

MỤC LỤC

STT	TÊN ĐỀ TÀI	TRANG
1	NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ <i>Trần Hiếu Nhân*, Lê Thanh Hùng, Đoàn Anh Vũ</i>	6
2	ÁP DỤNG MÔ HÌNH MỚI SÀNG LỌC TIỀN SẢN GIẬT SỚM TỪ QUÝ I THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TP. CẦN THƠ <i>Lê Hồng Thịnh – Trưởng khoa Xét Nghiệm, Di truyền học Bệnh viện Phụ Sản TP. Cần Thơ</i>	13
3	ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI ERCP TRONG ĐIỀU TRỊ TẮC MẬT TẠI BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG <i>Lê Thiện Hòa, Dương Hoài Phương Nguyễn Thị Bích Thủy, Lê Hữu Thọ</i>	20
4	NGHIÊN CỨU TỈ LỆ, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC THAI KỲ CỦA CÁC THAI PHỤ CHUYỂN DẠ SINH CÓ SIÊU ÂM DOPPLER ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA BẤT THƯỜNG TẠI BV PHỤ SẢN CẦN THƠ NĂM 2016 – 2018 <i>Nguyễn Thanh Thủy, Đỗ Thị Minh Nguyệt, Lưu Thị Thanh Đào Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ</i>	35
5	ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN LƯỠNG CỰC ĐIỀU TRỊ GỠY CỔ XƯƠNG ĐÙI, GỠY LIÊN MÁU CHUYỂN Ở BỆNH NHÂN LỚN TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AG <i>Trần Phước Hồng, Nguyễn Văn Vui Huỳnh Văn Hạnh, Nguyễn Hoài Nam</i>	45
6	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 ĐK TP CHÂU ĐỐC VÀ BV ĐK KHU VỰC TỈNH <i>Salayman, Huỳnh Mỹ Phúc Lê Văn Cường, Phạm Hồng Loan</i>	54

STT	TÊN ĐỀ TÀI	TRANG
7	NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, GIẢI PHẪU BỆNH, HÌNH ẢNH SIÊU ÂM CỦA BỆNH NHÂN U BÀNG QUANG ĐIỀU TRỊ TẠI BVCR 2016-2017 <i>Lê Thanh Toàn, Bùi Thị Tường Vi, Nguyễn Hồng Nam, Trần Thanh Thông, Nguyễn Bùi Ngọc Diệp, Nguyễn Thị Nhạn, Nguyễn Thị Vy Thy</i>	72
8	NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ CHO ĂN SỚM SAU MỔ TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA <i>Trần Phước Hồng, Nguyễn Thanh Long Lê Thúy Oanh, Nguyễn Tiến Trung</i>	80
9	BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG THUỐC TIÊU HUYẾT KHỎI ĐƯỜNG TĨNH MẠCH ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUỴ NHỒI MÁU NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG <i>Lữ Văn Trang, Hà Minh Đức, Ngô Huỳnh Đắc Thắng, Nguyễn Thị Bé Tư Và Cs</i>	88
10	ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA TẠI BỆNH VIỆN ĐK TRUNG TÂM AN GIANG <i>Phạm Huỳnh Minh Trí, Lý Thanh Đồng, Lê Phước Luyện, Nguyễn Thị Nhớ.</i>	98
11	GIÁ TRỊ NT-PROBNP TRONG TIÊN LƯỢNG NGẮN HẠN Ở BỆNH NHÂN SUY TIM TẠI KHOA TIM MẠCH - LÃO HỌC BVĐKKV TỈNH AN GIANG <i>Võ Minh Hiền, Lê Cẩm Tú Dương Minh Trí, Lê Minh Trí</i>	107
12	ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LỌC MÁU LIÊN TỤC TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐK TRUNG TÂM AN GIANG <i>Lê Hồ Tiến Phương, Trần Thị Tiểu Thơ, Phù Kỳ Thanh, Lê Trường Kha</i>	118
13	KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CHỤP VÀ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA TẠI BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG TỪ THÁNG 06 ĐẾN THÁNG 11/2019 <i>Trần Phước Hồng, Nguyễn Hữu Nghĩa, Hà Minh Đức</i>	125

STT	TÊN ĐỀ TÀI	TRANG
14	HỘI CHỨNG CHUYÊN HÓA Ở NHÂN VIÊN Y TẾ TRƯỚC VÀ SAU KHI CAN THIỆP <i>Châu Hữu Hậu, Hia Kim Khuê, Đỗ Thị Quốc Trinh</i> <i>Bệnh viên Đa khoa Nhật Tân, An Giang</i>	136
15	KHẢO SÁT TỶ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN HẠ TIỂU CẦU MÁU Ở BỆNH NHÂN ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC AN GIANG <i>Thái Hán Vinh, Trần Bửu Thọ,</i> <i>Đoàn Thị Trúc Đào, Hà Thị Ngọc Uyển.</i>	144
16	ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG VÔ CẢM GÂY TÊ TỦY SỐNG BẰNG BUPIVACAİN PHỐI HỢP SUFENTANIL TRONG PHẪU THUẬT CHI DƯỚI VÀ VÙNG HẬU MÔN <i>Tăng Văn Dũng, Nguyễn Long Hồ</i> <i>Phạm Thị Ngọc Diễm, Trần Thị Thúy Phượng</i>	152
17	TÌNH HÌNH, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG Ở TRẺ EM TỪ THÁNG 01/2017 ĐẾN 09/2018 <i>Nguyễn Văn Ngọc Răng, Nguyễn Thị Kim Liên</i> <i>Phạm Huyền Loan, Đặng Đức Trí</i>	164
18	ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ POLYP ĐẠI TRỰC TRẮNG QUA NỘI SOI TIÊU HÓA BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG <i>Võ Vương Triều, Hứa Thị Kim Phao</i> <i>Nguyễn Hoàng Nam, Lê Thanh Nhàn</i>	171
19	ĐÁNH GIÁ ĐỘ CHÍNH XÁC CỦA NỘI SOI CHẨN ĐOÁN TRONG BỆNH LÝ MŨI XOANG Ở NGƯỜI LỚN TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG <i>Lê Thiện Hiệp, Phạm Dân Nguyên</i> <i>Lâm Trọng Nhân, Trần Ngọc Huệ</i>	187
20	CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ THỨC ĐẨY ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI MẠN TÍNH TẮC NGHẼN <i>Trương Văn Lâm, Phạm Văn Kiểm,</i> <i>Nguyễn Thị Hân, Hồ Minh Hải</i>	192

STT	TÊN ĐỀ TÀI	TRANG
21	HIỆU QUẢ LIỀU THẤP THUỐC ỨNG CHẾ BƠM PROTON TRONG ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN CẤP DO LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG <i>Lâm Võ Hùng, Nguyễn Tấn Thành, Trần Ngọc Bích, Bùi Thị Thanh Trúc</i>	202
22	NGHIÊN CỨU TƯƠNG TÁC THUỐC BẤT LỢI TRONG ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA KHÁM BỆNH - BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG NĂM 2019 <i>Lê Thị Thủy, Nguyễn Đại Ngân, Nguyễn Thị Kim Thoa, Nguyễn Thị Hồng Vân</i>	209
23	NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP U NANG THÂN RĂNG PHÁ HỦY XOANG HÀM DO RĂNG NGÂM DƯỚI HÓC MẮT <i>Nguyễn Việt Tuấn</i>	218
24	BIẾN CHỨNG Ở MẮT TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI ĐƯỜNG TẠI KHOA MẮT BỆNH VIỆN NHẬT TÂN <i>Trương Hoàng Nam, Phạm Thanh Tuấn</i>	222
25	TỶ LỆ ĐAU ĐAI CHẬU VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở THAI PHỤ 3 THÁNG CUỐI THAI KỲ <i>Phạm Phước Vinh</i>	226
26	NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG NĂM 2019 <i>Nghiêm Thị Mỹ Hạnh, Nguyễn Thanh Hồng, Nguyễn Thị Loan, Nguyễn Tấn Huy</i>	235
27	NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN VÀ TIÊN LƯỢNG CỦA PROCALCITONIN TRONG SỐC NHIỄM KHUẨN <i>Hồ Ngọc Diệp- Trần Minh Quang Nguyễn Thị Ngọc Ánh - Cao Thị Hợp</i>	247
28	NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP NHỒI MÁU NÃO TUẦN HOÀN SAU ĐƯỢC CỨU SỐNG <i>Phạm Lý Chí Hùng, Hà Minh Đức Và Cs</i>	253
29	ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BAN ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U ĐẠI TRỰC TRÀNG <i>Nguyễn Hữu Tuấn, Đặng Minh Triết Nguyễn Thanh Long, Châu Đô</i>	257

STT	TÊN ĐỀ TÀI	TRANG
30	ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC DẠNG UỐNG TRONG ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TRÊN BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ BHYT <i>Ngô Thị Ánh Loan, Lữ Thị Kim Ngọc Trần Kim Sơn, Nguyễn Trường Sơn</i>	264
31	NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TAY CHÂN MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG NĂM 2019 <i>Dương Hoài Phương, Hồ Thị Thanh Thủy Lê Tuyết Ngân, Nguyễn Ngọc Hiếu</i>	274
32	ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ NGHIỆM PHÁP DUNG NẠP GLUCOSE TRONG CHẨN ĐOÁN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG <i>Phạm Hồng Loan, Nguyễn Thị Bích Liên, Lê Tuấn Trung, Nguyễn Thị Thúy Phương</i>	287
33	NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP VỠ GÓC TỬ CUNG TỰ NHIÊN Ở TAM CÁ NGUYỆT II TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG <i>Nguyễn Hoàng Huy, Nguyễn Ngọc Thảo</i>	297

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG BỤNG KÍN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Trần Hiếu Nhân, Lê Thanh Hùng, Đoàn Anh Vũ*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Email: thnhan@ctump.edu.vn

TÓM TẮT :

Đặt vấn đề: Chấn thương bụng kín (CTBK) là một trong những cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Tỷ lệ tử vong cao nếu không được chẩn đoán và xử trí kịp thời.

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị chấn thương bụng kín tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Kết quả: Từ 01/2016 đến 8/2018 có 110 bệnh nhân CTBK; tuổi trung bình 37.5 ± 17.7 , nam 84%, nữ 16%. Nguyên nhân do TNGT chiếm tỉ lệ 75.5%. Tình trạng sốc khi vào viện là 32.7%; viêm phúc mạc (VPM) 31.8%; xuất huyết nội (XHN) 40.9%. Siêu âm và CT scan ghi nhận lần lượt: có dịch ổ bụng 91.8% (91%); tổn thương gan 31.8% (34.3%); tổn thương lách 35.5% (42.1%). Tổn thương gặp nhiều nhất là: lách (44.5%), gan 32.7% và ruột non (26.4%). Chỉ định điều trị bảo tồn ở 51 BN (53.6%), phẫu thuật 51 BN (46.4%), phẫu thuật nội soi thành công 31.4%. Tỷ lệ biến chứng 8.2%, tử vong 2.7%. Thời gian nằm viện trung bình 9.27 ± 4.41 ngày.

Kết luận: Chấn thương bụng kín gây tổn thương tạng đặc nhiều hơn tạng rỗng. Siêu âm bụng giúp chẩn đoán nhanh và chính xác. Phẫu thuật kịp thời giúp giảm tỉ lệ tử vong.

Từ khóa: chấn thương bụng kín.

CHARACTERISTICS OF BLUNT ABDOMINAL TRAUMA AND ASSESSMENT OF TREATMENT RESULTS AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL

Tran Hieu Nhan, Le Thanh Hung, Doan Anh Vu*

Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Email: thnhan@ctump.edu.vn

ABSTRACT :

Introduction: Blunt abdominal trauma is one of the common surgical emergency. High mortality rate if diagnosis and treatment delays.

Objective: Study clinical, subclinical features and treatment results in blunt abdominal trauma at the Can Tho city general hospital.

Methods: Cross-sectional descriptive.

Results: From 01/2016 to 8/2018, there're 110 patients CAT. Average age is 37.5 ± 17.7 . Male 84%, female 16%. About the causes: traffic accidents accounts for 75.5%. Shock admission at 32.7%; peritoneal signs (31.8%); internal bleeding signs (40.9%). Ultrasound and CT scan recorded: peritoneal fluid (91.8% and 91%); liver rupture (31.8% and 34.3%); splenic rupture (35.5% and 42.1%). Spleen was found to be most commonly injured organ (44.5%)

followed by Liver (32.7%) and bowel (26.4%) Indications conservative treatment in solid organ injury 53.6%. Indications surgery for 51 patients (53.6%). Laparoscopic surgery for 16 patients (31.4%). Post-operative complication is 8.2%, overall mortality rate is 2.7%. The average length of hospital stay by 9.27 ± 4.41 days.

Conclusion: In blunt abdominal trauma, the solid organ injury rate is more than visceral organs. Abdominal ultrasound to diagnose quickly and accurately. Timely surgery reduces mortality.

Keyword: Blunt abdominal trauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương bụng kín (CTBK) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở nhóm dân số trẻ [6], [7]. Ngoài ra, những tổn thương do CTBK còn làm tăng chi phí cho gia đình và xã hội [7].

Tử vong vì mất máu, nhiễm trùng ổ bụng và suy đa cơ quan sẽ rất cao nếu các thương tổn không được chẩn đoán sớm và xử lý kịp thời [4].

Việc chẩn đoán sớm có thể khó khăn do các triệu chứng ở vùng bụng bị che lấp [2], [3]. Mặt khác vấn đề điều trị có thể khó khăn vì những thương tổn phối hợp. Điều này cũng góp phần đe dọa tính mạng người bệnh, [3] [4].

Vùng đồng bằng sông Cửu Long chưa có nhiều nghiên cứu về CTBK, để có cái nhìn rõ hơn về thực trạng này, chúng tôi thực hiện đề tài: **“Nghiên cứu đặc điểm và đánh giá kết quả điều trị chấn thương bụng kín tại thành phố Cần Thơ”** với hai mục tiêu sau.

1. Xác định tỷ lệ, mức độ các tạng tổn thương trong chấn thương bụng kín được điều trị tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ.

2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bệnh nhân chấn thương bụng kín tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân chấn thương bụng kín có tổn thương tạng, được điều trị nội khoa (bảo tồn) hoặc phẫu thuật (bao gồm mổ mở, mổ nội soi hoặc mổ nội soi chuyên mổ mở) tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ

2.2 Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân chấn thương bụng kín không có tổn thương tạng, hoặc những trường hợp

chấn thương bụng kín có tổn thương tạng nhưng tử vong tại khoa cấp cứu.

Bệnh nhân <5 tuổi.

2.3 Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.4 Thu thập và xử lý số liệu

Các số liệu được điền vào bệnh án mẫu, phân tích xử lý theo phần mềm thống kê SPSS.

III. KẾT QUẢ

Có 110 bệnh nhân trong khoảng thời gian từ 01/2016-08/2018 thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh.

Tuổi và giới tính: Tuổi trung bình: $37,5 \pm 17,7$ tuổi (13- 86 tuổi). Tuổi thường gặp từ 20-39 tuổi (52,7 %). Nam chiếm 84%, nữ 16%.

Nguyên nhân tổn thương: chủ yếu do tai nạn giao thông (75.5%) và tai nạn sinh hoạt (11.8%).

Bảng 1: Nguyên nhân tai nạn

<i>Nguyên nhân tai nạn</i>	<i>Số BN</i>	<i>Tỷ lệ %</i>
Tai nạn giao thông	83	75.5
Tai nạn sinh hoạt	13	11.8
Tai nạn lao động	2	1.8
Áu đả	7	6.4
Té cao	5	4.5
TỔNG SỐ	110	100

Tình trạng khi vào viện: Trong 110 bệnh nhân thì có 37 bệnh nhân có sốc khi vào viện, 45 bệnh nhân có hội chứng xuất huyết nội, 35 bệnh nhân có hội chứng viêm phúc mạc.

Bảng 2: Biểu hiện khi vào viện

<i>Dấu hiệu</i>	<i>Sốc</i>	<i>Không sốc</i>	<i>HC viêm phúc mạc</i>	<i>HC xuất huyết nội</i>
số bệnh nhân	37	73	35	45
tỷ lệ	32.7	67.3	31.8	40.9

Chấn thương phổi hợp: Có 36 bệnh nhân có chấn thương phổi hợp chiếm 32.7%, còn lại 74 bệnh nhân chấn thương bụng kín đơn thuần.

Bảng 3: Chấn thương phổi hợp

<i>Tổn thương phối hợp</i>	<i>Số bệnh nhân</i>	<i>Tỷ lệ %</i>
Chấn thương chỉnh hình	23	20.9
Chấn thương ngực	8	7.3
Chấn thương sọ não	5	4.5
Tổng số	36	32.7

Siêu âm bụng: Tất cả 110 bệnh nhân đều được siêu âm bụng với các tổn thương được phát hiện như sau

Bảng 4: Đặc điểm tổn thương trên siêu âm và CT scan

<i>Đặc điểm tổn thương</i>	<i>Siêu âm</i>	<i>CT scan</i>
	<i>Số BN và tỷ lệ</i>	<i>Số BN và tỷ lệ</i>
Dịch ổ bụng	101 (91.8%)	93 (91%)
Tổn thương gan	35 (31.8%)	35 (34.3%)
Tổn thương lách	39 (35.5%)	43 (42.1%)
Tổn thương thận	9 (8.2%)	7 (6.9%)
Tổng số bệnh nhân	110	102

Tổn thương tạng: có 143 tổn thương tạng ở 110 bệnh nhân, trong đó lách và gan chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổn thương tạng đặc. Ruột non chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổn thương ở tạng rỗng.

Bảng 5: Tỷ lệ tổn thương tạng

<i>Tạng tổn thương</i>	<i>Số thương tổn</i>	<i>Tỷ lệ %</i>
Lách	49	44.5
Gan	36	32.7
Tụy	5	4.5
Dạ dày	1	0.9
Ruột non	29	26.4
Đại tràng	4	3.6
Thận, bàng quang, mạch máu	9	8.2
Mạch nối, mạch treo	10	9.1
Tổng	143	

Phương pháp điều trị: Điều trị bảo tồn ở 53.6% bệnh nhân, Có 46.4 bệnh nhân được phẫu thuật với tỷ lệ can thiệp nội soi thành công là 31.4% (16/51 bệnh nhân phẫu thuật).

Bảng 6: Phương pháp điều trị

<i>Phương pháp điều trị</i>	Số BN	Tỷ lệ %
Bảo tồn	59	53.6
Phẫu thuật	51	46.4
Mổ mở	23	45.1
Mổ nội soi	16	31.4
Nội soi chuyển mổ mở	12	23.5
TỔNG	110	

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung

Trong nghiên cứu của chúng tôi, CTBK thường gặp ở độ tuổi trưởng thành, với độ tuổi trung bình là 37.5 ± 17.7 tuổi. Tuổi thường gặp từ 20-39 tuổi (52,7%),

Lê Tư Hoàng với 120 BN trong nghiên cứu của mình cũng có 55% BN trong độ tuổi từ 21-40 tuổi [1]

Tác giả Yisar Said Salaam (2017), độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của mình là $26,65 \pm 4,49$ trong đó gặp nhiều cũng là độ tuổi từ 19 – 39 [12]

CTBK gặp ở nam nhiều hơn nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 84% BN nam và 16% BN nữ. Tỷ lệ nam/nữ $\approx 5/1$

Tỷ lệ này cũng tương đồng trong nghiên cứu của Tạ Văn Trâm, Trần Hoàng Ân [5]. Lê Tư Hoàng (2009), trong 120 BN CTBK có tỷ lệ: nam 73.3% (88 BN) và nữ 26.7% (32 BN) [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nguyên nhân do tai nạn giao thông gặp ở 83/110 (75.5%). Girish M Umare (2018) cũng đồng tình với kết quả này [10]

4.2 Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi: 36/110 BN có sốc chiếm tỷ lệ 32.7%. Trong đó, sốc nhẹ 21 BN (19.1%), sốc vừa 11 BN (10%) và sốc nặng 4 BN (3.6%).

Nghiên cứu của Tạ Văn Trâm, Trần Hoàng Ân (2016) ở 101 BN CTBK thì có 10.9% biểu hiện sốc khi vào viện [5]. Nghiên cứu của Lê Tư Hoàng (2009) [1] cũng có tỷ lệ sốc khi vào viện là 17%, thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi (20/120 BN). Điều này có lẽ là do sự khác nhau về tiêu chuẩn chọn bệnh

Các triệu chứng của HC xuất huyết nội do vỡ tạng đặc (40.9%) và HC viêm phúc mạc do vỡ tạng rỗng (31.8%) trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này có cao hơn trong nghiên cứu của Tạ Văn Trâm, Trần Hoàng Ân (2016) với tỷ lệ xuất huyết nội là 31.7% và viêm phúc mạc là 9.9% [5]. Có lẽ do đặc điểm BN khác nhau...

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được siêu âm bụng cấp cứu.

Giá trị đầu tiên lớn nhất của siêu âm là phát hiện dịch ổ bụng. Dịch ổ bụng ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi là 91.8%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 102 BN được chụp CT scan bụng. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: tổn thương gan 34.3% (35/102 BN được chụp CT scan), lách 42.1% (43/102 BN), thận 6.9% (7/102 BN).

Solanki HJ và cộng sự (2018) [13] cho rằng CT scan rất cần thiết để quyết định phương thức điều trị “bảo tồn không mổ” hay “phẫu thuật” ở những BN có tổn thương tạng đặc với tình trạng huyết động học ổ định

Về khả năng của CT scan trong chẩn đoán vỡ tạng rỗng: Chen PT và cộng sự (2018) [8], Dario và cộng sự (2017) [9], Ho TH và cộng sự (2014) [11] đều cho rằng hơn hẳn siêu âm hay X quang kinh điển.

4.3 Kết quả điều trị

Có tổng cộng 143 tổn thương tạng ở 110 bệnh nhân, trong đó lách và gan chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổn thương tạng đặc. Ruột non chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổn thương ở tạng rỗng. (bảng 5). Điều trị bảo tồn ở 59 bệnh nhân và phẫu thuật ở 51 bệnh nhân. Trong đó phẫu thuật nội soi thực hiện thành công ở 16/51 bệnh nhân phẫu thuật (31.4%), chuyển mổ mở 12/51 bệnh nhân (23.5%)

Nghiên cứu của Zafar và cộng sự (2015) có tỷ lệ chuyển từ nội soi sang mổ mở là 20.2% cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi [14].

Chúng tôi nhận thấy những bệnh nhân được can thiệp thành công bằng phẫu thuật nội soi có thời gian nằm viện ngắn, hồi phục sớm hơn các bệnh nhân mổ mở

Biến chứng xảy ra ở 9/51 bệnh nhân, trong đó nhiều nhất là nhiễm trùng vết mổ

Thời gian nằm viện trung bình là: 9.27 ± 4.41 ngày (2-30 ngày)

Có 3 bệnh nhân tử vong (2.7%) cao hơn nghiên cứu của Tạ Văn Trâm, Trần Hoàng Ân (2016) [5], trong đó 2 bệnh nhân ở nhóm phẫu thuật và 1 bệnh nhân ở nhóm bảo tồn (do viêm phổi bệnh viện).

V. KẾT LUẬN

Chấn thương bụng kín là tổn thương nặng, nguyên nhân thường do tai nạn giao thông. Tạng đặc có tỷ lệ tổn thương nhiều hơn tạng rỗng. Các cận lâm sàng hình ảnh học như CT scan, siêu âm giúp nhiều trong đánh giá bệnh nhân để quyết định phương thức điều trị. Tử vong vẫn còn, thường do tình trạng nặng của thương tổn do chấn thương gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Tư Hoàng (2009), "Nghiên cứu ứng dụng nội soi ổ bụng trong chẩn đoán và điều trị chấn thương bụng kín. Luận án tiến sỹ y học", Đại học Y Hà Nội.
2. Nguyễn Văn Hương, Nguyễn Văn Liễu, Đoàn Thị Phương Lý (2009), "Đặc điểm hình ảnh siêu âm và cắt lớp vi tính trên 66 bệnh nhân tổn thương tạng đặc do chấn thương bụng kín", *Y học thực hành số (682+683)*, Bộ Y tế, tr 204-208.
3. Lê Việt Khánh, Dương Trọng Hiền, Trần Bình Giang (2013), "Phẫu thuật nội soi chẩn đoán và điều trị vỡ tạng rỗng do chấn thương bụng kín", *Tạp chí Phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam*, số 1 (3), tr 5-10.
4. Trần Hiếu Nhân, Nguyễn Văn Tổng và cs (2014), "Đặc điểm chấn thương bụng kín-Vết thương thấu bụng tại bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ", *Y Học TP Hồ Chí Minh*, tập 18, số 1, tr 248-253.
5. Tạ Văn Trâm, Trần Hoàng Ân (2016), "Đặc điểm thương tổn trong chấn thương bụng kín tại bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang", *Y học TP Hồ Chí Minh*, Phụ bản tập 7, số 2, tr 360-363.
6. Abri B, Shams-Vahdati S, et al, (2016), "Blunt abdominal trauma and organ damage and its prognosis", *J Anal Res Clin Med*, 4(4), pp 228-232.
7. Amuthan J, Vijay A, et al, (2017), "A Clinical Study of Blunt Injury Abdomen in a Tertiary Care Hospital", *Int J Sci Stud*, 5(1), pp 108-112.
8. Chen PT, Chao HM, (2018), "Experience in traumatic small bowel perforation management", *Formos J Surg*, 51, pp 32-7.
9. Dario Giambelluca, Dario Picone, et al, (2017), "Traumatic gastric rupture following blunt abdominal trauma: a case report about an atypical modality of presentation", *Emergency Care Journal*, vol 13, pp 21-23.
10. Girish M Umare, Nitin Sherkar, A Motewar, (2018), "Study of Clinical Profile and Management of Blunt Abdominal Trauma", *International Journal of Contemporary Medical Research*, Vol 5 (1), pp 5-9.
11. Ho TH, Chang SW, et al (2017), "Occult perforation with circumferential ischaemic injury of the sigmoid colon following seat-belt trauma: a case report", *Hong Kong J. Emerg Med*, Vol 24 (2), pp 100-103.
12. Salaam YS (2017), "Multiple Colonic Injuries: For Grading and Universal Management Plan", *Trauma Acute Care*, Vol.2 No.6: 61.
13. Solanki HJ et al, (2018), "Blunt abdomen trauma: a study of 50 cases", *Int Surg J*, Vol 5(5):1763-1769.
14. Viktor Justin, Abe Fingerhut, Selman Uranues, (2017), "Laparoscopy in Blunt Abdominal Trauma: for Whom? When? and Why?", *Curr Trauma Rep*, Vol 3, pp 43-50.

ÁP DỤNG MÔ HÌNH MỚI SÀNG LỌC TIỀN SẢN GIẬT SỚM TỪ QUÝ I THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TP. CẦN THƠ

Lê Hồng Thịnh*

*ThS.BS, Trưởng Khoa Xét nghiệm – Di truyền học, Bệnh viện Phụ sản TP. Cần Thơ

1. TỔNG QUAN VỀ TIỀN SẢN GIẬT

1.1. Định nghĩa Tiền sản giật

Tiền sản giật (TSG) là một hội chứng cơ quan tiến triển trong suốt nửa sau của thời kỳ mang thai. Các tính chất đặc trưng gồm có tăng huyết áp, protein niệu hoặc không có protein niệu nhưng có các dấu hiệu rối loạn chức năng các cơ quan của mẹ.

- Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg ở ≥ 2 lần đo trong 4 giờ, phát hiện sau 20 tuần ở những phụ nữ có huyết áp bình thường trước đó.
- Protein niệu là sự hiện diện ≥ 300 mg protein trong nước tiểu 24 giờ hoặc tỉ số protein/creatinine niệu ≥ 30 mg/mmol hoặc hai lần đọc tối thiểu là ++ khi phân tích nước tiểu giữa dòng hoặc lấy nước tiểu qua catheter.

1.2. Định nghĩa Rối loạn chức năng cơ quan mẹ

Là có sự xuất hiện của một trong các dấu hiệu sau đây:

- Suy thận – creatinine huyết thanh ≥ 90 $\mu\text{mol/L}$.
- Rối loạn chức năng gan – nồng độ men gan trong huyết thanh cao (≥ 2 lần so với giới hạn trên của khoảng bình thường) và/hoặc đau tức vùng bụng trên liên tục không đáp ứng với thuốc giảm đau.
- Biến chứng thần kinh - sản giật, đột quy, lơ mơ, tăng phản xạ gân xương kèm với giật rung, đau đầu nặng kèm tăng phản xạ gân xương, mù hoặc nhìn mờ liên tục.
- Biến chứng chảy máu - số lượng tiểu cầu $< 150,000/\text{dL}$, hội chứng đông máu rải rác trong lòng mạch (DIC) hoặc tan máu.

1.3. Tần suất xảy ra TSG

TSG gặp trong 2 – 5 % thai kỳ. Tỉ lệ này phụ thuộc vào các đặc điểm nhân khẩu của cộng đồng theo từng nghiên cứu. Ví dụ, phụ nữ da đen có nguy cơ tiền sản giật cao gấp 2 - 3 lần so với phụ nữ da trắng.

1/3 các trường hợp này dẫn đến chuyển dạ < 37 tuần (tiền sản giật non tháng) và 2/3 trường hợp chuyển dạ ≥ 37 tuần (tiền sản giật đủ tháng)

1.4. Ảnh hưởng của Tiền sản giật

TSG là nguyên nhân hàng đầu của tử vong mẹ, tử vong thai nhi và các dị tật bẩm sinh. Có trên 50,000 trường hợp tử vong mẹ hàng năm trên thế giới do ảnh hưởng của TSG. Những biến chứng nặng nhất, có thể dẫn đến tử vong mẹ, bao gồm sản giật (co giật hoặc lơ mơ ở những sản phụ có tiền sản giật), xuất huyết não hoặc đột quy, hội chứng đông máu rải rác lòng mạch lan toả (DIC) và hội chứng HELLP (tan máu, tăng men gan và giảm tiểu cầu). Những biến chứng nặng khác bao gồm phù não, nhìn mờ, suy thận, suy gan hoặc phù phổi...

TSG thường liên quan đến tình trạng giảm lưu lượng máu cung cấp cho nhau thai dẫn đến thai chậm tăng trưởng trong tử cung, tăng quá trình oxy hóa và tăng nguy cơ thai ngừng phát triển. Hơn nữa, rất nhiều sản phụ có tiền sản giật cần phải sinh sớm do các chỉ định của mẹ/thai vì vậy trẻ sinh ra phải đối mặt với rất nhiều nguy cơ của sinh non. Những nguy cơ có thể kể đến như tử vong sơ sinh, xuất huyết não, co giật, khó thở và khó bú, vàng da, bệnh màng trong và nằm viện lâu. TSG và SG là nguyên nhân của 25% trường hợp thai lưu và tử vong sơ sinh, và 15% của trẻ sơ sinh chậm phát triển.

TSG non tháng có nhiều kết cục nặng nề hơn ở bà mẹ lần thai nhi/trẻ so với TSG đủ tháng.

2. MÔ HÌNH SÀNG LỌC TSG SỚM TỪ QUÝ I THAI KỲ THEO FMF

2.1. Ý nghĩa của mô hình sàng lọc TSG sớm theo FMF

Hiện nay có nhiều phương pháp để phát hiện Tiền sản giật trong thai kỳ, tuy nhiên hầu hết đều khá trễ và không can thiệp điều trị dự phòng được.

Việc áp dụng mô hình mới sàng lọc tiền sản giật sớm từ quý I thai kỳ (tuổi thai 11 đến 13 tuần 6 ngày) giúp phát hiện sớm các thai phụ có nguy cơ cao xảy ra tiền sản giật trong thai kỳ, can thiệp điều trị dự phòng sớm bằng aspirin, giúp giảm tỉ lệ xảy ra bệnh lý tiền sản giật.

Ngoài ra, việc sàng lọc Tiền sản giật có thể thực hiện thêm ở quý II (19-24 tuần 6 ngày), quý III (30 – 34 tuần) nếu kết quả sàng lọc rơi vào nhóm nguy cơ cao cũng có thể giúp Bác sĩ và khách hàng theo dõi sát hơn, từ đó có thể chẩn đoán sớm tiền sản giật và giảm các biến chứng nặng của bệnh.

2.2. Nguyên lý của mô hình sàng lọc TSG theo FMF

Mô hình này sẽ dự đoán nguy cơ xảy ra tiền sản giật dựa trên kết hợp nhiều yếu tố:

- Thông tin thai phụ/tiền sử gia đình: tuổi mẹ, chiều cao, cân nặng, phương pháp thụ thai (thụ tinh trong ống nghiệm/tự nhiên...), hội chứng kháng Phospholipid, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường type 2, lupus ban đỏ, tiền sử bản thân/gia đình tiền sản giật, tuổi thai lúc sinh lần trước, cân nặng của bé trước ...

- Chỉ số huyết áp động mạch trung bình

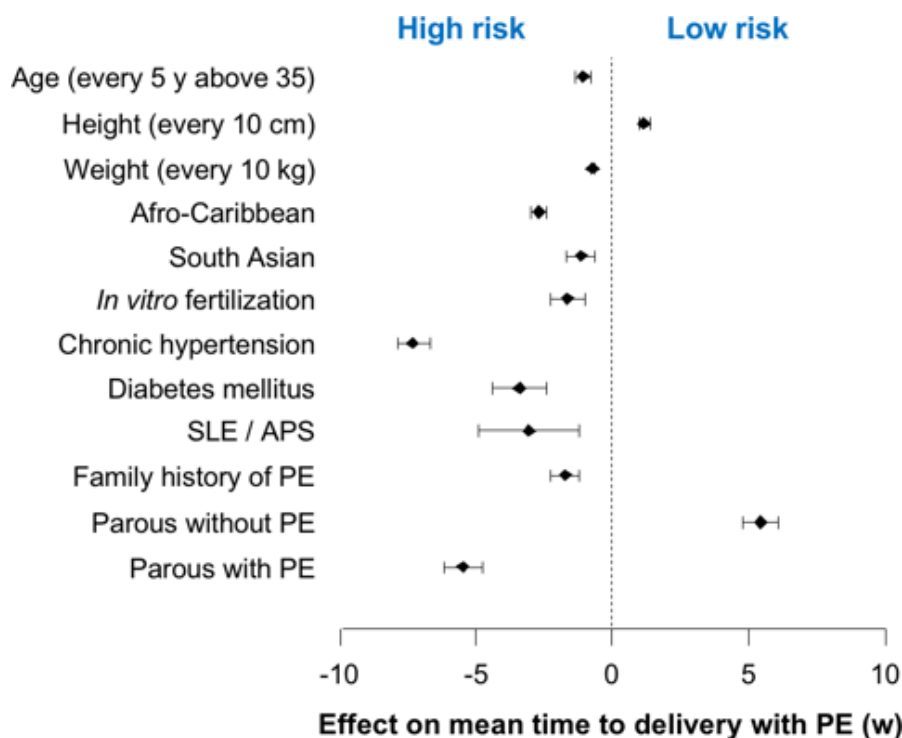
- Siêu âm thai: đo chỉ số PI động mạch tử cung (PI - Pulsatility Index)

- Định lượng nồng độ PLGF máu thai phụ

Nếu kết quả trả lời NGUY CƠ CAO: Điều trị dự phòng với Aspirin từ trước 16 tuần thai đến 36 tuần thai, liều 2 viên x 81 mg (uống 1 lần buổi tối sau ăn no với cân nặng 40-90kg)

2.3. Đặc điểm của mẹ và thai kỳ

Bảng 1. Ảnh hưởng đến nguy cơ TSG theo đặc điểm mẹ và thai kỳ



2.4. Huyết áp trung bình

- Trong dự báo TSG, đo huyết áp trung bình có giá trị hơn huyết áp tâm thu hay tâm trương. Huyết áp trung bình (HATB) được định nghĩa là áp lực động mạch trung bình trong cả một chu kỳ tim và được tính theo công thức

$$\text{HATB} = 2/3 \text{ huyết áp tâm trương} + 1/3 \text{ huyết áp tâm thu}$$

- Ở những thai kỳ có TSG, HATB tăng lên và điểm phân cắt các giá MoM bình thường ở tuổi thai sớm hơn giai đoạn muộn mà thời điểm đó việc chuyển dạ do TSG trở nên cần thiết. Do đó, hiệu quả sàng lọc TSG sẽ tốt hơn cho TSG non tháng hơn TSG đủ tháng. Ngoài ra, HATB cũng gia tăng theo tuổi thai lúc sàng lọc.

- Kỹ thuật đo HA: Nghi ngơi 5 phút trước khi đo, đo cùng lúc cả tay phải và trái, đo 2 lần cách nhau mỗi 1 phút. Phòng đo HA phải riêng biệt, yên tĩnh, lúc đo không nói chuyện.

- Tư thế: ngồi, 2 chân thẳng, bàn chân chạm đất, 2 tay kê lên tay vịn ghế, cao ngang tim (xem hình minh họa).

2.5. Đo chỉ số UTPI (trở kháng động mạch tử cung)

- Trở kháng động mạch tử cung được đo qua siêu âm đường bụng hoặc đường âm đạo.

- Trong thai kỳ bình thường, trở kháng động mạch tử cung giảm dần theo tuổi thai và cân nặng mẹ, cao ở chủng tộc Afro-Caribbean hơn người



Caucasians. Do đó, để sàng lọc có hiệu quả thì cần phải tính toán các biến số này bằng cách đổi sang giá trị MoM.

– Ở những thai kỳ có TSG, trở kháng động mạch tử cung tăng lên và điểm phân cắt các giá MoM bình thường ở tuổi thai sớm lớn hơn giai đoạn muộn mà thời điểm đó việc chuyển dạ do TSG trở nên cần thiết. Do đó, hiệu quả sàng lọc TSG sẽ tốt hơn cho TSG non tháng hơn TSG đủ tháng.

3. HIỆU QUẢ CỦA SÀNG LỌC TSG

3.1. Sàng lọc ở thời điểm 11-13 tuần

– Mục tiêu của sàng lọc TSG từ 11-13 tuần là xác định các trường hợp có thể sử dụng aspirin dự phòng làm giảm nguy cơ TSG non tháng trên 60%.

– Kết hợp sàng lọc kết hợp các yếu tố mẹ, huyết áp trung bình, kháng trở động mạch tử cung và PLGF nhằm dự đoán khoảng 90% trường hợp TSG sớm (<34 tuần), 75% TSG non tháng (<37 tuần) và 45% TSG đủ tháng (≥ 37 tuần) với tỉ lệ dương tính sàng lọc là 10%.

Method of screening	Detection rate		
	PE <34 w	PE <37 w	PE ≥ 37 w
Maternal factors	58%	50%	38%
Maternal factors plus:			
MAP	65%	60%	43%
MAP, UTPI	80%	70%	44%
MAP, PLGF	85%	73%	47%
MAP, UTPI, PLGF	90%	75%	47%

3.2. Sàng lọc ở thời điểm 20-24 tuần và 30-34 tuần

– Mục tiêu của sàng lọc TSG ở 20-24 tuần và 30-34 tuần là ước tính nguy cơ hình thành TSG trên từng cá nhân và dựa trên nguy cơ đó để quyết định việc quản lý thai kỳ tiếp theo, bao gồm thời gian và nội dung các lần khám tiếp theo. Điều này sẽ hạn chế tối đa các biến cố chu sinh nặng cho những trường hợp TSG bằng cách xác định thời gian và địa điểm phù hợp để sinh.

– Trong thai kỳ TSG, các giá trị trong quý II thai kỳ của huyết áp trung bình, trở kháng động mạch tử cung và sFLT-1 tăng lên trong khi PLGF giảm. Đối với tất cả các dấu hiệu sinh học, độ lệch chuẩn có liên quan nghịch với tuổi thai lúc sinh trở nên cần thiết cho các chỉ định sinh ở mẹ và/hoặc thai, vì vậy hiệu quả sàng lọc TSG non tháng tốt hơn TSG đủ tháng.

Method of screening	Detection rate		
	PE <34 w	PE <37 w	PE ≥37
Maternal factors	52%	47%	36%
Maternal factors plus:			
MAP	72%	60%	44%
MAP, UTPI	96%	80%	44%
MAP, PLGF	94%	75%	44%
MAP, sFLT-1	77%	65%	44%
MAP, UTPI, PLGF	94%	85%	45%
MAP, UTPI, PLGF, sFLT-1	100%	85%	45%

- Ở Quý III thai kỳ: Sàng lọc kết hợp các yếu tố mẹ, huyết áp trung bình, trở kháng động mạch tử cung, PLGF và sFLT-1 có thể tiên đoán gần hết tất cả các trường hợp TSG non tháng (<37 tuần), nhưng chỉ 55% trường hợp TSG đủ tháng (≥37 tuần), với tỉ lệ dương tính của sàng lọc là 5%.

Method of screening	Detection rate	
	PE <37 w	PE ≥37
Maternal factors	34%	30%
Maternal factors plus:		
MAP	79%	39%
MAP, UTPI	79%	40%
MAP, PLGF	93%	46%
MAP, sFLT-1	91%	45%
MAP, PLGF, sFLT-1	97%	54%
MAP, UTPI, PLGF, sFLT-1	98%	55%

4. ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG TIỀN SẢN GIẬT

4.1. Aspirin liều thấp

- Sử dụng Aspirin từ tuần thai trước 16 đến 36 của thai kỳ cho các trường hợp NGUY CƠ CAO ở Sàng lọc TSG quý I (11-13 tuần 6 ngày):

- + Liều Aspirin: dạng viên 81mg, liều 81-162 mg. Liều 2 viên x 81mg được sử dụng cho thai phụ có cân nặng từ 40-90 kg.
- + Uống 1 lần/ ngày sau ăn no, buổi tối
- + Khởi đầu: uống ngay sau khi có kết quả sàng lọc TSG nguy cơ cao
- + Uống sau tuần thứ 16 không có hiệu quả dự phòng TSG

+ Cho xét nghiệm PLGF, PI, đo HA ở tuổi thai 22w (cho phép 19-24⁺⁶) để theo dõi hiệu quả điều trị

• Nếu lần 2 NGUY CƠ THẤP: có đáp ứng tốt với aspirin, vẫn duy trì đến 36w.

• Nếu lần 2 NGUY CƠ CAO: chưa đáp ứng tốt với aspirin, tư vấn kỹ lại việc tuân thủ điều trị, liều lượng, chế độ dinh dưỡng,...

- Theo dõi, tư vấn với các trường hợp NGUY CƠ CAO được sàng lọc ở thời điểm 19-24 tuần 6 ngày và 30-34 tuần:

+ Đo HA, XN nước tiểu mỗi 1-2 tuần
+ Tư vấn chế độ dinh dưỡng phù hợp
+ Cần theo dõi kỹ hơn nếu có dấu hiệu “thai chậm tăng trưởng” trên siêu âm ở 22 tuần và tăng HA.

+ Chỉ định xét nghiệm tỷ số SFLT1/PLG nếu cần thiết để hỗ trợ chẩn đoán ở quý 3 thai kỳ đối với các trường hợp có dấu hiệu lâm sàng của Tiền sản giật.

4.2. Nghỉ ngơi tại giường và tiết thực

- Tỷ lệ TSG không giảm khi nghỉ ngơi tại giường, hạn chế vận động, hoặc tiết thực, kể cả hạn chế muối hoặc cung cấp thêm magnesium, kẽm, folate, vitamin C, D, E và dầu cá.

- Bổ sung calcium trong chế độ ăn ở những sản phụ thiếu calcium sẽ làm giảm một nửa tỷ lệ TSG. Những số liệu sơ bộ cho thấy sử dụng pravastatins dự phòng sẽ có lợi cho những sản phụ có nguy cơ cao TSG.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tranquilli AL, Dekker G, Magee L, Roberts J, Sibai BM, Steyn W, Zeeman GG, Brown MA. The classification, diagnosis and management of the hypertensive disorders of pregnancy: A revised statement from the ISSHP. Pregnancy Hypertens 2014; 4: 97-104.

2. Hofmeyr GJ, Lawrie TA, Atallah AN, Duley L, Torloni MR. Calcium supplementation during pregnancy for preventing hypertensive disorders and related problems. Cochrane Database Syst Rev 2014;6: CD001059.

3. Rolnik DL, Wright D, Poon LC, O'Gorman N, Syngelaki A, de Paco Matallana C, Akolekar R, Cicero S, Janga D, Singh M, Molina FS, Persico N, Jani JC, Plasencia W, Papaioannou G, Tenenbaum-Gavish K, Meiri H, Gizurarson S, Maclagan K, Nicolaides KH. Aspirin versus placebo in pregnancies at high risk for preterm preeclampsia. N Engl J Med 2017 Jun 28. doi: 10.1056/NEJMoa1704559.

4. Wright A, Wright D, Ispas CA, Poon LC, Nicolaides KH. Mean arterial pressure in the three trimesters of pregnancy: effects of maternal characteristics and medical history. Ultrasound Obstet Gynecol 2015; 45: 698-706.

5. Tayyar A, Krithinakis K, Wright A, Wright D, Nicolaides KH. Mean arterial pressure at 12, 22, 32 and 36 weeks' gestation in screening for pre-eclampsia. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47: 573-9.
6. Tsiakkas A, Mendez O, Wright A, Wright D, Nicolaides KH. Maternal serum soluble fms-like tyrosine kinase-1 at 12, 22, 32 and 36 weeks' gestation in screening for pre-eclampsia. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47: 478-83
7. Tsiakkas A, Duvdevani N, Wright A, Wright D, Nicolaides KH. Serum soluble fms-like tyrosine kinase-1 in the three trimesters of pregnancy: effects of maternal characteristics and medical history. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2015; 45: 584-90.
8. Wright A, Guerra L, Pellegrino M, Wright D, Nicolaides KH. Maternal serum PAPP-A and free β -hCG at 12, 22 and 32 weeks' gestation in screening for pre-eclampsia. *Ultrasound Obstet Gynecol* 2016; 47: 762-7.
9. O’Gorman N, Wright D, Syngelaki A, Akolekar R, Wright A, Poon LC, Nicolaides KH. Competing risks model in screening for preeclampsia by maternal factors and biomarkers at 11-13 weeks’ gestation. *Am J Obstet Gynecol* 2016;214:103.e1-103.e12.
10. National Collaborating Centre for Women’s and Children’s Health (UK). Hypertension in pregnancy: the management of hypertensive disorders during pregnancy. London: RCOG Press, 2010.
11. Hypertension in pregnancy: report of the American College of Obstetricians and Gynecologists’ Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2013; 122: 1122-31.

**ĐÁNH GIÁ BƯỚC ĐẦU TRIỂN KHAI ERCP TRONG ĐIỀU TRỊ TẮC MẬT
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG**

*Lê Thiện Hòa, Dương Hoài Phương
Nguyễn Thị Bích Thủy, Lê Hữu Thọ*

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 14 tháng triển khai.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có theo dõi. Gồm 75 bệnh nhân được làm ERCP tại BVĐK KV Tỉnh An Giang tháng 15/08/2018 → 15/10/2019.

Kết quả: Từ 15/08/2018 → 15/10/2019, có 75 bệnh nhân, tuổi trung bình là $58,97 \pm 15,11$ tuổi cao nhất là 95, thấp nhất là 28, có 35 nam (46,7%), 40 nữ (53,3%). Tắc mật chủ yếu là do sỏi 53 trường hợp (70,7%), do k 22 trường hợp (29,3%) chèn ép đường mật. Tắc mật do sỏi được ERCP tiến hành lấy sỏi, giải áp thành công tất cả các trường hợp, có 2 trường hợp bị biến chứng rách thành sau tá tràng và viêm tụy cấp. Tắc mật do k được ERCP tiến hành giải áp bằng stent đường mật 95,45%, có 1 trường hợp không thất bại do hẹp. Tất cả các bệnh nhân sau thủ thuật ERCP giảm triệu chứng tắc mật và được xuất viện sớm.

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 nhiều khi gặp 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 OY THE COLLON 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 14 months of implementation.

Objective and methods : Cross-sectional descriptive study, with follow-up. Including 75 patients were ERCP patients at An Giang Provincial Hospital in 15/08/2018 → 15/10/2019.

Results : 15/08/2018 → 15/10/2019, there were 75 patients with an average age of $58,97 \pm 15,11$ years, the oldest was 95 and the youngest was 28, there were 35 males (46,7%), 40 females (53,3%). Gallstone obstruction was carried out by ERCP to collect gravel, successfully suppressing all cases, there are 2 cases of complications after posterior duodenal tear and acute pancreatitis. Cholestasis due to cancer was performed by ERCP by biliary stent 95.45%, There is 1 case of failure due to stenosis. All patients following ERCP procedure reduced symptoms of biliary obstruction and were discharged early.

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 giữa tháng 8/2018 đến nay. 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 14 tháng triển khai.

Mục tiêu chuyên biệt:

1. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.
2. Nguyên nhân gây tắc mật.
3. Nguyên nhân, hướng xử trí và kết quả điều trị tắc mật qua 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 gối 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 được điều trị tại Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang từ 15/8/2018 đến tháng 15/10/2019 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 với các phương tiện gây mê hồi sức và theo dõi huyết động trong quá trình thủ thuật.
- Hệ thống máy Nội soi CV-190 và ống nội soi tá tràng nghiêng CV-180 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 75 bệnh nhân : có 35 nam (46,7%), 40 nữ (53,3%).
- Tuổi trung bình là $58,97 \pm 15,11$ tuổi cao nhất là 95, thấp nhất là 28.
Tuổi trung bình của nam là $56,51 \pm 15,52$ tuổi cao nhất là 89, thấp nhất là 29.
Tuổi trung bình nữ là $61,13 \pm 14,7$, tuổi cao nhất là 95, thấp nhất là 28.
- Bệnh nhân thường ở vùng nông thôn 63 (84%), thành thị 12 (16%).
- Nghề nghiệp: già 38 (50,7%), nông dân 13 (17,3%), nội trợ 15 (20%), buôn bán 8 (10,7%), công nhân viên 1 (1,3%).

4.1 Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

- Tiền căn mổ đường mật: chưa mổ 52 (69,3%), mổ 1 lần 12 (16%), mổ 2 lần 6 (8%), mổ 3 lần 3 (4%), mổ 4 lần 1 (1,3%), mổ 5 lần 1 (1,3%).

- Triệu chứng nhập viện: đau bụng 58 (77,3%), đau bụng kèm sốt 17 (22,7%).
- Chẩn đoán trước thủ thuật ERCP : nhiễm trùng đường mật 7 (9,3%), nhiễm trùng đường mật + sỏi ống mật chủ 17 (22,7%), sỏi ống mật chủ 32 (42,7%), viêm tụy cấp 3 (4%), k đường mật 15 (20%), k tụy 1 (1,3%).
- Số lượng bạch cầu trung bình là $14,4 \pm 7,2$, cao nhất là 35,8, thấp nhất là 4,4.
Tỉ lệ Neutro trung bình là $81,7 \pm 13,9$ %, cao nhất là 97, thấp nhất là 27.
- Billirubin TP trung bình là $6,1 \pm 5,9$, cao nhất là 28, thấp nhất là 1,2.
Billirubin TT trung bình là $4,3 \pm 4,1$, cao nhất là 17,9, thấp nhất là 0,9.

4.2. Nguyên nhân gây tắc mật:

- Nguyên nhân tắc mật sau khi làm ERCP số lượng và tỷ lệ như sau:

+ Sỏi đường mật: 53 (70,7%)

+ K : 22 (29,3%)

Nhận xét: nguyên nhân tắc mật chủ yếu là sỏi đường mật.

- Mối liên hệ giữa nguyên nhân tắc mật với giới tính, địa chỉ, nghề nghiệp, chẩn đoán trước khi làm ERCP:

		Sỏi Số case (tỷ lệ %)	K Số case (tỷ lệ %)	Tổng Số case (tỷ lệ %)	<i>p</i>
Giới tính	Nam	21 (28%)	14 (18,7%)	35 (46,7%)	0,049
	Nữ	32 (42,7%)	8 (10,7%)	40 (53,3%)	
Địa chỉ	Thành thị	10 (13,3%)	2 (3,1%)	12 (16%)	0,073
	Nông thôn	43 (57,8%)	20 (26,7%)	63 (84%)	
Nghề nghiệp	Già	24 (32%)	14 (18,7%)	38 (50,7%)	0,205
	Làm ruộng	8 (10,7%)	5 (6,7%)	13 (17,3%)	
	Buôn bán	8 (10,7%)		8 (10,7%)	
	CNV	1 (1,3%)		1 (1,3%)	
	Nội trợ	12 (16%)	3 (4%)	15 (20%)	
Chẩn đoán trước khi làm	NT	5 (6,7%)	2 (2,7%)	7 (9,3%)	0,000
	NT + sỏi	15 (20%)	2 (2,7%)	17 (22,7%)	
	Sỏi	30 (40%)	2 (2,7%)	32 (42,7%)	

ERCP	Viêm tụy	1 (1,3%)	2 (2,7%)	3 (4%)	
	K đường mật	1 (1,3%)	14 (18,7%)	15 (20%)	
	K tụy	1 (1,3%)		1 (1,3%)	

Nhận xét: tắc mật do sỏi thường gặp ở nữ, còn k đường mật thường gặp ở nam, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4.2 Nguyên nhân, hướng xử trí và kết quả điều trị tắc mật qua ERCP :

4.2.1 Sỏi đường mật:

- Trong mẫu khảo sát 53 bệnh nhân, 21 nam (39,6%), 32 nữ (60,4%).
- Tuổi trung bình là $57,64 \pm 16,05$ tuổi cao nhất là 95, thấp nhất là 28.
Tuổi trung bình của nam là $53,19 \pm 15,04$ tuổi cao nhất là 89, thấp nhất là 29.
Tuổi trung bình nữ là $60,56 \pm 16,25$, tuổi cao nhất là 95, thấp nhất là 28.
- Kích thước ống mật chủ trung bình: $15,7 \pm 4,1$ lớn nhất là 30, nhỏ nhất là 7.
- Số lượng sỏi trung bình $1,48 \pm 1,06$, nhiều nhất là 1, ít nhất là 5. Trong đó có 45 case sỏi ống mật chủ, 3 case kèm sỏi ống gan phải, 2 case kèm sỏi ống gan trái và 3 case sỏi cả hai nhánh gan.
- Kích thước sỏi trung bình $14,08 \pm 3,81$ lớn nhất là 25, nhỏ nhất là 6.
- Cách xử trí: 35 (66%) bệnh tiến hành lấy sỏi (31 bệnh lấy sỏi thì 1, 4 bệnh lấy sỏi thì 2), 8 (15,1%) bệnh vừa lấy sỏi vừa đặt stent (có 5 bệnh tán sỏi), 10 (18,9%) bệnh đặt stent.
- Men tụy sau thủ thuật: không tăng 34 bệnh (64,2%), có tăng 19 bệnh (35,8%) , trong đó 1 bệnh (1,3%) có triệu chứng viêm tụy cấp phải chuyển viện lên tuyến trên.
- Biến chứng sau thủ thuật: 1 bệnh (1,3%) rách thành sau tá tràng phải chuyển mổ cấp cứu, 1 bệnh (1,3%) viêm tụy cấp phải chuyển lên tuyến trên.
- Số ngày nằm viện trung bình là $11,3 \pm 5,5$ ngày cao nhất là 25, thấp nhất là 2.

Nhận xét:

- Đối với bệnh nhân sỏi đường mật đơn thuần thì tiến hành lấy sỏi bằng rọ sau khi nong đường mật bằng bóng. Đối với sỏi to $> 20\text{mm}$, khi mới triển khai do chưa quen thủ thuật tán sỏi nên tiến hành đặt stent đường mật để lấy sỏi sau 2-3 tháng. Sau 3 tháng triển khai, nếu sỏi to quá có thể kết hợp tán sỏi. Sau tán sỏi tùy đánh giá sỏi vụn sau tán có thể đặt stent dự phòng và sẽ rút sau 1 tháng nếu không tái phát tắc mật.
- Có 1 trường hợp bị thủng thành sau tá tràng do đã phẫu thuật đường mật nên tá tràng hơi hẹp và thông vào đường mật khó khăn, đi dụng cụ gây thủng 1 lỗ nhỏ. Sau thủ thuật bệnh nhân đau nhiều, phát hiện thủng nên chuyển mổ cấp cứu. Bệnh nhân sau mổ ổn định và được xuất viện.

- Có 1 trường hợp viêm tụy cấp sau ERCP với triệu chứng đau nhiều thượng vị, men tụy tăng cao. Được chẩn đoán viêm tụy cấp và người bệnh xin chuyển lên BV Chợ Rẫy điều trị. Theo dõi bệnh nhân sau đó ổn và được xuất viện. Trường hợp này do đã phẫu thuật đường mật, thông vào đường mật khó khăn, nhiều lần đi dây da64nva2o ống tụy kèm bơm thuốc nên gây viêm mô tụy sau thủ thuật.

4.2.2 Do k:

- Trong mẫu khảo sát 22 bệnh nhân, 14 nam (63,6%), 8 nữ (36,4%).
- Tuổi trung bình là $62,15 \pm 12,31$ tuổi cao nhất là 87, thấp nhất là 36.
Tuổi trung bình của nam là $61,5 \pm 15,1$ tuổi cao nhất là 87, thấp nhất là 36.
Tuổi trung bình nữ là $63,4 \pm 5,2$, tuổi cao nhất là 55, thấp nhất là 69.
- Kích thước ống mật chủ trung bình: $16,08 \pm 7,38$ lớn nhất là 25, nhỏ nhất là 6.
- Trong 22 trường hợp làm ERCP có 15 bệnh nhân trong đó 10 bệnh (66,66%) làm 1 lần, 1 bệnh (6,67%) làm 2 lần, 3 bệnh (20%) làm 3 lần và 1 bệnh (6,67%) không thông như được. Trong đó có 2 bệnh (13,33%) u đầu tụy xâm lấn và 13 bệnh (86,67%) k đoạn cuối ống mật chủ.

- Cách xử trí:

+ Đặt 1 stent thẳng:	10
+ Đặt 1 stent double pigtail:	4
+ Đặt 2 stent thẳng:	4
+ Đặt stent kim loại:	1
+ Đặt stent thẳng trong lòng stent kim loại:	2
+ Không đặt được stent:	1

- Men tụy sau thủ thuật: không tăng 15 (68,2%) case, có tăng 7 (31,2%) case, không có case nào vào viêm tụy cấp.

- Biến chứng sau thủ thuật: chưa ghi nhận, chỉ có 1 trường hợp u đầu tụy chèn ép quá nên không thông như được.

- Số ngày nằm viện trung bình là $10,4 \pm 5,4$ ngày cao nhất là 29, thấp nhất là 5.

Nhận xét:

- Tắc mật do k đường mật hay k đầu tụy chèn ép đường mật thường được làm ERCP để giải áp đường mật bằng stent thẳng thay stent double pigtail với số lượng tụy thuộc đánh giá của bác sĩ nội soi.

- Stent kim loại được áp dụng trong 1 trường hợp k đoạn cuối ống mật chủ. Trường hợp này k phát triển nhanh, sau 2 tháng đã gây tắc stent, nhưng do có stent kim loại làm nòng nên chúng tôi thông vào đường mật còn dễ và tiến hành đặt 1 stent thẳng trong lòng, bệnh nhân được giải áp thành công.

VI. KẾT LUẬN :

- Trong mẫu khảo sát 75 bệnh nhân : có 35 nam (46,7%), 40 nữ (53,3%).

Tuổi trung bình là $58,97 \pm 15,11$ tuổi cao nhất là 95, thấp nhất là 28.

- Tắc mật là do sỏi 53 case (70,7%), do k 22 case (29,3%).

- Tắc mật do sỏi: 35 (66%) bệnh tiến hành lấy sỏi (31 bệnh lấy sỏi thì 1, 4 bệnh lấy sỏi thì 2), 8 (15,1%) bệnh vừa lấy sỏi vừa đặt stent (có 5 bệnh tán sỏi), 10 (18,9%) bệnh đặt stent. Biến chứng sau thủ thuật: 1 bệnh (1,3%) rách thành sau tá tràng phải chuyển mổ cấp cứu, 1 bệnh (1,3%) viêm tụy cấp phải chuyển lên tuyến trên.

- Tắc mật do k: được giải áp bằng stent 21 trường hợp, có 1 trường hợp thất bại do không thông như được phải chuyển lên tuyến trên. Không có biến chứng sau khi làm ERCP.

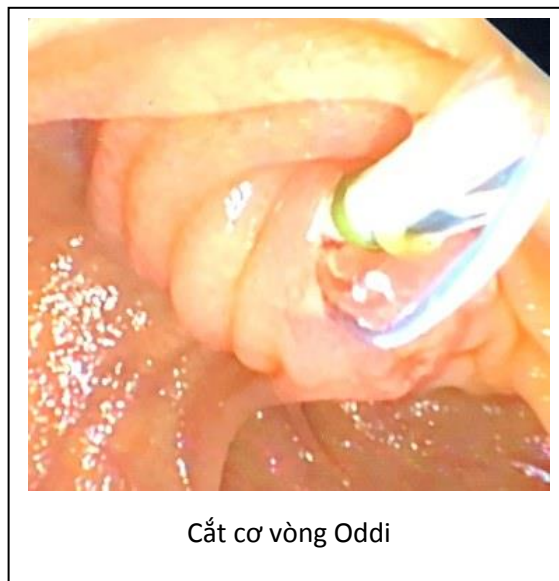
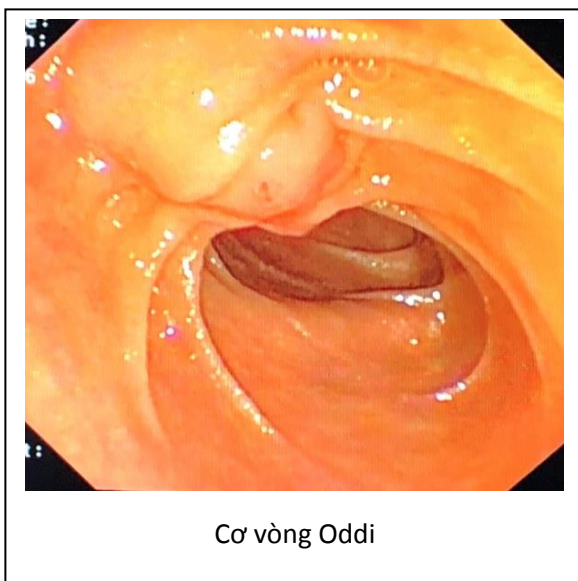
- Tất cả các bệnh nhân sau thủ thuật ERCP giảm triệu chứng tắc mật và được xuất viện sớm.

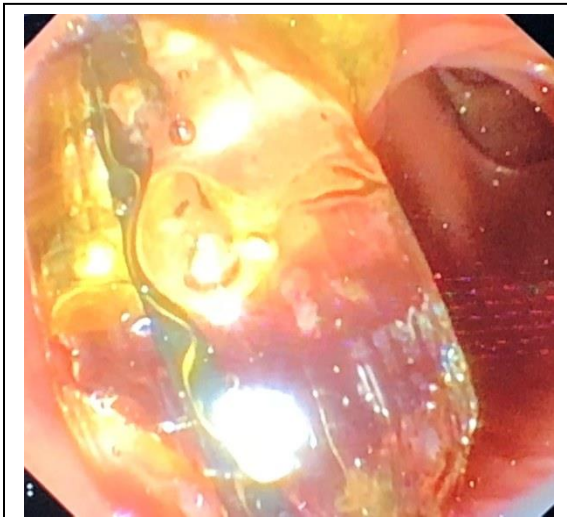
- Bệnh viện được sự chỉ đạo tuyến của Khoa Nội soi – Bệnh viện Chợ Rẫy để triển khai ERCP từ giữa tháng 8/2018 đến nay, đã thu được những thành công nhất định trong điều trị tắc mật bằng ERCP. Khoa Nội soi tiếp tục đào tạo thêm nhân sự và hoàn thiện kỹ năng nhằm nâng cao hiệu quả điều trị của ERCP.

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 đôi khi cũng xảy ra tai biến, nên bệnh viện cần thành lập một đội giữa Khoa Ngoại và Nội soi tiêu hóa mật nhằm phối hợp chẩn đoán và điều trị bệnh lý đường mật một cách tốt nhất.

Hình ảnh minh họa:





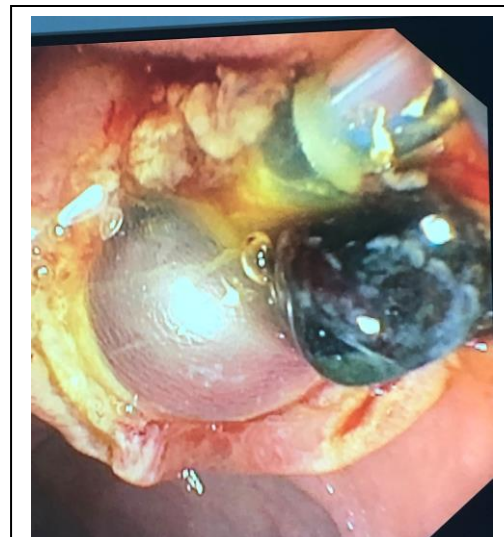
Nong ống mật chủ



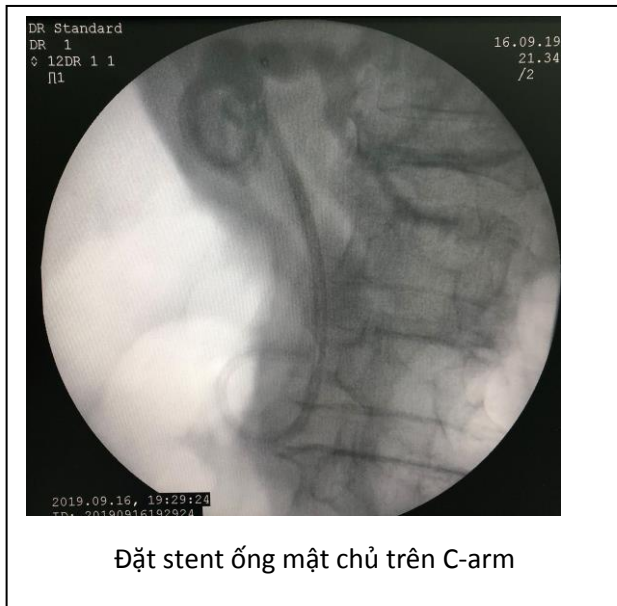
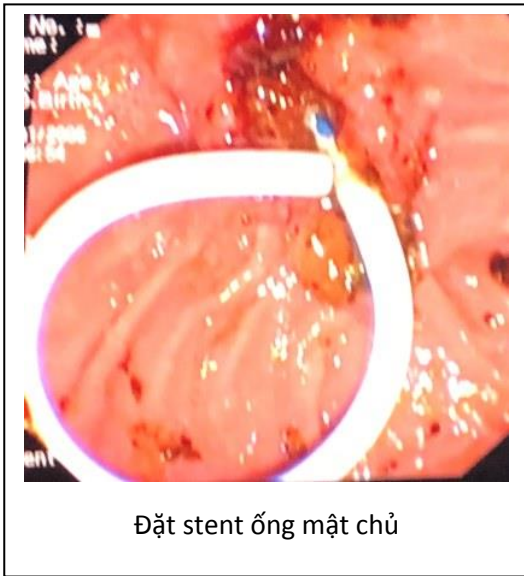
Nong ống mật chủ

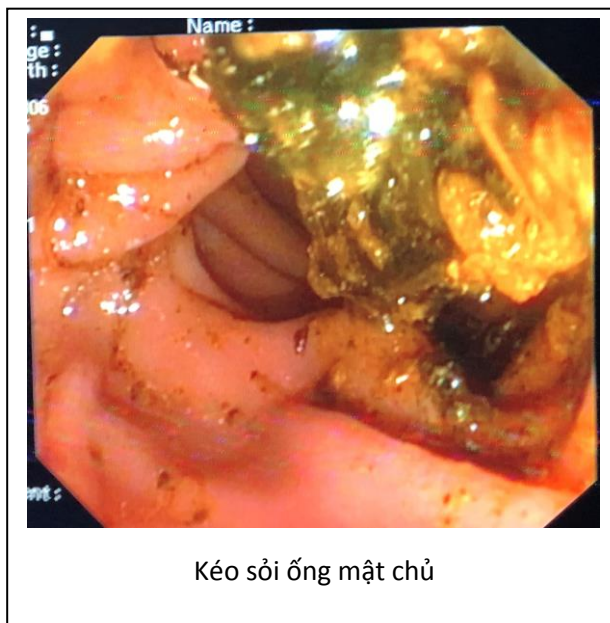


Sỏi OMC trên C-arm



Lấy sỏi ống mật chủ





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 BVĐKTW 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.*

NGHIÊN CỨU TỈ LỆ, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC THAI KỲ CỦA CÁC THAI PHỤ CHUYỂN DẠ SINH CÓ SIÊU ÂM DOPPLER ĐỘNG MẠCH NÃO GIỮA BẤT THƯỜNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN CẦN THƠ NĂM 2016 – 2018

Nguyễn Thanh Thuý¹, Đỗ Thị Minh Nguyệt¹, Lưu Thị Thanh Đào²

(1) Bệnh viện Phụ Sản thành phố Cần Thơ

(2) Bộ môn Sản, trường Đại học Y Dược Cần Thơ

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Siêu âm Doppler động mạch não giữa (ĐMNG) thai nhi bất thường* có liên quan đến tình trạng thiếu oxy ở thai. Tuy nhiên, đôi khi kết quả siêu âm và kết cục thai kỳ không tương xứng. Do đó, việc nhận định các đặc điểm và kết cục thai kỳ của những thai phụ có kết quả siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường là rất cần thiết để có sự can thiệp kịp thời nhằm mang lại một thai kỳ an toàn. **Mục tiêu:** xác định tỉ lệ thai phụ chuyển dạ có siêu âm Doppler động mạch não giữa (ĐMNG) thai nhi bất thường, mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, một số yếu tố liên quan và kết cục thai kỳ của các thai phụ chuyển dạ có siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường tại bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ (BVPSCT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến hành trên 1481 thai phụ mang thai đủ tháng chuyển dạ sinh tại BVPSCT trong thời gian từ tháng 10/2016 đến tháng 04/2018, có kết quả siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường*. Ghi nhận các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ của các thai phụ và tìm ra một số yếu tố liên quan. **Kết quả:** Trong 1481 thai phụ tham gia nghiên cứu có 285 thai phụ có kết quả siêu âm Doppler ĐMNG bất thường, chiếm tỉ lệ 19,2%. Trong đó con so 55,4%, con co tử cung cường tính chiếm 2,1%; ối vỡ 15,4%, chuyển dạ giai đoạn hoạt động 7,7%, nước ối xanh vỏ đậu 13,7%, kiểu hình monitoring bất thường 17,9%, chỉ số não rốn bất thường 2,5%. Tỉ lệ mổ lấy thai là 60,7%, sơ sinh nhẹ cân 6,7%, tỉ lệ trẻ có Apgar 1 phút >7 là 92,6% và Apgar 5 phút >7 là 98,2%. Tình trạng bất thường trên siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi có liên quan với con co cường tính, con co thưa yếu, thiếu ối, sơ sinh nhẹ cân. **Kết luận:** Khi thai bị thiếu oxy trong quá trình chuyển dạ có thể biểu hiện qua các chỉ số trở kháng (RI)**, chỉ số xung (PI)*** ĐMNG, cần thực hiện siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi để đánh giá sự thay đổi đó và khi thấy bất thường nên khảo sát tiếp chỉ số não rốn nhằm hạn chế tình trạng xử trí quá mức.

Từ khóa: siêu âm Doppler động mạch não giữa, RI, PI, chỉ số não rốn.

* Phổ Doppler động mạch não giữa thay đổi theo tuổi thai:

Doppler ĐMNG thai nhi bình thường khi có PI và/hoặc RI >5th percentile [3];

Doppler ĐMNG thai nhi bất thường khi có PI và/hoặc RI <5th percentile [3].

** RI: Chỉ số trở kháng (hay còn gọi là chỉ số Pourcelot, Resistance Index): phản ánh kháng lực của thành mạch, được tính bằng $(S-D)/S$

*** PI: Chỉ số xung (hay còn gọi là chỉ số sức đập Gosling, Pulsatility Index), được tính bằng $(S-D)/$ tốc độ trung bình của dòng máu.

Trong đó: S là Tốc độ tối đa của dòng máu thì tâm thu (Systole), D là Tốc độ tối thiểu của dòng máu thì tâm trương (Diastole).

ABSTRACT

THE RATE AND CLINICAL FEATURES, LABORATORY FINDINGS AND FETAL OUTCOME OF PREGNANCIES IN LABOR WITH ABNORMAL FETAL MIDDLE CEREBRAL ARTERY DOPPLER UNTRASOUND AT CANTHO GYNECOLOGY AND OBSTETRICS HOSPITAL IN 2016 - 2018

Nguyen Thanh Thuy¹, Do Thi Minh Nguyet¹, Luu Thi Thanh Dao²

(1) Cantho Gynecology and Obstetrics hospital

(2) Department of Obstetrics, Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Abnormal fetal middle cerebral artery (MCA) doppler ultrasound is associated with hypoxia of fetus. Sometimes, the fetal MCA Doppler ultrasound results and fetal outcomes are not commensurate. Therefore, the identification of characteristics and fetal outcomes of pregnant women with abnormal fetal MCA Doppler ultrasound is essential for timely intervention to achieve maternal and neonatal safety. **Objective:** To calculate the rate and describe clinical features, laboratory findings, related factors and the fetal outcomes of pregnant women in labor with abnormal fetal MCA Doppler ultrasound at Cantho Gynecology and Obstetrics hospital. **Materials and method:** This was a descriptive cross-sectional study of 1481 pregnant women in labor with gestational age ≥ 37 weeks at Cantho Gynecology and Obstetrics hospital between October 2016 and April 2018, had abnormal fetal MCA Doppler ultrasound (<5 th percentile [3]). Describe clinical features, laboratory findings and the fetal outcomes. **Results:** Of the 1481 women in the study, 285 were women with abnormal MCA Doppler ultrasound, accounting for 19.2%. The rates of primigravida was 55.4%; uterine tachysystole 2.1%; 15.4% with rupture of membranes, and active labor stage 7.7%, meconium staining of amniotic fluid 13.7%, abnormal CTG 17.9%, abnormal cerebroplacental ratio 2.5%. Caesarean section was conducted on 60.7% patients, low birth weight 6.7%, The rate of Apgar score values upper than 7 at 1st min was 92.6% and at 5th min was 98.2% and 1.2% of newborn was death. We found the statistically significant association between abnormal fetal MCA Doppler ultrasound and uterine tachysystole, oligoamnios, low birth weight. **Conclusion:** When the hypoxic fetus during labor can be manifested through RI (Resistive Index), PI (Pulsatility Index) of fetal MCA Doppler, it is necessary to perform Doppler ultrasound to evaluate the change

and when abnormal fetal MCA Doppler ultrasound we should use cerebroplacental ratio to limit excessive interference.

Keywords: Fetal middle cerebral artery Doppler ultrasound, RI, PI, cerebroplacental ratio.

I. Đặt vấn đề

Động mạch não giữa (ĐMNG) là nhánh chính chạy trước bên của vòng đa giác Willis. Khi thiếu Oxy, thai nhi đáp ứng bằng cơ chế tái phân phối tuần hoàn để tăng lượng máu đến não, tim và tuyến thượng thận, vì vậy sẽ giảm lượng máu đến thận, đường tiêu hóa và chi dưới. Hiện tượng tái phân phối tuần hoàn động mạch ở thai được thể hiện trên siêu âm là tăng trở kháng ĐMR, giảm trở kháng ĐMNG, giảm chỉ số não rốn (PI ĐMNG/PI ĐMR). Việc theo dõi và đánh giá sức khỏe thai là hết sức cần thiết đặc biệt trong giai đoạn chuyển dạ. Chỉ số PI, RI trên siêu âm Doppler ĐMNG của thai thấp có liên quan đến tình trạng sơ sinh nhẹ cân, chỉ số Apgar thấp sau sinh, tỉ lệ trẻ được gửi đến khoa chăm sóc đặc biệt (NICU) cao hơn [10],[16]. Trong những năm gần đây tỉ lệ mổ lấy thai gia tăng nhanh chóng cùng với sự phát triển của siêu âm Doppler. Tuy nhiên tình trạng sức khỏe trẻ sinh ra từ những thai phụ chuyển dạ có siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường không phù hợp với kết quả siêu âm. Theo dõi thêm hay chấm dứt thai kỳ ở những thai phụ này vẫn còn đang bàn cãi. Do đó, việc khảo sát các đặc điểm lâm sàng, kiểu hình monitoring và kết cục thai kỳ ở những thai phụ có kết quả siêu âm Doppler ĐMNG của thai bất thường là rất cần thiết, giúp bác sĩ lâm sàng và bác sĩ siêu âm nhận định lại cách đánh giá của mình sao cho tốt hơn, chính xác hơn nhằm giảm nhập viện sớm và giảm can thiệp sinh chủ động sớm. Vì những lý do trên, chúng tôi tiến hành đề tài: **“Nghiên cứu tỉ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tìm hiểu một số yếu tố liên quan và kết cục thai kỳ của các thai phụ chuyển dạ sinh có siêu âm Doppler ĐMNG bất thường tại bệnh viện Phụ Sản Cần Thơ”** với các mục tiêu sau:

- *Xác định tỉ lệ thai phụ chuyển dạ có siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường tại BVPSCT.*

- *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các thai phụ chuyển dạ sinh có siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường.*

- *Một số yếu tố liên quan và kết cục thai kỳ của các thai phụ chuyển dạ có siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường.*

II. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu

2.1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả các thai phụ mang thai đủ tháng chuyển dạ sinh tại BVPSCT trong thời gian từ tháng 10/2016 đến tháng 04/2018.

- Tiêu chuẩn chọn: những thai phụ mang đơn thai sống, tuổi thai ≥ 37 tuần, có dấu hiệu chuyển dạ thật sự, thai không bị dị tật bẩm sinh (phát hiện được qua khám thai định kỳ có sàng lọc trước sinh) và thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: những thai phụ vào chuyển dạ sinh nhanh không có siêu âm doppler, thai phụ bị rối loạn tâm thần, bệnh nặng, khó tiếp xúc hoặc đang sử dụng các loại thuốc có ảnh hưởng đến nhịp tim thai: thuốc an thần, thuốc kích thích, ...

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

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

- Cỡ mẫu: 1481 thai phụ sinh tại BVPSCT. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện

- Nội dung nghiên cứu: Xác định tỉ lệ thai phụ chuyển dạ sinh có kết quả siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường và mô tả các đặc điểm tuổi mẹ, tuổi thai, số lần sinh, tính chất cơn co tử cung, giai đoạn chuyển dạ, tình trạng và màu sắc nước ối; kiểu hình monitoring sản khoa, chỉ số não rốn và kết cục thai kỳ (phương pháp sinh, cân nặng, chỉ số Apgar 1 phút và 5 phút sau sinh) ở những thai phụ trên.

- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Tất cả thai phụ thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và tiêu chuẩn loại trừ được thu thập số liệu theo bộ câu hỏi nghiên cứu, ghi nhận đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục thai kỳ. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. Kết quả nghiên cứu

3.1. Tỉ lệ thai phụ có kết quả siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường

Trong 1481 thai phụ chuyển dạ sinh nhập viện tại BVPSCT có 285 thai phụ có kết quả siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường, chiếm tỉ lệ: 19,2%.

(Thai phụ có siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường là có chỉ số PI và/hoặc RI <5th theo tuổi thai).

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm lâm sàng:

- Nhóm tuổi mẹ chiếm tỉ lệ cao nhất là từ 20 – 35 tuổi (83,9%). Tuổi thai phụ trung bình là $28,14 \pm 5,65$ tuổi.

- Tuổi thai trung bình: $38,91 \pm 0,93$ tuần. Tuổi thai lớn nhất là 42 tuần.

Bảng 1: Nhóm tuổi thai

Nhóm tuổi thai	Tần suất (n = 285)	Tỉ lệ (%)
37w – 40d	255	89,5
> 40w – 42w	30	10,5
> 42w	0	0,0

Bảng 2: Một số đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Tần suất (n = 285)	Tỉ lệ (%)
Con so	158	55,4
Con co tử cung cường tính	6	2,1
Chuyển dạ giai đoạn hoạt động	22	7,7
Ới vỡ	44	15,4
Nước ối xanh vỏ đậu	39	13,7

Trong nhóm các thai phụ có kết quả siêu âm Doppler ĐMNG bất thường có: 76,2% con so, tỉ lệ vỡ ối sớm là 11,9%; 2,1% thai phụ có con co tử cung cường tính, 7,1% thai phụ chuyển dạ ở giai đoạn hoạt động; 13,7% thai phụ có nước ối xanh vỏ đậu.

3.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng:

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm cận lâm sàng		Tần suất (n=285)	Tỉ lệ (%)
Kiểu hình Monitoring	Bình thường	181	63,5
	Nghi ngờ	53	18,6
	Bất thường	51	17,9
Chỉ số não rôn	< 1	7	2,5
	≥ 1	278	97,5

Ở những thai phụ có kết quả siêu âm Doppler ĐMNG bất thường: Tỉ lệ kiểu hình Monitoring bất thường là 17,9% và tỉ lệ chỉ số não rôn <1 là 2,5%.

3.3. Kết cục thai kỳ và một số yếu tố liên quan đến siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường

3.3.1. Kết cục thai kỳ:

- Phương pháp sinh: 60,7% mổ lấy thai, 38,6% sinh thường, sinh giúp 0,7%.

Bảng 4: Kết quả sơ sinh

Đặc điểm sơ sinh		Tần suất (n=285)	Tỉ lệ (%)
Cân nặng	< 2500g	19	6,7
	2500- 3500g	234	82,1
	> 3500g	32	11,2
Apgar 1 phút	≤ 7 điểm	21	7,4
	> 7 điểm	264	92,6
Apgar 5 phút	≤ 7 điểm	5	1,8
	> 7 điểm	280	98,2

Tỉ lệ sơ sinh nhẹ cân là 6,7%, tỉ lệ trẻ có Apgar 1 phút và 5 phút <7 là 7,4% và 1,8% trong đó có 1 trường hợp tử vong (1,2%).

3.3.2. Một số yếu tố liên quan đến siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường

Bảng 5: Một số yếu tố liên quan

Yếu tố	Doppler ĐMNG bất thường (%)	OR (95%CI)	p
CCTC cường tính	6/7 (85,7%)	26,06 (3,12-217,33)	< 0,001
Thiếu ối	31/91 (34,1%)	2,17 (1,37-3,43)	0,001
Sơ sinh nhẹ cân	19/35 (54,3%)	5,23 (2,67-10,38)	< 0,001

IV. Bàn luận

4.1. Tỉ lệ thai phụ có kết quả siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 10/2016 đến tháng 04/2018 chúng tôi thu thập được 1481 trường hợp thai phụ chuyển dạ sinh đến sinh tại BVPSCT trong đó có 285 thai phụ có kết quả siêu âm Doppler ĐMNG bất thường, chiếm tỉ lệ 19,2%.

Tỉ lệ thai phụ có kết quả siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường trong nghiên cứu của chúng tôi hấp hơn tất cả các nghiên cứu khác. Sự khác biệt này là do nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên những thai phụ đủ tháng (≥ 37 tuần), có hoặc không có kèm các yếu tố của thai kỳ nguy cơ cao, cụ thể là nghiên cứu của Ahmed M. Maged (2014) [1] trên những thai phụ có tuổi thai quá ngày dự sinh từ 40 đến 42 tuần, Anita Kant (2017) [2] nghiên cứu thai phụ có tuổi thai từ 30 đến 36 tuần, Henriette O. Karlsen (2016) [8] tiến hành trên những thai phụ có nguy cơ cao về trẻ nhẹ cân; còn 2 tác giả ở Việt Nam là Phan Thị Duyên Hải (2009) [12] và Phạm Thị Mai Anh (2017) [11] nghiên cứu trên

những thai phụ tiền sản giật do đó tỉ lệ siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường của 2 nghiên cứu này cao hơn so với các nghiên cứu nước ngoài.

4.2. Đặc điểm LS, CLS

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những thai phụ có kết quả siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường trong độ tuổi từ 16 – 42 tuổi, trong đó nhóm tuổi 20 - 35 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (83,9%) do đây là nhóm tuổi trong độ tuổi sinh sản. Độ tuổi mẹ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $28,14 \pm 5,65$ tuổi cũng phù hợp với Trần Nguyên Tuấn (2017) là $28,34 \pm 5,16$ tuổi [14], nghiên cứu của C. Ebbing từ 20 - 40 tuổi, trung bình là 29 tuổi [4]. Nghiên cứu của Charalambos Siristatidis và cs từ 22- 32 tuổi và tuổi mẹ trung bình từ 26,5 – 28,5 tuổi ở cả 3 nhóm nghiên cứu [5].

Tuổi thai trung bình theo nghiên cứu của chúng tôi là $38,91 \pm 0,93$ tuần, xấp xỉ với C.Ebbing (2007) là 40,4 tuần [4] và Ahmed M.Maged (2014) là $40,4 \pm 5,63$ tuần [1]. Tuổi thai từ 40 – 42 tuần chiếm tỉ lệ 10,5% và không có thai phụ nào thai > 42 tuần. Điều này cũng cho thấy hiện nay phần lớn bệnh nhân đã quan tâm nhiều hơn đến thai nghén như đi siêu âm từ 3 tháng đầu, đây là cơ sở cho việc tính chính xác tuổi thai sau này, đồng thời theo dõi và phát hiện sớm nguy cơ suy thai, thai quá ngày từ đó thầy thuốc có thái độ xử trí tích cực tránh các tai biến đáng tiếc xảy ra.

Chúng tôi ghi nhận có 55,4% thai phụ có kết quả siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường mang thai lần đầu, tỉ lệ con so của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu trong nước của Trần Nguyên Tuấn (2017), tỉ lệ mang thai lần đầu là 48,9%, lần 2 là 37,5% [14]; Phạm Thị Mai Anh (2017) tỉ lệ con so là 54,3% [11]; Trương Thị Linh Giang (2016) là 53,6% [15] và M.Palacio (2004) [10] cũng cho thấy tỉ lệ những thai phụ mang thai lần đầu chiếm đa số với tỉ lệ là 77,1%. Qua các nghiên cứu trong và ngoài nước đều cho thấy tỉ lệ thai phụ mang thai lần đầu cao hơn những thai phụ mang thai lần sau điều này có thể do những thai phụ mang thai lần đầu chưa có kinh nghiệm trong việc chăm sóc thai nghén.

Nghiên cứu của chúng tôi có 6/285 thai phụ (2,1%) có CCTC cường tính. CCTC làm máu đến hồ huyết giảm, đôi khi bị ngừng trệ hoàn toàn. Cơ cơ cường tính sẽ làm giảm lưu lượng tuần hoàn ở hồ huyết và làm giảm tuần hoàn tử cung – nhau thai gây giảm oxy đến thai và gây suy thai.

Có 15,4% thai phụ có siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường có tình trạng ối vỡ sớm. Có 263 thai phụ chuyển dạ ở giai đoạn tiềm thời (chiếm 92,3%) và giai đoạn hoạt động là 22 thai phụ (7,7%), điều này cho thấy biến đổi ĐMNG có thể gặp ở bất kỳ giai đoạn nào của chuyển dạ và tình trạng ối.

Tỉ lệ nước ối có màu xanh trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,7%, điều này có thể giải thích do trong quá trình chuyển dạ, khi có tình trạng thiếu oxy thai sẽ thải phân su vào nước ối làm cho nước ối có màu xanh. Các thai phụ có siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường có tỉ lệ nước ối xanh thấp hơn nước ối trắng đục do khi thai thiếu oxy

giai đoạn đầu sẽ bù trừ bằng các biểu hiện như tăng nhịp tim thai, thay đổi chỉ số trở kháng, chỉ số xung ĐMNG, sau đó mới biến đổi màu sắc nước ối.

Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ nước ối màu xanh vỏ đậu thấp hơn M.Palacio (2004) là 27,1% [10]. Do nghiên cứu của M.Palacio tiến hành trên những thai phụ mang thai quá ngày, tỉ lệ nước ối xanh ở thai quá ngày cao hơn ở thai nhi không quá ngày, do đó cũng không thể nói được nước ối xanh vỏ đậu của M.Palacio là do thai quá ngày hay do suy thai.

4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng:

Theo nghiên cứu của chúng tôi, ở những thai phụ có siêu âm Doppler ĐMNG bất thường có tỉ lệ kiểu hình Monitoring sản khoa bình thường là 63,5%, nghi ngờ là 18,6% và bất thường là 7,1%. Kiểu hình nhịp tim thai nghi ngờ và bất thường biểu hiện tình trạng thiếu oxy ở thai. Tuy nhiên, tỉ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi không cao *một là* do Monitoring sản khoa là một cận lâm sàng có độ nhạy cao và độ đặc hiệu thấp [7], nghiên cứu của Vijaya Subramanian (2016) [16] cũng cho thấy Monitoring sản khoa có tỉ lệ dương tính giả cao hơn Doppler ĐMNG trong tiên lượng kết cục trẻ sau sinh. *Hai là* do khi thai thiếu oxy giai đoạn đầu, thai có cơ chế bù trừ bằng cách giãn các mạch máu não để làm tăng lượng máu đến các cơ quan quan trọng như não, tim, tuyến thượng thận... nên chưa thay đổi nhiều trên biểu đồ tim thai. Điều đó cũng giải thích cho tỉ lệ kiểu hình nhịp tim thai bất thường của chúng tôi thấp hơn của Mariola R.L. (2013) là 17,8% [9].

Bình thường CSNR > 1 ở bất cứ tuổi thai nào, khi CSNR < 1 chứng tỏ có dấu hiệu giãn động mạch não là kết quả của sự tái phân phối tuần hoàn của thai do thiếu oxy gây ra. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ CSNR < 1 là 2,5% (7/285 trường hợp). Tỉ lệ này theo Henriette O. Karlsen và cộng sự (2016) [8] nghiên cứu 196 thai phụ có thai chậm tăng trưởng trong tử cung là 24%, J.Binder và cộng sự (2018) [3] nghiên cứu 4500 thai phụ mang thai trên 36 tuần giảm cử động thai thì CSNR bất thường là 6%, Mariola Ropacka-Lesiak và cộng sự (2013) [9] cho thấy CSNR có giá trị cao nhất so với Doppler từng mạch máu trong tiên đoán bất thường tim thai.

4.3. Kết cục thai kỳ và một số yếu tố liên quan

4.3.1. Kết cục thai kỳ

- *Phương pháp sinh*: Theo kết quả của chúng tôi có 60,7% thai nhi được mổ lấy thai từ những thai phụ có siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường. Tỉ lệ này cũng tương đương Ahmed M.Maged (2014) [1] là 63,4%, F.R.Sharbat (2018) [13] là 61,9%. Chúng tôi nhận thấy đa số các thai phụ đều được sinh bằng phương pháp mổ lấy thai, đây là vấn đề đang gây rất nhiều khó khăn cho các bác sĩ lâm sàng cũng như các nhà quản lý vì mục tiêu giảm tỉ lệ mổ lấy thai. Có nhiều lý do làm cho tỉ lệ mổ lấy thai cao: *đầu tiên là* khi thai phụ nhập viện biết thai nhi của họ có chỉ số Doppler ĐMNG bất thường sẽ có cảm giác lo lắng và muốn được đem bé ra sớm, hoặc chính sự lo lắng càng làm nặng thêm tình trạng thiếu oxy ở thai và cũng làm cho quá trình chuyển dạ tự nhiên không diễn tiến thuận lợi. *Hai là* áp lực xã hội đối với thầy thuốc do sự hạn chế về nhận thức và trình độ của thai phụ, người thân. *Cuối cùng là* các phương tiện, kỹ thuật y khoa cũng như

trình độ của các bác sĩ ngày càng tiên bộ, các phương pháp vô cảm cũng tối ưu hơn nên vấn đề mổ lấy thai được thực hiện dễ dàng.

- *Cân nặng sơ sinh*: tỉ lệ sơ sinh nhẹ cân chỉ chiếm 6,7% (19/285 trường hợp). Chúng tôi có tỉ lệ trẻ nhẹ cân cao hơn so với C.O. Figueira (2016) [6] là 3,5% (các nghiên cứu của Trương Thị Linh Giang (2016) [15] đã loại trừ những trường hợp trẻ nhẹ cân nên chúng tôi không so sánh). Vì đối tượng của chúng tôi là những thai phụ có các chỉ số Doppler ĐMNG bất thường, do đó chúng tôi cho rằng chỉ số Doppler ĐMNG bất thường có thể có liên quan đến tình trạng trẻ nhẹ cân.

- *Chỉ số Apgar*: Tỉ lệ trẻ có Apgar 1 phút và 5 phút < 7 điểm sinh ra từ những thai phụ có siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 7,4% và 1,8%. Chỉ số Apgar của trẻ ở các nghiên cứu trên có sự khác nhau, đặc biệt là các nghiên cứu nước ngoài (C.O. Figueira (2016) [6], M. Palacio (2004) [10]) có tỉ lệ Apgar < 7 thấp hơn nghiên cứu trong nước (Trần Nguyên Tuấn (2017) [14] và chúng tôi), có lẽ do điều kiện kỹ thuật y học giữa các nơi không tương xứng với nhau. Điều mà chúng tôi rút ra được qua so sánh tỉ lệ Apgar của các nghiên cứu trên là khi thai thiếu oxy sẽ thay đổi chỉ số Doppler sau đó thay đổi màu sắc nước ối và sau cùng là biểu hiện suy thai. Tuy nhiên, tỉ lệ Apgar 5 phút còn phụ thuộc vào quá trình hồi sức sơ sinh. Do đó chúng ta có thể thấy rằng qua các năm, kỹ thuật và phương tiện y khoa tiên bộ hơn nên việc hồi sức có hiệu quả hơn giúp làm cải thiện rõ rệt chỉ số Apgar 5 phút của trẻ.

4.3.2. Một số yếu tố liên quan đến siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường

- Thai phụ có CCTC cường tính: có siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường nguy cơ tăng gấp 26,06 lần so với những thai phụ có CCTC bình thường ($p < 0,001$).

- Thai phụ thiếu ối siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường nguy cơ tăng gấp 2,17 lần thai phụ không thiếu ối ($p < 0,01$).

- Sơ sinh nhẹ cân có nguy cơ siêu âm Doppler ĐMNG bất thường cao hơn gấp 5,23 lần so với những trẻ có cân nặng ≥ 2500 gram ($p < 0,001$; 95%CI: 2,67-10,38).

V. Kết luận

Tỉ lệ thai phụ chuyển dạ có siêu âm Doppler ĐMNG thai nhi bất thường là 19,2%. Những thai phụ đó có các đặc điểm lâm sàng là: ối vỡ 15,4%, chuyển dạ giai đoạn hoạt động 7,7%, nước ối có màu xanh 13,7%; kiểu hình Monitoring sản khoa bất thường 17,9%, chỉ số não rốn <1 là 2,5%. Tỉ lệ mổ lấy thai là 60,7%, sơ sinh nhẹ cân 6,7%, tỉ lệ trẻ Apgar 1 phút và 5 phút >7 lần lượt là 92,6% và 98,2%. Chúng tôi tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng bất thường trên siêu âm Doppler ĐMNG và con có cường tính, thiếu ối, sơ sinh nhẹ cân.

Tài liệu tham khảo

1. Ahmed M. Maged, et al. (2014), "Fetal middle cerebral and umbilical artery Doppler after 40 weeks gestational age", *J Matern Fetal Neonatal Med* 2014; 27(18): 1880–1885.

2. Anita Kant, et al. (2016), "Comparison of Outcome of Normal and High-Risk Pregnancies Based Upon Cerebroplacental Ratio Assessed by Doppler Studies", *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India* 2017, 67(3):173-177.
3. Binder J, et al. (2018), "Reduced fetal movements and cerebroplacental ratio: evidence for worsening fetal hypoxemia", *Ultrasound Obstet Gynecol.* 51(3), pp. 375-380.
4. C. Ebbing, et al. (2007), "Middle cerebral artery blood flow velocities and pulsatility index and the cerebroplacental pulsatility ratio: longitudinal reference ranges and terms for serial measurements", *Ultrasound Obstet Gynecol* 2007, 30, 287-296.
5. Charalambos Siristatidis, et al. (2003), "Evaluation of fetal intrapartum hypoxia by middle cerebral and umbilical artery Doppler velocimetry with simultaneous cardiotocography and pulse oximetry" *Arch Gynecol Obstet* 2004, 270:265-270.
6. C.O. Figueira, et al. (2016), "Fetal Hemodynamic Parameters in Low Risk Pregnancies: Doppler Velocimetry of Uterine, Umbilical, and Middle Cerebral Artery", *The Scientific World Journal.* 2016, pp. 1-7.
7. Herman P. van Geijn (2004), *Fetal Monitoring I*, University Women's Hospital Freiburg, Amsterdam, The Netherlands.
8. Karlsen H.O., et al. (2016), "Use of conditional centiles of middle cerebral artery pulsatility index and cerebroplacental ratio in the prediction of adverse perinatal outcomes", *Acta Obstet Gynecol Scand.* 95(6), pp. 690-696.
9. Mariola Ropacka-Lesiak, et al. (2008), "Cerebroplacental ratio in prediction of adverse perinatal outcome and fetal heart rate disturbances in uncomplicated pregnancy at 40 weeks and beyond", *Arch Med Sci* 2015; 11, 1: 142-148.
10. M. Palacio, et al. (2004), "Reference ranges for umbilical and middle cerebral artery pulsatility index and cerebroplacental ratio in prolonged pregnancies ", *Ultrasound Obstet Gynecol* 2004; 24: 647-653.
11. Phạm Thị Mai Anh (2017), *Nghiên cứu giá trị của siêu âm Doppler động mạch tử cung, động mạch não, động mạch rốn thai nhi và thử nghiệm nhịp tim thai không kích thích trong tiên lượng thai nhi ở thai phụ tiền sản giật*, Luận án Tiến sĩ y học, ĐHYHN.
12. Phan Thị Duyên Hải (2017), *Nghiên cứu ứng dụng siêu âm Doppler động mạch rốn và động mạch não giữa và trắc đồ lý sinh cải biên để dự báo thai suy ở thai phụ tiền sản giật*, Luận án chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y Dược Huế.
13. Sharbaf F.R., et al. (2018), "Comparison of fetal middle cerebral artery versus umbilical artery color Doppler ultrasound for predicting neonatal outcome in complicated pregnancies with fetal growth restriction", *Biomedical Research and Therapy.* 5(5)
14. Trần Nguyên Tuấn (2017), *Nghiên cứu trị số siêu âm Doppler động mạch rốn và động mạch não giữa thai nhi bình thường từ 38 đến 41 tuần*, Luận văn Thạc sĩ của Bác sĩ nội trú, Trường Đại học Y Dược Huế.
15. Trương Thị Linh Giang (2017), *Nghiên cứu giá trị của siêu âm Doppler trong tiên lượng tình trạng sức khỏe của thai ở thai phụ tiền sản giật*, Luận án Tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
16. Vijaya Subramanian, et al. (2015), " Which is Superior, Doppler Velocimetry or Non-stress Test or Both in Predicting the Perinatal Outcome of High-Risk Pregnancies", *The Journal of Obstetrics and Gynecology of India*, 66 (Suppl-1), 1: 49-56.

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ 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 AN GIANG**

*Trần Phước Hồng, Nguyễn Văn Vui
Huỳnh Văn Hạnh, Nguyễn Hoài Nam.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Ở Việt Nam hiện nay thay khớp háng nhân tạo trở nên phổ biến và đã được thực hiện ở nhiều bệnh viện. Thay 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 nhân tạo và ổ cối của bệnh nhân. Đây là phương pháp tiến 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, duy trì sức khỏe bệnh nhân và chất lượng cuộc sống, bệnh nhân có khả năng tự chăm sóc bản thân, hạn chế các biến chứng do nằm lâu: loét mông, viêm phổi, nhiễm trùng niệu, huyết khối [4] và di chứng tàn tật sau gãy xương... 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. 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 điều trị với mục tiêu:

- *Đánh giá kết quả sớm và diễn tiến xa sau 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 xương đùi nhập viện ĐKKV tỉnh AG.
- 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.
- Bệnh nhân không đồng ý điều trị phẫu thuật thay khớp.

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 11/2019.

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 hang bán phần nhân tạo: chuỗi, chỏm lưỡng cực.

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 90⁰ về bên thay khớp.
 - + Phẫu thuật viên đứng phía sau bệnh nhân.
 - + Đường mổ sau ngoài, rạch da từ sau ngoài mấu chỏm 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.
 - + Lấy chỏm xương đùi.
 - + Cắt cổ xương đùi, đo đường kính chỏm xương đùi.
 - + Đo và rập ống tủy xương đùi từ cỡ nhỏ đến cỡ lớn.
 - + Thử chuỗi, thử cỡ chỏm, đường kính chỏm lưỡng cực bằng đường kính chỏm xương đùi bệnh nhân.
 - + Bơm rửa ống tủy.
 - + Đặt chuỗi vào ống tủy, nếu tình trạng loãng xương nhiều, bơm xi măng vào lòng tủy trước khi đặt chuỗi.
 - + Lắp chỏm nhân tạo vào cổ chuỗi.
 - + 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, thuốc phòng ngừa huyết khối 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.

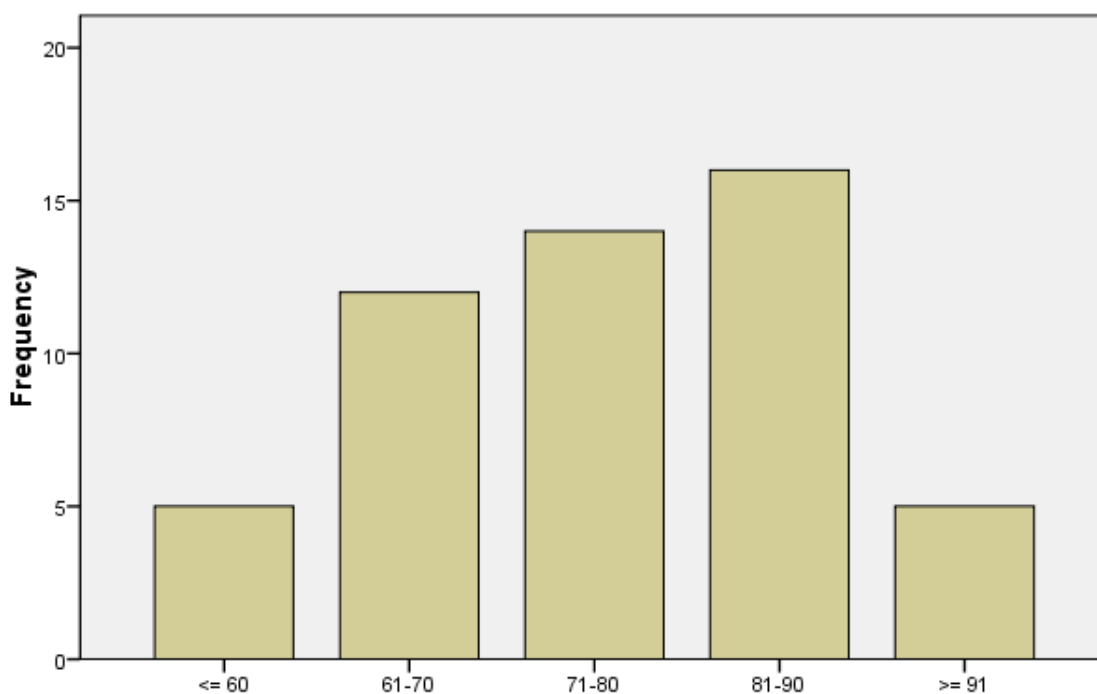
2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo phần mềm nghiên cứu thống kê y học SPSS 16.0 for Windows

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

3.1 Đặc điểm bệnh nhân:

Từ tháng 11/2017 đến tháng 11/2019 có 52 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 12 nam (23,1%) và 42 nữ (76,9%), tỷ lệ nữ / nam= 3,5. Tuổi trung bình $76,1 \pm 11,2$ 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 67,3 (35 BN).

Bảng 3.1: Đặc điểm bệnh lý kèm theo

Đặc điểm	Số BN (n= 52)	Tỷ lệ (%)
Cao huyết áp	29	55,7
Đái tháo đường	3	5,8
Cao huyết áp + Đái tháo đường	3	5,8
Khác	3	5,8
Không bệnh kèm theo	14	26,9

Nhận xét:

Hầu hết bệnh nhân có bệnh lý kèm theo 78,8 %, nhiều nhất là tăng huyết áp 55,7%

Bảng 3.2: Đặc điểm lâm sàng.

Đặc điểm	
BMI	21,1 ± 2,5 (16,4 – 28,1)
Thời gian từ bị bệnh đến phẫu thuật	2,96 ± 5,1 (1 – 33) tuần
Vị trí gãy:	
- Gãy liên mấu chuyễn	18 (34,6%)
- Gãy cổ xương đùi	34 (65,4%)
Bên gãy:	
- Gãy bên phải	21 (40.4%)
- Gãy bên trái	31 (59.6%)
Phân độ Gardan (gãy cổ xương đùi): (N= 35)	
- Độ I	2 (5.7%)
- Độ II	11 (31.4 %)
- Độ III	14 (40.0%)
- Độ IV	8 (22.9%)

Nhận xét: Trong số 35 BN gãy cổ xương đùi, loại gãy Gardan III và Gardan IV chiếm tỷ lệ 62,9%.

3.2 Đặc điểm phẫu thuật:

- Nghiên cứu 52 BN gãy cổ xương đùi, gãy liên mấu chuyễn xương đùi đường kính chỏm xương đùi sử dụng trung bình: 43,5 ± 3.0 mm, chỏm nhỏ nhất 40mm, lớn nhất 52.

- Thời gian phẫu thuật trung bình 57,1 ± 11,2 (40- 200) phút.

- Sử dụng xi măng trong mổ: được thực hiện 23 BN (81,2%), trong đó có 14 BN gãy liên mấu chuyễn và 9 BN gãy cổ xương đùi.

- Bảng 3.2.1 Liên quan giữa vị trí gãy xương và sử dụng xi măng.

	Vị trí gãy xương		
	Liên mấu chuyễn	Cổ xương đùi	
Có sử dụng xi măng	14 (77,8%)	9 (26,5%)	23 (44,2%)
Không sử dụng xi măng	4 (22,2%)	25 (73,5%)	29 (55,8%)
Tổng	18 (100%)	43 (100%)	52 (100%)
$(\chi^2 = 12.560, P = 0,001)$			

Nhận xét:

- Tỷ lệ sử dụng xi măng đối với BN gãy liên mấu chuyển là 77,8%, cao hơn so với loại gãy cổ xương đùi (26,5%). Có ý nghĩa thống kê với $P = 0,001$.

- Truyền máu: Có 15 (28,8%) BN phải truyền máu trong mổ, lượng máu truyền ít nhất là 165 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-values
Gãy liên mấu chuyển (n = 18)	330,0 ± 333,9	0.002
Gãy cổ xương đùi (n=32)	73,1 ± 213,7	

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-values
Gãy liên mấu chuyển (n = 18)	14.2 ± 4,2	0,273
Gãy cổ xương đùi (n=34)	12.6 ± 5.5	

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

- Chi phí điều trị:

+ Tối thiểu là 2 261 599 đồng

+ Tối đa là 60 785 000 đồng

- Chảy máu sau mổ: 3 trường hợp.

- 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.

+ So le chi >3,2cm: 0

+ Nhiễm khuẩn sau mổ: 2

- Nhiễm trùng sau mổ:

Có 2 trường hợp nhiễm trùng trên 52 trường hợp, chiếm tỉ lệ 3.8 %

+ Một trường hợp cấy khuẩn không mọc, xử trí cắt lọc, dẫn lưu kín, tình trạng ổn, xuất viện.

+ Một trường hợp cấy khuẩn có tụ cầu vàng, nhiễm trùng nông, ngoài khớp nghi nhiễm khuẩn bệnh viện. Xử trí cắt lọc, dẫn lưu kín, dung kháng sinh Vancomycin thấy có đáp ứng tốt, bệnh nhân ổn, xuất viện.

- Hải 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 (1,92%),

- Trật khớp sau mổ: 0

- Tắc mạch: 0

- Đánh giá mức độ đau:

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

	BN	Tỷ lệ %
Không đau	12	36,4
Đau nhưng không đáng kể	11	33,3
Đau vừa phải dùng 1 loại thuốc giảm đau	7	21,2
Đau nhiều phải dùng 2 loại thuốc giảm đau	3	9,1
Tổng	33	100,0

Nhận xét: Mức độ không đau hoặc đau nhưng không đáng kể chiếm tỉ lệ 69,7 %, BN đau nhiều phải dùng 2 loại thuốc giảm đau chỉ chiếm tỷ lệ 9,1%.

- Bảng điểm Harris sau phẫu thuật 3 tháng trở lên:

Mức độ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Rất tốt (90 – 100)	11	33,3
Tốt (80 – 89)	13	39,4
Khá (70 – 79)	7	21,2
Kém (dưới 70)	2	6,1
Tổng	33	100

- Tổng số rất tốt và tốt là 24 trường hợp, chiếm 72,4%
- Kém là 2 trường hợp, chiếm 3,8 %
- 19 trường hợp chưa khảo sát được.

VI. 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 $76,1 \pm 11,2$ 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 72,4%, nên lựa chọn chỉ định thay khớp háng bán phần của chúng là phù hợp

Trong 35 ca gãy cổ xương đùi, 62,9% là gãy độ III, độ IV, đây là loại gãy không liền xương, hoại tử chỏm cao nên không được phẫu thuật.

Hầu hết có bệnh lý nội khoa kết hợp (67,3%). 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 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. Khớp háng không xi măng thời gian phẫu thuật ngắn, tỷ lệ lỏng chuôi thấp, ít mất máu hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng bệnh nhân có sử dụng xi măng (44,2%), tập trung ở nhóm gãy liên mấu chuyên. Nghiên cứu 121 bệnh nhân gãy liên mấu chuyên tác giả Hasan Gocer [8] cho thấy nhóm thay khớp không xi măng có tỉ lệ tử vong thấp hơn nhóm có sử dụng xi măng.

- Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $57,1 \pm 11,2$ (40- 200) 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 15 trường hợp phải truyền máu chiếm tỷ lệ 28,8%, đây là chỉ 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 đặc cẩn thận, dùng dụng cụ thử chuôi chỏm nắn kiểm tra độ dài chi trước khi đặt chuôi chỏm nhân tạo vào bệnh nhân.

- Chảy máu sau mổ có 3 trường hợp (rịn máu vết mổ sau 2 tuần), tỷ lệ 5,8 %. Bệnh nhân xét nghiệm sinh hóa không có rối loạn đông máu, có khả năng do tác dụng thuốc kháng đông phòng ngừa huyết khối sau mổ.

- Không có trường hợp nào trật khớp sau mổ: do chúng tôi dạn 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 2 trường hợp chiếm tỷ lệ 3,8%, 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 [9], chúng tôi có 69,2% không đau hoặc 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, do bệnh nhân quay lại tái khám không đầy đủ nên chúng tôi chỉ đánh giá được 33 trường hợp. Tỷ lệ tốt và rất tốt chúng tôi chiếm tỷ lệ 72,4%, 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 52 bệnh nhân tuổi trung bình $76,1 \pm 11,2$ tuổi: 34 ca gãy cổ xương đùi, 18 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 11/2019 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 72,4%.

Tỷ lệ hài lòng của người bệnh cao 96,9%, chất lượng sống sau mổ cải thiện nhiều

Tai biến và biến chứng của phẫu thuật không nhiều:

- Nhiễm khuẩn nông: 2 cas.
- Chảy máu thứ phát sau mổ: 2 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 vững 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; 87:167-87
8. **Hasan Gocer, Sina Coskin, and Neldim Karaismailoglu** .Comparison of treatment of unstable intertrochanteric fracture with different arthroplasty methods.
9. **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

**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 VÀ BỆNH VIỆN ĐK KHU VỰC TỈNH***

Salayman, Huỳnh Mỹ Phúc **
Lê Văn Cường, Phạm Hồng Loan***

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 TSG nói chung 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 TSG. Siêu âm Doppler ĐMTC có rất nhiều chỉ số để đánh giá như: dấu khuyết đầu tâm trương KĐTT, chỉ số trở kháng RI, chỉ số đập PI, tỉ số tâm thu/tâm trương S/D.

Mục đích nghiên cứu:

Khảo sát tần suất TSG, đặc điểm thai phụ liên quan với TSG ở những thai phụ có tuổi thai 20 – 24 tuần đến khám thai, theo dõi thai và sanh tại Bệnh viện đa khoa TPCĐ và Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh.

Khảo sát đặc điểm siêu âm Doppler ĐMTC trên những thai phụ này gồm hình thái phổ Doppler (KĐ TT) và các chỉ số RI, PI, S/D.

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.

Mối tương quan giữa các biến số: tuổi, tiền sử thai phụ, hình thái phổ Doppler, các chỉ số siêu âm Doppler ĐMTC ở những thai phụ có tuổi thai 20 – 24 tuần với bệnh lý TSG.

Kết quả nghiên cứu:

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có mối liên hệ và có nghĩa thống kê giữa các chỉ số $RI > 0,58$, $PI > 1,45$, $S/D > 2,4$ và KĐTT trong dự đoán TSG. Tần suất TSG trong lô nghiên cứu là 6,6%.

Chúng tôi xây dựng được 2 phương trình hồi qui có hệ số chính xác (R^2) cao, trong đó $Y = -0,257 + 0,408 \text{ KĐTT} + 0,326 \text{ PI}$ là phương trình có hệ số tương quan tốt nhất theo tiêu chí chọn lựa, tuy phải sử dụng 2 biến số siêu âm.

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 (EDN) signs, resistance index RI, pulsatility index PI, systolic/ diastolic (S/D) ratios ...

Research purposes:

1-Survey on pre-eclampsia frequency, characteristics of pregnant women related to pre-eclampsia in pregnant women 20-24 weeks of gestation for antenatal care, antenatal monitoring and birth control in The General Hospital of Châu Đốc and The General Hospital of An Giang province.

2- Survey on characteristics of the Doppler ultrasonography related to pre-eclampsia in these women.

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

4-Correlation between variables: age, pre-natal history, Doppler spectrum, and Doppler ultrasound indices in pregnant women with 20 - 24 weeks gestation with pre-eclampsia.

**Nhiệm vụ khoa học và công nghệ cấp cơ sở 2018-2019, đạt loại A*

***Bệnh viện Đa khoa (Trung tâm y tế) TP Châu Đốc*

****Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh An Giang*

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 (EDN) signs in predicting pre-eclampsia. The prevalence of pre-eclampsia in the study group was 6,6%.

We built 2 regression equations with high coefficient (R^2), in which:

$Y = -0.257 + 0.408 \text{ EDN} + 0.326 \text{ PI}$ is the equation with the best correlation coefficient according to the selection criteria, although 2 ultrasound variables must be used.

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 sau sinh, gồm tăng huyết áp kèm với đạm trong nước tiểu[1]. Tần suất của TSG nói chung chỉ chiếm tỉ lệ khoảng 4-5% thai phụ nhưng hậu quả lại rất nghiêm trọng[22],[39]. Về phía mẹ, TSG có thể gây ra những biến chứng như hội chứng HELLP, sản giật, đông máu, sốc và tử vong (tỉ lệ tử vong mẹ khoảng 17,6% hàng năm tại Mỹ)[38],[39],[40],...Về phía con, TSG là tác nhân lớn gây ra những bất lợi như IUGR, thai suy, chết lưu..., tăng nguy cơ bị cao huyết áp, tim mạch, tiểu đường trong

cuộc sống sau này[1],[6],[8],[9],[33],[36],[39]. Dự đoán chính xác TSG để theo dõi và điều trị trước sinh nhằm cải thiện bệnh lý sau sinh là rất cần thiết [22],[34],[35],[36].

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. Đây là kết quả của sự hình thành bánh nhau bất thường, có liên quan với sự xâm lấn tế bào nuôi bất thường vào động mạch xoắn và sự giảm trở kháng mạch máu trong tuần hoàn tử cung- nhau [1][6],[8],[34],[35][36][37],[39],[40]. Tuần hoàn tử cung- nhau có thể được đánh giá qua siêu âm Doppler ĐMTC, đây là kỹ thuật được thế giới đánh giá là có triển vọng để dự đoán mức độ nguy cơ của TSG và IUGR[18],[34]. 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[4] ở những sản phụ trên 36 tuần đã bị TSG (2006), Phạm Thị Mai Anh[5] nghiên cứu thông số S/D ĐMTC ở thai phụ TSG tuổi thai 28 tuần(2009) và Huỳnh Thanh Phương Thảo[2] nghiên cứu chỉ số RI, KĐTT trên siêu âm Doppler ĐMTC ở ba tháng giữa thai kỳ trong dự đoán TSG(2010). Trong khi siêu âm Doppler ĐMTC có nhiều chỉ số để đánh giá như dấu KĐTT, các chỉ số trở kháng (RI), chỉ số đập (PI), tỉ 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: **“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 TP Châu Đốc và Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh”** với mục tiêu sau:

Mục tiêu tổng quát: Đánh giá kết quả các chỉ số siêu âm Doppler ĐMTC ở tuần 20-24 thai kỳ trong dự đoán TSG.

Mục tiêu chuyên biệt:

Khảo sát tần suất TSG và đặc điểm thai phụ liên quan với TSG ở những sản phụ có tuổi thai 20 – 24 tuần đến khám, theo dõi thai và sanh tại bệnh viện đa khoa TPCĐ và bệnh viện đa khoa Khu vực Tỉnh.

Khảo sát đặc điểm siêu âm Doppler ĐMTC trên những thai phụ này gồm hình thái phổ Doppler và các chỉ số RI, PI, S/D.

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 này.

Mối tương quan giữa các biến số: tuổi, tiền sử sản phụ, hình thái phổ Doppler, các chỉ số siêu âm Doppler ĐMTC ở những thai phụ nêu trên với bệnh lý TSG.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Các thai phụ đến khám tại Khoa Sản phụ khoa 2 Bệnh viện Đa khoa TPCĐ và Bệnh viện Đa khoa KV Tỉnh thỏa các điều kiện: 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 thai và sanh tại 2 Bệnh viện, trong thời gian nghiên cứu.

Các thai phụ đến khám nếu thỏa điều kiện chọn mẫu sẽ được hẹn để phỏng vấn các yếu tố liên quan, tư vấn đến khám thai theo đúng phác đồ của bệnh viện và hẹn siêu âm Doppler lúc thai 20-24 tuần, tái khám 4 tuần/lần.

2.1.2. Tiêu chuẩn 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 hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu.

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 (1 lớp tuổi thai).
- t =1, 96 (độ tin cậy 95%) tra từ bảng phân phối chuẩn.
- $\delta = 0,07$ (độ lệch chuẩn) chọn độ lệch chuẩn 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, ở đây 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: $96 \times 4 = 384$. Dự phòng 10%; do đó $N \geq 422$ thai phụ.

Cỡ mẫu ban đầu trong nghiên cứu là 441, trong thời gian nghiên cứu có 14 thai phụ bị mất dấu, còn lại 427 thai phụ (96,83%) được đưa vào xử lý.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

- Phương pháp nghiên cứu cắt ngang tiền cứu, có theo dõi ở những thai phụ có tuổi thai 20 – 24 tuần đến khám thai và sanh tại Bệnh viện Đa khoa TPCĐ và Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tĩnh, từ tháng 10 năm 2017 đến tháng 03 năm 2019.

- Tiến hành phỏng vấn thai phụ, ghi nhận chỉ số RI, PI, S/D và dấu KĐTT ĐMTC trên siêu âm Doppler. Chỉ số ĐMTC bất thường khi: RI>0,58, PI>1,45, S/D>2,4, KĐTT 1 hoặc 2 bên. Sau đó theo dõi số đo huyết áp và đạm niệu, các dấu hiệu TSG ở các thai phụ đã chọn cho đến lúc sanh.

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

- Các tỉ lệ được trình bày dưới dạng phần trăm (%) và kiểm định bằng test chi – square. Sự khác biệt được xem như có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

- Dùng bảng 2X2 để xác định độ nhạy, độ chuyên, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của phổ Doppler, các chỉ số siêu âm Doppler ĐMTC trong dự đoán TSG.

- Sử dụng hồi quy tuyến tính đơn biến, đa biến tìm mối tương quan giữa các yếu tố liên quan thai phụ và các chỉ số siêu âm Doppler với TSG.

KẾT QUẢ & BÀN LUẬN

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 $27,58 \pm 6,33$ (15-48 tuổi);

- Nhóm tuổi thai phụ: nhóm tuổi 20 – 34 chiếm tỉ lệ cao nhất (72,6%), nhóm tuổi < 20 chiếm tỉ lệ 13,6% gần tương đương nhóm tuổi ≥ 35 (13,8%).

- Tiền thai: số thai phụ có con rạ chiếm 66,5 %, nhiều gần gấp đôi số thai phụ có con so (33,5%).

- 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. Theo y văn, đây là những đối tượng có nguy cơ TSG thấp [8], [15], [20].

- Phần lớn thai phụ tham gia nghiên cứu cư ngụ tại TP Châu Đốc (79,9%) và các huyện lân cận (19,9%), ở tỉnh khác rất ít (0,2%). Điều này phù hợp tình hình khám chữa bệnh hiện nay ở hai bệnh viện và thuận lợi cho việc theo dõi các đối tượng nghiên cứu.

3.1.2 Đặc điểm siêu âm

Bảng 3.1. Tỉ lệ % chỉ số siêu âm ĐMTC bất thường

Chỉ số siêu âm bất thường	Số thai phụ(n)	Tỉ lệ %
RI>0,58	73	17,1
PI>1,45	18	4,2
S/D>2,4	67	15,7
KĐTT(+)	47	11,0

Nghiên cứu của Huỳnh Thanh Phương Thảo [2] thì RI>0,58 chiếm tỉ lệ 7,53%, KĐTT chiếm 5,7%, thấp hơn nghiên cứu chúng tôi. Trong nghiên cứu của Kurdi W và Cs [21] cho thấy có 23% Doppler ĐMTC bất thường, 12,4% có KĐTT 2 bên. Nghiên cứu khác của Albaiges G và Cs [6], PI tăng >1,45 có mặt ở 5,1% và KĐTT 2 bên được ghi nhận trong 4,4% trường hợp.

3.2 Đặc điểm nhóm TSG

3.2.1. Tần suất TSG: Trong lô nghiên cứu có 28 thai phụ được chẩn đoán TSG, chiếm tỉ lệ 6,6%. Kết quả này cao hơn so với ước tính ban đầu của chúng tôi là 4-5% khi tính cỡ mẫu nghiên cứu. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Irion.O [26], Huỳnh Thanh Phương Thảo [2], Bewley [10] lần lượt là 4%, 4,1%, 4,6%.

Nhiều nghiên cứu công bố tần suất TSG khác nhau như North và Cs [29] ghi nhận tỉ lệ TSG là 3,3% hay Kurdi W và Cs [21] tỉ lệ TSG là 2,2%. Nhưng cũng có nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ TSG cao hơn chúng tôi rất nhiều như nghiên cứu của Sibai[38] là 7,5%, Papageorghiou AT [32] là 8-10%. Coleman [14] là 27,5%. Theo Jeltsje S Cnossen [25] tỷ lệ TSG thay đổi từ 0,4% đến 18,7% ở những bệnh nhân có nguy cơ thấp và từ 3,2% đến 44,3% ở những bệnh nhân có nguy cơ cao.

Như vậy, tần suất TSG có sự dao động tùy theo dân số nghiên cứu, người Châu Á hay châu Mỹ Latin, châu Âu,...

3.2.2 Đặc điểm thai phụ TSG

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa tuổi thai phụ, tiền thai với TSG

<i>Tuổi thai phụ và Tiền thai</i>	Số thai phụ (n=427)	TSG	Không TSG	% TSG	RR	KTC 95%	P
< 20 tuổi	58	2	56	3,45	0,47	0,11~2,04	0,30
20 – 34 tuổi	310	17	271	5,48	0,56	0,25~1,23	
≥ 35 tuổi	59	9	50	15,25	3,31	1,42~7,71	0,004
Con so	143	11	132	7,69	1,28	0,62~2,67	0,5
Con rạ	284	17	267	5,99	0,98	0,93~1,04	

-Trong nhóm thai phụ ≥ 35 tuổi, số bị TSG chiếm 15,25%, gấp 2,48 lần so với nhóm thai phụ tuổi 20 – 34 (5,48%), (p= 0,004, RR:1,42~ 7,71). Trong khi số thai phụ < 20 tuổi bị TSG chỉ chiếm 3,45 %, ít hơn khoảng 0,63 lần so với nhóm thai phụ tuổi 20 – 34. (p=0,30; RR: 0,45~8,38).

- Kết quả này phù hợp với nhận định của Leona Poon[22] và cũng phù hợp với các y văn nghiên cứu về yếu tố nguy cơ TSG[13],[15],[38].

-Trong nhóm thai phụ con so thì có 7,69% thai phụ bị TSG, cao hơn gấp 1,3 lần nhóm thai phụ có con rạ(5,99%), (p=0,50, RR: 0,62~2,67). Theo Leona Poon[22], Ngô Thị Trinh[4], TSG thường xảy ra ở những phụ nữ chưa có con cao hơn những phụ nữ đã có con.

3.2.3 Đặc điểm siêu âm ở thai phụ TSG

3.2.3.1 Các chỉ số ĐMTC bất thường liên quan với tuổi thai phụ và TSG

Bảng 3.3. Mối liên quan giữa chỉ số RI với tuổi thai phụ, tiền thai và TSG

<i>Tuổi thai phụ và Tiền thai</i>	Số thai phụ (n=73)	TSG	Không TSG	% TSG	RR	KTC 95%	P
< 20 tuổi	9	2	7	22,22	1,29	0,91~18,23	<0,001
20 – 34 tuổi	50	16	34	32,00	1,46	1,21~1,77	
≥ 35 tuổi	14	9	5	64,28	2,80	1,39~5,65	<0,001
Con so	29	11	18	37,93	1,61	1,21~2,14	<0,001
Con rạ	44	16	28	36,36	1,57	1,25~2,14	

- Theo nghiên cứu, trong 73 thai phụ có **RI > 0,58** thì 64,28% thai phụ thuộc nhóm tuổi ≥ 35 có biểu hiện TSG về sau, nguy cơ cao gấp 2 lần so với những thai phụ từ 20- 34 tuổi có RI >0,58, (p<0,001). Đối với thai phụ < 20 tuổi có **RI >0,58** thì có 22,22% trường hợp biểu hiện TSG và ít hơn khoảng 0,67 lần so với những thai phụ từ 20 - 34 tuổi có RI > 0,58, (p<0,001).

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa chỉ số PI với tuổi thai phụ, tiền thai và TSG

<i>Tuổi thai phụ và Tiền thai</i>	Số thai phụ (n=67)	TSG	Không TSG	% TSG	RR	KTC 95%	P
< 20 tuổi	6	2	4	33,33	1,50	0,85~2,64	<0,001
20 – 34 tuổi	46	16	30	34,78	1,53	1,24~1,89	
≥ 35 tuổi	15	9	6	60	2,50	1,34~4,65	<0,001
Con so	27	11	16	40,74	1,69	1,23~2,31	<0,001
Con rạ	40	16	24	40	1,66	1,29~2,14	

- Có 75% thai phụ ≥ 35 tuổi có **PI > 1,45** và biểu hiện bị TSG, nguy cơ cao gấp 1,29 lần so với những thai phụ 20 – 34 tuổi có PI > 1,45,(p<0,001). Những thai phụ < 20 tuổi có **PI > 1,45** thì biểu hiện TSG là 100% và có nguy cơ cao gấp 1,71 lần so với những thai phụ 20 – 34 tuổi có PI > 1,45, (p<0,001).

Bảng 3.5. Mối liên quan giữa chỉ số S/D với tuổi thai phụ, tiền thai và TSG

- Có 60% thai phụ ≥ 35 tuổi có S/D > 2,4 biểu hiện bị TSG và có nguy cơ cao gấp

Tuổi thai phụ và Tiền thai	Số thai phụ (n=18)	TSG	Không TSG	% TSG	RR	KTC 95%	P
< 20 tuổi	2	2	0	100	35,10	11,34~108,62	<0,001
20 – 34 tuổi	12	7	5	58,33	2,32	1,19~4,53	
≥ 35 tuổi	4	3	1	75	3,56	0,65~19,50	<0,001
Con so	8	6	2	75	3,85	1,16~12,80	<0,001
Con rạ	10	6	4	60	2,4	1,13~ 5,13	

1,73 lần so với những thai phụ 20– 34 tuổi có S/D > 2,4, ($p < 0,001$). Những thai phụ dưới 20 tuổi có S/D > 2,4 có biểu hiện TSG là 33,33% ít hơn gấp 0,965 lần so với những thai phụ 20 – 34 tuổi có S/D > 2,4, ($p < 0,001$).

Theo Conde-Agudelo A, Sibai BM[15],[39], những thai phụ trong nhóm tuổi <20 tuổi và ≥ 35 tuổi kèm theo ĐMTC bất thường thì có nguy cơ TSG cao hơn nhóm tuổi còn lại. Điều này giúp cho bác sĩ lâm sàng chú ý đặc điểm này để theo dõi quá trình thai được tốt hơn.

3.2.3.2 Các chỉ số ĐMTC bất thường liên quan với tiền thai và TSG

– Có 37,9% thai phụ con so có RI > 0,58 bị TSG, cao hơn gấp 1,04 lần so với thai phụ con rạ có RI > 0,58 (36,4%), ($p < 0,001$).

– Có 75% thai phụ con so có PI > 1,45 bị TSG, cao hơn 1,25 lần so với những thai phụ con rạ có PI > 1,45(60%), ($p < 0,001$).

– Chúng tôi ghi nhận có 40,74% thai phụ con so có S/D > 2,4 bị TSG, cao hơn khoảng 1,02 lần so với những thai phụ con rạ có S/D > 2,4 (40%), ($p < 0,001$). Và 40,74% thai phụ con so có S/D > 2,4 bị TSG, có cao hơn so với những thai phụ con rạ có S/D > 2,4(40%), ($p < 0,001$).

Theo Leona Poon[22], Ngô Thị Trinh[4], TSG thường xảy ra ở những phụ nữ chưa có con cao hơn những phụ nữ đã có con. Điều này được Cunningham [16] giải thích là do người con so lần đầu tiếp xúc với gai nhau.

3.2.3.3 Khuyết đầu tâm trương liên quan với tuổi thai phụ, tiền thai và TSG

Bảng 3.6. Mối liên quan giữa KĐ TT với tuổi thai phụ, tiền thai và TSG

Tuổi thai phụ và Tiền thai	Số thai phụ (n=47)	TSG	Không TSG	% TSG	RR	KTC 95%	P
< 20 tuổi	3	2	1	66,67	3,00	0,61~14,86	<0,001
20 – 34 tuổi	34	15	19	44,12	1,78	1,32~2,39	
≥ 35 tuổi	10	8	2	80,00	4,90	1,42~ 2,39	<0,001
Con so	18	9	9	50	1,97	1,24~3,12	<0,001
Con rạ	29	16	13	55,2	2,22	1,48~ 3,33	

Qua nghiên cứu, có 47 thai phụ có KĐTT. Trong đó có 80% thai phụ có KĐTT thuộc nhóm tuổi ≥ 35 có biểu hiện TSG, cao gấp 1,81 lần so với những thai phụ có KĐTT trong nhóm 20 – 34 tuổi có TSG(44,12%), ($p<0,001$). Những thai phụ tuổi < 20 có KĐTT ĐMTC có biểu hiện TSG là 66,67%, có nguy cơ TSG gấp 1,51 lần so với nhóm từ 20 – 34 tuổi ($p<0,001$).

Trong nghiên cứu thai phụ có con lần đầu có dấu hiệu KĐTT ĐMTC thì biểu hiện TSG là 50% ít hơn so với thai phụ có con lần hai trở lên(55,2%), ($p<0,001$).

Theo Gregory R Devore [19] thì KĐTT là dạng bất thường ĐMTC loại II, dạng này nghiêm trọng hơn loại I- chỉ có tăng trở kháng RI. KĐTT- là hậu quả của sự tăng trở kháng với lưu lượng dòng máu vào bánh nhau, nguyên nhân là do mạch máu trong nhau không lớn lên hoặc dẫn nở không tốt.

3.3. Giá trị của chỉ số ĐMTC trong dự đoán TSG

Bảng 3.7. Giá trị của các chỉ số ĐMTC trong dự đoán TSG

Chỉ số siêu âm	Độ nhạy	Độ chuyên	GT TĐ dương	GT TĐ âm	RR	KTC 95%	P
RI	96,4	88,5	37,0	99,7	207,20	27,50~1561,03	<0,001
PI	42,9	98,0	66,7	94,8	49,12	16,35~147,59	<0,001
S/D	96,4	90,0	40,3	99,7	242,32	32,07~1831,28	<0,001
KĐ TT	89,3	94,5	53,2	99,2	142,80	40,01~509,71	<0,001
RI + KĐTT	96,4	95,2	58,7	99,7	540,00	69,63~4188,05	<0,001
PI + KĐTT	21,4	99,7	85,7	94,8	108,54	12,52~941,29	<0,001

S/D + KĐTT	64,3	98,5	75,0	97,5	117,90	38,59~360,25	<0,00 1
-------------------	------	------	------	------	--------	--------------	------------

Tuần hoàn tử cung nhau có thể đánh giá được qua siêu âm Doppler ĐMTC. Kỹ thuật này được nhiều nghiên cứu đánh giá là có triển vọng để dự đoán mức độ nguy cơ của TSG và thai chậm tăng trưởng trong tử cung [20],[28],[31]. Khi có những dạng sóng bất thường trên ĐMTC thì siêu âm Doppler có thể nhận diện được trên 95% [21].

Khi tử cung không có thai thì trở kháng mạch máu tử cung cao. Trong thời kì mang thai thì trở kháng mạch máu thấp là do các mạch máu dẫn nở để cung cấp oxy và chất dinh dưỡng cho bào thai [12].

Trong TSG sẽ có sự xâm lấn của tế bào nuôi vào các động mạch xoắn gây ra chỉ số trở kháng cao. Vì vậy qua siêu âm Doppler màu chúng ta có thể xác định được bất thường ĐMTC. Từ đó tính được độ nhạy, độ chuyên biệt, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của các chỉ số Doppler trong dự đoán TSG.

3.3.1. Giá trị của chỉ số RI > 0,58 trong dự đoán TSG

Chỉ số **RI >0,58** trong dự đoán TSG có độ nhạy là 96,4%, độ chuyên biệt 88,5%, giá trị tiên đoán dương 37% và giá trị tiên đoán âm là 99,7%, ($p < 0,001$). Nghĩa là khả năng phát hiện đúng TSG bằng siêu âm Doppler ĐMTC là 96,4%, khả năng phát hiện đúng không bị TSG là 88,5%, khả năng thai phụ có TSG khi có RI > 0,58 là 37% và khả năng nhận diện thai phụ bình thường khi RI bình thường là 99,7%.

Nghiên cứu của [Herraiz I](#) và Cs[20] 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[2] là 90,7%; 96%; 49,4% và 99,59%, Valensise và Cs[43] thì độ nhạy và độ chuyên biệt là 89% và 93%, các kết quả này tương đương nghiên cứu của chúng tôi.

Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm theo nghiên cứu của Steel và Cs[41] lần lượt là 63%, 83%, 10%, 99%; và 50%, Ohkuchi A và Cs[30] là 67%, 85%, 12% và 99, North RA và Cs[29] là 27%, 89%, 8% và 98%, theo Aquilina J và Cs[7] thì độ nhạy 88%, độ đặc hiệu 83%, Jeltsje S Cnossen[25] thì độ nhạy từ 62% – 86% và độ chuyên biệt từ 71% - 87%. 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.

3.3.2 Giá trị của chỉ số PI > 1,45 trong dự đoán TSG

Trong nghiên cứu giá trị **PI >1,45** trong dự đoán TSG có 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%, ($p < 0,001$).

Theo Jeltsje S Cnossen và Cs [25] thì độ nhạy của PI là 42%, độ chuyên biệt là 91%%; kết quả tương đương nghiên cứu của chúng tôi. Mojgan Barati và Cs[27] thì độ nhạy 79%, độ đặc hiệu 95,5%, giá trị tiên đoán dương là 88,2%, giá trị tiên đoán âm là 98,9%, kết quả này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi. Trong khi Papageorghiou AT và

Cs [32] thì độ nhạy của PI đối với TSG kèm IUGR là 69%, TSG không kèm IUGR là 24%. Nghiên cứu của Albaiges G và Cs [6] độ nhạy của tăng PI là 21% (95% CI 14,6, 28,6) để sinh một sơ sinh có cân nặng < percentile thứ 10 và 70% (95% CI 34,8, 93,3) cho cân nặng khi sinh < percentile thứ 10 trước 34 tuần.

Tác giả O.Gómez và Cs [18] khi PI tăng thì có 6,7% thai phát triển ít nhất một trong các biên chứng, so với những phụ nữ có kết quả bình thường, thai có bệnh lý có PI cao hơn đáng kể (2,04 so với 1,75; $P < 0,05$, t-test). Nghiên cứu của Albaiges G và Cs [6] 35,3% thai phụ (95% CI 23,9- 48,2) tăng PI sau này phát triển TSG, 80% thai phụ TSG này cần sanh trước 34 tuần (95% CI 44,4- 97, 5).

3.3.3 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 trong nghiên cứu chúng tôi thì 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%, ($p < 0,001$).

Tác giả Phạm Thị Mai Anh [5] cho thấy có mối tương quan giữa S/D > 2,6 với TSG có thai IUGR, S/D > 2,4 với TSG có thai suy (37% TSG nhẹ, 14,5% TSG nặng).

Theo Jeltsje S Cnossen và Cs [25] thì S/D > 2,4 dự đoán TSG có độ nhạy là 76% và độ chuyên biệt là 71%; Thawalwong Ratanasiri và Cs [42] thì độ nhạy là 60% và giá trị tiên đoán dương tính là 33,3%; Plasencia W và Cs [34] độ nhạy là 62%, các kết quả này thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

3.3.4 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]. Sự hiện diện của KĐTT thậm chí với chỉ số ĐMTC 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, giá trị của KĐTT trong dự đoán TSG có 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 ($p < 0,001$)

Theo Bower S và Cs [12] 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%. Theo Thawalwong Ratanasiri và Cs [42] độ nhạy 78,6% và độ chuyên biệt 89%,. Huỳnh Thanh Phương Thảo [2], độ nhạy: 76,7%; độ chuyên biệt 97,3%; giá trị tiên đoán dương 55% và giá trị tiên đoán âm 99%. kết quả này gần tương đương với kết quả của chúng tôi. Nghiên cứu của Ohkuchi và Cs [30] thì độ nhạy là 67% và độ đặc hiệu là 81%, giá trị tiên đoán âm là 99%, Jeltsje S. Cnossen và Cs [25] thì độ nhạy và độ chuyên biệt lần lượt là 74% và 84%. Kết quả này thấp so với nghiên cứu của chúng tôi.

3.4 Giá trị của các chỉ số ĐMTC bất thường kết hợp khuyết đầu tâm trương

Đây là dạng bất thường nghiêm trọng nhất của ĐMTC (loại III). Khi thai phụ có bất thường ĐMTC loại này sẽ có nguy cơ kết cục bất lợi nhất cho mẹ và con [35].

3.4.1 Kết hợp giữa RI > 0,58 và khuyết đầu tâm trương

Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận giá trị của RI > 0,58 kèm theo KĐTT như sau: độ nhạy là 96,4%, độ chuyên biệt là 95,2%, giá trị tiên đoán dương là 58,7% và giá trị tiên đoán âm là 99,7%, (P<0,001).

Theo Huỳnh Thanh Phương Thảo [2], độ nhạy, độ chuyên biệt, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của RI >0,58 kèm theo KĐTT là 69,8%, 98,5%, 66,7 và 98,7%, gần tương đương với kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

Jeltsje S. Cnossen và Cs [25] ghi nhận độ nhạy của hai dấu hiệu này là 72% và độ chuyên biệt là 87%. Nghiên cứu của Coleman và Cs [14] trong nghiên cứu ở 116 thai phụ có tuổi thai từ 22 – 24 tuần, tác giả nhận thấy độ nhạy, độ chuyên biệt, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm của RI > 0,58 kèm theo KĐTT lần lượt là 63%, 72%, 50%, 82%. Hai kết quả này đều thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi.

3.4.2 Kết hợp giữa PI >1,45 và khuyết đầu tâm trương

Giá trị của PI >1,45 kèm theo KĐTT trong nghiên cứu: độ nhạy là 21,4%, độ chuyên biệt 99,7%, giá trị tiên đoán dương 85,7% và giá trị tiên đoán âm 94,8%, (p<0,001). Theo Jeltsje S. Cnossen và Cs [25] ghi nhận độ nhạy của hai dấu hiệu kết hợp này là 23%, độ chuyên biệt là 99%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu chúng tôi

3.4.3 Kết hợp giữa S/D>2,4 và khuyết đầu tâm trương

Trong nghiên cứu giá trị của S/D >2,4 kèm theo KĐTT trong tiên đoán TSG như sau: độ nhạy là 64,34%, độ chuyên biệt 98,5%, giá trị tiên đoán dương 75% và giá trị tiên đoán âm 97,5%, (P<0,001). Theo Jeltsje S. Cnossen và Cs [25] độ nhạy của hai dấu hiệu kết hợp này là 28% và độ chuyên biệt là 88%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu chúng tôi.

3.5 Mối tương quan giữa các biến số với TSG

Phân tích đơn biến

Bảng 3.10. Mối tương quan giữa các biến độc lập với TSG

Biến số (X)	PTHQ	HS tương quan R ²	t	P
Tuổi thai phụ	-0,028+ 0,003X	0,007	1,79	0,075
Tiền thai	0,077-0,017 X	0,001	-0,67	0,50
RI	0,003+0,367 X	0,312	13,87	0,00
PI	0,044+0,581 X	0,199	10,27	0,00
S/D	0,003+0,4 X	0,346	14,99	0,00
Khuyết ĐTT	0,008+0,524 X	0,439	18,24	0,00

Kết quả phân tích cho thấy, ngoại trừ các biến số tuổi thai phụ và tiền thai thì mức độ tương quan giữa các biến số còn lại ở mức trung bình đến khá (0,20 – 0,42), các

mối tương quan này đều có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$). Trong đó, KĐTT có tương quan cao nhất với TSG (0,42). Vì vậy, chúng tôi quyết định chọn KĐTT và các biến RI, PI, S/D để đưa vào xây dựng PTHQ đa biến.

Phân tích đa biến

Sau khi khảo sát mối tương quan của các biến số lâm sàng, siêu âm cũng như độ phù hợp của các phương trình hồi quy đơn biến với tập dữ liệu, những biến số có hệ số tương quan với mức độ mạnh ($R^2 \geq 0,25$) được chọn lựa để đưa vào xây dựng phương trình hồi quy đa biến theo phương pháp chọn từng bước (Stepwise), bao gồm KĐTT và các biến RI, PI, S/D. Sau khi phân tích đa biến, chúng tôi có được 6 phương trình phản ánh mối tương quan của các chỉ số siêu âm với TSG (bảng 3.11).

Bảng 3.11. Phương trình hồi quy tuyến tính đa biến dự đoán TSG

PTHQ	HSTQ R	Hệ số R^2	t	P
$Y1 = 0,008 + 0,524 \text{ KĐTT}$	0,663	0,439	18,24	<0,001
$Y2 = -0,012 + 0,404 \text{ KĐTT} + 0,194 \text{ RI}$	0,709	0,503	7,37	<0,001
$Y3 = 0,001 + 0,461 \text{ KĐTT} + 0,365 \text{ PI}$	0,715	0,511	7,89	<0,001
$Y4 = -0,013 + 0,388 \text{ KĐTT} + 0,231 \text{ S/D}$	0,724	0,525	8,74	<0,001
$Y5 = -0,012 + 0,385 \text{ KĐTT} + 0,144 \text{ RI} + 0,286 \text{ PI}$	0,737	0,543	6,07	<0,001
$Y6 = -0,014 + 0,3736 \text{ KĐTT} - 0,004 \text{ RI} - 0,26 \text{ PI} + 0,177 \text{ S/D}$	0,746	0,557	3,706	<0,001

**Phân tích hồi quy tuyến tính theo phương pháp Stepwise*

Phương trình (1) chỉ có 1 biến số độc lập phản ánh mối tương quan của chỉ số siêu âm với TSG là Khuyết ĐTT với $Y = 0,008 + 0,524 \text{ KĐTT}$.

Phương trình (3) là $Y = 0,001 + 0,461 \text{ KĐTT} + 0,365 \text{ PI}$ và (4) với $Y = 0,013 + 0,388 \text{ KĐTT} + 0,231 \text{ S/D}$ có 2 biến số; các phương trình này đơn giản, độ tin cậy khá cao, dễ sử dụng.

Phương trình (6) với $Y = -0,014 + 0,3736 \text{ KĐTT} - 0,004 \text{ RI} - 0,26 \text{ PI} + 0,177 \text{ S/D}$ là phương trình có hệ số tương quan cao nhất nhưng phải sử dụng cả 4 biến số siêu âm.

Phương trình chọn lựa

Sau khi các phương trình hồi quy tuyến tính đa biến đã được thành lập, chúng tôi chọn lựa phương trình tốt nhất dựa theo các tiêu chí sau:

- Chính xác: thể hiện qua hệ số xác định R^2 , cho biết độ phù hợp của phương trình với dữ liệu mẫu và có sai lệch trung bình thấp.

- Đơn giản và phù hợp thực hành lâm sàng: phương trình càng có ít biến số càng tốt, các biến số dễ đo đạc trên lâm sàng cũng như siêu âm.

Vì thế qua kết quả nghiên cứu nhận thấy phương trình (3) là: $Y = 0,001 + 0,461 \text{ KĐTT} + 0,365 \text{ PI}$ và phương trình (4) với $Y = -0,013 + 0,388 \text{ KĐTT} + 0,231 \text{ S/D}$ là các phương trình này đơn giản, độ tin cậy khá cao, dễ sử dụng.

Ví dụ: Khi trong tam cá nguyệt thứ hai, siêu âm Doppler ĐMTC cho kết quả có dấu KĐTT và $\text{PI} > 1,45$ thì khả năng thai phụ bị TSG là $> 0,99(99\%)$. Nếu siêu âm Doppler ĐMTC cho kết quả có dấu KĐTT và $\text{S/D} > 2,4$ thì khả năng thai phụ bị TSG là $> 0,93(93\%)$.

Theo Jeltsje S. Cnossen và Cs [25] TSG ở thai phụ có nguy cơ thấp được dự đoán tốt nhất bằng chỉ số PI với KĐTT trong tam cá nguyệt thứ hai (> 16 tuần) (LR dương tính 7,5, CI 95% 5,4-10,2; LR âm 0,59 CI 0,47-0,71).

Chính vì thế chúng tôi chọn phương trình (3) là phương trình tốt nhất theo tiêu chí chính xác nhất, đơn giản, độ tin cậy khá cao, dễ sử dụng, phù hợp các y văn.

KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu siêu âm Doppler ĐMTC ở 427 thai phụ 20 – 24 tuần tại Bệnh viện Đa khoa TP Châu Đốc và Bệnh viện Đa khoa Khu vực Tỉnh, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Tần suất TSG trong lô nghiên cứu là 6,6%.
- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chỉ số trở kháng RI $> 0,58$ trong dự đoán TSG: độ nhạy: 96,4%, độ chuyên biệt : 88,5%, giá trị tiên đoán dương : 37,0 %, giá trị tiên đoán âm : 99,7%.
- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa chỉ số trở đập PI $> 1,45$ trong dự đoán TSG: độ nhạy: 42,9%, độ chuyên biệt: 98,0%, giá trị tiên đoán dương: 66,7%, giá trị tiên đoán âm: 94,8%.
- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tỉ số S/D $> 2,4$ trong dự đoán TSG: độ nhạy: 96,4%, độ chuyên biệt: 90,0%, giá trị tiên đoán dương: 40,3%, giá trị tiên đoán âm: 99,7%.
- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa dấu hiệu khuyết tiền tâm trương trong dự đoán tiền sản giật: độ nhạy: 89,3%, độ chuyên biệt: 94,5%, giá trị tiên đoán dương: 53,2%, giá trị tiên đoán âm: 99,2%
- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa các chỉ số siêu âm ĐMTC bất thường kết hợp dấu KĐTT trong dự đoán TSG với độ nhạy từ 21,4-96,4%, độ chuyên biệt: 95,2-99,7%, giá trị tiên đoán dương; 58,7-85,7%, giá trị tiên đoán âm: 94,8-99,7%
- 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 3,7%; tỉ số tâm thu/tâm trương ĐMTC bất thường (S/D $> 2,4$) chiếm 15,7% và dấu KĐTT ĐMTC là 11,0%.

– Chúng tôi xây dựng được 2 phương trình hồi qui có hệ số chính xác (R^2) cao, trong đó $Y = -0,257 + 0,408 \text{ KĐTT} + 0,326 \text{ PI}$ là phương trình có hệ số tương quan tốt nhất theo tiêu chí chọn lựa, tuy phải sử dụng 2 biến số siêu âm.

KIẾN NGHỊ

TSG là tác nhân lớn gây ra những bất lợi cho thai cũng như bất lợi cho người mẹ. Theo Bộ Y tế, TSG đứng thứ 2 trong 7 nguyên nhân trực tiếp gây tử vong mẹ với tỉ lệ là 21,3%. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy rằng siêu âm Doppler ĐMTC có thể dự đoán chính xác TSG. Từ đó chúng tôi kiến nghị ngành y tế khuyến cáo sử dụng siêu âm Doppler ĐMTC thường quy dự đoán nguy cơ TSG- nhất là với các đối tượng nguy cơ cao, tại các tuyến y tế có nhân lực được đào tạo và có trang bị máy siêu âm Doppler màu, nhằm cung cấp các chỉ số Doppler ĐMTC phục vụ cho các nhà thực hành sản khoa trong công tác nghiên cứu, theo dõi, quản lý thai,... tại các cơ sở y tế.

Đồng thời, cần có những biện pháp tuyên truyền cảnh báo các hậu quả của TSG cho các thai phụ- nhất là với các đối tượng nguy cơ cao nhằm chủ động tầm soát nguy cơ TSG sớm trong quý I thai kỳ bằng cách phối hợp siêu âm Doppler ĐMTC và các dấu ấn sinh học qua đó giúp các nhà sản khoa có hướng điều trị dự phòng TSG bằng Aspirin trước khi thai 16 tuần./.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Bộ môn Phụ sản- trường Đại học y dược TP Hồ Chí Minh (2011), *Rối loạn cao huyết áp trong thai kỳ*, Bài giảng sản phụ khoa tập I, trang 462 – 477
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.

TIẾNG ANH

6. 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.
7. 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.

8. Aris Antsaklis et al. "Uterine Artery Doppler in the Prediction of Preeclampsia and Adverse Pregnancy Outcome". *Donald School Journal of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology*, April-June 9. August P and Lindheimer MD (1995), "Pathophysiology of preeclampsia", *Journal of The American Heart Association*, Hypertension 142, pp. 2407-2426.
10. 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.
11. 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.
12. 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.
13. 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.
14. 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.
15. 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.
16. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ, et al (2001), "Hypertensive disorders in pregnancy", pp. 567-618.
17. Demers S, Bujold E, Arenas E, Castro A, Nicolaidis KH(2014),"Prediction of recurrent preeclampsia using first-trimester uterine artery Doppler ", *Am J Perinatol*. 2014 Feb;31(2):99-104
18. 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.
19. Gregory R Devore, *Uterine artery measurements*, Fetal Diagnostic Centers.
20. Herraiz I, Escribano D, Gómez-Arriaga PI, Hernández-García JM, Herraiz MA, Galindo A (2012), "Predictive value of sequential models of uterine artery Doppler in pregnancies at high risk for pre-eclampsia". *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2012 Jul;
21. 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.

22. Leona Poon (2008), “Screening for preeclampsia”, The 8th VietNam -France- Asia-Pacific conference on reproductive at Tu Du Hospital, pp. 42-43.
23. Lijie Li, Yanmei Zheng, Ying Zhu, and Jianchun Li (2016),”Serum biomarkers combined with uterine artery Doppler in prediction of preeclampsia”, *Experimental and Therapeutic Medicine*. Aug 2016, 12(4):2515-2520
24. Lynne McLeod (2008), “How useful is uterine artery Doppler ultrasonography in predicting pre-eclampsia and intrauterine growth restriction?”, *CMAJ*, 178 (6), pp. 727-729.
25. 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.
26. 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.
27. Mojgan Barati, Nahid Shahbazian, Leila Ahmadi, and Sara Masihi(2014), “Diagnostic evaluation of uterine artery Doppler sonography for the prediction of adverse pregnancy outcomes”, *J Res Med Sci*. 2014 Jun; 19(6): 515–519.
28. Napolitano R¹, Rajakulasingam R, Memmo A, Bhide A, Thilaganathan B(2011), “Uterine artery Doppler screening for pre-eclampsia: comparison of the lower, mean and higher first-trimester 29.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.
30. 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.
31. Onwudiwe N, Yu CK, Poon LC, Spiliopoulos I, Nicolaides KH(2008), “Prediction of pre-eclampsia by a combination of maternal history, uterine artery Doppler and mean arterial pressure “, *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2008 Dec;32(7):877-83.
32. 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.
33. 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.

34. 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.
35. Report of the ACOG Task force on Hypertension in Pregnancy (2013), “Hypertension in Pregnancy”, *Obstet Gynecol*, Vol.122, No.5, November 2013.
36. 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.
37. Robert JM, Cooper DW (2001), “Pathogenesis and genetics of pre-eclampsia”, *Lancet*, 357, pp. 53-56.
38. Sibai BM, Ewell M, Levine RJ, et al (1997), “Risk factors associated with preeclampsia in healthy 39. 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.
40. Sibai B, Dekker G, Kupferminc M (2005), “Pre-eclampsia”, *Lancet*, 365, pp. 785-799.
41. 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.
42. Thawalwong Ratanasiri, Amornrat Thanachaivivat, Woraluk 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.
43. 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.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, GIẢI PHẪU BỆNH, HÌNH ẢNH SIÊU ÂM CỦA BỆNH NHÂN U BÀNG QUANG ĐIỀU TRỊ TẠI BVCR 2016-2017

Lê Thanh Toàn, Bùi Thị Tường Vi*, Nguyễn Hồng Nam*, Trần Thanh Thông*,
Nguyễn Bùi Ngọc Diệp**, Nguyễn Thị Nhan***, Nguyễn Thị Vy Thy*****

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh, hình ảnh siêu âm của bệnh nhân u bàng quang.

Đối tượng-Phương pháp: Hồi cứu - Mô tả hàng loạt ca.

Kết quả: 1/6/2016 tới 31/12/2017 có 172 bệnh nhân (BN) chẩn đoán u bàng quang (BQ)

LS: tuổi $63,1 \pm 17,4$, tỷ lệ nam/nữ = 3,9 tiểu máu đại thể 143 (83,1%), vi thể 149 (86,6%).

Giải phẫu bệnh: Ung thư BQ chiếm tỷ lệ 91,28%.

Siêu âm: u BQ có bề mặt gồ ghề, echo hỗn hợp, chân bám rộng, phát hiện u BQ 166 (96,5%), BN có 1 khối u 155 (90,1%), khối u ở vách phải và trái 57,1%.

Kết luận: u BQ thường gặp ở BN nam, độ tuổi trên 60, tỷ lệ K BQ 91,28%. Siêu âm xác định đúng u BQ 96,5%, vì vậy có thể là phương tiện tầm soát, phát hiện sớm u BQ.

Từ khóa: u bàng quang, ung thư bàng quang, siêu âm.

Tác giả liên lạc: Thạc sĩ- Bác sĩ CK2 Lê Thanh Toàn, Khoa Siêu âm-TDCN, BV.Chợ Rẫy,ĐT: 0913735345, Email: ck2hvgylethan@gmail.com

*Bác sĩ khoa Siêu âm-TDCN, Bệnh viện Chợ Rẫy.

**Bác sĩ Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Chợ Rẫy.

***Điều dưỡng Khoa Siêu âm-TDCN, Bệnh viện Chợ Rẫy.

****Phòng kế hoạch Tổng hợp, Bệnh viện Chợ Rẫy.

ABSTRACT

BLADDER TUMORS: CLINIC, PATHOLOGY, ULTRASOUND

*Le Thanh Toan, Bui Thi Tuong Vi, Nguyen Hong Nam, Tran Thanh Thong,
Nguyen Bui Ngoc Diep, Nguyen Thi Nhan, Nguyen Thi Vy Thy*

Objectives: Patients with bladder tumors: clinic, pathology and ultrasound.

Methods: Retrospective - Described a case series.

Results: 1/6/2016-31/12/2017, 172 patients.

Clinical: Age 63.1 ± 17.4 and male / female ratio = 3.9 with gross hematuria 143 (83.1%), urine test with RC: 149 (86.6%). Urothelial carcinoma: 91.28%.

Ultrasound: 166 (96.5%) of bladder tumors were detected, patients with one tumor 155 (90.1%), tumors in the right+left : 57.1%.

Conclusions: *Bladder tumors are common in men, age above 60 years. Urothelial carcinoma 91.28%. Ultrasonography determines 96.5% true bladder tumors, so it maybe a means of screening, early detection of bladder tumors.*

Key words: *Tumors of bladder, carcinoma of bladder, Ultrasound.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2008 thống kê trên toàn thế giới⁽²⁾ ung thư bàng quang (BQ) có 368,300 trường hợp được phát hiện mới, khoảng 152,000 người tử vong vì ung thư BQ.

Năm 2013 tại Mỹ có 72.570 mắc mới, tỷ lệ nam/nữ khoảng 3/1 và số bệnh nhân (BN) tử vong vì ung thư BQ khoảng 15.210 người.

Đào Quang Oánh^(5,6) ung thư BQ: 67 BN nữ, tuổi 54,3 + 4,2 tuổi 40-60 chiếm 67,2%. 191 BN nam tuổi 52,6+5,5, tuổi 40 - 60 chiếm 59,7%, tỷ lệ nam/nữ là 3/1

Triệu chứng lâm sàng của u BQ, K BQ: tiểu ra máu, tiểu lắt nhắt (tiểu nhiều lần), đau bụng vùng hạ vị, đau hông lưng, ... là triệu chứng bệnh lý hệ niệu, không đặc hiệu.

Xét nghiệm nước tiểu: giúp phát hiện tiểu máu.

Các xét nghiệm hình ảnh góp phần chẩn đoán u BQ:

- Siêu âm bụng-hệ niệu.
- Chụp Xquang hệ niệu với thuốc cản quang tĩnh mạch (UIV=Urographie Intra Veineuse).

- Chụp CT- scanner hệ niệu với thuốc cản quang.

- Chụp MRI hệ niệu với thuốc cản từ.

Nội soi BQ có thể phát hiện khối u BQ và sinh thiết khối u khi có chỉ định [8].

Giải phẫu bệnh với bệnh phẩm lấy trong quá trình nội soi BQ hoặc phẫu thuật u BQ, cho phép chẩn đoán chính xác khối u BQ là u lành tính hay ác tính.

Chẩn đoán u BQ, K BQ cần có sự kết hợp lâm sàng, hình ảnh và giải phẫu bệnh.

Siêu âm là kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh có giá thành rẻ, không xâm nhập (Non-invasive) có thể phát hiện sớm u BQ (K BQ) ? Để góp phần phong phú các kiến thức về u BQ và K BQ, đặc biệt là siêu âm chẩn đoán u BQ.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

- 1- Xác định đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh: tuổi, giới, triệu chứng tiểu máu, tiểu đau, kết quả giải phẫu bệnh.

- 2- Xác định đặc điểm hình ảnh u BQ trên siêu âm; vị trí, hình dạng, kích thước, độ echo và các tổn thương khác (dịch ổ bụng, hạch ổ bụng,..) tỷ lệ chẩn đoán đúng u BQ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh vào nghiên cứu

- BN có bệnh án lưu trữ tại bệnh viện Chợ Rẫy.
- BN có kết quả siêu âm bụng, nội soi BQ là u BQ.
- BN đã phẫu thuật u BQ tại Khoa Ngoại tiết niệu (5B1) Bệnh viện Chợ Rẫy.
- BN có kết quả giải phẫu bệnh từ Khoa giải phẫu bệnh-Bệnh viện Chợ Rẫy.

Tiêu chuẩn loại trừ BN thiếu ≥ 1 tiêu chí sau:

- BN không có kết quả siêu âm.
- BN không có kết quả nội soi BQ.
- BN không có kết quả giải phẫu bệnh.

Phương pháp nghiên cứu

Loại hình nghiên cứu: Mô tả hàng loạt ca-hồi cứu

Thời gian nghiên cứu: 01/06/2016 đến 31/12/2017.

Thu thập số liệu theo mẫu thống nhất: Bảng thu thập số liệu.

Xử lý và phân tích số liệu: theo phương pháp thống kê Y học: phần mềm SPSS version 18.0 và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê: $p < 0,05$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 1/6/2016 đến 31/12/2017 chúng tôi có 172 BN.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

- Tuổi: $63,1 \pm 17,4$ tuổi (31-82), ≥ 60 : 109 BN (63,4%) và < 60 : 63 (36,6%) và Nam $63,87 \pm 12,6$ và Nữ $56,71 \pm 13,3$

- Giới tính Nam: 137 (79,7%) và Nữ: 35 (20,3%) -Tỷ lệ nam/nữ = 137/35 # 3,9.

- Triệu chứng lâm sàng: +Tiểu máu đại thể: 143 (83,1%) + Không tiểu máu: 29 (16,9%) + Đau hạ vị: 6 (3,4%) + Đau lưng: 25 (14,5 %) + Sốt: 8 (4,7%).

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG

-Nước tiểu có hồng cầu (tiểu máu vi thể): 149 (86,6%), không có hồng cầu: 23 (13,4%)

-Thiếu máu: 51 (29,7%) Không thiếu máu 121 (70,3%)

-Suy thận: 29 (16,9%) Không suy thận: 143 (83,1%).

KẾT QUẢ GIẢI PHẪU BỆNH

KẾT QUẢ	Phân loại	BN-Tỷ lệ %
Carcinoma (157/172) 91,28%	Dạng nhú	64 (37,20)
	Dạng tuyến	7 (4,10)
	Dạng chuyển tiếp	6 (3,50)
	Không xếp loại	95 (55,20)
Độ ác	Cao	117 (68,03)
	Thấp	38 (16,28)
	Trung bình	9 (5,23)
	Không xếp loại	3 (1,74)
Không carcinoma (15/172) 8,72%	Nghịch sản	6 (3,49)
	U nhú lành tính	6 (3,49)
	Viêm dạng tuyến	2 (1,16)
	U đại tràng xâm lấn	1 (0,58)

SIÊU ÂM

Phát hiện u BQ là 166 BN (96,5%): 1 khối u 155 (90,1%), ≥ 2 khối u: 11 (6,4%)

BN có 2 khối u 7 (4,0%), BN có 3 khối u 3 (1,7%), BN có 4 khối u 1 (0,6%)

Không phát hiện u BQ: 6 BN (3,5%)

Kích thước khối trung bình 24,1 mm \pm 13,4mm (5-82mm)

Bề mặt khối u: gồ ghề, “bông cải” (súp- lơ)

Hình dáng: chân bám rộng.

Độ echo: hỗn hợp.

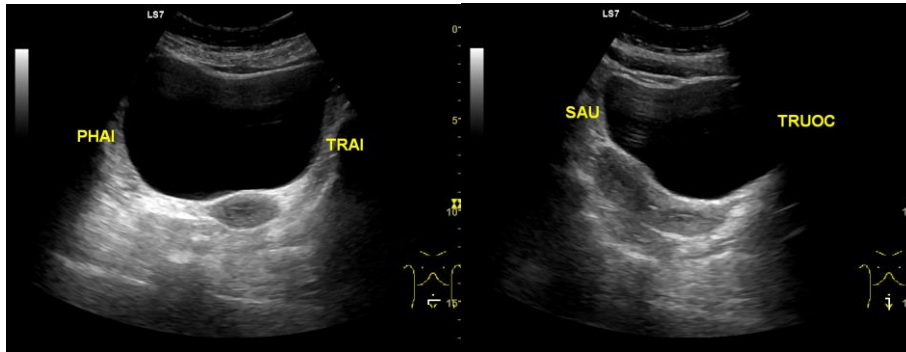
Vị trí khối u 155 BN với 182 khối u.

Phân bố vị trí : Phải 55, Trái 49, Trước 21, Sau 31, Đáy 19, Cổ 7.

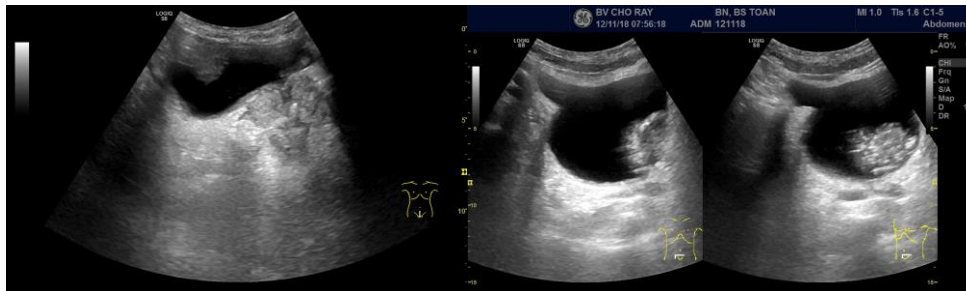
Siêu âm phát hiện các bất thường khác: 51 (29,7%) Tiền liệt tuyến to 43 BN, Thận ứ nước 4 BN, Bệnh lý chủ mô thận mạn 2 BN, Dịch ổ bụng 1 BN, Hạch ổ bụng 1 BN.

Tường trình phẫu thuật

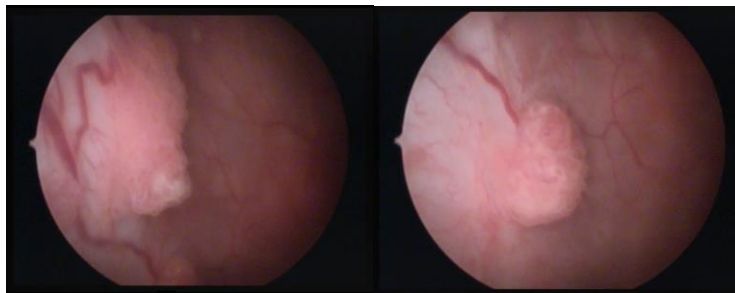
Nội soi cắt khối u 109 BN (63,4%) Phẫu thuật mở 63 BN (36,6%): cắt BQ bán phần 45 BN (26,2%), cắt BQ toàn phần 18 BN (10,4%).



Hình 1: Minh họa siêu âm vách BQ bình thường.



Hình 2: Minh họa u BQ: bề mặt gồ ghề, chân bám rộng, echo hỗn hợp.



Hình 3: Minh họa u BQ khi nội soi: bề mặt gồ ghề, chân bám rộng.

BÀN LUẬN

Lâm sàng

- Tuổi: theo y văn u BQ, ung thư bàng quang thường gặp ở những BN lớn tuổi. NC của chúng tôi: $63,1 \pm 17,4$ tuổi (31-82) phù hợp y văn và các tác giả khác.
- Tuy nhiên Kral M⁽⁹⁾ và cs báo cáo trường hợp ung thư BQ ở trẻ em (BN 3 tuổi).
- Đào Quang Oánh^(4,6), nghiên cứu ung thư BQ: 67 BN nữ, tuổi $54,3+4,2$ tuổi 40 - 60 chiếm 67,2%. 191 BN nam tuổi $52,6+5,5$, tuổi 40-60 chiếm 59,7%, tỷ lệ nam/nữ = 2,85. Khi bị tiểu máu có 1/3 số BN nam tới khám trong thời gian <1 tháng, thì số BN nữ tới khám trên > 6 tháng chiếm 1/3 [3].
- Trần Chí Thanh⁽¹⁴⁾, phẫu thuật cho 42 BN ung thư BQ tại bệnh viện Việt Đức. Tuổi $55,71+10,01$ (33-75), tỷ lệ nam/nữ là 34/4 (9/1), thời gian từ khi tiểu máu tới lúc phẫu thuật $28,67+38,58$. Tình trạng thiếu máu trước phẫu thuật 5 BN (11,9%) và nhiễm

khẩn tiết tiêu 2 BN (4,8%). Chức năng thận qua xét nghiệm creatinin 101,5±26,6 mmol/L. Phân chia giai đoạn theo TNM thì T1NoMo=7 BN (16,7%) giai đoạn T2NoMo=20 BN (47,6%) và T3NoMo=15 BN (35,7%). Số BN có dẫn niệu quản, thận ứ nước là 18 BN (42,8%) cho thấy thực trạng BN tới khám trễ.

- Lê Đình Khánh⁽¹⁰⁾ nghiên cứu 33 BN u BQ (chưa xâm lấn cơ) tuổi 55,18 ± 17,7 và giới nam/nữ 3,7/1, tỷ lệ đái máu đại thể là 19 BN (57,5), tiểu máu vi thể 24 BN (72,7%), từ khi đái máu đại thể tới lúc điều trị <3 tháng là 30 BN (90,9%), những BN có triệu chứng kèm theo (tiểu buốt, đau hạ vị, tiểu khó...) 19 BN (57,6%). Siêu âm phát hiện u bàng quang 31 BN (93,9%) số lượng 1 khối u bàng quang 20 BN (60,6%), 2 khối u 5 BN (15,2%) và 3 khối u 8 BN (24,2%).

- Nguyễn Quang Toàn⁽¹²⁾ nghiên cứu 43 BN ung thư BQ, 56±13,24 (27-76), > 50: tỷ lệ 73,6%, tỷ lệ nam/nữ là 7/1, tiểu máu 86,7%, 1 khối u 64,8%, phân bố thành bên 30,7%, thành sau 27,3%. thành trước 17,5%, cổ BQ 19,3%, ...d= 7-68mm (23,47 ± 14,09).

-Phạm Quang Hạnh [13] và công sự nghiên cứu nội soi chẩn đoán và điều trị khối u bàng quang nông bảo tồn giải phẫu và chức năng bàng quang, nâng cao chất lượng sống.

Bảng 1. So sánh đặc điểm lâm sàng-cận lâm sàng.

Tác giả	Tổng	Tuổi	Nam/Nữ	Tiểu máu ĐT	Tiểu máu VT
Chúng tôi	172	63,1	3,9/1	83,1%	86,6 %
Đào Quang Oánh ⁽⁵⁾	258	57,3	3/1		
Trần Chí Thanh ⁽¹⁴⁾	42	55,7	8/1		
Lê Đình Khánh ⁽¹⁰⁾	33	55,18	4/1	57,5%	72,7 %
Nguyễn Quang Toàn ⁽¹²⁾	43	56	7/1	86,7%	90,13%

Siêu âm

Nghiên cứu của chúng tôi siêu âm phát hiện u BQ 166 BN (96,5%): 1 khối u 155 (90,1%), ≥ 2 khối u trở lên: 11 (6,4%) BN 2 u 7 (4,0%), BN 3 u 3 (1,7%), BN 4 u 1 (0,6%)

Không phát hiện bướu BQ: 6 BN (3,5%).

Kích thước khối u: 5mm-82 mm (24,1 mm ± 13,4mm).

Bề mặt khối u: gồ ghề, “bông cải” (súp-lơ), **Hình dáng:** chân bám rộng.

Vị trí khối u: Phải 55, Trái 49, Trước 21, Sau 31, Đáy 19, Cổ 7.

Siêu âm phát hiện các bất thường khác 51BN (29,7%): Tiền liệt tuyến to 4BN, Thận ứ nước 4BN, Bệnh lý chủ mô thận mạn 2BN, Dịch ổ bụng 1BN, Hạch ổ bụng 1BN.

Lê Đình Khánh⁽¹⁰⁾ và cs, nghiên cứu 33 BN: siêu âm phát hiện bướu BQ 31 BN (93,9%) số lượng 1 khối u 20 BN (60,6%), 2 khối u 5 BN (15,2%) và 3 khối u 8 BN (24,2%).

Bàn luận về 6 BN siêu âm không phát hiện U BQ: những BN này lượng nước tiểu trong BQ ít, và hoặc có sonde Folley, vị trí u ở vùng cổ BQ 4 BN và vùng đáy BQ 2 BN.

Để phát hiện chính xác u BQ: BN nhịn tiểu 2-3 giờ, giữ nước tiểu trong BQ # 250-300 ml hoặc bơm 250-300 ml dung dịch NaCl 9% vào BQ.

- Siêu âm hiện có giá thành rẻ, phát triển rộng, độ phân giải cao có thể là phương tiện phát hiện sớm, sàng lọc bệnh những BN có triệu chứng bệnh lý đường tiết niệu. Tuy nhiên khi u có kích thước nhỏ, BQ ít nước tiểu, nước tiểu có máu đông, siêu âm có thể bỏ sót.

Ứng dụng các kỹ thuật mới trong chẩn đoán u bàng quang

- Gupta VG⁽⁷⁾ sử dụng chất tương phản trong siêu âm nhằm phát hiện u BQ và chẩn đoán phân biệt với máu đông trong BQ. Đặc biệt hữu ích khi BN suy thận, có chống chỉ định với các thuốc cản quang. Đối với Ta-T1 độ nhạy 76,65% độ đặc hiệu 95,85%. Đối với T2-T3 độ nhạy 90% và độ đặc hiệu 92%. Khả năng phát hiện u nói chung (không chia giai đoạn) độ nhạy 78% và độ đặc hiệu 85%.

- Wakai K⁽¹⁶⁾ lưu ý bệnh lý kèm theo khi điều trị K BQ cho BN lớn tuổi.

- Lee CH⁽¹¹⁾ vai trò hình ảnh trong xác định giai đoạn của K BQ.

- Karl A⁽⁹⁾ phân chia giai đoạn K BQ xâm lấn cơ theo WHO-2016.

-Zhang H⁽¹⁵⁾ PE-CT trong bệnh lý K BQ, cho kết quả độ nhạy 82%.

-Alongi P⁽¹⁾ nghiên cứu vai trò PET-CT trong phát hiện K BQ tái phát.

KẾT LUẬN

U BQ nói chung và K BQ: thường gặp BN nam, độ tuổi trên 60, tiểu máu đại thể 83,1%, vi thể 86,6%, BN có khối u BQ tỷ lệ ung thư 91,28%.

Giải phẫu bệnh: Ung thư BQ chiếm tỷ lệ 91,28%.

Siêu âm: u BQ có bề mặt gồ ghề, chân bám rộng, echo hỗn hợp, BN có 1 khối u 90,1%, khối u ở thành bên 57,1%. Siêu âm xác định đúng u BQ 96,5%, có thể là phương tiện tầm soát, phát hiện sớm u BQ. BQ có # 300ml nước tiểu giúp siêu âm phát hiện khối u tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alongi P, Caobelli F, Gentole (2017), “*Recurrent bladder carcinoma: clinical and prognostic role of 18 F-PDG*”, Eur J Nucl Med Mol Imaging, 44(2): 224-233.
2. Christopher DM (2015), “*Diagnostic Histopathology of Tumors*”, Fourth Edition, ELSEVIER, pp 610-657.

3. Đào Quang Oánh (2011), “*Một vài đặc điểm của ung thư bàng quang trên phụ nữ*”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 15, số 3.
4. Đào Quang Oánh (2010), “*Bướu nông bàng quang: yếu tố nguy cơ, hướng xử trí*”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 14, số 1.
5. Đào Quang Oánh (2012), “*Khảo sát vai trò giới tính trong ung thư bàng quang*”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 17, số 1.
6. Đào Quang Oánh, Phan Đức Hữu (2014), “*Đánh giá tỷ lệ sót bướu trong cắt đốt nội soi bướu bàng quang chưa xâm lấn cơ*”, Tạp chí Y học Tp Hồ Chí Minh, 18, số 1.
7. Gupta VG, Kumar S, Singh SK, Lai A, Kakkar N (2016), “*Contrast enhanced ultrasound in urothelia carcinoma of urinary bladder: An underutilized staging and grading modality*”, Cent European J uro, 69(4): 360-365.
8. Karl A, Grimm T, Jikisch F (2013), “*Non-muscle invasive bladder cancer: Current aspects pf diagnostics, local therapy options and the update of the 2016 WHO classification*”, Urologe A , sep 55(9):1247-58.
9. Kral M, Michalek J, Skarda J (2016), “*High-grade urothelial bladder cancer in children: A case report and critical analysis of the literature*”, Biomed Pap Me Fac Univ Palacky Olomuc Czech Repub, Dec 160(4): 578-582.
10. Lê Đình Khánh, Hoàng Văn Tùng, Đoàn Quốc Huy (2012), “*Đánh giá kết quả sớm điều trị u bàng quang nông bằng cắt đốt nội soi kết hợp Doxorubicin một liều duy nhất sau mổ*”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 16, số 3.
11. Lee CH, Tan CH, Faria SC, Kundra V (2017), “*Role of Imaging in the local staging of urothelial carcinoma of the bladder*”, Am J Roentgenol, Feb 22:1-13.
12. Nguyễn Quang Toàn, Vũ Đăng Lư, Bùi Văn Giang (2018), “*Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh và giá trị cộng hưởng từ trong đánh giá phân độ giai đoạn T của ung thư bàng quang*”, Hội nghị Điện quang và Y học hạt nhân – Hà nội - 8/2018.
13. Phạm Văn Hạnh, Nguyễn Đức Huân (2008), “*Bước đầu ứng dụng nội soi chẩn đoán và can thiệp trong phát hiện và điều trị ung thư bàng quang nông tại bệnh viện K*”, Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, tập 12, số 4.
14. Trần Chí Thanh (2016), “*Nghiên cứu ứng dụng và kết quả tạo hình theo phương pháp Ebol-Enien trong điều trị ung thư bàng quang*” Luận văn Tiến sĩ Y khoa, Đại học Y Hà nội.
15. Zhang H, Xing W, Kang Q, Chen C, Wuang L, Lu L (2015), “*Diagnostic value of 18 F PDG-PET and PET/CT in urinary bladder cancer: a meta-analytic*”, Tumor Biol May:36(5): 3209-14.
16. Wakai K, Utsumi T, Oka R, “*Clinical predictors for high-grade bladder cancer before first-time transurethral resection of the bladder tumor: a retrospective cohort study*”, Jpn J Clin Oncol Oct 46(1) 964-967.

NGHIÊN CỨU KẾT QUẢ CHO ĂN SỚM SAU MỔ TRÊN BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC RUỘT THỪA

Trần Phước Hồng, Nguyễn Thanh Long

Lê Thúy Oanh, Nguyễn Tiến Trung

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hồi phục sớm sau phẫu thuật (HPSSPT) là một chương trình chăm sóc bệnh nhân toàn diện gồm nhiều giai đoạn, bắt đầu từ trước mổ cho đến sau khi bệnh nhân ra viện; nhằm giảm thiểu các sang chấn trước, trong và sau mổ, nhờ đó thúc đẩy quá trình hồi phục của bệnh nhân và giảm thời gian nằm viện. Nhịn ăn sau phẫu thuật làm tăng tình trạng dị hóa protein, glucose và lipid; cùng với khoảng thời gian dài nhịn ăn trước phẫu thuật càng làm nặng thêm tình trạng suy dinh dưỡng của bệnh nhân. Chương trình HPSSPT gần như trở thành phương pháp thực hành tiêu chuẩn tại nhiều nước trên thế giới và được thực hiện trong hầu hết các phẫu thuật ngoại khoa trong đó có PTNS điều trị viêm phúc mạc ruột thừa.

Tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang chưa có nghiên cứu dinh dưỡng cho ăn sớm đối với bệnh nhân phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị viêm phúc mạc ruột thừa, do đó chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu tổng quát là: *đánh giá kết quả cho ăn sớm sau mổ trên bệnh nhân phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa.*

Hai mục tiêu chuyên biệt

- Nhận xét đặc điểm lâm sàng bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa tại bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang.
- Đánh giá hiệu quả nuôi ăn sớm sau phẫu thuật nội soi điều trị viêm phúc mạc ruột thừa tại bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa được PTNS tại Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tất cả bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa được điều trị bằng phương pháp PTNS.
- Bệnh nhân đồng ý hợp tác, tham gia nghiên cứu.
- Phân loại ASA I, II,III.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa điều trị theo phương pháp mổ mở.
- Bệnh nhân bé nhỏ hơn 24 tháng tuổi.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Địa điểm, thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa ngoại tổng quát bệnh viện ĐKKV tỉnh AG.
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 8/2018 đến tháng 8/2019.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:

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

2.2.2. Cỡ mẫu.

- Nhóm I: nuôi ăn sớm (nhóm nghiên cứu) 30 trường hợp, bệnh nhân được nuôi ăn qua đường miệng sau mổ 6 giờ,

- Nhóm II: nuôi ăn truyền thống (nhóm chứng) 30 trường hợp, bệnh nhân được cho ăn bằng đường miệng sau khi có trung tiện hoặc đi tiêu.

2.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm chung bệnh nhân.
- Đặc điểm phẫu thuật
- Đánh giá kết quả nuôi ăn sớm: Albumine, Protein, CRP trước và sau mổ, tai biến, biến chứng.

2.2.4. Phương pháp tiến hành:

2.2.4.1. Nội dung nghiên cứu:

Tất cả các chỉ tiêu nghiên cứu được thu thập vào một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

2.2.4.2. Thu thập số liệu về tình trạng bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa

2.2.4.3. Thu thập số liệu cận lâm sàng và lâm sàng trước mổ

2.2.4.4. Quy trình kỹ thuật

(1) Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ:

Bệnh nhân được tuyển chọn theo tiêu chuẩn đưa vào và tiêu chuẩn loại ra. Điều chỉnh và ổn định các rối loạn nội khoa.

Tư vấn trước mổ: phương pháp mổ dự kiến, chế độ điều trị, các vấn đề có thể sẽ gặp sau mổ, nguy cơ và lợi ích khi tham gia nghiên cứu. Giải thích rõ bệnh nhân có thể được nuôi ăn sớm hoặc nuôi ăn truyền thống, tùy theo hướng dẫn của phẫu thuật viên và bác sĩ gây mê

Tất cả bệnh nhân đều được chuẩn bị cho xét nghiệm tiền phẫu trước phẫu thuật.

(2) Trong phẫu thuật

Phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa.

(3) Sau phẫu thuật

Bệnh nhân sẽ được chọn ngẫu nhiên vào một trong hai nhóm:

- Bệnh nhân mổ ngày chẵn sẽ được chọn vào nhóm I (nuôi ăn sớm) và được tư vấn vào nằm cách biệt ở 1 khu vực riêng.

- Bệnh nhân mổ ngày lẻ sẽ được chọn vào nhóm II (nuôi ăn truyền thống-nhóm chứng).

Chế độ dinh dưỡng sau mổ:

Nhóm I: sau mổ 6 giờ bệnh nhân ra khỏi phòng hồi sinh sẽ được cho uống sữa hoặc nước đường, đồng thời nhai kẹo cao su 3 – 5 lần trong ngày đầu sau mổ, mỗi lần 5 – 10 phút. 6 giờ sau đó bệnh nhân được cho ăn cháo loãng và tăng dần đến chế độ ăn cháo đặc và cơm.

Nhóm II: bệnh nhân ra khỏi phòng hồi sinh sẽ được cho uống sữa hoặc nước đường sau khi có trung tiện hoặc đi tiêu, sau đó bệnh nhân được cho ăn cháo loãng và tăng dần đến chế độ ăn cháo đặc và cơm.

Cận lâm sàng sau mổ

Trước mổ: CRP, protein, albumin

Ngày HP₂: protein, albumin , CRP

2.3. Phương pháp xử lý số liệu:

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

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

3.1. Đặc điểm bệnh nhân viêm phúc mạc ruột thừa có biến chứng:

Từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 8 năm 2019 có 60 bệnh nhân nghiên cứu, trong đó có nam 32 BN (53%), nữ 28 BN (47%), tỉ lệ nam/ nữ là 1,14.tuổi trung bình 43,5 ±17,0 (8-87). Nghề nghiệp: làm ruộng 26 BN (43,3%), buôn bán 21 BN (35%), trường hợp khác 13 BN (21,7%). 100% bệnh nhân có đau bụng vùng hố chậu phải và có phản ứng phúc mạc toàn thể. 48,3% bệnh nhân có thời gian từ lúc phát bệnh đến phẫu thuật > 36 giờ.

Bảng 3.1 Đặc điểm chung của bệnh nhân

Đặc điểm	Nhóm I (n = 30)	Nhóm II (n = 30)	P
Tuổi (năm)	40,4 ± 19,1	46,5± 14,2	0,16
Giới (nam/nữ)	20/10	12/18	0,06
BMI (kg/m ²)	21,5 ± 2,3	22,1± 2,3	0,38
ASA, (n, %)			
I	17 (56,67%)	21(70 %)	0,29
II	13 (43,33%)	9 (30%)	

Bệnh lý kèm theo			
Đái tháo đường	1 (3,33%)	3 (10 %)	0,94
Tăng huyết áp	5 (16,67%)	9(30%)	
Tiền căn phẫu thuật vùng bụng	0 (0%)	2 (6,67%)	0,15
Buồn nôn trước mổ	5(16,67%)	7(23,33%)	0,53
Tiêu chảy trước mổ	6 (20%)	4(13,33%)	0,49

Nhận xét:

- Nhóm I bao gồm 20 nam (66,67%) và 10 nữ (33,33%), với tuổi trung bình là $40,4 \pm 19,1$ (8-87), BMI trung bình là $21,5 \pm 2,3$ kg/m², đái tháo đường 1 BN (3,33%) và tăng huyết áp 5 BN(16,67%). Không ai có phẫu thuật vùng bụng trước đó.

- Nhóm II bao gồm 12 nam (40%) và 18 nữ (60%), với tuổi trung bình $46,5 \pm 14,2$ (13–74), BMI trung bình là $22,1 \pm 2,3$ kg/m², đái tháo đường 3 BN(10 %) tăng huyết áp 9 BN (30%). Tiền căn phẫu thuật vùng bụng 2 BN (6,67%).

- 100% bệnh nhân có đau khắp bụng và đau nhiều hố chậu phải

- Nhóm I: buồn nôn 5 BN(16,67%), tiêu chảy 6 BN (20%)

- Nhóm II: buồn nôn 7BN (23,33%), tiêu chảy 4BN(13,33%) (bảng 3.1)

3.2. Đặc điểm bệnh nhân sau mổ :

Bảng 3.2 Đặc điểm thời gian mổ và chức năng tiêu hóa sau mổ

	Nhóm I (BN= 30)	Nhóm II (BN = 30)	p
Giờ bắt đầu nuôi ăn	$16,1 \pm 5,89$	$52,13 \pm 19,72$	<0,001
Giờ trung tiện	$11,97 \pm 10,51$	$40,23 \pm 23,51$	<0,001
Ngày đi tiêu	$2,07 \pm 0,78$	$3,37 \pm 0,96$	<0,001
Buồn nôn, nôn sau mổ	2 (6,7%)	6 (20%)	0,130
Chướng bụng sau mổ	2 (6,7%)	5 (16,7%)	0,230

Nhận xét:

- Thời điểm bắt đầu nuôi ăn của nhóm I ($16,1 \pm 5,89$ giờ) sớm hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm II ($52,13 \pm 19,72$ giờ), với $p < 0,001$

- Giờ bắt đầu trung tiện nhóm: ($11,97 \pm 10,51$ giờ) sớm hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm II ($40,23 \pm 23,51$), với $p < 0,001$

- Ngày đi tiêu lần đầu tiên nhóm I ($2,07 \pm 0,78$ ngày) sớm hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm II ($3,37 \pm 0,96$ ngày, với $p < 0,001$).

- Nhóm I có 2 TH (6,7%) có triệu chứng buồn nôn và nôn sau mổ, nhóm II có 6 TH (20%). Nhóm I có 2 TH (6,7%) chướng bụng sau mổ, nhóm II có 5 TH (16,7%). (bảng 3.2).

3.3 Thời gian nằm viện và biến chứng, các vấn đề sau mổ:

Bảng 3.3 Thời gian nằm viện và biến chứng

	Nhóm I BN= 30	Nhóm II BN= 30	P
Thời gian nằm viện (ngày)	$6,97 \pm 0,18$	$7,67 \pm 1,34$	0,007
Nhiễm trùng vết mổ	0	1(3,33%)	0,32
Áp xe tồn lưu	0	0	

Nhận xét:

- Thời gian nằm viện nhóm nghiên cứu $6,97 \pm 0,18$ ngày giảm so với nhóm chứng $7,67 \pm 1,35$ ngày, với $P = 0,007$

- Nhóm II có 1 BN (3,33%) nhiễm trùng vết mổ, bệnh nhân nữ 74 tuổi với chẩn đoán viêm phúc mạc toàn thể viêm ruột thừa hoại tử.

3.4. Đánh giá kết quả cận lâm sàng:

Cận lâm sàng cần làm 2 thời điểm là trước mổ và ngày hậu phẫu thứ 2

Bảng 3.4. So sánh các chỉ số cận lâm sàng trước và sau mổ của 2 nhóm.

	Nhóm I	Nhóm II	P
Protein (mg/dl)			
Trước mổ	$6,57 \pm 0,62$	$6,96 \pm 0,47$	0,008
Sau mổ	$6,96 \pm 0,53$	$6,51 \pm 0,64$	0,005
Albumine (mg/dl)			
Trước mổ	$3,73 \pm 0,34$	$4,03 \pm 0,41$	0,003
Sau mổ	$3,87 \pm 0,41$	$3,49 \pm 0,48$	0,002
CRP			
Trước mổ	$11,73 \pm 4,27$	$14,44 \pm 9,21$	0,149
Sau mổ	$7,94 \pm 3,34$	$9,24 \pm 4,02$	0,179

Nhận xét:

- So sánh hai nhóm:

+ Protein trước mổ nhóm I: $6,57 \pm 0,62$ mg/dl so với nhóm II: $6,96 \pm 0,47$ mg/dl với $p= 0,008$ có ý nghĩa thống kê

+ Protein sau mổ nhóm I: $6,96 \pm 0,53$ mg/dl tăng so với nhóm II : $6,51 \pm 0,64$ mg/dl với $p= 0,005$ có ý nghĩa thống kê.

+ Albumine trước mổ nhóm I : $3,73 \pm 0,34$ mg/dl với nhóm II : $4,03 \pm 0,41$ mg/dl với $p= 0,003$

+ Albumine sau mổ nhóm I : $3,87 \pm 0,41$ mg/dl tăng so với nhóm II : $3,49 \pm 0,48$ mg/dl với $p= 0,002$ có ý nghĩa thống kê

- Nồng độ protein toàn phần và albumin trong huyết thanh thay đổi có ý nghĩa ở mỗi nhóm. Nhóm I có thay đổi theo chiều hướng tăng chứng tỏ nuôi ăn sớm có hiệu quả làm tăng lượng đạm trong máu. Nhóm II thay đổi theo chiều hướng giảm biểu hiện cho dấu hiệu giảm đạm trong máu.

- CRP chênh lệch sau mổ có chiều hướng giảm so với trước mổ

IV. BÀN LUẬN:

4.1 Đặc điểm tình hình chung và lâm sàng của bệnh nhân:

Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu $43,5 \pm 17,0$ (8-87) trong đó có nam 32 BN (53%), nữ 28 BN (47%), 48,3% bệnh nhân có thời gian từ lúc phát bệnh đến phẫu thuật > 36 giờ. Theo nghiên cứu Nguyễn Quang Huy[1] độ tuổi trung bình bệnh nhân VPM ruột thừa: $45,7 \pm 21,4$ (nhỏ nhất: 16; lớn nhất: 95). Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian viêm ruột thừa > 36 giờ là 54,9%, tỷ lệ bệnh nhân có đau bụng của viêm phúc mạc ruột thừa chiếm 100%.

4.2 Đặc điểm Cận lâm sàng:

Protein trước mổ ở nhóm I có trị số $6,57 \pm 0,62$ mg/dl nhỏ hơn so với nhóm II $6,96 \pm 0,47$ có ý nghĩa thống kê với $p= 0,008$. Protein sau mổ nhóm I $6,96 \pm 0,53$ tăng so với nhóm II $6,51 \pm 0,64$ với $p= 0,005$ có ý nghĩa thống kê (Bảng 3. 4). Qua đó, chúng tôi nhận thấy nuôi ăn sớm có hiệu quả trên việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân sau phẫu thuật viêm phúc mạc ruột thừa, thể hiện qua hai thông số protein toàn phần.

Phẫu thuật ảnh hưởng đến cân bằng nội môi của cơ thể thông qua các biến đổi về thần kinh – nội tiết và miễn dịch, cytokine tiền viêm (như interleukin – 1, interleukin – 6) tăng do stress sẽ làm thay đổi các protein, như albumin và C – reactive protein (CRP) thông qua hoạt động của nó trên tế bào gan[9]. Albumin có thời gian bán hủy dài, khoảng 20 ngày. Do vậy, nồng độ albumin trong máu thay đổi chậm, phản ánh tình trạng suy dinh dưỡng kéo dài, thường thấy ở người bệnh viêm phúc mạc. Albumin thường được dùng để đánh giá tình trạng dinh dưỡng vì dễ thực hiện và rẻ tiền. Nhưng thực sự nó lại là một chỉ điểm cho sự trầm trọng của bệnh hơn là thay đổi trong tình trạng dinh dưỡng. Albumin không được khuyến cáo sử dụng đơn độc khi đánh giá tình trạng dinh dưỡng vì sự tổng hợp của nó bị ảnh hưởng bởi quá trình viêm, cũng như những can thiệp điều trị và tình

trạng mất nước [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ albumin huyết thanh trước mổ nhóm I : $3,73 \pm 0,34$ mg/dl và nhóm II: $4,03 \pm 0,41$ mg/dl, nằm trong giới hạn bình thường. Sau mổ chỉ số này tăng ở nhóm I và giảm ở nhóm 2, mối tương quan này có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Tạ Ngọc Tiên [10]. Điều này chứng tỏ nuôi ăn sớm qua đường tiêu hóa có hiệu quả trên sự cải thiện nồng độ albumin huyết thanh sau mổ.

4.3. Kết quả nuôi ăn sớm:

Nuôi ăn sớm qua đường tiêu hóa được định nghĩa là sự cung cấp chất lỏng/đặc có năng lượng, được bắt đầu trong vòng 24 giờ sau mổ qua đường miệng. Theo cách điều trị truyền thống, sau phẫu thuật vùng bụng nói chung, bệnh nhân thường được nhịn ăn cho đến khi tình trạng liệt ruột sau mổ được giải quyết, biểu hiện bằng trung tiện, đi tiêu hoặc nghe có nhu động ruột[2]. Chức năng tiêu hóa sẽ phục hồi 12 giờ sau mổ và trở về bình thường khoảng 24 – 48 giờ sau mổ, nhưng chức năng hấp thu của ruột non sẽ khôi phục hoàn toàn trong vòng 4 – 8 giờ sau mổ [6]. Nhịn ăn và quan niệm cho ruột nghỉ ngơi sau mổ không mang lại bất kỳ lợi ích nào trên sự lành vết thương đường tiêu hóa, mà còn làm trầm trọng thêm tình trạng suy dinh dưỡng và rối loạn cân bằng chuyển hóa ở bệnh nhân sau mổ [8]. Theo hướng dẫn của ESPEN 2017, can thiệp dinh dưỡng sớm sau mổ cần kết hợp nuôi ăn đường tiêu hóa và đường tĩnh mạch bổ sung, và là lựa chọn đầu tiên (chứng cứ độ A). Nuôi ăn sớm qua đường tiêu hóa có thể gây ra nhiều tác dụng không mong muốn, như nôn ói, chướng bụng, đặc biệt ở bệnh nhân lớn tuổi, tuy nhiên qua nghiên cứu này cho thấy tỉ lệ buồn nôn và chướng bụng nhóm I thấp hơn so với nhóm II, nhưng không có ý nghĩa thống kê với $P=0,13$ và $0,23$ (Bảng 3.2). Giờ trung tiện đầu tiên sau mổ và thời gian nằm viện ở nhóm nuôi ăn sớm ngắn hơn nhóm nuôi ăn truyền thống, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$, kết quả này tương đồng với nhóm nghiên cứu của Tạ Ngọc Tiên. Biến chứng sau mổ có xuất hiện ở nhóm II là nhiễm trùng vết mổ 1 trường hợp (3,33%) tuy nhiên điều này không có ý nghĩa thống kê. Vì vậy việc nuôi ăn sớm sau phẫu thuật nội soi viêm phúc mạc ruột thừa là an toàn, khả thi và chức năng ruột hồi phục tốt hơn.

V. KẾT LUẬN:

Qua nghiên cứu 60 trường hợp trong đó 30 trường hợp ăn sớm (nhóm nghiên cứu) và 30 trường hợp ăn theo truyền thống (nhóm đối chứng) với độ tuổi trung bình $43,5 \pm 17,0$ tuổi (8 -87 tuổi)

Kết quả điều trị: nuôi ăn sớm sau mổ cải thiện các chỉ số dinh dưỡng sau mổ và chức năng ruột hồi phục sau mổ tốt hơn phương pháp nuôi ăn truyền thống.

Biến chứng sau mổ:

- Nhiễm trùng vết mổ 1 trường hợp trong 30 trường hợp ăn theo truyền thống
- Không tụ dịch ở bụng và áp xe tồn lưu

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

TIẾNG VIỆT

1. Nguyễn Quang Huy (2019), *Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị viêm phúc mạc toàn thể do viêm ruột thừa*, Luận án tiến sĩ.
2. Võ Thị Mỹ Ngọc (2014). Vai trò của dinh dưỡng hỗ trợ sớm sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa II, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh
3. Lưu Ngân Tâm, Nguyễn Thị Quỳnh Hoa (2009), "Tình trạng dinh dưỡng bệnh nhân lúc nhập viện tại bệnh viện Chợ Rẫy". Y Học TP Hồ Chí Minh,
4. Tạ Ngọc Tiên (2017) Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
5. BS Lâm Việt Trung (2019), "Tối ưu hóa dinh dưỡng đường ruột ở bệnh nhân phẫu thuật ống tiêu hóa", Hội thảo vệ tinh cập nhật liệu pháp dinh dưỡng cho bệnh nhân ngoại khoa.

TIẾNG ANH

6. Baskin WN (1992), "Advances in enteral nutrition techniques". Am J Gastroenterol , 87(11), pp. 1547–1553.
7. Correia MI, da Silva RG (2004), "The impact of early nutrition on metabolic response and postoperative ileus". Curr Opin Clin Nutr Metab Care, 7(5), pp. 577–583.
8. Lewis SJ, Egger M, Sylvester PA, et al (2001), "Early enteral feeding versus 'nil by mouth' after gastrointestinal surgery: systematic review and meta-analysis of controlled trials". BMJ, 323(7316), pp. 773–776.
9. Watt DG, McSorley ST, Horgan PG, et al (2015), "Enhanced recovery after surgery: which components, if any, impact on the systemic inflammatory response following colorectal surgery?: a systematic review". Medicine, 94(36), e1286.

BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG THUỐC TIÊU HUYẾT KHỎI ĐƯỜNG TĨNH MẠCH ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUỴ NHỒI MÁU NÃO CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AG

Lữ Văn Trang, Hà Minh Đức,

Ngô Huỳnh Đắc Thắng, Nguyễn Thị Bé Tư Và Cs

TÓM TẮT:

Đặt vấn đề: Đột quỵ (Stroke) luôn là vấn đề thời sự của ngành y tế ở tất cả các quốc gia trên toàn thế giới, bởi do đột quỵ não là bệnh lý cấp cứu thần kinh có tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong và tỷ lệ tàn phế cao tác động rất lớn đến tâm lý người bệnh, gia đình và toàn xã hội. Ở Việt Nam, các bệnh viện tuyến tỉnh sử dụng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch còn rất ít. Tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang, điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu huyết khối được triển khai từ năm 2019. **Mục Tiêu:** Đánh giá hiệu quả của thuốc tPA trong điều trị người bệnh đột quỵ cấp nhập viện trong thời gian vàng. Theo dõi tác dụng phụ và biến chứng trong thời gian dùng thuốc tPA đường tĩnh mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Có 43 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu não cấp nhập viện điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch từ 01/04/2019 đến 20/10 2019. Bệnh nhân được ghi nhận tuổi, giới, địa chỉ, nơi chuyển đến, thời gian vàng, thời gian cửa kim, kết quả điều trị, biến chứng. **Kết quả:** Tuổi trung bình: $61,81 \pm 11,5$ tuổi, Tỷ lệ Nam/nữ = 26/17, nam nhiều hơn nữ. Đa phần bệnh nhân ở khu vực thành phố châu đốc và các huyện lân cận chiếm 90,7%, nơi khác chiếm 9,3 %. Bệnh nhân đột quỵ tự đến chiếm 55,8 %, còn lại được chuyển từ các tyyt lân cận chiếm 44,2 %. Thời gian từ lúc khởi phát đột quỵ đến lúc vào viện $100 \pm 64,8$ phút. Thời gian vàng $130 \pm 61,78$ phút. Thời gian chụp CTscan não $15 \pm 9,446$ phút. Thời gian cửa kim $45 \pm 21, 609$ phút. Kết quả điều trị thuốc tiêu huyết khối: phục hồi 55,8%, không thay đổi 39,7%, nặng hơn 4,7%. Biến chứng xuất huyết do dùng thuốc tiêu huyết khối chúng tôi ghi nhận 2 cas (chiếm 4,7%). **Kết luận:** Điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu huyết khối có tính an toàn và hiệu quả cao. Cần có sự phối hợp giữa cấp cứu trước viện và cần phải có sự phối hợp chặt chẽ giữa các khoa liên quan trong quy trình cấp cứu đột quỵ tại bệnh viện để cải thiện thời gian vàng, thời gian cửa kim tăng khả năng điều trị phục hồi cho bệnh nhân.

Từ Khóa: nhồi máu não cấp, tiêu huyết khối

SUMMARY:

Background: Stroke is always a topical issue in the health sector in all countries around the world, because brain stroke is a neurological emergency with morbidity and mortality. Disability and high disability rates greatly affect the psychology of patients, their families and the whole society. In Vietnam, provincial hospitals use very little intravenous thrombolytic drugs. At An Giang Regional General Hospital, treatment of acute cerebral infarction stroke with thrombolytic drugs has been implemented since 2019. **Objectives:** To assess the effectiveness of tPA in treating stroke patients admitted to hospital during the golden period. Monitor side effects and complications during intravenous tPA administration. **Subjects and research methods:** We studied 43 patients diagnosed with acute cerebral infarction who were admitted for treatment of venous

*thromboembolism between April 1, 2019 and October 20, 2019. Patients were recorded age, gender, address, transfer location, golden time, needle door time, treatment results, complications. **Results:** Average age: 61.81 ± 11.5 years old. The ratio of male to female = 26/17, male is more than female. The majority of patients in Chau Doc city and neighboring districts accounted for 90.7%, others accounted for 9.3%. Self-stroke patients accounted for 55.8%, the remainder from neighboring hospitals accounted for 44.2%. Time from stroke onset to hospitalization 100 ± 64.8 minutes. Time of gold 130 ± 61.78 minutes. Time of brain CT scan $15 \pm 9,446$ minutes. Time of Needle door $45 \pm 21, 609$ minutes. The result of thrombolytic drug treatment: recovered 55.8%, unchanged 39.7%, 4.7% heavier. Complications of haemorrhage due to thrombolytic drug we recorded 2 cases (accounting for 4.7%). **Conclusion:** Treatment of acute cerebral infarction with thrombolytic drugs is safe and highly effective. Need to coordinate between hospital emergency and need to have close coordination between the relevant departments in the hospital emergency stroke procedure to improve the golden time, the time of needle door to increase the ability to treat recovery for patients.*

Key words: acute cerebral infarction, intravenous thrombolysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Đột quỵ (Stroke) luôn là vấn đề thời sự của ngành y tế ở tất cả các quốc gia trên toàn thế giới, bởi do đột quỵ não là bệnh lý cấp cứu thần kinh có tỷ lệ mắc, tỷ lệ tử vong và tỷ lệ tàn phế cao tác động rất lớn đến tâm lý người bệnh, gia đình và toàn xã hội. [1]

Tại Việt Nam, theo viện đo lường và đánh giá sức khỏe (IMHE) thuộc đại học Washington ở Seattle Mỹ vừa công bố thống kê liên quan đến tình hình sức khỏe của người Việt năm 2017, đột quỵ là nguyên nhân tử vong đứng hàng đầu ở Việt Nam [17,18]. Theo tổ chức y tế thế giới (WHO) từ năm 2007 đến 2017 đột quỵ tại Việt Nam tăng 15,8 %, trong 3 năm trở lại đây đang có chiều hướng gia tăng từ 1,7 – 2,5%/ năm. Tại An Giang bệnh nhân đột quỵ não hằng năm khoảng 4.917 trường hợp (2017), trong đó tỷ lệ tử vong trong 24 – 48 giờ nhập viện lên gần 50%. Bệnh viên khu vực tỉnh hằng năm tiếp nhận hơn 1200 trường hợp đột quỵ nhập viện (2017).

Liệu pháp điều trị đột quỵ cấp, đặc biệt là các liệu pháp tái tưới máu dựa trên khả năng cứu sống những vùng não tranh tối tranh sáng. Dùng Alteplase (tPA) đường tĩnh mạch là liệu pháp điều trị duy nhất được cơ quan quản lý Thuốc và Dược Phẩm Hoa Kỳ (FDA) chấp thuận đối với điều trị thiếu máu não cục bộ cấp dựa trên nghiên cứu NINDS. Hiện tại, thuốc này được chấp nhận ở Bắc Mỹ, châu Âu, và Nhật để điều trị thiếu máu não cục bộ cấp. Tại Hoa kỳ, tPA đường tĩnh mạch đã và đang được sử dụng hơn một thập kỷ, và rất nhiều phân tích gộp và nghiên cứu sau khi thuốc đã được lưu hành trên thị trường khẳng định nếu tuân thủ nghiêm ngặt theo các hướng dẫn điều trị sẽ thu được các lợi ích rõ ràng cho người bệnh. Ở Việt Nam, các bệnh viện tuyến tỉnh sử dụng tPA đường tĩnh mạch còn rất ít. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: **“Bước đầu sử dụng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang”** với các mục tiêu nghiên cứu như sau:

- Đánh giá quy trình và hiệu quả của thuốc tPA điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp nhập viện trong thời gian vàng.

- Theo dõi tác dụng phụ và biến chứng trong thời gian dùng thuốc tPA đường tĩnh mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán đột quỵ nhồi máu não cấp nhập viện trong thời gian vàng điều trị tại bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang (Từ tháng 01/ 04/2019 đến tháng 20/ 10/2019)

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn: Tiêu chuẩn chẩn đoán nhồi máu não

- Lâm sàng: Dựa vào tiêu chuẩn lâm sàng của Tổ Chức Y tế Thế giới (TCYTTG, 1989).

+ Có các triệu chứng thần kinh khu trú như: nói khó, liệt ½ người, ...

+ Triệu chứng đó xảy ra đột ngột.

+ Không bị chấn thương sọ não.

- Cận lâm sàng: Kết quả chụp cắt lớp vi tính sọ não cho thấy hình ảnh nhồi máu não mới tương ứng với lâm sàng.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

- Các tình trạng giả đột quỵ não như: cơn co giật, chứng đau nửa đầu (migraine), ngất, hạ đường huyết, bệnh não chuyển hóa, quá liều thuốc,...

- Đột quỵ do nguyên nhân chấn thương sọ não .

- Đột quỵ xuất huyết não.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu:

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả, cắt ngang.

2.2.2 Cỡ mẫu nghiên cứu:

Chọn tất cả các bệnh nhân đột quỵ nhồi máu não cấp nhập viện trong thời gian vàng thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh và tiêu chuẩn loại trừ.

2.2.3. Biến số nghiên cứu:

- Tuổi: tính theo năm.

- Giới: nam, nữ.

- Tiền sử: tăng huyết áp, bệnh van tim, đái tháo đường, thuốc lá...

- Thời gian từ lúc khởi bệnh đến lúc nhập phòng cấp cứu (tính bằng phút).

- Thời gian vàng (tính bằng phút): là khoảng thời gian tính từ lúc xảy ra đột quỵ đến khi bệnh nhân được điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch (tPA).

- Thời gian chụp CT não (tính bằng phút): Thời gian từ lúc vào viện đến chụp CT.

- Thời gian cửa kim (tính bằng phút): là khoảng thời gian tính từ lúc nhập khoa cấp cứu đến khi bệnh nhân được điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết tĩnh mạch (tPA).
- Đánh giá tình trạng ý thức bằng thang điểm Glasgow
- Đánh giá thang điểm đột quy hoa kỳ (NIHSS)
- Đánh giá thang điểm mRS
- Chuyển dạng chảy máu: phân loại chảy máu theo ECASS III
- Các tiêu chuẩn đánh giá kết quả điều trị:
 - + Tiêu chuẩn thành công: Điểm NIHSS giảm trên 4 điểm so với trước khi điều trị tiêu huyết khối.
 - + Tiêu chuẩn thất bại: Điểm NIHSS không giảm trên 4 điểm hoặc tăng so với trước khi điều trị tiêu huyết khối.

2.2.4 Cách tiến hành:

- Tất cả BN Đột quy nhồi máu não cấp vào viện trong giờ vàng được thu thập số liệu theo mẫu.
- Đánh giá các bảng điểm NIHSS, mRS, Glasgow, tại thời điểm mới vào và sau khi dùng rTPA.
- Hình ảnh CT được chụp lúc vào viện và 24 giờ sau khi dùng rTPA.
- CTA được chỉ định ngay sau khi bolus liều rTPA đầu tiên.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

- Dùng phần mềm SPSS 19.0 phân tích số liệu.
- Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.
- Thống kê mô tả cung cấp thông tin về số lượng, tỉ lệ phần trăm, số trung bình, độ lệch chuẩn.
- Tìm sự tương quan với phép kiểm χ^2 . Thống kê phân tích với mức ý nghĩa 95%.

III. KẾT QUẢ & BÀN LUẬN:

Từ tháng 04 đến tháng 10 /2019 chúng tôi nhận 43 ca đột quy cấp vào viện trong giờ vàng dùng tPA, có đặc điểm sau:

3.1. Đặc điểm về tuổi, giới:

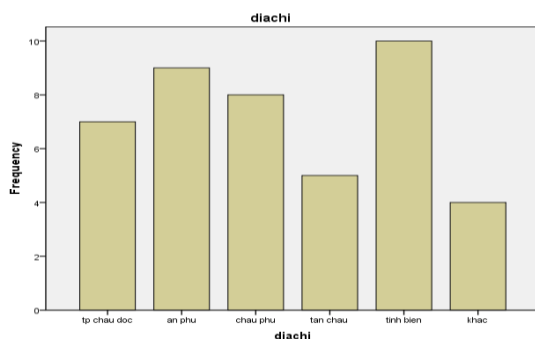
- Tuổi trung bình: $61,81 \pm 11,5$ tuổi, thấp nhất 43 tuổi, cao nhất 88 tuổi.
- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của Trần Ngọc Thanh (2016), Dharmasaroja và Chao [3],[4].
- Tuổi là yếu tố dự đoán kết cục lâm sàng sau đột quy thiếu máu não cục bộ, do vậy nhiều chuyên gia lo ngại điều trị thuốc tiêu huyết khối ở những BN cao tuổi sẽ làm tăng nguy cơ biến chứng và tử vong.
- Theo Pundilk các nguy cơ chảy máu trong sọ sau khi dùng thuốc tiêu huyết khối tương tự nhau ở những BN trên và dưới 80 tuổi. Do đó, quyết định điều trị thuốc tiêu huyết khối không chỉ duy nhất dựa vào tuổi bệnh nhân. NC chúng tôi không có sự khác biệt 2 nhóm BN trên và dưới 60 tuổi.

- Nghiên cứu chúng tôi nam nhiều hơn nữ (tỷ lệ: 26/17). Theo WHO tỷ lệ nam giới cao gấp 4 lần nữ giới.

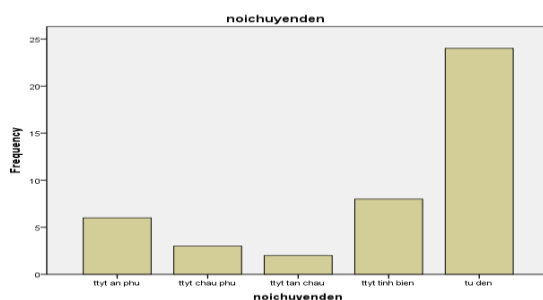
3.2. Đặc điểm về địa chỉ, nơi chuyển:

- Về địa chỉ bệnh nhân: đa phần bệnh nhân ở khu vực thành phố châu đốc và các huyện lân cận chiếm 90,7%, nơi khác chiếm 9,3 %.

- Bệnh nhân đột quy tự đến chiếm 55,8 %, còn lại được chuyển từ các trung tâm y tế các huyện lân cận chiếm 44,2 %.



Hình 1: phân bố theo địa chỉ



Hình 2: phân bố nơi chuyển đến

3.3. Thời gian từ lúc khởi phát đột quy đến lúc vào viện:

- Thời gian trung bình từ khởi phát đến nhập viện $100 \pm 64,8$ phút, nhỏ nhất 30 phút, dài nhất 160 phút.

- Theo Trần Ngọc Thạnh (2016) tại bệnh viện Đà Nẵng thời gian này là $84,35 \pm 52,37$ phút, Mai Duy Tôn (2012) [4] tại bệnh viên Bạch Mai là $82,11 \pm 32,29$ phút.

- Kết quả của chúng tôi thời gian này dài hơn so với 2 tác giả trên, có thể do nhận thức về bệnh đột quy của người dân còn chưa tốt, chưa kịp thời đưa đến bệnh viện do tâm lý chủ quan. Mặc khác, một số trường hợp do không có thông tin về điều trị đột quy cấp nên đưa đến những bệnh viện chưa có điều kiện chẩn đoán và điều trị đột quy làm chậm trễ thời gian của bệnh nhân.

3.4. Thời gian chụp CT não:

- Thời gian trung bình từ lúc vào viện đến lúc chụp CT sọ não của chúng tôi là $15 \pm 9,446$ phút.

- Đây là khoảng thời gian phản ánh việc chẩn đoán nhanh đột quy cấp tại khoa cấp cứu và các thủ tục hành chính ban đầu tại khoa cấp cứu được thực hiện nhanh chóng.

- Theo hướng dẫn của hội tim mạch và đột quy hoa kỳ, thời gian từ lúc vào viện đến lúc chụp CT nên dưới 20 phút. [9]

3.5. Thời gian cửa kim:

- Thời gian trung bình từ lúc vào viện đến lúc dùng thuốc tPA là $45 \pm 21, 609$ phút.

- Trần Ngọc Thanh (2016) tại bv Đà Nẵng là $72 \pm 27,033$ phút, Mai Duy Tôn (2012) tại bệnh viện Bạch Mai là $82,11 \pm 32,29$ phút.

- Theo hướng dẫn của hội tim mạch và đột quy Hoa Kỳ (2018) thời gian cửa kim nên dưới 60 phút [9].

- Như vậy, kết quả của chúng tôi thấp hơn so với các tác giả trên . Điều này có thể phản ánh được quy trình điều trị đột quy tại Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh đã mang được nhiều cơ hội cho bệnh nhân rút ngắn được thời gian điều trị tiêu huyết khối tĩnh mạch.

3.6. Thời gian vàng:

- Tỷ lệ Bệnh nhân đột quy nhồi máu cấp nhập viện trong thời gian vàng (43/494 cas) chiếm 8,7 %.

- Thời gian vàng trung bình trong nghiên cứu là $130 \pm 61,78$ phút, nhỏ nhất 30 phút, lớn nhất 240 phút.

- Bệnh nhân đến sớm ≤ 1 giờ chiếm 20,9 %, từ 1 đến ≤ 3 giờ chiếm 60, 5%, từ 3 đến $\leq 4,5$ giờ chiếm 18,6%.

- Theo một số kết quả nghiên cứu, tỷ lệ bệnh nhân đột quy tại Việt nam đến bệnh viện trong khoảng thời gian vàng rất thấp chỉ chiếm 1,5% (2006), 2,5 % (2017), và 3,5% (2018).

- Một số thành phố lớn thì tỷ lệ này có phần cao hơn từ 5 – 7% và ở các nước tiên tiến như Bắc Mỹ, Châu Âu tỷ lệ này là 15 – 27%. [17]

3.7. Đánh giá điểm NIHSS:

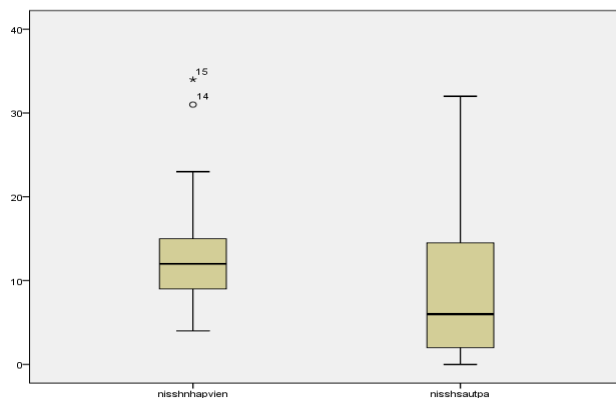
- Điểm NIHSS trung bình lúc vào viện trong nghiên cứu là $12,81 \pm 6,119$ điểm.

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự một số tác giả như Nguyễn Huy Thăng (2009) là 13,3 điểm, Mai Duy Tôn $12,37 \pm 4,24$ điểm, Trần Ngọc Thanh (2016) 14,5 điểm.

- Theo hướng dẫn của hội tim mạch và Đột quy Hoa Kỳ chỉ định dùng tPA nên chọn điểm NIHSS từ 4 - 22 điểm.

- Kết quả nghiên cứu chúng tôi điểm NIHSS lúc vào viện trung bình $12,81 \pm 6,119$ và điểm NIHSS sau khi dùng tPA giảm còn $8,6 \pm 8,098$ sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0.000$).

- Theo Muresan, những bệnh nhân điều trị tiêu huyết khối có điểm NIHSS giảm < 4 điểm sau 1 giờ điều trị thường có tiên lượng phục hồi chức năng thần kinh tốt hơn so với những bệnh nhân không có giảm điểm NIHSS.

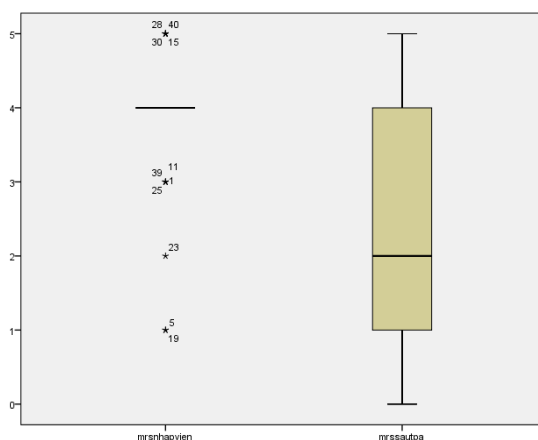


Hình 3: mô tả điểm nihss trước và sau khi dùng tPA

3.8. Đánh giá điểm mRS:

- Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm mRS lúc vào viện trung bình $3,86 \pm 0,861$, giảm nhiều sau khi dùng tPA còn $2,60 \pm 1,664$ sự khác biệt có ý nghĩa ($p = 0.000$).

- Điểm mRS dùng để đánh giá mức độ tàn phế của bệnh nhân khi bị đột quy, kết quả của chúng tôi mRS sau khi dùng thuốc tiêu huyết khối giảm nhiều so với lúc vào viện điều này chứng tỏ kết cục lâm sàng tốt hơn sau khi dùng thuốc.

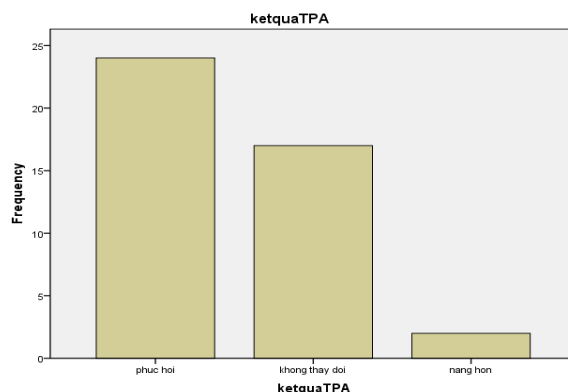


Hình 4: mô tả điểm mRS trước và sau khi dùng tPA

3.9. Kết quả điều trị thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch:

- Kết quả sau khi dùng thuốc tiêu huyết khối tĩnh mạch trong NC của chúng tôi: phục hồi 55,8%, không thay đổi 39,7%, nặng hơn 4,7%.

- Kết quả chúng tôi thấp hơn các NC của tác giả trong nước tỷ lệ thành công sau tPA là 63 %.



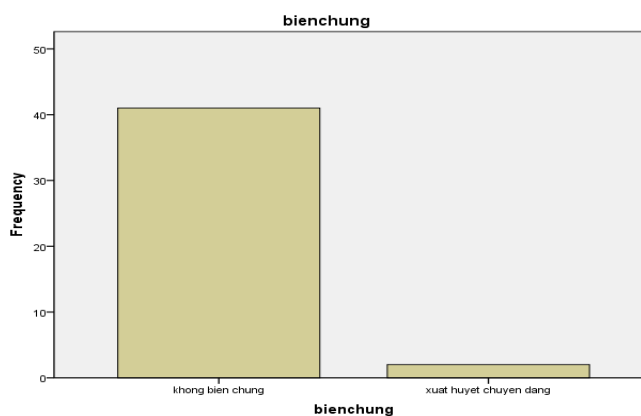
Hình 5: kết quả điều trị tiêu huyết khối

3.10. Biến chứng chuyển dạng chảy máu:

- Biến chứng đáng ngại nhất khi điều trị tiêu huyết khối đường tĩnh mạch là chảy máu trong sọ.

- Biến chứng xuất huyết do dùng thuốc tiêu huyết khối chúng tôi ghi nhận 2 cas (chiếm 4,7%). 1 ca xuất huyết vùng nhân bèo, 1 ca xuất huyết não thất. Tuy nhiên, BN vẫn phục hồi sau đó.

- Để hạn chế biến chứng này điều quan trọng là phải thận trọng trong khi quyết định điều trị.



Hình 6: biến chứng khi dùng thuốc tiêu huyết khối

IV. KẾT LUẬN:

Đột quy luôn là vấn đề thời sự của ngành y tế ở tất cả các quốc gia trên toàn thế giới. Điều trị nhồi máu não cấp bằng thuốc tiêu huyết khối có tính an toàn và hiệu quả cao.

Trong NC của chúng Tôi bệnh nhân đột quy đến nhập viện trong thời gian vàng còn rất thấp (Nc của chúng tôi 8,7%), thời gian từ lúc khởi phát đột quy đến lúc vào viện $100 \pm 64,8$ phút, thời gian vàng trung bình $130 \pm 61,78$ phút, thời gian chụp CTscan não trung bình $15 \pm 9,446$ phút, thời gian cửa kim trung bình $45 \pm 21, 609$ phút. Chúng tôi sẽ phát huy hơn nữa để rút ngắn thời gian cửa kim cũng như thời gian vàng cho bệnh nhân.

Cần có sự phối hợp giữa cấp cứu trước viện và cần phải có sự phối hợp chặt chẽ giữa các khoa liên quan trong quy trình cấp cứu đột quỵ tại bệnh viện để cải thiện thời gian vàng, thời gian cửa kim tăng khả năng điều trị phục hồi cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

TIẾNG VIỆT:

1. Bộ Y Tế, Ban hành tiêu chuẩn chất lượng về xử trí đột quỵ áp dụng thí điểm trong bệnh viện ở Việt Nam, quyết định số 86/QĐ-KCB ngày 15/07/2014
2. Nguyễn Minh Hiện, Đột Quỵ Não, NXB y học 2013
3. Trần Ngọc Thanh (2016), Đánh giá hiệu quả điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp trong vòng 4,5 giờ đầu bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch Alteplase. Đề tài nghiên cứu cấp thành phố Đà Nẵng, BV Đà Nẵng.
4. Mai Duy Tôn (2012). Đánh giá hiệu quả điều trị đột quỵ nhồi máu não cấp trong 3 giờ đầu bằng thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch Alteplase liều thấp. Luận án tiến sỹ y học, trường đại học y Hà Nội.
5. Vũ Anh Nhị, chẩn đoán và điều trị tai biến mạch máu não, nhà xuất bản y học 2014
6. Nguyễn Đạt Anh, Xử trí cấp cứu đột quỵ não, nhà xuất bản thể giới 2013

TIẾNG ANH:

7. Cata J.P., Abdelmalak B., Farag E. (2011), —Neurological biomarkers in the perioperative period, *British Journal of Anaesthesia*, 107 (6), pp.1 – 15
8. Chandra R.V., Law C.P., Yan B. et al (2011), Glasgow Coma Scale Does Not Predict Outcome Post-Intra-Arterial Treatment for Basilar Artery Thrombosis, *AJNR Am J Neuroradiol* 32, pp.576–580.
9. WHO, Department of measurement and Health information. Global burden of disease. www.who.int/healthinfo/global_burden_disease.
10. Chaves C. (2012), —Ischemic Stroke, Jones H.R., *Netter's neurology*, Elsevier Inc. Saunders, 2nd edition, pp 497-517
11. Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2009), —Cigarette smoking among adults and trends in smoking cessation-United States 2008, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 58, pp. 1227–1232.
12. WHO (2010), The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), pp.12.
13. Jeon S.B., Koh Y., Choi H.A., Lee K. (2014), —Critical Care for Patients with Massive Ischemic Stroke, *Journal of Stroke*;16(3),pp.146-160

14. Pendlebury S., Giles M., Rothwell P. (2009), —The clinical features and differential diagnosis of acute stroke, Transient Ischemic Attack and Stroke, *Cambridge University Press*, pp.113-132.
15. Gregg C. Fonarow and ... Improving Door-to-Needle Times in Acute Ischemic Stroke: The Design and Rationale for the American Heart Association/American Stroke Association's Target: Stroke Initiative; Sep 2011 <https://doi.org/10.1161/STROKEAHA.111.621342> Stroke.2011;42:2983–2989
16. Noreen Kamal and..., Improving Door-to-Needle Times for Acute Ischemic Stroke: Effect of Rapid Patient Registration, Moving Directly to Computed Tomography, and Giving Alteplase at the Computed Tomography Scanner; 17 Jan 2017 <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.116.003242> Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. 2017;10
17. AHA/ASA (2018), guideline for the early management of patients with Acute Ischemic Stroke 2018
18. IHME (2017), “ What causes the most deaths” Vietnam, Country Profiles, www.healthdata.org
19. NICE (2016), national clinical guideline for stroke, fifth edition 2016
20. WHO (2016), 2016 Total Deaths, www.who.int/nmh/countries.

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG**

Phạm Huỳnh Minh Trí, Lý Thanh Đông,

Lê Phước Luyện, Nguyễn Thị Nhỏ.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị bệnh mạch vành hiện nay có: nội khoa, can thiệp động mạch vành qua da (CTĐMVQD) và mổ bắc cầu chủ-vành (MBCCV). Khi so sánh ba phương pháp trên thì can thiệp có nhiều ưu điểm hơn.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ thành công của CTĐMVQD tại BVĐKTT An Giang.

Phương pháp: Mô tả cắt ngang hồi cứu.

Kết quả: Có 151 bệnh nhân được chụp và can thiệp mạch vành qua da, tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $69,37 \pm 9,12$ tuổi, tuổi lớn nhất là 92 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 35 tuổi. Các tổn thương động mạch vành: ĐMV phải 54,60%; thân chung ĐMV trái 21,05%; đoạn gần ĐM liên thất trái trước 52,60%; sang thương chia đôi 37%; sang thương tắc nghẽn mạn tính (CTO) 15,79%; sang thương loại C 54,60%. Kết quả can thiệp: Tỉ lệ biến chứng chung 7,94%, trong đó có loạn nhịp tim 1,32%, dị ứng thuốc cản quang 0,66%, máu tụ nơi đâm kim 2,64%, bơm khí vào động mạch vành 0,66%, phù phổi cấp 1,32% không có trường hợp nào tử vong do biến chứng. Tỉ lệ tử vong trong can thiệp cấp cứu 1,32% là do nhồi máu cơ tim cấp Killip III và IV.

Kết luận: Tỉ lệ thành công là 98,67%; tỉ lệ tử vong trong can thiệp cấp cứu 1,32%; tỉ lệ biến chứng chung 7,94%.

SUMMARY

Background: Treatment of coronary artery disease currently includes: internal medicine, percutaneous coronary intervention (PCI) and coronary artery bypass surgery. When comparing the above three methods, the intervention has many advantages.

Objectives: Determining the success rate of PCI at An Giang Center General Hospital.

Method: Description of retrospective retrospective.

Results: There were 151 patients with PCI, the average age of the sample was 69.37 ± 9.12 years old, the oldest was 92 years old, the youngest was 35 years old. Coronary artery lesions: Right coronary artery 54.60%; common life corps left 21.05%; the segment near the left ventricular aortic before 52.60%; lesion divided into 37%; chronic obstructive lesions (CTO) 15.79%; to brand C, 54.60%. Intervention results: The overall complication rate is 7.94%, including arrhythmia 1.32%, allergy contrast 0.66%, hematoma at needle placement 2.64%, gas injection into the coronary artery 0.66%, pulmonary edema 1.32% with no deaths due to complications. The mortality rate in emergency intervention 1.32% was due to Killip III and IV acute myocardial infarction.

Conclusion: Success rate is 98, 67%; death rate in emergency intervention 1.32%; The overall complication rate is 7.94%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạch vành là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu, mỗi năm có khoảng 5,8 triệu trường hợp bệnh mới mắc. Hiện nay có 3 phương pháp điều trị: nội khoa, can thiệp động mạch vành qua da (CTĐMVQD) và mổ bắc cầu chủ vành (MBCCV). Khi so sánh ba phương pháp trên thì can thiệp có nhiều ưu điểm hơn. CTĐMVQD có thể gây biến chứng như tử vong trong bệnh viện, nhồi máu cơ tim, mổ bắc cầu chủ vành cấp cứu. Các biến chứng này phụ thuộc vào trình độ can thiệp viên, dụng cụ can thiệp, chế độ điều trị trước, trong và sau can thiệp hợp lý, đặc điểm sang thương ĐMV, bệnh lý phối hợp. Vì những lý do đó, tất cả các nhà can thiệp phải nghĩ đến những yếu tố nguy cơ của can thiệp để hạn chế những biến chứng tiềm tàng của can thiệp xảy ra trong và sau can thiệp^{[1];[2];[3]}

Chụp mạch vành qua da và CTĐMVQD là can thiệp xâm lấn có thể xảy ra những biến chứng. Vì vậy chúng tôi tiến hành đánh giá kết quả với mục tiêu:

1. Mô tả các tổn thương động mạch vành.
2. Xác định tỉ lệ thành công của CTĐMVQD tại BVĐKTT An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Hồi cứu tất cả các hồ sơ bệnh án được chụp và CTĐMVQD tại khoa nội Tim mạch – Lão học – BVĐKTT An Giang từ 03/2019 đến 08/2019.

2.3. Xử lý thống kê:

Sử dụng phần mềm SPSS 16.0. được trình bày theo tỉ lệ phần trăm (biến định tính), trị trung bình độ lệch chuẩn (biến định lượng) và được so sánh theo phép kiểm chi bình phương (biến định tính) và phép kiểm t (biến định lượng).

2.4. Qui trình theo dõi sau can thiệp:

- Bệnh nhân được theo dõi tại phòng săn sóc sau can thiệp và rút sheath ĐM đùi hoàn chỉnh.
- Bệnh nhân được chuyển đến phòng lưu bệnh và được theo dõi tiếp trong vòng 24 giờ sau can thiệp. Đối với bệnh nhân bị hội chứng vành cấp theo dõi trong phòng CCU 24 giờ.
- Bệnh nhân tái khám định kỳ: 2 tuần đầu, sau đó tái khám mỗi tháng sau can thiệp.

2.5. Định nghĩa các biến dùng trong nghiên cứu:

- Đánh giá tổn thương động mạch vành. Tổn thương động mạch vành được đánh giá theo phân loại tổn thương của Hội tim mạch / Trường môn tim mạch Hoa Kỳ (ACC/AHA)^[15].

- Kỹ thuật can thiệp: đặt stent theo kiểu cổ điển (nong bóng tổn thương trước đặt stent), đặt stent trực tiếp không cần nong bóng trước.

- Thành công về giải phẫu hay chụp mạch máu: khi hẹp tồn lưu sau can thiệp <20% đường kính (sau đặt stent) hay < 50% (sau nong bóng đơn thuần) và dòng chảy bình thường TIMI 3. [1];[15]

- Thành công về lâm sàng: thành công về giải phẫu kèm giảm triệu chứng thiếu máu cục bộ sau can thiệp can thiệp mà không cần tái thông bằng ngoại khoa hay làm lại can thiệp cấp cứu trong vòng 30 ngày sau can thiệp [1];[15].

- Biến chứng nội khoa: tụt huyết áp, loạn nhịp, đau ngực, suy tim nặng lên, biến chứng liên quan thuốc cản quang (suy thận, phản ứng phản vệ). [7],[15].

- Biến chứng mạch máu tại chỗ chọc động mạch: chảy máu, máu tụ, giả phình mạch, dò động tĩnh mạch, huyết khối nguyên tắc....

- Biến chứng mạch vành: tắc mạch vành cấp, phẫu thuật bắc cầu cấp cứu, thủng mạch vành, đứt dây dẫn, rớt stent, lặn lại tái thông tổn thương tích, huyết khối cấp, huyết khối bán cấp trong stent.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Tổng số 151 bệnh nhân, với nam/ nữ gần bằng 1/1. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là $69,37 \pm 9,12$ tuổi, tuổi lớn nhất là 92 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 35 tuổi.

3.2. Sự phân bố biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân trước chụp mạch vành:

Bảng 1 Bảng phân bố biểu hiện lâm sàng

Hội chứng mạch vành	Số lượt	Tỉ lệ %
Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên	12	8,75%
Đau thắt ngực không ổn định (ĐTNKÔĐ)	68	49%
Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên	57	41%
Đau thắt ngực ổn định	34	24%
Bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ	91	66,42%

3.3. Sự phân bố các yếu tố nguy cơ lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2 Bảng phân bố các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Số lượt	Tỉ lệ %
Tăng huyết áp	103	75,18%
Đái tháo đường	85	62,04%
Suy tim NYHA II trở lên	36	26,27%
Tai biến mạch máu não (TBMMN)	6	4,38%
Phân suất tổng máu thất trái (EF) \leq 30%	11	8,02%
Creatinine máu \geq 1.2 mg%	72	52,55%
Hút thuốc lá	88	5%

3.4. Kết quả can thiệp

3.4.1. Phân loại thủ thuật

Bảng 3: Phân loại thủ thuật chụp và can thiệp mạch vành			Bảng 4: Phân loại can thiệp mạch vành		
Phân loại thủ thuật	N	%	Phân loại can thiệp	N	%
Chụp mạch vành cấp cứu	14	9,27%	Can thiệp mạch vành cấp cứu	14	20%
Chụp mạch vành chương trình	137	90,72%	Can thiệp mạch vành chương trình	56	80%
Nhận xét: Chụp mạch vành cấp cứu 9,27%			Nhận xét: Can thiệp mạch vành cấp cứu 20%		
Bảng 5: Phân độ NMCT theo Killip					
Killip	I	II	III	IV	
N	118	19	8	6	
%	78,14%	12,58%	5,29%	3,97%	
Nhận xét: Hầu hết là Killip I chiếm đến 78,14%					

3.4.2. Kỹ thuật tiếp cận động mạch

Bảng 6: Vị trí tiếp cận động mạch vành

Vị trí chọc kim	N	%
Động mạch quay	15	9,93%
Động mạch đùi	136	90,06%

3.4.3. Mô tả các tổn thương động mạch vành

Bảng 7. Bảng mô tả các tổn thương động mạch vành

Sang thương	Phân bố	Tỉ lệ %
Động mạch vành phải	83	54,60%
Thân chung ĐMV trái (LMCA)	32	21,05%
Đoạn gần động mạch liên thất trái trước	74	52,60%
Sang thương chia đôi	53	37,50%
Sang thương tắc nghẽn mạn tính (CTO)	24	15,79%
Sang thương loại C	58	38,16%

3.4.4. Biến chứng của thủ thuật chọc và can thiệp mạch vành qua da:

Bảng 8. Biến chứng do thủ thuật chọc và can thiệp mạch vành

Tai biến	Số lượt	Tỉ lệ %
Loạn nhịp tim (ngoại tâm thu thất)	2	1,32%
Tách, thủng vỡ thành ĐMV	0	0%
Tắc mạch	0	0%
Bơm khí vào ĐMV	1	0,66%
Dị ứng, suy thận do thuốc cản quang	1	0,66%
Nhiễm trùng	0	0%
Chảy máu, máu tụ nơi chọc kim	4	2,64%
Phù phổi cấp	2	1,32%
Tử vong	2	1,32%
Tổng cộng	12	7,94%

Bảng 8: Biểu chứng tử vong theo phân độ Killip

Phân độ	Killip I	Killip II	Killip III	Killip IV
N	0	0	1	1
%			0,66%	0,66%

Bảng 9: Bảng phân bố kết quả can thiệp mạch vành qua da

Kết quả	Số lượt	Tỉ lệ %
Can thiệp thành công (giải phẫu, lâm sàng)	68	97,14%
Tử vong	2	2,86%

IV. BÀN LUẬN

Về giới: Nghiên cứu chúng tôi tỉ lệ nam nữ gần bằng 1/1, tỉ lệ này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước [1],[6],[7].

Về tuổi: So sánh tuổi trung bình của bệnh nhân giữa các phòng thông tim trong nước.

Tuổi	Viện tim quốc gia	Viện tim TPHCM	BV 115	BV ĐHYD TPHCM	BVĐK Kiên Giang	Chúng tôi
Trung bình	59,95±8,35	61,5±12,5	62,11 ± 10,74	64,2±10,61	65,8 ± 12,3	69,37 ± 9,12

Qua bảng trên cho thấy tuổi trung bình được CTĐMVQD ngày càng tăng, theo nghiên cứu của chúng tôi cao hơn các phòng thông tim trong cả nước. Tuy nhiên, khoảng tuổi tham gia can thiệp của chúng tôi rộng hơn từ 35 đến 92 tuổi, tương đương BVĐK Kiên Giang từ 27 đến 95. [1]; [6]; [8]; [10]

Vị trí tiếp cận động mạch vành: Trong nghiên cứu của chúng tôi, can thiệp qua đường động mạch quay chiếm tỉ lệ 9,93% còn động mạch đùi chiếm 90,06% do bệnh nhân can thiệp lớn tuổi, mạch quay nhỏ, bất thường động mạch cánh tay đầu, can thiệp các tổn thương phức tạp nên cần dùng đến các ống thông can thiệp lớn hơn 6F. Theo tác giả Huỳnh Trung Cang can thiệp qua đường động mạch quay chiếm tỉ lệ 94,5% còn động mạch đùi chiếm 5,6% [1]. Tỉ lệ thành công này tương đương với nghiên cứu của bệnh viện Chợ Rẫy (86,56%) [9]. Tỉ lệ này tương đương với nghiên cứu của Patrick T. O’Gara, tỉ lệ thành công của tiếp cận bằng đường động mạch quay 96,5% [12].

Về phân loại can thiệp: Trong nghiên cứu này, tỉ lệ can thiệp cấp cứu nhờ máu cơ tim cấp ST chênh lên là tương đối cao (20%) dù chỉ mới triển khai phòng thông tim dưới 1

năm, kinh nghiệm còn non trẻ. Tỷ lệ này hiện tại tương đương các trung tâm khác như bệnh viện Chợ Rẫy 20,7% [9]. Mặc dù mới triển khai nhưng chúng tôi vẫn can thiệp các trường hợp nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên kể cả các trường hợp nhồi máu cơ tim có rối loạn huyết động như Killip III – IV. Can thiệp cấp cứu khá phổ biến đối với các trung tâm can thiệp lâu đời, có nhiều kinh nghiệm từ (20 - 45%) trong thực hành tim mạch can thiệp [1]; [2]; [9]; [10],[11].

Về đặc điểm tổn thương động mạch vành: ĐMV phải 54,60%; thân chung ĐMV trái 21,05%; đoạn gần ĐM liên thất trái trước 52,60%; sang thương chia đôi 37%; sang thương tắc nghẽn mạn tính (CTO) 15,79%; sang thương loại C 54,60% kết quả của chúng tôi có phân bố tương tự như Huỳnh Trung Cang và các nghiên cứu trong và ngoài nước khác như Hội Tim mạch Châu Âu cũng như Hội Tim mạch Can thiệp Hoa Kỳ có kết quả ngắn hạn, trung hạn cao [1];[12];[13];[15].

Về kết quả can thiệp: Trong những nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ can thiệp mạch vành qua da thành công 97,14% so với Huỳnh Trung Cang 95,5%. Tỷ lệ thành công này cũng tương tự như kết quả của những phòng thông tim ở trong nước (93–95%) [6],[7],[9]. Tỷ lệ của chúng tôi cao hơn một số nơi cũng vì can thiệp chương trình nhiều và chọn lọc bệnh nhân kỹ càng (loại trừ một số chống chỉ định tương đối). Trong khi đó, chúng tôi can thiệp có 2 trường hợp tử vong (2,86%) do can thiệp cấp cứu trên bệnh nhân rất nặng (Killip III và IV). Theo nghiên cứu của Huỳnh Trung Cang có 11 trường hợp tử vong do can thiệp cấp cứu (3,3%). Theo CCA thì can thiệp nhồi máu cơ tim cấp nặng, trong đó các trường hợp nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có Killip IV thì tỷ lệ tử vong lên đến 25%. Can thiệp cấp cứu tại Hoa Kỳ có tỷ lệ tử vong 4,8% [15]. Tỷ lệ tử vong do can thiệp cấp cứu tại các nước Châu Âu từ 6% - 14% [12],[13]. Do bệnh cảnh bệnh ĐMV, phương tiện hỗ trợ can thiệp là những yếu tố ảnh hưởng lên tỷ lệ tử vong. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu chúng tôi tương đương so với các phòng thông tim trong nước (2,2 – 6,1%), Viện Tim TP HCM (1,7%) [8], BV Nhân Dân 115 (1,4%) [10], Bệnh viện Chợ Rẫy 2,6% [9]. Trường hợp thất bại bao gồm các tổn thương tắc hoàn toàn mạn tính, đi wire không thành công, có trường hợp đi wire thành công nhưng bóng nhỏ 1.0 mm không qua được tổn thương. Can thiệp thất bại của chúng tôi ít hơn do triển khai can thiệp sau, cùng với sự hỗ trợ tốt của các chuyên gia tuyến trên, cũng như có các dụng cụ can thiệp mới được cải tiến và phong phú [1];[11].

Về biến chứng: Nghiên cứu của chúng tôi thất bại chung của chúng tôi có 12 trường hợp chiếm tỷ lệ (7,94%), trong đó có loạn nhịp tim (1,32%), dị ứng thuốc cản quang (0,66%), máu tụ nơi đâm kim (2,64%), bơm khí vào động mạch vành (0,66%), phù phổi cấp (1,32%) không có trường hợp nào tử vong do biến chứng vì xử trí kịp thời. So với tác giả Huỳnh Trung Cang có 2 trường hợp bị máu tụ tại động mạch đùi chiếm tỷ lệ 4,3%. Tỷ lệ máu tụ vị trí đâm kim của Hoa Kỳ từ 2% - 6% [1];[15].

V. KẾT LUẬN:

Có 151 bệnh nhân được chụp mạch vành qua da và 70 bệnh nhân được can thiệp động mạch vành qua da, tuổi trung bình là $69,37 \pm 9,12$ (35 – 92 tuổi):

1. *Các tổn thương động mạch vành*: ĐMV phải 54,60%; thân chung ĐMV trái 21,05%; đoạn gần ĐM liên thất trái trước 52,60%; sang thương chia đôi 37%; sang thương tắc hoàn toàn mạn tính (CTO) 15,79%; sang thương loại C 54,60%.

2. *Kết quả can thiệp*: Tỷ lệ thành công là 97,14%; tỷ lệ tử vong trong can thiệp là 2,86%; tỷ lệ biến chứng chung 7,94%. Tỷ lệ can thiệp cấp cứu NMCT cấp ST chênh lên là 20%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Trung Cang, (2014). "Kết quả sau 2 năm can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện đa khoa Kiên Giang. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam.

2. Trương Quang Bình. (2007). "Kết quả can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh trong 2 năm (2004-2006)". Y Học TP. HCM Tập 11 * Phụ bản của số 11 * 2007 2104-2110.

3. Phạm Hòa Bình, Nguyễn Văn Tân, Nguyễn Ngọc Tú, Hồ Thượng Dũng & Võ Quảng. (2010). "Một số nhận xét về điều trị nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên tại bệnh viện Thống Nhất". Y Học TP. HCM, Tập 14* Phụ bản của số 11 * 2010

4. Trần Nguyễn Phương Hải & Võ Thành Nhân. (2010). "Điều trị thân chung động mạch vành trái bằng kỹ thuật can thiệp qua da: kết quả trước mặt, ngắn hạn và trung hạn". Y Học TP. HCM, Tập 14 * Phụ bản của số 12 * 2010.

5. Hoàng Quốc Hòa. "Đặc điểm 99 trường hợp hội chứng vành cấp được chụp và can thiệp mạch vành tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định". Y Học TP. HCM Vol.13 - Supplement of No 16 - 2009: 2359 - 2363.

6. Phạm Gia Khải. (2004). "Tình hình can thiệp động mạch vành tại Việt nam". Hội nghị tim mạch về stent phủ thuốc.

7. Nguyễn Cửu Lợi & và CS. (2003). "Kết quả bước đầu can thiệp động mạch vành tại bệnh viện Trung Ương Huế." Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam, số 36 Supplement 31:115-117.

8. Huỳnh Ngọc Long & và CS. (2003). "Kết quả nong mạch vành qua da tại Viện Tim thành Phố Hồ Chí Minh 9/2001 - 8/2003". Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam, số 36 Supplement 31:123.

9. Võ Thành Nhân. (2010). "Tính hiệu quả và an toàn của can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện Chợ Rẫy". Y Học TP. Hồ Chí Minh Tập 14 * số 11 *2010..

10. Thân Hà Ngọc Thê & và CS. (2005). "Kết quả và biến chứng của can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện Nhân Dân 115 trong 2 năm 2003 - 2005". Hội nghị khoa học tim mạch Việt Đức lần V - 2005 23-43.

11. Hồ Dũng Tiến & Lê Thanh Phong. (2005). "Đánh giá kết quả can thiệp động mạch vành trong hội chứng động mạch vành cấp nhân 25 trường hợp tại bệnh viện Nguyễn Trãi TPHCM 7/2004-4/2005". Hội nghị khoa học tim mạch khu vực phía nam lần thứ 7 Hội

tim mạch học TP. HCM92-95

12. Glenn N. Levine, Eric R. Bates & James C. Blankenship. (2011). "2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention : A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions ". Circulation, 124: pp.e574-e651

13. Patrick T. O’Gara, Frederick G. Kushner, Deborah D. Ascheim, Donald E. Casey & Mina K. Chung. (2013). "2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction". Journal of the American College of Cardiology.

14. Ph. Gabriel Steg, Stefan K. James, Dan Atar (Norway) & Luigi P. Badano. (2012). "ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation". European Heart Journal 33, 2569–2619.

15. popma JJ, Kuntz RE & Baim DS. (2005). "Percutaneous Coronary and Valvular Intervention". Braunwald's Heart disease, 7 th ed: 1367-1402.

16. Smith SC Jr, Dove JT, Jacobs AK & al, e. (2001). "ACC/AHA guidelines for percutaneous coronary intervention: A report of the American Heart Association Task Force on Practices Guidelines (Committee to revise the 1993 Guidelines for percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty)". J Am Coll Cadial, 37: 2239i-lxvi.

GIÁ TRỊ NT-PROBNP TRONG TIÊN LƯỢNG NGẮN HẠN Ở BỆNH NHÂN SUY TIM TẠI KHOA TIM MẠCH - LÃO HỌC BVĐKKV TỈNH AN GIANG

Võ Minh Hiền, Lê Cẩm Tú

Dương Minh Trí, Lê Minh Trí

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Suy tim là nguyên nhân nhập viện phổ biến nhất đối với những người > 65 tuổi. Để quản lý bệnh nhân suy tim có hiệu quả thì việc chẩn đoán, điều trị cũng như tiên lượng phải đảm bảo thực hiện một cách nhanh chóng, đồng bộ và có cơ sở. Vai trò của NT-proBNP có thể giúp phân biệt khó thở cấp là do tim hay không do tim đã được chứng minh qua rất nhiều nghiên cứu trước đây nhưng về vấn đề tiên lượng còn khá ít. Mục tiêu của chúng tôi là khảo sát giá trị của NT-proBNP trong tiên lượng ngắn hạn ở bệnh nhân suy tim tại bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, gồm những bệnh nhân suy tim nhập viện từ tháng 3 đến tháng 7 năm 2019, được xét nghiệm NT-proBNP.

Kết quả: Tuổi trung bình là $68,15 \pm 13,68$, nữ nhiều hơn nam, đa số sống tại nông thôn, bệnh nhân suy tim khó thở NYHA III là chủ yếu (85,2%), phân suất tổng máu trung bình là $47,99 \pm 17,38\%$, bệnh nhân suy tim có EF bảo tồn chiếm khoảng 2/3 (65,1%), nồng độ NT-proBNP tập trung nhiều ở giá trị 4996 pg/ml. Tỷ lệ tử vong nội viện hoặc bệnh nặng xin về là 9,8%. Có mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP với tuổi, nồng độ Creatinin và phân suất tổng máu. Nồng độ NT-proBNP không phụ thuộc vào giới tính bệnh nhân, chỉ số BMI, Hemoglobin, bạch cầu và mức độ suy tim theo NYHA. Có mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP với kết quả điều trị, nồng độ chất này cao ở nhóm bệnh nhân tử vong nội viện hoặc bệnh nặng xin về, 20201,5 pg/ml so với 4953 pg/ml ở nhóm bệnh nhân có kết quả điều trị ổn xuất viện.

Kết luận: NT-proBNP có giá trị trong tiên lượng ngắn hạn bệnh nhân suy tim.

NT-proBNP VALUES IN SHORT-TERM PROGNOSIS IN HEART FAILURE PATIENTS AT CARDIOLOGY – GERIATRIC DEPARTMENT, AN GIANG PROVINCIAL REGION GENERAL HOSPITAL

ABSTRACT:

Objective: Heart failure is the most common cause of hospitalization for people > 65 years of age. In order to manage patients with heart failure effectively, the diagnosis, treatment as well as prognosis must ensure a quick, synchronized and well-grounded implementation. The role of NT-proBNP which can help distinguish dyspnea due to cardiac or non-cardiac causes has been demonstrated by numerous previous studies but the prognosis is still limited. The purpose of the study is to examine the value of NT-proBNP in the short-term prognosis of patients with heart failure in the An Giang provincial region general hospital.

Subjects and methods: Descriptive cross-sectional study, including heart failure patients hospitalized from March to July 2019, tested for NT-proBNP.

Results: The mean age was 68.15 ± 13.68 , the female was more than the male, the majority lived in the countryside, the patients with NYHA III heart failure were predominant (85.2%), the average ejection fraction was $47.99 \pm 17.38\%$, heart failure patients with preserved EF accounts for about 2/3 (65.1%), the median value of NT-proBNP was 4996 pg/ml. In-hospital mortality rate was 9.8%. There was a relationship between NT-proBNP concentration and age, creatinine concentration and ejection fraction. NT-proBNP concentration did not depend on the patient's gender, BMI, Hemoglobin, leukocytes and degree of heart failure according to NYHA. There was a correlation between NT-proBNP concentration and treatment result, this concentration was high in hospitalized death patients, 20201.5 pg/ml compared to 4953 pg/ml.

Conclusions: NT-proBNP is valuable in the short-term prognosis of patients with heart failure.

1/ ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là nguyên nhân nhập viện phổ biến nhất đối với những người > 65 tuổi. Theo thống kê của Roger và cộng sự, hàng năm có trên 1 triệu lượt nhập viện là do suy tim cấp và hơn 70% trong số đó là do đợt nặng lên của suy tim mạn. Đồng thời, tỷ lệ tử vong trong bệnh viện là khoảng 4%, và tử vong 1 năm là 20%, tỷ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày khoảng 26,9% [1],[3],[6],[10].

Do chi phí phải trả cho việc chăm sóc bệnh nhân suy tim quá cao (vào khoảng 10-38 tỷ USD mỗi năm) nên Trung Tâm Chăm Sóc và Dịch Vụ Y Tế Hoa Kỳ đã đưa mục tiêu điều trị suy tim lên hàng đầu. Để quản lý bệnh nhân suy tim có hiệu quả thì việc chẩn đoán, điều trị cũng như tiên lượng phải đảm bảo thực hiện một cách nhanh chóng, đồng bộ và có cơ sở.

Các peptide bài niệu nhóm B là hormon thần kinh tim đặc hiệu được tiết ra từ tâm thất để đáp ứng với việc thư giãn thể tích và quá tải áp suất. Nồng độ các peptide này, trong đó có NT-proBNP, tăng ở những bệnh nhân có rối loạn chức năng thất trái và có sự tương quan với phân độ suy tim cũng như trong tiên lượng bệnh. Vai trò của NT-proBNP có thể giúp phân biệt khó thở cấp là do tim hay không do tim đã được chứng minh qua rất nhiều nghiên cứu trước đây nhưng về vấn đề tiên lượng còn khá ít nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với ba mục tiêu:

1. Phân tích đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim.
2. Khảo sát mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP và các đặc điểm ở bệnh nhân suy tim.
3. Khảo sát giá trị của NT-proBNP trong tiên lượng ngắn hạn ở bệnh nhân suy tim.

2/ ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1/ Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: tất cả bệnh nhân suy tim nhập viện từ tháng 03 đến tháng 07/2019 và được xét nghiệm NT-proBNP.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân nhập viện vì suy tim cấp: tăng huyết áp cấp cứu, hội chứng mạch vành cấp, thuyên tắc phổi

Tiêu chuẩn chẩn đoán

Chẩn đoán xác định suy tim sung huyết dựa vào tiêu chuẩn Framingham (phụ lục)

Loại trừ suy tim sung huyết dựa vào:

- Xquang ngực không có biểu hiện bóng tim to, không tăng tuần hoàn phổi, có biểu hiện của COPD hoặc viêm phổi, hoặc ung thư phổi
- Siêu âm tim không phát hiện tổn thương cấu trúc hay chức năng tim.
- Lâm sàng đáp ứng với điều trị (kháng sinh hoặc dẫn phế quản hoặc corticoid)
- Không xuất hiện tình trạng suy tim sung huyết trong vòng 30 ngày sau nhập viện.

2.2/ Phương pháp nghiên cứu

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

Phương pháp thu thập số liệu: theo bảng thu thập số liệu soạn sẵn. Những bệnh nhân nhập viện vì khó thở được ghi nhận những thông tin như:

- Tuổi, giới, địa chỉ
- Tiền sử bệnh
- Triệu chứng lâm sàng
- Cận lâm sàng:
 - + Creatinine, Hemoglobin, số lượng bạch cầu
 - + Nồng độ Troponin T
 - + Nồng độ NT-proBNP: được định lượng bằng phương pháp miễn dịch vi hạt hóa phát quang (CMIA), sử dụng thuốc thử của hãng ROCHE (Đức).
 - + Xquang ngực,
 - + Siêu âm tim, điện tâm đồ 12 chuyển đạo

Phương pháp đánh giá và phân tích số liệu

- Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Trình bày số liệu mô tả: tỷ lệ%, trung bình, độ lệch chuẩn.
- Trình bày số liệu phân tích: chi bình phương, T-test, ANOVA.
- Giá trị $p < 0,05$ sự khác biệt được xem có ý nghĩa thống kê.

3/ KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1/ Một số đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1.1: Một số đặc điểm định lượng của 61 bệnh nhân suy tim

Thông số	Giá trị
Tuổi	68,15 ± 13,68
BMI (kg/m ²)	21,16 ± 2,44
Creatinin (mg/dl)	1,13 ± 0,37
Hemoglobin (g/dl)	11,3 ± 2,1
Bạch cầu (K/ μ l)	9,89 ± 3,9
Phân suất tổng máu (%)	47,99 ± 17,38
Troponin T-hs (pg/ml)	57,6 (11,8 – 384)
NT-proBNP (pg/ml)	4996 (588 – 35000)
Thời gian điều trị (ngày)	5 (1 – 24)

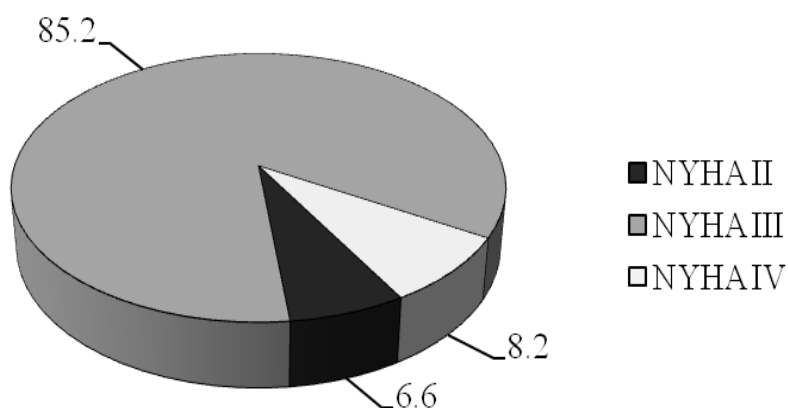
Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là 68,15 ± 13,68 tuổi, NT-proBNP có giá trị trung vị là 4996 pg/ml, thấp nhất là 588 pg/ml, cao nhất là 35000 pg/ml.

Bảng 3.1.2: Một số đặc điểm lâm sàng của 61 bệnh nhân suy tim (tt)

Thông số	n	Tỷ lệ (%)
• Nam	27	44,3
• Thành thị	19	31,1
Tiền sử		
• Suy tim	24	39,3
• Tăng huyết áp	6	9,8
• Đái tháo đường típ 2	7	11,5
• Bệnh mạch vành	18	29,5

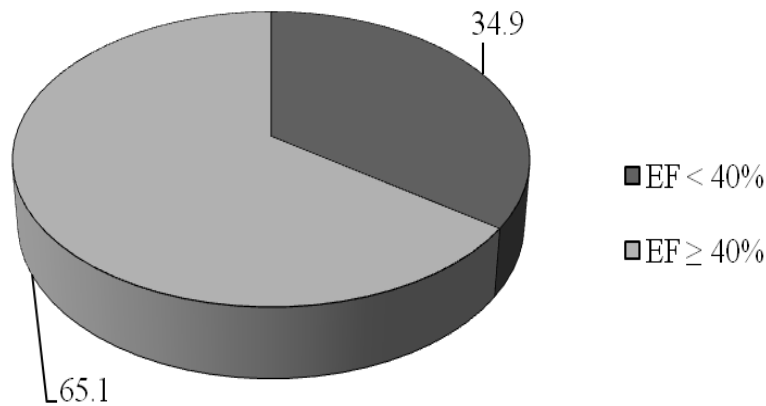
• COPD	3	4,9
• Khác	3	4,9
Lí do vào viện		
• Khó thở	47	77,0
• Phù	1	1,6
• Hồi hộp	1	1,6
• Nặng ngực	7	11,5
• Ho	2	3,3
• Khác	3	4,9
Dấu hiệu		
• Khó thở kịch phát về đêm hoặc phải ngồi	53	86,9
• Khó thở khi gắng sức	56	91,8
Triệu chứng		
• Tĩnh mạch cổ nổi	32	52,5
• Phù chi	3	4,9

Nhận xét: Trong 61 bệnh nhân suy tim tỷ lệ nữ nhiều hơn nam, phần lớn sống ở nông thôn, hơn 1/3 bệnh nhân có tiền sử suy tim, đa số bệnh nhân nhập viện vì khó thở.



Biểu đồ 3.1.1: Tỷ lệ bệnh nhân suy tim theo phân độ NYHA

Nhận xét: Đa số bệnh nhân suy tim ở phân độ NYHA III.



I

máu

Nhận xét: đa số bệnh nhân suy tim có phân suất tổng máu bảo tồn, 65,1% so với 34,9%.

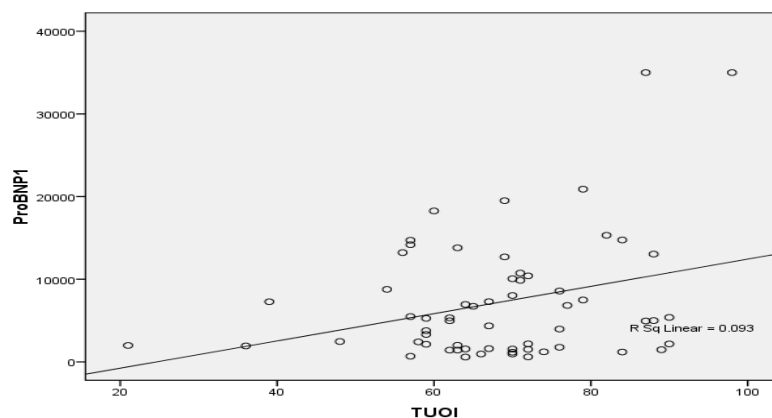
Bảng 3.1.3: Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	n	Tỷ lệ (%)
Bệnh ổn xuất viện	55	90,2
Tử vong nội viện hoặc bệnh nặng xin về	6	9,8

Nhận xét: Bệnh nhân suy tim tử vong nội viện hoặc xin về trong tình trạng nặng chiếm tỷ lệ gần 10%.

3.2/ Mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP và các đặc điểm ở bệnh nhân suy tim

3.2.1/ Tuổi

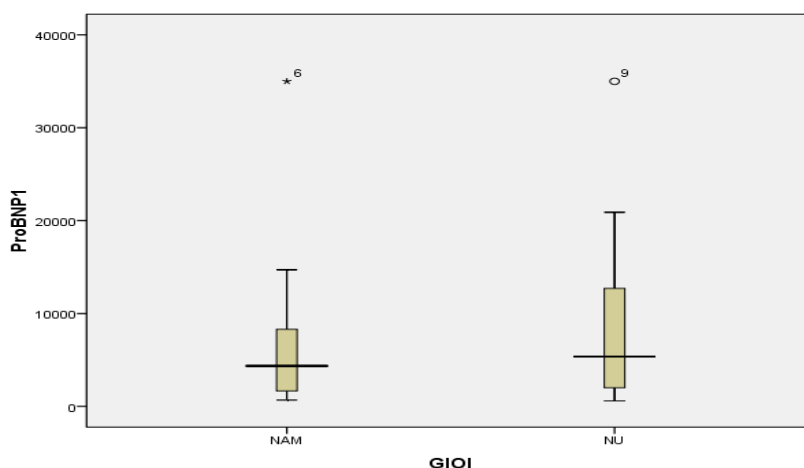


Biểu đồ 3.2.1: Mối liên quan giữa tuổi và NT-Pro BNP

Dùng hồi quy tuyến tính phân tích mối tương quan giữa tuổi và nồng độ NT – proBNP được:

- Hệ số tương quan Spearman, $r = 0,306$, cho thấy tương quan giữa tuổi và nồng độ NT – proBNP là tương quan thuận và mức độ tương quan vừa.
- Sự tương quan này phù hợp với mô hình tuyến tính ($F = 6,076$, $p = 0,017$).

3.2.2/ Giới:



Biểu đồ 3.2.2: Mối liên quan giữa giới tính và NT-Pro BNP

Nhận xét: dùng kiểm định phi tham số Mann – Whitney cho thấy nồng độ trung bình của NT – proBNP của nữ cao hơn nam, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,429$.

3.2.3/ Các yếu tố khác:

Bảng 3.2.1: Mối liên quan giữa NT pro-BNP và một số yếu tố liên quan

Các yếu tố liên quan	Hệ số tương quan Spearman (r)	p
Chỉ số BMI	- 0,109	0,404
Hemoglobin	- 0,248	0,054
Bạch cầu	- 0,235	0,068
Creatinin	0,298	0,02
Phân suất tổng máu	- 0,488	0,001

Nhận xét: Mối tương quan có ý nghĩa giữa nồng độ NT-proBNP và nồng độ Creatinin trong máu và phân suất tổng máu. Trong đó, Creatinin có tương quan thuận và mức độ tương quan yếu với nồng độ NT-proBNP, còn phân suất tổng máu có tương quan nghịch và vừa với nồng độ NT-proBNP.

Bảng 3.2.2: Mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP với mức độ khó thở

NYHA	n	Giá trị trung vị của NT-proBNP (pg/ml)	p
NYHA II	4	1489,5	0,346
NYHA III	52	5132	
NYHA IV	5	5380	

Nhận xét: Nồng độ NT-proBNP ở từng mức độ khó thở theo phân độ NYHA không có sự khác biệt giữa các nhóm.

Bảng 3.2.3: Mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP với phân suất tổng máu

EF	n	Giá trị trung vị của NT-proBNP (pg/ml)	p
EF < 40%	15	7289	0,006
EF ≥ 40%	28	2155,95	

Nhận xét: nồng độ NT-proBNP trung bình ở nhóm bệnh nhân suy tim có phân suất tổng máu giảm cao hơn nhóm bệnh nhân suy tim có phân suất tổng máu bảo tồn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p = 0,006$.

Bảng 3.2.4: Mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP với kết quả điều trị

Kết quả điều trị	n	Giá trị trung vị của NT-proBNP (pg/ml)	p
Bệnh ổn xuất viện	55	4953	0,002
Tử vong hoặc bệnh nặng xin về	6	20201,5	

Nhận xét: Nồng độ NT-proBNP ở nhóm bệnh nhân có kết quả điều trị ổn xuất viện thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân tử vong hoặc ra về trong tình trạng nặng.

4/ BÀN LUẬN

Điều trị bệnh nhân tối ưu ngoài việc chẩn đoán chính xác, điều trị kịp thời thì vấn đề tiên lượng bệnh cũng đóng vai trò hết sức quan trọng. Nếu như trong hội chứng vành cấp những chất chỉ điểm sinh học như Troponin, men CK không chỉ giúp chẩn đoán xác định mà còn tương quan với cả mức độ nặng và tiên lượng bệnh, thì đối với những bệnh nhân

suy tim các peptide bài niệu nói chung và NT-proBNP nói riêng là một chất có thể đáp ứng yêu cầu này.

NT-proBNP được tiết ra chủ yếu từ tâm thất nên có thể là chất chỉ điểm có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn cho những rối loạn của tâm thất hơn là những peptid lợi niệu khác. Sự phóng thích này trực tiếp tương xứng với mức độ giãn rộng thể tích và quá tải áp suất tâm thất.

Theo khuyến cáo năm 2015 của Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam, NT-proBNP không những giúp cho việc chẩn đoán hoặc loại trừ suy tim mà còn được chỉ định trong tiên lượng cho tất cả bệnh nhân suy tim giai đoạn cấp hoặc ngoại trú, mức khuyến cáo IA.

Nồng độ NT-proBNP trong máu ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố: tuổi, chức năng thận, tình trạng thiếu máu. Biểu đồ 3.2.1 trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nồng độ NT-proBNP có tương quan thuận, mức độ tương quan vừa với tuổi của bệnh nhân, tức là khi tuổi càng cao thì nồng độ NTproBNP càng cao ($r = 0,306$, $p = 0,017$), tương tự như kết quả nghiên cứu của Jochem Hogenhuis và cộng sự, với $r = 0,25$, $p < 0,01$ [4]. Trong 1 nghiên cứu khác trên những đối tượng bệnh nhân suy tim cao tuổi và rất cao tuổi của G. Vergaro cũng cho thấy nồng độ NT-proBNP ở những bệnh nhân ≥ 77 tuổi cao hơn có ý nghĩa so với những bệnh nhân trẻ tuổi hơn ($p < 0,001$) [11]. Vì mối liên quan này nên đã có nhiều nghiên cứu được thực hiện nhằm tìm ra những điểm cắt có độ nhạy và độ đặc hiệu tốt nhất của NT-proBNP để chẩn đoán suy tim theo từng nhóm tuổi khác nhau của bệnh nhân [5],[8].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ NT-proBNP của nữ cao hơn nam nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,429$), tương tự như kết quả của Januzzi và cộng sự với NT-proBNP trung bình ở nữ là 5801 pg/ml so với nam là 5645 pg/ml, $p = 0,66$ [5]

Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP và chỉ số BMI, Hemoglobin cũng như số lượng bạch cầu, kết quả này không tương đồng với kết quả nghiên cứu của Yuxiang Dai và cộng sự [2], sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn của tác giả.

Nồng độ NT-proBNP cũng bị ảnh hưởng bởi độ lọc cầu thận. Khi chức năng thận giảm thì sẽ giảm đào thải chất này. Kết quả nghiên cứu chúng tôi đã cho thấy, NT-proBNP có liên quan thuận với nồng độ Creatinin trong máu, hệ số tương quan $r = 0,298$, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Yuxiang Dai và cộng sự, nồng độ NT-proBNP tương quan nghịch với độ lọc cầu thận [2].

Sự phóng thích NT-proBNP tương xứng với mức độ giãn rộng thể tích và quá tải áp suất tâm thất, chính vì vậy nồng độ chất này sẽ có liên quan mật thiết với phân suất tống máu thất trái. Khi phân suất tống máu giảm sẽ làm tăng thể tích thất trái cuối tâm trương, gây ra sự quá tải về thể tích cũng như áp suất, kích thích tế bào cơ tim bài tiết nhiều NT-proBNP. Kết quả nghiên cứu chúng tôi đã cho thấy điều này, với nồng độ NT-proBNP ở nhóm bệnh nhân có phân suất tống máu giảm cao gấp 3 lần nhóm bệnh nhân phân suất tống máu bảo tồn (7289 pg/ml so với 2155,95 pg/ml). Trong phân tích hồi qui tuyến tính,

kết quả cho thấy nồng độ NT-proBNP có mối tương quan nghịch, mức độ tương quan vừa với phân suất tổng máu ($r = -0,488$). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của một số tác giả: của Januzzi, với hệ số tương quan $r = -0,289$ [5], của Nayak, với nồng độ NT-proBNP ở nhóm bệnh nhân $EF > 40\%$ là 2270,26 pg/ml so với 3858,39 pg/ml ở nhóm bệnh nhân $EF \leq 40\%$ [9].

Nghiên cứu chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa NT-proBNP và độ nặng của suy tim theo NYHA, không giống với kết quả nghiên cứu của Januzzi cho thấy bệnh nhân suy tim càng nặng thì nồng độ NT-proBNP càng cao (3512 pg/ml ở bệnh nhân suy tim NYHA II, 5610 pg/ml ở bệnh nhân suy tim NYHA III và 6196 pg/ml ở bệnh nhân suy tim NYHA IV, $p = 0,008$) [5]. Sự khác nhau này, thứ nhất có thể là do sự phân bố không đều giữa các nhóm bệnh nhân suy tim, đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ở mức độ NYHA III (85,2%), thứ hai là khác nhau về cỡ mẫu của 2 nghiên cứu.

Về giá trị tiên lượng của NT-proBNP trong tiên lượng tử vong ngắn hạn (tử vong trong bệnh viện) của bệnh nhân suy tim, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP với kết quả điều trị, nồng độ chất này cao hơn nhiều ở nhóm bệnh nhân tử vong nội viện hoặc ra về trong tình trạng nặng so với nhóm bệnh nhân ổn xuất viện (20201 pg/ml so với 4953 pg/ml). Kết quả này giống như nghiên cứu của Januzzi với giá trị NT-proBNP ở nhóm bệnh nhân tử vong nội viện là 18449 pg/ml so với 5358 pg/ml ở nhóm bệnh nhân ổn xuất viện [5]. Trong một nghiên cứu khác của A. Luchner, kết quả cho thấy, tỷ lệ tử vong nội viện ở nhóm bệnh nhân có NT-proBNP < 150 pg/ml là 0% tăng lên 0,7% ở nhóm bệnh nhân có NT-proBNP 150 – 1800 pg/ml và lên đến 3,9% ở nhóm bệnh nhân có giá trị NT-proBNP > 1800 pg/ml [7].

5/ KẾT LUẬN

Tuổi trung bình là $68,15 \pm 13,68$, nữ nhiều hơn nam, đa số sống tại nông thôn, bệnh nhân suy tim khó thở NYHA III là chủ yếu (85,2%), phân suất tổng máu trung bình là $47,99 \pm 17,38\%$, bệnh nhân suy tim có EF bảo tồn chiếm khoảng 2/3 (65,1%), nồng độ NT-proBNP tập trung nhiều ở giá trị 4996 pg/ml. Tỷ lệ tử vong nội viện hoặc bệnh nặng xin về là 9,8%.

Có mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP với tuổi, nồng độ Creatinin và phân suất tổng máu.

Nồng độ NT-proBNP không phụ thuộc vào giới tính bệnh nhân, chỉ số BMI, Hemoglobin, bạch cầu và mức độ suy tim theo NYHA.

Có mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP với kết quả điều trị, nồng độ chất này cao ở nhóm bệnh nhân tử vong nội viện hoặc bệnh nặng xin về, 20201,5 pg/ml so với 4953 pg/ml ở nhóm bệnh nhân có kết quả điều trị ổn xuất viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adams Jr KF., Fonarow GC., Emerman CL., LeJemtel TH., Costanzo MR., Abraham WT., al. et (2005), "Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: rationale, design, and preliminary observations from the

first 100,000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE)", *Am Heart J*, **49**(2), pp. 209–16.

2. Dai Yuxiang, Yang Jun, Takagi Atsutoshi, Konishi Hakuoh, al et (2017), "In-hospital and long-term outcomes of congestive heart failure: Predictive value of B-type and amino-terminal pro-B-type natriuretic peptides and their ratio", *Exp Ther Med*, **14**(2),

3. Fonarow GC., Stough WG., Abraham WT., Albert NM., Gheorghiade M., Greenberg BH., al. et (2007), "Characteristics, treatments, and outcomes of patients with preserved systolic function hospitalized for heart failure: a report from the OPTIMIZE-HF Registry", *J Am Coll Cardiol*, **50**(8), pp. 768–77.

4. Hogenhuis J., Voors A. A., Jaarsma T., Hillege H. L., Boomsma F., Veldhuisen D. J. van (2005), "Influence of age on natriuretic peptides in patients with chronic heart failure: a comparison between ANP/NT-ANP and BNP/NT-proBNP", *European Heart Journal*, **7**(1), pp. 81-86.

5. Januzzi J. L., Kimmenade R. V., Lainchbury J., Genis A. B., al et (2006), "NT-proBNP testing for diagnosis and short-term prognosis in acute destabilized heart failure: an international pooled analysis of 1256 patients. The International Collaborative of NT-proBNP Study", *European Heart Journal*, **27**, pp. 330-337.

6. Jencks SF., Williams MV., Coleman EA. (2009), "Rehospitalizations among patients in the Medicare fee-for-service program", *N Engl J Med*, **360**(14), pp. 1418–28.

7. Luchner A., Möckel M., Spanuth E., Möcks J., al et (2012), "N-terminal pro brain natriuretic peptide in the management of patients in the medical emergency department (PROMPT): correlation with disease severity, utilization of hospital resources, and prognosis in a large, prospective, randomized multicentre trial", *Eur J Heart Fail*, **14**(3),

8. Maisel A., Mueller C., Adams K. Jr., Anker SD., Aspromonte N., Cleland JG., al et (2008), "State of the art: using natriuretic peptide levels in clinical practice", *Eur J Heart Fail*, **10**(9), pp. 824-39.

9. Nayak S. B., Sawh D., Scott B., Sears V., Seebalack K., al et (2017), "Evaluation of the Efficacy of ST2 and NT-proBNP in the Diagnosis and Prediction of Short-Term Prognosis in Heart Failure with Reduced Ejection Fraction", *International Journal of Pharmaceutical and Clinical Research*, **9**(4), pp. 309-312.

10. Roger VL., Go AS., Lloyd-Jones DM., Benjamin EJ., Berry JD., Borden WB., al. et (2012), "Heart disease and stroke statistics–2012 update: a report from the American Heart Association", *Circulation*, **125**(1), pp. e2–220

11. Vergaro G., Januzzi JL. Jr., Solal A. Cohen, Aimò A., al et (2018), "NT-proBNP prognostic value is maintained in elderly and very elderly patients with chronic systolic heart failure", *Int J Cardiol*, **271**, pp. 324-330.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ LỌC MÁU LIÊN TỤC TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Lê Hồ Tiến Phương, Trần Thị Tiểu Thơ,
Phù Kỳ Thanh, Lê Trường Kha

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Lọc máu liên tục (CRRT) là một tập hợp nhiều phương thức lọc máu nhằm lọc bỏ ra khỏi máu một cách từ từ và liên tục các chất độc trong đó bao gồm các cytokin. Nhiều tác giả cũng cho rằng việc lọc máu liên tục giúp cải thiện huyết động, ngăn chặn sự tiến triển của suy đa tạng trong giai đoạn sớm và hỗ trợ chức năng tạng, kiểm soát cân bằng kiềm toan, điện giải, thanh thải các chất hòa tan trong giai đoạn muộn. Trên thế giới, CRRT đã được ứng dụng rộng rãi, trở nên phổ biến trong các khoa Hồi sức. Tại Việt Nam, CRRT được ứng dụng ở một số bệnh viện trong những năm gần đây. Tại bệnh viện ĐKTT An Giang, mặc dù CRRT được áp dụng từ năm 2011 nhưng vẫn chưa có đánh giá kết quả một cách khoa học và đó là mục tiêu của đề tài.

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả ứng dụng quy trình kỹ thuật lọc máu liên tục tại khoa Hồi sức và một số biến chứng có thể xảy ra trong quy trình kỹ thuật lọc máu

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 17 bệnh nhân được chỉ định lọc máu liên tục tại khoa Hồi sức- Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

Kết quả: 17 bệnh nhân nặng tại khoa thỏa tiêu chuẩn chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu. Điểm APACHE II: $23,06 \pm 11,486$, và SOFA: $9,35 \pm 4,076$. Trong quá trình lọc máu cải thiện điểm SOFA có ý nghĩa, đồng thời chức năng thận được phục hồi (Ure, Creatinin trước và sau lọc), thăng bằng kiềm toan cải thiện tốt hơn, tỉ lệ tử vong 5/17 (29,4%) thấp hơn so với tiên lượng tử vong theo SOFA ban đầu (50%) và APACHE II (40%). Biến chứng kỹ thuật thường xảy ra là đông màng, không có biến chứng nặng khi lọc máu.

Kết luận: Việc áp dụng CRRT sớm cho thấy hiệu quả trong điều trị bệnh nhân tại khoa Hồi sức, giúp cải thiện về mặt lâm sàng và cận lâm sàng đồng thời làm giảm tỷ lệ tử vong.

ABSTRACT

Background: Continuous Renal Replacement Therapy (CRRT) is a set of many dialysis methods that slowly and continuously filters out of the toxin including cytokines. Many authors also believe that CRRT helps to improve hemodynamic, prevent the progression of early multi-organ failure and support organ function, control alkaline balance, electrolytes, and clear solute in the late stage. All over the world, CRRT has been widely used, becoming popular in Intensive Care Unit. In Vietnam, CRRT has been applied in some hospitals in recent years. At An Giang Central General Hospital, although CRRT

has been applied since 2011, the results have not been scientifically evaluated and that is the aim of this study.

Research objectives: *Evaluate the effectiveness of the CRRT's application in Intensive Care Unit and investigate possible complications during CRRT.*

Method: *The cross-sectional study of 17 patients who were indicated to CRRT in Intensive Care Unit.*

Result: *In this study with 17 patients, the average APACHE II Score and SOFA Score respectively is: 23.06 ± 11.448 , 9.35 ± 4.076 . During the CRRT process, there was a significant improvement in SOFA, renal function is restored concurrently (change in urea, creatinine before and after CRRT), acid-base balance was adjusted to normal, mortality rate was 5/17 (29.4%) lower than prognosis of initial SOFA (50%) and APACHE II (40%). Premature circuit clotting is a major complication in practice of CRRT and no other serious complications during CRRT in this study.*

Conclusion: *Applying CRRT timely has been shown the effectiveness of treatment in Intensive Care Unit, helping to improve clinical and subclinical conditions while reducing mortality.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lọc máu liên tục ra đời từ năm 1977 đã được áp dụng ngày càng rộng rãi, từ đó đến nay đã không ngừng phát triển về mặt kỹ thuật cũng như chỉ định trên lâm sàng. Hiện nay đối với chuyên ngành hồi sức cấp cứu thì CRRT là một trong hai trụ cột bên cạnh thở máy đã phát triển từ lâu. CRRT là tập hợp nhiều phương thức lọc nhằm lọc bỏ ra khỏi máu một cách từ từ và liên tục các chất độc, bên cạnh đó CRRT còn giúp điều hòa dịch, điện giải và cân toan kiềm một cách hiệu quả và sinh lý. Đầu tiên, CRRT phát triển nhằm mục đích thay thế thận nhưng dần dần đã chuyển sang mục tiêu hỗ trợ đa cơ quan với rất nhiều phương thức, trong đó có cả những phương thức không mang tính liên tục như thay thế huyết tương, lọc máu hấp phụ. CRRT đã giúp chuyên ngành hồi sức giải quyết được những tình huống khó như sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng, ARDS, viêm tụy cấp, ngộ độc cấp,... Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu ứng dụng CRRT trong lâm sàng như: Nghiên cứu của Ronco C, Zhang Y và cs, Boussekey N và cs,... Tại Việt Nam, CRRT cũng được áp dụng một cách rộng rãi trong nhiều trường hợp, và cũng đã có nhiều nghiên cứu về CRRT như: Nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả lọc máu liên tục trong sốc nhiễm khuẩn” của Phạm Thị Ngọc Thảo (2012), nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình. Năm 2011, bệnh viện ĐKTT An Giang bắt đầu triển khai CRRT nhưng chưa có một nghiên cứu cụ thể về tính hiệu quả của nó trên lâm sàng, vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá kết quả lọc máu liên tục tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang”.

2. MỤC TIÊU CỦA ĐỀ TÀI

1. Đánh giá hiệu quả áp dụng quy trình kỹ thuật lọc máu liên tục tại khoa hồi sức.
2. Một số biến chứng có thể xảy ra khi áp dụng quy trình lọc máu liên tục.

3. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang

- Đối tượng nghiên cứu:

+ Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả bệnh nhân được chỉ định lọc máu liên tục tại khoa hồi sức bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang

+ Thời gian từ 03/2019 đến 09/2019

+ Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân, người thân của bệnh nhân không đồng ý lọc máu liên tục.

- Đo lường các biến:

+ Đặc điểm chung: Mã bệnh án, họ tên, tuổi, giới, chẩn đoán theo ICD 10

+ Thang điểm SOFA (trước và sau lọc máu), APACHE II

+ Các chỉ số cận lâm sàng trước và sau lọc máu như: ure, creatinin, pH máu, HCO_3^- máu.

+ Thời gian lọc máu, thời gian nằm viện

+ Kết cục: tốt (ra viện, đỡ giảm), xấu (tử vong, nặng về, về không đổi)

- Thống kê bằng phần mềm SPSS 22.0.

4. KẾT QUẢ

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Có 17 bệnh nhân được lọc máu liên tục, kết cục tốt 12/17 ca (70,6%), xấu 5/17 ca (29,4%). Trong đó, viêm tụy cấp 6/17, sốc nhiễm trùng 6/17, ngộ độc 2/17, đái tháo đường có uống thuốc gia truyền 3/17.

Tuổi trung bình: $61,59 \pm 19,21$ (tuổi), thấp nhất 30 tuổi, cao nhất 92 tuổi.

Tỉ lệ nam/nữ: 9/8.

Thời gian nằm viện trung bình: $10,18 \pm 6,55$ ngày.

Thời gian lọc máu liên tục: $21,82 \pm 10,82$ giờ.

Thay đổi của thang điểm SOFA và APACHE II

	Chung	Tốt	Xấu
SOFA	$9,35 \pm 4,076$	$7,5 \pm 3,317$	$13,8 \pm 1,095$
APACHE II	$23,06 \pm 11,486$	$18,17 \pm 7,284$	$34,8 \pm 7,284$

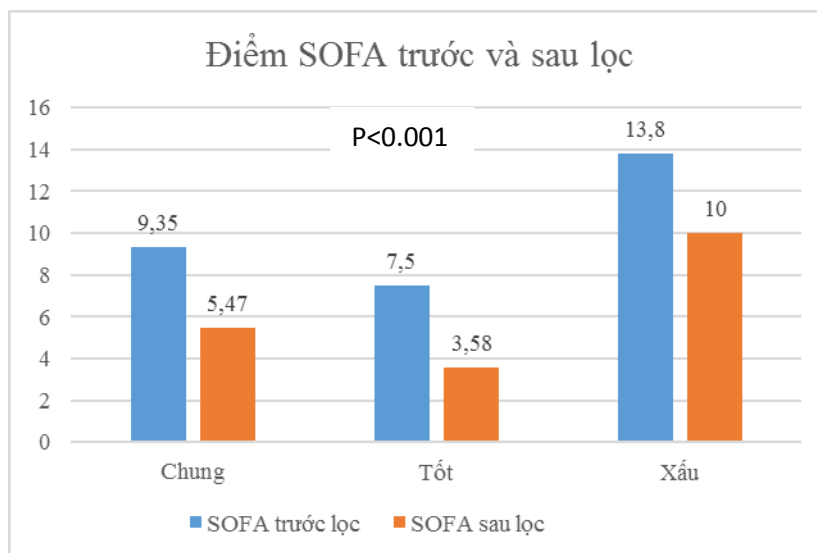
Bảng 1. Độ nặng của bệnh nhân trước lọc máu: theo thang điểm

SOFA và APACHE II

Nhận xét: Bệnh nhân có điểm SOFA (9,35) thì tỉ lệ tử vong của nhóm chung là 50%, còn APACHE II (23,06) là 40%

	Chung	Tốt	Xấu
SOFA sau lọc	5,47 ± 4,584	3,58 ± 3,423	10 ± 3,937

Bảng 2. Thang điểm SOFA sau lọc máu và giá trị cải thiện

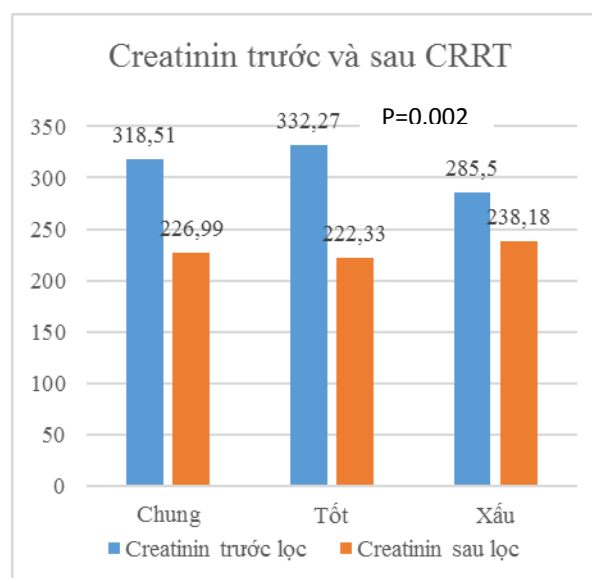
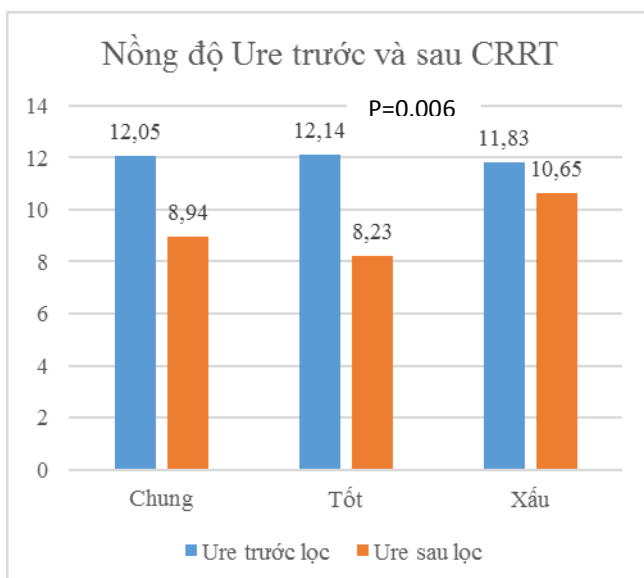


Biểu đồ 1: Sự thay đổi điểm SOFA trước và sau CRRT

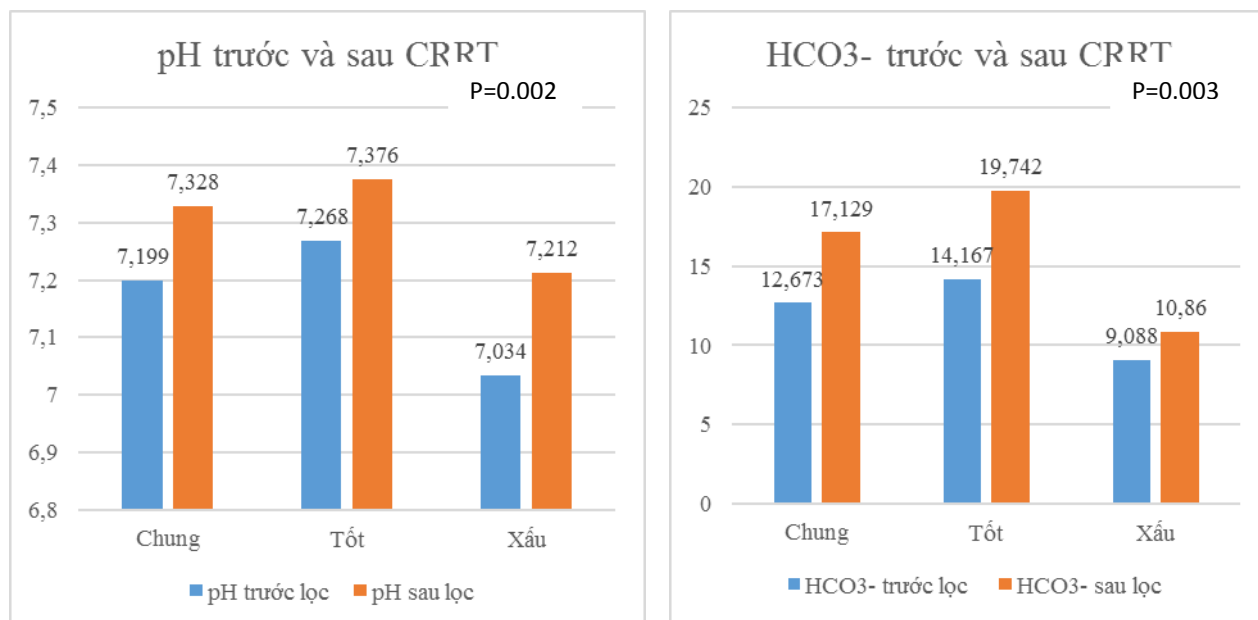
Nhận xét: Điểm SOFA trước và sau lọc máu có cải thiện trong cả 3 nhóm với $p < 0.001$.

Sự thay đổi thăng bằng toan kiềm và chức năng thận

Biểu đồ 2. Chức năng thận trước và sau lọc máu



Nhận xét: Ure (mmol/L), Creatinin (umol/L) sau lọc máu có giảm. Chức năng thận cải thiện sau lọc máu có ý nghĩa thống kê



Biểu đồ 3. Tình trạng toan kiềm trước và sau lọc máu:

Nhận xét: pH, HCO₃⁻ sau và trước lọc máu khác biệt ý nghĩa. Toan chuyển hóa cải thiện.

Biến chứng của CRRT

Biến chứng kỹ thuật

Đông màng, đông dây là biến chứng thường gặp với tỷ lệ 5/17 (29,4%). Các biến chứng khác ít gặp

Biến chứng chảy máu

Trong quá trình lọc máu không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng xuất huyết. Có rối loạn chỉ số APTT nhưng khi kết thúc lọc máu trở lại giới hạn bình thường.

5. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Có 17 bệnh nhân (viêm tụy cấp 6/17, sốc nhiễm trùng 6/17, ngộ độc 2/17, Đái tháo đường có uống thuốc gia truyền 3/17) được lọc máu liên tục đưa vào nghiên cứu, các bệnh nhân có đặc điểm: tuổi trung bình cao ($61,59 \pm 19,21$ tuổi, cao nhất 92 tuổi, thấp nhất 30 tuổi), giới: nam 52,9%, nữ 47,1%, điểm SOFA cao ($9,35 \pm 4,076$ tiên lượng tử vong 50%), và APACHE II cao ($23,06 \pm 11,486$ tiên lượng chết 40%). Sau lọc máu, tỉ lệ xấu (chết, về nặng) là 5/17 (29,4%) thấp hơn giá trị tiên lượng tử vong theo điểm SOFA và APACHE

II. Ở bảng 1, ta thấy điểm APACHE II trung bình ở nhóm tử vong rất cao ($34,8 \pm 7,284$). So với nghiên cứu của Shahawy A [13] thì APACHE II >26 điểm không bệnh nhân nào sống sót, và nhiều tác giả khác [9], [10], [11], [12], [14].

2. Hiệu quả của lọc máu liên tục

Chúng tôi sử dụng điểm SOFA để đánh giá sự phục hồi chức năng các cơ quan. Điểm SOFA được đánh giá ban đầu và sau lọc máu. Điểm SOFA ở bảng 2 giảm ở cả nhóm kết cục xấu và tốt, giảm nhiều ở nhóm tốt, mức giảm này có ý nghĩa thống kê. Kết quả tương đương với nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Thảo [6], và các tác giả khác [1], [5], [7], [9].

Lọc máu liên tục giúp thay thế thận và tăng khả năng phục hồi chức năng thận, có tác dụng thanh thải tốt urê và creatinin. Giảm tổn thương thận, cải thiện được thể tích nước tiêu là do giảm được nồng độ cytokin trong máu [3], [7], [8], trong nghiên cứu của chúng tôi không khảo sát sự thay đổi các cytokin. Bảng 3 trong nghiên cứu cho thấy cải thiện chức năng thận qua nồng độ urê và creatinin máu có giá trị, giảm rõ rệt ở nhóm sống. Kết quả này cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu khác.

Tình trạng toan chuyển hóa cải thiện, pH và HCO_3^- trung bình trước lọc máu chung lần lượt $7,199 \pm 0,198$ và $12,673 \pm 7,423$ tăng lên sau lọc máu $7,328 \pm 0,125$ và $17,129 \pm 7,769$, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Trong bảng 4, chúng tôi thấy tình trạng toan chuyển hóa được điều chỉnh rõ rệt ở nhóm sống. Nhiều nghiên cứu trước đây cũng đã chứng tỏ khả năng này của CRRT như nghiên cứu của Vũ Đức Định, Nguyễn Gia Bình [7] và các tác giả khác [1], [3], [5], [6].

3. Biến chứng của lọc máu liên tục

Trong quá trình lọc máu ghi nhận 5/17 (29,4%) ca đông màng, đông dây. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Gia Bình là 20,3% [1]. Có rối loạn chỉ số APTT, khi kết thúc lọc máu, APTT từ từ trở về bình thường. Trong quá trình CRRT không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng xuất huyết và các biến chứng nặng khác.

6. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu này cho thấy CRRT là phương pháp điều trị hiệu quả cho các bệnh nhân nặng tại khoa hồi sức giúp ổn định huyết động, cải thiện chức năng thận, kiểm soát tốt các rối loạn cân bằng kiềm toan, đồng thời làm giảm tỷ lệ tử vong trên các bệnh nhân này. Điểm SOFA giảm có ý nghĩa trong nghiên cứu này, chức năng thận cải thiện rõ rệt cùng với thăng bằng kiềm toan được kiểm soát tốt hơn. Quy trình áp dụng kỹ thuật lọc máu liên tục được thực hiện an toàn chỉ xảy ra các biến chứng nhỏ không đáng kể, sự cố về kỹ thuật như đông màng xảy ra nhiều hơn, không có trường hợp nào xảy ra biến chứng xuất huyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Văn Quang, Lê Bảo Huy (2013). Đáp ứng với lọc máu liên tục trong điều trị suy đa tạng do sốc nhiễm khuẩn. Y học TP. Hồ Chí Minh, 17 (Phụ bản của Số 3):113-118.

2. Huỳnh Văn Ân và cs (2017). Hiệu quả của lọc máu liên tục CVVH trong điều trị viêm tụy cấp nặng. Kỷ yếu hội nghị khoa học thường niên Hội hồi sức cấp cứu TP HCM (T4-2017):72-76

3. Lê Thị Mỹ Duyên, Trần Thị Bích Hương (2011). Vai trò của lọc máu liên tục trong điều trị suy thận cấp tại khoa hồi sức tích cực. Y học TP. Hồ Chí Minh, 15 (Phụ bản của Số 1):453-460.

4. Nguyễn Gia Bình, Nguyễn Mạnh Tường (2006): "Nghiên cứu hiệu quả chống đông của heparin trong lọc máu liên tục", *Tạp chí y học lâm sàng*, 11: 30- 33.

5. Nguyễn Thị Trúc Thanh (2014). Hiệu quả của liệu pháp lọc máu liên tục trong điều trị viêm tụy cấp nặng. Y học TP. Hồ Chí Minh, 18 (Phụ bản của Số 2): 403-407.

6. Phạm Thị Ngọc Thảo, Nguyễn Gia Bình, Đặng Quốc Tuấn, Trần Thanh Cảnh (2012). Đánh giá kết quả áp dụng kỹ thuật lọc máu liên tục trong điều trị sốc nhiễm khuẩn. Y học TP. Hồ Chí Minh, 16 (Phụ bản của Số 2):145-157.

7. Vũ Đức Định, Đỗ Tất Cường, Nguyễn Gia Bình (2011). Nghiên cứu hiệu quả của liệu pháp lọc máu liên tục trong viêm tụy cấp nặng. Y học thực hành, 783 (9):25-28.

8. Boussekey N, Chiche A, Faure K, Devos P, Guery B, Escrivan T, Georges H, Leroy O (2008), " A pilot randomized study comparing high and low volume hemofiltration on vasopressor use in septic shock", *Intensive Care Med*, 34,pp.1646–1653.

9. Janssens U, Graf C., Graf J, Radke PW, Konigs B, Kock K.Ch,Lepper W, Dahl J.V, Hanrath P (2000), "Evaluation of the SOFA score: a single –center experience of a medical intensive care unit in 303 consecutive patients with predominantly cardiovascular disorders", *Intensive Care Med*, 26, pp.1037-1045.

10. Lafuente E, Marinho A, Bartolo A, Milheiro R (1997): "Effects of the continuous venovenous haemofiltration, in the haemodynamic profile of shock septic patients", *Critical Care*, 1(suppl 1): 068.

11. Pinsky MR, Vincent JL, Deviere J, Alegre M, Kahn RJ, Dupont E (1993): "Serum cytokine levels in human septic shock. Relation to multiple-system organ failure and mortality", *Chest*, 103: 565-575. s57

12. Ronco C, Bellomo R, Ricci Z (2002): "Important of increased ultrafiltration volume and impact on mortality: sepsis and cytokine story and the role for CVVH", *EDTNA/ERCA Dialysis Technology Journal Club*, (suppl 2): 13-19.

13. Shahawy A., Lourdre U. & Badillo E. (1998). Severity of illness scores and the outcome of acute renal failure. *Clinical Nephrology*, 313, 124.

14. Saudan P., Niederberger M. & Seigneux S. (2006). Adding a dialysis dose to continuous hemofiltration increases survival in patients with acute renal failure. *Kidney international* 70, 1312-1317.

15. Zhang Y, Shao DR, He ZP, Ma XX, Shi CJ. Efficacy of continuous renal replacement on acute renal injury developed in severe sepsis. *J Biol Regul Homeost Agents*. 2019 Mar-Apr;33(2):525-530.

**KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU CHỤP VÀ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG
TỪ THÁNG 06/2019 ĐẾN THÁNG 11/2019**

*Trần Phước Hồng, Nguyễn Hữu Nghĩa,
Hà Minh Đức*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành là một bệnh phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới và có xu hướng tăng mạnh ở các nước đang phát triển.

Chụp động mạch vành qua da đến nay được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán và đánh giá tổn thương động mạch vành.

Tại Việt Nam, Viện Tim Mạch Quốc Gia lần đầu tiên chụp động mạch vành chọn lọc tháng 8/1995, BVĐKKV tỉnh An Giang (Châu Đốc) bắt đầu triển khai chụp và can thiệp động mạch vành từ tháng 6/2019, dưới sự hỗ trợ của BV Thống Nhất TP HCM.

Chỉ định PCI khi đường kính lòng mạch hẹp $\geq 70\%$.

Do đây là kỹ thuật quan trọng lần đầu tiên thực hiện tại BVĐKKV tỉnh An Giang, việc đánh giá kết quả, kinh nghiệm là điều hết sức cần thiết. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này, nhằm các mục tiêu cụ thể sau

2. MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- Đánh giá kết quả bước đầu can thiệp động mạch vành qua da tại BVĐKKV tỉnh An Giang.

- Đánh giá hình ảnh tổn thương động mạch vành bằng phương pháp chụp động mạch vành qua da.

3. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

3.1 Bệnh động mạch vành

- Bệnh động mạch vành là một bệnh phổ biến và ngày tăng cao.

- Tại Mỹ mỗi năm có trên 1,5 triệu người bị nổi máu cơ tim cấp

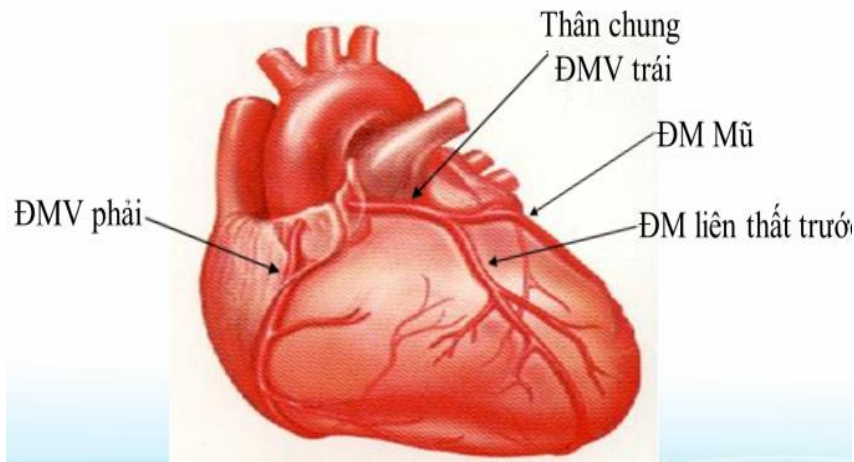
- Theo Hội Tim Mạch Châu Âu : cứ 100 nghìn dân thì có 77-121 người bệnh NMCT cấp ST chênh lên mỗi năm

- Dân số khu vực Châu đốc và vùng lân cận khoảng 2 triệu -> ước tính mỗi năm có khoảng 1.400 bệnh nhân.

- Theo GS.Ts Phạm Mạnh Hùng Viện Trưởng Viện Tim Mạch Quốc Gia : Cứ 3 người chết do bất kỳ nguyên nhân gì thì có 1 người chết do bệnh lý tim mạch, trong đó NMCT là hàng đầu.

3.2. Giải phẫu động mạch vành

Người bình thường có 2 ĐMV: ĐMV trái và ĐMV phải.



3.3. Sinh lý tưới máu mạch vành

- Máu nuôi động mạch vành chủ yếu trong thời kỳ tâm trương
- Lưu lượng máu qua động mạch vành 60-80 ml/p/100gram cơ tim (250ml/p), 4,6 % lưu lượng tuần hoàn trong cơ thể.
- Nguyên nhân chủ yếu gây thiếu máu cơ tim là do ĐMV bị xơ vữa, số ít do cục máu đông bắn từ nơi khác đến, do co thắt mạch...
- Mảng xơ vữa gây hẹp lòng mạch -> máu nuôi cơ tim giảm
- Cơn đau thắt ngực : khi MXV nứt ra, tạo huyết khối tắc một phần hay hoàn toàn lòng mạch -> Hội chứng vành cấp (ĐNKÔĐ, NMCTC)

4. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Gồm 73 bệnh nhân có chỉ định chụp, can thiệp mạch vành qua da tại BV ĐKKV Tỉnh An Giang
- Thời gian nghiên cứu từ tháng 07 đến tháng 11 năm 2019

5. TIÊU CHUẨN LỰA CHỌN BỆNH NHÂN

- Chỉ định chụp ĐMV theo khuyến cáo của Hội Tim Mạch Việt Nam 2010
- Chỉ định nong và đặt stent ĐMV theo khuyến cáo của ESC 2017 và Hội Tim Mạch Việt Nam năm 2010
- Đánh giá kết quả nong, đặt stent theo khuyến cáo của Hội Tim Mạch Việt Nam 2010 về can thiệp mạch vành qua da.

6. TIÊU CHUẨN LOẠI TRỪ

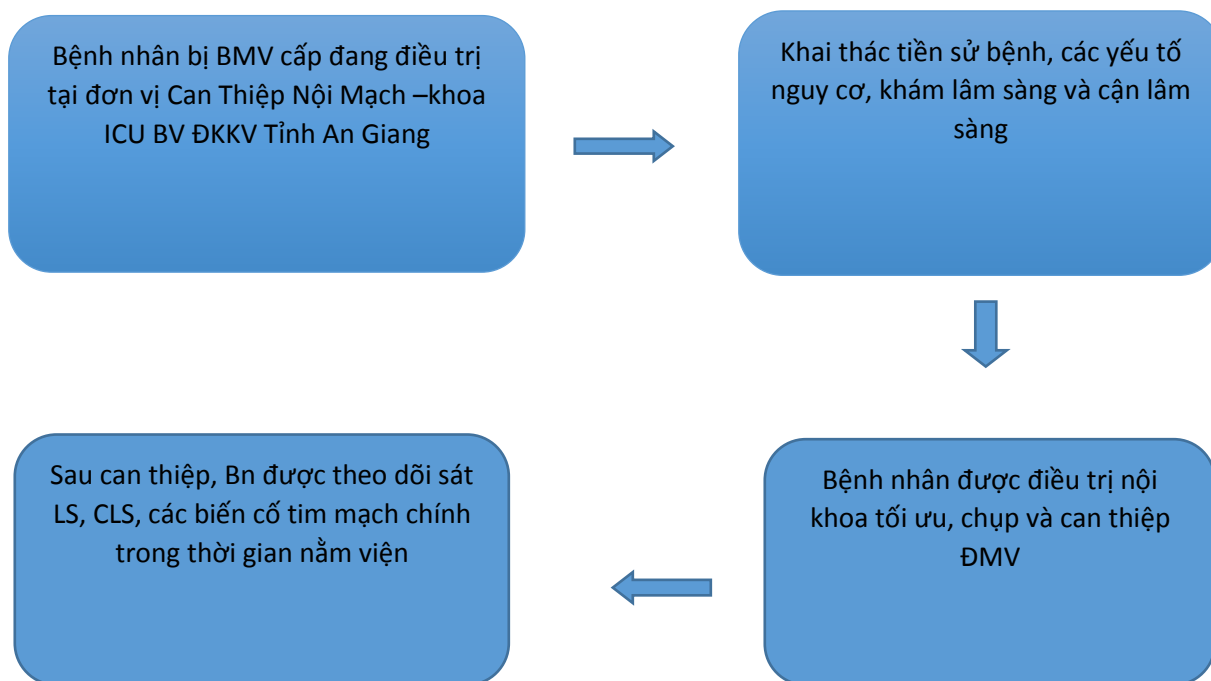
- Bệnh nhân và gia đình bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

7. THIẾT KẾ VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Thiết kế nghiên cứu : Mô tả cắt ngang
- Địa điểm nghiên cứu : Đơn Vị Can Thiệp Nội Mạch – Khoa ICU- BV ĐKKV Tỉnh An Giang.

- Phân tích và xử lý số liệu : SPSS 18.0
- Đạo đức nghiên cứu : Các thông tin thu được chỉ dung với mục đích nghiên cứu.

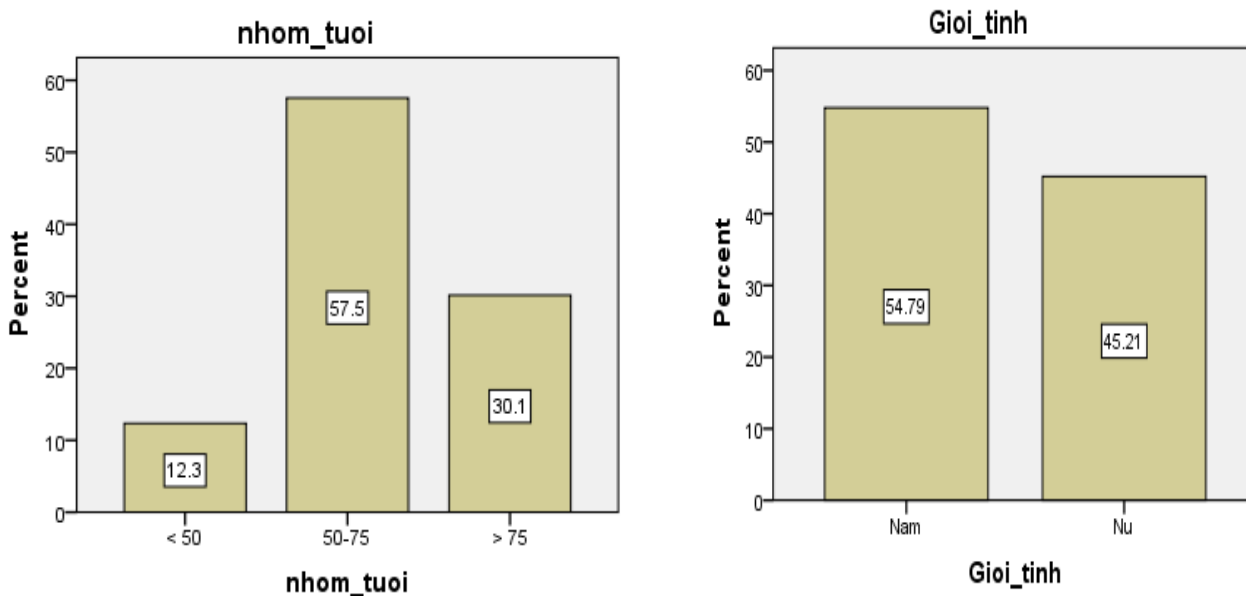
8. CÁC BƯỚC NGHIÊN CỨU



9. KẾT QUẢ

9.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

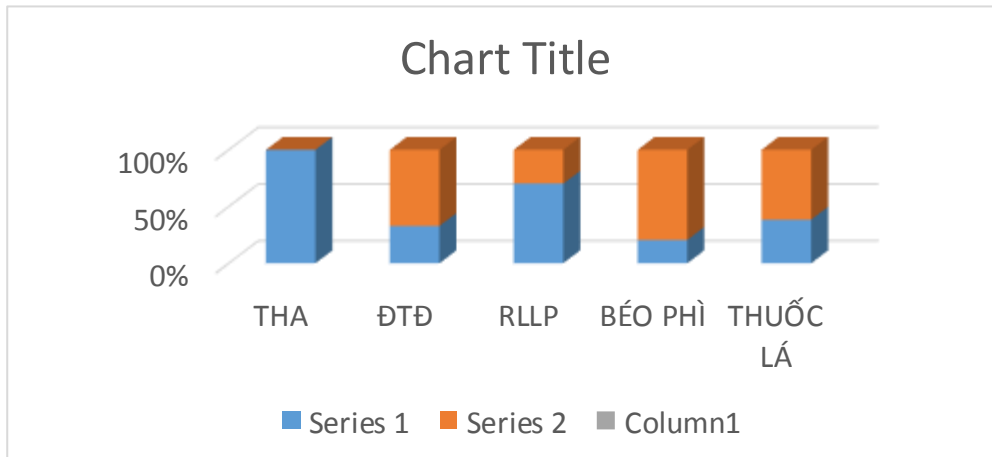
- Đặc điểm về tuổi và giới:



- + Tỷ lệ Nam cao hơn Nữ
- + Tuổi trung bình $64,4 \pm 13$, thấp nhất 36T, Cao nhất 89T
- + Nhóm tuổi 50-70 chiếm tỷ lệ cao nhất.

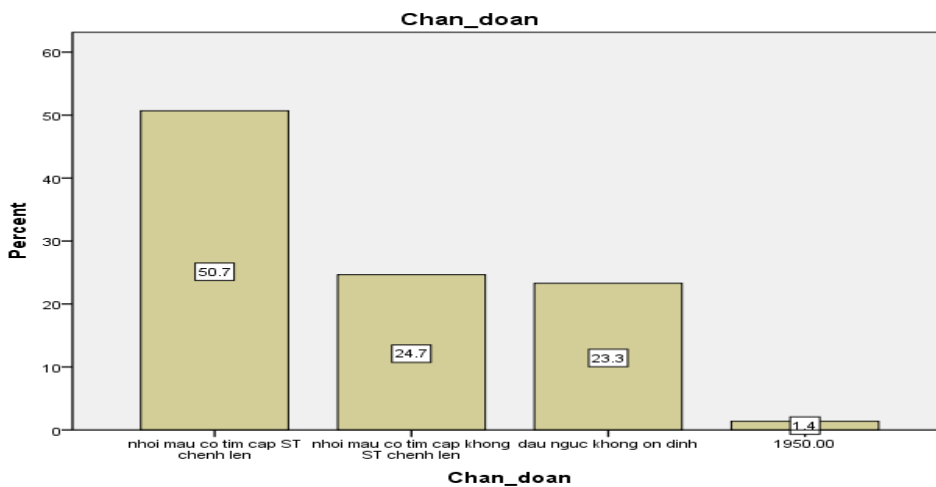
9.2. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

- Yếu tố nguy cơ:



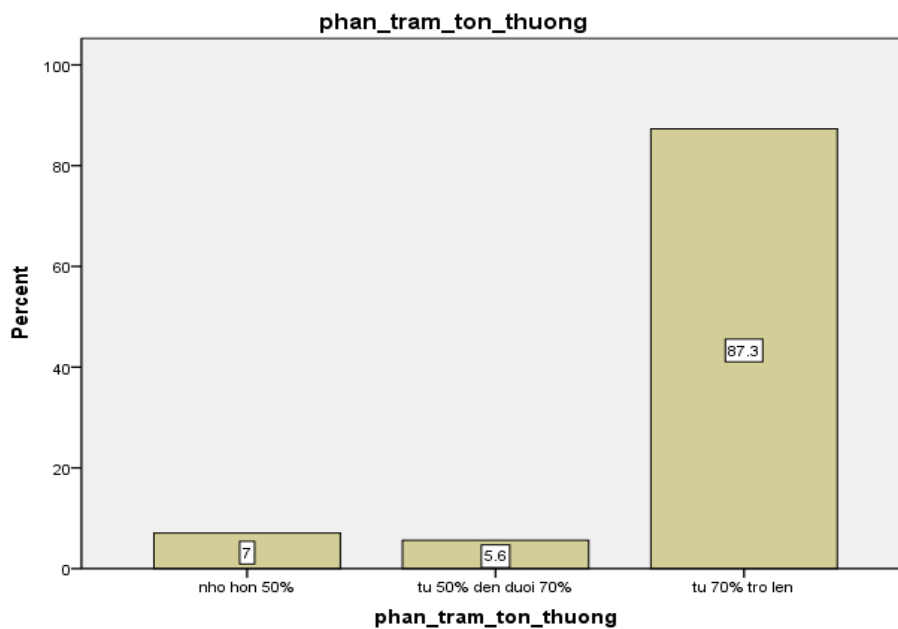
- + Tăng huyết áp : chiếm 100%
- + ĐTD type 2 : 32,9%
- + Rối loạn Lipid máu : 56,2%
- + Béo Phì: 20,5%
- + Thuốc lá: 38,4%

- Phân bố đối tượng nghiên cứu



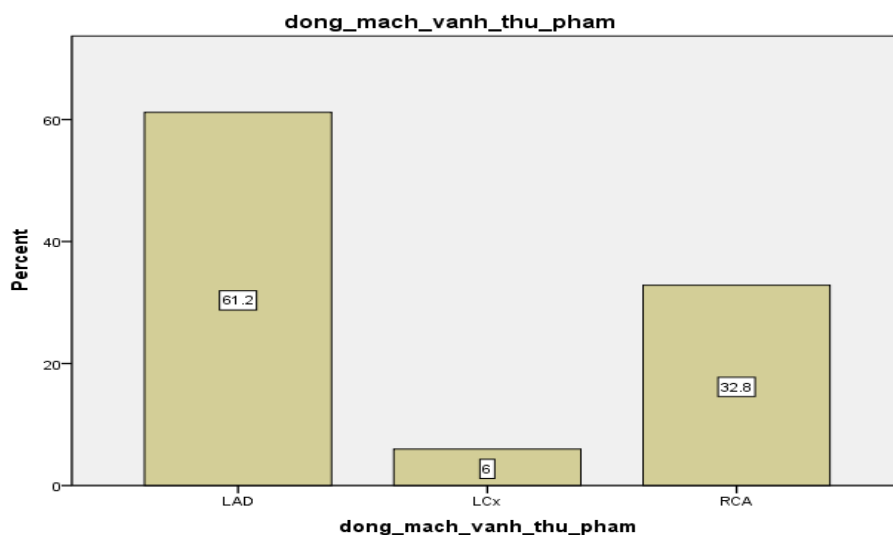
- + Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên: 50,7%
- + Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên: 24,7%
- + Đau thắt ngực không ổn định: 23,3%
- + Đau ngực ổn định: 1,4%

- Phần trăm tổn thương ĐMV



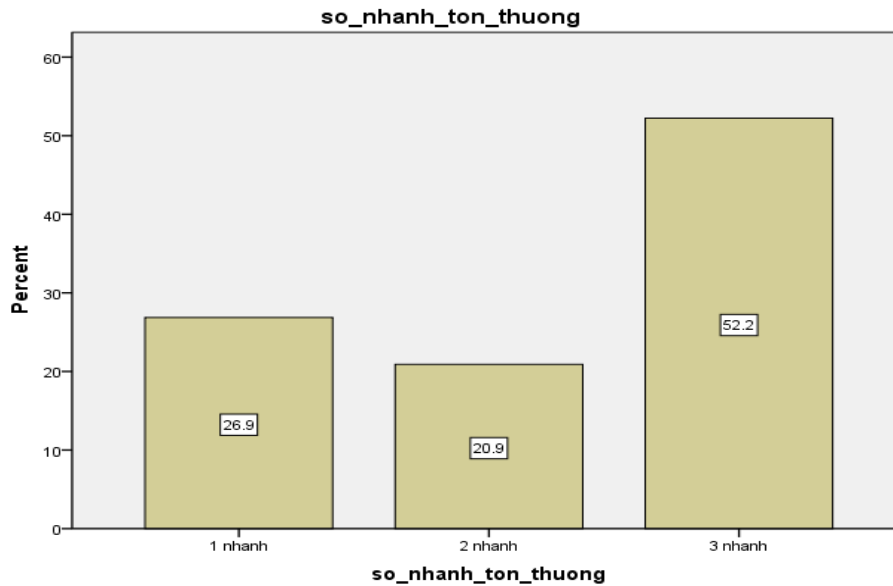
- + Hẹp nặng $\geq 70\%$ đường kính lòng mạch: 87,3%
- + Hẹp trung bình 50- $<70\%$ đường kính lòng mạch: 5,6%
- + Hẹp nhẹ $< 50\%$ đường kính lòng mạch: 7,1%

9.3. ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH THỦ PHẠM:



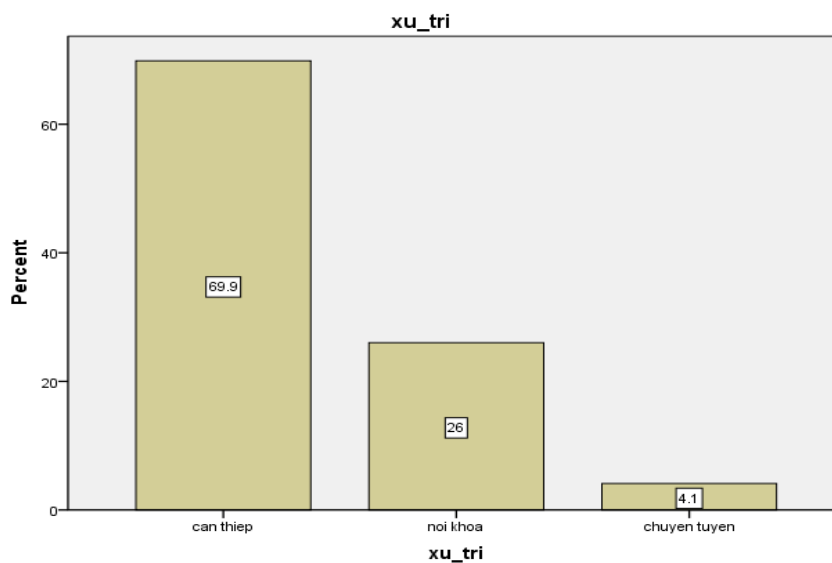
- + Tỉ lệ tổn thương LAD : 61,2%
- + Tỉ lệ tổn thương LCx : 6%
- + Tỉ lệ tổn thương RCA: 32,8%

9.4. MỨC ĐỘ TỔN THƯƠNG



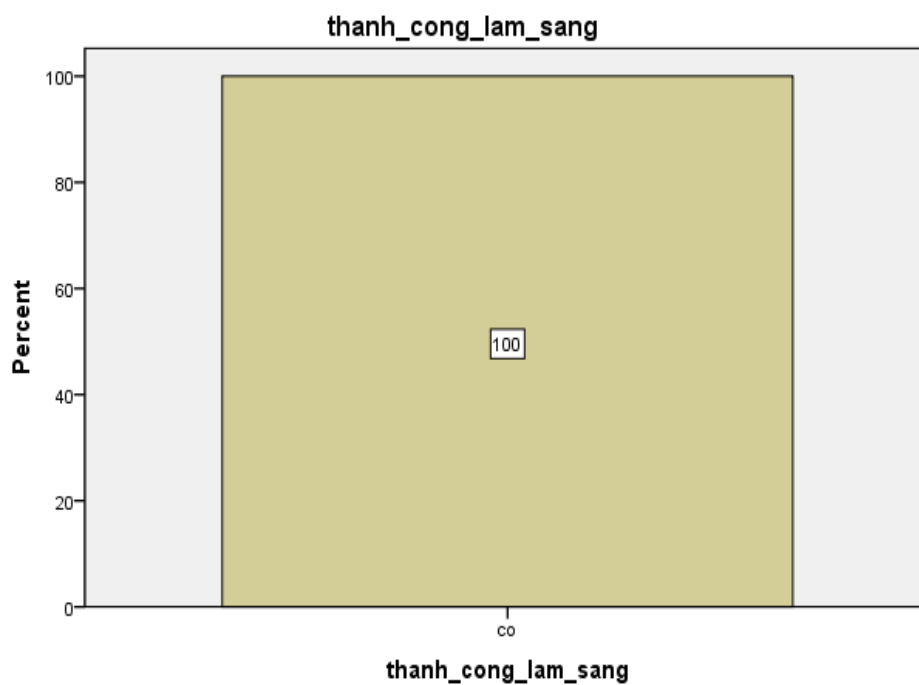
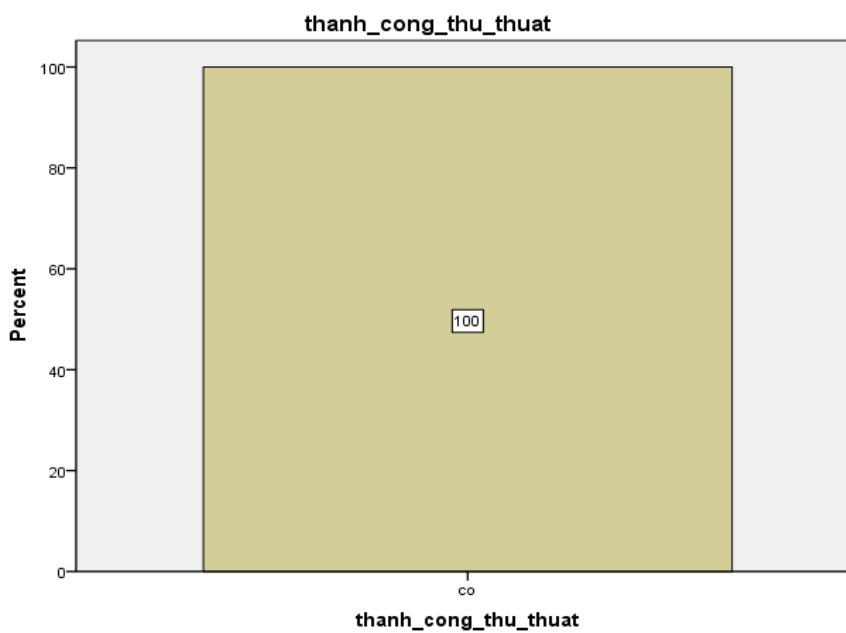
- + Tỉ lệ tổn thương 1 nhánh: 26,9%
- + Tỉ lệ tổn thương 2 nhánh: 20,9%
- + Tỉ lệ tổn thương 3 nhánh: 52,2%

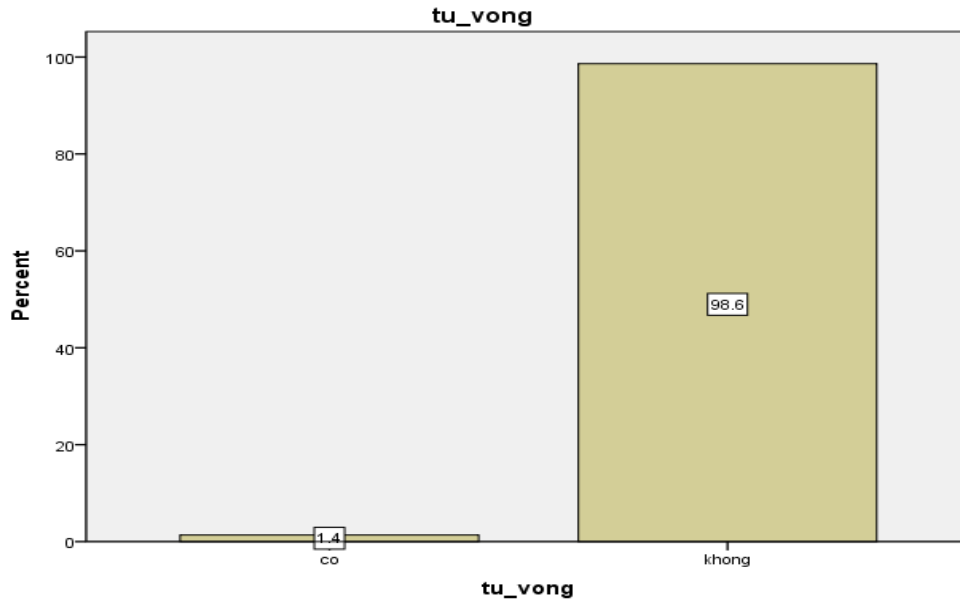
9.5. KẾT QUẢ CAN THIỆP MẠCH VÀNH



- + Can thiệp : 69,9%
- + Nội khoa:26%
- + Chuyển tuyến trên:4,1%

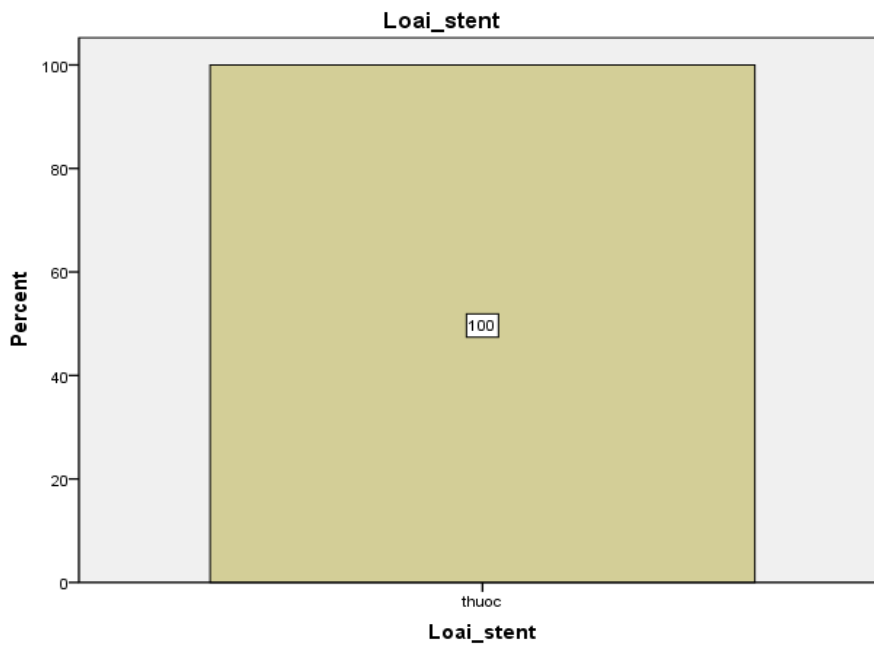
- Kết quả can thiệp mạch vành





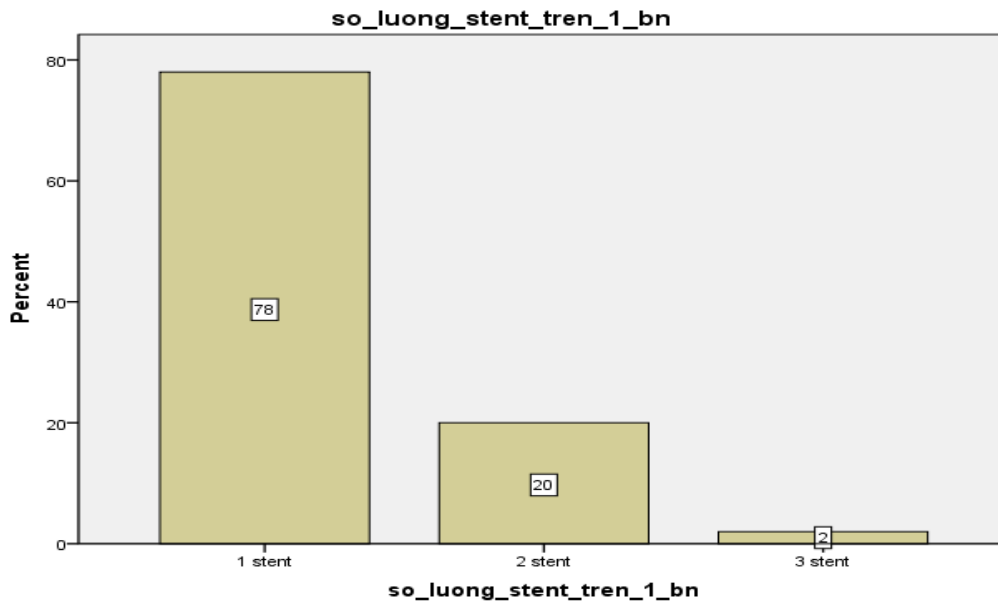
- + Thành công thủ thuật: 100%
- + Thành công lâm sàng: 100%
- + Tử vong: 1,4%

9.6. LOẠI STENT ĐẶT CHO BỆNH NHÂN



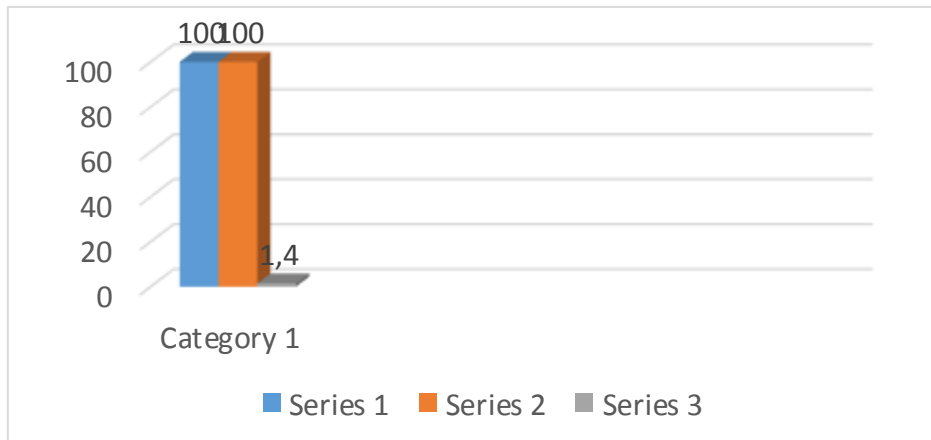
- + Stent thường :00%
- + Stent phủ thuốc : 100%

9.7. SỐ LƯỢNG STENT ĐẶT TRÊN MỘT BỆNH NHÂN

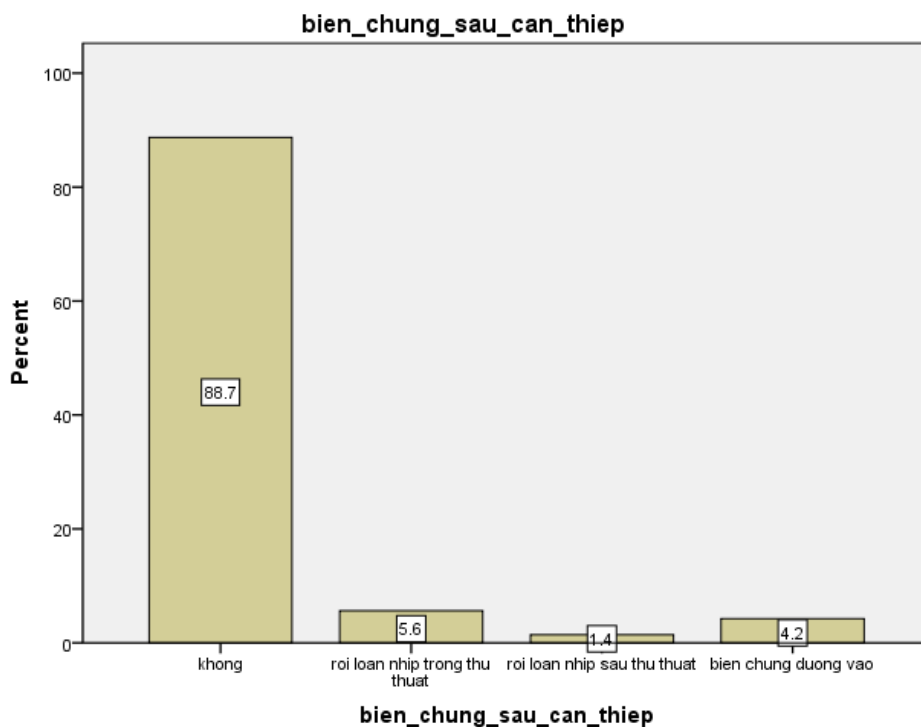


- + 1 stent: 78%
- + 2 stent: 20%
- + 3 stent: 2%

9.8. ĐÁNH GIÁ TỶ LỆ THÀNH CÔNG TRONG PCI



9.9. BIẾN CHỨNG TRONG VÀ SAU THỦ THUẬT



- + Không biến chứng: 88,7%
- + Rối loạn nhịp trong khi làm thủ thuật: 5,6%
- + Rối loạn nhịp sau thủ thuật: 1,4%
- + Biến chứng đường vào: 4,2%

10. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu : $64,4 \pm 13$ thấp nhất 36T, Cao nhất 89T
- Yếu tố nguy cơ thường gặp là THA, RLLP máu.
- Tổn thương ĐMV thường gặp nhất là LAD, can thiệp nhiều nhất là LAD, thường đặt 1 stent.
- Tỷ lệ thành công thủ thuật 100%, thành công lâm sàng 98,6%, tỷ lệ tử vong 1,4%.
- Các yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong và biến chứng : Tình trạng BN trước PCI, tổn thương ĐMV, điều trị nội khoa...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Patrick T. O'Gara et al. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction. Circulation. 2013;127:e362-e425.
- Stephan D. Fihn et al. 2012 ACCF/AHA Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease.

- c. Patrick J. Scanlon et al. ACC/AHA Guidelines for Coronary Angiography. *Circulation* 1999;99;2345-2357
- d. Huỳnh Trung Cang. Kết quả bước đầu can thiệp ĐMV tại BVĐK Kiên Giang. Hội nghị thường niên Hội Tim mạch can thiệp TPHCM 6/2013. Tr 55-60.
- e. Huỳnh Văn Thường. Hoạt động tim mạch can thiệp BV tỉnh Khánh Hòa 2009-2013. Hội nghị thường niên Hội Tim mạch can thiệp TPHCM 6/2013. Tr 70-73.
- f. **BS Huỳnh Quốc Bình, BS Bùi Hữu Minh Trí, BS Nguyễn Hữu Nghĩa** *BV Tim Mạch An Giang* , Kết quả bước đầu can thiệp ĐMV tại BVTM An Giang.
- g. Khuyến cáo 2010 của Hội Tim Mạch Học Việt Nam về xử trí bệnh mạch vành
- h. Khuyến cáo nong và đặt stent ĐMV của ESC 2017 và Hội Tim Mạch Việt Nam năm 2010.

**HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở NHÂN VIÊN Y TẾ
TRƯỚC VÀ SAU KHI CAN THIỆP**

*Châu Hữu Hậu, Hia Kim Khuê, Đỗ Thị Quốc Trinh
Bệnh viên Đa khoa Nhật Tân, An Giang*

TÓM TẮT:

Công trình nghiên cứu này đặt mục tiêu xác định tỷ lệ hiện mắc hội chứng chuyển hóa (HCCH) ở nhân viên y tế (NVYT) của bệnh viện Nhật Tân (tỉnh An Giang) và áp dụng các biện pháp can thiệp có tính khả thi nhằm giảm tỷ lệ hiện mắc. Đối tượng nghiên cứu là toàn bộ nhân viên của bệnh viện được khám sức khỏe 2 lần vào tháng 7/2018 và tháng 7/2019. Phương pháp sử dụng là nghiên cứu can thiệp, tiến cứu. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ hiện mắc HCCH ở nhân viên bệnh viện Nhật Tân ban đầu là 18,8%, giảm xuống còn 15,9% ($p < 0,001$; $n = 245$) sau 6 tháng can thiệp bằng nhiều biện pháp tự nguyện thay đổi chế độ ăn uống và tăng cường vận động... Trong đó, tỷ lệ nhóm đối tượng có BMI thấp cân giảm từ 8,6% xuống còn 5,3%; nhóm có BMI trung bình từ 47,8% tăng lên 50,6%, nhóm BMI quá cân tăng từ 21,2% lên 24,9% và nhóm BMI béo phì từ 22,4% xuống còn 19,2%. Khuyến nghị có từ nghiên cứu là cần áp dụng các biện pháp can thiệp có tính khả thi để làm giảm tỷ lệ hiện mắc HCCH ở NVYT, qua đó giảm nguy cơ bệnh cho chính NVYT và tạo được hình ảnh cơ thể có tính thuyết phục hơn khi đứng trước người bệnh.

Từ khóa: Hội chứng chuyển hóa (HCCH), nhân viên y tế (NVYT), CAP (thông số giảm âm có kiểm soát), bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu (BGNMKDR)

ABSTRACT: Metabolic syndrome (MS) in healthcare workers (HCWs) before and after the intervention. This study aims to determine the prevalence of MS in HCWs at Nhat Tan Hospital (An Giang Province) and apply feasible intervention to reduce the prevalence. The study subjects were all hospital staff who were examined twice in July 2018 and July 2019. The used method is prospective study with interventions. Results: The prevalence of MS in Nhat Tan hospital staff was initially 18.8%, reduced to 15.9% ($p < 0.001$; $n = 245$) after 6 months of intervention by many measures voluntarily change diet and increase movement ... In particular, the proportion of subjects with low BMI decreased from 8.6% to 5.3%; the average BMI group increased from 47.8% to 50.6%, the overweight BMI group increased from 21.2% to 24.9% and the obese BMI group from 22.4% to 19.2%. The recommendations from the study are that feasible interventions should be implemented to reduce the prevalence of MS in HCWs, thereby reducing the risk of disease for health workers themselves and creating a healthy body appearance more convincing when standing in front of the patient.

Keywords: Metabolic Syndrome (MS), HealthCare Workers (HCWs), Controlled attenuation parameter (CAP), Non-alcoholic fatty liver disease (NAFLD).

TỔNG QUAN

Hội chứng chuyển hóa (*Metabolic syndrome - MS*) ngày càng gia tăng trong cộng đồng dân cư trên toàn thế giới. Các nghiên cứu ở Hoa Kỳ đã ước tính tỷ lệ hiện mắc của HCCH

vào khoảng 34,7% dân số trưởng thành vào năm 2011-2012 so với năm 2003-2004 là 32,9% và tỷ lệ lưu hành tăng theo tuổi [1]. Tỷ lệ mắc HCCH trong một cộng đồng thường tương đương với tỷ lệ béo phì và tỷ lệ mắc bệnh tiểu đường tít 2. Theo Trần Quang Bình và cs, tỷ lệ hiện mắc HCCH tại thành phố Hồ Chí Minh là 12% ở người ≥ 20 tuổi vào năm 2001, và 8.2% dân số ≥ 15 tuổi vào năm 2003 ở Khánh Hòa [2]. Trong khi đó tỷ lệ hiện mắc HCCH ở Trung Quốc năm 2017 vào khoảng 15,5% dân số [3].

Yeh và cs nghiên cứu tại Đài Loan, nhận thấy các NVYT dường như luôn phơi nhiễm với nhiều tác động xấu đến sức khỏe, do khối lượng công việc nặng, căng thẳng, thời gian làm việc dài và làm việc theo ca nên nguy cơ mắc HCCH cao hơn cộng đồng chung. Tỷ lệ hiện mắc HCCH chung trong nghiên cứu của Yeh và cs là 12,0%. Bác sĩ có tỷ lệ hiện mắc HCCH cao nhất với 2 bệnh phổ biến là béo phì và đái tháo đường [3]. Tại Iran, nghiên cứu của Niazi và cs cho thấy tần suất của HCCH là 22,4%; tuổi cao, làm việc theo ca và ít hoạt động thể lực có liên quan đến tần số mắc HCCH. Các tác giả đề nghị điều chỉnh các yếu tố nghề nghiệp và tâm lý xã hội liên quan đến HCCH cho các NVYT [4]

Tại Việt Nam, NVYT cũng có nhiều nguy cơ dẫn đến HCCH do khối lượng công việc lớn, chế độ trực gác, việc giao tiếp với bệnh nhân và thân nhân người bệnh, hay ở trong tình trạng căng thẳng với bệnh tật và với bệnh nhân. Hơn nữa, NVYT luôn cần phải xuất hiện trước người bệnh với hình thức, vóc dáng dễ thuyết phục nhất. Nếu như chính họ lại mắc phải HCCH với tình trạng béo phì hay quá ồm gày thì làm sao hướng dẫn cho người bệnh và người nhà cách phòng chống bệnh tật.

Hiện chưa có công trình nghiên cứu thử nghiệm can thiệp phòng, chống HCCH trên NVYT tại Việt Nam. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu: 1) Mô tả tỷ lệ hiện mắc HCCH ở NVYT của bệnh viện Nhật Tân, năm 2018; 2) Đánh giá kết quả biện pháp can thiệp có tính khả thi và do NVYT tự nguyện thực hiện nhằm giảm thiểu các nguy cơ dẫn đến HCCH.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Là NVYT của bệnh viện Nhật Tân thuộc thành phố Châu Đốc, tỉnh An Giang. Đối tượng loại trừ gồm NVYT của bệnh viện đang nghỉ việc, đang mang thai hoặc nghỉ sau sinh, đi học, người không có mặt đủ 2 lần khám sức khỏe định kỳ của Bệnh viện.

2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, tiền cứu.

3. Cỡ mẫu và chọn mẫu: Số NVYT của bệnh viện Nhật Tân được đưa vào nghiên cứu là 245 người, có tuổi đời từ 21 tới 72 tuổi, tuổi trung bình $33,8 \pm 10,2$; nam: 96 người và nữ: 149. người. Chọn mẫu: Đưa vào danh sách nghiên cứu toàn bộ NVYT đáp ứng đúng yêu cầu tuyển chọn và có mặt vào 2 đợt khám sức khỏe định kỳ của Bệnh viện vào tháng 7/2018 (khám trước can thiệp) và tháng 7/2019 (khám sau can thiệp).

4. Chỉ số nghiên cứu và cách thu thập số liệu: Nghiên cứu sử dụng kết quả khám sức khỏe định kỳ cho NVYT của Bệnh viện, sử dụng các chỉ số đo huyết áp, cân nặng, chiều cao, vòng eo, ngoài ra có các xét nghiệm cần thiết cho nghiên cứu: Sinh hóa (glucose, HDL-C, triglyceride), fibroscan để xác định mức nhiễm mỡ gan với thông số giảm âm có

kiểm soát (CAP). Chỉ số BMI được áp dụng theo tiêu chí của TCYTTG (WHO) cho dân cư khu vực châu Á-Thái Bình Dương.

a. Tiêu chí xác định HCCH: Chúng tôi dùng tiêu chí của IDF (*International Diabete Federation*) cập nhật năm 2006 được ưa dùng nhất hiện nay [6]

- Béo phì trung tâm với vòng eo ở nam ≥ 90 cm và nữ ≥ 80 cm;
- Cộng với bất kỳ 2 trong số các yếu tố sau đây:
 - + Triglyceride ≥ 150 mg/dl (1,7 mmol/l) hoặc điều trị tăng triglyceride;
 - + HDL-C nam < 40 mg/dl (1,03 mmol/l); HDL-C nữ < 50 mg/d (1,29 mmol/l) hoặc có điều trị;
 - + Huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg, huyết áp tâm trương ≥ 85 hoặc đang điều trị tăng HA;
 - + FPG ≥ 100 mg/dL (5,6 mmol/l) hoặc đái tháo đường typ 2 đã được chẩn đoán; có thể dùng thử nghiệm dung nạp glucose ở bệnh nhân bị FPG tăng, nhưng không bắt buộc.

b. Dùng fibroscan đo gan nhiễm mỡ với thông số giảm âm (CAP) đơn vị decibel/m.

5. Biện pháp can thiệp: Tiến hành từ tháng 2/2019 đến hết tháng 8/2019 (6 tháng), sử dụng Khuyến cáo tất cả NVYT tự nguyện bảo vệ và tăng cường sức khỏe bằng nhiều biện pháp tự chọn thích hợp, khả thi. Bệnh viện tổ chức các biện pháp hỗ trợ cho nhân viên và đánh giá kết quả cuối kỳ can thiệp.

- Đối với người có BMI thấp: Dùng các thức ăn có chỉ số glucose (glucose index - GI) cao. Ngược lại những người có BMI cao dùng thức ăn có GI thấp.
- Khuyến khích các thức ăn có lợi, hạn chế các thức ăn có hại cho sức khỏe (theo Khuyến cáo của Viện Dinh dưỡng Quốc gia) và hạn chế thuốc lá, rượu bia...
- Chủng ngừa các bệnh các bệnh thường gặp do bệnh viện tổ chức miễn phí.
- Tăng cường thể dục thể thao: Tập võ, tập gym, tự tập luyện theo sở thích của mình như: nhảy dây, đi bộ, hạn chế dùng thang máy...

6. Xử lý thống kê: Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 20. Dùng one-way ANOVA để so sánh các giá trị trung bình. Dùng biểu đồ ROC để tìm hiểu các yếu tố nguy cơ lên HCCH trước và sau khi can thiệp. Số liệu có ý nghĩa khi $p < 0.05$.

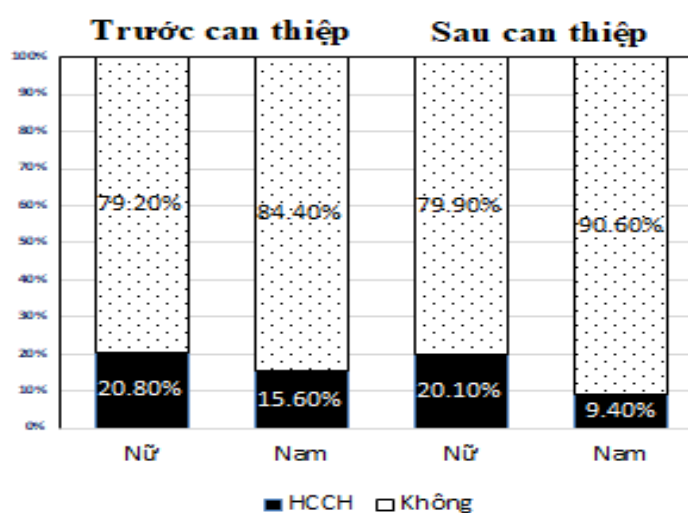
7. Đạo đức trong nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được hỏi ý kiến đồng thuận trước khi được đưa vào danh sách nghiên cứu. Các công bố kết quả bảo vệ bí mật cá nhân.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ mắc HCCH chung và theo giới tính trước và sau khi can thiệp

Giới	Tổng số	HCCH trước CT, $p=0,311$		HCCH sau CT, $p=0,025$		crosstables: χ^2	p
		Không	HCCH	Không	HCCH		
Nữ	149 (100%)	118 (79,2%)	31 (20,8%)	119 (79,9%)	30 (20,1)	55.61	<0,001
Nam	96 (100%)	81 (84,4%)	15 (15,6%)	87 (90,6%)	9 (9,4%)		
Cộng	245 (100%)	199 (81,2%)	46 (18,8%)	206 (84,1%)	39 (15,9%)		

Nhận xét: Trước khi can thiệp số nhân viên mắc HCCH là 46/245 (18,8%), trong đó nữ mắc 20,8% cao hơn nam 15,6%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với $p=0,311$. Sau khi can thiệp, tỷ lệ hiện mắc HCCH chung giảm còn 15,9%, trong đó nữ 20,1% và nam 9,4%. Như vậy tỷ lệ hiện mắc chung cả hai giới đã giảm gần 3% (từ 18,8% còn 15,9%), có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Nếu dùng crosstables để so sánh tỷ lệ mắc HCCH chung trước và sau can thiệp có $\chi^2=55.61$ và $p<0,001$.



Hình 1. Tỷ lệ mắc HCCH trước và sau can thiệp

Bảng 2. Chỉ số BMI trước và sau khi can thiệp (n=245)

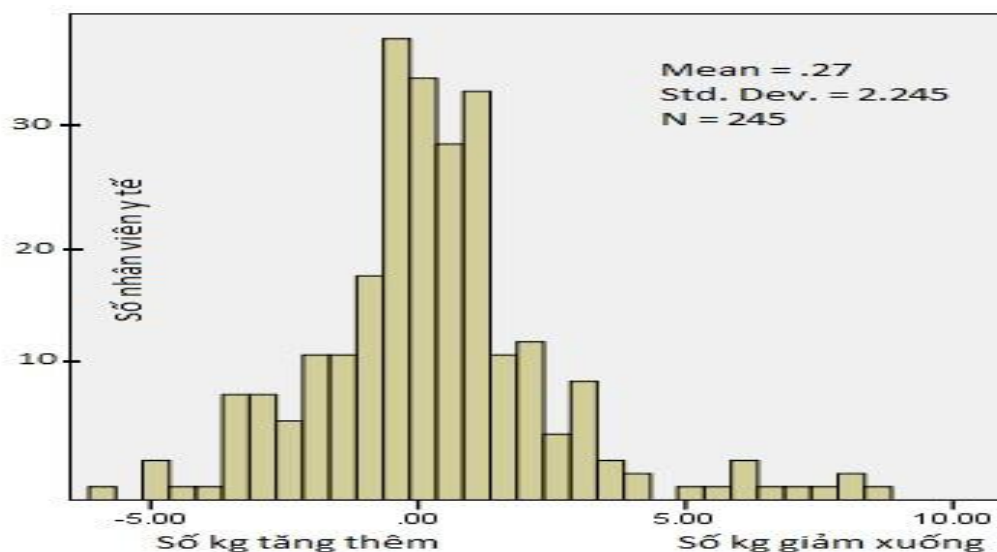
BMI	Trước can thiệp	Sau can thiệp	Mức chênh lệch BMI
Thấp cân (<18.5 kg/m ²)	21 (8.6%)	13 (5.3%)	+8
Bình thường (18,5-22,9 kg/m ²)	117 (47.8%)	124 (50.6%)	-7
Quá cân (23-24,9 kg/m ²)	52 (21,2%)	61 (24.9%)	-9
Béo phì (≥25 kg/m ²)	55 (22.4%)	47(19.2%)	+8

Nhận xét: Nhóm nhân viên thấp cân giảm từ 8.6% xuống 5.3% (mức chênh lệch BMI: +8). Các nhân viên có BMI bình thường đã tăng từ 47,8% lên 50,6% (mức chênh lệch: -7). Nhóm các nhân viên quá cân lại có xu hướng tăng từ 21,2% lên 24,9% (mức chênh lệch: -9). Các nhân viên béo phì giảm từ 22.4% xuống còn 19,2% (mức chênh lệch:+8).

Bảng 3. Biến động BMI cụ thể ở từng nhóm trước-sau khi can thiệp

BMI ban đầu (số người và tỷ lệ)		BMI sau 6 (số người và tỷ lệ)			
		Thấp cân	Bình thường	Quá cân	Béo phì
Thấp cân (<18.5 kg/m ²)	21 (8,6%)	13	8	0	0
Bình thường (18,5-22,9kg/m ²)	117 (47,8%)	0	107	10	0
Quá cân (23-24,9 kg/m ²)	52 (21.2%)	0	9	36	7
Béo phì (≥25 kg/m ²)	55 (22,4%)	0	0	15	40
Cộng	245 (100%)	13(5.3%)	124 (50.6%)	61 (24.9%)	47 (19.2%)

Nhận xét: Trong số 21 nhân viên thấp cân ban đầu chỉ còn lại 13 người còn thấp cân, 8 người còn lại chuyển qua BMI bình thường. Trong khi đó 117 người có BMI bình thường ban đầu còn lại 107 người sau khi can thiệp và 10 người vào nhóm BMI quá cân. Trong 55 người béo phì ban đầu thì có 15 người về quá cân, chỉ còn lại 40 người còn BMI béo phì.



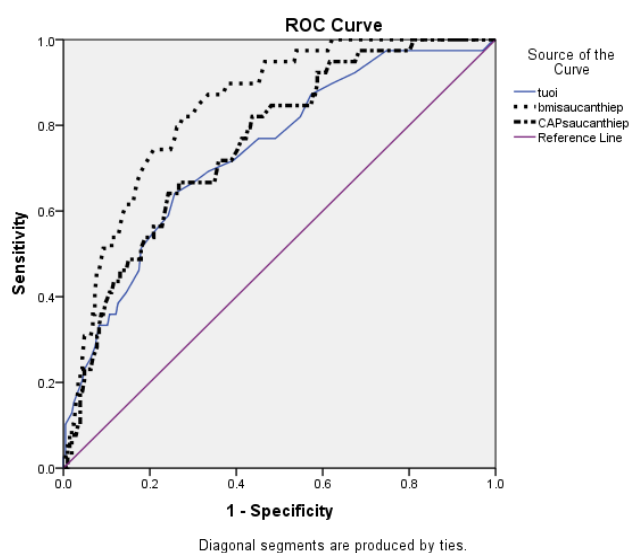
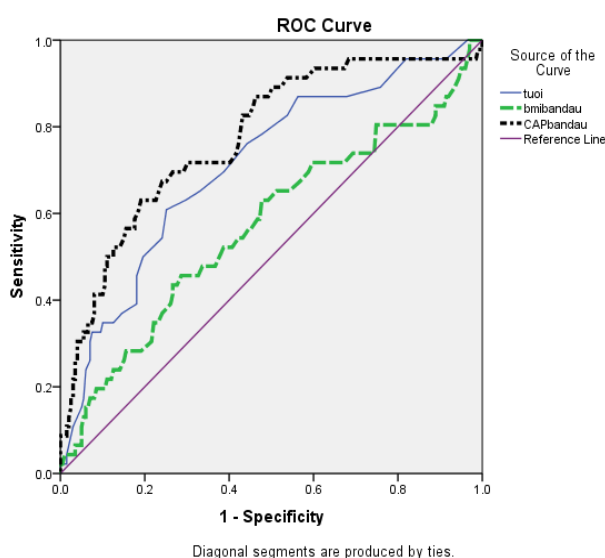
Hình 2. Biến đổi thể trọng sau khi can thiệp (n=245)

Nhận xét: Phân tích biến đổi tăng giảm trọng lượng cơ thể (kg) của đối tượng NVYT có kết quả phân bố theo Hình 2. Nếu xem chênh lệch trọng lượng ±0,5 kg là bình thường, thì có 75 (30,6%) người không thay đổi cân nặng. Số có thay đổi theo xu hướng giảm cân là 72 (29,4%); trong khi đó số người thay đổi theo chiều hướng tăng cân là 98 (40%). Cá biệt có đối tượng giảm 8,7 kg trong khi có người tăng cao nhất là 5,9 kg.

Bảng 4. Biểu đồ ROC thể hiện các yếu tố nguy cơ: tuổi, BMI, CAP (BGNMKDR) với HCCH trước và sau can thiệp

Các biến lần 1	AUC %	Độ nhạy %	Đặc hiệu %	p
Tuổi	73,8	74,3	64,1	0,000
BMI 1	60,0	53,8	66,0	0.049
CAP 1	76,4	97,4	45,1	0.000

Các biến lần 2	AUC %	Độ nhạy %	Đặc hiệu %	p
Tuổi	71,2	60,9	74,9	0.000
BMI 2	50,5	76,1	74,4	0.000
CAP 2	47,6	71,7	75,9	0.000



Hình 3. Biểu đồ ROC và Bảng. HCCH và các yếu tố nguy cơ

Nhận xét: Nghiên cứu HCCH với các yếu tố nguy cơ như tuổi, BMI và CAP lần 1 (trước can thiệp) và lần 2 (sau can thiệp) thì thấy HCCH chịu tác động của 3 yếu tố này khá cao.

BÀN LUẬN

Nhật Tân là một bệnh viện ngoài công lập nằm tại thành phố Châu Đốc tỉnh An Giang. Bệnh viện được cấp phép hoạt động kể từ ngày 08/3/2004. Hai năm gần đây số NVYT thường xuyên của bệnh viện trên 300 người, phục vụ việc chăm sóc sức khỏe và khám chữa bệnh cho bà con trong và ngoài tỉnh. Sau những nghiên cứu về thực trạng mắc HCCH trong NVYT vào năm 2017-2018, chúng tôi tiến hành nghiên cứu can thiệp phòng ngừa mắc bệnh tiếp theo. Kết quả điều tra cho thấy tỷ lệ hiện mắc HCCH chung ở nhân viên y tế bệnh viện Nhật Tân vào thời điểm tháng 7/2018 (trước khi can thiệp) là 18,8%, trong đó nữ mắc HCCH có phần cao hơn với 20,8% so với nam chỉ có 15,6%, nhưng khác

biệt giữa 2 giới không có ý nghĩa thống kê với $p=0,311$. Tác giả Trần Quang Bình và cs nghiên cứu trên người trung niên ở vùng đồng bằng sông Hồng vào năm 2014 cho biết tỷ lệ hiện mắc HCCH là 16,3% [2]. Khi phân tích theo từng nhóm NVYT như bác sĩ, điều dưỡng, nhân viên hành chính thì không thấy khác biệt có ý nghĩa. Yeh và cs [3] nghiên cứu tại một trung tâm y tế ở phía bắc Đài Loan về tỷ lệ hiện mắc HCCH chung là 12%; nhưng bác sĩ có tỷ lệ mắc HCCH cao nhất (18,3%) và thấy béo phì và đường huyết cao là những bất thường phổ biến, lần lượt là 29,3% và 10,5%; NVBV nói chung có tỷ lệ mắc HCCH trung bình trong khi các bác sĩ và nhân viên hành chính có tỷ lệ mắc cao hơn so với các nhóm nhân viên khác. Hiện nay HCCH có xu hướng tăng nhanh, nhất là ở các nước Nam Mỹ, Flores và cs [5] nghiên cứu ở NVYT Mexico năm 2010 cho thấy khoảng 68% nam giới và 74% phụ nữ ở Mexico bị thừa cân hoặc béo phì, và những con số này được dự đoán sẽ tăng lên 88% và 91%, tương ứng vào năm 2050. Tỷ lệ mắc HCCH được ước tính lên tới 40 % trong số những người trưởng thành ở Mexico.

Kết quả sau khi can thiệp trong thời gian liên tục 6 tháng bằng nhiều biện pháp khả thi cho cá nhân và tập thể, tỷ lệ hiện mắc HCCH chung cho toàn bộ 245 đối tượng NVYT đã giảm từ 18,8% xuống còn 15,9%, sự khác biệt rất rõ với $p<0,01$. Trong khi tỷ lệ nhân viên nữ thay đổi không nhiều (từ 20,8% còn 20,1%, $p>0,05$) thì đối tượng nam giới giảm mắc HCCH rõ rệt hơn (từ 15,6% còn 9,4%, $p<0,001$). Sau khi can thiệp, nhóm các nhân viên thấp cân ($BMI<18,5 \text{ kg/m}^2$) giảm từ 9% xuống còn 5,3% cho thấy biện pháp can thiệp của chúng tôi không chỉ khuyến khích người có BMI cao giảm cân mà còn khuyến khích nhân viên thấp cân (người ốm/gày) cải thiện được thể trọng của mình. Các nhân viên có BMI có mức bình thường ($18,5-22,9 \text{ kg/m}^2$) đã tăng từ 47,8% lên 50,6%. Nhưng các nhân viên quá cân (BMI từ $23-24,9 \text{ kg/m}^2$) cũng tăng từ 21,2% lên 24,9%, trong khi các nhân viên béo phì ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) giảm từ 22,4% xuống còn 19,2%. Điều này cho thấy số nhân viên quá cân và béo phì còn cần một quá trình can thiệp lâu dài để cải thiện, dù rằng có một số người đã giảm cân khá ấn tượng (lên tới 8,7 kg/trong 6 tháng).

Trên biểu đồ ROC chúng tôi nhận thấy các yếu tố như tuổi đời, BMI và CAP (BGNMKDR) đối với HCCH trước và sau khi can thiệp, chúng tôi đều thấy các yếu tố này đều có ý nghĩa thống kê (bảng 4). BGNMKDR ngày càng được nói đến nhiều về vai trò của nó trong HCCH và nhiều nghiên cứu còn cho rằng BGNMKDR là một thành phần không thể thiếu của HCCH, nhất là khi HCCH có xu hướng mắc tăng cao hơn.

Về vấn đề can thiệp thể lực giúp giảm tỷ lệ hiện mắc HCCH, Satoh và cs [7] ở Nhật Bản cho rằng cần có vai trò quan trọng của các nhà vật lý trị liệu trong việc cung cấp hướng dẫn để ngăn ngừa HCCH. Một trong các biện pháp can thiệp là cho người lao động, công nhân tập thể dục tại nơi làm việc nhằm ngăn ngừa hoặc cải thiện nhiều loại chỉ số về hình thể và xét nghiệm sinh hóa của hội chứng này.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu can thiệp trong vòng 6 tháng ở các nhân viên y tế bệnh viện Nhật Tân bằng nhiều biện pháp mang tính khả thi như dùng thức ăn theo chỉ số glucose, hạn chế các thức ăn uống có hại, chủng ngừa các bệnh thường gặp, tăng cường hoạt động thể lực đã góp phần giảm tỷ lệ hiện mắc hội chứng chuyển hóa của đối tượng từ 18,8% trước khi can

thiệt xuống còn 15,9% sau khi can thiệp ($p < 0,001$). Sự thay đổi theo chiều hướng tích cực các chỉ số BMI và CAP (BGNMKDR) không chỉ ở đối tượng thừa cân, béo phì mà còn thấy với nhóm đối tượng có thể trọng bình thường và thấp cân. Kết quả nghiên cứu cho thấy khả năng dự phòng nguy cơ của hội chứng chuyển hóa bằng những biện pháp chủ động và khả thi do chính các nhân viên y tế bệnh viện thực hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Aguilar M, Bhuket T, Torres S, Liu B, Wong RJ. Prevalence of the Metabolic Syndrome in the United States, 2003-2012. *JAMA*. 2015;313(19):1973-1974.
2. Tran Quang Binh, Pham Tran Phuong, Bui Thi Nhung, Do Dinh Tung. Metabolic syndrome among a middle-aged population in the Red River Delta region of Vietnam. *BMC Endocr Disord*. 2014; 14: 77
3. Yeh WC, Chuang HH, Lu MC, Tzeng IS, Chen JY. Prevalence of metabolic syndrome among employees of a taiwanese hospital varies according to profession. *Medicine (Baltimore)*. 2018 Aug; 97(31): e11664.
4. Niazi E, Saraei M, Aminian O, Izadi N. Frequency of metabolic syndrome and its associated factors in health care workers. *Diabetes Metab Syndr*. 2019 Jan - Feb;13(1):338-342.
5. Flores YN, Auslander A, Crespi CM, Rodriguez M, Zhang ZF, Durazo F, Salmerón J. Longitudinal association of obesity, metabolic syndrome and diabetes with risk of elevated aminotransferase levels in a cohort of Mexican health workers. *J Dig Dis*. 2016 May;17(5):304-12.
6. IDF. The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome. ©International Diabetes Federation, 2006:10-15
7. Satoh T, Nemoto Y, Utumi T, Munakata M. Physical Therapy for Metabolic Syndrome Prevention in Workers: Novel Role of Physical Therapist. *Nihon Eiseigaku Zasshi*. 2016;71(2):119-25.

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

*Thái Hán Vinh, Trần Bửu Thọ,
Đoàn Thị Trúc Đào, Hà Thị Ngọc Uyển*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ.

Giảm tiểu cầu, được định nghĩa là lượng tiểu cầu nhỏ hơn 150.000/ μ l, là một trong những bất thường xét nghiệm thường gặp nhất ở bệnh nhân nằm điều trị tại khoa ICU. Tỷ lệ giảm tiểu cầu ở bệnh nhân nằm ICU thay đổi từ 15-60% [3]. Giảm tiểu cầu thường xảy ra ở bệnh nhân nhiễm trùng huyết nặng, xơ gan, truyền máu khối lượng lớn...

Trong tất cả các bệnh nhân ICU có giảm tiểu cầu, khoảng 50% bệnh nhân có giảm tiểu cầu ngay lúc nhập viện, 50% còn lại xuất hiện trong quá trình nằm điều trị. Các nghiên cứu trước đây cho thấy giảm tiểu cầu làm tăng số ngày nằm điều trị tại ICU, tăng xuất huyết và tăng tỷ lệ tử vong. Số lượng tiểu cầu giảm đi trong lúc nằm điều trị là một yếu tố tiên lượng tử vong [2].

Bởi vì giảm tiểu cầu ở bệnh nhân ICU là thường gặp, tăng nguy cơ xuất huyết, yếu tố tiên lượng tử vong nên chúng ta cần phải theo dõi lượng tiểu cầu chặt chẽ hơn ở bệnh nhân đã giảm tiểu cầu hoặc bệnh nhân có nguy cơ giảm tiểu cầu để có hướng xử trí thích hợp và kịp thời, đồng thời giúp tiên lượng bệnh nhân. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với các mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ giảm tiểu cầu ở bệnh nhân nằm điều trị tại khoa ICU.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến giảm tiểu cầu mới xuất hiện trong lúc nằm ICU.
3. Tìm mối liên quan giữa giảm tiểu cầu với kết cục điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

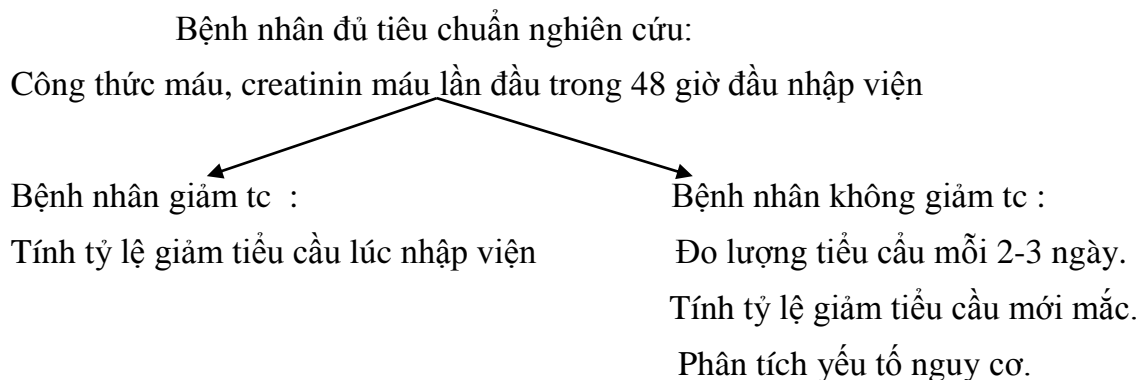
- Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nặng nhập ICU.
- Tiêu chuẩn loại trừ :
 - + Bệnh nhân đã truyền tiểu cầu trước đó.
 - + Bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn nặng cần nhập ICU điều trị.

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.

- Định lượng tiểu cầu : Số lượng tiểu cầu được lấy từ kết quả tổng phân tích máu ngoại biên được thực hiện vào lúc nhập viện và mỗi 2 -3 ngày sau đó.

- Sơ đồ nghiên cứu:



2.3. Tiêu chuẩn đánh giá:

- Giảm tiểu cầu: tiểu cầu trong máu $< 150.000 / \mu\text{l}$.
- Giảm tiểu cầu lúc nhập viện : giảm ngay lúc nhập viện hay trong 48 giờ đầu nhập viện.
- Giảm tiểu cầu mức phải trong lúc nằm viện : giảm TC xuất hiện từ sau 48 giờ nằm viện.
- Phân độ giảm tiểu cầu: độ 1 ($100.000// \mu\text{l} - 149.000// \mu\text{l}$), độ 2 ($50.000// \mu\text{l} - 99.000// \mu\text{l}$), độ 3 ($< 50.000// \mu\text{l}$).
- Bệnh cải thiện: bệnh nhân ổn định và xuất viện.
- Bệnh không cải thiện: xin về, chuyển viện, tử vong.

2.4. Phân Tích Thống Kê

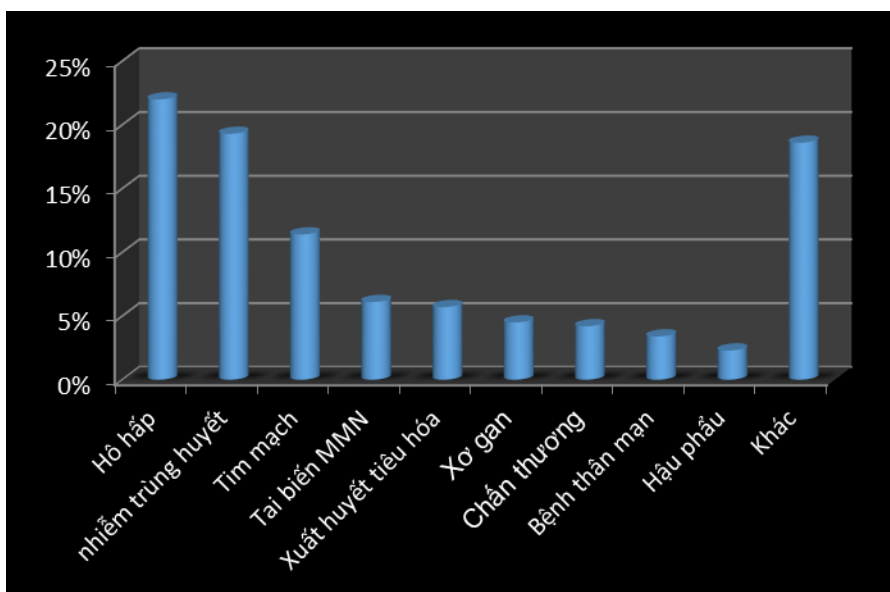
- Các dữ liệu thu thập được nhập và phân tích bằng phần mềm SpSS 16.0.
- Phân tích đơn biến:
 - + Biến số rời: tỷ lệ %, Chi-square test.
 - + Biến số liên tục: tính trung bình, so sánh trung bình bằng T test.
- Chọn P có ý nghĩa khi $p < 0,05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 3 /2019 đến tháng 7/2019 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu 429 bệnh nhân nặng nhập ICU điều trị.

3.1. Đặc điểm dân số chung.

- Số lượng bệnh nhân: 429
- Biểu đồ chẩn đoán



- Bảng 1: một số đặc điểm chung:

	Chung(n=429)	< 48g(n=165)	>48g(n=264)	p
Tuổi	62.21±17.48	61.1 ± 17.746	62.9±17.31	0.32
Giới nữ,n(%)	215(50.1)	79(47,9)	136(51,5)	0.46
Tỷ lệ giảm tiểu cầu,n(%)	160(37.3)	47(28,5)	113(42,8)	0.03
Số ngày điều trị	5.44± 6.1		8.12± 6.5	
Điều trị cải thiện,n(%)	161(37,5)	17(10,3)	144(54,5)	0.00

3.2. Nhóm bệnh nhân nằm viện trên 48 giờ:

- Tỷ lệ giảm tiểu cầu : 113/264 = 42,8%.

- Bảng 2: Mức độ giảm tiểu cầu :

Mức độ	n	%
Độ 1	64	56,5
Độ 2	36	31,9
Độ 3	13	11,5

Bảng 3: Các yếu tố liên quan đến hạ tiểu cầu trong máu :

ĐẶC ĐIỂM	chung(n=264)	Hạ TC(n=113)	Không hạ TC(n=151)	p
Đặcdiểmchung				
Tuổi	62,9± 17,31	62,81± 17,2	62,9± 17,4	0,95
Nữ,n(%)	136(51,5)	50(44,2)	86(57)	0,04
Thở máy,n(%)	81(30,7)	43(38,1)	38(25,2)	0,025
Ngày điều trị tại ICU	8,12±6,49	8,17±6,37	8,08±6,59	0,91
Cải thiện điều trị,n(%)	144(54,5)	49(43,4)	95(62,9)	0,001
Sinh hóa				
Hb(g/dl)	10,82± 2,58	10,69± 2,87	10,91±2,34	0,49
Bạch cầu	24.700±4.420	17.170± 2.307	30.033± 5.452	0,016
Creatinin máu(mg/dl)	1,63± 1,46	1,76± 1,5	1,54± 1,44	0,23
Tiền căn				
Tăng huyết áp, n(%)	12(4,5)	7(6,2)	5(3,3)	0,26
Tim mạch, n(%)	62(23,5)	28(24,8)	34(22,5)	0,67
Bệnh thận mạn, n(%)	34(12,9)	18(15,9)	16(10,6)	0,2
Đái tháo đường,n(%)	69(26,1)	24(21,2)	45(29,8)	0,11
TBMMN,n(%)	23(8,7)	11(9,7)	12(7,9)	0,61
Bệnh gan mạn,n(%)	27(10,2)	20(17,7)	7(4,6)	0,001
Yếu tố nguy cơ				
Nhiễm trùng,n(%)	100(37,9)	63(55,8)	37(24,5)	0,000
Xơ gan,n(%)	23(8,7)	19(16,8)	4(2,6)	0,000
Truyền máu,n(%)	29(11)	22(19,5)	7(4,6)	0,000
Quinolone,n(%)	124(47)	50(44,2)	74(49)	0,44
Carbapenem,n(%)	98(37,1)	43(38,1)	55(36,4)	0,78
Chấn thương, Hậu phẫu,n(%)	29(11)	20(17,7)	9(6)	0,003
Thở máy,n(%)	81(30,7)	43(38,1)	38(25,5)	0,025
Thận nhân tạo,n(%)	4(1,5)	1(9)	3(2)	0,46

Bảng 4: Phân tích hồi qui đa biến các yếu tố nguy cơ hạ tiểu cầu máu:

Thông số	OR	95% C	P
Giới	0,447	0,527-1,89	0,99
Kết quả điều trị	1,44	0,23-0,83	0,01
Bạch cầu	1	1-1	0,001
Tiền căn bệnh gan mạn	1,12	0,165-7,59	0,97
Nhiễm trùng huyết	6,31	3,3-12,0	0,000
Xơ gan	24,34	2,26-262,0	0,000
Truyền máu lượng lớn	6,88	2,27-20,8	0,001
Chấn thương, hậu phẫu	3,81	1,33-10,9	0,012
Thở máy	1,4	0,69-2,84	0,34

Nhận xét: nhiễm trùng huyết, sốc nhiễm trùng, xơ gan, truyền máu khối lượng lớn, chấn thương nặng, hậu phẫu là các yếu tố nguy cơ hạ tiểu cầu máu. Ở bệnh nhân hạ tiểu cầu, tỷ lệ khỏi bệnh thấp hơn nhóm không hạ tiểu cầu .

IV. BÀN LUẬN:

Tỷ lệ hạ giảm tiểu cầu máu.

- Lượng tiểu cầu bình thường được định nghĩa là 150.000-450.000/ μ l. Khoảng 95% người bình thường có lượng tiểu cầu > 150.000/ μ l. . Bởi vì lượng tiểu cầu trong máu có phân phối chuẩn nên có 2,5% người bình thường có lượng tiểu cầu < 150.000/ μ l [7].

- Tỷ lệ hạ tiểu cầu máu thay đổi theo từng nghiên cứu. Sự khác biệt này có thể do khác nhau về dân số nghiên cứu, định nghĩa về giảm tiểu cầu và thời điểm nghiên cứu. Hiện tại, hầu hết các nghiên cứu đều lấy ngưỡng giảm tiểu cầu < 150.000/ μ l hoặc < 100.000/ μ l, rất ít nghiên cứu lấy ngưỡng <50.000 / μ l [7].

- Tỷ lệ giảm tiểu cầu lúc nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 28,5%. Tùy theo định nghĩa, Tỷ lệ giảm tiểu cầu lúc nhập viện thay đổi từ 8,3-67,6% [8].

- Tỷ lệ mới mắc giảm tiểu cầu trong nghiên cứu của chúng tôi là 42,8%. Các nghiên cứu trước đây cho thấy tỷ lệ mới mắc thay đổi từ 15-60% ở bệnh nhân ICU [1], [3].

Yếu tố nguy cơ:

- Nguyên nhân giảm tiểu cầu ở ICU thường là đa yếu tố và khó tìm ra nguyên nhân chính xác. Ở bệnh nhân ICU, cơ chế giảm tiểu cầu do tương tác nhiều yếu tố, bao gồm tăng tiêu thụ, tăng phá hủy, giảm sản xuất và ứ trệ tiểu cầu [5]. Nếu chúng ta điều trị một nguyên nhân giảm tiểu cầu có thể không đưa lượng tiểu cầu về bình thường được [15].

- Giảm tiểu cầu xuất hiện sau khi nhập viện có thể là do can thiệp điều trị (hồi sức dịch, phẫu thuật, thuốc ...) hoặc do biến chứng của bệnh (nhiễm trùng, suy gan...) [15].

- Giảm tiểu cầu ở bệnh nhân nhiễm trùng huyết hay sốc nhiễm trùng là nguyên nhân giảm tiểu cầu thường gặp nhất ở bệnh nhân ICU. Giảm tiểu cầu này thường là đa yếu tố, bao gồm kết dính nội mạc, phá hủy tiểu cầu qua cơ chế miễn dịch, ức chế tủy xương, DIC. Lượng tiểu cầu tăng lên trong lúc điều trị có thể cho thấy tình trạng nhiễm trùng được cải thiện [15].

- Giảm tiểu cầu thường gặp sau phẫu thuật. Giảm tiểu cầu xuất hiện sớm sau phẫu thuật thường là sinh lý và không thể tránh khỏi. Phẫu thuật gây hoạt hóa bổ thể, phá hủy neutrophil và phóng thích cytokin dẫn đến hoạt hóa, kết dính và tiêu thụ tiểu cầu [9]. Giảm tiểu cầu sau phẫu thuật do sinh lý thường là nhẹ, không gây xuất huyết và tự hồi phục trong 3-4 ngày. Nếu giảm tiểu cầu sau phẫu thuật kéo dài hơn 5 ngày, nên tìm kiếm nguyên nhân giảm tiểu cầu.

- Giảm tiểu cầu do pha loãng: Truyền nhiều dịch và truyền máu khối lượng lớn là yếu tố nguy cơ giảm tiểu cầu do pha loãng. Bất thường xét nghiệm huyết học thường gặp nhất là sau truyền máu khối lượng lớn (15 đơn vị).Nguyên nhân giảm tiểu cầu là do dịch truyền và hồng cầu lắng không có chứa tiểu cầu [11]. Hơn 75% bệnh nhân được truyền truyền hơn 20 đơn vị hồng cầu lắng có lượng tiểu cầu < 50.000/ μ l.

- Giảm tiểu cầu thường gặp ở bệnh nhân bệnh gan mạn. Hơn 70% bệnh nhân xơ gan bị giảm tiểu cầu do ứ tiểu cầu ở lách, giảm sản xuất tiểu cầu và tăng phá hủy tiểu cầu do cơ chế tự miễn [6]. Tiểu cầu giảm thường gặp ở bệnh gan mạn tính hơn. Tuy nhiên, giảm tiểu cầu có thể nặng nề hơn hoặc mới xuất hiện ở bệnh nhân nằm viện do suy gan cấp nặng. Tổn thương gan do acetaminophen có thể gây giảm tiểu cầu và tương quan trực tiếp đến mức độ tổn thương gan [4].

Tiên lượng

- Trong Nghiên cứu của chúng tôi, không có sự khác biệt về số ngày nằm điều trị tại khoa ICU, nhưng có sự khác biệt về tỷ lệ khỏi bệnh giữa 2 nhóm giảm tiểu cầu và không giảm tiểu cầu. Tỷ lệ khỏi bệnh trong nhóm không hạ tiểu cầu là 62,9%, ở nhóm giảm tiểu cầu là 43,4% ($p=0,001$).

- Giảm tiểu cầu mới mắc trong lúc nằm viện có tiên lượng xấu. Nhiều nghiên cứu trước đây ghi nhận có sự liên quan giữa giảm tiểu cầu với kết cục lâm sàng xấu [2], [10]. Spurung ghi nhận giảm tiểu cầu tăng nguy cơ tử vong lên 1,7 lần ở bệnh nhân nhiễm trùng huyết [13]. Nghiên cứu của Vanderschueren cho thấy giảm tiểu cầu làm tăng tỷ lệ tử vong trong ICU (33,8% vs 9,3%) và tăng thời gian nằm ICU(8 vs 5 ngày) so với không giảm tiểu cầu. Bệnh nhân giảm tiểu cầu có tiên lượng xấu có thể do nhiều lý do [16]. Giảm tiểu cầu thường gặp ở bệnh nhân có bệnh lý cơ bản nặng cần phải điều trị tại ICU. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giảm tiểu cầu thường gặp nhất ở bệnh nhân nhiễm trùng nặng, là bệnh lý có tiên lượng rất xấu. Giảm tiểu cầu là một marker cho rối loạn nặng chức năng cơ quan, thường cho thấy bệnh nhân diễn tiến nặng hơn. Hơn nữa, giảm tiểu cầu thường xảy ra sau xuất huyết nặng, truyền máu, huyết khối.

V.KẾT LUẬN

Từ 3/2019 đến 7/2019 chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên 429 bệnh nhân nằm điều trị tại khoa ICU. Chúng tôi có thể đưa ra kết luận sau:

- Tỷ lệ bệnh nhân bị giảm tiểu cầu lúc nhập viện là 28,5% (47/165 case).
- Tỷ lệ bệnh nhân bị giảm tiểu cầu mới mắc sau 48 giờ nhập viện là 42,8%% (113/264 case).
- Tỷ lệ bệnh nhân bị giảm tiểu cầu chung là 37,3% (160/429 case).
- Các yếu tố nguy cơ giảm tiểu cầu mới mắc sau nhập viện: Nhiễm trùng huyết nặng, hoặc sốc nhiễm trùng, xơ gan, truyền máu khối lượng lớn, hậu phẫu, chấn thương nặng.
- Bệnh nhân giảm tiểu cầu có tỷ lệ khỏi bệnh thấp hơn bệnh nhân không giảm tiểu cầu.

Bệnh nhân nặng điều trị tại khoa ICU có tỷ lệ hạ tiểu cầu khá cao và tỷ lệ tử vong cao nên chúng ta cần phải cảnh giác và theo dõi lượng tiểu cầu chặt chẽ hơn ở những bệnh nhân có nhiễm trùng nặng, bệnh gan , hậu phẫu, chấn thương , từ đó có các phương pháp điều trị thích hợp và kịp thời để cải thiện tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cherif H, Martling CR, Hansen J, Kalin M, Björkholm M (2007).Predictors of short and long term outcome in patients with hematological disorders admitted to the intensive care unit for a life-threatening complication.Support Care Cancer, 15 (2007), pp. 1393-1398.
- 2.Crowther MA,Cook DJ, Meade MO, Griffith LE,(2005).Thrombocytopenia in medical-surgical critically ill patients: prevalence, incidence, and risk factors. J Crit Care 2005; 20: 348-53..
- 3.Elghohary TS, Zaghla HE (2011)Role of thrombocytopenia as an independent prognostic marker in the critically ill patients with multiorganfailure. Med J Cairo Univ. 2011;79:1–9.
- 4.Fischereder M, Jaffe JP (1994). Thrombocytopenia following acute acetaminophen overdose. Am J Hematol.1994;45(3):258–259.
- 5.Greinacher A, Selleng K(2010). Thrombocytopenia in the intensive care unit patient. Hematology Am Soc Hematol Educ Program, 2010, pp. 135-143
- 6.Hancox SH, Smith. Liver disease as a cause of thrombocytopenia. QJM. 2013;106(5):425–431

7.Hui P, Cook DJ, Lim W(2011).The frequency and clinical significance of thrombocytopenia complicating critical illness: a systematic review.Chest, 139 (2011), pp. 271-278

8.Marco-Schulke CM, Sánchez-Casado M. Severe thrombocytopenia on admission to the intensive care unit in patients with multiple organ failure.Med Intensiva. 2012 Apr;36(3):185-92 .

9.Ruel M, Khan TA, Voisine P, et al (2004). Vasomotor dysfunction after cardiac surgery. Eur J Cardio-Thoracic Surg. 2004;26(5):1002–1014..

10.Rice TW. Wheeler AP (2009). Coagulopathy in the critically ill patients. Part 1: Platelet disorders.Chest, 136 (2009), pp. 1622-1630

11.Sihler KC, Napolitano LM. Complications of massive transfusion. Chest. 2010;137(1):209–220.

12.Shalansky SJ, Verma AK, M. Dodek (2002). Risk markers for thrombocytopenia in critically ill patients: a prospective analysis. Pharmacotherapy, 22 (2002), pp. 803-813

13.Sprung CL, Peduzzi PN, Shatney CH, Schein RM, Wilson MF, Sheagren JN(1990). Impact of encephalopathy on mortality in the sepsis syndrome. The Veterans Administration Systemic Sepsis Cooperative Study Group. Crit Care Med 1990; 18: 801

14.So Yeon Lim,¹ Eun Ju Jeon,¹ Hee-Jin Kim,² The Incidence, Causes, and Prognostic Significance of New-Onset Thrombocytopenia in Intensive Care Units: A Prospective Cohort Study in a Korean Hospital. J Korean Med Sci. 2012 Nov; 27(11): 1418–1423

15.Thachil J¹, Warkentin TE². How do we approach thrombocytopenia in critically ill patients? Br J Haematol. 2017 Apr;177(1):27-38

16.Vanderschueren S, De Weerd A, Malbrain M, Vankersschaever D, Frans E, Wilmer A,. Thrombocytopenia and prognosis in intensive care. Crit Care Med 2000; 28: 1871-6..

17.Vandijck DM, Blot SI, De Waele JJ, Hoste EA, Vandewoude KH, Decruyenaere JM. Thrombocytopenia and outcome in critically ill patients with bloodstream infection. Heart Lung, 39 (2010), pp. 21-26

**ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG VÔ CẢM GÂY TÊ TỦY SỐNG
BẰNG BUPIVACAIN PHỐI HỢP SUFENTANIL
TRONG PHẪU THUẬT CHI DƯỚI VÀ VÙNG HẬU MÔN**

*Tăng Văn Dũng, Nguyễn Long Hồ
Phạm Thị Ngọc Diễm, Trần Thị Thúy Phương*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Gây tê tủy sống được thực hiện bằng cách đưa thuốc tê vào khoang dưới nhện và thuốc tê sẽ được hòa lẫn vào dịch não tủy, ngấm trực tiếp vào các tổ chức thần kinh, cắt đứt tạm thời đường dẫn truyền hướng tâm, dẫn truyền li tâm, thần kinh thực vật ngang mức đốt sống tương ứng.

Cho đến nay, có rất nhiều thuốc tê được sử dụng trong lâm sàng như: Cocain, Procain (Novocaine), Tetracain, Lidocain, Bupivacaine (Marcain), Ropivacain. Tuy nhiên, thuốc được thường xuyên sử dụng là Bupivacain 0,5% heavy, để gây tê tủy sống. Bupivacain có nhiều ưu điểm là khởi tê nhanh, tác dụng tê tốt trong mổ, thời gian kéo dài, cường độ mạnh nhưng có nhược điểm là ảnh hưởng đến tim mạch, khi kết hợp Bupivacain với Sufentanil để phẫu thuật cho kết quả giảm đau rất tốt.

Hiện nay vấn đề đặt ra là phải làm thế nào để sử dụng Bupivacain có hiệu quả vô cảm tốt trong mổ, giảm đau kéo dài sau mổ, nhưng hạn chế tối đa tác dụng phụ của thuốc. Các nhà gây mê đã phối hợp Bupivacain với thuốc giảm đau, với mong muốn sẽ giảm được liều thuốc tê do đó hạn chế được các tác dụng phụ của chúng và làm tăng được tác dụng giảm đau sau mổ. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đánh giá tác dụng gây tê tủy sống bằng Bupivacain phối hợp với Sufentanil trong phẫu thuật chi dưới và vùng hậu môn” với các mục tiêu sau:

1- Mục tiêu chung:

Đánh giá tác dụng gây tê tủy sống bằng Bupivacain phối hợp Sufentanil trong phẫu thuật chi dưới và vùng hậu môn.

2- Mục tiêu cụ thể:

- Đánh giá tác dụng vô cảm của hỗn hợp Bupivacain và Sufentanil trong gây tê tủy sống để phẫu thuật chi dưới và vùng hậu môn.
- Đánh giá tác dụng giảm đau sau mổ.
- Đánh giá các ảnh hưởng hệ tuần hoàn, hô hấp và các tác dụng không mong muốn .

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU :

2.1- Đối tượng nghiên cứu:

Các bệnh nhân phẫu thuật chi dưới và vùng hậu môn từ tháng 4 đến tháng 10 năm 2019 tại khoa gây mê hồi sức Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang.

2.1.1- Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật chi dưới và vùng hậu môn.
- Có chỉ định gây tê tùy sống.
- Bệnh nhân có ASA (American Society of Anesthesiologists) từ I- II.

2.1.2- Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân dị ứng với thuốc tê.
- Bệnh lý nội khoa nặng như suy tim nặng, thiếu máu nặng, hẹp van động mạch chủ, hẹp van 2 lá khít, ASA >2.
- Bệnh nhân rối loạn tâm thần, có rối loạn đông máu, đang dùng thuốc chống đông, nhiễm trùng vùng chích tê.

2.2- Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang.

2.2.2- Địa điểm nghiên cứu: Khoa GMHS Bệnh Viên ĐKKV Tỉnh An Giang

2.2.3- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 04/2019 đến tháng 10/2019.

2.3- Phương pháp tiến hành:

2.3.1- Chuẩn bị bệnh nhân:

Giải thích rõ gây tê tùy sống cho bệnh nhân hiểu, lập đường truyền tĩnh mạch chắc chắn với kim lườn số 18G.

2.3.2- Chuẩn bị các thuốc gây mê hồi sức:

Propofol, etomidate, rocuronium, atracurium, suxamethonium, atropine, ephedrine, nor-adrenaline, sufentanil (tê tùy sống).

2.3.3- Chuẩn bị máy móc, trang thiết bị:

Nguồn oxy, máy gây mê, đèn đặt NKQ, bóng, mặt nạ, cây thông nòng, ống NKQ, băng keo, kim tê tùy sống, bơm tiêm, bộ gây tê tùy sống...

2.3.4- Chuẩn bị thuốc tê:

- Bupivacaine (marcain) 0,5% heavy spinal ống 4 ml.
- Sufentanil 50mcg/ml- hameln

2.3.5- Kỹ thuật gây tê:

- Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm nghiêng trái, lưng cong chân co gập vào bụng tối đa hoặc ngồi khom lưng và sát trùng toàn bộ khu vực cột sống thắt lưng bằng cồn I-ốt, sát trùng lại bằng cồn 70⁰.

- Trải khăn lỏ.

- Xác định mốc chọc kim gây tê tủy sống : trước hết cần xác định mốc khe liên đốt L3-L4, dùng kim gây tê TTS 27G chọc kim nhẹ nhàng vào khoang dưới nhện, đường giữa hoặc đường cạnh bên, rút thông nòng thấy có dịch não tủy chảy ra, tiến hành lắp bơm tiêm (có sẵn thuốc tê và Sufentanil) đã chuẩn bị sẵn, bơm chậm trong 30 giây. Tiêm xong rút kim ra, băng lại bằng băng vô khuẩn cho bệnh nhân nằm ngửa, thở oxy 3l/ph qua ống sond mũi.

2.4- Đánh giá mức độ đau

2.4.1- Đánh giá mức độ đau theo VAS (Visual Analgesia Scale) :

- 1-2 điểm : bệnh nhân không đau
- 3-4 điểm : bệnh nhân đau nhẹ
- 5-6 điểm : bệnh nhân đau vừa
- 7-8 điểm : bệnh nhân đau nhiều
- 9-10 điểm : bệnh nhân không chịu nổi

2.4.2- Đánh giá mức độ ức chế vận động: theo Bromage có 4 độ

- Độ 0 : không cử động.
- Độ 1 : cử động bàn chân.
- Độ 2 : gập gối yếu.
- Độ 3 : cử động bình thường.

2.5- Theo dõi các chỉ số:

Mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO₂ đặt Monitoring 2,5 phút lần trong 30 phút lần trong suốt cuộc mổ.

2.6- Theo dõi đau sau mổ theo VAS trong 6 giờ đầu

- Ghi nhận thời gian giảm đau hoàn toàn (vas = 0)
- Ghi nhận thời gian giảm đau hiệu quả (vas < 3)
- Ghi nhận lượng thuốc giảm đau sử dụng sau 6giờ

2.7- Đánh giá các tai biến, biến chứng

Hạ huyết áp, mạch chậm, run, nôn, ngứa.

2.8- Xử lý số liệu

- Các số liệu thu thập theo phiếu thu thập số liệu, kết quả được xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0
- Xác định mức có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$.

III. KẾT QUẢ

3.1- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong thời gian từ tháng 4 đến tháng 10 năm 2019 có 45 bệnh nhân thỏa điều kiện chọn bệnh được đưa vào nghiên cứu. Trong đó, nữ: 19 BN (42,2%), nam: 26 BN (57,8%); Tuổi trung bình: $38,88 \pm 34,5$ (16 - 64) tuổi; Phân loại ASA: Loại I: 40 BN (88,9%), loại II: 5 BN (11,1%).

3.2- Đặc điểm phẫu thuật:

Bảng 3.1. Nhóm bệnh phẫu thuật

		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh phẫu thuật	Chi dưới	30	66,7 %
	Hậu môn	15	33,3 %
	Tổng	45	100.0 %

Nhận xét: Nhóm phẫu thuật chi dưới trong nghiên cứu có tỉ lệ nhiều hơn 66,7%.

3.3- Thời gian giảm đau:

Bảng 3.2. Thời gian giảm đau

Thời gian (phút)	Trung bình	$176,02 \pm 37,75$
	Tối thiểu – Tối đa	60 – 230

Nhận xét: Thời gian giảm đau trung bình của nghiên cứu là $176,02 \pm 37,75$ phút.

3.4- Sự thay đổi của nhịp tim

Bảng 3.3. Nhịp tim

Nhịp tim	Trung bình (nhịp/phút)	Tối thiểu – Tối đa (lần/phút)
Trước tê	$79,98 \pm 7,81$	60 – 96
Sau 5 phút	$73,24 \pm 8,53$	55 – 91
Sau 10 phút	$81,02 \pm 7,42$	62 – 93
Sau 15 phút	$76,51 \pm 6,88$	64 – 95
Sau 20 phút	$75,89 \pm 5,08$	70 – 93
Sau 25 phút	$76,89 \pm 7,22$	62 – 95

Nhận xét: Sau gây tê 5 phút đến khi chuyển ra phòng hậu phẫu thì nhịp tim vẫn ổn định không thay đổi nhiều.

3.5- Sự thay đổi của huyết áp tâm thu (HATT)

Bảng 3.4. Huyết áp tâm thu (HATT)

HATT	Trung bình (mmHg)	Tối thiểu – Tối đa (mmHg)
Trước tê	117,84 ± 18,21	87 – 150
Sau 5 phút	114,91 ± 16,84	88 – 155
Sau 10 phút	109,04 ± 14,36	80 – 143
Sau 15 phút	114,73 ± 16,37	87 – 147
Sau 20 phút	120,02 ± 16,15	86 – 147
Sau 25 phút	118,02 ± 13,99	87 – 151

Nhận xét: Sau gây tê 5 phút HATT trung bình là 114,91 ± 16,84 mmHg, sau gây tê 10 phút 109,04 ± 14,36 mmHg.

3.6- Sự thay đổi của huyết áp tâm trương (HATTr)

Bảng 3.5. Huyết áp tâm trương (HATTr)

HATTr	Trung bình (mmHg)	Tối thiểu – Tối đa (mmHg)
Trước tê	71,84 ± 9,62	58 – 96
Sau 5 phút	68,47 ± 6,05	60 – 91
Sau 10 phút	73,64 ± 10,24	54 – 99
Sau 15 phút	69,47 ± 8,56	53 – 96
Sau 20 phút	74,91 ± 8,86	59 – 100
Sau 25 phút	70,58 ± 9,17	56 – 95

Nhận xét: Sau gây tê 5 phút HATTr trung bình là 68,47 ± 6,05 mmHg, sau gây tê 10 phút 73,64 ± 10,24 mmHg.

3.7- Sự thay đổi của SpO2

Bảng 3.6. Thay đổi SpO2

SpO2	Trung bình (%)	Tối thiểu – Tối đa (%)
Trước tê	99,47 ± 0,81	98– 100
Sau 5 phút	99,49 ± 0,92	97– 100
Sau 10 phút	99,29 ± 0,82	98 – 100

Sau 15 phút	99,36 ± 0,93	97 – 100
Sau 20 phút	99,73 ± 0,45	99 – 100
Sau 25 phút	99,42 ± 0,81	98 – 100

Nhận xét: Sau gây tê 5 phút SpO2 trung bình là 99,49 ± 0,92 %, sau gây tê 10 phút 99,29 ± 0,82 %.

3.8- Kết quả tê

Bảng 3.7. Kết quả tê

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Tốt	41	91,1 %
Trung bình	4	8,9%
Kém	0	0%
Tổng cộng	45	100%

Nhận xét:

Kết quả nghiên cứu mức độ tê tốt là 91,1%, trung bình là 8,9%, kém là 0%.

3.9- Hiệu quả vô cảm trong mổ

Bảng 3.8. Hiệu quả vô cảm trong mổ

Độ liệt vận động	Số lượng	Tỷ lệ %
0	45	100%
1	0	0%
2	0	0%
3	0	0%
Tổng cộng	45	100%

Nhận xét: Độ liệt vận động không cử động chân là 100%.

3.10- Tác dụng phụ không mong muốn

Bảng 3.9. Tác dụng phụ không mong muốn

Tác dụng phụ	Số lượng	Tỷ lệ %
Không có tdp	25	55,56%
Mạch chậm <60l/p	3	6,67%
Tụt HA < 20%	14	31,1%
Run	7	15,56%

Nôn ói	6	13,33%
Ngứa	6	13,33%

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có tác dụng phụ chiếm tỉ lệ cao nhất 55,56%.

3.11- Liên quan tác dụng phụ và tuổi, thời gian giảm đau bệnh nhân

Bảng 3.10. Liên quan tác dụng phụ và tuổi, thời gian giảm đau bệnh nhân

	Tác dụng phụ	Thời gian giảm đau	p
Thời gian giảm đau	Có tác dụng phụ (n = 20)	184,75 ± 36,2	= 0,014
	Không tác dụng phụ (n = 25)	169,04 ± 8,22	
Tuổi	Tác dụng phụ	Tuổi	= 0,2
	Có tác dụng phụ (n = 20)	37,7 ± 13,99	
	Không tác dụng phụ (n = 25)	36,32 ± 14,95	

Nhận xét:

Thời gian giảm đau có liên quan đến tác dụng phụ của bệnh nhân $p < 0,05$.

BN lớn tuổi có nguy cơ bị tác dụng phụ cao, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

4.1- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình là 38,88 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi, tuổi lớn nhất là 64 tuổi. Trong đó, nữ: 19 BN (42,2%), nam: 26 BN (57,8%); Phân loại ASA: Loại I: 40 BN (88,9%), loại II: 5 BN (11,1%).

Trong nghiên cứu của Valiollah Hassani tuổi trung bình là 35 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 28 tuổi, tuổi lớn nhất là 42 tuổi, trong đó, nữ: 6 BN (20%), nam: 24 BN (80%); BMI trung bình: 25 ± 1 ; Phân loại ASA: Loại I: 22 BN (73,3%), loại II: 8 BN (26,7%). Nghiên cứu của Pooya Derakhshan tuổi trung bình 43.03 tuổi (1) trong đó, nữ: 16 BN (46,7%), nam: 19 BN (53,3%).

Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của chúng tôi lớn hơn, khác nhau về địa điểm, thời gian nghiên cứu, những sai số thống kê và tiêu chuẩn chọn mẫu.

4.2- Đặc điểm phẫu thuật và thời gian giảm đau

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm phẫu thuật chi dưới có 30 BN (66,7%), nhóm vùng hậu môn 15 BN (33,3%), thời gian giảm đau trung bình sau gây tê là 176,02 phút.

Tương tự trong nghiên cứu của Valiollah Hassan thời gian giảm đau trung bình sau gây tê là 171 phút, của Pooya Derakhshan là 153,27 phút, của S. Neeta là 152,55 phút.

Thời gian giảm đau trung bình sau gây tê trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự với nghiên cứu của Valiollah Hassan và dài hơn so với nghiên cứu Pooya Derakhshan và nghiên cứu của S. Neeta.

4.3- Sự thay đổi của nhịp tim

Bảng 4.1. So sánh sự thay đổi của nhịp tim với nghiên cứu của tác giả S. Neeta

Nhịp tim	Chúng tôi (nhịp/phút)	<u>S. Neeta</u> (nhịp/phút)
Sau 5 phút	73,24	80,5
Sau 10 phút	81,02	75,95
Sau 15 phút	76,51	75,35
Sau 20 phút	75,89	75,15
Sau 25 phút	76,89	75,1

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhịp tim sau 10 phút gây tê có sự giảm nhẹ nhưng sự thay đổi này không đáng kể, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của S. Neeta.

4.4- Sự thay đổi của huyết áp tâm thu (HATT)

Bảng 4.2. So sánh sự thay đổi huyết áp tâm thu (HATT) với nghiên cứu của tác giả S. Neeta và tác giả Valiollah Hassani

HATT	Chúng tôi (mmHg)	<u>S. Neeta</u> (mmHg)	<u>Valiollah Hassani</u> (mmHg)
Sau 5 phút	114,91	112,45	121,12
Sau 10 phút	109,04	103	118,1
Sau 15 phút	114,73	107,15	116,23
Sau 20 phút	120,02	113,1	117,55
Sau 25 phút	118,02	117,75	117

4.5- Sự thay đổi của huyết áp tâm trương (HATTr)

Bảng 4.3. So sánh sự thay đổi huyết áp tâm trương (HATTr) với nghiên cứu của tác giả S. Neeta và tác giả Valiollah Hassani

HATTr	Chúng tôi (mmHg)	<u>S. Neeta</u> (mmHg)	<u>Valiollah Hassani</u> (mmHg)
Sau 5 phút	68,47	66,05	72,01
Sau 10 phút	73,64	62,85	65,3
Sau 15 phút	69,47	62,3	70,51
Sau 20 phút	74,91	62	62,13
Sau 25 phút	70,58	68,45	67,41

Sau khi gây tê 10 phút, huyết động của bệnh nhân có sự giảm nhẹ so với ban đầu, tuy nhiên sự giảm này không đáng kể. Nhìn chung, độ ổn định huyết động học của việc phối hợp Sufentanil với Bupivacain cao hơn so với việc sử dụng Bupivacain đơn thuần. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả S. Neeta và tác giả Valiollah Hassani.

4.6- Sự thay đổi của SpO2

Bảng 4.4. So sánh sự thay đổi SpO2 với nghiên cứu của tác giả Valiollah Hassani

SpO2	Chúng tôi (%)	<u>Valiollah Hassani</u> (%)
Sau 5 phút	99,49	99,3
Sau 10 phút	99,29	97,65
Sau 15 phút	99,36	98,58
Sau 20 phút	99,73	98,7
Sau 25 phút	99,42	98,51

Chỉ số SpO2 có sự khác biệt theo thời gian tuy nhiên sự khác biệt này không đáng kể và trong giới hạn cho phép, cho thấy SpO2 ổn định hơn trong việc phối hợp Sufentanil để gây tê.

4.7- Kết quả tê và hiệu quả vô cảm trong mổ

Trong nghiên cứu của chúng tôi mức độ tê tốt là 41 bệnh nhân (91,1%), trung bình là 4 bệnh nhân (8,9%) và không có trường hợp tê kém. 100% bệnh nhân liệt vận động hoàn toàn.

Trong nghiên cứu của Pooya Derakhshan 100% bệnh nhân cũng được phong tỏa cảm giác và vận động hoàn toàn, nghiên cứu của S. Neeta cũng cho kết quả tương tự.

4.8- Tác dụng phụ không mong muốn

Bảng 4.5. So sánh tác dụng phụ không mong muốn với nghiên cứu của tác giả Valiollah Hassani, tác giả S. Neeta và tác giả Poonam Motiani

Tác dụng phụ	Chúng tôi	<u>Valiollah Hassani</u>	<u>S. Neeta</u>	<u>Poonam Motiani</u>
Không có tdp	55,56%	63,3%	55%	42%
Mạch chậm <60l/p	6,67%	0%	0%	0%
Tụt HA < 20%	31,1%	16,7%	30%	15%
Run	15,56%	0%	0%	10%
Nôn ói	13,33%	10%	5%	20%
Ngứa	13,33%	20%	10%	13%

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân không có tác dụng phụ chiếm tỉ lệ cao nhất 55,56%. Cao hơn so với nghiên cứu tác giả Poonam Motiani và thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Valiollah Hassani, tương đương tác giả S. Neeta.

Gây tê tùy sống ngày càng được sử dụng rộng rãi trong phẫu thuật chi dưới và vùng hậu môn do tính an toàn và đơn giản của nó, cũng như khoảng thời gian ngắn hơn để hồi phục. Việc tăng nguy cơ chảy máu sau phẫu thuật và các tác dụng phụ như buồn nôn, nôn, ngứa, tụt HA.. trong giai đoạn hậu phẫu ở bệnh nhân gây mê toàn thân, thì tê tùy sống dường như là một phương pháp tốt hơn. Tuy nhiên, bupivacaine sử dụng trong gây tê tùy sống có thời gian tác dụng ngắn, việc sử dụng liều cao đem lại nhiều tác dụng phụ hơn trên tim mạch, sufentanil là thuốc opioid lipophilic, có thể thay thế cho các loại opioid khác, vì chúng hòa tan cao trong lipid và thụ thể thuốc phiện mạnh và cải thiện được nhược điểm này của bupivacaine.

Tụt huyết áp là biến chứng hay gặp với tỷ lệ tụt huyết áp cao 31,1%. Nguyên nhân chủ yếu do ức chế hệ giao cảm gây giãn mạch ngoại vi, hậu quả của thiếu khối lượng tuần hoàn tương đối và giảm cung lượng tim. Để đề phòng tụt huyết áp với mục đích duy trì HA tâm thu $\geq 90\%$ giá trị căn bản nên áp dụng một số các biện pháp như:

- Không để bệnh nhân thả thông hai bàn chân khi gây tê ở tư thế ngồi.
- Đo HA mỗi phút cho đến khi HA không còn tụt.
- Nâng cao chi dưới và cho thở oxy.
- Đổ đầy mạch máu giới hạn 10-15 ml/kg dịch tinh thể.
- Ephdrine hoặc Phenylephrine IV có thể sử dụng được trong điều trị hạ HA, hầu hết sử dụng ephedrine (3-6 mg bolus), phenylephrine (50-100 mcg bolus) thích hợp cho những bệnh nhân không chịu được nhịp tim nhanh.

Khi có nhịp tim chậm xuất hiện: nhanh chóng sử dụng atropine IV 0,5-1 mg.

Việc phòng ngừa lạnh run không mong muốn trong và sau mổ vẫn còn là vấn đề cơ bản đối với việc kiểm soát bệnh nhân chu phẫu trong gây tê, để duy trì nhiệt độ bệnh nhân trong và sau mổ > 36°C, đề nghị dùng dịch truyền làm ấm, hệ thống mền sưởi ấm và nâng nhiệt độ phòng lên 22°C đối với các trường hợp phẫu thuật kéo dài hơn 30 phút... cần sự ủng hộ của phẫu thuật viên.

Buồn nôn và nôn:

- Nằm mặt nghiêng sang 1 bên để tránh dịch nôn tràn vào đường thở.
- Thở oxy
- Truyền dịch đầy đủ
- Droperidol 10 mcg/kg
- Ondansetron 4-8mg.

4.9- Liên quan tác dụng phụ và tuổi, thời gian giảm đau bệnh nhân

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian giảm đau ở nhóm bệnh nhân có tác dụng phụ kéo dài hơn so với nhóm bệnh nhân không có tác dụng phụ. Sự tương quan có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đồng thời ở nhóm bệnh nhân có tác dụng phụ lớn tuổi hơn tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Tê tủy sống bằng Bupivacain giảm liều phối hợp với Sufentanil là một phương pháp vô cảm an toàn và hiệu quả cao cho bệnh nhân trong phẫu thuật chi dưới và vùng hậu môn. Kết quả tốt, giúp giảm tác dụng phụ do phong bế giao cảm quá mức, kéo dài thời gian giảm đau sau hậu phẫu, vẫn đảm bảo tốt cho phẫu thuật, giúp bệnh nhân dễ chịu hơn và thời gian phục hồi nhanh hơn.

VI. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Ngọc Dũng (2015) “Đánh giá hiệu quả gây tê tủy sống bằng Levobupivacain liều thấp kết hợp Sufentanil trong phẫu thuật nội soi tăng sinh tuyến tiền liệt lạnh tính” Trang 430 – 432, Y học TPHCM “Tập 19” phụ bản của số 1.2015.
2. Pooya Derakhshan, et al (2018), " Comparison of Adding Sufentanil and Low-Dose Epinephrine to Bupivacaine in Spinal Anesthesia: A Randomized, Double-Blind, Clinical Trial", Anesth Pain Med, 8(5), 121 - 140.
3. Valiollah Hassani, et al (2014), "Bupivacaine-Sufentanil Versus Bupivacaine-Fentanyl in Spinal Anesthesia of Patients Undergoing Lower Extremity Surgery", Anesth Pain Med, 4(2), 567 - 580.
4. S. Neeta and Jesni Joseph Manissery (2015), " A prospective randomized controlled study comparing intrathecal bupivacaine combined with fentanyl and sufentanil in abdominal and lower limb surgeries", Anesth Essays Res, 492, 149 - 154.

5. Sadeghi M, et al (2016), "Evaluation of spinal anesthesia blockade time with 0.5% hyperbaric bupivacaine, with or without sufentanil, in chronic opioid users: a randomized clinical trial", Rev Bras Anesthesiol, 66(4), 346 - 350.

6. Poonam Motiani, et al (2010), " Intrathecal Sufentanil Versus Fentanyl for Lower Limb Surgeries - A Randomized Controlled Trial", J Anaesthesiol Clin Pharmacol, 26(4), 507–513.

**TÌNH HÌNH, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE NẶNG
Ở TRẺ EM TỪ THÁNG 01/2017 ĐẾN 09/2018**

Nguyễn Văn Ngọc Răng, Nguyễn Thị Kim Liên

Phạm Huyền Loan, Đặng Đức Trí

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh Sốt xuất huyết Dengue (SXH-D) là bệnh truyền nhiễm gây dịch do Vi rút Dengue gây nên. Vi rút Dengue có 4 type huyết thanh là Den-1, Den-2, Den-3, Den-4 và truyền cho người qua muỗi vằn Aedes aegypti. Bệnh xảy ra quanh năm, thường tăng vào mùa mưa, gặp ở người lớn và trẻ em. Bệnh sốt xuất huyết Dengue là sốt, xuất huyết và thất thoát huyết tương. Sốc sốt xuất huyết Dengue là do giảm thể tích tuần hoàn, rối loạn đông máu, suy tạng, nếu không chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời dễ dẫn đến tử vong.

Chính vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với các mục tiêu

* *Mục tiêu tổng quát:*

Đánh giá kết quả điều trị Sốt xuất huyết Dengue nặng ở trẻ em.

**Mục tiêu cụ thể:*

- Đặc điểm bệnh nhân Sốt xuất huyết Dengue nặng ở trẻ em.
- Nhận xét kết quả điều trị Sốt xuất huyết Dengue nặng ở trẻ em

II. TỔNG QUAN TÀI LIỆU

Định nghĩa các khái niệm:

(1). Sốt xuất huyết Dengue nặng: Có một trong các biểu hiện sau:

- + Thoát huyết tương nặng dẫn đến sốc giảm thể tích (sốc sốt xuất huyết Dengue), ứ dịch ở khoang màng phổi, màng bụng nhiều.
- + Xuất huyết nặng.
- + Suy tạng.

(2). Sốc sốt xuất huyết Dengue:

Suy tuần hoàn cấp gồm các triệu chứng: vật vã; bứt rứt hoặc li bì; lạnh đầu chi, da lạnh ẩm; mạch nhanh nhỏ, huyết áp kẹt (hiệu số huyết áp tối đa và tối thiểu $\leq 20\text{mmHg}$) hoặc tụt huyết áp(HA) hoặc không đo được HA; tiểu ít.

Sốc sốt xuất huyết Dengue được chia ra làm 2 mức độ :

Sốc sốt xuất huyết Dengue: Có dấu hiệu suy tuần hoàn, mạch nhanh nhỏ, HA kẹt hoặc tụt, kèm theo các triệu chứng như da lạnh, ẩm, bứt rứt hoặc vật vã li bì.

Sốc sốt xuất huyết Dengue nặng: Sốc nặng, mạch nhanh nhỏ khó bắt, huyết áp không đo được.

(3). Xuất huyết nặng: Chảy máu cam, rong kinh nặng, xuất huyết trong cơ và phần mềm, xuất huyết đường tiêu hóa và nội tạng, thường kèm theo tình trạng sốc nặng, giảm tiểu cầu, thiếu oxy mô và toan chuyển hóa có thể suy đa cơ quan và rối loạn đông máu nội mạch lan toả.

(4). Suy tạng nặng:

Suy gan cấp; chia làm 3 mức độ: nhẹ (men gan < 400U/L), trung bình ($\geq 400 - 1000$ U/L), nặng (≥ 1000 U/L).

Suy thận cấp.

Rối loạn tri giác (sốc sốt xuất huyết thể não).

Viêm cơ tim, suy tim, hoặc suy chức năng các cơ quan khác.

(5). Sốc kéo dài: Khi sốc không đáp ứng với bù dịch.

Lượng dịch ≥ 60 ml/kg. Hoặc thời gian ≥ 6 giờ.

III. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh: Bệnh nhi ≤ 15 tuổi được chẩn đoán sốc sốt xuất huyết Dengue và xác định tác nhân gây bệnh bằng huyết thanh chẩn đoán Mac ELISA (IgM) Dengue dương tính hoặc Test NS1 Dengue dương tính khi nhập viện Khoa Nhi BVĐKKV Tỉnh An Giang từ 01/2017 đến 09/2018.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh sốc sốt xuất huyết Dengue không thỏa điều kiện theo tiêu chuẩn chọn bệnh.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 01/2017 đến tháng 09/2018, tại Khoa Nhi Bệnh viện ĐKKV Tỉnh An Giang.

3. Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang.

4. Trình bày phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thỏa đúng tiêu chuẩn chọn mẫu.

5. Phương pháp thu thập số liệu: Dựa vào phiếu thu thập số liệu về đặc điểm dịch tễ học. Biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng. Đặc điểm và kết quả điều trị qua hồ sơ bệnh án được điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện ĐKKV Tỉnh An Giang.

6. Phương pháp phân tích số liệu: Sử dụng các phương pháp tính toán cơ bản.

7. Vấn đề đạo đức của nghiên cứu: Không làm tổn hại tinh thần và thể xác các đối tượng nghiên cứu.

IV. KẾT QUẢ

1. Đặc điểm dịch tễ học:

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ học

Đặc điểm	Số ca bệnh	Tỉ lệ %
Tuổi (tuổi)		
< 1	3	10
1- 5 tuổi	1	3,3
6- 10 tuổi	17	56,6
>10 tuổi	9	33,3
Nam	15	50
Nữ	15	50
Thành thị	4	13,3
Nông thôn	26	86,7
Dư cân	6	20
Không dư cân	24	80

Nhận xét:

- Tuổi :6-10 tuổi mắc nhiều nhất.
- Nam nữ: Không khác biệt, chia đều cho cả hai giới tính
- Thành thị và nông thôn: Có sự khác biệt ở nông thôn gấp 6,5 lần ở thành thị
- Dư cân là yếu tố tiên lượng nặng.

2. Biểu hiện lâm sàng – cận lâm sàng sức SXH Dengue.*Bảng 2. Biểu hiện lâm sàng.*

Ngày vào sức	Tổng số case	Tỉ lệ %
	30	100
4	13	43,3
5	14	46,7
6	3	10
Độ nặng lúc vào sức:		
Độ III	26	86,7
Độ IV	4	13,3
Huyết áp lúc vào sức		
Kẹp \geq 20mmHg	26	86,7

Tụt hoặc kẹt < 20mmHg	4	13,3
Mạch lúc theo dõi sốc TB:122 (±18)	80 170	

Nhận xét:

- Vào sốc N4-5 của bệnh, ít gặp vào sốc ở N6 của bệnh
- Huyết áp lúc vào sốc: Có giá trị tiên lượng bệnh nặng

Bảng 3: Biểu hiện cận lâm sàng sốc SXH Dengue:

Test chẩn đoán	Case	Tỉ lệ (%)
NS1 (+)	15	50
IgG/IgM (+)	11	36,7
Test (-) và Lâm sàng phù hợp	4	13,3
Men gan (U/L):		
< 400	27	90
400 – 1000	2	6,7
>1000	1	3,3
Tiểu cầu (Tb/mm3):		
<10.000	1	3,3
10.000 – 50.000	22	73,3
> 50.000	7	23,3
Rối loạn đông máu		
Có	11	36,7
Không	19	63,3
Albumin máu (mg/dL):		
<2	2	6,7
≥ 2	1	3,3
Không làm	27	90

Nhận xét:

- Test chẩn đoán và tiểu cầu: Phù hợp ngày vào sốc, có giá trị chẩn đoán và theo dõi bệnh.

-Men gan- Rối loạn đông máu - Albumin máu: Phù hợp độ nặng, gợi ý cho theo dõi và tiên lượng bệnh

Bảng 4. Tổng lượng dịch - Thời gian truyền dịch - Ngày nằm viện

	Thấp nhất	Cao nhất	Trung bình
Lượng dịch (ml/kg)	145	303	198
Thời gian truyền dịch (giờ):	30	59	41
Ngày nằm viện (ngày):	6	28	10

Nhận xét:

-Tổng lượng dịch trung bình trong nghiên cứu là 198 ml/kg (± 42).

-Thời gian truyền dịch trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn 41 giờ

Bảng 5. Tỷ lệ sử dụng cao phân tử so với điện giải - Tỷ lệ sống

	Case	Tỷ lệ (%)
Refortan 200,6%/0,5	27	90
Lactate Ringer	3	10
Tỷ lệ sống		
Trẻ sống sót	30	100
Trẻ tử vong	0	0

Nhận xét:

-Tỷ lệ sử dụng Cao phân tử trong điều trị Sốt xuất huyết Dengue nặng trong nghiên cứu của chúng tôi còn khá cao so với Điện giải với tỷ lệ 9/1.

-Tất cả 30 trẻ trong nghiên cứu đều được điều trị thành công và trở lại cuộc sống sinh hoạt bình thường.

V. BÀN LUẬN

5.1 . Đặc điểm bệnh nhân

Trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì tuổi trung bình trong nghiên cứu là $8,6 \pm 3,5$; lớn tuổi nhất là 14 tuổi và nhỏ nhất là 7 tháng rưỡi và là trẻ duy nhất có tổn thương gan nặng. Trong nghiên cứu có 3 trẻ nữ nhi (10%) là độ tuổi rất khó trong chẩn đoán - điều trị và theo dõi diễn tiến của bệnh. Tỷ lệ Nam/ Nữ trong nghiên cứu là 50%/50%, chia đều cho cả hai giới tính và cũng tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Minh Tiến (2017). Thành thị và nông thôn có sự khác biệt do điều kiện môi trường, sự hiểu biết về cách phòng tránh bệnh, thói quen sinh hoạt ở nông thôn tạo điều kiện cho muỗi sinh sản và phát triển nên tỷ lệ trẻ bị sốt xuất huyết Dengue nặng ở nông thôn gấp 6,5 lần ở thành thị (26 case/4case). *Dư cân là yếu tố tiên lượng nặng*. Trẻ dư cân cũng chiếm tỷ lệ không

ít (20%), nghĩa là cứ 5 trẻ thì có 1 trẻ bị thừa cân. Các trẻ các này luôn được theo dõi sát vì rất dễ bị biến chứng suy hô hấp trong quá trình diễn tiến của bệnh. Trong nghiên cứu của Phạm Văn Quang (2017), tỉ lệ trẻ dư cân cũng tương đương (20,1%).

5.2 . Đặc điểm Lâm sàng – Cận lâm sàng:

Trong nghiên cứu này trẻ vào sốc phần lớn (90%) vào N4-5 của bệnh, chỉ có 10% trẻ vào sốc ở N6 của bệnh. Không có trẻ vào sốc ở N3, N7 của bệnh. Điều này có khác với nghiên cứu của Phạm Văn Quang là có trẻ vào sốc ở N3 của bệnh. Theo nghiên cứu Phạm Văn Quang (2017) thì trẻ vào sốc ở N3-4 (58,3%)/N5-6 (41,7%); Bệnh nhân vào viện trễ, phát hiện trễ, chuyển đến trễ tái sốc..

Huyết áp lúc vào sốc: Có ý nghĩa góp phần tiên lượng bệnh nặng

5.3 . Kết quả điều trị

Tổng lượng dịch trung bình tương đối cao 198ml/kg; đặc biệt có trường hợp lên đến 303 ml/kg; thời gian truyền dịch dài nhất là 54 giờ, đây là trường hợp nặng phức tạp. Thời gian nằm viện thay đổi đáng kể, từ 6 ngày đến 28 ngày. Tỉ lệ trẻ bị tổn thương gan từ mức độ trung bình trở lên chiếm 10% tổng số ca, đây cũng là một trong các biến chứng quan trọng cần được quan tâm. Trong nghiên cứu có 4 trường hợp dù có các test chẩn đoán Sốt xuất huyết âm tính nhưng vẫn được điều trị như một case sốc Sốt huyết Dengue vì lâm sàng phù hợp. Trong tất cả các trẻ được nghiên cứu thì có 2 trẻ là có nồng độ Albumin máu < 2 mg/dL, nhưng vì chưa có hướng dẫn cập nhật nên các trẻ này không được truyền albumin vì thế mà lượng dịch truyền cho trẻ đến giai đoạn ổn định là khá nhiều và thời gian truyền kéo dài; cũng có 1 trường hợp nằm viện kéo dài đến 28 ngày là do trẻ bị biến chứng ARDS + bị Viêm Phổi, cuối cùng trẻ cũng đã được xuất viện.

Tuy nhiên, vấn đề cũng đang được quan tâm trong trong điều trị Sốt xuất huyết Dengue nặng là tỉ lệ sử dụng cao phân tử còn khá cao, trong nghiên cứu của chúng tôi là 90%. Mặc dù cao phân tử góp phần quan trọng trong điều trị và cứu sống nhiều trẻ Sốt xuất huyết Dengue nặng nhưng cũng gây ra một số biến chứng quan trọng như suy thận, rối loạn đông máu. Điều này thôi thúc chúng tôi trong những nghiên cứu sắp tới trong việc giảm lượng dịch cao phân tử trong giai đoạn ổn định giúp giảm bớt các biến chứng cũng như giảm chi phí điều trị cho bệnh nhi.

VI. KẾT LUẬN

Qua 30 trường hợp trẻ bị Sốt xuất huyết Dengue nặng được nhập viện và điều trị tại Khoa Nhi BVĐKKV Tỉnh An Giang từ 01/2017 đến 09/2018 thì tỉ lệ trẻ nam và nữ không khác biệt, phần lớn các trẻ ở nông thôn bị bệnh, có đến 1/5 trường hợp trẻ dư cân là điều cũng rất đáng được quan tâm. Trẻ vào sốc từ ngày thứ 4 đến ngày thứ 6 của bệnh, trong đó gần 90% trường hợp vào sốc độ 3, số còn lại vào sốc độ 4 là độ nặng nhất. Trong nghiên cứu chỉ có 1 trường hợp tổn thương gan nặng và cũng là trường hợp trẻ nhỏ tuổi nhất, 1 trường hợp nằm viện kéo dài đến 28 ngày bởi có biến chứng kèm theo; tuy nhiên tất cả các trẻ đều được điều trị thành công, được xuất viện và trở lại cuộc sống sinh hoạt bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bệnh viện Nhi Đồng I (2013), Điều trị sốt xuất huyết Dengue nặng, *Phác đồ điều trị Nhi khoa*, trang 435 – 442.
2. Bộ Y Tế (2011), Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue (Ban hành kèm theo Quyết định số 458/QĐ- BYT ngày 16 tháng 2 năm 2011 của Bộ trưởng Bộ Y tế).
3. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh Tập 15 (2011)*, Phụ bảng số.
4. Nguyễn Minh Tiến và Cs (2017) , *Điều trị Sốt sốt xuất Dengue kéo dài, biến chứng nặng*.
5. WHO (2011), “*Dengue heamorrhagic fever: diagnosis, treatment, prevention and control*”. World health Organization, Genev.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ POLYP ĐẠI TRỰC TRÀNG QUA NỘI SOI TIÊU HÓA BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG

Võ Vương Triều, Hứa Thị Kim Phao

Nguyễn Hoàng Nam Lê Thanh Nhàn

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả đặc điểm hình ảnh nội soi, mô bệnh học của polyp đại trực tràng.
2. Nhận xét về tỉ lệ thành công và tai biến sau cắt polyp đại trực tràng qua nội soi.

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

Kết quả: Qua nghiên cứu 46 bệnh nhân polyp đại tràng được điều trị tại Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang chúng tôi nhận thấy độ tuổi trung bình là 54,1, nam gấp 1,42 lần nữ, polyp cuống ngắn chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), polyp trực tràng thường gặp nhất với tỷ lệ 39,1%, các vị trí còn lại gần như tương đương nhau. Về mô bệnh học polyp tuyến (có khả năng sinh ung) chiếm tỷ lệ 80,8%, polyp tăng sản và polyp viêm (polyp không sinh ung) chiếm 19,2%; có 1 ca biến chứng chảy máu; nhóm tuổi và kích thước polyp liên quan có ý nghĩa thống kê đến kết quả mô bệnh học.

Kết luận: polyp trực tràng chiếm tỷ lệ 39,1%, đa số là polyp u tuyến ống.

ABSTRACTS

Objectives of the study:

1. Describe the characteristics of endoscopic images and histopathology of colorectal polyps.
2. Give feedbacks on the success rate and the event after endoscopic colorectal polyps.

Methods: cross-sectional descriptive studies.

Results: Through the study of 46 patients with colon polyps treated at An Giang Regional General Hospital, we found that the average age was 54,1, male was 1,42 times higher than female, short-stemmed polyps accounted for the highest rate (50%), the most common rectal polyps at 39,1%, the remaining positions are almost equal. Histopathological gland polyps (potentially carcinogenic) made up 80,8%, and hyperplastic polyps and inflammatory polyps (non-carcinogenic polyps) accounted for 19,2%; 1 case of bleeding complications; Age group and polyp size are significantly related to histopathological results.

Conclusion: Rectal polyps account for 39,1%, most of them are adenoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Polyp là tổ chức tăng sinh từ lớp niêm mạc đẩy lồi vào lòng ống tiêu hóa. Polyp có nguồn gốc từ lớp biểu mô hoặc từ lớp dưới biểu mô hay còn gọi là u dưới niêm

mạc. Polyp là bệnh phổ biến của đường tiêu hóa và được biết đến từ lâu về những ảnh hưởng cũng như những biến chứng của bệnh này đối với sức khỏe con người. Polyp thường không gây ra triệu chứng nhưng có thể được phát hiện khi kiểm tra sàng lọc ung thư (chẳng hạn như nội soi đại tràng đại tràng), hoặc sau khi xét nghiệm sàng lọc tìm máu trong phân

Polyp đại trực tràng còn gây ra những ảnh hưởng bất lợi đến chất lượng cuộc sống khi chúng có những triệu chứng như: tiêu phân đàm máu, thay đổi thói quen đi tiêu và tính chất phân, đau bụng ...

Nhiều nghiên cứu cho thấy sự liên hệ giữa polyp và ung thư trực tràng. Polyp tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất trong các loại polyp đại trực tràng và phần lớn ung thư đại trực tràng là adenocarcinoma.

Theo GLOBOCAN 2018, ở Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng thứ 5 trong số 10 bệnh ung thư phổ biến nhất ở cả hai giới với số ca mắc mới là 14.733 và 7.856 trường hợp tử vong.

Ung thư đại trực tràng hoàn toàn có thể phòng ngừa nếu phát hiện sớm các polyp tiền ung thư và loại bỏ sớm trước khi chúng hóa ác.

Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang triển khai kỹ thuật cắt polyp qua nội soi từ tháng 01/2017 nhưng hiện tại chưa có nghiên cứu nào về lĩnh vực này, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: **“Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị polyp đại trực tràng qua nội soi tiêu hóa tại Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang”**.

Mục tiêu nghiên cứu:

Mục tiêu chung: đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả điều trị polyp đại trực tràng qua nội soi tiêu hóa

Mục tiêu chuyên biệt:

1. Đặc điểm lâm sàng của polyp đại trực tràng.
2. Hình ảnh nội soi tiêu hóa của polyp đại trực tràng
3. Mối liên quan giữa lâm sàng và hình ảnh nội soi, kết quả giải phẫu bệnh
4. Đánh giá kết quả điều trị polyp đại trực tràng qua nội soi tiêu hóa.

II. TỔNG QUAN TÀI LIỆU:

2.1. Định nghĩa:

Cắt polyp qua nội soi là phương pháp điều trị, thường là cắt polyp ở trực tràng, đại tràng. Polyp dạ dày hành tá tràng ít gặp hơn. Kỹ thuật cắt polyp còn có ý nghĩa ngăn ngừa biến chứng ung thư hóa của các polyp này.

2.2. Chỉ định:

Nội soi ống tiêu hóa phát hiện tổn thương polyp.

2.3. Chống chỉ định:

- Rối loạn đông máu cầm máu.
- Người bệnh đang dùng thuốc chống đông.
- Người bệnh có chống chỉ định nội soi dạ dày (xin xem quy trình nội soi dạ dày).
- Người bệnh có chống chỉ định soi đại tràng (xin xem quy trình nội soi đại tràng).

2.4. Quy trình thực hiện:

* Kiểm tra hồ sơ:

- Kiểm tra xét nghiệm nhóm máu
- Công thức máu: Tiểu cầu $> 50G/l$
- Đông máu cơ bản PT $> 60\%$
- Xét nghiệm HIV, HbsAg, Anti HCV

* Kiểm tra người bệnh:

- Người bệnh đã được làm sạch vùng polyp cần cắt.
- Đã được giải thích đầy đủ về quá trình làm kỹ thuật và các biến chứng có thể xảy ra.

* Thực hiện kỹ thuật:

Loại polyp có cuống:

- Đưa thông lọng đến vị trí polyp, mở thông lọng ôm lấy đầu polyp rồi tụt xuống ôm lấy cuống polyp. Đẩy vỏ ngoài của thông lọng sát với cuống của polyp.
- Thắt từ từ thông lọng cho đến khi có cảm giác chặt tay rồi kéo nhẹ đầu polyp lên.
- Nguồn cắt điện được sử dụng trong vòng 2 - 3 giây, xen kẽ giữa pha cầm máu và pha cắt. Trong khi thông lọng sẽ từ từ thắt chặt lại cho đến khi polyp bị cắt rời hoàn toàn.
- Lấy polyp ra ngoài để xét nghiệm mô bệnh học.
- Phải ghi rõ vị trí của polyp vào giấy xét nghiệm mô bệnh học.

Loại polyp không cuống:

- Cần tạo ra một cuống cho polyp: Dùng dung dịch Adrenalin 1/10.000 tiêm dưới niêm mạc để đẩy polyp lên, sau khi trùm thông lọng qua đầu polyp thì thắt từ từ thông lọng để chu vi của thông lọng nhỏ hơn đầu của polyp - thông lọng sẽ không bị tụt ra khỏi polyp. Sau đó kéo thông lọng lên phía đầu của polyp sao cho làm tách lớp niêm mạc ra khỏi lớp cơ niêm sẽ làm giảm nguy cơ thủng.
- Sau khi tạo được cuống polyp rồi, lấy polyp như phần trên.
- Polyp nhỏ là những polyp có đường kính $< 6mm$, có thể cắt polyp bằng kim sinh thiết lạnh. Ngày nay hạn chế dùng kim sinh thiết nóng do nguy cơ dễ gây thủng.

2.5. Theo dõi:

* *Theo dõi ngay sau cắt:*

- Người bệnh nằm nội trú tại bệnh viện trong 24 giờ.
- Dẫn người bệnh các triệu chứng báo động: đau bụng, đi ngoài ra máu.

* *Theo dõi lâu dài:*

- Tùy theo mô bệnh học mà có kế hoạch theo dõi thích hợp để kiểm tra.

2.6. Tai biến và xử trí:

* *Chảy máu:* là biến chứng hay gặp nhất. Xử trí:

- Truyền máu và máu tụt cầm.
- Áp dụng các phương pháp cầm máu qua nội soi.
- Tiêm cầm máu, kẹp clip.
- Đầu dò nhiệt.
- Đốt điện hay máy APC.

* *Thủng:* hiếm khi xảy ra. Xử trí:

- Điều trị bảo tồn: khi đại tràng chuẩn bị sạch, kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, hút dạ dày liên tục.
- Phẫu thuật sớm khi có tình trạng viêm phúc mạc.

* *Hội chứng sau cắt polyp:*

- Kháng sinh, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và hút dạ dày liên tục.

III. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

3.1. Đối tượng nghiên cứu:

Bao gồm tất cả bệnh nhân được chẩn đoán polyp ở đại tràng và trực tràng bằng nội soi đại trực tràng ống mềm, được sinh thiết hoặc cắt trọn polyp làm mô bệnh học từ tháng 1/2018 đến tháng 6/2019.

* *Tiêu chuẩn chọn bệnh:*

- Những bệnh được nội soi phát hiện polyp đại trực tràng tại khoa Nội Soi Bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang, đồng ý tham gia vào nghiên cứu .

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

- Bệnh nhân đang bị rối loạn đông cầm máu, không thể thực hiện sinh thiết hoặc cắt trọn polyp.
- Bệnh nhân có chống chỉ định cắt polyp.

3.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện
- Phương tiện nghiên cứu: máy nội soi Olympus CV 150, CV 190, máy cắt đốt nội soi Olympus, các dụng cụ hỗ trợ.

3.3. Các bước tiến hành

- *Bước 1: Chọn bệnh nhân:* Tất cả bệnh nhân được nội soi đại trực tràng bằng ống mềm tại phòng nội soi Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang, phát hiện có polyp, được sinh thiết hoặc cắt trọn polyp làm mô bệnh học và đồng ý tham gia nghiên cứu; đáp ứng tiêu chuẩn chọn bệnh; không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ; chủ yếu dựa vào hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng và tra cứu hồ sơ bệnh án.

- *Bước 2:* Thu thập thông tin theo phiếu nghiên cứu: hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng kết hợp tra cứu hồ sơ bệnh án.

3.4. 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

Từ tháng 01/2018 đến 6/2019 chúng tôi đã chọn được 46 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu, với kết quả bước đầu như sau:

4.1. Đặc điểm lâm sàng của polyp đại trực tràng:

4.1.1. Tuổi

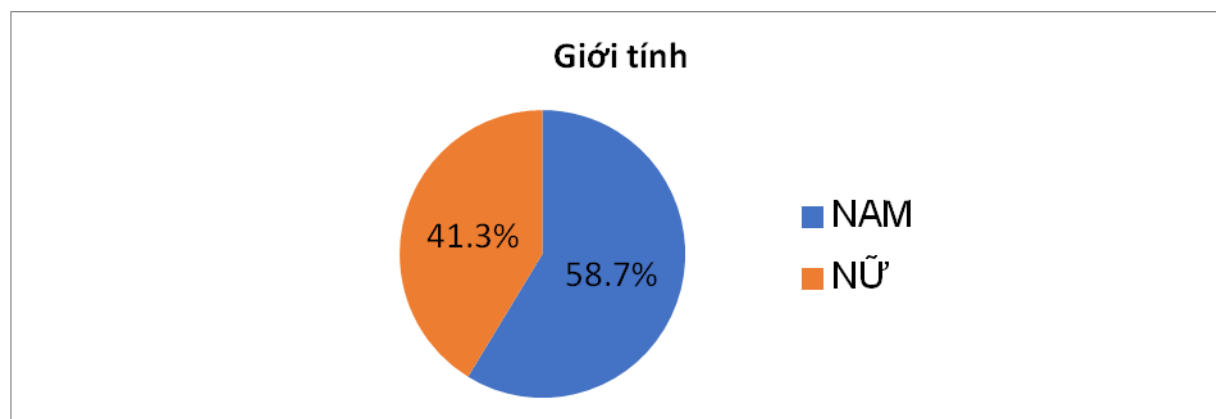
Bảng 4.1

Nhóm tuổi	N	Tỷ lệ (%)
< 20	5	10.9
20 - 40	4	8.7
41 - 60	19	41.3
> 60	18	39.1
Tổng	46	100.0

Nhận xét: Nhóm tuổi 41 -60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 41.3%, tuổi trung bình là 54.11 (4 - 89 tuổi).

Tuổi trong nghiên cứu này tương tự tác giả Nguyễn Thúy Oanh, Quách Trọng Đức, Bô Kim Phương (53 tuổi). Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 41-60 tuổi. Cho thấy bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi nhưng đa số bệnh đều ở lứa tuổi trung niên. Điều này phù hợp với các nghiên cứu chung.

4.1.2. Giới tính



Biểu đồ 4.1 Phân bố theo giới tính

Nhận xét: Nam giới chiếm đa số với tỷ lệ 58,7% so với nữ giới là 41,3%. Nam gấp 1,42 lần so với nữ. Có thể bệnh nhân nữ ngại thăm khám hơn, cần có nghiên cứu khác để xác định chính xác hơn về tỷ lệ này.

Bảng 4.2 So sánh tỷ lệ nam/ nữ ở các nghiên cứu

Các nghiên cứu	Tỉ lệ nam/nữ
Quách Trọng Đức, Nguyễn Thúy Oanh	2,6/1
Bồ Kim Phương	2,9/1
Chúng tôi	1,42/1

4.1.3. Địa chỉ:

Bảng 4.3

Địa chỉ	N	Tỷ lệ (%)
Nông Thôn	32	69,6
Thành thị	14	30,4
Tổng	46	100

Nhận xét: Bệnh nhân ở nông thôn 69,6% nhiều gấp 2,29 lần so với thành thị 30,4%. Có thể vì điều kiện kinh tế tốt hơn nên số bệnh nhân sống ở thành thị đi khám và nội soi ở thành phố Hồ Chí Minh, cũng có thể do những yếu tố nguy cơ mà tỷ lệ bệnh nhân có polyp ở nông thôn nhiều hơn.

4.1.4. Tỷ lệ nhập viện:

Bảng 4.4 Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện

Đặc điểm	N	Tỷ lệ (%)
Có nhập viện	28	60.9
Không nhập viện	18	39.1
Tổng	46	100

Nhận xét: Trong số 46 bệnh nhân cắt polyp có 28 bệnh nhân nhập viện, 18 bệnh nhân không nhập viện. Các bệnh nhân này đa phần nhập viện vì bệnh lý khác, sau đó được nội soi phát hiện và cắt polyp.

4.1.5. Lý do nội soi:

Bảng 4.5

Lý do nội soi	N	Tỷ lệ (%)
Tình cờ	5	10.9
Tiểu chảy	3	6.5
Đi tiêu máu đỏ tươi	20	43.5
Đi tiêu phân đen	3	6.5
Kết hợp	5	10.9
Đau bụng	10	21.7
Tổng	46	100

Nhận xét: Lý do bệnh nhân đến nội soi đại tràng nhiều nhất trong nghiên cứu là đi cầu ra máu đỏ tươi (43,5%) tiếp đến là đau bụng (21,7%). Có 5 bệnh nhân nội soi tầm soát sau khi được bác sĩ tư vấn, cho thấy bệnh nhân đến khám với một triệu chứng về tiêu hóa, chứ chưa có thái độ tầm soát bệnh thường xuyên.

Với lý do là đi tiêu máu đỏ tươi, bệnh nhân đa phần được chẩn đoán là trĩ. Đối với các bác sĩ việc chuẩn đoán nhầm chảy máu do bệnh lý đại trực tràng với bệnh trĩ cũng thường xảy ra. Và việc nội soi đại trực tràng không phải lúc nào cũng dễ thực hiện: khó khăn trong khâu chuẩn bị bệnh nhân và trang thiết bị, kỹ thuật thường chỉ có ở bệnh viện tuyến tỉnh trở lên nên việc phát hiện sớm bệnh là khó khăn.

4.2. Hình ảnh nội soi tiêu hóa:**4.2.1. Số lượng polyp**

Bảng 4.6

Số lượng polyp	N	Tỷ lệ (%)
1	28	60.9
2	10	21.7
3	3	6.5
≥ 4	5	10.9
Tổng	46	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân chỉ có 01 đến 02 polyp với tỷ lệ (60,9% và 21,7%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 01 bệnh nhân được phát hiện nhiều nhất 08 polyp được cắt. Không có trường hợp đa polyp gia đình. Tuy nhiên về số lượng polyp phụ thuộc rất nhiều về sự chuẩn bị sạch ruột, bọt, cũng như kinh nghiệm và thời gian rút máy của bác sĩ nội soi. Cần có nghiên cứu kỹ hơn về mối tương quan giữa thời gian rút máy của bác sĩ và số lượng polyp được phát hiện.

4.2.2. Vị trí polyp

Bảng 4.7

Vị trí polyp	N	Tỷ lệ (%)
Trực tràng	18	39.1
Sigma	11	23.9
Đại tràng trái	1	2.2
Đại tràng ngang	1	2.2
Đại tràng phải	3	6.5
Manh tràng	1	2.2
Nhiều vị trí	11	23.9
Tổng	46	100

Nhận xét: Có 18 trường hợp Polyp trực tràng (39,1%) được phát hiện nhiều nhất. Tuy nhiên, tỷ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu khác như: Nguyễn Duy Thắng (70,7%); Bô Kim Phương (65,4%).

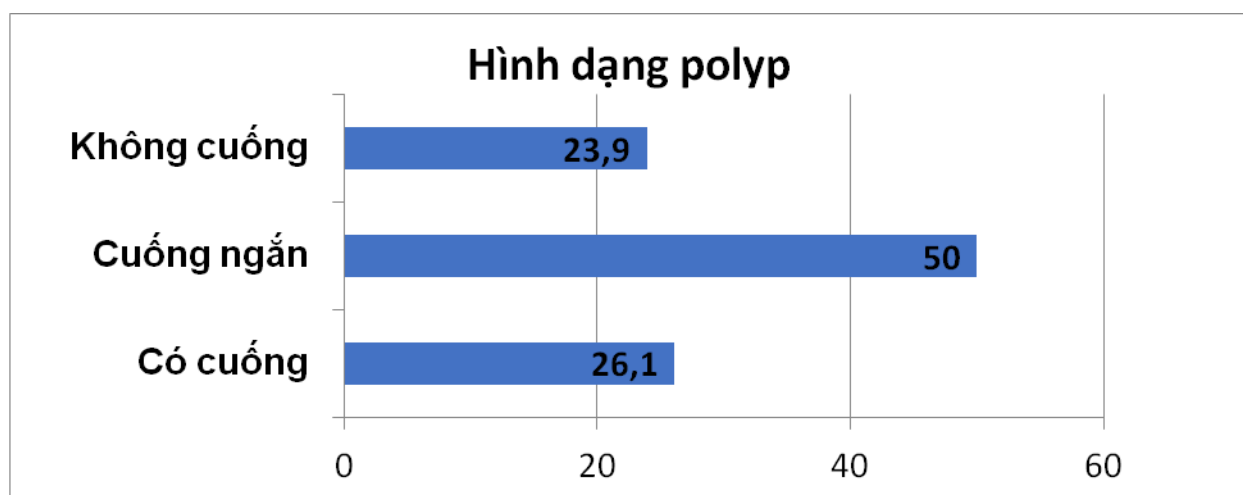
4.2.3. Kích thước polyp

Bảng 4.8

Kích thước polyp	N	Tỷ lệ (%)
< 6	5	10.9
06 - 10	17	37.0
11 - 15	19	41.3
16 - 20	2	4.3
> 20	3	6.5
Tổng	46	100

Nhận xét: Đa số Polyp có kích thước 11-15mm, chiếm 41,3%. Kích thước trung bình của các polyp trong nghiên cứu là 11,7mm. Kích thước polyp to nhất 25mm, nhỏ nhất 3mm.

4.2.4. Hình dạng polyp



Biểu đồ 4.2 Hình dạng polyp

Nhận xét: Polyp cuống ngắn chiếm tỷ lệ cao nhất với 50%. Polyp có cuống và không cuống lần lượt là 26% và 23,9%. Điều này phù hợp với vị trí phát hiện polyp nhiều nhất là trực tràng, bởi polyp có cuống đa số nằm ở những đoạn ruột di động. Theo nghiên cứu của Quách Trọng Đức, Nguyễn Thúy Oanh, Bô Kim Phương thì tỷ lệ polyp có cuống chiếm tỷ lệ cao nhất.

4.3. Mối liên quan giữa lâm sàng và hình ảnh nội soi, kết quả giải phẫu bệnh:

4.3.1. Số lượng polyp theo nhóm tuổi

Bảng 4.9

		Nhóm tuổi		Tổng	P
		≤ 40	> 40		
Số lượng polyp	1 - 2	9	29	38	> 0,05
		23.7%	76.3%	100%	
	≥ 3	0	8	8	
		0%	100%	100%	
Kích thước polyp	≤ 10	4	18	22	> 0,05
		18.2%	81.8%	100%	
	> 10	5	19	24	
		20.8%	79.2%	100%	

Nhận xét: Số người có 1 - 2 polyp ở nhóm tuổi > 40 cao hơn nhiều so với nhóm tuổi ≤ 40. Số lượng polyp ≥ 3 chỉ thấy ở nhóm tuổi > 40. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05). Chúng tôi nhận thấy polyp có kích thước 0-10mm ở nhóm tuổi > 40 lớn hơn nhiều so với nhóm tuổi ≤ 40. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Theo một số Guideline, việc tầm soát polyp ở lứa tuổi từ 40. Tuy nhiên, ở nước ta bệnh nhân đến phòng khám với một triệu chứng bệnh, chưa có thói quen kiểm tra sức khỏe. Ở các cơ quan, có tổ chức khám sức khỏe định kỳ, nhưng nội soi đại tràng chưa phải là cận lâm sàng được làm thường quy.

4.3.2. Số lượng và kích thước polyp theo giới

Bảng 4.10

		Giới		Tổng	P
		Nam	Nữ		
Số lượng polyp	≤ 2	22	16	38	> 0,05
		57.9%	42.1%	100%	
	> 2	5	3	8	
		62.5%	37.5%	100%	
Kích thước	≤ 10	12	10	22	> 0,05
		54.5%	45.5%	100%	

polyp	15	9	24
>10	62.5%	37.5%	100%

Nhận xét: Trường hợp có ≤ 2 polyp ở nhóm nam cao hơn nữ. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Chúng tôi nhận thấy polyp có kích thước $>10\text{mm}$ ở nam cao hơn nữ, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

4.3.3. So sánh liên quan giữa hình ảnh giải phẫu bệnh theo nhóm tuổi, giới, hình dạng và kích thước và số lượng polyp

Bảng 4.11

		Polyp không sinh ung	Polyp sinh ung	p
Giới	Nam	5 33,3%	10 66.7%	0,033
	Nữ	0 0,0%	11 100,0%	
Tuổi	<40	5 71,4%	2 28,6%	0,00
	≥ 40	0 0%	19 100%	
Kích thước	<10mm	0 0%	10 100%	0,049
	$\geq 10\text{mm}$	5 31,2%	11 68,8%	
Hình dạng polyp	Có cuống	5 23,8%	16 76,2%	>0,05
	Không cuống	0 0%	5 100%	
Số lượng	≤ 2	5 23,8%	16 76,2%	>0,05
	>2	0 0%	5 100%	

Nhận xét: Polyp sinh ung chiếm đa số ở giới nam, ở giới nữ tất cả polyp đều sinh ung. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Ở nhóm tuổi >40 tất cả polyp trong nghiên cứu đều sinh ung, còn ở nhóm <40, đa số polyp đều không sinh ung. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Những bệnh nhân có polyp ở tuổi >40 thì có tỷ lệ polyp sinh ung nhiều hơn. Việc tầm soát từ tuổi 40 theo một số guideline là phù hợp để phát hiện sớm và điều trị polyp sinh ung.

Polyp có kích thước <10 tất cả là polyp sinh ung, polyp có kích thước >10mm đa số là polyp sinh ung, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Đối với những polyp kích thước lớn, việc chọn vùng nào của polyp để lấy mẫu sinh thiết ảnh hưởng rất lớn đến kết quả mô bệnh học thu được.

Polyp có cuống, đa phần là polyp sinh ung còn polyp không cuống tất cả là polyp sinh ung. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Trường hợp có <2 polyp, đa phần là polyp sinh ung. Trường hợp có >2 polyp, tất cả đều là polyp sinh ung. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

4.4. Kết quả điều trị polyp đại trực tràng qua nội soi tiêu hóa:

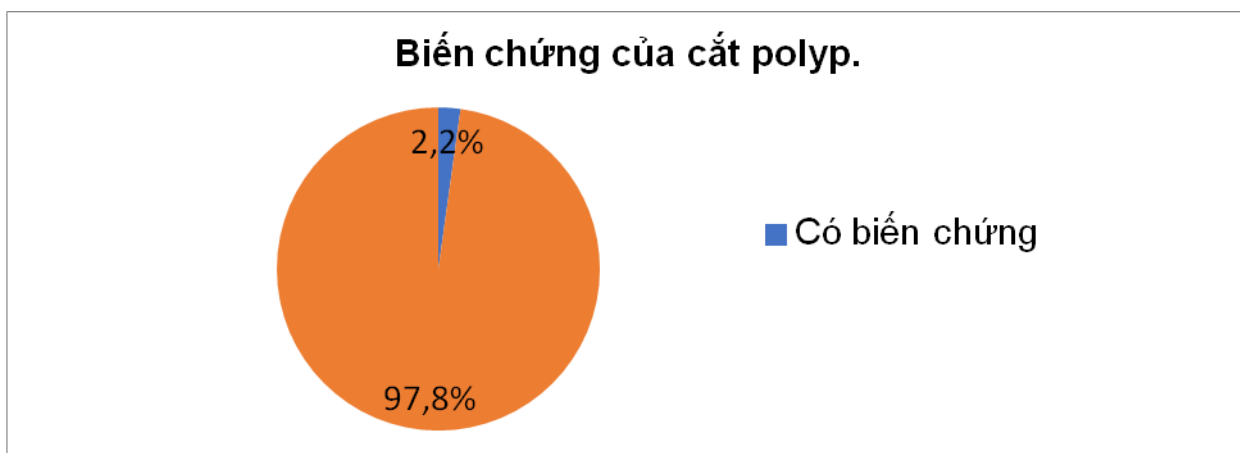
4.4.1. Phương pháp điều trị Polyp:

Bảng 4.12

Phương pháp xử lý	N	Tỷ lệ (%)
Bấm trọn	2	4.3
Cắt	37	80.4
Chích + cắt	7	15.2
Tổng	46	100

Nhận xét: Cắt bằng snare được sử dụng nhiều nhất với 37 trường hợp (80,4). Phương pháp bấm trọn chỉ áp dụng cho những polyp có kích thước ≤ 6 mm. Hiện tại, khoa nội soi chưa có dụng cụ cắt dưới niêm mạc qua nội soi (ESD), đây cũng là kỹ thuật mà Khoa Nội Soi sẽ chú ý mà phát triển trong tương lai.

4.4.2. Biến chứng sau cắt:



Biểu đồ 4.3

Nhận xét: Biến chứng sau cắt polyp rất thấp (2,2%). Trong 46 trường hợp đã xảy ra 1 trường hợp có biến chứng chảy máu sau cắt polyp, đã được xử trí bằng cách kẹp clip.

4.4.3. Giải phẫu bệnh:

** Tiến hành thử giải phẫu bệnh:*

Bảng 4.13

Giải phẫu bệnh	N	Tỷ lệ (%)
Không	20	43.5
Có	26	56.5
Tổng	46	100

Nhận xét: Trong 46 trường hợp cắt polyp, có 26 trường hợp làm giải phẫu bệnh lý. Các trường hợp không làm vì polyp quá nhỏ hay đánh mất mẫu trong quá trình cắt, bệnh nhân không có khả năng chi trả và từ chối làm giải phẫu bệnh.

** Kết quả giải phẫu bệnh:*

Bảng 4.14

Kết quả giải phẫu bệnh lý	N	Tỷ lệ (%)
Polyp viêm	1	3.8
Polyp tăng sinh	4	15.4
U tuyến ống nghịch sản nhẹ	19	73.1
U tuyến ống nghịch sản nặng	2	7.7
Tổng	26	100

Nhận xét: Polyp tuyến ống nghịch sản nhẹ chiếm tỷ lệ nhiều nhất (73.1%), u tuyến ống chung là 80,8% (polyp sinh ung), polyp không sinh ung chiếm 19.2%. Nghiên cứu của Nguyễn Duy Thắng cũng có kết quả polyp tuyến chiếm tỷ lệ nhiều nhất 54,9%.

Hiện tại, khoa Nội Soi đã được trang bị hệ thống máy CV190, có những tính năng vượt trội để chẩn đoán ung thư sớm, có thể phân độ polyp theo hệ thống NICE, JNET,... phân nào đoán được bản chất mô học của polyp qua hình ảnh. Tuy nhiên, tiêu chuẩn vàng chẩn đoán vẫn là giải phẫu bệnh. Việc tầm soát và điều trị sớm polyp đại trực tràng thật sự có ý nghĩa quan trọng trong việc phòng ngừa polyp ung thư hóa.

4.4.4. Thời gian nằm viện:

Bảng 4.15

Đặc điểm	N	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
Thời gian nằm viện (ngày)	46	1	23	6,37

Nhận xét: Thời gian nhập viện ngắn nhất là 1 ngày đối với những bệnh nhân cắt polyp từ phòng khám. Nhiều nhất là 23 ngày, tùy thuộc và bệnh nền đi kèm. Trong nghiên cứu thì thời gian nằm viện trung bình là 6 ngày.

V. KẾT LUẬN

Nội soi đại tràng là cách tốt nhất để đánh giá đại tràng vì nó cho phép bác sĩ nhìn thấy toàn bộ niêm mạc đại tràng và loại bỏ hầu hết các polyp được tìm thấy. Phần lớn polyp đại tràng là polyp tuyến, các polyp này có khả năng phát triển thành ung thư. Nhìn chung kích thước của polyp tuyến càng lớn thì khả năng trở thành ung thư càng cao. Do đó, các polyp lớn (lớn hơn 5 mm) nên được loại bỏ hoàn toàn để ngăn ngừa phát triển thành ung thư và nên được làm giải phẫu bệnh lý. Cắt polyp để phòng ngừa ung thư là một trong những ý nghĩa của nội soi đại trực tràng.

Trong nghiên cứu 46 bệnh nhân có polyp đại trực tràng được cắt qua nội soi đại trực tràng ống mềm, chúng tôi có một số kết luận như sau:

5.1. Lâm sàng:

- Tuổi trung bình chung nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 54,1.
- Giới: giới nam gặp nhiều hơn giới nữ, tỷ lệ nam/nữ = 1,4
- Địa chỉ: ở nông thôn nhiều hơn thành thị (69,6%)

5.2. Hình ảnh nội soi:

- Polyp đơn độc chiếm 60,9%, 02 polyp chiếm 21,7%
- Polyp cuống ngắn chiếm tỷ lệ cao nhất: 50 %.
- Đường kính polyp chủ yếu gặp ở nhóm < 15 mm chiếm 89,2%.
- Polyp vùng trực tràng chiếm tỉ lệ cao nhất 39,1%.

5.3. Hình ảnh mô bệnh học:

- Polyp sinh ung chiếm tỉ lệ cao nhất 80,8%
- Có sự tương quan giữa kết quả mô bệnh học với nhóm tuổi, giới và kích thước polyp.

5.4. Biện chứng: Có 01 ca chảy máu, được xử trí bằng cách kẹp clip.

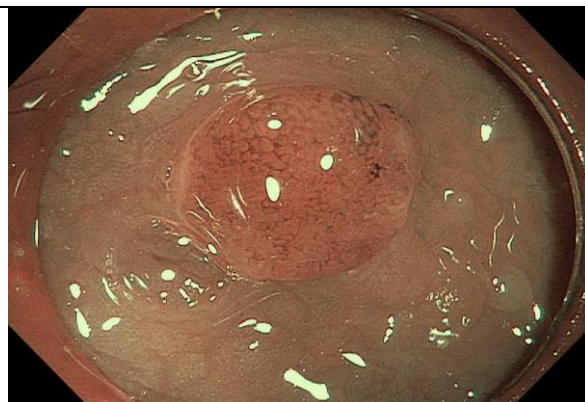
VI. KIẾN NGHỊ

- Tuyên truyền người dân, tư vấn bệnh nhân về chỉ định nội soi đại tràng tầm soát nhằm phát hiện sớm các polyp nguy cơ cao hoặc tổn thương ung thư sớm.
- Cần nghiên cứu theo dõi dài hạn các bệnh nhân sau cắt polyp.
- Cần sử dụng hiệu quả và khoa học các tính năng hiện đại của trang thiết bị máy móc hiện có, để chẩn đoán sớm và phân mức độ ác tính của polyp, dụng cụ cắt polyp đầy đủ và đa dạng dự phòng cho các trường hợp khó, các phương tiện cầm máu luôn có sẵn để xử trí các biến chứng sau cắt polyp.

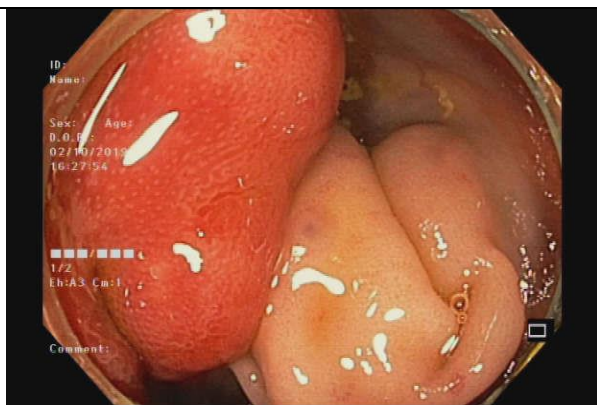
Hình ảnh minh họa:



Polyp quan sát với ánh sáng trắng



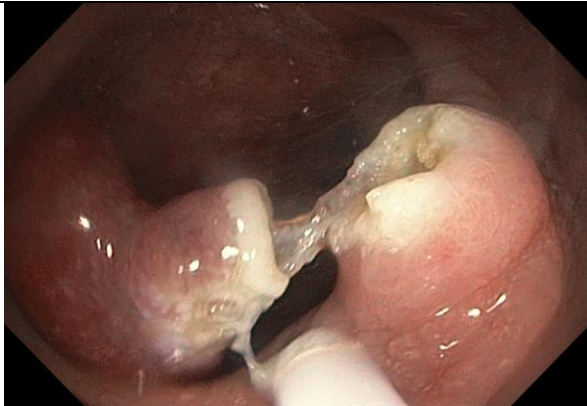
Polyp sau khi nhuộm màu NBI



Polyp to, có cuống chiếm hơn nửa chu vi đại tràng



Polyp sau tiêm dung dịch HSE dưới chân.



Polyp có cuống vừa được cắt xong bằng snare



Chân polyp sau khi cắt bằng phương pháp EMR

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Võ Hồng Minh Công, Trịnh Tuấn Dũng, Vũ Văn Khiên (2013), "Vai trò của nội soi, mô bệnh học trong chẩn đoán polyp đại trực tràng và polyp đại trực tràng ung thư hoá", *Y học TP Hồ Chí Minh*, tr. 32 - 38.
2. Quách Trọng Đức, Nguyễn Thuý Oanh (2007), "Nghiên cứu phân bố polyp tuyến đại - trực tràng theo vị trí và kích thước của polyp", *Y học TP Hồ Chí Minh*, tr. 242 - 247.
3. Trần Văn Huy (2007), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học của polyp đại trực tràng ở bệnh viện trường đại học Huế", *Y học thực hành*, 9/2007.
4. Bùi Nhuận Quý, Nguyễn Thuý Oanh (2013), "Khảo sát mối liên quan giữa lâm sàng, nội soi và giải phẫu bệnh của polyp đại trực tràng", *Y học TP Hồ Chí Minh*, tr. 19 - 24.
5. Lê Quang Thuận, Vũ Văn Khiên (2008), "Đặc điểm lâm sàng, nội soi và mô bệnh học polyp đại trực tràng", *Tạp chí Y học Việt Nam*, tr. 43 - 46.
6. Nguyễn Thị Chín (2013), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và mô bệnh học của bệnh polyp đại trực tràng tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng", *Y học thực hành*, 12/2013, tr. 31 - 36.

TIẾNG ANH

7. Douglas K. Rex, Richard Boland, et al (2017), "Colorectal cancer screening: Recommendations for physicians and patients from the U.S Multi-Society task force on colorectal cancer", *Gastrointestinal Endoscopy*, 86 (1), pp. 18 - 33.
8. Mc Cashland (2001), "Synchronous proximal polyp and cancer in patients with polyps detected at sigmoidoscopy: results of a single, rural based sigmoidoscopy clinic", *Dig dis Sci*, 47 (2), pp. 309 - 316.
9. Otto S. Lin, Drew S. Schember, et al (2005), "Risk of proximal colorectal neoplasia among asymptomatic patients with distal hyperplastic polyps", *The American Journal of Medicine*, 118, pp. 1113 - 1119.

DÁNH GIÁ ĐỘ CHÍNH XÁC CỦA NỘI SOI CHẨN ĐOÁN TRONG BỆNH LÝ MŨI XOANG Ở NGƯỜI LỚN TẠI KHOA TMH BV ĐKKV TỈNH AN GIANG

Lê Thiện Hiệp, Phạm Dân Nguyên

Lâm Trọng Nhân, Trần Ngọc Huệ

TÓM TẮT

Viêm mũi xoang là một trong những bệnh thường gặp nhất ở các phòng khám bệnh tai mũi họng, tiêu tốn khá nhiều kháng sinh, ảnh hưởng đến khả năng lao động và chất lượng cuộc sống của người bệnh. Ngày nay, nhờ vào sự phát triển của khoa học kỹ thuật trong lĩnh vực y tế, nhiều phương tiện chẩn đoán bệnh hiện đại đã ra đời, giúp cho các bác sĩ tai mũi họng khám và chẩn đoán bệnh viêm mũi xoang chuẩn xác hơn rất nhiều so với các phương tiện thông thường trước đây.

Để đánh giá tính chính xác của phương pháp khám mũi qua nội soi, chúng tôi tiến hành nghiên cứu sự tương quan giữa kết quả nội soi chẩn đoán với chụp CT scan xoang và đối chiếu với kết quả chẩn đoán sau mổ.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo thống kê của bệnh viện Tai Mũi Họng thành phố Hồ Chí Minh 1996, viêm mũi xoang mạn tính ở người lớn chiếm tỷ lệ 33,7% và ở trẻ em là 19,8% trong tổng số bệnh nhân điều trị nội trú từ 1990 đến 1995.

Theo số liệu thống kê của tạp chí y học gia đình Hoa Kỳ năm 2002, viêm mũi xoang là một trong những bệnh thường gặp nhất ở các phòng khám bệnh tai mũi họng, chiếm tỷ lệ 13,5% trong cộng đồng.

Nguyên tắc chẩn đoán bệnh viêm mũi xoang mạn tính là dựa vào các tiêu chuẩn: triệu chứng cơ năng do bệnh nhân tự khai, triệu chứng thực thể qua khám tai mũi họng và nội soi mũi, X quang cổ điển hoặc CT scan,..

Khoa tai mũi họng bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang được trang bị dụng cụ khám tai mũi họng, máy nội soi kết hợp máy CT scan để chẩn đoán bệnh viêm mũi xoang ở người lớn.

Để xác định rõ vai trò và giá trị của phương pháp khám nội soi mũi trong việc chẩn đoán bệnh viêm mũi xoang mạn tính, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu tỷ lệ tương quan giữa hình ảnh nội soi mũi và CT Scan và đối chiếu với kết quả chẩn đoán sau mổ.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu được chọn trong số bệnh nhân đến khám tại phòng khám khoa tai mũi họng bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang. Bệnh nhân được chẩn đoán là viêm mũi xoang mạn tính, cho nhập viện để khám nội soi mũi và chụp CT Scan, và phẫu thuật mũi xoang qua nội soi.

Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2015 đến tháng 10/2018

Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả cắt ngang.

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.

Thu thập số liệu:

Thu thập thông tin từ bệnh án mượn lại từ kho lưu trữ hồ sơ bệnh viện. Đối chiếu hình ảnh nội soi mũi, CT Scan và kết quả chẩn đoán sau mổ. Dựa trên những đặc điểm bệnh lý ghi nhận được trên nội soi mũi bao gồm:

- Biến dạng vách ngăn
- Biến dạng cuốn giữa
- Dị hình mòm móc
- Polype mũi

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Bệnh nhân được nội soi chẩn đoán, chụp CT scan và phẫu thuật nội soi ghi nhận những dấu hiệu : biến dạng vách ngăn, biến dạng cuốn giữa, dị hình mòm móc, polype mũi.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân được khám ,nội soi nhưng không chụp CT scan hay chỉ định phẫu thuật.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU: ghi nhận được 50 trường hợp từ tháng 01/2015 đến tháng 10/2018

Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo giới

Tổng số	Nam	Nữ
50	33	17

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo tuổi

Tuổi	15-25	26-35	36-45
Số bệnh nhân	10	16	24

Tuổi trung bình: 33,16

Bảng 3: Phân bố bệnh nhân theo thời gian mắc bệnh

Thời gian mắc bệnh	2-3 năm	3-4 năm	4-5 năm	>5 năm
Số bệnh nhân	7	8	18	17

Bảng 4: Dấu hiệu bệnh lý và bất thường giải phẫu ghi nhận qua nội soi mũi

Dấu hiệu bệnh lý và bất thường giải phẫu	Số ca	Tỷ lệ %
Biến dạng vách ngăn mũi	18	36
Biến dạng cuộn giữa	24	48
Dị hình mỏm móc	5	10
Polyp mũi	16	32

Bảng 5: Đối chiếu kết quả nội soi mũi với chụp CT scan :

Hình ảnh bệnh lý và những bất thường cấu trúc giải phẫu	Số ca	Tỷ lệ trùng khớp với nội soi chẩn đoán
Lệch vách ngăn mũi	18	100 %
Biến dạng cuộn giữa	24	100 %
Dị hình mỏm móc	5	100 %
Polyp mũi	16	100 %

Bảng 6: Đối chiếu kết quả nội soi mũi với chẩn đoán sau mổ :

Hình ảnh bệnh lý và những bất thường cấu trúc giải phẫu	NỘI SOI MŨI	Tỷ lệ trùng khớp với chẩn đoán sau mổ
Lệch vách ngăn mũi	18	100 %
Biến dạng cuộn giữa	24	100 %
Dị hình mỏm móc	5	100 %
Polyp mũi	16	100 %

BÀN LUẬN:

Qua nghiên cứu ghi nhận được 50 trường hợp, nam chiếm 66 % (33 ca), nữ chiếm 34 % (17 ca), tuổi trung bình 33,16 (nhỏ nhất 15 tuổi, cao nhất 45 tuổi), thời gian mắc bệnh trung bình 4 năm .

Vai trò và giá trị của nội soi mũi trong chẩn đoán viêm mũi xoang mạn:

Những biến dạng vách ngăn mũi như lệch, mào, gai vách ngăn với tỷ lệ 36 %. Vách ngăn mũi bị lệch đè ép vào các cuộn mũi làm suy giảm sự thông khí ở mũi.

Phi đại các cuốn mũi do hiện tượng viêm niêm mạc toàn bộ hốc mũi, phù nề làm cho các cuốn mũi quá phát chiếm tỷ lệ 48 %. Cuốn mũi giữa quá phát là hậu quả của viêm mạc cuốn mũi giữa bị quá sản (hyperplasia) gây suy giảm sự thông khí ở mũi, hạn chế sự dẫn lưu dịch tiết từ các xoang nhóm trước qua phức hợp lỗ thông khe.

Polyp mũi gặp ở nhiều giai đoạn khác nhau, có thể ở một bên hoặc cả hai bên hốc mũi, chiếm tỷ lệ 32 %. Khối polyp chiếm toàn bộ khe mũi giữa, tắc nghẽn lỗ thông khe, khối polype nếu to có thể lan rộng ra chiếm toàn bộ hốc mũi gây tắc nghẽn đường thở, đưa đến viêm mũi xoang mạn.

Một cấu trúc giải phẫu khác của mũi cũng được phát hiện qua nội là hình dạng mòm móc, trong nghiên cứu này, dị hình mòm móc chiếm 10 %. Dị hình mòm móc là yếu tố thuận lợi gây tắc phức hợp lỗ thông xoang là nguyên nhân chủ yếu gây viêm xoang.

Mặc dù tỷ lệ dương tính giả qua phương pháp khám nội soi mũi là 56%, nhưng ngược lại, tỷ lệ chẩn đoán chính xác (giá trị tiên đoán dương) khá cao 87%. Vì vậy, chúng tôi nhận thấy rằng khám nội soi mũi là một trong những phương pháp chẩn đoán bệnh viêm mũi xoang mạn rất tốt, giúp bác sĩ tai mũi họng chẩn đoán xác định bệnh viêm mũi xoang mạn tính với độ chính xác cao.

Vai trò và giá trị của ct scan trong chẩn đoán viêm mũi xoang mạn

Nghiên cứu bệnh viêm mũi xoang mạn tính qua phim CT Scan tư thế coronal và axial, chúng tôi ghi nhận hầu hết các dấu hiệu bệnh lý và những biến đổi về cấu trúc mũi xoang như đã mô tả.

Dấu hiệu dày niêm mạc xoang chủ yếu là ở nhóm xoang trước 2 bên, nhiều nhất là xoang hàm. Hình ảnh này luôn luôn song hành với dấu hiệu tắc lỗ thông khe, gây ứ đọng dịch tiết và lớp niêm mạc lót trong các xoang dày lên.

Vách ngăn mũi lệch chiếm tỷ lệ 24 %, trong đó thường gặp nhất là hình ảnh vách ngăn mũi lệch phần cao chèn ép vào cuốn mũi giữa gây bí tắc phức hợp lỗ thông khe ở khe mũi giữa, hậu quả là gây viêm mũi xoang mạn tính.

Biến dạng cuốn giữa chiếm tỷ lệ 24 %, trong đó có hai loại biến dạng chính là cuốn mũi giữa quá phát và cuốn mũi giữa cong ngược, gây chèn ép vào mòm móc, làm hẹp vùng phế nang và làm tắc sự thông khí của mũi.

Những hình ảnh bất thường về cấu trúc giải phẫu và bệnh lý, đặc biệt là vùng phức hợp lỗ thông khe ở khe mũi giữa thấy được trên phim CT Scan có độ chính xác cao và toàn diện trong việc chẩn đoán bệnh viêm mũi xoang mạn tính.

Tính chính xác của nội soi chẩn đoán khi đối chiếu với chụp CT-scan và chẩn đoán sau mổ

Trong nghiên cứu này, tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật nội soi mũi xoang. Qua đó ghi nhận kết luận chẩn đoán sau mổ đều trùng khớp với chẩn đoán của nội soi và kết quả chụp CT scan trước mổ. Qua đó cho thấy nội soi chẩn đoán là phương pháp chẩn đoán có tính chính xác cao trong chẩn đoán bệnh lý viêm xoang mạn tính .

KẾT LUẬN

Ngày nay với sự phát triển mạnh mẽ về khoa học kỹ thuật, phương pháp nội soi mũi giúp các bác sĩ tai mũi họng phát hiện các dấu hiệu bệnh lý và những thay đổi về cấu trúc giải phẫu nhỏ, nằm sâu,.. mà mắt thường chúng ta không thấy được, nhờ đó giúp cho việc chẩn đoán bệnh được chi tiết và chuẩn xác hơn. Kết quả nghiên cứu cho thấy kết quả nội soi chẩn đoán có độ chính xác cao trong chẩn đoán bệnh lý viêm xoang mạn tính dựa trên những biến đổi cấu trúc giải phẫu trong hốc mũi như : dị hình vách ngăn , biến dạng cuốn giữa, dị hình mòm móc, polype mũi. Do nghiên cứu có cỡ mẫu còn ít, chỉ 50 trường hợp trong 3 năm nên chưa tính được độ nhạy, độ đặc hiệu, nhưng khi đối chiếu với CT scan và chẩn đoán sau mổ hoàn toàn trùng khớp nên phần nào cũng thể hiện được tính chính xác trong chẩn đoán viêm xoang mạn tính bằng nội soi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1.VÕ TẤN , Tai Mũi Họng thực hành, tập 1, nhà xuất bản Y học – 1994, tr.116-134
- 2.HUỶNH KHẮC CƯỜNG, TRẦN CAO KHOÁT , Viêm xoang mạn tính 2002, Câu lạc bộ “Viêm mũi xoang” số 3-4/2001, tr.3-4
- 3.ĐẶNG THANH, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, nội soi và CT scan để chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật nội soi viêm xoang, Kỷ yếu các đề tài khoa học hội nghị Tai Mũi Họng toàn quốc 2009, tập 2, tr.338-348

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ THỨC ĐẨY ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI MẠN TÍNH TẮC NGHẼN

Trương Văn Lâm, Phạm Văn Kiểm,
Nguyễn Thị Hãnh, Hồ Minh Hải

TÓM TẮT

Mở đầu: các yếu tố nguy cơ của đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) (COPD) đã được công bố trong các công trình nghiên cứu ở trong và ngoài nước. Tại Việt Nam, các yếu tố thúc đẩy này chưa được nghiên cứu nhiều. **Mục tiêu:** Khảo sát các yếu tố thúc đẩy vào đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích bệnh nhân BPTNMT tại khoa Nội hô hấp bệnh viện đa khoa trung tâm an giang trong thời gian từ tháng 01/2019 đến tháng 09/2019. Từ đó phân tích đa biến để tìm ra yếu tố thúc đẩy vào đợt cấp COPD. **Kết quả:** trong nghiên cứu chúng tôi có 72 bệnh nhân, tuổi trung bình $76,1 \pm 12,1$, tuổi nhỏ nhất 50 tuổi, tuổi lớn nhất 91 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 94,6%, nữ 5,4%. Phân tích hồi qui đa biến cho thấy thời gian phát hiện mắc bệnh ≥ 5 năm (OR = 1,58), BMI $< 18,5$ kg/m² (OR = 1,78), còn hút thuốc lá (OR = 1,9), CRP ≥ 10 mg/l (OR = 1,57) và Lactate máu > 4 mg/l (OR = 1,8) nguy cơ độc lập thúc đẩy đợt cấp COPD. **Kết luận:** các yếu tố: thời gian phát hiện bệnh ≥ 5 năm, BMI $< 18,5$ kg/m², còn hút thuốc lá, CRP ≥ 10 mg/l, Lactate máu > 4 mg/l là những yếu tố nguy cơ độc lập thúc đẩy đợt cấp COPD.

Từ khóa: yếu tố thúc đẩy, đợt cấp, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

ABSTRACT

Background: Risk factors for chronic obstructive pulmonary disease (COPD) exacerbation (COPD) have been published in research studies at home and abroad. In Vietnam, these motivating factors have not been studied much. **Objectives:** To investigate the factors promoting the acute obstructive pulmonary disease exacerbation at the General Department of General Hospital of An Giang. **Methods:** descriptive cross-sectional study with analysis of COPD patients at the Internal Medicine Department of the An Giang central General Hospital during the period from 01/2019 to 09/2019. Since then multivariate analysis to find motivating factors for COPD exacerbation. **Results:** in the study we have patients 74, the average age is $76.1 + 12.1$, the youngest is 50 years, the oldest is 91 year old. The proportion of male patients accounted for 94.6%, female 5.4%. Multivariate regression analysis showed the detection time of disease > 5 years (OR = 1.58), BMI < 18.5 kg / m² (OR = 1.78), while smoking (OR = 1, 9), CRP > 10 mg / l (OR = 1.57) and blood Lactate > 4 mg / l (OR = 1.8) independent risk promoting COPD exacerbation. **Conclusion:** factors: time of delivery current disease > 5 years, BMI < 18.5 kg / m², smoking, CRP > 10 mg / l, blood lactate > 4 mg / l are independent risk factors that promote COPD exacerbation

Keyword: risk factors, acute exacerbation, chronic obstructive pulmonary disease

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính là một thách thức cho vấn đề chăm sóc sức khỏe do đây là một trong những bệnh lý có tỷ lệ gia tăng nhanh nhất trong vòng ba thập kỷ qua. Điều này có nhiều lý do như tuổi thọ đang tăng dần, và một nguyên nhân quan trọng đó là tỷ lệ bệnh gia tăng song hành với tỷ lệ hút thuốc lá đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển [2], [3].

Đợt cấp của COPD là nguyên nhân chủ yếu gây tử vong cho bệnh nhân COPD và gây suy giảm nhanh chức năng hô hấp mà trong đó chủ yếu là FEV1, làm cho suy giảm nhanh chất lượng cuộc sống, làm xấu đi tình trạng của bệnh. Chúng tôi nghiên cứu các yếu tố nguy cơ thúc đẩy đợt cấp của COPD nhằm tìm ra những biện pháp có thể giúp ích cho việc theo dõi và điều trị đợt cấp cho bệnh nhân COPD.

Một số yếu tố nguy cơ của đợt cấp COPD đã được công bố trong các công trình nghiên cứu ở trong và ngoài nước [1],[6],[10]. Tại Việt Nam, các yếu tố nguy cơ thúc đẩy này chưa được nghiên cứu đầy đủ. Do đó tiến hành đề tài này với Mục tiêu: khảo sát các yếu tố nguy cơ thúc đẩy đợt cấp COPD tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang trong thời gian từ 01/2019 đến 09/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân được chẩn đoán đợt cấp COPD
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia
- Lao phổi tiến triển
- Suy tim

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích

2.3. Cỡ mẫu

Chúng tôi chọn được 72 bệnh nhân tham gia nghiên cứu

2.4. Nội dung nghiên cứu

* Định nghĩa đợt cấp COPD:

Theo tiêu chuẩn Anthonisen: Đợt cấp COPD là sự xấu đi đột ngột tình trạng ổn định của bệnh: có biểu hiện

- Tăng khó thở,
- Khạc đàm tăng
- Thay đổi màu sắc của đàm

*** Các yếu tố thúc đẩy:**

- Tuổi.
- Không tuân thủ điều trị: không tái khám.
- Không tiêm vaccin ngừa cúm, vaccin viêm phổi.
- Nơi ở: thành thị (long xuyên), nông thôn (huyện).
- Tiền sử có đợt cấp trong 1 năm trước đó: mấy lần / năm.
- Vi khuẩn gây bệnh: cây đàm có vi khuẩn mọc, không mọc.
- Còn hút thuốc lá: số điều thuốc/ ngày.
- Thời gian mắc COPD: số năm
- Chỉ số BMI thấp <18,5 kg/m²
- Giai đoạn bệnh COPD: A, B, C, D.
- Chỉ số bạch cầu: số bạch cầu/ mm³
- Chỉ số CRP: mg/dl
- Chỉ số Lactat máu: mg/l
- Bệnh kèm theo: đái tháo đường, tăng huyết áp, thiếu máu cục bộ cơ tim.
- Tăng huyết áp: khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmhg.
- Lao phổi cũ: tiền sử điều trị lao, x quang phổi có xơ hóa củ.
- Thiếu máu cục bộ cơ tim: điện tim có ST chênh xuống, T det hoặc đảo ngược.

2.5. Phương pháp và kỹ thuật thu thập số liệu:

Người nghiên cứu trực tiếp hỏi bệnh nhân bằng bộ câu hỏi soạn sẵn, khám lâm sàng và thu thập thông tin cần thiết ghi vào phiếu thu thập số liệu

2.6. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

- So sánh 2 nhóm trung bình dùng phép kiểm t-test.
- Các biến số định tính dùng phép kiểm Chi square.
- phân tích đơn biến, đa biến mô hình logistic.
- Đối với tất cả các phân tích, giá trị P <0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê, với Khoảng tin cậy 95%.

- Xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS phiên bản 22.0.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung:

Trong nghiên cứu chúng tôi có 72 bệnh nhân, tuổi trung bình $74,8 \pm 10,9$. Tuổi nhỏ nhất 50 tuổi, Tuổi lớn nhất 91 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 95,8%, nữ 4,2%.

Bệnh kết hợp	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Không	39	54,2%
Cao huyết áp	15	20,8%
Lao phổi cũ	3	4,2%
TMCBCT	6	8,3%
2 bệnh đồng mắc (Cao huyết áp+TMCBCT)	9	12,5%
Tổng số	72	100%

Bảng 1. Các bệnh kết hợp

Nhận xét: Trong các bệnh phối hợp ở bệnh nhân COPD thì bệnh lý tăng HA và thiếu máu cơ tim (TMCBCT) là 2 bệnh lý chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 20,8% và 8,3%.

Cấy đàm	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Âm	24	33,3%
Dương	48	66,7%
Tổng	72	100%

Bảng 2. Cấy đàm

Nhận xét: Cấy đàm dương tính 66,7%, cấy đàm âm tính là 33,3%.

Vi khuẩn	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
<i>Enterobacter</i>	18	25%
<i>E. coli</i>	6	8,3%
<i>Klebsiella</i>	6	8,3%
<i>Pseudomonas</i>	12	16,6%
<i>Enterococci</i>	6	8,3%
Tổng	48	66,7%

Bảng 3. Vi khuẩn nuôi cấy được

Nhận xét: vi khuẩn *enterobacter* chiếm cao nhất 25%, kế đến *Pseudomonas* chiếm 16,6%. *E.coli*, *Klebsiella*, *Enterococci* đều chiếm 8,3%

Các biến	OR*	KTC(95%)	P
Nhóm tuổi			
< 75 tuổi	1		
≥75 tuổi	2,5	1,4-17	0,035
Tư vấn, tuân thủ điều trị			
Có			
Không	1,5	0,4-26	0,4
Vaccine cúm, viêm phổi			
Có	1		
Không	1,6	0,12-21,6	0,7
Nơi ở			
Thành thị (TP Long Xuyên)	1		
Huyện (nông thôn)	1,7	0,2-13	0,6
Tiền sử có đợt cấp trong 1 năm nay			
Không	1		
có	2,1	0,4-21	0,25
Còn hút thuốc lá			
Không			
Có	2,4	0,3-13	0,04
Số điều hút thuốc /ngày			
≤10 điều			
>11 điều	2	0,3-13,8	0,048
Thời gian mắc bệnh COPD			
<5 năm			
≥5 năm	3,4	1,17-23	0,042
Chỉ số BMI thấp			
BMI ≥18,5 kg/m ²	1		

BMI <18,5 kg/m ²	2,5	(1,2-26,3)	0,04
Giai đoạn bệnh COPD			
A,B	1		
C,D	2,5	0,24-26,5	0,04
Tiền sử mắc bệnh đồng mắc			
Không	1		
Có bệnh	1,34	0,5-3,49	0,5

Bảng 4. Kết quả phân tích đơn biến (hồi quy logistic) các yếu tố nguy cơ thúc đẩy đợt cấp COPD

Nhận xét: Phân tích đơn biến cho thấy nhóm tuổi ≥ 75 tuổi, BMI thấp < 18,5 kg/m², còn hút thuốc lá, thời gian mắc COPD ≥ 5 năm, Giai đoạn bệnh COPD nhóm C,D là những yếu tố nguy cơ thúc đẩy đợt cấp COPD (có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$)

Biến số	OR*	KTC (95%)	P
Cấy đàm			
âm	1		
Dương tính (có mọc)	1,1	0,3-3,1	0,67
Chỉ số bạch cầu			
< 10000/mm ³	1		
≥ 10000 /mm ³	2,2	1,5-28,3	0,03
Chỉ số CRP			
<10 mg/dL	1		
≥ 10 mg/dL	3,4	1,24-66	0,016
Chỉ số Lactat máu			
≤ 4 mg/l	1		
>4 mg/l	3,5	1,4-37,7	0,022

Bảng 5. Phân tích đơn biến yếu tố cận lâm sàng nguy cơ đợt cấp COPD

Nhận xét: Các yếu tố Lactat > 4 mmol/l, BC ≥ 10.000 /mm³, CRP >10 mg/dl là những yếu tố nguy cơ đợt cấp COPD (có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$)

Sau khi phân tích đơn biến, những biến số có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$, gồm 8 yếu tố: nhóm tuổi >75, còn hút thuốc lá, thời gian mắc bệnh COPD, chỉ số BMI thấp

<18,5 , giai đoạn bệnh COPD, chỉ số bạch cầu, chỉ số CRP, chỉ số Lactat máu đưa vào mô hình hồi qui logistic đa biến (khi đã hiệu chỉnh),

3.2. Phân tích đa biến mô hình hồi qui logistic các yếu tố nguy cơ đợt cấp COPD

Triệu chứng	OR**	KTC(95%)	p
Thời gian mắc bệnh			
< 5 năm	1		
≥5 năm	1,58	1,2-29,31	0,048
Còn hút thuốc lá			
Không	1		
Có	1,9	1.13-22	0,04
BMI			
≥18,5 kg/m ²	1		
<18,5 kg/m ²	1,78	1.01-32	0,043
Chỉ số CRP			
<10 mg/dL	1		
≥ 10 mg/dL	1,57	1,43–3,9	0,045
Chỉ số Lactat máu			
≤4 mg/l	1		
>4mg/l	1,8	1.11-23	0,042

OR**:(có hiệu chỉnh) phân tích đa biến

Bảng 6. Kết quả hồi quy logistic đa biến các yếu tố nguy cơ đợt cấp COPD

Nhận xét: phân tích đa biến cho thấy chỉ còn 5 yếu tố: thời gian mắc bệnh ≥5 năm, bệnh nhân còn đang hút thuốc lá, BMI<18,5 kg/m², CRP ≥ 10 mg/dl, lactate > 4 mg/l là những yếu tố độc lập nguy cơ thúc đẩy đợt cấp COPD (có ý nghĩa thống kê với p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung bệnh nhân

Trong nghiên cứu chúng tôi có 72 bệnh nhân , tuổi trung bình 74,8±10,9. Tuổi nhỏ nhất 50 tuổi, Tuổi lớn nhất 91 tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 95,8%, nữ 4,2%. Kết quả này phù hợp với cứu trong và ngoài nước [1], [7], như tác giả Trần Văn Ngọc [1] cho thấy, tuổi trung bình của bệnh nhân COPD là 72,59±11,38 tuổi. Nam giới chiếm hầu hết trong dân số nghiên cứu với tỉ lệ cao 90,3%, nữ giới chỉ chiếm tỉ lệ 9,7%.

4.3. Các yếu tố nguy cơ thúc đẩy đợt cấp COPD

05 yếu tố nguy cơ độc lập thúc đẩy đợt cấp COPD (suy dinh dưỡng BMI <18,5 kg/m², còn hút thuốc, thời gian mắc bệnh ≥5 năm, CRP ≥ 10mg/l, lactate máu >4mg/l.)

Suy dinh dưỡng có liên quan đến sự suy giảm sức mạnh và sức bền của cơ hô hấp, làm gia tăng sự giới hạn đường thở của bệnh nhân COPD. Theo nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân với BMI <18,5 kg/m² có nguy cơ đợt cấp COPD cao hơn 1,78 lần so với bệnh nhân với BMI ≥ 18,5 kg/m², điều này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, tương đồng với một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo tác giả Trần Văn Ngọc [1] cho thấy bệnh nhân có BMI <18,5 kg/m² có nguy cơ đợt cấp COPD cao hơn 3,34 lần so với nhóm bệnh nhân BMI ≥ 18,5 kg/m². Tác giả Camargo LACDR [7], năm 2014 nghiên cứu 639 bệnh nhân 2014 đợt cấp tại Brazil cho thấy, BMI <18,5 kg/m² là yếu tố nguy cơ đợt cấp COPD. Tác giả Kim M.H và cộng sự (2010)[14], cho thấy bệnh nhân có BMI <18,5 kg/m² có nguy cơ đợt cấp COPD cao nhóm bệnh nhân có BMI >18,5 kg/m².

Thời gian mắc bệnh COPD, theo y văn COPD là bệnh lý tiến triển, nặng dần theo thời gian. Các đợt cấp ban đầu thưa, về sau càng lúc càng gần hơn. Từ đó có thể thấy, nguy cơ nhập viện vì đợt cấp tăng tỉ lệ thuận với thời gian phát hiện bệnh COPD. Theo nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân với thời gian phát hiện bệnh ≥ 5 năm có nguy cơ đợt cấp cao hơn 1,5 lần so với bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh < 5 năm có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$. Kết quả nghiên cứu này cũng tương tự như kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác, theo tác giả Trần Văn Ngọc[1], bệnh nhân với thời gian phát hiện bệnh ≥ 5 năm có nguy cơ nhập viện đợt cấp cao hơn 2,41 lần so với bệnh nhân có thời gian phát hiện bệnh < 5 năm, tác giả Cao Z, và cộng sự [8] năm (2006) cho thấy, thời gian mắc bệnh > 5 năm có nguy cơ đợt cấp COPD cao hơn 2,3 lần nhóm < 5 năm, tác giả Kim M.H và cộng sự (2010) cũng tương tự, thời gian mắc bệnh ≥ 5 năm có nguy cơ đợt cấp COPD cao hơn 2,5 nhóm bệnh nhân mắc COPD < 5 năm.

Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ chính của COPD. Theo y văn, khi ngưng hút thuốc lá, chức năng hô hấp của bệnh nhân sẽ hồi phục một phần, đặc biệt khi đó tốc độ giảm chức năng hô hấp hàng năm sẽ giảm về gần giới hạn tốc độ giảm của người không hút thuốc lá. Trong các biện pháp ngăn ngừa tình trạng tiến triển của bệnh thì cai thuốc lá là can thiệp hiệu quả nhất, kinh tế nhất. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm còn đang hút thuốc lá có nguy cơ đợt cấp COPD cao hơn 1,9 lần so với nhóm không hút thuốc lá, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu trước đây, theo tác giả Trần Văn Ngọc[1] nghiên cứu 144 bệnh nhân cho thấy rằng những bệnh nhân còn hút thuốc lá có nguy cơ nhập viện thường xuyên đợt cấp COPD cao hơn 4,5 lần so với nhóm không còn hút thuốc lá, tác giả Godtfredsen NS và cộng sự [11] cho thấy nhóm hút thuốc lá có nguy cơ đợt cấp cao nhóm ngưng hút thuốc, tác giả Josephs L (2017) [13], cũng cho thấy nhóm còn hút thuốc có nguy cơ đợt cấp COPD hơn nhóm ngưng hút thuốc lá.

Yếu tố CRP theo nghiên cứu chúng tôi, nhóm bệnh nhân có CRP ≥ 10 mg/dl có nguy cơ đợt COPD cao 1,57 lần so nhóm CRP thấp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả cũng tương tự một số tác giả khác, nghiên cứu của Hurst J. (2006) [12], nhóm bệnh nhân CRP > 5 mg/L có nguy cơ đợt cấp COPD cao hơn nhóm CRP < 5 mg/dl. Tác giả De Kruif M.D [15] (2010) nhóm bệnh nhân CRP > 9 mg/l có nguy cơ đợt cấp cao hơn nhóm CRP < 9 mg/l, tác giả Bafadhel M. (2011) [5], nhóm bệnh nhân > 10 mg/l có nguy cơ đợt cấp COPD cao hơn nhóm CRP < 10 mg/l. Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, nhìn chung nồng độ trung bình của CRP tăng cao trong đợt cấp.

Như vậy, CRP là yếu tố nguy cơ thúc đẩy đợt cấp COPD cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu.

Yếu tố Lactat máu theo nghiên cứu chúng tôi, nhóm bệnh nhân có Lactate máu > 4 mmol/l là yếu tố nguy cơ đợt cấp COPD cao hơn 1,8 lần so nhóm lactate < 4 mmol/l có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$, phù hợp một số nghiên cứu khác, Tác giả Durmuş U và cộng sự [9], nghiên cứu năm 2018 Thổ Nhĩ Kỳ, tổng cộng có 495 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Độ thanh thải Lactat trung bình tăng cao ở nhóm nhập viện đợt cấp COPD. Phân tích hồi quy logistic đa biến cho thấy giá trị lactate tăng cao là yếu tố nguy cơ độc lập thúc đẩy đợt cấp COPD cao hơn 2,91 lần (OR: 2,91) ($p < 0,05$) so với nhóm Lactate máu thấp.

Tác giả Brasil Santos D [6], Nghiên cứu tại Brazil, 91 bệnh nhân cho thấy giá trị Lactate tăng cao là yếu tố nguy cơ độc lập thúc đẩy đợt cấp COPD.

IV. KẾT LUẬN

Các yếu tố: thời gian phát hiện bệnh ≥ 5 năm, BMI $< 18,5$ kg/m², còn hút thuốc lá, CRP ≥ 10 mg/dl, Lactate máu > 4 mg/l là những yếu tố nguy cơ độc lập thúc đẩy đợt cấp COPD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

TIẾNG VIỆT

1. Trần Văn Ngọc, Mả Vinh Đạt (2018), “Đặc điểm lâm sàng và yếu tố thúc đẩy vào đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhập viện thường xuyên nhóm nguy cơ cao”, *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh* (22)2, tr.186 – 193.
2. Lê Thị Kim Nhung, Nguyễn Quang Minh (2014), “Khảo sát các yếu tố tiên lượng đợt cấp bệnh phổi mạn tính tắc nghẽn trên người cao tuổi”, *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, (18) 3, tr. 203-208
3. Lương Ngọc Khuê và Hoàng Văn Minh (2011), "Nghiên cứu tần suất và mức độ hút thuốc lá ở người Việt Nam", *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*, 15 (2), 94-100.
4. Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Việt Nhung và cộng sự (2010), "Nghiên cứu dịch tễ tình hình bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính ở Việt Nam". *Y học thực hành*, 704 (2), 8-11.

TIẾNG ANH

5. Bafadhel M, McKenna S, Terry S, et al (2011), “ Acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease: identification of biologic clusters and their biomarkers”. *Am J Respir Crit Care Med*.184(6):pp. 662-71.
6. Brasil Santos D, de Assis Viegas CA (2009), “Correlation of levels of obstruction in COPD with lactate and six-minute walk test”. *Rev Port Pneumol*.15(1):pp.11-25.
7. Camargo LACDR, Castellano MVO et al (2017), “Hospitalization due to exacerbation of COPD: "Real-life" outcomes”. *Rev Assoc Med Bras*, 63(6): pp.543-549.
- 8.Cao Z, Ong KC, Eng P, et al (2006) "Frequent hospital readmissions for acute exacerbation of COPD and their associated factors". *Respirology*, 11 (2), 188-195.
9. Durmuş U, Doğan NÖ, Pekdemir M, et al(2018)“The value of lactate clearance in admission decisions of patients with acute exacerbation of COPD”. *Am J Emerg Med*, 36(6):pp.972-976.
10. Garcia-Aymerich J, Monso E, Marrades RM, et al (2001), "Risk factors for hospitalization for a chronic obstructive pulmonary disease exacerbation. EFRAM study".*Am J Respir Crit Care Med*, 164 (6), 1002 -1007.
11. Godtfredsen NS, Vestbo J, Osler M, et al (2002) "Risk of hospital admission for COPD following smoking cessation and reduction: a Danish population study". *Thorax*, 57 (11), 967-972.
- 12.Hurst JR, Perera WR, Wilkinson TM, et al (2016)“ Exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease: pan-airway and systemic inflammatory indices”. *Proc Am Thorac Soc*. 2006 Aug;3(6):481-2.
- 13.Josephs L, Culliford D, Johnson M, et al (2017) "Improved outcomes in ex-smokers with COPD: a UK primary care observational cohort study". *Eur Respir J*, 49 (5).
14. Kim M.H, Lee K., Kim K.U et al (2010) "Risk Factors Associated with Frequent Hospital Readmissions for Exacerbation of COPD". *Tuberculosis and Respiratory Diseases*, 69 (4).
15. Kruif M.D. (2010) et al (2010)“Additional value of procalcitonin for diagnosis of infection in patients with fever at the emergency department”. *Crit Care Med*, 38(2): pp.

HIỆU QUẢ LIỀU THẤP THUỐC ỨNG CHẾ BƠM PROTON TRONG ĐIỀU TRỊ XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA TRÊN CẤP ĐỘ LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG

Lâm Võ Hùng, Nguyễn Tấn Thành,
Trần Ngọc Bích, Bùi Thị Thanh Trúc

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh hiệu quả điều trị của liều thấp PPI với liều cao PPI trong xuất huyết tiêu hóa trên cấp về thời gian nằm viện, tái xuất huyết, sự cần thiết phẫu thuật, tử vong.

Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên trên 86 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng phân thành hai nhóm, nhóm dùng PPI liều thấp và nhóm kia dùng PPI liều cao tại khoa Nội Tiêu hóa-Huyết học, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang trong năm 2019.

Kết quả: tuổi trung bình là 56.5 ± 14.9 tuổi, giới nam nhiều hơn nữ (58,1%/42,9%). Lâm sàng có ói ra máu và tiêu phân đen nhiều nhất 67,4%, tiêu phân đen 32,6%; đau thượng vị âm ỉ 76,7%, từng cơn 23,3%; thiếu máu nhẹ 15,1%, trung bình 74,4%, nặng 10,5%. Vị trí ổ loét: loét hang môn vị 52,3%, vùng thân vị 10,5%, tá tràng 37,2%. Phân độ Forrest: IIa 38,4%, IIb 33,7%, IIc 22,1%, III 5,9%. Về thời gian nằm viện trung bình là $6,1 \pm 1,5$ ngày; so sánh thời gian nằm viện giữa hai nhóm dùng PPI liều thấp và PPI liều cao sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $P=0,63$. Về tỉ lệ tái phát giữa hai nhóm PPI liều cao và PPI liều thấp tương tự nhau với $P=0,34$, OR 0,5, 95% CI 0,09 – 2,58. Về tỉ lệ phẫu thuật, tử vong, so sánh giữa hai nhóm PPI liều cao và PPI liều thấp cũng tương tự nhau với $P=0,31$, OR 0,97, 95% CI 0,93 – 1,02.

Kết luận: Sử dụng PPI liều thấp có tác dụng tương tự như dùng PPI liều cao về thời gian nằm viện, tỉ lệ tái phát, tỉ lệ phẫu thuật và tỉ lệ tử vong. Dùng PPI liều thấp còn có ưu điểm làm giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân.

ABSTRACT

AIM: To compare the efficacy of low dose PPI and high dose PPI in bleeding peptic ulcer on the duration of hospitalization, re-bleeding, the necessary to surgery and mortality.

METHODS: A randomized clinical trial on 86 patients with bleeding peptic ulcer. They were divided into two groups, one group received high dose PPI regimen and another group received low dose PPI regimen in department of Gastroenterology-hematology, An Giang Central General Hospital.

RESULTS: Average age was 56.5 ± 14.9 years, male (58,1%) more than female (42,9%). The most common clinical features was hematemesis and melena 67,4%, melena 32,6%. Dull epigastric pain 76,7%, epigastric crisis 23,3%, mild anemia 15,1%, average anemia 74,4%, severe anemia 10,5%. The site of peptic ulcer: antral 52,3%, gastric body 10,5%, duodenum 37,2%. Forrest score: IIa 38,4%, IIb 33,7%, IIc 22,1%, III 5,9%. The average of duration of hospitalization was $6,1 \pm 1,5$ days; Comparing the duration of hospitalization between two groups using high dose PPI regimen and low dose PPI

regimen, there was no statistical significance with $P = 0,63$. Re-bleeding between two groups of high dose PPI regimen and low dose PPI regimen was similar with $P=0,34$, OR 0,5, 95% CI 0,09 – 2,58. Surgery and mortality compared with two groups also were similar with $P=0,31$, OR 0,97, 95% CI 0,93 – 1,02.

CONCLUSION: *Using low dose PPI regimen had the similar functions as high dose PPI regimen did, specifically, it was about the duration of hospitalization, re-bleeding, surgery and mortality. Using low dose PPI regimen also could help to decrease the budget for patients.*

I/ĐẶT VẤN ĐỀ

Nguyên nhân thường gặp của xuất huyết tiêu hóa trên cấp không do giãn tĩnh mạch thực quản là loét dạ dày tá tràng (2)(4). Phương pháp điều trị hiện nay là cầm máu qua nội soi bằng những phương thức thích hợp, sau đó sử dụng thuốc ức chế bơm proton (PPI=Proton pump inhibitor) với liều cao để giữ pH dịch vị trên 6, ở pH này sẽ giúp ổn định hoạt động tiêu cầu và bền vững cục máu đông ngay ổ loét (2)(4)(7). Từ đó, làm giảm tỉ lệ tái xuất huyết, giảm sự cần thiết của phẫu thuật, giảm thời gian nằm viện và giảm tỉ lệ tử vong (2)(6)(7)(8). Tuy nhiên, gần đây có nhiều nghiên cứu cho thấy, loại PPI không ảnh hưởng đến kết quả điều trị (2) đồng thời sử dụng liều thấp PPI cũng tương tự và hữu ích như dùng liều cao PPI (1)(2)(5)(9). Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đánh giá hiệu quả của sử dụng liều thấp PPI so với liều cao PPI trong điều trị xuất huyết tiêu hóa trên cấp do loét dạ dày tá tràng tại khoa Nội Tiêu hóa-Huyết học, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang.

Xác định mục tiêu chuyên biệt của đề tài:

1. Xác định đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi của bệnh xuất huyết tiêu hóa trên cấp không do giãn tĩnh mạch thực quản
2. So sánh hiệu quả điều trị của liều thấp PPI với liều cao PPI trong xuất huyết tiêu hóa trên cấp về thời gian nằm viện, tái xuất huyết, sự cần thiết phẫu thuật, tử vong.

II/ PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên: những bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa trên cấp nhập viện khoa Nội Tiêu hóa-huyết học được cầm máu qua nội soi sẽ chọn ngẫu nhiên chia thành hai nhóm, một nhóm được cho sử dụng thuốc PPI với liều cao: 80mg bolus, sau đó duy trì 8mg/giờ trong 72 giờ tiếp theo, kể đó dùng tiếp 40mg mỗi ngày đến khi ra viện; nhóm thứ hai dùng thuốc PPI liều thấp: 40mg bolus, sau đó duy trì 4mg/giờ trong 72 giờ tiếp theo, dùng tiếp 40mg mỗi ngày đến khi ra viện. Cả hai nhóm đều được thu thập dữ liệu theo mẫu và đánh giá thời gian nằm viện, tỉ lệ tái xuất huyết, phẫu thuật, tỉ lệ tử vong.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính so sánh 2 tỉ lệ

$$n = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}} P(1-P)}{d^2}.$$

Chúng tôi lấy kết quả nghiên cứu trước (7) với 12% giảm xuất huyết trong nhóm liều cao và 4% trong nhóm liều thấp, $\alpha=5\%$ và $\beta=20\%$. Cỡ mẫu cho mỗi nhóm là 43 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: ngẫu nhiên theo số chẵn, lẻ, bệnh nhân có số chẵn phân vào nhóm I (nhóm dùng PPI liều thấp), có số lẻ phân vào nhóm II (nhóm dùng PPI liều cao).

2.2.2. Đối tượng nghiên cứu

Những bệnh nhân có triệu chứng xuất huyết tiêu hóa trên cấp nhập viện khoa Nội Tiêu hóa-Huyết học sẽ được nội soi dạ dày tá tràng trong vòng 12-24 giờ và can thiệp cầm máu nếu có chỉ định. Những bệnh nhân có phân độ Forrest từ IIA đến III sẽ đưa vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch thực quản, đa ổ loét, loét ác tính, bệnh nhân đang dùng corticoid, thuốc kháng viêm non steroid.

PHÂN ĐỘ FOREST (4):

- _ Ia: máu chảy thành tia phún
- _ Ib: máu chảy thành dòng, rỉ rả
- _ IIa: thấy mạch máu lộ ra (nguy cơ tái xuất huyết cao)
- _ IIb: có cục máu đông (nguy cơ tái xuất huyết trung bình)
- _ IIc: có cặn máu đen (nguy cơ tái xuất huyết thấp)
- _ III: đáy ổ loét sạch

2.2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm thống kê STATA 10

Dùng lệnh tab1 khảo sát các biến định tính: giới, hình ảnh nội soi, tái phát, phẫu thuật, kết cục,

Dùng lệnh sum khảo sát các biến định lượng: tuổi, thời gian nằm viện,

Dùng phép kiểm χ^2 để đánh giá sự khác biệt về tái phát, phẫu thuật, kết cục của nhóm liều cao PPI và nhóm liều thấp PPI.

Dùng phép kiểm Wilcoxon rank sum test để đánh giá sự khác biệt về thời gian nằm viện của nhóm liều cao PPI và nhóm liều thấp PPI.

III/ KẾT QUẢ

Qua nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng 86 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa trên cấp do loét dạ dày-tá tràng được điều trị bằng cầm máu qua nội soi dạ dày tá tràng và dùng thuốc ức

chế bơm proton chia làm hai nhóm: nhóm dùng liều cao và nhóm dùng liều thấp trong năm 2019 tại khoa Nội Tiêu hóa-huyết học, BVĐKTT An giang, chúng tôi có những kết quả như sau

3.1. Đặc điểm chung

-Tuổi: tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 56.5 ± 14.9 , nhỏ nhất 19 tuổi, lớn nhất 88 tuổi. Nhận xét tuổi trung bình thuộc nhóm trung niên.

-Giới: nam có 50 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 58,1%, nữ có 36 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 42,9%. Nhận xét giới nam nhiều hơn nữ.

3.2. Lâm sàng

Lâm sàng	Số BN (n)	Tỉ lệ (%)	
Nôn ra máu và tiêu phân đen	58	67,4	
Tiêu phân đen đơn thuần	28	32,6	
Đau thượng vị âm ỉ	66	76,7	
Đau thượng vị từng cơn	20	23,3	
Thiếu máu	Nhẹ	13	15,1
	Trung bình	64	74,4
	Nặng	9	10,5

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Nhận xét: nôn ra máu và tiêu phân đen, đau thượng vị âm ỉ và thiếu máu mức độ trung bình chiếm tỉ lệ nhiều nhất

3.3. Đặc điểm ổ loét dạ dày tá tràng

Ổ loét	Số BN (n)	Tỉ lệ (%)	
Loét hang, môn vị	45	52,3	
Loét vùng thân vị	9	10,5	
Loét tá tràng	32	37,2	
Phân độ Forrest	IIa	33	38,4
	IIb	29	33,7
	IIc	19	22,1
	III	5	5,9

Bảng 2. Đặc điểm ổ loét

Nhận xét: loét hang môn vị, phân độ forest IIa chiếm tỉ lệ nhiều nhất

3.4. Thời gian nằm viện

- Ngày điều trị trung bình là 6,1 ngày \pm 1,5, ít nhất là 3 ngày, nhiều nhất là 10 ngày.

- Theo phép kiểm Wilcoxon rank sum test so sánh ngày điều trị giữa hai nhóm PPI liều cao và PPI liều thấp, ta có $P= 0,63$. Do đó, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê.

3.5. Tái phát

Tái phát	Liều PPI n(%)		Tổng n(%)	P	OR	CI
	Liều cao	Liều thấp				
Có	2 (4,7)	4 (9,3)	6 (7)	0.34	0.5	0.09 - 2.58
Không	41 (95,3)	39(90,7)	86 (100)			

Bảng 3. So sánh tái phát giữa hai nhóm

Nhận xét: về tỉ lệ tái phát với $P=0.34$, $OR=0.5$ với 95% $CI= 0.09-2.58$ nên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê

3.6. Kết cục

Kết cục	Liều PPI n(%)		Tổng n(%)	P	OR	CI
	Liều cao	Liều thấp				
Ra viện	42 (97,7)	43 (98,8)	85 (98,8)	0.31	0.97	0.93 - 1.02
Chuyển mổ	1 (2,3)	0	1 (1,16)			
Tử vong	0	0	0			
Chuyển viện	0	0	0			

Bảng 4. So sánh kết cục giữa hai nhóm

Nhận xét: với $P=0.31$, $OR= 0.97$ với 95% $CI= 0.93-1.02$ nên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê

IV/BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng 86 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng sau khi nội soi dạ dày tá tràng can thiệp cầm máu được chia thành hai nhóm, một nhóm dùng PPI liều cao và nhóm kia dùng PPI liều thấp, chúng tôi có những kết quả tương tự như những nghiên cứu khác.

Về giới, chúng tôi có tỉ lệ nam/nữ là 50(58,1%)/30(42,9%), nam chiếm ưu thế. Về tuổi, tuổi trung bình là 56,5 \pm 14,9 ưu thế tuổi trung niên. Kết quả này tương tự [Abdol Rahim Masjedizadeh et al](#), [Liam CM et al](#) (2).

Về đặc điểm ổ loét dạ dày tá tràng, loét dạ dày chiếm ưu thế, trong đó loét vùng hang môn vị gặp nhiều hơn các vị trí khác (52,3%). Loét vùng tá tràng ít gặp hơn loét dạ dày

(37,2%). Nghiên cứu của Abdol Rahim Masjedizadeh et al. có loét tá tràng nhiều hơn loét dạ dày khác với kết quả của chúng tôi, có thể do mẫu chúng tôi ít hơn. Phân độ Forrest có nhóm FIIa chiếm ưu thế, do chúng tôi giới hạn đối tượng nghiên cứu không khảo sát nhóm FI để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân.

Về lâm sàng, 100% bệnh nhân có đau thượng vị, kiểu đau, mức độ khác nhau, đau âm ỉ thường gặp nhất 77,7%, một số đau từng cơn. Ôi máu và tiêu phân đen chiếm ưu thế hơn tiêu phân đen đơn thuần, phù hợp với kết quả nội soi dạ dày tá tràng, nhóm FIIa có tỉ lệ cao nhất.

Sử dụng PPI kết hợp cầm máu thích hợp qua nội soi dạ dày tá tràng là liệu pháp chuẩn điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng (1)(2)(4)(7). Cho đến nay, có rất nhiều nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng RCTs cũng như các phân tích gộp, tổng quan hệ thống của nhiều trung tâm tiêu hóa trên thế giới khi so sánh hiệu quả của phác đồ dùng PPI liều cao và PPI liều thấp đều có chung nhận định kết cục tương tự nhau về thời gian nằm viện, tái phát, sự cần thiết phẫu thuật, tỉ lệ tử vong (9). Mục đích của dùng PPI sau nội soi cầm máu là duy trì pH dịch vị lớn hơn 6. Ở pH > 6, dịch vị không phá vỡ kết tập tiểu cầu nơi chảy máu và làm ổn định cục máu đông, hạn chế tái xuất huyết sau khi đã cầm máu tự nhiên hoặc do can thiệp (3)(4)(8)(9)(10). Vấn đề là với liều thấp PPI, pH dịch vị có còn duy trì lớn hơn 6 như liều cao PPI?

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy giữa những bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng, cả hai nhóm dùng PPI liều cao và liều thấp đều có kết cục thời gian nằm viện, phẫu thuật, tái phát, tỉ lệ tử vong đều tương tự như nhau. Cụ thể, về thời gian nằm viện giữa hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P=0,63$. Tương tự, về tiêu chí phẫu thuật, tử vong không khác biệt giữa hai nhóm với $P=0,31$, $OR=0,97$, 95% CI 0,93-1,02. Tỉ lệ tái phát giữa hai nhóm tương tự nhau với $P=0,34$, $OR=0,5$, 95% CI= 0,09-2,58. Như vậy, so sánh với những nghiên cứu trước trên thế giới cũng có kết luận tương tự. Trong nghiên cứu đã báo cáo, Andriulli et al khảo sát 236 bệnh nhân dùng liều cao PPI và 238 bệnh nhân dùng liều thấp PPI, nhận thấy tỉ lệ tái phát ($P=0,34$), số đơn vị máu trung bình cần truyền ($P=0,32$), thời gian nằm viện ($P=0,18$) và phẫu thuật ($P=0,03$) không có sự khác biệt giữa hai nhóm (1). Chen et al nghiên cứu 45 bệnh nhân dùng liều cao và 48 bệnh nhân dùng liều thấp PPI, tỉ lệ tái phát trong 4 thời điểm (3, 7, 14 và 28 ngày) kể từ lần xuất huyết đầu tiên thì bằng nhau trong hai nhóm (3). Trong nghiên cứu mù đôi thử nghiệm lâm sàng của Abdol Rahim Masjedizadeh et al cả hai nhóm dùng pantoprazole liều cao và liều thấp có cùng kết cục như nhau. Tỉ lệ tái phát ($P=0,30$), thời gian nằm viện hơn 5 ngày ($P=0,53$), số lượng máu truyền hơn 2 đơn vị ($P=0,15$), lượng máu đã truyền ($P=0,50$), tỉ lệ tử vong ($P=0,99$) và phẫu thuật ($P=0,75$) sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (2). Hơn nữa, Yao chun et al khảo sát trên 120 bệnh nhân, Wang et al làm phân tích gộp 1157 trường hợp, Calver et al và Liu-cheng et al phân tích gộp 1345 bệnh nhân đều có cùng phát hiện tỉ lệ tái xuất huyết trên bệnh nhân loét dạ dày và loét tá tràng như nhau ($P=0,84$) (10).

Vậy, nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương tự với các nghiên cứu có chất lượng ở trên về mục tiêu tỉ lệ tái phát, thời gian nằm viện, phẫu thuật và tử vong. Từ nhận xét này,

câu hỏi sử dụng PPI liều thấp có duy trì pH dạ dày > 6 hay không đã có câu trả lời: dùng PPI liều thấp có tác dụng tương tự như dùng PPI liều cao trong điều trị xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng.

V/ KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 86 bệnh nhân xuất huyết tiêu hóa do loét dạ dày tá tràng tại khoa Nội Tiêu hóa-Huyết học, Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang, chúng tôi nhận thấy sử dụng PPI liều thấp có tác dụng tương tự như dùng PPI liều cao về thời gian nằm viện, tỉ lệ tái phát, tỉ lệ phẫu thuật và tỉ lệ tử vong. Dùng PPI liều thấp còn có ưu điểm làm giảm chi phí điều trị cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1/Andriulli A, Loperfido S, Focareta R et al. High-versus low –dose proton pump inhibitors after endoscopic homeostasis in patients with peptic ulcer bleeding: a multicenter, randomized study. *Am J Gastroenterol.* 2008;103, pp 3011–8.
- 2/Abdol Rahim Masjedizadeh, Eskandar Hajianid, High Dose versus Low Dose Intravenous Pantoprazole in Bleeding Peptic Ulcer: A Randomized Clinical Trial, *Middle East J Dig Dis*, 2014 Jul; 6(3), pp 137-43.
- 3/Chen HC, Kao AW, Chuang CH, Sheu BS. The efficacy of high-and low dose intravenous Omeprazole in preventing rebleeding for patients with bleeding peptic ulcer and co morbid illnesses. *Dig Dis Sci.* 2005;50, pp 1194–201.
- 4/Daniel K. Podolski, *Yamada Textbook of Gastroenterology*, 6nd Edition, Wiley Blackwell, 2014, pp 1675-80.
- 5/Liang CM, Lee JH, Kuo YH, Intravenous non-high-dose pantoprazole is equally effective as high-dose pantoprazole in preventing rebleeding among low risk patients with a bleeding peptic ulcer after initial endoscopic hemostasis, *BMC Gastroenterol*, 2012, Mar 238, pp 12-28.
- 6/Liu-Cheng Wu, Yun-Fei Cao, High-dose vs low-dose proton pump inhibitors for upper gastrointestinal bleeding: A meta-analysis, *World J Gastroenterol*, 2010 May 28; 16(20)
- 7/ Mehmedović-Redzepović A, Mesihović R, Hematologic and laboratory parameters in patients with peptic ulcer bleeding treated by two modalities of endoscopic hemostasis and proton pump inhibitors. *Med Glas (Zenica)* 2011;8, pp 151–7
- 8/Neumann I, Letelier LM, Comparison of different regimens of proton pump inhibitor for acute peptic ulcer bleeding, *Cochrane Database Syst Rev*, 2013 Jun 12; (6)
- 9/Sqourakis G, Chatzidakis G, High-dose vs. Low-dose Proton Pump Inhibitors post-endoscopic hemostasis in patients with bleeding peptic ulcer. A meta-analysis and meta-regression analysis. *Turk J Gastroenterol*, 2018 Jan; 29(1), pp 22-3.
- 10/Wang CH, Ma MH, High dose vs non-high dose proton pump inhibitor after endoscopic treatment in patient peptic ulcer: a systemic review and meta analysis of randomized controlled trials, *Arch Intern Med*, 2010 May 10; 170 (9), pp 751-8.

**NGHIÊN CỨU TƯƠNG TÁC THUỐC BẤT LỢI TRONG ĐIỀU TRỊ
TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA KHÁM BỆNH
BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG NĂM 2019**

*Lê Thị Thủy, Nguyễn Đại Ngân,
Nguyễn Thị Kim Thoa, Nguyễn T Hồng Vân*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là bệnh tim mạch phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam, là mối đe dọa rất lớn đối với sức khỏe của con người. Theo điều tra của Hội tim mạch học Việt Nam, năm 2016, khoảng 48% người Việt Nam mắc bệnh THA. Đáng lo ngại, THA là bệnh dễ dẫn tới nhiều biến chứng nguy hiểm và là nguyên nhân khiến 7 triệu người trên Thế giới tử vong mỗi năm.

Tương tác thuốc (TTT) là nguyên nhân gây nên tỷ lệ bệnh tật và tử vong đáng kể trên thế giới. Tỷ lệ các phản ứng có hại khi kết hợp nhiều loại thuốc sẽ tăng theo cấp số nhân. Với các thuốc THA, các TTT bất lợi có thể ảnh hưởng xấu đến việc kiểm soát huyết áp của bệnh nhân. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tương tác thuốc có ý nghĩa lâm sàng trên bệnh nhân THA khá cao.

Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: “*Nghiên cứu tương tác thuốc bất lợi trong điều trị tăng huyết áp tại khoa khám bệnh Bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang năm 2019*” với các mục tiêu sau:

1. Nghiên cứu tình hình kê đơn thuốc điều trị THA tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Đa khoa Khu vực tỉnh An Giang năm 2019.

2. Xác định các cặp TTT bất lợi thường gặp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đơn thuốc điều trị ngoại trú của Khoa khám bệnh Bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang 8/2019.

- *Tiêu chuẩn chọn mẫu:* Đơn thuốc ngoại trú điều trị bệnh THA có thẻ BHYT.

- *Tiêu chuẩn loại trừ:* Đơn thuốc phòng khám YHCT, đơn thuốc không có thẻ BHYT.

- *Cỡ mẫu:* Theo nghiên cứu của Trần Thị Tuyết Phụng, Nguyễn Thị Ngọc Vân tỷ lệ tương tác thuốc bất lợi là 30.6% [7].

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu [6]

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 * p * q}{d^2}$$

Trong đó:

+ n: Cỡ mẫu cần cho nghiên cứu

+ $z_{\alpha/2}$: Hệ số tin cậy, ngưỡng tin cậy 95% ($\alpha=0.05$) thì $Z=1.96$

+ p: Tỷ lệ mong muốn. Trong nghiên cứu này chúng tôi dự kiến lấy $p = 0,306$.

+ $q = 1-p = 0,694$

+ d: Độ chính xác mong muốn. Dự kiến $d=0.05$ (mong muốn kết quả đạt được sai khác so với kết quả thật không quá 5%).

- Thay các thông số vào công thức tính được $n = 326.32$.

- Như vậy số bệnh nhân cần nghiên cứu tối thiểu là 326 bệnh nhân.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp mô tả cắt ngang.

- Xử lý và phân tích số liệu: Thống kê và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0.

- Tra cứu tương tác thuốc trên trang web: <https://www.drugs.com>

- Các biến số:

+ Tuổi

+ Giới tính

+ Số lượng thuốc/đơn

+ Bệnh đi kèm

+ Nhóm thuốc trị bệnh tăng huyết áp

+ Tương tác thuốc

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Khảo sát tình hình kê đơn thuốc điều trị THA tại khoa khám bệnh

Khảo sát các đặc tính của đơn thuốc về giới tính, tuổi và thuốc sử dụng.

3.1.1. Giới tính

Bảng 3.1. Tỷ lệ đơn thuốc theo giới tính

Giới tính	Số đơn thuốc	Tỷ lệ (%)
Nam	174	53.4
Nữ	152	46.6
Tổng cộng	326	100

Nhận xét:

Kết quả phân tích cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nam với 174 đơn thuốc chiếm tỉ lệ 53.4% cao hơn tỷ lệ bệnh nhân nữ với 152 đơn thuốc chiếm 46.6%.

3.1.2. Tuổi

Bảng 3.2. Tỷ lệ đơn thuốc theo tuổi

Nhóm tuổi	Số đơn thuốc	Tỷ lệ (%)
<60	138	42.3
≥60	188	57.7
Tổng cộng	326	100

Nhận xét:

Căn cứ vào 326 đơn thuốc, thống kê theo tuổi. Bệnh nhân được phân chia theo 2 nhóm tuổi: < 60 tuổi và ≥ 60 tuổi, trong đó nhỏ tuổi nhất là 31 tuổi, lớn nhất 98 tuổi, số tuổi trung bình của các bệnh nhân: 64.98.

Tỷ lệ bệnh nhân khám bệnh THA độ tuổi từ 60 trở lên chiếm 57.7 % cao hơn độ tuổi < 60 chiếm tỷ lệ 42.3%.

3.1.3. Số lượng thuốc trung bình trong một đơn thuốc

Bảng 3.3. Phân bố số lượng thuốc trong một đơn thuốc

Số thuốc trong một đơn	Số lượng đơn	Tỷ lệ (%)
≤2	9	2.8
>2-4	87	26.7
>4-7	214	65.6
>7	16	4.9
Tổng cộng	326	100

Nhận xét:

- Số thuốc thấp nhất trên đơn: 1
- Số thuốc cao nhất trên đơn: 9
- Số thuốc trung bình của các đơn: 5.25
- Số thuốc trên đơn > 4-7 chiếm tỷ lệ cao nhất 65.6%, Số thuốc trên đơn ≤ 2 chiếm tỷ lệ 2.8%.

3.1.4. Tỷ lệ nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp được sử dụng

Bảng 3.4. Tỷ lệ nhóm thuốc huyết áp được sử dụng

Nhóm thuốc huyết áp	Số lượt kê	Tỷ lệ (%)
Nhóm thuốc ức chế beta	92	28.2
Nhóm thuốc ức chế men chuyển	108	33.1
Nhóm thuốc ức chế thụ thể	144	44.2
Nhóm thuốc chẹn kênh calci	133	40.8
Nhóm thuốc lợi tiểu	24	7.4
Tổng đơn thuốc: 326		

Nhận xét: Nhóm thuốc ức chế thụ thể được kê nhiều nhất (44.2%), kế đến nhóm thuốc chẹn kênh calci (40.8%), nhóm thuốc ức chế men chuyển (33.1%), thấp nhất là nhóm thuốc lợi tiểu (7.4%).

3.2. Xác định các cặp tương tác thuốc (TTT) thường gặp trên trang web: drug.com

3.2.1. Tỷ lệ đơn thuốc có tương tác thuốc

Số tương tác thuốc trung bình trên đơn = Tổng số TTT/số đơn có TTT

Bảng 3.5. Tỷ lệ đơn thuốc có Tương Tác

Phân loại đơn	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Có TTT	145	44.5
Không có TTT	181	55.5
Tổng cộng	326	100

Nhận xét:

Trong 326 đơn thuốc ngoại trú xác định được 145 đơn có tương tác (một đơn thuốc có thể có nhiều hơn một cặp tương tác) chiếm 44.5%. Kết quả này bao gồm tất cả các tương tác bất lợi có thể xảy ra giữa các thuốc điều trị THA và các thuốc điều trị các bệnh lý đi kèm; đơn không có tương tác 181 đơn chiếm 55.5%.

3.2.2. Tỷ lệ các cặp TTT thường gặp

Bảng 3.6. Tỷ lệ các mức độ TTT

Mức độ tương tác	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nghiêm trọng	18	8.49
Vừa phải	177	83.49
Nhẹ	17	8.02
Tổng cộng	212	100

Nhận xét:

Trong 145 đơn thuốc có tương tác xác định được 212 cặp tương tác thuốc, trong đó cặp tương tác vừa phải gặp nhiều nhất có 177 cặp (83.49%), mức độ nhẹ có 17 cặp (8.02%), tương tác nghiêm trọng có 18 cặp (8.49%).

Bảng 3.7. Tác động của các cặp TTT nghiêm trọng:

Cặp TTT	Số lượt xuất hiện	Tác động
Amlodipin, Simvastatin	5	Dùng đồng thời với Amlodipin có thể làm tăng đáng kể nồng độ Simvastatin trong huyết tương và chất chuyển hóa có hoạt tính của nó, axit simvastatin và làm tăng nguy cơ mắc bệnh cơ do statin. Liều dùng Simvastatin không được vượt quá 20 mg mỗi ngày khi sử dụng kết hợp với Amlodipin. Fluvastatin, Pravastatin, và Rosuvastatin có lẽ là những lựa chọn thay thế an toàn hơn ở những bệnh nhân dùng Amlodipine, vì chúng không được chuyển hóa bởi CYP450 3A4.
Spirolactone, losartan	2	Có thể làm tăng nguy cơ tăng kali máu, đe dọa tính mạng và gây tử vong đã được báo cáo xảy ra trong vòng vài ngày đến vài tuần sau khi sử dụng hai thuốc kết hợp ở những bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ như suy thận, tiểu đường, tuổi già, suy tim nặng hoặc xấu đi, mất nước. Nếu Spirolactone được kê đơn sử dụng kết hợp, một số nhà nghiên cứu khuyến cáo liều của nó không vượt quá 25 mg/ ngày ở những bệnh nhân có nguy cơ cao.
Spirolactone, perindopril	2	
Spirolactone, enalapril	1	
Allopurinol, lisinopril	1	Có liên quan đến nguy cơ phản ứng quá mẫn nghiêm trọng, giảm bạch cầu, mất bạch cầu hạt và nhiễm trùng nghiêm trọng, Nên thận trọng nếu Allopurinol được kê đơn kết hợp với thuốc ức chế men chuyển, đặc biệt ở người già và bệnh nhân suy thận
Allopurinol, perindopril	2	

Clopidogrel, esomeprazole	2	Dùng đồng thời với thuốc ức chế bơm proton (Esomeprazole, Rabeprazole, Omeprazole) có thể làm giảm tác dụng bảo vệ tim mạch của Clopidogrel. Nếu cần có PPI, Dexlansoprazole, Lansoprazole hoặc Pantoprazole có thể là lựa chọn thay thế an toàn hơn. Mặt khác, thuốc đối kháng thụ thể H2 hoặc thuốc kháng axit nên được kê đơn bất cứ khi nào có thể.
Clopidogrel, rabeprazole	2	
Clopidogrel, omeprazole	1	

Bảng 3.8. Tác động của các cặp TTT xuất hiện nhiều:

Cặp TTT	Mức độ	Số lượt xuất hiện	Tác động
Atorvastatin, pantoprazole	Vừa phải	23	Có thể làm tăng nồng độ Atorvastatin trong huyết tương và nguy cơ mắc bệnh cơ
Amlodipine, bisoprolol	Vừa phải	10	Có thể làm giảm nhịp tim, dẫn truyền nhĩ thất và co bóp cơ tim, đặc biệt ở những bệnh nhân có bất thường về tâm thất hoặc dẫn truyền.
Calcium carbonate, bisoprolol	Vừa phải	8	Có thể làm giảm sinh khả dụng đường uống của Bisoprolol. Sử dụng hai thuốc ít nhất 2 giờ
Losartan, celecoxib	Vừa phải	7	Có thể làm giảm tác dụng hạ huyết áp của losartan

3.3. Mối liên quan giữa số lượng thuốc trên đơn và tương tác thuốc

Bảng 3.9. Mối liên quan giữa số lượng thuốc và TTT

SL thuốc trong đơn	Có (TTT)	Không có TTT	Tổng cộng
≤3	7 (2.1%)	36 (11.0%)	43 (13.2%)
>3	138 (42.3%)	145 (44.5%)	283 (86.8%)
Tổng cộng	44.5 (47.9%)	55.5 (52.1%)	326 (100%)
$\chi^2 = 15.950, p < 0.001$			

Nhận xét:

Số lượng thuốc > 3 có tỷ lệ TTT (42.3%) cao hơn số lượng thuốc ≤ 3 có tỷ lệ TTT (2.1%). Số lượng thuốc liên quan đến tỷ lệ TTT có ý nghĩa thống kê (p < 0,001). Cho thấy, số lượng thuốc sử dụng càng nhiều thì nguy cơ tương tác xảy ra càng cao, do đó tỷ lệ TTT cũng tăng theo.

3.4. Mối liên quan giữa tuổi và TTT

Bảng 3.10. Mối liên quan giữa tuổi và TTT

Tuổi	Có TTT	Không có TTT	Tổng cộng
<60	55 (16.9%)	83 (25.5%)	138 (42.3%)
≥60	90 (27.6%)	98 (30.1%)	188 (57.7%)
Tổng cộng	181 (55.5%)	145 (44.5%)	326 (100%)
$(\chi^2 = 2.071, p=0.150)$			

Nhận xét:

Nhóm tuổi ≥ 60 có tỷ lệ TTT (27.6%) cao hơn nhóm tuổi < 60 là (16.9%). Nhóm tuổi và tỷ lệ TTT không liên quan nhau, không ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$).

3.5. Mối liên quan giữa nhóm bệnh đi kèm và TTT

Bảng 3.11. Mối liên quan giữa nhóm bệnh đi kèm và TTT

Nhóm bệnh đi kèm		Có (TTT)	Không có TTT	χ^2	p
Bệnh tuần hoàn	Có	103 (31.6%)	104 (31.9%)	6.402	0.011
	Không	42 (12,9%)	77 (22.6%)		
Bệnh thận mạn tính	Có	6 (1.8%)	1 (0.3%)	4.926	0.048
	Không	139 (42.6%)	180 (55.2%)		
Bệnh viêm gan	Có	2 (0.6%)	5 (1.5%)	0.733	0.468
	Không	143 (43.9%)	176 (54.0%)		
Bệnh nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hóa	Có	93 (28.5%)	79 (24.2%)	13.563	0.001
	Không	52 (16.0%)	102 (31.3%)		
Bệnh hệ thần kinh	Có	19 (5.8%)	17 (5.2%)	1.129	0.288
	Không	126 (38.7%)	164 (50.3%)		
Bệnh rối loạn tiền đình	Có	24 (7.4%)	23 (7.1%)	0.964	0.326
	Không	121 (37.1%)	158 (48.5%)		
Bệnh hô hấp	Có	12 (3.7%)	17 (5.2%)	0.124	0.725
	Không	133 (40.8%)	164 (50.3%)		
Bệnh tiêu hóa	Có	105 (32.2%)	126 (38.7%)	0.306	0.580

	Không	40 (12.3%)	55 (16.9%)		
Bệnh của xương và sụn	Có	50 (15.3%)	51 (15.6%)	1.497	0.221
	Không	95 (29.1%)	130 (39.9%)		
Bệnh khác	Có	23 (7.1%)	22 (6.7%)	0.930	0.335
	Không	122 (37.4%)	159 (48.8%)		

Nhận xét:

Bệnh tiêu hóa có tỷ lệ TTT cao nhất là 32.2%, kế đến là bệnh tuần hoàn có tỷ lệ tương tác thuốc là 31.6, bệnh nội tiết, dinh dưỡng chuyển hóa có tỷ lệ TTT là 28.5%. Nhóm bệnh đi kèm có liên quan đến tỷ lệ TTT là bệnh tuần hoàn, bệnh thận mạn tính, bệnh nội tiết, dinh dưỡng, chuyển hóa có $p < 0.05$ có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT LUẬN

Kết quả tương tác thuốc trên bệnh nhân cao huyết áp tại khoa khám bệnh, Bệnh viện ĐKKV tỉnh tháng 8/2019 với 326 đơn:

Phân bố số lượng thuốc trong một đơn thuốc

Số thuốc trong đơn $> 4-7$ chiếm tỷ lệ cao nhất 65.6%, Số thuốc trong đơn ≤ 2 chiếm tỷ lệ 2.8%.

Tỷ lệ nhóm thuốc huyết áp được sử dụng

Nhóm thuốc ức chế thụ thể được kê nhiều nhất (44.2%), kế đến nhóm thuốc chẹn kênh calci (40.8%).

Tỷ lệ đơn thuốc có tương tác thuốc

Tương tác thuốc khá cao chiếm 44.5% cao hơn nghiên cứu của Trần Thị Tuyết Phụng, Nguyễn Thị Ngọc Vân năm 2014 tỷ lệ TTT là 30,6%, đơn không có tương tác 181 đơn chiếm 55.5%.

Tỷ lệ các mức độ TTT

Tần suất TTT trong 145 đơn thuốc có tương tác, xác định được 212 cặp tương tác thuốc, trong đó cặp tương tác vừa phải gặp nhiều nhất có 177 cặp (83.49%), mức độ nhẹ có 17 cặp (8.02%), tương tác nghiêm trọng có 18 cặp (8.49%) cần giám sát/ can thiệp.

Mối liên quan giữa số lượng thuốc và TTT:

Số lượng thuốc > 3 có tỷ lệ TTT (42.3%) cao hơn số lượng thuốc ≤ 3 có tỷ lệ TTT (2.1%). Cho thấy, số lượng thuốc sử dụng càng nhiều thì nguy cơ tương tác xảy ra càng cao, do đó tỷ lệ TTT cũng tăng theo ($p < 0,001$).

Mối liên quan giữa nhóm bệnh đi kèm và TTT

Bệnh tuần hoàn có tỷ lệ tương tác thuốc là 31.6, bệnh nội tiết, dinh dưỡng chuyển hóa có tỷ lệ TTT là 28.5%, bệnh thận mạn tính có tỷ lệ TTT là 1.8 là có $p < 0.05$ có ý nghĩa thống kê.

IV. KIẾN NGHỊ

Với mục tiêu nâng cao tính hợp lý, an toàn, hiệu quả trong điều trị THA tại BVĐKKV tỉnh, chúng tôi kiến nghị một số vấn đề sau:

Tổ chức các chuyên đề về TTT, giữa các bác sĩ, dược sĩ, điều dưỡng... nhằm phổ biến và cập nhật các kiến thức về TTT có thể xảy ra trong điều trị.

Từ danh mục thuốc của Bệnh viện xây dựng danh mục tương tác thuốc cần chú ý trong thực hành lâm sàng có thông qua ý kiến của hội đồng thuốc và điều trị.

Đẩy mạnh đánh giá tư vấn của dược sĩ lâm sàng trong giảm thiểu nguy cơ tương tác bất lợi trên thực hành lâm sàng.

Cần nhắc lợi ích và nguy cơ khi kê đơn thuốc có tương tác, cần theo dõi dấu hiệu lâm sàng hoặc thay thế thuốc nếu buộc phải kê đơn.

Tăng cường và duy trì hoạt động bình đơn thuốc nội, ngoại trú định kỳ mỗi tháng, cập nhật kịp thời thông tin thuốc, góp phần sử dụng thuốc an toàn, hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Phùng Thị Thanh Phương (2015), "*Khảo sát tương tác trong điều trị tăng huyết áp tại khoa khám bệnh bệnh viện đa khoa Thoại Sơn năm 2015*", kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học Bệnh viện đa khoa Thoại Sơn năm 2015.

Bộ Y tế (2010), Hướng dẫn "*Chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp*" ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/08/2010 của bộ trưởng Bộ Y tế.

Bộ Y tế (2013), "*Danh mục thuốc thiết yếu tân dược lần VI*" ban hành kèm thông tư số 45/2013/TT-BYT ngày 26/12/2013.

Bộ Y tế (2014), "*Ban hành và hướng dẫn thực hiện danh mục thuốc tân dược thuộc phạm vi thanh toán của quỹ bảo hiểm y tế*" ban hành kèm thông tư số 40/TT-BYT ngày 17/11/2014.

<https://www.drugs.com/>.

Bộ Y tế (2006), Hội nghị tổng kết công tác Hội đồng thuốc và điều trị; hoạt động theo dõi sự kháng thuốc cả vi khuẩn gây bệnh thường gặp 2005, tr.8.

Trần Thị Tuyết Phụng, Nguyễn Thị Ngọc Vân (2014), "*Khảo sát tình hình sử dụng thuốc và tương tác thuốc trên bệnh nhân tăng huyết áp tại phòng khám tim mạch bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ*", Y học Việt Nam tập 447- tháng 10 - Số 1 - 2016, tr 139-141.

**NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP U NANG THÂN RĂNG
PHÁ HỦY XOANG HÀM DO RĂNG NGẦM DƯỚI HÓC MẮT**

Nguyễn Việt Tuấn

MỞ ĐẦU:

Nang thân răng là nang trong xương hàm, liên quan tới thân răng của răng ngầm hoặc răng thừa ngầm, nang bao bọc một phần hay toàn bộ thân răng. Lòng nang chứa dịch màu vàng chanh hoặc trắng đục do nhiễm khuẩn. Những u nang này thường không có triệu chứng, không gây đau. Bệnh nhân chỉ phát hiện khi u phát triển rộng xâm lấn, biến dạng gây phòng xương hàm. Hoặc vô tình phát hiện khi chụp X quang vùng lân cận. U nang thân răng thường gặp ở độ tuổi 25 đến 35.

Mục đích bài báo cáo này là trình bày 1 trường hợp u nang thân răng ở bệnh trẻ 18 tuổi do 1 răng thừa và 1 răng ngầm, nằm bờ dưới hóc mắt phá hủy toàn bộ xoang hàm bên (T)

BÁO CÁO BỆNH ÁN

Tóm tắt bệnh án:

Họ tên bệnh nhân: ĐINH THỊ KIM NGÂN

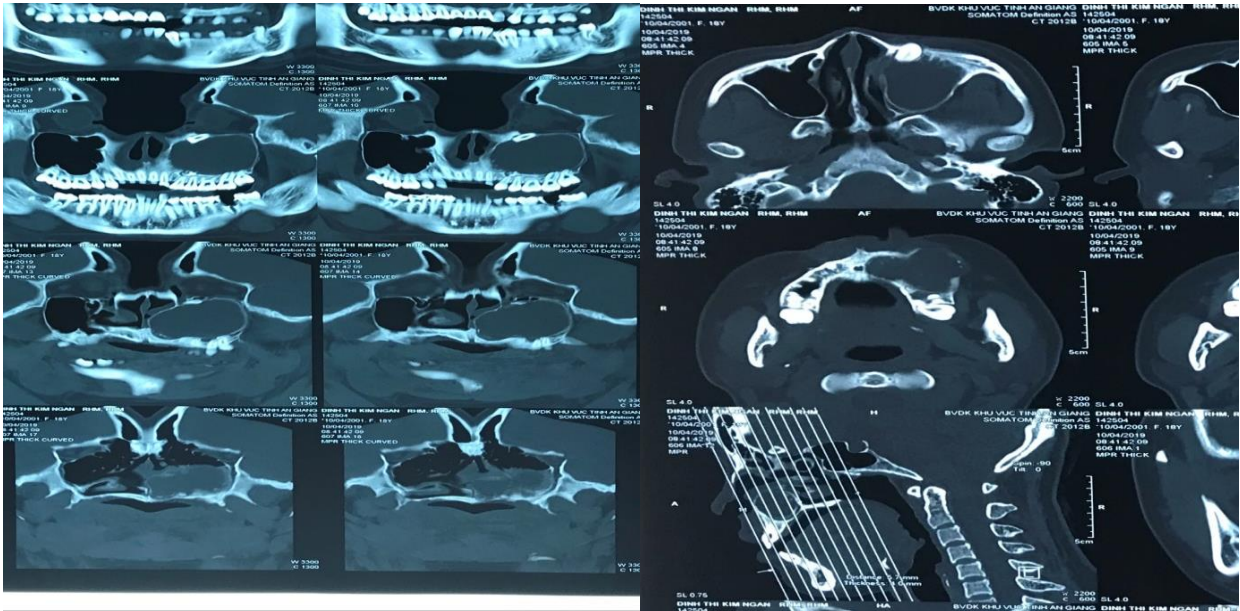
Giới tính: Nữ Ngày sinh: 16/6/2001

Địa chỉ: Xã Vĩnh Hội Đông, Huyện An Phú, Tỉnh An Giang

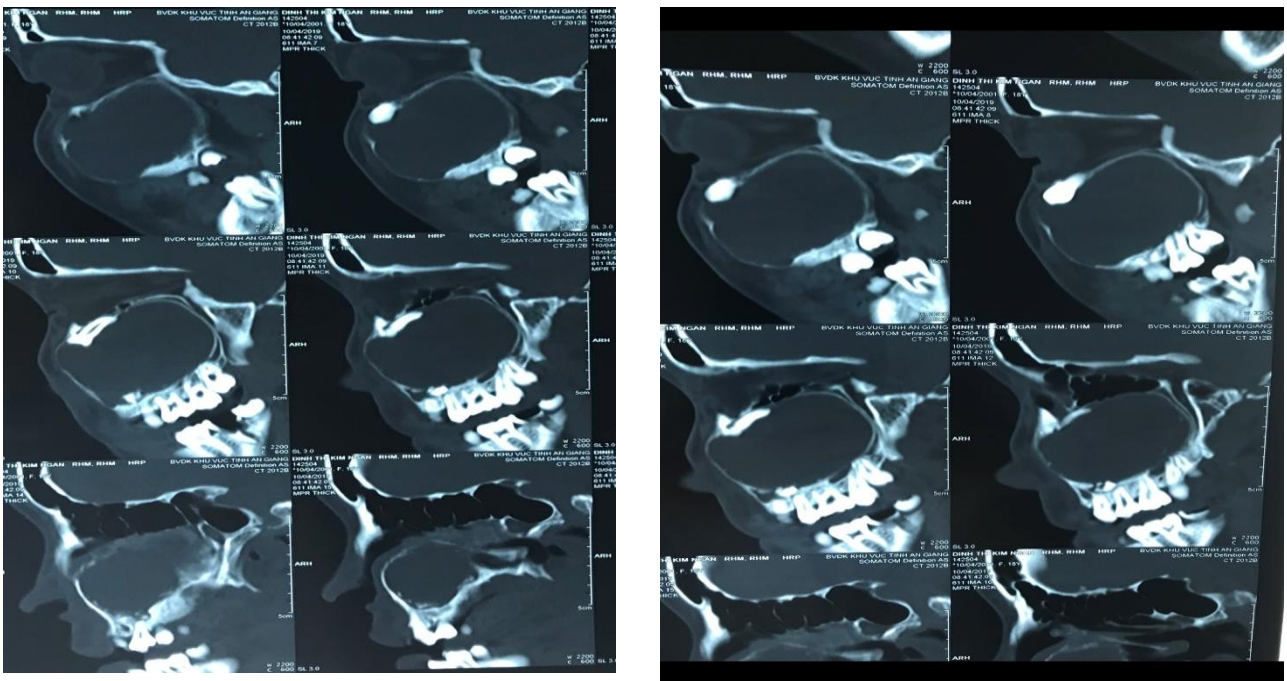
Lí do vào viện: Khối sưng, biến dạng vùng má (T) #3 năm

Khám tổng quát, bệnh nhân khỏe mạnh không có tiền sử bệnh lý đáng kể và các xét nghiệm huyết học thường quy nằm trong giới hạn bình thường.

Khám chuyên khoa: Khối sưng biến dạng vùng má (T), màu da bình thường. Há miệng bình thường. Sưng phồng to vùng hành lang từ răng 22 đến răng 27, pingpong (+). Niêm mạc nướu bình thường, không có dấu hiệu viêm. Sưng phồng nền mũi. Răng 23 không thấy trên lâm sàng. Chụp CLVT ứng dụng phần mềm nha khoa. Hình ảnh nang vùng xương hàm trên (T) xâm lấn xoang hàm (T), có dấu hiệu hủy xương, có 1 răng ngầm bờ dưới hóc mắt.



Hình ảnh Cắt lớp vi tính



Hình ảnh Cắt lớp vi tính

Sau khi khám lâm sàng và kết quả CLVT chẩn đoán xác định: U nang xương hàm do răng ngầm xâm lấn phá hủy xoang hàm (T) lan đến bờ dưới hốc mắt

Hướng điều trị

Phẫu thuật lấy toàn bộ u nang và răng ngầm. Can thiệp phẫu thuật được thực hiện với gây mê toàn thân. Rạch vạt niêm mạc nướu từ răng 11 đến răng 27. Tách bóc vạt, gặm xương mặt ngoài xoang hàm tạo đường vào khoang nang. Lấy toàn bộ u nang. Lòng nang chứa dịch vàng chanh, đục thối và 1 răng dị dạng. Nhổ 1 răng 23 di dạng bờ dưới hốc mắt (T). Nhổ từ răng 21 đến răng 26 vì nang xâm lấn toàn bộ vùng chóp răng. Vỡ nang được lấy làm giải phẫu bệnh.



Hình ảnh phẫu thuật



Răng nanh được lấy ra ở bờ dưới hốc mắt



Hình ảnh bao nang được lấy trọn

Kết quả Giải phẫu bệnh: Nang rễ răng kèm viêm bán cấp tính (ngày 20/4/2019 – TT Giải phẫu bệnh – tế bào học)

Thời gian điều trị: đợt điều trị 17 ngày

Bệnh nhân được xuất viện vào ngày thứ 8 hậu phẫu. Bệnh có lịch hẹn tái khám sau 1 tháng, sau 3 tháng không có dấu hiệu tái phát vùng phẫu thuật.

BÀN LUẬN

U nang răng là loại u nang phát triển thường gặp nhất gây ảnh hưởng đến răng vĩnh viễn. U nang răng vùng hàm trên thường liên quan đến răng cối lớn hoặc 1 răng ngầm. Trong trường hợp hiện tại, nguyên nhân là do 1 răng thừa ngầm hình thành u nang, túi nang đã đẩy răng nanh lạc chỗ đến bờ dưới hốc mắt. Túi nang đã xâm lấn toàn bộ xoang hàm trên (T), tiêu xương toàn bộ chóp răng vĩnh viễn hàm trên (T).

U nang răng thường là đơn độc, u nang lành tính không gây ung thư nhưng rất dễ tái phát nếu không điều trị triệt để.

Nguyên nhân có thể do rối loạn trong quá trình phát triển và hình thành răng, có thể có các dạng:

- Dạng trong túi (intrafollicular): Do bất thường của bản thân biểu mô men thoái hóa hoặc do bất thường bề mặt men răng gây tích tụ dịch.

- Dạng ngoài túi (extrafollicular): Do sự có mặt và phát triển của các dòng tế bào khác trên biểu mô men thoái hóa như biểu mô sừng hóa, liên bào men... Ngoài ra, còn có thể do yếu tố viêm nhiễm: có giả thuyết cho rằng ổ viêm nhiễm ở cuống răng sữa có thể là nguyên nhân kích thích hình thành nang thân răng bao quanh mầm răng vĩnh viễn bên dưới.

PHÒNG BỆNH

Khi nang có kích thước nhỏ thường không có biểu hiện lâm sàng được phát hiện tình cờ khi bệnh nhân được chụp XQ thì thiếu răng vĩnh viễn vì vậy cần khám răng miệng định kỳ để phát hiện răng ngầm hoặc phát hiện sớm nang thân răng và điều trị kịp thời.

KẾT LUẬN:

U nang xương hàm thường gặp ở lứa tuổi 25 đến 35. U nang do răng ngầm ở lứa tuổi 18 tương đối trẻ. Bệnh lý u nang thường không có triệu chứng đau. Trong trường hợp hiện tại u nang xâm lấn phá hủy toàn bộ xoang hàm (T), tiêu chóp răng vùng răng liên quan túi nang. Túi nang phát triển đẩy làm răng nanh lạc chỗ đến bờ dưới hốc mắt. Những phát hiện này thường không phổ biến, không thường gặp ở các trường hợp u nang nên trường hợp này được lựa chọn báo cáo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Thế Quang (1973), *Phẫu Thuật Miệng-Hàm Mặt*, NXB Y Học
2. Trần Văn Trường (2001), *U Lành Tính Vùng Mặt*, NXB Y Học

**BIẾN CHỨNG Ở MẮT TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI ĐƯỜNG TẠI KHOA MẮT
BỆNH VIỆN NHẬT TÂN**

Trương Hoàng Nam, Phạm Thanh Tuấn

TÓM TẮT: Trong số 268 lượt bệnh nhân có bệnh đái đường đến khám mắt, tỉ lệ nam chỉ chiếm 18,3% so với nữ. Thời gian trung bình bệnh nhân đến khám sau khi bị đái đường là 6,4 năm. Số bệnh nhân có thị lực từ mù đến rất kém dưới 3/10 chiếm đến 50%. Tỉ lệ bệnh nhân đục thủy tinh thể 61,9% trong đó đã được phẫu thuật 1 hoặc 2 mắt là 35%. Nhiều biến chứng đi kèm chủ yếu tập trung ở tuổi từ 50-70 là 65%. Biến chứng bệnh võng mạc đái đường là một nguyên nhân gây mù cần điều trị sớm chiếm tỉ lệ 18,3%.

SUMMARY: *Eye complications of patients with diabetes mellitus in the Nhat Tan ophthalmology department. Among 268 patients with diabetes who came to the eye examination, the proportion of men accounted for only 18.3% compared to women. The average time a patient came to the hospital after diabetes was 6.4 years. The number of patients with vision from blind to very poor under 3/10 accounted for 50%. The percentage of cataract patients 61.9% of whom had one or two eyes surgery was 35%. Many of the accompanying complications mainly concentrated in the age group from 50-70 years old is 65%. Complications of diabetic retinopathy was a cause of blindness requiring early treatment, accounted for 18.3%.*

TỔNG QUAN:

Theo hiệp hội đái tháo đường thế giới, hiện nay Việt Nam có khoảng 3.530.00 người mắc đái đường, chủ yếu là Type 2. Bệnh đái đường không được điều trị sẽ gây nhiều biến chứng đa cơ quan. Riêng với mắt có nhiều biến chứng võng mạc, dịch kính, thủy tinh thể, nhãn áp... trong đó biến chứng võng mạc gây mù cần được theo dõi và điều trị sớm. Bệnh võng mạc đái đường tăng sinh chiếm 10% bệnh võng mạc đái đường và gây mù 2 bên ở 50% sau 5 năm. Bệnh võng mạc đái đường không tăng sinh chiếm 90%, gây mù 15% sau 5 năm.

Theo Arup Das, năm 2016 trên thế giới có 387 triệu bệnh nhân tiểu đường, và dự kiến sẽ tăng lên 592 triệu người vào năm 2035. Cứ mỗi 7 giây có một người chết trên thế giới vì bệnh tiểu đường. Năm 2014 đái đường giết chết 5 triệu người và tiêu tốn 612 tỉ USD. (2)

Tỉ lệ biến chứng bệnh võng mạc đái đường (BVMĐĐ) tùy theo thời gian và thể bệnh. Theo A. Moreno, M. Lozano and P. Salinas: Biến chứng BVMĐĐ type 1 sau 2 năm là 2%, sau 15 -20 năm là 98%. Cũng biến chứng này ở type 2 là 20% sau 5 năm và 80% sau 15 năm (3).

MỤC TIÊU: Nghiên cứu số bệnh nhân đến khám mắt hằng ngày có bệnh đái đường đi kèm, từ đó nhận định tỉ lệ biến chứng một số bệnh tại mắt. Trên cơ sở đó đề xuất phương pháp điều trị toàn diện trong tương lai.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân đến khám mắt có bệnh đái đường đi kèm, cả đái đường type 1 và 2.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, ghi nhận bệnh tại mắt trên những bệnh nhân có đái đường đến khám mắt hằng ngày.

Thời gian nghiên cứu: Thời gian thực hiện 4 tháng, từ 01/02 đến 31/05 2019.

Phân tích thống kê: Dùng phần mềm SPSS 16.0 để phân tích số liệu.

KẾT QUẢ:

Số năm bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ trước khi đến khám tại khoa Mắt bệnh viện Nhật Tân trung bình là 6,4 năm.

Bảng 1. Nơi cư trú bệnh nhân

Nơi cư trú	Tổng số	Tỷ lệ %	Diễn giải
TP Châu Đốc	73	27,2	
Tân Châu	28	10,4	
Tịnh Biên	26	9,7	
Tri Tôn	5	1,8	
An Phú	57	21,2	
Phú Tân	22	8,2	
Châu Phú	43	16,0	
Các tỉnh khác	11	4,10	TP.HCM, Đồng Tháp, Kiên Giang, Quảng Nam, Sóc Trăng
Nước ngoài	3	1.1	Kampuchia
Tổng số	268	100%	

Trong số 268 lượt khám : có 23 ca khám lần 2, 6 ca khám lần 3, trên tổng số 233 bệnh nhân khám. Tỷ lệ bệnh nhân thành phố/ nông thôn là: 38%.

Số bệnh nhân bị đái đường đến khám mắt trên tổng số bệnh nhân khám trong 4 tháng: là 268/5.543 ca, chiếm tỷ lệ 4,8 %.

Bảng 2. Giới tính

Giới tính	n	Có bệnh	Tỷ lệ %
Nữ	219	179	81.7
Nam	49	9	18.3

Tỷ lệ lượt khám nam/ nữ : 18,3%

Bảng 3: Thị lực

Thị lực	< 1/10	1/10- 3/10	4/10 – 7/10	8/10–10/10	Tổng
Mắt phải	61	79	77	51	268
Mắt trái	51	78	93	47	268
Trung bình	56(20,8%)	78,5(29,4%)	85(31,7%)	49(18,2%)	

Số bệnh nhân có đường kính đến khám mắt đạt thị lực từ mù đến thị lực kém từ 3/10 trở xuống, 1 hoặc 2 mắt chiếm đến 50%, thị lực tốt 8/10 trở lên chỉ đạt 18,2%.

Bảng 4: 4 biến chứng ở mắt thường gặp ở bệnh nhân ĐTD (181/268, 67,5%)

Tuổi	Tổng số	Lão sớm	Bệnh võng mạc	Khô mắt	Đục sớm
34-39	3 (1.1%)	2 (66,7%)	0 (0%)	1 (33,3%)	0 (0%)
40-49	21 (7.8%)	9 (42,9%)	2 (9,5%)	5 (23,8%)	9 (42,9%)
50-59	93 (34,7%)	1 (1,1%)	18 (19,4%)	26 (28,0%)	27/93 (29,0)
60-69	93 (34,7%)	3 (3,2%)	17 (18,3%)	18 (19,4%)	11 (11,8%)
≥70	58 (21,6%)	0 (0%)	12 (20,7%)	10 (17,2%)	10 (17,2%)
Cộng	268 (100%)	15 (5.6%)	49 (18,3%)	60 (22,4%)	57 (21,3%)

Một số biến chứng chính ở mắt trên bệnh nhân đái đường chủ yếu ở lứa tuổi từ 50 đến 70, chiếm đến 65%.

Bảng 5: Phân loại bệnh chung kể cả bệnh nhân đã phẫu thuật.

Chẩn đoán	Đục TTT	Đục sớm	Lão sớm	Bệnh võng mạc ĐTD	Khô mắt	Đã phẫu thuật TTT
Số lượt/268	166	57	15	49	60	94
Tỉ lệ	61,9%	21,1%	5,5%	18,3%	22,3%	35%

Tỉ lệ bệnh nhân bị đục thủy tinh thể, trong đó có đục sớm và đã mổ 1 hoặc 2 mắt là 61,9%. Tỉ lệ bệnh võng mạc đái đường trên tổng số bệnh nhân đái đường đến khám là 18,3%.

BÀN LUẬN:

1. Đục thủy tinh thể trên người già thường xuất hiện sau tuổi 60. Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận đục sớm là trước tuổi 50. Ngoại trừ những trường hợp bệnh lý khác gây đục như chấn thương hay bẩm sinh... Trong nghiên cứu này tỉ lệ đục thủy tinh thể sớm trước tuổi 50 do biến chứng đái đường đến 21,1% là biến chứng rất cao. Một phần do bệnh đái đường xuất hiện trên bệnh nhân còn trẻ, một phần do điều trị không đạt mức đường huyết như mong muốn gây đục TTT sớm.

2. Lão thị trên người bình thường sẽ xuất hiện sau tuổi 40. Lão sớm trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận trên những bệnh có nhân lão thị dưới 38 tuổi với độ lão từ 1 diop trở lên, biến chứng này đến 5,5%. Đây là một rối loạn chuyển hóa trong thủy tinh thể dẫn đến lão sớm.

3. Bệnh võng mạc đái đường trong khuôn khổ nghiên cứu này chúng tôi không phân loại các thể bệnh tăng sinh, không tăng sinh... mà chỉ xác định có bệnh võng mạc đái đường bằng soi đáy mắt kèm chụp hình võng mạc. Hiện tại bệnh viện chưa có máy OCT để chụp cắt lớp võng mạc, khi có OCT chúng tôi sẽ phân tích đầy đủ biến chứng võng mạc và có hướng điều trị tốt hơn..

4. Thời gian từ lúc bị đái đường đến khi khám mắt trong nghiên cứu này bình quân là 6,4 năm, cũng tương đối lâu nên tỉ lệ biến chứng bệnh võng mạc tương đối cao 18,28%. Tỉ lệ này cũng tương đương nghiên cứu ở bệnh viện Mắt Tiền Giang năm 2018 là 17,05% và so với một số nghiên cứu khác là thấp (4)(5)(1)

5. Đường huyết trung bình tại thời điểm khám trong số 268 bệnh nhân là 169.33/dl. Chứng tỏ việc điều trị của bệnh nhân đái đường cũng chưa được tuân thủ đúng mức, chính mức đường huyết cao gây nhiều biến chứng ở mắt nặng nề hơn.

6. Biến chứng khô mắt chiếm đến 22,3%. Biến chứng này cao vì đôi khi một bệnh cảnh do nhiều nguyên nhân gây ra, ví dụ như khô mắt do đái đường mà cũng có thể do sau mổ đục thủy tinh thể. Đây là một biến chứng khó chịu và đeo bám dai dẳng với người bệnh gây phiền hà và tốn kém vì có khi phải điều trị suốt đời.

KẾT LUẬN:

Đái đường gây ra nhiều biến chứng tại mắt, trong đó biến chứng đục thủy tinh thể cao làm bệnh nhân phải mổ sớm nhưng có khi không đạt thị lực tối ưu, biến chứng bệnh võng mạc do đái đường là biến nặng dễ gây mù, bệnh nhân cần được theo dõi và điều trị kịp thời, bệnh viện cần trang bị đủ phương tiện chẩn đoán để có chỉ định điều trị đúng và sớm biến chứng này, nhằm giảm mù lòa cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

-Phan Văn Năm, Nguyễn Thị Quỳnh Nga. Nghiên cứu mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình ảnh đáy mắt ở bệnh nhân đái tháo đường tại Huế. Tạp chí nhãn khoa 2011.

-Arup Das. Diabetic retinopathy: Battling the global epidemic. Indian J Ophthalmol. 2016 Jan; 64(1): 2–3.

-A. Moreno, M. Lozano and P. Salinas *Department of Ophthalmology. University of Málaga. Málaga. Spain* Diabetic retinopathy (*Nutr Hosp* 2013; 28 (Supl. 2):53-56)

-Lê Thị Kim Minh, Võ Trần Anh Khoa, Tạ Văn Trâm. Bệnh viện mắt Tiền Giang. Kỷ yếu Hội nghị Nhãn khoa Việt Nam 2018.

-Richard J Donovan Prevalence of retinopathy in a diabetic clinic. *British Medical Journal*, 1978, 1, 1441-1442.

**TỶ LỆ ĐAU ĐAI CHẬU VÀ YẾU TỐ LIÊN QUAN
Ở THAI PHỤ 3 THÁNG CUỐI THAI KỲ**

Phạm Phước Vinh

TÓM TẮT

MỤC TIÊU :

Xác định tỷ lệ đau dai chậu ở thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ.

Khảo sát các yếu tố liên quan đến bệnh lý đau dai chậu 3 tháng cuối thai kỳ.

PHƯƠNG PHÁP : nghiên cứu cắt ngang. **ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU :** Thai phụ từ 18 tuổi trở lên mang thai từ tuần lễ thứ 29 đến tuần 40 của thai kỳ trong thời gian 09/2018 đến 04/2019, thoả các tiêu chuẩn chọn mẫu.

KẾT QUẢ : Trong 323 trường hợp có 168 đau dai chậu (52%), mức độ đau nhẹ 57,1%, trung bình 41,1%, nặng 1,8 %.

Trong nghiên cứu chúng tôi tìm thấy 02 yếu tố liên quan và có ý nghĩa thống kê :

- Nhóm có tiền căn đau dai chậu trước khi mang thai đau gấp 4,47 lần so với nhóm không có tiền căn đau dai chậu ($p < 0,001$).

- Nhóm có tiền căn đau thắt lưng khi mang thai đau dai chậu gấp 9,41 lần so với nhóm không có tiền sử đau thắt lưng ($p < 0,001$).

KẾT LUẬN:

Tỷ lệ đau dai chậu ở 3 tháng cuối thai kỳ: 52% (KTC 95%:46,4-57,3).

Các yếu tố liên quan tới đau dai chậu ở 3 tháng cuối thai kỳ: tiền căn đau dai chậu trước khi mang thai, tiền căn đau thắt lưng khi mang thai .

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Đau dai chậu liên quan đến thai kỳ đã được mô tả từ thời Hyppocrates (460-377 trước công nguyên). Ông cho rằng do khung chậu giãn rộng không hồi phục xảy ra với lần mang thai đầu tiên làm mất ổn định của các khớp cùng chậu dẫn đến triệu chứng viêm [4]. Đau dai chậu liên quan đến thai kỳ cho tới hiện tại vẫn là sự thách thức cho các nhà lâm sàng cũng như các nhà nghiên cứu trong y học. Theo Wu và cộng sự đề xuất thuật ngữ “đau dai chậu liên quan đến thai kỳ” và “đau lưng dưới liên quan đến thai kỳ”, bằng chứng hiện nay cho thấy cả hai cộng thêm vào cơn “đau lưng-chậu”, và cả hai là các thực thể khác nhau (dù các cơ chế nền có thể tương tự)[11].

Tỷ lệ gặp phải đau dai chậu thai kỳ dao động từ 4% đến 76,4% tùy thuộc vào định nghĩa hay chẩn đoán được sử dụng và thiết kế nghiên cứu[1].

Triệu chứng lâm sàng cũng thể hiện nhiều mức độ khác nhau đôi khi thai phụ không đi lại được, ảnh hưởng đến tinh thần, vận động, ảnh hưởng đến sức khỏe chung và phần nào liên quan đến phương thức sinh con sinh ngã âm đạo hay mổ lấy thai.

Các vấn đề về đau dai chậu trong thai kỳ đặc biệt là ba tháng cuối thai kỳ, cơ chế bệnh sinh chưa đồng thuận cao, còn nhiều tranh luận. Chính vì vậy, những nghiên cứu lĩnh vực này kết quả được công bố rất khác nhau về tần suất bệnh, tần suất tái phát bệnh cũng được công bố (Wu và cộng sự 2004): 44-77%.

Cho đến nay cũng có nhiều nghiệm pháp để chẩn đoán đau dai chậu liên quan đến thai kỳ và đáng tin cậy: P4, FABER, ASLR, Gaenslen, Trendelenburg cải tiến. Ở nước ta, việc nghiên cứu đau dai chậu liên quan đến thai kỳ còn ít. Vì vậy chúng tôi tiến hành khảo sát đau vùng chậu trong 3 tháng cuối thai kỳ 2018- 2019.

Câu hỏi nghiên cứu:

Tỷ lệ đau dai chậu ở thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ là bao nhiêu - các yếu tố liên quan nào liên quan đến bệnh lý đau dai chậu trên đối tượng này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Thai phụ từ 18 tuổi trở lên mang thai từ tuần lễ thứ 29 đến tuần 40 của thai kỳ đến khám thai trong thời gian 09/2018 đến 04/2019, thoả các tiêu chuẩn chọn mẫu.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn :

Tất cả các thai phụ đủ từ 18 tuổi trở lên, tuổi thai từ 29 đến 40 tuần đến khám thai từ 09/2018 đến 04/ 2019 có đủ khả năng nói, viết tiếng việt, đối với người dân tộc Khơ me trong nhóm nghiên cứu có thành viên biết tiếng Khomer là bác sĩ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

Thai phụ có bất kỳ bệnh lý nào xuất hiện khi mang thai gây ảnh hưởng đến thai kỳ như tiền sản giật, sản giật, tim sản, bệnh hệ thống.

Thai phụ đang bị chấn thương hoặc phẫu thuật cột sống, vùng chậu, chi dưới.

Thai phụ có tiền căn bị chấn thương vùng chậu, cột sống, di chứng sốt bại liệt gây giới hạn vận động trước khi mang thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu : cắt ngang

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu:

- Bảng đồng thuận
- Bảng thu thập số liệu
- Phòng khám và tư vấn (bàn khám, ghế khám, đèn gù), dụng cụ khám (thước dây, vòng tính tuổi thai, máy đo huyết áp, máy nghe tim thai, thước đo chiều cao, cân, mỏ vịt, kẹp hình tim)
- Thang đo mức độ đau VAS

- Bảng câu hỏi PGPQ

- Biểu đồ cơ thể

2.2.3. Cách tiến hành nghiên cứu:

Thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ đến khám



Tư vấn và mời thai phụ tham gia nghiên cứu



đồng ý → ký giấy đồng thuận

Phỏng vấn trực tiếp bằng bảng câu hỏi



Biểu đồ cơ thể, các nghiệm pháp chẩn đoán đau vùng chậu



Ghi nhận kết quả



Nhóm không đau vùng chậu ← → **nhóm đau vùng chậu**

↓ chấm dứt nghiên cứu

VAS ↓ PGPQ



ghi nhận số liệu, khám thai định kỳ



nhóm PPGP cần điều trị → Khoa CTCH

↓ chấm dứt nghiên cứu

Phân tích, xử lý số liệu, viết báo cáo

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tuổi trung bình của thai phụ $28,86 \pm 5,52$, thấp nhất là 18 tuổi và cao nhất là 45 tuổi. Đa phần các thai phụ đều nằm trong nhóm tuổi dưới 30 tuổi chiếm 54,8%, trên 35 tuổi là 10,2%.

Nghề nghiệp nội trợ và lao động chân tay chiếm đa số với tỷ lệ lần lượt là 55,1% và 24,5%, thấp nhất là lao động trí óc 20,4%.

Trình độ học vấn chủ yếu là trung học và đại học (62,5%, 20,1%), tiểu học chiếm tỷ lệ thấp nhất 17,3%.

Đa số đối tượng trong nghiên cứu là người dân tộc Kinh 95,3%, chỉ số nhỏ thuộc dân tộc Kherme 2,2%, dân tộc khác 2,5%.

Về phân độ BMI, đa phần thai phụ tham gia nghiên cứu có chỉ số BMI béo phì 58,2%, nhóm trung bình là 19,2%, thừa cân là 22,6% và không có nhóm thiếu cân.

3.2. Đặc điểm về sản khoa của đối tượng nghiên cứu

Tỷ lệ thai phụ sinh con lần chiếm đa số 47,1%, tiếp theo là con so là 40,2%, thấp nhất là có ba con 12,7%.

Tiền căn không sinh non chiếm đa phần 93,2%, sinh non 01 lần 4,3%, sinh non 2 lần 1,9%, sinh non 03 lần trở lên chiếm ít nhất 0,6%.

Tỷ lệ thai phụ mang song thai thấp 0,6%, đơn thai là 99,4% và không có trường hợp nào tam thai trở lên.

Tỷ lệ có đau dai chậu của thai kỳ trước là 20,4%.

Tỷ lệ mẹ, chị, em gái có đau dai chậu khi mang thai lần lượt là 10,5%, 8,0% thấp hơn không có đau vùng chậu khi mang thai.

Tỷ lệ có đau thắt lưng trước khi mang thai chiếm tỷ lệ thấp 18,0% hơn không có đau thắt lưng trước khi mang thai 82,0%.

Tỷ lệ sinh con trên 3500gram của lần mang thai trước chỉ là 20,7%.

Tỷ lệ tăng cân trong thai kỳ này trong giới hạn bình thường chiếm đa số 74,6%, còn 02 nhóm tăng cân ít và nhiều tương đương nhau 13%, 12,4%.

3.3. Đặc điểm về thai kỳ này của đối tượng nghiên cứu

Tuổi thai trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $34,97 \pm 2,92$ trong đó tuổi thai nhỏ nhất là 29 tuần và lớn nhất là 40 tuần.

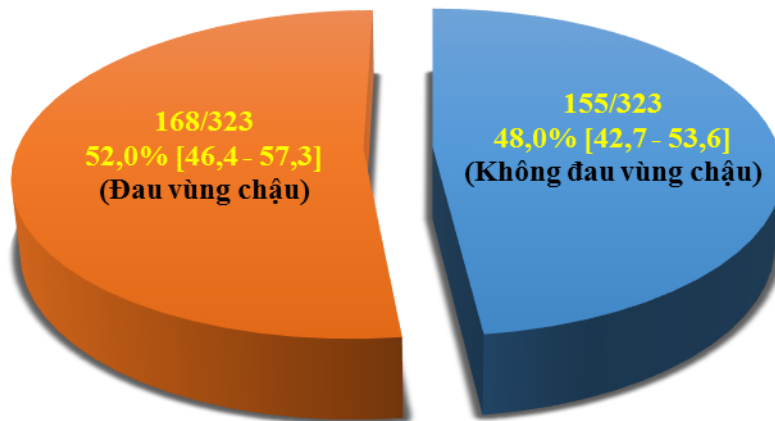
Chiều cao trung bình của thai phụ trong nhóm tham gia nghiên cứu của chúng tôi là $1,56 \pm 0,05$, trong đó thấp nhất là 1,40 m và cao nhất là 1,70m.

Tăng cân trong thai kỳ này trung bình là $11,76 \pm 4,38$ kg ,tăng cân nhỏ nhất là 2kg và nhiều nhất là 30kg.

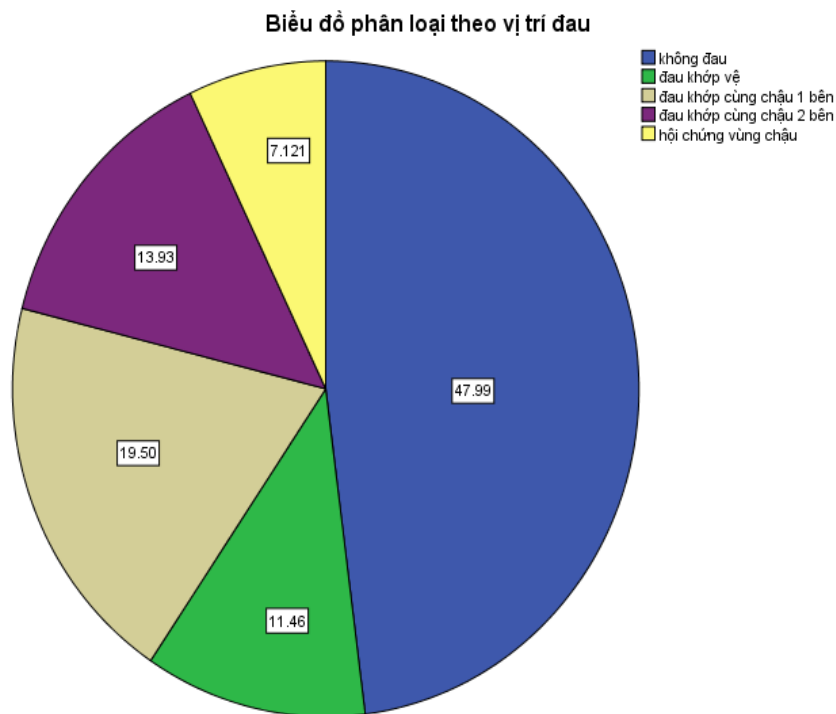
Cân nặng trung bình của thai phụ là $63,03 \pm 8,51$ kg, nặng nhất là 100kg và nhỏ nhất là 44kg.

3.4. Tỷ lệ đau dai chậu ở thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ

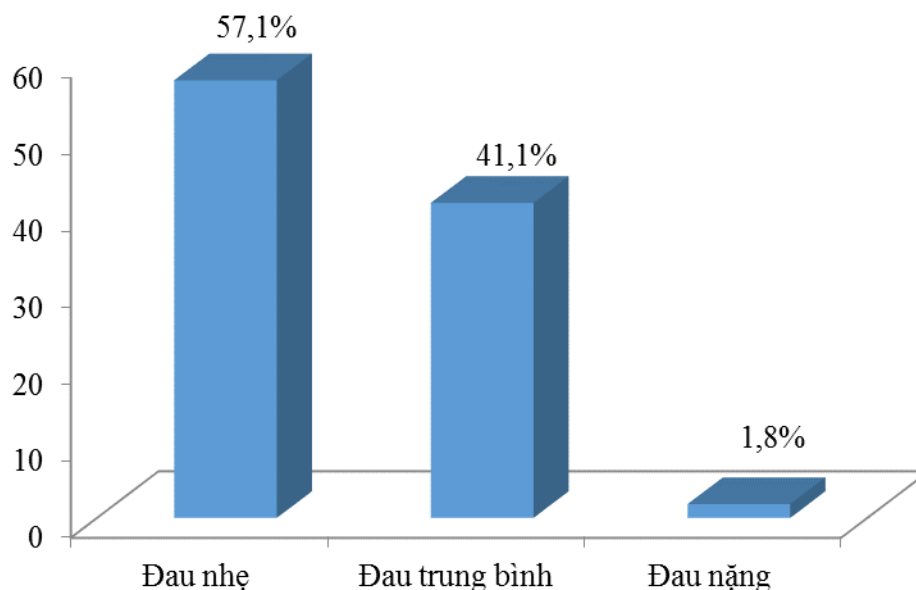
Đau dai chậu ở thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ khi có ít nhất 2 nghiệm pháp dương.



Biểu đồ 1: Phân bố tỷ lệ đau vùng chậu ở thai phụ 3 tháng cuối thai kỳ (KTC 95%).



Biểu đồ 2: Phân loại theo vị trí đau



Biểu đồ 3: Phân bố mức độ đau dai chậu theo VAS

3.5. Khảo sát mối liên quan giữa đau dai chậu và một số các yếu tố

Phân tích hồi quy đa biến mối liên quan giữa đau dai chậu và các biến số

Đặc điểm	Đau vùng chậu		PR	KTC 95%	p*
	Không (n=155)	Có (n=168)			
Dân tộc					
Kinh	145 (47,1)	163 (52,9)	1		
Khác	10 (66,7)	5 (33,3)	0,37	0,09-1,52	0,170
BMI					
Trung bình	37 (59,7)	25 (40,3)	1		
Thừa cân	34 (46,6)	39 (53,4)	1,44	0,66-3,14	0,348
Béo phì	84 (44,7)	104 (55,3)	1,13	0,56-2,27	0,719
Số lần sanh non					
0 lần	150 (49,8)	151 (50,2)	1		
≥ 1 lần	5 (22,7)	17 (77,3)	3,12	0,99-9,80	0,051
Đau vùng chậu lần mang thai trước					

Đặc điểm	Đau vùng chậu		PR	KTC 95%	p*
	Không (n=155)	Có (n=168)			
Không	146 (56,8)	111 (43,2)	1		
Có	9 (13,6)	57 (86,4)	4,47	1,92-10,37	<0,001
Chị, em gái có đau vùng chậu khi mang thai					
Không					
Có	153 (51,5)	144 (48,5)	1		
	2 (7,7)	24 (92,3)	3,51	0,71-17,43	0,124
Mẹ có đau vùng chậu khi mang thai					
Không	151 (52,2)	138 (47,8)	1		
Có	4 (11,8)	30 (88,2)	3,18	0,90-11,27	0,072
Trước khi mang thai có đau thắt lưng chậu					
Không	150 (56,6)	115 (43,4)	1		
Có	5 (8,6)	53 (91,4)	9,41	3,48-25,46	<0,001
Tăng cân thai kỳ này					
< 8 kg	22 (52,4)	20 (47,6)	1		
8-16 kg	118 (49,0)	123 (51,0)	0,78	0,37-1,65	0,527
> 16 kg	15 (37,5)	25 (62,5)	1,21	0,41-3,51	0,728

(*) *Poisson đa biến*

IV. BÀN LUẬN:

4.1. Tỷ lệ đau dai chậu thai kỳ

Nghiên cứu của chúng tôi có tổng số 323 thai phụ tham gia nghiên cứu, có 168 thai phụ đau dai chậu chiếm tỷ lệ 52%. Kết quả này cũng khá phù hợp với một số nghiên cứu trên thế giới. Tác giả Charlotte Waters và cộng sự năm 2018[10] tần suất đau vùng chậu thai kỳ là 4-84%, còn theo tác giả Stuge Britt và cộng sự 2011[6] là 4-76%.

Tỷ lệ đau vùng chậu thai kỳ của chúng tôi cao hơn một số tác giả năm 2003-2009: W.W.K.To và M.W.N.Wong, Era Vermani và cộng sự có sự chênh lệch này do thời điểm nghiên cứu, cách chọn mẫu, thiết kế nghiên cứu.

Bảng. Tỷ lệ đau dai chậu thai kỳ ở các nước trên thế giới

Tác giả	Năm	Các vùng	Tỷ lệ (%)
Dragana Ceprnja và cs[1]	2017	Western Sydney	7-84
Jan M.A.Mens và cs[5]	2012	Netherlands	60,4
Era Vermani và cs[8]	2010	Anh	45
Andry Veeling và cs[9]	2008	Châu âu	20
Cecile C.M.Rost và cs[3]	2004	Netherlands	48-56
W.H.Wu và cs[11]	2004	Trung Quốc	45

So với các nghiên cứu trên thế giới thì tỷ lệ đau dai chậu khi mang thai có phần khác nhau giữa các nước, điều này có lẽ cách chọn mẫu, cỡ mẫu, chăm sóc y tế, tập quán, cách thiết kế nghiên cứu, thuật ngữ chưa thống nhất.

4.2.Mối liên quan giữa đau dai chậu thai kỳ và một số biến số

Sau khi phân tích hồi quy đơn biến và đa biến chúng tôi tìm ra được có ba yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ thiếu máu thiếu sắt thai kỳ:

4.2.1. Đau dai chậu lần mang thai trước

Trong nghiên cứu, đau dai chậu lần mang thai trước có đau chiếm tỷ lệ thấp 20,9% so với những trường hợp không có tiền căn đau dai chậu lần mang thai trước 79,6%. Trong 168 trường hợp đau dai chậu có tới 57 trường hợp thuộc nhóm có tiền căn đau dai chậu lần mang thai trước chiếm tỷ lệ 86,4%. Sau khi tiến hành phân tích hồi quy đơn biến và đa biến thì chúng tôi nhận thấy có mối liên hệ giữa tiền căn đau dai chậu mang thai trước và đau dai chậu thai kỳ này. Nhóm có tiền căn đau dai chậu khi mang thai trước gấp 4,47 lần so với nhóm không có tiền căn đau dai chậu mang thai trước. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (PR= 4,47; KTC:1,92-6,77; p < 0,001).

Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả trên thế giới[2],[7],[9].

4.2.2. Đau thắt lưng trước khi mang thai

Trong nghiên cứu, đau thắt lưng trước khi mang thai có chiếm tỷ lệ thấp 18% so với những trường hợp không có tiền căn đau thắt lưng trước khi mang thai trước 82%. Trong 168 trường hợp đau dai chậu có tới 53 trường hợp thuộc nhóm có tiền căn đau thắt lưng trước khi mang thai chiếm tỷ lệ 91,4%. Sau khi tiến hành phân tích hồi quy đơn biến và đa biến thì chúng tôi nhận thấy có mối liên hệ giữa tiền căn đau thắt lưng trước khi mang thai và đau dai chậu thai kỳ này. Nhóm có tiền căn đau thắt lưng trước khi mang thai gấp 9,41 lần so với nhóm không có tiền căn đau thắt lưng trước khi mang thai. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (PR= 9,41; KTC:3,48-25,46; p < 0,001). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới[7], [9].

V. KẾT LUẬN:

Qua nghiên cứu trên 323 thai phụ tới khám thai từ 09/2018- 04/2019 chúng tôi có một số kết luận như sau:

Tỷ lệ đau dai chậu ở 3 tháng cuối thai kỳ: 52% (KTC 95%:46,4-57,3).

Các yếu tố liên quan tới đau dai chậu ở 3 tháng cuối thai kỳ:

- Nhóm có tiền căn đau dai chậu trước khi mang thai đau gấp 4,47 lần so với nhóm không có tiền căn đau dai chậu ($p < 0,001$).

- Nhóm có tiền căn đau thắt lưng khi mang thai đau dai chậu gấp 9,41 lần so với nhóm không có tiền sử đau thắt lưng ($p < 0,001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Cepnra D., Chipchase L., Gupta A. (2017). "Prevalence of pregnancy-related pelvic girdle pain and associated factors in Australia: a cross-sectional study protocol". *BMJ Open*, 7 (11), pp. e018334.

Cepnra D., Chipchase L., Liamputtong P., et al. (2018). "How do Australian women cope with pelvic girdle pain during pregnancy? A qualitative study protocol". *BMJ Open*, 8 (7), pp. e022332.

Ecile C. M. Roost P., MT,* J. Jacqueline, MSc,* A. Kaiser, PT, MT, PhD, Arianne P. Verhagen, PhD,† and Bart W. Koes, PhD† (2004). "Pelvic pain during pregnancy: A descriptive study of signs and symptoms of 870 patients in primary care". *SPINE*, 29 (22), pp. 2567–2572

Kanakaris N. K., Roberts C. S., Giannoudis P. V. (2011). "Pregnancy-related pelvic girdle pain: an update". *BMC medicine*, 9 (1), pp. 15.

Mens J. M., Huis in 't Veld Y. H., Pool-Goudzwaard A. (2012). "Severity of signs and symptoms in lumbopelvic pain during pregnancy". *Man Ther*, 17 (2), pp. 175-9.

Stuge B., Garratt A., Krogstad Jenssen H., et al. (2011). "The Pelvic Girdle Questionnaire: A Condition-Specific Instrument for Assessing Activity Limitations and Symptoms in People With Pelvic Girdle Pain". *Physical Therapy*, 91 (7), pp. 1096-1108.

To W. W. K. W., M. W. N (2003). "Factors associated with back pain symptoms in pregnancy and the persistence of pain 2 years after pregnancy". *Acta Obstet Gynecol Scand*, 82, pp. 1086-1091.

Vermani E., Mittal R., Weeks A. (2010). "Pelvic girdle pain and low back pain in pregnancy: a review". *Pain Pract*, 10 (1), pp. 60-71.

Vleeming A., Albert H. B., Ostgaard H. C., et al. (2008). "European guidelines for the diagnosis and treatment of pelvic girdle pain". *Eur Spine J*, 17 (6), pp. 794-819.

Walters. C., West. S., Nippita. T. A. (2018). "Pelvic girdle pain in pregnancy". *AJGP The Royal Australian College of General Practitioners*, pp. 439-443.

Wu W. H., Meijer O. G., Uegaki K., et al. (2004). "Pregnancy-related pelvic girdle pain (PPP), I: Terminology, clinical presentation, and prevalence". *Eur Spine J*, 13 (7), pp. 575-89.

**NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN BỆNH VIỆN
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG NĂM 2019**

*Nghiêm Thị Mỹ Hạnh, Nguyễn Thanh Hồng,
Nguyễn Thị Loan, Nguyễn Tấn Huy*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) được định nghĩa là những nhiễm khuẩn liên quan tới chăm sóc y tế (Healthcare Associated Infection -HAI) là các nhiễm khuẩn xảy ra trong quá trình người bệnh được chăm sóc, điều trị tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh mà không hiện diện hoặc ủ bệnh khi nhập viện. Các nhiễm khuẩn xảy ra sau nhập viện 48 giờ (2 ngày) được coi là NKBV [1].

NKBV làm tăng tỉ lệ tử vong, kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị, tăng việc sử dụng kháng sinh và tăng đề kháng kháng sinh.

Nhiễm khuẩn bệnh viện hiện đang là thách thức lớn của hệ thống chăm sóc y tế không chỉ ở Việt Nam mà của toàn thế giới. Theo thống kê của Hoa Kỳ mỗi năm có đến 88.000 ca tử vong được xác định do nhiễm khuẩn bệnh viện. Năm 2017 Bộ Y tế công bố tỷ lệ NKBV ở Việt Nam từ 5%-10%. Các loại NKBV thường gặp là viêm phổi bệnh viện (bao gồm viêm phổi thở máy), nhiễm khuẩn huyết, nhiễm khuẩn vết mổ, nhiễm khuẩn tiết niệu [1]

NKBV thường biểu hiện chủ yếu dưới dạng dịch lưu hành (endemicrate), là tỷ lệ thường xuyên xuất hiện NKBV trong một quần thể xác định. Có khoảng 5%-10% NKBV biểu hiện ở dạng dịch hoặc bùng phát dịch (epidemic)[1]. Chính vì vậy điều tra về nhiễm khuẩn bệnh viện là một công việc vô cùng cần thiết nhằm đánh giá tỉ lệ NKBV hiện tại của bệnh viện, từ đó có những biện pháp can thiệp kịp thời nhằm góp phần nâng cao chất lượng điều trị, nâng cao nhận thức về công kiểm soát NKBV của nhân viên trong thực hành khám chữa bệnh. Trên cơ sở đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài Chính vì lý do đó chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài “*Nghiên cứu thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện tại bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh AN Giang năm 2019*” nhằm hai mục tiêu sau:

1. Xác định tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện ở các khoa trọng điểm tại bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang năm 2019.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tỉ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện ở các khoa trọng điểm tại bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang năm 2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

2.1.1. Đối tượng nghiên cứu.

- Dân số đích: Bệnh nhân tại khoa hồi sức tích cực

- Dân số nghiên cứu: Các trường hợp bệnh nhân nhập viện tại khoa Hồi sức tích cực của Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang trong 6 tháng từ tháng 5 /2019 đến tháng 10 /2019

- Dân số chọn mẫu: Bệnh nhân nhập viện sau 48h vào khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang.

2.1.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu, tiêu chuẩn loại trừ

Tiêu chuẩn chọn vào

- Bệnh nhân nhập viện sau 48h vào khoa Hồi sức tích cực

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân nhập viện trước 48h vào khoa Hồi sức tích cực

2.1.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Thời gian: 05/2019 đến 10/2019.

- Địa điểm nghiên cứu: khoa hồi sức tích cực bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang phân tích.

2.2.2. Cỡ mẫu

Tất cả bệnh nhân trong khoa ICU phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu tại thời điểm nghiên cứu.

2.2.3. Phương pháp chọn mẫu

- Tuyển chọn những bệnh nhân trong tiêu chuẩn chọn mẫu vào nghiên cứu. Dữ kiện được thu thập qua quan sát, khám lâm sàng, xem hồ sơ bệnh án và ghi lại trong một mẫu điều tra được thiết kế sẵn.

2.2.4. Nội dung nghiên cứu

Liệt kê và định nghĩa biến số

Bảng 2.1: Biến số và định nghĩa biến số

STT	CÁC BIẾN SỐ	ĐỊNH NGHĨA BIẾN	PHÂN LOẠI BIẾN
1	Nhiễm khuẩn ngay lúc vào viện	Các nhiễm khuẩn xảy ra trước khi vào viện hoặc sau khi nằm viện 48h.	Biến định tính, nhị giá
2	Bệnh kèm theo	Các bệnh lý như hô hấp mạn tính, tim mạch, ung thư, thận mạn tính, gan man	Biến định

STT	CÁC BIẾN SỐ	ĐỊNH NGHĨA BIẾN	PHÂN LOẠI BIẾN
		tính, HIV/AIDS, đái tháo đường, tăng huyết áp.	tính, nhị giá
3	Thủ thuật xâm lấn	Gồm có những thủ thuật như: catheter ngoại biên, catheter trung tâm, đặt thông tiểu, thở máy, thở CPAP, mở khí quản, nội khí quản.	Biến định tính, nhị giá
4	Phẫu thuật	Là các thủ thuật trong ngoại khoa dùng để chữa bệnh hoặc chẩn đoán bệnh.	Biến định tính, nhị giá
5	Dẫn lưu	Là quá trình nhằm chuyển các chất dịch có tính chất bệnh lý hay có khả năng gây hại cho các hoạt động sinh lý của các cơ quan từ trong các khoang của cơ thể ra bên ngoài cơ thể.	Biến định tính, nhị giá
6	Biểu hiện tại vết mổ	Các dấu hiệu tại vết mổ như: sưng, nóng, đỏ, chảy dịch mủ, bục vết mổ tự nhiên...	Biến định tính, nhị giá
7	Kháng sinh điều trị	Kháng sinh là những chất kháng khuẩn được tạo ra bởi các vi sinh vật, có tác dụng ức chế sự phát triển của các vi sinh vật khác	Biến định tính, nhị giá
8	Nhiễm khuẩn bệnh viện	Các nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế, xảy ra sau 48h nằm viện.	Biến định tính, nhị giá

2.2.5. Thu thập dữ liệu

Phương pháp thu thập dữ liệu

-Tra cứu bệnh án điện tử, kết hợp với khai thác bệnh sử thăm khám lâm sàng sau đó điền vào mẫu thông tin điều tra nhiễm khuẩn bệnh viện theo mẫu của Bộ Y Tế.

- Điều tra viên là bác sĩ khoa Kiểm Soát Nhiễm Khuẩn.

- Các bước tiến hành: Trình kế hoạch chương trình giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện với Lãnh đạo bệnh viện, thông qua Hội đồng Kiểm Soát Nhiễm Khuẩn, thông báo với khoa ICU về chương trình giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện. Truy cập danh sách bệnh nhân khoa ICU trên hệ thống giám sát bệnh án điện tử của bệnh viện. Tổ chức tập huấn cho điều tra viên, tiến hành điều tra thử 20 mẫu để phát hiện những khó khăn và sai sót kịp thời điều chỉnh hợp lý.

Công cụ thu thập số liệu

Sử dụng phiếu điều tra nhiễm khuẩn bệnh viện theo mẫu của Bộ Y Tế, kết hợp bệnh án của bệnh viện.

2.2.6. Hạn chế của nghiên cứu, sai số và biện pháp khắc phục.

Hạn chế của nghiên cứu và sai số

- Chưa có đầy đủ kết quả cấy vi sinh hỗ trợ việc xác định case bệnh.

Biện pháp khắc phục

- Bám sát vào hướng dẫn xác định case nhiễm khuẩn bệnh viện của Bộ Y Tế, của tổ chức y tế thế giới.
- Tập huấn cẩn thận và chi tiết cho điều tra viên trước khi điều tra
- Giám sát chặt chẽ quá trình điều tra.

2.2.7. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu

Nhập liệu bằng phần mềm Epdata 3.1. Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê mô tả tần số và tỷ lệ phần trăm bằng phần mềm SPSS 20.0. Áp dụng các phương pháp thống kê mô tả về (tần số, tỷ lệ) phù hợp cho từng biến số; sử dụng các test thống kê như: kiểm định χ^2 , OR.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Mọi thông tin của đối tượng nghiên cứu được sử dụng cho mục đích nghiên cứu và được giữ bí mật, các thông tin của đối tượng được mã hóa dưới dạng số liệu và tất cả các thông tin của đối tượng chỉ có người nghiên cứu mới được tiếp cận.

Kết quả điều tra được báo cáo kịp thời, góp phần phục vụ cho công tác khám chữa bệnh cho bệnh nhân. Nghiên cứu được Hội đồng bệnh viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang, Khoa Kiểm Soát Nhiễm Khuẩn chấp nhận cho phép tiến hành nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
\leq 50 tuổi	47	15,1
> 50 tuổi	265	84,9
Tổng	312	100,0

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu nằm trong độ tuổi lớn hơn 50 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất (84,9%), các đối tượng nhỏ hơn bằng 50 tuổi chiếm 15,1%.

Bảng 3.2. Phân bố giới tính của đối tượng nghiên cứu

Giới tính	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	158	50,6
Nữ	154	49,4
Tổng	312	100,0

Nhận xét: ĐTNC là nam chiếm 50,6% nhiều hơn nữ 49,4%.

Bảng 3.3. Tỷ lệ nhiễm khuẩn lúc vào viện

Nhiễm khuẩn lúc vào	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không	177	56,7
Có	135	43,3
Tổng	312	100,0

Nhận xét: Phần lớn đối tượng nghiên cứu không có nhiễm khuẩn lúc vào (56,7%).

Bảng 3.4. Phân bố loại nhiễm khuẩn lúc vào

Loại nhiễm khuẩn lúc vào	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
NK hô hấp	106	78,5
NK máu	5	3,7
NK tiết niệu	4	3
NK tiêu hóa	12	8,9
NK da mô mềm	7	5,2
Tổng	132	100

Nhận xét: Trong các loại nhiễm khuẩn lúc vào thì nhiễm trùng hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất 78,5%, kế đó là nhiễm trùng tiêu hóa chiếm 8,9%; nhiễm trùng máu và nhiễm trùng tiết niệu chiếm tỷ lệ hơn 3%.

Bảng 3.5. Tỷ lệ bệnh nền của đối tượng nghiên cứu

Bệnh nền	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không	109	35,2
Có	201	64,8

Tổng	312	100,0
-------------	-----	-------

Nhận xét: Đa số đối tượng nghiên cứu có bệnh nền kèm theo chiếm 64,8%.

Bảng 3.6. Sử dụng thủ thuật xâm lấn

Thủ thuật xâm lấn	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Không	59	19,0
Có	251	80,1
Tổng	310	100,0

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có sử dụng thủ thuật xâm lấn chiếm 80,1%

Bảng 3.7. Loại thủ thuật xâm lấn

Loại thủ thuật xâm lấn	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tổng số ngày đặt
Catheter mạch máu trung tâm	9	2	43
Catheter mạch máu ngoại biên	253	58,5	2215
Sonde tiêu	1	0,2	5
Thở máy	77	17,8	693
Thở CPAP	8	1,8	19
Mở khí quản	5	1,2	26
Nội khí quản	78	18,1	699
Thủ thuật khác	1	0,2	15
Tổng	432	100,0	3715

Nhận xét: Catheter mạch máu ngoại biên chiếm đa số các thủ thuật xâm lấn, tiếp theo là thở máy và nội khí quản chiếm 17,8% và 18,1%.

Bảng 3.8. Tỷ lệ phẫu thuật

Phẫu thuật	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không	307	98,4
Có	5	1,6
Tổng	312	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ ĐTCN có phẫu thuật là 1,6%.

Bảng 3.9. Tỷ lệ sử dụng kháng sinh điều trị

Sử dụng kháng sinh điều trị	Tần số (n)	Tỷ lệ(%)
Không	103	33,0
Có	209	67,0
Tổng	312	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ sử dụng kháng sinh điều trị là 67%.

Bảng 3.10. Ngày sử dụng kháng sinh

Ngày sử dụng kháng sinh	Tần số (n)	Tỷ lệ(%)
≤ 14	161	77,0
>14	48	23,0
Tổng	312	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ ngày sử dụng kháng sinh điều trị trên 14 ngày là 23%.

Bảng 3.11. Số loại kháng sinh sử dụng ngày điều tra

Số loại kháng sinh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
1 loại	81	38,8
2 loại	118	56,5
3 loại	10	4,78
Tổng	209	100,0

Nhận xét: Trong tất cả trường hợp sử dụng kháng sinh điều trị thì sử dụng 2 loại kháng sinh chiếm tỷ lệ cao nhất 56,5%.

Bảng 3.12. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện

Nhiễm khuẩn bệnh viện	Tần số (n)	Tỷ lệ(%)
Không	281	90,6
Có	29	9,35
Tổng	310	100,0

Nhận xét: Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện ghi nhận là 9,35%

3.2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện

Bảng 3.13. Mối liên quan giữa một số đặc điểm của ĐTNC với nhiễm khuẩn bệnh viện

Đặc điểm		NKBV		OR (KTC 95%)	P
		có	không		
Giới tính	Nam	12(7,8)	141(99,2)	0,701 (0,294-1.622)	0,367
	Nữ	17(10,8)	140(89,2)		
Nhóm tuổi	≤50	24(9,0)	239 (99,1)	0,843 (0,293-2.990)	0,743
	>50	5(10,6)	42(89,4)		
Bệnh nền	Có	17(8,5)	183(91,5)	0,743 (0,319-1.782)	0.454
	Không	12(11,1)	96(88,9)		
Thủ thuật xâm lấn	Có	26(10,4)	223(89,6)	2.176 (0,630-1.608)	0,205
	Không	3(5,1)	56(94,9)		
Ngày sử dụng kháng sinh	≤14 Ngày	23(14,3)	138(85,7)	1.138 (0,273-2,418)	0,791
	>14 Ngày	6(12,8)	41(87,2)		

Nhận xét:

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa giới tính của ĐTNC với nhiễm khuẩn bệnh viện. Tỷ lệ nữ có nhiễm khuẩn bệnh viện cao hơn 1,427 lần tỷ lệ người nam có nhiễm khuẩn bệnh viện nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p= 0,367$).

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa nhóm tuổi của ĐTNC với nhiễm khuẩn bệnh viện. Tỷ lệ ĐTNC ở nhóm tuổi >50 có nhiễm khuẩn bệnh viện cao hơn 1,186 lần tỷ lệ nhóm ≤50 có nhiễm khuẩn bệnh viện nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p= 0,743$).

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa bệnh nền của ĐTNC với nhiễm khuẩn bệnh viện. Tỷ lệ ĐTNC không có bệnh nền thì nhiễm khuẩn bệnh viện cao hơn 1,345 lần tỷ lệ nhóm không có bệnh nền nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p= 0,454$).

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa việc sử dụng thủ thuật xâm lấn của ĐTNC với nhiễm khuẩn bệnh viện. Tỷ lệ có sử dụng thủ thuật xâm lấn có bệnh nền thì nhiễm khuẩn bệnh viện cao hơn 2,176 lần tỷ lệ nhóm không có thủ thuật xâm lấn nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p= 0,454$).

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa ngày sử dụng kháng sinh của ĐTNC với nhiễm khuẩn bệnh viện. Tỷ lệ người sử dụng kháng sinh ≤ 14 ngày có nhiễm khuẩn bệnh viện cao gấp 1,138 lần những người sử dụng kháng sinh > 14 ngày. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,791$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của ĐTNC

Nghiên cứu là một nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích tại khoa ICU bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang năm 2017. Nhằm mục tiêu xác định tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện và tìm một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa ICU.

Nghiên cứu được chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ gồm 312 đối tượng.

Khoa Hồi sức tích cực- ICU bệnh viện ĐKKV Tỉnh AN Giang là nơi điều trị và chăm sóc các bệnh nhân trong tình trạng nặng, phức tạp, tai biến mạch máu não, ngộ độc cấp tính... Các bệnh nhân với nhiều sự can thiệp xâm lấn trên người như: đặt nội khí quản, thở máy, các đường truyền trung tâm và ngoại biên... nguy cơ nhiễm trùng nội sinh và ngoại sinh rất cao.

ĐTNC (Đối tượng nghiên cứu) nằm trong độ tuổi lớn hơn 50 tuổi chiếm tỷ lệ nhiều nhất (84,9%), các đối tượng nhỏ hơn bằng 50 tuổi chiếm 15,1%.

ĐTNC là nam chiếm 50,6% nhiều hơn nữ 49,4% kết quả phù hợp với mô hình dân số chung của khu vực.

Đối tượng nghiên cứu không có nhiễm khuẩn lúc vào (56,7%) cho thấy 43,3% bệnh nhân có bệnh nhiễm khuẩn trước đó, con số này chiếm gần nửa số bệnh nhân trong khoa cho thấy nguy cơ lây nhiễm chéo giữa các bệnh nhân trong khoa là khá cao.

Trong các loại nhiễm khuẩn lúc vào thì nhiễm trùng hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất 78,5%, kế đó là nhiễm trùng tiêu hóa chiếm 8,9%; nhiễm trùng máu và nhiễm trùng tiết niệu chiếm tỷ lệ hơn 3%. Đây cũng là 1 trong những yếu tố nguy cơ, giải thích tại sao trong 29 ca nhiễm trùng bệnh viện ghi nhận tại khoa thì hầu hết là nhiễm trùng hô hấp.

Đa số đối tượng nghiên cứu có bệnh nền kèm theo chiếm 64,8%. Điều này phù hợp với đặc điểm của khoa Hồi sức tích cực, tập trung những bệnh nhân nặng, lớn tuổi mắc cùng lúc nhiều bệnh khác nhau.

Đối tượng nghiên cứu có sử dụng thủ thuật xâm lấn chiếm 80,1%, Catheter mạch máu ngoại biên chiếm đa số các thủ thuật xâm lấn. Điều này cũng có thể lý giải do đặc điểm của khoa hồi sức tích cực.

Tỷ lệ sử dụng kháng sinh điều trị là 67%. Trong tất cả trường hợp sử dụng kháng sinh điều trị thì sử dụng 2 loại kháng sinh chiếm tỷ lệ cao nhất 56,5%. Tương tự như nghiên cứu của Trần Hà Phương cho thấy tỷ lệ sử dụng kháng sinh là 64%, và sử dụng phối hợp 2 loại kháng sinh lên đến 57,1% [7].

Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện ghi nhận là 9,35%, đây là con số khá cao so với tỷ lệ lưu hành chung của Bộ Y Tế là 5%, nhưng có thể do Khoa chọn nghiên cứu là khoa trọng điểm, có nguy cơ lây nhiễm cao là khoa ICU nên tỷ lệ này thu được cao hơn. So sánh với một số nghiên cứu khác ta thấy có nghiên cứu của Trần Hà Phương và cộng sự năm 2014 tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa ICU là 12,2%[7]. Một nghiên cứu thực hiện tại 8 bệnh viện có quy mô 700 giường tại Iran cũng cho kết quả tương với tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 9,4% [9].

4.2. Một số yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện

Theo kết quả cho thấy nữ có nhiễm khuẩn bệnh viện cao hơn 1,427 lần tỷ lệ người nam có nhiễm khuẩn bệnh viện nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,367$). Một nghiên cứu tại một bệnh viện trường đại học tại Iran phân tích mối liên quan cho thấy nữ có tỷ lệ nhiễm trùng cao gấp 1,56 lần nam [9]. Lý giải vấn đề trên có thể do bệnh nhân nữ thường có sức khỏe yếu hơn nam và các bệnh nhân nữ cũng có tỷ lệ mắc những bệnh nền như đái tháo đường, hội chứng chuyển hóa cao hơn nam đó cũng là một trong những yếu tố làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện đối với các bệnh nhân nữ

Tỷ lệ ĐTCN ở nhóm tuổi >50 có nhiễm khuẩn bệnh viện cao hơn 1,186 lần tỷ lệ nhóm ≤ 50 có nhiễm khuẩn bệnh viện nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,743$). Tương tự như nghiên cứu của Trần Hà Phương cho thấy nhóm tuổi trên 60 tuổi tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện cao gấp 1,32 lần nhóm dưới 60 tuổi[7]. Điều này cho thấy độ tuổi càng cao nguy cơ nhiễm khuẩn càng nhiều, liên quan đến nhiều yếu tố như: bệnh nền, yếu tố đề kháng cơ thể.

Chưa tìm thấy mối liên quan giữa bệnh nền của ĐTCN với nhiễm khuẩn bệnh viện. Tỷ lệ ĐTCN có bệnh nền thì nhiễm khuẩn bệnh viện cao hơn 1,345 lần tỷ lệ nhóm không có bệnh nền nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p=0,454$).

Kết quả thu được cho thấy có sử dụng thủ thuật xâm lấn có bệnh nền thì nhiễm khuẩn bệnh viện cao hơn 2,176 lần tỷ lệ nhóm không có thủ thuật xâm lấn, con số này ở một nghiên cứu tương tự được thực hiện bởi Trần Hà Phương năm 2014 là 4,28 lần[7]. Tương tự như nghiên cứu của Mai Thị Tiết cho thấy có mối liên quan giữa sử dụng thủ thuật xâm lấn với NKBV ($p<0,05$)[8]. Những điều này nói lên việc sử dụng thủ thuật xâm lấn gây ra nguy cơ nhiễm khuẩn bệnh viện rất lớn. Do vậy việc tuân thủ đúng các quy định vô khuẩn trong thực hiện đặt cũng như chăm sóc các thiết bị xâm lấn rất quan trọng.

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả điều tra cắt ngang nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa ICU bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang. Chúng tôi có được những kết quả sau:

1. Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện

Tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện là 9,35%

2. Các yếu tố liên quan đến nhiễm khuẩn bệnh viện

Phân tích mối liên quan giữa giới tính của ĐTNC với nhiễm khuẩn bệnh viện thì tỷ lệ nữ có nhiễm khuẩn bệnh viện cao hơn 1,427 lần tỷ lệ người nam có nhiễm khuẩn bệnh viện nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p= 0,367$).

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐTCN ở nhóm tuổi >50 có nhiễm khuẩn bệnh viện cao hơn 1,186 lần tỷ lệ nhóm ≤ 50 có nhiễm khuẩn bệnh viện nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p= 0,743$).

Phân tích mối liên quan giữa bệnh nền của ĐTNC với nhiễm khuẩn bệnh viện. Tỷ lệ ĐTCN không có bệnh nền thì nhiễm khuẩn bệnh viện cao hơn 1,345 lần tỷ lệ nhóm không có bệnh nền nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p= 0,454$).

Qua nghiên cứu thấy rằng việc có sử dụng thủ thuật xâm lấn thì nhiễm khuẩn bệnh viện cao hơn 2,176 lần tỷ lệ nhóm không có thủ thuật xâm lấn nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p= 0,454$).

Ta thấy có mối liên quan giữa ngày sử dụng kháng sinh của ĐTNC với nhiễm khuẩn bệnh viện. Tỷ lệ người sử dụng kháng sinh ≤ 14 ngày có nhiễm khuẩn bệnh viện cao gấp 1,138 lần những người sử dụng kháng sinh >14 ngày. Nhưng khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p= 0,791$)

VI. KIẾN NGHỊ

1. Khoa lâm sàng

- Đảm bảo vô khuẩn khi tiến hành các thủ thuật xâm lấn.
- Tuân thủ vệ sinh tay theo 5 cơ hội của WHO: Trước khi tiếp xúc với bệnh nhân, trước khi thực hiện thủ thuật vô khuẩn, sau khi tiếp xúc với dịch cơ thể, sau khi tiếp xúc bệnh nhân, sau khi tiếp xúc với môi trường xung quanh bệnh nhân.
- Chăm sóc bệnh nhân thở máy phòng ngừa viêm phổi thở máy như: Nằm đầu cao 30 độ khi không có chống chỉ định, vệ sinh răng miệng cho bệnh nhân tối thiểu một ngày 1 lần.

2. Lãnh đạo bệnh viện, khoa kiểm soát nhiễm khuẩn

- Ban lãnh đạo bệnh viện, hội đồng kiểm soát nhiễm khuẩn, quan tâm đến công tác chống nhiễm khuẩn trong bệnh viện.
- Tăng cường giáo dục ý thức về kiểm soát nhiễm khuẩn bệnh viện cho cán bộ công nhân viên bệnh viện, bệnh nhân và thân nhân người bệnh.
- Giám sát chặt chẽ việc tuân thủ các quy trình kỹ thuật đảm bảo vô khuẩn khi tiến hành các thủ thuật xâm lấn.
- Giám sát chặt chẽ các quy trình khử khuẩn, tiệt khuẩn đối với các dụng cụ, vật tư y tế sử dụng cho bệnh nhân.
- Tăng cường phương tiện trang thiết bị, cũng như giám sát việc vệ sinh tay của nhân viên y tế tại khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2017), “Quyết định 3916 Hướng dẫn giám sát nhiễm khuẩn trong các cơ sở khám, chữa bệnh”, NXB Y học, Hà Nội, trang 3,4.
2. Bộ y tế (2012), “Tài liệu đào tạo phòng và kiểm soát nhiễm khuẩn”, NXB Y học, Hà Nội, trang 8, 9.
3. Bộ Y Tế (2012), “Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn huyết trên người bệnh đặt catheter lồng mạch”. NXB Y học, Hà Nội, phụ lục 1.
5. Bộ Y Tế (2012), “Hướng dẫn phòng ngừa viêm phổi bệnh viện trong các cơ sở khám chữa bệnh”. NXB Y học, Hà Nội, phụ lục 1.
6. Bộ Y Tế (2017), “Hướng dẫn Phòng ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt ống thông tiểu tại các cơ sở khám chữa bệnh”. NXB Y học, Hà Nội, phụ lục 1.
7. Trần Hà Phương (2014), “nghiên cứu tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa Đồng Nai năm 2014”. Báo cáo khoa học
8. Mai Thị Tiết (2011), “Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện và các yếu tố liên quan tại bệnh viện ĐK Đồng Nai năm 2011” .Báo cáo khoa học.
9. CDC(2018), “Healthcare-Associated Infections Progress report is based on 2014 data. 2016”. Accessed April 5, 2018
10. WHO (2018), “The Global Patient Safety Challenge 2005–2006 Clean Care is Safer Care.”

**NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CHẨN ĐOÁN VÀ TIÊN LƯỢNG CỦA
PROCALCITONIN TRONG SỐC NHIỄM KHUẨN**

*Hồ Ngọc Diệp- Trần Minh Quang
Nguyễn Thị Ngọc Ánh - Cao Thị Hợp*

TÓM TẮT:

Chúng tôi hồi cứu 115 bệnh nhân, tuổi ≥ 15 , được chẩn đoán là sốc nhiễm khuẩn, nhập vào khoa Cấp cứu, ICU từ 01/09/2017 đến 01/09/2019, để đánh giá vai trò của Procalcitonin trong chẩn đoán và tiên lượng sốc nhiễm khuẩn.

Nồng độ Procalcitonin huyết thanh trung bình của nhóm nghiên cứu là 28.01 ± 3.83 ng/ml. Có mối liên hệ có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ Procalcitonin và tiên lượng sốc nhiễm khuẩn. Điểm cắt dự báo tử vong là 33 ng/ml, với độ nhạy là 60% và độ đặc hiệu là 75%.

Tỉ lệ tử vong là 46.1%.

Procalcitonin là marker có giá trị trong chẩn đoán và tiên lượng sốc nhiễm khuẩn

ABSTRACT:

We realized a retrospective study on 115 adult patients, hospitalized in Department of Emergency and Intensive Care Unit 01/09/2017 - 01/09/2019 with septic shock, to investigate the diagnostic and prognostic effect of Procalcitonin level in serum.

The mean value of Procalcitonin was 28.01 ± 3.83 ng/ml. There was a significantly statistical correlation between Procalcitonin value and patient outcome.

The mortality was 46.1%.

Procalcitonin was a potential biomarker of diagnosis and prognostic of septic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ:

Sốc nhiễm khuẩn là bệnh nhiễm khuẩn toàn thân nặng thường gặp. Các trường hợp đến bệnh viện muộn, điều trị không cải thiện sẽ dẫn đến suy đa tạng, nguyên nhân của tỉ lệ tử vong cao. Cho đến nay, kết quả của các nhà điều tra dịch tễ học cho thấy rằng sốc nhiễm khuẩn là nguyên nhân chính gây tử vong ở các khoa cấp cứu và hồi sức tích cực, kể cả những khoa điều trị tích cực hiện đại. Ở Úc, tỉ lệ tử vong do sốc nhiễm khuẩn là 22% (Kaukonen et al 2014), ở Đức là 60.5% (Heublein et al), ở New Zealand là 60% (Klein Klouenberg et al, 2012). Ở Việt Nam, theo thống kê của Nguyễn Xuân Vinh tỉ lệ này là 43.8% [6].

Trong thực hành lâm sàng, đòi hỏi cần phải có chẩn đoán sớm và chính xác sốc nhiễm khuẩn. Tuy nhiên đây là vấn đề khó khăn vì triệu chứng lâm sàng thường không đặc hiệu, kết quả cấy máu thường muộn và không phải lúc nào cũng dương tính. Để giải quyết vấn đề chẩn đoán sớm sốc nhiễm khuẩn đã có nhiều xét nghiệm được đề ra.

Hội nghị về nhiễm khuẩn lần 5 ở Canada (tháng 10 năm 2000) đã đưa ra các marker được sử dụng trong chẩn đoán và tiên lượng sốc nhiễm khuẩn, trong đó Procalcitonin

được xem là có nhiều ưu điểm, hơn hẳn các yếu tố khác: Interleukine 6, Endotoxin, CRP...

Procalcitonin là một tiền hormon của calcitonin, gồm 116 acide amine, được tiết bởi các tế bào thần kinh nội tiết (các tế bào C) của tuyến giáp, phổi và ruột. Trong huyết thanh Procalcitonin có thời gian bán hủy từ 19 đến 24 giờ. So với các marker khác, Procalcitonin có tính đặc hiệu cao khi đáp ứng với nhiễm khuẩn toàn thân nặng.

Để đánh giá đầy đủ vai trò của Procalcitonin trong chẩn đoán và tiên lượng sốc nhiễm khuẩn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “**Nghiên cứu giá trị chẩn đoán và tiên lượng của Procalcitonin trong sốc nhiễm khuẩn**” với các mục tiêu:

1. Đánh giá vai trò chẩn đoán và tiên lượng của Procalcitonin trong sốc nhiễm khuẩn.

2. Đánh giá tỉ lệ tử vong do sốc nhiễm khuẩn tại BV ĐKKV Tỉnh An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

2.1 ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

- Chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên tất cả bệnh nhân, tuổi từ 15 trở lên, nhập vào BV ĐKKV Tỉnh An Giang từ 01/09/2017 đến 01/09/2019

- Được chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ACCP/ SCCM năm 2001.

- Có xét nghiệm Procalcitonin tại thời điểm chẩn đoán sốc.

- Loại trừ những trường hợp:

+ Phẫu thuật lớn trong vòng 30 ngày

+ Chấn thương nặng

+ Bỏng nặng

+ Suy thận mạn đang chạy thận

+ Carcinoma tuyến giáp

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Phương pháp mô tả, hồi cứu.

2.3. PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH:

Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh sẽ được thu thập số liệu về tuổi, giới, tiền sử bệnh, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong đó có xét nghiệm Procalcitonin và kết quả điều trị sốc nhiễm khuẩn.

2.4. PHƯƠNG PHÁP XỬ LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU:

- Xử lý số liệu: dùng phần mềm SPSS 20.0

- Các biến định lượng được biểu thị bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn.

- Các biến định tính được biểu thị bằng tỉ lệ phần trăm

- So sánh 2 tỉ lệ: dùng phép kiểm chi bình phương.

- So sánh 2 trung bình: dùng phép kiểm T- student.

- Tìm mối tương quan giữa 2 yếu tố: Phương pháp hồi quy logistic

- Xác định độ nhạy và độ đặc hiệu: Sử dụng đường cong ROC

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

3.1. Đặc điểm dân số nghiên cứu:

Từ 01/09/2017 đến 01/09/2019 chúng tôi thu thập được 115 trường hợp sốc nhiễm khuẩn thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu, trong đó tử vong 53 trường hợp, chiếm tỉ lệ 46.1%.

Bảng 1: ghi nhận một số đặc điểm của dân số nghiên cứu như sau:

	Sống(%)	Tử vong(%)	P
Nam(N,%)(47, 40.9%)	24	23	0.61
Nữ(N,%)(68, 59.1%)	38	30	
Tuổi(M, SD)(63.92±16.29)	61.73±15.76	66.49±16.67	0.00
TSTHA(N,%)			0.40
Không	35	34	
Có	27	19	
TSĐTĐ(N,%)			
Không	41	32	0.52
Có	21	21	
TSTBMMN(N,%)			
Không	57	47	
Có	5	6	0.55
TSNMCT(N,%)			
Không	58	53	0.06
Có	4	0	
Procalcitonin(M,SD) (28.01±3.83)	19.62±34.43	37.83±40.63	0.01
qSOFA(M, SD) (2.42±0.495)	2.32±0.47	2.55±0.53	0.01

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

3.2. Các yếu tố liên quan đến tiên lượng của sốc nhiễm khuẩn:

	OR	KTC 95%	P
Procalcitonin	0.13	1.003 – 1.023	0.01
Tuổi	0.02	0.995 – 1.043	0.12
Bạch cầu	0.05	1.009 – 1.100	0.01
qSOFA	0.93	1.18 – 5.42	0.02

Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến tiên lượng sốc nhiễm khuẩn

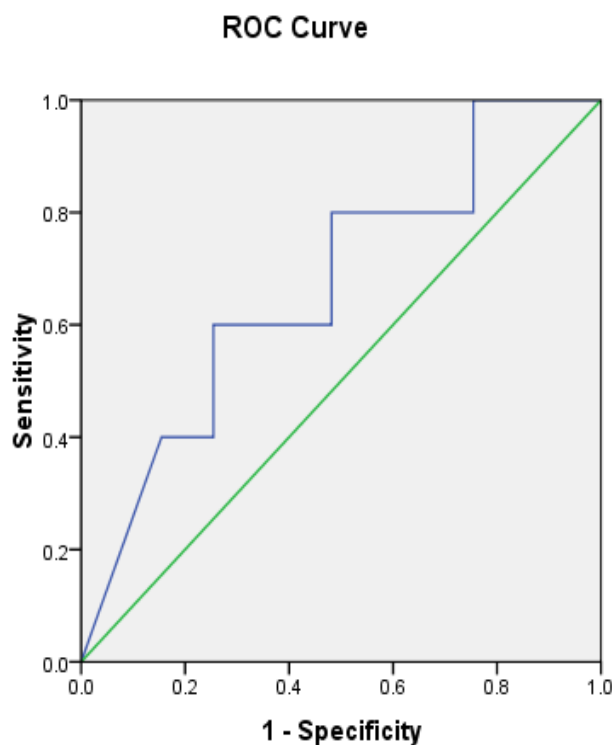
3.3. Độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm Procalcitonin trong tiên lượng sốc nhiễm khuẩn:

	AUC	P
Procalcitonin	67%	0.01

Bảng 3: Độ nhạy và độ đặc hiệu của Procalcitonin trong tiên lượng sốc nhiễm khuẩn

Điểm cắt	Độ nhạy(%)	Độ đặc hiệu(%)
30	58	73
33	60	75
36	40	77

Bảng 4: Độ nhạy và độ đặc hiệu của Procalcitonin trong tiên lượng sốc nhiễm khuẩn



Diagonal segments are produced by ties.

IV. BÀN LUẬN:

Khi bệnh nhân nhập viện trong tình trạng sốc, việc chẩn đoán sớm có phải là sốc nhiễm khuẩn hay không có ý nghĩa rất quan trọng vì nếu chúng ta lạm dụng kháng sinh hay bỏ sót một bệnh lý nhiễm khuẩn đều có thể dẫn đến những hậu quả nghiêm trọng.

Hội nghị về nhiễm khuẩn huyết tại Canada lần thứ 5(tháng 10 năm 2000) khi đánh giá các marker sinh học được sử dụng để chẩn đoán nhiễm khuẩn thì Procalcitonin được đánh giá cao nhất trên cả ba tiêu chuẩn về chẩn đoán, tiên lượng và theo dõi nhiễm khuẩn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng Procalcitonin có giá trị trong chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn. Nồng độ Procalcitonin trung bình trong dân số nghiên cứu của chúng tôi là 28.01 ± 3.83 ng/ml, cao hơn nhiều so với trị số lý thuyết được đưa ra để chẩn đoán sốc nhiễm khuẩn (Procalcitonin > 10 ng/ml, theo khuyến cáo của Hiệp hội nhiễm khuẩn Đức 2006). Nhiều nghiên cứu khác cũng có cùng kết quả như chúng tôi. Trong nghiên cứu của Nguyễn Việt Phương[3], nồng độ Procalcitonin trung bình của nhóm bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn là 26.78 ± 44.56 ng/ml, nghiên cứu của Lê Xuân Trường[5] là 43.19 ng/ml, nghiên cứu của Nguyễn Xuân Vinh[6] là 35.21 ± 35.1 ng/ml. Các tác giả nước ngoài cũng ghi nhận tương tự. Trong nghiên cứu của Iram Yunus[7], nồng độ Procalcitonin trung bình của nhóm bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn là 32.7 ± 52.2 ng/ml, nghiên cứu của N Cui[9] là 21.3 ng/ml.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ Procalcitonin và tiên lượng của sốc nhiễm khuẩn. Nồng độ Procalcitonin trung bình của nhóm tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn sống (19.62 ± 34.43 so với 37.83 ± 40.63 , $P=0.01$). Phân tích hồi quy logistique cũng ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ Procalcitonin và tiên lượng sốc nhiễm khuẩn (OR = 0.13, KTC 95% = 1.003-1.023, $P=0.01$). Nhận định này phù hợp với lý thuyết và với các nghiên cứu khác trong và ngoài nước. Lê thị Việt Hoa và cs[2] nghiên cứu trên 109 bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn ghi nhận có mối tương quan giữa nồng độ Procalcitonin và điểm SOFA ($r= 0.389$, $P=0.01$). N Cui và cs [9] nghiên cứu trên 59 trường hợp cũng ghi nhận nồng độ Procalcitonin của nhóm bệnh nhân tử vong cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn sống (53.60 ± 40.73 so với 8.36 ± 22.98 , $P=0.0001$). Iram Yunus[7] không ghi nhận mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ Procalcitonin tại thời điểm nhập viện với tiên lượng bệnh, nhưng khi phân tích về động học của Procalcitonin trong thời gian nằm viện thì lại thấy có sự tương quan chặt giữa Procalcitonin và tỉ lệ tử vong.

Về độ nhạy và độ đặc hiệu của Procalcitonin, trong nghiên cứu của chúng tôi, nếu lấy điểm cắt là 33 ng/ml thì diện tích dưới đường cong là 67%, ($P=0.01$), độ nhạy là 60%, độ đặc hiệu là 75%. Nghiên cứu của Nguyễn thị Việt Hoa lấy điểm cắt là 97.9 ng/ml, độ nhạy là 88.7%, độ đặc hiệu là 82.9%.

Ngoài ra, cũng như các nghiên cứu khác[2,6,8], tử vong do sốc nhiễm khuẩn trong nghiên cứu của chúng tôi còn cao (46.1%). Ngoài Procalcitonin, các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh là điểm q SOFA và số lượng bạch cầu.

Hạn chế của nghiên cứu là nghiên cứu hồi cứu, nên còn thiếu một số yếu tố quan trọng có thể góp phần xác định vai trò của xét nghiệm Procalcitonin trong chẩn đoán và tiên lượng sốc nhiễm khuẩn: cấy máu, đánh giá số tạng suy, xét nghiệm Procalcitonin nhiều lần trong thời gian nằm viện.

V. KẾT LUẬN:

Sốc nhiễm khuẩn là bệnh nhiễm khuẩn toàn thân nặng, tử vong cao. Chẩn đoán sớm, sử dụng kháng sinh thích hợp sẽ cải thiện đáng kể tiên lượng bệnh.

Procalcitonin chứng tỏ là một marker đáng tin tưởng trong chẩn đoán, đánh giá tiên lượng và diễn biến bệnh.

Tuy nhiên, cần lưu ý rằng kết quả xét nghiệm Procalcitonin có thể bị ảnh hưởng bởi những bệnh lý kèm theo như suy tim, suy thận mạn... Do đó, cần phối hợp với bệnh cảnh toàn thân khi phân tích kết quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

Lê thị Thu Hà, Trần thị Minh Diễm. Nghiên cứu sự biến đổi nồng độ Procalcitonin huyết thanh ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Tạp chí Y học Việt Nam 2012,2: 114-118.

Lê thị Việt Hoa, Hoàng Công Tình. Nghiên cứu vai trò của Procalcitonin trong theo dõi điều trị và dự báo tử vong ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn. Hội nghị khoa học Hồi sức cấp cứu 2017.

Nguyễn Việt Phương và cs. Nghiên cứu giá trị chẩn đoán của Procalcitonin ở bệnh nhân nhiễm khuẩn huyết. Tạp chí Y Học quân sự; 6,20117: 79-84.

Phạm thị Ngọc Thảo. Cập nhật định nghĩa và xử trí nhiễm khuẩn huyết và sốc nhiễm khuẩn. Hội nghị khoa học Hồi sức Cấp cứu 2017.

Lê Xuân Trường. Giá trị xét nghiệm Procalcitonin trong chẩn đoán, tiên lượng nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn. Tạp chí Y học TP HCM, 2014, 18,1: 213-221.

Nguyễn Xuân Vinh. Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố tiên lượng nặng ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn tại khoa HSTC – CĐ bệnh viện Thống Nhất. Hội nghị khoa học Hồi sức Cấp cứu 2017.

Iram Yunus et al. The use of Procalcitonin in the determination of severity of sepsis, patient outcome and infection characteristics. PLoS One 2018; 13(11): e0206527. Published online 2018 Nov 14. Doi:10.1371/journal.pone.0206527.

Jean - Louis Vincent et al. Frequency and mortality of septic shock in Europe and North America: a systematic review and meta analysis. Crit Care 2019; 23: 196. Published online 2019 May 31. Doi: 10.1186/s13054-019-2478-6.

Na Cui et al. Prognostic significance of Procalcitonin and CRP evaluation for adult ICU patients with sepsis and septic shock: Retrospective analysis of 59 cases. J Int Med Res. 2019 April; 47 (4): 1573 – 1579. Published online 2019 Jan 18. Doi: 10.1177/0300060518822404.

Richards et al. Sepsis and septic shock. Nat Rev Dis Primers 2016 Jun 30; 2: 16045. Published online 2019 Jun 18. Doi: 10.1038/nrdp2016.45.

Singer M, Deutschman CS, Seymour CW et al. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis 3). JAMA 2016; 315: 801 – 810.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP NHỒI MÁU NÃO TUẦN HOÀN SAU ĐƯỢC CỨU SỐNG

Phạm Lý Chí Hùng, Hà Minh Đức Và Cs

TÓM TẮT

Chúng tôi mô tả một trường hợp nhồi máu não cấp do tắc hoàn toàn động mạch thân nền được điều trị thành công với tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch kết hợp với đặt stent nội sọ. Bệnh nhân nam 57 tuổi vào viện giờ thứ 2 với các triệu chứng lâm sàng ban đầu giống với một trường hợp tắc động mạch não giữa phải, liệt 1/2 người trái, NIHSS: 20 điểm và GCS 5 điểm. CTscan sọ não không cản quang trong 2 giờ đầu chưa ghi nhận hình ảnh tổn thương, bệnh nhân được sử dụng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch, đồng thời chuyển chụp CTA. Sau liều bolus thuốc tiêu sợi huyết khoảng 30 phút, bệnh nhân tỉnh hoàn toàn GCS 15 điểm, NIHSS 4 điểm, sức cơ 1/2 người trái 3/5, ngày hôm sau bệnh nhân hồi phục hoàn toàn sức cơ. Bệnh nhân được xuất viện vào ngày thứ 6, điều trị với ức chế kết tập tiểu cầu kép 2 tuần, sau đó chúng tôi tiến hành chụp DSA mạch máu não với kết quả hẹp 90% động mạch thân nền và kết hợp đặt stent ... Thời gian từ khởi phát triệu chứng đến nhập viện trước 3 giờ, nhận định đánh giá lâm sàng chính xác, kết hợp với bolus tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch nhanh chóng là những yếu tố dẫn tới sự thành công trong trường hợp này.

Từ khóa: nhồi máu não tuần hoàn sau, tắc thân nền.

SUMMARY

We describe a case of acute cerebral infarction due to complete obstruction of the basilar artery successfully treated with intravenous fibrinolytic associated with intracranial stent placement. A 57-year-old male patient was admitted to the hospital in the second hour with initial clinical symptoms similar to a case of right-sided cerebral artery occlusion, 1/2 left person with paralysis, NIHSS: 20 points and GCS 5 points. Brain scans with no contrast during the first 2 hours have not been shown. The patient was given intravenous fibrinolytic drug and also underwent CTA scan. After bolus fibrinolytic bolus about 30 minutes, patients fully awake GCS 15 points, NIHSS 4 points, muscle strength 1/2 left 3/5, the next day the patient fully recovered muscle. The patient was discharged on day 6, treated with dual platelet aggregation inhibition for 2 weeks, then we performed a DSA scan of cerebral vessels with 90% stenosis of the basal artery and combination stent The time from symptom onset to hospitalization before 3 hours, accurate clinical judgment, combined with rapid intravenous fibrinolytic bolus are the factors leading to success in this case.

Key words: posterior cerebral infarction, basilar occlusion

I. TỔNG QUAN

Đột quỵ do tắc động mạch thân là một dạng đột quỵ ít gặp. bệnh nhân tử vong và tàn tật lâu dài nếu không được điều trị tái thông kịp thời.

Động mạch thân nền là động mạch sinh mạng của cơ thể, có nhiệm vụ cấp máu cho phần lớn thân não, thùy chẩm, tiểu não và đồi thị. Nhồi máu do tắc động mạch thân nền chiếm khoảng 1-4% tổng số trường hợp đột quỵ nhồi máu não nhưng lại có tiên lượng rất nặng, tỷ lệ tử vong và tàn tật lên đến trên 80% nếu không được điều trị kịp thời.

Thăm khám và định khu lâm sàng có vai trò quan trọng trong chẩn đoán sớm, tiên lượng cũng như đưa ra chiến lược điều trị. Trong đó một số triệu chứng có thể giúp gợi ý nhồi máu tuần hoàn sau như rối loạn ý thức, yếu liệt hoặc rối loạn cảm giác 2 bên, liệt thần kinh sọ, thất điều hay rung giật nhãn cầu. Biểu hiện lâm sàng của tắc động mạch thân nền khác nhau tùy thuộc vào vị trí tắc mà thường chia ra làm 3 đoạn: đầu, giữa và xa. Mỗi vị trí tắc thường liên quan đến một nguyên nhân cụ thể và tiên lượng cũng khác nhau.

Đối với nhồi máu tuần hoàn sau cụ thể là tắc động mạch thân nền, nghiên cứu BASICS là nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng duy nhất cho đến hiện tại vẫn đang trong quá trình thực hiện. Tuy nhiên trong các phương pháp điều trị tái tưới máu não, chưa có phương pháp nào được cho là tối ưu nhất cho bệnh nhân đột quỵ do tắc động mạch thân nền.

II. BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 57 tuổi có tiền căn tăng huyết áp vào viện vì liệt ½ người phải sau đó mê được đưa vào Bệnh Viện Đa Khoa Khu Vực Tỉnh An Giang giờ thứ 2. Bệnh nhân được chụp CTscan sọ não không thuộc cản quang tại phòng cấp cứu sau đó chuyển khoa can thiệp nội mạch

Khám lâm sàng ghi nhận:

- Bệnh mê GCS 5 điểm, đồng tử đường kính 3,5 mm đáp ứng ánh sáng tốt đều 2 bên, thở phì phò. Huyết áp 160/90 mmHg, Mạch 80 l/p, SpO₂: 98%, kích thích đau không đáp ứng, NIHSS 20 điểm, Tim đều tần số 80 l/p. Glucose mao mạch: 128 mg%, TQ: 12,7 giây, TCK: 27,9 giây, INR: 0,88, Tiểu cầu: 286.000/mm³.

- CTscan sọ não không cản quang không thấy hình ảnh xuất huyết và dấu hiệu nhồi máu não cấp. (Hình 1)

- Bệnh nhân được chỉ định điều trị tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch với Alteplase liều 0,9 mg/kg. Sau liều bolus 30 phút, triệu chứng lâm sàng bắt đầu cải thiện, bệnh nhân mở mắt đáp ứng với các kích thích. Sau 1 giờ kết thúc truyền tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch bệnh nhân tỉnh hoàn toàn GCS 15 điểm, NIHSS giảm còn 4 điểm, sức cơ tay trái và chân trái 3/5.

- Bệnh nhân được chụp CTA sau đó, trên dựng hình CTA động mạch thân nền đã được tái thông nhưng vẫn còn hẹp khoảng 90% (hình 2). Chúng tôi quyết định tiếp tục điều trị nội với kháng kết tập tiểu cầu kép bao gồm aspirin và clopidogrel, statin liều cao và đặt stent nội sọ.....động mạch thân nền sau 2 tuần.

một trường nhồi máu não cấp tuần sau. Điều trị với thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch nhanh là yếu tố quan trọng nhất quyết định sự thành công ở trường hợp này.

Hướng dẫn điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch Alteplase của Hiệp Hội Tim Mạch Hoa Kỳ 2015 khuyến cáo nhồi máu não cấp đến sớm trước 3 giờ, phụ thuộc thời gian sử dụng càng sớm bệnh nhân nhồi máu não cấp càng hưởng nhiều lợi ích. Vì vậy đứng trước một bệnh nhân hôn mê nghi ngờ nhồi máu não cấp đến sớm, tái thông bằng thuốc đường tĩnh mạch càng sớm bệnh nhân sẽ có kết cục và tiên lượng tốt hơn những bệnh nhân chậm trễ hay không được sử dụng. Đối với tắc động mạch thân nền hiện nay chưa có đồng thuận nào về điều trị tái thông, các lựa chọn như thuốc tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch, can thiệp nội mạch và hút huyết khối có giá trị tương đương trong một nghiên cứu quan sát đa trung tâm gần đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Kumar G., Shahripour R.B, Alexandrov A.V. (2015), “Recanalization of acute basilar artery occlusion improves outcomes: a metaanalysis”, Journal of neurointerventional surgery, pp 868-874.

“Basilar artery occlusion”, The Lancet Neurology, pp. 868-874.

Schonewille W.J., Algra A., Serena J., et al. (2005), “Outcome in patients with basilar artery occlusion treated conventionally”, Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry, pp. 1238-1241.

Schonewille W.J., Wijman C.A., Michel P., et al (2009), “Treatment and outcomes of acute basilar artery occlusion in the basilar artery international cooperation study (BASICS): a prospective registry study”, The Lancet Neurology, pp 724-730.

Perttu J. Lindsberg, MD; Heinrich P. Mattle, MD, Therapy of Basilar Artery Occlusion A Systematic Analysis Comparing Intra-Arterial and Intravenous Thrombolysis. (Stroke. 2006; 37:922-928.)

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ BAN ĐẦU CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ U ĐẠI TRỰC TRÀNG

Nguyễn Hữu Tuấn, Đặng Minh Triết

Nguyễn Thanh Long, Châu Đô

ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2018 có khoảng 1,8 triệu ca mới mắc chiếm 10,2% và khoảng 880 nghìn ca tử vong chiếm 9,2% tổng số ca tử vong do ung thư đại trực tràng. Ghi nhận ung thư 2018 tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng phổ biến nhất ở cả hai giới với số ca mắc mới là 14.733 và 7.856 trường hợp tử vong. Cũng theo thống kê của WHO, với nhóm bệnh nhân phát hiện bệnh giai đoạn sớm có tỷ lệ sống sau 5 năm đạt 90%, bệnh nhân phát hiện ở giai đoạn muộn thì chỉ khoảng 10%, ung thư có xu hướng gia tăng và trẻ hóa[2], có nhiều phương pháp điều trị nhưng phẫu thuật vẫn là chính, hóa xạ trị chỉ mang tính hỗ trợ. Mở mở vẫn là phương pháp điều trị chính, kể từ 1987 khi phẫu thuật nội soi ra đời áp dụng thành công, và áp dụng vào cắt đại tràng đầu thập niên 90[7], [8]. Ở Việt Nam nhiều trung tâm trong cả nước đã áp dụng thành công và triển khai rộng rãi nhờ tính an toàn hiệu quả và đảm bảo về thẩm mỹ, về mặt ung thư học phẫu thuật nội soi có thể cắt đại tràng đủ xa như mở mở lấy nhiều hạch và mạch máu đại tràng tận gốc[1], [3-5], [7].

Ở Châu Đốc đã áp dụng phẫu thuật cắt đại tràng nội soi từ cuối năm 2017 đến nay đã áp dụng thành công kỹ thuật này. Bài báo cáo này nhằm mục đích “Đánh giá kết quả ban đầu của phẫu thuật nội soi điều trị u đại trực tràng.”

I. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân tại khoa ngoại tổng hợp bị ung thư đại tràng, trực tràng có chỉ định mổ chương trình từ tháng 8/2017 đến tháng 9/2019.

1.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Các bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư đại tràng-trực tràng.
- Thể trạng bệnh nhân có thể chịu đựng được cuộc mổ lớn kéo dài.

1.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có chống chỉ định của phẫu thuật nội soi
- Bệnh nhân đã hóa xạ trị trước đó
- Bệnh nhân có bệnh nội khoa đi kèm ASA>3
- U đại trực tràng có biến chứng tắc ruột hoặc vỡ.
- Ung thư giai đoạn cuối, di căn xa.

1.2. Phương pháp nghiên cứu

1.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả, cắt ngang áp dụng kỹ thuật mới điều trị ung thư đại tràng-trực tràng.

1.2.2. Phương tiện nghiên cứu

Các số liệu được thu thập theo mẫu thống nhất.

1.2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

*Thu thập số liệu về

- Tuổi, giới tính, chỉ số BMI, thời gian phát bệnh, nghề nghiệp.
- Triệu chứng nhập viện: đau bụng, táo bón, tiêu nhày máu.

*Kỹ thuật[9], [11]

- Kỹ thuật cắt đại tràng

Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng tiêu chuẩn. Phần đại tràng cắt trên u 10cm, bờ dưới cách u ít nhất 5cm. Lấy tất cả hạch dọc theo mạch máu nuôi phần đại tràng được cắt và hạch chung quanh nghi ngờ di căn. Sau khi chọn đại tràng có bướu được giải phóng chúng tôi mở đường nhỏ đưa đại tràng ra ngoài làm miệng nối tận tận hoặc bên bên bằng khâu tay hay dụng cụ cắt nối tự động. Ruột được đưa vào trong khâu lại mạc treo.

- Kỹ thuật cắt trực tràng

Phẫu thuật nội soi cắt trực tràng tiêu chuẩn. Phần trực tràng cắt bờ trên u 10cm, bờ dưới u ít nhất 2cm. Lấy tất cả hạch dọc theo động mạch mạc treo tràng dưới và những hạch chung quanh nghi ngờ di căn, cắt toàn bộ mạc treo trực tràng bắt buộc cho ung thư trực tràng giữa và dưới. Phẫu thuật nội soi chỉ định khi u còn cắt được, khi mổ cần sử dụng dụng cụ cắt nối tự động để nối đại tràng và trực tràng.

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

1.2.4. Phương pháp xử lý số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS 16.0 phân tích số liệu.
- Kết quả được trình bày dưới dạng bảng .
- Thống kê mô tả cung cấp thông tin về số lượng, tỉ lệ phần trăm, số trung bình.

II. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

2.1. Đặc điểm chung

2.1.1. Tuổi, giới, nghề nghiệp, chỉ số khối cơ thể (BMI)

- Số bệnh nhân 22 bệnh,nam 12 (54,5%), nữ 10 (45,5%). Tỉ lệ nam/nữ 1.2
- Tuổi nhỏ nhất 28 tuổi, lớn nhất 88 tuổi, trung bình 55 tuổi \pm 13.4

Bảng 1: Đặc điểm nghề nghiệp

Nghề nghiệp	N	Tỉ lệ %
Nông dân	4	18,2
Nội trợ	18	81,8

Nhận xét: Bệnh nhân nội trợ 18 trường hợp chiếm 81.8%, còn lại là nông dân 4 trường hợp 18.2%, không có tầng lớp trí thức

Bảng 2: Phân loại BMI

Chỉ số	Thể trạng	N	Tỉ lệ %
<18	Gầy	4	18,2
18-<25	Trung bình	18	81,8
Tổng cộng		22	100

Nhận xét: Có 18 trường hợp chiếm 81.8% bệnh nhân có thể trạng trung bình, còn lại 4 bệnh nhân chiếm 18.2% có thể trạng gầy, không có bệnh nhân thừa cân.

2.1.2. Đặc điểm tiền sử bệnh

Bảng 3: Triệu chứng vào viện

Dấu hiệu	N	Tỉ lệ %
Đau bụng	16	72,7
Tiêu lỏng	2	9,1
Tiêu nhày máu	3	13,6
Táo bón	1	4,5

Nhận xét: Đau bụng khiến bệnh nhân vào viện nhiều chiếm 16 trường hợp chiếm 72.7%, 6 trường hợp còn lại là rối loạn đi tiêu: tiêu lỏng, tiêu nhày máu, táo bón.

2.1.3. Thời gian từ khi bệnh đến lúc nhập viện

Thời gian có triệu chứng đến nhập viện: thấp nhất 1 ngày, nhiều nhất 365 ngày, trung bình 46,5 ngày

2.1.4. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 4: Vị trí khối u được mô tả

Vị trí khối u	N	Tỉ lệ %
Manh tràng-đại tràng lên	10	45,5
Đại tràng góc gan	2	9,1
Đại tràng ngang	4	18,2
Đại tràng xuống	2	18,2

Trục tràng giữa	1	4,5
Trục tràng dưới	3	13,6
Tổng cộng	22	100

Nhận xét: Khối u có thể nằm bất cứ đâu đại tràng, manh tràng và đại tràng lên cao nhất 10 trường hợp chiếm 45.5%.

2.1.5.Đặc điểm kỹ thuật PTNS

Bảng 5: Phương pháp phẫu thuật nội soi đã áp dụng

Phương pháp phẫu thuật đã áp dụng	N	Tỷ lệ %
PTNS cắt đại tràng phải	11	50
PTNS cắt đại tràng trái	4	18,2
PT Miles	2	9,1
PTNS cắt toàn bộ mạc treo trực tràng TME	2	9,1
Tổng cộng	19	86,4

Nhận xét: Có nhiều cách cắt đại tràng khác nhau, PTNS cắt đại tràng phải chiếm tỉ lệ cao chiếm 11 trường hợp chiếm 50%

2.2 Kết quả sau phẫu thuật

2.2.1 Kết quả trong phẫu thuật

2.2.1.1 Thời gian phẫu thuật

Bảng 5: Thời gian phẫu thuật

	Thời gian mổ trung bình-phút
BV Bình Dân	153
BV Đa khoa trung tâm An Giang	178
BV Đại học y Dược	155
BV Châu Đốc	175

Nhận xét: do đây là kỹ thuật mới nên thời gian còn lâu hơn trung tâm khác.

2.2.1.2 Tai biến trong phẫu thuật

Tai biến trong mổ có 1 trường hợp chiếm tỉ lệ 4,5% rách tĩnh mạch mạc treo tràng trên

2.2.1.3 Tỉ lệ chuyển mổ hở

Chuyển mô mở 3 ca (13,6%) do 1 trường hợp bị tai biến rách tĩnh mạch mạc treo tràng trên, 1 trường hợp còn lại của đại tràng phải có khối u to xâm lấn tá tràng phải cắt hình chiêm, 1 trường hợp hạch to dính chặt tá tràng nhưng mô mở tách ra được.

2.2.2 Kết quả sớm sau phẫu thuật

2.2.2.1 Thời gian điều trị

Bảng 6: Thời gian điều trị

	Thời gian hậu phẫu trung bình-ngày
BV Bình Dân	8,48
BV Đa khoa trung tâm An Giang	7
BV Đại học y Dược	6
BV Châu Đốc	10,5

Nhận xét: thời gian nằm viện hậu phẫu kéo dài hơn các trung tâm khác.

2.2.2.2 Giai đoạn trong phẫu thuật

Đánh giá giai đoạn theo TNM là giai đoạn IIIC

2.2.2.3 Thời gian trung tiện

Thời gian trung tiện sau phẫu thuật trung bình là 42 giờ ($\pm 17,4$ giờ)

2.2.2.4 Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Bảng 7: Biến chứng sớm sau phẫu thuật

Biến chứng	N	Tỷ lệ %
Không nhiễm trùng	18	81,8
Nhiễm trùng vết mổ	4	18,2
Tổng cộng	22	100

Nhận xét: Biến chứng gặp là nhiễm trùng hậu phẫu có 4 trường hợp chiếm 18.2%

2.2.2.5 Kết quả giải phẫu bệnh

Bảng 8: Kết quả giải phẫu bệnh

Kết quả Giải phẫu bệnh	N	Tỷ lệ %
Carcinom	21	95,5
Lao	1	4,5
Tổng cộng	22	100

Nhận xét: kết quả giải phẫu bệnh có 21 trường hợp là carcinoma chiếm 95.5%, 1 trường hợp bị lao chiếm 4.5%

III. BÀN LUẬN

Ung thư đại tràng gây tử vong cao thứ tư trên thế giới sau ung thư phổi, ung thư dạ dày và ung thư gan[10]. Về triệu chứng cơ năng đau bụng thường gặp nhất trên 90%, ngoài ra còn có táo bón tiêu lỏng, phân nhày máu. Trong đó ung thư đại tràng trái có các triệu chứng như đi cầu phân nhày máu và táo bón hay gặp hơn so với ung thư đại tràng phải, có thể do đặc điểm giải phẫu, mô học chức năng sinh lý khác nhau. Đại tràng trái có chức năng sinh lý chứa phân, tiết nhầy bôi trơn lòng ống, u có xu hướng phát triển vào lòng ruột kiểu vòng nhẫn làm bít lòng ống nên rất hay gặp đi ngoài phân nhày và táo bón. Đại tràng phải có chức năng hấp thu nước, khối u có thể gây rối loạn chức năng gây tiêu chảy, u có xu hướng ra ngoài lòng ruột nên hay gặp hội chứng bán tắc ruột nhiều hơn. Các khối u đại tràng phải phát triển theo kiểu loét bề mặt gây mất máu rỉ rả kèm theo mất các yếu tố vi lượng do rối loạn tiêu hóa kéo dài.

Chỉ số CEA (Carcinoma Embryonic Antigen) đóng vai trò tiên lượng trong ung thư đại tràng. Trong nghiên cứu chúng tôi còn thiếu sót do yếu tố khách quan. Xét nghiệm này không dùng để tầm soát như y văn khuyến cáo vì chỉ số dấu ấn ung thư CEA không nhạy và không đặc hiệu cho ung thư đại trực tràng giai đoạn sớm, CEA tăng khi có di căn nên dành theo dõi sau mổ phát hiện tái phát[6].

Về mô học, trong nghiên cứu có 95,5 % là ung thư biểu mô tuyến, phù hợp với y văn, thể nhày và kém biệt hóa gặp nhiều ở ung thư đại tràng phải là yếu tố tiên lượng xấu, một số nghiên cứu cho thấy tỉ lệ ung thư biểu mô nhày cao hơn thường liên quan đến tỷ lệ cao của di căn hạch, di căn phúc mạc[6].

Khi đánh giá về giai đoạn, do bệnh nhân thuộc tầng lớp nội trợ chủ yếu và lớn tuổi nên bệnh phát hiện giai đoạn muộn, hầu hết bệnh nhân không có tầm soát trước đó.

Thời gian của phẫu thuật ung thư đại tràng phải ngắn hơn đại tràng trái do cắt mạc treo đại tràng phức tạp hơn, đại tràng chậu hông dài và dính nhiều hơn.

Chúng tôi không có trường hợp nào bị xì miệng nối, có 2 trường hợp cần mở hồi tràng ra da do cắt nối trực tràng thấp để bảo vệ miệng nối, có 4 trường hợp nhiễm trùng vết mổ do bệnh giai đoạn có biến chứng áp xe hóa và thể trạng bệnh nhân gầy.

Cắt đại tràng nội soi có thể thực hiện cho mọi đoạn của đại tràng, cho các vị trí u khác nhau. Trong cắt đại tràng phải và cắt đại tràng phải mở rộng chúng tôi đều sử dụng 2 stapler 35mm để cắt nối ruột, thường rất nhanh hơn khâu nối tay nhiều lần. Với những khối u trực tràng có thể cắt nối được chúng tôi thường dùng ít nhất 1 stapler thẳng kích thước 35mm và 1 stapler vòng kích thước 29 mm. trong đó có 1 trường hợp chúng tôi dùng 2 stapler thẳng do khâu kính trực tràng lớn và khung chậu hẹp nên stapler gặp nhiều khó khăn với khung chậu nam. Trong phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo trực tràng có nhiều lợi điểm hơn mổ mở kinh điển do phẫu trường tốt hơn, nhìn rõ cấu trúc hơn và có thể lách vị trí hẹp trong khi mổ mở vùng này là vùng tối, bóc tách khó khăn dễ chảy máu

nhất là chảy máu trước xương cùng. Chúng tôi có 2 ca phẫu thuật Miles do trường hợp u thấp sát rìa hậu môn, đại trực tràng kèm u được lôi ra đường dưới, đường trên chỉ mở lỗ nhỏ vừa đủ để làm hậu môn nhân tạo, đoạn còn lại được luồn dưới phúc mạc để tránh dính ruột. Có 3 trường hợp chuyển sang mổ mở. Trong đó có 1 trường hợp khối u đại tràng góc gan xâm lấn vào tá tràng chúng tôi mổ mở để cắt tá tràng hình chiêm khâu lại 2 lớp, 1 trường u to đại tràng giữa chúng tôi hạ đại tràng góc gan và góc lách, do u to khi kéo khối u qua vết mổ 5cm trên thành bụng không khéo đã rách tĩnh mạch mạc treo tràng trên nên phải chuyển mổ mở để khâu lại mạch máu bằng prolene 5.0, trường hợp còn lại hạch to dính tụy tá tràng nên mổ mở gỡ dính.

IV. KẾT LUẬN

Cắt đại trực tràng nội soi tuy có khó về mặt kỹ thuật nhưng vẫn có thể thực hiện được khi phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Phẫu thuật nội soi đảm bảo các yêu cầu về an toàn thẩm mỹ và yêu cầu ung thư học mặc dù giai đoạn đầu vẫn có tai biến nhưng có thể khắc phục được. chính vì vậy bệnh viện sẽ tiếp tục triển khai trong thời gian tới.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bắc N. H. et al. (2003), "Cắt đại tràng nội soi", *tạp chí y học*. tập 7 (1), pp. 127.
- [2] benhvienk (2019), *ung thư đại trực tràng*, ngày truy cập 01/11-2019.
- [3] Cường L. H. (2018), "Kết quả ban đầu phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng", *HNKHKT BV Trung Tâm An Giang*, pp. 147-154.
- [4] Đức H. H. (2011), "Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng", *HNKHKT BV Thống Nhất*. 15 (2), pp. 265.
- [5] Hải N. M. et al. (2010), "Phẫu thuật đại trực tràng qua nội soi ổ bụng", *HNKHKT BV Chợ Rẫy*. 14 (2), pp. 177-181.
- [6] Hường N. T. T. et al. (2018), "Sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng giữa ung thư đại tràng phải và ung thư đại tràng trái", *tạp chí nghiên cứu y học*. 113 (4), pp. 31-37.
- [7] Quyết N. T. (2008), "Nghiên cứu cắt đại tràng-trực tràng qua nội soi ổ bụng", *tạp chí y học*. 12 (1), pp. 1.
- [8] Quyết N. T. et al. (2006), "KỸ THUẬT CẮT ĐẠI TRẺNG QUA NỘI SOI Ổ BỤNG", *tạp chí y học*. 10 (1), pp. 38.
- [9] R.Chang H. et al. (1997), *Maingot's abdominal operations*, Tumor of colon.
- [10] Torre L. A. (2012), "Global Cancer Statistics", *CA CANCER J CLIN* 2015. 65, pp. 87-108.
- [11] Townsend Sabiston *Textbook of Surgery*, Colon and Rectum-Neoplasia, Vol. 19th

ĐÁNH GIÁ TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC DẠNG UỐNG TRONG ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TRÊN BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ BHYT

Ngô Thị Ánh Loan, Lữ Thị Kim Ngọc
Trần Kim Sơn, Nguyễn Trường Sơn

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khảo sát tình hình sử dụng thuốc đái tháo đường (ĐTĐ) trên bệnh nhân bảo hiểm y tế điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Khu Vực tỉnh An Giang.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ type 2 tăng dần theo độ tuổi, tuổi càng cao thì tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ type 2 càng nhiều, có 59,8% bệnh nhân >60 tuổi mắc bệnh ĐTĐ. Tỷ lệ mắc bệnh giữa 2 giới không chênh lệch nhiều. Trong phác đồ 1 thuốc, Metformin chiếm tỷ lệ cao nhất 40,57% nhưng vẫn còn thấp so với hướng dẫn của Hiệp Hội Đái Tháo Đường Hoa Kỳ (ADA). Tương tác thuốc đa số ở mức độ trung bình.

Bàn luận: Bệnh nhân ĐTĐ type 2 ở người cao tuổi chiếm tỷ lệ cao, tỷ lệ bệnh tăng theo độ tuổi, nhất là đối tượng bệnh nhân từ 50 tuổi trở lên. Metformin chiếm tỷ lệ cao vì đây là phác đồ đầu tay trong điều trị ĐTĐ. Người cao tuổi thường nhiều bệnh mạn tính nên thường phải dùng nhiều thuốc cùng lúc; vì vậy dễ bị tương tác thuốc, làm tăng hoặc giảm tác dụng của thuốc, tăng tác dụng phụ và có thể gây ngộ độc.

Từ khóa: bệnh nhân cao tuổi, bệnh ĐTĐ, tim mạch, tương tác thuốc.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong thời kỳ hiện đại hóa, mọi người đều nhắc đến công nghệ 4.0, tất cả mọi việc đều tiến bộ hóa từng ngày. Đồng thời tri thức, tư duy, hiểu biết của con người ngày càng được nâng lên cao, mối quan tâm ý thức đến chất lượng cuộc sống ngày càng được đề cao hơn. Trong đó vấn đề sức khỏe là một trong những vấn đề được quan tâm hàng đầu. Bên cạnh những tiến bộ vượt bậc thì con người cũng đứng trước những nguy cơ bệnh tật mà tỷ lệ mắc bệnh ngày càng tăng. Đái tháo đường là một trong những căn bệnh mãn tính với tỷ lệ mắc bệnh tăng dần và được quan tâm hàng đầu trong công tác chăm sóc sức khỏe cộng đồng.

Đái tháo đường là tình trạng tăng đường huyết mạn tính đặc trưng bởi những rối loạn chuyển hóa carbohydrat, có kèm theo rối loạn chuyển hóa lipid và protein do giảm tuyệt đối hoặc tương đối tác dụng sinh học của insulin và hoặc tiết insulin. Bệnh nhân ĐTĐ nếu không được điều trị tốt và quản lý chặt chẽ sẽ xuất hiện nhiều biến chứng trên các cơ quan như tim, mạch máu, thận, mắt và thần kinh.

Theo Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới (IDF), năm 2017 toàn thế giới có 425 triệu người (trong độ tuổi 20-79) bị bệnh đái tháo đường (ĐTĐ), tương đương cứ 11 người có 1 người bị ĐTĐ, ước tính đến năm 2045 con số này sẽ là 629 triệu, tương đương cứ 10 người có 1 người bị ĐTĐ ở cùng độ tuổi trên. Tuy nhiên, có tới 70% trường hợp ĐTĐ type 2 có thể dự phòng hoặc làm chậm diễn tiến bệnh bằng cách tuân thủ lối sống lành mạnh, dinh

dưỡng hợp lý và tăng cường luyện tập thể lực.

Hiện nay, Bệnh viện đa khoa Khu Vực Tỉnh An Giang đang điều trị ngoại trú cho số lượng lớn bệnh nhân ĐTĐ type 2, vì vậy, để góp phần nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân, chúng tôi đã tiến hành thực hiện đề tài: “*Đánh giá tình hình sử dụng thuốc dạng uống trong điều trị đái tháo đường type 2 cho bệnh nhân ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa Khu Vực Tỉnh An Giang*” với các mục tiêu sau:

- Xác định tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường trên bệnh nhân khám ngoại trú.
- Xác định tình hình sử dụng thuốc điều trị ĐTĐ đường uống.
- Tương tác thuốc trên các đơn thuốc khảo sát.
- Khảo sát các bệnh lý kèm theo trên bệnh nhân ĐTĐ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân ĐTĐ có BHYT được điều trị ngoại trú tại Bệnh viện ĐKKV tỉnh An Giang - từ ngày 01/06/2019 00:00:00 đến ngày 30/06/2019 23:59:59

- Tiêu chí lựa chọn: Bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ type 2. Trong tổng số 5.314 bệnh nhân BHYT khám tại BV, có 754 bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ type 2, chiếm 14,19%.

Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu cắt ngang mô tả có phân tích.
- Cỡ mẫu 754 bệnh nhân.
- Cách tiến hành:
 - Khảo sát các thông tin về sử dụng thuốc điều trị ĐTĐ thông qua mẫu khảo sát: họ tên bệnh nhân, năm sinh, giới tính, chẩn đoán, chỉ định, cận lâm sàng, ghi chú...
 - Đánh giá tình hình sử dụng thuốc điều trị ĐTĐ
 - Phát hiện và phân tích những tương tác thuốc tiềm tàng dựa vào cài đặt tương tác thuốc tại BV, các website: medscape.com, drugs.com.
- Xử lý số liệu:
 - Thống kê, lấy số liệu trung bình và tỷ lệ % (sử dụng phần mềm HIS tại BV).
 - Dựa trên kết quả thống kê đưa ra nhận xét, đánh giá và đề xuất về việc sử dụng thuốc một cách hợp lý và an toàn trên bệnh nhân ĐTĐ.

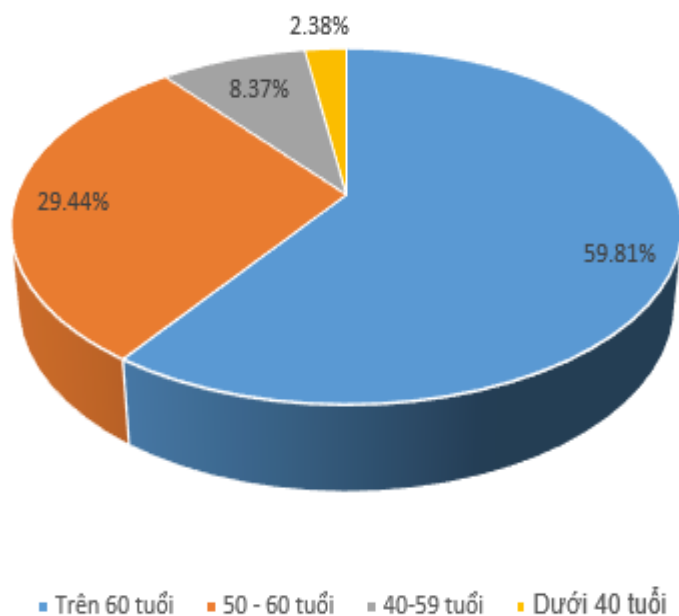
KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Kết quả

Đặc điểm bệnh nhân

Khảo sát cho thấy bệnh nhân có đặc điểm về tuổi và giới tính được biểu thị như sau:

- Bệnh nhân trên 60 tuổi: 451 người chiếm 59.81%.
- Bệnh nhân từ 50 đến 60 tuổi: 222 người chiếm 29.44%.
- Bệnh nhân từ 40 đến 50 tuổi: 63 người chiếm 8.37%.
- Bệnh nhân dưới 40 tuổi: 18 người chiếm 2,38%



Nhận xét

Bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 59.81%, tiếp đến là từ 50 đến 60 tuổi chiếm 29.44%, độ tuổi từ 40 đến 50 chiếm 8.37%, độ tuổi dưới 40 chiếm tỷ lệ thấp nhất 2.38%.

- Giới tính nam: 338 chiếm 44.83%.
- Giới tính nữ: 416 chiếm 55.17%.

Kết quả cho thấy 44.8% là nam, 55.2% là nữ. Tỷ lệ nữ cao khoảng 1.23 so với nam

Tình hình bệnh lý khác kèm theo

STT	ICD	Bệnh theo ICD	Số lượng	Tỷ lệ %
1	E78.2	Tăng lipid máu hỗn hợp	666	12.83%
2	I10	Tăng huyết áp	643	12.39%
3	I20	Cơn đau thắt ngực	474	8.77%

4	I25	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	386	7.44%
5	K25	Loét dạ dày	366	7.05%
6	N18	Bệnh thận mạn tính	202	3.89%
7	K77*	Rối loạn chức năng gan trong bệnh phân loại nơi khác	187	3.6%
8	M47	Thoái hóa cột sống	180	3.47%
9	E58	Thiếu calci do chế độ ăn	168	3.24%
10	K21	Bệnh trào ngược dạ dày thực quản	141	2.72%
11	Các ICD khác	Các bệnh khác	1777	34.34%

Nhận xét

Bệnh kèm E78.2 chiếm tỷ lệ cao nhất, thứ 2 là I10, tiếp đến là I20, I25, K25, N18, E58, M47, K77*, K21...

Xét nghiệm

STT	Xét nghiệm	Số lượng	Tỷ lệ
1	Định lượng Glucose [Máu]	413	42%
2	Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi bằng máy đếm tự động	141	14%
3	Định lượng Creatinin (máu).	139	14%
4	Đo hoạt độ AST (GOT) [Máu]	133	14%
5	Đo hoạt độ ALT (GPT) [Máu]	132	13%
6	Định lượng Urê máu [Máu]	130	13%
7	Đo hoạt độ GGT (Gama Glutamyl Transferase) [Máu]	126	13%
8	Định lượng Triglycerid (máu) [Máu]	119	12%
9	Định lượng Cholesterol toàn phần (máu).	116	12%
10	Định lượng HDL-C (High density lipoprotein Cholesterol) [Máu]	113	12%

11	Định lượng HbA1c [Máu]	83	8%
12	Định lượng Acid Uric [Máu]	53	5%
13	Điện giải đồ (Na, K, Cl) [Máu]	38	4%
14	Định lượng Calci toàn phần [Máu]	35	4%
15	Tổng phân tích nước tiểu.	33	3%
16	Định lượng LDL - C (Low density lipoprotein Cholesterol) [Máu]	29	3%
17	HBsAg miễn dịch tự động	18	2%
18	HCV Ab miễn dịch tự động.	18	2%
19	HBeAg miễn dịch tự động.	10	1%
20	Định lượng AFP (Alpha Fetoproteine) [Máu]	8	1%
21	Co cục máu đông (Tên khác: Co cục máu)	8	1%
22	Thời gian máu chảy phương pháp Duke	8	1%
23	Định lượng TSH (Thyroid Stimulating hormone) [Máu]	7	1%
24	Định lượng FT4 (Free Thyroxine) [Máu]	7	1%
25	Định lượng FT3 (Free Triiodothyronine) [Máu]	5	1%
26	Anti-HBs miễn dịch bán tự động/tự động	5	1%

Nhận xét: Định lượng Glucose được theo dõi trên bệnh nhân chưa cao (42%). Các xét nghiệm chức năng gan thận, lipid máu được thực hiện trên một số bệnh nhân có biến chứng gan-thận, bệnh lý gan-thận, rối loạn lipid máu. HbA1C được khuyến cáo thực hiện 3 tháng/lần, nhưng chỉ có 8% bệnh nhân làm xét nghiệm này. Có thể số liệu lấy trong 1 tháng không rơi vào thời điểm bệnh nhân được xét nghiệm kiểm tra lại HbA1C.

Tình hình sử dụng thuốc

Đơn trị liệu:

Thuốc điều trị	n	Tỷ lệ trên tổng số bệnh nhân (%)
Gliclazid	40	37,74
Glimepirid	10	9,43
Metformin	43	40,57
Sitagliptin	9	8,49
Vildagliptin	4	3,77
Tổng cộng	106	10,82

Nhận xét: Có khoảng 10,82% bệnh nhân hiện đang được điều trị bằng 1 thuốc. Trong đó, Metformin được sử dụng nhiều nhất chiếm 40,57% trong phác đồ đơn trị liệu, tương đương 4,39% so với tất cả các phác đồ khác. Điều này chưa phù hợp với khuyến cáo điều trị của ADA 2019.

Phác đồ kết hợp nhiều thuốc

- Metformin + DPP-4
- Metformin + Sulfonylurea
- Metformin + Sulfonylurea + DPP-4

Nhận xét: Có 652 bệnh nhân điều trị phối hợp thuốc tương đương 93,61% so với tất cả các phác đồ khác.

Tương tác thuốc

Thuốc gây tương tác	Thuốc chịu tương tác	Mức độ tương tác	Mô tả tương tác	Biện pháp khắc phục	Tài liệu tham khảo
- Levofloxacin - Ciprofloxacin	Glimepiride	Nghiêm trọng	Làm tăng hoặc hạ thấp đường huyết. Có nguy cơ hôn mê hoặc tử vong ở các báo cáo.	Thay thế thuốc tránh tương tác, theo dõi đường huyết hoặc điều chỉnh liều.	Drugs.com
- Aspirin - Celecoxib - Meloxicam - Ibuprofen - Enalapril - Pentoxifylline - Bisoprolol	Glimepiride	Trung bình	Làm tăng tác dụng hạ đường huyết của thuốc	Giám sát nguy cơ, theo dõi lượng đường trong máu hoặc điều chỉnh liều lượng có thể được yêu cầu khi bắt đầu	Medscape.com Drugs.com

Hội Nghị Khoa Học Công Nghệ Năm 2019

- Lisinopril - Metformin - Sitagliptin - Carvedilol - Fenofibrate					
- Furosemide - Prednisolon - Amitriptyline - Hydrochlorothiazide - Indapamide - Salmeterol - Spironolactone	Glimepiride	Trung bình	Làm giảm tác dụng hạ đường huyết	Giám sát nguy cơ, theo dõi lượng đường trong máu hoặc điều chỉnh liều lượng có thể được yêu cầu khi bắt đầu	
- Ciprofloxacin - Levofloxacin - Amlodipine - Amitriptyline - Perindopril	Metformin	Trung bình	Làm tăng tác dụng hạ đường huyết của thuốc	Giám sát nguy cơ, theo dõi lượng đường trong máu hoặc điều chỉnh liều lượng có thể được yêu cầu khi bắt đầu	Drugs.com
- Felodipine - Ciprofloxacin - Levofloxacin - Prednisolon - Lisinopril - Salmeterol	Metformin	Trung bình	Làm giảm tác dụng hạ đường huyết của thuốc	Giám sát nguy cơ, theo dõi lượng đường trong máu hoặc điều chỉnh liều lượng có thể được yêu cầu khi bắt đầu	Drugs.com
- Enalapril - Furosemide - Hydrochlorothiazide	Metformin	Trung bình	Làm tăng tác dụng hạ đường huyết, nguy cơ gây nhiễm acid lactic	Sử dụng thận trọng và tăng cường giám sát trên bệnh nhân	Medscape.com Drugs.com
- Ibuprofen - Meloxicam (nhóm)	Metformin	Trung bình	Có nguy cơ nhiễm acid lactic cao	Nên thận trọng và theo dõi chức năng thận, hoặc điều chỉnh liều ở bệnh	Drugs.com

NSAIDs)				nhân suy thận	
- Indapamide - Spironolactone	Metformin	Trung bình	Làm tăng nồng độ đường trong máu, nguy cơ nhiễm acid lactic.		Drugs.com
- Carvedilol	Metformin	Trung bình	Tăng nguy cơ, mức độ nghiêm trọng và / hoặc thời gian hạ đường huyết thuốc chẹn beta có thể che giấu một số triệu chứng hạ đường huyết.		Drugs.com
- Ciprofloxacin - Amitriptyline	Vildagliptin	Trung bình	Làm tăng tác dụng hạ đường huyết của thuốc.	Giám sát nguy cơ, theo dõi lượng đường trong máu hoặc điều chỉnh liều lượng có thể được yêu cầu khi bắt đầu	Medscape.com
- Ciprofloxacin - Furosemide - Prednisolone - Hydrochlorothiazide - Indapamide - Salmeterol - Levofloxacin	Sitagliptin	Trung bình	Làm giảm tác dụng hạ đường huyết của thuốc	Giám sát nguy cơ, theo dõi lượng đường trong máu hoặc điều chỉnh liều lượng có thể được yêu cầu khi bắt đầu	Drugs.com
- Ciprofloxacin - Glimepiride - Levofloxacin	Sitagliptin	Trung bình	Làm tăng tác dụng hạ đường huyết của thuốc	Giám sát nguy cơ, theo dõi lượng đường trong máu hoặc điều chỉnh liều lượng có thể được yêu cầu khi bắt đầu	Drugs.com
- Enalapril - Sitagliptin - Perindopril	Sitagliptin	Trung bình	Có thể gây phù mạch và tăng nguy cơ hạ đường huyết	Nên điều chỉnh liều, theo dõi thường xuyên tác dụng phụ, ngừng sử	Drugs.com

				dụng nếu bị phù mạch	
Nhóm NSAIDs	Gliclazide	Trung bình	Tăng tác dụng hạ huyết áp của thuốc	Theo dõi thường xuyên hoặc điều chỉnh liều	Được thư Quốc gia

Nhận xét: Qua kiểm tra tương tác có đa số là tương tác trung bình, có 4% có tương tác cao. Tuy nhiên, do cỡ mẫu nhỏ nên những tương tác được chúng tôi ghi nhận dưới đây chỉ mang tính chất tham khảo và khách quan.

KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

KẾT LUẬN

- Đề tài được tiến hành khảo sát trên đối tượng bệnh nhân bảo hiểm y tế ngoại trú tại phòng khám người lớn tháng 06/2019.
- Tỷ lệ bệnh nhân đái tháo đường type 2 tăng dần theo độ tuổi, tuổi càng cao thì tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh đái tháo đường type 2 càng nhiều, có 59.81% bệnh nhân >60 tuổi mắc bệnh ĐTĐ.
- Các xét nghiệm kiểm soát đường huyết tương đối trung bình.
- Trong phác đồ đơn trị liệu thì Metformin chiếm tỷ lệ cao nhất 40,57%. Tuy nhiên theo hướng dẫn của Hiệp Hội Đái Tháo Đường Hoa Kỳ.
- Tương tác thuốc đa số các tương tác ở mức độ trung bình.

KIẾN NGHỊ

- Cần phải tầm soát để phát hiện sớm, từ giai đoạn tiền đái tháo đường các đối tượng từ 30 tuổi trở lên để phòng ngừa sự phát triển thành đái tháo đường lâm sàng cũng như các biến chứng của bệnh.
- Cần làm đầy đủ các xét nghiệm glucose huyết, HbA1C, xét nghiệm chức năng gan, thận và lipid máu trong quá trình điều trị.
- Tiếp tục duy trì và đẩy mạnh hơn nữa công tác tư vấn và tuyên truyền cho người bệnh các kiến thức liên quan đến bệnh đái tháo đường để mỗi bệnh nhân có thể tự theo dõi và phối hợp tốt với thầy thuốc trong việc kiểm soát đường huyết và các biến chứng đái tháo đường gây ra.
- Tư vấn trực tiếp cho bệnh nhân, giúp họ không chỉ biết được những thông tin chính xác và rõ ràng về căn bệnh ĐTĐ và biến chứng của bệnh để từ đó bệnh nhân sẽ có phương thức sinh hoạt hàng ngày nhằm kiểm soát được ĐTĐ và chất lượng cuộc sống của bản thân. Các vấn đề cần tư vấn như:
 - + Tăng cường vận động thể lực: Tập thể dục, chạy bộ hoặc vận động ở mức độ vừa phải, đều đặn 30 – 60 phút mỗi ngày.

+ Trực tiếp hướng dẫn bệnh nhân cách dùng thuốc đúng thời gian, đúng cách và tuân thủ cách điều trị. Bệnh nhân nên tái khám đúng định kỳ.

- Tuân thủ phác đồ điều trị ĐTĐ tại cơ sở để tăng cường tính hợp lý, an toàn trong sử dụng thuốc theo khuyến cáo của Bộ Y tế và các khuyến cáo của Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

Bộ Y tế (2017), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, Hội đồng dược điển Việt Nam.

Bộ Y tế (2012), *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr. 409-432.

American Diabetes Association (2019), *Standard of Medical care in Diabetes*.

http://www.drugs.com/drug_interactions.html.

<http://reference.medscape.com/drug-interactionchecker>.

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ, LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG
VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH LÝ TAY CHÂN MIỆNG
TẠI BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG NĂM 2019**

*Dương Hoài Phương, Hồ Thị Thanh Thủy
Lê Tuyết Ngân, Nguyễn Ngọc Hiếu*

TÓM TẮT

- **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm dịch tễ học, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị của bệnh tay chân miệng tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang năm 2019.

- **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 305 bệnh nhi dưới 5 tuổi đã được điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang từ 01/2019 đến 30/10/2019.

- **Kết quả :**

+ Tỷ lệ nam/nữ là 1,54/1. Độ tuổi dưới 3 tuổi chiếm 72,8%. Trẻ ở nông thôn chiếm tỷ lệ cao 89,8%; Lý do vào viện là loét miệng 38,7% , bóng nước 31,5%, sốt cao 12,1%.

+ Triệu chứng sốt cao 21,6%, sốt vừa 35,4%. Ngày xuất hiện ban, ngày thứ 2 chiếm tỷ lệ cao 47,2%.

+ Vị trí phát ban ở miệng 45,2%, lòng bàn tay 10,5%, lòng bàn chân 11,5%; triệu chứng giật mình 99,2%

+ Tỷ lệ bạch cầu máu tăng 54,8%; tỷ lệ xét nghiệm EV71 dương tính 11,6%, CRP không tăng chiếm tỷ lệ 96,7%.

- **Kết luận:**

+ Đa số trẻ mắc bệnh độ 2a chiếm tỷ lệ 94,1%.

+ Thời gian điều trị trung bình: 6 ngày

+ Kết quả điều trị khỏi 100%, không để lại di chứng.

- **Từ khóa:** Bệnh tay chân miệng.

I – ĐẶT VẤN ĐỀ:

Bệnh tay chân miệng (TCM) ở trẻ em đang là vấn đề sức khỏe gây quan tâm hàng đầu ở nhiều nước châu Á – Thái Bình Dương. Tác nhân gây bệnh thường gặp nhất là Coxsackievirus A16 (CA16). Bệnh cũng có thể do một số tác nhân khác như Enterovirus 71 (EV71); Coxsackieviruses A (CA) 5, 7, 9, 10 và Coxsackieviruses B 2 và 5. Trong đó, EV71 là tác nhân đáng quan tâm nhất vì có thể gây ra các bệnh cảnh trầm trọng đưa đến tử vong nhanh chóng, đặc biệt là ở trẻ nhỏ [4].

Bệnh tay chân miệng (TCM) là một bệnh truyền nhiễm có thể gây dịch thường gặp trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Bệnh có thể gây biến chứng nguy hiểm như Viêm não – màng não, Viêm cơ tim, Phù phổi cấp và dẫn tới tử vong nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời.

Vì những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh lý tay chân miệng tại Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh An Giang năm 2019*” với các mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng bệnh tay chân miệng tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang.

2. Đánh giá kết quả điều trị bệnh tay chân miệng tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

Tất cả bệnh nhi nhập viện chẩn đoán bệnh tay chân miệng tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang từ tháng 01/2019 – 30/10/2019.

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân vào mẫu nghiên cứu:

Các bệnh nhi được chẩn đoán bệnh tay chân miệng theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

2.3. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: Tiến hành theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện và cỡ mẫu là toàn bộ bệnh nhi được chẩn đoán mắc bệnh tay chân miệng nằm điều trị nội trú tại khoa Nhi Bệnh viện đa khoa khu vực Tỉnh An Giang từ 01/2019 – 30/10/2019.

2.4. Thu thập số liệu

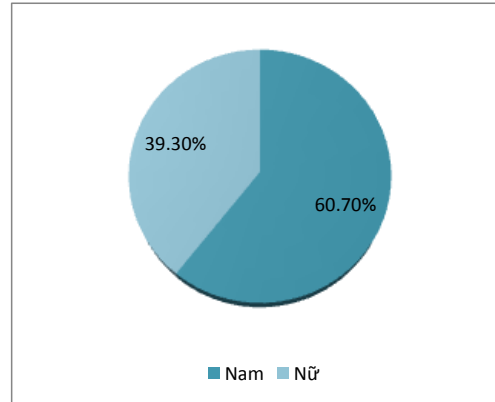
Mỗi bệnh nhân được làm 1 hồ sơ bệnh án thăm khám lâm sàng, xét nghiệm huyết học, định lượng CRP-Test EV71, tham khảo kết quả điều trị từ Bảng theo dõi của Bác sĩ và Điều dưỡng khoa Nhi bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 18.0

III. KẾT QUẢ:

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Giới tính



Biểu đồ 1. Phân bố theo giới

Nhận xét: Trong số 305 trẻ bệnh tay chân miệng Nam chiếm tỷ lệ 60,7%, Nữ chiếm tỷ lệ 39,3%

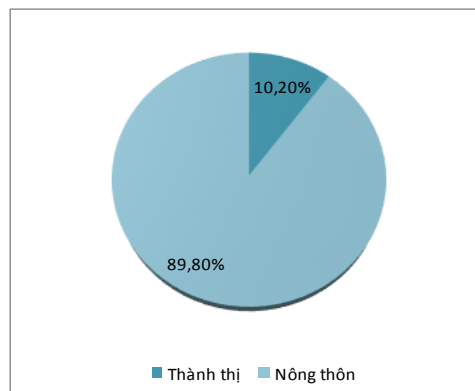
3.1.2. Nhóm tuổi

Bảng 1. Nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số ca	Tỷ lệ %
< 1 tuổi	10	3,3
1 – <3 tuổi	212	69,5
3 - <5 tuổi	61	20
≥ 5 tuổi	22	7,2
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: Phần lớn nhóm tuổi từ 1 - <3 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 69,5%; 3 – 5 tuổi chiếm tỷ lệ 20%.

3.1.3. Nơi sống



Nhận xét: Thành thị chiếm tỷ lệ thấp 10,2%, nông thôn 89,8%.

3.1.4. Tiền sử tiếp xúc

Bảng 2. Tiền sử tiếp xúc của đối tượng nghiên cứu

Tiền sử tiếp xúc	Số ca	Tỷ lệ %
Có	75	24,7
Không rõ	230	75,3
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: Tiền sử có tiếp xúc chiếm tỷ lệ 24,7%; không rõ tiền sử chiếm tỷ lệ 75,3%

3.1.5. Lý do vào viện

Bảng 3. Lý do vào viện

Lý do vào viện	Số ca	Tỷ lệ %
Sốt cao	37	12,1
Phát ban	50	16,4
Loét miệng	118	38,7
Nôn và tiêu chảy	4	1,3
Bóng nước	96	31,5
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: Bệnh nhân thường nhập viện vì loét miệng 38,7, %; Bóng nước 31,5%; phát ban 16,4%

3.2. Đặc điểm lâm sàng

3.2.1. Triệu chứng sốt

Bảng 4. Biểu hiện sốt của bệnh

Triệu chứng sốt	Số ca	Tỷ lệ %
Sốt cao	66	21,6
Sốt vừa	108	35,4
Sốt nhẹ	131	43
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân có biểu hiện sốt nhẹ 43%, sốt vừa 35,4%

3.2.2. Ngày xuất hiện ban

Bảng 5. Ngày xuất hiện ban

Ngày xuất hiện	Số ca	Tỷ lệ %
Ngày 1	40	13,1
Ngày 2	144	47,2
Ngày 3	82	26,9
Ngày 4	30	9,8
Ngày 5	9	3
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: Ngày xuất hiện ban vào ngày 2 chiếm tỉ lệ 47,7%; ngày 3 chiếm tỷ lệ 26,9%

3.2.3. Tính chất ban

Bảng 6. Tính chất của ban

Tính chất của ban	Số ca	Tỷ lệ %
Mụn nước	282	92,4
Dát sần	10	3,3
Mụn nước và dát sần	13	4,3
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: Phần lớn tính chất của ban là mụn nước chiếm tỷ lệ 92,4%.

3.2.4. Vị trí phát ban

Bảng 7. Vị trí phát ban

Vị trí phát ban	Số ca	Tỷ lệ %
Miệng	138	45,2
Lòng bàn tay	32	10,5
Lòng bàn chân	35	11,5
Mông	0	0
Gối	0	0
Toàn thân	100	32,8
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: Vị trí phát ban phần lớn ở miệng 45,2%, kể đến lòng bàn chân 11,5% và lòng bàn tay 10,5%.

3.2.5. Triệu chứng thần kinh

Bảng 8. Triệu chứng thần kinh

Triệu chứng thần kinh	Số ca	Tỷ lệ %
Không có	175	57,4
Có	130	42,6
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: Phần lớn không có triệu chứng thần kinh 57,4%

Bảng 9. Triệu chứng thần kinh

Triệu chứng thần kinh	Số ca	Tỷ lệ %
Giật mình	129	99,2
Co giật	1	0,8
Hội chứng màng não	0	0
Rối loạn ý thức	0	0
Dây thần kinh khu trú	0	0
Tổng cộng	130	100

Nhận xét: Triệu chứng giật mình chiếm tỷ lệ cao 99,2%.

3.2.6. Triệu chứng tuần hoàn

Bảng 10. Triệu chứng tuần hoàn

Triệu chứng tuần hoàn	Số ca	Tỷ lệ %
Không có	301	98,7
Có	4	1,3
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: Triệu chứng tuần hoàn chiếm tỷ lệ thấp 4 trường hợp chiếm tỷ lệ 1,3%.

Bảng 11. Triệu chứng tuần hoàn

Triệu chứng tuần hoàn	Số ca	Tỷ lệ %
Mạch nhanh	3	75
Thở nhanh	0	0
Co lõm lồng ngực	1	25

Huyết áp tăng	0	0
Da xanh tái	0	0
Tổng cộng	4	100

Nhận xét: Triệu chứng mạch nhanh xảy ra ở $\frac{3}{4}$ trường hợp chiếm tỷ lệ 75%.

3.2.7. Triệu chứng hô hấp

Bảng 12. Triệu chứng về hô hấp

Triệu chứng về hô hấp	Số ca	Tỷ lệ %
Không có	12	3,9
Có	293	96,1
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhi có biểu hiện về hô hấp chiếm tỷ lệ 96,1%.

Bảng 13. Triệu chứng về hô hấp

Triệu chứng về hô hấp	Số ca	Tỷ lệ %
Đau họng	94	32,1
Ho	92	31,4
Chảy máu	102	34,8
Phổi có ran	5	1,7
Thở nhanh	0	0
Tổng cộng	293	100

Nhận xét: Triệu chứng hô hấp nổi bật là chảy mũi chiếm tỷ lệ 34,8%, đau họng 32,1%, ho 31,4%.

3.2.8. Triệu chứng tiêu hóa

Bảng 14. Triệu chứng tiêu hóa

Triệu chứng tiêu hóa	Số ca	Tỷ lệ %
Không có	12	3,9
Có	293	96,1
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhi có biểu hiện về tiêu hóa 96,1%

Bảng 15. Triệu chứng tiêu hóa

Triệu chứng tiêu hóa	Số ca	Tỷ lệ %
Chán ăn	169	56,3
Tiêu chảy	20	6,7
Nôn	111	37
Tổng cộng	300	100

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ chán ăn ở bệnh nhi có triệu chứng tiêu hóa chiếm tỷ lệ 56,3%.

3.2.9. Phân độ lâm sàng

Bảng 16. Phân độ lâm sàng

Phân độ lâm sàng	Số ca	Tỷ lệ %
Độ 1	10	3,3
Độ 2a	287	94,1
Độ 2b	7	2,3
Độ 3	1	0,3
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: Phân độ lâm sàng: Độ 2a chiếm tỷ lệ 94,1%

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.3.1. Xét nghiệm huyết học

Bảng 17. Xét nghiệm huyết học

Xét nghiệm huyết học	Số ca	Tỷ lệ %
Tăng bạch cầu	167	54,8
Giảm hồng cầu	2	0,7
Giảm Hb	16	5,2
Tăng hoặc giảm tiểu cầu	8	2,6
Khác	112	36,7
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: Thay đổi công thức máu chủ yếu tăng bạch cầu 54,8%

3.3.2. Xét nghiệm CRP và EV71

Bảng 18. Xét nghiệm CRP

Xét nghiệm CRP	Số ca (N=305)	Tỷ lệ %
Tăng CRP	10	3,3
Không tăng CRP	295	96,7
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: Phần lớn không tăng CRP 96,7%, tỷ lệ tăng CRP rất thấp 3,3%.

Bảng 19. Xét nghiệm EV71

Xét nghiệm EV71	Số ca	Tỷ lệ %
Không làm	73	23,9
Có làm	232	76,1
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: Số bệnh nhân làm xét nghiệm EV71 chiếm tỷ lệ 76,1%

Bảng 20. Xét nghiệm EV71

Xét nghiệm EV71	Số ca	Tỷ lệ %
Dương tính	27	11,6
Âm tính	205	88,4
Tổng cộng	232	100

Nhận xét: Tỷ lệ xét nghiệm EV71 dương tính chiếm tỷ lệ 11,6%.

3.4. Kết quả điều trị

Bảng 21. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	Số ca	Tỷ lệ %
3 ngày	14	4,6
4 ngày	63	20,6
5 ngày	92	30,1
6 ngày	62	20,3
7 ngày	42	13,7
> 7 ngày	32	10,7
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: Thời gian điều trị trung bình 4 ngày 20,6%, 5 ngày 30,1%, 6 ngày 20,3%.

Bảng 22. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Số ca	Tỷ lệ %
Sống	305	100
Di chứng	0	0
Tử vong	0	0
Nặng xin về + Tử vong	0	0
Tổng cộng	305	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân điều trị khỏi, không di chứng, không ca nào tử vong hay xin về trong tình trạng nặng.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 305 trẻ bệnh TCM vào điều trị tại khoa Nhi bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang năm 2019 chúng tôi nhận thấy:

4.1. Đặc điểm dịch tễ:

- Tỷ lệ nam/nữ là nam 60,7%; nữ 39,3%; theo Y văn bệnh TCM gặp ở nam nhiều hơn nữ, tại Bệnh viện Nhi Trung ương tỷ lệ này là 1,9/1; nghiên cứu của Trương Thị Chiết Ngự là 1,5/1 [7]. Nguyên nhân sự khác biệt này còn chưa được sáng tỏ, có thể do nam hiếu động dễ tiếp xúc với nguồn lây hơn.

- Tuổi: Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 1 tuổi đến 3 tuổi chiếm tỷ lệ 69,5%; dưới 1 tuổi chiếm tỷ lệ 3,3%. Theo Y văn bệnh TCM gặp chủ yếu trẻ dưới 3 tuổi phù hợp với nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng 90,5% [5]; Nguyễn Thị Thiều 82,5% [9] và một số nghiên cứu Đài Loan cũng cho kết quả tương tự. Có lẽ đây là lứa tuổi khó triển khai biện pháp phòng bệnh.

- Thành thị chiếm tỷ lệ thấp 10,2%; khi đó nông thôn chiếm tỷ lệ 89,8% giống như nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng 10,2% [5]; và các nghiên cứu khác nhận thấy có lẽ sự xuất hiện và lan truyền bệnh TCM không phụ thuộc vào mật độ dân số, giả thuyết đặt ra là có thể do điều kiện vệ sinh và ý thức vệ sinh cá nhân có thể là yếu tố quan trọng cho việc xuất hiện và lan truyền bệnh.

- Tiền sử tiếp xúc: Nghiên cứu của chúng tôi 24,7% có tiền sử tiếp xúc và 75,3% không rõ tiền sử tiếp xúc.

- Lý do vào viện: Phần lớn do loét miệng 38,7% có lẽ phương tiện truyền thông giáo dục sức khỏe hiệu quả nên bà mẹ không đem con vào viện vì sốt mà thường thấy có viêm họng mụn nước hoặc có loét miệng là bà mẹ đem bé vào nhập viện.

4.2. Đặc điểm lâm sàng:

- Sốt: Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, sốt cao chiếm tỷ lệ 21,6%; sốt vừa 35,4%; sốt nhẹ 43%. Kết quả này cũng tương tự tác giả Chế Thanh Đoàn [2], Chang L.Y [11].

- Ngày xuất hiện ban thường ngày 2, ngày 3 giống như nghiên cứu khác, sớm nhất là ngày 1, muộn nhất là ngày 5.

- Tính chất ban: Chủ yếu mụn nước chiếm tỷ lệ 92,4% cũng giống như nghiên cứu của Lương Hà Mai Phương là 93,35% [8].

- Trong số 175 ca có triệu chứng thần kinh thì giật mình chiếm tỷ lệ 99,2% phù hợp với nghiên cứu của Chế Thanh Đoàn 96,2% [2] và Trần Kim Hào 97,5% [3], nhưng lại cao hơn nghiên cứu của Trương Thị Chiết Ngự 66,7% [7]. Trong nhiều nghiên cứu giật mình là yếu tố tăng nguy cơ trong trường hợp so sánh trong nhóm có biến chứng nói chung, nhưng trong khi đó lại là yếu tố bảo vệ khi so sánh với nhóm có biến chứng nặng [6].

- Loét miệng: chiếm tỷ lệ 45,2% điều này có thể giải thích được tại sao độ lâm sàng bệnh của các ca trong nghiên cứu của chúng tôi đa số là độ 2a chiếm tỷ lệ 94,1%. Theo các nghiên cứu trong và ngoài nước bệnh nhân TCM có dấu hiệu loét miệng diễn tiến lâm sàng thường nhẹ hơn các trường hợp không loét miệng [6].

- Chán ăn là triệu chứng nổi bật trong các triệu chứng tiêu hóa trong lô nghiên cứu của chúng tôi (56,3%) phù hợp với nghiên cứu Lương Hà Mai Phương [8], có lẽ do loét miệng, họng đau làm trẻ khó chịu khi ăn, nuốt. Nôn chiếm tỷ lệ (37%) cũng là triệu chứng gặp trong nghiên cứu của Thái Quang Hùng [6] (28,4%).

- Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 4/305 có triệu chứng tuần hoàn, trong đó có 3 trường hợp có biểu hiện mạch nhanh, nghiên cứu tương đồng với các nghiên cứu của Thái Quang Hùng [6] và nghiên cứu của Lương Hà Mai Phương [8]. Tỷ lệ triệu chứng tuần hoàn thấp nên tỷ lệ chuyển độ nặng trong nghiên cứu của chúng tôi thấp.

- Dấu hiệu đau họng chiếm tỷ lệ 32,1%; Ho 31,4%; Chảy mũi 34,8%; phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lương Hà Mai Phương (27,9% và 34,83%) [8] cũng như của Trương Thị Chiết Ngự (22,6% và 29,3%) [7].

- Sang thương ở da và niêm mạc: Phần lớn phát ban ở niêm mạc miệng chiếm tỷ lệ 45,2%, toàn thân 32,8%. Kết quả này tương tự như các tác giả khác như Ngô Thị Hoa là 53,9% [4] và Thái Quang Hùng [6].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng:

- Chỉ số huyết học: Số lượng bạch cầu tăng (54,8%) trường hợp giống như nghiên cứu của Thái Quang Hùng [6] và Nguyễn Thị Thiệu [9]. Một số nghiên cứu cho thấy tăng số lượng bạch cầu máu tăng có liên quan đến độ nặng của bệnh TCM.

- Do điều kiện kỹ thuật, Bệnh viện chỉ làm EV71 và CRP, kết quả tỷ lệ EV71 dương tính 11,6%. Tỷ lệ EV71 dương tính cũng tương đồng với độ nặng và tỷ lệ tử vong của bệnh. Vì vậy mà trong lô nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy đa phần độ 2a, có có 1 ca độ 3.

- Sự tăng CRP trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ thấp 3,3% phù hợp với nghiên cứu của Thái Quang Hùng [6] và Nguyễn Thị Thiệu [9].

4.4. Kết quả điều trị:

- Thời gian điều trị trung bình 6 ngày phù hợp với nghiên cứu của Ngô Thị Hoa [4] và các nghiên cứu khác.

- 100% bệnh nhân được điều trị khỏi không để lại di chứng có lẽ trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 ca độ 3 (0,3%) còn lại độ 2a (94,1%), độ 2b (2,3%) và độ 1 (3,3%).

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu 305 bệnh nhân TCM được điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện Đa khoa khu vực Tỉnh An Giang chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Tỷ lệ nam/nữ là: 1,54/1
- Độ tuổi dưới 3 tuổi chiếm: 72,8%
- Trẻ ở nông thôn chiếm tỷ lệ cao 89,8%.
- Lý do vào viện là loét miệng: 38,7%.
- Triệu chứng sốt cao (21,6%), sốt vừa 35,4%.
- Ngày xuất hiện ban chủ yếu ngày 2 (47,2%), ngày 3 (26%).
- Tính chất ban đa số là mụn nước 92,4%.
- Sang thương chủ yếu ở dạng bóng nước (31,5%), loét miệng chiếm tỷ lệ 38,7%.
- Giật mình chiếm tỷ lệ 99,2%.
- Đa số trẻ mắc bệnh độ 2a (94,1%). Chỉ có 01 trường hợp độ 3.
- Tỷ lệ bạch cầu máu tăng 54,8%.
- 96,7% không tăng CRP.
- Tỷ lệ EV71 dương tính 11,6%.
- Thời gian điều trị trung bình: 6 ngày.
- 100% chữa khỏi không để lại di chứng.

VI. KIẾN NGHỊ

Hướng dẫn bố mẹ cách chăm sóc nuôi dưỡng trẻ khi ốm và phát hiện các dấu hiệu sốt như sốt cao liên tục, giật mình, chơi với, loét miệng, viêm họng mụn nước để đưa trẻ đến cơ sở y tế kịp thời.

Các bác sĩ tuyến y tế cơ sở, nơi không đủ điều kiện để xác định tác nhân gây bệnh, lưu ý các dấu hiệu liên quan đến khả năng mắc TCM nặng để chuyển tuyến kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh tay chân miệng Quyết định số 1003/QĐ-BYT ngày 30 tháng 3 năm 2012 của Bộ trưởng Bộ Y tế.

2. Chế Thanh Đoàn và Cs (2008), “Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị immunoglobulin trên bệnh nhân tay chân miệng nặng tại Khoa Nhiễm BV Nhi Đồng 2”, Y học TP. Hồ Chí Minh, Vol. 12-Supplement of No 4, tr 24-30.
3. Trần Kim Hảo và Cs (2012), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị immunoglobulin bệnh tay chân miệng thể nặng tại Khoa Nhi, Bệnh viện Trung ương Huế”, tạp chí Y học Lâm sàng Bệnh viện trung ương Huế, (7), tr 16-18.
4. Ngô Thị Hoa, Phạm Thị Minh Khoa (2012), “Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh tay chân miệng do enterovirus 71 tại Trung tâm Nhi khoa Bệnh viện trung ương Huế”, tạp chí Y học Lâm sàng Bệnh viện trung ương Huế.
5. Trần Đỗ Hùng và CS (2011), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ bệnh tay chân miệng nhập viện điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng Cần Thơ năm 2011”, Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, (15), tr. 84-86.
6. Thái Quang Hùng (2017), “Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học bệnh tay chân miệng tại tỉnh Đắk Lắk và các yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh”,
7. Trương Thị Chiết Ngự (2009), “Đặc điểm bệnh tay chân miệng tại Bệnh viện Nhi Đồng I năm 2007”, Y học TP. Hồ Chí Minh, Vol. 13-Supplement of No 1 – 2009: 219 – 223, tr. 219 – 223.
8. Lương Hà Mai Phương (2015), “Đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị, chăm sóc bệnh nhi bị tay chân miệng tại Bệnh viện đa khoa Đức Giang”.
9. Nguyễn Thị Thiều, Nguyễn Đình Thoại (2012), “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của trẻ mắc bệnh tay chân miệng”, Bệnh viện Nhi Quảng Nam.
10. Huang M. C et al. (2006), “Long-term cognitive and motor deficits after Enterovirus 71 brainstem encephalitis in children”, Pediatrics, 118(6), pp. 1785-1788.
11. Chang L.Y, Shih S.R, Huang L.M, and Lin T.Y (2009), “Enterovirus 71 Encephalitis”, Pediatrics, 56(3), pp 145-147.

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ NGHIỆM PHÁP DUNG NẠP GLUCOSE
TRONG CHẨN ĐOÁN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ
TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN ĐA KHOA KHU VỰC TỈNH AN GIANG**

*Phạm Hồng Loan, Nguyễn Thị Bích Liên,
Lê Tuấn Trung, Nguyễn Thị Thúy Phương*

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một tình trạng rối loạn chuyển hóa trong thai kỳ, một biến cố y khoa lớn xảy ra trong thời gian có thai, nếu không được chẩn đoán và điều trị thích hợp, có thể ảnh hưởng đến tính mạng của mẹ và thai nhi. Tại Khoa Phụ Sản- Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang bằng nghiệm pháp dung nạp Glucose (NPDNG) có thể phát hiện sớm ĐTĐ trên các đối tượng sản phụ đến khám thai để có biện pháp can thiệp kịp thời nhằm cải thiện tiên lượng cho các sản phụ.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định tỷ lệ ĐTĐTK bằng NPDNG. Xác định mối tương quan giữa các yếu tố nguy cơ và ĐTĐTK được phát hiện bằng NPDNG

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

Kết quả: Nghiệm pháp dung nạp glucose uống rất hiệu quả để phát hiện sớm ĐTĐTK ở những sản phụ có yếu tố nguy cơ cao mà chưa được chẩn đoán bằng đường huyết đói, đường huyết bất kỳ hoặc HbA1c. Tỷ lệ ĐTĐTK trên những sản phụ được chỉ định làm tại Khoa Phụ Sản BVĐKKVTAG bằng NPDNG trong thời gian nghiên cứu là 5.7% . Tăng huyết áp, tiền sử gia đình bị ĐTĐ, rối loạn lipid máu và rối loạn dung nạp glucose là các yếu tố có liên quan với ĐTĐTK được phát hiện sớm bằng NPDNG.

Từ khóa: Đái tháo đường thai kỳ, Nghiệm pháp dung nạp Glucose, BVĐKKVTAG.

**EVALUATION OF ORAL GLUCOSE TOLERANCE TEST IN GESTATIONAL
DIABETES AT OBSTETRIC AND GYNECOLOGY - THE GENERAL HOSPITAL
OF AN GIANG PROVINCE**

*Pham Hong Loan, Nguyen Thi Bich Lien,
Le Tuan Trung, Nguyen Thi Thuy Phuong*

Abstracts

Matter of discussion: Gestational diabetes (GD) is a metabolic disorder during pregnancy, a major medical event that occurs during pregnancy, if not properly diagnosed and treated, can affect life of mother and fetus. At the Department of Obstetrics and Gynecology - An Giang Regional General Hospital with oral glucose tolerance test (OGTT), it is possible to detect diabetes early in pregnant women for antenatal care to timely interventions to improve the intake for pregnant women.

Study objective: Determine the proportion of GD by OGTT. Determine the correlation between risk factors and GD by OGTT

Study design: descriptive study, convenience sampling.

Result: *The oral glucose tolerance test is very effective for early detection of diabetes in women with high risk factors that have not been diagnosed with fasting blood glucose, any blood sugar or HbA1c. The proportion of diabetic women who were appointed to be performed at the Department of Obstetrics and Gynecology by OGTT during the study period was 5.7%. Hypertension, a family history of diabetes, dyslipidemia and glucose intolerance are factors that are associated with diabetics detected early by OGTT.*

Keyword: *Gestational diabetes, oral glucose tolerance test, An Giang center hospital.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường đã và đang là một căn bệnh thời sự mang tính xã hội, ảnh hưởng trầm trọng đến chất lượng sống và tính mạng của bệnh nhân nếu không phát hiện sớm và điều trị đúng mực kịp thời. Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là một tình trạng rối loạn chuyển hóa trong thai kỳ, một biến cố y khoa lớn xảy ra trong thời gian có thai, nếu không được chẩn đoán và điều trị thích hợp, có thể ảnh hưởng đến tính mạng của mẹ và thai nhi. Có nhiều bằng chứng cho thấy mối liên quan giữa ĐTĐTK với tăng tỷ lệ các biến cố chu sinh ở mẹ và thai nhi. Theo WHO, ước tính đến 2030 tỷ lệ ĐTĐ là 4,4% dân số thế giới [6]. Tại Việt Nam, theo số liệu điều tra mới nhất được Bệnh viện Nội tiết Trung ương tiến hành năm 2012, kết quả cho thấy tỷ lệ người mắc bệnh ĐTĐ ở nước ta chiếm 5,7% dân số; trong đó, Tây Nam Bộ có tỷ lệ cao nhất với 7,2% [13].

Tại Khoa Phụ Sản- Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang, Trước đây, chúng tôi chẩn đoán ĐTĐ dựa vào đường huyết đói, đường huyết bất kỳ hoặc HbA_{1c} và nhận thấy vẫn còn bỏ sót một tỷ lệ sản phụ bị ĐTĐ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với hy vọng bằng nghiệm pháp dung nạp Glucose (NPDNG) có thể phát hiện sớm ĐTĐ trên các đối tượng nguy cơ cao để có biện pháp can thiệp kịp thời nhằm cải thiện tiên lượng cho các sản phụ.

Trước đây, theo khuyến cáo của hội nghị Quốc tế lần thứ IV về ĐTĐTK tại Mỹ, chỉ thực hiện NPDNG ở những người phụ nữ có nguy cơ cao bị ĐTĐTK. Nhưng trong lần hội nghị tiếp theo đã có khuyến cáo tất cả những sản phụ có tuổi thai từ 24 đến 28 tuần nên được sàng lọc ĐTĐTK. Tại Khoa Phụ Sản, Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang, việc sàng lọc ĐTĐTK không những được áp dụng cho những sản phụ nguy cơ cao mà còn áp dụng cho những sản phụ ở tuổi thai theo khuyến cáo. Việc này giúp cho việc sàng lọc ĐTĐTK được kỹ càng hơn, giảm bớt nguy cơ bỏ sót sản phụ bị đái tháo đường. Để có một cái nhìn tổng thể về giá trị của các chỉ định làm nghiệm pháp dung nạp đường huyết chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá hiệu quả nghiệm pháp dung nạp Glucose trong chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ tại Khoa Phụ Sản Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang".

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

- Xác định tỷ lệ ĐTĐTK bằng NPDNG.
- Xác định mối tương quan giữa các yếu tố nguy cơ và ĐTĐTK được phát hiện bằng NPDNG

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/03/2019 đến 30/09/2019, 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 các sản phụ đến Khoa Phụ Sản Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang đủ tiêu chuẩn chọn mẫu.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Có thai trong lòng tử cung đã được khẳng định ≤ 24 tuần tuổi thai.
- Chưa được chẩn đoán ĐTD trước và trong khi có thai
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Không có khả năng thực hiện NPDNDH
- Bị nôn khi chưa thực hiện xong liệu trình xét nghiệm máu tĩnh mạch
- Đang mắc các bệnh ảnh hưởng đến chuyển hóa Glucid: cường giáp, suy giáp, cushing...
- Đang có bệnh cấp tính

Cỡ mẫu

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

*Trong đó:

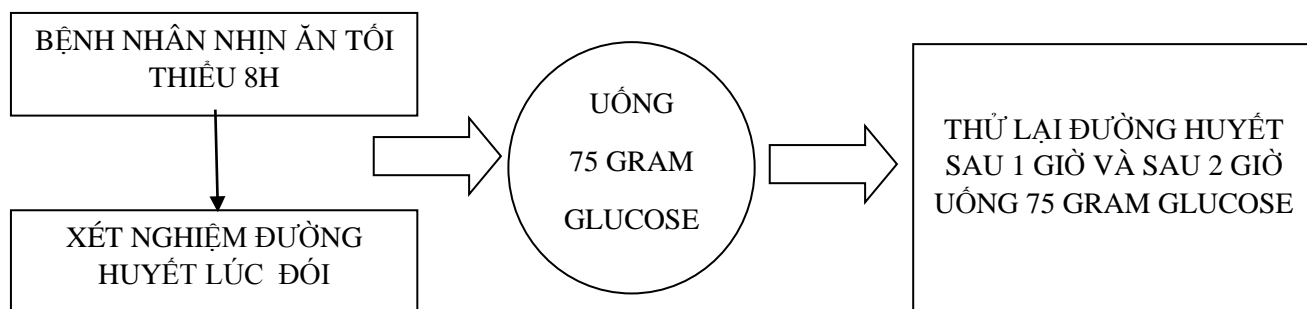
- $(Z_{1-\alpha/2})$: giá trị giới hạn tương ứng với độ tin cậy (bằng 1,96 nếu độ tin cậy là 95%).
- p : tỷ lệ dương tính với nghiệm pháp dung nạp đường huyết theo nghiên cứu của Vũ Bích Nga năm 2007 tại Bệnh viện Bạch Mai trên thai phụ nguy cơ cao là 7.2% [11]
- d : độ chính xác mong muốn (sự chênh lệch giữa giá trị cao nhất hay giá trị thấp nhất so với giá trị giữa). Chúng tôi chọn $d = 0,05$.

*Vậy cỡ mẫu nghiên cứu: 102.6, thực tế chúng tôi thực hiện trên 104 sản phụ

Thiết kế nghiên cứu

Tất cả các sản phụ có tuần tuổi thai ≤ 24 tuần, sẽ được thu thập các thông tin và thực hiện các xét nghiệm theo mẫu câu hỏi thu thập số liệu. Sau đó hẹn sản phụ đến đủ 24 đến 28 tuần tuổi thai để thực hiện NPDNG.

Quy trình thực hiện NPDNG:



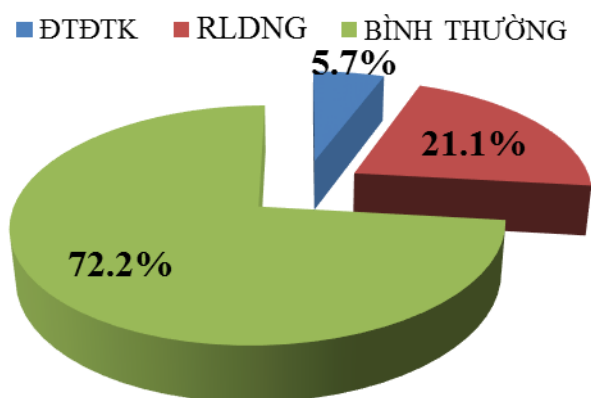
Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.02. Số liệu trình bày theo tần suất, tỷ lệ %, số trung bình dưới dạng bảng, biểu bảng phần mềm Excel, Word. Phân tích thống kê mô tả, so sánh các tỉ lệ, phân tích các yếu tố liên quan bằng hồi quy đơn biến, loại trừ các yếu tố gây nhiễu bằng phần mềm Stata 8.0. 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

Tỷ lệ bệnh phát hiện bằng NPDNG:

Trong khoảng thời gian từ 01 tháng 03 năm 2019 đến 30 tháng 09 năm 2018, nghiên cứu đã thực hiện **104** trường hợp, trong đó ghi nhận **22** trường hợp rối loạn dung nạp glucose (RLDNG) chiếm **21.1%** và **6** trường hợp ĐTĐTK chiếm tỷ lệ **5.7%**. Khoa Sản Bệnh viện Đa Khoa khu vực tỉnh An Giang.

Tỷ lệ bệnh phát hiện bằng NPDNG



Đặc điểm các sản phụ thực hiện NPDNG

Đặc điểm dân số nghiên cứu	Trong nhóm ĐTĐTK	p
Tuổi >35	69.4%	0.94
Tăng cân nhanh	45.5%	<0.01
Tiền sử gia đình có người bị ĐTĐ	25.6%	0.01
Tiền sử bản thân:		
- Thích ăn ngọt	10.5%	0.18
- Ít vận động thể lực	62.8%	0.02
Tiền sản bản thân:		
- Tăng huyết áp thai kỳ	52.3%	<0.01
- Thai lưu	22.1%	<0.01
- Sảy thai	15.5%	<0.01
- Con to >4000gram	10.5%	0.18
Thai kỳ hiện tại:		
- Tuổi thai	26 ± 0.5	<0.01
- Nước ối	Vừa	< 0.01
- Rối loạn mỡ máu	34.9%	<0.01
- HbA1c > 5.7%	61.6%	<0.01

Mối tương quan giữa một số yếu tố nguy cơ với ĐTĐTK phát hiện qua NPDNG

Biến số	OR	KTC 95%	p
Tăng huyết áp thai kỳ	30	4,4 - 260,5	<0.01
Tiền sử gia đình bị ĐTĐ	2.8	1,2 - 6,7	<0.01
Ít hoạt động thể lực	3.5	1,1 - 9,1	0.03
Tăng cân nhanh	3.5	1,1 - 9,1	0.03
Rối loạn lipid máu	2.3	0,9 - 6,3	0.05
Rối loạn đường niệu	28	6,3 - 125,3	<0.01

Từ kết quả bảng trên chúng tôi nhận thấy tăng huyết áp thai kỳ, tiền sử gia đình ĐTĐ, ít hoạt động thể lực, tăng cân nhanh, rối loạn lipid máu, rối loạn đường niệu là những yếu tố nguy cơ có liên quan đến ĐTĐTK được phát hiện bằng NPDNG.

Một số yếu tố nguy cơ với rối loạn dung nạp glucose (RLDNG) và ĐTĐTK

Biến số		Bình thường	RLDNG	ĐTĐTK	p
		n%	n%	n%	
Vận động thể dục	Ít	0	55.6	47.4	0.01
	Bình thường	100	44.4	52.6	
Tiền sử gia đình ĐTĐ	Có	87.5	66.7	57.9	0.03
	Không	12.5	33.3	42.1	
Cân nặng tăng thêm	Phù hợp	87.5	66.7	31.6	<0.01
	Tăng hơn	12.5	33.3	68.4	
Tryglycerid máu	Tăng	25	66.7	89.5	<0.01
	Bình thường	75	33.3	10.5	
Cholesterol toàn phần	Tăng	37.5	66.7	47.4	0.02
	Bình thường	62.5	33.3	52.6	
LDL.C	Tăng	25	66.7	31.6	0.18
	Bình thường	75	33.3	68.4	
HDL.C	Giảm	0	22.2	26.3	0.14
	Bình thường	100	77.8	73.7	

BÀN LUẬN

Tỷ lệ ĐTĐTK

Tỷ lệ ĐTĐTK trên những bệnh nhân được chỉ định làm NPDNG là **5.7%** . So với các nghiên cứu trong nước cũng như ở nước ngoài khi nghiên cứu trên đối tượng nguy cơ cao thì tỷ lệ này của chúng tôi có vẻ thấp hơn. Có lẽ do đối tượng lựa chọn nghiên cứu của chúng tôi được mở rộng hơn ngoài đối tượng nguy cơ cao.

Bảng: Tỷ lệ ĐTĐTK qua một số nghiên cứu

Tác giả	Năm nghiên cứu	Địa điểm nghiên cứu	Tỷ lệ %
Nguyễn T. Phương Thảo [7]	2007	BV Bạch Mai	7,9%
Vũ Bích Nga [5]	2007	BV Bạch Mai	7,8%
Yang H [10]	2009	Trung Quốc	4,3
N. Wah Cheung [11]	1996	Úc	10,6

Trong khi đó tỷ lệ ĐTĐTK các nghiên cứu ở mọi sản phụ gồm có cả yếu tố nguy cơ cao và không có yếu tố nguy cơ theo các kết quả nghiên cứu trước là 10,6% ở Úc năm 1996, 4,3 % [5], ở Trung Quốc năm 2009 [4], và ở Việt Nam là 7,9% theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Phương Thảo năm 2007 [13]. Qua đây chúng ta thấy tỷ lệ ĐTĐTK ở sản phụ có yếu tố nguy cơ cao hơn hẳn tỷ lệ ĐTĐTK ở sản phụ trong quần thể. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, theo Vũ Bích Nga và CS 2007 với $p < 0,001$; $OR = 6,98$ [13].

Đái tháo đường thai kỳ và đặc điểm chung dân số nghiên cứu

Qua nghiên cứu cho thấy tỷ lệ ĐTĐTK tăng dần theo nhóm tuổi, cao nhất ở nhóm thai phụ trên 35 tuổi là 69.4% sau đây. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Liên cho kết quả tương tự: tỷ lệ ĐTĐTK nhóm trên 25 tuổi là 91,8% và dưới 25 tuổi là 8,2% ($p < 0,01$) [8]. Từ đây có thể khuyến cáo nên làm NPDNG cho tất cả các thai phụ trên 35 tuổi.

Tuổi thai trung bình của ĐTĐTK là 26 ± 0.5 tuần. Nhưng theo nghiên cứu ở BV Phụ Sản trung ương năm 2016 [10], tỷ lệ ĐTĐTK của 2 nhóm tuổi thai từ 24 đến 28 tuần và trên 28 tuần là: 26,2% và 24,5 % gần như ngang nhau và cao hơn hẳn so với tuổi thai dưới 24 tuần là 6,2%. Như vậy có thể nói ĐTĐTK có thể xuất hiện ở bất kỳ tuổi thai nào, ngay cả tuổi thai dưới 24 tuần mặc dù ở tuổi thai này tỷ lệ ĐTĐTK là thấp. Vậy nên, theo khuyến cáo của Hội nghị Quốc tế về ĐTĐTK thì những đối tượng nguy cơ cao nên được làm NPDNDH ngay lần đầu đến khám, nếu âm tính với nghiệm pháp chúng ta nên làm lại ở tuổi thai 24 đến 28 tuần, còn các thai phụ khác nên được sàng lọc bằng nghiệm pháp từ 24 đến 28 tuần, vì nếu nhóm nguy cơ thấp không sàng lọc có thể bỏ sót 10% ĐTĐTK [1].

Tỷ lệ ĐTĐTK và tiền sản: Sản phụ có tiền sử sản khoa dương tính với NPDNDH, trong đó chủ yếu là bệnh nhân có tiền sử sanh con to, tiền căn ĐTĐTK và tiền sử thai lưu hay sảy thai liên tiếp. Kết quả trên phù hợp với một số nghiên cứu như của Tạ Văn Bình và cộng sự năm 2002-2004 trên thai phụ khám và quản lý thai nghén tại Phụ Sản Trung ương và Phụ Sản Hà nội thấy bệnh nhân có tiền sử đẻ con to trên 4000g thì tỷ lệ ĐTĐTK cao hơn hẳn so với bệnh nhân không có tiền sử này, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $OR = 2,34$ [12]. Còn theo nghiên cứu của Nguyễn Phương Thảo năm 2007 [11], Nguyễn Thị Kim Liên năm 2010 thì 100% các trường hợp có tiền sử ĐTĐTK thì đều dương tính với NPDNDH. Sự khác biệt về tỷ lệ ĐTĐTK giữa 2 nhóm có tiền sử và không là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) [10].

Nghiên cứu cho thấy ĐTĐTK xuất hiện ở tất cả các chỉ định trong đó có cả các chỉ định vì có yếu tố nguy cơ cao như: tiền sử sinh con to hay ĐTĐTK, đường niệu dương tính và các chỉ định không nằm trong nhóm nguy cơ cao như: dư ối, mẹ lớn tuổi đơn thuần, tăng cân nhanh, thai có cân nặng to hơn tuổi thai. Như vậy có thể nói việc mở rộng các chỉ định làm NPDNDH giúp chúng ta hát hiên thêm và tránh bỏ sót bệnh nhân ĐTĐTK. Theo khuyến cáo của Hội nghị Quốc tế về ĐTĐ năm 2005 thì nên sàng lọc ĐTĐTK cho tất cả các thai phụ ở tuổi thai 24 – 28 tuần, còn đối với đối tượng nguy cơ cao thì nên làm NPDNDH ngay lần đầu tiên đến khám [3][4].

Đái tháo đường thai kỳ và yếu tố liên quan

Qua phân tích chúng tôi nhận thấy tăng huyết áp thai kỳ, thích ăn ngọt, ít hoạt động thể lực, tiền sử gia đình bị ĐTĐ, rối loạn lipid máu, $HbA_{1c} \geq 5,7\%$ là những yếu tố nguy cơ có liên quan đến ĐTĐTK được phát hiện sớm bằng NPDNG. Điều này tương tự với y văn và nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước [9] [14] [15] [4]. Chúng tôi nhận thấy các yếu tố trên có liên quan với ĐTĐTK được phát hiện sớm bằng NPDNG.

Tăng huyết áp thai kỳ (THATK) là yếu tố nguy cơ của ĐTĐTK đã được ghi nhận trong y văn [2] và nhiều nghiên cứu. Theo Đoàn Dư Đạt tỷ lệ ĐTĐTK ở sản phụ THATK là 10,4%, Quách Hữu Trung là 17,6% và Trần Hữu Dàng 31,5% [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở những sản phụ THATK tỷ lệ ĐTĐTK lên đến 96,9% cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê và tăng khả năng ĐTĐTK được phát hiện khi làm NPDNG với $OR = 48,9$ (KTC95%: 3,2 - 744,2; $p < 0,01$). Vì vậy, các sản phụ THATK cần phải tích cực tầm soát để phát hiện sớm ĐTĐTK bằng NPDNG.

Tiền sử gia đình bị ĐTĐ thì nguy cơ mắc ĐTĐTK cao hơn người bình thường khoảng 25 – 30% [9]. Theo [Sargeant LA.](#), người có cha mẹ bị ĐTĐ thì nguy cơ bị ĐTĐTK là 33,3% [6]. Theo Tạ Văn Bình, nhóm có tiền sử gia đình ĐTĐ nguy cơ mắc ĐTĐTK cao hơn 2,6 lần [12]. Nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm này tỷ lệ ĐTĐ lên đến 2.8 lần cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê và tăng khả năng ĐTĐ được phát hiện khi làm NPDNG với $OR = 7,6$ (KTC95%: 1,1 - 54,5; $p = 0,04$). Do đó, cần phải khai thác kỹ tiền sử gia đình và lưu ý tầm soát ĐTĐ bằng NPDNG cho các đối tượng này và cho cả thành viên trong gia đình để phát hiện và điều trị sớm.

Rối loạn lipid máu không những là yếu tố nguy cơ cao của bệnh lý tim mạch mà còn là yếu tố nguy cơ của ĐTĐ^[10], có liên quan mật thiết với tình trạng kháng insulin do thiếu hụt sau thụ thể; dẫn đến sự thiếu hụt insulin tương đối do giảm số lượng thụ thể ở các mô ngoại vi. Do tính kháng insulin cộng với sự giảm tiết insulin dẫn đến giảm tính thấm của màng tế bào với glucose ở tổ chức cơ và mỡ, ức chế quá trình phosphryl hóa và oxy hóa glucose, làm chậm chuyển carbohydrat thành mỡ, giảm tổng hợp glycogen ở gan, tăng tân tạo đường mới và xuất hiện ĐTĐ [7]. Nghiên cứu của Bế Thu Hà tỷ lệ rối loạn lipid máu ở sản phụ ĐTĐTK là 67,9%. Trần Hữu Dàng là 11,5% [4]. Tại Malaysia Abu Saad Hazizi và cs nhận xét, rối loạn lipid máu ở nhóm ĐTĐTK tăng gấp 1,85 lần so với nhóm chứng [14]. Nghiên cứu của Lê Hoàng Ninh tại Bình Dương năm 2008 tỷ lệ rối loạn lipid ở những người ĐTĐTK là 57,6%, nguy cơ ĐTĐTK ở nhóm này tăng 10,6 lần [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở những sản phụ có rối loạn lipid máu tỷ lệ ĐTĐTK

lên đến 2.3 lần cao hơn có ý nghĩa thống kê và tăng khả năng ĐTĐTK được phát hiện khi làm NPDNG. Do đó, những đối tượng này cần được lưu ý đến vấn đề phát hiện sớm ĐTĐTK bằng NPDNG đồng thời cần được tư vấn giáo dục việc tăng cường vận động thể lực cũng như điều chỉnh chế độ ăn uống và sinh hoạt hợp lý để phòng ngừa hoặc làm chậm đi biến chứng của ĐTĐTK.

Rối loạn dung nạp Glucose

Rối loạn dung nạp Glucose là một trong những yếu tố nguy cơ của đái tháo đường và được nhắc đến trong y văn [3] cũng như nhiều nghiên cứu. Nghiên cứu tại Bình Dương tỷ lệ ĐTĐTK ở nhóm rối loạn đường huyết đói là 1,3% [8]. Theo Nguyễn Thị Kim Liên và cộng sự tỷ lệ này là 22,7% [10], nghiên cứu IGLOO là 57% [3]. Nghiên cứu của chúng tôi, ở những đối tượng có rối loạn dung nạp Glucose tỷ lệ ĐTĐTK cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa thống kê và tăng khả năng ĐTĐTK được phát hiện khi làm NPDNG. Tỷ lệ ĐTĐTK khác nhau ở các nghiên cứu do cách chọn mẫu, cỡ mẫu, thời gian cũng như địa điểm chọn mẫu nhưng theo chúng tôi thì tất cả đều có một kết quả chung là NPDNG giúp phát hiện sớm ĐTĐTK với tỉ lệ rất cao trên những đối tượng có RLDNG chưa có triệu chứng của ĐTĐ. Vì vậy trong thực hành lâm sàng cần quan tâm đến các đối tượng này và nên tầm soát ĐTĐTK bằng NPDNG, điều này phù hợp với khuyến cáo của WHO.

KẾT LUẬN- KIẾN NGHỊ

Qua kết quả của nghiên cứu, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- Nghiệm pháp dung nạp glucose uống rất hiệu quả để phát hiện sớm ĐTĐTK ở những sản phụ có yếu tố nguy cơ cao mà chưa được chẩn đoán bằng đường huyết đói, đường huyết bất kỳ hoặc HbA1c. Tỷ lệ ĐTĐTK trên những sản phụ được chỉ định làm tại Khoa Phụ Sản BVĐKKVTAG bằng NPDNG trong thời gian nghiên cứu là 5.7% .

- Tăng huyết áp, tiền sử gia đình bị ĐTĐ, rối loạn lipid máu và rối loạn dung nạp glucose là các yếu tố có liên quan với ĐTĐTK được phát hiện sớm bằng NPDNG.

Từ kết quả nghiên cứu và dựa vào tình hình thực tế tại Khoa chúng tôi có một vài đề xuất sau:

- Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy NPDNG đơn giản, dễ thực hiện và rất hiệu quả trong chẩn đoán ĐTĐTK. Vì vậy, chúng tôi đề nghị trong thực hành lâm sàng nên ứng dụng NPDNG một cách thường quy để phát hiện sớm ĐTĐTK từ đó có kế hoạch chăm sóc và điều trị tích cực ngay từ đầu nhằm cải thiện tốt chất lượng cuộc sống cho sản phụ; đồng thời làm giảm đi chi phí điều trị, giảm đi gánh nặng cho gia đình và xã hội từ sự tàn phế cũng như các biến chứng trầm trọng hoặc tử vong của ĐTĐTK.

- Tuyên truyền giáo dục cho những đối tượng nguy cơ cao, đặc biệt các đối tượng có tăng huyết áp, tiền sử gia đình bị ĐTĐ, rối loạn dung nạp glucose và rối loạn lipid máu để họ có kiến thức và ý thức về việc dự phòng cũng như phát hiện sớm ĐTĐTK.

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 hoạt động thể lực khó xác định chính xác hoặc người bệnh ngại không muốn khai và tiền

sử có thể không được ghi nhận đầy đủ do những sản phụ không nhớ rõ nên có thể làm sai lệch kết quả nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American Diabetes Association (2012), "Diagnosis and classification of diabetes mellitus", Diabetes Care, 35 Suppl 1, S11-63.
2. American Diabetes Association (2004). " Gestational Diabetes mellitus". Diabetes care, Vol.27(Suppl 1): S88-S90.
3. Asian-Pacific Type 2 Diabetes Policy Group (2005). " Special situations: Pregnancy". Typ 2 Diabetes –Practical targets and treatment, fourth edition: 29-33.
4. Bệnh viện Nội tiết Trung ương, Báo cáo hoạt động phòng chống đái tháo đường năm 2012 và kế hoạch hoạt động 2013. <http://benhviennoitiettrunguong.com.vn>.
5. Crowther, C. A., Hiller, J. E., Moss, J. R., McPhee, A. J., Jeffries, W. S., Robinson, J. S. (2005), "Effect of treatment of gestational diabetes mellitus on pregnancy outcomes". N Engl J Med, 352(24), 2477-2486.
6. Deepa R. & Arvind K. & Mohan V., Diabetes and risk factors for coronary artery disease Current science, 83(12): pp. 1947-1505, 2002.
7. Langer, O., Yogev, Y., Xenakis, E. M., Rosenn, B. (2005), "Insulin and glyburide therapy: dosage, severity level of gestational diabetes, and pregnancy outcome", Am J Obstet Gynecol, 192(1), 134-139.
8. Lê Hồng Ninh và cs, Các yếu tố nguy cơ của các bệnh không lây (tăng huyết áp và đái tháo đường) tại tỉnh Bình Dương năm 2006-2007. Y học TPHCM, 2008. 12(4).
9. N Idris, Ch Che hatikah, MZ Muiah, MN RushdN (2009) " universal versus selective screening for detection of gestation diabetes mellitus in a Malaysia population' Malaysian Family Family Physicuian; 35: 83-87.
10. Nguyễn Thị Kim Liên (2010). Nghiên cứu về đái tháo đường thai kỳ ở nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao tại bệnh viện phụ sản trung ương". **Luận văn thạc sĩ y học**, Trường đại học y Hà nội.
11. Nguyễn Thị Phương Thảo, Vũ Thị Bích Nga (2007. " Xác định tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của các thai phụ được quản lý thai tại khoa Sản bệnh Bạch Mai". **Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y khoa**, Trường ĐHYHN
12. Tạ Văn Bình, Nguyễn Đức Vy, Phạm Thị Lan (2004). " Tìm hiểu tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và một số yếu tố liên quan ở thai phụ quản lý thai kỳ tại Bệnh viện Phụ Sản Trung ương và Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội". Thuộc đề tài NCKH cấp Nhà nước KC.
13. Vũ Bích Nga, Tạ Văn Bình (2007). " Xác định tỷ lệ và thời điểm chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ trong nhóm thai phụ có yếu tố nguy cơ cao" **Báo cáo toàn văn các đề tài khoa học của hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyên hóa**. Lần3.
14. Wah Cheung, Wasmer G, Jalila A (2001). " Rick factors for gestational diabetes among Asian women". Diabetes care, Vol 28, Number 6, June.
15. Yang H, Wei Y (2009). " Rick factors for gestational diabetes mellitus in Chinese women: a prospective study of 16286 pregnant women in China". Diabet Med. Nov 26(11), 1099-104.

**NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP VỠ GÓC TỬ CUNG TỰ NHIÊN Ở TAM CÁ
NGUYỆT II TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN ĐKKV TỈNH AN GIANG**

Nguyễn Hoàng Huy, Nguyễn Ngọc Thảo

Tóm tắt

Vỡ tử cung là tai biến sản khoa nguy hiểm đến tính mạng mẹ và con [1]. Vỡ tử cung tự nhiên thường xảy ra ở các tử cung đã qua thủ thuật, phẫu thuật hoặc có những bệnh lý dị tật tại cơ tử cung và rất hiếm gặp ở những tử cung không có yếu tố nguy cơ kèm theo [7]. Chúng tôi báo cáo trường hợp vỡ tử cung xảy ra ở thai 13 tuần trên phụ nữ con lần đầu, chưa từng trải qua nạo hút thai, không có bệnh lý kèm theo trên cơ tử cung. Bệnh nhân vào viện vì một tình trạng choáng kèm theo đau bụng cấp khi thai 13 tuần. Mở bụng mổ lấy thai cấp sau khi siêu âm ghi nhận một khối hồi âm vùng hạ vị cạnh tử cung, ghi nhận sau mổ chẩn đoán vỡ góc phải tử cung. Khâu phục hồi góc phải tử cung, khâu tăng cường góc trái tử cung. Trường hợp này cũng gây nên một nỗi lo sợ cho các nhà lâm sàng vì “vỡ tử cung tự nhiên ở thai nhỏ vẫn có thể xảy ra”. Nguyên nhân nào có thể gây nên vỡ góc tử cung trong khi có thai, mà không có yếu tố nguy cơ nào? Giải pháp nào được đề nghị để có thể phòng và tránh được tai biến nguy hiểm?

Từ khóa: *vỡ tử cung, choáng trên thai 13 tuần, BVĐKKVTAG.*

**CASE REPORT: CORNUAL UTERINE RUPTURE AT 13 WEEKS
OF PREGNANCY AT OBSTETRIC AND GYNECOLOGY,
THE GENERAL HOSPITAL OF AN GIANG PROVINCE**

Nguyen Hoang Huy, Nguyen Ngoc Thao, Pham Bich Loan, Le Tuan Trung

Abstracts

Uterine rupture is an obstetric obstacle that is dangerous to the life of the mother and child [1]. A natural uterine rupture usually occurs in uterus that has undergone surgery, surgery, or had uterine malformations. and very rarely in uteruses without associated risk factors [7]. We report a 13-week fetal rupture in a first-trimester woman who has never undergone abortion, without associated pathology on uterine muscle. The patient was admitted to the hospital because of a stunning condition accompanied by acute abdominal pain at 13 weeks gestation. Abdominal caesarean section after ultrasound recorded a mass in the epigastric region near the uterus, noted after surgery diagnosed right angle uterine rupture. Staging restores right uterine corner, strengthens left uterine corner. This situation also provokes a fear among clinicians because "A natural uterine rupture in a small fetus can still occur". What are the possible causes of uterine rupture during pregnancy, without any risk factors? What is the recommended solution to prevent and avoid dangerous accidents?

Key words: *uterine rupture, Shock at 13 week of pregnancy, BVKKVTAG.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ tử cung tự nhiên trong tam cá nguyệt II rất hiếm gặp trong sản khoa. Vỡ tử cung trong khi có thai là vỡ mà không có hoạt động co bóp của cơ tử cung. Thông thường gặp ở những tử cung phẫu thuật trước đó: sinh mổ, mổ bóc nhân xơ, mổ cắt ống dẫn trứng kèm theo cắt sừng tử cung trong thai đoạn kể [3],], dị dạng tử cung hoặc bánh nhau bám bất thường [9]. Nhưng vẫn có những trường hợp bình thường, không có sẹo, thậm chí tử cung con so [7]. Rất ít báo cáo, tuy nhiên, cũng có trường hợp vỡ tử cung trong tam cá nguyệt II ở con so [10]. Đặc biệt, cực kỳ hiếm vỡ góc tử cung trong khi có thai ở tam cá nguyệt II chỉ ghi nhận có 1 trường hợp báo cáo trước đó vào năm 1999 và 1 trường hợp vào năm 2016 tại BV Từ Dũ [2]. Chúng tôi báo cáo 1 trường hợp vỡ góc tử cung với tuổi thai 13 tuần, ở con so, tiền căn sản khoa chưa ghi nhận bất thường. Qua tìm hiểu trường hợp thực tế và nghiên cứu tổng quan tài liệu, giá trị báo cáo của chúng tôi là khuyến cáo có thể vỡ góc tử cung một cách tự nhiên trong khi có thai dù không có bất cứ một yếu tố nguy cơ nào [6], từ đó cho thấy tầm quan trọng của quản lý thai định kỳ ở mọi thai kỳ có hoặc không có nguy cơ.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

Hành Chánh

Họ và tên: Phạm Minh N Tuổi: 30 Nghề nghiệp: Nội trợ

Địa chỉ: Phường Long Sơn, Thị Xã Tân Châu, Tỉnh An Giang.

Ngày giờ nhập viện: 5h34 ngày 14/05/2019

Lý do vào viện: đau bụng

Bệnh sử:

Bệnh nhân khai có thai 13 tuần (thai trong lòng tử cung đã được khẳng định và khám thai định kỳ đều đặn), trong đêm đang ngủ đột ngột nôn ói, đau chói vùng quanh rốn sau đó lan khắp bụng, kèm tiêu chảy nhập viện Bệnh viện Tân Châu lúc hơn 1h cùng ngày sau đó siêu âm: Thai lưu 13 tuần, chuyển Bệnh viện Đa khoa khu vực tỉnh An Giang với chẩn đoán: Hội chứng ruột kích thích - nhiễm trùng huyết - thai chết lưu # 3 tháng.

Tiền sử

- Nội khoa: chưa ghi nhận bệnh lý liên quan
- Ngoại khoa: chưa phẫu thuật
- Sản phụ khoa: Kinh nguyệt không đều; không rõ kinh cuối, kinh áp cuối, lấy chồng năm 30 tuổi, không ngừa thai trước nay, PARA 0000

Khám lâm sàng

Bệnh tình, tiếp xúc khá. Da niêm nhạt, tay chân lạnh, và mồ hôi toàn thân, khó thở phải ngồi. Huyết áp: 90/ 60 mmHg, mạch 142 lần/phút. Tim đều nhanh. Phổi không ral. Bụng chướng, phản ứng khắp bụng. Âm đạo ra ít huyết sậm.

Cận lâm sàng

Hb 8.7g/dl, Hct 27.3%,

HC: $2.85 \times 10^{12}/L$

WBC $36.64 \times 10^9/l$, Neu 94%

Betha HCG >15000mUI/ml

Siêu âm: Dịch ổ bụng lượng nhiều; khối echo vùng hạ vị cạnh (P) tử cung.

Chẩn đoán

Choáng mất máu do xuất huyết nội / thai 13 tuần

Điều trị

Hồi sức chống choáng:

- Thiết lập 2 đường truyền: Natri Clorua 0.9% 500ml 01 chai x 2 TTM Cg/p
- Truyền máu cấp cứu: truyền 4 đơn vị hồng cầu lắng ; 2 đơn vị huyết tương tươi đông lạnh

Phẫu thuật cấp cứu:

Rạch da đường ngang trên khớp vệ dài # 10 cm, qua các lớp vào ổ bụng. Quan sát thấy: hai phần phụ bình thường, Góc (P) tử cung vỡ toạc, bờ nhám nhở, thai # 13 tuần, giới tính nam, có nhau, chi, dây rốn rõ, thai lọt hẳn vào trong ổ bụng. Tiến hành: lấy thai ra khỏi ổ bụng, khâu cầm máu cơ tử cung góc (P). Lau bụng. Kiểm tra cầm máu. Đặt dẫn lưu Douglas. Đóng bụng. Máu mất #1800 ml

Chẩn đoán sau mổ: Hậu phẫu vỡ tử cung / thai 13 tuần / choáng mất máu.

Điều trị sau mổ: truyền máu, tăng co tử cung, cầm máu, kháng sinh điều trị.

Bệnh ổn, xuất viện sau 7 ngày.

BÀN LUẬN

Vỡ tử cung tự nhiên là một tai biến sản khoa đáng sợ nhất và hiếm gặp, hầu hết xảy ra ở 3 tháng cuối của thai kỳ. Áp lực buồng tử cung tăng do co cơ tử cung hoặc tăng thể tích (đa thai hoặc đa ối). Vị trí của thai và nhau thai bất thường là các yếu tố chính gây vỡ tử cung tự nhiên. Một số yếu tố khác bao gồm dị dạng tử cung (tử cung một sừng, hai sừng hoặc có vách ngăn), lạc nội mạc tử cung trong cơ, tiền căn đặt dụng cụ tử cung, tiền căn nạo hút thai... cũng được công nhận [8,9]. Và vỡ tử cung không có yếu tố nguy cơ trong khi có thai cũng đã được báo cáo [7]. Vỡ góc tử cung trong khi có thai cũng có thể xảy ra nhưng rất hiếm, và tình trạng này cực kỳ hiếm gặp ở 3 tháng đầu hoặc 3 tháng giữa.

Theo Dr Abraham – Shashou MD có một ca vỡ tử cung tự nhiên ở thai 3 tháng ghi nhận từ năm 1901 - 1920. Tần suất chính xác và mức độ biến chứng không thu thập được trong y văn cho đến lúc này. Dr Walker ở bệnh viện Yoyal England ghi nhận 54 phụ nữ vỡ tử cung trong 7 năm nghiên cứu có 3 trường hợp vỡ tử cung trong tam cá nguyệt I và

II. Có 1 trường hợp được báo cáo năm 1999 bởi J.Inovay và cộng sự [5]: vỡ 2 góc tử cung tuổi thai 14 tuần.

Dấu hiệu chảy máu trong ổ bụng và triệu chứng sốc có thể xuất hiện khi vỡ tử cung trong khi có thai. Chỉ định mổ bụng cấp cứu không thể tránh khỏi. Cắt tử cung có thể là phương pháp được lựa chọn khi tổn thương cơ tử cung phức tạp. Phương pháp phục hồi bảo tồn tử cung khi có nhiều tổn thương được cân nhắc thực hiện ở bệnh nhân chưa có con hoặc còn mong muốn mang thai tiếp [4].

Trường hợp của chúng tôi cũng ghi nhận triệu chứng như trên: dấu hiệu choáng mất máu, xuất huyết nội và một tình trạng đau bụng cấp. Câu hỏi đặt ra tại sao bệnh nhân này lại bị vỡ góc tử cung trong khi có thai? Chúng tôi thiết nghĩ bệnh nhân này còn trẻ, tử cung hoàn toàn bình thường, không có tiền căn nạo hút thai, không có u xơ tử cung cũng như lạc nội mạc tử cung trong cơ, khi phẫu thuật ghi nhận góc phải tử cung có một lỗ thủng kích thước 1x2cm, thai nhi, mô nhau và màng ối toạc ra ngoài lỗ thủng nằm hoàn toàn ở ổ bụng. Vậy tổn thương ở góc tử cung là do nguyên nhân nào? Thực tế trong y văn cũng ghi nhận các trường hợp vỡ tử cung khi hoàn toàn không có yếu tố nguy cơ nào, mà vị trí vỡ ở góc tử cung qua siêu âm thấy có hồi âm ở vùng góc (P) tử cung vì vậy có thể đặt một nghi vấn nhau cài răng lược ở vùng góc tử cung hoặc là một khối thai lạc chỗ vùng sừng tử cung hay không? Quan sát trong phẫu thuật nhận thấy mạch máu vùng tử cung bị vỡ mạch máu tăng sinh và màu sắc mô cơ cũng sậm màu hơn xung quanh. Nên giả thuyết nguyên nhân trên vẫn có cơ sở.

KẾT LUẬN – KIẾN NGHỊ

Vỡ góc tử cung tự nhiên trong khi có thai ở tam cá nguyệt II là trường hợp cực kỳ hiếm gặp. Nhân trường hợp trên cũng như tham khảo nhiều tài liệu có thể kết luận rằng:

- Trong quá trình mang thai, phổ Doppler vùng mạch máu tăng sinh bất thường trên cơ tử cung có thể là một giải pháp phát hiện sớm nguy cơ vỡ góc tử cung và phẫu thuật khâu phục hồi kịp thời có thể là một giải pháp.

- Đối với một bệnh nhân choáng nghĩ do xuất huyết nội trong thai kỳ, phẫu thuật cấp cứu song song hồi sức tích cực là một quan điểm xử trí phù hợp

- Dẫn dò bệnh nhân chu đáo khi xuất viện, nếu có mang thai trở lại phải theo dõi sát để tránh được tai biến vỡ góc tử cung khi có thai trở lại và giữ được thai kỳ đến khi sinh em bé khỏe mạnh bởi mổ lấy thai chủ động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chu Thị Ba, Tai biến sản khoa.1996.
2. Vũ Minh Ngọc, Vỡ góc tử cung thai 22 tuần – báo cáo trường hợp và tổng quan tài liệu, BV Từ Dũ. 2016.
3. Ben-Ami I, Panski M, Ushakov F, Vaknin Z, Herman A, Raziel A Recurrent heterotopic pregnancy: case report. *J Assist Reprod Genet* 2006 Jul-Aug;23(7-8):333-5.
4. Dubuisson, J-B., Chavet, X., Chapron, C. et al. Uterine rupture during pregnancy. *Hum. Reprod.*1995, 10, 1475– 1477.

5. J.Inovay, T.Marton, J.Urbancsek, Z.Ka'da'r, K.Aldorfer and Z.Papp. Case Report: Spontaneous bilateral cornual uterine dehiscence early in the second trimester. *Human Reproduction* vol.14 no.10 pp.2471–2473, 1999.
6. Lynch, J.C. and Pardy, J.P. Uterine rupture and scar dehiscence. A five-year survey. *Anaesth. 1996; Intensive Care*, 24, 699–704.
7. Nkwabong E, Kouam L, Takang W. Spontaneous uterine rupture during pregnancy: case report and review of literature. *Afr J Reprod Health* 2007 Aug; 11(2): 107 – 12.
8. Smith, L. and Mueller, P. Abdominal pain and haemoperitoneum in the gravid patient: a case report of placenta percreta. *Am. J. Emerg. 1996 Med.*, 14, 45–47.
9. Stanirowski PJ, Trojanowski S, Słomka A, Cendrowski K, Sawicki W. Spontaneous rupture of the pregnant uterus following salpingectomy: a literature review. *Gynecol and Obstet* 2015;80(2):73-7.
10. Wada S, Kudo M, Minakami H. Spontaneous uterine rupture of a twin pregnancy: a case report. *J Minim Invasive Gynecol* 2006 Mar-Apr;13(2):166-8.