề tài này với 2 mục tiêu:

- Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng thoát vị bẹn ở người lớn.
- Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Gồm tất cả bệnh nhân (BN) chẩn đoán xác định thoát vị bẹn (TVB) và được tiến hành phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang (BVĐKKVTAG) từ năm 2014 đến năm 2017.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả BN được phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn, tuổi từ 16 tuổi trở lên; theo dõi được sau mổ liên tục.
- Tiêu chuẩn loại trừ: Không theo dõi được BN sau mổ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh theo dõi dọc, không đối chứng.

2.2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm chung bệnh nhân
- Đặc điểm phẫu thuật.
- Đánh giá kết quả điều trị:
 - + Đánh giá kết quả trong mổ
 - + Đánh giá kết quả sớm
 - + Đánh giá kết quả xa

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu:

Số liệu được xử lý theo phần mềm nghiên cứu thống kê y học SPSS 16.0 for Windows.

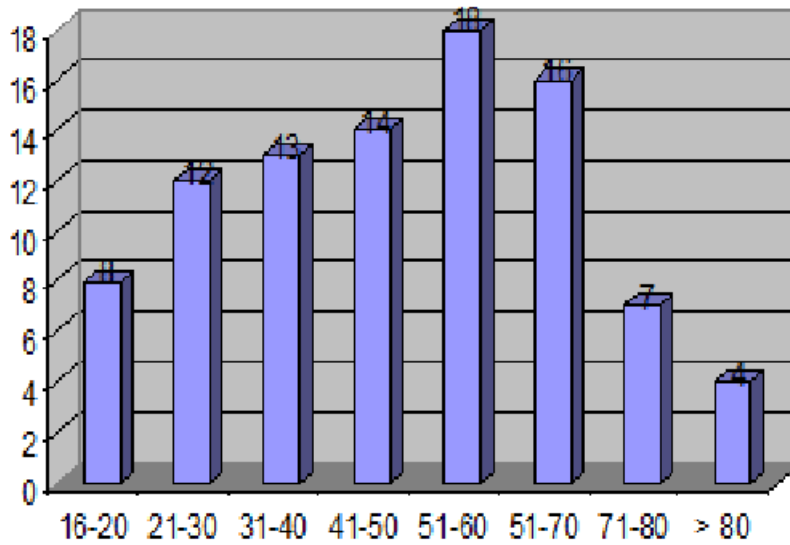
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 9 năm 2017 có 92 bệnh nhân phẫu thuật điều trị TVB được chúng tôi nghiên cứu theo tiêu chuẩn chọn bệnh.

3.1. Đặc điểm chung:

3.1.1. Tuổi, giới:

Bệnh nhân tuổi nhỏ nhất là 18 tuổi và lớn nhất là 85 tuổi. Tuổi trung bình $50,3 \pm 20,1$. Từ 51 tuổi đến 85 tuổi có 76 bệnh nhân (56,3%). Tất cả BN trong NC đều là nam.



Biểu đồ 3.1: Nhóm tuổi.

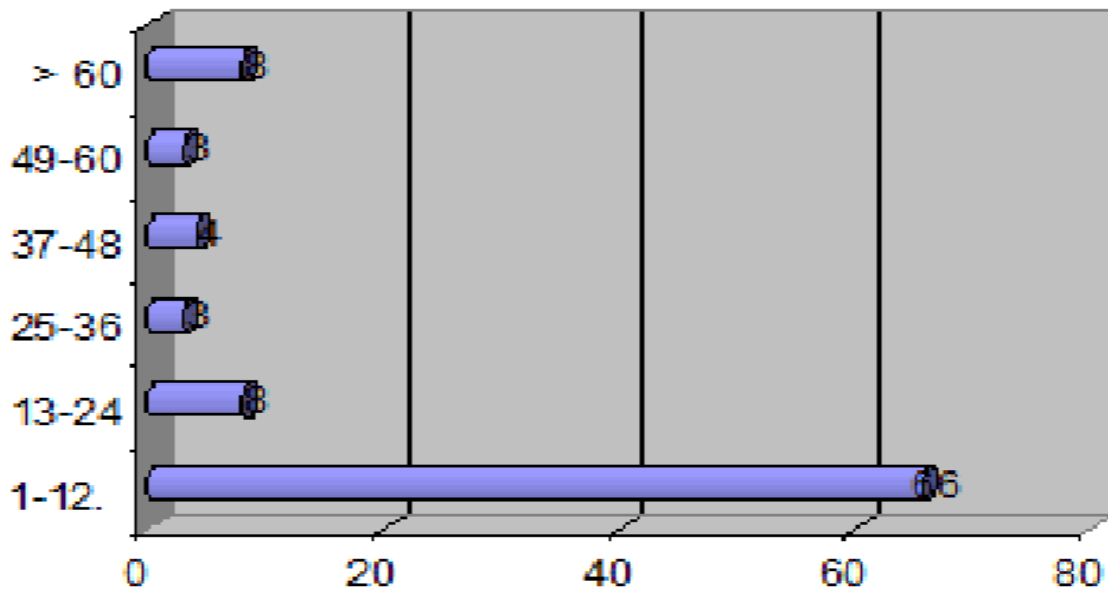
Nhận xét: BN từ 41 – 70 chiếm tỉ lệ 66,3%.

3.1.2. Phân bố bệnh nhân theo địa dư:

Có 72 bệnh nhân sống ở Huyện và xã chiếm tỉ lệ 78,3%.

3.1.3. Thời gian từ khi mắc bệnh đến khi phẫu thuật:

Thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 1 tháng và dài nhất là 648 tháng, trung bình là 32 tháng.



Biểu đồ 3.2: Thời gian mắc bệnh

Nhận xét: 71,7 % BN có thời gian phát bệnh từ 1 đến 12 tháng.

3.1.4. Phân bố theo BMI:

Chỉ số BMI trung bình là $21,21 \pm 2,4$

Thấp nhất là 12,8, cao nhất là 27,3.

Bảng 3.1 : Chỉ số BMI.

| Thể trọng | BN | Tỉ lệ % |
|---------------------------|----|---------|
| Gầy ($\leq 18,49$) | 9 | 9,8 |
| Bình thường (18,50-24,99) | 76 | 82,6 |
| Thừa cân (25,00) | 7 | 7,6 |
| Tổng | 92 | 100% |

Nhận xét: Bệnh nhân thừa cân chỉ chiếm tỉ lệ 7,6%

3.1.5. Tiền sử bệnh lý nội khoa:

Bệnh lý tim mạch chiếm tỉ lệ 4,3% (4 BN). Lao phổi cũ: 2 BN (2,1%).

Tiền sử phẫu thuật.

Tiền sử mổ mỡ thoát vị bẹn bên đối diện có 02 bệnh nhân (2,1%), 1 mổ theo phương pháp Lichtenstein, 1 mổ theo phương pháp PTNS đặt mảnh ghép ngã tiền phúc mạc.

3.2. Đặc điểm hình thái và phân loại thoát vị:

- Thoát vị bẹn nguyên phát và thoát vị bẹn tái phát (tiền sử mổ thoát vị bẹn cùng bên).

Thoát vị bẹn nguyên phát có 90 bệnh nhân (97,8%). Thoát vị bẹn tái phát có 2 bệnh nhân (2,1 %). Cả 2 BN mổ theo phương pháp Bassini, trong đó, có một BN mổ cách thời điểm nghiên cứu 10 năm, sau mổ 18 tháng tái phát; một BN mổ cách thời điểm nghiên cứu 17 năm, sau mổ 13 năm tái phát.

- Vị trí thoát vị:

Thoát vị bên phải là 55 bệnh nhân (59,8%). Thoát vị bên trái là 37 bệnh nhân (40,2%).

- Phân theo thể thoát vị:

Thoát vị bẹn thể gián tiếp 39 trường hợp (42,4%). Thoát vị bẹn thể trực tiếp 53 trường hợp (57,6%).

- Phân loại theo hình thái lâm sàng:

Thoát vị bẹn nghẹt 10 trường hợp (10,9%). Thoát vị bẹn không nghẹt 82 trường hợp (89,1%).

- Đường kính túi thoát vị:

Đường kính khối túi thoát vị: $4,1 \pm 2,1$ Cm (1 – 10 Cm). Đường kính từ 6 – 10 cm: 20 BN (21,7%), Đường kính từ 1 – 5 cm: 72 BN (78,2%).

3.3. Đặc điểm phẫu thuật:

- Phương pháp phẫu thuật:

+ Phương pháp mổ nội soi đặt mảnh ghép ngã tiền phúc mạc: 69 BN (75%)

+ Phương pháp mổ mở (Lichtenstein): 23 BN (25%)

- Thời gian phẫu thuật:

Thời gian mổ trung bình $94,6 \pm 27,1$ phút. Thời gian mổ ngắn nhất 40 phút, thời gian mổ dài nhất 130 phút.

Bảng 3.1: Thời gian phẫu thuật

| Phương pháp phẫu thuật | Thời gian phẫu thuật trung bình (phút) | P |
|----------------------------------|--|--------------------------|
| Phẫu thuật nội soi (n = 69) | 100,3 ± 23,6 phút | P = 0,002 (t = 3,330) |
| Phẫu thuật Lichtenstein (n = 23) | 77,3 ± 30,1 phút | |

Nhận xét: Phẫu thuật nội soi có thời gian mổ dài hơn mổ mở.

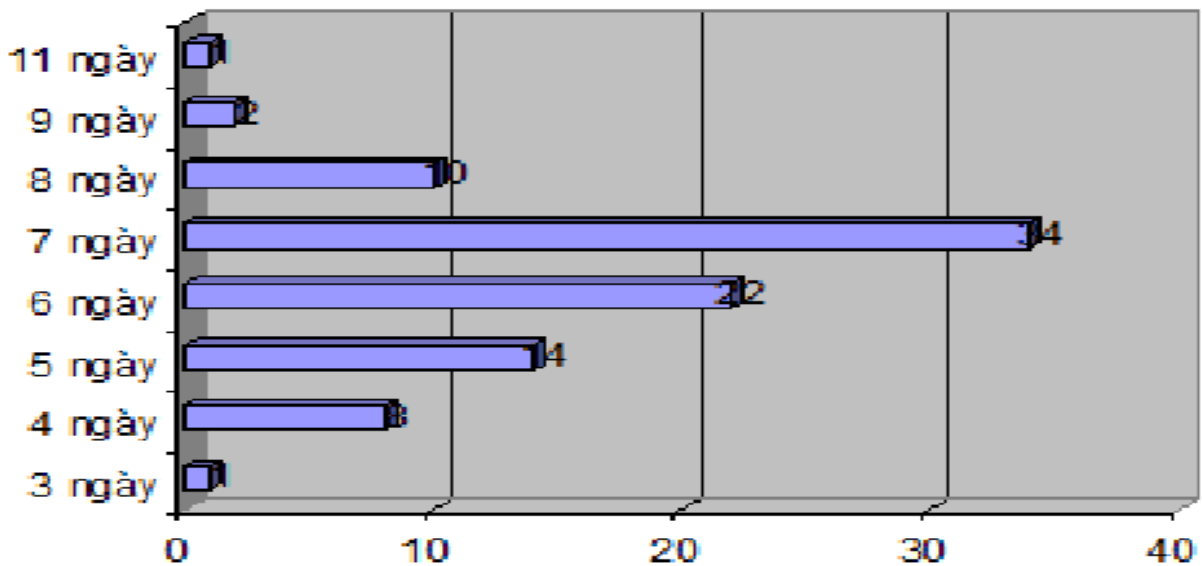
- Tai biến trong mổ:

Trong 69 BN PTNS có 35 BN thủng phúc mạc, tỉ lệ 50,7%.

3.4. Kết quả sớm sau mổ:

3.4.1. Thời gian nằm viện:

Thời gian nằm viện trung bình 6,3 ± 1,3 ngày. Thời gian nằm viện ngắn nhất 3 ngày, thời gian nằm viện dài nhất 11 ngày.



Biểu đồ 3.3: Thời gian mắc bệnh

Nhận xét: Phần lớn BN có thời gian nằm viện từ 6 đến 7 ngày.

Bảng 3.3: Thời gian nằm viện.

| Phương pháp phẫu thuật | Thời gian nằm viện trung bình (ngày) | P |
|----------------------------------|--------------------------------------|--------------------------|
| Phẫu thuật nội soi (n = 69) | 6,1 ± 1,1 ngày | P = 0,002 (t = 0,072) |
| Phẫu thuật Lichtenstein (n = 23) | 7,0 ± 1,4 ngày | |

Nhận xét: BN PTNS có thời gian nằm viện ngắn hơn so với mổ mở.

(P=0,002)

3.4.2. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ:

Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình 4,6 ± 1,3 ngày. Ngắn nhất 1 ngày, dài nhất là 7 ngày.

Bảng 3.3: Thời gian dùng thuốc giảm đau.

| Phương pháp phẫu thuật | Thời gian dùng thuốc trung bình (ngày) | P |
|----------------------------------|--|--------------------------|
| Phẫu thuật nội soi (n = 69) | 4,2 ± 1,1 ngày | P < 0,001 (t = 5,953) |
| Phẫu thuật Lichtenstein (n = 23) | 5,7 ± 0,7 ngày | |

Nhân xét: BN PTNS ít dùng thuốc giảm đau hơn so với mổ mở.

3.4.3. Biến chứng sớm sau mổ:

Trong nhóm 23 BN mổ mở theo PP Lichtenstein có 1 BN tụ máu vết mổ (4,3%).

Trong nhóm 69 BN mổ nội soi đặt mesh ngã tiền phúc mạc có 2 BN tụ dịch bìu (2,8%).

3.5. Đánh giá kết quả xa:

- Thời gian theo dõi:

Thời gian theo dõi trung bình là 23,2 ± 12,1 tháng, trung vị là 21,5 tháng, theo dõi lâu nhất là 45 tháng và thời gian theo dõi ngắn nhất là 3 tháng.

- Tái phát: qua thời gian theo dõi trung bình là 23 tháng không phát hiện tái phát.

- Biến chứng xa sau mổ:

Trong nhóm 69 BN PTNS có 3 BN bị đau và tê vùng bẹn, mức độ đau không nhiều, không cần dùng thuốc giảm đau.

IV. BÀN LUẬN:

4.1. Đặc điểm bệnh nhân:

- Về tuổi, giới :

Qua nghiên cứu 92 trường hợp thoát vị bẹn người lớn được điều trị tại BV ĐKKVAG, kết quả: tuổi trung bình là 48,2 ± 18,4. Nhỏ nhất là 16 và lớn nhất là 91 tuổi. Theo nghiên cứu (NC) của Vương Thừa Đức [2] và Nguyễn Phú Hữu [5] cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân thoát vị bẹn lần lượt là 51,6 ± 19,3 (20 - 87) và 47 ± 15 (18 - 74). Phần lớn BN ở độ tuổi từ 41 – 70 tuổi (chiếm tỉ lệ 66,3%), theo Nguyễn Đoàn Văn Phú [6] thì đa số Bn ở tuổi từ 51 đến 85 tuổi (TL 56,3%).

Trong NC 92 BN đều là nam, không có BN nữ. Nguyễn Hoàng Bắc[1] nghiên cứu 80 BN có 2 BN nữ (2,5%). TL BN nữ trong NC của Vương Thừa Đức và Trịnh Hồng Sơn[8] là 4,2% và 4,3%.

- Chỉ số BMI:

Trong NC của Lê Phước Thành [9], BN thừa cân (chỉ số BMI ≥ 25) chiếm tỉ lệ 21,7%. Theo Vương Thừa Đức [2] BN thừa cân chiếm tỉ lệ 6,1%. Trong NC này, BN thừa cân chỉ chiếm tỉ lệ 7,6%.

- Thời gian mắc bệnh:

Số BN mắc bệnh thoát vị bẹn dưới một năm chiếm 71,7 %, điều này chứng tỏ xu hướng của bệnh nhân đến khám bệnh để được điều trị sớm. Tuy nhiên theo NC của Nguyễn Đoàn Văn Phú[6] thì số BN mắc bệnh thoát vị bẹn dưới một năm chỉ chiếm tỉ lệ 38,5%.

- Đường kính túi thoát vị:

NC của Lê Phước Thành [9], đường kính túi thoát vị trung bình là 4,7 cm (2-15 cm), tương đương kết quả NC của chúng tôi: đường kính túi thoát vị trung bình là 4,2 cm, nhưng đường kính túi thoát vị lớn nhất chỉ là 10 cm và 78,2% BN có đường kính túi thoát vị < 5 cm.

- Thoát vị nguyên phát - tái phát:

Theo Nguyễn Hoàng Bắc[1], thoát vị bẹn nguyên phát 88,5%, thoát vị bẹn tái phát 12,5%. Theo tác giả Nguyễn Đoàn Văn Phú[6], thoát vị bẹn nguyên phát 89,2%, thoát vị bẹn tái phát 10,8%. Với nghiên cứu này đã cho kết quả: thoát vị bẹn nguyên phát 97,8%, thoát vị bẹn tái phát 2,2%.

- Phân theo thể thoát vị.

Bảng 4.1. Kết quả phân theo thể thoát vị của các tác giả.

| Tác giả | Thoát vị gián tiếp | Thoát vị trực tiếp |
|--------------------|--------------------|--------------------|
| Nguyễn Phú Hữu [5] | 70,2% | 29,8% |
| Vương Thừa Đức [2] | 73% | 20% |
| Lê Phước Thành [9] | 43,4% | 56,6% |
| Nghiên cứu này | 42,4% | 57,6% |

Với kết quả của các tác giả ở bảng trên phân nào cho thấy nghiên cứu của chúng tôi tương đương với NC của Lê Phước Thành[9], loại thoát vị trực tiếp nhiều hơn gián tiếp. Tác giả Vương Thừa Đức[4] ngoài thoát vị gián tiếp, trực tiếp còn có 7 % thoát vị hỗn hợp.

4.2. Chỉ định phẫu thuật:

2/3 số BN TVB được phẫu thuật theo phương pháp PTNS đặt mảnh ghép ngã tiền phúc mạc. Bệnh nhân TVB nghẹt, BN già yếu, mắc các bệnh nội khoa kèm theo được phẫu thuật theo phương pháp mổ mở đặt mảnh ghép (PP Lichtenstein).

Có 2 BN tiền sử mổ TVB khác bên: một BN lần mổ đầu theo phương pháp Bassini được chúng tôi chỉ định thực hiện PTNS đặt mảnh ghép. Một BN lần mổ đầu theo phương pháp PTNS đặt mảnh ghép được chúng tôi chỉ định thực hiện mổ mở đặt mảnh ghép.

Đối với 2 BN TVB tái phát (tiền sử mổ TVB cùng bên): cả 2 BN này lần mổ đầu theo phương pháp Bassini, chúng tôi chỉ định thực hiện PTNS đặt mảnh ghép, qua theo dõi đến nay không tái phát

Những năm gần đây, không những việc điều trị TVB nguyên phát mà cả TVBTP đều thay đổi theo hướng dùng mảnh ghép nhân tạo nhiều hơn. Điều này là hợp lý, vì tự thân mảnh ghép có tính chịu lực cao hơn mô tự thân, hơn nữa là BN sau mổ ít đau do vết mổ ít căng

Do sự phát triển của phẫu thuật nội soi, việc đi vào vùng bẹn từ phía sau trong những trường hợp tái phát mà lần trước là mổ mở kiểu kinh điển đã tỏ ra lợi thế nhờ không phải đi qua vùng sẹo cũ, vốn dính nhiều mà việc gỡ dính có thể gây tổn thương các cấu trúc của thừng tinh.

Scheuerlein[15] khi thực hiện phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cho 154 BN bị TVBTP ghi nhận có 68% bị dính, thời gian mổ trung bình là 59 phút, tai biến biến chứng trong khi mổ là 2,3%, rách phúc mạc 26% nhưng không có trường hợp nào phải chuyển mổ mở, và cũng không ghi nhận tái phát lại sau 1-2 năm. Từ đó, ông kết luận nên dùng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc đối với TVBTP

NC của Vương Thừa Đức[3] trên 34 BN TVB tái phát, hầu hết BN trong nghiên cứu được mổ lần nẫu bằng một kỹ thuật mổ dùng mô tự thân (chủ yếu là Bassini), ông mổ mở lại dùng mảnh ghép (PP Lichtensten) trong TVBTP đạt kết quả khá tốt với tỷ lệ tái phát 3%. Nhưng có 2 trường hợp TVBTP không đặt được mảnh ghép do sẹo cũ quá dính nên phải khâu lại lỗ thoát vị theo kỹ thuật kinh điển.

Nhiều tác giả ủng hộ việc dùng mảnh ghép trong điều trị TVB tái phát. Nhưng đặt mảnh ghép theo ngã trước hay ngã sau là tốt nhất. Theo Gianetta[11], mổ theo ngã trước nên dùng đối với TVBTP mà đã từng được mổ bằng ngã sau hay người đã từng được phẫu thuật làm dính khoang Retzius hoặc ở người già có nguy cơ gây mê cao. Ngược lại, mổ theo ngã sau qua phẫu thuật nội soi nên dành cho TVBTP đã được mổ đặt mảnh ghép qua ngã trước (Lichtenstein).

Theo Vương Thừa Đức[3] thì việc mổ lại đặt mảnh ghép theo kỹ thuật Lichtenstein thường có thể thực hiện được trong TVBTP mà lần trước đã mổ theo ngã này, chỉ có 1 ca duy nhất không thực hiện được như ý muốn do quá dính. Riêng đối với ca tái phát sau mổ nội soi thì việc vào bằng ngã trước là rất dễ dàng như mổ thoát vị bẹn nguyên phát.

4.3. Kết quả điều trị:

- Thời gian phẫu thuật:

Thời gian mổ ngắn nhất 40 phút, thời gian mổ dài nhất 130 phút, thời gian mổ trung bình $94,6 \pm 27,1$ phút. Thời gian mổ trung bình của PTNS dài hơn so với mổ mở (103 phút so với 81,3 phút) $P= 0,002$. So với các nghiên cứu khác[4],[12],[16], thời gian mổ của chúng tôi dài hơn.

- Thời gian sử dụng thuốc giảm đau sau mổ:

Nghiên cứu này, thời gian sử dụng thuốc giảm đau sau mổ trung bình từ $4,6 \pm 1,2$ ngày, thời gian sử dụng thuốc giảm đau của PTNS ngắn hơn so với mổ mở (4,2 ngày so với 5,7 ngày). $P < 0,001$. Hạn chế của NC này là hồi cứu mô tả nên không khảo sát được mức độ đau sau mổ của BN, tuy nhiên qua nghiên cứu thời gian dùng thuốc giảm đau của BN cho thấy PTNS có ưu thế ít đau hơn so với mổ mở.

- Thời gian nằm viện:

BN mổ theo phương pháp PTNS có thời gian nằm viện trung bình $6,1 \pm 1,1$ ngày. Mổ theo phương pháp mổ Lichtenstein có thời gian nằm viện trung bình $5,7 \pm 0,7$ ngày. So với các NC khác thì thời gian nằm viện trong NC chúng tôi dài hơn[7],[15].

- Tái phát:

Qua thời gian theo dõi sau mổ trung bình 23 tháng chúng tôi ghi nhận không trường hợp nào tái phát. Myers [13] NC 90 BN TVB được PTNS đặt mesh và 90 BN mổ theo PP Lichtenstein, kết quả PP PTNS tái phát 3%, Lichtenstein tái phát 2%. Neumayer[14] thực hiện NC đa trung tâm so sánh 994 BN mổ mở đặt mesh và 989 BN mổ NS đặt mesh, kết quả theo dõi sau mổ 2 năm, nhóm mổ NS tái phát 10,1%, nhóm mổ mở tái phát 4,9%. Nhiều tác giả nêu lý do tái phát của phương pháp PTNS là do mảnh ghép dịch chuyển do đó các tác giả đề xuất sử dụng Tack cố định mảnh ghép để hạn chế tái phát[3],[13].

- Tai biến và biến chứng sau mổ:

Biến chứng sớm: Trong nhóm 23 BN mổ mở theo PP Lichtenstein có 1 BN tụ máu vết mổ (4,3%), nhóm 69 BN PTNS đặt mesh ngã tiền phúc mạc có 2 BN tụ dịch bìu (2,8%). Theo NC của Neumayer[14] tỉ lệ tụ dịch, tụ máu vùng bìu- bẹn của PP PTNS và mổ mở lần lượt là 16,4% và 13,6%. Trong NC có 35 BN bị thủng phúc mạc (tỉ lệ 50,7%), vị trí thường bị thủng là nơi bóc tách túi thoát vị ra khỏi thừng tinh và mạch máu sinh dục. Để hạn chế thủng phúc mạc, chúng tôi bóc tách vị trí này sau cùng.

Biến chứng xa: nhóm BN PTNS có 3 BN bị đau và tê rối loạn cảm giác vùng bẹn (4,3%). Theo Neumayer[14] và Nguyễn Hoàng Bắc[1] tỉ lệ đau mạn tính mổ của PP PTNS đặt mesh tiền phúc mạc là 9,8% và 26,2%. Nhiều tác giả nêu giả thuyết cơn đau mạn tính sau mổ xảy ra do tổn thương thần kinh trong lúc mổ.

IV. KẾT LUẬN:

Qua nghiên cứu 92 bệnh nhân phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau:

- Đặc điểm lâm sàng: Đường kính túi thoát vị trung bình 4,2 cm, TVB nguyên phát 97,2%, TVB tái phát 2,2%, TVB phải 59,8%, TVB trái 40,2%, TVB nghẹt 10,9%, TVB gián tiếp 42,4%, TVB trực tiếp 57,6%.

- Kết quả điều trị:

- + Thời gian phẫu thuật trung bình 94 phút.
- + Thời gian nằm viện trung bình 6,3 ngày.
- + Tỉ lệ tái phát chung 0% qua thời gian theo dõi trung bình 23 tháng.
- + Tai biến và biến chứng:

. Đối với PTNS: Tỉ lệ thủng phúc mạc là 50,1%, tỉ lệ tụ dịch bìu 2,8%, tỉ lệ đau vùng bẹn 4,3%.

. Đối với PT Lichtenstein: Tỉ lệ tụ máu vết mổ là 4,3%.

- Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn sử dụng mảnh ghép (PTNS và Lichtenstein) có tính an toàn và hiệu quả, ít tai biến, biến chứng, tái phát thấp.

Tài liệu tham khảo:

1. Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Quan Anh Tuấn, Phạm Minh Hải (2015), “Kết quả của phẫu thuật nội soi đặt lưới tiền phúc mạc điều trị thoát vị bẹn”. *Chuyên đề Ngoại khoa*, 19(1), tr. 193 - 198.

2. **Vương Thừa Đức, Vũ Trí Thanh** (2004), “So sánh LICHTENSTEIN với BASSINI trong điều trị thoát vị bẹn”. *Chuyên đề: Ngoại - Sản*, 8(1), tr 30 – 35.
3. **Vương Thừa Đức** (2010), “Thoát vị bẹn tái phát: tổn thương và điều trị”. *Chuyên đề: Khoa học kỹ thuật bệnh viện Bình Dân*, 14(1), tr.610 – 615.
4. **Vương Thừa Đức, Nguyễn Phúc Minh** (2011), “Đánh giá kết quả lâu dài của kỹ thuật LICHTENSTEIN trong điều trị thoát vị bẹn”. *Chuyên đề Ngoại khoa*, 15(1) tr.108 – 113.
5. **Nguyễn Phú Hữu, Phan Thanh Tuấn, Đỗ Minh Hùng** (2016), “Kết quả sớm điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc (TEP) tại bệnh viện Bình Dân” *Chuyên đề: Khoa học kỹ thuật bệnh viện Bình Dân*, 20(2), tr.394 – 400.
6. **Nguyễn Đoàn Văn Phú, Lê Lộc, Nguyễn Văn Liễu** (2012), “Đánh giá kết quả sớm trong điều trị thoát vị bẹn bằng tấm lưới nhân tạo có nút (Mesh-Plug)”, *Tạp Chí Y Dược Học Trường Đại Học Y Dược Huế*, 11, tr. 43-51.
7. **Nguyễn Văn Sách, Nguyễn Văn Ngãi, Phan Văn Bé** (2010), “So sánh kỹ thuật Lichtenstein với kỹ thuật Bassini trong điều trị thoát vị bẹn”. *Hội nghị khoa học kỹ thuật BV ĐKTTAG*, tr.9- 16.
8. **Trịnh Hồng Sơn, Nguyễn Minh Trọng** (2008), “Các phương pháp phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Việt Đức”. *Tạp chí Y học Thực hành*, 627(11), tr 71 – 75.
9. **Lê Phước Thành** (2010) “Điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật LICHTENSTEIN tại BVĐKKV Cù lao Minh”. *Hội nghị Khoa học kỹ thuật bệnh viện Chợ Rẫy*, 14(2), tr 109 – 114.
10. **Cohen, R V, et al** (2003). Complication and their management. *Laparoscopic hernia surgery- An operation guide*, p 89-95.
11. **Gianetta E., Stabilini C.** (2005), Recurrent inguinal hernia: what is the best approach?, *Acta BioMed*, 76, Suppl 1: 86.
12. **McCormack K, Scott NW, Go PM, Ross S, et al** (2003) Laparoscopic techniques versus open techniques for inguinal hernia repair. *Cochrane Database Syst Rev*, CD001785.
13. **Myers, E, K M Browne, et al** (2010). Laparoscopic (TEP) versus Lichtenstein inguinal hernia repair: a comparison of quality of life outcomes. *World J Surg* 34(12), pp 3059-3064.
14. **Neumayer L, Giobbie-Hurder A, Jonasson O, Fitzgibbons R Jr, et al** (2004) Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia. *N Engl J Med*, 350, pp 1819–1827.
15. **Scheuerlein H., Schiller A.** (2003), Totally extraperitoneal repair of recurrent inguinal hernia, *Surg Endosc*, Vol 17, Issue 7, pp. 1072-1076.
16. **Vidovic, D, I Kirac, et al** (2007). Laparoscopic totally extraperitoneal laparoscopic repair versus open Lichtenstein hernia repair: results and complications. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A*, 17(5), pp. 585-590.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH, CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LOÃNG XƯƠNG BẰNG ALENDRONATE PHỐI HỢP CANXI VÀ VITAMIN D3 Ở PHỤ NỮ TỪ 40 TUỔI TRỞ LÊN, ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG NĂM 2016-2017.

TS.BS Lữ Văn Trang, BS. CKII. Phạm Kim Xoàn
ĐD Cao Thị Oanh, CNDD. Trần Văn An

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Loãng Xương (LX) một căn bệnh thầm lặng, người bệnh LX không biết mình bị bệnh, đến khi có những va chạm nhẹ, sẽ bị gãy xương, đặc biệt là gãy cổ xương đùi, chi phí cho điều trị (ĐT) rất cao, một số bệnh nhân sẽ bị tàn phế, tăng gánh nặng cho gia đình và xã hội. Việc phát hiện sớm bệnh LX, để ĐT ngăn ngừa gãy xương là rất cần thiết ở phụ nữ (PN) từ 40 tuổi trở lên. **Mục tiêu:** 1) xác định tỷ lệ và mức độ LX. 2) Tìm hiểu các yếu tố liên quan LX. 3) đánh giá kết quả ĐT LX bằng alendronate phối hợp với canxi và vitamin D3. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (NC):** mô tả cắt ngang được áp dụng trên 333 PN từ 40 tuổi trở lên đang ĐT ngoại trú tại phòng khám nội tổng quát khoa khám bệnh BVĐK khu vực Tỉnh An giang từ tháng 5/2016 đến tháng 5/2017. Mật độ cổ xương đùi đối bên thuận, bằng phương pháp đo hấp thụ tia x năng lượng kép (DEXA) với máy Medix90 của hãng Medilinic france sản xuất 2014. **Kết quả NC:** Tỷ lệ LX 18,62% (1,8% LX nặng), có mối liên quan giữa tuổi, chiều cao, luyện tập thể dục, thời gian mãn kinh, nồng độ canxi ion hóa, bệnh tăng huyết áp, thoái hóa khớp, gãy xương với LX. Sau 9 tháng ĐT với alendronate 70 mg uống mỗi tuần phối hợp canxi 1000 mg và vitamin D3 800 IU uống mỗi ngày, hiệu quả mật độ xương đánh giá qua điểm T-score tăng 0,52. **Kết luận :** LX là bệnh cần được khám và tầm soát ở PN từ 40 trở lên, điều trị phối hợp giữa alendronate với canxi và vitamin D3 có hiệu quả, nên được áp dụng rộng rãi, để ngăn ngừa gãy xương.

TỪ KHÓA : loãng xương, phụ nữ từ 40 tuổi trở lên, alendronate, canxi, vitamin D3.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

PN có bộ xương nhỏ và khối lượng xương đỉnh thấp hơn nam giới. Họ phải trải qua quá trình sinh sản, cho con bú, tình trạng mãn kinh, ăn uống thiếu dinh dưỡng, đặc biệt là canxi, quá trình LX ở PN xảy ra nhanh hơn nam giới và tỉ lệ PN LX gấp 5 lần nam giới [10]. Vì thế, việc phát hiện và ĐT LX tiềm tàng ở PN là hết sức cần thiết. Hiện nay có rất nhiều thuốc ĐT LX, alendronate là thuốc được cục quản lý thực phẩm và dược phẩm Mỹ (FDA: Food and Drug Administration) cấp phép từ năm 1997 và là lựa chọn đầu tiên cho bệnh nhân LX [8].

Thực tế vùng đồng bằng sông Cửu Long, đặc biệt tỉnh An Giang, có ít đề tài NC về bệnh LX, nên chúng tôi thực hiện đề tài này.

Mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ và mức độ LX ở PN ≥ 40 tuổi.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan LX.
3. Đánh giá kết quả ĐT ngoại trú LX bằng alendronate phối hợp Canxi và vitamine D3, tại BVĐK khu vực tỉnh An Giang, 2016-2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng NC: Bệnh nhân nữ ≥ 40 tuổi đến khám bệnh tại phòng khám nội tổng quát bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân vào NC

- Bệnh nhân nữ ≥ 40 tuổi, có chỉ định đo LX bằng máy đo DEXA trung tâm : vùng cột sống thắt lưng.

-Được chẩn đoán LX theo WHO (1994) [10].

Bảng 2.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán LX do WHO (1994)

| Chẩn đoán | Tiêu chuẩn |
|------------------------------------|---|
| Bình thường | Chỉ số T bằng hoặc cao hơn -1 ($T \geq -1$) |
| Khối lượng xương thấp (Osteopenia) | Chỉ số T thấp hơn -1 nhưng cao hơn -2,5 ($-2,5 < T < -1$) |
| LX (Osteoporosis) | Chỉ số T thấp hơn hay bằng -2,5 ($T \leq -2,5$) |
| LX nặng | LX + tiền sử gãy xương gần đây |

- Đồng ý tham gia NC.

-Bệnh nhân được chẩn đoán LX và LX nặng.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Loại trừ những bệnh nhân:

- Những người đang mắc các bệnh cấp tính phải nhập viện cấp cứu, không còn minh mẫn, người gù, vẹo cột sống, không đứng được, có khuyết tật ở chân. Các bệnh lý liên quan đến chuyển hóa xương: Cường giáp, cường cận giáp, nhuyễn xương.

- Sử dụng các thuốc gây LX: Corticoide, Dihydan, Heparin, Pioglitazone.

- Bệnh nhân có đường huyết chưa được kiểm soát, HbA1c $> 10\%$.

- Ung thư, PN đang có thai.

- Địa điểm và thời gian : tại BVĐK Khu vực Tỉnh An Giang, từ tháng 05/2016-05/2017.

2.2. Phương pháp NC và cỡ mẫu

- Thiết kế NC mô tả cắt ngang.

- Cỡ mẫu cho mục tiêu 1 và 2:

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

-Z: 95% # $Z(1-\alpha/2) = 1,96$; $p = 0,23 \rightarrow$ tỷ lệ LX theo NC Lê Thị Hòa [5]

$d = 0,05 \rightarrow n = 272$, + 15% hao hụt mẫu = 312, nhưng thực tế chúng tôi đưa vào 333 mẫu.

- Cỡ mẫu cho mục tiêu 3: Chọn tất cả bệnh nhân được chẩn đoán LX và LX nặng. Trong đó chúng tôi có 62 bệnh nhân LX.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện trong thời gian NC cho đến khi đủ số lượng.

- Các chỉ số nguyên cứu: Mật độ khoáng xương cổ xương đùi, Tỷ lệ LX và mức độ LX, các yếu tố liên quan đến LX như tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, cân nặng, chiều cao, BMI, tập thể dục, uống sữa giàu canxi, uống cà phê. thời gian mãn kinh, số lần sinh con, nồng độ canxi ion hóa máu.

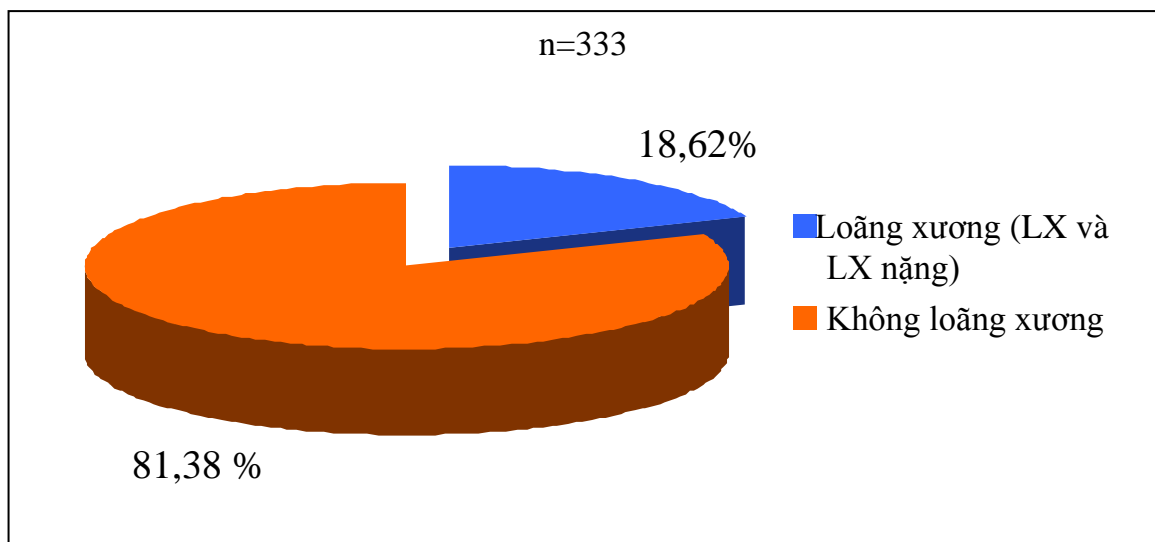
2.3. Phương pháp phân tích số liệu

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0.

III.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1.Tỷ lệ và mức độ LX ở PN từ 40 tuổi trở lên

Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ nghiên cứu



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ nghiên cứu

Trong 333 phụ nữ nghiên cứu (PNNC), tỷ lệ LX 18,62% trong đó có 1,81% LX nặng và 16,81% là LX.

Mức độ LX thông qua chỉ số BMD và T-score trung bình ở phụ nữ

Bảng 3.1. Mức độ LX thông qua chỉ số BMD và T-score trung bình ở phụ nữ

| Loãng xương | BMD (g/cm ²) | T-score |
|-------------|--------------------------|----------------|
| Loãng xương | 0,57± 0,09 | -2,98 ± - 0,64 |
| LX nặng | 0,59 ± 0,08 | -3,17 ± -0,51 |
| Trung bình | 0,57 ± 0,09 | -2,9 ± -0,63 |

Nhận xét: Loãng xương: BMD trung bình 0,57 ± 0,09g/cm², T-score trung bình -2,9 ± -0,63.

3.2.Các yếu tố liên quan đến LX ở PN từ 40 tuổi trở lên.

Liên quan giữa các đặc điểm dân số học với LX ở PNNC

Bảng 3.2.Liên quan giữa các đặc điểm dân số học với LX ở PNNC

| Dân số học | Loãng xương (n,%) | | Tổng | OR CI95% | p |
|------------|-------------------|------------|------|---------------------|-------|
| | LX | Không LX | | | |
| ≥60 tuổi | 55(23,40) | 180(76,6) | 235 | 3,97 1,74 – 9,07 | 0,001 |
| <60 tuổi | 7(7,14) | 91(92,86) | 98 | | |
| < THCS | 55(18,58) | 241(81,42) | 296 | | >0,05 |
| ≥THCS | 7(18,92) | 30(81,08) | 37 | | |
| Nông dân | 13(21,31) | 48(78,69) | 61 | | >0,05 |
| Nghề khác | 49(18,01) | 223(81,99) | 272 | | |

Có mối liên quan giữa nhóm tuổi ≥ 60 tuổi: tỷ lệ LX gấp 3,97 lần so với nhóm tuổi < 60.

Trình độ học vấn đa số dưới phổ thông trung học, có LX là 18,92 % chưa có mối liên quan giữa trình độ học vấn và LX.

Nghề nghiệp: Nông dân có LX là 21,31%, chưa tìm được mối liên quan giữa Nghề nghiệp và LX.

Liên quan giữa các đặc điểm hình thái học với LX ở PNNC

Bảng 3.3.Liên quan giữa các đặc điểm hình thái học với LX ở PNNC

| Hình thái học | Loãng xương (n,%) | | Tổng | OR CI95% | p |
|---------------|-------------------|------------|------|-------------------|-------|
| | LX | Không LX | | | |
| ≤ 150cm | 40(30,53) | 91(69,47) | 131 | 3,59 1,97-6,53 | 0,000 |
| > 150cm | 22(10,89) | 180(89,11) | 202 | | |

| | | | | | |
|---|---|-----------|------------|-----|-------|
| Không TCBP (BMI < 23kg/m ²) | < | 43(20,19) | 170(79,81) | 213 | >0,05 |
| TCBP (BMI ≥ 23kg/m ²) | ≥ | 19(16,1) | 101(84,17) | 120 | |

Liên quan giữa tình trạng mãn kinh với LX ở PNNC

Bảng 3.4. Liên quan giữa tình trạng mãn kinh với LX ở PNNC

| Mãn Kinh | LX (n,%) | | Tổng | OR CI95% | p |
|----------|-----------|------------|------|-------------------|--------|
| | LX | Không LX | | | |
| ≥ 10 năm | 54(22,69) | 184(77,31) | 238 | 2,31 1,04-5,12 | p<0,05 |
| < 10 năm | 8(11,27) | 63(88,73) | 71 | | |

Có sự liên quan giữa thời gian PN mãn kinh với tình trạng LX, PN có thời gian mãn kinh ≥10 năm, có nguy cơ LX gấp 2,3 so với PN có thời gian mãn kinh <10 năm, p<0,05.

Liên quan giữa thói quen tập thể dục với LX ở PNNC

Bảng 3.5. Liên quan giữa thói quen tập thể dục với LX ở PN NC

| Tập thể dục | LX (n,%) | | Tổng | OR CI95% | p |
|-------------|-----------|------------|------|------------------|--------|
| | LX | Không LX | | | |
| Không | 39(23,49) | 127(76,51) | 166 | 1,92 1,08-3,4 | p<0,05 |
| Có | 23(13,77) | 144(86,23) | 167 | | |
| Tổng | 62(18,62) | 271(81,38) | 333 | | |

Có mối liên quan giữa tập thể dục với LX, không tập thể dục tỷ lệ LX tăng gấp 1,92 lần.

Liên quan giữa LX với nồng độ canxi ion hóa ở PNNC

Bảng 3.6. Liên quan nồng độ canxi ion hóa với LX ở PNNC

| Canxi ion hóa | LX (n,%) | | Tổng | OR CI95% | p |
|------------------------|-----------|------------|------|-------------------|-------|
| | LX | Không LX | | | |
| Giảm <1,05 mmol/l | 28(31,18) | 40(68,82) | 68 | 4,12 0,11-0,39 | 0,000 |
| Không giảm ≥1,05mmol/l | 34(12,83) | 231(87,17) | 265 | | |
| Tổng | 62(18,62) | 271(81,38) | 333 | | |

Phụ nữ có nồng độ canxi ion hoá giảm sẽ có nguy cơ LX gấp 4,12 lần so với nhóm không giảm canxi ion hóa, $p < 0,01$.

Liên quan giữa LX với các bệnh nội khoa ở PNNC

Bảng 3.7. Liên quan giữa các bệnh nội khoa với LX ở PNNC

| Bệnh đi kèm | | LX (n,%) | | Tổng | OR CI95% | p |
|----------------------|-------|-----------|------------|------|-------------------|-------|
| | | LX | Không LX | | | |
| Tăng huyết áp | Có | 45(26,01) | 128(73,99) | 173 | 0,33 0,18-0,62 | <0,01 |
| | Không | 17(10,63) | 143(89,38) | 160 | | |
| Thoái hóa khớp | Có | 22(37,93) | 36(62,07) | 58 | 0,27 0,14-0,53 | <0,01 |
| | Không | 40(14,55) | 235(85,45) | 275 | | |
| Tiền sử gãy xương | Có | 8(40) | 12(60) | 20 | 3,87 0,09-0,69 | <0,01 |
| | Không | 54(17,14) | 261(82,86) | 315 | | |
| Đái tháo Đường tít 2 | Có | 15(15,96) | 79(84,04) | 94 | | >0,01 |
| | Không | 47(19,67) | 192(80,33) | 239 | | |
| Rối Loạn lipid | Có | 24(24,74) | 73(75,25) | 97 | | >0,01 |
| | Không | 38(15,89) | 201(84,10) | 239 | | |

Có liên quan giữa tăng huyết áp với tình trạng LX, OR=0,33, CI 95% 0,18-0,62, $p < 0,01$. PN không tăng huyết áp sẽ giảm nguy cơ LX 67 %.

Có liên quan giữa thoái hóa khớp với LX, OR=0,27, CI95% 0,14-0,53, $p < 0,01$. PN không thoái hóa khớp sẽ giảm nguy cơ LX 73%.

Có sự liên quan giữa gãy xương với LX, trong đó PN bị LX có nguy cơ gãy xương cao gấp 3,87 so với nhóm PN không bị LX, $p < 0,01$.

Chưa ghi nhận sự liên quan giữa bệnh đái tháo đường, rối loạn lipid máu với LX.

3.3. Kết quả điều trị LX bằng alendronate phối hợp canxi và vitamine D3 ở phụ nữ ≥40 tuổi có LX

Thay đổi chỉ số T-score trung bình ở PN LX trước và sau ĐT bằng alendronate phối hợp canxi và vitamine D3

Bảng 3.8. Thay đổi chỉ số T-score trung bình ở PN LX trước và sau ĐT bằng alendronate phối hợp canxi và vitamine D3.

| LX (T-score) | Trước ĐT (Mean + SD) | Sau ĐT (Mean + SD) | p |
|-------------------------|---------------------------------|-------------------------------|----------|
| LX | -2,98 ± - 0,64 | -2,39 ± -0,67 | 0,000 |
| LX nặng | -3,17 ± -0,51 | -2,73 ± -0,31 | 0,000 |
| T-score TB | -2,9 ± -0,63 | -2,38 ± - 0,62 | 0,000 |

Nhận xét: Hiệu quả trước và sau ĐT tăng chỉ số T-score: 0,52, với $p < 0,01$
Tỷ lệ bệnh nhân LX bị tác dụng phụ của alendronate
 Bảng 3.9. Tỷ lệ bệnh nhân LX bị tác dụng phụ của alendronate.

| Triệu chứng Tác dụng phụ của thuốc | Số lượng (n=62) | Tỷ lệ (%) |
|---|------------------------|------------------|
| Buồn nôn | 4 | 6,45 |
| Nôn | 2 | 3,22 |
| Trào ngược | 1 | 1,61 |
| Ban ngứa | 2 | 3,22 |
| Đau đầu | 1 | 1,61 |

Trong 62 PN được ĐT bằng alendronate, có 6,42% buồn nôn, nôn có 3,22%, ban ngứa có 3,22%, trào ngược có 1,61% và đau đầu có 1,61%.

BÀN LUẬN:

Tỷ lệ và mức độ LX ($T \leq -2,5$): LX chung là 18,62%, trong đó LX là 16,81% và LX nặng là 1,81%. Kết quả NC của chúng tôi có tỷ lệ LX thấp hơn kết quả NC của Nguyễn Trung Kiên, Trần Vi Tuấn (2014), NC ở nhóm phụ nữ đái tháo đường tít2 mức độ LX là 20,5%, khảo sát tại khoa lão học BVĐK Trung Ương Cần Thơ năm 2014 [7]. Kết quả NC của chúng tôi thấp hơn có thể do NC của chúng tôi là đối tượng bệnh ngoại trú, và nhóm LX có cả nguyên phát và thứ phát. Mức độ LX nặng ($T \leq -2,5$ + gãy xương): Trong NC của chúng tôi tỷ lệ LX nặng là 1,81%, thấp hơn kết quả NC của Lê Thị Hòa mức độ LX nặng 8% [5], Nguyễn Trung Kiên, Trần Vi Tuấn (2014), mức độ LX nặng trên bệnh nhân nữ đái tháo đường tít 2 là 6,6% [7],

Các yếu tố liên quan với LX: Nhóm tuổi <60 tuổi có 7,14% LX, nhóm tuổi ≥ 60 có 23,40% LX với $P < 0,01$, $OR = 3,97$, $CI_{95\%} 1,74-9,07$, có sự tương quan giữa độ tuổi và tình trạng LX. PN ≥ 60 tuổi LX tăng hơn 3,9 lần so với nhóm PN <60 tuổi. Kết quả này cũng phù hợp với các NC khác trong nước: Nguyễn Thị Trang, Nguyễn Hải Thủy (2009) [6], Nguyễn Trung Hòa (2011) [4]. Chiều cao ≤ 150 cm tỷ lệ LX gấp 3,59 lần nhóm có chiều cao >150cm, với $p < 0,01$, $OR = 3,59$, $CI_{95\%} 1,97- 9,07$, cao hơn kết quả NC Lê Thị Hòa $OR = 1,78$. Khảo sát BMI, trình độ học vấn, chưa tìm được mối liên quan.

Có sự liên quan giữa thời gian PN mãn kinh với tình trạng LX, PN có thời gian mãn kinh ≥ 10 năm, có nguy cơ LX gấp 2,3 so với PN có thời gian mãn kinh < 10 năm, $p < 0,05$, $OR = 2,31$, $CI 95\%$; 1,04-5,12, giống kết quả NC Lưu Hồng Anh, Vũ Thị Thu Hiền (2012)[1] ($OR = 3,85$, $CI 95\%$; 2,29-6,39). Có mối liên quan giữa nồng độ canxi ion hóa với LX, $p < 0,05$, $OR = 2,1$, $CI 95\%$ 0,11-0,39, PN giảm nồng độ canxi ion hóa $< 1,05$ mmol/l, sẽ tăng nguy cơ LX gấp 4 lần, kết quả này cũng giống kết quả NC Nguyễn Thị Trang, Nguyễn Hải Thủy (2009) [6], nồng độ canxi ion hóa giảm, sẽ tăng hoạt động hủy cốt bào, đưa canxi ion từ xương ra máu để thăng bằng nội mô và duy trì hoạt động cho các tế bào, sẽ dẫn đến giảm MDKX, LX.

Liên quan giữa các bệnh nội khoa đi kèm với LX: tỷ lệ phụ nữ LX có tăng huyết áp 26,01%, phụ nữ LX không tăng huyết áp 10,63% với $p = 0,000$, mối tương quan có ý nghĩa thống kê $OR = 0,33$ và $CI 95\%$; 0,18-0,62, phụ nữ không có tăng huyết áp giảm nguy cơ LX là 67%. Kết quả NC của chúng tôi cũng phù hợp kết quả NC của Lê Thị Huệ, Hà Thị Kim Chi (2015) [11]. Tỷ lệ phụ nữ LX thoái hóa khớp 37,93%, phụ nữ LX không thoái hóa khớp 14,55%, mối liên quan giữa LX và thoái hóa khớp có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000$, $OR = 0,27$ và $CI 95\%$;0,14-0,53 phụ nữ không thoái hóa khớp sẽ giảm nguy cơ LX là 73%. Theo tác giả Lê Anh Thư (2017), Nguyễn Văn Tuấn (2017) [9] có sự liên quan rất chặt chẽ giữa hai bệnh này cùng yếu tố nguy cơ và kiểu gen di truyền, có biến đổi sinh lý học giống nhau. Có sự liên quan giữa phụ nữ bị LX với tình trạng gãy xương, trong đó phụ nữ bị LX có gãy xương sẽ tăng nguy cơ gãy xương cao gấp 3,87 so với nhóm phụ nữ LX không có gãy xương, $p < 0,01$. Chưa tìm được mối liên quan giữa đái tháo đường tít2 với LX và rối loạn lipid máu với LX.

Việc ĐT LX : Chúng tôi có 62 bệnh nhân có chỉ định ĐT với phương pháp không sử dụng thuốc như ăn thức ăn giàu canxi, uống thêm sữa, vận động thể lực, phơi nắng buổi sáng 15 phút và phương pháp sử dụng thuốc điều trị LX bằng alendronate 70mg, uống 1 viên mỗi tuần vào buổi sáng lúc bụng đói với nhiều nước, phối hợp viên canxi D3 (Canxi 500mg + D3 400 IU) mỗi ngày uống 2 viên. Cho bệnh nhân uống thuốc điều đặn, và tái khám sau mỗi tháng, sau 9 tháng theo dõi và điều trị chúng tôi có kết quả như sau.

T-score trung bình trước ĐT ghi nhận là $-2,9 \pm 0,6$, sau ĐT T-score trung bình $-2,38 \pm 0,62$, với $p = 0,000$, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. Hiệu quả T-score tăng 0,52. kết quả này cao hơn kết quả NC của Lê Thị Hòa (2015) [5] hiệu quả T-score tăng 0,43, cũng tương đồng về số lượng bệnh nhân (69 ca), cùng đến khám ngoại trú ở phòng khám nội tổng quát, cùng uống alendronat 70 mg mỗi tuần, nhưng khác nhau về đối tượng là bệnh nhân đái tháo đường tít 2, còn đề tài của chúng tôi là phụ nữ ≥ 40 tuổi và có liên quan với nhiều bệnh lý nội khoa.

Theo tác giả Iwamoto Jun (2011), NC ĐT alendronate 5mg hàng ngày hoặc 35mg/tuần cho 135 bệnh nhân gãy xương do LX tuổi trung bình 67,4

trong 3 năm. Sự thay đổi T-score ở cổ xương đùi ĐT sau 1 năm tăng lên là 0,5%, sau 2 năm tăng lên là 3,2%, sau 3 năm tăng lên là 6,4% [12].

Có 4 trường hợp có tác dụng phụ của alendronate 70 mg uống một viên mỗi tuần trong đó có các triệu chứng gồm: buồn nôn 4 ca 6,45%, nôn 3,22%, trào ngược 1,61%, ban ngứa 3,22%, nhức đầu 1,61%. Sau khi uống thuốc nhưng được ĐT khỏi bằng thuốc ức chế bơm proton vẫn tiếp tục ĐT.

Kết luận:

Qua NC 333 bệnh nhân là PN ≥ 40 tuổi đến khám và ĐT ở phòng khám nội khoa bệnh viện Đa khoa khu vực Tỉnh An Giang, từ tháng 5/2016 đến tháng 5/2017, cho thấy tỷ lệ LX chung là 18,62%, trong đó LX là 16,81% và LX nặng là 1,81%. PN ≥ 60 tuổi LX tăng hơn 3,9 lần so với nhóm PN < 60 tuổi. Trình độ học vấn đa số là dưới phổ thông trung học, PN giảm ion canxi máu 20,42%. Có các bệnh nội khoa đi kèm đa số là tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường tít 2, thoái hóa khớp.

Các yếu tố liên quan đến LX ở phụ nữ từ 40 tuổi trở lên; 1) PN có chiều cao ≤ 150 cm có nguy cơ LX gấp 3,5 lần PN có chiều cao > 150 cm ; 2) PN ở nhóm BMI < 23 có nguy LX gấp 2 lần nhóm BMI ≥ 23 ; 3) PN có thời gian mãn kinh ≥ 10 năm sẽ nguy cơ LX gấp 2,3 lần nhóm có thời gian mãn kinh < 10 năm ; 4) PN không tập thể dục có nguy cơ LX gấp 1,92 lần nhóm có tập thể dục ; 5) PN giảm nồng độ canxi ion hóa máu sẽ tăng nguy cơ LX gấp 4,1 lần so với PN có nồng độ canxi ion hóa bình thường ; 6) PN LX không có tăng huyết áp giảm nguy cơ LX là 67%, PN LX không thoái hóa khớp sẽ giảm nguy cơ LX là 73%.

Đánh giá kết quả bước đầu ĐT LX bằng alendronate phối hợp với canxi và vitamine ở PN, có sự thay đổi tỷ lệ mật độ xương sau ĐT so với trước ĐT hiệu quả T-score trung bình tăng lên là 0,53. Không có tác dụng phụ nghiêm trọng nào xuất hiện trong quá trình ĐT.

TÀI LIỆU KHAM KHẢO

1. Lưu Hồng Anh, Vũ Thị Thu Hiền (2012), “*Thực trạng loãng xương và các yếu tố liên quan ở phụ nữ mãn kinh trên 5 năm trong độ tuổi 50-70 tại xã Tam Hưng, Thanh Oai, Hà Nội*”, Luận văn thạc sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
2. Bộ y tế (2014), “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh Cơ xương khớp*” số: 361/QĐ-BYT. Tr 124-127.
3. Lê Thị Huệ, Hà Thị Kim Chi (2016), “*Mối liên quan giữa loãng xương và tăng huyết áp*” báo cáo hội nghị loãng xương TP Hồ Chí Minh 08/05/2016.
4. Nguyễn Trung Hòa (2015), “*Đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp cộng đồng phòng chống loãng xương ở người 45 tuổi trở lên tại TP.HCM*”, Luận án TS. Y học, ĐHYD TP. HCM.
5. Lê Thị Hòa (2015), “*Nghiên cứu mật độ khoáng xương và đánh giá kết quả điều trị giảm mật độ khoáng xương bằng Alendronat ở bệnh nhân đái tháo*

đường typ 2 tại bệnh viện Gò Công”, Luận án Chuyên khoa II, 2015, ĐHYD Cần Thơ.

6. Nguyễn Thị Trang, Nguyễn Hải Thủy (2009), “*Khảo sát mật độ xương ở bệnh nhân đái tháo đường type 2*”, Tạp chí Nội khoa số 4/2010, tr.301-312.
7. Nguyễn Trung Kiên, Trần Vi Tuấn (2014), “*Tình hình loãng xương và các yếu tố liên quan đến loãng xương ở bệnh nhân nữ đái tháo đường type 2 tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ*”, Tạp chí Y học thực hành (914) – số 4/2014, tr.12-15.
8. Lê Anh Thư (2016), “ *Bệnh loãng xương: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị*”, Bệnh lý xương khớp thường gặp, Nhà xuất bản Y học, Tr 168-174.
9. Nguyễn Văn Tuấn, Hội nghị loãng xương quốc tế “*Tầm nhìn Á châu về loãng xương*”. (Asian Insights into Osteoporosis), Tập san Thông tin Y học, số tháng 7/2008.
10. Anonymous. Consensus Development Conference: diagnosis, prophylaxis, and treatment of osteoporosis. Am J Med. 1993;94:646-650.
11. Iwamoto Jun, Sato Yoshihiro, et al (2011), “*Three – year experience with combined treatment with alendronate and alfacalcidol in Japanese patients with severe bone loss and osteoporotic fractures*”, Therapeutics And Clinical Risk Management (7), pp. 257-264

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG
KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SÔI TREO TRỰC TRÀNG Ụ NHÔ
ĐIỀU TRỊ SA TRỰC TRÀNG TOÀN BỘ**

TS.BS Trần Phước Hồng

TÓM TẮT

MỤC TIÊU. Đánh giá kết quả PTNS khâu treo trực tràng ụ nhô điều trị sa trực tràng toàn bộ ở người lớn

PHƯƠNG PHÁP. Mô tả loạt ca bệnh, theo dõi dọc, không đối chứng 77 trường hợp PTNS khâu treo trực tràng ụ nhô tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Bệnh viện Đại Học Y Dược từ tháng 10/2005 đến tháng 10/2014. Thời gian theo dõi trung bình là 52,4 tháng.

KẾT QUẢ. Thời gian phẫu thuật trung bình $135,9 \pm 51,5$ phút. Tai biến: có 2 BN (2,6%) chảy máu ụ nhô. Tỷ lệ chuyển mổ mở là 1,3%. 1 BN (1,3%) bị thủng trực tràng. Thời gian nằm viện trung bình $5,4 \pm 1,9$ ngày. Biến chứng: 1 BN (1,3%) bị tụ máu thành bụng, 1 BN (1,3%) vừa bị chảy máu vết mổ đồng thời với thoát vị mạc nối lớn qua lỗ trocar hố chậu phải.

Tái phát: Có 9 BN bị tái phát STT, tỉ lệ 11,7%. Các yếu tố liên quan đến tái phát: giới tính và táo bón sau mổ. Tỷ lệ tái phát của 2 phương pháp khâu treo TT ụ nhô có và không sử dụng mảnh ghép như nhau. Táo bón: Tỷ lệ cải thiện 17,3%. ĐTKTC: Tỷ lệ cải thiện 31,8%. Có 8 BN rối loạn chức năng hoạt động tình dục sau mổ. Tỷ lệ tai biến, biến chứng là 16,8% (13 BN)

KẾT LUẬN. PTNS treo trực tràng có tính an toàn, hiệu quả, tỉ lệ biến chứng thấp thấp.

**THE CLINICAL CHARACTERISTICS, THE OUTCOME OF
LAPAROSCOPIC VENTRAL RECTOPEXYIN TREATMENT OF
RECTAL PROLAPSE**

ABSTRACT

OBJECTIVES. To evaluate the outcome of laparoscopic rectopexy of complete rectal prolapse in adults.

METHOD. This was case series, vertical monitoring and uncontrolled study of 77 patients with rectal prolapse underwent laparoscopic rectopexy from October 2005 to October 2014 at Cho Ray hospital and University Medical hospital, Ho Chi Minh city. The mean follow - up time was 52,4 months.

RESULTS. The mean operative time was $135,9 \pm 51,5$ minutes. Surgical accidents: 2 patients (2.6%) had the bleeding promontory, 1 patient (1.3%) had rectal perforation. The rate of transition to open surgery: 1.3%. The mean duration of hospital stay: 5.4 ± 1.9 days. Complication: 1 patient (1.3%) had abdominal hematuria, 1 patient (1.3%) simultaneously had the bleeding wound and herniation of greater omentum through trocar hole at the right ilium.

Recurrence of rectal prolapse: 9 patients had recurrent rectal prolapse, 11.7%. The factors of recurrence are gender and post-operative constipation. The recurrence rates of two methods including suture rectopexy and mesh rectopexy are statistically similar. Constipation: improvement rate 17.3%. Fecal incontinent: improvement rate 31.8%. There were 8 patients having

postoperatively sexual dysfunction. Complication and accidental rates: 16.8% (13 patients).

CONCLUSIONS. Laparoscopic rectopexy is both safe and effective with many advantages of minimally invasive surgery and low recurrence rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Sa trực tràng (STT) là một bệnh lành tính, hiếm gặp, là hiện tượng trực tràng (TT) chui qua lỗ hậu môn ra nằm ở ngoài hậu môn. Nguyên nhân phát sinh bệnh sa trực tràng đến nay vẫn còn chưa được hiểu biết rõ ràng và chính xác. Có nhiều phương pháp phẫu thuật (PPPT) điều trị sa trực tràng nhưng việc áp dụng phẫu thuật nào cho từng nhóm BN vẫn còn đang được nghiên cứu và áp dụng, vì mỗi PPPT đều có những ưu và nhược điểm riêng. tỉ lệ tái phát sa trực tràng sau mổ vẫn còn cao. Phẫu thuật nội soi (PTNS) đã ra đời được áp dụng rộng rãi trên nhiều lĩnh vực, trong đó có lĩnh vực phẫu thuật đại trực tràng giúp các bác sĩ phẫu thuật thực hiện các phương pháp mổ với sự xâm hại tối thiểu cho BN với nhiều ưu điểm ít đau, phục hồi sớm, rút ngắn thời gian nằm viện.

Ở Việt nam, các công trình nghiên cứu về phẫu thuật nội soi điều trị sa trực tràng còn chưa nhiều. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “**Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, kết quả phẫu thuật nội soi treo trực tràng ụ nhô điều trị sa trực tràng toàn bộ**” nhằm 2 mục tiêu:

1) Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng sa trực tràng toàn bộ ở người lớn.

2) Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi khâu treo trực tràng ụ nhô điều trị sa trực tràng toàn bộ ở người lớn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bao gồm những BN sa trực tràng toàn bộ (STTTB) được khâu treo trực tràng ụ nhô bằng PTNS tại bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh trong khoảng thời gian từ tháng 10/2005 đến tháng 10/2014.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

BN STTTB từ độ I đến độ IV, chiều dài khối sa ≥ 3 cm, tuổi ≥ 18 , không phân biệt giới tính, được điều trị bằng PTNS khâu treo TT vào ụ nhô. BN hợp tác nghiên cứu khoa học.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

BN sau mổ không theo dõi được liên tục trong suốt thời gian nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Mô tả loạt ca bệnh, theo dõi dọc, không đối chứng.

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu:

Trang thiết bị vô cảm. Trang thiết bị và dụng cụ PTNS.

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

* Thu thập số liệu về đặc điểm bệnh sa trực tràng.

- Giới tính, chỉ số BMI, số lần sinh con (đối với nữ), thời gian phát bệnh. Tiền sử mổ điều trị sa trực tràng, sa sinh dục.

- Triệu chứng lâm sàng: táo bón, đại tiện không tự chủ, đại tiện ra máu, đau hậu môn, viêm loét khối sa, khối sa bị thắt nghẹt, chiều dài khối sa. Bệnh kết hợp: Sa sinh dục, sa bàng quang, ...

* Quy trình kỹ thuật: chuẩn bị BN trước mổ, PPPT.

* Đánh giá kết quả sớm sau mổ: thời gian phẫu thuật, tai biến trong mổ. biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện.

* Đánh giá kết quả sau mổ: thời gian theo dõi, tái phát sau mổ, táo bón sau mổ, đại tiêu không tự chủ (ĐTKTC), phân tích nguyên nhân tái phát. Mối liên quan của tái phát sa trực tràng với các yếu tố: tuổi, giới, chiều dài khối sa, thời gian phát bệnh, chỉ số BMI, bệnh sa tạng khác kết hợp, phương pháp mổ, táo bón sau mổ,...

2.2.4. Đánh giá chung kết quả phẫu thuật:

-Tốt: không tái phát STT, không có tai biến, biến chứng.

-Vừa: không tái phát STT nhưng có tai biến, biến chứng.

-Xấu: tái phát hoặc có tai biến, biến chứng nặng gây tử vong.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu:

Dùng phần mềm SPSS 16.0 phân tích số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Nghiên cứu được tiến hành tại BV Chợ Rẫy và BV Đại học Y Dược TPHCM trên 77 BN STTTB theo tiêu chuẩn chọn bệnh từ tháng 10/2005 đến tháng 10/2014.

3.1. Đặc điểm chung:

3.1.1. Tuổi, giới và chỉ số khối cơ thể (BMI):

Tuổi trung bình của BN là $60,8 \pm 17,4$ tuổi, (25 - 88 tuổi), trung vị: 62 tuổi, tuổi mắc bệnh trung bình của nữ cao hơn nam ($p < 0,001$), BN nữ: 40 (51,9%), nam: 37 (48,1%). Tỷ lệ nữ/nam là 1,08.

Chỉ số BMI trung bình của BN là $21,08 \pm 2,93$ (14,32 - 30,10). Trong đó, chỉ số BMI trung bình của BN nam và nữ tương đương nhau ($21,14 \pm 2,88$ so với $21,03 \pm 3,01$. $p=0,873$).

3.1.2. Đặc điểm tiền sử bệnh:

Có 7 BN (9,1 %) có tiền sử phẫu thuật điều trị sa trực tràng, trong đó có 5 BN phẫu thuật qua đường tầng sinh môn và 2 BN phẫu thuật khâu treo trực tràng qua đường bụng (1 mổ nội soi, 1 mổ mở).

18 BN có tiền sử phẫu thuật vùng bụng, trong đó có 14 BN (18,2%) có vết mổ cũ vùng bụng, 4 BN cắt tử cung ngã âm đạo.

3.1.3. Đặc điểm bệnh lý kèm theo:

Bảng 3.1. Đặc điểm bệnh lý kèm theo.

| Đặc điểm | Số lượng (n=77) | Tỷ lệ (%) |
|--|--------------------|-----------|
| Sa sinh dục + sa sàn chậu + sa bàng quang + tổn thương cơ thắt hậu môn | 2 | 2,6% |
| Sa sinh dục + sa sàn chậu + sa bàng quang | 2 | 2,6% |
| Sa sinh dục + tổn thương cơ thắt hậu môn | 1 | 1,3% |

| | | |
|-----------------------------|---|------|
| Sa sinh dục | 4 | 5,2% |
| Sa sàn chậu + sa bàng quang | 1 | 1,3% |
| Tổn thương cơ thắt hậu môn | 1 | 1,3% |

Nhận xét: Có 11 BN STT có bệnh kèm theo, một BN sa trực tràng có thể có kèm theo nhiều bệnh đồng thời như sa sàn chậu, sa sinh dục, tổn thương cơ thắt hậu môn và sa bàng quang

3.1.4. Thời gian từ khi bị bệnh đến lúc vào viện

Thời gian trung bình từ khi bị bệnh đến lúc vào viện là 72,2 tháng (1 – 600 tháng). Trung vị là 24 tháng.

3.2. Đặc điểm lâm sàng – cận lâm sàng

Táo bón 67,5%, đại tiện không tự chủ 28,6%, đau hậu môn 19,5%, đại tiện ra máu 18,2%, khối sa nghẹt 5,2%, đại tràng chậu hông dài 41,6%. Chiều dài khối sa trung bình $6,3 \pm 3,5$ cm (3 - 20 cm). Sa TT độ I: 54,5%, độ II: 26,0%, độ III: 11,7%, độ IV: 7,8%, Có 7 BN được chẩn đoán trước mổ STT tái phát, chiếm tỉ lệ 9,1%.

3.3. Đặc điểm kỹ thuật PTNS khâu theo trực tràng ụ nhô

3.3.1. Phương pháp phẫu thuật

Có 50 BN (64,9%) được khâu treo TT ụ nhô có sử dụng mảnh ghép và 27 BN (35,1%) được khâu treo TT trực tiếp vào ụ nhô.

Số trocar được sử dụng trung bình là 4 trocar (3 - 5 trocar). Bảo tồn dây chằng bên 27 BN (35,1%), Dẫn lưu ổ bụng 16 BN (20,8%), Chuyển mổ mở 1 BN (1,3%). Đây là BN nam, phẫu thuật treo trực tràng ụ nhô có sử dụng mảnh ghép, khi khâu treo mảnh ghép vào ụ nhô làm chảy máu chân kim, dùng gạc đè ép không hiệu quả nên BN được chuyển mổ mở theo đường giữa trên xương mu 3 cm để khâu cầm máu.

3.3.2. Phẫu thuật điều trị bệnh lý kèm theo:

Bảng 3.2. Phẫu thuật điều trị bệnh lý kèm theo.

| Phẫu thuật điều trị bệnh kèm theo | BN | Tỉ lệ % |
|---|----|---------|
| Khâu treo tử cung vào ụ nhô | 7 | 9,1 |
| Khâu treo tử cung vào ụ nhô + khâu phục hồi cơ vòng hậu môn | 1 | 1,3 |
| Khâu cơ nâng hậu môn + khâu phục hồi cơ vòng hậu môn | 1 | 1,3 |
| Tổng | 9 | 11,7 |

Có 11 BN có bệnh lý kèm theo nhưng chỉ thực hiện phẫu thuật điều trị kèm theo có 9 BN. Hai BN STT không thực hiện phẫu thuật kèm theo là: 1 BN sa sinh dục độ I và 1 BN sa sàn chậu độ II + sa bàng quang độ I.

3.4. Đánh giá kết quả phẫu thuật:

3.4.1. Đánh giá kết quả trong phẫu thuật:

3.4.1.1. Thời gian phẫu thuật:

Thời gian mổ trung bình chung cho cả mẫu nghiên cứu là $135,9 \pm 51,5$ phút (55 - 290 phút). Trung vị là 130 phút.

Khâu treo TT ụ nhô sử dụng mảnh ghép có thời gian mổ trung bình dài hơn không sử dụng mảnh ghép ($146,7 \pm 51,9$ phút so với $116,1 \pm 45,2$ phút), $P = 0,012$.

3.4.1.2. Tai biến trong phẫu thuật:

Hai BN (2,6%) chảy máu ụ nhô, trong đó có 1 BN chuyển sang mổ mở để cầm máu. Một BN (1,3%) bị thủng trực tràng xảy ra trong lúc khâu treo TT ụ nhô, chỉ khâu làm rách thành TT một lỗ đường kính 1 cm. BN thủng ruột nằm ở nhóm phẫu thuật khâu treo trực tràng ụ nhô không sử dụng mảnh ghép.

3.4.1.3. Tỷ lệ chuyển mổ mở:

Tỷ lệ chuyển mổ mở là 1,3%.

3.4.2. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật:

3.4.2.1. Thời gian điều trị:

Thời gian điều trị trung bình chung cho cả mẫu nghiên cứu là $5,4 \pm 1,9$ ngày (3 - 13 ngày).

3.4.2.2. *Biến chứng sớm sau phẫu thuật:* Một BN bị thoát mạc nối lớn qua lỗ trocar và chảy máu vết mổ. Một BN bị tụ máu thành bụng.

3.4.3. Kết quả theo dõi xa sau phẫu thuật:

3.4.3.1. Thời gian theo dõi:

Thời gian theo dõi trung bình là $52,5 \pm 31,2$ tháng, trung vị là 49 tháng (lâu nhất là 110 tháng, ngắn nhất là 5 tháng). 38,96% BN được theo dõi trên 60 tháng.

3.4.3.2. Tái phát:

Chín BN tái phát sa trực tràng, trong đó có 7 BN tái phát trong vòng 12 tháng đầu sau mổ. Thời gian tái phát sau mổ trung bình là 9 tháng, tái phát sớm nhất là 1 tháng, tái phát muộn nhất là 30 tháng.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TÁI PHÁT SA TRỰC TRÀNG

Bảng 3.3. Các yếu tố liên quan đến tái phát

| Đặc điểm | Tái phát (n = 9) | Không tái phát (n = 68) | p-values |
|-----------------------|-----------------------------|------------------------------------|-----------------|
| Tỷ lệ BN nữ | 11,1 (1/9 BN) | 57,4 (39/68BN) | 0,009 |
| Tuổi trung bình | $50,9 \pm 13,1$ | $62,2 \pm 17,6$ | 0,064 |
| Thời gian phát bệnh | 80,6 tháng | 71,0 tháng | 0,809 |
| Tiền sử mổ STT | 0% (0/9 BN) | 10,3% (7/68 BN) | 0,313 |
| Chỉ số BMI | $22,3 \pm 2,3$ | $20,9 \pm 2,9$ | 0,187 |
| Chiều dài khối sa | $7,9 \pm 5,8$ cm | $6,2 \pm 3,2$ cm | 0,48 |
| Táo bón trước mổ | 55,6% (5/9 BN) | 69,1% (47/68 BN) | 0,414 |
| ĐTKTC trước mổ | 33,3% (3/9 BN) | 27,9% (19/68 BN) | 0,065 |
| Sa sàn chậu | 0% (0/9 BN) | 7,4% (5/68 BN) | 0,400 |
| Đại tràng dài | 22,2% (2/9 BN) | 42,6% (29/68 BN) | 0,240 |
| Bảo tồn dây chằng bên | 22,2% (2/9 BN) | 36,8% (25/68 BN) | 0,390 |
| Táo bón sau mổ | 88,9%(8/9 BN) | 51,5% (35/68 BN) | 0,034 |
| ĐTKTC sau mổ | 33,3% (3/9 BN) | 17,6% (12/68 BN) | 0,264 |

Nhận xét: Trong 9 bệnh nhân sa trực tràng bị tái phát có 8 BN nam, 1 BN nữ, tỷ lệ BN nữ bị tái phát sa trực tràng rất thấp (11,1%) ($p = 0,009$).

Có 8/9 bệnh nhân tái phát sa trực tràng bị táo bón sau mổ (tỉ lệ 88,9%) ($p=0,034$). Táo bón sau mổ có liên quan đến tái phát sa trực tràng.

Liên quan PPPT và tái phát sa trực tràng:

Trong 9 BN tái phát sa trực tràng sau phẫu thuật khâu treo TT ụ nhô, có 6 BN được thực hiện phương pháp mổ sử dụng mảnh ghép, tỉ lệ 66,7%. Trong 68 BN không tái phát STT, tỉ lệ BN sử dụng mảnh ghép 64,7% ($p > 0,05$).

3.4.3.3. Táo bón sau mổ

Có 43 BN bị táo bón sau mổ, chiếm tỉ lệ 55,8%, Tỉ lệ táo bón cải thiện 17,3%.

3.4.3.4. Đại tiện không tự chủ sau mổ

Có 15 BN bị ĐTKTC sau mổ (chiếm tỉ lệ 19,5%). Tỉ lệ ĐTKTC cải thiện 31,8%.

3.4.3.5. Rối loạn chức năng hoạt động tình dục sau mổ

Có 8 BN rối loạn chức năng hoạt động tình dục (RLCNHĐTD), trong đó có 4 BN sau mổ không xuất tinh được, có 3 BN sau mổ xuất tinh ngược vào bàng quang, 1 BN sau mổ bị liệt dương. Qua thời gian theo dõi sau mổ có 2 BN hồi phục CNHĐTD.

3.4.4. Đánh giá chung kết quả phẫu thuật treo trực tràng ụ nhô:

Bảng 3.41. Đánh giá chung kết quả phẫu thuật (N= 77)

| Xếp loại | BN | Tỉ lệ% |
|----------|----|--------|
| Loại tốt | 55 | 71,4 |
| Loại vừa | 13 | 16,8 |
| Loại xấu | 9 | 11,7 |
| Tổng | 77 | 100 |

Nhận xét: Sau mổ khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi ổ bụng, kết quả có 55 BN được xếp loại tốt (không tái phát sau mổ và không có tai biến, biến chứng). 13 BN xếp loại vừa (không tái phát sau mổ nhưng có tai biến hoặc biến chứng). 9 BN xếp loại xấu (tái phát sau mổ).

IV. BÀN LUẬN:

4.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh sa trực tràng toàn bộ ở người lớn:

- Đặc điểm về tuổi, giới:

Tuổi trung bình $60,8 \pm 17,4$ tuổi (25 - 88 tuổi). Nhóm tuổi thường gặp nhất là trên 60 tuổi có 42 BN chiếm 54,5% ($P < 0,001$) (bảng 3.1). Về giới tính, có 40 nữ, 37 nam. Tỉ lệ BN nữ là 51,9% ($P < 0,001$).

- Đặc điểm chỉ số khối của cơ thể (BMI):

Chỉ số BMI trung bình $21,08 \pm 2,93$, trong đó chỉ số BMI trung bình của BN nam và nữ không khác biệt nhau nhiều, chỉ số BMI trung bình của nam hơi cao hơn nữ ($21,14 \pm 2,88$ và $21,03 \pm 3,01$; $P=0,873$).

- Đặc điểm về tiền sử:

Có 7 BN (9,1 %) có tiền sử phẫu thuật điều trị STT, trong đó có 2 BN được mổ mở khâu treo trực tràng ụ nhô qua đường bụng. 18 BN có tiền sử mổ vùng bụng, trong đó có 14 BN (18,2%) có vết mổ cũ vùng bụng, 4 BN cắt tử

cung ngã âm đạo. Do đó, BN có vết mổ cũ vùng dưới rốn vẫn được thực hiện PTNS khâu treo trực tràng ụ nhô điều trị sa trực tràng.

- Đặc điểm bệnh lý kèm theo:

Sa sàn chậu thường xảy ra ở phụ nữ sinh đẻ nhiều lần có thể làm dẫn các cơ vùng sàn chậu, hoặc trong quá trình sinh đẻ làm tổn thương các cơ sàn chậu. Trong nghiên cứu có 5 BN bị sa sàn chậu, chiếm tỉ lệ 6,5%. Peter nghiên cứu 55 BN STT thì có đến 5 người bị sa sàn chậu, tỉ lệ 9,09%.

Tổn thương cơ vòng hậu môn thường xảy ra trong quá trình sinh đẻ, Đây cũng là nguyên nhân làm suy yếu hệ thống nâng đỡ vùng sàn chậu gây nên sa đồng thời các tạng hệ tiêu hóa - sinh dục – tiết niệu. Trong nghiên cứu này có 2 trong số 4 BN tổn thương cơ thắt hậu môn có kèm theo sa sinh dục, sa sàn chậu và sa bàng quang.

- Đặc điểm thời gian từ khi bị bệnh đến lúc vào viện:

Thời gian mắc bệnh trung bình là 72,2 tháng (1 – 600 tháng). Trung vị là 24 tháng. Có 55 BN (71,4%) thời gian mắc bệnh từ 1 đến 60 tháng.

- Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

+ Táo bón: Có 52 BN bị táo bón thường xuyên trước mổ (tỉ lệ 67,5%). Tỉ lệ táo bón theo nghiên cứu của Đỗ Đình Công[1] là 50%. Theo kết quả nghiên cứu của Kellokumpu[8] táo bón chiếm tỉ lệ 70,5%

+ Đại tiện không tự chủ: nguyên nhân là cơ vòng trong bị căng dẫn lâu ngày do khối sa dẫn đến trương lực của cơ thắt hậu môn thấp Tuy nhiên theo các nghiên cứu trong nước, tỉ lệ đại tiện không tự chủ ở BN STT không cao. Đỗ Đình Công[1] có 1 trường hợp đại tiện không tự chủ (10%) của Nguyễn Văn Xuyên[4] là 33,3%. Chúng tôi có 22 trường hợp bị đại tiện không tự chủ trước mổ (28,6%).

+ Khối sa bị thắt nghẹt: theo kết quả nghiên cứu của Đỗ Đình Công, có 3 BN nhập viện vì khối sa đều bị nghẹt (27,2%). Tỉ lệ khối sa bị nghẹt trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Xuyên là 5,5%. Nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp khối sa bị nghẹt khi nhập viện, chiếm tỉ lệ 5,2%.

+ Chiều dài khối sa trung bình $6,3 \pm 3,5$ cm (3 – 20 cm). Phần lớn BN có chiều dài khối sa từ 3 đến 5 cm. Theo kết quả nghiên cứu của Đỗ Đình Công, có 3 trường hợp khối sa trực tràng dài hơn 10 cm và cả 3 trường hợp này khối sa đều bị nghẹt (27,2%).

+ Phân độ sa trực tràng:

Đa số BN sa trực tràng ở nhóm độ I và độ II (62 BN, chiếm tỉ lệ 80,5%). Chỉ có 15 BN (19,5%) sa trực tràng độ III, IV. Nguyễn Văn Xuyên nghiên cứu 36 BN STT, có 24 BN STT độ II (66,7%) và 12 BN STT độ III – IV (33,3%).

Bảng 4.1. So sánh đặc điểm BN STT với các nghiên cứu khác

| Đặc điểm | Chúng tôi (n = 77) | Zittel [Error! Reference source not found.] (n = 20) | Nguyễn Văn Xuyên (n = 36) |
|------------------------------|-------------------------------|---|--------------------------------------|
| Táo bón | 67,5% | 40,0% | 11,1% |
| Đại tràng dài | 41,6% | -- | 30,6% |
| ĐTKTC trước mổ | 28,6% | 65,0% | 33,3% |
| Đau hậu môn | 19,5% | 25,0% | -- |
| Đại tiện ra máu | 18,2% | 10,0% | 41,7% |
| Khối sa Nghệt | 5,2% | -- | 5,5% |
| Loét khối sa | 0,0% | -- | 16,7% |
| Sa sàn chậu | 6,5% | -- | -- |
| Chiều dài khối sa trung bình | 6,3 ± 3,5 cm | -- | 9,7 cm |

So sánh với các nghiên cứu khác, triệu chứng lâm sàng của BN STT nổi bật thường gặp bao gồm táo bón, đại tràng chậu hông dài, ĐTKTC, đau hậu môn, đại tiện ra máu, khối sa nghệt..

4.2. Đánh giá kết quả ptns treo trực tràng vào ụ nhô điều trị STTTB:

4.2.1. Kết quả trong phẫu thuật:

4.2.1.1. Thời gian phẫu thuật:

Thời gian phẫu thuật trung bình là 135,9 ± 51,5 phút (55 - 290 phút), tương đương với báo cáo của các tác giả khác. Solomon[10] nghiên cứu 40 BN, thời gian mổ trung bình 135 phút. Demibras[6] nghiên cứu 23 BN, thời gian mổ trung bình 140 phút. PTNS không sử dụng mảnh ghép có thời gian phẫu thuật ngắn hơn BN có sử dụng mảnh ghép, (112,9 ± 42,9 phút và 141,8 ± 47,8 phút, P = 0,017).

4.2.1.2. Tai biến trong phẫu thuật:

Nghiên cứu có 1 BN bị thủng trực tràng do trong lúc khâu trực tiếp trực tràng vào ụ nhô, chỉ khâu xé rách thành trực tràng 1 lỗ đường kính 10 mm. Vì trực tràng đã được chuẩn bị sạch trước mổ nên trường hợp này được xử trí khâu lại lỗ thủng trực tràng 1 lớp, khâu treo trực tràng vào ụ nhô ở vị trí khác, dẫn lưu ổ bụng. BN xuất viện sau 12 ngày điều trị.

Nghiên cứu có 2 BN bị chảy máu ụ nhô trong khi khâu treo trực tràng, trong đó, 1 BN được đè ép cầm máu bằng gạc thành công. Một BN phải chuyển sang mổ mở khâu cầm máu qua một vết mổ nhỏ đường giữa trên xương mu dài 3 cm. Tỷ lệ tai biến trong lúc mổ của chúng tôi là 3,8% tương đương với một số nghiên cứu khác. Wong[11] nghiên cứu 84 BN khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi ổ bụng, có 2 BN bị thủng bàng quang trong quá trình bóc tách di động trực tràng.

4.2.2. Kết quả sớm sau phẫu thuật:

4.2.2.1. Thời gian nằm viện:

Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu là $5,4 \pm 1,9$ ngày, giống như kết quả nhiều nghiên cứu cho thấy PTNS khâu treo trực tràng có thời gian nằm viện ngắn. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của Kariv [7] là 3,9 ngày, của Trent là 3,2 ngày.

4.2.2.2. Biến chứng sau phẫu thuật:

Sau mổ có hai BN bị biến chứng: một BN bị tụ máu thành bụng nơi đặt trocar vùng rốn, hậu phẫu khối máu tụ này tự tan dần và không cần xử trí gì thêm. Một BN vừa bị thoát vị mạc nối lớn đồng thời bị chảy máu thành bụng nơi đặt trocar vùng hố chậu phải. Tỷ lệ thoát vị lỗ trocar theo một số tác giả: Kariv là 1,8% [7], Kellokumpu là 2,9% [8], Benoist là 6,6% [5], chúng tôi 1,3%.

4.2.3. Đánh giá kết quả xa sau phẫu thuật:

4.2.3.1. Tái phát sau mổ:

Có 9 trường hợp tái phát sau mổ, tỷ lệ 11,7%. Tỷ lệ này tương đương với kết quả của nhiều nghiên cứu trên thế giới. Có đến 7 BN tái phát trong năm đầu tiên sau mổ, 2 BN tái phát sau mổ 18 tháng và 30 tháng. Nhiều tác giả ghi nhận tái phát thường xảy ra trong năm đầu sau phẫu thuật. Lechaux [9] nghiên cứu 35 BN khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi có 1 BN tái phát sau mổ khâu treo trực tràng 6 tháng. Liyanage báo cáo có 3/5 trường hợp tái phát xảy ra trong 12 tháng đầu sau mổ. Tỷ lệ tái phát trong nghiên cứu của Nguyễn Minh Hải là 2,5% [3].

Giới tính có liên quan đến tái phát sa trực tràng, trong 9 BN tái phát có 8 BN nam (88,9%) và 1 nữ (11,1%). Mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $P=0,009$.

Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.31), táo bón sau mổ có liên quan đến sự tái phát sa trực tràng, trong số 9 BN tái phát có 8 BN bị táo bón sau mổ, tỷ lệ táo bón sau mổ ở BN tái phát sa trực tràng là 88,9% (8/9), $P=0,034$.

PPPT khâu treo có sử dụng mảnh ghép và không sử dụng mảnh ghép, tỷ lệ tái phát tương đương như nhau (12,0% và 11,1%) nhưng mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê với $P=0,908$.

4.2.3.2. Táo bón sau mổ:

Sau PTNS khâu treo trực tràng số BN bị táo bón giảm 9 bệnh, tỷ lệ BN bị táo bón được cải thiện 17,3%. Tuy nhiên có 8 BN (10,4%) sau mổ bị táo bón nặng hơn và 7 BN (9,1%) sau mổ bị táo bón mới phát sinh. Maggiori nghiên cứu 33 BN sa toàn bộ trực tràng được điều trị bằng phương pháp khâu treo trực tràng ụ nhô có sử dụng mảnh ghép, kết quả táo bón cải thiện 72% qua thời gian theo dõi 42 tháng. Boons tỷ lệ táo bón sau mổ cải thiện là 72%.

4.2.3.3. Đại tiện không tự chủ sau mổ:

Tỷ lệ BN cải thiện triệu chứng đại tiện không tự chủ là 31,8% qua thời gian theo dõi trung bình 52,4 tháng. Đỗ Đình Công có 1 trường hợp đại tiện không tự chủ (10%), triệu chứng này hết sau phẫu thuật mổ mở khâu treo trực

tràng ụ nhô. Demibras[6] nghiên cứu 23 BN, tỉ lệ BN cải thiện triệu chứng đại tiện không tự chủ 85%.

4.2.3.4. Rối loạn chức năng hoạt động tình dục:

Nghiên cứu có 8 BN bị rối loạn chức năng hoạt động tình dục, trong đó có 4 BN không phóng tinh được sau mổ và 3 bị xuất tinh ngược vào bàng quang, 1 BN bị liệt dương. Qua thời gian theo dõi trung bình $39,2 \pm 29,3$ tháng của những BN này, có 2 BN hồi phục chức năng hoạt động tình dục (28,6%), trong đó có 1 BN sau mổ xuất tinh ngược vào bàng quang phục hồi sau 12 tháng, có 1 BN sau mổ không xuất tinh phục hồi sau 36 tháng. 6 BN còn lại đến nay vẫn chưa hồi phục chức năng hoạt động tình dục. Carpelan Holmstrom thực hiện PTNS điều trị cho 43 BN STT, có 1 BN bị xuất tinh ngược nhưng phục hồi hoàn toàn sau 6 tháng.

4.2.4. Đánh giá kết quả chung của phương pháp phẫu thuật:

Đánh giá kết quả chung của phương pháp phẫu thuật điều trị STT, phần lớn các tác giả dựa vào tiêu chí tái phát sau mổ. Ngoài ra những tai biến trong lúc mổ, biến chứng sau mổ và tử vong liên quan đến phẫu thuật cũng là tiêu chí để đánh giá và so sánh các kỹ thuật mổ khác nhau. Đánh giá kết quả phẫu thuật của 77 BN nghiên cứu, loại tốt có 55 BN (71,4%): không tái phát sau mổ và không có tai biến, biến chứng. Loại vừa có 13 BN (16,8%): không tái phát sau mổ nhưng có tai biến hoặc biến chứng. Loại xấu có 9 BN (11,7%): bị tái phát sau mổ.

V. KẾT LUẬN:

Qua nghiên cứu 77 trường hợp STTTB được điều trị theo phương pháp khâu treo trực tràng ụ nhô qua nội soi với thời gian theo dõi trung bình 52,4 tháng. Chúng tôi nhận thấy:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng:

- Tuổi mắc bệnh trung bình $60,8 \pm 17,4$ tuổi. Tỉ lệ nữ/nam = 1,08.
- Triệu chứng lâm sàng thường gặp: táo bón (67,5%), đại tiện không tự chủ (28,6%), đau hậu môn (19,5%), đại tiện ra máu (18,2%), khối sa nghẹt (5,2%), đại tràng chậu hông dài (41,6%), sa sàn chậu (6,5%). Chiều dài khối sa trung bình: $6,3 \pm 3,5$ cm (3 - 20 cm). Phân độ STT: độ I: 54,5% ; độ II: 26,0% ; độ III: 11,7% ; độ IV: 7,8%. Chỉ số BMI trung bình: $21,08 \pm 2,93$.
- Thời gian từ mắc bệnh đến nhập viện trung bình: 72,2 tháng.

2. Kết quả phẫu thuật:

*** Kết quả trong phẫu thuật:**

Thời gian phẫu thuật trung bình là $135,9 \pm 51,5$ phút. Tai biến: có 2 BN (2,6%) chảy máu ụ nhô, 1 BN (1,3%) bị thủng trực tràng. Tỉ lệ chuyển mổ mở là 1,3%.

*** Kết quả sớm:**

- Thời gian nằm viện trung bình $5,4 \pm 1,9$ ngày.
- Biến chứng: 1 BN (1,3%) bị tụ máu thành bụng, 1 BN (1,3%) vừa bị chảy máu vết mổ đồng thời với thoát vị mạc nối lớn qua lỗ trocar. Tỉ lệ chuyển mổ mở là 1,3%.

*** Kết quả xa:**

- Tái phát: Có 9 BN bị tái phát STT, tỉ lệ 11,7%. Các yếu tố liên quan đến tái phát: giới tính và táo bón sau mổ.

- Táo bón: Tỉ lệ cải thiện 17,3%. Đại tiện KTC: Tỉ lệ cải thiện 31,8%.

- Rối loạn chức năng hoạt động tình dục sau mổ: có 4 BN sau mổ không xuất tinh được, 3 BN sau mổ xuất tinh ngược vào bàng quang và 1 BN sau mổ bị liệt dương.

- Đánh giá kết quả chung của phẫu thuật: loại tốt có 55 BN (71,4%), loại vừa có 13 BN (16,8%), loại xấu có 9 BN (11,7%).

- PTNS khâu treo trực tràng ụ nhô có tính khả thi cao, an toàn và hiệu quả, ít tai biến, biến chứng.

Tài liệu tham khảo:

1. **Nguyễn Hoàng Bắc, Lê Quan Anh Tuấn** (2007), “Vai trò của phẫu thuật nội soi treo trực tràng trong điều trị sa trực tràng”, *Tạp chí Y học TP HCM*, 11(4), tr. 174- 178

2. **Đỗ Đình Công** (1997), “Nhận xét về lâm sàng bệnh sa trực tràng và kết quả lâu dài của phẫu thuật Orr – Loygue cải tiến”, *Tạp chí Y học thành phố HCM*, 1(4), tr. 31- 40.

3. **Nguyễn Minh Hải, Trần Phước Hồng, Lâm Việt Trung, và cộng sự** (2008), “Vai trò của phẫu thuật nội soi treo trực tràng sử dụng Mesh trong điều trị sa toàn bộ trực tràng”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 12 (4), tr. 175- 180.

4. **Nguyễn Văn Xuyên** (2007), “Tìm hiểu một số nguyên nhân và kết quả của phẫu thuật treo trực tràng ụ nhô trực tiếp trong điều trị sa trực tràng toàn bộ ở người lớn”. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 341(2), tr. 42 - 47.

5. **Benoist S., Taffinder N., Gould S. et al.** (2001), “Functional results two years after laparoscopic rectopexy”, *American Journal of Surgery*, 182, pp. 168- 173.

6. **Dermirbas S., Akin M.Livhi. et al.** (2005), “Comparison of laparoscopic and open surgery for total rectal prolapse”, *Surgery Today*, 35, pp. 446- 452.

7. **Kariv Y., Delaney C.P., Casillas S. et al.** (2006), “Long term outcome after laparoscopic and open surgery for rectoprolapse: A case- control study”, *Surgical Endoscopy*, 20, pp. 35- 42.

8. **Kellokumpu I. H., Vironen J., Scheinin T.** (2000), “Laparoscopic repair of rectal prolapse: a prospective study evaluating surgical outcome and changes in symptoms and bowel function”, *Surgical Endoscopy*, 14, pp. 634- 640.

9. **Lechaux D., Trebuchet G., Siproudhis L. et al.** (2005), “Laparoscopic rectopexy for full-thickness rectal prolapse: A single-institution retrospective study evaluating surgical outcome”, *Surgical Endoscopy*, 19, pp. 514- 518.

10. **Solomon M.J., Young C.J., Evers A.A. et al.** (2002), “Randomized clinical trial of laparoscopic versus open abdominal rectopexy for rectal prolapse”, *British Journal of Surgery*, 89, pp. 35- 39.

11. **Wong M.T.C., Abet E., Rigaud J. et al.** (2011), “Minimally invasive ventral mesh rectopexy for complex rectocele: impact on anorectal and sexual function”, *Colorectal Disease*, 13(10), pp. 320- 6.

Zittel T.T., Manncke K., Haug S. et al. (1999), “Functional results after laparoscopic rectopexy for rectal prolapse”, *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 16-19

**NGHIÊN CỨU TỶ LỆ, ĐẶC ĐIỂM VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ
GÂY TỔN THƯƠNG THẬN CẤP Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN MẮT
BÙ CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG**

*BS Thái Hán Vinh,
BS Nguyễn Thị Trà My,
ĐD Võ Thị Bạch Yến.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim mất bù cấp (ADHF: acute decompensated heart failure) là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất khiến bệnh nhân (BN) nhập viện, đặc biệt ở người trên 65 tuổi.

Có khoảng 24,2% - 63,3% bệnh nhân ADHF bị tổn thương thận cấp [12] (AKI: acute kidney injury) và được xem như là hội chứng tim thận cấp 1 (CRS1: Cardiorenal Syndrome type 1). Tỷ lệ này thay đổi nhiều giữa các nghiên cứu vì dựa vào các tiêu chuẩn chẩn đoán tổn thương thận cấp khác nhau. Hiện nay AKIN, RIFLE, KDIGO được chấp nhận rộng rãi để đánh giá tổn thương thận cấp ở bệnh nhân nặng nằm điều trị tại khoa hồi sức. Các tiêu chuẩn mới này đã được đồng thuận chọn làm tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng tim thận cấp [9].

Tổn thương thận cấp là một yếu tố tiên lượng xấu ở bệnh nhân suy tim mất bù cấp, kéo dài thời gian nằm viện và tăng tỉ lệ tử vong, tăng khả năng nhập viện lại và dễ dẫn đến bệnh thận mạn [9]. Khi đã xảy ra tổn thương thận cấp thì cần phải có chiến lược điều trị thích hợp. Vì vậy ngăn ngừa và phát hiện sớm tổn thương thận cấp là cần thiết trong điều trị suy tim mất bù cấp. Hội tim mạch Hoa Kỳ đã khuyến cáo theo dõi nồng độ creatinin hàng ngày ở bệnh nhân suy tim cấp [8]. Mặc dù CRS cấp 1 là phổ biến, tiên lượng xấu, có thể ngăn ngừa được nhưng tại Việt Nam, trên thực hành lâm sàng vấn đề này còn chưa được quan tâm đúng mức. Để giúp bác sỹ lâm sàng có cảnh báo về tình trạng tổn thương thận cấp ở bệnh nhân suy tim mất bù cấp và giúp cho việc điều trị, tiên lượng bệnh nên chúng tôi tiến hành đề tài: Nghiên cứu tỷ lệ, đặc điểm và yếu tố nguy cơ gây tổn thương thận cấp ở bệnh nhân suy tim mạn mất bù cấp.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1- Nghiên cứu tỷ lệ và một số đặc điểm tổn thương thận cấp ở bệnh nhân suy tim mạn mất bù cấp .

2- Tìm hiểu các yếu tố nguy cơ gây tổn thương thận cấp ở bệnh nhân suy tim mạn mất bù cấp

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn bệnh suy tim mạn mất bù cấp:

- Chẩn đoán suy tim mạn theo ESC 2008
- Tiêu chuẩn đợt cấp suy tim mạn cần phải nhập viện điều trị theo khuyến cáo HFSA 2010 cho suy tim mất bù cấp
- > 18 tuổi nằm điều trị ít hơn 48 giờ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ :

- BN bệnh thận mạn có eGFR < 15mL/min per 1.73 m²

- Suy tim cấp do: Suy tim sau phẫu thuật, suy đa cơ quan, ép tim cấp.
- Hội chứng vành cấp cần chuyển viện sớm để can thiệp mạch vành.
- Dùng thuốc cản quang.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu, mô tả, theo dõi.
- Cỡ mẫu: Lấy mẫu thuận tiện.
- Địa điểm nghiên cứu: Khoa chăm sóc tích cực bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang.

2.3. TIÊU CHUẨN ĐÁNH GIÁ

Chẩn đoán và phân độ AKI theo KDIGO 2012 dựa vào creatinin huyết thanh.

2.4. PHÂN TÍCH THỐNG KÊ

Các dữ liệu thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm SpSS 16.0.

Phân tích đơn biến:

- Biến số rời: tỷ lệ %, Chi-square test. Nếu các giá trị nhỏ sẽ được hiệu chỉnh bằng Fisher's exact test.

- Biến số liên tục: tính trung bình, so sánh trung bình bằng T test.

Phân tích đa biến: Xác định xem yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng nào có khả năng liên quan đến nguy cơ mắc AKI

Chọn P có ý nghĩa khi $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2015 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu 85 bệnh nhân suy tim mạn tính mất bù cấp vào điều trị nội trú tại khoa chăm sóc tăng cường .

3.1. Tỷ lệ và một số đặc điểm AKI ở bệnh nhân ADCHF

- Tỷ lệ mắc AKI ở bệnh nhân ADCHF: $47/85 = 55,3\%$

Phân độ AKI ở bệnh nhân ADCHF:

Độ I: $30/47$ (63,8%), độ II $12/37$ (25,6%), độ III $5/47$ (10,6%)

- Tỷ lệ mắc AKI theo diễn tiến ở bệnh nhân ADCHF

| Diễn tiến | n=47 | Tỷ lệ % |
|----------------------|------|---------|
| 5 ngày đầu nhập viện | 43 | 91,5 |
| Sau 5 ngày nhập viện | 4 | 8,5 |

3.2. các yếu tố nguy cơ gây tổn thương thận cấp ở bệnh nhân suy tim mạn mất bù cấp

| ĐẶC ĐIỂM | chung(n=85) | AKI(n=47) | NON AKI(n=38) | P |
|-----------------------|-------------|-------------|---------------|-------|
| Đặc điểm chung | | | | |
| Tuổi | 70,9± 14,9 | 73,72± 14,1 | 67,37± 15,3 | 0,049 |
| Nữ,n(%) | 58(68,2) | 35(74,5) | 23(60,5) | 0,17 |
| NYHA,n(%) | | | | |
| II | 7(8,2) | 6(12,8) | 1(2,6) | 0,182 |
| III | 67(78,8) | 34(72,3) | 33(86,8) | |
| IV | 11(12,9) | 7(14,9) | 4(10,5) | |

| | | | | |
|----------------------------|-------------|--------------|--------------|-------|
| Cải thiện điều trị | 53 (62,4) | 23(43,4) | 30(56,6) | 0,005 |
| Đặc điểm lâm sàng | | | | |
| phù | 27(31,8) | 18(38,3) | 9(23,7) | 0,15 |
| Tĩnh mạch cổ nổi | 33(38,8) | 23(48,9) | 10(26,3) | 0,03 |
| Ran ở phổi | 80(94,1) | 46(97,9) | 34(89,5) | 0,10 |
| Đặc điểm huyết động | | | | |
| Nhịp tim (lần/phút) | 107,2± 28,3 | 106±28,4 | 108,8± 28,5 | 0,67 |
| HA tt (mmHg) | 133,8±42,4 | 132,3± 46 | 135,5± 37,9 | 0,74 |
| HA ttr (mmHg) | 77,3 ± 23,8 | 77,61± 28 | 76,9± 17,7 | 0,89 |
| Huyết học, sinh hóa | | | | |
| Creatinin (mg/dl) | 1,55±1,1 | 1,87± 1,37 | 1,15± 0,46 | 0,003 |
| Hb (g/dl) | 11,1± 2,3 | 11,2± 2,4 | 11,06±2,26 | 0,79 |
| Na (mEq/L) | 136,2± 6 | 136,57± 5,86 | 135,81± 6,35 | 0,56 |
| Kali (mEq/L) | 3,9± 1 | 4,09± 1,13 | 3,68± 0,98 | 0,08 |
| Bệnh lý đi kèm | | | | |
| Đái tháo đường, n(%) | 27(31,8) | 17(36,2) | 10(26,3%) | 0,33 |
| Tăng HA, n(%) | 47(55,3) | 28(59,6) | 19(50%) | 0,37 |
| Bệnh thận mạn, n(%) | 20(23,5) | 15(31,9) | 5(13,2%) | 0,04 |
| TBMMN, n(%) | 7(8,2) | 5(10,6) | 2(5,3%) | 0,37 |
| Bệnh mạch vành, n(%) | 54(63,5) | 32(68,1) | 22(57,9%) | 0,33 |
| Thuốc điều trị | | | | |
| UCMC, n(%) | 35(41,2) | 16(34) | 19(50) | 0,13 |
| Lasix IV, n(%) | 40(47,1) | 24(51,1) | 16(42,1) | 0,41 |
| spironolacton, n(%) | 17(20) | 6(12,8) | 11(28,9) | 0,06 |
| Nitroglycerin, n(%) | 28(32,9) | 14(29,8) | 14(36,8) | 0,49 |
| Dopamin, n(%) | 22(25,9) | 13(27,7) | 9(23,7) | 0,67 |
| Dobutamin, n(%) | 20(23,5) | 12(25,5) | 8(21,1) | 0,13 |

Phân tích hồi qui đa biến các yếu tố nguy cơ mắc AKI

Bảng 3.22: phân tích hồi qui đa biến các yếu tố nguy cơ mắc AKI

| Thông số | OR | 95% CI | P |
|---------------------|-------|--------------|-------|
| Tuổi | 1.049 | 1.001-1.089 | 0,012 |
| Creatinin nhập viện | 2.565 | 1.006-6.559 | 0,049 |
| Bệnh thận mạn | 1.412 | 0.315-6.319 | 0,65 |
| Tĩnh mạch cổ nổi | 0.025 | 1.175-11.750 | 0,025 |

Nhận xét: Tuổi cao, nồng độ creatin lúc nhập viện cao, tĩnh mạch cổ nổi là các yếu tố nguy cơ độc lập mắc AKI ở bệnh nhân ADCHF.

IV. BÀN LUẬN:

Tỷ lệ mắc AKI ở bệnh nhân ADCHF:

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân ADCHF mắc AKI là 55,3%. Tỷ lệ mắc AKI ở bệnh nhân ADCHF rất thay đổi theo từng nghiên cứu, từ 20% đến 76,5%[3]. Sự khác biệt này là do định nghĩa AKI khác nhau, đối tượng nghiên cứu khác nhau (bệnh nhân ADCHF ở ICU, ở khoa phòng, chủng tộc khác nhau,...) và cách thức xác định creatinin cơ bản khác nhau. Tỷ lệ bị AKI ở bệnh nhân ADCHF theo các tiêu chuẩn mới (RIFLE, AKIN, KDIGO) rất thay đổi, trung bình là 47,4% [12].

Phân độ AKI

Kết quả phân độ AKI của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu khác, AKI độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất, AKI độ 3 chiếm ít nhất[10][11][12].

Việc phân độ nặng AKI rất cần thiết trong tiên lượng và điều trị.

Phân độ theo RIFLE, AKIN, KDIGO đã được biết rất rõ có tương quan đến độ nặng của bệnh tim mạch và các bệnh khác. KDIGO khuyến cáo theo dõi bệnh nhân AKI bằng cách theo dõi creatinin và lượng nước tiểu để phân độ nặng AKI [2]. Việc phân độ nặng AKI cũng giúp ích trong điều trị. KDIGO khuyến cáo ở bệnh nhân có AKI từ độ 2 trở lên nên chuyển vào ICU, kiểm tra lại liều lượng thuốc, và xem xét điều trị thay thế thận.

Thời điểm mắc AKI

Chúng tôi ghi nhận đa số AKI hình thành khi nhập viện hoặc 5 ngày đầu nhập viện. Các nghiên cứu này đều cho thấy đa số AKI xảy ra sớm vào những ngày đầu nhập viện[7] [6].

Xác định thời điểm hình thành AKI là quan trọng vì nó có thể phản ánh sinh lý bệnh khác nhau. Theo ADQI[6], trong những ngày đầu sau khi nhập viện, sự biến đổi creatinin có khả năng nhiều nhất là hội chứng tim thận cấp 1, đặc trưng bởi giảm tưới máu thận, sung huyết tĩnh mạch thận, hoạt hóa cytokine. Ngược lại, tổn thương thận cấp trễ sau khi nhập viện có thể do thầy thuốc can thiệp điều trị như lợi tiểu, ức chế men chuyển, các thuốc ảnh hưởng đến chức năng thận.

Liên quan AKI với tuổi

Chúng tôi ghi nhận tuổi có liên quan đến AKI, tuổi càng cao càng dễ mắc AKI. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nhiều nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Voors[14] cho thấy tuổi càng cao càng dễ mắc AKI, còn nghiên cứu của Verdiani [13] cho thấy nguy cơ cao mắc AKI ở người trên 75 tuổi, trong khi đó nghiên cứu của Belziti tỷ lệ mắc AKI cao hơn ở người trên 80 tuổi.

Liên quan giữa AKI với tĩnh mạch cổ nổi

Chúng tôi ghi nhận bệnh nhân có tĩnh mạch cổ nổi tỷ lệ mắc AKI cao hơn.

Nhiều NC cũng cho thấy có mối tương quan này[1] [4],[5]. Trong nghiên cứu của Drazner MH [34], tĩnh mạch cổ nổi khi khám lâm sàng được ghi nhận có liên quan với nồng độ creatinin cao, tăng nguy cơ nhập viện và tăng tử vong

Liên quan giữa AKI với Creatinin huyết thanh lúc nhập viện:

Chúng tôi ghi nhận ở bệnh nhân có creatinin lúc nhập viện cao thì khả năng mắc AKI càng cao. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu khác.

Có rất nhiều nghiên cứu cho thấy nồng độ creatinin lúc nhập viện là một trong những yếu tố nguy cơ độc lập mạnh nhất gây AKI ở bệnh nhân ADCHF [14], [6]. Nồng độ creatinin lúc nhập viện cũng là một yếu tố tiên lượng tử vong [8].

Vì nồng độ creatinin lúc nhập viện là một yếu tố nguy cơ mạnh gây AKI, yếu tố tiên lượng tử vong ở bệnh nhân ADCHF, đồng thời đo nồng độ creatinin rất dễ dàng và thường qui trong lâm sàng nên hội suy tim Hoa Kỳ khuyến cáo nên theo dõi creatinin hàng ngày ở bệnh nhân ADCHF [8].

Liên quan giữa AKI với bệnh thận mạn:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ADCHF có bệnh thận mạn có liên quan AKI khi phân tích đơn biến nhưng khi phân tích đa biến thì mối tương quan này không còn. Điều này có thể là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ và cũng có thể do còn bỏ sót một số trường hợp bệnh thận mạn mà không có ghi nhận tiền căn trước đó. Mối tương quan giữa AKI và CKD càng ngày được công nhận và quan tâm chú ý. Các nghiên cứu quan sát lâm sàng cho thấy AKI thường xảy ra ở người có bệnh thận mạn. Bệnh thận mạn có trước làm tăng nguy cơ mắc AKI. Nguy cơ mắc AKI tỷ lệ thuận với mức độ nặng CKD.

KẾT LUẬN

Từ 1/2015 đến 12/2015 chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 85 bệnh nhân ADHF. Chúng tôi có thể đưa ra kết luận sau:

1. Đặc điểm tổn thương thận cấp theo tiêu chuẩn KDIGO ở bệnh nhân suy tim mạn mất bù cấp:

- Tỷ lệ tổn thương thận cấp ở bệnh nhân ADCHF: 55,3%
- Phân độ AKI: KDIGO I : 63,8%, II: 25,5%, III: 10,6%
- Thời điểm mắc AKI:
 - + 91,5% AKI xảy ra trong 5 ngày đầu nhập viện.
 - + 8,5% AKI xảy ra sau 5 ngày đầu nhập viện.
- Kết quả điều trị BN ADCHF mắc AKI: Nhóm bệnh nhân mắc AKI có tỷ lệ cải thiện triệu chứng suy tim thấp hơn nhóm không mắc AKI.

2. Các yếu tố liên quan AKI

Chúng tôi nhận thấy ở bệnh nhân tuổi cao, creatinin lúc nhập viện cao và tĩnh mạch cổ nổi có tỷ lệ mắc AKI cao hơn

KIẾN NGHỊ

ADCHF có tỷ lệ mắc AKI rất cao cho nên chúng ta phải cảnh giác và tầm soát AKI, nhất là những bệnh nhân có nguy cơ cao (tuổi cao, creatinin lúc nhập viện cao, tĩnh mạch cổ nổi). Tầm soát AKI bằng xét nghiệm creatinin máu. Đây là xét nghiệm thường qui, rẽ tiền và cơ sở y tế nào cũng có thể thực hiện được. Từ đó có thể giúp xác định sớm bệnh nhân tim thận cấp nhằm chủ động có các phương pháp điều trị thích hợp để cải thiện tiên lượng bệnh.

PHỤ LỤC:

Tiêu chuẩn KDIGO chẩn đoán AKI:

| Giai đoạn | Creatinin huyết thanh | Thể tích nước tiểu |
|-----------|---|--|
| 1 | Tăng hơn 1,5 – 1,9 lần so với creatinine cơ bản/1 tuần hoặc tăng thêm hơn 0,3mg/dL ($\geq 26,5\mu\text{mol/L}$)/48giờ | < 0,5ml/Kg/giờ trong 6 -12 giờ |
| 2 | Tăng gấp 2-2,9 lần so với cơ bản | < 0,5ml/kg/giờ trong ≥ 12 giờ |
| 3 | Tăng gấp 3 lần so với cơ bản hoặc Créatinine huyết thanh tăng $\geq 4\text{mg/dl}$ ($\geq 353,6\mu\text{mol/L}$) Hoặc bệnh nhân cần chạy thận nhân tạo Hoặc ở bn < 18 tuổi, giảm eGFR < 15ml/ph/1,73 m ² | < 0,3ml/kg/giờ trong ≥ 24 giờ Hoặc vô niệu ≥ 12 giờ |

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lý Văn Chiêu (2012)** *Khảo sát sự suy giảm chức năng thận trên bệnh nhân suy tim*, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
- Acute Kidney Injury Work Group (2012)** "Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) - Clinical Practice Guideline for Acute Kidney Injury.". *Kidney Int, Suppl* 2, 1-138
- Cristina L, Silveira FS, Silveira MS, (2012)** "Acute kidney injury in hospitalized patients with decompensated heart failure". *J Bras Nefrol*, 34 (2), 122-9.
- Drazner MH, Rame JE, Stevenson LW, Dries DL (2001)** " Prognostic importance of elevated jugular venous pressure and a third heart sound in patients with heart failure". *N Engl J Med*, Aug 23 (345(8)), 574-81.
- Forman DE, Butler J, (2004)** "Incidence, Predictors at Admission, and Impact of Worsening Renal Function Among Patients Hospitalized With Heart Failure". *J Am Coll Cardiol*, 2004 Jan 7 (43(1)), 61-7.
- Haase M, Muller C (2013)** "Pathogenesis of cardiorenal syndrome type 1 in acute decompensated heart failure: workgroup statements from the eleventh consensus conference of the Acute Dialysis Quality Initiative (ADQI". *Contrib Nephrol*, 182, 99–116.
- Hata N, Yokoyama S, Shinada T, et al (2010)** " Acute kidney injury and outcomes in acute decompensated heart failure: evaluation of the RIFLE criteria in an acutely ill heart failure population". *Eur J Heart Fail*, 12, 32–37.
- Heart Failure Society of America, Lindenfeld J, Albert NM, Boehmer JP, Collins SP, Ezekowitz JA (2010)** "Executive Summary HFSA 2010 Comprehensive Heart Failure Practice Guideline". *Journal of Cardiac Failure*, 16 (No. 6 2010)
- Ronco C, McCullough P (2010)** "Cardio-renal syndromes: report from the consensus conference of the Acute Dialysis Quality Initiative". *European Heart Journal*, 31, 703–711 .
- Shirakabe A, Hata N, Kobayashi N (2013)** "Prognostic impact of acute kidney injury in patients with acute decompensated heart failure". *Circ J*, 77 (3), 687-96.
- Singh P, Rifkin DE, Blantz RC (2010)** " Chronic kidney disease: an inherent risk factor for acute kidney injury?". *Clin J Am Soc Nephrol*, 5 (9), 1690-5.
- Vandenbergh W, Gevaert S, (2016)** "Acute Kidney Injury in Cardiorenal Syndrome Type 1 Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis". *Cardiorenal Med*, 6 (2), 116-28.
- Verdiani V, Lastrucci V, Nozzoli C (2011)** "Worsening renal function in patients hospitalized with acute heart failure: risk factors and prognostic significances". *Int J Nephrol.*, 2011 785974

**GIÁ TRỊ CRP TRONG SỐT XUẤT HUYẾT Ở TRẺ EM
TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG 1 NĂM 2016 – 2017**

BS. Nguyễn Thị Thái Phiên

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Vài nghiên cứu ghi nhận C-Reactive protein (CRP) có giá trị tiên lượng ban đầu giữa sốt xuất huyết dengue (SXHD) và SXHD nặng ở bệnh nhân người lớn, riêng trẻ em ít có nghiên cứu về vấn đề này.

Mục tiêu: Xác định giá trị và sự phân bố nồng độ CRP theo một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mối liên quan giữa CRP với rối loạn chức năng cơ quan trong SXHD ở trẻ em.

Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang mô tả

Kết quả: 270 bệnh nhân nhập Bệnh viện Nhi Đồng 1 thỏa tiêu chí nghiên cứu từ 5/2016 - 4/2017 có 29,6% bệnh nhân SXHD, 26,7% bệnh nhân SXHD có dấu hiệu cảnh báo, 43,7% bệnh nhân SXHD nặng (WHO 2009). 123 bệnh nhân được xét nghiệm CRP vào ngày 4 và 147 bệnh nhân xét nghiệm ngày 5. Trung vị nồng độ CRP theo độ nặng của bệnh SXHD/SXHD cảnh báo/SXHD nặng lần lượt là 2,4; 6,7; 7,3 mg/l. Nồng độ CRP ngày 4 (7,4 mg/l) cao hơn ngày 5 (3,6 mg/l). Có sự khác biệt về nồng độ CRP trong nhóm rối loạn chức năng tuần hoàn (6,6 mg/l) so với không rối loạn chức năng tuần hoàn (4,2 mg/l); suy gan (10,5 mg/l) và không suy gan là (6,0 mg/l). Giá trị ngưỡng của CRP vào ngày 4 phân biệt giữa SXHD với SXHD cảnh báo và SXHD nặng là 5,8 mg/l với độ nhạy 82,9% và độ chuyên là 80% (AUC là 0,89).

Kết luận: Nồng độ CRP không cao trong sốt xuất huyết nhưng có sự khác biệt giữa SXHD nặng và không nặng.

Từ khóa: CRP, sốt xuất huyết dengue, trẻ em.

Abstract

**C-REACTIVE PROTEIN IN DENGUE HEMORRHAGIC FEVER IN
CHILDREN'S HOSPITAL No1 FROM 2016 TO 2017**

Background: Some studies of CRP in adult showed that it has differential value between dengue hemorrhagic fever (DHF) and severe DHF. However, these researches is still rare in children.

Objectives: To determine the value and distribution of CRP level according the severity of HDF in children.

Method: cross sectional description

Results: there were 270 patients with DHF according WHO criteria 2009, admitted to Children's Hospital No1, from 5/2016 to 4/2017. 29.6% patients was DHF, 26.7% patients was DHF with warning signs, 43.7% patients was severe DHF. 123 patients measured CRP level on day 4 and 147 patients on day 5. CRP level for DHF was 2.4 mg/L, CRP for DHF with warning signs was 6.7 mg/L and CRP for severe DHF was 7.3 mg/L. CRP level on day 4 were higher than CRP level on day 5.

There was the significant difference in CRP level in the group of circulatory dysfunction and liver dysfunction comparison to the remainder. The CRP cutoff level on day 4 distinguishes between DHF and severe DHF as 5,8 mg/l (area under the receiver operating characteristic curve (AUC) 0.89) with 82.9% sensitivity and 80% specificity.

Conclusion: CRP concentration was not high in children with dengue hemorrhagic fever, but it still helps to distinguish between DHF and severe DHF.

Keywords: CRP, hemorrhagic dengue fever, children.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dù đã xuất hiện hơn 50 năm qua nhưng đến nay sốt xuất huyết Dengue (SXHD) vẫn còn là vấn đề y tế quan trọng và là gánh nặng cho nền y tế ở các quốc gia vùng nhiệt đới và cận nhiệt đới. Bệnh chưa có thuốc điều trị đặc hiệu, thuốc phòng ngừa chưa được sử dụng rộng rãi. Do đó, việc chẩn đoán và dự đoán sớm mức độ nặng là hết sức cần thiết cho bác sĩ trong sàng lọc, theo dõi bệnh nhất là ở những nơi nguồn lực y tế còn hạn chế. Những năm gần đây, dựa theo giả thuyết về miễn dịch trong sinh lý bệnh của SXHD, một số nghiên cứu về các cytokin liên quan đến độ nặng của sốt xuất huyết như interleukin (IL), Tumor necrosis factor alpha (TNF α)... đã được thực hiện. Người ta nhận thấy có sự gia tăng của TNF- α , IL-1 và IL-6... là các cytokin thể hiện tình trạng đáp ứng viêm cấp của cơ thể^{[1], [14], [20]}. Tuy nhiên, thời gian bán hủy của các cytokin này rất ngắn, do đó khó sử dụng để đánh giá bệnh cũng như việc thực hiện xét nghiệm về các chất này chưa được phổ biến. Trong khi đó các cytokin này là các chất góp phần tạo ra C Reactive Protein (CRP)^{[2], [9]}.

Trên lâm sàng, CRP thường được sử dụng để chẩn đoán và theo dõi đáp ứng điều trị bệnh nhiễm trùng^[13]. Ngoài ra, CRP còn được xem là một chỉ dấu sinh học trong tiên lượng một số bệnh lý nhiễm trùng huyết, sốt rét, viêm tụy cấp, suy thận mạn... Riêng về vai trò của CRP trong bệnh SXHD, gần đây, Chien-Chih Chên và cộng sự đã tiến hành nghiên cứu trên 191 bệnh nhân người lớn SXHD (2006-2014) tại Đài Loan và nhận thấy, nguy cơ SXHD/sốc SXHD và SXHD nặng có liên quan đến sự gia tăng nồng độ CRP. Với nồng độ CRP ở ngưỡng 24,2 mg/l cho độ nhạy 70% và độ đặc hiệu 71,3% trong việc dự đoán SXHD nặng ở bệnh nhân người lớn, nhất là trong 3 ngày đầu của bệnh^[5].

Tại Việt Nam, hiện có rất ít nghiên cứu về giá trị của CRP trong sốt xuất huyết cũng như vai trò của CRP trong dự đoán sốt xuất huyết nặng đặc biệt là trẻ em, đối tượng dễ mắc SXHD. Từ những lý do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài *Giá trị CRP trong sốt xuất huyết Dengue ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng 1* để xem nồng độ CRP thay đổi như thế nào giữa SXHD và SXHD nặng và liệu có mối tương quan nào giữa sự gia tăng nồng độ CRP và mức độ nặng của sốt xuất huyết ở trẻ em.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Đối tượng nghiên cứu

Dân số chọn mẫu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán sốt xuất huyết Dengue được điều trị tại khoa Sốt Xuất Huyết, khoa Cấp Cứu Bệnh viện Nhi Đồng 1 từ tháng 5/2016 đến tháng 4/2017.

Cỡ mẫu

Công thức:

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

Với:

n: Cỡ mẫu; α : xác suất sai lầm loại I; $\alpha = 0,05$

p: giá trị dự đoán SXHD nặng của nồng độ CRP. Chọn $p = 0,5$.

Z: phân vị tại $1 - \alpha/2$ của phân phối chuẩn, $\alpha = 0,05$, $Z_{1 - \alpha/2} = 1,96$.

d: sai số cho phép chọn $d = 0,06$

Thay vào công thức ta được:

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot 0,5(1 - 0,5)}{(0,06)^2} = 266 \text{ trường hợp,}$$

Lấy tròn là 270 trường hợp.

Kỹ thuật chọn mẫu

Chọn mẫu thuận tiện, không xác suất.

Tiêu chí chọn bệnh

Bệnh nhân thỏa tất cả các tiêu chuẩn sau:

- Tuổi ≤ 15 tuổi
- Được chẩn đoán SXHD và phân loại theo TCYTTG 2009
- Có xét nghiệm NS1Ag dương tính hoặc Elisa Dengue IgM dương tính.

Tiêu chí loại trừ

Tất cả bệnh nhân được chọn sẽ loại ra khỏi nghiên cứu nếu có một trong các tiêu chí sau:

- SXHD có dùng kháng sinh trong quá trình điều trị hay
- Có bệnh viêm nhiễm hay nhiễm trùng kèm theo khác.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

KẾT QUẢ

Đặc điểm dịch tễ học

Bảng 1 Dịch tễ học

| Yếu tố | Đặc điểm |
|------------|---|
| Tuổi | Tuổi trung bình $8,1 \pm 4,2$, ≥ 5 tuổi 77,4% |
| Giới tính | Nam/nữ : 1,4/1 |
| Nơi cư trú | Thành phố Hồ Chí Minh 58% |
| Dinh dưỡng | Bình thường 91,5%, thừa cân béo phì 8,5% |

Phân bố theo phân độ nặng của TCYTTG 2009

Bảng 2 Phân độ nặng theo TCYTTG 2009 ($n = 270$)

| Phân độ | Tần suất (n) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------|--------------|-----------|
| SXHD | 80 | 29,6 |
| SXHD có dấu hiệu cảnh báo | 72 | 26,7 |
| SXHD nặng | 118 | 43,7 |
| - SXHD nặng có sốt | 114 | 96,6 |
| - SXHD nặng không sốt | 4 | 3,4 |

Nồng độ CRP trong SXHD

Trung vị (25%-75%): 5,54 (2,37-9,5) mg/l; Trung bình (\pm SD): 8,1 \pm 9,4 mg/l. Giá trị nhỏ nhất là 0,19 mg/l, lớn nhất là 65,9 mg/l, tỷ lệ bệnh nhân có CRP \geq 10 mg/l là 23%, < 10 mg/l là 77%.

Phân phối nồng độ CRP theo phân độ nặng SXHD

Bảng 0 Phân phối nồng độ CRP theo phân độ nặng SXHD

| Phân độ nặng | CRP trung vị mg/l |
|----------------------|-------------------|
| SXH Dengue (n= 80) | 2,4 (1,4 – 4,2) |
| SXHD cảnh báo (n=72) | 6,7 (3,5 – 12,6) |
| SXHD nặng (n= 118) | 7,3 (3,6 – 13,7) |

Nồng độ CRP cao hơn ở nhóm SXHD nặng, có sự khác biệt giữa nhóm SXHD nặng, nhóm SXHD có dấu hiệu cảnh báo so với nhóm SXHD ($p < 0,001$), không có sự khác biệt về CRP giữa nhóm SXHD có dấu hiệu cảnh báo ($p = 0,58$)

Phân phối nồng độ CRP theo ngày bệnh

Bảng 4 Phân phối nồng độ CRP theo ngày bệnh

| Ngày | SXHD chung | SXHD | SXHD cảnh báo | SXHD nặng |
|----------------|------------------|-----------------|-------------------|-------------------|
| Ngày 4 (n=123) | 7,4 (3,7 – 14,8) | 3,2 (2 – 4,4) | 10,5 (7,3 – 17,8) | 11,8 (5,6 – 21,9) |
| Ngày 5 (n=147) | 3,6 (1,9 – 7) | 2,1 (1,4 – 3,2) | 3,4 (1,7 – 6,5) | 5,5 (2,7 – 8,3) |
| p | 0,001 | 0,04 | 0,001 | 0,001 |

Phân phối nồng độ CRP theo nhóm tuổi, dinh dưỡng

Bảng 5 Phân phối nồng độ CRP theo nhóm tuổi, dinh dưỡng

| Nhóm tuổi (năm) | CRP trung vị (mg/l) | p |
|------------------------------|---------------------|-------------------|
| < 5 (n= 61) | 3,2 (1,0 – 7,3) | < 0,001 |
| \geq 5 (n= 209) | 6,0 (2,8 – 9,8) | |
| Tình trạng dinh dưỡng | | |
| Bình thường (n=247) | 4,9 (2,3 – 8,5) | < 0,001 |
| Thừa cân béo phì (n=23) | 9,3 (4,2 – 31) | |

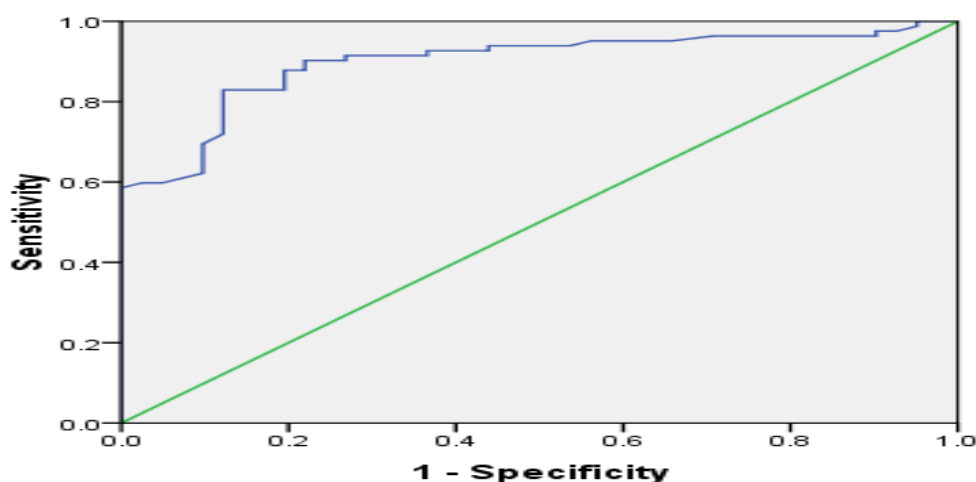
Phân phối nồng độ CRP theo biến chứng suy cơ quan

Bảng 7 Phân phối nồng độ CRP theo biến chứng suy cơ quan

| Suy cơ quan | CRP trung vị (mg/l) | P |
|-------------------------------|---------------------|--------------|
| Suy tuần hoàn (n=114) | 6,6 (3,4- 12,3) | 0,002 |
| Không suy tuần hoàn (n=156) | 4,2 (2,0 – 8,1) | |
| Suy gan (n=21) | 10,5 (4,2 – 16,8) | 0,040 |
| Không suy gan (n=145) | 6,0 (2,5 – 10,0) | |
| Suy hô hấp (n= 76) | 5,9 (3,2-10,7) | 0,128 |
| Không suy hô hấp (n= 194) | 4,8 (2,1- 9,2) | |
| Xuất huyết nặng (n=19) | 4,4 (1,1 – 18) | 0,620 |
| Không xuất huyết nặng (n=251) | 5,6 (2,4 – 9,3) | |
| Suy cơ quan (n=123) | | 0,775 |
| + 01 cơ quan (n= 50) | 7,6 (3,7 - 10,8) | |
| + 02 cơ quan (n= 58) | 6,7 (2,8 - 14,1) | |
| + 03 cơ quan (n= 15) | 6,7 (4,2 – 9,8) | |

Giá trị ngưỡng CRP trong tiên lượng SXHD

Chúng tôi sử dụng đường cong ROC (Receiver Operator Charaterisis) để xác định ý nghĩa và giá trị ngưỡng của CRP trong việc dự đoán khả năng mắc SXHD từ có dấu hiệu cảnh báo đến SXHD nặng.



Giá trị ngưỡng của CRP vào ngày 4 của bệnh là 5,8 mg/l cho phép dự đoán bệnh nhân có thể mắc SXHD cảnh báo/SXHD nặng với độ nhạy 82,9%, độ đặc hiệu 80% (AUC = 0,89).

BÀN LUẬN

Nồng độ CRP

Nồng độ CRP phân phối không chuẩn với trung vị là 5,54 (2,37 - 9,5) mg/l. Tỷ lệ bệnh nhân SXHD có CRP < 10 mg/l là 77%. Chúng tôi cũng nhận thấy các nghiên cứu khác cho kết quả giá trị CRP không cao như của Tzong - Shian Ho tại Đài Loan với CRP 6 ± 11 mg/l^[10], của Yoshimura với CRP là 6,7 mg/l, Kutsuna cũng ghi nhận CRP trong SXHD là 5,1 mg/l^[15].

Levy và cộng sự ghi nhận giá trị CRP là 3,5-6,5 mg/l^[16]. Một số nghiên cứu khác ghi nhận nồng độ CRP cao hơn như của Anyelo Duran tại Venezuela (12,1± 6,8 mg/l), của Feitosa tại Brazil (14,5 ± 5,4 mg/l)^[8], của Chien - Chih Chen tại Đài Loan là 19,3 mg/l^[5] nhưng nói chung giá trị vẫn ở ngưỡng thấp.

Các nghiên cứu này được thực hiện ở người lớn vào giai đoạn cấp của bệnh. SXHD là bệnh nhiễm virus và kết quả y văn thế giới về nồng độ CRP trong nhiễm siêu vi với CRP < 10 - 20 mg/l^[3]. Nồng độ CRP trong bệnh SXHD không cao và có sự dao động khác nhau giữa các nghiên cứu, điều này có thể do có sự không đồng nhất về lứa tuổi mắc bệnh sốt xuất huyết, về thời điểm tiến hành lấy mẫu nghiên cứu ở giai đoạn sớm hoặc giai đoạn muộn của bệnh... Tuy nhiên, các nghiên cứu đều ghi nhận nồng độ CRP trong SXHD phần lớn không quá 20 mg/l.

Mối tương quan giữa nồng độ CRP theo phân độ nặng SXHD.

Có sự khác nhau về giá trị CRP giữa 3 nhóm SXHD, SXHD có dấu hiệu cảnh báo và nhóm SXHD nặng, cụ thể nhóm SXHD là 2,4 (1,4-4,2) mg/l, SXHD có dấu hiệu cảnh báo là 6,7 (3,5-12,6) mg/l và SXHD nặng 7,3 (3,6 - 13,7) mg/l. Có thể thấy nồng độ CRP huyết thanh gia tăng theo mức độ nặng của bệnh, có sự khác biệt giữa nhóm SXHD nặng và nhóm SXHD có dấu hiệu cảnh báo so với nhóm SXHD (p < 0,05). Kết quả một số nghiên cứu khác trên thế giới thể hiện như bảng sau:

Bảng 8 Giá trị CRP ở bệnh nhân SXHD trong một số nghiên cứu

| Quốc gia | Số bệnh nhân | Nồng độ CRP (mg/l) | |
|---------------------------|--------------|------------------------|-------------------------|
| | | Sốt Dengue/SXHD | SXHD nặng |
| Malaysia ^[4] | 443 | 4 (3 - 4,2) | 6 (2 - 29,5) |
| Colombia ^[20] | 245 | 4,2 (1,2 - 10,3) | 12,2 (10,6 - 15,9) |
| Đài loan ^[5] | 191 | 9,8 (0,5 - 215,5) | 30,7 (1,2 - 205,5) |
| Canada ^[6] | 126 | 18,7 (9,2 - 41,3) | 21 (6,4 - 41,4) |
| Venezuela ^[16] | 70 | 10,5 ± 8,3 | 11,7 ± 1,9 |
| Chúng tôi | 270 | 5,5 (2,3 - 9,5) | 7,3 (3,6 - 13,7) |

Từ kết quả trên, tathấy nồng độ CRP trong SXHD mặc dù tăng không cao nhưng cũng có sự khác biệt giữa nhóm bệnh nặng và không nặng. Điều này cho thấy sự phù hợp của giá trị CRP, một yếu tố phản ánh quá trình viêm của cơ thể góp phần trong giả thuyết về cơ chế bệnh sinh miễn dịch của bệnh SXHD.

Mối tương quan giữa nồng độ CRP theo ngày bệnh.

Có sự khác biệt về giá trị CRP giữa ngày 4 và ngày 5 của bệnh SXHD nói chung cũng như của tất cả các phân độ nặng của bệnh. Giá trị CRP trong SXHD chung ở ngày 4 (CRP = 7,4 mg/l) cao hơn so với ngày 5 (CRP = 3,6 mg/l). Khi xét riêng theo độ nặng, ở nhóm SXHD nồng độ CRP vào ngày 4 là 3,2 mg/l, ngày 5 là 2,1 mg/l; ở nhóm SXHD cảnh báo CRP ngày 4 là 10,5 mg/l, ngày 5 là 3,4 mg/l; nhóm SXHD nặng CRP ngày 4 là 11,8 mg/l, ngày 5 là 5,5 mg/l (p < 0,05).

Eppy và cộng sự năm 2014-2015 tại Indonesia, ghi nhận nồng độ CRP vào ngày 3 cao hơn ngày 5 của bệnh và đã khẳng định sinh lý bệnh của cơn bão cytokin trong bệnh sốt xuất huyết ở bệnh nhân người lớn. Tác giả cho rằng các phản ứng của cơn bão cytokin xảy ra trong giai đoạn sốt của bệnh (từ ngày 1 đến ngày 3) và nó được giải quyết trong giai đoạn nguy hiểm (ngày 4-6) với biểu hiện của sự thất thoát huyết tương trong giai đoạn này ^[7].

Tương tự, nghiên cứu trên SXHD người lớn của Chien - Chih Chen và cộng sự cũng ghi nhận giá trị CRP được thu thập vào ngày 3 của bệnh cao hơn so với ngày 5 ^[5]. Các kết quả nghiên cứu đều có ý nghĩa thống kê, thể hiện qua bảng sau:

| Tác giả | CRP/SXHD có thất thoát huyết tương | | CRP/SXHD không thất thoát huyết tương | |
|------------------|------------------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------------|
| | Ngày 3 | Ngày 5 | Ngày 3 | Ngày 5 |
| Eppy | 10 (4,3-36,5) | 5 (2-20,1) | 6,8 (3-21,6) | 2,9 (0,1-9,9) |
| Chien-Chih Chen | 36,2 (3,3-205,5) | 29 (6,9-144) | 14,4 (0,6-69) | 8 (0,5-215,5) |
| Chúng tôi | | 5,5 (2,7-8,3) | | 2,1 (1,4-3,2) |

Từ đó, ta thấy nồng độ CRP theo ngày bệnh trong SXHD cũng phù hợp với động học của nó trong quá trình viêm như đã được mô tả trong y văn: “Nồng độ CRP trong huyết thanh nhanh chóng tăng lên trên 5 mg/L trong vòng 6 giờ và đạt đỉnh sau khoảng 48 giờ, CRP vẫn duy trì sự tăng trong vòng 24-48 giờ sau khởi phát nhiễm trùng. Thời gian bán hủy của CRP trong huyết thanh khoảng 19 giờ, giảm 50% nồng độ mỗi ngày sau khi kích thích viêm cấp tính đã được giải quyết, trở về bình thường vào ngày thứ 5-7 sau đợt viêm, bất chấp nó vẫn đang tiếp diễn, trừ phi có một đợt viêm mới ^[11].”

Mối tương quan giữa nồng độ CRP với tuổi

Nồng độ CRP gia tăng theo tuổi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm trẻ < 5 tuổi CRP 3,2 (1,0 – 7,3) và trẻ ≥ 5 tuổi CRP 6,0 (2,8 – 9,8). Kết quả này tương tự của Winston L. Hutchinson trên người bình thường nồng độ CRP tăng dần theo lứa tuổi, khoảng 1 mg/l ở những người trẻ (25-30), khoảng 2 mg/l ở những người già (70-74) ^[12].

Mối tương quan giữa nồng độ CRP với tình trạng dinh dưỡng

Nồng độ CRP huyết thanh cũng bị ảnh hưởng bởi tình trạng thừa cân béo phì ở trẻ. Nghiên cứu ghi nhận trẻ thừa cân béo phì có nồng độ CRP huyết thanh cao hơn trẻ bình thường 9,3 (4,2 - 31) mg/l so với 4,9 (2,3 - 8,5) mg/l (p < 0,001).

Mối tương quan giữa nồng độ CRP với suy cơ quan

Khi khảo sát sự gia tăng nồng độ CRP theo mức độ tổn thương các cơ quan ở bệnh nhân SXHD như tuần hoàn, hô hấp, gan, đông máu chúng tôi nhận thấy nồng độ CRP tăng cao hơn khi bệnh nặng hơn.

Nhưng sự khác biệt chỉ có ý nghĩa thống kê ở nhóm có suy tuần hoàn, suy gan. Cụ thể, bệnh nhân suy tuần hoàn có CRP là 6,6 (3,49 - 12,39) mg/l trong khi bệnh nhân không suy tuần hoàn CRP là 4,2 (2 – 8,1) mg/l.

Bệnh nhân suy gan CRP là 10,5 (4,2 - 16,8) mg/l và không suy gan CRP có giá trị thấp hơn 6,2 (2,6 - 10,4). Về suy tuần hoàn, việc tăng sản xuất CRP chịu tác động của một số cytokin được tạo ra trong quá trình viêm như IL-1, IL-6, TNF- α . Trong khi đó, các cytokin này được xem là có vai trò trong quá trình tăng tính thấm mạch máu gây thất thoát huyết tương đưa đến hậu quả suy tuần hoàn là một cơ chế chính của bệnh SXHD^[7]. Về giá trị CRP trong suy gan, với định nghĩa suy gan trong SXHD là men gan từ 1.000 UI/l trở lên, trong nghiên cứu này những bệnh nhân suy gan đều nằm trong nhóm SXHD nặng có sốt, giá trị CRP trong nhóm suy gan cao hơn nhóm không suy gan. Chúng ta biết rằng gan là nơi sản xuất CRP và câu hỏi đặt ra là tại sao suy gan nhưng CRP lại được sản xuất nhiều hơn nhóm không suy gan. Để tìm câu trả lời cho vấn đề này chúng tôi thấy rằng trước hết phải có một nghiên cứu về mức độ tổn thương tế bào gan ảnh hưởng đến việc sản xuất CRP. Hơn nữa, nhóm bệnh nhân suy gan đều nằm trong bệnh cảnh sốt xuất huyết điều này có thể giải thích lý do tăng CRP theo cơ chế bệnh sinh như đã nói ở trên. Thêm vào đó, gần đây các nhà khoa học nhận thấy các mô khác của cơ thể như tế bào cơ trơn mạch máu, tế bào nội mạc động mạch chủ, tế bào mỡ thận, đại thực bào phế nang, tổn thương xơ vữa cũng tham gia tổng hợp CRP^[17]. Đặc biệt, tế bào nội mạc mạch máu cũng là một trong những giả thuyết đã được đặt ra để giải thích một phần trong cơ chế bệnh sinh của SXHD, các nhà khoa học cho rằng kháng thể NS1 phản ứng chéo với tế bào nội mạc và gây tổn thương thông qua hoạt hóa quá trình viêm của tế bào nội mạc^{[18], [19]}. Như vậy, có hay không sự gia tăng CRP do tình trạng viêm quá mức của các tế bào nội mạc này, giả thuyết vẫn cần tiếp tục làm sáng tỏ.

Giá trị ngưỡng của CRP trong tiên lượng khả năng mắc SXHD nặng

Chúng tôi sử dụng đường cong ROC để xác định ý nghĩa và giá trị ngưỡng của CRP trong việc dự đoán khả năng mắc SXHD từ mức độ cảnh báo đến mức độ nặng ở trẻ. Khi phân tích giá trị CRP ở ngày 4 của bệnh chúng tôi ghi nhận với giá trị ngưỡng của CRP là 5,8 mg/l thì bệnh nhân có khả năng mắc SXHD ở mức độ cảnh báo trở lên có độ nhạy, độ đặc hiệu lần lượt là 83% và 80%. Với diện tích dưới đường cong là 0,898 cho thấy việc sử dụng nồng độ CRP để dự đoán tiên lượng bệnh ở mức độ khá. Kết quả nghiên cứu của Chien-Chih Chen và cộng sự ở bệnh nhân SXHD người lớn cho thấy giá trị ngưỡng của CRP là 24,2mg/l cho độ nhạy 70%, độ đặc hiệu 71,3% để tiên lượng SXHD nặng với diện tích dưới đường cong là 0,7^[5].

Giá trị ngưỡng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Chien-Chih Chen và cộng sự, có thể có sự khác nhau về tuổi vì CRP gia tăng theo tuổi. Hơn nữa, ở người lớn còn kèm theo một số bệnh lý mãn tính tiềm ẩn có thể làm gia tăng nồng độ CRP. Bên cạnh đó, ngày lấy mẫu xét nghiệm cũng làm thay đổi giá trị CRP vì phần lớn mẫu xét nghiệm của Chien-Chih Chen và cộng sự được lấy trong 3 ngày đầu của bệnh.

KẾT LUẬN

Nhiên cứu này cho thấy trong SXHD ở trẻ em nồng độ CRP không cao nhưng cũng có sự khác biệt giữa SXHD nặng và không nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Hùng (2003), "Vai trò của cytokine trong sốt xuất huyết Dengue ở trẻ nhũ nhi", *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 7 (1), tr. 145-150.
2. Phạm Hoàng Phiệt (2006), "Cytokin", *Miễn dịch - sinh lý bệnh*, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. tr 82-93
3. Ansar W., Ghosh S. (2013), "C-reactive protein and the biology of disease", *Immunol Res*, 56 (1), pp. 131-42.
4. Bethell D. B., Flobbe K., Cao X. T., et al. (1998), "Pathophysiologic and prognostic role of cytokines in dengue hemorrhagic fever", *J Infect Dis*, 177 (3), pp. 778-82.
5. Chen C. C., Lee I. K., Liu J. W., et al. (2015), "Utility of C-Reactive Protein Levels for Early Prediction of Dengue Severity in Adults", *Biomed Res Int*, 2015, pp. 936-962.
6. Conroy A. L., Gelvez M., Hawkes M., et al. (2015), "Host biomarkers are associated with progression to dengue haemorrhagic fever: a nested case-control study", *Int J Infect Dis*, 40, pp. 45-53.
7. Eppy, Suhendro, Nainggolan L., et al. (2016), "The Differences Between Interleukin-6 and C-reactive Protein Levels Among Adult Patients of Dengue Infection with and without Plasma Leakage", *Acta Med Indones*, 48 (1), pp. 3-9.
8. Feitosa R. N., Vallinoto A. C., Vasconcelos P. F., et al. (2016), "Gene Polymorphisms and Serum Levels of Pro- and Anti-Inflammatory Markers in Dengue Viral Infections", *Viral Immunol*.
9. Gewurz H. (1982), "Biology of C-reactive protein and the acute phase response", *Hosp Pract (Hosp Ed)*, 17 (6), pp. 67-81.
10. Ho T. S., Wang S. M., Lin Y. S., et al. (2013), "Clinical and laboratory predictive markers for acute dengue infection", *J Biomed Sci*, 20, pp. 75.
11. Hoffmann J. A., Kafatos F. C., Janeway C. A., et al. (1999), "Phylogenetic perspectives in innate immunity", *Science*, 284 (5418), pp. 1313-8.
12. Hutchinson W. L., Koenig W., Fröhlich M., et al. (2000), "Immunoradiometric Assay of Circulating C-Reactive Protein: Age-related Values in the Adult General Population", *Clinical Chemistry*, 46 (7), pp. 934.
13. Jaye D. L., Waites K. B. (1997), "Clinical applications of C-reactive protein in pediatrics", *Pediatr Infect Dis J*, 16 (8), pp. 735-46; quiz 746-7.
14. Juffrie M., Meer G. M., Hack C. E., et al. (2001), "Inflammatory mediators in dengue virus infection in children: interleukin-6 and its relation to C-reactive protein and secretory phospholipase A2", *Am J Trop Med Hyg*, 65 (1), pp. 70-5.
15. Kutsuna S., Hayakawa K., Kato Y., et al. (2014), "The usefulness of serum C-reactive protein and total bilirubin levels for distinguishing between dengue fever and malaria in returned travelers", *Am J Trop Med Hyg*, 90 (3), pp. 444-8.
16. Levy A., Valero N., Espina L. M., et al. (2010), "Increment of interleukin 6, tumour necrosis factor alpha, nitric oxide, C-reactive protein and apoptosis in dengue", *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 104 (1), pp. 16-23.
17. Salazar J., Mart, et al. (2014), "C-Reactive Protein: An In-Depth Look into Structure, Function, and Regulation", *International Scholarly Research Notices*, 2014, pp. 11.
18. Sreaton G., Mongkolsapaya J., Yacoub S., et al. (2015), "New insights into the immunopathology and control of dengue virus infection", *Nat Rev Immunol*, 15 (12)

19. Simmons C. P., McPherson K., Van Vinh Chau N., et al. (2015), "Recent advances in dengue pathogenesis and clinical management", *Vaccine*, 33 (50), pp. 7061-7068.
20. Villar-Centeno L. A., Lozano-Parra A., Salgado-Garcia D., et al. (2013), "Biochemical alterations as prediction markers for the severity of illness in dengue fever patients", *Biomedica*, 33 Suppl 1, pp. 63-9.
21. Yoshimura Y., Sakamoto Y., Amano Y., et al. (2015), "Four Cases of Autochthonous Dengue Infection in Japan and 46 Imported Cases: Characteristics of Japanese Dengue", *Intern Med*, 54 (23), pp. 3005-8.

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LỌC MÁU ĐỊNH KỲ
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG**

*Nguyễn Thị Bích Thủy, Mousa,
Đoàn Thị Trúc Đào, Đỗ Thị Diễm Ngọc.*

TÓM TẮT

Mục tiêu: nghiên cứu hiệu quả lọc máu khi tái sử dụng quả lọc 06 lần cho bệnh nhân lọc máu định kỳ tại bệnh viện. Xác định tỷ lệ biến chứng xảy ra trong quá trình lọc máu.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc

Kết quả: mẫu nghiên cứu có 33 bệnh nhân. Trong đó, nam 63,6%, nữ 36,4%; tuổi trung bình 49 tuổi, thấp nhất 22 tuổi, cao nhất 71 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân đến chạy thận nhiều nhất ở Châu Đốc (30,3%) và An Phú (30, 3%), Tân Châu (24,2%). Nguyên nhân thường gặp nhất là viêm cầu thận mạn 30,3%, tăng huyết áp 27,27%, tiểu đường 21,21%. Tỷ lệ hạ urê máu trung bình (URR) và chỉ số Kt/V vẫn nằm trong giới hạn cho phép NKF-DOQI ($Kt/V \geq 1,2$ và $URR \geq 64\%$). Sau khi tái sử dụng quả lọc lần lọc thứ 1 và thứ 6, chỉ số Kt/V của chúng tôi lần lượt là $1,52 \pm 0,32$ và $1,28 \pm 0,41$. Chỉ số URR ở lần lọc thứ 1 đạt $74,85 \pm 13,3\%$ và lần 6 đạt $64,66 \pm 17,1\%$. Khả năng loại bỏ Kali và điều chỉnh Natri máu khá tốt. Biến chứng thường xảy ra trong lúc lọc máu là đau ngực và đau lưng, đau đầu, tụt huyết áp và ngứa.

Kết luận: Qua nghiên cứu 33 bệnh nhân lọc máu chu kỳ sử dụng quả lọc Dora low-flux B-16P sau 6 lần tái sử dụng chúng tôi nhận thấy vẫn đảm bảo tốt được vấn đề quân bình điện giải và thăng bằng kiềm toan bên cạnh đảm bảo hiệu quả lọc máu cho bệnh nhân để duy trì sự sống. Tỷ lệ tụt huyết áp xảy ra trong lọc máu 6,06%.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn là hội chứng lâm sàng và sinh hóa tiến triển mạn tính, hậu quả làm giảm sút từ từ chức năng thận dẫn tới nồng độ ure và creatinin máu tăng cao. Khi mức lọc cầu thận giảm dưới 60 ml/phút là bắt đầu có suy thận và khi giảm dưới 15 ml/phút dẫn đến suy thận mạn giai đoạn cuối [1].

Trên thế giới, bệnh nhân suy thận mạn ngày càng gia tăng. Fish B.T và cộng sự (2000) thống kê ở Mỹ, tỷ lệ suy thận mạn đã tăng gần 8% trong 1 năm [4]. Ở Nhật Bản, số ca suy thận mạn 258.000 vào năm 2005 [4]. Việt Nam có rất ít nghiên cứu về số lượng bệnh nhân suy thận mạn.

Ngày nay, mặc dù y học đã có nhiều thành tựu trong chẩn đoán, kiểm soát, theo dõi và điều trị sớm bệnh thận, song bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối vẫn ngày càng gia tăng, là một trong những nguyên nhân dẫn đến tử vong trên thế giới cũng như ở Việt Nam [1].

Điều trị thay thế thận có 3 phương pháp: thận nhân tạo, lọc màng bụng và ghép thận [1][6]. Hiện nay, lọc máu bằng thận nhân tạo là phương pháp điều trị thay thế thận được thực hành thông dụng và có hiệu quả ở nhiều bệnh viện tuyến trung ương cũng như tuyến tỉnh. Thận nhân tạo không chỉ giúp kéo dài cuộc sống mà còn nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh thận mạn giai đoạn

cuối. Ở Việt Nam, khi số bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối được ghép thận chưa nhiều thì thận nhân tạo là phương pháp để duy trì cuộc sống cho họ [1].

Thận nhân tạo (TNT) sử dụng kết hợp máy thận nhân tạo với quả lọc và dịch lọc. Kỹ thuật lọc máu ngoài thận ngày càng được hoàn thiện nhờ những tiến bộ không ngừng của khoa học kỹ thuật. Nhất là từ đầu những năm 1980 khi có sự hiện diện của quả lọc với chất liệu tổng hợp đã nâng cao hơn nữa hiệu quả lọc máu [9]. Trong lọc máu bằng thận nhân tạo, việc sử dụng quả lọc 1 lần là điều lý tưởng nhất nhưng rất khó thực hiện vì lý do kinh tế chi phí cho phương pháp điều trị này là khá tốn kém. Chính vì vậy, hầu hết các nước trên thế giới tái sử dụng quả lọc trong lọc máu chu kỳ [4].

Thận nhân tạo bệnh Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang là đơn vị mới thành lập. Chất lượng và an toàn trong lọc máu là điều chúng tôi quan tâm nhất. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu:

Mục tiêu nghiên cứu:

- Nghiên cứu hiệu quả lọc máu khi tái sử dụng quả lọc 06 lần cho bệnh nhân lọc máu định kỳ tại bệnh viện.

- Xác định tỷ lệ biến chứng xảy ra trong quá trình lọc máu.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- *Dân số nguồn:*

Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu định kỳ tại Đơn vị Thận nhân tạo, Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang.

- *Tiêu chuẩn chọn bệnh:*

Bệnh nhân > 18 tuổi đang lọc máu định kỳ tại bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang có chỉ số lọc ổn định trong vòng 3 tháng, có lưu lượng cầu nối động – tĩnh mạch > 250ml/phút, không rối loạn đông máu, không có bệnh lý cấp tính kèm theo và lọc máu đủ 3 lần/tuần.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:*

Những bệnh nhân không đáp ứng các tiêu chuẩn chọn bệnh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* nghiên cứu tiến cứu, theo dõi dọc.

Mỗi bệnh nhân sẽ sử dụng một màng lọc Lowflux DORA B-16P, tái sử dụng 6 lần, các lần lọc có cùng chung vận tốc máu 250ml/phút, cùng vận tốc dịch lọc 500ml/phút và cùng thời gian lọc 4 giờ và cùng dịch Bicarbonate.

- *Trang thiết bị sử dụng trong nghiên cứu:*

Máy chạy thận nhân tạo Dialog có hệ thống điều khiển siêu lọc tự động, dịch lọc Bicarbonate của hãng B-Braun, sản xuất theo tiêu chuẩn GMP, hệ thống xử lý nước RO của công ty Nhất An Sinh tạo ra nước tinh khiết RO theo đúng tiêu chuẩn AAMI, màng lọc Polyethersulfone DORA xuất xứ Trung Quốc, với diện tích màng lọc 1,6 m², hệ số siêu lọc (Kuf) 23 ml/h/mmHg, dung tích máu mỗi là 98 ml, hệ số thanh thải urê là 259ml/min, hệ số thanh thải Creatinine 244ml/min (với Qb: 300ml/phút, Qd: 500 ml/phút, Qf: 0, T: 37 độ C).

- *Các kỹ thuật được áp dụng trong nghiên cứu:*

Kỹ thuật lọc máu: Sử dụng phương pháp lọc máu thường qui (Hemodialysis). Đặt Kt/V = 1,2 với thời gian 04 giờ/lần lọc và 03 lần/tuần. Lưu lượng máu (Qb) 250ml/phút, được đặt ra cụ thể cho từng bệnh nhân để đạt được hiệu quả lọc máu đặt ra. Lưu lượng dịch (Qd) 500ml/phút. Dịch lọc Bicarbonate. Thuốc kháng đông heparin liều 120- 150UI /kg, dùng theo phương pháp liên tục.

Kỹ thuật rửa, sử dụng lại quả lọc thận: Rửa với máy RENATRON có cài đặt chế độ sẵn với dung dịch tiết trùng là Renalin. Kỹ thuật lấy máu xét nghiệm: không truyền dịch, máu trong cuộc lọc có xét nghiệm. Lấy mẫu máu trước lọc: lấy 1,5ml máu qua kim chọc đường động mạch ngay trước khi kết nối với máy thận. Lấy mẫu máu sau lọc: theo phương pháp lấy máu dòng chậm (để máy thận nhân tạo ở chế độ Standby UF = 0, giảm vận tốc máu còn 50ml/phút).

Tính các chỉ số đánh giá hiệu quả lọc máu:

Tỷ lệ hạ urê trước và sau lọc máu: URR (%) = $(C_0 - C_t) \times 100 / C_0$.

Trong đó: C_0 là nồng độ ure trong máu trước lọc

C_t là nồng độ ure trong máu sau lọc

Tính chỉ số Kt/V là chỉ số so sánh giữa tổng lượng dịch lọc sạch ure (Kt) và thể tích phân bố ure trong cơ thể (V). Thể tích phân bố của ure tương đương với tổng lượng nước của cơ thể. Về phương diện toán học, chỉ số Kt/V được tính theo công thức: $Kt/V = \ln (C_0/C_1)$

Trong đó:

- K: Chính là clearance của bộ lọc. Chỉ số K được tính theo công thức sau:

$$K = \frac{C_0 - C_1}{C_0} \times Q$$

Q: Là lưu lượng dòng máu.

t : Thời gian của mỗi lần lọc máu bằng thận nhân tạo.

V: Thể tích nước toàn thể của bệnh nhân.

C_0 : Nồng độ urê huyết tương trước lọc máu bằng thận nhân tạo.

C_1 : Nồng độ ure huyết tương sau khi lọc máu bằng thận nhân tạo

Trên thực tế, các tác giả tính toán chỉ số Kt/V theo công thức sau:

$$Kt/V = - \ln(C_1/C_0 - 0,008 \times t) + (4 - 3,5 \times C_1) \times P_1 - P_0$$

Trong đó:

C_0 : Nồng độ urê huyết tương trước lọc máu bằng thận nhân tạo.

C_1 : Nồng độ urê sau lọc máu bằng thận nhân tạo

t: thời gian lọc máu

P_0 : trọng lượng bệnh nhân trước lọc máu

P_1 : trọng lượng bệnh nhân sau lọc máu

Kt/V có thể tính bằng công thức rút gọn sau:

$$Kt/V = - \ln(R - 0,008 \times t) + (4 - 3,5 \times R) \times UF/W$$

Với: R: Urê sau lọc máu/ ure trước lọc máu (mmol/lít)

UF: Tổng lượng siêu lọc (lít)

W: Trọng lượng bệnh nhân sau lọc máu

Tiêu chuẩn sinh hóa Kt/V là 1,2 – 1,4

$$Kt/V = - \ln(R - 0,008 \times t) + (4 - 3,5 \times R) \times 0,55 \times UF/V$$

Trong đó:

R = 1- URR

t: thời gian lọc (giờ)

UF lượng dịch rút ra (kg)

V: thể tích phân bố ure trong cơ thể dựa theo cân nặng chiều cao (lít)

Rút gọn: $Kt/V = 0,024 \times URR - 0,267$

- Phân tích thống kê:

Theo thuật toán thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 16.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mẫu nghiên cứu có 33 bệnh nhân, trong đó có 21 nam (63,6%), 12 nữ (36,4%); tuổi trung bình 49 tuổi (thấp nhất 22 tuổi, cao nhất 71 tuổi).

Bảng 1. Phân bố nơi cư trú của đối tượng nghiên cứu

| Địa chỉ | Tần suất (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------|--------------|-----------|
| Châu Đốc | 10 | 30,3 |
| Châu Phú | 03 | 09,1 |
| An Phú | 10 | 30,3 |
| Tân Châu | 08 | 24,2 |
| Tịnh Biên | 02 | 06,1 |
| Tổng | 33 | 100 |

Bảng 2. Nguyên nhân bệnh thận mạn

| Nguyên nhân | Tần suất (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|--------------|-----------|
| Tăng huyết áp | 9 | 27,27 |
| Tiểu đường | 7 | 21,21 |
| Viêm cầu thận mạn | 10 | 30,30 |
| Sỏi thận/tắc nghẽn | 3 | 9,10 |
| Không rõ nguyên nhân | 4 | 12,12 |
| Tổng | 33 | 100 |

Bảng 3. Nồng độ Ure trung bình trước và sau lọc máu

| Ure máu trung bình (mg/dl) | Số lần tái sử dụng màng lọc | | |
|----------------------------|-----------------------------|--------------|--------------|
| | Lần 1 | Lần 3 | Lần 6 |
| Trước lọc máu | 114,52 ± 36,4 | 67,60 ± 41,9 | 77,90 ± 35,7 |
| Sau lọc máu | 28,06 ± 15,5 | 20,17 ± 13,8 | 25,80 ± 14,5 |
| P | < 0,001 | < 0,001 | < 0,001 |

Bảng 4. Nồng độ Creatinin trung bình trước và sau lọc máu

| Creatinin máu trung bình (mg/dl) | Số lần tái sử dụng màng lọc | | |
|----------------------------------|-----------------------------|------------|------------|
| | Lần 1 | Lần 3 | Lần 6 |
| Trước lọc máu | 9,79 ± 2,6 | 8,51 ± 3,6 | 7,48 ± 2,7 |
| Sau lọc máu | 3,09 ± 1,5 | 2,78 ± 1,8 | 2,68 ± 1,3 |
| P | < 0,001 | < 0,001 | < 0,001 |

Bảng 5. Tỷ lệ hạ ure máu trung bình theo số lần tái sử dụng quả lọc

| Tỷ lệ hạ ure máu | Số lần tái sử dụng màng lọc | | |
|------------------|-----------------------------|--------------|--------------|
| | Lần 1 | Lần 3 | Lần 6 |
| URR (%) | 74,85 ± 13,3 | 67,44 ± 13,1 | 64,66 ± 17,1 |
| p ^{URR} | < 0,03 | | |
| | < 0,03 | | |

Bảng 6. Chỉ số Kt/V theo số lần tái sử dụng quả lọc

| Chỉ số nghiên cứu | Số lần tái sử dụng màng lọc | | |
|-------------------|-----------------------------|-------------|-------------|
| | Lần 1 | Lần 3 | Lần 6 |
| Kt/V thực tế | 1,52 ± 0,32 | 1,35 ± 0,31 | 1,28 ± 0,41 |
| p ^{Kt/v} | < 0,03 | | |
| | < 0,03 | | |

Bảng 7. So sánh thay đổi nồng độ Kali, Natri trung bình trước và sau lọc máu

| Chỉ số | | Lần 1 | Lần 3 | Lần 6 |
|-----------------|---------------|--------------|--------------|--------------|
| K ⁺ | Trước lọc máu | 4,15 ± 0,4 | 4,17 ± 0,4 | 4,05 ± 0,6 |
| | Sau lọc máu | 2,93 ± 0,5 | 2,92 ± 0,5 | 3,05 ± 0,4 |
| P | | < 0, 001 | < 0, 001 | < 0, 001 |
| Na ⁺ | Trước lọc máu | 136,79 ± 1,8 | 139,03 ± 2,8 | 139,03 ± 2,3 |
| | Sau lọc máu | 139,15 ± 4,7 | 141,01 ± 1,6 | 140,73 ± 2,6 |
| P | | < 0, 03 | < 0, 01 | < 0, 01 |

Bảng 8. Biến chứng trong lúc chạy thận nhân tạo

| Biến chứng | Lần 1 | | Lần 3 | | Lần 6 | | Tổng | |
|----------------|-------|-----------|-------|-----------|-------|-----------|------|-----------|
| | n=33 | Tỷ lệ (%) | n=33 | Tỷ lệ (%) | n=33 | Tỷ lệ (%) | n=99 | Tỷ lệ (%) |
| Tụt huyết áp | 3 | 9,09 | 1 | 3,03 | 2 | 6,06 | 6 | 6,06 |
| Vọp bẻ | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| (Buồn) nôn | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Đau đầu | 3 | 9,09 | 2 | 6,06 | 1 | 3,03 | 6 | 6,06 |
| Đau ngực, lưng | 3 | 9,09 | 4 | 12,12 | 3 | 9,09 | 10 | 10,10 |
| Sốt, lạnh run | 0 | | 0 | | 0 | | 0 | |
| Ngứa, dị ứng | 2 | 6,06 | 1 | 3,03 | 1 | 3,03 | 4 | 4,04 |

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Tuổi và giới tính: mẫu nghiên cứu có 33 bệnh nhân, trong đó có 21 nam (63,6%), 12 nữ (36,4%); tuổi trung bình 49 tuổi (thấp nhất 22 tuổi, cao nhất 71 tuổi).

Phân bố bệnh nhân theo địa chỉ: tỷ lệ các bệnh nhân đến chạy thận nhân tạo định kỳ nhiều nhất ở Châu Đốc (30,3%) và An Phú (30, 3%), Tân Châu (24,2%), tỷ lệ bệnh nhân ít nhất thuộc 2 huyện Châu Phú (9,1%) và Tịnh Biên

(6,1%). Điều này do bệnh nhân phải lọc máu nhiều lần, chi phí đi lại tốn kém nên người bệnh thường chọn bệnh viện gần nhất để lọc máu.

Nguyên nhân suy thận:

Trong nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân thường gặp nhất là viêm cầu thận mạn (30,3%), tăng huyết áp (27,27%), tiểu đường (21,21%), không rõ nguyên nhân (12,12%) (Bảng 2).

Theo Herbert FK (1981) gặp 8 loại nguyên nhân suy thận mạn giai đoạn cuối và nguyên nhân hàng đầu là viêm cầu thận mạn 65,2%; viêm bể thận 11,5%; tăng huyết áp 9%. Trong nghiên cứu của Lương Trác Nhân (2015), có 7 nhóm nguyên nhân gây suy thận mạn giai đoạn cuối, trong đó đái tháo đường chiếm cao nhất (23%), tiếp theo là viêm cầu thận mạn (17%), tăng huyết áp (17%), hội chứng thận hư (17%) [4].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Đức Lộc (2012), nguyên nhân gặp nhiều nhất là do viêm cầu thận mạn (34,4%); tăng huyết áp (31,2%); đái tháo đường (21,31%). Bệnh viêm cầu thận mạn gặp nhiều ở lứa tuổi lao động nên ảnh hưởng đến sức lao động của toàn xã hội. Tăng huyết áp gây tổn thương thận, nhưng bệnh thận cũng gây tăng huyết áp. Ở giai đoạn muộn, khi bệnh nhân vừa tăng huyết áp vừa có suy thận thì khó phân biệt được tăng huyết áp là nguyên nhân hay là hậu quả. Vấn đề phòng ngừa và điều trị tăng huyết áp một cách hệ thống sẽ làm giảm nhiều tỷ lệ bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối phải điều trị bằng lọc máu định kỳ [4].

4.2. Sự thay đổi một số chỉ số xét nghiệm trước và sau lọc máu

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nồng độ ure máu trung bình sau lọc máu đều giảm rất có ý nghĩa khi tái sử dụng quả lọc ở các lần lọc thứ 1, thứ 3 và thứ 6 với $p < 0,001$. Tương tự, kết quả từ bảng 4 cho thấy, nồng độ creatinin trung bình sau lọc ở các lần lọc thứ 1, thứ 3 và thứ 6 đều giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Theo nghiên cứu của Lương Trác Nhân [2], Nguyễn Đức Lộc [4], nồng độ ure sau lọc máu tăng dần ở các lần tái sử dụng quả lọc. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi chưa thể hiện rõ điều này, cụ thể ở lần 1 nồng độ ure sau lọc máu ($28,06 \pm 15,5$ mmol/l) cao hơn lần 3 ($25,80 \pm 14,5$ mmol/l) và lần 6 ($25,80 \pm 14,5$ mmol/l), điều này có lẽ do liên quan đến nồng độ ure trước lọc máu ở lần 1 ($114,52 \pm 36,4$ mmol/l) cao hơn rất nhiều so với các lần lọc thứ 3 ($67,60 \pm 41,9$ mmol/l) và thứ 6 ($77,90 \pm 35,7$ mmol/l) (Bảng 3). Nhưng đến lần 6, nồng độ ure sau lọc ($25,80 \pm 14,5$ mmol/l) lại tăng cao hơn so với lần 3 ($20,17 \pm 13,8$ mmol/l) chứng tỏ có sự tích lũy nồng độ ure theo số lần tái sử dụng màng lọc.

Hiện nay, các nhà thận học đều dựa vào chỉ số Kt/V và URR để đánh giá hiệu quả lọc máu. Trong nghiên cứu của Lương Trác Nhân, tỷ lệ hạ ure máu trung bình URR và chỉ số Kt/V có giảm theo số lần tái sử dụng quả lọc [2]. Tương tự, nghiên cứu của chúng tôi cũng thể hiện rõ điều này, tỷ lệ thải ure máu trung bình UUR và chỉ số Kt/V có giảm theo số lần tái sử dụng quả lọc và thấp nhất ở lần lọc thứ 6 chỉ số URR ($64,66 \pm 17,1\%$) và chỉ số Kt/V ($1,28 \pm 0,41$) (Bảng 5). Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ giảm URR ở lần thứ 6 là 64,66% cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Nguyên Khôi (52,2%) và tương đương mức

khuyến cáo từ 64% trở lên (14). Nghiên cứu của chúng tôi có giá trị Kt/V là 1,28, dù giá trị này có giảm nhưng vẫn trong giới hạn cho phép theo khuyến cáo của các Hội lọc máu trong nước và thế giới với liều đủ tối thiểu là 1,2 và kết quả này cao hơn nhiều so với mức 0,8 là giá trị dự báo tỷ lệ tử vong cao.

Theo Tài liệu Hướng dẫn lọc máu tại Hội nghị Hội lọc máu Tp. Hồ Chí Minh lần thứ III-2017, khuyến cáo liều đủ tối thiểu Kt/V là 1,2; liều mục tiêu là 1,4 hoặc cao hơn [5].

Nguyễn Nguyên Khôi và CS (1999) nhận xét về mối liên quan giữa Kt/V, URR và diễn biến lâm sàng nhận thấy: có mối liên quan tỷ lệ thuận giữa kết quả lâm sàng và tỷ lệ đào thải urê máu [3]. Có nghĩa độ thanh thải urê và Creatinin càng cao thì tiến triển lâm sàng ngày càng tốt hơn. Ở bệnh nhân suy thận mạn điều trị bằng lọc máu chu kỳ sẽ có tỷ lệ tử vong cao khi giá trị chỉ số Kt/V urê nhỏ hơn 0,8 và tỷ lệ tử vong giảm dần khi giá trị Kt/V tăng dần từ 0,9 đến 1,5 [9]. Sự liên quan giữa tỷ lệ tử vong và tỷ lệ giảm urê máu (URR) cũng được nhiều tác giả đề cập. Khi URR thấp dưới 60% thì tỷ lệ tử vong cao và khi URR đạt từ 65-70% thì tỷ lệ tử vong giảm nhiều [9]. Tổ chức thận học quốc gia Hoa Kỳ (NKF-DOQI) trong chương trình hành động vì chất lượng lọc máu có khuyến cáo: để đạt được chất lượng của một cuộc lọc máu thì URR phải $\geq 65\%$ và Kt/V $\geq 1,2$ [10]. URR là tỷ lệ hạ urê của cuộc lọc máu được tính bởi nồng độ urê trước và sau lọc máu. Khi các thông số: lưu lượng máu, lưu lượng dịch và thời gian cuộc lọc máu ổn định thì hiệu quả lọc máu phụ thuộc chủ yếu vào chất lượng quả lọc khi tái sử dụng.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy khả năng điều chỉnh cân bằng điện giải sau lọc của các lần lọc khá tốt, nồng độ Kali, natri máu trước và sau lọc ở các lần lọc khác biệt có ý nghĩa thống kê, với $p < 0,001$ và $p < 0,03$ (Bảng 7).

Như vậy, tái sử dụng quả lọc 6 lần vẫn đảm bảo tốt được vấn đề quân bình điện giải và thăng bằng kiềm toan bên cạnh đảm bảo hiệu quả lọc máu cho bệnh nhân để duy trì sự sống.

4.3. Biến chứng thường gặp trong lọc máu

Qua nghiên cứu 33 bệnh nhân, các biến chứng thường gặp nhất trong lúc chạy thận là đau ngực và đau lưng (10,4%), kể đến tụt huyết áp (6,06%), đau đầu (6,06%), ngứa hoặc dị ứng da (4,04%).

Theo Richard A. Sherman, các biến chứng thường gặp trong lúc chạy thận gồm: tụt huyết áp, chuột rút, buồn nôn và nôn, đau đầu, đau ngực, đau lưng và ngứa. Trong đó, tụt huyết áp không chỉ quan trọng vì gây ra các triệu chứng nguy hiểm mà còn làm rút ngắn thời gian sống của người bệnh. Tụt huyết áp khi huyết áp tâm thu dưới 90 mmHg hoặc huyết áp tâm thu giảm 20 - 30mmHg so với huyết áp ban đầu. Nguyên nhân do siêu lọc trong quá trình lọc máu mà sự điều chỉnh bởi huyết động không đầy đủ [6]. Tần suất tụt huyết áp gặp vào khoảng 20-30% tổng số lần lọc máu nói chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng tụt huyết áp xảy ra 6,06%, tỷ lệ này thấp hơn nhiều do phần lớn chúng tôi kiểm soát được tăng cân giữa 2 lần lọc máu, đồng thời có sự theo dõi chặt chẽ của nhân viên y tế trong lúc lọc máu.

5. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 33 bệnh nhân lọc máu chu kỳ khi tái sử dụng quả lọc Dora B-16P sau 6 lần tái sử dụng chúng tôi nhận thấy:

Tỷ lệ hạ urê máu trung bình (URR) và chỉ số Kt/V vẫn nằm trong giới hạn cho phép NKF-DOQI ($Kt/V \geq 1,2$ và $URR \geq 64\%$). Sau khi sử dụng quả lọc lần 1 và tái sử dụng lần 6, chỉ số Kt/V của chúng tôi lần lượt là $1,52 \pm 0,32$ và $1,28 \pm 0,41$. Chỉ số URR ở lần lọc thứ 1 đạt $74,85 \pm 13,3\%$ và lần 6 đạt $64,66 \pm 17,1\%$. Khả năng loại bỏ Kali và điều chỉnh Natri máu khá tốt.

Biến chứng thường xảy ra trong lúc lọc máu là đau ngực, đau lưng, đau đầu, tụt huyết áp và ngứa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thu Hương** (2011), *Nghiên cứu kiểm soát nước và natri dịch ngoại bào trên lâm sàng ở bệnh nhân suy thận mạn được điều trị thận nhân tạo chu kỳ*, Luận văn tiến sĩ, Học viện Quân Y, Hà Nội.
2. **Lương Trác Nhân, Lê Văn Luân, Nguyễn Thị Thu Trang** (2015), “Đánh giá hiệu quả lọc máu chu kỳ tại khoa thận nhân tạo Bệnh viện Quân Y 121”, www.benhvienquany121.vn/index.php?act=nd_to_chuc&id=63.
3. **Nguyễn Nguyên Khôi, Trần Văn Chất** (2001), “Thận nhân tạo”, *chuyên đề lọc thận*, Bệnh viện Bạch Mai –JICA, Hà Nội, trang 152-167.
4. **Nguyễn Đức Lộc, Trần Thị Bích Hương** (2012), “Đánh giá hiệu quả lọc máu khi tái sử dụng quả lọc ở bệnh nhân lọc máu định kỳ”, *Nghiên cứu Y học-Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 16, Phụ bản của Số 3, tr.212-218.
5. **Tài liệu Hướng dẫn về lọc máu** (2017), *Hướng dẫn Lâm sàng Điều trị lọc máu ở Nhật “Lọc máu chu kỳ: y lệnh lọc máu”*, Hội nghị Hội lọc máu Thành phố Hồ Chí Minh lần III, tr.2-31.
6. **Daugirdas JT, Blake PG, ToddS. Ing** (2015), *Handbook of dialysis*, fifth edition. Little, Brown and company (Boston/New york/Toronto/London).
7. **Fisch B.T.** (2000), “The patient with chronic disease”, *Manual of nephrology*, 5th Ed, Lippincott Williams and Wilkins, New York 2000, p:155-167.
8. **Hakim MR** (1999), “Choice of hemodialysis membrane”, *Principles and practice of dialysis*, Second edition William, Wilkins USA 1999, p: 3-10.
9. **Lacson J.R., Wish J.B.** (1999), “ Hemodialysis adequacy ”, *Principle and practice of dialysis*, 2nd Ed., Williams and Wilkin, Philadelphia 1999, pp 99-113.
10. **National Kidney Foundation–K/DOQI (2008)** - Guidelines for hemodialysis adequacy.
11. **Schoenfeld PY (2008)**, The reuse of hemodialyzers for chronic dialysis therapy, *Prin. And prac. Of dialysis USA*, 14th edition, 12-21.

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NỘI SOI CẤP CỨU ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT
TIÊU HÓA TRÊN TẠI BV ĐKKV TỈNH AN GIANG NĂM 2016-2017**

**HỒ NGỌC ĐIẾP- TRẦN MINH QUANG
LÊ THIÊN HÒA- CAO THỊ HỢP**

TÓM TẮT:

Xuất huyết tiêu hóa là một cấp cứu nội khoa có tỉ lệ tử vong cao . Nội soi đã chứng tỏ có giá trị cao trong chẩn đoán cũng như trong điều trị.

Từ 01/2016 đến 06/2017, chúng tôi đã thực hiện nội soi cấp cứu cho 41 trường hợp xuất huyết tiêu hóa trên nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao.

Tỉ lệ chẩn đoán thương tổn của nội soi cấp cứu là 97.56%, tỉ lệ điều trị thành công là 82.92%. Không có trường hợp tai biến nào xảy ra trong khi soi.

Nội soi cấp cứu là phương pháp chẩn đoán và điều trị an toàn và hiệu quả xuất huyết tiêu hóa trên nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao.

ABSTRACT:

Upper gastrointestinal bleeding was an medical urgency associated with significant mortality. Endoscopy has proven its effectiveness in diagnosis and treatment of upper gastrointestinal bleeding.

From 01/2016 to 06/2017 , we have realized 41 endoscopies in high risk patients.

The ratio of positive diagnosis was 97.56% and of successful treatment was 82.92%. There was no any catastrophe in endoscopy process.

Urgent endoscopy was a safe and effective method for diagnosis and treatment of upper gastrointestinal bleeding in high risk patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Xuất huyết tiêu hóa là một cấp cứu nội khoa có tỉ lệ tử vong cao , nhất là ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi hoặc khi có các bệnh lý kèm theo khác . Nội soi đã chứng tỏ có giá trị cao trong chẩn đoán xác định cũng như điều trị tích cực, giúp hạn chế lượng máu mất cũng như giảm tỉ lệ tử vong.

Trong một số trường hợp , lượng máu mất quá nhiều dẫn đến tụt huyết áp hoặc choáng, 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 vào lúc nào . Khuyh hướng bảo tồn thường yêu cầu hồi sức nội khoa cho đến khi tình trạng huyết động hoàn toàn ổn định mới tiến hành nội soi . Cách tiếp cận mạnh dạn hơn là chỉ định soi sớm sau thời gian điều trị tích cực vài giờ và được thực hiện tại khoa cấp cứu. Tuy nhiên, giá trị và hạn chế của mỗi cách tiếp cận vẫn còn nhiều bàn cãi.

Tại khoa cấp cứu bệnh viện ĐKK V An Giang, chúng tôi đang bước đầu thực hiện nội soi chẩn đoán và điều trị xuất huyết tiêu hóa theo hướng tích cực và chủ động. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá giá trị của khuyh hướng can thiệp nội soi sớm tại khoa cấp cứu trong những trường hợp xuất huyết tiêu hóa nặng.

Mục tiêu của nghiên cứu là:

➤ Xác định thời điểm nội soi thích hợp cho những trường hợp xuất huyết tiêu hóa nặng.

➤ Xác định tỉ lệ chẩn đoán xác định tổn thương và tỉ lệ điều trị thành công bằng nội soi trên nhóm bệnh nhân nặng.

➤ Xác định tỉ lệ tai biến của nội soi cấp cứu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

❖ Bệnh nhân nhập viện vì xuất huyết tiêu hóa, được phân thành 2 nhóm:

a. Nhóm bệnh nhân nội soi tại khoa cấp cứu: khi có một trong các dấu hiệu sau:

✓ Có choáng hay tụt huyết áp.

✓ Đang ói máu tươi hay tiêu phân máu ở. at.

✓ Có hơn một bệnh toàn thân kèm theo : nhồi máu cơ tim , suy thận mạn , xơ gan.

✓ Có suy chức năng nặng kèm theo: hôn mê, suy tim, suy hô hấp.

b. Nhóm bệnh nhân nội soi tại phòng soi:

Bệnh nhân đang xuất huyết hay vừa xuất huyết nhưng có sinh hiệu ổn định.

❖ Nội soi được thực hiện trong vòng 6 giờ khi có chỉ định.

✓ Đối với các trường hợp có tụt huyết áp , cuộc soi được tiến hành ngay khi đang hồi sức.

✓ Đối với các trường hợp đã có choáng , cuộc soi được tiến hành sau khi bệnh nhân được hồi sức tích cực trong vòng 1 – 3 giờ.

❖ Bệnh nhân (hoặc thân nhân bệnh nhân) được giải thích về nguy cơ tử vong trong khi soi hay phẫu thuật sau khi soi.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Phương pháp mô tả, hồi cứu.

2.3. PHƯƠNG PHÁP TIÊN HÀNH:

Hai nhóm bệnh nhân sẽ được so sánh về các tiêu chuẩn:

1. Tỉ lệ chẩn đoán thành công:

Chẩn đoán thành công khi xác định được bản chất và vị trí tổn thương gây xuất huyết.

2. Tỉ lệ điều trị thành công:

Điều trị thành công khi lam ngưng được xuất huyết.

Điều trị thất bại khi:

✓ Không thể thực hiện được điều trị nội soi hay có điều trị qua nội soi nhưng thất bại.

✓ Bệnh nhân tử vong khi soi hay phải phẫu thuật sau khi soi.

3. Tỉ lệ tai biến:

Ngoài các tai biến kinh điển của nội soi như thủng , viêm phổi hít... , hai trường hợp sau cũng được ghi nhận là tai biến của nội soi:

✓ Tử vong trong khi soi.

✓ Tử vong sau khi soi do không được phẫu thuật kịp thời.

2.4. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU:

✓ Xử lý số liệu: dùng phần mềm SPSS 16.0

✓ Các biến định lượng được biểu thị bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn.

✓ Các biến định tính được biểu thị bằng tỉ lệ phần trăm

✓ So sánh 2 tỉ lệ: dùng phép kiểm chi bình phương.

✓ So sánh 2 trung bình: dùng phép kiểm T- student.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu:

Từ 01/2016 đến 06/2017, chúng tôi đã thực hiện nội soi trên 103 trường hợp xuất huyết tiêu hóa, trong đó nội soi cấp cứu là 41 trường hợp.

| | Nhóm phòng soi | Nhóm cấp cứu | 36P |
|---------------------|----------------|---------------|------|
| Nam/nữ | 45/17 | 35/6 | 0.15 |
| Tuổi trung bình | 52.54(±15.21) | 53.58(±14.39) | 0.73 |
| Có >1 bệnh kèm theo | 2(3.27%) | 4(9.75%) | |
| Hôn mê | 0 | 0 | |
| Choáng | 0 | 22(53.65%) | 0.00 |
| Hct(TB) | 26.16(±8.51) | 17.98(±4.78) | 0.00 |
| HUYẾT ÁP | 117.98(±36.93) | 99.26(±34.01) | 0.00 |

Bảng 01: Đặc điểm dân số nghiên cứu.

3.2. Kết quả chẩn đoán:

| Tổn thương | Nhóm phòng soi | Nhóm cấp cứu |
|------------------|----------------|--------------|
| Loét DD-TT | 36(59.01%) | 19(46.34%) |
| Vỡ đãn TMTQ | 14(22.95%) | 16(39.02%) |
| Cả hai | 10(16.39%) | 5(12.20%) |
| Không tổn thương | 2(1.65%) | 1(2.44%) |
| | 62 | 41 |

3.3. Kết quả điều trị:

| | Nhóm phòng soi | Nhóm cấp cứu |
|-----------------|----------------|--------------|
| Thắt TMTQ | 1(1.57%) | 19(46.34%) |
| Chích cầm máu | 2(3.27%) | 17(41.47%) |
| Không can thiệp | 59(95.16%) | 5(12.19%) |
| | 62 | 41 |

Bảng 3: Phương pháp điều trị

Trong 5 trường hợp không can thiệp có 4 trường hợp do viêm dạ dày xuất huyết, 1 trường hợp vị trí đãn quá thấp chúng tôi không can thiệp được,

| Kết quả điều trị | Nhóm phòng soi | Nhóm cấp cứu |
|------------------|----------------|--------------|
| Thành công | 3(100%) | 34(82.92%) |
| Thất bại | 0 | 2(4.87%) |
| Không can thiệp | 59 | 5(12.21%) |

Bảng 4: Kết quả điều trị

3.4. Tai biến:

Không có trường hợp tai biến nào liên quan đến nội soi. Tình trạng huyết áp thấp và hạ oxy máu gặp ở hầu hết bệnh nhân trong lúc soi, nhưng đã được ghi nhận trước khi tiến hành nội soi.

Từ vong trong 24 giờ của nhóm cấp cứu là 2 trường hợp. Cả 2 trường hợp này đều là vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản do xơ gan, sau khi can thiệp bệnh

nhân diễn tiến đến hôn mê gan và tử vong. Nhóm phòng soi không có trường hợp nào tử vong.

IV. BÀN LUẬN:

4.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu:

Trong nghiên cứu này, hai nhóm bệnh nhân khác nhau rõ rệt về mức độ nặng của bệnh. Nhóm bệnh nhân được soi tại phòng soi là những bệnh nhân ổn định, ngược lại, nhóm bệnh nhân được soi cấp cứu là những bệnh nhân có nguy cơ cao như: choáng, tụt huyết áp, suy hô hấp, đang chảy máu ở mắt hoặc mất máu nặng. Đặc điểm dân số nghiên cứu của chúng tôi cũng giống như nghiên cứu của Võ Xuân Quang (10) và nghiên cứu của Sushil K(14).

Theo một số tài liệu (6,11), choáng là một chống chỉ định tương đối cho nội soi. Tuy nhiên chúng tôi vẫn chỉ định nội soi cấp cứu sau khi hồi sức tích cực chống choáng và đặc biệt quan tâm đến từng trường hợp cụ thể trong khi soi. Bơm máu trực tiếp là biện pháp hồi sức tích cực mà chúng tôi thường sử dụng trước khi tiến hành nội soi. Cuộc soi chỉ được thực hiện khi huyết áp tối đa của bệnh nhân đạt từ 80mmHg.

Cho đến nay đã có rất nhiều nghiên cứu về ứng dụng nội soi trong xuất huyết tiêu hóa ở Việt Nam (2,4,5,9), nhưng chưa có nhiều số liệu về nội soi cấp cứu ở nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao. Đa số các can thiệp nội soi được tiến hành ở các đơn vị nội soi. Chỉ có nghiên cứu của Võ Xuân Quang(10) là thực hiện nội soi cấp cứu tại phòng mổ cho nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao.

Thời điểm nội soi cũng là yếu tố quan trọng. Hầu hết các tác giả khuyến cáo nội soi sớm trong vòng 12-24 giờ sau nhập viện. Những nghiên cứu gần đây còn khuyến cáo các thời điểm sớm hơn nữa. Nhiều nghiên cứu đã ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ tử vong, nhu cầu truyền máu và thời gian nằm viện khi nội soi sớm trước 6 giờ so với trước 24 giờ(1,3,7,12,15). Gần đây, Ong TZ(8) ghi nhận chỉ định nội soi sớm trong vòng 4 giờ là một yếu tố quan trọng để giảm tỉ lệ tử vong cho các bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa có nguy cơ cao. Võ Xuân Quang (10) chọn thời điểm thực hiện nội soi cấp cứu cho nhóm bệnh nhân nặng tại phòng mổ là trong vòng 3 giờ kể từ khi có chỉ định. Dựa trên cơ sở này, chúng tôi đã đặt ra thời điểm nội soi là trong vòng 6 giờ kể từ khi nhập viện. Tuy nhiên trên thực tế, do những yếu tố chủ quan và khách quan như tình trạng choáng, suy hô hấp của bệnh nhân không cải thiện sớm, do quan điểm của từng bác sĩ điều trị về công tác hồi sức trước khi nội soi, do không liên lạc được với nhà nội soi cho nên chúng tôi chỉ có thể cố gắng nội soi cho bệnh nhân trong thời gian sớm nhất có thể, chứ không thể qui định được thời điểm nội soi chính xác. Để có thể thực hiện được điều này, chúng tôi ghi nhận một số điều kiện cần thiết:

1. Sự hợp tác chặt chẽ giữa đơn vị nội soi và khoa cấp cứu.
2. Xây dựng tình cơ đồng cao cho các hệ thống nội soi.
3. Tổ chức nhóm nội soi có năng lực và luôn sẵn sàng ở mọi thời điểm.

4.2. Kết quả chẩn đoán của nội soi cấp cứu:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ phát hiện được tổn thương khi thực hiện nội soi cấp cứu là 97.56%, so với khi thực hiện nội soi tại phòng soi là

98.35%. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Võ Xuân Quang (10) là 94% và 98.1%. Kết quả nghiên cứu trên cho thấy rằng nội soi thực hiện ở nhóm bệnh nhân nặng trong các điều kiện khó khăn vẫn có thể giúp chẩn đoán chính xác các thương tổn.

Thực tế hai trở ngại chính hiện nay khi thực hiện nội soi cấp cứu là:

- Tụt huyết áp và / hoặc choáng thường được xem là tiêu chuẩn chống chỉ định cho nội soi cấp cứu.
- Khó khăn trong việc vận động thân nhân bệnh nhân đồng ý nội soi trong tình huống này.

Chúng tôi nhận thấy cách tiếp cận tích cực có những lợi điểm:

- Xử trí được thương tổn trong thời gian sớm nhất.
- Việc hồi sức bệnh nhân sẽ được đảm bảo hơn khi đã chẩn đoán và xử trí được nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa.

4.3. Hiệu quả điều trị của nội soi cấp cứu:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân được điều trị nội soi cấp cứu là 87.79%. trong khi đó ở nhóm bệnh nhân nội soi tại phòng soi thì tỷ lệ này chỉ là 5%. Tỷ lệ điều trị nội soi thành công là 82.92%. Kết quả của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu tổng quát trong và ngoài nước không tính đến mức độ nặng của bệnh, kết quả điều trị thành công xuất huyết tiêu hóa được ghi nhận rất cao (80-90%). Nghiên cứu của Võ Xuân Quang (10), nội soi cấp cứu trên nhóm bệnh nhân nặng ghi nhận tỷ lệ điều trị thành công chỉ là 47%.

Tỷ lệ điều trị nội soi thành công cao có lẽ do công tác hồi sức trước khi nội soi được thực hiện kỹ. Chúng tôi chỉ thực hiện nội soi khi huyết áp bệnh nhân > 80mmHg, tất cả bệnh nhân đều tỉnh và tình trạng suy hô hấp chỉ ở mức độ nhẹ, không có trường hợp nào phải đặt nội khí quản hay thở máy. Trong nghiên cứu của Võ Xuân Quang có 37 trường hợp hôn mê và 22 trường hợp tình trạng choáng vẫn còn kéo dài cho đến khi chấm dứt soi.

4.4. Tai biến:

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp tai biến nào liên quan đến nội soi. Tình trạng huyết áp thấp và hạ oxy máu thường xảy ra nhưng chủ yếu liên quan đến bệnh căn bản, tình trạng mất máu, và thường cải thiện sau khi chấm dứt cuộc soi.

Tử vong trong 24 giờ gặp trong hai trường hợp, nhưng đó là do diễn tiến của bệnh lý chứ không phải do tai biến của nội soi. Vì thế chúng tôi cho rằng nội soi cấp cứu trên nhóm bệnh nhân nặng vẫn là chỉ định tương đối an toàn và hiệu quả. Spiegel(13) và cộng sự cũng có cùng nhận định như chúng tôi.

V. KẾT LUẬN:

Nội soi là phương tiện chẩn đoán và điều trị hữu ích trong xuất huyết tiêu hóa. Tuy nhiên giá trị của nội soi thay đổi nhiều theo cách áp dụng của từng trung tâm.

Kết quả nghiên cứu cho thấy nội soi sớm trên nhóm bệnh nhân nặng vẫn cho phép chẩn đoán chính xác thương tổn và điều trị thành công nếu công tác hồi sức trước khi soi được thực hiện tốt.

Tại bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang , chúng tôi đề xuất nội soi sớm cho nhóm bệnh nhân nặng trong 6 giờ đầu kể từ lúc nhập viện.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Ahn DW et al. Clinical outcome of acute nonvariceal upper gastrointestinal bleeding after hours: the role of urgent endoscopy. *Korean J Intern Med* 2016; 31(3): 470-478.
2. Trần Ngọc Bảo :Cầm máu qua nội soi với Adrenaline tiêm tại chỗ trong xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày-tá tràng. *Hội nghị khoa học kỹ thuật Bệnh viện Nhân Dân Gia Định* 1999: 55-58.
3. Cho SH et al. Outcomes and Role of Urgent Endoscopy in High-Risk Patients With Acute Nonvariceal Gastrointestinal Bleeding. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2017 pii: S1542-3565(17)30736-X. doi: 10.1016.
4. Nguyễn Ngọc Hằng , Phạm văn Linh , La văn Phương . Đánh giá kết quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do vỡ dẫn tĩnh mạch thực quản trên bệnh nhân xơ gan bằng thắt vòng cao su tại bệnh viện đa khoa Tiền Giang.
5. Lê Nhật Huy, Nguyễn văn Hương. Đánh giá kết quả điều trị nội soi can thiệp cấp cứu xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày- hành tá tràng. *Tạp chí Y học thực hành* 01-2014.
6. Marek TA. *Gastrointestinal Bleeding. Endoscopy* 2001; 33: 920-929.
7. Nitin Sarin et al. Time to endoscopy and outcomes in upper gastrointestinal bleeding: *Can J Gastroenterol.* 07- 2009; 23(7): 488-493.
8. Ong TZ et al. Emergency Endoscopy within 4 hours is an independent predictive factor for reduced mortality in patients presenting with high risk upper GI bleeding. *Gastrointestinal Endoscopy* 2004; 59:5, pAB:162.
9. Bô Kim Phương. “Ứng dụng phương pháp thắt vòng cao su qua nội soi trong điều trị xuất huyết tiêu hóa cấp và dự phòng thứ phát ở những bệnh nhân vỡ giãn tĩnh mạch thực quản do xơ gan” , Đề tài nghiên cứu Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ(2013).
10. Võ Xuân Quang , Trần Đình Trí , Phạm Hữu Tùng . Giá trị của nội soi cấp cứu xuất huyết tiêu hoa tại phòng mổ ở nhóm bệnh nhân có n gụy cơ cao. Đề tài nghiên cứu khoa học bệnh viện Chợ Rẫy (2003).
11. Rosch T. United European Gastroenterology week 2003: Perspectives in Gastrointestinal Endoscopy . *Endoscopy* 2004, 36,1: 59-67.
12. Smith JA, Bruggen JT. A prospective, randomized, controlled trial assessing the benefit of upper endoscopy performed in hemodynamically stable patients with acute upper gastrointestinal bleeding within six hours of presentation to the emergency department. *Gastrointes Endosc* 2001; 53: AB 214.
13. Spiegel BM, Vakil NB, et al. Endoscopy for acute nonvariceal upper gastrointestinal tract hemorrhage: is sooner better? A systematic review. *Arch Intern Med* 2001; 161: 1393-1404.
14. Sushil K. Garg, Chimaobi Anugwom et al. Early Esophagogastroduodenoscopy is associated with better outcomes in upper gastrointestinal bleeding : *Endosc Int Open.* 05-2017: E376 - E386, doi: 10.1055/s-0042 – 121665.
15. Targownik LE, et al. The role of rapide endoscopy for high-risk patients with acute nonvariceal upper gastrointestinal bleding. *Can J Gastroenterol* 2007; 21:425-429.

TỔNG KẾT TÌNH HÌNH TẮC RUỘT SAU MỔ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG

*Đặng Minh Triết, Nguyễn Hữu Tuấn
Nguyễn Thanh Cao, Huỳnh Hữu Phúc*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Dính phúc mạc thể hiện thách thức y khoa trong phẫu thuật vùng bụng nói chung. Dính phúc mạc là hậu quả của việc phúc mạc bị kích thích bởi vi khuẩn, chấn thương do phẫu thuật. Đó là nguyên nhân chính gây dính, gây nhiều biến chứng mà biểu hiện vài năm sau lần mổ đầu tiên.

Tắc ruột do dính (TRDD) được Thomas Bryant mô tả lần đầu vào năm 1872. Cho đến nay dính ruột sau mổ vẫn là nguyên nhân hàng đầu của tắc ruột. Chiếm 10% số trường hợp đau bụng cấp, đứng hàng thứ hai sau mổ viêm ruột thừa cấp. Tắc ruột non chiếm $\frac{3}{4}$ số trường hợp trong đó tắc ruột do dính chiếm $\frac{3}{4}$. Tắc đại tràng chiếm $\frac{1}{4}$ các trường hợp nhưng trong đó tắc ruột do u chiếm $\frac{3}{4}$. Phẫu thuật bụng dưới, vùng chậu dễ gây TRDD nhất[4]. Nguy cơ: 1-10% sau mổ cắt ruột thừa, 6,4% sau mổ mở cắt túi mật, 10-25% sau phẫu thuật ruột, 17-25% sau cắt toàn bộ đại trực tràng, tử vong nói chung là 10% trong đó tử vong do tắc ruột thắt nghẹt gấp 3 lần tắc ruột đơn thuần[6].

Ở Mỹ hàng năm hơn 300.000 bệnh nhân phải phẫu thuật để điều trị dính ruột. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân nhập viện tắc ruột do dính 18% sau 10 năm, tăng 29% sau 30 năm, tái phát 81% đối với bệnh nhân từ 4 lần mổ tắc ruột do dính[6]. Vì vậy, tăng cường chiến lược phòng ngừa dính ruột có thể giảm chi phí điều trị dính ruột và giảm tỉ lệ bệnh và biến chứng.

Tại bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh hàng năm có khoảng/ bao gồm mổ lần đầu và những ca phải mổ lại do dính. Để hiểu rõ tầm quan trọng dính ruột sau mổ, chúng tôi nghiên cứu : tổng kết tình hình tắc ruột sau mổ tại bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang với 2 mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng tắc ruột sau mổ
2. Đánh giá kết quả điều trị tắc ruột sau mổ

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: tất cả bệnh nhân được chẩn đoán dính ruột sau mổ được điều trị tại khoa ngoại BV ĐKKV tỉnh.

Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu mô tả

Tiêu chuẩn chọn bệnh: tất cả bệnh nhân được chẩn đoán dính ruột sau mổ

Tiêu chuẩn loại trừ: tắc ruột lần đầu do u, lồng ruột, thoát vị....

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung:

-Số bệnh nhân:tổng 33 TH, nam 23 TH(69,7%), nữ 10 TH(30,3%), tuổi trung bình $66 \pm 2,6$ (18-90 tuổi).

- Tỉ lệ nam mắc bệnh gấp đôi nữ và thường gặp ở người cao tuổi. Thấp nhất 18 tuổi và cao nhất 90 tuổi điều đó cho thấy tắc ruột sẽ gặp mọi lứa tuổi. Nghiên cứu của Dương Trọng Hiền tuổi trung bình $35,7 \pm 2,7$ (10-69).

2. Đặc điểm lâm sàng:

-Số lần phẫu thuật trước đó:

| Số lần phẫu thuật | Một lần | Hai lần | Ba lần |
|-------------------|--------------|-------------|----------|
| Số ca | 30 TH(90,9%) | 2 TH(6,1 %) | 1 TH(3%) |

Nhật xét: Phần lớn gặp những người trải qua phẫu thuật lần đầu, chỉ khoảng 10% gặp lần sau. Phẫu thuật gỡ dính trong lần đầu làm tràn rách thanh mạc dễ gây dính về sau, ổ nhiều lần dễ gây dính ruột, thành bụng nhiều vết mổ dễ gây dính ruột[1]

- Lý do vào viện:

| Lý do vào viện | Tỉ lệ % |
|-------------------|--------------|
| Đau bụng | 31 TH(93,9%) |
| Nôn ói | 0% |
| Bí trung đại tiện | 2 TH(6,1%) |
| Trướng bụng | 0% |

Nhật xét: Bệnh nhân vào viện vì đau bụng, không có trường hợp nào nôn ói và bí trung đại tiện. Thời gian đau bụng đến khi nhập viện: nhỏ nhất 12 giờ, cao nhất 168 giờ, trung bình 36 ± 5 giờ. Tiền sử mổ: mổ cấp cứu 25 TH(75,8%), mổ chương trình 8 TH(24,2%)

- Triệu chứng cận lâm sàng:

| | Trung bình | Nhỏ nhất | Lớn nhất |
|----------------------|--------------------|----------|----------|
| Bạch cầu máu | 11.000 ± 4.100 | 6.000 | 20.000 |
| Thời gian trung tiện | 25 giờ ± 7 giờ | 12 giờ | 24 giờ |
| Thời gian nằm viện | $7,3 \pm 3,4$ ngày | 3 ngày | 17 ngày |

Nhật xét:

- Công thức bạch cầu trung bình 11.000 ± 4.100
- Thời gian trung tiện bình 25 giờ ± 7 giờ
- Thời gian nằm viện trung bình $7,3 \pm 3,4$ ngày.

- Số lượng mục nước hơi:

| Mục nước hơi | Số trường hợp | Tỉ lệ % |
|--------------------|---------------|---------|
| Không mục nước hơi | 15 | 45,5 % |
| 1 mục nước hơi | 11 | 33,3% |
| 2 mục nước hơi | 2 | 6,1 % |
| 3 mục nước hơi | 2 | 6,1 % |
| 4 mục nước hơi | 1 | 3% |

Nhật xét: Phần lớn các trường hợp vào viện chụp không thấy rõ mục nước hơi.

- Đường kính mục nước hơi:

| Đường kính mục nước hơi | Số trường hợp | Tỉ lệ % |
|-------------------------|---------------|---------|
| 1-2cm | 15 | 45,5%), |
| >2cm – 3cm | 8 | 24,2%), |
| >3cm – 4cm | 8 | 24,2%), |
| > 4cm | 2 | 6,1%). |

Nhật xét: Đường kính mục nước hơi thường: 1-2cm chiếm 45,5%.

- Vị trí vết mổ cũ:

| Vị trí vết mổ cũ | Số trường hợp | Tỉ lệ % |
|--|---------------|---------|
| Đường giữa trên rốn | 12 | 36,4% |
| Đường giữa dưới rốn | 11 | 33,3% |
| Đường giữa trên dưới rốn | 4 | 12,1% |
| Vị trí khác (đường Mcburney, đường Pfannensteil) | 8 | 24,2% |
| Tổng cộng | | |

Nhận xét; Phần lớn các trường hợp vết mổ cũ có nguy cơ tắc ruột là vết mổ đường giữa 81,8%.

- Cơ quan phẫu thuật lần trước:

| Cơ quan phẫu thuật lần trước | Số trường hợp | Tỉ lệ % |
|------------------------------|---------------|---------|
| Dạ dày | 6 | 18,2% |
| Đại tràng | 6 | 18,2% |
| Đường mật | 4 | 12,1% |
| Ruột thừa | 8 | 24,2% |
| Sản phụ khoa | 4 | 12,1% |
| Khác(tụy, lách) | 5 | 15,2% |

Nhận xét: Phẫu thuật ở đường ống tiêu hóa gây nguy cơ tắc ruột về sau cao hơn các cơ quan khác 60,6%.

- Phương pháp phẫu thuật lần trước:

| Phương pháp phẫu thuật lần trước | Số trường hợp | Tỉ lệ % |
|----------------------------------|---------------|---------|
| mở mổ | 31 | 93,9% |
| mở nội soi | 2 | 6,1% |
| Tổng cộng | | 100% |

Nhận xét; Phần lớn các phẫu thuật lần trước là phẫu thuật mở 93,9% (do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu còn thấp nên để kết luận rõ hơn cần có số lượng bệnh nhân lớn hơn nữa).

- Thời gian phẫu thuật gần đây:

| Thời gian phẫu thuật gần đây | Số trường hợp | Tỉ lệ % |
|------------------------------|---------------|---------|
| <1 năm | 3 | 9,1% |
| 1-5 năm | 22 | 66,7% |
| >5-10 năm | 3 | 9,1% |
| >10 năm | 5 | 15,2% |

Nhận xét: Phần lớn các trường hợp xuất hiện tắc ruột sau 1-5 năm với tỉ lệ 66,7%.

- Phương pháp điều trị:

| Phương pháp điều trị | Số trường hợp | Tỉ lệ % |
|----------------------|---------------|---------|
| nội khoa | 30 | 90,9% |
| điều trị phẫu thuật | 3 | 9,1% |
| Tổng cộng | 33 | 100% |

Nhận xét: Các trường hợp tắc ruột trong nhiên cứu phần lớn đáp ứng rất tốt với điều trị nội khoa với tỉ lệ lên đến 90,9%.

- So sánh mối tương quan giữa thời gian từ lúc đau đến khi nhập viện với phương pháp điều trị:

| Phương pháp điều trị | Điều trị nội khoa | Điều trị phẫu thuật | Giá trị p |
|--|-------------------|---------------------|-----------|
| Thời gian TB khi đau đến khi nhập viện | 37,97 | 17,67 | 0,116 |
| Độ lệch chuẩn | 34,4±6,2 | 6,6±3,8 | |

Nhận xét: Kết quả này cho thấy thời gian nhập viện càng dài khả năng phẫu thuật thấp.

- So sánh mối tương quan về tiền sử mổ:

| Tiền sử mổ | Điều trị nội khoa | Điều trị phẫu thuật | Giá trị p |
|--------------|-------------------|---------------------|-----------|
| Cấp cứu | 23 | 3 | 0,47 |
| Chương trình | 7 | 0 | |

Nhận xét: Tất cả trường hợp điều trị bằng phẫu thuật đều nằm trong nhóm mổ cấp cứu.

- So sánh mối tương quan về triệu chứng cơ năng:

| Triệu chứng cơ năng | Điều trị nội khoa | Điều trị phẫu thuật | Giá trị p |
|--|-------------------|---------------------|-----------|
| Đầy đủ dấu hiệu tắc ruột(đau,nô,bí,trướng) | 0 | 3 | 0,00 |
| Không đầy đủ dấu hiệu tắc ruột | 30 | 0 | |

Nhận xét: Khi đầy đủ dấu chứng tắc ruột thì khả năng điều trị bằng phẫu thuật 100%. Tuy nhiên do số liệu còn ít nên không loại trừ khả năng phẫu thuật ở nhóm không đầy đủ dấu hiệu tắc ruột.

- So sánh mối tương quan về triệu chứng thực thể:

| Triệu chứng thực thể | Điều trị nội khoa | Điều trị phẫu thuật | Giá trị p |
|----------------------|-------------------|---------------------|-----------|
| Đau vết mổ cũ | | | 0,6 |
| Không | 5 | 0 | |
| Có | 25 | 3 | |
| Quai ruột nổi | | | 0,00 |
| Không | 30 | 0 | |
| Có | 0 | 3 | |
| Dấu rắn bò | | | 0,004 |
| Không | 27 | 0 | |
| Có | 3 | 3 | |
| Bóng trực tràng rỗng | | | 0,022 |
| Không | 23 | 0 | |
| Có | 7 | 3 | |

Nhận xét: Theo kết quả trên thì dấu hiệu quai ruột nổi có giá trị cao, trong khi đau vết mổ cũ ít giá trị nhất với $p=0,6$.

- So sánh mối tương quan về cận lâm sàng:

| Cận lâm sàng | Điều trị nội khoa | Điều trị phẫu thuật | Giá trị p |
|---------------------------------------|-------------------|---------------------|-------------|
| Hình ảnh mực nước hơi | | | 0,15 |
| Không | 15 | 0 | |
| Có | 15 | 3 | |
| Số lượng mực nước hơi | 30 | 3 | 0,42 |
| Giá trị trung bình | 0,8±1 | 2,33±1,5 | |
| Đường kính mực nước hơi | | | 0,23 |
| Đk 1-<2cm | 15 | 0 | |
| Đk 2-3cm | 7 | 1 | |
| Đk 3-4cm | 6 | 2 | |
| Đk >4cm | 2 | 0 | |
| Dấu hiệu máy giặt trên siêu âm | | | 0,03 |
| Không | 28 | 1 | |
| Có | 2 | 2 | |
| Quai ruột dẫn trên siêu âm | | | 0,25 |
| Không | 9 | 2 | |
| Có | 21 | 1 | |
| Công thức bạch cầu | | | 0,5 |
| Giá trị trung bình | 10.666±4.037 | 16.000±2.645 | |
| Ctscan bụng | | | 0,28 |
| Không tắc | 3 | 0 | |
| Có tắc | 2 | 1 | |
| Không thực hiện | 25 | 2 | |

Nhận xét: Trong các xét nghiệm cận lâm sàng ta thấy dấu hiệu máy giặt trên siêu âm cho kết quả tương đối cao với $p=0,03$, khả năng điều trị phẫu thuật khi xquang có hình ảnh mực nước hơi, số lượng mực nước hơi >2, đường kính mực nước hơi >2, công thức bạch cầu lớn 11.000. Theo Lê Quang Nghĩa xét nghiệm xquang bụng đứng là chủ yếu trong chẩn đoán tắc ruột, siêu âm ít giá trị hơn. Ngoài Xquang cổ điển CT-scan có thể phát hiện tắc ruột non 90-95%, tỉ lệ CT-scan phát hiện nguyên nhân tắc 47-73% [2].

- So sánh mối tương quan về vị trí vết mổ cũ:

| Vị trí vết mổ cũ | Điều trị nội khoa | Điều trị phẫu thuật | Giá trị p |
|-------------------------------|-------------------|---------------------|-----------|
| Đường giữa trên rốn | 10 | 2 | 0,6 |
| Đường giữa dưới rốn | 10 | 1 | |
| Trên dưới rốn | 4 | 0 | |
| Vị trí khác(McBurney,mổ NS..) | 6 | 0 | |

-So sánh mối tương quan về phương pháp phẫu thuật lần trước:

| | Điều trị nội khoa | Điều trị phẫu thuật | Giá trị p |
|-------------------------------------|--------------------------|----------------------------|------------------|
| Phương pháp phẫu thuật trước | | | 0,8 |
| Mở mở | 28 | 3 | |
| Mở nội soi | 2 | 0 | |
| Số lần nhập viện vì tắc ruột | | | 0,3 |
| Lần 1 | 15 | 2 | |
| Lần 2 | 12 | 0 | |
| Lần 3 | 2 | 1 | |
| Lần 4 | 1 | 0 | |
| Số lần phẫu thuật trước | | | 0,8 |
| 1 lần | 27 | 3 | |
| 2 lần | 2 | 0 | |
| 3 lần | 1 | 0 | |

Nhận xét: Điều trị phẫu thuật nằm trong nhóm mổ mở vị trí thường gặp là trên, dưới rốn. Các cơ quan thường gặp là đường mật và ruột thừa cũng là một trong những phẫu thuật thường gặp trong bệnh viện chúng tôi. Mổ mở có xác suất bị tắc ruột nhiều hơn là mổ nội soi.

KẾT LUẬN

Tắc ruột do dính là một cấp cứu nội ngoại khoa, cần thăm khám kỹ và dựa vào cận lâm sàng chủ yếu là xquang. Điều quan trọng trong tắc ruột chúng ta cần can thiệp kịp thời trước khi ruột bị hoại tử. Mổ nội soi ngày càng mang lại hiệu quả cao ít gây dính sau mổ. Các yếu tố tiên lượng thành công của điều trị nội khoa còn cần nghiên cứu với số lượng lớn.

KIẾN NGHỊ

Cần phổ biến kiến thức cho bệnh nhân nguyên nhân, hậu quả, tác hại, phòng tránh tắc ruột do dính sau mổ.

Điều trị nội khoa là chủ yếu, chỉ phẫu thuật khi điều trị nội khoa thất bại.

Nên áp dụng mổ nội soi nhiều hơn trong điều trị.

Cần áp dụng rộng rãi Ct-scan hơn nữa trong chẩn đoán, tìm ra nguyên nhân, hậu quả để tiên lượng và thái độ xử trí thích hợp.

Cần rút ngắn thời gian điều trị nội khoa.

Lập kế hoạch chăm sóc bệnh nhân nhập viện nhiều lần điều trị tắc ruột do dính.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1] Nhã N. T. (2010), "Đánh giá kết quả điều trị tắc ruột do dính sau mổ tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ và đa khoa thành phố Cần Thơ".
- 2] Nghĩa L. Q. (2007), *Điều trị tắc ruột*, Trong bài giảng điều trị học ngoại khoa.
- 3] Federico Coccolini et al. (2013), "Peritoneal adhesion index (PAI); proposal of a score for the "ignored iceberg" of medicine and surgery", *World J Surg.* **8** (6).
- 4] Rudy Leon De Wilde et al. (2012), "Prevention of adhesions in gynaecological surgery: the 2012 European field guideline", *Gynecol Surg*, pp.9: 365-368.
- 5] Svanes Fevang et al. (2004), "Long-term Prognosis after operation for adhesive small bowel obstruction", *Ann Surg*(240), pp.193-201.
- 6] Willy Arung et al. (2011), "Pathophysiology and prevention of postoperative peritoneal adhesions", *World J Gastroenterology.* **17** (41), pp.4545-4553.

BÁO CÁO NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP TRICHOBEZOARS DẠ DÀY

*Bs Ngô Hùng Sơn
Bs Bành Đạt Thông*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trichobezoars là tình trạng kết cục, vón thức ăn lẫn tóc trong dạ dày. Khi búi tóc nằm trong dạ dày, kéo dài xuống ruột non, được gọi là hội chứng Rapunzel hay Bezoars tóc trong dạ dày. Đây là bệnh hiếm, thường xuất hiện ở những phụ nữ trẻ có rối loạn tâm thần, nhưng có thể gây biến chứng nặng như tắc đường ra dạ dày, tắc ruột, thủng ruột hoặc xuất huyết tiêu hóa. Chúng tôi trình bày một ca lâm sàng tại khoa nhi trichobezoars được chẩn đoán xác định, điều trị tại tuyến trên, nhằm cung cấp thông tin cơ bản giúp chẩn đoán bệnh này.

II. TỔNG QUAN

Bezoars, thuật ngữ chỉ sự tích tụ của chất ngoại sinh trong dạ dày hoặc ruột.

Bezoars được phân loại theo thành phần của chúng lactobezoars (sữa vón cục), phytobezoars (sợi, hạt thực vật), trichobezoars (tóc, lông), pharmacobezoars (vỏ bao aspirin, Nifedipin, theophyllin, sucralfate).

Trichobezoars hình thành ở bệnh nhân trichotillomania (bứt tóc) và trichophagia (nuốt tóc). Chúng bắt đầu là các sợi tóc giữ lại giữa các nếp gấp dạ dày; tóc bị biến dưỡng bởi acid dạ dày, trở thành màu đen (không phân biệt màu tóc) và kết hợp với thực phẩm để tạo thành một khối u.

Các yếu tố thúc đẩy

Rối loạn tâm thần, thường được ghi nhận như trầm cảm, chậm phát triển tâm thần, rối loạn hành vi, rối loạn tổng xuất dạ dày, mất chức năng vận động môn vị, sau cắt dạ dày bán phần... Dùng thuốc giảm tiết acid, giảm hoạt tính enzyme hoặc do nhai kém (mất răng) tuổi thường bị, đỉnh cao tần suất 10-20 tuổi, chiếm 90% phụ nữ, bệnh nhân thường nuốt tóc (trichophagia) sau khi nhổ tóc.

Lâm sàng

Có thể không có triệu chứng trong nhiều năm hoặc phát hiện tình cờ. Chúng biểu hiện như các triệu chứng của tắc dạ dày hoặc tắc ruột bao gồm đau bụng, nôn mửa, chán ăn và giảm cân. Khám thực thể có thể ghi nhận hơi đầu, mass thượng vị. Bezoars có thể thúc đẩy gây loét dạ dày, tắc ruột, thủng ruột hoặc xuất huyết tiêu hóa.

Chẩn đoán hình ảnh

- Chụp X-quang bụng không sửa soạn, đôi khi thấy mass trong dạ dày.
- Siêu âm chỉ cho phép chẩn đoán khoảng 25%, với mass trong dạ dày.
- CT scan hoặc MRI cũng cho thấy mass trong dạ dày, không bắt thuốc cản quang.
- Tiêu chuẩn vàng hiện nay cho chẩn đoán là nội soi dạ dày-ruột.
- Điều trị: Trichobezoars được điều trị bằng kỹ thuật nội soi và phẫu thuật.

III. BỆNH ÁN

Bé gái: NGUYỄN THỊ HUỲNH NHƯ' – 06 tuổi

Địa chỉ: ấp Bình Tây 1 – Phú Bình – Phú Tân – An Giang

Nhập viện: 8h30 16/7/2017

Lý do nhập viện: Sốt và đau bụng ngày 7

Bệnh sử: Bệnh 7 ngày, bé sốt dây dưa, ăn uống kém, đau bụng quanh rốn và thượng vị, nôn ói nhiều lần sau ăn, không đi tiêu 3 ngày trước nhập viện. Điều trị tư có truyền dịch không cải thiện → nhập viện.

Tình trạng nhập viện: bệnh tình, sinh hiệu ổn, đau bụng vùng thượng vị. Bụng mềm xẹp, không chướng.

Chẩn đoán vào viện: TD Nhiễm trùng đường ruột / sốt ngày 7

CLS:

CTM: BC $5,28 \times 10^3$ / uL – Neu 69,07% - HC $5,24 \times 10^6$ / uL CRP 0,1 mg/dl

Siêu âm bụng: phản ứng hệ cửa

Xử trí: Điều trị triệu chứng: primperan, domperidon, phosphalugel, Rectiofar bơm HM

Diễn tiến

| Ngày | Diễn tiến | Xử trí |
|----------|---|---|
| 17-20/07 | <ul style="list-style-type: none"> - Bé không sốt, sinh hiệu ổn - Còn đau bụng từng cơn vùng thượng vị - Nôn ói nhiều lần, tiêu được phân bón (sau bơm rectiofar) - Bụng mềm xẹp <p>→Δ: td viêm dạ dày cấp/ táo bón ≠ viêm tụy cấp; tắc ruột.</p> | Truyền dịch glucoolyte Ranitidine TMC Spasmaverin Domperidon Phosphalugel Sorbitol → CLS: amylase máu, siêu âm bụng 2 lần, xquang bụng đứng 2 lần |

Kết quả CLS:

Amylase máu: 44 u/L

Siêu âm bụng ngày 17 & 18/7: phản ứng hệ cửa, các quai ruột nhiều hơi.

Kết quả Xq bụng ngày 17 & 20/7: không ghi nhận hình ảnh bất thường



| | | |
|----------|---|--|
| 20-21/07 | <ul style="list-style-type: none"> - Bé không sốt, sinh hiệu ổn - Còn đau bụng từng cơn kèm | Truyền dịch: Glucoolyte Omeprazol TTM |
|----------|---|--|

| | | |
|---|---|--|
| | nôn ói. - Bụng sờ mềm có một mẫn u chắc vùng thượng vị 3 x 4 cm →Hội chẩn ngoại tổng quát KL: td nhiễm trùng đường ruột ≠ u dạ dày Ngoại TQ không xử trí | Phosphalugel Domperidon →CLS: CT scan bụng không cản quang |
| KQ CT scan bụng: ghi nhận bất thường hình ảnh dạ dày → khả năng xoắn dạ dày | | |
| 9h 21/07 | Xin ý kiến trực viện Chuyên bệnh đến bệnh viện Nhi Đồng 1 Δ: Theo dõi xoắn dạ dày ≠ U dạ dày | |

Kết quả chẩn đoán và điều trị ở tuyến trên:**IV. BÀN LUẬN**

Trichobezoars phát sinh từ việc nuốt tóc, nhu động ruột khó đẩy tóc di chuyển do bề mặt nhẵn của nó và khó tiêu hóa chất keratinaceous. Kết quả là, tóc trở nên bết thành một quả bóng và được giữ lại trong các nếp gấp của niêm mạc dạ dày. Trichobezoars có thể thúc đẩy gây loét dạ dày, tắc ruột, thủng ruột hoặc xuất huyết tiêu hóa.

Trichobezoars xảy ra thường xuyên hơn ở phụ nữ có rối loạn tâm thần, tuổi thường gặp từ 10-20.

Đây là một bệnh hiếm gặp, ở tuyến cơ sở chúng ta dễ bỏ sót nếu không nghĩ đến. Điển hình là tại khoa Nhi.

V. KẾT LUẬN

Trichobezoars là tình trạng kết cục, vón thức ăn lẫn tóc trong dạ dày.

Ở những bệnh nhân với các triệu chứng giống tắc ruột mà chúng ta không tìm được nguyên nhân, thì nên xem xét phân biệt. Đặc biệt là những đối tượng nữ trẻ tuổi, cần khai thác bệnh sử kỹ hơn.

Bệnh nhân cần được khám tâm lý sau điều trị nhằm tránh tái phát.

**TRƯỜNG HỢP ÁP XE GAN VỠ VÀO KHOANG MÀNG PHỔI
TẠI KHOA NHI BVĐKKV TỈNH AN GIANG NĂM 2017**

**BS NGUYỄN THỊ KIM LIÊN
BS. ĐẶNG ĐỨC TRÍ**

Tóm tắt: Chúng tôi báo cáo một trường hợp Áp xe gan vỡ vào khoang màng phổi phải. Bệnh nhi 16 tháng tuổi này nhập viện với tình trạng sốt, đau bụng, ho nhiều, khó thở và ăn uống kém 3 ngày trước nhập viện. Thăm khám trên bệnh nhân có thở nhanh, giảm phé âm bên phải, gan to kèm theo dấu hiệu thiếu máu. Chụp X-quang ngực cũng đã được thực hiện cho thấy hình ảnh tràn dịch màng phổi phải kèm theo mờ đồng nhất nửa dưới phổi phải. Siêu âm bụng ngực cho thấy hình ảnh Áp xe gan phải vỡ vào khoang màng phổi phải, đông đặc vùng đáy phổi phải và có cả dịch màng phổi phải. Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp hỗ trợ hô hấp, truyền máu, kháng sinh phổ rộng kết hợp kỵ khí, nuôi ăn đường tĩnh mạch, dẫn lưu màng phổi thoát mủ và các biện pháp bảo tồn khác. Bệnh nhân đáp ứng với các biện pháp điều trị và được xuất viện sau 24 ngày điều trị. Chúng ta nên lưu tâm đến các trường hợp nhập viện với bệnh cảnh tràn dịch màng phổi phải có đau bụng và gan to, nếu ko sẽ rất dễ bỏ sót các trường hợp Áp xe gan phải vỡ vào khoang màng phổi và để lại hậu quả nặng nề cho bệnh nhân.

I. Giới thiệu

Áp xe gan là do tế bào gan bị viêm và hoại tử, tạo nên những ổ mủ trong gan. Người ta chia ra 2 loại áp xe gan dựa vào tác nhân gây bệnh đó là áp xe gan do Amíp (*E. histolytica*) (amoebic) và do vi khuẩn (pyogenic). Vi khuẩn thường thấy là Staphylococcus, Streptococcus, trực khuẩn đường ruột Salmonella, có lúc thấy cả vi khuẩn kỵ khí. Có tác giả thấy cả nấm mốc (*Leptothrix*)^[1]...

Áp xe gan Amíp phổ biến ở các nước đang phát triển, Áp xe gan do vi khuẩn thường xảy ra ở nước phát triển. Áp xe gan do vi khuẩn thường xảy ra thứ phát sau nhiễm trùng đường mật hoặc đường ruột, gây nhiễm trùng máu hoặc nhiễm trùng các vùng tiếp giáp; tỷ lệ tử vong 20-60% ngay cả khi có những điều trị phù hợp. Ngược lại, Áp xe do Amíp đáp ứng tốt với hóa trị liệu và ít khi cần dẫn lưu^[2]. Tràn dịch màng phổi phát sinh bởi hai cơ chế liên quan với áp xe gan Amíp. Việc đầu tiên xảy ra khi một áp xe gan Amíp gây ra kích thích cơ hoành và hệ thần kinh giao cảm gây nên tràn dịch màng phổi theo cách tương tự như thấy với áp xe gan do vi khuẩn. Áp xe gan Amíp cũng tạo ra sự tràn dịch màng phổi khi áp xe vỡ ra qua cơ hoành vào trong khoang màng phổi. Trong trường hợp này, dịch màng phổi được mô tả là "sốt sô cô la" hoặc "bột cá cơm".

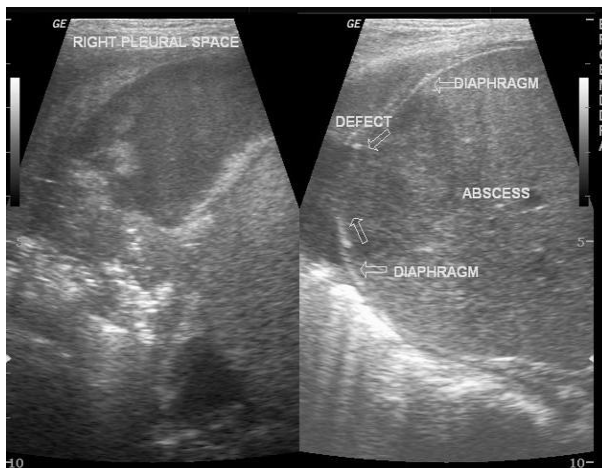
II. Báo cáo trường hợp

Bệnh nhân nam 16 tháng tuổi nhập viện vì sốt kéo dài 10 ngày, ho và khó thở. Thăm khám lúc nhập viện thì bệnh nhân tỉnh, vẻ mặt mệt mỏi, da niêm hồng nhợt, nhiệt độ 38.9⁰C, mạch 120 l/p, HA 100/70 mmHg, nhịp thở 40 l/p co kéo liên sườn, SpO2 92% với khí trời. Khám phổi nghe có ran ẩm phổi trái và hội chứng 3 giảm bên phổi phải. Khám bụng thấy chướng nhẹ và gan to 2-3cm dưới bờ sườn phải. Kết quả xét nghiệm máu cho biết BC 65.400tb/mm³, Neu

51.770tb/mm³; Hb 6.6g/dL, Hct: 23%; TC 364.000tb/mm³; CRP 27.18 mg/dL; Ion đồ có hạ Natri và Kali máu; Protein: 3,86 g/dL; AST 29 U/L; ALT 12 U/L; Procalcitonin: 77.17 ng/ml; TQ 14.2s; TCK 35.4s; Fib: 5.48g/L.

Chụp X-quang ngực cho thấy hình ảnh tràn dịch màng phổi phải kèm theo mờ đồng nhất nửa dưới phổi phải. Siêu âm bụng ngực thấy hình ảnh Áp xe gan phải vỡ vào khoang màng phổi phải, đông đặc vùng đáy phổi phải và có cả dịch màng phổi phải. Bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp hỗ trợ hô hấp Oxy qua cannula, thở NCPAP; truyền 2 đơn vị máu; kháng sinh Imipenem 90mg/kg/ngày, Vancomycin 60mg/kg/ngày, Metronidazole 30mg/kg/ngày; nuôi ăn đường tĩnh mạch và điều chỉnh các rối loạn khác. Sau 4 ngày điều trị, bệnh nhân được chọc dò dẫn lưu màng phổi thoát mủ, dịch màng phổi theo ODL ra ngoài khoảng 100ml màu cà phê sữa sẫm. Sau điều trị tích cực 9 ngày và sau đặt ODL 5 ngày, chụp X-Quang phổi kiểm tra thì thấy hình ảnh tràn mủ màng phổi không cải thiện; đáp ứng điều trị chậm nên người nhà xin chuyển bé đến Bệnh viện Sản Nhi AG điều trị tiếp.

Tại Bệnh viện Sản Nhi AG, bệnh nhi được điều trị với thở Oxy, kháng sinh Cefotaxim 150mg/kg/ngày, tiếp tục dùng Vancomycin và Metronidazole thêm 14 ngày, tập thở bong bóng. Tình trạng bệnh nhân cải thiện tốt, ngưng thở Oxy, được rút ống dẫn lưu và cho xuất viện. Tổng thời gian điều trị của bệnh nhân là 23 ngày.



III. Thảo luận

Áp xe gan phổ biến ở vùng nhiệt đới. Các tác nhân gây bệnh thông thường là *E. histolytica* (Amíp), vi khuẩn (pyogenic), *Mycobacterium tuberculosis*, và các loại nấm khác nhau. Trong số đó, Áp xe gan do Amíp phần lớn là bệnh của các nước đang phát triển. Bệnh có xu hướng ảnh hưởng đến dân số trẻ hơn nam giới. Do sự di chuyển vào và ra khỏi các khu vực có điều kiện vệ sinh kém, nhiều trường hợp áp xe gan Amíp và biến chứng ngực của nó đang được phát hiện ở những quốc gia mà trước đây chưa gặp^[3].

Nó phát sinh từ sự lây lan thể trophozoites của *Entameba histolytica* từ niêm mạc ruột vào gan thông qua tĩnh mạch cửa. Bệnh nghi ngờ lưu hành ở vùng những người có sốt, đau bụng và đau gan. Thỉnh thoảng Áp xe vỡ ra vào khoang màng phổi được báo hiệu bởi cơn đau dữ dội đột ngột, đôi khi là một cảm giác bị xé rách, tiếp theo là bệnh suy hô hấp tiến triển nhanh và nhiễm khuẩn huyết, thỉnh thoảng bị sốc. Những bệnh nhân này có biểu hiện đau vùng bụng trên, đau ngực phải và khó thở, đây là triệu chứng thường gặp ở hầu hết các nghiên cứu. Mức độ phosphatase kiềm tăng lên ở hơn 75% bệnh nhân, trong khi mức transaminases tăng 50%. Bệnh nhân của chúng tôi không có tăng transminases. Áp xe gan amíp xảy ra phổ biến nhất ở nhóm tuổi từ 20 đến 45 tuổi. Nó cũng thỉnh thoảng được ghi nhận ở các lứa tuổi khác như trường hợp của chúng tôi; nam giới bị bệnh này nhiều hơn, tỷ lệ nam và nữ được báo cáo là khoảng 10:1. Trường hợp của chúng tôi cũng rất hiếm gặp vì Ổ áp xe gan vỡ gây tràn dịch toàn bộ khoang màng phổi phải. Chẩn đoán áp xe gan Amíp được gợi ý qua dịch dẫn lưu trong màng phổi ra có màu sôcôla dù tỉ lệ tìm thấy Amíp trong dịch này là dưới 10% nhưng ở bệnh nhân của chúng tôi không được chứng minh trong dịch màng phổi. Việc tháo bớt dịch mủ ra ngoài có lợi cho việc điều trị cũng như hồi phục của bệnh nhân sau này, điều này có thể thấy rõ ở bệnh nhân của chúng tôi.

IV. Phần kết luận

Áp xe gan Amíp gây ra sự tràn dịch trong khoang màng phổi thông qua sự kích ứng cơ hoành hoặc khi áp xe vỡ mủ qua cơ hoành vào trong khoang màng phổi. Trong trường hợp này, dịch màng phổi được mô tả là "sốt sô cô la" hoặc "bột cá cơm". Biến chứng trong lồng ngực của áp xe gan amíp không phải là hiếm gặp nhưng gây ra viêm mủ màng phổi là hiếm gặp. Vì vậy, chúng ta nên giữ chẩn đoán phân biệt của áp xe gan vỡ ngay cả trong trường hợp viêm mủ màng phổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Việt Dũng (2015), Áp xe gan, *Bài giảng Ngoại Bụng*, Bệnh viện Quân Y 103.
2. Blessmann J, Binh HD, Hung D Met al.(2003), Treatment of amoebic liver abscess with metronidazole alone or in combination with ultrasound-guided needle aspiration: a comparative, prospective and randomised study. *Tropical Medicine and International Health* 8, 1030–1034.
3. Dr. Deependra Kumar Rai, Dr. Siddharth Singh, Dr. Shyama Kumari (2015), A Rare Case of Massive Pleural Effusion Due To Ruptured Liver Abscess, *IOSR Journal of Dental and Medical Sciences (IOSR-JDMS)*, 73-75.

**VAI TRÒ CỦA NỘI SOI ỐNG MỀM TRONG
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ ĐẠI TRÀNG
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG
TỪ 03/2017-10/2017**

**LÊ THIÊN HÒA, NGUYỄN VĂN BÌNH
HỒ VĂN CỬA, LÊ THANH NHÈN**

TÓM TẮT :

Mục tiêu: vai trò của nội soi ống mềm trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý đại tràng.

Phương pháp: nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang . Gồm 64 bệnh nhân được nội soi đại tràng bằng ống mềm tại BVĐK KV Tỉnh An Giang tháng 03/2017→ tháng 10/2017.

Kết quả: Từ 03/2017→ tháng 10/2017, có 64 bệnh nhân , tuổi trung bình là $47,89 \pm 16,39$, tuổi trẻ nhất là 18 và lớn tuổi nhất là 88, có 31 nam, 33 nữ. Trong các loại tổn thương thì trĩ chiếm 36 trường hợp (56,3%), polype 29 trường hợp (45,3%), ngoài ra còn các tổn thương như u, viêm,... Trĩ thường được chẩn đoán bằng nội soi và điều trị nội khoa. Polype thì thường được điều trị bằng sinh thiết trọn và cắt đốt đối với polype tăng sinh và polype có cuống. Tổn thương u và polype không cuống thường được chuyển lên khoa khác điều trị. Từng bước sẽ triển khai thêm các kỹ thuật nội soi điều trị khác như: cắt đốt polype bằng khí argon, cắt polype không cuống và thắt trĩ bằng vòng cao su qua nội soi.

Kết luận: Bệnh lý đại tràng là bệnh lý thường gặp và có khả năng chẩn đoán nhanh chóng chính xác bằng nội soi ống mềm đồng thời có thể tiến hành điều trị trong lúc soi.

**THE ROLE OF ENDOSCOPY IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT
OF PATHOLOGY OF THE COLON AT REGIONAL AN GIANG
PROVINCE HOSPITAL FROM 03/2017 TO 10/2017**

ABSTRACT

Background : The role of endoscopy in the diagnosis and treatment of pathology of the colon.

Objective and methods : Cross-sectional descriptive study. Including 64 patients with colonoscopy with a soft tube at Regional An Giang Province Hospital from 03/2017 to 10/2017.

Results : From March 2017 to October 2017, there were 64 patients, the average age was 47.89 ± 16.39 , the youngest was 18 and the oldest was 88, there were 31 males and 33 females. In the lesions, hemorrhoids accounted for 36 cases (56.3%), polypea 29 cases (45.3%), in addition to lesions such as tumors, inflammation, ... Hemorrhoids are usually diagnosed by endoscopy and medical treatment. Polype is usually treated with full and cut biopsy for polypeptide and polype. Uncommon polyps and tumors are usually transferred to other departments for treatment. Step by step to implement other endoscopic therapies

such as argon gas cut, argon free polypeptide and hemorrhoid hemorrhoids by endoscope

Conclude : Colonoscopy is a common and rapidly-diagnosing disease of the hematopoietic tube that can be treated at the same time.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ :

- Đại tràng là một cơ quan rất khó chẩn đoán bệnh lý. Các phương pháp hiện đại như siêu âm, chụp cắt lớp điện toán (CT) hay cộng hưởng từ (MRI) dù rất đắt tiền nhưng vẫn có giá trị rất ít trong chẩn đoán bệnh lý đại tràng. X-quang đại tràng bằng cách bơm barýt có thể dùng trong một số trường hợp nhưng vẫn không chính xác bằng nội soi. Qua máy nội soi, bác sĩ có thể phát hiện các tổn thương rất nhỏ chỉ vài mm, có thể sinh thiết để tìm ung thư. Ngoài ra, soi đại tràng có thể dùng để cắt polype (polype là nguyên nhân rất thường gặp gây tiêu ra máu và hóa thành ung thư).

- Nội soi đại tràng là một phương pháp thăm khám trực tiếp phần đại trực tràng nhờ vào một ống soi mềm nhỏ đường kính khoảng 1 cm đưa vào qua hậu môn. Nhờ quan sát hình ảnh trên máy soi, bác sĩ có thể biết được các bất thường đang xảy ra bên trong ruột. Từ đó, có được chẩn đoán và phương pháp điều trị thích hợp.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

Mục tiêu tổng quát : mô tả đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và đánh giá hiệu quả nội soi điều trị bệnh lý đại tràng bằng nội soi ống mềm từ tháng 03/2017 → tháng 10/2017 tại Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang.

Mục tiêu chuyên biệt :

1. Tỷ lệ các chẩn đoán sau khi soi.
2. Mô tả đặc điểm các loại chẩn đoán sau khi soi.
3. Đánh giá hiệu quả sử dụng nội soi ống mềm điều trị trong polype đại tràng.

II. TỔNG QUAN TÀI LIỆU :

2.1 Nội soi đại tràng là gì:

- [Nội soi đại tràng](#) là phương pháp dùng để chẩn đoán các bệnh lý ở đại tràng, bằng cách dùng ống soi mềm có gắn camera và đèn soi ở đầu ống. Bác sĩ đưa ống từ lỗ hậu môn qua toàn bộ đại tràng đến tận manh tràng, thu được hình ảnh của niêm mạc đại tràng được phóng đại trên màn hình màu có độ nét cao.

- Nội soi đại tràng có thể phát hiện các thương tổn ở đại tràng, đặc biệt là những tổn thương có khả năng phát triển thành ung thư ở giai đoạn sớm mà phương pháp X-quang hay siêu âm bụng dễ bỏ sót. Nhất là những thế hệ máy hiện đại sau này như Olympus CV-190 có khả năng phóng đại hình ảnh, chức năng MPI giúp ích rất nhiều trong chẩn đoán ung thư sớm đại tràng. Qua quá trình nội soi bác sĩ có thể cắt bỏ các thương tổn tránh cho bệnh nhân trải qua các cuộc phẫu thuật.

2.2 Chỉ định nội soi đại tràng:

Chỉ định soi đại tràng tương đối chặt chẽ. Các lý do thường nhất là:

- Nội soi chẩn đoán được chỉ định khi có các triệu chứng gợi ý bệnh lý đường tiêu hóa dưới:

- + Xuất huyết tiêu hóa dưới.
- + Bệnh lý viêm, loét, u đường tiêu hóa dưới: với mục đích xác định chẩn đoán, độ lan rộng, mức độ viêm-bản chất u, rà soát biến chứng của bệnh như hóa ác.

- + Bệnh nhân có các triệu chứng bệnh lý tiêu hóa dưới không lý giải được: tiêu chảy kéo dài không lý giải được, đau bụng không lý giải được.

- + Rà soát ung thư giai đoạn sớm các đối tượng nguy cơ cao: đa polype đại tràng, K đại tràng gia đình, theo dõi sau cắt polype đại tràng hóa ác qua nội soi, sau cắt đoạn ruột điều trị K đại tràng, viêm loét trực đại tràng...

- + Xác định bản chất các tổn thương hẹp đại tràng.

- + Khi có các bất thường trên X quang khung đại tràng cản quang nhưng chưa xác định được...

- Nội soi điều trị được chỉ định khi có các vấn đề cần can thiệp sau:

- + Cắt Polype đại tràng qua nội soi.

- + Nong các tổn thương hẹp đại tràng, đặt ống thông hay còn gọi stent (do ác tính, do tia xạ, do viêm mạn...).

- + Cầm máu một số tổn thương như loạn sản mạch máu, chảy máu từ cuống polype sau cắt polype...+ Lấy dị vật đường tiêu hóa dưới

- Ngay cả khi chẩn đoán đã rõ ràng (viêm, loét hay u...), bệnh nhân cũng có thể được chỉ định nội soi đại tràng để lấy mẫu xét nghiệm tìm vi trùng hay tìm ung thư.

Nói chung, chỉ định nội soi đại tràng cần phải chặt chẽ và cần có sự cân nhắc cẩn thận của bác sĩ điều trị.

2.3 Chống chỉ định nội soi đại tràng:

2.3.1 Chống chỉ định tuyệt đối:

- Người trưởng thành tinh táo từ chối cuộc soi. (Khi được giải thích về mục đích, cách tiến hành và trấn an nhưng bệnh nhân kiên quyết từ chối cuộc soi).

- Thủng đại tràng.

- Viêm phúc mạc.

- Tình trạng sốc.

- Suy tim mạch.

- Bị nhồi máu cơ tim mới.

2.3.2 Chống chỉ định tương đối:

- Mới mổ ở đại tràng, mổ ở tiểu khung (trong vòng 15 ngày).

- Phình lớn động mạch chủ bụng.

- Bệnh túi thừa cấp tính.

- Bệnh nhân có tắc mạch phổi, suy hô hấp.

- Loạn nhịp gây rối loạn huyết động

- Bệnh nhân đang có thai.

- Tổng trạng kém.

2.4 Chuẩn bị bệnh nhân nội soi đại tràng:

- Phải có giấy cam kết của bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân trước khi soi.

- Bệnh nhân phải được giải thích kỹ về những lợi ích và tai biến của thủ thuật.

- Việc chuẩn bị nội soi đại tràng là rất quan trọng để đảm bảo cho lòng ruột thật sạch và bác sĩ không bỏ sót tổn thương. Thông thường, bệnh nhân ăn chế độ ít chất bã (cháo) vào buổi sáng và trưa ngày trước soi.

- Nếu nội soi buổi sáng: chiều ngày trước soi uống hết 1-2 chai Fleet Soda pha trong 0,5-1 lít nước hoặc 3-4 gói Fortrans pha trong 3-4 lít nước (hay các dung dịch tủy xỏ tương đương) trong khoảng thời gian # 3-4 giờ. Từ khi đã uống thuốc cho đến khi tiến hành nội soi xong vào ngày hôm sau, bệnh nhân không được ăn thức ăn có chất bã, chỉ được uống các thức uống trong, không có cặn, hoặc nước đường để tránh hạ đường huyết.

- Nếu nội soi vào buổi chiều: bắt đầu uống thuốc trước nội soi 4-5h vào buổi sáng (thông thường bắt đầu từ 5-6h sáng).

- Nếu có các chống chỉ định của Fortrans hoặc Fleet Soda, bệnh nhân được thụt tháo 3 lần vào chiều, tối ngày trước soi và sáng ngày tiến hành nội soi.

- Trong trường hợp có cắt polype, bệnh nhân cần thông tin cho bác sĩ về các rối loạn đông máu hoặc các thuốc đang dùng nếu có.

2.5 Các bước tiến hành nội soi đại tràng:

- Nội soi được tiến hành ở phòng soi với ít nhất một bác sĩ và một điều dưỡng. Trước khi soi, bệnh nhân sẽ được thăm khám ở hậu môn để đánh giá các tổn thương ở thấp nếu có. Thuốc tê được tại chỗ được sử dụng để làm bớt khó chịu khi đưa ống soi vào cũng như có tác dụng bôi trơn.

- Lúc đầu, bệnh nhân soi ở tư thế nằm nghiêng bên trái. Máy soi được đưa qua hậu môn và dần dần đi sâu qua các đoạn ruột. Từng lúc bệnh nhân có thể thấy khó chịu, chướng bụng hay đau do ống soi làm căng ruột. Hãy thông báo cho điều dưỡng hay bác sĩ để điều chỉnh ngay. Thỉnh thoảng, bệnh nhân sẽ được yêu cầu thay đổi tư thế hoặc điều dưỡng sẽ ấn nhẹ vào bụng bệnh nhân. Những biện pháp này nhằm giúp ống soi đi dễ dàng và ít gây đau hơn. Khi cần sinh thiết, bác sĩ sẽ thực hiện nhanh và bệnh nhân không cảm thấy đau. Toàn bộ quá trình soi kéo dài từ 5 đến 30 phút, nhanh nhất nếu được sự hợp tác tốt của bệnh nhân. Đối một số trường hợp khó, bệnh nhân có thể được tiêm thêm thuốc an thần hay chống co thắt để bớt khó chịu.

2.6 Biến chứng có thể xảy ra khi nội soi đại tràng :

- Biến chứng liên quan đến chuẩn bị đại tràng: rối loạn nước và điện giải.

- Thủng: nguyên nhân liên quan đến dính sau mổ, túi thừa, viêm loét đại tràng nặng, hẹp đại tràng. Điều trị ngoại khoa là chính trừ trường hợp lỗ thủng nhỏ đại tràng chuẩn bị sạch thì hút dịch, kháng sinh nuôi dưỡng đường tĩnh mạch theo dõi sát nếu sốt, bạch cầu cao co cứng bụng thì điều trị ngoại khoa.

- Vỡ khuẩn huyết: tạm thời. Khuyến cáo dùng kháng sinh dự phòng ở bệnh nhân có nguy cơ cao như: bệnh nhân bị bệnh van tim, van tim nhân tạo, suy giảm miễn dịch, xơ gan cổ trướng.

- Chướng bụng: hút hết hơi phần lớn là tự khỏi nhanh nếu liệt ruột đặt sonde dạ dày truyền dịch.

- Phản xạ phó giao cảm: mạch chậm, hạ HA, chân tay lạnh. Rối loạn nhịp tim và bất thường điện tâm đồ: ngoại tâm thu nhĩ hay thất, nhịp nhanh xoang, ST-T chênh xuống.

- Trên điện tâm đồ xuất hiện các loạn nhịp mới hoặc làm nặng thêm các rối loạn nhịp đã có, nhồi máu cơ tim cũng đã được ghi nhận.

- Xoắn đại tràng: phẫu thuật là cần thiết để giải áp.

- Các biến chứng khác: thoát vị vết mổ nghẹt, ống soi chui vào túi thoát vị.

- Biến chứng liên quan đến thuốc tiền mê, thuốc mê.

2.7 Chăm sóc, hướng dẫn bệnh nhân sau khi soi:

- Bệnh nhân có thể nghỉ ngơi một thời gian ngắn trước khi ra về.

- Bệnh nhân có thể ghi nhận một số vấn đề thường gặp sau soi đại tràng:

+ Cảm giác đau bụng ít hay cảm giác mót rặn.

+ Bụng có cảm giác chướng hơi nhẹ.

- Các cảm giác này là bình thường và biến mất nhanh. Nếu bệnh nhân thấy đau nhiều hay rất khó chịu, cần báo ngay cho điều dưỡng hay bác sĩ biết.

- Bác sĩ nội soi sẽ giải thích về các tổn thương ghi nhận và điều dưỡng sẽ hẹn ngày lấy kết quả sinh thiết nếu có. Cần lấy kết quả sinh thiết sớm vì nó rất quan trọng để có chẩn đoán chính xác hơn.

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU :

3.1. Đối tượng nghiên cứu :

- Tất cả các bệnh nhân nhập viện được nội soi đại tràng, trực tràng bằng ống soi mềm trong thời gian từ 01/03/2017 → 31/10/2017.

* **Tiêu chuẩn chọn bệnh :** tất cả bệnh nhân được nội soi đại tràng , trực tràng bằng ống soi mềm đến khám hay nhập viện vào BVĐK KV Tỉnh An Giang từ 01/03/2017 → 31/10/2017.

* **Tiêu chuẩn loại trừ :**

Bệnh nhân từ chối nội soi.

Đại tràng chưa được chuẩn bị sạch khi soi.

3.2. Phương pháp nghiên cứu :

3.2.1. Phương pháp : nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang.

- Số liệu được thu thập theo bảng được tạo sẵn.

- Xử lý thống kê: Dùng **phần mềm SPSS 20.0** .

3.2.2 Phương pháp tiến hành:

Phương pháp nghiên cứu: thu thập thông tin từ kết quả nội soi đại tràng, hồ sơ bệnh án và khai thác bệnh nhân tại phòng nội soi 01/03/2017 → 31/10/2017.

Phương tiện nghiên cứu:

Dụng cụ: máy nội soi Olympus CV150, nguồn sáng Halogen, dụng cụ kèm theo như: kiểm sinh thiết, thông lọng, máy cắt cốt ERBE 300S, snare dùng trong cắt polype, dụng cụ endocloup, ...

IV. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU :

- Trong mẫu khảo sát 64 bệnh nhân : có 31 nam (48,4%), 33 nữ (51,6%).

- Tuổi trung bình là $47,89 \pm 16,39$, tuổi cao nhất là 88, thấp nhất là 18 .

+ Tuổi trung bình của nam là $46,19 \pm 14,73$, tuổi cao nhất là 75, thấp nhất là 18

+ Tuổi trung bình nữ là $49,48 \pm 17,89$, tuổi cao nhất là 88, thấp nhất là 21.

- Bệnh nhân thường ở vùng nông thôn 42 (65,6%) chỉ có 22 (34,4%) ở tại Châu Đốc.

- Nghề nghiệp: học sinh 1(1,6%), buôn bán 8 (12,5%), công nhân viên 9 (14,1%), già 17 (26,6%), nông dân 29 (45,3%).

- Đối tượng: có BHYT 31 (48,4%), thu phí 33 (51,6%).

- Khoa chỉ định: dịch vụ 2(3,1%), cấp cứu 1 (1,6%), nhiễm 2 (3,1%), nội tổng hợp 9 (14,1%), ngoại tổng hợp 12 (18,8%), khám bệnh 38 (59,4%).

- Chẩn đoán trước soi : dò hậu môn 1 (1,6%), tiêu chảy 2(3,1%), xuất huyết tiêu hóa 15 (23,4%), viêm đại tràng 22 (34,4%), trĩ 24 (37,5%).

- Loại nội soi: trực tràng 12 (18,8%), đại trực tràng 52 (81,2%).

4.1. Tỷ lệ các chẩn đoán sau khi soi :

- Chẩn đoán sau khi soi với số lượng và tỷ lệ như sau:

+ Trĩ: 36 (56,3%)

+ Polype: 29 (45,3%)

+ U: 8 (12,5%)

+ Viêm: 10 (15,6%)

+ Loét: 1 (1,6%)

+ Dò hậu môn: 1 (1,6%)

+ Da thừa: 1 (1,6%)

- Tổn thương phối hợp số lượng và tỷ lệ như sau:

+ Trĩ + polype: 12 (18,8%)

+ Trĩ + u: 2(3,1%)

+ Trĩ + viêm: 4 (6,3%)

+ Polype + u: 3 (4,7%)

Nhận xét : Trong tổng số các bệnh nhân tiến hành soi thì trĩ chiếm tỷ lệ cao nhất 36 (56,3%), kể đến polype 29 (45,3%), có nhiều tổn thương phối hợp nhưng tỷ lệ trĩ + polype 12(18,8%) chiếm tần suất cao nhất.

4.2 Đặc điểm các loại chẩn đoán sau khi soi :

4.2.1 Trĩ:

- Trong mẫu khảo sát 36 bệnh nhân bị trĩ có 14 nam (42,8%), 22 nữ (57,2%).

Tuổi trung bình là $44,61 \pm 14,48$, tuổi cao nhất là 75, thấp nhất là 21 .

Tuổi trung bình của nam là $49,29 \pm 14,3$, tuổi cao nhất là 75, thấp nhất là 25

Tuổi trung bình nữ là $41,95 \pm 14,17$, tuổi cao nhất là 69, thấp nhất là 21

Nhận xét: nữ thường bị trĩ nhiều hơn nam, có tuổi trung bình cũng thấp hơn nam. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, với $p=0,032$.

- Loại: trĩ nội 26 (72,2%), trĩ ngoại 5 (13,9%), kết hợp trĩ nội ngoại (13,9%),

Phân độ: độ I 2 (5,6%), độ II 25(69,4%) , độ III 4 (11,1%).

Số lượng: 1 búi 9 (25%), 2 búi 11 (30,6%), 3 búi 14 (38,9%), 4 búi 2 (5,6%).

Nhận xét: trĩ nội, độ II, có từ 2-3 búi là thường gặp nhất trong các tổn thương.

- Môi liên hệ giữa các dạng trĩ với địa chỉ, nghề nghiệp, lý do đi soi:

| | | Trĩ nội | Trĩ ngoại | Trĩ tổng hợp | Tổng | P |
|--------------|----------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------|
| | | Số case (tỷ lệ %) | Số case (tỷ lệ %) | Số case (tỷ lệ %) | Số case (tỷ lệ %) | |
| Địa chỉ | Thành thị | 9(25%) | 1(2,78%) | 4(11,11%) | 14(38,89%) | 0,81 |
| | Nông thôn | 17(47,22%) | 4(11,11%) | 1(2,78%) | 22(61,11%) | |
| Nghề | Công nhân viên | 3(8,33%) | 2(5,56%) | 1(2,78%) | 6(16,67%) | 0,039 |
| | Buôn bán | 5(13,89%) | | 2(5,56%) | 7(19,44%) | |
| | Nông dân | 14(38,89%) | 2(5,56%) | | 16(16,67%) | |
| | Già | 4(11,11%) | 1(2,78%) | 2(5,56%) | 7(19,44%) | |
| Lý do đi soi | XHTH | 5(13,89%) | | 1(2,78%) | 6(16,67%) | 0,025 |
| | Tiêu chảy | 1(2,78%) | | | 1(2,78%) | |
| | Trĩ | 14(38,89%) | 3(8,33%) | 4(11,11%) | 21(58,33%) | |
| | Viêm đại tràng | 6(16,67%) | | 2(5,56%) | 8(22,22%) | |

Nhận xét: bệnh nhân ở nông thôn có tỷ lệ bị trĩ cao hơn ở thành thị. Nông dân và lý do đi soi do trĩ chiếm tỷ lệ cao các nhóm khảo sát, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

4.2.2 Polype:

- Trong mẫu khảo sát 29 bệnh nhân bị polype: có 16 nam (52,9%), 13 nữ (47,1%).

Tuổi trung bình là $48,59 \pm 18,13$, tuổi cao nhất là 18, thấp nhất là 87 .

Tuổi trung bình của nam là $46,63 \pm 16,88$, tuổi cao nhất là 75, thấp nhất là 18 .

Tuổi trung bình nữ là $51,00 \pm 19,99$, tuổi cao nhất là 87, thấp nhất là 21

Nhận xét: nam thường bị polype nhiều hơn nữ, có tuổi trung bình cũng thấp hơn nữ. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, với $p=0,528$.

- Vị trí: trực tràng 14 (48,3%), đại tràng sigma 6 (20,7%), đại tràng trái 1 (3,4%), đại tràng ngang 1 (3,4%), đại tràng phải 1 (3,4%), nhiều vị trí 6 (20,7%). Loại polype: polype tăng sinh 17 (58,6%), polype có cuống 11 (37,9%), polype không cuống 1 (3,4%).

Kích thước trung bình: polype tăng sinh 4mm(3mm-6mm), polype có cuống 7mm(3mm-12mm), polype không cuống 25mm.

Nhận xét: Polype tăng sinh thường có mặt rải rác khắp khung đại tràng với kích thước nhỏ, polype có cuống thường ở đại tràng Sigma và trực tràng có kích thước to hơn.

- Mỗi liên hệ giữa các dạng polype với địa chỉ, nghề nghiệp, lý do đi soi, vị trí polype và số lượng polype:

| | | Tăng sinh Số case (tỷ lệ %) | Có cuống Số case (tỷ lệ %) | Không cuống Số case (tỷ lệ %) | Tổng Số case (tỷ lệ %) | <i>P</i> |
|-----------------|----------------|-----------------------------------|----------------------------------|--|------------------------------|----------|
| Địa chỉ | Thành thị | 5(17,24%) | 3(10,34%) | 1(3,45%) | 9(31,03%) | 0,031 |
| | Nông thôn | 12(41,38%) | 8(27,59%) | | 20(68,97%) | |
| Nghề | Công nhân viên | 3(10,34%) | 2(6,90%) | | 5(17,24%) | 0,036 |
| | Buôn bán | 1(3,45%) | 1(3,45%) | | 2(6,90%) | |
| | Nông dân | 6(20,69%) | 5(17,24%) | 1(3,45%) | 12(41,38%) | |
| | Học sinh | | 1(3,45%) | | 1(3,45%) | |
| | Già | 7(24,14%) | 2(6,90%) | | 9(31,03%) | |
| Lý do đi soi | XHTH | 2(6,90%) | 6(20,69%) | 1(3,45%) | 9(31,03%) | 0,025 |
| | Tiêu chảy | 1(3,45%) | | | 1(3,45%) | |
| | Trĩ | 4(13,79%) | | | 4(13,79%) | |
| | Viêm đại tràng | 10(34,48%) | 5(17,24%) | | 15(51,72%) | |
| Vị trí | Trực tràng | 6(20,69%) | 8(27,59%) | | 14(48,28%) | 0,064 |
| | ĐT Sigma | 4(13,79%) | 2(6,90%) | | 6(20,69%) | |
| | ĐT trái | 1(3,45%) | | | 1(3,45%) | |
| | ĐT ngang | 1(3,45%) | | | 1(3,45%) | |
| | ĐT phải | | | 1(3,45%) | 1(3,45%) | |
| | Nhiều vị trí | 5(17,24%) | 1(3,45%) | | 6(20,69%) | |
| Số lượng polype | 1 | 6(20,69%) | 8(27,59%) | 1(3,45%) | 15(51,72%) | 0,054 |
| | 2 | 4(13,79%) | 1(3,45%) | | 5(17,24%) | |
| | 3 | 3(10,34%) | 2(6,90%) | | 5(17,24%) | |
| | 4 | 2(6,90%) | | | 2(6,90%) | |
| | 5 | 1(3,45%) | | | 1(3,45%) | |
| | 6 | 1(3,45%) | | | 1(3,45%) | |

Nhận xét :

- Bệnh nhân ở nông thôn thường bị polype nhất là polype tăng sinh và polype có cuống, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

- Người già và nông dân bị polype nhất là polype tăng sinh và polype có cuống, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

- Lý do đi soi là viêm đại tràng thường là polype tăng sinh, còn đối với polype có cuống thì lý do là xuất huyết tiêu hóa, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

- Trực tràng, đại tràng Sigma có tỷ lệ polype cao hơn các vị trí khác.

- Polype tăng sinh thường có số lượng nhiều hơn các dạng polype khác.

4.2.3 Hình ảnh u:

- Trong mẫu khảo sát 8 bệnh nhân bị tổn thương hình ảnh u: có 2 nam (26,7%), 6 nữ (73,3%).

Tuổi trung bình là $56,63 \pm 10,88$, tuổi cao nhất là 37, thấp nhất là 38.

Tuổi trung bình của nam là $60,50 \pm 0,71$, tuổi cao nhất là 61, thấp nhất là 60.

Tuổi trung bình nữ là $55,33 \pm 12,55$, tuổi cao nhất là 67, thấp nhất là 38.

Nhận xét: nữ thường bị u nhiều hơn nam, có tuổi trung bình cũng thấp hơn nam. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, với $p=0,61$.

- Vị trí: trực tràng 3 (37,5%), đại tràng sigma 3 (37,5%), đại tràng trái 2 (25%).

- Kích thước trung bình khối u 29,25mm: ở trực tràng 33mm(35mm-30mm), đại tràng Sigma 26,67mm(30mm-25mm), đại tràng trái 27,5mm(30mm-25mm).

Nhận xét: trực tràng và đại tràng Sigma thường gặp u nhiều hơn với kích thước to hơn ở các vùng khác.

- Mọi liên hệ giữa vị trí tổn thương u với địa chỉ, nghề nghiệp, lý do đi soi:

| | | Trực tràng Số case (tỷ lệ %) | ĐT Sigma Số case (tỷ lệ %) | ĐT trái Số case (tỷ lệ %) | Tổng Số case (tỷ lệ %) | <i>p</i> |
|--------------|-----------|------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|------------------------------|----------|
| Địa chỉ | Thành thị | 1(12,5%) | 1(12,5%) | | 2(25%) | 0,001 |
| | Nông thôn | 2(25%) | 2(25%) | 2(25%) | 6(75%) | |
| Nghề nghiệp | Nông dân | 2(25%) | 1(12,5%) | 1(12,5%) | 4(50%) | 0,112 |
| | Già | 1(12,5%) | 2(25%) | 1(12,5%) | 4(50%) | |
| Lý do đi soi | XHTH | 2(25%) | 3(37,5%) | 1(12,5%) | 6(75%) | 0,093 |
| | Trĩ | 1(12,5%) | | 1(12,5%) | 2(25%) | |

Nhận xét :

- Bệnh nhân ở nông thôn thường bị u nhất là ở trực tràng và đại tràng Sigma, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

- Người già và nông dân bị u ở trực tràng và đại tràng Sigma nhiều hơn các vị trí khác, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

- Lý do đi soi là xuất huyết tiêu hóa thường là tổn thương u nhất là ở trực tràng và đại tràng Sigma, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

4.3 Hiệu quả sử dụng nội soi ống mềm điều trị các tổn thương polype đại tràng:

- Mọi liên hệ giữa hình thức điều trị và kích thước polype:

| | | Sinh thiết trọn mm | Cắt đốt mm | Không mm | Tổng mm | <i>p</i> |
|------------|------------|-----------------------|---------------|------------------|-----------------|----------|
| Kích thước | Trung bình | 4 ± 1 | 8 ± 3 | $11,75 \pm 9,18$ | $6,11 \pm 4,52$ | 0,01 |

| | | | | |
|----------|---|----|----|----|
| Lớn nhất | 6 | 3 | 4 | 25 |
| Nhỏ nhất | 3 | 12 | 25 | 3 |

Nhận xét :

- Sinh thiết trọn thường là những polype có kích thước nhỏ, cắt đốt thường là những polype có kích thước trung bình khoảng 8mm, nếu to hơn 12mm, thì chưa tiến hành cắt đốt ở bệnh viện, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

- Mối liên hệ giữa hình thức điều trị và kích thước polype:

| | | Sinh thiết trọn | Cắt đốt | Không | Tổng | <i>P</i> |
|---------------|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|----------|
| | | Số case (tỷ lệ %) | Số case (tỷ lệ %) | Số case (tỷ lệ %) | Số case (tỷ lệ %) | |
| Loại polype | Tăng sinh | 17(58,62%) | | | 17(58,62%) | 0,049 |
| | Có cuống | | 7(24,14%) | 4(13,79%) | 11(37,93%) | |
| | Không cuống | | | 1(3,45%) | 1(3,45%) | |
| Vị trí polype | Trực tràng | 6(20,69%) | 5(17,24%) | 3(10,34%) | 14(48,28%) | 0,112 |
| | ĐT Sigma | 4(13,79%) | 1(3,45%) | 1(3,45%) | 6(20,69%) | |
| | ĐT trái | 1(3,45%) | | | 1(3,45%) | |
| | ĐT ngang | 1(3,45%) | | | 1(3,45%) | |
| | ĐT phải | | | 1(3,45%) | 1(3,45%) | |
| | Nhiều vị trí | 5(17,24%) | 1(3,45%) | | 6(20,69%) | |

Nhận xét :

- Sinh thiết trọn thường là những polype tăng sinh, cắt đốt thường là những polype có cuống, chưa triển khai cắt đốt polype không cuống, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

- Sinh thiết trọn thường làm ở mọi vị trí, khi phát hiện sẽ tiến hành làm luôn, còn cắt đốt thường chủ yếu ở trực tràng và đại tràng Sigma, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

V. BÀN LUẬN :

- Trong mẫu khảo sát 64 bệnh nhân : có 31 nam (48,4%), 33 nữ (51,6%). Tỷ lệ mắc bệnh của nam và nữ gần như nhau, nhưng nam có độ tuổi trung bình thấp hơn có thể là do chế độ ăn uống và sinh hoạt.

- Ở nông thôn thường bị bệnh lý đại tràng nhiều hơn thành thị có thể do điều kiện vệ sinh thấp.

- Người già và nông dân có tần suất mắc bệnh cao hơn.

- Chẩn đoán trước soi : dò hậu môn 1 (1,6%), tiêu chảy 2(3,1%), xuất huyết tiêu hóa 15 (23,4%), viêm đại tràng 22 (34,4%), trĩ 24 (37,5%). Triệu chứng đau bụng nghị do viêm đại tràng và bệnh nhân bị trĩ là lý do chủ yếu trước khi soi.

- Loại nội soi: trực tràng 12 (18,8%), đại trực tràng 52 (81,2%). Nội soi đại tràng được là chủ yếu hơn do khi soi nếu được chuẩn bị tốt thì bác sĩ nội soi sẽ cố gắng làm hết khung đại tràng nhằm chẩn đoán chính xác hơn.

5.1. Tỷ lệ các chẩn đoán sau khi soi :

Nhân xét : Trong tổng số các bệnh nhân tiến hành soi thì trĩ chiếm tỷ lệ cao nhất 36 (56,3%), kể đến polype 29 (45,3%), có nhiều tổn thương phối hợp nhưng tỷ lệ trĩ + polype 12(18,8%) chiếm tần suất cao nhất.

- Chẩn đoán sau khi soi thì trĩ chiếm tỷ lệ cao nhất kể đến là polype, đồng thời có sự phối hợp của nhiều tổn thương như: trĩ+polype, polype+u, trĩ+viêm đại tràng,... Nên chúng ta cần khuyên bệnh nhân nội soi khi có các dấu hiệu gợi ý như: xuất huyết tiêu hóa dưới, trĩ, tiêu chảy kéo dài,....

5.2. Tỷ lệ các chẩn đoán sau khi soi :

5.2.1 Trĩ:

- Bị trĩ hay đi cầu ra máu thường là lý do đi soi của những bệnh nhân được phát hiện trĩ khi soi.

- Nữ thường bị trĩ cao hơn nam thường là trĩ nội độ II có từ 2-3 búi. Bệnh nhân ở nông thôn và là nông dân thường bị trĩ cao hơn có thể do điều kiện vệ sinh.

5.2.2 Polype:

- Nam thường bị polype hơn nữ và có độ tuổi trung bình phát hiện bệnh cũng thấp hơn. Người già, nông dân ở nông thôn có tỷ lệ phát hiện polype cao hơn các đối tượng khác có thể do chế độ ăn uống và vệ sinh. Polype tăng sinh với số lượng nhiều là tổn thương thường gặp nhất và phát hiện rải rác khắp khung đại tràng. Polype có cuống hay không có cuống thường tập trung ở trực tràng và đại tràng sigma và với kích thước to hơn. Lý do đi soi của polype tăng sinh thường là triệu chứng viêm đại tràng còn do polype có cuống thường là xuất huyết tiêu hóa.

5.2.3 Hình ảnh u:

- Tỷ lệ u đại tràng ở nữ cao hơn nam, và thường bắt đầu sớm hơn. Vị trí thường gặp là ở trực tràng và đại tràng Sigma. Cũng giống như polype, người già, nông dân ở nông thôn có tỷ lệ phát hiện u cao hơn các đối tượng khác có thể do chế độ ăn uống và vệ sinh nhưng lý do đi soi thường là xuất huyết tiêu hóa dưới.

5.3 Hiệu quả sử dụng nội soi ống mềm điều trị các tổn thương polype đại tràng:

- Có hai hình thức điều trị polype khi nội soi điều trị là: sinh thiết trọn đôi với polype tăng sinh và cắt đốt với những polype có cuống.

- Sinh thiết trọn là thủ thuật đơn giản, ít chảy máu, không cần trang thiết bị nhiều nên có thể tiến hành khi phát hiện polype tăng sinh ở bất kỳ vị trí nào của khung đại tràng với số lượng nhiều polype trên cùng 1 bệnh nhân.

- Do mới triển khai nên thường chọn cắt đốt những polype có cuống, kích thước nhỏ 15mm, để an toàn. Từng bước sẽ triển khai thêm cắt đốt những polype có cuống to kích thước từ 20-30mm bằng cắt đốt argon, và cắt đốt những polype không cuống bằng thủ thuật tiêm cầm máu dưới polype trước khi tiến hành cắt đốt.

VI. KẾT LUẬN :

- Trong mẫu khảo sát 64 bệnh nhân : có 31 nam, 33 nữ, tuổi trung bình 47,89 ± 16,39, tuổi cao nhất là 88, thấp nhất là 18. Loại nội soi thường được làm là nội soi đại trực tràng toàn bộ ống mềm. Bệnh nhân thường gặp là người già, nông dân với chẩn đoán sau sau nhiều nhất là trĩ, polype và u. Đồng thời cũng phát hiện nhiều tổn thương phối hợp như: trĩ+polype, trĩ+u,...

- Trĩ là bệnh lý phổ biến thường gặp, có triệu chứng bệnh nhân mới đi soi nên thường gặp là độ II-III, với 2-3 búi trĩ.

- Polype cũng là tổn thương thường gặp nhất là polype tăng sinh. Được phát hiện ở những bệnh nhân đau bụng không rõ nguyên nhân và thường được chẩn đoán là viêm đại tràng. Polype có cuống và không có cuống thường được phát hiện với lý do đi soi là xuất huyết tiêu hóa dưới (đi cầu ra máu).

- Do mới được triển khai điều trị qua nội soi đại tràng ống mềm nên chỉ chọn lựa những polype tăng sinh là sinh thiết trọn và cắt đốt những polype có cuống kích thước nhỏ hơn 15mm. Từng bước sẽ triển khai cắt đốt polype có cuống to từ 20-30mm, polype không cuống cũng như có thể triển khai thắt trĩ độ II-III bằng vòng cao su qua nội soi ống mềm.

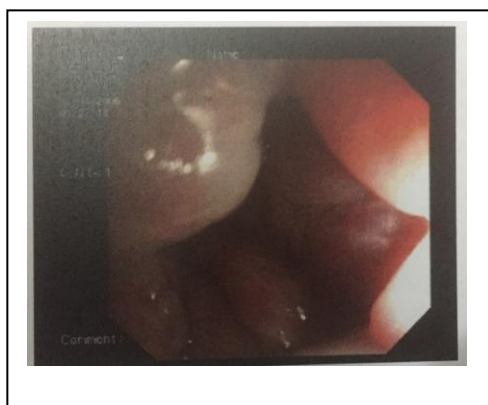
VII. KIẾN NGHỊ :

- Để chẩn đoán sớm và điều trị bệnh lý đại tràng kịp thời, chúng ta nên tiến hành nội soi tầm soát sau 40 tuổi, còn khi có các triệu chứng xuất huyết tiêu hóa dưới, trĩ, tiêu chảy kéo dài hay đau bụng không tìm được nguyên nhân thì nên tiến hành nội soi đại tràng sớm để phát hiện những polype tăng sinh và có hướng điều trị chủ động.

- Đào tạo thêm bác sĩ nội soi đại tràng để phục vụ việc chẩn đoán và điều trị bệnh lý đại tràng.

Hình ảnh minh họa:

Trĩ nội



Trĩ ngoại



Polype tăng sinh



Polype có cuống



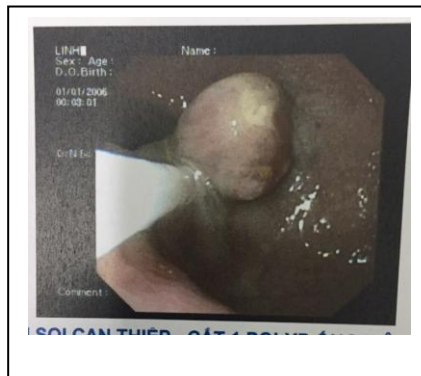
K trực tràng



k đại tràng Sigma



Cắt đốt polype



Tài liệu tham khảo :

Tiếng Việt:

1. Đinh Đức Anh, Nguyễn Khánh Trạch, Lê Đình Roanh, Nguyễn Văn Oai, Nguyễn Văn Thịnh, Đặng Đình Trọng, Đoàn Hữu Nghị, Phan Văn Hạnh, Ngô Đức Thắng (2000), “Đặc điểm lâm sàng, nội soi, mô bệnh học của polyp trực tràng - đại tràng sigma”, Tạp chí Y học thực hành, số 5, Nxb Y học, tr. 30-34.

2. Vĩnh Khánh, Trần Văn Huy (2009), “Nghiên cứu kết quả điều trị cắt polyp có kích thước lớn ở trực tràng qua nội soi tại Bệnh viện trường đại học Y dược Huế”, Hội nghị khoa học công nghệ tuổi trẻ lần thứ IX, tr.1-8.

3. Đinh Quý Minh (2011), “Nghiên cứu một số đặc điểm mô học của polyp u tuyến đại trực tràng kích thước lớn”, Tạp chí Y học thực hành, số 9, tr. 12-14.

4. Nguyễn Thị Thu Thủy (2009), Nghiên cứu kết quả cắt polyp trực tràng bằng thông lọng nhiệt điện qua nội soi tại bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Thái Nguyên, tr. 1-58.

Tiếng Anh:

5. Chitale Arun R (1999), Pathology of colorectal polyp, *Bombay Hospital, Mumbai*.

6. Christodoulou D, Kandel G, Tsianos E.V, Marcon N (2007), Endoscopic resection of colonic polyps - A review, *Annals of gastroenterology*, 20(30), pp. 180-194.

7. Enders Gregory H, Julian Katz (2012), Colonic Polyps Clinical Presentation, *Gastroenterology*, 15(08), pp. 01-12.

8. Hodadoostan Mahsa K, Reza Fatemi, Elham Maserat et al (2009). Clinical & Pathology Characteristics of Colorectal Polyps in Iranian Population, *Asian Pacific J Cancer Prev*, 11, pp. 557-560.

9. Massimo Costantini, Stefania Sciallero, Augusto Giannini et al (2003), Interobserver agreement in the histologic diagnosis of colorectal polyps: the experience of the multicenter adenoma colorectal study (SMAC), *Journal of Clinical Epidemiology*, 56, pp. 209-214.

ĐÁNH GIÁ SỰ HIỂU BIẾT PHỤ HUYNH VỀ TÌNH TRẠNG RĂNG 6 CỦA TRẺ TỪ 6 ĐẾN 11 TUỔI ĐẾN KHÁM TẠI BV ĐKKV TỈNH AG

*BSCKI Nguyễn Việt Tuấn, BSCKI Nguyễn Thị Bích Thủy,
BS Trương Huỳnh Khanh, CNĐD Lê Thị Phương Thảo*

TÓM TẮT:

Mục tiêu: đánh giá sự hiểu biết phụ huynh về răng 6 và tình trạng răng 6 của trẻ từ 6 đến 11 tuổi đến khám tại bệnh viện ĐKKV AG.

Phương pháp: nghiên cứu mô tả cắt ngang 143 trường hợp.

Kết quả: có đến 90,9 % phụ huynh không biết răng số 6 là răng vĩnh viễn. 64,3% răng 6 tốt, 15,4% có bệnh lý một răng 6; 20,3% bệnh lý từ hai răng 6 trở lên. Thống kê thấy được mối liên quan giữa tình trạng răng số 6 và số lượng con phụ huynh, giữa tình trạng răng số 6 và tuổi trẻ nhưng không cho thấy được sự khác biệt giữa có và không súc miệng fluor cũng như giữa bé đánh răng nhiều và ít.

Kết luận: hầu hết phụ huynh không biết răng số 6 là răng vĩnh viễn (90,9%) và tỉ lệ răng 6 bị bệnh cao (35,7%). Vì vậy, cần phổ biến kiến thức về răng vĩnh viễn số 6 cho phụ huynh bên cạnh chương trình nha học đường để việc phòng và điều trị răng miệng bé độ tuổi này đạt hiệu quả.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Răng 6 là răng cối lớn thứ nhất. Mỗi người có tổng cộng bốn răng 6. Đây là răng vĩnh viễn đầu tiên mọc lên trong miệng, lúc 6 tuổi, ngay phía xa răng cối sữa thứ hai. Nó đánh dấu sự khởi đầu của giai đoạn bộ răng hỗn hợp với sự có mặt đồng thời của cả răng sữa lẫn răng vĩnh viễn trên cung răng. Răng cối lớn thứ nhất là răng ăn nhai chính, lớn nhất và mạnh nhất, được xem như là răng neo chặn trên cung răng. Tương quan răng cối lớn thứ nhất trong giai đoạn tiếp xúc đầu tiên đóng vai trò quan trọng đối với tình trạng khớp cắn bộ răng vĩnh viễn tương lai. Ngoài ra, nó còn đóng một vai trò quan trọng trong việc duy trì kích thước dọc gương mặt. Răng này có nhiều múi và nhiều trũng rãnh, đồng thời ở độ tuổi này ý thức vệ sinh răng miệng của trẻ kém nên rất dễ bị sâu răng.

Ở An Giang, hầu hết các trường tiểu học đều có chương trình nha học đường để chăm sóc sức khỏe răng miệng cho trẻ. Mỗi tuần các bé đều được súc miệng fluor một lần. Tuy nhiên, qua thực tế khám bệnh tại khoa RHM BVĐKKV An Giang, chúng tôi ghi nhận được trẻ từ 6 đến 11 tuổi đến khám vì sâu răng số 6 chiếm số lượng rất lớn. Điều đặc biệt là hầu hết phụ huynh đến khám cho trẻ đều không biết đây là răng vĩnh viễn. Đó là lý do thúc đẩy chúng tôi nghiên cứu đề tài này.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

- Mục tiêu tổng quát: đánh giá sự hiểu biết phụ huynh về răng số 6 và tình trạng răng 6 của trẻ từ 6 đến 11 tuổi đến khám tại khoa RHM bệnh viện ĐKKV AG trong thời gian từ 01/2016 đến 01/2017.

- Mục tiêu chuyên biệt:

- Khảo sát đặc điểm của trẻ: tuổi, giới, trường, súc miệng fluor, số lần vệ sinh trong ngày, tình trạng răng 6.

- Khảo sát đặc điểm phụ huynh: người được phỏng vấn, số lượng con, nghề nghiệp, trình độ học vấn, sự hiểu biết răng 6, thái độ và khả năng trong việc điều trị răng 6 cho trẻ.

- Đánh giá kết quả khảo sát và đưa ra kiến nghị để việc chăm sóc sức khỏe răng miệng cho trẻ tốt hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng nghiên cứu:

-Tất cả trẻ từ 6 đến 11 tuổi đến khám tại bệnh viện ĐKKV AG trong thời gian từ 01/2016 đến 01/2017.

-Tiêu chuẩn chọn mẫu: trẻ đến khám lần đầu.

2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Phương pháp phân tích số liệu:

+ Thu thập và phân tích số liệu theo mẫu thống nhất.

+ Xử lý thống kê: dùng phần mềm SPSS 20.0.

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Trong mẫu khảo sát được 143 bé trong đó có 67 nam (47%) và 76 nữ (53%).

1. Đặc điểm liên quan trẻ:

-Sự phân bố tuổi trẻ:

| Tuổi trẻ | N | % |
|------------|-----|------|
| 6-7 tuổi | 44 | 30,8 |
| 8-9 tuổi | 55 | 38,5 |
| 10-11 tuổi | 44 | 30,8 |
| Tổng | 143 | 100 |

Nhận xét: số lượng trẻ đến khám phân bố đều ở 3 khoảng tuổi.

-Tỷ lệ súc miệng fluor:

| Súc miệng fluor | N | % |
|-----------------|-----|-----|
| Có | 93 | 65 |
| Không | 50 | 35 |
| Tổng | 143 | 100 |

Nhận xét: mặc dù theo báo cáo nha học đường tỉnh An Giang là hầu hết trường tiểu học đều có súc miệng fluor cho trẻ nhưng theo thu thập số liệu của chúng tôi thì chỉ có 65% trẻ có súc miệng fluor.

-Số lần vệ sinh răng miệng:

| Số lần vệ sinh | N | % |
|----------------|-----|------|
| Không vệ sinh | 1 | 0,7 |
| 1 lần | 70 | 49 |
| ≥ 2 lần | 72 | 50,3 |
| Tổng | 143 | 100 |

Nhận xét: hầu hết trẻ đều có ý thức phải vệ sinh răng miệng

-Tình trạng răng 6:

| Tình trạng R6 | N | % |
|----------------|-----|------|
| Tốt | 92 | 64,3 |
| Bệnh 1R | 22 | 15,4 |
| Bệnh $\geq 2R$ | 29 | 20,3 |
| Tổng | 143 | 100 |

Nhận xét: hơn 1/3 trẻ khảo sát có bệnh lý răng 6 và 1/2 trong số đó là có bệnh lý từ 2 răng 6 trở lên.

2. Đặc điểm liên quan phụ huynh:

-Trình độ học vấn phụ huynh học sinh:

| Trình độ học vấn phụ huynh | | N | % |
|----------------------------|------------------|-----|------|
| Mẹ | Không | 12 | 8,4 |
| | Cấp 1 | 49 | 34,3 |
| | Cấp 2 | 51 | 35,7 |
| | Cấp 3 | 27 | 18,9 |
| | Tr. cấp, đại học | 4 | 2,8 |
| | Tổng | 143 | 100 |
| Cha | Không | 19 | 13,3 |
| | Cấp 1 | 40 | 28 |
| | Cấp 2 | 45 | 31,5 |
| | Cấp 3 | 36 | 25,2 |
| | Tr. cấp, đại học | 3 | 2,1 |
| | Tổng | 143 | 100 |

Nhận xét: phụ huynh có trình độ cấp 2 chiếm tỷ lệ cao nhất.

-Sự hiểu biết R6:

| Hiểu biết R6 | N | % |
|--------------|-----|------|
| Có | 13 | 9,1 |
| Không | 130 | 90,9 |
| Tổng | 143 | 100 |

Nhận xét: có đến 90,9% phụ huynh không biết răng 6 là răng vĩnh viễn mặc dù qua khảo sát trên phụ huynh có trình độ học vấn cao vẫn nhiều.

-Điều trị răng 6 cho trẻ:

| Điều trị R6 | N | % |
|-------------|----|------|
| Có | 20 | 58,8 |
| Không | 14 | 41,2 |
| Tổng | 34 | 100 |

Nhận xét: gần phân nửa phụ huynh không đồng ý điều trị để giữ lại răng 6 cho trẻ.

Trong đó lí do để phụ huynh không điều trị là

| Lí do | N | % |
|----------------------|---|------|
| Kinh tế | 3 | 2,1 |
| Thời gian | 8 | 57,1 |
| Kinh tế và thời gian | 3 | 21,4 |

| | | |
|------|----|-----|
| Tổng | 14 | 100 |
|------|----|-----|

-Mối tương quan giữa tình trạng R6 số lượng con:

| | | Số lượng con | | | Tổng |
|--------|----------------|--------------|----|----------|------|
| | | 1 | 2 | ≥ 2 | |
| Răng 6 | Tốt | 34 | 46 | 12 | 92 |
| | Bệnh 1R | 6 | 14 | 2 | 22 |
| | Bệnh $\geq 2R$ | 1 | 21 | 7 | 29 |
| | Tổng | 41 | 81 | 21 | 143 |

Nhận xét: 82,9% trẻ có răng 6 tốt phụ huynh có 1 con , tỷ lệ này chỉ 57,1% ở phụ huynh có từ 3 con trở lên. 2,4% phụ huynh có 1 con , tỷ lệ này là 33,3% trẻ có bệnh lý từ 2 răng 6 trở lên ở phụ huynh có 3 con. Mối tương quan này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01, < 0,05$).

- Mối tương quan giữa tình trạng R6 và tuổi trẻ:

| | | Tuổi trẻ | | | Tổng |
|--------|----------------|----------|----------|------------|------|
| | | 6-7 tuổi | 8-9 tuổi | 10-11 tuổi | |
| Răng 6 | Tốt | 39 | 34 | 19 | 92 |
| | Bệnh 1R | 2 | 9 | 11 | 22 |
| | Bệnh $\geq 2R$ | 3 | 12 | 14 | 29 |
| | Tổng | 44 | 55 | 44 | 143 |

Nhận xét: từ 1 đến 2 năm sau mọc, răng 6 bị bệnh tăng lên nhiều. Mối tương quan này có ý nghĩa thống kê ($p=0,000482, < 0,05$)

IV. BÀN LUẬN:

Từ trước đến nay chúng tôi chưa phát hiện được tài liệu nào đánh giá sự hiểu biết phụ huynh về răng vĩnh viễn số 6 của trẻ. Qua thực tế khám lâm sàng lại thấy hầu hết phụ huynh đưa trẻ độ tuổi này đến khám vì bệnh lý răng này và yêu cầu nhổ để thay răng mới. Kết quả nghiên cứu đã chứng minh có đến 90,9% phụ huynh không biết răng 6 là răng vĩnh viễn. Những phụ huynh này có trình độ học vấn cấp 2 chiếm tỷ lệ cao nhất, cấp 3 có 18,9% ở mẹ và 25,2 % ở ba nhưng có tới 58,8% phụ huynh không muốn điều trị răng 6 cho trẻ.

Tại sao 65% bé có súc miệng fluor và gần 100% bé có vệ sinh răng miệng trong đó 50% bé đánh răng từ 2 lần trở lên nhưng có đến 35% trẻ có bệnh lý răng 6. Từ đó chúng tôi phân tích sự liên quan để xem có sự tác động của fluor và vệ sinh răng miệng lên răng 6 không. Kết quả phân tích cho thấy không có sự khác biệt để chứng minh súc miệng fluor và vệ sinh răng miệng làm giảm sâu răng 6. Thiếu sót nghiên cứu này của chúng tôi là không đánh giá được bé đánh răng có đúng không. Bởi vì sâu răng là một mắc xích của 3 tác động: mảng bám, chế độ ăn và men răng nên súc miệng fluor và vệ sinh răng miệng chỉ là một trong những yếu tố giúp giảm sâu răng còn kết quả còn lệ thuộc vào nhiều yếu tố khác.

Ngược lại, kết quả phân tích cho thấy có sự liên quan giữa tình trạng răng 6 và số lượng con. Phụ huynh có số lượng con càng nhiều thì tỷ lệ bệnh răng 6 càng cao. Kết quả này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đồng thời tình trạng răng 6

cũng có liên quan đến tuổi trẻ: tỷ lệ bệnh lý răng 6 tăng lên nhiều kể từ 1 đến 2 năm sau khi mọc ($p < 0,05$).

KẾT LUẬN:

Kết quả nghiên cứu cho thấy hầu hết phụ huynh không biết răng 6 là răng vĩnh viễn và tỉ lệ răng 6 bị bệnh cao. Như trên đã nói, sâu răng là một mắc xích của 3 yếu tố: mảng bám, chế độ ăn, men răng. Vì vậy, bên cạnh chương trình nha học đường là cho bé súc miệng fluor, hướng dẫn vệ sinh răng miệng,... điều cần thiết nên làm là có chương trình phổ biến kiến thức cho phụ huynh biết về răng vĩnh viễn số 6 để lựa chọn cách chăm sóc và điều trị kịp thời, hiệu quả cho trẻ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Gs.Ts Hoàng Tử Hùng, “Giải phẫu răng”, NXB Y Học TP HCM, 2003.
2. Gs.Ts Hoàng Tử Hùng, “Cẩn khớp học”, NXB Y Học TP HCM, 2005.
3. Ths.Bs Phan Thị Trường Xuân, “Hướng dẫn và đánh giá nguy cơ và xử trí sâu răng ở trẻ nhỏ, trẻ em, vị thành niên”, 2016.
4. Dr.Sashi Kumar Manohar, “Extraction of first permanent molar”.

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG VÔ CẢM GÂY TÊ TỦY SỐNG BẰNG
BUPIVACAİN PHỐI HỢP SUFENTANIL VỚI BUPIVACAİN ĐƠN
THUẦN TRONG MỔ LẤY THAI**

*Nguyễn Trung Chánh, Tăng Văn Dũng
Phạm Thị Cẩm Dung, Phạm Thị Ngọc Diễm*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê tủy sống được thực hiện bằng cách đưa thuốc tê vào khoang dưới nhện và thuốc tê sẽ được hòa lẫn vào dịch não tủy, ngấm trực tiếp vào các tổ chức thần kinh, cắt đứt tạm thời đường dẫn truyền hướng tâm, dẫn truyền li tâm, thần kinh thực vật ngang mức đốt sống tương ứng.

Bupivacain là thuốc tê đang được sử dụng rộng rãi ở các bệnh viện trong nước. Bupivacain có đặc điểm khởi tê nhanh, tác dụng gây tê kéo dài, cường độ mạnh. Song có nhiều tác dụng phụ như : tụt huyết áp, độc cho cơ tim. Để hạn chế các tác dụng phụ trên gần đây người ta đã phối hợp với các thuốc có tác dụng giảm đau như Fentanyl, Sufentanil.

Trong thời gian gần đây bệnh viện có áp dụng phương pháp gây tê tủy sống bằng phối hợp với Sufentanil. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá tác dụng gây tê tủy sống bằng Bupivacain phối hợp với Sufentanil với Bupivacain đơn thuần trong mổ lấy thai” với các mục tiêu sau :

1- Mục tiêu chung:

Đánh giá tác dụng gây tê tủy sống bằng Bupivacain phối hợp Sufentanil với Bupivacain đơn thuần trong mổ lấy thai.

2- Mục tiêu cụ thể:

- Đánh giá tác dụng vô cảm của hỗn hợp Bupivacain và Sufentanil trong gây tê tủy sống để mổ lấy thai.
- Đánh giá tác dụng giảm đau sau mổ.
- Đánh giá các ảnh hưởng hệ tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn .

II- ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU :

2.1 – Đối tượng nghiên cứu:

Các Sản phụ mổ lấy thai từ tháng 5 đến tháng 10 năm 2017. Tại khoa gây mê hồi sức bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh .

2.1.1- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật mổ lấy thai.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Có chỉ định gây tê tủy sống.
- Bệnh nhân có ASA từ 1-2.

2.1.2- Tiêu chuẩn loại trừ:

- a. Các chẩn đoán mổ: tim thai suy cấp, tiền sản giật nặng-sản giật, hội chứng HELLP, nhau tiền đạo, nhau bong non, ASA> 2.
- b. Bệnh nhân dị ứng với thuốc tê.
- c. Bệnh lý nội khoa nặng như suy tim nặng, thiếu máu nặng, hẹp van động mạch chủ, hẹp van 2 lá khít.

d. Bệnh nhân rối loạn tâm thần, Có rối loạn đông máu, đang dùng thuốc chống đông, Nhiễm trùng vùng chích tê.

2.2 Phương pháp chọn mẫu:

- Lấy mẫu ngẫu nhiên xác suất.
- Dự kiến là: 80 bệnh nhân được chọn ngẫu nhiên thành 2 nhóm: ngày chẵn thuộc nhóm 1, ngày lẻ thuộc nhóm 2.

2.3 Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu theo phương pháp thực nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên.

- Có 2 phiếu số 1 và số 2 và chia làm 2 nhóm.
- Nhóm 1: 40 bệnh nhân, tê tủy sống bằng Bupivacain.
- Nhóm 2: 40 bệnh nhân, tê tủy sống phối hợp Bupivacain với Sufentanyl.

2.4 Phương pháp tiến hành:

2.4.1 Chuẩn bị bệnh nhân:

Giải thích rõ gây tê tủy sống cho bệnh nhân hiểu, lập đường truyền tĩnh mạch chắc chắn.với kim luôn số 18G.

2.4.2 Chuẩn bị các thuốc gây mê hồi sức:

Propofol, etomidate, rocuronium, atracurium, suxamethonium, atropine, ephedrine, Nor adrenaline, sufentanil. (tê tủy sống).

2.4.3 Chuẩn bị máy móc, trang thiết bị:

Nguồn oxy, máy gây mê, đèn đặt NKQ, bóng, mặt nạ, cây thông nòng, ống NKQ, băng keo, kim tê tủy sống, bơm tiêm, bộ gây tê tủy sống...

2.4.4 Chuẩn bị thuốc tê:

- Marcain 0,5% heavy spinal ống 4 ml.
- Sufentanil 50mcg/ml-hameln.

2.4.5 Kỹ thuật gây tê:

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm nghiêng trái, lưng cong chân co gập vào bụng tối đa hoặc ngồi khom lưng và sát trùng toàn bộ khu vực cột sống thắt lưng bằng cồn I ốt, sát trùng lại bằng cồn 70⁰c.

- Trải khăn lỏ.

- Xác định mốc chọc kim gây tê tủy sống : trước hết cần xác định mốc khe liên đốt L3-L4, dùng kim gây tê TTS 27G chọc kim nhẹ nhàng vào khoang dưới nhện, đường giữa hoặc đường cạnh bên, rút thông nòng thấy có dịch não tủy chảy ra, tiến hành lắp bơm tiêm (có sẵn thuốc tê và Sufentanil) đã chuẩn bị sẵn, bơm chậm trong 30 giây. Tiêm xong rút kim ra, băng lại bằng băng vô khuẩn cho bệnh nhân nằm ngửa, thở oxy 3l/ph qua ống sond mũi.

2.5 Đánh giá mức độ đau:

2.5.1 Đánh giá mức độ đau theo VAS (Visual Analgesia Scale) :

- 1-2 điểm : bệnh nhân không đau
- 3-4 điểm : bệnh nhân đau nhẹ
- 5-6 điểm : bệnh nhân đau vừa
- 7-8 điểm : bệnh nhân đau nhiều
- 9-10 điểm : bệnh nhân không chịu nổi

2.5.2 *Đánh giá mức độ ức chế vận động*: theo Bromage có 4 độ

Độ 0 : không cử động.

Độ 1 : cử động bàn chân.

Độ 2 : gập gối yếu.

Độ 3 : cử động bình thường.

2.6 Theo dõi các chỉ số:

Mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂ đặt Monitoring 2,5 phút lần trong 30 phút lần trong suốt cuộc mổ.

2.7 Theo dõi đau sau mổ theo VAS trong 6 giờ đầu:

- Ghi nhận thời gian giảm đau hoàn toàn (vas = 0).

- Ghi nhận thời gian giảm đau hiệu quả (vas < 3).

- Ghi nhận lượng thuốc giảm đau sử dụng sau 6 giờ.

2.8 Đánh giá các tai biến, biến chứng:

Hạ huyết áp, mạch chậm, run, nôn, ngứa.

2.9 Xử lý số liệu:

- Các số liệu thu thập theo phiếu thu thập số liệu, kết quả được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

- Xác định mức có ý nghĩa thống kê với P < 0.05.

3. KẾT QUẢ:

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 1:

| Các chỉ số | | Nhóm I (n = 40) | Nhóm II (n = 40) | Nhóm I+II (n = 80) |
|-----------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------------|
| Tuổi trung bình | $\bar{X} \pm SD$ | 28,05 | 27,25 | 27,65 |
| | Min - Max | 19 – 43 | 17 – 45 | 17 – 45 |
| ASA 1 | Số lượng | 40 | 36 | 76 |
| ASA 2 | Số lượng | 0 | 4 | 4 |

Nhận xét :

- Kết quả nghiên cứu Tuổi của nhóm I và nhóm II trung bình 27,65 với độ tuổi thấp nhất là 17 tuổi cao nhất là 45 tuổi .

- ASA : nhóm II ASA1 : 90%(36) và ASA2 :10% (4), nhóm I ASA1 100%(40).

3.2. Kết quả tê:

Bảng 2 :

| Kết quả tê | Nhóm I | | Nhóm II | | p |
|------------|----------|---------|----------|---------|----------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | |
| Tốt | 38 | 95% | 37 | 92,5% | p > 0,05 |
| Trung bình | 2 | 5% | 3 | 7,5% | |
| Kém | 0 | 0% | 0 | 0 % | |

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu về mức độ tê tốt của nhóm I là 95% , nhóm II là 92,5%.So sánh hai nhóm kết quả đều tê tốt .Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p >0,05.

3.3 Hiệu quả vô cảm trong mổ:

Bảng 3:

| Độ liệt vận động | Nhóm I | | Nhóm II | | p |
|------------------|----------|---------|----------|---------|-------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | |
| 0 | 40 | 100% | 0 | 0% | 0,000 |
| 1 | 0 | 0% | 2 | 5% | |
| 2 | 0 | 0% | 14 | 35% | |
| 3 | 0 | 0% | 24 | 60% | |

Nhận xét: Độ liệt vận động không cử động chân nhóm I là 100%, nhóm II là 0%.

Cử động bàn chân nhóm I là 0 % , nhóm II là 5%.

Gập gối yếu nhóm I là 0 % , nhóm II là 35%.

Cử động bình thường nhóm I là 0%, nhóm II là 60%.

So sánh giữa 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3.4 Sự thay đổi của huyết áp tối đa mmHg (HATĐ):

Bảng 4:

| Thời gian | | Nhóm I (n = 40) | Nhóm II (n = 40) | p |
|-----------------------|------------------|--------------------|---------------------|-----------|
| HATĐ (sau 5 phút) | $\bar{X} \pm SD$ | 99,63 ± 17,698 | 110,10 ± 18,054 | P = 0,011 |
| | Min - Max | 70 – 153 | 75 – 145 | |
| HATĐ (sau 10 phút) | $\bar{X} \pm SD$ | 106,55 ± 13,991 | 107,5 ± 16,7 | p = 0,783 |
| | Min - Max | 85 – 147 | 72 – 137 | |
| HATĐ (sau 15 phút) | $\bar{X} \pm SD$ | 109,64 ± 11,153 | 116,0 ± 15,701 | p = 0,41 |
| | Min - Max | 89 – 144 | 83 – 162 | |
| HATĐ (sau 20 phút) | $\bar{X} \pm SD$ | 110,49 ± 9,52 | 117,21 ± 11,364 | p = 0,006 |
| | Min - Max | 83 – 132 | 94 – 141 | |
| HATĐ (sau 25 phút) | $\bar{X} \pm SD$ | 108,48 ± 8,162 | 114,77 ± 10,350 | p = 0,012 |
| | Min -Max | 98 – 124 | 94 – 143 | |

Nhận xét: Sau gây tê 5 phút HATĐ nhóm I 99,63 ± 17,698 , nhóm II là 110,10 ± 18,054. HA của nhóm I tụt nhiều hơn nhóm II .Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê là $p = 0,011 < 0,05$

-HA sau mổ 20 phút đến ra phòng hậu phẫu nhóm I 110,49 ± 9,52 , nhóm II là 117,21 ± 11,36. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê $p = 0,006 < 0,05$.

3.5 Sự thay đổi của nhịp tim:

Bảng 5:

| Thời gian | | Nhóm I (n = 40) | Nhóm II (n = 40) | p |
|-----------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------|
| Nhịp tim | $\bar{X} \pm SD$ | 102,08 ± | 99,52 ± | p = 0,46 > 0,05 |

| | | | | |
|------------------------|------------------|----------------|---------------|------------------|
| (sau 5 phút) | | 14,09 | 16,54 | |
| | Min - Max | 70 – 124 | 59 – 130 | |
| Nhịp tim (sau 10 phút) | $\bar{X} \pm SD$ | 98,85 ± 14,858 | 94,80 ± 17,67 | p = 0,271 > 0,05 |
| | Min - Max | 62 – 128 | 61 – 140 | |
| Nhịp tim (sau 15 phút) | $\bar{X} \pm SD$ | 96,05 ± 12,54 | 94,62 ± 13,95 | p = 0,634 > 0,05 |
| | Min - Max | 67 – 118 | 65 – 145 | |
| Nhịp tim (sau 20 phút) | $\bar{X} \pm SD$ | 94,21 ± 12,55 | 95,42 ± 12,39 | p = 0,670 > 0,05 |
| | Min - Max | 60 – 121 | 71 – 141 | |
| Nhịp tim (sau 25 phút) | $\bar{X} \pm SD$ | 95,03 ± 11,12 | 93,58 ± 11,50 | p = 0,621 > 0,05 |
| | Min - Max | 70 – 119 | 80 – 144 | |

Nhận xét: Nhịp tim của nhóm I là $102,08 \pm 14,09$, nhóm II là $99,52 \pm 16,54$.Sau gây tê 5 phút đến khi chuyển ra phòng hậu phẫu thì nhịp tim vẫn không thay đổi nhiều sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

3.6 Thời gian giảm đau:

Bảng 7:

| Thời gian | | Nhóm I (n = 40) | Nhóm II (n = 40) | p |
|-----------|------------------|--------------------|---------------------|-----------------|
| Phút | $\bar{X} \pm SD$ | 136,62 ± 39,46 | 187,00 ± 74,82 | p= 0,000 < 0,05 |
| | Min - Max | 65 – 225 | 10 – 320 | |

Nhận xét: Thời gian giảm đau nhóm I $136,62 \pm 39,46$, nhóm II là $187,00 \pm 74,82$, Nhóm II giảm đau kéo dài hơn so với nhóm I .Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000 < 0,05$.

3.7 Tác dụng phụ không mong muốn:

Bảng 9:

| Tác dụng phụ | Nhóm I | | Nhóm II | | p |
|------------------|----------|---------|----------|---------|-------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | |
| Không có tdp | 19 | 47,5% | 19 | 47,5% | 0,000 |
| Mạch chậm <60l/p | 0 | 0% | 2 | 5% | |
| Tụt HA < 20% | 21 | 52,5% | 11 | 27,5% | |
| Run | 0 | 0% | 0 | 0% | |
| Nôn ói | 0 | 0% | 3 | 7,5% | |
| Ngứa | 0 | 0% | 5 | 12,5% | |

Nhận xét: Nghiên cứu của chúng tôi , nhóm I đa số tụt HA hơn so với nhóm II với nhóm I là 52,5% , nhóm II 27,5%.

4. BÀN LUẬN:

4.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu:

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình 27,65. Tuổi nhỏ nhất là 17 tuổi , tuổi lớn nhất là 45 tuổi, đây cũng là độ tuổi sinh con của các sản phụ nói chung. Qua nghiên cứu của Mã Thanh Tùng tuổi TB 26,82 [6], Trần Huỳnh Đào tuổi TB 28,2 [2]. Huỳnh Công Tâm tuổi TB 30,66[5].

4.2. Hiệu quả vô cảm trong mổ:

So sánh kết quả với các tác giả trong nước thì kết quả của chúng tôi tương tự nhau. Điều này có ý nghĩa là việc giảm liều Bupivacain phối hợp với Sufentanil vẫn đảm bảo tốt vô cảm cho phẫu thuật lấy thai như sau :

| STT | Tên Tác Giả | Số lượng cas | Năm | Kết quả % |
|-----|----------------|--------------|------|-----------|
| 1 | Phan Ngọc Dũng | 90 | 2015 | 86,7 |
| 2 | Trần Huỳnh Đào | 450 | 2016 | 98,2 |
| 3 | Võ Duy Khoa | 60 | 2009 | 93,3 |
| 4 | Nguyễn Thế Lộc | 120 | 2013 | 98,3 |
| 5 | Của chúng tôi | 80 | 2017 | 92,5 |

4.3. Mức độ thay đổi HATĐ trong mổ:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tụt HA xảy ra sau TTS 2 phút đến 5 phút . Nhóm I ($\bar{X} \pm SD : 99,63 \pm 17,698$) tụt nhiều hơn so với nhóm II ($\bar{X} \pm SD : 110,10 \pm 18,05$).Xử lý bằng dung dịch tinh thể cho truyền nhanh và tiêm tĩnh mạch Ephedrin từng liều 5mg/lần đến khi huyết áp trở lại bình thường.Tác giả Trần Huỳnh Đào [2], Mã Thanh Tùng [5] cũng có kết quả tương tự.

Hạ huyết áp trong gây tê tủy sống mổ lấy thai thường gặp tần suất rất cao , nếu không xử trí kịp thời sẽ ảnh hưởng đến sản phụ và trẻ sơ sinh.

| STT | Tên Tác Giả | Số cas | Năm | Kết quả |
|-----|----------------|--------|------|---------|
| 1 | Phan Ngọc Dũng | 90 | 2015 | 17,7% |
| 2 | Trần Huỳnh Đào | 450 | 2016 | 27,6% |
| 3 | Mã Thanh Tùng | 155 | 2010 | 25,8% |
| 4 | Chúng tôi | 80 | 2017 | 27,5% |

4.4 Tác dụng phụ:

Trong gây tê mổ lấy thai tác dụng phụ thường gặp ảnh hưởng đến sản phụ và trẻ sơ sinh .Nếu huyết áp tụt nhiều sẽ làm giảm lưu lượng máu lên não sẽ kích thích hành não , trung tâm hô hấp, tuần hoàn và nôn ói . Vì vậy chúng tôi cho truyền dịch nhanh , dùng Ephedrine tiêm tĩnh mạch từng liều 5mg/lần để HA trở lại bình thường và cho thở oxy qua sonde mũi .Ngoài ra mạch chậm tỉ lệ rất ít , nếu có xảy ra thì chúng tôi tiêm tĩnh mạch Atropin 0,5mg /lần.

Thuốc gây tê Bupivacain gây phong bế giao cảm sẽ tăng nhu động dạ dày ruột , dễ gây nôn ói.Tỉ lệ nôn ói của chúng tôi chỉ thấy ở nhóm II (7,5%) rất thấp ,nếu có thì điều trị Primperan 10mg chích tĩnh mạch .

Ngứa cũng thường gặp , tỉ lệ rất thấp nhóm II (12,5%), ngứa là do Bupivacain phối hợp với nhóm Opioids (Sufentanil) liên quan đến thụ thể Mu và kapa ,

ngứa gây khó chịu cho sản phụ thường gặp ngứa ở vùng mặt, cổ và ngực. Ra hậu phẫu vài giờ sau sẽ tự hết. Chúng tôi so sánh những tác dụng phụ với một số tác giả trong nước qua bảng thu thập số liệu sau :

| STT | Tác giả | Tụt HA | Mạch chậm | Nôn | Ngứa | Run |
|-----|----------------|--------|-----------|-------|-------|-------|
| 1 | Phan Ngọc Dũng | 17,7% | 15,6% | 11,3% | 6,7% | 0 |
| 2 | Trần Huỳnh Đào | 27,6% | 5,8% | 1,3% | 20% | 28,9% |
| | Mã Thanh Tùng | 25,8% | 2,59% | 7,74% | 0% | 0% |
| 4 | Nguyễn Thế Lộc | 8,33% | 0% | 11,7% | 13,3% | 0% |
| 5 | Chúng tôi | 27,5% | 5% | 7,5% | 12,5% | 0% |

5. KẾT LUẬN:

Tê tủy sống bằng Bupivacain giảm liều phối hợp với Sufentanil là một phương pháp vô cảm an toàn và hiệu quả cao cho sản phụ trong mổ lấy thai. Kết quả tốt, giúp giảm tác dụng phụ do phong bế giao cảm quá mức, kéo dài thời gian giảm đau sau hậu phẫu, vẫn đảm bảo tốt cho phẫu thuật, giúp sản phụ dễ chịu và không ảnh hưởng đến trẻ sơ sinh.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO:

- 1. Phan Ngọc Dũng** (2015) “Đánh giá hiệu quả gây tê tủy sống bằng Levobupivacain liều thấp kết hợp Sufentanil trong phẫu thuật nội soi tăng sinh tuyến tiền liệt lạnh tính” Trang 430 – 432, Y học TPHCM “Tập 19” phụ bản của số 1.2015.
- 2. Trần Huỳnh Đào** (2016) “Hiệu quả của phối hợp Bupivacain với Sufentanil và Morphin trong gây tê tủy sống mổ lấy thai” Đại hội gây mê hồi sức toàn quốc 2016. Trong 122 – 124.
- 3. Võ Duy Khoa** (2009), “Gây tê tủy sống với Bupivacain liều thấp phối hợp Sulfantil trong mổ lấy thai”, Hội nghị GMHS chuyên đề sản phụ khoa năm 2009. Trang 213 – 216
- 4. Nguyễn Thế Lộc** (2013), “Nghiên cứu hiệu quả của GTTS bằng hỗn hợp Bupivacain 0,5% tỉ trọng cao _Sufentanil_ Morphin liều thấp để mổ lấy thai”. Luận án tiến sĩ y học năm 2013.
- 5. Huỳnh Công Tâm** (2015), “Hiệu quả gây tê tủy sống bằng Bupivacain, Sufentanil và Morphin trong mổ lấy thai ở sản phụ tiền sản giật”, Hội nghị GMHS mở rộng lần thứ 12 năm 2015. Trang 40-41.
- 6. Mã Thanh Tùng** (2011), “Nghiên cứu sự thay đổi huyết động, tai biến, biến chứng của Levobupivacain phối hợp với Sufentanil trong gây tê tủy sống mổ lấy thai”, Hội nghị GMHS chuyên ngành sản phụ khoa lần thứ VIII năm 2011. Trang 105-111.

**NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH BỆNH TẬT VÀ TỬ VONG SƠ SINH
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH NĂM 2017**

**BS. Hồ Thị Thanh Thủy BS. Nguyễn Phú Duy
CN. Lê Tuyết Ngân HSTH. Hoàng thị Trà My**

***Đặt vấn đề:**

Trong những năm qua tỷ lệ tử vong sơ sinh trẻ em dưới 1 tuổi và dưới 5 tuổi của nước ta đã giảm một cách đáng kể. Tuy nhiên tỷ lệ tử vong trẻ sơ sinh giảm không đáng kể [2]. Việt Nam nằm trong số 42 nước có số trẻ em tử vong cao nhất thế giới với số lượng ước tính gần 63.000 trẻ dưới 5 tuổi tử vong hàng năm, trong đó trẻ sơ sinh tử vong chiếm hơn một nửa 52% [8]. Nguyên nhân chủ yếu là do nhiễm khuẩn (36%), đẻ non (27%), ngạt (23%). Đó là những nguyên nhân hoàn toàn có thể phòng tránh được bằng các biện pháp đơn giản, ít tốn kém và hiệu quả nhờ sự nỗ lực của ngành y tế, sự tham gia tích cực của các ngành, các cấp, sự đóng góp hiệu quả của các chương trình chăm sóc sức khỏe bà mẹ và trẻ em như chương trình tiêm chủng mở rộng, chương trình phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp,... và sự hỗ trợ quý báu của các tổ chức quốc tế [2].

Riêng tại Bệnh viện Đa khoa khu vực Tỉnh, tỷ lệ tử vong sơ sinh còn cao. Mô hình bệnh tật và tử vong sơ sinh chưa được nghiên cứu. Nhằm nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe trẻ em, góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong trẻ em, cũng như trẻ sơ sinh. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Nghiên cứu tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh An Giang năm 2017*” với các mục tiêu sau:

1. Xác định tỷ lệ các bệnh tại Đơn nguyên sơ sinh Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh.

2. Xác định tỷ lệ tử vong và các nguyên nhân tử vong của trẻ sơ sinh tại Đơn nguyên sơ sinh Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh.

I. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả trẻ sơ sinh được cấp cứu và điều trị tại Đơn nguyên sơ sinh Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh An Giang từ 01/01/2017 – 30/10/2017.

II. Phương pháp nghiên cứu:

- Nghiên cứu cắt ngang mô tả.
- Phương pháp lấy mẫu: lấy tất cả.
- Cỡ mẫu có được là bệnh nhi sơ sinh nhập viện và điều trị tại Đơn nguyên sơ sinh Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh năm 2017.
- Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

III. Kết quả:

Bảng 3.1. Đặc tính mẫu nghiên cứu

| | Đặc tính | Số lượng | Tỷ lệ % |
|------------------|------------------|-----------------|----------------|
| Giới tính | Nam | 168 | 51,9 |
| | Nữ | 156 | 48,1 |
| Tuổi thai | < 28 tuần | 2 | 0,6 |
| | ≥ 28 - < 37 tuần | 58 | 17,9 |

| | | | |
|-----------------------|---------------------|-----|------|
| | ≥ 38 tuần – 42 tuần | 260 | 80,2 |
| | ≥ 42 tuần | 4 | 1,2 |
| Cân nặng | < 1000gr | 2 | 0,6 |
| | ≥ 1000gr – <1500gr | 12 | 3,7 |
| | ≥ 1500gr – <2000gr | 28 | 8,6 |
| | ≥ 2000gr – <2500gr | 22 | 6,8 |
| | ≥ 2500gr | 260 | 80,2 |
| Tuổi nhập viện | ≤ 7 ngày | 221 | 68,2 |
| | > 7 ngày | 103 | 31,8 |
| Nơi sinh | Bệnh viện ĐKKV Tỉnh | 56 | 17,3 |
| | Nơi khác chuyên | 268 | 82,7 |
| Dân tộc | Kinh | 301 | 92,9 |
| | Hoa | 2 | 0,6 |
| | Chăm | 2 | 0,6 |
| | Khome | 19 | 5,9 |

Nhận xét:

- Trẻ nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (51,9% so với 48,1%)
- 80,2% trẻ nhập viện có tuổi thai đủ tháng; 28,5% trẻ sanh non
- Trẻ có cân nặng dưới 2500 gram chiếm 19,8%
- 68,2% trẻ nhập viện ≤ 7 ngày tuổi
- Đa số trẻ từ nơi khác chuyên đến bệnh viện (82,7%)
- Trẻ thuộc dân tộc Kinh chiếm đa số (92,9%)

Bảng 3.2. Phân bố bệnh theo giới tính và nhóm bệnh

| STT | Nhóm bệnh | Tổng số bệnh nhân | % | Nam | % | Nữ | % |
|-----|---------------------------|-------------------|------|-----|------|----|------|
| 1 | Sanh ngạt | 56 | 17,3 | 27 | 48,2 | 29 | 51,8 |
| 2 | Vàng da sơ sinh | 82 | 25,3 | 49 | 59,8 | 33 | 40,2 |
| 3 | Bệnh màng trong | 3 | 0,9 | 0 | 0 | 3 | 100 |
| 4 | Nhiễm trùng huyết sơ sinh | 9 | 2,8 | 3 | 33,3 | 6 | 66,7 |
| 5 | Sanh non | 16 | 4,9 | 8 | 50 | 8 | 50 |
| 6 | Xuất huyết | 20 | 6,2 | 12 | 60 | 8 | 40 |
| 7 | Viêm phổi | 75 | 23,1 | 35 | 46,7 | 40 | 53,3 |
| 8 | Nhiễm trùng sơ sinh | 24 | 7,4 | 15 | 62,5 | 9 | 37,5 |
| 9 | Dị tật bẩm sinh | 19 | 5,9 | 7 | 36,8 | 12 | 63,2 |
| 10 | Tiêu chảy | 13 | 4 | 9 | 69,2 | 4 | 30,8 |

| | | | | | | | |
|------------------|--------------|-----|-----|-----|------|-----|------|
| 11 | Co giật | 3 | 0,9 | 1 | 33,3 | 2 | 66,7 |
| 12 | Bệnh lý khác | 4 | 1,2 | 2 | 50 | 2 | 50 |
| Tổng cộng | | 324 | 100 | 168 | 51,9 | 156 | 48,1 |

Nhận xét:

- Trẻ nam mắc các bệnh chiếm tỷ lệ cao so với nữ: Tiêu chảy (69,2%); Nhiễm trùng sơ sinh (62,5%); Xuất huyết (60%) và vàng da sơ sinh (59,8%)
- Trẻ nữ mắc các bệnh chiếm tỷ lệ cao so với nam: Bệnh màng trong (100%); Co giật (66,7%) và Nhiễm trùng huyết sơ sinh (66,7%); Dị tật bẩm sinh (63,2%)

Bảng 3.3. Phân bố các bệnh lý sơ sinh phổ biến ở trẻ sanh đủ tháng

| STT | Nhóm bệnh | Tổng số bệnh nhân (n=264) | % |
|------------------|---------------------|---------------------------|------|
| 1 | Vàng da | 70 | 26,5 |
| 2 | Viêm phổi | 61 | 23,1 |
| 3 | Ngạt | 52 | 19,7 |
| 4 | Nhiễm trùng sơ sinh | 24 | 9,1 |
| 5 | Dị tật bẩm sinh | 15 | 5,7 |
| 6 | Xuất huyết | 16 | 6,1 |
| 7 | Nhiễm trùng huyết | 6 | 2,3 |
| 8 | Co giật | 3 | 1,1 |
| 9 | Tiêu chảy | 13 | 4,9 |
| 10 | Bệnh khác | 4 | 1,5 |
| Tổng cộng | | 264 | 100 |

Nhận xét:

- Trẻ sơ sinh đủ tháng thường vào viện vì vàng da, viêm phổi, ngạt và nhiễm trùng sơ sinh (tại chỗ)

Bảng 3.4. Phân bố các bệnh lý sơ sinh phổ biến ở trẻ sanh non tháng

| STT | Nhóm bệnh | Tổng số bệnh nhân (n=60) | % |
|------------------|-------------------|--------------------------|------|
| 1 | Vàng da | 12 | 20 |
| 2 | Viêm phổi | 14 | 23,3 |
| 3 | Ngạt | 4 | 6,7 |
| 4 | Đẻ non đơn thuần | 12 | 20 |
| 5 | Dị tật bẩm sinh | 4 | 6,7 |
| 6 | Xuất huyết | 4 | 6,7 |
| 7 | Nhiễm trùng huyết | 3 | 5 |
| 8 | Bệnh màng trong | 3 | 5 |
| 9 | Đẻ non yếu | 3 | 5 |
| 10 | Rất non | 1 | 1,7 |
| Tổng cộng | | 60 | 100 |

Nhận xét:

- Trẻ sơ sinh non tháng vào viện vì sanh non đơn thuần chiếm tỷ lệ 20%, thông thường trẻ nhập viện vì có kèm theo các bệnh lý khác

Bảng 3.5. Tỷ lệ tử vong chung

| Kết quả điều trị | n | Tỷ lệ % |
|------------------|-----|---------|
| Sống | 304 | 93,8 |
| Chết | 20 | 6,2 |
| Tổng số | 324 | 100 |

Nhận xét:

- Tỷ lệ tử vong chung ở tất cả trẻ sơ sinh nhập viện là 6,2% (Không có trẻ nào tử vong trong vòng 24h đầu nhập viện)

Bảng 3.6. Tỷ lệ tử vong sơ sinh theo giới tính

| Giới tính | Chết | | Sống | | p |
|-----------|------|-----|------|------|-------|
| | n | % | n | % | |
| Nam | 7 | 4,2 | 161 | 95,8 | 0,165 |
| Nữ | 13 | 8,3 | 143 | 91,7 | |
| Tổng số | 20 | 6,2 | 304 | 93,8 | |

Nhận xét:

- Không có sự khác biệt về giới tính với tử vong sơ sinh

Bảng 3.7. Tỷ lệ tử vong sơ sinh theo cân nặng

| Cân nặng | Chết | | Sống | | p |
|--------------------|------|------|------|------|--------------|
| | n | % | n | % | |
| < 1000gr | 2 | 100 | 0 | 0 | 0,004 |
| ≥ 1000gr – <1500gr | 6 | 50 | 6 | 50 | 0,000 |
| ≥ 1500gr – <2000gr | 4 | 14,3 | 24 | 85,7 | 0,082 |
| ≥ 2000gr – <2500gr | 4 | 18,2 | 18 | 81,8 | 0,038 |
| ≥ 2500gr | 4 | 1,5 | 256 | 98,5 | 0,000 |
| Tổng số | 20 | 6,2 | 304 | 93,8 | |

Nhận xét:

- Trẻ cân nặng thấp tử vong nhiều hơn trẻ có cân nặng cao ($p < 0,05$)

Bảng 3.8. Tỷ lệ tử vong sơ sinh theo tuổi thai

| Tuổi thai | Chết | | Sống | | p |
|-----------------------|------|------|------|------|--------------|
| | n | % | n | % | |
| < 28 tuần (non tháng) | 2 | 100 | 0 | 0 | 0,004 |
| ≥ 28 - < 37 tuần (non | 12 | 20,7 | 46 | 79,3 | 0,000 |

| | | | | | |
|--------------------------------|----|-----|-----|------|--------------|
| tháng) | | | | | |
| ≥ 38 tuần – 42 tuần (đủ tháng) | 6 | 2,3 | 254 | 97,7 | 0,000 |
| ≥ 42 tuần (già tháng) | 0 | 0 | 4 | 100 | 1 |
| Tổng số | 20 | 6,2 | 304 | 93,8 | |

Nhận xét:

- Trẻ sanh non tử vong nhiều hơn trẻ đủ tháng ($p < 0,05$)

Bảng 3.9. Nhóm bệnh gây tử vong sơ sinh xếp theo thứ tự

| STT | Nhóm bệnh | Tử vong | Tỷ lệ % |
|------------------|---------------------------|---------|---------|
| 1 | Sanh ngạt | 5 | 25 |
| 2 | Viêm phổi | 3 | 15 |
| 3 | Sanh non | 3 | 15 |
| 4 | Nhiễm trùng huyết sơ sinh | 3 | 15 |
| 5 | Bệnh màng trong | 2 | 10 |
| 6 | Xuất huyết | 2 | 10 |
| 7 | Dị tật bẩm sinh | 1 | 5 |
| 8 | Vàng da sơ sinh | 1 | 5 |
| Tổng cộng | | 20 | 100 |

Nhận xét:

- Trẻ sanh ngạt chiếm tỷ lệ tử vong cao nhất (25%), tuy nhiên bệnh màng trong là bệnh lý gây cho trẻ có tỷ lệ tử vong cao nhất so với các bệnh lý khác (2 trong 3 ca mắc bệnh màng trong tử vong chiếm tỷ lệ 66,7%)

IV. Bàn luận

Qua nghiên cứu 324 trẻ sơ sinh vào điều trị tại đơn nguyên sơ sinh Bệnh viện Đa khoa khu vực Tỉnh An giang năm 2017 chúng tôi nhận thấy.

***Về đặc điểm sơ sinh và bệnh lý:**

-Trẻ thuộc dân tộc Kinh chiếm đa số (92,9%) do dân cư ở chỗ chúng tôi trên 95% là người Kinh.

-Tỉ lệ trẻ sơ sinh từ nơi khác chuyển đến hoặc sinh ở cơ sở y tế khác chuyển đến chiếm tỉ lệ 82,7% trong khi trẻ sanh ở bệnh viện chiếm tỉ lệ 17,3% có lẽ do bệnh viện chúng tôi là nơi duy nhất trong khu vực có đơn nguyên sơ sinh có điều kiện cấp cứu sơ sinh khá hiện đại, và kỹ năng chăm sóc hồi sức sơ sinh tại khoa sản bệnh viện tốt.

-Trẻ nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (51,9% so với 48,1%) kết quả này cũng tương đương như các nghiên cứu khác (59,9%,41,1%) của Nguyễn thị Xuân Hương và Hoàng thị Huệ, cũng tương đương của Huỳnh Hồng Phúc và CS. Đa số trẻ nhập viện(68,2%) trẻ nhập viện ≤ 7 ngày tuổi có lẽ do mạng lưới y tế cộng đồng phát triển nên trẻ được phát hiện sớm và vào viện sớm.

- Trẻ nam mắc các bệnh chiếm tỷ lệ cao so với nữ: Tiêu chảy (69,2%); Nhiễm trùng sơ sinh (62,5%); Xuất huyết (60%) và vàng da sơ sinh (59,8%)

- Trẻ nữ mắc các bệnh chiếm tỷ lệ cao so với nam: Bệnh màng trong (100%); Co giật (66,7%) và Nhiễm trùng huyết sơ sinh (66,7%); Dị tật bẩm sinh (63,2%)

- 80,2% trẻ nhập viện có tuổi thai đủ tháng; 28,5% trẻ sanh non

- Trẻ sơ sinh đủ tháng thường vào viện vì vàng da, viêm phổi, ngạt và nhiễm trùng sơ sinh (tại chỗ), kể đến là dị tật bẩm sinh, xuất huyết, kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn thị Xuân Hương và Hoàng thị Huế, Đinh Phương Hòa, Nguyễn Hoàng Châu, Nguyễn Thu Nhạn, Khổng thị Ngọc Mai.

- Trẻ sơ sinh non tháng vào viện vì sanh non đơn thuần không cao chiếm tỷ lệ 20%, thông thường trẻ nhập viện vì có kèm theo các bệnh lý khác. Kết quả nghiên cứu này phù hợp cứu của Nguyễn thị Xuân Hương và Hoàng thị Huế.

* **Về tình hình tử vong:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ tử vong chung ở tất cả trẻ sơ sinh nhập viện là 6,2% (Không có trẻ nào tử vong trong vòng 24h đầu nhập viện). Không có sự khác biệt về giới tính với tử vong sơ sinh

- Trẻ sanh non tử vong nhiều hơn trẻ đủ tháng ($p < 0,05$) và trẻ cân nặng thấp tử vong nhiều hơn trẻ có cân nặng cao ($p < 0,05$), nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn thị Kiều Nhi, Cao Ngọc Thành, Lê Nam Trà ở Bệnh viện Trung ương Huế.

- **Nguyên nhân tử vong :** Trong nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân tử vong hàng đầu là sanh ngạt chiếm tỷ lệ (25%), bệnh màng trong là bệnh lý có tỷ lệ tử vong cao hàng thứ hai so với các bệnh lý khác (2 trong 3 ca mắc bệnh màng trong tử vong chiếm tỷ lệ, 66,7%), trong khi nghiên cứu của chúng tôi năm 2016 tại đơn nguyên sơ sinh Bệnh viện Đa khoa khu vực Tỉnh thì sinh non là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, kể đến là nhẹ cân, suy hô hấp, nhiễm trùng, dị tật bẩm sinh, cũng như theo kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Hương và Hoàng thị Huế cũng cho thấy nguyên nhân gây tử vong hàng đầu là phổi non và bệnh màng trong, các nguyên nhân do ngạt, viêm phổi đứng hàng thứ 2, và nghiên cứu của Huỳnh Hồng Phúc lại cho thấy non tháng là nguyên nhân tử vong hàng đầu, kế tiếp là nhiễm trùng sơ sinh. Nhìn chung có sự khác biệt về các bệnh thường gây tử vong sơ sinh giữa các nghiên cứu. Theo Lawn J.E có những hạn chế trong phân loại tử vong sơ sinh là việc xếp một trường hợp tử vong với một nguyên nhân thì hơi máy móc, khi có nhiều nguyên nhân cùng tác động hợp đồng gây tử vong. Mặt khác trở ngại lớn trong việc xác định nguyên nhân tử vong sơ sinh là sự trùng lặp các dấu hiệu bệnh hiện có trong nhiều chẩn đoán bệnh lý trẻ sơ sinh.

Kết luận và kiến nghị

- 80,2% trẻ nhập viện có tuổi thai đủ tháng; 28,5% trẻ sanh non

- Trẻ sơ sinh đủ tháng thường vào viện vì vàng da, viêm phổi, ngạt và nhiễm trùng sơ sinh (tại chỗ)

- Tỷ lệ tử vong chung ở tất cả trẻ sơ sinh nhập viện là 6,2% (Không có trẻ nào tử vong trong vòng 24h đầu nhập viện)

- Trẻ sanh ngạt chiếm tỷ lệ tử vong cao nhất (25%), tuy nhiên bệnh màng trong là bệnh lý gây cho trẻ có tỷ lệ tử vong cao nhất so với các bệnh lý khác (2 trong 3 ca mắc bệnh màng trong tử vong chiếm tỷ lệ 66,7, 68,2% trẻ nhập viện \leq 7 ngày tuổi, vấn đề đặt ra ở đây là cần xử trí ngay từ khi bắt rốn các trường hợp ngạt, xử lý tốt các trường hợp suy hô hấp do hít phân xu ngay phòng sinh và phòng mổ, phát hiện và điều trị tốt các bệnh lý nhiễm trùng sơ sinh sớm.

- Trẻ cân nặng thấp tử vong nhiều hơn trẻ có cân nặng cao ($p < 0,05$).

- Trẻ sanh non tử vong nhiều hơn trẻ đủ tháng ($p < 0,05$).

Cả hai chuyên ngành sản và Nhi cần có chiến lược chăm sóc sơ sinh trước, trong và sau sinh. Triển khai rộng rãi, chặt chẽ và hiệu quả việc sử dụng corticoide ở thai phụ có nguy cơ sanh non tại những cơ sở y tế có điều kiện nhằm phòng ngừa tình trạng suy hô hấp ở trẻ non tháng do bệnh màng trong cũng như hội chứng này.

- Đa số trẻ sanh từ nơi khác chuyển đến bệnh viện (82,7%) cho nên cần xây dựng kế hoạch tập huấn cho tuyến y tế cơ sở về chương trình quản lý thai nghén, chiến lược chăm sóc tiền sản tốt, nâng cao kỹ năng hồi sức sơ sinh trong khi sinh, chuyên viện an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2003) chỉ thị 04 (12003/CT-BYT) về tăng cường chăm sóc trẻ sơ sinh nhằm giảm tử vong sơ sinh.
2. Hội sức cấp cứu sơ sinh (2006) “Phiên bản tiếng Việt của Viện Hàn Lâm Nhi khoa Hoa Kỳ”, Nhà xuất bản Y học.
3. Đinh Phương Hòa (2005), “Tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại tuyến bệnh viện và các yếu tố liên quan”, Tạp chí nghiên cứu y học số đặc biệt Hội nghị Nhi khoa 3/2005, Hà Nội.
4. Nguyễn Thị Xuân Hương (2012) “Tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại khoa Nhi Đa khoa Trung ương trong 3 năm 2008 – 2010”.
5. Phạm Văn Dương, Vũ Thị Thủy, Phạm Văn Thắng (2005), “Nghiên cứu tư vong trẻ em trước 24 giờ tại các Bệnh viện Hải Phòng trong 2 năm 2001 – 2003”, Tạp chí nghiên cứu y học số đặc biệt Hội nghị Nhi khoa 3/2005, Hà Nội.
6. Khổng Thị Ngọc Mai, Nguyễn Đình Học “Tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại khoa Nhi – Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên từ 2001 – 2005”, Tạp chí khoa học và công nghệ, vol 41 N^o1 năm 2007, tr 102 – 109.
7. Huỳnh Hồng Phúc, Huỳnh Thị Duy Hương (2008), “Tình hình bệnh tật và tử vong sơ sinh tại khoa Nhi – Bệnh viện đa khoa Đồng Tháp từ 2004 – 2006.
8. Ngô Minh Xuân, Nguyễn Tấn Tài (2009) “Tình hình tử vong sơ sinh tại khoa Sơ sinh bệnh viện Từ Dũ năm 1999 – 2009”, Hội nghị khoa học kỹ thuật – Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
9. Lawn JE (2005) “4 million neonatal deaths: When? Where? Why?”, Lancet (2005), Mar 5-11, 365(9462), pp.891-900.
10. Lawn JE (2004) “Why are 4 million newborn babies dying each year”, The lancet, vol 364, pp. 399-401.

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM NHIỄM KHUẨN SƠ SINH
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH NĂM 2017**

**BS. Hồ Thị Thanh Thủy BS. Nguyễn Thị Kim Liên
ĐD. Lý Thị Bích Tuyền KTV. Lê Thị Kim Thanh**

***Đặt vấn đề:**

Nhiễm khuẩn sơ sinh (NKSS) rất hay gặp và là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ sơ sinh, đặc biệt là trẻ sơ sinh non tháng. Tỷ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh là 1% – 10% số trẻ sơ sinh sống trên toàn thế giới, tỷ lệ này cao gấp 10 lần ở trẻ đẻ non [10,11]. Ở các nước đang phát triển, tỷ lệ mắc và tử vong do nhiễm khuẩn mẹ - con còn rất cao (Châu Á 2,4% - 6%, Châu Âu 6% - 21%) [14]

Nhiễm khuẩn sơ sinh thường nặng, diễn biến phức tạp, tỷ lệ tử vong cao và dễ để lại các di chứng. Theo Tổ chức Y tế thế giới (WHO), hàng năm có 5 triệu trẻ sơ sinh chết vì nhiễm khuẩn, trong đó các nước đang phát triển chiếm 98% (Châu Á 27% - 69%, Châu Phi 6% - 21%) [14]. Tuy nhiên, đến nay vẫn chưa có một nghiên cứu đầy đủ về nhiễm khuẩn sơ sinh tại Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh.

Do đó chúng tôi tiến hành đề tài: “*Nghiên cứu đặc điểm nhiễm khuẩn sơ sinh tại Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh năm 2017*” với các mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm nhiễm khuẩn thường gặp ở trẻ sơ sinh.
2. Xác định nguyên nhân và một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn thường gặp ở trẻ sơ sinh.

I. Đối tượng nghiên cứu:

- Tất cả trẻ sơ sinh dưới 28 ngày tuổi được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh khi vào điều trị.
- Thời gian nghiên cứu: Tháng 01/2017 – 11/2017.
- Địa điểm nghiên cứu: Đơn nguyên sơ sinh Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh An Giang.

II. Phương pháp nghiên cứu:

2.1. Nghiên cứu cắt ngang mô tả .

2.2. Mẫu nghiên cứu:

- Chọn mẫu: Trẻ được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh theo khuyến cáo của Tổ chức quốc gia ủy quyền và đánh giá sức khỏe – ANES (Agence nationale d' accreditation et d'evaluation en Sante [14]).

***Xử lý và phân tích số liệu:**

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

III. Kết quả:

Bảng 3.1. Một số đặc điểm chung

| Đặc điểm chung | | Số lượng | Tỷ lệ % |
|----------------|-------------|----------|---------|
| Giới | Nam | 113 | 54,1 |
| | Nữ | 96 | 45,9 |
| Ngày tuổi | 1 – 3 ngày | 106 | 50,7 |
| | 4 – 28 ngày | 103 | 49,3 |

| | | | |
|------------------|--------------|-----|------|
| Tuổi thai | ≤ 37 tuần | 57 | 27,3 |
| | 38 – 42 tuần | 152 | 72,7 |
| Cân nặng | < 2500 gr | 42 | 20,1 |
| | ≥ 2500 gr | 167 | 79,9 |
| Khu vực | Nông thôn | 170 | 81,3 |
| | Thành thị | 39 | 18,7 |
| Dân tộc | Kinh | 197 | 94,3 |
| | Hoa | 0 | 0 |
| | Chăm | 2 | 1 |
| | Khome | 10 | 4,8 |

Nhận xét:

- Tỷ lệ NKSS ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ
- Trẻ 1-3 ngày tuổi chiếm 50,7%
- Tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng chiếm 7%
- Tỷ lệ trẻ ở nông thôn chiếm 81,3%

Bảng 3.2. Tỷ lệ các bệnh nhiễm khuẩn sơ sinh thường gặp

| Chẩn đoán | Đẻ non | | Đủ tháng | | Tổng số | |
|-----------------------|---------------|----------|-----------------|----------|----------------|----------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Viêm da | 2 | 1 | 28 | 13,4 | 30 | 14,4 |
| Nhiễm trùng rốn | 0 | 0 | 15 | 7,2 | 15 | 7,2 |
| Viêm phổi | 54 | 25,8 | 71 | 34 | 125 | 59,8 |
| Nhiễm trùng tiết niệu | 3 | 1,4 | 0 | 0 | 3 | 1,4 |
| Nhiễm trùng huyết | 9 | 4,3 | 5 | 2,4 | 14 | 6,7 |
| Viêm màng não mủ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Nhận xét:

- Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị viêm phổi cao nhất trong nhóm NKSS là 59,8%
- Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị viêm da là 14,4%
- Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị nhiễm trùng rốn là 7,2%
- Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị nhiễm trùng huyết là 6,7%
- Không có trẻ nào mắc viêm màng não

Bảng 3.3. Chẩn đoán bệnh theo ngày tuổi

| Chẩn đoán | 1 – 3 ngày | | 4 – 28 ngày | | Tổng số | | P |
|------------------|-------------------|----------|--------------------|----------|----------------|----------|----------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Viêm da | 8 | 3,8 | 22 | 10,5 | 30 | 14,4 | 0,004 |
| Nhiễm trùng rốn | 5 | 2,4 | 10 | 4,8 | 15 | 7,2 | 0,162 |
| Viêm phổi | 77 | 36,8 | 48 | 23 | 125 | 59,8 | 0,000 |
| Nhiễm trùng tiết | 1 | 0,5 | 2 | 1 | 3 | 1,4 | 0,618 |

| | | | | | | | |
|--------------------------|----|-----|---|-----|----|-----|-------|
| niệu | | | | | | | |
| Nhiễm trùng huyết | 10 | 4,8 | 4 | 1,9 | 14 | 6,7 | 0,165 |
| Viêm màng não mủ | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | - |

Nhận xét:

- Trẻ 1-3 ngày tuổi mắc viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (36,8%) và có sự khác biệt có ý nghĩa so với các trẻ có nhóm tuổi từ 4-28 ngày ($p=0,000$)
- Trẻ từ 4-28 ngày tuổi mắc viêm da cao hơn có ý nghĩa so với các trẻ từ 1-3 ngày tuổi

Bảng 3.4. Triệu chứng rối loạn hô hấp

| Tuổi thai | Đẻ non | | Đủ tháng | | Tổng số | |
|----------------------|--------|------|----------|------|---------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Triệu chứng | | | | | | |
| Thở nhanh | 35 | 16,7 | 34 | 16,3 | 69 | 33 |
| Con ngừng thở | 21 | 10 | 19 | 9,1 | 40 | 19,1 |
| Thở rên | 49 | 23,4 | 31 | 14,8 | 80 | 38,3 |
| Rút lõm ngực | 25 | 12 | 31 | 14,8 | 56 | 26,8 |

Nhận xét:

- Tỷ lệ trẻ có thở rên và con ngừng thở ở trẻ non tháng cao hơn nhóm trẻ đủ tháng ($p<0,05$)

Bảng 3.5. Triệu chứng rối loạn tuần hoàn

| Tuổi thai | Đẻ non | | Đủ tháng | | Tổng số | |
|-------------------------|--------|------|----------|-----|---------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Triệu chứng | | | | | | |
| Nổi vân tím | 22 | 10,5 | 7 | 3,3 | 29 | 13,9 |
| Tím lạnh đầu chi | 17 | 8,1 | 11 | 5,3 | 28 | 13,4 |
| Da tái, xám | 21 | 10 | 12 | 5,7 | 33 | 15,8 |

Nhận xét:

- Triệu chứng da tái, xám, nổi vân tím, tím lạnh đầu chi hay gặp

Bảng 3.6. Triệu chứng rối loạn thần kinh

| Tuổi thai | Đẻ non | | Đủ tháng | | Tổng số | |
|--------------------|--------|-----|----------|-----|---------|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Triệu chứng | | | | | | |
| Li bì | 8 | 3,8 | 8 | 3,8 | 16 | 7,6 |

| | | | | | | |
|--------------------|---|-----|---|-----|----|-----|
| Tăng trương lực cơ | 3 | 1,4 | 2 | 1 | 5 | 2,4 |
| Giảm trương lực cơ | 6 | 2,9 | 4 | 1,9 | 10 | 4,9 |

Nhận xét:

- Dầu hiệu li bì và giảm trương lực cơ gặp nhiều ở nhóm trẻ non tháng

Bảng 3.7. Triệu chứng rối loạn tiêu hóa

| Tuổi thai | Đẻ non | | Đủ tháng | | Tổng số | |
|--------------------|--------|------|----------|-----|---------|----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Triệu chứng | | | | | | |
| Bỏ bú, bú kém | 30 | 14,4 | 16 | 7,7 | 46 | 22 |
| Nôn | 18 | 8,6 | 7 | 3,3 | 25 | 12 |
| Chướng bụng | 17 | 8,1 | 6 | 2,9 | 23 | 11 |

Nhận xét:

- Bú kém hoặc bỏ bú là triệu chứng tiêu hóa thường gặp nhất

Bảng 3.8. Xét nghiệm công thức máu

| Tuổi thai | Đẻ non | | Đủ tháng | | Tổng số | |
|---|--------|------|----------|------|---------|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Chỉ số XN | | | | | | |
| Số lượng BC tăng $\geq 15.000 \text{ mm}^3$ | 6 | 2,9 | 28 | 13,4 | 34 | 16,3 |
| Số lượng BC giảm $< 5.000 \text{ mm}^3$ | 24 | 11,5 | 5 | 2,4 | 29 | 13,9 |
| BC đa nhân trung tính $> 65\%$ | 23 | 11 | 89 | 42,6 | 112 | 53,6 |
| BC đa nhân trung tính $< 45\%$ | 19 | 9,1 | 6 | 2,9 | 25 | 12 |
| XQ tim, phổi | 17 | 8,1 | 31 | 14,8 | 48 | 23 |

Nhận xét:

- Số lượng bạch cầu tăng chiếm 16,3%

- Số lượng bạch cầu giảm chiếm 13,9%

- Tỷ lệ BCĐNTT tăng chiếm 53,6% (trong đó tập trung ở nhóm trẻ đủ tháng là 42,6%)

- Tỷ lệ BCĐNTT giảm chiếm 12%

Bảng 3.9. Kết quả điều trị: Khỏi, nặng lên, tử vong

| KQ điều trị | Khỏi | | Nặng lên | | Tử vong | | Tổng số | |
|------------------|------|------|----------|-----|---------|-----|---------|------|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Tuổi thai | | | | | | | | |
| Non tháng | 51 | 24,4 | 3 | 1,4 | 3 | 1,4 | 57 | 27,3 |
| Đủ tháng | 147 | 70,3 | 3 | 1,4 | 2 | 1 | 152 | 72,7 |
| Tổng cộng | 198 | 94,7 | 6 | 2,8 | 5 | 2,4 | 209 | 100% |

Nhận xét:

- 94,7% trẻ ở cả 2 nhóm đều khỏi bệnh
- 2,8% trẻ nặng lên cần chuyển viện
- 2,4% trẻ tử vong

| KQ điều trị Tuổi thai | Nặng lên phải chuyển viện hoặc tử vong | | Khỏi | | Tổng | | p | OR (KTC 95%) |
|--------------------------|--|------|------|------|------|-----|-------|--------------------|
| | n | % | n | % | n | % | | |
| Non tháng | 6 | 10,5 | 51 | 89,5 | 57 | 100 | 0,034 | 3,5 (1,01-11,8) |
| Đủ tháng | 5 | 3,3 | 147 | 96,7 | 152 | 100 | | |
| Tổng cộng | 11 | 5,3 | 198 | 94,7 | 209 | 100 | | |

Nhận xét: Trẻ non tháng có tỷ lệ bệnh nặng hơn phải chuyển viện hoặc tử vong cao hơn gấp 3,5 lần so với nhóm trẻ đủ tháng.

Bảng 3.10. Sử dụng kháng sinh

| Nhóm kháng sinh | Đẻ non | | Đủ tháng | | Tổng | |
|-----------------------------|--------|----------|----------|----------|------|------|
| | n | Tần suất | N | Tần suất | n | % |
| Betalactam | 1 | 0,5 | 12 | 5,7 | 13 | 6,2 |
| Cephalosporin+ Aminosid | 39 | 18,7 | 108 | 51,7 | 147 | 70,3 |
| Kháng sinh phối hợp khác | 17 | 8,1 | 32 | 15,3 | 49 | 23,4 |

Nhận xét: Ở 2 nhóm trẻ, Cephalosporin+Aminosid được sử dụng nhiều nhất

Bảng 3.11. Viêm phổi sơ sinh liên quan đến tiền sử sản khoa của mẹ

| Yếu tố | | Viêm phổi | | Không viêm phổi | | Tổng | | p | OR (KTC 95%) |
|-------------------------|----------|-----------|---------|--------------------|---------|------|---------|-------|-------------------|
| | | n | Tỷ lệ % | n | Tỷ lệ % | n | Tỷ lệ % | | |
| Cân nặng lúc sinh | <2.500gr | 37 | 88,1 | 5 | 11,9 | 42 | 100 | 0,000 | 6,6 (2,5-17,7) |
| | ≥2.500gr | 88 | 52,7 | 79 | 47,3 | 167 | 100 | | |
| Ngạt lúc đẻ | Có | 11 | 91,7 | 1 | 8,3 | 12 | 100 | 0,03 | 8 (1-63,3) |
| | Không | 114 | 57,9 | 83 | 42,1 | 197 | 100 | | |
| Vỡ ối sớm | Có | 52 | 88,1 | 7 | 11,9 | 59 | 100 | 0,000 | 7,8 (3,3-18,4) |
| | Không | 73 | 48,7 | 77 | 51,3 | 150 | 100 | | |
| Mẹ sốt trước sinh | Có | 66 | 69,5 | 29 | 30,5 | 95 | 100 | 0,009 | 2,1 (1,2-3,8) |
| | Không | 59 | 51,8 | 55 | 48,2 | 114 | 100 | | |

Nhận xét:

Trẻ sơ sinh có cân nặng dưới 2500g, đẻ non, mẹ ối vỡ sớm, mẹ sốt trước sanh có tỷ lệ mắc viêm phổi sơ sinh cao hơn nhóm còn lại.

IV. Bàn luận:

Qua nghiên cứu 209 trẻ nhiễm khuẩn sơ sinh, chúng tôi nhận thấy:

Tỷ lệ NKSS ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ 54,1% và 49,5% nữ, kết quả này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của Huỳnh Thị Thanh Thúy [9] ở Bệnh viện Quảng nam (61,6 %; 38,4%), Nguyễn Tuấn Ngọc[6] ở Bệnh viện Thái nguyên (62,3%;37,7%), nghiên cứu Nguyễn thị Kim Anh[1] tại Bệnh viện Nhi Đông II, của Phạm Thị Thanh Mai[5] tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương cũng đều thấy tỉ lệ NKSS trẻ nam cao hơn trẻ nữ.

Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị viêm phổi cao nhất trong nhóm NKSS là 59,8%, kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của các tác giả khác cho thấy viêm phổi là bệnh nhiễm khuẩn luôn có tỉ lệ cao nhất ở trẻ sơ sinh. Các tác giả Nguyễn Thị Kim Anh[1], và Huỳnh Thị Thanh Thúy [9] cũng cho kết quả tương tự.

Chúng tôi nhận thấy tỉ lệ viêm phổi gặp nhiều hơn trong NKSS sớm, trẻ 1-3 ngày tuổi mắc viêm phổi chiếm tỷ lệ cao nhất (36,8%) và sự khác biệt có ý nghĩa so với các trẻ có nhóm tuổi từ 4-28 ngày ($p=0,000$), tác giả Huỳnh Thị Thanh Thúy [9] cho kết quả tương tự, khác với chúng tôi tác giả Nguyễn Thị Kim Anh [1] thấy Viêm phổi gặp nhiều hơn trong NKSS muộn (77,95 so với 22,1%)

Không có trẻ nào mắc viêm màng não mủ, có thể do viêm màng não mủ sơ sinh có triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu để chẩn đoán, khi bé có rối loạn tri giác và bác sĩ ngại chọc dịch não tủy nên chuyển chẩn đoán thành nhiễm trùng huyết để sử dụng kháng sinh nên không có tỷ lệ này. Riêng nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh [8] ở Bệnh viện Nhi Trung ương tỉ lệ này dao động khoảng 0,9-1,5%.

Trẻ sơ sinh càng non tháng thì tỉ lệ NKSS càng cao mức độ càng nặng. Trẻ non tháng có tỷ lệ bệnh nặng hơn phải chuyển viện hoặc tử vong cao hơn gấp 3,5 lần so với nhóm trẻ đủ tháng.

Trẻ sơ sinh có cân nặng dưới 2500g có tỉ lệ viêm phổi cao 6,6 lần trẻ. Các nghiên cứu của Đinh Thị Thúy Hà [3], Phạm Thị Thanh Mai [5] và Huỳnh Thị Thanh Thúy [9] cũng cho kết quả tương tự.

Các triệu chứng rối loạn hô hấp tỉ lệ rất cao, trong đó tỉ lệ trẻ có thở rên và cơn ngừng thở ở trẻ non tháng cao hơn nhóm trẻ đủ tháng ($p<0,05$), tác giả Khu Thị Khánh Dung [2] thấy thở rên ở trẻ non tháng cao hơn trẻ đủ tháng (68,4% so với 44,2%). Triệu chứng thở chậm và cơn ngừng thở cũng gặp ở trẻ đẻ non nhiều hơn trẻ đủ tháng. Tương tự như các nghiên cứu khác của Nguyễn Tuấn Ngọc [6] và Huỳnh Thị Thanh Thúy[9].

Ngoài ra tỉ lệ trẻ có dấu hiệu rối loạn thần kinh như li bì, giảm trương lực cơ chiếm tỉ lệ cao, tuy nhiên ở trẻ non tháng thì dấu hiệu li bì và giảm trương lực cơ ít có giá trị trong đánh giá nhiễm khuẩn, ngược lại đối với trẻ đủ tháng li bì rất có giá trị trong chẩn đoán nhiễm khuẩn.

Triệu chứng rối loạn tuần hoàn, Triệu chứng da tái, xám, nổi vân tím, tím lạnh đầu chi hay gặp tương tự như kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Huệ [4] cũng cho thấy 72,1% trẻ NKSS có rối loạn tuần hoàn.

Ngoài ra triệu chứng rối loạn tiêu hóa cũng gặp trong phần lớn trường hợp.

Riêng về cận lâm sàng Tỷ lệ BCDNTT tăng chiếm 53,6% (trong đó tập trung ở nhóm trẻ đủ tháng là 42,6%), tỷ lệ BCDNTT giảm chiếm 12%, tuy vậy ở nhóm trẻ đẻ non cân nặng thấp khả năng này hạn chế, chứng tỏ khả năng phòng vệ của nhóm này thấp.

Kết quả điều trị 94,7% trẻ ở cả 2 nhóm đều khỏi bệnh, 2,8% trẻ nặng lên cần chuyển viện
2,4% trẻ tử vong.

Trẻ non tháng có tỷ lệ bệnh nặng hơn phải chuyển viện hoặc tử vong cao hơn gấp 3,5 lần so với nhóm trẻ đủ tháng. Nghiên cứu của Huỳnh Thị Thanh Thúy [9], Phạm Thị Thanh Mai[5] cũng cho kết quả tương tự.

Nghiên cứu về sử dụng kháng sinh, chúng tôi thấy tỉ lệ sử dụng từ 2 nhóm kháng sinh trở lên chiếm 70%, ở 2 nhóm trẻ, Cephalosporin+Aminosid được sử dụng nhiều nhất.

Theo nghiên cứu của chúng tôi về các yếu tố liên quan như trẻ có cân nặng thấp, sanh non, mẹ ối vỡ sớm, mẹ sốt trước sanh có tỷ lệ mắc viêm phổi sơ sinh cao hơn nhóm còn lại. Tương tự như chúng tôi nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Ngọc [6] cho thấy yếu tố ngạt lúc đẻ là 52,5%, mẹ vỡ ối sớm 54,9%, mẹ sốt trước đẻ- mẹ nhiễm độc thai nghén là 56,8%.

V. Kết luận

- Tỷ lệ NKSS ở trẻ nam cao hơn trẻ nữ (54,1% so với 49,5%), lứa tuổi vào viện từ 1-3 ngày tuổi chiếm 50,7%.
- Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị viêm phổi cao nhất trong nhóm NKSS là 59,8%.
- Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị viêm da là 14,4% nhiễm trùng rốn là 7,2% , tỷ lệ trẻ sơ sinh bị nhiễm trùng huyết là 6,7%, trẻ từ 4-28 ngày tuổi mắc viêm da cao hơn có ý nghĩa so với các trẻ từ 1-3 ngày tuổi, Không có trẻ nào mắc viêm màng não mủ.
- Tỷ lệ trẻ có thở rên và cơn ngừng thở ở trẻ non tháng cao hơn nhóm trẻ đủ tháng ($p < 0,05$)
- Dấu hiệu li bì và giảm trương lực cơ gặp nhiều ở nhóm trẻ non tháng.
- Tỷ lệ BCDNTT tăng chiếm 53,6% (trong đó tập trung ở nhóm trẻ đủ tháng là 42,6%)
- Tỷ lệ BCDNTT giảm chiếm 12%.
- Tỷ lệ khỏi chiếm 94,7% trẻ ở cả 2 nhóm non tháng và đủ tháng, 2,8% trẻ nặng lên cần chuyển viện.
- Tỷ lệ trẻ tử vong 2,4%.
- Trẻ non tháng có tỷ lệ bệnh nặng hơn phải chuyển viện hoặc tử vong cao hơn gấp 3,5 lần so với nhóm trẻ đủ tháng.

V KIẾN NGHỊ:

- Cần phát hiện và chẩn đoán sớm , điều trị kịp thời NKSS, nhất là trong 72 giờ đầu sau sanh.
- Cần hướng dẫn bà mẹ chăm sóc tiền sản, để hạn chế yếu tố nguy cơ liên quan đến NKSS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Nguyễn Thị Kim Anh (2009) “ Đặc điểm viêm phổi sơ sinh tại Bệnh viện Nhi đồng II từ tháng 3/2007-10/2007”, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 1.
 2. Khu thị Khánh Dung (2003), “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, vi khuẩn và một số yếu tố liên quan đến viêm phổi sơ sinh*”, Luận văn Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 3. Đinh Thị Thúy Hà (2006) , “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến viêm phổi sơ sinh tại bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên*”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Thái Nguyên.
 4. Phan thị Huệ (2005) “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giá trị IL-6 và CRP trong chẩn đoán Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm*” Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 5. Phạm Thị Thanh Mai (2003). “*Bước đầu nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm*” *Nghiên cứu Y học*, tr 234-36.
 6. Nguyễn Tuấn Ngọc (2009) . “*Nghiên cứu đặc điểm nhiễm khuẩn sơ sinh tại khoa Nhi bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên*”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Thái Nguyên.
 7. Nguyễn Thị Kiều Nhi, Cao Ngọc Thành, Lê Nam Trà (2005), “*Nghiên cứu mô hình bệnh tật và tử suất tử vong giai đoạn sơ sinh sớm tại khoa sản Bệnh viện Trung Ương Huế*” *Nghiên cứu Y học*, tr 32-38.
 8. Lê Thị Thanh, Lê Nam Trà (2006), “*Đặc điểm dịch tễ lâm sàng viêm màng não mủ sơ sinh*” *Nhi khoa* 14, tr.12-15.
 9. Huỳnh Thị Thanh Thúy (2015), “*Nghiên cứu đặc điểm nhiễm khuẩn sơ sinh tại bệnh viện Nhi Quảng Nam*”, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Huế.
 10. Phạm Thị Xuân tú (2003), “*Các yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn từ mẹ truyền sang con ở trẻ đẻ non tại thành phố Tours- nước Pháp*”, *Nghiên cứu Y học*, Hội Nghị Nhi Khoa Việt –Pháp , tr 5-8.
- TIẾNG ANH
11. Anderson L, Berry. (2008), Neonatal sepsis: Treatment & Medication. [Http:// www.emedicine.medscape.com](http://www.emedicine.medscape.com).
 12. Baltimore, Robert S (2003) Neonatal Sepsis: “ *Epidermology and managemant*” , Therapy and Practic, *Pediatric Drug* 5 (11), pp, 723-40.
 13. May M., Daley A.J, Donath S & Isaacs D. (2005), “*Early onset neonatal meningitis in Austrlia and Newzeland 1992-2002*”, *Arch. Dis. Child Fetal Neonatal*, 90, pp. 324-27.
 14. Stoll B J., Hansen N, Fanaroff A. A. (2002), “*Changes in pathogens causing early-onset sepsis in very –low-birth-weight infants*”, *N Engl J Med*, 347 ,pp,240-47.
 15. Taeusch B. G.(2005), “*Neonatal bacterial sepsis*”. *Avery s diseases of Newborn*, Elsevier Inc, Philadelphia, 8, pp,490-512.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHẪU THUẬT CẮT AMIDAN SỬ DỤNG DAO ĐIỆN LƯỠNG CỰC KẾT HỢP CỘT CHỈ CÀM MÁU TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH

*BS Phạm Dân Nguyên, BS Lê Thiện Hiệp,
ĐD Nguyễn Thị Thanh Bay, ĐD Trần Ngọc Huệ*

TÓM TẮT

Nghiên cứu trên 30 trường hợp tuổi từ 6 – 57 được phẫu thuật cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực kết hợp cột chỉ cầm máu. Chúng tôi thấy rằng: - thời gian phẫu thuật trung bình dưới 30 phút; - lượng mất máu trung bình < 5 ml; - Không chảy máu trong 24 giờ đầu sau mổ, tỉ lệ chảy máu thứ phát 6,6%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý amidan rất thường gặp trong chuyên khoa Tai Mũi Họng không chỉ ở trẻ em mà còn gặp ở thanh niên và người lớn. Điều trị viêm amidan nội khoa là chính, ngoại khoa khi có chỉ định. Về mặt ngoại khoa cắt amidan là phẫu thuật thường gặp nhất trong phẫu thuật tai mũi họng.

Hiện nay khoa Tai mũi họng Bệnh viện ĐKKV Tỉnh đang áp dụng phương pháp cắt amidan gây mê sử dụng dao điện lưỡng cực kết hợp cột chỉ cầm máu, phương pháp trên đã rút ngắn thời gian phẫu thuật, giảm mất máu trong phẫu thuật và giảm tỉ lệ chảy máu sau mổ so với phương pháp cắt amidan kinh điển.

Sử dụng dao điện lưỡng cực dựa trên nguyên lý của dòng điện cao tần phóng ra giữa 2 đầu kẹp dao điện lưỡng cực khi đi qua mô sẽ làm tăng nhiệt độ tế bào dẫn đến hiện tượng bốc hơi hay đông kết mô. ứng dụng kỹ thuật này trong phẫu thuật có ưu điểm giảm lượng máu mất do gây đông máu tức thời, dự phòng nhiễm trùng do hiệu quả tạo nhiệt, tránh được tổn thương mô được hạn chế tới mức tối thiểu, tổn thương không ăn sâu, không gây bỏng xa. Chính những ưu điểm này đã thôi thúc chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

Mục tiêu nghiên cứu

1. Mục tiêu tổng quát: Đánh giá hiệu quả phương pháp cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực kết hợp cột chỉ cầm máu.

2. Mục tiêu chuyên biệt:

a. Đánh giá mức độ chảy máu trong và sau phẫu thuật.

b. Ghi nhận thời gian phẫu thuật của phương pháp này.

II. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân đến khám tại phòng khám tai mũi họng, Bệnh viện Đa Khoa khu vực Tỉnh từ tháng 01/2016 đến 8/2017 có chỉ định cắt amidan.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả các bệnh nhân có chỉ định cắt amidan.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định cắt amidan, amidan quá một bên nghi do ung thư, bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu, mô tả hàng loạt trường hợp không đối chứng.

Phương tiện và dụng cụ nghiên cứu:

- Bộ dụng cụ khám tai mũi họng, bộ nội soi tai mũi họng xerok.

- Dụng cụ cắt: máy đốt, dao điện lưỡng cực, banh miệng, kẹp allis, thuốc tê có adrenalin.

- Xử lý số liệu bằng phương pháp thống kê dưới tỉ lệ %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu được thể hiện qua các bảng sau:

Bảng 1: Tuổi

| Độ tuổi | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|---------------------|--------------|-------------|
| Dưới 10 tuổi | 02 | 6,7% |
| 10 tuổi đến 35 tuổi | 26 | 86,6% |
| Trên 35 tuổi | 02 | 6,7% |
| Tổng số | 30 | 100% |

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 10 đến 35 gặp với tỷ lệ cao nhất: 86,6%

Tuổi trung bình: 23,4 ; Tuổi thấp nhất: 6 ; Tuổi cao nhất: 57

Bảng 2: Giới tính

| Giới tính | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|----------------|--------------|-------------|
| Nam | 14 | 46,7 % |
| Nữ | 16 | 53,3 % |
| Tổng số | 30 | 100% |

Nhận xét: Nữ giới gặp 53,3% nhiều hơn nam giới 46,7 %

Bảng 3: Lý do vào viện

| Lý do vào viện | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|--------------------|--------------|---------|
| Nuốt vướng kéo dài | 17 | 56,7 % |
| Thở ngáy | 13 | 43,3 % |
| Lý do khác | 00 | 00 % |

Nhận xét: Lý do chủ yếu khiến người bệnh phải nhập viện điều trị là thở ngáy và nuốt vướng kéo dài. Những lý do khác gồm nhiễm trùng mạn tính (viêm tai giữa mạn tính, viêm mũi xoang mạn tính) và hôi miệng do amidan có nhiều hốc gây ứ đọng thức ăn...

Bảng 4: Triệu chứng thăm khám lâm sàng

| STT | Triệu chứng bệnh lý | Số lượng (người) | Tỷ lệ % |
|-----|------------------------|-------------------|---------|
| 1 | Tiền sử đau họng | 30 | 100% |
| 2 | Thở ngáy, khó thở | 13 | 43.3% |
| 3 | Amidan quá phát | 13 | 43.3% |
| 4 | Amidan xơ teo hốc mũ | 17 | 56.7% |
| 5 | Viêm trên 04 lần / năm | 26 | 86.7% |

Nhận xét: 100% số người bệnh nhập viện phẫu thuật có tiền sử đau họng.

Ta thấy số người bệnh có amidan quá phát xấp xỉ số người bệnh có triệu chứng thở ngáy do amidan quá phát gây chèn ép ảnh hưởng đến hô hấp của người bệnh khi ngủ, đặc biệt ở tư thế nằm đầu thấp.

Bảng 5: thời gian phẫu thuật

| Thời gian | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|--------------|--------------|---------|
| Dưới 30 phút | 27 | 93,4% |

| | | |
|----------------|-----------|-------------|
| Trên 30 phút | 02 | 6,6% |
| Tổng số | 30 | 100% |

Nhận xét: Trong nghiên cứu chúng tôi thực hiện thời gian phẫu thuật dưới 30 phút chiếm đa số.

Bảng 6: số lượng máu mất trong phẫu thuật

| Số lượng máu mất | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|------------------|--------------|-------------|
| Dưới 5 ml | 27 | 90% |
| Trên 5 ml | 3 | 10% |
| Tổng số | 30 | 100% |

Nhận xét: Số người bệnh mất máu >5 ml trong phẫu thuật chiếm tỷ lệ thấp 10%

Bảng 7: Thời gian bong giả mạc lên biểu mô tại chỗ vết mổ

| Thời gian bong giả mạc biểu mô | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|--------------------------------|--------------|-------------|
| Trước 3 ngày | 00 | 00 % |
| Sau 3 ngày | 30 | 100% |
| Tổng số | 30 | 100% |

Nhận xét: 100% số người bệnh sau phẫu thuật ngày thứ 3 chưa bong giả mạc tại chỗ vết mổ.

Bảng 8: thời gian chảy máu thứ phát

| Thời gian ngày thứ 7 | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|----------------------|--------------|-------------|
| Không chảy máu | 27 | 93,4% |
| Chảy máu | 02 | 6,6% |
| Tổng số | 30 | 100% |

Nhận xét: số bệnh nhân không chảy máu trong 7 ngày đầu chiếm 93,4% là do nhóm nghiên cứu đã kết hợp phương pháp phẫu thuật dùng dao điện lưỡng cực với cột chỉ cầm máu.

IV BÀN LUẬN:

Kết quả nghiên cứu:

Phương pháp cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực kết hợp cột chỉ cầm máu thì lượng mất máu trong phẫu thuật 27 trường hợp < 5 ml, chiếm 90% so với phương pháp cắt cổ điển của Đặng Xuân Hùng 80 ml; có những trường hợp chúng tôi cắt chảy máu rất ít. Điều này tùy thuộc vào kỹ thuật, kinh nghiệm của mỗi phẫu thuật viên. Lượng máu mất trong phẫu thuật giảm đi rất nhiều so với phương pháp kinh điển, vì vậy phương pháp này được rất nhiều bệnh viện trong nước áp dụng.

Chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào chảy máu trong 24 giờ đầu do hiệu quả của phương pháp dùng dao điện lưỡng cực kết hợp cột chỉ cầm máu. Chảy máu thứ phát sau mổ có 2 trường hợp (chiếm 6,6%) thường xảy ra vào ngày thứ 7 vì trong thời gian này giả mạc 2 bên hố amidan bong tróc nếu có 1 yếu tố thuận nào đó (ho, nháy mũi hoặc ăn thức ăn cứng sẽ làm cho giả mạc bong nhiều làm chảy máu).

Về tuổi trung bình là 23,4 chiếm 86,6% (nam chiếm 46,7%, nữ chiếm 53,3%) tuổi này thường được nhập viện để cắt amidan.

V. KẾT LUẬN

Bước đầu nghiên cứu hiệu quả phẫu thuật cắt amidan bằng dao điện lưỡng cực kết hợp cột chỉ cầm máu trên 30 trường hợp chúng tôi rút ra những kết luận:

- Thời gian phẫu thuật ngắn trung bình 30 phút.
- Lượng máu mất trong phẫu thuật giảm nhiều < 5 ml. Không chảy máu trong 24 giờ đầu sau mổ. Chảy máu thứ phát sau mổ 2 trường hợp (6,6%) thường xảy ra ngày thứ 7 vì giả mạc ở 2 hố amidan đã bong tróc.

Đây là hai yếu tố quan trọng nhất mà phẫu thuật cắt amidan sử dụng dao điện lưỡng cực kết hợp cột chỉ cầm máu đã chứng tỏ là có ưu điểm vượt trội so với phương pháp cắt amidan kinh điển. Vì vậy, chúng tôi kết luận phương pháp cắt amidan gây mê sử dụng dao điện lưỡng cực kết hợp cột chỉ cầm máu có thể triển khai và phát triển tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu vực Tỉnh An Giang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Quyền – Bài Giảng Giải Phẫu Học Tập I – Đại Học Y Dược TPHCM.
2. Võ Tấn – Tai Mũi Họng Thực Hành – nhà xuất bản y học 1994.
3. Nguyễn Hữu Khôi – Viêm Họng, Amidan và VA – nhà xuất bản y học 2006.
4. Trần Minh Tô, Viêm Amidan, Bài Giảng Tai Mũi Họng Đại Học Y Dược TPHCM, 1998.
5. Nguyễn Đình Bảng (1998), “Amidan và VA”, bài giảng tai mũi họng, Đại Học Y Dược TPHCM trang 32-45, 74-82.
6. Nhan Trùng Sơn, “ Tai Mũi Họng Nhập Môn”, bài giảng tai mũi họng, nhà xuất bản y học – 2004.
7. Mai Thị Chinh và Cộng sự (12/2011), “Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt amidan sử dụng đồng điện cao tần”. Báo cáo tại hội nghị khoa học tại Bệnh viện Tai Mũi Họng Thành phố HCM.
8. Tô Thanh Long Và Cộng Sự (2003), “Nhân 260 trường hợp phẫu tích nóng amidan bằng đốt điện bipolar”. Báo cáo tại hội nghị Tai Mũi Họng toàn quốc tháng 5/2003 tại Cần Thơ.
9. Đặng Xuân Hùng, “ so sánh hiệu quả giữa hai phương pháp cắt amidan kinh điển và điện cao tần lưỡng cực”.

**KHẢO SÁT TÌNH HÌNH TƯƠNG TÁC THUỐC
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG NĂM 2017**

**BS.Ngô Hùng Sơn, DS. Lê Thị Thủy
DS CKI. Trần Kim Sơn, DS. Trần Trí Thắm**

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc phối hợp thuốc là không thể tránh khỏi, nhất là trong điều kiện đa bệnh lý, đa triệu chứng. Phối hợp thuốc chính là nguyên nhân làm cho nguy cơ tương tác thuốc bất lợi dễ dàng xảy ra. Tỷ lệ tương tác tăng theo cấp số nhân với lượng thuốc phối hợp. Một thống kê cho thấy tỷ lệ ADR là 7% ở bệnh nhân dùng phối hợp 6-10 loại thuốc, nhưng tỷ lệ này sẽ là 40% khi dùng phối hợp 16-20 loại. Theo những nghiên cứu ở Mỹ, mỗi năm có hơn 100.000 người phải nhập viện tại Mỹ vì những tương tác và phản ứng có hại mà thuốc gây ra, trong số đó có những trường hợp phải tử vong. Về mặt lâm sàng, các tương tác thuốc có thể đưa đến hậu quả giảm hoạt tính đồng nghĩa với giảm hiệu quả hoặc giảm tác dụng không mong muốn. Tuy nhiên, tương tác thuốc cũng có thể gây ra tăng hoạt tính quá mức dẫn đến độc tính hoặc tăng tác dụng dược lý. Nói cách khác, tương tác thuốc như một con dao hai lưỡi, vừa có lợi vừa có hại [1], [2], [4].

Nhằm phản ánh trình trạng tương tác thuốc và góp phần điều trị vừa đạt hiệu quả, nhưng tránh được các tương tác bất lợi, đảm bảo an toàn cho người bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Khảo sát tình hình tương tác thuốc tại bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang năm 2017*” với 2 mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ và mức độ tương tác thuốc trên bệnh nhân điều trị tại BVĐKKV tỉnh An Giang.

2. Xác định mối liên quan giữa tương tác thuốc và tuổi bệnh nhân, nội trú - ngoại trú, khối nội - khối ngoại, nhóm bệnh, số lượng thuốc/đơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

A. Đối tượng nghiên cứu: hồ sơ bệnh án nội trú của khoa Nội tổng hợp và khoa Ngoại tổng hợp tháng 1 năm 2017, đơn thuốc ngoại trú của phòng khám Nội và phòng khám Ngoại tháng 1 và tháng 2 năm 2017.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh án và đơn thuốc có bảo hiểm y tế.

B. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, thông tin thu thập từ hồ sơ bệnh án nội trú và đơn thuốc ngoại trú.

- Phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên.

- Cỡ mẫu: 320 hồ sơ bệnh án và đơn thuốc (80 hồ sơ bệnh án nội trú của khoa Nội tổng hợp tháng 1 năm 2017, 80 hồ sơ bệnh án nội trú của khoa Ngoại tổng hợp tháng 1 năm 2017, 80 đơn thuốc ngoại trú của phòng khám Nội tháng 1 và tháng 2 năm 2017, 80 đơn thuốc ngoại trú của phòng khám Ngoại tháng 1 và tháng 2 năm 2017).

- Xử lý và phân tích số liệu: thống kê và phân tích số liệu bằng phần mềm - SPSS 16.0 và Excel 2010.

- Tra cứu tương tác thuốc trên trang web thongtinthuoc.com.

- Các biến số:

+ Tuổi

- + Nội trú - ngoại trú
- + Khối nội - khối ngoại
- + Nhóm bệnh
- + Số lượng thuốc/đơn
- + Tương tác thuốc

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

| Tuổi | Số lượng BN | Tỷ lệ (%) |
|-----------|-------------|-----------|
| ≥ 60 tuổi | 123 | 38,4% |
| < 60 tuổi | 197 | 61,6% |
| Tổng cộng | 320 | 100,0% |

Nhận xét: nhóm bệnh nhân < 60 tuổi chiếm tỷ lệ (61,6%) cao gần gấp đôi nhóm bệnh nhân ≥ 60 tuổi (38,4%).

Số tuổi bệnh nhân thấp nhất: 2

Số tuổi bệnh nhân cao nhất: 97

Số tuổi trung bình của các bệnh nhân: 52,6

3.2. Phân bố bệnh nhân theo nhóm bệnh

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo nhóm bệnh

| Nhóm bệnh | Số lượng BN | Tỷ lệ (%) |
|--|-------------|-----------|
| Bệnh hệ tuần hoàn | 50 | 15,63% |
| Bệnh hệ sinh dục - tiết niệu | 24 | 7,50% |
| Bệnh của hệ cơ xương khớp và mô liên kết | 34 | 10,63% |
| Bệnh nội tiết dinh dưỡng và chuyển hóa | 14 | 4,38% |
| Bệnh hệ tiêu hóa | 86 | 26,88% |
| Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng | 11 | 3,44% |
| Bệnh hệ hô hấp | 16 | 5,00% |
| Bệnh khác | 85 | 26,56% |
| Tổng cộng | 320 | 100,0% |

Nhận xét: bệnh nhân được chẩn đoán bệnh chính cao nhất là bệnh hệ tiêu hóa với 26,88%, xếp thứ 2 là bệnh hệ tuần hoàn (15,63%), xếp thứ 3 là bệnh của hệ cơ xương khớp và mô liên kết (10,63%).

3.3. Phân bố bệnh nhân theo số lượng thuốc/đơn

Bảng 3.3. Phân bố bệnh nhân theo số lượng thuốc/đơn

| Số lượng thuốc/đơn | Số lượng BN | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|-------------|-----------|
| ≤ 2 thuốc | 27 | 8,4% |
| > 2 – 4 thuốc | 118 | 36,9% |
| > 4 – 7 thuốc | 164 | 51,3% |
| > 7 thuốc | 11 | 3,4% |
| Tổng cộng | 320 | 100,0% |

Nhận xét: nhóm thuốc > 4 – 7 thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,3%, nhóm thuốc > 7 thuốc chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,4%.

Số thuốc thấp nhất trên đơn: 1

Số thuốc cao nhất trên đơn: 9

Số thuốc trung bình của các đơn: 4,64

3.4. Tỷ lệ bệnh nhân có tương tác thuốc

Bảng 3.4. Tỷ lệ bệnh nhân có tương tác thuốc

| Tương tác thuốc | Số lượng BN | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|-------------|-----------|
| Có tương tác | 49 | 15,3% |
| Không có tương tác | 271 | 84,7% |
| Tổng cộng | 320 | 100,0% |

Nhận xét: kết quả phân tích 320 bệnh án và đơn thuốc có 49 bệnh án và đơn thuốc xuất hiện ít nhất 1 cặp TTT chiếm tỷ lệ 15,3%. Điều này có nghĩa là cứ 100 bệnh án và đơn thuốc thì có khoảng 15 bệnh án và đơn thuốc xuất hiện TTT và các bệnh nhân đó có thể phải chịu tác hại từ những TTT gặp phải. Trong đó tùy trường hợp mà 1 bệnh án hoặc đơn thuốc có thể xuất hiện từ 1 đến 5 cặp TTT. Những hậu quả này không hẳn đã biểu hiện hoặc có biểu hiện nhưng bác sĩ không nhận ra, không theo dõi được hoặc không biết rõ nguyên nhân dẫn đến hậu quả đó.

3.5. Tỷ lệ các cặp tương tác thuốc

Bảng 3.5. Tỷ lệ các cặp tương tác thuốc

| STT | Cặp TTT | Mức độ TTT | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-----|--------------------------------|------------|----------|-----------|
| 1 | Diclofenac- Ofloxacin | Vừa phải | 5 | 7.1% |
| 2 | Atorvastatin- Clopidogrel | Vừa phải | 4 | 5.7% |
| 3 | Celecoxib- Losartan | Vừa phải | 4 | 5.7% |
| 4 | Omeprazol- Vitamin b12 | Nhẹ | 3 | 4.3% |
| 5 | Bisoprolol- Celecoxib | Vừa phải | 2 | 2.9% |
| 6 | Celecoxib- Nebivolol | Vừa phải | 2 | 2.9% |
| 7 | Clopidogrel- Simvastatin | Vừa phải | 2 | 2.9% |
| 8 | Diclofenac- Levofloxacin | Vừa phải | 2 | 2.9% |
| 9 | Enalapril- Furosemid | Vừa phải | 2 | 2.9% |
| 10 | Furosemid- Propranolol | Nhẹ | 2 | 2.9% |
| 11 | Ginkgo biloba- Omeprazol | Vừa phải | 2 | 2.9% |
| 12 | Hydrocortison - Levofloxacin | Vừa phải | 2 | 2.9% |
| 13 | Losartan - Spironolacton | Vừa phải | 2 | 2.9% |
| 14 | Alendronat- Calci carbonat | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 15 | Aspirin- Bisoprolol | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 16 | Aspirin- Celecoxib | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 17 | Aspirin- Ginkgo biloba | Nặng | 1 | 1.4% |
| 18 | Aspirin- Hydrochlorothiazid | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 19 | Aspirin- Prednisolol | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 20 | Atorvastatin- Colchicin | Nặng | 1 | 1.4% |
| 21 | Atorvastatin- Ginkgo biloba | Nhẹ | 1 | 1.4% |
| 22 | Bismuth succitrate- Bisoprolol | Vừa phải | 1 | 1.4% |

| | | | | |
|-----------|-------------------------------------|----------|----|------|
| 23 | Captopril- Diclofenac | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 24 | Captopril- Furosemid | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 25 | Captopril- Insulin | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 26 | Celecoxib- Enalapril | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 27 | Celecoxib - Furosemid | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 28 | Celecoxib- Ginkgo biloba | Nặng | 1 | 1.4% |
| 29 | Celecoxib- Hydrochlorothiazid | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 30 | Celecoxib- Perindopril | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 31 | Celecoxib- Spironolacton | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 32 | Celecoxib- Valsartan | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 33 | Ciprofloxacin- Prednisolon | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 34 | Clopidogrel- Ginkgo biloba | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 35 | Clopidogrel – Omeprazol | Nặng | 1 | 1.4% |
| 36 | Diazepam- Nhôm hydroxid | Nhẹ | 1 | 1.4% |
| 37 | Diclofenac- Furosemid | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 38 | Diclofenac- Metronidazol | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 39 | Diclofenac- Ranitidin | Nhẹ | 1 | 1.4% |
| 40 | Digoxin- Spironolacton | Nặng | 1 | 1.4% |
| 41 | Enalapril- Insulin | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 42 | Gliclazid- Nebivolol | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 43 | Hydrocortison- Meloxicam | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 44 | Ibuprofen- Prednisolon | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 45 | Kali clorid- Spironolacton | Nặng | 1 | 1.4% |
| 46 | Levofloxacin - Methylprednisolon | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 47 | Ofloxacin- Prednisolon | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| 48 | Perindopril- Spironolacton | Nặng | 1 | 1.4% |
| 49 | Propranolol- Propylthiuracil | Vừa phải | 1 | 1.4% |
| Tổng cộng | | | 70 | 100% |

Nhận xét: kết quả phân tích 320 bệnh án và đơn thuốc có 49 loại cặp TTT với tổng số lượt xuất hiện là 70.

Tác động của 5 loại cặp TTT xuất hiện nhiều nhất:

Diclofenac – Ofloxacin: có thể làm tăng nguy cơ co giật.

Atorvastatin – Clopidogrel: có thể làm giảm sự hình thành chất chuyển hóa có hoạt tính của Clopidogrel, làm giảm phản ứng tiêu cầu cao trong điều trị.

Celecoxib – Losartan: có thể gây suy thận hoặc làm giảm hiệu lực hạ huyết áp.

Omeprazol - Vitamin b12: có thể làm giảm sự hấp thu Vitamin B12.

Bisoprolol – Celecoxib: có thể làm giảm tác động hạ huyết áp.

3.6. Tỷ lệ các mức độ tương tác thuốc

Bảng 3.6. Tỷ lệ các mức độ tương tác thuốc

| Mức độ tương tác thuốc | Số lượng lượt TTT | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|-------------------|-----------|
| Nặng | 7 | 10,0% |
| Vừa phải | 55 | 78,6% |

| | | |
|-----------|----|--------|
| Nhẹ | 8 | 11,4% |
| Tổng cộng | 70 | 100,0% |

Nhận xét: mức độ TTT vừa phải chiếm tỷ lệ cao nhất với 55 lượt xuất hiện (chiếm tỷ lệ 78,6%), còn lại lần lượt là mức độ nhẹ và nặng chiếm tỷ lệ 11,4% và 10%.

3.7. Mọi liên quan giữa tuổi và tương tác thuốc

Bảng 3.7. Mọi liên quan giữa tuổi và tương tác thuốc

| Tuổi | Có TTT | Không có TTT | Tổng cộng |
|--|------------|--------------|------------|
| ≥ 60 tuổi | 25 (20,3%) | 98 (79,7%) | 123 (100%) |
| < 60 tuổi | 24 (12,2%) | 173 (87,8%) | 197 (100%) |
| Tổng cộng | 49 (15,3%) | 291 (84,7%) | 320 (100%) |
| ($\chi^2 = 3,871$, $p = 0,049$, OR = 1,839, KTC 95% = 0,997–3,393) | | | |

Nhận xét: Nhóm tuổi ≥ 60 có tỷ lệ TTT (20,3%) cao hơn nhóm tuổi < 60 có tỷ lệ TTT (12,2%) một cách có ý nghĩa thống kê ($p = 0,049$). Lý do giải thích cho kết quả này là bệnh nhân càng lớn tuổi thường mắc nhiều bệnh (chủ yếu là bệnh tim mạch) nên sử dụng nhiều loại thuốc và các loại thuốc tim mạch dễ tương tác, do đó tỷ lệ TTT cũng tăng theo.

3.8. Mọi liên quan giữa nội trú - ngoại trú và tương tác thuốc

Bảng 3.8. Mọi liên quan giữa nội trú - ngoại trú và tương tác thuốc

| Nội trú - ngoại trú | Có TTT | Không có TTT | Tổng cộng |
|--|------------|--------------|------------|
| Ngoại trú | 27 (16,9%) | 133 (83,1) | 160 (100%) |
| Nội trú | 22 (13,8%) | 138 (86,2) | 160 (100%) |
| Tổng cộng | 49 (15,3%) | 271 (84,7%) | 320 (100%) |
| ($\chi^2 = 0,602$, $p = 0,438$, OR = 1,273, KTC 95% = 0,691–2,347) | | | |

Nhận xét: bệnh nhân ngoại trú có tỷ lệ TTT (16,9%) cao hơn bệnh nhân nội trú (13,8%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,438$).

3.9. Mọi liên quan giữa khối nội - khối ngoại và tương tác thuốc

Bảng 3.9. Mọi liên quan giữa nội trú - ngoại trú và tương tác thuốc

| Khối | Có TTT | Không có TTT | Tổng cộng |
|--|------------|--------------|------------|
| Nội | 33 (20,6%) | 127 (79,4%) | 160 (100%) |
| Ngoại | 16 (10%) | 144 (90%) | 160 (100%) |
| Tổng cộng | 49 (15,3%) | 271 (84,7%) | 320 (100%) |
| ($\chi^2 = 6,964$, $p = 0,008$, OR = 2,339, KTC 95% = 1,229–4,448) | | | |

Nhận xét: bệnh nhân khối nội có tỷ lệ TTT (20,6%) cao hơn khối ngoại (10%) một cách có ý nghĩa thống kê ($p = 0,008$).

3.10. Mọi liên quan giữa nhóm bệnh và tương tác thuốc

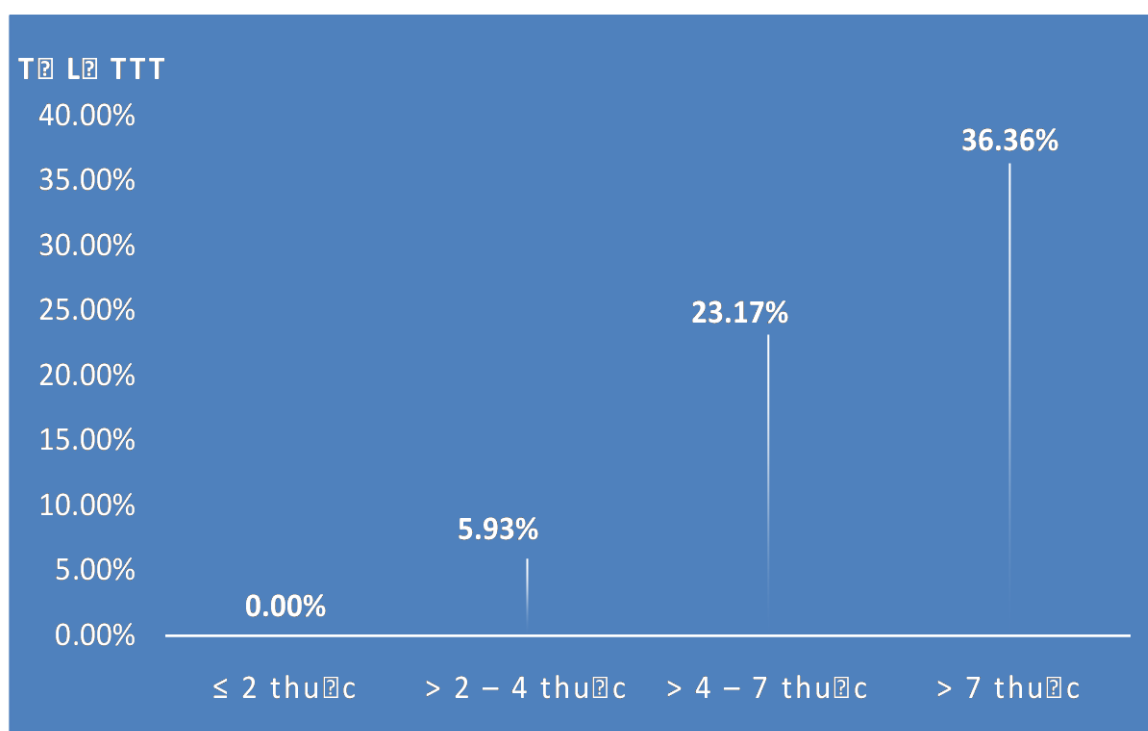
Bảng 3.10. Mọi liên quan giữa nhóm bệnh và tương tác thuốc

| Nhóm bệnh | Có TTT | Không có TTT | Tổng cộng |
|------------------------------|------------|--------------|-----------|
| Bệnh hệ tuần hoàn | 17 (34,0%) | 33 (66,0%) | 50 (100%) |
| Bệnh hệ sinh dục - tiết niệu | 8 (33,3%) | 16 (66,7%) | 24 (100%) |
| Bệnh của hệ cơ xương khớp | 6 (17,6%) | 28 (82,4%) | 34 (100%) |

| | | | |
|--|------------|-------------|------------|
| và mô liên kết | | | |
| Bệnh nội tiết dinh dưỡng và chuyển hóa | 2 (14,3%) | 12 (85,7%) | 14 (100%) |
| Bệnh hệ tiêu hóa | 9 (10,5%) | 77 (89,5%) | 86 (100%) |
| Bệnh nhiễm trùng và ký sinh trùng | 1 (9,1%) | 10 (90,9%) | 11 (100%) |
| Bệnh hệ hô hấp | 1 (6,3%) | 15 (93,8%) | 16 (100%) |
| Bệnh khác | 5 (5,9%) | 80 (94,1%) | 85 (100%) |
| Tổng cộng | 49 (15,3%) | 271 (84,7%) | 320 (100%) |

Nhận xét: nhóm bệnh hệ tuần hoàn có tỷ lệ TTT cao nhất (34%), xếp thứ 2 là nhóm bệnh hệ sinh dục tiết niệu (33,3%), xếp thứ 3 là nhóm bệnh của hệ cơ xương khớp và mô liên kết (17,6%).

3.11. Mối liên quan giữa số lượng thuốc trên đơn và tương tác thuốc



Biểu đồ 3.13. Mối liên quan giữa số lượng thuốc trên đơn và tương tác thuốc

Nhận xét: kết quả cho thấy tỷ lệ gặp TTT nhiều nhất ở nhóm bệnh nhân có số thuốc trung bình/đơn > 7 thuốc (36,36%), kế đến là nhóm > 4 – 7 thuốc và nhóm > 2 – 4 thuốc với tỷ lệ TTT lần lượt là 23,17% và 5,93%, nhóm ≤ 2 thuốc không có TTT. Sự khác nhau về tỷ lệ gặp TTT ở các nhóm này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 24,457$; $p < 0,001$), đồng thời cho thấy số thuốc càng tăng thì tỷ lệ tương tác thuốc càng cao.

KIẾN NGHỊ

Từ các kết quả trên của nghiên cứu, chúng tôi đưa ra kiến nghị sau:

1. Để hạn chế đến mức thấp nhất tình trạng tương tác thuốc cần phải hạn chế số thuốc sử dụng trong đơn một cách tối đa có thể. Kiểm soát nguy cơ tương tác

giữa các thuốc dự kiến chỉ định cho bệnh nhân. Nếu bắt buộc phối hợp các thuốc có thể xảy ra tương tác phải theo dõi chặt chẽ tình trạng bệnh nhân, đặc biệt là tương tác mức độ nặng.

2. Cần tiến hành những đề tài sâu hơn về tương tác thuốc, khi đó các biểu hiện và hậu quả trên lâm sàng của những tương tác thuốc thường gặp sẽ được theo dõi, đánh giá và đưa ra những kiến nghị để rút kinh nghiệm một cách thực tế hơn trong việc sử dụng thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2006), *Tương tác thuốc và chú ý khi chỉ định*.
2. Hoàng Thị Kim Huyền, J.R.B.J. Brouwers (2012), *Dược lâm sàng – Những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị*, tập 1.
3. Trương Thị Thái Phương (2014), *Khảo sát tình hình sử dụng thuốc trên bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Nội và Khoa Ngoại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2013*, Luận văn tốt nghiệp dược sĩ đại học, trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
4. Ashraf M. and Lionel P.R. (2004), *Handbook of drug interactions – A clinical and Forensic guide*, Humana Press.

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH KÊ ĐƠN THUỐC ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG NĂM 2017

*DS. Nguyễn Thị Kim Thoa, DS. Nguyễn Thị Kiều Oanh,
DS. Ngô Thị Ánh Loan, DSTH. Nguyễn Thị Thùy Dương*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc dùng cho việc phòng và chữa bệnh là một loại hàng hóa đặc biệt, vì nó ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và tính mạng của người sử dụng [1]. Việc kê đơn, sử dụng thuốc nếu không hợp lý sẽ làm tăng đáng kể chi phí cho người bệnh, tăng nguy cơ tương tác thuốc kể cả nguy cơ tử vong. Từ đó, làm ảnh hưởng đến uy tín bệnh viện nói riêng và niềm tin nhân dân vào ngành y tế nói chung. Điều đó, cho thấy tầm quan trọng của việc kê đơn và sử dụng thuốc hợp lý trong công tác khám, chữa bệnh.

Bộ Y tế đã ban hành các qui định nhằm đảm bảo sử dụng thuốc hợp lý, an toàn, hiệu quả, trong đó gần đây có thông tư số 05/2016/TT-BYT ngày 29/02/2016, quy định về việc kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú. Nhằm đánh giá tình hình kê đơn thuốc điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang và đề xuất các giải pháp can thiệp, chúng tôi thực hiện đề tài: “Khảo sát tình hình kê đơn thuốc điều trị ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang năm 2017” với hai mục tiêu sau:

1- Xác định các chỉ số kê đơn điều trị ngoại trú.

2- Đánh giá tình hình sử dụng thuốc ngoại trú tại bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Đơn thuốc điều trị ngoại trú của các phòng khám tại bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang từ năm 2017.

- *Tiêu chuẩn chọn mẫu:* Đơn thuốc điều trị ngoại trú có bảo hiểm y tế của các phòng khám.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Đơn thuốc phòng khám YHCT.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, thông tin thu thập từ đơn thuốc ngoại trú.

Cỡ mẫu gồm 440 đơn thuốc ngoại trú (có 11 phòng khám, mỗi phòng khám chọn 40 đơn thuốc theo phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên).

Xử lý và phân tích số liệu: Thống kê và phân tích số liệu bằng phần mềm Excel 2010.

Các chỉ số và biến số nghiên cứu:

+ Số thuốc trung bình trong một đơn thuốc.

+ Tỷ lệ phần trăm đơn thuốc được kê có kháng sinh.

+ Tỷ lệ phần trăm đơn thuốc được kê có thuốc tiêm.

+ Tỷ lệ phần trăm thuốc được kê theo tên gốc.

+ Tỷ lệ phần trăm đơn thuốc được kê có vitamin .

+ Tỷ lệ phần trăm thuốc được kê đơn có trong danh mục thuốc thiết yếu do Bộ Y Tế ban hành.

- + Tỷ lệ phần trăm thuốc đơn thành phần, đa thành phần được kê đơn.
- + Phân bố các thuốc được kê theo phân loại ATC.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Số lượng thuốc trung bình trong một đơn thuốc

Bảng 3.1.1. Số lượng thuốc trung bình trong một đơn thuốc của mỗi phòng khám

| Phòng khám | Tổng số thuốc | Tổng số đơn | Số thuốc trung bình/đơn |
|---------------------|---------------|-------------|-------------------------|
| Lao | 215 | 40 | 5,38 |
| Tim mạch - nội tiết | 212 | 40 | 5,30 |
| Nội – KS khỏe | 193 | 40 | 4,83 |
| Tai mũi họng | 171 | 40 | 4,28 |
| Nhi | 140 | 40 | 3,50 |
| Mắt | 140 | 40 | 3,5 |
| Ngoại | 138 | 40 | 3,45 |
| Da liễu | 122 | 40 | 3,05 |
| Viêm gan | 111 | 40 | 2,78 |
| Răng hàm mặt | 93 | 40 | 2,33 |
| Phụ khoa - Sản | 78 | 40 | 1,95 |
| Tổng cộng | 1613 | 440 | 3,67 |

Nhận xét:

- Phòng khám có số thuốc trung bình/đơn cao nhất là phòng khám Lao (5,38), thấp nhất là phòng khám Phụ khoa - Sản (1,95).
- Số lượng thuốc trung bình/đơn của tất cả phòng khám là 3,67. Thấp hơn nghiên cứu tại bệnh viện Đa khoa huyện An Phú là 3,84.

Bảng 3.1.2. Phân bố số lượng thuốc trong một đơn thuốc

| | Số thuốc trong một đơn | Số lượng đơn | Tỷ lệ (%) |
|-----|------------------------|--------------|-----------|
| ≤ 3 | 1 | 46 | 10.45 |
| | 2 | 63 | 14.32 |
| | 3 | 89 | 20.23 |
| | Tổng cộng | 198 | 45 |
| >3 | 4 | 116 | 26.36 |
| | 5 | 71 | 16.14 |
| | 6 | 34 | 7.73 |
| | 7 | 16 | 3.63 |
| | 8 | 5 | 1,14 |
| | Tổng cộng | 242 | 55 |

Nhận xét:

- Số thuốc/ đơn thấp nhất là 1 thuốc/ đơn và cao nhất là 8 thuốc/ đơn. Số thuốc/ đơn là 4 chiếm tỷ lệ cao nhất (26,36%).

- Tỷ lệ phần trăm đơn thuốc ≤ 3 thuốc/ đơn là 45%. Cao hơn nghiên cứu của Võ Thị Bích Nguyên là 34,24%.

3.2. Tỷ lệ đơn thuốc có kê kháng sinh

Bảng 3.2.1. Tỷ lệ đơn thuốc có kê kháng sinh

| Phân loại đơn | | Số lượng đơn | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|------------------|--------------|-----------|
| Có kháng sinh | Đơn trị | 198 | 45 |
| | Phối hợp | 21 | 4.77 |
| | Tổng cộng | 219 | 49.77 |
| Không có kháng sinh | | 221 | 50.23 |

Bảng 3.2.2. Tỷ lệ nhóm thuốc kháng sinh được kê

| Phân loại nhóm kháng sinh | Số lượng thuốc | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------|----------------|-----------|
| Cephalosporin - 2 | 106 | 43.80 |
| Quinolon | 34 | 14.05 |
| Nhóm khác | 33 | 13.63 |
| Aminoglycosid | 28 | 11.57 |
| Cephalosporin - 3 | 27 | 11.16 |
| Penicillin | 6 | 2.48 |
| Macrolid | 5 | 2.07 |
| Cephalosporin - 1 | 3 | 1.24 |
| Tổng cộng | 242 | 100 |

Nhận xét:

- Trong 219 trường hợp đơn có kháng sinh (49.77%) có 198 trường hợp đơn trị và 21 trường hợp phối hợp. Cao hơn nghiên cứu tại bệnh viện Đa khoa huyện An Phú tỷ lệ đơn có kê kháng sinh là 38,98%.

- Hai nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là Cephalosporin 2 (43.80%) và Quinolon (14.05%).

3.3. Tỷ lệ đơn thuốc có kê thuốc tiêm

Bảng 3.3. Tỷ lệ đơn thuốc có kê thuốc tiêm

| Phân loại đơn | Số lượng đơn | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|--------------|-----------|
| Có thuốc tiêm | 8 | 1.82 |
| Không có thuốc tiêm | 432 | 98.18 |
| Tổng cộng | 440 | 100 |

Nhận xét: Đơn thuốc có kê thuốc tiêm chiếm tỷ lệ 1,82%. Cao hơn nghiên cứu tại bệnh viện Đa khoa huyện An Phú là 0,71%.

3.4. Tỷ lệ thuốc được kê tên gốc

Bảng 3.4. Tỷ lệ thuốc được kê theo tên gốc

| Thuốc được kê | Số lượng thuốc | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|----------------|-----------|
| Theo tên gốc | 1613 | 100 |
| Theo tên biệt dược | 0 | 0 |
| Tổng cộng | 1613 | 100 |

Nhận xét: Trong 1613 thuốc được kê, số thuốc được kê theo tên gốc là 1613 (chiếm 100%).

3.5. Tỷ lệ đơn thuốc có kê đơn vitamin

Bảng 3.5. Tỷ lệ đơn thuốc có kê đơn vitamin

| Phân loại đơn | Số lượng đơn | Tỷ lệ (%) |
|------------------|--------------|-----------|
| Có vitamin | 111 | 25,23 |
| Không có vitamin | 329 | 74,77 |
| Tổng cộng | 440 | 100 |

Nhận xét: Đơn thuốc có kê vitamin chiếm tỷ lệ là 25.23%. Cao hơn nghiên cứu tại bệnh viện Đa khoa huyện An Phú là 19,35%.

3.6. Tỷ lệ thuốc được kê có trong danh mục thuốc thiết yếu

Bảng 3.6. Tỷ lệ thuốc được kê có trong danh mục thuốc thiết yếu

| Thuốc được kê | Số lượng thuốc | Tỷ lệ (%) |
|------------------|----------------|-----------|
| Theo DMTTY | 1613 | 100 |
| Không theo DMTTY | 0 | 0 |
| Tổng cộng | 1613 | 100 |

Nhận xét: Trong 1613 các thuốc được kê, số thuốc được kê theo DMTTY chiếm tỷ lệ là 100%. Cao hơn nghiên cứu của Võ Thị Bích Nguyên là 87,06%.

3.7. Tỷ lệ thuốc đơn thành phần, đa thành phần được kê

Bảng 3.7. Tỷ lệ thuốc đơn thành phần, đa thành phần được kê

| Thuốc được kê | Số lượng thuốc | Tỷ lệ (%) |
|------------------|----------------|-----------|
| Đơn thành phần | 1395 | 86,48 |
| Đa thành phần | 218 | 13,52 |
| Tổng cộng | 1613 | 100 |

Nhận xét: Trong 1613 các thuốc được kê, số thuốc đơn thành phần chiếm tỷ lệ là 86.48%, số thuốc đa thành phần chiếm tỷ lệ là 13,52%.

3.8. Phân bố các thuốc được kê theo phân loại ATC

Bảng 3.8.1. Phân bố các thuốc được kê theo phân loại ATC

| STT | Mã ATC | Phân loại | Số lượt kê | Tỷ lệ % |
|------------------|--------------------|--|------------|---------|
| 1 | J01 | Kháng khuẩn dùng toàn thân | 186 | 11,53 |
| 2 | A02, A03 | Thuốc điều trị các rối loạn liên quan đến acid, thuốc điều trị các rối loạn chức năng dạ dày ruột | 176 | 10,91 |
| 3 | C | Hệ tim mạch | 164 | 10,17 |
| 4 | N02 | Thuốc giảm đau | 154 | 9,55 |
| 5 | A11, A12 | Vitamin, thuốc bổ sung khoáng chất | 137 | 8,49 |
| 6 | B01, B02, B03, B06 | Thuốc chống huyết khối, thuốc cầm máu, thuốc chống thiếu máu, thuốc khác về huyết học | 133 | 8,25 |
| 7 | R06 | Thuốc kháng histamin dùng toàn thân | 128 | 7,94 |
| 8 | M01, M03 | Thuốc chống viêm và chống thấp khớp, thuốc giãn cơ | 116 | 7,19 |
| 9 | R05 | Thuốc chữa ho và cảm lạnh | 96 | 5,95 |
| 10 | A10 | Thuốc chống đái tháo đường | 55 | 3,41 |
| 11 | D07, H02 | Các corticoid dùng da liễu, các corticosteroid dùng toàn thân | 45 | 2,79 |
| 12 | J05 | Chống virus dùng toàn thân | 40 | 2,48 |
| 13 | D01, J02, G01 | Thuốc kháng nấm dùng ngoài da, thuốc kháng nấm dùng toàn thân, thuốc sát khuẩn và chống nhiễm khuẩn phụ khoa | 33 | 2,04 |
| 14 | S01 | Thuốc mắt | 29 | 1,80 |
| 15 | Thuốc khác | | 121 | 7,50 |
| Tổng cộng | | | 1613 | 100 |

Bảng 3.8.2. Mười thuốc được kê nhiều nhất

| STT | Hoạt chất | Mã ATC | Số lượt kê | Tỷ lệ % |
|-----|-------------------------|------------------|------------|---------|
| 1 | Paracetamol và phối hợp | N02BE01, N02BE51 | 185 | 11,47 |
| 2 | Cefuroxim | J01DC02 | 97 | 6,01 |
| 3 | Alphachymochypsin | B06AA04 | 79 | 4,90 |

| | | | | |
|-------------------|-----------------------------|----------------|------|-------|
| 4 | Levocetirizine | R06AE09 | 50 | 3,10 |
| 5 | Terpin hydrat + Codein base | N02AA59 | 46 | 2,85 |
| 6 | Omeprazol | A02BC01 | 43 | 2,67 |
| 7 | Clorpheniramin | B06AA04 | 42 | 2,60 |
| 8 | Domperidone | A03FA03 | 37 | 2,29 |
| 9 | Celecoxib | M01AH01 | 35 | 2,17 |
| 10 | Fexofenadin | R06AX26 | 34 | 2,11 |
| | Tenofovir | J05AF07 | 34 | 2,11 |
| | Vitamin C | A11GA01 | 34 | 2,11 |
| 11 | Thuốc khác | | 897 | 55,61 |
| Có 115 loại thuốc | | TỔNG SỐ | 1613 | 100 |

Nhận xét:

- Có 115 loại thuốc được sử dụng trong kê đơn, trong đó paracetamol và paracetamol phối hợp với thuốc khác được sử dụng nhiều nhất (185 thuốc/1613 thuốc) chiếm tỷ lệ 11.47%. Thấp hơn nghiên cứu của Võ Thị Bích Nguyễn là 21,32%.

- Theo hệ thống phân loại ATC hai nhóm thuốc có tỷ lệ sử dụng nhiều nhất là nhóm kháng khuẩn dùng toàn thân (11.53%) và nhóm thuốc điều trị các rối loạn liên quan đến acid, thuốc điều trị các rối loạn chức năng dạ dày ruột (10.91%).

Kết quả tóm tắt các chỉ số kê đơn

| Các chỉ số kê đơn | Kết quả | Khuyến cáo của WHO |
|---|-------------|--------------------|
| Số thuốc trung bình trên mỗi đơn | 3,67 | ≤ 2-3 |
| Tỷ lệ % thuốc kê theo tên gốc | 100 | 100 |
| Tỷ lệ % đơn thuốc có kê kháng sinh | 49,77 | <30 |
| Tỷ lệ % đơn thuốc có kê thuốc tiêm | 1,82 | <10 |
| Tỷ lệ % đơn thuốc có kê vitamin | 25,23 | <10 |
| Tỷ lệ % thuốc được kê có trong danh mục thuốc thiết yếu | 100 | 100 |

- Các chỉ số kê đơn chủ yếu:

+ Số thuốc TB/đơn là 3,67.

+ Tỷ lệ phần trăm đơn thuốc có kê kháng sinh 49,77%, có kê vitamin là 25,23%, có kê thuốc tiêm là 1,82%

+ Các thuốc được kê có trong DMTTY và được kê theo tên gốc đều chiếm tỷ lệ là 100%.

Vậy chỉ có 3 chỉ số kê đơn đạt theo mức tiêu chuẩn của WHO.

- Việc gia tăng số lượng thuốc trên mỗi đơn cao hơn tiêu chuẩn gợi ý cho tình trạng sử dụng thuốc bị lạm dụng có thể là kháng sinh hoặc các thuốc được xem như an toàn như vitamin, khoáng chất, paracetamol...thêm việc gia tăng nguy cơ tương tác thuốc, chi phí khám chữa bệnh.

- Kết quả nghiên cứu tỷ lệ phần trăm đơn có kháng sinh cao hơn tiêu chuẩn gợi ý việc cân nhắc khi sử dụng để giảm sự gia tăng kháng kháng sinh, nguy cơ tương tác thuốc và tác dụng phụ gặp phải.

- Các thuốc được kê có trong DMTTY và được kê theo tên gốc đều đạt theo tiêu chuẩn WHO. Kết quả này có được là nhờ việc áp dụng tốt phần mềm quản lý việc kê đơn khám, chữa bệnh tại bệnh viện; Thực hiện tốt thông tư số 05/2016/TT-BYT ngày 29/02/2016, quy định về việc kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú, thông tư số 45/2013/TT-BYT ngày 26/12/2013 "Danh mục thuốc thiết yếu tân dược lần VI" và số 40/TT-BYT ngày 17/11/2014 "Ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế".

IV. KIẾN NGHỊ

Từ kết quả nghiên cứu đạt được, chúng tôi xin đưa ra một số kiến nghị sau:

- Do nghiên cứu chỉ tiến hành trong thời gian ngắn, số lượng mẫu ít nên đôi khi kết quả nghiên cứu chưa xác thực hơn với tình hình sử dụng thuốc của bệnh viện. Kiến nghị trong thời gian gian sắp tới, nên mở rộng quy mô nghiên cứu, tăng cường nhân lực, phần mềm hỗ trợ...

- Nên tiến hành đưa các chỉ số sử dụng thuốc như một công cụ quản lý thường xuyên công tác kê đơn tại các cơ sở y tế, đồng thời huấn luyện đào tạo nhân viên theo dõi giám sát thường xuyên để kịp thời phát hiện các vấn đề phát sinh.

- Tạo mối liên kết, chia sẻ thông tin, cùng nhau đóng góp ý kiến để nâng cao chất lượng của công tác kê đơn của bác sĩ thông qua các buổi hội nghị, hội thảo tại cơ sở hoặc giữa các cơ sở y tế.

- Tổ chức tập huấn và đào tạo kiến thức liên quan công tác kê đơn thuốc thường xuyên để cải thiện và nâng cao chất lượng công tác kê đơn.

Tài liệu tham khảo:

1. Bộ Y tế (2011), *Pháp chế dược*, Nhà xuất bản Giáo dục Việt Nam.
2. Phạm Hoàng Anh (2016), "*Khảo sát tình hình kê đơn thuốc điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa huyện An Phú năm 2016*", kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học Bệnh viện đa khoa huyện An Phú năm 2016.
3. Bộ Y tế (2016), "*Quy định về kê đơn thuốc điều trị ngoại trú*" ban hành kèm theo thông tư số 05/2016/TT-BYT ngày 29/02/2016
4. Bộ Y tế (2013), "*Danh mục thuốc thiết yếu tân dược lần VI*" ban hành kèm thông tư số 45/2013/TT-BYT ngày 26/12/2013.
5. Bộ Y tế (2014), "*Ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế*" ban hành kèm thông tư số 40/TT-BYT ngày 17/11/2014.
6. Bộ Y tế (2013), "*Quy định về tổ chức và hoạt động của Hội đồng Thuốc và điều trị trong bệnh viện*" ban hành kèm thông tư số 21/2013/TT-BYT ngày 08/08/2013.
7. Võ Thị Bích Nguyên (2015), "*Đánh giá các chỉ số kê đơn ở trẻ nhỏ hơn 6 tuổi khám ngoại trú tại các cơ sở y tế nhà nước trên địa bàn thành phố Cần Thơ*", Luận văn tốt nghiệp Dược sĩ đại học, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.