

TẠP CHÍ
**PHÒNG CHỐNG BỆNH SỐT RÉT
VÀ CÁC BỆNH KÝ SINH TRÙNG**

Tổng biên tập
PGS.TS. TRẦN THANH DƯƠNG

Phó Tổng biên tập
TS. NGUYỄN QUANG THIỀU

Ban biên tập

- | | |
|---------------------------------|--------------------------|
| - TS. HOÀNG ĐÌNH CẢNH | - PGS.TS. ĐỖ TRUNG DŨNG |
| - TS. TRẦN QUANG PHỤC | - PGS.TS. BÙI QUANG PHÚC |
| - PGS.TS. CAO BÁ LỢI | - TS. NGÔ ĐỨC THẮNG |
| - PGS.TS. NGUYỄN THỊ HƯƠNG BÌNH | - TS. NGUYỄN VĂN DŨNG |

Thư ký khoa học
PGS.TS. Cao Bá Lợi

Tạp chí ra 2 tháng một kỳ

VIỆN SỐT RÉT- KÝ SINH TRÙNG - CÔN TRÙNG TRUNG ƯƠNG

Địa chỉ: Số 34, Đường Trung Văn, Phường Trung Văn, Quận Nam Từ Liêm, Hà Nội.

Thư ký Tạp chí : Nguyễn Thị Hạnh

Tel: 0932 189 969

Fax: 024.38 544 326

E-mail: tapchikhoahocvsr@gmail.com

Website: nimpe.vn

Giấy phép số 510/GP-BVHTT ngày 29 tháng 9 năm 2015. Bộ Thông tin và Truyền thông cấp

MỤC LỤC

- Đánh giá tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất và hiệu lực điều trị của albendazol tại xã Gia Phú, huyện Bảo Thắng, tỉnh Lào Cai năm 2022 4
Nguyễn Thị Duyên, Hoàng Thị Hồng, Trần Thị Thu Hiền, Nguyễn Phương Thoa, Nguyễn Thu Hương
- Nghiên cứu thực trạng, một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm giun đũa chó, mèo tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2022 10
Lê Thị Cẩm Ly, Dương Hiền Thảo Lan, Huỳnh Thanh Trúc
- Thực trạng xử lý ổ dịch nhỏ sốt xuất huyết tại tỉnh Sóc Trăng năm 2022 và một số yếu tố ảnh hưởng 15
Nguyễn Văn Vũ, Hồ Đắc Thoàn
- Điều tra kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan đến phòng chống bệnh sốt xuất huyết dengue của người dân tại xã mỹ tài, huyện phù mỹ, tỉnh bình định năm 2023 22
Đỗ Thị Ngọc Bích, Hồ Đắc Thoàn
- Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm vùng cột sống thắt lưng cùng bằng phẫu thuật nội soi qua đường liên bản sống 28
Trần Trung Kiên, Nguyễn Hoàng Dương, Trương Quốc Phong
- Sử dụng sắt đường tĩnh mạch điều trị thiếu máu nhược sắc trên bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Vinh 32
Nguyễn Hồng Trường, Nguyễn Văn Mạnh, Nguyễn Thị Thu Lan, Trần Cẩm Nhung, Phạm Nhất Sinh
- Kết quả phương pháp giảm đau trong chuyển dạ bằng gậy tê ngoài màng cứng tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Vinh 37
Nguyễn Hồng Trường, Lưu Đình Bình, Lê Đình Lực, Nguyễn Doãn Bình, Nguyễn Thị Nga, Phạm Nhất Sinh
- Kết quả bước đầu điều trị ung thư tuyến tiền liệt bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt triệt để tại Bệnh viện đa khoa Thành phố Vinh 43
Nguyễn Hồng Trường, Trần Đức Trọng, Nguyễn Trọng Hiếu, Trần Văn Phi, Phạm Nhất Sinh
- Mô hình bệnh mắt ở người cao tuổi trong cộng đồng tại tỉnh Nghệ An 48
Trần Tất Thắng, Nguyễn Sa Huỳnh
- Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc đặt tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An 53
Phạm Văn Anh, Xông Bá Địa, Phạm Nguyên Hân
- Nhân ba ca bệnh nhiễm cái ghẻ *Sarcoptes scabiei* tại Bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ 58
Lê Thị Cẩm Ly, Trần Phú Mạnh Siêu, Trần Thị Kim Dung
- Nhận xét kết quả chăm sóc bệnh nhân phẫu thuật tái tạo vú 1 thì sau cắt toàn bộ tuyến vú do ung thư tại khoa ngoại IV Bệnh viện Ung bướu Nghệ An 62
Trần Thị Châu, Nguyễn Thị Nụ, Nguyễn Thị Tâm, Đoàn Thị Hồng Nhật
- Dịch tễ học lâm sàng bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch và kết quả điều trị Glucocorticoids tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An 2020 66
Nguyễn Cảnh Phú, Trần Thị Kiều Anh, Nguyễn Thị Càn, Nguyễn Hải Anh, Trần Anh Sơn
- Hiệu quả thông khí nhân tạo không xâm nhập hai mức áp lực dương (BIPAP) điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An 71
Nguyễn Đức Phúc, Nguyễn Vĩnh Hải

Đánh giá kết quả phẫu thuật biến dạng môi mũi sau phẫu thuật thì đầu khe hở môi trên toàn bộ bẩm sinh 75

Lê Xuân Thu

Nghiên cứu sức khỏe tâm thần của sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe Trường Đại học Trà Vinh sau đại dịch Covid-19 (2022 – 2023) 79

Lê Mỹ Ngọc, Huỳnh Thị Xuân Linh

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của các bệnh nhân ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật phẫu thuật tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2014 – 2019 84

Nguyễn Văn Dinh

Thay đổi kiến thức tự chăm sóc của người bệnh phẫu thuật sỏi tiết niệu sau can thiệp giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2022 90

Lê Văn Cường, Trần Thị Thơm, Trương Tuấn Anh

Nhân một trường hợp u nguyên bào phổi màng phổi type III ở trẻ em 96

Lê Thị Hoa, Lê Thanh Chương, Phạm Vũ Út, Trương Thị Việt Nga, Nguyễn Ngọc Văn

THIỆU MÁU Hb VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRONG CỘNG ĐỒNG NGƯỜI LA ĐÁNH GIÁ TỶ LỆ NHIỄM GIUN TRUYỀN QUA ĐẤT VÀ HIỆU LỰC ĐIỀU TRỊ CỦA ALBENDAZOL TẠI XÃ GIA PHÚ, HUYỆN BẢO THẮNG, TỈNH LÀO CAI NĂM 2022

**Nguyễn Thị Duyên, Hoàng Thị Hồng, Trần Thị Thu Hiền,
Nguyễn Phương Thoa, Nguyễn Thu Hương.**

Trường Đại học Y tế công cộng

Tóm tắt

Tại Việt Nam, từ những năm 2000 chương trình tẩy giun cộng đồng với các thuốc tẩy giun nhóm benzimidazol được sử dụng tẩy giun liều duy nhất định kỳ cho người dân. Nghiên cứu về tình hình nhiễm giun truyền qua đất và hiệu lực của thuốc albendazol trong điều trị giun truyền qua đất tại cộng đồng, đã tiến hành xét nghiệm phân trước và sau khi dùng thuốc tẩy giun albendazole 400mg liều duy nhất trên 296 người dân tại xã Gia Phú, huyện Bảo Thắng, tỉnh Lào Cai từ tháng 12/2021 đến tháng 6/2022. Kết quả Tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất tại điểm nghiên cứu thấp, tỷ lệ nhiễm chung 14,5%, nhiễm giun đũa (7,43%) cao nhất, tỷ lệ nhiễm giun tóc (5,74%) và nhiễm giun móc/mỏ (1,35%) thấp nhất. Mức độ nhiễm cả ba loại giun đều là cường độ nhẹ. Hiệu lực tẩy giun của albendazol với các giun truyền qua đất vẫn cao. Sau 14 ngày điều trị kết quả: Tỷ lệ sạch trứng đạt 95,45% với giun đũa, đạt 70,6% với giun tóc, đạt 100% đối với giun móc/mỏ. Đề nghị tiếp kiểm soát tốt tình trạng nhiễm giun truyền qua đất bằng tổ chức tẩy giun định kỳ và tuyên truyền nâng cao ý thức vệ sinh cá nhân, cải thiện môi trường sống. Bên cạnh đó, cần có chương trình kiểm soát hiệu lực tẩy giun của albendazol sau một thời gian chương trình tẩy giun đại trà trên diện rộng. Hạn chế sự xuất hiện kháng thuốc tẩy giun albendazol.

Từ khóa: Giun truyền qua đất, albendazol, tỷ lệ nhiễm, cường độ nhiễm, tỷ lệ sạch trứng, tỷ lệ giảm trứng

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh do giun truyền qua đất (GTQĐ) có ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe của con người. Khi nhiễm trùng nặng có thể gây ra một loạt các vấn đề sức khỏe, bao gồm đau bụng, tiêu chảy, mất máu chậm phát triển về thể chất và nhận thức. Các ước tính toàn cầu gần đây chỉ ra rằng trong năm 2015, hơn 1,6 tỷ người đã bị nhiễm ít nhất một trong bốn loài giun truyền qua đất [1]. Khoảng 135.000 ca tử vong xảy ra mỗi năm, chủ yếu là do nhiễm giun móc/mỏ hoặc giun đũa [2]. Theo Pullan, năm 2010 trên thế giới có 439 triệu người bị nhiễm giun móc/mỏ trong đó trẻ em dưới 5 tuổi chiếm khoảng 10% tổng số ca nhiễm [3]. Qua điều tra của các Viện sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng và các tỉnh thành từ năm 2013-2017, tỷ lệ nhiễm giun trên cả nước trong những năm qua vẫn ở mức cao: tỷ lệ nhiễm chung các loại giun ở các vùng Trung du và miền núi phía Bắc trung bình khoảng 65%; đồng bằng sông Hồng khoảng 41%; bắc Trung Bộ và Duyên hải miền Trung 26%, Tây Nguyên 28%, Đông Nam Bộ khoảng 13% và đồng bằng sông Cửu Long 10%. Có thể thấy, nhiễm GTQĐ là vấn đề y tế công đồng, cần điều trị lâu dài, định kỳ, giáo dục truyền thông và nhận sự tư vấn từ cán bộ y tế để người dân tự phòng bệnh và cải thiện tình trạng sức khỏe.

Tại Việt Nam, từ những năm 2000 chương trình tẩy giun cộng đồng đã được triển khai tại các vùng dịch tễ. Các thuốc tẩy giun nhóm Benzimidazol như Albendazol, Mebendazol được sử dụng tẩy giun liều duy nhất định kỳ 6 tháng đến 1 năm một lần. Theo nghiên cứu albendazol và mebendazol đều có hoạt tính tẩy giun tròn phổ rộng, tuy nhiên đối với giun móc/mỏ, một liều duy nhất là albendazol hiệu quả hơn mebendazol [4]. Nguyễn Thu Hương và cộng sự (2012) cũng đã từng báo cáo thuốc albendazole liều đơn 400mg vẫn còn hiệu lực tốt với cả 3 loại giun truyền qua đất trên cộng đồng [5]. Theo một số nghiên cứu khác tại Việt Nam, tỷ lệ tái nhiễm sau 6 tháng theo một số nghiên cứu gần đây khoảng 27- 60% [6-8]. Bên cạnh đó một nghiên cứu khác chỉ ra hiện tượng kháng albendazol đã xuất hiện sẽ gây nguy hiểm cho việc kiểm soát dựa trên ý nghĩa y học do có ít lựa chọn điều trị thay thế được chấp nhận [9,10].

Lào Cai thuộc vùng cao biên giới phía Tây Bắc Việt Nam có địa hình hiểm trở, có nhiều vùng đất đồi thoải, thung lũng rộng, là địa bàn thuận lợi cho sản xuất nông lâm nghiệp. Người dân thường xuyên tiếp xúc với đất, hình thức canh tác lạc hậu, vệ sinh ăn uống chưa được quan tâm nhiều dẫn đến việc có nguy cơ cao nhiễm các bệnh truyền nhiễm cao. Tỷ lệ nhiễm và cường độ nhiễm các giun truyền qua đất khá cao, trên 85% [6]. Lào Cai cũng là tỉnh đã áp dụng các chiến dịch tẩy giun định kỳ từ những năm 2000 [11,12]. Để đánh giá tình hình nhiễm GTQĐ sau 20 năm thực hiện chương trình tẩy giun định kì và hiệu lực của thuốc albendazol trong điều trị GTQĐ trên cộng đồng và có thể đề xuất các chiến lược phòng chống phù hợp trong giai đoạn tiếp theo, nghiên cứu đã được tiến hành với 2 mục tiêu sau: Xác định tỷ lệ nhiễm và cường độ nhiễm giun truyền qua đất tại xã Gia Phú, huyện Bảo Thắng tỉnh Lào Cai năm 2022. Đánh giá hiệu lực tẩy giun truyền qua đất bằng albendazol 400mg liều duy nhất tại xã Gia Phú, huyện Bảo Thắng, tỉnh Lào Cai năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người dân sống tại xã Gia Phú huyện Bảo Thắng, tỉnh Lào Cai

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người dân trong độ tuổi từ 18 tuổi, không phân biệt giới tính

Tiêu chuẩn loại trừ: người dân mới uống thuốc tẩy giun trong vòng 6 tháng tính đến ngày điều tra hoặc mắc các bệnh cấp tính.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Xã Gia Phú, huyện Bảo Thắng, tỉnh Lào Cai

Địa điểm tiến hành phân tích: Trung tâm xét nghiệm Trường đại học Y tế Công Cộng 7 tháng (12/2021- 6/2022), thời gian thu thập số liệu tháng 2-5/2022.

2.3. Thiết kế nghiên cứu: Trong nghiên cứu, chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu dịch tễ học mô tả (điều tra cắt ngang xác định tỷ lệ và cường độ nhiễm) và dịch tễ học can thiệp (tẩy giun hàng loạt).

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

Cỡ mẫu nghiên cứu

Trong đó: p = 50% tỷ lệ ước tính nhiễm tại thời nghiên cứu này chúng tôi chọn mẫu điểm nghiên cứu, Z=1,96 hệ số tin cậy ứng với mức ý nghĩa thống kê mong muốn $1 - \frac{\alpha}{2}$, ứng với độ tin cậy 95%. $\alpha = 0,05$: mức ý nghĩa thống kê, d = 0,08: sai số ước lượng. Tuy nhiên trên thực tế cỡ mẫu đạt được là 296 mẫu, chọn mẫu theo phương pháp ngẫu nhiên trên hệ thống và căn cứ vào danh sách hộ gia đình theo thôn sao cho tỷ lệ cân đối giữa các thôn.

2.4. Nội dung nghiên cứu: Điều tra tỷ lệ nhiễm và cường độ nhiễm giun truyền qua đất trước và sau can thiệp điều trị 14 ngày. Điều trị thuốc tẩy giun albendazol liều duy nhất 400mg

Tính toán các tỷ lệ nhiễm giun, cường độ nhiễm từng loại giun, tỷ lệ sạch trứng và tỷ lệ giảm trứng sau 14 ngày sau khi điều trị

2.5. Chỉ số nghiên cứu

$$\text{Tỷ lệ nhiễm giun (\%)} = \frac{\text{Tổng số người xét nghiệm dương tính (1 loại, 2 loại hoặc 3 loại giun)}}{\text{Tổng số người được xét nghiệm}} \times 100$$

$$\text{Cường độ nhiễm giun} = \frac{\text{Số trứng giun đếm được (từng loại giun)}}{1 \text{ lam tiêu bản}} \times 24$$

$$\text{Cường độ nhiễm trung bình (\%)} = \frac{\text{Tổng số EPG mỗi các nhân (từng loại giun)}}{\text{Tổng số người được xét nghiệm}}$$

$$\text{Tỷ lệ sạch trứng (\%)} = \frac{\text{Tỷ lệ dương tính TĐT} - \text{tỷ lệ dương tính SĐT}}{\text{Tỷ lệ dương tính TĐT}} \times 100$$

$$\text{Tỷ lệ giảm trứng (\%)} = \frac{\text{EPG trước điều trị} - \text{EPG sau điều trị}}{\text{Tổng số EPG trước điều trị}} \times 100$$

Cường độ nhiễm từng loại GTQĐ dựa theo bảng phân loại cường độ nhiễm GTQĐ của WHO, (2000) [13].

Bảng 1. Phân loại cường độ nhiễm cho mỗi loài giun [13]

Loài	Cường độ nhiễm (EPG)		
	Nhiễm nhẹ	Nhiễm TB	Nhiễm nặng
Giun đũa	1 - 4.999	5000 - 49.999	≥ 50.000
Giun tóc	1 - 999	1.000 - 9.999	≥ 10.000
Giun móc	1- 1.999	2.000 - 3.999	≥ 4.000

2.6. Các kỹ thuật áp dụng: Trong nghiên cứu này chúng tôi sử dụng kỹ thuật Kato-katz, là kỹ thuật

được tổ chức Y tế thế giới khuyến cáo là phương pháp chuẩn để phát hiện trứng các loại giun truyền qua đất [13]. Kỹ thuật theo dõi thuốc tẩy giun albendazole theo quy trình áp dụng trong nghiên cứu của Nguyễn Thu Hương và cộng sự [12]

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: Nhập số liệu bằng phần mềm Excel và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được chấp thuận của Hội Đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y sinh học trường đại học Y tế công cộng số 022-048/DD-YTCC. Sự tham gia của các thành viên là tự nguyện. Thông tin của người tham gia được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

3.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1.Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin đối tượng nghiên cứu (n=296)

Đặc điểm	Số lượng	Tỉ lệ (%)
1. Giới tính		
Nam	108	36,5
Nữ	188	63,5
2. Nhóm tuổi		
18-29	152	51,3%
30-49	84	28,4%
50-60	43	14,5%
>60	17	5,8%
3. Nghề nghiệp		
Nông dân	296	100%

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy nhóm nghiên cứu đã thu thập được dữ liệu của 296 người dân sinh sống tại địa điểm nghiên cứu và trong tổng số 296 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ nữ giới chiếm 63,5% lớn hơn 1,7 lần tỷ lệ nam giới chiếm 36,5. Nhóm tuổi từ 18-29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,3%, nhóm tuổi từ 30-49 tuổi chiếm 28,4%, nhóm tuổi 50-60 tuổi chiếm 14,5% và thấp nhất là nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm 5,8%. Các đối tượng tham gia nghiên cứu đều là nông dân.

3.2. Tỷ lệ nhiễm, cường độ nhiễm của những người tham gia

Bảng 2. Tỷ lệ và cường độ nhiễm giun truyền qua đất (n=296)

Giun truyền qua đất		Giun đũa		Giun tóc		Giun móc/mỏ	
Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
43	14,5	22	7,43	17	5,74	4	1,35

Theo khảo sát của nhóm nghiên cứu, kết quả tại bảng 2 cho thấy, tỷ lệ nhiễm giun sán nói chung chiếm 14,5% (43/296), cao nhất đối với giun đũa chiếm 7,43%, tiếp theo là giun tóc với 5,74%, giun móc/mỏ là 1,35%.

Bảng 3. Cường độ nhiễm giun truyền qua đất (n=296)

Loại giun	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	EPG Min	EPG Mean	EPG Max	OR Giá trị P
Giun đũa	22	7,43	24	5568	57.600	0,106 > 0,05
Giun tóc	17	5,74	24	433	4.480	
Giun móc/mỏ	4	1,35	48	330	1.104	

Trong 296 mẫu phân có 22 trường hợp nhiễm giun đũa (7,43%) với cường độ nhiễm trung bình là 5.568 EPG, thấp nhất là 24 EPG, cao nhất là 57.600 EPG; 17 trường hợp nhiễm giun tóc (5,74%) với cường độ trung bình là 433 EPG, thấp nhất là 24EPG và cao nhất là 4.480 EPG; 4 trường hợp nhiễm giun móc/mỏ (1,35%), cường độ trung bình là 330 EPG, thấp nhất là 48 EPG, cao nhất là 1104 EPG.

Các ca nhiễm giun đều ở mức độ nhẹ.

3.3. Kết quả đánh giá hiệu lực thuốc tẩy giun Albendazol liều duy nhất 400mg.

Giám sát hiệu lực thuốc tẩy giun bằng cách xác định tỷ lệ sạch trứng và tỷ lệ giảm trứng sau 14 ngày điều trị hàng loạt albendazol 400mg

Bảng 4. Tỷ lệ sạch trứng sau điều trị 14 ngày (n=296)

	Số ca dương tính trước điều trị	Số ca dương tính sau điều trị 14 ngày	Tỷ lệ sạch trứng (%)
Các loại giun (chung)	43	6	86,0
Đũa	22	1	95,5
Tóc	17	5	70,6
Móc/mỏ	4	0	100

Sau 14 ngày điều trị bằng thuốc tẩy giun albendazol liều duy nhất 400mg, kết quả thu được tại bảng 4 cho thấy tỷ lệ sạch trứng đạt tỷ lệ cao: Giun đũa sạch 95,5%, giun tóc sạch 70,6%, giun móc/mỏ 100%.

Bảng 5. Tỷ lệ giảm trứng sau điều trị 14 ngày (n=296)

Loại giun	EPG trung bình TĐT	EPG trung bình SĐT	Tỷ lệ giảm trứng(%)
Giun đũa	5.568	24	99,9
Giun tóc	433	124	72,0
Giun móc	330	0	100

Số liệu bảng 5 cho thấy tỷ lệ giảm trứng sau 14 ngày điều trị bằng albendazole 400mg đạt 72% đối với giun tóc, 99,9% đối với giun đũa và 100% với giun móc/mỏ.

4. BÀN LUẬN

4.1. Cường độ nhiễm và tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất tại xã Gia Phú, huyện Bảo Thắng, tỉnh Lào Cai

Trong tổng số 296 đối tượng được xét nghiệm phân bằng phương pháp Kato-Katz, có 45 đối tượng nhiễm GTQĐ chiếm tỷ lệ 15,2%, cụ thể: tỷ lệ nhiễm giun đũa là 7,43%, giun tóc là 5,74%, giun móc/mỏ là 1,35% và giun kim là 0,67%. So sánh với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Đề điều tra tại tỉnh Lào Cai (2003) với tỷ lệ nhiễm giun đũa 88,7%, nhiễm giun tóc 33,6%, nhiễm giun móc 67,2% (14) sau 20 năm tỷ lệ nhiễm các loại giun này đã giảm rõ rệt. Không chỉ tỷ lệ nhiễm giảm mà cường độ nhiễm các loại giun truyền qua đất cũng giảm đáng kể. Cường độ nhiễm giun đũa ở mức trung bình là 5.568 trứng/gam phân; giun tóc và giun móc/mỏ ở mức độ nhẹ 433 trứng/gam phân và 330 trứng/gam. Kết quả này cũng hoàn toàn phù hợp với một số nghiên cứu trước đây của các tác giả là đa số các trường hợp nhiễm giun ở Việt Nam đều có cường độ nhiễm nhẹ [8,14,16]. Điều này cho thấy các nỗ lực của chương trình tẩy giun hàng loạt và can thiệp môi trường sống đã thực sự có hiệu quả.

4.2. Hiệu lực thuốc tẩy giun truyền qua đất Albendazol liều duy nhất 400 mg

Sau điều trị 14 ngày bằng thuốc tẩy giun albendazol 400mg liều duy nhất với 43 trường hợp nhiễm GTQĐ của đợt xét nghiệm đầu, kết quả thu được với tỷ lệ sạch trứng đạt hiệu quả cao với giun đũa 95,45%, giun tóc 70,6%, giun móc/mỏ 100%. Kết quả này khá chênh lệch so với những nghiên cứu khác tại Việt Nam. Theo Nguyễn Đình Học và Phạm Văn Thúy với tỷ lệ sạch trứng giun đũa 71,6%, giun tóc 82,1% và giun móc 45,8% [13]. Nghiên cứu của Nguyễn Thu Hương và cộng sự năm 2014 tại tỉnh Lào Cai cho thấy tỷ lệ sạch trứng sau điều trị albendazol 400mg với giun đũa 97,4%, giun tóc 95,1%, giun móc 96,3%. So với các nghiên cứu này, nghiên cứu lần này đạt tỷ lệ sạch trứng giun tóc (70,6%) có thấp hơn. Có thể do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi trên cộng đồng và đã được tẩy giun liên tục gần 20 năm.

Tỷ lệ giảm trứng sau 14 ngày điều trị của nghiên cứu đạt 71,3% đối với giun tóc, 99,9% đối với giun đũa và 100% với giun móc/mỏ. Kết quả này, cao hơn so với kết quả nghiên cứu của Vũ Lâm Bình tại 3 huyện thuộc tỉnh Điện Biên, Yên Bái, Hà Giang (2015-2016) cho thấy hiệu lực thuốc tẩy giun albendazol liều duy nhất sau 21 ngày điều trị: Đối với giun đũa, tỷ lệ giảm trứng 95%, đối với giun móc/mỏ 90%, đối với giun tóc 50% (14). Bên cạnh đó, so với kết quả của tác giả Nguyễn Thu Hương và Phạm Văn Thân, tỷ lệ giảm trứng đạt: giun đũa 97%, giun tóc 91,2% và giun móc 97,3% (5) thì nghiên cứu có kết quả thấp hơn khi điều trị giun tóc. Có thể thấy, albendazol vẫn còn có hiệu lực tốt với giun đũa, và giun móc/mỏ. Điều này cũng phù hợp với một số nghiên cứu trên thế giới. Theo tác giả Norhayati cho rằng, Albendazol liều duy nhất 400 mg ở vùng lưu hành GTQĐ cao có hiệu quả đáng kể đối với giun đũa và giun móc nhưng không có hiệu quả đối với giun tóc. Theo Keiser và Utzinger đánh giá hiệu lực của liều duy nhất đường uống của albendazol đối với nhiễm giun đũa (88% với độ tin cậy 95%, range 79-93%) và giun móc (72% với độ tin cậy 95%, range 59-81%). Rất nhiều báo cáo cho rằng hiệu lực của albendazol liều duy nhất không tốt, tổng hợp từ 168 nghiên cứu, 20 thử nghiệm ngẫu nhiên [5],[17],[18]. Để khẳng định nhận định này trên cộng đồng người Việt nam cần có các nghiên cứu rộng hơn và có tính đại diện cho các vùng dịch tễ 3 loài giun truyền qua đất này, đặc biệt đưa vào chương trình giám sát thuốc tẩy giun.

5. KẾT LUẬN

Trong tổng số 296 đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ nữ giới chiếm 63,5% lớn hơn 1,7 lần tỷ lệ nam giới chiếm 36,5%. Qua khảo sát các ca nhiễm trứng giun sán có cho thấy:

1. Tỷ lệ nhiễm giun truyền qua đất nhìn chung thấp (14,6%). Tỷ lệ nhiễm từng loại lần lượt giun đũa là 7,43%, giun tóc là 5,74%, giun móc/mỏ là 1,35%. Cường độ nhiễm trung bình của giun đũa, giun tóc, giun móc/mỏ tại địa điểm nghiên cứu đều ở mức độ nhẹ và trung bình: 5568 (trứng/gram) với giun đũa; 433 (trứng/gram) với giun tóc; 330 (trứng/gram) với giunmóc/mỏ.

2. Kết quả điều trị đối với 43 ca nhiễm GTQĐ cho thấy, tỷ lệ sạch trứng sau 14 ngày dùng thuốc tẩy giun albendazol 400mg liều duy nhất đạt hiệu quả cao với giun đũa 95,45%, giun tóc 70,6%, giun móc/mỏ 100%. Tỷ lệ giảm trứng sau 14 ngày điều trị đạt 72% đối với giun tóc, 99,9% đối với giun đũa và 100% với giun móc/mỏ. Có thể thấy hiệu lực thuốc tẩy giun ALB hiệu quả tốt với giun đũa và giun móc, có dấu hiệu giảm với giun tóc.

KHUYẾN NGHỊ

Tiếp tục tổ chức tẩy giun định kỳ trên địa bàn bằng albendazol 400mg liều duy nhất. Đặc biệt, tuyên truyền nâng cao ý thức vệ sinh cá nhân, môi trường để phòng tránh nhiễm giun truyền qua đất. Để khẳng định nhận định về hiệu lực tẩy giun tóc của albendazol giảm trên cộng đồng cần có các nghiên cứu rộng hơn và có tính đại diện cho các vùng dịch tễ 3 loài giun truyền qua đất này, đặc biệt đưa vào chương trình giám sát thuốc tẩy giun.

Lời cảm ơn

Nghiên cứu rất cảm ơn sự tham gia nhiệt tình tham gia của người dân và cán bộ y tế thôn/bản, chính quyền xã Gia Phú huyện Bảo Thắng, tỉnh Lào Cai. Cảm ơn phòng Quản lý Nghiên cứu khoa học & hợp tác phát triển và Ban giám hiệu Trường Đại học Y tế Công cộng đã ủng hộ cho nhóm sinh viên và giảng viên thực hiện đề tài này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vlainck J, Cools P, Albonico M, Ame S, Ayana M, Cringoli G, et al (2019). Therapeutic efficacy of albendazole against soil-transmitted helminthiasis in children measured by five diagnostic methods. *PLoS Negl Trop Dis*, 13(8): e0007471, doi: 10.1371/journal.pntd.0007471
2. GBD 2015 Disease and Injury Incidence and Prevalence Collaborators. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet*, 2016; 388(10053), 1545–1602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6) PMID:27733282
3. Pullan L. R., Jennifer L S., Rashmi J., Simon J. B. (2014), Global numbers of infection and disease burden of soil-transmitted helminth infections in 2010, *Parasites & Vectors*, pp. 7:37
4. World Health Organization. Preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in at-risk population groups. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2017
5. Nguyễn Thu Hương cùng các cộng sự (2014), Hiệu lực của benzimidazol carbamat đối với nhiễm giun truyền qua đất tại cộng đồng, *Tạp chí Y học thực hành*, 928(8), tr 107-112.
6. Nguyễn Văn Đề và cộng sự (2011). Tái nhiễm giun đường ruột ở học sinh tiểu học sau 6 tháng tẩy giun hàng loạt tại thành phố Lào Cai. *Tạp chí Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng*
7. Nguyễn Võ Hình và cộng sự (2005). Tình hình nhiễm giun đường ruột ở trẻ em và vấn đề sử dụng nhà vệ sinh, nguồn nước sinh hoạt tại huyện A Lưới, Thừa Thiên Huế năm 2004- 2005. *Tạp chí Phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng*, 4, 75-81.
8. Nguyễn Hiếu Nhân (2012), Nghiên cứu tình hình và đánh giá hiệu quả của điều trị giun bằng Mebendazole 500mg đơn liều, tìm hiểu các yếu tố liên quan đến tái nhiễm giun ở trẻ các trường mẫu giáo huyện tam Nông- Đôn Tháp, năm 2011. Luận án Chuyên Khoa cấp II chuyên ngành Quản lý Y tế, Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ
9. Olliaro P, Seiler J, Kuesel A, Horton J, Clark JN, Don R, et al (2011). Potential drug development candidates for human soil-transmitted helminthiasis. *PLoS Negl Trop Dis*, 5(6): e1138, doi:10.1371/journal.pntd.0001138, PMID: 21695247
10. Keiser J, Utzinger J (2010). The drugs we have and the drugs we need against major helminth infections. *Adv Parasitol*, 73:197–230, doi: 10.1016/S0065-308X (10)73008-6. PMID: 20627144.
11. Nguyễn Duy Toàn (2004), Kết quả giữa kỳ hoạt động dự án phòng chống giun sán trong trường tiểu học do Tổ chức Y tế thế giới hỗ trợ (giai đoạn 2002-2003), *Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng*, 1(19), tr 82-88

12. Nguyễn Thu Hương và cộng sự (2015) Thực trạng nhiễm và thiếu máu do giun móc/mỏ trong cộng đồng tại Thanh Hóa và Lào Cai năm 2014. Tạp chí phòng chống bệnh sốt rét và các bệnh ký sinh trùng, 1(19), tr 82-88

13. Tổ chức Y tế Thế giới (2000), Hướng dẫn công tác phòng chống các bệnh giun truyền qua đất và thiếu máu do giun, Nhà Xuất bản Y học, tr. 11-38

14. Nguyễn Văn Đề cùng các cộng sự (2003), “Tình hình nhiễm giun sán tại 3 tỉnh miền núi thuộc tỉnh Lào Cai”, Tạp chí: Phòng chống bệnh sốt rét và bệnh ký sinh trùng.

15. Nguyễn Đình Học, Phạm Vân Thuý (2014), “Hiệu quả tẩy giun bằng albendazole lên tình trạng nhiễm giun của trẻ em dưới 5 tuổi tại Đồng Hỷ, Thái Nguyên”, Tạp chí Y học Dự phòng, Tập XXIV, số 2, 2014 trang 46.

16. Vũ Thị Lâm Bình (2020) Nghiên cứu thực trạng nhiễm và hiệu quả điều trị giun truyền qua đất bằng albendazol, mebendazol ở trẻ từ 12 đến 23 tháng tuổi tại 3 huyện thuộc tỉnh Điện Biên, Yên Bái, Hà Giang (2015-2016). Luận án Tiến sỹ Ký sinh trùng Viện Sốt rét-Ký sinh trùng và Côn trùng Trung ương.

17. Norhayati M; Oothuman P, Azizi O, Fatmah MS. Efficacy of single dose albendazole on prevalence and intensity of infection of soil-transmitted helminths in Orang Asli children in Malaysia. Southeast Asian J Trop Med Public Health; 28(3): 563-9. 1997 Sep. 29

18. Keiser J. Utzinger J. Efficacy of current drugs against soil-transmitted helminth infections: systematic review and meta-analysis. JAMA. 2008 Apr 23; 299(16): 1937-48. 31

Abstract

ASSESSMENT OF THE GENERAL INFECTION RATE AND THE EFFICACY OF ANTHELMINTIC DRUGS ALBENDAZOLE AGAINST SOIL-TRANSMITTED HELMINTHS IN RESIDENTS GIA PHU COMMUNE, BAO THANG DISTRICT, LAO CAI PROVINCE IN 2022

Nguyen Thi Duyen, Hoang Thi Hong, Tran Thi Thu Hien, Nguyen Phuong Thoa, Nguyen Thu Huong.

Ha Noi University of Public Health

Soil-transmitted helminth (STH) infections have been identified in many developing countries, especially among communities in rural areas. The study conducted stool tests before and after a single dose of albendazole 400mg dewormer on 296 residents in Gia Phu commune, Bao Thang district, Lao Cai province from December 2021 to June 2022. The results determined that the rate of STHs infection was quite low. The overall infection rate was 14.5%, roundworm infection (7.43%) was the highest, followed by the hairworm infection rate (0.74%) and hookworm infection (1.35%) lowest. The intensity of infection with all three types of soil-transmitted helminthic was mild. After 14 days of treatment, the results were obtained with the egg cure rate and egg reduction rate of 95.5% and 99,9% for roundworms, 70.6% and 72,0% for whipworms, and 100% and 100% for hookworm. To continue improving the living environment. In addition, it is necessary to have a p Continue to control STH infection in the community by organizing periodic deworming and propagating to raise awareness of personal hygiene and improve the living environment In addition, it is necessary to have a program to control the deworming effect of albendazole after a period of large-scale mass deworming program.

Keywords: Soil-transmitted helminthic, albendazole, the infection rate, intensity rate, egg clean rate, the egg reduction rate

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Lê Xuân Hùng

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

NGHIÊN CỨU THỰC TRẠNG, MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NHIỄM GIUN ĐŨA CHÓ, MÈO TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2022

Lê Thị Cẩm Ly¹, Dương Hiền Thảo Lan², Huỳnh Thanh Trúc²

¹Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ, ²Bệnh Viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ

Tóm tắt

Bệnh nhiễm giun đũa chó mèo *Toxocara sp* là bệnh ký sinh trùng từ thú truyền qua người. Tỷ lệ bệnh này đang có xu hướng gia tăng. Nhiễm bệnh này do nuốt phải trứng giun đũa chó mèo trong thức ăn. Nghiên cứu thực trạng nhiễm giun đũa chó, mèo ở người; mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan và bước đầu đánh giá kết quả điều trị. Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích tất cả bệnh nhân nhiễm ấu trùng giun đũa chó, mèo được xác định bằng kỹ thuật xét nghiệm ELISA và có ít nhất một triệu chứng lâm sàng đến khám tại phòng khám Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ trong thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 9/2022. Chúng tôi nghiên cứu trên 76 bệnh nhân ghi nhận: tuổi trung bình $42,88 \pm 17,07$. Bệnh có biểu hiện ở da, niêm mạc chiếm 94,7%, biểu hiện ở cơ quan tiêu hoá là 19,7% và thần kinh chiếm 15,8%. Số lượng bạch cầu ái toan trong máu ngoại biên ở giới hạn bình thường chiếm 78,9%, tăng nhẹ chiếm 21,1%. Mật độ quang (OD) của anti-*Toxocara* IgG bằng xét nghiệm ELISA từ 0,35 -1,0 là 92,1%. Các bệnh nhân đều tiếp xúc với chó, mèo; tẩy giun định kỳ, uống nước được nấu chín và có thói quen ăn rau sống và ăn thịt chưa nấu chín chiếm 71,1%. Sau 3 tháng điều trị, đánh giá được 22 ca có cải thiện triệu chứng lâm sàng. Có kết quả ELISA âm tính là 5 ca, dương tính là 17 ca. Kết quả men gan trước và sau điều trị nằm trong giới hạn bình thường. Bệnh *Toxocara sp* ở người có triệu chứng lâm sàng nhiều nhất ở da, niêm mạc và đáp ứng với điều trị đặc hiệu.

Từ khóa: Bệnh giun đũa chó mèo, bạch cầu ái toan, triệu chứng lâm sàng

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhiễm giun đũa chó có mặt nhiều nơi trên thế giới. Các nghiên cứu cho thấy, những quần thể người có tỷ lệ huyết thanh dương tính giun đũa chó/mèo cao thường ở những nơi có nhiều chó bị nhiễm *Toxocara canis*, môi trường bị ô nhiễm trứng nhiều, đặc biệt là môi trường đất. Thống kê của Bệnh viện Da liễu Cần Thơ cho thấy, trong 700 trường hợp được chỉ định xét nghiệm máu có 140 trường hợp nhiễm giun đũa chó, mèo; 5-7 trường hợp nhiễm các ký sinh trùng khác [3]. Thời gian qua, có nhiều bệnh nhân đến khám bệnh tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ và được phát hiện nhiễm *Toxocara canis* hay giun đũa chó, mèo. Có người hoang mang, lo lắng khi có kết quả xét nghiệm huyết thanh miễn dịch ELISA dương tính với giun đũa chó, trong khi đó có người biểu hiện triệu chứng hoặc không biểu hiện triệu chứng, nhưng phần lớn các triệu chứng lâm sàng này không điển hình và rất mơ hồ và một điểm chung là cảm thấy “khó chịu trong người”. Những khó khăn, tồn tại về chẩn đoán, điều trị bệnh nhiễm giun đũa chó ở người nêu trên, Chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu thực trạng, một số yếu tố liên quan và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm giun đũa chó, mèo tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2022” với các mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm giun đũa chó, mèo ở người tại khoa Khám Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2022. Bước đầu đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm giun đũa chó, mèo tại khoa Khám bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân nhiễm ấu trùng giun đũa chó, mèo được xác định bằng kỹ thuật xét nghiệm ELISA

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Tại phòng khám Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ
Thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 9/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân có ít nhất một triệu chứng lâm sàng về da, niêm (mày đay, mẩn ngứa), về thần kinh (đau đầu, chóng mặt, rối loạn giấc ngủ), về tiêu hoá (đau bụng, rối loạn tiêu hoá), về hô hấp (ho khan). Cận lâm sàng có kháng thể kháng anti *Toxocara spp.* BN và/hoặc gia đình, người giám hộ đồng ý hợp tác nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Đang mắc bệnh nhiễm trùng phối hợp khác cấp tính, mạn tính. BN có xét nghiệm dương tính đồng thời với các loại KST khác. Tiền sử bệnh lý tâm thần kinh hoặc thiếu năng trí tuệ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích tất cả các ca bệnh đến khám đủ tiêu chuẩn chọn mẫu.

Cỡ mẫu: Công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu cắt ngang

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

Trong đó: n: số đối tượng nghiên cứu tối thiểu; $Z_{1-\alpha/2} = 1,84$ với khoảng tin cậy 95%. d: sai số cho phép được chọn là 0.1. $p = 0,276$ ước lượng theo công trình nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thu Thanh năm 2021 với tỷ lệ đánh giá sau 3 tháng điều trị bằng Albendazol có kết quả xét nghiệm huyết thanh âm tính là 27,6% [7]. Kết quả tính được $n = 68$ bệnh nhân

Phương pháp chọn mẫu : Chọn mẫu thuận tiện theo tiêu chuẩn chọn bệnh

3.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng: Tỷ lệ phân bố bệnh về số ngày biểu hiện bệnh trước khi đến khám cao nhất ở nhóm có biểu hiện bệnh từ 7 -< 15 ngày chiếm 50 %, còn 2 nhóm biểu hiện bệnh < 7 ngày và nhóm 15-30 ngày lần lượt chiếm tỷ lệ là 23,7% và 26,3%. Phân bố đặc điểm cơ quan biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Đối tượng nghiên cứu chủ yếu đến khám biểu hiện ở da, niêm mạc chiếm tỷ lệ 94,7%, biểu hiện ở cơ quan tiêu hoá là 19,7% và thần kinh chiếm 15,8%. Triệu chứng lâm sàng mày đay và mẩn ngứa phân bố đều nhau chiếm tỷ lệ 94,7%, tính chất xuất hiện của tổn thương trên da niêm và niêm mạc từng đợt chiếm tỷ lệ cao hơn xuất hiện thường xuyên lần lượt là 60,5% và 34,2%.

Biểu hiện triệu chứng lâm sàng trên cơ quan thần kinh như đau đầu, chóng mặt, rối loạn giấc ngủ của đối tượng nghiên cứu phân bố tỷ lệ bằng nhau chiếm 10,5%. Triệu chứng rối loạn tiêu hoá trên đối tượng nghiên cứu gặp nhiều hơn triệu chứng đau bụng với tỷ lệ lần lượt là 19,7% và 9,2%

3.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu có số lượng bạch cầu trong máu ngoại biên từ 4000-10000/mm³ chiếm tỷ lệ cao nhất là 89,5%, không có trường hợp nào số lượng bạch cầu < 4000/mm³. Trong mẫu nghiên cứu, bệnh nhân có số lượng bạch cầu ái toan trong máu ngoại biên ở giới hạn bình thường chiếm 78,9%, tăng nhẹ chiếm 21,1%. Trong 76 mẫu nghiên cứu, ghi nhận với mật độ quang (OD) của anti-*Toxocara* IgG bằng xét nghiệm ELISA từ 0,35 -1,0 chiếm đa số với tỷ lệ là 92,1%, không ghi nhận nhóm OD ≥ 2, còn nhóm có mức OD từ 1,0-2,0 ghi nhận 6 ca bệnh chiếm tỷ lệ 7,9%. Qua khảo sát xét nghiệm chỉ số men gan, kết quả nghiên cứu ghi nhận trước điều trị tất cả bệnh nhân có chỉ số men gan nằm trong giới hạn bình thường. Đa số đối tượng nghiên cứu đều có nuôi hoặc tiếp xúc chó/ mèo chiếm tỷ lệ 100%, thói quen ăn rau sống và ăn thịt chưa nấu chín chiếm tỷ lệ cũng khá cao 71,1%. Bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tẩy giun định kỳ và sinh hoạt hàng ngày uống nước nấu chín.

3.1.3 Một số yếu tố liên quan: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 100% bệnh nhân đều biết đến bệnh nhiễm *Toxocara* sp, mỗi bệnh nhân có mức độ hiểu biết nhau về đường lây nhiễm bệnh *Toxocara* sp, tác hại của bệnh, cách phòng bệnh và điều trị bệnh nhiễm *Toxocara* sp. Tỷ lệ ghi nhận được trong nghiên cứu mức độ biết khá đầy đủ chiếm 50%, kể đến là mức độ biết rất rõ 34,2% và sau cùng là biết ít ở mức cơ bản chiếm 15,8%. Đa số đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều có nuôi hoặc tiếp xúc chó/ mèo chiếm tỷ lệ 100%, thói quen ăn rau sống và ăn thịt chưa nấu chín chiếm tỷ lệ cũng khá cao 71,1%. BN trong nghiên cứu đều có tẩy giun định kỳ và sinh hoạt hàng ngày có uống nước nấu chín. Ngày nay, với sự du nhập của các món ăn được nấu chưa chín cũng là yếu tố nguy cơ gây nhiễm bệnh *Toxocara* sp.

Đánh giá kết quả điều trị: Bệnh nhân bước đầu được đánh giá sau điều trị là 22 cas, ghi nhận chủ yếu là giới nữ, gặp trong độ tuổi 16-39 tuổi, sống ở thành thị với kinh tế tương đối khá, đủ ăn, là dân tộc kinh với trình độ học vấn tập trung từ THCS-THPT, nghề nghiệp chủ yếu là nội trợ còn các ngành nghề khác rải đều. Sau điều trị, kết quả nghiên cứu ghi nhận triệu chứng tổn thương về da, niêm còn nhiều hơn so với các triệu chứng khác. Triệu chứng đau bụng không còn, các triệu chứng về thần kinh như đau đầu, chóng mặt và rối loạn giấc ngủ còn ghi nhận chiếm tỷ lệ tương đương nhau 4,5%.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng trước và sau điều trị của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Trước điều trị		Sau điều trị		P	
	(n=22)	(%)	(n=22)	(%)		
Triệu chứng da, niêm	Mày đay	20	90,9	5	22,7	p>0,05
	Mẩn ngứa	20	90,9	5	22,7	p>0,05
Triệu chứng thần kinh	Đau đầu	2	9,1	1	4,5	p<0,05
	Chóng mặt	2	9,1	1	4,5	p<0,05
	Rối loạn giấc ngủ	2	9,1	1	4,5	p<0,05
Triệu chứng tiêu hoá	Đau bụng	2	9,1	0	0	p<0,05
	Rối loạn tiêu hoá	4	18,2	1	4,5	p<0,05

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị, bước đầu đánh giá được 22 ca ghi nhận triệu chứng lâm sàng bệnh nhân cải thiện chiếm tỷ lệ khá cao, còn ghi nhận triệu chứng mày đay, mẩn ngứa, đau đầu, chóng mặt, rối loạn tiêu hoá chiếm tỷ lệ thấp. Có cải thiện đáp ứng về mặt lâm sàng, tuy nhiên sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê đối với triệu chứng thần kinh và tiêu hoá.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng trước và sau điều trị 3 tháng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm cận lâm sàng		Trước điều trị		Sau điều trị		p
		(n=22)	(%)	(n=22)	(%)	
Mức mật độ quang của anti- <i>Toxocara</i> spp.IgG	< 0,35	0	0	5	22,7	p>0,05
	0,35 -< 1,0	21	95,5	17	72,3	
	1,0 -< 2,0	1	4,5	0	0	
Số lượng bạch cầu trong máu ngoại biên	4000-10000/mm ³	19	86,4	22	100	p<0,05
	≥10000 mm ³	3	13,6	0	0	
Số lượng bạch cầu ái toan trong máu ngoại biên	<500 mm ³	13	59,1	21	95,5	p>0,05
	500 -< 1500mm ³	9	40,9	1	4,5	

Về kết quả xét nghiệm sau điều trị cho thấy: tỷ lệ mức OD < 0,35 là 5 ca chiếm 22,7%, nhóm còn dương tính với mức OD từ 0,35 -< 1,0 là 17 ca chiếm tỷ lệ 72,3%. Sự thay đổi mức mật độ quang của anti-*Toxocara* spp.IgG, số lượng bạch cầu ái toan trước và sau 3 tháng điều trị có khác biệt, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Kết quả men gan trước và sau điều trị nằm trong giới hạn bình thường. Tác dụng không mong muốn của thuốc sau điều trị được ghi nhận với tỷ lệ biểu hiện ở các triệu chứng tương đối thấp.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và một số yếu tố liên quan của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Về đặc điểm triệu chứng lâm sàng ghi nhận đối tượng nghiên cứu chủ yếu đến khám biểu hiện ở da, niêm mạc chiếm tỷ lệ 94,7%, biểu hiện ở cơ quan tiêu hoá là 19,7% và thần kinh chiếm 15,8% trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Trần Thị Thu Thanh và cộng sự ghi nhận triệu chứng lâm sàng da niêm chiếm tỷ lệ 98,3%, triệu chứng đau đầu chiếm 10,3% [7]. Có thể thấy biểu hiện lâm sàng của bệnh *Toxocara sp* là biểu hiện của tổn thương do ấu trùng gây ra và phản ứng của vật chủ với mầm bệnh. Tùy thuộc vào đặc tính của mầm bệnh như cường độ nhiễm, vị trí cư trú của ấu trùng, tiền sử nhiễm và mức độ phản ứng của cơ thể về đáp ứng của hệ thống miễn dịch, tuổi của vật chủ mà sự xuất hiện triệu chứng lâm sàng ở BN bệnh ấu trùng giun đũa chó, mèo khác nhau ở từng cá thể [10]. Ấu trùng có thể xâm nhập hầu như tất cả các cơ quan nội tạng của cơ thể. Con đường di cư chính của ấu trùng là gan và phổi, ngoài ra ấu trùng còn di cư đến não, mắt. Vì thế, biểu hiện lâm sàng bệnh *Toxocara sp* khá đa dạng.

4.1.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm số lượng bạch cầu trong máu ngoại vi: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có số lượng bạch cầu (SLBC) trong máu ngoại biên từ 4000-10000/mm³ chiếm tỷ lệ cao nhất là 89,5%, SLBC > 10.000/mm³ chiếm 10,5% không có trường hợp nào SLBC < 4000/mm³. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với tác giả Lê Đình Vĩnh Phúc không ghi nhận ca nào giảm bạch cầu.

Đặc điểm số lượng bạch cầu ái toan trong máu ngoại biên: Nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có số lượng bạch cầu ái toan (SLBCAT) trong máu ngoại biên ở giới hạn bình thường chiếm 78,9%, tăng nhẹ chiếm 21,1%. Kết quả nghiên cứu tương đồng với chúng tôi như tác giả Trần Trọng Dương ghi nhận tăng SLBCAT trong máu ngoại biên chiếm tỷ lệ 17,75% [2]. Tác giả Lương Trường Sơn cũng ghi nhận tỷ lệ tăng BCAT ở những bệnh nhân nhiễm *Toxocara sp* chiếm tỷ lệ 20,4% [6]. Tại viện 103, nghiên cứu trên BN nhiễm *Toxocara spp.* điều trị tại Viện 103 thấy giá trị BCAT trung bình là 440 ± 330 tế bào/mm³ , chỉ có 14,8% có hiện tượng tăng (tỷ lệ BCAT > 8,0%) [1].

Phân tích các nghiên cứu, ghi nhận có sự khác nhau về chỉ số BCAT trong các nghiên cứu khác nhau có thể lý giải nguyên nhân là do phụ thuộc nhiều yếu tố bệnh nhân như cơ địa, cường độ nhiễm AT, sự hiện diện của các triệu chứng lâm sàng hay các yếu tố nguy cơ [9]. Mặt khác có thể BCAT tăng khi nhiễm AT *Toxocara spp.* nhưng tập trung nhiều ở các mô có AT và số lượng BCAT ngoại vi có thể không thể hiện đúng tình trạng tăng BCAT trong cơ thể [11].

Mật độ quang (OD) của anti-*Toxocara* IgG bằng xét nghiệm ELISA: Trong 76 mẫu nghiên cứu, ghi nhận với mật độ quang (OD) của anti-*Toxocara* IgG bằng xét nghiệm ELISA từ 0,35 -1,0 chiếm đa số với tỷ lệ là 92,1%, không ghi nhận nhóm OD ≥ 2, còn nhóm có mức OD từ 1,0-2,0 ghi nhận 6 ca bệnh chiếm tỷ lệ

7,9%. Tác giả Lê Đình Vĩnh Phúc ghi nhận trong mẫu nghiên cứu gồm 120 BN, mật độ quang (OD) của anti-Toxocara spp. IgG trung bình là $1,51 \pm 0,85$, phân bố giá trị từ 0,36 - 3,50. Mật độ quang của nhóm từ 0,35 - < 1,0 chiếm 34,2%, nhóm từ 1,0 - < 2,0 chiếm 40,0% và nhóm $\geq 2,0$ chiếm 25,8% [5]. Tác giả Đỗ Thị Phương Linh nghiên cứu trên 100 bệnh nhân bệnh Toxocara sp thấy hầu hết đều có hiệu giá kháng thể cao. Tỷ lệ BN có hiệu giá 1/800, 1/1600, 1/3200 lần lượt là 7,0%, 24,0% và 69,0% [4].

Xét nghiệm men AST, ALT, GGT: Qua khảo sát xét nghiệm chỉ số men gan, kết quả nghiên cứu chúng tôi ghi nhận trước điều trị tất cả bệnh nhân có chỉ số men gan nằm trong giới hạn bình thường. Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Đỗ Như Bình cho thấy giá trị enzyme gan trong giới hạn bình thường

4.1.3. Khảo sát một số yếu tố liên quan

Tác giả Dương Văn Thắm nghiên cứu vào năm 2013 tại một số đơn cị thuộc Quận khu 9, ghi nhận nhóm nuôi chó có tỷ lệ nhiễm *Toxocara sp* cao rõ rệt chiếm tỷ lệ 70,6% tương đương với nhóm nuôi mèo chiếm tỷ lệ 70,9%, trong khi đó nhóm không nuôi chó lẫn mèo thì chiếm tỷ lệ thấp hơn 58,6% [8]. Đa số Bệnh nhân có mức độ kiến thức hiểu biết khá đầy đủ trên nhiều phương tiện thông tin như truyền thông giáo dục sức khỏe, đọc báo, truyền hình, bạn bè, người thân. Đó cũng là lý do bệnh nhân lo lắng đến khám bệnh và được xét nghiệm để chẩn đoán nhiễm *Toxocara*. Tác giả Trần Trọng Dương và cộng sự ghi nhận hiểu biết của người dân về giun đũa chó chiếm 31,8% trong cộng đồng với bản câu hỏi phỏng vấn biết về giun đũa chó hoặc đã từng nghe; khoảng 68,2% được phỏng vấn trả lời không biết hoặc chưa từng nghe về bệnh giun đũa chó. Tác giả phỏng vấn với nội dung về nguồn nhiễm bệnh, đường lây bệnh, về tác hại của bệnh, về cách phòng chống bệnh nhiễm giun đũa chó trên địa bàn huyện An Nhơn, tỉnh Bình Định. Vì đây là nghiên cứu cộng đồng nên khi khảo sát mức độ hiểu biết của đối tượng nghiên cứu sẽ cho kết quả khác với nghiên cứu của chúng tôi [2].

4.2. Bước đầu đánh giá kết quả điều trị của 22 đối tượng nghiên cứu

Về đặc điểm triệu chứng lâm sàng: Sau 3 tháng điều trị, hầu hết các triệu chứng đã giảm, còn ghi nhận triệu chứng tổn thương về da, niêm còn nhiều hơn so với các triệu chứng khác. Triệu chứng đau bụng không còn, các triệu chứng về thần kinh như đau đầu, chóng mặt và rối loạn giấc ngủ còn ghi nhận chiếm tỷ lệ tương đương nhau 4,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Lê Đình Vĩnh Phúc về mặt cải thiện triệu chứng lâm sàng sau 3 tháng, có một số triệu chứng hết hoàn toàn như đau ngực, khó thở, khô khè; ngoại trừ rối loạn giấc ngủ (trước điều trị 10,0%, sau điều trị 3 tháng còn 3,8%, $p = 130 0,125$) [5].

Về đặc điểm cận lâm sàng: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: sau điều trị chỉ số xét nghiệm về số lượng bạch cầu trong máu ngoại biên nằm trong giới hạn bình thường chiếm 100%, còn số lượng bạch cầu ái toan trong máu ngoại biên tăng nhẹ là 1 ca chiếm tỷ lệ 4,5%. Mức mật độ quang của anti-Toxocara spp. IgG sau điều trị cho thấy: tỷ lệ mức OD < 0,35 là 5 ca chiếm 22,7%, nhóm còn dương tính với mức OD từ 0,35 - < 1,0 là 17 ca chiếm tỷ lệ 77,3%. Sự thay đổi mức mật độ quang của anti-Toxocara spp. IgG, số lượng bạch cầu ái toan trước và sau 3 tháng điều trị có khác biệt, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Về tác dụng không mong muốn của phác đồ: Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận, tác dụng không mong muốn của thuốc sau điều trị với tỷ lệ biểu hiện ở các triệu chứng tương đối thấp. So sánh kết quả với nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thu Thanh ghi nhận tỷ lệ tác dụng phụ của thuốc thấp và tác dụng phụ hay gặp là mệt mỏi 22,4%. Sự biểu hiện tác dụng phụ của thuốc mang tính khách quan đánh giá qua lời khai của BN nên có sự khác nhau của các nghiên cứu [7].

5. KẾT LUẬN

Bệnh này có biểu hiện lâm sàng chủ yếu ở da, tiêu hóa và hệ thần kinh. Số lượng bạch cầu ái toan tăng không đáng kể, men gan không thay đổi trước và sau điều trị. Kết quả tìm anti-Toxocara IgG bằng xét nghiệm ELISA âm tính sau điều trị đạt 22,7%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Như Bình, Đào Văn Thắng, Lê Văn Nam, Hoàng Vũ Hùng (2019), Bước đầu đánh giá kết quả sau 1 tháng điều trị bệnh nhân *Toxocariasis* bằng liệu pháp albendazole, *Y học thực hành*, 1123(12):123-6.
2. Trần Trọng Dương (2011), “Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá một số yếu tố nguy cơ lây nhiễm ấu trùng giun đũa chó ở người tại khu vực miền Trung Việt Nam”, *Tạp chí Y học thực hành*, S 8 (775-776), tr. 468-472.
3. Võ Thị Hải Lê và Nguyễn Văn Thọ (2011), “Tình hình nhiễm giun tròn đường tiêu hóa của chó tại một số địa phương tỉnh Thanh Hóa”, *Khoa học kỹ thuật thú y* – Tập XVIII – Số 6 – 2011.

4. Đỗ Thị Phương Linh, Lương Trường Sơn, Đặng Thị Nga, Phạm Thị Thu Giang (2013), “Đánh giá một số chỉ số sinh hóa, huyết học trên những bệnh nhân nhiễm ấu trùng *Toxocara spp*”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*,

5. Lê Đình Vĩnh Phúc (2019), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bằng thiabendazole trên người mắc bệnh ấu trùng giun đũa chó, mèo tại Trung tâm Medic thành phố Hồ Chí Minh*, Luận án tiến sĩ y học. Viện sốt rét - ký sinh trùng - côn trùng Trung ương.

6. Lương Trường Sơn, Đặng Thị Nga, và cộng sự (2013), “Tìm hiểu các yếu tố dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị đối với những bệnh nhân nhiễm ký sinh trùng đường ruột đến khám tại Viện Sốt rét-Ký sinh trùng- Côn trùng Thành phố Hồ Chí Minh”, *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 17, S 1, tr. 87-94.

7. Trần Thị Thu Thanh (2022), “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân nhiễm ấu trùng *Toxocara spp*. Tại Bệnh viện Đại học Tây Nguyen năm 2021”, *Tạp chí Trường Đại học Tây Nguyên*, 53, tr.39-44.

8. Dương Văn Thâm và cộng sự (2013), *Nghiên cứu hành vi liên quan đến nhiễm giun đũa chó (*Toxocara canis*) tại một số đơn vị thuộc Quận khu 9*, Báo Quân đội Nhân dân. Nguồn: <http://www.qdnd.vn/qdndsite/vivn/61/43/352/354/354/223501/Default.aspx>

9. Fillaux J., Magnaval J. (2013). Laboratory diagnosis of human toxocariasis. *Vet Parasitol.*, 193(4):327-36

10. Mazur-Melewska K., Mania A., Sluzewski W., et al. (2020). Clinical pathology of larval toxocariasis. *Adv Parasitol.*, 109:153-63.

11. Yoon S. Y., Baek S., Park S. Y., et al. (2018). Clinical course and treatment outcomes of toxocariasis - related eosinophilic disorder. *Medicine (Baltimore)*, 97(37):e12361.

Abstract

STUDY EXISTING, SOME RELATED FACTOR AND EVALUTION OF TREATMENT RESULTS OF TOXOCARIASIS AT CAN THO GENERAL HOSPITAL IN 2022

Lê Thị Cẩm Ly, Dương Hiền Thảo Lan, Huỳnh Thanh Trúc

¹Can Tho University of Medicine and Pharmacy, ²Can Tho City General Hospital

*Toxocariasis is a zoonotic disease. The prevalence of this disease is on the rise. This infection is caused by swallowing of *Toxocara sp* ova in food. Research on the current status of Toxocariasis in humans; describe clinical, paraclinical characteristics and some related factors and initially evaluate treatment results. A cross-sectional descriptive study, analyzing all patients of Toxocariasis by ELISA test technique and having at least one clinical symptom at Can Tho General Hospital from January 2022 to September 2022. We studied on 76 patients: The mean age was 42.88 ± 17.07 . The disease manifests in the skin and mucous membranes for 94.7%, the digestive organs is 19.7% and the nervous system accounts for 15.8%. The number of eosinophils in the peripheral blood was within normal limits for 78.9%, and slightly increased for 21.1%. Optical density (OD) of anti-*Toxocara* IgG by ELISA test from 0.35 -1.0 with the rate of 92.1%. The patients had contact with dogs and cats; Periodic worms, drinking cooked water and having a habit of eating raw vegetables and uncooked meat accounted for 71.1%. After 3 months of treatment, 22 cases have improved clinical symptoms. There were negative ELISA results in 5 cases, positive in 17 cases. Liver enzyme results before and after treatment were within normal limits. Toxocariasis in humans has the most clinical symptoms in the skin, mucous membranes and response to specific treatment.*

Key words: Toxocariasis, eosinophils, clinical symptoms

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Cao Bá Lợi

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

THỰC TRẠNG XỬ LÝ Ổ DỊCH NHỎ SỐT XUẤT HUYẾT TẠI TỈNH SÓC TRĂNG
NĂM 2022 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNGNguyễn Văn Vũ¹, Hồ Đắc Toàn²¹Trung tâm y tế huyện Châu Thành, tỉnh Sóc Trăng, ²Viện Sốt rét-Ký sinh trùng-Côn trùng Quy Nhơn.**Tóm tắt**

Nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định lượng và định tính. Hồi cứu số liệu từ các biên bản xử lý của 307 ổ dịch nhỏ sốt xuất huyết (SXHD) tại Sóc Trăng năm 2022. Phỏng vấn sâu 9 cán bộ chuyên môn và thảo luận nhóm tập trung với 5 cộng tác viên của xã/phường. Kết quả cho thấy: 307/307 ổ dịch SXHD năm 2022 của tỉnh được xử lý đạt 100%, các ổ dịch xuất hiện quanh năm và đạt đỉnh vào tháng 5-6. Thời gian ổ dịch được xác định trong vòng 3 ngày chiếm 83,1%, được can thiệp trong vòng 48 giờ kể từ khi phát hiện đạt 98,7% và ổ dịch được diệt lăng quăng và phun hóa chất đạt 99%. Ổ dịch được phun hóa chất 2-3 lần chiếm 96,7% và 97,4% ổ dịch phun hóa chất đạt yêu cầu; 100% ổ dịch được điều tra véc tơ trước và sau khi phun. Sau xử lý ổ dịch lần 2: tỷ lệ nhà có lăng quăng giảm 96,8%, dụng cụ chứa nước có lăng quăng (CI) giảm 97,8%, dụng cụ chứa nước có lăng quăng/bọ gậy trên số nhà điều tra (BI) giảm 97,2%, nhà có muỗi Aedes (HI) giảm 6,9%, mật độ muỗi Aedes (DI) giảm 90,01%. Có 97,4% ổ dịch được kiểm soát tốt, 1,6% ổ dịch kéo dài trên 14 ngày. Một số yếu tố ảnh hưởng đến kiểm soát ổ dịch SXHD: Phun hóa chất và diệt bọ gậy/lăng quăng đạt yêu cầu; trang bị hóa chất, vật tư, trang thiết bị đảm bảo đủ nhu cầu, kinh phí đáp ứng cho xử lý, yếu tố môi trường và cộng đồng tham gia xử lý ổ dịch SXHD.

Từ khóa: Aedes, ổ dịch nhỏ, sốt xuất huyết Dengue, xử lý dịch.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế thế giới số ca mắc mới sốt xuất huyết Dengue (SXHD) đã tăng từ 505.403 ca năm 2.000 lên 5,2 triệu ca năm 2019. Năm 2021, SXHD trên thế giới và Việt Nam vẫn diễn biến phức tạp, trong đó châu Á chiếm gần 70% ca bệnh toàn cầu. Một số quốc gia ở khu vực Tây Thái Bình Dương của WHO như: Campuchia, Lào, Malaysia, Philippines, Singapore và Việt Nam đã quan sát thấy sự gia tăng sớm về số ca mắc SXHD [11]. Ở các nước nhiệt đới như Việt Nam, với khí hậu có độ ẩm cao và mưa nhiều là điều kiện thuận lợi cho bệnh SXH phát triển nhanh chóng, năm 2021 có 56.240 trường hợp mắc SXH, trong đó có 21 ca tử vong. Dự báo số ca mắc bệnh trong thời gian tới tiếp tục gia tăng và có thể bùng phát trên diện rộng nếu không quyết liệt triển khai các biện pháp phòng chống dịch [10]. Trong 6 tháng đầu năm, toàn tỉnh Sóc Trăng đã ghi nhận 259 ca mắc SXHD, tăng 84% so cùng kỳ năm 2021, trong đó có 23 ca SXHD nặng và 01 ca tử vong; ghi nhận 128 ổ dịch, tăng 129% so cùng kỳ năm 2021. Theo dự báo của ngành chuyên môn, dịch SXHD sẽ bùng phát mạnh trong năm 2022 và các năm tiếp theo nếu như không quyết liệt hơn nữa trong các hoạt động can thiệp, phòng, chống [9]. Việc phát hiện sớm, xử lý hiệu quả ổ dịch nhỏ SXHD là một trong những khâu để kiểm soát dịch triệt để và tránh bùng phát dịch diện rộng. Nhằm đề xuất các biện pháp phòng, chống dịch SXHD tại tỉnh Sóc Trăng hiệu quả, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu mô tả thực trạng giám xử lý ổ dịch nhỏ SXHD và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tại tỉnh Sóc Trăng năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các báo cáo, biên bản xử lý các ổ dịch nhỏ SXHD xảy ra tỉnh Sóc Trăng (số liệu thứ cấp). Trưởng Khoa phụ trách dịch bệnh của CDC Sóc Trăng. Trưởng Trạm Y tế xã/phường có số ổ dịch nhỏ. Nhân viên phụ trách hoạt động SXHD tuyến huyện. Cộng tác viên (CTV) phòng, chống SXHD của xã/phường tại huyện, thị, thành phố có số ổ dịch.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: tại tỉnh Sóc Trăng

Thời gian từ tháng 8/2022 đến tháng 02/2023.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định lượng và định tính. Hồi cứu số liệu từ hồ sơ xử lý các ổ dịch SXHD tại tỉnh Sóc Trăng năm 2022.

Cỡ mẫu: Định lượng: Tất cả các báo cáo, biên bản các ổ dịch nhỏ SXHD đã được xử lý từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2022 tại tỉnh Sóc Trăng. Định tính: Chọn chủ đích 09 người bao gồm, 01 Trưởng Khoa kiểm soát dịch bệnh 02 Trưởng trạm y tế và 05 CTV

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: Số liệu định lượng: Thu thập số liệu thứ cấp qua phần mềm thống kê, báo cáo tuần, báo cáo tháng, danh sách ca bệnh SXHD và các biên bản xử lý dịch vào Bảng thu thập số liệu soạn sẵn. Số liệu định tính: phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm tập trung dựa trên bảng hướng dẫn soạn sẵn, ghi biên bản, ghi âm.

Thang đo, tiêu chuẩn đánh giá: Theo Quyết định số 3711/QĐ-BYT ngày 19/9/2014 của Bộ Y tế: “Về việc ban hành Hướng dẫn giám sát và phòng chống bệnh Sốt xuất huyết Dengue”, bao gồm tiêu chuẩn xử lý ổ dịch SXHD kịp thời, xử lý ổ dịch SXHD muộn; ổ dịch kiểm soát tốt, ổ dịch kéo dài, chỉ số nhà có lăng quăng/bọ gậy (CSNBG), chỉ số dụng cụ chứa nước có lăng quăng/bọ gậy (CI); chỉ số Breteau (BI), chỉ số nhà có muỗi

(HI) và chỉ số mật độ muỗi (DI).

Hiệu quả xử lý: là tỷ lệ giảm các chỉ số muỗi và lăng quăng (các chỉ số HI, CI, DI, BI) sau khi xử lý so với trước khi xử lý ổ dịch SXHD.

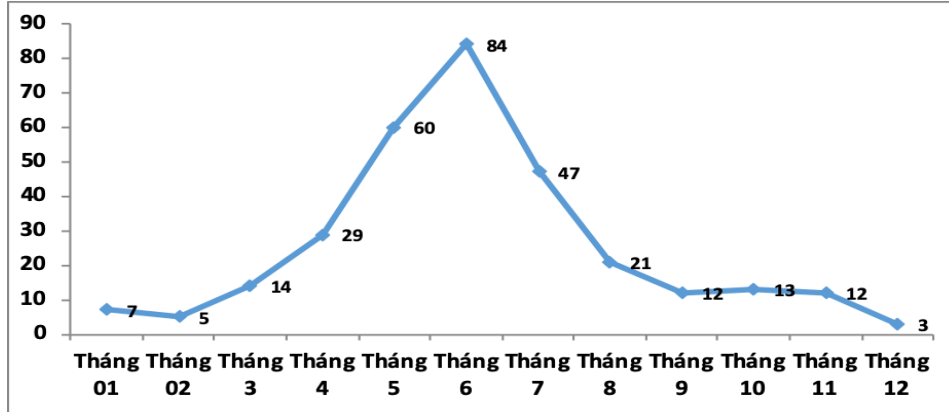
$$\text{Hiệu quả xử lý} = \frac{(\text{Chỉ số trước xử lý} - \text{Chỉ số sau xử lý}) \times 100}{\text{Chỉ số trước xử lý}}$$

2.5. Phân tích số liệu: Số liệu định lượng phân tích bằng SPSS 22.0 để và tiến hành gỡ băng ghi âm phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm tập trung để phân thích kết quả định tính.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thực trạng xử lý ổ dịch nhỏ sốt xuất huyết tại tỉnh Sóc Trăng 2022.

3.1.1. Một số đặc điểm của ổ dịch sốt xuất huyết Dengue



Hình 1. Phân bố ổ dịch sốt xuất huyết Dengue theo thời gian

Hình 1 cho thấy số ổ dịch SXHD tại tỉnh Sóc Trăng phân bố quanh năm và có 307/307 ổ dịch SXHD được xử lý chiếm tỷ lệ 100%. Số ổ dịch có xu hướng tăng từ tháng 02 đến tháng 6 và cao nhất vào tháng 6 với 84 ổ dịch, chiếm tỷ lệ 27,4%.

Bảng 1. Thời gian xác định ổ dịch và triển khai các biện pháp xử lý ổ dịch

Thời gian		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Xác định ổ dịch	≤ 3 ngày	255	83,1
	> 3 ngày	52	16,9
Triển khai các biện pháp xử lý ổ dịch	Xử lý kịp thời (≤ 48 giờ)	303	98,7
	Xử lý muộn (> 48 giờ)	4	1,3

Bảng 1 cho thấy có 83,1% ổ dịch được xác định trước 3 ngày và sau 3 ngày chiếm 16,9%, ổ dịch SXHD được triển khai xử lý trong vòng 48 giờ kể từ khi phát hiện đạt 98,7%, xử lý muộn là 1,3%.

Bảng 2. Hình thức xử lý ổ dịch sốt xuất huyết Dengue năm 2022

Cách xử lý	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Ổ dịch chỉ diệt lăng quăng (DI < 0,3)	3	1
Ổ dịch diệt lăng quăng và phun hóa chất	304	99
Tổng cộng	307	100

Kết quả tại bảng 3.2 cho thấy trong 307 ổ dịch SXHD được xử lý, có 99% ổ dịch được xử lý đúng quy định, 1% ổ dịch xử lý không đúng quy định.

Bảng 3. Ổ dịch sốt xuất huyết Dengue được điều tra véc tơ trước và sau phun

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Điều tra véc tơ trước phun	Có	307	100
	Không	0	0
Điều tra véc tơ sau phun	Có	307	100
	Không	0	0

Kết quả thống kê tại bảng 33 cho thấy các ổ dịch SXHD đều được điều tra véc tơ trước và sau khi phun đạt tỷ lệ 100%.

Bảng 4. Khoảng thời gian và số lần phun hóa chất xử lý ổ dịch sốt xuất huyết Dengue

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Khoảng thời gian tiến hành phun hóa chất xử lý ổ dịch SXHD	6-9h	143	46,6
	17h-20h	52	16,9
	Khác	112	36,5
Số lần phun hóa chất tại ổ dịch	Ổ dịch phun 1 lần	10	3,3
	Ổ dịch phun 2 lần	297	96,7
	Ổ dịch phun 3 lần	2	0,6

Ổ dịch SXHD được xử lý bằng phun hóa chất vào thời gian từ 6-9 giờ chiếm 16,9%, có 46,6% ổ dịch phun 17-20 giờ và 36,5% ổ dịch được phun hóa chất ngoài giờ quy định. Ổ dịch được phun hóa chất 2 -3 lần theo quy trình đạt 96,7% và 3,3% ổ dịch được phun hóa chất 1 lần.

Bảng 5. Các chỉ số trước và sau khi xử lý ổ dịch sốt xuất huyết Dengue

Đặc điểm	Trung bình (%)	Min(%)	Max(%)	
Chỉ số nhà có lăng quăng (HI)	Trước xử lý	43,8	0	96
	Sau xử lý lần 1	7,7	0	60
	Sau xử lý lần 2	1,4	0	66
	Hiệu quả xử lý	96,8	0	31,3
Chỉ số dụng cụ chứa nước có lăng quăng (CI)	Trước xử lý	22,5	0	97
	Sau xử lý lần 1	3,4	0	20
	Sau xử lý lần 2	0,5	0	19
	Hiệu quả xử lý	97,8	0	80,4
Chỉ số dụng cụ chứa nước có lăng quăng/100 nhà điều tra (BI)	Trước xử lý	49,3	0	97
	Sau xử lý lần 1	8,4	0	74
	Sau xử lý lần 2	1,4	0	24
	Hiệu quả xử lý	97,2	0	75,3

Hiệu quả xử lý sau lần 2 với trung bình HI giảm 96,8%, trung bình CI giảm 97,8% và trung bình BI giảm 97,2%.

Bảng 6. Kết quả ổ dịch sốt xuất huyết Dengue được diệt lăng quăng

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Diệt lăng quăng trước khi phun hóa chất (đạt: BI ≤ 20)	BI đạt yêu cầu	300	97,3
	BI không đạt yêu cầu	7	1,7
Tổng cộng	307	100	

Trong 307 ổ dịch được xử lý có 97,3% ổ dịch SXHD có chỉ số BI đạt yêu cầu trước khi phun hóa chất, 1,7% có chỉ số BI không đạt yêu cầu trước phun.

Bảng 7. Chỉ số nhà có muỗi *Aedes* trước và sau khi phun hóa chất xử lý ổ dịch sốt xuất huyết

Đặc điểm	Trung bình (%)	Min (%)	Max (%)	
Chỉ số nhà có muỗi <i>Aedes</i> (HI)	Trước phun	35,3	0	90
	Sau phun lần 1	7,2	0	76
	Sau phun lần 2	1,1	0	67
	Hiệu quả xử lý	96,9	0	25,6
Mật độ muỗi <i>Aedes</i> DI (con/nhà)	Trước phun	1,01	0	56
	Sau phun lần 1	0,3	0	44,4
	Sau phun lần 2	0,01	0	1
	Hiệu quả xử lý	90,01	0	98,2

Hiệu quả sau xử lý lần 2 với trung bình HI giảm 96,9%. trung bình DI sau xử lý giảm 90,01%.

Bảng 8. Kết quả phun hóa chất xử lý ổ dịch sốt xuất huyết Dengue

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	
Phun hóa chất xử lý ổ dịch đạt yêu cầu mật độ muỗi (DI giảm ≥ 90%)	Đạt yêu cầu	299	97,4
	Không đạt	8	2,6
Tổng cộng	307	100	

Có 97,4% ổ dịch phun hóa chất xử lý ổ dịch đạt yêu cầu mật độ muỗi (DI giảm ≥ 90%), 2,6% ổ dịch phun hóa chất không đạt yêu cầu (DI giảm < 90%).

Bảng 9. Đánh giá kết quả xử lý ổ dịch sốt xuất huyết Dengue

Kết quả xử lý	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Ổ dịch được kiểm soát tốt	302	98,4
Ổ dịch kéo dài > 14 ngày	5	1,6
Tổng cộng	307	100

Có 98,4% ổ dịch được kiểm soát tốt, 1,6% ổ dịch còn xuất hiện ca mắc mới SXHD kéo dài > 14 ngày.

3.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác xử lý ổ dịch nhỏ sốt xuất huyết Dengue tại tỉnh Sóc Trăng năm 2022

3.2.1. Một số yếu tố chuyên môn, kỹ thuật ảnh hưởng đến kết quả xử lý ổ dịch sốt xuất huyết

Bảng 10. Ảnh hưởng của thời gian triển khai xử lý đến kết quả xử lý ổ dịch

Biện pháp		Kết quả xử lý ổ dịch		Tổng	OR (95% CI) p
		Kiểm soát tốt	Kéo dài		
Thời gian bắt đầu xử lý ổ dịch	≤ 48 giờ	298	5	303	OR= 0,98 (0,97-0,99) p=0,796
	> 48 giờ	4	0	4	
Diệt lăng quăng	Đạt yêu cầu (BI ≤ 20)	297	3	300	OR=39,6 (5,38-291,32) p=0,00
	Không đạt yêu cầu (BI > 20)	5	2	7	
Phun hóa chất	Đạt yêu cầu (DI giảm ≥ 90%)	296	3	299	OR=32,9 (4,62-234,25) p=0,000
	Không đạt (DI giảm < 90%)	6	2	8	
Số lần phun hóa chất tại ổ dịch	Phun 1 lần	10	0	10	1,017 (1,002-1,302) p=0,697

Bảng 10 cho thấy thời gian triển khai xử lý ổ dịch và phun hóa chất 2 – 3 lần không ảnh hưởng kết quả xử lý ($p > 0,05$). Ổ dịch diệt lăng quăng đạt yêu cầu thì kết quả kiểm soát tốt ổ dịch cao gấp 39,6 lần ổ dịch không được diệt lăng quăng tốt ($p < 0,05$). Nhóm ổ dịch được phun hóa chất đạt yêu cầu có kết quả kiểm soát tốt cao gấp 32,9 lần ổ dịch phun hóa chất không đạt yêu cầu ($p < 0,05$).

3.2.2. Một số yếu tố hậu cần, tiếp cận dịch vụ, môi trường, sự tham gia của cộng đồng ảnh hưởng đến xử lý ổ dịch sốt xuất huyết

Phân tích số liệu định tính từ các cuộc phỏng vấn sâu (PVS) và thảo luận nhóm tập trung (TLN) cho thấy: Nhằm can thiệp ổ dịch SXHD đạt hiệu quả, điều kiện tiên quyết phải đáp ứng đủ nhu cầu về vật tư, trang thiết bị “*Máy phun hóa chất và trang thiết bị phục vụ cho công tác xử lý dịch SXHD được Ủy ban nhân dân các cấp trang bị đầy đủ, bảo đảm công tác hậu cần trong xử lý dịch SXHD tại xóm, ấp, triển khai xử lý ổ dịch kịp thời*” (PVS CBCT). “*Việc xử lý các ổ dịch nhỏ SXHD tại địa phương được thực hiện tốt, số ca sốt xuất huyết nặng và tử vong giảm đáng kể, đó là nhờ vào sự đầu tư đúng mức, kịp thời từ cấp trên...*” (PVS CBCT). Phụ cấp chi trả cho xử lý dịch chưa tương xứng chi phối tinh thần đến người tham gia chống dịch từ đó ảnh hưởng chất lượng các biện pháp: “*Kinh phí cấp cho xử lý 1 ổ dịch SXHD vẫn chưa phù hợp với số ngày công, cường độ làm của người tham gia....anh em làm việc nhưng tinh thần không thoải mái lắm, do đó việc giám sát, phun hóa chất, xử lý bọ gây đôi lúc chưa quyết liệt*” (PVS CBCT). “*Kinh phí chi cho phòng chống dịch cũng ít lắm, phần khích lệ không có mấy cũng phần nào làm anh em làm việc kém nhiệt tình*” (PVS CB TYT). Yếu tố về môi trường có ảnh hưởng trực tiếp đến sự phát triển của ổ bọ gây và hiệu quả xử lý ổ dịch SXHD, “*Vào các tháng mùa mưa, đầu mùa mưa số ca SXHD thường tăng cao vì các ổ nước đọng xuất hiện nhiều tạo điều kiện thuận lợi để các loại muỗi truyền bệnh phát triển, sinh sôi*” (PVS TKKSBT). Việc phun hóa chất diệt muỗi truyền bệnh phải tuân thủ khung thời gian theo khuyến cáo, thực tế cũng không thuận lợi ảnh hưởng đến chất lượng. Theo quy định chỉ phun hóa chất tốc độ gió ngoài môi trường từ 3-13km/giờ (gió nhẹ), không phun khi trời mưa hoặc gió lớn. “*Phun vào sáng sớm thì người dân chưa thức, nếu phun vào buổi chiều thì gặp phải giờ người dân ăn cơm, nên phun không đạt 100% hộ gia*

đình” (PVS CBCT). “*Khi mưa lớn hay có gió việc phun hóa chất ngoài trời sẽ không đạt yêu cầu và không hiệu quả*” (PVS TK KSBT).

Sự phối hợp xử lý dịch của các bên liên quan không chặt chẽ sẽ ảnh hưởng đến chất lượng xử lý ổ dịch, đặc biệt là vận động người dân ủng hộ, tuân thủ hướng dẫn của cán bộ y tế, công tác truyền thông giáo dục “*Phụ cấp và lương cho cán bộ xã hiện nay chưa cao, bên cạnh đó phải phụ trách thêm nhiều công việc, nên việc tham gia chống dịch không được thường xuyên*” (PVS TTYT). “*Ủy ban nhân dân đã ban hành các công văn chỉ đạo, huy động các ban ngành tham gia phòng chống dịch. Tuy nhiên, trên thực tế trong công tác xử lý dịch SXHD các ban ngành rất ít tham gia. Nguyên nhân là do bận nhiều việc, khó khăn trong bố trí thời ... nhất là trong chiến dịch xử lý dịch hay truyền thông giáo dục của ngành y tế...*” (PVS TTYT).

Thực hành các biện pháp phòng chống dịch SXHD tại hộ gia đình rất quan trọng, nhất là loại bỏ các ổ bọ gây, ngủ màn cũng như ủng hộ phun hóa chất diệt muỗi trong nhà. Sự tham gia tích cực của cộng đồng trong xử lý ổ dịch rất quan trọng, tác động không nhỏ đến kiểm soát tốt ổ dịch và giảm số ca mắc mới. “*Phòng chống SXHD là trách nhiệm của mọi người dân, chính quyền, cán bộ y tế có như vậy thì bệnh SXHD sẽ giảm và không còn người chết vì bệnh nữa...*” (TLN CTV1); “*Người dân tự loại ổ bọ gây tại nhà, ngủ màn cả ngày lẫn đêm, đồng ý phun hóa chất trong nhà...thì việc xử lý ổ dịch sẽ thuận lợi, thời gian kiểm soát ổ dịch SXHD sẽ ngắn lại*” (TLN CTV2).

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng xử lý ổ dịch nhỏ sốt xuất huyết tại tỉnh Sóc Trăng 2022

Số liệu phân tích cho thấy có 83,1% ổ dịch được xác định trước 3 ngày. Kết quả này cao hơn của Đỗ Bá Hoàn (2012) tại Đồng Đa, Hà Nội là trong 5 ngày 17,6%, 6-10 ngày 64,7% [2], của Dương Ngọc Tuấn tại Bạc Liêu (2017), ≤ 5 ngày là 39,13%, 6-10 ngày 47,82% [5], của Nguyễn Thanh Xuân tại Đồng Tháp (2017) trong vòng 3 ngày là 50,6%, [5]. Tỷ lệ ổ dịch được triển khai xử lý trong vòng 48 giờ kể từ khi phát hiện đạt 98,7%. Kết quả này cao hơn so với tác giả Dương Ngọc Tuấn tại Bạc Liêu (2017) là 4,37% [5] nhưng thấp hơn tác giả Nguyễn Thanh Xuân tại Đồng Tháp (2017) là 99,4%. Việc áp dụng sớm các hoạt động sẽ góp phần đạt được kết quả xử lý ổ dịch [6].

Trong 307 ổ dịch, có 99% ổ dịch được xử lý đúng quy trình, cao hơn của Nguyễn Thanh Xuân năm 2017 (96,3%) [6]. Các ổ dịch SXHD đều được điều tra véc tơ trước và sau khi phun (100%), tương đồng với Nguyễn Thanh Xuân (2017) [6]. Có 96,7% ổ dịch được phun hóa chất 2-3 lần theo quy trình và 3,3% được phun hóa chất 1 lần, thấp hơn của Nguyễn Thanh Xuân (2017) [6]. Hiệu quả kiểm soát lăng quăng sau xử lý với BI trung bình giảm 97,2%, HI giảm 96,8% và CI giảm 97,8%, giảm nhiều hơn so với của Dương Ngọc Tuấn năm 2017 tại Bạc Liêu (BI giảm 52,7%, HI giảm 47,19%, CI giảm 57,49%) [5] và của Nguyễn Thanh Xuân năm 2017 tại Đồng Tháp (BI giảm 93,79%, HI giảm 90,77% và CI giảm 93,54%) [6].

Hiệu quả trung bình sau khi xử lý chỉ số HI giảm 96,9%, chỉ số DI giảm 90,01%, cao hơn của Dương Ngọc Tuấn năm 2017 tại Bạc Liêu (HI giảm 68%, DI giảm 77,4%) [5], Nguyễn Thanh Xuân năm 2017 tại Đồng Tháp (HI giảm 87,75%, DI giảm 91,51%) [6] và thấp hơn của Nguyễn Lâm (2007) tại Kiên Giang (HI và DI giảm 100%) [3]. Ổ dịch phun hóa chất đạt yêu cầu chiếm 97,4% cao hơn của Nguyễn Thanh Xuân (2017) tại Đồng Tháp (62,1%) [6]. Ổ dịch xử lý hiệu quả đạt 98,4% cao hơn của Đỗ Bá Hoàn (2012) tại Hà Nội (86,3%) [2] và Dương Ngọc Tuấn (2017) tại Bạc Liêu (86,95%) [5]. Nguyên nhân một tỷ lệ nhỏ ổ dịch kéo dài là do người dân không cho cán bộ y tế vào giám sát, loại bỏ ổ bọ gây và không được hướng dẫn phát hiện, xử lý ổ bọ gây tại nhà. Tác giả K. Griffiths, khi khảo sát ổ dịch SXHD tại Nepal cho rằng biện pháp truyền thông nhằm thay đổi hành vi của cộng đồng trong vùng dịch, đến từng hộ gia đình để phát hiện và phá hủy các ổ bọ gây cùng với sự cộng tác hiệu quả của các ban ngành cũng như sự tham gia chủ động của cộng đồng có ảnh hưởng rất lớn đến xử lý ổ dịch [7]. Việc xử lý ổ dịch đạt hiệu quả còn phụ thuộc vào nhiều yếu tố: phát hiện sớm ca bệnh/ổ dịch, sự tham gia chủ động của người dân, đặc biệt là trong diệt lăng quăng và hưởng ứng với phun hóa chất. Ngoài ra các yếu tố khác như kỹ thuật phun, loại máy phun, thời gian phun, thời tiết và hiệu lực các loại hóa chất sử dụng cũng góp phần rất quan trọng đến kiểm soát ổ dịch SXHD.

4.2. Một số yếu tố ảnh hưởng đến xử lý ổ dịch nhỏ sốt xuất huyết Dengue.

Trong số 303 ổ dịch xử lý kịp thời (≤ 48 giờ) có 298 ổ dịch được kiểm soát tốt chiếm tỷ lệ 98,3% và 5 ổ dịch kéo dài chiếm 1,7%. Trong số 04 ổ dịch xử lý không kịp thời (> 48 giờ), tất cả được kiểm

soát tốt (100%). Phân tích cho thấy yếu tố thời gian triển khai can thiệp không tác động đến kết quả xử lý ổ dịch SXHD ($p>0,05$). Điều này có thể lý giải rằng trong bảng 2x2 dùng đánh giá OR có chứa giá trị 0 hoặc việc kiểm soát tốt ổ dịch cần kết hợp phun hóa chất và xử lý ổ bọ gậy.

Diệt lăng quăng có ảnh hưởng đến kết quả kiểm soát ổ dịch ($OR=39,6$; $p<0,05$), tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Xuân tại Đồng Tháp năm 2017 [6]. Phun hóa chất diệt cần phải thực đúng với qui định, chỉ thực hiện phun trong khoảng thời gian thích hợp khi nhiệt độ môi trường $<27^{\circ}\text{C}$ [1]. Ổ dịch phun hóa chất đạt yêu cầu có ảnh hưởng đến kiểm soát tốt ổ dịch ($OR=32,9$; $p<0,05$), tương đồng với công bố của Nguyễn Thanh Xuân tại Đồng Tháp năm 2017 [6].

Một số yếu tố hậu cần, tiếp cận dịch vụ, sự tham gia của cộng đồng ảnh hưởng đến xử lý ổ dịch nhỏ sốt xuất huyết

Tác giả Dương Ngọc Tuấn (2014) tại Bạc Liêu cho thấy địa phương đã cụ thể hóa vai trò của các bên liên quan. Các Khoa chuyên môn chịu trách nhiệm hướng dẫn và thực hiện xử lý ổ dịch, phun hóa chất bệnh, phát hiện ca bệnh và giám sát ổ bọ gậy, muỗi trưởng thành. Trạm Y tế có trách nhiệm tham mưu cho Ban chỉ đạo phường, xã chỉ đạo các đoàn thể tham gia. Lực lượng này cùng với các CTV truyền thông người dân về xử lý nơi sinh sống của bọ gậy, ủng hộ việc phun hóa chất [5]. Theo tác giả Phạm Thị Nhã Trúc (2014) khảo sát tại Giá Rai, Bạc Liêu thì người dân cho biết các hoạt động chủ yếu của CTV là truyền thông phòng chống SXHD (50%), còn các nhiệm vụ khác của CTV người dân biết đến với tỷ lệ rất thấp. Lực lượng CTV là cầu nối để người dân tiếp cận các dịch vụ phòng chống SXHD. Hiệu quả công tác của CTV sẽ ảnh hưởng đến sự tiếp cận dịch vụ, từ đó tác động đến hiệu quả xử lý ổ dịch SXHD [4].

Tỉnh Sóc Trăng trong năm 2022 luôn đảm bảo đầy đủ cơ sở cần thiết về máy phun, hóa chất và trang thiết bị phục vụ sẵn sàng cho công tác xử lý dịch SXHD. Khi được đầu tư về vật tư, trang thiết bị là một trong những yếu tố quyết định thành công của công tác phòng, chống dịch bệnh tại thôn, ấp. Nhận định này phù hợp với nghiên cứu của Đỗ Bá Hoàn năm 2012 tại Đồng Đa, Hà Nội [2] và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thanh Xuân năm 2017 tại Đồng Tháp [6]. Cán bộ tham gia xử lý ổ dịch tại Sóc Trăng năm 2022 vẫn chưa đáp ứng. Nguyên nhân là do một số địa phương còn tập trung cho phòng, chống dịch Covid-19, đồng thời chưa có chế độ phù hợp nên chưa tích cực hoặc chưa đạt hiệu quả, từ đó ảnh hưởng đến kết quả xử lý ổ dịch. Nhận định này tương tự kết quả của Nguyễn Thanh Xuân tại Đồng Tháp năm 2017 [6].

Kết quả thu thập, phân tích số liệu định tính cho thấy các ban ngành rất ít tham gia công tác xử lý dịch SXHD. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Đỗ Bá Hoàn năm 2012 tại Đồng Đa, Hà Nội [16], nghiên cứu của tác giả Dương Ngọc Tuấn năm 2017 tại Bạc Liêu [5] và công bố của Nguyễn Thanh Xuân tại Đồng Tháp năm 2017 [6].

5. KẾT LUẬN

Tỉnh Sóc Trăng năm 2022 có 307307 ổ dịch được xử lý đạt 100%, thời gian ổ dịch được xác định trong vòng 3 ngày chiếm 83,1%. Tỷ lệ ổ dịch được xử lý trong vòng 48 giờ kể từ khi phát hiện đạt 98,7%. Có 99% ổ dịch được áp dụng cả 2 biện pháp diệt lăng quăng và phun hóa chất. Tỷ lệ ổ dịch được phun hóa chất 2 đạt yêu cầu; 100% ổ dịch được điều tra véc tơ trước và sau khi phun. Tỷ lệ các chỉ số sau xử lý ổ dịch lần 2: nhà có lăng quăng giảm 96,8%, dụng cụ chứa nước có lăng quăng giảm 97,8%, dụng cụ chứa nước có lăng quăng trên tổng số nhà điều tra giảm 97,2%, nhà có muỗi *Aedes* giảm 6,9%, mật độ muỗi *Aedes* giảm 90,01%. Có 97,4% ổ dịch được kiểm soát tốt, 1,6% ổ dịch kéo dài trên 14 ngày.

Diệt lăng quăng, phun hóa chất đạt yêu cầu, trang bị vật tư, hóa chất, thiết bị đảm bảo đủ nhu cầu xử lý ổ dịch, nhân lực tham gia xử lý ổ dịch, kinh phí đáp ứng cho hoạt động xử lý ổ dịch, yếu tố môi trường và có sự tham gia của cộng đồng có ảnh hưởng đến kiểm soát ổ dịch SXHD nhỏ ($p<0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định số 3711/QĐ-BYT ngày 19/9/2014 của Bộ Y tế: “Về việc ban hành Hướng dẫn giám sát và phòng chống bệnh Sốt xuất huyết Dengue”.
2. Đỗ Bá Hoàn (2014). “*Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến công tác xử lý ổ dịch sốt xuất huyết Dengue tại Đồng Đa, Hà Nội 2012*”. Luận văn thạc sĩ Y tế công cộng, Trường ĐH Y tế Công cộng.

3. Nguyễn Lâm, Nguyễn Hồng Hoa (2007). “*Mô hình xử lý ổ dịch nhỏ trong phòng chống sốt xuất huyết tại huyện Châu Thành tỉnh Kiên Giang*”.
4. Phạm Thị Nhã Trúc (2014). “*Nghiên cứu giải pháp can thiệp nhằm giảm nguy cơ sốt xuất huyết Dengue tại huyện Giá Rai, tỉnh Bạc Liêu*”. Luận án tiến sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
5. Dương Ngọc Tuấn (2017). “*Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động xử lý ổ dịch nhỏ sốt xuất huyết Dengue tại Thành Phố Bạc Liêu năm 2016*”. Luận văn Thạc sĩ y tế công cộng, Trường Đại học Y tế công cộng.
6. Nguyễn Thanh Xuân (2017). “*Thực trạng công tác xử lý ổ dịch sốt xuất huyết Dengue tại Thành Phố Cao Lãnh tỉnh Đồng Tháp năm 2017*”. Luận văn Thạc sĩ YTCC, Trường Đại học Y tế công cộng.
7. K. Griffiths (2013). “Public health responses to a dengue outbreak in a fragile state: a case study of Nepal”, *J Trop Med*, 158462.
8. Cục Y tế Dự phòng (2021). Ngăn chặn hiệu quả dịch sốt xuất huyết, “*Cục Y tế Dự phòng - Bộ Y tế*”, [https://vncdc.gov.vn/ngan-chan-hieu-qua-dich-sot-xuat-huyet-nd13474.html], (truy cập 30/5/2022).
9. Mai Liên (2022). “Số ca mắc sốt xuất huyết phía Nam tăng mạnh, cần khẩn trương thực hiện các hoạt động phòng chống”, *Báo điện tử VTV*, [https://vtv.vn/suc-khoe/so-ca-mac-sot-xuat-huyet-phia-nam-tang-manh-can-khan-truong-thuc-hien-cac-hoat-dong-phong-chong-20220427131149339.htm], (truy cập ngày 27/5/2022).
10. Tổng Cục Thống kê (2022). “Số ca mắc sốt xuất huyết tăng mạnh trong những tháng trở lại đây”, *Tổng Cục Thống kê*, [https://www.gso.gov.vn/du-lieu-va-so-lieu-thong-ke/2022/09/so-ca-mac-sot-xuat-huyet-tang-manh-trong-nhung-thang-tro-lai-day/], (truy cập ngày 01/7/2022).
11. WHO (2020). Dengue and severe dengue, [https://www.who.int/newsroom/factsheets/detail/dengue-and-severe-dengue], (Accessed Jun 30, 2022).

Abstract

SITUATION OF SMALL DENGUE FEVER OUTBREAKS HANDLING IN SOC TRANG PROVINCE IN 2022 AND SOME AFFECTING FACTORS

Nguyen Van Vu¹, Ho Duc Thoan²

¹ Health Center of Chau Thanh district, Soc Trang province; ² Institute of Malariology, Parasitology and Entomology Quy Nhon,

The study used a cross-sectional descriptive design that combined both quantitative and qualitative methods. We collected data from reports and records of 307 small hemorrhagic dengue fever (DHF) outbreaks in Soc Trang province in 2022. We conducted in-depth interviews with 9 key informants and held focus group discussions with 5 village collaborators. The results showed that all 307 DHF outbreaks in 2022 were handling reaching 100%. The outbreaks occurred throughout the year, with a peak in May-June. The outbreak was determined within three days, accounting for 83.1%, and the rate of outbreak handling within 48 hours of detection, reached 98.7%. Both larvae processing and insecticide spraying were implemented in 99% of the outbreaks. The rate of 2-3 times insecticide spraying for outbreaks was 96.7%, and 97.4% of those outbreaks met the requirements. Vector investigations were conducted before and after spraying in 100% of outbreaks. After the second outbreak handling, the rate of households with larvae reduced by 96.8%, the Container index (CI) reduced by 97.8%, the Breteau index (BI) reduced by 97.2%, the House index (HI) decreased by 6.9%, and the Density index (DI) decreased by 90.01%; 97.4% of outbreaks were well-controlled, while 1.6% of outbreaks lasted over 14 days. Several factors affected the control of DHF outbreaks, including meeting the requirements for larvae processing and insecticide spraying, sufficient providing of insecticides, materials, and equipment, allocated funds, environmental factors, and encouraging community participation.

Key words: *Aedes, small DHF outbreak, outbreak handling.*

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Lê Xuân Hùng

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

ĐIỀU TRA KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN PHÒNG CHỐNG BỆNH SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE CỦA NGƯỜI DÂN TẠI XÃ MỸ TÀI, HUYỆN PHÙ MỸ, TỈNH BÌNH ĐỊNH NĂM 2023

Đỗ Thị Ngọc Bích¹, Hồ Đắc Thoàn^{2,3}

¹Trạm y tế xã Mỹ Tài, huyện Phù Mỹ, tỉnh Bình Định, ²Viện Sốt rét-KST-CT Quy Nhơn,

³Khoa Y-Trường Đại học Quang Trung

Tóm tắt

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích kiến thức, thái độ, thực hành về bệnh sốt xuất huyết Dengue trên 300 đối tượng đại diện hộ gia đình tại 3 thôn của xã Mỹ Tài, huyện Phù Mỹ, tỉnh Bình Định. Kết quả cho thấy: Tỷ lệ kiến thức, thái độ, thực hành đúng về phòng chống bệnh sốt xuất huyết Dengue lần lượt là 66%, 77,3%, và 73%. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức về bệnh sốt xuất huyết Dengue gồm: tuổi, nghề nghiệp, trình độ học vấn ($p < 0,05$); một số yếu tố liên quan đến thực hành về bệnh sốt xuất huyết Dengue gồm: giới tính ($p < 0,05$), nghề nghiệp ($p < 0,01$), trình độ học vấn với thái độ ($p < 0,01$); độ tuổi ($p < 0,05$), trình độ học vấn ($p < 0,01$) với thực hành. Có mối liên quan giữa kiến thức với thực hành ($p < 0,001$); giữa thái độ với thực hành ($p < 0,01$) và giữa kiến thức với thái độ ($p < 0,01$).

Từ khóa: Kiến thức, thái độ, thực hành, sốt xuất huyết Dengue, mối liên quan.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốt xuất huyết Dengue (SXHD) là bệnh truyền nhiễm gây dịch do vi rút Dengue gây nên. Vi rút truyền từ người bệnh sang người lành do muỗi đốt. Muỗi *Aedes aegypti* là trung gian truyền bệnh chủ yếu [1]. Theo Tổ chức y tế thế giới, số ca mắc mới SXHD đã tăng từ 505.403 ca năm 2.000 lên 5,2 triệu ca năm 2019.. Năm 2022 cả nước ghi nhận 361.813 trường hợp mắc SXHD, trong đó có 133 ca tử vong. Theo Trung Tâm Kiểm soát bệnh tật tỉnh Bình Định, năm 2022 toàn tỉnh ghi nhận 7.481 trường hợp SXHD và không có trường hợp tử vong [11]. Tại huyện Phù Mỹ, năm 2022 ghi nhận 711 trường hợp SXHD, tăng 588 ca so với năm 2021 (123 ca), trong đó xã Mỹ Tài có 36 ca, so với năm 2021 tăng 34 ca [7]. Kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống SXHD của người dân là yếu tố quan trọng trong kiểm soát và giảm gánh nặng do bệnh SXHD gây ra. Đến nay tại huyện Phù Mỹ chưa có công bố nghiên cứu nào liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống SXHD của người dân, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu chủ đề này nhằm mô tả thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống SXHD của người dân tại xã Mỹ Tài, huyện Phù Mỹ, tỉnh Bình Định năm 2023 và tìm hiểu một số yếu tố liên quan.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả người dân từ 18 tuổi đến 65 tuổi đang sinh sống tại xã Mỹ Tài, huyện Phù Mỹ, tỉnh Bình Định. Tiêu chuẩn lựa chọn là những chủ hộ hoặc đại diện hộ gia đình đủ từ 18 tuổi đến 65 tuổi, có hộ khẩu thường trú tại địa bàn nghiên cứu, đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ là người mắc các bệnh tâm thần kinh, người hay say rượu, khuyết tật thính giác, thị giác...người chưa đủ 18 tuổi và người trên 65 tuổi.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: xã Mỹ Tài, huyện Phù Mỹ, tỉnh Bình Định

Thời gian từ tháng 5/2023 đến tháng 07/2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu tính theo công thức:

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

Trong đó $p = 71,2\%$ (Bùi Quách Yên, 2022), $d = 0,055$. Thay số vào công thức ta có $n = 216$ người và dự phòng mất mẫu 10%, ta có $n = 287$ người. Có 3 thôn tại xã Mỹ Tài là 300 hộ gia đình (HGD). Chúng tôi chọn chọn mẫu toàn bộ (1 đối tượng/HGD), thực tế khảo sát được là 300 đối tượng.

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn theo bộ câu hỏi soạn sẵn, điều tra viên đi đến các HGD lựa chọn đối tượng theo các tiêu chuẩn để thực hiện. Quan sát trực tiếp (9 tiêu chí): quan sát có lăng quăng (bọ gậy) không ở các dụng cụ chứa nước (DCCN) trong nhà và xung quanh nhà bằng cách dùng đèn pin để soi và ghi vào bảng kiểm quan sát.

2.5. Biến số và tiêu chuẩn đánh giá:

Biến số: gồm 26 biến số, trong đó đặc điểm chung của đối tượng 09 biến số; về kiến thức có 12 biến số; về thái độ có 06 biến số và thực hành 09 biến số. Biến số kinh tế gia đình dựa vào phân loại của Thông tư 07/2021/TT-BLĐTBXH.

Tiêu chuẩn đánh giá: kiến thức đúng khi trả lời đúng từ 8/12 câu, thái độ đúng khi có từ 4/6 câu trả lời đúng, thực hành đúng khi có từ 5/9 tiêu chí quan sát đạt (theo Quyết định số 3711/QĐ-BYT ngày 19/9/1014 và tham khảo nghiên cứu của Bùi Quách Yến, 2022).

2.6. Phân tích số liệu: Số liệu sau khi được đọc và làm sạch được nhập bằng phần mềm Epidata và phân tích bằng SPSS 20.0. Thống kê mô tả để xác định các tần số, tỷ lệ về đặc điểm, kiến thức, thái độ, thực hành của đối tượng. Phân tích đơn biến để đo lường mối liên quan giữa một số yếu tố đến kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống SXHD. Áp dụng tính OR, 95% khoảng tin cậy (KTC) của OR và mức ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

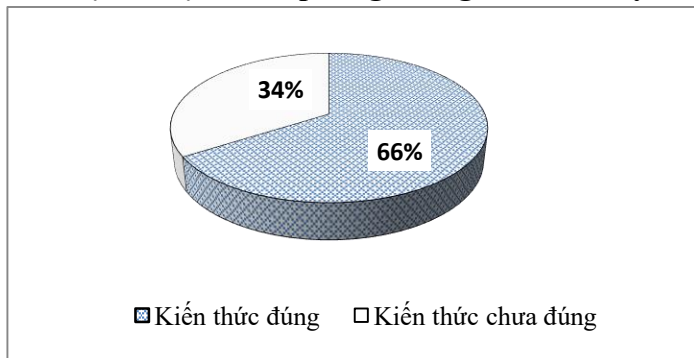
Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=300)

TT	Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu	Tỷ lệ (%)	
1	Tuổi	Từ 18 đến 40	29,3
		>40 tuổi	70,7
2	Giới tính	Nam	35
		Nữ	65
3	Dân tộc	Kinh	100
		Khác	0
4	Trình độ học vấn	Biết đọc, biết viết	10,7
		Tiểu học	22,3
		Trung học cơ sở (THCS)	33,7
		Trung học phổ thông (THPT)	27,3
		Trên THPT	6
5	Nghề nghiệp	Nông dân	30,3
		Buôn bán	9
		Nội trợ	7,7
		Làm thuê	19
		CNVC, HS-SV	9
		Nghề khác	25
6	Kinh tế gia đình (theo Thông tư 07/2021/TT-BLĐTBXH)	Nghèo	1,7
		Không nghèo	98,3
7	Trong gia đình có người từng mắc SXHD	Có	7,3
		Không	92,7
8	Đã từng nghe thông tin về bệnh SXHD từ nguồn thông tin nào	Đài phát thanh/tivi	91,6
		Internet	57,7
		Tranh ảnh/sách báo/tờ rơi/áp phích	40
		Cán bộ y tế	55,3
		Người thân/bạn bè	37,3
		Khác	1,3

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy nhóm từ 18-40 tuổi chiếm tỷ lệ 29,3% thấp hơn so với nhóm tuổi < 40 tuổi; nữ chiếm tỷ lệ 65% cao hơn nam (35%); 100% đối tượng đều là người kinh; Trình độ học vấn lần lượt giảm dần từ cấp 2 là 33,7%, cấp 3 là 27,3%, cấp 1 là 22,3%, biết đọc, biết viết là 10,7% cuối cùng là trên cấp 3 là 6%. Gồm 6 nhóm nghề, trong đó nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất là 30,3%, tiếp đến là nghề khác

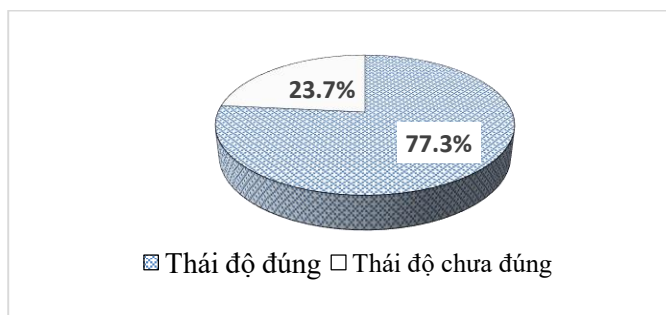
(sửa xe, may quần áo, trang điểm-làm móng-cắt tóc,..) chiếm 25%, làm thuê chiếm 19%, buôn bán và công nhân viên chức (CNVC), học sinh-sinh viên (HS-SV) chiếm 9% và thấp nhất là nội trợ chiếm 7,7%. Phần lớn là không nghèo chiếm tỷ lệ 98,3%, nghèo chiếm 1,7%. Tỷ lệ HGD có người từng bị mắc SXHD là 7,3% và thông tin chủ yếu mà đối tượng tiếp cận là đài phát thanh/tivi chiếm 91,6%, từ internet 57,7%, từ cán bộ y tế 55,3%, tranh ảnh/sách báo/tờ rơi/áp phích chiếm 40%, người thân/bạn bè 37,3% cuối cùng là từ nguồn thông tin khác 1,3%.

3.1. Kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống sốt xuất huyết Dengue



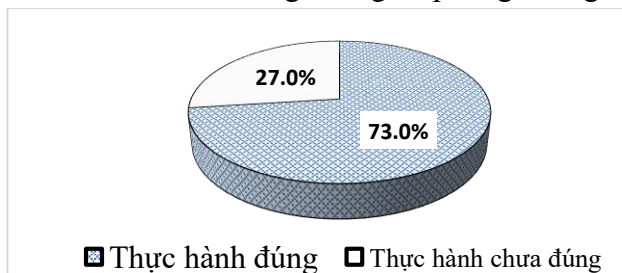
Hình 1. Kiến thức chung về bệnh sốt xuất huyết Dengue (n=300)

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có kiến thức đúng chung đạt 66%, kiến thức chung chưa đúng đạt 34%.



Hình 2. Thái độ chung về phòng chống bệnh sốt xuất huyết Dengue (n=300)

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu có thái độ đúng chung về phòng chống bệnh SXHD là 77,3%..



Hình 3. Thực hành chung về phòng chống bệnh sốt xuất huyết Dengue (n=300)

Nhận xét: Đối tượng nghiên cứu thực hành đúng chung về phòng chống SXHD đạt 73%, thực hành chung chưa đúng đạt 27%.

3.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống sốt xuất huyết Dengue

Bảng 2. Mối liên quan giữa các đặc điểm cá nhân với kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống bệnh sốt xuất huyết Dengue

Đặc điểm		Kiến thức		Thái độ		Thực hành	
		OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	p	OR (KTC 95%)	P
Tuổi	> 40	1,76	0,031	1,56 (0,88 -2,76)	0,126	1,762 (1,03-3,02)	0,039
	18-40	(1,05 -2,94)					
Giới tính	Nữ	1,24	0,399	1,94 (1,12-3,36)	0,018	1,31 (0,77-2,21)	0,320
	Nam	(0,75 -2,04)					

Nghề nghiệp	Nghề khác	1,74 (1,04 -2,89)	0,033	1,88 (1,07-3,30)	0,027	1,41 (0,82-2,43)	0,210
	Nông dân						
Trình độ học vấn	≥ THCS	4,10 (2,45-6,85)	<0,001	2,78 (1,60-4,85)	<0,001	5,18 (3,00-8,93)	<0,001
	< THCS						
HGD có người từng bị mắc SXHD	Có	1,41 (0,53-3,71)	0,489	3,11 (0,71-13,7)	0,114	2,47 (0,71-8,68)	0,142
	Không						

Nhận xét: Kết quả Bảng 2 cho thấy ở độ tuổi trên 40 có kiến thức đúng cao gấp 1,76 lần so với tuổi từ 18-40 ($p<0,05$). Nghề khác có kiến thức đúng cao gấp 1,74 lần so với nghề nông ($p<0,05$). Học vấn từ cấp 2 trở lên có kiến thức đúng cao gấp 4,1 lần so với người có trình độ dưới cấp 2 ($p<0,001$). Nữ giới có thái độ đúng cao gấp 1,94 lần so với nam giới ($p<0,05$). Nghề khác có thái độ đúng cao gấp 1,89 lần so với nghề nông ($p<0,05$). Học vấn từ cấp 2 trở lên có thái độ đúng gấp 2,78 lần so với người có trình độ dưới cấp 2 ($p<0,01$). Tuổi trên 40 có thực hành đúng cao gấp 1,76 lần so với người từ 18- 40 tuổi ($p<0,05$). Học vấn từ cấp 2 trở lên có thực hành đúng cao gấp 5,18 lần so với người có trình độ học vấn dưới cấp 2 ($p<0,001$). Tuy nhiên chưa ghi nhận mối liên quan giữa giới tính, người từng bị mắc SXHD với kiến thức ($p>0,05$); giữa tuổi, từng bị mắc SXHD với thái độ ($p>0,05$); giữa giới tính, nghề và người từng bị mắc SXHD với thực hành ($p>0,05$).

3.3.Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống sốt xuất huyết Dengue.

Bảng 3. Mối liên quan giữa kiến thức, thái độ với thực hành phòng chống sốt xuất huyết Dengue

Đặc điểm		Thực hành				OR (KTC 95%)	P
		Đúng		Chưa đúng			
		n	%	n	%		
Kiến thức	Đúng	171	86,4	27	13,6	7,13 (4,06 -12,50)	<0,001
	Chưa đúng	48	47,1	54	52,9		
Thái độ	Đúng	205	88,4	27	11,6	29,29 (14,37-59,67)	<0,001
	Chưa đúng	14	20,6	54	79,4		

Nhận xét: Kết quả ghi nhận có kiến thức đúng có khả năng thực hành phòng chống bệnh SXHD cao gấp 7,13 so với những người có kiến thức chưa đúng ($p<0,001$). Tương tự, đối tượng có thái độ đúng có khả năng thực hành phòng chống bệnh SXHD cao gấp 7,13 so với những người có thái độ chưa đúng ($p<0,001$).

Bảng 4. Mối liên quan giữa kiến thức với thái độ phòng chống sốt xuất huyết Dengue

Đặc điểm		Thái độ				OR (KTC 95%)	P
		Đúng		Chưa đúng			
		n	%	n	%		
Kiến thức	Đúng	169	85,4	29	14,6	3,61 (2,06-6,32)	<0,001
	Chưa đúng	63	61,8	39	38,2		

Nhận xét: Kết quả ghi nhận có kiến thức đúng có thái độ phòng chống bệnh SXHD cao gấp 3,61 so với những người có kiến thức chưa đúng (OR=3,61; KTC 95%: 2,06-6,32; $p<0,001$).

4. BÀN LUẬN

4.1. Kiến thức, thái độ , thực hành phòng chống sốt xuất huyết Dengue

Về kiến thức phòng chống SXHD: Qua nghiên cứu cho thấy tỷ lệ có kiến thức đúng chung chiếm 66%. Tỷ lệ này cao hơn so với của tác giả Bùi Quách Yến (65,2%) [3] và của Huỳnh Tân Quốc Nam (2017) là 50,2% [5]. Sự khác biệt này có thể là do trình độ học vấn của đối tượng ở mỗi nghiên cứu khác nhau.

Về thái độ phòng chống SXHD: Tỷ lệ đối tượng có thái độ đúng chung về phòng chống bệnh SXHD chiếm 77,3% thấp hơn nhiều so với của tác giả Lê Thu Thủy (98,9%) [8] và cao hơn so với của tác Nguyễn Thị Hân (48,8%)[9]. Sự chênh lệch về tỷ lệ giữa các nghiên cứu là do mỗi nghiên cứu được thực hiện tại mỗi địa điểm và thời gian khác nhau. Bên cạnh đó, các yếu tố về đặc điểm cá nhân của các đối tượng cũng khác nhau nên thái độ phòng chống SXHD của đối tượng trong mỗi nghiên cứu sẽ khác nhau.

Về thực hành phòng chống SXHD: Thực hành là một trong những yếu tố quan trọng nhất trong phòng chống SXHD. Kết quả cho thấy tỷ lệ đối tượng có thực hành đúng chung chiếm 73%. Tỷ lệ này

cao hơn nhiều so với của tác giả Vương Văn Quang tại xã Vĩnh Châu, Sóc Trăng năm 2020-2021 (37,8%) [10]. Nhưng thấp hơn so với của tác giả Nguyễn Thị Hân (2013) tại phường Mỹ Phước, thành phố Long Xuyên, tỉnh An Giang (94%) [9]. Sở dĩ có sự khác nhau về tỷ lệ giữa các nghiên cứu là do địa bàn nghiên cứu và trình độ học vấn của đối tượng khác nhau và quan trọng là thang điểm tính thực hành khác nhau.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống sốt xuất huyết Dengue

Qua nghiên cứu đã ghi nhận mối liên quan giữa tuổi, nghề nghiệp và trình độ học vấn của đối tượng với kiến thức về phòng chống SXHD ($p < 0,05$), tuy nhiên nghiên cứu chưa ghi nhận mối liên quan giữa giới tính, HGD có người từng bị mắc bệnh SXHD với kiến thức phòng chống bệnh SXHD ($p > 0,05$). Sự khác biệt giữa tuổi với kiến thức phòng chống bệnh SXHD tương tự như nghiên cứu của Đào Văn Thế (2010) [4]. Tuy nhiên nghiên cứu của Bùi Quách Yên (2022) [3] chưa ghi nhận mối liên quan giữa tuổi và kiến thức. Kiến thức đúng về phòng chống bệnh SXHD ở nhóm đối tượng có trình độ học vấn \geq cấp 2 cao hơn nhóm đối tượng có trình độ học vấn $<$ cấp 2. Mối liên quan này cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Huỳnh Trần Quốc Nam (2017) [5]. Mối liên quan giữa nghề nghiệp với kiến thức phòng chống bệnh SXHD cũng được ghi nhận trong nghiên cứu của Vương Văn Quang (2020-2021) [10] và của tác giả Huỳnh Trần Quốc Nam (2017) [5]. Kết quả khảo sát ghi nhận có mối liên quan giữa giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp với thái độ phòng chống SXHD ($p < 0,05$). Kết quả này khác với nghiên cứu của Bùi Quách Yên (2022) là chỉ ghi nhận có mối liên quan giữa trình độ học vấn với thái độ phòng chống SXHD mà chưa ghi nhận mối liên quan giữa tuổi, giới tính, nghề nghiệp, HGD có người từng mắc bệnh SXHD với thái độ phòng chống SXHD [3]. Qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có mối liên quan giữa tuổi, trình độ học vấn với thực hành phòng chống SXHD ($p < 0,05$). Nhóm tuổi > 40 tuổi thực hành phòng chống SXHD cao hơn nhóm tuổi từ 18-40 tuổi và mối liên quan này cũng đã được ghi nhận trong nghiên cứu của Đào Văn Thế (2010) [4]. Nhóm đối tượng có trình độ học vấn \geq cấp 2 có thực hành đúng chung cao hơn nhóm có trình độ học vấn dưới cấp 2. Sự khác biệt này tương tự như ghi nhận trong nghiên cứu của Vương Văn Quang (2020-2021) [10] và tác giả Huỳnh Trần Quốc Nam (2017) [5].

Nghiên cứu đã ghi nhận có mối liên quan giữa kiến thức với thực hành phòng chống bệnh SXHD tương tự kết quả nghiên cứu của Bùi Quách Yên (2022) [3] và của tác giả Huỳnh Trần Quốc Nam (2017) [5]. Kết quả nghiên cứu cũng đã ghi nhận mối liên quan giữa thái độ với thực hành phòng chống SXHD trùng hợp với kết quả của Huỳnh Trần Quốc Nam (2017) [5] và tác giả Huỳnh Ngọc Tuyên (2016) [6]. Kết quả khảo sát ghi nhận có mối liên quan giữa kiến thức với thái độ phòng chống SXHD. Nghiên cứu của các tác giả Huỳnh Trần Quốc Nam (2017) [5], Bùi Quách Yên (2022) [3], Vương Văn Quang năm (2020-2021) [10] đều tìm thấy mối liên quan giữa kiến thức với thái độ phòng chống SXHD.

5. KẾT LUẬN

Người dân xã Mỹ Thọ, huyện Phù Mỹ, tỉnh Bình Định có kiến thức đúng chung là 66%, thái độ đúng chung là 77,3% và thực hành đúng chung là 73% về phòng chống bệnh sốt xuất huyết Dengue. Bước đầu đã xác định một số yếu tố liên quan đến kiến thức, thái độ, thực hành của người dân về phòng chống sốt xuất huyết Dengue, trong đó liên quan đến kiến thức là tuổi, nghề nghiệp và học vấn ($p < 0,05$); liên quan đến thái độ là giới tính, nghề nghiệp và học vấn ($p < 0,05$); liên quan đến thực hành là tuổi và học vấn ($p < 0,05$).

KIẾN NGHỊ

Địa phương cần tích cực tăng cường công tác truyền thông, giáo dục sức khỏe phòng chống bệnh SXHD cho người dân, đặc biệt ở nhóm có trình độ học vấn $<$ cấp 2, và nhóm nông dân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quyết định 2760/QĐ-BYT, ngày 4/7/2023, “*Hướng dẫn chuẩn đoán, điều trị sốt xuất huyết Dengue*”, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2014), Quyết định 3711/QĐ-BYT, ngày 19/9/2014, “*Hướng dẫn giám sát và phòng, chống bệnh sốt Dengue*”, Hà Nội
3. Bùi Quách Yên và cộng sự (2022), “*Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành và các yếu tố liên quan đến phòng chống sốt xuất huyết dengue của người dân tại xã Giai Xuân, huyện Phong Điền,*

Thành phố Cần Thơ năm 2021”, Đề tài nghiên cứu khoa học cấp trường, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

4. Đào Văn Thế (2010), “*Nghiên cứu kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống sốt xuất huyết của người dân xã Thạch Kim, huyện Lộc Hà, tỉnh Hà Tĩnh*”, Luận văn bác sĩ chuyên khoa cấp 1, Trường Đại học Y Dược Huế.

5. Huỳnh Trần Quốc Nam (2018), “*Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống bệnh sốt xuất huyết Dengue của người dân tại phường Hưng Phú, quận Cái Răng, Thành phố Cần Thơ năm 2017*”, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ Y học dự phòng, Trường đại học Y Dược Cần Thơ.

6. Huỳnh Ngọc Tuyền (2016), “*Nghiên cứu chỉ số bọ gậy và kiến thức, thực hành phòng chống bệnh sốt xuất huyết của người dân tại xã Tân Thới, huyện Phong Điền, thành phố Cần Thơ năm 2015*”, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ y học dự phòng, Đại học Y Dược Cần Thơ.

7. Khoa KSBT, HIV/AIDS, YTCC, DD và ATTP (2022), “*Báo cáo sơ kết quả hoạt động phòng chống sốt xuất huyết Dengue năm 2022*”, TTYT huyện Phù Mỹ.

8. Lê Thu Thủy (2015), “*Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành phòng chống sốt xuất huyết của người dân thị xã Ngã Bảy, tỉnh Hậu Giang năm 2014*”, Luận Văn chuyên khoa cấp I, Trường Đại học Y dược Cần Thơ.

9. Nguyễn Thị Hân (2013), “*Nghiên cứu kiến thức, thái độ, thực hành và các yếu tố liên quan đến phòng chống sốt xuất huyết Dengue của người dân phường Mỹ Phước, thành phố Long Xuyên, tỉnh An Giang*”, Luận Văn chuyên khoa cấp I, Đại học Y Dược Cần Thơ.

10. Vương Văn Quang (2021), “*Khảo sát chỉ số bọ gậy, kiến thức, thái độ, thực hành và các yếu tố liên quan đến phòng chống sốt xuất huyết Dengue của người dân thị xã Vĩnh Châu, tỉnh Sóc Trăng năm 2020- 2021*”, Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, số 38, tr.40-85.

11. Sivaneswari Selvarajoo and Indra Vythilingam (2020), "Knowledge, attitude and practice on dengue prevention and dengue seroprevalence in a dengue hotspot in Malaysia", PMC.

Abstract

SURVEY OF KNOWLEDGE, ATTITUDES, PRACTICES ON DENGUE HEMORRHAGIC FEVER CONTROL OF PEOPLE LIVING AT MY TAI COMMUNE, PHU MY DISTRICT, BINH DINH PROVINCE IN 2023 AND SOME RELATED FACTORS

Do Thi Ngoc Bich¹, Ho Duc Thoan^{2,3}

¹ My Tai Commune Health Center, Phu My District, Binh Dinh province; ²Institute of Malariology, Parasitology and Entomology Quy Nhon; ³ Faculty of Medicine, Quang Trung University.

The cross-sectional descriptive study on 300 household representatives in 3 villages of My Tai commune, Phu My district, Binh Dinh province. The results showed that: The proportion of correctly knowledge, attitude and practice on Dengue hemorrhagic fever control was 66%, 77.3%, and 73%, respectively. There was a statistically significant association between ages, occupation, the level of education with knowledge ($p<0.05$); between genders ($p<0,05$), occupation, educational level with attitude ($p<0.01$). The factors of age group, education level related to practice ($p<0.05$); knowledge related to practice ($p<0.01$); attitude related to practice ($p<0.01$) and knowledge related to attitude ($p<0.01$).

Key words: knowledge, attitude, practice, Dengue hemorrhagic fever, association.

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Lê Xuân Hùng

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM VÙNG CỘT SỐNG THẮT LUNG CÙNG BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI QUA ĐƯỜNG LIÊN BẢN SỐNG.

Trần Trung Kiên, Nguyễn Hoàng Dương, Trương Quốc Phong

Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Tóm tắt

Phẫu thuật nội soi đã và đang được áp dụng rộng rãi trong điều trị bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống. Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, từ năm 2019 đã bước đầu triển khai phẫu thuật nội soi qua đường liên bản sống điều trị cho các bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng – cùng, tuy nhiên vẫn chưa có báo cáo đánh giá kết quả phẫu thuật. Đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm vùng cột sống thắt lưng - cùng bằng phẫu thuật nội soi qua đường liên bản. Nghiên cứu tiến cứu mô tả từ tháng 09/2019 đến 11/2022 với nhóm bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống vùng thắt lưng - cùng được phẫu thuật nội soi qua đường liên bản sống tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Với 38 bệnh nhân, theo dõi 06 tháng. VAS lưng và chân trước phẫu thuật $4,66 \pm 0,88$ và $7,55 \pm 0,86$ giảm xuống $0,34 \pm 0,33$ và $0,76 \pm 0,88$. ODI trước và sau phẫu thuật tương ứng $60,63 \pm 8,55\%$ và $18,34 \pm 5,73\%$ với $p < 0,05$. Kết quả rất tốt và tốt đạt 94.74%. Phẫu thuật nội soi cột sống thắt lưng – cùng qua đường liên bản sống là phẫu thuật xâm lấn tối thiểu cho kết quả tốt, tính hiệu quả cao và an toàn.

Từ khóa: Nội soi qua đường liên bản sống, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị đĩa đệm là bệnh lý gây ra do sự dịch chuyển bất thường của nhân nhầy đĩa đệm ra khỏi vị trí sinh lý. Chẩn đoán bệnh dựa trên triệu chứng lâm sàng và chụp phim cộng hưởng từ [1]. Điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng bao gồm nhiều phương pháp. Trong đó phẫu thuật thường được đặt ra khi thoát vị đĩa đệm gây chèn ép rễ thần kinh cấp tính hoặc điều trị nội khoa thất bại. Xu hướng hiện nay là phẫu thuật ít xâm lấn. Phẫu thuật nội soi là phương pháp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu với vết phẫu thuật nhỏ nhưng mang lại hiệu quả cao, ít biến chứng thần kinh và ít tổn thương mô lành [2].

Năm 2006, phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị đĩa đệm vùng cột sống thắt lưng qua khoang liên bản sống được mô tả bởi Ruetten và Gun Choi [3],[4]. Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi cột sống đã được triển khai từ năm 2007 tại trung tâm EXSon - TP Hồ Chí Minh[5], từ 2008 tại Bệnh viện Việt Đức và cho đến nay cũng đã được thực hiện tại nhiều Bệnh viện khác trong cả nước. Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An, từ năm 2019 đã bước đầu triển khai phẫu thuật nội soi qua đường liên bản sống điều trị cho các bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng – cùng, nhưng đến thời điểm hiện tại vẫn chưa có tổng kết đánh giá hiệu quả của phương pháp này tại Bệnh viện. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài đánh giá kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm vùng cột sống thắt lưng - cùng bằng phẫu thuật nội soi qua đường liên bản sống.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng được phẫu thuật nội soi lấy nhân thoát vị đĩa đệm qua đường liên bản sống.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả các bệnh nhân bị thoát vị đĩa đệm cột sống đơn thuần vùng thắt lưng – cùng, đơn tầng, có triệu chứng rễ một bên tương ứng với kết quả chẩn đoán hình ảnh trên phim cộng hưởng từ là thoát vị trung tâm hoặc thoát vị đường ra (thoát vị dưới khớp). Có đầy đủ hồ sơ cho nghiên cứu. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thoát vị đĩa đệm kèm mất vững cột sống. Thoát vị đĩa đệm lỗ liên hợp. Thoát vị đĩa đệm ngoài lỗ liên hợp. Thoát vị đĩa đệm vùng cột sống thắt lưng cao. Thoát vị đĩa đệm di trú xa vùng 1, vùng 4. Thoát vị đĩa đệm tái phát. Thoát vị đĩa đệm gây hội chứng đuôi ngựa.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phẫu thuật Thần kinh - Cột sống, Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Thời gian từ tháng 09/2019 đến tháng 11/2022.

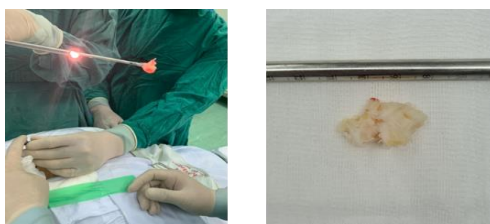
2.3. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả tiến cứu

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện.

2.4. Quy trình kỹ thuật: Bệnh nhân gây mê nội khí quản nằm sấp trên bàn mổ xuyên tia X Định vị tầng thoát vị và điem vào theo hướng dẫn của C-arm. Rạch da khoảng 0,8 cm. Dùng hệ thống ống nông nội soi tạo đường vào, kiểm tra qua chụp C- arm 2 bình diện. Đặt hệ thống nội soi. Dọn làm sạch phần mềm, cầm máu, bộc lộ dây chằng vàng, trường hợp khoang liên bản sống hẹp, mài kết hợp gặm bỏ xương bản sống trên và dưới (nếu cần). Cắt dây chằng vàng, bộc lộ ống sống và cấu trúc thần kinh. Xác định rễ thần kinh, vén rễ bằng hệ thống ống nội soi, bộc lộ khối thoát vị đĩa đệm, lấy thoát vị đĩa đệm. Kiểm tra sự di động của rễ thần kinh. Cầm máu. Rút hệ thống nội soi. Đóng vết mổ

2.5. Xử lý số liệu: Xử lý số liệu theo bằng phần mềm SPSS 26.0

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện với sự đồng ý của bệnh nhân. Các thông tin trong nghiên cứu được tôn trọng và bảo mật, chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Đề tài nghiên cứu được thông qua hội đồng y đức Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An.



Hình 1. Lấy khối thoát vị

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: Tuổi trung bình là $47,03 \pm 14,02$. Bệnh nhân trẻ tuổi nhất là 17 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 82 tuổi. Trong tổng số 38 bệnh nhân, có 27 bệnh nhân là nam giới, 11 bệnh nhân là nữ giới. Tỷ lệ Nam/Nữ: 2,45

Bảng 1. Phân tầng thoát vị đĩa đệm

Vị trí	L4 - L5	L5 - S1	Tổng
Số lượng	18	20	38
Tỷ lệ %	47,4	52,6	100

3.3. Điều trị phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật trung bình: $93,68 \pm 29,71$ phút. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình: $3,18 \pm 1,57$ ngày.

3.4. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật

3.4.1. Mức độ đau theo thang điểm VAS

Bảng 2. Đánh giá chỉ số VAS qua các thời điểm

	Trước	Ngay sau PT	Sau 1 tháng	Sau 6 tháng
VAS lưng	$7,55 \pm 0,86$	$1,89 \pm 0,73$	$0,74 \pm 0,55$	$0,34 \pm 0,53$
VAS chân	$4,66 \pm 0,88$	$1,63 \pm 0,68$	$0,95 \pm 0,80$	$0,76 \pm 0,88$

3.4.2. Mức độ giảm chức năng cột sống (ODI)

Bảng 3. Đánh giá chỉ số ODI qua các thời điểm

Mức độ	Trước phẫu thuật		Sau 06 tháng phẫu thuật	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Độ I (0 - 20%)	0	0	31	81,6
Độ II (21 - 40%)	0	0	6	15,6
Độ III (41 - 60%)	16	42,11	1	2,6
Độ IV (61 - 80%)	22	57,89	0	0
Độ V (81 - 100%)	0	0	0	0
Trung bình %	$60,63 \pm 8,55\%$		$18,34 \pm 5,73\%$	

3.4.3. Đánh giá kết quả điều trị theo tiêu chuẩn Macnab

Bảng 4. Đánh giá kết quả phẫu thuật theo thang điểm Macnab

Kết quả	Sau phẫu thuật		Sau PT 1 tháng		Sau PT 6 tháng	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất tốt	23	60,5	32	84,2	35	92,2
Tốt	13	34,2	4	10,5	1	2,6
Trung bình	2	5,3	2	5,3	1	2,6
Kém	0	0	0	0	1	2,6

3.5. Tai biến, biến chứng, thoát vị tái phát: Có 2 trường hợp rách màng cứng chiếm tỷ lệ 5,3%. 1 trường hợp tái phát chiếm tỷ lệ 2,6%. Không ghi nhận trường hợp nào tổn thương rễ thần kinh, chảy máu cũng như nhiễm trùng sau phẫu thuật.

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ Nam/Nữ là 2,45. Tuổi trung bình: $49,03 \pm 15,04$. Tỷ lệ Nam/Nữ và độ tuổi trung bình ở nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Hua năm 2018 [6]. Tỷ lệ thoát vị đĩa đệm tầng L4 - L5 và L5 - S1 tương ứng là 47,4% và 52,6%. Kết quả về hình ảnh cộng hưởng từ có sự tương tự các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Lê Bảo Tiến [7], Zhiming Tu[8].

Thời gian phẫu thuật trung bình là: $93,68 \pm 29,71$ phút. Bệnh nhân phẫu thuật nhanh nhất là 50 phút và lâu nhất là 190 phút. Đối với các nghiên cứu khác nhau thì có thời gian khác nhau, phụ thuộc vào thao tác và kinh nghiệm của phẫu thuật viên [2],[9],[10]. Các nghiên cứu cũng cho thấy không có sự khác biệt quá lớn về thời gian so với phẫu thuật lấy thoát vị đĩa đệm vi phẫu [8]. Số ngày nằm viện sau phẫu thuật là: $3,18 \pm 1,57$. Các tác giả đồng ý rằng phẫu thuật nội soi cột sống ít xâm lấn, tổn thương mô ít, mất máu ít, thời gian phẫu thuật không kéo dài, giảm việc dùng thuốc sau phẫu thuật thì thời gian nằm viện sau phẫu thuật được rút ngắn so với các phẫu thuật mở kinh điển trước đây [6],[8],[10].

Thang điểm VAS đánh giá mức độ đau dựa trên yếu tố chủ quan của bệnh nhân. Các nghiên cứu cho thấy rằng, việc đánh giá điểm VAS qua các thời điểm lại có ý nghĩa trong việc đánh giá kết quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, VAS chân trung bình trước phẫu thuật là: $7,55 \pm 0,86$ và VAS lưng trung bình trước phẫu thuật là: $4,66 \pm 0,88$. Các nghiên cứu lớn trên thế giới cũng cho thấy rằng các thoát vị cột sống chèn ép rễ thần kinh thì mức độ đau của chân luôn cao hơn lưng [8],[11],[12]. Mức độ đau chân và đau lưng sau phẫu thuật có cải thiện rõ rệt. VAS chân sau phẫu thuật là $1,58 \pm 0,64$. VAS lưng sau phẫu thuật là $1,89 \pm 0,73$. Đánh giá sau phẫu thuật 1 và 6 tháng, điểm VAS chân và VAS lưng đều cải thiện rõ rệt. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của Zhiming Tu năm 2017 [8], của Abdul Satar năm 2021[11]. Chỉ số ODI trung bình trước phẫu thuật là: $60,03\% \pm 8,55\%$. Với chỉ số này cho thấy tình trạng bệnh lý thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng - cùng ảnh hưởng nhiều đến chức năng cột sống, cuộc sống và công việc của bệnh nhân [8],[11],[12]. Chỉ số ODI trung bình sau phẫu thuật 6 tháng là: $18,34 \pm 5,73\%$ cải thiện so với trước phẫu thuật là: $60,63 \pm 8,55\%$, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Zhiming Tu năm 2017 [8], của Abdul Satar năm 2021[11]. Các tác giả đều cho rằng việc cải thiện chỉ số này cho thấy hiệu quả của phẫu thuật. Việc cải thiện chỉ số ODI cũng chính là yếu tố tiên lượng tốt về sự tái hòa nhập cuộc sống của bệnh nhân [8],[11],[12]. Dựa trên tiêu chuẩn Macnab, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: Sau phẫu thuật bệnh nhân kết quả rất tốt là 60,5%, kết quả tốt là 34,2%. Đánh giá sau phẫu thuật 1 tháng và 6 tháng, kết quả phẫu thuật rất tốt tăng tương ứng là 84,2% ở tháng thứ 1 và 92,2% ở tháng thứ 6. Trong nghiên cứu của Hua với 84 bệnh nhân kết quả sau phẫu thuật rất tốt là 64,2% [6]. Nghiên cứu của Chumnanvej S năm 2011 với 60 bệnh nhân cho kết quả sau phẫu thuật rất tốt và tốt là 91,6% [13]. Nghiên cứu của Eung - Ha Kim năm 2006, kết quả rất tốt và tốt sau phẫu thuật là 85% [14]. Trong bài báo cáo đánh giá về phẫu thuật nội soi qua đường liên bản sống, tác giả Young Il Won [15] cho thấy, kết quả sau phẫu thuật rất tốt và tốt là 91% (nghiên cứu của Choi) [3] và 96% (nghiên cứu của Ruetten) [4]. Như vậy so sánh với các nghiên cứu trên, kết quả chúng tôi thu được là tương đương và thực sự khả quan.

Trong nghiên cứu có 02 bệnh nhân (5,3%) bị rách màng cứng trong phẫu thuật, xảy ra trong quá trình bóc tách, tuy nhiên vết rách nhỏ, không phải can thiệp trong phẫu thuật và không ảnh hưởng đến kết quả sau phẫu thuật. Tác giả Simon J. Müller và cộng sự thống kê theo y văn cho thấy, tỉ lệ biến chứng rách màng cứng liên qua đến phẫu thuật nội soi cột sống nói chung là 2,7%. Trong số đó tỉ lệ rách màng cứng gặp nhiều ở các trường hợp phẫu thuật hẹp ống sống so với các trường hợp phẫu thuật lấy thoát vị đơn thuần [16]. Cũng theo báo cáo này, vẫn chưa có sự thống nhất và vẫn còn có sự tranh luận về vấn đề xử lý biến chứng rách màng cứng trong phẫu thuật nội soi cột sống. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 01 bệnh nhân (2,6%) tái phát sau phẫu thuật ở tháng thứ 4, bệnh nhân này sau phẫu thuật kết quả trung bình, sau đó được điều trị nội khoa và theo dõi lâm sàng. Tháng thứ 4 sau phẫu thuật chụp lại MRI có hình ảnh thoát vị đĩa đệm lớn tái phát ngay tầng phẫu thuật, bệnh nhân sau đó được phẫu thuật giải ép, cố định cột sống, hàn xương liên thân đốt, kết quả sau phẫu thuật tốt. Nghiên cứu Si Yin năm 2018, tỉ lệ thoát vị đĩa đệm tái phát liên quan đến phẫu thuật lấy đĩa đệm nội soi vùng thắt lưng là 3,6% và thường xảy ra trong vòng 6 tháng sau phẫu thuật [17]. Yếu tố nguy cơ liên quan đến tái phát gặp ở bệnh nhân có BMI > 25 [17].

5.KẾT LUẬN

Điều trị thoát vị đĩa đệm vùng cột sống thắt lưng - cùng bằng phẫu thuật nội soi qua đường liên bản sống là một phẫu thuật ít xâm lấn có tính hiệu quả và an toàn cao với ưu điểm, vết phẫu thuật nhỏ, thời gian nằm viện ngắn, phục hồi nhanh, ít tai biến và biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kreiner DS, Hwang SW, Easa JE, et al. An evidence-based clinical guideline for the diagnosis and treatment of lumbar disc herniation with radiculopathy. *The spine journal : official journal of the North American Spine Society*. 2014;14(1):180-191.
2. Wasinpongwanich K, Pongpirul K, Lwin KMM, Kesornsak W, Kuansongtham V, Ruetten S. Full-Endoscopic Interlaminar Lumbar Discectomy: Retrospective Review of Clinical Results and Complications in 545 International Patients. *World Neurosurg*. 2019;132:e922-e928.

3. Choi Gun LS-H, Raiturker, Pradyumna Pai, Lee Seungcheol, Chae Yu-Sik. Percutaneous endoscopic interlaminar discectomy for intracanalicular disc herniations at L5-S1 using a rigid working channel endoscope. *J Operative Neurosurgery*. 2006;58:59-68.
4. Ruetten S, Komp M, Godolias GJM-MIN. A new full-endoscopic technique for the interlaminar operation of lumbar disc herniations using 6-mm endoscopes: prospective 2-year results of 331 patients. 2006;49(02):80-87.
5. Son.V.X. Phẫu thuật nội soi liên bản sống lấy nhân đệm thắt lưng. *Y học thực hành*. 2009:40-42.
6. Hua W, Tu J, Li S, et al. Full-endoscopic discectomy via the interlaminar approach for disc herniation at L4-L5 and L5-S1: an observational study. 2018;97(17).
7. Tiến NLB. *Nghiên cứu ứng dụng ống nong trong phẫu thuật TVĐĐ đơn tầng CSVTLT tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức* 2013.
8. Tu Z, Li YW, Wang B, et al. Clinical outcome of full-endoscopic interlaminar discectomy for single-level lumbar disc herniation: a minimum of 5-year follow-up. 2017;20(3):E425-E430.
9. Quang LM. Phẫu thuật nội soi cột sống thắt lưng: Kết quả và kinh nghiệm tiếp cận 101 ca đầu tiên tại khoa Phẫu thuật Thần kinh Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. *Tạp chí Ngoại khoa và Phẫu thuật nội soi Việt Nam*. 2021;Số 04 - Tập 11 - Năm 2021.
10. Võ VT, Nguyễn LBT, Đinh NS. Kết quả điều trị thoát vị đĩa đệm L5S1 bằng phẫu thuật nội soi qua đường liên bản sống. 2018.
11. Satar A, Khan Kabir S, Kamran A, Khan MZ, Khan MAJJoPOA. Outcome of Percutaneous Endoscopic Interlaminar Lumbar Discectomy. 2021;33(03):112-116.
12. Shim H-K, Choi K-C, Cha KH, Lee DC, Park C-KJCSS. Interlaminar endoscopic lumbar discectomy using a new 8.4-mm endoscope and nerve root retractor. 2020;33(7):265-270.
13. Chumnanvej S KW, Sarnvivad P, Kuansongthum V. Full Endoscopic Lumbar Discectomy via Interlaminar Approach: 2-Year Results in Ramathibodi Hospital. *J Med Assoc Thai* 2011;94 (12):1465.
14. Eung-Ha Kim MD, Ki-Hoon Rhyu, M.D., Cheong-Kwan Kim, M.D. Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy (PELD) Using Interlaminar Approach in Lumbar Disc Herniation. *Journal of Korean Spine Surg*. 2008;15:250 - 256.
15. Won YI, Yuh WT, Kwon SW, et al. Interlaminar Endoscopic Lumbar Discectomy: A Narrative Review. *International Journal of Spine Surgery*. 2021;15(suppl 3):S47-S53.
16. Müller SJ, Burkhardt BW, Oertel JM. Management of Dural Tears in Endoscopic Lumbar Spinal Surgery: A Review of the Literature. *World Neurosurgery*. 2018;119:494-499.
17. Yin S, Du H, Yang W, Duan C, Feng C, Tao H. Prevalence of Recurrent Herniation Following Percutaneous Endoscopic Lumbar Discectomy: A Meta-Analysis. *Pain Physician*. 2018;21(4):337-350.

Abstract

CLINICAL OUTCOME OF FULL – ENDOSCOPIC INTERLAMINAR DISCECTOMY FOR LUMBOSACRAL DISC HERNIATION

Tran Trung Kien, Nguyen Hoang Duong, Truong Quoc Phong
Nghe An Friendship General Hospital

Full – endoscopic discectomy is widely applied for the treatment of lumbosacral disc herniation. At Nghean General Friendship Hospital, since 2019 we started performing full – endoscopic interlaminar discectomy (FEID) to treat for lumbosacral disc herniation patients. However, we don't have any reports about the outcome of this method. To evaluate the clinical outcome of FEID for lumbosacral disc herniation. Prospective study 38 patients who underwent FEID from 09/2019 to 11/2022. Clinical outcomes were evaluated using visual analog scale (VAS) for back pain and leg pain, Oswestry Disability Index (ODI) for functional assessment, and modified MacNab criteria for patient satisfaction. VAS of back and leg pain decreased from $4,66 \pm 0,88$ and $7,55 \pm 0,86$ points preoperatively to $0,34 \pm 0,33$ and $0,76 \pm 0,88$ respectively. The ODI score was $60,63 \pm 8,55\%$ preoperatively declined to $18,34 \pm 5,73\%$, $p < 0,05$. 94,74% patients showed good outcomes. FEID is safe and effective for treating lumbosacral disc herniations.

Keywords: lumbar disc herniation, full – endoscopic interlaminar discectomy.

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Cao Bá Lợi

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

SỬ DỤNG SẮT ĐƯỜNG TĨNH MẠCH ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU NHƯỢC SẮC TRÊN BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ VINH

Nguyễn Hồng Trường, Nguyễn Văn Mạnh, Nguyễn Thị Thu Lan,

Trần Cẩm Nhung, Phạm Nhất Sinh

Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh

Tóm tắt

Nhận xét kết quả điều trị bằng sắt đường tĩnh mạch ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ có thiếu máu nhược sắc tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh. Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả có can thiệp không đối chứng và có theo dõi, so sánh trước-sau trên đối tượng là 44 bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ ngoại trú có thiếu máu hồng cầu nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh, sử dụng phương pháp thu thập số liệu tiến cứu trong thời gian từ tháng 03/2022 đến tháng 9/2022.

Giá trị Hb tăng trung bình 16,8g/l sau điều trị ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân đạt Hb đích tăng rõ rệt từ 6,8% lên 47,7%. Chỉ số MCV ở mức đẳng sắc (80-100 fl) tăng 75% sau điều trị ($p < 0,001$). MCH ở mức bình thường (27-33pg) tăng từ 13,6% lên 65,9% sau điều trị ($p < 0,001$). Nồng độ sắt huyết thanh trung bình tăng từ $6,78 \pm 2,3 \mu\text{mol/L}$ đến $17,8 \pm 2,3 \mu\text{mol/L}$ ($p < 0,05$). Tác dụng không mong muốn có 6,8% trường hợp có rối loạn vị giác. Việc phối hợp điều trị sắt tĩnh mạch đã cải thiện được tình trạng thiếu máu hồng cầu nhỏ cũng như chất lượng hồng cầu với Hb trung bình, tỷ lệ đạt đích tăng cao. Phương pháp tương đối an toàn, rất ít tác dụng không mong.

Từ khóa: Sử dụng sắt đường tĩnh mạch, thiếu máu nhược sắc, suy thận mạn lọc máu chu kỳ.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu ở người bệnh mắc bệnh thận mạn (BTM) bao gồm cả bệnh thận giai đoạn cuối và ghép thận là một tình trạng liên quan đến chức năng thận suy giảm và nhiều rối loạn khác như huyết học, dạ dày ruột, hocmon... Thiếu máu gặp ở 43% và 57% số người bệnh BTM tương ứng giai đoạn 1-2 và 3-5[1]. Nồng độ Hemoglobin (Hb) máu phụ thuộc vào độ tuổi, giới tính, chủng tộc, nhiễm trùng, viêm, các tình trạng bệnh tật đồng thời, việc lọc máu đầy đủ, chất lượng nước...[2]. Thiếu máu gây tăng tỷ lệ tử vong, tăng phi đại thất trái và suy tim xung huyết, tăng tốc độ tiến triển đến suy thận giai đoạn cuối[3]. Kết quả một nghiên cứu cho thấy, nguy cơ tử vong tăng lên 3 lần với mỗi 10g/l Hb giảm đi (trong khoảng 90- 130g/l)[4].

Các nguyên nhân phổ biến bao gồm thiếu hụt Erythropoietin (EPO) tương đối, rối loạn cân bằng sắt, các chất ức chế hồng cầu do ure máu tăng, đời sống hồng cầu bị rút ngắn và các yếu tố chuyển hóa và cơ học khác. Điều trị bằng EPO là hữu hiệu, nhưng thường bị giới hạn bởi tình trạng thiếu sắt. Bổ sung sắt bằng đường uống hoặc tiêm tĩnh mạch. Sắt uống ít tốn kém hơn và dễ quản lý hơn, nhưng sắt tiêm tĩnh mạch (IV) cho phép cung cấp nhanh chóng liều lượng sắt lớn hơn và được hầu hết bệnh nhân dung nạp tốt mức Hemoglobin (Hb) tốt hơn, làm giảm nhu cầu truyền máu và cải thiện chất lượng cuộc sống cho nhiều bệnh nhân lọc máu chu kỳ (HD). Việc làm sáng tỏ hơn nữa nguyên nhân cũng như các đặc điểm chẩn đoán vẫn còn nhiều thách thức [5],[6]. Hiện nay, trên địa bàn tỉnh Nghệ An hầu hết các bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ chủ yếu được điều trị thiếu máu bằng EPO với nhiều liều lượng khác nhau tùy mức độ thiếu máu. Tuy nhiên vẫn tồn tại nhiều vấn đề điều trị chưa triệt để, duy trì liều cao ở bệnh nhân đáp ứng kém. Việc sử dụng sắt tĩnh mạch lại được ít các đơn vị lọc máu áp dụng, đặc biệt ở những bệnh nhân suy thận mạn có thiếu máu nhược sắc nhưng hiện tại chưa có nghiên cứu cụ thể nào về hiệu quả điều trị thiếu máu hồng cầu nhỏ bằng sử dụng sắt tĩnh mạch. Để góp phần tìm hiểu về vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Sử dụng sắt đường tĩnh mạch điều trị thiếu máu nhược sắc trên bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh” với mục tiêu nhận xét kết quả sử dụng sắt đường tĩnh mạch điều trị thiếu máu nhược sắc trên bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: các bệnh nhân suy thận mạn tính lọc máu chu kỳ ngoại trú có thiếu máu hồng cầu nhỏ

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh

Thời gian từ tháng 3/2022 đến tháng 9/2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được khám và làm các xét nghiệm huyết học, sinh hóa hàng tháng. Hiện tại không đang mắc các bệnh lý cấp tính (nhiễm khuẩn, nhồi máu cơ tim, đột quỵ não, bệnh ngoại khoa, xuất huyết tiêu hoá, xơ gan, suy kiệt) và không có các bệnh lý thiếu máu khác kèm theo (loét dạ dày biến chứng xuất huyết, bệnh lý tủy xương, bệnh lý tan máu, xuất huyết tiêu hóa thấp do trĩ...).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Dị ứng với sắt tĩnh mạch. Không được làm các xét nghiệm theo dõi đầy đủ

trước và sau điều trị.

2.3 Phương pháp nghiên cứu

- *Thiết kế nghiên cứu:* Nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả có can thiệp không đối chứng và theo dõi, so sánh trước sau.

- *Phương pháp thu thập số liệu:* Phương pháp thu thập số liệu tiến cứu trong thời gian từ tháng 03/2022 đến tháng 9/2022.

- *Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu:* Cỡ mẫu toàn bộ, chọn mẫu thuận tiện được 44 bệnh nhân được lựa chọn đảm bảo tiêu chuẩn vào nghiên cứu.

3. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin: Các thông tin được thu thập qua thăm khám lâm sàng, theo dõi bệnh nhân, hồ sơ bệnh án tại khoa Thận niệu – Lọc máu để đưa vào bệnh án mẫu do nhóm nghiên cứu thiết kế.

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

Hỏi bệnh, Khám lâm sàng, Chỉ định làm xét nghiệm cận lâm sàng (Xét nghiệm máu được lấy giờ lọc máu thứ 2 của buổi lọc máu thứ hai trong tuần) và đánh giá. Tiến hành áp dụng phác đồ sử dụng sắt tĩnh mạch đối với các bệnh nhân có chẩn đoán thiếu máu hồng cầu nhỏ. Đánh giá kết quả điều trị qua các chỉ số xét nghiệm máu và các đặc điểm trên lâm sàng sau khi áp dụng phác đồ sử dụng sắt tĩnh mạch.

2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch trước khi nhập liệu vào phần mềm Epidata 3.1 và phân tích xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0 bằng các thuật toán thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được sự đồng thuận chấp nhận của Hội đồng khoa học và Ban giám đốc bệnh viện. Chúng tôi đều giải thích trước cho bệnh nhân và người nhà, đồng thời được sự đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu này nhằm đánh giá và theo dõi kết quả điều trị cho bệnh nhân, nâng cao chất lượng điều trị, không gây nguy hiểm cho bệnh nhân, không làm tăng chi phí điều trị. Các thông tin của bệnh nhân, các số liệu đều được mã hóa để bảo đảm giữ bí mật, chỉ phục vụ cho nghiên cứu mang lại lợi ích cho người bệnh.

3. KẾT QUẢ

Trong thời gian từ 3/2022 đến tháng 9/2022, chúng tôi có 155 bệnh nhân suy thận lọc máu chu kỳ đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Trong đó có 44 bệnh nhân qua xét nghiệm được xác định bị thiếu máu hồng cầu nhỏ sẽ được điều trị can thiệp bằng phương pháp truyền sắt tĩnh mạch với kết quả như sau:

3.1.Đặc điểm chung: Tuổi trung bình là 53,5 ± 13,4 (Min-Max: 22-76). Nam có 15 trường hợp chiếm 34,1%, Nữ có 29 trường hợp chiếm 65,9%. Thời gian điều trị thận nhân tạo trung bình là 3,5±2,0 năm (Min-Max:1-10).

3.2.Kết quả điều trị bằng phương pháp dùng sắt tĩnh mạch

Bảng 1. Thay đổi giá trị Hb trước và sau quá trình điều trị (n=44)

Nồng độ Hb G/l)	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Hb< 30	0	0	0	0	0,000
30≤Hb<60	0	0	0	0	
60≤Hb<90	32	72,7	9	20,5	
Hb≥90	12	27,3	35	79,5	
Tổng	44	100	44	100	
X±SD (Min-Max)	84,1±10,6 (63-110)		101,0±15,6 (72-148)		

Nhận xét: Nồng độ Hb≥90 sau điều trị được cải thiện tăng từ 27,3% lên 79,5%. Trong đó đạt nồng độ Hb đích (100≤Hb≤120) tăng từ 6,8% (3/44 ca) lên 47,7% (21/44 ca). Nồng độ Hb trung bình tăng từ trước điều trị là 84,1±10,6 (63-110) lên 101,0±15,6 (72-148). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân đạt Hb đích sau điều trị sắt tĩnh mạch

Hb đích (g/l)	Trước điều trị		Sau điều trị	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
100≤Hb≤120	3	6,8	21	47,7
Tổng	44	100	44	100

Nhận xét: Sau điều trị sắt tĩnh mạch, tỷ lệ bệnh nhân đạt Hb đích tăng lên rõ rệt từ 6,8% lên 47,7%.

Bảng 3. Thay đổi đặc điểm hồng cầu theo MCV sau điều trị (n=44)

Thể tích trung bình hồng cầu (MCV)	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
<80 fl	44	100	10	22,7	0,000
80-100 fl	0	0	33	75,0	
>100fl	0	0	1	2,3	

Nhận xét: Trước điều trị, tất cả bệnh nhân có MCV dưới 80 fl, sau điều trị tỷ lệ này giảm xuống còn 22,7%, tỷ lệ đạt hồng cầu đẳng sắc (80-100 fl) có 75%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 4. Thay đổi đặc điểm hồng cầu theo MCH sau điều trị (n=44)

Lượng Hb trung bình hồng cầu (MCH)	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
<27 pg	38	86,4	15	34,1	0,000
27-33 pg	6	13,6	29	65,9	
>33 pg	0	0	0	0	

Nhận xét: MCH trước điều trị ở mức <27 pg chiếm đa số (86,4%). Sau điều trị tỷ lệ đạt giá trị MCH ở mức bình thường (27-33) tăng lên 65,9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 5. Thay đổi nồng độ sắt huyết thanh sau điều trị (n=44)

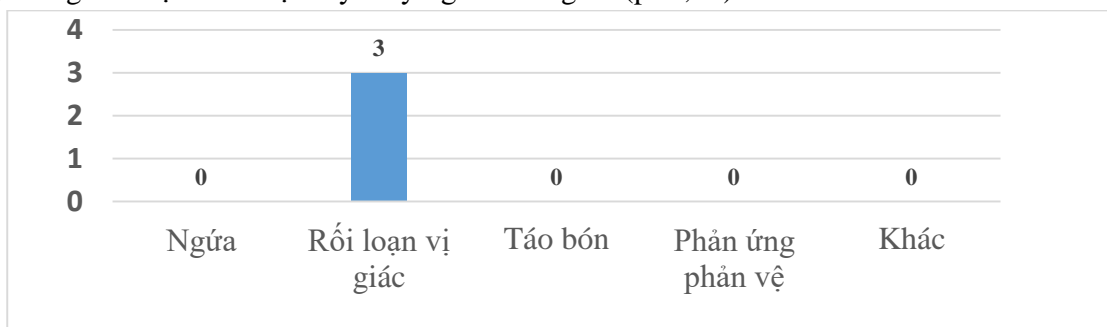
Nồng độ sắt huyết thanh (µmol/L)	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
< 10	41	93,2	9	20,5	0,000
10-30	3	6,8	35	79,5	
>30	0	0	0	0	
X±SD (Min-Max)	6,78±2,3 (2,7-13,1)		17,8±2,3 (4,9- 28,9)		

Nhận xét: Nồng độ sắt huyết thanh mức < 10 µmol/L trước và sau điều trị có sự thay đổi từ 93,2% giảm còn 20,5%, mức từ 10-30 µmol/L tăng lên từ 6,8% lên 79,5%. Nồng độ sắt huyết thanh trung bình tăng từ 6,78±2,3 µmol/L đến 17,8±2,3µmol/L. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,001.

Bảng 6. Thay đổi nồng độ ferritin huyết thanh sau điều trị (n=44)

Ferritin huyết thanh(ng/ml)	Trước điều trị		Sau điều trị		p
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
<200	32	72,7	9	20,5	0,038
200-800	12	27,3	28	63,6	
>800	0	0	7	15,9	
Tổng	44	100	44	100	
X±SD (Min-Max)	137,16± 129,2 (12,1-522,,3)		466,9±316,607 (38-1326)		

Nhận xét: Trước điều trị nồng độ Ferritin huyết thanh <200 ng/ml chiếm tỷ lệ cao nhất 72,7%, không có bệnh nhân nào đạt có nồng độ ferritin huyết thanh > 800ng/ml. Sau điều trị, tỷ lệ này thay đổi lần lượt là 20,5% và 15,9%. Nồng độ ferritin trung bình tăng từ 137,16± 129,2 ng/ml đến 466,9±316,607ng/ml. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p<0,05).



Hình 1. Tác dụng không mong muốn (n=44).

Nhận xét: Trong số 44 bệnh nhân tham gia nghiên cứu được theo dõi có 3 bệnh nhân gặp tác dụng không mong muốn là rối loạn vị giác. Không có bệnh nhân nào gặp các biểu hiện không mong muốn khác.

4. BÀN LUẬN

4.1. Kết quả điều trị theo lượng huyết sắc tố (Hb)

Một nghiên cứu tổng quan trên tổng 3187 đối tượng về điều trị bổ sung sắt qua đường tĩnh mạch để điều trị thiếu máu trong CKD của tác giả Daniel Shepshelovich và cộng sự [7] cho thấy nồng độ Hb tăng trung bình trong các thử nghiệm nằm trong khoảng từ $5,8 \pm 0,6$ đến $11,9 \pm 0,7$ g/dL, bệnh nhân đạt được mức tăng ít nhất là 1 g/dL nồng độ Hb (đáp ứng Hb > 1 g/dL) sau liệu pháp điều trị sắt tĩnh mạch. Tương tự, tác giả Benaya Rozen-Zvi [8] nghiên cứu tổng quan hệ thống với các đối tượng là bệnh nhân CKD cũng cho thấy chênh lệch Hb trung bình là 0,83 g/dl, với mức tăng từ 0,09 đến 1,57 g/dl. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thiếu máu mức độ vừa chiếm phần lớn ở các đối tượng nghiên cứu với 72,7%, sau điều trị tỷ lệ này giảm còn 20,5%, tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu nhẹ và không thiếu máu chiếm 79,5%. Chỉ số Hb trung bình trước và sau điều trị tăng 16,8 g/l (từ 84,2 g/l tăng lên 101 g/l), khác biệt trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân đạt Hb đích (từ 100- 120 g/l) tăng lên từ 6,8% lên 47,7% với mức tăng trung bình đáng kể $17,7 \pm 10,9$ g/l (Bảng 1,2). Có sự chênh lệch với các nghiên cứu trên có thể giải thích do cỡ mẫu của chúng tôi bé hơn nhiều so với tác giả, đồng thời, đối tượng nghiên cứu là những bệnh nhân có thiếu máu hồng cầu nhỏ nhược sắc. Đối với đối tượng này, nguyên nhân thường là do thiếu sắt bởi nhu cầu dùng sắt rất lớn khi điều trị EPO trong khi bổ sung đường uống tác dụng không như mong muốn bởi tình trạng giảm hấp thu do quá trình rối loạn chức năng dạ dày ruột lâu ngày, cùng với tình trạng bổ sung dinh dưỡng kém hay sự mất máu rỉ rả qua thận nhân tạo.

4.2. Kết quả điều trị theo đặc điểm huyết học

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước điều trị, tất cả bệnh nhân có đặc điểm thiếu máu hồng cầu nhỏ, sau điều trị, tỷ lệ này giảm xuống còn 22,7%, tỷ lệ đạt hồng cầu kích thước bình thường lên tới 75,0%, giá trị này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Chỉ số MCH trước điều trị tỷ lệ nhược sắc chiếm 86,4%, chỉ 13,6% đạt giá trị đẳng sắc. Sau điều trị số bệnh nhân đạt giá trị đẳng sắc tăng lên 65,9%, Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Qua kết quả này ta thấy được, việc điều trị bằng liệu pháp EPO là cần thiết, điều trị EPO làm tăng số lượng cầu cũng như giảm tỷ lệ thiếu máu tuy nhiên liệu pháp này cũng làm tăng nhu cầu sử dụng sắt, vì vậy sự phối hợp sắt trong điều trị là một cách giải quyết hợp lý kết quả đạt được hiệu quả mong muốn như trên.

4.3. Kết quả điều trị theo nồng độ sắt, ferritin huyết thanh

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ sắt huyết thanh mức < 10 $\mu\text{mol/L}$ trước và sau điều trị có sự thay đổi từ 93,2% giảm còn 20,5%, mức từ 10-30 $\mu\text{mol/L}$ tăng lên từ 6,8% lên 79,5%. Nồng độ sắt huyết thanh trung bình tăng từ $6,78 \pm 2,3$ $\mu\text{mol/L}$ đến $17,8 \pm 2,3$ $\mu\text{mol/L}$. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trước điều trị nồng độ Ferritin huyết thanh < 200 ng/ml chiếm tỷ lệ cao nhất 72,7%, không có bệnh nhân nào đạt có nồng độ ferritin huyết thanh > 800 ng/ml. Sau điều trị, tỷ lệ này thay đổi lần lượt là 20,5% và 15,9%. Nồng độ ferritin trung bình tăng từ $137,16 \pm 129,2$ ng/ml đến $466,9 \pm 316,6$ ng/ml. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Daniel Shepshelovich và cộng sự [7] cho thấy nồng độ ferritin ban đầu nằm trong khoảng từ $57,3 \pm 48,6$ ng/mL tăng lên 345 ± 273 ng/mL sau điều trị sắt tĩnh mạch. Nghiên cứu của Benaya Rozen-Zvi [8] tăng từ 56,5 ng/mL đến 370,2 ng/mL với $p < 0,05$. Sự đáp ứng này chứng tỏ tình trạng thiếu sắt trong thiếu máu của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là thiếu sắt chức năng chứ không phải thiếu sắt tuyệt đối và việc bổ sung sắt tĩnh mạch là hoàn toàn hợp lý. Tỷ lệ bệnh nhân có chỉ số ferritin vượt ngưỡng 800 ng/ml có thể giải thích bởi tình trạng viêm nhiễm mãn tính lâu ngày, dẫn tới kết quả đánh giá chưa chính xác.

Tác dụng không mong muốn của phương pháp điều trị

Trong số 44 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 3 người có rối loạn vị giác ở mức độ nhẹ. Không có trường hợp nào xuất hiện các biểu hiện như ngứa, táo bón hay phản ứng phản vệ. Điều này cho thấy sự an toàn khi sử dụng sắt tĩnh mạch rất cao. Các nghiên cứu trong và ngoài nước có dùng sắt huyết thanh cũng cho thấy phương pháp này an toàn, việc xảy ra các tác dụng không mong muốn rất ít và nhẹ nhàng [5], [8].

5. KẾT LUẬN

Việc phối hợp điều trị sắt tĩnh mạch đã cải thiện được tình trạng thiếu máu hồng cầu nhỏ cũng như chất lượng hồng cầu với Hb trung bình, tỷ lệ đạt đích tăng cao:

Thời gian điều trị thận nhân tạo trung bình là $3,5 \pm 2,0$ năm (1-10). Giá trị Hb tăng trung bình 16,8 g/l sau điều trị ($p < 0,05$). Tỷ lệ bệnh nhân đạt Hb đích tăng rõ rệt từ 6,8% lên 47,7%. MCV ở mức đẳng sắc (80-100 fl) tăng 75% sau điều trị ($p < 0,001$). MCH ở mức bình thường (27-33pg) tăng từ 13,6% lên 65,9% sau điều trị ($p < 0,001$). Nồng độ sắt huyết thanh trung bình tăng từ $6,78 \pm 2,3$ $\mu\text{mol/L}$ đến $17,8 \pm 2,3$ $\mu\text{mol/L}$ ($p < 0,05$). Phương pháp tương đối an toàn, rất ít tác dụng không mong: 3/44 bệnh nhân có rối loạn vị giác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Collins AJ, Foley RN, Herzog C, et al. US Renal Data System 2010 Annual Data Report. Am J Kidney Dis. 2011;57(1 Suppl 1):A8-e526. doi:10.1053/j.ajkd.2010.10.007.
2. Ebben JP, Gilbertson DT, Foley RN, Collins AJ. Hemoglobin level variability: associations with comorbidity, intercurrent events, and hospitalizations. Clin J Am Soc Nephrol. 2006;1(6):1205-1210. doi:10.2215/CJN.01110306.
3. Astor BC, Coresh J, Heiss G, Pettitt D, Sarnak MJ. Kidney function and anemia as risk factors for coronary heart disease and mortality: the Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study. Am Heart J. 2006;151(2):492-500. doi:10.1016/j.ahj.2005.03.055.
4. Macdougall IC, Tomson CR, Steenkamp M, Ansell D. Relative risk of death in UK haemodialysis patients in relation to achieved haemoglobin from 1999 to 2005: an observational study using UK Renal Registry data incorporating 30,040 patient-years of follow-up. Nephrol Dial Transplant. 2010;25(3):914-919. doi:10.1093/ndt/gfp550.
5. Triệu Thị Tuyết Vân. Đánh giá tình hình sử dụng erythropoietin trong điều trị thiếu máu cho bệnh nhân suy thận mạn đang được lọc máu chu kỳ tại khoa thận nhân tạo Bệnh viện Bạch Mai. *Luận văn Thạc sỹ Dược học, Đại học Dược Hà Nội*. 2009;
6. Hoàng Trung Vinh, Phan Thế Cường và Nguyễn Anh Trí. Nghiên cứu biến đổi tình trạng sắt ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối điều trị erythropoietin. *Tạp chí Y học thực hành*. 2012; số 9, tr. 24-29.
7. Shepshelovich D, Rozen-Zvi B, Avni T, Gafer U, Gafer-Gvili A. Intravenous Versus Oral Iron Supplementation for the Treatment of Anemia in CKD: An Updated Systematic Review and Meta-analysis. Am J Kidney Dis. 2016;68(5):677-690. doi:10.1053/j.ajkd.2016.04.018
8. Rozen-Zvi B, Gafer-Gvili A, Paul M, Leibovici L, Shpilberg O, Gafer U. Intravenous versus oral iron supplementation for the treatment of anemia in CKD: systematic review and meta-analysis. Am J Kidney Dis. 2008;52(5):897-906. doi:10.1053/j.ajkd.2008.05.033

Abstract

USING INTRAVENOUS IRON TO TREAT HYPOCHROMIC ANEMIA IN PATIENTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE ON DIALYSIS AT VINH CITY GENERAL HOSPITAL

Nguyen Hong Truong, Nguyen Van Manh, Nguyen Thi Thu Lan, Tran Cam Nhung, Phạm Nhật Sinh

Vinh City General Hospital

Received the results of intravenous iron treatment in patients with chronic renal failure on dialysis with hypochromic anemia at Vinh City General Hospital. The study used a descriptive design with no control and followed-up, before-after comparison on 44 patients with chronic renal failure on dialysis outpatients with microcytic anemia at General Hospital. Department of Vinh City, using prospective data collection method during the period from March 2022 to September 2022.

Hb value increased on average 16.8g/l after treatment ($p < 0.05$). The percentage of patients reaching the target Hb increased significantly from 6.8% to 47.7%. MCV index at isochromic level (80-100 fl) increased 75% after treatment ($p < 0.001$). MCH at normal level (27-33pg) increased from 13.6% to 65.9% after treatment ($p < 0.001$). The mean serum iron concentration increased from $6.78 \pm 2.3 \mu\text{mol/L}$ to $17.8 \pm 2.3 \mu\text{mol/L}$ ($p < 0.05$). Undesirable effects are 6.8% of cases with taste disturbances. The combination of intravenous iron treatment improved microcytic anemia as well as the quality of red blood cells with average Hb, and the target rate increased. The method is relatively safe, with very few side effects.

Keywords: Use of intravenous iron, hypochromic anemia, chronic renal failure on dialysis.

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Cao Bá Lợi

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

KẾT QUẢ PHƯƠNG PHÁP GIẢM ĐAU TRONG CHUYỂN DẠ BẰNG GÂY TÊ NGOÀI MÀNG CỨNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ VINH

Nguyễn Hồng Trường, Lưu Đình Bình, Lê Đình Lực, Nguyễn Doãn Bình,

Nguyễn Thị Nga, Phạm Nhất Sinh

Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh

Tóm tắt

Đánh giá bước đầu kết quả phương pháp giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh. Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang trên đối tượng là 60 sản phụ có chỉ định giảm đau trong chuyển dạ bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh, sử dụng phương pháp thu thập số liệu tiến cứu trong thời gian từ tháng 03/2022 đến tháng 10/2022. Tuổi sản phụ trung bình là $27,82 \pm 5,03$ (19-38). Sinh con so 70,0%; Có 90,0% đẻ thường; Tất cả trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar 5 phút > 7 điểm. Thời gian khởi phát tác dụng giảm < 5 phút chiếm 80,0%. Không có trường hợp nào điểm đau VAS > 4. Chỉ số mạch, huyết áp mẹ và tim thai ổn định sau gây tê và chuyển dạ. Cường độ và tần số cơn co tử cung tăng dần. Tác dụng không mong muốn ít và nhẹ nhàng thoáng qua và tự khỏi: Đau lưng (5%), đau đầu (1,7%), buồn nôn, nôn (1,7%). Có 95,0% sản phụ hài lòng với phương pháp này. Phương pháp gây tê ngoài màng cứng cho hiệu quả cao trong giảm đau chuyển dạ và tương đối an toàn, không ảnh hưởng đến trẻ sơ sinh, rất ít tác dụng phụ và nhẹ nhàng. Cho mức độ hài lòng của sản phụ cao.

Từ khóa: Giảm đau, chuyển dạ đẻ, gây tê ngoài màng cứng.

1 ĐẶT VẤN ĐỀ

Vấn đề đau trong chuyển dạ vẫn thường là nỗi lo sợ, ám ảnh của mỗi sản phụ sắp đến ngày sinh nở, cơn đau có thể làm cho cuộc chuyển dạ trở nên khó khăn, phức tạp hơn. Triệu chứng đau luôn được các bác sĩ quan tâm vì nó ảnh hưởng rất lớn đến tâm lý, sinh lý của sản phụ và phục hồi chức năng của các cơ quan [1],[2]. Có nhiều phương pháp giảm đau trong chuyển dạ, từ các phương pháp không dùng thuốc như: thư giãn, liệu pháp tâm lý, đến các phương pháp châm cứu, áp điện qua da, dùng thuốc giảm đau toàn thân hoặc gây tê vùng (gây tê thần kinh then, gây tê tủy sống liều thấp, gây tê ngoài màng cứng (NMC)...). Trong đó gây tê NMC sử dụng phối hợp thuốc gây tê và giảm đau nhóm opioid là phương pháp phổ biến nhất vì có nhiều ưu điểm: hiệu quả giảm đau rất tốt, ít ảnh hưởng đến mẹ và con, dễ kiểm soát [2],[4].

Để duy trì giảm đau gây tê NMC trong quá trình chuyển dạ, người ta có thể dùng những liều bolus ngắt quãng khi sản phụ đau, dùng bơm tiêm điện truyền liên tục, hoặc bệnh nhân tự điều khiển (PCEA). Giảm đau trong chuyển dạ do bệnh nhân tự kiểm soát bằng gây tê NMC (PCEA) đã được triển khai và ứng dụng tại nhiều nước trên thế giới bắt đầu từ 1988 do Gambling mô tả [5]. Các nghiên cứu gần đây về phương pháp gây tê NMC do bệnh nhân tự kiểm soát (PCEA) đã được triển khai áp dụng tại nhiều cơ sở y tế Việt Nam cho thấy chiếm nhiều ưu điểm hơn so với các phương pháp giảm đau trong chuyển dạ khác [3],[5]. Tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh, phương pháp gây tê NMC giảm đau trong đẻ mới đưa vào tiến hành thời gian gần đây từ đầu năm 2022. Nhằm đánh giá bước đầu hiệu quả của phương pháp để đưa ra các giải pháp nhằm nâng cao hơn nữa chất lượng chất lượng điều trị cho các sản phụ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Kết quả phương pháp giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng tại bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh” với mục tiêu đánh giá bước đầu kết quả phương pháp giảm đau trong chuyển dạ bằng gây tê ngoài màng cứng tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng là các sản phụ có chỉ định giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng phương pháp gây tê ngoài màng cứng

2.2. Địa điểm nghiên cứu: tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh

Thời gian từ tháng 3/2022 đến tháng 10/2022.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tuổi thai từ 38-41 tuần tính theo kì kinh cuối. ASA I – II. Có chỉ định đẻ thường. Chuyển dạ đầu giai đoạn tích cực (khi cổ tử cung mở 3 - 5 cm) và đồng ý làm giảm đau trong đẻ.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Có chống chỉ định sinh thường đường âm đạo. Đang nhiễm trùng toàn thân, nhiễm trùng vùng thắt lưng nơi gây tê. Dị tật cột sống, chấn thương cột sống. Bệnh rối loạn đông máu. Dị ứng thuốc tê lidocain, bupivacain, fentanyl.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** phương pháp thu thập số liệu tiến cứu trong thời gian từ tháng 03/2022 đến tháng 9/2022.

- *Cỡ mẫu, phương pháp chọn mẫu:* Sử dụng công thức ước tính cỡ mẫu cho một tỷ lệ trong nghiên cứu cắt ngang:

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

Với: $Z_{21-\alpha/2}=1,96$ (chọn mức ý nghĩa thống kê $\alpha=5\%$), $d=0,07$ và $p = 0,919$ chọn theo tỷ lệ sản phụ có VAS < 4 trong cả quá trình chuyển dạ sau khi được thực hiện giảm đau gây tê NMC là 91,9% trong nghiên cứu của Phòng Quang Thủy và cộng sự[6].

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập thông tin

Các thông tin được thu thập qua thăm khám lâm sàng, theo dõi bệnh nhận, hồ sơ bệnh án của bệnh nhân tại khoa Phụ Sản để đưa vào bệnh án mẫu do nhóm nghiên cứu thiết kế sẵn.

Mẫu Bệnh án nghiên cứu được chia làm 3 phần: Phần hành chính, mô tả thông tin chung của bệnh nhân (tuổi, giới, địa dự, ngày tháng nhập viện, giờ thủ thuật, giờ đẻ ...); phần lâm sàng (mức độ đau, mạch; huyết áp, tiền triển của cổ tử cung...).

2.5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được làm sạch trước khi nhập liệu vào phần mềm SPSS 23.0 và được xử lý bằng các thuật toán thống kê.

2.6. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu thực hiện theo đề cương đã được Hội đồng Khoa học kỹ thuật thông qua và được sự đồng ý, cho phép triển khai của lãnh đạo Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích cải thiện, nâng cao chất lượng khám chữa bệnh hướng tới sự hài lòng của người bệnh. Những vấn đề về thông tin của người bệnh sẽ được đảm bảo bí mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu được triển khai với đầy đủ trang thiết bị cần thiết để thực hiện kỹ thuật giảm đau trong chuyển dạ để cùng như chăm sóc trong quá trình giảm đau trên nguyên tắc an toàn cho sản phụ và trẻ sơ sinh là trên hết.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm của bệnh nhân, cách thức đẻ

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu và cách thức đẻ (n=60)

Tuổi trung bình sản phụ (mean ± sd)		27,82 ± 5,03 (min-max: 19-38)	
Thời gian chuyển dạ ở pha tích cực (phút)		202,7 ± 265,5	
Thời gian sổ thai (phút)		20,6 ± 26,4	
Chỉ số		Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Con trong lần sinh này	Con so	42	70,0
	Con rạ	18	30,0
Cách thức đẻ	Đẻ thường	54	90,0
	Đẻ forceps	1	1,7
	Mổ lấy thai	5	8,3
Chỉ số Apgar 5 phút	>7 điểm	60	100%

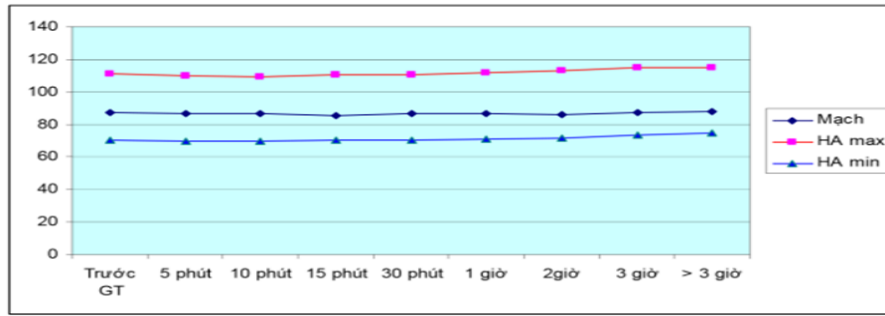
Nhận xét: Tuổi trung bình của sản phụ là 27,82 ± 5,03 (từ 19-38). Thời gian chuyển dạ ở pha tích cực là 202,7 ± 265,5 phút. Thời gian sổ thai là 20,6 ± 26,4 phút. Sản phụ sinh con so chiếm tỷ lệ chủ yếu với 70,0%. Cách thức đẻ thường chiếm đa số với 90,0%. Tất cả trẻ sơ sinh có chỉ số Apgar 5 phút > 7 điểm.

3.2. Kết quả của phương pháp giảm đau NMC trong chuyển dạ đẻ

Bảng 2. Kết quả phương pháp giảm đau NMC trong chuyển dạ đẻ (n=60)

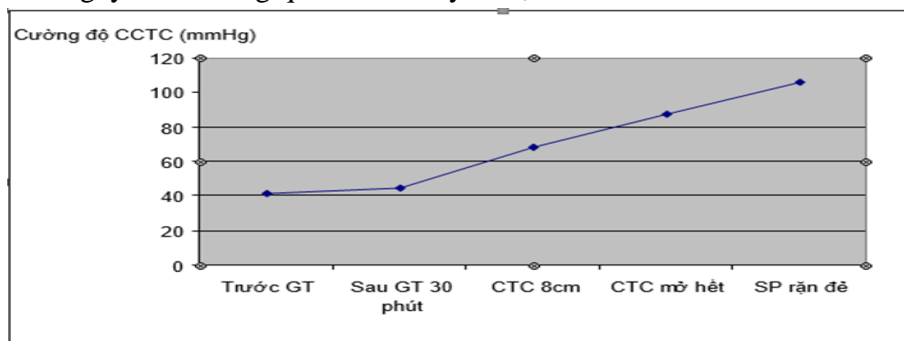
Nội dung đánh giá	Chỉ số	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Thời gian khởi phát tác dụng giảm đau	< 5 phút	48	80,0
	5-10 phút	12	20,0
	>10 phút	0	0,0
Thang điểm đau theo VAS (10 phút sau gây tê)	0: không đau	24	40,0
	1-3: đau nhẹ	36	60,0
	4-6: đau vừa	0	0,0
	7-8: đau nhiều	0	0,0
	9-10: đau dữ dội	0	0,0

Nhận xét: Thời gian khởi phát tác dụng giảm đau dưới 5 phút chiếm phần lớn với 80,0%. Sau 10 phút gây tê không có trường hợp nào có mức điểm đau VAS > 4. Trong đó VAS = 0 có 24 trường hợp chiếm 40% và 36 trường hợp điểm đau VAS từ 1 – 3 điểm chiếm 60%.



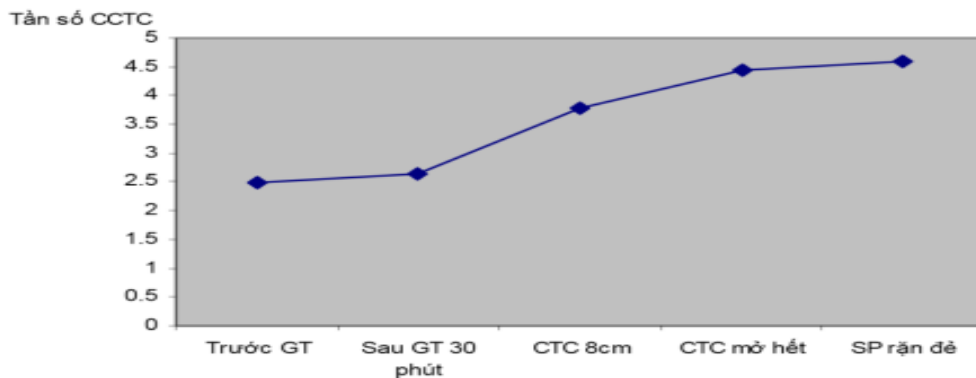
Hình 1. Thay đổi huyết áp, mạch

Nhận xét: So với trước khi gây tê, các chỉ số mạch, huyết áp tâm thu và tâm trương của sản phụ được giữ ổn định sau khi gây tê và trong quá trình chuyển dạ.



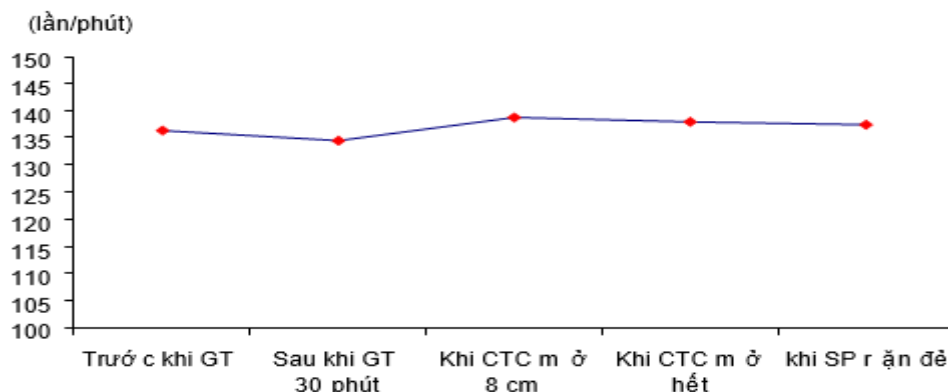
Hình 2. Thay đổi cường độ cơn co tử cung

Nhận xét: Cường độ cơn co tử cung tăng dần sau khi tiến hành gây tê giảm đau trong chuyển dạ



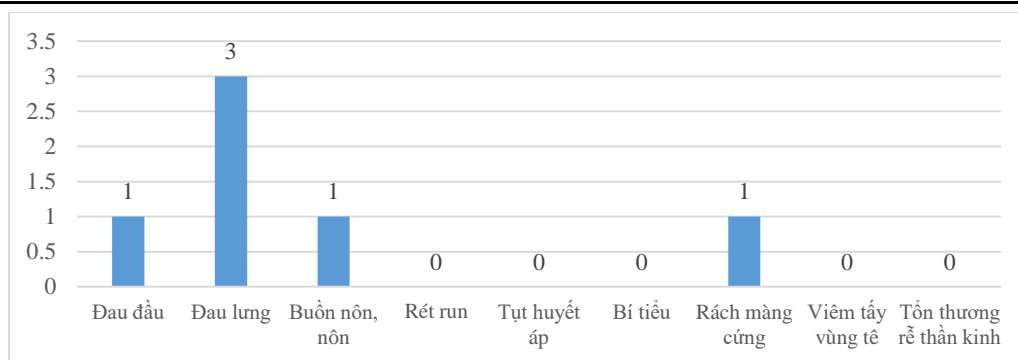
Hình 3. Thay đổi tần số cơn co tử cung

Nhận xét: Tần số cơn co tử cung tăng dần sau khi tiến hành gây tê giảm đau trong chuyển dạ



Hình 4. Thay đổi tim thai

Nhận xét: Tần số tim thai được duy trì ổn định trong quá trình sản phụ chuyển dạ sau khi tiến hành gây tê giảm đau



Hình 5. Tác dụng không mong muốn (n=60)

Nhận xét: Trong tổng số 60 sản phụ thực hiện kỹ thuật thì có 1 ca (1,7%) xuất hiện đau đầu, 3 ca (5,0%) xuất hiện đau lưng, có 1 ca (1,7%) có buồn nôn và nôn sau khi thực hiện giảm đau trong đẻ, 1 ca (1,7%) bị rách màng cứng khi chọc dò khoang NMC.

Bảng 3. Sự hài lòng của sản phụ

Hài lòng của sản phụ	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Có hài Lòng	57	95,0
Không hài lòng	3	5,0
Tổng số	60	100

Nhận xét: Trong tổng số 60 sản phụ có 57 trường hợp hài lòng với phương pháp giảm đau trong đẻ chiếm 95,0%, còn lại 3 trường hợp chưa hài lòng chiếm 5,0%.

4. BÀN LUẬN

Thời gian khởi phát tác dụng giảm đau

Trong nghiên cứu của chúng tôi các sản phụ tiến hành gây tê NMC tại thời điểm tần số con co tử cung từ 2 – 4, do đó việc đánh giá thời gian khởi phát giảm đau sẽ khá chính xác. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi (bảng 2) có thời gian khởi tê trung bình là $5,21 \pm 1,18$, nhanh nhất là 3 phút, chậm nhất là 9 phút. Kết quả này tương đồng với kết quả của Đỗ Văn Lợi[3] (trung bình $5,26 \pm 1,25$, nhanh nhất 3 phút, chậm nhất 9 phút) và nhanh hơn kết quả của Phùng Quang Thủy[6] (trung bình $6,26 \pm 1,55$, nhanh nhất 4,5 phút, chậm nhất 10 phút). Có thể kết quả khác biệt là do nghiên cứu của chúng tôi và Đỗ Văn Lợi cùng sử dụng thuốc tê Ropivacain con tác giả Phùng Quang Thủy sử dụng thuốc tê Bupivacain.

Thang điểm đau theo VAS

Giảm đau trong chuyển dạ thường được thực hiện vào pha hoạt động của giai đoạn 1 của quá trình chuyển dạ (giai đoạn 1B). Tại thời điểm này cổ tử cung mở từ 3cm trở lên, con co tử cung mau và mạnh làm gây tình trạng rất đau và do đó sản phụ thường yêu cầu giảm đau, vì vậy trước khi gây tê điểm VAS thường rất cao sản phụ đau nhiều, hoặc rất đau. Sau khi gây tê, thuốc tê phát huy tác dụng thì điểm đau giảm mạnh, sản phụ đau nhẹ hoặc không đau, tạo cảm giác rất thoải mái và dễ chịu, sản phụ có thể nghỉ ngơi, giữ sức để rặn đẻ hiệu quả hơn. Nghiên cứu của nhiều tác giả trước đây 100% sản phụ có mức độ đau và đau nhiều trước khi gây tê NMC. Tác giả Trần Văn Quang[7] có điểm VAS trước tê 6,10 đến 6,27; của tác giả James E.Heaven [8] điểm VAS trước tê 6,74 đến 6,83 và của tác giả Đỗ Văn Lợi [3] là $7,5 \pm 0,6$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau khi gây tê 5 phút và khởi phát tác dụng của thuốc tê các sản phụ có mức điểm VAS $3,5 \pm 1,5$; thấp hơn so với trước khi gây tê, tuy nhiên một số trường hợp điểm VAS có giảm nhưng vẫn ≥ 4 điểm do thời gian khởi tê dài hơn. Sau gây tê 10 phút, tất cả đều giảm đau tốt với điểm VAS < 4 . Giai đoạn kiểm soát cổ tử cung và khâu phục hồi tăng sinh môn tất cả sản phụ đều đau ít hoặc không đau với VAS < 4 . Điều này giúp sản phụ có tâm lý và tinh thần thoải mái sau sinh.

Mức độ an toàn và tác dụng không mong muốn của gây tê NMC

Thay đổi mạch, huyết áp của sản phụ (biểu đồ 1)

Sau khi tiến hành gây tê NMC, luôn và cố định catheter, bơm thuốc tê và thuốc giảm đau trung ương vào khoang NMC chúng tôi theo dõi sát sự thay đổi về sinh hiệu của sản phụ bao gồm: mạch, huyết áp tối đa, huyết áp tối thiểu qua các khoảng thời gian sau gây tê. Kết quả như sau:

Về mạch: Ở thời điểm ngay trước khi gây tê NMC tần số mạch trung bình là $87,4 \pm 8,5$ lần/phút, sau khi gây tê 5 phút tần số mạch cao nhất là $93,7 \pm 8,1$ lần/phút tăng dưới 1%. *Về huyết áp:* Ở thời điểm ngay trước khi gây tê NMC, trị số HA tối đa là $111,3 \pm 9,6$ mmHg và trị số HA tối thiểu là $70,1 \pm 10,5$ mmHg. Qua các khoảng thời gian trị số thấp nhất của HA tối đa là $107 \pm 8,6$ mmHg, HA tối thiểu là $65,6 \pm$

7,8mmHg. Sự thay đổi về mạch và chỉ số HA qua các khoảng thời gian không đáng kể và không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Điều này ghi nhận gây tê NMC trong chuyển dạ rất ít khi gây tụt huyết áp và có thể dự phòng bằng cách tuân thủ chặt chẽ các chỉ định, chống chỉ định của phương pháp, khi thực hiện gây tê cho sản phụ nằm nghiêng trái để tránh tử cung đè vào tĩnh mạch chủ dưới và sau khi gây tê phải theo dõi sát để phát hiện, xử lý kịp thời các tai biến của phương pháp. Gây tê NMC là phương pháp an toàn đối với các sản phụ bình thường và các sản phụ có bệnh lý kèm theo.

Thay đổi về tim thai, cường độ cơn co tử cung, tần số cơn co tử cung (hình 2,3,4).

Về tim thai: Kết quả nghiên cứu cho thấy tần số tim thai trung bình tại các thời điểm sau gây tê 30 phút, khi cổ tử cung mở 8cm, khi cổ tử cung mở hết, khi rặn đẻ sau khi gây tê NMC thay đổi rất ít so với thời điểm trước khi gây tê NMC. Kết quả này tương đồng với nhiều nghiên cứu của các tác giả khác về ảnh hưởng của gây tê NMC lên thai nhi [6],[8]. Qua đó chúng tôi nhận thấy gây tê NMC không ảnh hưởng hoặc ảnh hưởng rất ít đến tần số tim thai trong chuyển dạ.

Về cơn co tử cung: Theo một số nghiên cứu, phương pháp gây tê NMC có tác dụng làm giảm cơn co tử cung nhưng có thể tự hồi phục bằng Oxytocin ngoại sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tần số và cường độ cơn co tử cung tăng dần theo các giai đoạn của quá trình chuyển dạ nhờ sự theo dõi và can thiệp của các bác sĩ sản khoa, các đặc điểm cơn co tử cung được đảm bảo ổn định và đúng với sinh lý thông thường của quá trình chuyển dạ [8],[10].

Tác dụng không mong muốn trên sản phụ

Đau đầu: Trong nghiên cứu của chúng tôi gặp đau đầu chiếm 1,7% và là những đau đầu thông thường: nhức nửa bên đầu, căng thẳng, mức độ nhẹ và không điển hình các triệu chứng như trong y văn. Sản phụ được hướng dẫn và theo dõi giãn tiếp quá trình đau đầu đều giảm khi uống thuốc giảm đau thông thường và mất hẳn trong vòng một tuần. *Đau lưng:* Đau lưng là triệu chứng có thể gặp bất kỳ thời gian nào trong quá trình mang thai và đau tăng lên, nhiều hơn vào những tháng cuối, chiếm 50% các trường hợp. Đau lưng sau sinh thường xảy ra dù có gây tê hay không gây tê NMC và chúng ta rất khó để có thể phân biệt đau lưng sau sinh thông thường hay đau lưng là tác dụng phụ của phương pháp. Trong nghiên cứu có 3 sản phụ đau lưng sau sinh chiếm tỷ lệ 5,0% và đau giảm dần dưới 10 ngày mà không cần điều trị. *Buồn nôn và nôn:* có 1 sản phụ buồn nôn và nôn chiếm 1,7%, không có triệu chứng khác kèm theo. Trong trường hợp này chúng tôi giải thích để sản phụ an tâm, bớt căng thẳng lo sợ, hướng dẫn hít thở sâu và cho thở Oxy hỗ trợ. Kết quả của chúng tôi thấp hơn của tác giả Phan Thị Hòa [9] là 4,5%. *Rách màng cứng:* có 1 trường hợp bị rách màng cứng khi chọc dò bằng kim Touhy, chiếm 1,7%. Các nghiên cứu của các tác giả khác tỷ lệ này chiếm từ 0,5 đến 5% số chọc dò đưa đến nguy cơ tê tuỷ sống toàn bộ ảnh hưởng đến hô hấp, tuần hoàn và đau đầu về sau nếu bơm thuốc tê mà không đánh giá được [6],[10]. Trường hợp này đã được phát hiện kịp thời và chuyển vị trí chọc dò sau đó thực hiện gây tê NMC thành công. Sản phụ được theo dõi sát sau khi rách màng cứng nhưng không có bất thường gì sau đó. Ngoài ra trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không gặp các tai biến, biến chứng như rối loạn tiểu tiện, tụt máu NMC, áp xe NMC, tổn thương các rễ thần kinh.

Sự hài lòng của sản phụ

Hiệu quả giảm đau tốt kết hợp với các tác dụng không mong muốn tối thiểu mang đến sự hài lòng cho sản phụ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có 57 trường hợp hài lòng với phương pháp giảm đau trong đẻ chiếm 95%, còn lại 3 trường hợp chưa hài lòng chiếm 5% do tác dụng phụ đau đầu, đau lưng và buồn nôn, nôn sau gây tê. Theo một số nghiên cứu của các tác giả [8],[10], hiệu quả giảm đau của gây tê NMC trong chuyển dạ để đạt được từ 96%-100%, trong nghiên cứu của chúng tôi tuy mới triển khai kỹ thuật gây tê NMC nhưng hiệu quả vẫn đạt 100%, điều này chứng tỏ sự cố gắng nỗ lực của các bác sĩ gây mê hồi sức đã không ngừng học hỏi kinh nghiệm, cải tiến kỹ thuật để giảm thiểu các nguy cơ của gây tê NMC để đạt được tỉ lệ thành công 100%.

5. KẾT LUẬN

Gây tê ngoài màng cứng cho kết quả giảm đau trong đẻ đạt hiệu quả cao, biểu hiện qua các kết quả như: Thời gian khởi phát giảm đau nhanh, trung bình là $5,21 \pm 1,18$ nhanh nhất là 3 phút và chậm nhất là 9 phút. Tất cả các sản phụ trong nghiên cứu không có trường hợp nào có mức điểm đau VAS > 4, trong đó 40% hết đau hoàn toàn và 60% đau nhẹ. Gây tê ngoài màng cứng để giảm đau trong đẻ tương đối an toàn: Không làm thay đổi tiến triển của cơn co tử cung bao gồm cường độ cơn co và tần số trong quá trình chuyển dạ, không làm thay đổi tần số tim thai. Không thấy có sự ảnh hưởng lên tuần hoàn của sản phụ bao gồm: nhịp tim, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương. Đồng thời tác dụng không mong muốn cũng tương đối ít và nhẹ nhàng: Đau lưng (5%), đau đầu (1,7%), buồn nôn, nôn (1,7%). Các triệu chứng này thoáng qua và tự khỏi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tsui BC, T.Finucane B. “Managing Adverse Outcomes during Regional Anesthesia”. Anesthesiology. Chapter 49, Volume 1, Medical Books, McGraw – Hill; 2008:p.1053- 1080.
2. Chua NP, Sia AT, Ocampo CE. “Parturient-controlled epidural analgesia during labour: bupivacaine vs ropivacaine Anaesthesia”. British Journal of Anesthesia, Jul Volume 56, Issue 12. 2008:p.1169-1173.
3. Đỗ Văn Lợi. “Nghiên cứu hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ của phương pháp gây tê ngoài màng cứng do và không do bệnh nhân tự điều khiển”. Luận án Tiến sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2017.
4. Nguyễn Ngọc Thọ. Gây tê Ngoài màng cứng giảm đau trong chuyển dạ. 2020. Hội thảo Gây mê - Hồi sức toàn quốc. Tạp chí Gây mê - Hồi sức Việt Nam.
5. Cunningham. FG. “Obstetrics Anesthesia”. Williams Obstetric. 2005:p.474- 478.
6. Phùng Quang Thủy, Cao Ngọc Thành, Trương Quang Vinh. Nghiên cứu ứng dụng phương pháp để không đau bằng gây tê ngoài màng cứng. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế - Số 9. 2012;tr.31-41.
7. Trần Văn Quang, Bùi Ích Kim. “Đánh giá hiệu quả giảm đau trong chuyển dạ đẻ bằng gây tê ngoài màng cứng levobupivacain phối hợp với fentanyl ở các nồng độ và liều lượng khác nhau”. Luận văn tốt nghiệp Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội; 2011.
8. E.Heavner J, Rach GB, Day M, al e. “Percutaneous epidural neuroplasty. Regional Nerve Blocks and Infiltration Therapy”. Textbook and Color Atlas, 3rd Edition, Blackwell Publishing,. 2004:p.381 – 390.
9. Phan Thị Hòa. “Hiệu quả giảm đau Sản khoa bằng Gây tê ngoài màng cứng tại Khoa Sản Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương”. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú. Trường Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh; 2007.
10. Nguyễn Duy Hưng, Nguyễn Quốc Tuấn. “Đánh giá hiệu quả của gây tê ngoài màng cứng lên cuộc chuyển dạ đẻ trên sản phụ đẻ con so tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 12/2010 đến tháng 4/2011”. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ Nội trú. Trường Đại học Y Hà Nội; 2011.

Abstract

**RESULTS OF ANALGESIA IN TRAVAIL WITH EPIDURAL ANESTHESIA
AT VINH CITY GENERAL HOSPITAL**

**Nguyen Hong Trung, Luu Dinh Binh, Le Dinh Luc, Nguyen Doan Binh,
Nguyen Thi Nga, Phạm Nhật Sinh**

Vinh City General Hospital

Assess rudiment of results of pain relief in travail with epidural anesthesia at Vinh City General Hospital. The study used a cross-sectional design on the subjects of 60 by-products that only had an analgesic effect during labor by means of hard anesthesia at Vinh City General Hospital, using the data collection method. progress in the period from March 2022 to October 2022.

The mean maternal age was 27.82 ± 5.03 (19-38). Giving birth compared to 70.0%; There are 90.0% vaginal birth; All neonates had a 5-minute Apgar score > 7 points. The time of onset of effects decreased < 5 minutes, accounting for 80.0%. There was no case of pain score VAS>4. Pulse index, maternal blood pressure and fetal heart rate were stable after anesthesia and labor. The intensity and frequency of uterine contractions gradually increase. Side effects are few and mild transient and self-limiting: Back pain (5%), headache (1.7%), nausea, vomiting (1.7%). There are 95.0% of women satisfied with this method. Epidural anesthesia is highly effective in reducing labor pain and is relatively safe, does not affect the newborn, has very few side effects and is gentle. For a high level of maternal satisfaction.

Keywords: Pain relief, travail, epidural anesthesia.

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Cao Bá Lợi

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT BẰNG PHƯƠNG PHÁP PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TUYẾN TIỀN LIỆT TRIỆT ĐỂ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ VINH

**Nguyễn Hồng Trường, Trần Đức Trọng, Nguyễn Trọng Hiếu, Trần Văn Phi,
Phạm Nhất Sinh**

Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh

Tóm tắt

Nhận xét kết quả bước đầu điều trị ung thư tuyến tiền liệt bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt triệt để tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh giai đoạn 2021-2022. Nghiên cứu mô tả loạt trường hợp bệnh trên đối tượng là 6 bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt triệt để tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh từ tháng 12/2021 đến tháng 08/2022. Tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 71,33 tuổi. Tất cả bệnh nhân đều có rối loạn tiểu tiện trước mổ. Trọng lượng tuyến tiền liệt trung bình 91,04 gram. Nồng độ PSA toàn phần trung bình trước mổ 50,38ng/ml. Thời gian phẫu thuật trung bình là 142,5 phút, lượng máu mất trong mổ chủ yếu ít hơn 500ml, không có biến chứng trong và sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình 12,5 ngày. Phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt triệt để là một phương pháp an toàn, hiệu quả trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt ở giai đoạn khu trú.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt triệt để, ung thư tuyến tiền liệt.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tuyến tiền liệt (UTTTL) là bệnh ung thư được chẩn đoán phổ biến thứ hai ở nam giới, ước tính có khoảng 1,1 triệu ca chẩn đoán trên toàn thế giới vào năm 2012, chiếm 15% tổng số ca ung thư được chẩn đoán[1]. Việc điều trị ung thư tuyến tiền liệt phụ thuộc vào giai đoạn của bệnh. Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn được chỉ định cho các trường hợp bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt ở giai đoạn T1, T2 và T3a chưa có di căn hạch, túi tinh và xương; bệnh nhân còn khỏe, kì vọng sống trên 10 năm sau phẫu thuật. Trước đây mổ mở cắt tuyến tiền liệt triệt để được thực hiện trong phần lớn các trường hợp, tuy nhiên phương pháp này còn nhiều trở ngại về tỷ lệ tai biến và tử vong, đặc biệt là kéo dài thời gian nằm viện. Đầu những năm 1980 với sự tiến bộ vượt bậc về kỹ thuật nội soi, Phẫu thuật nội soi (PTNS) bắt đầu được áp dụng trong y học. Hiện nay, PTNS cắt tuyến tiền liệt triệt để nói chung và PTNS có hỗ trợ của robot đang được xem là một trong những bước tiến mới trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt, giúp giảm thời gian nằm viện và tăng hiệu quả điều trị bệnh, tuy nhiên về mặt chi phí, PTNS có hỗ trợ của robot đang là trở ngại cho phần lớn bệnh nhân. Do đó, PTNS cắt tuyến tiền liệt triệt để đang là hướng đi phù hợp và có triển vọng để triển khai hơn cả. Năm 1997, Schuessler là người đầu tiên thực hiện thành công PTNS cắt tuyến tiền liệt tận gốc. Tuy nhiên, kết quả phẫu thuật chưa đủ sức thuyết phục vì thời gian phẫu thuật dài (8-11 giờ)[2]. Từ đó đến nay, cùng với sự cải thiện của các dụng cụ nội soi và dụng cụ ghi hình, các phẫu thuật viên trên thế giới đã không ngừng hoàn thiện kĩ thuật mổ và mang lại nhiều kết quả tốt hơn. Tiên phong và thành công trong lãnh vực này là Abbou và Guillonneau. Kết quả từ các công trình này rất khả quan, tỉ lệ thành công của phẫu thuật nội soi tương đương với phẫu thuật mở[3]. Tại Việt Nam, vào năm 2004, PTNS cắt tuyến tiền liệt tận gốc bắt đầu được thực hiện tại Bệnh Viện Chợ Rẫy. Tác giả Trần Ngọc Sinh và cộng sự báo cáo một trường hợp PTNS ngoài phúc mạc cắt tiền liệt tuyến tận gốc[4]. Năm 2006, tác giả Vũ Lê Chuyên và cộng sự báo cáo 11 trường hợp phẫu thuật tuyến tiền liệt tận gốc tại Bệnh Viện Bình Dân, trong đó có 4 trường hợp PTNS[5]. Hiện nay kỹ thuật này chủ yếu được thực hiện tại các trung tâm lớn chuyên khoa về tiết niệu.

Tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Vinh, là một bệnh viện tuyến huyện hạng II, chúng tôi triển khai PTNS cắt tuyến tiền liệt triệt để trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt từ cuối năm 2021. Chính vì vậy, chúng tôi quyết định thực hiện nghiên cứu nhằm tổng kết kinh nghiệm và đánh giá hiệu quả của phương pháp phẫu thuật này.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: những bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTTTL và được điều trị bằng phẫu thuật cắt tiền liệt tuyến triệt căn tại khoa Ngoại tổng hợp, bệnh viện đa khoa thành phố Vinh, từ tháng 12/2021 đến tháng 08/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có UTTTL giai đoạn T1, T2 và T3a chưa có di căn hạch, túi tinh và xương. Bệnh nhân còn khỏe, kỳ vọng sống trên 10 năm sau phẫu thuật. ASA \leq 3, bệnh lý nội khoa đã ổn định.

Tiêu chuẩn loại trừ: UTTL giai đoạn T4, có di căn hạch, di căn xa. Các bệnh nhân sức khỏe yếu, tuổi cao hoặc có nhiều bệnh lý nặng khác. Các bệnh nhân được điều trị và theo dõi nằm ngoài thời gian nghiên cứu.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh, tỉnh Nghệ An

Thời gian từ tháng 12/2021 đến tháng 08/2022.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu sử dụng thiết kế mô tả loạt trường hợp bệnh (case series).

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu toàn bộ gồm 06 trường hợp thỏa tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu.

2.4. Phương pháp phẫu thuật: PTNS cắt tuyến tiền liệt triệt để.

Tư thế bệnh nhân: Nằm ngửa, chân hơi dạng. Vô cảm: Gây mê nội khí quản. Kỹ thuật: Đặt sonde Foley qua niệu đạo trên bàn mổ trước khi rạch da.

Bước 1: Đặt 3 Troca vùng hạ vị, lắp máy. **Bước 2:** Giải phóng mặt trước TTL. Bóc tách mặt trước BQ đến sát xương mu, bóc tách 2 bên thành chậu đến cân nội chậu. Xé cân nội chậu, bóc tách dọc theo 2 thành bên tuyến tiền liệt (TTL) đến niệu đạo. Bóc tách dây chằng mu TTL, cắt dây chằng sau TTL. Không chế đám rối tĩnh mạch bằng các mũi chỉ khâu, cắt phức hợp tĩnh mạch dương vật, đám rối tĩnh mạch Santorini, cầm máu trên cơ thắt vằn, rạch cân chậu. **Bước 3:** Bộc lộ và cắt niệu đạo. Bộc lộ và cắt niệu đạo màng. **Bước 4:** Giải phóng mặt sau TTL. Giải phóng mặt sau TTL theo cân Denonvilliers, cắt các nhánh bên bó mạch thần kinh bì có bảo vệ thần kinh cương. **Bước 5:** Cắt toàn bộ TTL sát cổ bàng quang và cắt 2 túi tinh. Cắt toàn bộ TTL sát cổ bàng quang, cắt 2 túi tinh và thừng tinh. Bóc tách 2 thành bên TTL, thực hiện phẫu thuật bảo tồn bó mạch thần kinh khi ung thư không xâm lấn, những ung thư có kích thước nhỏ, không có rối loạn cương dương. Để hạn chế tổn thương bó mạch thần kinh chạy dọc thành sau bên TTL và mặt sau niệu đạo khi mổ, cần tránh lôi kéo TTL lên quá nhiều, hạn chế sử dụng dao điện khi bóc tách, nhất là vùng đỉnh và thành sau bên TTL, đây là những vị trí mà TK đi sát TTL. **Bước 6:** Tạo hình cổ bàng quang và nối cổ bàng quang-niệu đạo sau. Sau khi tạo hình cổ bàng quang, khâu nối cổ bàng quang vào niệu đạo sau bằng chỉ, khâu mũi liên tục hoặc mũi rời, đặt ống Foley vào bàng quang. **Bước 7:** Đặt dẫn lưu khoang Retzius và đóng cân cơ da 2 lớp. Chăm sóc bệnh nhân sau mổ: bệnh nhân nhịn ăn, truyền dịch và bổ sung dinh dưỡng cho đến khi trung tiện được, dùng kháng sinh và giảm đau sau mổ, ống dẫn lưu rút khi đánh giá không còn thấy ra dịch. Cắt chỉ sau mổ 7 ngày, bệnh nhân được mang sonde niệu đạo khi ra viện và rút sonde sau 7-10 ngày.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu chỉ được thực hiện theo Đề cương đã thông qua bởi Hội đồng khoa học và có sự đồng ý Ban giám đốc Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh. Nghiên cứu có sự đồng ý tự nguyện tham gia của bệnh nhân trên nguyên tắc đảm bảo giữ bí mật các thông tin cá nhân, thông tin liên quan đến sức khỏe người bệnh. Về đảm bảo an toàn cho bệnh nhân: bệnh nhân được hỏi bệnh, thăm khám, chỉ định cận lâm sàng bởi chính bác sỹ điều trị có nhiều kinh nghiệm tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh, có sự đồng ý bằng văn bản. Nghiên cứu với mục đích cung cấp thông tin tổng quát về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư tiền liệt tuyến cũng như hiệu quả bước đầu điều trị cắt tuyến tiền liệt bằng phương pháp nội soi. Từ đó giúp các bác sỹ có thêm cơ sở nâng cao chất lượng điều trị cho bệnh nhân chứ không nhằm bất kỳ mục đích nào khác.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt được phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt triệt để tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh

Từ tháng 12/2021 đến tháng 08/2022, có 06 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt triệt để thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, với các kết quả sau

Bảng 1. Một số đặc điểm bệnh nhân trong nghiên cứu (n=6)

Đặc điểm		Giá trị (Kết quả)
Tuổi		71,33 (63-78)
Lí do vào viện	Đái khó	33,33 %
	Bí đái	66,67%
Mức độ rối loạn tiểu tiện trước mổ	Trung bình	83,33%
	Nặng	16,67%

Các dấu hiệu lâm sàng khi thăm trực tràng	Bình thường	33,33 %
	Nghi ngờ có u	66,67%
Nồng độ PSA trước mổ (ng/ml)		50,38
Dấu hiệu nghi ngờ trên siêu âm qua thành bụng	Có	66,67%
	Không	33,33%
Kích thước trung bình tuyến tiền liệt trước mổ (gram)		91,04 (34-115)
Kết quả đánh giá trên phim CLVT	Khu trú 1 thùy	16,67%
	Khu trú 2 thùy	83,33%

Nhận xét: Tuổi trung bình là 71,33 tuổi, cao nhất là 78 tuổi và thấp nhất là 63 tuổi. Tất cả các bệnh nhân trước mổ đều có triệu chứng rối loạn đường tiểu dưới từ mức trung bình (83,33%) cho đến mức nặng (16,67%), với triệu chứngเด่น nhất là đái khó (33,33%) và bí đái (66,67%). Các dấu hiệu thăm khám trực tràng trước mổ nhận thấy 66,67% có nghi ngờ khối u. Tất cả bệnh nhân đều có kết quả xét nghiệm PSA trước mổ ở mức cao trên 20 ng/ml, nồng độ PSA trung bình trước mổ là 50,38 ng/ml. Siêu âm trước mổ nhận thấy kích thước tuyến tiền liệt của các bệnh nhân trung bình 91.04gram, trong đó lớn nhất là 115gram và nhỏ nhất là 34gram. Siêu âm qua thành bụng thấy 66,67% bệnh nhân có dấu hiệu nghi ngờ, nhu mô tuyến tiền liệt không đồng nhất. Trên phim chụp CLVT có tiêm thuốc cản quang thấy còn khu trú trong các thùy của tuyến tiền liệt: 83,33% khu trú 2 thùy, 16,67% khu trú 1 thùy.

3.2. Nhận xét kết quả bước đầu điều trị ung thư tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt triệt để tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Vinh giai đoạn 2021-2022.

Trong quá trình phẫu thuật 6 bệnh nhân không có trường hợp nào có tổn thương trong mổ và không có biến chứng sau mổ.

Bảng 2. Nhận xét một số kết quả bước đầu (n=6)

Nội dung đánh giá sau mổ		Giá trị (Kết quả)
Thời gian phẫu thuật (phút)		142,5 (45-240)
Lượng máu mất trong mổ	<500ml	66,67%
	500-1000ml	33,33%
Thời gian lưu sonde bàng quang	<7 ngày	50,0%
	7-14 ngày	33,33%
	>14 ngày	16,67%
Thời gian nằm viện (ngày)		12,5 (7-21)
Mức độ rối loạn tiểu tiện sau mổ	Không có rối loạn	83,33%
	Mức độ nhẹ	16,67%
Mức độ tăng PSA sau mổ 21 ngày		0,0%

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình là 142,5 phút, trong đó thời gian phẫu thuật ngắn nhất là 45 phút và lâu nhất là 240 phút. Lượng máu mất trong mổ chủ yếu dưới 500ml (66,67%). Thời gian lưu sonde bàng quang chủ yếu ngắn dưới 7 ngày. Thời gian nằm viện trung bình là 12.5 ngày, ngắn nhất là 7 ngày, lâu nhất là 21 ngày. Sau mổ chỉ có 1 bệnh nhân còn rối loạn tiểu tiện mức độ nhẹ (16,67%), và không có bệnh nhân nào có tăng PSA trở lại sau mổ 21 ngày.

4. BÀN LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân: trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là 71,33 tuổi, nhóm tuổi mắc bệnh hầu hết ở độ tuổi trên 70 tuổi, kết quả này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước về độ tuổi của bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt. Đa số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi đều có rối loạn tiểu tiện ở mức độ trung bình đến nặng, với lí do đến khám khi đã bí đái (66,67%), hay đái khó (33,33%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có phần khác biệt với các nghiên cứu trước đó của tác giả Nguyễn Hồng Long khi có 50,0% bệnh nhân đái dắt, có 34,7% là đái khó[6]. Trong khi đó nghiên cứu của tác giả Vũ Xuân Huy thì triệu chứng tiểu khó là 41,3%, tiểu dắt 30,7%, bí tiểu 30,7%. Chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt này là do các bệnh nhân mà chúng tôi nghiên cứu đang có tâm lý chủ quan với bệnh, chỉ thực khi mà bệnh lý đã tiến triển đến mức nặng nề (bí đái) rồi mới đi khám nhập viện điều trị. Khi thăm khám trực tràng các bệnh nhân trước mổ chúng tôi nhận thấy đa số bệnh nhân có dấu hiệu nghi ngờ (66,67%), bao gồm các dấu hiệu sờ thấy nhân cứng, di động kém. Kết quả này cũng tương tự với kết quả của tác giả Nguyễn Hồng Long năm 2001 khi phát hiện 67,4% bệnh nhân có dấu hiệu nghi ngờ khi thăm khám trực tràng.

Từ những đặc điểm lâm sàng nói trên, chúng tôi tiếp tục thực hiện các cận lâm sàng khác để phục vụ chẩn đoán và điều trị. Kết quả siêu âm qua thành bụng cho thấy có sự khác biệt về kích thước tuyến tiền liệt các mẫu nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác của các tác giả khác. Có sự khác biệt này có thể giải thích do các bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi đến viện thăm khám với các triệu chứng lâm sàng đã rõ ràng và khi đó siêu âm thường phát hiện tuyến tiền liệt có khối lượng rất lớn. Bên cạnh đó, nồng độ PSA trung bình của nhóm bệnh nhân là 50,38 ng/ml, trong đó mẫu nghiên cứu có nồng độ PSA cao nhất là 99,9ng/ml. Kết quả của chúng tôi gần tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Liên[8] trên 10 bệnh nhân giai đoạn 2021-2022 là 55,21ng/ml và thấp hơn khá nhiều so với nghiên cứu của tác giả Vũ Xuân Huy (2011)[7] là 155,7 ng/ml. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có thể lý giải tất cả các bệnh nhân được lựa chọn khi mà ung thư tuyến tiền liệt đang ở giai đoạn khu trú, do đó nồng độ PSA thấp hơn các nghiên cứu khác.

Về đánh giá hiệu quả ban đầu phương pháp phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt triệt căn: Phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt triệt căn (hay phẫu thuật cắt tuyến tiền liệt tận gốc) là một phương pháp phẫu thuật điều trị hiệu quả nhất cho các bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt ở giai đoạn còn khu trú, chưa có di căn hạch và di căn xa. Phương pháp này được áp dụng lần đầu từ những năm 1905 của Young, trải qua hơn 100 năm qua đã có nhiều cải tiến để phù hợp với thực tiễn và nâng cao hiệu quả điều trị. Trong nghiên cứu lần này, chúng tôi đã áp dụng phương pháp PTNS cắt toàn bộ tuyến tiền liệt. Đây là một phương pháp phẫu thuật mới không chỉ với riêng Bệnh viện đa khoa thành phố Vinh mà còn với các đơn vị bệnh viện trên cả nước. Tuy vậy nhưng phương pháp này bước đầu đã mang lại những kết quả đáng kể. Thời gian phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong đánh giá ưu điểm của mỗi phương pháp phẫu thuật, có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến thời gian phẫu thuật như giai đoạn ung thư, tình trạng chảy máu trong mổ, kích thước tuyến tiền liệt và đặc biệt là kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình là 142,5 phút. Thời gian này tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Long (2020) với thời gian phẫu thuật trung bình là $136 \pm 34,96$ phút. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi cũng ngắn hơn thời gian phẫu thuật trung bình của tác giả Vũ Lê Chuyên (2014) có thời gian mổ là $212,7 \pm 72,86$ phút[5] và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đình Liên với 317 ± 65 (210-420 phút) Sở dĩ có sự khác biệt như vậy là vì trong nghiên cứu của chúng tôi và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Long chủ yếu phẫu thuật cắt toàn bộ tuyến tiền liệt nhưng không kèm nạo hạch, trong khi đó tác giả Vũ Lê Chuyên lại tiến hành trên đa số bệnh nhân có nạo vét hạch nên thời gian phẫu thuật lâu hơn. Về lượng máu mất trong mổ: Trong nghiên cứu của chúng tôi, lượng máu mất chủ yếu ở mức < 500 ml, chỉ có 2 bệnh nhân có lượng máu mất trong mổ từ 500-1000ml, nguyên nhân là do khối lượng tuyến tiền liệt lớn, tăng sinh nhiều mạch máu khiến cho việc bóc tách tuyến tiền liệt và thao tác cầm máu trở nên khó khăn hơn nhiều. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có bệnh nhân nào cần phải truyền máu trong và sau mổ vì nguyên nhân mất máu trong mổ. Số lượng máu mất trong mổ của chúng tôi ít hơn so với nghiên cứu của Vũ Lê Chuyên và cộng sự năm 2006, lượng máu mất là $865,22 \pm 692,56$ ml[5]. Nguyên nhân là việc bóc các hạch chậu do xâm lấn khiến cho nguy cơ chảy máu tăng lên và việc cầm máu trở nên khó khăn hơn.

Theo Y văn thế giới thì tỷ lệ gặp biến chứng hẹp niệu đạo và hẹp cổ bàng quang là 2-3%[8,9]. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Long [6] năm 2020 có 3/45 bệnh nhân có tổn thương niệu quản trong mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có tổn thương trong mổ cũng như biến chứng sau mổ, chỉ có 1 bệnh nhân đến khám lại có triệu chứng rối loạn tiểu tiện ở mức độ nhẹ, bệnh nhân này được hướng dẫn tập luyện và điều trị nội khoa giúp cải thiện sau đó. Khám lại sau mổ 21 ngày, chúng tôi cũng không ghi nhận trường hợp bệnh nào có tăng PSA trở lại. Tương tự trong nghiên cứu của Nguyễn Đình Liên [8] thì cũng cho thấy PSA toàn phần sau mổ 1-3 ngày đã giảm từ 55,21ng/ml xuống 22,21ng/ml.

Thời gian lưu sonde bàng quang và thời gian nằm viện có liên quan mật thiết đến kết quả phẫu thuật và chăm sóc hồi phục hậu phẫu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số các bệnh nhân nghiên cứu có thời gian lưu sonde bàng quang dưới 2 tuần, thời gian nằm viện trung bình là 12,5 ngày. Trong đó chỉ có 1 bệnh nhân có thời gian lưu sonde bàng quang hơn 2 tuần là do bệnh nhân dương tính với Covid-19 nên cần thời gian để điều trị cách ly.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt tuyến tiền liệt triệt để là một bước tiến lớn trong điều trị ung thư tuyến tiền liệt ở giai đoạn T1, T2 và T3a chưa có di căn hạch, túi tinh và xương. Đây là phẫu thuật có độ khó cao

nhưng an toàn và có thể áp dụng khả thi bởi phẫu thuật viên có kinh nghiệm. Chúng tôi báo cáo 06 trường hợp bệnh thực hiện đầu tiên tại bệnh viện đa khoa thành phố Vinh, mặc dù cỡ mẫu còn hạn chế nhưng bước đầu cho thấy tính an toàn, hiệu quả của phẫu thuật. Đây là cơ sở để triển khai và áp dụng rộng rãi, tiếp tục theo dõi và đánh giá những kết quả trung và dài hạn của phương pháp phẫu thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. *International Journal of Cancer*. 2012;doi:10.1002/ijc.29210
2. Schuessler WW, Schulam PG, Clayman RV, Kavoussi LR. Laparoscopic radical prostatectomy: initial short-term experience. *Urology*. 1997;857. doi:10.1016/S0090-4295(97)00543-8
3. Guillonneau B., Rozet F., Cathelineau X., et al. Perioperative complications of laparoscopic radical prostatectomy: the Montsouris 3-year experience. *J Urol*. 2002;56.
4. Trần Ngọc Sinh, Fabienne Absil, Thái Minh Sâm. Nhân 1 trường hợp cắt tuyến tiền liệt toàn phần bằng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc trên bệnh nhân bướu ác tuyến tiền liệt tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh*. 2004;8(2):3.
5. Vũ Lê Chuyên, Vũ Văn Ty, Nguyễn Tuấn Vinh và cộng sự. Phẫu thuật triệt để ung thư tiền liệt tuyến qua nội soi ổ bụng kinh nghiệm bước đầu qua 23 trường hợp. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, số 4, tập 10/2006.
6. Nguyễn Hồng Long. Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến tiền liệt bằng phẫu thuật mổ mở cắt tuyến tiền liệt tận gốc. Trường Đại học Y Hà Nội. 2020;
7. Vũ Xuân Huy. Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị Ung thư Tuyến Tiền Liệt giai đoạn IV. Luận văn thạc sỹ Y học chuyên ngành ung thư, Trường Đại học Y Hà Nội: Hà Nội. 2011.
8. Nguyễn Đình Liên, Mai Văn Lực, Tô Minh Hùng. Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc cắt toàn bộ tuyến tiền liệt với ung thư tuyến tiền liệt khu trú: Kinh nghiệm ban đầu tại Bệnh viện E. *Tạp chí Y học Việt Nam*. Tập 525, tháng 4, số 1A; 2023.
9. Oelke M, Bachmann A, A D, et al. EAU guidelines on the treatment and follow-up of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. *Eur Urol*. 2013;doi:10.1016/j.eururo.2013.03.004.
10. Herrmann TR, Liatsikos EN, Nagele U, Traxer O, M A. EAU guidelines on laser technologies. *European Association of Urology*. 2011;doi:10.1016/j.eururo.2012.01.010

Abstract

THE INITIAL RESULTS OF PROSTATE CANCER TREATMENT BY LAPAROSCOPIC RADICAL PROSTATECTOMY AT VINH CITY GENERAL HOSPITAL

Nguyen Hong Trong, Tran Duc Trong, Nguyen Trong Hieu, Tran Van Phi, Phạm Nhật Sinh
Vinh City General Hospital

Receive initial results of prostate cancer test treatment by laparoscopic prostatectomy at Vinh City General Hospital in the period 2021-2022. This study describes a series of cases involving 6 patients undergoing laparoscopic radical prostatectomy at Vinh City General Hospital from December 2021 to August 2022. Average age is 71.33 years. All patients had LUTs before surgery. Average prostate weight is 91.04 gram. Mean total PSA concentration before surgery 50.38 ng/ml. Average operation time 142.5 minutes, blood loss is mainly less than 500ml. No complications during surgery and after surgery. Average hospital stay 12.5 day. Laparoscopic radical prostatectomy is a safe and effective method of treating localized prostate cancer

Keywords: Laparoscopic radical prostatectomy, Prostate cancer.

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Cao Bá Lợi

Ngày nhận bài: 09/10/2023
Ngày gửi phản biện: 12/10/2023
Ngày đăng bài: 30/10/2023

MÔ HÌNH BỆNH MẮT Ở NGƯỜI CAO TUỔI TRONG CỘNG ĐỒNG TẠI TỈNH NGHỆ AN

Trần Tất Thắng, Nguyễn Sa Huỳnh

Bệnh viện Mắt Nghệ An

Tóm tắt

Tìm hiểu mô hình bệnh mắt và số yếu tố liên quan đến mô hình bệnh mắt ở người cao tuổi trong cộng đồng tại tỉnh Nghệ An. Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 25040 người cao tuổi ở 18/21 huyện, thị xã, thành phố tại tỉnh Nghệ An từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 11 năm 2022. Tỷ lệ mắc bệnh mắt cần điều trị ở người cao tuổi trong cộng đồng là 23,92%, tỷ lệ không mắc bệnh là 76,08%. Trong đó tỷ lệ từng bệnh mắt ở người cao tuổi trong cộng đồng cao nhất là đục thể thủy tinh (15,06%), mộng thịt 5,78%, tỷ lệ bệnh nhiễm trùng là 0,28%. Tỷ lệ mắc bệnh mắt cao nhất ở vùng đồng bằng ven biển (29,50%) và thấp nhất ở vùng miền núi (17,82%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$), không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ. Cơ cấu các bệnh mắt có sự khác biệt, trong đó bệnh đục thể thủy tinh thể chiếm 65,59%; mộng thịt chiếm 24,14%; đục bao sau thủy tinh thể 4,0%; 2,7% là bệnh lý bán phần sau và bệnh khác; bệnh lý nhiễm trùng chiếm 1,2% và quặm là 0,04%. Bệnh lý đục thể thủy tinh và bệnh lý nhiễm trùng ở miền núi; trung du và miền núi cao hơn ở đồng bằng, trung du và đồng bằng ven biển; Trong khi đó tỷ lệ bệnh lý mộng thịt và đục bao sau ở vùng đồng bằng ven biển và đồng bằng trung du cao hơn miền núi, trung du và miền núi (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,05$).

Từ khóa: Mô hình bệnh mắt, cộng đồng, người cao tuổi.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mô hình bệnh tật cộng đồng là sự phản ánh tình hình sức khỏe, tình hình kinh tế xã hội của cộng đồng đó. Việc xác định mô hình bệnh tật là cơ sở khoa học giúp cho ngành y tế xây dựng kế hoạch chăm sóc sức khỏe toàn diện, đầu tư y tế có chiều sâu và trọng điểm, nhiều chuyên khoa có sự thay đổi rõ rệt từ trọng tâm là các bệnh truyền nhiễm sang các bệnh không truyền nhiễm, đặc biệt ở đối tượng người cao tuổi [1] [2]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ các bệnh lý đục thể thủy tinh vẫn là nguyên nhân gây mù lòa hàng đầu trong cộng đồng [3] nhưng cũng chưa có nghiên cứu về mô hình và cơ cấu bệnh mắt trong cộng đồng. Trong chiến lược quốc gia phòng chống mù lòa đến năm 2020 và tầm nhìn đến năm 2030 của chính phủ chú trọng đến việc giảm tỷ lệ mù lòa đặc biệt ở người cao tuổi [4]. Tuy nhiên hiện nay, chưa có số liệu điều tra tại cộng đồng về mô hình bệnh tật ở người cao tuổi trên toàn quốc. Tại Nghệ An, các chương trình phòng chống mù lòa được tiến hành từ năm 2015 đến nay, nhưng chương trình chưa khám tầm soát để đưa ra con số cụ thể về mô hình bệnh tật của người cao tuổi trong cộng đồng. Chính vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu tìm hiểu mô hình bệnh mắt ở người cao tuổi trong cộng đồng tại tỉnh Nghệ An và Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến mô hình bệnh mắt ở người cao tuổi trong cộng đồng tại tỉnh Nghệ An

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Người từ 60 tuổi trở lên sinh sống trên địa bàn tỉnh Nghệ An, có mặt tại địa phương và tham gia khám sàng lọc tại thời điểm nghiên cứu.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Tỉnh Nghệ An

Thời gian nghiên cứu. Từ tháng 11/2021 đến hết tháng 11/2022

2.3. Phương pháp nghiên cứu.

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên: cỡ mẫu toàn bộ gồm 25040 người cao tuổi tham gia khám sàng lọc

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu chùm; gồm 19/21 huyện, thị xã, thành phố trên địa bàn tỉnh Nghệ An

Công cụ nghiên cứu: Bảng thử thị lực Snellen; Máy sinh hiển vi khám mắt; kính Volk

2.4. Chỉ tiêu nghiên cứu: Phân loại bệnh theo mã ICD-10; trong đó bệnh nhân có nhiều bệnh thì sử dụng mã bệnh chính để nghiên cứu.

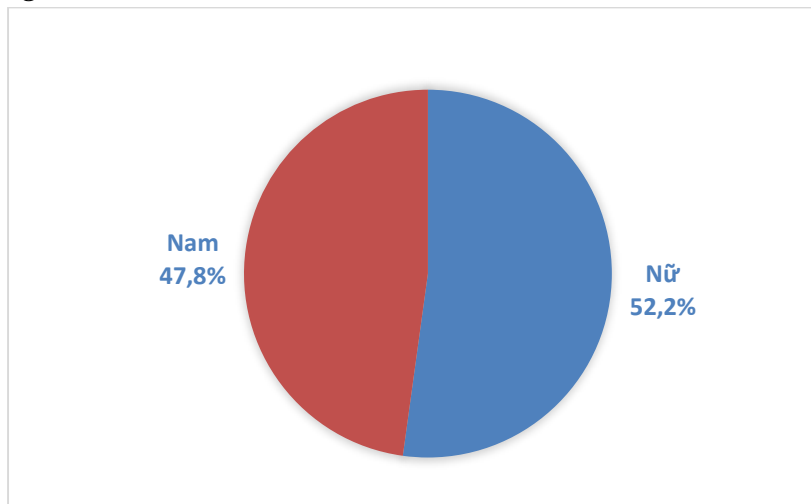
Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh nhân nhập viện theo hướng dẫn quy trình kỹ thuật nhãn khoa ban hành kèm quyết định 3906 QĐ/BYT ngày 12/10/2012 của Bộ trưởng Bộ y tế và hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh về mắt ban hành kèm theo quyết định số 40/QĐ-BYT ngày 12/01/2015 của Bộ trưởng Bộ y tế.

Đối với bệnh nhân đục thể thủy tinh trong cộng đồng có chỉ định nhập viện khi thị lực từ 20/80 (3/10) trở xuống, căn cứ thông tư 50/2017/TT-BYT về sửa đổi quy định liên quan đến thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh do Bộ trưởng Bộ y tế ban hành có hiệu lực từ ngày 01/03/2018.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN.

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về giới tính



Hình 1. Tỷ lệ giới tính của đối tượng tham gia

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nam và nữ tham gia nghiên cứu lần lượt là 47,8% và 52,2 %, tuy nhiên chưa có sự khác biệt về tỷ lệ mắc các bệnh về mắt giữa Nam và Nữ ($P>0,05$)

3.1.2. Đặc điểm phân bố về địa dư

Bảng 1. Phân bố địa dư của đối tượng nghiên cứu

Vùng miền	Tổng	Tỷ lệ %
Miền núi	4170	16,65
Trung du và Miền núi	4025	16,07
Đồng bằng và trung du	8627	34,46
Đồng bằng ven biển	8218	32,82
Tổng	25040	100

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi ở vùng đồng bằng là 34,46%, đồng bằng ven biển là 32,82%, cao hơn miền núi 16,65%, thấp nhất ở trung du và miền núi 16,07%.

3.2. Mô hình bệnh mắt ở người cao tuổi trong cộng đồng

3.2.1. Tỷ lệ người cao tuổi có bệnh lý mắt cần điều trị.

Bảng 2. Tỷ lệ người cao tuổi có bệnh mắt cần điều trị

Có bệnh	Mắc bệnh mắt	Số lượng	Tỷ lệ %	Tổng (%)
	Đục Thể Thủy Tinh	3928	15,69	
Mộng Thị	1446	5,78		
Quặm	25	0,1		
Bệnh lý bán phần sau nhãn cầu và bệnh khác	164	0,66		
Đục bao sau Thủy Tinh thể	238	0,95		
Bệnh lý nhiễm Trùng	69	0,28		
Không mắc Bệnh		19051	76,08	19051 (76,08%)
Tổng		25040	100	25040 (100%)

Tỷ lệ mắc bệnh mắt chung ở người cao tuổi trong cộng đồng cần điều trị là 23,92%, tỷ lệ không mắc bệnh là 76,08%. Trong đó tỷ lệ từng bệnh mắt ở người cao tuổi cao nhất là đục thể thủy tinh (15,06%), tiếp theo là mộng thị 5,78%, tỷ lệ bệnh nhiễm trùng là 0,28%, quặm là 0,1%.

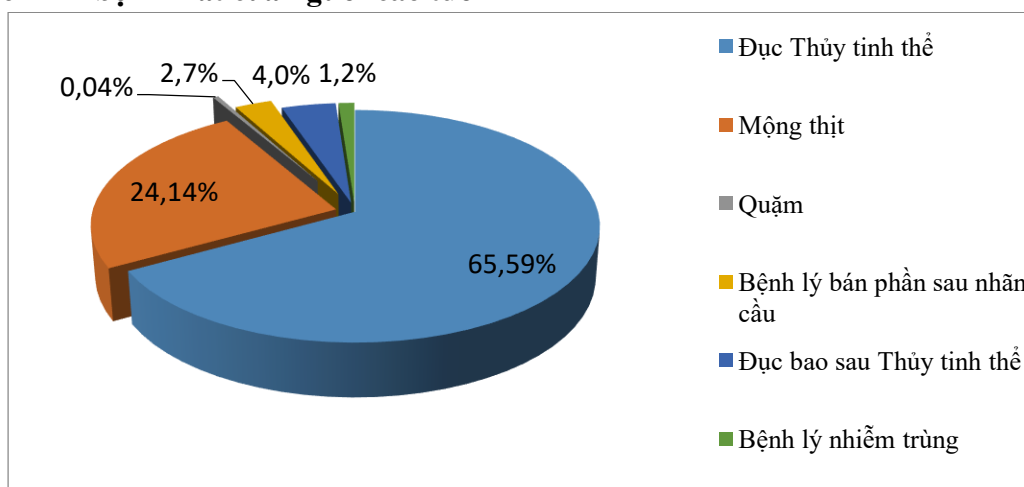
3.2.2. Tỷ lệ mắc bệnh mắt cần điều trị giữa các vùng miền

Bảng 3. Tỷ lệ mắc bệnh mắt cần điều trị giữa các vùng miền

Vùng miền	Có bệnh (%)	Không bệnh (%)	Tổng	P
Miền núi	743 (17,82)	3427 (82,18)	4170	p <0,05
Trung du và Miền núi	1053 (26,16)	2972 (73,84)	4025	
Đồng bằng và trung du	1769 (20,51)	6858 (79,49)	8627	
Đồng bằng ven biển	2424 (29,50)	5794 (70,50)	8218	
Tổng	5989 (23,92)	19051 (76,08)	25040	

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh mắt trong cộng đồng ở người cao tuổi, tỷ lệ mắc bệnh cao nhất ở vùng đồng bằng ven biển (29,50%) và thấp nhất ở vùng miền núi (17,82%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (P<0,05)

3.2.2. Mô hình bệnh mắt của người cao tuổi



Hình 2. Mô hình bệnh mắt của người cao tuổi

Trong 23,92 % người cao tuổi trong cộng đồng có bệnh mắt cần điều trị thì cơ cấu các bệnh có sự khác biệt. Bệnh đục thủy tinh thể chiếm 65,59%; mộng thịt chiếm 24,14%; đục bao sau thủy tinh thể 4,0%; 2,7% là bệnh lý bán phần sau; bệnh lý nhiễm trùng chiếm 1,2% và quặm là 0,04%.

3.3. Mối liên quan giữa mô hình bệnh mắt với các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Mối liên quan giữa mô hình bệnh mắt với các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Thể bệnh	Miền núi	Trung du và miền núi	Đồng bằng và trung du	Đồng bằng ven biển	P
Đục Thể Thủy Tinh	542 (72,94)	777 (73,78)	1146(64,78)	1463(60,35)	< 0,05
Mộng Thịt	140 (18,84)	207 (19,66)	506(28,60)	593(24,46)	< 0,05
Quặm	2 (0,27)	5(0,47)	11(0,62)	7 (0,29)	> 0,05
Bệnh lý bán phần sau nhãn cầu và bệnh khác	26(3,50)	12 (1,13)	58(3,27)	68 (2,80)	> 0,05
Đục bao sau thủy tinh thể	23 (3,10)	25 (2,37)	39 (2,20)	151 (6,23)	< 0,05
Bệnh lý nhiễm Trùng	18 (2,42)	10 (0,95)	21 (1,19)	20 (0,82)	< 0,05
Tổng	743	1053	1769	2424	

Cơ cấu bệnh tật giữa các vùng miền có sự khác biệt. Bệnh lý đục thể thủy tinh ở Miền núi; trung du và miền núi cao hơn ở đồng bằng trung du và đồng bằng ven biển (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p<0,05). Bệnh lý nhiễm trùng cao nhất ở miền núi và thấp nhất ở vùng đồng bằng ven biển (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p<0,05). Trong khi đó tỷ lệ bệnh lý mộng thịt ở vùng đồng bằng ven biển và đồng bằng trung du cao hơn miền núi, trung du và miền núi (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p<0,05). Tỷ lệ bệnh lý đục bao sao ở vùng đồng bằng ven biển cao hơn rất nhiều ở các vùng miền khác (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p<0,05). Đối với các bệnh lý quặm và bệnh lý bán phần sau nhãn cầu chưa thấy có sự khác biệt giữa các vùng miền.

4. BÀN LUẬN

Tỷ lệ mắc bệnh mắt chung ở người cao tuổi trong cộng đồng cần điều trị là 23,92%, trong đó tỷ lệ mắc các bệnh về mắt ở vùng núi và vùng trung du thấp hơn ở miền đồng bằng và ven biển, chưa có các nghiên cứu khác về tỷ lệ mắc các bệnh về mắt tại các vùng miền, tuy nhiên có thể do điều kiện khí hậu giữa vùng núi cao và vùng đồng bằng ảnh hưởng đến tỷ lệ mắc bệnh giữa các vùng miền, hơn nữa nghiên cứu cũng chỉ ra rằng trong mô hình bệnh tật thì tỷ lệ mắc các bệnh nhiễm trùng ít hơn nhiều các nhóm bệnh khác, tỷ lệ quặm cũng thấp vì chủ yếu là nguyên nhân từ mắt hột từ nhiều năm trước để lại. Vệ sinh môi trường, điều kiện sống thay đổi và khả năng tiếp cận dịch vụ y tế tốt hơn cho nên cơ cấu bệnh dịch chuyển nhiều sang nhóm bệnh mạn tính thay vì nhóm bệnh nhiễm trùng [1] [2]. Nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ bệnh mắt cần điều trị ở người cao tuổi trong cộng đồng thì tỷ lệ bệnh lý đục thể thủy tinh vẫn chiếm cao nhất, kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thu Hiền và cộng sự năm 2021 [5], và nghiên cứu của các nhóm tác giả Rao, Gullapalli N ở Ấn độ khi cho thấy Đục thể thủy tinh là nguyên nhân gây mù chiếm 60,3% [3]. Tỷ lệ đục thể thủy tinh ở người cao tuổi tại vùng núi và vùng trung du cao hơn vùng đồng bằng do khả năng tiếp cận với dịch vụ y tế ở vùng đồng bằng tốt hơn.

Tỷ lệ bệnh nhân có mộng thị cần điều trị cũng chiếm tỷ lệ cao (5,78%) trong cộng đồng và chiếm 24,14% trong cơ cấu bệnh mắt. Tỷ lệ mộng thị cao hơn nghiên cứu của các tác giả Catherine McCarty tại Australia (1,2%), và các nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng nhóm yếu tố nguy cơ của mộng thị là tuổi, thời gian tiếp xúc với ánh sáng mặt trời, nghiên cứu tại châu phi năm 2019 cho thấy tỷ lệ mộng là 18,5%, và nghiên cứu tại Hawaii năm 2016 cho thấy tiếp xúc nhiều với biển có tỷ lệ mộng thị cao [6] [7] [8]. Điều này lý giải vì sao vùng đồng bằng ven biển trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ mộng thị cao hơn các vùng khác. Trong cơ cấu từng bệnh thì tỷ lệ đục bao sau thể thủy tinh chiếm 4% trong cơ cấu bệnh tật và chiếm 0,95% trong cộng đồng người cao tuổi, theo nghiên cứu của tác giả Spalton, D thì 50% người bệnh sau mổ thay thủy tinh thể nhân tạo sẽ đục bao sau thể thủy tinh sau 2-3 năm [9], tuy nhiên dữ liệu chúng tôi nghiên cứu trên bệnh nhân có bệnh mắt chung, không có dữ liệu trên bệnh nhân đã mổ thay thể thủy tinh, đó cũng là tồn tại của nghiên cứu này. Ngoài ra nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có sự khác biệt về tỷ lệ bệnh nhân đục bao sau thể thủy tinh ở người cao tuổi vùng biển nhiều hơn ở các vùng khác. Ngoài ra tồn tại của nghiên cứu là tỷ lệ các bệnh bán phần sau nhãn cầu và bệnh glacom trong nghiên cứu ít nên phải gộp biến cho nên chưa có sự so sánh cụ thể về bệnh glacom và dịch kính vồng mạc trong cộng đồng.

5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 25040 người cao tuổi tại 18/21 huyện, thị xã, thành phố tại tỉnh Nghệ An cho thấy. Tỷ lệ bệnh nhân mắc các bệnh về mắt trong cộng đồng cần điều trị là 23,92%. Tỷ lệ mắc bệnh ở miền núi thấp hơn ở vùng đồng bằng và ven biển ($p < 0,05$), không có sự khác biệt về tỷ lệ mắc giữa nam và nữ. Trong cơ cấu bệnh tật thì các bệnh lý mạn tính chiếm tỷ lệ cao hơn các bệnh lý nhiễm trùng, như bệnh lý đục thể thủy tinh chiếm tỷ lệ cao nhất 65,59%; mộng thị chiếm 24,14%; bệnh lý nhiễm trùng chiếm 1,2% và quặm là 0,04%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về bệnh mắt giữa các vùng miền, Bệnh lý đục thể thủy tinh và bệnh nhiễm trùng cao hơn ở miền núi so với vùng đồng bằng và ven biển, trong khi tỷ lệ bệnh mộng thị cao hơn ở vùng đồng bằng ven biển, và nghiên cứu cũng chỉ ra rằng tỷ lệ đục bao sau thể thủy tinh nhiều hơn ở vùng ven biển.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Thu Dung, Lưu Ngọc Minh, Phạm Văn Dịu, "Mô hình bệnh tật của người dân tỉnh Thái Bình giai đoạn 2015-2018," *Tạp chí nghiên cứu y học*, p. 123 (7), 2019.
2. Đào Tiến Mạnh, Hoàng Thanh Bình, Hồ Văn Sơn, Nguyễn Ngọc Huy, "Cơ cấu bệnh tật ở đồng bào Chăm khu vực Nam Trung Bộ," *Tạp Chí Y học Cộng đồng*, p. 63(2)., 2022.
3. Rao, Gullapalli N; Khanna, Rohit C; Athota, Sashi Mohan; Rajshekar, Varda; Rani, Padmaja Kumari, "Integrated model of primary and secondary eye care for underserved rural areas: The L V Prasad Eye Institute experience," *Indian Journal of Ophthalmology*, pp. 60(5):p 396-400, 2012.
4. Chính phủ, "Quyết định Số: 623/QĐ-TT về phê duyệt chiến lược quốc gia phòng chống mù lòa đến năm 2020 tầm nhìn đến năm 2030," 2016.
5. Nguyễn Thị Thu Hiền, Trần Phương Anh, Phạm Thị Minh Châu, "Khảo sát nguyên nhân gây khiếm thị ở người Việt Nam," *Tạp Chí Y học Việt Nam*, pp. 499(1-2), 2021.

6.McCarty CA, Fu CL, Taylor HR, "Epidemiology of pterygium in Victoria, Australia," *British Journal of Ophthalmology*, pp. 84:289-292., 2000.

7.Alexander D. Lin, Ku'ulei Miles, "Prevalence of Pterygia in Hawaii: Examining Cumulative Surfing Hours as a Risk Factor," *Ophthalmic Epidemiology*, vol. 23, pp. 264-268, 2016.

8.Kassie AlemayehuYezinash Addis, Zewdu Yenegeta Bizunch, Mebratu Mulusew Tegegne, Abiy Maru Alemayehu, "Prevalence and Associated Factors of Pterygium Among Adults Living in Kolla Diba Town, Northwest Ethiopia," *Clinical Ophthalmology*, p. 14 245–255, 2020.

9.Spalton, D, " Posterior capsular opacification after cataract surgery," *Eye 13*, p. 489–492 , 1999.

Abstract

**MODEL OF EYE DISEASE OF THE ELDERLY IN THE COMMUNITY
AT NGHE AN PROVINCE**

Research model of eye disease and some factors related to eye disease of elderly people in the community at Nghe An province. Cross-sectional descriptive study, 25040 elderly people in 18/21 districts, towns and cities at Nghe An province, from November 2021 to November 2022. The rate of eye disease requiring treatment in the elderly in the community was 23.92%, the rate of no disease was 76.08%. In which, the highest rate of each eye disease in the elderly was cataract (15.06%), pterygium 5.78%, infection rate was 0.28%. The rate of eye disease was highest in the coastal plains (29.50%) and lowest in mountainous areas (17.82%), this difference was statistically significant ($p < 0.05$), there is no difference in the incidence of eye disease between men and women. The structure of eye diseases is different, in which cataract accounts for 65.59%; pterygium accounted for 24.14%; posterior capsule cataract 4.0%; 2.7% is posterior segment and different diseases; Infectious diseases accounted for 1.2% and entropion was 0.04%. Cataracts and infectious diseases in mountainous areas, midland and mountainous areas are higher than in plains and midlands, coastal plains. Meanwhile, the rate of pterygium and posterior capsular cataract in the coastal plains and midland plains is higher than in mountainous, midland and mountainous areas (the difference is statistically significant, $p < 0.05$)

Key words: *model of eye disease, community, the elderly.*

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Cao Bá Lợi

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN NGOÀI PHÚC MẠC ĐẶT TẮM LƯỚI NHÂN TẠO ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỆN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Phạm Văn Anh, Xông Bá Địa, Phạm Nguyễn Hân

Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Tóm tắt

Thoát vị bẹn là một trong những bệnh lý ngoại khoa thường gặp và có nhiều phương pháp mổ khác nhau bao gồm mổ mở và mổ nội soi. Phẫu thuật nội soi hoàn toàn đặt lưới nhân tạo ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn là một trong những kỹ thuật được thực hiện nhiều nhất tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc đặt tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. Nghiên cứu mô tả có theo dõi 99 bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật nội soi hoàn toàn đặt tấm lưới nhân tạo ngoài phúc mạc từ 01/01/2022 đến 30/5/2023. Tuổi trung bình $49,60 \pm 16,66$. 87% thoát vị bẹn 1 bên: thoát vị bẹn phải 49,5%, thoát vị bẹn trái 47,5%, thoát vị bẹn 2 bên 3%. Thoát vị bẹn trực tiếp là 15,2%, thoát vị bẹn gián tiếp 84,8%. Thời gian mổ trung bình 1 bên là $73,77 \pm 17,25$ phút, 2 bên là $75,93 \pm 21,11$ phút. Tụ dịch vùng bẹn sau mổ 4%. Thời gian nằm viện sau mổ $4,38 \pm 1,06$ ngày. Tái khám sau mổ 1 tháng không có tái phát sau mổ. Phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn có thời gian mổ ngắn, ít đau, ít biến chứng, thời gian nằm viện ngắn và cho chất lượng sống tốt.

Từ khoá: *Thoát vị bẹn, phẫu thuật nội soi, hoàn toàn trước phúc mạc.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoát vị bẹn là hiện tượng các tạng trong ổ bụng chui qua ống bẹn hay qua điểm yếu tự nhiên của thành bụng vùng trên nếp bẹn ra dưới da hay xuống bìu. Đây là một bệnh lý ngoại khoa thường gặp hàng năm có hơn 700.000 trường hợp được phẫu thuật ở Mỹ và 200.000 trường hợp ở Đức[1],[2],[3]. Hiện nay đã có nhiều phương pháp phẫu thuật được ứng dụng trong điều trị bệnh lý thoát vị bẹn như phẫu thuật mổ mở sử dụng mô tự thân, hay dùng tấm nhân tạo, phẫu thuật mổ mở hay mổ nội soi. Năm 1982, Ger đã thực hiện phẫu thuật thoát vị bẹn nội soi đầu tiên bằng cách xử lý lỗ bẹn sâu bằng những clip kim loại không rỉ, mở đầu cho các kỹ thuật nội soi thoát vị bẹn sau này. Năm 1990, Arregui báo cáo kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo xuyên phúc mạc (TAPP- Transabdominal preperitoneal) và sau đó là MacKernan và Law giới thiệu kỹ thuật đặt tấm lưới nhân tạo ngoài phúc mạc (TEP- Totally Extraperitoneal) năm 1993[4],[5].

Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc với tấm lưới nhân tạo phẳng có cố định hoặc không cố định cũng đã được thực hiện ở một số trung tâm lớn. Qua những nghiên cứu cho thấy Phẫu thuật đặt tấm lưới nhân tạo ngoài phúc mạc (TEP- Totally Extraperitoneal) có nhiều ưu điểm như không làm tổn thương phúc mạc và tránh được nguy cơ tổn thương các tạng cũng như viêm dính ruột sau phẫu thuật. Phương pháp này đã được thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ nhiều năm nay, cho đến nay đây là phương pháp được áp dụng phổ biến nhất. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc đặt tấm lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn tại bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ 01/01/2022 đến 31/5/2023 với 2 mục tiêu: Nghiên cứu kết quả lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân thoát vị bẹn được phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo ngoài phúc mạc tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An từ 01/01/2022 đến 31/5/2023. Đánh giá kết quả sau phẫu thuật ở nhóm bệnh nhân trên.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bẹn và phẫu thuật TEP

2.2. Địa điểm nghiên cứu: tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Thời gian: từ 01/01/2022 đến 31/5/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Thoát vị bẹn với tiêu chuẩn chẩn đoán xác định dựa vào đặc điểm lâm sàng & cận lâm sàng: Khối thoát vị nằm trên dây chằng bẹn. Thực hiện nghiệm pháp chạm ngón khối thoát vị chạm vào mặt múp ngón tay. Thực hiện nghiệm pháp Valsalva thấy xuất hiện khối thoát vị trở lại. Siêu âm: có hình ảnh thoát vị. Được phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân chống chỉ định gây mê nội khí quản. Bệnh nhân có tiền sử dính ruột hoặc phẫu thuật mở lớn tầng dưới ổ bụng. Thoát vị bẹn nghẹt. Thoát vị bẹn thể cầm tù. Thoát vị

bẹn-đùi phối hợp. Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật như đặt tấm nhân tạo để tái tạo thành bụng do thoát vị thành bụng ở khoang tiền phúc mạc vùng chậu hoặc phẫu thuật lấy sỏi niệu quản đoạn chậu. Bệnh nhân có tiền sử nhiễm trùng toàn thân hoặc khu trú vùng chậu mới xảy ra, tiền sử xạ trị vào vùng chậu. Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng kèm theo: nhồi máu cơ tim, suy tim, bệnh lý mạch vành, lao phổi tiến triển, bệnh lý hô hấp mạn tính, xơ gan, suy thận, bệnh máu không đông. Bệnh nhân có các bệnh lý ác tính đang tiến triển.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu mô tả.

Dụng cụ và trang thiết bị: Dụng cụ chính gồm hệ thống nội soi hãng Karl Storz và các dụng cụ phẫu thuật truyền thống.

Kỹ thuật: Bước 1: Đặt trocar vào khoang trước phúc mạc. Bước 2: Phẫu tích tạo khoang trước phúc mạc đặt các trocar thao tác. Bước 3: Phẫu tích túi thoát vị. Tiến hành phẫu tích túi thoát vị ra khỏi bó mạch tinh hoàn, ống dẫn tinh, bó mạch chậu ngoài, cần phẫu tích túi thoát vị đến đáy túi và đẩy lại vào trong khoang phúc mạc hoặc cặp cắt túi thoát vị. Bước 4: Tiến hành đặt tấm lưới nhân tạo, cố định bên trong tấm lưới vào dây chằng Cooper bằng dụng cụ ghim bấm ProTack. Tiến hành kiểm tra cầm máu kỹ trước khi chuyển qua bước tiếp theo. Bước 5: Xả khí CO₂, đóng bụng.

Chỉ tiêu nghiên cứu: Độ tuổi, nghề nghiệp. Các yếu tố thuận lợi, thời gian bị bệnh. Vị trí thoát vị. Tổn thương trên siêu âm. Thời gian mổ. Tai biến trong mổ: Rách phúc mạc, tổn thương cuống mạch thượng vị dưới, thừng tinh, thần kinh bì, động mạch chậu. Thời gian nằm viện sau khi mổ. Biến chứng sớm hậu phẫu: tụ dịch, máu, nhiễm trùng vết mổ, nhiễm trùng mảnh ghép. Thoát vị bẹn tái phát.

Đánh giá kết quả sớm theo 4 mức độ: Tốt: không có biến chứng sớm sau mổ. Khá: có biến chứng nhưng không cần phải can thiệp ngoại khoa: tụ dịch, tụ máu, tê bì, tụ hấp thu, điều trị nội khoa. Trung bình: có biến chứng phải can thiệp nhưng không phải mổ lại. Kém: phải phẫu thuật lại hoặc tử vong.

2.3. Phân tích số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm chung: Tuổi trung bình 49,60 ± 16,66 , tuổi nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 82 tuổi. Nghề nghiệp hay gặp nhất là nông dân chiếm tỷ lệ 41%. Các yếu tố thuận lợi cho thoát vị bẹn (táo bón kéo dài, bệnh phổi mãn tính, phì đại tiền liệt tuyến) chiếm tỷ lệ 31%.

Đặc điểm bệnh lý: Thời gian bị bệnh trung bình là 10,06 ± 8,84 tháng (ngắn nhất 02 tháng; lâu nhất 36 tháng), hay gặp ở nhóm có thời gian bị bệnh ≥ 6 tháng. Thoát vị bẹn trái chiếm đa số 49,5%. Tổ chức thoát vị phổ biến nhất là mạc nối lớn chiếm 87%. Thoát vị bẹn gián tiếp chiếm 84,8%.

Bảng 1. Đặc điểm bệnh lý

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Thời gian bị bệnh	<3 tháng	7	7,0
	3 - <6 tháng	27	27,3
	≥ 6 tháng	65	65,7
Vị trí thoát vị	Bên phải	49	49,5
	Bên trái	47	47,5
	Hai bên	03	3,0
Hình ảnh siêu âm	Quai ruột	3	3,0
	Mạc nối lớn	49	49,5
	Quai ruột + mạc nối lớn	47	47,5
Phân loại	Thoát vị bẹn gián tiếp	84	84,8
	Thoát vị bẹn trực tiếp	15	15,2

Thời gian bị bệnh trung bình là 10.06 ± 8.84 tháng

3.2. Kết quả sớm sau phẫu thuật

Bảng 2. Thời gian mổ

Vị trí thoát vị	Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	Số bệnh nhân (n)
Thoát vị bẹn trái	74,94±16,55	47
Thoát vị bẹn phải	72,55±18,05	49
Thoát vị bẹn 1 bên	73,77±17,25	86
Thoát vị bẹn 2 bên	145±18,03	3

Thời gian mổ trung bình giữa 2 nhóm trái phải khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,502 > 0,05$). Trong mổ có 5 trường hợp thủng phúc mạc chiếm tỷ lệ 5,1%, không có tai biến khác. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình: $4,38 \pm 1,06$ ngày ngắn nhất 3 ngày, lâu nhất 8 ngày. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình là $1,02 \pm 0,14$ ngày.

Biến chứng sau mổ: có tỷ lệ 7% trong đó thường gặp nhất là tụ máu vùng bẹn bìu gặp 4 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 4%, có 3 trường hợp sưng nề vùng bìu chiếm tỷ lệ 3%. Tất cả những trường hợp này đều điều trị nội khoa. Tái khám sau 1 tháng không ghi nhận trường hợp nào có thoát vị tái phát. Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật 93% có kết quả tốt, 7% kết quả khá.

4. BÀN LUẬN

Thoát vị bẹn là bệnh lý hay gặp ở người lớn tuổi thành bụng suy yếu, người lao động chân tay nặng nhọc hoặc người có bệnh lý làm tăng áp lực thường xuyên như: táo bón kéo dài, phì đại tiền liệt tuyến, bệnh lý hô hấp mạn tính. Trong nghiên cứu của chúng tôi nghề nghiệp hay gặp nhất là nông dân chiếm tỷ lệ 41%; độ tuổi trung bình là $49,60 \pm 16,66$ tuổi, trong đó nhóm tuổi có tỷ lệ phổ biến nhất là từ 40 đến < 60 tuổi (40,4%). Theo kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả, thoát vị bẹn thường xảy ra sau tuổi 40, tần suất mắc bệnh là 15% trong lứa tuổi 25-34 nhưng sẽ là 47% sau 75 tuổi[2],[3].

Thời gian mắc bệnh được tính từ lúc phát hiện bệnh đến khi bệnh nhân được phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ≥ 6 tháng chiếm 65,7%. Thời gian mắc bệnh trung bình của nhóm nghiên cứu là $10,06 \pm 8,84$ tháng (sớm nhất 2 tháng - lâu nhất 36 tháng). Qua đó kết quả nghiên cứu có thể được lý giải đa số bệnh nhân ở nông thôn nên điều kiện kinh tế khó khăn, trình độ dân trí chưa cao, hơn nữa là vấn đề tư vấn của cơ sở y tế địa phương về bệnh lý thoát vị bẹn chưa được quan tâm nhiều, dịch vụ y tế địa phương còn kém nên việc điều trị còn chậm trễ.

Siêu âm: Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được thực hiện siêu âm vùng bẹn bìu trước mổ. Kết quả cho thấy 100% các trường hợp đều thấy hình ảnh khối thoát vị (quai ruột, mạc nối) xuất hiện ở vùng bẹn khi bệnh nhân thực hiện nghiệm pháp gắng sức. Về nội dung tạng thoát vị thì kết quả cho thấy tạng thoát vị là mạc nối chiếm đa số với tỷ lệ 86%. Có 47 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 47,5% có nội dung tạng thoát vị vừa là quai ruột và mạc nối. Việc chẩn đoán xác định thoát vị bẹn hầu như dựa vào lâm sàng là đủ, tuy nhiên siêu âm có thể được sử dụng khi các triệu chứng lâm sàng không rõ ràng (vì thể tích khối thoát vị quá nhỏ hay trường hợp bệnh nhân béo phì) và dùng để chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác ở vùng bẹn như: u mỡ vùng bẹn, giãn tĩnh mạch thừng tinh, tràn dịch màng tinh hoàn... Hơn nữa, ở thời điểm sau mổ siêu âm giúp phát hiện các biến chứng sớm như tụ thanh dịch, tụ máu, áp xe vùng bẹn bìu, và còn giúp chẩn đoán phân biệt với các trường hợp tái phát sớm sau mổ. Siêu âm còn giúp hướng dẫn chọc hút khối máu tụ, tụ dịch sau mổ, giúp phát hiện các biến chứng muộn sau mổ như tràn dịch màng tinh hoàn, teo tinh hoàn.... Các yếu tố thuận lợi: Theo quan điểm Phillippe Wind và cộng sự [6] thì đối với các bệnh lý nội khoa kèm theo trong bệnh lý thoát vị bẹn, đây chính là các bệnh lý làm gia tăng áp lực ổ phúc mạc thường xuyên, tạo điều kiện thuận lợi cho thoát vị xảy ra như các bệnh lý: ho kéo dài, viêm phế quản mạn tính, hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, u xơ tiền liệt tuyến, hẹp niệu đạo, táo bón kéo dài. Quan điểm của tác giả Leandro Totti và cộng sự [7] cho rằng những yếu tố thuận lợi gây thoát vị bao gồm những bệnh nhân đau vùng bẹn bìu khi có những hoạt động gắng sức, táo bón kéo dài, u xơ tiền liệt tuyến có triệu chứng, và ở cả những người đã lập gia đình. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố thuận lợi cho thoát vị bẹn (táo bón kéo dài, bệnh phổi mãn tính, phì đại tiền liệt tuyến) chiếm tỷ lệ 31%.

Vị trí thoát vị: Hầu hết các tác giả nghiên cứu về phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn đều cho thấy rằng phẫu thuật TEP có thể chỉ định cho mọi vị trí thoát vị bên phải, bên trái hay cả hai bên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thoát vị bẹn bên phải chiếm đa số với 49,5%, thoát vị bẹn bên trái chiếm 47,5% và có 03 trường hợp thoát vị bẹn hai bên chiếm tỷ lệ 3%. Điều này phù hợp với nhiều công trình nghiên cứu của các tác giả với kết quả thoát vị bẹn bên phải chiếm tỉ lệ cao hơn so với bên

trái như nghiên cứu của tác giả Phạm Đình Tấn Dũng [4] cho thấy thoát vị bẹn bên phải chiếm 52,2%, tác giả Trương Đình Khôi [5] thoát vị bẹn bên phải chiếm 56,8%. Các nghiên cứu đều cho thấy tính ưu điểm của phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn là đỡ đau và giảm thời gian điều trị sau phẫu thuật [4],[5],[7],[8].

Thời gian mổ trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $73,77 \pm 17,25$ phút đối với thoát vị bẹn 1 bên. Trong quá trình phẫu thuật chỉ có 5 trường hợp bị rách phúc mạc, gây phồng phúc mạc, giảm khoảng trống phẫu thuật, khó khăn để thực hiện thao tác. Đối với những lỗ thủng nhỏ có thể cột lại bằng nơ Roeder, hoặc bằng clip, chúng tôi không lựa chọn khâu phúc mạc do phẫu trường hẹp khó thao tác. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm điều trị sau mổ là $4,38 \pm 1,06$, kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Phước[9] là $3,97 \pm 1,31$ ngày, Phạm Đình Tấn Dũng [4] là $4,4 \pm 1,3$ ngày. Hầu hết nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cho thấy thời gian nằm viện sau mổ là 1-2 ngày, và số ngày nằm viện sau mổ ở nhóm phẫu thuật nội soi ngắn hơn nhiều so với mổ mở. Về thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các tác giả phương tây [10],[11]. Điều này còn phụ thuộc vào hệ thống y tế cơ sở, và tâm lý người bệnh muốn được chăm sóc y tế tại bệnh viện sau mổ. Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là $1,02 \pm 0,14$ ngày. Điều này được đa số các tác giả ghi nhận về ưu điểm giảm đau của phẫu thuật nội soi so với mổ mở. Bên cạnh đó, việc sử dụng tấm lưới 3D để hạn chế việc sử dụng các phương tiện cố định lưới (Protack) có ý nghĩa rất lớn giảm đau cho bệnh nhân. Tuy nhiên hiện nay vì một số lý do chúng tôi chưa sử dụng tấm lưới 3D trong phẫu thuật nội soi điều trị thoát vị bẹn.

Các biến chứng sớm sau phẫu thuật có thể kể đến như: bí tiểu, viêm mào tinh hoàn, nhiễm khuẩn vết mổ, tụ máu, tụ dịch, đau mạn tính vùng bẹn bìu. Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ chiếm tỷ lệ 7%, trong đó tụ máu vùng bìu chiếm tỷ lệ 4% và sưng nề vùng bìu chiếm tỷ lệ 3%. Tất cả đều được điều trị nội khoa không phải can thiệp. Tỷ lệ biến chứng sớm trong nghiên cứu của Nguyễn Văn Phước[9] là 10%, Phạm Đình Tấn Dũng [4] là 11,3%. Về đánh giá kết quả sớm: 93% có kết quả tốt, 7% kết quả khá, không có kết quả trung bình và kém.

5. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn đặt tấm lưới nhân tạo ngoài phúc mạc điều trị thoát vị bẹn là phương pháp an toàn và hiệu quả với nhiều ưu điểm vượt trội so với mổ mở như: giảm đau, giảm thời gian điều trị sau mổ, ít biến chứng, do đó có thể áp dụng và triển khai rộng rãi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Hùng, Trần Việt Hoa (2009), “Phẫu thuật điều trị thoát vị bẹn bằng mảnh ghép theo phương pháp Lichtenstein”, *Tạp chí Y Học Thực Hành*, số 690+691, tr.119-124.
2. Justin P. Wagner, F. Charles Brunicki, Parvis K. Amid and David c. Chen (2015), “Inguinal hernias”, *Schwartz’s Principles of Surgery*, pp. 1495-1519.
3. Mark A. Malangoni, Michael J. Rosen (2012), “Hernias”, *Sabiston Textbook of Surgery*, Elsevier Saunders, pp. 1114-1140.
4. Phạm Đình Tấn Dũng (2017), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi ngoài phúc mạc với tấm lưới nhân tạo 2D và 3D trong điều trị thoát vị bẹn trực tiếp”, *Luận án tiến sĩ Y học*, Đại học y dược Huế.
5. Trương Đình Khôi, Nguyễn Thanh Xuân, Nguyễn Minh Thảo và cộng sự (2021), “Phẫu thuật nội soi TAPP điều trị thoát vị bẹn”, *Tạp chí Y Học Lâm Sàng*, số 73/2021, tr.84-89.
6. Wind P., Chevrel J. P. (2002), “Hernies de l’aine de l’adulte”, *Encycl Med Chir*, Gastro-entérologie, 9-050-A-10, pp.1-10.
7. Cavazzola L. T., Rosen M. J. (2013), “Laparoscopic versus Open Inguinal hernia repair”, *Surg Clin N Am*; 93; pp.1269-1279.
8. Đỗ Mạnh Toàn (2019), “Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi qua ổ phúc mạc đặt lưới nhân tạo điều trị thoát vị bẹn tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức”, *Luận án tiến sĩ Y học*, Đại học Y Hà Nội.
9. Nguyễn Văn Phước, Hà Văn Quyết, Đào Quang Minh và cộng sự (2021), “Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngoài phúc mạc đặt lưới nhân tạo 3D điều trị thoát vị bẹn hai bên ở người lớn”, *Tạp chí Y Học Việt Nam*, tập 505, tháng 8, số 1/2021, tr.119-123.

10. Kockerling F., et al (2015). “Bilateral and Unilateral Total Extraperitoneal Inguinal Hernia Repair (TEP) have Equivalent Early Outcomes: Analysis of 9395 Cases”. *World J Surg.* 39(8), 1887-94.

11. Markus Gass, Laura Rosella et al (2012). Bilateral total extraperitoneal inguinal hernia repair (TEP) has outcomes similar to those for unilateral TEP: population-based analysis of prospective data of 6,505 patients. *Surg Endosc.* 26, 1364–1368.

Abstract

RESULTS OF LAPAROSCOPIC TOTALLY EXTRAPERITONEAL (TEP) USING MESH TO TREAT INGUINAL HERNIA IN NGHE AN GENERAL HOSPITAL.

Inguinal hernia is one of the commonest surgical diseases and there are many different techniques applied, for example: open surgery, laparoscopic. Laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) using mesh technique to repair inguinal hernia is one of the most commonly performed operations in Nghe An General Hospital. This study aimed to evaluate the results of laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) using mesh to treat inguinal hernia in Nghe An general hospital.

This was retrospectively descriptive study of 99 cases with inguinal hernias undergoing laparoscopic totally extraperitoneal using mesh from 01/01/2022 to 30/5/2023. The mean age was $49,60 \pm 16,66$ years old. 87% of heria were unilateral: right inguinal hernia was 49,5%, left inguinal hernia was 47,5%, 3% bilateral inguinal hernia. 15,2 % of patients had a direct inguinal hernia and 84,8% indirect inguinal hernia. The mean operative time was $73,77 \pm 17,25$ minutes for unilateral TEP, $145 \pm 18,03$ minutes for bilateral TEP. Regarding postoperative complications, inguinal seroma was detected in 4% of cases. The mean postoperative hospital stay was $4,38 \pm 1,06$ days. There were no recurrences with follow-up time of 1 month. Laparoscopic totally extraperitoneal (TEP) repair for inguinal hernia is the preferred method with short operative time, postoperative less pain, low complication rate. Short hospital stay and good quality of life.

Keywords: *Inguinal hernia, laparoscopic, totally extraperitoneal (TEP).*

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Cao Bá Lợi

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

**NHÂN BA CA BỆNH NHIỄM CÁI GHẺ *Sarcoptes scabiei* TẠI BỆNH VIỆN
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ**

Lê Thị Cẩm Ly, Trần Phú Mạnh Siêu, Trần Thị Kim Dung

Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

Tóm tắt

Trên toàn thế giới, bệnh ghẻ ảnh hưởng đến 200 đến 300 triệu người. Tỷ lệ lưu hành trung bình được ước tính là 5 đến 10% ở trẻ em của các nước đang phát triển [4]. Bệnh ghẻ là một bệnh ký sinh trùng trên da. Cái ghẻ *Sarcoptes scabiei* sống trong đường hầm ở lớp sừng của da. Đây là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn. Sự lây truyền thường xảy ra sau khi tiếp xúc da kề da kéo dài. Bệnh ghẻ là một bệnh ngoài da ký sinh rất dễ lây lan đang bị kỳ thị. Yếu tố nguy cơ chính là điều kiện sống đông đúc và vệ sinh kém. Bệnh có các thể lâm sàng đa dạng như bệnh ghẻ cổ điển, bệnh ghẻ ở trẻ sơ sinh, bệnh ghẻ na uy, bệnh ghẻ nốt,..Chúng tôi trình bày ba trường hợp nhiễm cái ghẻ *Sarcoptes scabiei* tại tỉnh Cần Thơ. Các bệnh nhân được chẩn đoán xác định bệnh bằng lâm sàng có sang thương ở da và xét nghiệm da trực tiếp tìm thấy cái ghẻ *Sarcoptes scabiei*. Có 02 ca điều trị đặc hiệu bằng DEP (diethyl phtalas) thoa lên vùng da tổn thương, 01 ca kết hợp cả thuốc DEP thoa ngoài da và Ivermectin đường uống. Cả ba ca bệnh khỏi hoàn toàn sau 01 tuần điều trị, có 02 ca bệnh tái phát. Thông tin về ba ca bệnh cái ghẻ, cung cấp cho các bác sĩ lâm sàng có thêm dữ liệu trong quá trình thăm khám và điều trị bệnh ký sinh trùng này.

1.ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh ghẻ được biết từ thế kỷ 16 nhưng đến năm 1934 mới tìm được tác nhân gây bệnh là *Sarcoptes scabiei* nó thuộc lớp nhện, bộ ve mạt và họ *Sarcoptidae*. Y văn ghi nhận cái ghẻ ký sinh ở người thuộc 3 nhóm di truyền khác nhau [11]. Bệnh ghẻ, một bệnh ký sinh trùng trên da, là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn. Trên toàn thế giới, bệnh ghẻ ảnh hưởng đến 200 đến 300 triệu cá nhân mỗi năm. Tỷ lệ lưu hành trung bình được ước tính là 5 đến 10% ở trẻ em của các nước đang phát triển. Sự lây truyền thường xảy ra sau khi tiếp xúc da kề da kéo dài. Bệnh ghẻ là một bệnh ngoài da ký sinh rất dễ lây lan đang bị kỳ thị. Cái ghẻ *Sarcoptes scabiei* sống trong đường hầm ở lớp sừng của da. Yếu tố nguy cơ chính là điều kiện sống đông đúc và vệ sinh kém. Các thể lâm sàng bệnh ghẻ đa dạng như 1. Ghẻ cổ điển: Các nốt đỏ ban đầu xuất hiện trong vùng kẽ giữa các ngón tay, bề mặt uốn cong của cổ tay và khuỷu tay, nếp gấp nách, dọc theo đường thắt lưng, hoặc trên mông dưới. Phát ban ngứa, có mụn mủ ở màng giữa các ngón tay là dấu hiệu nhận biết của bệnh ghẻ cổ điển. 2. Bệnh ghẻ ở trẻ sơ sinh, lòng bàn tay, lòng bàn chân, mặt và da đầu có thể bị ảnh hưởng, đặc biệt là ở các nếp gấp sau tai. 3. Bệnh ghẻ Na Uy là do thiếu hụt đáp ứng miễn dịch ở vật chủ, cho phép cái ghẻ phát triển và số lượng lên tới hàng triệu; các dát đỏ bong vảy thường liên quan đến bàn tay, bàn chân, da đầu và có thể trở nên lan rộng. 4. Bệnh ghẻ nốt là phổ biến hơn ở trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ và có thể là do quá mẫn cảm với các sinh vật còn lại; nốt thường có đỏ da, từ 5 đến 6 mm, hay gặp ở háng, bộ phận sinh dục, nếp gấp nách và mông. Nốt sẩn là phản ứng quá mẫn và có thể tồn tại trong nhiều tháng sau khi loại trừ ký sinh trùng. Ngoài ra còn các thể như bệnh ghẻ bong nước, bệnh ghẻ da đầu[8]. Hadi Alabdullah công bố một trường hợp bệnh ghẻ có biểu hiện trên đường tiết niệu [9]. Việc tìm thấy các con cái ghẻ, trứng hoặc phân trong kiểm tra bằng kính hiển vi các vết trầy xước lấy từ các tổn thương trên da xác nhận tình trạng của bệnh ghẻ. Để diệt trừ cái ghẻ, các loại thuốc được lựa chọn là permethrin tại chỗ và ivermectin đường uống [4]

Bệnh ghẻ là một trong những bệnh sớm nhất của con người mà nguyên nhân được biết đến. Nó được gây ra bởi ve, *Sarcoptes scabiei*, đào hang trong lớp biểu bì trên da của con người và nhiều động vật có vú khác [7]. Hiện nay, Bệnh ghẻ *Sarcoptes scabiei* vẫn còn xuất hiện rải rác ở một số địa phương tại Đồng Bằng Sông Cửu Long. Chúng tôi trình bày ba ca bệnh nhằm giúp cho các bác sĩ lâm sàng có thêm thông tin trong quá trình khám chữa bệnh này.

2. Mô tả 03 ca bệnh:

2.1Ca bệnh thứ nhất: Nguyễn Thị Mỹ C, 35 tuổi, Giới tính: nữ

Nghề nghiệp: Nữ hộ sinh; Địa chỉ cư trú tại Phường Hưng Phú, Quận Cái Răng, Thành Phố Cần Thơ.

Tiền sử: chưa ghi nhận bệnh lý dị ứng trước đó; Bệnh sử: khoảng 1 tuần trước khi khám bệnh ngứa da bắt đầu ở kẽ ngón tay sau lan rộng ra cả bàn tay và cả vùng cẳng và cánh tay. Da vùng mặt

trong cánh tay nổi nhiều mẩn đỏ. Bệnh nhân đi khám bệnh ở Bệnh viện Da liễu Cần Thơ được chẩn đoán là mày đay cấp tính, được cho uống thuốc nhưng tình trạng ngứa không giảm.

Lý do đến khám: ngứa da và nổi mụn nước trong ở kẽ bàn tay. Khám bệnh ngày 28/03/2018 Khám thấy vùng bàn tay và kẽ tay nhiều mụn nước trong, có đường hầm cái ghẻ, rất ngứa về đêm. Vùng mặt trong cánh tay nhiều hồng ban dị ứng, nổi gồ lên mặt da, rất ngứa. Bệnh nhân được chẩn đoán sơ bộ là nhiễm cái ghẻ. Xét nghiệm soi da trực tiếp tìm cái ghẻ *Sarcoptes scabies hominis*. Các bước tiến hành như sau: 1. dung lưỡi dao mổ số 10 cạo lấy mẫu da quanh tổn thương vùng kẽ ngón tay rơi vào lam kính, 2. Nhỏ dung dịch KOH 10% vào mẫu da đã cạo, 3. Dán lamên lên vùng có mẫu da và dung dịch mới nhỏ, 4. Hơ tiêu bản mới làm trên ngọn lửa đèn cồn, xong đợi lam nguội, 5. Đem soi lam dưới kính hiển vi vật kính 10x và 40x, kết quả quan sát được hình ảnh *Sarcoptes scabies hominis* adult. Chẩn đoán xác định: Bệnh nhiễm cái ghẻ *Sarcoptes scabies*. Tiến hành điều trị ngay sau đó bằng thuốc DEP (diethyphthalat) lên vùng da tổn thương ngày 2 lần và nhiều lần vào buổi tối. Không sử dụng thuốc uống Ivermectin trên bệnh nhân này. Bệnh đáp ứng rất tốt với điều trị, sang thương biến mất sau 3 ngày. Vết nổi mẩn da vùng cánh tay dạng mày đay dị ứng mất sau 7 ngày. Theo dõi sau điều trị: sau 01 tháng Bệnh nhân tái khám, khám thấy vùng da bàn tay có hằn lên nhiều vết thâm đen, ngay tại các vị trí sang thương do cái ghẻ gây ra. Bệnh nhân hết ngứa hoàn toàn. Một năm sau, bệnh nhân đến khám vì tình trạng tương tự như lần đầu ngứa da dữ dội và nổi nhiều sang thương ở bàn tay. Lần này không làm xét nghiệm da, tiến hành điều trị bằng thuốc DEP thoa sang thương ngày và đêm nhiều lần. Đánh giá đáp ứng với điều trị chậm hơn lần đầu, sang thương da mất chậm hơn sau 2 tuần. Tình trạng ngứa cũng kéo dài hơn.

2.2 Ca bệnh thứ hai: Võ Hải V 16 tuổi, Giới tính: nữ

Nghề nghiệp: Học sinh cấp 2; Địa chỉ cư trú tại Phường An Hội, Quận Ninh Kiều, Thành phố Cần Thơ,

Tiền sử: chưa ghi nhận bệnh lý dị ứng hay truyền nhiễm trước đây. Bệnh nhân có thói quen hay mặc đồ dày, sậm màu, che phủ cả tay chân vì sợ bạn học nhìn thấy sang thương nổi ở tay và chân.

Bệnh sử: Bệnh phát hơn một năm trước khi đến khám bệnh, với tình trạng ngứa da vùng tay chân kéo dài, da nổi nhiều sẩn ngứa, rỉ dịch, sau tự khỏi và để lại nhiều vết thâm trên da, đã điều trị nhiều đợt tại Bệnh viện da liễu được chẩn đoán là chàm dị ứng.

Lý do khám bệnh: nổi mẩn đỏ, ngứa da toàn thân; Khám bệnh ngày 08/09/2018: Khám thấy da vùng cẳng tay, cẳng chân nhiều vết thâm nâu, vùng da quanh vú, nơi mặt áo lót nổi nhiều mảng đỏ, rỉ dịch vàng trong. Sang thương xuất hiện nhiều ở tay chân và cả thân mình. Đánh giá sang thương nổi toàn thân. Mức độ nặng. Tiến hành xét nghiệm soi da trực tiếp tìm cái ghẻ *Sarcoptes scabies hominis* trên nhiều vị trí sang thương. Với các bước tiến hành giống ca thứ nhất. Kết quả tìm thấy Cái ghẻ *Sarcoptes scabies* adult.

Chẩn đoán xác định: Bệnh nhiễm cái ghẻ *Sarcoptes scabies*. Bệnh nhân được điều trị bằng thuốc DEP thoa sang thương ngày 2 lần và nhiều lần vào buổi tối, kết hợp uống Ivermectin 200mcg/kg. Bệnh giảm dần và khỏi hẳn sau 2 tuần. Theo dõi sau điều trị: sau 3 tháng dùng thuốc thoa và thuốc uống bệnh nhân tái khám với tình trạng sang thương da vùng cẳng chân nổi nhiều mẩn đỏ và rất ngứa.

2.3 Ca bệnh thứ ba: Lương Thu V, 68 tuổi, giới tính: nữ

Nghề nghiệp: Buôn bán; Địa chỉ cư trú tại phường An Nghiệp, quận Ninh Kiều, Thành phố Cần Thơ

Tiền sử: bản thân và gia đình khỏe, không mắc các bệnh mạn tính

Bệnh sử: bệnh nhân có biểu hiện ngứa da ở tay chân hơn một năm nay, đã điều trị nhiều nơi nhưng không khỏi hẳn. Bệnh hay tái đi tái lại.

Lý do khám bệnh: ngứa da. Khám bệnh ngày 15/03/2019, Khám thấy nhiều mụn nước trong ở bàn tay và nhiều đường ngoằn ngoề gồ lên mặt da rất giống đường hầm cái ghẻ. Đánh giá sang thương rất điển hình của bệnh nhiễm cái ghẻ. Tiến hành xét nghiệm soi tươi phân da tổn thương, cách thức tiến hành như 2 trường hợp trên. Kết quả đã tìm thấy cái ghẻ *Sarcoptes scabies hominis* adult (++) : Bệnh nhiễm cái ghẻ *Sarcoptes scabies*.

Điều trị: Bệnh nhân được cho thoa thuốc DEP ngày 2 lần và đêm nhiều lần và đã khỏi hoàn toàn sau 7 ngày điều trị. Bệnh nhân này không dùng thuốc uống Ivermectin. Theo dõi sau điều trị: Sau 1 tháng tái khám, bệnh nhân khỏi hẳn, không còn ngứa da. Sau 1 năm không ghi nhận tình trạng tái phát.



Hình ảnh cái ghẻ thu được từ 03 mẫu da soi tươi trên

3. BÀN LUẬN

Bệnh ghẻ là một bệnh có tác động toàn cầu trên các quốc gia nghèo kém phát triển, ảnh hưởng đến hơn 100 triệu người [3]. Nghiên cứu này báo cáo 3 trường hợp nhiễm cái ghẻ *Sarcoptes scabiei* có sang thương điển hình và tìm thấy cái ghẻ qua soi tươi mẫu da trên kính hiển vi. Cả 3 ca bệnh đều đáp ứng tốt với điều trị đặc hiệu là thuốc DEP thoa ngoài da. Ở đây chỉ mô tả 03 trường hợp bệnh nhân đến khám bệnh tại Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ. So với một số nghiên cứu khác có cỡ mẫu lớn hơn thì xác nhận được tỷ lệ nhiễm và một số yếu tố nguy cơ như sau: Nghiên cứu tại Ethiopia trên 494 trường hợp có tỷ lệ nhiễm là 9,3% trên học sinh từ lớp 1 đến lớp 4, yếu tố nguy cơ là hiếm khi tắm, tiếp xúc với người có triệu chứng ngứa và không sống chung với cha mẹ [1]. Bệnh đáp ứng tốt với điều trị bằng thuốc DEP thoa sang thương và khi có bội nhiễm và nhiễm lâu thì bổ sung thêm đường uống bằng Ivermectin điều này cũng được Alipour H ghi nhận Điều trị cái ghẻ bằng Ivermectin bằng đường uống liều duy nhất có tác dụng vượt trội hơn dùng sulfur 10% [2]. Giống với nghiên cứu này vì bệnh cũng đáp ứng tốt với thuốc DEP.

Theo Nowowiejska trong 193 bệnh nhân nhập viện với bệnh ghẻ, 96 nữ (49,7%) và 97 nam (50,3%), trong đó có 33 trẻ (17%). Tuổi trung bình của bệnh nhân là 52,9. Tổn thương da tồn tại trung bình 142 ngày; tái phát được ghi nhận trong 14% trường hợp. Các tổn thương được quan sát thường xuyên nhất vào mùa đông (31%). Các biểu hiện phổ biến nhất là xói mòn (80,8%), xuất huyết (73,6%), sần (72,6%) và lớp vảy (24,3%), khu trú chủ yếu ở thân (92%), thấp hơn (91%) và chi trên (86%). 181 bệnh nhân (93,8%) báo cáo ngứa tăng cường vào ban đêm với 35,8%. Tiếp xúc trước đó với những người bị ghẻ đã báo cáo 41 bệnh nhân (21%). Bệnh đi kèm phổ biến nhất là tăng huyết áp, đái tháo đường và bệnh tim mạch vành. Đi kèm với da liễu là bệnh chàm, bội nhiễm thứ phát và bệnh vẩy nến. 85 bệnh nhân (44%) bị thừa cân hoặc béo phì. Bệnh nhân được sử dụng chủ yếu permethrin tại chỗ (57%), crotamiton (29%), glicocorticosteroid (73%) và kháng sinh (11%), cũng là thuốc kháng histamine đường uống (91%) [5]. Nghiên cứu của Nowowiejska nêu rõ các biểu hiện ở da và yếu tố nguy cơ đi kèm. Kết quả nghiên cứu phong phú hơn các ghi nhận của chúng tôi. Từ mô tả trường hợp và tìm hiểu các nghiên cứu trên thế giới, chúng tôi nhận thấy, Bệnh ghẻ là một bệnh ký sinh trùng do sự xâm nhiễm của da bởi loài *Sarcoptes scabiei*. Bệnh ghẻ là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn và đặc biệt các nước kém phát triển, ảnh hưởng đến hơn 100 triệu người. Trong trường hợp nghiêm trọng có thể dẫn đến các bệnh về thận và tim. Sự xâm nhập của cái ghẻ gây ra viêm da cục bộ, ngứa, tổn thương da và phản ứng dị ứng [6].

Bệnh ghẻ ở trẻ em, bé 3 tháng tuổi được đưa vào khoa cấp cứu vì tổn thương dai dẳng trên cơ thể kéo dài trong 6 tuần kèm cảm giác khó chịu. xét nghiệm máu có kèm tăng bạch cầu ái toan lên đến 36% được Xavier Sanchez-Flores mô tả năm 2021 [10]. Ca bệnh này ghi nhận thêm 1 dấu hiệu cận lâm sàng cần theo dõi khi bệnh nhiễm cái ghẻ là số lượng bạch cầu ái toan. Không chỉ dựa vào xét nghiệm soi da trực tiếp như ba ca bệnh đã trình bày phía trên. Về điều trị, cả ba ca bệnh đều được dùng thuốc thoa DEP và đáp ứng tốt với điều trị. Ở Ý, Nardoni có báo cáo về hiệu quả chống cái ghẻ của tinh dầu chiết xuất từ thực vật cho kết quả tốt [12]. Như vậy ngoài thuốc tân dược còn có các thuốc có nguồn gốc từ thảo dược điều trị hiệu quả bệnh nhiễm cái ghẻ.

5. KẾT LUẬN

Tổng hợp các y văn cho thấy, bệnh nhiễm cái ghẻ *Sarcoptes scabiei* có biểu hiện lâm sàng đa dạng và khả năng tái phát rất cao. Bệnh đáp ứng tốt với thuốc thoa DEP ngoài da và Ivermectin đường uống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Henok Dagne, Awrajaw Dessie, Bikes Destaw, Walegn Worku Yallew and Zemichael Gizaw (2019), "Prevalence and associated factors of scabies among schoolchildren in Dabat district, northwest Ethiopia, 2018" Dagne et al. Environmental Health and Preventive Medicine 24:67
2. Alipour H, Goldust M. et al. (2015), "The efficacy of oral ivermectin vs. sulfur 10% ointment for the treatment of scabies". *Ann Parasitol.* 61(2), pp. 79-84
3. Kate E. Mounsey, A. Bhat, Xiaosong Liu, Shelley F. Walton (2017), "Host immune responses to the itch mite, *Sarcoptes scabiei* in humans". *Parasites & Vectors*, 2320-4, doi: [10.1186/s13071-017-2320-4](https://doi.org/10.1186/s13071-017-2320-4)
4. Leung A, Lam J, Leong KF (2019), "Scabies: A Neglected Global Disease" *Curr Pediatr Rev.* doi: 10.2174/1573396315666190717114131
5. Nowowiejska J, Król ME, Dłużniewska P, Olszyńska M, Baran A, Flisiak I (2019), "Scabies –still current medical and social problem. A retrospective analysis of 193 cases" *Przegl Epidemiol* 73(1):19-29.
6. Sajad A Bhat, Kate E Mounsey, Xiaosong Liu, Shelley F Walton (2017), "Host Immune Responses to the Itch Mite, *Sarcoptes Scabiei*, in Humans" *Parasit Vectors* 10 (1), 385
7. Larry G Arlian, Marjorie S Morgan (2017), "A Review of *Sarcoptes Scabiei*: Past, Present and Future" *Parasitology Vectors* 10 (1), 297
8. James G. H. Dinulos MD, Bệnh ghê. Geisel School of Medicine at Dartmouth. (2021)
9. Hadi Alabdullah^a, Muhammad Nour Alabdullah^b, Salim Alabdullah. Lower urinary tract symptoms caused by scabies mites (*sarcoptes scabiei*): A case report . 2023. <https://doi.org/10.1016/j.eucr.2023.102451>
10. Xavier Sanchez-Flores, MD,^a Karina J. Cancel-Artau, MD,^b and Luz Figueroa, MD^a. Eosinophilia with leukemoid reaction secondary to *Sarcoptes scabiei*. *JAAD Case Reports* 2021;8:13-5. 2352-5126
11. V. Andriantsoanirinal¹, F. Arie², A. Izri^{1,3,4}, C. Bernigaud¹. *Sarcoptes scabiei* mites in humans are distributed into three genetically distinct clades. *Clin Microbiol Infect* 2015; 21: 1107–1114
12. Nardoni, S.; Mancianti, F. Essential Oils against *Sarcoptes scabiei*. *Molecules* 2022, 27, 9067. <https://doi.org/10.3390/molecules27249067>

Abstract

**THREE CASES OF SARCOPTES SCABIEI INFESTATION
AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL**

Le Thi Cam Ly, Tran Phu Manh Sieu, Tran Thi Kim Dung

*All the world, scabies affects 200 to 300 million people. The average prevalence rate is estimated to be 5 to 10% in children in developing countries. Scabies is a parasitic skin disease. The mite *sarcoptes scabiei* lives in burruwa in the epidermis. This is a significant public health issue. Transmission commonly occurs through prolonged skin to skin contact. Scabies is a highly contagious parasitic skin disease that is stigmatized. The main risk factors are overcrowded living conditions and poor hygiene. The disease has various clinical forms, such as classical scabies, scabies in infants, Norwegian scabies, nodular scabies, etc. We present three cases of *sarcoptes scabiei* infestation in Can Tho city. The patients were diagnosed based on clinical manifestations of skin lesions and direct microscopic examination revealing the mite. Two cases were treated specifically with DEP applied topically to the affected area, while one case received a combination of topical DEP and oral ivermectin. All three cases completely recovered after one week of treatment, although two cases had a relapse. This information about the three cases of scabies provides additional data for clinical physicians during the examination and treatment of this parasitic disease.*

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Cao Bá Lợi

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

NHẬN XÉT KẾT QUẢ CHĂM SÓC BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT TÁI TẠO VÚ 1 THÌ SAU CẮT TOÀN BỘ TUYẾN VÚ DO UNG THƯ TẠI KHOA NGOẠI IV BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN

Trần Thị Châu¹. Nguyễn Thị Nụ¹. Nguyễn Thị Tâm¹. Đoàn Thị Hồng Nhật².

¹Bệnh viện Ung bướu Nghệ An, ²Đại học Y khoa Vinh

Tóm tắt

Phẫu thuật tái tạo vú một thì sau cắt tuyến vú đã được thực hiện tại nhiều nước trên thế giới. Theo dõi và chăm sóc bệnh nhân hậu phẫu là một trong những khâu quan trọng trong điều trị. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chăm sóc bệnh nhân ung thư vú được phẫu thuật tái tạo vú 1 thì sau cắt toàn bộ tuyến vú. Bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư vú. Được phẫu thuật tái tạo vú 1 thì sau cắt toàn bộ tuyến vú và chăm sóc sau mổ tại bệnh viện Ung Bướu Nghệ An. Hồ sơ bệnh án không đầy đủ. tuổi trung bình: $40,9 \pm 8,99$. Vị trí u hay gặp: 1/4 trên ngoài (42,9%). Có 28,6% bệnh nhân phẫu thuật patey, 50 % phẫu thuật cắt tuyến vú tiết kiệm da, bệnh nhân cắt tuyến vú bảo tồn quầng núm vú 21,4%. Dịch dẫn lưu trung bình là $105 \pm 41,23$ ml/24h, không có bệnh nhân có dấu hiệu nhiễm trùng. 10,71% bệnh nhân có tụ dịch.

Từ khóa: Ung thư vú; chăm sóc sau mổ, phẫu thuật tái tạo vú

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là loại ung thư hay gặp nhất ở phụ nữ trên thế giới. Bệnh thường gặp ở phụ nữ trên 40 tuổi, tỷ lệ cao nhất ở độ tuổi từ 40 đến 49. Điều trị UTV là kết hợp của nhiều phương pháp: Phẫu thuật, xạ trị, hoá chất, nội tiết, điều trị đích. Phẫu thuật đóng vai trò quan trọng trong việc điều trị UTV. Phẫu thuật tái tạo vú ngay sau khi cắt tuyến vú đã được thực hiện và nghiên cứu tại nhiều nước phát triển trên thế giới. Kết quả phẫu thuật mang lại giá trị thẩm mỹ cao mà không làm ảnh hưởng đến quá trình điều trị bệnh sau mổ cũng như tỷ lệ tái phát tại chỗ và đặc biệt không ảnh hưởng đến khả năng sống thêm sau mổ của bệnh nhân.

Theo dõi và chăm sóc bệnh nhân phẫu thuật ung thư nói chung và bệnh nhân phẫu thuật tái tạo vú 1 thì nói riêng là một trong những khâu quan trọng không thể thiếu, góp phần tạo nên sự thành công cho quá trình điều trị. Nhằm góp phần nâng cao chất lượng toàn diện cho bệnh nhân phẫu thuật tái tạo vú 1 thì sau cắt toàn bộ tuyến vú chúng tôi thực hiện đề tài “nhận xét kết quả chăm sóc bệnh nhân phẫu thuật tái tạo vú 1 thì sau cắt toàn bộ tuyến vú do ung thư tại khoa ngoại IV bệnh viện Ung Bướu Nghệ An”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Đối tượng nghiên cứu: BN được chẩn đoán xác định ung thư vú thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 10 năm 2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vú được phẫu thuật tái tạo vú 1 thì sau cắt toàn bộ tuyến vú tại Khoa Ngoại 4 bệnh viện Ung Bướu Nghệ An. Bệnh nhân được theo dõi chăm sóc, đánh giá chăm sóc sau mổ tại khoa ngoại IV bệnh viện Ung Bướu Nghệ An. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân ung thư vú phẫu thuật ngoài viện. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân hồ sơ bệnh án không đầy đủ.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Khoa ngoại IV, Bệnh viện Ung Bướu Nghệ An.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 10 năm 2022.

2.3. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả loạt bệnh, hồi cứu kết hợp tiền cứu.

Phương pháp chọn mẫu: thuận tiện gồm 28 bệnh nhân ung thư vú

2.4. Phương pháp thu thập số liệu: trên hồ sơ bệnh án.

2.5. Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập được nhập và xử lý bằng phần mềm thống kê Y học SPSS 20.0

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

	Đặc điểm bệnh nhân	n	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	< 31	3	10,7
	31-40	13	46,4
	41-50	8	28,6
	>50	4	14,3
Vị trí u	Vị trí khối u		
	Trên trong	9	32,1
	Dưới trong	1	3,6
	Trên ngoài	12	42,9
	Dưới ngoài	3	10,7
	Trung tâm	3	10,7
	Tổng	28	100
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn bệnh		
	Giai đoạn I	10	35,7
	Giai đoạn IIA	9	32,1
	Giai đoạn IIB	9	32,1

Nhận xét: Độ tuổi trung bình là 40,9±8,99; tuổi thấp nhất 24 và tuổi cao nhất 60, bệnh nhân 31-40 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 46,4 %. Vị trí hay gặp nhất của khối u là 1/4 trên ngoài (42,9%), giai đoạn I chiếm tỷ lệ cao nhất 35,7%.

Bảng 2. Các phương pháp phẫu thuật cắt tuyến vú

Phương pháp phẫu thuật	n	Tỷ lệ %
Cắt tuyến vú kinh điển	8	28,6
Cắt tuyến vú tiết kiệm da	14	50
Cắt tuyến vú bảo tồn quầng núm vú	6	21,4
Vật da cơ sử dụng	n	Tỷ lệ %
Túi độn	3	10,8
Vạt LD	20	71,4
Vạt TRAM	3	10,7
Vạt LD + Túi độn	2	7,1
Tổng	28	100

Nhận xét: bệnh nhân phẫu thuật cắt tuyến vú tiết kiệm da chiếm tỷ lệ lớn nhất 50%. Vạt LD chiếm 71,4%.

3.3. Kết quả khảo sát công tác chăm sóc theo dõi sau mổ

Bảng 3. Kết quả khảo sát công tác chăm sóc theo dõi sau mổ

		Số lượng	Tỷ lệ %
Màu sắc, số lượng dịch dẫn lưu	<10 ml	0	0
	11-30 ml	0	0
	31-50 ml	1	3,6
	>50ml	27	96,4
	Hồng	27	96,4
	Đỏ tươi	1	3,6
Thời rút dẫn lưu sau mổ	<7 ngày	0	0%
	7 ngày	6	21,4%
	8 ngày	8	28,6%
	9 ngày	8	28,6%
	10 ngày	6	21,4%

Tình trạng vết thương sau mổ ngày thứ 3	Khô	26	92,9	
	Có dịch	2	7,1	
	Phù nề	0	0	
	Tổng cộng	28	100	
Biến chứng sau phẫu thuật	Nhiễm trùng	Có	1	3,6
		Khô ng	27	96,4
	Tụ dịch	Có	3	10,7
		Khô ng	25	89,3
	Đính h rách	Có	0	0
		Khô ng	28	100

Nhận xét: Lượng dịch dẫn lưu trung bình $105 \pm 41,23$ ml/24h. Thời gian trung bình rút ống dẫn lưu là 8,5 ngày. Băng vết mổ sau phẫu thuật khô sạch chiếm 92,86 %. Băng vết mổ sau bị thấm dịch chiếm 7,14 %. không có bệnh nhân bị nhiễm trùng và dính rách sau phẫu thuật. 10,71% bệnh nhân có dấu hiệu tụ dịch.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 28 bệnh nhân ung thư vú điều trị tái tạo vú 1 thì. Trong đó trẻ nhất là 24 tuổi và lớn nhất là 60 tuổi. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $40,9 \pm 8,99$. Có 57,1% trường hợp bệnh nhân dưới 40 tuổi. Điều này cho thấy nhu cầu tái tạo lại vú sau mổ cắt toàn bộ tuyến vú không chỉ có ở những phụ nữ trẻ tuổi.

Kích thước u là một trong các yếu tố để phân loại giai đoạn theo hệ thống TNM. Kích thước u càng lớn, tiên lượng càng xấu. Do tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm để tiến hành nên trong nghiên cứu các khối u vú có kích thước dưới 5cm. Trong đó giai đoạn I chiếm 35,7% chiếm tỷ lệ cao nhất và giai đoạn IIA chiếm tỷ lệ 32,1 %.

Phương pháp phẫu thuật: Phẫu thuật cắt tuyến vú kinh điển là phương pháp đầu tiên, cổ điển trong lịch sử điều trị ung thư vú, bao gồm : bao gồm cắt da trên diện u, cắt quầng và núm vú, toàn bộ tuyến vú và vết hạch nách cùng bên. Phẫu thuật cắt bỏ vú tiết kiệm da bao gồm việc loại bỏ mô vú, núm vú và quầng vú của bệnh nhân nhưng hầu hết phần da vẫn nguyên vẹn. Phẫu thuật này được sử dụng khi kết hợp điều trị và tái tạo vú cùng một lúc. Kỹ thuật này không được sử dụng khi khối u lớn hoặc nếu ung thư được tìm thấy ở gần bề mặt da của bạn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 28 bệnh nhân thì có 8 ca cắt vú kinh điển, 14 trường hợp cắt vú tiết kiệm da và 6 trường hợp cắt vú bảo tồn quầng núm vú.

4.2. CHĂM SÓC SAU MỔ

Trong nghiên cứu của chúng tôi lượng dịch dẫn lưu trung bình của BN là $105 \pm 41,23$ trong đó số lượng nhiều nhất là 200 ml và ít nhất là 50 ml, Băng vết mổ sau phẫu thuật khô sạch gồm 26 trường hợp, chiếm 92,7 %. Băng vết mổ sau phẫu thuật bị thấm dịch gồm 2 trường hợp, chiếm 7,1%. 100% bệnh nhân khi ra viện có vết mổ khô sạch. Tất cả các bệnh nhân đều được thay băng đảm bảo vô khuẩn. Trước khi ra viện không có BN nào bị nhiễm trùng vết mổ theo định nghĩa của CDC. Hiện nay tình trạng nhiễm trùng vết mổ đã giảm đi rõ so với trước nhờ có kháng sinh dự phòng cùng với vấn đề chăm sóc được chú trọng đảm bảo nguyên tắc vô khuẩn.

5. KẾT LUẬN

1.Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Tuổi trung bình: $40,9 \pm 8,99$. Vị trí 1/4 trên ngoài: 42,9%;Giai đoạn I: 35,7%, giai đoạn IIA: 32,1%, giai đoạn IIB: 32,1%.Phẫu thuật cắt tuyến vú tiết kiệm da: 50%. Vạt LD: 71,4%.

2. Kết quả chăm sóc sau mổ: Thời gian trung bình rút dẫn lưu là 8,5 ngày; Dịch dẫn lưu trung bình là $105 \pm 41,23$ ml/24h; không có bệnh nhân bị nhiễm trùng và dính nách sau phẫu thuật; 10,71% bệnh nhân có dấu hiệu tụ dịch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cancer today. <http://gco.iarc.fr/today/home>.
2. Nguyễn Văn Định. Bệnh ung thư vú. Nhà xuất bản Y học, 2004.
3. Nipple-sparing and skin-sparing mastectomy: review of aims, oncological safety and contraindications - PMC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5837802>
4. Saldanha, I. J. et al. Breast Reconstruction After Mastectomy: A Systematic Review and Meta-Analysis. Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2021.
5. Quality of Life and Breast Cancer: How Can Mind–Body Exercise Therapies Help? An Overview Study - PMC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5969039/>.
6. Modern surgical treatment of breast cancer - PMC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7327379/>.

Abstract

TO COMMENT THE RESULTS OF TAKING CARE OF BREAST RECONSTRUCTION SURGERY 1 STAGE PATIENT AFTER MODIFIED RADICAL MASTECTOMY AT THE DEPARTMENT OF SURGERY IV, NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL

Tran Thi Chau¹. Nguyen Thi Nu¹. Nguyen Thi Tam¹. Doan Thi Hong Nhat²

¹Department of surgery IV, Nghe An oncology hospital. ²Vinh Medical University

Breast reconstruction surgery immediately after mastectomy has been performed in many countries around the world. Monitoring and taking care of patients with 1-stage breast reconstruction surgery is one of the important stages in the treatment. Objectives: To describe clinical, paraclinical and outcome of breast cancer patients undergoing breast reconstruction surgery 1 stage after total mastectomy. Subjects and research methods: Selection criteria: Patients diagnosed with breast cancer. Received 1-stage breast reconstruction surgery after total mastectomy and post-operative care at Nghe An Oncology Hospital. Exclusion criteria: The patient's medical record is incomplete. Results: Clinical and laboratory characteristics: mean age: 40.9 ± 8.99 . Common tumor location: 1/4 on the outside (42.9%). There were 28.6% patients with patey surgery, 50% of patients with skin-saving mastectomy, 21.4% of patients with nipple-preserving mastectomy. Results of postoperative care: The average drainage was 105 ± 41.23 ml/24 hours, there were no signs of infection. 10.71% of patients had fluid accumulation.

Keywords: *Breast cancer; Post-operative care, breast reconstruction surgery*

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Cao Bá Lợi

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

DỊCH TỄ HỌC LÂM SÀNG BỆNH XUẤT HUYẾT GIẢM TIỂU CẦU MIỄN DỊCH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ GLUCOCORTICOIDS TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN 2020

Nguyễn Cảnh Phú¹, Trần Thị Kiều Anh, Nguyễn Thị Cần¹
Nguyễn Hải Anh², Trần Anh Sơn¹

¹Trường Đại học Y khoa Vinh, ²ĐHY Hà nội

Tóm tắt

Nghiên cứu nhằm đánh giá thực trạng bệnh Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch trẻ em và kết quả điều trị Glucocorticoids ở trẻ tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. 41 bệnh nhân được chẩn đoán xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch và điều trị bằng Glucocorticoids từ tháng 1/2020 - 12/2020. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích. Tỷ lệ nam/nữ là 1,28/1; tỷ lệ trẻ mắc nhiễm khuẩn hô hấp trước khi biểu hiện là 51,22%. 100% trường hợp có biểu hiện xuất huyết dưới da, chủ yếu là xuất huyết dạng chấm và nốt (51,22%), mức độ xuất huyết chủ yếu là độ 2, độ 3, thiếu máu mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ 21,95%, Hb trung bình là $118,68 \pm 14,35$ g/l; 80,5% trường hợp trẻ nhập viện có số lượng tiểu cầu dưới 20G/l. Tỷ lệ trẻ không có xuất huyết mới trong 3 ngày điều trị bằng Glucocorticoids là 85,4%. Các triệu chứng lâm sàng cải thiện tốt trong quá trình điều trị. Số lượng tiểu cầu tăng sau 3 ngày điều trị: là $128,19 \pm 30,30$ G/l đối với nhóm không truyền khối tiểu cầu, và $75,24 \pm 11,71$ G/l đối với nhóm có truyền khối tiểu cầu; sau 6 ngày điều trị là $238,06 \pm 59,06$ G/l và $154,88 \pm 24,45$ G/l; số ngày điều trị trung bình của trẻ là $11,29 \pm 3,9$ ngày; 7,32%. có hội chứng Cushing do dùng Glucocorticoids kéo dài.

Từ khóa: Xuất huyết giảm tiểu cầu, Glucocorticoids.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết giảm tiểu cầu tiên phát hay còn gọi là xuất huyết giảm tiểu cầu tự miễn hoặc xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch (Immune Thrombocytopenic Purpura – ITP) là một bệnh đặc trưng bởi sự giảm số lượng tiểu cầu do tiểu cầu bị phá hủy sớm ở ngoại vi vì tự kháng thể, đời sống tiểu cầu ngắn, có kháng thể kháng tiểu cầu trong huyết tương, tăng mẫu tiểu cầu trong tủy xương. XHGTCTP là một trong những bệnh rối loạn chảy máu thường gặp nhất trong các bệnh về máu và cơ quan tạo máu, đứng đầu trong các bệnh rối loạn cầm máu [1]. Trên thế giới tần suất ước tính khoảng 46 trường hợp mới mắc trên 100000 trẻ em hàng năm [2]. Tại Việt Nam tần suất mắc 4 - 6 trường hợp/100000 trẻ em. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi của trẻ em nhưng thường xảy ra nhiều nhất ở lứa tuổi từ 2 - 5 tuổi, tỷ lệ gần tương đương giữa hai giới. Biểu hiện thường cấp tính, lành tính, thuyên giảm hoàn toàn 80-90% sau 6 tháng dù có hay không điều trị. Tuy nhiên bệnh có thể để lại nhiều biến chứng nặng nề do số lượng tiểu cầu giảm như xuất huyết niêm mạc nặng, xuất huyết tiêu hóa, xuất huyết nội sọ, có thể gây tử vong. Do đó cần phải điều trị khi số lượng tiểu cầu giảm nặng [3], [4]. Nghiên cứu của Bệnh viện Nhi Trung Ương năm 1991, xuất huyết giảm tiểu cầu chiếm 12,8% trong các bệnh về máu và cơ quan tạo máu và đứng đầu trong các bệnh về rối loạn cầm máu [3]. Nghiên cứu tại Thành phố Hồ Chí Minh năm 2003, bệnh chiếm tỷ lệ từ 33% đến 39% các bệnh huyết học điều trị nội trú mỗi năm tại hai Bệnh viện Nhi Đồng 1 và Bệnh viện Nhi Đồng 2. Bệnh xảy ra quanh năm, nhưng ở trẻ nữ nhi thường gặp nhiều hơn vào thời điểm giao mùa giữa mưa và khô và ở tháng 1-2 [5].

Hiện nay điều trị bệnh XHGTCTP ở trẻ em gồm có Corticosteroids, Anti- D, gamma globulin truyền tĩnh mạch, cắt lách và các thuốc ức chế miễn dịch, trong đó Corticosteroids vẫn là thuốc được lựa chọn đầu tiên. Ngày nay nhờ có những tiến bộ về mặt miễn dịch học hiểu rõ hơn về cơ chế bệnh sinh của XHGTCTP nên IVIG được áp dụng rộng rãi trong điều trị XHGTCTP như một phương pháp làm tăng số lượng tiểu cầu một cách nhanh chóng. Corticoids là một liệu pháp điều trị hiệu quả cao, rẻ tiền, thường làm tăng số lượng tiểu cầu trong vòng vài giờ đến vài ngày, tuy nhiên sử dụng kéo dài hoặc mãn tính có nhiều độc tính. Tuy nhiên phương pháp này không làm khỏi bệnh một cách chắc chắn nhưng có thể điều chỉnh được rối loạn cầm máu, tác dụng chống chảy máu do nâng tiểu cầu lên mức an toàn [6]. Khoa Tiêu hóa – Máu của Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An thành lập được 10 năm nhưng hàng năm có một lượng lớn trẻ đến khám và điều trị do giảm tiểu cầu, song chưa có nghiên cứu nào đánh giá đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh XHGTCTP bằng Glucocorticoids một cách cụ thể và khái quát. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài “Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng bệnh Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch trẻ em và kết quả điều trị Glucocorticoids tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2020”, với hai mục tiêu nghiên cứu sau: Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng bệnh Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch trẻ em tại khoa Tiêu hóa- Máu Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2020 và Kết quả điều trị bệnh Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch trẻ em bằng Glucocorticoids tại khoa Tiêu hóa- Máu Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An năm 2020.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 41 trẻ dưới 15 tuổi được chẩn đoán xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch điều trị tại khoa Tiêu hóa – Máu Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, có đủ các tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn: 41 trẻ dưới 15 tuổi được chẩn đoán xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch và điều trị theo phác đồ Glucocorticoids.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ em xuất huyết giảm tiểu cầu do những nguyên nhân khác như do tủy xương, do bệnh hệ thống khác (lupus ban đỏ hệ thống, hội chứng tăng sinh lympho bào tủy miễn,...), do nhiễm trùng cấp tính, do dùng thuốc, bệnh bạch cầu cấp, giảm tiểu cầu bẩm sinh.

2.2 Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Tiêu hóa – Máu Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An trong thời gian từ 1/1/2019 đến 30/04/2020.

2.3.Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, theo dõi dọc có phân tích.

Cỡ mẫu: Thuận tiện

Chọn ngẫu nhiên thuận tiện tất cả các bệnh nhân nhi dưới 15 tuổi phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong khoảng thời gian nghiên cứu.

2.4.Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu. Đặc điểm lâm sàng. Đặc điểm cận lâm sàng.

Kết quả điều trị glucocorticoid: Thời gian điều trị, truyền khối tiểu cầu, thời gian ngừng xuất huyết mới sau khi nhập viện, kết quả sự thay đổi tiểu cầu đối với nhóm không truyền khối tiểu cầu chỉ dùng Glucocorticoids, kết quả sự thay đổi tiểu cầu đối với nhóm truyền khối tiểu cầu kết hợp với Glucocorticoids.

Tiêu chí đánh giá: *Tiêu chuẩn đánh giá về lâm sàng:*

Hình thái xuất huyết [7]: Chấm xuất huyết: là những chấm đỏ, tím có kích thước 1- 2mm, do xuất huyết từ những mạch máu nhỏ.Nốt xuất huyết: là những nốt đỏ, tím có kích thước 0.3- 1cm.Mảng xuất huyết: là những xuất huyết trên da có kích thước lớn hơn 1 cm thường do chảy máu nhiều.

Mức độ xuất huyết [8]:Độ 1: ít nốt xuất huyết (tổng số ≤ 100) và/hoặc ≤ 5 mảng xuất huyết ($\leq 3\text{cm}$) không có chảy máu niêm mạc.Độ 2: nhiều nốt xuất huyết (tổng số > 100) và/ hoặc >5 mảng xuất huyết ($> 3\text{cm}$ đường kính).Độ 3: Chảy máu ở mức trung bình, chảy máu niêm mạc, ảnh hưởng tới lối sống.Độ 4: Chảy máu niêm mạc rõ hoặc nghi ngờ chảy máu trong.

Quy trình tiến hành nghiên cứu: *Bước 1:* Chọn các bệnh nhân nhi trẻ dưới 15 tuổi được chẩn đoán xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch điều trị tại khoa Tiêu hóa – Máu Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. *Bước 2:* Thu thập số liệu hoàn thành bệnh án nghiên cứu. *Bước 3:* Nhập số liệu, xử lý số liệu, viết báo cáo kết quả nghiên cứu theo 2 mục tiêu nghiên cứu. *Bước 4:* Bàn luận kết quả nghiên cứu và rút ra kết luận.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: Phần mềm SPSS 20.0 và Excel 2010

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng khoa học của trường Đại học Y khoa Vinh. Được sự đồng ý của Ban giám đốc Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, khoa Tiêu hóa – Máu và người nhà, bệnh nhân nhi.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: Tỷ lệ xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ nam/nữ là 1,28/1. Nam chiếm tỉ lệ cao hơn nữ ở lứa tuổi dưới 1 tháng (1,5/1), tỉ lệ nam/nữ bằng nhau ở nhóm 1- 10 tuổi (1/1). 80,5% trẻ mắc bệnh sống ở nông thôn.

3.2. Đặc điểm lâm sàng: Xuất huyết dưới da dạng chấm và nốt là chủ yếu với số lượng 21 trẻ (51,22%), xuất huyết dưới da đa dạng 12 trẻ (29,27%), chỉ có chấm xuất huyết 6 trẻ (14,63%), chỉ có mảng 2 trẻ (4,88%). Xuất huyết dưới da đơn thuần có 27 trẻ chiếm tỷ lệ 65,85%, xuất huyết dưới da và niêm mạc 12 trẻ chiếm tỷ lệ (29,27%), xuất huyết dưới da và tiêu hóa 2 trẻ chiếm tỷ lệ (4,88%). Chủ yếu là xuất huyết độ 2 và độ 3, trong đó độ 2 có 29 trẻ chiếm tỷ lệ 70,73%, độ 3 có 12 trẻ chiếm tỷ lệ 29,27%, không gặp trường hợp nào có xuất huyết độ 4. 87,8% trường hợp có biểu hiện xuất huyết trước nhập viện $\leq 72\text{h}$, 12,2% biểu hiện trước nhập viện $> 72\text{h}$. 26,83% trẻ có biểu hiện bệnh ở đường hô hấp (trên hoặc dưới) đi kèm, 4,88% trẻ có biểu hiện bệnh ở đường tiêu hóa kèm theo.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng: 78,05% trẻ có lượng huyết sắc tố $> 120\text{ g/l}$ (không có thiếu máu), 21,95% trường hợp có lượng Hb từ 90 – 120 g/l (biểu hiện thiếu máu mức độ nhẹ). 80,5% trẻ có số lượng tiểu cầu lúc vào viện nhỏ hơn 20G/l, 19,5% trẻ có số lượng tiểu cầu lớn hơn 20G/l, nhỏ hơn 100G/l.

3.4. Điều trị Glucocorticoid

Bảng 1. Thời gian điều trị

Thời gian điều trị (ngày)	Glucocorticoids + truyền khối tiểu cầu	Chỉ dùng Glucocorticoids	Tất cả trẻ em
Min	7	7	7
Max	18	22	22
Trung bình	11,28 ± 3,76	11,31 ± 4,24	11,29 ± 3,9
p	$> 0,05$		

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của tất cả trẻ em là $11,29 \pm 3,9$ ngày. thời gian điều trị trung bình của nhóm có truyền truyền khối tiểu cầu kết hợp với Glucocorticoids là $11,28 \pm 3,76$ ngày, nhóm không truyền khối tiểu cầu là $11,31 \pm 4,24$, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

3.5. Truyền khối tiểu cầu: 60,98% trẻ có truyền tiểu cầu.

Bảng 2. Thời gian ngừng xuất huyết mới sau nhập viện

Thời gian ngừng xuất huyết mới	Chỉ dùng Glucocorticoids	Glucocorticoids kết hợp truyền tiểu cầu	Tổng	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
≤ 3 ngày	14 (87,5)	21 (84)	35 (85,4)	> 0,05
Trên 3 ngày	2 (12,5)	4 (16)	6 (14,6)	
Tổng	16 (100)	25 (100)	41 (100)	

Nhận xét: Tình trạng xuất hiện xuất huyết mới tiếp tục xảy ra trong những ngày đầu điều trị. Trong đó: 85,4% trẻ em hết xuất huyết mới sau ≤ 3 ngày, 14,6% hết xuất huyết mới sau thời gian trên 3 ngày. Sự khác biệt giữ nhóm chỉ dùng Glucocorticoids và nhóm dùng Glucocorticoids không có ý nghĩa thống kê.

3.6. Kết quả sự thay đổi tiểu cầu đối với nhóm không truyền khối tiểu cầu chỉ dùng Glucocorticoids

Bảng 3. Kết quả sự thay đổi tiểu cầu đối với nhóm không truyền khối tiểu cầu chỉ dùng Glucocorticoids (n = 16)

Số lượng tiểu cầu	Trước điều trị	Sau 3 ngày điều trị	Sau 6 ngày điều trị	p
Trung bình	$26,00 \pm 4,52$	$128,19 \pm 30,30$	$238,06 \pm 59,06$	< 0,001
< 20G/l	$10,88 \pm 0,9$	$106,63 \pm 31,07$	$202,0 \pm 64,87$	
20 – 100 G/l	$41,13 \pm 4,62$	$149,75 \pm 53,27$	$274,13 \pm 101,83$	

Nhận xét: Số lượng tiểu cầu trung bình tăng lên $128,19 \pm 30,30$ sau 3 ngày điều trị, $238,06 \pm 59,06$ sau 6 ngày điều trị ($p < 0,001$).

3.7. Kết quả sự thay đổi tiểu cầu đối với nhóm truyền khối tiểu cầu kết hợp với Glucocorticoids

Bảng 4. Kết quả sự thay đổi tiểu cầu đối với nhóm truyền khối tiểu cầu kết hợp với Glucocorticoids (n = 25)

Số lượng tiểu cầu (G/l)	Trước điều trị	Sau truyền khối tiểu cầu	Sau 3 ngày điều trị	Sau 6 ngày điều trị	p
Trung bình	$3,88 \pm 0,6$	$23,64 \pm 4,21$	$75,24 \pm 11,71$	$154,88 \pm 24,45$	< 0,001

Nhận xét: Số lượng tiểu cầu trung bình tăng lên $75,24 \pm 11,71$ sau 3 ngày điều trị, $154,88 \pm 24,45$ sau 6 ngày điều trị ($p < 0,001$).

3.8. Tác dụng phụ: Có 3 trẻ (7,32%) có hội chứng Cushing do dùng Glucocorticoids, các trẻ này đều là XHGTC mãn tính dùng corticoids kéo dài. Có 2 trẻ (4,88%) có biểu hiện tăng sự thèm ăn.

4. BÀN LUẬN:

1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: Tỷ lệ nam/nữ là 1,28/1. Kết quả này tương đồng nghiên cứu của tác giả Trần Văn Bình (1,06/1) [9]. Tỷ lệ nam/nữ có khác nhau giữa các nhóm tuổi, từ 2 – 12 tháng là 1,5/1, từ 1- 10 tuổi là 1/1. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Lâm Thị Mỹ (2016) [10], Lê Thị Ngọc Dung (2003) [5]. Tỷ lệ trẻ sống ở vùng nông thôn mắc bệnh cao gấp 4 lần so với thành thị. Nguyên nhân có thể do điều kiện chăm sóc, sinh hoạt còn hạn chế ảnh hưởng làm trẻ có nguy cơ nhiễm khuẩn cao hơn nên trẻ dễ bị mắc các bệnh nhiễm khuẩn hơn tạo điều kiện thuận lợi cho đáp ứng miễn dịch khởi phát bệnh.

2. Đặc điểm lâm sàng: 100% trẻ vào viện có biểu hiện xuất huyết dưới da, đây được xem là dấu hiệu thường gặp trên lâm sàng. Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Thắng và Trần Thị Thu Hương (2007) là 96,2% [11]. Xuất huyết dưới da dạng chấm và nốt là chủ yếu với số lượng 21 trẻ (51,22%), xuất huyết dưới da đa dạng 12 trẻ (29,27%), chỉ có chấm xuất huyết 6 trẻ (14,63%), chỉ có mảng 2 trẻ (4,9%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Mạnh và Nguyễn Thị Mai Hương (2019) [12]. Đây cũng là đặc điểm để các nhà lâm sàng hướng đến nguyên nhân xuất huyết là do tiểu cầu hoặc do thành mạch. Đặc biệt đối với tuyến y tế cơ sở chưa có các xét nghiệm cận lâm sàng chưa đầy đủ đây được coi là dấu hiệu chỉ điểm. Xuất huyết dưới da đơn thuần có 27 trẻ chiếm tỷ lệ 65,85%, xuất huyết dưới da và niêm mạc 12 trẻ chiếm tỷ lệ 29,27%, xuất huyết dưới da và tiêu hóa 2 trẻ chiếm tỷ lệ 4,88%, chủ yếu là xuất huyết độ 2 và độ 3, độ 2 có 29 trẻ (70,73%), độ 3 có 12 trẻ (29,27%), không gặp trường hợp nào có xuất huyết độ 4. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Blanchette (2010) [13]. Với các triệu chứng như vậy cùng với số lượng tiểu cầu giảm thấp, các trẻ xuất huyết giảm tiểu cầu vào khoa đều được nằm phòng theo dõi đặc biệt và điều trị tích cực ngay từ đầu. Điều này là hoàn toàn hợp lý để tránh xuất huyết tiến triển nặng thêm.

Số trẻ có biểu hiện xuất huyết trước thời điểm nhập viện ≤ 72 h là 87,8%, > 72 h là 12,2%. Thời gian xuất hiện xuất huyết trước nhập viện có ảnh hưởng đến tình trạng của trẻ. Chính vì vậy cần phải đưa trẻ đến bệnh viện để khám và điều trị sớm ngay khi có những biểu hiện xuất huyết bất thường. Tỷ lệ trẻ có bệnh lý khác kèm theo ở đường hô hấp chiếm 26,83%, tiêu hóa chiếm 7,88%. Những bệnh kèm theo này thường nhẹ, nhanh khỏi và được điều trị cùng lúc với xuất huyết giảm tiểu cầu.

3. Đặc điểm cận lâm sàng: 78,05% trẻ có lượng huyết sắc tố > 120 g/l (không có thiếu máu), 21,95% trường hợp có lượng Hb từ 90 – 120 g/l (biểu hiện thiếu máu mức độ nhẹ). Kết quả này là phù hợp với thống kê của Lâm Thị Mỹ (2016) [10]. Hầu hết các trẻ không có xuất huyết nặng để dẫn đến thiếu máu từ trung bình trở lên, mặt khác cũng chưa loại trừ được thiếu máu thiếu sắt có từ trước vì các trẻ không được định lượng các billand sắt mà chỉ bù sắt kèm theo. 80,5% trẻ có số lượng tiểu cầu lúc vào viện nhỏ hơn 20G/l, 19,5% trẻ có số lượng tiểu cầu lớn hơn 20G/l, nhỏ hơn 100G/l. Với số lượng tiểu cầu thấp và có biểu hiện xuất huyết trên lâm sàng, 100% trẻ nhập viện đều được chỉ định điều trị bằng Glucocorticoids ngay từ ngày đầu.

4. Điều trị bằng Glucocorticoids: Thời gian điều trị trung bình là $11,29 \pm 3,9$ ngày (Bảng 1), dài hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Mạnh, Nguyễn Thị Mai Hương (2019) là $5,77 \pm 3,04$ ngày [12]. Nghiên cứu của Jonh A. D'orazio (2013) kết luận rằng thời gian điều trị bằng Glucocorticoids trong bệnh Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch thường là từ 1 đến 2 tuần và phụ thuộc vào đáp ứng của số lượng tiểu cầu [14]. Có 25 trẻ (60,98%) trẻ có truyền tiểu cầu kết hợp với Glucocorticoids, 16 trẻ (39,02%) chỉ điều trị bằng Glucocorticoids. Qua bảng 2. nhận thấy tình trạng xuất hiện xuất huyết mới tiếp tục xảy ra trong những ngày đầu điều trị. Truyền khối tiểu cầu được chỉ định trong trường hợp có chảy máu nghiêm trọng đe dọa tính mạng hoặc số lượng tiểu cầu quá thấp để nhanh chóng làm giảm nguy cơ xuất huyết nặng cho trẻ [15]. Như vậy truyền khối tiểu cầu được chỉ định khi trẻ có số lượng tiểu cầu dưới 20 G/l, đây là biện pháp điều trị hỗ trợ khi tình trạng trẻ nặng và không phải là biện pháp điều trị nguyên nhân gây ra bệnh. Sau 3 ngày điều trị số lượng tiểu cầu trung bình là $128,19 \pm 30,30$ G/l đối với nhóm không truyền khối tiểu cầu chỉ dùng Glucocorticoids và $75,24 \pm 11,71$ G/l đối với nhóm có kết hợp với truyền khối tiểu cầu. Điều này chứng tỏ phương pháp điều trị bằng Glucocorticoids sau 3 ngày đã cho hiệu quả đáng kể trong nâng số lượng tiểu cầu trong máu của trẻ, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Số lượng tiểu cầu trong máu được đánh giá lại sau 6 ngày điều trị chúng tôi nhận thấy: số lượng tiểu cầu trung bình đã tăng lên rõ rệt so với sau 3 ngày điều trị, đạt $238,06 \pm 59,06$ G/l đối với nhóm không truyền khối tiểu cầu chỉ dùng Glucocorticoids và $154,88 \pm 24,45$ G/l ở nhóm có truyền khối tiểu cầu, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của tác giả Trần Thị Mạnh năm 2019 [13]. Nghiên cứu của Holtkamp (1984) cũng chỉ ra rằng số lượng tiểu cầu tăng lên đáng kể sau 7 ngày điều trị [16]. Điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch bằng Glucocorticoids cho hiệu quả đáp ứng sớm chỉ sau 3 ngày điều trị số lượng tiểu cầu đã tăng lên đáng kể và tiếp tục tăng lên sau 6 ngày điều trị. Đây là một phương pháp điều trị rẻ tiền nên giảm được tỷ lệ tử chối điều trị do chi phí đắt đồng thời mang lại hiệu quả cao. Qua bảng 4. nhận thấy có 5 trẻ (12,2%) có tác dụng phụ khi dùng Glucocorticoids, trong đó 3 trẻ (7,32%) có hội chứng Cushing do dùng Glucocorticoids, các trẻ này đều là XHGTC mãn tính dùng Glucocorticoids kéo dài, có 2 trẻ (4,88%) có biểu hiện tăng sự thèm ăn. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó cho rằng việc điều trị XHGTCMD bằng Glucocorticoids thường ít gây tác dụng phụ, dùng kéo dài có thể gây ra hội chứng Cushing.

4. KẾT LUẬN

Tỷ lệ xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở nam và nữ là 1,28/1. 100% trường hợp có biểu hiện xuất huyết dưới da, chủ yếu là xuất huyết dạng chấm và nốt (51,22%). Có 4,88% trường hợp có xuất huyết tiêu hóa; 29,27% có xuất huyết niêm mạc. Mức độ xuất huyết chủ yếu là độ 2, độ 3. Thiếu máu mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ 21,95%, Hb trung bình là $118,68 \pm 14,35$ g/l. Số lượng tiểu cầu trung bình lúc vào viện là $12,51 \pm 2,55$ G/l; 80,5% trường hợp trẻ có số lượng tiểu cầu dưới 20G/l. Tỷ lệ trẻ không có xuất huyết mới trong 3 ngày điều trị bằng Glucocorticoids là 85,4%. Các triệu chứng lâm sàng cải thiện tốt trong quá trình điều trị. Số lượng tiểu cầu tăng sau 3 ngày điều trị: là $128,19 \pm 30,30$ G/l đối với nhóm không truyền khối tiểu cầu, và $75,24 \pm 11,71$ G/l đối với nhóm có truyền khối tiểu cầu; sau 6 ngày điều trị là $238,06 \pm 59,06$ G/l và $154,88 \pm 24,45$ G/l. Số ngày điều trị trung bình của trẻ là $11,29 \pm 3,9$ ngày. Có 3 trẻ (7,32%) có hội chứng Cushing do dùng Glucocorticoids kéo dài và 2 trẻ (4,88%) có dấu hiệu tăng thèm ăn khi điều trị bằng Glucocorticoids.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Minh An (1995), Xuất huyết giảm tiểu cầu chưa rõ nguyên nhân, *Bài giảng bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr 192- 199.
2. Lâm Thị Mỹ (2016), Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch, *Sách giáo khoa Nhi khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 1039 - 1041.

3. Nguyễn Công Khanh (1991), Bệnh máu tại khoa huyết học lâm sàng Bệnh viện Nhi Trung Ương, *Kỷ yếu công trình 10 năm 1981- 1991*, Hà Nội, tr 93- 99.
4. Nguyễn Công Khanh (2018), *Huyết học lâm sàng Nhi khoa*, Nhà xuất bản Y học, tr 233- 250.
5. Lê Thị Ngọc Dung (2003), Đặc điểm xuất huyết giảm tiểu cầu ở trẻ nữ nhi tại Bệnh viện Nhi Đồng 2, *Tạp chí Y học thực hành số 10*, tr 59- 63.
6. Shad AT, Gonzalez CE và cộng sự (2007), Treatment of immune thrombocytopenic purpura in children : current concepts, *Paediatr Drugs*, 7(5), tr 325- 336.
7. Ngô Quý Châu (2018), Hội chứng xuất huyết, *Triệu chứng học Nội khoa tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 190- 196.
8. Trần Thị Mạnh, Nguyễn Thị Mai Hương (2018), Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch ở trẻ nhỏ, *Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em (cập nhật năm 2018)*, Bệnh viện Nhi Trung Ương, Hà Nội, tr 445- 451
9. Trần Văn Bình (1997), Xuất huyết giảm tiểu cầu. Nhận xét lâm sàng trên 302 trường hợp, *Tạp chí Y học Việt Nam tập 215 số 4*, tr 12-16.
10. Lâm Thị Mỹ (2016), Xuất huyết giảm tiểu cầu miễn dịch, *Sách giáo khoa Nhi khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 1039 - 1041.
11. Nguyễn Văn Thắng, Trần Thị Thu Hương (2007), Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh xuất huyết giảm tiểu cầu tiên phát tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, *Tạp chí nghiên cứu Y học số 49*, tr 40-46.
12. Trần Thị Mạnh, Nguyễn Thị Mai Hương (2019), Nhận xét kết quả điều trị xuất huyết giảm tiểu cầu tiên phát ở trẻ từ 1 tháng đến 24 tháng tuổi tại Bệnh viện Nhi Trung Ương, *Tạp chí nghiên cứu và thực hành Nhi khoa số 2 (4-2019)*, tr 17- 23.
13. Blanchette (2010), Childhood Immune Thrombocytopenic Purpura: Diagnosis and Management, *Pediatric Clinics of North America*, 55:2, tr 249- 273.
14. Jonh A. D'orazio (2013), ITP in children: Pathophysiology and current treatment approaches, *J Pediatr hematol oncol*, 35, tr 1- 13.
15. Nguyễn Hà Thanh (2018), Bệnh Xuất huyết giảm tiểu cầu vô căn, *Bệnh học Nội khoa tập 2*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr 427- 431.
16. Buchanan GR, Holtkamp CA (1984), Prednisone therapy for children with newly diagnosed idiopathic thrombocytopenic purpura. A randomized clinical trial, *Am J Pediatr Hematol Oncol*, tr 355- 361.

Abstract

CLINICAL EPIDEMIOLOGY OF IMMUNE THROMBOCYTOPENIC HEMORRHAGE AND TREATMENT RESULTS GLUCOCORTICOIDS IN NGHE AN ARTICLES PEDIATRICS HOSPITAL 2020

Nguyen Canh Phu¹, Tran Thị Kieu Anh, Nguyen Thị Can¹, Nguyen Hai Anh², Tran Anh Son¹
¹Trường Đại học Y khoa Vinh, ²ĐHY Hà nội

The study aimed to evaluate the situation of Pediatric Immune Thrombocytopenic Hemorrhage and glucocorticoid treatment results in children at Nghe An Pediatric Hospital. 41 patients were diagnosed with immune thrombocytopenic hemorrhage and treated with Glucocorticoids at Nghe An Pediatric Hospital from January 2020 - 12/2020. A cross-sectional descriptive study. The results showed that the male/female ratio was 1.28/1; The rate of children infected with respiratory infections before manifesting was 51.22%. 100% of cases have manifestations of subcutaneous hemorrhage, mainly bleeding in the form of dots and nodules (51.22%), the major bleeding was degree 2, grade 3, mild anemia accounted for 21.95%, average Hb was 118.68 ± 14.35 g / l; 80.5% of hospitalized children have platelet counts below $20 \times 10^9 / l$. The proportion of children without new bleeding during three days of treatment with Glucocorticoids was 85.4%. Clinical symptoms improve well during treatment. Platelet counts increased after three days of treatment: 128.19 ± 30.30 G/ l for the group without platelet transfusion, and 75.24 ± 11.71 G/ l for the group with a platelet transfusion; after six days of treatment was 238.06 ± 59.06 G/ l and 154.88 ± 24.45 G/ l; The average number of days of treatment for children was 11.29 ± 3.9 days; 7.32% have Cushing syndrome due to prolonged use of Glucocorticoids.

Keyword: Thrombocytopenic purpura, Glucocorticoids.

Cán bộ phản biện:

PGS.TS. Cao Bá Lợi

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

HIỆU QUẢ THÔNG KHÍ NHÂN TẠO KHÔNG XÂM NHẬP HAI MỨC ÁP LỰC DƯƠNG (BiPAP) ĐIỀU TRỊ ĐỢT CẤP BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Nguyễn Đức Phúc¹, Nguyễn Vĩnh Hải²
¹ Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Tóm tắt

Đánh giá hiệu quả thông khí nhân tạo không xâm nhập hai mức áp lực dương điều trị đợt cấp COPD tại bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An. Tiến cứu can thiệp, không đối chứng. Tuổi trung bình 69.3 ± 8.1 . Tỷ lệ thành công 80.9%. Lâm sàng và khí máu cải thiện tốt: nhịp thở giảm từ 25.53 ± 3.94 xuống 21.45 ± 2.97 lần/phút, mạch giảm từ 96.37 ± 19.1 xuống 82.32 ± 17.74 lần/phút, $PaCO_2$ giảm từ 64.53 ± 10.55 mmHg xuống 51.06 ± 9.81 mmHg, PaO_2 tăng từ 73.3 ± 25 mmHg lên 85.2 ± 30.7 , HCO_3^- giảm từ 30.8 ± 4.5 mmol/l xuống 29.3 ± 3.6 mmol/l. Thông khí nhân tạo không xâm nhập hai mức áp lực dương hỗ trợ điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, có tỷ lệ thành công cao, cải thiện nhanh tình trạng lâm sàng và khí máu động mạch, góp phần hạn chế đặt nội khí quản

Từ khóa: Thông khí không xâm nhập hai mức áp lực dương, đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính là một cấp cứu thường gặp nếu không điều trị sớm nguy cơ tử vong cao do suy hô hấp cấp. Đặt nội khí quản thở máy là biện pháp cuối cùng để điều trị suy hô hấp nặng. Tuy nhiên thở máy xâm nhập qua nội khí quản gặp nhiều biến chứng không mong muốn (viêm phổi thở máy, tắc đờm, tuột ống..) tăng thời gian nằm viện. Phương thức thở BiPAP qua mặt nạ là phương thức thông khí nhân tạo không xâm nhập đơn giản, dễ sử dụng, có sẵn trên các máy thở hiện nay. BiPAP rất phù hợp cho điều trị suy hô hấp đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính do co tác dụng làm tăng thông khí phế nang, giảm công hô hấp, làm giảm tỷ lệ đặt nội khí quản, thời gian nằm viện và tỷ lệ tử vong trong đợt cấp COPD [1]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu “Đánh giá hiệu quả thông khí nhân tạo không xâm nhập hai mức áp lực dương điều trị đợt cấp COPD tại BV HNĐK Nghệ An”.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân chẩn đoán đợt cấp COPD được thông khí nhân tạo không xâm nhập hai mức áp lực dương.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, có chống chỉ định thở máy không xâm nhập.

2.2. Địa điểm nghiên cứu: tại khoa Hô hấp - Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

Thời gian từ tháng 01/2022 đến 08/2022.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: 47 bệnh nhân đoán đợt cấp COPD được thông khí nhân tạo không xâm nhập hai mức áp lực dương từ tháng 01/2022 đến 08/2022

Quy trình thở máy BiPAP [2],[3]. Giải thích cho bệnh nhân về phương pháp thở máy, hướng dẫn tỉ mỉ để bệnh nhân hợp tác tốt.

Đề bệnh nhân nằm đầu cao $> 45^\circ$. Lắp monitor theo dõi mạch, huyết áp, SpO_2 cho bệnh nhân. Chọn mask phù hợp với bệnh nhân: Chọn mask mũi miệng. Gắn mask với hệ thống máy thở. Bật máy và cài đặt các thông số máy thở.

Phương thức S/T. IPAP: Đặt mức ban đầu từ 10 cmH₂O; EPAP: Đặt mức ban đầu từ 5 cmH₂O; Áp lực hỗ trợ PS = IPAP- EPAP; Cài đặt FiO_2 sao cho $SpO_2 > 90\%$; I/E : 1/2; Rise time: Mức đặt ban đầu là 0,2 và tăng dần tới mức bệnh nhân cảm thấy dễ chịu nhất và theo dõi sự cải thiện thông khí trên lâm sàng của bệnh nhân: SpO_2 , mạch, nhịp thở, HA; Tần số máy thở: 14 lần/phút. Giữ và cố định mặt nạ cho bệnh nhân quen dần trong vòng 5-10 phút sau đó cố định mặt nạ sao cho đủ khít đảm bảo không rò khí nhưng không được quá chặt.

Điều chỉnh thông số máy thở PaO_2 giảm: Tăng FiO_2 mỗi 10% để đạt $SpO_2 > 92\%$; Tăng IPAP và EPAP mỗi lần 2cmH₂O, có thể tăng IPAP đến 20cmH₂O và EPAP tăng đến 10-12cmH₂O. PaO_2 tăng: giảm FiO_2 mỗi 10% để đạt $SpO_2 > 92\%$. $PaCO_2$ tăng (pH < 7,3): tăng IPAP và EPAP mỗi lần 2cmH₂O, có thể tăng IPAP đến 20cmH₂O và EPAP tăng đến 10-12cmH₂O. $PaCO_2$ giảm (pH > 7,45):

giảm IPAP và EPAP mỗi lần 2cmH2O.

Theo dõi trong quá trình TKNTKXN: Tình trạng bệnh nhân, mạch, nhịp thở, huyết áp, SpO₂, hiện tượng rò khí, và các biến chứng như tràn khí màng phổi, chướng bụng, rối loạn huyết động ... để kịp thời điều chỉnh.

Tiêu chuẩn thành công khi có đủ 3 tiêu chuẩn sau: Bệnh nhân dung nạp mặt nạ; Khí máu động mạch: PaO₂ ≥ 65 mmHg (SpO₂ ≥ 92%) với FiO₂ ≤ 60% và PaCO₂ giảm ≥ 6 mmHg; pH ≥ 7,35; Lâm sàng cải thiện tình táo, mạch <110 lần/phút, huyết áp ≥ 100/60 mmHg, nhịp thở < 25 lần/phút; Không phải chuyển sang thở máy xâm nhập.

Tiêu chuẩn thất bại: Bệnh nhân phải đặt nội khí quản trong quá trình thở BiPAP hoặc trong vòng 24 giờ sau ngừng BiPAP có các dấu hiệu sau: Nhịp thở > 35 lần/phút, Mạch > 120 lần/phút, Huyết áp tối đa < 90 mmHg, SpO₂ < 85 % dù đã tăng FiO₂ > 60 %, Có rối loạn nhịp tim.

Tiêu chuẩn ngừng BiPAP: Nhịp thở < 25 lần/phút, Nhịp tim < 110 chu kỳ/phút, PaO₂ > 65 mmHg, pH > 7,35, Thở tự nhiên mà không nặng lên trong 24 giờ.

2.4. Các biến số nghiên cứu: Tuổi, giới, ngày vào viện, ngày ra viện, thành công, thất bại,

Lâm sàng nhịp thở, mạch, huyết áp; Cận lâm sàng khí máu động mạch

Các thời điểm nghiên cứu: Trước khi thở BiPAP: T0, Sau 1h: T1, Sau 24h: T2, Sau 48 h: T3, Kết thúc: Tkt

3.KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu(n=47)

Đặc điểm		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<60	5	10,6
	60-79	36	76,6
	>80	6	12,8
Giới	Nam	44	93,6
	Nữ	3	6,4

Nhận xét: Tuổi trung bình 69.3 ± 8.1; thấp nhất 52 tuổi và cao nhất 86 tuổi, nhóm tuổi 60-79 chiếm tỉ lệ cao nhất: 76.6%; nam giới 93,6%

Bảng 2. Thời gian thở máy của 2 nhóm(n=47)

Nhóm	Thời gian (ngày)					p
	n	%	X ± SD	Ngắn nhất	Dài nhất	
Thành công	38	80.9	4.5 ± 2.3	2	11	> 0.05
Thất bại	9	19.1	3 ± 2.9	1	9	
Tổng	47	100	4.3 ± 2.5	1	11	

Nhận xét: Thời gian thở máy nhóm thành công trung bình là 4.5±2.3 ngắn nhất là 2 ngày, dài nhất là 11 ngày, nhóm thất bại trung bình là 4.3±2.5, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 9 ngày.

Bảng 3. Đáp ứng lâm sàng với thở BiPAP

	T0 (1)	T1(2)	p(1,2)	T2(3)	p(1,3)	T3(4)	p(1,4)	Tkt(5)	p(1,5)
Nhịp thở	25.5 ± 3.94	24.57 ± 6.93	>0.05	23.5± 3.14	<0.05	22.8± 2.56	<0.05	21.45 ± 2.97	<0.05
Mạch	96.37± 19.1	89.97 ± 16.82	<0.05	88.33±15.6	<0.05	87.6 ±7.9	>0.05	82.32± 17.74	<0.05
HATT	143.95± 22.96	121.08±20.38	<0.05	120.83±15.01	<0.05	118± 14.76	<0.05	19.47± 9.29	<0.05
HATr	80.95± 13.82	71.76±11.44	<0.05	72.92± 9.55	<0.05	69± 7.38	<0.05	70.39± 8.88	<0.05

Bảng 4. Thay đổi khí máu ở nhóm thành công

	T0(1)	T1(2)	p(1,2)	T2(3)	p(1,3)	T3(4)	p(1,4)	Tkt(5)	p(1,5)
pH	7.349± 0.047	7.378±0.05	<0.05	7.392±0.05	<0.05	7.385±0.04	>0.05	7.387±0.05	<0.05

PaCO ₂	64.53±10.55	60.15±2.06	<0.05	59.87±11.4	<0.05	57.55±11.42	<0.05	51.06±9.81	<0.05
PaO ₂	73.3±25	69±21.2	>0.05	75.2±24.7	>0.05	81.1 ± 21.9	>0.05	85.2 ± 30.7	<0.05
HCO ₃	30.8 ± 4.5	30.9±4.7	>0.05	31.8 ± 4.2	>0.05	30.4 ± 3.7	>0.05	29.3 ± 3.6	<0.05

4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này tuổi trung bình là 70±8 tương đương với Osadnik, C.R (2017) là 66.8 [3]; Steriade, A.T (2019): 67,6 [4]; Nam chiếm 94 % tương đương Nguyễn Quang Hiền [5] (90,3%), cao hơn Osadnik, C.R (2017) [3]. Các bệnh mắc kèm suy tim 51.1%, tăng huyết áp 29.8%, đái tháo đường 17%, tương đồng Đặng Văn Huyền năm 2012 nhóm bệnh nhân mắc tâm phế mạn chiếm 73,8%, suy tim toàn bộ chiếm 35,7% [6], đái tháo đường 17%, cao hơn Nguyễn Nam Dương 11,9% [7] và Hoàng Đình Hải 13% [8].

Tỉ lệ thành công: Kết quả cho thấy trong 47 bệnh nhân tham gia nghiên cứu có 9 (19.1%) bệnh nhân thất bại. So sánh với Steriade, A.T (2019) tỉ lệ thất bại là 12,4% [4], Agarwal R là 3/24 chiếm tỉ lệ 12,5% [9]. Thời gian thở máy trung bình nhóm thành công là 4.5 ± 2.3, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 11 ngày, nhóm thất bại là 3 ± 2.9 ngày, ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 9 ngày.

Đáp ứng về nhịp thở: Trong nghiên cứu này nhịp thở của bệnh nhân giảm từ 25.53 ± 3.94 nhịp thở/phút còn 24.57 ± 6.93 nhịp thở/phút sau thở máy 1 giờ, phù hợp với Nguyễn Quang Hiền [5], khi kết thúc nhịp thở giảm còn 19,08±2,38 nhịp thở/phút; p < 0,05; Agarwal [9] là 34,1 nhịp thở/phút; Hoàng Đình Hải [8] nhịp thở lúc bắt đầu là 26,6 nhịp thở/phút sau 2 giờ 22,32 nhịp thở/phút; kết thúc là 14,86 nhịp thở/phút ; Nguyễn Nam Dương [7] bắt đầu là 32,01 nhịp thở/phút; sau 4-12 giờ là 23,2 nhịp thở/phút 1 ; kết thúc là 20,68 nhịp thở/phút ; Nguyễn Quang Hiền [5] bắt đầu là 2 nhịp thở/phút 9,7 ; sau 4 giờ là 23 nhịp thở/phút,5 ; kết thúc 19,9 nhịp thở/phút ; Phùng Nam Lâm [1] bắt đầu là 32,4 nhịp thở/phút ; sau 24 giờ 23,5 nhịp thở/phút ; kết thúc là 23,9 nhịp thở/phút .

Đáp ứng về mạch: Tần số mạch nhóm thành công trung bình là 96.37±19.1 lần/phút, sau đó giảm dần qua từng thời điểm để đến khi kết thúc là 82.32±17.74 lần/phút; p<0.05; Nguyễn Nam Dương bắt đầu là 120,3±17,4 lần/phút và kết thúc là 85,44±11,6 lần/phút [7]. Phùng Nam Lâm bắt đầu là 124,8±17,87 lần/phút và kết thúc là 99,6±23,05 lần/phút [1], cao hơn Hoàng Đình Hải bắt đầu là 104,4±10,6 lần/phút và kết thúc là 77,61±4,31 lần/phút [8]

Đáp ứng về pH máu: Trong nghiên cứu này pH máu trước khi thở máy BiPAP nhóm thành công là 7.349 ± 0.047; sau thở máy 1 giờ là 7.378 ± 0.05; nhóm thành công pH máu bắt đầu tăng sau thở máy 24 giờ là 7.392 ± 0.05 và khi kết thúc là 7.387±0.05; p<0,05. Agarwal R [9] ở nhóm đợt cấp COPD là 7,27; So với Phùng Nam Lâm [1] trước thở máy là 7,347±0,101; sau 2 giờ là 7,36±0,08; sau 4 giờ là 7,387±0,098 và sau 48 giờ là 7,427±0,081; Nguyễn Quang Hiền [5] trước thở máy là 7,397±2,74; sau 1 giờ là 7,397±2,72; sau 4 giờ là 7,385±2,59 và khi kết thúc là 7,4±3,03; Nguyễn Nam Dương [7] trước thở máy là 7,3±0,08; sau 1 giờ là 7,343±0,07; sau 4 giờ là 7,363±0,06; sau 24 giờ là 7,38±0,05; và khi kết thúc là 7,4±0,05.

Đáp ứng về PaCO₂: Nhóm thành công có PaCO₂ trước thở BiPAP là 64.53±10.55, giảm sau 24 giờ là 59.87±11.4, kết thúc là 51.0±9.8; p<0,05, So với Phùng Nam Lâm [1] PaCO₂ lúc bắt đầu là 61,4; sau 6 giờ là 66,2 và sau 48 giờ là 52,2. Nguyễn Nam Dương [7] lúc bắt đầu là 77,16; sau 4 giờ là 67,33; sau 24 giờ là 60,84 và khi kết thúc là 64,61.

Đáp ứng về PaO₂: Trong nhóm thành công PaO₂ tăng dần khi bắt đầu và kết thúc là 73.3 ± 25 và 85.2 ± 30.7 có ý nghĩa thống kê với p < 0,05; Agarwal R [9] trước thở máy là 55,6±16,1; sau 1 giờ là 61,5±9,7; sau 4 giờ là 64,2 ± 7,9 kết quả của chúng tôi tương tự ở thời điểm bắt đầu nhưng tốc độ tăng và duy trì được PaO₂ ở thời điểm kết thúc của chúng tôi cao và tốt hơn so với các tác giả trên. Phùng Nam Lâm [1] trước thở máy PaO₂ là 61,6±18,1; sau 2 giờ là 96,0±39,1; sau 48 giờ là 75,5±19,78. Nguyễn Nam Dương [6] trước thông khí PaO₂ là 85,11±48,2; kết thúc sau 48 giờ là 73,1±17,9. Tại thời điểm kết thúc thông khí thì nồng độ oxy trong máu của chúng tôi cũng tương tự như của các tác giả khác.

Đáp ứng về HCO₃⁻: Trong nhóm thành công mức độ giảm HCO₃⁻ ở thời điểm kết thúc là 29.3±3.6 so với lúc bắt đầu thở BiPAP là 30.8±4.5; p<0,05 tương đương với mức giảm PaCO₂ khi bắt đầu là 64.53±10.55 kết thúc là 51.06±9.81.

5.KẾT LUẬN

Tỉ lệ thành công 80.9%; nhịp thở giảm từ 25.53 ± 3.94 lần/phút xuống 21.45 ± 2.97 lần/phút; mạch giảm từ 96.37 ± 19.1 lần/phút xuống 82.32 ± 17.74 lần/phút; Huyết áp tâm thu khi bắt đầu là 143.95 ± 22.96 và khi kết thúc là 119.47 ± 9.29 ; huyết áp tâm trương khi bắt đầu là 80.95 ± 13.82 và khi kết thúc 70.39 ± 8.88 mmHg. pH máu tăng từ 7.349 ± 0.047 lên 7.387 ± 0.05 khi kết thúc. PaCO₂ giảm từ 64.53 ± 10.55 mmHg xuống 51.06 ± 9.81 mmHg. PaO₂ tăng từ 73.3 ± 25 mmHg lên 85.2 ± 30.7 ; HCO₃⁻ giảm từ 30.8 ± 4.5 mmol/l xuống 29.3 ± 3.6 mmol/l.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lâm, P.N., Nghiên cứu hiệu quả của thông khí nhân tạo không xâm nhập trong điều trị suy hô hấp cấp tại khoa cấp cứu, in Luận án tiến sỹ y học. 2011, Trường Đại học Y Hà Nội
2. Nguyễn, V.T. and Q.C. Ngô, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính 2018, Y học.
3. Osadnik, C.R., et al., Non-invasive ventilation for the management of acute hypercapnic respiratory failure due to exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev, 2017. 7(7).
4. Steriade, A.T., et al., Predictors of outcome of noninvasive ventilation in severe COPD exacerbation. BMC Pulmonary Medicine, 2019. 19(1): p. 131.
5. Hiền, N.Q., Đánh giá hiệu quả thở tự nhiên áp lực đường thở dương liên tục trên bệnh nhân đợt cấp đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Luận văn tốt nghiệp Thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Hà nội, 2002.
6. Huyền, Đ.V., Nghiên cứu hiệu quả của thông khí không xâm nhập bằng máy BiPAP Vision trong điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, in Luận văn Thạc sỹ y học. 2012, Trường Đại học Y Hà Nội.
7. Dương, N.N., Nghiên cứu thông khí nhân tạo không xâm nhập trong điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại bệnh viện Bạch Mai 2002- 2004, in Luận văn thạc sỹ y học 2005, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Hải, H.Đ., Nhận xét giá trị của thông khí không xâm nhập BiPAP trong điều trị đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại khoa Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai, in Luận văn thạc sỹ y học 2009: Trường Đại học Y Hà Nội.
9. Agarwal R and G. R, Noninvasive positive pressure ventilation in acute respiratory failure due to COPD vs other causes: Effectiveness and predictors of failure in a respiratory ICU in North India. International Journal of COPD, 2008. 3: p. 737-743.

Abstract

TO RESEARCH THE EFFECT OF NON-INVASIVE BI-LEVEL POSITIVE AIRWAY PRESSURE VENTILATION (BiPAP) IN THE TREATMENT OF ACUTE EXACERBATIONS OF CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Nguyen Duc Phuc, Nguyen Vinh Hai

Nghe An General Hospital

Evaluating the effectiveness of non-invasive ventilation with Bi-level positive airway pressure in the treatment of COPD exacerbations at Nghe An General Friendship Hospital. Prospective, controlled intervention. The mean age of 69.3 ± 8.1 research is. After BiPAP ventilator with 80.9% success rate, respiratory rate decreased from 25.53 ± 3.94 to 21.45 ± 2.97 times/minute, pulse decreased from 96.37 ± 19.1 to 82.32 ± 17.74 times/minute, PaCO₂ decreased from 64.53 ± 10.55 mmHg to 51.06 ± 9.81 mmHg, PaO₂ increased from 73.3 ± 25 mmHg to 85.2 ± 30.7 , HCO₃⁻ decreased from 30.8 ± 4.5 mmol/l to 29.3 ± 3.6 mmol/l. Non-invasive ventilation with Bi-level Positive Airway Pressure supports the treatment of acute exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease, has a high success rate, quickly improves clinical condition and arterial blood gases, and contributes to limiting the need for implantation endotracheal

Key words: Bilevel Positive Airway Pressure, COPD exacerbation

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Cao Bá Lợi

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BIẾN DẠNG MÔI MŨI SAU PHẪU THUẬT THÌ ĐẦU KHE HỖ MÔI TRÊN TOÀN BỘ BẨM SINH

Lê Xuân Thu

Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh

Tóm tắt

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật biến dạng môi mũi sau phẫu thuật thì đầu khe hở môi (KHM) trên toàn bộ bẩm sinh được thực hiện trên 31 bệnh nhân (BN) bị biến dạng môi mũi sau phẫu thuật thì đầu tại Bệnh viện Trường Đại học Y khoa Vinh (BVĐHYKV) và Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An (BVSNNNA) từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2022 bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp hồi cứu và tiền cứu. Kết quả thu được cho thấy: bệnh nhân bị biến dạng môi mũi sau phẫu thuật thì đầu đến khám và phẫu thuật nhiều nhất ở nhóm tuổi 4 – 6 tuổi (41,94%), tỷ lệ nam:nữ \approx 3:2. Biến dạng loại I (môi đơn thuần chiếm 9,68%; mũi đơn thuần 6,45%); Biến dạng loại II (cả môi và mũi) chiếm tỷ lệ cao nhất 51,61%; Biến dạng loại III (biến dạng môi, mũi kèm theo thiếu sản xương hàm trên) chiếm 38,71%.

Phẫu thuật biến dạng môi mũi sau phẫu thuật thì đầu KHM trên toàn bộ bẩm sinh tại BVĐHYKV và BVSNNNA cho kết quả chức năng và thẩm mỹ: tốt 90,32%, trung bình 9,68%, kém 0,00%. Không có bệnh nhân nào có biến chứng trong phẫu thuật, chỉ có 1 bệnh nhân biến chứng sau phẫu thuật (bị nhiễm trùng vết mổ) chiếm 3,33%.

Từ khóa: biến dạng môi mũi, khe hở môi toàn bộ, đặc điểm lâm sàng, kết quả điều trị.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khe hở môi - vòm miệng (KHM - VM) là một dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt thường gặp ở Việt Nam cũng như trên thế giới, gây ảnh hưởng lớn tới chức năng và thẩm mỹ, làm cho trẻ luôn mặc cảm, tự xa lánh khỏi cộng đồng. Để điều trị, phẫu thuật (PT) tạo hình môi là biện pháp cơ bản nhất, trẻ thường được phẫu thuật ngay giai đoạn đầu đời nhưng kết quả điều trị không phải bao giờ cũng duy trì được suốt cuộc đời, những biến dạng đặc trưng của khe hở môi thậm chí cũng có thể trở nên nặng nề thêm theo sự phát triển của trẻ. Chính vì vậy, việc đánh giá chính xác kết quả sau phẫu thuật thì đầu của bệnh nhân khe hở môi để từ đó đưa ra các biện pháp xử lý, khắc phục những vấn đề còn tồn tại là đặc biệt quan trọng.

Đề tài “Đánh giá kết quả phẫu thuật biến dạng môi mũi sau phẫu thuật tạo hình thì đầu khe hở môi trên toàn bộ bẩm sinh”, với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng biến dạng môi mũi sau phẫu thuật thì đầu khe hở môi trên toàn bộ bẩm sinh và đánh giá kết quả phẫu thuật biến dạng môi mũi sau phẫu thuật thì đầu ở nhóm bệnh nhân này. Nghiên cứu rất cần thiết trong phẫu thuật điều trị cho trẻ bị khe hở môi ở Nghệ An và vùng phụ cận.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu trên 31 BN bị biến dạng môi mũi sau phẫu thuật tạo hình thì đầu khe hở môi trên toàn bộ bẩm sinh

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đại học Y khoa Vinh và Bệnh viện sản nhi Nghệ

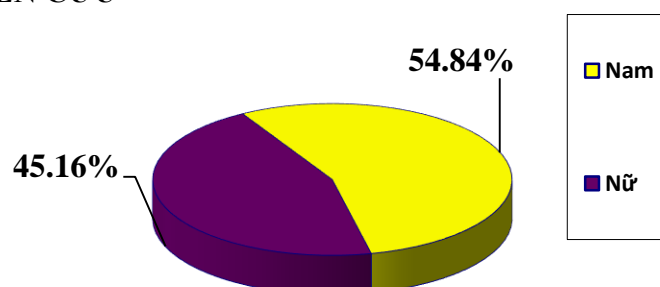
Thời gian: từ tháng 01/2020 đến tháng 10/2022

1.3. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả kết hợp hồi cứu và tiền cứu.

2.4. Xử lý số liệu: bằng SPSS 16.0.

3 KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Hình 1. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo giới tính

Nhận xét: Trong 31 BN có 17 BN nam chiếm 54,84%, 14 BN nữ chiếm 45,16%. Tỷ lệ nam/nữ ≈ 3/2.

Bảng 1. Phân bố BN nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
4 - 6 tuổi	13	41,94%
7 - 12 tuổi	11	35,48%
≥ 13 tuổi	7	22,58%
Tổng	31	100%

Nhận xét: Nhóm 4 - 6 tuổi chiếm cao nhất với 41,94%; nhóm 7 - 12 tuổi chiếm 35,48%; nhóm ≥ 13 tuổi chiếm 22,58%.

Bảng 2. Phân bố BN theo hình thái khe hở môi trước PT thì đầu

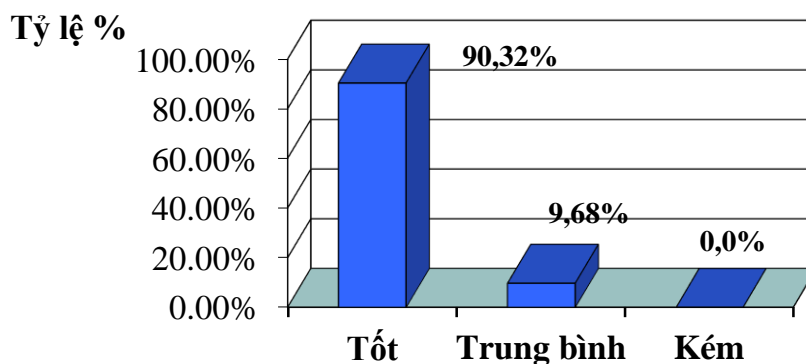
Loại khe hở	Số BN	Tỷ lệ %
Khe hở môi một bên đơn thuần	2	6,45%
Khe hở môi hai bên đơn thuần	5	16,13%
KHM một bên + KH cung hàm + KHVM	12	38,71%
KHM hai bên + KH cung hàm + KHVM	12	38,71%
Tổng	31	100%

Nhận xét: Nhóm BN bị KHM một bên và hai bên + KH cung hàm + KHVM chiếm cao nhất với 12 BN (38,71%); thấp nhất là nhóm KHM một bên đơn thuần 2 BN (6,45%).

Bảng 3. Phân bố BN theo hình thái biến dạng mô mũi

Loại biến dạng		Số BN	Tỷ lệ %
Loại I	Mũi đơn thuần	3	9,68%
	Mũi đơn thuần	2	6,45%
Loại II	Biến dạng cả môi và mũi	16	51,61%
Loại III	Kèm theo thiếu năng xương hàm trên	10	32,26%
Tổng		31	100%

Nhận xét: Biến dạng loại II cả môi và mũi chiếm tỷ lệ cao nhất với 16 BN (51,61%). Biến dạng mũi đơn thuần thấp nhất 1 BN (6,45%).



Hình 2. Phân bố BN theo kết quả sau phẫu thuật

Nhận xét: Trong 31 BN có 28 đạt kết quả tốt chiếm 90,32%, trung bình 03 BN chiếm 9,68%. Không có BN nào cho kết quả kém.

Bảng 4. Tỷ lệ biến chứng trong phẫu thuật

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Suy hô hấp	0	0,00
Chảy máu	0	0,00
Không có biến chứng	31	100,00
Tổng	31	100,00%

Nhận xét: Trong 31 BN nghiên cứu: không bị biến chứng trong PT: 23 (100,00%); bị biến chứng trong PT: 0 (0,00%).

Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật.

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuột chỉ	0	0,00
Nhiễm trùng vết mổ	1	3,33
Bục vết mổ	0	0,00
Không bị biến chứng	30	96,67
Tổng	31	100,00%

Nhận xét: Trong 31 BN có 01 trường hợp (3,33%) bị nhiễm trùng vết mổ ngay tại phần nền mũi, còn lại 31 BN (96,67%) không bị biến chứng gì.

4. BÀN LUẬN

Về giới tính: Nghiên cứu 31 BN bị biến dạng môi mũi sau PT KHM trên toàn bộ bẩm sinh được phẫu thuật tại BVĐHYKV và BVSNN từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 10 năm 2022 chúng tôi nhận thấy số BN nam là 17 ca (54,84%), nữ 14 ca (45,16%). Như vậy tỷ lệ nam/nữ $\approx 3/2$, phù hợp với các tác giả nghiên cứu trước đó [2], [3].

Về tuổi: Có sự tập trung ở 2 khoảng lứa tuổi: từ 4 - 6 tuổi và 7 - 12 tuổi. Lứa tuổi từ 4 - 6 tuổi, là nguyện vọng muốn con em mình được sửa sang trước khi các cháu đi học và bắt đầu giao lưu độc lập với xã hội, thời điểm này cũng phù hợp với đặc điểm phát triển thể chất của trẻ mà chúng tôi quan tâm, trẻ có thể được sửa sẹo mổ môi và can thiệp tối thiểu vào mũi, đồng thời được kasm, theo dõi và tư vấn cho kế hoạch điều trị tiếp theo. Lứa tuổi 7 - 12 tuổi trẻ đi học, bắt đầu giao lưu độc lập với xã hội và có nhận thức về cái đẹp cùng với sự quan tâm của gia đình. Lứa tuổi từ 13 trở lên đến PT chỉnh sửa thì 2 chiếm 22,58% phù hợp với nghiên cứu của Dương Hà Liên (2018) [3]

Hình thái bệnh lý của BN trong mẫu nghiên cứu: Biến dạng môi, mũi thường gặp sau phẫu thuật thì đầu ở BN bị KHM một bên hoặc hai bên kết hợp với khe hở cung hàm và khe hở vòm miệng (38,71% x 2 = 77,42%), KHM đơn thuần ít gặp hơn (KHM đơn thuần một bên 6,45%; KHM đơn thuần 2 bên 16,13%) [bảng 2]. Bảng 3 cho thấy biến dạng loại I (môi đơn thuần chiếm 9,68%; mũi đơn thuần 6,45%); Biến dạng loại II (cả môi và mũi) chiếm tỷ lệ cao nhất 51,61%; Biến dạng loại III (biến dạng môi, mũi kèm theo thiếu sản xương hàm trên) chiếm 38,71%.

Kết quả phẫu thuật: Kết quả khi ra viện và sau 3 tháng tại biểu đồ 2 cho thấy: 90,32% (28 BN) đạt kết quả tốt, không có biến chứng, chiều cao mũi và vách ngăn mũi cao hơn trước mổ, cân đối, nền mũi gọn, cân đối, hướng mũi chéo, làn môi đỏ dày đặn, cân đối, không khuyết. 9,68% (3 BN) đạt trung bình do 1 BN bị nhiễm trùng vết mổ (ngày thứ 2) vì dịch mũi xuất tiết nhiều nhưng sau 09 ngày điều trị bệnh ổn định, nền mũi bị giãn nhẹ làm giảm cân đối 2 bên, 2 BN bị thiếu năng sụn mũi nên việc làm tăng chiều cao bị hạn chế. Không có BN nào bị kết quả kém. Kết quả này cũng tương đương với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Dung (2010) [2] và Dương Hà Liên (2018) [3].

5. KẾT LUẬN

- Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân có khe hở trên môi toàn bộ đến mổ thì 2: Nam chiếm 54,84%, Nữ chiếm 45,16%. Trong đó nhóm 4 - 6 tuổi: chiếm 41,94%; 7 - 12 tuổi chiếm 35,48%; ≥ 13 tuổi chiếm 22,58%.

- Đặc điểm hình thái khe hở môi trước PT thì đầu: Nhóm KHM một bên đơn thuần 2 BN chiếm 6,45%; KHM 2 bên đơn thuần 5 BN chiếm 16,13%; Nhóm BN bị KHM một bên + KH cung hàm + KHVM với 12 BN chiếm 38,71%; Nhóm BN bị KHM hai bên + KH cung hàm + KHVM với 12 BN chiếm 38,71%;

- Đặc điểm biến dạng môi mũi sau mổ thì đầu: Biến dạng môi đơn thuần 3 BN chiếm 9,68%; Biến dạng mũi đơn thuần 2 BN chiếm 6,45%; Biến dạng cả môi và mũi 16 BN chiếm 51,61%; Biến dạng cả môi và mũi kèm theo thiếu sản XHT 10 BN chiếm 32,26%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đức Tuấn (2010), “Khe Hở môi, vòm miệng bẩm sinh”, *Phẫu thuật hàm mặt*, Nhà xuất bản quân đội nhân dân, tr. 89-101.

2. Nguyễn Ngọc Dung (2010), *Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị biến dạng môi mũi sau tạo hình thì đầu khe hở môi trên hai bên bẩm sinh theo phương pháp Veau*, Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ

chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.

3. Dương Hà Liên (2018), *Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình môi sau phẫu thuật khe hở môi một bên bẩm sinh*, Luận văn thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

4. Nguyễn Văn Minh, Trần Tấn Tài, Nguyễn Hồng Lợi (2018), “Đánh giá những biến dạng môi mũi bệnh nhân sau tạo hình khe hở môi một bên lần đầu”, *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*, tập 8, số 5 - tháng 10/2018.

5. Children’s Hospital of Philadelphia (2020), "Cleft Lip and Palate Repair Surgery", <https://www.chop.edu/treatments/surgical-repair-cleft-lip-and-palate>.

Abstract

EVALUATION OF THE RESULTS OF LIP-NOSE DEFORMATION SURGERY AFTER CONGENITAL TOTAL Cleft-LIP SURGERY

Le Xuan Thu

Studying the clinical characteristics and evaluating the results of surgery for deformity of the lips and nose after surgery, the congenital whole upper lip cleft was performed on 31 patients (patients) with deformed lips and nose after surgery at Vinh Medical University Hospital (VMUH) and Nghe An Obstetrics and Pediatric hospital (NOPH) from January 2020 to October 2022 by a cross-sectional descriptive study method combining retrospective and prospective. Patients with deformed lips and nose after surgery, the most frequent visits to the clinic and surgery were in the age group 4-6 years old (41.94%), the male:female ratio \approx 3:2. Type I deformity (lips alone account for 9.68%, simple nose accounts for 6.45%); Type II deformity (both lips and nose) accounted for the highest rate of 51.61%; Type III deformity (lip and nose deformity accompanied by maxillary hypoplasia) accounted for 38.71%.

After surgery for lip and nose deformity surgery, the whole upper lip cleft was born with functional and aesthetic results: good 90.32%, average 9.68%, poor 0.00%. No patient had complications during surgery, only 1 patient had complications after surgery (infection of the incision) accounting for 3.33%.

Key words: deformity of lips and nose, total cleft lip, clinical features, treatment results.

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Cao Bá Lợi

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

NGHIÊN CỨU SỨC KHỎE TÂM THẦN CỦA SINH VIÊN KHỐI NGÀNH KHOA HỌC SỨC KHỎE TRƯỜNG ĐẠI HỌC TRÀ VINH SAU ĐẠI DỊCH COVID-19 (2022 – 2023)

Lê Mỹ Ngọc¹, Huỳnh Thị Xuân Linh²

Trường Đại học Trà Vinh

Tóm tắt

Sức khỏe tâm thần trong môi trường giáo dục đang được quan tâm, đặc biệt đối tượng là sinh viên trường cao đẳng, đại học đào tạo khối ngành khoa học sức khỏe. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, nhằm đánh giá tình trạng sức khỏe tâm thần của 1046 sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe đang học tập tại Trường Đại học Trà Vinh sau đại dịch Covid-19 (2022 – 2023). Sức khỏe tâm thần của đối tượng nghiên cứu được đo bằng thang DASS-21. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ sinh viên có dấu hiệu mắc trầm cảm, lo âu và stress lần lượt là 44,4%, 61,2% và 41%. Trong đó, tỷ lệ sinh viên có dấu hiệu từ nặng đến rất nặng đối với rối loạn trầm cảm là 9,7%, rối loạn lo âu là 23% và stress là 12,1%. Kết quả nghiên cứu còn cho thấy rằng có mối liên quan giữa các rối loạn trầm cảm, lo âu và stress với các yếu tố thuộc phương diện cá nhân: độ tuổi, phương diện học tập: khó khăn khi học trực tuyến, phương diện xã hội: lo lắng trong các mối quan hệ, phương diện Covid-19: nhiễm Covid-19 và các mối liên quan này đều có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Trầm cảm, lo âu, stress, DASS-21, sinh viên, khoa học sức khỏe.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh chung của thế giới, tỷ lệ thanh thiếu niên Việt Nam mắc rối loạn tâm thần cũng có xu hướng gia tăng. Theo nghiên cứu của Quỹ Nhi đồng Liên Hợp Quốc [6], ước tính tại Việt Nam có ít nhất 3 triệu thanh, thiếu niên có các vấn đề về sức khỏe tâm thần. Nhưng chỉ có khoảng 20% trong tổng số đó nhận được hỗ trợ y tế và điều trị cần thiết. Theo kết quả một số nghiên cứu trên sinh viên Việt Nam, tỷ lệ tự báo cáo về các tình trạng trầm cảm, lo âu khoảng 15 - 55% [9]. Các nguyên nhân gây ra các vấn đề về sức khỏe tâm thần ở sinh viên như lần đầu tiên sống tự lập xa nhà, thích nghi với lối sống và phong cách học tập, sinh hoạt mới ở bậc đại học, các vấn đề về tài chính, động lực, tự ra quyết định. Song song với xu hướng trên, đại dịch Covid-19 bùng phát đã ảnh hưởng đến giáo dục y tế trên toàn cầu. Mặc dù, đại dịch Covid-19 đã được kiểm soát nhưng tác động để lại là rất to lớn đến tất cả mọi người và đặc biệt tác động đến sinh viên chuyên ngành khoa học sức khỏe. Do chịu ảnh hưởng của thời gian nghỉ dịch kéo dài, ngoài những tác động về đời sống xã hội, sinh viên phải học trực tuyến và không được học thực hành tay nghề trực tiếp tại phòng thực hành cũng như tại cơ sở y tế. Tại Trường Đại học Trà Vinh chưa có nhiều nghiên cứu về sức khỏe tâm thần sinh viên từ sau đại dịch bùng phát được công bố. Vì vậy, nghiên cứu này thực hiện với mục tiêu mô tả thực trạng sức khỏe tâm thần của sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe và phân tích một số yếu tố liên quan tại Trường Đại học Trà Vinh năm 2022 – 2023.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**2.2. Đối tượng nghiên cứu:** Sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe Trường Đại học Trà Vinh.

Tiêu chuẩn chọn vào là sinh viên tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chuẩn loại trừ là sinh viên bảo lưu kết quả học tập hoặc bị đình chỉ học tập.

2.1. Địa điểm nghiên cứu: Tại Trường Đại học Trà Vinh

Thời gian từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được ước lượng theo công thức ước lượng một tỷ lệ, với $p = 0,571\%$ [5] và $d=0,03$. Nghiên cứu sẽ khảo sát tối thiểu 1.046 sinh viên.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên phân tầng theo tỷ lệ 10 ngành khoa học sức khỏe. Sau đó, trong mỗi ngành sẽ phân tầng theo tỷ lệ sinh viên theo lớp. Trong mỗi lớp, chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đủ số lượng mẫu.

2.4. Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu: Bộ câu hỏi được thiết kế tự điền bằng hình thức Google biểu mẫu. Bộ câu hỏi sẽ được chuyển đến sinh viên qua các nền tảng xã hội như mail, facebook và zalo.

2.5. Biến số nghiên cứu và chỉ số đánh giá: Các biến số thuộc đặc điểm cá nhân, học tập, xã hội, Covid-19 của đối tượng nghiên cứu và đánh giá mức độ trầm cảm dựa vào thang đo DASS-21 gồm 21

mệnh đề nhằm đo 3 nội dung độc lập: Trầm cảm (7 mệnh đề), lo âu (7 mệnh đề) và căng thẳng (7 mệnh đề). Hệ số Cronbach's Alpha của DASS-21 trong nghiên cứu thích nghi ở Việt Nam là 0,76 – 0,91 [8]. Thang đo được xây dựng theo Likert-4 và được đánh giá điểm từ 0 đến 3, với kết quả định tính được chuyển sang định lượng tương ứng như sau: 0 = Điều này hoàn toàn không xảy ra với tôi; 1= Thỉnh thoảng hoặc một phần nào xảy ra với tôi; 2 = Thường hoặc nhiều lần xảy ra với tôi; 3 = Rất thường xảy ra, hoặc hầu hết lúc nào cũng xảy ra với tôi. Phần DASS Stress gồm các tiêu mục 1, 6, 8, 11, 12, 14, 18, phần DASS Lo âu gồm các tiêu mục 2, 4, 7, 9, 15, 19, 20, phần DASS Trầm cảm gồm các tiêu mục 3, 5, 10, 13, 16, 17, 21. Điểm của từng tiểu thang đo sẽ được tính bằng cách lấy tổng điểm 7 mệnh đề nhân đôi và nằm trong khoảng từ 0 đến 42.

Bảng 1. Mức độ trầm cảm, lo âu, căng thẳng theo thang điểm DASS-21 (n=1046)

Mức độ	Trầm cảm	Lo âu	Stress
Bình thường	0 – 9	0 – 7	0 – 14
Nhẹ	10 – 13	8 – 9	15 – 18
Vừa	14 – 20	10 – 14	19 – 25
Nặng	21 – 27	15 – 19	26 – 33
Rất nặng	≥ 28	≥ 20	≥ 34

2.6. Phương pháp xử lý số liệu: Phân tích bằng phần mềm thống kê Stata 14.0. Mô tả gồm các đặc điểm về phương diện dân số xã hội, học tập, Covid – 19 và mức độ trầm cảm của sinh viên bằng tần số và tỷ lệ. Thống kê phân tích gồm ước tính các yếu tố liên quan đến tình trạng sức khỏe tâm thần của sinh viên với các đặc điểm về phương diện dân số xã hội, học tập và Covid – 19 dưới dạng tỷ số chênh (OR). Sử dụng kiểm định chi bình phương (χ^2) và kiểm định Fisher để kiểm định sự khác biệt với mức ý nghĩa $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được sự đồng ý của Hội đồng Y đức Trường Đại học Trà Vinh. Đối tượng nghiên cứu được cung cấp đầy đủ thông tin về mục đích, nội dung của nghiên cứu, tự nguyện tham gia nghiên cứu, thông tin của đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn được giữ bí mật.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 2. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=1046)

Đặc điểm	Tần số		Tỷ lệ (%)
	Nam	Nữ	
Giới tính	Nam	417	39,9
	Nữ	629	60,1
Tuổi	18 - 25	933	89,2
	Trên 25	113	10,8
Khó khăn của học trực tuyến	Có	551	52,7
	Không	495	47,3
Lo lắng trong mối quan hệ bạn bè/tình cảm	Có	319	30,5
	Không	727	69,5
Lo lắng trong mối quan hệ gia đình	Có	112	10,7
	Không	934	89,3
Nhiễm và mức độ phơi nhiễm vi rút SARS-CoV-2	F0	446	42,6
	F1	207	19,8
	F2	55	5,3
	Không	338	32,3

Kết quả bảng 2 cho thấy đối tượng nữ cao hơn nam, đa số sinh viên trong độ tuổi từ 18 – 25 chiếm 89,2%, có 52,7% sinh viên đồng ý rằng bản thân thấy khó khăn. Sinh viên đang gặp lo lắng trong mối quan hệ bạn bè/tình cảm và gia đình lần lượt là 30,5% và 10,7%. Có 42,6% đã từng dương tính với vi rút SARS-CoV-2 và 32,3% chưa từng dương tính với SARS-CoV-2 hay tiếp xúc với người nhiễm bệnh.

Bảng 3. Mức độ trầm cảm, lo âu, căng thẳng theo thang điểm DASS-21 (n=104)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Trầm cảm			
Không	Bình thường	582	55,6
	Nhẹ	210	20,1
	Vừa	153	14,6
	Nặng	53	5,1
	Rất nặng	48	4,6
		44,4	

Lo âu				
Không	Bình thường	406	38,8	
Có	Nhẹ	104	10,0	61,2
	Vừa	295	28,2	
	Nặng	109	10,4	
	Rất nặng	132	12,6	
Stress				
Không	Bình thường	617	59,0	
Có	Nhẹ	174	16,6	41,0
	Vừa	129	12,3	
	Nặng	82	7,9	
	Rất nặng	44	4,2	

Bảng 3 cho thấy rằng sinh viên có rối loạn trầm cảm, lo âu, stress lần lượt là 44,4%, 61,2% và 41%. Phần lớn mắc các rối loạn ở mức độ nhẹ và vừa. Nhưng tỷ lệ mắc các rối loạn ở mức độ từ nặng đến rất nặng lần lượt: rối loạn trầm cảm là 9,7%, rối loạn lo âu là 23% và stress là 12,1%.

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm của đối tượng nghiên cứu với tần suất mắc trầm cảm, lo âu, căng thẳng theo thang điểm DASS-21

Yếu tố		Trầm cảm			Lo âu			Stress		
		Có	Không	p	Có	Không	p	Có	Không	p
Tuổi	18 – 25	427	506	0,01	593	340	0,00	403	530	0,00
	> 25	37	76		47	66		26	87	
Khó khăn học trực tuyến	Có	267	284	0,005	379	172	0,00	248	303	0,006
	Không	197	298		261	234		181	314	
Lo lắng trong mối quan hệ bạn bè/tình cảm	Có	196	123	0,000	248	71	0,00	196	123	0,00
	Không	268	459		392	335		233	494	
Lo lắng trong mối quan hệ gia đình	Có	88	24	0,00	91	21	0,00	88	24	0,00
	Không	376	558		549	385		341	593	
Nhiễm và mức độ phơi nhiễm vi rút SARS-CoV-2	F0	206	240	1	288	158	1	198	248	1
	F1	99	108	0,70	125	82	0,30	85	122	0,42
	F2	29	26	0,36	39	16	0,35	24	31	0,92
	Không	464	208	0,031	188	150	0,01	122	216	0,019

Kết quả bảng 4 cho thấy có mối quan hệ chặt chẽ giữa các yếu tố về độ tuổi, khó khăn khi học trực tuyến, lo lắng trong mối quan hệ bạn bè/tình cảm và gia đình, nhiễm SARS-CoV-2 với cả 3 rối loạn trầm cảm, lo âu và stress và các mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

4. BÀN LUẬN

4.1. Thực trạng sức khỏe tâm thần của sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe

Thực trạng trầm cảm: Kết quả cho thấy tỷ lệ sinh viên đang gặp rối loạn trầm cảm là 44,4%, mức độ nặng đến rất nặng là 9,7%. So sánh với kết quả của Phan Nguyệt Hà trên 1.325 sinh viên Trường Đại học Y Hà Nội lại cho thấy tỷ lệ trầm cảm cao hơn với 57,1% trong đó 16,5% trầm mức độ nhẹ, 25,1% trầm cảm mức độ vừa, 7,1% trầm cảm mức độ nặng và 8,4% rất nặng [3]; cao hơn của Nguyễn Hoàng Thùy Linh với tỷ lệ trầm cảm là 12,7% và đồng thời nghiên cứu của Ghazawy cho kết quả cao hơn là 70,5% [7]. Có sự khác biệt giữa các nghiên cứu do khác nhau cách chọn mẫu và công cụ nghiên cứu. Nguyên nhân kết quả của chúng tôi khác biệt những nghiên cứu có sử dụng cùng thang DASS-21 có thể là các nghiên cứu tiến hành ở các thời gian và địa điểm nghiên cứu khác nhau. Nghiên cứu của các tác giả tiến hành trong thời điểm dịch Covid-19 bùng phát, thực hiện chỉ thị giãn cách xã hội khi các sinh viên chủ yếu học trực tuyến, mối quan hệ xã hội bị thu hẹp nên điều này cũng có thể làm tăng tỷ lệ trầm cảm cao hơn điều kiện bình thường.

Thực trạng lo âu: Sinh viên đang mắc rối loạn lo âu chiếm tỷ lệ 61,2%, kết quả này cao hơn của các tác giả Phan Việt Hưng (46,2%) [1], Hoàng Thùy Vân (34,1%) [5], Nguyễn Văn Lập (44,8%) [2], Ghazawy (53,6%) [7]. Mặc dù, nghiên cứu chúng tôi thực hiện sau giai đoạn dịch Covid-19 bùng phát

nhưng tỷ lệ lo âu vẫn cao hơn nhiều nghiên cứu triển khai trong thời điểm dịch lan rộng. Sự khác biệt này có thể do đặc điểm đối tượng sinh viên khác nhau. Chúng tôi khảo sát trên sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe, là đối tượng phải chịu áp lực tương đối cao, hầu hết thời gian dành cho việc học lý thuyết và thực hành tại phòng lab cũng như cơ sở y tế, ngoài ra còn trải qua các kì thi với tần suất cao. Bên cạnh đó, đặc điểm nhân học của sinh viên ở các vùng miền, quốc gia khác nhau, về tư duy, kinh nghiệm và năng lực giải quyết vấn đề cũng ảnh hưởng đến các rối loạn tâm thần nói chung và rối loạn lo âu nói riêng.

Thực trạng Stress: Có 41% sinh viên tham gia nghiên cứu có rối loạn stress, cao hơn kết quả của các tác giả Phan Việt Hưng (26,3%) [1], Hoàng Thùy Vân (10,7%) [5], nhưng thấp hơn của Ghazawy (47,8%) [7], Tôn Thất Minh Thông (81,6%) [4]. Nguyên nhân có sự khác biệt có thể do khác nhau về thời điểm thu mẫu, đối tượng nghiên cứu, văn hóa, điều kiện kinh tế xã hội.

4.2. Một số yếu tố liên quan đến sức khỏe tâm thần của sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe

Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ mắc trầm cảm, lo âu và stress của sinh viên ở nhóm 18 – 25 tuổi cao hơn nhóm trên 25 tuổi có ý nghĩa thống kê. Có thể lý giải rằng phần lớn sinh viên tham gia nghiên cứu thuộc nhóm 18 – 25 tuổi, kết quả này phù hợp với yếu tố văn hóa ở Việt Nam là sinh viên thường vào môi trường đại học ngay sau khi tốt nghiệp trung học phổ thông. Độ tuổi 18 - 25 có thể vẫn còn nhiều ngỡ ngàng khi bắt đầu cuộc sống xa nhà, tự chăm sóc bản thân và tiếp xúc môi trường giáo dục mới. Ngoài ra, nhóm trên 25 tuổi tích lũy kinh nghiệm và rèn luyện kỹ năng mềm nhiều hơn, giúp sinh viên biết cách giải quyết vấn đề và vượt qua thử thách, khó khăn. Kết quả nghiên cứu chỉ ra có mối liên quan giữa yếu tố khó khăn khi học trực tuyến của sinh viên với rối loạn trầm cảm, lo âu và stress. Tỷ lệ sinh viên cho rằng bản thân thấy có khó khăn khi học trực tuyến mắc các rối loạn sức khỏe tâm thần cao hơn nhóm còn lại ($p < 0,05$). Sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe chịu áp lực cao từ gia đình, học tập. Đặc biệt, đại dịch Covid-19 bùng phát gây ảnh hưởng nghiêm trọng đến nhiều mặt của đời sống, thực hiện giãn cách xã hội trong thời gian dài, việc học tập trực tiếp bị gián đoạn, các trường bắt đầu triển khai phương pháp dạy học trực tuyến. Sinh viên có thể gặp khó khăn về cách vận hành, tương tác hạn chế, dễ mất tập trung bởi ảnh hưởng từ yếu tố bên ngoài. Từ đó, kết quả học tập đạt hiệu quả không cao, làm tăng thêm áp lực và tạo ra các rối loạn sức khỏe tâm thần.

Chúng tôi tìm thấy có mối liên quan giữa lo lắng trong mối quan hệ bạn bè/tình cảm, gia đình với tỷ lệ mắc các rối loạn trầm cảm, lo âu và stress. Sinh viên đang gặp các lo lắng trong mối quan hệ mắc các rối loạn trầm cảm, lo âu và stress cao hơn nhóm ngược lại ($p < 0,05$). Khi đối mặt với lo lắng trong các mối quan hệ cá nhân và gia đình, nếu không biết cách giải quyết vấn đề, sinh viên dễ hình thành trạng thái tiêu cực, tạo thêm áp lực dẫn đến tăng nguy cơ mắc các rối loạn trên. Sinh viên từng nhiễm SARS-CoV-2 có tỷ lệ mắc các rối loạn trầm cảm, lo âu và stress cao hơn sinh viên chưa từng nhiễm hay tiếp xúc với người nhiễm bệnh ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu phù hợp với nhiều y văn về hậu quả của bệnh Covid-19 để lại cho người có tiền sử nhiễm bệnh sau khi điều trị khỏi. Không chỉ tổn thương cơ thể về mặt thể chất, Covid-19 còn gây tổn thương về mặt tâm lý. Khi mắc bệnh Covid-19, người bệnh dễ rơi vào tâm trạng lo sợ, hoang mang, luôn nghĩ đến nguy cơ tử vong, kể cả phải đối mặt với bị kỳ thị và phân biệt đối xử ... Từ đây, hình thành những suy nghĩ, hành vi tiêu cực ảnh hưởng đến sức khỏe tâm thần theo tác động tiêu cực và tạo ra các rối loạn tâm thần.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ sinh viên khối ngành khoa học sức khỏe của Trường Đại học Trà Vinh mắc các rối loạn trầm cảm, lo âu và stress ở mức khá cao lần lượt là 44,4%, 61,2% và 41%. Đa số, sinh viên mắc các rối loạn ở mức nhẹ và vừa, nhưng số lượng ở mức nặng đến rất nặng cũng rất đáng quan tâm với rối loạn trầm cảm là 9,7%, rối loạn lo âu là 23% và stress là 12,1%. Có mối liên quan giữa lo lắng trong mối quan hệ bạn bè/tình cảm, gia đình và tiền sử nhiễm Covid-19 với các rối loạn trầm cảm, lo âu và stress với yếu tố về độ tuổi, khó khăn khi học trực tuyến.

KIẾN NGHỊ

Đối với sinh viên: Nâng cao hiểu biết, quan tâm sức khỏe bản thân, tự nhận biết được các dấu hiệu sớm cần phải quan tâm đến sức khỏe tâm thần của bản thân và những người xung quanh. **Đối với gia đình:** Quan tâm và thường xuyên trò chuyện, hỗ trợ và tư vấn tâm lý, giải quyết mâu thuẫn kịp thời trong gia đình cho con, em mình.

Đối với nhà trường, giảng viên: Sau buổi học trực tiếp/trực tuyến, giảng viên nên quan tâm, trò chuyện với sinh viên nhiều hơn, chuẩn bị bài giảng sinh động, thiết kế các trò chơi phù hợp nội dung học, đặt nhiều câu hỏi, giảng dạy thông qua nghiên cứu tình huống để tăng tương tác với sinh viên. Khoa và nhà trường nên tổ chức các buổi tọa đàm, tư vấn trực tuyến hay thành lập phòng tư vấn sức khỏe tâm thần để hỗ trợ tâm lý cho sinh viên, thiết kế chương trình học phù hợp với phương pháp giảng dạy linh hoạt cả khi không có dịch bệnh.

Lời cảm ơn: Chúng tôi gửi lời cảm ơn Trường Đại học Trà Vinh đã tài trợ cho nghiên cứu thông qua Hợp đồng số 422/2022/HĐ.HĐKH&ĐT-ĐHTV; cảm ơn đồng nghiệp đã giúp đỡ tạo điều kiện thuận lợi trong quá trình nghiên cứu, nhưng chưa đủ tiêu chuẩn để đứng tên tác giả; cảm ơn sinh viên khối ngành khối học sức khỏe đã tham gia nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Việt Hưng và các cộng sự. (2022), "Tình trạng lo âu, trầm cảm và căng thẳng của sinh viên Y Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong đợt dịch Covid-19 lần 4", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*(48), tr. 41-48.
2. Nguyễn Văn Liệu và các cộng sự. (2023), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan tới dấu hiệu lo âu, trầm cảm và stress của sinh viên khối ngành sức khỏe đại học phenikaa trong đại dịch covid-19, năm 2021", *Tạp chí Y học Cộng đồng*. 64(3).
3. Phan Nguyệt Hà và Trần Thơ Nhị (2022), "Trầm cảm ở sinh viên trường đại học Y Hà Nội năm học 2020-2021 trong bối cảnh đại dịch Covid-19 và một số yếu tố liên quan", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 515(1).
4. Tôn Thất Minh Thông và các cộng sự.(2022), "Sức khỏe tâm thần của sinh viên Đại học Huế", *Tạp chí Khoa học, Trường Đại học Sư phạm, Đại học Huế*. 2(62), tr.163-173
5. Hoàng Thị Vân, Đoàn Thị Nga và Nguyễn Thị Thu Trang (2022), "Tác động của Đại dịch Covid-19 đến sức khỏe tâm thần của sinh viên khối ngành sức khỏe Trường Đại học Đại Nam năm 2021-2022.", *Tạp chí Y học Việt Nam*. 519(1).
6. UNICEF Vietnam (2018), *Mental health and psychosocial wellbeing among children and young people in in selected provinces and cities in Vietnam*.
7. E. R. Ghazawy và các cộng sự. (2021), "Psychological impacts of COVID-19 pandemic on the university students in Egypt", *Health Promot Int*. 36(4), tr. 1116-1125.
8. T. D. Tran, T. Tran và J. Fisher (2013), "Validation of the depression anxiety stress scales (DASS) 21 as a screening instrument for depression and anxiety in a rural community-based cohort of northern Vietnamese women", *BMC Psychiatry*. 13, tr. 24.
9. T. Pham và các cộng sự. (2019), "The prevalence of depression and associated risk factors among medical students: An untold story in Vietnam", *PLoS One*. 14(8), tr. e0221432.

Abstract

STUDY ON MENTAL HEALTH OF STUDENTS IN THE HEALTH SCIENCES BACKGROUND AT TRA VINH UNIVERSITY AFTER THE COVID-19 PANDEMIC (2022 – 2023)

Le My Ngoc, Huynh Thi Xuan Linh

Tra Vinh University

Mental health in the educational environment is receiving attention, especially among students of colleges and universities majoring in health sciences. Analytical cross-sectional descriptive study to evaluate the mental health status of 1046 health science students studying at Tra Vinh University after the Covid-19 pandemic (2022 - 2023). The mental health of research subjects was measured using the DASS-21 scale. Research results show that the proportion of students showing signs of depression, anxiety and stress is 44.4%, 61.2% and 41% respectively. Of these, the proportion of students with severe to very severe signs of depressive disorder is 9.7%, anxiety disorder is 23% and stress disorder is 12.1%. Research results also show that there is a relationship between depression, anxiety and stress disorders with personal factors: age, learning aspects: difficulties when learning online, social aspect: anxiety in relationships, Covid-19 aspect: Covid-19 infection and these relationships are all statistically significant.

Keywords: Depression, anxiety, stress, DASS-21, student, health science.

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Lê Xuân Hùng

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA CÁC BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ HỖN HỢP TẾ BÀO GAN ĐƯỜNG MẬT PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC GIAI ĐOẠN 2014 – 2019

Nguyễn Văn Dinh

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định,

Tóm tắt

Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2014-2019. Nghiên cứu hồi cứu mô tả trên 30 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan tại bệnh viện Việt Đức có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật giai đoạn từ 2014 – 2019. Kết quả độ tuổi trung bình mắc bệnh là 50,1. Tỷ lệ nam mắc bệnh nhiều hơn nữ (67,4%). Bệnh nhân mắc bệnh chủ yếu trên nền viêm gan virus B(73,3%), khối u phát hiện thường là một khối giảm âm đơn độc(86,7%) ở gan phải(73,3%), kích thước khối u trung bình là $5,45 \pm 2,45$ cm. Hình ảnh CT thường gặp là bắt thuốc nhanh thì động mạch, thái thuốc thì tĩnh mạch(76,9%). Bệnh nhân ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật có biểu hiện lâm sàng gần giống với bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan.

Từ khóa: đặc điểm lâm sàng, ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật, phẫu thuật.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật (CHC: Combined hepatocellular-holangiocarcinoma) là một loại ung thư gan nguyên phát (UTGNP) hiếm gặp với các đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học của cả ung thư biểu mô tế bào gan (HCC: Hepatocellular carcinoma) và ung thư đường mật (CCA: Cholangio-carcinoma)[7]. Ở Việt Nam, ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật còn là một vấn đề ít được quan tâm, chủ yếu được báo cáo nằm trong một nghiên cứu chung về ung thư gan nguyên phát, trong đó có báo cáo của Trịnh Hồng Sơn và cộng sự về 124 ca phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức (từ 1992 đến 1996), có kết quả giải phẫu bệnh, tỷ lệ bệnh nhân CHC là 0,8% [6]. Chẩn đoán CHC còn là một thách thức vì các triệu chứng lâm sàng nghèo nàn và cận lâm sàng không đặc hiệu. Với mong muốn góp phần làm rõ hơn về triệu chứng để cải thiện khả năng chẩn đoán trước mổ, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 2014-2019.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan tại có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan, đường mật

2.2. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Việt Đức

Thời gian: từ 2014 – 2019.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả

Chọn mẫu: Chọn cỡ mẫu thuận tiện. Chọn bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn.

Chỉ tiêu nghiên cứu

Nhóm tuổi: được thu thập dưới dạng biến số định lượng và trình bày thành 4 nhóm tuổi : Từ 40 tuổi trở xuống, 41- 50, 51-60, >60.

Giới tính: nam và nữ; < 40 tuổi (41-50) tuổi; (51-60) tuổi và > 60 tuổi.

Các yếu tố nguy cơ : Tiền sử viêm gan: HBV, HCV. Tiền sử mổ các ung thư khác. Nhiễm sán. Nghiện rượu. Không có tiền sử. Không ghi nhận

Đặc điểm lâm sàng: thể trạng, gầy sút cân, sốt, vàng da, thiếu máu: da xanh, niêm mạc nhợt, mạch nhanh. chán ăn, ăn không ngon miệng, đau bụng âm ỉ thượng vị, hạ sườn phải hay đau khắp bụng, tự sờ thấy u, không có triệu chứng, tình cờ phát hiện qua kiểm tra sức khỏe: siêu âm, chụp CT...

Chỉ tiêu cận lâm sàng: 4 nhóm máu: A, B, O, AB

Xét nghiệm sinh hóa máu: Marker viêm gan: HBsAg: (+), (-). Anti-HCV: (+), (-); Định lượng AFP huyết thanh: Chia làm 4 nhóm: AFP dưới 20 ng/dl, từ 20 đến 400 ng/dl, 400- 1000 ng/dl, >1000 ng/dl

Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm: Vị trí u: gan phải(P), trái(T), cả hai gan (P+T), HPT....; Kích thước u: 1-3cm, 3-5 cm, trên 5cm; Số lượng u: 1, 2, ≥ 3 khối; Cấu trúc u : tăng, giảm âm hay hỗn hợp âm.

Chụp cắt lớp vi tính: Chụp CT ổ bụng các thì trước tiêm thuốc cản quang, thì động mạch, thì tĩnh mạch cửa và thì muộn, hồi cứu theo hồ sơ bệnh án với các tiêu chí: Số lượng và kích thước khối u; Tính chất ngấm thuốc của khối u: Có hay không hình ảnh tăng tưới máu thì động mạch, thải thuốc nhanh thì tĩnh mạch (dấu hiệu wash-out); Huyết khối tĩnh mạch cửa: ở nhánh trái, nhánh phải hay thân tĩnh mạch cửa; Di căn hạch: hạch rốn gan, vị trí khác; Xâm lấn tạng trong ổ bụng: Có hay không, nếu có thì xâm lấn tạng nào; Thể tích gan: ghi nhận theo kết quả hồ sơ, và tính tỉ lệ thể tích gan lành còn lại/trọng lượng cơ thể với giả định 1mm³ gan có khối lượng bằng 1g.; Phim chụp MRI: Tín hiệu T1W, T2W, Difuson.

2.3. Phương pháp thu thập, xử lý số liệu.

Thu thập danh sách bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh là CHC tại khoa Giải phẫu bệnh của BV Việt Đức từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2019. Lập danh sách bệnh nhân, sau đó nhập thông tin theo mẫu bệnh án thống nhất đã soạn sẵn. Liên hệ người thân, hoặc bệnh nhân qua số điện thoại trên hồ sơ bệnh án để điều tra thông tin về thời gian sống sau mổ, thời gian sống không bệnh sau mổ (tái phát). Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm phân bố tuổi và giới của bệnh nhân (n=30)

Tuổi	Nam		Nữ		Tổng	
	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %	Số BN	Tỉ lệ %
≤40	5	16,7	4	13,3	9	30
41-50	1	3,3	2	6,7	3	10
51-60	11	36,7	1	3,3	12	40
>60	5	16,7	1	3,3	6	20
Tổng	22	73,3	8	26,7	30	100

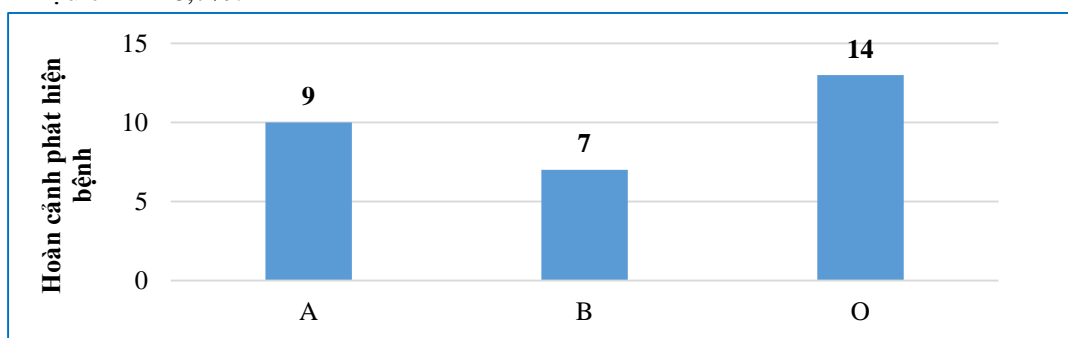
Nhận xét: 73,3% nam và 26,7% nữ, BN trẻ nhất là 31 tuổi, già nhất là 67 tuổi. Nhóm tuổi trung niên 51- 60 chiếm tỉ lệ cao với 40%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến ung thư gan (n=30)

Yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Viêm gan B	22	73,3
Nghiện rượu	2	6,7
Không ghi nhận	6	20
Tổng	30	100

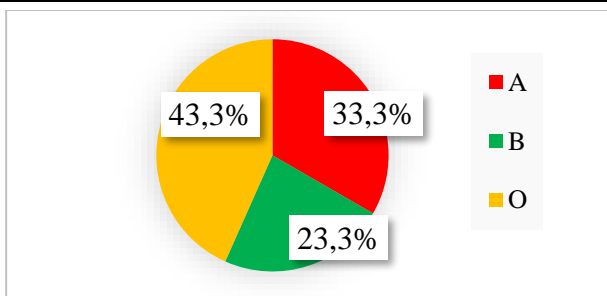
Nhận xét : Có 22 bệnh nhân có tiền sử viêm gan B từ trước chiếm 73,3%. Chỉ có 2 bệnh nhân có tiền sử nghiện rượu chiếm 6,7%.



Hình 1. Hoàn cảnh phát hiện bệnh(n=30)

Nhận xét: Có 9 bệnh nhân (30%) tình cờ phát hiện khối u qua khám sức khỏe định kỳ, 14 bệnh nhân (46,7%) có triệu chứng đau hạ sườn phải, 7 bệnh nhân (23,3%) có gầy sút cân, và cả 7 bệnh nhân này đều có triệu chứng đau hạ sườn phải.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng



Hình 2. Phân bố bệnh nhân theo nhóm máu(n=30)

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào nhóm máu AB, có 43,3% bệnh nhân nhóm máu O, 33,3% nhóm máu A, và 23,3% nhóm máu B.

Bảng 3. Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu, đông máu(n=30)

Chỉ số XN	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Hồng cầu (T/L)	4,74±0,55	3,95	6,26
Hb (g/l)	143,1±14,4	119	174
Hematocrit(L/L)	0,43±0,04	0,35	0,51
Bạch cầu (G/L)	7,79±2,63	4,1	16,78
Tiểu cầu (G/L)	223,3±90,4	86,98	87,419
INR	1,09±0,93	0,96	1,31
APTT (s)	28,51±3,92	21,9	37,2

Nhận xét: Nhìn chung, các chỉ số xét nghiệm công thức máu, đông máu của bệnh nhân trước mổ đều trong giới hạn bình thường.

Bảng 4. Chỉ số sinh hóa máu trước mổ(n=30)

Các chỉ số sinh hóa	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Ure (mmol/l)	4,4± 1,2	2,6	7,5
Creatinin (µmol/l)	78,9± 12,3	56,9	99,0
GOT (U/L)	60,36 ± 62,81	2,36	327,00
GPT (U/L)	59,39± 72,47	15,77	389,00
Bilirubin toàn phần (mmol/l)	14,3 ± 6,9	3,0	28,8
Albumin (g/l)	41,9 ± 7,1	25,0	67,0

Nhận xét: Các chỉ số Ure, Creatinin, Albumin, Bilirubin trong giới hạn bình thường, bệnh nhân có chỉ số Albumin 25 thấp hơn ngưỡng cho phép, được phân loại chức năng gan Child B. Nhiều bệnh nhân có giá trị GOT và GPT trung bình cao trên ngưỡng cho phép

Nồng độ AFP huyết thanh trước mổ

Bảng 5. Phân bố nồng độ AFP huyết thanh trước phẫu thuật (n = 30)

Nồng độ (ng/ml)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<20	9	30
20-400	9	30
401-1000	2	6,7
>1000	10	33,3

Nhận xét: Nồng độ αFP huyết thanh trung bình trước mổ của nhóm BN NC là 16917,7±49864,3 ng/ml trong đó thấp nhất là 2,37ng/ml, cao nhất là 248222 ng/ml. Tập trung cao nhất ở nhóm BN có nồng độ αFP huyết thanh cao trên 1000 ng/ml (33,3%). Nhóm BN có nồng độ αFP dưới 20ng/ml chiếm 30%.

Bảng 6. Chất chỉ điểm khối u

Chất chỉ điểm u	Tăng		Bình thường	
	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Số lượng	Tỷ lệ (%)
CEA (ng/l)	5	21,7	18	78,3
CA 19-9 (UI/ml)	10	38,5	16	61,5

Nhận xét: Chỉ có 23 bệnh nhân được ghi nhận có xét nghiệm nồng độ CEA trước mổ, có 5 bệnh nhân (21,7% có nồng độ CEA cao hơn định mức, trong đó, 3 bệnh nhân có nồng độ AFP dưới 20ng/ml, 1 bệnh nhân nồng độ AFP ở mức từ 20-400ng/ml. 26 bệnh nhân được xét nghiệm nồng độ CA 19-9 trước mổ, tỷ lệ tăng ca19-9 trong những bệnh nhân này là 38,5%. Trong đó có 5 bệnh nhân (50%) số ca tăng CA 19-9 rơi

vào nhóm có nồng độ AFP dưới 20ng/ml.

Bảng 7. Kích thước khối u gan

Kích thước u(mm)	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Nhóm tái phát	56,2 ± 30,7	14	140
Không tái phát	57,5 ± 15,6	23	77
Trung bình chung	54,45 ± 24,45	14	140

Nhận xét: Kích thước khối u trung bình là 54,45mm, khối u nhỏ nhất chỉ có 14mm được phát hiện tình cờ qua khám sức khỏe, khối u lớn nhất là 140mm. Kích thước u không có sự khác biệt giữa nhóm có tái phát và không tái phát với $p > 0,05$.

Bảng 8. Đặc điểm khối u trên phim CTscanner

Thì chụp	Tính chất bắt thuốc	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Thì động mạch	Không ngấm thuốc	1	3,8
	Ngấm thuốc nhanh	20	76,9
	Ngấm thuốc chậm	2	7,7
	Ngấm ít ở ngoại vi	3	11,5
Thì tĩnh mạch	Thải thuốc nhanh	12	46,1
	Thải thuốc chậm	8	30,8
	Không mô tả	6	23,1

Nhận xét: Tính chất bắt thuốc chủ yếu của khối u là ngấm thuốc nhanh thì động mạch (76,9%) thải thuốc nhanh thì tĩnh mạch (46,1%). Có 3,8% các khối u không ngấm thuốc sau tiêm, 7,7% ngấm thuốc chậm, 11,5% u có ngấm thuốc ở ngoại vi, 30,8% khối u thải thuốc chậm thì tĩnh mạch, bên cạnh đó có 23,1% bệnh nhân không được mô tả tính chất thải thuốc thì tĩnh mạch.

Bảng 9. Đặc điểm khối u trên phim chụp cộng hưởng từ

Loại tín hiệu	Tính chất	Số lượng	Tỷ lệ (%)
T1W	Tăng	2	25
	Giảm	6	75
T2W	Tăng	7	87,5
	Đồng	1	12,5
Difuson	Tăng	3	37,5
	Hạn chế khuếch tán	5	62,5

Nhận xét: Các bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ trong nghiên cứu chủ yếu có kết quả là giảm tín hiệu trên T1W, tăng tín hiệu trên T2W, hạn chế khuếch tán trên tín hiệu Difuson.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng: Các bệnh nhân CHC có triệu chứng lâm sàng nghèo nàn, không đặc hiệu, triệu chứng cận lâm sàng thường bị nhầm lẫn với HCC hoặc CCA nên việc chuẩn đoán trước mổ là rất khó khăn.

4.1.1. Tuổi và giới: Có 30 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu với độ tuổi trung bình là 50,1 ± 11,6 (bảng 1), trẻ nhất là 31 tuổi, già nhất là 67 tuổi, tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi trung niên từ 41-60 với tổng tỉ lệ 50 % trong đó lứa tuổi 51-60 chiếm ưu thế với tỉ lệ 40%. Nam giới chiếm ưu thế so với nữ giới, tỉ lệ nam: nữ là 2,75:1. Nghiên cứu của Wang và cộng sự từ năm 2000-2014, trên 645 bệnh nhân mắc CHC cho thấy độ tuổi mắc bệnh trung bình là 62 tuổi (từ 56 đến 72 tuổi) bệnh thường gặp ở nam giới (67,4%) hơn nữ giới (32,6%). Tỷ lệ nam/nữ = 2,01. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng cho thấy tỷ lệ mắc ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật ở nam nhiều hơn nữ do các yếu tố như nam giới uống rượu nhiều hơn nữ và ở nam giới gen tổng hợp trong xơ gan nhiều hơn nữ. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nghiện rượu là 6,7% chỉ gặp ở 2 bệnh nhân nam. So sánh với các nghiên cứu khác của các tác giả trong nước nghiên cứu về ung thư biểu mô tế bào gan thì nhóm tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi có tính tương đồng với Nguyễn Quang Nghĩa (2012) cũng có độ tuổi trung bình tương tự 50,65±11,9 [1].

4.1.2. Tiền sử và các bệnh lý phối hợp: Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 73,3% số bệnh nhân dương tính với virus viêm gan B. Nhiễm virus viêm gan mạn tính từ lâu đã được biết đến như là một trong những yếu tố nguy cơ chính của ung thư gan nói chung. Theo Liu CL, virus viêm gan B có liên quan trong 58% các trường hợp CHC, cao hơn nhóm có ung thư biểu mô đường mật trong gan (20%) và

thấp hơn nhóm ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan (82%) [4]. Tại Việt Nam, chưa tìm thấy nghiên cứu riêng biệt nào cho các bệnh nhân CHC. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Hoa (2010) cho thấy bệnh nhân HbsAg(+) có nguy cơ mắc ung thư gan cao gấp 17 lần người bình thường [5].

4.1.3. Triệu chứng cơ năng và thực thể: Kết quả nghiên cứu cho thấy, các dấu hiệu khiến người bệnh phải đi khám chủ yếu là đau bụng hạ sườn phải (46,7%), sút cân (23,3%). Có 10/30 bệnh nhân được phát hiện u gan tình cờ chiếm tỉ lệ 30% (Hình 2). Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi đi khám và phát hiện bệnh lý đến khi tới viện khám và phát hiện khối u gan không được ghi chép đầy đủ tại hồ sơ, tuy nhiên, trong số 20 bệnh nhân ghi nhận thì đều tới viện khám trong vòng 3 tháng kể từ khi có triệu chứng, đây là một con số đáng ghi nhận, bên cạnh đó có tới 30% số bệnh nhân chủ động đi khám sức khỏe cũng là một tỷ lệ cao. Điều này có thể lý giải do các bệnh nhân được chọn từ nghiên cứu đều là các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật, do đó các bệnh nhân phải có phân độ chức năng gan là child A hoặc B.

Các chất chỉ điểm ung thư α FP, CA 19-9, CEA: Alphafetoprotein (α FP) là một Globulin được hình thành trong túi noãn hoàng (yolk sac) và gan của bào thai. Nếu nồng độ α FP cao trong huyết thanh có thể gợi ý một bệnh lý có thể là ác tính. Bất kỳ khối u phát sinh từ các cơ quan có cùng nguồn gốc từ lớp nội bì như gan có thể liên quan đến nồng độ α FP cao trong huyết thanh, bao gồm ung thư dạ dày, tuyến tụy và đường mật [3]. α FP không đặc hiệu đối với CHC, nó có thể tăng trong viêm gan B hoặc viêm gan C mãn tính đơn thuần cũng như một số loại ung thư khác như ung thư dạ dày hay ung thư biểu mô đường mật, ung thư hỗn hợp biểu mô tế bào gan đường mật, tuy nhiên nó có ý nghĩa trong việc định hướng chẩn đoán.

4.3. Đặc điểm hình ảnh: Chẩn đoán hình ảnh của khối u hỗn hợp tế bào gan đường mật là không điển hình, tuy nhiên nó đóng vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán đồng thời góp phần vào việc lựa chọn, chỉ định phương pháp điều trị thích hợp.

4.3.1. Đặc điểm siêu âm: Siêu âm bụng là biện pháp chẩn đoán thường quy, không xâm lấn và ít tốn kém, giúp xác định chẩn đoán ban đầu khối u ở gan. Trên siêu âm có thể đánh giá kích thước, vị trí, số lượng, đặc điểm âm của khối u, tính chất nhu mô gan, tình trạng xâm lấn và di căn xa của khối u gan. Tuy không có bệnh nhân nào được chẩn đoán xác định CHC dựa vào siêu âm nhưng nó có tác dụng rất lớn trong sàng lọc các khối u gan ban đầu, bên cạnh đó bệnh nhân cũng cần sử dụng siêu âm để định hướng chọc sinh thiết trong những trường hợp nghi ngờ.

4.3.2. Chụp cắt lớp vi tính: Chẩn đoán xác định khối u CHC thường khó xác định bằng chụp cắt lớp vi tính do sự biểu hiện trên chẩn đoán hình ảnh là không điển hình, các đặc điểm chẩn đoán hình ảnh trung gian mang tính chất của cả HCC và CCA khiến bệnh nhân buộc phải sinh thiết để chẩn đoán xác định, thành phần mô bệnh học ưu thế trong khối u sẽ quyết định đặc điểm hình ảnh của u [3]. Trên phim CT có tiêm thuốc cản quang, hình ảnh điển hình của ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật chia thành 3 loại chính: nhóm 1 tương tự tính chất của HCC: bắt thuốc nhanh thì động mạch, thải thuốc thì tĩnh mạch (Tăng tỉ trọng trong thì động mạch thể hiện quá trình tăng sinh mạch nuôi chủ động của khối u: do máu động mạch trong nhu mô gan bị pha loãng bởi máu tĩnh mạch chưa có thuốc cản quang, trong khi tổ chức ung thư lại giàu máu động mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 9), 76,9% số bệnh nhân có tính chất CT ngấm thuốc nhanh thì động mạch, thải thuốc thì tĩnh mạch, 11,5% số bệnh nhân có ngấm thuốc ít ở ngoại vi và 11,5% số bệnh nhân còn lại ngấm thuốc chậm hoặc không ngấm thuốc thì động mạch. Từ đây ta thấy được tính chất trên phim chụp cắt lớp vi tính ở nghiên cứu của chúng tôi tương đối giống với HCC.

4.2.3. Phim chụp cộng hưởng từ: Có nhiều nghiên cứu về hình ảnh chụp cộng hưởng từ của tổn thương CHC trên thế giới nhưng cho các kết quả khác nhau, một số cho rằng hình ảnh chụp cộng hưởng từ của CHC giống với HCC [7]. Hình ảnh MRI có thể nghĩ tới CHC là dấu hiệu rửa thuốc hoặc dấu hiệu rửa thuốc kèm theo hoại tử trung tâm u và chảy máu trong u, giảm tín hiệu trên T1W, tăng hoặc đồng tín hiệu trên T2W [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 9) trong số 8 bệnh nhân được chụp MRI có 75% số bệnh nhân giảm tín hiệu trên T1W, 12,5% số bệnh nhân đồng tín hiệu và 87,5% tăng tín hiệu trên T2W. đây là một kết quả khá điển hình.

4.2.4. Số lượng, kích thước u: Khối u lớn với kích thước >5cm khá thường gặp trong lâm sàng, đặc biệt trong điều kiện của Việt Nam, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ này là 50%. Các nguyên nhân chính có thể có bao gồm: Việt Nam nằm trong vùng dịch tễ viêm gan B, việc khám sàng lọc

UBTG chưa phổ biến, bệnh nhân thường được khám và phát hiện bệnh muộn. Trong nghiên cứu của chúng tôi kích thước khối u trung bình là 54,45mm, khối u nhỏ nhất chỉ có 14mm được phát hiện tình cờ qua khám sức khỏe, khối u lớn nhất là 140mm. Hầu hết các bệnh nhân có 1 khối u (86,7%).

5.KẾT LUẬN

Ung thư biểu mô hỗn hợp tế bào gan đường mật có biểu hiện lâm sàng gần giống với bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan nhưng mang một số đặc điểm riêng biệt nhất định.

KIẾN NGHỊ

Sinh thiết gan làm hóa mô miễn dịch dưới sự hướng dẫn của siêu âm trong trường hợp các khối u gan không điển hình trên lâm sàng và cận lâm sàng để chẩn đoán .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Nghĩa (2012). *Nghiên cứu áp dụng đo thể tích gan bằng chụp cắt lớp vi tính trong chỉ định, điều trị phẫu thuật ung thư gan nguyên phát*. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội. 2012.
2. Lê Văn Thành (2013). *Nghiên cứu chỉ định và kết quả phẫu thuật cắt gan kết hợp phương pháp Tôn Thất Tùng và Lortat Jacop điều trị ung thư biểu mô tế bào gan*. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y, Hà Nội. 2013.
3. Nguyễn Hoàng, Trần Bảo Long. “*Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật cắt gan do ung thư tế bào gan sau nút động mạch gan*” , luận án tiến sĩ y học, Đại học y Hà Nội, Hà Nội. 2017.
4. Liu CL, Fan ST, Lo CM, et al. Hepatic resection for combined hepatocellular and cholangiocarcinoma. *Arch Surg*. 2003 Jan;138(1):86-90. PMID: 12511158.
5. Nguyễn Thị Kim Hoa và Võ Đăng Anh Thư, "Tìm hiểu một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư gan nguyên phát tại bệnh viện trường đại học Y dược Huế.", *Y học thực hành*, 2010, (1), 13-16.
6. Balzan S., Belghiti J., Farges O., et al. "The "50-50 criteria" on postoperative day 5: an accurate predictor of liver failure and death after hepatectomy."*Ann Surg*, 2005, 242, (6), 824-8, discussion 828-9.
7. Stavrouka C, Rush H, Ross P (2018). Combined hepatocellular cholangiocarcinoma (cHCC-CC): an update of genetics, molecular biology, and therapeutic interventions. *Journal of Hepatocellular Carcinoma*, 2018,11-21.

Abstract

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF COMBINED HEPATOCELLULAR CHOLANGIOCARCINOMA AT VIET DUC HOSPITAL PERIOD OF 2014 - 2019.

Nguyen Van Dinh

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

To evaluate the results of surgical treatment of Combined hepatocellular-cholangiocarcinoma (CHC) at Viet Duc Hospital in the period 2014-2019. Subjects and methods of study: A retrospective study described more than 30 patients undergoing liver resection at Viet Duc hospital with CHC period from 2014 - 2019. The mean age of the disease was 50.1. The proportion of men infected with the disease was higher than that of women (67.4%). patients with the disease mainly on the background of hepatitis B virus (73.3%), the detected tumor is usually a single hypoechoic mass (86.7%), in the right liver (73.3%), the mass size The mean tumor was 5.45±2.45 cm. Common CT images are rapid drug initiation in arterial phase, and drug withdrawal in venous phase (76.9%). Patients with mixed hepatocellular biliary carcinoma have similar clinical manifestations with hepatocellular carcinoma patients.

Keywords: Combined hepatocellular-cholangiocarcinoma, clinical features , surgery.

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Cao Bá Lợi

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

THAY ĐỔI KIẾN THỨC TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH PHẪU THUẬT SỎI TIẾT NIỆU SAU CAN THIỆP GIÁO DỤC SỨC KHỎE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NINH BÌNH NĂM 2022

Lê Văn Cường¹, Trần Thị Thơm², Trương Tuấn Anh¹

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định; ² Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

Tóm tắt

Mô tả thực trạng kiến thức tự chăm sóc của người bệnh phẫu thuật sỏi tiết niệu và đánh giá sự thay đổi kiến thức của họ sau can thiệp giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2022. Người bệnh sau phẫu thuật sỏi tiết niệu điều trị tại Khoa Ngoại thận - tiết niệu Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Ninh Bình. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 2/2022 đến hết tháng 06/2022. Đối tượng nghiên cứu: 314 người bệnh. Nghiên cứu can thiệp giáo dục có so sánh trước sau tại 3 thời điểm T1: Đánh giá lần 1 được tiến hành ngay sau khi người bệnh nhập viện điều trị. T2: Đánh giá lần 2 ngay sau khi người bệnh được can thiệp giáo dục (Sau đánh giá lần 1 một ngày). T3: Đánh giá lần 3 được tiến hành sau can thiệp giáo dục 1 tháng (1 tháng ± 10 ngày). Người bệnh phẫu thuật sỏi hệ tiết niệu có kiến thức tự chăm sóc trước can thiệp ở mức đạt chiếm 54% và mức chưa đạt là 46%. Sau can thiệp 1 ngày, tỷ lệ kiến thức tự chăm sóc ở mức đạt chiếm tỷ lệ 86%. Sau 1 tháng, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức tự chăm sóc ở mức đạt chiếm tỷ lệ 82%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Kiến thức tự chăm sóc của người bệnh phẫu thuật sỏi hệ tiết niệu trước can thiệp còn thấp. Có sự thay đổi rõ rệt về kiến thức tự chăm sóc của người bệnh phẫu thuật sỏi hệ tiết niệu sau can thiệp một tháng.

Từ khóa : Sỏi hệ tiết niệu, Tự chăm sóc sau phẫu thuật sỏi tiết niệu.

1.ĐẶT VẤN ĐỀ

Sỏi tiết niệu là chất khoáng nằm trong hệ tiết niệu. Trên thế giới tỷ lệ mắc bệnh sỏi tiết niệu chiếm khoảng 3% dân số và có sự khác nhau giữa các quốc gia [1]. Tại Việt Nam, thống kê cho thấy người bệnh điều trị sỏi tiết niệu chiếm khoảng 40-60% số người bệnh điều trị trong khoa thận tiết niệu [2] [3]. Phương pháp tán sỏi ngoài cơ thể có ưu điểm là không tạo ra vết mổ cho người bệnh và rút ngắn thời gian điều trị, tuy nhiên vẫn cần phải dẫn lưu đường tiết niệu để tránh các biến chứng như sỏi rơi xuống quá nhiều làm tắc niệu quản, phù nề niệu quản. Sonde JJ giúp dẫn lưu nước tiểu từ thận xuống bàng quang, tránh tắc nghẽn sau tán sỏi, đồng thời chính sonde JJ là một phương tiện rất tốt giúp nong rộng niệu quản tạo điều kiện cho các mảnh sỏi dễ rơi xuống. Mặc dù đặt sonde JJ có nhiều ưu điểm được thừa nhận rộng rãi, tuy nhiên sau khi đặt sonde JJ người bệnh về nhà có thể gặp các tác dụng phụ đáng kể: đau buốt vùng hông lưng hay phía trên đùi, đau tăng khi đi tiểu; kích thích bàng quang: cảm giác rất buốt khi tiểu gần xong hoặc đau tức vùng trên xương mu, tiểu nhiều lần, nước tiểu có lẫn máu, cảm giác cộm và căng bàng quang; chảy máu đôi khi kéo dài cho đến khi sonde được lấy ra...[2], [3]. Nghiên cứu tiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 tại biển sau phẫu thuật sỏi tiết niệu gồm chảy máu phải can thiệp tắc mạch chọn lọc 0,8%; chảy máu phải truyền máu 11,6%; thủng gây rò đại tràng 0,8%; thủng hồi tràng 0,8%; rách đứt rời bề thận 0,8%; nhiễm khuẩn huyết 0,8%; nhồi máu cơ tim cấp 0,8%. Kết quả phẫu thuật sỏi tiết niệu không chỉ phụ thuộc nhiều vào trình độ, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, mà còn phụ thuộc vào vai trò của công tác theo dõi, tự chăm sóc của người bệnh sau phẫu thuật. Để nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh thì việc tự chăm sóc sau phẫu thuật sỏi tiết niệu là một trong những nguyên tắc cơ bản.

Truyền thông giáo dục sức khỏe là một hoạt động quan trọng trong việc thay đổi kiến thức, thái độ và thực hành của người bệnh về khả năng tự chăm sóc sau phẫu thuật sỏi tiết niệu xuất viện về nhà. Tuy nhiên, hiện nay công tác truyền thông giáo dục sức khỏe cho người bệnh sau phẫu thuật sỏi tiết niệu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình chưa đạt hiệu quả cao. Với mong muốn có số liệu tin cậy về khả năng tự chăm sóc của người bệnh sau phẫu thuật sỏi tiết niệu và đề xuất các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe, hướng tới mục tiêu nâng cao khả năng tự chăm sóc cho người bệnh sau phẫu thuật sỏi tiết niệu chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức tự chăm sóc của người bệnh phẫu thuật sỏi tiết niệu và đánh giá sự thay đổi kiến thức của người bệnh phẫu thuật sỏi tiết niệu sau can thiệp giáo dục sức khỏe tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình năm 2022.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1.Đối tượng nghiên cứu: người bệnh sau phẫu thuật sỏi tiết niệu điều trị tại Khoa Ngoại thận - tiết niệu Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Ninh Bình.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh đang điều trị sỏi hệ tiết niệu; người bệnh có đặt sonde JJ; người bệnh được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật sỏi tiết niệu (nội soi tán ngược dòng bằng laser, tán sỏi qua da, nội soi hông lưng, phẫu thuật mổ mở,..) tại khoa Ngoại thận tiết niệu, Bệnh viện đa khoa tỉnh Ninh Bình.

-Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh không có khả năng giao tiếp hoặc tiếp nhận thông tin; người bệnh không có khả năng tự chăm sóc.

2.2.Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 2/2022 đến hết tháng 06/2022 tại Khoa Ngoại thận - Tiết niệu Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình

2.3.Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp giáo dục có so sánh trước sau.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

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

Trong đó

α : là mức có ý nghĩa thống kê, chọn $\alpha = 0,05$.

$Z^2_{\alpha/2}$: ở đây $Z(0,05/2) = 1,96$

$p = 0,2$ (tỷ lệ người bệnh có kiến thức về tự chăm sóc sau phẫu thuật sỏi tiết niệu)[4]

d : là sai số cho phép, chọn tỷ lệ này là 5%

Cỡ mẫu tối thiểu của nghiên cứu là 246 người. Để đảm bảo công bằng cho người bệnh được giáo dục sức khỏe khi tham gia nghiên cứu, chúng tôi chọn toàn bộ người bệnh sau phẫu thuật sỏi tiết niệu điều trị tại Khoa Ngoại thận - tiết niệu Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Ninh Bình từ tháng 02/2022 đến hết tháng 06/2022 gồm 314 người bệnh.

2.4. Công cụ và tiêu chuẩn đánh giá

Bộ câu hỏi đánh giá kiến thức được xây dựng trước dựa trên hướng dẫn của Hội Tiết niệu-Thận học Việt Nam [2], Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa-Chuyên khoa phẫu thuật tiết niệu của Bộ Y Tế năm 2017 [5]; Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn tiết niệu liên quan đến đặt ống thông tiểu trong các cơ sở khám chữa bệnh của Bộ Y Tế năm 2017 [6]; nghiên cứu của tác giả Derek Bos và cộng sự năm 2014 đăng trên tạp chí Hội tiết niệu Canada về kiến thức, thái độ và mô hình chăm sóc sức khỏe trong việc ngăn ngừa tái phát sỏi tiết niệu [7]. Trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai hoặc không biết được 0 điểm. Phiếu điều tra gồm 20 câu hỏi liên quan đến kiến thức của người bệnh và 12 câu hỏi liên quan đến thực hành của người bệnh. Tổng điểm kiến thức tối đa 20 điểm và tổng điểm thực hành tối đa là 12 điểm. Sau đó quy đổi điểm kiến thức; điểm thực hành ra thang 10 điểm. Mức độ kiến thức: Đạt (tổng điểm quy đổi theo thang 10 điểm ≥ 5 điểm); Không đạt (tổng điểm quy đổi theo thang 10 điểm < 5 điểm). Mức độ thực hành: Đạt (tổng điểm quy đổi theo thang 10 điểm ≥ 5 điểm); Không đạt (tổng điểm quy đổi theo thang 10 điểm < 5 điểm). Đánh giá sự thay đổi sau can thiệp giáo dục so với trước can thiệp dựa trên sự chênh lệch về tỷ lệ trả lời đúng đối với mỗi nội dung đánh giá.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu: Sử dụng bộ câu hỏi phỏng vấn được xây dựng sẵn với nội dung giống nhau cho 3 lần đánh giá: trước và sau can thiệp. Bước 1: Lựa chọn các đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn. Bước 2: Giới thiệu mục đích, ý nghĩa, phương pháp và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu. Nếu đồng ý, đối tượng nghiên cứu ký vào bản đồng thuận và được phổ biến về hình thức tham gia nghiên cứu. Bước 3: Đánh giá kiến thức của đối tượng nghiên cứu trước can thiệp bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp (T1). Bước 4: Can thiệp giáo dục sức khỏe ngay sau đánh giá lần 1 theo nhóm. Bước 5: Đánh giá lại kiến thức của đối tượng nghiên cứu vào thời điểm trước khi người bệnh ra viện 1 ngày (T2). Bước 6: Đánh giá lại kiến thức của đối tượng nghiên cứu sau 1 tháng (T3).

2.6. Phương pháp phân tích số liệu: Sau khi thu thập số liệu, các phiếu phỏng vấn đánh giá kiến thức về tự chăm sóc của người bệnh được kiểm tra lại để bảo đảm tính chính xác, đầy đủ các thông tin. Trong quá trình phân tích dữ liệu đã được đối chiếu với các kết quả với các nghiên cứu trước đó. Mã hóa, nhập liệu và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 20.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu đồng thuận tham gia, các thông tin chỉ phục vụ việc nghiên cứu khoa học và được đảm bảo bí mật. Nghiên cứu đã được thông qua hội đồng Đạo đức Quyết định số 3170/QĐ-ĐDN của Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định và Bệnh viện Đa khoa tỉnh Ninh Bình cho phép được thực hiện.

3. KẾT QUẢ

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Người bệnh nam chiếm tỷ lệ 62%; nữ chiếm 38%. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $50,9 \pm 11,8$, tuổi thấp nhất là 18, cao nhất là 70. Nhóm tuổi 41 – 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (49,7%). Cư trú ở nông thôn chiếm 64%. Tỷ lệ người bệnh có trình độ trung học cơ sở cao nhất chiếm 48%, tiếp đến là trung học phổ thông chiếm 32%; có 20% người bệnh có trình độ từ trung cấp trở lên. Nghề nghiệp nông dân chiếm tỷ lệ cao nhất (59%); công nhân là 25,5%, viên chức, công chức chiếm tỷ lệ thấp nhất (10,2%). Nhóm ngành nghề tự do chỉ chiếm tỷ lệ rất nhỏ là 0,5%. Tỷ lệ người bệnh phẫu thuật sỏi hệ tiết niệu có chỉ số khối cơ thể bình thường chiếm tỷ lệ (68%); Người bệnh thừa cân (23%) và thiếu cân (9%).

3.2. Kiến thức về tự chăm sóc của người bệnh sau phẫu thuật sỏi hệ tiết niệu trước và sau can thiệp giáo dục

Bảng 1. Thực trạng kiến thức và thực hành trước can thiệp giáo dục (n = 314)

Nội dung	Trả lời đúng		Trả lời sai	
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %
NB nên uống nước như thế nào	275	87,6	39	12,4
NB nên sử dụng thức ăn giàu đạm	214	68,2	100	31,8
NB nên sử dụng thức ăn giàu canxi	211	67,2	103	32,8
NB nên sử dụng muối như thế nào	198	63	116	37
NB làm gì để hạn chế khó chịu khi đặt sonde JJ	115	36,6	199	63,4
NB tuân thủ dùng thuốc như thế nào	295	94	19	6
NB sau phẫu thuật được vệ sinh	276	87,8	38	12,2
NB làm gì để dự phòng tái phát sỏi	167	53,2	147	46,8
Chế độ vận động và luyện	135	43	179	57
TH dùng thuốc đúng	295	94	19	6
TH về dinh dưỡng	211	67,2	103	32,8
TH chế độ vận động và luyện tập	135	43	179	57
TH phát hiện và xử trí dấu hiệu bất thường	167	53,2	147	46,8
TH quản lý cân nặng	198	63	116	37

Kết quả về kiến thức tuân thủ dùng thuốc của người bệnh đạt tỷ lệ rất cao (94%). Có 43% người bệnh có kiến thức đúng về chế độ vận động và luyện tập sau phẫu thuật sỏi hệ tiết niệu. Có 87,8% người bệnh có kiến thức đúng về chăm sóc vệ sinh sau phẫu thuật; 63,7% người bệnh có kiến thức về các dấu hiệu bất thường sau phẫu thuật và 53,2 % người bệnh có kiến thức đúng về dự phòng tái phát bệnh sỏi hệ tiết niệu.

Bảng 2. So sánh kiến thức chung về bệnh sỏi tiết niệu trước và sau can thiệp (n=314)

Nội Dung	Điểm thấp nhất (Min)	Điểm cao nhất(Max)	Điểm Trung bình (Mean ± SD)	p (t-test)
Trước can thiệp (T1)	1,43	10	$5,0 \pm 1,69$	p(2)=0,00026 p(3)= 0,00032
Ngay sau can thiệp(T2)	5,0	10	$8,98 \pm 0,91$	
Sau can thiệp 1 tháng (T3)	7,14	10	$8,04 \pm 0,85$	

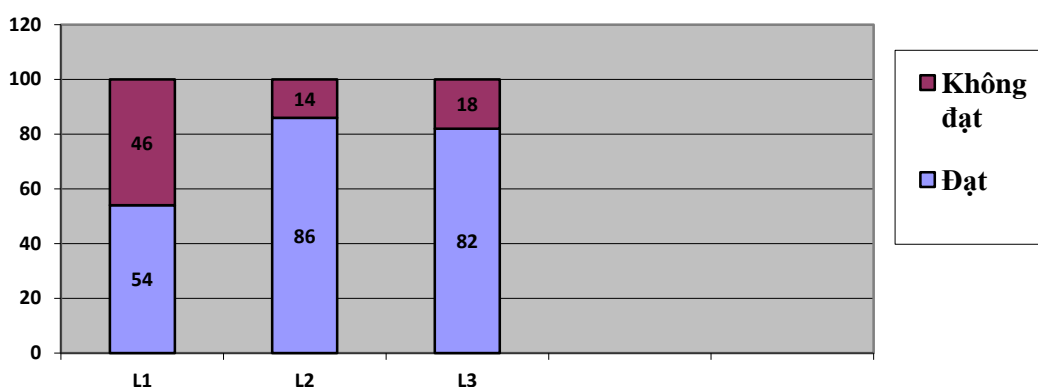
Bảng 2 Thể hiện sau can thiệp giáo dục có sự tăng điểm rõ rệt về điểm trung bình kiến thức chung về sỏi tiết niệu của người bệnh có phẫu thuật sỏi hệ niệu quản. Mức tăng từ $5,0 \pm 1,69$ điểm (thang điểm 10) trước can thiệp lên $8,98 \pm 0,91$ điểm sau can thiệp 1 ngày và $8,04 \pm 0,85$ điểm sau can thiệp 1 tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 3. So sánh điểm trung bình kiến thức tự chăm sóc sau phẫu thuật sỏi tiết niệu của đối tượng trước và sau can thiệp giáo dục (n=314)

Nội Dung	Điểm thấp nhất (Min)	Điểm cao nhất (Max)	Trung bình (Mean ± SD)	p (t-test)
Trước can thiệp (T1)	3,67	8,33	6,0±2,09	p(2) =0.0002 p(3) = 0,0003
Ngay sau can thiệp (T2)	6,67	10	9,62±0,76	
Sau can thiệp 1 tháng (T3)	5,0	10	8,57±0,99	

Bảng 3. Thể hiện trước can thiệp giáo dục điểm trung bình kiến thức tự chăm sóc của đối tượng nghiên cứu chỉ đạt ở mức trung bình thấp 6,0 ± 2,09 điểm (thang điểm 10). Sau can thiệp 1 ngày điểm trung bình kiến thức này đã tăng lên 9,62 ± 0,76 điểm; và sau can thiệp 1 tháng là 8,57±0,99 điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

3.3. Phân loại kiến thức tự chăm sóc trước và sau can thiệp



Hình 1. Phân loại mức độ kiến thức tự chăm sóc của đối tượng nghiên cứu trước và sau can thiệp (n=314)

Hình 1 cho thấy trước can thiệp người bệnh phẫu thuật sỏi hệ tiết niệu có kiến thức tự chăm sóc ở mức đạt chiếm 54% và mức chưa đạt là 46%. Sau can thiệp 1 ngày, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức tự chăm sóc ở mức đạt chiếm tỷ lệ 86%. Sau 1 tháng, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức tự chăm sóc ở mức đạt chiếm tỷ lệ 82%.

4. BÀN LUẬN

Trong số 314 đối tượng nghiên cứu thì có 194 đối tượng là nam giới chiếm 62%; 120 đối tượng nghiên cứu là nữ giới (38%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Sỹ Thị Thanh Huyền (2021) [8]. Nam giới thường là những người mắc các bệnh lý về sỏi đường tiết niệu nhiều hơn nữ. Điều này có thể được giải thích do thói quen ăn uống của nam giới với nữ giới khác nhau. Nam giới thường có sở thích uống nhiều những đồ uống có cồn như rượu, bia. Trong rượu bia có hàm lượng purine cao hơn, chất này sau khi được dung nạp vào cơ thể sẽ chuyển hóa và được bài tiết qua nước tiểu. Hàm lượng purine trong máu quá cao sẽ dẫn tới sự tích tụ axit uric trong nước tiểu, dẫn tới sự kết tinh tạo sỏi. Ngoài ra bia rượu cũng là những loại đồ uống gây mất nước khi chúng ta uống quá nhiều. Tình trạng mất nước kéo dài sẽ làm suy giảm lượng nước tiểu, tạo điều kiện hình thành sỏi. [8]. Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 50,9 ± 11,8; người bệnh tham gia nghiên cứu nhỏ tuổi nhất là 18, cao tuổi nhất là 70 tuổi. Kết quả trong nghiên cứu này của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Sỹ Thị Thanh Huyền (2021) [8]; Đỗ Thu Tình (2020) [9]. Điều này có thấy rằng, những người trong độ tuổi từ 41-60 thường phải lao động nhiều và mức độ tập trung cao vì họ là những lao động chính trong các gia đình. Việc tập trung làm việc khiến cho người bệnh có thói quen nhịn tiểu, nhất là những người phải làm những công việc dây chuyền như công nhân, nông dân lao động tại nơi không có nhà vệ sinh... Việc nhịn tiểu và uống ít nước chính là một chu trình vòng tròn khiến cho việc đào thải các chất cặn bã kém đi, tạo điều kiện hình thành sỏi. Bên cạnh đó, độ tuổi 41-60 thường là những người có nhiều mối quan hệ trong xã hội khiến họ phải tham gia liên hoan, ăn uống nhiều hơn so với nhóm tuổi khác. Việc liên hoan ăn uống là điều kiện để họ có thể sử dụng rượu, bia... làm gia tăng nguy cơ tạo sỏi [8], [9]. Người bệnh thừa cân (23%) và thiếu cân (9%). Kết quả trong nghiên cứu này của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Đỗ Thu Tình (2020) [9]. Những người thừa cân béo phì sẽ có nguy

cơ tạo sỏi đường tiết niệu cao hơn sẽ với những người khác. Người thừa cân béo phì sẽ lười vận động làm cho sự lưu thông, bài tiết nước tiểu kém, do đó tốc độ dòng chảy nước tiểu không đủ mạnh để cuốn đi các chất khoáng có trong nước tiểu từ đó gây lắng đọng và tạo điều kiện để hình thành sỏi tiết niệu.

Qua khảo sát thấy rằng điểm kiến thức về tự chăm sóc sau phẫu thuật sỏi hệ tiết niệu của đối tượng nghiên cứu đạt $5,33 \pm 1,12$ điểm (tính theo thang điểm 10). Từ kết quả có thể thấy rằng kiến thức về tự chăm sóc sau phẫu thuật sỏi hệ tiết niệu của đối tượng nghiên cứu còn thấp. Kết quả này của chúng tôi tương tự như kết quả nghiên cứu của Phạm Thị Hằng và cộng sự (2020) “Thay đổi kiến thức về dự phòng tái phát bệnh của người bệnh sỏi hệ tiết niệu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định” [10]. Chế độ ăn là một trong những nội dung hết sức quan trọng để phòng sỏi hệ tiết niệu tái phát. NB cần ăn hạn chế các thực phẩm giàu protein. Protein có nhiều trong các loại thịt động vật, sữa, trứng, đậu nành... Những thực phẩm này khi ăn nhiều sẽ làm tăng oxalate trong nước tiểu là nguyên nhân hình thành lên sỏi hệ tiết niệu.

Kết quả nghiên cứu cho thấy kiến thức của NB về lĩnh vực này còn nhiều hạn chế. NB chưa biết ăn lượng đạm thế nào đúng để phòng tránh sự hình thành sỏi hệ tiết niệu. Điều này có thể lý giải do văn hóa của người Việt khi bị ốm NB được gia đình quan tâm nhiều hơn với tâm lý là cần được chăm sóc để nâng cao thể trạng, vì vậy điều dưỡng cần hết sức chú ý vấn đề này khi chăm sóc người bệnh và giáo dục sức khỏe cho người bệnh. Sau phẫu thuật người bệnh thường bị đau do đặt ống sonde JJ và tâm lý lo lắng sau phẫu thuật nên họ thường ít vệ sinh bộ phận sinh dục. Việc thiếu kiến thức về tự chăm sóc khiến người bệnh dễ bị nhiễm khuẩn gây ra các biến chứng nguy hiểm. Sau can thiệp giáo dục sức khỏe, kiến thức tự chăm sóc của người bệnh sỏi tiết niệu có sự thay đổi rõ rệt. Trước can thiệp giáo dục điểm trung bình kiến thức tự chăm sóc của đối tượng nghiên cứu chỉ đạt ở mức trung bình thấp $6,0 \pm 2,09$ điểm (thang điểm 10). Sau can thiệp 1 ngày điểm trung bình kiến thức này đã tăng lên $9,62 \pm 0,76$ điểm; và sau can thiệp 1 tháng là $8,57 \pm 0,99$ điểm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Người bệnh có kiến thức về tự chăm sóc sẽ kiểm soát được cân nặng của mình để phòng tránh được nguy cơ tái phát sỏi, cũng như các bệnh chuyển hóa có liên quan đến cân nặng. Có kiến thức tự chăm sóc giúp người bệnh phát hiện các dấu hiệu bất thường sau phẫu thuật sỏi tiết niệu giúp họ tránh được các biến chứng, các tai biến sau phẫu thuật sỏi tiết niệu có thể xảy ra. Khi kiến thức tự chăm sóc của người bệnh nâng cao, người bệnh biết được chế độ vận động phù hợp, tránh lao động nặng. Kiến thức về tự chăm sóc của người bệnh được nâng cao sau can thiệp giáo dục sức khỏe giúp người bệnh nhận biết được các thói quen về dinh dưỡng có hại cho sức khỏe như ăn nhiều nội tạng động vật; ăn nhiều muối; phô mai... Từ đó, người bệnh thay đổi các thói quen ăn uống. Người bệnh phẫu thuật sỏi hệ tiết niệu trước can thiệp có kiến thức tự chăm sóc ở mức đạt chiếm 54% và mức chưa đạt là 46%. Sau can thiệp 1 ngày, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức tự chăm sóc ở mức đạt chiếm tỷ lệ 86%. Sau 1 tháng, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức tự chăm sóc ở mức đạt chiếm tỷ lệ 82%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Hằng và cộng sự (2020) “Thay đổi kiến thức về dự phòng tái phát bệnh của người bệnh sỏi hệ tiết niệu tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định” [10]

5. KẾT LUẬN

Người bệnh phẫu thuật sỏi hệ tiết niệu có kiến thức tự chăm sóc trước can thiệp ở mức đạt chiếm 54% và mức chưa đạt là 46%. Sau can thiệp 1 ngày, tỷ lệ kiến thức tự chăm sóc ở mức đạt chiếm tỷ lệ 86%. Sau 1 tháng, tỷ lệ đối tượng nghiên cứu có kiến thức tự chăm sóc ở mức đạt chiếm tỷ lệ 82%. Căn cứ vào kết quả nghiên cứu chúng tôi khuyến nghị cần tăng cường giáo dục cho người bệnh có phẫu thuật sỏi hệ tiết niệu theo hình thức tư vấn trực tiếp từng nhóm. Chú trọng các nội dung chăm sóc về dinh dưỡng, chế độ vận động và cách xử trí một số tình huống bất thường có thể gặp nhằm giảm tỷ lệ tái phát và đảm bảo an toàn cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Hình (2013). *Các phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh sỏi tiết niệu*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Nguyễn Thị Ánh Hường (2007). *Bệnh học ngoại tiết niệu*, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, Hà Nội.
3. Lê Đình Khánh (2014). *Sỏi hệ tiết niệu*, Nhà xuất bản Đại học Huế.

4. Trần Đức Dũng (2015). "Đánh giá kết quả sử dụng kháng sinh dự phòng trong nội soi tán sỏi niệu quản đoạn 1/3 giữa dưới tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108", *Tạp chí Y Dược lâm sàng 108*. Số 10/2015, tr. 93-100.

5. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn quy trình kỹ thuật Ngoại khoa-Chuyên khoa Phẫu thuật Tiết niệu, <<https://kcb.vn/wp-content/uploads/2018/01/Quy-tr%C3%ACnh-PT-Ti%E1%BA%BFu-ni%E1%BB%87u.pdf>>, xem ngày 1/12/2021.

6. Bộ Y tế (2017). Hướng dẫn phòng ngừa nhiễm khuẩn đường tiết niệu liên quan đến đặt sonde tiểu trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh, <<http://kcb.vn/wp-content/uploads/2017/11/3.-Huong-dan-phong-ngua-NKTN.pdf>>, xem ngày 1/12/2021.

7. Baseskioglu, B. (2019). The prevalence of urinary tract infection following flexible ureteroscopy and the associated risk factors. *Urology Journal*, 16(5), 439-442.

8. Sỹ Thị Thanh Huyền, Nguyễn Minh An và Ngô Trung Kiên (2022). "Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật sỏi thận và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện đa khoa Xanh pôn năm 2021", *Tạp chí Y học Việt Nam*, Số 512(1).

9. Đỗ Thu Tình (2020). "Nghiên cứu ảnh hưởng của Sonde JJ đến người bệnh sau tán sỏi niệu quản nội soi ngược dòng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020", *Tạp chí Khoa học Điều dưỡng*. Số 3(5), tr. 38-45.

10. Phạm Thị Hằng (2020). "Thay đổi kiến thức về phòng tái phát bệnh của người bệnh sỏi hệ tiết niệu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020". *Tạp chí khoa học Điều dưỡng*. Số 3(5), tr. 111-119.

Abstract

CHANGING SELF-CARE KNOWLEDGE OF URINARY FIBROSURGERY PATIENTS AFTER HEALTH EDUCATION INTERVENTION AT NINH BINH PROVINCE HOSPITAL IN 2022

Le Van Cuong¹, Tran Thi Thom², Truong Tuan Anh¹

¹Nam Dinh University of Nursing ; ² Ninh Binh General Hospital

Describe the current status of self-care knowledge of patients undergoing urolithiasis and evaluate their knowledge change after health education interventions at Ninh Binh Provincial General Hospital in 2022. Patients after surgery for urolithiasis were treated at the Department of Nephrology - Urology, Ninh Binh Provincial General Hospital. Research period: From February 2022 to the end of June 2022. Study subjects: 314 patients. Educational intervention study with comparison before and after at 3 time points T1: The first assessment was conducted right after the patient was hospitalized for treatment. T2: The second assessment immediately after the patient received educational intervention (After the first assessment one day). T3: The third assessment was conducted 1 month after the educational intervention (1 month ± 10 days). Patients undergoing urinary system stone surgery had pre-intervention self-care knowledge at a satisfactory level of 54% and an unsatisfactory level of 46%. After 1 day of intervention, the rate of self-care knowledge was at a satisfactory level of 86%. After 1 month, the proportion of study subjects with satisfactory self-care knowledge was 82%. This difference is statistically significant with $p < 0.001$. Self-care knowledge of patients with urinary system stone surgery before intervention is still low. There is a marked change in self-care knowledge of patients undergoing urolithiasis surgery one month after the intervention.

Keywords: Urinary system stones, Self-care after urinary stone surgery.

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Đỗ Trung Dũng

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP U NGUYÊN BÀO PHỔI MÀNG PHỔI TYPE III Ở TRẺ EM

Lê Thị Hoa, Lê Thanh Chương, Phạm Vũ Út, Trương Thị Việt Nga, Nguyễn Ngọc Văn

Bệnh viện Nhi trung ương

Tóm tắt

U nguyên bào phổi màng phổi là khối u nguyên phát ác tính, xâm lấn, hiếm gặp ảnh hưởng tới trẻ dưới 6 tuổi. Theo giải phẫu bệnh, có 3 loại u là: type I (dạng nang), type II (dạng hỗn hợp), type III (dạng đặc). Thể bệnh type I và II thường được chẩn đoán sớm hơn type III. Chúng tôi báo cáo 1 ca bệnh u nguyên bào phổi màng phổi type III không thường gặp. Ở giai đoạn sớm, bệnh nhân được chẩn đoán dị dạng phổi bẩm sinh type I (CPAM type I) qua chụp cắt lớp vi tính. Chẩn đoán chính xác u nguyên bào phổi type III không hề dễ bởi vì không có dấu hiệu lâm sàng hay hình ảnh đặc hiệu nào.

Từ khóa: u nguyên bào phổi màng phổi, trẻ em.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

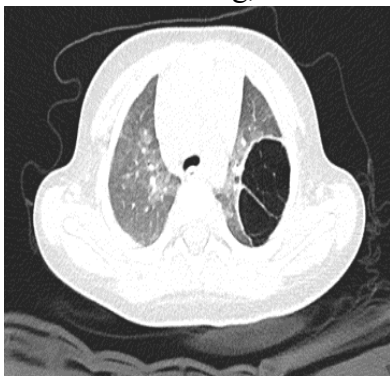
U nguyên bào phổi màng phổi là một loại ung thư phổi nguyên phát ác tính hay gặp nhất ở trẻ em, chiếm tỷ lệ khoảng 0,25-0,5% các loại ung thư phổi nguyên phát, thường xảy ra ở trẻ dưới 4 tuổi, hầu hết gặp ở trẻ dưới 2 tuổi. Hình thái xuất hiện của loại bệnh này ở trẻ em rất đa dạng. Không có triệu chứng nào đặc hiệu về lâm sàng và hình ảnh điện quang [1], [2]. Điều quan trọng là bác sĩ lâm sàng và bác sĩ chẩn đoán hình ảnh phải phân biệt được bệnh này với các loại bệnh có nang hoặc khối đặc khác ở phổi. Một tỷ lệ lớn các trường hợp chẩn đoán phân biệt phải bao gồm các dị tật bẩm sinh.

Chúng tôi trình bày một trường hợp u nguyên bào phổi màng phổi có hình thái trên phim chụp cắt lớp vi tính giai đoạn đầu khó phân biệt với dị dạng phổi bẩm sinh.

2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam 30 tháng tuổi.

Tiền sử: Trẻ là con lần 2, đẻ mổ 39 tuần, sau đẻ khóc ngay (BW: 3,7 kg). Lúc 6 tháng tuổi trẻ có bị viêm phế quản phổi và được chẩn đoán theo dõi nang phổi bẩm sinh. Bệnh nhân có được hẹn tái khám tại bệnh viện Nhi trung ương nhưng sau đó trẻ không được khám định kỳ theo hẹn. Hình ảnh phim chụp cắt lớp vi tính lúc trẻ 6 tháng: nhu mô thùy trên trái có nang khí kích thước 36×26×33 mm, bên trong có nhiều vách mỏng, theo dõi CPAM typ I



Hình 1: Hình ảnh nhu mô thùy trên trái có nang khí kích thước 36x26x33 mm lúc trẻ 6 tháng tuổi



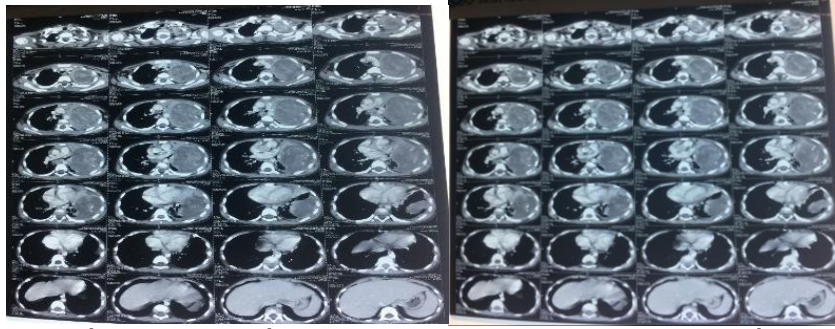
Hình 2. Xquang ngực mờ toàn bộ phổi trái của trẻ

Trước khi vào viện 1,5 tháng bệnh nhân nhập viện địa phương điều trị nang phổi bội nhiễm bằng kháng sinh và dẫn lưu mủ màng phổi. 1 tuần sau ra viện trẻ thở nhanh, ho, sốt nhẹ và được nhập viện.

Khám vào viện: Trẻ tự thở, môi hồng; Không khó thở; Phổi trái giảm thông khí; SpO2: 98%; Không phát hiện bất thường các cơ quan khác

Cận lâm sàng lúc vào viện

Công thức máu: Số lượng bạch cầu 16,64 G/l Trung tính 64,4%; Hb: 109 g/l, số lượng tiểu cầu: 307 G/l, CRP: 66,63 mg/dl. Xquang: mờ toàn bộ phổi trái, trung thất, khí quản bị đẩy lệch sang phải. Siêu âm màng phổi: dịch màng phổi phải 27 mm, khối trung thất trái. Chụp cắt lớp vi tính: hình ảnh khối tỷ trọng không đồng nhất chiếm toàn bộ thùy trên và một phần thùy dưới phổi trái, có một số nốt vôi hóa.



Hình 3, 4: Cắt lớp vi tính lồng ngực của trẻ đợt này: hình ảnh khối tỷ trọng không đồng nhất thùy trên và một phần thùy dưới phổi trái, có một nốt nốt vôi hóa.

Bệnh nhân được chẩn đoán Nang phổi bội nhiễm chưa loại trừ được u nguyên bào phổi. Trẻ được chỉ định phẫu thuật cắt nang phổi và làm giải phẫu bệnh khối bất thường phổi trái.

Đại thể: tổ chức u kích thước $12 \times 9 \times 7$ cm, bề mặt xù xì, nham nhở. Vi thể: mô u đa dạng gồm tổ chức xương, sụn, chủ yếu được tạo bởi các tế bào có nhân hình thoi hoặc bầu dục, chất nhiễm sắc thô, rải rác nhân chia, ranh giới bào tương không rõ, sắp xếp thành đám, dải hoặc lan tỏa. Hình ảnh mô bệnh học và hóa mô miễn dịch cho thấy u nguyên bào phổi màng phổi typ đặc (typ III).

3. BÀN LUẬN

U nguyên bào phổi màng phổi có đặc tính xâm lấn và ác tính cao, có thể có nguồn gốc từ phổi hoặc màng phổi [3]. Bệnh này được mô tả lần đầu tiên vào năm 1988 bởi tác giả Manivel và cộng sự [4]. Năm 1995, tác giả Dehner phân loại u nguyên bào phổi màng thành 3 nhóm: type I: dạng nang, type II dạng hỗn hợp, type III dạng đặc. Type I xảy ra ở trẻ bú mẹ (tuổi chẩn đoán trung bình là 10 tháng), type II và III gặp ở lứa tuổi lớn hơn (tuổi chẩn đoán trung bình 34 và 44 tháng). Type I có tiên lượng tốt hơn type II và III. Type II có hình thái giống u Wilms, bởi vậy đôi khi còn bị gọi nhầm là u Wilms ngoài thận [5]. Năm 2006, được bổ sung thêm 1 type Ir, type này không có tế bào ung thư và xảy ra ở bệnh nhân lớn tuổi.

Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán u nguyên bào phổi là mô bệnh học. Mô bệnh học sẽ trả lời nhưng tranh cãi giữa mâu thuẫn lâm sàng hay hình ảnh điện quang trong chẩn đoán. U nguyên bào phổi không có triệu chứng nào là đặc hiệu. Các triệu chứng hô hấp thường được tìm thấy là ho, đau ngực, viêm phổi tái diễn hoặc thậm chí ho máu. Phần lớn các trường hợp thì triệu chứng khởi phát thường xuất hiện từ từ. Các triệu chứng không đặc hiệu có thể chỉ là triệu chứng ho đơn thuần rồi sau đó là triệu chứng suy hô hấp do hậu quả của viêm phổi hoặc giảm dung tích phổi do chèn ép [6], [7]. Như trường hợp bệnh nhân của chúng tôi: từ lần phát hiện tình cờ nghi ngờ có nang phổi khi bệnh nhân có biểu hiện viêm phổi, nhiễm trùng cho đến khi có các dấu hiệu suy hô hấp do mất chức năng của một phổi.

Phim chụp ngực thẳng là xét nghiệm đầu tiên quan trọng có giá trị gợi ý chẩn đoán bệnh. Nó cho thấy sự tồn tại của khối u: vị trí, kích thước, tính chất một cách đơn giản [8]. Trên phim chụp ngực thẳng thường gặp: một khối lớn ở phổi có bờ rõ chiếm một nửa lồng ngực đè đẩy trung thất. Hiếm gặp hơn là có trường hợp bệnh nhân bị tràn dịch hoặc tràn khí màng phổi [9]. Bệnh nhân của chúng tôi, giai đoạn đầu thấy hình ảnh nang phổi với bờ rõ nhưng đến giai đoạn sau có đầy đủ các triệu chứng: khối lớn đè đẩy trung thất, siêu âm màng phổi có dịch nhiều. Đó cũng là lý do giải thích cho các triệu chứng hô hấp của bệnh nhân. Phim chụp cắt lớp vi tính lồng ngực mô tả các đặc điểm của khối u: khối hỗn hợp, tỷ trọng mô có đồng nhất không, khu vực giảm tỷ trọng, hoại tử [10]. Đó có thể hoàn toàn là dạng nang (type I) cần phân biệt với dị dạng nang tuyến bẩm sinh type IV, đặc biệt từ khi có một số lượng các tác giả chứng minh được có mối liên quan giữa u nguyên bào phổi với sự tồn tại của nang phổi trước đó, đặc biệt là dị dạng nang tuyến bẩm sinh [11], [12]. Năm 2016, tác giả Arianna Casagrande và cộng sự phân tích tổng hợp trên 168 bệnh nhân gồm 76 trẻ em và 92 bệnh nhân người lớn bị dị dạng phổi bẩm sinh có liên quan với u phổi. Kết quả cho thấy u hay gặp nhất liên quan với dị dạng phổi bẩm sinh là u nguyên bào phổi sau đó là ung thư biểu mô các loại. Dị dạng phổi bẩm sinh hay gặp nhất ở trẻ em liên quan với u phổi là dị dạng nang tuyến bẩm sinh đặc biệt là type 1 trong khi đó ở người lớn lại hay gặp nhất là nang phế quản sau đó là CCAM [13]. Liệu u nguyên bào phổi gây ra nang hay u này phát triển từ nang có trước đó đến nay vẫn còn tiếp tục tranh luận. Có một vài báo cáo chỉ ra rằng u nguyên bào phổi liên quan tới nang có từ trước hoặc xảy ra đồng thời với bệnh lý nang phổi và hình thành ở một hay nhiều phần của nang hoặc đa nang. Sự tồn tại nang từ trước đóng vai trò trong cơ chế

sinh lý bệnh của khối u trung mô còn chưa rõ ràng nhưng người ta nhận thấy rằng các nang có thể tạo điều kiện cho vòng đời các tế bào trung mô không ổn định ở lại và tồn tại dai dẳng. Đôi khi việc chẩn đoán ngay từ ban đầu liệu đây là nang phổi hay là u nguyên bào phổi cũng không dễ dàng gì. Mặt khác, sự cắt bỏ dự phòng những nang này có thể bảo vệ cho bệnh nhân tiến triển thành u nguyên bào phổi hoặc ít nhất cũng giúp loại bỏ các khối u ác tính ở giai đoạn sớm. Hơn nữa, chẩn đoán mô bệnh học u nguyên bào phổi cũng là một thách thức bởi vì chẩn đoán u nguyên bào phổi type I là loại ung thư mà các nhà giải phẫu bệnh cần tế nhị và có thể phải rất tinh tế ở những vị trí biến thể nhiều phía của nang được cắt quanh phổi. Việc so sánh có vấn đề lớn nhất về mặt hình thái là u nguyên bào phổi type 1 và CPAM type 4 trùng lặp nhau. Tiến triển tự nhiên của u nguyên bào phổi dường như bắt đầu từ nang chứa đầy khí với các tế bào trung mô nguyên thủy ở trên một cách nguyên vẹn, xuất hiện tế bào biểu mô lành tính, đó chính là u nguyên bào phổi type I. Theo kinh nghiệm của Hiệp hội U nguyên bào phổi quốc tế thì một nang phổi có thể tiến triển thành u nguyên bào phổi type đặc vào khoảng thời gian từ 12 đến 72 tháng tuổi. Ở giai đoạn này thì phim chụp Xquang thường quy và phim chụp cắt lớp vi tính giúp theo dõi được tiến trình này.

Bệnh nhân của chúng tôi lần đầu tiên chụp phim xquang và cắt lớp vi tính lồng ngực đã cho thấy hình ảnh nang khí có nhiều vách bên trong phù hợp với CPAM typ I. Trong khi có thời gian chuẩn bị phẫu thuật đã diễn tiến thành u nguyên bào phổi rất nhanh chóng gây ra các triệu chứng hô hấp nguy hiểm đến tính mạng. Như phân tích ở trên chúng ta thấy thật không dễ dàng để chẩn đoán u nguyên bào phổi hay dị dạng nang tuyến bẩm sinh ngay lần đầu tiên. Mặt khác chúng ta cũng chưa thể loại trừ được khả năng nang phổi đã tiến triển thành u nguyên bào phổi. Vì vậy cũng chưa thể phân định ngay liệu chúng ta có chậm trễ trong việc chẩn đoán và điều trị cho bệnh nhân hay không?

4.KẾT LUẬN

U nguyên bào phổi màng phổi ở trẻ em là loại u tiên phát hiếm gặp. Triệu chứng lâm sàng và triệu chứng trên chẩn đoán hình ảnh không đặc hiệu. Ở giai đoạn đầu thường khó chẩn đoán và dễ bỏ sót. Đến nay, mối liên quan giữa u nguyên bào phổi màng phổi và dị dạng phổi bẩm sinh vẫn còn tranh cãi. Các nhà khoa học chưa thể phân định được chắc chắn u nguyên bào phổi màng phổi thật sự diễn tiến từ dị dạng nang phổi bẩm sinh hay có sự song hành của hai loại bệnh này. Vì vậy chẩn đoán và điều trị sớm u nguyên bào phổi màng phổi thực sự còn là một thách thức, đặc biệt là CPAM typ 1 và u nguyên bào phổi màng phổi typ 3.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mlika M., Anjum F. và El Mezni F. (2023), Pleuropulmonary Blastoma, *StatPearls*, StatPearls Publishing

Copyright © 2023, StatPearls Publishing LLC., Treasure Island (FL) ineligible companies. Disclosure: Fatima Anjum declares no relevant financial relationships with ineligible companies. Disclosure: Faouzi El Mezni declares no relevant financial relationships with ineligible companies.,

2. Messinger Y. H., Stewart D. R., Priest J. R. ,et al (2015), Pleuropulmonary blastoma: a report on 350 central pathology-confirmed pleuropulmonary blastoma cases by the International Pleuropulmonary Blastoma Registry, *Cancer*, 121 (2), 276-285.

3. Megan K. Dishop M. S. K., MD (2008), Primary and Metastatic Lung Tumors in the Pediatric Population: A Review and 25-Year Experience at a Large Children's Hospital .*Arch Pathol Lab Med*, 132 (7), 1079-1103.

4. Manivel JC P. J., Watterson J, et al (1988), Pleuropulmonary blastomaThe so-called pulmonary blastoma of childhood, *Cancer*, 62, 1516-1526.

5. LP. D. (1994), Pleuropulmonary blastoma is the pulmonary blastoma of childhood., *Semin Diagn Pathol*, 11, 144-151.

6. Bini A., Ansaloni L., Grani G. ,et al (2001), Pulmonary Blastoma: Report of Two Cases, *Surgery Today*, 31 (5), 438-442.

7. Bongo S., Coze C., Scheiner C. ,et al (1996), [Pneumoblastoma in children. A clinical case and review of the literature], *Bulletin du cancer*, 83 (10), 877-881.

8. Niyitanga G., Zouita I., Basraoui D. ,et al (2021), Pneumoblastoma: A Rare Tumor in Children Revealed by Pyopneumothorax, *Cureus*, 13,

9. Shyamkumar N A. R., Govindarajulu G, Narayan V, Rangad F, Govil S, Chacko J (2001), Pneumothorax preceding pulmonary blastoma in a child., *Australas Radiol.*, 45, 387-389.

10. Lee HJ G. J., Kim KW, Im JG, Kim JH (2004), Pulmonary blastom radiologic findings in five patients, *Clin imaging*, 28, 113-118.

11. Indolfi P C. F., Carli M, et al (2000), Pleuropulmonary blastoma: management and prognosis of 11 cases, *Cancer*, 89, 1396-1401.

12. Holland-Moritz RM H. R. (1984), Pulmonary blastoma associated with cystic lesions in children., *Med Pediatr Oncol.*, 12, 85-90.

13. Casagrande A. và Pederiva F. (2016), Association between Congenital Lung Malformations and Lung Tumors in Children and Adults: A Systematic Review, *J Thorac Oncol*, 11 (11), 1837-1845.

Abstract

TYPE III PLEUROPULMONARY BLASTOMA IN CHILDREN: A CASE REPORT

Le Thi Hoa, Le Thanh Chuong, Pham Vu Ut, Truong Thi Viet Nga, Nguyen Ngoc Van

Bệnh viện Nhi trung ương

Pleuropulmonary blastoma is a rare, aggressive, malignant tumor of the lungs or pleura that primarily affects children under the age of 6. According to the histopathological features, three subtypes of pleuropulmonary blastoma have been recognized: type I (purely cystic), type II (grossly visible cystic and solid elements) and type III (purely solid). Characteristics of type I and type II blastoma allow an earlier diagnosis compared with type III. Here we present a case report of an unusual presentation of type III pleuropulmonary blastoma. In the early stage, we diagnosed CPAM type I by Computer tomography. It is difficult to diagnosis exactly pleuropulmonary blastoma type III because there is no specific clinical symptoms.

Keywords: pleuropulmonary blastoma, children.

Cán bộ phản biện

PGS.TS. Cao Bá Lợi

Ngày nhận bài: 09/10/2023

Ngày gửi phản biện: 12/10/2023

Ngày đăng bài: 30/10/2023

Sắp chữ điện tử và in tại Công ty TNHH in Thanh Bình

In 1.000 cuốn, khổ 20,5 x 29cm. Giấy phép số 510/GP-BVHTT ngày 10 tháng 11 năm 2015, do Bộ Thông tin và Truyền thông cấp.

In xong và nộp lưu chiểu tháng 10 năm 2023