

MỤC LỤC

| STT | TÊN ĐỀ TÀI | TRANG |
|-----|---|-------|
| 1 | DINH DƯỠNG TIÊU HÓA SỚM CHO BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT <i>Ts. Bs. Lưu Ngân Tâm</i> <i>Khoa Dinh dưỡng- Bệnh viện Chợ rẫy - Hội dinh dưỡng lâm sàng TPHCM</i> | 3 |
| 2 | KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CHO 9230 BỆNH NHÂN SUY TÍNH MẠCH CHI DƯỚI TẠI BV ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM <i>ThS.BS.Trần Minh Bảo Luân, Lê Thị Ngọc Hằng</i> | 13 |
| 3 | KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẠT MẢNH GHEP NGOÀI PHỤC MẠC ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆNH TẠI BV ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG <i>TS.BS Lữ Văn Trang, TS.BS Trần Phước Hồng,</i> <i>BS.CKII Nguyễn Tấn Huy, BS.CKI Nguyễn Hữu Tuấn</i> | 19 |
| 4 | HIỆU QUẢ CỦA KHÁNG SINH DỰ PHÒNG CÓ CHỌN LỌC TRONG PHẪU THUẬT LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẠNH PHÚC <i>ThS.BS. Nguyễn Minh Trung, ThS. BS. Hứa Văn Tấn</i> | 28 |
| 5 | ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÀN PHÂN LƯƠNG CỰC ĐIỀU TRỊ GÂY CỘ XƯƠNG ĐÙI, GÂY LIÊN MÁU CHUYỂN Ở BỆNH NHÂN LỚN TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AG <i>TS.Trần Phước Hồng, BS.CKI Huỳnh Văn Hạnh,</i> <i>BS.CKI Nguyễn Văn Vui, CN Đinh Hoàng Tùng</i> | 33 |
| 6 | NHẬN MỘT TRƯỜNG HỢP HUYẾT KHỐI DÂY CHẰNG RỘNG SAU SANH ĐƯỢC XỬ TRÍ TẠI BV SẢN NHI AN GIANG <i>BS. Nguyễn Thị Diễm Kiều - BS.CKII Nguyễn Văn Ngãi</i> | 40 |
| 7 | ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU TÌNH HÌNH SÀNG LỌC SƠ SINH TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG <i>BS.CKI Phạm Hồng Loan, BS CKI Nguyễn Thị Bích Liên,</i> <i>BS Lê Tuấn Trung, CNDD.Trương Ngọc Tú Trinh</i> | 43 |
| 8 | KẾT QUẢ TÁN SỎI NỘI SOI SỎI NIỆU QUẢN ĐOẠN DƯỚI BẰNG NGUỒN TÁN LASER TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>ThS.BS Trần Văn Quốc, Trần Đức Anh, BS Hồ Thanh Nhân</i> | 50 |
| 9 | ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT CỦA FENTANYL BẰNG ĐƯỜNG TÍNH MẠCH VỚI BƠM TIÊM ĐIỆN CÓ KIỂM SOÁT <i>BS.CKI Tăng Văn Dũng, ĐD. Nguyễn Thị Hồng Diệp</i> <i>ĐD.Phạm Thị Kim Pha, ĐD. Phạm Thị Ngọc Diễm</i> | 55 |
| 10 | NHẬN XÉT KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ THUỐC TIÊU HUYẾT KHỐI ĐƯỜNG TÍNH MẠCH Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG <i>BS.CKI Trần Minh Quang, ThS.BS Hồ Ngọc Diệp,</i> <i>ThS.BS Đào Châu Khoa, CNDD Cao Thị Hợp.</i> | 64 |
| 11 | ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ TIÊU SỎI HUYẾT TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP <i>BS Lâm Ngọc Cẩm, BS Phan Kim Cúc, ThS.BS Mai Nhật Quang</i> | 70 |
| 12 | ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG Ở NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2013 <i>BS.CKII Nguyễn Duy Tân,</i> <i>CN. Nguyễn Thị Thanh Hà, CN. Nguyễn Thị Ngọc Hà</i> | 75 |

| | | |
|----|--|-----|
| 13 | <p>KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN LỌC MÁU ĐỊNH KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG NĂM 2018 <i>BS. CKII Nguyễn Thị Bích Thủy, CNDD. Đỗ Thị Diễm Ngọc, ĐD. Nguyễn Thị Khánh Ny, ĐD. Hồ Lê Hồng</i></p> | 81 |
| 14 | <p>ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐỤC BAO SAU BẰNG LASER YAG TẠI BỆNH VIỆN NHẬT TÂN <i>BS Trương Hoàng Nam</i></p> | 87 |
| 15 | <p>KHẢO SÁT TỶ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HẠ MAGNE MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BVĐKKV TỈNH <i>BS. CKII Thái Hán Vinh, BS Trần Bửu Thọ, BS Đoàn Thị Trúc Đào, BS Nguyễn Hoàng Tấn BVĐKKV tỉnh An Giang</i></p> | 92 |
| 16 | <p>BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SIÊU ÂM DOPPLER ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG Ở TUẦN 20-24 THAI KỲ TRONG DỰ ĐOÁN TIỀN SẢN GIẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM Y TẾ TP CHÂU ĐỐC <i>BS. Salayman, CN. Huỳnh Mỹ Phúc</i></p> | 98 |
| 17 | <p>NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP GIẢM TIÊU CẦU LIÊN QUAN ĐẾN CHẠY THẬN NHÂN TẠO <i>BS. Mousa, BS. Phạm Lý Chí Hùng</i></p> | 109 |
| 18 | <p>ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI XOANG MÃN TÍNH CÓ POLYPE BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI SÁN HÀM, CẮT POLYPE TẠI KHOA TMH - BV ĐKKV TỈNH AN GIANG TỪ 04/2013 ĐẾN 05/2018 <i>Bs. CkI. Lê Thiện Hiệp – Bs. CkI. Phạm Dân Nguyên Bs. Lâm Trọng Nhân - ĐD. Trần Thị Trúc Mai</i></p> | 114 |
| 19 | <p>ĐÁNH GIÁ CAN THIỆP VIỆC SỬ DỤNG THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON TRONG DỰ PHÒNG LOÉT TIÊU HÓA DO STRESS TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>BS. CKII Phạm Ngọc Trung, Lê Hồ Tiến Phương Nguyễn Hà Thục Vân</i></p> | 119 |
| 20 | <p>ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI ERCP TRONG ĐIỀU TRỊ TẮC MẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG <i>BS. CKI Lê Thiện Hòa, Võ Dương Triều Lê Hữu Thọ, Nguyễn Hoàng Nam</i></p> | 125 |
| 21 | <p>ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ HUYẾT ÁP TÂM THU CỔ CHÂN - CÁN H TAY (ABI) Ở BỆNH NHÂN ĐTĐ TYPE 2 TẠI BV ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG <i>Phạm Chí Hiền; Nguyễn Sơn Nam; Quảng Thị Huyền Trang; Sử Cẩm Thu</i></p> | 134 |
| 22 | <p>CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ SUY TỈNH MẠCH MẠN TÍNH CHI DƯỚI <i>Ths. Bs. Trần Minh Bảo Luân</i></p> | 141 |
| 23 | <p>THỰC HÀNH CẢNH GIÁC DƯỢC TRONG ĐIỀU TRỊ LAO TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THÀNH PHỐ CHÂU ĐỐC TỈNH AN GIANG NĂM 2016 -2017 <i>Phạm Quang Quốc Uy, Lê Hoàn Vinh, Phạm Thị Thùy Linh, Lâm Sơn Hải, Đỗ Lê Minh Tiến, Nguyễn Hồng Thanh</i></p> | 149 |
| 24 | <p>TỶ SỐ RPR (RDW/TIÊU CẦU) TRONG TIỀN LƯỢNG TÌNH TRẠNG XÓA GAN Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN B MẠN <i>TS. BS. Châu Hữu Hậu</i></p> | 157 |
| 25 | <p>XÁC ĐỊNH TỶ LỆ LOÃNG XƯƠNG Ở NHÓM PHỤ NỮ NGUY CƠ CAO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẠNH PHÚC AN GIANG <i>ThS. BS. Phan Quốc Hùng</i></p> | 163 |

DINH DƯỠNG TIÊU HÓA SỚM CHO BỆNH NHÂN SAU PHẪU THUẬT

Ts. Bs. Lưu Ngân Tâm
Khoa Dinh dưỡng- Bệnh viện Chợ rẫy
Hội dinh dưỡng lâm sàng TPHCM

1. Chứng cứ dinh dưỡng qua tiêu hóa sớm sau mổ? Lợi ích cho ăn sớm:

* Cho ăn sớm sau pt- chứng cứ:

- Khởi động lại sớm chức năng đường tiêu hóa.
- Hạn chế biến chứng.
- Rút ngắn ngày nằm viện.
- Giảm chi phí điều trị.

Clinical Nutrition 36 (2017) 623–650

ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery

Arved Weimann ^{a,*}, Marco Braga ^b, Franco Carli ^c, Takashi Higashiguchi ^d,

- Trong phần lớn trường hợp, cung cấp dinh dưỡng qua đường miệng nên được tiếp tục sau PT mà không cần trì hoãn (A)

- Sự đáp ứng dinh dưỡng qua đường miệng tùy vào sự dung nạp và loại phẫu thuật được thực hiện với cảnh giác ở bn lớn tuổi

- Cung cấp qua đường miệng, gồm dịch trong, nên được bắt đầu trong vòng vài tiếng sau PT ở hầu hết bệnh nhân (A)

* Bệnh nhân nào cần được đặt sonde sớm sau PT? (ESPEN Guideline 2017)

- Đặt sonde sớm (trong vòng 24 tiếng) nên bắt đầu ở bn mà DD đường miệng không thể bắt đầu được, và ở bn mà DD đường miệng sẽ không đủ DD trong hơn 7 ngày:

- Bn PT lớn vùng đầu cổ hay PT tiêu hóa do ung thư (A)
- Bn PT não do chấn thương đầu nặng
- Bn có dấu chứng rõ ràng bị SDD trong thời gian PT (A)

* DD qua tiêu hóa (miệng/sonde) sớm sau PT

- ERAS (Enhanced Recovery After Surgery)
- ASPEN/ SCCM Guideline 2016
- ESPEN Guideline 2017: surgery



DD qua miệng hoặc sonde sớm (24 tiếng) sau phẫu thuật, đặc biệt sau PT tiêu hóa trên, đại tràng

Không tăng nguy cơ rò miệng nổi
Giảm biến chứng chung
Rút ngắn ngày nằm viện

Lewis et al. J Gastrointes Surg 2009
Osland et al. JPEN 2011
Varadhan et al. Clinical Nutrition 2010
Willcutts et al. Ann Surg 2016

* Cho ăn sớm trong chương trình ERAS giảm biến chứng sau mổ

K.K. Varadhan et al. / Clinical Nutrition xxx (2010) 1-7

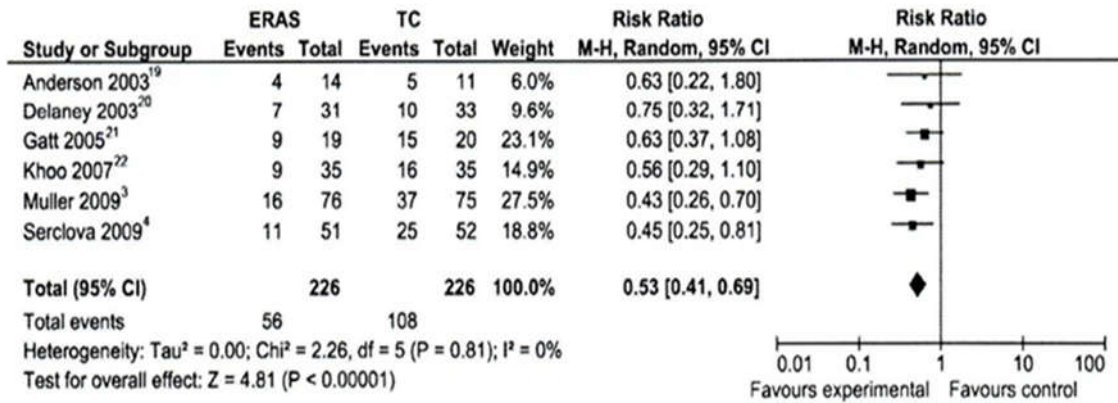


Fig. 3. Forest plot of comparison **Complications**. ERAS = enhanced recovery after surgery (experimental group); TC = traditional care (control group).

ERAS: Chương trình tăng hồi phục sau mổ

* Cho ăn sớm sau PT và rò miệng nối (Early EN in surgery for anastomotic leak)

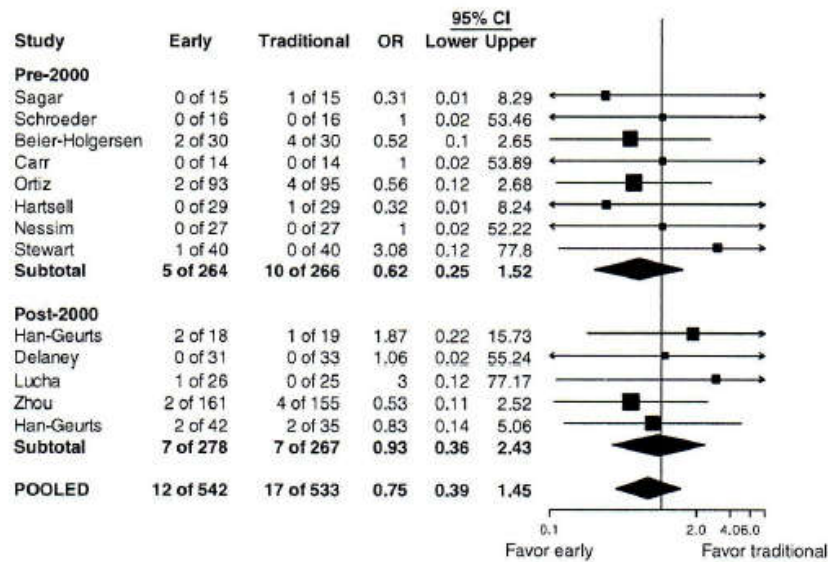


Figure 5. **Odds ratios (ORs) for anastomotic leak.** Values in the left panel are observed counts for early and traditional feeding, OR, and lower (L) and upper (U) limits of 95% (CIs) for ORs of the outcome variable. In the graph, squares indicate point estimates of treatment effect (ORs for early vs traditional groups), with the size of the squares representing the weight attributed to each study. The horizontal lines represent 95% CIs for ORs of individual studies. The pooled estimate for the anastomotic leak rate is the pooled OR, obtained by combining all ORs of the 13 studies using the inverse-variance weighted method. The 95% CI for the pooled estimate is represented by the diamond, and the length of the diamond depicts the width of the CI. Values to the left of the vertical line favor early feeding.

*** DD qua đường miệng sớm sau PT tiêu hóa trên giúp làm giảm thời gian nằm viện sau PT**

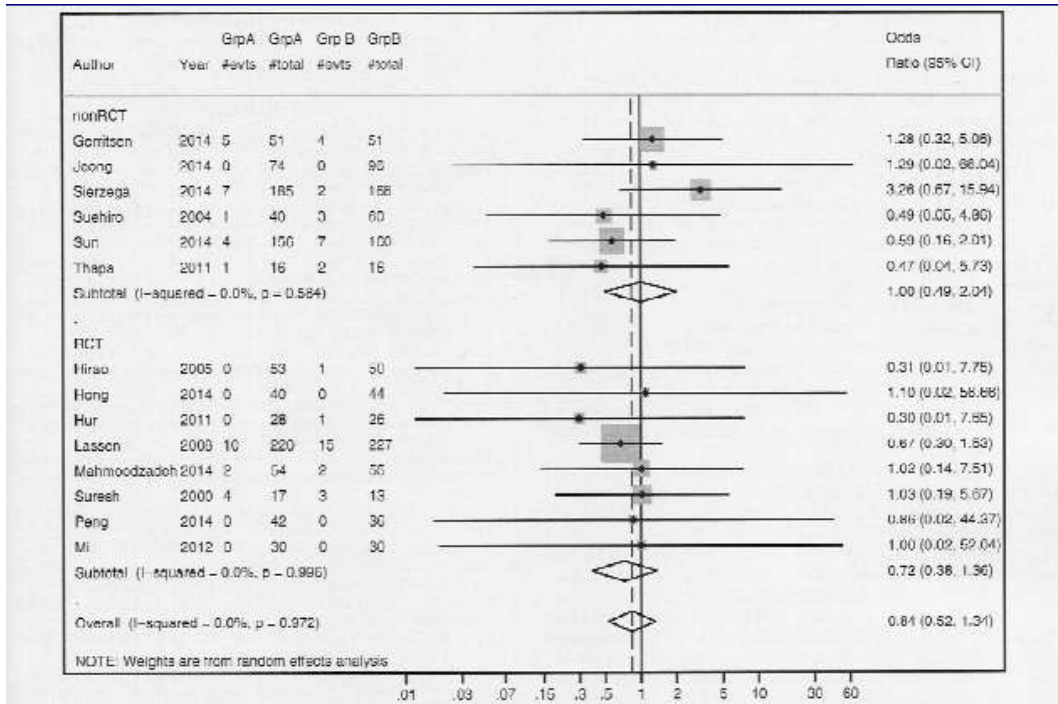


FIGURE 4. Effect estimates, 95% confidence intervals, number of events, and Forest plot of ORs in anastomotic leaks in the non-RCTs and the RCTs. The pooled effects were calculated with a random-effects model. OR indicates odds ratio; RCT, randomized controlled trial.

*** Cho ăn sớm (24 tiếng) sau PT đại tràng**

Early EN within 24h of colorectal surgery versus later commencement of feeding for postoperative complication

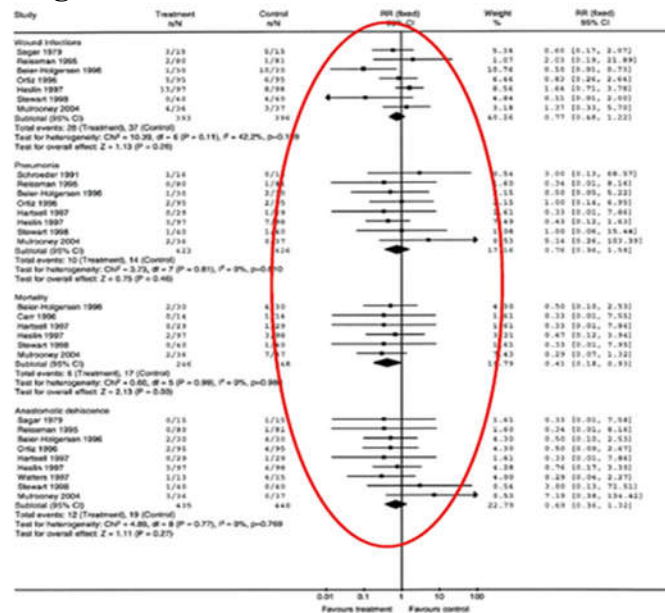


Figure 1. Early enteral nutrition within 24 h of colorectal surgery versus later commencement of feeding for post-operative complications.

Lewis et al. J Gastrointes Surg 2009

*** Cho ăn sớm và tỉ lệ tử vong (Early EN in surgery for mortality)**

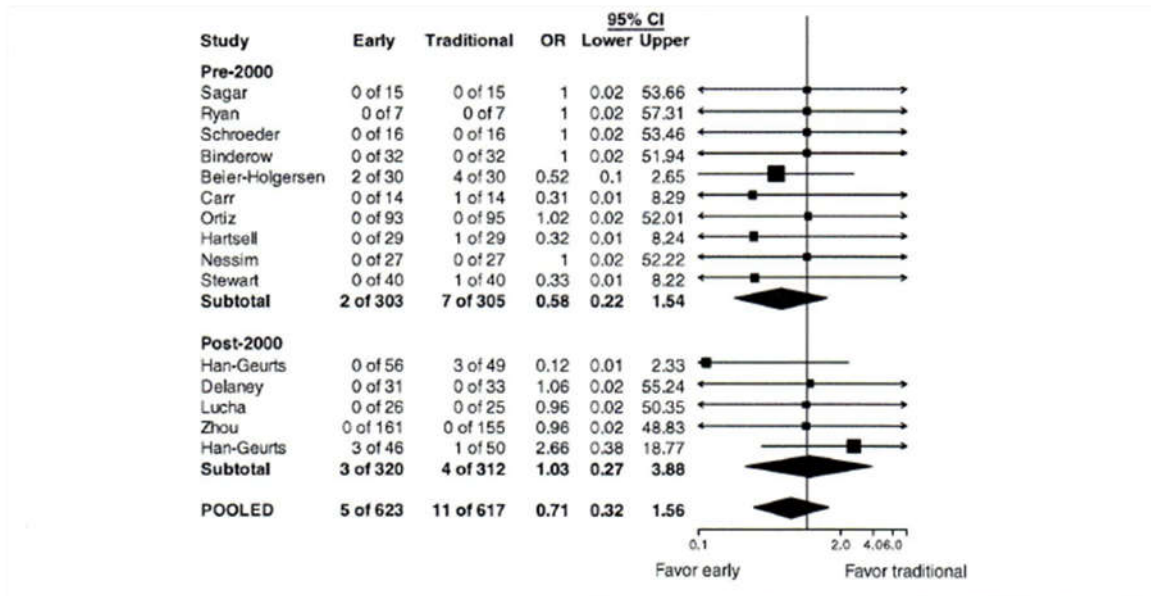


Figure 4. Odds ratios (ORs) for mortality. Values in the left panel are observed counts for early and traditional feeding, ORs, and lower (L) and upper (U) limits of 95% confidence intervals (CIs) for ORs of the outcome variable. In the graph, squares indicate point estimates of treatment effect (ORs for early vs traditional groups), with the size of the squares representing the weight attributed to each study. The horizontal lines represent 95% CIs for ORs of individual studies. The pooled estimate for the mortality rate is the pooled OR, obtained by combining all ORs of the 15 studies using the inverse variance weighted method. The 95% CI for the pooled estimate is represented by the diamond, and the length of the diamond depicts the width of the CI. Values to the left of the vertical line favor early feeding.

Osland et al. JPEN 2011

*** Cho ăn đường miệng trong ngày HP 2 sau đại phẫu vùng bụng**

Tên phẫu thuật / thủ thuật: Phẫu thuật - Nối mật -ruột, nối vị tràng kèm miệng nối Braun (Phẫu thuật Warren), Phẫu thuật - Nối tụy ruột

Phẫu thuật / Thủ thuật loại :PT Loại I

TRÌNH TỰ PHẪU THUẬT/THỦ THUẬT

*CDSM: Tắc mật, tắc ống tụy do ung thư đầu tụy di căn gan
 *XT: Nối tụy hồng tràng bên bên, nối túi mật hồng tràng, nối vị tràng Roux en Y

- Vào bụng đường giữa trên rốn
- Khối u đầu tụy cứng khó di động, có nhiều nốt ở gan trái, sinh thiết lạnh 1 nốt: carcinoma tuyến xâm nhập
- Túi mật, ống tụy, ống mật chủ giãn lớn. Xé dọc ống tụy lấy vài sỏi đầu tụy
- Đưa quai Roux hồng tràng lên nối ống tụy bên bên
- Nối túi mật hồng tràng bên bên cùng quai Roux
- Nối vị tràng cách miệng nối mật ruột 60cm, cùng quai Roux
- Nối chân Y dưới miệng nối vị tràng
- Đặt dẫn lưu dưới gan, khâu cân mũi rời, khâu da.

LƯỢC ĐỒ PHẪU THUẬT/THỦ THUẬT

Hậu phẫu N2-4:
Ăn cháo (PT02-PT04)
HPN5: Ăn cơm (PT04-
Cơm)
HPN7: Xuất viện



* Trì hoãn DD qua tiêu hóa ở BN nặng

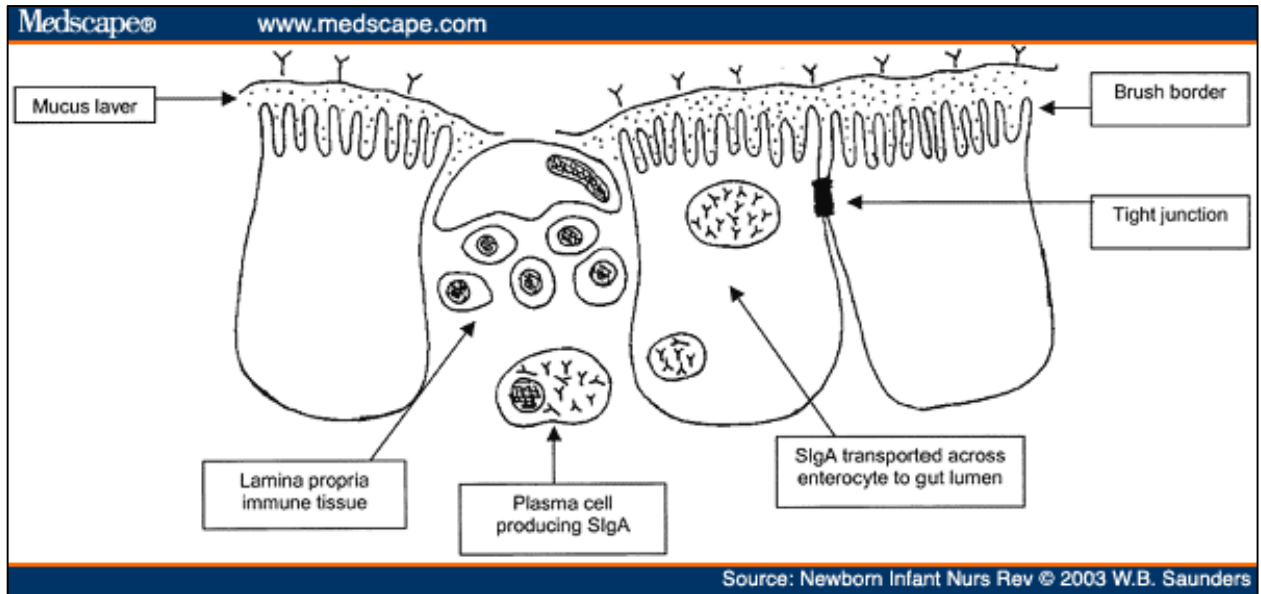
- ❖ DINH DƯỠNG TĨNH MẠCH TOÀN PHẦN KÉO DÀI:
- Thường gặp ở nhóm bn sau phẫu thuật tiêu hóa (cắt dạ dày, ruột hoặc khối tá tụy...)
- Rò tiêu hóa cao nhưng không có đường DD ở đoạn ruột xa

- ❖ Ruột không được cung cấp DD:
- Hư tổn tế bào ruột:
 - Đói
 - Teo
 - Hư hỏng
- ❖ Chức năng sinh lý tiêu hóa không được duy trì

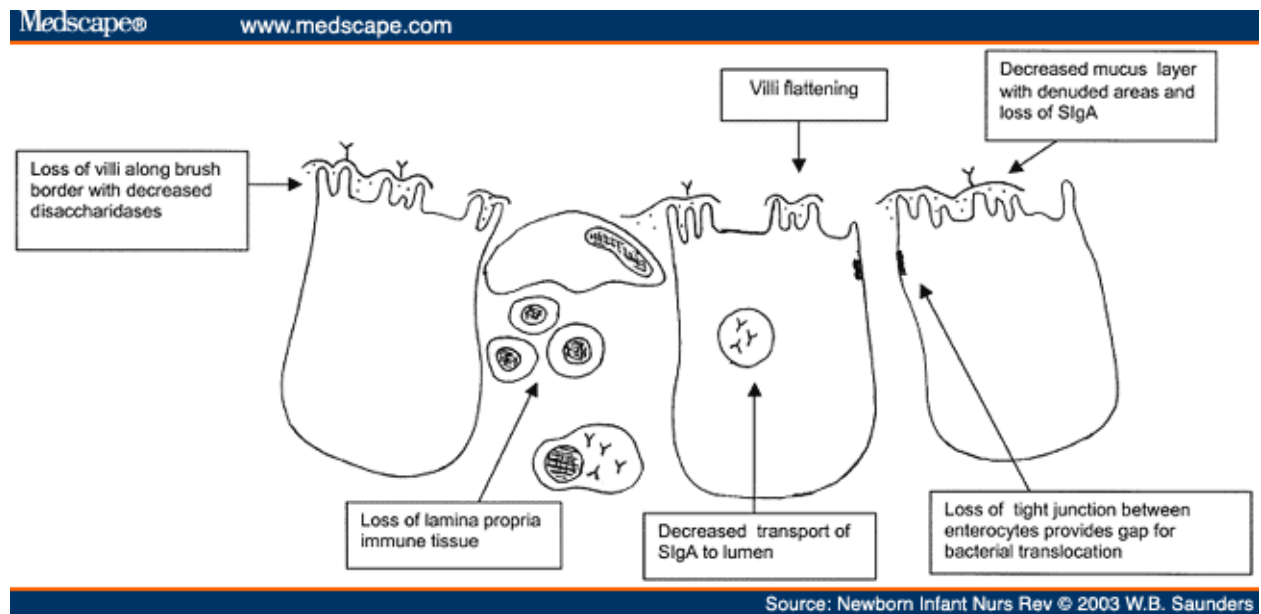
*** Ảnh hưởng của DDTM toàn phần kéo dài**

- Suy mòn niêm mạc ruột → vi khuẩn chuyển vị.
- Suy giảm chức năng miễn dịch liên quan GALT.
- Tưới máu ruột.
- Suy giảm các chức năng sinh lý khác (bài tiết mật, dịch ruột...)
- Rối loạn chuyển hóa (tăng ĐH, ure/máu, triglyceride máu, gan nhiễm mỡ...)
- Biến chứng liên quan catheter.
- Thiếu vi chất dinh dưỡng (vitamin, vi lượng)

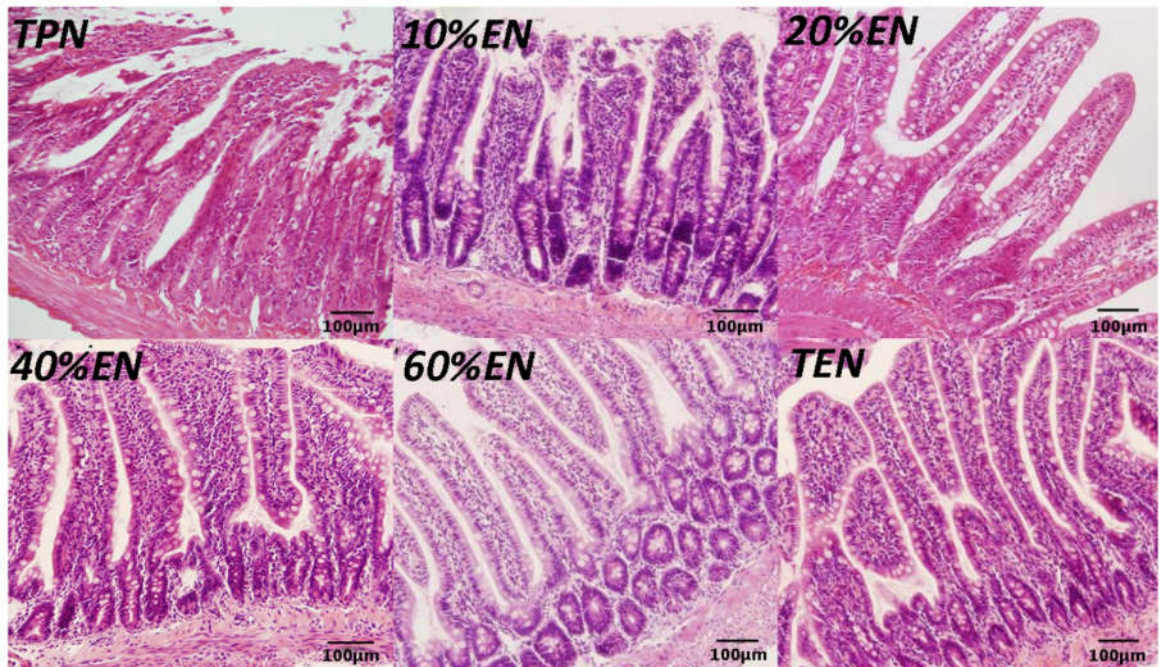
*** NIÊM MẠC RUỘT BÌNH THƯỜNG**



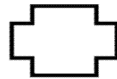
*** NIÊM MẠC RUỘT BỊ ĐÓI**



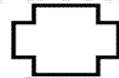
* NIÊM MẠC RUỘT TRONG TPN VÀ EN-NC THỰC NGHIỆM



NIÊM MẠC RUỘT HƯ TỔN DO BỊ ĐÓI



**NHIỄM TRÙNG/ NHIỄM ĐỘC
ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH**



**↓ VI KHUẨN CỘNG SINH
↑ VI KHUẨN GÂY BỆNH/ ĐỘC TỐ**



↑ BIẾN CHỨNG

*** Tăng nguy cơ liên quan DDTM toàn phần kéo dài**

- Nhiễm trùng
- Nhiễm trùng huyết
- Chậm lành vết mổ, rò
- Kéo dài thời gian nằm viện
- Tăng chi phí điều trị



2. Cách thức cho dinh dưỡng tiêu hóa tối ưu cho BN sau PT:

*** Tình huống lâm sàng**

Một bn nam 76 tuổi.

Chẩn đoán:

- Nhiễm trùng nhiễm độc, suy hô hấp (thở máy)
- Hậu phẫu N4 cắt toàn bộ hoại tử ruột non do tắc mạch mạc treo và ½ đại tràng (P).

Đoạn ruột non bên trên còn 80cm. Đưa 2 đầu ruột ra da.

*** Câu hỏi 1: Dinh dưỡng cho BN này**

a. Dinh dưỡng tĩnh mạch toàn phần

b. Dinh dưỡng qua sonde mũi dạ dày + DDTM

Clinical Nutrition 36 (2017) 623–650

ESPEN guideline: Clinical nutrition in surgery

Arved Weimann ^{a,*}, Marco Braga ^b, Franco Carli ^c, Takashi Higashiguchi ^d,

- Trong phần lớn trường hợp, cung cấp dinh dưỡng qua đường miệng nên được tiếp tục sau PT mà không cần trì hoãn (A)

- Sự đáp ứng dinh dưỡng qua đường miệng tùy vào sự dung nạp và loại phẫu thuật được thực hiện với cảnh giác ở bn lớn tuổi

- Cung cấp qua đường miệng, gồm dịch trong, nên được bắt đầu trong vòng vài tiếng sau PT ở hầu hết bệnh nhân (A)

Thực hành LS trong DD tiêu hóa (miệng/ sonde) tùy thuộc loại PT và bệnh cảnh LS

+ Uống/ truyền qua sonde dịch nước trong:

- Nước đường (vd: 10%)
- Nước trái cây trong

- Nước trà đường
 - Bắt đầu: (N1-2 cho uống) 50ml *3-5 cỡ.
 - Ngày 3 về sau: PT03/PT04-cháo hoặc sữa DD phù hợp
- + Sonde: DD chuẩn (1ml=1kcal), đậm cao (16-20%), cân đối các chất (sữa DD chuẩn)

*** Câu hỏi 2: Dinh dưỡng qua sonde**

- Cháo/ súp xay*
- Sữa chuẩn, đậm và béo chuỗi dài*
- Sữa chuẩn, đậm peptide và giàu MCT*

Thực hành LS trong DD tiêu hóa (miệng/ sonde) trong suy chức năng ruột hoặc sonde hồng tràng ra da.

- + Không dùng thức ăn xay (cháo/súp) hoặc tự pha trộn thủ công
- + Chọn công thức DD chuẩn với:
 - Đạm peptide, hàm lượng cao
 - Béo giàu MCT (có LCT như acid béo thiết yếu)
 - Cân đối các chất DD (đạm, béo, đường) và đầy đủ vi chất

Tránh không dùng syringe (50ml) cho ăn bolus, mà nên treo túi truyền nhỏ giọt hoặc máy pump truyền liên tục

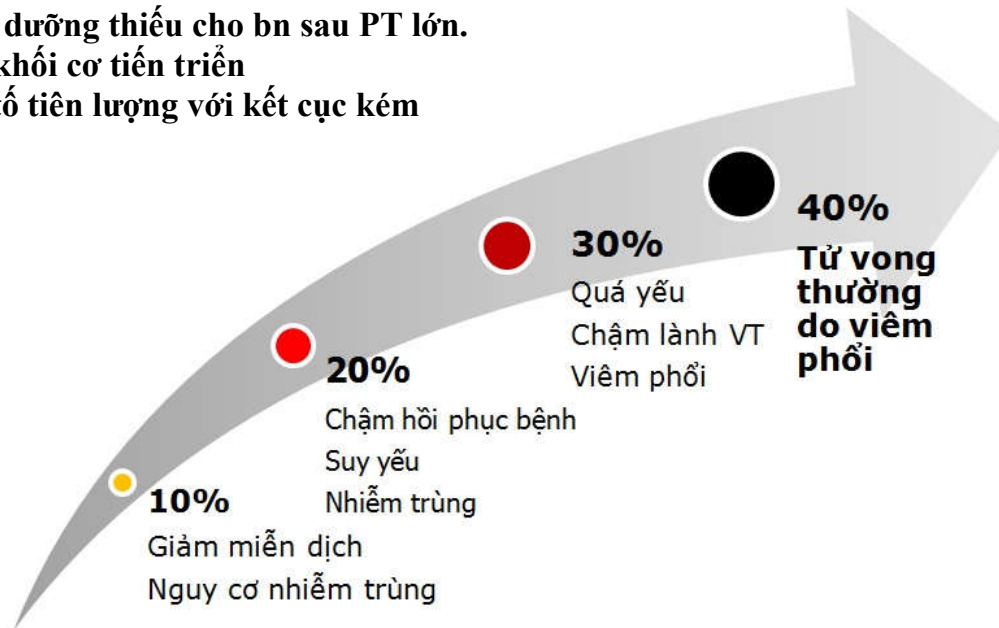
3. Cách cho ăn qua sonde: truyền bằng máy pump (ml/giờ)



Dùng Pump: ...ml/giờ

4. TRÁNH

- Dinh dưỡng thiếu cho bn sau PT lớn.
- Mất khối cơ tiên triển
- Yếu tố tiên lượng với kết cục kém



*** Cung cấp đủ dinh dưỡng cho bn sau PT lớn là quan trọng:**

- Cung cấp đủ năng lượng (30-35kcal/kg/ngày). Bắt đầu 50% nhu cầu và tăng dần đến đích (thường vào ngày HP thứ 4)
- Đạm (protein/AA): 1,5-2,0g/kg/ngày (Max 2,5g/kg/ngày-ASPEN 2016)
- Béo là nguồn năng lượng và cơ chất quan trọng cho miễn dịch, viêm, lành sẹo... (thường 0,8-1,0g/kg/ngày)
- Vi chất DD (vit.C, A, kẽm... thường dùng đa sinh tố)

5. Hiệu quả điều trị dinh dưỡng bệnh nhân rò tiêu hóa phức tạp:



22/10/2018



30/10/2018



06/11/2018

KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT CHO 9230 BỆNH NHÂN SUY TĨNH MẠCH CHI DƯỚI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TPHCM

ThS.BS.Trần Minh Bảo Luân, Lê Thị Ngọc Hằng

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh lý suy tĩnh mạch nông chi dưới có liên quan tới sự trào ngược và suy giảm hồi lưu trong lòng tĩnh mạch. Bệnh gặp nhiều ở các nước phát triển, có liên quan mật thiết đến lối sống. Nhu cầu điều trị bệnh ngày càng tăng, nhưng quan điểm về việc lựa chọn phương pháp điều trị nào vẫn còn chưa thống nhất trong các thầy thuốc nội và ngoại khoa.

Phương pháp nghiên cứu: Tiền cứu, mô tả và đoàn hệ

Kết quả nghiên cứu và bàn luận: Trong thời gian từ tháng 8 năm 2004 đến tháng 7 năm 2017, có 9230 trường hợp bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính được khám và điều trị phẫu thuật tại Khoa lồng ngực mạch máu bệnh viện Đại học Y dược Tp Hồ Chí Minh. Tỷ lệ nữ trên nam là 2.55, tuổi trung bình 55. Phần lớn bệnh nhân phải đứng lâu trên 8 giờ mỗi ngày. Điều trị bằng phương pháp phẫu thuật bao gồm phẫu thuật Stripping và müller bệnh nhân, Müller đơn thuần cho bệnh nhân, can thiệp nội mạch tĩnh mạch (bao gồm RFA tĩnh mạch, Laser tĩnh mạch, Keo sinh học tĩnh mạch, chích xơ tĩnh mạch) bệnh nhân. Kết quả tốt cho 87,8% các trường hợp.

Kết luận: Giãn và suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính là một bệnh thường gặp ở phụ nữ. Điều trị bằng phẫu thuật cho kết quả tốt. Tuy nhiên bao giờ cũng phải bắt đầu và duy trì bằng điều trị nội khoa với thuốc làm tăng tính bền của thành tĩnh mạch và vớ y khoa. Việc điều trị kết hợp giữa nội khoa – Phẫu thuật và Vớ Y khoa cho kết quả lâu dài.

SUMMARY

TREATMENT OUTCOME OF CHRONIC VENOUS INSUFICIENCY FOR 9230 PATIENTS AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER, HO CHI MINH CITY

Background: CVI is the condition in which the venous valves incompetence causes reflux flow and malfunction of venous system. This is a very common problem in many developed countries and is affected by modern lifestyle. There have been some controversies in treatment options, especially between clinicians and surgeons.

Objective: To evaluate the outcome of treatment in CVI.

Methods: A descriptive prospective study

Results: From August 2004 to July 2017 there were 9230 patients of CVI (including inpatients and outpatients) at Thoracic and Vascular Surgery Department, University Medical Center. The rate of sex (female / male) was 2.55 Average age was 55. Most of patients had standing time more than 8 hours per day. Medical care was acceptable for all of them. Treatment of CVI used in Surgery include phlebectomy by stripping and Müller, only Müller, intravenous intervention(RFA, EVLT, Foamed sclerotherapy). The good outcome was 87.8%

Conclusion: CVI and varicose vein is a common problem, especially in women. Surgical treatment proved to be a good choice when it was combined with phlebologic drugs and pressure stocking.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý suy van tĩnh mạch chi dưới có liên quan tới sự trào ngược và suy giảm hồi lưu trong lòng tĩnh mạch. Theo định nghĩa của WHO, suy van tĩnh mạch mạn tính chi dưới là tình trạng

tĩnh mạch nông giãn, chậỵ quanh co và có dòng trào ngược. bệnh lý tiến triển chậm, không rầm rộ, không gây tử vong nhưng theo thời gian sẽ ảnh hưởng đến công việc sinh hoạt và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Bệnh thường gặp ở các nước phát triển, có liên quan mật thiết tới lối sống, điều trị thường lâu dài và tốn kém, đặc biệt khi có biến chứng. Tần suất mắc bệnh ở người lớn tại Mỹ và các nước Châu Âu chiếm 0.5% đến 3% dân số. Tần suất cao của suy giãn tĩnh mạch và loét chi dưới mạn tính gây ảnh hưởng đáng kể lên nguồn lực chăm sóc y tế. Trong một nghiên cứu cộng đồng ở Anh, những vết loét do suy tĩnh mạch gây ra mất khoảng 2 triệu ngày công lao động, và tốn chi phí điều trị khoảng 3 tỷ đôla Mỹ mỗi năm ở Hoa Kỳ.

Ở nước ta, bệnh suy tĩnh mạch mạn tính hai chi dưới là bệnh lý thường gặp nhưng ít được chú ý và nghiên cứu. Bệnh nhân đi khám hoặc được chẩn đoán khi các triệu chứng đã rõ hoặc đã có biến chứng rối loạn dinh dưỡng về da, viêm tắc tĩnh mạch.

Điều trị ngoại khoa là phương pháp dễ thực hiện, ít tốn kém, không mất nhiều thời gian, cải thiện tình trạng bệnh lý một cách có hiệu quả. Bên cạnh đó, chúng ta không thể bỏ qua vai trò điều trị đa mô thức bao gồm điều trị ngoại khoa (phẫu thuật Stripping+ müller, RFA, Laser, Venaseal), nội khoa, vớ và thay đổi tư thế sinh hoạt. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả điều trị bệnh suy giãn tĩnh mạch chi dưới mạn tính tại bệnh viện Đại học Y được qua đó rút ra một số kinh nghiệm trong việc chỉ định và phối hợp các phương pháp điều trị cho bệnh nhân và tìm hiểu yếu tố nguy cơ nhằm đánh giá tiên lượng bệnh.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

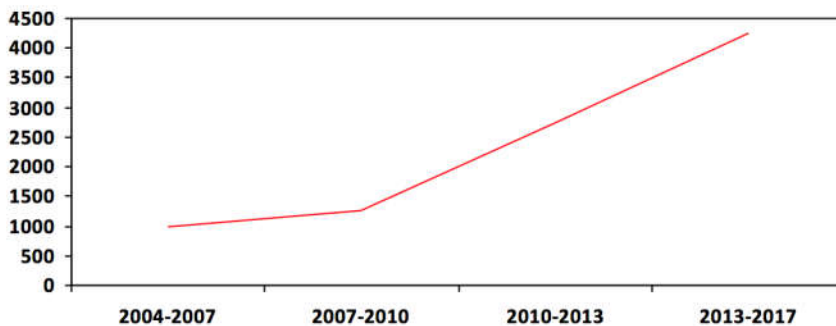
Tiền cứu, mô tả cắt ngang, đoàn hệ.

Với 9230 trường hợp bệnh nhân suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính được khám và điều trị phẫu thuật tại Khoa lồng ngực mạch máu bệnh viện Đại học Y được Tp Hồ Chí Minh trong thời gian từ tháng 8 năm 2004 đến tháng 7 năm 2017.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Số lượng bệnh nhân

| Thời gian | Số bệnh nhân |
|---------------|--------------|
| Năm 2004-2007 | 976 |
| Năm 2007-2010 | 1274 |
| Năm 2010-2013 | 2736 |
| Năm 2013-2017 | 4244 |
| Tổng số | 9230 |



TỶ LỆ: Nữ /Nam : 2.55 (6630/2600)

ĐỘ TUỔI: Trung bình 55 tuổi (già nhất 93 tuổi - nhỏ nhất 21 tuổi). Trong đó < 50 tuổi chiếm tỷ lệ 47.3% đây cũng là độ tuổi trong tuổi lao động.

| YẾU TỐ NGUY CƠ | Số bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|---|---------------------|------------------|
| Tuổi >50 | 4864 | 52,7 |
| Béo phì | 3443 | 37,3 |
| Yếu tố gia đình | 2298 | 24,9 |
| Sanh đẻ nhiều (>3 con) | 2889 | 31,3 |
| Nghề nghiệp và thói quen đứng lâu (> 8 giờ/ ngày) | 7938 | 86 |

| TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG | Số bệnh nhân | Tỉ lệ (%) |
|-------------------------------|---------------------|------------------|
| Nặng mỏi chân | 8944 | 96,9 |
| Tê, dị cảm | 2104 | 22,8 |
| Đau nhức | 4357 | 47,2 |
| Vọp bẻ về đêm | 3055 | 33,1 |
| Sưng phù chân về chiều | 3009 | 32,6 |
| Thay đổi tính chất màu sắc da | 1671 | 18,1 |
| Loét chân | 526 | 5,7 |

| PHÂN ĐỘ THEO CEAP | Tỷ lệ(%) |
|--------------------------|-----------------|
| C ₂ | 43,5 |
| C ₃ | 32,6 |
| C ₄ | 18,1 |
| C ₅ | 3,6 |
| C ₆ | 2,1 |

| PHÂN ĐỘ VDS | Số BN | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|--------------|------------------|
| Độ 1 | 1661 | 18 |
| Độ 2 | 5907 | 64 |
| Độ 3 | 1662 | 18 |
| Tổng số | 9230 | 100 |

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ:

| Phương pháp | Số Bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|---------------------|------------------|
| Phẫu thuật Stripping+ Müller | 2472 | 26,78 |
| Phẫu thuật Müller đơn thuần | 456 | 4,94 |
| RFA + Laser+ Venaseal | 4077 | 44,17 |
| Chích xơ | 2225 | 24,11 |
| Tổng cộng | 9230 | 100 |

MỨC ĐỘ ĐAU SAU PHẪU THUẬT

| Mức độ đau sau thủ thuật | Phẫu thuật Stripping+ Müller hoặc Müller | RFA, Laser, Keo Venaseal, chích xơ |
|--|--|------------------------------------|
| Không đau hoặc đau ít không đáng kể | 27% | 78,6% |
| Đau vừa, giới hạn nhẹ sinh hoạt và đi lại | 63% | 21,4% |
| Đau nhiều, không thể tự đi lại và sinh hoạt được | 10% | 0% |
| Tổng số | 100% | 100% |

MỨC ĐỘ CẢI THIẾN LÂM SÀNG THEO VDS

| | Số BN | Tỷ lệ |
|--|-------------|-------------|
| Có cải thiện rõ rệt, giảm độ VDS | 8103 | 87,8% |
| Cải thiện ít, không cải thiện, hoặc không rõ rệt | 1033 | 11,2% |
| Tình trạng nặng hơn, tăng độ VDS | 94 | 1% |
| Tổng số | 9230 | 100% |

TAI BIẾN , BIẾN CHỨNG SAU PHẪU THUẬT

| | Phẫu thuật Stripping+ Müller hoặc Müller | RFA, Laser, Keo Venaseal, chích xơ |
|---------------------------|--|------------------------------------|
| Viêm tĩnh mạch nông | 0 % | 6,6% |
| Thương tổn TK lân cận | 28,9% | 16.9% |
| Huyết khối TM sâu | 5,4% | 0,9% |
| Chảy máu | 0% | 0% |
| Hoại tử da, phỏng da rộng | 0% | 0% |
| Nhiễm trùng | 2% | 0% |
| Thuyên tắc phổi | 0% | 0% |
| Tử vong | 0% | 0% |

BÀN LUẬN

Trong khoảng thời gian dài 13 năm 4 tháng, chúng tôi đã khám và điều trị phẫu thuật cho một số lượng lớn bệnh nhân có bệnh lý suy tĩnh mạch mạn tính.

Nguyên nhân và yếu tố thuận lợi:

Tác giả G. Fowkes, Giáo sư chuyên ngành dịch tễ học, Giám đốc của Wolfcon về dự phòng bệnh lý mạch máu ngoại vi Anh quốc, 2001: bệnh lý tĩnh mạch chi dưới là bệnh thường gặp gần khoảng 1/3 dân số phương Tây. Tần suất mắc bệnh gia tăng theo tuổi, có thể có liên quan đến yếu tố cơ địa. Việc đứng lâu là một yếu tố nguy cơ.

Ngoài ra còn có tình trạng béo phì, những lần có thai trước đây thường kết hợp với sự hiện

diện của giãn tĩnh mạch nhưng bằng chứng về mối liên quan này không hằng định.

Jari O Laurikka, Phần Lan, trong một nghiên cứu về dịch tễ cho thấy tỷ lệ nam/ nữ là 1/3, yếu tố thuận lợi để bệnh phát triển là phái nữ, số lần có thai, tính di truyền gia đình, tuổi càng lớn càng dễ mắc bệnh, và cuối cùng là hoạt động nghề nghiệp phải đứng lâu. Việc đứng lâu làm bơm cơ kém hoạt động nên không ép máu tĩnh mạch về đưa đến sự ứ đọng máu tĩnh mạch.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh gặp ở nữ nhiều hơn nam (tỷ lệ nữ/nam là 2.55/1) và hầu hết bệnh nhân có nghề nghiệp đòi hỏi phải đứng lâu (86%).

Về lâm sàng:

Một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng Edinburgh tại San Diego cho thấy có bảy triệu chứng thường gặp nhất: đau chân, vọp bẻ, mỏi chân, sưng chân, nặng chân, chân không yên, ngứa chân. Trong đó, triệu chứng đau chân là thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 17.7%, kế đến là vọp bẻ 14.3%, mỏi chân 12.8%, sưng chân 12.2%. Triệu chứng nặng mỏi chân hầu hết chiếm tỷ lệ giống nhau là 7.5% và 7.4%. Ngứa chân ít gặp nhất chiếm tỷ lệ 5.4%

Trong lô nghiên cứu của chúng tôi triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất là nặng mỏi chân chiếm tỷ lệ 96.9%, kế đến là đau nhức chân 47.2%, vọp bẻ về đêm là 33.1%

Về phân độ lâm sàng CEAP:

Nghiên cứu San Diego thu thập dữ liệu trong cộng đồng trên 2211 trường hợp tuổi từ 40-79, cho thấy tỷ lệ độ C0, C1, C2, C3 lần lượt là 19%, 51.6%, 23.3%, 5.8%. Suy tĩnh mạch mức độ nặng từ C4 đến C6 chiếm tỷ lệ chung là 6.2%.

Ở đây chúng tôi chỉ xếp loại CEAP theo mức độ lâm sàng không tính đến bệnh nguyên và sinh bệnh học. Chúng tôi nhận thấy theo phân loại lâm sàng CEAP độ 2 và 3 chiếm đa số với tỷ lệ 76.2%

Vì thế cho nên việc phân độ CEAP rất cần thiết để chẩn đoán giai đoạn của bệnh từ đó có thể đưa ra biện pháp điều trị thích hợp cho từng giai đoạn. Ngoài ra việc phân độ lâm sàng còn giúp cho việc điều trị dễ dàng hơn, thống nhất hơn trong cách điều trị của thầy thuốc.

Về kết quả điều trị:

Tác giả Subramonia và cs tại BV King's Mill, Anh quốc, thực hiện RFA trên 47 trường hợp và so sánh với 41 trường hợp mổ lột TM, khảo sát cảm giác đau sau mổ bằng bảng câu hỏi, cho thấy đau sau RFA ít hơn hẳn so với đau sau khi mổ.

Ở nhóm thực hiện RFA, laser, laser có 78,6% các trường hợp đều trả lời đau ít, không đáng kể, có thể sinh hoạt và đi lại dễ dàng sau mổ. Còn lại 21,4% các trường hợp đau vừa, giới hạn và ảnh hưởng nhẹ đến sinh hoạt đi lại. Không có trường hợp nào đau nhiều.

Chúng tôi ghi nhận có 87,8% có cải thiện rõ rệt các triệu chứng lâm sàng, giảm độ VDS. Các trường hợp cải thiện không nhiều, hoặc không rõ lắm khi được hỏi, chiếm tỷ lệ là 11,2%.

Hiện nay, vấn đề mối liên quan giữa mức độ nặng của triệu chứng lâm sàng với tình trạng giãn tĩnh mạch, và sự cải thiện lâm sàng sau khi can thiệp phẫu thuật hay các can thiệp nội mạch như RFA hoặc laser, chích xơ... còn có nhiều ý kiến chưa thống nhất

Trong khi đó, nhóm thực hiện mổ lột tĩnh mạch (Stripping + Müller hay Müller đơn thuần), đa số trường hợp (63%) đều trả lời có đau sau mổ mức độ vừa, giới hạn nhẹ đến sinh hoạt và đi lại. Có 10% các trường hợp trả lời đau nhiều sau mổ, cần hỗ trợ trong đi lại và sinh hoạt trong những ngày đầu.

Một số nghiên cứu tiền cứu ngẫu nhiên so sánh RFA với mổ lột TM cho thấy RFA có ưu điểm hơn về mặt đau sau mổ, hồi phục sớm hơn, cải thiện chất lượng sống.

Một nghiên cứu thực hiện tại 05 trung tâm ở Mỹ và châu Âu lại ghi nhận rằng các ưu điểm của RFA về tính ít đau, mau hồi phục, thẩm mỹ và cải thiện chất lượng sống chỉ thấy rõ ở trong vòng thời gian đầu trong vòng 04 tháng. Sau 04 tháng, nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt rõ rệt về mức độ cải thiện chất lượng sống.

Về tai biến và biến chứng:

Chúng tôi ghi nhận : nhóm làm phẫu thuật Stripping và Müller hay Müller đơn thuần tỷ lệ biến chứng DVT 5,4% cao hơn nhóm can thiệp nội tĩnh mạch là 0,9% (p=0.001). Nhìn chung, cả hai phương pháp đều nhẹ nhàng, ít tai biến và biến chứng nguy hiểm như thuyên tắc phổi hay tử vong.

Nghiên cứu của Straub Clinic-Honolulu trên 300 trường hợp thực hiện RFA từ năm 2000, hiệu quả tắc mạch là 97%, biến chứng huyết khối TM sâu là 2 trường hợp (0,7%).

Ở nhóm điều trị bằng RFA, chúng tôi chỉ ghi nhận 6,6% viêm TM nông, thuyên giảm tốt với điều trị nội khoa. Các trường hợp gặp nhiều (16,9%) là BN than phiền tê, hoặc dị cảm, hoặc giảm cảm giác ở vùng đùi, hoặc mặt trong cẳng chân, tương ứng với chi phối cảm giác của các nhánh bì đùi trước và thần kinh hiển. Hiện tượng này là do tác động nhiệt làm bong các nhánh thần kinh nói trên, do việc chích dung dịch làm mát xung quanh TM hiển để cách nhiệt khi phát xung chưa tốt.

Ở nhóm điều trị bằng mổ lột TM, tỷ lệ tổn thương thần kinh hiển khá cao (28,9%). BN thường than phiền tê và mất cảm giác vùng mặt trong cẳng chân và mắt cá trong. Tuy nhiên không có trường hợp nào gây ra ảnh hưởng lớn đến sinh hoạt và công việc của người bệnh sau mổ. Ở nhóm này chúng tôi cũng gặp 2% nhiễm trùng vết mổ nhưng cũng đáp ứng tốt với điều trị bảo tồn và săn sóc tại chỗ.

Tương tự, tác giả Helmy Elkaffas tại ĐH Cairo-Ai Cập thực hiện so sánh ngẫu nhiên 90 trường hợp RFA với 90 trường hợp mổ lột TM, theo dõi 24 tháng, ghi nhận nhóm RFA có tỷ lệ biến chứng thấp hơn (P=0,02), ngày nằm viện ít hơn (P=0,001), tuy nhiên chi phí điều trị cao hơn nhiều (P=0,003).

KẾT LUẬN

Giãn và suy tĩnh mạch chi dưới mạn tính là một bệnh thường gặp ở phụ nữ rất phổ biến trong dân số. Tuy nhiên từ nhiều năm nay, bệnh chưa được chú ý trong chẩn đoán và điều trị.

Điều trị bằng phẫu thuật cho kết quả tốt, cải thiện triệu chứng lâm sàng cũng như nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Tuy nhiên việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật hiện vẫn còn bàn cãi, nhưng không thể phủ nhận ưu điểm của phương pháp can thiệp nội tĩnh mạch giúp cho người bệnh hồi phục nhanh hơn, ít đau hơn cũng như mang tính thẩm mỹ hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Phi Long, Văn Minh Trí, Nguyễn Hoài Nam (2008), “Kết quả điều trị suy tĩnh mạch mạn tính chi dưới”, Y học TP.HCM, Tập 12, Phụ bản số 4, Tr 312-316
2. Ciucci J.(1999). Quality control in varicose vein surgery: significance and feasibility.
3. Jari. O. Laurikka. Risk indications for varicose veins in forty to sixty Y.O in the tempere varicose vein study. World Journal of Surgery. June 2002, V. 26, N. 6. p 648.
4. John j. Bergan. Varicose veins: treatment by surgery and sclerotherapy. Vascular Surgery, vol. 2, 2000, p. 2007-2021.
5. Khirurgiia (Mosk). Surgical Technologies in the treatment of lower extremity varicose disease. (1): 10-5 Related Articles, Book, 2002.
6. Robert L. Kistner, Elna M. Masuda. A practical approach to the diagnosis and classification of chronic venous disease. Vascular Surgery, vol. 2, 2000, p. 1990-1999.

**KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐẶT MẢNH GHÉP NGOÀI PHÚC MẠC
ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG**

*TS.BS. Lữ Văn Trang, TS.BS. Trần Phước Hồng,
BS. CKII. Nguyễn Tấn Huy, BS. Nguyễn Hữu Tuấn*

TÓM TẮT

Mục tiêu

Đánh giá các kết quả phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn.

Đối tượng và phương pháp

Tiền cứu mô tả 103 trường hợp thoát vị bẹn (TVB) được phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc tại bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang từ năm 2014 đến năm 2018.

Kết quả

Từ năm 2014 đến năm 2018 có 103 bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngã tiền phúc mạc. Tất cả bệnh nhân là nam, tuổi trung bình là 43 (16 – 77), TVB gián tiếp 58 (56,3%), TVB trực tiếp 45 (43,7%), một bên 101 (98,1%), hai bên 2 (1,9%). TVB nguyên phát (98,1%), TVB tái phát 2 (1,9%),

Thời gian phẫu thuật trung bình $94,1 \pm 33,4$ phút (30 – 165 phút). Thời gian trung tiện trung bình $2,1 \pm 0,7$ ngày (1 - 3). Thời gian nằm viện trung bình $6,3 \pm 1,5$ ngày (2 - 9). Thời gian theo dõi trung bình 27,6 tháng (1 – 57).

Tỉ lệ tái phát: 1%

Tai biến: Thủng phúc mạc 35 (34%). Tồn thương thừng tinh 1 (1%).

Biến chứng: tụ dịch bìu (2,9%). Đau kéo dài sau mổ (3,8%).

Kết luận

Phẫu thuật nội soi đặt lưới hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn là một phẫu thuật hiệu quả an toàn với tỷ lệ tai biến, biến chứng và tái phát thấp.

ABSTRACT

**THE OUTCOME OF LAPAROSCOPIC TOTAL EXTRAPERITONEAL
INGUINAL HERNIA REPAIR**

OBJECTIVES.

To evaluate the outcome of patients undergoing total extraperitoneal inguinal hernia repairs.

Patients and methods.

Prospective study of 103 cases treated by laparoscopic total extraperitoneal inguinal hernia repairs at Chau Doc hospital from 2014 to 2018.

RESULTS.

From 2014 to 2018, there were 103 patients underwent laparoscopic mesh total extraperitoneal inguinal hernia repairs. All of them were male and their average age was 43 (from 16 to 77). Their lesions were: 45 direct (43,7%), 58 indirect (56,3%), 101 (98,1%) with unilateral and two (1,9%) with bilateral inguinal hernias. Primary hernias 101 (98,1%), recurrent hernias two (1,9%),

The mean operative time was $94,1 \pm 33,4$ minutes (30 - 165). The mean duration of hospital stay: $6,3 \pm 1,5$ days (2 - 9). The mean follow-up was 27,6 months (from 1 to 57 months). The recurrence rates was 1%.

Surgical accidents: Breaches of peritoneum (34%). Spermatic cord injury (1%),
Complication: scrotal seromas (2,9%), late pain (3,8%),

CONCLUSIONS.

Laparoscopic total extraperitoneal inguinal hernia repairs is 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%[5], việc chọn 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 (PP) 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 (BN) thoát vị bẹn ở mọi lứa tuổi nhập viện điều trị, phương pháp phẫu thuật thường được chọn đối với bệnh nhân thoát vị bẹn người lớn là phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngã tiền phúc mạc. Do đó nghiên cứu kết quả điều trị, tai biến, biến chứng sau mổ là rất cần thiết. Chúng tôi nghiên cứu (NC) đề tài này với 2 mục tiêu:

- Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng bệnh thoát vị bẹn ở người lớn.
- Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép ngã tiền phúc mạc điều trị thoát vị bẹn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

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

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

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân bị tăng áp lực ổ bụng do xơ gan cổ chướng, u đại tràng gây bán tắc ruột, đang thăm phân phúc mạc, bứu tuyến tiền liệt.

Bệnh nhân có bệnh nội khoa chống chỉ định phẫu thuật và một số bệnh nặng kèm theo như: Basedow chưa ổn định, tiểu đường nặng có biến chứng, đau thắt ngực không ổn định, suy thận, lao phổi tiến triển.

Bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật theo phương pháp nghiên cứu sau khi đã giải thích và tư vấn.

Không theo dõi được BN sau mổ.

2.1.3 Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Ngoại Bệnh Viện Đa Khoa khu vực Tỉnh An Giang.

Thời gian: Từ năm 2014 đến năm 2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

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

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu:

Bộ dụng cụ phẫu thuật nội soi.

Mảnh ghép Polypropylene kích thước 10x15cm.

2.2.3. 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: tái khám bệnh nhân và gọi điện thoại.

2.2.4. Phương pháp tiến hành:

Kỹ thuật vô cảm: Bệnh nhân được vô cảm bằng gây mê nội khí quản.

Kỹ thuật phẫu thuật:

- Rạch da 10mm dưới rốn, rạch lá trước bao cơ thẳng bụng phía bên thoát vị, vào trocar 10mm (phía sau cơ và phía trước lá sau bao cơ thẳng bụng).
- Bơm khí CO2 tốc độ chậm, áp lực tối đa 12mmHg. Sử dụng kính soi phẫu tích về phía xương mu, phía bên thoát vị.
- Vào tiếp 2 trocar 5mm: đường giữa dưới rốn cách trocar đầu tiên 5 cm.
- Vào tiếp 3 trocar 5mm: đường giữa dưới rốn cách trocar thứ hai 5 cm.
- Phẫu tích bộc lộ dây chằng lược, thành bụng trước, dải chậu mu.
- Túi thoát vị trực tiếp thì đẩy lại vào xoang phúc mạc, túi thoát vị gián tiếp nhỏ thì cắt trọn, túi thoát vị gián tiếp to thì cắt ngang ở lỗ bẹn sâu, để hở đầu xa.
- Phẫu tích phúc mạc ra khỏi bó mạch tinh hoàn, ống dẫn tinh.
- Phẫu tích và lấy đi các búi mỡ tiền phúc mạc ở vùng lỗ cơ lược.
- Mảnh ghép polypropylene, kích thước 10x15cm, đặt vào che phủ toàn bộ lỗ cơ lược, mảnh ghép được để nguyên không cắt lỗ.
- Không cần cố định các mảnh ghép.
- Xả khí CO2 và khâu lại các lỗ trocar.

Thuốc giảm đau sau mổ

Tất cả các bệnh nhân dùng paracetamol 1g truyền tĩnh mạch.

Đánh giá mức độ đau: theo thang điểm VAS.

Theo dõi sau mổ:

- Bệnh nhân được theo dõi sau mổ để đánh giá mức độ đau, thời gian đau, thời gian nằm viện, thời gian trở lại sinh hoạt bình thường và thời gian trở lại làm việc, đánh giá các biến chứng sau mổ như tụ máu, tụ dịch, viêm tinh hoàn, thoát vị tái phát và nhiễm trùng mảnh ghép.
- Bệnh nhân được dặn tái khám sau 2 tuần, 3 tháng và sau 6 tháng để đánh giá biến chứng cũng như tái phát.

2.2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu được xử lý theo phần mềm thống kê SPSS for Window 18.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 7 năm 2018 có 103 bệnh nhân phẫu thuật điều trị TVB được chúng tôi nghiên cứu theo tiêu chuẩn chọn bệnh.

3.1. Đặc điểm chung:

Bệnh nhân tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi và lớn nhất là 77 tuổi. Tuổi trung bình $43,9 \pm 16,7$. Tất cả BN trong NC đều là nam.

Thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 1 tháng và dài nhất là 648 tháng, trung bình là 23 tháng. Chỉ số BMI trung bình là $21,2 \pm 2,2$ (14,1 – 27,3).

Bảng 3.1 : Chỉ số BMI.

| Thể trọng | BN | Ti lệ % |
|---------------------------|----|---------|
| Gầy ($\leq 18,49$) | 9 | 8,7 |
| Bình thường (18,50-24,99) | 89 | 86,4 |
| Thừa cân (25,00) | 5 | 4,9 |
| Tổng | 92 | 100 |

Nhận xét: Bệnh nhân thừa cân chỉ chiếm tỉ lệ 4,9%.

Tiền sử: Bệnh lý tim mạch chiếm tỉ lệ 3,9% (4 BN). Lao phổi cũ: 2 BN (1,9%).

Tiền sử phẫu thuật: Tiền sử mổ: mổ thoát vị bẹn cùng bên có 02 bệnh nhân (1,9%), cả 2 BN mổ theo phương pháp Bassini, trong đó một BN mổ cách thời điểm nghiên cứu 20 năm, một BN mổ cách thời điểm nghiên cứu 17 năm, sau mổ 13 năm tái phát.

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

- Vị trí thoát vị: Thoát vị bên phải là 60 bệnh nhân (58,3%). Thoát vị bên trái là 41 bệnh nhân (39,8%). Thoát vị hai bên là 2 bệnh nhân (1,9%).

- Phân theo thể thoát vị: Thoát vị bẹn thể gián tiếp 58 trường hợp (56,3%). Thoát vị bẹn thể trực tiếp 45 trường hợp (43,7%).

- Phân loại theo hình thái lâm sàng: Thoát vị bẹn nghẹt 1 trường hợp (1%). Thoát vị bẹn không nghẹt 102 trường hợp (99,0%).

- Đường kính túi thoát vị: Đường kính khối túi thoát vị: $3,9 \pm 1,8$ Cm (2 – 10).

3.3. Đặc điểm phẫu thuật:

- Thời gian phẫu thuật: Thời gian mổ trung bình $94,1 \pm 33,4$ phút. Thời gian mổ ngắn nhất 30 phút, thời gian mổ dài nhất 165 phút.

Bảng 3. 2. Thời gian phẫu thuật trung bình theo thể thoát vị

| Thể thoát vị | TG phẫu thuật trung bình (phút) | p |
|---------------------------------|---------------------------------|-----------|
| Thoát vị bẹn trực tiếp (n = 58) | $92,3 \pm 32,8$ | 0,53 |
| Thoát vị bẹn gián tiếp (n = 45) | $96,4 \pm 34,4$ | (t= 0,62) |

Nhận xét:

Thời gian mổ trung bình đối với thoát vị bẹn gián tiếp $96,4 \pm 34,4$ phút, dài hơn so với thoát vị bẹn trực tiếp $96,4 \pm 34,4$ phút. P= 0,53; t= 0,62)

- Tai biến trong mổ:

+ Thủng phúc mạc: 35 BN, tỉ lệ 34%.

+ Tổn thương thừng tinh: 1 BN, tỉ lệ 1%.

+ Không có BN chuyển mổ mở.

3.4. Kết quả sớm sau mổ:

- Thời gian nằm viện trung bình $6,3 \pm 1,5$ ngày (2 - 9 ngày).

- Thời gian trung tiện trung bình $2,1 \pm 0,7$ ngày (1 - 3 ngày).

- Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình $4,4 \pm 1,3$ ngày (1 - 6 ngày).

- Biến chứng sớm sau mổ:

- Tụ dịch bìu 3 BN (2,9%).

3.5. Đánh giá kết quả xa:

- Thời gian theo dõi trung bình là $27,6 \pm 17,2$ tháng (1 - 57 tháng).
- Biến chứng xa sau mổ: Đau kéo dài sau mổ 4 BN (3,9%).
- Tái phát: 1 BN, tỉ lệ 1%. Đây là bệnh nhân 77 tuổi, chỉ số BMI = 24,9, thoát vị bẹn 2 bên, đường kính túi thoát vị 3 cm, thoát vị bẹn loại trực tiếp. Sau mổ 3 tháng bị tái phát bên phải.

IV. BÀN LUẬN:

4.1. Đặc điểm bệnh nhân:

- Về tuổi, giới :

Qua nghiên cứu 103 trường hợp thoát vị bẹn người lớn được điều trị tại BV ĐKKVAG, kết quả: tuổi trung bình là $43,9 \pm 16,7$. Nhỏ nhất là 16 và lớn nhất là 77 tuổi. Theo nghiên cứu (NC) của Vương Thừa Đức [2] và Nguyễn Phú Hữu [3] cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân thoát vị bẹn lần lượt là $51,6 \pm 19,3$ (20 - 87) và 47 ± 15 (18 - 74). Phần lớn BN ở độ tuổi từ 30 – 60 tuổi (chiếm tỉ lệ 71,8%).

Trong NC này, 103 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 Sagiroglu[13] là 4,2% 5%.

- Chỉ số BMI:

Trong NC của Lê Phước Thành [5], BN thừa cân (chỉ số BMI ≥ 25) chiếm tỉ lệ 4,9%. Theo Vương Thừa Đức [2] BN thừa cân chiếm tỉ lệ 6,1%. Trong NC này, BN thừa cân chiếm tỉ lệ 7,6%.

- Thời gian mắc bệnh:

Số BN mắc bệnh thoát vị bẹn dưới 1 năm chiếm 68,9 %, điều này chứng tỏ xu hướng của bệnh nhân đến khám bệnh để được điều trị sớm.

- Đường kính túi thoát vị:

NC của Lê Phước Thành [5], 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 3,9 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%. Ozmen[11] thoát vị bẹn nguyên phát 93,1%, thoát vị bẹn tái phát 6,9%. Với nghiên cứu này đã cho kết quả: thoát vị bẹn nguyên phát 98,1%, thoát vị bẹn tái phát 1,9%

- 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 [3] | 70,2% | 29,8% |
| Vương Thừa Đức [2] | 73% | 27% |
| Lê Phước Thành [5] | 43,4% | 56,6% |
| Nghiên cứu này | 56,3% | 43,7% |

Với kết quả của các tác giả ở bảng trên phân nào cho thấy nghiên cứu của chúng tôi tương đương với phần lớn NC khác, loại thoát vị gián tiếp nhiều hơn gián tiếp. Tác giả Vương Thừa Đức[2], Reinder[12] ngoài thoát vị gián tiếp, trực tiếp còn có thoát vị hỗn hợp.

- Thoát vị hai bên:

Trong nhiều nghiên cứu, BN thoát vị hai bên chiếm tỉ lệ khá cao, tỉ lệ thoát vị hai bên của Sagiroglu[13] và Oxmen[11] lần lượt là 8% và 46,8%. Nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ này là 1,9%.

4.2. Kết quả điều trị:

- Thời gian phẫu thuật:

Thời gian mổ ngắn nhất 30 phút, thời gian mổ dài nhất 165 phút, thời gian mổ trung bình $94,1 \pm 33,4$ phút. So với các nghiên cứu khác, thời gian mổ của chúng tôi dài hơn. Lateef[8] nghiên cứu 114 BN, thời gian mổ trung bình là 90 phút (60 – 120). Nguyễn Quang Huy[4]: thời gian mổ trung bình 70,7 phút (30 - 250).

- Thời gian sử dụng thuốc giảm đau saumô:

Nghiên cứu này, thời gian sử dụng thuốc giảm đau sau mổ trung bình từ $4,2 \pm 1,2$ ngày. Nhiều nghiên cứu ghi nhận PTNS có ưu thế ít đau hơn so với mổ mở.

- Thời gian nằm viện:

Thời gian nằm viện trung bình $6,3 \pm 1,5$ ngày. So với các NC khác thì thời gian nằm viện trong NC chúng tôi dài hơn, do những ca mổ đầu chung tôi cho BN nằm viện lâu để theo dõi sau mổ. BN nằm viện lâu nhất là 9 ngày, sớm nhất là 2 ngày. Ozmen nghiên cứu PTNS 160 BN theo PP TEP, hầu hết BN xuất viện trong ngày, thời gian nằm viện trung bình là $11,04 \pm 6$ giờ.

- Tai biến trong mổ:

Thủng phúc mạc:

Trong NC có 35 BN bị thủng phúc mạc (tỉ lệ 34,0%), vị trí thường bị thủng là nơi bóc tách túi thoát vị ra khỏi thừng tinh và mạch máu sinh dục. Hầu hết các trường hợp lỗ thủng không to nên chúng tôi không xử lý gì, thủng phúc mạc chỉ gây ít khó khăn cho chúng tôi khi tiếp tục phẫu thuật. Ozmen[11] khuyên nếu phúc mạc thủng thì nên dùng clip bít lại lỗ thủng để phẫu thuật dễ hơn

Tổn thương ống dẫn tinh:

Trong nghiên cứu có 1 BN bị tổn thương ống dẫn tinh, xảy ra trong lúc bóc tách bao thoát vị, ống dẫn tinh bị đứt. Chúng tôi xử trí khâu nối lại ống dẫn tinh qua đường mổ nhỏ vùng lỗ bẹn ngoài, sau đó tiếp tục PTNS đặt mảnh ghép qua ngã tiền phúc mạc.

Theo Cohen[11], tỷ lệ thương tổn ống dẫn tinh trong phẫu thuật nội soi là khoảng 0,04%. Nghiên cứu của Reiner[12] tỉ lệ tổn thương ống dẫn tinh là 1,9%.

- Biến chứng sau mổ:

Tụ dịch bìu:

Tụ dịch xảy ra sau khi phẫu tích, đốt điện, dịch tiết này thường sẽ được cơ thể tái hấp thu. Nếu khối tụ dịch nhiều thường tụ lại ở bìu, chúng ta có thể chọc hút dẫn lưu dịch. Nghiên cứu có 3 trường hợp tụ dịch sau mổ chiếm tỷ lệ 2,9%. Biểu hiện trên lâm sàng của tụ dịch là bệnh nhân xuất hiện lại khối phồng tại bìu sau mổ. Theo NC của Neumayer[9], Sagiroglu[13] và Reiner[12] tỉ lệ tụ dịch bìu của PP PTNS là 13,6%, 6,6% và 3%.

Đau kéo dài và rối loạn cảm giác vùng bẹn: Nghiên cứu có 4 BN bị đau và tê rối loạn cảm giác vùng bẹn (3,8%). Theo Neumayer[9], Ozmen[11] và Nguyễn Hoàng Bắc[1] tỉ lệ đau mạn tính mổ của PP PTNS đặt mesh tiền phúc mạc là 9,8%, 1,8% 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. Các dây

thần kinh thường bị tổn thương là nhánh đuôi của thần kinh sinh dục đuôi và thần kinh bì đuôi ngoài. Đặc điểm lâm sàng chính của tổn thương thần kinh sinh dục đuôi gồm có đau nhẹ và cảm giác nóng ở vùng bẹn và phần trên đuôi.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy hầu hết các bệnh nhân đều đau nhẹ ở ngày hậu phẫu thứ nhất. Mức độ đau này giảm dần theo thời gian.

- Tái phát:

Qua thời gian theo dõi sau mổ trung bình 27 tháng chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp tái phát. Đây là bệnh nhân 77 tuổi, thoát vị bẹn 2 bên, chúng tôi đặt 2 mảnh ghép 10 x 15 cm bên phải và trái, sau mổ 3 tháng bị tái phát bên phải. BN được phẫu thuật lại theo phương pháp Lichtenstein. Trường hợp tái phát này có thể do trong quá trình xả khí mảnh ghép dịch chuyển làm cho vị trí lỗ cơ lược không còn nằm ở trung tâm mảnh ghép mà di chuyển sang rìa mảnh ghép nên sau mổ ít tháng BN bị tái phát.

Theo nhiều tác giả, tái phát có thể do nhiều nguyên nhân:

- Phẫu tích không đủ rộng để đặt mảnh ghép làm cho mảnh ghép bị cuộn lại không che phủ đủ vùng khiếm khuyết.

- Mảnh ghép di chuyển do xả khí CO² quá nhanh.

- Tụ dịch, tụ hơi khoang trước phúc mạc tạo điều kiện cho mảnh ghép dễ di chuyển sau mổ.

- Kích thước mảnh ghép không đủ lớn để che phủ toàn bộ lỗ cơ lược. Theo thời gian, mảnh ghép sẽ bị co lại khoảng 20% diện tích khi đặt vào cơ thể. Vì vậy, điều tiên quyết trong phòng chống tái phát là mảnh ghép phải lớn.

Theo Niebuhr[10], các yếu tố liên quan đến tái phát bao gồm kích thước mảnh ghép, phương pháp vô cảm gây tê hay mê, có cố định mảnh ghép hay không cố định mảnh ghép, trình độ phẫu thuật viên.

Donmez[6] thực hiện nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng giữa 2 nhóm gây tê và gây mê PTNS là đặt mảnh ghép, kết quả không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật, tai biến, biến chứng và tỉ lệ tái phát

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. Tuy nhiên, theo Sagiroglu[13] thì không cần cố định mảnh ghép, chính phúc mạc và thành bụng sẽ ép cố định mảnh ghép, vấn đề chính là bóc tách đủ rộng và đặt mảnh ghép đúng vị trí. Sử dụng Tack cố định mảnh ghép có thể gây nên đau kéo dài sau mổ, kéo dài thời gian phẫu thuật, thời gian nằm viện đồng thời làm tăng chi phí điều trị.

Tỷ lệ tái phát trong phẫu thuật nội soi nhìn chung là dưới 2%. Theo đa số các phẫu thuật viên thì tỷ lệ tái phát sau đặt mảnh ghép thường xảy ra trong năm đầu tiên, càng về sau thì tỷ lệ tái phát càng giảm.

Bảng 4.1. Tỷ lệ tái phát trong phẫu thuật nội soi

| Tác giả | Số BN | Thời gian theo dõi | Tỷ lệ tái phát |
|---------------------|-------|--------------------|----------------|
| Nguyễn Quang Huy[4] | 69 | 6 tháng | 1,45% |
| Huỳnh Phú Hữu[3] | 80 | 6 tháng | 0% |

| | | | |
|--------------|-----|----------|-------|
| Sagioglu[13] | 60 | 24 tháng | 0% |
| Chúng tôi | 103 | 27 tháng | 1,00% |

So sánh tỉ lệ tái phát giữa PTNS đặt mesh và mổ mở theo PP Lichtenstein:

Waris [15] NC 200 BN TVB được PTNS đặt mesh và 200 BN mổ theo PP Lichtenstein, kết quả tỉ lệ tái phát của 2 PP tương đương nhau dưới 1%, nhưng thời gian nằm viện và thời gian đau sau mổ của PP Lichtenstein dài hơn PP PTNS.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 2 BN có tiền sử phẫu thuật thoát vị bẹn mổ mở theo phương pháp Bassini bị tái phát, chúng tôi mổ lại theo phương pháp phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc, qua theo dõi đến nay chưa phát hiện tái phát. Những năm gần đây, không những việc điều trị TVB nguyên phát mà cả TVB tái phát 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[14] khi thực hiện phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cho 154 BN bị TVB tái phát do lần trước mổ mở, ông 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. Từ đó, ông kết luận nên dùng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc đối với TVB tái phát

Nghiên cứu của Vương Thừa Đức[2] trên 34 BN TVB tái phát, hầu hết BN trong nghiên cứu được mổ lần đầu bằng một kỹ thuật mổ dùng mô tự thân (chủ yếu là Bassini), ông mổ mở lại dùng mảnh ghép (PP Lichtenstein) trong TVB tái phát đạt kết quả khá tốt với tỷ lệ tái phát 3%. Nhưng có 2 trường hợp TVB tái phát 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[7], mổ theo ngã trước nên dùng đối với TVB tái phát 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 TVB tái phát đã được mổ đặt mảnh ghép qua ngã trước (Lichtenstein, Bassini, ...).

Trong nghiên cứu có hai BN thoát vị bẹn 2 bên được phẫu thuật đặt mảnh ghép ngã tiền phúc mạc với 2 mảnh ghép rời 10 x 15 cm, sau mổ 3 tháng có 1 BN tái phát. Chúng tôi đã phẫu thuật lại cho BN theo phương pháp mổ mở đặt mảnh ghép (Lichtenstein) BN xuất viện ổn định và theo dõi đến nay không tái phát. Đối với trường hợp tái phát sau mổ nội soi thì việc vào bằng ngã trước là rất dễ dàng như mổ thoát vị bẹn nguyên phát.

V. KẾT LUẬN:

Phẫu thuật nội soi đặt mảnh ghép hoàn toàn ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn điều trị thoát vị bẹn có tính an toàn và hiệu quả, ít tai biến, biến chứng, tỉ lệ 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** (2010), “Thoát vị bẹn tái phát: tổn thương và điều trị”. Chuyên đề: Khoa học kỹ thuật bệnh viên Bình Dân, 14(1), tr.610 – 615.
3. **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 viên Bình Dân, 20(2), tr.394 – 400.
4. **Nguyễn Quang Huy, Nguyễn Trường Vinh, Nguyễn Đức Thọ** (2016), “Khảo sát kết quả ban đầu điều trị thoát vị bẹn bằng phẫu thuật nội soi ngã tiền phúc mạc tại Bệnh viện Nhân dân 115”. Tạp chí Hội Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam 2016.
5. **Lê Phước Thành** (2010) “Điều trị thoát vị bẹn bằng kỹ thuật LICHTSTEIN tại BVĐKKV Cù lao Minh”. *Hội nghị Khoa học kỹ thuật bệnh viên Chợ Rẫy*, 14(2), tr 109 – 114
6. **Donmez T., Erdem VM., Sunamak O., et al**, (2016), “laparoscopic total extraperitoneal repair under spinal anesthesia versus general anesthesia: a randomized prospective study”, *Therapeutics and Clinical Risk Management* 2016,12, PP. 1599–1608.1
7. **Gianetta E., Stabilini C.** (2005), Recurrent inguinal hernia: what is the best approach?, *Acta BioMed*, 76, Suppl 1: 86.
8. **Lateef AU., Khan AA., Khan SM., et al**, (2016), “ Extraperitoneal (TEP) Repair for Adult Inguinal Hernia”, *APMC*, 10 (3), pp. 162-165.2
9. **Neumayer L., Giobbie-Hurder A., Jonasson O., et al** (2004), “Open mesh versus laparoscopic mesh repair of inguinal hernia”, *N Engl J Med*, 350, pp. 1819–1827.
10. **Niebuhr H., Köckerling F.**, (2017), “Risk factors for recurrence in inguinal hernia repair” *Surg Sci*, 2(2), pp. 53–59.3
11. **Ozmen J., Hons., FRACS., et al**. (2015), “Laparoscopic Totally Extraperitoneal Groin Hernia Repair Using a Self-Gripping Mesh: Clinical Results of 235 Primary and Recurrent Groin Hernias”, *The Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques*, 25 (11), pp.915-919.4
12. **Reiner M. A., Bresnahan E.R** (2016), “Laparoscopic Total Extraperitoneal Hernia Repair Outcomes in 1240 Cases”, *The Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, 20(3), pp. 1-10.5
13. **SAĞIROĞLU J, ÖZDEMİR T, ATAK T., et al**, (2016) “Laparoscopic Total Extraperitoneal Inguinal Hernia Repair Without Mesh Fixation: Report of Early Outcomes”, *The Journal Kartal TR* , 27(3), pp. 215-219.6
14. **Scheuerlein H., Schiller A.** (2003), Totally extraperitoneal repair of recurrent inguinal hernia, *Surg Endosc*, Vol 17, Issue 7, pp. 1072-1076.
15. **WARIS A., ABID KJ, ISHAQUE S., ET AL**, (2016),” Totally Extra-Peritoneal (TEP) Versus Tension Free Mesh Repair for Inguinal Hernia”, *P J M H S*, 10(1), pp.186-189. 8

HIỆU QUẢ CỦA KHÁNG SINH DỰ PHÒNG CÓ CHỌN LỌC TRONG PHẪU THUẬT LẤY THAI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẠNH PHÚC

ThS.BS. Nguyễn Minh Trung, ThS. BS. Hứa Văn Tấn

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mổ lấy thai là vấn đề đang được quan tâm hàng đầu cho ngành sản khoa, mổ lấy thai chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại phẫu thuật tại các bệnh viện đa khoa. Theo một số tác giả cho thấy tỷ lệ mổ lấy thai tại bệnh viện tính khoảng 35% [4,5], có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ mổ lấy thai như các yếu tố xã hội, các yếu tố chuyên môn, ... Việc sử dụng kháng sinh trong mổ lấy thai cũng như các chỉ định trong mổ lấy thai đang là vấn đề nan giải. Sử dụng kháng sinh dự phòng (KSDP) trong mổ lấy thai cịn nhiều hạn chế do lo sợ nhiễm trùng vết mổ sẽ gia tăng. Vì vậy, chi phí cho các trường hợp trong mổ lấy thai còn khá cao và người sản phụ còn phải chịu nhiều nguy cơ sau này do việc sử dụng kháng sinh chưa thích hợp.

Việc sử dụng kháng sinh không thích hợp không những gây lãng phí về mặt kinh tế mà còn tạo ra các vi trùng kháng thuốc, làm cho người bệnh vốn đã chịu nhiều tổn kém mà còn phải đối phó với nguy cơ bệnh khó chữa trị.

Tại tỉnh An Giang, việc sử dụng kháng sinh trong mổ đẻ ở nhiều bệnh viện trong tỉnh còn nhiều khác biệt và chưa theo phác đồ chung, nhất là chưa dám mạnh dạn triển khai sử dụng kháng sinh dự phòng liều duy nhất trong phẫu thuật mổ lấy thai. Hiện nay, trong tỉnh chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này.

Với mong muốn có một bằng chứng khoa học về hiệu quả của kháng sinh dự phòng, cũng như biết được các yếu tố nguy cơ có thể dẫn tới thất bại của việc sử dụng KSDP chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Xác định tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ trên những bệnh nhân mổ lấy thai có sử dụng kháng sinh dự phòng.

Phân tích các yếu tố nguy cơ có thể dẫn tới thất bại của việc sử dụng kháng sinh dự phòng.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Các sản phụ có chỉ định phẫu thuật lấy thai có chọn lọc tại Bệnh viện đa khoa Hạnh Phúc từ 01/10/2015 đến ngày 01/09/2017 thỏa mãn các tiêu chuẩn chọn bệnh.

2.3. Tiêu chuẩn

2.3.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Không dùng bất cứ kháng sinh nào trong 24 giờ trước mổ
- Vỡ ối dưới 06 giờ
- Không mắc các bệnh Nội khoa như: tiểu đường, suy thận, thiếu máu, viêm phổi, nhiễm trùng tiểu, các bệnh lý có nguy cơ làm tăng nhiễm khuẩn.
- Không viêm âm hộ, âm đạo đang tiến triển.

2.3.2. Tiêu chí loại trừ:

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Tiền sử dị ứng với kháng sinh nhóm Beta-lactam
- Có bằng chứng lâm sàng nghi ngờ nhiễm khuẩn ối

- Có biến chứng trong phẫu thuật như: thất động mạch tử cung, động mạch hạ vị, có dùng mũi khâu B-Lynch hoặc cắt tử cung.
- Có sốt trong 24 giờ trước mổ
- Có dùng corticoid trong quá trình nằm viện
- Nhau tiền đạo, nhau bong non, mẹ bị tiền sản giật, sản giật

2.4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Theo nghiên cứu của Nguyễn Việt Thắng^[5] (2005), hiệu quả của cefotaxime điều trị trong 05 ngày là 97%.

Áp dụng công thức :

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

Trong đó: $p: 0.97$ ^[20]

α : xác suất sai lầm loại I. Chọn $\alpha = 5\%$.

d : độ chính xác tuyệt đối. Chọn $d = 0.02$.

Số mẫu $n \geq 297$ mẫu. Chọn $N = 300$

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA CÁC ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

3.1.1. Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng tham gia nghiên cứu

Bảng 3.1: Đặc điểm dịch tễ học của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | Tần số | Tỷ lệ % |
|--------------------------|------------------------------------|------------|
| Nhóm tuổi | | |
| 17 - 25 tuổi | 91 | 24,6 |
| 26 - 30 tuổi | 146 | 39,5 |
| 31 - 35 tuổi | 99 | 26,5 |
| 36 - 47 tuổi | 34 | 9,2 |
| Tuổi trung bình | 28,91 ± 4,87 tuổi (min=17, max=47) | |
| Điều kiện kinh tế | | |
| Nghèo | 1 | 0,3 |
| Trung bình | 322 | 86,3 |
| Khá, giàu | 50 | 13,4 |
| Tổng số | 373 | 100 |

Nhận xét:

- Tuổi trung bình của khách hàng trong nghiên cứu là 28,91 ± 4,87 tuổi. Nhiều nhất là nhóm 26 - 30 tuổi có 146 trường hợp chiếm 39,5%, kế đến là nhóm tuổi từ 31 – 35 tuổi chiếm 26,5%. Tuổi thấp nhất là 17, có 1 trường hợp chiếm tỷ lệ 0,3% và cao nhất là 47 tuổi, chiếm 0,3%.

- Điều kiện kinh tế: Đa số có điều kiện kinh tế ở mức trung bình chiếm 86,3%, khá, giàu chiếm 13,4%, thấp nhất là kinh tế gia đình nghèo chiếm 0,3%.

3.1.2. Đặc điểm về tiền căn của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2: Đặc điểm về tiền căn của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | Tần số | Tỷ lệ % |
|---------------------------------|------------|------------|
| Số lần có thai | | |
| Con lần 1 | 189 | 50,7 |
| Con lần 2 | 169 | 45,3 |
| Con lần 3 | 15 | 4 |
| Chỉ số khối cơ thể (BMI) | | |
| < 18,5 | 7 | 1,9 |
| 18,5 – 29,9 | 359 | 96,2 |
| ≥ 30 | 7 | 1,9 |
| Tổng số | 373 | 100 |

Nhận xét:

- Số lần có thai: Tiền căn có thai lần đầu chiếm tỷ lệ 50,7%, trong khi có thai lần thứ 2 chiếm 45,3%, có thai lần thứ 3 trở lên chỉ chiếm 4%.

- Chỉ số khối cơ thể: nhóm có chỉ số khối cơ thể ở mức trung bình chiếm tỷ lệ 96,2%, trong khi nhóm có chỉ số khối cơ thể béo phì chiếm tỷ lệ 1,9%, nhóm có chỉ số khối cơ thể thấp cũng chiếm tỷ lệ 1,9%.

3.1.3. Đặc điểm của lần mang thai này

Bảng 3.3: Đặc điểm của lần mang thai này

| Đặc điểm | Tần số | Tỷ lệ % |
|------------------------------|------------|------------|
| Tuổi thai | | |
| < 37 tuần | 19 | 5,1 |
| 37 – 40 tuần | 327 | 87,7 |
| > 40 tuần | 27 | 7,2 |
| Thời điểm mổ lấy thai | | |
| Chủ động | 79 | 21,2 |
| Khi có chuyển dạ | 294 | 78,8 |
| Tổng số | 373 | 100 |

Nhận xét:

- Tuổi thai: đa số là thai trưởng thành chiếm tỷ lệ 87,7%, thai qua ngày chiếm 7,2%, thai non tháng chỉ chiếm 5,1%.

Thời điểm mổ lấy thai: đa số là mổ lấy thai khi đã có chuyển dạ chiếm tỷ lệ 78,8%, mổ lấy thai chủ động chỉ chiếm 21,2%.

3.1.4. Đặc điểm liên quan đến phẫu thuật lấy thai

Bảng 3.4: Đặc điểm liên quan đến phẫu thuật lấy thai

| Đặc điểm | Tần số | Tỷ lệ % |
|-----------------------------|-------------------------------------|------------|
| Thời gian phẫu thuật | 28,75 ± 4,2 phút (min=20, max=50) | |
| Đường mổ | | |
| Pfannenstiel | 372 | 99,7 |
| Dọc giữa dưới rốn | 1 | 0,3 |
| Lượng máu mất | 286,54 ± 48,2 ml (min=200, max=400) | |
| Phẫu thuật kèm theo | | |
| Không | 370 | 99,2 |
| Triệt sản | 3 | 0,8 |
| Tổng số | 373 | 100 |

Nhận xét:

- Thời gian phẫu thuật trung bình là 28,75 ± 4,2 phút.
- Đường mổ: đa số là mổ đường Pfannenstiel chiếm tỷ lệ 99,7%, chỉ có 1 trường hợp mổ đường dọc giữa dưới rốn, chiếm 0,3%.
- Lượng máu mất trung bình 286,54 ± 48,2 ml.
- Phẫu thuật kèm theo: đa số là không có phẫu thuật kèm theo chiếm tỷ lệ 99,2%, chỉ có 3 trường hợp có kèm theo triệt sản, chiếm 0,8%.

3.2. ĐẶC ĐIỂM LIÊN QUAN ĐẾN NHIỄM TRÙNG HẬU PHẪU

Bảng 3.5: Đặc điểm liên quan đến nhiễm trùng hậu phẫu

| Đặc điểm | Tần số | Tỷ lệ % |
|---------------------------|------------|------------|
| Sốt sau mổ | | |
| Có | 1 | 0,3 |
| Không | 372 | 99,7 |
| Nhiễm trùng vết mổ | | |
| Có | 1 | 0,3 |
| Không | 372 | 99,7 |
| Tổng số | 373 | 100 |

Nhận xét:

- Sốt sau mổ: đa số là không có sốt sau mổ, chiếm 99,7%, chỉ có 1 trường hợp có ghi nhận sốt sau mổ, chiếm 0,3%.
- Nhiễm trùng vết mổ: chỉ có 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, chiếm tỷ lệ 0,3%.

3.3. KHẢO SÁT TRƯỜNG HỢP NHIỄM TRÙNG VẾT MỔ

Trong nghiên cứu có 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ 0,3%, đây là trường hợp sản phụ 34 tuổi, mang thai lần thứ 2, chỉ số khối cơ thể là 29,3, được mổ lấy thai khi đã có chuyển dạ, với chẩn đoán ngôi mông – thiếu ối, thời gian phẫu thuật là 20 phút, lượng máu mất là 200ml, đường mổ Pfannenstiel và không có phẫu thuật kèm theo.

Trường hợp này đã được chẩn đoán là nhiễm trùng vết mổ độ I, được xử trí tiếp theo là thêm kháng sinh Metronidazole 500, 1 chai X 3 truyền tĩnh mạch trong 4 ngày, không có kèm viêm phổi hay nhiễm trùng tiết niệu, sau đó tình trạng vết mổ cải thiện và người bệnh được xuất viện sau mổ 7 ngày.

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số tác giả như Nguyễn Việt Thắng có tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 1,6% và Hồ Thu Hằng có tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 3,2%, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ cao hơn so với một số tác giả như Fugere, trong một nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng thì tác giả không ghi nhận trường hợp nào bị nhiễm trùng vết mổ, còn trong nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng của Koppel, tác giả cũng không ghi nhận trường hợp nào có nhiễm trùng vết mổ.

Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của một số tác giả như Galask, trong nghiên cứu này thì tác giả ghi nhận có 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ trong 162 trường hợp tham gia nghiên cứu.

5. KẾT LUẬN & KIẾN NGHỊ

5.1. KẾT LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ ngày 01 tháng 10 năm 2015 đến ngày 01 tháng 09 năm 2017, tại khoa sản Bệnh viện Đa khoa Hạnh Phúc, chúng tôi đã rút ra kết luận sau:

- Sử dụng kháng sinh dự phòng có chọn lọc trong phẫu thuật lấy thai tại Bệnh viện Đa khoa Hạnh Phúc bước đầu cho thấy rất có hiệu quả.

- Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ là 0,3%.

5.2. KIẾN NGHỊ

Từ những kết quả đạt được, chúng tôi có một số kiến nghị như sau:

1. Kháng sinh dự phòng có chọn lọc trong phẫu thuật lấy thai có tính khả thi và hữu ích, nên cần được quan tâm và áp dụng trong phẫu thuật lấy thai.

2. Cần có thêm những nghiên cứu trên những đối tượng bệnh nhân khác nhau, cũng như ở các chuyên khoa khác, để kháng sinh dự phòng ngày càng được áp dụng nhiều hơn, nhằm đem lại nhiều lợi ích, cũng như sự hài lòng cho người bệnh, và cũng nhằm góp phần làm giảm tình trạng đề kháng thuốc kháng sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Tiếng Việt

1. Văn Tần và cộng sự (2000), *Vấn đề nghiên cứu nhằm giảm tỷ lệ nhiễm trùng sau mổ tại bệnh viện Bình Dân*. Đề tài nghiên cứu khoa học cấp thành phố, tr.6-18.

. Hồ Thu Hằng (2000), *So sánh hiệu quả kháng sinh dự phòng cefazolin đơn liều và đa liều trong mổ lấy thai*, Luận văn tốt nghiệp Cao học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.

3. Nguyễn Việt Thắng (2005), *Hiệu quả cefotaxime đơn liều so với đa liều trong phẫu thuật lấy thai có chọn lọc*, Luận án chuyên khoa II, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

Tiếng Anh

4. Peter L.Chang, Edward R.Newton (1992), *Predictors of Antibiotic Prophylactic Failure in Post-Cesarean Endometritis*. *Obstet Gynecol*, 80, pp.117-122.

5. Classen D.C, Evansrs, Pestotnik SL, et al (1992), *The timingof prophylactic administration of antibiotics and the risk of surgical wound infection*. *N Engl J Med*, 326, pp. 281-286.

6. D'Angelo, Sokol (1980), *Short versus long course antibiotic prophylaxis antibiotic treatment in cesarean section patient*. *Obstet Gynecol*, 55, pp.583-586.

7. Dellinger E.P (1997), *Surgical infections and choice of antibiotics*.Text book of Sugery. Sabinton D.C, 15th Edit, pp.1209.

9. Joseph T.Dipiro, Richard P F.Cheung, Talmadge A.Bowden, John A Mansberger (1986), *Single dose Systemic antibiotic Prophylaxis of Surgycal Wound infection*. *The American Journal of Surgery*, 152, pp.553-558.

10. Drummond, Stoddard, Torrance(1994), *Methods for economic evaluation of health care programmes*. *Economic Sante Saigon 2*, pp.1-11.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN LƯỠNG CỰC ĐIỀU TRỊ GÃY CỔ XƯƠNG ĐÙI, GÃY LIÊN MÁU CHUYỂN Ở BỆNH NHÂN LỚN TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AG

*Ts. Trần Phước Hồng, Bs. Huỳnh Văn Hạnh,
Bs. Nguyễn Văn Vui, CN. Đinh Hoàng Tùng*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Thay khớp háng bán phần là thay phần cổ và chỏm xương đùi. Khớp háng bán phần lưỡng cực là khớp nhân tạo mà phần chỏm gồm hai chỏm lồng vào nhau, có tác dụng giảm ma sát giữa chỏm bằng kim loại và ổ cối của bệnh nhân. Đây là phương pháp tiên bộ trong điều trị gãy cổ xương đùi và gãy liên mấu chuyển xương đùi ở người lớn tuổi, giúp bệnh nhân giảm đau đớn, chức năng khớp háng được phục hồi, nâng cao chất lượng sống, dễ chăm sóc, hạn chế các biến chứng do nằm lâu: loét, viêm phổi, nhiễm trùng niệu, huyết khối [4],... Tuy nhiên đây là phẫu thuật lớn, được thực hiện trên đối tượng bệnh nhân lớn tuổi, yếu tố nguy cơ trong phẫu thuật cao.

Trước đây, phải chuyển bệnh nhân lên thành phố Hồ Chí Minh, tốn kém nhiều chi phí, sức lực cho người bệnh và gia đình. Được sự hỗ trợ của Bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi mạnh dạn triển khai kỹ thuật thay khớp háng bán phần lưỡng cực điều trị bệnh nhân lớn tuổi gãy cổ xương đùi, gãy liên mấu chuyển xương đùi tại Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang. Do đó việc nghiên cứu kết quả điều trị, tai biến, biến chứng của phẫu thuật thay khớp háng bán phần là rất cần thiết. Đề tài này nhằm đánh giá kết quả bước đầu điều trị với mục tiêu:

- *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật thay khớp háng điều trị gãy cổ xương đùi, gãy liên mấu chuyển xương đùi.*

- *Xác định tỷ lệ tai biến, biến chứng của phẫu thuật thay khớp háng bán phần.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1 Đối tượng nghiên cứu:

2.1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân lớn tuổi gãy cổ xương đùi, gãy liên mấu chuyển nhập viện bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang

Không có chống chỉ định phẫu thuật thay khớp.

2.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân không đáp ứng đủ các tiêu chuẩn lựa chọn, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Địa điểm, thời gian nghiên cứu:

Địa điểm nghiên cứu: Khoa ngoại Chấn thương bệnh viện ĐKKV tỉnh AG.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 11/2017 đến tháng 10/2018.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

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

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu:

Bộ phẫu thuật kết hợp xương chi dưới.

Bộ trợ cụ thay khớp háng.

Bộ khớp háng bán phần nhân tạo: chuỗi, chỏm.

2.2.3. 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.

2.2.4. Phương pháp tiến hành:

Kỹ thuật vô cảm: Tê tủy sống hoặc gây mê nội khí quản.

Phương pháp phẫu thuật:

+ Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ: khám lâm sàng, cận lâm sàng đầy đủ, đánh giá tình trạng toàn thân và vùng mổ.

+ Tư thế: bệnh nhân nằm nghiêng 90^0 về bên thay khớp.

+ Phẫu thuật viên đứng phía sau bệnh nhân.

+ Đường mổ sau ngoài, rạch da từ sau ngoài máu chuyên lớn hướng dọc thân xương đùi đến gai chậu sau trên dài khoảng 6 – 12cm, rạch gân cơ theo đường mổ, tách cơ mông lớn, giữ trọn vẹn cơ mông nhỏ, chân khớp xoay trong để thấy rõ nhóm cơ xoay, cắt nhóm cơ xoay, cắt bao khớp hình chữ L hoặc chữ T bọc lộ khớp háng.

+ Cắt cổ xương đùi, đo đường kính chỏm xương đùi.

+ Đo và ráp ống tủy xương đùi từ cỡ nhỏ đến cỡ lớn.

+ Thử chuôi, thử cỡ võ chỏm, đường kính võ chỏm bằng đường kính chỏm xương đùi bệnh nhân.

+ Bơm rửa ống tủy.

+ Đặt chuôi vào ống tủy, nếu tình trạng loãng xương nhiều, bơm xi măng vào lòng tủy trước khi đặt chuôi.

+ Lắp chỏm nhân tạo vào cổ chuôi.

+ Nắn khớp nhân tạo, kiểm tra độ vững của khớp.

+ Dẫn lưu kín áp lực âm, đóng vết mổ.

+ Băng thun từ bàn chân đến đùi chống sưng ngừa huyết khối.

+ Nẹp Zimer chân phẫu thuật chống gập gối ngừa trật khớp sau mổ.

+ Kháng sinh, giảm đau sau mổ.

+ Chụp Xquang khớp háng kiểm tra.

+ Theo dõi đánh giá diễn tiến sau mổ.

+ Tập vận động thụ động, chủ động tăng dần ngay sau phẫu thuật.

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu:

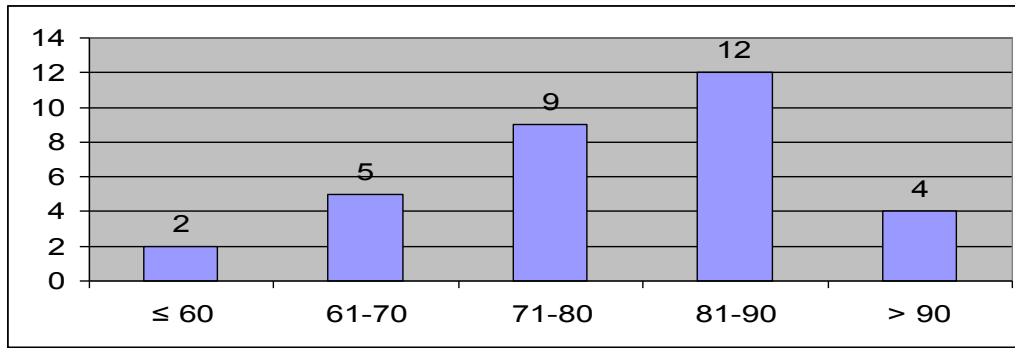
Số liệu được xử lý theo phần mềm nghiên cứu thống kê y học SPSS 16.0 for Windows

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

3.1 Đặc điểm bệnh nhân:

Từ tháng 11/2017 đến tháng 9/2018 có 32 bệnh nhân gãy cổ xương đùi, gãy liên mấu chuyển xương đùi được điều trị bằng phẫu thuật thay khớp háng bán phần, trong đó có 5 nam (15,6%) và 27 nữ (84,4%), tỷ lệ nữ / nam= 5,4. Tuổi trung bình $78,8 \pm 11,2$ tuổi (48 - 97).

Biểu đồ 3.1: Nhóm tuổi



Nhận xét: phần lớn bệnh nhân ở nhóm tuổi từ 70 đến 90, chiếm tỷ lệ 65,6% (21 BN).

Bảng 3.1: Đặc điểm bệnh lý kèm theo

| Đặc điểm | Số BN (n= 32) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------------|---------------|-----------|
| Cao huyết áp | 12 | 37,5 |
| Đái tháo đường | 5 | 15,6 |
| Cao huyết áp + Đái tháo đường | 3 | 9,4 |
| Khác | 1 | 3,1 |
| Không bệnh kèm theo | 11 | 34,4 |

Nhận xét: 2/3 BN gãy cổ xương đùi có bệnh lý kèm theo: cao huyết áp, đái tháo đường, hoặc cả hai vừa cao huyết áp và đái tháo đường.

Bảng 3.2: Đặc điểm lâm sàng.

| Đặc điểm | |
|-------------------------------------|--------------------------|
| BMI | 20,6 ± 2,5 (16,4 – 28,1) |
| Thời gian từ bị bệnh đến phẫu thuật | 1,4 ± 0,6 (1 - 3) tuần |
| Vị trí gãy: | |
| Gãy liên mấu chuyễn | 13 (40,6%) |
| Gãy cổ xương đùi | 19 (59,4%) |
| Bên gãy: | |
| Gãy bên phải | 15 (46,9%) |
| Gãy bên trái | 17 (53,1%) |
| Phân độ Gardan: (N= 19) | |
| Độ I | 2 (10,5%) |
| Độ II | 5 (26,3 %) |
| Độ III | 8 (42,1%) |
| Độ IV | 4 (21,1%) |

Nhận xét: Trong số 19 BN gãy cổ xương đùi, 63,2% là Gardan III và Gardan IV

3.2 Đặc điểm phẫu thuật:

- Nghiên cứu 32 BN gãy cổ xương đùi, gãy liên mấu chuyễn xương đùi đường kính chỏm xương đùi sử dụng trung bình: 43,2 ± 2,7 mm, chỏm nhỏ nhất 40mm, lớn nhất 48.

- Sử dụng xi măng trong mổ: được thực hiện 26 BN (81,2%), trong đó có 13 BN gãy liên mấu chuyển và 13 BN gãy cổ xương đùi.

- Thời gian phẫu thuật.

- Thời gian phẫu thuật trung bình $57,1 \pm 11,2$ (40- 90) phút.

Bảng 3.2: Liên quan thời gian phẫu thuật, vị trí gãy, sử dụng xi măng.

| | Loại gãy | Thời gian phẫu thuật (phút) | p |
|-----------------|------------------------------|-----------------------------|--------|
| Vị trí gãy | Gãy liên mấu chuyển (n = 13) | $66,5 \pm 10,8$ | <0,001 |
| | Gãy cổ xương đùi (19) | $50,7 \pm 5,8$ | |
| Sử dụng xi măng | Có xi măng (n = 26) | $58,6 \pm 11,7$ | 0,04 |
| | Không có xi măng (6) | $50,8 \pm 6,6$ | |

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật đối với gãy liên mấu chuyển và có sử dụng xi măng dài hơn thời gian phẫu thuật gãy cổ xương đùi và không sử dụng xi măng. $P < 0,001$.

- Truyền máu: Có 12(37,5%) BN phải truyền máu trong mổ, lượng máu truyền ít nhất là 180 ml, nhiều nhất là 1.080 ml

Bảng 3.3: Liên quan giữa lượng máu truyền và loại gãy xương.

| Loại gãy | Lượng máu truyền | p |
|------------------------------|-------------------|------|
| Gãy liên mấu chuyển (n = 10) | $558,0 \pm 260,8$ | 0,93 |
| Gãy cổ xương đùi (n=2) | $540,0 \pm 254,5$ | |

Nhận xét: Lượng máu truyền đối với BN Gãy liên mấu chuyển nhiều hơn BN Gãy cổ xương đùi, tuy nhiên tương quan này không ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$)

3.3.Kết quả phẫu thuật:

3.3.1.Kết quả sớm:

Thời gian nằm viện trung bình: $12 \pm 3,6$ (6- 21) ngày.

Bảng 3.4: Thời gian nằm viện

| Loại gãy | Thời gian nằm viện | p |
|------------------------------|--------------------|------|
| Gãy liên mấu chuyển (n = 13) | $13,6 \pm 4,2$ | 0,05 |
| Gãy cổ xương đùi (n=19) | $10,95 \pm 3,1$ | |

Nhận xét: Thời gian nằm viện BN gãy liên mấu chuyển dài hơn gãy cổ xương đùi.

Tai biến trong lúc mổ:

Tổn thương mạch máu: 0

Tổn thương thần kinh: 0

Gãy xương trong mổ: 0

Tử vong trong mổ: 0.

Số lè chi >3,2cm: 0

Nhiễm khuẩn sau mổ: 0

Hài lòng người bệnh: 32/33 chiếm tỷ lệ 96,9%

3.3.2.Kết quả xa:

Nhiễm khuẩn muộn xảy ra sau mổ 5 tháng: 1 ca (3,1%),

Trật khớp sau mổ: 0

Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 198 ngày (6,6 tháng), chúng tôi đánh giá được 13 BN, chiếm tỷ lệ 40,6%.

Đánh giá mức độ đau:

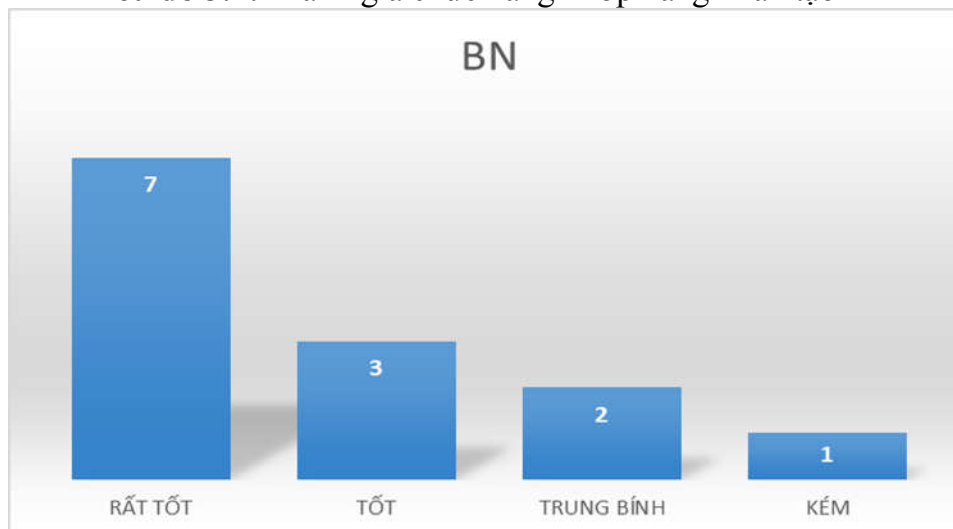
Bảng 3.5: Bảng đánh giá mức độ đau sau mổ 3 tháng

| | BN | Tỷ lệ % |
|---|----|---------|
| Đau nhưng không đáng kể | 9 | 69,2 |
| Đau vừa phải dùng 1 loại thuốc giảm đau | 3 | 23,1 |
| Đau nhiều phải dùng 2 loại thuốc giảm đau | 1 | 7,7 |
| Tổng | 13 | 100,0 |

Nhận xét: BN đau nhiều phải dùng 2 loại thuốc giảm đau chỉ chiếm tỷ lệ 7,7%.

Đánh giá chức năng khớp háng nhân tạo: theo tiêu chuẩn của Harris sau mổ 3 tháng kết quả như sau:

Biểu đồ 3.2: Đánh giá chức năng khớp háng nhân tạo



Nhận xét: Chúng tôi chỉ theo dõi sau mổ và đánh giá kết quả xa được 13 BN, 76% cho kết quả tốt và rất tốt.

IV. BÀN LUẬN:

4.1 Đặc điểm bệnh nhân:

- Tuổi là yếu tố quan trọng để có chỉ định phù hợp, tuổi trẻ cần lao động, hoạt động nhiều, thay khớp háng bán phần là lựa chọn không phù hợp. Thay khớp háng bán phần chỉ dùng cho bệnh nhân lớn tuổi khả năng đi lại ở mức độ vừa, nhu cầu hoạt động giảm. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là $78,8 \pm 11,2$ tuổi, cao hơn NC của Nguyễn Tường Quang 74,8 tuổi [5], Nguyễn Triết Hiền là 68,7 tuổi [2] thấp hơn NC Phan Thế Minh là 82,4 tuổi [3]. Kết quả tốt và rất tốt theo tiêu chuẩn của Harris của chúng tôi khá cao 76,9%, nên lựa chọn chỉ định thay khớp háng bán phần của chúng tôi là phù hợp.

- Nguyên nhân chấn thương kết quả của chúng tôi 100% là do tai nạn sinh hoạt, tương tự Nguyễn Tường Quang 98,33% [5], Nguyễn Văn Quang 85% [6]. Do bệnh nhân lớn tuổi, loãng xương, phản xạ kém, đi đứng trượt ngã dễ gãy cổ xương đùi, gãy liên mấu chuyển xương đùi.

- Vị trí bên gãy phải 15 ca, trái 17 ca tương đương nhau không khác biệt về kết quả chức năng của bệnh nhân

- Trong 19 ca gãy cổ xương đùi, 63,2% là gãy độ III, độ IV, đây là loại gãy không liền xương, hoại tử chỏm cao nếu không được phẫu thuật.

- Hầu hết có bệnh lý nội khoa kết hợp (65,6%). Những bệnh nhân có nhiều bệnh lý nội khoa kết hợp thường kết quả phục hồi chức năng khớp háng kém hơn

4.2 Đặc điểm phẫu thuật:

- Loại khớp có xi măng cố định vững ngay, cho phép đi có tỳ nén sớm, được khuyến khích dùng cho bệnh nhân cao tuổi, loãng xương. Tuy nhiên yếu tố nguy cơ trong phẫu thuật rất cao như tụt huyết áp, thuyên tắc mỡ, trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng bệnh nhân có sử dụng xi măng tương đối cao (81,2%), do tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu cao, nên loãng xương nhiều hơn.

- Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $57,1 \pm 11,2$ (40- 90) phút, Nguyễn Tường Quang là 75,7 phút [5], Phan Thế Minh 87,43 phút [3]. Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi ngắn hơn các tác giả khác là nhờ có sự trợ giúp của nhóm bác sĩ bệnh viện Chợ Rẫy.

- Chúng tôi có 12 trường hợp phải truyền máu chiếm tỷ lệ 37,5%, đây là sự chỉnh định cần thiết, vì khi cắt cổ xương đùi, doa lòng tủy cũng làm mất máu đáng kể. Hơn nữa khi bơm xi măng cũng dễ làm bệnh nhân tụt huyết áp

- Tai biến trong mổ: tổn thương thần kinh, mạch máu lớn, gãy xương, tử vong trong mổ không có. Do chúng tôi tuân thủ kỹ thuật, và đội ngũ gây mê hồi sức tốt, chuẩn bị bệnh nhân trước mổ cẩn thận.

- So le chi > 3,2 cm mới có ý nghĩa theo tiêu chuẩn Harris, chúng tôi không có ca nào, do trong mổ chúng tôi đo đạc cẩn thận, dùng dụng cụ thử chuỗi chỏm nắn kiểm tra độ dài chi trước khi đặt chuỗi chỏm nhân tạo vào bệnh nhân.

- Không có trường hợp nào trật khớp sau mổ: do chúng tôi dặn dò, hướng dẫn bệnh nhân tập luyện, tư thế sinh hoạt cẩn thận trước sau mổ và những lần tái khám.

- Nhiễm khuẩn sau mổ thay khớp bán phần là một biến chứng đáng sợ trong phẫu thuật thay khớp, việc điều trị phức tạp, tốn kém, dai dẳng, thậm chí có thể tử vong. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp nhiễm khuẩn sau 5 tháng, chiếm tỷ lệ 3,1%, Phan Thế Minh 6,7% [3], Nguyễn Tường Quang 1,6% [5], Charnley 2,2 % [7]. Tỷ lệ nhiễm khuẩn của chúng tôi so với các tác giả tương đối phù hợp, tuy nhiên mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn, thời gian theo dõi ngắn, nên chưa đánh giá được hết những trường hợp nhiễm khuẩn muộn có thể xảy ra sau 2 năm. Tuy nhiên trong phẫu thuật chúng tôi rất chú trọng công tác vô khuẩn: chuẩn bị đại tràng bệnh nhân trước mổ, tắm rửa sát trùng vùng mổ trước mổ, xông phòng mổ, khăn áo mổ dùng 1 lần, hạn số người trong phòng mổ...

- Đau dai dẳng sau phẫu thuật thay khớp háng nhân tạo thường gặp, có nhiều nguyên nhân như: nhiễm trùng, chỗ đặt dụng cụ không tương thích, sự ăn mòn kim loại và phản ứng mô, cốt hóa quanh khớp [8], chúng tôi có 69,2% không đau, 23,1% đau rất ít không đáng kể. Vì không đau hoặc đau ít nên bệnh nhân tập phục hồi chức năng dễ dàng, khớp háng phục hồi tốt hơn

- Kết quả chung cuộc theo Harris phải sau 3 tháng, thời gian nghiên cứu của chúng tôi ngắn (10 tháng), nên chúng tôi chỉ theo dõi được 13 trường hợp. Tỷ lệ tốt và rất chúng tôi chiếm tỷ lệ 76%, Nguyễn Tường Quang 72,88% [5], Phan Thế Minh 51.11%[3]. Tỷ lệ kém thuộc nhóm bệnh nhân lớn tuổi, nhiều bệnh lý nội khoa kết hợp.

V. KẾT LUẬN:

Qua nghiên cứu 32 bệnh nhân tuổi trung bình 78,8 tuổi: 19 ca gãy cổ xương đùi, 13 ca gãy liên mấu chuyển được phẫu thuật thay khớp háng bán phần lưỡng cực tại Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang từ 11/2017 đến 9/2018 chúng tôi rút ra kết luận sau:

Kết quả điều trị:

- Hiệu quả của thay khớp háng bán phần trong điều trị gãy cổ xương đùi, gãy liên mấu chuyển ở người cao tuổi là khả quan. Tỷ lệ tốt và rất tốt chiếm đa số (76%).

- Tỷ lệ hài lòng của người bệnh cao, chất lượng sống sau mổ cải thiện nhiều

Tai biến và biến chứng của phẫu thuật không nhiều:

- Nhiễm khuẩn nông: 1 cas

- Không trường hợp nào biến chứng thần kinh, mạch máu hay gãy xương trong khi phẫu thuật

- Không có tử vong trong mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. **Nhâm Sỹ Đức (2007)**, “Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần Bipolar”, luận văn thạc sỹ, Trường đại học Y Hà Nội.
2. **Nguyễn Triết Hiền (2015)**, “Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần điều trị gãy cổ xương đùi bằng chỏm lưỡng cực tại bệnh viện An Giang”, Kỷ yếu Hội nghị khoa học Bệnh viện An Giang - 2015.
3. **Phan Thế Minh (2017)**, “Điều trị gãy liên mấu chuyển xương đùi mất vầng ở người cao tuổi bằng thay khớp háng lưỡng cực chuỗi dài”, luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.
4. **Lê Phúc (2006)**, Chấn thương vùng học vùng háng, Nhà xuất bản y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh.
5. **Nguyễn Tường Quang (2012)**, “Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần lưỡng cực điều trị gãy mới cổ xương đùi do chấn thương ở bệnh nhân cao tuổi”, luận án chuyên khoa cấp II, Trường đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. **Nguyễn Văn Quang (2004)**, “Phương pháp xuyên đinh qua da điều trị gãy cổ xương đùi mới ở người trên 65 tuổi”, Bệnh viện Chấn thương chỉnh hình thành phố Hồ Chí Minh.
7. **Charnley J.** “Postoperative infection after total hip replacement with special reference to air contamination in the operating room”, Clin Orthop Relat Res 1972; 87167-87
8. **Luceford Jr EM (1965)**. “Use of Moore self-locking Vitalium prosthesis in acute fractures of the femoral neck”, J Bone Joint Surg Am.1965;47:838-841

**NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HUYẾT KHỐI DÂY CHẰNG RỘNG SAU SANH
ĐƯỢC XỬ TRÍ TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI AN GIANG**

*BS. Nguyễn Thị Diễm Kiều
BS. CKII. Nguyễn Văn Ngải*

Giới thiệu

Huyết khối dây chằng rộng là một biến chứng hiếm gặp trong quá trình chuyển dạ bình thường, chiếm tỉ lệ 1:20000 trường hợp sanh. Nó có thể đe dọa tính mạng bệnh nhân nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời vì có thể gây xuất huyết nghiêm trọng trong một thời gian ngắn.

Tóm tắt

Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân 31 tuổi sau sanh bị băng huyết được xử trí tại y tế huyện sơ cứu, chuyển đến BV ĐK KV tỉnh và được chuyển đến BV Sản Nhi An Giang, BN được chỉ định mổ vì Băng Huyết sau sanh, trong mổ phát hiện huyết khối dây chằng rộng hai bên.

Báo cáo trường hợp

Bệnh nhân Neang Net 31 tuổi, PARA: 1001, huyện Co Thom tỉnh Kandal Vương quốc Campuchia. Thời gian nhập viện: 13g30p, ngày 06/8/2018, số vào viện: 16387.

Tóm tắt bệnh án: sản phụ sanh ở camphuchia lúc 21 giờ 00 ngày 05/8/18, sau sanh mất nhiều máu vào bệnh viện An phú sơ cứu và được chuyển đến Bệnh viện Khu vực tỉnh An Giang lúc 9 giờ 25 phút ngày 06/8/2018. Chẩn đoán tụ máu âm đạo 8x10 cm lan rộng / rối loạn đông máu. Được xử trí dịch truyền, stransamin, oxtocin đến 9g56 phút chuyển Bệnh viện Sản Nhi An Giang lúc 11g30 ngày 06/8/2018. Bệnh nhân đến Bệnh viện sản nhi An Giang trong tình trạng lơ mơ, tiếp xúc chậm, da xanh niêm nhạt. Mạch: 120l/p; HA 120/80mmHg. Ra huyết âm đạo đỏ loãng lượng nhiều. Tử cung co hồi khá, cao ngang rốn. Tầng sinh môn có vết may, âm đạo phù nề, bầm. Khám thấy khối máu tụ to lan đến cùng đồ sau kích thước khoảng 8x10cm.

Chẩn đoán: Băng huyết sau sanh do rách âm đạo – tầng sinh môn, tụ máu thành sau âm đạo, theo dõi rối loạn đông máu.

Xử trí ban đầu: Bù dịch, truyền máu và huyết tương tươi, phẫu thuật.

Vào ổ bụng qua đường Pfannenstiel 10cm. Vùng cổ tử cung - âm đạo có khối máu tụ lan rộng sang dây chằng rộng hai bên, kích thước khoảng 15 x 20cm.

Xử trí trong lúc phẫu thuật: Bóc khối máu tụ dây chằng rộng, thám sát thấy tổn thương phức tạp từ 1/3 dưới âm đạo lên đến 2/3 trên âm đạo. Tiến hành cắt tử cung toàn phần, khâu vết thương 2/3 trên âm đạo, đóng móm cắt âm đạo, may vết mổ thành bụng.

Xử trí giai đoạn tầng sinh môn: cho bệnh nhân nằm tư thế sản khoa, cắt hết chỉ tầng sinh môn, khâu tiếp tục 1/3 dưới âm đạo, khâu lại tầng sinh môn.

Kiểm tra trực tràng và cơ thắt hậu môn không tổn thương.

Sau phẫu thuật bệnh nhân được theo dõi cẩn thận, tiếp tục bù khối lượng tuần hoàn, truyền máu, huyết tương tươi, thuốc cầm máu, kháng sinh, chăm sóc vết thương. Sau một tuần bệnh nhân xuất viện.

Thảo luận

Dây chằng rộng (DCR) là một trong những cơ quan nâng đỡ tử cung. gồm nhiều lá phúc mạc liên tiếp lên 2 mặt tử cung căng từ bờ bên tử cung và vòi trứng đến thành bên chậu hông.

DCR có 2 mặt: trước, sau. Mặt sau có găng vào mạc treo buồng trứng. DCR có 4 bờ: bờ trên, tự do bọc lấy vòi tử cung; bờ trong, bám lấy bờ bên của tử cung; bờ ngoài, bám vào thành chậu; bờ dưới là đáy DCR.

HKDCR là do máu tụ lại ở DCR. Nguồn gốc của máu có thể xuất phát từ động mạch, tĩnh mạch hoặc cả hai. Thường gặp nhất là do vỡ động mạch tử cung ở gần vị trí phân nhánh thành hai động mạch chậu.

Nguyên nhân có thể do vết rách ở âm đạo, cổ tử cung, tử cung dẫn đến chảy máu vào bên trong dây chằng rộng. Bệnh nhân của chúng tôi có tổn thương phức tạp đến hai phần ba trên âm đạo. Theo ACOG 2015 bệnh nhân của chúng tôi được xếp loại rách tầng sinh môn độ 2.

Bảng 1. Phân độ rách tầng sinh môn của ACOG 2015

| Rách tầng sinh môn | Liên quan |
|--------------------|--|
| Độ 1 | Sang thương chỉ ở da |
| Độ 2 | Sang thương đến cơ vùng đáy chậu không tổn thương đến cơ thắt hậu môn |
| Độ 3 | Sang thương cơ vùng đáy chậu, bao gồm cơ thắt hậu môn |
| 3a | < 50% cơ thắt hậu môn ngoài bị rách |
| 3b | > hoặc bằng 50% cơ thắt hậu môn ngoài bị rách. |
| 3c | cả cơ thắt hậu môn trong và cơ thắt hậu môn ngoài bị rách |
| Độ 4 | Cả cơ thắt hậu môn ngoài và cơ thắt hậu môn trong đều rách, bao gồm cả niêm mạc ống hậu môn. |

Huyết khối cơ quan sinh dục được chia làm 2 loại: Trên cơ nâng hậu môn và dưới cơ nâng hậu môn. Huyết khối trên cơ nâng hậu môn có thể lan lên trên và rộng ra đến dây chằng rộng. Khoảng 1/3 trường hợp xuất hiện tự phát sau sanh. Trong những trường hợp sanh thường hiếm gặp biến chứng này. Huyết khối cơ quan sinh dục thường gặp hơn khi cuộc sanh có sự can thiệp như sanh giúp, mổ lấy thai do mở rộng vết rách tử cung hoặc có những yếu tố nguy cơ kèm theo như con to, chuyển dạ nhanh. Bệnh nhân của chúng tôi sanh lần thứ 2, sanh thường cắt may tầng sinh môn, không có sanh giúp hoặc can thiệp trong quá trình chuyển dạ. Xét về yếu tố nguy cơ thì bệnh nhân của chúng tôi không có yếu tố nguy cơ nào. Tuy nhiên tình trạng HKDCR vẫn xảy ra và diễn tiến rầm rộ. Có thể nói đây là một biến chứng nặng, khó dự đoán, có thể xảy ra trên một cuộc sanh bình thường, nên chúng ta không được chủ quan, cần theo dõi bệnh nhân chặt chẽ sau sanh để kịp thời phát hiện.

Khoảng 50% trường hợp có thể phát hiện ngay lập tức trong khi phần còn lại được phát hiện sau sanh 24 giờ. Trên bệnh nhân của chúng tôi tình trạng huyết khối được phát hiện sau sanh khoảng 12 giờ, khi các triệu chứng đã nặng nề như mất máu nhiều, khối máu tụ vùng tầng sinh môn lớn, toàn trạng bệnh nhân lơ mơ. Tuy huyết áp vẫn trong giới hạn bình thường nhưng bệnh nhân lơ mơ, da xanh, niêm nhạt thể hiện tình trạng mất máu cấp mức độ nặng.

Các triệu chứng của HKDCR tùy thuộc vào kích thước và tốc độ hình thành huyết khối. Nếu khối máu tụ còn nhỏ, tốc độ hình thành chậm có thể sẽ không có triệu chứng gì rõ rệt nên rất khó để chẩn đoán ở giai đoạn sớm. Có trường hợp khối máu tụ nhỏ và tự hấp thu mà bác sĩ sản khoa không hề biết đến. Tuy nhiên khi khối máu tụ lớn và tốc độ hình thành nhanh thì diễn tiến lâm sàng sẽ rầm rộ hơn, bệnh nhân có tình trạng mất máu cấp có thể rơi vào sốc giảm thể tích,

cảm giác mắc cầu do khối máu tụ chèn ép vào trực tràng, bí tiểu, sờ thấy khối máu tụ to vùng tầng sinh môn, lan lên cao, huyết âm đạo có thể không diễn tả được tình trạng mất máu. Khi triệu chứng mơ hồ nhưng nghi ngờ có HKDCR có thể cho siêu âm vùng chậu hoặc MRI vùng chậu để kiểm tra.

Điều trị: Hồi sức tích cực, bù đắp khối lượng tuần hoàn và phẫu thuật là những bước chính trong kiểm soát HKDCR. Phẫu thuật có thể được tiến hành với gây tê hoặc gây mê tùy tình trạng bệnh nhân. Trong KHDCR điều trị bảo tồn cần được khuyến khích như bóc tách khối máu tụ, thắt động mạch chậu. Khi tất cả các phương pháp can thiệp cơ bản điều thất bại trong việc kiểm soát xuất huyết sau sanh nguyên nhân từ tử cung thì cắt bỏ tử cung là phương sách cuối cùng.

Kết luận

Băng huyết sau sanh là một tai biến nguy hiểm trong sản khoa. Các nguyên nhân của xuất huyết sau sanh như đờ tử cung, tổn thương đường sinh dục, HKDCR cần thận trọng trong điều trị. Trong đó HKDCR là một biến chứng hiếm gặp, có khả năng đe dọa tính mạng bệnh nhân nếu không được xử trí kịp thời. Khi xử trí cần lưu ý trường hợp một bệnh nhân sanh con so thì việc bảo tồn khả năng sinh sản trong tương lai là một điểm đáng để lưu ý. Bệnh nhân cần được chăm sóc tiền sản tốt và theo dõi sát trong quá trình chuyển dạ, dự đoán được các vấn đề có thể xảy ra để chuẩn bị trước và kịp thời xử trí các trường hợp cấp cứu khẩn cấp trong sản khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

<https://www.omicsonline.org/open-access/a-rare-case-of-broad-ligament-haematoma-hours-after-normal-vaginal-delivery-2165-7920.1000391.php?aid=30754>

<https://www.excellence.org/pearls-of-excellence/list-of-pearls/management-of-broad-ligament-extension-and-hematoma-during-a-cesarean-delivery/>

<https://gynecolsurg.springeropen.com/articles/10.1007/s10397-006-0184-2>

**ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU TÌNH HÌNH SÀNG LỌC SƠ SINH
TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG**

*BS. CKI Phạm Hồng Loan, BS CKI Nguyễn Thị Bích Liên
BS. Lê Tuấn Trung, CN. Trương Ngọc Tú Trinh.*

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Trên thế giới, hiện nay có khoảng 600 triệu người tàn tật, trong đó Việt Nam có gần 5 triệu người tàn tật. Nguyên nhân tàn tật chủ yếu là do dị tật bẩm sinh chiếm 34,15%. Tại Khoa Phụ Sản- Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang, sàng lọc sơ sinh là một kỹ thuật mới, vừa được áp dụng gần đây.

Mục tiêu nghiên cứu: xác định tình hình cũng như kết quả sàng lọc sơ sinh ở tại Khoa.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

Kết quả: tỷ lệ sàng lọc sơ sinh tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang bước đầu triển khai từ 01/07/2018 đến 30/08/2018 chiếm : 58.72%, tăng dần trong 3 tháng nghiên cứu, trong lần tư vấn I tỷ lệ thành công chiếm 47%, lần thứ II thêm 11% trong tổng số, lý do không thành công trong tư vấn phần lớn là do sợ tổn thương trẻ và vấn đề kinh tế (74%), kết quả sàng lọc, tỷ lệ trẻ bị thiếu men G6PD là 1,1%, suy giáp bẩm sinh là 0,3%, chưa ghi nhận trường tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh nào. Có 77% thân nhân – sản phụ đến trở lại nhận và nghe tư vấn kết quả, trong đó 100% đều hài lòng với kỹ thuật mới này.

Từ khóa: Sàng lọc sơ sinh, BVĐKKVTAG.

**INITIAL NEWBORN SCREENING EVALUATION AT OBSTETRIC AND
GYNECOLOGY DEPARTMENT - THE GENERAL HOSPITAL OF AN GIANG
PROVINCE**

*Phạm Hồng Loan, Nguyễn Hoàng Huy, Nguyễn Thị Bích Liên,
Phạm Bích Loan, Trương Ngọc Tú Trinh, Lê Tuấn Trung*

Abstracts

Matter of discussion: at the moment, there are estimately 600 millions handicapped people as a whole all over the world. In particular in Vietnam, there are approximately 5 millions. The main reason of disabled conditions is inborn deformity which takes up to 34,15%. At obstetric and gynecology department of An Giang center hospital, newborn screening is a new technology which has just been applied recently.

Study objective: defines the situation and result of newborn screening at the department.

Study design: descriptive study, convenience sampling.

Result: the proportion of newborn screening at obstetric and gynecology department of An Giang center hospital from 01/07/2018 to 30/8/2018 takes 58,72%, increasing steadily over 3 months of studying. In the first advisory, success rate covers 47%, the second adds 11% in total. The main failure reasons in advisory are financial problem and affraid of damaging the baby (74%). Screening result: the proportion of newborn who lacks of G6PD is 1,1%; inborn hypothyroidism: 0,3%; no record of CAH. In addition, 77% of the patient' family member returns and receives the result, 100% of them are satisfied with this new technology.

Keyword: newborn screening, BVĐKKVTAG.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, chất lượng dân số đang là thách thức lớn đối với sự phát triển bền vững không chỉ ở nước ta mà cả trên thế giới. Một trong những vấn đề liên quan đến chất lượng dân số là qui

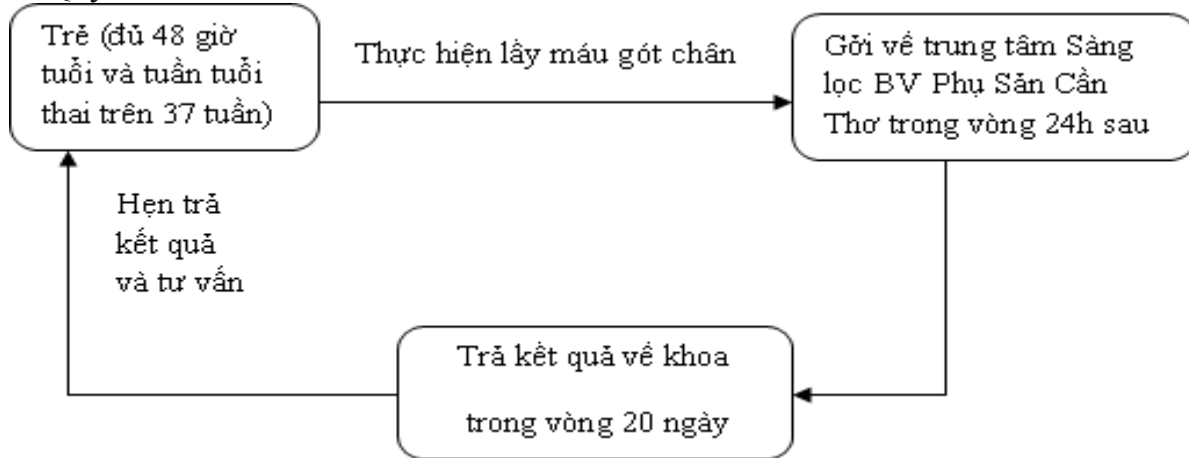
mô người tàn tật có xu hướng ngày càng gia tăng do nhiều nguyên nhân khác nhau. Trên thế giới, hiện nay có khoảng 600 triệu người tàn tật, trong đó Việt Nam có gần 5 triệu người tàn tật. Nguyên nhân tàn tật chủ yếu là do dị tật bẩm sinh chiếm 34,15% [2]. Dị tật bẩm sinh, là một trong những nguyên nhân chính gây nên tử vong và bệnh tật của trẻ trong những năm đầu của cuộc sống. Các dị tật bẩm sinh tùy theo mức độ nặng nhẹ sẽ ảnh hưởng đến khả năng sống, khả năng sinh hoạt bình thường, tuổi thọ và sự hoà nhập cộng đồng của trẻ bị dị tật. Thống kê của ngành y tế cho thấy, mỗi năm Việt Nam có khoảng gần 1,5 triệu trẻ em mới được sinh ra. Trong đó có khoảng 300-400 trẻ bị suy giáp bẩm sinh, 200 – 600 trẻ bị tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh, đặc biệt có khoảng 15.000-30.000 trẻ bị thiếu men G6PD [4].

Tại Khoa Phụ Sản- Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang, sàng lọc sơ sinh là một kỹ thuật mới, vừa được áp dụng gần đây. Vì vậy, chúng tôi tiến hành "*Đánh giá bước đầu tình hình sàng lọc sơ sinh tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang*". Kết quả của nghiên cứu này vừa là cơ sở cho khoa nhìn nhận lại tình hình áp dụng kỹ thuật mới tại khoa, vừa là cơ sở cho tuyến dưới tham khảo giúp cho trẻ sinh ra phát triển bình thường hoặc tránh được những hậu quả nặng nề do dị tật bẩm sinh gây ra, giảm thiểu số người tàn tật thiếu năng trí tuệ trong cộng đồng, góp phần nâng cao chất lượng dân số.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/07/2018 đến 30/09/2018, chúng tôi thực hiện nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng với phương pháp chọn cỡ mẫu cơ hội ,phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, đối tượng nghiên cứu là tất cả các trẻ của sản phụ đến Khoa Phụ Sản Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang đủ tiêu chuẩn chọn mẫu.

Quy trình thực hiện:



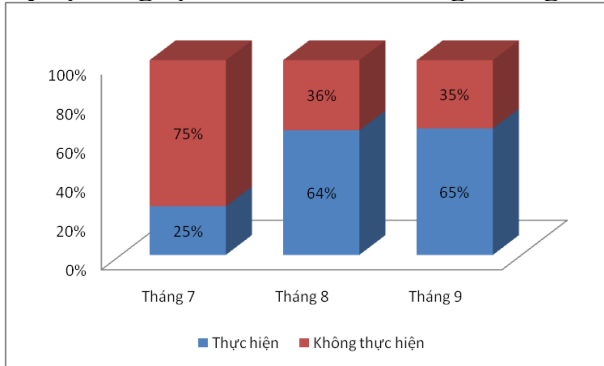
Trên thực tế chúng tôi đã tiến hành trên 1747 trẻ.

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.02. Số liệu trình bày theo tần suất, tỷ lệ %, số trung bình dưới dạng bảng, biểu bằng phần mềm Excel, Word. Phân tích thống kê mô tả, so sánh các tỉ lệ, phân tích các yếu tố liên quan bằng hồi quy đơn biến, loại trừ các yếu gây nhiễu bằng phần mềm Stata 8.0. Nghiên cứu của chúng tôi không vi phạm y đức vì đây là nghiên cứu thực nghiệm lâm sàng đem lại lợi ích cho người tham gia nghiên cứu đã được nghiên cứu và chứng minh có hiệu quả cũng như tính an toàn trên nhiều quốc gia.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian từ 01 tháng 07 năm 2018 đến 30 tháng 09 năm 2018, nghiên cứu đã thực hiện **1026** trường hợp, trong tổng số **1747** trẻ được ra đời trong thời điểm trên tại Khoa Sản Bệnh viện Đa Khoa khu vực tỉnh An Giang, chiếm **58.72%**.

Tỷ lệ sàng lọc sơ sinh theo từng tháng



Nhận xét: Tỷ lệ thực hiện sàng lọc sơ sinh tăng dần trong 3 tháng 7,8 và 9. Từ 25% (tháng 7) lên 65% (tháng 9).

Đặc điểm chung các sản phụ thực hiện sàng lọc sơ sinh

| | | n=1026 | Tỉ lệ % |
|-------------------------|------------------------------------|---------------|----------------|
| Tuổi | Dưới 20 tuổi | 369 | 36 |
| | 20-35 tuổi | 554 | 54 |
| | Trên 35 tuổi | 103 | 10 |
| Nghề nghiệp | Nội trợ | 267 | 26 |
| | Công nhân | 205 | 20 |
| | Nông dân | 226 | 22 |
| | Công viên chức | 205 | 20 |
| | Khác | 123 | 12 |
| Địa chỉ | Châu Đốc | 359 | 35 |
| | Các huyện khác trong tỉnh An Giang | 625 | 61 |
| | Ngoài tỉnh | 21 | 2 |
| | Cam-bu-chia | 21 | 2 |
| Trình độ học vấn | Dưới 9/12 | 52 | 5 |
| | 9/12 – 12/12 | 154 | 15 |
| | Từ 12/12 trở lên | 820 | 80 |
| Dân tộc | Kinh | 946 | 92 |
| | Khơ - me | 20 | 2 |
| | Chăm | 40 | 4 |
| | Hoa | 20 | 2 |
| | Khác | 1 | 0 |

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu tập trung cao nhất ở các sản phụ từ 20 đến 35 tuổi (54%), địa chỉ ở các huyện khác thuộc tỉnh An Giang (61%), với trình độ học vấn trên 12/12 (80%), dân tộc Kinh (92%). Về nghề nghiệp thì tỷ lệ chia đều cho các ngành nghề.

Một số yếu tố liên quan

| | | n=1026 | Tỉ lệ % |
|-------------------------|--------------------------|---------------|----------------|
| Số con hiện tại | 0 con | 462 | 45 |
| | 1-2 con | 359 | 35 |
| | Trên 2 con | 205 | 20 |
| Bệnh lý của mẹ | Có | 82 | 8 |
| | Viêm gan B | 56 | 67 |
| | THA thai kỳ | 27 | 32 |
| | Không | 944 | 92 |
| Tuổi thai | Đủ 37 tuần tuổi | 102 | 10 |
| | 37 – 40 tuần tuổi | 861 | 84 |
| | Trên 40 tuần tuổi | 63 | 6 |
| Phương pháp sanh | Sanh ngã âm đạo | 554 | 54 |
| | Mổ lấy thai | 472 | 46 |
| Cân nặng bé | <3000gram | 205 | 20 |
| | 3000-3500gram | 708 | 69 |
| | >3500gram | 113 | 11 |
| Giới tính bé | Trai | 574 | 56 |
| | Gái | 452 | 44 |

Nhận xét: Tỷ lệ sàng lọc sơ sinh ở con so chiếm cao nhất 45%, mẹ không có bệnh lý (92%), tuần tuổi thai từ 37 đến 40 tuần (84%) , cân nặng bé từ 3000 đến 3500gram (69%), giới tính trai (56%), và phương pháp sanh ngã âm đạo chiếm tỷ lệ cao hơn (54%).

Tình hình sàng lọc sơ sinh

| | | | n=1747 | Tỉ lệ % |
|----------------------|---------------------|-------------------|---------------|----------------|
| Tư vấn Lần I | Đồng ý | | 819 | 47 |
| | Không đồng ý | | 928 | 56 |
| | | Kinh tế | 320 | 35 |
| | | Sợ tổn thương trẻ | 365 | 39 |
| | Khác | 243 | 29 | |
| Tư vấn Lần II | Đồng ý | | 207 | 11 |
| | Không đồng ý | | 721 | 42 |

Nhận xét: Trong lần tư vấn I tỷ lệ thành công chiếm 47%, lần thứ II thêm 11% trong tổng số, lý do không thành công trong tư vấn phần lớn là do sợ tổn thương trẻ và vấn đề kinh tế (74%).

Kết quả sàng lọc:

| | Kết quả sàng lọc | | Trị số |
|--|------------------|---------------|-------------------------|
| | Âm tính | Dương tính | |
| G6PD | 1015 (98.9%) | 11 (1.1%) | G6PD = 1.2 U/gHb ± 0.1 |
| Suy giáp bẩm sinh | 1023 (99.7%) | 3 (0.3%) | TSH = 19.33 µU/ml ± 0.5 |
| Tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh | 1026 (100%) | 0 (0%) | |
| Mẫu sàng lọc bị lỗi | | n=1026 | Tỉ lệ % |
| Có | | 0 | 0 |
| Không | | 1026 | 100 |

Nhận xét: Ở kết quả sàng lọc, tỷ lệ trẻ bị thiếu men G6PD là 1,1%, suy giáp bẩm sinh là 0,3%, chưa ghi nhận trường tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh nào. Không ghi nhận mẫu sàng lọc nào bị lỗi.

Phản hồi của đối tượng nghiên cứu

| | n=1026 | Tỉ lệ % |
|---|-----------------------|----------------|
| Trở lại lấy kết quả và nghe tư vấn | | 77 |
| | Hài lòng | 100 |
| | Không hài lòng | 0 |
| Không trở lại | 242 | 23 |

Nhận xét: Có 77% thân nhân – sản phụ đến trở lại nhận và nghe tư vấn kết quả, trong đó 100% đều hài lòng với kỹ thuật mới này.

BÀN LUẬN

Tỷ lệ sàng lọc sơ sinh tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang bước đầu triển khai từ 01/07/2018 đến 30/08/2018 chiếm : 58.72%, tăng dần trong 3 tháng nghiên cứu cho thấy kết quả khả quan của việc triển khai kỹ thuật mới. Dưới đây là kết quả so sánh với một vài bệnh viện bạn trong và ngoài nước:

| | Tỷ lệ theo năm nghiên cứu | Tỷ lệ khi mới triển khai |
|---------------------------------------|----------------------------------|---------------------------------|
| BV ĐKKV TAG | | 58.72% |
| BV Phụ Sản Cần Thơ [5] | 118% (năm 2017) | 80% (6 tháng cuối năm 2013) |
| BV Đa Khoa Tỉnh Bình Dương [2] | 83.33% năm 2013 | 11.78% (6 tháng đầu năm 2012) |
| Lombardy (Italia) [6] | 91.1% năm 2015 | 10.1% trong năm 2010 |
| Việt Nam [4] | 6 tháng đầu năm 2017 [4] | 40% |
| Thế giới [4] | | 62% |

Phần lớn đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm tuổi 25 – 35, chiếm 54%, điều này phù hợp với tuổi sức khỏe sinh sản [1]. Về nghề nghiệp, tỷ lệ sàng lọc sơ sinh rải đều cho mọi nghề nghiệp, về học vấn nhóm có trình độ trên 12/12 chiếm tỉ lệ 80%, nhóm dưới 9/12 chiếm 5%. Sàng lọc sơ sinh là một vấn đề không phải mới, tuy nhiên cần có sự tư vấn và sự hiểu biết của sản phụ để công tác sàng lọc ngày càng phổ biến, hiệu quả. Trình độ của các bà mẹ càng cao thì tỷ lệ các

sản phụ được tiếp cận các kỹ thuật sàng lọc càng tăng nhất là khi bảo hiểm y tế chưa thanh toán cho kỹ thuật này [3]. Số trẻ người Cambuchia thực hiện sàng lọc chiếm tỷ lệ 2% trong tổng mẫu, trong đó trong nhóm người Cambuchia chiếm đến 90% con số đó là một tín hiệu đáng mừng, vì dù giao tiếp có phần khó khăn nhưng với tỷ lệ trên cho thấy sự tiếp cận kỹ thuật mới của nhân dân nước bạn là rất cao, ở khu vực đa dân tộc tỷ lệ thực hiện sàng lọc cũng bị ảnh hưởng bởi số lượng dân tộc ở đây.

Những tỷ lệ sàng lọc sơ sinh chiếm đa số ở sản phụ không có bệnh lý liên quan (92%), cân nặng bé trong khoảng 3000 -3500gram (69%), giới tính trai (56%), trong bệnh lý của mẹ có 2 bệnh chiếm tỷ lệ cao là THA thai kỳ và viêm gan siêu vi B (99%), điều này phù hợp với tình hình dịch tễ bệnh tật [8]. Về phương pháp sanh, tỷ lệ sàng lọc sơ sinh ở các trẻ sanh mổ và sanh ngã âm đạo không có sự chênh lệch cao (54% và 46%), tỷ lệ này có lẽ bị ảnh hưởng bởi tỷ lệ tình hình sanh – mổ ở tại nơi nghiên cứu. Tuần thai 37 đến 40 tuần chiếm tỷ lệ cao 84%, điều này cũng dễ hiểu vì đây là tuần tuổi thai phù hợp cho kết thúc một thai kỳ [1]. Tỷ lệ sản phụ có con so thực hiện 45%, trên 2 con chiếm 20%, tỷ lệ trên có thể bị ảnh hưởng do 2 nguyên nhân: thứ nhất những sản phụ có con lần đầu dường như có sự quan tâm sâu sắc hơn về sức khỏe của trẻ, thứ hai tỷ lệ trên cũng phù hợp với mô hình dân số hiện tại của nước ta khi những sản phụ có con thứ 3 trở lên ngày càng ít [2].

Sau 2 lần tư vấn tỷ lệ tăng thêm 11% cho thấy khi nhân viên y tế chú tâm vào tư vấn 1 lần nữa thì sự hưởng ứng của thân nhân – sản phụ sẽ được tăng thêm. Họ không đồng ý do vấn đề kinh tế và sợ tổn thương trẻ phù hợp với tình hình của một nước đang phát triển cũng như nhận thức của người dân.

So sánh kết quả sàng lọc trong kết quả của chúng ta với một số BV có sự khác biệt có lẽ do thời gian nghiên cứu của chúng ta có giới hạn và cỡ mẫu không đủ lớn.

| | G6PD | Suy giáp bẩm sinh | Tăng sản tuyến thượng thận bẩm sinh |
|-------------------------------|-------------|--------------------------|--|
| Chúng tôi | 1.1% | 0.3% | 0% |
| BVĐK Đồng Nai [4] | 1.62% | 0.045% | |
| BV Phụ Sản Cần Thơ [5] | 0.8% | 0.09% | 0.002% |
| Việt Nam [4] | 0.5% | 0.06% | 0.005% |
| Thế giới [9] | 0.2% | 0.14% | 0.004% |

Không có mẫu xét nghiệm nào bị lỗi, là kết quả tích cực về trao đổi kỹ thuật chuyên môn của nhân viên tại khoa. Có 23% mẫu nghiên cứu không trở lại nhận kết quả, có thể do nhiều lý do khách quan chủ quan về địa lý, nhận thức cũng như sự tư vấn của nhân viên y tế chúng tôi. Khi mới thực hiện ở Switzerland có 91% cha mẹ hài lòng với dịch vụ này [7], điều đáng mừng là 100% thân nhân – sản phụ trở lại với chúng tôi đều hài lòng với kỹ thuật này.

KẾT LUẬN– KIẾN NGHỊ

- Tầm soát sớm các bệnh lý bẩm sinh và di truyền để chủ động điều trị và dự phòng là một việc làm hết sức có ý nghĩa trong giai đoạn sơ sinh, và là một khuynh hướng ngày càng phát triển của y học thế giới.

- Dù bước đầu còn một số vướng mắc khó khăn, nhưng kết quả thu được vẫn có một ý nghĩa khích lệ cho đơn vị chúng tôi tiếp tục triển khai chương trình tầm soát này và có những thống kê lâu dài hơn về tỷ lệ các ca bệnh lý tầm soát được.

- Chú ý yêu cầu thân nhân trẻ cho địa chỉ liên lạc và số điện thoại chính xác, để tiếp cận nhất, cũng như tư vấn thật kỹ để thân nhân trẻ có thể nhận được kết quả khi trả về.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ kế hoạch và đầu tư (2013), “Điều tra biến động dân số và kế hoạch hóa gia đình thời điểm 1/4/2013- Các kết quả chủ yếu”, Hà nội, tr 145-150.
2. Chi cục Dân số - KHHGD Hà Nội (2012), *Đánh giá sàng lọc trước sinh và sơ sinh năm 2007 – 2011, Bài học kinh nghiệm và định hướng giai đoạn 2012 – 2015*.
3. PGS. TS Trần Thị Trung Chiển (2012), “*Một số yếu tố liên quan đến CLDS Việt Nam cuối TK XX*”, Hà Nội, tr 36.
4. Tô Thị Kim Hoa (2013), *Sàng lọc trước sinh và sơ sinh tránh hậu quả nặng nề do dị tật*, <https://suckhoedoisong.vn/sang-loc-truoc-sinh-va-so-sinh-tranh-hau-qua-nang-ne-do-di-tat-n64415.html>
5. Trung tâm chẩn đoán trước sinh và sơ sinh BV Phụ Sản Cần Thơ, “*Báo cáo hoạt động sàng lọc chẩn đoán trước sinh và sơ sinh năm 2013*”.
6. Bardakdjian-Michau J, Bahuau M, Hurtrel D, et al. *Neonatal screening for sickle cell disease in Italy*. J Clin Pathol. 2009;62: page 31–3.
7. Pereira M, Vives Corrons JL. *Neonatal haemoglobinopathy screening Switzerland*, 2009;62: page 22–5.
8. Streetly A, Latinovic R, Hall K, et al. Implementation of universal newborn bloodspot screening for sickle cell disease and other clinically significant Haemoglobinopathies in England: screening results for 2005–7. J Clin Pathol. 2009; 62:page 26–30.
9. Thomason MJ, Lord J, Bain MD, Chalmers RA, Littlejohns P, Addison GM, et al. *A systematic review of evidence for the appropriateness of neonatal screening programmes for inborn errors of metabolism*. J Public Health Med. 1998;20(3):331–43 .

**KẾT QUẢ TÁN SỎI NỘI SOI SỎI NIỆU QUẢN ĐOẠN DƯỚI
BẰNG NGUỒN TÁN LASER TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**
Trần Văn Quốc, Trần Đức Anh, Hồ Thanh Nhân

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả tán sỏi nội soi ngược dòng sỏi niệu quản đoạn dưới bằng nguồn tán laser tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: tiến cứu 85 bệnh nhân sỏi niệu quản đoạn dưới được điều trị tán sỏi nội soi bằng nguồn tán laser tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 12/2017 đến tháng 8/2018

Kết quả: nam: 21 TH (24,7%), nữ: 64 TH (75,3%); tuổi trung bình: 51 (16 – 85); kích thước sỏi trung bình: 11,5mm. Tỷ lệ thành công: 98,8%; thời gian tán sỏi trung bình: 21 phút; thời gian nằm viện sau thủ thuật: 3,0 ngày.

Kết luận: Tán sỏi nội soi ngược dòng bằng nguồn tán laser là một phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả cao, được chỉ định ưu tiên trong điều trị sỏi niệu quản đoạn dưới

Từ khóa: sỏi niệu quản, tán sỏi nội soi ngược dòng, bệnh viện An Giang

**RESULTS OF DISTAL URETEROSCOPIC LASER LITHOTRIPSY
AT AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL**

ABSTRACT

Purpose: To evaluate the results of distal ureteroscopic laser lithotripsy at An Giang Central General Hospital

Materials and methods: The prospective study was carried out on 85 patients with distal ureteral stones treated by retrograde ureteroscopy with laser lithotripsy at An Giang Central General Hospital from December 2017 to August 2018

Results: Gender: 21 males (24,7%), 64 female (75,3%); mean age: 51 (16 - 85); diameter average: 11,5mm. Success rate: 98,8%; the time of lithotripsy is average 21 minutes; post-procedural recovery time: 3.0 days.

Conclusion: Retrograde URS with laser lithotripsy appears to be a safe and effective treatment modality, used as a primary treatment modality in distal ureteral stones

Keywords: ureteral stones, retrograde ureteroscopy, An Giang General Hospital

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Sỏi niệu quản chiếm khoảng 30 – 40% sỏi tiết niệu tùy theo tác giả, trong đó nhiều nhất là sỏi niệu quản đoạn dưới và là nguyên nhân gây ra cơn đau bão thận. Ngày nay, với sự phát triển vượt bậc trong lĩnh vực nội soi niệu, các phương pháp điều trị sỏi niệu ít xâm hại đang thay thế dần phẫu thuật kinh điển. Trong đó, tán sỏi nội soi ngược dòng đã chứng tỏ vai trò của nó trong việc giải quyết sỏi niệu quản một cách nhanh chóng, rút ngắn thời gian nằm viện, tránh được một cuộc phẫu thuật (3). Tại Bệnh viện ĐKTT An Giang, từ năm 2017 chúng tôi đã triển khai tán sỏi nội soi ngược dòng bằng nguồn tán laser và thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả bước đầu trong điều trị sỏi niệu quản đoạn dưới.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

Đánh giá kết quả tán sỏi nội soi ngược dòng sỏi niệu quản đoạn dưới bằng nguồn tán laser.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân sỏi niệu quản đoạn dưới được chỉ định điều trị tán sỏi nội soi ngược dòng bằng nguồn tán laser từ tháng 12/2017 đến tháng 8/2018, tái khám đầy đủ tại Bệnh viện Đa khoa Trung Tâm An Giang và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: tiền cứu, mô tả.

Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ:

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

Trong đó:

n: cỡ mẫu cần có

$Z^2_{1-\alpha/2} = (1,96)^2$ khi độ tin cậy 95%

d: Sai số cho phép, $d = 0,05$

$p = 0,9722$ theo nghiên cứu Vũ Nguyễn Khải Ca tại Bệnh viện Việt Đức [6].

Thay vào công thức tính được $n = 41,531$ bệnh nhân.

Như vậy, cỡ mẫu nghiên cứu ít nhất là 42 bệnh nhân.

Các biến số:

- *Kích thước sỏi:* đo đường kính lớn nhất của sỏi trên phim KUB hoặc CT-Scans trước tán, tính bằng milimet. Đối với các TH steinstrasse sau tán sỏi ngoài cơ thể (tạm dịch chuỗi sỏi vụn), chúng tôi đo kích thước mảnh sỏi lớn nhất trên phim KUB.

- *Độ ứ nước thận bên tán:* theo phân độ trên kết quả siêu âm bụng, gồm 3 độ.

- *Thời gian phát tia:* từ lúc đầu tán phát tia đến khi sỏi vỡ hoàn toàn, tính bằng phút.

- *Thời gian tán sỏi:* tính từ lúc đưa máy soi vào niệu đạo đến khi đặt thông niệu đạo, kết thúc thủ thuật, tính bằng phút.

Quy trình kỹ thuật: Thực hiện theo trình tự:

- Vô cảm, cho bệnh nhân nằm tư thế sản khoa.

- Dùng ống soi niệu quản loại cứng soi niệu đạo vào bàng quang rồi lên niệu quản (có guide wire dẫn đường).

- Khi tiếp cận sỏi, đưa đầu tán LASER vào tán liên tục đến khi vỡ vụn sỏi.

- Dùng rọ Dormia bắt hết các mảnh sỏi ra ngoài.

- Dùng ống soi đang tán soi dọc niệu quản đến bể thận để kiểm tra độ sạch sỏi.

- Đặt thông JJ.

- Rút máy soi, đặt thông niệu đạo, kết thúc thủ thuật.

Phương tiện nghiên cứu:

- Ống soi niệu quản cứng Kalt Storz 9,5F.

- Máy tán sỏi Laser Kalt Storz Ho: YAG - fiber 400-600 micron.

- Hệ thống truyền dẫn hình ảnh và các vật tư y tế tiêu hao hỗ trợ: dây dẫn đường, rọ Dormia, thông JJ...

Đánh giá kết quả: chúng tôi đánh giá kết quả trong quá trình tán sỏi và khi tái khám sau thủ thuật 01 tháng.

- Tán sỏi thành công: tán vỡ sỏi, lấy toàn bộ hoặc phần lớn các mảnh sỏi vụn, không có tai biến trong cuộc phẫu thuật.

- Tán sỏi thất bại: không tán được sỏi, hoặc còn sót mảnh sỏi >3mm cần tán sỏi bổ sung, có tai biến trong thủ thuật hoặc chuyển phương pháp điều trị.

Xử lý số liệu: thống kê mô tả trên phần mềm SPSS 16.0

KẾT QUẢ

Đặc điểm bệnh nhân:

Từ tháng 1/2018 đến tháng 8/2018, có 85 trường hợp (TH) sỏi niệu quản đoạn dưới được thực hiện thủ thuật và đưa vào mẫu nghiên cứu với các đặc điểm như sau:

| | |
|-----------------------|-----------------------|
| Tuổi trung bình | 51,1 ± 11,7 (16 – 85) |
| Giới | |
| Nam | 21(24,7)* |
| Nữ | 64 (75,3) |
| Bên tán sỏi | |
| Trái | 48 (56,5) |
| Phải | 33 (38,8) |
| 2 bên | 4 (4,7) |
| Kích thước sỏi | |
| Trung bình | 11,5 ± 2,7 (5 – 18mm) |
| Độ ứ nước thận | |
| Độ 1 | 38 (44,7) |
| Độ 2 | 25 (29,4) |
| Độ 3 | 22 (25,9) |
| Hình thái sỏi | |
| Nhẵn | 11 (12,9) |
| Xù xì | 59 (69,4) |
| Sỏi khảm | 11 (12,9) |
| Steinstrasse | 3 (3,5) |
| Sỏi bám trên sonde JJ | 1 (1,2) |

* Số liệu trong ngoặc đơn là tần suất (%)

Kết quả điều trị

79 TH được vô cảm bằng phương pháp tê tủy sống, 3 TH mê nội khí quản và 3 TH mê mask thanh quản.

Tán sỏi thành công 84 TH, đạt tỉ lệ 98,8%. Có 1 TH thất bại (1,2%) do không tiếp cận được sỏi do hẹp niệu quản, chuyển mổ mở;

Đặt thông niệu quản (ureteral stent): 77/85 TH (90,6%) đặt thông JJ, được rút sau 2 – 4 tuần; 8 TH (9,4%) không đặt thông JJ.

Thời gian tán sỏi trung bình 21,0 phút (10 – 60 phút). Thời gian nằm viện sau thủ thuật trung bình 3,0 ngày (từ 1 – 6 ngày).

Tai biến – biến chứng: Không có tai biến trong quá trình tán sỏi, sau thủ thuật có 4 TH nhiễm trùng niệu. Tỷ lệ BN có biến chứng là 4,7%.

BÀN LUẬN

Trong số 85 BN đã thực hiện, có 4 TH được tán sỏi 2 bên cùng lúc, đây là một ưu thế rất lớn của phương pháp tán sỏi niệu quản ngược dòng; 1 TH tán sỏi niệu quản kết hợp phẫu thuật lấy sỏi thận cùng bên; 3 TH các mảnh sỏi tập hợp thành chuỗi sỏi ở niệu quản (steinstrasse), 11 TH (12,9%) sỏi khảm (impact stone). Đặc biệt, chúng tôi tán sỏi thành công cho 1 BN đang mang thai 24 tuần bị sỏi niệu quản và bàng quang bám chặt trên thông JJ do trước đó 2 tháng được điều trị thận ứ nước nhiễm trùng; sau tán sỏi chúng tôi rút thông JJ cho BN.

Có nhiều năng lượng được sử dụng tán sỏi như: laser, siêu âm, điện thủy lực, khí nén; tuy nhiên hiện nay tán sỏi bằng laser được triển khai khá phổ biến không chỉ do có nhiều ưu điểm mà còn vì có thể ứng dụng điều trị đối với nhiều vị trí sỏi đường tiết niệu, từ sỏi thận đến sỏi kẹt niệu đạo. Theo hầu hết các tác giả, hiệu quả của Laser Ho: YAG cao, có thể tán hầu hết các dạng sỏi và không ghi nhận trường hợp nào kháng tia, đôi lúc có gặp sỏi có nhân cứng, bao bọc bên ngoài là sỏi mềm bám, cần phải điều chỉnh năng lượng phù hợp để tán được những nhân cứng (3)(4).

Tỷ lệ thành công của tán sỏi niệu quản bằng Ho:YAG laser đạt 90-100% và thất bại thường là do không tiếp cận được sỏi hoặc sỏi quá lớn (8). Tỷ lệ thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,8% (84/85 TH), có 1 TH không tiếp cận được do hẹp niệu quản dưới sỏi phải chuyển mổ mở. Theo Lê Anh Tuấn (2014), tán sỏi niệu quản bằng laser thành công 172/175 (98,3%), 3 TH chuyển mổ mở do hẹp niệu quản, không tiếp cận được sỏi. Kết quả của chúng tôi cũng khá phù hợp với các tác giả như Trần Quốc Hòa (2013): 91%, Đỗ Lệnh Hùng (2010): 96%, Hoàng Đức Minh và cs (2015): 93,7%, Vũ Nguyễn Khải Ca (2015): 97,2% (1)(2)(6)(7).

Thời gian tán sỏi trung bình trong nghiên cứu này là 21 phút (10 – 60 phút). Đối với 11 TH sỏi khảm, thời gian tán thường kéo dài (22 – 60 phút) do niêm mạc và polype che lấp một phần hoặc hoàn toàn viên sỏi, chúng tôi thường không luôn được dây dẫn đường (guide-wire) vượt qua viên sỏi. Tuy nhiên, với nguồn năng lượng Laser, chúng tôi tiến hành cắt polype, tiếp cận và tán sỏi từ trung tâm ra ngoại vi của viên sỏi để tạo đường hầm, sau đó luôn dây dẫn đường qua viên sỏi rồi tán tiếp. Tuy nhiên, với năng lượng cao, việc tán sỏi trong khi chưa có dây dẫn đường xuyên qua sỏi vẫn luôn là một thách thức cho các phẫu thuật viên vì có thể gây thủng niệu quản. Tỷ lệ thủng niệu quản trong các nghiên cứu từ 0 -1,6%. So với nghiên cứu tán sỏi niệu quản đoạn dưới bằng khí nén thực hiện tại Bệnh viện ĐKTTAG năm 2011 (5), với kích thước sỏi trung bình lớn hơn (11,5mm so với 8,6mm), nguồn tán laser cho tỷ lệ thành công tương đương (98,8% - 96%), tuy nhiên thời gian tán sỏi trung bình ngắn hơn rõ rệt (21 phút so với 36 phút), điều này cho thấy ưu điểm vượt trội của nguồn tán Ho: YAG laser.

Sau khi tán và lấy các mảnh sỏi, chúng tôi đặt thông JJ cho 77/85 TH (90,6%), 8 TH còn lại không đặt thông JJ do thời gian tán sỏi ngắn, niêm mạc niệu quản gần như không tổn thương trong quá trình làm thủ thuật. Chúng tôi chủ trương đặt thông JJ khi có sỏi thận cùng bên, sỏi khảm hoặc niêm mạc niệu quản có tổn thương trong quá trình tán; điều này phụ thuộc sự đánh giá của phẫu thuật viên. Việc đặt thông JJ sau tán sỏi vẫn còn nhiều quan điểm khác nhau và tỷ lệ cũng khác nhau giữa các tác giả. Mục đích của việc đặt thông JJ sau tán sỏi nhằm dẫn lưu nước tiểu phòng tránh hẹp niệu quản, nhất là các trường hợp sỏi khảm đồng thời giúp thoát

nước muối sinh lý đã bơm để làm rõ quang trường trong quá trình tán sỏi. Tỷ lệ đặt thông JJ sau tán sỏi niệu quản bằng laser của các tác giả thay đổi khá nhiều, từ 53,4 - 100% (2)(3)(6).

Chúng tôi không gặp tai biến nào trong quá trình tán sỏi. Sau thủ thuật, có 4 TH nhiễm khuẩn niệu được điều trị ổn định, chiếm tỷ lệ 4,7%, không khác biệt so với các tác giả khác (5,0 – 9,3%) (2)(6). Thời gian nằm viện sau thủ thuật ngắn, trung bình 3,0 ngày, tương đương với các tác giả Hoàng Đức Minh, Vũ Nguyễn Khải Ca (2,6 – 2,9 ngày) (2)(7).

KẾT LUẬN

Tán sỏi nội soi ngược dòng bằng nguồn tán Ho: YAG laser là một phương pháp ít xâm hại có tỷ lệ thành công cao, an toàn, thời gian nằm viện sau thủ thuật ngắn, nên được chỉ định ưu tiên trong điều trị sỏi niệu quản đoạn dưới. So với nguồn tán khí nén, tán sỏi bằng laser có thời gian tán sỏi ngắn hơn, tán được sỏi lớn hơn, làm giảm tỷ lệ mổ mổ trong điều trị sỏi niệu quản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Đỗ Lệnh Hùng và CS. Hiệu quả của nội soi tán sỏi bằng laser trong điều trị sỏi niệu quản chậu khám. Y học TP.HCM (2010). 4, 1 tr 458-470.
2. Hoàng Đức Minh và cs. Đánh giá an toàn và hiệu quả của nội soi niệu quản ngược dòng tán sỏi bằng laser trong điều trị sỏi niệu quản. Y học TP.HCM (2015).19, 4 tr 214-219.
3. Lê Anh Tuấn, Nguyễn Tuấn Vinh. Hiệu quả của Holmium laser trong điều trị sỏi niệu quản. Y học TP.HCM (2014).8, 1 tr 323-325.
4. Lingeran JE., Lifshitz DA., Evan AP.. Surgical management of urinary lithiasis. Campell' Urology 2002; chapter 99.
5. Nguyễn Văn Khoa, Trần Văn Quốc, Đặng Tấn Mân. Kết quả tán sỏi nội soi sỏi niệu quản đoạn dưới tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang. Kỷ yếu Hội nghị Khoa học – Công nghệ Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang năm 2011
6. Trần Quốc Hòa. Nghiên cứu tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng bằng laser holmium tại bệnh viện Đại học y Hà Nội. Tạp chí Y học thực hành. (2013). số 10, tr 60- 63
7. Vũ Nguyễn Khải Ca và Cs. Đánh giá kết quả điều trị sỏi niệu quản theo phương pháp tán sỏi bằng holmium laser tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang. Y học TP.HCM (2015).19, 4 tr 270-276.
8. Wei Zheng, John D. Dentedt: Intracorporeal lithotripsy: Update on technology. The Urologic clinic of North America.

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT CỦA FENTANYL
BẰNG ĐƯỜNG TĨNH MẠCH VỚI BƠM TIÊM ĐIỆN CÓ KIỂM SOÁT**

*Tăng Văn Dũng, Nguyễn Thị Hồng Diệp
Phạm Thị Kim Pha, Phạm Thị Ngọc Diễm*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau sau mổ luôn là nỗi sợ hãi ám ảnh của người bệnh và là vấn đề luôn được các Bác sĩ gây mê cũng như các Bác sĩ phẫu thuật quan tâm vì đau ảnh hưởng rất lớn đến tâm sinh lý cũng như sự phục hồi của bệnh sau mổ.

Đau gây ra stress, rối loạn về nội tiết, chuyển hóa, hô hấp và tuần hoàn, làm chậm quá trình phục hồi sau phẫu thuật. Ngoài ra, đau sau mổ có thể làm tăng nguy cơ tăng huyết áp, suy hô hấp... có thể dẫn đến tử vong.

Điều trị đau sau mổ góp phần quan trọng vào thành công của phẫu thuật. Nhiều bệnh viện lớn trên cả nước đã áp dụng nhiều phương pháp để giảm đau, tuy nhiên đối với bệnh viện tuyến thấp hơn thì còn hạn chế nhiều về kỹ thuật, phương tiện và nhân lực. Nên phương pháp giảm đau bằng đường tĩnh mạch được áp dụng rộng rãi ở tất cả các bệnh viện. Thuốc được dùng là nhóm Opioid có sẵn trên lâm sàng, được áp dụng chủ yếu là Morphin. Tuy nhiên một số nghiên cứu gần đây cho thấy Fentanyl ưu việt hơn so với Morphin khi dùng đường tĩnh mạch có kiểm soát liều qua bơm tiêm điện tự động có hiệu quả giảm đau nhiều, tác dụng không mong muốn rất ít.

Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật của Fentanyl bằng đường tĩnh mạch có kiểm soát tại Bệnh Viện ĐKKV Tỉnh năm 2018*”.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

1. Mục tiêu tổng quát:

- Đánh giá hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật của fentanyl bằng đường tĩnh mạch với bơm tiêm điện có kiểm soát.

2. Mục tiêu chuyên biệt:

- Đánh giá tác dụng giảm đau của fentanyl sau phẫu thuật.
- Khảo sát một số yếu tố liên quan tác dụng không mong muốn của fentanyl.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng nghiên cứu :

1.1. Tiêu chuẩn chọn lựa bệnh nhân:

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Được phẫu thuật tại khoa GMHS.
- Tình trạng sức khỏe theo ASA (American Society of Anesthesiologists) : I,II.
- Bệnh nhân phẫu thuật: bụng vết mổ dài > 10cm, phẫu thuật xương, phẫu thuật niệu, phẫu thuật sản.
- Bệnh nhân không có chống chỉ định với các thuốc sử dụng trong nghiên cứu.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh tâm thần, thần kinh không ổn định.
- Bệnh nặng sau mổ (ASA: III, IV).
- Bệnh thở máy kéo dài.

2. Phương pháp nghiên cứu:

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

2.2. *Địa điểm nghiên cứu:* Khoa GMHS Bệnh Viên ĐKKV Tỉnh An Giang

2.3 *Thời gian nghiên cứu:* từ tháng 03/2018 đến tháng 10/2018.

2.4. *Phương tiện nghiên cứu:*

- Máy giảm đau PCA Perfusor của hãng B.Braun.

- Thước VAS (Visual Analog Scale) để đánh giá mức độ đau (thang đau từ 0 đến 10)

- Mặc máy Monitor theo dõi nhiều thông số (điện tim, huyết áp, SPO₂ và tần số thở).

- Thuốc Fentanyl 50mcg/ml sản xuất tại Đức.

2.5. *Các bước tiến hành :*

- Giải thích cho bệnh nhân biết cách dùng thuốc giảm đau qua máy kiểm soát liều tự động.

- Giải thích cho bệnh nhân tác dụng không mong muốn nếu có xảy ra trong lúc sử dụng thuốc (nôn hoặc buồn nôn, ngứa, chóng mặt)

- Sau khi rút nội khí quản, tê tủy sống nếu VAS \geq 4 thì : bolus một liều 25mcg sau 5 phút cho đến khi VAS \leq 4. Tiếp tục lắp đặt bơm tiêm điện chỉnh liều từ 5 đến 10mcg/giờ. Duy trì đến 12 giờ sẽ chuyển khoa lâm sàng.

- Tại phòng hồi tỉnh bệnh nhân được thở oxy 4 lít / phút, mặc monitor theo dõi liên tục huyết áp, mạch, SPO₂, nhịp thở, ghi nhận về hiệu quả giảm đau và các tác dụng không mong muốn.

2.6. *Tiêu chí đánh giá :*

◆ Tiêu chí liên quan đến giảm đau.

- Điểm VAS khi bệnh nhân nằm yên và cử động hoặc than đau.

+ 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 đau không chịu nổi.

- Mức độ thỏa mãn với giảm đau (rất hài lòng, hài lòng, không hài lòng).

◆ Tiêu chí về huyết động: (HATĐ, nhịp tim), hô hấp (SPO₂, tần số thở), tác dụng không mong muốn: (nôn, buồn nôn, ngứa, run,...)

◆ Liên quan đến đặc điểm của bệnh nhân (tuổi , giới tính, cân nặng, phân loại ASA), phẫu thuật (Ngoại tổng hợp, Ngoại chấn thương, Sản, Niệu,...)

2.7. *Xử lý số liệu:*

- Các số liệu thu thập theo phiếu thu thập số liệu, kết quả được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

- Thông số định tính được trình bày dưới dạng n,(%).

- Thông số định lượng trình bày dưới dạng $X \pm SD$ (min- max).

III- KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU :

3.1. Đặc điểm bệnh nhân: trong thời gian từ tháng 3 năm 2018 đến tháng 10 năm 2018 có 45 bệnh nhân thỏa điều kiện chọn bệnh được đưa vào nghiên cứu, trong đó, nữ: 44 (97,8%), nam: 1 (2,2%); tuổi trung bình $36,1 \pm 10,2$ (18 - 65) tuổi; cân nặng trung bình: $60,5 \pm 7,1$ (45 - 72) kg; Phân loại ASA: Loại I: 43 BN (95,6%), loại II: 2 (4,4%).

3.2. Đặc điểm phẫu thuật:

Bảng 3.1. Nhóm bệnh phẫu thuật

| | | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------|------------|------------|-----------|
| Bệnh phẫu thuật | Tiêu hóa | 1 | 2.2 |
| | Sản | 42 | 93.3 |
| | Niệu | 1 | 2.2 |
| | Xương-khớp | 1 | 2.2 |
| | Tổng | 45 | 100.0 |

Nhận xét: Nhóm bệnh lý sản khoa trong nghiên cứu chiếm nhiều nhất 93.3%

Bảng 3.2 Số lần đã phẫu thuật

| | | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|---------|------------|-----------|
| Số lần đã phẫu thuật | Lần đầu | 17 | 37.8 |
| | 1 lần | 25 | 55.6 |
| | 2 lần | 3 | 6.7 |
| | Tổng | 45 | 100.0 |

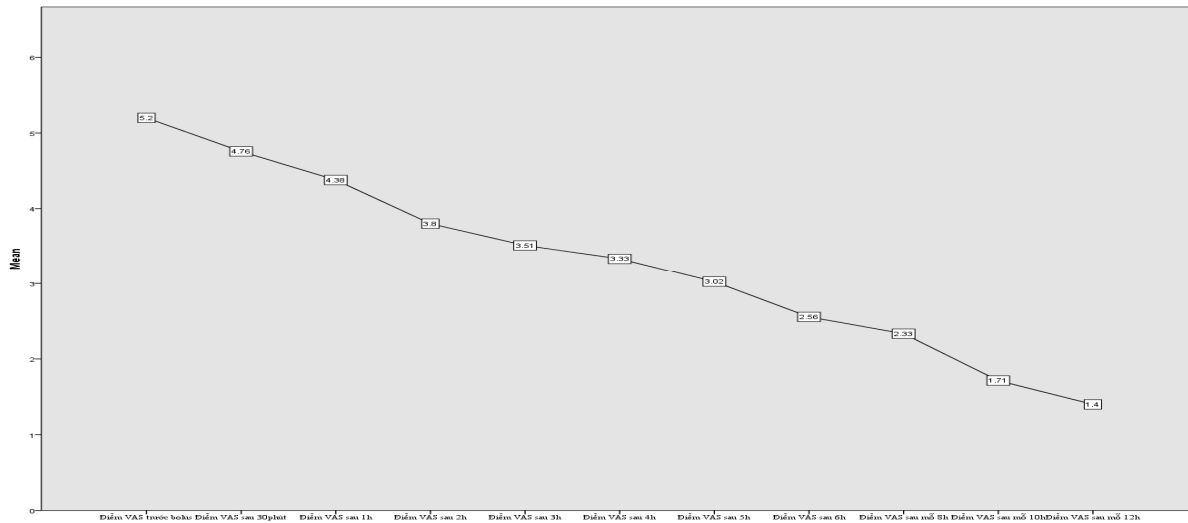
Nhận xét: Tổng số mổ 1 lần chiếm tỉ lệ cao nhất 55.6%

3.3. Kết quả giảm đau sau phẫu thuật bằng đường tĩnh mạch:

3.3.1 Điểm VAS:

Bảng 3.3. Thang điểm đau tại các thời điểm

| | N | Nhỏ nhất | Lớn nhất | Trung bình |
|----------------------|----|----------|----------|--------------|
| Điểm VAS trước bolus | 45 | 5 | 6 | 5.20 ± 0.405 |
| Điểm VAS sau 30phút | 45 | 4 | 6 | 4.76 ± 0.570 |
| Điểm VAS sau 1h | 45 | 3 | 6 | 4.38 ± 0.716 |
| Điểm VAS sau 2h | 45 | 3 | 5 | 3.80 ± 0.505 |
| Điểm VAS sau 3h | 45 | 3 | 5 | 3.51 ± 0.589 |
| Điểm VAS sau 4h | 45 | 3 | 5 | 3.33 ± 0.564 |
| Điểm VAS sau 5h | 45 | 2 | 5 | 3.02 ± 0.543 |
| Điểm VAS sau 6h | 45 | 2 | 3 | 2.56 ± 0.503 |
| Điểm VAS sau mỗi 8h | 42 | 1 | 3 | 2.33 ± 0.526 |
| Điểm VAS sau mỗi 10h | 42 | 1 | 3 | 1.71 ± 0.508 |
| Điểm VAS sau mỗi 12h | 15 | 1 | 2 | 1.40 ± 0.507 |



Biểu đồ 3.1. Biểu đồ biểu diễn điểm vas tại các thời điểm

Nhận xét: Giảm đau rõ rệt theo thời gian sau sử dụng thuốc tĩnh mạch 5.2 → 1.4 trong 12 giờ.

3.3.2 Những tiêu chí và mức độ liên quan đến giảm đau:

Bảng 3.4. Mức độ hài lòng người bệnh

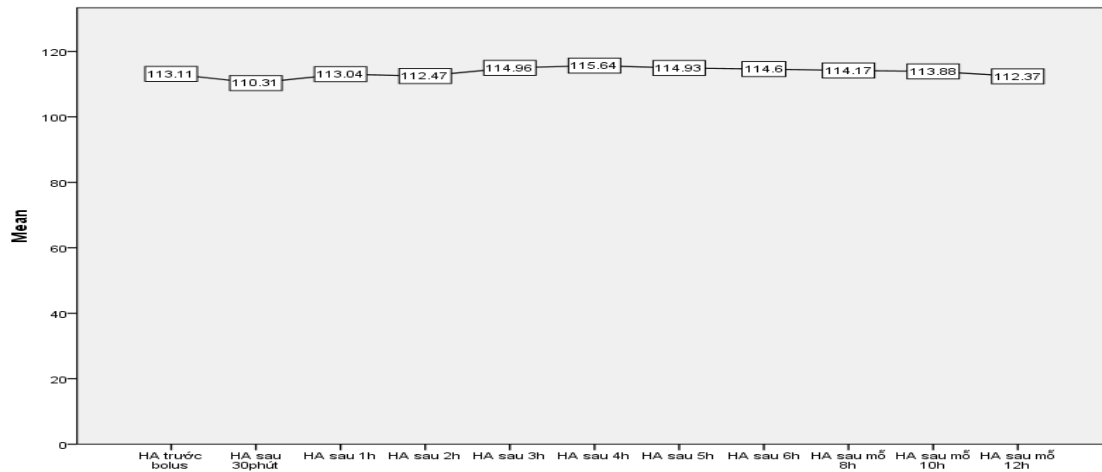
| | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) | |
|-----------------|----------------|-----------|--------|
| Mức độ hài lòng | Rất hài lòng | 30 | 66.7% |
| | Hài lòng | 14 | 31.1% |
| | Không hài lòng | 1 | 2.2% |
| | Tổng | 45 | 100.0% |

Nhận xét: Bệnh hài lòng và rất hài lòng khi sử dụng giảm đau bằng Fentanyl # 97.8%

3.3.3. Thay đổi về hô hấp và tuần hoàn:

Bảng 3.5. Huyết áp tại các thời điểm sử dụng Fentanyl

| | Nhỏ nhất | Lớn nhất | Trung bình |
|----------------------|----------|----------|-----------------|
| Huyết áp trước bolus | 100 | 150 | 113.11 ± 14.897 |
| Huyết áp sau 30phut | 100 | 135 | 110.31 ± 18.387 |
| Huyết áp sau 1h | 100 | 135 | 113.04 ± 8.085 |
| Huyết áp sau 2h | 100 | 140 | 112.47 ± 17.861 |
| Huyết áp sau 3h | 100 | 140 | 114.96 ± 7.103 |
| Huyết áp sau 4h | 104 | 140 | 115.64 ± 7.075 |
| Huyết áp sau 5h | 100 | 152 | 114.93 ± 8.682 |
| Huyết áp sau 6h | 100 | 151 | 114.60 ± 8.948 |
| Huyết áp sau 8h | 100 | 150 | 114.17 ± 8.985 |
| Huyết áp sau 10h | 100 | 140 | 113.88 ± 7.677 |
| Huyết áp sau 12h | 100 | 130 | 112.37 ± 8.801 |

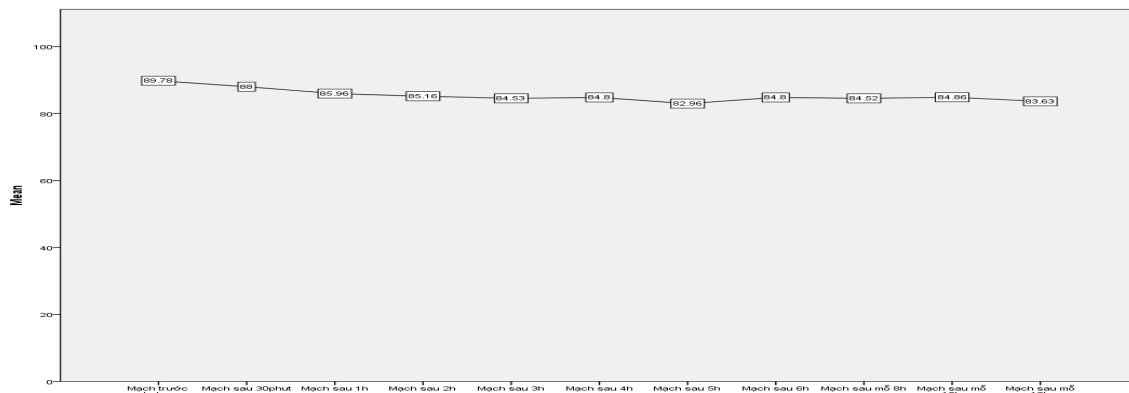


Biểu đồ 3.2. Biểu đồ biểu diễn huyết áp trung bình tại các thời điểm

Nhận xét: Huyết áp không giao động nhiều trong suốt quá trình sử dụng thuốc, chỉ dao động trong khoảng (110- 115)

Bảng 3.6. Mạch tại các thời điểm sử dụng Fentanyl

| | Nhỏ nhất | Lớn nhất | Trung bình |
|------------------|----------|----------|----------------|
| Mạch trước bolus | 80 | 100 | 89.78 ± 2.653 |
| Mạch sau 30 phút | 80 | 92 | 88.00 ± 2.860 |
| Mạch sau 1h | 80 | 92 | 85.96 ± 3.045 |
| Mạch sau 2h | 78 | 91 | 85.16 ± 3.444 |
| Mạch sau 3h | 78 | 90 | 84.53 ± 3.739 |
| Mạch sau 4h | 78 | 92 | 84.80 ± 3.888 |
| Mạch sau 5h | 78 | 92 | 82.96 ± 12.081 |
| Mạch sau 6h | 78 | 94 | 84.80 ± 4.132 |
| Mạch sau mổ 8h | 78 | 92 | 84.52 ± 4.026 |
| Mạch sau mổ 10h | 78 | 90 | 84.86 ± 3.810 |
| Mạch sau mổ 12h | 79 | 90 | 83.63 ± 4.530 |

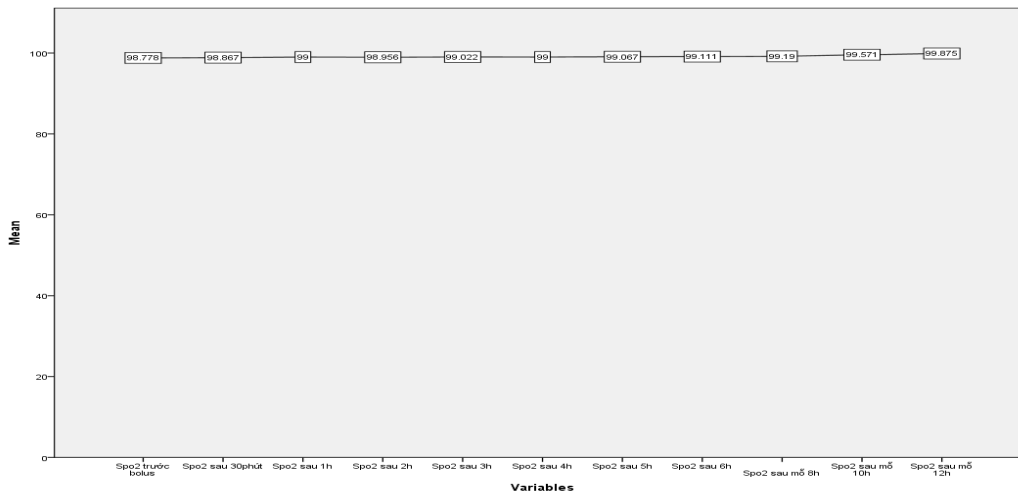


Biểu đồ 3.3. Biểu đồ biểu diễn mạch trung bình tại các thời điểm

Nhận xét: Mức độ dao động về mạch sau khi dùng Fentanyl rất ít chỉ trong khoảng 83-89 lần / phút

Bảng 3.7. SpO₂ tại các thời điểm sử dụng Fentanyl

| | Nhỏ nhất | Lớn nhất | Trung bình |
|------------------------------|----------|----------|---------------|
| Spo ₂ trước bolus | 98 | 100 | 98.78 ± 0.765 |
| Spo ₂ sau 30 phút | 97 | 100 | 98.87 ± 0.588 |
| Spo ₂ sau 1h | 98 | 100 | 99.00 ± 0.674 |
| Spo ₂ sau 2h | 97 | 100 | 98.96 ± 0.638 |
| Spo ₂ sau 3h | 97 | 100 | 99.02 ± 0.753 |
| Spo ₂ sau 4h | 98 | 100 | 99.00 ± 0.640 |
| Spo ₂ sau 5h | 98 | 100 | 99.07 ± 0.654 |
| Spo ₂ sau 6h | 97 | 100 | 99.11 ± 0.804 |
| Spo ₂ sau mổ 8h | 97 | 100 | 99.19 ± 0.773 |
| Spo ₂ sau mổ 10h | 98 | 100 | 99.57 ± 0.547 |
| Spo ₂ sau mổ 12h | 99 | 100 | 99.88 ± 0.342 |



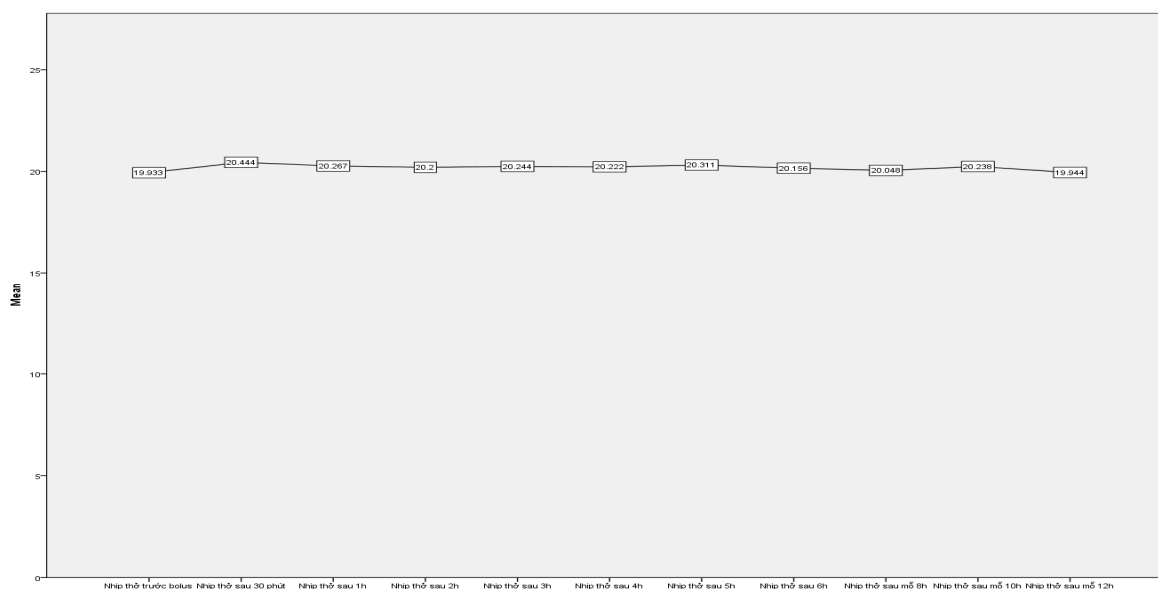
Biểu đồ 3.4. Biểu đồ biểu diễn SPO₂ trung bình tại các thời điểm

Nhận xét: Về duy trì độ thông thoáng SPO₂ trong suốt quá trình sử dụng thuốc Fentanyl bệnh nhân hoàn toàn được thông khí tốt # 97 - 100

Bảng 3.8. Nhịp thở tại các thời điểm sử dụng Fentanyl

| | Nhỏ nhất | Lớn nhất | Trung bình |
|----------------------|----------|----------|---------------|
| Nhịp thở trước bolus | 18 | 23 | 19.93 ± 0.809 |
| Nhịp thở sau 30 phút | 16 | 24 | 20.44 ± 1.099 |
| Nhịp thở sau 1h | 17 | 23 | 20.27 ± 1.053 |
| Nhịp thở sau 2h | 18 | 24 | 20.20 ± 1.057 |
| Nhịp thở sau 3h | 17 | 22 | 20.24 ± 1.004 |

| | | | |
|----------------------|----|----|---------------|
| Nhịp thở sau 4h | 18 | 24 | 20.22 ± 1.020 |
| Nhịp thở sau 5h | 17 | 23 | 20.31 ± 1.019 |
| Nhịp thở sau 6h | 18 | 22 | 20.16 ± 0.767 |
| Nhịp thở sau mỗi 8h | 18 | 23 | 20.05 ± 0.731 |
| Nhịp thở sau mỗi 10h | 19 | 22 | 20.24 ± 0.617 |
| Nhịp thở sau mỗi 12h | 19 | 20 | 19.94 ± 0.236 |



Biểu đồ 3.5. Biểu đồ biểu diễn nhịp thở trung bình tại các thời điểm

Nhận xét : Nhịp thở trong suốt quá trình sử dụng Fentanyl không thay đổi (19-20 lần / phút)

3.3.4. Tác dụng phụ không mong muốn:

Bảng 3.9. Nhóm tác không mong muốn

| | Tần số (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------|------------|---------------|
| Không có tác dụng phụ | 35 | 77.8% |
| Buồn nôn, nôn | 2 | 4.4% |
| Ngứa | 2 | 4.4% |
| Run | 4 | 8.9% |
| Tác dụng phụ khác | 2 | 4.4% |
| Tổng | 45 | 100.0% |

Nhận xét: Trong nghiên cứu có 8.9% bệnh nhân có run sau dùng thuốc , ngoài ra còn buồn nôn , nôn , ngứa xuất hiện tỉ lệ rất thấp.

Bảng 3.10. Liên quan tác dụng phụ và tuổi, liều fentanyl sử dụng cho BN

| | Tác dụng phụ | Liều fentanyl sử dụng cho BN (mcg) | p |
|-----------------------|--------------------------|------------------------------------|--------|
| Liều duy trì Fentanyl | Có tác dụng phụ (n = 10) | 20,6 ± 5,2 | = 0,05 |
| | Không tác dụng phụ (35) | 18,2 ± 2,6 | |
| | Tác dụng phụ | Tuổi | p |
| Tuổi | Có tác dụng phụ (n = 10) | 39,5 ± 2,7 | =0,24 |
| | Không tác dụng phụ (35) | 35,1 ± 9,4 | |

Nhận xét:

- Liều duy trì Fentanyl cao có liên quan đến tác dụng phụ của BN (P= 0,05).

- BN lớn tuổi có nguy cơ bị tác dụng phụ cao, tuy nhiên điều này không có ý nghĩa thống kê với P > 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Fentanyl là opioid tổng hợp có tác dụng giảm đau mạnh gấp 80-100 lần so với Morphin. Khả năng tan trong lipid và xâm nhập qua hàng rào máu não của thuốc cao, do đó giảm đau nhanh hơn và thời gian bán hủy ngắn hơn (khoảng 2-3 giờ). Tác dụng của Fentanyl xuất hiện nhanh trong vòng 30 giây, đạt hiệu quả tối đa trong 5-10 phút và kéo dài khoảng 30-60 phút. Thuốc gần như không gây giải phóng histamine, do đó có thể dùng cho bệnh nhân có bất ổn về huyết động hoặc co thắt thanh quản. Ngoài ra chất chuyển hóa không có hoạt tính của Fentanyl cũng là ưu điểm của thuốc khi giảm đau cho bệnh nhân suy giảm chức năng thận.

Kết quả của chúng tôi cho thấy điểm VAS trung bình khi nằm yên và vận động đều dao động trong phạm vi nhỏ hơn 5, tương ứng với mức độ đau ít có thể chấp nhận trên lâm sàng (Biểu đồ 3.1). Nguyễn Toàn Thắng và cộng sự [2] trong một nghiên cứu tương tự cũng xác nhận kết quả giảm đau tốt và giảm tác dụng không mong muốn của Fentanyl so với Morphin[3]. Hutchison sử dụng PCA Fentanyl ở bệnh nhân sau phẫu thuật chỉnh hình cho điểm VAS trung bình trong 24 giờ đều dưới 3 và thấp hơn có ý nghĩa so với khi dùng Morphin và Hydromorphin[4].

Chúng tôi nhận thấy tỉ lệ bệnh nhân có mức độ rất hài lòng với giảm đau là 66,7%, có tới 97,8% có mức thỏa mãn giảm đau từ hài lòng trở lên, ngoài tác dụng nhanh mạnh, điểm VAS thấp, vấn đề dao động về sinh hiệu trong thời gian sử dụng giảm đau bằng Fentanyl cũng rất ít (thể hiện trong bảng 7-8-9 về hô hấp và tuần hoàn).

Ức chế hô hấp là biến chứng hiếm gặp nhưng nguy hiểm nhất khi dùng opioid. Trong khi giảm huyết áp khi dùng Fentanyl thường liên quan đến tình trạng thiếu máu, giảm khối lượng tuần hoàn hơn là bản thân thuốc. Kết quả các biểu đồ 7 – 8 - 9 và 10 cho thấy các chỉ số trung bình về tần số thở, tần số tim và HA tối đa tại các thời điểm của nghiên cứu đều rất ít thay đổi. Giá trị SPO₂ trung bình đều trên 98%. Chúng tôi không gặp trường hợp có tần số thở < 15 lần / phút, SPO₂<97% hay mạch chậm hoặc giảm huyết áp cần phải dùng thuốc co mạch trợ tim. Điều này phản ánh tính an toàn cao khi dùng Fentanyl qua đường tĩnh mạch. Hơn nữa, Fentanyl không gây giải phóng histamine nên ít làm giãn mạch và giảm huyết áp hơn so với Morphin. Nghiên cứu của Hutchison ở bệnh nhân chỉnh hình, Nguyễn Toàn Thắng cùng cộng sự[2] ở bệnh nhân phẫu thuật bụng đều cho thấy sự an toàn và ổn định về hô hấp, tuần hoàn khi áp dụng đường tĩnh mạch dùng Fentanyl.

Trong nghiên cứu này chúng tôi xác định tỉ lệ run, ngứa, buồn nôn khi dùng Fentanyl tương ứng là 8,9%, 4,4% và 4,4%. Đây là những tác dụng phụ không mong muốn không đe dọa ngay đến tính mạng nhưng gây lo lắng, khó chịu, sợ hãi đối với bệnh nhân cũng như người thân của họ. Kết quả công bố của Hutchison cho thấy tỉ lệ tác dụng phụ không mong muốn như: ngứa, bí tiểu khi dùng Fentanyl tương ứng là 18% và 3%. Tỉ lệ này thấp hơn nhiều khi dùng Morphine. Kết quả của Nguyễn Toàn Thắng và cộng sự ở bệnh nhân phẫu thuật bụng dùng Fentanyl xác nhận tỉ lệ ngứa là 8,6%. Nguyễn Toàn Thắng xác nhận tỉ lệ Ramsay ≥ 4 là 8,4% , trong khi đó Hutchison công bố tỉ lệ an thần sâu là 4% khi dùng Fentanyl PCA. Bên cạnh đó chúng tôi thấy 4.4% bệnh nhân có các biểu hiện buồn nôn, hoa mắt chóng mặt. Những triệu chứng này thường thoáng qua có thể gây ra do nhiều nguyên nhân khác nhau.

Trong nghiên cứu, liều duy trì Fentanyl trung bình $18,8 \pm 3,4$ mcg, lớn nhất là 30, thấp nhất là 16 mcg, liều duy trì Fentanyl cao có nguy cơ liên quan đến tác dụng phụ của BN (P= 0,05).

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả của nghiên cứu này chúng tôi cho rằng sử dụng Fentanyl đường tĩnh mạch để giảm đau sau phẫu thuật có tính an toàn và hiệu quả, tuy nhiên tỷ lệ tác dụng không mong muốn của thuốc là 22,2%. Liều sử dụng Fentanyl duy trì có liên quan đến tác dụng không mong muốn của thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Khắc Hùng (2018). So sánh hiệu quả giảm đau sau mổ của morphine 200mcg với 400mcg tiêm vào tủy sống trước mổ kết hợp với iv-PCA sau mổ tăng bụng trên. Tạp chí y học thực hành 1075-2018: P 46-52
2. Nguyễn Toàn Thắng, Nguyễn Hữu Tú (2013). So sánh tác dụng của fentanyl và morphine trong giảm đau do bệnh nhân kiểm soát đường tĩnh mạch. Tạp chí nghiên cứu y học, 83(Supplement, 3): P.29-34.
3. Nguyễn Hữu Tú, Nguyễn Toàn Thắng (2016). Hiệu quả và an toàn của giảm đau do bệnh nhân kiểm soát đường tĩnh mạch dùng fentanyl sau phẫu thuật bụng. Tạp chí y học thực hành 1015-2016. P145-148.
4. Hutchison, R (2006). A comparison of a fentanyl, morphine, and hydromorphone patient-controlled intravenous delivery for acute postoperative analgesia: a multicentered study of opioid induced adverse reactions Hospital Pharmacy, 41(7), 659 – 663.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ THUỐC TIÊU HUYẾT KHỐI ĐƯỜNG TĨNH MẠCH Ở BỆNH NHÂN ĐỘT QUY NHỒI MÁU NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG

*BS.Trần Minh Quang, ThS.BS.Hồ Ngọc Diệp
ThS.BS.Đào Châu Khoa, CNDD. Cao Thị Hợp*

Tóm tắt: Điều trị tiêu huyết khối bằng Actilyse hiện nay được khuyến cáo là biện pháp điều trị chuẩn cho bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp. Qua nhận xét kết quả bước đầu trong 8 tháng ở Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang, kết quả như sau: Cải thiện lâm sàng tốt sau 24 giờ 60%; Thang điểm NIHSS sau 24 giờ giảm từ 11.1 điểm xuống còn 7.2 điểm; Khoảng thời gian từ khởi phát – điều trị 144 phút; Chưa thấy biến chứng nặng xảy ra.

Summary: *Efficiency of intravenous thrombolytic drugs on acute ischemic stroke patients in An Giang Regional Provincial Hospital.*

Recombinant tissue plasminogen activator (Actilyse) is a method approved for treatment of acute ischemic stroke in many practical guidelines. Comment on the results of the first 8 months in An Giang Provincial Regional General Hospital : Good improvement of clinical after 24 hours 60%; The 24-hour NIHSS score fell from 11.1 points to 7.2 points; Onset - treatment duration 144 minutes; No serious complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Đột quy não là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế, là nguyên nhân tử vong đứng hàng thứ 3.

Đột quy nhồi máu não chiếm đa số với tỷ lệ khoảng trên 70% tổng số bệnh nhân đột quy. Khu vực tổn thương chia làm 2 vùng: Vùng hoại tử ở trung tâm, tế bào không có khả năng hồi phục và vùng thiếu máu tranh tối tranh sáng (penumbra), nếu được tái tưới máu kịp thời vẫn có cơ hội hồi phục. Với mục đích tái thông mạch tắc sớm để cứu vãn vùng penumbra, biện pháp điều trị dùng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch đã được ứng dụng điều trị ở nhiều nước. Ở Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang kỹ thuật này được triển khai từ tháng 12 năm 2017. Để đánh giá hiệu quả điều trị đột quy nhồi máu não giai đoạn cấp bằng thuốc tiêu huyết khối Actilyse tại khoa Cấp cứu. Chúng tôi tiến hành nhận xét: “Kết quả bước đầu điều trị thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch trên bệnh nhân nhồi máu não cấp tại BV ĐKKV Tỉnh An Giang”.

II. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

1. Đánh giá hiệu quả điều trị đột quy nhồi máu não giai đoạn cấp bằng thuốc tiêu huyết khối Actilyse
2. Đánh giá các tác dụng không mong muốn của thuốc trong quá trình điều trị
3. Rút kinh nghiệm bước đầu về công tác thu dung và triển khai điều trị

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

3.1. Đối tượng nghiên cứu:

10 bệnh nhân điều trị thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch trên bệnh nhân nhồi máu não cấp ở khoa cấp cứu bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang từ 01/01/ 2018 theo :

Tiêu chuẩn chọn:

- 1) Tiêu chuẩn chẩn đoán đột quy não theo Tổ chức Y tế Thế giới
- 2) Đột quy thiếu máu não cấp trong 4,5 giờ đầu
- 3) $5 < \text{NIHSS} < 22$ điểm.

4) Cắt lớp vi tính sọ não hoặc cộng hưởng từ không có xuất huyết nội sọ
5) Cắt lớp vi tính sọ não hoặc cộng hưởng từ: vùng đậm độ < 1/3 khu vực phân bố của động mạch não giữa.

6) Tuổi từ 18- 80

Tiêu chuẩn loại:

- 1) Đột quy 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 hay chọc dịch não tủy 7 ngày trước.
- 6) Triệu chứng thần kinh cải thiện nhanh hay NIHSS < 5
- 7) Huyết áp > 185/110mmHg: 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 > 1,5.
- 12) Trị liệu Heparin trong 48 giờ trước đó.
- 13) Tiểu cầu < 100.000 / mm³
- 14) Đường máu dưới 50 mg/dL hay > 400 mg/ dL
- 15) Phụ nữ có thai .

16) Những trường hợp không có người thân, không nắm được tiền sử, bệnh sử, không thể khai thác được thông tin .

3.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Thời gian từ 01/01/ 2018 đến 30/ 8/2018.

Địa điểm khoa Cấp cứu bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang

3.3. Thiết kế nghiên cứu: điều tra, mô tả

3.4. Phương pháp tiến hành nghiên cứu

3.4.1. Thu dung bệnh nhân Bệnh nhân tại khoa Cấp cứu hoặc bệnh nhân đang điều trị nội trú tại các khoa nếu có triệu chứng nghi ngờ đột quy não mới xuất hiện trong vòng 4.5 giờ đầu: khẩn trương chuyển vào khoa .

3.4.2. Khám nhanh và hoàn thiện xét nghiệm

- Khám nhanh và khai thác tiền sử theo mẫu .
- Chụp CTscan sọ não không cản quang khẩn.
- Xét nghiệm: Sinh hóa máu (Glucose, chức năng gan, chức năng thận); điện tim; đông máu (PT, aPTT, INR); nhóm máu; công thức tế bào máu;

3.4.3. Chuẩn bị bệnh nhân

- Đối chiếu lần cuối tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại.
- Giải thích cho bệnh nhân và thân nhân về lợi ích và nguy cơ của biện pháp điều trị.
- Bệnh nhân hoặc thân nhân ký đơn tình nguyện đồng ý tiến hành kỹ thuật
- Kiểm soát huyết áp xuống dưới mức 185/110mmHg

3.4.4. Quy trình kỹ thuật dùng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch

- rtPA (Actilyse) lọ 50 mg kèm dung môi, tổng liều 0.9mg/kg (tối đa 90mg)
- Đặt 2 đường truyền với kim luôn và khóa 3 chạc.

- Pha thuốc: hút dung môi pha vào lọ thuốc lắc đều.
- Tiêm tĩnh mạch chậm 10% tổng liều trong vòng 1-2 phút, số thuốc còn lại đặt bơm tiêm điện truyền trong 60 phút.
- Đánh giá thần kinh cách 15 phút một lần trong khi truyền, cách 30 phút một lần sau truyền kéo dài đến 6 giờ, sau đó cách 1 giờ một lần cho tới 24 giờ sau truyền.
- Nếu bệnh nhân bị đau đầu dữ dội, tăng huyết áp, buồn nôn hoặc nôn: dừng truyền rtPA và chụp cắt lớp vi tính cấp cứu để kiểm tra, nếu có xuất huyết não chuyển ngay bệnh nhân tới khoa điều trị tích cực để theo dõi.
- Đo huyết áp cách 15 phút một lần trong 2 giờ đầu và mỗi 30 phút trong 6 giờ tiếp, sau đó đo mỗi giờ cho tới 24 giờ sau dùng rtPA.
- Đo huyết áp thường xuyên hơn nếu huyết áp $\geq 180/105$ mmHg; dùng thuốc kiểm soát huyết áp.
- Trì hoãn đặt ống thông dạ dày, ống thông dẫn lưu bàng quang, ống thông động mạch
- Kết hợp phác đồ điều trị đột quỵ nhồi máu não theo khuyến cáo hiện hành. Dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu từ 24 giờ sau khi kết thúc dùng rtPA

3.4.5. Theo dõi biến chứng và xử trí sau tiêu huyết khối rtPA đường tĩnh mạch

3.5. Phương pháp thu thập số liệu:

Chọn tất cả bệnh nhân điều trị thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch trên bệnh nhân nhồi máu não cấp theo tiêu chuẩn. Bệnh nhân được đánh giá bởi bác sĩ khoa cấp cứu, đánh dấu vào ô thích hợp theo bảng số liệu có sẵn.

IV. PHƯƠNG PHÁP PHÂN TÍCH SỐ LIỆU:

Dùng phần mềm SPSS 16.00

V. TIÊU CHUẨN CHẨN ĐOÁN:

Theo tiêu chuẩn chẩn đoán đột quỵ não theo Tổ chức Y tế Thế giới .

VI. KẾT QUẢ:

Đặc điểm chung:

6.1. Tuổi:

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu của chúng tôi là: 58 ± 6.15

| Tuổi | Lớn nhất | Nhỏ nhất | Trung bình |
|-------------|-----------------|-----------------|-------------------|
| | 68 | 50 | 58 ± 6.15 |

6.2. Giới tính: nam 6, nữ 4

6.3. Địa chỉ bệnh nhân.

| Địa phương | Số lượng | Tỷ lệ % |
|-------------------|-----------------|----------------|
| Châu Đốc | 2 | 20 |
| Châu Phú | 4 | 40 |
| An Phú | 2 | 20 |
| Tân Châu | 1 | 10 |
| Phú Tân | 1 | 10 |

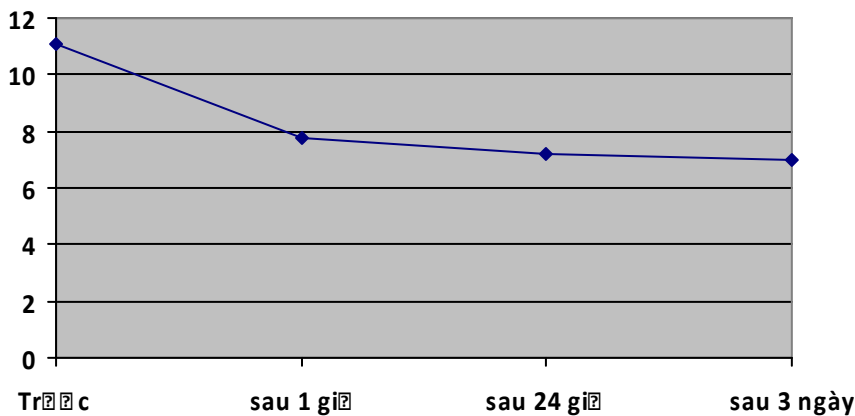
6.4. Tiền căn.

| Tiền căn. | Số trường hợp | Tỷ lệ % |
|----------------|---------------|---------|
| Tăng huyết áp | 10 | 100 |
| Suy tim | 2 | 20 |
| Rung nhĩ | 1 | 10 |
| Đái tháo đường | 1 | 10 |

6.5. Thời gian khởi phát đến khi đưa đi bệnh viện, và thời gian tiếp nhận bệnh đến lúc dùng tiêu sợi huyết.

| Thời gian (phút) | Sớm nhất | Trễ nhất | Trung bình |
|---|----------|-----------|------------|
| khởi phát đến khi vào viện | 20(phút) | 180(phút) | 74 (phút) |
| Từ vào viện đến điều trị tiêu sợi huyết | 30(phút) | 95(phút) | 64(phút) |
| Khởi phát đến khi điều trị tiêu sợi huyết | 60(phút) | 245(phút) | 140(phút) |

6.6. Thang điểm Nihss trước lúc dùng tiêu sợi huyết, sau khi dùng 1 giờ, 24 giờ, sau 3 ngày.



6.7. Hiệu quả trên lâm sàng của liệu pháp Alteplase đường tĩnh mạch

| Triệu chứng | Lúc vào viện n (%) | Sau 1 giờ n (%) | Sau 24 giờ n (%) | Xuất viện n (%) |
|-----------------------------|-----------------------|--------------------|---------------------|-----------------|
| Liệt nửa người | 10 | 6 | 5 | 4 |
| Nói khó hoặc không nói được | 6 | 4 | 3 | 3 |
| Rối loạn cảm giác nửa người | 2 | 1 | 0 | 0 |
| Đau đầu | 3 | 2 | 1 | 0 |

6.8. Tai biến và biến chứng

| Tai biến và biến chứng | Số lượng | Tỷ lệ % |
|------------------------|----------|---------|
| Chảy máu não | 0 | 0 |
| Xuất huyết tiêu hóa | 0 | 0 |

| | | |
|--------------------|---|----|
| Chảy máu chân răng | 1 | 10 |
| Dị ứng mề đay | 0 | 0 |
| Sốc phản vệ | 0 | 0 |
| Đau dạ dày, choáng | 1 | 1 |
| Khác | 0 | 0 |

VII. BÀN LUẬN:

Đặc điểm chung

Trong số 10 bệnh nhân của chúng tôi, tuổi trung bình là 58 ± 6.2 tương tự nghiên cứu Nguyễn Huy Thắng[4] 60.5 ± 12.2 , trẻ hơn của Nguyễn Viết Đồng[3] tuổi trung bình 66 ± 14.8 , Nam nhiều hơn nữ, tỷ lệ nam là 60% tương tự 55% ở nghiên cứu của Mai Duy Tôn[6].

Tiền căn

Tiền căn tăng huyết áp 100% bệnh nhân, đây là điểm chú ý trong quản lý bệnh nhân tăng huyết áp, phòng ngừa đột quỵ.

Thời gian tiến hành điều trị

Tuy mới tiến hành điều trị nhưng bệnh viện chúng tôi bước đầu đã đạt được các mốc thời gian triển khai tương đương các cơ sở y tế khác trong nước. Của chúng tôi : Từ khởi phát đến vào viện 74 phút, thời gian vào viện đến bắt đầu điều trị 64 phút, thời gian điều trị 140 phút.

Theo nghiên cứu của Lê Văn Thành[5]: Từ khởi phát đến vào viện 68 phút, thời gian vào viện đến bắt đầu điều trị 76 phút, thời gian điều trị 138 phút

Theo Nguyễn Huy Thắng[4]: Từ khởi phát đến vào viện 75.4 phút, thời gian vào viện đến bắt đầu điều trị 69 phút, thời gian điều trị 144.5 phút.

Ngày nay việc rút ngắn thời gian điều trị có tác dụng rất lớn đối với hiệu quả điều trị. Theo khuyến cáo của hội Tim mạch/ hội Đột quỵ Mỹ[1], cần rút ngắn thời gian từ khi bệnh nhân nhập viện đến khi được tiêm thuốc tiêu huyết khối không quá 60 phút, phần đầu đạt được trong vòng 45 phút.

Triệu chứng lâm sàng khi vào viện

Trong số bệnh nhân của chúng tôi có triệu chứng ghi nhận lúc vào viện liệt nửa người là 100%, tương tự với nghiên cứu Mai Duy Tôn[6] là 100%, của Đặng Phúc Đức [2] là 93.3%

Kết quả hồi phục trên lâm sàng

Chúng tôi thấy sau khi truyền thuốc tiêu sợi huyết các triệu chứng lâm sàng như rối loạn cảm giác nửa người, đau đầu được cải thiện nhanh chóng . Triệu chứng liệt theo thang điểm Henry (độ 3-5) khi vào viện là 100% sau 3 ngày không còn liệt hoặc nhẹ (độ 0-2) là 60% .

Điểm NIHSS trung bình trước điều trị là 11. 1 điểm, sau 24 giờ là 7.2 điểm. tương tự của Nguyễn Viết Đồng[3] trước điều trị là 12. 1 điểm, sau 24 giờ là 7.2 điểm; Mai Duy Tôn[6] trước điều trị là 12. 2 điểm, sau 24 giờ là 7.5 điểm. Cải thiện điểm NIHSS sau 24 giờ bằng 0 hoặc giảm từ 4 điểm trở lên 60%. Kết quả tương đương với Nguyễn Huy Thắng[4] 59.2%, Lê Văn Thành[5] 51.3%

Tai biến và biến chứng

Liệu pháp điều trị tiêu huyết khối Alteplase cho bệnh nhân nhồi máu não cấp ngày nay đã được công nhận là điều trị chuẩn tại Mỹ và Châu Âu, tuy nhiên vẫn còn e ngại một số tai biến sau dùng thuốc như: Chảy máu não, sốc phản vệ, phù mạch có thể xảy ra.

Về biến chứng chảy máu não theo Nguyễn Huy Thắng[4] là 4.6%; Lê Văn Thành[5] là 8.3 %; Mai Duy Tôn[6] là 3.4%. Chúng tôi chưa ghi nhận ca nào xảy ra tình trạng sốc phản vệ, chảy máu não, dị ứng (Chỉ có 1 ca đau bụng tụt huyết áp, nhưng sau khi xử trí thuốc chống co thắt bệnh nhân ổn và 1 ca chảy máu chân răng). Những biến chứng này chưa gặp có thể do số lượng bệnh nhân của chúng tôi còn ít.

Kết luận

Điều trị tiêu huyết khối Alteplase đường tĩnh mạch cho bệnh nhân nhồi máu não cấp ngày nay đã được công nhận là điều trị chuẩn, lợi ích phụ thuộc vào thời gian do vậy cần điều trị nhanh nhất có thể.

Hiệu quả điều trị đột quy nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu huyết khối actilyse

Điểm NIHSS trung bình trước điều trị là 11. 1 điểm, sau 24 giờ là 7.2 điểm. Tỷ lệ triệu chứng liệt (độ 3-5) khi vào viện là 100% sau 3 ngày không còn liệt hoặc nhẹ (độ 0-2) là 60% .

Tác dụng phụ của thuốc

Có 10% đau bụng tụt huyết áp và 10% chảy máu chân răng, chưa thấy các biến chứng nặng.

Rút kinh nghiệm bước đầu về công tác điều trị

Số lượng bệnh nhân điều trị tiêu huyết khối còn ít.

Các mốc thời gian: Thời gian khởi phát- vào viện 74 phút ; Vào viện – điều trị 64 phút; Khởi phát – điều trị 140 phút.

Cần tăng cường quảng bá điều trị tiêu huyết khối Alteplase đường tĩnh mạch cho bệnh nhân nhồi máu não cấp cho nhân dân trong khu vực biết.

Tài liệu tham khảo:

Tiếng việt

1. Nguyễn Đạt Anh, Mai Duy Tôn (2016), “Điều trị tiêu huyết khối ở bệnh nhân nhồi máu não cấp”, NXBYH, Hà Nội,
2. Phạm Đình Đài, Đặng Phúc Đức (2013), “Điều trị bệnh nhân đột quy nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu huyết khối”, Đột quy não, NXBYH, Hà Nội,
3. Nguyễn Viết Đồng, Nguyễn Xuân Thái, Hoàng Quang Trung, Nguyễn Tuấn Anh (2015), “ Nghiên cứu điều trị tiêu sợi huyết Alteplase đường tĩnh mạch ở bệnh nhân nhồi máu não cấp tại bệnh viện Đa khoa Hà Tĩnh”,
4. Nguyễn Huy Thắng (2012), “Điều trị thuốc tiêu sợi huyết rtPA đường tĩnh mạch trên bệnh nhân nhồi máu não cấp trong 3 giờ đầu”, Luận văn tiến sĩ y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh,
5. Lê Văn Thành, Nguyễn Thị Kim Liên và nhóm nghiên cứu rtPA thành phố Hồ Chí Minh(2010), “Điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch trên 121 bệnh nhân thiếu máu não cấp trong 3 giờ tại thành phố Hồ Chí Minh”, Hội nghị Đột quy Việt Nam tháng 10 năm 2010,
6. Mai Duy Tôn, “Đánh giá hiệu quả điều trị đột quy nhồi máu não cấp trong vòng 3 giờ đầu bằng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch alteplase liều thấp”, Luận văn tiến sĩ y học, Trường Đại học y Hà Nội,

Tiếng Anh

1. AHA/ASA guideline, 2018 guidelines for the Early Management of patients with Acute Ischemic Stroke.
2. Anderson CS, Robinson T, Lindley RI, Arima H, Low-Dose versus Standard-Dose Intravenous Alteplase in Acute Ischemic Stroke, N Engl J Med. 2016;374(24):2313.
3. Rabinstein AA, Treatment of Acute Ischemic Stroke, 1, Cerebrovascular Disease, 2017 Feb:62-81

**ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ TIÊU SỢI HUYẾT
TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CẤP**

Lâm Ngọc Cẩm, Phan Kim Cúc, Mai Nhật Quang

TÓM TẮT:

ĐẶT VẤN ĐỀ: Tai biến mạch máu não hay đột quỵ là bệnh lý thần kinh thường gặp, chiếm khoảng 50% trong tổng số các bệnh thần kinh. Sử dụng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch đã được chứng minh hiệu quả trong điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp trong giai đoạn sớm sau đột quỵ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: Nghiên cứu mô tả hàng loạt case tại khoa thần kinh từ tháng 2/2018 đến 31/8/2018.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU: Thời gian trung bình từ lúc bắt đầu có triệu chứng đến khi nhập viện trung bình 79.23 ± 29.71 (phút), thời gian trung bình từ lúc nhập viện đến khi được tiêm thuốc là 70 ± 25.17 (phút). Trong đó có 4/13 bệnh nhân (30.76%) được tiêm tPA trong vòng 60 phút sau nhập viện. **KẾT LUẬN:** Tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch giúp phục hồi vận động ở bệnh nhân nhồi máu não cấp.

ABSTRACTS

THROMBOLYSIS WITH INTRAVENOUS rtPA OF ACUTE ISCHEMIC STROKE IN THE FIRST 4.5 HOURS

Background: To treatment brain stroke disease is a challenge in clinical neurological.

Patients and methods: Case series report including 13 persons who admitted to Neurology ward of An giang hospital from February 1st 2018 to August 31th 2018. **Results:** The mean time from onset of stroke symptoms to hospitalization was 79.23 ± 29.71 (minutes), mean time from admission to injection was 70 ± 25.17 (minutes). Of these, 4/13 patients (30.76%) received thrombolysis with Intravenous rtPA within 60 minutes after admission. **Conclusions:** Thrombolysis with intravenous rtPA to help restore movement in acute ischemic stroke.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ nhồi máu não là bệnh lý thần kinh thường gặp trong thực hành lâm sàng chiếm khoảng 80-85% các trường hợp bệnh cảnh đột quỵ não, khi đột quỵ xảy ra di chứng để lại vô cùng nặng nề là gánh nặng cho gia đình và xã hội. Trong những năm gần đây tại những trung tâm lớn như Thành Phố Hồ Chí Minh và Hà Nội đã áp dụng kỹ thuật điều trị rtPA cho nhiều bệnh nhân đột quỵ não cấp thể nhồi máu đem lại những dự hậu tốt cho bệnh nhân. Vì cửa sổ điều trị tiêu sợi huyết ngắn dưới 4.5 giờ nên không thể chuyển bệnh nhân lên tuyến trên điều trị vì không có đủ thời gian. Khoa thần kinh Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An giang đã áp dụng kỹ thuật rtPA điều trị cho những bệnh nhân nhồi máu não cấp từ tháng 2 năm 2018.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp tính trong 4.5 giờ đầu tại Bệnh viện Đa khoa trung tâm An Giang từ tháng 02/2018 đến 09/2018.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tuổi ≥ 18 tuổi.
- Thời gian khởi phát đột quỵ đến khi dùng thuốc dưới 270 phút.
- Chẩn đoán nhồi máu não cấp với 4 điểm $< \text{NIHSS} < 22$ điểm.

- Không có hình ảnh xuất huyết não trên CT sọ não hoặc MRI sọ não.
- Cắt lớp vi tính sọ não hoặc cộng hưởng từ: vùng đậm độ < 1/3 khu vực phân bố của động mạch não giữa

- Được sự đồng ý của bệnh nhân hoặc thân nhân người bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các triệu chứng khởi phát của đột quỵ > 270 phút hoặc không rõ thời gian.
- Các triệu chứng đột quỵ nhẹ, đơn thuần hoặc cải thiện nhanh.
- Khởi phát có co giật.
- Có các TC xuất huyết dưới nhện.
- Hình ảnh CT sọ: Nhồi máu não lớn (> 1/3 bán cầu) hay không có CT sọ não hoặc có chảy máu trên CT.
- Điểm NIHSS > 22.
- Chấn thương hoặc chảy máu nội sọ.
- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng hay viêm màng ngoài tim.
- Chấn thương cấp hay đang chảy máu.
- Tiền sử đột quỵ, chấn thương đầu nặng, nhồi máu cơ tim hoặc phẫu thuật sọ não trong 3 tháng gần đây.
- Có tiền sử xuất huyết não hay các bệnh lý thần kinh khác như u não, xuất huyết dưới nhện, dị dạng động tĩnh mạch hay có phình mạch nội sọ.
- Tiền sử chảy máu tiêu hoá, tiết niệu trong vòng 21 ngày.
- Tiền sử chấn thương lớn hoặc phẫu thuật lớn trong 14 ngày.
- Chọc dò tủy sống hoặc động mạch trong 7 ngày.
- Có bệnh lý nội sọ bẩm sinh.
- Đường huyết < 50 mg/dl hoặc > 400 mg/dl.
- Hematocrit dưới 25%.
- Tiểu cầu < 100.000 mm³.
- HA không kiểm soát được.
- Điều trị thuốc chống đông với INR > 1.5 giây.
- Bệnh chảy máu bẩm sinh hay mắc phải.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hàng loạt ca.

Quy trình tiến hành: Bệnh nhân ngoại trú (khám tại Phòng khám bệnh hoặc khoa Cấp cứu) hoặc bệnh nhân đang điều trị nội trú tại các khoa nếu có triệu chứng nghi ngờ đột quỵ não mới xuất hiện trong vòng 4.5 giờ đầu: khẩn trương chuyển vào khoa cấp cứu hoặc gọi điện thoại báo khoa Nội thần kinh.

- Khám nhanh và khai thác tiền sử.
- Xét nghiệm: Sinh hóa máu (Glucose, chức năng gan, chức năng thận); điện tim; đông máu (PT, aPTT, INR); công thức tế bào máu; cắt lớp VT hoặc MRI sọ não.

- Đối chiếu lần cuối tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại.

- Giải thích cho bệnh nhân và thân nhân về lợi ích và NC của biện pháp điều trị. Bệnh nhân hoặc thân nhân ký đơn tình nguyện đồng ý tiến hành kỹ thuật.

- Kiểm soát huyết áp xuống dưới mức 185/110mmHg.

Theo dõi: Mạch, Huyết áp, độ bão hòa O₂, nhiệt độ, điểm Glasgow.

- Chỉ định chụp CT scan khẩn cấp sau điều trị tan huyết khối ở những bệnh nhân đột quy thiếu máu cục bộ cấp tính:

- + Các dấu hiệu và triệu chứng của XH não hoặc phù não / nhồi máu phù nề.
- + Triệu chứng thần kinh xấu đi.
 - . Glasgow Coma điểm giảm ≥ 2 điểm.
 - . NIHSS tăng > 4 điểm
 - . Những dấu hiệu vận động mới đối bên so với bên tổn thương.

Tiêu chuẩn đánh giá:

Đánh giá tính hiệu quả khi:

- Tỷ lệ bệnh nhân cải thiện lâm sàng tốt với thang điểm NISHH giảm ≥ 4 điểm trong 24 giờ, 7 ngày hoặc khi xuất viện. Thất bại khi NIHSS giảm dưới 4 hoặc tăng hơn so với thời điểm trước can thiệp.

- Tỷ lệ hồi phục thần kinh vào ngày thứ 90 ($mRS \leq 2$) và thất bại tương ứng với mRs từ 3-6.

- Đánh giá độ an toàn: Tỷ lệ xuất huyết nội sọ và xuất huyết não có triệu chứng. Những chảy máu hệ thống quan trọng. Tỷ lệ tử vong do tất cả các nguyên nhân. Những tác dụng ngoại ý khác cũng được theo dõi và ghi nhận.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu.

| | | |
|--|--------------------|--------------------|
| Tuổi | | 61.5±12,7 tuổi |
| Giới: Nam (nữ) | | 9 (4) |
| Thời gian từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện | | 79.23±29,71 (phút) |
| Thời gian từ lúc nhập viện đến lúc điều trị thuốc | | 70±25.17 (phút) |
| Điểm NIHSS | Vào viện | 12.77±3.7 (8-20) |
| | 1 giờ | 7.83±5.42 (2-17) |
| | 24 giờ | 5.33±4.44 (2-16) |
| | Ra viện | 2.91±3.14 (0-10) |
| Huyết áp tâm thu | | 146.2±27.7mmHg |
| Huyết áp tâm trương | | 85.3±16,9mmHg |
| Tiền căn | | |
| | Tăng huyết áp | 12/13 |
| | Đái tháo đường | 2/13 |
| | Rối loạn lipid máu | 5/13 |
| Điểm Rankin lúc ra viện | | 1.83±1.85 |

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng vào viện.

| Triệu chứng lâm sàng | | n | Tỉ lệ % |
|----------------------|----------|-------|---------|
| Ý thức | Tỉnh táo | 6/13 | 46.1 |
| | Ngủ gà | 3/13 | 23.1 |
| | Lơ mơ | 4/13 | 30.8 |
| | Hôn mê | 0/13 | |
| Rối loạn ngôn ngữ | | 9/13 | 69.23 |
| Liệt vận động | | 13/13 | 100 |
| Rối loạn cảm giác | | 12/13 | 92.31 |
| Rối loạn ngôn ngữ | | 10/13 | 76.92 |

BÀN LUẬN

Từ 02/2018 đến 09/2018 có 13 bệnh nhân đột quy thiếu máu não thỏa tiêu chuẩn và được dùng thuốc rtPA. Các đặc điểm nguy cơ tim mạch và các thông số về lâm sàng lúc nhập viện được trình bày trong (bảng 1). Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $61.5 \pm 12,7$ tuổi cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cs là 50 tuổi, nam giới chiếm đa số trong các trường hợp này 9/13 trường hợp. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỉ lệ nhiều nhất 12/13 (92%) các trường hợp, nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cs tăng huyết áp chiếm 43.2%, tiếp theo là đái tháo đường 2/13 trường hợp, và rối loạn lipid máu 5/13 (38.46%) trường hợp, nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cs tỷ lệ rối loạn lipid máu là 69.4%. Chỉ số huyết áp tâm thu trước thời điểm truyền rtPA trung bình là 146.2 ± 27.7 mmHg, và huyết áp tâm trương trung bình là $85.3 \pm 16,9$ mmHg cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cs là 139 ± 2 mmHg và 81.8 ± 1 mmHg.

Điểm NIHSS trung bình khi vào viện là 12.77 ± 3.7 điểm, dao động từ 8-20 điểm là cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cộng sự là 11.17 ± 4 điểm, cao hơn nghiên cứu của tác giả Dick và cs 10.8 điểm, điểm NIHSS trung bình sau 1 giờ là 7.83 ± 5.42 điểm dao động từ 2-17 điểm, điểm NIHSS trung bình sau 24 giờ là 5.33 ± 4.44 điểm dao động từ 2-16 điểm, và điểm NIHSS trung bình lúc ra viện là 2.91 ± 3.14 điểm dao động từ 0-10 điểm.

Thời gian trung bình từ lúc bắt đầu có triệu chứng đến khi nhập viện trung bình $79.23 \pm 29,71$ (phút), thời gian trung bình từ lúc nhập viện đến khi được tiêm thuốc là 70 ± 25.17 (phút) là ngắn hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành và cộng sự là 76 phút, nghiên cứu của tác giả Albright là 85 phút. Trong đó có 4/13 bệnh nhân (30.76%) được tiêm tPA trong vòng 60 phút sau nhập viện.

Phục hồi vận động lúc ra viện được đánh giá bằng thang điểm Rankin. Điểm Rankin lúc ra viện trung bình 1.83 điểm, cao nhất 6 điểm và thấp nhất 0 điểm, trong nghiên cứu của chúng tôi có 01 bệnh nhân nhồi máu diện rộng được điều trị bằng rtPA nhưng diễn tiến không thuận lợi người nhà xin cho bệnh nhân về. Các trường hợp còn lại có tỷ lệ phục hồi vận động tốt.

KẾT LUẬN

Sự thành công bước đầu trong điều trị đột quỵ não cấp thể nhồi máu với rtPA là điều kiện giúp chúng tôi tự tin hơn để tiếp tục triển khai điều trị thuốc tiêu sợi huyết trong thời gian tới với mục tiêu giảm tỉ lệ tử vong, giảm tỉ lệ di chứng cho bệnh nhân nhồi máu não cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Anh Nhị, Thần kinh học, NXB đại học quốc gia Tp. Hồ Chí Minh năm 2013.
2. Lê Văn Thành và cs. Đánh giá bước đầu điều trị rtPA ở bệnh viện 115, bệnh viện An Bình và bệnh viện Nhân Dân Gia Định.
3. Intravenous Thrombolytic Therapy for Acute Ischemic Stroke N Engl J Med 2011; 364:2138-46. Copyright © 2011 Massachusetts Medical Society.
4. Dick and et al: IV tPA for Acute Ischemic Stroke, Results of the First 101 Patients in a Community Practice. The Neurologist 2005.
5. Albright and et al: **Time to Neurological Deterioration in Isch.**

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG
Ở NGƯỜI BỆNH TAI BIẾN MẠCH MÁU NÃO
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG NĂM 2013**

Nguyễn Duy Tân, Nguyễn Thị Thanh Hà**, Nguyễn Thị Ngọc Hà***

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tai biến mạch máu não đang có chiều hướng gia tăng và gây tử vong cao trong những năm gần đây và để lại hậu quả nghiêm trọng. Nghiên cứu nhằm 2 mục tiêu: 1) Đánh giá kết quả chăm sóc và phục hồi chức năng vận động trước và sau can thiệp; 3) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc và phục hồi chức năng vận động trên bệnh nhân tai biến mạch máu não.

Phương pháp: Nghiên cứu theo mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp trên 366 bệnh nhân tai biến mạch máu não có hồ sơ nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ ngày 01/01/2013 đến ngày 31/12/2013.

Kết quả: Sự khác biệt mức độ phụ thuộc hoàn toàn các hoạt động sống hàng ngày trước và sau khi can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Tuổi từ 60 trở lên, nghề nghiệp là hưu trí, loại tổn thương xuất huyết não có liên quan đến kết quả chăm sóc và phục hồi chức năng.

Kết luận: Triển khai rộng rãi chương trình phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho người bệnh liệt nửa người sau đột quỵ là cần thiết.

**CARE NEED AND ASSESSMENT RESULTS OF MOTOR REHABILITATION AMONG
STROKE PATIENTS IN AN GIANG, 2013**

Tan Nguyen Duy, Ha Nguyen Thi Thanh, Ha Nguyen Thi Ngoc

Abstract

Background: Stroke is a tendency to increase and causes high mortality in recent years, and serious consequences. The study aimed to: 1) Evaluation of the care and recovery of motor function before and after interventions; 3) identify factors related to the outcomes of care and recovery of motor function in patients with cerebral vascular accident.

.....

(*) Bs. CKII. Nguyễn Duy Tân: Phó Giám đốc Bệnh viện ĐKTT An Giang

(**) CN Nguyễn Thị Thanh Hà, Nguyễn Thị Ngọc Hà: Khoa Phục hồi chức năng

Method: A cross-sectional combined intervention study on 366 stroke patients in An Giang Hospital from 01/01/2013 to 31/12/2013.

Result: The difference depends entirely level of daily activity before and after the intervention has statistically significant ($p < 001$). Age 60 and over, retirement, type of cerebral hemorrhage damage is related to outcomes of care and rehabilitation. **Conclusion:** Widely deployed rehabilitation program based in the community for patients with hemiplegia after stroke is needed.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, tai biến mạch máu não đang có chiều hướng gia tăng cướp đi nhiều sinh mạng của nhiều người hoặc để lại di chứng nặng nề gây thiệt hại to lớn cho gia đình và xã hội. Tai biến mạch máu não xảy ra đa phần do sự hiểu biết không đầy đủ về căn bệnh này và một khi đã xảy ra, việc điều trị sẽ cực kỳ tốn kém. Mặc dù có nhiều tiến bộ đáng kể về

phương diện chẩn đoán, điều trị nội khoa hay ngoại khoa, nhưng tỷ lệ tử vong do tai biến mạch máu não vẫn còn khá cao ở những nước tiên tiến và rất cao ở Việt Nam. Ở các nước phát triển, tai biến mạch máu não là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ ba sau bệnh tim mạch và ung thư và đứng hàng thứ nhất trong các bệnh thần kinh. Hiện nay, điều trị thành công cho người bệnh tai biến mạch máu não bao gồm cả điều trị bằng thuốc và cả chăm sóc tại bệnh viện, trong cộng đồng thì cơ may giảm được tử vong và các di chứng, biến chứng. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này.

2. ĐỐI TƯỢNG-PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu theo mô tả cắt ngang và nghiên cứu can thiệp trên 366 bệnh nhân tai biến mạch máu não có hồ sơ nhập viện tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ ngày 01/01/2013 đến ngày 31/12/2013. Sau khi người bệnh ra viện về nhà, tiến hành khảo sát người bệnh có nhu cầu chăm sóc và phục hồi chức năng để đưa vào mẫu nghiên cứu can thiệp. Xử lý và phân tích số liệu bằng mềm SPSS 18.0.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ cao (67%), tuổi nhỏ nhất là 23, tuổi trung bình là 67,87, tuổi lớn nhất là 97; nữ (50,1%), nam (49,9%); nông dân (8,7%), hưu và trên 60 tuổi (61%), nghề khác (30,3%); liệt bên phải (48,9%), liệt bên trái (51,1%); và nhồi máu não chiếm tỷ lệ cao (76,9%), xuất máu não chiếm tỷ lệ thấp (23,1%).

3.2. Đánh giá kết quả chăm sóc và phục hồi chức năng sau can thiệp

Bảng 1: Đánh giá kết quả chăm sóc và phục hồi chức năng sau can thiệp 3 tháng

| Thời điểm Mức độ | Trước can thiệp | | Sau 3 tháng | | p |
|---------------------|-----------------|------------|-------------|------------|---------|
| | n | (%) | n | (%) | |
| Phụ thuộc hoàn toàn | 238 | 65,0 | 147 | 40,2 | < 0,001 |
| Phụ thuộc một phần | 118 | 32,2 | 198 | 54,1 | |
| Độc lập | 10 | 2,7 | 21 | 5,7 | |
| Tổng số | 366 | 100 | 366 | 100 | |

Sự khác biệt mức độ phụ thuộc hoàn toàn các hoạt động sống hàng ngày trước và sau khi can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 2. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Ogogozo trước và sau can thiệp

| Thời điểm Đánh giá | Trước can thiệp | | Sau 3 tháng | | p |
|--------------------------|-----------------|------------|-------------|------------|---------|
| | n | % | n | % | |
| Phục hồi kém | 229 | 62,2 | 145 | 39,6 | < 0,001 |
| Phục hồi khá tốt | 127 | 34,7 | 198 | 54,1 | |
| Phục hồi tốt ít di chứng | 10 | 2,7 | 23 | 6,3 | |
| Tổng số | 366 | 100 | 366 | 100 | |

Trước can thiệp, mức độ phục hồi kém là 62,2%. Sau khi can thiệp, mức độ phục hồi kém giảm còn 39,6%. Sự khác biệt mức độ phục hồi chức năng trước và sau khi can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. Đánh giá kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Fugl-Meyer trước và sau can thiệp

| Thời điểm | Trước can thiệp | | Sau 3 tháng | | p |
|-----------------|-----------------|------|-------------|------|---------|
| | n | % | n | % | |
| Không ngồi được | 167 | 45,6 | 32 | 8,7 | < 0,001 |
| Không đứng được | 194 | 53,0 | 53 | 14,5 | |
| Không đi được | 287 | 78,4 | 114 | 31,1 | |

Kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa trước và sau can thiệp theo thang điểm Fugl-Meyer Scale..

3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc và phục hồi chức năng

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc

| Nhóm tuổi | Phụ thuộc hoàn toàn | | Phụ thuộc một phần | | Độc lập | | p |
|------------------------|---------------------|------|--------------------|------|---------|-----|---------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Dưới 60 tuổi | 2 | 0,5 | 85 | 23,2 | 21 | 5,7 | < 0,001 |
| Từ 60 tuổi trở lên | 145 | 39,6 | 113 | 30,9 | 0 | 0 | |
| Nghề nghiệp | | | | | | | |
| Nông dân | 3 | 0,8 | 28 | 7,7 | 3 | 0,8 | < 0,001 |
| Hưu, trên 60 tuổi | 137 | 37,4 | 82 | 22,4 | 0 | 0 | |
| Nghề khác | 7 | 1,9 | 88 | 24,0 | 18 | 4,9 | |
| Loại tổn thương | | | | | | | |
| Nhồi máu não | 103 | 28,1 | 162 | 44,3 | 15 | 4,1 | 0,033 |
| Xuất huyết não | 44 | 12,0 | 36 | 9,8 | 6 | 1,6 | |
| Tổng số | 147 | 40,2 | 198 | 54,1 | 21 | 5,7 | |

Tuổi từ 60 trở lên, nghề nghiệp là hưu trí và loại tổn thương xuất huyết não có kết quả chăm sóc kém hơn ($p < 0,001$). Yếu tố giới tính, bên bị liệt chưa thật sự liên quan đến kết quả chăm sóc.

Bảng 5. Một số yếu tố liên quan đến kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Orgozo

| Nhóm tuổi | Kém | | Khá tốt | | Tốt ít di chứng | | P |
|------------------------|-----|------|---------|------|-----------------|-----|---------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| <60 tuổi | 1 | 0,3 | 84 | 23,0 | 23 | 6,3 | < 0,001 |
| >60 tuổi | 144 | 39,3 | 114 | 31,1 | 0 | 0 | |
| Nghề nghiệp | | | | | | | |
| Nông dân | 3 | 0,8 | 28 | 7,7 | 3 | 0,8 | < 0,001 |
| Hưu, trên 60 tuổi | 136 | 37,2 | 83 | 22,7 | 0 | 0 | |
| Nghề khác | 6 | 1,6 | 87 | 23,8 | 20 | 5,5 | |
| Loại tổn thương | | | | | | | |
| Nhồi máu não | 104 | 28,4 | 161 | 44,0 | 15 | 4,1 | 0,049 |
| Xuất huyết não | 41 | 11,2 | 37 | 10,1 | 8 | 2,2 | |
| Tổng số | 145 | 39,6 | 198 | 54,1 | 23 | 6,3 | |

Tuổi từ 60 trở lên, nghề nghiệp là hưu trí và loại tổn thương xuất huyết não phục hồi di chứng kém hơn ($p < 0,001$). Yếu tố giới tính, bên bị liệt chưa thật sự liên quan đến phục hồi chức năng.

Bảng 6. Một số yếu tố liên quan đến kết quả phục hồi chức năng theo thang điểm Fulg-Meyer

| Nhóm tuổi | Không ngồi được | | Cần trợ giúp | | Tự ngồi | | p |
|------------------------|-----------------|------|--------------|------|---------|------|---------|
| | n | % | n | % | n | % | |
| Dưới 60 tuổi | 0 | 0 | 0 | 0 | 108 | 29,5 | < 0,001 |
| Từ 60 tuổi trở lên | 32 | 8,7 | 46 | 12,6 | 180 | 49,2 | |
| Nghề nghiệp | | | | | | | |
| Nông dân | 0 | 0 | 0 | 0 | 34 | 9,3 | < 0,001 |
| Hưu, trên 60 tuổi | 31 | 8,5 | 46 | 12,6 | 142 | 38,8 | |
| Nghề khác | 1 | 0,3 | 0 | 0 | 112 | 30,6 | |
| Nhóm tuổi | Không đứng được | | Cần trợ giúp | | Tự đứng | | p |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Dưới 60 tuổi | 0 | 0,0 | 3 | 0,8 | 105 | 28,7 | < 0,001 |
| Từ 60 tuổi trở lên | 53 | 14,5 | 67 | 18,3 | 138 | 37,7 | |
| Nghề nghiệp | | | | | | | |
| Nông dân | 0 | 0,0 | 4 | 1,1 | 30 | 8,2 | < 0,001 |
| Hưu, trên 60 tuổi | 52 | 14,2 | 63 | 17,2 | 104 | 28,4 | |
| Nghề khác | 1 | 0,3 | 3 | 0,8 | 109 | 29,8 | |
| Nhóm tuổi | Không đi được | | Cần trợ giúp | | Tự đi | | p |
| | n | % | n | % | n | % | |
| Dưới 60 tuổi | 0 | 0,0 | 5 | 1,4 | 103 | 28,1 | < 0,001 |
| Từ 60 tuổi trở lên | 114 | 31,1 | 54 | 14,8 | 90 | 24,6 | |
| Tổng số | 114 | 31,1 | 59 | 16,1 | 193 | 52,7 | |
| Nghề nghiệp | | | | | | | |
| Nông dân | 2 | 0,5 | 3 | 0,8 | 29 | 7,9 | < 0,001 |
| Hưu, trên 60 tuổi | 110 | 30,1 | 46 | 12,6 | 63 | 17,2 | |
| Nghề khác | 2 | 0,5 | 10 | 2,7 | 101 | 27,6 | |
| Loại tổn thương | | | | | | | |
| Nhồi máu não | 91 | 24,9 | 33 | 9,0 | 156 | 42,6 | < 0,001 |
| Xuất huyết não | 23 | 6,3 | 26 | 7,1 | 37 | 10,1 | |

Tuổi từ 60 trở lên, nghề nghiệp là hưu trí và loại tổn thương xuất huyết não phục hồi di chứng kém hơn ($p < 0,001$). Yếu tố giới tính, bên bị liệt chưa thật sự liên quan đến phục hồi chức năng.

IV. BÀN LUẬN

Những năm gần đây, tai biến mạch máu não có chiều hướng gia tăng. Việc cứu chữa và phục hồi chức năng đã có nhiều tiến bộ, nhưng tai biến mạch máu não là bệnh nặng, phức tạp nên tỷ lệ tử vong còn cao, thường để lại nhiều di chứng, gây trở ngại, khó khăn trong cuộc sống và dễ trở thành tàn tật. Qua nghiên cứu 366 bệnh nhân TBMMN tại Bệnh viện ĐKTT An Giang năm 2013, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân bị tai biến mạch máu não có tỷ lệ di chứng, tàn tật ở người bệnh sau tai biến mạch máu não rất cao. Phục hồi chức năng nhằm tăng cường khả năng còn lại của cá nhân để giảm hậu quả của tàn tật. Luyện tập phục hồi chức năng giúp cải thiện các điều kiện trong giao tiếp, sinh hoạt, để người bệnh có thể đến được nơi họ đến, tạo công ăn việc làm, học hành vui chơi.

Hiện nay có nhiều phương pháp được thế giới sử dụng rộng rãi để phục hồi chức năng cho bệnh nhân TBMMN là phương pháp của Bobath B dựa trên nguyên tắc cơ bản sử dụng các mẫu ức chế phản xạ và phương pháp học lại chức năng vận động của Carr và Shepard.

Liệt nửa người do tai biến mạch máu não gây ảnh hưởng rất lớn không chỉ đến việc đứng, thăng bằng, đi lại mà còn ảnh hưởng đến việc sử dụng chi trên và bàn tay trong sinh hoạt hàng ngày. Bệnh nhân không thể sử dụng bàn tay bên liệt để cầm nắm đồ vật hoặc thực hiện các động tác tinh vi do bàn tay bị mất hoặc giảm chức năng [1].

Việc phục hồi một phần hoạt động của bệnh nhân TBMMN không những phụ thuộc vào sự cố gắng nỗ lực của bản thân, mà còn phải có sự động viên giúp đỡ của gia đình, cộng đồng xã hội. Việc phục hồi chức năng cho người bị TBMMN tại cộng đồng là một việc làm cấp bách, để giúp họ tái thích ứng với cuộc sống, không có cảm giác bị bỏ rơi [2].

Kết quả nghiên cứu về di chứng, phục hồi chức năng vận động, tỷ lệ bệnh nhân không tự ngồi được, không đứng được của chúng tôi sau can thiệp giảm một cách có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi, nhóm về hưu, tổn thương não liên quan chặt chẽ đến tình trạng độc lập chức năng sau TBMMN 3 tháng, dù liệt bên phải hay bên trái, nếu tham gia luyện tập PHCN cùng thời gian, cùng chương trình thì không có sự liên quan giữa bên liệt nửa người và kết quả chăm sóc các hoạt động sống hàng ngày và ở những người bệnh dưới 60 tuổi, thường các cơ quan ít bị bệnh hơn nhất là các bệnh lý của hệ vận động, ít có các yếu tố nguy cơ, cùng một chương trình và thời gian tập luyện, chúng tôi nhận thấy nhóm tuổi này đạt kết quả nhanh hơn những người từ 60 tuổi trở lên [4].

Nhồi máu não và xuất huyết não khi tập luyện cùng thời gian, cùng mức độ tập luyện, cùng chương trình với sự nỗ lực của bản thân người bệnh thì kết quả phục hồi có vẻ không thấy khác nhau. Nhưng qua nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ kết quả hồi phục của người bệnh nhồi máu não cao hơn xuất huyết não. Điều này có thể lý giải do xuất huyết não thường nặng hơn, mức độ tổn thương tế bào não nhiều hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy loại tổn thương liên quan chặt chẽ đến kết quả phục hồi chức năng sau TBMMN ba tháng (Theo thang điểm Orgogozo và Fugl-meyer scale) [5].

V. KẾT LUẬN

1. Sau can thiệp tỷ lệ phụ thuộc hoàn toàn giảm còn 40,2% so với trước can thiệp là 65%; tỷ lệ phục hồi kém giảm còn 39,6% so với trước can thiệp là 62,6%; tỷ lệ không ngồi được giảm

còn 8,7% so với trước can thiệp là 45,6%; tỷ lệ không đứng được giảm còn 14,5% so với trước can thiệp là 53%; tỷ lệ không đi được giảm còn 31,1% so với trước can thiệp là 78,4% ($p < 0,001$).

2. Một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc: tuổi từ 60 trở lên, nghề nghiệp là hưu trí và loại tổn thương xuất huyết não có kết quả phục hồi kém hơn.

Tài liệu tham khảo

1. Bộ Y tế (2008), *Phục hồi chức năng sau tai biến mạch máu não*, Hà Nội.
2. Trần Văn Chương, Lê Thị Thảo (2009), “Đánh giá tình trạng khuyết tật và nhu cầu phục hồi chức năng của bệnh nhân liệt nửa người sau tai biến mạch máu não tại Quận Ba Đình – Hà Nội”, *Tạp chí Y học lâm sàng*, (40), Tr 42-47.
3. Nguyễn Văn Tư, Hoàng Khải (2007), “Đánh giá nhu cầu phục hồi chức năng của người bệnh sau tai biến mạch máu não tại huyện Đông Hy, Tỉnh Thái Nguyên”, *Tạp chí sinh lý học Việt Nam*, Tập 11 (1), Tr 47-51.
4. Gunilla G-H, Lisbet Claesson, Ulrika Klingstierna (1998), “Effects of acupuncture treatment on daily life activities and quality of life: a controlled, prospective, and randomized study of acute stroke patients”, *Stroke*, 29:2100-2108.
5. Stewart J. C, Steven C. C (2013), “Patient-reported measures provide unique insights into motor function after stroke”, *Stroke*, 44:1111-1116.

**KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN LỌC MÁU ĐỊNH KỲ
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG NĂM 2018**

*BS. CKII. Nguyễn Thị Bích Thủy, CNĐD. Đỗ Thị Diễm Ngọc,
ĐD. Nguyễn Thị Khánh Ny, ĐD. Hồ Lê Hồng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu định kỳ tại bệnh viện.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang

Kết quả: Mẫu nghiên cứu có 51 bệnh nhân, nam 64,7%, nữ 35,3%; tuổi từ 18 đến 72, trung bình 49 tuổi. Thời gian lọc máu dài nhất 96 tháng (8 năm), trung bình 38 tháng (> 3 năm). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: mất ngủ (49,0%), ngứa da (39,2%), mệt mỏi (37,3%), rối loạn tiêu hóa (23,5%), phù (25,5%) do chưa kiểm soát được chế độ ăn uống phù hợp, sạm da hoặc tổn thương da (52,9%). Tăng huyết áp chưa kiểm soát 43,13%. Tỉ lệ bệnh nhân còn thiếu máu 45,09%. Giảm natri máu 17,64% và tăng kali máu 39,21%.

Kết luận: Qua nghiên cứu 51 bệnh nhân lọc máu định kỳ tại bệnh viện cho thấy thời gian sống của bệnh nhân tính đến thời điểm nghiên cứu đã được kéo dài thêm 8 năm, trung bình cũng được hơn 3 năm. Bên cạnh đó vẫn còn một số đặc điểm như: mất ngủ, ngứa da... cũng làm cho bệnh nhân không thoải mái trong cuộc sống. Một số bệnh nhân chưa kiểm soát được tăng huyết áp, thiếu máu cần có biện pháp điều trị tốt hơn.

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.

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 [3]. Ở Nhật Bản, số ca suy thận mạn 258.000 vào năm 2005. 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.

Điều trị thay thế thận có 3 phương pháp: thận nhân tạo, lọc màng bụng và ghép thận. 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. Tuy nhiên, bên cạnh những lợi ích to lớn nêu trên, bệnh nhân còn gặp một số vấn đề phiền toái ảnh hưởng đến sức khỏe, tinh thần và chất lượng cuộc sống. Qua đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm mục tiêu:

Mục tiêu nghiên cứu:

- Xác định tỉ lệ một số đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu định kỳ tại bệnh viện.

- Xác định tỉ lệ một số đặc điểm cận lâm sàng trên bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu định kỳ tại bệnh viện.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu định kỳ tại Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang từ tháng 6 đến tháng 9 năm 2018.

- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu định kỳ tại Khoa ICU, Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang.

Tuổi từ 18 tuổi trở lên

- Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân suy thận cấp, đợt cấp bệnh thận mạn chạy thận nhân tạo cấp cứu

Bệnh nhân dưới 18 tuổi và phụ nữ có thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Phân tích thống kê:

Theo thuật toán thống kê y học, sử dụng phần mềm SPSS 18.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

Mẫu nghiên cứu có 51 bệnh nhân, trong đó có 33 nam (64,7%), 18 nữ (35,3%); tuổi trung bình 49 tuổi (thấp nhất 18 tuổi, cao nhất 72 tuổi).

Bảng 1. Phân bố nơi cư trú của đối tượng nghiên cứu

| Địa chỉ | Tần suất (n) | Tỷ lệ (%) |
|-----------|--------------|-----------|
| Châu Đốc | 8 | 15,7 |
| Châu Phú | 9 | 17,7 |
| An Phú | 20 | 39,2 |
| Tân Châu | 10 | 19,6 |
| Tịnh Biên | 2 | 3,9 |
| Phú Tân | 2 | 3,9 |
| Tổng | 51 | 100 |

Bảng 2. Nguyên nhân bệnh thận mạn

| Nguyên nhân | Tần suất (n) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------|--------------|-----------|
| Tăng huyết áp | 22 | 43,1 |
| Tiểu đường | 12 | 23,5 |
| Viêm cầu thận mạn | 13 | 25,5 |
| Sỏi thận/tắc nghẽn | 4 | 7,9 |
| Tổng | 51 | 100 |

Bảng 3. Thời gian chạy thận của bệnh nhân

| Thời gian chạy thận (tháng) | n | Tối thiểu | Tối đa | Trung bình |
|-----------------------------|----|-----------|--------|---------------|
| Nam (n = 33) | 33 | 7 | 96 | 43,85 ± 12,32 |
| Nữ (n = 18) | 18 | 8 | 65 | 28,44 ± 23,15 |
| Tổng | 51 | 7 | 96 | 38,41 ± 21,21 |

Bảng 4. Triệu chứng cơ năng thường gặp

| Triệu chứng cơ năng | N = 51 | Tỷ lệ (%) |
|---------------------|--------|-----------|
| Mệt mỏi | 19 | 37,3 |
| Ngứa | 20 | 39,2 |
| Mất ngủ | 25 | 49,0 |
| RLTH | 12 | 23,5 |

Bảng 5. Triệu chứng thực thể thường gặp

| Triệu chứng thực thể | N = 51 | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|--------|-----------|
| Phù | 13 | 25,5 |
| Khó thở | 9 | 17,6 |
| Sạm da/tổn thương da | 27 | 52,9 |

Bảng 6. Tỷ lệ bệnh nhân có huyết áp chưa kiểm soát ($HA \geq 140/90$ mmHg) ở 2 giới

| THA | N = 51 | Tỷ lệ (%) |
|------|--------|-----------|
| Nam | 14 | 27,45 |
| Nữ | 8 | 15,68 |
| Tổng | 22 | 43,13 |

Bảng 7. Tỷ lệ bệnh nhân có thiếu máu ($HGB < 10.0$ g/dL) ở 2 giới

| THA | N = 51 | Tỷ lệ (%) |
|------|--------|-----------|
| Nam | 12 | 23,53 |
| Nữ | 11 | 21,56 |
| Tổng | 23 | 45,09 |

Bảng 8. Tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn Natri và Kali máu

| Điện giải đồ | | N=51 | Tỷ lệ (%) |
|----------------|------|------|-----------|
| Natri (mmol/L) | Tăng | 1 | 1,96 |
| | Giảm | 9 | 17,64 |
| Kali (mmol/L) | Tăng | 20 | 39,21 |
| | Giảm | 4 | 7,84 |

4. BÀN LUẬN:

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

Tuổi và giới tính: Mẫu nghiên cứu có 51 bệnh nhân, trong đó có 33 nam (64,7%), 18 nữ (35,3%); tuổi trung bình 49 tuổi (thấp nhất 18 tuổi, cao nhất 72 tuổi).

Phân bố bệnh nhân theo nơi cư trú: tỷ lệ các bệnh nhân đến chạy thận nhân tạo định kỳ nhiều nhất ở An Phú (39,2%), Tân Châu (19,6%), Châu Phú (17,7%), Châu Đốc (15,7%) và tỷ lệ bệnh nhân ít nhất thuộc 2 huyện Phú Tân (3,9%) và Tịnh Biên (3,9%) (Bảng 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 tăng huyết áp (43,1%), viêm cầu thận mạn (25,5%), tiểu đường (23,5%), nguyên nhân ít gặp là do sỏi tiết niệu gây tắc đường tiểu (7,9%) (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%).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khác 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.

Thời gian bệnh nhân đã được lọc máu định kỳ:

Trong nhóm bệnh nhân ở nghiên cứu của chúng tôi, thời gian bệnh nhân đã được lọc máu kể từ lần đầu tiên đến thời điểm nghiên cứu dài nhất là 96 tháng (8 năm) và ít nhất là 7 tháng, trung bình $38,41 \pm 21,21$ tháng (Bảng 3).

4.2. Một số đặc điểm lâm sàng thường gặp:

Triệu chứng cơ năng:

Bệnh nhân lọc máu chu kỳ, ngoài các biến chứng cấp tính xảy ra trong lúc lọc máu như: tụt huyết áp,... còn có những biến chứng mạn tính về lâu dài như: ngứa da, mất ngủ, suy dinh dưỡng, bệnh lý xương khớp... Nguyên nhân do sự tích tụ các phân tử có trọng trung bình, cao như Beta microglobulin và hiện tượng rối loạn calci phosphor trong cơ thể mà không thể loại bỏ hết bằng lọc máu định kỳ đặc biệt với màng lọc có chỉ số lọc thấp (low flux). Các biểu hiện này có thể cải thiện khi lọc máu với kỹ thuật HDF online, hoặc lọc máu chu kỳ có sử dụng màng lọc có chỉ số lọc cao (High flux)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng cơ năng thường gặp: mệt mỏi (37,3%), rối loạn tiêu hóa (23,5%), ngứa da (39,2%) và mất ngủ (49,0%) (Bảng 4). Bệnh nhân chạy thận nhân tạo có lứa tuổi trung bình khá cao (49 tuổi), phải thường xuyên đến bệnh viện nhiều lần, rối loạn giờ giấc sinh hoạt, ảnh hưởng tâm lý. Bệnh nhân có sử dụng màng lọc high flux nhưng chưa thường xuyên do điều kiện khách quan và chi phí cao vì vậy tỉ lệ các triệu chứng trên còn khá cao.

Triệu chứng thực thể:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân còn phù 25,5% (Bảng 5). Đa số các bệnh nhân này chưa kiểm soát được chế độ ăn hợp lý, cận nặng giữa hai lần lọc máu tăng nhiều (hơn 4 kg) vì vậy không đáp ứng được với liều điều trị thông thường (4 giờ x 3 lần/ tuần).

Tỷ lệ sạm da hoặc tổn thương da 52,9 % (Bảng 5). Triệu chứng này khá phổ biến ở bệnh nhân bệnh thận mạn, đặc biệt ở bệnh nhân lọc máu định kỳ lâu dài với màng lọc low flux tổn thương da càng nặng nề hơn.

Chỉ số huyết áp ($\geq 140/90$ mmHg):

Ở nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có huyết áp chưa kiểm soát được 43,13 % (nam 27,45 % và nữ 15,68 %) (Bảng 6). Trong một nghiên cứu ở Mỹ trên 2535 bệnh nhân chạy thận nhân tạo có 58 % bệnh nhân có huyết áp được kiểm soát kém với thuốc chống tăng huyết áp, 12 % tăng huyết áp phản ứng [7]. Việc kiểm soát huyết áp ở bệnh nhân bệnh thận mạn là một trong những vấn đề quan trọng, đặc biệt ở bệnh nhân chạy thận định kỳ càng khó khăn. Có nhiều nguyên nhân gây tăng huyết áp ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo cần phải xem xét: điều trị

thích hợp với các thuốc chống tăng huyết áp, bệnh nhân tăng cân nhiều giữa hai lần lọc máu, chế độ ăn thừa muối, bệnh nhân có được lọc máu đủ liều và tác dụng phụ của thuốc kích tạo hồng cầu (ESA), tăng huyết áp phản ứng với tình trạng giảm thể tích tuần hoàn sau khi loại bỏ một lượng dịch trong lúc lọc máu [10].

4.3. Một số đặc điểm cận lâm sàng:

Chỉ số Haemoglobin (HGB < 10.0 g/dL):

Tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu 45,09 % (nam 23,53 % và nữ 21,56 %) (Bảng 7). Theo Hướng dẫn thực hành lâm sàng của Hội thận học năm 2017, bệnh nhân bệnh thận mạn điều trị với ESA nên giữ Hb ở mức 10 – 12 g/dl [9]. Khi Hb càng thấp hoặc càng tăng ngoài giới hạn này, tỉ lệ tử vong càng gia tăng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu còn cao do nhiều nguyên nhân: thiếu máu trong bệnh thận mạn là tình trạng thiếu máu mạn tính do thiếu hụt kích tố tạo hồng cầu EPO (Erythropoietin) kích thích tủy xương sản sinh hồng cầu, do đó cần phải bổ sung thuốc kích tạo hồng cầu phù hợp.

Ngoài ra, cần đảm bảo cung cấp đầy đủ các chất dinh dưỡng cần thiết để tạo nên tế bào máu như: đạm, sắt, B12 và acid folic. Đa số bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ có hoàn cảnh kinh tế khó khăn, chế độ ăn uống chưa đảm bảo dinh dưỡng nên việc điều trị thiếu máu cũng gặp nhiều khó khăn.

Chỉ số ion Natri và kali máu:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ giảm Natri máu 17,64% và tăng Kali máu 39,21%. Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ thường có các rối loạn chuyển hóa lipid, protid và rối loạn điện giải cũng thường gặp. Natri máu có thể tăng hoặc giảm nhưng tình trạng giảm natri máu thường gặp hơn tăng natri máu. Ion kali tăng cao do thận suy giảm thải trừ kali [1],[8].

5. KẾT LUẬN:

Qua nghiên cứu 51 bệnh nhân bệnh thận mạn tính lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang năm 2018 cho thấy:

Bệnh nhân đã được lọc máu tính đến thời điểm nghiên cứu từ 7 đến 96 tháng (8 năm), trung bình 38 tháng (> 3 năm).

Các triệu chứng lâm sàng thường gặp: mất ngủ (49,0%), ngứa da (39,2 %), mệt mỏi (37,3%), rối loạn tiêu hóa (23,5%), phù (25,5%) do chưa kiểm soát được chế độ ăn uống phù hợp, sạm da hoặc tổn thương da (52,9 %).

Huyết áp chưa kiểm soát 43,13 %

Tỉ lệ thiếu máu 45,09 %. Giảm natri máu 17,64 % và tăng kali máu 39,21 % .

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”.
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. **Đinh Đức Long, Lê Thanh Bình** (2014), “Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy thận mạn tính có chỉ định làm lỗ thông động tĩnh mạch tại bệnh viện bạch mai”, y học thực hành (907) – số 3/2014.
6. **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 TPHCM lần III, tr.2-31.
7. **Aaron Stern et al.**, High Blood Pressure in Dialysis Patients: Morbidity and Mortality. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*. 2014 Jun, Vol-8(6): ME01-ME04.
8. **Daugirdas JT, Blake PG, ToddS. Ing** (2015), *Handbook of dialysis*, fifth edition. Little, Brown and company (Boston/New york/Toronto/London).
9. **Renal Association Clinical Practice Guideline** – Anaemia of Chronic Kidney Disease – June 2017.
10. **Jula K. Inrig, MD, MHS**. Intradialytic Hypertension: A Less-Recognized Cardiovascular Complication of Hemodialysis. *Am J Kidney Dis*. Author manuscript; available in PMC 2011 March 1.

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐỤC BAO SAU BẰNG LASER YAG
TẠI BỆNH VIỆN NHẬT TÂN**

Trương Hoàng Nam

TÓM TẮT:

Đánh giá kết quả điều trị đục bao sau bằng Laser YAG. Nghiên cứu đánh giá kết quả 46 ca Laser Yag điều trị đục bao sau được tái khám sau 1 tuần. Thực hiện với lỗ mở bao đường kính # 4 mm, năng lượng xung Laser 0.8 đến 1.4 mj/nhát, tổng mức năng lượng bình quân 70 đến 150mJ. Phần lớn bệnh nhân đục bao sau đến điều trị chủ yếu sau thời gian phẫu thuật đục thủy tinh thể là 1-6 năm (84,5%). Kết quả sau điều trị đa số thị lực tăng 2-3 dòng thị lực là 62,9%. Biến chứng sau laser không nhiều, chủ yếu là chạm kính (8,6%).

SUMMARY:

The Results Of Posterior Capsule Opacification By Yag Laser Capsulotomy In Nhat Tan Hosptital. The study evaluated the results of 46 cases of posterior capsule opacification by Laser Yag followed by one week follow-up examination. Made with an open hole of # 4 mm in diameter, Laser pulsed power 0.8 to 1.4 mj/s, total energy levels were 70 to 150 mJ. It is found that the majority of patients with posterior capsule opacification were mainly treated after cataract surgery (84.5%). The results after the treatment of most vision acuity increased by 2 to 3 lines of vision (62.9%). The following complications after procedure were less, mainly lens touching (8.6%).

TỔNG QUAN

Phẫu thuật đục thủy tinh thể (TTT) ngoài bao đặt thủy tinh thể nhân tạo (IOL) ngày nay là một phẫu thuật rất phổ biến (nhất là phương pháp Phaco). Trong phẫu thuật đục TTT ngoài bao nói chung, sau khi xé bao trước, nhân TTT bị loại bỏ, bao sau TTT được giữ lại tạo thành túi bao và IOL được đặt vào túi đó để đảm bảo cấu trúc giải phẫu tái tạo thị lực.

Đục bao sau (ĐBS) còn gọi là đục TTT thứ phát, là sau phẫu thuật một thời gian bao sau của TTT bị mờ đục làm giảm chức năng thị giác. Tỷ lệ ĐBS sau phẫu thuật TTT khoảng 20-40% sau 2-5 năm(1), 20,7% sau 2 năm (2) một số nghiên cứu khác còn cao đến 54,8%(1).

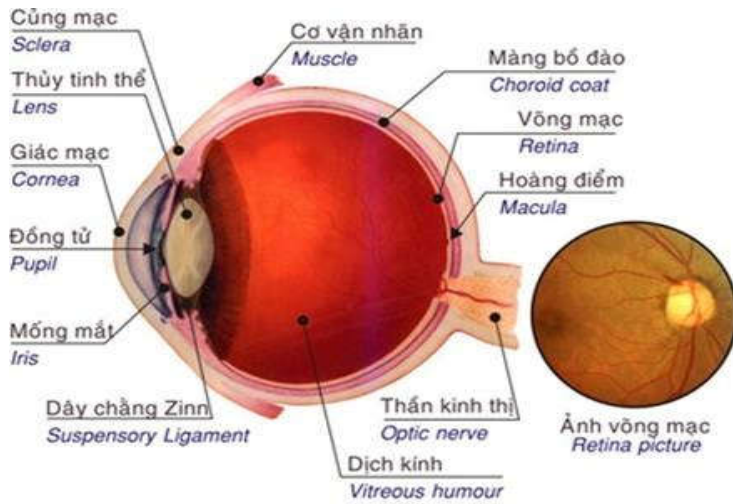
Điều trị ĐBS bằng Laser Yag hiện nay là phương pháp phổ biến và hiện đại nhất ưu điểm là không xâm lấn giúp phục hồi thị lực sớm cho bệnh nhân. Tuy nhiên cũng có một số biến chứng đi kèm như: tổn thương IOL, tăng nhãn áp, viêm màng mắt- màng bồ đào, phù hoàng điểm dạng nang, vài biến chứng hiếm gặp hơn như xuất huyết võng mạc, thay đổi độ khúc xạ(2)... các biến chứng này cũng tùy thuộc nhiều yếu tố trong đó có một phần tổng năng lượng trong kỳ Laser cao hay thấp...(3)

Khi xung laser chạm vào IOL gây vỡ mắt sau, cũng có khi rạn nứt IOL, nếu tổn thương này nằm trên trục thị giác sẽ ảnh hưởng thị lực. Theo Hassan tỷ lệ chạm kính là 19,8%, Khanzada là 9,4%(trong 30ca), Haris thấy trong 342ca có tỷ lệ 11,7% vỡ kính.(2)

Tăng nhãn áp cũng là biến chứng phổ biến, theo Kate nhãn áp tăng khoảng 15-30% bệnh nhân, Ficker nhận thấy nhãn áp thường tăng cao 30-48mmHg trong vòng 2-3 giờ và đáp ứng tốt với thuốc hạ nhãn áp(2).

Biến chứng viêm màng mắt thể mi, màng bồ đào theo Kaetes có 0,4-0,7% sau 6 tháng và Chambless 1.4% sau 7 tháng.(2)

Các mức độ đục bao sau: Độ 1 đục nhẹ, chưa ảnh hưởng thị lực, soi đáy mắt rõ, ánh hồng đồng tử giảm nhẹ. Độ 2 đục vừa, giảm thị lực ít, soi đáy mắt ít rõ, ánh hồng đồng tử giảm. Độ 3 giảm thị lực nặng, soi đáy mắt khó, ánh hồng đồng tử giảm nhiều. Chỉ định Laser bao sau khi



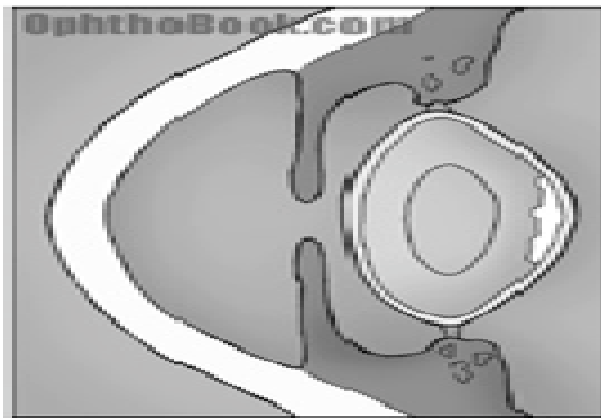
đục có giảm thị lực (độ 2-3) và phải loại bỏ giảm thị lực do nguyên nhân khác.

Các dạng ĐBS gồm dạng hạt trai và xơ sợi. Dạng xơ sợi dùng tổng năng lượng laser cao và khi năng lượng laser cao gây biến chứng nhiều hơn (3)

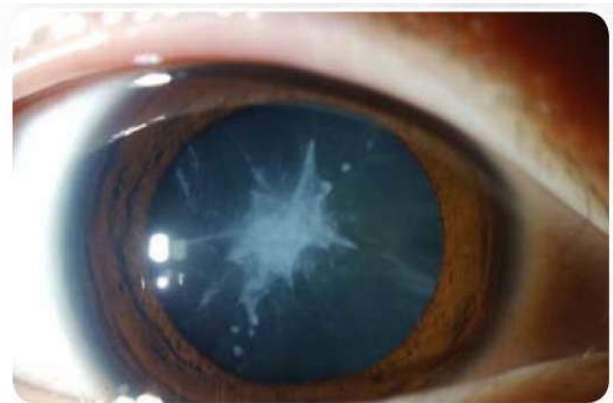
Thực hiện laser bao sau với lỗ mở bao hình tròn đường kính #4mm, năng lượng Laser 0,8 đến 1.4mj/nhát. Có thể mở bao kiểu nắp hộp hoặc chữ thập. Tổng lượng laser khoảng 50-150mj, một số tác giả có

thể trên 250mj (4)

Hình 1. Minh họa đục bao sau.



Hình 2.



Hình 3.

Máy Laser Yag hiệu Allex được đưa vào điều trị tại khoa mắt BV Nhật Tân từ tháng 07-2017. Sau 12 tháng đã thực hiện 211 ca. Trong đó Laser bao sau 179 ca, Laser mống mắt 32 ca (tính 1 mắt). Đến tháng 4-2018 chúng tôi mới làm đề tài này, do đó số bệnh nhân Laser bao sau được theo dõi, ghi chép đủ dữ liệu và hẹn tái khám được sau 1 tuần cho nghiên cứu là 46 ca Laser bao sau.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Nhận xét thời gian bệnh nhân bị đục bao sau sau khi mổ đục TTT đến khi có chỉ định Laser
- Kết quả giải quyết được mức độ tăng thị lực thế nào ?

- Đề cập một số biến chứng ngắn hạn.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu tiền cứu, tất cả bệnh nhân đã phẫu thuật đục TTT ngoài bao tái mù, đến khám tại khoa mắt, và khi khám có chỉ định Laser bao sau.

Tiêu chuẩn loại trừ: những bệnh nhân có đục bao sau nhưng giảm thị lực chủ yếu do nguyên nhân khác, tiên lượng sau Laser không tăng thị lực nên không chỉ định.

Thời gian nghiên cứu:

Tháng 4 đến tháng 8- 2018. Số ca bệnh được theo dõi, tái khám là 46 mắt. Trong đó có 2 bệnh nhân làm 2 mắt.

Cách tiến hành:

Sau khi khám bệnh nhân có giảm thị lực dần sau mổ đục TTT kiểu tái mù, chẩn đoán mức độ đục bao sau, có chỉ định Laser. Bệnh nhân được đánh giá đầy đủ thị lực, tình trạng đục bao, thời gian phẫu thuật và bệnh mắt kèm theo nếu có.

Tiến hành giãn đồng tử bằng thuốc, Laser xé bao hình tròn đường kính #4mm, cách mở bao hình hộp hoặc chữ thập. Chính năng lượng phù hợp dạng đục bao, thứ tự tiêu điểm mở bao từ trên xuống.

Sau laser dùng thuốc hạ nhãn áp 48 giờ đường uống, kháng viêm nhỏ mắt và hẹn tái khám sau 1 tuần.

Tái khám ghi nhận mức độ tăng thị lực, kiểm tra nhãn áp, và biến chứng khác nếu có

Phân tích thống kê: Dùng phần mềm SPSS 16.0 để phân tích. Dùng Pair-Samoles T test để hiệu quả của thủ thuật qua phân tích thị lực của mắt “tái mù” trước và sau khi dùng Laser YAG mở bao sau. Ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 44 bệnh nhân. Trong đó có 2 bệnh được điều trị đục bao sau cả 2 mắt. Tổng cộng 46 mắt.

1. Đặc điểm bệnh nhân

| 2. Giới tính | n | Tỷ lệ % | 3. Tuổi trung bình | |
|---------------------|----|---------|---------------------------|--|
| Nữ | 33 | 71,7 | 66,7 ± 10.8 | |
| Nam | 13 | 28,3 | 68.6 ± 13.3 | |

4. Địa giới hành chánh

| | | | | | |
|----------|----|------|----------|---|-------|
| An Phú | 11 | 23,9 | Phú Tân | 7 | 15,2 |
| Châu Đốc | 7 | 15,0 | Tân Châu | 7 | 15,22 |
| Châu Phú | 12 | 26,1 | Khác | 2 | 4,4 |

5. Phân chia theo thành thị-thôn quê

| | | | | | |
|----------|----|------|-----------|----|------|
| Thôn quê | 21 | 45,7 | Thành thị | 25 | 54,3 |
|----------|----|------|-----------|----|------|

6. Thời gian đục bao sau sau khi mổ đục thủy tinh thể

| | | | | | |
|--------|----|------|---------|---|-----|
| ≤1 năm | 6 | 13,0 | 6 năm | 1 | 2,2 |
| 2 năm | 12 | 26,1 | 7 năm | 2 | 4,3 |
| 3 năm | 7 | 15,2 | 8 năm | 1 | 2,2 |
| 4 năm | 6 | 13,0 | 9 năm | 2 | 4,3 |
| 5 năm | 7 | 15,2 | ≥10 năm | 2 | 4,3 |

Tổng số ca đục bao sau từ 1-5 năm chiếm 82,5%

Số còn lại dưới 1 năm và sau 7 năm chiếm 15,5% , cá biệt có 1 ca sau 15 năm.

7. Mắt

| | | | | | |
|------|----|------|------|----|------|
| Phải | 21 | 45,7 | Trái | 25 | 54,3 |
|------|----|------|------|----|------|

8. Tình hình thủ thuật Laser

| | | |
|------------|----|------|
| Biến chứng | 7 | 15,2 |
| Không | 39 | 84,3 |

9. Bệnh đi kèm

| | | |
|-------|----|------|
| Có | 4 | 8,7 |
| Không | 42 | 91,3 |

| Bảng 10. Thị lực trước và sau laser YAG | | | | | Bảng 11. Số dòng thị lực tăng sau Laser | | |
|--|-------------|--------|-----------|---------|--|----|---------|
| Thị lực | Trước Laser | | Sau laser | | Số dòng tăng | n | Tỷ lệ % |
| | n | Tỷ lệ% | n | Tỷ lệ % | Không tăng | | |
| <1/10 | 1 | 2,2 | 0 | 0 | Tăng 1 dòng | 7 | 15,2 |
| 1-2 | 17 | 36,9 | 4 | 8,7 | Tăng 2 dòng | 13 | 28,3 |
| 3-4 | 17 | 36,9 | 12 | 26,1 | Tăng 3 dòng | 16 | 34,8 |
| 5-6 | 8 | 17,4 | 15 | 32,6 | Tăng 4 dòng | 5 | 10,9 |
| >7 | 3 | 6,5 | 15 | 32,6 | Tăng 5 dòng | 2 | 4,3 |
| Cộng | 46 | 100 | 40 | 100 | Cộng | 46 | 100 |

12. Sau khi can thiệp bằng Laser YAG mở bao sau

| Mắt | N | Thị lực trung bình trước can thiệp ± SD | Thị lực trung bình sau can thiệp ± SD | T | p |
|----------|----|---|---------------------------------------|--------|-------|
| Mắt trái | 21 | 2.7/10 | 5.0/10 | -13.45 | 0,001 |
| Mắt phải | 25 | 3.3/10 | 4.40/10 | -2.01 | 0,038 |

BÀN LUẬN:

Đục bao sau gặp nhiều trong nghiên cứu này từ 1-6 năm sau mổ với tỉ lệ đa số: 84,5%, trong đó tỉ lệ đục 2-4 năm là cao nhất 58,5%. Cũng cao tương đối với một số nghiên cứu khác.(1)

Mức tăng thị lực sau Laser lên 2-3 dòng thị lực là cao nhất 62,9%. Đặc biệt lên 5 dòng thị lực là 4,3%. MP tăng trung bình từ 3.2/10 lên 6.0/10, MT tăng từ 2.9/10 lên 3.9/10. Điều có ý nghĩa thống kê .

Tuy nhiên có 6,5% trường hợp không tăng thị lực rơi vào 3 trường hợp có thị lực trung bình 4-6/10, sau khi loại trừ các bệnh kèm và biến chứng, hồi cứu bệnh sử có lẽ do mức độ đục bao chưa nhiều, tức là chỉ định Laser hơi sớm nên hiệu quả không rõ, mặc khác cũng không loại trừ có sự thay đổi độ khúc xạ sau laser (2). Nhưng vì những ca đục bao sau thường đo khúc xạ trước laser ít chính xác nên chúng tôi không so sánh khúc xạ trước sau laser, do đó suy luận này chưa được chắc chắn.

Tỉ lệ laser chạm kính 8,7%, cũng không cao hơn so với nhiều tác giả(2), tuy nhiên không có trường hợp chạm kính nào ảnh hưởng thị lực do không rỗ kính ở trung tâm và không có rạn nứt hoặc vỡ kính. Biến chứng tăng nhãn áp có lẽ khó xảy ra do việc dùng thuốc hạ nhãn áp dự phòng sau laser. Một số biến chứng khác như viêm mống mắt thể mi – màng bồ đào, xuất huyết võng mạc, bong võng mạc... chúng tôi chưa ghi nhận được.

Trong phạm vi nghiên cứu này, số bệnh nhân chưa nhiều, chỉ có số liệu tái khám sau 1 tuần, tỷ lệ tái khám sau 1 tháng hoặc sau đó quá ít nên chúng tôi chưa có đầy đủ khảo sát với thời gian lâu hơn, ghi nhận được kết quả phong phú hơn cũng như theo dõi được nhiều biến chứng khác.

THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Hà, Bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội tạp chí 5-2014
2. **Bhargava R, Kumar P, Phogat H, Chaudhary KP.** An Overview of Nd Yag Laser Capsulotomy. Med Hypothesis Discov Innov Ophthalmol.2014
3. **Bhargava R, Kumar P, Phogat H, Chaudhary KỊCH PHÁT.** Neodymium-Yttrium Aluminium Garnet Laser Capsulotomy Energy Level for posterior Capsule Opacification. J Ophthalmic vis res 2015.
4. **Bergandi L, Skorokhod OA, Franzone F, Grotta RL, Schwarzer E, Nuzzi R.** Induction of oxidative stress in human aqueous and vitreous humors by Nd:Yag laser posterior capsulotomy. Int J Ophthalmol vol 11.10.7 Jul.18.2018 .

**KHẢO SÁT TỶ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HẠ MAGNE MÁU
Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC
BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC AN GIANG**

*BS Thái Hán Vinh, BS Trần Bửu Thọ, BS Đoàn Thị Trúc Đào,
BS Nguyễn Hoàng Tấn BVĐKKV An Giang*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Magne (Mg) là thành phần thiết yếu cho sự sống và đóng vai trò quan trọng nhiều quá trình sinh lý và sinh hóa trong cơ thể. Magne là cation nhiều thứ nhì trong nội bào, sau kali. Thế nhưng, trước đây Mg được xem như một điện giải bị bỏ quên, rất ít được định lượng trong thực hành lâm sàng [11]. Gần đây, định lượng Mg máu ngày càng được quan tâm nhiều hơn do ngày càng nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ hạ Mg rất cao ở bệnh nhân nhập ICU, có thể đến 65% [9].

Việc nhận biết hạ Magne máu ở bệnh nhân ICU là quan trọng không những vì có ý nghĩa tiên lượng mà còn giúp phát hiện và điều trị các bất thường quan trọng khác thường hay đi kèm, ví dụ như hạ kali máu, hạ canxi máu, rối loạn nhịp tim [12]. Hạ Mg có thể gây những biến chứng chết người như rối loạn nhịp thất, co thắt mạch vành hay đột tử. Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh nhân hạ Mg có thời gian nằm ICU kéo dài hơn, cần thở máy nhiều hơn, thời gian thở máy kéo dài hơn, tỷ lệ tử vong cao hơn [5],[7].

Mặc dù hạ Mg máu là phổ biến, có ý nghĩa tiên lượng xấu và giúp phát hiện, điều trị các bất thường quan trọng khác thường hay đi kèm nhưng tại Việt Nam hiện nay, trên thực hành lâm sàng vấn đề này còn chưa được quan tâm đúng mức, không có nhiều báo cáo nghiên cứu hạ Mg ở bệnh nhân ICU. Để giúp bác sỹ lâm sàng có cảnh báo về tình trạng phổ biến hạ Magne máu ở bệnh nhân nằm điều trị tại khoa ICU và giúp cho việc điều trị, tiên lượng bệnh nên chúng tôi tiến hành đề tài: Khảo sát tỷ lệ và yếu tố liên quan đến hạ Magne máu ở bệnh nhân nằm điều trị tại khoa ICU

Mục tiêu nghiên cứu:

- Xác định tỷ lệ hạ Magne máu ở bệnh nhân ICU.
- Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến hạ Magne máu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nặng nhập ICU.

Tiêu chuẩn loại trừ :

- Bệnh nhân đã dùng magne trước đó.
- Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn nặng cần nhập ICU điều trị.

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:

Hạ Mg : ion Mg máu < 0,8 mEq/L.

Hạ Kali K < 3,5 mEq/ L.

Hạ Canxi : canxi toàn phần < 2,1mmol/L và/ hoặc Canxi ion < 1,1 mmol/L.

Bệnh cải thiện: bệnh nhân ổn định và xuất viện.

Bệnh không cải thiện: xin về, chuyển viện, tử vong.

2.4. Thông số nghiên cứu :

Các thông số nghiên cứu bao gồm: Đặc điểm dân số (tên, tuổi, giới), chẩn đoán bệnh (đái tháo đường, nghiện rượu, xơ gan...), các bệnh lý mạn tính nền hay bệnh lý đi kèm, định lượng Mg, Canxi, kali máu ngay khi nhập ICU, thở máy, thời gian thở máy, thời gian điều trị tại khoa ICU, kết quả điều trị (cải thiện, không cải thiện).

2.5. 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 hạ Magne máu

Chọn P có ý nghĩa khi $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

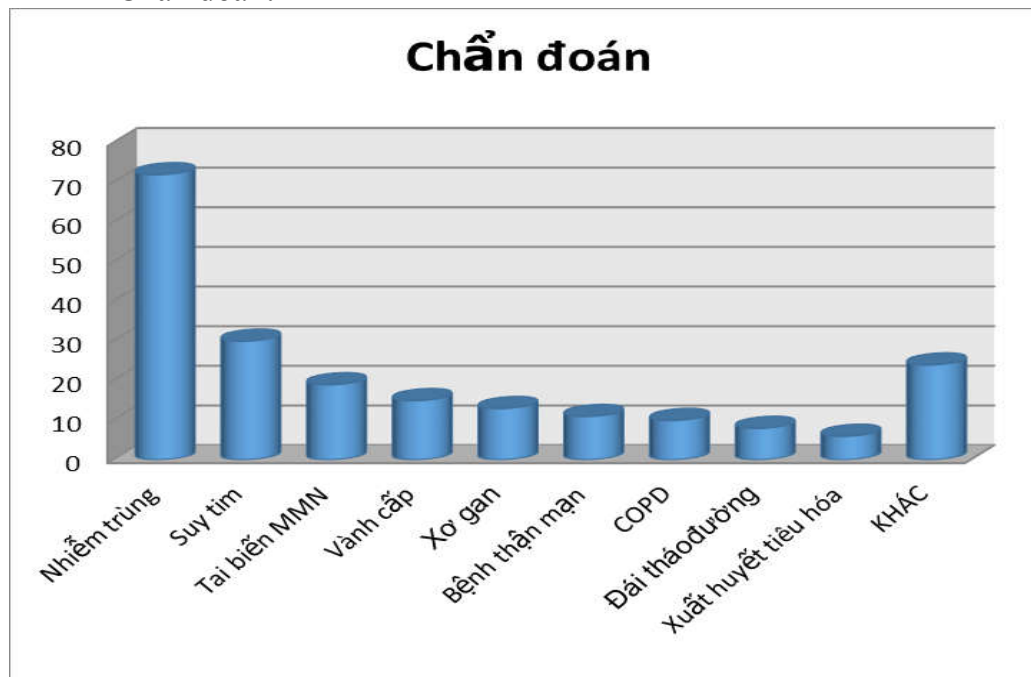
Trong thời gian từ tháng 7/2018 đến tháng 8/2018 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu 208 bệnh nhân nặng nhập ICU điều trị.

3.1. Đặc điểm dân số.

-Tuổi: $63,3 \pm 17,2$ tuổi. Thấp nhất 21, cao nhất 101 tuổi.

-Giới: nữ 110 (53%), nam 98 (47%)

-Chẩn đoán:



Biểu đồ 3.1: Bệnh lý chính nhập viện

Nhận xét: Nhiễm trùng là nguyên nhân hàng đầu bệnh nhân nhập ICU, kế đến là suy tim.

3.2. Tỷ lệ hạ Magne máu.



Biểu đồ 3.2: tỷ lệ hạ magne máu

Nhận xét: tỷ lệ hạ Mg máu rất cao 57%

3.3. Các yếu tố liên quan đến hạ Mg máu:

Bảng 3.1: . Các yếu tố liên quan đến hạ Mg máu

| ĐẶC ĐIỂM | chung(n=208) | Hạ Mg(n=118) | Không hạ Mg(n=90) | P |
|--------------------------|--------------|--------------|-------------------|-------|
| Đặc điểm chung | | | | |
| Tuổi | 63,43± 17,29 | 61,45± 17,5 | 65,89± 16,6 | 0,748 |
| Nữ,n(%) | 110 | 73(66,4) | 37(33,6) | 0,03 |
| Thở máy,n(%) | 99 | 53(53,5) | 46(46,5) | 0,37 |
| Số ngày thở máy | 3,50±6,96 | 3,3±7,0 | 3,79±6,86 | 0,68 |
| Ngày điều trị tại ICU | 5,21±6,6 | 5,2±6,75 | 5,23±6,42 | 0,69 |
| Cải thiện điều trị,n(%) | 85 | 49(57,6) | 36(42,4) | 0,88 |
| Sinh hóa | | | | |
| Hạ Canxi,n (%) | 161 | 92(78) | 69(76,7) | 0,82 |
| Kali (mEq/L) | 3,97± 1,00 | 3,72± 0,8 | 4,30± 0,80 | 0,02 |
| Bệnh lý đi kèm | | | | |
| Nhiễm trùng,n(%) | 99 | 61(61.6) | 38(38,4) | 0,21 |
| Suy tim,n(%) | 51 | 32(62,7) | 19(37,3) | 0,31 |
| Bệnh thận mạn,n(%) | 20 | 4(20) | 16(80) | 0,00 |
| Xơ gan,n(%) | 8 | 5(62,5) | 3(37,5) | 0,73 |
| Bệnh mạch vành,n(%) | 27 | 13(48,1) | 14(51,9) | 0,33 |
| COPD,n(%) | 11 | 6(54,5) | 5(45,5) | 0,88 |
| Đái tháo đường,n(%) | 44 | 28(63,6) | 16(36,4) | 0,29 |
| Xuất huyết tiêu hóa,n(%) | 8 | 5(62,5) | 3(37,5) | 0,73 |

Bảng 3.3: Phân tích hồi qui đa biến các yếu tố nguy cơ hạ magne máu

| Thông số | OR | 95% C | P |
|---------------|-------|-------------|-------|
| Giới | 0,447 | 0,246-0,813 | 0,008 |
| Bệnh thận mạn | 0,224 | 0,067-0,751 | 0,015 |
| Kali máu | 0,618 | 0.440-0,886 | 0,005 |

Nhận xét: giới, bệnh thận mạn và nồng độ kali máu có liên quan đến Magne máu. Giới nữ bị hạ Mg nhiều hơn nam giới. Ở bệnh nhân hạ kali máu bị hạ Mg máu nhiều hơn. Bệnh nhân bệnh thận mạn ít bị hạ Mg máu hơn.

IV. BÀN LUẬN:

Tỷ lệ hạ Mg máu.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hạ Mg ion máu khá cao 56,7%. Tỷ lệ hạ Mgne máu thay đổi theo từng nghiên cứu, từ 9,7-65%[3],[9]. Sự khác biệt này có thể do khác nhau về dân số nghiên cứu, giá trị điểm cắt, đo Mg máu toàn phần hay ion Mg. Trong nghiên cứu của Charles, với điểm cắt hạ Mg là 1,7 mg/dl, tỷ lệ hạ Mg toàn phần ở bệnh nhân nhập ICU là 23,96% [1]. Trong nghiên cứu của Kiran, với cùng điểm cắt, tỷ lệ này là 30%[5]. Nhưng với điểm cắt 1,5 mg/dl, tỷ lệ hạ Mg toàn phần ở bệnh nhân ICU là 25,45% trong nghiên cứu của Kumar[7].

Tỷ lệ hạ Mg ion máu ở bệnh nhân ICU thay đổi tùy nghiên cứu, từ 9,7% -24 %, thấp hơn hạ Mg toàn phần. Tỷ lệ hạ Mg ion trong nghiên cứu của soliman, Charles, Koch, Huijen, Escuela lần lượt là 18%, 23.9%, 21%, 14.4%, 9.7%, 18%[10],[1],[6],[4],[3].

Một giải thích cho tỷ lệ hạ Mg máu toàn phần cao hơn hạ Mg ion là do Mg có thể di chuyển từ ngoại bào vào nội bào, còn Mg ion thì không.[4].

Hạ Mg thường gặp ở bệnh nhân bệnh nặng có thể do nhiều yếu tố, như giảm hấp thu Mg do giảm vận động đường ruột, suy dinh dưỡng, các chế phẩm dinh dưỡng thiếu Mg, hút dịch dạ dày, hạ kali, hạ Canxi, dùng các thuốc gây hạ Mg [13].

Chọn phương pháp đo Magne máu

Hiện tại chưa có phương pháp nào sẵn có và dễ dàng xác định chính xác tình trạng Mg trong cơ thể. Tuy nhiên, định lượng Mg máu và test dung nạp Mg được sử dụng nhiều nhất. Xét nghiệm Mg máu thực hiện được dễ dàng nhưng không phản ánh được dự trữ Mg trong cơ thể. Nồng độ Mg máu có thể bình thường ở những bệnh nhân có giảm Mg dự trữ trong nội bào do cơ thể huy động Mg dự trữ nội bào ra máu nhằm giữ nồng độ Mg máu bình thường.

Trong định lượng Mg máu, nên đo Mg toàn phần hay Mg ion? Đa số các nghiên cứu trước đây đo magne máu toàn phần. Nhưng hiện nay việc nên đo Mg máu ion hay toàn phần vẫn còn đang tranh cãi [5], [4],[7], [10]. Ion Mg là thành phần Mg trong máu tham gia hoạt động sinh lý.

Theo dõi Magne máu ở bệnh nhân ICU là cần thiết

Mg là thành phần thiết yếu cho sự sống và đóng vai trò quan trọng nhiều quá trình sinh lý và sinh hóa trong cơ thể. Thế nhưng, trước đây Mg được xem như là một điện giải bị bỏ quên [11]. Gần đây, định lượng Mg máu ngày càng được quan tâm nhiều hơn do ngày càng nhiều cứu cho thấy tỷ lệ hạ Mg rất cao ở bệnh nhân nhập ICU. Không nên định lượng Mg máu thường qui ở tất cả bệnh nhân nhập viện, nhưng nên làm ở những bệnh nhân có rối loạn nhịp, hạ kali, hạ canxi, tiêu chảy, nghiện rượu và đặc biệt là những bệnh nhân tại ICU nên đo Magne máu thường qui. Do hạ Mg rất thường gặp ở ICU nên cần phải theo dõi chặt chẽ Mg máu ở những bệnh nhân này. [13],[8].

Các yếu tố liên quan đến hạ Magne máu

Chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt tỷ lệ hạ Mg ở nhóm bệnh thận mạn và nhóm không bệnh thận mạn. Ở nhóm không bị bệnh thận mạn, tỷ lệ hạ Mg cao hơn (80%) so với nhóm CKD (20%). Suy thận mạn giai đoạn 4 và 5, bài tiết Mg bị giảm. Đặc biệt khi độ lọc cầu thận <

10ml/phút, có thể gây tăng Mg máu[2]. Hơn nữa, điều hòa Mg cũng bị ảnh hưởng bởi bất thường vitamin D, PTH, Canxi thường gặp ở bệnh nhân bệnh thận mạn,

Trong nghiên cứu của chúng tôi, hạ Mg máu có liên quan đến nồng độ kali máu, nhưng không liên quan đến hạ canxi máu. Nồng độ kali máu ở nhóm hạ Mg máu là 3,72 mEq/L, so với nhóm không hạ Mg máu là 4,30 mEq/l, khác nhau có ý nghĩa thống kê ($P < 0,02$).

Hạ Magne thường kết hợp với các rối loạn điện giải khác. Trong nghiên cứu của Whang và cộng sự ghi nhận ở bệnh nhân hạ kali máu, hạ phosphat máu, hạ canxi máu có tỷ lệ hạ Mg máu tương ứng là 42%, 29% và 22%. Hạ kali, canxi, phosphat có thể được xem như là yếu tố dự báo hạ Mg [12]. Ở bệnh nhân hạ kali máu kèm hạ Mg thường kém đáp ứng với bù Kali cho đến khi đã điều chỉnh đủ magne máu. Điều này là do trong hạ Mg máu, hoạt động ATPase màng bị giảm và thận tăng bài tiết kali.

Tiên lượng

Trong Nghiên cứu của chúng tôi, hạ Mg không có liên quan đến nhu cầu thông khí cơ học, số ngày nằm ICU và tỷ lệ tử vong. Các nghiên cứu khác nhau cho kết quả khác nhau.

Nghiên cứu của Kiran cho thấy bệnh nhân hạ Mg có tỷ lệ tử vong cao hơn, nhu cầu thở máy nhiều hơn nhưng không có liên quan đến thời gian nằm ICU[5].

Kumar cho thấy bệnh nhân hạ Mg có thời gian nằm ICU kéo dài hơn, cần thở máy nhiều hơn, tỷ lệ tử vong cao hơn nhưng không có sự khác biệt về thời gian thở máy [7].

Tuy nhiên, một số nghiên cứu lại có kết quả khác, cho thấy không có sự liên quan giữa hạ Mg máu với nhu cầu thở máy, thời gian nằm ICU và tỷ lệ tử vong [4], [3].

V.KẾT LUẬN

Từ 7/2018 đến 8/2018 chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 208 bệnh nhân nằm điều trị tại khoa ICU. Chúng tôi có thể đưa ra kết luận sau:

- Tỷ lệ bệnh nhân nằm điều trị tại ICU bị hạ Mg ion máu là 57% (118/208).
- Giới nữ bị hạ Mg nhiều hơn nam giới.
- Bệnh nhân hạ kali máu có hạ Mg máu nhiều hơn.
- Bệnh nhân bệnh thận mạn ít bị hạ Mg máu hơn.

Bệnh nhân nặng điều trị tại khoa ICU có tỷ lệ hạ Magne máu rất cao nên chúng ta cần phải cảnh giác và theo dõi Magne máu thường xuyên, đặc biệt là những bệnh nhân có kèm rối loạn điện giải khác như hạ kali, từ đó có các phương pháp điều trị thích hợp để cải thiện tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Charles BS, Menon I, Girish TS, Cherian AM(2016). Hypomagnesemia in the ICU – Does Correction Matter? J Assoc Physicians India 2016; 64:15-19.
2. Coburn JW, Popovtzer MM, Massry SG, Kleeman CR(1969). The physicochemical state and renal handling of divalent ions in chronic renal failure. Arch Intern Med. 1969;124:302-311.
3. Escuela MP, Guerra M, Anon JM, Martinez- Vizcaino V et al(2005). Total and ionized serum magnesium in critically ill patients. Intensive Care Med 2005; 31:151-156.
4. Huijgen HJ, Soesan M, Sanders R, Mairuhu WM, Kesecioglu J, Sanders GT(2000). Magnesium levels in critically ill patients. What should we measure? Am J Clin Pathol 2000;114:688-695
5. Kiran HS, Sriramachandru A, Murthy KAS, Gowdappa HB (2015). Serum Magnesium levels in critically ill patients – A Prospective Study. Int J Sci Study 2015; 3:241-244.
6. Koch SM, Wartens RD, Mehlhorn U(2002). The simultaneous measurement of ionized and total calcium and magnesium in ICU patients. J Crit Care 2002;17:203-5.
7. Kumar S, Honmode A, Jain S, Bhagat V(2015). Does magnesium matter in patients of Medical Intensive Care Unit: A study in rural Central. India. Indian J Crit Care Med 2015; 19:379-383.

8. Olerich M A, Rude RK (1994). Should we supplement magnesium in critically ill patients? *New Horiz.* 1994 May;2(2):186-92
9. Ryzen E, Wagers PW, Singer FR, Rude RK (1985). Magnesium deficiency in a medical ICU population. *Crit Care Med.* 1985;13:19-21
10. Soliman HM, Mercan D, Lobo SS, Melot C, Vincent JL (2003). Development of ionized hypomagnesemia is associated with higher mortality rates. *Crit Care Med* 2003; 31:1082-1087.
11. Whang R (1987). Magnesium deficiency: pathogenesis, prevalence, and clinical implications. *Am J Med.* 1987 Mar 20;82(3A):24-9.
12. Whang R, Oei TO, Aikawa JK et al (1984). Predictors of clinical hypomagnesemia: hypokalemia, hypophosphatemia, hypocalcemia. *Arch Intern Med* 1984;144:1794-6.
13. Zafar S. H, Wani J. I, Karim R, (2014) "Significance of serum magnesium levels in critically ill-patients," *International Journal of Applied Basic Medical Research*, vol. 4, no. 1, pp. 34-37, 2014

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SIÊU ÂM DOPPLER ĐỘNG MẠCH TỬ CUNG Ở TUẦN 20-24 THAI KỲ TRONG DỰ ĐOÁN TIỀN SẢN GIẬT TẠI TRUNG TÂM Y TÊ TP. CHÂU ĐỐC

BS SALAYMAN, CN HUỖNH MỸ PHÚC

Tóm tắt

Tiền sản giật (TSG) là một hội chứng đặc biệt liên quan với thai kỳ, thường xảy ra sau tuần lễ thứ 20 và biến mất hoàn toàn sau sanh, bao gồm tăng huyết áp kèm với đạm trong nước tiểu. Tần suất của tiền sản giật nói chung chỉ chiếm tỉ lệ khoảng 4-5% thai phụ nhưng hậu quả lại rất nghiêm trọng. Siêu âm Doppler động mạch tử cung (ĐMTC) có thể thực hiện qua ngã âm đạo hoặc ngã bụng trong ba tháng đầu hoặc ba tháng giữa thai kỳ nhằm đánh giá nguy cơ tiền sản giật. Siêu âm Doppler động mạch tử cung có rất nhiều chỉ số để đánh giá như: dấu hiệu khuyết đầu tâm trương, chỉ số trở kháng RI, chỉ số đập PI, chỉ số tâm thu/tâm trương S/D...

Mục đích nghiên cứu:

Khảo sát tần suất TSG, đặc điểm siêu âm Doppler ĐMTC và đặc điểm thai phụ liên quan với TSG ở những thai phụ có tuổi thai 20 – 24 tuần đến khám thai, theo dõi thai đến khi sanh trong thời gian nghiên cứu.

Xác định độ nhạy, độ chuyên biệt, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của phổ Doppler và các chỉ số siêu âm Doppler ĐMTC trong dự đoán TSG ở những sản phụ nêu trên.

Kết quả nghiên cứu:

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có mối liên hệ có nghĩa thống kê giữa chỉ số trở kháng $RI > 0,58$, $PI > 1,45$, $S/D > 2,4$ và khuyết đầu tâm trương trong dự đoán tiền sản giật. Tần suất tiền sản giật trong nhóm nghiên cứu là 6,5%.

Summary

Pre-eclampsia is a special syndrome associated with pregnancy that usually occurs after the 20th week and disappears after birth, including hypertension with protein in the urine. The prevalence of pre-eclampsia generally only accounts for about 4-5% of pregnancies but the consequences are very serious. Doppler ultrasonography may be performed through vaginal or abdominal intervals during the first trimester or mid-trimester to assess the risk of pre-eclampsia. Doppler ultrasonography has many indicators to evaluate such as early diastolic notches signs, resistance index RI, pulsatility index PI, systolic/ diastolic (S/D) ratios ...

Research purposes:

1- Survey on pre-eclampsia frequency, characteristics of the Doppler ultrasonography and characteristics of pregnant women related to pre-eclampsia in pregnant women 20-24 weeks of gestation for antenatal care, antenatal monitoring and birth control during the study period.

2- Definition of sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value of Doppler spectrum and Doppler ultrasonographic indicators in predicting pre-eclampsia on these women.

Results:

Based on the results, we recorded a relationship and statistically significant between $RI > 0.58$, $PI > 1.45$, $S / D > 2.4$ and early diastolic notches signs in predicting pre-eclampsia. The prevalence of pre-eclampsia in the study group was 6,5%.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền sản giật (TSG) là một hội chứng đặc biệt liên quan với thai kỳ, thường xảy ra sau tuần lễ thứ 20 và biến mất hoàn toàn sau sinh, bao gồm tăng huyết áp kèm với đạm trong nước tiểu [2]. Mặc dù tần suất của TSG nói chung chỉ chiếm tỉ lệ khoảng 4-5% thai phụ nhưng hậu quả lại rất nghiêm trọng [32], [49]. Về phía mẹ, TSG có thể gây ra những biến chứng như hội chứng HELLP (thiếu máu tán huyết, tăng men gan, giảm tiểu cầu), sản giật, bệnh lý đông máu, sốc và tử vong (tỉ lệ tử vong mẹ khoảng 17,6% hàng năm tại Mỹ) [47], [48],[49],... Về phía con, TSG là tác nhân lớn gây ra những bất lợi như thai chậm tăng trưởng trong tử cung, thai suy, thai chết lưu... và tăng nguy cơ bị cao huyết áp, bệnh lý tim mạch và tiểu đường trong cuộc sống sau này [2],[10],[12],[13],[42],[45],[49]. Dự đoán chính xác TSG để theo dõi và điều trị trước sinh nhằm cải thiện bệnh lý sau sinh là rất cần thiết [32],[43],[44],[45].

Nhiều tác giả cho rằng hiện tượng co thắt các tiểu động mạch là nguyên nhân gây nên bệnh cảnh lâm sàng của TSG-sản giật[2][10],[12],[43],[44][45][46],[49],[50]. Tuần hoàn tử cung-nhau có thể được đánh giá qua siêu âm Doppler động mạch tử cung, đây là kỹ thuật được thế giới đánh giá là có triển vọng để dự đoán mức độ nguy cơ của tiền sản giật và thai chậm tăng trưởng trong tử cung[24],[41]. Tuy nhiên ở trong nước, các nghiên cứu siêu âm Doppler ĐMTC dự đoán nguy cơ TSG chưa nhiều, ngoài nghiên cứu của Ngô Thị Trinh[5] ở những sản phụ trên 36 tuần đã bị TSG (2006), Huỳnh Thanh Phương Thảo [3] nghiên cứu chỉ số RI, Khuyết ĐTT của siêu âm Doppler ĐMTC ở ba tháng giữa thai kỳ trong dự đoán TSG tại bệnh viện Từ Dũ năm 2010 và Phạm Thị Mai Anh[8] nghiên cứu các thông số S/D Doppler ĐMTC ở thai phụ TSG tuổi thai 28 tuần tại bệnh viện Phụ sản TƯ năm 2009. Trong khi siêu âm Doppler ĐMTC có nhiều chỉ số để đánh giá như dấu hiệu khuyết đầu tâm trương, chỉ số trở kháng RI, chỉ số đập PI, chỉ số tâm thu/tâm trương S/D,...

Vấn đề đặt ra là các chỉ số siêu âm Doppler ĐMTC có giá trị như thế nào trong dự đoán sớm TSG. Để tìm hiểu sâu hơn, chúng tôi thực hiện đề tài: **“Bước đầu đánh giá kết quả siêu âm Doppler động mạch tử cung ở tuần 20-24 thai kỳ trong dự đoán tiền sản giật tại Trung tâm Y Tế TP Châu Đốc ”** với mục tiêu như sau:

Mục tiêu tổng quát: Bước đầu đánh giá kết quả các chỉ số siêu âm Doppler ĐMTC ở tuần 20-24 thai kỳ trong dự đoán tiền sản giật.

Mục tiêu chuyên biệt:

Khảo sát tần suất TSG, đặc điểm siêu âm Doppler ĐMTC và đặc điểm sản phụ liên quan với TSG ở những thai phụ có tuổi thai 20 – 24 tuần đến khám thai, theo dõi thai đến khi sanh trong thời gian nghiên cứu.

Xác định độ nhạy, độ chuyên biệt, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của phổ Doppler và các chỉ số siêu âm Doppler ĐMTC trong dự đoán TSG ở những thai phụ nêu trên.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tất cả các 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, đơn thai, thai sống, có tuổi thai 20 – 24 tuần được khám, theo dõi đến khi sanh trong thời gian nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Loại trừ các sản phụ mang đa thai, thai lưu, mắc các bệnh lý nội khoa mãn tính, ác tính từ trước khi có thai như bệnh tim, đái tháo đường thai nghén,...; hoặc bệnh lý được phát hiện trong lúc mang thai như phù thai nhau, thai dị dạng hay thai mắc các dị tật bẩm sinh; đến khám không đúng hẹn, ...

2.1.3. Cỡ mẫu:

Tính theo công thức: $n \geq t^2 \cdot \delta^2 / d^2$

- n là số đối tượng nghiên cứu
- t = 1, 96 (độ tin cậy 95%) tra từ bảng phân phối chuẩn
- $\delta = 0,07$ (độ lệch chuẩn) chọn ĐLC lớn nhất của các thông số theo tuổi thai.
- d = 0,014 (độ chính xác).

Như vậy $n = (1,96)^2 \times (0,07)^2 / (0,014)^2 = 96$.

Số lớp tuổi thai là 4: Lớp tuổi thai là tuần tuổi thai (nghiên cứu các giai đoạn từ tuần 20-21, 21-22, 22-23, 23-24, nên có 4 lớp tuổi thai, ở mỗi lớp tuổi thai sẽ chọn 96 thai phụ, không trùng lặp ở các lớp tuổi thai. Vậy cỡ mẫu cần có là: $96 \times 4 = 384$.

2.2 Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 10/2017 đến tháng 30/09/2018

2.3 Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang, tiến cứu, có theo dõi.

Phỏng vấn sản phụ các yếu tố liên quan, khám thai theo đúng phác đồ của bệnh viện, khám siêu âm Doppler ĐMTC ngã bụng lúc thai 20-24 tuần, tái khám 4 tuần/lần.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm nhóm nghiên cứu

3.1.1 Đặc điểm thai phụ

- Tuổi trung bình của thai phụ tham gia nghiên cứu là $27,53 \pm 6,23$ (15-48 tuổi), trong đó nhóm tuổi < 20 chiếm tỉ lệ thấp nhất (9,9 %), nhóm tuổi 20 – 34 chiếm tỉ lệ cao nhất (74,7 %) và nhóm tuổi ≥ 35 chiếm 15,4 %. Chúng tôi ghi nhận trong nghiên cứu, số thai phụ có con so có tỉ lệ 33,1 % và thai phụ con rạ chiếm 66,9 %.

- Trong nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận 100% thai phụ có tiền sử bình thường và không có thai phụ nào có người thân trong gia đình bị TSG.

- Phần lớn thai phụ tham gia nghiên cứu cư ngụ tại TP Châu Đốc (79,9%) và các huyện lân cận (19,8%), tỉnh khác (0,3%).

3.1.2 Đặc điểm siêu âm

Trong 384 thai phụ tham gia nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 64 (17,1%) thai phụ có chỉ số trở kháng RI > 0,58; số thai phụ có chỉ số đập PI > 1,45 là 15 (3,9%) và 59 (15,4%) thai phụ có chỉ số S/D > 2,4; trong khi có 45 thai phụ tham gia nghiên cứu có dấu khuyết đầu tâm trương ĐMTC 1 hoặc 2 bên, chiếm tỉ lệ 11,7 %.

3.2 Đặc điểm nhóm TSG

3.2.1 Đặc điểm thai phụ

Các yếu tố thai phụ liên quan đến TSG (Bảng 1)

| Tuổi thai phụ | Giá trị | TSG | Không TSG | % TSG | RR | KTC 95% | P |
|---------------|---------|-----|-----------|-------|------|------------|------|
| < 20 tuổi | 38 | 1 | 37 | 2,6 | 2,18 | 0,28~16,96 | 0,44 |
| 20 – 34 tuổi | 287 | 16 | 271 | 5,6 | 1 | | |

| | | | | | | | |
|------------------|----------------|------------|------------------|--------------|-----------|----------------|----------|
| ≥ 35 tuổi | 59 | 8 | 51 | 13,6 | 2,66 | 1,08~6,53 | 0,03 |
| Tiền thai | Giá trị | TSG | Không TSG | % TSG | RR | KTC 95% | P |
| Con so | 127 | 8 | 119 | 6,3 | | | |
| Con rạ | 257 | 17 | 240 | 6,6 | 1,05 | 0,44~2,51 | 0,9 |

– Trong nghiên cứu có 25 (6,5%) thai phụ được chẩn đoán TSG. Trong nhóm thai phụ ≥ 35 tuổi thì số bị TSG chiếm 13,6%, gấp 2,43 lần so với nhóm thai phụ tuổi 20 – 34 (5,6%), có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P = 0,03$, RR: 1,08~ 6,53).

Trong khi nhóm thai phụ < 20 tuổi thì số bị TSG chỉ chiếm 2,6 %, ít hơn 0,46 lần so với nhóm tuổi 20 – 34. Có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P=0,44$; RR: 0,28~19,65).

– Trong nhóm thai phụ con so thì có 8/127 (6,3%) thai phụ bị TSG, gần xấp xỉ nhóm thai phụ có con rạ 17/257(6,6%), có khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P=0,91$, RR: 0,44~2,51).

3.2.2 Đặc điểm siêu âm

3.2.2.1 RI > 0,58 liên quan với tuổi thai phụ và TSG

– Chúng tôi ghi nhận trong số thai phụ ≥ 35 tuổi có RI > 0,58 thì 61,5% có biểu hiện TSG, có nguy cơ cao gấp 1,89 lần so với những thai phụ 20 – 34 tuổi có RI > 0,58, có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê ($P=0,66$).

– Những thai phụ dưới 20 tuổi có RI > 0,58 thì biểu hiện TSG chỉ là 20%, ít hơn khoảng 0,61 lần so với những thai phụ 20 – 34 tuổi có RI > 0,58, có sự khác biệt nhưng cũng không có ý nghĩa thống kê ($P=0,71$).

3.2.2.2 RI > 0,58 liên quan với tiền thai và TSG

– Chúng tôi nhận thấy có 36,4% thai phụ con so có RI > 0,58 bị TSG, gần xấp xỉ những thai phụ con rạ có RI > 0,58 (38,1%), ($P=0,48$).

3.2.2.3 PI > 1,45 liên quan với tuổi thai phụ và TSG

– Có 80% thai phụ ≥ 35 tuổi có PI > 1,45 biểu hiện bị TSG, có nguy cơ cao gấp 1,44 lần so với những thai phụ 20 – 34 tuổi có PI > 1,45, có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê ($P=0,26$).

– Những thai phụ dưới 20 tuổi có PI > 1,45 thì biểu hiện TSG là 100% và có nguy cơ cao gấp 1,8 lần so với những thai phụ 20 – 34 tuổi có PI > 1,45, ($P=0,26$).

3.2.2.4 PI > 1,45 liên quan với tiền thai và TSG

– Có 66,7% thai phụ con so có PI > 1,45 bị TSG, tương đương với những thai phụ con rạ có PI > 1,3(66,7%), ($P=0,61$).

3.2.2.5. S/D > 2,4 liên quan với tuổi thai phụ và TSG

– Có 61,5% thai phụ ≥ 35 tuổi có S/D> 2,4 biểu hiện bị TSG và có nguy cơ cao gấp 1,7 lần so với những thai phụ 20 – 34 tuổi có S/D> 2,4, có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P=0,66$).

– Những thai phụ dưới 20 tuổi có S/D> 2,4 thì biểu hiện TSG là 20% ít hơn gấp 0,55 lần so với những thai phụ 20 – 34 tuổi có S/D> 2,4, ($P=0,71$).

3.2.2.6 S/D > 2,4 liên quan với tiền thai và TSG

– Chúng tôi nhận thấy có 38,18% thai phụ con so có S/D> 2,4 bị TSG, ít hơn khoảng 1,1 lần so với những thai phụ con rạ có S/D> 2,4 (42,1%). Có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P=0,49$).

3.2.2.7 Khuyết đầu tâm trương liên quan với tuổi thai phụ và TSG

– Những thai phụ ≥ 35 tuổi có khuyết đầu tâm trương ĐMTC và biểu hiện TSG chiếm 85,7%, cao gấp 1,82 lần so với những thai phụ 20 – 34 tuổi có khuyết đầu tâm trương (47,1%). Có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P=0,06$).

– Những thai phụ < 20 tuổi có khuyết đầu tâm trương ĐMTC và có biểu hiện TSG chiếm 25%, ít hơn 0,53 lần so với những thai phụ 20 – 34 tuổi có khuyết đầu tâm trương. Có sự khác biệt nhưng cũng không có ý nghĩa thống kê ($P=0,4$).

3.2.2.8 Khuyết đầu tâm trương liên quan với tiền thai và TSG

– Những thai phụ con so có khuyết đầu tâm trương ĐMTC thì tỉ lệ TSG là 43,8% ít hơn 0,79 lần so với những thai phụ con rạ có khuyết đầu tâm trương (55,2%). Có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê ($P=0,46$).

3.3. Giá trị của chỉ số ĐMTC trong dự đoán TSG

3.3.1. Giá trị của chỉ số RI $> 0,58$ trong dự đoán TSG

– Độ nhạy : 96%

– Độ chuyên biệt : 88,86%

– Giá trị tiên đoán dương : 37,5%

– Giá trị tiên đoán âm : 99,69%

Có mối liên quan giữa RI $> 0,58$ và TSG, có ý nghĩa thống kê, $P < 0,001$, RR: 191,4, KTC 95%: 25,21~1453,28.

3.3.2 Giá trị của chỉ số PI $> 1,45$ trong dự đoán TSG

– Độ nhạy : 40%;

– Độ chuyên biệt : 98,61%

– Giá trị tiên đoán dương : 66,67%

– Giá trị tiên đoán âm : 95,93%

Có mối liên quan giữa RI $> 0,58$ và TSG, có ý nghĩa thống kê, $P < 0,001$, RR: 47,2, KTC 95%: 14,34~155,36.

3.3.3 Giá trị của chỉ số S/D $> 2,4$ trong dự đoán TSG

– Độ nhạy : 96%

– Độ chuyên biệt : 90,25%

– Giá trị tiên đoán dương : 40,68%

– Giá trị tiên đoán âm : 99,69%

Có mối liên quan giữa RI $> 0,58$ và TSG, có ý nghĩa thống kê, $P < 0,001$, RR: 222,17, KTC 95%: 29,16~1692,56.

Chỉ số siêu âm liên quan đến TSG(Bảng 2)

3.3.4 Giá trị của khuyết đầu tâm trương trong dự đoán TSG

– Độ nhạy : 92%

– Độ chuyên biệt : 93,87%

– Giá trị tiên đoán dương : 51,11%

– Giá trị tiên đoán âm : 99,41%

Có mối liên quan giữa KĐTT ĐMTC và TSG, có ý nghĩa thống kê, $P < 0,001$; RR: 176,16; KTC 95%: 38,99~795,75.

BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm nhóm TSG

4.1.1 Tần suất TSG

Trong nghiên cứu của chúng tôi tần suất TSG là 6,5%. Kết quả này cao hơn so với ước tính ban đầu của chúng tôi là 4% khi tính cỡ mẫu nghiên cứu. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Irion.O [27], Huỳnh Phương Thảo [3], Bewley[14] lần lượt là 4%, 4,1%, 4,6%..

Có nhiều nghiên cứu công bố tần suất TSG khác nhau như North và Cs [36] ghi nhận tỉ lệ TSG là 3,3% hay nghiên cứu của Kurdi W và Cs [31] tỉ lệ TSG là 2,2%, có nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ TSG cao hơn chúng tôi rất nhiều như nghiên cứu của Sibai[48], Coleman [20] tuần tự là 7,5% và 27,5%. Như vậy, tần suất TSG có sự dao động tùy theo dân số nghiên cứu.

4.1.2 Liên quan giữa tuổi thai phụ với TSG

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có mối liên hệ giữa tuổi thai phụ và TSG. Nhóm thai phụ ≥ 35 tuổi có nguy cơ bị TSG gấp 2,43 lần so với những thai phụ trong nhóm từ 20 - 34 tuổi, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P=0,03$). Kết quả này phù hợp với nhận định của Leona [32]. Những thai phụ dưới 20 tuổi thì nguy cơ TSG ít hơn 0,46 lần so với nhóm từ 20 - 34 tuổi, khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($P=0,44$).

4.1.3 Liên quan giữa tiền thai với TSG

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 33,1% thai phụ có con so và 66,9% thai phụ có con ọ, nguy cơ TSG ở nhóm thai phụ có con ọ gấp 1,05 lần so với thai phụ có con so, có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê ($P=0,9$).

Kết quả của chúng tôi có khác với Leona [32], TSG thường xảy ra ở những phụ nữ chưa có con cao hơn những phụ nữ đã có con. Giả thuyết này được Cunningham [22] giải thích rằng, có thể do người con so lần đầu tiếp xúc với gai nhau.

4.2 Đặc điểm siêu âm

4.2.1 Các chỉ số ĐMTC bất thường liên quan với tuổi thai phụ và TSG

Theo Sibai [48], TSG thường xảy ra ở những thai phụ dưới 20 tuổi và trên 35 tuổi.

| Chỉ số siêu âm | Giá trị | TSG | Không TSG | % TSG | RR | KTC 95% | P |
|----------------|---------|-----|-----------|-------|--------|---------------|------|
| RI <0,58 | 320 | 1 | 319 | 0,3 | | | |
| RI >0,58 | 64 | 24 | 40 | 37,5 | 191,4 | 25,21~1453,28 | 0,00 |
| PI <1,45 | 369 | 15 | 354 | 4,1 | | | |
| PI >1,45 | 15 | 10 | 5 | 66,7 | 47,2 | 14,34~155,36 | 0,00 |
| S/D <2,4 | 325 | 1 | 324 | 0,3 | | | |
| S/D >2,4 | 59 | 24 | 35 | 40,7 | 222,17 | 29,16~1692,56 | 0,00 |
| Không KDTT | 339 | 2 | 337 | 0,6 | | | |
| Khuyết ĐTT | 45 | 23 | 22 | 51,1 | 176,16 | 39~795,75 | 0,00 |

– Trong nghiên cứu, trong số 64 thai phụ có RI > 0,58 có 13 thai phụ thuộc nhóm tuổi ≥ 35 . Tỉ lệ biểu hiện TSG ở nhóm tuổi này là 61,5%, có nguy cơ cao gấp 1,89 lần so với những thai phụ từ 20- 34 tuổi có RI >0,58. Có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê ($P=0,66$). Đối với thai phụ < 20 tuổi có RI >0,58 thì có 20% trường hợp biểu hiện TSG và ít hơn khoảng 0,61 lần so với những thai phụ từ 20 - 34 tuổi có RI > 0,58, có sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê ($P=0,71$).

– Có 80% thai phụ ≥ 35 tuổi có **PI** > **1,45** biểu hiện bị TSG và có nguy cơ cao gấp 1,44 lần so với những thai phụ 20 – 34 tuổi có **PI** > 1,45, có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê ($P=0,26$). Những thai phụ dưới 20 tuổi có **PI** > 1,45 có biểu hiện TSG là 100%, có nguy cơ cao gấp 1,8 lần so với những thai phụ 20 – 34 tuổi có **PI** > 1,45; ($P=0,22$).

– Có 61,5% thai phụ ≥ 35 tuổi có **S/D** > **2,4** biểu hiện bị TSG và có nguy cơ cao gấp 1,7 lần so với những thai phụ 20 – 34 tuổi có **S/D** > 2,4, có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê ($P=0,66$). Những thai phụ dưới 20 tuổi có **S/D** > 2,4 thì biểu hiện TSG là 20% ít hơn 0,55 lần so với những thai phụ 20 – 34 tuổi có **S/D** > 2,4, có sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê ($P=0,71$).

Theo Conde-Agudelo A, Sibai BM[21],[48], những thai phụ trong nhóm tuổi ≥ 35 tuổi kèm theo các chỉ số ĐMTC bất thường thì có nguy cơ TSG cao hơn nhóm tuổi còn lại; điều này có thể giúp cho bác sĩ lâm sàng chú ý đặc điểm này để quá trình theo dõi thai được tốt hơn.

4.2.2 Các chỉ số ĐMTC bất thường liên quan với tiền thai và TSG

Theo Leona [32], TSG thường xảy ra ở những phụ nữ chưa có con cao hơn những phụ nữ đã có con.

– Trong nghiên cứu có 36,4% thai phụ con so có **RI** > **0,58** bị TSG, ít hơn nhóm thai phụ có con lần thứ hai trở lên(38,1%). Có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Ngô Thị Trinh [5].

– Có 66,7% thai phụ con so có **PI** > **1,45** bị TSG, tương đương với những thai phụ con rạ có **PI** > 1,45(66,7%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($P=0,61$).

– Và 42,1% thai phụ con rạ có **S/D** > **2,4** bị TSG, cao hơn gấp 1,1 lần so với những thai phụ con so có **S/D** > 2,4(38,18%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($P=0,49$).

4.2.3 Khuyết đầu tâm trương liên quan với tuổi thai phụ, tiền thai và TSG

Theo Gregory R Devore [35] thì KĐTT là dạng bất thường ĐMTC loại II, dạng này nghiêm trọng hơn loại I chỉ có tăng trở kháng RI.

Qua nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 45 thai phụ có khuyết đầu tâm trương. Trong đó có 7 thai phụ có KĐTT thuộc nhóm tuổi ≥ 35 , tỉ lệ TSG ở nhóm này là 85,7%, cao gấp 2,1 lần so với những thai phụ có KĐTT trong nhóm 20 – 34 tuổi. Có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê ($P=0,06$). Những thai phụ có tuổi dưới 20 kèm theo KĐTT thì biểu hiện TSG là 25% và ít có nguy cơ TSG khoảng 0,6 lần so với nhóm từ 20 – 34 tuổi ($P=0,4$). Chúng tôi chưa ghi nhận nghiên cứu nào nói về tỉ lệ này.

– Trong nghiên cứu thai phụ có con lần đầu có dấu hiệu KĐTT kèm theo thì biểu hiện TSG là 43,8% ít hơn so với thai phụ có con lần hai trở lên(55,2%), ($P=0,46$).

4.3 Giá trị của chỉ số RI > 0,58 trong dự đoán TSG

Nghiên cứu của chúng tôi khi dựa vào chỉ số **RI** > **0,58** trong dự đoán TSG thì độ nhạy là 96%, độ chuyên biệt 88,86%, giá trị tiên đoán dương 37,5% và giá trị tiên đoán âm là 99,69%. Có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$, RR:191,4, KTC 95%: 25,21~1453,28.). Nghĩa là khả năng phát hiện đúng TSG bằng siêu âm Doppler ĐMTC là 96%, khả năng phát hiện đúng không bị TSG là 88,86%, khả năng thai phụ có TSG khi có **RI** > 0,58 là 37,5% và khả năng nhận diện thai phụ bình thường khi **RI** bình thường là 99,96%.

Nghiên cứu của Harrington và Cs [26] ghi nhận độ nhạy, độ chuyên biệt, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm lần lượt 77%, 94%, 33% và 99%; Huỳnh Thanh Phương Thảo [3] ghi nhận là 90,7%; 96%; 49,4% và 99,59%; Ohkuchi A và Cs [37] là 67%, 85%, 12% và 99%,

Valensise và Cs [54] thì độ nhạy và độ chuyên biệt là 89% và 93%, các kết quả này tương đương nghiên cứu của chúng tôi.

Nhưng nghiên cứu của Aquilina J và Cs [11] thì độ nhạy 88%, độ đặc hiệu 83%(chọn RI bất thường là $> 0,55$), Jeltsje S Cnossen [29] thì có độ nhạy từ 62% – 86% và độ chuyên biệt từ 71% - 87%, hay của Steel và Cs [51, kết quả độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm lần lượt là 63%, 83%, 10%, 99%; và 50%, trong khi North RA và Cs [36] thì lần lượt là 27%, 89%, 8% và 98% khi chọn $RI > 0,57$. Như vậy độ nhạy và giá trị tiên đoán dương thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi, còn độ chuyên biệt và giá trị tiên đoán âm tương đương với nghiên cứu của chúng tôi.

4.3.1 Giá trị của chỉ số $PI > 1,45$ trong dự đoán TSG

Trong nghiên cứu của chúng tôi khi dựa vào chỉ số $PI > 1,45$ trong dự đoán TSG thì độ nhạy là 40%, độ chuyên biệt 98,61%, giá trị tiên đoán dương 66,67% và giá trị tiên đoán âm là 95,93%. Có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$, RR: 47,2, KTC 95%: 14,34~155,36).

Albaiges và CS [10] khảo sát Doppler ĐMTC ở sản phụ mang thai 23 tuần tuổi ghi nhận 35,3% sản phụ tăng $PI > 1,45$ sau này có biểu hiện TSG (95% CI: 23.9- 48.2). Theo Mojgan Barati và CS [33] thì với $PI > 1,45$ trong dự đoán TSG có độ nhạy 79%, độ đặc hiệu 95,5%, giá trị tiên đoán âm là 98,9%, giá trị tiên đoán dương là 88,2%, cao hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Trong khi Papageorghiou AT và cộng sự [40] trong nghiên cứu thai 23 tuần tuổi thì độ nhạy của $PI >$ percentile thứ 95 (1.63) đối với TSG kèm chậm phát triển của thai nhi là 69%, TSG không kèm chậm phát triển của thai nhi 24%.

4.3.2 Giá trị của chỉ số $S/D > 2,4$ trong dự đoán TSG

Trong dự đoán TSG dựa vào chỉ số $S/D > 2,4$ thì theo chúng tôi độ nhạy là 96%, độ chuyên biệt 90,25%, giá trị tiên đoán dương 40,68% và giá trị tiên đoán âm là 99,69%. Có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$, RR: 222,17, KTC 95%: 29,16~1692,56).

Phạm Thị Mai Anh [8] nghiên cứu trên 200 sản phụ có tuổi thai 28 tuần bị TSG cho thấy có mối tương quan giữa $S/D > 2,6$ với TSG (37% TSG nhẹ, 14,5% TSG nặng) nhưng tác giả này đề nghị chỉ số S/D cut-off ở 2,6 ở thai quý I và 2,4 / thai quý II.

Theo Teena Nagar và CS [52] thì S/D có độ nhạy là 60% và giá trị tiên đoán dương tính là 33,3%; Pranita Bhagwant Rupnawar và CS [43] độ nhạy là 62%, các kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

4.4 Giá trị của khuyết đầu tâm trương ĐMTC trong dự đoán TSG

Khuyết đầu tâm trương là một dạng bất thường động mạch tử cung loại II [35]. KĐTT là hậu quả của sự tăng trở kháng với lưu lượng dòng máu vào bánh nhau. Nguyên nhân là do các mạch máu dẫn nở không đủ. Sự hiện diện của KĐTT thậm chí với RI bình thường xảy ra ở các bệnh nhân có nguy cơ cao là một kết cục bất lợi cho thai.

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận được giá trị của KĐTT trong dự đoán TSG với độ nhạy 92,%, độ chuyên biệt 93,87%, giá trị tiên đoán dương 51,11% và tiên đoán âm 99,41%; có ý nghĩa thống kê $P < 0,001$; RR: 176,16; KTC 95%: 38,99~795,75.

Theo Bower S và Cs [16] ghi nhận độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán âm của KĐTT trong dự đoán TSG khá cao lần lượt là 78%, 95% và 99%, Thawalwong Ratanasiri và Cs [52] ghi nhận rằng trong dự đoán TSG thì KĐTT có độ nhạy 78,6% và độ chuyên biệt 89%, kết quả này gần tương đương với kết quả của chúng tôi.

Một nghiên cứu khác của Ohkuchi và Cs [37] thì độ nhạy là 67% và độ đặc hiệu là 81%, giá trị tiên đoán âm là 99%. Kết quả này hơi thấp so với nghiên cứu của chúng tôi, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn. Theo Jeltsje S. Cnossen và Cs [29] ghi nhận độ nhạy và độ chuyên biệt của siêu âm phát hiện KĐTT trong dự đoán TSG là 74% và 84%.

KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

Qua kết quả nghiên cứu siêu âm Doppler ĐMTC ở 384 thai phụ 20 – 24 tuần tại Bệnh viện ĐK Trung tâm y tế TP Châu Đốc, bước đầu chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

– Có mối liên hệ có nghĩa thống kê giữa chỉ số trở kháng $RI > 0,58$, $PI > 1,45$, $S/D > 2,4$ và khuyết đầu tâm trương trong dự đoán tiền sản giật.

– Tần suất tiền sản giật trong nhóm nghiên cứu là 6,5%.

– Trong nhóm nghiên cứu chỉ số trở kháng ĐMTC bất thường ($RI > 0,58$) chiếm 17,1%; chỉ số đập ĐMTC bất thường ($PI > 1,45$) là 3,9%; chỉ số tâm thu/tâm trương bất thường ($S/D > 2,4$) chiếm 15,4% và dấu hiệu khuyết đầu tâm trương ĐMTC là 11,7%.

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

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

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. Huỳnh Thanh Phương Thảo (2010), *Nghiên cứu vai trò của siêu âm Doppler động mạch tử cung ở ba tháng giữa thai kỳ trong dự đoán tiền sản giật*, Bệnh viện Từ Dũ.
4. Lê Thiện Thái (2010), *Nghiên cứu ảnh hưởng của bệnh lý tiền sản giật lên thai phụ và thai nhi và đánh giá hiệu quả của phác đồ điều trị*, Đại học Y Hà Nội.
5. Ngô Thị Trinh (2006), *Vai trò của siêu âm Doppler trong khảo sát thai trên bệnh nhân tiền sản giật*, Đại học Y Dược TPHCM, tr. 41- 69.
6. Nguyễn Quang Trọng (2008), *Siêu âm sản khoa thực hành*, Nhà xuất bản Y học, tr. 268-279.
7. 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.
8. Phạm Thị Mai Anh (2009), *Nghiên cứu thông số Doppler động mạch tử cung ở thai phụ tiền sản giật*, Đại học Y Hà Nội.
9. 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)

TIẾNG ANH

10. 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.
11. Aquilina J, Barnett A, Thompson O, et al (2000), “Comprehensive analysis of uterine artery flow velocity waveforms for the prediction of pre-eclampsia”, *Ultrasound Obstet Gynecol*, 16(2), pp. 163-170.
12. 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.
13. August P and Lindheimer MD (1995), “Pathophysiology of preeclampsia”, *Journal of The American Heart Association*, Hypertension 142, pp. 2407-2426.
14. 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.
15. Bhattacharya S, Campbell DM, Smith NC (2009), “Pre-eclampsia in the second pregnancy: does previous outcome matter?”, *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 144(2), pp. 130-134.
16. 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.
17. Bower S, Schuchter K, Campbell S (1993), “Doppler ultrasound screening as part of routine antenatal scanning: Prediction of pre-eclampsia and intrauterine growth retardation”, *Br J Obstet Gynaecol*, 100, pp. 989-994.

18. Chan FY, Pun TC, Lam C, et al (1995), "Pregnancy screening by uterine artery Doppler velocimetry – which criterion performs best?", *Obstet Gynecol*, 85, pp. 596-602.
19. Chesley LC, Cooper DW (1986), "Genetics of hypertension in pregnancy: possible single gene control of pre-eclampsia and eclampsia in the descendants of eclamptic women", *Br J Obstet Gynaecol*, 93, pp. 898-908.
20. 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.
21. Conde-Agudelo A, Belizan JM (2000), "Risk factors for preeclampsia in a large cohort of Latin American and Caribbean women", *BJOG*, 107, Level II(2), pp. 75-83.
22. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al (2001), "Hypertensive disorders in pregnancy", pp. 567-618.
23. Frusca T, Soregaroli M, Valcamonico A, et al (1997), "Doppler velocimetry of the uterine arteries in nulliparous women", *Early Hum Dev*, 48, pp. 177-185.
24. Gomez O, Martinez JM, Figueras F, et al (2005), "Uterine artery Doppler at 11-14 weeks of gestation to screen for hypertensive disorders and associated complications in an unselected population", *Ultrasound Obstet Gynecol*, 26, pp. 490-494.
25. Gregory R Devore, *Uterine artery measurements*, Fetal Diagnostic Centers.
26. Harrington K, Cooper D, Lees C, et al (1996), "Doppler ultrasound of the uterine arteries: The importance of bilateral notching in the prediction of pre-eclampsia, placental abruption or delivery of a small-for-gestational-age baby", *Ultrasound Obstet Gynecol*, 1996, 7, pp. 182-188.
27. Irion O, Masse J, Forest JC, et al (1998), "Prediction of pre-eclampsia, low birthweight for gestation and prematurity by uterine artery blood flow velocity waveforms analysis in low risk nulliparous women", *Br J Obstet Gynaecol*, 105, pp. 422-429.
28. Jacobson SL, Imhof R, Manning N, et al (1990), "The value of Doppler assessment of the uteroplacental circulation in predicting pre-eclampsia or intrauterine growth retardation", *Am J Obstet Gynecol*, 162, pp. 110-114.
29. Jeltsje S Cnossen MD, Rachel K Morris MD, Gerben Ter Riet MD PhD, et al (2008), "Use of uterine artery Doppler ultrasonography to predict pre-eclampsia and intrauterine growth restriction: a systematic review and bivariable meta-analysis", *CMAJ*, 178 (6), pp. 701-711.
30. Khong TY, De Wolf F, Robertson WB, et al (1986), "Inadequate maternal vascular response to placentation in pregnancies complicated by pre-eclampsia and small for gestational age infants", *Br J Obstet Gynaecol*, 93, pp. 1049-1059.
31. 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.
32. Leona Poon (2008), "Screening for preeclampsia", The 8th VietNam -France- Asia-Pacific conference on reproductive at Tu Du Hospital, pp. 42-43.
33. Mojgan Barati, Nahid Shahbazian, Leila Ahmadi, et al ,Diagnostic evaluation of uterine artery Doppler sonography for the prediction of adverse pregnancy outcomes
34. 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.
35. Mires GJ, Williams FL, Leslie J, et al (1998), "Assessment of uterine arterial notching as a screening test for adverse pregnancy outcome", *Am J Obstet Gynecol*, 179, pp. 1317-1323.
36. North RA, Ferrier C, Long D, et al (1994), "Uterine artery Doppler flow velocity waveforms in the second trimester for the prediction of preeclampsia and fetal growth retardation", *Obstet Gynecol*, 83, pp. 378-386.
37. Ohkuchi A, Minakami H Sato I, Mori H, et al (2000), "Predicting the risk of pre-eclampsia and a small-for-gestational-age infant by quantitative assessment of the diastolic notch in uterine artery flow velocity waveforms in unselected women", *Ultrasound Obstet Gynecol*, 16, pp. 171-178.
38. Page EW, Christianson R (1976), "The impact of mean arterial pressure in the middle trimester upon the outcome of pregnancy", *Am J Obstet Gynecol*, pp. 740-746.
39. Papageorghiou AT, Yu CKH, Bindra R, et al (2001), "Multicentre screening for pre-eclampsia and fetal growth restriction by transvaginal uterine artery Doppler at 23 weeks of gestation", *Ultrasound Obstet Gynecol*, 18, pp.441-449.
40. 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.
41. Plasencia W, Maiz N, Poon L, et al (2008), "Uterine artery Doppler at 11 + 0 to 13 + 6 weeks and 21 + 0 to 24 + 6 weeks in the prediction of pre-eclampsia", *Ultrasound Obstet Gynecol*, 32(2), pp. 138-146.
42. Paula j. Woodward et al. Diagnostic Imaging – Obstetrics. Amirsys. 2005.
43. Pranita Bhagwant Rupnawar et al. The Role of Uterine and Umbilical Arterial Doppler in High-risk Pregnancy: A Prospective Observational Study from India
44. Roberts JM, Taylor RN, Musci TJ, et al (1989), "Preeclampsia: an endothelial cell disorder", *Am J Obstet Gynecol*, 161, pp. 1200-1204.

45. Roberts JM, Taylor RN, and Goldfien A (1991), "Clinical and biochemical evidence of endothelial cell dysfunction in the pregnancy syndrome preeclampsia", *Am J Hypertens*, 4, pp. 700-708.
46. Robert JM, Cooper DW (2001), "Pathogenesis and genetics of pre-eclampsia", *Lancet*, 357, pp. 53-56.
47. Shanklin DR, Sibai BM (1989), "Ultrastructural aspects of pre-eclampsia: Placental bed and boundary vessels", *Am J Obstet Gynecol*, 161, pp. 735-741.
48. Sibai BM, Ewell M, Levine RJ, et al (1997), "Risk factors associated with preeclampsia in healthy nulliparous women", *Am J Obstet Gynecol*, 177, Level II(2), pp. 1003-1010.
49. Sibai BM, Hauth J, Caritis S, et al (2000), "Hypertensive disorders in twin versus singleton gestations", *Am J Obstet Gynecol*, National Institute of Child Health and Human Development Network of Maternal-Fetal Medicine Units, 182, Level II(3), pp. 938-942.
50. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M (2005), "Pre-eclampsia", *Lancet*, 365, pp. 785-799.
51. Steel SA, Pearce JM, McParland P, et al (1990), "Early Doppler ultrasound screening in prediction of hypertensive disorders of pregnancy", *Lancet*, 335, pp. 1548-1551.
52. Teena Nagar et al, The Role of Uterine and Umbilical Arterial Doppler in High-risk Pregnancy: A Prospective Observational Study from India
53. Thawalwong Ratanasiri, Amornrat Thanachaivivat, Worluk Somboonporn, et al (2004), "Prediction of Preeclampsia in a Low-Risk Population Using Diastolic Notch of Uterine Arteries", *J Med Assoc Thai*, 87(3), pp. 29-33
54. Valensise H, Romanini C (1994), "Uterine Doppler in the identification of patients at risk for hypertension and IUGR", *J Perinat Med*, 22 (1), pp. 69-72.

**NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP GIẢM TIỂU CẦU
LIÊN QUAN ĐẾN CHẠY THẬN NHÂN TẠO**

Bs. Mousa và Bs. Phạm Lý Chí Hùng

I. Đặt vấn đề

Giảm tiểu cầu là bệnh lý nguy hiểm, nếu chưa được chẩn đoán và điều trị sớm có thể gây ra các biến chứng xuất huyết gây nguy hiểm tính mạng, nhất là trên các đối tượng có bệnh lý bệnh thận mạn tính có chạy thận nhân tạo. Có nhiều nguyên nhân gây giảm tiểu cầu, trong đó giảm tiểu cầu liên quan đến quá trình chạy thận ít được quan tâm và điều trị. Nay chúng xin tôi báo cáo một trường hợp giảm tiểu cầu liên quan đến chạy thận nhân tạo.

Những từ viết tắt:

- T2CTC: Truyền 2 Cup Tiểu Cầu
- HIT: Heparin-induced thrombocytopenia

II. Tổng quan

Giảm tiểu cầu là tình trạng số lượng tiểu cầu dưới bình thường ($< 150.000 \text{ mm}^3$). Tìm ra nguyên nhân giảm tiểu cầu thật sự một thách thức với các nhà lâm sàng. Có nhiều nguyên nhân gây nên và tùy theo bệnh lý nền của bệnh nhân, mà chúng ta có cách tiếp cận và điều trị khác nhau. Các nguyên nhân gây giảm tiểu cầu như: bệnh thận mạn giai đoạn cuối, điều trị thay thế thận, bệnh lý gan mạn tính, phì đại lách, nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng, giảm tiểu cầu miễn dịch, thuốc (clopidogrel, các thuốc chống kết tập tiểu cầu...), heparin (Heparin-induced thrombocytopenia (HIT)), enoxaparine, các bệnh lý về máu và tủy xương... [1].

Giảm tiểu cầu liên quan chạy thận nhân tạo có thể do nhiều yếu tố như vòng quay roller trong máy, những microbubble, giảm tiểu cầu do heparin, hay việc tái sử dụng màng lọc. Đã có bằng chứng chỉ ra rằng mức độ giảm số lượng tiểu cầu sẽ nặng hơn khi dùng màng cellulose so với màng tổng hợp, giữa màng lọc polysulfone so với màng lọc tổng hợp, và đặc biệt số lượng tiểu cầu vẫn khác nhau trên cùng một loại màng lọc nhưng do hai nhà sản xuất khác nhau [2].

III. Báo cáo trường hợp lâm sàng

Một bệnh nhân nữ, 87 tuổi, đã nhập viện 1 tháng trước ở bệnh viện bạn với tiền sử suy thận mạn đã chạy thận cấp cứu nhiều lần, xuất huyết mức độ nhẹ, giảm tiểu cầu mà không rõ nguyên nhân và được truyền tiểu cầu vài lần trước đó, suy tim độ III, đái tháo đường type 2. Cùng ngày nhập viện, bệnh nhân đột ngột lên cơn mệt, tím tái khó thở được đặt nội khí quản, cấp cứu ngưng tim ngưng thở thành công sau đó chuyển viện.

Tình trạng lúc nhập viện: Bệnh lơ mơ, không tiếp xúc, da không dầu xuất huyết, bóp bóng qua nội khí quản, trào nhiều bọt hồng, tim đều rõ, phổi nhiều ran ẩm 2 bên, HA: 120/80 mmHg M: 82 l/p T: 37 độ, bệnh nhân được chỉ định nhập ICU thở máy.

Quá trình nằm viện: Nhập ICU 01/06 – 20/08

Lâm sàng: Bệnh tỉnh, thở máy A/C volume, tình trạng sinh hiệu ổn, không trào bọt hồng thêm, không dầu xuất huyết, phù nhẹ, bệnh nhân được chạy thận định kỳ 2-4-6, trong quá trình chạy thận bệnh nhân không dầu xuất huyết.

Chỉ định chạy thận với màng lọc FX8 và Enoxaparine trong chạy thận:

- Máy: Dialog Dialysis Machine B-Braun
- Màng lọc: FX8

- Chất liệu màng: Polysulfone
- Nhà sản xuất: Fresenius Medical Care, Germany
- Đường máu sử dụng: Catheter tĩnh mạch cánh hãm phải
- Kháng đông trong chạy thận: Enoxaparine
- Kháng đông sau chạy thận: Heparin

Bảng 3.1 Số lượng tiểu cầu khi chạy thận nhân tạo với màng lọc FX8 và kháng đông

Enoxaparine

| | | | | | | | | |
|------------------------------|-----------------|-------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|--|
| Ngày | 04/06 | | 05/06 | | 06/06 | | 07/06 | |
| Tình trạng | Không chạy thận | | Không chạy thận | | Sau chạy thận | | Không chạy thận | |
| Tiểu cầu x10 ⁹ /L | 115 | | 169 | | 33 | | - | |
| | | | | | | | | |
| Ngày | 09/06 | | 10/06 | | 11/06 | | | |
| Tình trạng | Không chạy thận | | Không chạy thận | | Trước chạy thận | | Sau chạy thận | |
| Tiểu cầu x10 ⁹ /L | 14 | | 43 | | 33 | | 18 | |
| | | | | | | | | |
| Ngày | 12/06 | | | 13/06 | | | | |
| Tình trạng | Không chạy thận | | | Chạy thận | | | | |
| Tiểu cầu x10 ⁹ /L | 20 | T2CTC | 76 | 70 | T2CTC | Chạy thận | 18 | |

Nhận xét: Số lượng tiểu cầu giảm nhiều sau mỗi lần chạy thận, có xu hướng hồi phục nhẹ khi không chạy thận và tăng lên khi được truyền tiểu cầu.

Chỉ định chạy thận với màng lọc FX8 và Heparin trong chạy thận:

- Máy: Dialog Dialysis Machine B-Braun
- Màng lọc: FX8
- Chất liệu màng: Polysulfone
- Nhà sản xuất: Fresenius Medical Care, Germany
- Đường máu sử dụng: Catheter tĩnh mạch cánh hãm phải
- Kháng đông trong chạy thận: Heparin
- Kháng đông sau chạy thận: Heparin

Bảng 3.2 Số lượng tiểu cầu khi chạy thận nhân tạo với màng lọc FX8 và kháng đông

Heparin

| | | | | | | |
|------------------------------|-----------------|-------|-----------------|-----------------|----|---------------|
| Ngày | 14/06 | | 15/06 | | | |
| Tình trạng | Không chạy thận | | Trước chạy thận | | | Sau chạy thận |
| Tiểu cầu x10 ⁹ /L | 16 | | 25 | T2CTC | 46 | 29 |
| | | | | | | |
| Ngày | 16/06 | | | 17/06 | | |
| Tình trạng | Không chạy thận | | | Không chạy thận | | |
| Tiểu cầu x10 ⁹ /L | 20 | T2CTC | 62 | 70 | | |
| | | | | | | |

| | | | | |
|------------------------------|-----------------|-------|---------------|-----------------|
| Ngày | 18/06 | | | 19/06 |
| Tình trạng | Trước chạy thận | T2CTC | Sau chạy thận | Không chạy thận |
| Tiêu cầu x10 ⁹ /L | 60 | - | 40 | 45 |

Nhận xét: Số lượng tiêu cầu vẫn giảm nhiều sau mỗi lần chạy thận mặc dù được truyền tiêu cầu nhiều lần và ngưng sử dụng Enoxaparine.

Chỉ định chạy thận với màng lọc Nipro FB-150U và Heparin trong chạy thận:

- Máy: Dialog Dialysis Machine B-Braun
- Màng lọc: Nipro FB-150U
- Chất liệu màng: Cellulose Triacetate
- Nhà sản xuất: Nipro Corporation, Japan
- Đường máu sử dụng: Catheter tĩnh mạch cảnh hàm phải
- Kháng đông trong chạy thận: Heparin
- Kháng đông sau chạy thận: Heparin

Bảng 3.3 Số lượng tiêu cầu khi chạy thận nhân tạo với màng lọc : Nipro FB-150U và kháng đông Heparin

| | | | | | |
|------------------------------|-----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|
| Ngày | 20/06 | | 21/06 | | |
| Tình trạng | Trước chạy thận | Sau chạy thận | Không chạy thận | | |
| Tiêu cầu x10 ⁹ /L | 40 | 56 | 73 | | |
| | | | | | |
| Ngày | 22/06 | | 23/06 | 24/06 | |
| Tình trạng | Trước chạy thận | Sau chạy thận | Không chạy thận | | |
| Tiêu cầu x10 ⁹ /L | 72 | 62 | - | - | |
| | | | | | |
| Ngày | 25/06 | | 26/06 | 27/06 | |
| Tình trạng | Trước chạy thận | Sau chạy thận | Không chạy thận | Trước chạy thận | Sau chạy thận |
| Tiêu cầu x10 ⁹ /L | 111 | 75 | - | 100 | 104 |

Nhận xét: Số lượng tiêu cầu giảm ít sau vài lần chạy thận, nhưng sau đó không giảm và trở về giá bình thường so với trước chạy thận, khi đổi màng lọc FX8 thành Nipro FB-150U.

IV. Bàn luận

Có thể thấy sau mỗi lần chạy thận số lượng tiêu cầu giảm nhiều so với trước chạy thận khi bệnh nhân dùng màng lọc FX8 với chất liệu màng Helixone (polysulfone) kèm với có hay không sử dụng kháng đông enoxaparine. Vì vậy nguyên nhân giảm tiêu cầu sau chạy thận không do enoxaparine gây ra. Khi thay đổi màng lọc cho bệnh nhân đổi từ FX8 thành màng lọc Nipro FB-150 chất liệu màng Cellulose Triacetate, kết quả có sự thay đổi rõ rệt số lượng tiêu cầu sau chạy thận với trước khi bắt đầu chạy và trở về bình thường sau 2-3 lần chạy thận sau đó. Từ đây chúng tôi rút ra kết luận giảm tiêu cầu liên quan đến chạy thận nhân tạo trong trường hợp này là do chất liệu cấu tạo nên màng lọc. Cơ chế giảm tiêu cầu do những chất trên màng lọc thì chưa rõ, chỉ ít tài liệu y văn đề cập đến vấn đề này và được báo cáo khoảng vài trường hợp lâm sàng như sau:

Trường hợp 1: Được báo cáo bởi tác giả Kathryn B. Muir và Clifford D. Packer 2012. Bệnh nhân nam 91 tuổi người Mỹ gốc Phi với tiền sử suy thận mạn giai đoạn cuối nhập viện mệt, khó thở, BUN 89 mg%, creatinine 9,1 mg%. Bệnh được chỉ định chạy thận nhân tạo với màng lọc Fresenius Optiflux 200 (polysulfone) và sử dụng heparin trong chạy thận. Sau 2 lần chạy thận tiểu cầu từ $184.000/\text{mm}^3$ giảm còn $22.000/\text{mm}^3$, sau đó ngưng sử dụng heparin nhưng số lượng tiểu cầu vẫn giảm, các kháng thể gây giảm tiểu cầu trong HIT được xác định là âm tính. Bệnh nhân được đổi màng lọc từ Fresenius Optiflux 200 thành *Braun 18NR có cùng chất liệu màng polysulfone*, tình trạng giảm tiểu cầu tiếp diễn và màng lọc được đổi thành AM 100 có chất liệu màng là các akyl cellulose. Sau lần chạy đầu tiên số lượng tiểu cầu được phục hồi rõ và sau đó trở về trị số bình thường của bệnh nhân [3].

Trường hợp 2: Dữ liệu từ Hiệp Hội Thận Quốc Gia Hoa Kỳ. Một trường hợp chạy thận định kỳ với màng lọc polysulfone, có số lượng tiểu cầu trước chạy thận $150.000/\text{mm}^3$ sau chạy thận giảm còn $77.000/\text{mm}^3$ với kháng thể HIT âm tính. Được đổi từ màng lọc có chất liệu polysulfone thành màng cellulose triacetate, số lượng tiểu cầu trở về trị số bình thường ngay sau đó [4].

Trường hợp 3: Được báo cáo bởi tác giả Post năm 2010, một bệnh nhân có số lượng tiểu cầu $78.000/\text{mm}^3$ đang sử dụng màng lọc Fresenius Optiflux 160, không sử dụng heparin trong chạy thận, kháng thể HIT âm tính và số lượng tiểu cầu trở về bình thường khi đổi sang màng lọc Asahi PS [5].

Trường hợp 4: Được báo cáo bởi tác giả Olafiranye năm 2011 về một bệnh nhân nữ trung niên có số lượng tiểu cầu giảm từ $90.000/\text{mm}^3$ còn $16.000/\text{mm}^3$ sau lần chạy thận nhân tạo lần đầu tiên với màng lọc Fresenius F200NR (polysulfone), kháng thể HIT âm tính và không có dấu hiệu xuất huyết. Bệnh nhân được thay đổi từ màng Fresenius F200NR (polysulfone) thành Baxter (cellulose triacetate) số lượng tiểu cầu tăng lên $150.000/\text{mm}^3$ [6].

Trường hợp 5: Cũng được báo cáo vào năm 2011, một trường hợp bệnh nhân chạy thận định kỳ có triệu chứng mệt, khó thở trong quá trình chạy thận khi sử dụng màng lọc F180NR (polysulfone) có tiểu cầu bình thường $150.000/\text{mm}^3$, sau chạy thận tiểu cầu giảm lần lượt $50.000/\text{mm}^3$ và $20.000/\text{mm}^3$. Bệnh nhân không có dấu xuất huyết, thỉnh thoảng có cơn đau ngực không đặc hiệu trong quá trình chạy thận. Sau đó số lượng tiểu cầu được phục hồi về trị số ban đầu và không còn triệu chứng lâm sàng trên khi đổi sang màng lọc Baxter CT190G với chất liệu là cellulose triacetate [7].

Nhận xét: Các trường hợp lâm sàng trên đều có các quả tương tự khi thay đổi từ màng lọc bệnh nhân đang sử dụng thành màng lọc khác, hầu hết số lượng tiểu cầu giảm xảy ra với màng lọc được làm từ chất liệu polysulfone và trường hợp chúng tôi báo cáo cũng có kết quả giống với các trường hợp trên được ghi nhận.

V. Kết luận

Giảm số lượng tiểu cầu ở những bệnh nhân chạy thận nhân tạo có thể được gây bởi nhiều nguyên nhân khác nhau, trong đó nguyên nhân gây giảm tiểu cầu do chất liệu cấu tạo nên màng lọc, thật sự còn là điều mới mẻ, chưa được các nhà lâm sàng quan tâm. Nguyên nhân đó hiếm và được báo cáo vài trường hợp trên thế giới. Vì thế đứng trước một trường hợp giảm tiểu cầu có liên quan đến chạy thận nhân tạo mà không tìm được nguyên nhân rõ ràng thì nguyên nhân giảm tiểu cầu do màng lọc cần được xem xét tới.

VI. Tài liệu tham khảo

1. James N George, Mark Crowther, Lawrence LK Leung, Jennifer S Tirnauer: Approach to the adult with unexplained thrombocytopenia. Uptodate 2018
2. *John T. Daugirdas and Angelito A. Bernardo*: Hemodialysis effect on platelet count and function and hemodialysis-associated thrombocytopenia 2012
3. Kathryn B. Muir and Clifford D. Packer: Case Report Thrombocytopenia in the Setting of Hemodialysis Using Biocompatible Membranes 2012
4. Nasika S, Janga K, Greenberg S et al. Polysulfone dialyzer as the cause of thrombocytopenia in an ESRD patient. Abstract #138, NKF Spring Clinical Meetings, 2009 Am J Kidney Dis 2009; 53: B1–B22
5. Post JB. Thrombocytopenia associated with use of a biocompatible hemodialysis membrane: a case report. Am J Kidney Dis 2010; 55:e25–e28
6. Olafiranye F, Kyaw W, Olafiranye O. Resolution of dialyzer membrane-associated thrombocytopenia with use of cellulose triacetate membrane: a case report. Case Rep Med 2011; 2011: 134295
7. Posadas MA, Hahn D, Schleuter W et al. Thrombocytopenia associated with dialysis treatments. Hemodial Int 2011; 15: 416–423.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH CÓ POLYPE BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI SÀN HÀM, CẮT POLYPE TẠI KHOA TMH - BV ĐKKV TỈNH AN GIANG TỪ 04/2013 ĐẾN 05/2018

*BS.CKI.Lê Thiện Hiệp – BS.CKI.Phạm Dân Nguyên
BS.Lâm Trọng Nhân - ĐD.Trần Thị Trúc Mai*

TÓM TẮT:

Mục tiêu : Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi nạo sàn hàm cắt polyp trong điều trị bệnh viêm mũi xoang mạn tính có polyp ở người lớn tại khoa TMH bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang từ 04/2013 đến 05/2018.

Phương pháp : Mô tả tiền cứu .Gồm 32 bệnh nhân, độ tuổi trên 18 tuổi, có viêm mũi xoang kéo dài trên 12 tuần hoặc 4 đợt viêm nhiễm trong 1 năm, có polyp mũi xoang.Các triệu chứng cơ năng : nhức đầu, nghẹt mũi, chảy mũi nước, giảm hoặc mất khứu giác.Nội soi thấy có polyp trong hốc mũi, CT scan thấy có polyp trong mũi, xoang. Đã được phẫu thuật tại khoa Tai Mũi Họng bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang trong thời gian từ tháng 04/2013 đến tháng 05/2018.

Kết quả : Ghi nhận 32 trường hợp, tuổi trung bình là $38,84 \pm 15,71$, cao nhất là 60 tuổi. Giới tính không có sự chênh lệch, thành thị nhiều hơn nông thôn. Thời gian mắc bệnh nhiều nhất là 1-5 năm, sau đó là 6-10 năm, dài nhất trên 10 năm. Sau mổ mức độ viêm xoang và polyp mũi giảm nhiều, các triệu chứng cơ năng và thực thể cải thiện tốt. Kết quả phẫu thuật : khá 04 case (12,5 %), tốt 28 case (87,5%), không có tai biến xảy ra trong và sau mổ.

Kết luận : 32 case phẫu thuật nội soi nạo sàn hàm cắt polyp mũi xoang trong điều trị bệnh viêm mũi xoang mạn tính có polyp ở người lớn trong 4 năm ở khoa Tai Mũi Họng bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang đạt kết quả khá tốt, không có tai biến xảy ra trong và sau mổ

1.ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang mạn tính là bệnh thường gặp nhất, tỷ lệ mắc của Việt Nam và thế giới tương đương nhau 10%. Viêm mũi xoang mạn tính có polyp ở cộng đồng tại Mỹ là 0,3%, ở Châu Âu là 1 -2 %, ở Việt Nam tỷ lệ polyp tái phát sau điều trị khá cao từ 7-20% [3], [7], [8].

Khoa TMH bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang đã thực hiện khoa Tai Mũi Họng bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang đã phẫu thuật nội soi nạo sàn hàm kết hợp cắt polyp từ năm 2013. Để tìm hiểu sâu hơn về bệnh viêm mũi xoang mạn tính có polyp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “**Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm mũi xoang mạn tính có polyp ở người lớn bằng phẫu thuật nội soi nạo sàn hàm**” nhằm 2 mục tiêu:

Mục tiêu tổng quát: nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm mũi xoang mạn tính có polyp ở người lớn.

Mục tiêu chuyên biệt: đánh giá hiệu quả phương pháp phẫu thuật nội soi nạo sàn hàm kết hợp cắt polyp mũi. .

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1.Đối tượng nghiên cứu:

Đối tượng nghiên cứu: gồm 32 bệnh nhân trên 18 tuổi, có viêm mũi xoang kéo dài trên 12 tuần hoặc 4 đợt viêm nhiễm trong 1 năm, có polyp mũi xoang. Triệu chứng cơ năng: nhức đầu, nghẹt mũi, chảy mũi nước, giảm hoặc mất khứu giác. Nội soi thấy có polyp trong hốc mũi,

CT scanner thấy có polyp trong mũi, xoang, điều trị tại khoa TMH bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực tỉnh An Giang 04/2013 đến 05/2018

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- + Trên 18 tuổi
- + Được khám nội soi tai mũi họng, chụp CT scan chẩn đoán viêm mũi xoang có polyp
- + Được phẫu thuật nội soi nạo sàn hàm
- + Được theo dõi sau phẫu thuật

Tiêu chuẩn loại trừ :

- + Viêm mũi xoang cấp
- + Không có polyp
- + Không được theo dõi sau phẫu thuật

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

2.2.1. Phương pháp :

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

2.2.2. Phương pháp tiến hành :

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

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

- Các biến độc lập : tuổi, giới tính, địa lý, thời gian mắc bệnh, triệu chứng cơ năng trước phẫu thuật, triệu chứng thực thể trước phẫu thuật, các triệu chứng cận lâm sàng, vị trí polyp.

- Biến kết cục : kết quả sau phẫu thuật 3 tháng.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU :

- Ghi nhận 32 trường hợp, tuổi trung bình là $38,84 \pm 15,71$, tuổi cao nhất 60. Tỷ lệ nam/nữ không có sự khác biệt về mặt thống kê

3.1. Đặc điểm lâm sàng :

Bảng 3.1:

| Đặc điểm | Số lượng | Tỷ lệ % |
|---------------|----------|---------|
| Tuổi | | |
| 18-27 | 8 | 25,00 |
| 28-37 | 6 | 18,75 |
| 38-47 | 10 | 31,25 |
| 48-57 | 3 | 9,37 |
| 58-60 | 5 | 15,63 |
| Địa lý | | |
| Nông thôn | 10 | 31,25 |
| Thành thị | 22 | 68,75 |

Thời gian mắc bệnh

| | | |
|-----------|----|------|
| 1-5 năm | 14 | 43,8 |
| 6-10 năm | 11 | 34,4 |
| 11-15 năm | 2 | 6,3 |
| 16-20 năm | 4 | 12,5 |
| >20 năm | 1 | 3,1 |

Triệu chứng cơ năng

| | | |
|--------------------|---------|------|
| Nhức đầu | 32 | 100 |
| Nghẹt mũi | 32 | 100 |
| Chảy mũi | 22 | 68,8 |
| Ngứa mũi-hắt hơi | 13 40,6 | |
| Giảm hoặc mất khứu | 15 | 46,9 |

Polyp mũi

| | | |
|--------|----|------|
| Độ I | 0 | 0 |
| Độ II | 20 | 62,5 |
| Độ III | 9 | 28,1 |
| Độ IV | 3 | 9,4 |

CT scan

| | | |
|--------------------------|----|-------|
| Mờ xoang hàm 1 bên | 19 | 59,37 |
| Mờ xoang hàm 2 bên | 13 | 40,62 |
| Mờ xoang sàn trước 1 bên | 28 | 87,5 |
| Mờ xoang sàn trước 2 bên | 4 | 12,5 |
| Mờ sàn sau | 7 | 21,8 |

Nhận xét :

Các triệu chứng viêm xoang có polyp , nhức đầu nghẹt mũi gặp 100%, sau đó là các triệu chứng khác. Polyp độ II, III chiếm đa số, các xoang hàm, sàn có số lượng viêm cao

3.2.Kết quả điều trị :

Bảng 3.2.1: mô tả sau phẫu thuật

| Mô tả | Số lượng | Tỷ lệ |
|----------------|----------|-------|
| Vị trí Polyp | | |
| Mũi đơn thuần | 9 | 28.1 |
| Mũi và xoang | 23 | 71.9 |
| Tổng cộng | 32 | 100 |
| Xoang có polyp | | |
| Bên phải | 8 | 26.7 |
| Bên trái | 5 | 10.0 |

| | | |
|----------------|----|------|
| Hai bên | 10 | 33.3 |
| Không có polyp | 9 | 30 |
| Tổng cộng | 32 | 100 |

Bảng 3.2.2: kết quả sau phẫu thuật 3 tháng

| Biểu hiện | Số lượng | Tỷ lệ % |
|----------------------|----------|---------|
| Triệu chứng cơ năng | | |
| Cải thiện khá | 4 | 12.5 |
| Cải thiện tốt | 28 | 87.5 |
| Triệu chứng thực thể | | |
| Khá | 4 | 12.5 |
| Tốt | 28 | 87.5 |

Nhận xét: tái khám sau mổ trên 3 tháng, các triệu chứng cơ năng, thực thể của bệnh nhân cải thiện rõ rệt.

IV. BÀN LUẬN :

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh viêm mũi xoang có polyp ở người lớn:

1.1. Đặc điểm lâm sàng:

1.1.1. Về các đặc điểm chung:

Tuổi trung bình vào điều trị là $38,84 \pm 15,71$, cao nhất là 60 tuổi. Giới tính không có sự chênh lệch. Thành thị nhiều hơn nông thôn. Thời gian mắc bệnh nhiều nhất là 1-5 năm, sau đó là 6-10 năm, dài nhất trên 20 năm [1],[3],[8] phù hợp với các tác giả trên.

1.1.2. Triệu chứng cơ năng:

Trong bệnh lý viêm xoang có polyp, nhức đầu, nghẹt mũi chiếm 100% và sau đó các triệu chứng khác, chất dịch có thể chảy ra mũi trước hoặc mũi sau gây ra những biến chứng. Lý do đến khám của bệnh nhân chủ yếu do những triệu chứng cơ năng gây khó chịu.

1.1.3. Triệu chứng thực thể:

Polyp độ II, III chiếm nhiều nhất là 90,6% gây nghẹt mũi, nhức đầu kéo dài, có trường hợp làm giảm hay mất khứu giác.

1.2. Về cận lâm sàng:

1.2.1. Nội soi:

Nội soi mũi với ống cứng để đánh giá tình trạng hốc mũi, mũi trước, sau, các khe mũi xác định có polyp, đánh giá mức độ viêm mũi xoang.

1.2.2. CT scan:

Chụp CT scan bằng 2 tư thế Axial, Coronal cho biết thông tin những xoang nào bị tổn thương, mức độ, các tắc nghẽn phức hợp lỗ ngách, bệnh lý cuốn giữa nhất là có khí hoá cuốn giữa. Trong nghiên cứu này, các xoang bị tổn thương gặp nhiều nhất là xoang hàm, sàn, các xoang trán, bướm ít gặp hơn. Kết quả này cũng tương tự kết quả của các tác giả [3], [7], [8], [9].

2. Đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh viêm mũi xoang mạn tính có polyp ở người lớn:

Qua 32 trường hợp viêm xoang mạn tính có polyp đã được phẫu thuật với các tiêu chuẩn được đặt ra, tuy số liệu còn ít nhưng đạt kết quả tốt (bảng 3.2.2), không có tai biến xảy ra trong và sau mổ.

Bệnh nhân tái khám được đánh giá theo mẫu thống nhất: các chỉ tiêu nghiên cứu qua khám lâm sàng, nội soi, nếu còn nghi ngờ thì tiến hành chụp CT scan.

Các triệu chứng cơ năng, thực thể đều tốt, tái khám sau mổ 3 tháng đạt kết quả: tốt 28 ca (87.5%), khá 4 ca (12,5 %). So với các tác giả khác [7], [9] có kết quả tương đương.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu và theo dõi 32 bệnh nhân được mổ sán hàm cắt polyp mũi xoang trong 3 tháng sau mổ, chúng tôi rút ra những kết luận sau:

- Bệnh lý viêm mũi xoang mạn tính có polyp ở người lớn có tuổi trung bình là $38,84 \pm 15,71$, bệnh nhân thành thị nhiều hơn nông thôn, thời gian mắc bệnh nhiều nhất là 1-5 năm. Viêm xoang hàm, sán chiếm tỷ lệ cao, các triệu chứng cơ năng và thực thể của viêm mũi xoang có polyp đều có trong đó nhưc đầu, nghẹt mũi chiếm 100%.

- Đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh viêm mũi xoang mạn tính có polyp ở người lớn: mức độ viêm xoang và polyp giảm nhiều, các triệu chứng cơ năng và thực thể cải thiện tốt, kết quả phẫu thuật: khá 04 ca (12,5%), tốt 28 ca (67,5), không có tai biến xảy ra trong và sau mổ.

Tài liệu tham khảo:

1. Bộ môn TMH (2004), giáo trình đào tạo sau đại học chuyên khoa TMH – chứng chỉ mũi xoang, trường Đại học Y Dược Huế, tr.1-6
2. Bộ môn TMH (2005), giáo trình phẫu thuật, trường Đại học Y Dược Huế, tr.80-82
3. Huỳnh Khắc Cường (2000), “Điều trị nội khoa tối đa bệnh polyp mũi trong viêm mũi xoang mạn tính, xu hướng mới trong điều trị polyp mũi”, Hội TMH tp HCM, tháng 8/2000, tr.1-18
4. Nguyễn Thị Ngọc Dinh (1998), “Bệnh lý của viêm mũi xoang dị ứng”, Dị ứng trong TMH, NXB Y học, tr.42-65
5. Nguyễn Thị Ngọc Dinh (2004), Lâm sàng TMH, NXB Y học tr.333.335
6. Nguyễn Văn Đức (1979), Một số bệnh thông thường về mũi xoang, NXB Y học Hà Nội, tr.42-44
7. Phan Văn Dung (2006), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị bệnh lý viêm mũi xoang mạn tính được phẫu thuật tại Huế”, Luận án chuyên khoa cấp II, trường Đại học Y Dược Huế
8. Lê Hành (2000), bệnh polyp mũi xoang, bệnh sinh và cách chữa trị, CLB viêm mũi xoang, số 1, tháng 11/2000, tr.13-30
9. Vũ Hải Long, Nguyễn Hữu Khôi (2005), Đánh giá kết quả điều trị viêm mũi xoang mạn tính bằng phẫu thuật nội soi mũi xoang”, Tạp chí Y học tp HCM, tập 9, tr.133-136

**ĐÁNH GIÁ CAN THIỆP VIỆC SỬ DỤNG THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON
TRONG DỰ PHÒNG LOÉT TIÊU HÓA DO STRESS TẠI BỆNH VIỆN ĐKTTAG**

*Phạm Ngọc Trung, Lê Hồ Tiến Phương
Nguyễn Hà Thục Vân*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ dùng PPI trong dự phòng loét tiêu hóa do stress không phù hợp trước và sau và chi phí điều trị tại Bệnh viện An Giang.

Phương pháp: Can thiệp trước-sau.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân có chỉ định dùng PPI trong dự phòng loét tiêu hóa do stress trong thời gian 6 tháng trước và sau can thiệp.

Kết quả: Tỷ lệ chỉ định dùng PPI trong dự phòng loét tiêu hóa do stress không phù hợp trước và sau can thiệp theo thứ tự là 51,1% (208/407 ca) và 36,6% (144/400 ca) ($p < 0,001$). Chi phí sử dụng PPI giảm đáng kể trước và sau can thiệp (trước can thiệp 2,8 tỷ và sau can thiệp 2,2 tỷ). **Kết luận:** Chỉ định dùng PPI trong dự phòng loét tiêu hóa do stress không phù hợp giảm đáng kể sau can thiệp, góp phần làm giảm chi phí điều trị, giảm tác dụng phụ.

ABSTRACT

Evaluation the effectiveness of intervention PPI use for stress ulcer prophylaxis

Objectives: To determine the proportion of the inappropriate PPI use for stress ulcer prophylaxis and its costs in An Giang general hospital. **Methods:** Pre-post intervention.

Subjects: All patients with PPI use for stress ulcer prophylaxis in 6 months before and post-intervention. **Results:** The proportion of inappropriate PPI using for stress ulcer prophylaxis before and after intervention were 51,1% (208/407) và 36,6% (144/400), respectively ($p < 0.001$). The cost of using PPI decreased significantly after the intervention. **Conclusions:**

After intervention, inappropriate indications of PPI use decreasing significantly, contributing to reduce the cost of treatment and side effects.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét tiêu hóa do stress (loét do stress) là bệnh lý xuất hiện phổ biến ở đối tượng bệnh nhân nặng, đặc biệt là bệnh nhân điều trị trong Khoa hồi sức tích cực (ICU). Ngay khi bệnh nhân được nhập viện, loét do stress bắt đầu có nguy cơ xuất hiện. Hầu hết các bệnh nhân (76%-100%) có bằng chứng nội soi cho thấy xuất hiện loét do stress sau khi nhập khoa ICU từ 1-2 ngày.

Loét do stress là một trong những nguyên nhân gây gia tăng tình trạng nặng của người bệnh và là nguyên nhân làm tăng tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân ICU. Tỷ lệ bệnh nhân tử vong do loét liên quan đến stress có biến chứng chảy máu lên tới 50% và kéo dài thời gian nằm viện trung bình từ 4-8 ngày [1], [3], [4], [5], [6]. Hiện nay trên thế giới vẫn chỉ có duy nhất hướng dẫn dự phòng loét do stress của Hội Dược sĩ trong hệ thống chăm sóc Y tế Hoa Kỳ (ASHP) năm 1999 khuyến cáo đầy đủ về chỉ định và chiến lược dự phòng [2]. Theo hướng dẫn này, dự phòng loét do stress chỉ khuyến cáo đối với các bệnh nhân ICU có các yếu tố nguy cơ và không có khuyến cáo dự phòng loét do stress ở các bệnh nhân nội trú thông thường [6]. Sau đó, trên cơ sở hướng dẫn của ASHP, một số nghiên cứu gần đây cho rằng việc dự phòng loét do stress có thể được mở rộng cho các bệnh nhân nội trú thông thường có các yếu tố nguy cơ.

Các thuốc được khuyến cáo sử dụng cho dự phòng loét do stress chủ yếu bao gồm thuốc kháng thụ thể histamin H2 (H2RAs) và các thuốc ức chế bơm proton (PPI) trong đó xu hướng sử dụng PPI ngày càng gia tăng. Dựa trên hướng dẫn dự phòng loét do stress của ASHP nghiên cứu đánh giá việc sử dụng nhóm thuốc này cho thấy việc gia tăng sự không phù hợp theo khuyến cáo. Tỷ lệ dự phòng không phù hợp dao động từ 50% đến 70% về đối tượng chỉ định, liều dùng, đường dùng và thời gian dự phòng. Tỷ lệ lạm dụng dự phòng loét do stress bằng các PPI cao kéo theo là chi phí điều trị lớn cùng nhiều các nguy cơ tiềm ẩn nếu phác đồ này được duy trì kéo dài như loãng xương, viêm phổi, viêm thận kẽ và gia tăng nhiễm *Clostridium difficile* đã được đề cập [6].

Tại Việt Nam, mới chỉ có vài nghiên cứu về đánh giá dự phòng loét do stress tại bệnh viện. Số lượng nghiên cứu còn hạn chế này cho thấy việc triển khai nghiên cứu đánh giá, từ đó đề xuất những can thiệp hướng tới dự phòng loét do stress hợp lý, tối ưu hóa hiệu quả điều trị, giảm nguy cơ mắc bệnh tật và giảm gánh nặng kinh tế do lạm dụng thuốc tại các bệnh viện là cần thiết.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

1. Khảo sát việc sử dụng nhóm thuốc PPI trong dự phòng loét tiêu hóa do stress tại các khoa trong bệnh viện.

2. Đánh giá hiệu quả can thiệp: chỉ định phù hợp, biến chứng và chi phí điều trị.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. **Thiết kế nghiên cứu:** can thiệp.

2. **Đối tượng nghiên cứu**

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Tất cả bệnh nhân nội trú có sử dụng PPI trong dự phòng loét do stress trước và sau can thiệp (06 tháng):

- Trước can thiệp: từ 01/3/2016 đến 01/8/2016 .

- Sau can thiệp: từ 01/3/2016 đến 01/8/2017.

Số liệu sử dụng thuốc PPI của các khối khoa phòng theo từng tháng.

Để thuận lợi cho việc thu thập số liệu, phân tích và đánh giá kết quả chúng tôi chia các khoa phòng trong bệnh viện thành các khối khoa phòng như sau:

- Khoa Hồi sức cấp cứu.

- Khối nội.

- Khối ngoại.

- *Khối Khoa khác:* Bao gồm các khoa lâm sàng còn lại trong bệnh viện.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Các bệnh án bị loại khỏi nghiên cứu nếu thỏa mãn ít nhất 01 tiêu chí sau:

- HSBA không có chỉ định PPI.

- HSBA có chỉ định PPI với mục đích điều trị các bệnh lý đường tiêu hóa do tăng tiết acid (loét dạ dày tá tràng, loét thực quản, hội chứng GERD) hoặc phối hợp với kháng sinh trong điều trị *Helicobacter pylori*, được ghi rõ trong chẩn đoán của bác sỹ điều trị.

- HSBA được chỉ định PPI với mục đích dự phòng loét do sử dụng NSAID.

3. **Tạo thăm ngẫu nhiên trong excel và can thiệp**

Cỡ mẫu:
$$n = (1,96)^2 \times \frac{p(1-p)}{\epsilon^2}$$

Nghiên cứu trước đây của các tác giả khác $p = 50\%$ [2], nên chúng tôi chọn sai số (ϵ) mong muốn là 5% , tính được $n = 384$ nên chúng tôi chọn cỡ mẫu là 400 bệnh nhân.

Cách thức lấy mẫu : Chúng lấy tất cả các hồ sơ nội trú có sử dụng thuốc ức chế acid dạ dày, dùng lệnh Random chọn ngẫu nhiên 400 hồ sơ của 6 tháng năm 2016 và 400 hồ sơ của 6 tháng năm 2017.

Chi phí: Tính tất cả chi phí PPI 06 tháng 2016 và 06 tháng 2017

Hội đồng thuốc và điều trị bệnh viện ban hành qui định về “Các quy định về dự phòng loét do stress trong bệnh viện” và gửi về các khoa.

Nhắc nhở trên giao ban cấp II, sinh hoạt chuyên môn về dự phòng loét do stress.

4. Đo lường các biến

- Thu thập số liệu: tuổi, giới, thời gian nằm viện.
- Biến kết cục: chỉ định PPI không phù hợp, chi phí.

5. Xử lý số liệu

Các biến định lượng được thống kê bằng giá trị trung bình, độ lệch chuẩn sử dụng Two-tailed Student's t test. Các biến phân loại được đánh giá bằng cách sử dụng Chi-square test, khi giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 16.0.

6. CHỈ ĐỊNH DỰ PHÒNG LOÉT DO STRESS

6.1. Chỉ định dự phòng loét do stress theo khuyến cáo của ASHP (1999)[2]

Chỉ định dự phòng loét do stress: khi bệnh nhân có ít nhất 01 yếu tố nguy cơ:

| STT | Các yếu tố nguy cơ |
|-----|--|
| 1 | Suy hô hấp: Thở máy trên 48 giờ |
| 2 | Rối loạn đông máu: Số lượng tiểu cầu < 50.000 tế bào/ m^3 hoặc thời gian aPTT > 2 lần chứng hoặc giá trị INR > 1.5 |
| 3 | Có tiền sử loét hoặc chảy máu tiêu hóa trong vòng một năm trước khi nhập viện |
| 4 | Chấn thương sọ não với điểm Glasgow ≤ 10 |
| 5 | Đa chấn thương có điểm ISS ≥ 16 |
| 6 | Tổn thương do bỏng $> 35\%$ diện tích cơ thể |
| 7 | Cắt gan một phần |
| 8 | Chấn thương cột sống |
| 9 | Ghép tạng |
| 10 | Suy gan |
| 11 | Có ít nhất 02 trong số các yếu tố sau: - Tình trạng nhiễm trùng huyết - Nằm tại khoa điều trị tích cực trên 1 tuần - Xuất huyết tiêu hóa ỉn kéo dài trong 6 ngày hoặc hơn - Sử dụng liều cao corticosteroid (trên 250mg/ngày tính theo hydrocortison hoặc tương đương) |

6.2. Chỉ định dự phòng loét tiêu hóa do NSAID

Trong đó tiêu chuẩn xác định dự phòng loét do NSAID là những bệnh nhân đang sử dụng NSAID có nguy cơ trung bình hoặc nguy cơ cao theo hướng dẫn của hội tiêu hóa Hoa Kỳ (2009) [11]:

Nguy cơ cao:

- Bệnh nhân có tiền sử loét đường tiêu hóa có biến chứng (chảy máu hoặc thủng đường tiêu hóa) đặc biệt trong giai đoạn gần đây.

- Bệnh nhân có nhiều hơn 02 yếu tố nguy cơ được liệt kê trong bảng 2.1.

□ *Nguy cơ trung bình:*

Bệnh nhân có từ 1-2 yếu tố nguy cơ được liệt kê trong sau:

Yếu tố nguy cơ loét do NSAID

| STT | Tiêu chí |
|-----|--|
| 1 | Tuổi >65 |
| 2 | Có tiền sử loét dạ dày trong vòng 1 năm trở lại đây |
| 3 | Sử dụng NSAID liều cao hàng ngày \geq : 150 mg Ibuprofen, 150 mg diclofenac, 15 mg meloxicam, 21mg piroxicam, 1000 mg naproxen hoặc 1250 mg acid mefenamic |
| 4 | Đang sử dụng aspirin, corticosteroid hoặc thuốc chống đông |

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- **Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu (n=807)**

Bảng 1: Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

| | Trước can thiệp n=407 | Sau can thiệp n=400 | p |
|---------------------------|--------------------------|------------------------|--------|
| Tuổi (năm) | 58 ± 19 | 60 ± 19 | p>0,05 |
| Giới nam | 198 (48,6%) | 195 (48,8%) | |
| Thời gian nằm viện | 8,6 ± 5,3 ngày | 8,5 ± 5,2 ngày | |
| Kết cục điều trị | 56/407 (13,8%) | 49/400 (12,2%) | |

Nhận xét: Không có sự khác biệt về tuổi, giới, thời gian nằm viện và kết cục điều trị trước và sau can thiệp.

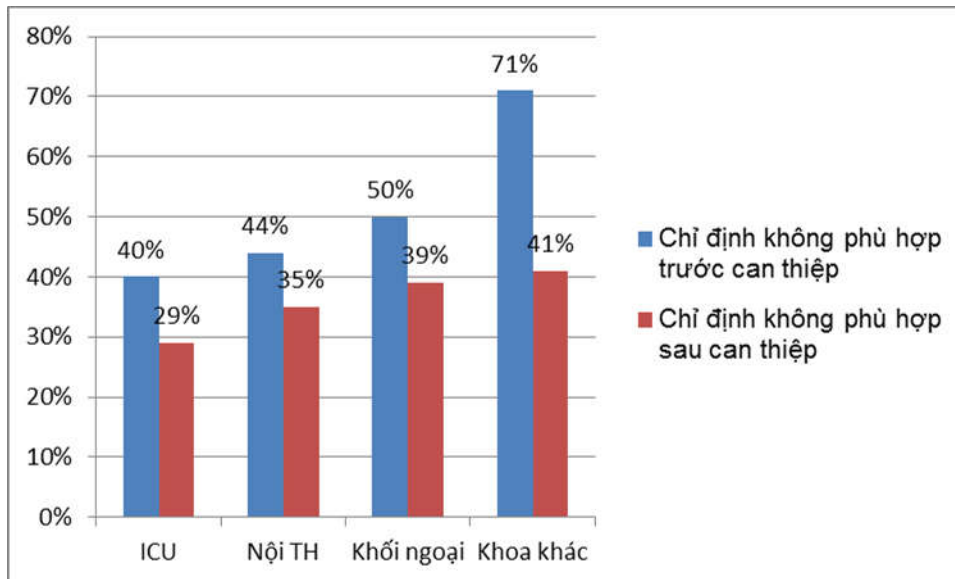
- **Thực trạng sử dụng nhóm PPI (trước và sau can thiệp)**

Bảng 2: Đánh giá sử dụng PPI toàn bệnh viện

| Chỉ định | Can thiệp | | Tổng | p |
|----------------------|-----------------|---------------|--------|--------|
| | Trước can thiệp | Sau can thiệp | | |
| Không phù hợp | n | 208 | 144 | p<0,01 |
| | % | 51.1% | 36.0% | |
| Phù hợp | n | 199 | 256 | |
| | % | 48.9% | 64.0% | |
| Tổng | n | 407 | 400 | 807 |
| | % | 100.0% | 100.0% | |

- **Đánh giá hiệu quả can thiệp**

+ Chỉ định phù hợp trước và sau can thiệp theo từng khoa



Biểu đồ: Đánh giá sử dụng PPI không phù hợp theo từng khoa

Nhận xét: Có sự giảm đáng kể về chỉ định không phù hợp ở các khoa trước và sau can thiệp, $p < 0,001$.

+ Đánh giá chi phí điều trị (trong 06 tháng): Chi phí trước can thiệp là 2,8 tỷ; sau can thiệp là 2,2 tỷ đồng VN ($p < 0,001$).

BÀN LUẬN

Trong 6 tháng năm 2016 và 6 tháng năm 2017 có tổng cộng 807 bệnh nhân sử dụng PPI được đưa vào nghiên cứu; trong đó có 413 nữ (52,4%). Tuổi trung bình 59 ± 19 . Không có sự khác biệt về tuổi, giới, độ nặng, thời gian nằm viện và kết cục điều trị trước và sau can thiệp ($p > 0,05$). Cho đến nay, chỉ có duy nhất hướng dẫn dự phòng loét tiêu hóa do stress được ASHP đưa ra đầu tiên vào năm 1999 và đã áp dụng cho tất cả bệnh nhân điều trị nội trú thông thường và bệnh nhân ICU có nguy cơ.

Trong nghiên cứu chúng tôi, trước can thiệp chỉ định sử dụng PPI trong dự phòng loét tiêu hóa do stress không phù hợp là cao tại các khoa lâm sàng: ICU, Nội TH, Khối ngoại và các khoa khác theo trình tự 40% (42/104ca), 45% (45/102 ca), 50% (50/100 ca) và 71% (71/100 ca). Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Viên Đức 82% [1]. Tỷ lệ sử dụng PPI không phù hợp trong nghiên cứu của Bez là 75,4% [3]. Theo nghiên cứu của Libemen và cộng sự tại bệnh viện đại học Chicago năm 2006 [8], tỷ lệ sử dụng PPI dự phòng loét tiêu hóa do stress đã giảm từ 59% xuống còn 29 % sau can thiệp [8]. Chúng tôi đạt được kết quả khả quan sau can thiệp: trước can thiệp chỉ định sử dụng PPI không phù hợp chiếm tỷ lệ 51,1% (208/407 ca), sau can thiệp tỷ lệ này chỉ còn 36,6% (144/400 ca) ($p < 0,001$). Chỉ định sử dụng PPI không phù hợp cải thiện đáng kể sau can thiệp tại ICU và Khoa Nội TH theo trình tự là 42% và 29%, và 45% và 35%. Trong khi đó sự cải thiện không đáng kể ở khối ngoại và khoa khác theo trình tự 50% và 39%, và 71% và 41%. Trong nghiên cứu này, trước can thiệp lý do chỉ định không hợp lý với nguy cơ trung bình là cao chiếm tỷ lệ 73,1% (152/208 ca) và giảm đáng kể sau can thiệp với tỷ lệ 37,8% (54/144 ca), và không còn sử dụng PPI trong dự phòng

loét do stress ở bệnh nhân có nguy cơ thấp. Trong nghiên cứu này, chi phí sử dụng PPI dự phòng loét tiêu hóa do stress giảm đáng kể trước và sau can thiệp tỷ lệ theo thứ tự lần lượt là 2,8 tỷ và 2,2 tỷ đồng.

KẾT LUẬN

Chi định sử dụng PPI dự loét tiêu hóa do stress không phù hợp trước và sau can thiệp tỷ lệ theo thứ tự là 51,1% (208/407 ca), và 36,6% (144/400 ca) ($p < 0,001$).

Giảm chi phí đáng kể trước và sau can thiệp tỷ lệ theo thứ tự lần lượt là 2,8 tỷ và 2,2 tỷ đồng; không có sự khác biệt về thời gian nằm viện, kết cục điều trị trước và sau can thiệp.

Cần tiếp tục theo dõi và can thiệp những chỉ định sử dụng PPI trong dự phòng loét tiêu hóa do stress không phù hợp tại các khoa lâm sàng trong bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Diên Đức, 2016, Đánh giá việc sử dụng nhóm thuốc ức chế bơm proton trong dự phòng loét tiêu hóa do stress tại một bệnh viện tuyến trung ương, Luận văn thạc sĩ dược học, Trường đại học y, Hà Nội.
2. ASHP Commission (1999). ASHP Therapeutic Guidelines on Stress Ulcer Prophylaxis. ASHP Commission on Therapeutics and approved by the ASHP Board of Directors on November 14, 1998. American Journal of Health-System Pharmacy, 56, 347-79.
3. Bez C., Perrottet N., Zingg T., et al. (2013). Stress ulcer prophylaxis in Non - critically ill patients: a prospective evaluation of current practice in a general surgery department: Stress ulcer prophylaxis in non-ICU patients. *J Eval Clin Pract*, 19(2), 374–378.
4. Dellinger R.P., Levy M.M., Rhodes A., et al. (2013). Surviving Sepsis Campaign: International Guidelines for Management of Severe Sepsis and Septic Shock. *Crit Care Med*, 41(2), 580–637.
5. Hamzat H., Sun H., Ford J.C., et al. (2012). Inappropriate prescribing of proton pump inhibitors in older patients: effects of an educational strategy. *Drugs Aging*, 29(8), 681–690.
6. Herzig S.J., Howell M.D., Ngo L.H., et al. (2009). Acid-suppressive medication use and the risk for hospital-acquired pneumonia. *JAMA*, 301(20), 2120–2128.
7. Janicki T. and Stewart S. (2007). Stress-ulcer prophylaxis for general medical patients: A review of the evidence. *J Hosp Med*, 2(2), 86–92.
8. Liberman J.D. and Whelan C.T. (2006). Brief report: Reducing inappropriate usage of stress ulcer prophylaxis among internal medicine residents: A practice-based educational intervention. *J Gen Intern Med*, 21(5), 498–500.
9. Madsen K.R. ek, Lorentzen K., Clausen N., et al. (2014). Guideline for stress ulcer prophylaxis in the intensive care unit. *Dan Med J*, 61(3), C4811.
10. McDonald E.G., Jones J., Green L., et al. (2015). Reduction of inappropriate exit prescriptions for proton pump inhibitors: A beforeafter study using education paired with a web-based qualityimprovement tool: Reducing Inappropriate PPIs at Discharge. *J Hosp Med*, 10(5), 281–286.
11. Lanza F.L., Chan F.K., and Quigley E.M. (2009). Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications. *Am J Gastroenterol*, 104(3), 728–738.

**ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI ERCP TRONG ĐIỀU TRỊ TẮC MẬT
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG**

*BS LÊ THIÊN HÒA, VÕ DƯƠNG TRIỀU
LÊ HỮU THỌ, NGUYỄN HOÀNG NAM*

TÓM TẮT :

Mục tiêu: đánh giá hiệu quả bước đầu điều trị tắc mật bằng ERCP tại Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang sau 2 tháng triển khai.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có theo dõi. Gồm 7 bệnh nhân được làm ERCP tại BVĐK KV Tỉnh An Giang tháng 09/2018 → tháng 10/2018.

Kết quả: Từ 09/2018 → tháng 10/2018, có 7 bệnh nhân, tuổi trung bình là $45,53 \pm 22,5$, tuổi trẻ nhất là 29 và lớn tuổi nhất là 86, có 3 nam, 4 nữ. Tắc mật thường gặp nhất do sỏi ống mật chủ, đôi khi do k đoạn cuối ống mật chủ hay k cơ vòng Oddi. ERCP tiến hành lấy sỏi mật 4 case (2 case kết hợp tán sỏi), 3 case đặt stent giải áp đường mật. 24h sau thủ thuật thường có tình trạng tăng men tụy nhưng bệnh nhân hết đau bụng và được xuất viện sau 4 ngày.

Kết luận: Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là phương pháp điều trị được ưu tiên hàng đầu trong điều trị các bệnh lý đường mật – tụy. Tuy vậy ERCP có nhiều biến chứng nhất là ở các bệnh viện mới triển khai cần có sự phối hợp của các khoa phòng để kỹ thuật ngày càng hoàn thiện hơn.

**PRELIMINARY EVALUATION IMPLEMENTATION OF ERCP IN
CONVENTIONAL TREATMENT OF PATHOLOGY OF THE COLON AT
REGIONAL AN GIANG PROVINCE HOSPITAL**

ABSTRACT

Background : Initial evaluation of the treatment of bile obstruction with ERCP at General Hospital of An Giang province after 2 months of implementation.

Objective and methods : Cross-sectional descriptive study, with follow-up. Including 7 patients were ERCP patients at An Giang Provincial Hospital in September 2018 in October 2018.

Results : From September 2018 to October 2018, there were 7 patients with an average age of 45.53 ± 22.5 years, the youngest was 29 and the oldest was 86, there were 3 males and 4 females. The most common form of bile duct stones, sometimes by k bile obstruction, k Oddi. ERCP carries out 4 gall stones (2 cases with pebble), 3 cases of stent to clear the bile. 24 hours after the procedure often have elevated pancreatic enzyme but The patient was free from abdominal pain and was discharged after 4 days.

Conclude : ERCP is the treatment of choice for the treatment of bile duct diseases. However, ERCP has many complications, especially in newly deployed hospitals, requiring the coordination of departments so that the technique is more and more complete.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ :

- Tắc mật là tình trạng tắc đường bài xuất mật ở trong hay ngoài gan làm mật ngấm vào máu, gây vàng da và niêm mạc. Khi có tắc mật vi khuẩn sẽ phát triển trong đường mật gây nhiễm khuẩn đường mật. Vi khuẩn có thể xâm nhập vào máu gây nhiễm khuẩn máu, đây là giai đoạn

rất nặng của tắc mật, nguy cơ tử vong cao. Tắc mật lâu ngày dẫn đến xơ hoá khoảng cửa, gây xơ gan mật.

- Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là phương pháp điều trị được ưu tiên hàng đầu trong điều trị các bệnh lý đường mật – tụy. Kỹ thuật lấy sỏi và đặt stent đường mật bằng nội soi mật tụy ngược dòng đã góp phần điều trị thành công bệnh lý sỏi ống mật chủ, giúp bệnh nhân tránh được phẫu thuật, giảm thời gian nằm viện và giảm chi phí điều trị.

- Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang đã thực hiện kỹ thuật ERCP từ cuối tháng 8/2018. Chúng tôi làm báo cáo này nhằm đánh giá hiệu quả điều trị của ERCP trong điều trị tắc mật. Từ đó rút ra được những kinh nghiệm, giảm tỷ lệ các biến chứng, tỷ lệ tử vong, tăng tỷ lệ thành công và chiều hướng phát triển trong tương lai.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU:

Mục tiêu tổng quát: đánh giá hiệu quả bước đầu điều trị tắc mật bằng ERCP tại Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang sau 2 tháng triển khai.

Mục tiêu chuyên biệt:

1. Tỷ lệ nguyên nhân gây tắc mật.
2. Hướng xử trí nguyên nhân gây tắc mật qua ERCP.
3. Hiệu quả điều trị và các biến chứng sau khi làm ERCP.

II. TỔNG QUAN TÀI LIỆU:

2.1 Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP):

- Nội soi mật tụy ngược dòng (ERCP) là kỹ thuật nội soi tá tràng dưới màn tăng sáng X quang để chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý đường mật và tụy tạng. Kỹ thuật được tiến hành đưa catheter vào đường mật hoặc đường tụy qua máy nội soi tá tràng, qua đó bơm thuốc cản quang vào đường mật hoặc đường tụy với mục đích chẩn đoán và điều trị bệnh lý của đường mật và đường tụy. Ngày nay, ERCP chủ yếu để sử dụng cho điều trị, ít sử dụng cho mục đích chẩn đoán vì có nhiều phương pháp chẩn đoán hình ảnh với độ nhạy cao và an toàn hơn.

2.2 Chỉ định:

2.2.1 Chẩn đoán

- Vàng da tắc mật ngoài gan chưa rõ nguyên nhân
- Giãn đường mật
- Sỏi túi mật mà có giãn ống mật chủ
- U đường mật
- Rối loạn chức năng vận động cơ Oddi
- Giãn ống tụy

2.2.2 Điều trị

- Cắt cơ Oddi
- Lấy sỏi ống mật chủ
- Lấy sỏi tụy
- Dẫn lưu mật mũi
- Đặt stent đường mật:
 - + Ung thư đường mật vùng rốn gan
 - + Ung thư đường mật vùng ngoài rốn gan khi không còn khả năng phẫu thuật.
 - + Hẹp đường mật lành tính.
 - + Sỏi lớn ống mật chủ chưa thể lấy ngay được.

- + Sỏi ống mật chủ nhưng người bệnh trong tình trạng nặng không cho phép lấy sỏi.
- + Nhiễm trùng đường mật cần dẫn lưu.

- Đặt stent đường tụy.

2.3 Chống chỉ định:

- Người bệnh mới bị nhồi máu cơ tim
- Bệnh lý tim phổi nặng
- Dị ứng với thuốc cản quang
- Rối loạn đông máu nặng
- Giảm tiểu cầu
- Đang dùng thuốc chống kết tập tiểu cầu

2.4 Chuẩn bị:

2.4.1 Người thực hiện: 01 bác sỹ chuyên làm ERCP, 01 kỹ thuật viên gây mê, 03 điều dưỡng trong đó có điều dưỡng phải sử dụng được máy C- Arm.

2.4.2 Phương tiện, thuốc, vật tư tiêu hao

** Phương tiện*

- Phòng nội soi cho phép chiếu tia Xquang, có hệ thống oxy.
- Máy tăng sáng xquang (C.Arm).
- Hệ thống máy nội soi tá tràng (máy nội soi cửa sổ bên) với kênh làm thủ thuật có đường kính 4,2mm, canun.

- Nguồn cắt đốt.

- Máy theo dõi lifescope và dụng cụ cấp cứu: mặt nạ, bong bóng, nội khí quản

- Áo chì 5 bộ

- Bộ nghiền sỏi và bơm bóng nong cơ Oddi.

- Thuốc và trang thiết bị vật tư tiêu hao.

** Thuốc*

- Thuốc mê và tiền mê: midazolam 5mg từ 1- 4 ống, fantanyl 0,1 mg từ 1-3 ống, propofol 20 ml 1- 4 ống

- Thuốc cản quang (telebrix, xenetix) 50ml 1-2 lọ

** Vật tư tiêu hao*

- 01catheter, 02 guidewire, 01 Dao cắt cơ Oddi, 01bóng lấy sỏi, 01 bóng nong cơ Oddi, 01 rọ lấy sỏi, 01 rọ tán sỏi.

- Stent đường mật: 02 stent kim loại hoặc 02 stent nhựa

- Stent đường tụy: 01

- Găng tay 10 đôi

- Áo mổ 02

2.4.3 Người bệnh

- Nhịn ăn trước khi làm thủ thuật 8 giờ

- Đặt đường truyền tĩnh mạch

2.4.4 Hồ sơ bệnh án

- Người bệnh được làm hồ sơ vào viện điều trị nội trú, đã được làm các xét nghiệm cơ bản, như: chức năng gan, thận, nhóm máu, đông máu cơ bản, chức năng tụy, điện tâm đồ, siêu âm chẩn đoán, chụp CT-Scanner.

2.5 Các bước tiến hành:

2.5.1 Kiểm tra hồ sơ: để đảm bảo có thể tiến hành tiền mê hoặc gây mê, đảm bảo có thể tiến hành thủ thuật gây chảy máu

2.5.2 Kiểm tra người bệnh: đánh giá chức năng sống của người bệnh để đảm bảo an toàn trước khi làm thủ thuật, đã tuân thủ nhịn ăn trước đó.

2.5.3 Thực hiện kỹ thuật: Sau khi người bệnh được tiền mê hoặc gây mê, sẽ tiến hành thủ thuật:

** Đưa máy xuống tá tràng*

- Máy nội soi qua thực quản "bán mù", do đó không quan sát được toàn bộ thực quản.

- Máy nội soi vào dạ dày: Đưa đầu dây nội soi qua thân vị và hang vị để đến lỗ môn vị rồi vào hành tá tràng.

- Máy qua gờ trên tá tràng vào đoạn II tá tràng: Quay đầu máy soi lên trên ở vị trí trung gian và đẩy máy vào đoạn II tá tràng. Quay máy 90 độ sang bên phải với đầu máy quay sang phải và lên trên sẽ nhìn thấy phần giữa của đoạn II tá tràng và papilla. Rút máy ra để máy đi dọc theo góc bờ cong nhỏ và nằm trong dạ dày đoạn ngắn nhất khoảng 60-70 cm cách cung răng trên. Thường để ống soi ở vị trí ngắn nhất cho phép quan sát trực diện với papilla để luồn catheter vào papilla được thuận lợi.

** Tìm Papilla*

Cho người bệnh nằm hơi sấp sẽ nhìn thấy trực diện papilla nằm ở đoạn DIII tá tràng có hình dáng và kích thước khác nhau. Papilla có màu hồng sẫm hơn màu hồng của niêm mạc tá tràng, phía trên có nếp niêm mạc to tròn lên trên papilla gọi là mũ papilla, phía dưới có những nếp niêm mạc chạy dọc hội tụ vào papilla, ở đỉnh Papilla có lỗ tiết mật, có kích thước to nhỏ khác nhau, qua lỗ này có thể thấy dịch mật chảy vào tá tràng.

** Luồn Catheter vào papilla để bơm thuốc cản quang*

Việc thành công của thủ thuật này tùy theo kinh nghiệm của người làm thủ thuật, tùy theo hình dạng và tổn thương ở papilla. Để đầu catheter đối diện với papilla, đẩy từ từ vào và hướng lên vị trí 11 giờ theo hướng của đường mật chính, để vào đường tụy hướng vào vị trí 1 giờ theo hướng của ống tụy. Đưa sâu catheter vào 3 - 5 cm để chụp đường mật. Tốt nhất là đầu catheter nằm sâu vào đường mật ở ngã 3 đường mật (đi qua chỗ đổ của túi mật vào ống mật chủ). Khi bơm thuốc, thuốc sẽ tỏa đều vào đường mật.

2.5.4 Bơm thuốc chụp đường mật hoặc đường tụy

- Nồng độ thuốc cản quang: thuốc cản quang được pha loãng với nước cất với tỉ lệ 50%.

- Số lượng thuốc cản quang: từ 30ml - 100ml, tu theo mức độ giãn đường mật. Khi chụp đường tụy không nên bơm nhiều thuốc cản quang, vì nếu bơm nhiều sẽ làm tăng áp lực đường tụy gây biến chứng viêm tụy.

- Chụp đường tụy bằng 5-10 ml thuốc cản quang.

2.5.5 Các thủ thuật điều trị:

Tùy theo từng loại bệnh mà có thể tiến hành các thủ thuật tiếp theo như: cắt cơ Oddi, lấy sỏi và đặt stent đường mật hoặc đường tụy

2.6 Theo dõi:

- Theo dõi những biến chứng của gây mê như suy hô hấp, tụt huyết áp.

- Theo dõi phát hiện viêm tụy cấp: đau bụng, tình trạng ổ bụng, xét nghiệm amylase và lipase sau thủ thuật

- Theo dõi thủng tá tràng: tình trạng bụng, chụp cắt lớp nếu thấy nghi ngờ thủng ra khoang sau phúc mạc

2.7 Tai biến và xử trí:

- Hàng đầu là viêm tụy cấp với tỉ lệ khoảng 5%. Nhịn ăn nuôi dưỡng tĩnh mạch dùng kháng sinh nếu có biểu hiện nhiễm trùng hoặc trước đó người bệnh có nhiễm trùng đường mật.

- Thủng tá tràng do cắt cơ Oddi, hay gặp ở những trường hợp có túi thừa tá tràng, papilla nằm cạnh hoặc trong túi thừa. Điều trị phẫu thuật

- Viêm đường mật, hay xảy ra trong trường hợp tắc mật do ung thư đường mật mà sau nội soi chụp mật tụy ngược dòng mà không đặt được stent. Dùng kháng sinh và dẫn lưu mật qua da trong trường hợp thất bại dẫn lưu mật qua papilla.

- Chảy máu do cắt cơ Oddi. Nội soi cầm máu

- Biến chứng liên quan tới gây mê: tụt huyết áp, suy hô hấp, buồn nôn hoặc nôn. Tiến hành truyền dịch, thở oxy.

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU :

3.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán tắc mật đang điều trị tại Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang từ 15/8/2018 đến tháng 15/10/2018 đủ tiêu chuẩn can thiệp điều trị bằng kỹ thuật ERCP.

3.1.1 Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân được chẩn đoán sỏi OMC, dẫn OMC dựa vào lâm sàng, siêu âm bụng, CT-Scanner.

3.1.2 Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân sỏi túi mật đơn thuần.

- Rối loạn đông máu.

- Tiền sử nhồi máu cơ tim, cắt dạ dày.

3.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có theo dõi.

3.3 Phương tiện nghiên cứu:

- Phòng mổ có máy Xquang tăng sáng truyền hình (OEC) với các phương tiện gây mê hồi sức và theo dõi huyết động trong quá trình thủ thuật.

- Hệ thống ống nội soi tá tràng nghiêng CV-150 của hãng Olympus.

- Máy cắt đốt nội soi Olympus.

- Các dụng cụ sử dụng trong ERCP.

3.4 Quy trình nghiên cứu:

- Khám phát hiện các bệnh lý bệnh lý tắc mật, sỏi ống mật tụy bằng lâm sàng, siêu âm bụng, CT-Scanner để chọn lựa bệnh nhân tiến hành làm ERCP.

- Nội soi dạ dày chẩn đoán đầu để khảo sát sơ bộ cấu trúc ống tiêu hóa trên.

- Thực hiện các xét nghiệm tiền phẫu như Huyết học 18 thông số, Chức năng đông máu, X quang tim phổi, Điện tâm đồ, siêu âm bụng, CT-Scanner, Men gan AST, ALT, Bilirubin toàn phần, trực tiếp, Amylase để chọn lựa những bệnh nhân đủ chỉ định điều trị bằng ERCP và loại trừ những bệnh nhân chống chỉ định ERCP.

- Thực hiện kỹ thuật ERCP thích hợp.

- Theo dõi các biến chứng trong và sau thủ thuật. - Đánh giá tỷ lệ thành công, các biến chứng của ERCP.

3.5 Phương pháp xử lý số liệu:

- Tất cả các dữ liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.
 - Giá trị các chỉ số được trình bày dưới dạng tỷ lệ phần trăm (%) hoặc trung bình (\pm độ lệch chuẩn).

IV. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN :

- Trong mẫu khảo sát 7 bệnh nhân : có 3 nam (42,9%), 4 nữ (57,1%).
 - Tuổi trung bình là $45,53 \pm 22,5$ tuổi cao nhất là 86, thấp nhất là 29 .
 + Tuổi trung bình của nam là $70,25 \pm 21,45$ tuổi cao nhất là 71, thấp nhất là 29 .
 + Tuổi trung bình nữ là $49,48 \pm 17,89$, tuổi cao nhất là 86, thấp nhất là 40 .
 - Bệnh nhân thường ở vùng nông thôn 4 (57,1%), thành thị 3 (42,9%).
 - Nghề nghiệp: già 4 (57,1%), nông dân 2 (28,6%), nội trợ 1 (14,3%).
 - Triệu chứng nhập viện: 100% bệnh nhân than đau bụng.
 - Chẩn đoán trước thủ thuật ERCP : nhiễm trùng đường mật 1 (14,3%), nhiễm trùng đường mật + sỏi ống mật chủ 4 (57,1%), sỏi ống mật chủ 1 (14,3%), viêm tụy cấp/sỏi tụy 1 (14,3%).
 - Tiền căn mổ đường mật: chưa mổ 4 (57,1%), mổ 1 lần 1 (14,3%), mổ 3 lần 1 (14,3%), mổ 5 lần 1 (14,3%).

4.1. Nguyên nhân gây tắc mật:

- Nguyên nhân tắc mật sau khi làm ERCP số lượng và tỷ lệ như sau:
 + Sỏi ống mật chủ: 4 (57,1%)
 + Sỏi ống mật chủ + sỏi nhánh gan: 1 (14,3%)
 + K cơ vòng oddi: 1 (14,3%)
 + K đoạn cuối ống mật chủ: 1 (14,3%)

Nhận xét : Do mới triển khai số lượng còn ít nhưng cũng đã phản ánh nguyên nhân tắc mật chủ yếu là sỏi đường mật.

- Mọi liên hệ giữa nguyên nhân tắc mật với giới tính, địa chỉ, nghề nghiệp:

| | | Sỏi OMC | Sỏi OMC+ nhánh gan | K Oddi | K đường mật | Tổng | p |
|-------------|-----------|-------------------|--------------------|-------------------|-------------------|-------------------|------|
| | | Số case (tỷ lệ %) | Số case (tỷ lệ %) | Số case (tỷ lệ %) | Số case (tỷ lệ %) | Số case (tỷ lệ %) | |
| Giới tính | Nam | | 1 (14,3%) | 1 (14,3%) | 1 (14,3%) | 3 (42,9%) | 0,38 |
| | Nữ | 4 (57,1%) | | | | 4 (57,1%) | |
| Địa chỉ | Thành thị | 3 (42,9%) | | | | 3 (42,9%) | 0,28 |
| | Nông thôn | 1 (14,3%) | 1 (14,3%) | 1 (14,3%) | 1 (14,3%) | 4 (57,1%) | |
| Nghề nghiệp | Già | 3 (42,9,6%) | | 1 (14,3%) | | 4 (57,1%) | 0,28 |
| | Làm ruộng | | 1 (14,3%) | | 1 (14,3%) | 2 (28,6%) | |
| | Nội trợ | 1 (14,3%) | | | | 1 (14,3%) | |

Nhận xét: bệnh nhân nữ lớn tuổi ở thành thị thường tắc mật do sỏi ống mật, nhưng mẫu khảo sát nhỏ nên chưa có ý nghĩa thống kê.

4.2 Hướng xử trí nguyên nhân tắc mật qua ERCP :

4.2.1 Sỏi ống mật chủ đơn thuần:

- Trong mẫu khảo sát 4 bệnh nhân nữ sỏi ống mật chủ đơn thuần.
- Kích thước ống mật chủ trung bình: $13,75 \pm 22,5$ lớn nhất là 18, nhỏ nhất là 10.
- Số lượng sỏi trung bình $2,5 \pm 1,94$ nhiều nhất là 1, ít nhất là 5.
- Kích thước sỏi trung bình $10,25 \pm 3,67$ lớn nhất là 15, nhỏ nhất là 6.
- Trong 4 case sỏi ống mật chủ đơn thuần:
 - + Không được sỏi 1 case (25%) do hẹp miệng nối ống mật chủ tá tràng (tiền căn mổ sỏi ống mật chủ 5 lần) nên tiến hành đặt stent giải áp và làm thì 2 sau 3 tháng.
 - + Tiến hành lấy sỏi 3 case (75%), 2 case lấy sạch sỏi, 1 case kết hợp tán sỏi nhưng do có 3 trong đó có sỏi to 15mm + hẹp đoạn cuối ống mật chủ nên tiến hành lấy 2 sỏi nhỏ tiến hành đặt stent giải áp và làm thì 2 sau 3 tháng.
- 24h sau thủ thuật bệnh nhân hết đau bụng, có tình trạng tăng men tụy 2 case (273, 794) thử lại sau 48h <200.
- Thời gian nằm viện sau thủ thuật có 3 case < 4 ngày, 1 case 9 ngày do kết hợp bệnh lý nội khoa kèm theo.

Nhận xét: đối với bệnh nhân sỏi đường mật đơn thuần thì tiến hành lấy sỏi bằng rọ, nếu sỏi to quá có thể kết hợp tán sỏi. Một case phải tiến hành đặt stent do còn sỏi to không tán sỏi được. Khi đặt stent sẽ giúp đường mật lưu thông tốt, vừa có tác dụng cơ học làm bào mòn sỏi. Sau xuất viện kiểm tra stent định kỳ 1 tháng lần bằng siêu âm. Sau 2-3 tháng tiến hành lấy sỏi thì 2 và rút stent.

4.2.2 Sỏi ống mật chủ + sỏi nhánh gan:

- Trong mẫu khảo sát 1 bệnh nhân nam có 3 sỏi ống mật chủ đơn thuần kết hợp 2 sỏi nhánh gan trái. Kích thước ống mật chủ # 12mm, tiến hành nong bong ống mật chủ lấy được 3 sỏi ống mật chủ (kt# 12mm) và 1 sỏi nhánh gan (kt#8mm), còn 1 sỏi không lấy được. Tiến hành đặt stent ống mật chủ để làm thì 2 khi sỏi nhánh gan di chuyển xuống ống mật chủ.
- Sau thủ thuật 24h có tình trạng tăng nhẹ men tụy (180), bệnh nhân không đau bụng. Bệnh nhân được xuất viện sau 4 ngày.

Nhận xét: đối với bệnh nhân đặt stent double pigtail giải áp vừa giúp lưu thông đường mật tốt, vừa ngăn ngừa sỏi nhánh gan rơi xuống đường mật gây tắc mật. Sau xuất viện kiểm tra stent định kỳ 1 tháng lần bằng siêu âm, nếu phát hiện tắc stent thì thay stent bằng ERCP. Nếu phát hiện sỏi nhánh gan rơi xuống có thể kết hợp thay stent và lấy sỏi thì 2.

4.2.3 K đoạn cuối ống mật chủ:

- Trong mẫu khảo sát 1 bệnh nhân nam chẩn đoán lâm sàng viêm tụy cấp do sỏi ống tụy. Sau thủ thuật ERCP ống mật chủ còn thông không sỏi, đoạn cuối hẹp do k chèn ép ống tụy nên không thông vào đường tụy được. Tiến hành cắt cơ vòng giải áp.
- Sau thủ thuật 24h có tình trạng tăng nhẹ men tụy (163), bệnh nhân không đau bụng. Bệnh nhân được xuất viện sau 3 ngày.

Nhận xét: đối với bệnh nhân này không cần đặt stent mật giải áp do đường mật thông tốt, cần đặt stent tụy giải áp. Nhưng do u chèn ép nên không đặt stent tụy được.

4.2.4 K cơ vòng Oddi:

- Trong mẫu khảo sát 1 bệnh nhân nam chẩn đoán lâm sàng dò mật ra da sau mổ sỏi ống mật chủ 15 ngày. Tiến hành thủ thuật ERCP chẩn đoán u cơ vòng Oddi, đặt stent giải áp.

- Sau thủ thuật 24h bệnh nhân không đau bụng, hết dò mật ra da, men tụy bình thường. Bệnh nhân được xuất viện sau 4 ngày.

Nhận xét: đối với bệnh nhân này đặt stent thẳng giải áp vừa giúp lưu thông đường mật tốt, vừa bít đường dò mật ra da do u cơ vòng Oddi gây tắc mật. Sau xuất viện kiểm tra stent định kỳ 1 tháng lần bằng siêu âm, nếu phát hiện tắc stent thì thay stent bằng ERCP.

VI. KẾT LUẬN :

- Trong mẫu khảo sát 4 bệnh nhân : có 3 nam (42,9%), 4 nữ (57,1%). Tuổi trung bình là $45,53 \pm 22,5$ tuổi cao nhất là 86, thấp nhất là 29 .

- Tắc mật chủ yếu là do sỏi 5 case (71,4) do u 2 case (28,6%).

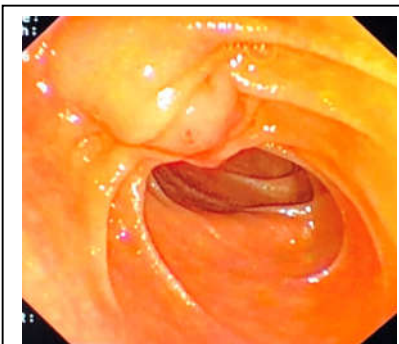
- Tất cả các bệnh nhân sau thủ thuật ERCP giảm triệu chứng tắc mật và được xuất viện sớm.

- Bệnh viện được sự chỉ đạo tuyến của Khoa Nội soi – Bệnh viện Chợ Rẫy để triển khai ERCP từ đầu tháng 9/2018 chưa thu dụng được nhiều bệnh nhân nên số case còn ít. Hy vọng trong thời gian tới sẽ tiến hành thủ thuật nhiều hơn nhằm phát triển kỹ thuật mới trong chẩn đoán và điều trị bệnh lý tắc mật.

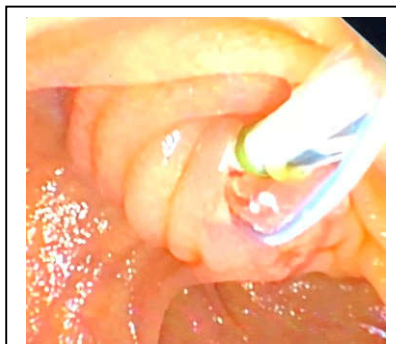
VII. KIẾN NGHỊ :

- ERCP là một thủ thuật can thiệp ít xâm lấn có khả năng giải quyết tốt bệnh lý đường mật nên cần triển khai thường xuyên. Nhưng cũng có nhiều tai biến nên bệnh viện cần thành lập một đội giữa Khoa Ngoại và Nội soi tiêu hóa mật nhằm chẩn đoán và điều trị bệnh lý đường mật một cách tốt nhất.

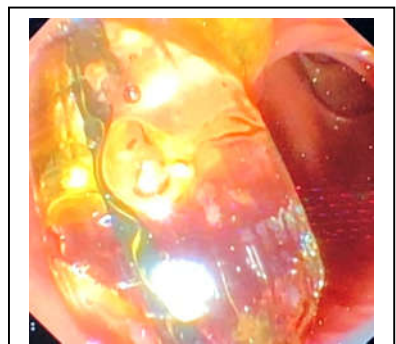
- Hình ảnh minh họa:



Cơ vòng Oddi



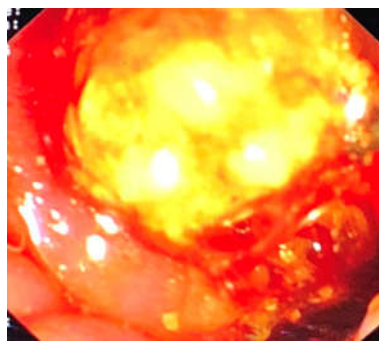
Cắt cơ vòng Oddi



Nong ống mật chủ



Đặt stent ống mật chủ



Lấy sỏi ống mật chủ



Sỏi OMC trên C-arm

Tài liệu tham khảo :

Tiếng Việt:

1. Nguyễn Đình Hối (2013), *Bệnh học ngoại khoa tiêu hóa*, Nhà xuất bản y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, trang 155-165.
2. Tạ Văn Ngọc Đức, Nguyễn Ngọc Tuấn. *Kết quả lấy sỏi đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng trong 4 năm tại Bệnh viện bình dân (06/2005 – 06/2009)*, (2010) *Chuyên đề KHKT BV Bình Dân*, Tập14, Số1, Trang:388.
3. La Văn Phương. *Đánh giá kết quả nội soi mật-tụy ngược dòng (ERCP) sớm trong điều trị sỏi ống mật chủ có biến chứng tại BVĐKTHV Cần Thơ*, (2012) *Chuyên đề Nội Soi Tiêu Hóa*, Tập16, Số 3, Trang 49.
4. PGS.TS. Hà Văn Quyết (2006), *Bài giảng bệnh học ngoại khoa- Trường đại học Y Hà Nội*, Nhà xuất bản Y học, trang 84-90.

Tiếng Anh:

5. Ahmed M¹, Kanotra R², Savani GT³, Kotadiya F⁴, Patel N⁵, Tareen S⁶, Fasullo MJ⁷, Kesavan M⁸, Kahn A⁸, Nalluri N¹, Khan HM¹, Pau D¹, Abergel J⁸, Deeb L⁸, Andrawes S⁸, Das A⁹. *Utilization trends in inpatient endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP): A cross-sectional US experience. Endosc Int Open. 2017 Apr;5(4):E261-E271.*
6. Cotton PB, Lehman G, Vennes J, Geenen JE, Russell RC, Meyers WC, et al. *Endoscopic sphincterotomy complications and their management: An attempt at consensus. Gastrointest Endosc 1991;37:383-93.*
7. Loperfido S, Angelini G, Benedetti G, Chilovi F, Costan F, De Berardinis F, et al. *Major early complications from diagnostic and therapeutic ERCP: A prospective multicenter study. Gastrointest Endosc 1998;48:1-10.*
8. Riesco-López JM, Vázquez-Romero M, Rizo-Pascual JM, Rivero-Fernández M, Manzano-Fernández R, González-Alonso R, Moya-Valverde E, Díaz-Sánchez A, Campos-Cantero R. *Efficacy and safety of ERCP in a low-volume hospital. Rev Esp Enferm Dig. 2013 Feb;105(2):68-73.*
9. Costi R¹, Gnocchi A¹, Di Mario F¹, Sarli L. *Diagnosis and management of choledocholithiasis in the golden age of imaging, endoscopy and laparoscopy. World J Gastroenterol. 2014 Oct 7;20(37):13382-401.*

**ĐÁNH GIÁ CHỈ SỐ HUYẾT ÁP TÂM THU CỔ CHÂN - CÁNH TAY (ABI)
Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BV.ĐK.TRUNG TÂM AN GIANG**

*Phạm Chí Hiền; Nguyễn Sơn Nam;
Quảng Thị Huyền Trang; Sử Cẩm Thu*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành nhằm xác định tỉ lệ ABI < 0.9, mối liên quan với các yếu tố nguy cơ và can thiệp điều trị Cilostazol ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 bằng cách đo chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay (chỉ số ABI) trước sau 12 tháng.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang và can thiệp. Nhóm bệnh ĐTĐ không phụ thuộc insulin. Tiền sử bệnh mạch vành, THA, hút thuốc lá, đường huyết đói, HbA1C. Đo huyết áp tâm thu cổ chân cánh tay khi chỉ số ABI ≤ 0,9 xem là có bệnh. Điều trị can thiệp bằng Cilostazol 100mg ngày 2 lần liên tục 12 tháng.

Kết quả: Chúng tôi có 461 bệnh nhân ĐTĐ type 2 đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Trong đó, tuổi trung bình của đối tượng là 63,64±11,43 tuổi (Tuổi thấp nhất: 40; tuổi cao nhất: 95) có chỉ số ABI < 0,9 là 127 chiếm tỷ lệ 27,5%, nam 182 (39,5%), nữ 279 (60,5%); thời gian mắc bệnh 7,93± 5,40 (Max = 30, Min = 0); đau cách hồi 74 (16,1%); tê bì tay chân 168 (36,4%); có THA có 385 bệnh nhân (83,5%) và không THA 76 (16,5%). Liên quan với các yếu tố nguy cơ như tuổi, thời gian phát hiện bệnh, đường huyết đói, HbA1C có ý nghĩa thống kê với p lần lượt (p=0,006; p= 0,005; p= 0,018 và p=0.031) . Liên quan với bệnh mạch vành, THA, hút thuốc lá với ABI không có ý nghĩa thống kê với p lần lượt (p= 0,710; p= 0,267; p= 0,438) . Điều trị Cilostazol có hiệu quả cải thiện chỉ số ABI có ý nghĩa thống kê với p= 0,048.

Kết luận: Tỉ lệ BMMNBCD trong nghiên cứu là 27,5%. Có mối liên quan với các yếu tố nguy cơ như tuổi, thời gian mắc bệnh ĐTĐ, đường huyết đói, HbA1C. Không có mối liên quan với hút thuốc lá, bệnh mạch vành, THA. Điều trị Cilostazol có hiệu quả với chỉ số ABI.

ABSTRACT

Objectives of the study: This study was conducted to determine the prevalence of ABI <0.9, related to risk factors and interventions for cilostazol in type 2 diabetic patients by measuring the ankle pressure index - arm (ABI) before 12 months.

Study method: Description of cross section and intervention. Non-insulin dependent diabetes mellitus. History of coronary artery disease, hypertension, smoking, fasting blood glucose, HbA1C. Measurement of arm systolic blood pressure when ABI ≤ 0.9 is considered disease. Intervention therapy with Cilostazol 100mg twice daily for 12 months.

Results: We had 461 type 2 diabetic patients eligible for inclusion in the study. The average age of the subjects was 63.64 ± 11.43 years (the lowest age was 40 years, the highest age was 95 years). The ABI index was 0.9, 127, 27.5%, male 182 (39.5%), 279 (60.5%); duration of disease was 7.93 ± 5.40 (Max = 30, min = 0); painful episodes 74 (16.1%); numbness 168 (36.4%); hypertensive patients had 385 patients (83.5%) and non-hypertensive patients 76 (16.5%). Relation to risk factors such as age, disease detection time, fasting plasma glucose, HbA1C were statistically significant with p (p = 0.006, p = 0.005, p = 0.018 and p = 0.031). Concerning coronary artery disease, hypertension, smoking with ABI was not statistically significant with p (p = 0.710, p = 0.267; p = 0.438). Cilostazol treatment has been shown to significantly improve the ABI index with p = 0.048.

Conclusion: The PAD ratio in the study was 27.5%. There is a relationship with risk factors such as age, duration of diabetes, fasting plasma glucose, HbA1C. There is no association with smoking, coronary heart disease, hypertension. Cilostazol treatment is effective for ABI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐTĐ là một bệnh chuyển hóa mạn tính có liên quan với nhiều bệnh lý khác, một căn bệnh được ghi nhận ngày càng gia tăng về số lượng và càng trẻ hóa. ĐTĐ là một trong những yếu tố nguy cơ tim mạch cao, gây vữa xơ động mạch (VXĐM) hiện nay đang là mối quan tâm của toàn cầu bởi tỷ lệ ngày càng tăng, gây nhiều biến chứng nguy hiểm và đứng đầu là biến chứng về tim mạch. Việc phòng ngừa và phát hiện sớm có thể cải thiện tiên lượng bệnh.

Trong các phương pháp phát hiện bệnh mạch máu ngoại biên chi dưới (BMMNBCD), đo chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân cánh tay ABI (Ankle Brachial pressure Index) là phương pháp đơn giản hiện đại, không xâm lấn, dễ thực hiện, có thể sử dụng cho quần thể lớn có nguy cơ cao. Giá trị ABI < 0,9 có độ nhạy 85%, độ đặc hiệu 95%, giá trị dự báo dương tính 85%, độ chính xác chung 90% trong trường hợp VXĐM, giúp cho phát hiện sớm, chính xác các tổn thương cũng như theo dõi tiến triển của bệnh [1],[2],[5],[10],[13]. Đồng thời, điều trị BMMNBCD như nội khoa, can thiệp mạch máu và ngoại khoa thì theo khuyến cáo của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và Hội Tim mạch học Việt Nam khi phát hiện bệnh nhân ĐTĐ type 2 có biến chứng bệnh động mạch chi dưới khi có chỉ số ABI < 0,9 thì tiến hành điều trị Cilostazol cải thiện triệu chứng bằng cơ chế giãn mạch, chuyển hóa và chống kết tập tiểu cầu (mức chứng cứ I,A) [10];[11]. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân cánh tay ở bệnh nhân ĐTĐ type 2.
2. Xác định mối liên quan giữa chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân cánh tay và yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân ĐTĐ type 2.
3. Đánh giá kết quả chỉ số ABI sau khi sử dụng Cilostazol ở bệnh nhân ĐTĐ type 2 có chỉ số ABI < 0.9.

ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng là bệnh nhân ĐTĐ type 2 theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới(WHO) 2011 đã được chẩn đoán và điều trị tại khoa khám bệnh từ tháng 06/2016 đến tháng 6/2018.
- Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có can thiệp. Đo chỉ số ABI bằng máy dao động ký mạch máu VP 1000 PLUS. Model: BP - 203 RPE III; OMORON/ NHẬT BẢN.
- Chẩn đoán BMMNBCD theo Cristol Robert.

Đánh giá hiệu quả và an toàn của thuốc cilostazol:

- + Thuốc Cilostazol được sử dụng khi chỉ số ABI < 0,9 và không có chống chỉ định liều 100mg X 2 lần/ngày X 12 tháng; sau 12 tháng đo chỉ số ABI lần 2
- + Hiệu quả: thay đổi chỉ số ABI
- + An toàn: không có tác dụng phụ dị ứng, xuất huyết nghiêm trọng phải ngừng thuốc

II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu là 461 bệnh nhân ĐTĐ type 2 Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu: 63,64±11,43 tuổi (Tuổi thấp nhất: 40; tuổi cao nhất: 95) có chỉ số ABI < 0,9 là 127 chiếm tỷ lệ 27,5%. Trong đó có 182 nam (39,5%), nữ 279 (60,5%); thời gian mắc bệnh 7,93± 5,407

(Max = 30, Min = 0); đau cách hồi 74 (16,1%); tê bì tay chân 168 (36,4%); có THA có 385 bệnh nhân (83,5%) và không THA 76 (16,5%).

2.1. Đặc điểm chỉ số huyết áp tâm thu cổ chân cánh tay (ABI) ở nhóm nghiên cứu

Bảng 1. So sánh ABI chân trái - chân phải

| BI | $X \pm SD$ | p |
|-----------|-------------|-------|
| Chân trái | 1,102±0,225 | 0,676 |
| Chân phải | 1,107±0,218 | |

Bảng 2. ABI ở các nhóm tuổi

| Nhóm tuổi | n = 461 | $X \pm SD$ | p |
|-----------|---------|-------------|-------|
| 40 - 49 | 48 | 1,108±0,155 | 0,002 |
| 50 - 59 | 133 | 1,041±0,197 | |
| 60 - 69 | 160 | 1,001±0,200 | |
| ≥ 70 | 120 | 0,985±0,217 | |
| Tổng | 461 | 1,021±0,202 | |

2.2. Mối liên quan giữa chỉ số ABI với một số yếu tố nguy cơ bệnh động mạch chi dưới ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3. Liên quan giữa tuổi, giới với ABI

| ABI | | < 0,9 | | 0,9 - 1,09 | | ≥ 1,10 | | p |
|------------|-----|--------|------|------------|------|---------|------|-------|
| Tuổi, giới | | n= 127 | % | n =160 | % | n = 174 | % | |
| Tuổi | >60 | 86 | 33,5 | 84 | 32,7 | 87 | 33,9 | 0,006 |
| | ≤60 | 41 | 20,1 | 76 | 37,3 | 87 | 42,6 | |
| Giới | Nam | 46 | 25,3 | 59 | 32,4 | 77 | 42,3 | 0,262 |
| | Nữ | 81 | 29 | 101 | 36,2 | 97 | 34,8 | |

Bảng 4. Liên quan giữa thời gian phát hiện bệnh (TGPHĐTĐ) với ABI

| ABI | < 0,9 | | 1,00 - 1,09 | | ≥ 1,10 | | p |
|---------------|-------|------|-------------|------|--------|------|-------|
| TGPHĐTĐ (năm) | N=127 | % | n=160 | % | n=174 | % | |
| >5 | 84 | 33,5 | 84 | 33,5 | 83 | 33,1 | 0,005 |
| ≤5 | 43 | 20,5 | 76 | 36,2 | 91 | 43,3 | |

Bảng 5. Liên quan giữa THA, bệnh mạch vành, hút thuốc lá với ABI

| ABI THA Bệnh mạch vành Hút thuốc lá | | <0,9 | | 0,9 - 1,09 | | ≥ 1,10 | | P |
|--|-------|-------|------|------------|------|--------|------|-------|
| | | n=127 | % | n=160 | % | n=174 | % | |
| THA | Có | 109 | 28,3 | 132 | 34,3 | 144 | 37,4 | 0,710 |
| | Không | 18 | 23,7 | 28 | 36,8 | 30 | 39,5 | |
| Bệnh mạch vành | Có | 64 | 29 | 82 | 37,1 | 75 | 33,9 | 0,267 |
| | Không | 63 | 26,2 | 78 | 32,5 | 99 | 41,2 | |
| Hút thuốc lá | Có | 21 | 24,1 | 28 | 32,2 | 38 | 43,7 | 0,438 |
| | Không | 106 | 28,3 | 132 | 35,3 | 136 | 36,4 | |

Bảng 6. Liên quan giữa kiểm soát glucose máu và HbA1c với ABI

| ABI Thông số, mức độ | | < 0,9 | | 0,9 - 1,09 | | ≥ 1,10 | | P |
|-------------------------|------------|--------|------|------------|------|--------|------|-------|
| | | n= 127 | % | n=160 | % | n=174 | % | |
| Glucose máu (mmol/l) | Kém | 78 | 26,1 | 116 | 38,8 | 105 | 35,1 | 0,018 |
| | Trung bình | 28 | 32,9 | 28 | 32,9 | 29 | 34,1 | |
| | Tốt | 21 | 27,3 | 16 | 20,8 | 40 | 51,9 | |
| HbA1C (%) | Kém | 88 | 32,1 | 97 | 35,4 | 89 | 32,5 | 0,031 |
| | Trung bình | 22 | 19,5 | 40 | 35,4 | 51 | 45,1 | |
| | Tốt | 17 | 23 | 23 | 31,1 | 34 | 45,9 | |

2.3. Kết quả sau khi sử dụng Cilostazol

Bảng 7. Chỉ số ABI

| ABI trước điều trị n = 127 | ABI sau điều trị n = 127 | p |
|-------------------------------|-----------------------------|-------|
| 0,769±0,125 | 0,773±0,125 | 0,048 |

III. BÀN LUẬN

Về tỷ lệ mắc BDMNBCD:

Với 461 bệnh nhân ĐTD type 2 đến khám tại khoa Khám bệnh bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, có 127 bệnh nhân có chỉ số ABI < 0.9 chiếm tỉ lệ 27,5%. Kết quả trên cao hơn so với 3 tác giả, Lê Hoàng Bảo(23,5%)[1], Nguyễn Thị Bích Đào 19,2%[3] và Trần Bảo Nghi

(22,8%)[6], do sự khác biệt về cách chọn bệnh, cỡ mẫu và tiêu chí chẩn đoán và yếu tố nguy cơ có thể là nguyên nhân dẫn đến sự khác biệt này.

Về tuổi và giới:

- Tuổi: Qua nghiên cứu 461 bệnh nhân ĐTD type 2 chúng tôi thấy tuổi trung bình là $63,64 \pm 11,43$ phần lớn bệnh nhân ở độ tuổi 60 - 69 chiếm 35%. Kết quả của chúng tôi tương tự một số tác giả về độ tuổi gặp nhiều nhất tuổi trung bình là $67,04 \pm 3,5$ và một số nghiên cứu khác của Lê Hoàng Bảo, Đào Thị Dừa cũng cho kết quả tương tự [1], [2]

- Giới tính: Nghiên cứu chúng tôi thấy nữ chiếm đa số 279 chiếm 60,5%. Tương tự như một số nghiên cứu trong nước, nhưng các nghiên cứu nước ngoài cho thấy giới tính nam nữ như nhau có thể do đối tượng, mục tiêu và phương pháp nghiên cứu khác nhau. Ngoài ra có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến phân bố giới tính trong bệnh lý ĐTD type 2 như yếu tố địa dư, dân tộc, điều kiện sống. Như vậy với các thiết kế nghiên cứu khác nhau, địa điểm nghiên cứu khác nhau thì các kết quả về tỷ lệ bệnh theo giới có sự khác nhau.[11],[12],[14]

Chỉ số ABI bên trái và ABI bên phải

Qua khảo sát và tính ABI, chúng tôi thu được kết quả giá trị trung bình ABI bên trái và ABI bên phải là $1,10 \pm 0,22$ và $1,10 \pm 0,21$ không có sự khác biệt về chỉ số ABI giữa chân trái và chân phải. Kết quả này tương tự như một số nghiên cứu khác trong nước và theo Cristop Robert là 0,9-1,1. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu trong và ngoài nước.[2],[6],[13]

Chỉ số ABI phân bố theo các nhóm tuổi:

Trong nghiên cứu chúng tôi phân số bệnh nhân ĐTD ra làm 4 nhóm tuổi. Nhóm bệnh nhân 40 - 49 tuổi giá trị ABI trung bình là $1,108 \pm 0,155$; nhóm tuổi 50 - 59 ABI trung bình là $1,041 \pm 0,187$; nhóm tuổi 60 - 69 giá trị ABI trung bình là $1,001 \pm 0,200$, và nhóm tuổi trên 70 giá trị ABI trung bình là $0,985 \pm 0,217$. Qua kết quả trên chúng tôi nhận thấy khi tuổi càng cao thì ABI có xu hướng giảm đi sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,002$. Tương tự như nghiên cứu của tác giả Đoàn Văn Đệ và CS sự nghiên cứu trên 47 bệnh nhân ĐTD có loét bàn chân cho thấy giá trị trung bình ABI ở các nhóm tuổi dưới 50; 50 - 59; 60 - 69; > 70 lần lượt là $0,94 \pm 0,07$; $0,74 \pm 0,38$; $0,66 \pm 0,45$; $0,55 \pm 0,45$; với $p < 0,05$ [4],[9].

Mối liên quan giữa chỉ số ABI với một số yếu tố nguy cơ BDMNBCD ở nhóm nghiên cứu:

Liên quan giữa tuổi, giới với ABI:

Về tuổi nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi càng cao thì chỉ số ABI càng thấp tức là nguy cơ tổn thương động mạch lớn chi dưới càng lớn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,006$. Tương tự với nghiên cứu của Lê Hoàng Bảo, Trần Bảo Nghi cho thấy nhóm đối tượng tuổi càng cao thì tỉ lệ tổn thương động mạch lớn chi dưới càng cao ($p < 0,05$) [1],[6]. Nghiên cứu của Đoàn Văn Đệ trên bệnh nhân ĐTD typ 2 có biến chứng bàn chân cho thấy tuổi càng cao ABI trung bình càng thấp với $p < 0,05$ [8].

Về giới, trong nghiên cứu của chúng tôi thấy không có sự khác biệt với $p = 0,263$. Đối chiếu với các nghiên cứu trong và ngoài nước đều ghi nhận không có mối liên quan giữa ABI với giới ở bệnh nhân ĐTD type 2.

Liên quan giữa thời gian phát hiện bệnh ĐTD với ABI:

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm có thời gian phát hiện ĐTD càng cao thì tỉ lệ ABI $< 0,9$ lại càng cao có ý nghĩa thống kê với $p = 0,005$. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu

trong nước như Đào Thị Dừa, Đoàn Văn Đệ và nghiên cứu Cecileclairotte MD, Sylvieretout PHD, Louispotier MD đều ghi nhận thời gian mắc bệnh ĐTD càng lâu thì chỉ số ABI càng thấp tức là nguy cơ tổn thương động mạch chi dưới càng cao[2],[4],[12].

Liên quan giữa tăng huyết áp, bệnh mạch vành và hút thuốc lá với ABI:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có mối liên quan giữa tăng huyết áp, bệnh mạch vành với ABI với p không có ý nghĩa thống kê ($p= 0,710$ và $p= 0,267$). Trong khi, nghiên cứu của Trần Bảo Nghi cho thấy rằng THA có mối liên quan với bệnh ĐMNBCD có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$)[6]. Nghiên cứu của Lê Hoàng Bảo cho thấy ở những bệnh nhân ĐTD có biến chứng mạch vành có tỷ lệ BMMNBCD càng thấp) với $p < 0,05$ [1]. Trong nghiên cứu của nhóm tác giả Raphael Monterio và cộng sự khi đánh giá riêng về ảnh hưởng của tăng huyết áp với tổn thương động mạch lớn chi dưới qua chỉ số ABI trên bệnh nhân ĐTD cho thấy tăng huyết áp là một yếu tố làm tăng nguy cơ mắc bệnh động mạch chi dưới với $p = 0,015$ [13]. Lê Hoàng Bảo nghiên cứu cũng cho thấy ở những bệnh nhân ĐTD có tăng huyết áp thì chỉ số ABI càng thấp tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê [1]. Nguyên nhân là đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân điều trị ngoại trú thường ít có các biến chứng, còn các đối tượng nghiên cứu trên là những bệnh nhân nội trú thường có triệu chứng nặng mới nhập viện

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân ĐTD có hút thuốc lá tỷ lệ thiếu máu chi dưới ($ABI < 0,9$) cao hơn nhóm bệnh nhân không hút thuốc lá, nhưng không có ý nghĩa thống kê $p= 0,438$. Tương tự nghiên cứu Trần Bảo Nghi, Longstreth W T và cộng sự cũng không chỉ ra mối liên quan giữa hút thuốc lá và tổn thương động mạch lớn chi dưới qua chỉ số ABI trên bệnh nhân ĐTD ($p = 0,113$) nhưng không thể kết luận không có sự liên quan giữa chúng vì số bệnh nhân hút thuốc lá của chúng tôi còn ít.[6]

Liên quan giữa kiểm soát Glucose máu lúc đói và HbA1c với ABI:

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có mối liên quan giữa glucose máu lúc đói, HbA1C với ABI sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,018$ và $p= 0,031$). Tương tự, nghiên cứu của tác giả Yauxui Xu, kết quả cho thấy những bệnh nhân kiểm soát đường máu tốt hơn thì chỉ số ABI càng cao tức là ít mắc ĐMCD ($p < 0,05$) [14].

Kết quả sau khi điều trị Cilostazol:

Điều trị Cilostazol ở những bệnh nhân ĐTD type 2 có BMMNBCD trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 127 bệnh nhân có chỉ số $ABI < 0,9$ có cải thiện, khi so sánh ABI trước và sau khi điều trị sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,048$. Đồng thời, triệu chứng tê bì tay chân/đau cách hồi cải thiện rõ rệt và an toàn theo nghiên cứu của chúng tôi không có bệnh nhân nào phải bỏ thuốc hay ngừng điều trị tác dụng phụ. Do thuốc thuộc nhóm ức chế phosphodiesterase III với tác dụng dẫn mạch, chuyển hoá và kháng tiểu cầu phù hợp theo Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị Bệnh động mạch chi dưới và ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease [10],[11]

IV. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ BMMNBCD ở bệnh nhân ĐTD type 2 có chỉ số huyết áp cổ chân - cánh tay (ABI) $< 0,9$ là 27,5%.
- Có mối liên hệ giữa chỉ số ABI với một số yếu tố nguy cơ như tuổi, thời gian phát hiện bệnh, glucose máu và HbA1C.

- Sử dụng Cilostazol cho bệnh nhân có chỉ số ABI < 0.9 an toàn, hiệu quả với chỉ số ABI.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hoàng Bảo, Nguyễn Thị Bích Đào (2012), Tỷ lệ BDMNBCD trên BNĐTĐ type 2 xác định bằng chỉ số cổ chân – cánh tay ABI và các yếu tố có liên quan, *Tạp chí nội tiết – ĐTĐ, Kỷ yếu toàn văn các đề tài KHHN nội tiết và ĐTĐ toàn quốc lần thứ VI*, số 7 tr. 507 – 513.
2. Tạ Văn Bình (2007), *Những nguyên lý nền tảng bệnh ĐTĐ tăng glucose máu*, NXB Y học.
3. Bộ môn nội – Trường Đại học Y Hà Nội (2012), *Bệnh học Nội khoa*, NXB, tr. 322 - 342
4. Nguyễn Huy Cường (2008), *Bệnh ĐTĐ - những quan điểm hiện đại*, NXB Y học.
5. Đào Thị Dừa, Hoàng Thị Lan Hương (2011), Khảo sát tổn thương động mạch 2 chi dưới ở bệnh nhân ĐTĐ bằng chỉ số áp lực cổ chân cánh tay ABI, *Tạp chí Nội tiết*, số 4. tr. 15 - 23.
6. Nguyễn Hữu Trâm Em (2010), —BDMNBCD, *Chuyên đề Tim mạch học*.
7. Trần Đức Hùng, Đoàn Văn Đệ, và cộng sự (2010), —Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh động mạch chi dưới tại bệnh viện 103, *Tạp chí y học Việt Nam*. tr. 8 - 12.
8. Nguyễn Kim Lương (2011), *Bệnh ĐTĐ trong thực hành lâm sàng*, Nhà xuất bản Y học.
9. Nguyễn Thị Nhạn (2012), —BDMNBCD ở bệnh nhân ĐTĐ typ 2, *Tạp chí nội tiết ĐTĐ, Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học hội nghị nội tiết và ĐTĐ toàn quốc lần thứ VI*, số 7. tr. 69-85.
10. Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị Bệnh động mạch chi dưới. Khuyến cáo 2010 về các bệnh lý tim mạch và chuyên hóa.
11. ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease. 2006 by the American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association.
12. Cecileclairotte MD, Sylvieretout PHD, Louispotier MD (2009),-Automated Ankle-Brachial Pressure Index measurement by clinical staff for peripheral arterial disease diagnosis in nondiabetic and diabetic patients, *Diabetes Care*, Vol. 32 (No. 5). pp. 1231 - 1236.
13. Fonarow GC, Grundy SM, et al (2009), —Practical approaches to managing hypertension: reducing global cardiovascular risk hypertension, *Am J Cardiol*, Vol. 110. pp. 61 - 81.
14. Longstreth W T Jr, Nelson L M, et al (2000), —Cigarette smoking, alcohol use, and subarachnoid hemorrhage, *American Heart Association*, Vol. 23. pp. 1242 - 1249.

CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ SUY TÍNH MẠCH MẠN TÍNH CHI DƯỚI

Ths.Bs. Trần Minh Bảo Luân

DỊCH TỄ

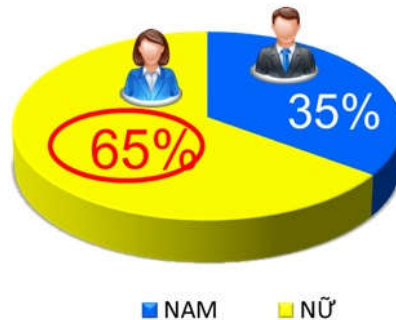
Suy tĩnh mạch mạn tính hiện nay là bệnh khá phổ biến. Tại Hoa Kỳ, thống kê 10-30% người lớn mắc bệnh này.

Trong vòng 3 năm, tại BV ĐH Y Dược TPHCM đã có trên 20.000 lượt bệnh nhân đến khám và điều trị với những than phiền do các triệu chứng do suy tĩnh mạch mạn tính gây ra.

6/10 bệnh nhân tại phòng khám mắc suy tĩnh mạch mạn tính

❖ Nghiên cứu VCP (Vein Consult Program):

- Thế giới: 80%
 - Việt Nam: 62%
- Bệnh nhân tại phòng khám có biểu hiện của STM**



Đa phần bệnh nhân không biết về bệnh → ít than phiền triệu chứng

Đau dọc theo cẳng chân
Sưng chân
Tê bì/ Nóng rát dọc theo
cẳng chân
Chuồn rứt về đêm



C1 – giãn tĩnh mạch
(đk 1 – 3mm)



C2 – giãn tĩnh mạch
(đk > 3mm)



C3 – phù chân



C4 – loạn dưỡng da

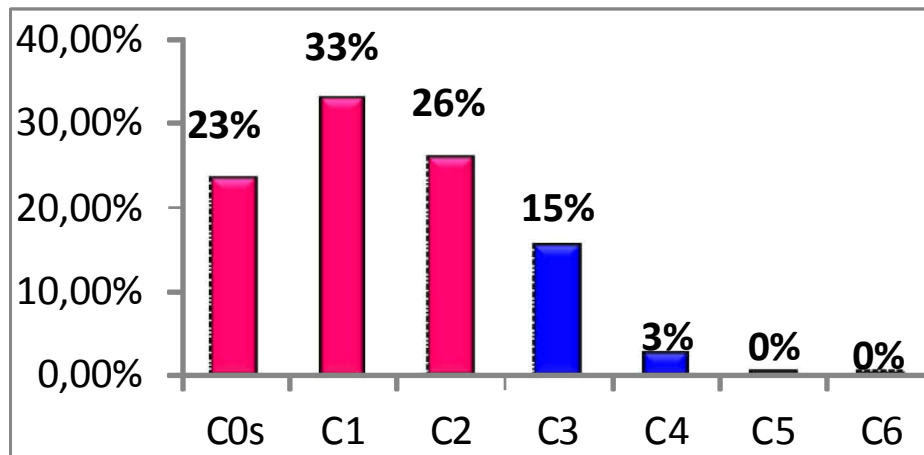


C5 – loét đã lành



C6 – loét tiến triển

80% bệnh nhân suy tĩnh mạch tại Việt Nam ở giai đoạn sớm C0s – C2



BIẾN CHỨNG

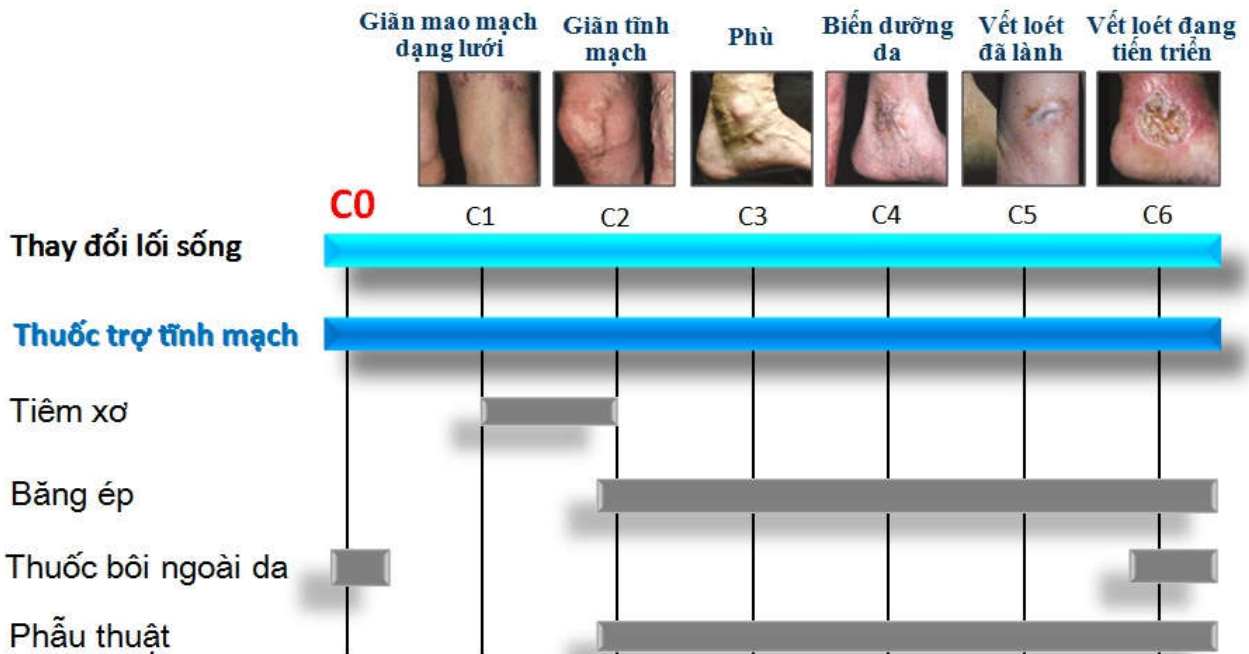
- Tỷ lệ các thay đổi trên da dao động từ 3% - 13%
- Các vết loét mới và vết loét đã lành chiếm từ 1% - 2,7%



Điều trị sớm suy tĩnh mạch mạn tính



Điều trị SỚM để ngăn ngừa tiến triển bệnh:

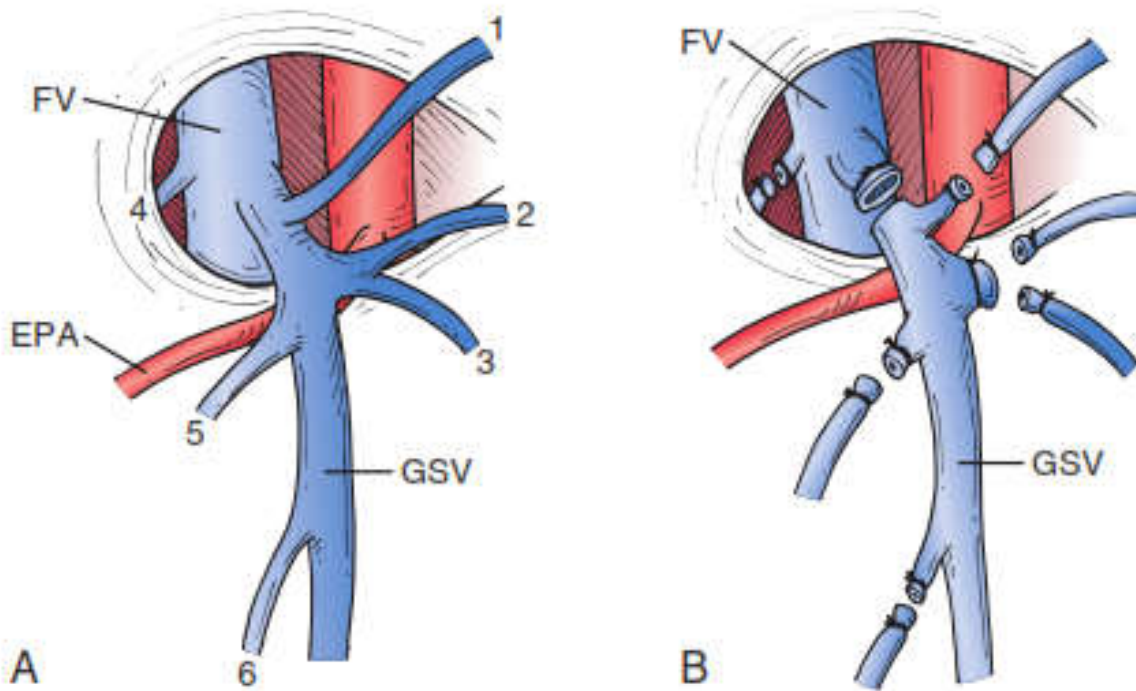


Gloviczki P, Yao JST. *Handbook of Venous Disorders. Guidelines of the American Venous Forum*. 2nd ed. London, UK: Arnold; 2001:309-321. Agus GB, Allegra C, Arpaia G, et al. *Int Angiology*. 2001;20(suppl 2 to issue n°2):1-73. Lyseng-Williamson K, Perry C. *Drugs*. 2003;63:71-100.

6 tiêu chí cần có của thuốc trợ tĩnh mạch
Evidence-based mode of action of the main venoactive drugs

| Category | Drug | Trương lực TM | Van và thành TM | Rò rỉ mao mạch | Dẫn lưu bạch huyết | Ko rối loạn huyết động | Thu nhặt gốc tự do |
|---------------------------------|--|---------------|-----------------|----------------|--------------------|------------------------|--------------------|
| Flavonoids (gamma-benzopyrones) | Daflon (MPFF) | + | + | + | + | + | + |
| | • Synthetic Diosmins | | | | | | |
| | • Rutin • Rutosides | + | | + | + | + | + |
| | • Anthocyanins | | | | | | + |
| Saponins | • Escin • Horse chestnut seed extract | + | | + | | | + |
| | • Ruscus extract | + | | + | | | |
| Other herbal extracts | • Ginkgo extracts | | | | | | |
| Synthetic products | • Calcium dobesilate | + | | + | + | + | + |
| | • Benzarone • Naphtazon | | | | | | |

Phương pháp điều trị ngoại khoa
PHẪU THUẬT LẤY BỎ TĨNH MẠCH HIỀN



ĐIỀU TRỊ NỘI MẠCH

- Chích xơ dưới hướng dẫn siêu âm
- Laser nội mạch
- RFA (sóng cao tần)
- Bơm keo tĩnh mạch (Venoseal)

| Type of Treatment | Vessels Treated |
|--|--|
| Radiofrequency ablation | Saphenous vein trunks Saphenous vein tributaries: Anterior thigh circumflex Intersaphenous vein Perforators |
| Endovenous laser ablation | Saphenous vein trunks Saphenous vein tributaries: Anterior thigh circumflex Intersaphenous vein Perforators |
| Ultrasound-guided sclerotherapy | Saphenous vein trunks Saphenous vein tributaries: Anterior thigh circumflex Intersaphenous vein Perforators Varicose veins not connected to saphenous vein trunks |
| Visual or surface sclerotherapy | Varicose veins Reticular veins Telangiectasias |
| Cutaneous lasers and intense pulse light | Reticular veins less than 2 mm in diameter Telangiectasias |

EVLA: Endovenous laser ablation

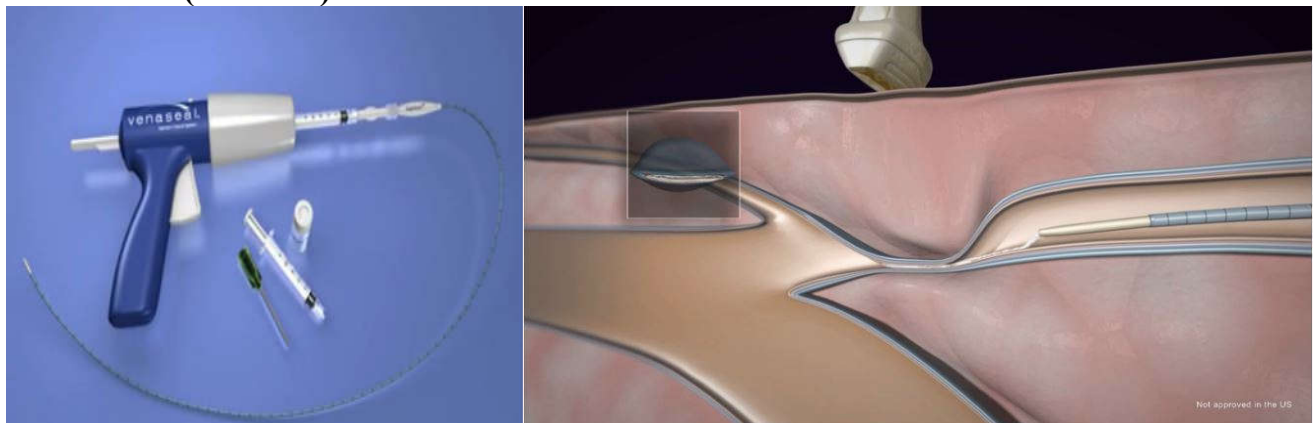
- Gây tổn thương nhiệt trực tiếp lên thành tĩnh mạch và lên máu.
- Máu đông lại ở nhiệt độ từ 70-80°C, sôi bốc hơi ở nhiệt độ 100°C và vón cục ở nhiệt độ từ 200-300°C.

RFA: SỰ CO LẠI CỦA COLLAGEN

Tác động của nhiệt trên thành tĩnh mạch:

- Liên kết nhạy với nhiệt bị phá vỡ ở 60°C
- Cấu trúc phân tử bắt đầu bị phá vỡ.
- Các sợi Collagen trở nên co rúm lại và dày hơn.
- Sợi collagen trong thành TM trở nên co rúm làm TM co lại và nghẽn tắc
- Quá trình xơ hóa diễn ra dần dần làm bít tắc TM

BƠM KEO (venoseal)



CHỈ ĐỊNH

Dẫn tĩnh mạch chi dưới từ độ C2 trở lên theo phân độ CEAP, có hiện diện dòng trào ngược TM hiển - đùi trên siêu âm Doppler.

Suy TM chi dưới có dòng trào ngược và dẫn chỗ nổi TM hiển – đùi (6-12mm) + chỉ số VDS từ 2 trở lên + đáp ứng kém với điều trị nội khoa sau 01 tháng. (RFA & EVLA)

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

- Tắc TM sâu huyết khối, HC sau tắc TM sâu.
- Rối loạn đông máu nặng.
- Bệnh tim phổi mạn tính mất bù.
- BN từ chối thủ thuật.
- Cân nhắc không nên áp dụng khi kích thước TM hiển dưới 5mm, hoặc nằm nông sát dưới da. (RFA & EVLA)

Chỉ số VDS (Venous Disability Score)

Độ 0: Không có triệu chứng.

Độ 1: Có triệu chứng, có thể thực hiện được các công việc hàng ngày mà KHÔNG cần hỗ trợ điều trị bảo tồn và mang vớ áp lực.

Độ 2: Có triệu chứng, có thể thực hiện được các công việc hàng ngày, nhưng CẦN hỗ trợ điều trị bảo tồn và mang vớ áp lực.

Độ 3: Có triệu chứng, KHÔNG thể thực hiện được các công việc hàng ngày BẤT CHẤP hỗ trợ điều trị bảo tồn và mang vớ áp lực.

EVLA & RFA – KỸ THUẬT :

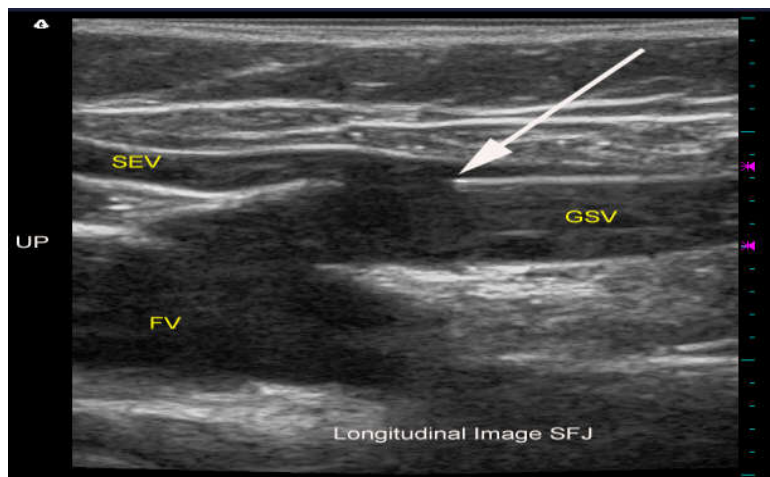
- Được thực hiện dưới gây tê tại chỗ (dung dịch NaHCO₃ pha với Lidocaine và Adrenaline)



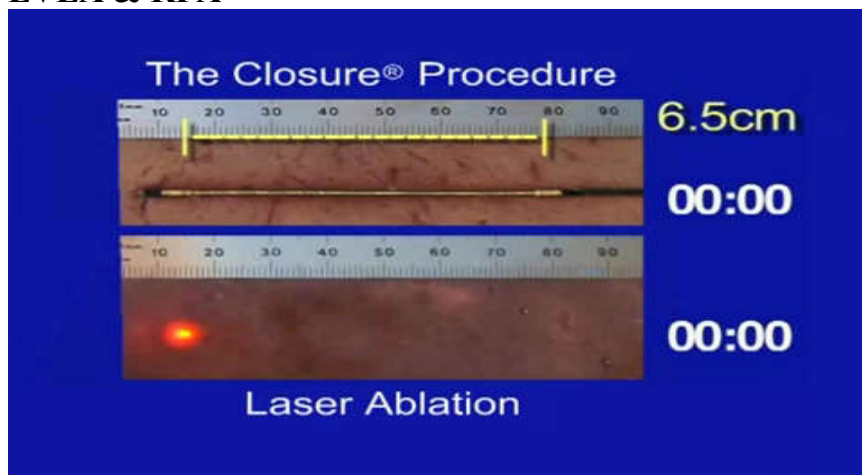
- Dưới hướng dẫn của siêu âm, catheter được luồn dưới da của bệnh nhân bằng sheath 4 Fr hay 5 Fr (Laser) & 7 Fr (RFA).



- Vị trí đầu cách chỗ nối giữa tĩnh mạch hiển lớn với tĩnh mạch đùi hay tĩnh mạch khoeo 2cm.
- Sợi laser có thể được kích hoạt và rút từ từ với 1 tỷ lệ là 1-2mm/s cho 10 cm đầu tiên và 2-3 mm/s cho đoạn tĩnh mạch còn lại.
- RFA đốt từng đoạn 7cm.



EVLA & RFA



EVLA & RFA – BIẾN CHỨNG

+ Tồn thương da do nhiệt: → tiêm nước xung quanh tĩnh mạch trước khi đốt , tuân thủ chống chỉ định cho những tĩnh mạch hiển nằm sát da.

+ Tồn thương tĩnh mạch đùi chung → Dùng siêu âm xác định chính xác vị trí của đầu catheter trước khi phát xung laser.

+ Các biến chứng hiếm :

- Huyết khối tĩnh mạch sâu (0,3%)
- Máu tụ (0,3%)
- Huyết khối tĩnh mạch nông (1,3%)
- Tê vùng da khu trú thoáng qua (3%)

**THỰC HÀNH CẢNH GIÁC DƯỢC TRONG ĐIỀU TRỊ LAO
TẠI TRUNG TÂM Y TẾ TP.CHÂU ĐỐC TỈNH AN GIANG NĂM 2016 -2017**

*Phạm Quang Quốc Uy, Lê Hoàn Vinh, Phạm Thị Thùy Linh,
Lâm Sơn Hải, Đỗ Lê Minh Tiến, Nguyễn Hồng Thanh*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), trong năm 2016 có khoảng 10,4 triệu người mắc bệnh lao, Việt Nam nằm trong số 20 nước có gánh nặng bệnh lao cao nhất toàn cầu(1). Năm 2016, tổng số trường hợp bệnh lao được phát hiện lên đến 106.527, số người mắc lao phổi chiếm đến 81%(1). Số liệu từ chương trình Chống lao quốc gia cho thấy, mỗi năm có gần 14.000 người chết do bệnh lao. Đây là con số không nhỏ mặc dù sự chẩn đoán và điều trị lao không còn khó khăn như trước đây(2).

Năm 2016, 2017 toàn thành phố Châu Đốc thu dung và điều trị 634 bệnh nhân lao, trong đó lao mới là 453 bệnh nhân, chiếm 71,45%(3). Phác đồ điều trị chính cho bệnh nhân là phác đồ 1 với 2 tháng tấn công và 4 tháng duy trì. Một trong những nguyên nhân bỏ trị là do bệnh nhân gặp phải những phản ứng bất lợi/ tác dụng không mong muốn của thuốc điều trị, những phản ứng bất lợi này ảnh hưởng rất lớn đến sức khỏe của bệnh nhân lao. Khi bệnh nhân gặp phải những phản ứng bất lợi của thuốc, nguy cơ phải nhập viện điều trị tăng lên, tăng tỷ lệ bỏ trị, tăng tỷ lệ điều trị lao thất bại thậm chí tăng nguy cơ tử vong ở bệnh nhân. Gặp phản ứng bất lợi cũng khiến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trở nên kém hơn(4).

Đề tài hướng đến hai mục tiêu:

(1)Xác định tỷ lệ phản ứng có hại của thuốc điều trị lao phác đồ 1 trên bệnh nhân lao quản lý điều trị tại Trung tâm Y tế thành phố Châu Đốc tỉnh An Giang.

(2) Phân tích một số yếu tố liên quan tới phản ứng bất lợi của thuốc điều trị lao phác đồ 1

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:Bệnh nhân lao và hồ sơ bệnh án của bệnh nhân đang điều trị lao phác đồ 1, được tổ lao Trung tâm Y tế thành phố Châu Đốc thu dung điều trị trong khoảng thời gian từ tháng 08 đến tháng 12 năm 2017.

Thiết kế nghiên cứu:Nghiên cứu dọc (longitudinal study).

Phương pháp chọn mẫu: Mẫu nghiên cứu được lấy toàn bộ 122 bệnh nhân lao ở 07 tổ lao của 07 phường, xã trên địa bàn thành phố Châu Đốc, tỉnh An Giang.

Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân được phỏng vấn trực tiếp về tiền sử bệnh, tình trạng bệnh, khám lâm sàng trước khi bắt đầu điều trị. Trong quá trình điều trị bệnh nhân tiếp tục được theo dõi sức khỏe, diễn tiến điều trị trên lâm sàng hàng tuần cho đến khi kết thúc điều trị. Riêng các xét nghiệm cận lâm sàng (AST, ALT, GGT, Acid uric máu và creatinin huyết) được thực hiện tại tuần 08 (kết thúc giai đoạn tấn công) và tuần 20 .

Công cụ thu thập số liệu:Phiếu phỏng vấn được xây dựng dựa trên “*Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao*”(5), ban hành kèm theo Quyết định số 4263/QĐ-BYT ngày 13 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, bao gồm các nội dung: Các yếu tố nhân khẩu học; Tiền sử bệnh tật của bản thân và gia đình; hành vi nguy cơ như sử dụng rượu bia. Tiền sử mắc các bệnh liên quan đến gan, thận, khớp, tiền sử dị ứng của bản thân và gia đình; Diễn tiến sức khỏe của bệnh nhân, bao gồm thay đổi về cân nặng, kết quả âm hóa đàm, các triệu chứng bệnh (ho-khạc đờm, sốt về chiều, khó thở, đau ngực, mệt mỏi kém ăn gầy sút) tại 03 thời điểm tuần

0, tuần 8 và tuần 20 từ khi bắt đầu điều trị. Các phản ứng bất lợi của thuốc, và các kết quả cận lâm sàng.

Khái niệm dùng trong nghiên cứu:

Phản ứng bất lợi của thuốc: là những bất thường về sức khỏe gặp phải trong thời gian dùng thuốc điều trị mà trước khi dùng thuốc không có.

Bệnh nhân gày: Là bệnh nhân có BMI < 18,5 kg/m².

Phân tích số liệu: Số liệu được nhập bằng phần mềm Epi data, phân tích số liệu bằng SPSS, tần số và tỷ lệ được dùng để mô tả các biến định tính, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng được dùng để mô tả biến định lượng. Các phân tích cho số liệu đo lường lặp lại sẽ được sử dụng để xác định mối liên quan giữa một số yếu tố với tình trạng sức khỏe của bệnh nhân

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

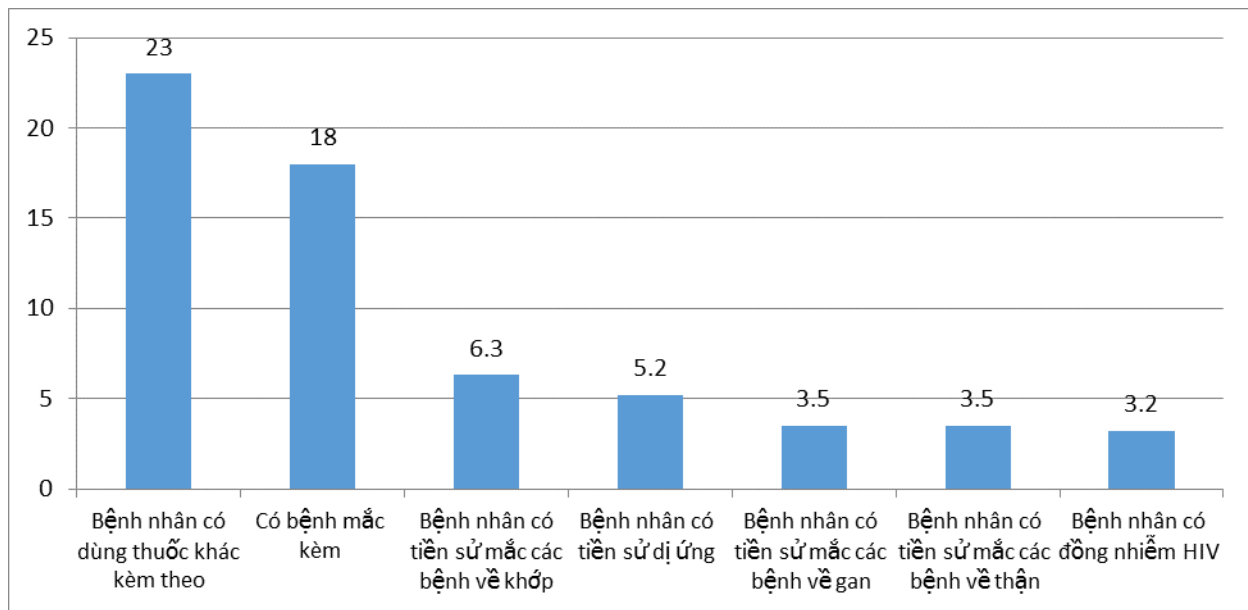
1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1 *Error! Bookmark not defined.: Thông tin chung của bệnh nhân tham gia nghiên cứu*

| | <i>Nữ (n=39; 32,0%)</i> | | <i>Nam (n=83; 68,0%)</i> | | <i>Chung (N=122)</i> | |
|--|----------------------------|----------|--------------------------|----------|----------------------|----------|
| | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
| <i>Nhóm tuổi</i> | Tuổi TB (SD): 46,69 (13,7) | | | | | |
| Từ 18 đến 30 | 6 | 15,38 | 10 | 12,05 | 16 | 13,11 |
| Từ 31 đến 50 | 21 | 53,85 | 42 | 50,60 | 63 | 51,64 |
| Từ 51 đến 77 | 12 | 30,77 | 31 | 37,35 | 43 | 35,25 |
| <i>Nghề nghiệp</i> | | | | | | |
| CBCNV | 1 | 2,56 | 2 | 2,41 | 3 | 2,46 |
| Làm ruộng | 2 | 5,13 | 14 | 16,87 | 16 | 13,11 |
| Nội trợ | 13 | 33,33 | 1 | 1,20 | 14 | 11,48 |
| Làm thuê | 6 | 15,38 | 38 | 45,78 | 44 | 36,07 |
| Thất nghiệp | 12 | 30,77 | 18 | 21,69 | 30 | 24,59 |
| Khác | 6 | 15,38 | 10 | 12,05 | 16 | 13,11 |
| <i>Học vấn</i> | | | | | | |
| Dưới THCS | 20 | 51,28 | 44 | 53,01 | 64 | 52,46 |
| Từ THCS trở lên | 19 | 48,72 | 39 | 46,99 | 58 | 47,54 |
| <i>Kinh tế gia đình</i> | | | | | | |
| Nghèo | 22 | 56,41 | 54 | 65,06 | 76 | 62,30 |
| Không nghèo | 17 | 43,59 | 29 | 34,94 | 46 | 37,70 |
| <i>BMI</i> | | | | | | |
| Gày | 14 | 35,90 | 36 | 43,37 | 50 | 40,98 |
| Bình thường | 25 | 64,10 | 47 | 56,63 | 72 | 59,02 |
| <i>Mức độ sử dụng rượu bia trong tuần</i> | | | | | | |
| Không lần nào | 33 | 84,62 | 23 | 27,71 | 56 | 45,90 |
| 1-2 lần | 3 | 7,69 | 21 | 25,30 | 24 | 19,67 |

| | | | | | | |
|---------|---|------|----|-------|----|-------|
| 3-5 lần | 2 | 5,13 | 25 | 30,12 | 27 | 22,13 |
| > 5 lần | 1 | 2,56 | 14 | 16,87 | 15 | 12,30 |

Tỷ lệ bệnh nhân làm ruộng là 13,1%; có 43 bệnh nhân làm thuê (35,0%). Gần 90% bệnh nhân có học vấn dưới cấp II, và 62,3% bệnh nhân sống trong hộ gia đình có kinh tế nghèo. Trong tổng số 122 bệnh nhân, có 83 bệnh nhân nam (68,0%), còn lại là bệnh nhân nữ. Tỷ lệ bệnh nhân từ 31 đến 50 tuổi là 51,6%, tỷ lệ trên 50 tuổi là 35,3% còn lại là 13,1%. Có 41% bệnh nhân có thể trạng gầy, còn lại là BMI bình thường ở thời điểm đăng ký điều trị. Có 27 người (22,1%) sử dụng rượu bia từ 03 đến 05 lần trong một tuần, và có 15 người (12,3%), sử dụng rượu bia nhiều hơn 05 lần trong một tuần.



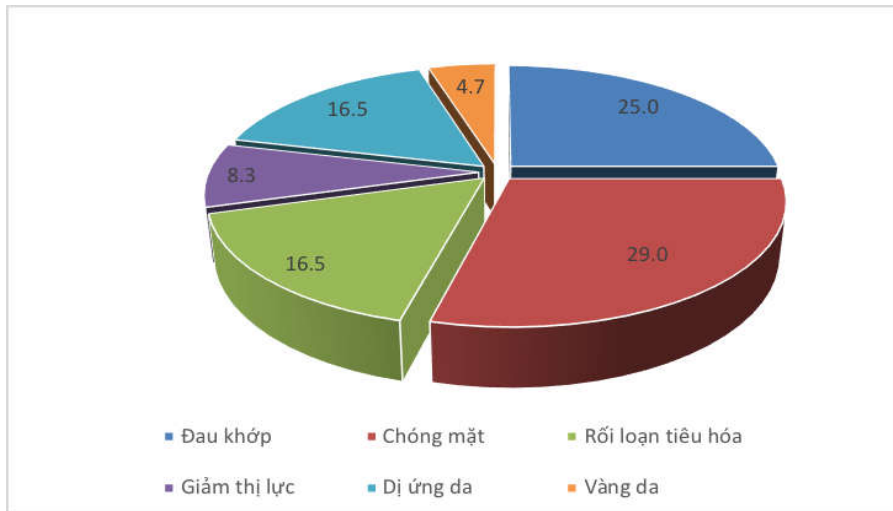
Biểu đồ 1.1: Tiền sử bệnh tật và dùng thuốc của đối tượng nghiên cứu ở thời điểm đăng ký điều trị (N=122)

Trong 122 bệnh nhân, có 22 bệnh nhân (18,0%) có các mắc các bệnh khác cùng với lao. Có đến 28 (23,0%) bệnh nhân có sử dụng ít nhất một loại thuốc ngoài thuốc lao. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử dị ứng là 5,2%. Có 20 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ là 18% có tiền sử mắc các bệnh liên quan đến gan, thận và khớp và các bệnh khác. Có 04 bệnh nhân đồng nhiễm HIV, chiếm tỷ lệ 3,2%.

2. Phản ứng bất lợi của bệnh nhân điều trị lao theo phác đồ 1

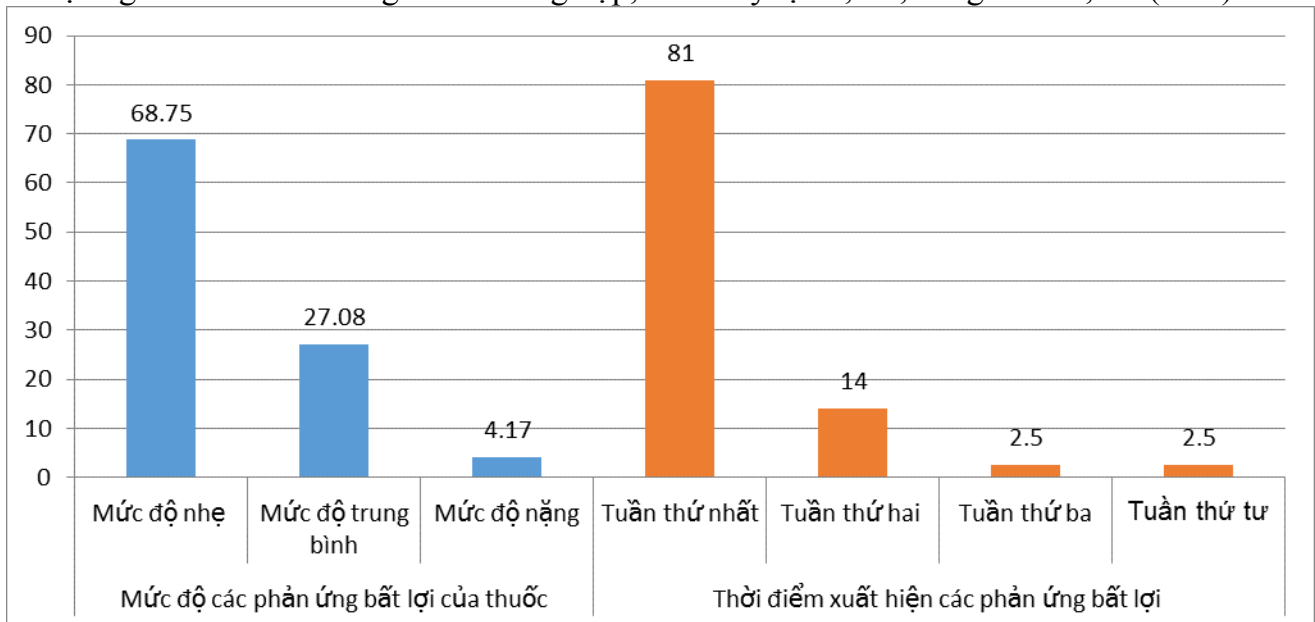
Phản ứng bất lợi của thuốc điều trị lao phác đồ 1

Trong thời gian điều trị, có 48 biểu hiện bất thường sức khỏe (phản ứng bất lợi của thuốc) xuất hiện ở 46 bệnh nhân. Có 33 trường hợp mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ 68,75%, mức độ trung bình có 13 trường hợp (27,08%), 02 trường hợp nặng chiếm tỷ lệ 4,17%.



Biểu đồ 2.1: Phân bố phản ứng bất lợi của thuốc bệnh nhân lao gặp phải (n=48)

Trong các bất thường về sức khỏe trên lâm sàng nghiên cứu ghi nhận được, triệu chứng chóng mặt chiếm tỷ lệ cao nhất 29% (14/48 dấu hiệu), đau khớp là 12 (25%), rối loạn tiêu hóa và dị ứng da mỗi bất thường có 8 trường hợp, chiếm tỷ lệ 16,5%, vàng da là 4,7% (2/48).



Biểu đồ 2.2: Mức độ và thời điểm xuất hiện các phản ứng bất lợi của thuốc (n=48)

Trong 48 biểu hiện bất thường về sức khỏe của bệnh nhân lao trên lâm sàng, (46 bệnh nhân), có 33 trường hợp mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ 68,75%, mức độ trung bình có 13 trường hợp (27,08%), 02 trường hợp nặng chiếm tỷ lệ 4,17%.

Có 81% các biểu hiện bất thường của thuốc xuất hiện ở tuần điều trị đầu tiên, 14% xuất hiện ở tuần thứ hai, chỉ có 5% xuất hiện sau tuần thứ ba của quá trình điều trị.

3. Một số yếu tố liên quan đến phản ứng bất lợi của thuốc

Bảng 3.1: Mối liên quan giữa phản ứng bất lợi của thuốc với một số yếu tố

| Đặc điểm | n | Có phản ứng bất lợi n(%) | Mô hình 1* OR (CI95%) | Mô hình 2 ^s OR (CI95%) |
|-------------------------|----|--------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| Giới tính | | | | |
| Nữ | 39 | 19 (48,72) | | |
| Nam | 83 | 27 (32,53) | 0,51 (0,23; 1,1) | 0,06 (0,1; 0,34) |
| Kinh tế gia đình | | | | |
| Không nghèo | 76 | 22 (28,95) | | |
| Nghèo | 46 | 24 (52,17) | 2,68(1,25; 5,74) | 2,66 (1,21; 7,23) |
| BMI | | | | |
| Bình thường | 72 | 17 (23,61) | | |
| Gày | 50 | 29 (58,0) | 4,46 (2,04; 9,76) | 4,75 (1,91; 11,8) |
| Uống rượu | | | | |
| Không uống | 56 | 15 (26,79) | | |
| Có uống | 66 | 31 (46,97) | 2,42 (1,13; 5,2) | 14,07 (2,68; 73,79) |

* Hồi qui logistics đơn biến

^s Hồi qui logistic đa biến

Bệnh nhân nam có khả năng gặp phản ứng bất lợi của thuốc chỉ bằng 6% so với bệnh nhân nữ (OR=0,06; CI95%OR: 0,1; 0,34) khi có cùng các đặc tính khác trong mô hình. Những bệnh nhân sống trong gia đình nghèo có khả năng gặp phản ứng bất lợi cao gấp 2,66 lần những bệnh nhân trong gia đình không nghèo (OR=2,66; CI95%OR: 1,21; 7,23). Ở thời điểm bắt đầu điều trị, những bệnh nhân gày có khả năng gặp phản ứng bất lợi của thuốc cao gấp 4,75 lần những bệnh nhân không gày (OR=4,75; CI95%OR: 1,91; 11,8). Nếu có cùng các đặc điểm khác như giới tính, học vấn, BMI, kinh tế hộ gia đình... thì những bệnh nhân uống rượu trong vòng 1 tuần trước khi vào điều trị có khả năng gặp phản ứng bất lợi của thuốc cao gấp 14,07 lần những bệnh nhân không uống rượu (OR=14,07; CI95%OR: 2,68; 73,79). Chưa thấy có mối liên quan giữa tuổi, nghề nghiệp, học vấn và tiền sử mắc bệnh kèm theo hoặc dị ứng với việc gặp phải phản ứng bất lợi của thuốc điều trị lao ($p>0,05$).

BÀN LUẬN

Phản ứng bất lợi của thuốc

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ bất thường về sức khỏe trên lâm sàng tương đương với tác giả Guo và cộng sự(6) nhưng lại cao hơn so với nghiên cứu của Hoàng Như Dũng(7) với tỷ lệ gặp phản ứng bất lợi là 36,6%; kết quả trên cũng cao hơn nghiên cứu của nhóm tác giả Dedun(8) thực hiện trên 974 bệnh nhân lao điều trị phác đồ 1 với tỷ lệ gặp phản ứng bất lợi chỉ là 7,79%. Điều này có thể lý giải, do nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành theo dõi bệnh nhân trong khoảng thời điều trị và ghi nhận những phản ứng bất lợi bệnh nhân gặp phải trong quá trình dùng thuốc. Chúng tôi chưa khám kỹ càng và loại trừ được các bất thường có thể do yếu tố khác mang lại. Chính vì vậy tỷ lệ trong nghiên cứu ở Châu Đốc có thể cao hơn thực tế. Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi lại thấp hơn nghiên cứu của Hanxiqin và

cộng sự(9) với tỷ lệ 74% bệnh nhân điều trị lao, xuất hiện tác dụng không mong muốn một cách rõ ràng. Tỷ lệ của nghiên cứu chúng tôi thấp hơn, vì nghiên cứu của chúng tôi chỉ tiến hành theo dõi bệnh nhân trong khoảng thời gian tham gia đến kết thúc điều trị, chỉ trong vòng 06 tháng, nên có thể bỏ sót những ADR của thuốc, hoặc các biến cố khác xuất hiện muộn hơn sẽ không được ghi nhận. Mặt khác, do hạn chế về nguồn lực nên các bất thường về sức khỏe khác về tâm thần và một số xét nghiệm cận lâm sàng khác theo hướng dẫn của bộ Y tế đã không được tiến hành trong nghiên cứu tại Châu Đốc.

Yếu tố liên quan đến phản ứng bất lợi của thuốc

Thể trạng bệnh nhân: Bệnh nhân gầy có nguy cơ/ khả năng gặp những phản ứng bất lợi của thuốc cao hơn bệnh nhân không gầy. Kết quả này tương tự với nghiên cứu khác(9), đối với những bệnh nhân có BMI<18,5 (gầy), nồng độ thuốc trong huyết thanh của họ cao hơn ở những bệnh nhân có trọng lượng cơ thể bình thường, dẫn đến tần suất xuất hiện ADR của thuốc, cũng như các bất thường khác về sức khỏe sẽ cao hơn so với những bệnh nhân có BMI lớn hơn. Mặt khác, lượng chất dinh dưỡng đầy đủ là quan trọng cho sự toàn vẹn của quá trình chuyển hóa gan và giải độc các thuốc lao, vì hệ thống enzyme cytochrome P450 bị ảnh hưởng bởi tình trạng suy dinh dưỡng(10).

Kinh tế hộ gia đình: Những bệnh nhân thuộc gia đình nghèo có khả năng gặp phản ứng bất lợi của thuốc cao hơn bệnh nhân thuộc gia đình không nghèo. Kết quả này tương tự một số nghiên cứu khác(11). Có thể thấy kết quả này là phù hợp, vì đối tượng có hoàn cảnh kinh tế nghèo, thường là những đối tượng phải vất vả kiếm sống, lao động nặng nhọc trong những môi trường dễ bị tổn thương như tiếng ồn, khói bụi, ô nhiễm, thêm vào đó là tình trạng dinh dưỡng kém, ý thức về giữ gìn và bảo vệ sức khỏe thấp, nên tần suất xuất hiện những bất thường về sức khỏe cũng cao hơn nhóm còn lại.

Uống rượu: Tỷ lệ gặp bất thường về sức khỏe trên lâm sàng trong những người có uống cao hơn nhóm không uống rượu. Tương tự, một nghiên cứu về lạm dụng rượu và lao ở Hoa Kỳ được tiến hành trong số những người từ 15 tuổi trở lên. Kết quả cho thấy, việc sử dụng quá nhiều rượu dẫn đến sự âm hóa đờm bị giảm, gặp ADR nhiều, nguy cơ tử vong trong điều trị bệnh lao tăng lên so với người không sử dụng nhiều rượu (12). Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng sự tồn tại trong tế bào và tăng trưởng của M. tuberculosis trong các đại thực bào của con người tăng lên khi tiếp xúc với rượu.

Nồng độ AST, ALT, GGT, tăng dần theo thời gian điều trị của bệnh nhân khi đã cân nhắc các yếu tố tuổi, giới, kinh tế gia đình, bệnh mắc kèm... như các yếu tố nhiễu.

Hướng dẫn chẩn đoán, dự phòng và điều trị bệnh lao do Bộ Y tế ban hành, có ghi rõ, nguyên gây ra các tổn thương gan do bệnh lao là các thuốc chống lao hàng 1, cụ thể: INH+Rifampicin>INH một mình>Pyrazinamid một mình> Rifampicin một mình.(13)

INH được chuyển hóa và giải phóng chủ yếu ở gan, tạo thành Acetyl diazine là chất chuyển hóa độc hại hoặc có thể phân hủy thành ion acetyl onium, có thể liên kết cộng hóa trị với các đại phân tử gan dẫn đến tổn thương gan. Ngoài ra, thủy phân trực tiếp INH mà không cần acetyl hóa tạo ra hydrazin cũng có thể gây tổn thương gan. Sự trao đổi chất INH thông qua con đường nhỏ này được tăng lên gấp mười lần trong nhóm người acetyl hóa chậm, đặc biệt là kết hợp với rifampicin.(14). Về phần Rifampicin, thuốc là một chất gây cảm ứng mạnh của nhiều con đường chuyển hóa enzyme trong hệ thống cytochrome P450 (CYP3A4) đặc biệt thông qua các thụ thể của tế bào gan.(15). Việc kích hoạt CYP3A4 dẫn đến tăng sự trao đổi

chất của isoniazid tạo ra các chất chuyển hóa độc hại, do đó giải thích hiệu ứng chuyển hóa của rifampicin trong thuốc chống lao gây ra độc tính với gan.

Nồng độ creatinine cũng tăng dần theo thời gian điều trị của bệnh nhân, đến tuần 20 creatinine tăng có ý nghĩa thống kê so với thời điểm bắt đầu điều trị ($p < 0,05$) khi đã cân nhắc các yếu tố tuổi, giới, kinh tế gia đình, bệnh mắc kèm... như các yếu tố nhiễu.

Mặc dù không phổ biến, rifampin là thuốc chống lao thường xuyên nhất liên quan đến viêm thận kẽ cấp tính (16). Rifampicin có chức năng như một phân tử, khi liên kết với protein, tạo ra phản ứng miễn dịch bằng cách tạo kháng thể kháng rifampicin (17). Do đó, khi tiếp xúc lại với rifampicin, cơ thể bệnh nhân hình thành các phức hợp kháng thể thuốc dẫn đến tổn thương tế bào thận (12). Phác đồ 1 theo quy định của BHYT duy trì Rifampicin trong suốt 06 tháng, 02 tháng tấn công và 04 tháng duy trì, việc dùng thuốc liên tục làm tăng khả năng rifampicin gây các tác dụng không mong muốn lên chức năng thận, mà ở đây là làm tăng nồng độ Creatinin huyết.

Acid uric ở các thời điểm 8 tuần và 20 tuần tăng có ý nghĩa thống kê so với thời điểm bắt đầu điều trị ($p < 0,05$) khi đã cân nhắc các yếu tố tuổi, giới, kinh tế gia đình. Kết quả này là phù hợp, do nồng độ acid uric trong huyết thanh thường tăng cao ở những bệnh nhân sử dụng pyrazinamide do chất chuyển hóa là Pyrazinoid ức chế đào thải acid uric vào nước tiểu (16). Đồng thời tăng acid uric máu đã được báo cáo trong 43% đến 100% bệnh nhân được điều trị bằng pyrazinamide một mình hoặc kết hợp với các thuốc chống lao khác (17).

KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận 48 biểu hiện bất thường về sức khỏe của bệnh nhân lao trên lâm sàng, (46 bệnh nhân), có 33 trường hợp mức độ nhẹ, chiếm tỷ lệ 68,75%, mức độ trung bình có 13 trường hợp (27,08%), 02 trường hợp nặng chiếm tỷ lệ 4,17%. Có 81% các biểu hiện bất thường của thuốc xuất hiện ở tuần điều trị đầu tiên, 14% xuất hiện ở tuần thứ hai, chỉ có 5% xuất hiện sau tuần thứ ba của quá trình điều trị.

Những bệnh nhân nghèo có nguy cơ gặp các bất thường về sức khỏe cao gấp 2,7 lần so với những bệnh nhân không nghèo (OR=2,7; CI95% OR: 1,25; 5,9), $p < 0,05$. Những bệnh nhân có thể trạng gầy có nguy cơ gặp bất thường về sức khỏe cao gấp 4,5 lần những bệnh nhân không gầy (OR=4,5; CI95%OR: 2,0; 9,8), $p < 0,001$. Những bệnh nhân uống rượu có nguy cơ gặp ADR cao gấp 2,4 lần so với những người không uống rượu (OR=2,4; CI95%OR: 1,12; 5,2), $P < 0,05$.

Nồng độ AST, ALT, GGT, tăng dần theo thời gian điều trị của bệnh nhân khi đã cân nhắc các yếu tố tuổi, giới, kinh tế gia đình, bệnh mắc kèm... như các yếu tố nhiễu. Nồng độ creatinine cũng tăng dần theo thời gian điều trị của bệnh nhân, đến tuần 20 creatinine tăng có ý nghĩa thống kê so với thời điểm bắt đầu điều trị ($p < 0,05$). Acid uric ở các thời điểm 8 tuần và 20 tuần tăng có ý nghĩa thống kê so với thời điểm bắt đầu điều trị ($p < 0,05$).

KHUYẾN NGHỊ

1. Kiểm tra sức khỏe toàn diện của bệnh nhân lao khi bắt đầu tham gia điều trị, tập trung kiểm soát các yếu tố có thể làm gia tăng các vấn đề về sức khỏe của bệnh nhân như tiền sử bệnh gan, cũng như các bệnh mãn tính khác.

2. Chú ý theo dõi và đánh giá bất thường về sức khỏe đối với bệnh nhân có dùng rượu bia tại thời điểm bắt đầu điều trị, BMI < 18,5, hoàn cảnh kinh tế nghèo từ đó gia tăng các biện pháp tư vấn và can thiệp kịp thời khi xuất hiện các bất thường về sức khỏe

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Global tuberculosis report 2017. Geneva: World Health Organization, 2018.
2. Organization WH. Global tuberculosis report 2017: World Health Organization, Geneva, Switzerland; 2016.
3. Đốc TtYttpC. Báo cáo công tác phòng chống bệnh truyền nhiễm năm 2017. 2017.
4. Triệu Nguyên Trung. Gánh nặng bệnh lao toàn cầu và Chiến lược chấm dứt bệnh lao của WHO. Viện Sốt rét ký sinh trùng Quy Nhơn. 2016.
5. Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao (Ban hành kèm theo Quyết định số: 4263/QĐ-BYT ngày 13 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ y tế), (2015).
6. Guo N, Marra F, Fitzgerald JM, Elwood RK, Marra CA. Impact of adverse drug reaction and predictivity of quality of life status in tuberculosis. *The European respiratory journal*. 2010;36(1):206-8.
7. Hoàng Như Dũng và cộng sự. *Nghiên cứu lâm sàng và một thông số cận lâm sàng tác dụng phụ của thuốc chống lao ở bệnh nhân điều trị lao tại Trung Tâm Y tế Phú Vang năm 2012 -2013. Tạp chí Y học Thực Hành*. 2014;Số 911(Số 6.2014).
8. Dedun AR, Borisagar GB, Solanki RN. Impact of adverse drug reaction of first line anti - tuberculous drugs on treatment outcome of tuberculosis under revised national tuberculosis control programme. 2017. 2017;4(3):5.
9. Han XQ, Pang Y, Ma Y, Liu YH, Guo R, Shu W, et al. Prevalence and Risk Factors Associated with Adverse Drug Reactions among Previously Treated Tuberculosis Patients in China. *Biomedical and environmental sciences : BES*. 2017;30(2):139-42.
10. Burk O, Koch I, Raucy J, Hustert E, Eichelbaum M, Brockmoller J, et al. The induction of cytochrome P450 3A5 (CYP3A5) in the human liver and intestine is mediated by the xenobiotic sensors pregnane X receptor (PXR) and constitutively activated receptor (CAR). *The Journal of biological chemistry*. 2004;279(37):38379-85.
11. Muture BN, Keraka MN, Kimuu PK, Kabiru EW, Ombeka VO, Oguya F. Factors associated with default from treatment among tuberculosis patients in Nairobi province, Kenya: a case control study. *BMC public health*. 2011;11:696.
12. Volkmann, Moonan, Miramontes, Oeltmann. Tuberculosis and excess alcohol use in the United States, 1997–2012. 2015;International Union Against Tuberculosis and Lung Disease.
13. tế BY. Hướng dẫn chẩn đoán và dự phòng bệnh lao 2015.
14. G.R S, C I, S K, . Rifampin-induced release of hydrazine from isoniazid. A possible cause of hepatitis during treatment of tuberculosis with regimens containing isoniazid and rifampin. *Am Rev Respir Dis* 1996. 1996.
15. O B, I. K, J R. the induction of cytochrome P450 3A5 (CYP3A5) in the human liver and intestine is mediated by the xenobiotic sensors pregnane X receptor (PXR) and constitutively activated receptor (CAR). *J Biol Chem*. 2004;279:38379–38385.
16. Hằng TTT. Dược lực học 2012.
17. TN S, NK J, BB M, al e. Hyperuricemia and arthralgia during pyrazinamide therapy.;*Ind J Tub*. 28(2).

TỶ SỐ RPR (RDW/TIỂU CẦU) TRONG TIÊN LƯỢNG TÌNH TRẠNG XƠ HÓA GAN Ở BỆNH NHÂN VIÊM GAN B MẠN

TS. Châu Hữu Hậu

TÓM TẮT

Tỷ số RPR (RDW/tiểu cầu) trong tiên lượng tình trạng xơ hóa gan ở bệnh nhân viêm gan B mạn. Hồi cứu trên bệnh nhân viêm gan B mạn từ tháng 2/2018 đến tháng 9/2018 với 236 bệnh nhân để nghiên cứu về chỉ số RPR cùng với các chỉ số khác. Chúng tôi nhận thấy chỉ số RPR có ý nghĩa tiên lượng trong chẩn đoán tình trạng xơ hóa gan cũng như các chỉ số truyền thống khác như AAR (AST/ALT) và FIB-4. Đây là các chỉ số rẽ tiền, không xâm lấn, dễ tuân thủ mà bất cứ phòng xét nghiệm nào cũng làm được. Chỉ số RPR, AAR và FIB-4 có thể thay cho tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán tình trạng xơ hóa gan là sinh thiết gan, hoặc cho fibroscan ở nơi chưa có điều kiện trang bị.

SUMMARY

RPR Ratio (RDW/platelet counts) in prognosis of liver fibrosis in patients with chronic hepatitis B. We had a retrospective study in chronic hepatitis B patients from February 2018 to September 2018 with 236 patients for the RPR ratio along with other indicators. We found that the RPR was prognostically predictive of liver fibrosis status as well as other traditional indicators such as AAR (AST/ALT) and FIB-4. These are non-invasive, easily monitored indicators that any laboratory can do. RPR, AAR and FIB-4 can replace the gold standard for the diagnosis of liver fibrosis, liver biopsy, or for fibroscan where there are no this facility.

MỞ ĐẦU

Tình trạng xơ hóa gan và xơ gan là nguyên nhân chính gây bệnh suất và tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân viêm gan B mạn. Mặc dầu điều trị kháng virus đã làm giảm đáng kể nguy cơ tình trạng xơ hóa và xơ gan, một số bệnh nhân vẫn còn có thể phát triển tiên tiến đến tình trạng xơ hóa và xơ gan. Hiện tại, sinh thiết gan vẫn là tiêu chuẩn vàng để đánh giá mô học gan. Tuy nhiên, đây là một thủ thuật xâm lấn và tốn kém và một số nguy cơ biến chứng nhỏ do lấy mẫu. Do đó, một số phương pháp không xâm lấn đơn giản và kinh tế tạo sự chú ý trong đánh giá mức độ mô học gan.

TỔNG QUAN

Một số phương pháp không xâm lấn sử dụng các xét nghiệm, điểm số và các chỉ số dự đoán xơ hóa gan đã được đề xuất trong quá khứ thập kỷ, chẳng hạn như FibroTest và Fibroindex, tỷ lệ AST/ALT, APRI và FIB-4. Tuy nhiên, những phương pháp này thường được nghiên cứu trên bệnh nhân viêm gan C. Gần đây, một số mô hình dựa trên bệnh nhân VG B đã được báo cáo, nhưng chúng khó sử dụng trên lâm sàng vì sử dụng các dấu hiệu sinh hóa ít phổ biến hoặc yêu cầu sử dụng của một chương trình máy tính đặc biệt. Hơn nữa, độ chính xác và độ tin cậy của các xét nghiệm này chưa tối ưu trong dự đoán xơ hóa gan. Do đó, các nghiên cứu bổ sung là cần thiết để xác định đơn giản, chính xác và thường xuyên có sẵn phương pháp⁽⁷⁾.

Số lượng máu toàn phần (CBC) là một xét nghiệm thường xuyên nhất trong phòng thí nghiệm lâm sàng. Kiểm tra CBC chuẩn bao gồm bạch cầu (WBC), hồng cầu (RBC) và tiểu cầu cũng như các chỉ số hình thái của chúng. Nhiều nghiên cứu khác nhau đã đánh giá các thông số huyết học CBC này để dự đoán mức độ nghiêm trọng của bệnh và nguy cơ tử vong. Ví dụ, số lượng tiểu cầu lưu hành đã được đề xuất như là một dấu ấn sinh học của xơ hóa gan và xơ gan.

RDW đã được báo cáo là có liên quan đến tử vong và các kết quả bất lợi nghiêm trọng khác ở tim, thận và bệnh truyền nhiễm. Nồng độ hemoglobin thấp (Hb) liên quan đến tỷ lệ tử vong. Dù có những mối tương quan này, các nghiên cứu đã đánh giá về mối liên hệ giữa các thông số này và kết cục mô học của bệnh gan ở bệnh nhân CHB còn rất ít⁽⁷⁾.

Người ta biết rằng nhiễm HBV mạn sẽ cuối cùng dẫn đến xơ gan, suy gan và ung thư biểu mô tế bào gan. Sinh thiết gan là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán mô học gan. Nhưng sinh thiết gan là một thủ thuật xâm lấn, chi phí cao, tuân thủ kém và có nhiều chống chỉ định nên sử dụng khá hạn chế, nhất là khi theo dõi bệnh nhân. Các phương pháp bao gồm các xét nghiệm và thuật toán trong phòng thí nghiệm đã trở nên phổ biến trong chẩn đoán và đánh giá tiên lượng. Trước đây, các xét nghiệm như axit hyaluronic huyết thanh, N-terminal peptide loại procollagen loại III, collagen loại IV và laminin, kết hợp với chỉ số FibroTest, cải thiện hiệu quả chẩn đoán và giảm tỷ lệ mắc sinh thiết gan không cần thiết.

Lượng biến thiên về thể tích và kích cỡ hồng cầu (RDW) phản ánh tính không đồng nhất của kích thước tế bào hồng cầu lưu hành. RDW đã được áp dụng rộng rãi cho chẩn đoán phân biệt thiếu máu cho nhiều thập kỷ. Trong những năm gần đây, RDW đã được báo cáo là tăng trong các bệnh mạch máu của hệ tim mạch (bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim, tăng áp phổi), bệnh thận mạn và lupus ban đỏ hệ thống, cũng như bệnh gan. Người ta đã tuyên bố rằng các giá trị RDW tăng cao có tương quan thuận với điểm MELD trong các tình trạng bệnh nhiễm virus viêm gan B khác nhau. Ngoài ra, RDW tăng lên với tình trạng xấu đi của độ Child–Pugh trong xơ gan⁽⁸⁾. Gần đây, đã có thêm nhiều báo cáo mối liên quan của RDW với tình trạng xơ hóa gan.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các BN đến khám và điều trị tại bệnh viện Nhật Tân vị bệnh viêm gan B mạn.

Đối tượng loại trừ: BN xét nghiệm không đầy đủ các chỉ số cần cho nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả

Thời gian nghiên cứu: Tháng 2/2018 đến tháng 9/2018 tại bệnh viện Nhật Tân

Cách tiến hành nghiên cứu: Tất cả BN có làm đủ các xét nghiệm: công thức máu, AST, ALT, các xét nghiệm viêm gan B như HBsAg, HBeAg... và có thực hiện đo mức độ xơ hóa gan bằng máy Fibroscan.

Các phương pháp tiên lượng tình trạng xơ hóa gan không xâm lấn:

Số lượng tiểu cầu <140 x 10⁹/l ngưỡng được dùng chẩn đoán xơ gan⁽¹⁾.

Tỷ suất AST/ALT: Tỷ suất >1 được dùng chẩn đoán xơ gan. AST và ALT được đo bằng UI/l⁽¹⁾.

Tỷ suất APRI (Aspartate aminotransferase-to-Platelet Ratio Index): Giới hạn trên bình thường của AST=(ASTGHTBT) là 28.2 theo hằng số sinh học người Việt Nam năm 1975. Tỷ suất này > 2 được dùng chẩn đoán xơ gan⁽²⁾.

Bảng điểm FIB-4: Công thức này tuổi được tính bằng năm, tiểu cầu bỏ 3 số không đằng sau. FIB-4 <1.45 (F0-F1), từ 1.75-3.25 (F2) và >3.25 (F3-F4).

$$FIB4 = Tuoi(nam) \times \frac{AST(UI/l)}{Tieucan(10^9/l) \times \sqrt{ALT(UI/l)}}$$

$$RPR = \frac{RDW(\%)}{Tieucan(10^9/l)}$$

Xử lý thống kê: Trích xuất các dữ liệu nghiên cứu vào Excel. Sau đó đưa vào SPSS phiên bản 16.0 để xử lý. Sự khác biệt giữa các nhóm ước lượng và xác nhận đã được kiểm tra bằng cách sử dụng Student's t-test cho các biến liên tục và χ^2 -test cho các biến phân loại. Độ chính xác của các mô hình và tỷ lệ tiêu cầu RDW (RPR) được đánh giá bằng cách xây dựng các đường cong ROC. Các điểm ngưỡng tối ưu của độ nhạy và độ đặc hiệu được xác định bởi chỉ số Youden. Các mô hình dự báo và RPR đã được xác nhận bằng phân tích chẩn đoán chuẩn về độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán dương và âm. Tất cả các giá trị p đều là 2 mặt, và các giá trị <0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

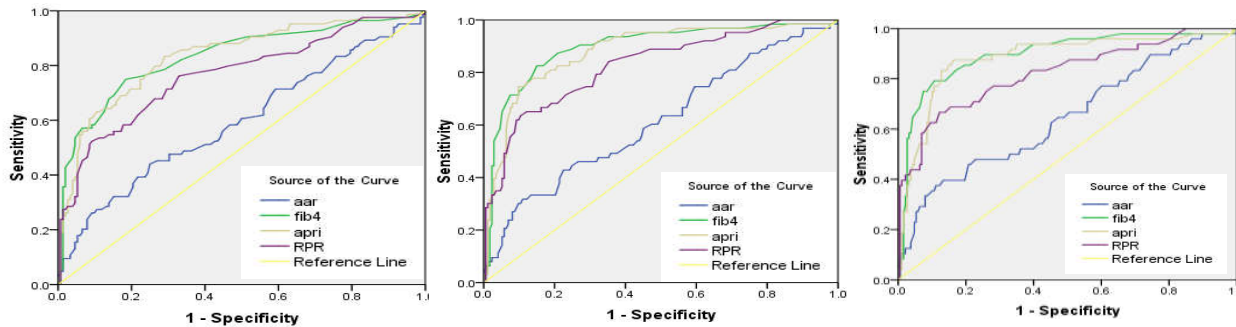
Bảng 1. Các đặc trưng cơ bản của BN viêm gan B được nghiên cứu

| Các đặc trưng | BN viêm gan B (n=236) |
|--|---------------------------|
| Nam (%) | 125 (53.0%) |
| Dân tộc | 168 (71.2%) |
| Tuổi, trung vị (năm) (IQR, tứ phân vị) | 51.0 (41.0-64.0) |
| Bạch cầu, trung vị (IQR) | 7.450 (5.960, 9,412) |
| Hồng cầu, trung vị (IQR) | 4.4 (4.1, 4.7) |
| Hemoglobin, trung vị (IQR) | 13.1 (12.2, 14.3) |
| RDW, trung vị (IQR) | 12.6 (12.2, 13.3) |
| Tiểu cầu, trung vị (IQR) | 246500 (191.500, 304.750) |
| AST, trung vị (IQR) | 30 (22.0-45.0) |
| ALT, trung vị (IQR) | 28 (19.0, 47.7) |
| Các giai đoạn của xơ gan | |
| F0 (%) | 141 (59.7%) |
| F1 (%) | 11 (4.7%) |
| F2 (%) | 21 (8.9%) |
| F3 (%) | 15 (6.4%) |
| F4 (%) | 48 (20.3%) |

Bảng 2. Độ chính xác chẩn đoán của các chỉ số khác nhau trong tiên lượng tình trạng xơ hóa gan ở BN viêm gan B mạn

| | Ngưỡng tối ưu | Độ nhạy% | Độ đặc hiệu% | AUC (95% CI) | LR+ | LR- | p |
|---------------------------|---------------|----------|--------------|---------------------|-------|-------|-------|
| F0-F1 so với F2-F4 | | | | | | | |
| AST/ALT | 1.31 | 44.04 | 75.00 | 0.595 (0.517-0.673) | 1.761 | 0.746 | 0,016 |
| FIB-4 | 1.55 | 75.00 | 81.57 | 0.833 (0.775-0.892) | 0.471 | 0.245 | 0.000 |
| APRI | 0.475 | 79.76 | 73.68 | 0.835 (0.779-0.891) | 3.031 | 0.274 | 0.000 |
| RPR | 0.311 | 76.19 | 67.10 | 0.767 (0.700-0.833) | 2.315 | 0.354 | 0.000 |
| F0-F2 so với F3-F4 | | | | | | | |
| AST/ALT | 1.615 | 31.74 | 89.02 | 0.615 (0.532-0.699) | 2.890 | 0.766 | 0.007 |
| FIB-4 | 1.55 | 87.30 | 79.19 | 0.895 (0.844-0.945) | 4.195 | 0.238 | 0.000 |
| APRI | 0.78 | 74.60 | 90.17 | 0.881 (0.829-0.933) | 0.827 | 2.586 | 0.000 |

| | | | | | | | |
|------------------------|-------|-------|-------|---------------------|-------|-------|-------|
| RPR | 0.067 | 63.49 | 89.59 | 0.827 (0.765-0.888) | 0.708 | 3.510 | 0.000 |
| F0-F3 so với F4 | | | | | | | |
| AST/ALT | 1.545 | 39.58 | 86.71 | 0.645 (0.553-0.737) | 2.978 | 0.696 | 0.002 |
| FIB-4 | 2.35 | 79.16 | 89.36 | 0.896 (0.840-0.953) | 7.441 | 1.343 | 0.000 |
| APRI | 0.685 | 87.50 | 83.52 | 0.881 (0.821-0.942) | 5.309 | 0.149 | 0.000 |
| RPR | 7.95 | 66.66 | 87.77 | 0.821 (0.748-0.894) | 5.450 | 0.379 | 0.000 |



So sánh các chỉ số AST/ALT, FIB-4, APRI và RPR

F0&F1 so với F2-F4

F0-F2 so với F3-F4

F0-F3 so với F4

Độ chính xác chẩn đoán của các chỉ số khác nhau trong tiên lượng xơ hóa BN VG B mạn

Hình 1. Biểu đồ ROC của 3 chỉ số AAR (AST/ALT), FIB-4, APRI và RPR

Bảng 3. Các yếu tố nguy cơ xơ gan ở BN VG B mạn theo regression logistic nhị phân từng chỉ số

| Các chỉ số | β | SE | Wald | Giá trị p | Exp (B) | 95%CI (B) | Exp (B) |
|---------------|---------|-------|--------|-----------|-----------|-----------------|---------|
| Tuổi | 0.036 | 0.009 | 14.972 | 0.000 | 1.037 | 1.018-1056 | |
| Bạch cầu | 0.000 | 0.000 | 0.000 | 0.994 | 1.000 | 1.000-1.000 | |
| Hồng cầu | 0.000 | 0.000 | 5.851 | 0.016 | 0.999 | 999-1.000 | |
| Hemoglobin | -0.054 | 0.076 | 0.495 | 0.482 | 0.948 | 816-1.101 | |
| RDW | 0.275 | 0.114 | 5.774 | 0.016 | 1.316 | 1.052-1.647 | |
| Tiểu cầu | 0.000 | 0.000 | 32.017 | 0.000 | 1.000 | 1.000-1.000 | |
| AST | 0.031 | 0.006 | 23.540 | 0.000 | 1.031 | 1.019-1,044 | |
| ALT | 0.019 | 0.005 | 15.823 | 0.000 | 1.020 | 1.010-1.029 | |
| AAR (AST/ALT) | 0.526 | 0.213 | 6.090 | 0.014 | 1.692 | 1.114-2.569 | |
| APRI | 1.398 | 0.286 | 23.964 | 0.000 | 4.048 | 2.313-7.086 | |
| FIB-4 | 0.667 | 0.124 | 28.721 | 0.000 | 1.949 | 1.527-2.487 | |
| RPR | 15.971 | 4.868 | 10.764 | 0.001 | 8.635.000 | 620.388-1202E11 | |

Bảng 4. Các yếu tố có ý nghĩa còn tồn tại sau khi xử lý

| | B | S.E. | Wald | df | Sig. | Exp(B) | 95.0% C.I. for EXP(B) | |
|---------------------|---------|-------|--------|----|------|--------|-----------------------|-------|
| | | | | | | | Lower | Upper |
| Step 1 ^a | | | | | | | | |
| RPR | -34.675 | 7.006 | 24.493 | 1 | .000 | .000 | .000 | .000 |
| AAR | -1.129 | .304 | 13.782 | 1 | .000 | .323 | .178 | .587 |
| FIB-4 | 1.658 | .287 | 33.449 | 1 | .000 | 5.249 | 2.992 | 9.206 |
| Constant | -.134 | .365 | .135 | 1 | .713 | .874 | | |

a. Variable(s) entered on step 1: RPR, aar, fib4.

BÀN LUẬN

Trong 236 trường hợp VG B mạn được hồi cứu từ tháng 2/2018 cho đến hết tháng 9/2018, trong đó nam chiếm 53,0%, dân tộc Kinh 71,2%, tuổi trung vị 51... Các giai đoạn xơ gan được chia theo fibroscan như sau F0: 141 (59,7%), F1: 21 (8,9%), F2: 21 (8,9%), F3: 15 (6,4%), F4: 48 (20,3%).

Độ chính xác chẩn đoán của các chỉ số khác nhau trong tiên lượng tình trạng xơ hóa gan ở BN viêm gan B mạn tính theo biểu đồ ROC thì thấy độ nhạy, độ đặc hiệu, diện tích dưới đường cong lần lượt là 76.19%, 67.10%, 0.767 đối với các BN F0-F1 so với F2-F4, đều thấp hơn so với FIB-4 và APRI. Tương tự đối với các BN F0-F2 so với F3-F4 và F0-F3 so với F4, độ nhạy, độ đặc hiệu, AUC của RPR cũng thấp hơn FIB-4 và APRI cho thấy RPR cũng là chỉ số không xâm lấn mới được đề nghị, nhưng các giá trị của nó không cao hơn các chỉ số truyền thống là FIB-4 và APRI. Nghiên cứu của Ferdous và cs⁽¹⁾ cũng có độ nhạy, độ đặc hiệu, diện tích theo ROC lần lượt là 62,86%, 80%, 0.889; gần tương tự như nghiên cứu của chúng tôi. Fan và cs⁽²⁾ và Huang và cs⁽⁶⁾ cũng nhận xét rằng các giá trị RDW được nâng cao trong các bệnh gan liên quan đến HBV và tương quan với mức độ nghiêm trọng của bệnh, cho thấy mức độ RDW có thể phân biệt VG B mạn với đợt cấp của suy gan do VG B mạn. Tuy nhiên, RPR không giúp phân biệt được giữa đợt cấp của suy gan do VG B mạn và xơ gan. Nhưng nghiên cứu của Lan và cs⁽³⁾ nhận thấy giá trị của RPR cao hơn với độ nhạy và độ đặc hiệu là 90.7%, 100.0%, tương ứng và diện tích dưới đường cong (AUC) của ROC là 0.969. Wei và cs⁽⁴⁾ lại nhận thấy mức độ xơ gan càng nặng, các chỉ số này tăng lên. Trong khi nghiên cứu của chúng tôi, không thấy có sự tương ứng này. Kai và cs⁽⁵⁾ lại nhận xét rằng RPR ngoài việc hữu ích để đánh giá chức năng gan ở bệnh nhân bị bệnh gan HBV mạn và RPR còn giúp dự đoán tử vong ở bệnh nhân nhập viện xơ gan mất bù.

Khi phân tích hồi qui logistic nhị phân cho từng chỉ số riêng lẻ thì chúng tôi có một số chỉ số có ý nghĩa thống kê như tuổi, bạch cầu, hồng cầu, RDW, AST, ALT, AAR (AST/ALT), APRI, FIB-4 và RPR với p từ 0,000 cho đến 0,016. Nhưng khi phân tích hồi qui nhị phân cho các chỉ số có ý nghĩa thống kê này thì chỉ còn 3 chỉ số có ý nghĩa RPR, AAR và FIB-4 với p=0.000.

KẾT LUẬN.

Chỉ số RPR (tỷ suất RDW/tiểu cầu) có ý nghĩa tiên lượng trong chẩn đoán tình trạng xơ hóa gan cũng như các chỉ số truyền thống khác như AAR (AST/ALT) và FIB-4. Đây là các chỉ số rẽ tiền, không xâm lấn, dễ tuân thủ mà bất cứ phòng xét nghiệm nào cũng làm được. Chỉ số

RPR và AAR, FIB-4 có thể thay cho tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán tình trạng xơ hóa gan là sinh thiết gan, hoặc cho fibroscan ở nơi chưa có điều kiện trang bị.

THAM KHẢO

Ferdous A, Ahmed AN, Rahman SA, Hasan T, Mahzabeen L. Role of Red Cell Distribution Width to Platelet Ratio in Predicting Hepatic Fibrosis in Chronic Hepatitis B. *Mymensingh Med J.* 2018 Jul;27(3):550-560. 12

Fan X, Deng H, Wang X, Fu S, Liu Z, Sang J, Zhang X, Li N, Han Q, Liu Z. Association of red blood cell distribution width with severity of hepatitis B virus-related liver diseases. *Clin Chim Acta.* 2018 Jul;482:155-160. 13

Lan F, Chen H, Li S, Qin X. Value of Red Cell Distribution Width in Assessing the Severity of Hepatitis B Virus-Related Decompensated Cirrhosis. *Clin Lab.* 2017 Sep 1;63(9):1467-1474.

Wei B, Feng S, Chen E, Li D, Wang T, Gou Y, Yang T, Zhang D, Tao C, Tang H. M2BPGi as a potential diagnostic tool of cirrhosis in Chinese patients with Hepatitis B virus infection. *J Clin Lab Anal.* 2018 Feb;32(2).

Kai Y, Zishu G, Shihe G, Yufeng G, Qiang Z. Changes in Red Blood Cell Distribution Width is Associated with Liver Function Parameters and Prognosis in Patients with Chronic HBV Liver Disease. *Clin Lab.* 2016 Nov 1;62(11):2197-2202.

Huang R, Yang C, Wu K, Cao S, Liu Y, Su R, Xiong Y, Huang A, Wu C. Red cell distribution width as a potential index to assess the severity of hepatitis B virus-related liverdiseases. *Hepatol Res.* 2014 Dec;44(14):E464-70.

Chen B, Ye B, Zhang J, Ying L, Chen Y. RDW to platelet ratio: a novel noninvasive index for predicting hepatic fibrosis and cirrhosis in chronic hepatitis B. *PLoS One.* 2013 Jul 17;8(7)

Xu WC, Qiu XM, Ou QS, Liu C, Lin JP, Chen HJ, Lin S, Wang WH, Lin SR, Chen J. Red Blood Cell Distribution Width Levels correlate With Liver Fibrosis and Inflammation. A Noninvasive Serum Marker Panel to Predict the Severity of Fibrosis and Inflammation in Patients With Hepatitis B. *Medicine* _ Volume 94, Number 10, March 2015

**XÁC ĐỊNH TỶ LỆ LOÃNG XƯƠNG Ở NHÓM PHỤ NỮ
NGUY CƠ CAO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HẠNH PHÚC AN GIANG**

ThS.BS. Phan Quốc Hùng

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ loãng xương (LX) và một số yếu tố liên quan đến LX ở nhóm phụ nữ nguy cơ cao tại Bệnh viện Hạnh Phúc An Giang.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 262 phụ nữ có một trong những yếu tố nguy cơ bao gồm: mãn kinh, trên 50 tuổi, BMI < 18,5, ít vận động thể lực, sử dụng corticosteroide kéo dài/HC Cushing đến khám và điều trị tại Bệnh viện Hạnh Phúc An Giang trong năm 2017.

Kết quả: Tỷ lệ LX ở những phụ nữ nguy cơ cao là 59,5%. Trong phân tích đơn biến thì tuổi, BMI < 18,5, béo trung tâm, chu kỳ kinh nguyệt bất thường, thời gian mãn kinh, số lần sinh con, vận động thể lực, sử dụng corticosteroide kéo dài/HC Cushing là những yếu tố nguy cơ có liên quan đến LX. Tuy nhiên, khi đưa vào phân tích đa biến chỉ có các yếu tố BMI < 18,5, béo trung tâm, chu kỳ kinh nguyệt bất thường, vận động thể lực, sử dụng corticosteroide kéo dài/HC Cushing có liên quan chặt chẽ với LX.

Kết luận: Tỷ lệ LX ở những phụ nữ nguy cơ cao là 59,5%. BMI < 18,5, béo trung tâm, chu kỳ kinh nguyệt bất thường, thời gian mãn kinh, số lần sinh con, vận động thể lực, sử dụng corticosteroide kéo dài/HC Cushing là các yếu tố nguy cơ độc lập có liên quan chặt chẽ với LX ở nhóm phụ nữ nguy cơ cao.

DETERMINE THE PREVALANCE OF OSTEOPOROSIS IN WOMEN WITH HIGH RISK FACTORS AT HẠNH PHÚC HOSPITAL

Aim: Determine the prevalance of osteoporosis and some of factors related to the osteoporosis in women with high risk factors at Hạnh Phúc Hospital.

Methos: Cross-sectional descriptive studied 262 women with one of these risk factors include: menopause, over 50-years old, BMI < 18.5, low physical activity, prolonged use of corticosteroids/Cushing syndrom examined and treated at the Hạnh Phúc Hospital in 2017.

Results: The prevalance of osteoporosis in women with high risk factors was 59,5%. In logistic regression analysis, the age, BMI < 18,5, central obesity, abnormal menstrual cycles, menopause, number of births, low physical activity, prolonged use of corticosteroids/Cushing syndrom were the risk factors associated with osteoporosis. However, in multinomial logistic regression analysis, the factors including BMI < 18.5, the central fat, abnormal menstrual cycle, low physical activity, prolonged use of corticosteroids/Cushing syndrom were closely related to osteoporosis.

Conclusion: The prevalance of osteoporosis in women with high risk factors was 59,5%. BMI < 18.5, the central fat, abnormal menstrual cycle, low physical activity, prolonged use of corticosteroids/Cushing syndrom are independent risk factors closely related to osteoporosis.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là tình trạng giảm khối xương và cấu trúc vi thể của tổ chức xương, làm tăng tính dễ vỡ, và cuối cùng là làm tăng nguy cơ gãy xương tự phát^[34]. Đó là một vấn đề sức khỏe đang thu hút sự quan tâm của nhiều nước trên thế giới, không những ở các nước phát triển mà ở cả những nước đang phát triển. Ngày nay, tuổi thọ trung bình của người dân trên thế giới ngày

càng cao điều đó được coi như thành tựu của nhân loại nhưng ngành y tế sẽ phải đối mặt với thực tế chính là bệnh tật của quá trình lão hóa.

Khi con người lão hóa - bộ xương cũng già cỗi theo dẫn đến việc tổn hại cấu trúc của tổ chức xương làm gia tăng tỷ lệ LX^[32, 34]. Theo WHO, LX ước tính ảnh hưởng đến 200 triệu phụ nữ trên toàn thế giới, hơn 75 triệu người ở Châu Âu, Mỹ và Nhật Bản Ở Việt Nam, con số LX ước tính là 2,8 triệu người, chiếm 30% phụ nữ trên 50 tuổi.^[9, 17, 37]

Bệnh lý này thường diễn biến âm thầm, triệu chứng nghèo nàn nhưng hậu quả rất nặng nề. Hậu quả nghiêm trọng nhất là gãy xương do LX có thể gây tàn tật và tử vong, làm tăng gánh nặng cho gia đình và ảnh hưởng không nhỏ đến sự phát triển kinh tế, xã hội. Bệnh có thể xảy ra ở cả nam giới và nữ giới, nhưng phụ nữ mắc bệnh nhiều hơn, đặc biệt ở nhóm phụ nữ có một số yếu tố nguy cơ như: mãn kinh, trên 50 tuổi, trọng lượng cơ thể thấp (BMI < 18,5), ít vận động thể lực, sử dụng corticosteroide kéo dài/HC Cushing^[25, 27, 32].

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu tỷ lệ LX ở nhóm phụ nữ nguy cơ cao và một số yếu tố liên quan đến LX để đưa ra những giải pháp dự phòng sớm và điều trị LX có hiệu quả nhằm giảm gánh nặng cho gia đình và xã hội.

Mục tiêu nghiên cứu

Xác định tỷ lệ LX ở nhóm phụ nữ nguy cơ cao tại Bệnh viện Hạnh Phúc An Giang.

Xác định một số yếu tố liên quan đến LX như: tuổi, trọng lượng cơ thể thấp (BMI < 18,5), chỉ số eo/mông (W/R), chu kỳ kinh nguyệt, thời gian mãn kinh, số lần sinh con, vận động thể lực, sử dụng corticosteroide kéo dài/HC Cushing ở nhóm phụ nữ nguy cơ cao tại Bệnh viện Hạnh Phúc An Giang.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Địa điểm: Bệnh viện Hạnh Phúc An Giang.

Đối tượng nghiên cứu và cỡ mẫu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Những phụ nữ có một trong những yếu tố nguy cơ bao gồm: mãn kinh, trên 50 tuổi, trọng lượng cơ thể thấp (BMI < 18,5), ít vận động thể lực, sử dụng corticosteroide kéo dài/HC Cushing đến khám và điều trị tại Bệnh viện Hạnh Phúc An Giang trong năm 2017.

Công thức tính cỡ mẫu:

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

* Trong đó:

$(Z_{1-\alpha/2})$: giá trị giới hạn tương ứng với độ tin cậy (bằng 1,96 nếu độ tin cậy là 95%).

p : tỷ lệ LX ở khoa Nội BVĐKKV Cái Nước-Cà Mau là 21,53%^[13].

d : độ chính xác mong muốn (sự chênh lệch giữa giá trị cao nhất hay giá trị thấp nhất so với giá trị giữa). Chúng tôi chọn d = 0,05.

* Vậy n = 259,6 # 260 người.

Phương pháp tiến hành

Tất cả những đối tượng tham gia nghiên cứu được khám lâm sàng và ghi nhận các thông tin cần thiết theo bảng câu hỏi có sẵn.

Đo mật độ xương bằng phương pháp đo hấp thu tia X năng lượng kép với máy Osteocore Station.

Định nghĩa biến số

Chỉ số BMI (kg/m²): theo khuyến cáo của WHO ở người Châu Á: nhẹ cân khi BMI < 18,5.

Cách tính chỉ số vòng eo/ vòng hông (WHR):

$$WHR = \frac{\text{Vòng eo (cm)}}{\text{Vòng hông (cm)}}$$

Vòng eo: là số đo được thực hiện tại trung điểm khoảng giữa bờ dưới của xương sườn cuối cùng và phần phía trên của xương chậu.

Vòng hông: là số đo ngang qua điểm phình to nhất của hông.

Chỉ số vòng eo/ vòng hông (WHR) theo khuyến cáo của WHO ở người Châu Á. Nếu chỉ số WHR > 0,8 ở nữ thì xem như phân bố lipid nhiều ở vùng bụng, vùng nội tạng, hay còn gọi là béo kiểu nam hay béo trung tâm.

Vận động thể lực: đi bộ, đạp xe, bơi lội, khiêu vũ, tập tạ hay tập với máy tập thể dục,... ít nhất 30 phút mỗi ngày^[5, 14, 20, 26].

Kinh nguyệt: chu kỳ kinh nguyệt trung bình là 28 ngày, có thể thay đổi từ 21 – 35 ngày. Chu kỳ kinh nguyệt bất thường khi chu kỳ kinh ít hơn 21 ngày hoặc nhiều hơn 28 ngày.

Sử dụng corticosteroide kéo dài: sử dụng corticosteroide ít nhất 3 tháng điều trị tích lũy trong các năm trước với liều tương đương prednisone $\geq 7,5$ mg mỗi ngày^[1].

Nhóm nguy cơ cao bao gồm những phụ nữ mãn kinh, trên 50 tuổi, trọng lượng cơ thể thấp (BMI < 18,5), ít vận động thể lực, sử dụng corticosteroide kéo dài/HC Cushing.

Tiêu chuẩn chẩn đoán LX (WHO 1994)

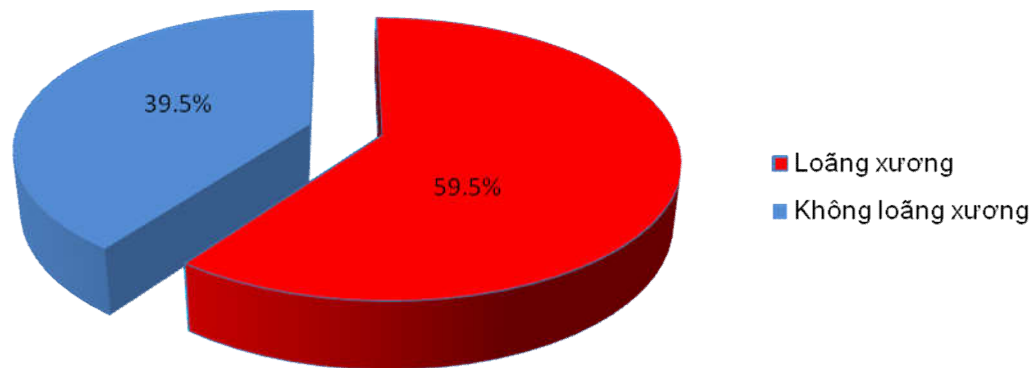
| Chẩn đoán | T-Score(T) |
|--------------------------------------|----------------------------------|
| Bình thường-Normal | T > -1 |
| Thiếu xương-Osteopenia | -2.5 < T < -1.1 |
| Loãng xương-Osteoporosis | T \leq -2.5 |
| Loãng xương nặng-Severe Osteoporosis | T \leq -2.5+ tiền sử gãy xương |

Xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng Excel và xử lý bằng Stata 8.0. Các biến định lượng được mô tả bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn. Các biến định tính được mô tả bằng tỷ lệ. Sử dụng phép kiểm χ^2 cho các biến phân loại. Dùng phân tích hồi quy logistic đơn và đa biến để xem xét mối tương quan giữa các yếu tố nguy cơ LX. Kết quả thu được có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05 và khoảng tin cậy 95%.

KẾT QUẢ

Từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2017, chúng tôi đã thu nhận và đưa vào nghiên cứu một cách ngẫu nhiên 262 người thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu. Có 156 người LX chiếm 59,5% dân số nghiên cứu.



Biểu đồ: Tỷ lệ loãng xương

Một số đặc điểm của dân số nghiên cứu được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu

| Đặc điểm | Không LX (n = 106) | LX (n = 156) | p |
|--|-----------------------|-----------------|------|
| Tuổi | 60,4 ± 1,1 | 70,6 ± 0,8 | 0,00 |
| BMI(kg/m ²) | 24 ± 0,3 | 21 ± 0,3 | 0,00 |
| WHR | 0,83 ± 0,01 | 0,87 ± 0,01 | 0,00 |
| Chu kỳ kinh nguyệt bất thường | 10 (9,4%) | 29 (18,6%) | 0,04 |
| Thời gian mãn kinh | 10,5 ± 1,1 | 20,2 ± 0,8 | 0,00 |
| Số lần sinh con | 3,4 ± 0,2 | 6 ± 0,2 | 0,00 |
| Có vận động thể lực | 78 (73,6%) | 13 (8,3%) | 0,00 |
| Sử dụng corticosteroide kéo dài/HC Cushing | 10 (9,4%) | 92 (58,9%) | 0,00 |

Qua bảng 1, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm không LX và LX về tuổi, BMI, WHR, chu kỳ kinh nguyệt, thời gian mãn kinh, số lần sinh con, vận động thể lực, sử dụng corticosteroide kéo dài/HC Cushing. Các yếu tố khác biệt có ý nghĩa thống kê liên quan đến LX được mô tả trong bảng 2.

Bảng 2. Yếu tố liên quan đến LX (phân tích đơn biến)

| Yếu tố liên quan LX | OR | KTC 95% | p |
|--|------|-------------|------|
| Tuổi | 1,1 | 1,07 – 1,13 | 0,00 |
| BMI < 18,5 (kg/m ²) | 7,6 | 2,9 – 20,2 | 0,00 |
| Béo trung tâm | 10,3 | 4,6 – 23,3 | 0,00 |
| Chu kỳ kinh nguyệt bất thường | 2,2 | 1,01 – 2,7 | 0,03 |
| Thời gian mãn kinh | 1,09 | 1,06 – 1,12 | 0,00 |
| Số lần sinh con | 1,6 | 1,4 – 1,8 | 0,00 |
| Có vận động thể lực | 0,03 | 0,01 – 0,06 | 0,00 |
| Sử dụng corticosteroide kéo dài/HC Cushing | 13,8 | 6,7 – 28,5 | 0,00 |

*Ghi chú: OR: odds ratio, KTC : khoảng tin cậy.

Sau khi phân tích đơn biến, các yếu tố có ý nghĩa thống kê được đưa vào phân tích đa biến được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3. Yếu tố liên quan đến LX (phân tích đa biến)

| Yếu tố liên quan LX | OR | KTC 95% | p |
|---|------|-------------|------|
| Tuổi | 1,03 | 0,9 – 1,1 | 0,49 |
| BMI < 18,5 (kg/m²) | 9,8 | 1,9 – 48,4 | 0,00 |
| Béo trung tâm | 4,6 | 1,3 – 16,2 | 0,01 |
| Chu kỳ kinh nguyệt bất thường | 3,2 | 1,03 – 10,2 | 0,04 |
| Thời gian mãn kinh | 1 | 0,9 – 1,1 | 0,83 |
| Số lần sinh con | 1,1 | 0,9 – 1,4 | 0,17 |
| Có vận động thể lực | 0,06 | 0,02 – 0,15 | 0,00 |
| Sử dụng corticosteroide kéo dài/HC Cushing | 9,5 | 3,5 – 25,4 | 0,00 |

*Ghi chú: OR: odds ratio, KTC : khoảng tin cậy.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, LX chiếm tỷ lệ rất cao (59,5%), cao hơn nghiên cứu của Bùi Văn Dũ nghiên cứu ở những bệnh nhân trên 50 tuổi tại Cái Nước – Cà Mau là 21,53%^[13], Nguyễn Trung Hòa nghiên cứu ở người trên 45 tuổi tại TPHCM là 30,4%^[22], Nguyễn Quốc Hùng ở Cam Ranh – Khánh Hòa là 38,7%^[23], Võ Thị Hồng Châu tại Trà Cú – Trà Vinh ở bệnh nhân trên 60 tuổi là 38,5%^[8], Lưu Hồng Anh ở phụ nữ mãn kinh trên 5 năm từ 50 - 70 tuổi là 39,3%^[2], do chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại bệnh viện, ở phụ nữ có nguy cơ cao nên tỷ lệ LX cao hơn những nghiên cứu khác được thực hiện tại cộng đồng hoặc trên những đối tượng ít nguy cơ hơn.

Theo y văn và một số nghiên cứu, tuổi là yếu tố nguy cơ của LX, tuổi càng cao thì tỷ lệ LX càng gia tăng^[13, 23, 32, 34]. Nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của nhóm LX (70,6 ± 0,8 tuổi) cao hơn nhóm không LX (60,4 ± 1,1 tuổi). Tuổi cao cũng là yếu tố liên quan đến LX khi phân tích đơn biến, nhưng khi đưa vào phân tích đa biến tuổi không còn là yếu tố liên quan độc lập với LX nữa. Có lẽ trong nghiên cứu này những người lớn tuổi ít vận động thể lực, trọng lượng cơ thể thấp và sử dụng corticosteroide nhiều và kéo dài hơn nhóm còn lại. Tuy nhiên, đây là đối tượng nguy cơ cao cần được quan tâm.

Nhiều nghiên cứu đã chứng minh có mối liên quan giữa trọng lượng cơ thể và nguy cơ LX, gãy xương hông. Trọng lượng cơ thể hay chỉ số khối cơ thể càng cao thì nguy cơ gãy xương do LX càng thấp^[7, 8, 30, 32]. Gầy có ảnh hưởng đến tốc độ mất xương bởi vì estrone và estradione trong huyết tương phụ thuộc vào trọng lượng cơ thể ở phụ nữ sau mãn kinh. Vì vậy, những người có BMI thấp sẽ có tốc độ mất xương cao hơn^[18, 24]. Tương tự, nghiên cứu của chúng tôi người có BMI < 18,5 có nguy cơ loãng xương cao hơn người có BMI ≥ 18,5 với OR = 9,8 (KTC95%: 1,9 – 48,4; p = 0,00).

Chỉ số eo/mông (WHR) > 0,8 ở nữ giới cho thấy tình trạng tích tụ mỡ nhiều hơn ở vùng bụng hay béo trung tâm. Các nghiên cứu cho thấy những phụ nữ có chỉ số WHR > 0,8 gặp nhiều nguy cơ về sức khỏe như: béo phì, bệnh tim mạch, đái tháo đường, ung thư buồng trứng, ...^[6, 12, 36]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, người có WHR > 0,8 có nguy cơ LX cao hơn người có WHR < 0,8 với OR = 4,6 (KTC95%: 1,3 – 16,2; p = 0,01). Do đó, duy trì cân nặng và vòng eo lý tưởng rất hữu ích để phòng ngừa nhiều bệnh mãn tính trong đó có LX.

Estrogen và progestin có tác dụng giảm hủy xương và tăng mật độ xương. Chu kỳ kinh nguyệt bất thường dẫn đến sự suy giảm hormon sinh dục làm tăng hủy xương, giảm mật độ xương hậu quả là tăng nguy cơ LX^[19, 31]. Nghiên cứu của chúng tôi, chu kỳ kinh nguyệt bất

thường làm tăng nguy cơ LX với OR = 3,2 (KTC95%: 1,03 – 10,2; p = 0,04), tương tự nghiên cứu của Popat và Võ Văn Thắng^[28, 30]. Do đó, điều trị sớm những bất thường về kinh nguyệt là cần thiết để giảm nguy cơ LX.

Một số nghiên cứu cho thấy, thời gian mãn kinh và số lần sinh con là yếu tố nguy cơ của LX. Thời gian mãn kinh càng dài, số lần sinh con càng nhiều thì nguy cơ LX càng gia tăng^[8, 10, 28, 30]. Nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mãn kinh của nhóm LX ($20,2 \pm 0,8$ năm) dài hơn nhóm không LX ($10,5 \pm 1,1$ năm) và người có số lần sinh con ≥ 4 có tỷ lệ LX (70,5%) cao hơn nhóm sinh con < 4 lần (22,6%) có ý nghĩa thống kê với p = 0,00, tương tự nghiên cứu của Võ Thị Hồng Châu và Nguyễn Trung Hòa^[8, 22]. Thời gian mãn kinh và số lần sinh con cũng là yếu tố liên quan đến LX khi phân tích đơn biến, nhưng khi đưa vào phân tích đa biến thì không còn là yếu tố liên quan độc lập với LX nữa. Có lẽ trong nghiên cứu này những phụ nữ có thời gian mãn kinh dài và số lần sinh con nhiều liên quan đến những bất thường kinh nguyệt, BMI thấp, ít vận động thể lực, ... Dù vậy, đây là cũng là những yếu tố nguy cơ LX.

Những nghiên cứu có đối chứng cho thấy người có vận động thể lực có mật độ xương cao hơn, gia tăng mật độ xương đốt sống và cổ xương đùi so với người không vận động thể lực^[5, 11, 29, 35]. Mặc dù các nghiên cứu không hoàn toàn nhất quán với nhau nhưng các hoạt động như: đi bộ, bơi lội, khiêu vũ, nhảy dây, tập tạ hay tập với các máy tập thể dục, ... 30 phút và đều đặn mỗi ngày đều có tác dụng làm chậm hoặc ngăn ngừa tình trạng mất xương^[4, 16, 26]. Nghiên cứu của chúng tôi, những người có vận động thể lực cũng có nguy cơ LX ít hơn người không vận động thể lực với OR = 0,06 (KTC95%: 0,02 – 0,15; p = 0,00), tương tự nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Dung nghiên cứu ở phụ nữ 40 – 60 tuổi tại Hà Nội^[14], Vũ Thị Thanh Thủy và Lưu Ngọc Giang nghiên cứu ở phụ nữ mãn kinh^[20, 33]. Vì vậy, vận động thể lực thường xuyên và đều đặn là cần thiết để phòng ngừa LX, giảm nguy cơ gãy xương.

Sử dụng corticosteroide kéo dài gây mất xương do làm tăng tiêu xương (tăng hoạt động của hủy cốt bào) dẫn đến LX^[3, 21]. Có đến 30-50% bệnh nhân bị gãy xương không có chấn thương khi sử dụng corticosteroide liều cao và kéo dài^[15, 21]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sử dụng corticosteroide kéo dài/HC Cushing chiếm tỷ lệ 38,9%, hơn 1/3 dân số nghiên cứu là tỷ lệ rất cao, đa số do người bệnh tự ý sử dụng để điều trị những bệnh lý xương khớp. Sử dụng corticosteroide kéo dài làm tăng nguy cơ LX với OR = 9,5 (KTC95%: 3,5 – 25,4; p = 0,00). Do đó, chỉ định sử dụng corticosteroide đúng và giáo dục người dân không tự ý sử dụng thuốc để điều trị bệnh là cần thiết trong việc phòng LX.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ LX trong nghiên cứu chúng tôi là 59,5%.

Chỉ số khối cơ thể (BMI) < 18,5, béo trung tâm, chu kỳ kinh nguyệt bất thường, ít vận động thể lực, sử dụng corticosteroide kéo dài/HC Cushing là những yếu tố liên quan làm tăng nguy cơ LX.

ĐỀ XUẤT

Từ kết quả nghiên cứu và dựa vào tình hình thực tế tại Bệnh viện Đa khoa Hạnh Phúc An Giang chúng tôi có một vài đề xuất:

- Khuyến khích việc tăng cường vận động thể lực cũng như có chế độ dinh dưỡng hợp lý để đạt được một cơ thể với BMI và vòng eo lý tưởng.
- Điều trị tích cực những bất thường về kinh nguyệt, giảm số lần sinh con (< 4 lần).

- Sử dụng corticosteroide đúng chỉ định, giáo dục người dân không tự ý sử dụng thuốc khi mắc bệnh.

- Phụ nữ trên 50 tuổi hoặc đã mãn kinh có các yếu tố nguy cơ như: BMI < 18,5, béo trung tâm, chu kỳ kinh nguyệt bất thường, ít vận động thể lực, sử dụng corticosteroide kéo dài/HC Cushing cần được kiểm tra mật độ xương định kỳ hàng năm để giúp phát hiện và điều trị LX kịp thời, tránh biến chứng gãy xương.

HẠN CHẾ CỦA ĐỀ TÀI

Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang với mẫu nghiên cứu nhỏ, lấy mẫu trong thời gian ngắn nên chưa đại diện được cho dân số chung. Hơn nữa, biến số vận động thể lực chỉ mang tính định tính nên chưa thể đánh giá chính xác mối tương quan giữa chúng với bệnh. Cần có những nghiên cứu sâu hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aliya Khan et al (2014), "Osteoporosis in Menopause", J Obstet Gynaecol Can 36 (9 eSuppl C):S1-S15.
2. Lư Hồng Anh (2012), "Thực trạng loãng xương và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mãn kinh trên 5 năm trong độ tuổi 50-70 tuổi tại xã Tam Hưng - Thanh Oai - Hà Nội", Tạp chí DD&TP/Journal of Food and Nutrition Sciences - Tập 9 - số 4 - Vol.9.No.4 - December 2013.
3. Anonymonous (2001), "Recommendations for the prevention and treatment of glucocorticoid induced osteoporosis", Arthritis Rheum. 44, 1496 - 1503.
4. Bassey EJ et al (1995), "Weight-bearing exercise and ground reaction forces: a 12-month randomized controlled trial of effects on bone mineral density in healthy postmenopausal women", Bone. 7, 331 - 337.
5. Berard A et al (1997), "Meta-analysis of effectiveness of physical activity of prevention of bone loss in postmenopause women", osteoporos Int. 16, 468 - 476.
6. Boyle CA (1994), "Waist-to-hip ratios in Australia: a different picture of obesity.", Aust J Nutr Diet. 50: 57-64.
7. Nguyễn Thị Hoài Châu (2003), "Khảo sát mật độ xương và tìm hiểu những yếu tố liên quan đến loãng xương của phụ nữ ở TPHCM và một số tỉnh miền tây", TC Y học TPHCM.
8. Võ Thị Hồng Châu (2012), "Đánh giá mật độ xương ở phụ nữ trên 40 tuổi bằng siêu âm tại huyện Trà Cú - Trà Vinh", Tạp chí Nội tiết - Đái tháo đường. 6, 670 - 679.
9. Cooper C et al (1992), "Hip fractures in the elderly: a world-wide projection", Osteoporosis Int(2), 285-289.
10. Trần Hữu Dàng (2009), "Nghiên cứu tình hình loãng xương và các ảnh hưởng do kinh nguyệt, số con ở phụ nữ trên 45 tuổi tại quận Gò Vấp TPHCM", Tạp chí Y học thực hành
11. Dinc H et al (1996), "Quantitative computed tomography for measuring bone mineral density in athletes", Calcif Tissue Int. 64, tr. 490 - 498.
12. Donahue RP (1987), "Central obesity and coronary heart disease in men.", Lancet. 1: 821-824.
13. Nguyễn Văn Dù (2009), "Tỷ lệ loãng xương và các yếu tố nguy cơ trên bệnh nhân ≥ 50 tuổi tại Khoa Nội BV ĐKKV Cái Nước - Cà Mau"
14. Nguyễn Thị Kim Dung (2005), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng loãng xương ở phụ nữ từ 40-60 tuổi tại huyện Gia Lâm, Hà Nội năm 2005", Luận văn Thạc sĩ Y học. ĐHY Hà Nội.
15. Eastell R et al (1998), "A UK consensus group on management of glucocorticoid induced osteoporosis", J Intern Med. 244, 271 - 292.
16. Ebrahim S et al (1997), "Randomized placebo-controlled trial of brisk walking in the prevention of postmenopausal osteoporosis", Age Ageing. 26, 253 - 260.
17. EFO and NOF (1997), "Who are candidates for prevention and treatment for osteoporosis?", Osteoporos Int 7:1.
18. American Association of clinical Endocrinologists (2001), "Medical Guidelines for clinical for Prevention and management of postmenopausal osteoporosis."
19. Geendale GA et al (2002), "Bone mass response to discontinuation of long-term hormone replacement therapy: result from the Postmenopausal Estrogen/Progestin Intervention Safety Follow up Study", Arch Intern Med. 162(6), 665 - 672.
20. Lư Ngọc Giang (2011), "Khảo sát mối liên quan giữa vận động thể lực và loãng xương ở phụ nữ mãn kinh", Y học thực hành.
21. Trần Thị Thu Hằng, "Nguyên tắc sử dụng Glucocorticoid", Dược lý học - ĐHY Dược TPHCM.
22. Nguyễn Trung Hòa (2013), "Tỷ lệ loãng xương và một số yếu tố liên quan ở người 45 tuổi trở lên tại TP HCM năm 2011", Tạp chí Y học dự phòng. Tập XXIII số 7(143), 93.

23. Nguyễn Quốc Hùng (2012), "Khảo sát tỷ lệ loãng xương ở phụ nữ mãn kinh TP CAM Ranh, tỉnh Khánh Hòa năm 2010 - 2011", Tạp chí Nội tiết - ĐTD. 6(2012), 592 - 597.
24. Kanis AJ (1994), " Assessment of bone mass and osteoporosis", osteoporosis, Blackwell Science Ltd.
25. Kanis JA et al (2000), "Long-term risk of osteoporotic fracture in Malmo. ", Osteoporos Int 11:669.
26. Kerr D et al (1996), "Exercise effects on bone mass in postmenopausal women are site-specific and load-dependent", J Bone Miner Res. 11, 218 - 225.
27. Melton LJ et al (1992), " Perspective. How many women have osteoporosis? ", J Bone Miner Res 7:1005.
28. Papat Vb et al (2009), "Bone mineral density in estrogen-deficient young women", Pubmed, Abstract.
29. Smith R et al (1993), "Spine and total bone mineral density and serum testosterone level in male athletes", Eur J Appl Physiol Occup Physiol. 67, 330 - 334.
30. Võ Văn Thắng, "Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến loãng xương ở phụ nữ mãn kinh TP Cam Ranh năm 2010 - 2011", Tạp chí Nội tiết - Đái tháo đường. 6(ISSN 1895 - 4727).
31. The Writing Group for the PEPI (1996), "Effects of hormone therapy on bone mineral density: results from the postmenopausal estrogen/progestin interventions (PEPI) trial", JAMA 276(17), 1389 - 1396.
32. Nguyễn Hải Thủy (2008), Loãng xương, Thông tin Y dược học số 2, 103-114.
33. Vũ Thị Thanh Thủy (1996), "Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ lún cột sống ở phụ nữ mãn kinh", Luận văn Tiến sĩ Y học - ĐHY Hà Nội.
34. Nguyễn Văn Tuấn (2007), Loãng xương - Nguyên nhân, chẩn đoán, điều trị và phòng ngừa, NXB Y học TPHCM, 13-16.
35. Wallace BA et al (2000), "Systematic review of randomized trials of effect of exercise on bone mass in pre- and postmenopausal women", Calcif Tissue Int. 67, 10 - 18.
36. Welborn T.A. et al (2003), "Waist-hip ratio is the dominant risk factor predicting cardiovascular death in Australia", Medical Journal of Australia. 179:580-585.
37. Wright NC et al (2014), "The recent prevalence of osteoporosis and low bone mass in the United States based on bone mineral density at the femoral neck or lumbar spine", J Bone Miner Res. 2014 Nov;29(11):2520-6(11), 2520-2526.