

THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TỚI HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC Ở NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2

Nguyễn Minh Tuấn*, Nguyễn Thị Hằng**,
Phan Thanh Nhung***, Hoàng Anh Tuấn*

TÓM TẮT¹

Mục tiêu: Mô tả thực trạng hoạt động thể lực và xác định sự ảnh hưởng của kiến thức, sự tự tin, rào cản và hỗ trợ xã hội đối với hoạt động thể lực ở người bệnh đái tháo đường type 2.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 246 người bệnh đái tháo đường type 2 được chọn ngẫu nhiên hệ thống từ những bệnh nhân đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện nội tiết tỉnh Sơn La. Số liệu được thu thập bằng bộ câu hỏi hoạt động thể lực toàn cầu (GPAQ). **Kết quả và kết luận:** Hoạt động thể lực của người bệnh đái tháo đường type 2 ở mức độ thấp, chưa đạt theo khuyến cáo của WHO. Trung bình người bệnh đái tháo đường hoạt động thể lực 139 phút trong một tuần, 63,8% người bệnh không thực hiện đủ các hoạt động thể lực theo khuyến cáo. Kiến thức về hoạt động thể lực, mức độ nhận thức về các rào cản, mức độ nhận thức về sự tự tin và hỗ trợ xã hội là các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê tới việc hoạt động thể lực ($p < 0,05$).

Từ khóa: Đái tháo đường type 2, hoạt động thể lực, rào cản, sự tự tin, sự hỗ trợ xã hội

SUMMARY

SITUATION AND SOME FACTORS AFFECTING PHYSICAL ACTIVITY IN PATIENTS WITH TYPE II DIABETES

Objectives: To describe the current situation of physical activity and to determine the influence of knowledge, confidence, barriers and social support for physical activity in patients with type 2 diabetes. **Method:** A cross-sectional descriptive study was conducted in 246 patients with type 2 diabetes and selected according to a systematic random sampling from out-patients with type 2 diabetes who were treating in Son La Endocrine Hospital. Data collected by GPAQ. **Results and conclusion:** ($p < 0,05$). Physical activity of patients with type 2 diabetes was at a low level, not met the WHO recommendations. An average physical activity of patients with type 2 diabetes was 139 minutes per week, 63.8% of patients did not meet the physical activity as recommended. Knowledge of physical activity, the level of awareness about the barriers, the level of awareness about the confidence and social support were factors related to the statistical significance of physical activity ($p < 0,05$).

Keywords: Type 2 diabetes, physical activity, confidence, barriers and social support

*Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

**Trường Cao đẳng Y tế Sơn La

***Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tuấn

Email: minhhtuanytn@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) type 2 là một trong những bệnh mạn tính không lây, liên quan đến dinh dưỡng và lối sống. Tỷ lệ ĐTĐ ở Việt Nam gia tăng nhanh chóng trong những năm gần đây, Điều tra năm 2012, tỷ lệ mắc bệnh ĐTĐ tại Việt Nam là 7.4% [1].

Một số nghiên cứu đã chứng minh rằng khi tham gia hoạt động thể lực thường xuyên sẽ cải thiện kiểm soát đường huyết, ngăn ngừa các biến chứng của bệnh ĐTĐ type 2 và có ảnh hưởng tích cực tới huyết áp, tai biến tim mạch, tử vong, cũng như chất lượng cuộc sống. Tuy nhiên, một nghiên cứu năm 2012 chỉ ra rằng hoạt động thể lực ở mức đủ của người lớn trên toàn thế giới là 31,1% [5]. Một nghiên cứu tại thành phố Hồ Chí Minh cho thấy 56,2% trong độ tuổi từ 25 đến 64 tuổi không hoạt động đủ theo khuyến cáo [2]. Điều này cho thấy, hoạt động thể lực đã và đang là điểm yếu của việc kiểm soát đường huyết và là một phần quan trọng trong việc quản lý bệnh ĐTĐ ở Việt Nam. Chính vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng hoạt động thể lực ở người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nội Tiết tỉnh Sơn La năm 2016.

2. Xác định sự ảnh hưởng của kiến thức, sự tự tin, rào cản và hỗ trợ xã hội đối với hoạt động thể lực ở người bệnh đái tháo đường type 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Người bệnh ĐTĐ type 2 có thời gian mắc bệnh từ 6 tháng trở lên, đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết tỉnh Sơn La từ 4/2016-10/2016.

2. Phương pháp nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thực trạng hoạt động thể lực ở người bệnh đái tháo đường type 2

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang.

- Cỡ mẫu: sử dụng công thức tính cỡ mẫu mô tả 1 tỷ lệ

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{pq}{d^2}$$

Cỡ mẫu được ước tính dựa trên tỷ lệ người bệnh ĐTĐ type 2 hoạt động thể lực không đủ theo khuyến cáo, ước tính theo nghiên cứu trước là 0,20% (Đỗ Thị Kim Thu, 2015) [3], với độ chính xác mong muốn $d=0,05$ và mức tin cậy 95%, tính được cỡ mẫu là 246 người bệnh.

Tại Bệnh viện Nội tiết tỉnh Sơn La có 1025 trường hợp mắc bệnh ĐTĐ type 2 điều trị ngoại trú, sử dụng phương pháp chọn mẫu ngẫu nhiên hệ thống với khoảng cách mẫu $k=4$ để chọn đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

3. Phương pháp thu thập thông tin

Phỏng vấn người bệnh bằng bộ câu hỏi về hoạt động thể lực toàn cầu (WHO, 2002). Hoạt động thể lực được đánh giá và tính ra tổng số phút trong 1 tuần. Theo khuyến cáo của WHO, trong một tuần, bao gồm cả hoạt động thể lực trong công việc, trong thời gian di chuyển và vui chơi giải trí, một người trưởng thành cần có ít nhất: 150 phút hoạt động thể lực ở cường độ trung bình. Hoạt động thể lực dưới 150 phút trong tuần là mức độ hoạt động thể lực ít.

4. Phương pháp xử lý số liệu: phân tích trên phần mềm SPSS 18.0 với các thuật toán thống kê mô tả tỷ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, $\text{test}\chi^2$ với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng xác suất $p < 0,05$.

Bảng 1. Thời gian hoạt động trung bình ở bệnh nhân đái tháo đường type 2

| Loại hình hoạt động | Nam (n=110) | Nữ (n=136) | Chung (n=246) |
|---------------------------------------|----------------|---------------|------------------|
| Hoạt động trong công việc (phút/tuần) | 52,2 ± 43,5 | 51,1 ± 42,9 | 51,6 ± 43,0 |
| Hoạt động đi lại (phút/tuần) | 38,6 ± 36,5 | 36,7 ± 36,4 | 37,5 ± 36,4 |
| Hoạt động giải trí (phút/tuần) | 49,0 ± 45,3 | 50,8 ± 46,5 | 49,9 ± 45,9 |
| Tổng thời gian hoạt động (phút/tuần) | 139,7 ± 38,1 | 138,5 ± 38,7 | 139,0 ± 38,3 |

Nhận xét: Thời gian hoạt động trung bình ở người bệnh ĐTD là 139,0 phút, chủ yếu là hoạt động trong công việc (51,6 phút). Hoạt động thể lực ở nam (139,7±38,1) cao hơn ở nữ (138,5 ± 38,7).

Bảng 2. Mức độ hoạt động thể lực ở bệnh nhân đái tháo đường type 2

| Mức độ hoạt động | Nam (n=110) | | Nữ (n=136) | | Chung (n=246) | |
|------------------|----------------|-------|---------------|-------|------------------|-------|
| | SL | TL% | SL | TL% | SL | TL% |
| Hoạt động ít | 64 | 58,2 | 93 | 68,4 | 157 | 63,8 |
| Hoạt động đủ | 46 | 41,8 | 43 | 31,6 | 89 | 36,2 |
| Tổng | 110 | 100,0 | 136 | 100,0 | 246 | 100,0 |

Nhận xét: Đa số những người bệnh ĐTD hoạt động thể lực ở mức độ ít (63,8%), hoạt động thể lực đủ theo khuyến cáo của WHO (150 phút hoạt động thể lực ở cường độ trung bình/tuần) chỉ đạt 36,2%.

2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động thể lực ở người bệnh đái tháo đường type 2

Bảng 3. Một số rào cản đối với hoạt động thể lực (n=264)

| Rào cản | Đồng ý | | Không đồng ý | |
|--|------------|------|--------------|------|
| | SL | % | SL | % |
| Tập thể dục mất quá nhiều thời gian | 134 | 54,5 | 112 | 45,5 |
| Địa điểm để tập thể dục quá xa và có ít cơ sở | 143 | 58,1 | 103 | 41,9 |
| Các cơ sở tập thể dục không có lịch trình thuận tiện | 143 | 58,1 | 103 | 41,9 |
| Cảm thấy xấu hổ khi tập thể dục | 131 | 53,3 | 115 | 46,7 |
| Cảm thấy mệt mỏi khi tập thể dục | 130 | 52,8 | 116 | 47,2 |
| Vợ hoặc chồng (hoặc người yêu, các thành viên trong gia đình) không khuyến khích tập thể dục | 134 | 54,5 | 112 | 45,5 |
| Nghĩ rằng mình rất buồn cười trong bộ quần áo tập thể dục | 123 | 50,0 | 123 | 50,0 |
| Tập thể dục là công việc khó khăn | 107 | 43,5 | 139 | 56,5 |
| Điểm trung bình | 20,4 ± 5,5 | | | |

Nhận xét: Một số rào cản đối với hoạt động thể lực có tỷ lệ đồng ý cao là địa điểm tập thể dục quá xa và có ít cơ sở; tập thể dục mất quá nhiều thời gian; các cơ sở tập thể dục không có lịch trình thuận tiện; không được các thành viên trong gia đình khuyến khích luyện tập.

Bảng 4. Sự tự tin khi gặp phải những trở ngại đối với hoạt động thể lực (n=264)

| Sự tự tin khi gặp phải những trở ngại | Không làm được | | Có thể làm được | |
|--|----------------------|------|-----------------|------|
| | SL | % | SL | % |
| Khi cảm thấy mệt mỏi | 104 | 42,3 | 142 | 57,7 |
| Khi cảm thấy áp lực từ công việc | 71 | 28,9 | 175 | 71,1 |
| Khi thời tiết xấu | 82 | 33,3 | 164 | 66,7 |
| Sau khi hồi phục từ một chấn thương | 64 | 26,0 | 182 | 74,0 |
| Sau một kỳ nghỉ | 77 | 31,3 | 169 | 68,7 |
| Khi có quá nhiều việc phải làm ở nhà | 72 | 29,3 | 174 | 70,7 |
| Khi có những điều thú vị khác để làm | 64 | 26,0 | 182 | 74,0 |
| Khi không có sự hỗ trợ từ gia đình hoặc bạn bè | 72 | 29,3 | 174 | 70,7 |
| Điểm tự tin chung | 446,5 ± 120,8 | | | |

Nhận xét: khoảng 1/3 người bệnh cảm thấy thiếu tự tin không duy trì được thói quen tập thể dục khi gặp các lý do như khi thời tiết xấu, khi người mệt mỏi, khi bận quá nhiều việc...

Bảng 5. Sự hỗ trợ của xã hội với hoạt động thể lực (n=264)

| Hỗ trợ | Không bao giờ (%) | Ít khi (%) | Thỉnh thoảng (%) | Thường xuyên (%) | Rất thường xuyên (%) |
|---|-------------------|--------------|------------------|------------------|----------------------|
| Gia đình | | | | | |
| Luôn nhắc nhở anh (chị) tập thể dục thường xuyên | 3 (1,2) | 99 (40,2) | 59 (24,0) | 77 (31,3) | 8 (3,3) |
| Đã khuyến khích và tham gia trong chương trình tập thể dục với anh (chị) | 5 (2,0) | 87 (35,4) | 76 (30,9) | 54 (22,0) | 24 (9,8) |
| Thảo luận và lên kế hoạch các bài tập thể dục, đi chơi giải trí với anh (chị) | 12 (4,9) | 57 (23,2) | 105 (42,7) | 35 (14,2) | 37 (15,0) |
| Điểm trung bình | 9,1 ± 2,7 | | | | |
| Bạn bè | | | | | |
| Đã nhắc nhở anh (chị) tập thể dục thường xuyên | 0 (0,0) | 62 (25,2) | 89 (36,2) | 66 (26,8) | 29 (11,8) |
| Đã khuyến khích và tham | 1 | 69 | 96 | 65 (26,4) | 15 |

| | | | | | |
|---|-------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| gia trong chương trình tập thể dục với anh (chị) | (0,4) | (28,0) | (39,0) | | (6,1) |
| Thảo luận và lên kế hoạch các bài tập thể dục, đi chơi giải trí với anh (chị) | 13 (5,3) | 82 (33,3) | 77 (31,3) | 45 (18,3) | 29 (11,8) |
| Điểm trung bình | 9,3 ± 2,7 | | | | |

Nhận xét: Sự hỗ trợ xã hội cho các hoạt động thể lực của người bệnh chưa nhiều. Gia đình thường xuyên nhắc nhở người bệnh tập thể dục và hoạt động vui chơi giải trí (31,3%), bạn bè thỉnh thoảng cũng khuyến khích và tham gia trong chương trình tập thể dục thể thao (39,0%).

Bảng 6. Mối liên quan giữa kiến thức, sự tự tin, rào cản và hỗ trợ xã hội đối với hoạt động thể lực

| Yếu tố liên quan | | Hoạt động ít (n= 157) | | Hoạt động đủ (n= 89) | | P (test χ^2) |
|---------------------|--------------|--------------------------|------|-------------------------|------|-----------------------|
| | | SL | % | SL | % | |
| Kiến thức | <50% số điểm | 42 | 75,0 | 14 | 25,0 | <0,05 |
| | ≥50% số điểm | 115 | 60,5 | 75 | 39,5 | |
| Rào cản | <50% số điểm | 22 | 32,8 | 45 | 67,2 | <0,05 |
| | ≥50% số điểm | 135 | 75,4 | 44 | 24,6 | |
| Mức độ tự tin | <50% số điểm | 102 | 91,9 | 9 | 8,1 | <0,05 |
| | ≥50% số điểm | 55 | 40,7 | 80 | 59,3 | |
| Hỗ trợ của gia đình | <50% số điểm | 88 | 87,1 | 13 | 12,9 | <0,05 |
| | ≥50% số điểm | 111 | 76,6 | 34 | 23,4 | |
| Hỗ trợ của bạn bè | <50% số điểm | 56 | 76,7 | 17 | 23,3 | <0,05 |
| | ≥50% số điểm | 101 | 58,4 | 72 | 41,6 | |

Nhận xét: Người bệnh ĐTĐ có kiến thức tốt (≥50% số điểm), nhận thức về rào cản tốt, có sự tự tin và được sự hỗ trợ của gia đình, bạn bè thì mức độ hoạt động đủ theo khuyến cáo cao hơn (p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

1. Thực trạng hoạt động thể lực ở người bệnh đái tháo đường type 2

Hoạt động thể lực ở những người ĐTĐ type 2 được tính toán bằng tổng thời gian (số phút) bao gồm cả thời gian của hoạt động thể lực và công việc, hoạt động đi lại và hoạt động giải trí trong 1 tuần. Theo khuyến cáo của WHO (2015), một người trưởng thành

cần có ít nhất 150 phút hoạt động thể lực ở cường độ trung bình trong 1 tuần. Thế nhưng trong nghiên cứu này, tỷ lệ người bệnh ĐTĐ hoạt động đủ theo khuyến cáo chỉ đạt 36,2%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu về người bệnh ĐTĐ type 2 tại Kuala Lumpur với 67% số người có mức độ hoạt động thể lực ở mức độ trung bình [8] và nghiên cứu của Đỗ Thị Kim Thu, 2015 đã chỉ ra rằng có

66,3% người bệnh ĐTĐ type 2 hoạt động thể lực ở mức độ trung bình theo khuyến cáo [3]. Trong một nghiên cứu về các yếu tố liên quan đến hoạt động thể lực ở người Mỹ gốc Phi, họ chỉ ra rằng chỉ có 28,7% số đối tượng đã thực hiện hoạt động thể lực ở mức độ trung bình theo khuyến cáo về hoạt động thể lực của WHO [6].

Kết quả của nghiên cứu cũng chỉ ra rằng hầu hết những người bệnh đái tháo đường type 2 hoạt động thể lực ở mức độ đủ chủ yếu từ hoạt động thể lực trong công việc, một phần ít là hoạt động thể lực từ giải trí. Đây là điểm khác biệt so với nghiên cứu khác, một nghiên cứu tại Thái Lan, với 62 nam và 134 nữ mắc bệnh ĐTĐ type 2, tác giả chỉ ra rằng hầu hết các đối tượng tập thể dục đều đặn ít nhất 3 lần mỗi tuần (65,85%), và họ thích đi bộ (67%) [7]. Tương tự nghiên cứu về hoạt động thể lực ở Các Tiểu vương quốc Ả Rập cũng chỉ ra rằng đi bộ, tập thể dục là hoạt động phổ biến nhất với 78%. Sự khác biệt này có lẽ là do đối tượng nghiên cứu chủ yếu là nông dân (64,6%), các công việc thường ngày là làm nương, làm rẫy, chăn nuôi đã rất bận rộn, vì vậy họ ít tập thể dục thể thao.

2. Mối liên quan giữa kiến thức, sự tự tin, rào cản và hỗ trợ xã hội đối với hoạt động thể lực

Mức độ nhận thức về các rào cản là một trong những tác động đến hoạt động thể lực ở trong nghiên cứu này. Các rào cản bao gồm các yếu tố có thể bị ảnh hưởng bởi chính quyết định của cá nhân. Chủ yếu là người tham gia khẳng định rằng tập thể dục mất quá nhiều thời gian, các điểm để tập thể dục quá xa, các cơ sở tập thể dục ít và không có lịch trình thuận tiện, số người đồng ý tương ứng là 58,1%, 58,1%, 54,5%. Hầu hết những người tham gia nói rằng những rào

cản trên đến từ công việc và hoàn cảnh của mỗi người. Kết quả nghiên cứu này tương tự như kết quả của nghiên cứu khác như Dutton et al. (2005), Al-Kaabi et al. (2009); Korkiakangas et al. (2009); Adeniyi et al. (2012).

Nghiên cứu này cho thấy, sự thiếu tự tin vào khả năng để thực hiện các bài tập thể dục là những vấn đề chính. Đa phần là họ cảm thấy mệt mỏi khi tham gia tập thể dục thể thao (42,3%). Các câu hỏi trong nghiên cứu này đã đưa ra nhiều tình huống mà có liên quan tới công việc và cuộc sống hàng ngày. Vì vậy, người tham gia phải có sự tự tin cao để có thể quyết định thay đổi hành vi hoạt động thể lực. Nếu ai đo tin rằng một hành vi mới là hữu ích, nhưng không nghĩ mình có khả năng làm việc đó và không cố gắng làm bằng được thì cơ hội thay đổi hành vi đó là rất thấp. Phát hiện này là phù hợp với kết quả nghiên cứu ở Canada cho thấy nhận thức về sự tự tin liên quan đáng kể với hoạt động thể lực ($\beta = 0,45$, $p < 0,001$) [9]. Trong một nghiên cứu khác, Mishalia et al., (2011) nhận thấy rằng mối tương quan giữa mức độ nhận thức về sự tự tin với hoạt động thể lực là 0,67. Một nghiên cứu tại Tây Ban Nha cho thấy người tham gia với nhận thức về sự tự tin cao thì khả năng tham gia hoạt động thể lực cao [1].

Sự hỗ trợ xã hội vừa phải từ gia đình và bạn bè cũng có ảnh hưởng đến mức độ hoạt động thể lực. Trong bảng câu hỏi này, một số câu hỏi về tập thể dục cùng với những người thân trong gia đình hoặc bạn bè, nhưng các câu hỏi khác về nhắc nhở và khuyến khích của gia đình hoặc bạn bè. Trong thực tế, một số người tham gia ít khi tập thể dục cùng với gia đình hoặc bạn bè, nhưng họ luôn luôn nhắc nhở và khuyến khích người bệnh. Kết quả này cũng tương tự với một số nghiên

cứu khác, họ thấy rằng hỗ trợ xã hội thấp liên quan đến hoạt động thể lực thấp trong bệnh đái tháo đường type 2. Nghiên cứu tìm thấy rằng sự hỗ trợ xã hội thấp có ảnh hưởng trong việc thiết lập hoạt động thể lực trong bệnh đái tháo đường type 2 (Smith et al, 2005; Gleeson-Kreig, 2008; Adeniyi, 2012).

V. KẾT LUẬN

1. Thời gian hoạt động thể lực trung bình của người bệnh đái tháo đường type 2 là $139,0 \pm 38,3$ phút/ tuần, chưa đạt theo khuyến cáo của WHO. Tỷ lệ người bệnh đái tháo đường type 2 hoạt động đủ 150 phút/tuần là 36,2%, trong đó nam (41,8%) cao hơn nữ (31,6%).

2. Kiến thức của người bệnh ĐTĐ type 2 về hoạt động thể lực còn thấp ($12,7 \pm 3,5$ điểm), mức độ nhận thức về các rào cản tương đối cao ($20,4 \pm 5,5$ điểm), mức độ nhận thức về sự tự tin còn thấp ($446,5 \pm 120,8$ điểm), sự hỗ trợ xã hội ở mức vừa phải ($18,4 \pm 5,94$ điểm). Có mối liên quan giữa giữa kiến thức, sự tự tin, rào cản và hỗ trợ xã hội đối với mức độ hoạt động thể lực ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Lành (2014). *Thực trạng bệnh đái tháo đường, tiền đái tháo đường ở người Khmer tỉnh Hậu Giang và đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp.*
2. Oanh, T. T. T., Nguyen, D. N., Dibley, M. J., Phongsavan, P., & Bauman, A. E. (2008). The prevalence and correlates of physical inactivity among adults in Ho Chi Minh City. *BioMed Central Public Health*, 8 (204), 1-11.
3. Đỗ Thị Kim Thu (2015). Các yếu tố ảnh hưởng tới việc hoạt động thể lực ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Hà Nội, Việt Nam,

đặc san, nghiên cứu và đào tạo điều dưỡng Nam Định số 2 tháng 10 năm 2015

4. Adam, J., & Folds, L. (2014). Depression, self-efficacy, and adherence in patients with type 2 diabetes. *The Journal for Nurse Practitioners*, 10(9), 646-652. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nurpra.2014.07.033>
5. Hallal, P. C., Andersen, L. B., Bull, F. C., Guthold, R., Haskell, W., & Ulf Ekelund, P. (2012). Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *The Lancet*, 380(9838), 247-257. Retrieved from <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2960646>
6. Melissa, B., Sara, W., Marilyn, L., Kimberly, B., Rickey, E. C., Lottie, M., & Antronet, Y. (2006). Factor associated physical activity among African-American men and women. *American Journal and Preventive Medicine*, 30(4), 340-346.
7. Navaporn, C., Nualpis, I. (2009). Exercise behavior and knowledge among the DM type 2 patients. *Journal Medical Association Thai*, 93(5), 587-593.
8. Nor, S. M. N., Suzana, S., Hanis, M. Y., Lim, C. J., Teh, S. C., Mohd, F. M. Z., Lim, H. C., Dahlia, S., & Norliza, M. (2010). Assessment of physical activity level among individuals with type 2 diabetes mellitus at Cheras Health Clinic, Kuala Lumpur. *Mal Journal Nutrient*, 16(1), 101-112
9. Ronald, C. P., Linda, T., Kerry, S. C., Nandini, K., & Ronald, J. S. (2009). Predictors of aerobic physical activity and resistance training among Canadian adults with type 2 diabetes: An application of the protection motivation theory. *Psychology of Sport and Exercise*, 10(3), 320-328.

BIỂU HIỆN CÁC CHỈ THỊ PHÂN TỬ ĐẶC TRƯNG CỦA TẾ BÀO SỤN BIỆT HÓA TỪ TẾ BÀO GỐC DÂY RỖN

Nguyễn Văn Hạnh⁴, Đỗ Trung Kiên¹, Hoàng Thị Thúy Hằng²,
Lê Thị Hồng Trang², Phùng Minh Tuấn³, Nguyễn Hữu Đức³, Bùi Thị Thu Hồng⁵

TÓM TẮT²

Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành đánh giá biểu hiện các chỉ thị phân tử đặc trưng của tế bào sụn từ tế bào gốc dây rốn trước và sau khi xử lý trong môi trường biệt hóa. Tế bào gốc trung mô cuống rốn được phân lập và nuôi cấy trong môi trường DMEM/F12, có bổ sung các yếu tố tăng trưởng EGF, FGF và ITS. Sau đó được xử lý biệt hóa bằng dexamethasone. Các tế bào được tách ARN và sử dụng phương pháp RT-PCR để đánh giá biểu hiện gen trước và sau khi xử lý. Kết quả cho thấy, tế bào gốc sau phân lập có biểu hiện đầy đủ các chỉ thị đặc trưng của tế bào gốc trung mô như dương tính với CD44, CD73, CD90, CD105 và âm tính với các chỉ thị đặc trưng tế bào tạo sụn như: Collagen type I, Collagen type II, Aggrecan. Sau khi nuôi trong môi trường xử lý tế bào đã có biểu hiện dương tính với các chỉ thị Collagen type I và Aggrecan.

Từ khóa: biệt hóa, tế bào gốc cuống rốn, collagen

SUMMARY

EXPRESION OF CARTILAGINOUS MOLECULAR MARKERS OF THE CELL DIFFERINTIATION FROM UMBILICAL CORD STEM CELL

In this study we evaluated the expression of specific molecular markers characteristic of cartilage cells differentiation from umbilical cord stem cells at stage of before and after treatment by differentiated environment. Umbilical cord mesenchymal stem cells were isolated and cultured in an environment DMEM/F12, supplementation with the growth factors EGF, FGF and ITS. Then it was differentiated by dexamethasone treatment. The cells were separated and RNA isolated and RT-PCR to assess gene expression before and after treatment. Results showed that, before differentiated treatment, the stem cells were full expression of specific marker characteristic of mesenchymal stem cells, such as positive with: CD86, CD73, CD90, CD105, and negative with specific marker of cartilage cells, such as collagen type I, collagen type II, aggrecan. After differentiated treatment, the cells which were positive expression with collagen type II and directives aggrecan.

Keywords: speciation, cord stem cells, collagen

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Biệt hóa tế bào gốc thành các dạng tế bào chuyên hóa của cơ thể là một hướng nghiên cứu tiềm năng. TBG trung mô có tiềm năng biệt hóa thành tế bào có nguồn gốc trung mô như các tế bào mỡ, nguyên bào xương, sụn,

¹Học viện Khoa học và Công nghệ, Viện Hàn Lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam

²Trường Cao Đẳng Y tế Thái Nguyên

³Khoa Công nghệ sinh học, Học viện Nông nghiệp Việt Nam

⁴Viện Công nghệ Sinh học, Viện Hàn lâm Khoa học và Công nghệ Việt Nam;

⁵Trường Cao đẳng Cộng đồng Bắc Kạn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hạnh

Email: hanhcnp@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phân biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

các tế bào thân kinh từ lớp ngoại bì, các tế bào gan và tế bào tụy [1]. TBG trung mô có nguồn gốc khác nhau cũng có các đặc tính tương tự nhau. Tuy nhiên, một số công trình nghiên cứu đã công bố cho rằng TBG trung mô có nguồn gốc khác nhau thì có một số khác biệt như khả năng tăng sinh, biểu hiện dấu hiệu bề mặt, tính đa tiềm năng và một số dấu hiệu cụ thể khác. Những đặc điểm này có thể được sử dụng trong việc tìm các nguồn TBG trung mô tốt hơn có chất lượng để ứng dụng trong lĩnh vực y học tái tạo [2].

Bệnh về xương khớp là nhóm bệnh khá phổ biến hiện nay, việc lựa chọn phác đồ điều trị là một vấn đề khó khăn không chỉ với bệnh nhân mà còn với cả các bác sĩ điều trị. Chẳng hạn sử dụng kỹ thuật kích thích bằng các biệt dược hay phẫu thuật cấy ghép bộ phận cơ khí. Những phương pháp trên mỗi phương pháp đều có ưu và nhược điểm riêng, tuy nhiên để có giải pháp thay thế tối ưu cần sử dụng liệu pháp tế bào gốc [3]. Các nhà khoa học đã xác định rằng, liệu pháp tế gốc có tiềm năng điều hòa miễn dịch thích ứng với người nhận một cách nhanh chóng và có ưu thế trong ứng dụng điều trị [3]. Đối với ghép tế bào, kết quả cho thấy việc điều trị bằng tế bào gốc nói chung và các tế bào gốc trung mô nói riêng cho kết quả tốt trong tái tạo xương, sụn trên bệnh nhân bị các bệnh liên quan xương khớp [4; 5]. Ở Việt Nam, mặc dù có nhiều nghiên cứu đánh giá khả năng biệt hóa tạo tế bào xương [6; 7]. Tuy nhiên chưa có thông báo về biểu hiện của các chỉ thị phân tử tế bào sụn. Nghiên cứu này nhằm mục đích thăm dò khả năng tạo tế bào sụn từ tế bào màng dây rốn được đánh giá bằng các chỉ thị phân tử đặc trưng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Thu thập, phân lập và nhân nuôi tế bào

Mẫu cuống rốn được thu nhận tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ những phụ nữ khỏe mạnh hiến tặng. Mẫu sau khi thu được quản bảo trong dung dịch PBS có bổ sung 2% kháng sinh Pen-Strep (Sigma, Hoa Kỳ) vận chuyển về phòng thí nghiệm trong điều kiện 4°C, trong vòng 1 giờ. Mẫu dây rốn được rửa lại 2-3 lần với PBS và được cắt thành từng đoạn khoảng 2-4 cm. Các đoạn này được cắt thành từng tấm nhỏ, tách bỏ động mạch, tĩnh mạch của dây rốn. Sau đó, các đoạn dây rốn được cắt thành các mảnh mô nhỏ với kích thước 2-3 mm³ và được chuyển vào đĩa nuôi cấy mô 4 giếng. Môi trường nuôi cấy gồm DMEM/F12 (GIBCO Invitrogen), 15% FBS, 10 ng/ml FGF, 10 ng/ml EGF, 2 mM L-glutamine, 1X insulin-transferrin-selenium (ITS) (Sigma, Hoa Kỳ). Các mẫu mô được nuôi cấy ở 37°C, 5% CO₂ và môi trường nuôi cấy được thay 3 ngày/lần. Khi tế bào lan phủ khoảng 70-80% diện tích bề mặt dụng cụ nuôi cấy, tiến hành cấy chuyển để duy trì bằng cách xử lý với Trypsin/EDTA 0,25% (Sigma, Hoa Kỳ) sau đó gieo lại tế bào vào đĩa nuôi theo tỷ lệ 1 thành 3.

2.2 Tách ARN và đánh giá các chỉ thị phân tử của tế bào

Các chỉ thị phân tử được dùng để đánh giá các tế bào thu nhận được có mang đặc trưng của tế bào gốc trung mô cuống rốn và tính ổn định của các dòng tế bào tạo ra. Toàn bộ tế bào trên đĩa nuôi trước và sau chuyển gene được thu nhận lại và tiến hành tách RNA tổng số thông qua bộ kit RNeasy Mini Kit của hãng QIAGEN (Hà Lan), các bước tiến hành làm theo hướng dẫn của nhà sản xuất.

Lượng tế bào sau nuôi cấy được hòa cùng với ethanol 70% với tỉ lệ thể tích 1:1, sau đó toàn bộ dung dịch được đưa qua cột tinh sạch bằng những hóa chất trong bộ kit, cuối cùng RNA được hòa loãng bởi 50 µl dung dịch RNA free water. Sản phẩm RNA được sử dụng làm khuôn cho quá trình chạy PCR phiên mã ngược (RT-PCR) để kiểm tra biểu hiện của các chỉ thị phân tử cũng như các marker đối chứng âm trong tế bào thông qua

những cặp môi đặc hiệu được thiết kế theo Soleimani và cs. [8] (bảng 1). Các hóa chất chạy RT-PCR được lấy theo bộ kit OneStep RT-PCR Kit của hãng QIAGEN (Hà Lan) với chu trình nhiệt như sau: 50°C/30 phút; 95°C/3 phút; (95°C/30 giây; 57°C/45 giây; 72°C/1 phút) x 30 chu kỳ; 72°C/ 10 phút. Tất cả sản phẩm RT-PCR đều được điện di kiểm tra trên gel agarose 1,5%.

Bảng 1. Các marker đặc trưng đánh giá tế bào trong và sau quá trình biệt hóa [8].

| Tên môi | Môi xuôi | Môi ngược | Kích thước (bp) |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------|
| Collagen type I | 5'-TCCGACCTCTCTCCTCTGAA-3' | 5'-GAGTGGGGTTATGGAGGGA-T-3' | 388 |
| BMP-6. | 5'-TCTGGGGTTTCATCCATCC-3' | 5'-TACCTGTGGAGCAACCTG-3' | 432 |
| Collagen type II | 5'-ACCAAAGGGACAGAAAG-3' | 5'-ACAGCATAACATGGGGCTTC-3' | 470 |
| Aggrecan | 5'-GAATCTAGCTAGGAGACGT-C-3' | 5'-CTGCAGCAGTTGATTCTGAT-3' | 540 |

2.3 Xử lý biệt hóa tạo tế bào sụn

Biệt hóa TBG cuống rốn thành tế bào sụn theo phương pháp của Solchaga và cs. [2], sử dụng tế bào ở lần cấy chuyển thứ 4. Tế bào sau khi nuôi đạt mật độ 80-90% bề mặt đĩa nuôi, tiến hành biệt hóa bằng cách thay môi trường DMEM/F12 glutamax (1:1), FBS, 1% kháng sinh và bổ sung các chất cảm ứng biệt hóa tế bào: 100 nM dexamethasone, 0,25 mM axit L-ascorbic và 100 mM β-glycerolphosphate. Thay môi trường biệt hóa 2 ngày một lần cho đến thời điểm đánh giá.

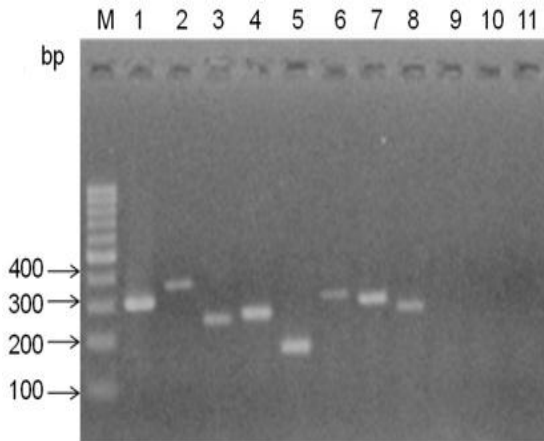
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Kết quả tách ARN từ tế bào nuôi

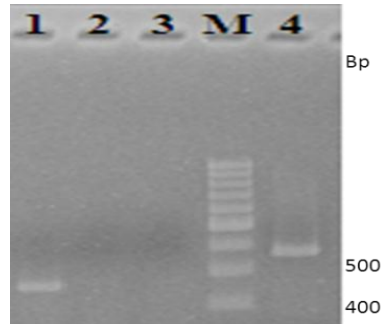
Tế bào chuẩn bị tách ARN được loại bỏ môi trường nuôi, rửa qua 3 lần bằng dung dịch PBS, kết quả tách ARN được thể hiện trong bảng 2. Mẫu ARN có độ tinh sạch cao thể hiện qua chỉ số A260 nm/ A280 nm đều đạt trên 1,9. Hàm lượng ARN đạt 1145 ng/□l với mẫu sau xử lý và 1165 ng/l với mẫu trước xử lý. Kết quả đo quang phổ 260 nm xác định được hàm lượng RNA này hoàn toàn đủ tiêu chuẩn làm khuôn mẫu cho RT – PCR.

Bảng 2. Kết quả đo mật độ quang (OD) của các mẫu RNA tách chiết

| Loại mẫu | OD _{260nm} | OD _{280nm} | OD ₂₆₀ /OD ₂₈₀ | Hàm lượng RNA (ng/μl) |
|--------------------|---------------------|---------------------|--------------------------------------|-----------------------|
| Tế bào trước xử lý | 0,229 | 0,117 | 1,949 | 1145 |
| Tế bào sau xử lý | 0,233 | 0,121 | 1,925 | 1165 |



Hình 1. Biểu hiện các chỉ thị của tế bào trước khi xử lý biệt hóa



Hình 2. Biểu hiện của các chỉ thị sau khi xử lý biệt hóa

3.2 Kết quả đánh giá tế bào gốc

Kết quả từ hình 1 cho thấy ở tế bào gốc trước khi xử lý biệt hóa có biểu hiện các chỉ thị đặc trưng cho tế bào gốc trung mô như CD90, CD73, CD86, CD105 (giếng 1,3,4,5). Tuy nhiên tế bào chúng tôi phân lập được cũng dương tính với chỉ thị tế bào gốc máu là CD34 (giếng 2). Ngoài ra các chỉ thị bổ sung khác cũng được biểu hiện, đó là các chỉ thị của tế bào gốc phôi (Embryonic stem cells) như: Oct-1, Eras (giếng 6,7). Kết quả này tương tự với thông báo của [9]. Yếu tố phiên mã tham gia vào quá trình phát triển của các cơ quan có nguồn gốc từ nội bì hay trung bì *GATA4* cũng biểu hiện (giếng 8). Kết quả này hoàn toàn phù hợp với những nghiên cứu chỉ thị của TBGTM đã được công bố trước đó [10; 9]. Trong khi chỉ thị đặc trưng cho tế bào sụn là: collagen type I, collagen type I và

Aggrecan đã không biểu hiện (giếng 9,10,11).

Biểu hiện của tế bào sau khi xử lý được thể hiện trong hình 2, kết quả cho thấy tế bào biểu thị dương tính với các marker collagen type II và Aggrecan (giếng 1,4) và âm tính với chỉ thị Collagen type I và BMP-6 (giếng 2,3). Biểu hiện tế bào này là thấp hơn so với công bố của Solchaga và cs. [2] nghiên cứu trên tế bào gốc tủy xương và Soleimani và cs. [8] khi biệt hóa bằng phương pháp nuôi 3D.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu bước đầu đã phân lập được tế bào, tách chiết ARN và đã đánh giá biểu hiện của các chỉ thị phân tử đặc trưng của tế bào gốc và tế bào sụn. Tuy nhiên, kết quả biệt hóa chưa có được tế bào biểu hiện đầy đủ đặc trưng của tế bào sụn. Do vậy, nghiên cứu cần tiếp tục khảo sát ảnh hưởng của các

yếu tố môi trường, thời gian xử lý để thu được kết quả biệt hóa tốt hơn.

Lời cảm ơn: Nghiên cứu này được lấy kinh phí từ đề tài cấp viện Công nghệ sinh học: “Đánh giá khả năng biệt hóa tạo tế bào sụn từ tế bào gốc cuống rốn” do TS. Nguyễn Văn Hạnh chủ nhiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Eslaminejad MB, Poor EM** (2014), Mesenchymal stem cells as a potent cell source for articular cartilage regeneration. *World J Stem Cells*, 6(3), pp. 344-4.
2. **Solchaga LA, Penick KJ, Welter JF** (2011), Chondrogenic Differentiation of Bone Marrow-Derived Mesenchymal Stem Cells: Tips and Tricks. *Methods Mol Biol*, 698, pp. 253-8.
3. **Panadero JA, Lanceros-Mendez S, Gomez Ribelles JL** (2016), Differentiation of mesenchymal stem cells for cartilage tissue engineering: Individual and synergetic effects of three-dimensional environment and mechanical loading. *Acta Biomaterialia*, S1742-7061(16)30037-X.
4. **Schmitt A, Griensven AV, Imhoff AB et al.** (2012), Application of Stem Cells in Orthopedics. *Stem Cells International*, pp. 1-11.
5. **Wang S, Qu X, Zhao RC** (2012), Clinical applications of mesenchymal stem cells. *Journal of Hematology & Oncology*, 5, pp. 19.
6. **Phan Kim Ngọc, Phạm Văn Phúc, Trần Lê Bảo Hà** (2007), Thu nhận và biệt hóa tế bào gốc trung mô từ máu cuống rốn người. *Tạp chí phát triển KH&CN*, 10 (12), trang 5-10.
7. **Đỗ Minh Trung, Đặng Thị Thu, Nguyễn Văn Phòng và cs** (2013), Nuôi cấy tăng sinh và cảm ứng biệt hóa in vitro tế bào gốc trung mô màng dây rốn người thành tế bào tạo xương. *Tạp chí Công nghệ sinh học*. Số 11(1), trang 31-36.
8. **Soleimani M, Khorsandi L, Atashi A et al.** (2014), Chondrogenic Differentiation of Human Umbilical Cord Blood-Derived Unrestricted Somatic Stem Cells on A 3D Beta-Tricalcium Phosphate-Alginate-Gelatin Scaffold. *Cell J.*, 16(1), pp. 43-2.
9. **La Rocca G, Anzalone R, Corrao S et al.** (2009), Isolation and characterization of Oct-4+/HLA-G+ mesenchymal stem cells from human umbilical cord matrix: differentiation potential and detection of new markers. *Histochem Cell Biol*, 131, pp. 267-2.
10. **Ishige I, Nagamura-Inoue T, Honda MJ et al.** (2009). Comparison of mesenchymal stem cells derived from arterial, venous, and Wharton's jelly explants of human umbilical cord. *Int J Hematol*, 90, pp. 261-9.

TÁC DỤNG CHỐNG VIÊM CỦA VISMISCO TRÊN THỰC NGHIỆM

Bùi Thị Quỳnh Nhung*, Nguyễn Văn Sơn*, Phạm Thị Vân Anh**

TÓM TẮT³

Nghiên cứu được thực hiện nhằm **mục tiêu** đánh giá tác dụng chống viêm cấp và mạn tính của Vismisco trên thực nghiệm. **Phương pháp nghiên cứu:** Tác dụng chống viêm cấp theo phương pháp gây phù bàn chân và tràn dịch màng bụng bằng carrageenin trên chuột cống trắng. Tác dụng chống viêm mạn tính theo phương pháp gây u hạt thực nghiệm trên chuột nhắt trắng. **Kết quả nghiên cứu:** Vismisco với liều 0,4g/kg và 1,2g/kg thể trọng không có tác dụng chống viêm cấp trên mô hình gây phù chân chuột cống trắng. Vismisco với liều 0,4g/kg và 1,2g/kg thể trọng có tác dụng chống viêm cấp trên mô hình gây viêm màng bụng thông qua làm giảm số lượng bạch cầu trong dịch rỉ viêm. Vismisco liều 0,6g/kg và 1,8g/kg có tác dụng chống viêm mạn tính thông qua làm giảm trọng lượng khối u hạt, giảm nồng độ TNF- α trên mô hình gây viêm mạn ở chuột nhắt trắng. **Kết luận:** Vismisco có tác dụng chống viêm cấp và mạn tính trên thực nghiệm.

Từ khóa: Vismisco, chống viêm, động vật thực nghiệm

SUMMARY

ANTI-INFLAMMATORY EFFECTS OF VISMISCO IN EXPERIMENTS

The objective of this study is to evaluate acute and chronic anti-inflammatory effects of Vismisco on experiments. **Methods:** Vismisco at doses of 0.4g/kg and 1.2g/kg body weight for

studying of acute anti-inflammatory effects on rats. Vismisco at doses of 0.6g/kg and 1.8g/kg body weight for studying chronic anti-inflammatory effects on amiant pellet induced granuloma in mice. **Results:** Vismisco at doses of 0.4g/kg and 1.2g/kg body weight has no acute anti-inflammatory effects by carrageenin induced paw edema in rats; Vismisco at doses of 0.4 g/kg and 1.2 g/kg body weight has significantly proved acute anti-inflammatory effects throught decreasing the number of leucocytes in the exudate on rats. Vismisco at doses of 0.6 g/kg and 1.8 g/kg body weight has significantly decreasing weight of granuloma, TNF- α level. **Conclusion:** Vismisco has acute and chronic anti-inflammatory effects in experiment.

Key words: *Vismisco, anti-inflammatory, experimental animals*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỏ đậu xanh (*Vigna radiata* (L.) Wilczek), thỏ phục linh (*Smilax glabra* roxb), cam thảo đất (*Scoparia dulcis* L.) là ba vị thuốc được sử dụng trong dân gian để điều trị các bệnh lý về gan mật, thanh nhiệt, giải độc và chống viêm [1], [2], [3], [4], [5]. Tại Việt Nam, đã có các nghiên cứu về tác dụng chống viêm riêng rẽ của từng loại thảo dược, tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá tác dụng chống viêm khi phối hợp ba dược liệu trên. Nhằm góp phần làm phong phú thêm các thuốc có nguồn gốc dược liệu có tác dụng chống viêm và để góp phần khẳng định tác dụng của vị thuốc, làm tiền đề cho những ứng dụng trên lâm sàng Cao lỏng Vismisco với thành phần gồm 3 dược liệu trên được

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

** Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Quỳnh Nhung

Email: drnhungdls@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phân biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

ngiên cứu tác dụng chống viêm trên thực nghiệm với mục tiêu:

1. Đánh giá tác dụng chống viêm cấp của Vismisco qua hai phương pháp gây phù

lòng bàn chân chuột và gây viêm màng bụng.

2. Đánh giá tác dụng chống viêm mạn của Vismisco trên động vật thực nghiệm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Thuốc nghiên cứu: Cao toàn phần Vismisco được chiết dưới dạng cao lỏng tại Khoa Dược - Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên đạt tiêu chuẩn cơ sở gồm:

| | |
|--|-------|
| Vỏ hạt đậu xanh (<i>Vigna radiata</i> (L.) Wilczek) | 72g |
| Thỏ phục linh (<i>Smilax glabra roxb</i>) | 14,4g |
| Cam thảo đất (<i>Scoparia dulcis</i> L.) | 36g |

2.1.2. Động vật thực nghiệm:

- Chuột nhắt trắng chủng *Swiss*, cả 2 giống, khỏe mạnh, trọng lượng $25,0 \pm 2,0$ gam do Viện Vệ sinh Dịch tễ Trung ương cung cấp dùng để nghiên cứu tác dụng chống viêm mạn tính.

- Chuột cống trắng chủng *Wistar* cả 2 giống, khỏe mạnh, trọng lượng 150 ± 20 gam do Học viện Quân y cung cấp dùng để nghiên cứu tác dụng chống viêm cấp.

Động vật được nuôi trong điều kiện đầy đủ thức ăn và nước uống tại phòng thí nghiệm từ 5- 10 ngày trước khi nghiên cứu và trong suốt thời gian nghiên cứu tại Bộ môn Dược lý - Trường Đại học Y Hà Nội.

2.1.3. Thuốc, hóa chất và máy móc phục vụ nghiên cứu

- Aspirin (biệt dược Aspegic gói bột 250mg) của hãng Sanofi - Synthelabo.

- Methylprednisolon (biệt dược Medrol 4mg) của hãng Pfizer sản xuất.

- Sợi amiant do Đại học Bách Khoa Hà Nội sản xuất.

- Dung dịch carrageenin 1% của hãng BDH biochemicals sản xuất.

- Dung dịch Formaldehyd 40% của hãng Xilong Chemical sản xuất.

* 1ml cao tương đương 11,1g dược liệu khô.

- Nước muối sinh lý 0,9%.

- Máy đo viêm Plethysmometer No 7250 của hãng Ugo-Basile (Italy)

- Cân phân tích MJ-500 (YMC Co., Ltd, Nhật Bản)

- Máy huyết học Vet abcTM Animal Blood Counter, Pháp.

- Kít định lượng TNF- α của hãng Invitrogen 542 Flynn - Camarillo, CA 93012, Mỹ, máy đo ELISA của hãng Sanofi (Pháp).

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu thực nghiệm có đối chứng.

2.2.1. Nghiên cứu tác dụng chống viêm cấp của Vismisco

2.2.1.1. Phương pháp gây phù lòng bàn chân chuột cống trắng bằng carrageenin

* Chia lô chuột: Chuột cống trắng được chia ngẫu nhiên thành 4 lô, mỗi lô 10 con:

Lô 1: Chứng sinh học: Uống nước cất với thể tích 1ml/100g.

Lô 2: Chứng dương: Uống aspirin liều 200 mg/kg.

Lô 3: Uống Vismisco liều 0,4g dược liệu khô/kg (tương đương liều dự kiến lâm sàng, hệ số 8)

Lô 4: Uống Vismisco liều 1,2g dược liệu khô/kg (gấp 3 lần liều dự kiến lâm sàng)

** Cách thức tiến hành*

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp của Winter và cộng sự [6]. Chuột được uống nước hoặc thuốc 4 ngày liên tục trước khi gây viêm. Ngày thứ 4, sau khi uống thuốc thử 1 giờ, gây viêm bằng cách tiêm carrageenin 1% (pha trong nước muối sinh lý) 0,05 ml/chuột vào gan bàn chân sau, bên phải của chuột.

Đo thể tích chân chuột (đến khớp cổ chân) bằng máy đo Plethysmometer vào các thời điểm trước khi gây viêm (V_0); sau khi gây viêm 2 giờ (V_2), 4 giờ (V_4) và 6 giờ (V_6).

Kết quả được tính theo công thức của Fontaine:

Độ tăng thể tích chân của từng chuột được tính theo công thức:

$$\Delta V\% = \frac{V_t - V_0}{V_0} \times 100$$

Trong đó: V_0 là thể tích chân chuột trước khi gây viêm

V_t là thể tích chân chuột sau khi gây viêm

** Chỉ số nghiên cứu*

Độ phù chân chuột: Được tính theo công thức:

$$I\% = \frac{\Delta \bar{V}_c\% - \Delta \bar{V}_t\%}{\Delta \bar{V}_0\%} \times 100$$

Trong đó: $\Delta \bar{V}_c\%$: trung bình độ tăng thể tích chân chuột ở lô đối chứng

$\Delta \bar{V}_t\%$: trung bình độ tăng thể tích chân chuột ở lô uống thuốc

2.2.1.2. Phương pháp gây viêm màng bụng trên chuột cống trắng.

** Chia lô chuột:* Chuột cống trắng được chia ngẫu nhiên thành 4 lô, mỗi lô 10 con:

Lô 1: Chứng sinh học: Uống nước cất với thể tích 1ml/100g.

Lô 2: Chứng dương: Uống aspirin liều 200 mg/kg

Lô 3: Uống Vismisco liều 0,4g dược liệu khô/kg

Lô 4: Uống Vismisco liều 1,2g dược liệu khô/kg

** Cách thức tiến hành:* Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp của Bekemeier H. và Hirschelmann R. [7]. Chuột được uống nước hoặc thuốc trong 4 ngày liên tục trước khi gây viêm. Ngày thứ 4 sau khi uống thuốc thử hoặc nước cất 1 giờ, tiến hành gây viêm màng bụng bằng tiêm dung dịch carrageenin 0,05g + formaldehyd 1,4ml pha trong 100 ml nước muối sinh lý vừa đủ, với thể tích 1ml/100g chuột vào khoang màng bụng cho mỗi chuột.

Sau 24 giờ gây viêm, mở khoang màng bụng chuột để hút dịch rỉ viêm; đo thể tích, đếm số lượng bạch cầu/ml dịch rỉ viêm, định lượng protein trong dịch rỉ viêm.

** Chỉ số nghiên cứu:* thể tích dịch rỉ viêm, số lượng bạch cầu/ml dịch rỉ viêm, định lượng protein trong dịch rỉ viêm.

2.2.2. Nghiên cứu tác dụng chống viêm mạn của Vismisco trên mô hình gây u hạt thực nghiệm bằng amiant

** Chia lô chuột:* Chuột nhắt trắng được chia thành 4 lô, mỗi lô 12 con.

Lô 1: Chứng sinh học: Uống nước cất 0,2 ml/10g.

Lô 2: Chứng dương: Uống methylprednisolon liều 8 mg/kg.

Lô 3: Uống Vismisco liều 0,6g dược liệu khô/kg (tương đương liều dự kiến lâm sàng, hệ số 12)

Lô 4: Uống Vismisco liều 1,8g dược liệu khô/kg (gấp 3 lần liều dự kiến lâm sàng)

** Cách thức tiến hành:* Gây u hạt thực nghiệm theo phương pháp của Ducrot, Julou và cộng sự [8]. Tất cả các chuột được cấy hạt amiant đã tiệt trùng với trọng lượng 6 mg

(sấy 120⁰C trong 1 giờ) có tẩm dung dịch carrageenin 1% vào dưới da gáy cho mỗi chuột. Sau khi cấy u hạt, các chuột được uống nước cất hoặc thuốc thử liên tục trong 10 ngày. Ngày thứ 11 tiến hành giết chuột, bóc tách khối u hạt cân tươi, sau đó sấy khô khối u ở nhiệt độ 56⁰C trong 18 giờ. Cân trọng lượng u hạt sau khi đã được sấy khô. So sánh trọng lượng trung bình của khối u hạt (đã trừ trọng lượng amiant) giữa các lô uống thuốc và lô chứng. Tác dụng chống

viêm được tính theo tỉ lệ % giảm trọng lượng khối u.

Lấy máu chuột làm xét nghiệm huyết học để đánh giá số lượng bạch cầu và công thức bạch cầu; định lượng TNF α trong huyết thanh chuột bằng phương pháp ELISA tại Bộ môn Miễn dịch - Sinh lý bệnh tại Trường Đại học Y Hà Nội.

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê theo phương pháp t - test Student. Sự khác biệt có ý nghĩa khi p < 0,05.

| | p < 0,05 | p < 0,01 | p < 0,001 |
|---|--------------------|--------------------|----------------------|
| Khác biệt so với lô chứng sinh học (Lô 1) | * | ** | *** |
| Khác biệt so với lô thuốc đối chứng (Lô 2) | + | ++ | +++ |
| Khác biệt so với lô Vismisco liều thấp (Lô 3) | Δ | $\Delta\Delta$ | $\Delta\Delta\Delta$ |

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tác dụng chống viêm cấp của Vismisco

3.1.1. Trên mô hình gây phù lòng bàn chân chuột cống trắng bằng carrageenin

Bảng 1. Tác dụng chống viêm cấp của Vismisco trên mô hình gây phù lòng bàn chân chuột cống trắng bằng carrageenin

| Lô nghiên cứu /Liều dùng (n = 10) | Sau 2 giờ (V ₂) | | Sau 4 giờ (V ₄) | | Sau 6 giờ (V ₄) | |
|--------------------------------------|------------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|-----------------------------|---------------------|
| | Độ phù (%) | % giảm phù so chứng | Độ phù (%) | % giảm phù so chứng | Độ phù (%) | % giảm phù so chứng |
| Lô 1: Nước cất 1ml/100g | 58,66 ± 14,21 | | 61,61 ± 15,22 | | 67,00 ± 19,01 | |
| Lô 2: Aspirin 200 mg/kg | 32,00 ± 10,19 ** | ↓ 45,28 | 52,00 ± 15,60 | ↓ 16,24 | 58,00 ± 12,84 | ↓ 13,1 |
| Lô 3: Vismisco 0,4g /kg | 66,00 ± 16,19 ++ | ↑ 11,86 | 66,00 ± 15,47 + | ↑ 7,8 | 68,00 ± 17,98 | ↑ 2,06 |
| Lô 4: Vismisco 1,2g/kg | 53,00 ± 13,15 ++ Δ | ↓ 8,87 | 60,00 ± 9,36 | ↓ 2,52 | 55,00 ± 13,93 Δ | ↓ 17,59 |

Kết quả ở bảng 1 cho thấy:

- Tại thời điểm 2 giờ sau khi gây viêm: Lô uống Aspirin có tác dụng làm giảm mức độ tăng thể tích chân chuột rõ rệt, lô Vismisco liều 1,2g/kg có xu hướng làm giảm mức độ tăng thể tích chân chuột, nhưng sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê so với lô chứng. Lô uống Vismisco liều 1,2g/kg có tác dụng ức chế phản ứng phù 8,87% so với lô chứng.

- Tại thời điểm 4 giờ sau khi gây viêm: Không có sự khác biệt về mức độ tăng thể

tích chân chuột ở các lô uống Vismisco, uống Aspirin và lô chứng. Lô uống Vismisco liều 1,2g/kg có tác dụng ức chế phản ứng phù 2,52% so với lô chứng.

- Tại thời điểm 6 giờ sau khi gây viêm: Không có sự khác biệt về mức độ tăng thể tích chân chuột ở các lô uống Vismisco, uống Aspirin và lô chứng. Lô uống Vismisco liều 1,2g/kg có tác dụng ức chế phản ứng phù mạnh nhất (17,59%).

3.1.2. Trên mô hình gây viêm màng bụng bằng carragenin

Bảng 2. Ảnh hưởng của Vismisco lên thể tích dịch rỉ viêm, số lượng bạch cầu và hàm lượng protein trong dịch rỉ viêm

| Lô nghiên cứu (n = 10) | Thể tích dịch rỉ viêm (ml) | Số lượng bạch cầu (G/l) | Hàm lượng protein (mg/dl) |
|-------------------------|----------------------------|-------------------------|---------------------------|
| Lô 1 (Chứng sinh học) | 4,01 ± 1,19 | 23,74 ± 9,23 | 3,66 ± 0,21 |
| Lô 2 (Aspirin 200mg/kg) | 2,00 ± 0,62*** | 16,96 ± 4,44* | 3,45 ± 0,33 |
| Lô 3 (Vismisco 0,4g/kg) | 4,73 ± 1,58+++ | 11,89 ± 4,56**+ | 3,97 ± 0,19**++ |
| Lô 4 (Vismisco 1,2g/kg) | 4,40 ± 1,42+++ | 10,85 ± 3,74****+ | 3,78 ± 0,22+ |

Kết quả ở bảng 2 cho thấy:

- Về thể tích dịch rỉ viêm: lô uống Aspirin có tác dụng làm giảm rõ rệt thể tích dịch rỉ viêm; lô uống Vismisco không có tác dụng làm giảm thể tích dịch rỉ viêm, tuy nhiên không có sự khác biệt so với lô chứng.

- Về số lượng bạch cầu trong dịch rỉ viêm: Vismisco có tác dụng làm giảm rõ rệt

số lượng bạch cầu so với lô uống Aspirin và lô chứng (p < 0,05). Tác dụng này ở cả 2 liều Vismisco là tương đương nhau.

- Về hàm lượng protein trong dịch rỉ viêm: lô uống Vismisco không có tác dụng làm giảm hàm lượng protein trong dịch rỉ viêm.

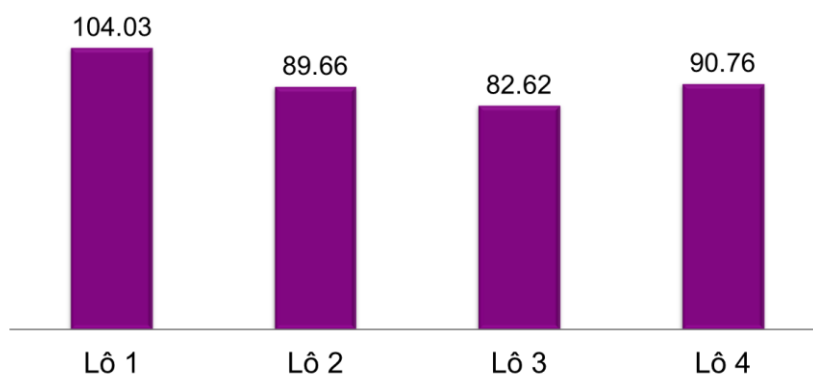
3.2. Tác dụng chống viêm mạn của Vismisco trên mô hình gây u hạt thực nghiệm

Bảng 3. Trọng lượng trung bình u hạt thực nghiệm

| Lô nghiên cứu (n = 12) | Trọng lượng u hạt (mg) (X̄ ± SD) | Tỉ lệ % giảm trọng lượng u hạt |
|----------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|
| Lô 1 (chứng sinh học) | 24,92 ± 6,68 | |
| Lô 2 (Methyl prednisolon 8mg/kg) | 19,03 ± 6,83* | 23,61 |
| Lô 3 (Vismisco 0,6g/kg) | 19,92 ± 4,77* | 20,07 |
| Lô 4 (Vismisco 1,8g/kg) | 15,18 ± 4,51***Δ | 39,10 |

Kết quả ở bảng 3 cho thấy:

Trọng lượng u hạt sau khi đã sấy khô ở lô uống Vismisco và Methyl prednisolon đều giảm so với lô chứng; không có sự khác biệt về trọng lượng u hạt giữa các lô uống thuốc và uống Methyl prednisolon. Lô uống Vismisco liều 1,8g/kg có tỉ lệ giảm trọng lượng u hạt 39,10% so với lô chứng ($p < 0,001$).



Biểu đồ 1. Ảnh hưởng của Vismisco lên nồng độ TNF- α huyết thanh của chuột trên mô hình gây viêm mạn thực nghiệm

Kết quả ở biểu đồ 1 cho thấy:

Vismisco ở cả hai liều và lô uống Methylprednisolon đều có tác dụng làm giảm nồng độ TNF- α một cách rõ rệt so với lô chứng ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN**4.1. Tác dụng chống viêm cấp của Vismisco****4.1.1. Tác dụng chống viêm cấp của Vismisco trên mô hình gây phù lòng bàn chân chuột cống trắng bằng carrageenin**

Trên mô hình gây phù chân chuột bằng carrageenin, bản chất carrageenin là polysaccharid có cấu trúc giống với cấu trúc vỏ vi khuẩn, vì vậy đáp ứng miễn dịch của cơ thể chủ yếu là đáp ứng miễn dịch không đặc hiệu với sự tham gia chủ yếu của đại thực bào, bạch cầu đa nhân trung tính. Biểu hiện của quá trình viêm này là giãn mạch, bạch cầu xuyên mạch, tăng tiết các chất trung gian hóa học như prostaglandin, histamin,

leucotrien, biểu hiện quan sát thấy chủ yếu là triệu chứng phù tại mô viêm [6], [9].

Kết quả nghiên cứu cho thấy: Vismisco liều 0,4g/kg chưa có tác dụng làm giảm độ phù chân chuột trên mô hình gây phù lòng bàn chân chuột bằng carrageenin; Vismisco liều 1,2g/kg: ở thời điểm 2 giờ sau gây viêm có xu hướng làm giảm mức độ tăng thể tích chân chuột và có tác dụng ức chế phản ứng phù 8,87% so với lô chứng, tại thời điểm 6 giờ sau khi gây viêm có tác dụng ức chế phản ứng phù 17,59%. Như vậy Vismisco ở cả hai liều chưa có tác dụng chống viêm cấp trên mô hình gây phù lòng bàn chân chuột bằng carrageenin.

4.1.2. Tác dụng chống viêm cấp của Vismisco trên mô hình gây viêm màng bụng bằng carrageenin

Trên mô hình gây viêm màng bụng, ngoài việc dùng kháng nguyên là carrageenin còn dùng thêm formaldehyd nồng độ thấp, vì vậy mô hình này sẽ khởi động các quá trình viêm cấp với sự đáp ứng của các tế bào miễn dịch là các bạch cầu đa nhân trung tính và tăng tiết dịch vào vị trí gây viêm [6], [7]. Kết quả nghiên cứu cho thấy Vismisco không làm thay đổi thể tích dịch rỉ viêm, hàm lượng protein trong dịch rỉ viêm; tuy nhiên có tác dụng làm giảm rõ rệt số lượng bạch cầu trong dịch rỉ viêm so với lô uống Aspirin và lô chứng ($p < 0,05$), tác dụng này ở cả 2 liều Vismisco là tương đương nhau.

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy Vismisco có tác dụng chống viêm cấp, cơ chế tác dụng của thuốc có thể liên quan đến quá trình ức chế sự di chuyển của bạch cầu và làm giảm quá trình hóa ứng động bạch cầu.

4.2. Tác dụng chống viêm mạn của Vismisco

Mô hình u hạt thực nghiệm nhằm đánh giá tác dụng chống viêm mạn của thuốc thông qua ức chế quá trình tăng sinh tổ chức tạo thành u hạt. Amiant là một kháng nguyên phụ thuộc tuyến ức không có khả năng tự tiêu, carrageenin là một kháng nguyên không phụ thuộc tuyến ức có bản chất là một polysaccharid đóng vai trò quan trọng trong cơ chế viêm cấp. U hạt tạo thành là do có phản ứng viêm gây ra với carrageenin cùng với sự tồn tại của “vật lạ” không tiêu được là amiant. Các kháng nguyên phụ thuộc tuyến ức sẽ khởi động quá trình đáp ứng miễn dịch

qua trung gian tế bào nhằm loại trừ kháng nguyên lạ do các tế bào lympho T phụ trách. Cơ thể sẽ phản ứng bằng cách tập trung nhiều tế bào viêm như lympho bào, chủ yếu là tế bào T, đại thực bào ... bao quanh hạt amiant, tạo nên mô hình viêm mạn thực nghiệm. Dựa theo nguyên tắc: thuốc chống viêm mạn sẽ ức chế tạo thành u hạt, làm giảm khối lượng u hạt tạo thành so với nhóm chứng. Việc xác định trọng lượng u hạt, so sánh trọng lượng u hạt giữa các lô uống thuốc thử và thuốc đối chứng, có thể đánh giá được thuốc có tác dụng chống viêm mạn hay không. Kết quả nghiên cứu cho thấy Vismisco ở cả hai liều đều có tác dụng làm giảm trọng lượng u hạt, trong đó Vismisco liều 1,8g/kg có tác dụng chống viêm mạn rõ rệt thể hiện qua tác dụng làm giảm trọng lượng khối u rõ rệt (giảm 39,10% trọng lượng khối u) so với lô chứng ($p < 0,001$). Tác dụng này còn hiệu quả hơn cả khi dùng Methylprednisolon liều 8mg/kg.

Bên cạnh đó, viêm còn là kết quả của sự hoạt hóa các chất trung gian trong đó cytokin đóng vai trò quan trọng đặc biệt [10]. Trong số các cytokin này, TNF- α (tumor necrosis factor alpha) được xem như nhạc trưởng, TNF- α là một protein do cơ thể sản sinh trong phản ứng của cơ thể với tình trạng viêm dưới sự kích thích của nhiều yếu tố khác nhau như: kháng nguyên vi khuẩn, virus, phức hợp kháng nguyên - kháng thể, các thành phần bổ thể; TNF- α thúc đẩy hiện tượng viêm như sưng, nóng, đỏ, đau và phản ứng toàn thân như sốt, đặc biệt có vai trò quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của các bệnh viêm; ức chế TNF- α giúp khống chế tình trạng viêm. Hiện nay trên lâm sàng, chất

ức chế TNF- α được phép sử dụng để điều trị các bệnh viêm mạn ở một số nơi trên thế giới. Kết quả nghiên cứu cho thấy Vismisco ở cả hai liều đều có tác dụng ức chế TNF- α thể hiện qua việc giảm nồng độ TNF- α trong huyết thanh chuột so với lô chứng, điều này chứng tỏ Vismisco có tác dụng ức chế quá trình viêm mạn.

V. KẾT LUẬN

1. Vismisco với liều 0,4g/kg và 1,2g/kg có tác dụng chống viêm cấp trên mô hình gây viêm cấp ở chuột cống trắng.
2. Vismisco liều 0,6g/kg và 1,8g/kg có tác dụng chống viêm mạn tính trên mô hình gây viêm mạn ở chuột nhắt trắng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Tất Lợi** (2001), *Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam*. Nhà xuất bản Y học.
2. **Viện dược liệu** (2004), *Những cây thuốc và động vật làm thuốc ở Việt Nam*, NXB Khoa Học Kỹ thuật, tr. 771-774.
3. **Nguyễn Thị Hương** (2012), *Nghiên cứu thành phần hóa học của vỏ hạt đậu xanh (Vigna radiata (L). Wilezeck, họ Đậu (Fabaceae)*. Khóa luận tốt nghiệp dược sỹ, Trường Đại Dược Hà Nội.
4. **Trần Lưu Vân Hiến**, Văn Quốc Hoa (2002), “Tác dụng chống u thực nghiệm trên chuột nhắt trắng của Flavonoid Vitexin”, *Tạp chí sinh lý học*, 6(1), tr. 52-58.
5. **Wang J**, Zhao Y, Xu Q (2004), “Astilbin prevents concanavalin A-induced liver injury by reducing TNF-alpha production and T lymphocyte adhesion”, *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 56, 495-502.
6. **Winter C. A.**, Risley E. A and Nuss G. W (1962), Carrageenan induced edema in hind paw of the rat as an assay for anti-inflammatory drug, *Proc, exp. Biol. NJ*, 111: 544-574.
7. **Bekemeier H. và Hirschelmann R.** (1982), *Pharmacology, biochemistry and immunology of the inflammatory reaction*. Halle: Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, 140-141.
8. **Ducrot. R, Julou. L.** (1965), *Turner, Screening methods in pharmacology, Academic press*, (5), pp. 114-115.
9. **World Health Organization** (2000), *Working group on the safety and efficacy of herbal medicine, Report of regional office for the western pacific of the World Health Organization*.
10. **Rolando N**, Wade J, Davalos M, Wendon J, Philpott-Howard J, Williams R. (2000), *The systemic inflammatory response syndrome in acute liver failure. Hepatology* (32),pp.734-9.

Kiến thức, thực hành về an toàn truyền máu của điều dưỡng và một số yếu tố liên quan tại một số khoa lâm sàng Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2016

Nguyễn Bá Thắng*, Hoàng Anh Tuấn*,
Nguyễn Minh Chung*, Phan Thanh Ngọc*, Vũ Thị Hiền*

TÓM TẮT⁴

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 91 điều dưỡng đang làm việc tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời gian từ tháng 01 đến tháng 10 năm 2015 nhằm mục tiêu mô tả kiến thức, thực hành về an toàn truyền máu và xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về an toàn truyền máu của điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2015. Kết quả cho thấy: tỷ lệ điều dưỡng đạt kiến thức chung về an toàn truyền máu là 64,8%; điều dưỡng thực hành đúng toàn bộ các bước quy trình truyền máu là 61,5%. Các yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về an toàn truyền máu của điều dưỡng là: tuổi, trình độ chuyên môn, thâm niên công tác và kiến thức của điều dưỡng.

Từ khóa: An toàn truyền máu

SUMMARY

A cross section study on 91 nurses working in Thai Nguyen former state central hospital Hospital in the period from January to October 2014 with aims To describe the knowledge, practice on a blood transfusion safety and to identify several of factors related to knowledge, practice of the blood transfusion safety of nurses at several clinical departments in Thai Nguyen

* Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Thắng

Email: Nguyenbathang.cdyt@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phân biên khoa học:

Ngày duyệt bài:

Central General Hospital in 2015. The results showed that the proportion of nurses with an overall knowledge about the blood transfusion safety was 64.8%; A correct practice on transfusion process steps accounted for 61.5%. Factors related to the knowledge and practice of the blood transfusion safety of nurses included: age, qualifications, seniority and nurse's knowledge.

Keywords: *Blood transfusion safety*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Truyền máu là một phương pháp điều trị không thể thiếu trong rất nhiều chuyên khoa. Bên cạnh việc cứu sống bệnh nhân, mang lại hiệu quả điều trị mà chưa có một dược phẩm nào thay thế được, các phản ứng miễn dịch của truyền máu có thể gây tử vong trước mắt và ảnh hưởng sức khỏe người bệnh về sau nếu việc truyền máu không tuân thủ quy chế truyền máu [7].

An toàn truyền máu là một quy trình khép kín [4], từ một chỉ định truyền máu đúng, sử dụng đúng máu và các chế phẩm phù hợp, theo dõi xử trí tốt các biểu hiện trong quá trình truyền máu, theo dõi các tai biến có thể xảy ra trong và sau khi truyền máu. Nhằm hạn chế và phòng ngừa các phản ứng bất lợi có thể ảnh hưởng tới tính mạng cũng như sức khỏe của bệnh nhân [4].

Hiện nay, tại các cơ sở điều trị, công tác truyền máu thường do điều dưỡng đảm nhận. Do vậy, người điều dưỡng giữ vai trò hết sức quan trọng trong việc thực hiện truyền máu và cần có đầy đủ kiến thức, kỹ năng thực hành về an toàn truyền máu là điều rất cần thiết tại các cơ sở y tế. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu:

1. Mô tả kiến thức, thực hành về an toàn truyền máu của điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2015.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về an toàn truyền máu của điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2015.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Gồm 91 điều dưỡng đang công tác tại các khoa: Nội tiêu hóa, khoa Hồi sức tích cực và chống độc; khoa Nhi; Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời gian từ tháng 01/2015 đến tháng 10/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Sử dụng phương pháp chọn mẫu không xác suất là toàn bộ điều dưỡng tại một số khoa lâm sàng bệnh viện Trung ương Thái Nguyên được chọn vào nghiên cứu.

2.3. Tiêu chuẩn đánh giá về kiến thức và thực hành về an toàn truyền máu

* **Tiêu chuẩn đánh giá về kiến thức của điều dưỡng:** đánh giá kiến thức về an toàn truyền máu của điều dưỡng gồm 10 câu hỏi. Đối với một lựa chọn đúng trong câu hỏi nhiều lựa chọn và câu hỏi 1 lựa chọn được tính là 1 điểm (điểm đạt), lựa chọn sai không được tính điểm (không đạt). Đối với tổng điểm chung về kiến thức an toàn truyền máu: đạt = 18 điểm; không đạt < 18 điểm.

* **Tiêu chuẩn đánh giá về thực hành kỹ thuật truyền máu:** Chúng tôi dùng bảng kiểm [6]. để quan sát từng bước trong thực hành của quy trình truyền máu, gồm 3 phần:

Các bước chuẩn bị (người điều dưỡng; dụng cụ; người bệnh): gồm 10 bước; ác bước tiến hành: gồm 22 bước, các bước sau khi thực hiện quy trình (thu dọn dụng cụ và ghi chép hồ sơ bệnh án): gồm 8 bước.

Chúng tôi quan sát và đánh giá theo 3 mức: Thực hiện đúng; có thực hiện nhưng không đúng và không thực hiện. Được đánh giá là thực hành đúng khi thực hiện đúng và đầy đủ 40 bước; Thực hành không đúng khi điều dưỡng có thực hành nhưng không đúng và không thực hành của 1 trong 40 bước của quy trình truyền máu.

2.4. Phương pháp thu thập số liệu

- Phỏng vấn trực tiếp điều dưỡng về kiến thức an toàn truyền máu.

- Quan sát điều dưỡng thực hành truyền máu bằng bảng kiểm.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích trên phần mềm SPSS 18.0 với các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kiến thức, thực hành về an toàn truyền máu của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin về đối tượng nghiên cứu

| Thông tin chung | | Tần số | Tỷ lệ% |
|-----------------|------------|--------|--------|
| Giới tính | Nam | 22 | 24,2 |
| | Nữ | 69 | 75,8 |
| Nhóm tuổi | 18-29 tuổi | 41 | 45,0 |
| | 30-39 tuổi | 24 | 26,4 |
| | ≥ 40 tuổi | 26 | 28,6 |

Nhận xét: trong số 91 đối tượng nghiên cứu, đa số là nữ chiếm 75,8% và chủ yếu là nhóm 18-29 tuổi chiếm 45,0%.

Bảng 2. Kiến thức về an toàn truyền máu của đối tượng nghiên cứu

| Kiến thức về an toàn truyền máu | | Tần số (n=91) | Tỷ lệ (%) |
|--|------|------------------|--------------|
| Nhóm máu được truyền an toàn | Đúng | 91 | 100 |
| | Sai | 0 | 0 |
| Truyền máu khác nhóm, số đơn vị máu truyền tối đa | Đúng | 69 | 75,8 |
| | Sai | 22 | 24,2 |
| Nhiệm vụ theo dõi người bệnh trong suốt thời gian truyền máu | Đúng | 70 | 76,9 |
| | Sai | 21 | 23,1 |
| Xử trí đầu tiên khi người bệnh có dấu hiệu bất thường | Đúng | 72 | 79,1 |
| | Sai | 19 | 20,9 |

Nhận xét: 100% đối tượng nghiên cứu trả lời đúng truyền máu cùng nhóm là an toàn; các nội dung kiến thức khác đối tượng trả lời đúng trên 70%.

Bảng 3. Các bước thực hành kỹ thuật truyền máu của đối tượng nghiên cứu

| TT | Nội dung | Thực hành | | | |
|----|----------------------------------|-----------|------|--------|------|
| | | Đúng | | Sai | |
| | | (n=91) | (%) | (n=91) | (%) |
| 1 | Bước chuẩn bị dụng cụ và NB | 59 | 64,8 | 32 | 35,2 |
| 2 | Bước tiến hành truyền máu | 66 | 72,5 | 25 | 27,5 |
| 3 | Bước thu dọn dụng cụ và ghi HSBA | 68 | 74,7 | 23 | 25,3 |

Nhận xét: trong các bước thực hành kỹ thuật, bước tiến hành kỹ thuật và thu dọn dụng cụ, ghi hồ sơ bệnh án có tỷ lệ tương đương nhau, lần lượt là 72,5% và 74,7%.

3.2. Yếu tố liên quan đến kiến thức, thực hành về an toàn truyền máu

Bảng 4. Mối liên quan giữa thực hành truyền máu và tuổi

| Nhóm tuổi | Thực hành | | | | P |
|------------|-----------|------|--------|------|-------|
| | Đúng | | Sai | | |
| | (n=91) | (%) | (n=91) | (%) | |
| 18-29 tuổi | 17 | 41,5 | 24 | 58,5 | 0,001 |
| 30-39 tuổi | 17 | 70,8 | 7 | 29,2 | |
| ≥ 40 tuổi | 22 | 84,6 | 4 | 15,4 | |

Nhận xét: điều dưỡng ở nhóm ≥ 40 tuổi có tỷ lệ thực hành truyền máu đúng kỹ thuật chiếm tỷ lệ cao nhất (84,6%) trong các nhóm tuổi. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($P = 0,001$).

Bảng 5. Mối liên quan giữa thực hành truyền máu và thâm niên công tác

| Thâm niên công tác | Thực hành | | | | P |
|--------------------|-----------|------|--------|------|-------|
| | Đúng | | Sai | | |
| | (n=91) | (%) | (n=91) | (%) | |
| < 5 năm | 5 | 29,4 | 12 | 70,6 | 0,004 |
| 5-10 năm | 19 | 59,4 | 13 | 40,6 | |
| > 10 năm | 32 | 76,2 | 10 | 23,8 | |

Nhận xét: điều dưỡng có thâm niên công tác trên 10 năm có tỷ lệ thực hành truyền máu đúng kỹ thuật chiếm tỷ lệ cao nhất (76,2%) trong các nhóm tuổi. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ($p = 0,004$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa thực hành truyền máu và kiến thức

| Kiến thức | Thực hành | | | | OR (95% CI) | P |
|-----------|-----------|------|--------|------|----------------|-------|
| | Sai | | Đúng | | | |
| | (n=91) | (%) | (n=91) | (%) | | |
| Không đạt | 15 | 46,9 | 17 | 53,1 | 1,7 | 0,224 |
| Đạt | 20 | 33,9 | 39 | 66,1 | (0,71-4,14) | |

Nhận xét: có mối liên quan, không có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức và thực hành kỹ thuật truyền máu ($p > 0,05$). Điều dưỡng có kiến thức đạt về an toàn truyền máu thì có tỷ lệ thực hành đúng kỹ thuật cao gấp 1,7 lần điều dưỡng không đạt kiến thức về truyền máu, với khoảng tin cậy 95% CI (0,71-4,14).

Bảng 7. Mối liên quan giữa thực hành truyền máu với được tập huấn

| Tập huấn | Thực hành | | | | OR (95% CI) | P |
|----------|-----------|------|------|------|----------------|-------|
| | Sai | | Đúng | | | |
| | (n) | (%) | (n) | (%) | | |
| Không | 25 | 48,1 | 27 | 51,9 | 0,4 | 0,029 |
| Có | 10 | 25,6 | 29 | 74,4 | (0,151-0,917) | |

Nhận xét: Có mối liên quan, có ý nghĩa thống kê giữa tập huấn về an toàn truyền máu với thực hành truyền máu ($P < 0,05$). Điều dưỡng được tập huấn về an toàn truyền máu có tỷ lệ thực hành đúng kỹ thuật cao gấp 0,4 lần so với điều dưỡng không được tập huấn về an toàn truyền máu, với khoảng tin cậy 95% CI (0,151-0,917).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức, thực hành về an toàn truyền máu của đối tượng nghiên cứu

100% điều dưỡng khi phỏng vấn đều trả lời đúng là truyền máu cùng nhóm là tốt nhất. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Phan Thị Kim Hoa - Hứa Hồng Tài (2014) [5] về kiến thức, thực hành an toàn truyền máu tại Bệnh viện khu vực Định quán và nghiên cứu của Trịnh Xuân Quang và cộng sự (2009) tại Bệnh viện đa khoa Tiền Giang năm [7].

Hiện nay việc khan hiếm máu không còn là vấn đề khó khăn, truyền máu khác nhóm là rất hạn chế. Theo quy chế truyền máu, được phép truyền tối đa là 2 đơn vị máu khác nhóm. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 75,8% điều dưỡng khi phỏng vấn đã trả lời chính xác về số đơn vị được phép truyền khác nhóm là 2 đơn vị. Kết quả của nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Phan Thị Kim Hoa - Hứa Hồng Tài (2014) là 7% [5]; nghiên cứu của Trịnh Xuân Quang và cộng sự (2009) là 59% [7]. Có lẽ đối tượng nhận thấy truyền máu khác nhóm không an toàn nên có 24,2% Điều dưỡng trả lời là chỉ truyền tối đa khác nhóm máu là 01 đơn vị.

Trong quá trình truyền máu, nhiệm vụ theo dõi người bệnh là của bác sĩ và điều dưỡng. Kết quả nghiên cứu cho thấy có đến 23,1% điều dưỡng cho rằng đó là nhiệm vụ của riêng người điều dưỡng, kết quả nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Trịnh Xuân Quang và cộng sự là 21% [7]. Điều này, có lẽ bệnh viện còn thiếu bác sĩ nên trong quá trình truyền máu, bác sĩ chỉ làm khâu ban đầu còn lại giao cho điều dưỡng theo dõi bệnh nhân trong suốt quá trình truyền máu, và cũng có lẽ do người Điều dưỡng ngày càng chủ động hơn với công việc

của mình trong quá trình chăm sóc bệnh nhân.

Có 79,1% điều dưỡng biết việc làm trước tiên khi phát hiện người bệnh có dấu hiệu bất thường là ngừng truyền máu, trong khi đó có 20,9% điều dưỡng cho rằng phải báo bác sĩ trước, kết quả nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Trịnh Xuân Quang và cộng sự 8% [7].

4.2. Thực hành về an toàn truyền máu của đối tượng nghiên cứu

Về bước chuẩn bị dụng cụ và người bệnh, có 64,8% điều dưỡng đã chuẩn bị đầy đủ các phương tiện, dụng cụ và thông báo, giải thích chu đáo cho người bệnh biết các công việc sắp làm. Tuy nhiên vẫn có đến 35,2% điều dưỡng đã không thực hiện và thực hiện không đúng trong các khâu: rửa tay trước khi chuẩn bị dụng cụ, không báo và giải thích cho người bệnh trước khi truyền máu, dụng cụ sắp xếp trên xe tiêm không gọn gàng ngăn nắp và không kiểm tra mạch- huyết áp cũng như hướng dẫn cho người bệnh đi đại tiện trước khi truyền.

Về bước tiến hành thực hiện kỹ thuật truyền máu và thu dọn dụng cụ, ghi chép hồ sơ bệnh án, có trên 70% điều dưỡng thực hành đúng quy trình truyền máu, trong đó có hơn 20% Điều dưỡng đã không thực hiện và thực hiện không đúng ở các khâu trong bước tiến hành kỹ thuật truyền máu như: không thực hiện sát khuẩn tay nhanh trước khi tiến hành truyền máu, không theo dõi người bệnh trong quá trình truyền máu, việc xử lý dụng cụ sau khi truyền máu không thực hiện đúng quy định về tiết khuẩn-khử khuẩn, phân loại rác thải chưa đúng, không ghi tên và đầy đủ chức danh của người thực hiện truyền máu trong phiếu truyền máu....

4.3. Mối liên quan của một số yếu tố đến thực hành quy trình truyền máu

Tuổi, thâm niên công tác của điều dưỡng có mối liên quan với thực hành đúng quy trình truyền máu. Kết quả nghiên cứu cho thấy điều dưỡng ở nhóm trên 40 tuổi có tỷ lệ thực hành đúng 84,6% cao hơn so với nhóm 30-39 tuổi là 70,8% và nhóm 18-29 tuổi là 41,5%. Sở dĩ có sự khác biệt này là những điều dưỡng có nhiều năm công tác thì họ càng có kinh nghiệm về chuyên môn, việc thực hiện các kỹ thuật thuần thục hơn rất nhiều. Điều dưỡng mới ra trường và có số năm công tác chưa được nhiều, về kinh nghiệm còn hạn chế. Do vậy, khi họ thực hành kỹ thuật truyền máu có tỷ lệ thực hành đúng còn chưa được cao. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

Điều dưỡng đạt kiến thức về an toàn truyền máu có tỷ lệ thực hành đúng kỹ thuật truyền máu cao gấp 1,7 lần so với điều dưỡng không đạt kiến thức về an toàn truyền máu. Tuy nhiên, có mối liên quan nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Điều này, cho thấy điều dưỡng không chủ động cập nhật kiến thức qua các tài liệu, sách vở, internet... cũng như ít được tham gia các buổi Hội thảo và tập huấn về an toàn truyền máu, họ có được kiến thức chủ yếu là các kiến thức khi được học ở nhà trường, còn các kiến thức mới ít được cập nhật.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đạt về an toàn truyền máu là 64,8%.

- Tỷ lệ điều dưỡng thực hành đúng toàn bộ các bước kỹ thuật truyền máu là 61,5%.

- Tuổi của điều dưỡng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành đúng kỹ thuật truyền máu ($P = 0,001$).

- Thâm niên công tác của điều dưỡng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với thực hành đúng kỹ thuật truyền máu ($P < 0,05$).

- Điều dưỡng đạt kiến thức về an toàn truyền máu thì có tỷ lệ thực hành đúng kỹ thuật truyền máu cao gấp 1,7 lần so với điều dưỡng không đạt kiến thức về an toàn truyền máu. Có mối liên quan nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên (2014)**, Quy trình kỹ thuật điều dưỡng, Thái Nguyên.
2. **Bộ Y tế (2005)**, *Tài liệu tập huấn cung cấp máu an toàn*.
3. **Bộ Y tế (2013)**, *Thông tư hướng dẫn hoạt động truyền máu*
4. **Đỗ Trung Phấn (2000)**, An toàn truyền máu, Nhà xuất bản Y học và kỹ thuật.
5. **Phan Thị Kim Hoa và cộng sự (2014)**, “Kiến thức an toàn truyền máu của Điều dưỡng tại bệnh viện đa khoa khu vực Định Quán”, *Đề tài nghiên cứu khoa học Điều dưỡng cấp cơ sở*.
6. **Trần Thị Thuận (2007)**, *Điều dưỡng cơ bản II*.
7. **Trịnh Xuân Quang và cộng sự (2009)**, “Kiến thức và thực hành về an toàn truyền máu của điều dưỡng tại bệnh viện đa khoa Tiền Giang”, *đề tài nghiên cứu khoa học Điều dưỡng cấp cơ sở*.
8. **Trung tâm Huyết học truyền máu Thái Nguyên (2015)**, Báo cáo hoạt động công tác hiến máu, Thái Nguyên

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG PHÁT TRIỂN NANG NOÃN VÀ PHÓNG NOÃN CỦA BÀI THUỐC NGŨ TỬ DIỄN TÔNG TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG BUỒNG TRỨNG ĐA NANG

Tạ Văn Bình*, Thái Thị Hoàng Oanh², Bùi Thị Huyền Trang²,
Phạm Thị Hoài An³, Nguyễn Xuân Bình¹, Nguyễn Thị Thuận³

TÓM TẮT⁵

Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá tác dụng phát triển nang noãn và phóng noãn của bài thuốc Ngũ tử diễn tông. Nghiên cứu trên 30 bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang trong thời gian từ 10/2015 – 4/2016 tại khoa Phụ-bệnh viện Y học cổ truyền trung ương. Kết quả cho thấy, sau 3 tháng điều trị tỷ lệ bệnh nhân có nang noãn trưởng thành và vượt trội ($\geq 18\text{mm}$) là 33,3 ($p < 0,05$). Tác dụng phóng noãn chung là 53,33%.

Từ khóa: ngũ tử diễn tông, hội chứng buồng trứng đa nang

SUMMARY

ASSESS THE FOLLICLE DEVELOPMENT AND OVULATION OF NGU TU DIEN TONG REMEDY ON POLYCYSTIC OVARY SYNDROME PATIENTS

This study is conducted to evaluate the efficacy of Ngu tu dien tong on follicle development and ovulation. The study included 30 patients with polycystic ovary syndrome being selected from 10/2015 to 4/2016 in gynecology department – national traditional medicine

¹ Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội,

² Trường Đại học Y Hà Nội,

³ Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Bình

Email: tavanbinh@yhn.edu.vn

Ngày nhận bài:

Ngày phân biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

hospital, result shown that after 3 months of treatment, 33.3% of the patients have follicle grown-up. The general ovulatory effect is 53.33%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng buồng trứng đa nang (Polycystic ovary syndrome – PCOS) là bệnh lý rối loạn nội tiết, phóng noãn thường gặp ở phụ nữ trong lứa tuổi sinh sản. Tỷ lệ mắc hội chứng buồng trứng đa nang là từ 5 – 10% [1].

Trong y học cổ truyền (YHCT) không có bệnh danh hội chứng buồng trứng đa nang mà nó nằm trong nhiều chứng bệnh như kinh sau kỳ, bế kinh, vô sinh nữ, trung hà... Có nhiều bài thuốc cổ phương dùng để điều trị vô sinh do PCOS, một trong những bài thuốc đó là “Ngũ tử diễn tông” của danh y Vương Khẳng Đường [2]. Bài thuốc đã được sử dụng nhiều trên lâm sàng tại khoa phụ bệnh viện YHCT trung ương và cho thấy có hiệu quả tốt, có nghiên cứu chứng minh bài thuốc có tác dụng điều hòa kinh nguyệt và phát triển nang noãn [3]. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào chứng minh một cách khoa học tác dụng của bài thuốc, vì vậy đề tài được tiến hành nhằm đánh giá tác dụng phát triển nang noãn và phóng noãn trên bệnh nhân hội chứng buồng trứng đa nang

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chất liệu nghiên cứu

Chất liệu nghiên cứu là bài thuốc Ngũ tử diễm tông, được bào chế dưới dạng thang, mỗi thang sắc thành 2 túi, mỗi túi 100ml.

Đối tượng nghiên cứu

Là những bệnh nhân có tuổi từ 18 – 40 tự nguyện tham gia nghiên cứu, được chẩn đoán vô sinh do hội chứng buồng trứng đa nang theo YHHD và vô sinh thể can thận hư theo YHCT.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu lâm sàng mở so sánh trước sau điều trị. Mẫu nghiên cứu chọn theo phương pháp có chủ đích, cỡ mẫu tối thiểu n=30 bệnh nhân.

Phương pháp dùng thuốc

Mỗi bệnh nhân được uống Ngũ tử diễm tông thang trong 3 tháng liên tục. mỗi ngày uống 1 thang, chia 2 lần sáng chiều.

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Chỉ tiêu lâm sàng: đặc điểm chung, đặc điểm kinh nguyệt, đặc điểm theo YHCT

- Các chỉ tiêu cận lâm sàng: thể tích buồng trứng, số lượng nang noãn trên 1 diện cắt, kích thước nang noãn, hiện tượng phóng noãn, nồng độ các hormone trong máu (LH, FSH, estrogen, progesterone)

Phương pháp theo dõi

- Các chỉ số về lâm sàng được theo dõi tại 4 thời điểm: M0, M1, M2, M3

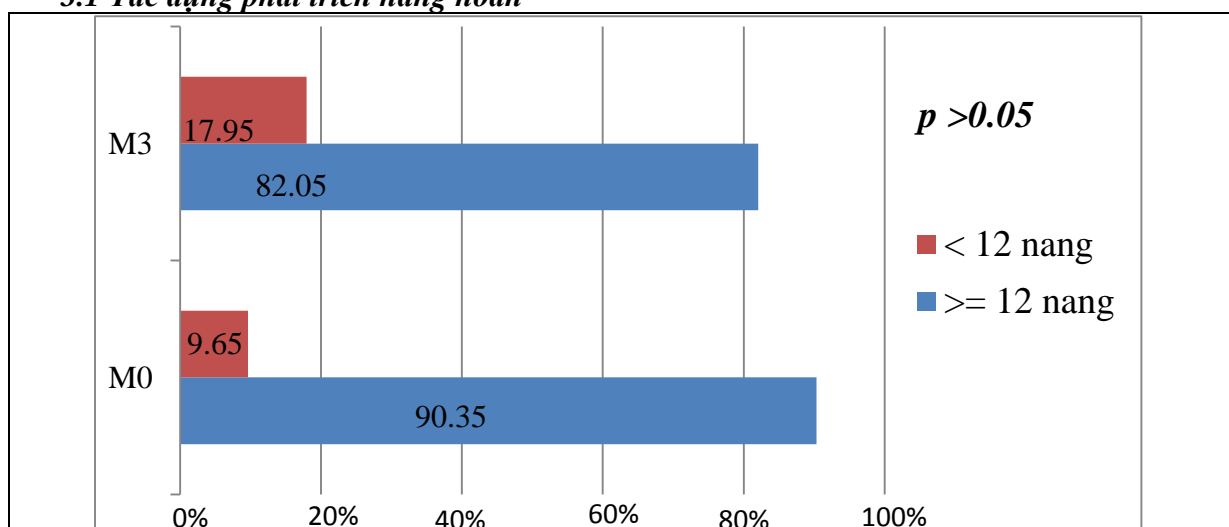
- Các chỉ số về siêu âm được theo dõi tại các thời điểm: ngày thứ hai của của CKKN trước điều trị và sau điều trị; ngày thứ 14 của CKKN giữa các đợt điều trị.

Phương pháp đánh giá kết quả

- ❖ Tác dụng phát triển nang noãn
 - Có tác dụng: sau điều trị bệnh nhân có nang noãn vượt trội hoặc kích thước nang noãn >14mm.
 - Không có tác dụng: sau điều trị bệnh nhân có nang noãn kích thước ≤14mm.
- ❖ Tác dụng phóng noãn
 - Có tác dụng: sau 3 tháng điều trị bệnh nhân có ít nhất 1 lần phóng noãn
 - Không tác dụng: sau 3 tháng bệnh nhân không phóng noãn lần nào.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Tác dụng phát triển nang noãn



Biểu đồ 1: Sự thay đổi tỷ lệ nang noãn trên một diện cắt siêu âm

Tỷ lệ bệnh nhân có số lượng nang noãn < 12 nang có xu hướng tăng dần sau điều trị (từ 9,65% lên 17,95%) nhưng vẫn chưa có ý nghĩa thống kê.

Bảng 1: So sánh kích thước nang noãn trưởng thành và vượt trội sau điều trị

| Kích thước trung bình nang noãn (mm) | Sau đợt điều trị 1 | Sau đợt điều trị 2 | Sau đợt điều trị 3 |
|--------------------------------------|--------------------|--------------------|--------------------|
| $\bar{X} \pm SD$ | 14,14 ± 2,33 | 15,09 ± 1,02 | 16,73 ± 0,78 |
| p | | $p_{12} > 0,05$ | $p_{23} < 0,05$ |
| | | | $p_{13} < 0,05$ |

Có sự thay đổi kích thước trung bình của nang noãn vượt trội sau điều trị 2 tháng (15,09 ± 1,02mm) và 3 tháng (16,73 ± 0,78mm) so với trước điều trị (14,14 ± 2,33 mm), có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2: Tỷ lệ bệnh nhân có nang noãn trưởng thành và vượt trội sau điều trị

| Thời điểm | Sau điều trị đợt 1 | Sau điều trị đợt 2 | Sau điều trị đợt 3 |
|-----------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Số lượng | 2 | 3 | 10 |
| Tỷ lệ % | 6,67 | 10 | 33,3 |
| p | | $p_{12} > 0,05$ | $p_{23} < 0,05$ |
| | | | $p_{13} < 0,05$ |

Tỷ lệ bệnh nhân có nang noãn trưởng thành ≥ 18mm tăng từ 6,7% giữa tháng thứ 1 lên 33,3% ở tháng thứ 3.

Bảng 3: Sự thay đổi tỷ lệ LH/FSH sau điều trị

| Tỷ lệ LH/FSH | Trước điều trị | | Sau điều trị | | p |
|--------------|----------------|------------|--------------|------------|------------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % | |
| <1 | 0 | 0 | 6 | 16,67 | |
| Từ 1 đến 2 | 16 | 53,30 | 17 | 56,67 | $p > 0,05$ |
| >2 | 14 | 46,70 | 7 | 26,66 | $p < 0,05$ |
| Tổng | 30 | 100 | 30 | 100 | |

Nồng độ LH trung bình có xu hướng giảm sau 3 tháng điều trị (có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$).

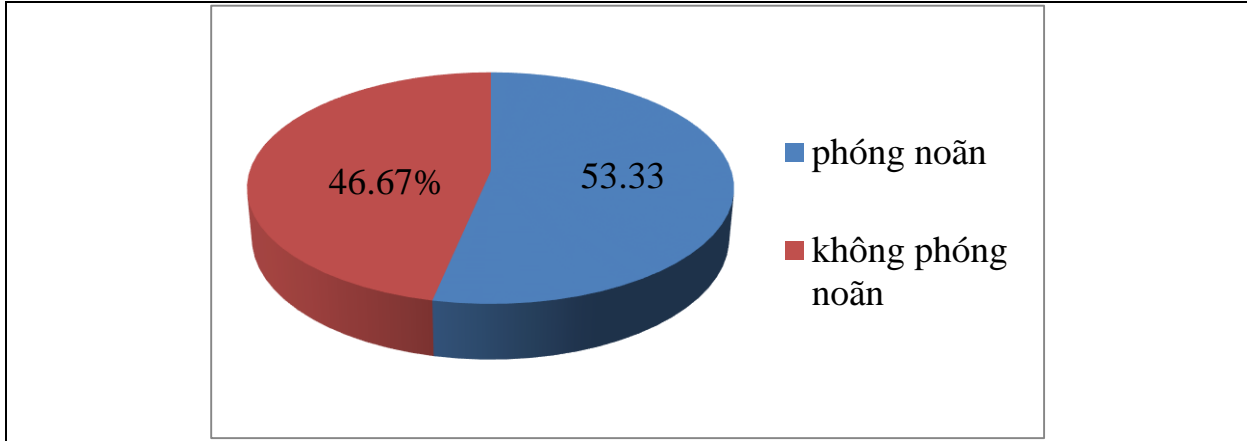
Theo YHHĐ khi nồng độ LH trong máu giảm nang noãn sẽ phát triển và estrogen tăng, chính estrogen tăng lại làm nang noãn phát triển đến chín. Theo YHCT nang noãn do thận tinh làm chủ, bài thuốc Ngũ thử diễm tông gồm các vị bổ thận điền tinh, thận tinh đầy đủ nang noãn sẽ phát triển.

3.2 Tác dụng phóng noãn

Bảng 4: Tỷ lệ bệnh nhân có phóng noãn

| Thời điểm | Sau điều trị đợt 1 | Sau điều trị đợt 2 | Sau điều trị đợt 3 |
|-----------|--------------------|--------------------|--------------------|
| Số lượng | 2 | 2 | 12 |
| Tỷ lệ | 6,76 | 6,76 | 40,00 |
| P | | $p_{12} > 0,05$ | $p_{23} < 0,05$ |
| | | | $p_{13} < 0,05$ |

Tỷ lệ bệnh nhân có phóng noãn sau điều trị đợt 3 là 40%, tăng so với điều trị đợt 1 và đợt 2, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).



Biểu đồ 2: Tác dụng phóng noãn chung

3.3 Tác dụng phóng noãn chung là 53,33%.

Theo YHHĐ chức năng buồng trứng được điều hòa bởi FSH và LH. Trong đó LH kích thích các tế bào vỏ tổng hợp androgen còn FSH chịu trách nhiệm điều hòa sự tăng sinh và hoạt tính enzyme thơm tại tế bào hạt. Mất cân bằng trong tỷ lệ FSH/LH do tăng LH sẽ dẫn đến gia tăng mạnh sinh tổng hợp androgen tại các tế bào vỏ. Chính do nồng độ androgen tăng cao dẫn tới các noãn không trưởng thành được nên quá trình phóng noãn bị rối loạn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ LH trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu ở ngưỡng cao và tỷ lệ LH/FSH đều > 1 (bảng 3). Sau 3 tháng điều trị, nồng độ LH giảm có ý nghĩa thống kê và tỷ lệ LH/FSH < 1 có xu hướng tăng.

Theo YHCT bài thuốc có tác dụng bổ thận điền tinh, khi thận tinh đầy đủ làm nang noãn phát triển đến giai đoạn trưởng thành, nang noãn chín sẽ có khả năng phóng noãn.

3.4 Về bài thuốc ngũ tử diễn tông

Bài thuốc được trích từ “Chứng trị chuẩn thăng” của danh y nổi tiếng thời Minh Vương Khảng Đường (1549 – 1613) [31]. Bài thuốc gồm 5 vị: thỏ ty tử 24g, cây kỷ tử 24g, phú bồn tử 24g, xa tiền tử 6g, ngũ vị tử 6 g. Bài thuốc chỉ có 5 vị nhưng mỗi vị đảm nhiệm một vai trò khác nhau. Thỏ ty tử bổ can thận, cố tinh. Câu kỷ tử bổ can thận âm, ích tinh huyết trong thận để cường tráng nguồn của thủy. Phú bồn tử bổ can thận cố tinh khí, cố niệu. Ngũ vị tử cố tinh liễm tinh. Xa tiền tử lợi niệu thanh nhiệt. bài thuốc được dùng trong điều trị vô sinh, vô kinh, rối loạn kinh nguyệt, tiền mãn kinh và mãn kinh ở nữ.

Theo YHCT có nhiều nguyên nhân dẫn đến các triệu chứng của buồng trứng đa nang như rối loạn kinh nguyệt, vô sinh... nhưng nguyên nhân chính là do thận tinh kém. Bài thuốc có các vị bổ thận điền tinh làm thận tinh đầy đủ kích thích nang noãn phát triển.

Ở những bệnh nhân mắc PCOS thì nồng độ LH trong máu tăng cao và kéo dài và mất cân bằng trong tỷ lệ LH/FSH dẫn tới các nang noãn không trưởng thành được nên quá trình phóng noãn bị rối loạn. Qua nghiên cứu thấy bệnh nhân có thay đổi nồng độ nội tiết tố LH và tỷ lệ LH/FSH giảm sau 3 tháng điều trị có ý nghĩa thống kê. Như vậy bài thuốc đã tác động vào cơ chế bệnh sinh của buồng trứng đa nang. Đây là minh chứng khoa học tác dụng của bài thuốc theo lý luận của YHCT

IV. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân có nang noãn trưởng thành và vượt trội ($\geq 18\text{mm}$) sau 3 tháng điều trị là 33,3%, tăng so với trước điều trị ($p < 0,05$). Tác dụng phóng noãn chung là 53.33%.

V. KIẾN NGHỊ

Cải dạng thuốc và nghiên cứu tác dụng điều trị vô sinh nữ do hội chứng buồng trứng đa nang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rotterdam ESHRE/ASRM-Sponsored PCOS Consensus Workshop Group. (2004). Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril*, **81**,19-25
2. Vũ Thị Phương Thảo (2014), Đánh giá tác dụng của bài thuốc Ngũ tử diễn tông trên bệnh nhân rối loạn kinh nguyệt do hội chứng buồng trứng đa nang, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Trường đại học y Hà Nội, Hà Nội.
3. Nguyễn Thị Mai Anh (2001), *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của hội chứng buồng trứng đa nang*, Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ y khoa, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
4. Võ Văn Bình(2004), *Ngũ tử diễn tông hoàn*, Trung Quốc danh phương toàn tập, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 360-362.

Kiến thức, Thái độ và Thực hành về nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính của bà mẹ có con dưới 5 tuổi nhập viện tại Khoa Nhi Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

Nguyễn Minh Tuấn*, Chu Thị Thùy Linh*,
Hoàng Thị Ngọc Bích*, Nguyễn Thị Nguyệt Minh*

TÓM TẮT⁶

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành về nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính của bà mẹ có con dưới 5 tuổi nhập viện tại khoa nhi bệnh viện Trung ương Thái Nguyên và xác định mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và thực hành về nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính với các đặc điểm nhân khẩu học. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích được tiến hành trên 385 bà mẹ có con dưới 5 tuổi mắc nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính. **Kết quả:** Biết đúng dấu hiệu NKHHCT chiếm 45,7 %. Chỉ có 17,1% bà mẹ biết đúng dấu hiệu cần đưa trẻ đi khám ngay và biết đúng dấu hiệu bệnh nặng hơn chiếm 14,0%. 100% bà mẹ có thái độ đúng về biện pháp phòng ngừa. Thực hành đúng về phòng ngừa NKHHCT chiếm 88,8%. 50,1% bà mẹ thực hành đúng về chọn nơi khám bệnh khi trẻ mắc NKHHCT. Thực hành đúng về chăm sóc khi trẻ mắc bệnh chiếm 21,8%. Kiến thức, thái độ và thực hành có mối liên quan với tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp của bà mẹ, dân tộc.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính, kiến thức, thái độ, thực hành.

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE ABOUT ACUTE

* Trường Cao đẳng Y Tế Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tuấn

Email: minhhtuanytn@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phân biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

RESPIRATORY INFECTIONS OF MOTHERS WITH CHILDREN UNDER 5 YEARS OLD IN PEDIATRIC CENTRAL GENERAL HOSPITAL THAI NGUYEN

Objective: To Evaluate the knowledge, attitude and practice about acute respiratory infections of mothers with children under 5 years old hospitalized in pediatrics Central Hospital Thai Nguyen and To determine the relationship between knowledge, attitude and practice about acute respiratory infection with demographic characteristics. **Subjects and Methods:** cross-sectional descriptive study analysis is performed on 385 mothers of children under age 5 with ARI (acute respiratory infection). **Results:** Knowing the right signs ARI 45.7%. Only 17.1% mothers who know the right signs should into doctor and knowing the right signs sicker 14.0%. 100% mothers who have the right attitude about precautions ARI. practice is right about precautions ARI 88,8%. 50,1% mothers practice is right about choose place examine diseases when children with ARI Practice is right take care when the children with ARI 21.8%. Knowledge, attitudes and practices with respect to age, education level, maternal occupation, ethnicity.

Keywords: acute respiratory infections, knowledge, attitudes, practice

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính (NKHHCT) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ. Ước tính năm 2015 toàn cầu có

khoảng 920.136 trẻ dưới 5 tuổi chết do nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính chiếm 15%. Việt Nam là quốc gia có số lượng trẻ tử vong do căn bệnh này khá cao, chiếm 14% trong số các ca tử vong [7]. Bà mẹ là người chăm sóc chính của trẻ vì vậy khi họ nhận biết sớm các dấu hiệu bệnh có thể làm giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong ở trẻ [2],[6]. Chính vì vậy nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu:

1. Đánh giá kiến thức, thái độ và thực hành về nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính của bà mẹ có con dưới 5 tuổi nhập viện tại khoa nhi bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên
2. Xác định mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và thực hành về nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính với các đặc điểm nhân khẩu học của bà mẹ có con dưới 5 tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Bà mẹ có con dưới 5 tuổi nhập viện vào khoa Nhi - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên vì bệnh NKHHCT trong thời gian từ tháng 4/2016 đến tháng 9/2016.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, thiết kế cắt ngang có phân tích.

- Cỡ mẫu: sử dụng công thức tính cỡ mẫu mô tả 1 tỷ lệ, được ước tính dựa trên tỷ lệ bà mẹ có kiến thức, thái độ, thực hành về NKHHCT là 0,5 với độ chính xác mong muốn $d=0,05$ và mức tin cậy 95%, tính được cỡ mẫu là 385 bà mẹ.

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{pq}{d^2} = 385$$

- Chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu không xác suất để lũy tích đủ cỡ mẫu trong khoảng thời gian nghiên cứu.

3. Phương pháp thu thập số liệu

Tham khảo hồ sơ bệnh án để lựa chọn đối tượng nghiên cứu, ghi chép thông tin hành chính của bệnh nhi và địa chỉ. Phỏng vấn trực tiếp mẹ trẻ dựa vào bộ câu hỏi thiết kế sẵn gồm 7 câu về kiến thức, 9 câu về thái độ và 6 câu về thực hành.

4. Phương pháp xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS 16.0 để phân tích số liệu thống kê mô tả bằng tần số, tỷ lệ %, kiểm định χ^2 được sử dụng để so sánh giữa các tỷ lệ %, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê đánh giá ở ngưỡng xác suất $p<0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kiến thức, thái độ và thực hành về NKHHCT của bà mẹ có con dưới 5 tuổi nhập viện tại khoa nhi bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên

3.1. Kiến thức về NKHHCT

Phần lớn bà mẹ biết về bệnh NKHHCT chiếm tỷ lệ 93,2%. Viêm phổi được bà mẹ nhắc đến nhiều nhất chiếm tỷ lệ 86%. Tuy nhiên vẫn còn 6,8% bà mẹ không biết bệnh nào trong nhóm bệnh NKHHCT. 92,7% bà mẹ biết ho là dấu hiệu trẻ mắc NKHHCT, tiếp đến dấu hiệu sốt chiếm 76,1%. Dấu hiệu cần đưa trẻ khám ngay được bà mẹ nói đến là khó thở chiếm tỷ lệ 84,4%, bà mẹ cho rằng trẻ co giật là bệnh của trẻ nặng hơn chiếm nhiều nhất 58,7%. Khi trẻ mắc bệnh, phần lớn bà mẹ cho rằng phải ăn đầy đủ dinh dưỡng chiếm 82,6%, vẫn còn 54,8% bà mẹ cho rằng trẻ phải ăn kiêng khi mắc bệnh. Khi trẻ chảy nước mũi, chủ yếu bà mẹ nói rằng họ lau bằng khăn chiếm 70,9%, 37,1% bà mẹ biết làm sâu kèn làm sạch mũi. Vẫn còn 7,0% bà mẹ không làm gì. Biện pháp phòng NKHHCT được bà mẹ nhắc đến nhiều nhất là giữ ấm cho trẻ chiếm 91,4%.

Bảng 1. Đánh giá kiến thức chung của bà mẹ về NKHHCT (n=385)

| Kiến thức | Đúng | | Không đúng | |
|--|----------|---------|------------|---------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % |
| Biết về bệnh NKHHCT | 359 | 93,2 | 26 | 6,8 |
| Biết các dấu hiệu NKHHCT | 176 | 45,7 | 209 | 54,3 |
| Biết dấu hiệu cần đưa trẻ đi khám ngay | 66 | 17,1 | 319 | 82,9 |
| Biết dấu hiệu bệnh nặng hơn | 54 | 14,0 | 331 | 86,0 |
| Biết cho trẻ ăn khi trẻ NKHHCT | 298 | 77,4 | 87 | 22,6 |
| Biết làm sạch mũi | 143 | 37,1 | 242 | 62,9 |
| Biết phòng ngừa NKHHCT | 271 | 70,4 | 114 | 29,6 |

Nhận xét: Phần lớn bà mẹ biết về NKHHCT chiếm tỷ lệ 93,8%, nhưng hiểu biết về các dấu hiệu của bệnh, đặc biệt là các dấu hiệu bệnh nặng và các biểu hiện cần đưa trẻ đi khám ngay còn hạn chế, chỉ đạt 14,0% và 17,1%.

3.2. Thái độ về bệnh NKHHCT

Số bà mẹ đồng ý rằng bệnh NKHHCT hay gặp ở trẻ nhỏ chiếm 96,6%, đồng ý với việc không nên hút thuốc trong nhà chiếm 87,3%, cần giữ ấm để phòng ngừa NKHHCT

chiếm 90,9%. Số bà mẹ đồng ý về việc bú sữa mẹ phòng NKHHCT chiếm 88,3%. Số bà mẹ đồng ý tiêm chủng đầy đủ cho trẻ chiếm 87,8%. Số bà mẹ đồng ý đưa trẻ đến cơ sở y tế khi mắc bệnh chiếm 88,3%. Phần lớn bà mẹ đồng ý cho trẻ ăn đầy đủ dinh dưỡng chiếm 90,6%. Số bà mẹ đồng ý làm sạch mũi bằng giấy thấm sâu kèn chiếm 86,8%. Phần lớn bà mẹ đồng ý rằng cần sự hướng dẫn của nhân viên y tế chiếm 96,6%.

Bảng 2. Đánh giá thái độ chung của bà mẹ về NKHHCT (n=385)

| Thái độ | Đúng | | Không đúng | |
|---|----------|---------|------------|---------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % |
| Thái độ chấp nhận những biện pháp phòng ngừa | 385 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Thái độ chấp nhận việc chọn nơi khám chữa bệnh | 340 | 88,3 | 45 | 11,7 |
| Thái độ chấp nhận những biện pháp chăm sóc trẻ NKHHCT | 331 | 86,0 | 54 | 14,0 |

Nhận xét: 100% bà mẹ có thái độ chấp nhận các biện pháp phòng ngừa. 88,3%, bà mẹ có thái độ đúng về chọn nơi khám chữa bệnh và 86,0% bà mẹ có thái độ đúng về biện pháp chăm sóc trẻ NKHHCT.

3.3. Thực hành khi trẻ mắc bệnh NKHHCT

Nơi khám bệnh khi trẻ có dấu hiệu NKHHCT được các bà mẹ lựa chọn nhiều

nhất là hiệu thuốc tây chiếm 49,9%, trạm y tế hoặc bệnh viện chiếm 31,4%, đi khám bác sĩ tư chiếm 18,7%. Số bà mẹ cho trẻ uống nước nhiều hơn bình thường khi sốt hoặc ho chiếm 62,3%. Tuy nhiên vẫn còn 1,3% số bà mẹ cho trẻ uống ít hơn bình thường. Khi trẻ ho, 27,8% bà mẹ sử dụng siro ho tây y để giảm ho, bà mẹ sử dụng thuốc ho dân gian chiếm 27,5%, sử dụng kháng sinh chiếm 42,5%.

Phần lớn bà mẹ dùng khăn lau mũi chiếm 21,8%, dùng miệng hút mũi chiếm 2,1%, 71,2%, dùng giấy thấm sâu kèn chiếm không làm gì chiếm 4,9%.

Bảng 3. Đánh giá thực hành chung của bà mẹ về NKHHCT (n=385)

| Nội dung | Đúng | | Không đúng | |
|---------------------------------------|----------|---------|------------|---------|
| | Số lượng | Tỷ lệ % | Số lượng | Tỷ lệ % |
| Thực hành về phòng ngừa bệnh NKHHCT | 342 | 88,8 | 43 | 11,2 |
| Thực hành về chọn nơi khám chữa bệnh | 193 | 50,1 | 192 | 49,9 |
| Thực hành về chăm sóc trẻ bệnh NKHHCT | 84 | 21,8 | 301 | 78,2 |

Nhận xét: Số bà mẹ thực hành đúng về phòng ngừa NKHHCT chiếm 88,8%, thực hành đúng về chọn nơi khám bệnh khi trẻ mắc NKHHCT chiếm 50,1%, thực hành đúng về chăm sóc khi trẻ mắc bệnh chiếm 21,8%, không đúng chiếm 78,2%.

2. Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và thực hành với đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 4. Mối liên quan giữa kiến thức phòng ngừa NKHHCT với các đặc điểm nhân khẩu học của bà mẹ

| Nội dung | | Kiến thức | | P (test χ^2) |
|-------------|----------------------|------------|------------------|--------------------|
| | | Đúng (n,%) | Không đúng (n,%) | |
| Nhóm tuổi | ≤ 25tuổi | 59 (55,7) | 47 (44,3) | <0,05 |
| | Từ 26 đến 35 tuổi | 174 (80,2) | 43 (19,8) | |
| | Trên 35 tuổi | 38 (61,3) | 24 (38,7) | |
| Nghề nghiệp | Công chức, viên chức | 125 (90,6) | 13 (9,4) | <0,05 |
| | Nông dân | 38 (40,4) | 56 (59,6) | |
| | Công nhân | 38 (71,7) | 15 (28,3) | |
| | Khác | 70 (70,0) | 30 (30,0) | |
| Học vấn | THPT trở lên | 219 (79,6) | 56 (20,4) | <0,05 |
| | THCS trở xuống | 52 (47,3) | 58 (52,7) | |
| Số con | 1 con | 127 (65,8) | 66 (34,2) | <0,05 |
| | 2 con trở lên | 144 (75,0) | 48 (25,0) | |
| Dân tộc | Kinh | 212 (78,2) | 59 (21,8) | <0,05 |
| | Thiểu số | 59 (51,8) | 55 (48,2) | |

Nhận xét: Đặc điểm nhân khẩu học của bà mẹ bao gồm (tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, dân tộc) có liên quan với kiến thức về phòng ngừa NKHHCT, $p < 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa thái độ chấp nhận những biện pháp chăm sóc trẻ NKHHCT với các đặc điểm nhân khẩu học của bà mẹ

| Nội dung | | Thái độ | | P (test χ^2) |
|-------------|----------------------|---------------|---------------------|-----------------------|
| | | Đúng (n,%) | Không đúng (n,%) | |
| Nhóm tuổi | ≤ 25 tuổi | 77 (72,6) | 29 (27,4) | <0,05 |
| | Từ 26 đến 35 tuổi | 200 (92,2) | 17 (7,8) | |
| | Trên 35 tuổi | 54 (87,1) | 8 (12,9) | |
| Nghề nghiệp | Công chức, viên chức | 137 (99,3) | 1 (0,7) | <0,05 |
| | Nông dân | 57 (60,6) | 37 (39,4) | |
| | Công nhân | 47 (88,7) | 6 (11,3) | |
| | Khác | 90 (90,0) | 10 (10,0) | |
| Học vấn | THPT trở lên | 262 (95,3) | 13 (4,7) | <0,05 |
| | THCS trở xuống | 69 (62,7) | 41 (37,2) | |
| Số con | 1 con | 154 (79,8) | 39 (20,2) | <0,05 |
| | 2 con trở lên | 177 (92,2) | 15 (7,8) | |
| Dân tộc | Kinh | 246 (90,8) | 25 (9,2) | <0,05 |
| | Thiểu số | 85 (74,6) | 29 (25,4) | |

Nhận xét: Đặc điểm nhân khẩu học của bà mẹ bao gồm (tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, số con, dân tộc) có mối liên quan với thái độ chấp nhận biện pháp chăm sóc trẻ NKHHCT có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Mối liên quan giữa thực hành về chăm sóc trẻ bệnh NKHHCT với các đặc điểm nhân khẩu học của bà mẹ

| Nội dung | | Thực hành | | P (test χ^2) |
|-------------|----------------------|---------------|---------------------|-----------------------|
| | | Đúng (n,%) | Không đúng (n,%) | |
| Nhóm tuổi | ≤ 25 tuổi | 11 (10,4) | 95 (89,6) | >0,05 |
| | Từ 26 đến 35 tuổi | 61 (28,1) | 156 (71,9) | |
| | Trên 35 tuổi | 12 (19,4) | 50 (80,6) | |
| Nghề nghiệp | Công chức, viên chức | 67 (48,6) | 71 (51,4) | <0,05 |

| | | | | |
|---------|----------------|-----------|------------|-------|
| | Nông dân | 0 (0,0) | 94 (100,0) | |
| | Công nhân | 5 (9,4) | 48 (90,6) | |
| | Khác | 12 (12,0) | 88 (88,0) | |
| Học vấn | THPT trở lên | 79 (28,7) | 196 (71,3) | <0,05 |
| | THCS trở xuống | 5 (4,5) | 105 (95,5) | |
| Số con | 1 con | 33 (17,1) | 160 (82,9) | <0,05 |
| | 2 con trở lên | 51 (26,6) | 141 (73,4) | |
| Dân tộc | Kinh | 73 (26,9) | 198 (73,1) | <0,05 |
| | Thiểu số | 11 (9,6) | 103 (90,4) | |

Nhận xét: Đặc điểm nhân khẩu học của bà mẹ bao gồm (trình độ học vấn, nghề nghiệp, số con, dân tộc) có mối liên quan với thực hành chăm sóc trẻ NKHHCT có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Đặc điểm tuổi không có mối liên quan với thực hành chăm sóc trẻ NKHHCT với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Kiến thức thái độ và thực hành về NKHHCT của bà mẹ có con dưới 5 tuổi nhập viện tại khoa nhi bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên

* **Kiến thức:** Trong 8 câu hỏi về kiến thức có 3 câu hỏi được bà mẹ trả lời đúng, chiếm tỷ lệ cao từ 70,4% - 93,2%. Trong đó kiến thức về bệnh NKHHCT đạt tỷ lệ cao nhất 93,2% thấp hơn so với nghiên cứu của Phạm Ngọc Hà 98,2% [2]. Kiến thức phòng ngừa, cho trẻ ăn khi mắc bệnh chiếm câu hỏi cho trẻ ăn khi mắc bệnh chiếm 70,4%, 77,4%, cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Ngọc Hà 31,8%, 75,8% [2]. Có lẽ nghiên cứu của chúng tôi tiến hành ở bệnh viện nên có thể các bà mẹ đã được cán bộ y tế hướng dẫn cách chăm sóc trẻ khi mắc bệnh và các biện pháp phòng ngừa. Số bà mẹ biết đúng về dấu hiệu NKHHCT thấp hơn mức trung bình chiếm 45,7%, biết đúng dấu hiệu cần đưa trẻ đi khám ngay chiếm 17,1%, biết đúng dấu

hiệu bệnh nặng hơn chiếm 14,0%, kết quả của nghiên cứu này thấp hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Hương 89,04%, 80,22%, 68,49% [3]. Có thể là do số bà mẹ dân tộc thiểu số của nghiên cứu này chiếm 29,6%, chiếm 1/3 mẫu nghiên cứu. Do đó ảnh hưởng tới hiểu biết về dấu hiệu bệnh, dấu hiệu cần đưa trẻ đi khám, và dấu hiệu bệnh nặng hơn, biết đúng làm sạch mũi bằng giấy thấm chiếm 37,1%. Kết quả này tương đối phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Thùy Hương 37,44% [3].

* **Thái độ:** Hầu hết các câu hỏi về thái độ số lượng bà mẹ đồng ý và rất đồng ý chiếm tỷ lệ cao. Trong đó 2 câu hỏi có sự đồng ý cao nhất là bệnh NKHHCT hay gặp ở trẻ nhỏ, sự cần thiết hướng dẫn của nhân viên y tế chiếm tỷ lệ 96,6%, tiếp đến là câu hỏi về giữ ấm để phòng bệnh, cho trẻ ăn đầy đủ dinh dưỡng chiếm 90,9%, 90,6%. Các câu hỏi về thái độ còn lại cũng được bà mẹ đồng ý chiếm tỷ lệ từ 86,8 - 88,3% tương đối phù

hợp với nghiên cứu Nguyễn Thị Thùy Hương thấp nhất 77,2%, cao nhất 97,7% [3]. Thái độ đồng ý cao có nghĩa là có sự đồng thuận cao của các bà mẹ, tạo thuận lợi cho việc tuyên truyền giáo dục sức khỏe giúp thay đổi thực hành trong chăm sóc cũng như phòng bệnh cho trẻ.

* **Thực hành:** Biện pháp phòng ngừa bà mẹ thường xuyên thực hành là giữ ấm cho trẻ khi thời tiết lạnh. Nhiều bà mẹ biết đến tác hại của khói thuốc lá và họ yêu cầu thành viên trong gia đình không hút thuốc lá trong nhà chiếm 99,7%. Lợi ích từ việc làm cho con bú mẹ hay đưa trẻ đi tiêm chủng đúng quy định chiếm tỷ lệ cao 99,7%, 88,8%, cao hơn nghiên cứu của Phạm Ngọc Hà 94,1%, 88,3% [2]. Tuy nhiên khi trẻ mắc bệnh việc chọn đúng nơi khám chữa bệnh vẫn còn 49,9% bà mẹ thực hiện không đúng. Điều đáng buồn hơn nữa là chỉ có 21,8% bà mẹ thực hành chăm sóc đúng khi trẻ mắc bệnh. Theo Mai Anh Tuấn, nhóm trẻ không được tiêm phòng đầy đủ có nguy cơ mắc NKHHCT cao hơn gấp 7,92 lần [5].

2. Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ và thực hành về NKHHCT của bà mẹ có con dưới 5 tuổi với các đặc điểm nhân khẩu học

*** Mối liên quan giữa kiến thức về NKHHCT của bà mẹ với các đặc điểm nhân khẩu học**

Biến số tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, số con, dân tộc có mối liên quan với kiến thức về NKHHCT. Kiến thức về NKHHCT có xu hướng tăng ở nhóm bà mẹ làm công chức, viên chức và tăng lên theo trình độ học vấn của bà mẹ. Kết quả này tương đối phù hợp với báo cáo điều tra Mics

Việt Nam 2014 và kết quả nghiên cứu của Nguyễn Xuân Lành [1],[4].

*** Mối liên quan giữa thái độ về NKHHCT của bà mẹ với các đặc điểm nhân khẩu học**

Qua kết quả phân tích cho thấy có mối tương quan giữa thái độ của bà mẹ với đặc điểm nhân khẩu học bao gồm (tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, số con, dân tộc). Các biến số nhóm tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn, số con, dân tộc có mối liên quan tích cực tới thái độ về NKHHCT của bà mẹ. Thái độ đồng ý có xu hướng tăng ở nhóm bà mẹ tuổi càng cao, và nhóm bà mẹ có từ 2 con trở lên. Nhóm bà mẹ này có nhiều kinh nghiệm chăm sóc, lựa chọn nơi khám bệnh cũng như có các biện pháp phòng ngừa vì vậy họ có thái độ đúng về NKHHCT.

*** Mối liên quan giữa thực hành về NKHHCT của bà mẹ với các đặc điểm nhân khẩu học**

Qua kết quả phân tích đặc điểm dân số học của bà mẹ bao gồm (tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, dân tộc) có mối liên quan với thực hành về phòng ngừa, thực hành chọn nơi khám chữa bệnh, với thực hành chăm sóc trẻ bệnh NKHHCT có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các bà mẹ có trình độ học vấn cao, làm việc trong cơ quan nhà nước họ có điều kiện học hỏi, tìm tòi kiến thức thực hành qua sách vở báo chí. Họ nhận thức vấn đề nhanh hơn nhất là khi có cán bộ y tế hướng dẫn, do đó thực hành đúng về phòng bệnh NKHHCT nhiều hơn. Kết quả này tương đối phù hợp với nghiên cứu của Phạm Ngọc Hà [2]. Đặc điểm số con không có mối liên quan với thực hành về phòng ngừa bệnh NKHHCT. Đặc điểm số con

không có mối liên quan tích cực đến thực hành phòng bệnh, có lẽ là do nhóm bà mẹ có 1 con và nhóm bà mẹ có 2 con trở lên ở nghiên cứu này có tỷ lệ tương đương 50,1%, 49,9%. Mặt khác nhóm bà mẹ 1 con lại là những bà mẹ có trình độ học vấn cao, và làm việc trong cơ quan nhà nước

V. KẾT LUẬN

1. Kiến thức, thái độ và thực hành về NKHHCT của bà mẹ có con dưới 5 tuổi nhập viện tại khoa Nhi - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên chưa tốt:

- Kiến thức đúng về NKHHCT của bà mẹ còn hạn chế, đặc biệt là các dấu hiệu bệnh nặng và các biểu hiện cần đưa trẻ đi khám ngay còn hạn chế, chỉ đạt 14,0% và 17,1%.

- Thái độ đúng về NKHHCT của bà mẹ khá cao, 100% bà mẹ có thái độ chấp nhận các biện pháp phòng ngừa và 86,0% bà mẹ có thái độ đúng về biện pháp chăm sóc trẻ NKHHCT.

- Thực hành đúng về chăm sóc khi trẻ mắc bệnh còn thấp, chiếm 21,8%.

2. Có mối liên quan thuận giữa kiến thức, thái độ và thực hành về NKHHCT với các đặc điểm nhân khẩu học của bà mẹ có con dưới 5 tuổi như tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp, số con, dân tộc ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Báo cáo Mics Việt Nam (2014). Điều tra đánh giá các mục tiêu trẻ em và phụ nữ 2014. www.mics.gso.gov.vn

2. **Phạm Ngọc Hà** (2005). *Khảo sát Kiến thức-Thái độ - Thực hành về phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính của những bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại thị trấn Tân Túc- huyện Bình Chánh – TP Hồ Chí Minh*. Luận văn thạc sĩ
3. **Nguyễn Thị Thùy Hương, Lê Hoàng Ninh** (2012). Kiến thức, thái độ và thực hành về phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính của bà mẹ có con dưới 5 tuổi nhập viện tại khoa nhi bệnh viện Ninh Phước, Ninh Thuận. *Tạp chí nghiên cứu khoa học*, 16 (3), 38-45.
4. **Nguyễn Xuân Lành** (2010). *Kiến thức về bệnh viêm phổi của các bà mẹ có con dưới 5 tuổi và các yếu tố liên quan*. Luận văn thạc sĩ.
5. **Mai Anh Tuấn** (2008). *Tình hình nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính và một số yếu tố liên quan đến NKHHCT ở trẻ dưới 5 tuổi tại huyện Chợ Mới tỉnh Bắc Kạn*, Luận văn thạc sĩ. Đại học Y Dược Thái Nguyên
6. **Fawzia El Sayed Abusaad and Sahar Farouk Hashem** (2014). Mothers' learning needs assessment regarding pneumonia among children less than five years at Saudi Arabia. *Journal of Research in Nursing and Midwifery*. Vol. 3(5) pp. 85-93. <http://www.interestjournals.org>
7. **World Health Organization (WHO)** (2015) Estimates of child cause of death, acute respiratory infection 2015. <http://apps.who.int/gho/data/node.main.ChildMortlangen>

XÁC ĐỊNH MỨC ĐỘ NHẠY CẢM VỚI KHÁNG SINH CỦA VI KHUẨN SINH B- LACTAMASE PHỔ RỘNG (ESBL: *EXTENDED SPECTRUM B-LACTAMASE*) TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC, NĂM 2015-2016

**Hà Thị Nguyệt Minh*, Bùi Huy Tùng*, Nguyễn Thanh Huyền*,
Nguyễn Thanh Thủy*, Vũ Văn Hải***

TÓM TẮT⁷

Xác định tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh từ 115 chủng vi khuẩn sinh ESBL được phân lập được từ 115 bệnh nhân tại khoa Vi sinh, Bệnh viện Việt Đức trong 6 tháng (từ tháng 11/2015 đến 4/2016), cho kết quả có 5 loại vi khuẩn sinh ESBL nhưng chủ yếu là: *E. coli* 73%, *klebsiella* 22%, *Proteus* 4%. Kết quả nhận được là: Tỷ lệ nhạy cảm của *E. coli* và *Klebsiella* với cefoperazon + sulbactam (86,9%; 88%); ticarcillin + clavulanate (69%; 40%); amikacin (65,4%; 40%); levofloxacin (51,2%; 36%); cefoxitin (54,8%; 72%). *E. coli* và *Klebsiella* kháng với kháng sinh cefuroxim, ceftriaxon, cefotaxim, ceftazidim (100%). Nồng độ ức chế tối thiểu (MIC) ertapenem và imipenem của 33 chủng vi khuẩn sinh ESBL: vi khuẩn sinh ESBL kháng với imipenem ($\geq 4 \mu\text{g/mL}$) với 12,1% và 9,1%, kháng với ertapenem (2 $\mu\text{g/ml}$).

Từ khóa: vi khuẩn sinh β - lactamase

SUMMARY

Determining the percentage of antibiotic sensitivity from 115 strains ESBL isolated from 115 patients at the Department of Microbiology, Vietnam-Germany Hospital for 6 months (11/2015 to 4/2016), resulting in the 5 isolated bacteria which are mainly: *E. coli* majority of (73%), *klebsiella* (22%), *Proteus* (4%),

Citrobacter (0,9%), *Enterobacter* (0,9 %). The received results revealed that: *E. coli* and *Klebsiella* were sensitive to cefoperazon + sulbactam (86.9%; 88%); Ticarcillin + clavulanate (69%; 40%); amikacin (65.4%; 40%); levofloxacin (51.2%; 36%); cefoxitin (54.8% of 72%). *E. coli* and *Klebsiella* were resistant to cefuroxime, ceftriaxon, cefotaxime, Ceftazidim (100%). The minimum inhibitory concentration (MIC) of ertapenem and imipenem 33 strains ESBL bacteria: MIC of resistant to imipenem ($\geq 4 \mu\text{g/mL}$) with 12,1% and ertapenem (2 $\mu\text{g/mL}$) with 9.1%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn do các vi khuẩn sinh enzym β - lactamase phổ rộng (ESBL: *Extended Spectrum β -lactamase*) là vi khuẩn gram âm và thường gặp là *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas aeruginosa*... Vi khuẩn sinh ESBL sẽ kháng toàn bộ các penicillin, cephalosporin và aztreonam. Hơn nữa chúng còn có khả năng đề kháng chéo với nhiều nhóm kháng sinh khác như aminoglycoside, fluoroquinolone... Điều này đã gây rất nhiều khó khăn cho điều trị do việc lựa chọn kháng sinh bị thu hẹp. Những bệnh nhân nhiễm khuẩn do vi khuẩn sinh ESBL có bệnh cảnh lâm sàng thường nặng, tỷ lệ tử vong cao. Trước thực trạng trên, nhóm nghiên cứu đã tiến hành đề tài tại Bệnh viện Việt Đức, là một bệnh viện đầu ngành về ngoại khoa trong cả nước, số

* Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Thị Nguyệt Minh

Email: hanguyetminh.cdyhn@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

lượng bệnh nhân cũng như bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng. Hàng ngày thực hiện rất nhiều các loại phẫu thuật cho người bệnh. Bệnh viện đã áp dụng rất nhiều tiến bộ khoa học kỹ thuật mới, cùng với sự ra đời của nhiều kháng sinh thế hệ mới đã đem lại nhiều kết quả khả quan trong điều trị và dự phòng nhiễm khuẩn bệnh viện nói chung và các nhiễm khuẩn do vi khuẩn gram âm nói riêng nhất là các vi khuẩn sinh ESBL. Tuy nhiên, tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL và khả năng đề kháng với kháng sinh của các vi khuẩn này cũng thay đổi và gia tăng theo thời gian.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 115 Chủng vi khuẩn sinh ESBL phân lập được tại khoa vi sinh – Bệnh viện Việt Đức, trong thời gian từ tháng 11/2015 đến 4/2016

2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu : Khoa vi sinh - Bệnh viện Việt Đức

2.3. Vật liệu, phương tiện nghiên cứu

- Môi trường, sinh phẩm của hãng Bio-Merieux.

+ Khoanh giấy kháng sinh các loại

+ Chủng vi khuẩn chuẩn quốc tế: *E. coli* ACTT 11775 và *K. pneumoniae* ATCC 700603.

- Một số thiết bị dụng cụ phòng thí nghiệm và dụng cụ tiêu hao: dụng cụ chuyên dụng của phòng xét nghiệm

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Thiết kế: Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang tại thời điểm

nghiên cứu, phân lập được vi khuẩn sinh ESBL.

2.4.2. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu:

- 115 chủng vi khuẩn sinh ESBL phân lập được tại khoa Vi sinh - Bệnh viện Việt Đức.

- Kỹ thuật chọn mẫu: 115 chủng vi khuẩn sinh ESBL phân lập được tại khoa Vi sinh - Bệnh viện Việt Đức, từ 11/2015 đến 4/2016.

2.4.3. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp lấy bệnh phẩm, nuôi cấy, định danh vi khuẩn được thực hiện theo kỹ thuật thường quy của khoa vi sinh, bệnh viện Việt Đức, theo hướng dẫn của CLSI 2015.

- Xác định vi khuẩn sinh ESBL: bằng phương pháp đĩa kết hợp theo CLSI 2015.

- Kháng sinh đồ: Theo CLSI, năm 2015

+ Kỹ thuật khoanh giấy kháng sinh khuếch tán trên thạch của Kirby Bauer cải tiến.

+ Kỹ thuật xác định MIC.

2.5. Xử lý số liệu: Theo tets thống kê, tỷ lệ % và phần mềm SPSS 20.

2.6. Y đức trong nghiên cứu: Trung thực khách quan trong nghiên cứu

2.7. Sai số: Trong quá trình nghiên cứu có thể gặp một số sai số sau:

- Tuân thủ đúng chỉ định cấy khuẩn của Bác sỹ, đúng kỹ thuật và thời điểm lấy mẫu bệnh phẩm.

- Tuân thủ kỹ thuật nuôi cấy, định danh, phát hiện ESBL và làm kháng sinh đồ.

2.8. Hạn chế sai số

Lựa chọn thành viên có đủ năng lực, kinh nghiệm và trách nhiệm khi tham gia.

Thực hiện đúng qui trình nuôi cấy, phân lập và làm kháng sinh đồ.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Sự phân bố của vi khuẩn sinh ESBL

3.1.1. Sự phân bố của vi khuẩn sinh ESBL

Bảng 3.1. Phân bố vi khuẩn sinh ESBL

| Vi khuẩn | n | Tỷ lệ % |
|---------------------|------------|-------------|
| <i>E. coli</i> | 84 | 73 |
| <i>Klebsiella</i> | 25 | 21,7 |
| <i>Proteus</i> | 4 | 3,5 |
| <i>Citrobacter</i> | 1 | 0,9 |
| <i>Enterobacter</i> | 1 | 0,9 |
| Tổng số | 115 | 100% |

Từ bảng 3.1. có sự phân bố vi khuẩn sinh ESBL chủ yếu là thuộc họ trực khuẩn đường ruột, trong đó *E. coli* chiếm đa số 73%, *Klebsiella* 22%, *Proteus* 4%, *Citrobacter* 0,9%, *Enterobacter* 0,9 %. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi xem xét về các loài vi khuẩn sinh ESBL thì *E. coli* sinh ESBL chiếm tỷ lệ cao nhất. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của đa số các tác giả đều nhận thấy *E. coli* và *Klebsiella* là 2 loài chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng số vi khuẩn sinh ESBL.

Theo nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hồng tại bệnh viện Bình Dân (2012) cho thấy: vi khuẩn sinh ESBL thường gặp là *Escherichia coli* (37,65%), *Enterobacter* (32,73%), *Klebsiella* (33,33%)[3]. Trần Đỗ Hùng và cs tại Bệnh viện Đa khoa Cần Thơ (2012): Có 5 loại trực khuẩn Gram âm sinh ESBL là *Escherichia coli* 34,5%, *Klebsiella pneumoniae* 17,8%, *Proteus mirabilis*

12,0%, *Enterobacter spp* 10,7%[2]. Nghiên cứu của các tác giả trên thế giới thì chỉ ra rằng có sự khác nhau về tỷ lệ sinh ESBL giữa các khu vực nghiên cứu, tuy nhiên loài vi khuẩn chiếm ưu thế được ghi nhận vẫn là *E. coli* và *Klebsiella*. Đáng lưu ý là tỷ lệ này đang tăng rất nhanh theo từng năm, theo nghiên cứu của Hà Thu Vân tại bệnh viện 103 trong 3 năm 2010; 2011; 2013 tăng tương ứng từ 25% ; 37,8%; 39,4%[5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ *E. coli* cao hơn so với một số nghiên cứu trong nước, có thể do chúng tôi thực hiện tại bệnh viện ngoại khoa tuyến cuối, nơi tập chung nhiều bệnh nhân nặng, có nhiều can thiệp.

Nói chung có kết quả tương đồng giữa các bệnh viện về tỷ lệ sinh ESBL của *E. coli* và *Klebsiella* chiếm chủ yếu. Hầu hết các tác giả đều nhấn mạnh về sự thích nghi của các vi khuẩn này trong môi trường bệnh viện.

3.1.2. Phân bố vi khuẩn sinh ESBL theo khoa điều trị

Bảng 3.2. Phân bố vi khuẩn sinh ESBL theo khoa điều trị

| Khoa | n | Tỷ lệ % |
|-----------------------|----|---------|
| Chấn thương | 23 | 20 |
| Hồi sức | 20 | 17,4 |
| Phẫu thuật gan mật | 18 | 15,7 |
| Phẫu thuật tiết niệu | 11 | 9,6 |
| Phẫu thuật tiêu hóa | 9 | 7,8 |
| Điều trị theo yêu cầu | 8 | 7,0 |
| Phẫu thuật thần kinh | 6 | 5,2 |

| | | |
|------------------------|------------|-------------|
| Phẫu thuật nhiễm khuẩn | 6 | 5,2 |
| Các khoa khác | 14 | 12,1 |
| Tổng số | 115 | 100% |

Tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL trong nghiên cứu sự phân bố vi khuẩn sinh ESBL gặp chủ yếu ở khoa chấn thương, hồi sức cấp cứu, phẫu thuật gan mật, phẫu thuật tiết niệu.

Theo Nguyễn Thị Ngọc Anh tại bệnh viện Nhi đồng 2 (2006) tỷ lệ sinh ESBL phân lập được nhiều nhất tại khoa Thận- Máu- Nội tiết (22,47%), khoa hồi sức (19,2%)[1]. Theo

Paterson (2005) vi khuẩn sinh ESBL thường tập chung ở các đơn vị chăm sóc đặc biệt và lây lan đến các khoa khác trong bệnh viện[6].

Như vậy, kết quả vi khuẩn sinh ESBL trong nghiên cứu này cũng như các nghiên cứu trong và ngoài nước đều phân lập được từ các khoa có bệnh nhân nặng, phẫu thuật, thời gian nằm viện lâu ngày...

3.1.3. Phân bố vi khuẩn sinh ESBL theo bệnh phẩm.

Bảng 3.3. Phân bố vi khuẩn sinh ESBL theo bệnh phẩm

| Bệnh phẩm | n | Tỷ lệ % |
|-------------------------------|------------|-------------|
| Dịch ổ bụng - dịch mật | 41 | 35,6 |
| Dịch vết thương - mủ - vết mổ | 36 | 31,3 |
| Dịch phế quản - đờm | 23 | 20 |
| Nước tiểu | 10 | 8,7 |
| Dịch khác | 5 | 4,4 |
| Tổng số | 115 | 100% |

Trong nghiên cứu bệnh phẩm phân lập được nhiều vi khuẩn sinh ESBL là dịch ổ bụng - dịch mật (35,6%), dịch các loại vết mổ - mủ - dịch vết mổ (31,3%), Dịch phế quản - đờm (20%), nước tiểu (8,7%) và dịch khác (4,4%).

Theo nghiên cứu của Hà Thu Vân tại bệnh viện 103 (2010 - 2013) bệnh phẩm phân lập được nhiều vi khuẩn sinh ESBL là nước tiểu - dịch đường sinh dục (32,5%), dịch vết

thương- vết mổ (26,8%) và máu (21,3%)[5]. Theo Nguyễn Thị Ngọc Anh tại bệnh viện Nhi đồng 2 (2006) bệnh phẩm phân lập được nhiều vi khuẩn sinh ESBL là nước tiểu (27,25%), tiếp theo là đờm (16,03%), mủ (20,2%)[1].

Như vậy có sự khác nhau về các loại bệnh phẩm phân lập được vi khuẩn sinh ESBL ở các bệnh viện, do tùy thuộc vào mô hình bệnh tật của mỗi bệnh viện.

3.2. Xác định mức độ nhạy cảm với kháng sinh của vi khuẩn sinh ESBL

3.2.1. Tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh của *E. coli*

Bảng 3.4. Tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh của *E. coli*

| Kháng sinh | S | | I | | R | |
|-----------------|----|------|---|-----|----|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Cefoxitin (FOX) | 46 | 54,8 | 3 | 3,6 | 35 | 41,6 |
| Cefuroxim (CMX) | 0 | 0 | 0 | 0 | 84 | 100 |
| Cefotaxim (CTX) | 0 | 0 | 0 | 0 | 84 | 100 |

| | | | | | | |
|---------------------------|----|------|---|-----|----|------|
| Ceftriaxon (CRO) | 0 | 0 | 0 | 0 | 84 | 100 |
| Ceftazidim (CAZ) | 0 | 0 | 0 | 0 | 84 | 100 |
| Ticarcillin + clavulanate | 58 | 69 | 5 | 6 | 21 | 25 |
| Cefoperazone + sulbactam | 73 | 86,9 | 8 | 9,5 | 3 | 3,6 |
| Amikacin (AN) | 55 | 65,4 | 5 | 6,0 | 24 | 28,6 |
| Levofloxacin (LEV) | 43 | 51,2 | 2 | 2,4 | 39 | 46,4 |

Bảng 3.4: Tỷ lệ nhạy cảm của *E. coli* với: cefoperazon + sulbactam (86,9%); neltimicin (85%); ticarcillin + clavulanate (69%); amikacin (65,4%); levofloxacin (51,2%); cefoxitin (54,8%). Tỷ lệ kháng kháng sinh của *E. coli* rất cao với các kháng sinh thuộc nhóm β – lactam như cefuroxim, ceftriaxon, cefotaxim, ceftazidim (100%).

3.2.2. Tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh của *Klebsiella*

Bảng 3.5. Tỷ lệ nhạy cảm với kháng sinh của *Klebsiella*

| Kháng sinh | S | | I | | R | |
|---------------------------|----|----|---|---|----|-----|
| | n | % | n | % | n | % |
| Cefoxitin (FOX) | 18 | 72 | 1 | 4 | 6 | 24 |
| Cefuroxim (CMX) | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 | 100 |
| Cefotaxim (CTX) | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 | 100 |
| Ceftriaxon (CRO) | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 | 100 |
| Ceftazidim (CAZ) | 0 | 0 | 0 | 0 | 25 | 100 |
| Ticarcillin + clavulanate | 10 | 40 | 2 | 8 | 13 | 52 |
| Cefoperazone + sulbactam | 22 | 88 | 1 | 4 | 2 | 8 |
| Amikacin (AN) | 10 | 40 | 1 | 4 | 14 | 56 |
| Levofloxacin (LEV) | 9 | 36 | 0 | 0 | 16 | 64 |

Theo bảng 3.5: Tỷ lệ nhạy cảm của *Klebsiella* với: cefoperazon + sulbactam (88%); cefoxitin (72%); ticarcillin + clavulanate (40%); amikacin (40%); levofloxacin (36%). Tỷ lệ kháng kháng sinh của *Klebsiella* rất cao với các kháng sinh thuộc nhóm β – lactam như cefuroxim, ceftriaxon, cefotaxim, ceftazidim (100%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước.

Theo nghiên cứu của Phạm Thị Thu Hồng tại bệnh viện Bình Dân (2012) cho thấy: tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL kháng 100% đối với kháng sinh nhóm cephalosporin, trên

70% đối với gentamycin, ciprofloxacin; trên 40% đối với amoxicillin/acid clavulanic và kháng dưới 10% đối với ertapenem. Riêng đối với imipenem kháng *Proteus* 16,67% và chưa có tỉ lệ đề kháng đối với *Escherichia coli*, *Klebsiella*, *Enterobacter*.. [3]. Nghiên cứu của Trần Đỗ Hùng tại Bệnh viện Đa khoa Cần Thơ (2012): tỷ lệ vi khuẩn sinh ESBL có tỷ lệ đề kháng kháng sinh cao hơn nhiều so với các vi khuẩn không sinh ESBL, nhất là với các kháng sinh như: ampicilline, cephalosporin và cefotaxime gần như là 100%, kể đến là tetracycline và Bactrim. Các chủng sinh ESBL đề kháng mức độ cao với gentamycine (>70%), đề kháng trung bình

với ciprofloxacin (từ 39,2% đến 59,2%) và mức độ đề kháng thấp nhất là Amoxicillin/acid clavulanic[2]. Theo Nguyễn Đắc Trung và cs nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên và Bệnh viện Trường Đại Học Y dược Thái

Nguyên (2014) cho kết quả: các chủng *E. coli* và *K. pneumoniae* sinh ESBL đều đề kháng các cephalosporin thế hệ 3 (ceftriaxone, cefuroxime, ceftazidime, cefotaxime) ở mức độ cao.[4].

3.2.3. Xác định nồng độ ức chế tối thiểu (MIC) ertapenem và imipenem của vi khuẩn sinh ESBL

Bảng 3.6. Nồng độ ức chế tối thiểu của vi khuẩn sinh ESBL với ertapenem và imipenem

| Nồng độ($\mu\text{g/mL}$) | MIC ertapenem | | MIC imipenem | |
|-----------------------------|---------------|-------------|--------------|-------------|
| | n | % | n | % |
| 0,25 | 27 | 81,8 | 5 | 15,2 |
| 0.5 | 1 | 3 | 11 | 33,3 |
| 1 | 2 | 6,1 | 9 | 27,3 |
| 2 | 3 | 9,1 | 3 | 9,1 |
| 3 | | | 1 | 3 |
| 4 | | | 1 | 3 |
| ≥ 8 | | | 3 | 9,1 |
| Tổng | 33 | 100% | 33 | 100% |

Nhận xét: Nồng độ ức chế tối thiểu của ertapenem từ 0,25 đến 2 $\mu\text{g/mL}$. Trong đó chủ yếu là nồng độ 0,25 $\mu\text{g/mL}$ chiếm 81,8%. Nồng độ ức chế tối thiểu (MIC) ertapenem và imipenem của 33 chủng vi khuẩn sinh ESBL: vi khuẩn sinh ESBL kháng với imipenem ($\geq 4 \mu\text{g/ml}$) với 12,1% và 9,1%, kháng với ertapenem (2 $\mu\text{g/ml}$).

Theo Hà Thị Thu Vân tại bệnh viện 103, *E. coli* kháng imipenem 20%[5]. Trần Đỗ Hùng tại bệnh viện đa khoa Cần Thơ, vi khuẩn sinh ESBL còn nhạy cảm 100% với imipenem[2]. Theo Shah Kinal (2012), thực hiện xác định MIC của 53 chủng *E. coli* và *Klebsiella* tại một Bệnh viện Ấn Độ cho kết quả MIC ertapenem $\leq 0,5 \mu\text{g/mL}$ [6].

Điều này cũng hoàn toàn phù hợp với 1 số nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước. So với kết quả của Trần Đỗ Hùng thấp hơn so với kết quả của chúng tôi. Nguyên

nhân có thể do bệnh viện Việt Đức là bệnh viện tập trung nhiều bệnh nhân nặng hơn, tần suất sử dụng các kháng sinh nhiều hơn do đó vi khuẩn kháng thuốc với tỷ lệ cao hơn. Điều này cũng lý giải kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu tại bệnh viện 103.

IV. KẾT LUẬN

4.1. Sự phân bố của vi khuẩn sinh ESBL

- Sự phân bố của vi khuẩn sinh ESBL chủ yếu là *E. coli* chiếm 73%, *klebsiella* 22%, *Proteus* 4%.

-Vi khuẩn sinh ESBL thường gặp ở các khoa chấn thương, hồi sức cấp cứu, phẫu thuật gan mật, phẫu thuật tiết niệu.

- Bệnh phẩm phân lập vi khuẩn sinh ESBL là dịch ổ bụng - dịch mật (35,6%), dịch các loại vết mổ - mổ - dịch vết mổ

(31,3%), Dịch phế quản - đờm (20%), nước tiểu (8,7%) và dịch khác (4,4%).

4.2. Xác định mức độ nhạy cảm với kháng sinh của vi khuẩn sinh ESBL

- Tỷ lệ nhạy cảm của *E. coli* với: ertapenem (92,8%); cefoperazon + sulbactam (86,9%); neltimicin (85%); ticarcillin + clavulanate (69%); amikacin (65,4%); levofloxacin (51,2%); cefoxitin (54,8%). Tỷ lệ kháng kháng sinh của *E. coli* rất cao với các kháng sinh thuộc nhóm β – lactam như cefuroxim, ceftriaxon, cefotaxim, ceftazidim (100%).

- Tỷ lệ nhạy cảm của *Klebsiella* với: ertapenem (96%); cefoperazon + sulbactam (88%); cefoxitin (72%); ticarcillin + clavulanate (40%); amikacin (40%); levofloxacin (36%); Tỷ lệ kháng kháng sinh của *Klebsiella* rất cao với các kháng sinh thuộc nhóm

β – lactam như cefuroxim, ceftriaxon, cefotaxim, ceftazidim (100%), ampicillin (96%).

- Nồng độ ức chế tối thiểu (MIC) của 33 chủng vi khuẩn sinh ESBL: Vi khuẩn sinh ESBL kháng với imipenem (≥ 4 $\mu\text{g/ml}$) với 12,1% và 9,1%, kháng với ertapenem (2 $\mu\text{g/ml}$).

V. KIẾN NGHỊ

Thường xuyên theo dõi tỷ lệ, mức độ nhạy cảm với kháng sinh của vi khuẩn nhất là các vi khuẩn sinh ESBL và carbamapenem để có hướng điều trị phù hợp.

Với các bệnh nhân nhiễm khuẩn sinh ESBL cần cách ly và có dụng cụ can thiệp riêng.

Với các bệnh nhân nhiễm khuẩn do vi khuẩn ESBL, điều trị nhất thiết phải làm kháng sinh đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Ngọc Anh (2011)**, “Nghiên cứu khả năng sinh beta- lactamase phổ rộng và tính kháng kháng sinh của một số trực khuẩn gram âm phân lập tại bệnh viện Nhi Đồng 2 từ 2007 đến 2010”, *Luận văn Thạc sỹ Y học*, Học viện Quân Y
2. **Trần Đỗ Hùng và CS (2013)**, “Nghiên cứu một số trực khuẩn gram âm sinh beta-lactamase phổ mở rộng phân lập tại bệnh viện đa khoa Cần Thơ ”, *Tạp chí Y học TP HCM* 14(2), tr 65.
3. **Phan Thị Thu Hồng và CS (2012)**, “Khảo sát vi khuẩn tiết ESBL tại bệnh viện Bình Dân”, *Tạp chí YHTP HCM, số 1 - tập 16, 2012*.
4. **Nguyễn Đắc Trung và CS (2013-2014)**, “Đặc điểm kháng kháng sinh và khả năng sinh β -lactamase của một số chủng *E. coli* và *Klebsiella pneumoniae* tại bệnh viện Đa khoa trung ương Thái Nguyên và bệnh viện Trường Đại học Y dược Thái Nguyên 4/2012 – 4/2013”, *Tạp chí khoa học và công nghệ* 118 (2014).
5. **Hà Thị Thu Vân (2011)**, “Nghiên cứu tỷ lệ, sự phân bố và mức độ kháng kháng sinh của các chủng enterobacteriaceae sinh beta-lactamase phổ rộng, carbamapenemase tại bệnh viện 103 từ 1/2010 đến tháng 6/2013”, *Luận văn Thạc sỹ Y học*, Học viện Quân Y
6. **Shah Kinal, Mulaa Summaya A (2012)**, “Susceptibilities of ESBL – producing enterobacteriaceae to ertapenem, meropenem and piperacillin - tazobactam” *National journal of medical reseach*, Volume 2 issue 2 apr- June 2012 : 223–225.

TÌNH HÌNH SỬ DỤNG HÓA CHẤT VÀ CÁC THUỐC HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ CÁC BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI TRUNG TÂM Y HỌC HẠT NHÂN VÀ UNG BƯỚU BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Bảo Ngọc*, Phạm Cẩm Phương**

TÓM TẮT⁸

Mục tiêu: Đánh giá tình hình sử dụng hóa chất và các thuốc hỗ trợ các bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu-Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** 49 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IIIB, IV được hóa trị liệu các phác đồ có dẫn chất platin, phân tích liều dùng, hiệu chỉnh liều, độc tính và cách xử lý. **Kết quả:** Tuổi trung bình 59,9; tỷ lệ nam/nữ là 3,9/1; 67,3% giai đoạn IV. Phác đồ Paclitaxel/Carboplatin được sử dụng nhiều nhất. Liều dùng còn chưa được hiệu chỉnh theo chức năng thận gặp trong 9 lượt điều trị. Độc tính chủ yếu xảy ra đối với hệ tạo huyết (52,4% giảm Hb độ 1 đến độ 3; 21,1% giảm bạch cầu trung tính các mức độ). Các độc tính được xử trí đúng theo hướng dẫn của NCCN. **Kết luận:** Việc sử dụng hóa chất và các thuốc hỗ trợ điều trị 49 bệnh nhân UTPKTBN đạt được yêu cầu điều trị, các độc tính đều ở mức độ chấp nhận được. Tuy nhiên, cần lưu ý hiệu chỉnh liều ở các bệnh nhân có biểu hiện suy thận.

Từ khóa: UTPKTBN, hóa chất, các thuốc hỗ trợ.

SUMMARY

CHEMOTHERAPY AND THERAPEUTIC SUPPORTED DRUGS FOR TREATING THE PATIENTS WITH NON – SMALL CELL LUNG CANCER AT THE NUCLEAR MEDICINE AND ONCOLOGY CENTER, BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the quality of patients' life with non-small cell lung cancer (NSCLC) treated at The Nuclear Medicine and Oncology Center-Bach Mai Hospital. **Patients and Methods:** 49 patients with NSCLC stage IIIB, IV were treated by platinum chemotherapy drugs entered onto this prospective study and analyzed dose, dose adjustment, toxic and processing. **Results:** average age 59.9; male/female 3.9/1; stage IV 67.3%. Paclitaxel/Carboplatin was used most commonly. Nine treatment cycles had been adjusted dose basing on renal fuction. The blood disorders were mainly side effects (52.4% anemia, 21.1% leukopenia). Side effects of chemotherapy had been well managed according to NCCN's guideline. **Conclusions:** 49 patients with NSCLC treated by chemotherapy and supported drugs had good therapeutic effectiveness with acceptable toxic side effects. However, dose adjustment should be considered with renal insufficiency patients.

Key word: NSCLC, chemotherapy, supported drugs.

* Trường Đại học Y dược Thái Nguyên,

** Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Bảo Ngọc

Email: ngoctranbao72@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phân biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là bệnh lý ác tính phổ biến, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong các bệnh ung thư trên thế giới. UTP đang trở thành mối lo ngại đe dọa sức khỏe, sự phát triển của toàn cầu. Theo ghi nhận của Globocan 2012, ước tính có 1,8 triệu trường hợp mới mắc (chiếm 12,9%) và 1,59 triệu người chết (chiếm 19,4%) trong tổng số ung thư mới mắc ở cả nam và nữ. Trong đó, ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) là dạng thường gặp, chiếm 80-85% UTP [1].

Do nhiều nguyên nhân khác nhau, nên bệnh nhân UTP tới viện thường ở giai đoạn muộn. Từ đó chỉ định phẫu thuật triệt căn chiếm tỷ lệ thấp, chủ yếu được hóa trị kết hợp xạ trị. Đã có nhiều thử nghiệm và nghiên cứu về UTPKTBN nhưng hầu hết các nghiên cứu đều tập trung tới khía cạnh hiệu quả điều trị, thời gian sống còn, tác dụng không mong muốn của các hóa chất, thuốc và các kỹ thuật điều trị. Vấn đề sử dụng hóa chất thế nào? Các thuốc hỗ trợ để giảm thiểu độc tính ra sao? đến nay vẫn chưa được nhiều tác giả quan tâm.

Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: **Đánh giá tình hình sử dụng hóa chất và các thuốc hỗ trợ điều trị các bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Trung tâm y học hạt nhân và ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai.**

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

49 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là UTPKTBN giai đoạn IIIb hoặc IV, được chỉ định hóa trị với các mục đích khác nhau bằng sử dụng các phác đồ có dẫn chất platin tại Trung tâm Y học hạt nhân và ung bướu Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 10/2014 đến 3/2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu và xử lý số liệu

* *Thiết kế nghiên cứu:* Mô tả cắt ngang kết quả can thiệp lâm sàng.

* *Phân tích tình hình sử dụng hóa chất và các thuốc hỗ trợ*

Các BN đủ tiêu chuẩn truyền hóa chất được chỉ định sử dụng các phác đồ hóa trị có dẫn chất platin tối thiểu 3 chu kỳ.

Các BN được theo dõi sát về độc tính, đánh giá chúng theo tiêu chuẩn của CTCAE phiên bản 4.0 năm 2009 [2].

Chức năng thận được đánh giá để hiệu chỉnh liều theo hệ số thanh thải creatinin (Clcr), được tính theo công thức Cockcroft & Gault:

$Cl-Cr \text{ (ml/ phút)} = \{(140 - \text{tuổi}) \times \text{trọng lượng (kg)}\} / \{72 \times \text{Creatininine máu (mg/dl)}\} \times 0,85$; với bệnh nhân nữ

* *Xử lý số liệu:* Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng các thuật toán phù hợp để kiểm định, so sánh kết quả.

III. KẾT QUẢ

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân UTPKTBN theo nhóm tuổi và giới

| Chỉ tiêu | | n | Tỷ lệ (%) |
|-----------|---------|----|-----------|
| Giới tính | Nam | 39 | 79,6 |
| | Nữ | 10 | 20,4 |
| | Tổng | 49 | 100,0 |
| | ≤ 40 | 2 | 4,1 |
| | 41 - 50 | 3 | 6,1 |

| | | | |
|----------------|-----------------|------------|-------|
| Tuổi | 51 - 60 | 21 | 42,9 |
| | 61 - 70 | 18 | 36,7 |
| | ≥ 71 | 5 | 10,2 |
| | Tổng | 49 | 100,0 |
| | Tuổi trung bình | 59,9 ± 9,3 | |
| Giai đoạn bệnh | IIIB | 16 | 32,7 |
| | IV | 33 | 67,3 |

Nhận xét: Tuổi của nhóm bệnh nhân nghiên cứu phân bố từ 30 đến 78 tuổi, chủ yếu trong độ tuổi từ 51 đến 70 chiếm 79,6%. Tuổi trung bình nhóm BN nghiên cứu là 59,9 tuổi.

Nam giới chiếm tỷ lệ cao (79,6%) so với giới nữ (20,4%). Tỷ lệ nam/ nữ là 3,9/1. 33 BN giai đoạn IV (67,3%).

Bảng 3.2. Các phác đồ hóa chất đã được sử dụng

| TT | Phác đồ sử dụng | Giai đoạn IIIB | Giai đoạn IV | Tổng số (%) |
|---------|--------------------------|----------------|--------------|-------------|
| 1. | Paclitaxel - carboplatin | 8 | 12 | 20 (40,8%) |
| 2. | Paclitaxel - cisplatin | 6 | 10 | 16 (32,7%) |
| 3. | Docetaxel - cisplatin | 1 | 4 | 5 (10,2%) |
| 4. | Gemcitabin - cisplatin | 0 | 2 | 2 (4,1%) |
| 5. | Etoposide - cisplatin | 1 | 3 | 4 (8,2%) |
| 6. | Irinotecan - cisplatin | 0 | 2 | 2 (4,1%) |
| Tổng số | | 16 | 33 | 49 (100,0%) |

Nhận xét:

49 bệnh nhân nghiên cứu bao gồm 27 BN chưa được điều trị gì trước đây, 11 BN đã được phẫu thuật và 11 BN sử dụng kết hợp hóa xạ trị.

Theo thiết kế nghiên cứu, chúng tôi chọn lựa 100% các BN sử dụng phác đồ có dẫn chất platin trong đó phác đồ Paclitaxel/Carboplatin được sử dụng nhiều nhất (với 20 BN chiếm tỉ lệ 40,8%), và tiếp

theo là phác đồ Paclitaxel/Cisplatin (16 BN chiếm tỉ lệ 32,7%).

Tất cả các BN được hóa trị trong nghiên cứu đều đã được tính liều theo diện tích da ở mỗi đợt điều trị, do đó chúng tôi chỉ xem xét sự lựa chọn liều theo độc tính và chức năng thận và độc tính hệ tạo huyết của BN. Bảng 3.3. thể hiện tần suất và tỷ lệ đợt hóa trị được hiệu chỉnh và tổng số đợt cần phải hiệu chỉnh liều.

Bảng 3.3. Đặc điểm hiệu chỉnh liều dùng

| Cơ sở hiệu chỉnh liều | | Tần suất | Tỷ lệ % | Tổng (n=147) |
|-----------------------|-----------------------|----------|---------|---------------|
| Độc tính huyết học | Có được hiệu chỉnh | 30 | 93,8 | 32 (21,8%) |
| | Không được hiệu chỉnh | 2 | 6,2 | |
| | Cần được hiệu chỉnh | 32 | 100,0 | |
| Chức năng thận | Có được hiệu chỉnh | 0 | 0,0 | 9 (6,1%) |
| | Không được hiệu chỉnh | 9 | 100,0 | |
| | Cần được hiệu chỉnh | 9 | 100,0 | |

Nhận xét: Qua 147 chu kỳ hóa trị, hầu hết các BN đều hiệu chỉnh liều theo độc tính trên huyết học. Tuy nhiên, có 9 lượt điều trị (6,1%) cần phải hiệu chỉnh liều theo chức năng thận, song chưa được tiến hành.

Bảng 3.4. Các thuốc hỗ trợ khi truyền hóa chất

| Nhóm thuốc | Thuốc cụ thể | n | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------|---|----|-----------|
| Chống nôn | Ondansetron, Osetron, Ondem, Primperan... | 49 | 100,0 |
| Chống sốt | Dimedrol, depersolon | 49 | 100,0 |
| Chống oxy hóa, giải độc | Reamberin, glutathion | 49 | 100,0 |
| Bảo vệ tế bào gan | Levomel, Phylopa, Hepolive, Hepaur | 45 | 91,2 |
| Nâng cao thể trạng | Các acid amin, polyvitamin | 43 | 87,8 |
| Giảm đau | Mobic, ultracet, Durogesic, Osaphine... | 30 | 61,2 |
| Giảm ho, long đờm | ACC 200, efferalgan – codein | 44 | 59,2 |
| Tăng cường miễn dịch | Acidone, newferon, cycloferon | 24 | 49,0 |
| Tiêu chảy | Loperamid | 9 | 18,4 |
| Nâng BC, TC, Hb | Epokin, peg-grafeel 6mg, leucokin | 8 | 16,3 |
| Truyền máu | Máu | 7 | 14,3 |

Nhận xét:

Các thuốc sử dụng kèm trong điều trị rất đa dạng: điều trị triệu chứng đặc trưng là giảm đau, giảm ho, tăng cường miễn dịch, nâng cao thể trạng...

Hầu hết các BN được dùng kèm các thuốc chống nôn, chống sốt, chống oxy hóa,

giải độc; các thuốc bảo vệ tế bào gan và điều trị nâng cao thể trạng

Khoảng 50-60% các BN được sử dụng các thuốc giảm đau, giảm ho long đờm và thuốc tăng cường miễn dịch.

Chỉ khoảng 10-20% các BN dùng các thuốc để chống tiêu chảy, nâng số lượng các tế bào máu và truyền máu.

Bảng 3.5. Độc tính cấp tính khi hóa trị liệu

| Độc tính | Hóa trị (147 lượt điều trị) | | Hóa trị (49 BN) | | |
|--------------------------|-----------------------------|----|-----------------|-----|------|
| | Phân loại | Độ | n | (%) | n |
| Giảm hemoglobin | 1 | 63 | 42,9 | 34 | 69,4 |
| | 2 | 8 | 5,4 | | |
| | 3 | 6 | 4,1 | | |
| Giảm số lượng bạch cầu | 1 | 23 | 15,6 | 16 | 32,7 |
| | 2 | 2 | 1,4 | | |
| | 3 | 1 | 0,7 | | |
| Giảm bạch cầu trung tính | 1 | 24 | 16,3 | 16 | 32,7 |
| | 2 | 4 | 2,7 | | |
| | 3 | 2 | 1,4 | | |
| | 4 | 1 | 0,7 | | |
| Tăng AST | 1 | 18 | 12,2 | 13 | 26,5 |
| | 2 | 2 | 1,4 | | |

| | | | | | |
|----------------|---|----|------|----|------|
| Tăng ALT | 1 | 19 | 12,9 | 16 | 32,7 |
| | 2 | 4 | 2,7 | | |
| | 3 | 2 | 1,4 | | |
| Tăng creatinin | 1 | 12 | 8,2 | 9 | 18,4 |
| | 2 | 2 | 1,4 | | |

Nhận xét:

Các độc tính trên hệ tạo huyết hay gặp nhất với tỉ lệ 69,4% giảm Hb từ độ 1 tới độ 3, 32,7% giảm bạch cầu (trong đó 1 BN giảm số lượng độ 3; 3 BN giảm bạch cầu trung tính độ 3, độ 4).

Độc tính với chức năng gan gặp mức độ thấp, nhưng trong giới hạn có thể điều chỉnh được.

Trong nghiên cứu này có 9 BN tăng creatinin mức độ nhẹ.

Độc tính độ 4 trên hệ tạo huyết và chức năng gan thận không xảy ra ở các bệnh nhân nghiên cứu ngoại trừ 1 lượt điều trị (0,7%) giảm bạch cầu trung tính độ 4.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi là một trong những yếu tố quan trọng trong nghiên cứu về ung thư, vì tuổi có mối tương quan với thời gian BN tiếp xúc với các tác nhân gây ung thư. BN trong nghiên cứu của chúng tôi có tuổi từ 30 tới 78 tuổi, chủ yếu nằm trong độ tuổi từ 51 tới 70. Tuổi trung bình là 59,9, khá tương đồng với nghiên cứu của N.T. Lựu (2013) [3], H.M. Anh [4].

Hóa trị là phương pháp điều trị kinh điển cho bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn tiến xa, các phác đồ hóa chất rất đa dạng. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phác đồ hóa chất được sử dụng nhiều nhất trong UTPKTBN ở Bệnh viện Bạch Mai là paclitaxel/carboplatin chiếm tới 44,9% sau đó tới paclitaxel/cisplatin chiếm 32,7%, các phác đồ

hóa trị khác đều có sự phối hợp của một dẫn chất platinum với một hóa chất khác. Phác đồ paclitaxel/carboplatin được lựa chọn là phác đồ đầu tay của nhiều bác sĩ lâm sàng đối với các nhóm bệnh này, ở Hoa Kỳ phác đồ này cũng được lựa chọn cho điều trị bước 1 đối với UTPKTBN giai đoạn tiến triển và di căn mặc dù nhiều nghiên cứu cho thấy paclitaxel/carboplatin không vượt trội so với các phác đồ khác về tỷ lệ đáp ứng cũng như sống thêm của BN UTP [5]. Tất cả các BN đều được sử dụng hóa chất có platinum, như vậy có thể thấy dẫn chất này đóng vai trò quan trọng làm nền tảng trong điều trị bệnh UTPKTBN giai đoạn tiến xa. Bên cạnh đó, chúng tôi chỉ lựa chọn vào nghiên cứu những BN chưa từng được hóa trị trước đó để giảm ảnh hưởng về các mặt tác dụng không mong muốn. Ngoài ra, do nhiều nguyên nhân khách quan, cho nên việc sử dụng các phác đồ hóa trị khá đa dạng, làm hạn chế trong kết quả phân tích, so sánh.

Hóa chất là nhóm thuốc độc tế bào nên việc pha chế, sử dụng có những đặc thù riêng và đa số các hóa chất được dùng theo đường tĩnh mạch nên việc lựa chọn dung môi pha chế cũng rất quan trọng để không làm ảnh hưởng đến độ ổn định của thuốc và không xảy ra tương tác. Trong nghiên cứu này, tất cả các hóa chất đã được pha trong dung môi NaCl 0,9% là dung môi thích hợp để pha các hóa chất. Thời gian truyền của các hóa chất

phù hợp trừ một số trường hợp yêu cầu truyền trong thời gian dài như cisplatin (phải truyền thời gian tối thiểu 6 giờ) thì truyền nhanh hơn thời gian tối thiểu, nhưng mức chênh lệch thời gian trong các trường hợp này không lớn.

Bên cạnh hiệu quả điều trị của thuốc thì tác dụng không mong muốn luôn là mối lo ngại trong điều trị ung thư, đặc biệt đối với BN giai đoạn tiến xa, thời điểm cả thể chất và tinh thần của BN đều giảm sút, từ đó họ trở nên nhạy cảm hơn với các tác dụng không mong muốn của thuốc. Mặc dù đã lựa chọn những phác đồ ưu việt có hiệu quả tương đương, ít tác dụng không mong muốn nhưng nhóm thuốc hóa trị vẫn không tránh khỏi những tác dụng không mong muốn kinh điển của nó. Độc tính trên hệ huyết học là độc tính thường gặp ở hầu hết các phác đồ hóa trị, mức độ độc tính thường nặng và nghiêm trọng. Nghiên cứu của Schiller cho thấy các phác đồ hóa trị đều gây ra độc tính trên huyết học: giảm bạch cầu trung tính độ 3, độ 4 gặp ở 63-75% bệnh nhân, thiếu máu độ 3, độ 4 ở 10-28% trường hợp [6]; thử nghiệm lâm sàng pha III EORTC 08975 cho độc tính độ 3, độ 4 với giảm bạch cầu trung tính và thiếu máu lần lượt là 30-43% và 3-11%, tương ứng [7]. Qua theo dõi 147 lượt truyền hóa chất được sử dụng, chúng tôi gặp 77 lượt (gặp trong 34 BN) giảm nồng độ Hb, chiếm 52,4% trong đó có 4,1% giảm độ 3; 17,7% lượt giảm bạch cầu, trong đó có 0,7% (1 lượt điều trị) giảm độ 3; 21,1% giảm bạch cầu trung tính trong đó 2,1% giảm độ 3, độ 4. Như vậy, độc tính trên huyết học trong nghiên cứu của chúng

tôi chủ yếu ở mức độ nhẹ (độ 1, độ 2), độc tính nặng và nghiêm trọng ít hơn và độc tính xảy ra thấp hơn nhiều so với hai thử nghiệm lâm sàng nói trên.

Các BN được truyền hóa chất bắt buộc phải sử dụng các thuốc hỗ trợ để điều trị triệu chứng và giảm thiểu các tác dụng không mong muốn. Trong nghiên cứu, có 14,3% BN phải truyền máu, 16,3% bệnh nhân hóa trị dùng thuốc nâng bạch cầu, hemoglobin. Việc truyền máu, sử dụng các thuốc nâng bạch cầu dự phòng cùng với giảm liều hóa chất ở những BN gặp độc tính ở chu kỳ trước đã góp phần làm giảm độc tính trên huyết học trên nhóm BN nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra, BN nhóm này còn được sử dụng kèm theo một số nhóm thuốc khác để điều trị triệu chứng đặc trưng của UTP như giảm đau, giảm ho, chống hủy xương; các nhóm thuốc nâng cao thể trạng, điều hòa miễn dịch, bổ gan, bảo vệ tế bào gan, thuốc nhóm chống nôn, chống sốt, chống oxy hóa, giải độc với tỷ lệ khá cao. Tuy nhiên, chúng tôi còn thấy 9 BN độc tính tới chức năng thận nhưng không được hiệu chỉnh liều.

Với thời gian nghiên cứu ngắn, số lượng BN không nhiều, các phác đồ phong phú cho nên kết quả phân tích cũng chưa thể đại diện được. Hy vọng đây là một ý kiến mang tính cá nhân để các nhà điều trị ung thư lưu ý trên lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân có tuổi từ 30 tới 78 tuổi, chủ yếu nằm trong độ tuổi từ 51 tới 70. Tuổi trung bình là 59,9. Tỷ lệ nam/nữ là 3,9/1.

Tất cả BN đều được sử dụng phác đồ có dẫn chất platin, trong đó phác đồ paclitaxel/carboplatin được sử dụng nhiều nhất. Liều dùng một số hóa chất còn chưa được hiệu chỉnh theo chức năng thận ở 9 lượt điều trị.

Độc tính chủ yếu xảy ra đối với hệ tạo huyết (52,4% giảm Hb độ 1 đến độ 3; 21,1% giảm bạch cầu trung tính các mức độ). Độc tính tới gan, thận đều ở mức độ thấp.

Các thuốc hỗ trợ chủ yếu là các thuốc điều trị triệu chứng ho, khó thở, đau và một số thuốc bảo vệ tế bào gan, cao thể trạng, tăng cường miễn dịch. Ngoài ra, 100% BN được dùng kèm với thuốc chống nôn, chống sốt, chống oxy hóa, thải độc, một số được sử dụng thuốc tăng bạch cầu, và truyền máu. Việc sử dụng này đều đúng theo hướng dẫn của NCCN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. International agency for research on cancer (2012)**, “Globocan 2012: Estimated cancer incidence, Mortality and prevalence worldwide in 2012”, World health organization.
- 2. Health US Department of Services Human (2011)**, “National Cancer Institute. Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE)”, Version 4.0. Published: May 28, 2009 (v4. 03: June 14, 2010).
- 3. Nguyễn Thị Lựu (2013)**, “Đánh giá hiệu quả phác đồ paclitaxel phối hợp carboplatin trong điều trị ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn IV chưa di căn não”, Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú chuyên ngành ung thư, bệnh viện Bạch Mai.
- 4. Hồ Mai Anh (2010)**, “Khảo sát tình hình sử dụng hóa chất điều trị ung thư phổi tại trung tâm y học hạt nhân và ung bướu bệnh viện Bạch Mai”, Luận văn thạc sĩ dược học chuyên ngành dược lý - dược lâm sàng, Đại học Dược Hà Nội.
- 5. Zhu J.D, Sharma A.B, Chen B.E et al (2013)**, "Comparative effectiveness of three platinum-doublet chemotherapy regimens in elderly patients with advanced non-small cell lung cancer". *Cancer*, 119 (11), p. 2048-2060.
- 6. Schiller J.H, Harrington C.P, Belani C et al (2002)**, "Comparison of four chemotherapy regimens for advanced non-small-cell lung cancer", *N Engl J Med*, 346 (2), p. 92-98.
- 7. Smit E.F, Van Meerbeeck P, Lianes C et al (2003)**, "Three-arm randomized study of two cisplatin-based regimens and paclitaxel plus gemcitabine in advanced non-small-cell lung cancer: a phase III trial of the European Organization for Research and Treatment of Cancer Lung Cancer Group-EORTC 08975", *J Clin Oncol*, 21 (21), p. 3909-3917.

NGHIÊN CỨU BƯỚC ĐẦU YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN BẰNG PHƯƠNG PHÁP TÁN SỎI NGOÀI CƠ THỂ TẠI BỆNH VIỆN C THÁI NGUYÊN NĂM 2015

Lê Văn Quang*, Nguyễn Phương Nhung*,
Nguyễn Thị Thanh Hải*

TÓM TẮT⁹

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể và nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sạch sỏi trong điều trị. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu trên 48 bệnh nhân được tán sỏi ngoài cơ thể tại Bệnh viện C Thái Nguyên. **Kết quả:** Kết quả điều trị TSNCT bước đầu cho kết quả khả quan, tỷ lệ sạch sỏi sau tán lần 1, 2, 3 tương ứng là 53,7%; 31,6%, 14,7%; các biến chứng sau tán sỏi đều nhẹ. Một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sạch sỏi là kích thước sỏi >15mm; thận bên tán sỏi có ứ nước từ độ II trở lên, độ cản quang mạnh và bề mặt viên sỏi trơn bóng.

Từ khóa: Tán sỏi ngoài cơ thể (TSNCT), tỷ lệ sạch sỏi

SUMMARY

INITIAL STUDY ON FACTORS AFFECTING AND THE RESULTS OF TREATMENT OF KIDNEY STONES BY LITHOTRIPSY METHODS OUTSIDE THE BODY IN THAI NGUYEN HOSPITAL C IN 2015

Objective: To evaluate the results of treatment of kidney stones by lithotripsy methods outside the body and a number of good comments affect the rate in the treatment of clean gravel.

* Bệnh viện C Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Quang

Email: vanquangletn@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Research methodology: Describe prospective on 48 patients lithotripsy body at Thai Nguyen Hospital C. **Results:** Lithotripsy treatment results from the body initially positive results, the rate of spread was clean gravel after 1, 2, 3, respectively, 53.7%; 31.6%, 14.7%; lithotripsy complications are mild. Several factors affect the rate of clean gravel size stones > 15mm; lithotripsy kidney side with fluid from level II or higher, the photoresist surface vessels and smooth stones

Keywords: Lithotripsy outside body, the proportion of clean gravel

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là một bệnh lý ngoại khoa thường gặp với tỷ lệ bệnh vào khoảng 2 - 3% dân số và thay đổi tùy theo từng vùng. Bệnh sỏi tiết niệu có tỷ lệ tái phát cao; khoảng 10% sau 1 năm; 35% sau 5 năm; 50% sau 10 năm. Sỏi thận chiếm 40-60% sỏi tiết niệu, gây nên nhiều biến chứng, có thể gây suy thận và tử vong [1].

Điều trị sỏi tiết niệu nói chung và sỏi thận nói riêng vẫn gặp rất nhiều khó khăn, một tỷ lệ đáng kể cần phải mổ mở và nhiều tai biến - biến chứng nặng có thể xảy ra. Với những thành tựu vượt bậc trong các lĩnh vực: chẩn đoán hình ảnh, công nghệ và trang thiết bị nội soi, dụng cụ phá sỏi... từ năm 1980 trở lại đây, phẫu thuật mở lấy sỏi thận bị thu hẹp chỉ định do sự ra đời của các phương pháp điều trị ngoại khoa ít xâm hại như: tán sỏi thận qua da, tán sỏi thận qua nội soi niệu quản ngược dòng, mổ bể thận lấy sỏi bằng

phẫu thuật nội soi trong hoặc sau phúc mạc, đặc biệt, phương pháp TSNCT bằng sóng xung kích (Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy – ESWL) từ khi được ứng dụng trên lâm sàng năm 1980 đã phát triển nhanh chóng và trở thành sự lựa chọn đáng tin cậy trong điều trị sỏi thận đơn giản bởi hiệu quả và bản chất không xâm hại. Sự xuất hiện của các kỹ thuật này có thể được coi như một cuộc cách mạng kỹ thuật trong điều trị sỏi tiết niệu.

Ngày nay, ở các nước phát triển, các phương pháp điều trị ít xâm hại được sử dụng đơn thuần hoặc phối hợp đã giải quyết được hầu hết các bệnh nhân sỏi đường tiết niệu trên, tỷ lệ phải mổ mở chỉ còn khoảng từ 1-3%. [1], [2], [3]

Ở Việt Nam, từ năm 1990 trở lại đây, phương pháp TSNCT đã được áp dụng ở một số cơ sở y tế. Tuy nhiên, tính chất bệnh lý sỏi tiết niệu ở Việt Nam rất phức tạp, bệnh nhân thường đến muộn với sỏi to và nhiều biến chứng, đó là những yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị, đồng thời chỉ định và kỹ thuật điều trị sỏi thận bằng phương pháp TSNCT chưa thống nhất.

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị sỏi thận bằng phương pháp TSNCT và nhận xét một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sạch sỏi tại bệnh viện C Thái Nguyên năm 2015

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

- Đối tượng: bệnh nhân sỏi thận được điều trị TSNCT và theo dõi kết quả điều trị tại Bệnh viện C Thái Nguyên từ ngày 01/10/2014 – 01/11/2015.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có sỏi thận đường kính >5mm và <20mm, số lượng ≤ 3 viên ở một bên và phải ở các vị trí khác

nhau. Chức năng thận còn tốt, còn bài tiết nước tiểu đủ áp lực để đẩy các sỏi vụn qua niệu quản xuống bàng quang và ra ngoài. Không có dấu hiệu tắc nghẽn đường bài xuất nước tiểu phía dưới viên sỏi định tán, không có nhiễm khuẩn tiết niệu

- Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân mắc các bệnh mãn tính đang tiến triển như suy gan, suy thận, các bệnh tim mạch tiểu đường, rối loạn đông, cầm máu; bệnh nhân nữ đang mang thai, trẻ em dưới 10 tuổi, người trên 70 tuổi

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: Lựa chọn tất cả những bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Phương tiện nghiên cứu

- Máy tán sỏi ngoài cơ thể (LIMED - ESWL 98/LTTD) do trung tâm công nghệ laser Việt Nam sản xuất.

2.3.4. Quy trình tán sỏi

- **Bệnh nhân được làm các xét nghiệm cơ bản, siêu âm, chụp xq, chụp UIV hệ tiết niệu...**

- **Chiến lược TSNCT:**

+ Định vị sỏi bằng siêu âm để xác định chính xác vị trí, kích thước của viên sỏi, khoảng cách từ da đến viên sỏi.

+ Số lần tán và số xung: Bệnh nhân được tán tối đa 3 lần, mỗi lần cách nhau 1 tuần, mỗi lần tán tối đa 4000 xung.

+ Năng lượng tán: Chúng tôi khởi đầu tán ở mức 7,5kv năng lượng duy trì tán trong khoảng 8-11kv, tần số 60 xung/phút.

+ Theo dõi trong và sau tán: Động viên người bệnh yên tâm điều trị, bệnh nhân được dặn dò nghỉ ngơi, uống nhiều nước và xuất viện ngày hôm sau (bệnh nhân ngoại trú được xuất viện sau 6h theo dõi sau tán tại phòng chờ tán sỏi).

+ Đánh giá kết quả: Trên phim chụp HTN không chuẩn bị được xem là sạch sỏi khi không thấy sỏi cản quang trên phim (đối với sỏi cản quang) còn đối với sỏi không cản quang thì dựa vào kết quả siêu âm không còn sỏi.

- Xác định kích thước sỏi
- Xác định độ cản quang
- Xác định mức độ về nước thận bên tán

2.4. Phân tích và xử lý số liệu:

Số liệu sau khi thu thập được tổng hợp và xử lý trên phần mềm thống kê y học SPSS 16.0

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu:

Nghiên cứu này vì mục đích khoa học không vì mục đích cá nhân và được sự đồng ý của lãnh đạo và hội đồng khoa học của bệnh viện.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi

| Tuổi | Số lượng | Tỷ lệ % |
|----------------|-----------|------------|
| <16 tuổi | 0 | 0 |
| 16 – 30 tuổi | 5 | 10.4 |
| 31 – 45 tuổi | 29 | 60.4 |
| 46 – 60 tuổi | 12 | 25.0 |
| >60 tuổi | 2 | 4.2 |
| Tổng số | 48 | 100 |

Nhận xét: Tổng số 48 bệnh nhân (BN) được nghiên cứu tuổi hay gặp nhất ở độ tuổi (31-45 tuổi) 29 BN, chiếm (60,4%)

Bảng 3.2. Đặc điểm vị trí sỏi

| Vị trí | Số lượng | Tỷ lệ % | |
|----------------|-----------|------------|----|
| Bể thận | 29 | 60 | |
| Đài thận | Đài trên | 5 | 11 |
| | Đài giữa | 4 | 9 |
| | Đài dưới | 10 | 20 |
| Bên phải | 25 | 52.8 | |
| Bên trái | 23 | 47.2 | |
| Tổng số | 48 | 100 | |

Nhận xét: Vị trí sỏi bể thận gặp nhiều nhất: 29BN, chiếm 60%; Sỏi đài thận: gặp nhiều ở đài dưới 10BN, chiếm 20%; sỏi đài giữa 4BN, chiếm 9%; sỏi đài trên 5BN, chiếm 11%; Sỏi bên phải 25BN, chiếm 52%; Sỏi bên trái 23 BN, chiếm 47,2%.

Bảng 3.3. Kích thước sỏi

| Kích thước sỏi | Số lượng | Tỷ lệ % |
|----------------|-----------|------------|
| 5 – 10mm | 26 | 54.16 |
| 11 – 15mm | 17 | 35.41 |
| 16 – 20mm | 5 | 10.43 |
| Tổng số | 48 | 100 |

Nhận xét: Sỏi có kích thước từ 5-10mm có tỷ lệ cao nhất, chiếm 54,16%.

Bảng 3.4. Phân độ ứ nước thận

| Độ ứ nước thận | Số lượng | Tỷ lệ % |
|-----------------------|-----------------|----------------|
| Không ứ nước | 22 | 47 |
| Độ I | 19 | 40 |
| Độ II - III | 7 | 13 |
| Tổng Số | 48 | 100 |

Nhận xét: Không ứ nước thận gặp nhiều nhất 22BN, chiếm 47%.

3.2. Kết quả và biến chứng của điều trị bằng phương pháp TSNCT

Bảng 3.5. Tỷ lệ sạch sỏi sau các lần tán

| Số lần | Số lượng | Tỷ lệ % |
|----------------|-----------------|----------------|
| Lần 1 | 26 | 53.7 |
| Lần 2 | 15 | 31.6 |
| Lần 3 | 7 | 14.7 |
| Tổng số | 48 | 100 |

Nhận xét: Sạch sỏi sau tán lần 1 có tỷ lệ cao nhất chiếm 53,7%.

Bảng 3.6. Biến chứng sau tán sỏi

| Biến chứng | Số lượng | Tỷ lệ % |
|---------------------------|-----------------|----------------|
| Tiểu máu kéo dài trên 24h | 0 | 0 |
| Nôn | 1 | 2.1 |
| Đau vùng thận | 5 | 2.4 |
| Sốt cao | 2 | 4.1 |
| Tắc niệu quản | 4 | 8.0 |
| không có biến chứng | 36 | 83.4 |
| Tổng số | 48 | 100 |

Nhận xét: Biến chứng sau tán gặp nhiều nhất là đau vùng thận 5 BN, chiếm 2.4%; Tắc niệu quản gặp 4 BN, chiếm 8%; Sốt gặp 2 BN, chiếm %; Nôn chỉ gặp có 1 BN, chiếm 2,1%

3.3. Một số yếu tố ảnh hưởng tới tỷ lệ sạch sỏi

Bảng 3.7. Tỷ lệ sạch sỏi theo kích thước

| Kích thước sỏi | Số mẫu | Sạch sỏi N (%) |
|-----------------------|---------------|-----------------------|
| 5 – 10 mm | 26 | 24(93) |
| 11 – 15 mm | 17 | 13 (76) |
| 16 – 20 mm | 5 | 2(44) |

Nhận xét: Theo bảng 3.9: thấy kích thước sỏi từ 5-10mm, tỷ lệ sạch sỏi là 93%; Kích thước sỏi từ 11-15mm, tỷ lệ sạch sỏi là 76%.; Kích thước sỏi từ 16-20mm, tỷ lệ sạch sỏi là 44%.

Bảng 3.8. Tỷ lệ sạch sỏi theo vị trí sỏi

| Vị trí sỏi | | Số mẫu | Sạch sỏi N (%) |
|--------------|------|--------|----------------|
| Sỏi Bể thận | | 29 | 21(73.8) |
| Sỏi đài thận | trên | 5 | 5(100) |
| | giữa | 4 | 4(100) |
| | dưới | 10 | 6(57.7) |

Nhận xét: Sỏi bể thận có 29 BN, sạch sỏi 21 BN, tỷ lệ sạch sỏi chiếm 73,8%; Sỏi đài trên có 5 BN, tỷ lệ sạch sỏi 100%; Sỏi đài giữa có 4 BN, tỷ lệ sạch sỏi là 100%; Sỏi đài dưới có 10 BN, tỷ lệ sạch sỏi là 57,7%.

Bảng 3.9. Các yếu tố khác mức độ cản quang, bề mặt sỏi, độ ứ nước thận

| Yếu tố | Tần số (N) | Sạch sỏi N (%) |
|--------------------------|------------|----------------|
| Độ cản quang | | |
| Độ cản quang mạnh | 11 | 7 (68) |
| Độ cản quang vừa - kém | 37 | 29 (80.4) |
| Bề mặt viên sỏi | | |
| Sù xì | 38 | 30 (79) |
| Trơn bóng | 10 | 6 (60) |
| Độ ứ nước bể thận | | |
| Không ứ nước | 23 | 17 (79) |
| Độ I | 19 | 14 (76) |
| Độ II - III | 7 | 3 (42.9) |

Nhận xét:

+ Độ cản quang của sỏi: Sỏi cản quang mạnh có 11 BN, tỷ lệ sạch sỏi là 68%; độ cản quang vừa và kém có 37 BN, tỷ lệ sạch sỏi là 80%.

+ Bề mặt viên sỏi: Sỏi có bề mặt sù xì gặp 38 BN, tỷ lệ sạch sỏi 79 BN; sỏi có bề mặt nhẵn bóng gặp 10 BN, tỷ lệ sạch sỏi 60%.

+ Độ ứ nước của thận bên tán: Không ứ nước gặp 23 BN, tỷ lệ sạch sỏi 79%; Ứ nước độ I gặp 19 BN, tỷ lệ sạch sỏi là 76%; Ứ nước độ II – III,

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu 48 bệnh nhân được TSNCT tại bệnh viện C Thái Nguyên từ tháng 10/2014 – 11/2015, chúng tôi thấy đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu đó là tuổi gặp trung bình là (45 – 14), ở độ tuổi lao động, chính vì vậy chỉ định tán sỏi NCT

được chỉ định và lựa chọn là tốt nhất, ít ảnh hưởng đến sức khỏe cũng như ảnh hưởng đến sức lao động sau này.

1. Kết quả điều trị

Với tỷ lệ sạch sỏi chung là 76%, kết quả điều trị của chúng tôi gần như tương đương với một số tác giả khác như Nguyễn Ngọc

Tiến (77%), Vũ Lê Chuyên (84%), Nguyễn Việt Cường (85,4%) [6], [7],[8].

Các biến chứng đều nhẹ, với tỷ lệ và số trường hợp, không khác biệt so với các tác giả khác như Nguyễn Bửu Triều, Nguyễn Kỳ, Nguyễn Khải Ca, Trần Văn Quốc, Nguyễn Lê Chuyên [7], [8],[9]. Tất cả 4 trường hợp sỏi nhỏ ùn tắc ở niệu quản, chúng tôi áp dụng phương pháp tán vỡ rung và điều trị nội khoa bằng các thuốc giãn cơ đều cho kết quả tốt, không trường hợp nào phải dùng các thủ thuật nội soi hỗ trợ, tuy nhiên việc trang bị máy tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng sẽ hỗ trợ điều trị TSNCT được tốt hơn. Ngoài ra chúng tôi không gặp trường hợp nào có các biến chứng nặng như chảy máu kéo dài, nhiễm trùng máu...

2. Nhận xét các yếu tố ảnh hưởng đến sạch sỏi

Kích thước sỏi hầu hết các tác giả đều nhận định sỏi càng lớn thì năng lượng tán càng lớn, số lần tán càng nhiều và tỉ lệ sạch sỏi càng thấp. Theo bảng 3.9 thì kết quả nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sạch sỏi ở các nhóm có kích thước khác nhau, có sự khác biệt và có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của các tác giả khác như Miler N, LingemanJe, Trần Ngọc Sinh, Nguyễn Tiến Đệ [1], [8], [9]. Nhìn chung những sỏi có kích thước sỏi $> 15\text{mm}$, có tỷ lệ sạch sỏi thấp hơn đáng kể so với sỏi có kích thước $> 15\text{mm}$.

Vị trí sỏi tùy thuộc vào vị trí của sỏi mà có tỷ lệ sạch sỏi khác nhau, Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác. Theo bảng 3.10 sỏi bể thận tỷ lệ sạch sỏi là (73,8%), đài trên – giữa (100%), đài dưới thấp nhất (57,7%) là do ngoài yếu tố trọng lực, tỷ lệ sạch sỏi hạn chế của sỏi nhóm đài

dưới còn có thể do đặc điểm giải phẫu cực dưới của thận, [1], [9].

Độ cản quang và bề mặt viên sỏi: Qua nghiên cứu 48 bệnh nhân TSNCT chúng tôi nhận thấy rằng sỏi có độ cản quang càng mạnh, bề mặt càng trơn bóng thì kết quả tán càng thấp, tỷ lệ sạch sỏi càng thấp, kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả khác [2], [9], [10].

Độ ứ nước của thận bên tán: Theo bảng 3.11, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy tỷ lệ sạch sỏi ở những bệnh nhân có giãn đài bể thận độ II – III cho tỷ lệ sạch sỏi thấp hơn đáng kể so với nhóm bệnh nhân có thận bên tán không giãn đài bể thận và giãn đài bể thận độ I, với ($P < 0,05$), theo Nguyễn Ngọc Tiến, Vũ Lê Chuyên và cộng sự [6], [8], cũng ghi nhận sỏi gây bít tắc nhiều đài bể thận thường cho kết quả thấp hơn so với sỏi gây bít tắc ít hoặc không gây bít tắc.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 48 trường hợp sỏi thận được TSNCT trên máy LIMED - ESWL 98/LTTD từ tháng 10/2014 – 11/2015 tại bệnh viện C Thái Nguyên chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

Tuổi hay gặp sỏi thận, tập trung ở nhóm tuổi (31 – 45 tuổi) độ tuổi lao động, chiếm (60,5%)

Vị trí sỏi hay gặp bể thận sau đến các vị trí đài thận.

Kết quả điều trị bước đầu cho kết quả khả quan, tỷ lệ sạch sỏi chung 76% với biến chứng sau tán sỏi đều nhẹ.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến tỷ lệ sạch sỏi, với kích thước sỏi $> 15\text{mm}$, thận bên tán sỏi có ứ nước từ độ II trở lên, độ cản quang mạnh và bề mặt viên sỏi trơn bóng.

LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu được thực hiện với sự hợp tác của tập thể khoa Chẩn đoán hình ảnh và khoa Ngoại Tổng hợp, Bệnh viện C Thái Nguyên

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ligeman JE, Matlaga BR, Evan AP** (2007), Surgical management of upper urinary tract calculi. In: Wein AJ, Kavossi LR, Novick AC, Partin AW, Peters CA(eds). *Campell Walsh Urology*, Vol 209th edition, pp.1431-1507. Saunders Elsevier, Philadelphia
2. **Lê Đình Khánh** (2005). Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả điều trị sỏi thận có kích thước 20-50mm bằng máy tán sỏi ngoài cơ thể MZ – ESWL V1. *Y học thực hành*, 503.
3. **Miller N, Ligaman JF** (2007). Management of kidney stones. *BMJ*, 334:468-472
4. **Bộ môn giải phẫu – Trường đại học y Hà Nội** “*giải phẫu người*”, 280 - 289
5. **Bộ môn chẩn đoán hình ảnh - Trường đại học y Hà Nội** “*Bài giảng chẩn đoán hình ảnh*”.
6. **Nguyễn Ngọc Tiên, Jean Francois Biset, Michel Lacour** (2006). Kết quả ban đầu điều trị sỏi niệu bằng máy tán sỏi ngoài cơ thể Stors Modulith SLK tại Bệnh viện FV. *Y học thành phố Hồ Chí Minh*. 10
7. **Nguyễn Việt Cường** (2009). Kết quả điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể trên máy HK-ESWL-V tại Bệnh viện Bình Dân. *Y Dược học Quân sự*
8. **Vũ Lê Chuyên, Nguyễn Việt Cường, Nguyễn Tiến Đệ** (2008). Tổng kết kinh nghiệm tán sỏi ngoài cơ thể sỏi niệu tại Bệnh viện Bình Dân. *Y học thực hành*
9. **Trần Quốc Tuấn, Trần Ngọc Sinh** (2009). Các yếu tố ảnh hưởng kết quả tán sỏi ngoài cơ thể trong điều trị sỏi cực dưới thận. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*
10. **Nguyễn Việt Cường** (2009). Đặc điểm hình thái sỏi và kết quả điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể. *Y học lâm sàng*.

SO SÁNH MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN BASEDOW TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ BẰNG ¹³¹I TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Vũ Thị Hiên*, Nguyễn Thu Hương**, Phan Thanh Ngọc*, Nguyễn Kim Thành*, Nguyễn Bá Thắng*

TÓM TẮT¹⁰

Mục tiêu: So sánh một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 42 bệnh nhân Basedow trước và sau điều trị bằng ¹³¹I tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên. **Kết quả:** Sau điều trị tỉ lệ các triệu chứng lâm sàng đã giảm xuống rõ rệt so với trước khi điều trị. Giá trị trung bình của một số xét nghiệm công thức máu và sinh hóa máu trước và sau điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Giá trị trung bình của T₃ và FT₄ sau điều trị giảm đáng kể so với trước điều trị ($p < 0,001$). Giá trị trung bình của TSH tăng rõ rệt so với trước điều trị ($p < 0,05$). Giá trị trung bình của thể tích TG trên siêu âm sau điều trị giảm rõ rệt so với trước điều trị $p < 0,001$. Giá trị trung bình của MBF, PSV, EDV sau điều trị giảm có ý nghĩa so với trước điều trị ($p < 0,01$).

Từ khóa: Bệnh Basedow, điều trị bằng ¹³¹I.

SUMMARY

COMPARISON SOME SUB CLINICAL AND CLINICAL FEATURES IN BASEDOW PATIENTS BEFORE AND AFTER THE TREATMENT BY ¹³¹I AT THAI NGUYEN NATIONAL GENERAL HOSPITAL OBJECTIVE

To compare with some sub clinical and clinical features in 42 patients with basedow before and after treating by ¹³¹I at Thai Nguyen National General Hospital. **Result:** After treatment, the rate of clinical symptoms was significantly reduced compared to before treatment. The average value of a number of tests and biochemical blood count blood before and after treatment difference was not statistically significant ($p > 0.05$). The average value of T₃ and FT₄ decreased significantly after treatment than before treatment ($p < 0.001$). The average value of TSH increased significantly compared to before treatment ($p < 0.05$). The average value of the volume by ultrasonography TG treatment significantly reduced compared with before treatment, $p < 0.001$. The average value of the MBF, PSV, EDV after treatment significantly reduced compared with before treatment ($p < 0.01$).

Keys: Basedow patients, treatment by ¹³¹I

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Basedow là bệnh cường chức năng tuyến giáp xuất hiện theo cơ chế miễn dịch. Biểu hiện đặc trưng là sự biến đổi của tuyến giáp cả về chức năng và hình thái, cấu trúc. dẫn đến rối loạn huyết động toàn thân và tại tuyến giáp. Sử dụng ¹³¹I để điều trị cường chức năng tuyến giáp do Basedow là phương pháp hiện đang được áp dụng rộng rãi và mang lại hiệu quả rõ rệt. Xạ trị chuyển hóa bằng iod phóng xạ ¹³¹I giúp đạt bình giáp nhanh hơn, giảm cả nồng độ hormon và thể

* Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên,

** Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hiên

Email: hienvutn@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phân biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

tích TG. Do những ưu điểm của ¹³¹I trong điều trị cường chức năng TG là đơn giản, dễ thực hiện, kinh tế, đảm bảo thẩm mỹ, an toàn và đạt hiệu quả cao nên ngày nay các cơ sở y học hạt nhân của nước ta đã áp dụng rộng rãi phương pháp điều trị này cho BN Basedow [1], [2], [5].

Mục tiêu nghiên cứu: So sánh một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của 42 bệnh nhân Basedow trước và sau điều trị bằng ¹³¹I tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

42 bệnh nhân Basedow được theo dõi trước và sau điều trị bằng ¹³¹I.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định Basedow.
- Được điều trị bằng ¹³¹I theo phác đồ thống nhất.

- Thời gian sau điều trị ¹³¹I của BN ≥ 3 tháng.

- Được xét nghiệm đầy đủ các chỉ số nghiên cứu.

1.2. Tiêu chí loại trừ đối tượng

- Tiền sử hoặc hiện tại đang mắc các bệnh tim mạch kết hợp

- Bệnh nhân Basedow có biến chứng suy tim, rung nhĩ

- Đã phẫu thuật TG trước khi điều trị ¹³¹I

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

tiến cứu, mô tả, theo dõi dọc, so sánh trước và sau điều trị

2.2. Phương pháp chọn mẫu:

chọn mẫu có chủ đích: tất cả BN Basedow được theo dõi trước và sau điều trị bằng ¹³¹I tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu:

các thông tin chung, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng (công thức máu, hóa sinh máu, định lượng hormone tuyến giáp, TSH, siêu âm TG xác định thể tích và các CSHĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Một số triệu chứng cơ năng của bệnh nhân trước và sau điều trị

| Triệu chứng | Trước điều trị n = 42 (%) | Sau điều trị n = 42 (%) |
|------------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Sút cân > 10% kg thể trọng | 100 | 2,4 |
| Da nóng ẩm, có cơn nóng bừng | 97,6 | 45,2 |
| Run tay đầu ngón | 92,9 | 35,7 |
| Khát, uống nhiều | 90,5 | 21,4 |
| Hồi hộp đánh trống ngực | 88,1 | 33,3 |
| Cảm giác nóng bức | 88,1 | 26,2 |
| Mau đói, ăn nhiều | 69,0 | 14,3 |
| Ra nhiều mồ hôi | 69,0 | 9,5 |
| Thay đổi tính tình | 66,7 | 19,0 |
| Da khô | 0 | 14,3 |

Nhận xét:

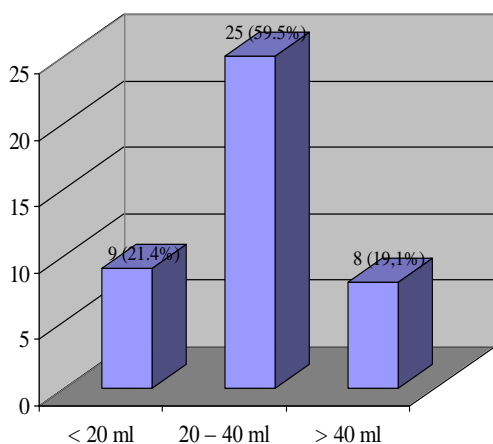
- Những triệu chứng lâm sàng cơ năng điển hình ở BN Basedow có tỉ lệ cao.
- Sau điều trị tỉ lệ các triệu chứng cơ năng điển hình có tỉ lệ thấp.

Bảng 3.2. Triệu chứng thực thể của bệnh nhân trước và sau điều trị

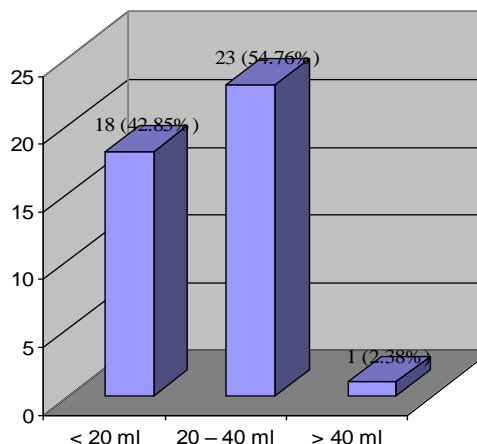
| Triệu chứng | Trước điều trị n = 42 (%) | Sau điều trị n = 42 (%) |
|-------------------------|------------------------------|----------------------------|
| Nhịp tim > 120 ck/ph | 4,8 | 0 |
| Nhịp tim 90 – 120 ck/ph | 81 | 16,7 |
| Nhịp tim < 90 ck/ph | 14,3 | 83,3 |
| Nhịp tim < 60 ck/ph | 0 | 19,0 |
| Tiếng thổi tại TG | 2,4 | 0 |
| Có lồi mắt | 66,7 | 47,6 |
| Độ lớn của TG | 0 | 0 |
| | I | 23,8 |
| | II | 21,4 |
| | III | 26,2 |
| | IV | 28,6 |
| Phù mi mắt | 0 | 14,3 |

Nhận xét:

- Những triệu chứng thực thể ở BN Basedow có tỉ lệ cao (> 66,7%) bao gồm: nhịp tim nhanh, lồi mắt, tuyến giáp to.
- Tỉ lệ BN có triệu chứng bất thường giảm sau điều trị.
- Độ lớn của TG và triệu chứng lồi mắt sau điều trị còn gặp với tỉ lệ cao.
- Sau điều trị xuất hiện một số triệu chứng của BN suy giáp: Nhịp tim chậm, phù mi mắt.



Biểu đồ 3.1. Thể tích tuyến giáp trên siêu âm trước điều trị



Biểu đồ 3.2. Thể tích tuyến giáp trên siêu âm sau điều trị

Nhận xét:

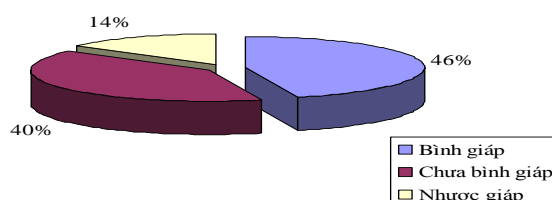
- Thể tích TG trên siêu âm ở mức 20 - 40cm³ chiếm tỉ lệ cao nhất (59,5%).
- Thể tích TG trên siêu âm ở mức < 20cm³ chiếm 21,4% và > 40cm³ chiếm 19,1%.
- Sau điều trị thể tích tuyến giáp < 20cm³ tăng; thể tích tuyến giáp > 40cm³ giảm.

Bảng 3.3. Xét nghiệm hormon tuyến giáp và TSH trước và sau điều trị

| Chỉ số | Đơn vị tính | Trước ĐT (n = 42) | | Sau ĐT (n = 42) | |
|-----------------|-------------|-------------------|--------|-----------------|--------|
| | | Tăng % | Giảm % | Tăng % | Giảm % |
| T ₃ | ng/dl | 83,3 | 0 | 33,3 | 11,9 |
| FT ₄ | ng/dl | 83,3 | 0 | 42,9 | 9,5 |
| TSH | μIU/ml | 0 | 100 | 19,01 | 52,4 |

Nhận xét:

- Bệnh nhân Basedow có tăng nồng độ T₃, FT₄ chiếm tỉ lệ cao (83,3%) và không có trường hợp nào có giảm nồng độ T₃ và FT₄.
- 100% bệnh nhân Basedow có nồng độ TSH ở mức thấp.
- Tỉ lệ BN có tăng nồng độ T₃, FT₄ và giảm TSH sau điều trị đã giảm rõ.
- Sau điều trị 11,9% BN có giảm T₃, 9,5% BN có giảm FT₄, 19,01% BN có tăng TSH.

**Biểu đồ 3.3. Một số đặc điểm của bệnh nhân đánh giá sau điều trị**

Nhận xét: Nhóm BN bình giáp sau điều trị chiếm tỉ lệ cao nhất (46%) và thấp nhất là nhóm BN nhược giáp (14%).

Bảng 3.4. So sánh giá trị trung bình của một số xét nghiệm trước và sau điều trị

| Chỉ số | Đơn vị | Trước điều trị ($\bar{X} \pm SD$) (n=42) | Sau điều trị ($\bar{X} \pm SD$) (n=42) | p |
|-------------|-----------------------|---|---|--------|
| HC | g/l | 5,11 ± 0,60 | 5,06 ± 0,64 | > 0,05 |
| Hb | g/l | 140,24 ± 12,50 | 138,95 ± 13,84 | > 0,05 |
| BC | T/L | 6,73 ± 1,69 | 6,31 ± 1,63 | > 0,05 |
| TC | 10 ⁹ | 278,24 ± 76,56 | 286,40 ± 58,65 | > 0,05 |
| Glucose | mmol/l | 5,32 ± 1,81 | 5,31 ± 1,44 | > 0,05 |
| Ure | mmol/l | 5,08 ± 1,84 | 4,42 ± 1,24 | < 0,05 |
| Creatinin | μmol/l | 65,51 ± 16,15 | 72,27 ± 15,85 | > 0,05 |
| Protein | g/l | 77,99 ± 6,75 | 77,27 ± 6,33 | > 0,05 |
| Cholesterol | mmol/l | 4,98 ± 4,26 | 4,68 ± 1,31 | > 0,05 |
| Triglycerid | mmol/l | 1,16 ± 0,61 | 1,19 ± 0,65 | > 0,05 |
| SGOT | 37 ⁰ C U/L | 34,48 ± 18,41 | 33,34 ± 14,30 | > 0,05 |
| SGPT | 37 ⁰ C U/L | 32,39 ± 27,10 | 29,08 ± 21,23 | > 0,05 |

Nhận xét: Giá trị trung bình của một số xét nghiệm công thức máu và sinh hóa máu trước và sau điều trị khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3.5. So sánh giá trị trung bình của hormon trước và sau điều trị

| Thời gian Chỉ số hormon | Trước điều trị ($\bar{X} \pm SD$) (n=42) | Sau điều trị ($\bar{X} \pm SD$) (n=42) | p |
|----------------------------|---|---|---------|
| T ₃ (ng/dl) | 243,04 ± 103,82 | 161,24 ± 89,22 | < 0,001 |
| FT ₄ (ng/dl) | 2,49 ± 1,09 | 1,83 ± 1,09 | < 0,001 |
| TSH (μIU/ml) | 0,09 ± 0,04 | 7,34 ± 1,02 | < 0,05 |

Nhận xét:

- Giá trị trung bình của T₃ và FT₄ sau điều trị giảm so với trước điều trị (p < 0,001).
- Giá trị trung bình của TSH tăng so với trước điều trị (p < 0,05).

Bảng 3.6. So sánh giá trị trung bình của thể tích tuyến giáp trên siêu âm trước và sau điều trị

| Thời gian | \bar{X} | SD | p |
|-----------------|-----------|-------|---------|
| Trước ĐT (n=42) | 33,64 | 15,60 | < 0,001 |
| Sau ĐT (n=42) | 19,98 | 9,14 | |
| Hiệu số | 13,74 | 6,46 | |

Nhận xét: Giá trị trung bình của thể tích TG trên siêu âm sau điều trị giảm so với trước điều trị.

Bảng 3.7. So sánh chỉ số huyết động trước và sau điều trị

| Thời gian CSHD | Trước điều trị (n=42) | | Sau điều trị (n=42) | | p |
|-------------------|-----------------------|-------|---------------------|-------|---------|
| | \bar{X} | SD | \bar{X} | SD | |
| MBF (cm/s) | 89,39 | 37,69 | 69,73 | 37,17 | < 0,01 |
| PSV (cm/s) | 126,54 | 55,90 | 92,90 | 47,35 | < 0,001 |
| EDV (cm/s) | 61,27 | 26,09 | 46,53 | 28,53 | < 0,01 |
| RI | 0,51 | 0,09 | 0,50 | 0,09 | > 0,05 |
| PI | 0,72 | 0,17 | 0,71 | 0,18 | > 0,05 |

Nhận xét: Giá trị trung bình của MBF, PSV, EDV sau điều trị giảm có ý nghĩa so với trước điều trị. RI, PI sau điều trị giảm không có ý nghĩa so với trước điều trị.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân Basedow giai đoạn nhiễm độc hormon TG thường có các triệu chứng lâm sàng rất đa dạng và phong phú. Có thể nói rất nhiều cơ quan, tổ chức bị ảnh hưởng chức năng liên quan đến tăng nồng độ hormon TG. Chính vì vậy nhiều tác giả cho rằng Basedow là bệnh lý của TG song lại biểu hiện toàn thân và mang tính hệ thống [2]. Những triệu chứng lâm sàng kinh điển gặp với tỉ lệ cao (> 69% các trường hợp).

Sau điều trị các triệu chứng đã giảm xuống rõ rệt so với trước khi điều trị. Một số trường hợp còn tồn tại các triệu chứng cơ năng thường gặp ở BN Basedow chủ yếu tập trung ở nhóm BN chưa ổn định. Đã xuất hiện thêm một số triệu chứng cơ năng (đi ngoài phân lỏng, da khô, ăn ít, tăng cân, sợ lạnh) ở nhóm BN nhược giáp sau điều trị.

Nhịp tim nhanh gặp ở hầu hết các BN (85,8%). Sau điều trị tỉ lệ BN có nhịp tim nhanh > 90 ck/ph đã giảm rõ (trước điều trị là 85,8%, sau điều trị là 16,7%), chủ yếu gặp ở

nhóm BN còn cường giáp. Triệu chứng nhịp tim chậm < 60 ck/ph có ở nhóm BN nhược giáp. Triệu chứng lồi mắt chiếm tỉ lệ cao (66,7%) và phục hồi muộn sau điều trị (47,6%).

Hầu hết các BN Basedow đều có TG to khi thăm khám trong đó độ III, IV chiếm tỉ lệ cao nhất (54,8%). 78,6% có tăng thể tích TG trên siêu âm, trong đó mức độ trung bình (20 - 40cm³) chiếm tỉ lệ cao nhất (59,5%). Mặc dù 100% BN có TG nhỏ lại sau điều trị xong tỉ lệ BN có TG to trên siêu âm vẫn còn ở mức cao (76,14%), nhưng chỉ còn 2,38% BN có thể tích tuyến giáp > 40cm³ (trước ĐT là 19,1%). Vậy đây là triệu chứng cũng phục hồi muộn sau điều trị.

Một số chỉ số xét nghiệm huyết học và sinh hóa máu cũng được quan sát ở BN Basedow. Đa số các chỉ số xét nghiệm ở giới hạn bình thường (> 76%). BN có một số chỉ số xét nghiệm tăng chiếm tỉ lệ thấp và mức tăng thấp. Có thể những biến đổi này là do hậu quả của hormon TG tiết quá nhiều vào máu gây ảnh hưởng tới chức năng của một số cơ quan trong cơ thể. Có 45,2% trường hợp tăng SGOT đơn thuần đều không có biểu hiện bệnh gan kết hợp, mức độ tăng đều thấp dưới 2 lần so với chỉ số bình thường chưa được xem là tăng men gan bệnh lý. Đây cũng là những biểu hiện tại gan liên quan đến nhiễm độc hormon TG ở BN. Sau điều trị tỉ lệ BN có chỉ số xét nghiệm tăng đã giảm rõ song song với giảm mức độ nhiễm độc nồng độ hormon TG lên một số cơ quan trong cơ thể.

Nồng độ hormon TG và TSH là những chỉ số có giá trị chẩn đoán quyết định chức năng TG, có thể được coi là tiêu chuẩn vàng trong xác định cường hay suy chức năng TG. Sự biến đổi nồng độ TSH khi có rối loạn chức năng TG xuất hiện sớm hơn trước khi có biến

đổi nồng độ hormon TG. Nồng độ TSH là xét nghiệm khởi đầu tốt nhất và là chỉ số, tiêu chuẩn quan trọng trong chẩn đoán cường hoặc suy giáp dưới lâm sàng [5], [6]. Trong nghiên cứu này tỉ lệ BN tăng T₃ là 83,3%, tăng FT₄ là 83,3%, TSH giảm là 100%, đây là bằng chứng quan trọng để chẩn đoán và phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng. Tuy nhiên vẫn còn một phần nhỏ có chỉ số nồng độ T₃ hoặc FT₄ ở giới hạn bình thường (16,7%), có lẽ bởi vì đa số các BN trước khi được điều trị bằng ¹³¹I thì đều đã được uống thuốc kháng giáp trạng nên phần nào có ảnh hưởng đến nồng độ hormon, đồng thời với chẩn đoán cường chức năng TG thì tiêu chuẩn bắt buộc là giảm TSH còn nồng độ T₃ và/hoặc FT₄ có thể tăng hoặc bình thường [5]. Tỉ lệ BN có tăng nồng độ T₃, FT₄ và giảm TSH sau điều trị đã giảm rõ. Sau điều trị đã xuất hiện 11,9% bệnh nhân có giảm T₃, 9,5% bệnh nhân có giảm FT₄ và 19,01% BN có tăng TSH. Một số trường hợp BN đạt bình giáp sau điều trị có giá trị TSH còn thấp, điều này phù hợp với quan điểm của một số tác giả là sau khi điều trị BN trở về bình giáp khi xét nghiệm T₃ và FT₄ trở về bình thường còn TSH có thể trở về bình thường hoặc vẫn còn ở giới hạn thấp hơn bình thường [4], [7].

Khi so sánh giá trị trung bình của một số chỉ số xét nghiệm công thức máu và sinh hóa máu trước và sau điều trị thì đều không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), ngoại trừ chỉ số ure. Điều này chứng tỏ bằng phương pháp điều trị ¹³¹I đã không gây những biến đổi ảnh hưởng tới chức năng của một số cơ quan khác trong cơ thể như tủy xương, gan, thận. Riêng ure có giá trị trung bình khác nhau có ý nghĩa thống kê trước và sau điều trị, nhưng không đủ cơ sở để kết luận là sau điều trị đã làm thay đổi chức năng thận vì: creatinin là một chỉ số có giá trị

đánh giá chức năng thận chính xác và khách quan hơn so với ure, mà giá trị trung bình của creatinin lại khác biệt không có ý nghĩa thống kê trước và sau điều trị. Mặt khác kết quả xét nghiệm giá trị ure máu còn phụ thuộc vào một số yếu tố khách quan tại thời điểm lấy máu như chế độ ăn, vận động... Đây cũng là một bằng chứng để chứng tỏ sử dụng ^{131}I để điều trị Basedow là một phương pháp điều trị an toàn [3], [6].

Sau điều trị nồng độ của hormon TG giảm và TSH tăng có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($p < 0,01$; $p < 0,05$). Vậy sử dụng ^{131}I để điều trị Basedow là một phương pháp điều trị rẻ tiền, hiệu quả.

Sau điều trị 100% BN có thể tích TG nhỏ lại. Giá trị trung bình của thể tích TG trên siêu âm trước và sau điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Dưới tác dụng của tia β các tế bào tuyến bị hủy hoại hoặc giảm sinh, chết dần, kết quả là tuyến nhỏ lại, đạt được mục đích điều trị [3]. Đây là phương pháp phẫu thuật không cần dao, tạo nên tính thẩm mỹ cao, không để lại bất kỳ một vết sẹo nào trên cổ người bệnh [3]. Vậy với quy trình điều trị đơn giản, dễ thực hiện, thì đây là phương pháp điều trị kinh tế, thẩm mỹ.

Cùng với sự thuyên giảm của bệnh thì các CSHĐ cũng biến đổi sau điều trị. Khi so sánh giá trị trung bình của các CSHĐ động mạch TG trước và sau điều trị đều nhận thấy có sự biến đổi rõ rệt. Giá trị trung bình của MBF, PSV, EDV sau điều trị đều giảm có ý nghĩa so với trước điều trị ($p < 0,05$ đến $p < 0,001$). Cùng với sự thuyên giảm mức độ hoạt động của bệnh sẽ giảm nồng độ hormon TG, giảm sức co bóp của tim, giảm mật độ vi mạch tại tuyến và hậu quả làm giảm vận tốc, lưu lượng tuần hoàn tại chỗ. Dưới tác dụng của

biện pháp điều trị thì tình trạng tim tăng động, tăng cung lượng tim cũng sẽ giảm [2] sẽ dẫn đến giảm các chỉ số chức năng tâm thu, tâm trương của mạng lưới mạch máu tại chỗ trên TG. Từ đó dẫn đến giảm các CSHĐ tại tuyến.

V. KẾT LUẬN

.....

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ môn Y học hạt nhân HVQY (2010)**, *Giáo trình Y học hạt nhân (Giảng dạy đại học)*, Nxb. Quân đội nhân dân.
- Nguyễn Lan Hương, Nguyễn Hữu Nghĩa (2009)**, “Đánh giá kết quả điều trị 5170 bệnh nhân Basedow bằng ^{131}I tại viện YHP và UBQĐ”, *Tạp chí Y dược lâm sàng 108*, tập 4, số đặc biệt, 9/2009, tr.104-108.
- Nguyễn Thu Hương (2012)**, *Nghiên cứu biến đổi chỉ số huyết động tại động mạch tuyến giáp bằng siêu âm Doppler ở bệnh nhân Basedow trước và sau điều trị Nội khoa*. Luận án tiến sỹ Y học. Học viện Quân y.
- Thái Hồng Quang (2008)**, *Bệnh nội tiết*, Nhà xuất bản Y học, tr. 111-122.
- Nguyễn Danh Thanh, Phan Văn Dân (2010)**, “Kết quả điều trị Basedow bằng đồng vị phóng xạ ^{131}I ở khoa Y học hạt nhân bệnh viện 103”, *Tạp chí Y học quân sự*, số chuyên đề 7, tr.123-125.
- Lê Nhân Tuấn (2012)**, *Đánh giá hiệu quả của ^{131}I trong điều trị bệnh nhân Basedow bằng một số thông số miễn dịch và Y học hạt nhân*. Luận án tiến sỹ Y học. Học viện Quân y.
- Nguyễn Lâm Việt, Phạm Thái Sơn (2003)**, “Chẩn đoán và điều trị các biểu hiện tim mạch ở một số bệnh lý tuyến giáp”, *Chương trình tim mạch sau đại học lần thứ 17. Tuyến giáp và bệnh tim mạch*, tr.37-59.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN LAO PHỔI AFB (+) MỚI BẰNG PHÁC ĐỒ 6 THÁNG (2HRZE/4HRE) TẠI BỆNH VIỆN LAO VÀ BỆNH PHỔI THÁI NGUYÊN

Hoàng Hà*, Nguyễn Đức Bình**

TÓM TẮT¹¹

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị bệnh nhân lao phổi AFB (+) mới điều trị phác đồ 6 tháng (2HRZE/4HRE) tại Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Thái Nguyên. Phương pháp: nghiên cứu mô tả, cỡ mẫu toàn bộ, chọn chủ đích 139 bệnh nhân từ 10/2014 – 2/2015. Kết quả và bàn luận: qua điều trị, các triệu chứng ho, sốt và gầy sút cân khi vào viện có tỷ lệ lần lượt là 82,9%, 73,4% và 60,2%, sau 2 tháng điều trị còn là 8,6%, 10,8% và 4,3%, giảm dần và hết ở tháng thứ 4, 5 và 6. Thay đổi các trị số sinh hóa, máu của bệnh nhân khi vào viện, sau 2 tháng và sau 6 tháng lần lượt là: tăng BC: 42,4%, 8,6% và 1,4%; giảm Hb: 23,7%, 7,9% và 3,6%; tăng creatinin: 11,5%, 20,1% và 7,2%; tăng ure: 7,9%, 14,4% và 6,5%; tăng axit uric: 13,7%, 19,4% và 9,4%; tăng giá trị SGOT: 23,7%, 28,1% và 17,3%; tăng giá trị SGPT: 17,3%, 22,3% và 7,2%. Kết luận: Tỷ lệ khỏi chiếm 94,2%, hoàn thành điều trị 4,3%, bỏ trị 0,7%, thất bại 0,7%. Khuyến nghị: Y tế cơ sở nên áp dụng điều trị bệnh nhân lao phổi AFB (+) mới bằng phác đồ 6 tháng (2HRZE/4HRE).

Từ khóa: 2HRZE/4HRE, phác đồ, lao phổi AFB (+) mới, 6 tháng.

SUMMARY

TREATMENT RESULTS OF NEW PULMONARY TUBERCULOSIS PATIENTS, AFB (+) BY REGIMEN 6- MONTHS (2HRZE/4HRE) AT THE HOSPITAL OF TUBERCULOSIS AND LUNG DISEASES THAINGUYEN

Objectives: describe the treatment results of new tuberculosis patients AFB (+) by regimen six months at the Hospital of Tuberculosis and Lung Diseases Thai Nguyen. Methods: descriptive study, the entire sample size, chosen 139 patients from 10/2014 - 2/2015. Results and discussions: over the course treatment, the symptoms of cough, fever and weight loss at hospitalization rate respectively were 82.9%, 73.4% and 60.2%, after 2 months were 8.6%, 10.8% and 4.3%, decrease and end at month 4, 5 and 6. The change of value biochemical and blood of patient while in the hospital, after 2 months and after 6 months respectively: increased WCB: 42.4%, 8.6% and 1.4%; Hb decreased: 23.7%, 7.9% and 3.6%; increase creatinine: 11.5%, 20.1% and 7.2%; increased urea: 7.9%, 14.4% and 6.5%; increased uric acid: 13.7%, 19.4% and 9.4%; increased SGOT: 23.7%, 28.1% and 17.3%; increased SGPT: 17.3%, 22.3% and 7.2%. Conclusions: The rate of Cured was 94.2%, Treatment completed was 4.3%, Defaulted was 0.7%, and Treatment failed 0.7%. Recommendation: Health facility should apply regimen 6-months (2HRZE/4HRE) for new Pulmonary tuberculosis patients AFB (+).

Keywords: 2HRZE/4HRE, regimen, new pulmonary tuberculosis AFB (+), 6 months.

*Trường Đại học Y Dược – Đại học Thái Nguyên

**Bệnh viện Lao và Bệnh phổi Bắc Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hà

Email: haykvn@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phân biên khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Năm 2010, Tổ chức Y tế Thế giới khuyến cáo sử dụng phác đồ điều trị lao 6 tháng gồm rifampicin (2HRZE/4HRE) và không dùng phác đồ điều trị 8 tháng (2HRZE/6HE) [5]. Hiện nay, nhiều nước trên thế giới sử dụng phác đồ điều trị lao 6 tháng [1], [5].

Việt Nam đứng thứ 12 trong 22 quốc gia có số bệnh nhân lao cao trên thế giới. Chương trình chống lao quốc gia (CTCLQG) đã hoàn thiện toàn hệ thống và thực hiện chiến lược hóa trị liệu ngăn ngừa có kiểm soát (DOTS) với các công thức điều trị lao 8 tháng qua nhiều năm [6]. Sử dụng phác đồ điều trị lao 6 tháng rộng rãi trong cộng đồng thay thế phác đồ 8 tháng đem lại lợi ích cho người bệnh và xã hội. Năm 2014, bệnh viện Lao và bệnh Phổi Thái Nguyên (BVL&BPTN) áp dụng phác đồ 6 tháng trong điều trị lao phổi AFB (+) mới [1]. Đây là vấn đề rất được quan tâm của CTCL cũng như thầy thuốc chuyên khoa mong áp dụng tốt phác đồ mới trong cuộc chiến ngăn chặn bệnh lao. Nghiên cứu tiền hành nhằm mục tiêu: *Mô tả kết quả điều trị bệnh nhân lao phổi AFB (+) mới điều trị phác đồ 6 tháng (2HRZE/4HRE) tại BVL&BPTN.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân lao phổi AFB (+) mới, chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Chương trình chống lao Quốc gia [1], điều trị phác đồ 6 tháng. Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân mắc các bệnh cấp tính, bệnh tim mạch, HIV (+).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

2.2 Địa điểm nghiên cứu: tại BVL&BPTN

2.3 Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả

*Cỡ mẫu: chọn chủ đích bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian từ 10/2014 – 3/2015. Lựa chọn vào nghiên cứu được 139 bệnh nhân.

2.4 Chỉ tiêu nghiên cứu

- Chỉ tiêu về đặc điểm của bệnh nhân: tuổi, giới, nguồn lây, bệnh sử diễn biến.

- Chỉ tiêu các dấu hiệu triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng qua quá trình điều trị

- Chỉ tiêu về kết quả 6 tháng điều trị: khỏi, hoàn thành, bỏ trị, thất bại

2.5 Kỹ thuật và phương pháp thu thập số liệu

- Bệnh nhân được quản lý và giám sát theo DOTS, điều trị phác đồ 2HRZE/4HRE. Giai đoạn tấn công kéo dài 2 tháng, gồm 4 loại thuốc dùng hàng ngày. Giai đoạn duy trì kéo dài 4 tháng gồm 3 loại thuốc là R, H và E dùng hàng ngày. Sử dụng các loại thuốc dạng viên hỗn hợp cố định liều và viên rời. Điều trị triệu chứng và các tác dụng không mong muốn theo hướng dẫn của CTCLQG [1].

- Khám hỏi, thu thập dữ liệu của người bệnh ghi vào bệnh án nghiên cứu được biên soạn sẵn.

2.6 Phương pháp xử lý số liệu: nhập số liệu vào Epi data và xử lý trên SPSS.

2.7 Đạo đức nghiên cứu: đề cương nghiên cứu được Hội đồng khoa học Nhà trường và Ban giám đốc Bệnh viện thông qua. Các thông tin về người bệnh được giữ bí mật.

Bảng 1: Phân bố tuổi và giới của bệnh nhân nghiên cứu

| Bệnh nhân Nhóm tuổi | Nam n (%) | Nữ n (%) | Tổng n (%) |
|--------------------------------|----------------------|---------------------|-----------------------|
| 16 – 24 | 5 (50,0) | 5 (50,0) | 10 (7,2) |
| 25 – 34 | 13 (65,0) | 7 (35,0) | 20 (14,4) |
| 35 – 44 | 24 (85,7) | 4 (14,3) | 28 (20,1) |
| 45 – 54 | 27 (81,8) | 6 (18,2) | 33 (23,7) |
| 54 – 64 | 17 (70,8) | 7 (29,2) | 24 (17,3) |
| 65 + | 15 (62,5) | 9 (37,5) | 24 (17,3) |
| Tổng | 101 (72,7) | 38 (27,3) | 139 (100) |

Kết quả bảng 1 cho thấy số lượng bệnh nhân nghiên cứu tăng theo độ tuổi, nhóm từ 45 - 54 tuổi gặp chủ yếu, chiếm 23,7%. Nhóm tuổi trẻ từ 16 – 24 tuổi chỉ gặp 7,2%. Bệnh nhân nam gặp nhiều hơn nữ là 72,7% so với 27,3% ($101/38 = 2,65$). Tương đương nghiên cứu Nguyễn Thị Thanh Bình, 2014 tại BVL&BPTN, cho thấy gặp nhiều bệnh nhân ở tuổi từ 31 trở lên, chiếm 91,75% và tỷ lệ nam nữ là 61,4% và 38,6% [2]. Theo CTCLQG, 2014 bệnh nhân lao phổi AFB (+) mới trong cả nước có tỷ lệ nam nữ là $37338/12596=2,96$ [4].

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo nghề nghiệp

| Nghề nghiệp | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|--------------------|---------------------|----------------|
| Làm ruộng | 111 | 79,9 |
| Cán bộ, CC, VC | 7 | 5,0 |
| Nghỉ hưu | 5 | 3,6 |
| Khác | 16 | 11,5 |

Kết quả bảng 2 cho thấy số lượng bệnh nhân làm ruộng là chủ yếu, chiếm 79,9%, số còn lại là cán bộ, công viên chức, nghỉ hưu. Phân bố này cho thấy bệnh lao vẫn gặp nhiều ở đối tượng nông dân làm ruộng, lao động vất vả, kinh tế nông nghiệp còn khó khăn. Phân bố nghề nghiệp này tương tự như Nguyễn Thị Thanh Bình, trong số bệnh nhân lao nhập BVL&BPTN 2014, số bệnh nhân làm ruộng chiếm nhiều nhất là 68,8% [2].

Bảng 3: Lý do vào viện của bệnh nhân

| Lý do vào viện | Số bệnh nhân | Tần xuất |
|-----------------------|---------------------|-----------------|
| Ho kéo dài | 68 | 48,9 |
| Gầy sút cân | 31 | 22,3 |
| Sốt cao | 27 | 19,4 |
| Ho ra máu | 18 | 12,9 |
| Khó thở | 14 | 10,1 |
| Đau ngực | 18 | 12,9 |

Qua bảng 3 cho thấy, lý do vào viện gặp nhiều nhất là ho kéo dài, chiếm 48,9%. Đây là dấu hiệu quan trọng giúp phát hiện lao phổi vì đó là lý do thường gặp nhất. Lý do tiếp theo là gầy

sút cân, chiếm 22,3%, và sau đó là sốt cao, ho ra máu, khó thở, đau ngực ... Ngoài ra bệnh nhân đến bệnh viện với lý do của nhiều bệnh cảnh kèm theo. Sự thường gặp các lý do vào viện của người bệnh ở nghiên cứu này phù hợp với y văn mô tả bệnh lao phổi [1, 6].

3.2 Kết quả quá trình điều trị

Bảng 4: Kết quả thay đổi triệu chứng lâm sàng qua điều trị

| Bệnh nhân Triệu chứng | Khi vào viện | Sau điều trị 2 tháng | Sau điều trị 6 tháng |
|--|---------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| Ho khạc đờm | 115 (82,9) | 12 (8,6) | 0 |
| Ho khan | 15 (10,8) | 0 | 0 |
| Ho ra máu | 27 (19,4) | 0 | 0 |
| Sốt | 102 (73,4) | 15 (10,8) | 0 |
| Đau ngực | 98 (70,6) | 15 (10,8) | 0 |
| Khó thở | 49 (35,0) | 3 (2,1) | 0 |
| Gầy sút cân | 84 (60,2) | 6 (4,3) | 0 |
| Mệt mỏi | 118 (85,2) | 13 (9,4) | 0 |
| Biến dạng lồng ngực | 24 (17,3) | 19 (13,7) | 14 (10,1) |
| Có ran ở phổi | 100 (72,3) | 8 (5,8) | 0 |
| Vàng da, vàng mắt | 6 (4,3) | 20 (14,4) | 4 (2,9) |
| Gan to | 12 (8,6) | 22 (15,8) | 7 (5,0) |
| Ăn kém, buồn nôn, nôn | 15 (10,8) | 14 (10,1) | 0 |
| Phù | 5 (3,6) | 2 (1,4) | 0 |

Diễn biến thay đổi triệu chứng lâm sàng qua điều trị tại bảng 4 cho thấy:

Tại thời điểm vào viện, các triệu chứng lâm sàng thường gặp là ho kéo dài, ho khan, ho ra máu, khó thở, có ran ở phổi. Kết quả điều trị thay đổi triệu chứng lâm sàng lao phổi khá tốt, 3 dấu hiệu hay gặp của lao phổi khi vào viện là ho, sốt và gầy sút cân với tỷ lệ lần lượt là 82,9%, 73,4% và 60,2% sau 2 tháng điều trị chỉ còn là 8,6%, 10,8% và 4,3%. Sau đó các triệu chứng giảm dần và hết hẳn ở những tháng thứ 4, 5 và 6.

Một số triệu chứng ngoài phổi xuất hiện ở bệnh nhân khi vào viện là: vàng da vàng mắt chiếm 4,3%; gan to chiếm 8,6%; ăn kém, buồn nôn, nôn chiếm 10,8% và phù chiếm

3,6%. Các triệu chứng này thuộc các dấu hiệu hay bệnh lý kèm theo của bệnh nhân cần được khám và kiểm soát kỹ vì chúng có nguy cơ tăng nặng do tác dụng phụ của các thuốc chống lao. Kết quả sau 2 tháng diễn biến các triệu chứng là: vàng da vàng mắt tăng lên là 14,4%; gan to tăng lên là 15,8%; ăn kém, buồn nôn, nôn ít thay đổi là 10,1% và phù giảm xuống còn 1,4%. Đến tháng thứ 6 chỉ còn 2 triệu chứng là vàng da vàng mắt còn 2,9%; gan to còn 5,0%. Kết quả này phù hợp với nhận xét của Hoàng Văn Cường: “Một số triệu chứng ngoài phổi lại tăng lên đáng kể như vàng da, vàng mắt 17%, gan to 21,2%” [3].

Bảng 5: Kết quả thay đổi triệu chứng cận lâm sàng qua điều trị

| Chỉ số \ Bệnh nhân | Khi vào viện | Sau điều trị 2 tháng | Sau điều trị 6 tháng |
|----------------------------------|---------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| Tăng bạch cầu | 59 (42,4) | 12 (8,6) | 2 (1,4) |
| Giảm Hb | 33 (23,7) | 11 (7,9) | 5 (3,6) |
| Tăng creatinin | 16 (11,5) | 28 (20,1) | 10 (7,2) |
| Tăng ure máu | 11 (7,9) | 20 (14,4) | 9 (6,5) |
| Tăng axit uric máu | 19 (13,7) | 27 (19,4) | 13 (9,4) |
| Tăng men gan SGOT | 33 (23,7) | 39 (28,1) | 24 (17,3) |
| Tăng men gan SGPT | 24 (17,3) | 31 (22,3) | 10 (7,2) |

Giá trị bạch cầu: số bệnh nhân có tăng BC khi vào viện chiếm 42,4%, sau 2 tháng giảm xuống còn 8,6% và sau 6 tháng chỉ còn 1,4%. Về giá trị Hb: số bệnh nhân giảm Hb khi vào viện chiếm 23,7%, sau 2 tháng chỉ còn 7,9% và sau 6 tháng chỉ còn 3,6%. Các chỉ số BC và Hb được cải thiện tốt qua thời gian điều trị.

Giá trị Creatinin: số bệnh nhân tăng creatinin khi vào viện chiếm 11,5%, sau 2 tháng tăng lên là 20,1% và sau 6 tháng chỉ còn 7,2%. Tương đương với Hoàng Văn Cường, 2014, số bệnh nhân có tăng creatinin máu chiếm 12,7%, sau 2 tháng tăng lên 3 lần là 36,1% [3]. Về giá trị ure huyết thanh: số bệnh nhân tăng ure khi vào viện chiếm 7,9%, sau 2 tháng tăng lên là 14,4% và sau 6 tháng vẫn là 6,5%. Kết quả này tương đương với Hoàng Văn Cường, 2014, số bệnh nhân lao phổi khi vào viện có tăng ure máu chiếm 8,5%, nhưng sau 2 tháng điều trị lại tăng rất cao là 31,8% [3].

Giá trị axit uric: số bệnh nhân tăng axit uric khi vào viện chiếm 13,7%, sau 2 tháng tăng lên là 19,4% và sau 6 tháng vẫn là 9,4%. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng axit uric như trên là

thấp nếu so sánh với nghiên cứu của Doãn Thị Tường Vi, 2007 là 35,6% ở nhóm từ trên 45 tuổi.

Giá trị SGOT huyết thanh: số bệnh nhân tăng SGOT khi vào viện chiếm 23,7%, sau 2 tháng tăng lên là 28,1% và sau 6 tháng có giảm ít là 17,3%. Kết quả này ngang với Hoàng Văn Cường, số bệnh nhân có tăng SGOT chiếm 19,1%, sau 2 tháng tăng lên 2 lần là 36,2% [3]. Giá trị SGPT huyết thanh: số bệnh nhân tăng SGPT khi vào viện chiếm 17,3%, sau 2 tháng tăng lên là 22,3% và sau 6 tháng có giảm ít là 7,2%. Kết quả này cũng gần bằng với Hoàng Văn Cường, số bệnh nhân có tăng SGPT chiếm 19,2%. Sau 2 tháng tăng lên cao là 40,4%. Xét nghiệm về chức năng gan, thận có nhiều thay đổi, thường tăng lên do các tác dụng phụ của thuốc chống lao, tăng ở 2 tháng đầu. Có thể, những bệnh nhân này, do có tổn thương tiềm tàng trong tế bào gan, khi dùng thuốc chống lao, ảnh hưởng của thuốc đến tế bào gan. Một số trường hợp tăng men gan cao, kèm theo biểu hiện triệu chứng lâm sàng rõ rệt, phải có chỉ định giảm hoặc dừng thuốc lao và điều trị từng trường hợp cụ thể.

Bảng 6: Đánh giá kết quả điều trị sau 6 tháng

| Kết quả | Bệnh nhân | n | Tỷ lệ % |
|---------------------|------------------|------------|----------------|
| Khỏi | | 131 | 94,2 |
| Hoàn thành điều trị | | 6 | 4,3 |
| Bỏ trị | | 1 | 0,7 |
| Thất bại | | 1 | 0,7 |
| Tổng số | | 139 | 100 |

Bảng này cho biết kết quả khỏi chiếm 94,2%. Đây là kết quả có tỷ lệ cao. Kết quả hoàn thành điều trị có 4,3% bệnh nhân. Hai kết quả trên chứng tỏ hoạt động xét nghiệm kiểm tra nhuộm soi đờm các tháng 5 và 6 là rất tốt. Nghiên cứu ghi nhận có 1 (0,7%) bệnh nhân bỏ trị và 1 (0,7%) bệnh nhân thất bại. Không có ca nào tử vong hay chuyển. Kết quả của nghiên cứu này tốt hơn so với CTCLQG, năm 2013 điều trị lao phổi AFB (+) mới phác đồ 8 tháng của cả nước có tỷ lệ khỏi là 89,9%, hoàn thành là 1,8%, bỏ trị là 2,0%, thất bại là 1,3% [4].

IV. KẾT LUẬN

Khảo sát 139 bệnh nhân lao phổi AFB (+) mới điều trị phác đồ 6 tháng tại BVL&BPTN, chúng tôi kết luận sau.

4.1. Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Bệnh nhân nam (72,7%) nhiều hơn nữ (27,3%). Nhóm 45 - 54 tuổi chiếm 23,7%. Nhóm từ 16 - 24 tuổi chiếm 7,2%. Bệnh nhân làm ruộng chiếm 79,9%. Lý do vào viện ho kéo dài chiếm 48,9%, gầy sút cân chiếm 22,3%.

4.2. Kết quả quá trình điều trị

Các dấu hiệu ho, sốt và gầy sút cân chiếm tỷ lệ lần lượt là 82,9%, 73,4% và 60,2% sau 2 tháng điều trị còn là 8,6%, 10,8% và 4,3%, giảm dần và hết ở tháng thứ 4, 5 và 6.

Các triệu chứng vàng da vàng mắt chiếm 4,3%; gan to chiếm 8,6%; ăn kém, buồn nôn, nôn

chiếm 10,8% và phù chiếm 3,6%. Sau 2 tháng vàng da vàng mắt tăng lên là 14,4%; gan to tăng lên là 15,8%; ăn kém, buồn nôn, nôn ít thay đổi là 10,1% và phù giảm xuống còn 1,4%. Sau 6 tháng vàng da vàng mắt còn 2,9%; gan to còn 5,0%.

Các xét nghiệm khi vào viện, sau 2 tháng và sau 6 tháng lần lượt là:

Tỷ lệ bệnh nhân: tăng BC: 42,4%, 8,6% và 1,4%; giảm Hb: 23,7%, 7,9% và 3,6%; tăng creatinin: 11,5%, 20,1% và 7,2%; tăng ure: 7,9%, 14,4% và 6,5%; tăng axit uric: 13,7%, 19,4% và 9,4%; tăng giá trị SGOT: 23,7%, 28,1% và 17,3%; tăng giá trị SGPT: 17,3%, 22,3% và 7,2%.

Tỷ lệ khỏi chiếm 94,2%, hoàn thành điều trị 4,3%, bỏ trị 0,7%, thất bại 0,7%.

KHUYẾN NGHỊ

Y tế cơ sở nên áp dụng điều trị bệnh nhân lao phổi AFB (+) mới bằng phác đồ 6 tháng (2HRZE/4HRE), vì có kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và dự phòng bệnh lao (Ban hành kèm theo Quyết định số: 4263 /QĐ-BYT ngày 13 tháng 10 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)", Bộ Y tế, Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Thanh Bình (2015), Kỹ yếu công trình nghiên cứu khoa học, "Khảo sát mô hình bệnh tật tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi

- Thái Nguyên năm 2014*", Sở y tế Thái Nguyên, Bệnh viện Lao và Bệnh phổi, 236 - 2248.
3. **Hoàng Văn Cường, Ma Thị Hường, (2015)**, Kỹ yếu công trình nghiên cứu khoa học, "Nghiên cứu sự biến đổi của một số trị số sinh hóa máu ở bệnh nhân lao phổi mới trước và sau hai tháng điều trị tấn công tại bệnh viện Lao và Bệnh phổi Thái Nguyên năm 2014", Sở y tế Thái Nguyên, Bệnh viện Lao và Bệnh phổi, 226 - 235.
 4. **Chương trình chống lao Quốc gia (2015)**, "Báo cáo tổng kết hoạt động chương trình chống lao năm 2014 và phương hướng hoạt động năm 2015".
 5. **World Health organization (2010)**, "Treatment of tuberculosis guidelines, Fourth edition".
 6. **World Health organization (2013)**, "Global tuberculosis report 2013", 1-6.

ĐÁNH GIÁ KIẾN THỨC TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH ĐIỆN BIÊN

Nguyễn Vũ Huyền Anh*, Nguyễn Minh Tuấn, Phan Thanh Nhung***, Hoàng Anh Tuấn****

TÓM TẮT¹²

Mục tiêu: Nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá kiến thức và xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường type 2 đang điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 64,9% người bệnh có kiến thức tự chăm sóc bệnh đái tháo đường type 2 ở mức trung bình; 19,9% ở mức tốt và 15,2% ở mức kém. Điểm trung bình là $25,57 \pm 3,259$. **Kết luận:** Đối tượng nghiên cứu có kiến thức ở mức trung bình ($67,3\% \pm 8,58\%$). Người bệnh còn thiếu kiến thức trong việc theo dõi, phát

hiện và cách xử trí khi có biến chứng và chế độ ăn uống đặc biệt là cách phân loại và lựa chọn thực phẩm. Qua nghiên cứu nhận thấy có 3 yếu tố liên quan đến kiến thức của người bệnh bao gồm: trình độ giáo dục, thời gian bị bệnh và nguồn tiếp cận thông tin về chăm sóc bệnh.

Từ khóa: Kiến thức, tự chăm sóc, đái tháo đường type 2.

SUMMARY

EVALUATION OF SELF CARE KNOWLEDGE AMONG TYPE 2 DIABETES PATIENTS IN DIEN BIEN GENERAL HOSPITAL

Objectives: The research is implemented to evaluate the knowledge and identify a number of factors affecting self care knowledge of people with type 2 diabetes are treating at the Dien Bien General Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** 64.9% of patients have the self care knowledge of type 2 diabetes in the average levels; 19.9% in good levels and

*Trường Cao đẳng Y tế Điện Biên,

** Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên,

*** Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ Huyền Anh
Email: huyenanhydb@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

15.2% in poor levels. The average score was 25.57 ± 3259 . **Conclusion:** Research population had the self care knowledge in the average levels ($67.3\% \pm 8.58\%$). Patients lack of knowledge in monitoring, detecting, and how to manage complications and special diet is the classification and selection of food. Through the study found that there are 3 factors related to knowledge of patient include: level of education, duration of illness and accessible source of information about self care.

Key words: knowledge, self care, type 2 diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường type 2 là một bệnh mạn tính không lây liên quan đến chế độ ăn uống, béo phì và lối sống, có tốc độ phát triển rất nhanh ở nhiều nước trên thế giới. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2000 có 171 triệu người mắc đái tháo đường trên toàn cầu và dự báo số lượng người mắc vào năm 2030 sẽ là 366 triệu. Nhưng trên thực tế chỉ sau 11 năm là vào năm 2011, số người bệnh đái tháo đường đã là 366,2 triệu trên toàn thế giới. Tại Việt Nam điều tra năm 2012 tại 6 vùng miền trên cả nước cho thấy tỷ lệ ĐTD là 5,7% [1]. Việc tăng mức độ nghiêm trọng của bệnh đái tháo đường mỗi năm có liên quan đến sự thiếu kiến thức và thực hành tự chăm sóc của người bệnh. Có bảy hành vi tự chăm sóc thiết yếu ở những người bị bệnh đái tháo đường bao gồm sử dụng thuốc phù hợp, chế độ ăn uống lành mạnh, hoạt động thể lực, phòng tránh nguy cơ biến chứng, theo dõi lượng đường trong máu, kỹ năng giải quyết vấn đề và kỹ năng đối phó với bệnh [4]. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng kiến thức về tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường còn hạn chế. Việc xác định những

thiếu hụt về kiến thức sẽ góp phần xây dựng nội dung giáo dục thích hợp cho người bệnh, nỗ lực phòng ngừa biến chứng và tạo điều kiện cho các can thiệp cụ thể theo nhu cầu của người bệnh. Chính vì vậy nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu:

1. Đánh giá kiến thức tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường type 2 đang điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường type 2 đang điều trị tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Người bệnh đã được chẩn đoán đái tháo đường type 2 và đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên từ 01/6/2016 đến 31/8/2016.

2. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

3. Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu ước lượng được tính toán theo công thức:

$$n = \frac{Z^2_{\alpha/2} \sigma^2}{d^2}$$

Dựa độ lệch chuẩn của điểm trung bình kiến thức ở những người bệnh đái tháo đường $\sigma = 16.7\%$ [7], với độ chính xác mong muốn $d=2,5\%$ và mức tin cậy 95%, tính được cỡ mẫu là 171 người bệnh. Lập danh sách 358 người bệnh đái tháo đường đang điều trị ngoại trú tại phòng khám, Bệnh viện đa khoa tỉnh Điện Biên và chọn ngẫu nhiên hệ thống với khoảng cách mẫu $k=2$ đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

4. Phương pháp thu thập số liệu

Phòng vấn bằng bộ câu hỏi tự điền phát cho người bệnh ĐTĐ vào thời điểm trước khi người bệnh được khám và điều trị tại phòng khám ngoại trú. Bộ câu hỏi gồm 21 câu hỏi đúng sai được xây dựng dựa trên bộ công cụ đo lường kiến thức tự chăm sóc bệnh đái tháo đường type 2 tại Nigeria của tác giả Maxwell O Adibe và 17 câu hỏi chọn đáp án đúng nhất được xây dựng dựa trên Test trắc nghiệm kiến thức bệnh đái tháo đường (DKT) của trung tâm đào tạo và nghiên cứu khoa học về đái tháo đường - Trường đại học Michigan [6].

Kiến thức tự chăm sóc bệnh đái tháo

đường type 2 được lượng hóa bằng cách cho điểm: mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm, câu trả lời sai hoặc không biết được 0 điểm. Tổng điểm là 38 điểm được chia làm 3 mức độ: kiến thức tốt ($\geq 75\%$ tổng điểm), trung bình (60-74% tổng điểm) và kém ($\leq 59\%$ tổng điểm) [8].

5. Phương pháp phân tích số liệu

Sử dụng phần mềm thống kê SPSS 22.0 để phân tích với các thuật toán thống kê mô tả tần suất, tỷ lệ, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, phân tích tương quan Pearson và Chi-square.

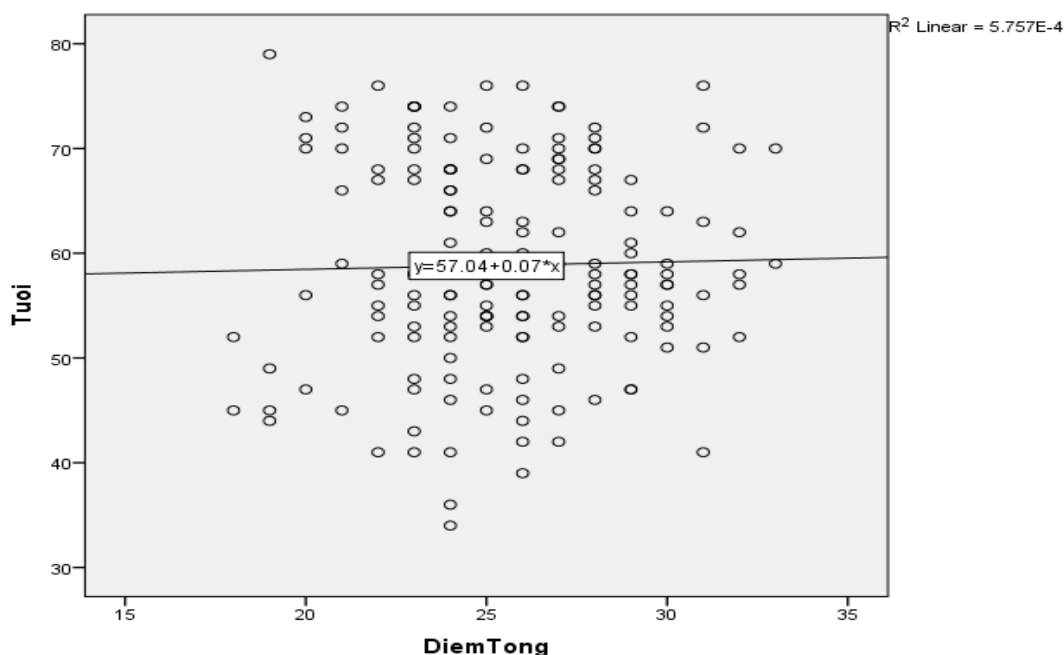
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kiến thức tự chăm sóc đái tháo đường type 2 của người bệnh (n=171)

| Kiến thức | Tốt | | Trung bình | | Kém | | Điểm trung bình (\pm độ lệch chuẩn) |
|----------------------------|-----|------|------------|------|-----|------|---|
| | SL | % | SL | % | SL | % | |
| Chế độ ăn | 35 | 20,5 | 76 | 44,4 | 60 | 35,1 | 3,78 \pm 0,938 (63% \pm 15,6%) |
| Sử dụng thuốc | 97 | 56,7 | 52 | 30,4 | 22 | 12,9 | 3,66 \pm 0,983 (73,2% \pm 19,7%) |
| Hoạt động thể chất | 84 | 49,1 | 68 | 39,8 | 19 | 11,1 | 2,38 \pm 0,679 (79,3% \pm 22,6%) |
| Tự theo dõi đường máu | 40 | 23,4 | 35 | 20,5 | 96 | 56,1 | 4,42 \pm 1,332 (63,1% \pm 19%) |
| Phòng và xử trí biến chứng | 64 | 37,4 | 21 | 12,3 | 86 | 50,3 | 7,66 \pm 1,736 (63,8% \pm 14,4%) |
| Theo dõi chăm sóc | 106 | 62,0 | 52 | 30,4 | 13 | 7,6 | 3,81 \pm 0,92 (76,2% \pm 18,4%) |
| Kiến thức chung | 34 | 19,9 | 111 | 64,9 | 26 | 15,2 | 25,57 \pm 3,259 (67,3% \pm 8,58%) |

Nhận xét: 64,9% đối tượng nghiên cứu có kiến thức tự chăm sóc bệnh đái tháo đường type 2 ở mức trung bình; 19,9% ở mức tốt và 15,2% ở mức kém. Điểm trung bình là 25,57 \pm 3,259; thấp nhất 18 điểm và cao nhất là 33 điểm. Người bệnh đã có kiến thức tốt về hoạt

động thể chất và theo dõi chăm sóc, có kiến thức ở mức trung bình về chế độ ăn, sử dụng thuốc, tự theo dõi đường máu, phòng và xử trí biến chứng. Đặc biệt người bệnh còn thiếu hụt kiến thức ở chế độ ăn, tự theo dõi đường máu, phòng và xử trí biến chứng.



Biểu đồ 1. Tương quan giữa tuổi và mức độ kiến thức của người bệnh ĐTĐ type 2 (n=171)

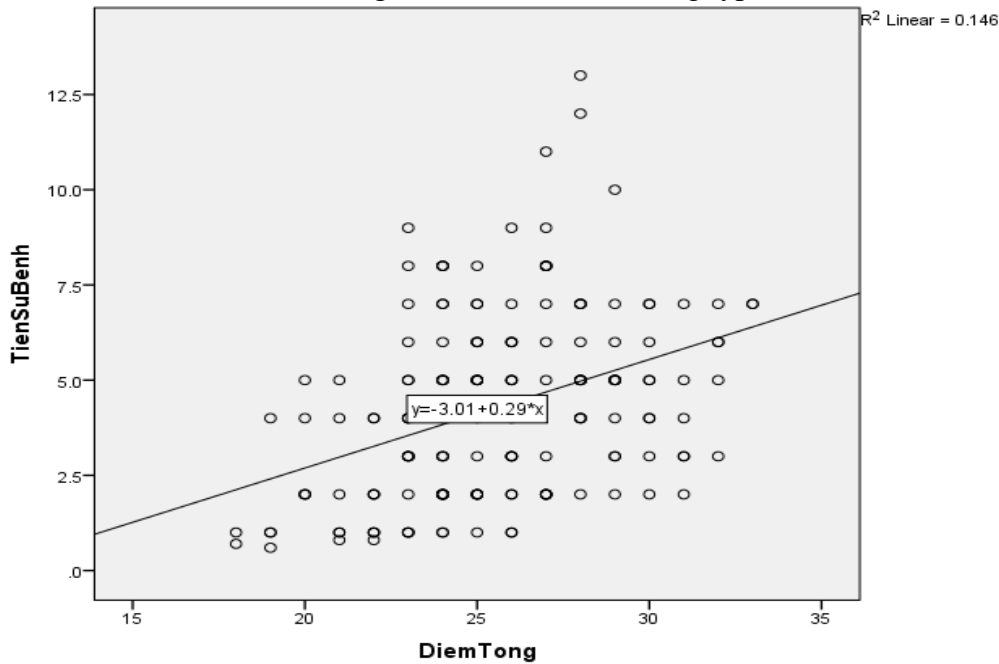
Nhận xét: Không có mối tương quan giữa tuổi và mức độ kiến thức tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường type 2 trong mẫu nghiên cứu.

Bảng 2. Mối liên quan giữa một số đặc tính cá nhân với kiến thức tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường type 2 (n=171)

| Yếu tố | Mẫu nghiên cứu (n = 171) SL(%) | Mức độ kiến thức | | | P (test χ^2) |
|-------------------------|--------------------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------|-----------------------|
| | | Tốt (n = 34) SL(%) | Trung bình (n = 111) SL(%) | Kém (n = 26) SL(%) | |
| | | SL(%) | SL(%) | SL(%) | |
| Giới | | | | | |
| Nam | 86 (50.3) | 18 (10.5) | 53 (31.0) | 14 (8.2) | >0,05 |
| Nữ | 85 (49.7) | 16 (9.4) | 58 (33.9) | 12 (7.0) | |
| Dân tộc | | | | | >0,05 |
| Kinh | 124 (72.5) | 26 (15.2) | 82 (48.0) | 16 (9.4) | |
| Thái | 37 (21.6) | 6 (3.5) | 26 (15.2) | 5 (2.9) | |
| H'Mông | 6 (3.5) | 1 (0.6) | 1 (0.6) | 4 (2.3) | |
| Khác | 4(2.3) | 1 (0.6) | 2 (1.2) | 1 (0.6) | |
| Trình độ học vấn | | | | | <0,05 |
| Tiểu học | 34 (19.9) | 0 | 21 (12.3) | 13 (7.6) | |
| THCS | 30 (17.5) | 4 (2.3) | 22 (12.9) | 4 (2.3) | |
| THPT | 58 (33.9) | 15 (8.8) | 35 (20.5) | 8 (4.7) | |
| Trung cấp, CĐ, ĐH | 49 (28.7) | 15 (8.8) | 33 (19.3) | 1 (0.6) | |

| | | | | | |
|------------------------|-----------|-----------|-----------|---------|-------|
| Nguồn thông tin | | | | | |
| Cán bộ y tế | 74 (43.3) | 31 (18.1) | 42 (24.6) | 1 (0.6) | <0,05 |
| TT đại chúng | 44 (25.7) | 3 (1.8) | 36 (21.1) | 5 (2.9) | |
| TT trực tiếp | 18 (10.5) | 0 | 15 (8.8) | 3 (1.8) | |
| Bạn bè, người thân | 11 (6.4) | 0 | 7 (4.1) | 4 (2.3) | |

Nhận xét: Không nhận thấy có sự liên quan giữa giới, dân tộc với mức độ kiến thức của người bệnh. Có sự tương quan thuận giữa trình độ giáo dục, nguồn thông tin truyền thông với mức độ kiến thức tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường type 2.



Biểu đồ 2. Tương quan giữa giữa thời gian bị bệnh và mức độ kiến thức của người bệnh ĐTD type 2 (n=171)

Nhận xét: Có sự tương quan thuận giữa thời gian bị bệnh và mức độ kiến thức của đối tượng nghiên cứu. Số năm bị bệnh càng nhiều thì mức độ kiến thức càng cao ($r = 0.382$)

IV. BÀN LUẬN

1. Mức độ kiến thức về tự chăm sóc bệnh đái tháo đường type 2

Qua nghiên cứu nhận thấy mức độ kiến thức tự chăm sóc của đối tượng nghiên cứu ở mức trung bình với 64.9% người bệnh. Điểm số trung bình của kiến thức tự chăm sóc là 25.57 ± 3.259 . Sự thiếu hụt kiến thức tự chăm sóc bệnh đái tháo đường type 2 ở đối tượng nghiên cứu có liên quan đến chế độ ăn,

cách phát hiện và xử trí các biến chứng đặc biệt là biến chứng cấp tính. Tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về tự chăm sóc trong nghiên cứu này chỉ đạt 19,9% ở thấp hơn nghiên cứu của Odili khi sử dụng test kiến thức đái tháo đường ở Nigeria và thấy mức độ kiến thức là tốt ở mức $39,5\% \pm 16,7\%$, trong đó người bệnh có thiếu hụt kiến thức về chế độ ăn uống và tự theo dõi đường huyết [7]. Điều này là do trong quần thể nghiên cứu của Odili

có 56% người bệnh đã trải qua giáo dục sức khỏe về chăm sóc bệnh đái tháo đường, giáo dục sức khỏe về chăm sóc bệnh đái tháo đường được cung cấp cho tất cả người bệnh ngay từ lần đầu tiên được chẩn đoán bệnh.

Al-Adsani đã đánh giá mức độ kiến thức tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường và các yếu tố liên quan trong 5114 người bệnh Kuwait với bệnh tiểu đường type 2 và tìm thấy điểm trung bình 58,9%, sự thiếu hụt kiến thức có trong các câu hỏi liên quan đến chế độ ăn uống [3]. Kết quả này cũng tương tự kết quả nghiên cứu tại Điện Biên trong nghiên cứu này. Hiện nay, ở Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đánh giá kiến thức tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường type 2 được công bố nên kết quả trong nghiên cứu này chưa so sánh được với mức độ kiến thức ở khu vực khác.

2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức tự chăm sóc của người bệnh ĐTD type 2

Qua nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt về mức độ kiến thức ở các nhóm tuổi khác nhau và giữa hai giới. Điểm kiến thức trung bình của giới nam là 25.56 ± 3.357 và của giới nữ là 25.57 ± 3.179 . Như vậy, kết quả nghiên cứu này khác với kết quả của Nguyễn Văn Lành khi nghiên cứu ở người Khmer tỉnh Hậu Giang [2]. Sự khác biệt này có thể là do phong tục tập quán, quan niệm về khám chữa bệnh của là khác nhau.

Có sự tương quan thuận giữa trình độ giáo dục và mức độ kiến thức của đối tượng nghiên cứu. Trình độ giáo dục càng cao thì mức độ kiến thức càng tăng. Điều này phù hợp với thực tế, những người trình độ giáo dục cao hơn có cơ hội tiếp cận và tìm hiểu

được kiến thức từ nhiều nguồn. Họ có một cơ hội lớn hơn thu thập kiến thức từ các phương tiện truyền thông đại chúng, sách và internet. Ngoài ra, họ có ít rào cản trong giao tiếp với các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, và có thể nắm bắt thông tin tốt hơn. Những người không biết chữ sẽ gặp khó khăn trong việc đọc và tự tìm hiểu các thông tin và hướng dẫn có liên quan đến kiến thức tự chăm sóc. Họ chỉ có thể tiếp thu kiến thức bằng cách nghe truyền thông giáo dục sức khỏe.

Thời gian bị bệnh cũng đã được tìm thấy liên quan đáng kể với mức độ kiến thức tự chăm sóc. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Odili, thời gian nhận thức bệnh là yếu tố duy nhất có liên quan đáng kể với mức độ kiến thức [7]. Những người đã có bệnh trong một thời gian có thể gặp phải lí do thúc đẩy họ tìm kiếm giúp đỡ, tăng thêm kiến thức trong quá trình này. Thời gian bị bệnh càng lâu, số lần người bệnh được tư vấn giáo dục sức khỏe càng nhiều, kĩ năng tìm kiếm thông tin tăng lên, người bệnh có thể trao đổi thông tin với những người cùng bị bệnh thông qua các buổi sinh hoạt câu lạc bộ đái tháo đường hoặc tư vấn sức khỏe. Do đó, tăng cường tập huấn giáo dục cho người bệnh có thể giúp ngăn chặn sự phát triển của bệnh đái tháo đường biến chứng. Giáo dục trong bệnh đái tháo đường và chăm sóc bệnh là một quá trình liên tục lặp đi lặp lại thường xuyên và liên tục mới có thể đem lại hiệu quả cao nhất.

Những đối tượng đã từng được tư vấn từ các nhân viên y tế có mức độ kiến thức cao hơn đối tượng chưa được tư vấn. Tỷ lệ các đối tượng nhận được thông tin về chăm sóc bệnh đái tháo đường tương đối cao 86.6 %, trong các nguồn cung cấp thông tin thì nguồn

thông tin từ cán bộ y tế chiếm tỷ lệ cao nhất 63.7%, tiếp theo đó là 21.6% nhận được từ các phương tiện truyền thông: sách báo, tạp chí, đài phát thanh, truyền hình, internet và các phương tiện thông tin đại chúng khác. Kết quả cũng cho thấy rằng các chương trình giáo dục sức khỏe có thể là một yếu tố quan trọng trong việc nâng cao kiến thức đái tháo đường. Điều này phù hợp với Boulé đã báo cáo rằng việc tham gia vào các chương trình giáo dục, có người tư vấn dinh dưỡng và tự giám sát đường trong máu tất cả đều liên quan đáng kể với kiến thức về bệnh ĐTĐ cao hơn [5].

V. KẾT LUẬN

Người bệnh có kiến thức ở mức trung bình. Điểm trung bình là 25.57 ± 3.259 ; thấp nhất 18 điểm và cao nhất là 33 điểm. 64.9% người bệnh có kiến thức tự chăm sóc bệnh đái tháo đường type 2 ở mức trung bình; 19.9% ở mức tốt và 15.2% ở mức kém.

Có 3 yếu tố liên quan đến kiến thức tự chăm sóc của người bệnh bao gồm: trình độ giáo dục, thời gian bị bệnh và tiếp cận thông tin về chăm sóc bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Nội tiết Trung ương** (2013). *Báo cáo Hội nghị tổng kết hoạt động của Dự án phòng chống đái tháo đường quốc gia năm 2012 và triển khai kế hoạch năm 2013*.
2. **Nguyễn Văn Lành** (2014). *Thực trạng bệnh đái tháo đường, tiền đái tháo đường ở người Khmer tỉnh Hậu Giang và đánh giá hiệu quả một số biện pháp can thiệp*, Luận án tiến sĩ Y học, Viện vệ sinh dịch tễ Trung ương.
3. **Al-Adsani A.M.S, Moussa M.A.A, Al-Jasem L.I et al** (2009). The level and determinants of diabetes knowledge in Kuwaiti adults with type 2 diabetes. *Diabetes metabolism*, 35(2), 121-8.
4. **American Association of Diabetes Educators** (2009). *Guidelines for the Practice of Diabetes Self-Management Education and Training*.
5. **Boulé N.G, Kenny G.P, Haddad E et al** (2003). Meta-analysis of the effect of structured exercise training on cardiorespiratory fitness in Type 2 diabetes mellitus. *Diabetologia*, 46(8), 1071-1081.
6. **Maxwell O.A, Cletus N.A, Chinwe V.U** (2011). The Construct Validity of an Instrument for Measuring Type 2 Diabetes Self-Care Knowledge in Nigeria. *Tropical Journal of Pharmaceutical Research*, 10(5), 619-629.
7. **Odili V, Isiboge P** (2011). Patients' Knowledge of Diabetes Mellitus in a Nigerian City. *Journal of Pharmaceutical Research*, 10(5), 637-642.
8. **Wikby K, Mufunda E, Björn A et al** (2012). Level and determinants of diabetes knowledge in patients with diabetes in Zimbabwe: a cross-sectional study. *The Pan African Medical Journal*, 13:78.

KẾT QUẢ THỞ MÁY CPAP VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ SƠ SINH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Bích Hoàng*

TÓM TẮT¹³

Suy hô hấp ở trẻ sơ sinh là một biểu hiện thường gặp, thở máy CPAP không xâm nhập là một trong những biện pháp phổ biến được áp dụng điều trị suy hô hấp ở trẻ sơ sinh. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ thành công trong điều trị suy hô hấp trẻ sơ sinh bằng thở máy CPAP và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng:** 79 trẻ sơ sinh suy hô hấp được nhập viện điều trị có can thiệp bằng thở máy CPAP từ 1/4 đến 30/9 năm 2015. **Phương pháp:** Mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công là 82,3%, thất bại 17,7%. Các yếu tố ảnh hưởng là tuổi thai ≤ 32 tuần, cân nặng ≤ 1500 g và thời gian thở máy CPAP kéo dài ≥ 3 ngày. **Kết luận:** Áp dụng thở máy CPAP trong điều trị suy hô hấp trẻ sơ sinh hầu hết đạt kết quả tốt, một số yếu tố ảnh hưởng là do trẻ quá non, cân nặng thấp, thời gian thở máy kéo dài.

Từ khóa: Sơ sinh suy hô hấp, thông khí áp lực dương liên tục (CPAP).

SUMMARY

POST-TREATMENT FOLLOWING UP OF RESPIRATORY DISTRESS SYNDROME IN INFANTS BY CPAP

Background: Acute respiratory distress (ARD) is a common paediatric emergency in newborns which is best responded with continuous positive airway pressure (CPAP).

* Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bích Hoàng

Email: bshoangtn@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Objectives: This study was carried out to evaluate effectiveness of CPAP in patients with acute respiratory distress and factor might affect CPAP success. **Methods:** 79 patients with ARD were admitted to hospital and underwent CPAP. **Results:** Technical success rate accounted for 82.3%. Gestation age ≤ 32 weeks OR 3,6 (95% CI 1,97-11,6), weight at birth ≤ 1500 gr OR 7 (95% CI 2,0-26,0) and time-length of CPAP (≥ 3 days OR 3,6 (95% CI 1,97-11,6) were considered as factor affecting the success of CPAP. **Conclusion:** CPAP is an effective ventilation technique in management of ARD. Immaturity, low weight at birth and prolonged CPAP might affect the treatment outcome.

Key words: respiratory distress syndrome in infants, continuous positive airway pressure (CPAP).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy hô hấp là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở trẻ sơ sinh, nhất là trẻ sơ sinh non tháng.

Thở máy CPAP không xâm nhập là một biện pháp hỗ trợ cho trẻ suy hô hấp còn có nhịp tự thở, bằng cách duy trì trên đường thở áp lực dương liên tục trong suốt chu kỳ thở. Phương pháp thở này có vai trò làm tăng cung cấp oxy cho trẻ, duy trì thể tích phổi hữu hiệu, giảm sức cản ở trong đường hô hấp trên và làm giảm cơn ngừng thở do tắc nghẽn. Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên đã áp dụng điều trị cho một số trẻ sơ sinh non tháng từ năm 2008, đến nay thở máy CPAP đã được sử dụng rộng rãi hơn, không chỉ cho tất cả trẻ sơ sinh non tháng suy hô hấp mà cả ở trẻ sơ sinh đủ tháng theo khuyến

cáo mới của WHO [1] và Bộ Y tế Việt Nam [2]. Do vậy, để đánh giá hiệu quả và xác định một số yếu tố ảnh hưởng khi áp dụng thở máy CPAP. Chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu sau: *Xác định tỷ lệ thành công và một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị suy hô hấp sơ sinh bằng thở máy CPAP.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 79 trẻ sơ sinh suy hô hấp khi nhập viện, bao gồm cả trẻ sơ sinh non tháng và đủ tháng, có chỉ định thở máy CPAP không xâm nhập.

2. Thời gian và địa điểm: Thời gian: Từ 1/4 đến hết 30/9/2015. Địa điểm: Tại khoa Sơ sinh Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên.

3. Phương pháp: Mô tả cắt ngang từng ca bệnh. Phân loại thành hai nhóm: Nhóm thở máy CPAP thành công và nhóm thất bại. Xác định các yếu tố liên quan đến thất bại

4. Chọn mẫu: Thuận tiện

5. Các chỉ số nghiên cứu:

5.1 Đánh giá kết quả:

- Xác định thành công: Biểu hiện lâm sàng tốt, tự thở không suy hô hấp. Khi dùng thở máy CPAP, bệnh nhi không phải sử dụng phương thức thở hỗ trợ khác như thở oxy hay thở máy xâm nhập (biểu hiện: Không suy hô hấp, SpO₂ > 90%).

- Thất bại: Phải chuyển từ thở máy CPAP sang thở máy xâm nhập (Không cải thiện tình trạng suy hô hấp hoặc nặng hơn, SpO₂ < 90%).

5.2 Các biến liên quan:

- Đánh giá tuổi thai: Bảng đánh giá tuổi thai của Finstom kết hợp với kinh cuối của bà mẹ.

- Cân nặng khi nhập viện: Cân Seca của Nhật Bản đến gram

- Tuổi nhập viện: Tính theo ngày nếu trên 1 ngày tuổi, theo giờ nếu dưới 1 ngày tuổi.

- Tiền sử cuộc đẻ: Đẻ đường dưới và mổ đẻ.

- Tiền sử khóc ngay sau sinh: Dựa vào giấy chuyển viện kết hợp với khai thác gia đình.

- Thời gian thở máy CPAP: Tính theo ngày, từ khi bắt đầu thở máy CPAP liên tục đến khi dừng thở máy hoặc chuyển sang thở máy xâm nhập.

- Xét nghiệm:

+ Hạ đường huyết: Glucose máu khi nhập viện < 2,2 mmol/l.

+ Rối loạn đông máu: Định lượng Fibrinogen, PT và APTT.

+ Xquang phổi: Có tổn thương (mờ dạng đám, nốt hoặc màng trong) hoặc không tổn thương (phổi sáng).

Các xét nghiệm được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên.

- Bệnh kèm theo: Hội chứng màng trong, bệnh tim bẩm sinh, viêm phổi, ngạt, hội chứng hít, chàm tiêu dịch phổi, nguyên nhân khác.

- Đẻ non đơn thuần: Chỉ có suy hô hấp do phổi non, không có bệnh kèm theo.

- Tác dụng phụ khi thở máy CPAP: Tràn khí trung thất, tăng áp lực nội sọ, chướng bụng, viêm loét niêm mạc mũi.

6. Xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 13.0

III. KẾT QUẢ

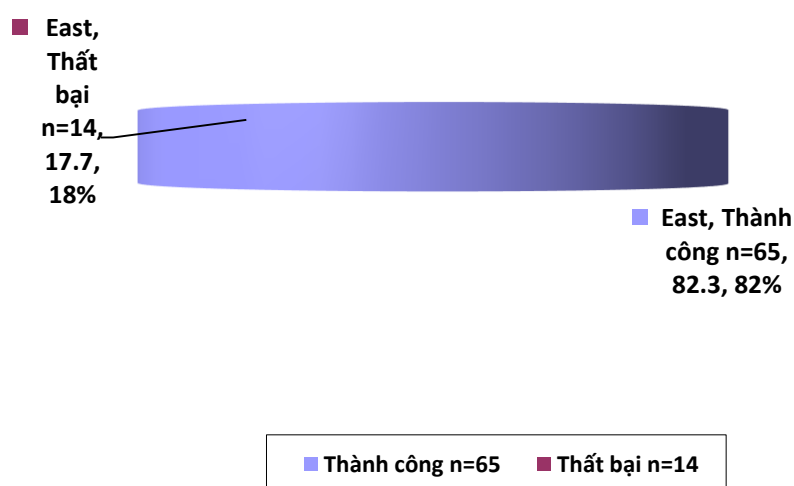
1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Bảng 3.1: Đặc điểm chung về tuổi thai, cân nặng và giới tính

| Tuổi thai | | ≤ 32 tuần | >32 tuần | Tổng |
|-----------|----------|-----------|----------|------|
| | | n = 24 | n = 55 | 79 |
| Cân nặng | ≤ 1500 g | 15 | 1 | 16 |
| | >1500g | 9 | 54 | 63 |
| Giới tính | Nam | 19 | 25 | 44 |
| | Nữ | 5 | 30 | 35 |

Nhận xét: Phần lớn tuổi thai > 32 tuần, chiếm 69,6%. Cân nặng > 1500g chiếm 79,7%. Trẻ nam nhiều hơn nữ: 1,25.

2. Xác định kết quả thở máy CPAP ở trẻ sơ sinh suy hô hấp:



Biểu đồ 3.1: Kết quả thở máy CPAP ở trẻ sơ sinh suy hô hấp

Nhận xét: Hầu hết thành công chiếm 82,3%; chỉ một số ít thất bại chiếm 17,7%.

3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả thở máy CPAP ở trẻ sơ sinh suy hô hấp:

Bảng 3.2: Một số yếu tố liên quan

| Các yếu tố liên quan | | Thất bại | | Thành công | | OR 95% CI | p |
|----------------------|---------------------|----------|------------|------------|-------------|-----------------------|-----------------|
| Giới | Nam | 9 | 20,5 | 35 | 79,5 | 0,65 (0,2 - 2,15) | 0,48 |
| | Nữ | 5 | 14,3 | 30 | 85,7 | | |
| Tuổi nhập viện | < 24 giờ | 10 | 19,2 | 42 | 80,8 | 0,73 (0,21 - 2,59) | 0,76 |
| | > 1 ngày | 4 | 14,8 | 23 | 85,2 | | |
| Tuổi thai | > 32 tuần | 5 | 9,0 | 50 | 91,0 | 3,6 | <0,05 |

| | | | | | | | |
|----------------------------|------------------|----|------|----|------|---------------|-------|
| | ≤ 32 tuần | 9 | 37,5 | 15 | 62,5 | (1,97 – 11,6) | |
| Cân nặng | $\leq 1500g$ | 9 | 56,2 | 7 | 43,8 | 7,0 | <0,01 |
| | $> 1500g$ | 5 | 7,9 | 58 | 92,1 | (2,0 – 26,0) | |
| Tiền sử cuộc đẻ | Mỏ đẻ | 4 | 12,9 | 27 | 87,1 | 1,78 | 0,36 |
| | Đẻ đường dưới | 10 | 20,8 | 38 | 79,2 | (0,50 – 6,26) | |
| Khóc ngay Sau sinh | Có | 11 | 20,8 | 42 | 79,2 | 0,50 | 0,37 |
| | không | 3 | 11,5 | 23 | 88,5 | (0,13 – 1,97) | |
| Rối loạn đông máu sau sinh | Có | 9 | 19,6 | 37 | 80,4 | 0,73 | 0,61 |
| | không | 5 | 15,2 | 28 | 84,8 | (0,22 – 2,43) | |
| Hạ đường huyết | Có | 12 | 23,1 | 40 | 76,9 | 0,27 | 0,12 |
| | không | 2 | 7,4 | 25 | 92,6 | (0,06 – 1,29) | |
| Thời gian thở máy CPAP | < 3 ngày | 5 | 9,0 | 50 | 91,0 | 3,6 | <0,05 |
| | ≥ 3 ngày | 9 | 37,5 | 15 | 62,5 | (1,97 – 11,6) | |
| Nguyên nhân | Đẻ non đơn thuần | 11 | 19,3 | 46 | 80,7 | 0,66 | 0,75 |
| | Bệnh kèm theo | 3 | 14,2 | 18 | 85,8 | (0,17 – 2,64) | |

Nhận xét: Có 10 yếu tố đưa vào xem xét các yếu tố liên quan, cho thấy chỉ có 3 yếu tố nguy cơ là tuổi thai, cân nặng thấp và thời gian thở máy kéo dài. Có nguy cơ thở máy CPAP thất bại cao hơn. Bệnh kèm theo số lượng ít, các bệnh tân mắt không thấy có sự khác biệt.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

▪ Đặc điểm về giới tính: Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.1 cho thấy số lượng trẻ nam nhiều hơn trẻ nữ, tỷ lệ nam/nữ là 1,25. Nghiên cứu của Khu Thị Khánh Dung trên 568 trẻ thở máy CPAP ở nhiều bệnh viện tỉnh cho thấy tỷ lệ nam/ nữ là 1,4 [3]. Theo tác giả sở dĩ trẻ nam thường cao hơn vì có

thể ở trẻ nam có nhiều nguy cơ suy hô hấp hơn ở trẻ nữ.

▪ Đặc điểm về tuổi thai: Tỷ lệ gặp cao nhất là nhóm tuổi 33-36 tuần, tuổi thai thấp nhất là > 36 tuần. Nghiên cứu của Khu Thị Khánh Dung cũng có kết quả tương tự [3]. Nghiên cứu của Zhonghua ở Trung Quốc trên 107 trẻ, cho thấy tỷ lệ cao nhất là tuổi thai từ 32 đến 35 tuần, theo tác giả với tuổi thai thấp hơn trẻ thường phải thở máy xâm

nhập, còn tuổi thai cao hơn thì tỷ lệ suy hô hấp thường thấp [4].

▪ Đặc điểm về cân nặng: Nhóm cân nặng từ 1501-2000g có tỷ lệ cao nhất, chiếm 46,8%. Nghiên cứu của Khu Thị Khánh Dung [3] và nghiên cứu của Zhonghua [4] cũng có kết quả tương tự. Cũng tương tự như đặc điểm về tuổi thai, thở máy CPAP thường gặp ở trẻ cân nặng tương đương với tuổi thai ở mức độ non tháng vừa, những trường hợp quá non tháng chủ yếu phải thở máy xâm nhập.

2. Kết quả thở máy CPAP ở trẻ sơ sinh suy hô hấp

Hầu hết thành công chiếm 82,3%; chỉ một số ít thất bại chiếm 17,7%. Nghiên cứu của Khu Thị Khánh Dung tỷ lệ thành công là 88,9% và thất bại là 11,1% [3]. Nghiên cứu của Zhonghua ở Trung Quốc cho thấy tỷ lệ thành công là 84% [4]. Nghiên cứu của Gupta thở máy CPAP cho trẻ sơ sinh non tháng ở các nước đang phát triển, đạt hiệu quả cao, giảm được nguy cơ thở máy xâm nhập 50% các trường hợp [5]. Nghiên cứu của Kiran ở Ấn Độ trên 252 trẻ, cho thấy giảm 36% tỷ lệ chuyển viện tuyến trên [6]. Nghiên cứu của Zaharie ở Romaria thở máy CPAP trên 90 trẻ đẻ non, cho thấy thành công là 75%; giảm tỷ lệ trẻ phải thở máy xâm nhập và giảm tỷ lệ sử dụng surfactant [7]. Theo các tác giả, sở dĩ thở máy CPAP thành công cao là do sự tăng dung tích cặn chức năng, tăng thông khí phổi, tái tạo lại các phế nang bị xẹp, giảm nguy cơ ngừng thở nhất là ở trẻ sơ sinh non tháng.

3. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả thở máy CPAP ở trẻ sơ sinh

Kết quả nghiên cứu ở bảng 3.2 cho thấy: Có 10 yếu tố đưa vào xem xét các yếu tố liên quan, cho thấy chỉ có 3 yếu tố nguy cơ là tuổi thai, cân nặng thấp và thời gian thở máy CPAP kéo dài sau 3 ngày. Có nguy cơ thở máy CPAP thất bại cao hơn. Nghiên cứu của Khu Thị Khánh Dung, cho thấy các yếu tố liên quan là: Tuổi bắt đầu thở CPAP, tuổi thai và cân nặng thấp, mức độ suy hô hấp [3]. Nghiên cứu của Zhonghua ở Trung Quốc cho thấy các yếu tố nguy cơ thất bại là tuổi thai, cân nặng thấp và thời gian bắt đầu thở máy CPAP [4]. Nghiên cứu của Murki ở Ấn Độ cũng cho thấy, tuy thở máy CPAP ở trẻ sơ sinh có hiệu quả cao, tuy nhiên các yếu tố nguy cơ thất bại là tuổi thai, cân nặng thấp, thời gian thở máy kéo dài [8]. Nghiên cứu của De Mauro cho thấy thở máy CPAP ở trẻ sơ sinh suy hô hấp tỷ lệ thành công cao, tuy nhiên yếu tố nguy cơ thất bại là trẻ quá non và mức độ suy hô hấp nặng, ít tai biến hơn nhiều so với thở máy xâm nhập [9]. Nghiên cứu của Wilson trên 70 trẻ sơ sinh thở máy CPAP ở Ghana, cho thấy có tỷ lệ thành công cao, yếu tố liên quan là tuổi thai, cân nặng thấp và mức độ suy hô hấp [10]. Như vậy nhiều nghiên cứu cho thấy mặc dù thở máy CPAP ở trẻ sơ sinh có tỷ lệ thành công cao, tuy nhiên vẫn có tỷ lệ thất bại, điều này phụ thuộc vào tuổi thai và cân nặng thấp, mức độ suy hô hấp và thời gian thở máy kéo dài. Tuổi thai và cân nặng quá thấp có nguy cơ thất bại vì phổi quá non, thiếu surfactant, khả năng trao đổi khí thấp, nguy cơ nhiễm khuẩn cao và trẻ quá non tháng còn đi kèm nhiều yếu tố nguy cơ khác do vậy ngoài thở máy CPAP cần kết hợp sử dụng surfactant, chống nhiễm khuẩn, điều trị các rối loạn khác kèm

theo và đòi hỏi phải chăm sóc đặc biệt, do vậy nguy cơ thất bại cao hơn so với trẻ khác. Đối với yếu tố thở máy CPAP kéo dài, theo các tác giả cho rằng khả năng cải thiện tình trạng suy hô hấp chậm, nhiều nguy cơ nhiễm khuẩn và thường có nguyên nhân suy hô hấp như hội chứng màng trong, hội chứng hít ... nên nguy cơ thất bại cao hơn.

V. KẾT LUẬN

1. Kết quả thở máy CPAP ở trẻ sơ sinh suy hô hấp có tỷ lệ thành công là 82,3%.

2. Một số yếu tố liên quan thở máy CPAP thất bại ở trẻ sơ sinh là: Tuổi thai non tháng ≤ 32 tuần; cân nặng khi sinh thấp $\leq 1500g$ và thời gian thở máy CPAP kéo dài ≥ 3 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO (2012), "Protocol for Administering CPAP", *newborn who cc.org.*, pp. 22-25.
2. Bộ Y tế (10/9/2008), "Quy trình kỹ thuật sử dụng máy hỗ trợ thở CPAP ở trẻ sơ sinh", *Quyết định số 3384/QĐ-BYT.*
3. Khu Thị Khánh Dung (2011), "Nghiên cứu áp dụng máy thở áp lực dương liên tục (CPAP) KSE sản xuất tại Việt Nam để điều trị suy hô hấp ở trẻ em tại một số bệnh viện nhi tuyến tỉnh", *Đề tài cấp bộ.*
4. Zhonghua Er Ke Za (2014), "Application of three kinds of non-invasive positive pressure ventilation as a primary mode of ventilation in premature infants with respiratory distress syndrome: a randomized controlled trial" *Article in Chinese*, 52(1), pp. 34-40.
5. Gupta G, Saini S, Murki S, et al. (2015), "Continuous positive airway pressure in preterm neonates: an update of current evidence and implications for developing countries." *Indian Pediatr*, 52(4), pp. 319-28.
6. Kiran S, Murki S, Pratap OT, et al. (2015), "Nasal continuous positive airway pressure therapy in a non-tertiary neonatal unit: reduced need for up-transfers." *Indian J Pediatr*, 82(2), pp. 126-30.
7. Zaharie G, Ion DA, Schmidt N, et al. (2008), "Prophylactic CPAP versus therapeutic CPAP in preterm newborns of 28-32 gestational weeks", *Pneumologia*, 57 (1), pp. 34-7.
8. Murki S, Deorari A, Vidyasagar D. (2014), "Use of CPAP and surfactant therapy in newborns with respiratory distress syndrome." *Indian J Pediatr*, 81(5), pp. 481-8.
9. De Mauro, Millar D, Kirpalani H. (2014), "Noninvasive respiratory support for neonates." *Curr Opin Pediatr.* , 26(2), pp. 157-62.
10. Wilson PT, Morris MC, Biagas KV, et al. (2013), "A randomized clinical trial evaluating nasal continuous positive airway pressure for acute respiratory distress in a developing country" *J Pediatr.*, 162(5), pp. 988-92.

NGHIÊN CỨU QUẦN XÃ TUYẾN TRÙNG ĐỂ ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG MÔI TRƯỜNG NƯỚC NHẪM PHỤC VỤ LỢI ÍCH Y TẾ CỘNG ĐỒNG TẠI HUYỆN TIÊN YÊN, QUẢNG NINH

Nguyễn Đình Tú¹, Phan Kế Long², Hoàng Thị Thuý Hằng³, Phạm Thị Ngọc Diệp³,
Nguyễn Thị Phương Thảo⁴, Tống Thị Phương Dung⁴, Bùi Thị Thu Hồng⁵

TÓM TẮT¹⁴

Trong quá trình nghiên cứu tại 3 địa điểm tại huyện Tiên Yên, Quảng Ninh thì chỉ có 1 địa điểm duy nhất là Xóm Giáo thì chỉ số đa dạng sinh học H' tương đối thấp và chỉ số môi trường W có giá trị âm. Điều này cũng phù hợp với quá trình quan trắc bằng thực tế tại địa phương, nơi mà tàu thuyền hoạt động ngày đêm và dân cư đông đúc nhất trong huyện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng việc sử dụng các chỉ số đa dạng sinh học H' (Shannon -Weiner) và chỉ số môi trường W (Warwich) đối với quần xã Tuyến trùng có thể ứng dụng trong quá trình sinh quan trắc môi trường nước và trong y học cộng đồng.

Từ khóa: Tuyến trùng, môi trường nước, sức khỏe y tế cộng đồng

SUMMARY

**NEMATODES DIVERSITY INDICES
STUDY FOR ASSESS WATER
ENVIRONMENTAL QUALITY
SERVICE TO COMMUNITY PUBLISH**

1. Viện Sinh thái và Tài nguyên Sinh vật
2. Bảo tàng thiên nhiên Việt Nam
3. Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên
4. Trường Đại học tài nguyên và Môi trường HN
5. Cao đẳng Cộng đồng Bắc Kạn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đình Tú¹

Email: ngdtu@yahoo.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

HEALTH IN TIEN YEN DISTRICT, QUANG NINH

The difference of biodiversity of nematode communities expressed by Shannon-Wiener (H') between stations is not significant. The water quality varied between stations (not affected, slightly affected, and strongly affected). In Ha Dong, the quality of surface water was stable, not impacted by external factors. In Con Cai Mat, the water quality was slightly affected while in Xom Giao, it was strongly disturbed. The result of this study showed that free-living nematodes played an important role in the environmental monitoring as bio-indicators because they are sensitive to changes in the environment caused by pollution. Therefore, scientist and environmental it can rely on free-living nematodes to make environmental warning or give advice on public health.

Key words: Nematodes biodiversity indices, water environmental, publish health

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong môi trường biển, tuyến trùng sống tự do được xếp vào nhóm động vật đáy không xương sống cỡ trung bình [3],[4]. Chúng đóng vai trò rất quan trọng trong cấu trúc và chức năng của các hệ sinh thái biển nhờ vào sự đa dạng và mật độ cao của chúng tại nền đáy [5].

Độ đa dạng sinh học quần xã động vật không xương sống cỡ trung bình trong đó có tuyến trùng và khả năng sử dụng chúng trong chỉ thị và đánh giá chất lượng môi trường

nước đã từng bước được điều tra nghiên cứu tại nhiều tỉnh ven biển Việt Nam. Riêng các nghiên cứu về tuyến trùng và việc sử dụng chúng để đánh giá chất lượng nước và hiện trạng ô nhiễm môi trường đã và đang được tiến hành tại nhiều hệ sinh thái như rừng ngập mặn, cửa sông và các vùng biển ven bờ dưới sự tác động của con người. Vì vậy, việc sử dụng quần xã Tuyến trùng như là một sinh vật chỉ thị cho việc đánh giá hiện trạng môi trường nhằm bảo vệ sức khỏe y tế cộng đồng là một việc làm có ý nghĩa và cần thiết. Mục tiêu nghiên cứu này bao gồm: Xác định cấu trúc quần xã tuyến trùng, các chỉ số đa dạng sinh học của chúng và bước đầu đánh giá hiện trạng chất lượng nước tại các khu vực nghiên cứu nhằm bảo vệ sức khỏe con người tại huyện Tiên Yên - Quảng Ninh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu này chúng tôi tập trung vào đối tượng là quần xã tuyến trùng sống tự

do ở các thảm cỏ biển ở huyện Tiên Yên, tỉnh Quảng Ninh.

Chúng tôi tiến hành thu mẫu tại 3 địa điểm (hình 1) thuộc huyện Tiên Yên - Quảng Ninh là Hà Dong, Xóm Giáo và Cồn Cái Mất.

Phương pháp thu mẫu ngoài hiện trường: Dùng ống nhựa trong suốt, dài 40cm và đường kính là 3,5cm cắm nhẹ xuống lớp bùn sâu khoảng 10cm, sau đó dùng nắp đậy chặt lại phía trên ống, vừa kéo vừa xoay nhẹ với mục đích thu được trầm tích để không làm ảnh hưởng đến bề mặt phần trên của lớp trầm tích. Sau đó dùng pit-ton đẩy nhẹ nhàng từ phía dưới lên trên với mục đích không làm mất quần xã động vật đáy. Tất cả các mẫu này đựng trong lọ nhựa có dán nhãn ghi lại các địa điểm thu mẫu và cố định bằng dung dịch formalin nóng 5% để tiến hành các bước phân tích tiếp theo. Quá trình này lặp lại 3 lần tại mỗi vị trí thu mẫu. Mẫu sau khi thu được mang về phòng thí nghiệm của Viện Sinh thái và Tài nguyên sinh vật để phân tích.



Hình 1. Các địa điểm thu mẫu tại vùng cửa sông Tiên Yên, tỉnh Quảng Ninh
Phương pháp tiến hành trong phòng thí nghiệm:

Tách lọc mẫu tuyến trùng: Gạn lọc Tuyến trùng theo phương pháp của Heip et al;., 1985 [6]. Sau khi mẫu được lọc sạch cát thô và bùn, tiến hành tách lọc Tuyến trùng bằng dung dịch Ludox TM50 ($d = 1.18$). Sau đó mẫu được cố định bằng dung dịch FAA trong lọ thủy tinh.

Phương pháp xử lý mẫu và lên tiêu bản: Nhặt ngẫu nhiên khoảng 200 cá thể/mẫu (hoặc tất cả tuyến trùng nếu số lượng cá thể tuyến trùng nhỏ hơn 200 cá thể). Quá trình làm trong Tuyến trùng theo phương pháp của De Grisse (1969) [1]. Sau quá trình làm trong, Tuyến trùng được lên tiêu bản chuẩn bị cho việc phân tích theo phương pháp Seinhorst (1959) [10].

Phương pháp định loại tuyến trùng: Tuyến trùng được phân loại tới họ và giống theo hệ thống phân loại của De Ley và Blaxter , 2004 [2], Lorenzen, 1994 [7] và khóa phân loại bằng hình ảnh của Warwick và cs, 1998 [12].

Phương pháp thống kê sinh học: Các số liệu phân tích và tính toán các chỉ số đa dạng sinh học H' (Shannon - Weiner) và chỉ số môi trường (W) được thực hiện trên phần mềm PRIMER VI. Giá trị W có giá trị thay đổi từ -1 đến +1, khi W tiến từ 0 đến +1 thì đường cong sinh khối nằm trên đường cong số lượng cá thể, thể hiện chất lượng nước ít bị tác động. Ngược lại khi W thay đổi từ -1 đến 0 thể hiện chất lượng nước đang bị tác động và có chiều hướng xấu đi.

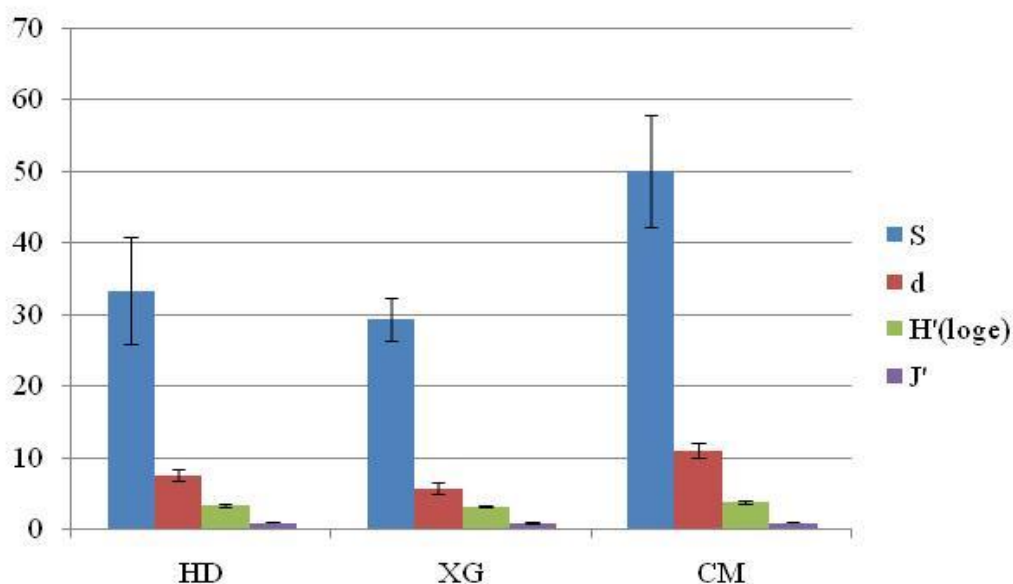
Bảng 1. Thang giá trị H' để đánh giá chất lượng môi trường nước (Shannon, 1948 [11])

| Giá trị H' | Đánh giá mức độ hiện trạng môi trường nước |
|--------------|--|
| < 1 | Rất ô nhiễm |
| 1 - 2 | Ô nhiễm |
| 2 - 3 | Chớm ô nhiễm |
| 3 - 4.5 | Sạch |
| > 4 | Rất sạch |

III. KẾT QUẢ VÀ THẢO LUẬN

1. Độ đa dạng sinh học của quần xã tuyến trùng

Các chỉ số đa dạng được tính toán bao gồm số lượng loài (S), chỉ số đa dạng sinh học (H') Hình 2 và Bảng 2. Số lượng trung bình của loài (S) cao nhất là CM (50) và thấp nhất tại XG (29,3). Chỉ số đa dạng tương đối đồng đều giữa các vị trí thu mẫu và dao động trong khoảng từ 3,2 (XG) và 3,8 (CM).



Hình 2. Các chỉ số đa dạng về số lượng loài (S) và chỉ số đa dạng sinh học (H')

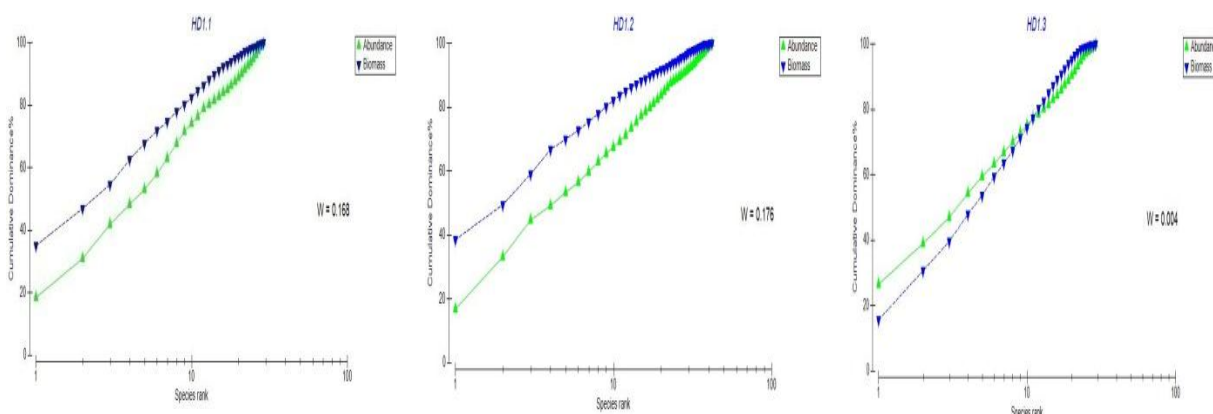
Chỉ số môi trường W tại các lần lặp của điểm Hà Dong (hình 4) lần lượt như sau: $W_{HD1.1} = 0,168$; $W_{HD1.2} = 0,176$; $W_{HD1.3} = 0,004$. Tại HD1.1 và HD1.2 đường cong sinh khối nằm phía trên đường cong về thành phần loài, chỉ số W dao động từ 0,168 đến 0,176 điều đó nói lên rằng môi trường ở đây được coi là ít bị xáo trộn.

Bảng 2. Các chỉ số đa dạng sinh học H' và W

| Địa điểm | Số lượng loài (S) | Chỉ số đa dạng sinh học H'(loge) | Chỉ số môi trường W |
|----------|-------------------|----------------------------------|---------------------|
| HD1.1 | 29 | 3,3 | 0.168 |
| HD1.2 | 42 | 3,6 | 0.176 |
| HD1.3 | 29 | 3,2 | 0.004 |
| XG1.1 | 30 | 3,1 | - 0.091 |
| XG1.2 | 26 | 3,1 | - 0.094 |
| XG1.3 | 32 | 3,4 | - 0.029 |
| CM1.1 | 54 | 3,9 | 0.13 |
| CM1.2 | 41 | 3,6 | 0.196 |
| CM1.3 | 55 | 3,9 | 0.202 |

Tại HD 1.3 đường cong sinh khối và đường cong về sự phong phú của loài có sự giao thoa với nhau tức là môi trường đang bị tác động và quá trình xáo trộn này diễn ra ở mức trung bình bởi chỉ số môi trường $W = 0,004 > 0$. Qua khảo sát thực địa, Hà Dong trước kia là khu vực nuôi trồng thủy sản

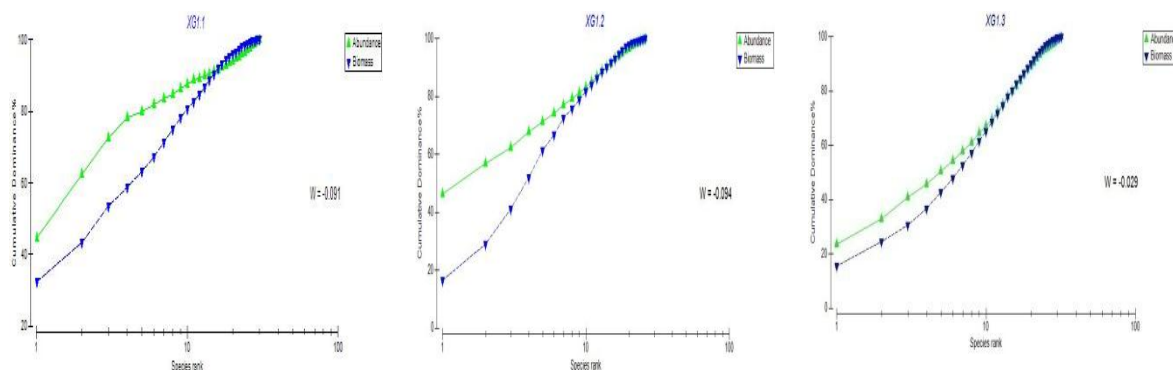
nhưng vài năm gần đây hoạt động này không còn được tiếp tục, có thể giả định rằng môi trường nơi đây đang dần tự phục hồi nên dẫn tới chỉ số môi trường thu được tại ba lần lặp khá khác nhau (bị tác động ít và bị tác động ở mức trung bình).



Hình 3. Chỉ số đánh giá tác động môi trường W tại điểm Hà Dong

Tại Xóm Giáo (hình 4) đường cong sinh khối nằm phía dưới đường cong về sự phong phú của loài và chỉ số môi trường W lần lượt là $W_{XG1.1} = -0,091$; $W_{XG1.2} = -0,094$; $W_{XG1.3} = -0,029$ chỉ ra rằng môi trường đang bị tác động mạnh. Xóm Giáo là khu vực tập trung đông dân cư, hoạt động nuôi trồng thủy sản phát triển, tàu thuyền đánh cá của cư dân thường xuyên neo đậu. Chất thải từ hoạt động sinh hoạt hàng ngày của người dân tác động

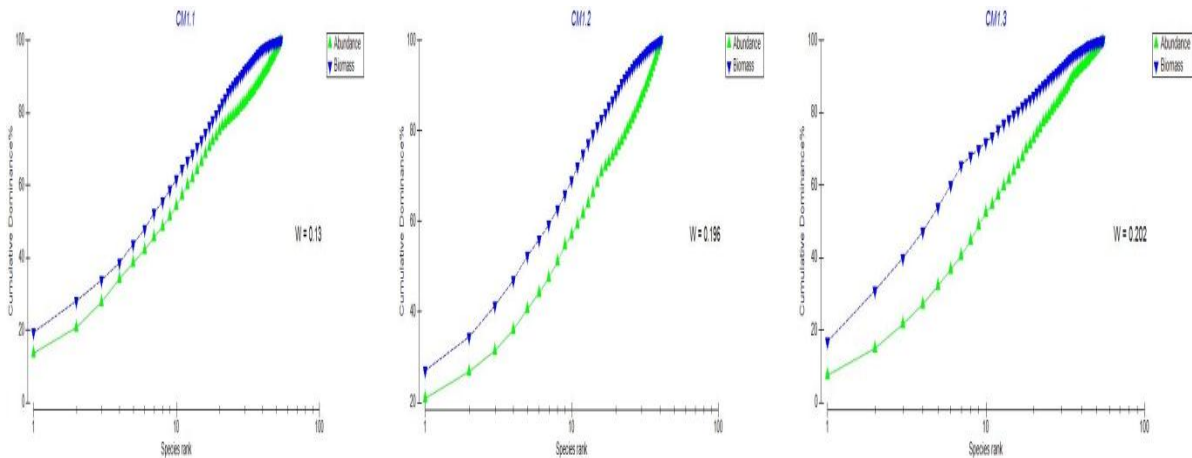
thường xuyên tới mặt nước; thức ăn thừa và chất thải từ khu nuôi trồng thủy sản đem vào môi trường nước một lượng chất hữu cơ lớn ảnh hưởng tới tầng đáy. Tàu thuyền hoạt động và neo đậu trong khu vực làm tăng độ đục của nước, chất thải lỏng từ máy của tàu thuyền cũng đi vào môi trường nước tích tụ dần làm cho chất lượng nước kém đi, gây xáo trộn trầm tích tác động tới quần xã tuyến trùng nơi này.



Hình 4. Chỉ số đánh giá tác động môi trường W tại điểm Xóm Giáo

Chỉ số môi trường W tại các lần lặp của điểm Cồn Cái Mất (Hình 5) lần lượt như sau: $W_{CM1.1} = 0,13$; $W_{CM1.2} = 0,196$; $W_{CM1.3} = 0,202$. Đường cong sinh khối nằm phía trên đường cong về sự phong phú của loài, điều đó cho thấy rằng chất lượng nước ổn định, không bị tác động bởi các yếu tố bên ngoài

tới nguồn nước mặt. Qua khảo sát, Cồn Cái Mất là bãi bồi gần cửa sông, không thuộc khu vực nuôi trồng thủy sản. Từ kết quả phân tích các chỉ số đa dạng và chỉ số môi trường W của tuyến trùng có thể kết luận rằng chất lượng nước mặt tại điểm Cồn Cái Mất chưa bị tác động.



Hình 5. Chỉ số đánh giá tác động môi trường W tại điểm Cón Mát

V. KẾT LUẬN

Độ đa dạng của quần xã tuyến trùng giữa ba địa điểm thu mẫu không có sự khác biệt đáng kể. Chất lượng môi trường nước bị tác động khác nhau giữa ba khu vực nghiên cứu (không bị tác động, bị tác động ít, bị tác động nhiều). Tại Hà Dong, chất lượng nước ổn định, không bị tác động bởi các yếu tố bên ngoài tới nguồn nước mặt. Chất lượng môi trường ở Cón Cái Mát đã bị tác động nhưng bị tác động không nhiều. Tại Xóm Giáo, chất lượng môi trường đang bị suy giảm, bị tác động mạnh bởi các yếu tố ngoại lai.

Qua kết quả nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy rằng có thể sử dụng nhóm Tuyến trùng làm sinh vật chỉ thị cho môi trường và đưa ra những bằng chứng cũng như phản ánh lại môi trường do con người gây ra. Từ đó có thể đưa ra những lời cảnh báo hoặc lời khuyên phục vụ cho việc bảo đảm sức khỏe y tế cộng đồng.

LỜI CẢM ƠN: Nghiên cứu này được lấy kinh phí từ nhiệm vụ hợp tác Việt - Nga do Viện Hàn lâm khoa học và Công nghệ Việt nam cấp với mã số: VAST.HTQT.NGA.09/15-16.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1- **De Grisse AT** (1969), Redescription ou modification de quelques techniques utilisees dans l'etude des nematodes phytoparasitaires. *Mededelingen Rijksfakulteit Landbouwetenschappen Gent*, 34, pp.351-369.
- 2- **De Ley P and Blaxter M** (2004), A new system for Nematoda: combining morphological characters with molecular trees, and translating clades into ranks and taxa. *Nematology Monographs and Perspectives*, 2, pp.633-653.
- 3- **Duarte CM and Chiscano CL** (1999), Seagrass biomass and production: a reassessment, *Aquat Bot.*, 65, pp. 43-63.
- 4- **Giere O** (2009), *Meiobenthology. The Microscopic Motile Fauna of Aquatic Sediments*. Heidelberg, Springer Verlag, 527 pp.
- 5- **Gray JS and Elliot M** (2009), Ecology of marine sediments. From science to management. *New York, Oxford University Press*, 225 pp.
- 6- **Heip C Vincx M and Vranken G** (1985), The ecology of marine nematodes. *Oceanography and Marine Biology: An Annual Review* (23), pp.399-489.

- 7- **Lorenzen S** (1994), *The phylogenetic systematics of free-living Nematodes*, The Ray Society, London. 383 pp.
- 8- **Nguyễn Đình Tứ, Nguyễn Thanh Hiền và Nguyễn Vũ Thanh** (2007), Cấu trúc nhóm động vật đáy không xương sống - Meiofauna và ứng dụng chỉ số đa dạng sinh học tuyến trùng trong đánh giá môi trường tại vùng cửa sông ven biển tỉnh Bình Định. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ biển*, (2), pp.83- 97.
- 9- **Nguyễn Vũ Thanh và Nguyễn Đình Tứ** (2003), Đa dạng sinh học giun tròn (tuyến trùng) ở vùng biển ven bờ vịnh Hạ Long và khả năng ứng dụng chúng trong sinh quan trắc môi trường. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ biển*, 2(3), pp.51-63
- 10- **Seinhorst JW** (1959), A rapid method for the transfer of nematodes from fixative to anhydrous glycerin. *Nematologica*, 4, pp.67-69.
- 11- **Shannon CE** (1948), A mathematical theory of communication. *The Bell System Technical Journal*, 27, pp.379-42.
- 12- **Warwick RM Platt HM and Somerfield PJ** (1998), *Free living marine nematodes. Part III. Monhysterids*. The Linnean Society of London and the Estuarine and Coastal Sciences Association, London, 296pp.

ẢNH HƯỞNG CỦA CÁC ĐIỀU KIỆN LÊN MEN ĐẾN KHẢ NĂNG SINH CHẤT KHÁNG SINH ỨC CHẾ VI KHUẨN GÂY BỆNH TRÊN NGƯỜI CỦA CHỦNG XẠ KHUẨN TT1.2 GÂY BỆNH TRÊN NGƯỜI

Phạm Thị Ngọc Diệp*, Đỗ Thị Tuyên, Tạ Phương Thùy*, Trần Thị Ngọc*, Hoàng Thị Kim Oanh***

TÓM TẮT¹⁵

Bài báo trình bày kết quả nghiên cứu khả năng ức chế vi khuẩn gây bệnh trên người của chủng xạ khuẩn TT1.2. Chủng xạ khuẩn này sinh chất kháng sinh có khả năng ức chế mạnh được cả 3 chủng vi khuẩn gây bệnh trên người là *M.luteus*, *S.flexneri*, *S.entericatyphi*. Kết quả nghiên cứu ảnh hưởng của các điều kiện lên men tới khả năng sinh chất kháng sinh của chủng

TT1.2 cho thấy: môi trường lên men thích hợp là A4-H, chủng sinh tổng hợp chất kháng sinh mạnh nhất trên môi trường có nguồn cacbon là lactose với nồng độ lactose thích hợp là 3,0%, nguồn cung cấp nitơ thích hợp là bột đậu tương với nồng độ bột đậu tương thích hợp là 1,0%, pH ban đầu của môi trường lên men thích hợp cho sinh chất kháng sinh là pH = 7, nhiệt độ ban đầu thích hợp là 30°C.

Từ khóa: chất kháng sinh, lên men, hoạt tính kháng sinh, lên men, xạ khuẩn.

SUMMARY

INFLUENCES OF FERMENTATION CONDITIONS ON THE BIOSYNTHESIS COMPETENCE OF ANTIOTBIOTICS AGAINST PATHOGENIC BACTERIA

*Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên,

** Trường Đại học Khoa học Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc Diệp

Email: diepluccdytt@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phân biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

IN HUMAN OF ACTINOMYCETES STRAIN TT1.2

This paper presents the research results capable of inhibiting bacterial pathogens on people of actinomycetes TT1.2. The strain TT1.2 showed the highest activity against all strains of pathogenic bacteria was chosen for this study (*M.luteus*, *S.flexneri*, *S.entericatypsi*). The results of the impact study of fermentation conditions to the fertility of the two strains of antibiotics showed that: the carbon source lactose induced the highest antibiotic production among tested carbon source. Lactose with the concentration of 3.0% induced the strain TT12 producing antibiotic maximum. Soybean meal powder was the best nitrogen source among nitrogen sources tested with the highest antiobiotic activity in media contained 1% Soybean meal. The optimum temperature for their growth and antibiotic biosynthesis was 30°C in the media with pH = 7.

Key words: Antibiotic, antibiotic activity, actinomycetes, fermentation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất kháng sinh (CKS) là những hợp chất hữu cơ có nguồn gốc từ các hoạt động sống của các sinh vật, nó có khả năng ức chế hoặc tiêu diệt một cách chọn lọc đối với vi sinh vật ngay cả nồng độ thấp. Việc nghiên cứu sản xuất và sử dụng có hiệu quả nhiều loại kháng sinh có ý nghĩa rất lớn đối với y học nói riêng và sản xuất nói chung. Tuy nhiên, tình trạng lạm dụng kháng sinh và sử dụng kháng sinh chưa đúng cách đã làm cho hiện tượng kháng thuốc, nhờn thuốc ngày càng phổ biến, nguy cơ bùng phát dịch bệnh tăng cao. Trên thế giới đã có công bố về việc xuất hiện các vi khuẩn kháng với hầu hết kháng sinh, còn gọi là vi khuẩn siêu kháng thuốc. Thực tế cho thấy, kháng thuốc không phải là vấn đề mới, nhưng đã trở nên nguy hiểm, cấp

bách, đòi hỏi phải có sự nỗ lực tổng hợp nhằm giúp nhân loại tránh khỏi nguy cơ quay trở lại thời kỳ chưa có kháng sinh.

Theo kết quả nghiên cứu của Chương trình Quốc gia giám sát tình hình kháng thuốc của các vi khuẩn gây bệnh thường gặp ở nước ta, trực khuẩn lỵ (*S.flexneri*) là một trong số các vi khuẩn có tỷ lệ kháng kháng sinh rất cao, có tới hơn 80% các chủng *S.flexneri* kháng lại ampicillin, chloramphenicol và co-trimoxazol - Là những kháng sinh thường dùng trong điều trị, có hơn 40% trực khuẩn thương hàn (*S.entericatypsi*) kháng lại với ampicillin và 62% kháng lại với chloramphenicol [3]. Đặc biệt, trực khuẩn mũ xanh (*P.aeruginosa*) – một trong số tác nhân hàng đầu gây nhiễm trùng bệnh viện cũng có khả năng kháng lại với nhiều loại kháng sinh thông thường như penicillin, ampicillin, chloramphenicol, tetracyclin và hiện nay cũng đã có khoảng 40% số chủng đã kháng lại với gentamicin. Điều này gây khó khăn cho các bác sĩ lâm sàng trong điều trị các bệnh nhiễm trùng do vi khuẩn gây ra. Với mục tiêu nghiên cứu tìm ra các loại kháng sinh mới, có hoạt lực cao, hoạt phổ rộng để chống lại vi khuẩn gây bệnh nguy hiểm cho con người, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu tuyển chọn được chủng xạ khuẩn TT1.2 có hoạt tính kháng được một số chủng vi khuẩn gây bệnh trên người và nghiên cứu điều kiện lên men sinh tổng hợp chất kháng sinh của chủng xạ khuẩn này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

- Chủng xạ khuẩn TT1.2 có hoạt tính kháng sinh (HTKS) cao, được bảo quản và giữ giống trong môi trường Gause 1, do phòng thí nghiệm Sinh học, Khoa Khoa học

Sự sống, Trường Đại học Khoa học cung cấp.

- Vi sinh vật kiểm định (VSV KĐ): *Shigella flexneri* VTCC-B-479; *Salmonella entericatyphi* VTCC-B-480; *Micrococcus luteus* VTCC-B-644 do Viện Bảo tàng giống chuẩn vi sinh vật cung cấp. Chủng được bảo quản và giữ giống trong môi trường MPA.

Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 1 năm 2015 đến tháng 9 năm 2015

Địa điểm nghiên cứu

Phòng thí nghiệm Khoa học sự sống Đại học Thái Nguyên

Phương pháp nghiên cứu

- *Xác định HTKS*: theo phương pháp khối thạch và đục lỗ [1].

- *Lựa chọn môi trường lên men thích hợp*: Chủng xạ khuẩn được lên men trên một số môi trường cơ bản: Gause 1, Gause 2, A-4, A-4H, ISP 4 và 79. Quá trình lên men được tiến hành trong bình nón dung tích 250 ml chứa 25 ml môi trường, trên máy lắc tròn với tốc độ 220 vòng/phút ở 28 – 30⁰C. Sau 168 giờ thu dịch lên men và xác định HTKS theo phương pháp đục lỗ thạch với các VSV KĐ.

- *Nghiên cứu ảnh hưởng của các nguồn cơ chất*: Chủng xạ khuẩn TT1.2 được lên men trong bình nón dung tích 250ml chứa 25ml môi trường, với thành phần môi trường có nguồn cacbon và nitơ được thay thế và bổ sung bằng một số nguồn cacbon (1%): glucose, lactose, saccharose, tinh bột tan, glyxerin và một số nguồn nitơ (0,5%): peptone, NaNO₃, KNO₃, (NH₄)₂SO₄, cao thịt, bột đậu tương (BĐT), cao nấm men. Tiến hành lên men trên máy lắc tròn ở 220 vòng/phút. Sau 168 giờ nuôi cấy, thu dịch lên men và xác định HTKS bằng phương pháp lỗ thạch.

- *Anh hưởng của nhiệt độ và pH ban đầu*: Để xác định nhiệt độ nuôi cấy tối ưu, chủng xạ khuẩn được nuôi cấy trên môi trường thích hợp có bổ sung nguồn cacbon và nguồn nitơ ở nồng độ thích hợp nhất, nuôi lắc 220 vòng/phút ở các nhiệt độ 25⁰C, 30⁰C, 35⁰C, 45⁰C. Để xác định pH môi trường tối ưu, chủng xạ khuẩn được nuôi lắc với tốc độ 220 vòng/phút trong môi trường nuôi cấy có pH 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10. Sau 168 giờ tiến hành thử kiểm tra HTKS.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1 Hoạt tính kháng sinh của chủng xạ khuẩn TT1.2

Trước khi sử dụng để nghiên cứu sản xuất CKS, chúng tôi đã tiến hành cấy hoạt hóa chủng xạ khuẩn TT1.2 trên môi trường Gause 2 và kiểm tra khả năng duy trì ổn định về HTKS của chủng xạ khuẩn này theo phương pháp lỗ thạch.

Bảng 1. Hoạt tính ức chế vi khuẩn gây bệnh trên người của chủng xạ khuẩn lựa chọn

| Ký hiệu chủng | Hoạt tính kháng sinh (D-d, mm) | | |
|---------------|--------------------------------|-------------------|------------------------|
| | <i>M.luteus</i> | <i>S.flexneri</i> | <i>S.entericatyphi</i> |
| TT1.2 | 23,1 ± 0,5 | 22,2 ± 0,1 | 27,2 ± 0,3 |

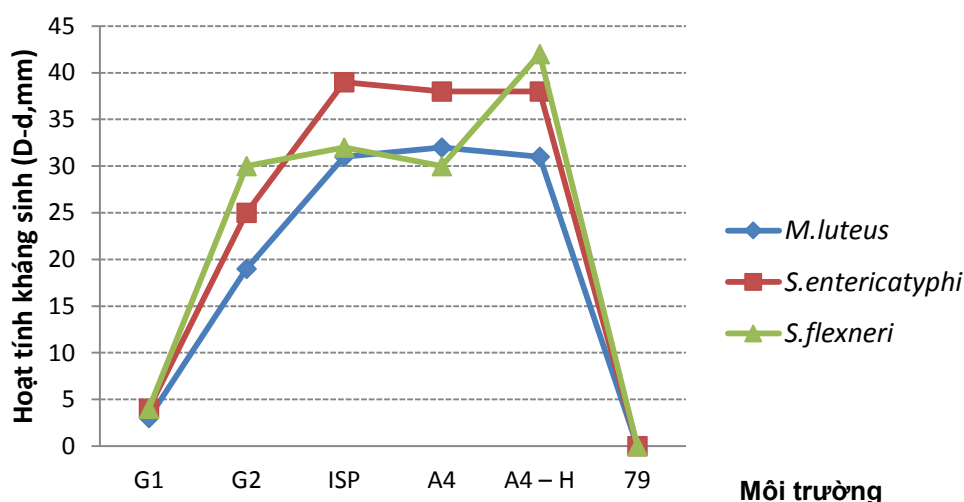
(Chú thích: D: đường kính vòng vô khuẩn, d: đường kính lỗ thạch)

Kết quả thể hiện trên bảng 1 đã chứng tỏ chủng TT1.2 vẫn giữ được khả năng ức chế cả 3 chủng VSV KĐ là *M. luteus*, *S.flexneri*, *S.entericatyphi* được sử dụng làm kiểm định và hoạt tính tương đối ổn định. Đây là một đặc điểm cần có của các chủng xạ khuẩn được lựa chọn để tiếp tục nghiên cứu.

3.2 Lựa chọn môi trường lên men thích hợp

Môi trường lên men đóng vai trò rất quan trọng trong công nghệ sản xuất CKS. Theo các kết quả nghiên cứu về xạ khuẩn sinh chất kháng sinh đã công bố, xạ khuẩn thường sinh tổng hợp chất kháng sinh mạnh trên một số môi trường cơ bản như: Gause 1, Gause 2, A-4, A-4H, ISP 4 và 79 [2], [4], [5], [6]. Từ các môi trường cơ bản này, có thể lựa chọn môi trường thích hợp cho sinh tổng hợp chất kháng sinh của chủng xạ khuẩn TT1.2. Kết quả xác định hoạt tính kháng khuẩn của chủng xạ khuẩn TT1.2 được thể hiện trên hình 1.

Kết quả được trình bày trên hình 1 chứng tỏ môi trường lên men có ảnh hưởng rất rõ rệt đến khả năng sinh tổng hợp chất kháng sinh của chủng TT1.2. Trong 6 môi trường được sử dụng để lên men, chủng TT1.2 chỉ thể hiện hoạt tính ức chế VSV KĐ trên 4 môi trường nghiên cứu là Gause 2, ISP, A4, A4-H. Trong đó, HTKS trong dịch lên men của môi trường A-4H là cao nhất. Ngoài ra, 2 môi trường cho hoạt tính kháng khuẩn khá cao là A4 và ISP. Đây là một đặc điểm thuận lợi cho việc có thể sử dụng thay thế được nhiều nguồn dinh dưỡng khác nhau trong công nghệ lên men sản xuất chất kháng sinh.



Hình 1. Hoạt tính kháng sinh của chủng TT1.2 trên các môi trường lên men sau 168 giờ

3.3 Ảnh hưởng của nguồn cacbon đến khả năng tổng hợp chất kháng sinh

Chúng tôi tiến hành khảo sát một số nguồn cacbon thông thường được sử dụng để lên men CKS. Kết quả thể hiện trên bảng 2 cho thấy, khả năng đồng hóa các nguồn

cacbon của chủng TT1.2 có sự khác nhau và có ảnh hưởng trực tiếp tới khả năng sinh tổng hợp CKS. Trong đó, nguồn cacbon thích hợp nhất cho sinh tổng hợp CKS của chủng này là lactose.

Bảng 2. Ảnh hưởng của nguồn cacbon đến khả năng tổng hợp CKS của chủng TT 1.2

| Nguồn cacbon (1%) | Hoạt tính kháng sinh (D-d, mm) | | |
|-------------------|--------------------------------|-----------------------|-------------------|
| | <i>M.luteus</i> | <i>S.entericatypi</i> | <i>S.flexneri</i> |
| Glucose | 10 ± 0,15 | 14 ± 0,27 | + |
| Lactose | 25 ± 0,18 | 30 ± 0,12 | 32 ± 0,16 |
| Saccharose | 13 ± 0,2 | 20 ± 0,22 | 20 ± 0,44 |
| Tinh bột | 12 ± 0,36 | 14 ± 0,15 | 15 ± 0,31 |
| Glyxerin | 8 ± 0,19 | 13 ± 0,12 | + |

3.4 Ảnh hưởng của nồng độ lactose đến khả năng tổng hợp chất kháng sinh

Tiếp theo, để tối ưu nồng độ lactose, chúng tôi tiến hành nuôi chủng xạ khuẩn trong môi trường A4-H dịch thể có nguồn cacbon lactose với các nồng độ khác nhau từ 0,5% - 3,5%. Kết quả được trình bày ở Bảng 3.

Bảng 3. Ảnh hưởng của nồng độ lactose đến khả năng tổng hợp CKS của chủng TT 1.2

| Nồng độ lactose (%) | Hoạt tính kháng sinh (D-d, mm) | | |
|---------------------|--------------------------------|------------------------|-------------------|
| | <i>M.luteus</i> | <i>S. entericatypi</i> | <i>S.flexneri</i> |
| 0,5 | 27 ± 0,24 | 28 ± 0,15 | 31 ± 0,14 |
| 1 | 29 ± 0,18 | 29 ± 0,15 | 29 ± 0,16 |
| 1,5 | 31 ± 0,19 | 32 ± 0,18 | 30 ± 0,41 |
| 2 | 30 ± 0,22 | 31 ± 0,36 | 31 ± 0,38 |
| 2,5 | 32 ± 0,34 | 32 ± 0,17 | 31 ± 0,23 |
| 3 | 33 ± 0,17 | 35 ± 0,25 | 34 ± 0,37 |
| 3,5 | 31 ± 0,17 | 34 ± 0,18 | 30 ± 0,26 |

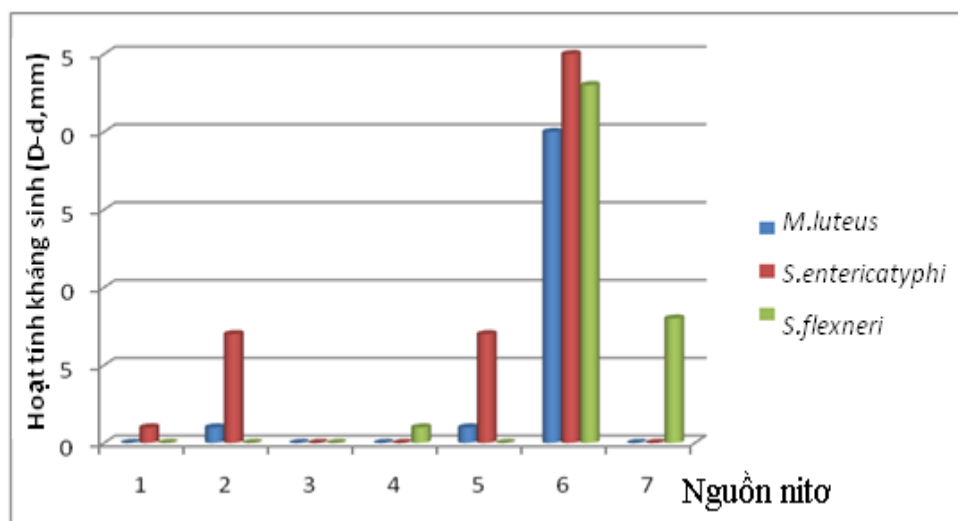
Kết quả trên cho thấy, HTKS của chủng TT1.2 đạt cực đại tại nồng độ lactose 3%, đến ngưỡng 3,5% có xu hướng giảm và thấp nhất ở nồng độ lactose 0,5%. Do đó, chúng tôi lựa chọn lactose nồng độ 3% cho các nghiên cứu tiếp theo.

3.5 Ảnh hưởng của nguồn nitơ đến khả năng tổng hợp chất kháng sinh

Chúng tôi tiến hành khảo sát một số nguồn nitơ thông thường được sử dụng để lên men CKS. Kết quả thử HTKS thể hiện trên hình 2.

Kết quả hình 2 đã khẳng định ảnh hưởng ưu thế của BDT lên khả năng tổng hợp CKS của chủng TT1.2. Trong môi trường chứa nguồn nitơ là BDT, HTKS thể hiện cao nhất và có khả năng ức chế mạnh với cả 3 chủng VSV KĐ. Các nguồn nitơ còn lại ít ảnh

hưởng tới khả năng hình thành kháng sinh của chủng TT1.2. Điều này có thể do các nguồn nitơ hữu cơ ngoài là nguồn cung cấp nitơ còn là nguồn cung cấp cacbon. Mặt khác, trong thành phần của BDT không những chứa 40% protein mà còn chứa một số chất khác cần cho sinh tổng hợp CKS. Kết quả này của chúng tôi cũng phù hợp với các kết quả nghiên cứu của Bùi Thị Việt Hà (2006) [2], Đào Thị Lương (2005) [4], Đỗ Thu Hà (2003) [5].



Hình 2. Biểu đồ thể hiện ảnh hưởng của nguồn nitơ đến khả năng tổng hợp CKS của chủng TT1.2

1: $NaNO_3$ 2: KNO_3 3: $(NH_4)_2SO_4$ 4: Cao thịt 5: Pepton 6: Bột đậu tương
7: Cao nấm men

3.6 Ảnh hưởng của nồng độ nguồn nitơ đến khả năng tổng hợp chất kháng sinh

Để tối ưu nồng độ BĐT, chủng xạ khuẩn TT1.2 được nuôi cấy trong môi trường A4-H dịch thể có nguồn nitơ là BĐT với các nồng độ khác nhau từ 0,5% - 3%. Kết quả được trình bày ở bảng 4 cho thấy chủng TT1.2 có hoạt tính kháng cả 3 loại vi khuẩn kiểm định

ở các nồng độ khác nhau và trong các dải nồng độ khảo sát thì hoạt tính kháng sinh đều mạnh ($D-d > 20mm$), có xu hướng giảm dần khi nồng độ BĐT tăng dần. Hoạt tính ức chế cả 3 chủng VSV KĐ mạnh nhất ở nồng độ bột đậu tương 1,0%. Do đó, chúng tôi chọn nồng độ BĐT 1,0% cho các nghiên cứu tiếp theo.

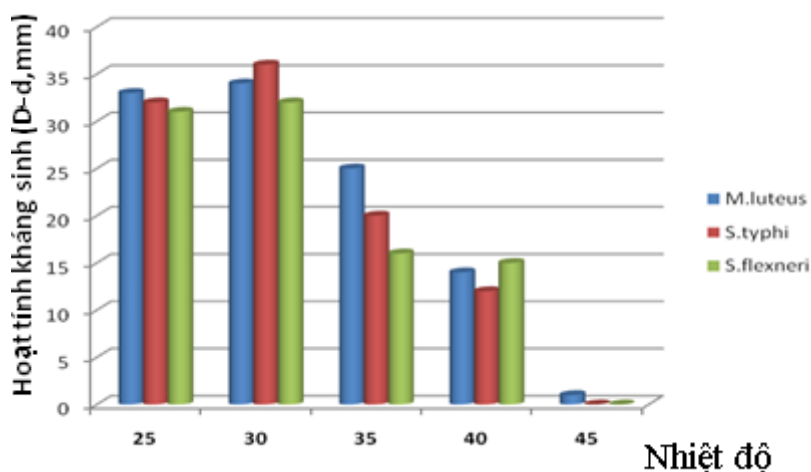
Bảng 4. Ảnh hưởng của nồng độ BĐT đến khả năng tổng hợp CKS của chủng TT1.2

| Nồng độ BĐT (%) | Hoạt tính kháng sinh (D-d, mm) | | |
|-----------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | <i>M.luteus</i> | <i>S.entericatypshi</i> | <i>S.flexneri</i> |
| 0,5 | $29 \pm 0,27$ | $30 \pm 0,21$ | $30 \pm 0,36$ |
| 1,0 | $30 \pm 0,64$ | $31 \pm 0,49$ | $31 \pm 0,57$ |
| 1,5 | $27 \pm 0,22$ | $31 \pm 0,12$ | $30 \pm 0,18$ |
| 2,0 | $27 \pm 0,18$ | $31 \pm 0,19$ | $30 \pm 0,64$ |
| 2,5 | $27 \pm 0,53$ | $30 \pm 0,28$ | $28 \pm 0,35$ |
| 3,0 | $27 \pm 0,14$ | $28 \pm 0,71$ | $27 \pm 0,16$ |

3.7 Ảnh hưởng của nhiệt độ nuôi cấy đến khả năng tổng hợp chất kháng sinh

Để nghiên cứu ảnh hưởng của nhiệt độ lên khả năng tổng hợp CKS, chủng TT1.2 được nuôi trong môi trường A4-H dịch thể với

nguồn cacbon là lactose (3,0%), nguồn nitơ là bột đậu tương (1,0%) trên máy lắc tròn 220 vòng/phút, ở các nhiệt độ 25-45°C, trong 168 giờ. Kết quả được trình bày ở hình 3.



Hình 3. Biểu đồ thể hiện ảnh hưởng của nhiệt độ đến HTKS của chủng TT1.2

Kết quả hình 3 cho thấy, chủng TT1.2 thể hiện HTKS cao trong khoảng nhiệt độ lên men từ 25 – 30°C và cao nhất ở 30°C. Hoạt tính kháng khuẩn giảm dần khi nhiệt độ cao hơn mức 30°C. Như vậy, nhiệt độ 30°C là nhiệt độ thích hợp nhất cho sinh tổng hợp CKS của chủng TT1.2. Đây cũng là nhiệt độ thích hợp cho sự sinh trưởng của đa số xạ khuẩn và kết quả này của chúng tôi phù hợp với những kết quả đã công bố trước đây của Bùi Thị Việt Hà (2006) [2], Hoàng Thị Nương (2015) [6], Lê Thị Thanh Xuân (2007) [7].

3.8 Ảnh hưởng của pH ban đầu đến khả năng tổng hợp chất kháng sinh

Chủng xạ khuẩn được nuôi trong môi A4-H dịch thể có pH ban đầu từ 5 đến 9, với nguồn cacbon là lactose (3%), nguồn nitơ là bột đậu tương (1%) trên máy lắc tròn 220 vòng/phút, ở nhiệt độ 30°C trong 168 giờ. Kết quả được trình bày ở bảng 5 cho thấy pH của môi trường lên men có ảnh hưởng đến khả năng sinh tổng hợp CKS. Chủng TT1.2 thể hiện HTKS mạnh nhất ở môi trường có pH = 7 và giảm dần trong các môi trường axit và kiềm. Như vậy pH ban đầu của môi trường nuôi cấy thích hợp nhất cho sự sinh tổng hợp CKS của chủng TT1.2 này là pH = 7.

Bảng 5. Ảnh hưởng của pH ban đầu đến khả năng tổng hợp chất kháng sinh của chủng TT1.2

| pH ban đầu | pH sau lên men | Hoạt tính kháng sinh (D-d,mm) | | |
|------------|----------------|-------------------------------|------------------------|-------------------|
| | | <i>M.luteus</i> | <i>S.entericatyphy</i> | <i>S.flexneri</i> |
| 4 | 4,1 | - | - | - |
| 5 | 6,16 | 20 ± 0,21 | 31 ± 0,5 | 32 ± 0,33 |
| 6 | 6,25 | 21 ± 0,16 | 34 ± 0,25 | 32 ± 0,5 |
| 7 | 7,14 | 29 ± 0,75 | 38 ± 0,25 | 38 ± 0,33 |
| 8 | 6,75 | 20 ± 0,2 | 36 ± 0,14 | 35 ± 0,25 |
| 9 | 6,85 | 23 ± 0,18 | 34 ± 0,12 | 29 ± 0,2 |
| 10 | 6,38 | 18 ± 0,24 | 21 ± 0,21 | 20 ± 0,3 |

V. KẾT LUẬN

Đã xác định được môi trường lên men thích hợp cho sinh tổng hợp chất kháng sinh của chủng TT1.2 là A-4H, nguồn cung cấp carbon thích hợp là lactose với nồng độ lactose thích hợp là 3,0%, nguồn cung cấp nitơ thích hợp là bột đậu tương với nồng độ bột đậu tương thích hợp là 1,0%, pH ban đầu của môi trường lên men thích hợp cho sinh CKS là pH = 7, nhiệt độ ban đầu thích hợp là 30°C.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lâm Dũng, Đoàn Xuân Mượu, Nguyễn Phùng Tiến và cs (1972). *Một số phương pháp nghiên cứu vi sinh vật học*, tập III, NXB Khoa học và kỹ thuật, Hà Nội, trang 328 – 345.
2. Bùi Thị Việt Hà (2006). *Nghiên cứu xạ khuẩn sinh chất kháng sinh chống nấm gây bệnh thực vật ở Việt Nam*, Luận án Tiến sĩ Sinh học, Trường Đại học Quốc gia Hà Nội,.
3. Nguyễn Văn Kính (2010). “Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh ở Việt Nam”, *Global Antibiotic Resistance Partnership*, pp. 3-4.
4. Đào Thị Lương, Phạm Văn Ty, Trịnh Thành Trung, Nguyễn Thị Anh Đào (2005). “Nghiên cứu đặc điểm sinh học của xạ khuẩn kháng *Pseudomonas solanacearum* gây héo cây trồng”, *Tạp chí Di truyền học và ứng dụng*, Hà Nội.
5. Đỗ Thu Hà (2003). “Động học của quá trình lên men sinh tổng hợp các chất kháng sinh của hai chủng xạ khuẩn QN-29 và ĐN-110 phân lập từ đất khu vực Quảng Nam - Đà Nẵng”, *Tạp chí Khoa học và Công nghệ - Đại học Đà Nẵng*, số 3, trang 61-66.
6. Hoàng Thị Nương, Nguyễn Thị Vân, Đỗ Thị Tuyên (2015). Ảnh hưởng của các điều kiện lên men đến khả năng sinh chất kháng sinh kháng nấm gây bệnh thực vật của hai chủng xạ khuẩn BB32 và BG42, *Tạp chí Khoa học và Công nghệ - Đại học Thái Nguyên*, số 1, trang 75-81.
7. Lê Thị Thanh Xuân và Tăng Thị Chính (2007). “Ảnh hưởng của các điều kiện lên men lên khả năng sinh chất kháng sinh kháng nấm *Fusarium oxysporum* của hai chủng xạ khuẩn *Streptomyces cyaneogriseus* HD54 và *Streptomyces hygroscopicus* HD58”, *Tạp chí Sinh học*, số 3, trang 89-94.

THỰC TRẠNG MÔI TRƯỜNG, CÔNG TÁC QUẢN LÝ HỘ CHĂN NUÔI GIA CẦM VÀ KIẾN THỨC, THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI DÂN VỀ PHÒNG BỆNH LÂY TRUYỀN TỪ GIA CẦM SANG NGƯỜI TẠI MỘT XÃ TỈNH HÀ NAM

Lại Tiên Thành*

TÓM TẮT¹⁶

Mục tiêu: (1) Mô tả điều kiện vệ sinh môi trường, công tác quản lý chăn nuôi gia cầm tại xã Liêm Túc huyện Thanh Liêm tỉnh Hà Nam năm 2016. (2) Đánh giá kiến thức và thực hành của người chăn nuôi về phòng chống bệnh lây truyền qua gia cầm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang; Đối tượng nghiên cứu là các hộ chăn nuôi gia cầm và toàn bộ thôn trưởng tại xã Liêm Túc huyện Thanh Liêm tỉnh Hà Nam. **Kết quả và bàn luận:** Có 46,6% số hộ chăn nuôi theo phương thức nhốt chuồng, tỷ lệ các hộ nuôi thả là 53,4%; chỉ có 30% số hộ gia đình có hố ủ chứa nước thải gia cầm hợp vệ sinh, còn lại 70% số hộ gia cầm cho chảy thẳng ra ao, hồ, cống rãnh trong thôn; khi phỏng vấn sâu các cán bộ Thôn trưởng đều không có kế hoạch riêng để giám sát đánh giá hoạt động chăn nuôi gia cầm tại cơ sở, chủ yếu là giám sát đánh giá thông qua thực hiện kế hoạch về tiêm phòng cho đàn gia súc gia cầm của UBND xã; có 62,2% số đối tượng hiểu biết được việc chăn nuôi gia cầm sẽ có nguy cơ bị lây bệnh từ gia cầm sang người, 21,0% số đối tượng biết được cúm gia cầm (H₅N₁) lây sang người. **Kết luận:** Phương thức chăn nuôi đa dạng nhưng môi trường chuồng, trại

nuôi gia cầm không đảm bảo. Còn thiếu cán bộ chuyên trách, các cán bộ kiêm nhiệm còn hạn chế về chuyên môn cũng như công tác quản lý các hộ chăn nuôi. Người chăn nuôi thiếu kiến thức về bệnh tật của gia cầm có thể lây sang người, ý thức phòng dịch bệnh kém.

Từ khoá: Phòng bệnh lây truyền qua gia cầm, quản lý môi trường chăn nuôi gia cầm, vệ sinh môi trường chăn nuôi gia cầm.

SUMMARY

Objective: (1) a description of environmental sanitation, management of poultry in Liêm Túc, Thanh Liêm district, Ha Nam province in 2015. (2) To assess the knowledge and practice of herders on prevention of avian transmitted diseases. **Subjects and Methods:** cross-sectional descriptive study; Study subjects are poultry farmers and the entire village head Liêm Tuc, Thanh Liêm district, Ha Nam province. **Results and discussion:** There are 46.6% of households in the form captive breeding stables, the proportion of households is 53.4% drop; only 30% of households with sewage digester containing hygienic poultry, the remaining 70% of households to flow through ponds, lakes, drains in the village; depth interview Village officials are not planning to head separately to monitor and evaluate activities in poultry production base, mainly through monitoring and evaluating the implementation of plans for the vaccination of cattle CPC's poultry; 62.2% of the subjects have learned to understand the poultry will be at risk of the disease from poultry to

* Trường CD Y tế Hà Nam

Chịu trách nhiệm chính: Lại Tiên Thành
Email: laitienthanh20@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

humans, 21.0% of respondents know of avian influenza (H5N1) infect humans. **Conclusion:** The method of animal husbandry, but environmental diversity barn, poultry is not guaranteed. Lack specialized staff, part-time workers with limited expertise as well as the management of farms. Farmers lack knowledge of poultry disease can infect humans, poor awareness of disease prevention.

Keywords: Department of Poultry transmitted diseases, environmental management poultry, sanitation poultry.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cả nước có khoảng 8,5 triệu hộ chăn nuôi gia cầm quy mô gia đình. Quá trình hình thành và phát triển nghề chăn nuôi gia cầm đã và đang tác động không tốt đến môi trường sống cũng như ảnh hưởng đến sức khỏe của con người[1]. Các tỉnh nông thôn, sản xuất nông nghiệp là chủ yếu: trồng trọt luôn gắn với chăn nuôi do vậy đa số các gia đình ít nhất đều có một trong các công trình vệ sinh (chuồng trại, nhà tiêu, hố tiêu, giếng nước, bể nước)[2]. Khi điều kiện vệ sinh môi trường không khí khu dân cư không đảm bảo, nguy cơ mắc bệnh về hô hấp và các tác động khác đến sức khỏe càng nhiều. Tuy nhiên, việc quản lý và xử lý chất thải chăn nuôi lại chưa được quan tâm đúng mức. Hiện mới chỉ có khoảng 70% hộ chăn nuôi có chuồng trại, trong đó khoảng 10% chuồng trại chăn nuôi hợp vệ sinh. Bên cạnh đó, bộ máy tổ chức quản lý Nhà nước về môi trường trong lĩnh vực chăn nuôi còn thiếu và sự phân công, phân cấp trách nhiệm chưa rõ ràng, thiếu hợp lý, thiếu số lượng và hạn chế về năng lực. Hà Nam cũng là tỉnh mà mô hình chăn nuôi gia cầm hộ gia đình chiếm

chủ yếu và hàng năm tại tỉnh vẫn còn xảy ra các vụ dịch bệnh gia cầm.

Việc nghiên cứu về thực trạng vệ sinh môi trường, quản lý chăn nuôi, kiến thức về thực hành chăn nuôi an toàn và phòng các bệnh lây truyền từ gia cầm sang người là cần thiết, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu:

1. *Mô tả điều kiện vệ sinh môi trường, công tác quản lý chăn nuôi gia cầm tại xã Liêm Túc huyện Thanh Liêm tỉnh Hà Nam năm 2015.*

2. *Đánh giá kiến thức và thực hành của người chăn nuôi về phòng chống bệnh lây truyền qua gia cầm.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

- Hộ gia đình chăn nuôi gia cầm tại xã Liêm Túc huyện Thanh Liêm tỉnh Hà Nam.

Tại các hộ gia đình điều tra:

+ Người trực tiếp chăn nuôi gia cầm.

+ Điều kiện môi trường tại các chuồng/trại và môi trường xung quanh thuộc hộ chăn nuôi gia cầm.

- Thôn trưởng của 11 thôn trong xã nghiên cứu.

2. Thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 11/2015 đến 5/2016.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Đề tài áp dụng phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả với cuộc điều tra cắt ngang

3.2. Cỡ mẫu

a) Cỡ mẫu điều tra quan sát đánh giá thực trạng vệ sinh môi trường chăn nuôi và đo các chỉ số vệ sinh tại các chuồng trại theo cỡ mẫu tối thiểu cho xét nghiệm $n=30$.

b) Cỡ mẫu điều tra phỏng vấn công tác quản lý : chọn toàn bộ 11 thôn trưởng của 11 thôn thuộc xã nghiên cứu.

c) Cỡ mẫu phỏng vấn người dân về kiến thức phòng chống các bệnh lây truyền qua gia cầm dựa vào công thức sau:

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

Với các dữ liệu trên cỡ mẫu được tính cho điều tra là 384 được làm tròn là 400 hộ gia đình.

3.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Quan sát theo bảng kiểm về tình trạng chuồng/trại chăn nuôi gia cầm tại 30 hộ gia

đình: Điều tra viên quan sát trực tiếp, ghi các nội dung vào bảng kiểm của từng hộ.

- Đo lường các chỉ số vệ sinh không khí theo thường quy kỹ thuật tại 30 hộ gia đình

- Phỏng vấn người chăn nuôi: Điều tra viên đến các hộ gia đình gặp gỡ đối tượng nghiên cứu và tiến hành thu thập thông tin theo bộ câu hỏi được chuẩn bị sẵn.

- Phỏng vấn sâu các đối tượng là thôn trưởng trong xã theo bộ câu hỏi chuẩn bị sẵn.

4. Phương pháp xử lý số liệu

- Sử dụng chương trình EPI DATA 3.1 để nhập số liệu, phân tích số liệu được tiến hành bằng chương trình SPSS 20.0 với các kiểm định thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Điều kiện chăn nuôi và vệ sinh chuồng/ trại gia cầm

Bảng 3.1. Phương thức nuôi gia cầm của các hộ gia đình

| Phương thức chăn nuôi gia cầm | Nuôi 1 loại gia cầm (n = 12) | | Nuôi hỗn hợp (n = 18) | | Toàn xã (n = 30) | |
|----------------------------------|---------------------------------|------|--------------------------|------|---------------------|------|
| | SL | % | SL | % | SL | % |
| Nhốt chuồng | 9 | 81,8 | 5 | 27,8 | 14 | 46,6 |
| Thả tự do | 3 | 18,2 | 13 | 72,2 | 16 | 53,4 |

Kết quả bảng 3.1 cho thấy trong tổng số 30 hộ gia đình của xã nghiên cứu có 46,6% số hộ chăn nuôi theo phương thức nhốt chuồng, tỷ lệ các hộ nuôi thả là 53,4%, trong đó nhóm hộ gia đình nuôi 1 loại gia cầm tỉ lệ nuôi nhốt là 81,8%, nuôi thả là 18,2 và nhóm hộ chăn nuôi hỗn hợp nhiều loại gia cầm nuôi nhốt là 27,8%, nuôi thả là 72,2%.

Bảng 3.2: Phân bố tỷ lệ khoảng cách từ chuồng/ trại nuôi gia cầm tới nhà ở và nguồn nước của các hộ gia đình nghiên cứu

| Khoảng cách từ chuồng trại chăn nuôi đến nhà ở hoặc nguồn nước | Nhà ở (n = 30) | | Giếng nước (n = 30) | |
|---|-------------------|------|------------------------|------|
| | n | % | n | % |
| < 1m | 0 | - | 0 | - |
| 1 - 5m | 12 | 40,0 | 17 | 56,7 |
| 6 - 10 m | 7 | 23,3 | 3 | 10,0 |
| >10 m | 11 | 36,7 | 10 | 33,3 |

Bảng 3.2 cho thấy khoảng cách từ chuồng nuôi gia cầm đến nhà ở chủ yếu tại xã nghiên cứu là 1- 5 m chiếm 40% (12/30 hộ gia đình). Khoảng cách chuồng nuôi gia cầm tới nhà ở trên 10m có 11 hộ gia đình chiếm 36,7%. Khoảng cách từ chuồng nuôi gia cầm đến giếng nước tại các hộ gia đình của xã nghiên cứu chủ yếu là 1 - 5 m chiếm 56,7% (17/30 hộ gia đình). Khoảng cách chuồng nuôi gia cầm tới nguồn nước trên 10m có 10 hộ gia đình chiếm 33,3%.

2. Các chỉ số đánh giá ô nhiễm môi trường tại địa bàn nghiên cứu.

Bảng 3.3. Kết quả đo các hơi khí độc tại chuồng/trại chăn nuôi gia cầm ở xã nghiên cứu

| Vi khí hậu | Giới hạn cho phép | Chuồng nuôi một loại gia cầm (n=12) | | Chuồng nuôi hỗn hợp (n = 18) | |
|--|-------------------|-------------------------------------|-------------|------------------------------|-------------|
| | | $\bar{X} \pm SD$ | Đạt (%) | $\bar{X} \pm SD$ | Đạt (%) |
| CO ₂ (ppm/m ³) | 900 | 465,0 ± 92,7 | 12/12 (100) | 510 ± 127,3 | 18/18 (100) |
| H ₂ S (ppm/m ³) | 5 | 0,6 ± 0,2 | 12/12 (100) | 0,7 ± 0,1 | 18/18 (100) |
| NH ₃ (ppm/m ³) | 10 | 2,0 ± 0,1 | 12/12 (100) | 2,0 ± 0,2 | 18/18 (100) |

(Giới hạn cho phép theo QCVN 01-79:2011/BNNPTNT)

Kết quả bảng 3.3 cho thấy nồng độ CO₂; H₂S; NH₃ đo tại các chuồng trại chăn nuôi gia cầm của 30 hộ gia đình ở xã nghiên cứu đều đạt tiêu chuẩn

3. Công tác quản lý chăn nuôi gia cầm

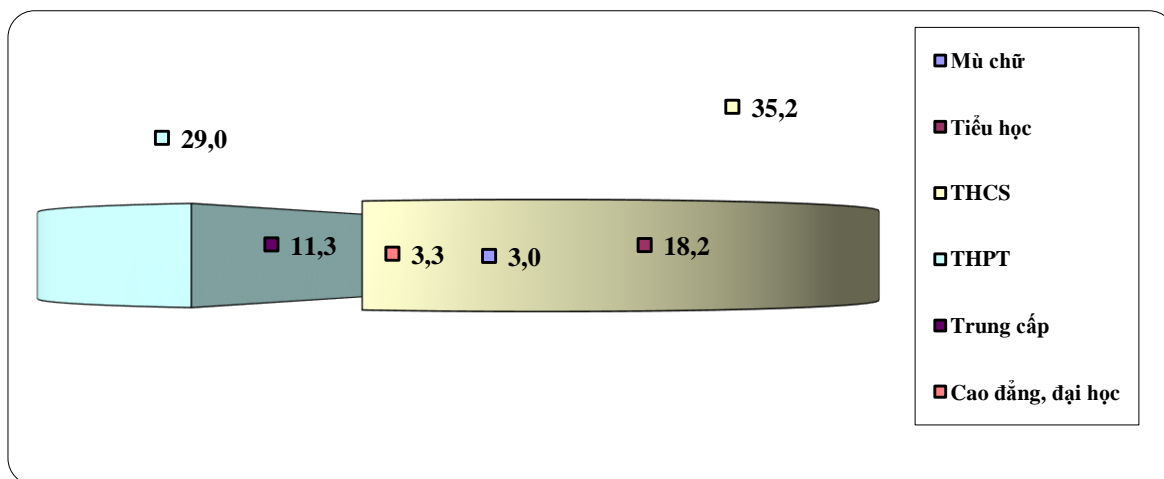
Hộp 3.1: Kế hoạch theo dõi đánh giá hoạt động chăn nuôi gia cầm tại cơ sở của các Thôn trưởng

- Thông tin kế hoạch tiêm phòng của các cấp về tiêm phòng cho đàn gia súc và gia cầm luôn được chúng tôi tuyên truyền xuống cho bà con trong thôn. Tuy nhiên bà con cũng không mặn mà về phần tiêm phòng nên việc giám sát phần nào hạn chế (trích dẫn lời của ông Lại Văn X thôn trưởng thôn 9).

- Nói chung là hàng năm là không có, chỉ vào các thời điểm đầu (mùa) xuân hoặc đầu (mùa) thu thì có kế hoạch của UBND xã thì cũng chỉ có thông báo tuyên truyền và vận động bà con. Trước đây thì tiêm phòng tương đối đều đặn nhưng mấy năm nay có phần mai một do ý thức của người dân về vấn đề công tác phòng chống dịch bệnh là kém hai là người ta không muốn dùng một số loại (vaccin) không phù hợp, còn nhiều gia đình người ta chăn nuôi nhiều thì đi mua thuốc về tiêm phòng theo định kỳ, chúng tôi không quản lý sâu về vấn đề này (trích dẫn lời của ông Bạch Văn M thôn trưởng thôn 3).

Ở đây khi phỏng vấn sâu các cán bộ Thôn trưởng các thôn thì thấy rằng các Thôn trưởng đều không có kế hoạch riêng để giám sát đánh giá hoạt động chăn nuôi gia cầm tại cơ sở, chủ yếu là giám sát đánh giá thông qua thực hiện kế hoạch về tiêm phòng cho đàn gia súc gia cầm của UBND xã.

4. Kết quả về kiến thức, thực hành của người dân về phòng chống các bệnh lây truyền từ gia cầm sang người



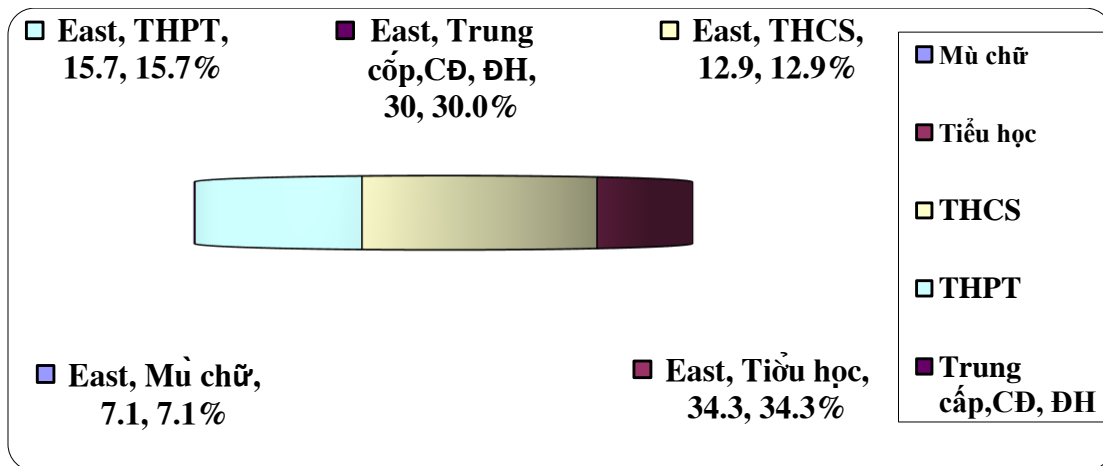
Biểu đồ 3.1: Phân bố các đối tượng nghiên cứu theo trình độ học vấn

Các đối tượng tham gia nghiên cứu ở xã tập trung vào nhóm có trình độ từ trung học cơ sở (35,2%) đến trung học phổ thông (29%). Các đối tượng có trình độ khác lần lượt: trung cấp là 11,3%; cao đẳng đại học là 3,2%; tiểu học là 18,2%; không biết chữ là 3%.

Bảng 3.4: Tỷ lệ đối tượng hiểu biết về nguy cơ lây bệnh

| Biết nguy cơ lây bệnh từ gia cầm sang người | Trình độ học vấn | | | | Chung (n = 400) | |
|---|------------------|------|-----------------|------|-----------------|------|
| | < THPT (n= 226) | | ≥ THPT (n= 174) | | | |
| | n | % | n | % | n | % |
| Có biết | 120 | 53,1 | 129 | 74,1 | 249 | 62,2 |
| Không biết | 68 | 30,1 | 14 | 8,1 | 82 | 20,5 |
| Không biết rõ | 38 | 16,8 | 31 | 17,8 | 69 | 17,3 |

Trong tổng số 400 đối tượng nghiên cứu thì có 62,2% số đối tượng hiểu biết được việc chăn nuôi gia cầm sẽ có nguy cơ bị lây bệnh từ gia cầm sang người. Trong đó nhóm có trình độ học vấn ≥ THPT là 129/174 (74,1%) còn nhóm có trình độ học vấn < THPT là 120/226 (53,1%).



Biểu đồ 3.2: Tỷ lệ gia đình có gia cầm bị cúm theo trình độ học vấn

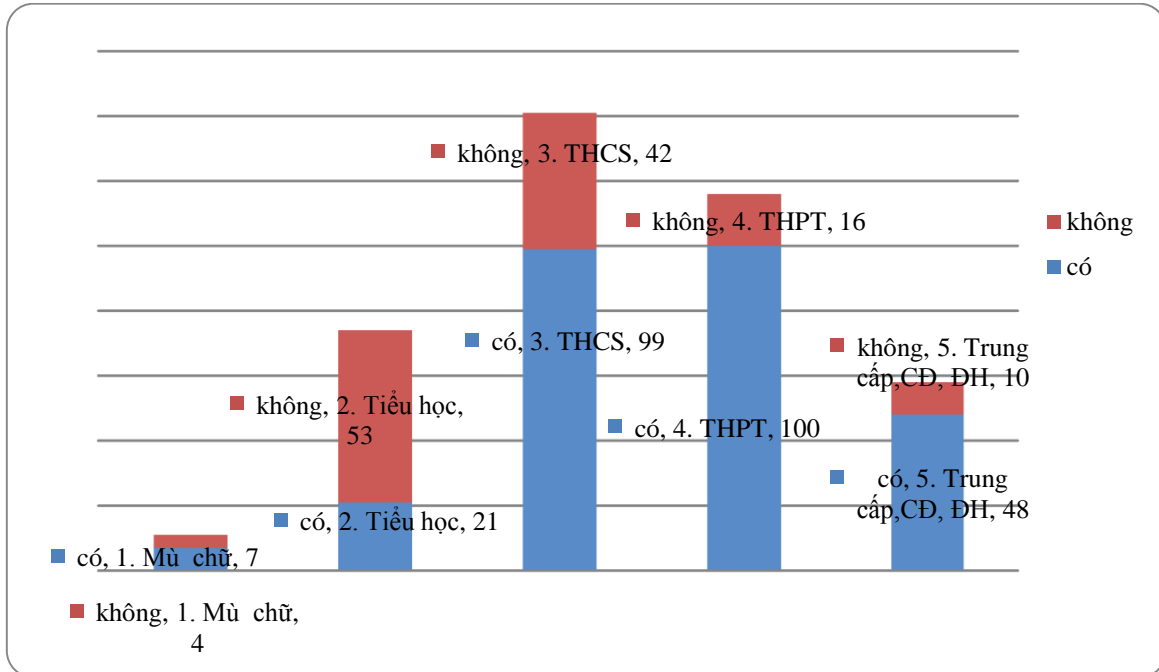
Theo biểu đồ trên tỷ lệ hộ gia đình có gia cầm bị cúm cao nhất thuộc nhóm những người có trình độ học vấn là tiểu học chiếm 34,3%; ở nhóm đối tượng có trình độ TC, CĐ, ĐH chiếm tỷ lệ 30,0%; nhóm mù chữ là 7,1%; THCS và THPT lần lượt là 12,9% và 15,7%.

Bảng 3.5: Tỷ lệ đối tượng có kiến thức xử lý khi gia cầm mắc cúm, ốm

| Xử lý khi gia cầm mắc cúm | Trình độ học vấn | | | | P | Chung (n = 110) | |
|---------------------------|------------------|------|----------------|------|--------|-----------------|------|
| | < THPT (n= 38) | | ≥ THPT (n= 72) | | | n | % |
| | n | % | n | % | | | |
| Đem bán | 7 | 18,4 | 30 | 41,7 | < 0,05 | 37 | 33,6 |
| Báo cho thú y | 7 | 18,4 | 10 | 13,9 | > 0,05 | 17 | 15,4 |
| Cách ly những con bị bệnh | 0 | - | 10 | 13,9 | - | 10 | 9,1 |
| Những con chết đem chôn | 18 | 47,4 | 22 | 30,5 | < 0,05 | 40 | 36,4 |
| Tiêu hủy toàn bộ gia cầm | 0 | - | 0 | - | - | 0 | - |
| Không trả lời | 6 | 15,8 | 0 | - | - | 6 | 5,5 |

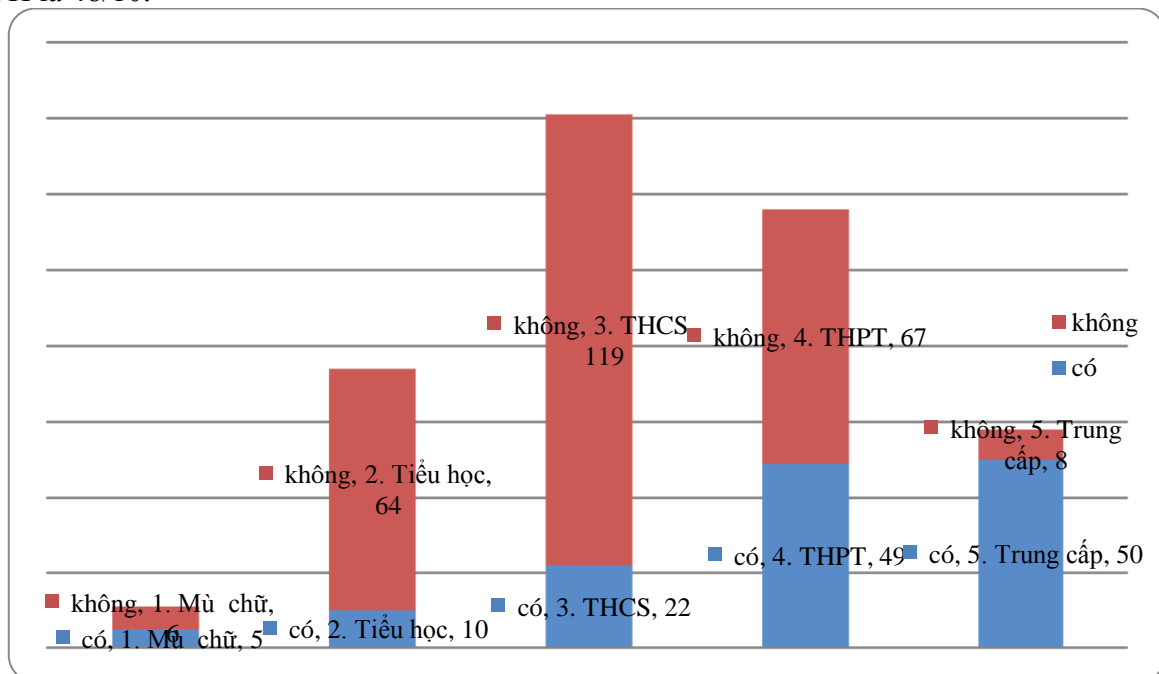
Bảng 3.5 cho thấy trong những hộ gia đình có gia cầm bị cúm, ốm tỷ lệ người dân đem bán là 33,6% trong đó nhóm đối tượng có trình độ học vấn \geq THPT là 41,7% và đối tượng < THPT là 18,4% sự khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tỷ lệ các đối tượng nhiên cứu cách ly những con bị bệnh chỉ chiếm 9,1%; báo cho thú y là 15,4%; đem chôn những con bị chết là 36,4% và không có ai tiêu hủy toàn bộ đàn gia cầm.



Biểu đồ 3.3: Đối tượng nghiên cứu thực hiện tiêm phòng cho gia cầm

Theo biểu đồ trên thấy rằng phần lớn các đối tượng nghiên cứu thực hiện tiêm phòng cho đàn gia cầm. Số đối tượng thực hiện tiêm phòng cho đàn gia cầm/ không tiêm ở mỗi nhóm đối tượng: mù chữ 7/4; tiểu học 21/53 (thấp nhất; THCS là 99/42; THPT là 100/16; TC, CĐ, ĐH là 48/10.



Biểu đồ 3.4: Số đối tượng sử dụng trang bị phòng hộ cá nhân khi chăn nuôi

Biểu đồ 3.4 cho thấy đa số các đối tượng nghiên cứu không sử dụng phòng hộ khi chăn nuôi gia cầm 66%; trong đó tỷ lệ thấp nhất là các đối tượng có trình độ học vấn tiểu học 10/74 (13,5%) và THCS 22/141 (15,6%).

IV. BÀN LUẬN

Liên quan tới phương thức nuôi gia cầm của các hộ gia đình tại xã nghiên cứu qua khảo sát có 60% các hộ gia đình nuôi hỗn hợp nhiều loại gia cầm trong cùng một thời điểm, có tới 81,8% nhóm các hộ gia đình nuôi 1 loại gia cầm là nhốt tại chuồng/trại có sự khác nhau về phương thức nuôi hỗn hợp tỷ lệ 27,8%. Đây là địa phương có đặc điểm là ruộng đồng chiêm trũng nên có thói quen hơn với việc chăn thả ngan, vịt một cách tự do. Về vị trí làm chuồng/trại thì qua kết quả nghiên cứu tại địa phương, chúng tôi khảo sát thấy: các hộ gia đình chăn nuôi chủ yếu làm chuồng/trại ngay liền kề, thậm chí khó phân nhau ngăn cách với nhà ở. Khoảng cách chủ yếu là dưới 5m (chiếm 40,0%).

Thông qua kết quả phỏng vấn sâu những Thôn trưởng làm công tác quản lý tại cơ sở tại địa phương nghiên cứu chúng tôi nhận thấy rằng tình hình quản lý chăn nuôi tại địa phương đặc biệt là chăn nuôi gia cầm còn nhiều khó khăn, chưa có hiệu quả: tại các thôn hầu hết Thôn trưởng kiêm nhiệm cả công tác thú y và y tế thôn, không có các cán bộ chuyên trách; đa phần các hộ chăn nuôi không áp dụng kỹ thuật chăn nuôi an toàn, công tác tổ chức và quản lý vệ sinh môi trường còn chưa đồng bộ, vẫn còn các vụ dịch lẻ tẻ gây chết gia cầm hàng loạt tại địa phương. Chưa có các quy chế, biện pháp chế tài để huy động và bắt buộc người chăn nuôi thực hiện bảo vệ môi trường. Nhận thức của

người dân về trách nhiệm trong bảo vệ môi trường chăn nuôi còn hạn chế.

Nhìn chung kiến thức của những người chăn nuôi gia cầm thuộc nhóm nghiên cứu nhận biết được về sự lây lan bệnh từ gia cầm sang người là không cao, tỷ lệ này đạt 62,2% số còn lại cho rằng các loài gia cầm không có thể hoặc không thể lây bệnh cho con người. Có thể do phương thức chăn nuôi gia cầm theo kiểu nông hộ nhỏ lẻ mang tính tự phát truyền thống, do sự hiểu biết về phương thức truyền bệnh từ gia cầm sang người còn ít mà chỉ quan tâm đến lợi ích kinh tế nông hộ gia đình trước mắt mà không cần quan tâm đến sự phát triển bền vững, đảm bảo vấn đề môi trường thuận lợi cho cộng đồng cũng như sức khỏe của con người. Đây là điều kiện lý tưởng để cho dịch gia cầm bùng phát ra diện rộng cũng như truyền bệnh từ gia cầm sang cho con người một cách tràn lan khó mà khống chế.

V. KẾT LUẬN

* Thực trạng vệ sinh chăn nuôi:

- Chuồng, trại nuôi gia cầm là không đảm bảo: trên 40% chuồng của HGD có khoảng cách từ 1 đến 5m so với nhà ở và nguồn nước sinh hoạt.

- Phương thức chăn nuôi đa dạng: nhiều loại lẫn lộn như ngan, gà, vịt; 43,4% số hộ xây dựng chuồng/trại tạm bợ hoặc chuồng hở.

- Môi trường tại chuồng/ trại và nơi ở bị ô nhiễm: tỷ lệ 46,7% số chuồng /trại chăn nuôi gia cầm ở tình trạng bẩn; nước thải chảy thẳng ra ao hồ chiếm 70%

* Tình hình quản lý chăn nuôi gia cầm:

- Còn thiếu cán bộ chuyên trách, các cán bộ kiêm nhiệm còn hạn chế về chuyên môn cũng như công tác quản lý; chưa có kế hoạch theo dõi giám sát giúp đỡ các hộ chăn nuôi.

- Hiện nay công tác tiêm phòng dịch cho đàn gia cầm thiếu sự quan tâm giám sát của chính quyền, chất lượng vaccin và thuốc không kiểm soát được; buông lỏng công tác quản lý thức ăn chăn nuôi và nguồn cung con giống; chưa có chính sách khuyến khích người chăn nuôi chuyển đổi mô hình từ chăn nuôi nhỏ lẻ sang chăn nuôi tập chung.

* Các chỉ số đánh giá ô nhiễm môi trường:

- Nồng độ các hơi khí độc tại chuồng/trại tại các hộ chăn nuôi đều đạt tiêu chuẩn cho phép theo quy chuẩn Việt Nam(100% các mẫu đều đạt). Nồng độ CO₂ <650 ppm/m³, H₂S < 1ppm/m³, NH₃ < 2,5 ppm/m³.

- Các chỉ số đo vi khí hậu tại chuồng/ trại nói chung còn chưa đảm bảo theo quy chuẩn của Việt Nam: chỉ có 2/30(6,7%) số mẫu đo đạt tiêu chuẩn về độ ẩm; 24/30 (80%) số mẫu đo đạt tiêu chuẩn về vận tốc gió.

* Kiến thức thái độ và thực hành vệ sinh chăn nuôi:

- Phần lớn người chăn nuôi thiếu kiến thức về bệnh tật của gia cầm có thể lây sang người, (chỉ có 21,0% số người biết cúm gia cầm có thể lây sang người).

- Ý thức phòng dịch bệnh kém: 4,2% người chăn nuôi báo dịch cho cán bộ thú y; 2,5% cần cách ly gia cầm bị dịch. 66% không sử dụng phòng hộ khi LĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ngọc Hải (2016), “Yêu cầu bảo vệ môi trường nông thôn hiện nay”.
2. Kiều Xuân Hình (2007), *Ảnh hưởng của môi trường đến sức khỏe người dân Tân Lập tỉnh Sơn La*, Báo cáo tốt nghiệp, Trường Đại học KHXX&NV.
3. Kevin J. Esch, Christine A. Petersen (2013), Transmission and Epidemiology of Zoonotic Protozoal Diseases of Companion Animals, *Clinical Microbiology Reviews*, p. 58 - 85.
4. Lei Zhou et al. (2009), “Risk Factors for Human Illness with Avian Influenza A (H5N1) Virus infection in China”, *J Infect Dis.* 2009 June 15; 199(12).
5. Leonardo Martinez et al (2013), “Short Report: Free-Ranging Chickens in Households in a Periurban Shantytown in Peru-Attitudes and Practices 10 Years after a Community-Based Intervention Project”, *Am. J. Trop. Med. Hyg.* 89(2), pp. 229-231.
7. Nguyễn Khoa Lý (2008), “Ô nhiễm môi trường trong hoạt động chăn nuôi thú y và giải pháp khắc phục”.
8. Steven W.Lenhart (1998), “Poultry and Egg Production”, Encyclopeda of Occupational Health and Safty - 4th. Edition (1998) Published by the International Labour Office (ILO).
9. Nguyễn Phương Thảo (2015), “Thực trạng phát triển ngành chăn nuôi tại Việt Nam”.
10. Trường Đại học Y Hà Nội (2015), *Một sức khỏe trong y học dự phòng và y tế công cộng*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN GIAI ĐOẠN HẬU PHẪU TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lương Ngọc Cương*, Bùi Thị Quỳnh Nhung**, Lê Trung Hiếu**

TÓM TẮT¹⁷

Rò hậu môn là bệnh thường gặp vùng hậu môn trực tràng, phương pháp điều trị bằng phẫu thuật vẫn được áp dụng nhiều nhất và cho kết quả tốt nhất. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang từ 63 bệnh án bệnh nhân được phẫu thuật điều trị rò hậu môn. **Kết quả nghiên cứu:** 87,3% áp dụng phương pháp phẫu thuật rạch mở đường rò; 11,1% áp dụng phương pháp cắt rò, khâu lỗ rò nguyên phát; Số ngày điều trị trung bình sau phẫu thuật: $5,7 \pm 1,6$; 100% bệnh nhân phẫu thuật rò hậu môn không có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật; 24/63 bệnh nhân sau phẫu thuật không đau, 31/63 bệnh nhân đau ở mức độ 1; 36,4% bệnh nhân không đau sau phẫu thuật bằng phương pháp rạch mở đường rò, 57,1% bệnh nhân không đau sau phẫu thuật bằng phương pháp cắt rò, khâu lỗ rò nguyên phát; chức năng tự chủ hậu môn bình thường 87,3%; mất tự chủ hậu môn độ 1 gặp ở 7 bệnh nhân phẫu thuật rạch mở đường rò, 1 bệnh nhân cắt rò khâu lỗ rò nguyên phát.

Từ khóa: rò hậu môn, điều trị, phẫu thuật, kết quả.

SUMMARY

THE RESULTS OF SURGERY FOR TREATMENT OF ANAL FISTULA IN POSTOPERATIVE PERIOD OF THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Anal fistula is a common disease in anorectal region, treatment with surgery still applies the most and the best results. **The objective:** The study was conducted to evaluate the results targeted surgical treatment of anal fistula in Thai Nguyen national Hospital. **Methods:** The study was carried out with the cross sectional study from 63 patients treated surgically with anal fistula. **Results:** 87.3% were applied a fistulotomy; 11.1% were applied fistulectomy and primary fistulorrhaphy. The average number of days of treatment after surgery: 5.7 ± 1.6 ; 100% of patients with anal fistula surgery didn't have bleeding complications after surgery; 24/63 patients had pain after surgery, 31/63 patients had pain in the level 1; 36.4% patients didn't have any pain after surgery by fistulotomy, 57.1% of patients had no pain after surgery by fistulectomy and primary fistulorrhaphy; autonomic function of the anus was normal (of 0) 87.3%; There were 7 patients who had fistulotomy and 1 patient having fistulectomy and primary fistulorrhaphy had losing anal control.

Keywords: anal fistula, treatment, surgery, results.

* Bệnh viện trung ương Thái Nguyên,

** Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lương Ngọc Cương

Email: drcuongbvdktwn@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò hậu môn là bệnh thường gặp vùng hậu môn trực tràng, chiếm 24,45% các bệnh lý vùng hậu môn trực tràng [1]; rò hậu môn không gây nguy hiểm đến tính mạng người bệnh nhưng làm người bệnh khó chịu, vệ sinh và sinh hoạt khó khăn kéo dài khiến người bệnh lo lắng ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Có nhiều phương pháp điều trị rò hậu môn được nghiên cứu và áp dụng như: điều trị theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại, dùng keo sinh học, bơm hóa chất vào đường rò,... nhưng hiệu quả điều trị của các phương pháp này đều chưa cao. Phương pháp điều trị bằng phẫu thuật vẫn được áp dụng nhiều nhất và cho kết quả tốt nhất, tùy theo tính chất tổn thương đơn giản hay phức tạp mà kết quả phẫu thuật có thể tốt hay không tốt; tỷ lệ thành công nếu mổ đúng kỹ thuật và chăm sóc hậu phẫu tốt có thể đạt 75% [2], 85% [3]. Để có cơ sở khoa học về kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn tại Thái Nguyên, đề tài **“Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn tại Bệnh viện trung ương Thái Nguyên”** được thực hiện với mục tiêu:

Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn tại khoa Ngoại tiêu hóa - Gan mật, Bệnh viện trung ương Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Tất cả bệnh nhân được phẫu thuật điều trị rò hậu môn tại khoa Ngoại tiêu hóa - gan mật Bệnh viện trung ương Thái Nguyên từ 01/2012 - 09/2015.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân rò hậu môn do các bệnh lý khác như: Rò hậu môn bẩm sinh, áp xe tiền liệt tuyến, viêm xương chậu, rò do ung thư, do lao ...

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Chỉ tiêu nghiên cứu

Đánh giá về kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn giai đoạn hậu phẫu dựa vào thông tin từ hồ sơ bệnh án:

- Phương pháp phẫu thuật điều trị rò hậu môn

- Thời gian điều trị hậu phẫu: tính từ ngày bệnh nhân được phẫu thuật đến khi ra viện.

- Biến chứng sớm sau phẫu thuật:

+ Bí tiểu sau phẫu thuật (bệnh nhân buồn đi tiểu nhưng không đi được, khám có cầu bàng quang). Phương pháp xử trí, chườm ấm vùng bàng quang, đặt thông tiểu.

+ Chảy máu sau mổ (máu đỏ thẫm băng, máu chảy nhỏ giọt, máu chảy thành tia), phương pháp xử trí là băng ép cầm máu, khâu cầm máu.

- Mức độ đau sau phẫu thuật rò hậu môn, theo phân loại của Watts và Goligher dựa vào cảm nhận chủ quan của bệnh nhân và lượng thuốc giảm đau đã dùng [4].

▪ Độ 1: không đau.

▪ Độ 2: đau nhẹ (dùng thuốc giảm đau theo phác đồ điều trị sau phẫu thuật không cần dùng thêm thuốc giảm đau).

▪ Độ 3: đau vừa (cần tiêm thêm 1 liều thuốc giảm đau khác trong 24h).

▪ Độ 4: đau nhiều (cần tiêm thêm 2 liều thuốc giảm đau khác trong 24h).

▪ Độ 5: đau dữ dội (cần tiêm thêm 3 liều thuốc giảm đau khác trở lên trong 24h).

- Mọi liên quan mức độ đau sau phẫu thuật với phương pháp phẫu thuật.

- Chức năng tự chủ hậu môn sau phẫu thuật, đánh giá mức độ theo tiêu chuẩn của Watts (1964), Kelly (1972), Corman (1972) [4]. Đánh giá khi bệnh nhân ra viện.

▪ Độ 0: Chức năng đại tiện hoàn toàn bình thường.

▪ Độ 1: Không tự chủ với hơi, vẫn tự chủ được với phân lỏng và rắn.

▪ Độ 2: Không tự chủ được với hơi, phân lỏng, còn tự chủ được với phân rắn.

▪ Độ 3: Không tự chủ được cả với phân lỏng và rắn.

- Mọi liên quan giữa tự chủ hậu môn với phương pháp phẫu thuật giai đoạn hậu phẫu (tính tại thời điểm bệnh nhân ra viện).

2.3. Kỹ thuật thu thập số liệu:

Thu thập và lấy số liệu từ hồ sơ bệnh án bệnh nhân được điều trị phẫu thuật rò hậu môn có đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, thời gian thu thập từ tháng 6/2015 đến tháng 12/ 2015.

2.4. Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS18.0, kiểm định theo phương pháp t - test Student. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các phương pháp phẫu thuật điều trị rò hậu môn

Bảng 1. Các phương pháp phẫu thuật điều trị rò hậu môn

| Phương pháp phẫu thuật | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|--------------------------------|--------------|------------|
| Rạch mở đường rò | 55 | 87,3 |
| Cắt rò, khâu lỗ rò nguyên phát | 7 | 11,1 |
| Phẫu thuật thắt đường rò | 1 | 1,6 |
| Tổng | 63 | 100 |

Nhận xét: 87,3% áp dụng phương pháp phẫu thuật rạch mở đường rò; 11,1% áp dụng phương pháp cắt rò, khâu lỗ rò nguyên phát.

3.2. Thời gian điều trị sau phẫu thuật

Bảng 2. Thời gian điều trị sau phẫu thuật

| Số ngày điều trị sau PT | Số bệnh nhân | Tỷ lệ % |
|-------------------------|--------------|------------|
| 3 | 6 | 9,5 |
| 4 | 11 | 17,5 |
| 5 | 12 | 19,0 |
| 6 | 13 | 20,6 |
| 7 | 6 | 9,5 |
| 8 ngày | 15 | 23,8 |
| Tổng | 63 | 100 |

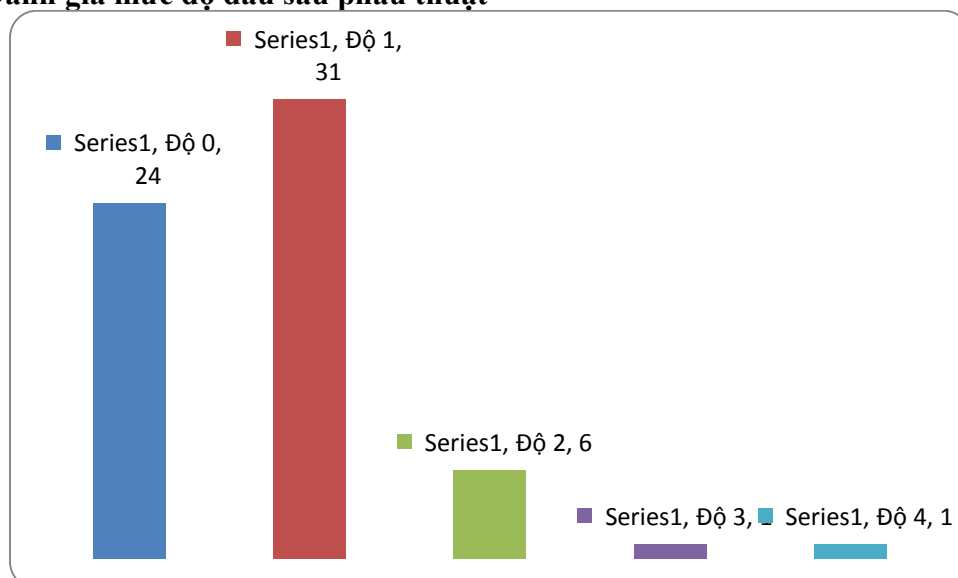
Nhận xét: Số ngày điều trị trung bình sau phẫu thuật: $5,7 \pm 1,6$. Ngày điều trị ngắn nhất sau phẫu thuật là 3 ngày (9,5%), ngày điều trị dài nhất sau phẫu thuật 8 ngày (23,8%).

3.3. Biến chứng sau phẫu thuật rò hậu môn

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được đặt thông tiểu ngay từ đầu trước khi phẫu thuật nên không đánh giá được biến chứng bí tiểu sau phẫu thuật.

Trong nghiên cứu, 100% bệnh nhân phẫu thuật rò hậu môn không có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật.

3.4. Đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật



Hình 1. Đánh giá mức độ đau sau phẫu thuật rò hậu môn theo VDS

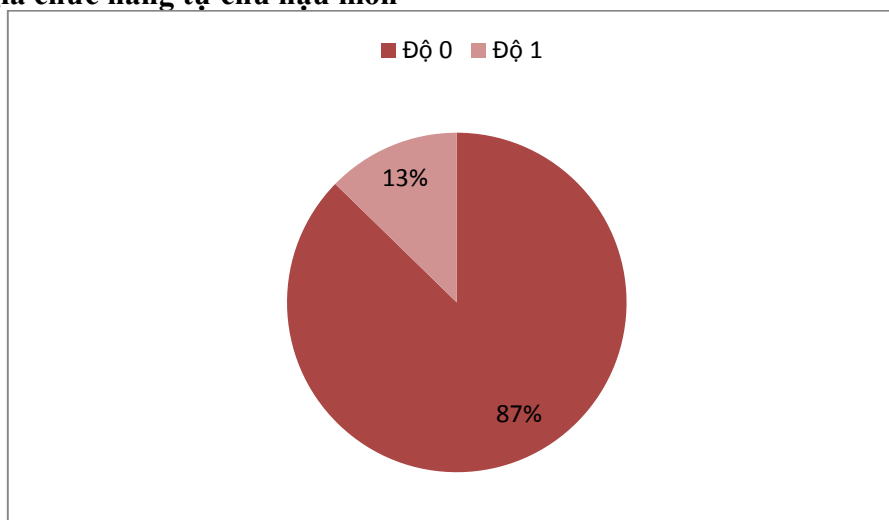
Nhận xét: 24/63 bệnh nhân sau phẫu thuật không đau; 31/63 bệnh nhân đau ở mức độ 1.

Bảng 3. Liên quan mức độ đau sau phẫu thuật với phương pháp phẫu thuật

| Độ đau \ Phương pháp phẫu thuật | Độ 0 | Độ 1 | Độ 2 | Độ 3 | Độ 4 | Tổng |
|---------------------------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Số bệnh nhân % | Số bệnh nhân % | Số bệnh nhân % | Số bệnh nhân % | Số bệnh nhân % | Số bệnh nhân % |
| Rạch mở đường rò | 20 36,4 | 30 54,5 | 4 7,3 | 1 1,8 | 0 | 55 100 |
| Cắt rò, khâu lỗ rò nguyên phát | 4 57,1 | 1 14,3 | 1 14,3 | 0 | 1 14,3 | 7 100 |
| Phẫu thuật thắt đường rò | 0 | 0 | 1 100 | 0 | 0 | 1 100 |
| Tổng | 24 | 31 | 6 | 1 | 1 | 63 |

Nhận xét: Phương pháp rạch mở đường rò bệnh nhân không đau sau phẫu thuật chiếm 36,4%, không có trường hợp nào đau ở mức độ 4. Phương pháp cắt rò, khâu lỗ rò nguyên phát bệnh nhân không đau sau phẫu thuật: 57,1%, đau ở mức độ 4: 14,3%.

3.5. Đánh giá chức năng tự chủ hậu môn



Hình 2. Chức năng tự chủ hậu môn giai đoạn hậu phẫu

Nhận xét: Chức năng tự chủ hậu môn bình thường (độ 0) chiếm tỷ lệ 87,3%; độ 1 chiếm tỷ lệ 12,7%; không có trường hợp nào mất tự chủ hậu môn độ 2 và độ 3.

Bảng 4. Liên quan tự chủ hậu môn với phương pháp phẫu thuật.

| Độ tự chủ hậu môn \ Phương pháp phẫu thuật | Độ 0 | Độ 1 | Tổng |
|--|--------------|--------------|--------------|
| | Số bệnh nhân | Số bệnh nhân | Số bệnh nhân |
| Rạch mở đường rò | 48 | 7 | 55 |
| Cắt rò, khâu lỗ rò nguyên phát | 6 | 1 | 7 |
| Phẫu thuật thắt đường rò | 1 | 0 | 1 |
| Tổng | 55 | 8 | 63 |

Nhận xét: phẫu thuật rạch mở đường rò mất tự chủ độ 1 là 7 bệnh nhân, cắt rò khâu lỗ rò nguyên phát mất tự chủ hậu môn độ 1 là 1 bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các phương pháp phẫu thuật điều trị rò hậu môn.

Phẫu thuật rạch mở đường rò: là phương pháp phẫu thuật được áp dụng nhiều nhất 55/63 chiếm 87,3%. Theo Tăng Huy Cường chiếm 81,9% phương pháp phẫu thuật rạch mở đường rò áp dụng với rò xuyên cơ thắt phần thấp và rò xuyên cơ thắt phần trung gian (IIa, IIb) 53/63 chiếm 84,1% [5]. Theo Nguyễn Xuân Hùng rạch mở đường rò áp dụng rò xuyên cơ thắt phần thấp và rò xuyên

cơ thắt phần trung gian chiếm 96,7% [3]. Tăng Huy Cường rạch mở đường rò áp dụng rò xuyên cơ thắt phần thấp và rò xuyên cơ thắt phần trung gian chiếm 96,7% [5]. Trong nghiên cứu có 1 bệnh nhân áp dụng phẫu thuật rạch mở đường rò với rò xuyên cơ thắt phần cao (IIc) chiếm 1,6%. Theo Tăng Huy Cường rạch mở đường rò áp dụng với rò xuyên cơ thắt phần cao (IIc) chiếm 7,1% [5].

Chỉ định rạch mở đường rò được áp dụng hầu hết các trường hợp rò thấp, rò đơn giản, có 1 bệnh nhân áp dụng rạch mở đường rò

cho rò xuyên cơ thất phần cao (1,6%), tuy nhiên theo chúng tôi không nên áp dụng ở tại tuyến còn thiếu siêu âm đầu rò hậu môn trực tràng và việc chụp cộng hưởng từ hậu môn trực tràng chưa thành thường quy nên việc xác định hình thái rò, phân loại rò trước phẫu thuật của phẫu thuật viên còn rất hạn chế nên nguy cơ gây biến chứng mất tự chủ hậu môn của bệnh nhân sau phẫu thuật rất cao.

Cắt rò, khâu lỗ rò nguyên phát: là phương pháp thường áp dụng cho những trường hợp rò cao [3], [5], nhằm giảm thiểu tối đa biến chứng sau phẫu thuật là mất tự chủ hậu môn, phương pháp này gây tổn thương rất ít cơ thất. Trong nghiên cứu có 7/63 trường hợp áp dụng cho 3 bệnh nhân được phân loại là rò xuyên cơ thất phần thấp (IIa), 4 ca rò xuyên cơ thất phần trung gian (IIb). Theo Nguyễn Xuân Hùng phương pháp phẫu thuật cắt rò, khâu lỗ rò nguyên phát chiếm 2,6% [3]. Tăng Huy Cường cắt rò, khâu lỗ rò nguyên phát chiếm 5,8% [5]; Trịnh Hồng Sơn cắt rò, khâu lỗ rò nguyên phát 0% [6].

Phẫu thuật thắt đường rò: Có hai phương pháp thắt đường rò là thắt rò chặt và thắt rò lỏng. Thắt chặt là buộc sợi chỉ không tiêu hoặc sợi dây chun vào đường rò sau đường rò sẽ bị cắt đứt dần dần, thắt lỏng là dùng chỉ không tiêu hoặc sợi dây chun thắt lỏng sau 2-3 tháng phẫu thuật lần 2 ngay trên chỉ chờ mà không sợ mất tự chủ cơ thất. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp phẫu thuật thắt đường rò áp dụng cho trường hợp rò trên cơ thất 1,6%. Theo Tăng Huy Cường, phẫu thuật thắt rò áp dụng chiếm 9,7% [5]. Liên quan hình thái rò với phương pháp phẫu thuật, trong nghiên cứu rò xuyên cơ thất phần thấp phương pháp phẫu thuật chủ yếu là rạch mở đường rò (87,3%)

4.2. Kết quả phẫu thuật điều trị rò hậu môn

4.2.1. Thời gian điều trị sau phẫu thuật

Số ngày điều trị trung bình sau phẫu thuật $5,7 \pm 1,6$, số ngày điều trị ngắn nhất trong nhiên cứu là 3 ngày chiếm 9,5% và dài nhất là 8 ngày chiếm tỷ lệ 23,8%. Theo Tăng Huy Cường số ngày điều trị trung bình sau phẫu thuật $3,87 \pm 2,17$ ngày [5].

4.2.2. Biến chứng bí tiểu, chảy máu sau phẫu thuật

Trong 63 bệnh nhân: 1 bệnh nhân áp dụng biện pháp trừ đau bằng mê tĩnh mạch (do nhỏ tuổi), 3 bệnh nhân áp dụng phương pháp trừ đau bằng tê tại chỗ (do bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, suy thận), còn lại tất cả bệnh nhân đều được đặt thông tiểu ngay từ đầu lên không đánh giá được biến chứng bí tiểu sau phẫu thuật.

100% bệnh nhân không có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật. Theo Tăng Huy Cường biến chứng chảy máu sau phẫu thuật gặp 5,7% [5]. Nguyễn Xuân Hùng biến chứng chảy máu sau phẫu thuật gặp 2,22% [3]. Nguyễn Minh Cường biến chứng chảy máu sau phẫu thuật gặp 3,45% [7].

4.2.3. Đánh giá mức độ đau giai đoạn hậu phẫu sau phẫu thuật rò hậu môn

Trong 63 trường hợp được phẫu thuật trong nhiên cứu hầu như bệnh nhân chỉ đau ở mức độ 1 chiếm tỷ lệ 49,2%, bệnh nhân không đau sau phẫu thuật (độ 0) chiếm 38,1%, chỉ có 3,2% bệnh nhân sau phẫu thuật đau từ mức độ 3 trở lên. Điều này có thể lý giải do bệnh nhân đến chủ yếu trong giai đoạn đầu của bệnh, sau phẫu thuật điều trị giải phóng được ổ áp xe nên bệnh nhân thấy dễ chịu, đau giảm hoặc hết nên mức độ đau sau phẫu thuật thấp. Mọi liên quan mức độ đau sau phẫu thuật (theo VDS) với phương pháp phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật rạch mở đường rò có mức độ đau thấp hơn.

4.2.4. Đánh giá chức năng tự chủ hậu môn giai đoạn hậu phẫu sau phẫu thuật

Chức năng tự chủ hậu môn sau phẫu thuật bình thường (độ 0) chiếm tỷ lệ 87,3%; mất tự chủ hậu môn độ 1 chiếm tỷ lệ 12,7%; không có trường hợp nào mất tự chủ hậu môn độ 2 và độ 3. Theo Nguyễn Xuân Hùng mất tự chủ hậu môn độ 1 chiếm 24,2% [3]. Tăng Huy Cường mất tự chủ hậu môn độ 1 chiếm 18,9% [5]; mất tự chủ hậu môn độ 2 chiếm 9,5%. Trịnh Hồng Sơn mất tự chủ hậu môn độ 1 chiếm 5% [7]. Liên quan giữa độ tự chủ hậu môn với phương pháp phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật rạch mở đường rò trong nghiên cứu an toàn hơn phương pháp cắt, rò khâu lỗ rò nguyên phát. Cụ thể trong 8 bệnh nhân mất tự chủ hậu môn độ 1 sau phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật rạch mở đường rò chiếm 12,7%; phương pháp phẫu thuật cắt rò, khâu lỗ rò trong chiếm 14,3%.

V. KẾT LUẬN

1. Phương pháp phẫu thuật chủ yếu được áp dụng là rạch mở đường rò chiếm 87,3 %.

2. Số ngày điều trị trung bình sau phẫu thuật là $5,7 \pm 1,6$.

3. 100% bệnh nhân không có biến chứng chảy máu sau phẫu thuật.

4. 24/63 bệnh nhân sau phẫu thuật không đau; 31/63 bệnh nhân đau ở mức độ 1. Phương pháp rạch mở đường rò bệnh nhân không đau sau phẫu thuật chiếm 36,4%, phương pháp cắt rò, khâu lỗ rò nguyên phát bệnh nhân không đau sau phẫu thuật: 57,1%.

5. Chức năng tự chủ hậu môn sau hậu phẫu bình thường (độ 0) là 87,3%; không có trường hợp nào mất tự chủ hậu môn độ 2 và độ 3.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Xuyên (2000), "Tình hình điều trị ngoại khoa bệnh lý hậu môn trực tràng qua 2036 trường hợp trong 15 năm (1985 - 1999) tại viện Quân Y 103", *Tạp chí hậu môn trực tràng học*, số 1, tr. 69 - 73.
2. Phan Đương (2007), *Bảng phân loại thương tổn trĩ hẹp hậu môn*, Y học TP Hồ Chí Minh, 11 (Phụ bản của số 1), tr.180-182.
3. Nguyễn Xuân Hùng (2008), "Đánh giá kết quả điều trị rò hậu môn tại bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn 2003 - 2006", *Tạp chí y học Việt Nam*, tr.45 - 52.
4. Watts J Mek, Bennett R.C., Duthie H. C., Goligher J. C (1964), *Healing and pain after haemorrhoidectomy*, *British journal of Surgery*, 51(11), p.808-817.
5. Tăng Huy Cường (2011), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật lại rò hậu môn*, luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội.
6. Trịnh Hồng Sơn (1988), *Góp phần nghiên cứu điều trị rò hậu môn bằng phẫu thuật*, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, Đại học y Hà Nội.
7. Nguyễn Minh Cường (2008), *Xác định kết quả của phẫu thuật Hanley trong điều trị rò hậu môn hình móng ngựa*, luận án chuyên khoa cấp II, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.

THỰC TRẠNG THỪA CÂN, BÉO PHÌ CỦA HỌC SINH, SINH VIÊN TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ THÁI NGUYÊN

Khúc Thị Tuyết Hường*, Bùi Thị Thu Hằng*, Chu Thị Thùy Linh*

TÓM TẮT¹⁸

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 340 học sinh, sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên trong thời gian từ tháng 09 đến tháng 12 năm 2015 nhằm mục tiêu mô tả thực trạng thừa cân, béo phì của học sinh, sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ thừa cân, béo phì chung ở học sinh, sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên là 13,5%; trong đó tỷ lệ thừa cân là 9,1% béo phì là 4,4%.

Từ khóa: Thừa cân, béo phì, sinh viên, cao đẳng y tế Thái Nguyên.

SUMMARY

THE CURRENT STATUS OF OVERWEIGHT AND OBESITY IN THAI NGUYEN MEDICAL COLLEGE STUDENTS

A cross-sectional descriptive study was conducted on 340 students of Thai Nguyen medical college during September to December 2015. This study aims to describe the status of overweight and obesity in Thai Nguyen medical college students. The results showed: The prevalence of overweight and obesity in Thai Nguyen medical college students was 13.5%; of that, the prevalence of overweight was 9.1% and obesity was 4.4%.

Keywords: overweight, obesity, student, Thai Nguyen medical college

* Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Khúc Thị Tuyết Hường

Email: Huongcdytn@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phân biên khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thừa cân béo phì là vấn đề dinh dưỡng phổ biến nhất ở các nước phát triển và đang tăng lên một cách đáng báo động ở các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam. Năm 2008, theo số liệu của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) [7], số người thừa cân béo phì đã tăng gấp đôi so với năm 1980, trên thế giới có khoảng 1,4 tỉ người lớn từ 20 tuổi trở lên bị thừa cân béo phì; trong đó có 500 triệu là béo phì (200 triệu ở nam giới và 300 triệu ở nữ giới). Có nhiều nguyên nhân dẫn đến thừa cân béo phì, nhưng nguyên nhân quan trọng nhất vẫn là chế độ ăn và thiếu vận động. Chế độ ăn nhiều chất béo, phương tiện đi lại cơ giới, làm việc và giải trí một chỗ,... là các yếu tố thường gặp làm giảm vận động và thừa năng lượng. Thừa cân béo phì làm tăng nguy cơ bệnh mạch vành, đái tháo đường, tăng huyết áp và nhiều bệnh khác.

Chúng ta thường quan tâm và nghiên cứu về tỷ lệ thừa cân béo phì trên người đi làm và trẻ em, nhưng lại bỏ sót những nghiên cứu về tỷ lệ thừa cân béo phì trên sinh viên. Sinh viên là những trí thức tương lai của đất nước, không ai hết mà chính họ sẽ là những người đóng vai trò chủ chốt trong công cuộc xây dựng và bảo vệ đất nước. Do đó, việc bảo vệ sức khỏe đối với sinh viên là rất quan trọng.

Vì vậy, việc nghiên cứu và xác định tỷ lệ thừa cân béo phì và nguyên nhân gây ra thừa cân, béo phì, đặc biệt là các bạn sinh viên còn đang ngồi trên ghế giảng đường là một việc vô cùng cấp thiết, vì vậy nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ thừa cân, béo phì của học sinh, sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên.

2. Xác định một số yếu tố liên quan đến thừa cân, béo phì của học sinh, sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Học sinh, sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên trong thời gian từ tháng 09/2015 đến tháng 12 năm 2015.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Cỡ mẫu điều tra ngang theo công thức ước lượng một tỷ lệ trong quần thể.

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho việc ước lượng một tỷ lệ trong quần thể

$$n = \frac{Z^2 p(1 - p)}{c^2}$$

Trong đó:

n : Số đối tượng cần nghiên cứu

Z : Tương ứng là 1,96 có độ tin cậy là 95%

p : Tỷ lệ thừa cân từ một nghiên cứu trước (27,9%) = 0,279

c : Sai số = 0,05

Thay các giá trị vào công thức ta được cỡ mẫu là:

$$n = \frac{(1,96)^2 \times 0,279 \times (1 - 0,279)}{(0,05)^2}$$

Để hạn chế mất mẫu chúng tôi lấy thêm 10% mẫu nên chúng tôi chọn cỡ mẫu n = 340

Chọn mẫu phân tầng

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Đo cân nặng: dùng cân điện tử Tanita của Nhật, ghi kết quả bằng kilogam (kg) với một số lẻ.

- Đo chiều cao: chiều cao được đo bằng thước gỗ, ghi kết quả bằng mét (m) với 1 số lẻ.

- Bộ công cụ thu thập thông tin: phiếu điều tra, bộ câu hỏi tự điền.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích trên phần mềm SPSS 18.0 với các thuật toán thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Tỷ lệ thừa cân, béo phì của học sinh, sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên.

Bảng 1. Tần số và tỷ lệ thừa cân, béo phì của học sinh, sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên.

| Đặc tính | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------|------------|--------------|
| Có thừa cân | 31 | 9,1 |
| Béo phì | 15 | 4,4 |
| Không thừa cân, béo phì | 294 | 86,5 |
| Tổng | 340 | 100.0 |

Nhận xét: Kết quả bảng 1 cho thấy tỷ lệ thừa cân của học sinh, sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên là 9,1%; béo phì là 4,4%.

Bảng 2. Tỷ lệ học sinh, sinh viên phân bố theo dân tộc

| Đặc tính | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|-------------|------------|--------------|
| Kinh | 263 | 77,3 |
| Tày | 69 | 20,2 |
| Khác | 8 | 2,5 |
| Tổng | 340 | 100,0 |

Nhận xét: Kết quả bảng 2 cho thấy tỷ lệ học sinh, sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên dân tộc kinh chiếm đa số 77,3%; tày 20,2% và các dân tộc khác là 2,5%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến thừa cân, béo phì của học sinh, sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên.

Bảng 3. Hiểu biết về thừa cân, béo phì của học sinh, sinh viên trường Cao đẳng y tế Thái Nguyên

| Đặc tính | Có | | Không | |
|---------------------------------|--------|-----------|--------|-----------|
| | Tần số | Tỷ lệ (%) | Tần số | Tỷ lệ (%) |
| Biết về thừa cân, béo phì | 340 | 100,0 | 0 | 0,0 |
| Ảnh hưởng của TCBP tới sức khỏe | 315 | 92,6 | 25 | 7,4 |
| Biết cách tính chỉ số BMI | 335 | 98,5 | 5 | 1,5 |

Nhận xét: Kết quả bảng 3 cho thấy 100% HSSV hiểu biết về TCBP, ảnh hưởng của TCBP tới sức khỏe là 92,6% và 98,5% biết cách tính chỉ số BMI

Bảng 4. Hiểu biết về nguyên nhân gây thừa cân, béo phì của học sinh, sinh viên trường Cao đẳng y tế Thái Nguyên

| Đặc tính | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|-------------------|----------|-----------|
| Ăn nhiều dầu mỡ | 340 | 100 |
| Ăn nhiều tinh bột | 235 | 69,1 |
| Ăn nhiều đường | 295 | 86,7 |
| Ăn nhiều thịt | 268 | 78,8 |
| Vận động nhiều | 0 | 0 |
| Khác | 12 | 3,5 |
| Không biết | 0 | 0 |

Nhận xét: Kết quả bảng 4 cho thấy 100% HSSV cho rằng nguyên nhân gây TCBP là do ăn nhiều dầu mỡ; 86,7% do ăn nhiều đường; 78,8% do ăn nhiều thịt và 69,1% do ăn nhiều tinh bột.

Bảng 5. Thói quen ăn uống của học sinh, sinh viên

| Thói quen ăn uống | Có | | Không | |
|-------------------------------|--------|-----------|--------|-----------|
| | Tần số | Tỷ lệ (%) | Tần số | Tỷ lệ (%) |
| Hay ăn thức ăn nhanh | 109 | 32,0 | 231 | 68,0 |
| Ăn thức ăn có chất béo | 35 | 10,3 | 305 | 89,7 |
| Hay ăn vặt | 312 | 91,8 | 28 | 8,2 |
| Ăn khuya | 16 | 4,7 | 324 | 95,3 |
| Ăn nhiều rau | 321 | 94,4 | 19 | 5,6 |
| Thường xuyên sử dụng rượu bia | 0 | 0 | 340 | 100 |

Nhận xét: Kết quả bảng 5 cho thấy 32% HSSV hay ăn thức ăn nhanh; 10,3% ăn thức ăn chứa chất béo; 91,8 % hay ăn vặt; 4,7% ăn khuya; 94,4% ăn nhiều rau và 100% không thường xuyên sử dụng rượu bia.

Bảng 6. Thói quen vận động của học sinh, sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên.

| Thói quen vận động | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|--------|-----------|
| Thích vận động | 302 | 88,8 |
| Không thích vận động | 38 | 11,2 |

Nhận xét: Kết quả bảng 6 cho thấy 88,8% học sinh, sinh viên có thói quen thích vận động.

Bảng 7. Mức sống gia đình của học sinh, sinh viên.

| Đặc tính | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|-------------|------------|------------|
| Khá | 59 | 17,3 |
| Đủ ăn | 257 | 75,6 |
| Khó khăn | 24 | 7,1 |
| Tổng | 340 | 100 |

Nhận xét: Kết quả bảng 7 cho thấy mức sống gia đình học sinh, sinh viên thuộc diện khá là 17,3%; đủ ăn là 75,6% và khó khăn là 7,1%.

IV. BÀN LUẬN

Điều tra cắt ngang 340 học sinh, sinh viên trường Cao đẳng y tế Thái Nguyên, nghiên cứu xác định tỷ lệ thừa cân, béo phì của học sinh, sinh viên là 13,5%, trong đó có 9,1% là thừa cân và 4,4% là béo phì. Tỷ lệ thừa cân, béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Trịnh Thanh Thủy năm 2011 là 12,9%[6]. Nghiên cứu của Nguyễn Minh Tuấn, tỷ lệ thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học thành phố Thái Nguyên năm 2002 là 4,4%; béo phì là 2,9%[5]. Tương tự, kết quả nghiên cứu cũng cao hơn của Nguyễn Thị Kim Hưng nghiên cứu tỷ lệ thừa cân, béo phì phụ nữ 15-49 tuổi là 10,7%; 11,4% và 9,7% [2].

Nghiên cứu toàn quốc năm 2007 của viện Dinh Dưỡng tỷ lệ thừa cân, béo phì ở người trưởng thành từ 25-64 tuổi là 16,3%[1]. Các số liệu trên cho thấy thừa cân, béo phì gia tăng ở Việt Nam. Điều này có nghĩa là

khuyến hướng thừa cân, béo phì của cả trẻ em và người lớn liên quan nhau và đều gia tăng [3].

Tỷ lệ học sinh, sinh viên trong nhóm nghiên cứu trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên dân tộc kinh chiếm đa số 77,3%; tày 20,2% và các dân tộc khác là 2,5%.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tất cả học sinh, sinh viên đều biết về thừa cân, béo phì; 92,6% biết tới sự ảnh hưởng của thừa cân, béo phì với sức khỏe và 98,5% biết cách tính chỉ số BMI. Ngoài ra các bạn còn biết được các nguyên nhân gây ra thừa cân, béo phì như ăn nhiều dầu mỡ, tinh bột, đường... và vận động nhiều giúp giảm thừa cân, béo phì.

Khi đánh giá điều kiện kinh tế hộ gia đình liên quan đến tình trạng thừa cân và béo phì, những gia đình có mức sống khá sẽ là yếu tố thuận lợi cho sự gia tăng béo phì. Nghiên cứu của Ngô Văn Quang ở thành phố Đà

Những nhận thấy tỷ lệ thừa cân và béo phì của nhóm học sinh ở những gia đình có thu nhập khá cao hơn nhóm học sinh ở gia đình đủ ăn [4]. Nghiên cứu của Strauss ở trẻ em từ 0 – 8 tuổi ở Mỹ lại thấy rằng ở những gia đình có thu nhập trung bình thì nguy cơ béo phì là 1,8 lần[8]. Có thể nói rằng những gia đình có mức thu nhập cao thì dễ dàng chi tiêu cho ăn uống và có điều kiện tiếp cận với các thực phẩm về dinh dưỡng hơn vì vậy trẻ ở những gia đình này cũng dễ bị thừa cân, béo phì hơn. Điều này phù hợp với các nước nghèo đang phát triển: thừa cân, béo phì thường gặp ở tầng lớp giàu vì theo họ “béo” là tượng trưng cho sự giàu có, no đủ.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ thừa cân, béo phì chung ở học sinh, sinh viên trường Cao đẳng y tế Thái Nguyên là 13,5%, trong đó tỷ lệ thừa cân là 9,1% và béo phì là 4,4%.

Tỷ lệ học sinh, sinh viên trong nhóm nghiên cứu trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên dân tộc kinh chiếm đa số 77,3%; tày 20,2% và các dân tộc khác là 2,5%.

100% học sinh, sinh viên đều biết về thừa cân, béo phì; 92,6% biết tới sự ảnh hưởng của thừa cân, béo phì với sức khỏe và 98,5% biết cách tính chỉ số BMI.

100% học sinh, sinh viên cho rằng nguyên nhân gây ra thừa cân, béo phì là do ăn nhiều dầu mỡ; 86,7% do ăn nhiều đường; 78,8% do ăn nhiều thịt và 69,1% do ăn nhiều tinh bột.

32% HSSV hay ăn thức ăn nhanh; 10,3% ăn thức ăn chứa chất béo; 91,8 % hay ăn vặt; 4,7% ăn khuya. 94,4% ăn nhiều rau và 100% không thường xuyên sử dụng rượu bia.

88,8% học sinh, sinh viên có thói quen thích vận động.

Mức sống gia đình của học sinh, sinh viên thuộc diện khá là 17,3% đủ ăn là 75,6% và khó khăn là 7,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Viện Dinh Dưỡng (2007), “*Thừa cân béo phì và một số yếu tố liên quan ở người trưởng thành Việt Nam 25-64 tuổi*”, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Kim Hưng và cộng sự (2002). “*Tình trạng thừa cân và béo phì các tầng lớp dân cư thành phố Hồ Chí Minh năm 1996-2001*”. Chuyên đề thừa cân, béo phì với sức khỏe cộng đồng. Viện Dinh Dưỡng, Hà Nội.
3. Hoàng Thị Mai (2008), “*Nghiên cứu tình hình và một số yếu tố liên quan thừa cân béo phì ở học sinh tiểu học tại quận 5 thành phố Hồ Chí Minh*”.
4. Ngô Văn Quang, Lê Thị Quý, Annette L. Fitzpatrick, Nguyễn Hoàng Châu, Nguyễn Thị Thu , Huỳnh Bá Tân và cộng sự (2010), “*Thừa cân và các yếu tố liên quan ở học sinh tiểu học thành phố Đà Nẵng*”, Tạp chí Dinh dưỡng và thực phẩm, 6 tr. 3-4.
5. Nguyễn Minh Tuấn (2003), *Thực trạng và một số yếu tố nguy cơ thừa cân, béo phì ở học sinh tiểu học Thành phố Thái Nguyên*, luận văn thạc sỹ y học – Đại học Y khoa Thái Nguyên.
6. Trịnh Thị Thanh Thủy (2001), “*Nghiên cứu tình trạng thừa cân, béo phì và một số yếu tố nguy cơ ở học sinh 6-11 tuổi tại quận Đống Đa năm 2009*”. Tạp chí Y học thực hành, 7(774), tr. 129 – 133.
7. WHO (2008), *Training course on child growth assessment – WHO child growth standards*. Geneva printed in China.
8. Strauss R. S. Knight J. (1999), “*Influence of the home environment on the development of obesity in children*”, PEDIATRICS, 103 (6): pp. 1 - 8.

NHẬN THỨC, THÁI ĐỘ CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HẢI PHÒNG VỀ PHÒNG PHƠI NHIỄM MÁU, DỊCH TẠI BỆNH VIỆN

Vũ Thị Thanh Hoa*, Vũ Đức Long, Lê Minh Hoàng

TÓM TẮT¹⁹

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến nhận thức, thái độ của sinh viên trường Cao đẳng Y tế Hải Phòng về phòng phơi nhiễm máu, dịch của người bệnh tại các bệnh viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 200 sinh viên điều dưỡng trường Cao đẳng Y tế Hải Phòng năm 2015. **Kết quả:** Sinh viên nhận thức đúng: khái niệm phơi nhiễm: 80%; nguyên nhân: 64%; cách phòng phơi nhiễm: 96%. Sinh viên xử trí đúng ngay sau bị phơi nhiễm: 60,8%. Sinh viên có ý thức tự bảo vệ bản thân trước các thủ thuật có nguy cơ phơi nhiễm: 67%. **Kết luận:** Đa số sinh viên đã được trang bị những nhận thức cơ bản về vấn đề phơi nhiễm máu, dịch. Một số sinh viên có thái độ xử trí ngay sau khi bị phơi nhiễm với máu, dịch còn hạn chế; còn thiếu kiến thức tự bảo vệ bản thân trước các thủ thuật có nguy cơ phơi nhiễm.

Từ khóa: Nhận thức, thái độ, phơi nhiễm.

SUMMARY

Objectives: Survey the actual situation and find out the number of factors affecting the perceptions, attitudes of nursing students in Haiphong Medical College about the prevention of infections from blood and secretions of patient in the hospitals. **Methods:** The prospective

cross-sectional descriptive study on 200 nursing students of Hai Phong Medical College in 2015.

Results: Students realize correctly about the exposure to blood or secretions of patient: 80%; causes: 64%; preventions: 96%. Students handle properly right after the exposure: 60,8%. Students have been very active, positive in clinical study, which led to a lack of knowledge in protecting themselves against the medical procedures having exposure danger: 67%. **Conclusion:** The majority of students has been equipped with the basic awareness on the issue of the exposure to blood or other body fluids; handling attitude of some part of students right after the exposure to blood or other body fluids is limited; Some students lack the knowledge of self-defense against the medical procedures having exposure dangertakes up high proportion.

Keywords: awareness, attitudes, exposure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phơi nhiễm máu, dịch trong bệnh viện là một trong những yếu tố ảnh hưởng tới sức khỏe của cán bộ nhân viên y tế. Theo thống kê của WHO (2000) trong nhân viên y tế có 16.000 người nhiễm viêm gan siêu vi B, 66.000 nhiễm viêm gan siêu vi C, 1000 người nhiễm HIV từ những thương tổn qua da. Nghiên cứu của Subramadi (2008) tại t bệnh viện đào tạo Mumbai Ấn Độ điều tra 830 nhân viên y tế, tỷ lệ tổn thương do vật sắc nhọn: ĐD 39,63%, SV thực tập 37,34%, KTV 26,92%, BS 21,01%. Nghiên cứu của Hà Thị Soạn, Hội điều dưỡng Phú Thọ (2002), điều tra 579 cán bộ y tế, tỷ lệ người

* Trường Cao đẳng Y tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Thanh Hoa

Email: thanhhoa14hp@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

bị phơi nhiễm do vật sắc nhọn là 40,5% [2]. Nghiên cứu của Phạm Đức Mục - Hội Điều dưỡng Việt Nam (2003), điều tra 876 cán bộ y tế tại 7 tỉnh đã chỉ ra tỷ lệ người bị phơi nhiễm do vật sắc nhọn là 29,2% [3]. Nghiên cứu của Dương Khánh Vân (2005), điều tra 583 nhân viên y tế tại 4 bệnh viện Hà Nội, tỷ lệ người bị phơi nhiễm vật sắc nhọn và dịch bắn tóe là 35,1% [4]. Theo dữ liệu báo cáo của Cục y tế dự phòng và phòng chống AIDS của 45/61 tỉnh, thành phố trong lĩnh vực y tế (2002): 186 NVYT bị phơi nhiễm HIV (BS: 102 người, ĐD: 84 người). Sinh viên trường y khi thực hành, chăm sóc người bệnh bị phơi nhiễm máu, dịch là một trong những vấn đề liên quan đến sức khỏe rất cần được quan tâm. Sinh viên chưa thành thạo các kỹ thuật chăm sóc, nhận thức về việc phòng phơi nhiễm hạn chế nên rất dễ bị phơi nhiễm. Để đánh giá thực trạng nhận thức, thái độ của sinh viên trường Cao đẳng Y tế Hải Phòng và đề xuất những giải pháp giảm thiểu tỷ lệ phơi nhiễm cho sinh viên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài nhằm hai mục tiêu sau:

1. *Khảo sát thực trạng nhận thức, thái độ của sinh viên điều dưỡng trường Cao đẳng Y tế Hải Phòng về phòng phơi nhiễm máu, dịch của người bệnh tại các bệnh viện.*

2. *Tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng tới nhận thức, thái độ của sinh viên điều dưỡng trường Cao đẳng Y tế Hải Phòng về phòng phơi nhiễm máu, dịch của người bệnh tại các bệnh viện.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Sinh viên cao đẳng điều dưỡng chính quy trường Cao đẳng Y tế Hải Phòng.

2.2. Phương pháp: Mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn 100 sinh viên trong tổng số sinh viên cao đẳng điều dưỡng chính quy năm thứ 3 và 100 sinh viên trong tổng số sinh viên cao đẳng điều dưỡng chính quy năm thứ 2 theo phương pháp bốc thăm ngẫu nhiên.

Thời gian nghiên cứu 01/11/2014 đến hết 31/11/2015.

Các biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, năm học, bệnh viện thực hành, nguyên nhân, biện pháp phòng ngừa và xử trí khi bị phơi nhiễm với máu, dịch sinh học của người bệnh.

Xử lý số liệu: Theo thống kê y học, dùng phần mềm SPSS 19.0

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung: nghiên cứu trên 200 sinh viên cao đẳng điều dưỡng, kết quả cho thấy số sinh viên nữ chiếm đa số 89%. Kết quả này phù hợp với thống kê của trường Cao đẳng Y tế Hải Phòng trong nhiều năm gần đây, sinh viên chủ yếu là nữ.

3.2. Nhận thức của SVDD về dự phòng phơi nhiễm máu, dịch tại các bệnh viện

- Nhận thức của sinh viên về khái niệm phơi nhiễm máu, dịch: 80% sinh viên nhận thức đúng, 20% sinh viên nhận thức sai.

- Nhận thức của sinh viên về nguyên nhân gây phơi nhiễm máu, dịch: 64% sinh viên nhận thức đúng, 36% sinh viên nhận thức sai.

- Nhận thức về phòng phơi nhiễm với máu, dịch của người bệnh: 96% sinh viên nhận thức đúng, chỉ có 4% sinh viên nhận thức sai.

- Nhận thức của sinh viên về quy trình xử trí ngay sau khi phơi nhiễm máu, dịch tiết cơ thể do vật sắc nhọn.

Bảng 1. Nhận thức về quy trình xử trí ngay sau khi phơi nhiễm do vật sắc nhọn

| Chi tiêu nghiên cứu | Kết quả nghiên cứu | | Đúng | | Sai | |
|--|--------------------|------|------|------|-----|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Rửa ngay vùng da bị tổn thương bằng xà phòng và nước, dưới vòi nước chảy | 200 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Đề máu ở vết thương tự chảy, không nặn bóp vết thương | 122 | 61 | 78 | 39 | 39 | 39 |
| Băng vết thương lại | 61 | 30,5 | 39 | 69,5 | 39 | 69,5 |

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy sau khi bị phơi nhiễm:

- + 100% sinh viên có nhận thức đúng về việc rửa vùng da bị tổn thương;
- + 61% sinh viên đề máu tự chảy;
- + Chỉ có 30,5% sinh viên cho rằng phải băng vết thương.

Theo nghiên cứu của Subramadi (2008) tại Ấn Độ sinh viên thực tập tổn thương do vật sắc nhọn là 37,34%.

- Nghiên cứu nhận thức của sinh viên về quy trình xử trí ngay sau khi máu, dịch tiếp xúc lên da bị tổn thương, cho kết quả: 64% sinh viên nhận thức sai về băng bó vết thương và 75% sinh viên nhận thức sai về việc sử dụng thuốc khử khuẩn trên da bị tổn thương ngay sau khi phơi nhiễm với máu, dịch của người bệnh

- Nhận thức của sinh viên về quy trình xử trí ngay sau khi máu, dịch tiếp xúc lên da nguyên vẹn

Bảng 2: Nhận thức về quy trình xử trí ngay sau khi máu, dịch tiếp xúc lên da nguyên vẹn

| Chi tiêu nghiên cứu | Kết quả nghiên cứu | | Đúng | | Sai | |
|--|--------------------|------|------|------|-----|------|
| | n | % | n | % | n | % |
| Rửa vùng da tiếp xúc bằng xà phòng và dưới vòi nước chảy | 200 | 100 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Băng vết thương lại | 72 | 36 | 128 | 64 | 128 | 64 |
| Không sử dụng thuốc khử khuẩn trên da | 76 | 25 | 124 | 75 | 124 | 75 |
| Không cạo hoặc chà khu vực bị tổn thương | 157 | 78,5 | 43 | 21,5 | 43 | 21,5 |

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy về quy trình xử trí sau khi bị phơi nhiễm:

- + 100% sinh viên nhận thức đúng về việc phải rửa vùng da bị tiếp xúc máu, dịch;
- + Đa số sinh viên nhận thức sai về băng bó vết thương và sử dụng thuốc khử khuẩn trên da;
- + 78,5% sinh viên có nhận thức đúng về không cạo hoặc chà khu vực bị tổn thương.

Trong cán bộ y tế theo nghiên cứu của Nguyễn Khắc Hải - Viện Y học lao động và vệ sinh môi trường (2006) có 12,6% nhân viên y tế bị phơi nhiễm do da tiếp xúc với máu, dịch của người bệnh.

- Kết quả nghiên cứu nhận thức của sinh viên về quy trình xử trí ngay sau khi máu, dịch tiếp xúc với mắt, cho thấy:

+ 97% sinh viên nhận thức đúng về việc cần xả nước nhẹ nhưng thật kỹ dưới dòng nước chảy hoặc nước muối 0,9 % vô khuẩn trong ít nhất 2 phút trong lúc mở mắt, lộn nhẹ mi mắt;

+ 100% SV nhận thức đúng khi cho rằng không dụi mắt sau khi tiếp xúc với máu, dịch.

- Nghiên cứu Nhận thức của sinh viên về quy trình xử trí phơi nhiễm do máu, dịch cơ thể tiếp xúc lên miệng hoặc mũi.

Bảng 3: Nhận thức của sinh viên về quy trình xử trí phơi nhiễm do máu, dịch cơ thể tiếp xúc lên miệng hoặc mũi

| Chỉ tiêu nghiên cứu | Kết quả nghiên cứu | | Đúng | | Sai | |
|---|--------------------|------|------|------|-----|---|
| | n | % | n | % | n | % |
| Nhổ khạc ngay máu hoặc dịch cơ thể và súc miệng bằng nước nhiều lần | 189 | 94,5 | 11 | 5,5 | | |
| Xỉ mũi và rửa sạch vùng tiếp xúc bằng nước hoặc nước muối 0,9% vô khuẩn | 200 | 100 | 0 | 0 | | |
| Không sử dụng thuốc khử khuẩn | 87 | 43,5 | 113 | 56,5 | | |
| Không đánh răng | 52 | 26 | 148 | 74 | | |

Nhận xét: Bảng 3 cho thấy:

+ Hầu hết sinh viên nhận thức đúng khi bị phơi nhiễm vùng miệng, mũi: khạc nhổ ngay máu, dịch và súc miệng bằng nước nhiều lần; xỉ mũi, rửa sạch vùng tiếp xúc bằng nước hoặc nước muối 0,9% vô khuẩn;

+ Số sinh viên nhận thức về không được sử dụng thuốc khử khuẩn và không đánh răng chiếm tỷ lệ thấp.

3.3. Thái độ của sinh viên về dự phòng phơi nhiễm máu, dịch của người bệnh tại các cơ sở thực hành

- Hầu hết sinh viên đã có thái độ rất tích cực và tích cực (97%) khi học môn Kiểm soát nhiễm khuẩn.

- Nghiên cứu mức độ sử dụng bảo hộ lao động của sinh viên khi thực hiện các kỹ thuật có nguy cơ phơi nhiễm cho kết quả:

+ 67% sinh viên sử dụng thường xuyên bảo hộ lao động khi thực hiện các thủ thuật có nguy cơ phơi nhiễm cao.

+ Số còn lại chưa có ý thức tự bảo vệ cơ thể trước các thủ thuật có nguy cơ phơi nhiễm: 29% sinh viên không sử dụng thường xuyên và 4% sinh viên không sử dụng bảo hộ lao động.

3.4. Một số yếu tố ảnh hưởng tới nhận thức, thái độ của sinh viên về phòng phơi nhiễm máu, dịch của người bệnh

Bảng 4: Một số yếu tố ảnh hưởng

| Chỉ tiêu nghiên cứu | Kết quả nghiên cứu | | Ảnh hưởng tốt | | Ảnh hưởng không tốt | | Không ảnh hưởng | |
|--------------------------------------|--------------------|------|---------------|-----|---------------------|---|-----------------|---|
| | n | % | n | % | n | % | n | % |
| Động cơ học tập | 179 | 89,5 | 5 | 2,5 | 16 | 8 | | |
| Phương pháp giảng dạy của giảng viên | 191 | 95,5 | 5 | 2,5 | 4 | 2 | | |

| | | | | | | |
|---|-----|------|----|------|----|------|
| Cơ sở vật chất, trang thiết bị, dụng cụ phục vụ học tập | 174 | 87 | 16 | 8 | 10 | 5 |
| Môi trường thực tập tại bệnh viện | 161 | 80,5 | 33 | 16,5 | 6 | 3 |
| Các yếu tố khác | 101 | 50,5 | 24 | 12 | 75 | 37,5 |

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy Đa số sinh viên cho rằng các yếu tố: Động cơ học tập; phương pháp giảng dạy của giảng viên; cơ sở vật chất, trang thiết bị, dụng cụ phục vụ học tập tại nhà trường; môi trường thực tập tại bệnh viện đã có ảnh hưởng tốt tới nhận thức của sinh viên.

KHUYẾN NGHỊ

- Đối với sinh viên cần nâng cao nhận thức, thay đổi phương pháp học tập: chủ động, tích cực và có cần thái độ nghiêm túc với vấn đề an toàn lao động nhằm hạn chế nguy cơ phơi nhiễm.

- Đối với giảng viên: giảng viên nhà trường cần phối hợp tốt với giảng viên kiêm chức tại lâm sàng trong việc quản lý và giảng dạy sinh viên.

IV. KẾT LUẬN

Qua khảo sát nhận thức, thái độ của 200 sinh viên cao đẳng điều dưỡng trường Cao đẳng Y tế Hải Phòng thực tập tại các cơ sở thực hành trên địa bàn thành phố Hải Phòng về phơi nhiễm máu và dịch tiết của người bệnh, chúng tôi có một số kết luận như sau:

4.1. Thực trạng nhận thức, thái độ

- 80% sinh viên nhận thức đúng: khái niệm phơi nhiễm máu, dịch của người bệnh, 64% nhận thức đúng nguyên nhân có thể gây phơi nhiễm, 96% về cách phòng ngừa phơi nhiễm.

- Nhận thức về quy trình xử trí ngay sau khi phơi nhiễm máu, dịch tiết cơ thể do vật sắc nhọn: 100% sinh viên có nhận thức đúng về việc rửa vùng da bị tổn thương; 61% nhận

thức đúng về để máu ở vết thương tự chảy; 69,5% sinh viên nhận thức sai về băng vết thương.

- Nhận thức về quy trình xử trí ngay sau khi máu, dịch tiếp xúc lên da nguyên vẹn: 100% sinh viên nhận thức đúng về việc phải rửa vùng da bị tiếp xúc máu, dịch; 78,5% sinh viên có nhận thức đúng về không cọ hoặc chà khu vực bị tổn thương.

- Nhận thức về quy trình xử trí ngay sau khi máu, dịch tiếp xúc với mắt: 97% sinh viên nhận thức đúng về việc xả nước và sử dụng thuốc khử khuẩn; 100% sinh viên nhận thức đúng về việc không dụi mắt.

- Nhận thức về quy trình xử trí phơi nhiễm do máu, dịch cơ thể tiếp xúc lên miệng hoặc mũi: 56,5% sinh viên nhận thức sai về sử dụng thuốc khử khuẩn và 74% nhận thức sai về việc đánh răng.

- 97% sinh viên có thái độ tích cực khi học môn Kiểm soát nhiễm khuẩn; 33% sinh viên không sử dụng thường xuyên và không sử dụng bảo hộ lao động, chưa có ý thức tự bảo vệ trước các thủ thuật có nguy cơ phơi nhiễm.

4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng

- Tỷ lệ các yếu tố ảnh hưởng tốt tới nhận thức của sinh viên: 89,5% là do động cơ học tập; 95,5% do phương pháp giảng dạy của giảng viên; 87% do cơ sở vật chất, trang thiết bị, dụng cụ phục vụ học tập tại nhà trường; 80,5% do môi trường thực tập tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2003), *Tài liệu hướng dẫn quy trình chống nhiễm khuẩn bệnh viện*. Nhà xuất bản Y học năm 2003.
2. **Bộ Y tế** (2005), *Quyết định 06/2005 QĐ- BYT ngày 07/3/2005 về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị HIV/AIDS*.
3. **Bộ Y tế** (2007), *Quy chế quản lý chất thải y tế*. Ban hành theo quyết định số 43/2007QĐ- BYT ngày 23/11/2007.
4. **Bộ Y tế** (2009), *Thông tư 18/2009/TT - BYT hướng dẫn công tác kiểm soát nhiễm khuẩn trong bệnh viện*.
5. **Bộ Y tế** (2010), *Tài liệu đào tạo phòng ngừa chuẩn*.
6. **Hội Điều dưỡng Việt Nam** (2008) , Dự phòng và chăm sóc người nhiễm HIV/AIDS.
7. **Trịnh Quân Huân** (2006), *Bệnh viêm gan do vi rút*. Nhà xuất bản y học.
8. **WHO** (2003), *Practical guides for Infection Control in Health Care facilities*.
9. **WHO** (2007), *Avian Influenza: WHO Interim Infection Control guidelines for Health care works*. World Health Organization 10 may.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ THỰC HÀNH VỀ NUÔI CON BẰNG SỮA MẸ CỦA CÁC BÀ MẸ SAU SINH TẠI KHOA SẢN BỆNH VIỆN C THÁI NGUYÊN

Hà Thị Lý*, Đồng Thị Hà*

TÓM TẮT²⁰

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện tại khoa Sản Bệnh viện C, có 300 bà mẹ sau sinh tham gia vào NC, thời gian NC từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2014. Kết quả cho thấy: Kiến thức hiểu biết lợi ích về nuôi con bằng sữa mẹ cho con 46,6%; cho mẹ 24,3% và lợi ích kinh tế 10,4%; Có 25% bà mẹ cho rằng nuôi con bằng

sữa ngoài tốt kém hơn sữa mẹ, thời gian cai sữa tốt nhất cho con là 19 – 24 tháng 49%, duy trì và làm tăng nguồn sữa mẹ các bà mẹ biết ăn đủ chất 44,3%. Kỹ năng thực hành nuôi con bằng sữa mẹ của các bà mẹ sau sinh: Biết cho bú theo nhu cầu của trẻ 66%; biết chăm sóc vú trước khi cho con bú 72,6%; cho trẻ bú đều cả 2 bên 10,6 %; biết cách cho con bú đúng tư thế 80% và thời gian cho trẻ bú trước 30 phút chiếm 58%.

* Bệnh viện C Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Hà Thị Lý

Email: hathilybvc@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

SUMMARY

Descriptive cross-sectional study, was conducted at the Department of Obstetrics Hospital C, with 300 postpartum mothers participating in the NC, NC from March period

to September 2014. The results showed that: Knowledge understanding the benefits of breastfeeding mothers for children 46.6%; 24.3% mom and 10.4% economic interest; 25% of mothers said that breastfeeding breast milk more expensive outside the time weaning is best for children 19-24 months 49%, maintaining and increasing breastfeeding mothers eat enough to know 44,3%. Practical Skills mother breastfeeding postpartum mothers: breastfeeding Knowing the needs of children 66%; said breast care before breastfeeding 72.6%; breastfeeding are both two sides of 10.6%; know how to breastfeed properly and posture 80% breastfeeding duration 30 minutes ago 58%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nuôi con bằng sữa mẹ (NCBSM) cung cấp sự khởi đầu tốt nhất cho cuộc đời của mỗi trẻ, đảm bảo cho trẻ phát triển tốt cả về thể chất lẫn tinh thần, đồng thời hạn chế được những bệnh nguy hiểm như suy dinh dưỡng, các bệnh về đường tiêu hóa và hô hấp cho trẻ [4]. Mỗi năm có khoảng hơn một triệu trẻ em chết vì ỉa chảy, nhiễm khuẩn hô hấp và các nhiễm khuẩn khác vì trẻ không được bú mẹ đầy đủ (TCYTTG). Để biết được thực trạng kiến thức, kỹ năng thực hành nuôi con bằng sữa mẹ của các bà mẹ sau sinh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu:

1. *Khảo sát kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ của các bà mẹ sau sinh tại khoa Sản Bệnh viện C.*

2. *Khảo sát kỹ năng nuôi con bằng sữa mẹ của các bà mẹ sau sinh tại BVC.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm có 300 bà mẹ sau sinh tại khoa Sản Bệnh viện C, tinh táo tiếp xúc tốt, độ tuổi từ 18 đến 40 tuổi và có số lần sinh từ 1 – 3 lần và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bà mẹ không hợp tác (tâm thần, chưa hết thuốc mê ...).

- Bà mẹ < 18 tuổi, có bệnh lý ở tuyến vú hoặc mắc các bệnh lý không được cho con bú (HIV, suy tim...).

2. Thời gian và địa điểm

Từ 01/3/2014 đến 30/9/2014, tại khoa Sản Bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên.

3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

4. Phương pháp thu thập số liệu:

- Phòng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi
- Quan sát các bà mẹ cho con bú

5. Cách tiến hành nghiên cứu

- Phòng vấn điều tra theo mẫu có sẵn.
- Phòng vấn trực tiếp kết hợp truyền thông giáo dục NCBSM cho các bà mẹ và người nhà.

6. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới, nghề nghiệp...

- Kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ
- Thái độ, thực hành NCBSM của các bà mẹ sau sinh tại khoa Sản Bệnh viện C

7. Xử lý số liệu: Theo phương pháp thống kê y học thông thường.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. Đặc điểm chung của ĐTNC

| Đặc điểm của ĐTNC | | Tần số (n = 300) | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------|---------------|-------------------------|------------------|
| Nhóm tuổi | < 20 tuổi | 18 | 6,0 |
| | 20 - 30 tuổi | 193 | 64,4 |
| | 31 - 40 tuổi | 86 | 28,6 |
| | > 40 tuổi | 03 | 1,0 |
| Trình độ | Cấp II | 72 | 24,0 |
| | Cấp III | 147 | 49,0 |
| | Cao đẳng - ĐH | 81 | 27,0 |
| Số lần sinh | Lần 1 | 52 | 17,3 |
| | Lần 2 | 241 | 80,4 |
| | Lần 3 | 07 | 2,3 |

Nhận xét: Đa phần các bà mẹ sau sinh đều nằm trong độ tuổi sinh đẻ từ 20 – 30 tuổi chiếm 64,%. Trình độ học chủ yếu học hết cấp III chiếm 49%, chỉ có 27% các bà mẹ có trình độ cao đẳng và đại học, 80,4% các bà mẹ đã sinh con lần 2.

Bảng 2. Kiến thức của ĐTNC nuôi con bằng sữa mẹ

| Kiến thức | | Tần số (n = 300) | Tỷ lệ (%) |
|--|---------------------------------|-------------------------|------------------|
| Hiểu biết lợi ích của việc nuôi con bằng sữa mẹ | Lợi ích con | 140 | 46,6 |
| | Lợi ích mẹ | 73 | 24,3 |
| | Lợi ích kinh tế | 31 | 10,4 |
| | Biết hết các lợi ích trên | 56 | 18,7 |
| Hiểu biết những bất lợi khi cho trẻ bú sữa nhân tạo | Tốn kém hơn sữa mẹ | 75 | 25,0 |
| | Không thuận tiện, mất thời gian | 63 | 21,0 |
| | Gây tiêu chảy, khó hấp thu | 74 | 24,6 |
| | Trẻ bỏ bú mẹ | 85 | 28,4 |
| | Không biết | 03 | 1,0 |
| Thời gian cai sữa tốt nhất | 12 tháng | 19 | 6,3 |
| | 13 -18 tháng | 20 | 6,7 |
| | 19 – 24 tháng | 147 | 49,0 |
| | > 24 tháng | 114 | 38,0 |
| Các cách làm duy trì tăng sữa mẹ | Ăn đủ chất, uống đủ nước | 133 | 44,3 |
| | Ngủ đủ giấc, tránh stress | 98 | 32,6 |
| | Cho bú nhiều vào ban đêm | 57 | 19,0 |
| | Không biết | 12 | 4,1 |

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy sự hiểu biết lợi ích nuôi con bằng sữa của các bà mẹ còn hạn chế đa số chỉ biết lợi ích về phía con 46,6 %. Còn lợi ích về kinh tế chỉ có 10,4 %. 25% bà mẹ cho rằng nuôi con bằng sữa ngoài tốn kém hơn sữa mẹ, không thuận tiện mất thời gian

21%, gây tiêu chảy 24,6%, trẻ bỏ bú mẹ 28,4% và không biết 1%. Đa phần các bà mẹ biết thời gian cai sữa cho con từ 19 – 24 tháng là tốt nhất chiếm 49%. Có 6,3% cho rằng cai sữa cho con sớm 12 tháng tuổi với lý do đi làm hoặc không đủ sữa cho con bú. Có 44,3% các bà mẹ biết ăn đủ chất và 32,6% ngủ đủ giấc để duy trì và làm tăng nguồn sữa mẹ.

Bảng 3. Thời gian bắt đầu cho con bú sau sinh

| Thời gian bú sau sinh | Tần số (n = 300) | Tỷ lệ (%) |
|-----------------------|------------------|-----------|
| < 30 phút | 174 | 58,0 |
| 30 – 60 phút | 40 | 13,3 |
| 12h | 61 | 20,3 |
| 12h – 24h | 25 | 8,4 |

Nhận xét: Phần lớn các bà mẹ sau sinh được các hộ sinh tư vấn nuôi con bằng sữa mẹ đều cho con bú sớm sau sinh trước 30 phút chiếm 58%, chỉ có 8,4% các bà mẹ cho con bú sau 12 – 24h đó là những bà mẹ sau mổ lấy thai còn đau vết mổ.

Bảng 4. Số lần cho trẻ bú trong ngày

| Số lần trẻ bú/ ngày | Tần số (n = 300) | Tỷ lệ (%) |
|-------------------------|------------------|-----------|
| 6 lần | 20 | 6,6 |
| > 6 lần | 82 | 27,4 |
| Bú theo nhu cầu của trẻ | 198 | 66,0 |

Nhận xét: Đa số các bà mẹ biết cho bú theo nhu cầu của trẻ chiếm 66%.

Bảng 5. Chăm sóc vú và cho trẻ bú đúng

| Phương pháp | Tần số (n = 300) | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------------|------------------|-----------|
| Lau vú sạch trước và sau bú | 218 | 72,6 |
| Cho trẻ bú đều 2 vú | 32 | 10,6 |
| Bú hết vú bên này rồi sang vú bên kia | 50 | 16,8 |

Nhận xét: Phần lớn các sản phụ biết chăm sóc vú trước khi cho con bú 72,6%, 10,6% các bà mẹ cho trẻ bú đều cả 2 bên.

Bảng 6. Thực hành cho bà mẹ về tư thế cho trẻ bú đúng

| Cách cho trẻ bú | Tần số (n = 300) | Tỷ lệ (%) |
|------------------------------|------------------|-----------|
| Tư thế cho trẻ bú đúng | 240 | 80,0 |
| Tư thế cho trẻ bú không đúng | 45 | 15,0 |
| Không biết | 15 | 5,0 |

Nhận xét: Các bà mẹ đã biết cách cho con bú đúng tư thế chiếm tỷ lệ 80%.

V. KẾT LUẬN

- Kiến thức của các bà mẹ sau khi sinh: Sự hiểu biết lợi ích nuôi con bằng sữa của các bà mẹ còn rất hạn chế lợi ích cho mẹ chỉ chiếm 24,3%. Có 25% bà mẹ cho rằng nuôi con bằng sữa ngoài tốn kém hơn sữa mẹ. Đa số các bà mẹ biết thời gian cai sữa cho con tốt nhất là 19 – 24 tháng chiếm 49%; duy trì và làm tăng nguồn sữa mẹ chủ yếu chỉ biết ăn đủ chất chiếm 44,3%.

- Thái độ thực hành nuôi con bằng sữa mẹ của các bà mẹ sau sinh: Đa số các bà mẹ biết cho bú theo nhu cầu của trẻ chiếm 66%; biết chăm sóc vú trước khi cho con bú chiếm 72,6%; cho trẻ bú đều cả 2 bên chiếm 10,6%; biết cách cho con bú đúng tư thế chiếm 80% và thời gian các bà mẹ sau sinh cho trẻ bú trước 30 phút chiếm 58%.

KHUYẾN NGHỊ

- Hộ sinh viên của khoa Sản cần động viên, giúp các bà mẹ cho trẻ bú ngay giờ đầu sau sinh để trẻ được tận hưởng nguồn sữa non. Nếu phải cách ly khuyến khích mẹ vắt sữa cho uống bằng thìa.

- Hàng năm khoa Sản cần phối hợp với phòng Điều dưỡng tổ chức tập huấn cho hộ sinh viên về kiến thức nuôi con bằng sữa mẹ.

Bệnh viện cần bố trí phòng tư vấn về việc nuôi con bằng sữa mẹ tại khoa để hộ sinh tư vấn và phát tờ rơi tuyên truyền về NCBSM cho các bà mẹ khi xuất viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vụ Kế hoạch và Điều trị - Bộ Y tế (2011)**, *Nuôi con bằng sữa mẹ*, Điều dưỡng sản phụ khoa, tr.127.
2. **Trương Tuyết Mai (2010)**, *Thành phần và một số yếu tố ảnh hưởng đến sữa của bà mẹ*.
3. **Bộ Y tế (2004)**, *Giảm yếu giải phẫu người*, Nhà xuất bản y học, tr.169.
4. **Bộ Y tế (2009)**, *Tư vấn NCBSM, hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc SKSS*, tr.215.
5. **Phan Thị Tâm Khuê (2009)**, *Tìm hiểu kiến thức, thực hành nuôi con bằng sữa mẹ*.
6. **Bộ môn sản phụ khoa – Đại học Y Dược Huế (sản phụ khoa năm 2007)**, *Nuôi con bằng sữa mẹ*, Nhà xuất bản y học.

THỰC TRẠNG STRESS Ở SINH VIÊN TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ THÁI NGUYÊN NĂM 2016

Lê Hải Yến*, Nguyễn Minh Tuấn*, Bùi Thị Tú Quyên**
Trần Mỹ Duyên* Ngô Thị Trang*

TÓM TẮT²¹

Stress cùng với các tác nhân gây stress luôn hiện hữu trong cuộc sống của con người. Môi trường xung quanh đặc biệt là môi trường học tập, làm việc là một trong số các yếu tố gây ra stress. Ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về tình trạng stress ở đối tượng học sinh – sinh viên trong đó có sinh viên y khoa. Nghiên cứu này được thực hiện tại trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên nhằm xác định tỷ lệ stress ở sinh viên của trường. Đây là nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 678 sinh viên tham gia phỏng vấn từ tháng 12/2015 đến tháng 6/2016. Kết quả cho thấy: tỷ lệ sinh viên bị stress là 48,5% trong đó có 17,6% sinh viên bị stress ở mức độ nặng và rất nặng. Về ngành học, tỷ lệ sinh viên điều dưỡng, hộ sinh, được bị stress lần lượt là 50,8%; 51,1%; 44,1%. Về năm học, sinh viên năm thứ hai có tỷ lệ mắc stress cao nhất (55,4%) sau đó là năm thứ ba và năm thứ nhất.

Từ khóa: stress, sinh viên y khoa, trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên.

SUMMARY

PREVALENCE OF STRESS AMONG STUDENTS IN THAI NGUYEN MEDICAL COLLEGE 2016

* Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

** Trường Đại học Y tế công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hải Yến

Email: yenle.map@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phân biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Stress and its cause are apparent to people's daily life. Working environment and studying environment are the factors leading to stress. Not many stress studies have been conducted on students especially medical students in Viet Nam. This study was conducted at Thai Nguyen Medical College with the aim identify prevalence stress among medical student of Thai Nguyen Medical College. A descriptive cross-sectional study of 678 students interviewed from 12/2015 to 6/2016. The results show that the percentage of students is 48.5% of student had stress at different level. Nursing students and midwives students have the highest prevalence of stress than pharmacists students. The percentage of students in nursing, midwifery, pharmacy stress was 50.8%; 51.1% and 44.1%. The second year students have the highest prevalence of stress (55.4%) than the third year and the first year students.

Key words: stress, medical student, Thai Nguyen Medical College

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Stress và các tác nhân gây ra luôn hiện hữu trong cuộc sống của con người. Tình trạng stress ban đầu có thể giúp cá nhân chủ động ứng phó với các tác nhân từ môi trường sống nhưng nếu với cường độ cao hoặc kéo dài lặp đi lặp lại nhiều lần có thể phá vỡ sự cân bằng sinh thể của con người làm phát sinh nhiều vấn đề sức khỏe tâm thần như lo âu, trầm cảm... ảnh hưởng xấu đến cuộc sống con người. Theo báo cáo của WHO (2012) cho thấy có 25% dân số thế giới gặp các vấn đề liên quan đến sức khỏe tâm thần (trong đó

có stress) và dự đoán đến năm 2020, các vấn đề sức khỏe tâm thần sẽ là gánh nặng bệnh tật lớn thứ hai toàn cầu, chỉ đứng sau bệnh tim mạch [3]. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu điều tra tổng thể trên cộng đồng về thực trạng stress. Tuy nhiên, một số nghiên cứu đã được tiến hành trên các nhóm đối tượng cụ thể như nhân viên y tế, giáo viên, học sinh, sinh viên... [2, 4, 8]. Trong nhóm đối tượng học sinh - sinh viên, sinh viên y dược là nhóm có nguy cơ cao mắc các vấn đề sức khỏe tâm thần đặc biệt là stress. Nguyên nhân là do các đối tượng không chỉ phải học lý thuyết trên trường lớp mà còn phải thực tập tại bệnh viện và các cơ sở y tế với thời gian dày đặc. Bên cạnh đó, sinh viên còn thường xuyên phải tham gia trực đêm tại các cơ sở y tế và điều này khiến cho sinh viên không tránh khỏi tình trạng căng thẳng, mệt mỏi và thiếu ngủ dẫn đến tình trạng sức khỏe kém đi [6]. Nghiên cứu này tiến hành nhằm mục tiêu là tìm hiểu thực trạng stress ở sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

678 sinh viên của trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên trong thời gian thu thập số liệu từ tháng 3 đến tháng 4 năm 2016.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

2.2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2 Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu một tỷ lệ với hiệu lực thiết kế do chọn mẫu cụm DE = 2 xác định tổng số đối tượng tham gia nghiên cứu là 678 sinh viên. Chọn mẫu theo phương pháp chọn mẫu cụm. Mỗi lớp học được coi là 1 cụm và tiến hành chọn được 15 lớp (5 lớp/năm học) chia đều cho 3 ngành đào tạo cao đẳng của trường là cao đẳng điều dưỡng, hộ sinh và dược.

2.3 Tiêu chuẩn đánh giá: Bộ câu hỏi gồm 2 phần: Phần một sử dụng thang đo DASS 21 để xác định tỉ lệ stress của sinh viên. Thang đo có 7 câu hỏi và điểm cho mỗi câu hỏi là từ 0 đến 3 điểm. Điểm của stress được tính bằng cách cộng điểm các câu hỏi thành phần, rồi nhân hệ số 2. Tổng số điểm sẽ được ghi nhận (từ 0 đến 42 điểm). Đối tượng nào có số điểm >14 được chẩn đoán là stress. Phần hai sử dụng bộ câu hỏi phát vấn bao gồm các câu hỏi về thông tin chung, yếu tố cá nhân, yếu tố gia đình, yếu tố nhà trường và các yếu tố liên quan tới sức khỏe hành vi để tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng stress ở sinh viên.

2.4 Phương pháp thu thập số liệu: Bộ câu hỏi tự điền.

2.5 Phương pháp xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm EpiData 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 18.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm nhân khẩu học của ĐTNC (N=678)

| Yếu tố | | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|-----------|--------------|--------|-----------|
| Tuổi | Dưới 20 tuổi | 164 | 24,2 |
| | Trên 20 tuổi | 514 | 75,8 |
| Giới tính | Nam | 106 | 15,6 |

TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y THÁI NGUYÊN

| | | | |
|------------------------------|--------------------|-----|------|
| | Nữ | 572 | 84,4 |
| Dân tộc | Kinh | 391 | 57,7 |
| | Thiểu số | 287 | 42,3 |
| Nơi ở hiện tại | Ký túc xá | 237 | 35,0 |
| | Nhà trọ | 308 | 45,4 |
| | Nhà riêng | 104 | 15,3 |
| | Nhà hộ hàng | 29 | 4,3 |
| Tình trạng sức khỏe | Khỏe mạnh | 606 | 89,4 |
| | Không khỏe mạnh | 72 | 10,6 |
| Đi làm thêm | Có | 123 | 18,1 |
| | Không | 555 | 81,9 |
| Chi phí sinh hoạt hàng tháng | Dưới 3 triệu | 520 | 76,7 |
| | Từ 3 triệu trở lên | 158 | 23,3 |

Đã có 678 sinh viên đồng ý và hoàn thành điền phiếu trong tổng số 692 sinh viên được mời tham gia nghiên cứu. Kết quả bảng 1 cho thấy, sinh viên nữ chiếm đa số với 84,4% và 15,6% còn lại là nam. Sinh viên của trường chủ yếu là từ 20 tuổi trở lên với 75,5% và 24,8% dưới 20 tuổi. Đa phần sinh viên của trường là dân tộc Kinh (57,7%), dân tộc thiểu số có 42,3%. Sinh viên sinh sống

chủ yếu ngoài gia đình trong đó nhà trọ (45,4%), ký túc xá (35%). Sinh viên có tình trạng sức khỏe tốt chiếm 89,4% và chỉ có 10,6% là có tình trạng sức khỏe không tốt. Sinh viên đi làm thêm ngoài giờ học chỉ chiếm 18,1% và 81,9% là không đi làm thêm. Mức chi phí sinh hoạt hàng tháng của sinh viên chủ yếu là dưới 3 triệu (76,7%).

Bảng 2. Đặc điểm về ngành học, năm học, kết quả học tập của ĐTNC (N=678)

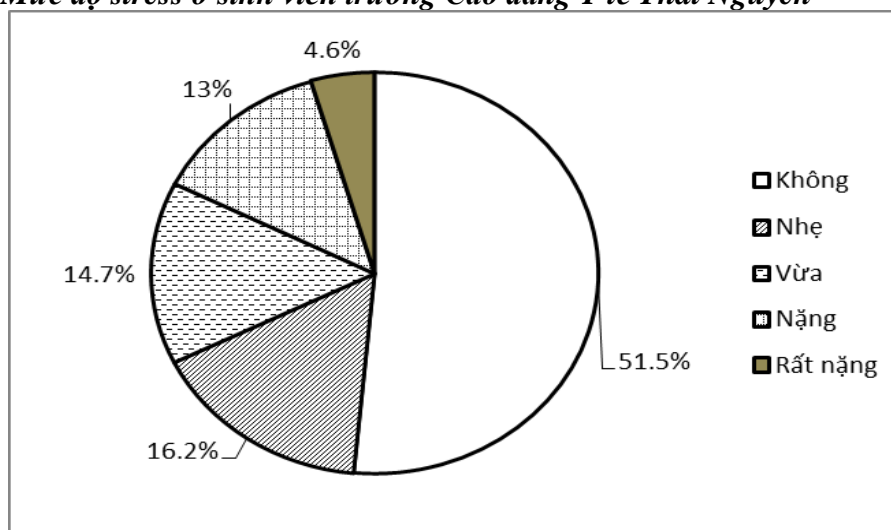
| Yếu tố | | Tần số | Tỷ lệ (%) |
|-----------------|-------------------------|--------|-----------|
| Năm học | Năm thứ nhất | 215 | 31,7 |
| | Năm thứ hai | 232 | 34,2 |
| | Năm thứ ba | 231 | 34,1 |
| Ngành học | Điều dưỡng | 303 | 44,7 |
| | Hộ sinh | 139 | 20,5 |
| | Dược | 236 | 34,8 |
| Kết quả học tập | Từ khá trở lên | 258 | 38,1 |
| | Từ trung bình trở xuống | 420 | 61,9 |

Kết quả bảng 3.2 cho thấy, tỷ lệ sinh viên tham gia vào nghiên cứu phân bố đồng đều giữa các năm học trong đó năm thứ nhất chiếm 31,7%, năm thứ hai là 34,2% và năm thứ ba là 34,1%. Về ngành học, tỷ lệ sinh

viên điều dưỡng chiếm cao nhất(44,7%), sinh viên cao đẳng dược chiếm 34,1% và sinh viên cao đẳng hộ sinh chiếm 20,5%. Đa phần sinh viên có kết quả học tập ở mức trung bình trở xuống (61,9%).

3.2 Thực trạng stress ở sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

Biểu đồ 1: Mức độ stress ở sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên



Kết quả nghiên cứu cho thấy 51,5% sinh viên của trường không bị stress tại thời điểm nghiên cứu. 16,2% bị stress ở mức độ nhẹ, ở mức stress vừa có 14,7%. Rất đáng chú ý là có đến 17,6% sinh viên bị stress ở mức độ nặng và rất nặng (Xem biểu đồ 1). Nếu phân theo tình trạng bị stress và không bị stress thì có thể nói rằng tại thời điểm nghiên cứu có 48,5% sinh viên của trường bị stress.

Bảng 3: Thực trạng stress ở sinh viên theo ngành học, năm học và kết quả học tập (N=678)

| Đặc điểm | | Stress | | Tổng |
|-----------------|-------------------------|--------------|-----------------|------|
| | | Có (n, %) | Không (n, %) | |
| Ngành học | Điều dưỡng | 82 (56,6) | 63 (43,4) | 145 |
| | Hộ sinh | 41 (42,7) | 55 (57,3) | 96 |
| | Dược | 34 (41,5) | 48 (58,5) | 82 |
| Năm học | Năm thứ nhất | 49 (42,2) | 67 (57,8) | 116 |
| | Năm thứ hai | 62 (55,4) | 50 (44,6) | 112 |
| | Năm thứ ba | 45 (47,3) | 50 (52,7) | 95 |
| Kết quả học tập | Từ trung bình trở xuống | 218 (51,9) | 202 (48,1) | 420 |
| | Từ khá trở lên | 111 (43,0) | 147 (57,0) | 258 |

Kết quả bảng 3 cho thấy, trong số sinh viên bị stress thì sinh viên ngành cao đẳng điều dưỡng bị stress chiếm tỷ lệ cao nhất (56,6%). Tiếp đến ngành cao đẳng hộ sinh là 42,7% và ngành cao đẳng dược là 41,5%. Về năm học, tỷ lệ stress ở sinh viên năm thứ hai là cao nhất chiếm 55,4% tiếp đến là năm thứ ba là 47,3%, năm thứ nhất 42,2%. Sinh viên có kết quả học tập từ trung bình trở xuống bị stress chiếm 51,9%.

IV. BÀN LUẬN

Để đánh giá tình trạng stress ở sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên, nghiên cứu sử dụng thang đo DASS 21 gồm 21 tiêu mục trong đó có 7 tiêu mục liên quan đến stress. Kết quả đánh giá stress theo thang đo DASS 21 có Cronbach's Alpha là 0,826 cho thấy rằng các mục hỏi là đáng tin cậy và đo lường tốt mức độ stress ở sinh viên trong nghiên cứu này. Sử dụng điểm cắt 14 nghiên cứu đã chỉ ra rằng gần 50% sinh viên trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên bị stress ở các mức độ khác nhau trong đó 17,6% sinh viên bị stress mức độ nặng và rất nặng. Việc đánh giá tình trạng stress mang tính chủ quan cao vì vậy kết quả nghiên cứu này có thể khác nhau tại các thời điểm nghiên cứu khác nhau. Tuy nhiên từ các kết quả nghiên cứu khác trên cùng đối tượng sinh viên y khoa tại các trường Y Dược tại Việt Nam thì tỷ lệ này khá tương đồng [1, 6, 9].

Về năm học, tỷ lệ stress ở sinh viên năm thứ hai là cao nhất (55,6%), sau đó là sinh viên thứ nhất và năm cuối. Kết quả này cũng tương đồng so với các nghiên cứu khác ở Việt Nam và trên thế giới [5, 7, 10]. Có thể giải thích là do ở năm thứ hai là năm phần lớn các môn học là môn chuyên ngành có thời gian học nhiều cả lý thuyết và thực hành tại bệnh viện, áp lực học và thi các môn chuyên ngành khá lớn còn sinh viên năm cuối thường là cũng đã phát triển các kỹ năng để quản lý thời gian học tập phù hợp và chịu đựng được các áp lực trong học tập tốt hơn so với các sinh viên năm khác. Bên cạnh đó, sinh viên năm thứ nhất vẫn còn sự thoải mái, thư giãn và mới lạ sau các cuộc thi đầu vào nhiều căng thẳng. Ngoài ra khoảng thời

gian này, chương trình học là những môn học cơ sở gắn liền với những kiến thức đã được học trong quá trình thi tuyển vào trường mà chưa phải đối mặt với những môn học chuyên ngành và thời gian trực bệnh viện.

Về ngành học, tỷ lệ stress ở sinh viên ngành y (điều dưỡng và hộ sinh) cao hơn tỷ lệ stress ở ngành dược. Điều này có thể là do khối lượng môn học và thời gian học của 2 ngành điều dưỡng và hộ sinh nhiều hơn so với ngành dược. Theo thông tư số 11/2010 TT-BGDĐT quy định về khối lượng kiến thức tối thiểu cho 3 khối ngành cao đẳng của trường thì ngành điều dưỡng, hộ sinh có khối lượng là 160 đơn vị học trình (ĐVHT) nhiều hơn ngành dược (150 ĐVHT). Trong đó, số lượng tối thiểu khối kiến thức về cơ sở ngành và chuyên ngành thì ngành dược chỉ phải học 70 ĐVHT còn 2 ngành kia phải học 85 ĐVHT.

Về kết quả rèn luyện, trong số sinh viên có học lực khá giỏi và học lực trung bình trở xuống thì tỷ lệ sinh viên bị stress lần lượt là 43% và 51,9%. So sánh với kết quả nghiên cứu của Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh thì tỷ lệ sinh viên đạt học lực khá trở lên trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn nhưng tỷ lệ sinh viên bị stress ở cả 2 nhóm học lực thì lại cao hơn 2-3 lần [5]. Do khác nhau ở khung chương trình học và điều kiện thi đầu vào, trường cao đẳng có khối lượng môn học ít hơn ở đại học nên tỷ lệ sinh viên có học lực khá có cao hơn nhưng so với sinh viên đại học thì sinh viên cao đẳng có điểm thi tuyển đầu vào thấp hơn nên kỹ năng học tập có thể kém hơn.

Đa phần các nghiên cứu về stress ở sinh viên y khoa trên thế giới và tại Việt Nam đều tập trung vào đối tượng sinh viên đại học mà chưa chú trọng nghiên cứu vào đối tượng sinh viên y khoa cao đẳng do vậy kết quả nghiên cứu cũng gợi ý cho các nhà nghiên cứu, nhà quản lý nên quan tâm nhiều hơn đến việc đánh giá tình trạng stress ở nhóm đối tượng này để góp phần nâng cao, cải thiện sức khỏe trong môi trường giáo dục đào tạo.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ stress ở sinh viên của trường là 48,5% trong đó tỷ lệ sinh viên nam là 48,4% và tỷ lệ sinh viên nữ là 49,1%. Tỷ lệ sinh viên stress ở năm thứ hai là cao nhất (55,6%), sau đó là năm thứ ba (47,2%) và năm thứ nhất có tỷ lệ thấp nhất (42,3%). Tỷ lệ sinh viên stress ở ngành điều dưỡng (50,8%) và hộ sinh (51,1%) cao hơn ngành dược (44,1%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Dũng** (2015), *Thực trạng stress của sinh viên điều dưỡng trường Đại học Thăng Long năm 2015 và một số yếu tố liên quan*, Luận văn thạc sĩ trường Đại học Y tế công cộng.
2. **Ngô Thị Kiều My** (2014), *Đánh giá tình trạng stress, lo âu, trầm cảm của điều dưỡng và hộ sinh khối lâm sàng bệnh viện Phụ Sản – Nhi Đà Nẵng năm 2014*, Luận văn thạc sĩ trường Đại học Y tế công cộng.
3. **Nguyễn Văn Nhận** (2001), *Tâm lý y học*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, Hà Nội.
4. **Nguyễn Thị Hằng Phương** (2009), “Thực trạng và nguyên nhân gây ra rối loạn lo âu ở học sinh THPT chuyên Quảng Bình”, *Tạp chí Tâm lý học*, 6(123), tr 57-63.
5. **Huỳnh Hồ Ngọc Quỳnh, Lê Thu Huyền** (2010), *Tình trạng stress của sinh viên Y tế công cộng Đại học Y – Dược thành phố Hồ Chí Minh và các yếu tố liên quan năm 2010*, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 1(15), tr 87-97.
6. **Lê Minh Thuận** (2011), “Sức khỏe tâm lý của sinh viên: Nghiên cứu cắt ngang”, *Tạp chí Y học thực hành*, 7(774), tr 73-75.
7. **Trần Kim Trang** (2012), “Stress, lo âu, trầm cảm ở sinh viên y khoa”, *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 1(16), tr 356-362.
8. **Đậu Thị Tuyết** (2013), *Tình trạng stress, lo âu, trầm cảm của cán bộ y tế khối lâm sàng tại bệnh viện đa khoa 115 Nghệ An năm 2013 và một số yếu tố liên quan*, Luận văn thạc sĩ trường Đại học Y tế công cộng.
9. **Abdulghani et al** (2011), *Stress and Its Effects on Medical Students: A Cross-sectional Study at a College of Medicine in Saudi Arabia*, *Journal of Health, Population, and Nutrition*, 29(5), pg. 516–522.
10. **Anjali Deshpande et al** (2014), “Perceived Sources of Stress and Coping Strategies in Dental Students and Interns”, *Journal of Psychology*, 5(2), pg. 133-141

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG BẰNG PHƯƠNG PHÁP BẢO TỒN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Lê Thị Quyên*, Phạm Thị Kim Dung*,
Trần Văn Tuấn*, Nguyễn Thị Minh Nguyệt*

TÓM TẮT²²

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp điều trị bảo tồn ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng:** 30 bệnh nhân được chẩn đoán là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng giai đoạn 2, 3a. **Phương pháp:** nghiên cứu mô tả, tiến cứu. **Kết quả:** nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất là 20-49 chiếm tỷ lệ 83,3%, giai đoạn thoát vị là 2 và 3a trong đó giai đoạn 3 chiếm 56,7%. Tỷ lệ bệnh nhân thoát vị một đĩa đệm cao nhất 70,0%. Kết quả của phương pháp bất động tương đối trên giường cứng kết hợp với dùng thuốc đối với bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng: điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu tại thời điểm sau điều trị (T2) thấp hơn so với trước điều trị (T1) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả tốt + rất tốt tại thời điểm ra viện theo thang điểm bộ môn Thần Kinh – 103 (BMTK) (73,7%) theo thang điểm Macnab (66,7%). **Kết luận:** Phương pháp điều trị bảo tồn an toàn, có thể áp dụng rộng rãi ở các tuyến y tế và có kết quả điều trị tốt khi giai đoạn thoát vị đĩa đệm là 1,2,3a.

SUMMARY

ASSESSMENT RESULTS OF TREATMENT HERNIATED DISC OF THE LUMBAR SPINE BY CONSERVATION IN HOSPITAL CENTRAL THAI NGUYEN

Purposes: To evaluate the results of treatment herniated disc of the lumbar spine by means of conservative treatment in patients studied at the Central Hospital of Thai Nguyen. **Object:** 30 patients were diagnosed with a herniated disc of the lumbar spine period 2,3a. **Methods:** The study describes, prospective. **Results:** The age group 20-49 is the highest infection rate accounted for 83.3%, stage 2 and 3a hernia which accounted for 56.7% stage 3. Proportion of patients with a disc herniation highest 70.0%. Results of the method is relatively immobile in bed combined with hard drugs for patients with herniated disc of the lumbar spine: clinical study of patients at the time of post-treatment (T2) lower than before treatment (T1) differences were statistically significant. The percentage of patients with good + very good results at the time of hospital discharge according to the Department of Neurology scale – 103 (73.7%) according to the scale Macnab (66.7%) among the principal rotation. **Conclusion:** conservation treatments safely, can be applied widely in the health care and good results when the period is 1,2,3a disc herniation.

Key words: herniated lumbar spinal disc disease.

* Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Quyên

Email: quyen.ytk@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau thắt lưng hông là một hội chứng thường gặp trên lâm sàng, các tác giả trong nước nhận thấy 80% bệnh nhân có hội chứng thắt lưng hông là do thoát vị đĩa đệm (TVĐĐ) cột sống thắt lưng. Bệnh thường gặp ở cả nam và nữ, chủ yếu xảy ra ở người đang độ tuổi lao động. Do đó, bệnh gây ảnh hưởng nhiều tới hoạt động nghề nghiệp - sinh hoạt của bệnh nhân.

Điều trị bệnh thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng hiện nay có 3 phương pháp thường áp dụng: điều trị bảo tồn; can thiệp tối thiểu và điều trị ngoại khoa. Các tác giả trong nước và ngoài nước đều thống nhất phương pháp điều trị bảo tồn có thể điều trị ổn định > 90% số bệnh nhân. Tại khoa Thần Kinh - Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên (BVĐKTƯTN) bệnh nhân TVĐĐ chủ yếu được điều trị bằng phương pháp này, tuy nhiên đánh giá kết quả điều trị thì còn ít nghiên cứu đề cập tới. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp điều trị bảo tồn ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu tại Bệnh viện Đa khoa trung ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: 30 bệnh nhân được chẩn đoán là thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng điều trị nội trú tại Khoa thần kinh - Bệnh viện đa khoa trung ương Thái Nguyên từ tháng 03/2014 đến tháng 9/2014.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

Bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng dựa theo tiêu chuẩn lâm sàng của Saporta (1970) và chụp cộng hưởng từ cột sống thắt lưng có hình ảnh

thoát vị đĩa đệm. Chọn bệnh nhân thoát vị giai đoạn 1.2, 3^a theo ARSENI.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã được điều trị phẫu thuật thoát vị CSTL trước đó.

- Bệnh nhân có bệnh lý kết hợp: chấn thương, vết thương cột sống, bệnh lý tuỷ sống, viêm đa dây thần kinh, đái tháo đường, suy tim, suy gan, suy thận, ung thư cột sống, lao cột sống...

- Bệnh nhân thoát vị giai đoạn 3^b và 4

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả, tiền cứu.

- Chọn mẫu: theo kỹ thuật chọn mẫu không xác suất (mẫu thuận tiện)

- Chỉ tiêu nghiên cứu: tuổi, giới, nghề nghiệp, triệu chứng lâm sàng (vị trí đau, tính chất đau, dấu hiệu Lasegue, các điểm đau Valleix, dấu hiệu chuông bầm, chỉ số Schober, các triệu chứng tại cột sống, vận động, cảm giác nông, tình trạng teo cơ, kết quả chụp cộng hưởng từ (vị trí, số tầng, mức độ thoát vị)

- Kỹ thuật thu thập số liệu:

+ Chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu, đánh giá các triệu chứng lâm sàng và tính điểm lâm sàng theo thang điểm của bộ môn Thần kinh – Bệnh viện 103 (thời điểm T1). Chụp cộng hưởng từ trên máy có từ trường 0,35 Tesla của hãng Siemens, đánh giá vị trí thoát vị, số tầng đĩa đệm thoát vị, mức độ thoát vị do các bác sĩ chuyên khoa Chẩn đoán hình ảnh thực hiện.

+ Phác đồ điều trị: bệnh nhân nằm bất động tương đối trên giường cứng, đeo đai lưng kết hợp dùng thuốc giảm đau, chống

viêm, tăng dẫn truyền thần kinh, bảo vệ bao myelin, tiêm phóng bế cạnh cột sống thắt lưng bằng Novocain và vitamin B12 trong thời gian 7-10 ngày.

+ Đánh giá lại triệu chứng theo thang điểm lâm sàng khi bệnh nhân ra viện (thời điểm T2). Kết quả điều trị được đánh giá dựa

trên sự thay đổi điểm lâm sàng giữa 2 thời điểm (T1 và T2), chia thành các mức: rất tốt, tốt, vừa, kém, xấu.

+ Đánh giá kết quả theo Macnab. Chia thành 4 mức: Rất tốt, tốt, vừa, kém

- Xử lý số liệu theo phương pháp thống kê trong y học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi

| Nhóm tuổi (n = 30) | <20 | 20-29 | 30-39 | 40-49 | ≥50 |
|--------------------|-----|-------|-------|-------|------|
| Số lượng | 0 | 6 | 9 | 10 | 5 |
| Tỷ lệ % | 0 | 20 | 30 | 33,3 | 16,7 |

Nhận xét. Tuổi nhỏ nhất trong nhóm nghiên cứu là 21 tuổi, tuổi lớn nhất là 68, lứa tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 40- 49.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giai đoạn thoát vị

| Giai đoạn | 2 | 3a | Tổng |
|-----------|------|------|------|
| Số lượng | 13 | 17 | 30 |
| Tỷ lệ % | 43,3 | 56,7 | 100 |

Nhận xét: Bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có 43,3% là ở giai đoạn 2, còn lại là giai đoạn 3a.

Bảng 3.3. Số tầng thoát vị đĩa đệm trên phim chụp CHT

| Số tầng | Số lượng | Tỷ lệ |
|---------|----------|-------|
| 1 tầng | 21 | 70,0 |
| 2 tầng | 9 | 30,0 |
| 3 tầng | 0 | 0 |
| Cộng | 30 | 100 |

Nhận xét. Tỷ lệ bệnh nhân thoát vị một đĩa đệm cao nhất 70,0%, sau đó là thoát vị hai đĩa đệm 30%.

Bảng 3.4. Mức độ chèn ép trên phim chụp CHT

| Mức độ chèn ép | Số lượng | Tỷ lệ |
|----------------|----------|-------|
| Nhẹ | 3 | 10,0 |
| Vừa | 20 | 66,7 |
| Nặng | 7 | 23,3 |
| Cộng | 30 | 100 |

Nhận xét: Mức độ chèn ép vào ống sống trên hình ảnh CHT ở mức độ vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 66,7%.

2. Kết quả điều trị ở nhóm nghiên cứu

Bảng 3.5. Điểm lâm sàng trước và sau điều trị

| Thời điểm | T1(n=30) | T2(n=30) | P |
|-----------------|----------|----------|-------|
| Điểm tối đa | 19 | 10 | |
| Điểm tối thiểu | 3 | 2 | |
| Điểm trung bình | 12,4±2,2 | 7,50±2,1 | <0,05 |

Nhận xét: Điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu tại thời điểm T2 thấp hơn tại thời điểm trước điều trị T1. Sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

Bảng 3.6. Đánh giá kết quả điều trị

| Thời điểm / Kết quả | Theo BMTK | | Theo Macnab | | P |
|---------------------|-----------|------|-------------|------|-------|
| | N | % | N | % | |
| Rất tốt | 3 | 10,0 | 2 | 6,7 | >0,05 |
| Tốt | 19 | 63,7 | 18 | 60,0 | |
| Vừa | 7 | 23,3 | 9 | 30,0 | |
| Kém | 1 | 3,3 | 1 | 3,3 | |

Nhận xét. Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị tốt đánh giá theo thang điểm BMTK là 63,7%, theo thang điểm Macnab là 60,0% có tỷ lệ cao nhất. Kết quả điều trị theo 2 cách đánh giá là tương đương nhau, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Tuổi:

Tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi nhận thấy có tuổi đời không quá cao, bệnh nhân nhỏ nhất trong nghiên cứu là 21 tuổi, tuổi lớn nhất là 68, lứa tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 20 – 49 tuổi (83,3%). Kết quả nghiên cứu phù hợp với các tác giả Nguyễn Văn Chương, Nhữ Đình Sơn và cs [3], [5]

Giai đoạn thoát vị: Theo khuyến cáo của nhiều tác giả, chỉ định của các phương pháp bảo tồn giai đoạn 1,2,3a,3b. Chọn giai đoạn thoát vị trên lâm sàng là một khâu quan trọng để đưa ra chỉ định chọn phương pháp điều trị phù hợp. Vì vậy chúng tôi chọn nhóm nghiên cứu là giai đoạn 2 và 3a trong đó giai đoạn 2 chiếm 43,3% còn lại là giai đoạn 3a.

Về số tầng thoát vị và mức độ thoát vị trên hình ảnh CHT:

Trong nghiên cứu chúng tôi thấy chủ yếu là thoát vị một tầng (70%), mức độ chèn ép ống sống trên hình ảnh CHT chủ yếu là mức độ vừa (66,7%). Đây là yếu tố thuận lợi ảnh hưởng tốt đến kết quả điều trị của bệnh nhân.

2. Kết quả điều trị

Về điều trị chúng tôi kết hợp cho bệnh nhân năm bắt động tương đối trên giường cứng, dùng thuốc giảm đau, giãn cơ, tăng dẫn truyền thần kinh, bảo vệ bao myelin, phóng bế cạnh cột sống. Kết quả điều trị bệnh nhân của nhóm nghiên cứu được thể hiện điểm lâm sàng tại thời điểm sau điều trị (T2) thấp hơn so với trước điều trị (T1) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả điều trị rất tốt và tốt đánh giá theo thang điểm BMTK là 73,7%, theo thang điểm Macnab là 66,7%. Kết quả điều trị theo 2 cách đánh giá là tương đương nhau. Đây là hai thang điểm đã được kiểm chứng qua nhiều nghiên cứu và đang được nhiều tác giả sử dụng trong các nghiên cứu về đau ở trong nước và trên thế giới. Các chỉ tiêu và thang điểm đánh giá như vậy là đảm bảo tính khoa học và khách quan. Kết quả của chúng tôi phù hợp với tác giả Nguyễn Văn Chương và Nguyễn Thị Hòa (2013) là 83,4%; tác giả Đinh Huy Cương và cs (2013) (79%) [1], [3], [4].

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy bệnh nhân cần tuân thủ tốt chế độ vận động, thực hiện đúng chế độ bất động tương đối trên gương cứng. Do vậy khi bắt đầu liệu trình điều trị bác sỹ cần giải thích rõ cho bệnh nhân hiểu được tác dụng tốt của chế độ bất động tương đối cho mỗi bệnh nhân cụ thể. Đây là biện pháp điều trị đĩa đệm thoát vị có hiệu quả khi giai đoạn thoát vị ở độ 1, 2. Bên cạnh đó cần kết hợp với điều trị triệu chứng cho bệnh nhân bao gồm thuốc giảm đau tại chỗ, giảm đau chống viêm toàn thân, tăng dẫn truyền thần kinh, bảo vệ bao myelin. Trên thực tế cho thấy đây là phương pháp điều trị bảo tồn an toàn, có thể áp dụng rộng rãi ở các tuyến y tế và có kết quả điều trị tốt khi giai đoạn thoát vị đĩa đệm là 1,2,3a.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 30 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng điều trị bằng phương pháp dùng thuốc. Chúng tôi đưa ra một số kết luận sau:

- Lứa tuổi bệnh nhân nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất là 20-49, giai đoạn thoát vị là 2 và 3a trong đó giai đoạn chiếm 56,7%.

- Điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu tại thời điểm sau điều trị (T2) thấp hơn so với trước điều trị (T1) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Tỷ lệ bệnh nhân có kết quả tốt + rất tốt tại thời điểm ra viện theo thang điểm BMTK (73,7%) theo thang điểm Macnab (66,7%). Kết quả điều trị theo 2 cách đánh giá là tương đương nhau với $p > 0,05$

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đinh Huy Cương (2013)**, “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bằng phương pháp tiêm Methylprednisolonacetat ngoài màng cứng”, tạp chí y học Việt Nam, tr 99-104.
2. **Nguyễn Văn Chương (2010)**, Thực hành lâm sàng thần kinh, tập 5, NXB Y học, Hà Nội, tr. 284 - 297.
3. **Nguyễn Văn Chương, Nguyễn Thị Hòa (2013)**, “Đánh giá hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng của phác đồ tiêm ngoài màng cứng methylprednisolon kết hợp với uống Cyclophosphorine A”, tạp chí Thần kinh học Việt Nam, tr 49-59
4. **Nguyễn Văn Chương (2013)**, “Nghiên cứu tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng của phương pháp phóng bê quanh rễ thần kinh”, tạp chí y học Việt Nam, tr 71-78.
5. **Nhữ Đình Sơn và cs (2013)** “Đánh giá hiệu quả điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng của phương pháp giảm áp đĩa đệm qua da bằng LASER, tạp chí Thần kinh học Việt Nam, tr 60-66
6. **Choy DS (1995)**, "Percutaneous LASER disc decompression", J clinical laser Med Surg. 1 3. pp.125 - 128.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI, XÁC ĐỊNH HÀM LƯỢNG POLYPHENOL, EGCG VÀ THỬ MỘT SỐ TÁC DỤNG SINH HỌC INVITRO CỦA TRÀ HOA VÀNG THU HÁI TẠI BA CHẾ - QUẢNG NINH

Ngô Thị Thảo*, Nguyễn Thị Hà Ly**, Thị Linh Giang***,
Hoàng Quỳnh Hoa***, Trần Văn Ôn***

TÓM TẮT²³

Trà hoa vàng (*Camellia* sp.) là một loài dược liệu quý với nhiều tác dụng sinh học quan trọng như hạ huyết áp, hạ đường huyết, giảm cholesterol máu, giảm mỡ máu, chống u bướu, tăng cường hệ miễn dịch và kéo dài tuổi thọ... đồng thời cũng là loài cây mang nhiều giá trị kinh tế cao. Tuy nhiên, ở Việt Nam loài cây này chưa được quan tâm nghiên cứu đầy đủ về thực vật, thành phần hoá học và tác dụng sinh học.

Từ khóa: *Camellia chrysanthoides* Hung. T. Chang, Trà hoa vàng, dòng tế bào ung thư, độc tế bào

SUMMARY

MORPHOLOGICAL STUDIES, DETERMINATION OF POLYPHENOL, EGCG AND TRY SOME IN VITRO BIOLOGICAL EFFECTS OF GOLDEN TEA HARVESTED IN BA CHE - QUANG NINH

Golden Tea (*Camellia* sp.) has been known as a prospective medicinal plant with a lots of biological effects such as hypotension, hypoglycemia, controlling cholesterol level in

blood, anti cancer, improvement of immune system and anti aging. In addition, Tra hoa vang has been known as a highly economicvaluable plant. However, this plant has not been fully researched in botanical characteristics, chemical components and biological effects in Vietnam.

Key words: *Camellia chrysanthoides* Hung. T. Chang, golden tea, cancer cell lines, Cytotoxicity

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới, chi *Camellia* L. có tới hơn 200 loài, trong đó nhiều loài có hoa màu vàng. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng các hoạt chất trong lá, hoa Trà hoa vàng có tác dụng hạ huyết áp, hạ đường huyết, hạ cholesterol, hạ mỡ máu, chống u bướu, tăng cường hệ miễn dịch và kéo dài tuổi thọ [4], [6-8]. Ở Việt Nam, theo ước tính có khoảng gần 20 loài khác nhau thuộc chi *Camellia* L. [1], [3]. Cây Trà hoa vàng lần đầu tiên được người Pháp phát hiện ở miền Bắc nước ta năm 1910, được xem là nguồn gen tự nhiên vô cùng quý hiếm. Tuy nhiên, cho đến nay các công tác nghiên cứu về Trà hoa vàng trong nước còn chưa đầy đủ. Hiện tại, các loài này mới chỉ được quan tâm đến giá trị cảnh quan, còn các giá trị về sinh học, dược học chưa được quan tâm và khai thác nhiều. Do có giá trị kinh tế cao nên cây Trà hoa vàng đã và

* Trường cao đẳng y tế Quảng Ninh

** Công ty CP Traphaco

*** Trường Đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính:

Email: Ngô Thị Thảo

Ngày nhận bài: ngothithao.cyq@moet.edu.vn

Ngày phân biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

đang được khai thác cạn kiệt và có nguy cơ bị tuyệt chủng trong tự nhiên. Tuy nhiên, việc nghiên cứu và tìm hiểu về Trà hoa vàng ở Việt Nam còn chưa được toàn diện và đồng bộ. Do đó, việc nghiên cứu về đặc điểm thực vật, thành phần hoá học và một số hoạt tính sinh học của cây Trà hoa vàng là cần thiết, góp phần tìm hiểu và khai thác các giá trị của loài cây thuốc quý này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu

Trà hoa vàng được thu hái ở Ba Chẽ - Quảng Ninh vào tháng 3 năm 2015, đã được xử lý và lưu trữ tiêu bản tại Bộ môn Thực vật – Trường Đại học Dược Hà Nội (Số hiệu tiêu bản: HNIP/18146/15).

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu thực vật

- Mô tả đặc điểm hình thái bằng phương pháp mô tả phân tích [2].

- Làm tiêu bản vi học thân, lá theo phương pháp cắt, tẩy, nhuộm kép.

- Quan sát và chụp ảnh bột dược liệu lá và thân kính hiển vi tích hợp camera.

Phương pháp nghiên cứu thành phần hóa học

- Định tính nhóm chất polyphenol trong lá Trà hoa vàng bằng các phản ứng hóa học

đặc trưng: với thuốc thử FeCl_3 5%; NaOH 10% ; gelatin 1%

- Định lượng hàm lượng Polyphenol toàn phần trong lá Trà hoa vàng bằng phương pháp đo quang, theo TCVN 9745-1:2013, sử dụng phản ứng tạo phức màu với thuốc thử Folin – Ciocalteu và đo quang ở bước sóng 765nm.

- Định tính EGCG trong lá Trà hoa vàng bằng HPLC

- Định lượng hàm lượng EGCG bằng HPLC theo tiêu chuẩn quốc gia TCVN9745-2:2013, sử dụng cột Nucleosin C18, với pha động Acetonitril - Acid Acetic - EDTA, tại bước sóng 278nm, với tốc độ dòng 1.0ml/phút.

Phương pháp nghiên cứu tác dụng sinh học

- Xác định hoạt tính gây độc một số dòng tế bào ung thư của cây Trà hoa vàng

Tiến hành thử với các mẫu của dịch chiết methanol theo phương pháp của Monks (1991) trên 5 dòng tế bào (TB): TB ung thư vú (MDA-BA-231); TB ung thư phổi (LU-1); TB ung thư da (SK-Mel2) ; TB ung thư gan (HepG2) và TB ung thư đại tràng (SW480) [5], [7],[8]

Khả năng ức chế tế bào sống khi có mặt chất thử sẽ được xác định như sau:

$$\% \text{ tế bào sống sót} = \frac{[\text{OD}(\text{chất thử}) - \text{OD}(\text{ngày 0})] \times 100}{\text{OD}(\text{đối chứng âm}) - \text{OD}(\text{ngày 0})}$$

$$\% \text{ ức chế tế bào} = 100\% - \% \text{ tế bào sống sót}$$

- Thử tác dụng chống oxy hóa của cây Trà hoa vàng

Tiến hành thử với căn của dịch chiết methanol bằng phép thử DPPH [7]. Khả năng trung hòa gốc oxy hóa tự do (Scavenging Activities - SA) sinh ra từ DPPH của mẫu thử được tính theo công thức sau: % SA = $(OD_{\text{đối chứng}} - OD_{\text{mẫu thử}}) * 100 / OD_{\text{đối chứng}}$ (%)

Trong đó: $OD_{\text{đối chứng}}$: Độ hấp thụ tại giếng không chứa chất thử

$OD_{\text{mẫu thử}}$: Độ hấp thụ tại giếng chứa chất thử

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Về thực vật

3.1.1 Đặc điểm hình thái

Cây gỗ nhỏ. Chồi và cành non có lông mịn, thưa; cành già màu nâu, nhẵn. Lá bao chồi 7-11, thường là 9, hình elip, lớn dần từ dưới lên, kích thước từ 2-5cm; mặt ngoài màu hồng nhạt, phủ nhiều lông trắng, mịn; mặt trong màu hồng nhạt hơn, nhẵn, mép nguyên, có lông, ngọn thuôn nhọn, có mũi cứng, đen. Lá đơn, mọc so le, không có lá kèm. Cuống lá tương đối ngắn, dài 0,6-0,8 cm, lõm ở mặt trên, nhẵn. Phiến lá (bánh tẻ) hình elip, cứng, dày và dai, dài 11-16,5cm, rộng 4-5,5cm; góc lá thuôn; mép lá có khía răng cưa, khía răng nông, nhỏ, phía gốc lá gần như không có khía, mật độ khía răng cưa tăng dần về phía ngọn lá, chỗ rộng nhất khía răng cưa cách nhau 8mm; ngọn lá nhọn có mũi dài 1-1,5 cm; mặt trên lá màu xanh thẫm, nhẵn bóng, mặt dưới màu xanh nhạt, nhẵn, thường có nhiều điểm tuyến màu đen; gân giữa lộ rõ, lõm sâu ở mặt trên, nổi rõ ở mặt dưới, có 10-11 cặp gân bên. Hoa đều, lưỡng tính, mọc đơn độc ở đầu cành hoặc nách lá, đường kính của hoa khi nở khoảng

40-45 mm, màu vàng. Cuống hoa rất ngắn, gần như không thấy cuống. Lá bắc 9, mặt ngoài và trong đều nhiều lông, lá bắc thứ 9 (cuối) chỉ có lông và lông mi mặt trong, đều có dạng hình móng, xếp thành hai dãy, phủ lên nhau, lớn dần từ dưới lên trên, dài 0,7-1,6 cm. Lá đài: 5, 3 đài đầu có tai, mặt ngoài nhẵn trong có lông và lông mi dài; đài 6,7 đã có màu vàng ở dưới. Cánh hoa 11, các cánh phía trong dính với nhau, cách góc 8 mm, dính vào vòng nhị ngoài. Tràng thứ nhất mặt ngoài nhẵn, mặt trong có lông tơ trắng dính ở nửa trên, bắt đầu từ tràng 2, tràng 3...tràng 6 lông thưa dần, tràng 7 đến 11 không lông. Bộ nhị nhiều (238 nhị), dính với nhau ở gốc chỉ nhị. Chỉ nhị ở vòng ngoài dài 1,8cm, không có lông, chỉ nhị màu vàng, mang bao phấn 2 ô, dài 4 mm, rộng 1 mm. Bộ nhụy gồm 3 lá noãn dính nhau tạo thành bầu trên 3 ô hình cầu, màu xanh nhạt, nhẵn, vòi nhụy 3, rời từ gốc, xanh nhạt. Quả chưa thấy.

Qua các đặc điểm mô tả, đối chiếu với khoá phân loại [10], sơ bộ xác định mẫu nghiên cứu thuộc chi *Camellia* L. và mẫu nghiên cứu được đặt là: *Camellia chrysanthoides* Hung T. Chang.



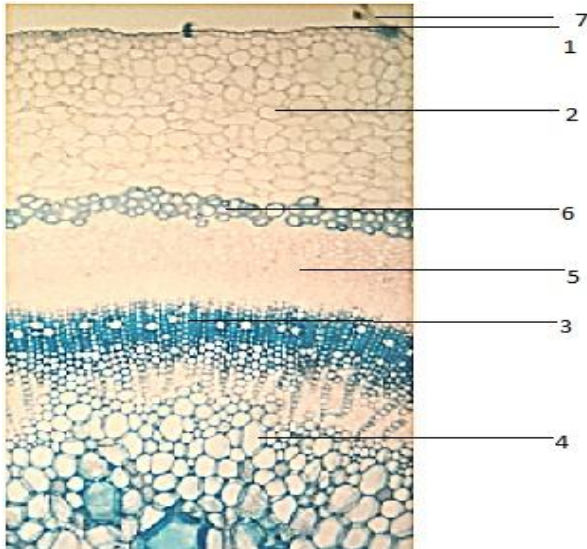
Hình 1. Đặc điểm hình thái mẫu *Camellia chrysanthoides* Hung T. Chang.

1. Toàn cây; 2. Chồi bao lá; 3. Cành non phủ lông; 4. Lá; 5, 6. Hoa nguyên vẹn; 8. Lá dài; 8, 9. Mặt trong và ngoài của tràng; 10. Bộ nhị; 11. Bộ nhụy; 12. Bào cắt ngang

3.1.2 Đặc điểm vi phẫu thân:

Quan sát tiêu bản vi phẫu thấy thân cây có tiết diện tròn, từ ngoài vào trong gồm các phần sau: *Biểu bì* (1): gồm một lớp tế bào hình chữ nhật tương đối đều nhau, phía ngoài có phủ lớp cutin. *Mô mềm vỏ* (2): gồm nhiều lớp tế bào đa giác, kích thước không đều, sắp xếp lộn xộn. *Cung mô cứng* (6): gồm 2-3 lớp tế bào, kích thước không đều, thành dày hóa

gỗ, bắt màu xanh. *Libe cấp hai* (5) gồm các tế bào hình tròn, xếp thành dãy xuyên tâm. *Gỗ cấp hai* (3) liên tục thành một vòng quanh mô mềm ruột; tế bào gỗ hình đa giác hoặc chữ nhật, kích thước không đều phân bố đều trong vùng mô mềm gỗ. Rải rác trong libe cấp hai là các *thể cứng*. *Mô mềm ruột* (4): gồm các tế bào đa giác, xếp lộn xộn.



Chú thích

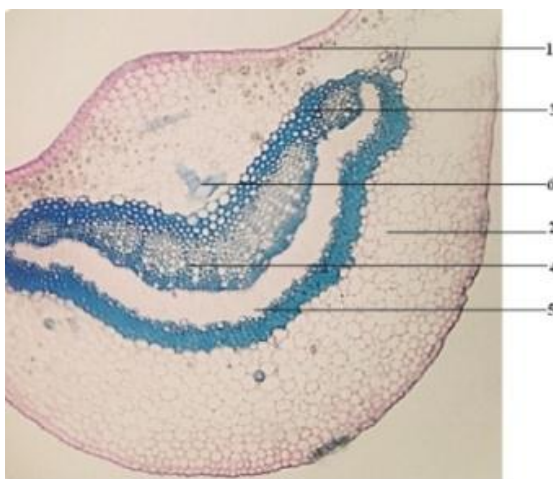
1. Biểu bì
2. Mô mềm vỏ
3. Gỗ cấp 2
4. Mô mềm ruột
5. Libe cấp 2
6. Cung mô cứng
7. Lòng che chở

Hình 2. Đặc điểm vi phẫu thân non

3.1.3 Đặc điểm vi phẫu lá:

+ **Gân giữa:** gân lõi cả 2 mặt, mặt dưới lõi rõ. Từ ngoài vào trong gồm: *Biểu bì*(1) gồm một hàng tế bào hình chữ nhật kích thước không đều, có phủ một lớp cutin mỏng. *Mô mềm*(2) gồm các lớp tế bào hình tròn, xếp lộn xộn để hở nhiều khoảng gian bào. *Mô cứng*(3) gồm 2-5 lớp tế bào hình đa giác, thành dày hóa gỗ, sắp xếp tạo thành một cung bao quanh bó libe-gỗ. Bó libe-gỗ có gỗ

ở trên, libe phía dưới; *libe*(5) gồm nhiều lớp tế bào hình đa giác kích thước đều, xếp lộn xộn thành từng đám; *mạch gỗ*(4) hình đa giác hay vuông xếp thành dãy xen lẫn với mô mềm gỗ (tế bào hình vuông hay đa giác).. Nằm rải rác trong mô mềm là *thể cứng*(6) kích thước lớn nhánh nhọn, đa hình dạng. Tinh thể calci oxalat hình cầu gai nằm ở mô mềm và libe.



Chú thích

1. Biểu bì
2. Mô mềm
3. Mô cứng
4. Mạch gỗ
5. Libe
6. Thể cứng

Hình 3. Đặc điểm vi phẫu gân giữa lá

+ **Phiến lá:** *Biểu bì (1)* gồm một lớp tế bào hình chữ nhật, tế bào biểu bì trên lớn hơn tế bào biểu bì dưới; biểu bì trên có vách trong rất dày và cutin dày; lỗ khí nhiều ở biểu bì dưới. *Mô giậu(3)* gồm một lớp tế bào thuôn dài xếp xít nhau. *Mô khuyết(4)* gồm 8-9 lớp tế bào đa giác hoặc tròn, sắp xếp lộn xộn. Nằm rải rác trong *mô mềm(2)* là các tinh thể canxi oxalat(6) hình cầu gai và thể cứng đa hình dạng, có nhánh nhọn



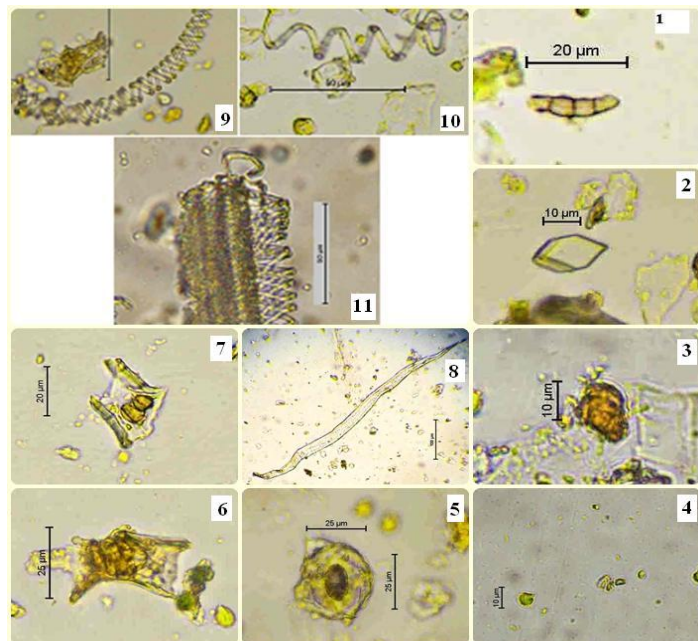
Chú thích

- 1. Biểu bì
- 2. Mô mềm
- 3. Mô giậu
- 4. Mô khuyết
- 5. Thể cứng
- 6. Tinh thể calci oxalat

Hình 4. Đặc điểm vi phẫu phiến lá

3.2 Đặc điểm bột dược liệu:

Bột lá Trà hoa vàng màu xanh rêu, có mùi thơm đặc trưng của trà. Các đặc điểm chính quan sát được từ bột lá Trà hoa vàng bao gồm: mảnh mô mềm; tinh thể canxi oxalat; mảnh mang màu; thể cứng, biểu bì mang lỗ khí; lông che chở; mảnh mạch xoắn.



Chú thích

- 1. Mô mềm
- 2. Tinh thể Canxi oxalate
- 3. Mảnh mang màu
- 4. Hạt diệp lục
- 5. Lỗ khí
- 6. Thể cứng
- 7. Biểu bì chứa lỗ khí
- 8. Lông che chở
- 9,10,11 Mảnh mạch xoắn

Hình 5. Đặc điểm vi phẫu bột dược liệu Trà hoa vàng

3.3 Về thành phần hóa học

Bằng các phản ứng với thuốc thử FeCl₃ 5%; NaOH 10%; gelatin 1%, kết luận trong lá trà hoa vàng có chứa nhóm Polyphenol

Định lượng Polyphenol bằng phương pháp đo quang

+ *Xác định khoảng tuyến tính*: Kết quả khảo sát độ tuyến tính được trình bày ở Bảng 1

Bảng 1. Kết quả khảo sát nồng độ tuyến tính acid gallic

| | | | | | |
|---|-------|-------|-------|-------|-------|
| Cchuẩn (µg/ml) | 10 | 20 | 30 | 40 | 50 |
| Độ hấp thụ (ABS) | 0.131 | 0.258 | 0.366 | 0.442 | 0.553 |
| Phương trình hồi quy tuyến tính: $y = 0.010x + 0.041$ | | | | | |
| Hệ số tương quan: $R^2 = 0,993$ | | | | | |

Kết quả cho thấy trong khoảng nồng độ khảo sát tại bước sóng 765nm, độ hấp thụ và nồng độ acid gallic có sự tương quan chặt chẽ với hệ số tương quan $R^2 = 0.993$

+ *Xác định độ lặp lại của quy trình*: Kết quả được trình bày ở Bảng 2.

Bảng 2. Kết quả khảo sát độ lặp lại của quy trình

| | | | | | | |
|--------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|---------------------|
| Khối lượng mẫu (g) | 0,5023 | 0,5020 | 0,5021 | 0,5021 | 0,5022 | 0,5023 |
| Độ hấp thụ (ABS) | 0,347 | 0,348 | 0,347 | 0,350 | 0,349 | 0,346 |
| Hàm lượng Polyphenol (%) | 6,922 | 6,949 | 6,925 | 6,993 | 6,969 | 6,900 |
| Độ lệch chuẩn: | | | | | | RSD = 3,41 % |

Kết quả khảo cho thấy phương pháp có độ lặp lại chấp nhận được với RSD= 3,41%

+ *Xác định hàm lượng Polyphenol*: Dựa vào phương trình đường chuẩn, tính được hàm lượng Polyphenol trong mẫu Trà hoa vàng là: **6,943%**

Định lượng EGCG bằng phương pháp HPLC

+ *Xác định khoảng tuyến tính*: Kết quả khảo sát độ tuyến tính được trình bày ở Bảng 3.

Bảng 3. Kết quả khảo sát nồng độ tuyến tính EGCG

| | | | | | |
|---|--------|--------|--------|---------|--------|
| Cchuẩn (µg/ml) | 28,752 | 57,504 | 86,256 | 115,008 | 143,76 |
| Diện tích pic (mAu.s) | 302,8 | 583,5 | 926,3 | 1291,8 | 1588,4 |
| Phương trình hồi quy tuyến tính: $y = 11,40x - 45,29$ | | | | | |
| Hệ số tương quan: $R^2 = 0,998$ | | | | | |

Trong khoảng nồng độ đã khảo sát có sự tương quan tuyến tính giữa diện tích pic và nồng độ với hệ số tương quan rất gần 1 ($R=0,998$).

+ *Hàm lượng EGCG*: Dựa vào phương trình đường chuẩn, tính định hàm lượng EGCG trong mẫu lá Trà hoa vàng là: **0,40%**

3.4 Về tác dụng sinh học

3.4.1 Xác định hoạt tính gây độc một số dòng tế bào ung thư của cây Trà hoa vàng

Hoạt tính gây độc một số dòng tế bào ung thư của trà hoa vàng được trình bày trong bảng 4

Bảng 4: Tỷ lệ ức chế sự phát triển của tế bào ung thư trên 5 dòng tế bào ung thư

| C _{mẫu thử} (µg/ml) | C _{Ellipticin} e | Tỷ lệ ức chế sự phát triển của tế bào trên từng dòng tế bào ung thư (%) | | | | | | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|---|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|
| | | MDA-BA-231 | | HepG2 | | SW480 | | SK-Mel2 | | LU-1 | |
| | | CA | EL | CA | EL | CA | EL | CA | EL | CA | EL |
| 100 | 10 | 93,4 6 | 98,4 9 | 98,4 3 | 91,9 9 | 73,2 6 | 87,1 6 | 88,3 3 | 85,5 6 | 79,6 5 | 87,2 6 |
| 20 | 2 | 48,7 9 | 76,2 6 | 46,8 6 | 76,6 9 | 40,2 4 | 75,9 3 | 13,6 2 | 78,8 3 | 21,3 7 | 68,8 5 |
| 4 | 0,4 | 10,2 3 | 49,6 2 | 16,4 6 | 48,6 8 | 14,5 3 | 45,9 8 | 9,98 | 49,3 6 | 5,30 | 50,1 3 |
| 0,8 | 0,08 | 4,20 | 19,4 4 | 10,2 6 | 15,6 7 | 4,08 | 19,0 6 | 0,43 | 18,5 6 | -6,07 | 26,2 4 |
| IC₅₀ | | 25,2 3 | 0,47 | 24,9 5 | 0,54 | 36,8 1 | 0,56 | 64,4 6 | 0,51 | 53,1 3 | 0,47 |

Nhận xét: Mẫu nghiên cứu thể hiện mức hoạt tính gây độc tế bào khác nhau trên các dòng tế bào khác nhau. Kết quả IC₅₀ trên dòng tế bào ung thư gan; ung thư vú và ung thư trực tràng tương ứng là 24,95; 25,23 và 36,81. Thử nghiệm có tác dụng thấp trên dòng tế bào ung thư da (SK-Mel2) và ung thư phổi (LU-1) với giá trị IC₅₀ tương ứng là 64,46 và 53,13. Các kết quả trên là chính xác với $r^2 \geq 0,99$.

3.4.2 Thử tác dụng chống oxy hóa của cây trà hoa vàng

Khả năng trung hoà gốc tự do của cao khô lá Trà hoa vàng được trình bày trong Bảng 5.

Bảng 5: Khả năng trung hoà gốc oxy hóa tự do của mẫu thử

| Nồng độ (µg/ml) | Giá trị SA (%) | Nồng độ (µg/ml) | Giá trị SA (%) |
|------------------------|----------------|--------------------|-----------------------|
| | Mẫu thử | | Ascorbic Acid (Vit C) |
| 200 | 82,01 | 100 | 85,37 |
| 100 | 77,85 | 50 | 83,14 |
| 50 | 61,64 | 10 | 59,96 |
| 10 | 9,13 | 2 | 25,46 |
| SC₅₀ | 42,43 | | 7,58 |

Nhận xét: Mẫu thử có tác dụng yếu với tỷ lệ trung hoà gốc tự do đạt được là 9,13% ở nồng độ 10 µg/ml; 82,01 % ở nồng độ 200 µg/ml.

IV. BÀN LUẬN

Về thực vật: Mẫu nghiên cứu chưa xác định được loài do chưa đủ dữ liệu về hình thái của tất cả cơ quan sinh sản như quả, hạt. Tuy nhiên, trong thực tế thu mẫu, do có

nhiều mẫu có đặc điểm tương đối giống nhau nên ngoài phương pháp mô tả hình thái và giải phẫu, cần tiến hành thêm việc nghiên cứu đa dạng di truyền để nghiên cứu sâu hơn về phân loại loài và dưới loài.

Về thành phần hoá học: Nghiên cứu đã xác định được hàm lượng polyphenol toàn phần là 6,943% và hàm lượng EGCG là 0,40% từ dịch chiết toàn phần methanol. Xét trên khoảng tuyến tính, phương pháp có độ lặp lại cao trên mẫu thử với RSD là 3,41%. Kết quả định lượng cho thấy có thể áp dụng phương pháp trên để định lượng Polyphenol và EGCG trong trà hoa vàng.

Về tác dụng sinh học: Nghiên cứu cũng góp phần đánh giá khả năng ức chế sự phát triển của một số dòng tế bào, thể hiện qua tỷ lệ tế bào sống giảm có ý nghĩa với các nồng độ khác nhau, cho thấy Trà hoa vàng có khả năng ức chế sự phát triển đối với nhiều loại tế bào ung thư, với từng nồng độ và đối với từng dòng tế bào ung thư khác nhau thì tác dụng ức chế cũng khác nhau. Tuy nhiên, với nghiên cứu này chỉ dừng lại ở việc thử dịch chiết toàn phần nên tác dụng chưa cao. Với tác dụng chống oxy hoá, mẫu nghiên cứu cũng thể hiện tác dụng trung hoà gốc tự do nhưng với tỷ lệ thấp (9,13 % ở nồng độ mẫu 10µg/ml).

V. KẾT LUẬN

Đã mô tả chi tiết về đặc điểm hình thái Trà hoa vàng thu hái tại huyện Ba Chẽ, tỉnh Quảng Ninh và sơ bộ xác định tên khoa học của mẫu nghiên cứu là *Camellia chrysanthoides* Hung T. Chang., Theaceae.

Đã mô tả đặc điểm cấu tạo giải phẫu của thân và lá Trà hoa vàng Ba chẽ (Quảng Ninh), góp phần vào việc nhận biết và phân loại các loại Trà hoa vàng.

Đã định lượng tổng hàm lượng polyphenol có trong lá mẫu nghiên cứu là 6,943% bằng phương pháp đo quang, sử dụng phản ứng tạo màu với thuốc thử Folin-Ciocalteu, với hệ số tương quan $R^2=0,993$, có độ lặp lại RSD=3,41%.

Đã xác định hàm lượng EGCG có trong mẫu nghiên cứu là 0,40% theo phương pháp HPLC, với hệ số tương quan $R^2=0,998$.

Đã thử tác dụng gây độc tế bào trên một số dòng tế bào ung thư thực nghiệm (in vitro), dịch chiết từ lá Trà hoa vàng (*Camellia sp1.*) thể hiện tác dụng ức chế trung bình đối với ung thư gan (Hep-G2); ung thư vú (MDA-BA-231) và ung thư trực tràng (SW480) với các giá trị IC_{50} tương ứng là 24,95; 25,23 và 36,81; tác dụng thấp trên dòng tế bào ung thư da (SK-Mel2) và ung thư phổi (LU-1) với giá trị IC_{50} tương ứng là 64,46 và 53,13.

Đã thử tác dụng trung hoà gốc tự do của dịch chiết lá *Camellia sp1.* trên mô hình DPPH cho kết quả có tác dụng yếu với tỷ lệ 9,13% ở nồng độ mẫu thử 10 µg/ml; 82,01 % ở nồng độ 200 µg/ml.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Ngọc Quý, Nguyễn Kim Phong (1997)**, *Cây chè Việt Nam*, NXB. Nông Nghiệp, Hà Nội.
2. **Nguyễn Bá (2010)**, *Hình thái học thực vật*, NXBGiáo dục.
3. **Võ Văn Chi và Trần Hợp (1999)**, *Cây cỏ có ích ở Việt Nam*, NXB Giáo dục, Hà nội.
4. **Vũ Thị Thu, Đoàn Hùng Tiến và cs (2001)**, *"Các hợp chất có trong chè và một số phương pháp phân tích thông dụng trong sản xuất chè ở Việt Nam"*, NXB. Nông Nghiệp

5. Alley M. C. , Scudiero et al (1988), "Feasibility of drug screening with panels of human tumor cell lines using a microculture tetrazolium assay", *Cancer Research*, 48: 589-601.
6. Kamran G, Yosef G, Mohammad A, Ebrahimzadeh (2009), "Antioxidants Activity, flavonoids phenol and contents peels and 13 of citrus species tissues", *Pak. J. Pharm. Sci.*, vol.22, No.3, pp.277-281.
7. Mosmann T. (1983), "Rapid colorimetric assay for cellular growth and survival: application to proliferation and cytotoxicity assays", *J. Immunol Meth*, 65: 55-63.
8. Peiyuan Li, Lini Hou, Wei Su, Rumei Lu, Chaocheng Deng, Liangquan Liu, Yongkun Deng, Nana Guo, Chengsheng Lu and Chunling He (2011), "Free radical-scavenging capacity, antioxidant activity and phenolic content of *Pouzolzia zeylanica*", *Journal of the Serbian Chemical Society*, vol. 76, No. 5, pp 709-717.
9. Scudiero D.A., Shoemaker R.H. et al (1988), "Evaluation of a soluble Tetrazolium/Formazan assay for cell growth and drug sensitivity in culture using human and other tumor cell lines", *Cancer Research*, 48: 4827-4833.
10. Tianlu Min, Bruce Bartholomew (2007), "Theaceae" in *Flora of China*, vol 12, 367 – 412, Missouri Botanical Garden Press.

THỰC TRẠNG QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN NĂM 2016

Nguyễn Bá Thắng*, Nguyễn Minh Chung*,
Lê Thị Hà Giang*, Phan Thanh Nhung**

TÓM TẮT²⁴

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 200 bệnh nhân đái tháo đường týp 2 đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời gian từ tháng 01 đến tháng 10 năm 2016 nhằm mô tả thực trạng quản lý điều trị bệnh đái tháo đường týp 2 và xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị bệnh đái tháo đường

týp 2 tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2016. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ người bệnh đạt kiến thức chung về bệnh và chế độ điều trị là 58,8%; tuân thủ chế độ dùng thuốc 67,5%, tuân thủ chế độ ăn 55,5%; tuân thủ chế độ luyện tập thể lực 88,5%; tuân thủ chế độ tự kiểm tra glucose máu 60,5%; tuân thủ chế độ khám định kỳ 90,5%. Tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt glucose máu lúc đói là 41,5%; kiểm soát tốt HbA1c là 45,0%. Các yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị bệnh đái tháo đường týp 2 là: kiến thức về bệnh; tuân thủ chế độ điều trị; kiểm soát glucose máu và HbA1c.

Từ khóa: Quản lý điều trị đái tháo đường týp 2

*Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

** Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bá Thắng

Email: nguyenthathang.cdyt@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

SUMMARY

A cross section study on 200 Patients with type 2 diabetes are treated as outpatients in Thai Nguyen former state central hospital in the period from January to September 2016 with aims to describe a situation of treatment management of type II diabetes and to identify several factors affecting the treatment management of type II diabetes in Thai Nguyen Central General Hospital in 2016. The results showed that the proportion of diabetic patients achieving general knowledge about the disease and treatment regime was 58.8%; compliance with medication regimes accounted for 67.5%, adherence of the diet made up 55.5% ; compliance with physical activity was 88.5%; adherence to self-test a blood glucose was 60.5% of blood glucose; compliance with regular checkups regimes was 90.5%.

The proportion of patients with a good control of fasting blood glucose was 41.5%; a good control of HbA1c accounted for 45,0%. Factors affecting the treatment management of type 2 diabetes included: knowledge on diabetic disease; compliance with treatment regimes; control of blood glucose and HbA1c.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh đái tháo đường là một bệnh rối loạn các chuyển hoá gây tăng glucose máu mãn tính do thiếu insulin tương đối hoặc tuyệt đối của tụy, là một bệnh lý nội tiết chuyển hóa rất phổ biến trên thế giới và hiện nay có xu hướng ngày càng tăng nhanh, mang tính xã hội cao ở nhiều quốc gia và trở thành lực cản của sự phát triển của xã hội.

Quản lý bệnh nhân ĐTĐ đang là thách thức đối với ngành y tế, nếu quản lý không tốt sẽ để lại hậu quả khôn lường cho bệnh nhân, gia đình và xã hội. Quản lý và điều trị tốt là mục tiêu của chương trình phòng chống bệnh ĐTĐ với việc kiểm soát tốt

glucose máu và các yếu tố liên quan sẽ cải thiện và kéo dài cuộc sống có chất lượng của người bệnh, hạn chế biến chứng ở các cơ quan đích [5].

Thái Nguyên là một tỉnh đang phát triển mọi mặt về kinh tế, xã hội, tốc độ đô thị hóa ngày càng tăng nhanh, đời sống nhân dân được cải thiện. Bên cạnh đó Thái Nguyên đang đối diện với thực tế là số người mắc bệnh ĐTĐ ngày một gia tăng, đặc biệt là ĐTĐ tít 2. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng quản lý điều trị bệnh đái tháo đường tít 2 tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, năm 2016.
2. Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị bệnh đái tháo đường tít 2 tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, năm 2016.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu

Gồm 200 người bệnh ĐTĐ tít 2 đang được quản lý điều trị ngoại trú tại phòng khám ĐTĐ, khoa khám bệnh-Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2016 đến tháng 10/2016.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: cỡ mẫu được áp cho nghiên cứu mô tả cắt ngang, xác định một tỷ lệ. Tính được $n=196$, thực tế chúng tôi điều tra 200 người bệnh ĐTĐ tít 2. Chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên hệ thống.

2.3. Phương pháp thu thập số liệu

- Phỏng vấn trực tiếp người bệnh ĐTĐ tít 2 về kiến thức, tuân thủ điều trị

- Thu thập các thông tin cần thiết từ hồ sơ bệnh án của người bệnh như: chỉ số glucose máu và chỉ số HbA1c, bệnh kèm theo/biến chứng do bệnh ĐTĐ.

2.4. Tiêu chuẩn đánh giá về kiến thức và tuân thủ điều trị đái tháo đường

* *Tiêu chuẩn đánh giá về kiến thức:* gồm 21 yếu tố về kiến thức của người bệnh trong điều trị ĐTĐ tít 2. Mỗi yếu tố người bệnh trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai 0 điểm. Tổng điểm về kiến thức là 21 điểm.

Kiến thức đạt = 21 điểm; không đạt < 21 điểm.

* *Tiêu chuẩn đánh giá về tuân thủ:* gồm 17 yếu tố về tuân thủ điều trị bệnh ĐTĐ tít 2, mỗi yếu tố khi người bệnh thực hiện được 1 điểm, không thực hiện được 0 điểm. Tổng điểm về tuân thủ là 17 điểm. Đạt khi = 17 điểm; không đạt < 17 điểm.

2.4. Phương pháp xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, phân tích số liệu sử dụng phần SPSS 18.0. và sử dụng các test thống kê y học.

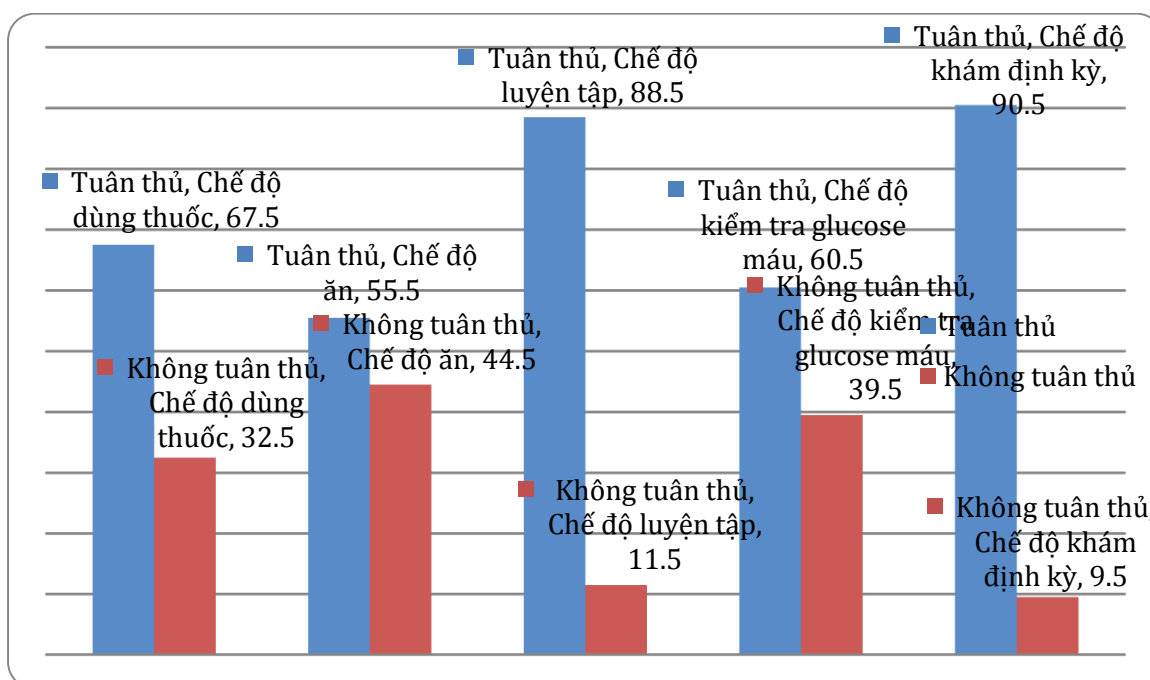
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng quản lý điều trị bệnh đái tháo đường tít 2

Bảng 1: Kiến thức về bệnh và chế độ điều trị đái tháo đường tít 2 của ĐTNC

| Kiến thức về bệnh và chế độ trị bệnh ĐTĐ tít 2 | Đạt | | Không đạt | |
|---|--------------|---------|--------------|---------|
| | Tần số n=200 | Tỷ lệ % | Tần số n=200 | Tỷ lệ % |
| Biết về chỉ số glucose máu được kiểm soát tốt | 165 | 82,5 | 35 | 17,5 |
| Hiểu biết về chế độ điều trị ĐTĐ tít 2 | 103 | 51,5 | 97 | 48,5 |
| Hiểu biết cách dùng thuốc điều trị ĐTĐ tít 2 | 106 | 53,0 | 94 | 47,0 |
| Hiểu biết được chế độ ăn cho người bệnh ĐTĐ | 98 | 49,0 | 102 | 51,0 |
| Hiểu biết về rèn luyện thể lực cho người bệnh ĐTĐ | 99 | 49,5 | 101 | 50,5 |
| Hiểu biết về tự kiểm soát glucose máu | 98 | 49,0 | 102 | 51,0 |

Nhận xét: có 82,5% người bệnh biết về chỉ số glucose máu được kiểm soát tốt. Hiểu biết của người bệnh về chế độ ăn; rèn luyện thể lực và tự kiểm soát glucose máu tại nhà có tỷ lệ (49,0%- 49,5%).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ các loại tuân thủ chế độ điều trị đái tháo đường týp 2 của ĐTNC

Nhận xét: kết quả biểu đồ cho thấy trong số các chế độ tuân thủ điều trị đái tháo đường, người bệnh tuân thủ về chế độ khám định kỳ đúng lịch hẹn của bác sĩ chiếm tỷ lệ cao nhất (90,5%); tuân thủ về chế độ luyện thể lực thường xuyên mỗi ngày 30-60 phút là 88,5% .

Bảng 2: Kết quả kiểm soát glucose máu lúc đói của ĐTNC theo nhóm tuổi

| Nhóm tuổi | Kiểm soát glucose máu | | | |
|----------------|-----------------------|-------------|-------------------------|-------------|
| | Tốt (< 7 mmol/l) | | Chưa tốt (> 7,2 mmol/l) | |
| | n = 200 | Tỷ lệ (%) | n = 200 | Tỷ lệ (%) |
| 40-49 tuổi | 3 | 1,5 | 4 | 2,0 |
| 50-59 tuổi | 5 | 2,5 | 11 | 5,5 |
| ≥ 60 tuổi | 75 | 37,5 | 102 | 51,0 |
| Tổng số | 83 | 41,5 | 117 | 58,5 |

Nhận xét: người bệnh kiểm soát glucose máu chưa được tốt chiếm 58,5% và chủ yếu ở nhóm ≥ 60 tuổi (51,0%); kiểm soát tốt glucose máu là 41,5%.

Bảng 3: Kết quả kiểm soát HbA1c của đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi

| Nhóm tuổi | Kiểm soát HbA1c | | | |
|----------------|-----------------|-------------|------------------|-------------|
| | Tốt (< 7 %) | | Chưa tốt (> 7 %) | |
| | n = 200 | Tỷ lệ (%) | n = 200 | Tỷ lệ (%) |
| 40-49 tuổi | 0 | 0 | 7 | 3,5 |
| 50-59 tuổi | 8 | 4,0 | 8 | 4,0 |
| ≥ 60 tuổi | 82 | 41,0 | 95 | 47,5 |
| Tổng số | 90 | 45,0 | 110 | 55,0 |

Nhận xét: người bệnh kiểm soát HbA1c chưa được tốt chiếm 55,0%; kiểm soát tốt là 45,0%, chủ yếu ở nhóm ≥ 60 tuổi. Trong nhóm 40-49 tuổi không có người bệnh nào được kiểm soát tốt HbA1c.

3.2. Yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị bệnh đái tháo đường týp 2

Bảng 4: Yếu tố kiến thức chung về bệnh và điều trị ĐTD týp 2 với kiểm soát HbA1c

| Yếu tố ảnh hưởng | | Kiểm soát HbA1c | | OR (95% CI) | p |
|------------------|-----------|----------------------------|--------------------|----------------------|-------|
| | | Chưa tốt ($\geq 7\%$) | Tốt ($< 7\%$) | | |
| Kiến thức chung | Không đạt | 77 | 40 | 1,7 (0,96 – 3,04) | 0,068 |
| | Đạt | 44 | 39 | | |

Nhận xét: có mối liên quan, không có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức về bệnh và điều trị đái tháo đường týp 2 với kiểm soát HbA1c ($P > 0,05$). Người bệnh không đạt kiến thức về bệnh và chế độ điều trị đái tháo đường týp 2, có HbA1c $\geq 7\%$ cao gấp 1,7 lần người bệnh đạt kiến thức về bệnh và điều trị đái tháo đường, với khoảng tin cậy 95% CI (0,96-3,04).

Bảng 5: Yếu tố tuân thủ chung điều trị đái tháo đường týp 2 với kiểm soát HbA1c

| Yếu tố ảnh hưởng | | Kiểm soát HbA1c | | OR (95% CI) | p |
|------------------|-----------|----------------------------|--------------------|--------------------|----------|
| | | Chưa tốt ($\geq 7\%$) | Tốt ($< 7\%$) | | |
| Tuân thủ chung | Không đạt | 72 | 33 | 2 (1,15 – 3,64) | $< 0,05$ |
| | Đạt | 49 | 46 | | |

Nhận xét: có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ chung điều trị bệnh ĐTD týp 2 với kiểm soát HbA1c ($p < 0,05$). Người bệnh không đạt tuân thủ chung về chế độ điều trị bệnh ĐTD týp 2 có HbA1c $\geq 7\%$ cao gấp 2 lần người bệnh đạt yêu cầu tuân thủ chung chế độ điều trị bệnh ĐTD týp 2, với khoảng tin cậy 95% CI (0,96-3,04).

Bảng 6: Yếu tố về kiến thức chung điều trị bệnh đái tháo đường týp 2 với tuân thủ chung chế độ điều trị

| Yếu tố ảnh hưởng | | Kiến thức chung điều trị đái tháo đường týp 2 | | OR (95% CI) | p |
|------------------|-----------|---|-----|-------------------------|----------|
| | | Không đạt | Đạt | | |
| Tuân thủ chung | Không đạt | 95 | 10 | 31,5 (14,06 – 70,67) | $< 0,05$ |
| | Đạt | 22 | 73 | | |

Nhận xét: có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung về bệnh và điều trị ĐTD týp 2 với tuân thủ chung trong điều trị bệnh ĐTD týp 2 ($p < 0,05$). Người bệnh có kiến thức chung về bệnh và điều trị ĐTD týp 2 không đạt có tuân thủ chung về điều trị bệnh ĐTD týp 2 không đạt cao gấp 31,5 lần người bệnh có kiến thức đạt, với khoảng tin cậy 95% CI (14,06 – 70,67).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng quản lý đái tháo đường týp 2 tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên năm 2016

Kiến thức về bệnh và điều trị bệnh đái tháo đường týp 2

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ người bệnh có kiến thức tốt về biết cách dùng thuốc điều trị ĐTĐ týp 2 là 53,0% tương đồng với nghiên cứu của Đặng Thị Huệ (2015) 56,7%, nhưng lại thấp hơn nghiên cứu của Lê Thị Hương Giang (2013) là 94,3% [3], [4]. Kiến thức đúng biết về chế độ ăn là 49%, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Lê Thị Hương Giang (2013) là 63,3% [4]. Có sự khác nhau này có thể do cách đánh giá của các nghiên cứu là khác nhau. Trong khi đó để nâng cao tuân thủ chế độ dinh dưỡng cần tăng cao tỷ lệ người bệnh có kiến thức đúng về chế độ dinh dưỡng.

Tuân thủ chế độ điều trị đái tháo đường týp 2

Theo hướng dẫn của Bộ Y tế và theo khuyến cáo của Hiệp hội ĐTĐ Hoa Kỳ (ADA), người bệnh cần phải tuân thủ 5 chế độ, bao gồm: chế độ dùng thuốc, chế độ ăn, chế độ luyện tập, chế độ tự kiểm tra glucose máu tại nhà và chế độ khám định kỳ theo lịch hẹn của bác sĩ [1], [7].

Tuân thủ chế độ luyện tập thể lực là một trong 3 yếu tố không thể thiếu để ổn định glucose máu cho NB trong điều trị ĐTĐ. Nếu TTĐT liên quan đến luyện tập là tập thể lực thường xuyên liên tục với thời gian từ 30-60 phút mỗi ngày, trong 200 người bệnh tham gia nghiên cứu có 88,5% tuân thủ đúng, kết quả này cao hơn rất nhiều các nghiên cứu của Đặng Thị Huệ (2015) có tỷ lệ

13,3% và nghiên cứu của Lê Thị Hương Giang (2013) là 63,3% [3], [4].

Tỷ lệ tuân thủ đúng chế độ thường xuyên tự kiểm tra glucose máu (trước bữa ăn chính hoặc sau ăn 2h) trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 60,5. Kết quả này cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Đặng Thị Huệ (2015) là 20% và nghiên cứu của Lê Thị Hương Giang (2013) là 48,6% [3], [4]. Có sự khác biệt này chủ yếu do sự khác nhau về đối tượng nghiên cứu của chúng tôi phần lớn đến từ thành phố và vùng ngoại ô, việc tiếp cận và sử dụng máy đo glucose máu tại nhà có nhiều thuận lợi.

Kết quả kiểm soát glucose máu của ĐTNC

Kết quả nghiên cứu này cho thấy tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt glucose máu trong lúc đói là 41,5%, trong đó chủ yếu là ở nhóm người bệnh từ 60 tuổi trở lên với 37,5%. và tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt HbA1c là 45,0% và người bệnh thuộc nhóm tuổi từ 60 trở lên chiếm tỷ lệ cao nhất với 41%. Việc kiểm soát tốt các chỉ số glucose máu và HbA1c có giá trị rất quan trọng trong điều trị ĐTĐ týp 2 và phòng chống các biến chứng có thể xảy ra. Để nâng cao tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt 2 chỉ số này cần có sự quản lý tốt hơn của CBYT trong tư vấn nâng cao hiểu biết của người bệnh chung về kiến thức và tuân thủ các chế độ điều trị ĐTĐ týp 2, đặc biệt là đối với NB lớn tuổi.

4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến quản lý điều trị đái tháo đường týp 2

Để tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng tới quản lý điều trị bệnh ĐTĐ týp 2, trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá qua kiến thức đúng và tuân thủ tốt điều trị. Công tác

quản lý tốt của cán bộ y tế đối với người bệnh sẽ thể hiện qua người bệnh có kiến thức đúng và tuân thủ tốt các chế độ điều trị, từ đó ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả HbA1c của người bệnh.

Kết quả nghiên cứu này cho thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ chung điều trị ĐTĐ týp 2 với kiểm soát HbA1c ($p < 0,05$). Người bệnh tuân thủ chung điều trị ĐTĐ týp 2 không đạt có chỉ số HbA1c cao trên 7% gấp 2 lần người bệnh có tuân thủ chung đạt.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung về bệnh và điều trị ĐTĐ týp 2 với tuân thủ chung trong điều trị ĐTĐ týp 2 ($p < 0,05$). Người bệnh có kiến thức chung về bệnh và điều trị ĐTĐ týp 2 không đạt có tuân thủ chung về điều trị ĐTĐ týp 2 không đạt cao gấp 31,5 lần người bệnh có kiến thức đạt.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ người bệnh có kiến thức chung về bệnh và điều trị ĐTĐ týp 2 là 41,5%.

- Tỷ lệ người bệnh tuân thủ chung chế độ điều trị ĐTĐ týp 2 là 47,5%.

- Tỷ lệ người bệnh kiểm soát tốt glucose máu lúc đói là 41,5% và HbA1c là 45,0%.

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuân thủ chung điều trị ĐTĐ týp 2 với kiểm soát HbA1c ($P < 0,05$).

- Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kiến thức chung về bệnh và điều trị ĐTĐ týp 2 với tuân thủ chung trong điều trị ĐTĐ týp 2 ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế (2011)**, “*Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị Đái tháo đường týp 2*”. Quyết định số 3280/QĐ-BYT ngày 09 tháng 09 năm 2011, Bộ Y tế.
- Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội (2005)**, “*Bệnh đái đường*”, *Bệnh học Nội khoa sau đại học*, tr. 214-229.
- Đặng Thị Huệ (2015)**, “*Tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan của người bệnh đái tháo đường type 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hưng Yên, năm 2015*”, Luận văn Thạc sỹ Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.
- Lê Thị Hương Giang (2013)**, “*Đánh giá tuân thủ điều trị bệnh đái tháo đường type 2 và một số yếu tố liên quan của người bệnh ngoại trú tại bệnh viện 198, năm 2013*”, Luận văn Thạc sỹ, Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
- Nguyễn Liên (2014)**, *Mục tiêu điều trị và các chiến lược kiểm soát đái tháo đường*, Glucerna.com.vn, ngày 20 tháng 7 năm 2014.
- Tạ Văn Bình (2003)**, *Thực hành quản lý và điều trị bệnh đái tháo đường*, Nhà xuất bản y học.
- American Diabetes Association (2011)**, “Standards of Medical Care in diabetes-2011”, *Diabetes Care. January 2011. vol 34 (Suppl.1)*, tr. S11-61.

NỒNG ĐỘ hsCRP VÀ MỘT SỐ CHỈ SỐ HÓA SINH HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG MỚI MẮC TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA THÁI NGUYÊN

Nguyễn Thị Hoa*, Trần Bảo Ngọc*

TÓM TẮT²⁵

Mục tiêu: 1) Xác định nồng độ hsCRP và một số chỉ số hóa sinh huyết tương ở bệnh nhân ĐTĐ mới mắc tại bệnh viện trường đại học Y khoa Thái Nguyên. 2) Phân tích mối liên quan giữa nồng độ hsCRP với nồng độ glucose, tỷ lệ HbA_{1c} và một số yếu tố khác. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 52 bệnh nhân đái tháo đường (BN ĐTĐ) type 2 mới phát hiện lần đầu. Kết quả: 1) Nồng độ hsCRP, glucose, tỷ lệ HbA_{1c} tương ứng là $3,37 \pm 2,01$ mg/L; $11,2 \pm 4,1$ mmol/L; $9,1 \pm 1,8$ %, tỷ lệ BN tăng nồng độ hsCRP huyết tương là 51,9%. 2) Nồng độ hsCRP ở nhóm BN thừa cân béo phì là $3,94 \pm 2,19$ mg/L, nhóm không thừa cân béo phì là $2,60 \pm 1,44$ mg/L. Nồng độ hsCRP huyết tương có tương quan với chỉ số BMI, nồng độ glucose, HbA_{1c} và một số thành phần lipid huyết tương. Kết luận: 1) Tăng nồng độ hsCRP và một số chỉ số hóa sinh huyết tương ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ type 2 mới mắc. 2) Nồng độ hsCRP tăng theo chỉ số khối cơ thể và có mối tương quan thuận, có ý nghĩa với một số chỉ số hóa sinh huyết tương.

Từ khóa: hsCRP, đái tháo đường mới phát hiện

SUMMARY

PLASMA hsCRP AND SOME BIOCHEMISTRY IN NEWLY DIAGNOSED TYPE 2 DIABETES IN THAI NGUYEN MEDICAL COLLEGE HOSPITAL

Objective: 1) Evaluate the values of plasma hsCRP and some biochemistry in newly diagnosed type 2 diabetes. 2) Analyze the correlation between hsCRP with other factor. Method: a cross-sectional study of 52 new diagnosed type 2 diabetes. Result: 1) The mean values of plasma hsCRP, glucose and HbA_{1c} were $3,37 \pm 2,01$ mg/L; $11,2 \pm 4,1$ mmol/L; $9,1 \pm 1,8$ %, respectively, the rate of elevated hsCRP was 51,9%. 2) Plasma hsCRP concentration in overweight and obesity were $3,94 \pm 2,19$ mg/L and in normal weight were $2,60 \pm 1,44$ mg/L. Plasma hsCRP concentration correlated median and positive with BMI, glucose, HbA_{1c} and lipid profile. Conclusion: 1) Increasing levels of hsCRP and some biochemistry tests in newly diagnosed type 2 diabetes. 2) Plasma hsCRP levels increased with body mass index and correlated with some biochemistry tests.

Key word: hsCRP, diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một vấn đề sức khỏe cộng đồng nổi cộm trên toàn thế giới với tỷ lệ biến chứng rất cao. Bệnh được đặc trưng bởi rối loạn chuyển hóa glucid mạn tính. Tỷ lệ bệnh có xu hướng phát triển tăng dần theo thời gian và theo tốc độ phát triển của xã hội.

* Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa
Email: hoanguyenth74@yahoo.com.vn
Ngày nhận bài:
Ngày phân biên khoa học:
Ngày duyệt bài:

Hiện tượng viêm mạn tính có phải là tác nhân gây ĐTD hay không? Đây là vấn đề ngày càng được quan tâm hơn [3]. High sensitive C-reactive protein (hsCRP), là một marker của hiện tượng viêm mạn tính, đây là một protein do gan tổng hợp cùng với một số yếu tố khác như yếu tố hoại tử mô và interleukin 1 và interleukin 6. Những yếu tố này có ảnh hưởng đến xơ vữa mạch và là yếu tố nguy cơ gây bệnh tim mạch. Cho đến nay, có nhiều bằng chứng cho rằng các yếu tố viêm có thể đóng vai trò trung gian quan trọng trong sinh bệnh học, là cầu nối giữa bệnh ĐTD và các bệnh phối hợp khác thông qua cơ chế viêm trong đó hsCRP, là dấu ấn nhạy cảm của hệ thống viêm, liên quan đến tình trạng tăng glucose huyết, kháng insulin và ĐTD type 2 [5]. Hơn nữa, theo nghiên cứu của tác giả Nakanishi ở 396 nam và 551 nữ người Mỹ gốc Nhật, được xác định là không bị mắc ĐTD bằng sử dụng nghiệm pháp tăng đường huyết lúc đói bằng đường uống và xét nghiệm hsCRP huyết tương tại thời điểm nghiên cứu. Những đối tượng này được theo dõi trong vòng 6,5 năm tiếp theo. Kết quả nghiên cứu cho thấy ở nhóm đối tượng có nồng độ hsCRP ở tứ phân vị cao thì nguy cơ bị ĐTD cao hơn 2,84 lần so với đối tượng có nồng độ hsCRP ở tứ phân vị thấp [7]. Tác giả Wang (2006) nghiên cứu ở 620 đối tượng không mắc ĐTD và được định lượng nồng độ hsCRP tại thời điểm nghiên cứu. Các đối tượng này được theo dõi tiếp tục trong 11 năm để xác định tỷ lệ ĐTD mắc mới hàng năm, kết quả cho thấy tỷ lệ mắc ĐTD tăng dần từ 10,8; 16,6 và 28/1000/năm tương ứng với nồng độ hsCRP ở tứ phân vị thấp, trung bình và cao. Những người có nồng độ hsCRP huyết tương ở tứ phân vị cao thì nguy cơ bị mắc ĐTD cao gấp 1,75 lần so với những người có nồng độ hsCRP ở tứ

phân vị thấp [6]. Nồng độ hsCRP huyết tương cao có liên quan đến tiến triển của bệnh ĐTD. Nồng độ hsCRP ở những bệnh nhân ĐTD mới mắc thay đổi như thế nào? Vì vậy, đề tài này được thực hiện với mục tiêu:

1. Xác định nồng độ hsCRP và một số chỉ số hóa sinh huyết tương ở bệnh nhân ĐTD mới mắc tại bệnh viện trường Đại học Y khoa Thái Nguyên.

2. Phân tích mối liên quan giữa nồng độ hsCRP với nồng độ glucose, tỷ lệ HbA1C và một số yếu tố khác.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 52 BN ĐTD type 2 mới được phát hiện lần đầu tại bệnh viện trường đại học Y khoa Thái Nguyên năm 2016.

BN không tăng huyết áp, chưa được điều trị với bất kỳ loại thuốc hạ glucose, thuốc hạ áp hay thuốc hạ lipid máu.

+ Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Chọn theo chủ đích, cỡ mẫu thuận tiện.

+ Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu: Tiền sử đã sử dụng các thuốc điều trị ĐTD và rối loạn chuyển hóa lipid, có thai hoặc cho con bú.

+ Các tiêu chuẩn chẩn đoán:

- Tiêu chuẩn chẩn đoán ĐTD theo tiêu chuẩn của WHO năm 2001.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán tăng hsCRP: Bình thường, nồng độ hsCRP ở dạng vết (<0,6mg/mL). Tăng nồng độ hsCRP khi $hsCRP \geq 3$ mg/L [4].

- Tiêu chuẩn rối loạn lipid huyết tương theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch Việt Nam năm 2006:

- Nồng độ cholesterol huyết tương $\geq 5,2$ mmol/L.

- Nồng độ triglycerid huyết tương $\geq 1,7$ mmol/L.

- Nồng độ HDL-C huyết tương $\leq 1,0$ mmol/L.

- Nồng độ LDL-C huyết tương $\geq 3,1$ mmol/L.

+ Đối tượng nghiên cứu được lấy máu tĩnh mạch vào buổi sáng, lúc đói. Mẫu máu được ly tâm lấy huyết tương và làm xét nghiệm ngay.

2.2. Thời gian nghiên cứu

Từ tháng 1/2016-10/2016

2.3. Địa điểm nghiên cứu

Khoa Xét nghiệm, khoa Khám bệnh Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang

2.5. Thiết bị nghiên cứu

Máy xét nghiệm sinh hóa tự động OLYMPUS AU480.

Hóa chất do hãng BECKMAN COULTER cung cấp.

2.6. Chỉ tiêu nghiên cứu

- Định lượng nồng độ hsCRP theo phương pháp miễn dịch đo độ đục. Định lượng glucose và một số thành phần lipid huyết tương theo qui trình chuẩn, thực hiện trên máy AU 480.

- Xác định tỷ lệ HbA1C theo phương pháp miễn dịch đo độ đục, thực hiện trên máy AU 480.

- Chỉ tiêu lâm sàng: tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), huyết áp tối đa (HATĐ), huyết áp tối thiểu (HATT).

2.7. Kỹ thuật thu thập số liệu

Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án.

2.8. Phương pháp xử lý số liệu

Theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng ở nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường mới mắc

| Chỉ số \ Nhóm NC | $\bar{X} \pm SD$ | Min | Max |
|--------------------------|------------------|------|------|
| Tuổi (năm) | 57,7 \pm 5,6 | 44 | 70 |
| BMI (kg/m ²) | 23,5 \pm 2,6 | 17,6 | 29,1 |
| HATĐ (mmHg) | 124,1 \pm 9,3 | 100 | 140 |
| HATT (mmHg) | 78,48 \pm 6,4 | 70 | 90 |
| Giới (nam/nữ) | 23/29 | | |

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 57,7 \pm 5,6 (năm), có 6 bệnh nhân có độ tuổi < 50 tuổi chiếm 11,5%, chỉ số khối cơ thể trung bình là 23,5 \pm 2,6 (kg/m²), tỷ lệ nam chiếm 44,2%, nữ chiếm 55,6%.

Bảng 3.2. Nồng độ hsCRP và glucose ở bệnh nhân đái tháo đường mới mắc

| Chỉ số \ Nhóm NC | $\bar{X} \pm SD$ | Bình thường | | Tăng | |
|------------------|------------------|-------------|------|------|------|
| | | n | % | n | % |
| hsCRP (mg/L) | 3,37 \pm 2,01 | 25 | 48,1 | 27 | 51,9 |
| Glucose (mmol/L) | 11,2 \pm 4,1 | 0 | 0 | 52 | 100 |
| HbA1C (%) | 9,1 \pm 1,8 | 0 | 0 | 52 | 100 |

Nhận xét: Nồng độ hsCRP, glucose và tỷ lệ HbA1C đều cao hơn mức bình thường, tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ hsCRP tăng là khá cao chiếm 51,9%.

Bảng 3.3. Nồng độ lipid huyết tương ở bệnh nhân đái tháo đường mới mắc

| Chỉ số | Nhóm NC | $\bar{X} \pm SD$ | Bình thường | | Rối loạn lipid | |
|---|---------|------------------|-------------|------|----------------|------|
| | | | n | % | n | % |
| Cholesterol _{TP} (mmol/L) | | 5,46±1,54 | 18 | 34,6 | 34 | 65,4 |
| Triglycerid (mmol/L) | | 2,61±2,15 | 17 | 32,7 | 35 | 67,3 |
| HDL-C (mmol/L) | | 0,91±0,17 | 12 | 23,1 | 40 | 76,9 |
| LDL-C (mmol/L) | | 3,12±2,01 | 22 | 42,3 | 30 | 57,7 |
| Tỷ lệ rối loạn 1 thành phần lipid huyết tương | | | | | 44 | 84,6 |

Nhận xét: Nồng độ một số thành phần lipid huyết tương đều cao hơn mức bình thường (theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch Việt Nam), tỷ bệnh nhân tăng nồng độ cholesterol_{TP} là 65,4%, tăng triglycerid là 67,3%, tăng LDL-C là 57,7%, giảm nồng độ HDL-C là 76,9%, tỷ lệ rối loạn một thành phần lipid huyết tương là 84,6%.

Bảng 3.4. Đặc điểm lâm sàng, nồng độ hsCRP và một số chỉ số hóa sinh huyết tương ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ theo nồng độ hsCRP huyết tương

| Chỉ số | Nhóm NC | hsCRP <3mg/L (n=25) | hsCRP ≥3mg/L (n=27) | p |
|---------------------------------------|---------|------------------------|------------------------|-------|
| Tuổi (năm) | | 57,6±5,4 | 57,7±5,8 | >0,05 |
| BMI (kg/m ²) | | 21,9±2,8 | 24,7±2,3 | <0,01 |
| HATĐ (mmHg) | | 120,4±9,2 | 128,2±7,6 | <0,01 |
| HATT (mmHg) | | 75,2±7,9 | 81,2±5,6 | <0,01 |
| Glucose (mmol/L) | | 8,8±1,0 | 13,5±4,6 | <0,01 |
| HbA1C (%) | | 7,96±0,94 | 10,17±1,83 | <0,01 |
| Cholesterol _{TP} (mmol/L) | | 4,92±0,95 | 6,60±1,58 | <0,05 |
| Triglycerid (mmol/L) | | 1,95±1,16 | 4,36±3,35 | <0,01 |
| HDL-C (mmol/L) | | 0,95±0,17 | 0,77±0,12 | <0,01 |
| LDL-C (mmol/L) | | 2,84±0,64 | 3,73±0,65 | <0,01 |

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ có nồng độ hsCRP không bình thường (hsCRP≥3mg/L) thì chỉ số BMI, huyết áp cũng như một số chỉ số hóa sinh cao hơn so với nhóm bệnh nhân ĐTĐ có nồng độ hsCRP bình thường (hsCRP<3mg/L), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê p<0,01.

3.2. Mối liên quan giữa nồng độ hsCRP với một số yếu tố khác

Bảng 3.5. Tương quan giữa nồng độ hsCRP với một số chỉ số hóa sinh ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ

| Chỉ số | n | r | p |
|--------------------------|----|------|-------|
| Tuổi (năm) | 52 | 0,02 | >0,05 |
| BMI (kg/m ²) | 52 | 0,31 | <0,05 |
| Glucose (mmol/L) | 52 | 0,73 | <0,05 |

| | | | |
|------------------------------------|----|-------|-------|
| HbA1C (%) | 52 | 0,66 | <0,05 |
| Cholesterol _{TP} (mmol/L) | 52 | 0,51 | <0,05 |
| Triglycerid (mmol/L) | 52 | 0,33 | <0,05 |
| HDL-C (mmol/L) | 52 | -0,16 | >0,05 |
| LDL-C (mmol/L) | 52 | 0,48 | <0,05 |

Nhận xét: Có mối tương quan thuận, mức độ vừa, có ý nghĩa giữa nồng độ hsCRP huyết tương với chỉ số BMI, glucose và một số thành phần lipid huyết tương như cholesterol_{TP}, triglycerid, LDL-C.

Bảng 3.6. Liên quan với BMI

| Chỉ số | BMI<23 (n=22) | BMI≥23 (n=30) | P |
|------------------|------------------|------------------|--------|
| hsCRP (mg/L) | 2,60±1,44 | 3,94±2,19 | <0,01 |
| Glucose (mmol/L) | 9,13±2,04 | 12,90±4,60 | <0,05 |
| HbA1C (%) | 2,60±1,44 | 3,94±2,19 | <0,001 |

Nhận xét: Ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ có thừa cân, béo phì, nồng độ hsCRP, glucose huyết tương cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân không thừa cân béo phì.

IV. BÀN LUẬN

hsCRP là marker của hiện tượng viêm mạn tính và marker này thường được sử dụng trong một số bệnh lý liên quan đến viêm mạn tính như béo phì, ĐTĐ type 2 và càng ngày càng có nhiều bằng chứng liên quan giữa tình trạng kháng insulin và hiện tượng viêm mạn tính [7]. Nghiên cứu của tác giả Barzilay cho thấy hsCRP là yếu tố dự báo ĐTĐ ở các nước phương Tây. Nghiên cứu được thực hiện trên 5.888 người tình nguyện ở độ tuổi trên 65 (là những thành viên của trung tâm nghiên cứu về sức khỏe tim mạch) được theo dõi nồng độ glucose và hsCRP trong đó có 4.481 người được theo dõi trong vòng 3-4 năm, kết quả nghiên cứu cho thấy có 45 người bị ĐTĐ, đây là nhóm người có nồng độ hsCRP cao hơn có ý nghĩa so với nhóm người không ĐTĐ [5]. Hiện tượng viêm đóng vai trò là tác nhân gây rối

loạn chuyển hóa glucose, là yếu tố dự báo ĐTĐ ở người trung tuổi (trích dẫn theo [5]).

Nghiên cứu về nồng độ hsCRP huyết tương ở bệnh nhân ĐTĐ mới phát hiện lần đầu, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: nồng độ hsCRP huyết tương là 3,37±2,01 mg/L, tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ hsCRP huyết tương ≥3mg/L là 51,9%. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Vũ Xuân Nghĩa (3,37±2,01 mg/L so với 2,3 ± 0,9 mg/L) nghiên cứu ở 58 BN ĐTĐ mới phát hiện lần đầu tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương. Có sự khác biệt trên có thể do Thái Nguyên là tỉnh miền núi với nhiều dân tộc khác nhau và có lẽ do sự quan tâm của người dân đối với bệnh ĐTĐ còn chưa cao nên người bệnh đến với cơ sở y tế khi bệnh đã diễn biến nặng với nồng độ glucose huyết tương là 11,2±4,1 mmol/L, HbA_{1C} là 9,1±1,8%, cao hơn nhiều

so với nghiên cứu của tác giả Vũ Xuân Nghĩa với nồng độ glucose, HbA₁C tương ứng là $8,5 \pm 2,6$ mmol/L, 7,9% [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về nồng độ hsCRP cũng như nồng độ glucose, tỷ lệ HbA₁C đều thấp hơn so với kết quả của tác giả Vũ Văn Nguyên nghiên cứu ở 69 bệnh nhân ĐTĐ tại Hải Dương, với nồng độ hsCRP, glucose, HbA₁C tương ứng là $6,8 \pm 4,4$ mg/L, $18,4 \pm 6,9$ mmol/L, $10,6 \pm 2,5\%$, tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ hsCRP huyết tương ≥ 3 mg/L là 63,8%. Có sự khác biệt này có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi trẻ hơn (57,7 (năm) so với 63,5 (năm)), đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân đến khám ngoại trú còn đối tượng trong nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Nguyên là những bệnh nhân điều trị nội trú đến cơ sở y tế đã có triệu chứng lâm sàng. Vì vậy, các chỉ số cận lâm sàng như glucose, HbA₁C cũng như một số thành phần lipid huyết tương trong nghiên cứu của chúng tôi đều thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Vũ Văn Nguyên [2]. Nồng độ hsCRP huyết tương trong nghiên cứu của tác giả Gupta ở 54 bệnh nhân ĐTĐ mới mắc là $4,07 \pm 1,96$ mg/L [3], kết quả nghiên cứu này gần giống so với nghiên cứu của chúng tôi.

Tác giả Amanullah nghiên cứu về nồng độ hsCRP huyết tương ở 400 bệnh nhân ĐTĐ và 40 người khỏe mạnh bình thường, kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ hsCRP huyết tương ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ là $4,8 \pm 3,4$ mg/L, cao hơn có ý nghĩa so với nhóm chúng là $2,5 \pm 2,9$ mg/L. Ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ có nồng độ hsCRP huyết tương ≥ 3 mg/L có chỉ số BMI, huyết áp, nồng độ

glucose, HbA₁C cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân ĐTĐ có nồng độ hsCRP < 3 mg/L. Nồng độ hsCRP có mối tương quan thuận, mức độ vừa, có ý nghĩa với chỉ số BMI, glucose, HbA₁C [4]. Kết quả nghiên cứu này gần giống với nghiên cứu của chúng tôi.

Liên quan giữa ĐTĐ và béo phì có thể là những yếu tố viêm được sản xuất bởi mô mỡ. Các yếu tố viêm này có thể ảnh hưởng đến kháng insulin và hấp thu glucose, thúc đẩy gan tăng tổng hợp acid béo và tăng hsCRP. Một trong những cơ chế liên quan đến yếu tố viêm này là do ảnh hưởng đến chất vận chuyển GLUT4 trên bề mặt tế bào [4]. Vì vậy, glucose, HbA₁C, hsCRP huyết tương ở nhóm bệnh nhân thừa cân, béo phì cao hơn so với nhóm bình thường (kết quả bảng 3.5).

Có mối tương quan thuận, mức độ vừa, có ý nghĩa giữa nồng độ hsCRP huyết tương với nồng độ một số thành phần lipid huyết tương, mối liên quan này có thể do sự hình thành tế bào bọt tăng làm tăng nồng độ một số thành phần lipid máu, đặc biệt là triglycerid, đây là kiểu rối loạn lipid máu thường gặp nhất ở bệnh nhân ĐTĐ và hậu quả dẫn đến rối loạn chức năng nội mạc. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: yếu tố viêm có liên quan chặt chẽ với kháng insulin và ĐTĐ, điều này cũng tương đồng với giả thuyết cho rằng viêm đóng vai trò quan trọng trong cơ chế sinh bệnh học của ĐTĐ [3].

V. KẾT LUẬN

1. Tăng nồng độ hsCRP, glucose, một số thành phần lipid huyết tương và tỷ lệ HbA_{1c} ở bệnh nhân ĐTĐ mới mắc. Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ có nồng độ hsCRP \geq 3mg/L là 51,9%. Ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ mới mắc có nồng độ hsCRP \geq 3mg/L thì nồng độ glucose, lipid huyết tương cũng như huyết áp cao hơn có ý nghĩa so với nhóm bệnh nhân có nồng độ hsCRP bình thường.

2. Nồng độ hsCRP huyết tương cao hơn ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ có thừa cân, béo phì. Nồng độ hsCRP huyết tương có mối tương quan thuận, khá chặt, có ý nghĩa với nồng độ glucose, tỷ lệ HbA_{1c} và tương quan thuận, mức độ vừa, có ý nghĩa với nồng độ cholesterol, triglycerid cũng như nồng độ LDL-C huyết tương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Xuân Nghĩa, Phạm Thắng, Vũ Thị Thanh Huyền (2014)**, "Nồng độ protein phản ứng C và interleukin 6 ở bệnh nhân đái tháo đường mới được phát hiện", *Tạp chí Y - Dược học Quân sự*, số 5, trang 77-82.
2. **Vũ Văn Nguyên (2015)**, "Thực trạng bệnh Đái tháo đường type 2 mới phát hiện điều trị nội trú tại khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương trong 6 tháng đầu năm 2013", *Hội nghị Khoa học Tỉnh Kon Tum 2015*, trang 21-29.
3. **Abha Gupta, Kumar D (2015)**, "To study the association of high sensitivity C-reactive protein with newly diagnosed DM type 2", *JACM* 16 (1), trang 12-15.
4. **Amanullah S, Abdulla Jarari, Muralikrishnan Govindan, et al. (2010)**, "Association of hs-CRP with Diabetic and Non-diabetic individuals", *Jordan Journal of Biological Sciences*, 1995-1763, trang 7-12.
5. **Barzilay JI, Abraham L, Heckbert SR, et al. (2001)**, "The relation of markers of inflammation to the development of glucose disorders in the elderly: the Cardiovascular Health Study", *Diabetes*, 50 (10), trang 2384-2389.
6. **Zhiqiang Wang (2006)**, "C-reactive protein and the risk of developing type 2 diabetes in Aboriginal Australians", *Diabetes Research and Clinical Practice*, 12, trang 10-19.
7. **Shuhei Nakanishi, Kiminori Yamane, Nozomu Kamei, et al (2003)**, "Elevated C-Reactive Protein Is a Risk Factor for the Development of Type 2 Diabetes in Japanese Americans", *Diabetes Care* 26, 26, trang 2754-2757.

YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN LO LẮNG TRƯỚC PHẪU THUẬT Ở BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT Ổ BỤNG TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Trần Văn Lợi*, Phạm Thị Hải Giang*
Đào Trọng Tuyên*, Lê Việt Anh*, Nguyễn Anh Tú*

TÓM TẮT²⁶

Mục đích của nghiên cứu này là kiểm tra mối liên quan giữa giới tính, thời gian chờ đợi phẫu thuật, không chắc chắn thông tin, và lo lắng trước phẫu thuật ở những bệnh nhân trải qua phẫu thuật ổ bụng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Việc lấy mẫu ngẫu nhiên đơn giản được sử dụng để chọn 100 bệnh nhân trải qua phẫu thuật bụng. Dữ liệu được thu thập từ tháng 3 đến tháng 6 năm 2015. Dụng cụ nghiên cứu bao gồm 3 bộ câu hỏi bao gồm các câu hỏi về nhân khẩu học, đánh giá tình trạng lo lắng trước mổ, Mishel Uncertainty in Illness Scale. Hệ số α của lo lắng trước mổ và MUIS lần lượt là 0,85, 0,89 tương ứng. Dữ liệu được phân tích bằng cách sử dụng số liệu thống kê mô tả và mô tả mối tương quan. Kết quả cho thấy 53% số mẫu là nam giới và 47% mẫu là nữ. Điểm trung bình thời gian chờ đợi cho ca phẫu thuật là 5,95 ngày (SD = 2,24). Điểm trung bình của sự không chắc chắn thông tin là 85,70 (SD = 16,13). Các điểm số trung bình của sự lo lắng trước phẫu thuật ở những bệnh nhân trải qua phẫu thuật bụng là 51,65 (SD = 8,28) và có mối tương quan tích cực giữa thời gian chờ đợi phẫu thuật, không chắc chắn thông tin, và lo lắng trước phẫu thuật ($r = 0,32, p < 0,01$; $r = 0,45, p < 0,01$ tương ứng). Kết quả của nghiên cứu đã chỉ ra rằng các điều

đương nên quan tâm về việc đánh giá thời gian chờ đợi phẫu thuật và sự không chắc chắn thông tin một cách thường xuyên để phát triển các can thiệp điều dưỡng giúp giảm lo âu trước phẫu thuật của bệnh nhân trải qua phẫu thuật bụng.

Từ khóa: Lo lắng tiền phẫu thuật, phẫu thuật bụng, sự không chắc chắn thông tin.

SUMMARY

Preoperative anxiety was described as an unpleasant state of uneasiness or tension among surgical patients. Understanding factors related to preoperative anxiety is the first crucial step to improve the quality of preoperative nursing care as well as postoperative nursing care. The purpose of this study was to examine the relationships between, length of waiting time for the surgery, uncertainty, and preoperative anxiety among patients undergoing abdominal surgery in Thai Nguyen National General Hospital, Vietnam. The simple random sampling was used to select 100 patients undergoing abdominal surgery. Data were collected from March to April 2015. The findings showed that 53% of the sample was males and 47% of the sample was females. The mean score of length of waiting time for the surgery was 5.95 day (SD = 2.24). The mean score of uncertainty was 85.70 (SD = 16.13). The mean scores of preoperative anxiety among patients undergoing abdominal surgery was 51.65 (SD = 8.28) and there were positive correlation between length of waiting time for the surgery, uncertainty, and preoperative anxiety ($r=0.32, p < .01$; $r=0.45, p < .01$ respectively). The findings indicated that nurses should concern on evaluating trait anxiety, length of waiting time

* Trường cao đẳng Y tế Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

for the surgery, and uncertainty regularly in order to develop nursing intervention for reducing preoperative anxiety of patients undergoing abdominal surgery.

Keywords: *Preoperative anxiety, abdominal surgery, uncertainty.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lo lắng trước phẫu thuật là một mối quan tâm lớn cho bệnh nhân trải qua phẫu thuật. Nó có xu hướng phổ biến trong phẫu thuật ổ bụng. Lo lắng trước phẫu thuật đã được mô tả như là một trạng thái khó chịu hay căng thẳng của bệnh nhân. Nhiều nghiên cứu đã tiết lộ rằng một số lượng đáng kể của bệnh nhân trải qua các phẫu thuật có sự lo lắng cao trước phẫu thuật. Sự phổ biến của sự lo lắng trước phẫu thuật là 92% bệnh nhân, với khoảng 60% đến 80% của tất cả các bệnh nhân phẫu thuật trong phương Tây. Lo lắng trước phẫu thuật cũng là một vấn đề quan trọng ở Việt Nam [1]. Một cuộc khảo sát ở Bệnh viện Hà Nội cho thấy 97,3% số bệnh nhân đã được phẫu thuật bụng có trải qua lo lắng trước phẫu thuật. Như vậy, sự lo lắng trước phẫu thuật là một vấn đề khó khăn trong việc chăm sóc trước phẫu thuật của bệnh nhân.

Lo lắng trước phẫu thuật có thể dẫn đến nhiều biến chứng và nguy cơ như tăng nhịp tim, huyết áp, đánh trống ngực, co mạch, buồn nôn, nôn mửa, và đau hậu phẫu. Nó cũng làm tăng các rủi ro liên quan đến phẫu thuật bao gồm sự chậm trễ trong việc làm lành vết thương, điều trị tại bệnh viện lâu hơn, hoặc nhiễm trùng. Những tác động tiêu cực có thể làm tăng chi phí điều trị và có thể trở thành gánh nặng kinh tế cho bệnh nhân và gia đình của họ [2]. Ngoài ra, lo lắng

trước phẫu thuật có thể thay đổi cách thức một cá nhân suy nghĩ, cảm nhận và hành vi. Cảm xúc tiêu cực như lo âu có thể ảnh hưởng đến hệ thống miễn dịch của cơ thể, gây ra tình trạng giấc ngủ kém.

Sự lo lắng trước phẫu thuật khác nhau giữa các cá nhân, phản ánh sự khác biệt về sinh lý, tâm lý và xã hội của họ. Kết quả nó là một thách thức cho điều dưỡng để quản lý lo lắng trước phẫu thuật của bệnh nhân. Hiểu được lo lắng của bệnh nhân trước phẫu thuật và các yếu tố liên quan có thể nâng cao được chất lượng chăm sóc của điều dưỡng. Các điều dưỡng sẽ có thể phân biệt các bệnh nhân có nguy cơ cao về lo lắng và các bệnh nhân có nguy cơ thấp từ đó có các kế hoạch chăm sóc cho phù hợp với từng bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu

Một nghiên cứu mô tả cắt ngang

2. Quần thể và cỡ mẫu

Quần thể mục tiêu của nghiên cứu này là các bệnh nhân trải qua phẫu thuật ổ bụng tại khoa ngoại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên vào năm 2015. Phẫu thuật bụng như đường tiêu hóa, gan, dạ dày, túi mật và ống mật, thận, tuyến tụy và lách. Đã có hơn 150 bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật bụng trong mỗi tháng tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Tiêu chuẩn nghiên cứu: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, có khả năng giao tiếp trả lời câu hỏi nhà nghiên cứu đưa ra, sẵn sàng tham gia vào nghiên cứu này

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có các biến chứng sau mổ như: Shock, nhiễm trùng, xuất huyết vv.. Cỡ mẫu được tính toán dựa trên công thức của Thorndike [3] như sau:

$N \geq 10(k) + 50$ trong đó: N = kích thước mẫu; k = Biến độc lập và biến phụ thuộc. Nghiên cứu này có 2 biến độc lập và một biến phụ thuộc. Do đó, kích cỡ mẫu trong nghiên cứu này tối thiểu là 80 bệnh nhân.

Chọn mẫu: Việc lấy mẫu ngẫu nhiên đơn giản được sử dụng trong nghiên cứu này để có được một mẫu đại diện. Kỹ thuật này được bảo đảm rằng mỗi bệnh nhân có một cơ hội như nhau để chọn. Mỗi ngày, các nhà nghiên cứu đi đến khu phẫu thuật tổng quát để hỏi điều dưỡng trưởng cho danh sách các bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng. Sau đó nhà nghiên cứu viết mỗi bệnh nhân bằng số trên mẫu giấy. Tiếp theo, cho chúng vào trong một hộp, trộn đều, sau đó rút ra 50% bệnh nhân. Bệnh nhân được lựa chọn mỗi ngày bằng cách lấy mẫu ngẫu nhiên cho đến khi kích thước mẫu mong muốn đạt được.

3. Thiết lập nghiên cứu

Nghiên cứu này được tiến hành tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên. Đây là bệnh viện lớn nhất ở tỉnh Thái Nguyên. Bệnh viện có gần 1000 giường với 40 khoa. Hai trong số đó là khoa phẫu thuật ổ bụng, tiết niệu có thể được thực hiện phẫu thuật bao gồm đường tiêu hóa, gan, lách, tụy, thận, bàng quang và ống dẫn mật. Khoa ngoại ổ bụng và tiết niệu có 50 giường cho bệnh nhân phẫu thuật. Các khoa phẫu thuật tiết niệu và ổ bụng có 20 điều dưỡng, 15 bác sĩ phẫu thuật. Đây là bệnh viện của nhà nước hoạt động dưới sự giám sát của Bộ Y tế. Do đó, các thủ tục chăm sóc phẫu thuật được thực hiện theo các tiêu chuẩn của Bộ Y tế. Thời gian thu thập số liệu từ tháng 3 tới tháng 6 năm 2015

4. Quyền người tham gia nghiên cứu

Người tham gia nghiên cứu được giải thích về mục đích của nghiên cứu, quy trình nghiên cứu, lợi ích và an toàn của nghiên cứu này trước khi có được sự đồng ý của họ. Các đối tượng được yên tâm rằng họ có quyền từ chối hoặc rút khỏi nghiên cứu bất cứ lúc nào mà không cần bất kỳ lời giải thích. Sự tham gia trong nghiên cứu này đã không làm gì tổn hại đến những người tham gia. Bảo mật thông tin của người tham gia được tôn trọng. Tất cả dữ liệu được lưu trữ trong một nơi an toàn và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Các kết quả được báo cáo là nhóm dữ liệu. Không có tên hoặc các hình thức khác của nhận dạng được tiết lộ.

5. Thu thập dữ liệu

Người nghiên cứu tới thăm tất cả các bệnh nhân người mà có đủ các tiêu chuẩn để tham gia trong nghiên cứu này. Đầu tiên nhà nghiên cứu giới thiệu về bản thân mình và xây dựng mối quan hệ với bệnh nhân. Sau đó, chủ đề tài thông tin về nghiên cứu cho người tham gia bao gồm các vấn đề về đạo đức cũng như trình tự thu thập số liệu và mời họ tham gia vào nghiên cứu này. Nếu họ đồng ý thì mời họ ký vào giấy chấp thuận.

Bộ câu hỏi đánh giá về sự không chắc chắn của thông tin và bộ câu hỏi đánh giá mức độ lo lắng của người bệnh sẽ được phát cho bệnh nhân. Bộ câu hỏi này sẽ được hoàn thành bởi người tham gia nghiên cứu ở tại giường của họ. Nhà nghiên cứu sẽ thu lại các mẫu phiếu sau khi người tham gia nghiên cứu đã hoàn thành. Thời gian dành cho hoàn thành bộ câu hỏi khoảng 15 phút từ khi người tham gia nghiên cứu nhận được các bộ câu hỏi. Trong quá trình trả lời câu hỏi thì nhà nghiên cứu ở tại phòng của bệnh nhân để

trả lời hoặc giải thích những vấn đề thắc mắc của người tham gia nghiên cứu. Tuy nhiên, nếu trong thời gian nhà nghiên cứu tới phát bộ câu hỏi mà người tham gia đang trong các hoạt động khác thì bộ câu hỏi sẽ được đưa khi bệnh nhân cảm thấy thoải mái tới việc trả lời.

Trong thời gian nghỉ ngơi thì các dữ liệu nhân khẩu học xã hội sẽ được thu thập từ hồ sơ bệnh nhân. Sau khi đã có toàn bộ thông tin, dữ liệu sẽ được kiểm tra lại để hoàn thiện bởi nhà nghiên cứu.

6. Phân tích dữ liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 22.0

V. KẾT QUẢ

Có nhiều hơn nam giới (53%) trải qua phẫu thuật ổ bụng so với nữ giới (47%). Độ tuổi trung bình của mẫu là 50,36 năm (SD = 14,05). Hầu hết các mẫu (86%) đã kết hôn và 41% mẫu hoàn thành trung học. Đối với nghề nghiệp, nông dân là phổ biến nhất của mẫu (32%), trong khi người kinh doanh là công việc phổ biến nhất (7%).

Các kết quả nghiên cứu cho thấy, 100% mẫu có lo âu trước phẫu thuật. 75% số mẫu báo cáo sự lo lắng vừa phải (41 - 60). Có 10% mẫu người đã lo lắng nhẹ (21 - 40). Đáng chú ý, đã có 15% số mẫu có lo âu nặng (61 - 80).

Bảng 1. Phạm vi, điểm trung bình, và độ lệch chuẩn của thời gian chờ đợi phẫu thuật, không chắc chắn thông tin, và lo lắng trước phẫu thuật (n = 100).

| Biến số | Phạm vi có thể | Phạm vi thực tế | Trung bình | SD |
|-------------------------------------|----------------|-----------------|------------|-------|
| Thời gian chờ đợi phẫu thuật (ngày) | - | 2-11 | 5.95 | 2.24 |
| Không chắc chắn về thông tin | 28-140 | 51-121 | 85.70 | 16.13 |
| Lo lắng trước mổ | 20-80 | 34-70 | 51.65 | 8.28 |

Kết quả bảng 1 cho thấy điểm trung bình của khoảng thời gian chờ đợi cho ca phẫu thuật là 5,95 ngày (SD = 2,24), trong đó phạm vi thực tế 2-11 ngày. Điểm trung bình của sự không chắc chắn thông tin là 85,70 (SD = 16,13), mà phạm vi thực tế 51-121. Những người tham gia nghiên cứu này có mức độ lo lắng trước phẫu thuật (M = 51,65, SD = 8,28), thực tế khoảng 34-70.

Bảng 2. Sự tương quan giữa thời gian chờ đợi phẫu thuật, không chắc chắn thông tin, và lo lắng trước phẫu thuật.

| Các biến số | Lo lắng trước phẫu thuật |
|------------------------------|--------------------------|
| Thời gian chờ đợi phẫu thuật | .32** |
| Không chắc chắn về thông tin | .45** |

Kết quả bảng 2 đã chỉ ra rằng có mối tương quan tích cực đáng kể giữa thời gian chờ đợi phẫu thuật, không chắc chắn thông tin, và lo lắng trước phẫu thuật (r = 0,32, p <0,01; r = 0,45, p < .001).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, 100% mẫu có lo âu trước phẫu thuật. Nó có thể được giải thích rằng đó là lần đầu tiên của tất cả những người tham gia phải đối mặt với phẫu thuật bụng, do đó họ không biết những gì có thể xảy ra và họ có thể lo lắng về kết quả của phẫu thuật. Trong thời gian chờ đợi cho hoạt động sau khi nhập viện, bệnh nhân phẫu thuật ổ bụng có thể gặp phải một số căng thẳng bởi vì họ có thể lo lắng về môi trường bệnh viện, chăm sóc y tế và phẫu thuật. Kết quả này cũng giống với các nghiên cứu trước đó rằng sự lo lắng trước phẫu thuật là phổ biến ở bệnh nhân phẫu thuật, tỷ lệ của sự lo âu trước phẫu thuật chiếm 92% số bệnh nhân trong phẫu thuật. Ngoài ra, một cuộc khảo sát tại các bệnh viện ở Hà Nội cho thấy 97,3% bệnh nhân đã phẫu thuật bụng trải qua lo lắng trước phẫu thuật.

Có sự tương quan tích cực vừa phải giữa chiều dài của thời gian chờ đợi phẫu thuật và lo lắng trước phẫu thuật. Theo Lazarus và Folkman, căng thẳng ảnh hưởng bởi các yếu tố khác nhau và độ dài của thời gian chờ đợi cho ca phẫu thuật là một trong những yếu tố ảnh hưởng đến tình trạng đó [4]. Trong thời gian chờ đợi phẫu thuật, bệnh nhân có thể phải đối mặt với sự lo lắng. Chờ đợi trong giai đoạn trước phẫu thuật có thể đóng góp cho sự căng thẳng bằng cách cung cấp thời gian cho bệnh nhân suy nghĩ và lo lắng về cuộc phẫu thuật sắp tới. Ngoài ra, thời gian dài để chờ đợi phẫu thuật mà có ít thông tin cũng gây ra sự lo lắng của họ. Một số bệnh nhân đều cảm thấy rằng y tá đã không mở

cửa cho mỗi quan tâm của họ. Hơn nữa, một nghiên cứu của Fitzsimons cho thấy rằng những người chờ đợi phẫu thuật nói rằng có rất nhiều lo lắng trước phẫu thuật của họ mà nguyên nhân là không biết bao lâu họ sẽ phải chờ đợi cho phẫu thuật. Một nghiên cứu của họ cho thấy rằng bệnh nhân có thời gian chờ đợi phẫu thuật lâu hơn thì sẽ có mức độ lo lắng cao hơn bệnh nhân có thời gian chờ đợi phẫu thuật ít hơn [5].

Có sự tương quan tích cực vừa phải giữa sự không chắc chắn thông tin và lo lắng trước phẫu thuật. Sự không chắc chắn được xác định là không có khả năng để xác định ý nghĩa của các sự kiện liên quan đến bệnh tật. Sự không chắc chắn của phẫu thuật đã được coi như là một tiền đề quan trọng của sự lo lắng trước phẫu thuật của bệnh nhân. Sự không chắc chắn thông tin của bệnh nhân xảy ra vì bệnh nhân có thể không biết về chẩn đoán, quá trình phẫu thuật, và các hệ thống chăm sóc [6]. Khi bệnh nhân không hề biết về tình trạng bệnh tật và các thông tin cần thiết, không chắc chắn về thông tin sẽ tăng lên từ đó dẫn tới lo lắng của bệnh nhân cũng tăng. Một nghiên cứu của Jangland cho thấy rằng, trong số những bệnh nhân phàn nàn về việc chăm sóc và làm tăng sự lo lắng, những khiếu nại phổ biến nhất là thiếu thông tin, tôn trọng đầy đủ, và không đủ sự đồng cảm [7]. Những yếu tố trên làm tăng sự lo lắng của bệnh nhân và giảm sự tự tin của họ trong hệ thống chăm sóc sức khỏe. Kết quả này phù hợp với một nghiên cứu của Liên và Ismail.

V. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu này cho thấy có 100% số người tham gia nghiên cứu có lo lắng trước phẫu thuật. Ngoài ra, kết quả của nghiên cứu cũng chỉ ra rằng thời gian chờ đợi phẫu thuật, và sự không chắc chắn thông tin đã tích cực liên quan đến sự lo âu trước phẫu thuật ở những bệnh nhân trải qua phẫu thuật bụng. Kết quả chỉ ra rằng điều dưỡng nên quan tâm về việc đánh giá thời gian chờ đợi phẫu thuật, và sự không chắc chắn thông tin thường xuyên để phát triển các can thiệp điều dưỡng làm giảm lo lắng trước phẫu thuật của bệnh nhân trải qua phẫu thuật bụng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Long, N. H. (2010). *Factor related to postoperative symptoms among patients undergoing abdominal surgery*. Master's thesis, Faculty of Nursing Graduate School, Burapha University.
2. Parthasarathy, S., & Tobin, M. J. (2004). Sleep in the intensive care unit. *Intensive Care Medicine*, 30, 197-206.
3. Thorndike, R. M. (1978). *Correlation procedures for research*. New York: Gardner Press.
4. Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing.
5. Fitzsimons, D., Parahoo, K. & Stringer, M. (2000). Waiting for coronary artery bypass surgery: a qualitative analysis. *Journal of Advanced Nursing* 32(5), 1243-1252.
6. Ting, K. E. L., Ng, M. S. S., & Siew, W. F. (2013). Patient perception about preoperative information to ally anxiety towards major surgery. *International E-Journal of Science, Medicine & Education*, 7(1), 29-32.
7. Jangland, M., Gunningberg, L., & Carsson, M. (2009). Patients' relatives' complaints about encounters and communication in health care: Evidence for quality improvement. *Patient Education Counseling*, 75(2), 199-204.

THỰC TRẠNG HIẾN MÁU TÌNH NGUYỆN CỦA HỌC SINH – SINH VIÊN TRƯỜNG CAO ĐẲNG Y TẾ HÀ NAM NĂM 2015

Trần Minh Dũng*, Nguyễn Quốc Tiến**, Trần Thị Khuyên**

TÓM TẮT²⁷

Mục tiêu: Mô tả kiến thức, thái độ và thực hành của học sinh – sinh viên về hiến máu tình nguyện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng là 425 học sinh – Sinh viên (HSSV) chính qui đang học tập, nghiên cứu tại trường Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam năm 2015. Phương pháp nghiên cứu: Áp dụng phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả với điều tra cắt ngang. **Kết quả:** Có 41,4% đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) có kiến thức đầy đủ về hiến máu tình nguyện. 90,1% rất ủng hộ người hiến máu (HM); 73,6% sẵn sàng hiến máu. Về thực hành hiến máu có 42,4% ĐTNC đã từng hiến máu; 76% ĐTNC đã từng vận động bạn bè, người thân tham gia hiến máu. **Kết luận:** Tỷ lệ học sinh – sinh viên Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam có kiến thức đầy đủ về hiến máu khá cao 41,4%; 73,6% sẵn sàng hiến máu, 42,4% đã từng hiến máu. Lý do chủ yếu thúc đẩy hành vi hiến máu tình nguyện là cứu người (52%), được khám sức khỏe (21%), hiến máu tốt cho sức khỏe (9%). Tuy nhiên, lý do cản trở học sinh – sinh viên tham gia hiến máu “sợ đau” chiếm 37,6%; 31,4% cho rằng “máu không sử dụng đúng mục đích”, 24,9% “sợ choáng sau hiến máu”.

Từ khóa: Thực trạng hiến máu tình nguyện, cao đẳng y Hà Nam

SUMMARY

THE REALITY OF VOLUNTARY BLOOD DONATION BY STUDENTS - STUDENTS IN MEDICAL COLLEGES HA NAM 2015

Objective: Description of perception, attitude and practice of students - students of voluntary blood donation. **Method:** Application of epidemiological studies describing the cross-sectional survey. Subjects are 384 students - Students are learning formal, researchers at the Medical College of Ha Nam in 2016. **Results:** 41.4% of subjects studied had complete knowledge about voluntary blood donation. 90.1% are in favor of blood donors; 73.6% are willing to donate blood. About blood donation practices with 42.4% of subjects studied had blood donations; 76% of study subjects who campaigned friends and relatives participate in blood donation. **Conclusion:** Percentage of students - students of Henan Medical College have full knowledge about high blood donors 41.4%; 73.6% are willing to donate blood, 42.4% had a blood donation. The main reason to promote voluntary blood donation behavior is to save people (52%), physical examination (21%), healthy blood donors (9%). However, the reasons hindering students - students participate in blood donation "fear of pain" accounted for 37.6%, 31.4% said that "blood does not use proper purposes", 24.9% "scared stunned after Blood Donation".

Key words: Status of voluntary blood donation, medical colleges Ha Nam

*Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam

** Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Dũng

Email: minhdungcdyhanam@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phân biên khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu được coi là loại thuốc đặc biệt mà đến nay loài người vẫn chưa tạo ra chất gì có thể thay thế được [2]. Tỉnh Hà Nam với dân số tính đến hết năm 2014 là 798.572 người, hàng năm cần phải vận động và tiếp nhận hơn 15.971 đơn vị máu mới đủ cho nhu cầu điều trị và cấp cứu người bệnh, nhưng lượng máu tiếp nhận được hiện nay khoảng 5.633 đơn vị đạt 35,3% so với nhu cầu thực tế [3]. Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam với số lượng học sinh - sinh viên tham gia học tập là 817 người. Do vậy, xác định đây là lực lượng chủ chốt trong quá trình vận động tuyên truyền và giáo dục y đức qua hoạt động hiến máu tình nguyện. Tuy nhiên, hơn mười năm triển khai phong trào hiến máu tình nguyện tại trường vẫn chưa có một nghiên cứu cụ thể nào về kiến thức, thái độ và thực hành của học sinh - sinh viên về vấn đề này để từ đó đưa ra các giải pháp nhằm nâng cao hơn nữa công tác vận động và tuyên truyền hiến máu tình nguyện. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu:

Mô tả kiến thức, thái độ, thực hành về hiến máu tình nguyện của học sinh - sinh viên

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu (ĐTNC)

Học sinh - sinh viên chính qui đang học tập, nghiên cứu tại Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam năm 2015.

2. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 09/2015 đến tháng 05/2016.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang có phân tích

3.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên theo cách phân tầng

Cỡ mẫu: 384 HSSV (thực thể chúng tôi nghiên cứu trên 425 HSSV).

Mô tả cách chọn mẫu:

Chọn đối tượng nghiên cứu là học sinh, sinh viên: Sử dụng phương pháp chọn mẫu phân tầng (stratified random sampling) kết hợp kỹ thuật chọn mẫu ngẫu nhiên đơn. Quy trình tiến hành chọn mẫu như sau:

- Bước 1 phân tầng: Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam hiện đang đào tạo hai trình độ cao đẳng và trung cấp. Do vậy, để đảm bảo yếu tố khách quan và khoa học chúng tôi tiến hành phân chia đối tượng nghiên cứu có trình độ cao đẳng vào một tầng và đối tượng có trình độ trung cấp vào một tầng. Tính cỡ mẫu cho mỗi tầng theo tỷ lệ ngang bằng, mỗi tầng tiến hành điều tra số học sinh, sinh viên là: $384/2 = 192$ học sinh và 192 sinh viên.

- Bước 2: Chọn 192 học sinh và 192 sinh viên ở mỗi tầng được tiến hành như sau:

+ Lập danh sách tất cả học sinh hoặc sinh viên ở mỗi tầng;

+ Mã hóa học sinh, sinh viên; mỗi học sinh, sinh viên được gắn với một chữ số tự nhiên.

+ Dùng máy tính chọn ngẫu nhiên trong mỗi tầng cho đủ 192 học sinh hoặc 192 sinh viên vào nghiên cứu (thực thể chúng tôi nghiên cứu trên 225 học sinh và 200 sinh viên).

3.3. Phương pháp thu thập số liệu

Thông qua phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi được thiết kế trước.

3.4 Cho điểm kiến thức về HMTN:

Dựa vào cách cho điểm các câu trả lời đúng: hiểu biết đúng về HMTN, độ tuổi, cân nặng tham gia HM, chỉ định và chống chỉ định tham gia HM. Mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm; không biết hoặc trả lời sai, câu trả lời khác coi như trả lời sai, cho 0 điểm. Tổng điểm là 10 điểm từ đó đưa ra hai mức độ đánh giá như sau: Kiến thức đầy đủ (từ 9 - 10 điểm); kiến thức hạn chế (dưới 8 điểm).

3.5 Quản lý và xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

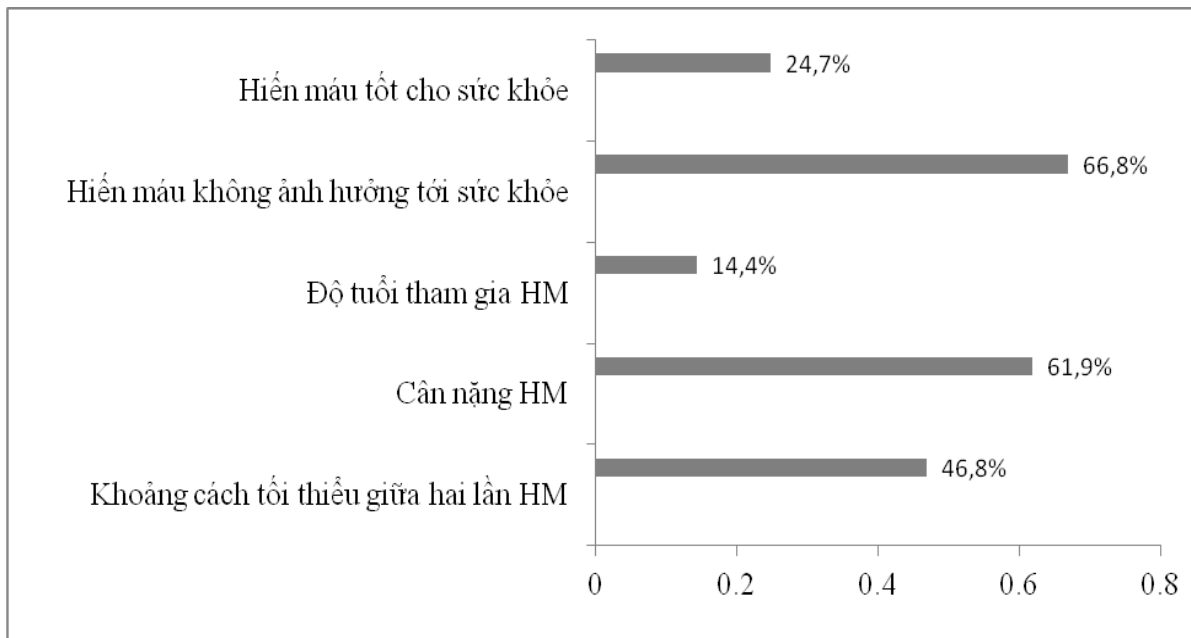
III.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc trưng của đối tượng nghiên cứu

Trong tổng số 425 HSSV (nam giới chiếm 21,4%, nữ giới chiếm 78,6%); HSSV ở trong ký túc xá chiếm 11,3 %, ở trọ ngoài ký túc xá 88,7%; HSSV học hệ cao đẳng chiếm 47,1%, HSSV học hệ trung cấp chiếm 52,9%.

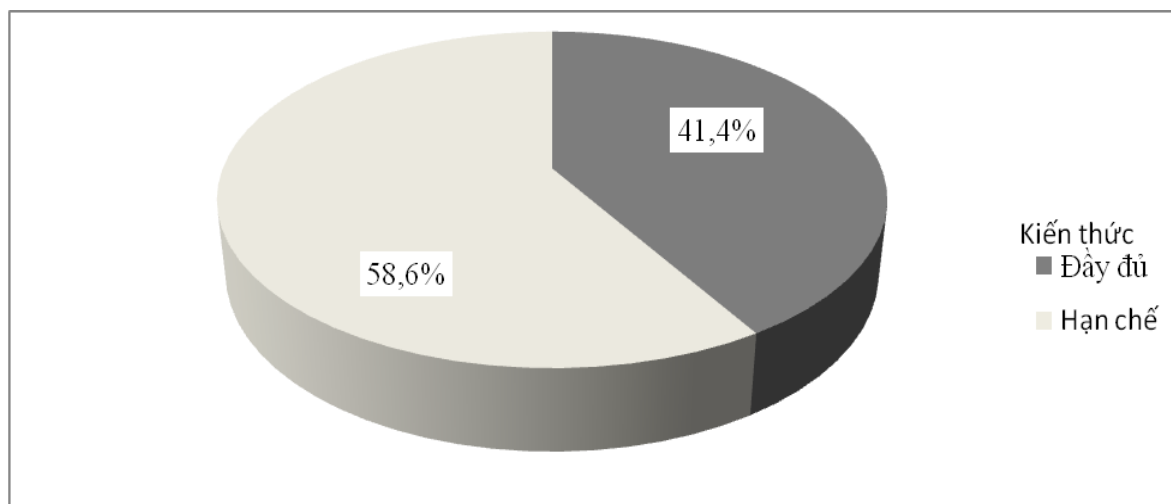
2. Nhận thức, thái độ và hành vi của ĐTNC về hiện máu tình nguyện

2.1 Kiến thức của HSSV về HMTN



Biểu đồ 1. Tỷ lệ trả lời đúng các câu hỏi kiến thức cơ bản về HMTN của ĐTNC

Có tới 66,8% ĐTNC cho rằng HMTN không ảnh hưởng tới sức khỏe; 61,9% ĐTNC trả lời đúng về tiêu chuẩn cân nặng tham gia HM; ĐTNC trả lời đúng khoảng cách tối thiểu giữa hai lần HM là 46,8%. Trong khi đó độ tuổi tham gia hiến máu chỉ có 14,4% ĐTNC trả lời đúng.



Biểu đồ 2. Kiến thức của ĐTNC về HMTN (n=425)

Biểu đồ 2 cho thấy tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đầy đủ về HMTN chiếm có 41,4% và kiến thức hạn chế là 58,6%.

2.2. Thái độ của HSSV về HMTN

Bảng 1. Thái độ ủng hộ của HSSV đối với người HMTN

| Thái độ | Học sinh (n=225) | | Sinh viên (n=200) | | Chung (n=425) | | P |
|-------------------------|------------------|------|-------------------|------|---------------|------|--------|
| | SL | % | SL | % | SL | % | |
| Rất ủng hộ | 203 | 90,2 | 180 | 90,0 | 383 | 90,1 | > 0,05 |
| Ủng hộ người HMTN | 20 | 8,9 | 16 | 8,0 | 36 | 8,5 | > 0,05 |
| Không ủng hộ người HMTN | 2 | 0,9 | 4 | 2,0 | 6 | 1,4 | < 0,05 |

Bảng 1 cho thấy tỷ lệ ĐTNC có thái độ rất ủng hộ hiến máu chiếm tỷ lệ rất cao 90,1%. Trong khi đó thái độ của ĐTNC không ủng hộ HMTN chiếm tỷ lệ thấp 1,4% (học sinh là 0,9% và sinh viên 2%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.)

Bảng 2. Thái độ sẵn sàng của ĐTNC về HMTN

| Thái độ | Học sinh (n=225) | | Sinh viên (n=200) | | Chung (n=425) | | P |
|---------------------|------------------|------|-------------------|------|---------------|------|--------|
| | SL | % | SL | % | SL | % | |
| Sẵn sàng HMTN | 183 | 81,3 | 130 | 65,0 | 313 | 73,6 | < 0,05 |
| Không sẵn sàng HMTN | 42 | 18,7 | 70 | 35,0 | 112 | 26,4 | < 0,05 |

Bảng 2 cho biết tỷ lệ ĐTNC là học sinh sẵn sàng HMTN là 81,3%, trong khi đó tỷ lệ này ở sinh viên là 65%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

2.3. Thực hành của ĐTNC về HMTN

Bảng 3. Thực hành HMTN của ĐTNC (n=425)

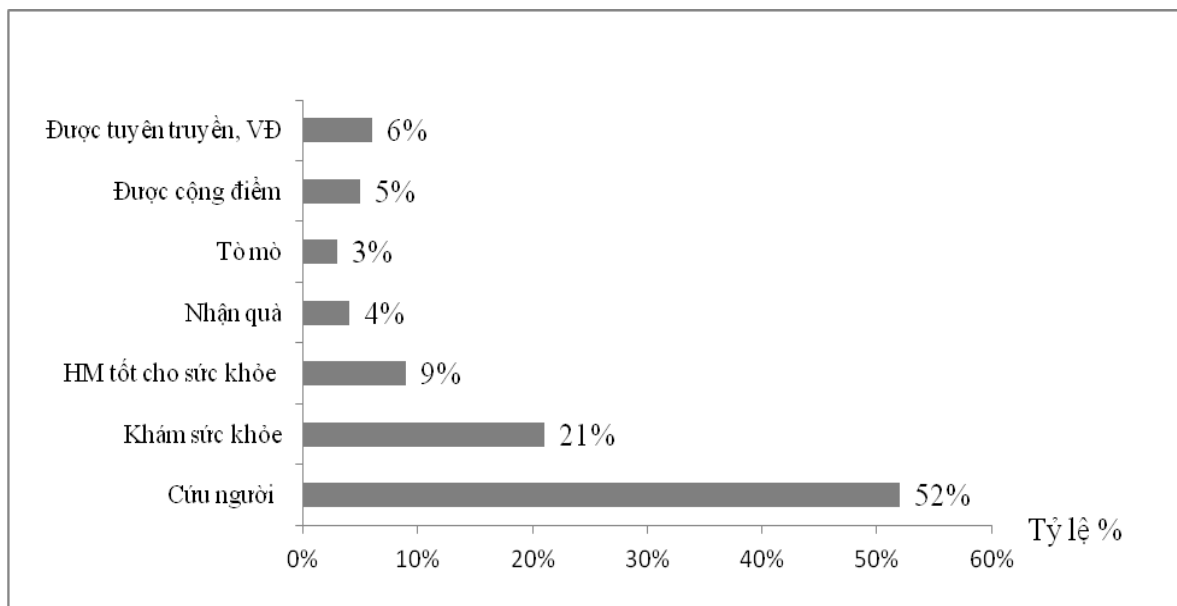
| Thực hành HMTN | SL | % |
|--|-----|------|
| Đã từng hiến máu | 180 | 42,4 |
| Không hiến máu | 245 | 57,6 |
| Đã từng vận động bạn bè, người thân HMTN | 323 | 76,0 |

Bảng 3. cho biết tỷ lệ ĐTNC không HMTN chiếm khá cao 57,6%, trong khi đó số ĐTNC đã HMTN chỉ chiếm 42,4%

Bảng 4. Lý do ĐTNC không tham gia HMTN (n=245)

| Lý do không HMTN | SL | % |
|--|----|------|
| Sợ đau | 92 | 37,6 |
| Sợ tăng cân | 48 | 19,6 |
| Sợ ốm sau hiến máu | 54 | 22 |
| Sợ mệt mỏi sau hiến máu | 41 | 16,7 |
| Sợ choáng sau hiến máu | 61 | 24,9 |
| Sợ lây truyền bệnh sau hiến máu | 20 | 8,2 |
| Cho rằng máu được sử dụng không đúng mục đích sau khi hiến | 77 | 31,4 |
| Mắc các bệnh truyền nhiễm, bệnh mạn tính, đang dùng kháng sinh | 17 | 6,9 |
| Không đủ tiêu chuẩn HM: nhẹ cân, HST thấp, HA cao, HA thấp | 20 | 8,2 |

Bảng 4 cho biết lý do chi phối ĐTNC không tham gia HMTN như sợ đau chiếm tỷ lệ cao nhất 37,6%, thứ hai là cho rằng máu không sử dụng đúng mục đích với 31,6% và cho rằng bản thân đang dùng kháng sinh, mắc bệnh truyền nhiễm chiếm tỷ lệ thấp (6,9%).



Biểu đồ 3. Lý do tham gia hiến máu của ĐTNC (n=180)

Qua biểu đồ 3. cho thấy lý do chính thúc đẩy ĐTNC tham gia HMTN là cứu người chiếm 52%, để khám sức khỏe chiếm 21%, tò mò tham gia HM đạt 3% và cộng đồng thi đạt 5%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 425 HSSV thì tỷ lệ trả lời đúng độ tuổi hiến máu đạt 14,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn với kết quả nghiên cứu của V.Kowsalya và cộng sự [6] (tỷ lệ sinh viên y khoa tại Puducherry, Ấn Độ trả lời đúng về độ tuổi tham gia hiến máu là 87,5%). Qua so sánh trên cho thấy công tác vận động, tuyên truyền tại Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam chưa đầy đủ và kết quả dẫn tới kiến thức của học sinh - sinh viên hạn chế.

Kết quả nghiên cứu ở biểu đồ 1 cho thấy chỉ có 24,7% ĐTNC cho rằng hiến máu có lợi cho sức khỏe. Tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Trương Thị Kim Dung và cộng sự năm 2012 khi có tới 75,1% số người được hỏi cho rằng hiến máu tình nguyện có lợi cho sức khỏe [1]. Sở dĩ có sự chênh lệch này theo chúng tôi đối tượng nghiên cứu của Trần Thị Kim Dung là những nhân viên y tế đã đi làm có nhận thức và niềm tin tốt hơn so với đối tượng nghiên cứu của chúng tôi.

Tỷ lệ HSSV có kiến thức đầy đủ về hiến máu là 41,4%, kiến thức hạn chế là 58,6%. Kết quả nghiên cứu này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Ngô Mạnh Quân khi nghiên cứu kiến thức, thái độ, hành vi hiến máu tình nguyện ở học sinh một số trường trung học phổ thông [4].

Kết quả bảng 1 cho biết có tới 90,1% số HSSV được hỏi có thái độ rất ủng hộ

HMTN. Nhưng tỷ lệ HSSV tham gia hiến máu chỉ đạt có 42,4%. Điều này chứng tỏ có một khoảng cách chênh lệch rất lớn giữa thái độ, nhận thức và thực hành của HSSV dẫn tới việc trì hoãn không tham gia hiến máu của HSSV. Bởi vậy, cần thường xuyên và nâng cao hơn nữa công tác tuyên truyền để thúc đẩy tỷ lệ HSSV tham gia hiến máu trong thời gian tới.

Lý do đầu tiên và chiếm tỷ lệ cao nhất mà phần đông các em trì hoãn không tham gia hiến máu là sợ đau chiếm 37,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi gần tương đồng với kết quả nghiên cứu của H.Sanayaima Devi về KAP hiến máu tình nguyện trên học sinh - sinh viên trường y tại Ấn Độ, lý do mà chi phối ĐTNC chưa sẵn sàng tham gia hiến máu là sợ đau chiếm 40,4% [5]. Lý do tiếp theo chi phối không tham gia HMTN khi cho rằng máu không sử dụng đúng mục đích chiếm tới 31,4%. Điều này lý giải là do HSSV ngành y trong quá trình học tập trải nghiệm lâm sàng thường xuyên tiếp xúc với cảm giác đau của người bệnh và quan sát thấy người nhà trả tiền liên quan đến truyền máu nên có nhận thức không đúng dẫn tới hành động trì hoãn trong hiến máu tình nguyện. Do vậy, công tác tuyên truyền trong thời gian tới cần tập trung giải thích cho HSSV hiểu việc tại sao gia đình người bệnh phải trả một phần chi phí cho hiến máu và sự đồng ý giảm bớt cảm giác “sợ đau” khi hiến máu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 425 ĐTNC Trường Cao đẳng Y tế Hà Nam cho thấy:

1. Có 41,4% ĐTNC có kiến thức đầy đủ về hiến máu tình nguyện. ĐTNC có thái độ

tích cực về HMTN: Rất ủng hộ hiến máu chiếm 90,1%; sẵn sàng tham gia hiến máu chiếm 73,6%. Có 42,4% ĐTNC đã từng hiến máu và tỷ lệ đã từng vận động bạn bè, người thân tham gia HMTN đạt 76%.

2. Lý do chủ yếu thúc đẩy hành vi hiến máu tình nguyện của ĐTNC là “cứu người” chiếm 52%, khám sức khỏe là 21%. Những yếu tố được coi là rào cản đối với hành vi hiến máu của ĐTNC chủ yếu là do nhận thức chưa đầy đủ và chính xác về hiến máu: Có 37,6% “sợ đau”, có 31,4% cho rằng “máu không sử dụng đúng mục đích” và 24,9% “sợ choáng sau hiến máu”.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Thị Kim Dung, Nguyễn Phước Bích Hạnh và CS (2012)**, "Nhận thức, thái độ, hành vi về hiến máu tình nguyện của nhân viên y tế tại Thành Phố Hồ Chí Minh năm 2012", *Tạp chí Y học Việt Nam, số đặc biệt(8), tr.432-436*
2. **Tôn Nữ Mỹ Hạnh và CS (2011)**, "Khảo sát sự hài lòng và mong muốn của sinh viên hiến máu tình nguyện tại trung tâm truyền máu khu vực Huế" *Tạp chí Y học Việt Nam, SDB(12), tr. 225 – 231.*
3. **UBND tỉnh Hà Nam (2014)**, " Báo cáo kết quả công tác vận động Hiến máu tình nguyện ba năm 2012, 2013, 2014".
4. **Ngô Mạnh Quân và các cộng sự (2010)**, "Thực trạng nhận thức, thái độ, hành vi về HM tình nguyện ở học sinh một số trường phổ thông trung học", *Tạp chí Y học Việt Nam tập 373, số 2.*
5. **H. Sanayaima Devi (2012)**, "Knowledge, Attitude and Practice (KAP) of Blood Safety and Donation" *Indian Medical Gazette*
6. **V. Kowsalya (2013)**, "A Study on Knowledge, Attitude and Practice Regarding Voluntary Blood Donation among Medical Students in Puducherry, India", *Pakistan, Journal of Biological Sciences.*

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG BONG VẢY DA DO TỤ CẦU BẰNG OXACILLIN

Nguyễn Thị Thu Hoài*, Nguyễn Thị Hải Yến*,
Phạm Thu Hiền*, Ngô Thị Hiếu*

TÓM TẮT²⁸

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị hội chứng bong vảy da do tụ cầu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 29 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng bong vảy da do tụ cầu tại khoa Da liễu Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên từ 3/2015-10/2016. **Kết quả:** Lứa tuổi bị bệnh thường gặp là 2- 6 tuổi: 62,1%. Bệnh kết hợp: chốc: 62,1%, bệnh tai mũi họng: 20,7%, bệnh lý về mắt 6,9%. 82,8% bệnh nhân có triệu chứng khởi đầu là thương tổn da, đau rát trên da: 55,2%, sốt: 12,4%. Các tổn thương tổn da: 100% bệnh nhân có dát đỏ, 72,4% có mụn nước, 79,3% có bong nước, 82,8% có vết trợt, 96,6% có vảy da cuốn thuốc lá, 86,2% có Nikolski dương tính. 72,4% bệnh nhân có tăng bạch cầu, trong đó 89,7% có tăng bạch cầu đa nhân trung tính. Điều trị hội chứng bong vảy da do tụ cầu bằng oxacillin cho kết quả tốt là 100%, thời gian điều trị trung bình là $6,52 \pm 1,35$ ngày.

Kết luận: Điều trị hội chứng bong vảy da do tụ cầu bằng oxacillin cho kết quả tốt.

Từ khoá: Hội chứng bong vảy da do tụ cầu (SSSS), oxacillin.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL CHARACTERISTICS, LABORATORY FINDINGS AND TREATMENT RESULTS OF STAPHYLOCOCCAL SCALDED SKIN SYNDROME BY OXACILLINE

Objective: Describing the subclinical and clinical characteristics and treatment results of Staphylococcal Scalded Skin Syndrome. **Subjects and Methods:** 29 patients who were diagnosed Staphylococcal Scalded Skin Syndrome at the Department of Dermatology of General Hospital of Thai Nguyen from 3/2015 to 10/ 2016. **Results:** the most common age of Staphylococcal Scalded Skin Syndrome is the age from 2 to 6 years old (62,1%). The comorbidities of this syndrome are impetigo(62,1%), ENT disease (20,7%) and eye disease (6,9%). 82,8% of the patients have skin damaging symptom, 55,2% have skin rash symptom and 12,4% have fever. The typical lesion: erythema 100%, vesicular 72,4%, bullous 79,3%, erosion 82,8%, exfoliative skin 96,6%, Nikolsky (+) 86,2%. 72,4% of the patients have the increase in leucocytes, in which 89,7% have increased polymorphonuclear leucocytes. Staphylococcal Scalded Skin Syndrome treatment with oxacillin has a 100% good result after the average duration of treatment is 6.52 ± 1.35 days.

Conclusion: Staphylococcal Scalded Skin Syndrome treatment by oxacillin has the good result.

* Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính:

Email:

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

Keywords: Staphylococcal Scalded Skin Syndrome (SSSS), oxacillin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng bong vảy da do tụ cầu (staphylococcal scalded skin syndrome – SSSS) là tình trạng bong da cấp tính gây nên do các ngoại độc tố của tụ cầu vàng [7]. Hội chứng bong vảy da do tụ cầu có thể khởi phát khi cơ thể bị nhiễm tụ cầu vàng tại các vị trí xây xước trên da hoặc các ổ nhiễm trùng nằm sâu như viêm tai giữa, viêm amidan hốc mũi hoặc các vết thương nhiễm trùng... từ đó tiết ra các ngoại độc tố bám vào các thụ thể TCR (T Cell Receptor) và MHC (Major Histocompatibility Complex) trên các tế bào miễn dịch giúp các độc tố này di chuyển đến thượng bì da, gây đứt cầu nối gian bào và hình thành các bọt nước, mụn nước trên da [2], [7].

Hội chứng bong vảy da do tụ cầu có thể xuất hiện ở mọi lứa tuổi, tuy nhiên bệnh hầu hết gặp ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ. Biểu hiện sớm của hội chứng bong vảy da do tụ cầu là ban đỏ, mụn nước, dần dần phát triển thành các bọt nước lớn, dễ vỡ, mất lớp thượng bì tạo thành các mảng trợt da rộng. Trường hợp nặng có thể bị bong trợt phần lớn diện tích da cơ thể, làm mất chức năng bảo vệ và dẫn đến đa nhiễm trùng, nhiễm độc nặng, thậm chí tử vong cho bệnh nhân [7]. Người lớn, hội chứng bong vảy da do tụ cầu rất hiếm gặp, bệnh thường xảy ra trên người suy giảm miễn dịch nặng, nhiễm HIV, suy thận, ung thư... với tỉ lệ tử vong rất cao (50-60%).

Từ trước đến nay, các nghiên cứu về hội chứng bong vảy da do tụ cầu ở Việt Nam còn hạn chế, hầu hết là thông báo các ca bệnh. Trong vài năm gần đây, số bệnh nhân mắc

hội chứng bong vảy da do tụ cầu điều trị tại khoa Da liễu Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên ngày càng tăng. Vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị hội chứng bong vảy da do tụ cầu bằng oxacilin*”.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng hội chứng bong vảy da do tụ cầu.*
2. *Đánh giá kết quả điều trị hội chứng bong vảy da do tụ cầu bằng oxacilin*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

29 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng bong vảy da do tụ cầu điều trị nội trú tại khoa Da liễu

Tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng bong vảy da do tụ cầu: Chủ yếu dựa vào lâm sàng với tổn thương cơ bản đặc trưng Bệnh có tính cấp tính. Thương tổn trên da: Khởi phát bằng ban đỏ, mịn, xuất hiện ở các kẽ da như cổ, nách, bẹn, khuỷu... sau lan rộng ra vùng thân mình thành các mảng đỏ lớn. Sau 24-48h, từ các mảng đỏ, da trở nên thô sần, ráp, nhanh chóng xuất hiện bọt nước mềm, nông, dễ trợt, liên kết với nhau trợt, bong vảy da mỏng như giấy cuốn thuốc lá, để lại nền da đỏ ảm. Dấu hiệu Nikolsky (+). Toàn trạng: có thể sốt, mệt mỏi, đau rát, quấy khóc.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng bong vảy da do tụ cầu điều trị nội trú. Cha mẹ hoặc người bảo trợ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân

+ Các bệnh lý bong tróc trên da xuất hiện từ nhỏ, hoặc đã được chẩn đoán bệnh bẩm sinh/mạn tính, bong do hóa chất, bong nhiệt. Các trường hợp bệnh cấp tính như bệnh Kawasaki, sốt phát ban, hội chứng Steven-Johnson, hội chứng Lyell. Những bệnh nhân dị ứng với nhóm beta lactamase. Bệnh nhân, cha/mẹ hoặc người bảo trợ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Vật liệu nghiên cứu

- Thuốc tiêm oxacillin 1g, dạng bột pha với nước cất tiêm.
- Thuốc bôi Bactroban (mupirocin 2%) dạng mỡ, đóng gói 5g/tuýp, nhà sản xuất SmithKline Beecham thuộc tập đoàn GlaxoSmithKline.

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu

Với mục tiêu 1: Mô tả cắt ngang

Với mục tiêu 2: Nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng tự so sánh trước và sau điều trị.

Phác đồ điều trị: Oxacillin 50-100mg/kg cân nặng / 24h

Bactroban 5g bôi tổn thương sáng chiều

- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện

- **Chỉ tiêu nghiên cứu:** tuổi, giới, tổn thương cơ bản: dát đỏ, bong nước, vảy da, triệu chứng khác: sốt, đau, thương tổn ban

đầu. Kết quả xét nghiệm: BC, BC đa nhân trung tính, HC, Hb, TC, Kết quả điều trị: tốt, khá, kém. Đánh giá tiến triển lâm sàng sau mỗi 2 ngày.

Tiêu chí đánh giá [1]

+ **Tốt:** thương tổn cải thiện tích cực, da hết đỏ, khô, bong vảy da, không để lại sẹo. Toàn trạng trở về bình thường.

+ **Khá:** thương tổn cải thiện, khô hơn, đỡ đỏ, có xu hướng bong vảy, diện tích tổn thương thu nhỏ hơn, không xuất hiện thêm thương tổn mới. Toàn trạng khá lên.

+ **Kém:** thương tổn không cải thiện, trở da nhiều hơn, xuất hiện thương tổn mới. Bệnh nhân tiếp tục sốt, hoặc có các dấu hiệu của nhiễm trùng ở vị trí khác như viêm phổi, nhiễm trùng huyết...

- **Kỹ thuật thu thập số liệu:** Khám lâm sàng ghi chép các chỉ tiêu nghiên cứu theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- **Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Da liễu bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên.

- **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 3/2015 đến tháng 10/2016

- **Phương pháp xử lý số liệu:** phương pháp thống kê y sinh học trên phần mềm Epi info 6.04.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng hội chứng bong vảy da do tụ cầu

Bảng 3.1. Phân bố tuổi của bệnh nhân hội chứng bong vảy da do tụ cầu

| Lứa tuổi | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|------------------|-----------|
| Sơ sinh | 01 | 3,4 |
| 1 tháng- 2 tuổi | 10 | 34,5 |
| 2- 6 tuổi | 18 | 62,1 |
| Tuổi trung bình | 2,6 ± 0,9 | |
| Tổng số | 29 | 100 |

Nhận xét: Trong số 29 bệnh nhân nghiên cứu, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 20 ngày tuổi. Nhóm tuổi từ 2-<6 tuổi chiếm đa số (62,1%), tiếp đến nhóm từ 1 tháng<2 tuổi (34,5%).

Bảng 3.2. Phân bố giới tính trong hội chứng bong vảy da do tụ cầu

| Giới | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|----------------|-----------|------------|
| Nam | 18 | 62,1 |
| Nữ | 11 | 37,9 |
| Tổng số | 29 | 100 |

Nhận xét: Tỷ lệ nam mắc hội chứng bong vảy da do tụ cầu chiếm 62,1%, nữ 37,9%.

Bảng 3.3. Bệnh kết hợp

| Bệnh kết hợp | n | Tỷ lệ (%) |
|--|----|-----------|
| Bệnh da liễu (chốc, nốt, viêm da cơ địa) | 18 | 62,1 |
| Bệnh tai mũi họng | 6 | 20,7 |
| Bệnh lý về mắt | 2 | 6,9 |
| HIV | 0 | 0 |
| Bệnh lý khác | 0 | 0 |

Nhận xét: Bệnh kết hợp với hội chứng bong vảy da do tụ cầu chủ yếu là bệnh da liễu chiếm 62,1%, bệnh tai mũi họng là 20,7%, bệnh về mắt 6,9%.

Bảng 3.4. Triệu chứng khởi đầu (n=29)

| Triệu chứng | Số lượt | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|---------|-----------|
| Sốt | 5 | 12,4 |
| Đau rát trên da | 16 | 55,2 |
| Thương tổn da | 24 | 82,8 |
| Bệnh lý cơ quan khác | 0 | 0 |

Nhận xét: Biểu hiện bệnh lúc ban đầu cho thấy 82,1% xuất hiện thương tổn trên da, đau rát là 55,2% và sốt là 12,4%.

Bảng 3.5 Vị trí thương tổn ban đầu

| Vị trí tổn thương ban đầu | Số lượt | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------|---------|-----------|
| Đầu, mặt, cổ | 28 | 96,6 |
| Ngực, bụng | 9 | 31,0 |
| Tay, chân | 6 | 20,7 |
| Nếp gấp | 27 | 93,1 |
| Toàn thân | 0 | 0 |

Nhận xét: 96,6% bệnh nhân nhập viện có tổn thương ban đầu ở đầu mặt cổ, các nếp gấp 93,1%, không có bệnh nhân có tổn thương toàn thân.

Bảng 3.6 Tổn thương cơ bản (n=29)

| Thương tổn cơ bản | Số lượt | Tỷ lệ (%) |
|----------------------|---------|-----------|
| Dát đỏ | 29 | 100 |
| Mụn nước | 21 | 72,4 |
| Bọng nước | 23 | 79,3 |
| Vết trợt | 24 | 82,8 |
| Vảy da cuốn thuốc lá | 28 | 96,6 |
| Vảy tiết | 23 | 79,3 |
| Nikolski (+) | 25 | 86,2 |

Nhận xét: 100% các trường hợp có dấu hiệu đỏ da, 96,6% có dấu hiệu bong vảy da. Bọng nước 79,3%, mụn nước 72,4%, Nikolsky (+) 86,2%. Không có bệnh nhân bị thương tổn niêm mạc

Bảng 3.7 Xét nghiệm huyết học (n=29)

| Chỉ số bạch cầu | Kết quả | n | % | p |
|--------------------------------------|-------------|----|------|--------|
| Bạch cầu (BC) | Tăng | 21 | 72,4 | <0,001 |
| | Bình thường | 8 | 27,6 | |
| | Giảm | 0 | 0 | |
| Bạch cầu đa nhân trung tính (BCĐNTT) | Tăng | 26 | 89,7 | |
| | Bình thường | 3 | 10,3 | |

Nhận xét: Tăng số lượng bạch cầu chiếm tỉ lệ 72,4%, trong đó tăng bạch cầu đa nhân trung tính là 89,7%, không có bệnh nhân giảm bạch cầu

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.8 Kết quả điều trị

| Kết quả điều trị | n | % | p |
|------------------|----|-----|--------|
| Tốt | 29 | 100 | <0,001 |
| Khá | 0 | 0 | |
| Kém | 0 | 0 | |
| Tổng số | 28 | 100 | |

Nhận xét: 100% bệnh nhân có kết quả điều trị tốt, không có kết quả điều trị khá và kém

Bảng 3.9 Thời gian điều trị

| Thời gian điều trị | n (n=29) | % |
|-------------------------------|------------------|---|
| 5 ngày | 10 | |
| 6 ngày | 3 | |
| 7 ngày | 9 | |
| 8 ngày | 6 | |
| 9 ngày | 0 | |
| 10 ngày | 1 | |
| Thời gian điều trị trung bình | 6,52 ± 1,35 ngày | |

Nhận xét: Thời gian điều trị ngắn nhất là 5 ngày, dài nhất là 10 ngày, thời gian điều trị trung bình là 6,52 ± 1,35 ngày

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu hết bệnh nhân SSSS đều ở độ tuổi còn rất nhỏ (< 6 tuổi chiếm 100%). Trong đó, sơ sinh có tỷ lệ mắc 3,4%, lứa tuổi 2- 6 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất 62,1%, tuổi mắc bệnh trung bình là 2,6 ± 0,9. Kết quả này cũng tương tự như nghiên cứu của Phạm

Mai Hương, tuổi mắc bệnh trung bình 2,4 ± 1,1 [1]. Ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ do còn kháng thể từ người mẹ truyền qua nên phần nào giúp bảo vệ trẻ ở các tháng đầu tiên sau khi sinh, tuy nhiên lượng kháng thể này đã giảm đi nhanh chóng. Vì vậy, khi trẻ vào các lứa tuổi nhỏ, hệ thống miễn dịch chưa phát triển đầy đủ nên trẻ có thể mắc bệnh dễ dàng.

Sự phân bố về giới của đối tượng nghiên cứu chúng tôi thấy nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (62,1% so với 37,9%). Kết quả của chúng tôi tỷ lệ nam có cao hơn kết quả nghiên cứu của Phạm Mai Hương, có lẽ do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi con ít (29 so với 120) [1].

Trong nghiên cứu của chúng tôi phần lớn các bệnh nhân SSSS có bệnh kết hợp là chốc 62,1%, trẻ thường bị chốc trước đó vài ngày đến hàng tuần sau đó mới xuất hiện thương tổn da của hội chứng bong vảy da do tụ cầu. Tác nhân gây bệnh chốc thường do liên cầu phối hợp với tụ cầu khi có cơ hội tụ vàng sẽ sản sinh ngoại độc tố gây hội chứng bong vảy da do tụ cầu. Nghiên cứu của Hyun cho thấy, bệnh nhân SSSS có một số bệnh lý kèm theo như: viêm mũi, viêm họng cấp, viêm kết mạc, viêm tai giữa cấp, viêm dạ dày, viêm phổi [2].

Đa số bệnh nhân có triệu chứng khởi đầu là các tổn thương trên da (82,8%) như đỏ da, mụn nước, bọng nước, trợt da hoặc bong vảy da (bảng 3.4), đây là các triệu chứng mà các bậc phụ huynh dễ nhận thấy. Đau rát 55,2% hay sốt 12,4% thường ít khi được nhận biết một cách toàn diện, nhất là khi bệnh nhân còn quá nhỏ. Vì vậy, một số trường hợp dễ bị nhầm lẫn với bệnh lý khác dẫn tới khi bệnh nhi đến khám thì triệu chứng hội chứng bong vảy da do tụ cầu đã quá điển hình. Vị trí thương tổn lúc vào viện ở vùng đầu mặt cổ chiếm tỷ lệ rất cao 96,6% . Có lẽ do đây là vùng da hở, dễ nhận biết, đồng thời vị trí này có nhiều hóc tự nhiên nên tụ cầu vàng cư trú và xâm nhập tạo thành các ổ nhiễm trùng, từ đó tiết ra độc tố, di chuyển vào máu và gây bệnh trên da. Tổn thương ở nếp gấp đạt

93,1%, vùng ngực đạt 31,0%. Như vậy, tùy từng đối tượng mà có vị trí khởi đầu khác nhau, nhưng thường bắt đầu từ tổn thương ở vùng đầu mặt cổ, sau đó tiến triển nhanh, lan tỏa ra các phần khác của cơ thể. Điều này cho thấy, SSSS là bệnh nhiễm trùng da cấp tính, cần can thiệp kịp thời, hạn chế bệnh lan tỏa và biến chứng cho trẻ.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, 100% trường hợp SSSS có các dát đỏ, đây là biểu hiện ban đầu và là tổn thương chính cho các tổn thương khác phát triển. Sau dát đỏ, đa số bệnh nhân xuất hiện tổn thương cơ bản là bọng nước và mụn nước (72,4% và 79,3%), 82,8% có trợt da. Hình ảnh trợt da của SSSS rất điển hình: trợt nông, giống hình ảnh của bệnh nhân bỏng da giữa độ I và độ II, mép da trợt rất mỏng, cuộn lại, nền thương tổn đỏ nhẵn, bóng và rỉ dịch. Bong vảy da là triệu chứng rất thường gặp (96,6%). 86,2% số bệnh nhân có Nikolsky (+). Nghiên cứu của Hyun cũng cho thấy, thương tổn ban đầu giống như chốc quanh mắt, mũi, miệng, dát đỏ lan rộng tới các phần còn lại của cơ thể từ đầu đến chân [2].

Về cận lâm sàng: Kết quả xét nghiệm huyết học ghi nhận đa phần bệnh nhân tăng chỉ số bạch cầu chung 72,4%, chỉ có một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân có chỉ số bạch cầu ở mức bình thường 27,6%. Khi xét riêng chỉ số bạch cầu đa nhân trung tính, hầu hết bệnh nhân có chỉ số tăng và một số ở mức độ bình thường, không có bệnh nhân nào giảm bạch cầu đa nhân trung tính. Điều này là hoàn toàn phù hợp với qui luật chung của các bệnh nhiễm trùng. Đó là, khi vi khuẩn xâm nhập và gây bệnh trong cơ thể, hệ miễn dịch có

những đáp ứng tự vệ để đào thải tác nhân gây bệnh. Một trong những đáp ứng đó là sự tăng sinh số lượng bạch cầu trong máu để truy tìm và tiêu diệt các vi khuẩn gây bệnh. Kết quả này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của Phạm Mai Hương, Hyun, trong đó chỉ số bạch cầu tăng nhẹ [1],[2]. Năm 2004, Johnston khuyến cáo điều trị hội chứng bong vảy da do tụ cầu bằng flucloxacillin kết hợp với thốc bôi fucidic acid hoặc mupirocin [4]. Eleonora và cộng sự khuyến cáo sử dụng kháng sinh trong điều trị SSSS tác động lên tụ cầu như flucloxacillin, cloxacillin, cephalexin [3]. Tham khảo phương pháp điều trị của các tác giả trên, chúng tôi lựa chọn kháng sinh oxacillin kết hợp với thuốc bôi là mupirocin (Bactroban). Qua bảng 3.8 cho thấy kết quả điều trị tốt là 100%. Thời gian điều trị ngắn, thời gian điều trị trung bình là $6,52 \pm 1,35$ ngày. Từ kết quả này có thể khuyến cáo sử dụng thuốc kháng sinh toàn thân oxacillin kết hợp với thuốc bôi ngoài da mupirocin (bactroban) cho hiệu quả tốt. So với phương pháp điều trị của Margileth, Oishi số bệnh nhân khỏi bệnh và ra viện trong nghiên cứu này rút ngắn thời gian rất nhiều [5],[6].

V. KẾT LUẬN

Lứa tuổi bị hội chứng bong vảy da do tụ cầu thường gặp nhất là 2- 6 tuổi: 62,1%. Tỷ lệ nam bị bệnh là 62,1%, nữ: 37,9%. Bệnh kết hợp: chốc: 62,1%, bệnh tai mũi họng: 20,7%, bệnh lý về mắt 6,9%. 82,8% bệnh nhân có triệu chứng khởi đầu là thương tổn da, đau rát trên da: 55,2%, sốt : 12,4%. 100% bệnh nhân có tổn thương cơ bản là dát đỏ, 72,4% có mụn nước, 79,3% có bọng nước,

82,8% có vết trợt, 96,6% có vảy da cuốn thuốc lá, 86,2% có Nikolski dương tính. 72,4% bệnh nhân hội chứng bong vảy da do tụ cầu có tăng bạch cầu, trong đó 89,7% có tăng bạch cầu đa nhân trung tính.

Kết quả điều trị hội chứng bong vảy da do tụ cầu bằng oxacillin cho kết quả tốt là 100%, thời gian điều trị trung bình là $6,52 \pm 1,35$ ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Phạm Thị Mai Hương, Trần Lan Anh, Nguyễn Vũ Trung (2013)**, Khảo sát đặc điểm lâm sàng hội chứng bong vảy da do tụ cầu vàng tại bệnh viện Da liễu trung ương từ 3/2011-3/2012, Tạp chí Y học thực hành, 870(5), tr.53-56.
2. **Huyn JD, Eun SP, Jae YL, et al (2010)**. Regional outbreak of staphylococcal scalded skin syndrome in healthy children. Korean J of Ped, 53(1), 48-54.
3. **Eleonora R, Adone B, Sonia S, et al (2010)**. Eleonora R, Adone B, Sonia S, et al (2012). Staphylococcal scalded skin syndrome. Emergency Dermatology, 66-67, 109-114.
4. **Johnston GA (2004)**. Treatment of bullous impetigo and the staphylococcal scalded skin syndrome in infants. Jour Exp Rev Anti Infec Ther, 2(3), 439-446.
5. **Margileth AM (1975)**. Scalded skin syndrome: Diagnosis, differential diagnosis, and management of 42 children. South Med J, 68(4), 447-454.
6. **Oishi T, Yasunobu K, Mikio O, et al (2013)**. Staphylococcal scalded skin syndrome mimicking toxic epidermal necrolysis in a healthy adult. Aca Jour, 4(3), 347.
7. **Klaus W, Richard AJ (2009)**. Fitzpatrick's Color atlas and synopsis of clinical dermatology, 6, McGraw-Hill, London.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA PHỤ NỮ MANG THAI CÓ HBsAg (+) TẠI HUYỆN ĐỊNH HÓA TỈNH THÁI NGUYÊN

Nông Thị Tuyền*, Phùng Thị Tuyết Nga*, Dương Hồng Thái**, Hoàng Anh Tuấn*

TÓM TẮT²⁹

Đối tượng và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu thực hiện trên 46 sản phụ đến sinh có xét nghiệm HBsAg (+) tại Khoa Sản Bệnh viện Đa Khoa Định Hóa, tỉnh Thái Nguyên từ tháng 4/2015 đến tháng 4/2016. **Phương pháp:** Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Phụ nữ mang thai có HBsAg (+) đến sinh tại Bệnh viện Đa khoa Định Hóa phần lớn không có đầy đủ các triệu chứng trên lâm sàng, trong số 46 bệnh nhân có 16 trường hợp vàng mắt, vàng da nhẹ, 2 trường hợp có thiếu máu nhẹ. Sản phụ nhiễm HBV có 14 trường hợp có biểu hiện mệt mỏi, có 13 trường hợp chán ăn, 17 trường hợp đi tiểu sẫm màu. Phần lớn số phụ nữ mang thai nhiễm HBV đều có xét nghiệm công thức máu trong giới hạn bình thường, 2 trường hợp có thiếu máu mức độ nhẹ biểu hiện qua số lượng hồng cầu và Hb. Số phụ nữ có HBeAg (+) là 18 trường hợp chiếm 39%. Số phụ nữ có nồng độ vi rút cao chiếm tỷ lệ có 29 sản phụ chiếm 63%. **Kết luận:** Trong số các sản phụ đến sinh có HBsAg (+) có biểu hiện các triệu chứng lâm sàng ít, số sản phụ mang tải lượng vi rút cao chiếm tỷ lệ cao, đây là điều cần quan tâm nhất vì những trường hợp này có thể lây nhiễm HBV cho con của họ.

Từ khóa: Nhiễm HBV, phụ nữ mang thai

SUMMARY

CLINICAL AND PARACLINICAL FEATURES OF PREGNANT WOMEN WITH HBsAg (+) AT DINH HOA DISTRICT IN THAI NGUYEN PROVINCE

Subjects: A study carried out on 46 women with HBsAg (+) given birth at Department of Obstetrics in Hospital Dinh Hoa, Thai Nguyen province between April, 2015 and April, 2016. **Method:** A cross-sectional descriptive study used in the study. **Results:** Majority of pregnant women with HBsAg (+) given birth at in Dinh Hoa General Hospital did not have enough clinical symptoms. Out of 46 patients, 16 cases had yellow eyes, mild jaundice, 2 cases had mild anemia. Out of HBV-infected pregnant women, 14 cases reported fatigue, 13 cases reported anorexia and dark colored urine was detected in 17 cases. Blood counts in most of HBV-infected pregnant women was in the normal range. 2 cases of mild anemia indicated by the number of erythrocytes and Hb levels. A number of pregnant women with HBeAg (+) were 18 cases (39%). A number of pregnant women with a high viral loading were 29 cases (63%). **Conclusion:** Out of pregnant women with HBsAg (+) had a little clinical symptom, a number of pregnant women with a high viral loading accounted for a high rate, so that this is the most important concerns because cases infected with HBV can spread HBV to their children.

Keywords: HBV infection, pregnant women

* Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

** Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nông Thị Tuyền

Email: tuyennong76@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phân biên khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm gan vi rút B là bệnh truyền nhiễm do vi rút viêm gan B (HBV) gây nên. Bệnh gặp ở khắp nơi trên thế giới với tỷ lệ mắc khác nhau giữa các vùng và gây hậu quả nghiêm trọng với sức khỏe con người. Viêm gan vi rút B có liên quan tới 80% các trường hợp ung thư gan nguyên phát (UTGNP) ở nhiều nước đặc biệt ở các nước châu Á và châu Phi [1], [3], [9], [10]. Quá trình nhiễm càng xảy ra sớm ở thời kỳ thơ ấu thì càng dễ trở thành người lành mang HBV và càng làm gia tăng nguy cơ mắc viêm gan mạn tính và các biến chứng xơ gan, UTG do khoảng thời gian của quá trình mang virút kéo dài [5], [6]. Đối tượng lây cho trẻ sơ sinh là những người mẹ mang HBV mạn tính [2], [7]. Hiện nay đã có những nghiên cứu về các biện pháp phòng lây nhiễm HBV từ mẹ sang con và cũng hạn chế được khả năng lây nhiễm từ mẹ sang con, tuy nhiên còn có nhiều yếu tố làm tăng nguy cơ lây nhiễm HBV từ mẹ sang con còn đang được tiếp tục nghiên cứu. Hiện tại chưa có nghiên cứu nào về phụ nữ mang thai có HBsAg(+) tại huyện Định Hóa, tỉnh Thái Nguyên, vì vậy đề tài được tiến hành với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của phụ nữ mang thai có HBsAg(+) đến sinh tại Bệnh viện Đa Khoa Định Hóa trong thời gian từ tháng 4/2015 đến tháng 4/2016.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

* Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng

- Tất cả phụ nữ có thai được quản lý thai nghén tại 24 xã, thị trấn và đến đẻ tại Bệnh viện Đa khoa huyện Định Hóa dự kiến từ tháng 4/2015 đến tháng 4/2016. Sau đó lấy tất cả các sản phụ có xét nghiệm HBsAg (+).

- Con của các sản phụ có HBsAg (+), để sống cân nặng trên 2500g.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, thiết kế nghiên cứu cắt ngang

- Thời gian từ tháng 4/2015 đến tháng 4/2016

- Cỡ mẫu: Thuận tiện, lấy toàn bộ số phụ nữ có thai của cả huyện Định Hóa đến đẻ tại Khoa Sản, bệnh viện Đa Khoa Định Hóa, sau đó lấy những sản phụ có xét nghiệm HBsAg(+), tư vấn nếu đồng ý tham gia nghiên cứu thì chọn vào nhóm đối tượng nghiên cứu.

- Nhập và xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học SPSS.

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu

* Chỉ tiêu lâm sàng:

- Sản phụ có các triệu chứng cơ năng: mệt mỏi, đầy bụng chán ăn, đau hạ sườn phải, tiêu chảy.

- Sản phụ có các triệu chứng thực thể: vàng da, vàng mắt, tiểu sẫm màu, phù, gan to, lách to.

- Các triệu chứng về sản khoa: chuyển dạ đẻ, đẻ thường, đẻ có can thiệp, mổ đẻ...

- Các triệu chứng của trẻ khi sinh ra: cân nặng sơ sinh, chỉ số apga.

* Chỉ tiêu cận lâm sàng:

- Xét nghiệm test nhanh HBsAg bằng Kit thử chẩn đoán viêm gan B (HBsAg) dùng để định tính phát hiện kháng nguyên bề mặt vi rút viêm gan B (HBsAg) trong huyết thanh hoặc huyết tương, được thực hiện trên tất cả các sản phụ đến đẻ tại bệnh viện được thực hiện tại Khoa Xét nghiệm Bệnh viện Đa Khoa Định Hóa.

- Xét nghiệm Anti HCV, HIV để loại trừ đối tượng nghiên cứu bằng test nhanh được thực hiện tại Khoa Xét nghiệm Bệnh viện Đa Khoa Định Hóa.

- Xét nghiệm sinh hóa máu: Albumin, Protein TP, Bilirubin TT, Bilirubin TP, AST, ALT được thực hiện tại Khoa Xét nghiệm Bệnh viện Đa Khoa Định Hóa.

- Xét nghiệm huyết học được thực hiện tại Khoa Xét nghiệm Bệnh viện Đa Khoa Định Hóa.

- Xét nghiệm Prothrombin được thực hiện tại Khoa Huyết học Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Thái Nguyên.

- Xét nghiệm lại HBsAg bằng phương pháp ELISA, HBeAg test nhanh ở mẹ được thực hiện tại Khoa Huyết học Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Thái Nguyên.

- Đo nồng độ vi rút HBV được thực hiện tại Bộ môn Vi sinh Trường Đại học Y – Dược Thái Nguyên.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của phụ nữ mang thai nhiễm HBV

Bảng 3.1. Triệu chứng cơ năng ở phụ nữ mang thai nhiễm HBV

| Triệu chứng / Biểu hiện | Có biểu hiện n (%) | Không biểu hiện n (%) |
|---------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Mệt mỏi | 14 (30,4) | 32 (69,6) |
| Chán ăn | 13 (28,3) | 33 (71,7) |
| Ngủ kém | 0 (0) | 46 (100) |
| Đau hạ sườn phải | 0 (0) | 46 (100) |
| Buồn nôn, nôn | 0 (0) | 46 (100) |
| Đau mõi khớp | 0 (0) | 46 (100) |
| Tiêu chảy | 0 (0) | 46 (100) |
| Tiểu sẫm màu | 17 (37,0) | 29 (63,0) |
| Sốt nhẹ | 0 (0) | 46 (100) |
| Khác | 0 (0) | 46 (100) |

Nhận xét: Sản phụ nhiễm HBV 30,4% biểu hiện mệt mỏi, 28,3% chán ăn, 37,0% tiểu sẫm màu.

Bảng 3.2. Triệu chứng thực thể ở phụ nữ mang thai nhiễm HBV

| Triệu chứng / Biểu hiện | Có biểu hiện n (%) | Không biểu hiện n (%) |
|---------------------------------------|-------------------------------|----------------------------------|
| Gan to | 0 (0) | 46 (100) |
| Lách to | 0 (0) | 46 (100) |
| Vàng da, vàng mắt | 16 (34,8) | 30 (65,2) |
| Phù, cổ trướng | 0 (0) | 46 (100) |
| Xuất huyết dưới da | 0 (0) | 46 (100) |
| Sao mạch | 0 (0) | 46 (100) |
| Thiếu máu | 2 (4,3) | 44 (95,7) |

Nhận xét: Trong số 46 bệnh nhân có 34,8% trường hợp vàng mắt, vàng da nhẹ, 4,3 % trường hợp có thiếu máu nhẹ.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của phụ nữ mang thai có HBsAg (+)

Bảng 3.3. Xét nghiệm công thức máu ở phụ nữ mang thai nhiễm HBV

| Tên xét nghiệm | Chỉ số | Giá trị bình thường | Giá trị trung bình (X ± SD) |
|--------------------------|--------|---------------------|-----------------------------|
| Bạch cầu ($10^9/L$) | | 4 - 9 | $9,3 \pm 1,93$ |
| Hồng cầu ($10^{12}/L$) | | 3.9 - 5.4 | $4,1 \pm 0,40$ |
| Tiểu cầu ($10^9/L$) | | 150 - 400 | $215,8 \pm 53,9$ |
| Hb(g/l) | | 125 - 145 | $122,4 \pm 11,2$ |

Nhận xét: Phần lớn số phụ nữ mang thai nhiễm HBV đều có xét nghiệm công thức máu trong giới hạn bình thường, có 2 trường hợp có thiếu máu mức độ nhẹ biểu hiện qua số lượng hồng cầu và Hb.

Bảng 3.4. Xét nghiệm sinh hóa ở phụ nữ mang thai nhiễm HBV

| Tên xét nghiệm | Chỉ số | Giá trị bình thường | Giá trị trung bình (X ± SD) |
|-----------------------|--------|---------------------|-----------------------------|
| AST (U/L - 37^0) | | ≤ 37 | $26,8 \pm 9,19$ |
| ALT (U/L - 37^0) | | ≤ 40 | $28,7 \pm 8,60$ |
| Bilirubin TP (mmol/L) | | ≤ 17 | $21,3 \pm 15,49$ |
| Bilirubin TT (mmol/L) | | ≤ 4.3 | $4,9 \pm 2,88$ |
| Prothrombin (giây) | | 11 - 13 | $13,7 \pm 1,03$ |
| Protein máu(g/l) | | 65 - 82 | $59,7 \pm 12,41$ |
| Albumin máu (g/l) | | 35 - 50 | $31,4 \pm 4,41$ |
| Creatinin (mmol/l) | | 53 - 100 | $58,9 \pm 9,09$ |

***Nhận xét:** Một số phụ nữ mang thai nhiễm HBV có biểu hiện bệnh lý như tăng Bilirubin TP, TT. Thời gian Prothrombin kéo dài và Protein TP, Albumin máu giảm.

Bảng 3.5. Kết quả siêu âm ở phụ nữ mang thai nhiễm HBV

| Kết quả Siêu âm | To | Bình thường |
|-----------------|----|-------------|
| Gan mật | 0 | 46 (100) |
| Lách | 0 | 46 (100) |

Nhận xét: Không có phụ nữ mang thai nhiễm HBV có gan to, lách to trên siêu âm.

Bảng 3.6. Kết quả xét nghiệm HBeAg ở phụ nữ mang thai nhiễm HBV

| Kết quả | n | % |
|----------|----|------|
| HBeAg(+) | 18 | 39,1 |
| HBeAg(-) | 28 | 60,9 |

Nhận xét: Số phụ nữ có HBeAg (+) chiếm 39%.

Bảng 3.7. Kết quả đo nồng độ vi rút ở phụ nữ mang thai nhiễm HBV

| Đo tải lượng vi rút (HBV-DNA) | Kết quả | n | % |
|--|---------|----|------|
| HBV-DNA > 3x10 ² bản sao/ml | | 29 | 63,0 |
| HBV-DNA < 3x10 ² bản sao/ml | | 17 | 37,0 |

Nhận xét: Số phụ nữ có nồng độ vi rút cao chiếm tỷ lệ 63%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của phụ nữ mang thai nhiễm HBV

Trong 46 bà mẹ nhiễm vi rút HBV, phần lớn không có các triệu chứng trên lâm sàng. Có những phụ nữ không biết mình nhiễm HBV trước đó tới tận khi đến sinh mới phát hiện nhiễm HBV. Trong số 46 sản phụ có 14 sản phụ có triệu chứng mệt mỏi, chán ăn đây cũng là triệu chứng thường gặp ở những phụ nữ mang thai do tình trạng nghén, trong 46 trường hợp nghiên cứu không có trường hợp nào có kết quả xét nghiệm men gan tăng nên những triệu chứng này có thể do tình trạng thai nghén gây nên.

Trên lâm sàng có 16 trường hợp có biểu hiện vàng mắt vàng da nhẹ khó xác định, sau khi có kết quả của xét nghiệm sinh hóa máu mới khẳng định chắc chắn ở những sản phụ này vì có bilirubin TP và TT tăng. Dấu hiệu vàng mắt vàng da chiếm tỷ lệ 34,8%, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiền tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương là 22,4% [5]. Trong nghiên cứu này chưa xác định có sản phụ nào có gan to, lách to trên lâm sàng. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả của siêu âm. Không có trường hợp nào có phù, có cổ trướng mặc dù xét nghiệm sinh hóa máu có một số bệnh nhân có protein TP và albumin giảm. Có 2 trường hợp có thiếu máu

biểu hiện trên lâm sàng với triệu chứng da hơi xanh, niêm mạc hồng nhạt.

Trong số 46 sản phụ có 17 người có triệu chứng đi tiểu sẫm màu, những trường hợp này đều có kết quả xét nghiệm sinh hóa máu bilirubin TP và/hoặc bilirubin TT tăng. Ngoài ra các triệu chứng cơ năng khác cũng không gặp hoặc gặp nhưng không thường xuyên.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của phụ nữ mang thai có HBsAg (+)

Phần lớn số phụ nữ mang thai nhiễm HBV đều có xét nghiệm công thức máu trong giới hạn bình thường, có 2 trường hợp có thiếu máu mức độ nhẹ biểu hiện qua số lượng hồng cầu và Hb, những trường hợp này khó xác định là thiếu máu trước khi có thai hay trong khi có thai, nhưng có thể loại trừ thiếu máu do tổn thương ở thận vì không có trường hợp nào có biểu hiện nhiễm độc thai nghén và creatinin trong máu tăng.

Qua kết quả xét nghiệm sinh hóa máu, trong 46 sản phụ, hiện tại không có sản phụ nào đang có hiện tượng hoại tử tế bào gan, nhưng có 17 trường hợp có tăng bilirubin máu từ nhẹ đến nặng, qua kết quả nghiên cứu cũng cho thấy giá trị trung bình của bilirubin TP và TT cũng cao hơn so với giá trị bình thường, kết quả này thấp hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiền tại

Bệnh viện Phụ sản Trung Ương lần lượt là $(61,6 \pm 10,3)$ và $(27,5 \pm 5,2)$ đây có thể là dấu hiệu của viêm gan mãn [5]. Khi mang vi rút HBV kéo dài, chức năng gan cũng bị tổn thương, xét nghiệm thời gian Prothrombin kéo dài hơn so với giá trị bình thường [5], nhưng trong 46 trường hợp không có sản phụ nào có tai biến chảy máu trước, trong và sau đẻ. Qua kết quả nghiên cứu thấy giá trị trung bình của xét nghiệm Protein TP, Albumin máu đều giảm hơn so với giá trị bình thường nhưng không nhiều và trên lâm sàng chưa phát hiện được sản phụ nào có phù và cổ chướng kết quả này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Văn Hiền tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương [5]. Tất cả 46 sản phụ đều có xét nghiệm creatinin máu và ure máu trong giới hạn bình thường.

Không có phụ nữ mang thai nhiễm HBV có gan to, lách to trên siêu âm. Kết quả này cũng tương ứng với khám lâm sàng nhưng có một sản phụ trên siêu âm thấy hình ảnh của viêm gan mãn, cho nên những người mang HBV mạn tính cần phải theo dõi định kỳ để phát hiện những đợt cấp của viêm gan để điều trị kịp thời, tránh tình trạng khi có triệu chứng trên lâm sàng thì đã là triệu chứng của các biến chứng.

Số phụ nữ có xét nghiệm HBeAg (+) chiếm tỷ lệ 39,1 %, kết quả này tương đương với nghiên cứu của Chu Thị Thu Hà nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội là 40,5% [4], tương đương với kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Tường Vân là 37,1% [8]. Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy mẹ nhiễm HBV có xét nghiệm HBeAg (+) thì trẻ sơ sinh có xét nghiệm HBsAg (+) là 72,2% từ máu tĩnh

mạch cuống rốn của trẻ sơ sinh cao hơn nhiều so với nhóm mẹ có xét nghiệm HBeAg

(-), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Khi có kết quả xét nghiệm HBeAg (+), thông báo cho sản phụ biết để họ áp dụng các biện pháp phòng lây nhiễm cho con như tiêm vắc xin đúng lịch...

Số phụ nữ có nồng độ vi rút cao chiếm tỷ lệ 63%. Đây là điều đáng lo ngại nhất ở những người mang HBV mạn tính, có những sản phụ nồng độ vi rút trong máu rất cao nhưng tuổi còn rất trẻ (16 tuổi), đã có nhiều nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa nồng độ vi rút HBV - ADN và các biến chứng của bệnh viêm gan B, mối liên quan giữa nồng độ vi rút HBV - ADN và khả năng lây nhiễm cho trẻ sơ sinh. Trong số 29 sản phụ có nồng độ HBV trong máu cao nhưng không có biểu hiện trên lâm sàng, và nhận thức về bệnh còn hạn chế, kinh tế còn khó khăn nên khi tư vấn họ cần phải điều trị thì còn gặp khó khăn.

V. KẾT LUẬN

- Phụ nữ mang thai có HBsAg (+) đến sinh tại Bệnh viện Đa khoa Định Hóa không có đủ các triệu chứng trên lâm sàng, trong số 46 bệnh nhân có 16 trường hợp vàng mắt, vàng da nhẹ, 2 trường hợp có thiếu máu nhẹ.

- Trong 46 sản phụ nhiễm HBV có 14 trường hợp có biểu hiện mệt mỏi, 13 trường hợp chán ăn, 17 trường hợp tiểu sẫm màu.

- Phần lớn số phụ nữ mang thai nhiễm HBV đều có xét nghiệm công thức máu trong giới hạn bình thường, một số trường hợp có thiếu máu mức độ nhẹ biểu hiện qua số lượng hồng cầu và Hb.

- Một số phụ nữ mang thai nhiễm HBV có biểu hiện bệnh lý như tăng Bilirubin TP,

TT. Thời gian Prothrombin kéo dài và Protein TP, Albumin máu giảm.

- Số phụ nữ có HBeAg (+) chiếm 39%.

Số phụ nữ có nồng độ vi rút cao chiếm tỷ lệ 63%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Vũ Anh (1995)**, *Bước đầu đánh giá tình trạng mang và kéo dài virus viêm gan B trên quần thể dân cư vùng Hà Nội*, Luận án PTS khoa học Y Dược, Đại học Y Hà Nội.
2. **Vũ Hồng Cương (1998)**, *Điều tra tại thành phố Thanh Hóa về tỷ lệ HBsAg, tỷ lệ anti HBs và hiệu lực đáp ứng miễn dịch của vắc xin viêm gan B do Việt Nam sản xuất*, Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y khoa Hà Nội.
3. **Bùi Đại (2002)**, *Viêm gan virus B và D*, Nhà xuất bản Y học Hà Nội, tr 180-189.
4. **Chu Thị Thu Hà, Nguyễn Thu Vân, Lê Anh Tuấn (2007)**, *Dấu ấn và khả năng lây truyền virus viêm gan B từ mẹ sang con*, Tạp chí Y học thực hành 537, tr 14-18
5. **Nguyễn Văn Hiền, Lê Thị Thanh Vân (2011)**, *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các phương pháp xử trí trong chuyển dạ ở các sản phụ viêm gan B tại Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong 5 năm (2006-2010)*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Thị Hoài Thu, Trần Thị Minh Diễm**, *Nghiên cứu sự lây truyền virus viêm gan B giữa mẹ và con tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
7. **Cao Thị Thanh Thúy (1995)**, *Bước đầu tìm hiểu vai trò lây truyền mẹ sang con của các dấu ấn virus viêm gan B ở phụ nữ có thai*, Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
8. **Vũ Thị Tường Vân (1996)**, *Nghiên cứu tình trạng nhiễm virus viêm gan B ở phụ nữ có thai tại Hà Nội và khả năng lây truyền HBV từ mẹ sang con*, Luận án PTS khoa học y dược, Đại học Y Hà Nội.
9. **WHO (1991)**, “ *Elimination of hepatitis B*” a guide to the implementation of national immunization program in the developing world.
10. **WHO (2006)**, “ *Viral hepatitis in Prevention and control of perinatal hepatitis B virus transmission in the WHO European Region*”. Istanbul, Turkey.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ GÂY TÊ ĐÁM RỐI THẦN KINH CÁNH TAY ĐƯỜNG LIÊN CƠ BẬC THANG BẰNG LIDOCAIN VÀ FENTANYL TRONG PHẪU THUẬT CHI TRÊN

Tạ Quang Hùng*, Nguyễn Thị Bạch Dương*,
Phạm Thị Lan*, Nông Thị Thu**

TÓM TẮT³⁰

Mục tiêu: Nhận xét kết quả gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang trong phẫu thuật chi trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế mô tả tiến cứu trên 30 bệnh nhân có ASA 1-2, tuổi từ 15 – 60, không có chống chỉ định với gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang: Suy hô hấp, liệt dây thần kinh hoành đối bên,...có chỉ định phẫu thuật 2 chi trên cấp cứu và có kế hoạch tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên. Các bệnh nhân được tiền mê, gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang, sau đó tiêm hỗn hợp Lidocain 1%, liều 7mg/kg và fentanyl 2µg/kg cân nặng để đánh giá tác dụng vô cảm của phương pháp. **Kết quả:** phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang bằng Lidocain phối hợp fentanyl trong phẫu thuật chi trên cho kết quả tốt. Thời gian tiềm tàng ức chế cảm giác đau là $9,50 \pm 1,96$ phút. Thời gian vô cảm là $53,50 \pm 14,98$ phút. Thời gian giảm đau sau mổ là $67,67 \pm 15,96$ phút. 90% bệnh nhân đạt mức giảm đau tốt để phẫu thuật, 3 bệnh nhân (chiếm tỷ lệ 10%) phải chuyển phương pháp vô cảm khác để phẫu thuật.

Từ khóa: Đám rối thần kinh cánh tay, Lidocain;

SUMMARY

EVALUATE RESULT OF INTERSCALENE BRACHIAL PLEXUS BLOCK BY MIXTURE OF LIDOCAIN AND FENTANYL FOR OPERATION IN THE UPPER LIMB

Objective: The study was evaluate result of interscalene brachial plexus block technic for operation of the upper limb. **Method:** prospective description in 30 patients with ASA 1-2, age 15-60, not contraindication with interscalene brachial plexus anesthesia: respiratory failure, diaphragmatic nerve paralysis opposite,... indicate upper limb surgery in the department of anesthesiology and reanimation in Thai Nguyen central hospital. The patients use tranquillizer, interscalene brachial plexus anesthesia, then patients were injected mixture of lidocain 1%, 7mg/kg and fentanyl 2mcg/kg to evaluate result of this technic. **Result:** The interscalene brachial plexus anesthesia is good for upper limb surgery. Time of onset is $9,50 \pm 1,96$ (m), time of duration of analgesia is $53,50 \pm 14,98$ (m), 90% patients are keep on good analgesia level for operation. 03 patients (10%) must change the anesthesia different to operate.

Key words: brachial plexus, lidocain;

*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

** Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Quang Hùng

Email: doctor.hung82@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương chi trên là một trong những chấn thương hay gặp trong các tai nạn sinh

hoạt, giao thông, cũng như các tai nạn lao động, có tổn thương phức tạp. Việc phẫu thuật cho các chấn thương chi trên cần phải được vô cảm tốt. Có nhiều phương pháp vô cảm có thể áp dụng để giảm đau cho bệnh nhân trong phẫu thuật: Gây mê tĩnh mạch, gây mê nội khí quản, gây tê vùng, gây tê tại chỗ... Tuy nhiên việc lựa chọn được phương pháp vô cảm đòi hỏi người gây mê phải nắm rõ được phương pháp phẫu thuật, tình trạng người bệnh, thời gian phẫu thuật, mức độ tổn thương... để tránh được những nguy cơ cho bệnh nhân. Phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang chi phối cảm giác đau từ vùng vai đến bàn tay, ít ảnh hưởng đến tình trạng toàn thân nên phù hợp với những phẫu thuật ở chi trên. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Nhận xét kết quả gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang trong phẫu thuật chi trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật 2 chi trên, tuổi từ 15 - 60, ASA 1-2, không có chống chỉ định gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang.

2. Thời gian, địa điểm: 04/2016-10/2016 tại khoa Gây mê hồi sức Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

3. Phương pháp

3.1. Thiết kế nghiên cứu: *Mô tả tiến cứu.*

3.2. Phương tiện kỹ thuật:

- Máy theo dõi Phillip (nhịp tim, huyết áp, SpO₂),

- Bơm tiêm: 2 bơm tiêm 20ml,

- Găng vô khuẩn, panh sát khuẩn, cồn 70⁰

- Thước đo điểm đau VAS của hãng B/Braun.

3.3. Thuốc dùng trong nghiên cứu

- Lidocain 40mg/2ml của xí nghiệp dược phẩm TW1.

- Fentanyl ống 100mcg/2ml (Hãng Polfa, Balan).

- Các thuốc và phương tiện hồi sức

3.4. Chuẩn bị bệnh nhân: Tại phòng mổ: Cho bệnh nhân nằm đầu bằng, lắp máy theo dõi huyết áp, nhịp tim, ECG, SpO₂, truyền dịch, thở oxy qua mask 3-5l/ph ít nhất 5ph trước gây tê. Bệnh nhân được giải thích rõ về phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang để phẫu thuật và được tiền mê bằng 2mg Midazolam trước gây tê 15 phút.

* Tư thế bệnh nhân: nằm ngửa, đầu quay về bên đối diện với bên gây tê

3.5. Thực hiện kỹ thuật:

* Liều lượng thuốc dùng trong nghiên cứu: lidocain liều 7mg/kg nồng độ 1% có pha

* Fentanyl liều 2mcg/kg.

* Cách thức tiến hành: Bác sĩ gây mê sát trùng vùng gây tê. Vị trí chọc kim là giao điểm đường kẻ ngang sụn nhẫn gặp khe cơ liên bậc thang trước và cơ liên bậc thang giữa. Hướng kim đi vuông góc với mặt da, từ ngoài vào trong, ra sau, xuống dưới, chạm xương thì rút kim ra 5mm rồi tiêm hỗn hợp thuốc tê đã pha. Theo dõi bệnh nhân sau khi gây tê đến khi bệnh nhân phục hồi cảm giác đau tại vùng phẫu thuật.

3.6. Thu thập số liệu: Số liệu được thu thập theo phiếu điều tra thiết kế sẵn bởi người nghiên cứu. Các thông tin thu thập: Đặc điểm bệnh nhân (giới, tuổi, chiều cao (m), cân nặng (kg), bệnh phẫu thuật, ASA (1

hoặc 2); chỉ số huyết động (nhịp tim (l/ph), huyết áp (mmHg), SpO₂, ở các thời điểm nghiên cứu: T1 (trước gây tê), T2 (sau gây tê), T3 (sau khi mất cảm giác đau vùng phẫu thuật), T4 (bắt đầu phẫu thuật), T5 (kết thúc phẫu thuật), T6 (hồi phục cảm giác đau tại vùng phẫu thuật).

3.7. Đánh giá:

- Đánh giá mức độ ức chế cảm giác:
- + Độ 0: Bệnh nhân đau như bên tay không được gây tê khi châm kim trên da
- + Độ 1: Bệnh nhân thấy đau ít hơn bên không gây tê
- + Độ 2: Bệnh nhân có cảm giác như vật tù chạm vào khi châm ki
- + Độ 3: Bệnh nhân không có cảm giác đau khi châm kim

- Đánh giá chất lượng ức chế cảm giác
- + Tốt: Bệnh nhân không đau trong suốt quá trình phẫu thuật
- + Trung bình: Đau nhẹ chỉ cần tiêm tĩnh mạch fentanyl 50-100 µg để giảm đau
- + Kém: Không thể phẫu thuật, phải chuyển phương pháp vô cảm khác.
- Đánh giá mức độ ức chế vận động
- + Độ 0: Chức năng cơ bình thường, cử động giống tay không gây tê
- + Độ 1: Chức năng cơ giảm so với trước khi gây tê
- + Độ 2: Chức năng cơ rất yếu
- + Độ 3: Chức năng cơ mất hoàn toàn

3.8. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm SPSS

16.0. Sự khác biệt có ý nghĩa với p<0,05

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1: Tỷ lệ bệnh nhân phân bố theo giới

| Giới | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|------|----------|-----------|
| Nam | 21 | 70 |
| Nữ | 9 | 30 |

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nam (70%) hay gặp trong chấn thương 2 chi dưới nhiều hơn nữ (30%).

Bảng 2: Phân bố bệnh nhân theo cân nặng và theo tuổi

| Thông số | X ± SD | Min – Max |
|---------------|----------------|-----------|
| Tuổi (năm) | 35, 47 ± 13,70 | 16 – 60 |
| Cân nặng (kg) | 58,53 ± 7,71 | 40 – 70 |

Nhận xét: tuổi trung bình trong nghiên cứu là 35, 47 ± 13,70, thấp nhất là 16, cao nhất là 60. Cân nặng trung bình là 58,53 ± 7,71 thấp nhất là 40 cao nhất là 70.

Bảng 3: Phân bố bệnh nhân theo phẫu thuật

| Loại phẫu thuật | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--------------------------|----------|-----------|
| Phẫu thuật bàn tay | 10 | 33,3 |
| Phẫu thuật cẳng tay | 9 | 30 |
| Phẫu thuật vùng cánh tay | 11 | 36,7 |

Nhận xét: Các phẫu thuật ở chi trên có tỷ lệ gần tương đương nhau, phẫu thuật vùng cánh tay có tỷ lệ cao nhất 36,7%, thấp nhất là phẫu thuật vùng cẳng tay chiếm tỷ lệ 30%.

Bảng 4: Phân bố bệnh nhân theo ASA

| Phân loại | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|-----------|----------|-----------|
| ASA1 | 10 | 33,3 |
| ASA2 | 20 | 66,7 |

Nhận xét: Bệnh nhân có ASA2 chiếm tỷ lệ 67%, còn lại 33,3% ASA1 đều trong chỉ định có thể gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang để phẫu thuật.

Bảng 5: Thời gian tiềm tàng, thời gian vô cảm, thời gian giảm đau sau mổ

| Thông số | X ± SD | Min – Max |
|--|----------------|-----------|
| Thời gian tiềm tàng có tác dụng của phương pháp (phút) | 9,50 ± 1,96 | 7 – 15 |
| Thời gian vô cảm (phút) | 53,50 ± 14,98 | 30 – 90 |
| Thời gian giảm đau sau mổ (phút) | 67,67 ± 15,96 | 40 - 100 |
| Thời gian vô cảm và giảm đau sau mổ | 121,50 ± 18,10 | 100 - 160 |

Bảng 6: Mức độ ức chế cảm giác

| Mức độ | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--------|----------|-----------|
| 3 | 15 | 50 |
| 2 | 12 | 40 |
| 1 | 3 | 10 |
| 0 | 0 | 0 |

Bảng 7: Chất lượng ức chế cảm giác

| Mức độ | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|------------|----------|-----------|
| Tốt | 22 | 73,3 |
| Trung bình | 5 | 16,7 |
| Kém | 3 | 10 |

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân đều có chất lượng ức chế cảm giác tốt đều có thể phẫu thuật được. Có 3 bệnh nhân (10%) phải chuyển phương pháp vô cảm khác.

Bảng 8: Mức độ ức chế vận động

| Mức độ | Số lượng | Tỷ lệ (%) |
|--------|----------|-----------|
| 0 | 0 | 0 |
| 1 | 3 | 10 |
| 2 | 6 | 20 |
| 3 | 21 | 70 |

Nhận xét: 27 bệnh nhân chiếm tỷ lệ (90%) Chức năng cơ rất yếu hoặc mất chức năng hoàn toàn, 3 bệnh nhân chiếm tỷ lệ (10%) chức năng cơ giảm so với trước khi gây tê.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân

30 bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu có tỷ lệ nam cao hơn nữ (bảng 1) do tỷ lệ nam giới dễ gặp các tai nạn lao động, giao thông, sinh hoạt hơn phụ nữ. Độ tuổi, cân nặng và phân loại sức khỏe theo ASA (bảng 2; bảng 4) thì đều cho thấy bệnh nhân có sức khỏe tốt, ổn định về tâm lý, dễ dàng hợp tác với bác sĩ gây mê. Phân bố bệnh nhân cho thấy phẫu thuật vùng cánh tay chiếm tỷ lệ 36,7%, phẫu thuật vùng bàn tay chiếm tỷ lệ 33,3%, vùng cẳng tay chiếm tỷ lệ 30% (bảng 3) điều này giúp cho việc đánh giá kết quả của phương pháp đối với các phẫu thuật ở chi trên là tương đối giống nhau.

2. Tác dụng vô cảm và giảm đau sau phẫu thuật

2.1. Thời gian tiềm tàng:

Thời gian tiềm tàng ở nghiên cứu là $9,50 \pm 1,96$ phút (bảng 5). Theo Phạm Văn Quỳnh và cộng sự [3] thì thời gian tiềm tàng trung bình là 8,3 phút, Shrestha BR (2003) [4] là 8,12 phút, Nguyễn Thị Ân và cộng sự là 8,02 phút [2].

2.2. Thời gian vô cảm và giảm đau sau phẫu thuật

Thời gian vô cảm và giảm đau sau mổ là: $121,50 \pm 18,10$ phút (bảng 6). Nghiên cứu của Phạm Văn Quỳnh là $87,75 \pm 17,13$ [3]. Thời gian vô cảm và giảm đau sau mổ của chúng tôi dài hơn vì chúng tôi sử dụng tổng thể tích thuốc tê nhiều hơn so với 2 tác giả kể trên.

2.3. Mức độ ức chế cảm giác đau 1

Kết quả bảng 6 cho thấy mức độ ức chế cảm giác đau ở mức 2 và 3 đạt 90%, đây là mức đảm bảo cho phẫu thuật, ở mức 1 đạt 10%. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ân và cộng sự [2] khi gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang với máy dò xung điện trong phẫu thuật chi trên thì mức 2 và 3 là 100%. Điều này cho thấy việc sử dụng các máy xung điện thần kinh để hướng dẫn cho gây tê sẽ cho tỷ lệ thành công cao hơn.

2.4. Chất lượng ức chế cảm giác

Kết quả ở bảng 7 cho thấy chất lượng ức chế cảm giác đau ở mức tốt và trung bình là 90%, 3 bệnh nhân ở kém là 10%, nghĩa là phải chuyển phương pháp vô cảm khác. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ân và cộng sự [2] khi gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang với máy dò xung điện trong phẫu thuật chi trên thì mức tốt và trung bình là 100%. Nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Phạm Văn Quỳnh [3], Ali Movafegh (2006) [1], Shrestha BR (2003) [4].

2.5. Mức độ ức chế vận động

Kết quả ở bảng 8 cho thấy mức độ ức chế vận động ở mức 2 và mức 3 là 90%, mức mà đảm bảo cho phẫu thuật. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Ân và cộng sự [2] khi gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang với máy dò xung điện trong phẫu thuật chi trên thì mức 2 và mức 3 là 100%.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang đảm bảo

tốt cho những bệnh nhân phẫu thuật chi trên. Tỷ lệ bệnh nhân đạt chất lượng vô cảm tốt để phẫu thuật là 90%. Thời gian vô cảm và giảm đau sau mổ trung bình $121,50 \pm 18,10$ phút.

KHUYẾN NGHỊ

Tỷ lệ thất bại của phương pháp khi chọc dò chiếm 10%, bệnh nhân phải chuyển phương pháp vô cảm khác gây ảnh hưởng tâm lý của bệnh nhân và bác sĩ. Thời gian giảm đau sau mổ ngắn. Vì vậy chúng tôi khuyến nghị:

- Nghiên cứu phương pháp gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang dưới hướng dẫn của máy dò xung điện hoặc siêu âm để tăng tỷ lệ thành công của phương pháp.

- Nghiên cứu phối hợp các thuốc sử dụng trong gây tê để tăng thời gian giảm đau sau mổ cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ali Movafegh** (2006), "Dexamethasone added to lidocain prolong axillary brachial plexus blockade" *Anesth Analg*, 102:263-7;
2. **Nguyễn Thị Ân, Nguyễn Hồng Sơn** (2011). Gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang với máy dò xung điện trong phẫu thuật chi trên, *Tạp chí Y học thực hành*, số 6 (771), trang 162-165;
3. **Phạm Văn Quỳnh, Trịnh Xuân Trường, Hoàng Văn Chương và cs** (2014). Nghiên cứu gây tê đám rối thần kinh cánh tay đường liên cơ bậc thang bằng lidocain phối hợp với dexamethason trong phẫu thuật chi trên, *Tạp chí Y học thực hành*, số 2 (905), trang 6-9
4. **Shrestha B.R** (2003). "Supraclavicular brachial plexus block with and without dexamethasone - A comparative study" *Kathmandu Univesity Medical Journal*, Vol.1, No 3, 158-160.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHỈ SỐ HUYẾT ĐỘNG TẠI ĐỘNG MẠCH TUYẾN GIÁP VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN BASEDOW SAU ĐIỀU TRỊ ¹³¹I

Vũ Thị Hiên*, Nguyễn Thu Hương**, Lê Hà Giang*
Bế Thu Hà*, Phan Thanh Ngọc*

TÓM TẮT³¹

Sử dụng ¹³¹I để điều trị cường chức năng tuyến giáp do Basedow là phương pháp hiện đang được áp dụng rộng rãi và mang lại hiệu quả rõ rệt. Trong điều trị bệnh Basedow, tình trạng huyết động tại tuyến giáp liên quan đến mức độ bệnh, là cơ sở quan trọng để đánh giá mức độ hoạt động của bệnh Basedow. Mục tiêu nghiên cứu: Xác định mối liên quan giữa các chỉ số huyết động tại động mạch tuyến giáp bao gồm vận tốc đỉnh tâm thu (PSV), vận tốc cuối tâm trương (EDV), vận tốc trung bình dòng chảy (MBF), chỉ số trở kháng (RI) và chỉ số đập (PI) với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở 42 bệnh nhân Basedow sau điều trị bằng ¹³¹I. Kết quả cho thấy: MBF, PSV, EDV tăng dần theo tần số tim ($P < 0,001$), PI và RI liên quan không có ý nghĩa ($P > 0,05$). MBF, PSV, EDV tăng đồng thời với tăng thể tích tuyến giáp trên siêu âm. RI, PI liên quan không có ý nghĩa với thể tích tuyến giáp. MBF, PSV, PDV có mối tương quan thuận mức độ chặt đến rất chặt với nồng độ T3, FT4. RI và PI tương quan không có ý nghĩa với nồng độ T3 và FT4. MBF, PDV, EDV tương quan nghịch mức độ vừa với nồng độ TSH. RI và PI tương quan không có ý nghĩa với TSH.

* Trường Cao đẳng Y tế Thái Nguyên

** Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Hiên

Email: hienvutn@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phân biên khoa học:

Ngày duyệt bài:

Từ khóa: Bệnh Basedow, điều trị bằng ¹³¹I, chỉ số huyết động tại động mạch tuyến giáp.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN HEMODYNAMIC INDICATORS AT THYROID ARTERY AND SOME SUB CLINICAL AND CLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH BASEDOW AFTER TREATMENT BY ¹³¹I

Using ¹³¹I to treat hyperthyroidosis by Basedow is a method being applied widely and taking an effect clearly. In the treatment of Basedow, hemodynamic status in thyroid associated with disease's levels is an important base to appreciate activity level of Basedow. **Objective:** To identify relationship between hemodynamic indicators at thyroid artery including Peak Systolic Velocity (PSV), End Diastolic Velocity (EDV), Mean Blood Flow (MBF), Resistive Index (RI) and Pulse Index (PI) and some sub clinical and clinical features in 42 patients with basedow after treating by ¹³¹I. **Results:** MBF, PSV, EDV increased with heart rate significantly ($P < 0.001$), PI and RI was not associated significantly ($P > 0.05$). MBF, PSV, EDV increased with the increase of thyroid volume by ultrasound. RI, PI was not associated significantly with the thyroid volume. MBF, PSV, PDV correlated positively tight to very tight with T3, FT4 levels. RI and PI not scorrelated with T3 and FT4 levels. MBF, PDV,

EDV correlated negatively moderately with TSH levels. RI and PI not correlated with TSH.

Keywords: Basedow, treatment by ^{131}I , hemodynamic indices in thyroid.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cường chức năng tuyến giáp dẫn tới hormon tuyến giáp được tổng hợp và giải phóng vào máu với nồng độ cao, tác động lên các cơ quan và tổ chức tạo ra tình trạng nhiễm độc hormone giáp trạng và gây ra bệnh cảnh lâm sàng toàn thân. Về mặt cấu trúc, tuyến giáp ở bệnh nhân Basedow phì đại, cường sản làm cho tuyến giáp to ra không chỉ tăng sinh nhu mô tuyến giáp mà hệ thống mạch máu tại tuyến cũng phát triển nhiều hơn. Hiện tượng tăng cường hệ thống mạch máu tân tạo tại tuyến giáp đã biến TG thành bướu mạch. Những biến đổi trên dẫn đến rối loạn huyết động toàn thân và tại TG [1], [2], [3]. Các CSHĐ xác định bằng phương pháp siêu âm Doppler tại động mạch TG bao gồm vận tốc đỉnh tâm thu (PSV), vận tốc cuối tâm trương (EDV), vận tốc trung bình dòng chảy (MBF), chỉ số trở kháng (RI) và chỉ số đập (PI) liên quan với các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân [6], [7], [8]. Sử dụng ^{131}I để điều trị cường chức năng tuyến giáp do Basedow là phương pháp hiện đang được áp dụng rộng rãi và mang lại hiệu quả rõ rệt. Xạ trị chuyển hóa bằng iod phóng xạ ^{131}I giúp đạt bình giáp nhanh hơn, giảm cả nồng độ hormon và thể tích TG [1], [2], [5].

Trong điều trị bệnh Basedow, tình trạng huyết động tại tuyến giáp liên quan đến mức độ bệnh, là cơ sở quan trọng để đánh giá mức độ hoạt động của bệnh Basedow.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định mối liên quan giữa chỉ số huyết động tại động mạch tuyến giáp với một số đặc điểm lâm sàng,

cận lâm sàng ở bệnh nhân Basedow sau điều trị bằng ^{131}I .

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

42 bệnh nhân Basedow đã được điều trị bằng ^{131}I .

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng

- Basedow đã được điều trị bằng ^{131}I theo phác đồ thống nhất.

- Thời gian sau điều trị $^{131}\text{I} \geq 3$ tháng.

1.2. Tiêu chí loại trừ đối tượng

- Tiền sử hoặc hiện tại đang mắc các bệnh tim mạch kết hợp

- Bệnh nhân Basedow có biến chứng suy tim, rung nhĩ

- Đã phẫu thuật TG trước khi điều trị ^{131}I

- Hình ảnh siêu âm mạch máu TG không đạt yêu cầu để xác định các CSHĐ

2. Phương pháp nghiên cứu

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

2.2. Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu có chủ đích: tất cả BN Basedow được điều trị bằng ^{131}I tái khám tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên

2.3. Chỉ tiêu nghiên cứu

* Khai thác các thông tin chung: tuổi, giới, dân tộc, địa chỉ ...

* Lâm sàng:

+ Các triệu chứng cơ năng: mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, run tay ...

+ Khám thực thể: Khám tim mạch, khám da, khám bàn tay, khám tuyến giáp, khám mắt.

* Cận lâm sàng:

+ Công thức máu, hóa sinh máu, định lượng hormone tuyến giáp, TSH.

+ Siêu âm TG xác định thể tích và các CSHĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Mối liên quan của CSHĐ với tần số tim sau điều trị

| CSHĐ \ TS tim (ck/p) | > 90 (n = 7) | 60 – 90 (n = 27) | < 60 (n = 8) | P (ANOVA) |
|----------------------|-----------------|---------------------|-----------------|-----------|
| | MBF (cm/s) | 123,57 ± 35,83 | 66,42 ± 25,89 | |
| PSV (cm/s) | 165,43 ± 37,14 | 86,88 ± 33,76 | 49,76 ± 13,75 | < 0,001 |
| EDV (cm/s) | 85,36 ± 37,12 | 43,93 ± 18,67 | 21,34 ± 5,81 | < 0,001 |
| RI | 0,49 ± 0,12 | 0,51 ± 0,08 | 0,54 ± 0,07 | > 0,05 |
| PI | 0,68 ± 0,21 | 0,68 ± 0,15 | 0,83 ± 0,19 | > 0,05 |

Nhận xét: Giá trị trung bình của MBF, PSV, EDV tăng dần theo tần số tim có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). RI và PI khác biệt không có ý nghĩa thống kê với tần số tim ($p > 0,05$).

Bảng 3.2. Mối liên quan giữa CSHĐ với thể tích tuyến giáp sau điều trị

| Chỉ số ($\bar{X} \pm SD$) | Thể tích tuyến giáp (ml) | | | P |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------|-----------------|--------|
| | < 20 (n=18) | 20 – 40 (n = 23) | > 40 (n = 1) | |
| MBF | 48,45 ± 20,17 | 83,45 ± 38,58 | 137,00 | < 0,05 |
| PSV | 65,84 ± 25,06 | 110,34 ± 49,38 | 179,00 | < 0,05 |
| PDV | 32,38 ± 15,16 | 55,60 ± 31,50 | 92,90 | < 0,05 |
| RI | 0,51 ± 0,07 | 0,52 ± 0,10 | 0,48 | > 0,05 |
| PI | 0,71 ± 0,14 | 0,72 ± 0,21 | 0,6 | > 0,05 |

Nhận xét: Giá trị trung bình của MBF, PSV, EDV tăng dần khi thể tích TG tăng. RI, PI khác biệt không có ý nghĩa thống kê khi TG có thể tích khác nhau.

Bảng 3.3. Mối tương quan giữa CSHĐ với T3 sau điều trị

| Chỉ số | Phương trình tương quan | r | P |
|--------|---------------------------------|------|--------|
| MBF | $MBF = 18,40 + T_3 \times 0,32$ | 0,76 | < 0,05 |
| PSV | $PSV = 27,50 + T_3 \times 0,40$ | 0,76 | < 0,01 |
| PDV | $EDV = 10,60 + T_3 \times 0,22$ | 0,69 | < 0,05 |
| RI | | 0,23 | > 0,05 |
| PI | | 0,24 | > 0,05 |

Nhận xét: MBF, PSV, EDV tương quan thuận mức độ chặt đến rất chặt có ý nghĩa với nồng độ T₃. RI, PI tương quan không có ý nghĩa với nồng độ T₃.

Bảng 3.4. Mối tương quan giữa CSHĐ với FT4 sau điều trị

| Chỉ số | Phương trình tương quan | r | P |
|--------|-----------------------------------|------|--------|
| MBF | $MBF = 26,10 + FT_4 \times 23,8$ | 0,70 | < 0,01 |
| PSV | $PSV = 36,30 + FT_4 \times 30,97$ | 0,70 | < 0,01 |
| EDV | $EDV = 16,67 + FT_4 \times 16,35$ | 0,62 | < 0,05 |
| RI | | 0,18 | > 0,05 |
| PI | | 0,23 | > 0,05 |

Nhận xét: MBF, PSV, EDV tương quan thuận mức độ chặt có ý nghĩa với nồng độ FT₄. RI, PI tương quan không có ý nghĩa.

Bảng 3.5. Mọi tương quan giữa CSHĐ với TSH sau điều trị

| Chỉ số | Phương trình tương quan | r | P |
|--------|----------------------------------|--------|--------|
| MBF | $MBF = 74,6 + TSH \times - 0,67$ | - 0,33 | < 0,05 |
| PSV | $PSV = 99,3 + TSH \times - 0,87$ | - 0,35 | < 0,05 |
| PDV | $EDV = 49,9 + TSH \times - 0,46$ | - 0,30 | < 0,05 |
| RI | | - 0,01 | > 0,05 |
| PI | | - 0,02 | > 0,05 |

Nhận xét: MBF, PDV, EDV tương quan nghịch mức độ vừa có ý nghĩa với nồng độ TSH sau điều trị. RI và PI tương quan không có ý nghĩa với TSH sau điều trị.

Bảng 3.6. So sánh các chỉ số huyết động ở các nhóm bệnh nhân sau điều trị

| Chỉ số ($\bar{X} \pm SD$) | Nhóm BN chưa bình giáp (n = 17) | Nhóm BN bình giáp (n = 19) | Nhóm BN nhược giáp (n = 6) | p (ANOVA) |
|--------------------------------|---------------------------------------|----------------------------------|----------------------------------|--------------|
| MBF (cm) | 95,6 ± 36,9 | 51,3 ± 21,3 | 40,2 ± 14,3 | P < 0,01 |
| PSV (cm/s) | 126,8 ± 45,5 | 67,9 ± 27,2 | 56,4 ± 22,0 | P < 0,01 |
| EDV (cm/s) | 64,9 ± 30,6 | 33,5 ± 15,6 | 25,0 ± 9,7 | P < 0,01 |
| RI | 0,49 ± 0,09 | 0,5 ± 0,08 | 0,5 ± 0,07 | P > 0,05 |
| PI | 0,65 ± 0,16 | 0,75 ± 0,2 | 0,76 ± 0,12 | P > 0,05 |

Nhận xét: Giá trị trung bình của MBF, PSV, EDV giữa các nhóm sau điều trị khác biệt có ý nghĩa thống kê. RI, PI khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Giá trị trung bình của các CSHĐ tại động mạch TG tăng có ý nghĩa với tăng tần số tim sau điều trị ngoại trừ RI và PI. Tăng tần số tim là biểu hiện của tình trạng tim tăng động, thường kèm theo với tăng sức bóp cơ tim. Ở BN Basedow trong giai đoạn nhiễm độc hormon giáp trạng đã gây biến đổi chức năng của hệ tim mạch và hậu quả là tăng cung lượng tim, tăng sức co bóp của cơ tim làm nhịp tim tăng lên. Đây cũng là nguyên nhân chính dẫn đến sự biến đổi các CSHĐ tại động mạch TG. Chính vì vậy mà trên bệnh nhân Basedow nhịp tim càng nhanh thì biến

đổi các chỉ số huyết động tại động mạch tuyến giáp càng nhiều.

Sau khi điều trị BN trở về bình giáp, tần số tim trở về bình thường. Vì vậy mối liên quan có ý nghĩa giữa MBF, PSV, EDV với tần số tim sau điều trị cũng là những kết quả logic. Vì mẫu nghiên cứu nhỏ nên chưa tìm thấy mối liên quan giữa RI và PI với tần số tim.

Khi phân tích mối liên quan giữa giá trị trung bình của các CSHĐ tại động mạch TG ở BN Basedow với độ lớn của TG xác định trên siêu âm lại tìm được kết quả có ý nghĩa sau điều trị. Nguyên lí của phương pháp điều trị Basedow bằng iod phóng xạ ¹³¹I là sử

dụng bức xạ β của ^{131}I để làm cho bướu giáp nhỏ lại, đưa BN từ trạng thái cường giáp về trạng thái bình giáp. Dưới tác dụng ion của tia β các tế bào TG bị tổn thương và hủy hoại hoặc giảm sinh, chết dần, các mạch máu nhỏ trong tuyến bị xơ hóa dẫn đến giảm tưới máu cho nhu mô tuyến, kết quả là tuyến nhỏ lại, giảm chức năng [1]. Kết quả nghiên cứu cho thấy giá trị trung bình các chỉ số MBF, PSV, EDV ở BN Basedow sau điều trị đều liên quan có ý nghĩa với độ lớn của TG trên siêu âm.

Mối liên quan có ý nghĩa của các CSHĐ với độ lớn của TG cũng đã được nhiều tác giả quan tâm nghiên cứu và đưa ra một số kết quả tương đương với kết quả trong nghiên cứu này. Hari Kumar KV và cộng sự năm 2008 nhận thấy mối liên quan có ý nghĩa giữa độ lớn của TG với PSV, theo đó TG càng lớn thì giá trị của PSV càng tăng ở BN giai đoạn cường giáp. Sau điều trị về bình giáp thì cùng với mức độ giảm độ lớn của TG thì PSV cũng dần trở về bình thường, tương ứng với kết quả của PSV là $92 \pm 13\text{cm/s}$ trước điều trị có thể tích TG là 36cm^3 và $20,4 \pm 2,4\text{cm/s}$ sau điều trị có thể tích TG là 24cm^3 ; $p < 0,05$ [8].

Tăng nồng độ hormon TG gây biến đổi nhiều chỉ số hình thái và chức năng của các cơ quan và tổ chức mà rõ nét nhất là hệ tim mạch. Những thay đổi về đặc điểm giải phẫu, chức năng hệ thống mạch máu TG là hình ảnh thu nhỏ phản chiếu những biến đổi lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh Basedow. Dưới tác dụng trực tiếp của hormon TG gây phì đại tuyến, tăng sinh nhu mô, tăng sinh mạch máu, mở các cầu nối động - tĩnh mạch tại tuyến biến TG thành bướu mạch. Với mối

quan hệ nhân quả đó thì các CSHĐ sẽ có mối tương quan với nồng độ hormon TG. Sau khi điều trị bằng ^{131}I , chức năng TG dần trở về trạng thái bình giáp, nồng độ hormon của tuyến giảm dần phụ thuộc vào kết quả điều trị. Thông thường mỗi BN chỉ cần uống một lần thuốc (một liều ^{131}I), tuy nhiên có những trường hợp phải uống 2 đến 3 lần do tình trạng bệnh quá nặng, đồng thời ^{131}I thường phát huy hiệu quả sau 6 đến 8 tuần và tỷ lệ nhược giáp tăng dần theo thời gian nên việc tái khám ở các thời điểm khác nhau có thể sẽ cho các kết quả khác nhau. Vì thời gian có hạn nên nghiên cứu này chỉ theo dõi được BN sau điều trị tại một thời điểm 3 tháng, vì vậy chưa thực sự tiên lượng được sự tái phát của bệnh. Kết quả nghiên cứu cho thấy các chỉ số MBF, PSV, EDV tương quan thuận mức độ chặt đến rất chặt với nồng độ T_3 và FT_4 sau điều trị, hệ số tương quan giao động trong khoảng 0,69 đến 0,76; $p < 0,01$, $p < 0,05$. Điều đó chứng tỏ mối liên quan có ý nghĩa giữa các chỉ số đánh giá vận tốc, lưu lượng dòng chảy với nồng độ T_3 và FT_4 ở BN Basedow với hiệu quả của phương pháp điều trị. Nồng độ T_3 và FT_4 càng tăng cao thì giá trị của các chỉ số này cũng gia tăng. Các chỉ số RI và PI đều tương quan không có ý nghĩa với cả nồng độ T_3 và FT_4 sau điều trị ($p > 0,05$).

TSH là một chỉ số hormon nhạy cảm, độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán cường chức năng TG nói chung và bệnh Basedow nói riêng và cũng được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán.

Một số tác giả nước ngoài đã xác lập được mối tương quan nghịch mức độ vừa có ý nghĩa giữa một số chỉ số vận tốc, lưu lượng

dòng máu TG với nồng độ TSH. Corona G và cộng sự năm 2008 nhận thấy giữa PSV và TSH ở BN Basedow có mối tương quan nghịch mức độ vừa có ý nghĩa ($r = 0,373$; $p < 0,05$) [7].

Giải thích tại sao TSH là một chỉ số có giá trị cao trong chẩn đoán bệnh Basedow và tương quan chặt chẽ với mức độ hoạt động của bệnh song lại không tương quan có ý nghĩa với các CSHĐ trong khi các chỉ số này tương quan chặt chẽ có ý nghĩa với nồng độ hormon TG có thể cho rằng: trị số TSH huyết thanh ở BN Basedow là rất thấp. Có rất nhiều trường hợp do nồng độ TSH ở mức quá thấp nên với độ nhạy của máy xét nghiệm không chuẩn được để đưa ra một giá trị cụ thể chính xác mà chỉ cho kết quả tương đối, ví dụ $TSH < 0,001\mu\text{IU/ml}$. Với một số BN có kết quả như vậy khi phân tích nồng độ của TSH thì đa số kết quả sẽ đều có giá trị tương đối. Đó là lí do không xác định được mối tương quan có ý nghĩa giữa các CSHĐ tại TG với nồng độ TSH ở BN Basedow. Những trường hợp xác định được mối tương quan có ý nghĩa giữa các CSHĐ tại TG với nồng độ TSH có thể là do kết quả của chỉ số được tính toán cụ thể, chính xác, hơn nữa nếu có tương quan thì mối tương quan đó cũng ở mức độ ít hoặc cũng không xác định được như kết quả nghiên cứu của Bogazzi F và cộng sự [6]. Tuy nhiên trong nghiên cứu này kết quả sau điều trị lại tìm thấy sự tương quan nghịch mức độ vừa có ý nghĩa giữa MBF, PSV, EDV với nồng độ TSH ($r = -0,3 - 0,35$; $p < 0,05$). Có lẽ vì TSH là một chỉ số hormon rất nhạy cảm. Sau điều trị bằng ^{131}I chức năng TG giảm dần. Tại thời điểm 3 tháng, một số BN còn cường giáp, một số

BN trở về bình giáp, một số BN nhược giáp. Chỉ số TSH sau điều trị tăng rõ ở các mức độ khác nhau: Có một số BN nồng độ TSH còn ở giới hạn thấp (52,4%) gặp ở nhóm BN còn cường giáp và bình giáp) nhưng được xác định giá trị cụ thể, điều này phù hợp với quan điểm của một số tác giả là sau khi điều trị BN trở về bình giáp khi xét nghiệm T_3 và FT_4 trở về bình thường còn TSH có thể trở về bình thường hoặc vẫn còn ở giới hạn thấp hơn bình thường [3], [5]; 28,6% trường hợp có nồng độ TSH ở giới hạn bình thường, 19,01% trường hợp có nồng độ TSH ở giới hạn tăng thậm chí rất cao ($45\mu\text{IU/ml}$), chủ yếu gặp ở nhóm BN nhược giáp nên khi xác định mối tương quan giữa giá trị trung bình của nồng độ TSH với CSHĐ sau điều trị lại tìm thấy sự tương quan có ý nghĩa. Vậy cùng với sự thay đổi nồng độ TSH sau điều trị thì giá trị của các CSHĐ có thể giúp theo dõi và tiên lượng kết quả sau điều trị Basedow bằng ^{131}I tại các thời điểm khác nhau.

Wang CY năm 2001 đã phân tích mối tương quan giữa RI và PI với nồng độ TSH ở BN Basedow để đánh giá hiệu quả điều trị. Tác giả đã xác định được điểm cắt giới hạn của $TSH = 0,7\text{IU/ml}$ là mức có thể áp dụng trong quá trình điều trị, theo dõi và ngừng điều trị [9].

Khi so sánh giá trị trung bình của các CSHĐ tại động mạch TG ở BN Basedow giữa các nhóm dựa vào tình trạng chức năng TG dưới tác dụng của biện pháp điều trị đã nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$) ngoại trừ RI và PI. Tình trạng bình giáp và nhược giáp sau điều trị được xác định dựa vào một số triệu chứng lâm sàng, nồng độ hormon cũng như sự biến đổi của

một số đặc điểm giải phẫu, chức năng mạch máu TG. Sau điều trị, giá trị trung bình của CSHĐ thuộc nhóm BN còn cường giáp có giá trị cao nhất và thấp nhất là nhóm BN nhược giáp. Kết quả này có liên quan trực tiếp đến sự thuyên giảm của các triệu chứng lâm sàng và nồng độ hormon TG sau điều trị. Chính vì vậy mà các CSHĐ tại động mạch TG sau mỗi phương pháp điều trị có giá trị trong việc chỉ định, theo dõi điều trị và tiên lượng bệnh.

Tóm lại, siêu âm Doppler mạch máu TG là phương pháp thăm dò không chảy máu, thuận tiện, tiết kiệm thời gian, kinh phí và có ý nghĩa trong chẩn đoán, theo dõi điều trị và tiên lượng bệnh. Các CSHĐ mạch máu TG trong đó đáng chú ý là MBF, PSV, EDV ở BN Basedow đều có giá trị chẩn đoán cao tương đương so với T₃, FT₄. Đây cũng chính là lí do, là cơ sở cho việc áp dụng rộng rãi các CSHĐ của TG vào chẩn đoán, theo dõi diễn biến và tiên lượng bệnh sau điều trị, đặc biệt là điều trị bằng ¹³¹I cần phải theo dõi lâu dài.

V. KẾT LUẬN

.....

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Y học hạt nhân HVQY (2010), *Giáo trình Y học hạt nhân (Giảng dạy đại học)*, Nxb. Quân đội nhân dân.
2. Nguyễn Lan Hương, Nguyễn Hữu Nghĩa (2009), “Đánh giá kết quả điều trị 5170 bệnh nhân Basedow bằng ¹³¹I tại viện YHP và UBQĐ”, *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108, tập 4, số đặc biệt, 9/20009, tr.104-108.
3. Mai Trọng Khoa, Phan Sỹ An, Bùi Thanh Huyền (2001), “Tỷ lệ suy giáp trạng ở bệnh nhân Basedow sau điều trị ¹³¹I”, *Tạp chí thông tin Y dược học*, tr.30-33.
4. Thái Hồng Quang (2008), *Bệnh nội tiết*, Nhà xuất bản Y học, tr. 111-122.
5. Nguyễn Danh Thanh, Phan Văn Dân (2010), “Kết quả điều trị Basedow bằng đồng vị phóng xạ ¹³¹I ở khoa Y học hạt nhân bệnh viện 103”, *Tạp chí Y học quân sự*, tr.123-125.
6. Bogazzi F., Manetti L., Bartalena L., Grasso L (2002), “Thyroid vascularity is increased in patients with active acromegaly”, *Clin Endocrinol (Oxf)*, 57 (1), pp. 65-70.
7. Corona G., Biagini C., Rotondi M. et al (2008), “Correlation between, clinical, biochemical, color Doppler ultrasound thyroid parameters, and CXCL-10 in autoimmune thyroid diseases”, *Endocr J.*, 55 (2), pp. 345-50.
8. Hari Kumar K.V., Pasupuleti V., Jayaraman M. et al (2009), “Role of thyroid Doppler in differential diagnosis of thyrotoxicosis”, *Endocr Pract*, 15 (1), pp. 6-9.
9. Wang C.Y., Chang T.C. (2001), “Thyroid Doppler ultrasonography and resistive index in the evaluation of the need for ablative or antithyroid drug therapy in Graves’ hyperthyroidism”, *J Fomos Med Assoc*, 100 (11), pp. 753-7.

LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ NT-ProBNP HUYẾT TƯƠNG VỚI CHỨC NĂNG TÂM THU THẤT TRÁI CỦA BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Bùi Thị Thu Hương*, Nguyễn Thị Hồng*, Nguyễn Tiến Dũng*

TÓM TẮT³²

Gần đây, nồng độ NT-proBNP huyết tương được công nhận là công cụ hữu ích để đánh giá mức độ suy tim và hiệu quả điều trị. **Mục tiêu:** Xác định mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với chức năng tâm thu thất trái (EF/%) đánh giá mức độ nặng của suy tim.

Đối tượng nghiên cứu: gồm 115 bệnh nhân suy tim được điều trị nội trú từ tháng 9 năm 2015 đến tháng 9 năm 2016 tại Khoa Tim mạch, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang tiến cứu. **Kết quả nghiên cứu:** Có mối tương quan thuận giữa nồng độ NT-proBNP với tần số tim ($r = 0,20$), đường kính tâm trương thất trái Dd ($r = 0,34$). Có mối tương quan nghịch chặt chẽ với phân số tổng máu EF ($r = -0,63$). Phân số tổng máu EF càng giảm thì nồng độ NT-proBNP càng cao. **Kết luận:** Nồng độ NT-proBNP huyết tương là xét nghiệm có giá trị lâm sàng, giúp chẩn đoán và đánh giá mức độ suy tim của bệnh nhân suy tim mạn tính.

Từ khóa: NT-proBNP huyết tương, suy tim mạn tính, giai đoạn suy tim, phân độ suy tim.

SUMMARY

CORRELATION NT-proBNP SERUM TO LEFT VENTRICULAR SYTOLIC FUNCTION ON THE PATIENTS WITH

* Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thu Hương

Email: huongbui979@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phản biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

CHRONIC HEART FAILURE IN THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

Recently, NT-proBNP plasma concentration was recognized as a used as a marker to evaluate the grade of heart failure . Purpose: Determine the association between NT-proBNP serum with left ventricular systolic function (EF /%) reflecting the severity of heart failure. Objects and methods: A prospective descriptive cross-sectional including 115 heart failure patients from September 2015 to September 2016 in the Department of Cardiology, Central Hospital of Taiyuan.Úin. Result: There is a positive correlation between NT-proBNP levels and heart rate ($r = 0.20$), left ventricular diastolic diameter Dd ($r = 0.34$). A closely inverse correlation between EF and NT-proBNP ($r = -0.63$). Conclusion: NT-proBNP is a useful marker in diagnosis and evaluation treatment effectiveness on patients with chronic heart failure.

Keywords: plasma NT-proBNP, heart failure, chronic heart failure stages, classification of heart failure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng lâm sàng phức tạp, sự gia tăng áp lực đổ đầy thất trái thường bắt đầu trước khi bệnh nhân có các dấu hiệu hoặc triệu chứng của suy tim [7]. Hiện nay, hầu hết các bác sĩ lâm sàng đánh giá mức độ suy tim và hiệu quả điều trị dựa vào các dấu hiệu lâm sàng, siêu âm tim, nhưng các bệnh nhân suy tim từ nhẹ đến trung bình đôi khi

không được chẩn đoán dẫn đến ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh vì vậy mà các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng không phải là cách tối ưu để hướng dẫn điều trị nếu chúng ta muốn giảm tỉ lệ mắc bệnh và tử vong [4],[5],[7].

Gần đây, xét nghiệm NT-proBNP được coi là một trong những biện pháp tầm soát hữu hiệu nhất nhằm phát hiện những bất thường về tim mạch, phân tầng nguy cơ và dự đoán được các biến cố [7]. Suy tim là một trong những bệnh mạn tính có chi phí điều trị tốn kém, vì vậy, sử dụng NT-proBNP để chẩn đoán và quản lý bệnh nhân ở phòng cấp cứu sẽ giảm số lần siêu âm tim, tỷ lệ nhập viện lần đầu, thời gian nằm viện; chi phí điều trị; tỷ lệ tử vong sau khi xuất viện và nguy cơ biến chứng nặng [6].

Để có thể xác định giá trị cắt hợp lý cho chẩn đoán và tiên lượng bệnh, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Xác định mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP huyết tương với chức năng tâm thu thất trái (EF/%) đánh giá mức độ nặng của suy tim.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 115 bệnh nhân suy tim mạn tính điều trị nội trú, được chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Châu Âu (ESC) 2008. Loại trừ các bệnh nhân: suy thận, tai biến mạch máu não, xơ gan, hội chứng vành cấp, chấn thương tim hoặc chèn ép tim cấp, tâm phế mạn hoặc đang mắc bệnh nhiễm trùng. Suy tim có triệu chứng từ NYHA II

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 9 năm 2015 đến tháng 9 năm 2016 tại Khoa Tim mạch BV Trung ương Thái Nguyên.

Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang tiến cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng, cận lâm sàng và được ghi đầy đủ các dữ liệu vào phiếu điều tra theo mẫu.

Khám lâm sàng lấy các thông số cần thiết và làm các xét nghiệm thăm dò như siêu âm tim, chụp Xquang tim phổi, điện tâm đồ, xét nghiệm sinh hóa trong đó có nồng độ NT-pro BNP.

Các tiêu chuẩn đánh giá

Tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim theo Hội Tim mạch Châu Âu (ESC) 2008. Mức độ suy tim theo phân loại chức năng của Hội Tim Mạch New York (NYHA), phân loại suy tim theo phân suất tống máu EF ($EF \geq 40\%$ và $EF < 40\%$) [1].

Tần số tim (2 nhóm: < 100 chu kỳ/phút và ≥ 100 chu kỳ/phút)

Nồng độ NT-pro BNP huyết tương được định lượng theo phương pháp điện hóa phát quang trên máy Immulite 2000, tại Khoa Sinh hóa, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên với giá trị của ngưỡng xét nghiệm là 35000 pg/ml. Giá trị bình cắt: tiên lượng nặng: > 5250 pg/ml.

Siêu âm tim được thực hiện trên máy máy Philip Envisor Version B. O.2, máy có đầu dò tần số từ 2,5 đến 5 MHz, có nhiều chức năng để thăm dò các kiểu siêu âm. Đánh giá: Kích thước nhĩ trái (LA/mm): Bình thường < 45 mm, tăng ≥ 45 mm. Đường kính thất trái cuối tâm trương (Dd/mm): Bình thường

<56mm, tăng ≥ 56 mm. Chức năng tâm thu thất trái (EF/%): Bảo tồn $\geq 40\%$, giảm <40%.

Xquang tim phổi thẳng đánh giá chỉ số tim ngực: bình thường $\leq 0,5$, tăng >0,5

Các kết quả được xử lý bằng các thuật toán sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và Medcalc 13.0.6.

Nghiên cứu tuân thủ các vấn đề về đạo đức trong nghiên cứu y học.

Phương pháp xử lý số liệu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tham gia nghiên cứu có 56 nữ, 59 nam, tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $66,3 \pm 12,3$. Nguyên nhân gây suy tim do tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (47%), sau đó là bệnh nhân mắc các bệnh tim mạch khác (bệnh mạch vành, bệnh cơ tim giãn, các nguyên nhân khác) chiếm 32%, do bệnh van tim chiếm tỷ lệ thấp nhất (21%).

Bảng 1. Đặc điểm nồng độ NT-proBNP

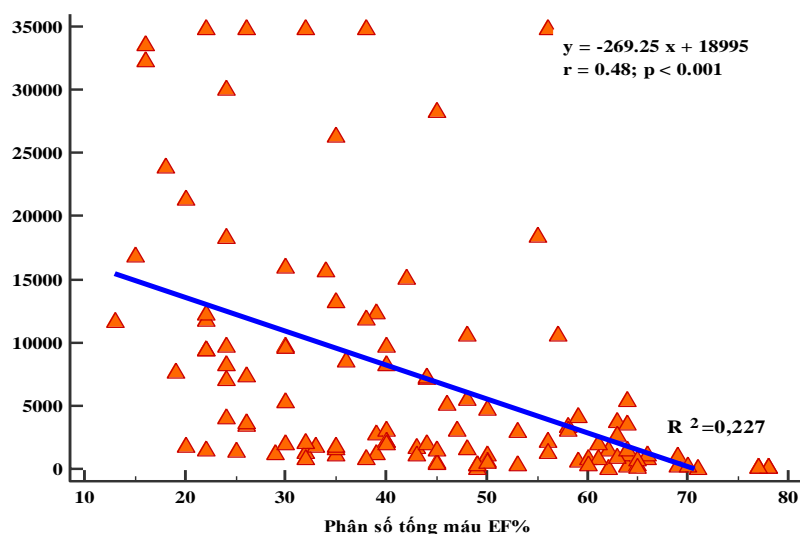
| Đặc điểm | Trung vị | Min | Max |
|---------------------------|----------|-----|-------|
| Nồng độ NT-proBNP (pg/ml) | 2870 | 154 | 35000 |

Nhận xét: Nồng độ NT-proBNP ở bệnh nhân suy tim mạn tính trong nghiên cứu có trung vị 2870 pg/ml, giá trị nhỏ nhất 154 pg/ml, giá trị lớn nhất 35000 pg/ml.

Bảng 2. Tương quan giữa nồng độ NT-proBNP với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

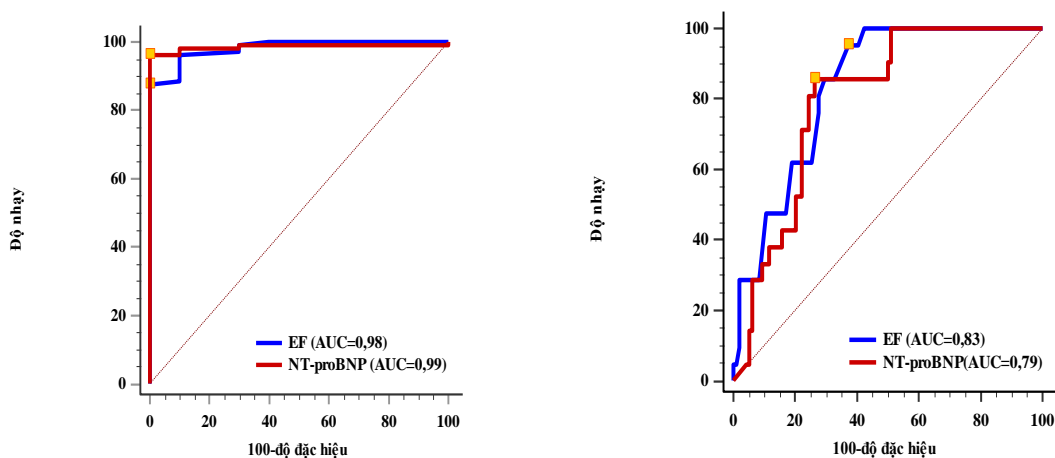
| Thông số | Hệ số tương quan r-speaman | p |
|--------------------------------------|----------------------------|-------|
| Tuổi | 0,09 | >0,05 |
| BMI | -0,23 | <0,05 |
| Thời gian mắc bệnh | 0,09 | >0,05 |
| Tần số tim | 0,20 | <0,05 |
| Chỉ số tim ngực | 0,25 | <0,05 |
| Kích thước nhĩ trái | -0,03 | >0,05 |
| Đường kính thất trái cuối tâm trương | 0,34 | <0,05 |
| Phân suất tổng máu | -0,63 | <0,05 |

Nhận xét: Có mối tương quan thuận giữa nồng độ NT-proBNP với tần số tim ($r = 0,20$ với $p < 0,05$), đường kính thất trái cuối tâm trương Dd ($r = 0,34$, $p < 0,05$). Nhịp tim càng cao, đường kính thất trái cuối tâm trương càng lớn thì nồng độ NT-proBNP càng cao. Giữa nồng độ NT-proBNP với chỉ số khối cơ thể ($r = -0,23$, $p < 0,05$) có mối tương quan nghịch và tương quan nghịch chặt chẽ với phân suất tổng máu EF ($r = -0,63$, $p < 0,0001$). Chỉ số BMI và phân suất tổng máu EF càng giảm thì nồng độ NT-proBNP càng cao.



Biểu đồ 1. Tương quan giữa nồng độ NT-proBNP với phân số tổng máu EF%

Nhận xét: Nồng độ NT-proBNP huyết tương và EF% trên siêu âm tim có mối tương quan với nhau. Hệ số $R^2 = 0,227 = 22,7\%$ cho thấy EF% có thể giải thích cho 22,7% sự thay đổi NT-proBNP huyết tương theo phương trình tuyến tính: $NT\text{-}proBNP = -269,25x\ EF\% + 18995$.



Biểu đồ 2. So sánh đường cong ROC của nồng độ NT-proBNP và phân suất tổng máu EF trong chẩn đoán, tiên lượng nặng của suy tim mạn tính

Nhận xét: Trong chẩn đoán suy tim, xét nghiệm NT-proBNP (AUC =0,99, p =0,004) có giá trị cao hơn để so với đặc điểm siêu âm tim EF (AUC =0,98, p =0,01). Trong đánh giá mức độ nặng của suy tim giá trị EF trên siêu âm tim (AUC =0,83, p =0,03) cao hơn nồng độ NT-proBNP (AUC =0,79, p =0,04).

Bảng 5. Sự phù hợp đánh giá mức độ nặng của suy tim giữa xét nghiệm NT-proBNP với siêu âm tim

| Xét nghiệm NT-proBNP (điểm cắt 5250 pg/ml) | Siêu âm tim | | Tổng |
|---|---------------|----------|------|
| | EF \geq 40% | EF <40 % | |
| \leq 5250 pg/ml | 49 | 11 | 60 |
| $>$ 5250 pg/ml | 22 | 33 | 55 |
| Tổng | 71 | 44 | 115 |

Chỉ số Kappa =0,42

Nhận xét: Phương pháp định lượng NT-proBNP huyết tương có sự phù hợp với phương pháp siêu âm tim giúp đánh giá mức độ nặng của suy tim biểu hiện qua chỉ số Kappa =0,42.

IV. BÀN LUẬN

Tham gia nghiên cứu có 56 nữ, 59 nam, tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là $66,3 \pm 12,3$. Nguyên nhân gây suy tim do tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (47%), sau đó là bệnh nhân mắc các bệnh tim mạch khác (bệnh mạch vành, bệnh cơ tim giãn, các nguyên nhân khác) chiếm 32%, do bệnh van tim chiếm tỷ lệ thấp nhất (21%). Kết quả này cũng tương tự với một số nghiên cứu khác [2].

Kết quả bảng 1 cho thấy nồng độ huyết tương trung bình của các đối tượng nghiên cứu có trung vị là 2870 pg/ml. Kết quả này cao hơn không nhiều so với nghiên cứu của Vũ Hoàng Vũ (2009) có giá trị trung bình là 2677 ± 957 pg/ml, nhưng lại thấp hơn kết quả nghiên cứu của Thái Thanh Tuyết (2016) có giá trị trung vị là 5249 pg/ml. Nguyên nhân là do nồng độ NT-proBNP huyết tương phụ thuộc vào mức độ suy tim, nghiên cứu của Vũ Hoàng Vũ chủ yếu là bệnh nhân suy tim NYHA II,III, trong khi đó nghiên cứu của Thái Thanh Tuyết chủ yếu là các bệnh nhân NYHA III và IV. Các tác giả này không phân biệt suy tim cấp, mạn tính hay đợt cấp của suy tim mạn, trong khi đó bệnh nhân trong của nghiên cứu của chúng tôi đều là

suy tim mạn tính ổn định và chủ yếu ở NYHA III và IV [3],[4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận kết quả tương quan giữa nồng độ NT-proBNP với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thu được kết quả ở bảng 2 chúng tôi tìm thấy có mối tương quan thuận giữa nồng độ NT-proBNP với tần số tim ($r = 0,20$ với $p < 0,05$), đường kính thất trái cuối tâm trương Dd ($r = 0,34$, $p < 0,05$).

Như vậy nhịp tim càng cao, đường kính tâm trương thất trái càng lớn thì nồng độ NT-proBNP càng cao. Giữa nồng độ NT-proBNP với chỉ số khối cơ thể ($r = -0,23$, $p < 0,05$) có mối tương quan nghịch và tương quan nghịch chặt chẽ với phân suất tống máu EF ($r = -0,63$, $p < 0,0001$). Chỉ số BMI và phân suất tống máu EF càng giảm thì nồng độ NT-proBNP càng cao. Chúng tôi nhận thấy nồng độ NT-proBNP huyết tương và EF% trên siêu âm tim có mối tương quan nghịch chặt chẽ và có ý nghĩa rất quan trọng trong thực hành lâm sàng, nhìn vào biểu đồ 1 thấy rõ hơn kết quả này với hệ số $R^2 = 0,227 = 22,7\%$ cho thấy EF% có thể giải thích cho 22,7% sự thay đổi NT-proBNP huyết tương

theo phương trình tuyến tính: NT-proBNP = 269,25x EF% + 18995.

Đồng thời chúng tôi ghi nhận có sự tương quan thuận giữa chỉ số tim ngực và nồng độ NT-proBNP với $r = 0,25$, $p < 0,05$. Lí giải có thể do: ở bệnh nhân suy tim, tim co bóp yếu, cơ tim mất tính đàn hồi làm tăng kích thước tim và chỉ số tim ngực cao là dấu hiệu của tim to biểu hiện trên phim XQuang tim phổi thẳng và chỉ số tim ngực càng lớn thì nồng độ NT-proBNP càng cao

Qua xử lý số liệu giúp chúng tôi nhận thấy: trong chẩn đoán suy tim, xét nghiệm NT-proBNP (AUC = 0,99, $p = 0,004$) có giá trị cao hơn so với đặc điểm siêu âm tim EF (AUC = 0,98, $p = 0,01$). Trong đánh giá mức độ nặng của suy tim, giá trị EF trên siêu âm tim (AUC = 0,83, $p = 0,03$) lại cao hơn nồng độ NT-proBNP (AUC = 0,79, $p = 0,04$). Như vậy, với kết quả chúng tôi thu được có thể nói là việc kết hợp của hai công cụ này làm tăng độ chính xác cho chẩn đoán cũng như tiên lượng bệnh. Đối với chẩn đoán bệnh thì NT-proBNP tỏ ra là một công cụ hữu ích cho độ chính xác cao còn trong tiên lượng bệnh thì thăm dò trên siêu âm tim cho độ chính xác cao hơn. Chúng tôi đã sử dụng chỉ số Kappa, với kết quả 0,42 chúng tôi thấy có sự phù hợp của phương pháp định lượng NT-proBNP huyết tương với phương pháp siêu âm tim.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ NT-proBNP huyết tương là xét nghiệm có giá trị lâm sàng, giúp chẩn đoán và đánh giá mức độ suy tim của bệnh nhân suy tim mạn tính. Có mối tương quan thuận giữa nồng độ NT-proBNP với tần số tim ($r = 0,20$), đường kính tâm trương thất trái Dd (r

= 0,34), có mối tương quan nghịch và tương quan nghịch chặt chẽ với phân số tổng máu EF ($r = -0,63$). Phân số tổng máu EF càng giảm thì nồng độ NT-proBNP càng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure: Executive Summary:** A Report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, *Circulation*. pp.1816-1818.
2. **Nguyễn Oanh Oanh và cộng sự (2010)**, “Nguyên nhân, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân suy tim mạn tính tại Khoa Tim mạch”, Tạp chí Y – Dược học Quân sự số 5-2010, 13-19.
3. **Thái Thanh Tuyết, Nguyễn Thị Phương Ngọc, Nguyễn Văn Rư (2016)**, “Khảo sát giá trị NT-proBNP trên bệnh nhân suy tim tại Bệnh viện Hữu Nghị”, Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 445, 125-131.
4. **Vũ Hoàng Vũ (2006)**, “Giá trị của peptide bài niệu trong chẩn đoán suy tim”, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú, Trường đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
5. **Gianluigi Savarese, Bruno Trimarco, Santo DelleGrottaglie**, “Natriuretic Peptide-Guided Therapy in Chronic Heart Failure: A Meta-Analysis of 2,686 Patients in 12 Randomized Trials”.
6. **Januzzi JL, Camargo CA, Anwaruddin S (2005)**, “The N-terminal pro-BNP investigation of dyspnea in the emergency department (PRIDE) study”, *Am J Cardiol*, 95(8):948-54.
7. **Tang, W.W. Gary S. Francis, David A. Morrow et al (2007)**, “National Academy of Clinical Biochemistry Laboratory Medicine practice guidelines: clinical utilization of cardiac biomarker testing in heart failure”. *Circulation*, 116(5): e99-e10.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Nguyễn Văn Mỹ*, Nguyễn Thị Ngân*
Bùi Thị Thu Hương*, Trịnh Xuân Đàn*

TÓM TẮT³³

Nghiên cứu được tiến hành trên 98 bệnh nhân suy tim mạn tính được điều trị nội trú từ tháng 4/2016 đến tháng 10/2016 tại khoa nội Tim mạch, Bệnh Viện Đa Khoa Trung Ương Thái Nguyên. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $64,4 \pm 13,0$ trong đó nhóm tuổi dưới 60 chiếm 36%, trên 60 chiếm 64%, nữ chiếm 56,1%, nam chiếm 43,9%. Nguyên nhân suy tim, THA chiếm 48%, bệnh tim mạch khác (bệnh mạch vành, bệnh cơ tim) chiếm 33%, bệnh van tim chiếm 18%. Mức độ suy tim theo NYHA càng nặng thì phân số tổng máu càng giảm. Bệnh nhân suy tim có $EF < 40\%$ và nhóm có $EF \geq 40\%$ có phần lớn triệu chứng lâm sàng giống nhau, ngoại trừ sự khác biệt giữa gan to (87,5% với 41,4%) và phù (87,5% với 44,8%). Về kết quả cận lâm sàng, có sự khác biệt của nồng độ NT-proBNP và hình ảnh tim to trên phim Xquang ngực thẳng ở 2 nhóm bệnh nhân suy tim với EF trên và dưới 40% với $p < 0,05$.

Từ khóa: suy tim mạn tính, phân độ suy tim

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL OF CHRONIC HEART FAILURE AT THAI NGUYEN CENTRAL HOSPITAL

The study was conducted on 98 patients with chronic heart failure treated boarding from 4/2016 to 10/2016 at Cardiology department, Thai Nguyen Central Hospital. **Research methods:** cross-sectional descriptive. **Results and conclusion:** The mean age of subjects was 64.4 ± 13.0 study in which groups under age 60 accounted for 36%, 64% over 60, women accounted for 56.1%, men 43.9%. Causes of heart failure, hypertension accounted for 48%, other cardiovascular disease (coronary artery disease, cardiomyopathy) accounting for 33%, accounting for 18% of heart valve disease. The degree of heart failure according to NYHA heavier ejection fraction decreases. Heart failure patients with $EF < 40\%$ and $\geq 40\%$ of the EF group had clinical symptoms largely the same, except for the difference between hepatomegaly (87.5% to 41.4%) and edema (87, 5% to 44.8%). On preclinical results, the difference of NT-proBNP concentration and image enlarged heart on chest X-ray film in second straight group of heart failure patients with EF above and below 40% with $p < 0,05$.

Keywords: chronic heart failure, heart failure classification

* Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Thu Hương

Email: huongbui979@gmail.com

Ngày nhận bài:

Ngày phân biện khoa học:

Ngày duyệt bài:

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng bệnh lý thường gặp trên lâm sàng, là diễn biến cuối cùng của nhiều bệnh lý tim mạch và là bệnh có tỷ lệ mắc và tỷ lệ tử vong cao. Tại Mỹ có khoảng

5 triệu người đang điều trị suy tim và mỗi năm trên 500.000 người được chẩn đoán suy tim lần đầu. Tại Việt Nam tuy chưa có thống kê cụ thể nhưng số bệnh nhân cần điều trị suy tim ngày càng tăng trong đó suy tim mạn tính rất phức tạp với diễn biến từ từ, trải qua nhiều giai đoạn với nhiều nguyên nhân khác nhau làm cho cơ thể thích nghi, điều chỉnh và dung nạp dần với hiện tượng giảm cung lượng tim. Việc chẩn đoán suy tim mạn tính đặc biệt là suy tim không có triệu chứng thực sự khó khăn, hiện nay việc chẩn đoán suy tim vẫn dựa chủ yếu vào triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân, đồng thời siêu âm tim đánh giá hình thái, chức năng tim thông qua việc đánh giá rối loạn chức năng tâm thu thất trái EF được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán suy tim.

Với các biểu hiện lâm sàng phức tạp, trải qua nhiều giai đoạn do đó việc tìm ra các triệu chứng hay gặp nhất trên bệnh nhân sẽ giúp cho chẩn đoán xác định sớm phục vụ điều trị và giảm tỷ lệ tử vong. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim mạn tính tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Gồm 98 bệnh nhân suy tim mạn tính có triệu chứng điều trị nội trú, được chẩn đoán theo tiêu chuẩn Framingham, đánh giá mức độ suy tim theo phân độ chức năng NYHA. Loại trừ các bệnh nhân: suy tim cấp, suy

thân, mắc các bệnh về máu, các bệnh gây mất máu cấp như xuất huyết tiêu hóa, xơ gan, đang mắc các bệnh nhiễm trùng.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Từ tháng 4 đến tháng 12 năm 2016 tại Khoa Tim Mạch, Bệnh viện TƯ Thái Nguyên.

Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả cắt ngang

Các bước tiến hành nghiên cứu

Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám lâm sàng, cận lâm sàng làm các xét nghiệm như : sinh hóa máu(điện giải đồ: Na⁺, K⁺, Cl⁻), điện tâm đồ 12 chuyển đạo, chụp X-quang ngực thẳng, xét nghiệm NT-proBNP.

Các tiêu chuẩn đánh giá

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, nguyên nhân mắc bệnh
- Triệu chứng lâm sàng: khó thở, mệt mỏi, ho khan, phù, gan to, rales ở phổi, tiếng thổi, nhịp tim nhanh....
- Mức độ suy tim: NYHA
- Xquang tim phổi: hình ảnh bóng tim to
- Điện tâm đồ: đáng giá rối loạn nhịp tim: có/ không
- Siêu âm tim: đáng giá rối loạn chức năng tâm thu thất trái qua EF (EF ≥40% và EF< 40%)
- Các xét nghiệm: NT-proBNP, điện giải đồ: Na⁺, K⁺, Cl⁻.

Phương pháp xử lý số liệu

Các kết quả được xử lý bằng các thuật toán sử dụng phần mềm SPSS 20.0

Nghiên cứu tuân thủ các vấn đề về đạo đức trong nghiên cứu y học

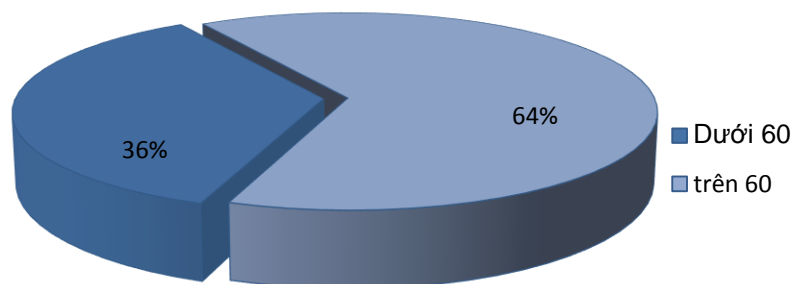
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

| Đặc điểm | $\bar{X} \pm SD$ | |
|----------|------------------|-------|
| Tuổi | 64,4±13,0 | |
| | Số bệnh nhân | Tỉ lệ |

| | | | |
|-----------------------------|--------------------|----|-------|
| Giới | Nam | 43 | 43,9% |
| | Nữ | 55 | 56,1% |
| Nguyên nhân mắc bệnh | Tăng huyết áp | 47 | 48% |
| | Bệnh van tim | 18 | 18,4% |
| | Bệnh tim mạch khác | 33 | 33,7% |

Nhận xét: Tham gia nghiên cứu gồm 98 bệnh nhân có tuổi trung bình $64,4 \pm 13$, với 43 nam chiếm 43,9% và 55 nữ chiếm 56,1%. Nguyên nhân mắc bệnh có tăng huyết áp chiếm 48%, bệnh tim mạch khác (gồm bệnh mạch vành, bệnh cơ tim) chiếm 33,7% và thấp nhất là nguyên nhân do bệnh van tim chiếm 18,4%.



Biểu đồ 1. Đặc điểm nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Trong nghiên cứu, bệnh nhân có tuổi trên 60 chiếm phần lớn 64%, tuổi dưới 60 chiếm 36%.

Bảng 2. Phân độ suy tim theo NYHA của đối tượng nghiên cứu

| Phân độ NYHA | n | Tỷ lệ % |
|--------------|----|---------|
| Độ II | 28 | 28,6 |
| Độ III | 45 | 45,9 |
| Độ IV | 25 | 25,5 |
| Tổng | 98 | 100 |

Nhận xét: Tham gia nghiên cứu có 28 bệnh nhân, suy tim độ II chiếm 28,6%, độ III có 45 bệnh nhân chiếm 45,9%, độ IV có 25 bệnh nhân chiếm 25,2%.

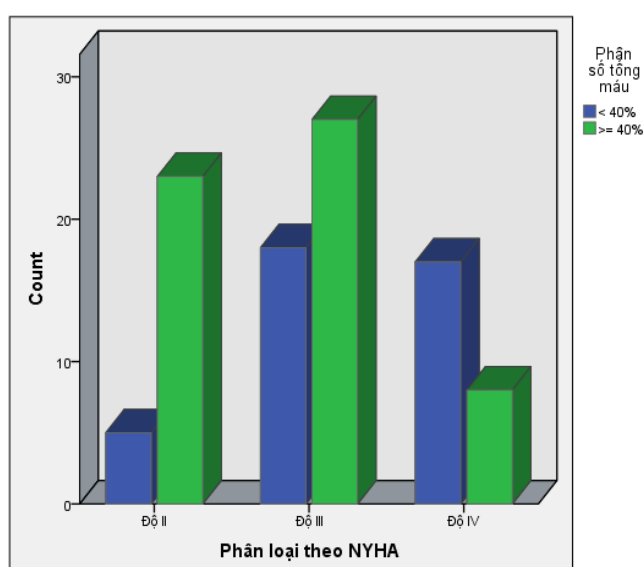
Bảng 3. Phân loại suy tim theo phân số tổng máu của đối tượng nghiên cứu

| Phân số tổng máu | n | Tỷ lệ % |
|------------------|----|---------|
| < 40% | 40 | 40,8% |
| $\geq 40\%$ | 58 | 59,2% |

Nhận xét: Tham gia nghiên cứu có 40 bệnh nhân suy tim với phân số tổng máu giảm $EF < 40\%$ chiếm 40,8%, 58 bệnh nhân suy tim với $EF \geq 40\%$ chiếm 59,2%.

Bảng 4. Mức độ suy tim phân bố theo phân số tổng máu EF

| Đặc điểm | | Phân số tổng máu | | p |
|--------------|--------|------------------|-----------|--------|
| | | <40% | ≥ 40% | |
| Phân độ NYHA | Độ II | 5(12,5%) | 23(39,7%) | < 0,05 |
| | Độ III | 18(45%) | 27(46,6%) | |
| | Độ IV | 17(42,5%) | 8(13,8%) | |



Biểu đồ 2. Phân bố mức độ suy tim theo phân số tổng máu

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa giữa mức độ suy tim theo NYHA với suy tim với phân số tổng máu giảm và bảo tồn với $p < 0,05$.

Bảng 5. Triệu chứng cơ năng của đối tượng nghiên cứu

| Triệu chứng | n | Tỉ lệ % |
|----------------------|----|---------|
| Mệt mỏi | 98 | 100 |
| Khó thở khi gắng sức | 98 | 100 |
| Đau ngực | 67 | 68,4 |
| Ho khan | 47 | 48 |

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân vào viện vì cảm thấy mệt mỏi, khó thở khi gắng sức, một số có thêm triệu chứng đau ngực (67%), và/hoặc ho khan (47%).

Bảng 6. Triệu chứng thực thể phân bố theo phân số tổng máu

| Triệu chứng | | Phân số tổng máu EF | | p |
|------------------------------|-------|---------------------|-----------|-------|
| | | < 40% | ≥ 40% | |
| Tần số tim (chu kỳ/ phút) | ≤ 100 | 25(62,5%) | 38(65,5%) | >0,05 |
| | >100 | 15(37,5%) | 20(34,5%) | |
| Tiếng thổi | Có | 25(62,5%) | 29(50,0%) | >0,05 |
| | Không | 15(37,5%) | 29(50,0%) | |
| Ran ở phổi | Có | 22(55%) | 30(51,7%) | >0,05 |
| | Không | 18(45%) | 28(48,3%) | |
| Phù | Có | 35(87,5%) | 26(44,8%) | <0,05 |
| | Không | 5(12,5%) | 32(55,2%) | |
| Gan to | Có | 35(87,5%) | 24(41,4%) | <0,05 |
| | Không | 5(12,5%) | 34(58,6%) | |
| HATT (mmHg) | | 123,3 ±22 | | |
| HATTr (mmHg) | | 75,6 ±12,2 | | |

Nhận xét: Có sự khác biệt của tỷ lệ gan to và phù ở 2 nhóm bệnh nhân suy tim với EF trên và dưới 40% với $p < 0,05$.

Bảng 7. Đặc điểm cận lâm sàng phân bố theo phân số tổng máu

| Thông số | | Phân số tổng máu | | p |
|-----------------------|-------------|---------------------|---------------------|--------|
| | | < 40% | ≥ 40% | |
| NT-proBNP (pg/ml) | | 8143 (418-35000) | 1530 (185-35000) | < 0,05 |
| Natri máu (mmol/l) | Bình thường | 19(47,5%) | 32(55,2%) | >0,05 |
| | Giảm | 21(52,5%) | 26(44,8%) | |
| Kali máu (mmol/l) | Bình thường | 38(95,0%) | 56(96,6%) | >0,05 |
| | Tăng | 2(5,0%) | 2(3,45) | |
| Rối loạn nhịp tim | Có | 15(37,5%) | 23(39,7%) | >0,05 |
| | Không | 25(62,5%) | 35(60,3%) | |
| Tim to | Có | 36(90%) | 30(51,7%) | <0,05 |
| | Không | 4(10,0%) | 28(48,3%) | |

Nhận xét: Có sự khác biệt của nồng độ NT-proBNP và hình ảnh tim to trên phim Xquang ngực thẳng ở 2 nhóm bệnh nhân suy tim với EF trên và dưới 40% với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung về tuổi, giới và nguyên nhân suy tim

Cùng với sự phát triển của xã hội, số lượng bệnh nhân mắc suy tim ngày càng gia tăng. Tỷ lệ mới mắc tăng theo tuổi, chỉ từ 0,02% mỗi năm ở nhóm tuổi 25-34 lên đến

11,6 % ở tuổi 85 trở lên [3]. Qua khảo sát trên 98 bệnh nhân suy tim mạn tính, chúng tôi ghi nhận kết quả nghiên cứu như sau: nữ giới chiếm 56,1%, nam giới chiếm 43,9%, tuổi trung bình 64,4±13,0 trong đó nhóm tuổi ≥60 chiếm 64%. Alan S. Go và cộng sự nghiên cứu 59.772 bệnh nhân suy tim mạn

tính nhận thấy tuổi trung bình là 72, phụ nữ chiếm 46% [5]. Nguyên nhân khác biệt về giới hiện chưa được rõ hoàn toàn nhưng có dữ kiện cho thấy phụ nữ có độ xơ cứng mạch máu và thất trái thì tâm thu và tâm trương cao hơn nam và sự xơ cứng này tăng mạnh theo tuổi ở nữ giới. Ngoài ra, các thay đổi chức năng mạch vành chỉ có ở nữ cũng có thể là lời giải thích cho hiện tượng này.

Về nguyên nhân suy tim, tăng huyết áp có tỷ lệ cao nhất chiếm 47%, các nguyên nhân tim mạch khác (bệnh mạch vành, bệnh cơ tim) chiếm 33% và thấp nhất là các bệnh lý van tim chiếm 18%. Theo nghiên cứu của Jiang He và cs, hơn 60% trường hợp suy tim sung huyết xảy ra ở người Mỹ là do bệnh mạch vành, 14% do tăng huyết áp và vai trò của bệnh lý van tim chỉ thứ yếu [4]. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ hơn, mô hình bệnh tật khác với các nước công nghiệp phát triển. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng huyết áp là nguyên nhân hàng đầu của suy tim mạn, phù hợp với thực tế tỷ lệ mắc tăng huyết áp ở người lớn tuổi là cao và tăng huyết áp là bệnh lý thường gặp nhất và hiện diện ở 70-90% bệnh nhân suy tim với phân số tổng máu EF bảo tồn [6], [7], được xác định bởi phì đại thất trái, tăng độ cứng mạch máu và thất trái tâm thu, rối loạn chức năng tâm trương, tất cả các yếu tố này đều có liên quan chặt chẽ với sinh bệnh học suy tim tâm trương.

2. Mức độ suy tim theo NYHA và phân loại suy tim theo phân số tổng máu

Về phân độ suy tim, trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận suy tim độ II chiếm 28,6%, độ III chiếm 45,9%, độ IV chiếm 25,2%. Như vậy trong nghiên cứu này chủ yếu là bệnh nhân suy tim mức độ trung bình. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên

cứ của Zile với phần lớn bệnh nhân suy tim với NYHA III-IV là 78% còn NYHA II là 22% [8]. Suy tim với phân số tổng máu giảm EF < 40% chiếm 40,8%, suy tim với EF 40% chiếm 59,2%. Theo các khảo sát lớn trên thế giới, tỷ lệ lưu hành của suy tim EF giảm ít hơn rõ rệt (giảm hơn trong suy tim tâm trương) và thường gặp nhiều ở nữ hơn là nam ở mọi lứa tuổi [6], [7]. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt giữa các mức độ suy tim theo NYHA với phân số tổng máu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ và chúng tôi nhận thấy ức độ suy tim theo NYHA càng nặng thì phân số tổng máu càng giảm, cụ thể suy tim với phân số tổng máu giảm < 40% thì trong đó chiếm 87,5% là suy tim độ III, IV và suy tim với phân số tổng máu $\geq 40%$ thì 86,2% là suy tim độ II, III.

3. Triệu chứng lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi không thấy có sự khác biệt rõ ràng về các triệu chứng cơ năng và triệu chứng lâm sàng giữa hai nhóm suy tim tâm trương và suy tim tâm thu, ngoại trừ triệu chứng phù và gan to gặp nhiều hơn và độ NYHA lúc vào viện cao hơn ở nhóm suy tim tâm thu. Có sự khác biệt giữa triệu chứng lâm sàng phù và gan to với phân số tổng máu có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hầu hết bệnh nhân vào viện vì cảm thấy mệt mỏi, khó thở khi gắng sức, một số có thêm triệu chứng đau ngực (67%), và/hoặc ho khan (47%). Do đó chúng ta khó có thể phân biệt giữa suy tim tâm thu và suy tim tâm trương khi chỉ dựa vào các triệu chứng lâm sàng. Vì vậy câu hỏi đặt ra là liệu các xét nghiệm thông thường có giúp ích trong việc xác định suy tim hay không?

4. Về kết quả cận lâm sàng

Kết quả bảng 7 cho thấy xét nghiệm nồng độ NT-proBNP ở nhóm phân số tổng máu (EF) dưới 40% có giá trị trung vị (8143

(418-35000)) cao hơn nhóm EF trên 40 % (1530 (185-35000)), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Như vậy, suy tim càng nặng thì nồng độ NT-proBNP càng cao. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của tác giả Huỳnh Kim Gòn và cộng sự [2] khảo sát trên 59 bệnh nhân, cho thấy việc định lượng nồng độ NT-proBNP là phương pháp hữu ích, phù hợp với lâm sàng, giúp chẩn đoán và đánh giá mức độ suy tim.

Qua khảo sát 98 bệnh nhân suy tim mạn tính chúng tôi thấy tỉ lệ có rối loạn nhịp, giảm Na, tăng K ở bệnh nhân có suy tim EF < 40% nhiều hơn so với suy tim có EF > 40%. Tuy nhiên các xét nghiệm trên không phải là các marker có giá trị trong chẩn đoán suy tim mà có thể là biểu hiện hậu quả của suy tim vì dòng máu đến gan và thận có thể giảm nhiều hơn ở các bệnh nhân có giảm chức năng tâm thu và việc sử dụng nhiều hơn thuốc ức chế men chuyển ở các bệnh nhân này. Chúng tôi nhận thấy trong hình ảnh Xquang bắt gặp tỷ lệ bóng tim to ở bệnh nhân suy tim có chức năng tâm thu giảm < 40% (90%) nhiều hơn so với bệnh nhân có suy tim mà EF > 40% (51,7%), sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $64,4 \pm 13$ với nhóm tuổi dưới 60 chiếm 36%, trên 60 chiếm 64% trong đó nữ chiếm 56,1%, nam chiếm 43,9%. Nguyên nhân suy tim do tăng huyết áp chiếm 48%, bệnh tim mạch khác như bệnh mạch vành, bệnh cơ tim chiếm 33% và thấp nhất là bệnh van tim chiếm 18%. Mức độ suy tim theo NYHA càng nặng thì phân số tổng máu càng giảm.

Bệnh nhân suy tim có EF < 40% và nhóm có EF $\geq 40\%$ phần lớn triệu chứng lâm sàng giống nhau, ngoại trừ sự khác biệt giữa tỷ lệ có gan to (87,5% với 41,4%) và phù (87,5% với 44,8%), có sự khác biệt của nồng độ NT-proBNP và hình ảnh tim to trên phim Xquang ngực thẳng ở 2 nhóm bệnh nhân suy tim với EF trên và dưới 40% với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chu Thị Giang, 2009**, “Nghiên cứu tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân suy tim mạn tính”, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Huỳnh Kim Gòn, Nguyễn Phú Quý, Phạm Ngọc Dũng và CS (2008)**, Nồng độ NT-ProBNP ở bệnh nhân suy tim.
3. **Horwich TB, Hernandez AF (2008)**. Cholesterol levels and in-hospital mortality inpatients with acute decompensated heart failure. *Am Heart J*, 156(6):1170-6.
4. **Jiang He, Lorraine G. Ogden (2001)**. Risk Factors for Congestive Heart Failure in USMen and Women. *NHANES I Epidemiologic Follow-up Study. Arch InternMed*, 161:996-1002.
5. **Alan S. Go, Jingrong Yang (2006)**. Hemoglobin Level, Chronic Kidney Disease, and the Risks of Death and Hospitalization in Adults With Chronic Heart Failure. *Circulation*, 113:2713-2723.
6. **JH Gurwitz, David JM, David HS (2013)**. Contemporary Prevalence and Correlates of Incident Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *Am J Med*, 126:393-400.
7. **Owan T, Hodge D, Herges D, Jacobsen SJ, et al (2006)**. Heart Failure with Preserved Ejection Fraction: Trends in Prevalence and Outcomes. *N Engl J Med*, 355:251-259.
8. **Zile MR, Baicu C, Gash WH (2004)**. Diastolic heart failure. *N Engl J Med*, 350: 1953-9.