

thuật ung thư vú. Tỷ lệ gây tê thành công đạt 98% và điểm VAS trong vòng 48 giờ sau mổ thấp hơn đáng kể so với nhóm PCA morphin. Dexamethasone có hiệu quả kéo dài tác dụng giảm đau của thuốc tê lên trung bình 31 giờ sau phẫu thuật.

Phương pháp gây tê mặt phẳng cơ răng trước có ít tác dụng không mong muốn hơn đáng kể hơn so với phương pháp IV PCA morphin. Khipha thêm Dexamethasone vào dung dịch thuốc tê không làm tăng tỉ lệ xuất hiện các tác dụng không mong muốn và biến chứng của phương pháp gây tê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Thuấn** (2014), *Đại cương về ung thư vú*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Andersen K.G. và Kehlet H.** (2011). Persistent Pain After Breast Cancer Treatment: A Critical Review of Risk Factors and Strategies for Prevention. *J Pain*, 12(7), 725–746.
3. **Bartakke D.A.A. và Varma D.M.K.** (2019). Analgesia for Breast Surgery — A Brief Overview. 7.
4. **Blanco R., Parras T., McDonnell J.G., et al.** (2013). Serratus plane block: a novel ultrasound-guided thoracic wall nerve block. *Anaesthesia*, 68(11), 1107–1113.
5. **Huynh T.M., Marret E., và Bonnet F.** (2015). Combination of dexamethasone and local anaesthetic solution in peripheral nerve blocks: A meta-analysis of randomised controlled trials. *Eur J Anaesthesiol EJA*, 32(11), 751–758.

6. **Holte K., Werner M.U., Lacouture P.G. and et al.** (2002). Dexamethasone Prolongs Local Analgesia after Subcutaneous Infiltration of Bupivacaine Microcapsules in Human Volunteers. *Anesthesiology*, 96(6), 1331–1335.

7. **Kunigo T., Murouchi T., Yamamoto S. and et al.** (2017). Injection Volume and Anesthetic Effect in Serratus Plane Block. *Reg Anesth Pain Med*, 42(6), 737–740.

8. **Abdallah F.W., MacLean D., Madjdpour C. and et al.** (2017). Pectoralis and Serratus Fascial Plane Blocks Each Provide Early Analgesic Benefits Following Ambulatory Breast Cancer Surgery: A Retrospective Propensity-Matched Cohort Study. *Anesth Analg*, 125(1), 294–302.

9. **Mazzinari G., Rovira L., Casasempere A. and et al.** (2019). Interfascial block at the serratus muscle plane versus conventional analgesia in breast surgery: a randomized controlled trial. *Reg Anesth Pain Med*, 44(1), 52–58.

10. **Kumar V., Sirohiya P., Gupta N. and et al.** (2020). Effect of adding dexamethasone to ropivacaine for ultrasound-guided serratus anterior plane block in patients undergoing modified radical mastectomy: A preliminary trial. *Indian J Anaesth*, 64(12), 1032–1037.

11. **Tighe S.Q.M. và Karmakar M.K.** (2013). Serratus plane block: do we need to learn another technique for thoracic wall blockade?. *Anaesthesia*, 68(11), 1103–1106.

12. **Huang L., Zheng L., Wu B. and et al.** (2020). Effects of Ropivacaine Concentration on Analgesia After Ultrasound-Guided Serratus Anterior Plane Block: A Randomized Double-Blind Trial. *J Pain Res*, 13, 57–64.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT TẦNG MÔ BẰNG GÂY TÊ THẦN KINH THẸN DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM

NGUYỄN KHÁNH DUY¹, VŨ HOÀNG PHƯƠNG²

¹Bệnh viện Đa khoa Bắc Ninh

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả giảm đau sau mổ tầng sinh môn bằng gây tê thần kinh thẹn dưới hướng dẫn của siêu âm. Đánh giá các tác dụng không mong muốn của phương pháp gây tê thần kinh thẹn

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Khánh Duy

Email: drkhanhduy@gmail.com

Ngày nhận: 10/6/2021

Ngày phản biện: 08/7/2021

Ngày duyệt bài: 13/7/2021

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:

Với 60 bệnh nhân có chỉ định mổ tầng sinh môn tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Từ tháng 3/2021 đến tháng 6/2021

Nhóm I: Tiến hành gây tê thần kinh thẹn để giảm đau sau mổ với liều Anaropin 0,25 % 10ml cho 2 bên dưới hướng dẫn của siêu âm.

Nhóm II: giảm đau bằng thuốc paracetamol 1g/ lần. Giải cứu bằng ketorolac 30mg khi VAS trên 4 điểm sau truyền Paracetamol.

Đánh giá qua 7 thời điểm trong thời gian nằm viện bằng thang điểm VAS, mức tiêu thụ

Biểu đồ 2: Diễn biến điểm VAS khi vận động

Diễn biến điểm VAS trong 48 giờ sau mổ của 3 nhóm được biểu diễn ở biểu đồ 1 và 2 nhận thấy nhóm D các BN có điểm VAS trung bình thấp và ổn định trong suốt thời gian nghiên cứu.

Bảng 2: Đặc điểm sử dụng morphin sau mổ

Nhóm Liệu morphin	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	P
Tổng liều 24h (mg) Min-max	6,66 ± 3,79 (0 - 12)	2,06 ± 2,6 (0 - 8)	0	<0,01
Tổng liều 48h(mg) Min-max	10,77 ± 6,61 (8 - 21)	3,86 ± 4,63 (0-13)	0,29 ± 0,96 (0 - 4)	<0,01
Thời gian từ sau mổ đến khi dùng liều đầu tiên (giờ)	3,52 ± 1,76 (1 - 8)	9,40 ± 2,75 (4 - 13)	31,0 ± 7,49 (27 - 36)	<0,01
Tỉ lệ BN dùng morphin	80%	42,9%	8,6 %	<0,01

SAPB cũng làm giảm tỉ lệ BN cần giải cứu đau bằng morphin, kéo dài thời gian trung bình từ sau mổ cho đến khi cần giải cứu đau và giảm tổng liều morphin trong vòng 48 giờ đầu sau mổ. Ở nhóm III không có BN nào phải dùng morphin giảm đau trong vòng 24 giờ đầu sau mổ.

Nhóm của Guido.M thu được kết quả tổng liều morphin 24 giờ của nhóm SAPB với ropivacain là 18,5mg và của nhóm không gây tê là 30mg^[9].

Ở nhóm III, điểm VAS tại thời điểm 12 và 24 giờ có tăng so với thời điểm H1 nhưng luôn ở mức dưới 2 và thấp hơn đáng kể khi so sánh với nhóm I và nhóm II. Thời gian trung bình từ sau mổ cho đến khi cần giải cứu đau bằng Morphin của nhóm A cũng ngắn hơn nhiều so với nhóm D. Trong nhóm II có 15 BN cần dùng morphin giảm đau sau mổ và tất cả các BN này đều dùng liều morphin đầu tiên trong vòng 24 giờ sau mổ. Trong nhóm 3 chỉ có 3 BN cần dùng morphin giảm đau sau mổ và không có BN nào dùng morphin trong vòng 24 giờ đầu sau mổ. Điều này chứng tỏ pha thêm dexamethasone vào dung dịch thuốc tê có tác dụng giảm đau ổn định và kéo dài hơn so với sử dụng thuốc tê đơn thuần.

Nhóm nghiên cứu của Vinod Kumar trên các BN phẫu thuật ung thư vú triệt căn đánh giá tác dụng giảm đau của SABP bằng ropivacain 0,375% có/không kèm 8mg Dexamethasone.

Nhóm gây tê bằng ropivacain + dexamethasone có điểm NRS ổn định theo thời gian thì điểm NRS của nhóm còn lại có xu hướng tăng dần. Và tại các thời điểm 6 giờ, 12 và 24 giờ sau mổ, mức độ đau của các BN được gây tê bằng ropivacain đơn thuần cao hơn rõ rệt so với nhóm có kèm thêm Dexamethasone. Có 33% số BN nhóm SAPB không Dexamethasone cần giải cứu đau trong vòng 24 giờ sau mổ, nhiều hơn so với nhóm SAPB có Dexamethasone là 10%. Thời gian từ sau mổ cho đến khi bắt đầu đau cũng ngắn hơn ở nhóm SAPB không dexamethasone^[10]

Tác dụng không mong muốn

Bảng 3: Các tác dụng không mong muốn

Nhóm TDKMM	Nhóm I	Nhóm II	Nhóm III	p
	Số BN (%)	Số BN (%)	Số BN (%)	
Buồn nôn/ Nôn	12 (34,3%)	6 (17,1%)	7 (20%)	<0,01
Ngửa	1 (2,9%)	1 (2,9%)	0	
Bí đại	1 (2,9%)	0	0	
Chóng mặt	13 (36,7%)	5 (14,3%)	6 (17,1%)	

Không có BN nào có các triệu chứng không mong muốn nặng như khó thở, hạ huyết áp, chậm nhịp tim. Trong 2 nhóm làm thủ thuật không có hiện tượng chọc vào dây thần kinh hay mạch máu, không xảy ra các biến chứng nặng như chọc vào màng phổi hoặc ngộ độc thuốc tê.

Theo giải phẫu thì mặt phẳng cơ răng trước là một khoang ảo không có dây thần kinh hoặc mạch máu lớn nào đi qua nên khả năng chọc trúng dây thần kinh hoặc mạch máu rất thấp. Hơn nữa chúng tôi lựa chọn đi ở mặt phẳng phía trên cơ răng trước là vị trí nông, cách màng phổi, xương sườn và bó mạch thần kinh liên sườn một lớp cơ răng trước nên không có khả năng chọc kim sâu vào màng phổi hay bó mạch thần kinh liên sườn. Vị trí này cũng làm thuốc lan tốt hơn và kéo dài hiệu quả gây tê^[4,11]. Hơn nữa mặt phẳng cơ răng trước là khoang nghèo mạch máu nên khi gây tê thuốc cũng ngấm rất ít vào hệ tuần hoàn, từ đó giảm nguy cơ ngộ độc thuốc tê. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra kể cả khi dùng thuốc tê có độ đậm đặc cao như ropivacain 0,5% hoặc 0,75%^[12] hay tiêm với thể tích lớn lên đến 40ml cũng không thấy xuất hiện các triệu chứng hạ huyết áp, chậm nhịp tim hoặc ngộ độc thuốc tê^[7].

KẾT LUẬN

Phương pháp gây tê mặt phẳng cơ răng trước dưới hướng dẫn siêu âm là phương pháp giảm đau hiệu quả, dễ thực hiện cho các phẫu

Thời gian PT (phút)		75,43 ±8,35	76 ±9,53	78 ±10,01
Cách thức PT	Bảo tồn	40%	28,6%	34,3%
	Triệt căn	60%	71,4%	65,7%
Vùng phẫu thuật chính	Phía trong	14,3%	5,7%	17,1%
	Phía ngoài	25,7%	20%	17,1%
	Giữa	0	2,9%	0%
	Toàn bộ	60%	71,4%	65,7%

Thời gian làm thủ thuật trung bình là 7,69 ± 2,33 phút từ lúc bắt đầu đặt đầu dò đến khi tiêm xong thuốc tê. Số lần chọc kim trung bình là 1,1 ± 0,3 lần. Mặt phẳng cơ răng trước nằm tương đối nông so với mặt da, vì vậy không khó khăn trong quá trình xác định các mốc gây tê và chọc kim tê, kể cả với những BN thừa cân và béo phì. Tuy nhiên đối với những BN gầy (BMI < 18,5) vì có thành ngực mỏng, các lớp cân cơ mỏng nằm sát nhau và ít tổ chức liên kết giữa các lớp nên khó khăn trong việc đưa đầu kim vào chính xác lớp cần gây tê và tách lớp khi gây tê, kéo dài thời gian làm thủ thuật.

Những BN được tiến hành phẫu thuật triệt luôn kèm theo lấy hạch nách. Vùng nách và mặt trong cánh tay do nhánh bì cánh tay trong tách ra từ đám rối thần kinh cánh tay chi phối. Khi đưa thuốc tê vào mặt phẳng cơ răng trước, một số BN được gây tê cảm thấy có cảm giác vô cảm vùng nách và mặt trong cánh tay ở các mức độ khác nhau. Sau mổ thì các BN được PT triệt căn ở nhóm A và nhóm D đau vùng nách ở mức độ ít hơn so với nhóm chứng. Tuy nhiên có nghiên cứu khác chỉ ra trong trường hợp này thì PECs tỏ ra có ưu thế hơn SABP khi có thể vô cảm cho vùng nách tốt hơn^[7].

Vị trí mổ cũng có liên quan chặt chẽ đến hiệu quả giảm đau của phương pháp. Đường mổ của ung thư vú không cố định mà có thể thay đổi tùy thuộc vào phương pháp phẫu thuật và vị trí u. Những BN có vị trí u nằm ở phía trong đường giữa vú thì đường mổ và diện phẫu tích lấy u cũng nằm phía trong, không thuộc diện vô cảm của SABP nên hiệu quả giảm đau trong và sau mổ cũng kém hơn. Trong nghiên cứu của Faraj W. Abdallah và cộng sự so sánh hiệu quả giảm đau của SABP với PECs cho phẫu thuật ung thư vú cho thấy mặc dù hiệu quả giảm đau chung của 2 phương pháp là như nhau nhưng PECs tỏ ra ưu việt hơn trong những trường hợp vùng mổ nằm phía trong đường giữa vú^[8]. Vì vậy nên cân nhắc lựa chọn PECs ngực thay vì SABP cho những đối tượng BN này.

Tỉ lệ thành công của phương pháp 98,6%. Trong các BN làm thủ thuật có 1 trường hợp thất bại là trường hợp BN đã được phẫu thuật ung thư vú cách 6 năm, hiện tại tái phát xâm lấn thành ngực. Trong quá trình gây tê thấy

thuốc lan kém. Sau khi gây tê đánh giá diện vô cảm hẹp, trong mổ cần phải bolus thêm Fentanyl và điểm VAS tại thời điểm H1 là 4 điểm, cần giải cứu đau bằng Morphin.

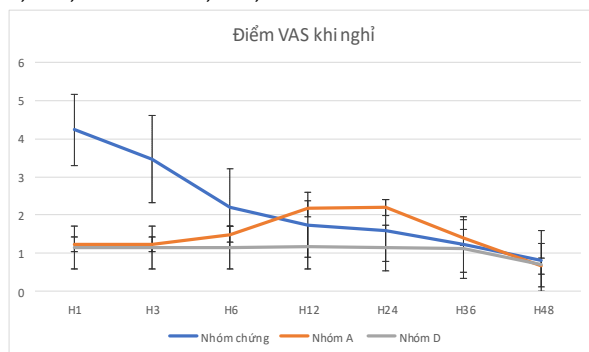
Hiệu quả vô cảm

Sau khi làm thủ thuật 30 phút, tất cả các BN đều có cảm giác vô cảm ở các mức độ khác nhau với 92,9% BN thấy vô cảm ở mức độ cao. Các BN đều có cảm giác vô cảm từ T2 đến T8, vùng nách và 1/3 trên mặt trong cánh tay. Đây cũng là vùng phẫu thuật chính.

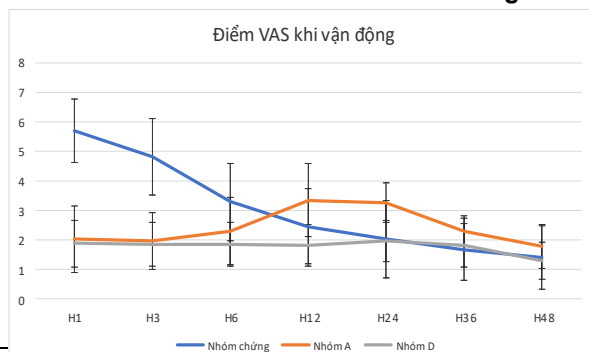
Khi Blanco lần đầu thực hiện phương pháp gây tê mặt phẳng cơ răng trước trên các tình nguyện viên thì thấy có sự tê bì mất cảm giác trong khoảng từ T2 đến T9 kèm theo yếu động tác bất chéo cánh tay^[4].

Tổng liều Fentanyl dùng trong mổ của nhóm các BN được làm thủ thuật SABP là 0,15 ± 0,01 ít hơn đáng kể so với nhóm không làm thủ thuật là 0,21 ± 0,04 với p < 0,01. Ở thời điểm tại phòng hồi tỉnh, sau khi BN đã được rút ống NKQ và hoàn toàn tỉnh táo, điểm VAS khi nghỉ/vận động trung bình của nhóm I lần lượt là 4,23 ± 0,94/5,71 ± 1,07 cao hơn so với 2 nhóm làm thủ thuật lần lượt là 1,23 ± 0,77/2,03 ± 1,12 và 1,14 ± 0,55/1,89 ± 0,79 (p < 0,01).

Tương tự trong nghiên cứu của Guido Mazzinari thu được tổng liều Fentanyl trong mổ ở nhóm không gây tê mặt phẳng cơ răng trước là 0,225 mg, cao hơn so với nhóm có gây tê là 0,155mg. Điểm VAS khi nghỉ/vận động của nhóm SABP thấp hơn nhiều so với nhóm không gây tê, tại thời điểm 1 giờ sau mổ là 4,2/5,7 so với 1,9/3,2, thời điểm 6 giờ là 3,8/5,3 so với 1,3/2,8 42^[9]



Biểu đồ 1: Diên biến điểm VAS khi nghỉ



Từ khoá: phong bế mặt phẳng cơ răng trước, phẫu thuật ung thư vú, ropivacain, dexamethasone

SUMMARY

THE EFFICACY OF ULTRASOUND-GUIDED SERRATUS ANTERIOR PLANE BLOCK IN ANALGESIA FOR ONCOLOGIC BREAST SURGERY

Objective: evaluate the effectiveness and side effects of ultrasound-guided serratus anterior plane block using the combination of Ropivacain and Dexamethasone for pain management after oncologic breast surgery

Subjects and method: This randomized controlled study was conducted on 105 adult females undergoing oncologic breast surgery at K Hospital from Oct 2020 to March 2021. Before general anesthesia, patients were randomly allocated to conventional analgesia (control group, n=35), 2 study groups include single-injection serratus block with either Ropivacain 0.2% 30mL (A group, n=35) or Ropivacain 0.2% 30ml plus Dexamethasone 8mg (D group, n=35). Total intraoperative fentanyl consumption, first 48-hour total morphine consumption (primary outcome), pain scores at 1, 3, 6, 12, 24, 36 and 48 hours, time-to-first opioid rescue analgesia, and adverse effects were recorded.

Results: Total intraoperative Fentanyl consumption was greater in the control group (0.21 ± 0.04 to 0.15 ± 0.01 ; $p < 0.01$). Pain scores in the study group were significantly lower throughout the follow-up period. Control group subjects needed earlier morphine rescue, had a higher risk of rescue dose requirement and greater median 48 hours opioid dose. The effect of pain relieve last significantly longer in D group (31.0 ± 7.49 hours to 9.40 ± 2.75 hours). No significant changes in heart rate or blood pressure were observed in all groups. There were no complications or adverse effects occurred.

Conclusion: Ultrasound-guided SAPB is a simple, safe technique obtains great analgesia effects ideal for oncologic breast surgery. Adding Dexamethasone as an adjuvant to local anesthetics prolong the duration of SABP significantly.

Keywords: serratus anterior plane block, breast surgery, ropivacaine, dexamethasone

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vú là bệnh ung thư phổ biến nhất ở nữ giới trên thế giới, và phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính^[1]. Phẫu thuật ung thư vú có mức độ đau từ vừa đến nặng, nếu không được giảm đau thích hợp có thể tiên triển thành đau mạn tính với tỉ lệ 25% đến 60%^[2].

Mặc dù các thuốc giảm đau thông thường đường uống hoặc tĩnh mạch được sử dụng rộng rãi nhưng hiệu quả kém hơn và nhiều tác dụng

phụ toàn thân hơn gây tê vùng. Trước đây thì gây tê ngoài màng cứng đoạn ngực (TEA) được coi là tiêu chuẩn vàng cho giảm đau trong phẫu thuật vùng ngực. Nhưng gần đây nhiều nghiên cứu chỉ ra các tác dụng không mong muốn cũng như sự nguy hiểm của gây tê ngoài màng cứng đoạn ngực^[3]. Vì vậy các phương pháp gây tê vùng khác đã được nghiên cứu và phát triển và gần đây nhất là gây tê mặt phẳng cơ răng trước (SAPB).

Kỹ thuật gây tê mặt phẳng cơ răng trước dưới hướng dẫn siêu âm được Blanco mô tả lần đầu tiên năm 2013. Đây là một thủ thuật giảm đau dễ thực hiện, tỉ lệ thành công cao, ít tai biến và biến chứng^[4]. Thêm nữa, khi phối hợp thêm dexamethasone vào thuốc tê khi gây tê vùng giúp kéo dài thời gian tác dụng của thuốc tê, hạn chế việc phải đặt catheter truyền thuốc giảm đau liên tục^[5,6].

Tại Việt Nam giảm đau sau mổ ung thư vú nói riêng và phần mềm vùng ngực nói chung chưa được nghiên cứu nhiều. Vì vậy nhóm chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả giảm đau cũng như các tác dụng không mong muốn của phương pháp gây tê mặt phẳng cơ răng trước dưới hướng dẫn của siêu âm bằng Ropivacain và Dexamethasone cho các bệnh nhân phẫu thuật ung thư vú.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên có nhóm chứng trên 105 BN phẫu thuật ung thư vú tại Bệnh viện K Tân Triều từ tháng 10/2020 đến tháng 3/2021. Các BN được chia thành 3 nhóm với 35 BN mỗi nhóm, nhóm chứng là các BN không thực hiện thủ thuật SAPB, 2 nhóm nghiên cứu được gây tê SAPB bằng 30ml ropivacain 0,2% (nhóm A) hoặc 30ml hỗn hợp ropivacain 0,2% và 8mg dexamethasone (nhóm D).

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm cơ bản về BN và phẫu thuật được trình bày ở bảng 1. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, thể trạng, tình trạng sức khỏe và đặc điểm phẫu thuật giữa 3 nhóm bệnh nhân.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân và phẫu thuật

	Nhóm chứng	Nhóm A	Nhóm D	
Tuổi	49,66 ±12,02	51,03 ± 12,59	52,77 ± 10,68	
BMI	22,36± 2,73	21,86 ±1,95	22,08 ±2,4	
ASA	I	77,1%	62,9%	85,7%
	II	17,1%	28,6%	14,3%
	III	5,7%	8,6%	0

Sự thay đổi nồng độ huyết thanh các marker khối u sau điều trị

Sau điều trị các bệnh nhân UTBMTBG, nồng độ trung bình trong huyết thanh của các marker AFP, AFP-L3 và PIVKA-II trong máu giảm một cách có ý nghĩa thống kê.

Tỷ lệ đáp ứng của AFP là 66%, của AFP-L3 là 60%, của PIVKA-II là 80% và của bộ ba marker là 40%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray Freddie, Jacques Ferlay, Isabelle Soerjomataram et al** (2018), "Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", CA: a cancer journal for clinicians, 68(6), 394-424.

2. Bộ Y tế (2020), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư biểu mô tế bào gan"

3. **Hana Park và Jun Yong Park** (2013), "Clinical Significance of AFP and PIVKA-II Responses for Monitoring Treatment Outcomes and Predicting Prognosis in Patients with Hepatocellular Carcinoma", BioMed Research International, 1-6.

4. **Atsushi Nanashima, Naota Taura, Takafumi Abo and et al** (2011), "Tumor Marker Levels Before and After Curative Treatment of Hepatocellular Carcinoma as Predictors of Patient Survival", Digestive Diseases and Sciences, 56(10), 3086-3100.

5. **Đào Việt Hằng** (2016), "Đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan bằng đốt nhiệt sóng cao tần với các loại kim được lựa chọn theo kích thước khối u".

6. **Vũ Mạnh Duy** (2017), "Khảo sát nồng độ PIVKA-II trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan có AFP ≤ 20 ng/mL tại Bệnh viện Bạch Mai, Đại học Y Hà Nội".

7. **Sang Joon Park, Jae Young Jang, Soung Won Jeong and et al** (2017), "Usefulness of AFP, AFP-L3, and PIVKA-II, and their combinations in diagnosing hepatocellular carcinoma", Medicine, 96(11), e5811.

8. **Lê Văn Don** (2016), "Nghiên cứu giá trị xét nghiệm PIVKA -II, panel PIVKA -II kết hợp với AFP trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan". Tạp chí Y Dược Lâm Sàng 108.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA PHONG BÉ CƠ RĂNG TRƯỚC DƯỚI HƯỚNG DẪN SIÊU ÂM BẰNG ROPIVACAIN PHỐI HỢP VỚI DEXAMETHASONE CHO PHẪU THUẬT UNG THƯ VÚ

BÙI THỊ THU TRANG¹, NGUYỄN QUỐC KÍNH², TRẦN ĐỨC THỌ³

¹Bệnh viện E; ²Bệnh viện Việt Đức; ³Bệnh viện K

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng giảm đau và các tác dụng không mong muốn của phương pháp phong bế mặt phẳng cơ răng trước trên các BN phẫu thuật ung thư vú bằng Ropivacain phối hợp với Dexamethasone.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 105 bệnh nhân ung thư vú thực được phẫu thuật lấy u tại Bệnh viện K từ 10/2020 đến 3/2021. Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, bệnh nhân (BN) được theo dõi và đánh giá kết quả trong mổ đến 48 giờ sau mổ.

Kết quả: Tổng liều Fentanyl dùng trong mổ của nhóm các BN có gây tê là $0,15 \pm 0,01$ ít hơn đáng kể so với nhóm không làm thủ thuật là

$0,21 \pm 0,04$ với $p < 0,01$. Điểm VAS trung bình khi nghỉ/vận động tại các thời điểm sau mổ của nhóm không gây tê cao hơn nhiều so với nhóm có gây tê. Gây tê SAP cũng làm giảm đáng kể tỷ lệ BN phải dùng morphin giảm đau sau mổ và giảm tổng liều morphin trong vòng 48 giờ sau mổ. Hiệu quả giảm đau của nhóm gây tê bằng Ropivacain đơn thuần kéo dài trung bình $9,40 \pm 2,75$ giờ sau mổ, ngắn hơn so với nhóm gây tê bằng hỗn hợp ropivacain phối hợp dexamethasone $31,0 \pm 7,49$ giờ. Không quan sát thấy sự thay đổi về huyết động, không xảy ra các tác dụng không mong muốn và biến chứng ở các mức độ.

Kết luận: phong bế mặt phẳng cơ răng trước dưới hướng dẫn của siêu âm là một kỹ thuật đơn giản, dễ thực hiện, an toàn, mang lại hiệu quả giảm đau tốt cho các BN phẫu thuật ung thư vú. Khi cho thêm Dexamethasone vào hỗn hợp thuốc tê làm kéo dài thời gian giảm đau đáng kể.

Chịu trách nhiệm: Bùi Thị Thu Trang

Email: skyscracter@gmail.com

Ngày nhận: 10/6/2021

Ngày phản biện: 02/7/2021

Ngày duyệt bài: 13/7/2021

nhóm tuổi, có những bệnh nhân mắc bệnh khi tuổi còn khá trẻ, nhưng có những bệnh nhân mắc bệnh ở tuổi gần 80. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu về UTBMTBG ở Việt Nam. Nghiên cứu của Đào Việt Hằng từ năm 2011 đến 2016 trên 130 bệnh nhân RFA độ tuổi mắc bệnh trung bình là $57,5 \pm 10,2$ tuổi, tuổi mắc bệnh trẻ nhất là 30, tuổi mắc bệnh cao nhất là 81, nhóm tuổi có tỷ lệ mắc cao nhất cũng là 51-70 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 4,7/1[5]. Theo Vũ Mạnh Duy nghiên cứu trên 120 bệnh nhân UTBMTBG năm 2017 độ tuổi mắc bệnh trung bình của bệnh nhân là $58 \pm 9,6$ tuổi, nhóm tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là 51-70 tuổi, tuổi trẻ nhất dưới 30 tuổi, tuổi già nhất là trên 80 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 4,93/1[6]. Theo kết quả nghiên cứu của các nước Phương Tây và Bắc Mỹ nhóm tuổi hay mắc UTBMTBG là trên 75 tuổi [1]. Nghiên cứu của Park năm 2016 trên 79 bệnh nhân UTBMTBG tại Hàn Quốc tuổi trung bình của bệnh nhân là $62,33 \pm 10,9$ tuổi, trong nghiên cứu này tỷ lệ bệnh nhân UTBMTBG có nhiễm HBV là 53,16%[7].

Sự giống nhau và khác nhau như trên có lẽ là do đặc điểm về yếu tố nguy cơ gây nên UTBMTBG. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân mắc HBV chiếm tỷ lệ 80%, bệnh nhân sử dụng rượu thường xuyên chiếm tỷ lệ 28%, bệnh nhân mắc HCV chiếm tỷ lệ 6%, bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ phối hợp chiếm tỷ lệ 20%. Đa số UTBMTBG phát triển trên nền gan xơ, xơ gan (do rượu, virus...) càng nặng thì khả năng bị UTBMTBG càng cao [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổng số bệnh nhân bị xơ gan chiếm 62%, trong đó xơ gan Child-Pugh A chiếm 42%, Child-Pugh B chiếm 20%, không có bệnh nhân nào ở mức độ xơ gan Child-Pugh C. Có 19 bệnh nhân không bị xơ gan, chiếm 38%. Theo nghiên cứu của Vũ Mạnh Duy năm 2017 trên 120 bệnh nhân UTBMTBG tỷ lệ bệnh nhân mắc HBV là cao nhất (81,92%), sử dụng rượu thường xuyên chiếm tỷ lệ cao thứ 2 (14,45%), tiếp đến là tỷ lệ mắc HCV (1,36%) và 97,1% bệnh nhân xơ gan [6]. Nghiên cứu của Đào Việt Hằng từ năm 2011 đến 2016 tỷ lệ bệnh nhân mắc HBV là 73,5%, sử dụng rượu thường xuyên là 45,4%, mắc HCV là 85%, mắc phối hợp các nguy cơ là 32,3%[5]. Nghiên cứu của Lê Văn Don năm 2016 trên 77 bệnh nhân UTBMTBG tỷ lệ bệnh nhân mắc HBV chiếm tỷ lệ cao nhất (67,2%)[8].

Các bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan thường phát hiện khi bệnh ở giai đoạn muộn, các triệu chứng lâm sàng rõ rệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là gầy sút cân chiếm tỷ lệ 78%, mệt mỏi chiếm 74% và đau bụng hạ sườn phải chiếm

52%, bệnh nhân có triệu chứng vàng da chiếm 26% và triệu chứng cổ chướng chiếm 22%. Tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn BCLC B chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), bệnh nhân ở giai đoạn BCLC A chiếm 28%, ở giai đoạn BCLC C chiếm 18%, giai đoạn BCLC 0 là 4% và không có bệnh nhân nào ở giai đoạn BCLC D. Nghiên cứu của Đào Việt Hằng năm 2016 triệu chứng hay gặp nhất là mệt mỏi (30%), đau hạ sườn phải (22,3%), giai đoạn BCLC A chiếm 87,7%, giai đoạn BCLC 0 chiếm 12,3%, không có bệnh nhân nào ở giai đoạn BCLC B [5].

Trong bệnh UTBMTBG không phải bệnh nhân nào cũng có nồng độ của tất cả các marker khối u ở mức cao. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi 40 bệnh nhân có AFP cao trước điều trị (80%), 36 bệnh nhân có AFP-L3 cao trước điều trị (72%), 39 bệnh nhân có PIVKA-II cao trước điều trị (78%). Vì tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều được chẩn đoán xác định UTBMTBG, vậy nên độ nhạy của AFP, AFP-L3 và PIVKA-II trong chẩn đoán UTBMTBG tương ứng là 80%, 72% và 78%. Trong nghiên cứu, 60% bệnh nhân được điều trị bằng TACE, 14% điều trị phẫu thuật và 12% được phối hợp TACE và RFA. Đánh giá sau điều trị cho thấy: Tỷ lệ đáp ứng của AFP là 66%, của AFP-L3 là 60%, của PIVKA-II là 80% và của bộ ba marker là 40%. Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng về AFP trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn trong nghiên cứu của Đào Việt Hằng là 86,8%. Sự khác nhau này là do nghiên cứu của Đào Việt Hằng có đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân có chỉ định điều trị bằng RFA, ở các giai đoạn nhẹ hơn có thể sẽ cho hiệu quả cao hơn [5].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu thực hiện trên 50 bệnh nhân UTBMTBG điều trị tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai cho thấy:

Đặc điểm của bệnh nhân UTBMTBG

Tuổi mắc bệnh trung bình của bệnh nhân tương đối cao là $59,78 \pm 10,64$, bệnh gặp chủ yếu ở nam (tỷ lệ nam/nữ = 6,14/1).

80% bệnh nhân UTG có mắc HBV.

Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất: 78% gầy sút cân, 74% mệt mỏi, 52% đau bụng hạ sườn phải.

80%, 72% và 78% bệnh nhân có AFP, AFP-L3 và PIVKA-II cao trước điều trị.

50% bệnh nhân ở giai đoạn BCLC B, không có bệnh nhân nào ở giai đoạn BCLC D.

Xơ gan chiếm 62%, trong đó Child-Pugh A chiếm 42%, Child-Pugh B là 20% và không có bệnh nhân nào ở mức độ xơ gan Child-Pugh C.

60% bệnh nhân được điều trị TACE.

khác biệt về tuổi trung bình của hai giới ($p=0,532$). Tuổi mắc bệnh trẻ nhất là 25, già nhất là 77. Nhóm tuổi có tỷ lệ mắc bệnh thấp nhất là ≤ 40 tuổi, có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là 61-70 tuổi.

Nam giới chiếm tỷ lệ 86%, nữ giới chiếm tỷ lệ 14%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 6,14/1.

2. Đặc điểm về lâm sàng trước điều trị của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ gây UTBMTBG: Bệnh nhân mắc virus viêm gan B chiếm tỷ lệ cao nhất (80%), bệnh nhân sử dụng rượu thường xuyên chiếm tỷ lệ cao thứ 2 (28%), bệnh nhân mắc virus viêm gan C chiếm 6%, bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ viêm gan B và nghiện rượu phối hợp chiếm 20%. Có 4 bệnh nhân không xác định được yếu tố nguy cơ gây ung thư biểu mô tế bào gan, chiếm 8%.

Triệu chứng lâm sàng trước điều trị: Các triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là gầy sút cân chiếm 78,0%. Bệnh nhân có triệu chứng đau hạ sườn phải chiếm 52%, bệnh nhân có triệu chứng triệu chứng vàng da chiếm 26% và cổ chướng chiếm 22%.

Bảng 2. Giai đoạn bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan trong nghiên cứu theo BCLC

BCLC	0	A	B	C	D	Tổng
n	2	14	25	9	0	50
Tỉ lệ %	4	28	50	18	0	100

Bệnh nhân ở giai đoạn BCLC B chiếm tỷ lệ cao nhất (50%), bệnh nhân ở giai đoạn BCLC A chiếm 28%, ở giai đoạn BCLC chiếm 18%.

Không có bệnh nhân nào ở giai đoạn BCLC D.

Bảng 3. Mức độ xơ gan trước điều trị

Mức độ xơ gan	Không xơ gan	Child-Pugh A	Child-Pugh B	Child-Pugh C	Tổng
n	19	21	10	0	50
%	38	42	20	0	100

Trong nhóm nghiên cứu có 19 bệnh nhân không bị xơ gan, chiếm 38%. Tổng số bệnh nhân bị xơ gan chiếm 62%, trong đó xơ gan Child-Pugh A chiếm 42%, Child-Pugh B chiếm 20%, không có bệnh nhân nào ở mức độ xơ gan Child-Pugh C.

3. Đặc điểm cận lâm sàng trước điều trị của đối tượng nghiên cứu

Bảng 4. Đặc điểm về giá trị của các Marker UTBMTBG trước điều trị

Giá trị Marker	Cao		Bình thường		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
AFP	40	80	10	20	50	100
AFP-L3	36	72	14	28	50	100
PIVKA-II	39	78	11	22	50	100

Bệnh nhân có AFP cao trước điều trị chiếm 80%; AFP-L3 cao trước điều trị chiếm 72% và PIVKA-II cao trước điều trị chiếm 78%.

4. Đặc điểm về phương pháp điều trị của đối tượng nghiên cứu

Bảng 5. Phương pháp điều trị của bệnh nhân

Phương pháp điều trị	Phẫu thuật	TACE	Hóa chất	SIRT	TACE+RFA	Tổng
N	7	30	4	3	6	50
%	14	60	8	6	12	100

Số bệnh nhân được điều trị bằng TACE chiếm 60%, điều trị bằng phẫu thuật chiếm 14%, phối hợp TACE và RFA chiếm tỷ lệ 12%.

5. Sự thay đổi nồng độ trung bình của các marker khối u sau điều trị

Bảng 6. Sự thay đổi nồng độ trung bình các Marker khối u

Giá trị Marker	Trước điều trị	Sau điều trị
AFP (ng/mL)	452,244 ± 793,100	269,136 ± 643,214
AFP-L3 (%)	51,752 ± 87,095	27,372 ± 49,171
PIVKA-II (mAU/mL)	1578,020 ± 2396,292	662,040 ± 1285,185

Kiểm định Wilcoxon-Test cho thấy các giá trị trung bình của AFP, AFP-L3 và PIVKA-II sau điều trị giảm một cách có ý nghĩa so với trước điều trị, với giá trị p lần lượt là: 0,005; 0,009 và 0,000.

6. Tỷ lệ đáp ứng của các marker khối u sau điều trị

Bảng 7. Tỷ lệ đáp ứng của các marker khối u sau điều trị

Đặc điểm Marker	Đáp ứng		Không đáp ứng		Tổng	
	n	%	n	%	n	%
AFP	33	66	17	34	50	100
AFP-L3	30	60	20	40	50	100
PIVKA-II	40	80	10	20	50	100
Bộ ba marker	20	40	30	60	50	100

Với AFP: Số bệnh nhân đáp ứng sau điều trị chiếm tỷ lệ 66%.

Với AFP-L3: Số bệnh nhân đáp ứng sau điều trị chiếm tỷ lệ 60%.

Với PIVKA-II: Số bệnh nhân đáp ứng sau điều trị chiếm tỷ lệ 80%.

Với bộ ba marker: Số bệnh nhân đáp ứng sau điều trị chiếm tỷ lệ 40%.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi mắc bệnh trung bình của bệnh nhân là $59,78 \pm 10,64$, tuổi mắc bệnh trẻ nhất là 25, già nhất là 77, hai nhóm tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao nhất là 51-60 tuổi và 61-70 tuổi, tỷ lệ nam/nữ là 6,14/1. Như vậy tuổi mắc bệnh là khá đa dạng ở tất cả các

đứng hàng thứ 2 về tỉ lệ mắc và hàng đầu về tỉ lệ tử vong. Bệnh diễn biến nhanh và có tiên lượng xấu nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời [1], [2].

Cùng với chẩn đoán hình ảnh, các marker huyết thanh khối u có một vai trò quan trọng trong việc chẩn đoán cũng như đánh giá kết quả điều trị và theo dõi sự tái phát của UTBMTBG. Từ trước đến nay AFP là marker khối u được sử dụng rộng rãi nhất để chẩn đoán, đánh giá kết quả điều trị và theo dõi sự tái phát sau điều trị UTBMTBG. Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây cho thấy AFP chỉ tăng trong khoảng 60% các trường hợp UTBMTBG và trên thực tế lâm sàng có nhiều bệnh nhân không đáp ứng với điều trị hoặc có xuất hiện tổn thương mới sau điều trị nhưng nồng độ AFP trong huyết thanh lại giảm một cách rõ rệt. Đó chính là những hạn chế của AFP trong việc chẩn đoán và theo dõi sau điều trị UTBMTBG. AFP-L3 và PIVKA-II là những marker khối u được phát hiện và ứng dụng sau AFP, giúp tăng khả năng chẩn đoán UTBMTBG. Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu khẳng định vai trò của sự kết hợp AFP-L3 với PIVKA-II và AFP so với AFP đơn thuần trong việc chẩn đoán cũng như đánh giá kết quả điều trị và theo dõi sự tái phát của ung thư biểu mô tế bào gan [2],[3],[4].

Tại Việt nam, bộ 3 marker AFP, AFP-L3 và PIVKA-II mới được đưa vào sử dụng để chẩn đoán và đánh giá kết quả điều trị ung thư biểu mô tế bào gan trong những năm gần đây. Cho đến thời điểm hiện tại chúng tôi nhận thấy rằng ở Việt Nam có rất ít công trình nghiên cứu về vai trò của bộ 3 marker này trong việc đánh giá kết quả và theo dõi sự tái phát sau điều trị của ung thư biểu mô tế bào gan. Do vậy chúng tôi thực hiện đề tài: “Đánh giá sự thay đổi nồng độ AFP, AFP-L3 và PIVKA-II huyết thanh trước và sau điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan” với hai mục tiêu:

Mô tả một số đặc điểm của các bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan.

Đánh giá sự thay đổi nồng độ AFP, AFP-L3 và PIVKA-II huyết thanh trước và sau điều trị ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

50 bệnh nhân UTBMTBG điều trị tại Trung tâm Y học Hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam năm 2020 [2].

Bệnh nhân được làm xét nghiệm định lượng bộ ba marker AFP, AFP-L3, PIVKA-II trước và sau điều trị.

Bệnh nhân có hồ sơ ghi chép đầy đủ các thông tin liên quan đến nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Không có đủ các tiêu chuẩn trên.

Bệnh nhân có UTBMTBG nhưng không phải ung thư nguyên phát.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu.

Các bước tiến hành

Thu thập thông tin hành chính, chuyên môn trước và sau điều trị của các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn theo bệnh án mẫu.

Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đánh giá sự thay đổi nồng độ AFP, AFP-L3 và PIVKA-II huyết thanh trước và sau điều trị ở bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan.

Định nghĩa về sự đáp ứng của marker khối u

Nghiên cứu này lấy giá trị bình thường của các marker ung thư như sau: AFP \leq 10 ng/mL, AFP-L3 \leq 10%, PIVKA-II \leq 40 mAU/mL. Trên mức này được coi là cao.

Bộ ba marker là sự kết hợp của 3 marker: AFP, AFP-L3 và PIVKA-II.

Nếu có ít nhất 1 trong 3 marker AFP, AFP-L3, PIVKA-II có giá trị cao trước điều trị thì bộ ba marker được gọi là có giá trị cao trước điều trị.

Các marker được gọi là đáp ứng sau điều trị nếu giá trị của chúng sau điều trị giảm $>$ 20% so với trước điều trị

Bộ 3 marker được gọi là đáp ứng sau điều trị nếu các marker thành phần đều đáp ứng sau điều trị, nếu có ít nhất 1 marker không đáp ứng thì bộ 3 marker được gọi là không đáp ứng sau điều trị.

Phân tích và xử lý số liệu: Nhập liệu và xử lý số liệu dựa vào phần mềm SPSS 20.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

Tuổi	\leq 40	41-50	51-60	61-70	$>$ 70	Tổng
n	3	4	17	19	7	50
%	6	8	34	38	14	100
Tuổi trung bình: 59,78 \pm 10,64						

Giới	Nam	Nữ	Tổng
n	43	7	50
%	86	14	100
Tỷ lệ: Nam/Nữ = 6,14/1			

Tuổi mắc bệnh trung bình của cả hai giới là 59,78 \pm 10,64. Kiểm định T-test thấy không có sự

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ AFP, AFP-L3 VÀ PIVKA-II HUYẾT THANH TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

MAI TRỌNG KHOA¹, PHẠM THI HIỀN²,
PHẠM CẨM PHƯƠNG¹, VƯƠNG NGỌC DƯƠNG²

¹Trung tâm Y học hạt nhân và Ung Bướu, Bệnh viện Bạch Mai

²Sinh viên Đại học Y Dược - Trường Đại học Quốc gia Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi nồng độ AFP, AFP-L3 và PIVKA-II huyết thanh trước và sau điều trị bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG).

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu 50 bệnh nhân UTBMTBG điều trị tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Kết quả nghiên cứu: Tuổi mắc bệnh trung bình của bệnh nhân tương đối cao là $59,78 \pm 10,64$, tỉ lệ nam/nữ = 6,14/1. 80% bệnh nhân ung thư gan có mắc HBV. Xơ gan chiếm 62%, trong đó Child-Pugh A chiếm 42%, Child-Pugh B chiếm 20% và không có bệnh nhân nào ở mức độ xơ gan Child-Pugh C. Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất: 78% gây sút cân, 74% mệt mỏi và 52% đau bụng hạ sườn phải. 50% bệnh nhân ở giai đoạn BCLC B, không có bệnh nhân nào ở giai đoạn BCLC D. 80%, 72% và 78% bệnh nhân có AFP, AFP-L3 và PIVKA-II cao trước điều trị. 60% bệnh nhân được điều trị TACE. Sau điều trị, nồng độ trung bình trong huyết thanh của các marker AFP, AFP-L3 và PIVKA-II trong máu giảm một cách có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ đáp ứng của AFP là 66%, của AFP-L3 là 60%, của PIVKA-II là 80% và của bộ ba marker là 40%.

Kết luận: Xét nghiệm bộ ba AFP, AFP-L3 và PIVKA-II huyết thanh có ý nghĩa quan trọng trong chẩn đoán, theo dõi, tiên lượng cho bệnh nhân UTBMTBG.

Từ khóa: Ung thư gan, PIVKA

SUMMARY

Aim: To evaluate the changes in the serum concentrations of AFP, AFP-L3 and PIVKA-II of hepatocellular carcinoma (HCC) patients before and after treatment.

Subjective and study method: Retrospective study of 50 hepatocellular carcinoma patients treated at the Nuclear Medicine and Oncology Center - Bach Mai Hospital who were consistent with the selection and exclusion criteria.

Results: The average age of the patient was relatively high, at 59.78 ± 10.64 years old, the male/female ratio was 6.14/1. 80% of liver cancer patients had HBV. Cirrhosis accounted for 62% of the patients, of which Child-Pugh A accounted for 42%, Child-Pugh B accounted for 20% and none of the patients had Child-Pugh C cirrhosis. The most common clinical symptoms were weight loss (78%), fatigue (74%), and right upper quadrant pain (52%). 50% of patients were at stage BCLC B, none of patients were at stage BCLC D. 80%, 72% and 78% of patients had high serum concentrations of AFP, AFP-L3, and PIVKA-II before treatment. 60% of patients received TACE treatment. After treatment, the mean serum concentrations of AFP, AFP-L3 and PIVKA-II markers in the blood decreased significantly. The response rates of AFP, AFP-L3, and PIVKA-II were 66%, 60% and 80% respectively and of all three markers trio was 40%.

Conclusion: Tests of serum concentrations of AFP, AFP-L3, and PIVKA-II were important in diagnosis, monitoring and prognosis for HCC patients.

Keywords: HCC, PIVKA

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) là một trong những loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới, là loại ung thư có số người mắc đứng thứ 5 ở nam giới và đứng thứ 7 ở nữ giới, nó cũng là một trong ba loại ung thư gây tử vong nhiều nhất. Trên toàn thế giới, ước tính có khoảng 1 triệu ca mắc mới mỗi năm. Việt nam là nước nằm trong khu vực Đông Nam Á, là một trong các khu vực có tỷ lệ mắc ung thư biểu mô tế bào gan cao nhất, ước tính mỗi năm có tới 10.000 ca mắc mới trên cả nước, là loại ung thư

Chịu trách nhiệm: Mai Trọng Khoa

Email: khoa.maitrong@gmail.com

Ngày nhận: 02/6/2021

Ngày phản biện: 23/6/2021

Ngày duyệt bài: 09/7/2021

phải; 34,3% bệnh nhân can thiệp ở thận trái, tuy nhiên có 5,7% can thiệp sỏi ở cả 2 bên thận^[5]. Trong nghiên cứu của Đỗ Viết Thắng (2019) thì ngược lại tỉ lệ can thiệp sỏi bên trái chiếm 67,5%, chỉ có 32,5% được can thiệp sỏi bên phải^[4]. Kích thước trung bình của sỏi trên CLVT là $21,5 \pm 6,4$ mm, trong đó kích thước lớn nhất của sỏi là 45mm và nhỏ nhất là 12mm. Phần lớn sỏi có kích thước từ 20-30mm chiếm 56%. Kết quả này tương đồng với kết quả của tác giả Bùi Hoàng Thảo (2019) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với kích thước trung bình là $20,8 \pm 7,8$ mm; nhóm sỏi có kích thước từ 20-30mm chiếm đa số với 56,3%^[6]. Thời gian phẫu thuật tán sỏi thận qua da trong nghiên cứu này chỉ $61,6 \pm 14,5$ phút, ngắn hơn so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Viết Thắng: $82,5 \pm 22,3$ phút^[4]. Và phương pháp này ngắn hơn rất nhiều đối với phẫu thuật nội soi đường mật và ống nối mật - da điều trị sỏi đường mật chính theo nghiên cứu của tác giả Lê Văn Lợi (2020) thời gian mổ trung bình là $121,85 \pm 30,47$ phút^[4]. Đa số các bệnh nhân đều không có tai biến sau phẫu thuật. Có đến 80% số bệnh nhân trong nghiên cứu này không có biến chứng sau phẫu thuật, có 20% bệnh nhân có sốt và chảy máu sau phẫu thuật, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Viết Thắng (2019) 87,5% tổng số bệnh nhân không có biến chứng trong và sau phẫu thuật, có 12,5% bệnh nhân có biến chứng với các biến chứng ở mức độ nhẹ như sốt sau tán sỏi, chảy máu trong lúc tán sỏi phải can thiệp ngoại khoa, không có biến chứng nặng^[4].

Sau phẫu thuật hầu hết bệnh nhân đều sạch sỏi, chiếm đến 98%. Kết quả này cao hơn so với tác giả Đỗ Viết Thắng (2019) tỉ lệ sạch sỏi ngay sau mổ và sau mổ 1 tháng lần lượt là 80% và 90%^[4]. Và cao hơn hẳn so với các phương pháp điều trị sỏi thận khác. Tác giả Vũ Việt Đức (2021) cho biết tỷ lệ sạch sỏi sau phẫu thuật là 40% (theo siêu âm và chụp Xquang đường mật)^[3] còn tác giả Lê Văn Lợi nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2020 Tỷ lệ sạch sỏi sau mổ là 54,8%^[7]. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình $4,1 \pm 1,2$ ngày, ngắn nhất là 2 ngày, nhiều nhất là 16 ngày. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đỗ Viết Thắng $4,18 \pm 1,58$ ngày, ngắn nhất 2 ngày và dài nhất là 8 ngày^[4] và Bùi Hoàng Thảo (2019) thời gian nằm viện sau phẫu thuật là $3,8 \pm 1,1$ ngày; tổng thời gian nằm viện là $6,7 \pm 12,3$ ngày^[6]. Phương pháp tán sỏi qua da đường hầm nhỏ có thời gian nằm viện sau phẫu thuật

ngắn hơn so với phẫu thuật nội soi và sử dụng ống soi mềm tán thủy lực qua ống nối mật - da trong điều trị sỏi đường mật trong gan của tác giả Vũ Việt Đức (2021) $9,32 \pm 3,72$ ngày^[3]. Đa số bệnh nhân có kết quả chung sau phẫu thuật là tốt chiếm đến 80%, kết quả này tương đồng với kết quả theo nghiên cứu của tác giả Bùi Hoàng Thảo (2019) tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với 82,5% bệnh nhân có kết quả tốt sau phẫu thuật và không bệnh nhân nào có kết quả xấu sau phẫu thuật^[6].

KẾT LUẬN

Tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ (mini-PCNL) là một phương pháp điều trị sỏi thận ít xâm lấn, thời gian phẫu thuật ngắn, an toàn, hiệu quả và ít biến chứng.

KHUYẾN NGHỊ

Cần tăng cường chăm sóc hậu phẫu để giảm thời gian nằm viện sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Văn Ty** (2015). “Lấy sỏi thận qua da”, Y học TP. Hồ Chí Minh, 19(4), trang 7 - 15.
2. Khalaf ES. Et al (2013). “The outcome of open renal stone surgery calls for limitation of its use: A single institution experience”, African journal of urology, 19, pp58 - 65.
3. **Vũ Việt Đức và cộng sự** (2021). “Đánh giá kết quả điều trị sỏi đường mật trong gan bằng phẫu thuật nội soi và sử dụng ống soi mềm tán thủy lực qua ống nối mật da tại BVTWQĐ 108”. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 498 số 1 (2021).
4. **Đỗ Viết Thắng** (2019). “Kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi niệu quản 1/3 trên kết hợp sỏi thận tại BV ĐHYHN năm 2018 - 2019”. Luận văn Thạc sĩ Y học Trường Đại học Y Hà Nội (2019)
5. **P.Aarthy and et al** (2021). “Safety and efficacy of mini-percutaneous nephrolithotomy as daycare procedure: a prospective observational study”. African Journal of Urology, Volume 27, Issue 1, page 9 (2021).
6. **Bùi Hoàng Thảo** (2019). “Kết quả tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ không dẫn lưu thận tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội giai đoạn 2016 - 2019”. Luận văn chuyên khoa cấp 2 Trường Đại học Y Hà Nội.
7. **Lê Văn Lợi và cộng sự** (2020). “Kết quả phẫu thuật nội soi điều trị sỏi đường mật chính có sử dụng nội soi đường mật và ống nối mật - da”. Tạp chí Y Dược học lâm sàng 108, tập 5 S6 (2020).

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
≤ 30	1	2,0
31-40	6	12,0
41-50	9	18,0
51-60	21	42,0
>60	13	26,0
Tổng cộng	50	100,0
Trung bình	54,8 ± 13,4, min = 17, max = 81	

Nhận xét: 42% BN ở nhóm tuổi từ 51 - 60, 26% BN ở nhóm tuổi > 60 tuổi, 18% BN ở nhóm tuổi 41 - 50, 12% BN ở nhóm tuổi 31 - 40, 2% ở nhóm tuổi ≤ 30. Tuổi trung bình 54,8 ± 13,4 tuổi, nhỏ nhất 17 tuổi, cao nhất là 81 tuổi.

Phân bố bệnh nhân nghiên cứu theo giới tính: 66% BN là nam, 34% BN là nữ giới, tỉ lệ nam/nữ=1,9

2. Kết quả điều trị

Tỉ lệ thận được tán: 52% BN được tán sỏi thận bên trái và 48% BN được tán sỏi thận bên phải.

Bảng 2. Kích thước sỏi trên chụp cắt lớp vi tính

Kích thước sỏi	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
< 20mm	17	34
20 - 30mm	28	56
> 30mm	5	10
Tổng	50	100
Trung bình	21,5 ± 6,4, min = 12, max = 45	

Nhận xét: Kích thước trung bình của sỏi trên CLVT là 21,5 ± 6,4mm, trong đó kích thước lớn nhất của sỏi là 45mm và nhỏ nhất là 12mm. Phần lớn sỏi có kích thước từ 20 - 30mm chiếm 56%.

Bảng 3. Thời gian phẫu thuật tán sỏi thận qua da

Kết quả	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian chọc dò đài bể thận (phút)	6,2 ± 1,5	4	10
Thời gian tán sỏi thận (phút)	61,6 ± 14,5	40	90
Thời gian lưu sonde thận (ngày)	3,2 ± 0,44	3	5
Thời gian lưu niệu quản (phút)	30	30	30

Nhận xét: Thời gian chọc dò đài bể thận trung bình là 6,2 ± 1,5 phút, ngắn nhất là 4 phút, dài nhất là 10 phút. Thời gian tán sỏi thận trung bình là 61,6 ± 14,5 phút, ngắn nhất là 40 phút lâu nhất là 90 phút. Thời gian lưu sonde thận trung bình là 3,2 ± 0,44 ngày, ngắn nhất là 3 ngày, dài nhất là 5 ngày

Bảng 4. Các biến chứng sau phẫu thuật (n = 10)

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Không có tai biến	40	80
Sốt hậu phẫu	5	10
Chảy máu	5	10
Tổng	50	100

Nhận xét: 12% BN có sốt, 10% BN chảy máu sau phẫu thuật. Tỉ lệ sạch sỏi chiếm 2%, 98% không sạch sỏi

Bảng 5. Thời gian nằm viện

Thời gian	Trung bình	Ngắn nhất	Dài nhất
Nằm viện sau phẫu thuật	4,1 ± 1,2	2	16
Nằm viện tổng thể	8,3 ± 2,4	6	21

Nhận xét: Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình 4,1 ± 1,2 ngày, ngắn nhất là 2 ngày, nhiều nhất là 16 ngày. Tổng thời gian nằm viện trung bình là 8,3 ± 2,4 ngày.

Bảng 6. Kết quả chung sau phẫu thuật

Kết quả	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tốt	40	80,0
Trung bình	10	20,0
Xấu	0	0,0
Tổng	50	100,0

Nhận xét: 80% BN có kết quả phẫu thuật tốt, 20% có kết quả trung bình và không bệnh nhân nào có kết quả xấu.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 50 bệnh nhân được tán sỏi qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 5 năm 2021 nhận thấy độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 54,8 ± 13,4 tuổi. Với độ tuổi nhỏ nhất là 17 và lớn nhất là 81, chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm tuổi 51- 60 (42%). Kết quả này gần tương tự với tác giả Vũ Việt Đức tại Bệnh viện Trung ương Quân Đội 108 năm 2021 với độ tuổi trung bình là 54,08 ± 14,45^[3] và tác giả Đỗ Viết Thắng nghiên cứu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2019 với độ tuổi trung bình là 50,7±12,27 tuổi, cao nhất là 79 tuổi và thấp nhất là 24 tuổi, chiếm tỉ lệ cao nhất là nhóm tuổi từ 40 - 60 (55%)^[4]. Tác giả Aarrthy (2021) nghiên cứu trên đối tượng có khoảng tuổi hẹp hơn 24 - 68 tuổi^[5]. Đa số bệnh nhân là nam giới. Trong nghiên cứu này nam giới chiếm 66% tương tự với nghiên cứu của tác giả Vũ Việt Đức (2021) là 68,4%^[3] và thấp hơn trong nghiên cứu của tác giả Đỗ Viết Thắng (2019) là 85%^[4].

Tỷ lệ tán sỏi thận trái/phải có sự khác nhau ở các nghiên cứu. Số bệnh nhân được can thiệp ở bên phải trong nghiên cứu này chiếm phần lớn hơn (52%) tương tự với kết quả của tác giả Aarrthy (2021) 60% bệnh nhân can thiệp sỏi bên

Bệnh viện Đa khoa Đức Giang bắt đầu thực hiện tán sỏi qua da bằng đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài “Đánh giá kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang giai đoạn 2017 - 2021” để ứng dụng tại bệnh viện của mình.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Thời gian thực hiện từ tháng 1/2017 - tháng 5/2021 tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

2. Đối tượng nghiên cứu

- Chọn mẫu toàn bộ, cỡ mẫu thuận tiện.
- Toàn bộ bệnh nhân (BN) được chẩn đoán xác định là sỏi thận và được thực hiện tán sỏi qua da đường hầm nhỏ tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang trong thời gian từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 5 năm 2021 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chí loại trừ: Là bệnh nhân đang có nhiễm khuẩn tiết niệu, đái tháo đường chưa điều trị ổn định, bệnh nhân có rối loạn đông máu, có thai, phình động mạch chủ bụng, phình - hẹp động mạch thận, có dị tật hệ tiết niệu: thận lạc chỗ và hồ sơ bệnh án thiếu thông tin.

- Số bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu là 50 người.

3. Tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Chuẩn bị bệnh nhân.

- Hành chính: Họ tên, tuổi, giới tính, tiền sử
- Các triệu chứng: đau thắt lưng, sốt, tiểu rất tiểu máu, tiểu đục.

- Các xét nghiệm: XN máu, XN nước tiểu, chẩn đoán hình ảnh: X quang phổi, siêu âm bụng tổng quát và hệ tiết niệu, chụp X quang hệ tiết niệu không chuẩn bị, chụp cắt lớp hệ tiết niệu có tiêm thuốc cản quang

- Bệnh nhân được khám tiền mê và thông qua mổ phiên.

Bước 2: Tư vấn tại khoa lâm sàng: Giải thích quy trình phương pháp lấy sỏi thận qua da, lợi ích, các tai biến, biến chứng có thể gặp trong và sau khi tán sỏi thận qua da đường hầm nhỏ.

Bước 3: Chuẩn bị dụng cụ tại phòng mổ: Dụng cụ chọc dò và nong đường hầm, máy siêu âm, dụng cụ soi, Pince gấp, máy tán sỏi, hệ thống dịch tưới rửa, bộ tiểu phẫu, găng tay, opsicle, sonde Foley.

Bước 4: Thực hiện kỹ thuật tại phòng mổ: Gây mê nội khí quản hoặc gây tê tủy sống, đặt sonde niệu quản ngược dòng, chuyển bệnh nhân sang tư thế nằm sấp hoặc nằm nghiêng, chọc dò đài thận, tạo đường hầm, tán và hút sỏi

(Thời gian mổ: tính từ lúc đặt thông niệu quản đến lúc đặt sonde Foley).

Bước 5: Theo dõi hậu phẫu.

- Trong 12 giờ đến 24 giờ sau mổ, theo dõi dấu hiệu sinh tồn, quan sát nước tiểu qua sonde niệu đạo và sonde thận, cho thuốc giảm đau, dịch truyền. Rút sonde thận nếu bệnh nhân không có các triệu chứng của cơn đau quặn thận, đau tức thắt lưng, rò nước tiểu qua ống dẫn lưu

- Hậu phẫu 48 giờ: XN công thức máu, ure, creatinine, chụp lại phim Xquang hệ tiết niệu không chuẩn bị

- Xuất viện khi tình trạng bệnh nhân ổn định, không biến chứng.

Bước 6: Tái khám sau 1 tháng tại phòng tái khám.

- Khám lâm sàng: đau thắt lưng, sốt, tiểu rất tiểu đục, tiểu máu.

- Khai thác biến chứng: rò nước tiểu qua thắt lưng, sỏi xuống niệu quản, nhiễm trùng vết mổ.

- Xét nghiệm: Công thức máu, Ure, Creatinine huyết thanh, tổng phân tích nước tiểu. Chụp phim X quang hệ tiết niệu không chuẩn bị

4. Tiêu chuẩn đánh giá kết quả sau phẫu thuật

Đánh giá kết quả từ nghiên cứu của Hoàng Long và CS năm 2016.

- Tốt: Tán vụn và sạch sỏi; không có tổn thương đài bể thận; không có biến chứng trong và sau phẫu thuật; Xét nghiệm công thức máu và sinh hóa máu sau mổ trong giới hạn bình thường.

- Trung bình: Tán vụn và sạch sỏi: Còn sỏi có đường kính > 3mm; có tổn thương đài bể thận nhưng không cần can thiệp; có chảy máu nhưng không cần truyền máu; xét nghiệm công thức máu và sinh hóa máu các chỉ số trong giới hạn cho phép.

- Xấu: Không tán được sỏi; chảy máu nhiều phải chuyển mổ mở; tổn thương tạng; có các biến chứng nặng: tràn dịch màng bụng, tràn dịch màng phổi, ngộ độc nước; xét nghiệm công thức máu và sinh hóa máu có thay đổi lớn gây nguy hiểm cho bệnh nhân, phải truyền máu; tử vong.

Biến chứng

- Biến chứng nhẹ: Bao gồm các biến chứng độ I và độ II theo phân độ biến chứng ngoại khoa của Dindo-Clavien.

- Biến chứng nặng: bao gồm các biến chứng độ III, độ IV và độ V theo phân độ biến chứng ngoại khoa của Dindo-Clavien.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ TÁN SỎI QUA DA ĐƯỜNG HẪM NHỎ ĐIỀU TRỊ SỎI THẬN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA ĐỨC GIANG GIAI ĐOẠN 2017 - 2021

BÙI TRƯỜNG GIANG¹,
VŨ NGUYỄN KHẢI CA², TRẦN QUỐC HÒA²
¹Bệnh viện Đa khoa Đức Giang
²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

TÓM TẮT

Phương pháp lấy sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ vẫn đang còn ít nơi thực hiện, đặc biệt là các bệnh viện tuyến tỉnh. Bệnh viện Đa khoa Đức Giang bắt đầu thực hiện tán sỏi qua da bằng đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận nên chúng tôi thực hiện đề tài "Đánh giá kết quả tán sỏi qua da đường hầm nhỏ điều trị sỏi thận tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang giai đoạn 2017 - 2021".

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Từ tháng 1/2017 - tháng 5/2021. Tại Bệnh viện Đa khoa Đức Giang.

Kết quả: 80% BN có kết quả phẫu thuật tốt. 80% không có biến chứng sau phẫu thuật, tỉ lệ sạch sỏi 98%. Thời gian tán sỏi trung bình là 61,6±14,5 phút. Tổng thời gian nằm viện trung bình là 8,3 ± 2,4 ngày.

Kết luận: Tán sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ (mini-PCNL) là một phương pháp điều trị sỏi thận ít xâm lấn, thời gian phẫu thuật ngắn, an toàn, hiệu quả và ít biến chứng.

Từ khóa: Tán sỏi qua da đường hầm nhỏ, sỏi thận.

SUMMARY

THE RESULT EVALUATION MINI PERCUTANEOUS NEPHROLITHOTOMY AT DUC GIANG HOSPITAL FROM 2017 TO 2020

Mini percutaneous nephrolithotomy is still rarely practiced by hospitals, especially provincial hospitals. Duc Giang Hospital started implementing mini percutaneous nephrolithotomy. Therefore, we carried out the topic "The result evaluation mini percutaneous nephrolithotomy at Duc Giang hospital from 2017 to 2021".

Chịu trách nhiệm: Bùi Trường Giang

Email: bsgiang251@gmail.com

Ngày nhận: 02/6/2021

Ngày phản biện: 24/6/2021

Ngày duyệt bài: 10/7/2021

Research Methodology: retrospective study. From 1/2017 to 5/2021. At Duc Giang Hospital.

Results: Success rate 78%. 80% no complications after surgery, the stone free rate 98%. The average operative time 61.6±14.5 minutes. The hospitalization 8,3 ± 2,4 days.

Conclusion: Percutaneous nephrolithotomy with small tracts (mini-PCNL) is a method of treatment renal calculi less invasive, short operative time, safe, effective and fewer complications after surgery.

Keywords: PCNL, renal calculi.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cho đến nay điều trị sỏi thận vẫn còn là một thử thách lớn đối với các bác sĩ niệu khoa, đặc biệt là các trường hợp sỏi phức tạp, nhiều trường hợp phải cắt bỏ thận, và 20% sỏi tái phát dẫn đến suy thận. Trong hai thập kỷ gần đây, nhờ sự cải tiến của các thế hệ ống soi và sự phát triển của các dụng cụ năng lượng tán sỏi, mà các phương pháp điều trị sỏi tiết niệu ít xâm lấn lần lượt ra đời. Tán sỏi thận qua da (PCNL - percutaneous nephrolithotomy) được phát triển để điều trị các trường hợp sỏi thận lớn, phức tạp thay cho mổ mở^[1]. Theo báo cáo của các trung tâm tiết niệu lớn trên thế giới thì tỷ lệ mổ mở điều trị sỏi tiết niệu hiện nay chỉ khoảng 1 - 5,4%, tuy nhiên tỷ lệ này ở các nước đang phát triển vẫn còn cao khoảng 14%^[2]. Trong hướng dẫn của Hiệp hội Tiết niệu Hoa Kỳ (AUA) năm 2005, thì tỷ lệ sạch sỏi (SFR - stone free rate) sau PCNL là 78%. Các tai biến, biến chứng có thể gặp trong PCNL là chảy máu; tổn thương các cơ quan lân cận; thuyên tắc khí tĩnh mạch và nhiễm trùng^[1]. Để giảm thiểu các tai biến, biến chứng có thể xảy ra, nhiều tác giả đã sử dụng các loại ống soi có kích thước nhỏ hơn như: mini-PCNL 13-20 Fr; micro-PCNL 6-12 Fr. Tại Việt Nam, phương pháp lấy sỏi thận qua da bằng đường hầm nhỏ đã được thực hiện tại nhiều bệnh viện có chuyên khoa tiết niệu. Với kỹ thuật mini - PCNL, hiện vẫn đang còn ít nơi thực hiện, đặc biệt là các bệnh viện tuyến tỉnh.

quả tương tự chúng tôi với điểm trung bình SS – QoL là 2,64^[3], trong khi đó, nghiên cứu của Copytzy năm 2013 hay Alotaili năm 2021 cho thấy kết quả cao hơn lần lượt là 3,68 và 3,72^[5,6]. Sự khác biệt này có thể do đối tượng bệnh nhân ở các nghiên cứu này đều trong giai đoạn mạn tính trên 6 tháng, khi người bệnh đã thích nghi tốt với tình trạng khiếm khuyết chức năng cũng như hệ thống y tế với khả năng chăm sóc và quản lý người bệnh tốt hơn. Mặc dù vậy các tác giả trên đều nhận thấy lĩnh vực gia đình và xã hội có điểm trung bình chất lượng cuộc sống thấp nhất trong bốn lĩnh vực của SS – QoL^[3-6]. Sự kỳ thị, thiếu quan tâm và cảm thông lâu dài từ gia đình và xã hội đối với người khuyết tật là vấn đề quan trọng ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh đột quỵ não. Đây là một yếu tố cần phải quan tâm, bên cạnh việc cải thiện các khiếm khuyết chức năng của người bệnh còn cần phải có các giải pháp can thiệp thái độ và hành vi đối với người khuyết tật từ gia đình và xã hội. Sự chăm sóc của gia đình và hỗ trợ về mặt tinh thần đều góp phần cải thiện CLCS của bệnh nhân sau đột quỵ não.

Chất lượng cuộc sống của người bệnh đột quỵ có liên quan có ý nghĩa thống kê đến loại đột quỵ. Kết quả nghiên cứu tại bảng 4 cho thấy, bệnh nhân nhồi máu não có tổng điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm SS – QoL cao hơn so với xuất huyết não (141,1 so với 119,2, $p < 0,05$). Mỗi liên quan này đã được xác nhận trong một số nghiên cứu tương tự với lý giải về sự khác biệt các triệu chứng thần kinh giữa hai nhóm đột quỵ. Cụ thể, xuất huyết não có những triệu chứng suy giảm vận động và các thiếu hụt chức năng khác nặng hơn so với đa số bệnh nhân nhồi máu não^[3]. Sự xuất hiện của các triệu chứng thần kinh cũng như thương tật thứ cấp có ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng cuộc sống của người bệnh sau đột quỵ. Kết quả này được mô tả trong bảng 4. Tương tự nhận định của các nghiên cứu khác trên thế giới cho thấy sự thiếu hụt các chức năng như vận động, cảm giác, ngôn ngữ, nuốt ... và biến chứng sau đột quỵ ảnh hưởng đến khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày (ADL) và cũng như tất cả bốn lĩnh vực trong thang điểm chất lượng cuộc sống^[7]. Khi đánh giá thang điểm Barthel, kết quả cho thấy chất lượng cuộc sống tăng dần theo mức độ độc lập ADL ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân phục thuộc hoàn toàn hoặc mức độ nhiều có điểm chất lượng cuộc sống thấp hơn nhiều so với nhóm còn lại, chủ yếu chất lượng cuộc sống ở mức thấp ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự các

nghiên cứu khác trên thế giới đều cho thấy mối liên quan chặt chẽ giữa khả năng độc lập ADL và chất lượng cuộc sống^[3,4,8].

Như vậy, sự phát triển của các biện pháp điều trị và phục hồi chức năng giúp cải thiện triệu chứng, phòng ngừa thương tật thứ cấp cũng như khả năng độc lập ADL giúp người bệnh hòa nhập tốt hơn. Mặt khác chương trình quản lý điều trị cũng cần quan tâm tới tất cả các phương diện khác của chất lượng cuộc sống kể cả trạng thái tâm lý cũng như mối quan hệ với gia đình và xã hội của người bệnh giúp cải thiện tốt hơn chất lượng sống của người bệnh sau đột quỵ não.

KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của người bệnh đột quỵ não theo thang điểm SS – QoL là $137,9 \pm 3,2$ điểm và trung bình là $2,87 \pm 0,8$ điểm. Đa số trường hợp chất lượng cuộc sống ở mức trung bình (chiếm 72,1%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ về chất lượng cuộc sống liên quan đến loại đột quỵ, sự có mặt của một số triệu chứng thần kinh, thương tật thứ cấp và khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Katan M., Luft A.** (2018). Global Burden of Stroke. *Semin Neurol*, 38(02), 208–211.
2. **WHOQOL - Measuring Quality of Life**, The World Health Organization.
3. **Pacian A., Kulik T.B., Bednarz J., et al.** (2018). Quality of Life Assessment in Post-Stroke Patients. *Pielegniarstwo XXI wieku / Nursing in the 21st Century*, 17(2), 12–22.
4. **Đặng Thị Hân, Ngô Huy Hoàng, Phạm Thị Hiếu** và cộng sự. (2018). Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh đột quỵ não điều trị tại Bệnh viện Y học Cổ truyền tỉnh Nam Định năm 2017. *Khoa học Điều dưỡng*, 1(2), 50–57.
5. **Cruz-Cruz C., Martinez-Nuñez J.M., Perez M.E., et al.** (2013). Evaluation of the Stroke-Specific Quality-of-Life (SSQOL) Scale in Mexico: A Preliminary Approach. *Value in Health Regional Issues*, 2(3), 392–397.
6. **Alotaibi S.M., Alotaibi H.M., Alolyani A.M., et al.** (2021). Assessment of the stroke-specific quality-of-life scale in KFHU, Khobar: A prospective cross-sectional study. *NSJ*, 26(2), 171–178.
7. **Ramos-Lima M., Brasileiro I., Lima T., et al.** (2018). Quality of life after stroke: impact of clinical and sociodemographic factors. *Clinics*, 73.
8. **Jaracz K. và Kozubski W.** (2003). Quality of life in stroke patients. *Acta Neurologica Scandinavica*, 107(5), 324–329.

Liệt vận động	Có	143	135,4	3,4	0,0138
	Không	18	157,8	8,3	
Rối loạn cảm giác	Có	60	120,8	5,1	0,0000
	Không	101	148,1	3,8	
Rối loạn ngôn ngữ	Có	69	137,9	3,2	0,0000
	Không	92	152,0	3,7	
Rối loạn nhận thức	Có	54	117,2	4,9	0,0000
	Không	107	148,4	3,8	
Rối loạn nuốt	Có	51	115,0	4,5	0,0000
	Không	110	148,6	3,8	
Rối loạn cơ tròn	Có	30	112,3	6,8	0,0000
	Không	131	143,8	3,4	
Rối loạn giác quan	Có	34	121,3	7,0	0,0035
	Không	127	142,4	3,5	

Viêm phổi	Có	45	123,1	5,2	0,0018
	Không	116	143,7	3,8	
Co rút/ Co cứng	Có	20	115,2	7,5	0,0035
	Không	141	141,2	3,4	
Hội chứng vai tay	Có	23	116,9	6,8	0,0035
	Không	138	141,4	3,5	
Đau vai	Có	70	131,9	4,9	0,0493
	Không	91	142,6	4,2	
Rối loạn cảm xúc	Có	85	126,1	3,9	0,0000
	Không	76	151,1	4,8	

Chất lượng cuộc sống của người bệnh liên quan có ý nghĩa thống kê đến loại đột quy, sự có mặt của một số triệu chứng thần kinh và thương tật thứ cấp ($p < 0,05$).

Bảng 5. Khả năng độc lập ADL theo thang điểm Barthel liên quan đến CLCS

Thang điểm Barthel	Chất lượng cuộc sống								
	Tốt		Trung bình		Kém		Tổng (n)	P	Tổng điểm SS – QoL
	n	%	n	%	n	%			
Phụ thuộc hoàn toàn ¹	0	0	6	5,2	18	58,1	24	0,000	86,7
Phụ thuộc nhiều ²	0	0	39	33,6	13	41,9	52		118,2
Phụ thuộc trung bình ³	3	21,4	46	39,7	0	0	49		150,1
Phụ thuộc ít ⁴	6	42,9	18	15,5	0	0	24		182,0
Không phụ thuộc ⁵	5	35,7	7	6,0	0	0	12		188,3
Tổng	14	100	116	100	31	100	161		
Điểm Barthel trung bình	84,9		55,5		17,3			0,026	

*P: mối liên quan giữa hai đặc điểm được đánh số thứ tự từ 1 – 5:
P12 = 0,000; P13 = 0,000; P14 = 0,000; P23 = 0,000;
P24 = 0,000; P25 = 0,000; P34 = 0,000; P35 = 0,000; P45 = 0,7375*

Có mối liên quan có ý nghĩa giữa khả năng độc lập chức năng và chất lượng cuộc sống ($p < 0,05$). Nhóm bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn hoặc mức độ nhiều có điểm chất lượng cuộc sống thấp hơn nhiều so với nhóm còn lại, chủ yếu chất lượng cuộc sống ở mức thấp ($p < 0,05$).

BÀN LUẬN

Đột quy ảnh hưởng đến thể trạng, sức khỏe và chất lượng sống của bệnh nhân. Trong những năm qua, đã có những cải tiến trong việc quản lý sớm đột quy, can thiệp và chăm sóc sức khỏe. Tuy nhiên, nhiều người sống sót sau đột quy phải đối mặt với các di chứng về thể chất, nhận thức và chức năng như mất ngôn ngữ, trầm cảm, rối loạn cảm xúc và liệt vận động. Thang điểm SS – QoL mô tả chất lượng cuộc sống (CLCS) ở bốn lĩnh vực bao gồm: Sức khỏe thể chất, sức khỏe chức năng, phương diện tâm lý, gia đình và xã hội. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 161 người bệnh đột quy não tại Bệnh viện Lão Khoa Trung ương từ tháng 1 đến tháng 5 năm 2021 cho thấy: tổng điểm SS – QoL trung bình là $137,9 \pm 3,2$ điểm và điểm

trung bình tính theo thang từ 1 - 5 là $2,87 \pm 0,8$ điểm. Trong đó tổng điểm mục sức khỏe chức năng, sức khỏe thể chất, trạng thái tâm lý và vai trò của gia đình và xã hội lần lượt là 47,6; 43,8; 26,3 và 20,2 điểm tương đương điểm trung bình là 2,51; 3,37; 3,29 và 2,52 điểm theo thang đo từ 1 đến 5 điểm. Đa số trường hợp chất lượng cuộc sống ở mức trung bình (chiếm 72,1%); chỉ có 8,7% người bệnh có CLCS mức tốt với điểm SS – QoL trên 195. Kết quả này tương đương nghiên cứu của Đặng Thị Hân trên 253 người bệnh đột quy não điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học Cổ truyền tỉnh Nam Định cho thấy tổng điểm SS – QoL trung bình là $137,88 \pm 32,47$ ^[4]. Mặt khác, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về điểm trung bình chất lượng sống giữa các lĩnh vực sức khỏe chức năng; gia đình và xã hội đối với lĩnh vực sức khỏe thể chất và trạng thái tâm lý ($p < 0,05$). Điều này có thể thấy vấn đề suy giảm chức năng và vai trò của gia đình và xã hội làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh nhiều hơn so với hai yếu tố còn lại. Nghiên cứu Anna Pacian năm 2018 trên 80 bệnh nhân đột quy bán cấp cho thấy kết

Các lĩnh vực CLCS		Số lượng câu hỏi	Câu hỏi
Sức khỏe thể chất	Năng lượng	3	B1 – B3
	Ngôn ngữ	5	B4 – B8
	Nhìn	3	B9 – B11
	Suy nghĩ	3	B12 – B14
Sức khỏe chức năng	Vận động và di chuyển	6	B15 – B20
	Tự chăm sóc	5	B21 – B25
	Chức năng chi trên	5	B26 – B30
	Công việc – hiệu quả	3	B31 – B33
Trạng thái tâm lý	Trạng thái tinh thần	5	B34 – B38
	Nhân cách	3	B39 – B41
Gia đình và xã hội	Vai trò gia đình	3	B42 – B44
	Vai trò xã hội	5	B45 – B49

Người bệnh tham gia được hướng dẫn trả lời từng câu hỏi với mỗi câu có 5 mức độ trả lời khác nhau, người trả lời chỉ trả lời 1 đáp án. Cách cho điểm theo thang SSQoL như sau:

Điểm	Câu trả lời
1	“Rất đồng ý”, “Khó khăn đến mức không thể làm gì”, “Cần sự giúp đỡ toàn bộ”.
2	“Đồng ý”, “Có rất nhiều khó khăn”, “Cần nhiều sự giúp đỡ”.
3	“Không có ý kiến”, “Khó khăn ở mức trung bình”, “Cần sự giúp đỡ trung bình”.
4	“Không đồng ý”, “Có ít khó khăn”, “Cần ít sự giúp đỡ”.
5	“Rất không đồng ý”, “Không có khó khăn gì”, “Không cần sự giúp đỡ”.

Tổng điểm của bộ câu hỏi 49-245 điểm, chia làm 3 mức độ. Trong đó từ 49 – 98 điểm là CLCS kém, từ 99 – 105 điểm là CLCS trung bình, từ 196 – 245 điểm là CLCS tốt.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 161 người bệnh đột quỵ não, tuổi trung bình $73,6 \pm 8,5$; nam giới chiếm 56,5%; tỷ lệ nhồi máu não là 85,7%. Đánh giá chất lượng cuộc sống theo thang SS-QoL, chúng tôi thu được một số kết quả sau:

Bảng 2. CLCS người bệnh theo thang điểm SS-QoL

Mục	Tổng điểm	SD	Điểm TB (\pm SD)
Sức khỏe thể chất	Năng lượng	8,7	0,3
	Ngôn ngữ	14,4	0,4
	Nhìn	11,1	0,2
	Suy nghĩ	9,5	0,3
	Tổng điểm sức khỏe thể chất chung	43,8	1,0

Sức khỏe chức năng	Vận động và di chuyển	14,9	0,6	2,51 ($\pm 1,1$)
	Tự chăm sóc	12,6	0,5	
	Chức năng chi trên	13,3	0,5	
	Công việc – Hiệu quả	6,8	0,3	
	Tổng điểm sức khỏe chức năng chung	47,6	1,7	
Trạng thái tâm lý	Trạng thái tinh thần	15,0	0,4	3,29 ($\pm 0,9$)
	Nhân cách	11,4	0,3	
	Tổng điểm trạng thái tâm lý chung	26,3	0,6	
Gia đình và xã hội	Vai trò gia đình	7,8	0,2	2,52 ($\pm 0,9$)
	Vai trò xã hội	12,3	0,4	
	Tổng điểm vai trò gia đình và xã hội	20,2	0,6	
Tổng điểm SS - QoL		137,9	3,2	2,87 ($\pm 0,8$)

Chất lượng cuộc sống của người bệnh theo thang SS – QoL tổng điểm là $137,9 \pm 3,2$ và trung bình $2,87 \pm 0,8$ điểm.

Chỉ có 8,7% người bệnh có CLCS mức tốt với điểm SS – QoL trên 195. Đa số trường hợp người bệnh có CLCS ở mức trung bình chiếm 72,1% và 19,2% trường hợp có CLCS kém.

Bảng 3. Một số đặc điểm chung của người bệnh liên quan đến CLCS

Đặc điểm	n	Tổng điểm SS - QoL		p	
		\bar{X}	SD		
Giới	Nam	91	138,7	4,4	0,2876
	Nữ	70	136,9	4,7	
Tuổi	60 – 69	63	136,2	5,2	0,2083
	70 – 79	51	148,6	5,6	
	≥ 80	47	128,7	5,6	
Địa chỉ	Thành phố	88	136,9	4,2	0,6326
	Nông thôn /Miền núi	73	137,1	4,9	
Người chăm sóc	Người nhà	145	138,7	3,4	0,2413
	Người giúp việc	16	131,1	8,7	

Không có sự khác biệt chất lượng cuộc sống theo giới, tuổi của người bệnh hoặc đặc điểm người chăm sóc ($p > 0,05$).

Bảng 4. Một số đặc điểm tình trạng bệnh liên quan đến CLCS

Đặc điểm	n	Tổng điểm SS - QoL		p	
		\bar{X}	SD		
Loại đột quỵ	Nhồi máu não	138	141,1	3,4	0,0082
	Xuất huyết não	23	119,2	7,8	
Thời gian bị bệnh	1 - 2 tuần	60	142,0	5,2	0,5370
	2 - 4 tuần	61	137,7	5,6	
	1 - 3 tháng	40	132,2	5,8	

SUMMARY

QUALITY OF LIFE OF STROKE PATIENTS AT THE NATIONAL GERIATRIC HOSPITAL

Objective: Evaluation of quality of life and some related factors of stroke patients after the advanced stage of old age at the National Geriatric Hospital. Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study of quality of life using the SS-QoL scale of 161 stroke patients at the National Geriatric Hospital from January to May 2021. Results: Quality of life of stroke patients according to the SS-QoL scale is 137.9 ± 3.2 and mean is 2.87/5 points. In most cases, the quality of life is average (72.1%). There is a statistically significant difference with $p < 0.05$ in quality of life related to the type of stroke, the presence of some neurological symptoms and secondary injuries and the ability to independence in daily life. Conclusion: The mean SS - QoL score in stroke patients was 137.3 and mean is 2.87 points. Quality of life is related to the type of stroke, clinical symptoms and ADL independence of patients.

Keywords: Stroke, quality of life, SS – QoL.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong các nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và khuyết tật trên thế giới. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, tỷ lệ mắc mới đột quỵ não hàng năm khoảng 100 – 250/ 100.000 dân [1]. Người bệnh đột quỵ não có nguy cơ tử vong rất cao hoặc phải mang những di chứng nặng nề gây ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống và gánh nặng chăm sóc y tế cho xã hội. Chất lượng cuộc sống (CLCS) là cảm nhận cá nhân về phương diện văn hóa và hệ thống các giá trị liên quan đến mục tiêu, sự kỳ vọng, chuẩn mực và mối quan tâm của họ trong cuộc sống. Thang điểm the Stroke-Specific Quality-of-Life (SS- QoL) được ứng dụng trong nhiều nghiên cứu để lượng giá chất lượng cuộc sống của người bệnh sau đột quỵ não [2]. Nghiên cứu Anna Pacian năm 2018 trên 80 bệnh nhân đột quỵ bán cấp cho thấy điểm trung bình SS – QoL là 2,64 [3]. Tại Việt Nam, báo cáo của Đặng Thị Hân và cộng sự năm 2018 trên 253 người bệnh đột quỵ não điều trị nội trú tại Bệnh viện Y học Cổ truyền tỉnh Nam Định cho thấy tổng điểm SS – QoL trung bình là $137,88 \pm 32,47$ [4]. Bệnh viện Lão khoa Trung ương là cơ sở đầu ngành về khám chữa bệnh cho người cao tuổi và thường xuyên tiếp nhận và điều trị một số lượng lớn người bệnh đột quỵ não. Tuy nhiên, đến nay chưa có nghiên cứu nào đánh giá chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục

tiêu: *Đánh giá chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh đột quỵ não sau giai đoạn cấp cao tuổi tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.*

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là người bệnh đột quỵ não đã được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn WHO điều trị nội trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Người bệnh từ 60 tuổi trở lên.
- + Người bệnh độc lập trong sinh hoạt trước khi vào viện.
- + Người bệnh hay người chăm sóc hợp tác với nhân viên y tế.
- + Người bệnh đồng ý và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- + Người bệnh đột quỵ não cần thở máy tại khoa hồi sức cấp cứu.
- + Người bệnh đột quỵ não xuất hiện các tình trạng cấp tính: đột quỵ não nghiêm trọng, nhồi máu cơ tim, co giật,...
- + Người bệnh đột quỵ não có rối loạn về nhận thức và ngôn ngữ nặng ảnh hưởng trực tiếp đến việc hiểu và trả lời câu hỏi nghiên cứu.

2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 1/2021 đến tháng 5/2021 tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương.

3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang áp dụng thang điểm chất lượng cuộc sống của đột quỵ não (SS – QoL).

4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 161 trường hợp bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn.

5. Xử lý số liệu

Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án nghiên cứu, tham khảo hồ sơ bệnh án, hỏi bệnh và khám lâm sàng người bệnh. Số liệu xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 với các test thống kê y học.

6. Bộ công cụ đánh giá chất lượng cuộc sống

Đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) theo thang điểm SS - QoL bao gồm 12 lĩnh vực với 49 câu hỏi tương đương 4 lĩnh vực: sức khỏe thể chất, sức khỏe chức năng, yếu tố tâm lý, gia đình và xã hội.

Bảng 1. Mô hình cấu trúc bộ công cụ SS-QoL

tập phát triển sức mạnh (9 bài tập); Bài tập phát triển sức bền (8 bài tập); Bài tập phát triển khả năng phối hợp vận động (6 bài tập) và bài tập phát triển mềm dẻo (3 nhóm bài tập). Bước đầu ứng dụng các bài tập lựa chọn trong thực tế và đánh giá hiệu quả. Kết quả, các bài tập lựa chọn đã có hiệu quả cao trong việc phát triển thể lực cho sinh viên Trường CĐSP Trung ương

KIẾN NGHỊ

Ứng dụng các bài tập lựa chọn và tiến trình đã xây dựng của đề tài trong quá trình GDTC nội khóa để nâng trình độ thể lực cho đối tượng nghiên cứu.

Các trường đại học, cao đẳng lân cận có thể sử dụng kết quả nghiên cứu của đề tài như một tài liệu tham khảo, góp phần nâng cao chất lượng công tác giáo dục thể chất trong trường học các cấp.

Mở rộng nghiên cứu sang các đối tượng, địa bàn khác để có hệ thống giải pháp toàn diện nâng cao chất lượng công tác giáo dục thể chất trong trường học các cấp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ GD&ĐT (2006), Quyết định số 25/2006/QĐ-BGD&ĐT ngày 26/6/2006 Về việc ban hành Quy chế đào tạo đại học và cao đẳng hệ chính quy

2. Bộ GD&ĐT (2008), Quyết định số 53/2008/QĐ-BGD&ĐT ngày 18/9/2008 ban hành Quy định về việc đánh giá, xếp loại thể lực học sinh, sinh viên

3. Bộ GD&ĐT (2015), Thông tư 25/2015/TT-BGD&ĐT, ngày 14/10/2015, Quy định về chương trình môn học GDTC thuộc các chương trình đào tạo trình độ đại học.

4. Ban chấp hành Trung ương Đảng Cộng sản Việt Nam (2011), Nghị quyết số 08-NQ/TW ngày 01/12/2011 của Bộ Chính trị về “Tăng cường sự lãnh đạo của Đảng, tạo bước phát triển mạnh mẽ về TDTT đến năm 2020”

5. Bộ GD&ĐT (2001), Quyết định số 14/2001/QĐ - BGD&ĐT ngày 03/5/2001 Về việc Ban hành quy chế GDTC và Y tế trường học.

6. Bộ GD&ĐT (2006), Quyết định số 25/2006/QĐ-BGD&ĐT ngày 26/6/2006 Về việc ban hành Quy chế đào tạo đại học và cao đẳng hệ chính quy.

7. Bộ GD&ĐT (2007), Quyết định số 65/2007/QĐ-BGD&ĐT ngày 01/11/2007 Ban hành Quy định về tiêu chuẩn đánh giá chất lượng giáo dục trường đại học.

8. Bộ GD&ĐT(2007), Quyết định số 43/2007/QĐ-BGD&ĐT ngày 15/8/2007 về việc ban hành Quy chế đào tạo đại học và cao đẳng hệ chính quy theo hệ thống tín chỉ.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUY NÃO SAU GIAI ĐOẠN CẤP CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN LÃO KHOA TRUNG ƯƠNG

LÊ THỊ HẰNG¹, ĐỖ THỊ KHÁNH HỖ^{1,2}

¹Bệnh viện Lão khoa Trung ương; ²Trường Đại học Thăng Long

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh đột quy não sau giai đoạn cấp cao tuổi tại bệnh viện Lão khoa Trung ương. Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang chất lượng cuộc sống bằng thang điểm SS- QoL của 161 người bệnh đột quy não tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương từ tháng 1/2021 – 5/2021.

Kết quả: Chất lượng cuộc sống của người

bệnh đột quy não theo thang điểm SS – QoL với tổng điểm 137,9±3,2 và trung bình là 2,87/5 điểm. Đa số trường hợp chất lượng cuộc sống ở mức trung bình (chiếm 72,1%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p<0,05$ về chất lượng cuộc sống liên quan loại đột quy, sự có mặt của một số triệu chứng thần kinh, thương tật thứ cấp và khả năng độc lập trong sinh hoạt hàng ngày. Kết luận: Tổng điểm SS – QoL ở người bệnh đột quy não là 137 điểm và trung bình là 2,87 điểm. Chất lượng cuộc sống có liên quan có ý nghĩa thống kê đến loại đột quy, triệu chứng lâm sàng và khả năng độc lập ADL của người bệnh.

Từ khóa: Đột quy não, chất lượng cuộc sống, SS – QoL

Chịu trách nhiệm: Lê Thị Hằng
Email: lehang10051973@gmail.com
Ngày nhận: 24/5/2021
Ngày phản biện: 18/6/2021
Ngày duyệt bài: 28/6/2021

4	Chạy 30m XPC (s)	5,33	0,57	5,27	0,52	2,98	< 0,05
5	Chạy con thoi 4 x 10m (s)	11,67	1,35	11,43	1,37	3,12	< 0,05
6	Chạy tùy sức 5 phút (m)	1023,5	98,23	1056,9	98,16	3,15	< 0,05
Nữ		(n = 152)		(n = 154)		$t_{\text{tính}}$	P
1	Lực bóp tay thuận (KG)	28,46	2,89	28,95	2,86	3,21	< 0,05
2	Nằm ngửa gập bụng (lần/30 s)	18,42	1,71	18,76	1,72	3,25	< 0,05
3	Bật xa tại chỗ (cm)	166,20	15,91	169,5	15,95	2,96	< 0,05
4	Chạy 30m XPC (s)	6,29	0,67	6,13	0,68	2,99	< 0,05
5	Chạy con thoi 4 x 10m (s)	12,34	1,28	12,18	1,24	3,04	< 0,05
6	Chạy tùy sức 5 phút (m)	923,70	89,40	956,32	88,30	4,33	< 0,05

Sau 01 năm học thực nghiệm áp dụng các bài tập đã lựa chọn và tiến trình đã xây dựng của đề tài, thể lực của sinh viên nhóm thực nghiệm đã có sự khác biệt rõ rệt so với nhóm đối chứng ở cả sinh viên nam và sinh viên nữ thể hiện ở $t_{\text{tính}} > t_{\text{bảng}}$ ở ngưỡng xác suất $P < 0,05$. Chứng tỏ các bài tập lựa chọn và tiến trình đã xây dựng của đề tài đã có hiệu quả cao trong việc phát triển thể lực cho sinh viên nhóm thực nghiệm.

Để thấy được sự tăng trưởng, đề tài tiến hành so sánh nhịp tăng trưởng trình độ thể lực của sinh viên nhóm đối chứng và nhóm thực nghiệm sau 1 năm học thực nghiệm. Kết quả được trình bày tại bảng 6.

Bảng 6. Kết quả kiểm tra thể lực của nam sinh viên trường CĐSP Trung ương

Tiêu chuẩn / Đối tượng		Nội dung kiểm tra					
		Lực bóp tay thuận (KG)	Nằm ngửa gập bụng (lần/30 s)	Bật xa tại chỗ (cm)	Chạy 30m XPC (s)	Chạy con thoi 4 x 10m (s)	Chạy tùy sức 5 phút (m)
Nam sinh viên năm thứ nhất (n=20)							
Tốt	Số lượng	4	3	4	3	2	2
	%	20,00	15,00	20,00	15,00	10,00	10,00
Đạt	Số lượng	9	10	11	10	9	8
	%	45,00	50,00	55,00	50,00	45,00	40,00
Không đạt	Số lượng	7	7	5	7	9	10
	%	35,00	35,00	25,00	35,00	45,00	50,00
Nam sinh viên năm thứ hai (n=10)							
Tốt	Số lượng	1	0	1	1	0	0
	%	10,00	0,00	10,00	10,00	0,00	0,00
Đạt	Số lượng	6	8	6	5	6	6
	%	60,00	80,00	60,00	50,00	60,00	60,00
Không đạt	Số lượng	3	2	3	4	4	4
	%	30,00	20,00	30,00	40,00	40,00	40,00

Sinh viên trường Cao đẳng sư phạm Trung ương không đạt tiêu chuẩn đánh giá trình độ thể lực ở các nội dung kiểm tra chiếm tỷ lệ lớn ở cả nam và nữ, do đó chưa đáp ứng được yêu cầu thể lực mà Bộ Giáo dục và Đào tạo đưa ra đối với sinh viên Đại học, cao đẳng, đặc biệt số đạt tiêu chuẩn đánh giá trình độ thể lực có xu hướng giảm dần với các năm học tiếp theo. Tuy nhiên, số sinh viên đạt tiêu thể lực về sức mạnh chiếm tỷ lệ cao.

Nếu so sánh tỷ lệ sinh viên đạt tiêu chuẩn thể lực theo từng tổ chất với tỷ lệ thời gian phát triển thể lực của sinh viên trong quá trình quan sát sẽ dễ dàng nhận thấy, sinh viên tập sức bền rất nhiều, nhưng tỷ lệ sinh viên không đạt tiêu chuẩn về sức bền lại chiếm tỷ lệ rất cao. Như vậy, có thể dễ dàng nhận thấy, việc tập luyện

sức bền cho sinh viên chưa đạt hiệu quả cao. Các tổ chất thể lực khác cũng tương tự. Như vậy, nâng cao hiệu quả phát triển các tổ chất thể lực cho sinh viên là vấn đề cần thiết

KẾT LUẬN

Đánh giá thực trạng trình độ thể lực của sinh viên cho thấy: Tỷ lệ sinh viên không đạt tiêu chuẩn thể lực theo quy định của Bộ Giáo dục và Đào tạo chiếm tỷ lệ cao ở tất cả các test kiểm tra, đặc biệt là sức bền và khả năng phối hợp vận động. Tỷ lệ sinh viên không đạt tại các test đánh giá sức mạnh và sức nhanh chiếm tỷ lệ ít hơn. Sinh viên có kết quả kiểm tra chủ yếu ở mức trung bình, tỷ lệ đạt loại tốt thấp.

2. Lựa chọn được 32 bài tập phát triển thể lực chung cho sinh viên Trường CĐSP Trung ương gồm: Bài tập phát triển sức nhanh (7 bài tập); Bài

thời, giáo viên có ít thời gian chăm lo cho hoạt động TDDT ngoại khóa của sinh viên.

3. Thực trạng cơ sở vật chất phục vụ Giáo dục thể chất của Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương

Đánh giá thực trạng cơ sở vật chất phục vụ công tác GDTC cho sinh viên Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương thông qua khảo sát và phỏng vấn trực tiếp các giáo viên hiện đang làm công tác GDTC về số lượng và chất lượng cơ sở vật chất, sân tập, dụng cụ tập luyện GDTC của Nhà trường. Kết quả được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3. Thực trạng cơ sở vật chất phục vụ công tác GDTC cho sinh viên Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương

Cơ sở vật chất	Năm học 2017-2018				Mức độ đáp ứng
	Số lượng	Tốt	Trung bình	Kém	
Phòng tập Aerobic	01	-	01	-	Tốt
Hệ thống âm thanh	01	01	-	-	Tốt
Gương tập	01	01	-	-	Tốt
Kho để dụng cụ	01	-	01	-	Trung bình
Sân bóng chuyền	01	-	01	-	Trung bình
Quả bóng chuyền	40	10	30	-	Trung bình
Tường tập chuyên bóng	01	-	01	-	Trung bình
Sân bóng rổ	01	-	01	-	Trung bình
Rổ ném bóng	06	02	04	-	Trung bình
Quả bóng rổ	40	10	30	-	Trung bình
Dụng cụ hỗ trợ	-	-	-	-	Trung bình

Mặc dù được ban giám hiệu nhà trường quan tâm đầu tư, Nhà trường đã lựa chọn và xây dựng chương trình môn học GDTC tận dụng tối đa cơ sở vật chất của Trường, nhưng thực trạng cơ sở vật chất phục vụ cho hoạt động GDTC của nhà trường nói chung còn nhiều hạn chế. Chất lượng, số lượng cơ sở vật chất phục vụ tập luyện GDTC còn thiếu cả về số lượng và chất lượng so với yêu cầu đổi mới

5. Kết quả kiểm tra trình độ thể lực của nhóm đối chứng và nhóm thực nghiệm – thời điểm sau 01 năm học thực nghiệm

TT	Test/ Đối tượng	Nhóm đối chứng		Nhóm thực nghiệm		Sự khác biệt thống kê	
		\bar{x}	$\pm\delta$	\bar{x}	$\pm\delta$	$t_{\text{tính}}$	P
	Nam	(n = 16)		(n = 17)			
1	Lực bóp tay thuận (kG)	46,15	4,23	47,67	4,34	3,25	< 0,05
2	Nằm ngửa gập bụng (lần/30 s)	19,89	2,06	20,43	2,08	3,07	< 0,01
3	Bật xa tại chỗ (cm)	226,37	20,50	230,3	20,30	3,21	< 0,05

phương pháp dạy và học và tập luyện TDDT ngoại khóa của Nhà trường. Do vậy, tận dụng hợp lý cơ sở vật chất sẵn có của Trường để phát triển thể lực cho sinh viên là vấn đề cần thiết.

4. Thực trạng sử dụng bài tập phát triển thể lực chung cho sinh viên Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương

Bằng phương pháp quan sát sư phạm, phân tích giáo án và thống kê, đề tài đã tổng hợp được các loại bài tập phát triển thể lực chung cho sinh viên Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương trong giờ học GDTC chính khóa theo các dạng bài tập phát triển từng tổ chức thể lực.

Kết quả thống kê 10 buổi học được trình bày ở bảng 4.

Bảng 4. Nhịp tăng trưởng kết quả kiểm tra trình độ thể lực của sinh viên nhóm đối chứng và thực nghiệm sau 01 học kỳ thực nghiệm

Test	Đối tượng	W đối chứng (%)	W thực nghiệm (%)	Chênh lệch
Lực bóp tay thuận (kG)	Nam	2,15	3,88	1,73
Nằm ngửa gập bụng (lần/30 s)		2,25	4,96	2,71
Bật xa tại chỗ (cm)		2,76	4,10	1,34
Chạy 30m XPC (s)		1,99	3,84	1,84
Chạy con thoi 4 x 10m (s)		2,74	4,69	1,95
Chạy tùy sức 5 phút (m)		2,95	5,42	2,47
Lực bóp tay thuận (kG)	Nữ	2,91	3,61	0,70
Nằm ngửa gập bụng (lần/30 s)		2,23	5,52	3,29
Bật xa tại chỗ (cm)		1,86	5,50	3,65
Chạy 30m XPC (s)		1,23	2,62	1,39
Chạy con thoi 4 x 10m (s)		1,65	2,28	0,63
Chạy tùy sức 5 phút (m)		2,78	3,98	1,20

Sau 01 học kỳ thực nghiệm, sinh viên thuộc cả 2 nhóm đối chứng và thực nghiệm đều có nhịp độ tăng trưởng trình độ thể lực ở mức tốt, tuy nhiên, sinh viên nhóm thực nghiệm có nhịp độ tăng trưởng cao hơn so với nhóm đối chứng từ 0,63 – 3,65%.

3.6. Phương pháp toán học thống kê

Phương pháp Toán học thống kê được sử dụng nhằm phân tích và xử lý các số liệu thu thập được trong quá trình nghiên cứu của đề tài, thông qua các công thức toán học thống kê. Ngoài ra còn sử dụng phương pháp phân tích dữ liệu trong “Phân tích dữ liệu khoa học” bằng phần mềm Excel và SPSS 22.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Thực trạng chương trình giảng dạy môn học Giáo dục thể chất tại Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương

Phân tích chương trình giảng dạy môn học GDTC tại Trường CĐSP Trung ương thông qua tham khảo tài liệu và phỏng vấn trực tiếp các giảng viên GDTC tại Trường. Kết quả cho thấy: Trường hiện đang giảng dạy môn học GDTC trong 2 học phần, trong đó có 01 học phần bắt buộc (Môn Aerobic) và 01 học phần tự chọn (chọn 1 trong 2 môn Bóng rổ hoặc Bóng chuyên). Mỗi học phần là 45 tiết. Hình thức giảng dạy: Theo học chế tín chỉ, Cụ thể phân phối chương trình giảng dạy được trình bày tại bảng 1.

Bảng 1. Thực trạng chương trình giảng dạy môn học Giáo dục thể chất tại Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương

Học phần	Tín chỉ	Loại học phần	Phân loại tiết			
			Tổng số	Lý thuyết	Thực hành	Kiểm tra
GDTC001 - Aerobic	1	Bắt buộc	45	0	43	2
GDTC001 - Bóng chuyên	1	Tự chọn	45	0	43	2
GDTC002 - Bóng rổ	1	Tự chọn	45	0	43	2

Chương trình giảng dạy môn học GDTC tại Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương được xây dựng theo đúng quy định của Bộ Giáo dục và Đào tạo ban hành. Tuy nhiên, không có giờ học dành riêng cho giảng dạy lý thuyết. Qua trao đổi với các giảng viên GDTC tại Trường cho thấy: Việc giảng dạy lý thuyết GDTC được tiến hành đan xen trong các giờ học thực hành, dạy thực hành tới đâu thì dạy lý thuyết tới đấy. Việc làm này theo đánh giá của các giảng viên Bộ môn thì mang lại hiệu quả cao hơn so với việc giảng lý thuyết riêng trước khi giảng thực hành.

2. Thực trạng đội ngũ giảng viên giảng dạy môn học Giáo dục thể chất tại Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương

Thống kê thực trạng đội ngũ giảng viên giảng dạy môn học GDTC tại Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương thông qua phân tích hồ sơ giảng viên và phỏng vấn trực tiếp các giảng viên

GDTC tại Trường. Kết quả được trình bày tại bảng 2.

Bảng 2. Thực trạng đội ngũ giảng viên giáo dục thể chất tại Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương

Nội dung	Năm học		
	2015-2016	2016-2017	2017-2018
Số lượng giáo viên	6	6	4
Giới tính	Nam	4	4
	Nữ	2	0
Tổng số sinh viên	985	942	861
Tỷ lệ sinh viên/giáo viên	164/GV	157/GV	215/GV
Thâm niên công tác	Dưới 5 năm	2	0
	Trên 5 năm	4	4
Trình độ chuyên môn	Sau đại học	0	1
	Đại học	6	3
	Dưới đại học	0	0
Trình độ tin học	A	0	0
	B	6	3
	C	0	1
Trình độ ngoại ngữ	A	0	0
	B	6	3
	C	0	1

- Thời điểm năm học 2015-2016 và 2016-2017, Nhà trường có 06 giáo viên GDTC. Thời điểm đó, tỷ lệ SV/GV là 157-164 SV/GV. Tới giữa năm học 2016-2017, Trường có 2 giáo viên GDTC nữ tới tuổi về hưu, từ đó tới nay, Trường còn 04 GV GDTC. Tuy nhiên, trong 3 năm học gần đây, số lượng sinh viên của nhà trường tăng giảm thất thường do yêu cầu thực tế, tỷ lệ sinh viên/ giáo viên tại thời điểm năm học 2017-2018 là 215 sinh viên/ Giáo viên, đây vẫn là con số cao so với yêu cầu của bộ giáo dục và đào tạo.

- Về trình độ giáo viên: Trường không có giáo viên ở trình độ Cao đẳng.

- Về độ tuổi: Độ tuổi trung bình của các giáo viên thời điểm năm học 2017-2018 là 35-40 tuổi, đây là một ưu thế lớn bởi là lực lượng giáo viên có thời gian công tác lâu năm lên kinh nghiệm giảng dạy phong phú, tuy nhiên, đây lại là lực lượng có thể tiếp cận khoa học kỹ thuật, có thể học tập nâng cao trình độ để trở thành những cán bộ có trình độ cao, đây cũng là một vấn đề có tính tích cực.

- Số lượng sinh viên của trường hiện tại thời điểm năm học 2017-2018 là 861 sinh viên. Trên thực tế, trung bình mỗi giáo viên đảm nhận khoảng 4-6 lớp trong một năm học làm cho mật độ dày và cường độ làm việc lớn ảnh hưởng rất nhiều đến quá trình giảng dạy, chuẩn bị giáo án.... Việc chuẩn bị và tổ chức giờ học không còn đủ thời gian để thực hiện đầy đủ theo yêu cầu. Khả năng quản lý, bao quát và điều khiển của giáo viên trong giờ dạy còn hạn chế. Đồng

muốn có một xã hội khoẻ mạnh ngoài các chính sách chăm sóc sức khoẻ cộng đồng, phòng chống bệnh tật, chính sách về y tế... thì phát triển thể dục thể thao (TDTT) là một phương tiện quan trọng, một biện pháp có hiệu quả to lớn nhằm nâng cao sức khỏe, thể lực và chất lượng cuộc sống, góp phần giữ gìn, tôn vinh những giá trị văn hoá dân tộc.

Theo Nghị định 93/HĐBT của Hội đồng Bộ trưởng (nay là Chính phủ) Trường Cao đẳng Sư phạm Nhà trẻ - Mẫu giáo Trung ương I được thành lập với nhiệm vụ là đào tạo, bồi dưỡng Giáo viên, Cán bộ quản lý mẫu giáo với trình độ Cao đẳng và nghiên cứu khoa học giáo dục trước tuổi đến Trường phổ thông. Trải qua gần 30 năm xây dựng và phát triển, Nhà trường không ngừng đổi mới phương pháp giảng dạy nhằm nâng cao chất lượng giáo dục, trong đó có GDTC cho sinh viên.

Tuy nhiên, qua khảo sát thực trạng thể lực chung (TLC) của sinh viên Nhà trường hiện nay cho thấy sự phát triển TLC chưa thực sự đáp ứng yêu cầu. Nhiều sinh viên chưa có sự phát triển tốt về các tố chất TLC như sức nhanh, sức mạnh, sức bền...; đặc biệt là khả năng phối hợp vận động. Điều đó chứng tỏ thể lực của các em chưa được chuẩn bị tốt, việc đó ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả học tập môn học Thể dục nói riêng, kết quả học tập các môn học văn hóa khác nói chung.

Để có căn cứ tác động các giải pháp nâng cao hiệu quả giảng dạy GDTC tại Trường, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *“Thực trạng các yếu tố ảnh hưởng tới việc phát triển thể lực chung của sinh viên Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương”* với mục tiêu cụ thể là: *“Đánh giá hiệu quả các bài tập phát triển thể lực của sinh viên Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương năm 2019”*.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 321 sinh viên năm thứ nhất và năm thứ hai đang học tại Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương, trong đó có 169 sinh viên năm thứ nhất và 152 sinh viên năm thứ hai.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 11/2018 đến tháng 10/2019

Địa điểm nghiên cứu: Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Phương pháp nghiên cứu và tổng hợp tài liệu

Sử dụng phương pháp này trong quá trình

nghiên cứu phục vụ cho việc giải quyết các nhiệm vụ nghiên cứu. Từ phân tích, tiếp thu và sử dụng các thông tin khoa học có liên quan cần thiết, tổng hợp lại thành những vấn đề cơ bản có định hướng nhằm xây dựng lý luận cho phần tổng quan nghiên cứu; đánh giá thực trạng thể lực sinh viên nhà trường

3.2. Phương pháp phỏng vấn, tọa đàm

Đề tài sử dụng phương pháp này nhằm đánh giá thực trạng việc sử dụng các bài tập phát triển TLC cho sinh viên, được thực hiện theo hai cách (trao đổi trực tiếp) và gián tiếp (thông qua phỏng vấn). Để lựa chọn được hệ thống bài tập, đề tài chọn đối tượng phỏng vấn là các chuyên gia, giảng viên môn có kinh nghiệm giảng dạy GDTC tại Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương và các trường cao đẳng, đại học tại Hà Nội. Thông qua phiếu hỏi tọa đàm để lựa chọn ra các bài tập có hiệu quả nhằm phát triển TL cho đối tượng nghiên cứu, nhằm áp dụng trong thực tiễn việc giải quyết các mục tiêu nghiên cứu của đề tài.

3.3. Phương pháp quan sát sự phạm

Việc sử dụng phương pháp quan sát sự phạm nhằm trực tiếp theo dõi nội dung tập thể lực chung trong giờ chính khóa sinh viên Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương, quan sát về cơ sở vật chất phục vụ giảng dạy bằng cách: Ghi số lượng các bài tập, số lượng sinh viên trong lớp, cách tổ chức, hướng dẫn giờ học, thời gian tiến hành cho mỗi nội dung tập luyện thể lực, các hình thức bài tập được sử dụng, số lần lặp lại bài tập thể lực, cơ sở vật chất tập luyện...

3.4. Phương pháp kiểm tra sự phạm

Kiểm tra sự phạm là phương pháp tiếp cận với đối tượng nghiên cứu. Trong đề tài này sử dụng chủ yếu phương pháp kiểm tra dưới các test nhằm mục đích giải quyết mục tiêu thứ ba của đề tài. Để chứng minh rằng, các bài tập đưa ra là giải pháp tối ưu cho việc phát triển thể lực cho sinh viên. Góp phần thực hiện mục tiêu của trường đã đề ra.

Việc đánh giá xếp loại thể lực chung cho sinh viên Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương dựa trên 06 nội dung, cụ thể là: Lực bóp tay thuận (KG), Nằm ngửa gập bụng (lần/30s), Bật xa tại chỗ (cm), Chạy 30m XFC (s), Chạy con thoi 4 x 10m (s), Chạy tùy sức 5 phút (m) và được thực hiện theo quyết định số 53/2008/QĐ-BGDĐT, ngày 18 tháng 9 năm 2008 của Bộ Giáo dục và Đào tạo

3.5. Phương pháp thực nghiệm sự phạm

Phương pháp thực nghiệm: Thực nghiệm so sánh song song trên 339 sinh viên trong đó có 30 SV nam và 309 SV nữ.

comparisons between haemofiltration and haemodialysis during identical Kt/V and session time in a long-term cross over study. Nephrol dial transplant (European renal association - European dialysis and transplant association) Vol 16; pp: 1207-1213.

6. **Civati G, Guastoni C, Teatini U et al** (2008), High-flux acetate haemodialysis: a single-centre experience. Nephrology Dialysis Transplant 991; 6 [Suppl 2]: 75–81

7. **Tisler A, Akocsi K, Harshegyi I et al** (2002), Comparison of dialysis and clinical characteristics

of patients with frequent and occasional hemodialysis-associated hypotension. Kidney Blood Press Res; 25: 97–102

8. **Daugirdas JT** (2001), Dialysis hypotension: a hemodynamic analysis. Kidney Int 39: 233–246

9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5859642/>

10. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5153315/>

11. <https://www.vinmec.com/vi/chu-de/yeu-to-anh-huong-den-su-tien-trien-cua-suy-than-man/>

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CÁC BÀI TẬP PHÁT TRIỂN THỂ LỰC CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG CAO ĐẲNG SƯ PHẠM TRUNG ƯƠNG NĂM 2019

VŨ VĂN HUY, NGUYỄN XUÂN TĨNH
Trường Đại Học Điều Dưỡng Nam Định,

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả các bài tập phát triển thể lực của sinh viên Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương năm 2019.

Phương pháp nghiên cứu: Sử dụng các phương pháp nghiên cứu khoa học thường quy đánh giá thực trạng các yếu tố ảnh hưởng tới việc phát triển thể lực chung của sinh viên Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương thông qua các yếu tố: Thực trạng chương trình giảng dạy, đội ngũ giáo viên, cơ sở vật chất, thực trạng sử dụng bài tập thể lực và thực trạng trình độ thể lực của sinh viên.

Kết quả: Chương trình môn học GDTC được xây dựng đảm bảo yêu cầu của Bộ Giáo dục và Đào tạo. Cơ sở vật chất còn thiếu, số lượng bài tập còn ít. Tỷ lệ sinh viên không đạt tiêu chuẩn thể lực theo quy định của Bộ Giáo dục và Đào tạo còn cao ở tất cả các test kiểm tra.

Kết luận: Nhìn chung, sinh viên có kết quả kiểm tra thể lực chỉ ở mức trung bình, tỷ lệ đạt loại tốt còn thấp. Ban lãnh đạo nhà trường cần dựa vào đó để ứng dụng các bài tập phù hợp để nâng cao trình độ thể lực cho sinh viên

Từ khóa: Thực trạng, thể lực chung, sinh viên, Trường Cao đẳng Sư phạm Trung ương...

SUMMARY

THE ACTUAL STATE OF FACTORS AFFECTING TO THE GENERAL PHYSICAL DEVELOPMENT OF STUDENTS NATIONAL COLLEGE OF EDUCATION

Objective: Evaluating the effectiveness of physical development exercises of students of the Central College of Education in 2019.

Researching method: Using routine scientific research methods to evaluate the actual situation of factors affecting to students' physical development in National college of education via elements: The actual state of teaching programs, teacher teams, facilities, the actual state of applying physical exercises and students' fitness level.

Result: The curriculum of physical education is set up to meet the requirement of the Ministry of Education and Training. There are lack of facilities and exercise quantity. The proportion of students who are under the physical standard of the Ministry of Education and Training is still high in most of tests.

Conclusion: Generally, majority of students got the result in average level, those of high level were low. School leadership need to base on that to apply suitable exercises to raise fitness level of students.

Keywords: actual state, general fitness, student, National college of education...

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sức khỏe của mỗi người là yếu tố tạo nên sức mạnh của xã hội, sức khỏe của nhân dân là yếu tố tạo nên sức mạnh của cộng đồng, của đất nước, của dân tộc và là cơ sở của việc duy trì các thể hệ giống nòi có thể trạng tốt. Vì vậy,

Chịu trách nhiệm: Vũ Văn Huy

Email: vuhuyndun@gmail.com

Ngày nhận: 27/5/2021

Ngày phản biện: 23/6/2021

Ngày duyệt bài: 12/7/2021

chưa đạt về mức độ kiến thức chiếm đa số với 83%. Trong khi đó số người bệnh đạt về ĐDKT chỉ chiếm 17%.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu cho thấy số đối tượng thuộc nhóm tuổi từ 18 – 60 tuổi chiếm 70%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đinh Thị Thu Huyền và CS năm 2018 với tỷ lệ 67,6% [2]. Chúng ta thấy có đến 70% người bệnh trong độ tuổi lao động (≤ 60 tuổi). Đây là một con số đáng báo động vì nó không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe, chất lượng sống của người bệnh mà còn ảnh hưởng không nhỏ đến sự phát triển của xã hội.

Sự phân bố giới tính ở nghiên cứu của chúng tôi cho thấy lọc máu chu kỳ ở nam (120/200) chiếm 60%, nữ giới chiếm 40%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đinh Thị Thu Huyền năm 2018, tỷ lệ nữ chiếm 41,4%, nam chiếm 58,6% [2]. Trong báo cáo các yếu tố liên quan đến suy thận tại Vinmec cũng cho thấy tỉ lệ của nam cao hơn của nữ [11].

Theo kết quả thu được thì có đến 60% đối tượng sống ở vùng nông thôn và 40% sống ở thành thị. Ở Úc kết quả của nghiên cứu này cho thấy sự hiểu biết kém về thận mãn tính trong cộng đồng [9]. Tại Tây Nam Nigeria cũng chỉ có 33,7% đã nghe nói về bệnh thận [8]. Theo kết quả nghiên cứu tại các vùng nông thôn thì kiến thức cũng như tỉ lệ mắc bệnh cao hơn ở thành thị. Như vậy sự khác biệt về vùng miền có ảnh hưởng đến kiến thức cũng như cách phòng bệnh của ĐTKC.

Theo kết quả nghiên cứu phần lớn người bệnh đã kết hôn chiếm 85%. Có 70% người bệnh có trình độ học vấn từ THPT trở lên. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Đinh Thị Thu Huyền (2018) với tỷ lệ 69% [2]; đa phần kinh tế của người bệnh ở mức độ trung bình; có 32,5% người bệnh có kinh tế khó khăn.

Từ kết quả nghiên cứu có thể thấy suy thận có thể xảy ra ở bất kỳ đối tượng nào không phụ thuộc vào tuổi tác, giới tính, nơi ở, tình trạng hôn nhân trình độ học vấn, mức độ giàu nghèo.

2. Kiến thức về nhận biết dấu hiệu tụt huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu cho thấy người bệnh có mức độ kiến thức chưa đạt chiếm đa số với 166 người bệnh chiếm 83%. Đây là một vấn đề đáng quan ngại và cần phải bổ sung kiến thức cho người bệnh một cách tích cực và có hiệu quả.

Đa phần người bệnh cho rằng trọng lượng khô thấp hơn trọng lượng khô thực tế chiếm 29% là nguyên nhân gây tụt huyết áp; 27,5%

người bệnh cho rằng do chế độ ăn chưa phù hợp; 26% cho rằng do chưa tuân thủ điều trị, 24% người bệnh cho rằng tăng cân nhiều giữa hai lần chạy và 24% cho rằng các bệnh liên quan đến tim mạch là nguyên nhân gây tụt huyết áp trong quá trình lọc máu. Khi hỏi về các biểu hiện khi xảy ra tụt huyết áp người bệnh lựa chọn đáp án là hoa mắt, chóng mặt chiếm 65,5% và mất tỉnh táo, mệt mỏi chiếm 50%, 44,5% chọn biểu hiện buồn nôn, nôn; da ẩm lạnh và mờ hôi chiếm 32%; nhịp tim nhanh chiếm 25,5% và biểu hiện chuột rút là 21,5%, đây là những biểu hiện quen thuộc và thường gặp. 71,5% người bệnh có cách xử trí là báo với nhân viên y tế khi thấy dấu hiệu của tụt huyết áp; 51,5% người bệnh chọn cách xử trí là tự sử dụng các loại thực phẩm giúp tăng HA và chỉ có 38,5% người bệnh đo huyết áp trước khi có những xử trí tiếp theo. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với 1 số tác giả [3], [4], [6], [7]. Cần xây dựng thói quen giúp người bệnh tự kiểm tra huyết áp khi có dấu hiệu bất thường trong quá trình lọc cũng như ở nhà.

Cần trọng trong việc sử dụng thuốc hạ áp trước và trong quá trình lọc máu chiếm 32%, giảm số cân lọc chiếm 31%, hạn chế ăn uống trong lúc lọc chiếm 26,5%, hạn chế muối chiếm 26%, giảm uống nước chiếm 24,5% là những biện pháp đa phần người bệnh chọn để phòng tụt huyết áp.

KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn người bệnh có kiến thức chưa đạt với 166 người bệnh (chiếm 83%). Cần tăng cường công tác truyền thông, tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh lọc máu chu kỳ, đặc biệt là những người ở nông thôn, có điều kiện kinh tế khó khăn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh thận – tiết niệu. Tr 139-145.
2. Đinh Thị Thu Huyền và CS (2018) Thực trạng tuân thủ chế độ dinh dưỡng của người bệnh suy thận lọc máu chu kỳ tại bệnh viện Đa khoa Công an tỉnh Nam Định năm 2018. *Tạp chí khoa học Điều dưỡng – Tập 02 – Số 01*.
3. Trần Hữu Nhật, Trần Công Lộc (2014), Đánh giá biến chứng tụt huyết áp trong lọc máu chu kỳ ở người bệnh suy thận mạn. *Tài liệu hội nghị khoa học quốc tế điều dưỡng*. Tr6
4. Đỗ Văn Tùng (2010), “Nghiên cứu biến chứng tụt huyết áp trong lọc máu chu kỳ ở người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên”, *Luận văn Thạc sỹ Y học*, Trường Đại học Thái Nguyên.
5. Altieri P (2010), Predilution haemofiltration - the second Sardinian multicentrestudy:

trung bình và bảng để mô tả các biến số theo mục tiêu nghiên cứu.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 200)

TT	Đặc điểm	Phân loại	n	%
1	Tuổi	18 – 60	140	70
		>60	60	30
2	Giới	Nữ	80	40
		Nam	120	60
3	Nơi ở hiện tại	Thành thị	80	40
		Nông thôn	120	60
4	Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn	30	15
		Đã kết hôn	170	85
5	Trình độ học vấn	≥ Trung học phổ thông	140	70
		< Trung học phổ thông	60	30
6	Điều kiện kinh tế	Khó khăn	65	32,5
		Bình thường	135	67,5

Nghiên cứu với tổng số 200 người bệnh trong đó nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm 30%; Nam chiếm 60%; nông thôn chiếm 60%; phần lớn người bệnh đã kết hôn chiếm 85%; 70% người bệnh có trình độ học vấn từ THPT trở lên; đa phần kinh tế của người bệnh ở mức độ trung bình tuy nhiên có đến 32,5% người bệnh có kinh tế khó khăn.

2. Kiến thức về nhận biết dấu hiệu tụt huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Kiến thức của ĐTNC về nguyên nhân gây tụt huyết áp (n = 200)

STT	Nguyên nhân gây tụt huyết áp	n	%
1	Tăng cân nhiều giữa 2 lần chạy	48	24
2	Trọng lượng khô thấp hơn trọng lượng khô thực tế	58	29
3	Do chưa tuân thủ tốt điều trị	52	26
4	Do chế độ ăn chưa phù hợp	55	27,5
5	Ăn ngay trước hoặc trong lúc lọc máu	26	13
6	Các bệnh liên quan đến tim mạch	48	24
7	Dùng thuốc hạ áp trước khi lọc máu	40	20

Đa phần người bệnh cho rằng trọng lượng khô thấp hơn trọng lượng khô thực tế (chiếm 29%) là nguyên nhân gây tụt huyết áp; 27,5% người bệnh cho rằng do chế độ ăn chưa phù hợp; 26% cho rằng do chưa tuân thủ điều trị tốt, 24% người bệnh cho rằng tăng cân nhiều giữa hai lần chạy và 24% cho rằng các bệnh liên quan đến tim mạch là nguyên nhân gây tụt huyết áp trong quá trình lọc máu.

Bảng 3. Kiến thức của ĐTNC về biểu hiện tụt huyết áp (n = 200)

STT	Biểu hiện	n	%
1	Hoa mắt, chóng mặt	131	65,5
2	Buồn nôn, nôn	89	44,5
3	Chuột rút	43	21,5

4	Mất tỉnh táo, mệt lả	100	50
5	Cảm giác tối sầm	51	25,5
6	Da ẩm lạnh, vã mồ hôi	64	32
7	Nhịp tim nhanh (đánh trống ngực)	51	25,5

65,5% đối tượng nói rằng hoa mắt, chóng mặt là biểu hiện khi tụt huyết áp; biểu hiện tiếp theo là mất tỉnh táo, mệt lả với tỉ lệ là 50%; 44,5% chọn biểu hiện buồn nôn, nôn; da ẩm lạnh vã mồ hôi chiếm 32%; nhịp tim nhanh chiếm 25,5% và biểu hiện chuột rút là 21,5%.

Bảng 4. Kiến thức của ĐTNC về cách xử trí khi thấy dấu hiệu tụt huyết áp (n = 200)

STT	Cách xử trí	n	%
1	Đo huyết áp	77	38,5
2	Báo với nhân viên y tế	143	71,5
3	Sử dụng các loại thực phẩm giúp tăng HA: muối, gừng...	103	51,5

71,5% người bệnh có cách xử trí là báo với nhân viên y tế khi thấy dấu hiệu của tụt huyết áp; 51,5% người bệnh chọn cách xử trí là tự sử dụng các loại thực phẩm giúp tăng HA và chỉ có 38,5% người bệnh đo huyết áp trước khi có những xử trí tiếp theo.

Bảng 5. Kiến thức của ĐTNC về biện pháp phòng tụt huyết áp (n = 200)

STT	Biện pháp phòng tụt huyết áp	n	%
1	Giảm số cân tăng giữa hai lần lọc	62	31
2	Đánh giá nhiều lần và cẩn thận trọng lượng khô thực tế	24	12
3	Cẩn trọng trong việc sử dụng thuốc hạ áp trước và trong quá trình lọc máu	64	32
4	Hạn chế ăn hoặc nạp thêm bằng đường uống trong lúc lọc máu	53	26,5
5	Hạn chế ăn muối	52	26
6	Giảm uống nước	49	24,5
7	Chuẩn bị sẵn thực phẩm có tác dụng tăng huyết áp	15	7,5

Cẩn trọng trong việc sử dụng thuốc hạ áp trước và trong quá trình lọc máu (chiếm 32%), giảm số cân lọc (chiếm 31%), hạn chế ăn uống trong lúc lọc (chiếm 26,5%), hạn chế muối (chiếm 26%), giảm uống nước (chiếm 24,5%) là những biện pháp đa phần người bệnh chọn để phòng tụt huyết áp.

Từ các kết quả nghiên cứu ta có thể đánh giá mức độ kiến thức của người bệnh như sau:

Bảng 6. Đánh giá mức độ kiến thức của ĐTNC về tụt huyết áp (n = 200)

Đánh giá	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Đạt	34	17
Chưa đạt	166	83

Kết quả nghiên cứu cho thấy số người bệnh

Kết luận: Cần tăng cường công tác truyền thông, tư vấn, giáo dục sức khỏe cho người bệnh lọc máu chu kỳ, đặc biệt là những người ở nông thôn, có điều kiện kinh tế khó khăn.

Từ khóa: *tụt huyết áp, lọc máu chu kỳ, kiến thức*

SUMMARY

KNOWLEDGE ON HOW TO KNOW THE SIGNS OF HYPOTENSION OF HEMODIALYSIS PATIENT IN THE RENAL DIALYSIS DEPARTMENT AT NAM DINH PROVINCIAL POLICE HOSPITAL IN 2019

Objectives: To survey knowledge on how to recognize signs of hypotension during hemodialysis progress of patients at Nam Dinh Provincial Police Hospital in 2019.

Methods: A cross-sectional descriptive study with Convenient and simple sampling method was conducted on 200 hemodialysis patients in the renal dialysis department at, Nam Dinh Provincial Police Hospital. The investigator used a pre-designed questionnaire to interview patients.

Results: Out of a total of 200 patients participating in the study, there were 166 patients with inadequate knowledge (accounting for 83%), 29% of subjects believed that the cause of hypotension was due to a lower dry weight than the actual dry weight. There were 65.5% of the subjects that said that the sign of dizziness is a sign of hypotension. 71.5% of the subjects chose to notify their doctor when they felt signs of hypotension and 31% of the subjects chose to lose weight between two dialysis cycles to prevent hypotension.

Conclusion: It is necessary to strengthen communication, counseling and health education for hemodialysis patients, especially those in rural areas with difficult economic conditions.

Keywords: *hypotension, hemodialysis, knowledge*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy thận mạn tính là một hội chứng gây ra bởi nhiều nguyên nhân khác nhau khiến thận không thể thực hiện được vai trò lọc và loại bỏ các độc tố ra khỏi cơ thể, khi đó bệnh nhân cần điều trị thay thế thận. Hiện nay có 3 phương pháp điều trị thay thế thận là thận nhân tạo (hoặc thẩm tách máu, hemodialysis, HD), thẩm phân phúc mạc (peritoneal dialysis, PD) và ghép thận^[1]. Tuy nhiên phương pháp lọc máu chu kỳ được áp dụng rộng rãi hơn cả.

Toàn cầu hiện nay có hơn 50 triệu người bị bệnh này và trong số đó có hơn 1 triệu người bệnh cần điều trị thay thế thận như lọc máu chu kỳ hoặc ghép thận^{[5], [8]}. Tuy lọc máu là phương pháp điều trị không thể thiếu đối với đa số người

bệnh suy thận mạn nhưng lọc máu cũng có nhiều biến chứng gần và xa trong đó có nhiều biến chứng xảy ra trong khi lọc máu. Trong các biến chứng xảy ra tại buổi lọc thì biến chứng tụt huyết áp là biến chứng thường gặp nhất trên lâm sàng, tần suất tụt huyết áp gặp khoảng 20 – 30 % tổng số lần lọc máu nói chung, điều đó làm ảnh hưởng đến chất lượng lọc máu và tâm lý người bệnh^[4].

Tại thành phố Nam Định, bệnh viện Công an tỉnh Nam Định là một trong những bệnh viện lắp đặt máy thận nhân tạo sớm nhất. Tuy nhiên cho đến nay tại Nam Định các nghiên cứu về kiến thức nhận biết dấu hiệu tụt huyết áp trong quá trình lọc máu còn hạn chế. Từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: “Khảo sát kiến thức về cách nhận biết dấu hiệu tụt huyết áp của người bệnh lọc máu chu kỳ tại khoa Thận nhân tạo Bệnh viện Công an tỉnh Nam Định năm 2019”

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

- Người bệnh lọc máu chu kỳ tại Khoa Thận nhân tạo Bệnh viện công an tỉnh Nam Định đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Những người không có khả năng trả lời câu hỏi như rối loạn tâm thần, không có khả năng giao tiếp, người bệnh đã bị tụt huyết áp trước khi lọc máu được loại khỏi mẫu nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 12/2018 đến tháng 6/2019.

- Thời gian thu thập số liệu: Từ 2/2019 – 3/2019

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Mẫu: Chọn mẫu toàn bộ

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ. Sau khi được cho phép cùng với sự hỗ trợ của khoa Thận nhân tạo, chúng tôi đã giới thiệu và giải thích rõ về nghiên cứu của mình và đã có 200 người bệnh đủ tiêu chuẩn đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

Sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn theo mục tiêu nghiên cứu.

2.4. Quản lý, xử lý và phân tích số liệu

Các số liệu sau khi thu thập được kiểm tra, làm sạch sau đó được nhập và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0. Sử dụng tỷ lệ %, giá trị

cứu nghiên cứu của Britta C Mullany và cộng sự ở Kattmandu, Nepal là 57% [4].

Có 98,8% ĐTNC có đưa vợ đến CSYT để sinh. Tỷ lệ này rất cao, chứng tỏ tầm quan trọng của sự kiện sinh nở và phần lớn đều có sự tham gia của người chồng.

Kiến thức về chăm sóc trước sinh cho thấy chỉ có 30% ĐTNC có kiến thức đạt. Trong một số nghiên cứu cho thấy kiến thức về CSTS của nam giới thấp hơn kiến thức của các bà mẹ [5]. Có thể người phụ nữ cần có kiến thức hơn để tự chăm sóc bản thân và họ cũng được tích lũy kinh nghiệm do đã trải qua các kỳ thai nghén. Điều này chứng tỏ công tác tuyên truyền về chăm sóc sức khỏe bà mẹ trẻ em mặc dù được triển khai rộng rãi nhưng mới chỉ tác động đến đối tượng là các bà mẹ, thể hiện là kiến thức của nam giới về chăm sóc người phụ nữ khi có thai và kiến thức về các dấu hiệu nguy hiểm trong thời gian người phụ nữ có thai còn thấp.

Phần lớn ĐTNC có thái độ đúng đắn về chăm sóc trước sinh (83,7%),

Hầu hết ĐTNC đều có nhu cầu muốn biết thêm kiến thức về chăm sóc trước sinh (92,5%) điều này chứng tỏ ĐTNC rất quan tâm tới vấn đề chăm sóc trước sinh của vợ.

KẾT LUẬN

Kiến thức của người chồng về chăm sóc trước sinh thấp: chỉ có 30% có kiến thức đạt

Phần lớn ĐTNC có thái độ đúng đắn về chăm sóc trước sinh 83,7%.

Tỷ lệ ĐTNC có giúp đỡ vợ các công việc gia đình là 82,6%.

Người thường giúp đỡ vợ trong thời gian vợ mang thai là người chồng 70%.

Có 81,4% ĐTNC đưa vợ đến CSYT để khám thai; 76,7 % ĐTNC đưa vợ đến CSYT để tiêm phòng và 98,8% ĐTNC đưa vợ đến CSYT để sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Thị Vân Anh, Lê Ngọc Lân, Nguyễn Phương Thảo (2006), *Vai trò và trách nhiệm của nam giới trong gia đình và chăm sóc sức khỏe sinh sản*, tr 6-26, tr 34-51, tr 66-71.

2. Quỹ dân số liên hợp quốc (1995), *Sự tham gia của nam giới trong sức khỏe sinh sản, bao gồm cả kế hoạch gia đình và sức khỏe tình dục*.

3. Bộ Y tế (2003), *Kế hoạch quốc gia về làm mẹ an toàn tại Việt Nam 2003-2010*, tr 19-25.

4. Britta C Mullany, Michelle J Hindin, Stan Beeker (2004), *Women's autonomy and male involvement in antenatal care: association and tensions*.

5. Ronald Horstman (2004), *Role of Husbands in Maternal Health in Morang District, Nepal*, p 39 - 58.

6. Ministry of health – Maternal and child health an family planning (2002), *Reseach on maternal mortality in Vietnam the year 2000-2003*, p1-55.

KIẾN THỨC VỀ CÁCH NHẬN BIẾT DẤU HIỆU TỤT HUYẾT ÁP CỦA NGƯỜI BỆNH LỘC MÁU CHU KỲ TẠI KHOA THẬN NHÂN TẠO BỆNH VIỆN CÔNG AN TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2019

VŨ THỊ HỒNG NHUNG, NGUYỄN THỊ THU HƯỜNG
Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát kiến thức về cách nhận biết dấu hiệu tụt huyết áp trong quá trình lọc máu của người bệnh lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Công an tỉnh Nam Định năm 2019.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang với phương pháp chọn mẫu thuận tiện, đơn giản được tiến hành trên 200 người bệnh lọc máu chu kỳ tại khoa Thận nhân tạo Bệnh viện Công

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thu Hường
Email: thuhuonghn66@gmail.com

Ngày nhận: 04/6/2021

Ngày phân biện: 02/7/2021

Ngày duyệt bài: 13/7/2021

an tỉnh Nam Định. Điều tra viên sử dụng bộ câu hỏi đã được thiết kế sẵn để phỏng vấn người bệnh.

Kết quả: Trong tổng số 200 người bệnh tham gia nghiên cứu có 166 người bệnh có kiến thức chưa đạt (chiếm 83%), có 29% đối tượng cho rằng nguyên nhân tụt huyết áp là do trọng lượng khô thấp hơn trọng lượng khô thực tế. Có 65,5% đối tượng cho rằng dấu hiệu hoa mắt chóng mặt là biểu hiện của tụt huyết áp. 71,5% đối tượng chọn báo cho bác sĩ khi cảm thấy có dấu hiệu tụt huyết áp và có 31% đối tượng lựa chọn biện pháp giảm số cân giữa hai chu kỳ lọc máu để phòng tụt huyết áp.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, cỡ mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ. ĐTNC trả lời các câu hỏi thông qua bộ phiếu phỏng vấn.

3. Phương pháp phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu chủ yếu trong độ tuổi 20-35 tuổi (87,2%), sau đó đến trên 35 tuổi (12,8%). Về trình độ học vấn chủ yếu là THPT (45,3%), sau đó đến CĐ/ĐH (37,2%), THCS chỉ chiếm 15,8%, tiểu học ít nhất 2,3%. Nghề nghiệp chủ yếu là Công nhân (38,4%), CBCC chỉ chiếm 4,7% còn lại chủ yếu là buôn bán và làm công việc tự do

2. Thực trạng chăm sóc trước sinh của đối tượng nghiên cứu (ĐTNC).

2.1. Thực trạng giúp đỡ vợ khi mang thai của ĐTNC

Khi vợ mang thai, số ĐTNC cho biết có giúp đỡ vợ các công việc gia đình là 82,6% và 17,4% ĐTNC không giúp đỡ vợ. Tần suất tham gia giúp đỡ công việc nhà thường xuyên nhất là giúp vợ nấu cơm (19,8%), mua thức ăn (19,8%), hiếm khi giúp đỡ nhất là rửa bát (36,1%), giặt quần áo (34,9%), tỷ lệ ĐTNC không giúp đỡ vợ nhiều nhất là công việc lau nhà (31,4%).

2.2. Lý do ĐTNC không giúp đỡ vợ khi mang thai

Bảng 1. Lý do không giúp đỡ vợ các công việc gia đình

Lý do	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không cần thiết	6	40,0
Không có thời gian/bận	4	26,7
Thường đi làm ăn xa	3	20,0
Đó là công việc của phụ nữ	2	13,3
Tổng	15	100

Trong số ĐTNC không giúp đỡ công việc gia đình trong thời gian vợ mang thai thì lý do chủ yếu mà ĐTNC đưa ra là việc đó không cần thiết (40%), hơn 26% ĐTNC đưa ra lý do là không có thời gian hay bận làm ăn và 20% ĐTNC nói rằng họ thường xuyên phải đi làm ăn xa, chỉ có 13,3% ĐTNC cho đó là công việc của người phụ nữ.

2.3. Danh sách những người thường giúp đỡ vợ công việc gia đình khi mang thai

Trong danh sách những người thường giúp đỡ vợ các công việc gia đình trong thời gian vợ mang thai thì đứng đầu là người chồng (70%), mẹ chồng (11%), bố chồng (3,5%), chị em chồng (5%), mẹ đẻ 9% và chị em gái chỉ có 2,5%.

2.4. Thực trạng đưa vợ đến CSYT của ĐTNC

Kết quả nghiên cứu cho thấy, có 81,4% ĐTNC đưa vợ đến CSYT để khám thai, 76,7 % ĐTNC có đưa vợ đến CSYT để tiêm phòng và 98,8% ĐTNC có đưa vợ đến CSYT để sinh.

3. Kiến thức, thái độ về CSTS của ĐTNC

3.1. Kiến thức về CSTS

Kết quả thu được cho thấy chỉ có 30% số ĐTNC đạt kiến thức về chăm sóc trước sinh. Một số ĐTNC còn có kiến thức sai như: (33,7%) cho rằng người phụ nữ có thai chỉ cần ăn uống như bình thường, (11,6%) cho rằng cần lao động như bình thường. Mặc dù có 99,1% ĐTNC cho biết phụ nữ có thai cần đi tiêm phòng uốn ván nhưng có đến 25% ĐTNC không biết tiêm phòng uốn ván có tác dụng gì, hơn 98% ĐTNC biết người phụ nữ có thai cần phải uống viên sắt nhưng có 20,6% ĐTNC không biết tác dụng của viên sắt.

Kiến thức về các dấu hiệu nguy hiểm ở người phụ nữ có thai chưa cao: có 22,4% ĐTNC không kể được một dấu hiệu nguy hiểm nào ở người phụ nữ khi mang thai, có 28,1% ĐTNC kể được 2 dấu hiệu nguy hiểm; 19,7% kể được 1 và 3 dấu hiệu nguy hiểm và kể được từ 4 dấu hiệu nguy hiểm trở lên chỉ có 10%.

3.2. Thái độ về CSTS:

Phần lớn ĐTNC có thái độ đúng về chăm sóc trước sinh (83,7%). Qua phân tích cho thấy, có 66,3% ĐTNC không đồng ý và 22,1% rất không đồng ý với quan niệm "chăm sóc thai nghén là việc của vợ, chồng không nên tham gia". Tuy nhiên, 24,4% ĐTNC đồng ý với quan niệm "sinh đẻ là việc của đàn bà".

4. Nguồn thông tin và nhu cầu thông tin về chăm sóc trước sinh của ĐTNC

4.1. Nguồn thông tin về Chăm sóc trước sinh của ĐTNC

Nguồn thông tin về kiến thức chăm sóc trước sinh mà ĐTNC biết được chủ yếu là từ internet (44%), từ cán bộ y tế và cộng tác viên dân số là 36%, từ tivi là 8,1% và từ các nguồn khác như kinh nghiệm từ người mẹ chồng/mẹ đẻ, người thân trong gia đình là 3,5%.

4.2. Nhu cầu thông tin về Chăm sóc trước sinh của ĐTNC

Hầu hết ĐTNC đều có nhu cầu muốn biết thêm kiến thức về chăm sóc trước sinh (92,5%), chỉ có 7,5% ĐTNC không có nhu cầu, số đối tượng này là những người đã sinh từ 2 con trở lên và không có dự định sinh thêm con nữa.

BÀN LUẬN

Có 82,6% ĐTNC cho biết có giúp đỡ vợ các công việc gia đình, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu ở Morang, Nepal là 75%^[5] và cao hơn nghiên

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả sự tham gia của người chồng trong chăm sóc sức khỏe vợ khi có thai tại phường Vị Xuyên, thành phố Nam Định

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 86 người chồng có vợ đã sinh con từ 01/01/2019 - 30/06/2019 hiện đang sinh sống tại phường Vị Xuyên, thành phố Nam Định. Với phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích, cỡ mẫu được chọn theo phương pháp chọn mẫu toàn bộ.

Kết quả: Kết quả nghiên cứu cho thấy, có 81,4% ĐTNC đưa vợ đến CSYT để khám thai, 76,7 % ĐTNC có đưa vợ đến CSYT để tiêm phòng và 98,8% ĐTNC có đưa vợ đến CSYT để sinh. Nguồn thông tin về kiến thức chăm sóc trước sinh mà ĐTNC biết được chủ yếu là từ internet (44%), sau đó đến từ cán bộ y tế/Cộng tác viên 36%. Hầu hết ĐTNC đều có nhu cầu muốn biết thêm kiến thức về chăm sóc trước sinh (92,5%). Kết quả Nghiên cứu cũng cho thấy người thường giúp đỡ vợ các công việc gia đình trong thời gian vợ mang thai là người chồng (70%). Trong lần mang thai gần đây, có 82,6% ĐTNC cho biết có giúp đỡ vợ các công việc gia đình. Chỉ có 30% số ĐTNC có kiến thức đạt về chăm sóc trước sinh. Phần lớn ĐTNC có thái độ đúng về chăm sóc trước sinh (83,7%).

Kết luận: Tỷ lệ ĐTNC có kiến thức đạt về chăm sóc trước sinh còn thấp chỉ có 30%. Tuy nhiên tỷ lệ ĐTNC có giúp đỡ vợ các công việc gia đình khá cao chiếm 82,6%.

Từ khóa: vai trò người chồng, chăm sóc trước sinh.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE HUSBAND'S ROLE IN TAKING CARE HIS WIFE'S HEALTH DURING PREGNANCY IN VI XUYEN WARD, NAM DINH CITY

Objective: To describe the husband's participation in taking care of his wife's health during pregnancy in Vi Xuyen ward, Nam Dinh city.

Subjects and methods: The research was conducted on 86 husbands whose wives gave birth from January 1, 2019 to June 30, 2019 and currently living in Vi Xuyen ward, Nam Dinh city with the cross-sectional descriptive research method combining with analysis, the sample size is chosen by the method of the whole sampling.

Results: The study results showed that 81.4% of the respondents brought their wives to the health facility for antenatal check-ups, 76.7% of the respondents brought their wives to the health facilities for vaccination and 98.8% of the respondents brought their wives to the health facilities to give birth. The source of information

about prenatal care knowledge that the research team knew was mainly from the internet (44%), then from health workers/collaborators 36%. Most of the study respondents had a need to know more about prenatal care (92.5%). Research results also show that the person who often helps his wife with housework during pregnancy is the husband (70%). During the recent pregnancy, 82.6% of the respondents said that they helped their wives with household chores. Only 30% of the respondents had good knowledge about prenatal care. Most of the respondents had the right attitude about prenatal care (83.7%).

Conclusion: The ratio of researchers with knowledge of antenatal care is still low, only 30%. However, the percentage of researchers who help their wives with household chores is quite high, accounting for 82.6%.

Keywords: husband role, prenatal care.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tử vong mẹ, tử vong chu sinh, trẻ đẻ non và trẻ đẻ nhẹ cân liên quan chặt chẽ với tình hình phát triển kinh tế - xã hội ở từng địa phương cũng như điều kiện kinh tế của từng gia đình. Tuy nhiên, ngoài việc người phụ nữ cần có kiến thức đúng để tự chăm sóc trước sinh hợp lý, thì vai trò của người chồng và sự tham gia giúp đỡ của người chồng là rất quan trọng^[1].

Hàng năm, trên thế giới có khoảng gần 580.000 phụ nữ tử vong do những nguyên nhân liên quan đến thai sản. Như vậy, cứ một phút qua đi lại có một bà mẹ chết do hậu quả hoặc những biến chứng do thai nghén và sinh đẻ^[1].

Ở Việt Nam tỷ lệ người mẹ bị tử vong là 165/100.000 ca sinh sống và thay đổi theo từng vùng nghiên cứu^[3]. Tử vong mẹ xảy ra trước sinh chiếm đến 25 % và phần lớn các trường hợp này có thể phòng tránh được thông qua việc thực hiện tốt chăm sóc trước sinh^[6].

Vị Xuyên là một trong những phường đông dân thuộc Thành Phố Nam Định, dân số toàn Phường tính đến năm 2019 là 8.200 người. Phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ cao (15-49) khoảng hơn 2700 người, chiếm 32,93% dân số toàn phường.

Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm mục tiêu: *Mô tả sự tham gia của người chồng trong chăm sóc sức khỏe vợ khi có thai tại phường Vị Xuyên.*

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

Nghiên cứu được thực hiện trên 86 người chồng có vợ đã sinh con từ 01/01/2019 - 30/06/2019 tại phường Vị Xuyên, thành phố Nam Định. Thời gian nghiên cứu từ tháng 4/2020-6/2020.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, ghi nhận hình ảnh PET tại thời điểm 60 phút sau khi tiêm ^{18}F -FLT, có sự hấp thu theo đặc điểm sinh lý của DCPX tại các cơ quan như tuyến ức, gan-lách, đường ruột, thận-bàng quang và tủy xương. Hình ảnh PET thu được có độ tương phản cao, DCPX tập trung thấp ở máu và các mô cơ. Do bản chất của FLT là một nguyên liệu cho tổng hợp acid nhân và sự tăng sinh của tế bào, nên sẽ không thấy DCPX hấp thu vào nhu mô não. Ngược lại, ở những cơ quan có sự sinh tổng hợp tế bào mạnh như ở gan-lách và tủy xương, ghi nhận thấy sự tăng hấp thu lan tỏa của phóng xạ, với giá trị SUVmax đo được tại hai cơ quan này lần lượt là $6,70 \pm 1,67$ và $0,67 \pm 0,13$.

Trên mô hình thỏ gây viêm, so sánh hình ảnh PET thu được sau khi tiêm cả hai DCPX nhằm đánh giá khả năng hấp thu của từng chất với tổn thương viêm. Hình ảnh ghi nhận được cho thấy, ^{18}F -FDG ngoài hấp thu sinh lý ở những cơ quan như não và tim, còn hấp thu mạnh ở vị trí viêm, với giá trị SUVmax thu được cao ($6,68 \pm 0,90$). Kết quả này phù hợp với đặc điểm của tổn thương viêm, khi quá trình này cũng cần chuyển hóa nhiều glucose. Trong lâm sàng, đáp ứng điều trị của khối u với hóa trị và xạ trị có thể gây ra những phản ứng viêm, do đó trong trường hợp này, PET ^{18}F -FDG không thể đánh giá đúng đáp ứng của điều trị khi SUVmax đo được có thể cao hơn thực tế do phản ứng viêm^{[4][5]}. Trong khi đó, hình ảnh PET FLT trên thỏ gây viêm không ghi nhận sự hấp thu của DCPX trên tổn thương viêm. Ngoài ra, nghiên cứu trên chuột gây u của chúng tôi cũng cho thấy có sự hấp thu mạnh của DCPX ^{18}F -FLT trên các mẫu khối u.

Trên thế giới, nghiên cứu của một số tác giả đã cho thấy khả năng đánh giá sớm đáp ứng của bệnh nhân với điều trị (xạ trị, hóa trị), trong một số bệnh cảnh như NSCLC (non-small cell lung carcinoma), ung thư thực quản hay trong một số ung thư đầu cổ^{[6][7]}. Ngoài ra, sự hấp thu của ^{18}F -

FLT còn liên quan chặt chẽ đến thời gian sống sót của bệnh nhân theo như nghiên cứu của tác giả Linecker và cộng sự^[8].

KẾT LUẬN

Hình ảnh PET thu được với DCPX ^{18}F -FLT đạt độ tương phản cao. Phân bố phóng xạ của ^{18}F -FLT ghi nhận được trên các cơ quan sinh lý. Hình ảnh ^{18}F -FLT và ^{18}F -FDG PET/CT giúp phân biệt được tổn thương viêm trên thỏ thí nghiệm. DCPX này có thể mở ra khả năng ứng dụng cho việc đánh giá hiệu quả điều trị của các thuốc mới trên mô hình động vật gây khối u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jiang, L., Tu, Y., Shi, H., Cheng, Z., PET probes beyond (18)F-FDG. *The Journal of Biomedical Research*. 2014; 28:435–446.
2. Farwell, M.D., Pryma, D. a, Mankoff, D. a, PET/CT imaging in cancer: current applications and future directions. *Cancer*. 2014, 120:3433–3445.
3. Kinahan, P.E., Fletcher, J.W., Positron emission tomography-computed tomography standardized uptake values in clinical practice and assessing response to therapy. *Seminars in Ultrasound CT and MR*. 2010;31(6):496-505.
4. Shields, A.F., Grierson J.R., Kozawa S.M., Zheng M., Development of labeled thymidine analogs for imaging tumor proliferation. *Nucl Med Biol*. 1996; 23:17–22.
5. Shields, A.F., PET imaging with 18F-FLT and thymidine analogs: promise and pitfalls. *Journal of Nuclear Medicine*. 2003; 44(9):1432-4.
6. Trigonis, I. et al. Early reduction in tumour [18F]fluorothymidine (FLT) uptake in patients with non-small cell lung cancer (NSCLC) treated with radiotherapy alone. *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*. 2014; 41:682-693.
7. Park, S. H. et al. The feasibility of 18F-fluorothymidine PET for prediction of tumor response after induction chemotherapy followed by chemoradiotherapy with S-1/oxaliplatin in patients with resectable esophageal cancer. *Nuclear Medicine and Molecular Imaging*. 2012; 46:57-64.
8. Linecker, A. et al. Uptake of 18F-FLT and 18F-FDG in primary head and neck cancer correlates with survival. *Nuklearmedizin*. 2008; 47:80–85.

ĐÁNH GIÁ VAI TRÒ CỦA NGƯỜI CHỒNG TRONG CHĂM SÓC SỨC KHOẺ VỢ KHI CÓ THAI TẠI PHÒNG VỊ XUYẾN THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH

PHẠM THỊ HIẾU, LÊ THỊ LINH
Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Hiếu
Email: hieuddnd@gmail.com

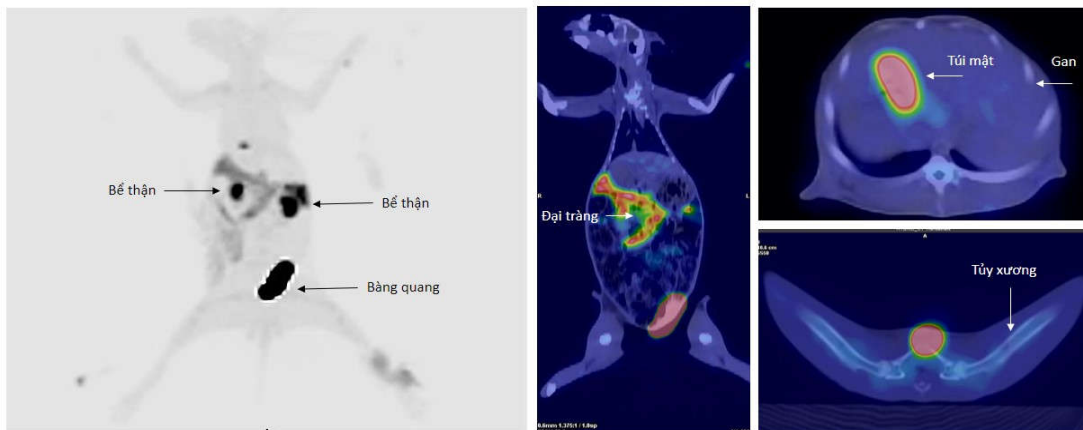
Ngày nhận: 10/6/2021
Ngày phản biện: 07/7/2021
Ngày duyệt bài: 16/7/2021

tương ứng là $6,70 \pm 1,67$ và $4,24 \pm 0,65$. Dược chất phóng xạ được bài tiết chính qua đường thận và bàng quang, do đó có thể thấy hình ảnh của hai cơ quan này rõ nét trên phim chụp PET và PET/CT, cùng với giá trị SUVmax rất cao khi so sánh với các cơ quan khác, tương ứng là $25,6 \pm 3,30$ và ở bàng quang đo được lên tới > 100 . Ngoài ra, cũng nhận thấy sự tăng nhẹ chuyển hóa FLT lan tỏa ở tủy xương vùng cột sống thắt lưng và xương đùi hai bên, giá trị SUVmax đo được là $0,67 \pm 0,13$.

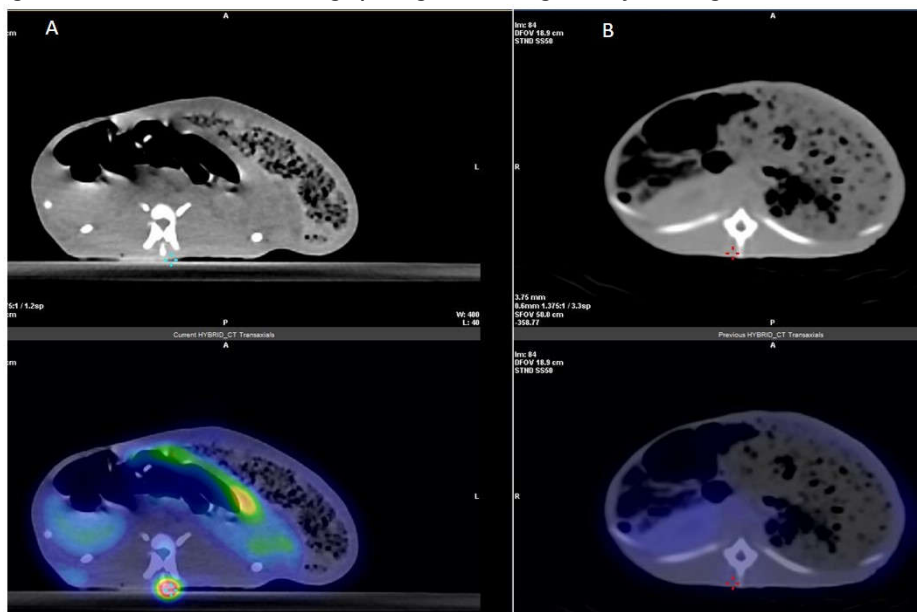
Tiếp theo, hình ảnh PET, PET/CT được ghi nhận trên mô hình thỏ gây viêm cấp với cả hai DCPX ^{18}F -FLT và ^{18}F -FDG (Hình 2). Kết quả thu

được cho thấy, với DCPX ^{18}F -FLT, hình ảnh thu được hoàn toàn giống với nhóm thỏ không gây viêm. Phóng xạ hấp thu trên những cơ quan theo đặc điểm sinh lý: tuyến ức, gan/lách, thận-bàng quang, tủy xương. Không ghi nhận hình ảnh hấp thu phóng xạ tại vị trí viêm trên lưng thỏ.

Ngược lại, trên hình ảnh PET, PET/CT của thỏ viêm được tiêm DCPX ^{18}F -FDG, ngoài hình ảnh hấp thu theo đặc điểm sinh lý của FDG trên nhu mô não, tim, thận-bàng quang. Ghi nhận hình ảnh tăng chuyển hóa FDG khu trú ở tổ chức dưới da ngang mức đốt sống D10, giá trị SUVmax đo được tại đây là $6,68 \pm 0,90$.



Hình 1. Đặc điểm phân bố FLT ở các cơ quan theo đặc điểm sinh lý trên hình ảnh PET/CT
 Hình ảnh phân bố DCPX ^{18}F -FLT trên thỏ, các mũi tên cho thấy hình ảnh tập trung phóng xạ tại các cơ quan: gan, túi mật, bể thận, bàng quang, đại tràng và tủy xương.



Hình 2. So sánh đặc điểm phân bố phóng xạ tại tổ chức viêm trên hình ảnh FDG PET/CT và FLT-PET/CT
 (A) hình ảnh tăng chuyển hóa FDG ở tổ chức viêm vùng dưới da vùng lưng, ngang mức đốt sống D10. (B) không thấy tổ chức viêm chuyển hóa FLT ở tổ chức dưới da vùng lưng ngang mức đốt sống D10.

ngày đã trở nên quen thuộc. Hiện tại, ^{18}F -FDG (^{18}F -fluorodeoxyglucose) là dược chất phóng xạ (DCPX) được sử dụng rộng rãi nhất trong thực hành lâm sàng. Tuy nhiên, ^{18}F -FDG là dược chất phóng xạ không đặc hiệu có thể hấp thu vào các khối u hoặc tổ chức viêm^[1]. Tăng sinh bất thường của các tế bào là một đặc điểm của tế bào ung thư và giảm tăng sinh là một trong các yếu tố thể hiện việc đáp ứng với điều trị. Các biện pháp điều trị có hiệu quả như hóa trị và xạ trị, giúp giảm mức độ tăng sinh của tế bào ác tính và từ đó giảm kích thước của khối u. Như vậy, mức độ tăng sinh của tế bào ung thư có thể cho phép phân biệt giữa khối u lành tính và ác tính cũng như cung cấp thông tin bước đầu cho đánh giá đáp ứng điều trị. Hơn nữa, mức độ tăng sinh tế bào cũng có thể sử dụng để đánh giá hiệu quả điều trị của các thuốc đích mới. Một số DCPX đã được phát triển nhằm ghi hình được mức độ tăng sinh của tế bào, và ^{18}F -FLT (3'-Deoxy-3'- ^{18}F -Fluorothymidine) là một trong số đó. Dựa trên cấu trúc của nguyên liệu trong tổng hợp acid nhân (DNA) là thymidine, ^{18}F -FLT tham gia vào quá trình tổng hợp DNA của tế bào tại pha S, tuy nhiên không tham gia vào quá trình tổng hợp acid ribonucleic (RNA)^[2]. Hiện nay, các máy cyclotron được lắp đặt và đi vào sử dụng ở Việt Nam cho phép sản xuất và điều chế phát triển các dược chất phóng xạ gắn ^{18}F -Fluorine, trong đó có ^{18}F -FLT. Từ 2020, Trung tâm máy gia tốc, Bệnh viện TƯQĐ 108 đã thiết kế được module tổng hợp và điều chế thành công ^{18}F -FLT lần đầu tiên ở Việt Nam. Bên cạnh việc phân tích, kiểm nghiệm các đặc tính lý hoá và phóng xạ của ^{18}F -FLT sau khi được tổng hợp, DCPX còn cần được đánh giá phân bố thử nghiệm trước khi đưa vào thực hành lâm sàng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để đánh giá hình ảnh PET thu được với DCPX ^{18}F -FLT và có so sánh với ^{18}F -FDG.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Dược chất phóng xạ ^{18}F -FLT, ^{18}F -FDG

Dược chất phóng xạ ^{18}F -FLT và ^{18}F -FDG được sản xuất từ máy gia tốc vòng 30 Mev (cyclotron 30 MeV) và module tổng hợp tại Trung tâm Máy gia tốc, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, đạt tiêu chuẩn theo Dược điển Anh.

1.2. Thỏ thí nghiệm

20 thỏ trưởng thành khỏe mạnh, 3 tháng tuổi, cân nặng từ 2,0 - 2,5 kg, nuôi trong điều kiện tiêu chuẩn do Trung tâm Nghiên cứu Dê và Thỏ Sơn Tây cung cấp. Trong đó, 10 thỏ được gây viêm trên lưng bằng phương pháp nhiệt (sử dụng đồng xu được làm nóng áp lên vị trí lưng thỏ đã

được cạo sạch lông).

1.3. Hóa chất và thiết bị

Dịch truyền Natri chloride 0,9%, Propofol - Lipuro 1% B. Braun Melsungen AG. Cân phân tích Robecvan, máy đo hoạt độ phóng xạ Biodex. Hệ thống máy PET/CT Light Speed GE.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thí nghiệm 1: Đánh giá hình ảnh phân bố phóng xạ trên thỏ với DCPX ^{18}F -FLT: DCPX được tiêm cho thỏ bằng đường tĩnh mạch tai với hoạt độ $2 \pm 0,2$ mCi. Hình ảnh PET/CT được ghi nhận tại thời điểm 60 phút. Thỏ được gây mê bằng Propofol Lipuro 1% (10mg/ml) với liều 10 - 15 mg/kg cân nặng. Hình ảnh PET/CT được xử lý bằng phần mềm AW4.7 (GE Healthcare, Inc.) Chỉ số hấp thu chuẩn cao nhất (SUVmax) (g/ml) dùng biểu hiện mức độ hấp thu DCPX và các mô, cơ quan bao gồm: gan, lách, xương, thận, bàng quang, tổn thương viêm. SUVmax được tính bằng mức độ tập trung DCPX tại thời điểm đặt ROI (vùng quan tâm) chia cho tổng hoạt độ phóng xạ được tiêm nhân với khối lượng động vật theo công thức^[3]:

$$SUV_{max} = \frac{\text{Hoạt độ phóng xạ tại vị trí đo} \left(\frac{kBq}{ml}\right)}{\frac{\text{Liều tiêm}(kBq)}{\text{Khối lượng}(g)}}$$

Thí nghiệm 2: So sánh hình ảnh phân bố phóng xạ trên thỏ gây viêm với 2 DCPX ^{18}F -FLT và ^{18}F -FDG: thỏ được gây viêm như mô tả ở trên, DCPX được tiêm cho thỏ bằng đường tĩnh mạch tai với hoạt độ $2 \pm 0,2$ mCi. Hình ảnh PET/CT được ghi nhận tại thời điểm 60 phút. Thỏ được gây mê bằng Propofol Lipuro 1% (10mg/ml) với liều 10 - 15 mg/kg cân nặng. Giá trị SUVmax tại các cơ quan và tổn thương viêm được đo và ghi nhận.

3. Xử lý số liệu

Các số liệu được thu thập bằng phần mềm Microsoft Office Excel 2010. Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 20.0 (Chicago, Inc.). So sánh các biến định lượng được biểu hiện dưới dạng số trung bình \bar{X} (mean) \pm độ lệch chuẩn (SD) hoặc tỷ lệ phần trăm.

KẾT QUẢ

Hình ảnh PET thu được trên thỏ được tiêm ^{18}F -FLT cho thấy DCPX phân bố ở gan, đại tràng, đài - bể thận, bàng quang và tủy xương theo đặc điểm sinh lý (Hình 1). Không ghi nhận thấy hình ảnh hấp thu dược chất phóng xạ tại nhu mô não và cơ tim. Ở vị trí tuyến ức ghi nhận hình ảnh tập trung phóng xạ với giá trị SUVmax đo được là $1,96 \pm 0,60$. Gan và hệ thống ruột cũng là những cơ quan có mức độ hấp thu phóng xạ cao, giá trị SUVmax tại đây đo được

Laboratory Standards Institute. Vol. 28th.

6. Bộ Y tế (2017) Hướng dẫn thực hành kỹ thuật xét nghiệm vi sinh lâm sàng, Nhà xuất bản Y học: Hà Nội.

7. Cao Minh Nga, Lục Thị Vân Bình, Nguyễn Thị Túy An và CS, (2010) Sự kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở người lớn, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 14(1): 491-497.

8. Trần Minh Giang và CS, (2017), Tình hình đề kháng kháng sinh tại ICU Bệnh viện Nhân dân

Gia Định, *Hội nghị khoa học và đào tạo liên tục, Nội san tháng 12/2017*.

9. Atif H. Asghar (2014) Molecular characterization of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* isolated from tertiary care hospitals, *Pak J Med Sci.*; 30(4): 698–702.

10. Min Kyoung Kim, Sung-Kiang Chuang, Meredith August (2017) Antibiotic Resistance in Severe Orofacial Infections, *J Oral Maxillofac Surg* 75: 962-968.

ĐÁNH GIÁ HÌNH ẢNH PHÂN BỐ DƯỢC CHẤT PHÓNG XẠ ¹⁸F-FLUORINE FLUOROTHYIMIDINE PET TRÊN ĐỘNG VẬT THỰC NGHIỆM

NGUYỄN KHẮC THẮT¹, NGUYỄN THỊ KIM DUNG²,
NGUYỄN QUỐC THẮNG³, MAI HỒNG SƠN², LÊ NGỌC HÀ²
¹Trung tâm Máy gia tốc, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
²Khoa Y học Hạt nhân, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
³Đơn vị Y học hạt nhân, Bệnh viện Đa khoa Vinmec Times city

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá phân bố của ¹⁸Fluorine – 3'-deoxy-3'-fluorothymidine (¹⁸F-FLT) trên hình ảnh PET (positron emission tomography) trên thỏ thực nghiệm và so sánh với hình ảnh phân bố ¹⁸F-FDG (¹⁸Fluorine – 2-deoxy-2-fluoroglucose) PET tại Trung tâm Máy gia tốc và Y học Hạt nhân, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

Đối tượng và phương pháp: Thỏ NewZealand được nuôi trong điều kiện tiêu chuẩn của Trung tâm Nghiên cứu Dê và Thỏ Sơn Tây. Một nhóm 10 thỏ được gây viêm cấp ở lưng nhằm đánh giá hình ảnh phân bố với hai DCPX. Hình ảnh PET/CT được chụp tại thời điểm 60 phút sau khi tiêm ¹⁸F-FLT và ¹⁸F-FDG, giá trị hấp thu chuẩn (SUVmax) được ghi nhận tại các vị trí khảo sát.

Kết quả: Sau khi tiêm 60 phút, dược chất phóng xạ ¹⁸F-FLT phân bố theo đặc điểm sinh lý tại các cơ quan như gan, lách, đại tràng, thận và tủy xương. Khi so sánh với hình ảnh PET FDG trên thỏ gây viêm, ¹⁸F-FLT không tập trung tại vị trí viêm, trong khi SUVmax đo được trên hình ảnh PET FDG là 6,68 ± 0,52

Từ khóa: ¹⁸F-FDG, ¹⁸F-FLT, động vật thực nghiệm, xạ hình PET.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Quốc Thắng
Email: thangnguyenquoc1003@gmail.com

Ngày nhận: 03/6/2021

Ngày phản biện: 24/6/2021

Ngày duyệt bài: 12/7/2021

SUMMARY

EVALUATION OF ¹⁸F-FLUOROTHYIMIDINE PET CHARACTERISTIC IMAGING IN RABBITS

Objective: Biological distribution and positron emission tomography imaging (PET) of radiopharmaceutical ¹⁸Fluorine – 3'-deoxy-3'-fluorothymidine (¹⁸F-FLT) in animal and comparison with PET ¹⁸F-FDG (¹⁸Fluorine – 2-deoxy-2-fluoroglucose) imaging were investigated at Center of Nuclear medicine and Cyclotron Department – 108 Military central hospital.

Subject and method: Experiment was carried out in NewZealand rabbits. The rabbits also had inflammation in their back (induced by a hot coin). PET/CT imaging with the two radiopharmaceuticals was obtained in the rabbits after 60 minutes post-injection and standardized uptake values were calculated.

Results: 60 minutes after IV injection, ¹⁸F-FLT radiopharmaceutical uptakes were distributed biologically in liver, spleen, intestines, kidneys and bone marrow. When comparison with PET FDG images, ¹⁸F-FLT had showed no uptake in the inflammatory lesions, meanwhile SUVmax values obtained from PET FDG in these sites were 6,68 ± 0,52.

Keywords: ¹⁸F-FDG, ¹⁸F-FLT, animal, positron emission tomography.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong vài thập kỷ gần đây, kỹ thuật chụp xạ hình PET (positron emission tomography) đã có những bước tiến lớn, ứng dụng của PET trong ghi hình thường quy với bệnh nhân ung thư

thì các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện đa số được phân lập từ đờm (66,3%), kể đến là nước tiểu (15,7%) và mủ (12,7%)^[6]. Theo kết quả nghiên cứu của tác giả Atif H. Asghar thực hiện tại 5 bệnh viện ở thành phố Makkah - Ả Rập Xê-út, vết thương là vị trí nhiễm trùng phổ biến nhất (37,6%). *S. aureus* được phân lập từ những bệnh nhân bị nhiễm trùng vết thương với tần suất 48,7%, sau đó là nhiễm trùng đường hô hấp (RTI) (26,5%), nhiễm trùng đường tiết niệu (UTI) (10,2%) và nhiễm trùng máu (8,7%)^[9].

Theo nghiên cứu của chúng tôi, sự chênh lệch giữa các nhóm tuổi của bệnh nhân trong giai đoạn 2014 – 2018 xét tổng thể giữa tất cả các nhóm tuổi có khác biệt về mặt thống kê ($p < 0,05$). Trong đó nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn so với các nhóm tuổi khác (33,4%), tiếp theo là nhóm tuổi từ 51-60 tuổi (20,4%), thấp hơn là nhóm tuổi 21 – 30 tuổi (15,8%), nhóm 41 – 50 tuổi (12,1%), nhóm 31 – 40 tuổi (11,8%), các nhóm tuổi khác có tỷ lệ phân lập được vi khuẩn Gram dương thấp hơn ($< 10\%$) và thấp nhất là nhóm tuổi dưới 10 tuổi chỉ chiếm 1,6%. Chúng tôi tiến hành so sánh cụ thể từng nhóm tuổi theo các cặp, nhận thấy trên 60 tuổi có sự khác biệt rõ ràng với các nhóm tuổi còn lại ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với báo cáo của Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ 09/2007 đến 08/2008 với 290 bệnh nhân nghiên cứu với độ tuổi từ 13 – 101, trung bình 60,07 và nhóm tuổi trên 60 tuổi cho thấy thường bị nhiễm khuẩn bệnh viện hơn^[8]. Nghiên cứu của Cao Minh Nga và cộng sự tại Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh từ 04/2005 đến 04/2007 cũng cho kết quả trong 862 bệnh nhân thực hiện nghiên cứu từ 20 – 90 tuổi, tập trung chủ yếu từ nhóm 61 – 90 tuổi (20% - 26,36%) trong khi bệnh nhân ở nhóm tuổi khác lại chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều (4,54% - 13,64%)^[7]. Theo nghiên cứu của tác giả Atif H. Asghar, mặc dù các vi khuẩn gram dương có thể lây nhiễm ở tất cả các nhóm tuổi, số trường hợp nhiễm tăng lên ở các nhóm tuổi 21-30 tuổi (19,0%) và trên 60 (21,1%)^[9].

Xét về giới tính thì nam giới có tổng phân lập các vi khuẩn Gram dương cao hơn nữ giới với 65,0% so với 35,0%. Kết quả khác biệt giữa 2 giới là có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Cao Minh Nga và cộng sự thực hiện tại Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh từ 04/2005 đến 04/2007 cũng cho kết quả thống kê giới nam chiếm tỷ lệ nhiễm khuẩn huyết cao hơn giới nữ (63,64% so với 36,36%)^[7]. Theo nghiên cứu đánh giá hồ sơ kháng kháng sinh ở

bệnh nhân biến chứng trong nhiễm trùng nha khoa của Kim Kyoung Min và cộng sự từ năm 2009 – 2014 trong 60 bệnh nhân thì nam chiếm tỷ lệ 60% cao hơn nữ giới với 40%, độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 45 tuổi (từ 16 – 92 tuổi)^[10].

Theo báo cáo của Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ 09/2007 đến 08/2008 với 290 bệnh nhân nghiên cứu thì tỷ lệ nam cao hơn nữ, tương ứng là 59,7% và 40,3%^[8]. Theo nghiên cứu của tác giả Atif H. Asghar thì nhìn chung không có sự khác biệt lớn giữa giới tính đến tính nhạy cảm với nhiễm trùng^[9].

KẾT LUẬN

Từ tháng 1/2014 đến hết tháng 12/2018 có 1478 chủng vi khuẩn Gram dương chiếm 40,1% được phân lập tại Bệnh viện Quân y 103. Các căn nguyên vi khuẩn Gram dương phân lập được nhiều tại Bệnh viện Quân y 103 là *Staphylococcus aureus* (15,9%) và *Streptococcus viridans* (9,2%). Tỷ lệ phân lập các vi khuẩn Gram dương cao nhất vào năm 2014 (44,8%), thấp nhất vào năm 2017 (35,5%); xu hướng phân lập các vi khuẩn Gram dương giảm dần từ năm 2014 đến năm 2017; và sau đó tỷ lệ này đạt 36,8% vào năm 2018.

- Số lượng vi khuẩn Gram dương phân lập được nhiều nhất tại khoa Truyền nhiễm (15,4%), tiếp đến là khoa Lao và bệnh phổi (11,1%), khoa Hồi sức cấp cứu (9,3%),...

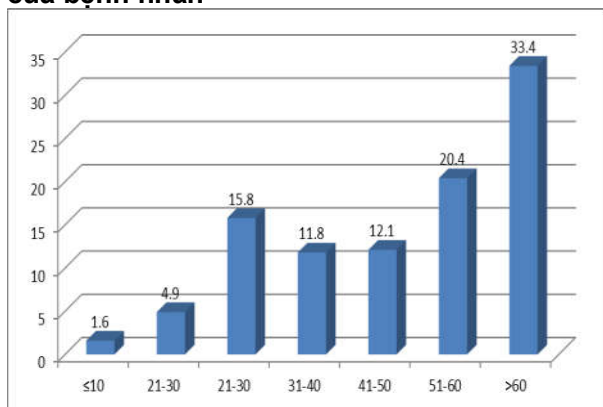
- Các vi khuẩn Gram dương được phân lập nhiều nhất ở bệnh phẩm mủ (27,9%), tiếp theo là bệnh phẩm máu (25,1%),...

- Nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn so với các nhóm tuổi khác (33,4%) và thấp nhất là nhóm tuổi dưới 10 tuổi chỉ chiếm 1,6%. Sự phân bố các nhóm tuổi ở các trường hợp phân lập dương tính với vi khuẩn Gram dương thể hiện xu hướng tăng theo độ tuổi với $p < 0,05$ (χ^2 for Trendline).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Fish DN, Ohlinger MJ (2006) Antimicrobial resistance: Factors and outcomes, *Crit Care Clin*, 22: 291–311.
2. WHO (2004), WHO global strategy for containment of antimicrobial resistance, *National Academies Press*.
3. Rossolini GM, Mantengoli E, Montagnani F (2010) Epidemiology and clinical relevance of microbial resistance determinants versus anti-gram-positive agents, *Curr Opin Microbiol*, 13:582–560.
4. Leber, Amy L. (2016), *Clinical Microbiology Procedures Handbook*, Vol. 4th.
5. CLSI (2018), Performance Standards for Antimicrobial Susceptibility Testing; 28th Informational Supplement M100-S28, *Clinical and*

4. Phân bố vi khuẩn Gram dương gây bệnh tại Bệnh viện Quân y 103 theo độ tuổi của bệnh nhân



Biểu đồ 4. Phân bố vi khuẩn Gram dương gây bệnh thường gặp tại Bệnh viện Quân y 103 theo độ tuổi (2014 – 2018)

Nhận xét: Theo Biểu đồ 4 sự chênh lệch giữa các nhóm tuổi của bệnh nhân trong giai đoạn 2014 – 2018 xét tổng thể giữa tất cả các nhóm tuổi có khác biệt về mặt thống kê ($p < 0,05$). Trong đó nhóm tuổi trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn hẳn so với các nhóm tuổi khác (33,4%), tiếp theo là nhóm tuổi từ 51-60 tuổi (20,4%), thấp hơn là nhóm tuổi 21 – 30 tuổi (15,8%), nhóm 41 – 50 tuổi (12,1%) và thấp nhất là nhóm tuổi dưới 10 tuổi chỉ chiếm 1,6%. Chúng tôi tiến hành phân tích các nhóm tuổi theo kiểm định Chi-squared for Trendline (χ^2 for Trendline) tức là phân tích bình phương theo xu hướng để kết luận về xu hướng nhiễm vi khuẩn Gram dương theo nhóm tuổi. Nhận thấy sự phân bố các nhóm tuổi ở các trường hợp phân lập dương tính với vi khuẩn Gram dương thể hiện xu hướng tăng theo độ tuổi với $p < 0,05$ (χ^2 for Trendline).

5. Phân bố vi khuẩn Gram dương thường gặp theo giới

Nam giới có tỷ lệ nhiễm các vi khuẩn Gram dương cao hơn đáng kể so với nữ giới với 65,0% so với 35,0%. Sự khác biệt có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$).

BÀN LUẬN

Xét về sự phân bố của từng loài vi khuẩn Gram dương gây bệnh thường gặp tại Bệnh viện Quân y 103 thì nghiên cứu cho thấy có sự biến động rõ ràng theo từng năm: *S. aureus* có xu hướng tăng lên theo từng năm từ năm 2014 đến năm 2018. Cụ thể *S. aureus* tăng từ 12,4% - 24,0%; trong khi đó, *Streptococcus viridans* xu hướng là giảm dần theo từng năm và thấp nhất vào năm 2018 (3,8%). Vi khuẩn khác đang có sự gia tăng đáng kể theo từng năm, cụ thể tăng

từ 12,5% năm 2014 lên tới 28,7% vào năm 2018. Tuy vậy, xét theo tổng cả giai đoạn 2014-2018 thì tỷ lệ phân lập vi khuẩn *S. aureus* vẫn lớn hơn so với các loài vi khuẩn khác và *Streptococcus viridans*. Và sự khác biệt giữa số lượng các loài vi khuẩn trong giai đoạn 2014 – 2018 là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Tỷ lệ phân bố chung của vi khuẩn Gram dương là không có sự khác biệt về mặt thống kê giữa các mùa xuân, hạ, thu, đông ($p > 0,05$). Trong đó, tỷ lệ vi khuẩn Gram dương chiếm tỷ lệ phân lập cao nhất là vào mùa hạ (29,2%) và thấp nhất vào mùa đông (20,7%).

Theo nghiên cứu thấy rằng nhiễm khuẩn bệnh viện gặp ở tất cả các khoa trong bệnh viện. Trong đó, khoa Truyền nhiễm có số lượng phân lập các chủng vi khuẩn Gram dương là cao nhất trong số các khoa của bệnh viện (15,4%), tiếp đến là khoa Lao và bệnh phổi (11,1%), khoa Hồi sức cấp cứu (9,3%), khoa Ngoại dã chiến (8,9%), khoa Phẫu thuật lồng ngực (8,2%), Tiết niệu (7,8%). Các khoa khác phân lập được số lượng vi khuẩn Gram dương thấp hơn chiếm tỉ lệ $< 6\%$. Điều đó cũng bởi vì khoa Truyền nhiễm là nơi tiếp nhận và điều trị các bệnh nhân nghi ngờ nhiễm khuẩn cao nhất tại bệnh viện, khoa Lao và bệnh phổi bao gồm các bệnh lý về phổi, khi lấy mẫu bệnh phẩm cần chỉ định nuôi cấy để định danh vi khuẩn gây viêm phổi, còn khoa Hồi sức cấp cứu là nơi tiếp nhận các bệnh nhân nặng ở các khoa khác hoặc nơi khác chuyển đến với việc sử dụng nhiều thủ thuật xâm lấn vào cơ thể trong nhiều ngày tạo cơ hội cho vi khuẩn dễ dàng xâm nhập và phát triển.

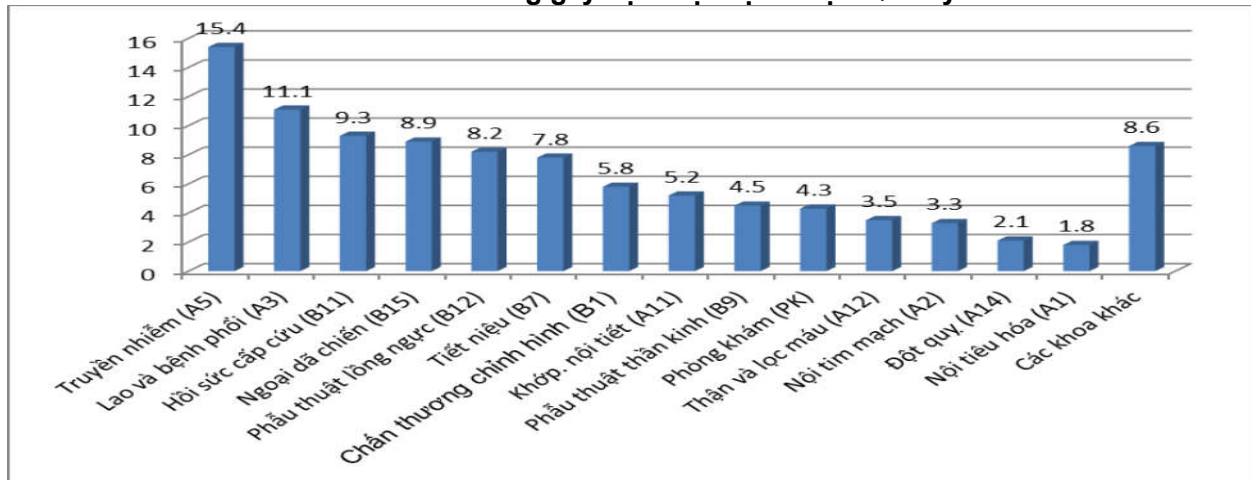
Các vi khuẩn Gram dương được phân lập nhiều nhất ở bệnh phẩm mủ (27,9%), tiếp theo là bệnh phẩm máu (25,1%), sau đó là các bệnh phẩm hô hấp, nước tiểu và các bệnh phẩm khác với tỷ lệ lần lượt là 15,4%, 14,5%, 17,1%. Sự khác biệt về nguồn bệnh phẩm phân lập vi khuẩn Gram dương tại Bệnh viện Quân y 103 từ năm 2014 – 2018 có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Cao Minh Nga, Lê Thị Ánh Phúc Nhi, Nguyễn Ngọc Lân và cộng sự tại Bệnh viện Đại học Y dược TP Hồ Chí Minh từ 1/1/2012 đến 30/6/2012 đã phân lập được 1166 chủng vi khuẩn từ các bệnh phẩm trong đó, các vi khuẩn được phân lập nhiều nhất ở các bệnh phẩm máu mủ (778 mẫu bệnh phẩm) tiếp đến là bệnh phẩm máu (643 mẫu bệnh phẩm), nước tiểu (635 mẫu bệnh phẩm) và thấp nhất là bệnh phẩm phân (16 mẫu bệnh phẩm)^[7]. Theo báo cáo của Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ 09/2007 đến 08/2008 với cỡ mẫu 300 chủng vi khuẩn đưa vào nghiên cứu

Nhận xét: Theo Bảng 1 *S. aureus* có xu hướng tăng lên theo từng năm từ năm 2014 đến năm 2018. Cụ thể *S. aureus* tăng từ 12,4% - 24,0%; trong khi đó, nhóm vi khuẩn *Streptococcus viridans* xu hướng là giảm dần theo từng năm và thấp nhất vào năm 2018 (3,8%). Nhóm vi khuẩn khác đang có sự gia tăng đáng kể theo từng năm, cụ thể tăng từ 12,5% năm 2014 lên tới 28,7% vào năm 2018. Tuy vậy, xét theo tổng cả giai đoạn 2014-2018 thì tỷ lệ phân lập vi khuẩn *S. aureus* vẫn lớn hơn

so với các loài vi khuẩn khác và *Streptococcus viridans*. Và sự khác biệt giữa số lượng các loài vi khuẩn trong giai đoạn 2014 – 2018 là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Tỷ lệ phân bố chung của vi khuẩn Gram dương phân lập được là không có sự khác biệt về mặt thống kê giữa các mùa xuân, hạ, thu, đông ($p > 0,05$). Trong đó, tỷ lệ vi khuẩn Gram dương chiếm tỷ lệ phân lập cao nhất là vào mùa hạ (29,2%) và thấp nhất vào mùa đông (20,7%).

2. Phân bố các vi khuẩn Gram dương gây bệnh tại Bệnh viện Quân y 103 theo khoa

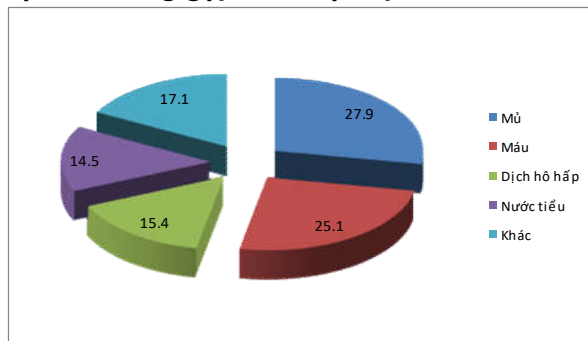


Biểu đồ 1. Phân bố vi khuẩn Gram dương gây bệnh tại Bệnh viện Quân y 103 theo khoa (2014 – 2018)

Chú thích: Các khoa khác gồm: Ngoại bụng (B2), Nhi (A10), Máu và bệnh nghề nghiệp (A7), Thần kinh (A4), Da liễu (A8), Ung bướu (K71), Răng hàm mặt (B8), Tâm thần (A6), Cấp cứu lưu (B16), Tai mũi họng (B6), Mắt (B4).

Nhận xét: Theo Biểu đồ 1 khoa Truyền nhiễm có số lượng phân lập các chủng vi khuẩn Gram dương là cao nhất trong số các khoa của bệnh viện (15,4%), tiếp đến là khoa Lao và bệnh phổi (11,1%), khoa Hồi sức cấp cứu (9,3%), khoa Ngoại dã chiến (8,9%), khoa Phẫu thuật lồng ngực (8,2%), Tiết niệu (7,8%). Các khoa khác phân lập được số lượng vi khuẩn Gram dương thấp hơn chiếm tỷ lệ < 6%.

3. Phân bố vi khuẩn Gram dương gây bệnh thường gặp theo bệnh phẩm



Biểu đồ 3. Phân bố vi khuẩn Gram dương gây bệnh tại Bệnh viện Quân y 103 theo bệnh phẩm (2014 – 2018)

Chú thích: Bệnh phẩm khác gồm: phân, dịch âm đạo, dịch niệu đạo, dịch não tủy, dịch màng bụng, dịch khớp gối, ...

Nhận xét: Theo Biểu đồ 3 các vi khuẩn Gram dương được phân lập nhiều nhất ở bệnh phẩm mủ (27,9%), tiếp theo là bệnh phẩm máu (25,1%), sau đó là các bệnh phẩm hô hấp, nước tiểu và các bệnh phẩm khác với tỷ lệ lần lượt là 15,4%, 14,5%, 17,1%. Sự khác biệt về loại bệnh phẩm phân lập vi khuẩn Gram dương tại bệnh viện Quân y 103 từ năm 2014 – 2018 có ý nghĩa về mặt thống kê ($p < 0,05$).

kháng sinh [1]. Theo thống kê của mạng lưới giám sát các căn nguyên kháng thuốc châu Á (Asian Network for Surveillance of Resistant Pathogens - ANSORP), Việt Nam có các loài *Streptococcus pneumoniae* kháng penicillin cao nhất và kháng erythromycin đến 91,2%. Đặc biệt, khoảng 70% vi khuẩn gây nhiễm khuẩn bệnh viện kháng với ít nhất một trong số các kháng sinh điều trị nhiễm khuẩn thông thường [2]. Trong số các tác nhân gây bệnh, vi khuẩn Gram dương, đặc biệt là *Staphylococcus aureus* và *Streptococcus pneumoniae* là nguyên nhân chủ yếu gây ra các bệnh nhiễm trùng tại các cơ quan như: xương, khớp, đường hô hấp, mạch máu, hệ thần kinh trung ương, da và mô mềm [3].

Nguyên nhân chủ yếu của tình trạng kháng kháng sinh cũng được chỉ ra bởi một vài nghiên cứu tại một số bệnh viện ở Mỹ và châu Âu, khoảng 40% số đơn thuốc kê kháng sinh được báo cáo là không phù hợp [11]. Hay như tại Việt Nam, thì chính là bởi tình trạng mua bán, sử dụng thuốc một cách tràn lan và quá dễ dàng. Điều đó đã và đang dẫn đến rất nhiều hệ lụy nghiêm trọng. Do đó, việc xác định sớm căn nguyên gây nhiễm khuẩn và mức độ kháng kháng sinh của chúng để có thông tin kịp thời đến các bác sĩ lâm sàng, hỗ trợ việc sử dụng kháng sinh hợp lý và hiệu quả trong việc điều trị các nhiễm khuẩn, góp phần hạn chế tỷ lệ tử vong – chính là một trong những vấn đề hàng đầu được các nhà khoa học quan tâm.

Trong phạm vi nghiên cứu này chúng tôi sẽ thực hiện xác định tỷ lệ phân bố của vi khuẩn Gram dương gây bệnh thường gặp tại Bệnh

viện Quân y 103, từ đó đưa ra được so sánh hợp lý nhất với những nghiên cứu đã được công bố trên thế giới và tại Việt Nam.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 1478 chủng vi khuẩn Gram dương phân lập được tại Bệnh viện Quân y 103 bằng phương pháp nuôi cấy hiếu khí thời gian từ 01/2014 đến 12/2018. Trên một bệnh nhân chỉ chọn loài vi khuẩn được phân lập lần đầu trên một vị trí nhiễm khuẩn và lựa chọn các loài vi khuẩn Gram dương phân lập được có đầy đủ kết quả kháng sinh đồ. Loại trừ các loài ngoại nhiễm và các loài vi khuẩn Gram dương cùng loài được phân lập trên cùng một bệnh nhân trong các lần phân lập sau trong thời gian đang điều trị tại bệnh viện.

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu, tiến cứu và phân tích labo tại Bộ môn - Khoa Vi sinh, Bệnh viện Quân y 103, Hà Đông, Hà Nội; từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2018

Các kỹ thuật thu thập mẫu bệnh phẩm, kỹ thuật soi trực tiếp, kỹ thuật nuôi cấy, phân lập, định danh vi khuẩn được tiến hành theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới (World Health Organization – WHO) [4], Viện chuẩn thức Lâm sàng và Xét nghiệm (Clinical and Laboratory Standards Institute - CLSI) [5] cập nhật hàng năm, hướng dẫn chuyên ngành vi sinh của Bộ Y tế [6], các quy trình hướng dẫn của Bộ môn khoa Vi sinh- Bệnh viện Quân y 103.

Số liệu thu thập được trong thời gian nghiên cứu của đề tài được xử lý theo phương pháp thống kê y học kiểm định so sánh tỷ lệ bằng phần mềm Excel, phần mềm thống kê SPSS 21.0

KẾT QUẢ

1. Phân bố một số loài vi khuẩn Gram dương gây bệnh thường gặp theo thời gian

Bảng 1. Phân bố một số loài vi khuẩn Gram dương gây bệnh thường gặp tại Bệnh viện Quân y 103 theo năm (2014 – 2018)

Loài vi khuẩn	Thời gian	Năm 2014	Năm 2015	Năm 2016	Năm 2017	Năm 2018	Tổng chung
		n	73	108	130	136	141
<i>Staphylococcus aureus</i>	%	12,4	18,4	22,1	23,1	24,0	100
<i>Streptococcus viridans</i>	n	118	95	89	24	13	339
	%	34,8	28,0	26,3	7,1	3,8	100
Vi khuẩn khác	n	69	96	109	119	158	551
	%	12,5	17,4	19,8	21,6	28,7	100
Tổng	N	260	299	328	279	312	1478
	%	17,6	20,2	22,2	18,9	21,1	100
p-value		< 0,05					

Chú thích: Các vi khuẩn khác gồm: *Streptococcus suis*, *Enterococcus* spp, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus epidermidis*, *Staphylococcus haemolyticus*, *Staphylococcus hominis*, *Kocuria kristinae*,...

20. Peretti G, Piazza C, Cocco D, et al. Transoral CO(2) laser treatment for T(is)-T(3) glottic cancer: the University of Brescia experience on 595 patients. *Head Neck*. 2010; 32(8): 977-983. doi: 10.1002/hed.21278

21. Hoffmann C, Cornu N, Hans S, Sadoughi B, Badoual C, Brasnu D. Early glottic cancer involving the anterior commissure treated by transoral laser cordectomy. *The Laryngoscope*. 2016; 126(8): 1817-1822. doi: 10.1002/lary.25757

22. Murakami R, Nishimura R, Baba Y, et al. Prognostic factors of glottic carcinomas treated with radiation therapy: value of the adjacent sign on radiological examinations in the sixth edition of the UICC TNM staging system. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2005; 61(2): 471-475. doi: 10.1016/j.ijrobp.2004.05.024

23. Short S, Krawitz H, Macann A, et al. TN/TN glottic carcinoma: a comparison of two

fractionation schedules. *Australas Radiol*. 2006; 50(2): 152-157. doi: 10.1111/j.1440-1673.2006.01559.x

24. Hendriksma M, Sjögren EV. Involvement of the Anterior Commissure in Early Glottic Cancer (Tis-T2): A Review of the Literature. *Cancers*. 2019; 11(9). doi: 10.3390/cancers11091234

25. Peretti G, Piazza C, Mensi MC, Magnoni L, Bolzoni A. Endoscopic treatment of cT2 glottic carcinoma: prognostic impact of different pT subcategories. *Ann Otol Rhinol Laryngol*. 2005; 114(8): 579-586. doi: 10.1177/000348940511400801

26. Silverman DA, Puram SV, Rocco JW, Old MO, Kang SY. Salvage laryngectomy following organ-preservation therapy - An evidence-based review. *Oral Oncol*. 2019; 88: 137-144. doi: 10.1016/j.oraloncology.2018.11.022

XÁC ĐỊNH TỶ LỆ PHÂN BỐ CỦA VI KHUẨN GRAM DƯƠNG GÂY BỆNH THƯỜNG GẶP TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

NGUYỄN VĂN CAO

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Nghiên cứu xác định tỷ lệ phân bố của vi khuẩn Gram dương gây bệnh thường gặp tại Bệnh viện Quân y 103. Đối tượng nghiên cứu: Là 1478 chủng vi khuẩn Gram dương phân lập được tại Bệnh viện Quân y 103 bằng phương pháp nuôi cấy hiếu khí thời gian từ 01/2014 đến 12/2018.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu, tiến cứu và phân tích labo.

Kết quả: Có 1478 chủng vi khuẩn Gram dương chiếm 40,1% được phân lập tại Bệnh viện Quân y 103. Các căn nguyên vi khuẩn Gram dương phân lập được nhiều tại Bệnh viện Quân y 103 là *Staphylococcus aureus* (15,9%) và *Streptococcus viridans* (9,2%). Vi khuẩn Gram dương phân lập được nhiều nhất tại khoa Truyền nhiễm (15,4%), gặp nhiều nhất ở bệnh phẩm mũi (27,9%). Sự phân bố vi khuẩn Gram dương theo nhóm tuổi thể hiện xu hướng tăng theo độ tuổi với $p < 0,05$.

Từ khóa: Vi khuẩn Gram dương, *Staphylococcus aureus*, *S. Viridans*.

SUMMARY

Research to determine the distribution rate of Gram-positive bacteria that cause common diseases at Military Hospital 103.

Research subjects: 1478 strains of Gram-positive bacteria isolated at 103 Military Hospital by culture method aerobic period from 01/2014 to 12/2018.

Methods: Descriptive study combining retrospective, prospective and laboratory analysis.

Results: 1478 Gram-positive bacteria strains, accounting for 40.1%, were isolated at 103 Military Hospital. The most common causes of Gram-positive bacteria isolated at 103 Military Hospital were *Staphylococcus aureus* (15.9%) and *Streptococcus viridans* (9.2%). Gram-positive bacteria were isolated most often in the Department of Infectious Diseases (15.4%), most commonly in pus specimens (27.9%). The distribution of age groups in Gram-positive isolates showed an increasing trend with age with $p < 0.05$.

Keywords: Gram-positive bacteria, *Staphylococcus aureus*, *S. viridans*.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay tình trạng kháng kháng sinh đang là mối nguy hại đe dọa công tác chăm sóc sức khỏe, phòng và điều trị các bệnh nhiễm trùng trên toàn thế giới. Tại Hoa Kỳ, ước tính 50 - 60% các bệnh nhiễm trùng là do vi khuẩn kháng

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Cao

Email: caorang1985@gmail.com

Ngày nhận: 25/5/2021

Ngày phản biện: 02/7/2021

Ngày duyệt bài: 12/7/2021

KẾT LUẬN

Điều trị ung thư tăng thanh môn ở giai đoạn T2 có thể lựa chọn một trong các phương pháp là xạ trị triệt căn, phẫu thuật nội soi bằng laser và phẫu thuật cắt thanh quản bán phần, trong đó vai trò của xạ trị triệt căn và phẫu thuật nội soi bằng laser đang có xu hướng được ưu tiên lựa chọn. Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần cũng cho thấy kết quả ung thư tuyệt vời. Việc lựa chọn phương thức điều trị phù hợp vẫn nên được cá thể hóa.

Đối với các khối u liên quan đến mép trước vẫn là một vấn đề còn nhiều tranh cãi do chưa có sự đồng nhất về các thang đo trong các nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hendriksma M, Heijnen BJ, Sjögren EV.** Oncologic and functional outcomes of patients treated with transoral CO2 laser microsurgery or radiotherapy for T2 glottic carcinoma: a systematic review of the literature. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018; 26(2): 84-93. doi:10.1097/MOO.0000000000000438

2. **Succo G, Crosetti E, Bertolin A, et al.** Benefits and drawbacks of open partial horizontal laryngectomies, Part A: Early- to intermediate-stage glottic carcinoma. *Head Neck.* 2016; 38(S1): E333-E340. doi:https://doi.org/10.1002/hed.23997

3. **Canis M, Martin A, Ihler F, et al.** Transoral laser microsurgery in treatment of pT2 and pT3 glottic laryngeal squamous cell carcinoma - results of 391 patients. *Head Neck.* 2014;36(6):859-866. doi:10.1002/hed.23389

4. **Fomer D, Rigby MH, Hart RD, Trites JR, Taylor SM.** Oncological and Functional Outcomes Following Transoral Laser Microsurgery in Patients with T2a Vs T2b Glottic Squamous Cell Carcinoma. *J Otolaryngol - Head Neck Surg.* 2019; 48. doi: 10.1186/s40463-019-0346-7

5. **Dagan R, Morris CG, Bennett JA, et al.** Prognostic significance of paraglottic space invasion in T2N0 glottic carcinoma. *Am J Clin Oncol.* 2007; 30(2): 186-190. doi:10.1097/O1.coc.0000251403.54180.df

6. **Jones DA, Mendenhall CM, Kirwan J, et al.** Radiation therapy for management of t1-t2 glottic cancer at a private practice. *Am J Clin Oncol.* 2010; 33(6): 587-590. doi:10.1097/COC.0b013e3181beaab0

7. **Chera BS, Amdur RJ, Morris CG, Kirwan JM, Mendenhall WM.** T1N0 to T2N0 squamous cell carcinoma of the glottic larynx treated with definitive radiotherapy. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 2010; 78(2): 461-466. doi:10.1016/j.ijrobp.2009.08.066

8. **Gorphe P, Blanchard P, Breuskin I, Temam S, Tao Y, Janot F.** Vocal fold mobility as the main prognostic factor of treatment outcomes and survival in stage II squamous cell carcinomas

of the glottic larynx. *J Laryngol Otol.* 2015; 129(9): 903-909. doi: 10.1017/S002221511500184X

9. **Khan MK, Koyfman SA, Hunter GK, Reddy CA, Saxton JP.** Definitive radiotherapy for early (T1-T2) glottic squamous cell carcinoma: a 20 year Cleveland Clinic experience. *Radiat Oncol Lond Engl.* 2012; 7: 193. doi: 10.1186/1748-717X-7-193

10. **Rödel RMW, Steiner W, Müller RM, Kron M, Matthias C.** Endoscopic laser surgery of early glottic cancer: involvement of the anterior commissure. *Head Neck.* 2009; 31(5): 583-592. doi:10.1002/hed.20993

11. **Peretti G, Piazza C, Del Bon F, et al.** Function preservation using transoral laser surgery for T2-T3 glottic cancer: oncologic, vocal, and swallowing outcomes. *Eur Arch Oto-Rhino-Laryngol Off J Eur Fed Oto-Rhino-Laryngol Soc EUFOS Affil Ger Soc Oto-Rhino-Laryngol - Head Neck Surg.* 2013; 270(8): 2275-2281. doi:10.1007/s00405-013-2461-9

12. **Ansarin M, Cattaneo A, De Benedetto L, et al.** Retrospective analysis of factors influencing oncologic outcome in 590 patients with early-intermediate glottic cancer treated by transoral laser microsurgery. *Head Neck.* 2017; 39(1): 71-81. doi: 10.1002/hed.24534

13. **Glanz H, Hermanek P, Kleinsasser O, Popella C.** [Further development in TNM classification of laryngeal cancers]. *Laryngorhinootologie.* 1993; 72(11): 568-573. doi:10.1055/s-2007-997956

14. **Holsinger FC, Diaz EM.** Laryngeal preservation in the era of chemoradiation: limitations of the current AJCC staging system. *Head Neck.* 2006; 28(12): 1058-1060. doi:10.1002/hed.20499

15. **Sjögren E.** Transoral Laser Microsurgery in Early Glottic Lesions. *Curr Otorhinolaryngol Rep.* 2017; 5(1): 56-68. doi: 10.1007/s40136-017-0148-2

16. **Warner L, Lee K, Homer JJ.** Transoral laser microsurgery versus radiotherapy for T2 glottic squamous cell carcinoma: a systematic review of local control outcomes. *Clin Otolaryngol Off J ENT-UK Off J Neth Soc Oto-Rhino-Laryngol Cervico-Facial Surg.* 2017; 42(3): 629-636. doi:10.1111/coa.12790

17. **Laccourreye O, Weinstein G, Brasnu D, Trotoux J, Laccourreye H.** Vertical partial laryngectomy: a critical analysis of local recurrence. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 1991; 100(1): 68-71. doi: 10.1177/000348949110000111

18. **Mantsopoulos K, Psychogios G, Koch M, Zenk J, Waldfahrer F, Iro H.** Comparison of different surgical approaches in T2 glottic cancer. *Head Neck.* 2012; 34(1): 73-77. doi:10.1002/hed.21687

19. **Blanch J-L, Vilaseca I, Caballero M, Moragas M, Berenguer J, Bernal-Sprekelsen M.** Outcome of transoral laser microsurgery for T2-T3 tumors growing in the laryngeal anterior commissure. *Head Neck.* 2011; 33(9): 1252-1259. doi: 10.1002/hed.21605

ché di động dây thanh có tiên lượng kém hơn so với dây thanh di động bình thường cả trong xạ trị^[5,7,9] và phẫu thuật nội soi bằng laser^[3,4]. Nhiều tác giả đồng thuận rằng kết quả ung thư kém hơn đối với các khối u T2 gây hạn chế di động dây thanh. Thậm chí tác giả Holsinger và Glanz còn đề xuất rằng khối u gây hạn chế di động dây thanh nên được xếp vào T3 cùng với khối u gây cố định dây thanh^[13,14]. Tác giả Forner và Chera còn khuyến nghị hóa trị liệu toàn thân với Platinum đồng thời cho những bệnh nhân này và nên dùng là cisplatin hàng tuần (30mg/m²)^[6,7]. Tác giả Sjögren và Warner còn chỉ rõ rằng hạn chế vận động dây thanh (T2b) ảnh hưởng đến kiểm soát tại chỗ là do trường hợp khối u xâm lấn vào vùng khớp nhẵn phễu mà không do khối u xâm lấn vào các cơ dây thanh hay khối u đơn thuần^[15,16].

Trong nghiên cứu này tỉ lệ kiểm soát tại chỗ với 446 bệnh nhân T2a và 300 bệnh nhân T2b, kết quả là 79,5-96% so với 65-100%. Tỉ lệ bảo tồn thanh quản được báo cáo ở 271 trường hợp T2a và 195 trường hợp T2b lần lượt là 74,2-95,2 và 77-88%. Chúng tôi thấy rằng tiên lượng những khối u thanh môn gây hạn chế di động dây thanh có kết quả ung thư kém hơn so với khối u có dây thanh di động bình thường.

Khối u liên quan đến mép trước

Sự xâm lấn mép trước của khối u là vấn đề rất được quan tâm trong kết quả điều trị ung thư và đến thời điểm hiện tại thì vẫn còn nhiều tranh cãi. Laccourreye và cộng sự thấy rằng các khối u thanh quản (T1 và T2) liên quan đến mép trước đã trải qua phẫu thuật cắt thanh quản bán phần đứng có tỉ lệ tái phát là 22,7%, cao hơn các vùng giải phẫu khác^[17]. Ngược lại, một số nghiên cứu gần đây cho rằng khối u xâm lấn mép trước là một yếu tố độc lập với tái phát tại chỗ^[10,18,19]. Tỉ lệ sống toàn bộ thấp hơn không đáng kể đối với các khối u xâm lấn mép trước cũng được báo cáo ở phương pháp phẫu thuật nội soi laser^[10,11,19-21] và xạ trị^[8,22,23] và điều này cũng được thấy trong một nghiên cứu tổng quan của Hendrickson và cộng sự^[24]. Sự mở rộng khối u mép trước theo mặt phẳng đứng được xem như là một yếu tố nguy cơ gây nên thất bại trong điều trị vì nó có mối quan hệ mật thiết với các cấu trúc ở thanh quản (khoảng trước thanh thiệt, sụn giáp, hạ thanh môn...) và có nguy cơ lây lan vi thể vào những khu vực này^[25]. Tác giả cho rằng phẫu thuật nội soi bằng laser vẫn là một lựa chọn điều trị hiệu quả cho các khối u xâm lấn mép trước^[10,18,19].

Tóm lại, trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy còn nhiều quan điểm trái chiều khi tiên

lượng một khối u tầng thanh môn có liên quan mép trước. Hạn chế của nghiên cứu này là toàn bộ các nghiên cứu đều hồi cứu, không có nghiên cứu thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng. Không đồng nhất trong cách phân loại mức độ xâm lấn mép trước của khối u, phạm vi cắt bỏ khối u chưa được báo cáo chi tiết, đánh giá diện cắt chưa rõ ràng trong các phẫu thuật. Các nghiên cứu xạ trị thì sử dụng nhiều kỹ thuật khác nhau (3D, IMRT, VMAT), liều lượng tổng thể và liều phân đoạn khác nhau. Một điều lưu ý ở đây là nhiều nghiên cứu về phẫu thuật nội soi bằng laser đã có sự chọn lựa bệnh nhân. Các khối u T2 lớn hoặc xâm lấn mép trước không phù hợp với cách tiếp cận qua đường miệng thì việc điều trị cần phải cá thể hóa tùy thuộc vào giải phẫu của người bệnh.

Kiểm soát tại chỗ

Với phương pháp xạ trị, tỉ lệ kiểm soát tại chỗ thấp nhất là 56% và cao nhất là 97,6%. Phẫu thuật nội soi bằng laser có tỉ lệ kiểm soát tại chỗ từ 63,6 đến 89,4%. Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần có tỉ lệ kiểm soát tại chỗ là 93,9-97,5%. Trong nghiên cứu này tỉ lệ kiểm soát tại chỗ của phẫu thuật cắt thanh quản bán phần được báo cáo đều trên 90%, một con số tuyệt vời khi điều trị ung thư. Một điều không may ở đây là kết quả chức năng (nuốt và nói) và các biến chứng của cắt thanh quản bán phần trong các báo cáo kém ưu thế hơn so với xạ trị và phẫu thuật nội soi bằng laser^[2,4]. Tuy nhiên số lượng các báo cáo của cắt thanh quản bán phần còn ít và không đủ bằng chứng về kết quả ung thư của phương pháp nào ưu việt hơn. Các báo cáo cho thấy rằng kiểm soát tại chỗ của khối u gây hạn chế di động dây thanh kém hơn so với dây thanh di động bình thường trong cả phẫu thuật nội soi bằng laser^[3,4] và xạ trị^[5-7,9].

Bảo tồn thanh quản

Tỉ lệ bảo tồn thanh quản ở khi phẫu thuật nội soi bằng laser là từ 73,2 đến 100%. Với phương pháp xạ trị là 74,4 đến 97%. Phương pháp cắt thanh quản bán phần là 97,8% và chỉ được báo cáo ở duy nhất 1 nghiên cứu.

Phẫu thuật nội soi bằng laser có lợi thế là có nhiều sự lựa chọn khi điều trị vớt vát như xạ trị hoặc phẫu thuật (tái sử dụng phẫu thuật nội soi bằng laser, cắt thanh quản bán phần hoặc cắt toàn bộ thanh quản). Ngược lại, nếu điều trị ban đầu là xạ trị thì điều trị vớt vát thường ít có sự lựa chọn hơn, chủ yếu là cắt toàn bộ thanh quản. Ngoài ra, phẫu thuật vớt vát sau xạ trị thất bại thường gặp nhiều biến chứng hơn với tỉ lệ khoảng 5-78% tổng số biến chứng, đa số là rò hầu họng khoảng 73%^[26].

bài toàn văn sẽ được đọc chi tiết, đối chiếu với tiêu chí lựa chọn và loại trừ để chọn ra các nghiên cứu phù hợp và xem xét trích xuất dữ liệu bao gồm: Tỷ lệ kiểm soát tại chỗ, tỷ lệ bảo tồn thanh quản, tỷ lệ sống toàn bộ, sống không bệnh hoặc sống với bệnh đặc hiệu.

Các báo cáo tìm được sẽ được quản lý bằng phần mềm Zotero5.0.

KẾT QUẢ

1. Kết quả tìm kiếm

Kết quả tìm kiếm trên trang Pubmed có 1788

2. Kết quả ung thư

Bảng 1. Kết quả ung thư tại thời điểm 5 năm sau điều trị

Tổng số bệnh nhân	Khoảng thời gian theo dõi (Tháng)	KSTC		BTTQ		STB		SVBDH		SKB	
		NC/ n	Tỉ lệ %	NC/ n	Tỉ lệ %	NC/ n	Tỉ lệ %	NC/ n	Tỉ lệ %	NC/ n	Tỉ lệ %
5329	36-144	28/2814	56-98	7/390	74,4-97	11/3721	49-100	7/1129	74,2-100	4/453	53,6-91,5
1481	18-139	16/1235	63,6-89,4	13/1074	73,2-100	11/952	46-84,5	10/792	60-98,3	5/393	58,9-84,7
417	85-139	2/335	93,9-97,5	1/207	97,8	3/417	69,5-93,1	3/417	88,5-98	1/82	82,3

NC/n: Số nghiên cứu/ Số bệnh nhân báo cáo

Có 19 nghiên cứu về phẫu thuật nội soi bằng laser với tổng số bệnh nhân tham trong nghiên cứu là 1481 bệnh nhân, thời gian theo dõi của các nghiên cứu từ 18-139 tháng. Kết quả về tỷ lệ kiểm soát tại chỗ từ 63,6- 89,4%, bảo tồn thanh quản từ 73,2- 100%, sống toàn bộ từ 46-84,5%, sống với bệnh đặc hiệu là 60- 98,3% và sống không bệnh là 58,9- 84,7% (Bảng 1).

Có 30 nghiên cứu về xạ trị triệt căn với tổng số bệnh nhân là 5329, thời gian theo dõi trung bình là 36-144 tháng. Tỷ lệ kiểm soát tại chỗ là 56-97,6%, bảo tồn thanh quản từ 74,4- 97%, sống toàn bộ là 49-100%, sống với bệnh đặc hiệu là 74,2- 100% và sống không bệnh 53,6- 91,5% (Bảng 1).

Có 3 nghiên cứu về phẫu thuật cắt thanh quản bán phần với tổng số bệnh nhân là 417, thời gian theo dõi từ 85-139 tháng. Tỷ lệ kiểm soát tại chỗ từ 93,9- 97,3%, bảo tồn thanh quản là 97,8%, sống toàn bộ là 69,5- 93,1%, sống với bệnh đặc hiệu là 88,5- 98% và sống không bệnh là 82,3%. (Bảng 1).

Bảng 2. Kết quả ung thư theo T2a và T2b.

Giai đoạn	KSTC		BTTQ		STB		SVBDH		SKB	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	
T2a	446	271	74,2-95,2	414	62 - 86,2	334	93,2 - 100	83	61,8 - 93	
T2b	300	195	77 - 88	273	33,3 - 87	236	83,9 - 100	39	18,7 - 89	

n: số bệnh nhân được báo cáo

Có 7 trong 51 nghiên cứu báo cáo rõ ràng về kết quả của T2a và T2b cho kết quả ung thư cụ thể trình bày trên Bảng 2.

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy rằng số lượng các nghiên cứu về phẫu thuật cắt thanh quản bán phần (3 nghiên cứu) ít hơn đáng kể so với các nghiên cứu về xạ trị (30 nghiên cứu) và phẫu thuật nội soi bằng laser (19 nghiên cứu) trong khoảng 16 năm nay, điều này có thể cho thấy phẫu thuật nội soi bằng laser và xạ trị triệt căn đang ngày càng ưu tiên lựa chọn. Điều này có thể do kết quả kết quả ung thư của các phương pháp này không quá khác biệt mà bên

ngiên cứu, ở Thư viện Đại học Y Hà Nội có 64 nghiên cứu và 1 nghiên cứu được tìm thấy thủ công. Sau khi đọc phần tiêu đề và tóm tắt đã chọn được 351 bài. Các nghiên cứu này được tìm và đọc toàn văn sau đó đối chiếu với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ và mục tiêu đề tài, kết quả thu được 51 nghiên cứu thỏa mãn và được đưa vào phân tích, trong đó 1 nghiên cứu của Mantopolos báo cáo về cả kết quả ung thư của phẫu thuật nội soi bằng laser và phẫu thuật cắt thanh quản bán phần.

cạnh đó kết quả chức năng (như phát âm và nuốt), tỷ lệ giảm biến chứng của xạ trị và phẫu thuật nội soi bằng laser có vẻ ưu thế hơn [2].

Một số yếu tố liên quan đến kết quả ung thư

Sự di động của dây thanh

Có 7 nghiên cứu báo cáo rõ ràng kết quả ung thư của giai đoạn T2a và T2b [3-9] (hiện tại không còn được chia trong phân loại khối u theo TNM của AJCC năm 2017) và một số báo cáo khác nhắc đến sự di động bình thường hoặc hạn chế của dây thanh nhưng không tách biệt kết quả rõ ràng [10-12]. Mặc dù vậy trong nghiên cứu này cho thấy rằng những bệnh nhân có hạn

rates 49-100%, 46-84.5% and 69.5-93.1% respectively. Disease-specific survival rates 74.4-100%, 60-98.3% and 88.5-98% respectively, the disease-free survival rates 53.6-91.5%, 58.9-84.7% and 82.3% respectively.

Conclusion: Treatment for stage T2 glottic cancer by radiation therapy, endoscopic laser surgery, or partial laryngectomy have very positive results and are one of the options for treatment at this stage.

Keywords: Glotticglottic cancer, radiation therapy, endoscopic laser surgery, partial laryngectomy and synonyms.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư tăng thanh môn giai đoạn T2 có thể lựa chọn điều trị bằng phương pháp phẫu thuật bảo tồn thanh quản hoặc xạ trị triệt căn. Phẫu thuật bảo tồn bao gồm phẫu thuật nội soi bằng laser hoặc phẫu thuật cắt thanh quản bán phần. Với những phương pháp này, trên thế giới vẫn đang sử dụng song hành, tuy nhiên trong những năm gần đây điều trị bằng phẫu thuật nội soi bằng laser và xạ trị đơn thuần có xu hướng được thực hiện nhiều hơn ở các nước phát triển. Một nghiên cứu tổng quan hệ thống của Handriksma M và cộng sự báo cáo về điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi bằng Laser và xạ trị có tỉ lệ sống toàn bộ lần lượt là 69,2 % và 82,9%, tỉ lệ kiểm soát tại chỗ là 74,6 và 76,5% [1]. Ở Việt Nam, điều trị ung thư tăng thanh môn giai đoạn T2 thì phẫu thuật thường được lựa chọn, trong đó phổ biến hơn cả là phẫu thuật cắt thanh quản bán phần. Phẫu thuật nội soi bằng laser đã được thực hiện trong những năm gần đây, chủ yếu áp dụng cho những trường hợp ung thư thanh quản tăng thanh môn giai đoạn sớm và đạt được kết quả cao. Để có góc nhìn tổng quan về kết quả của từng phương pháp điều trị giúp cho các bác sĩ có được cách nhìn đa chiều trong ung thư thanh quản tăng thanh môn giai đoạn T2 về kết quả điều trị ung thư lâu dài của ung thư chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Tổng quan kết quả của điều trị của phương pháp phẫu thuật nội soi bằng laser, cắt thanh quản bán phần hoặc xạ trị triệt căn.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chí lựa chọn và loại trừ

Tiêu chí lựa chọn là các nghiên cứu về ung thư tăng thanh môn có giai đoạn T2, được điều trị đơn mô thức bằng phẫu thuật bảo tồn hoặc xạ trị, kết quả ung thư được báo cáo tại thời điểm 5 năm sau điều trị theo phương pháp Kaplan-Meier.

Tiêu chí loại trừ là những nghiên cứu không nêu rõ các dữ liệu của giai đoạn T2, nghiên cứu ung thư tái phát hoặc thời gian theo dõi ngắn hơn 2 năm.

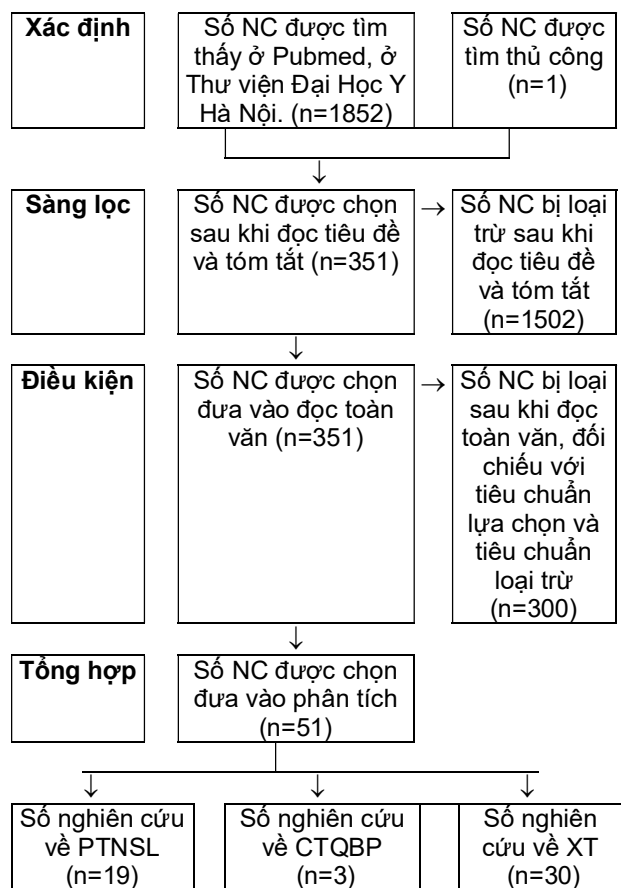
Nguồn cơ sở dữ liệu

Một tìm kiếm có hệ thống được thực hiện trong năm 2020 bởi 2 tác giả Đặng Văn Đoàn và Nguyễn Quang Trung, dữ liệu được thu thập từ tháng 1/2005 đến hết 31/12/2020.

Các nghiên cứu được tìm kiếm trên các cơ sở dữ liệu y học trực tuyến như: *Pudmed* với từ khóa “Glottic AND (transoral laser microsugery OR open partial laryngectomy OR radiation therapy)” và các từ đồng nghĩa. Ở trang *Thư viện Đại học Y Hà Nội* với từ khóa “Ung thư thanh quản”.

Các tài liệu tìm kiếm thủ công: Các tạp chí y học, công trình nghiên cứu trong nước, các bài báo cáo tổng kết của WHO.

Chọn lọc, quản lý tài liệu và trích xuất dữ liệu.



Hình 1. Sơ đồ quá trình lựa chọn và loại trừ các nghiên cứu

Các nghiên cứu tìm được sẽ được đọc cẩn thận phần tiêu đề và tóm tắt lựa chọn để tìm ra những tài liệu phù hợp lấy bản toàn văn. Các

bệnh đái tháo đường tuýp II điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa huyện Sông Mã năm 2017.

19. **Tô Văn Hải, Phạm Hoài Anh** (2006), "Biến chứng về mắt ở người bệnh đái tháo đường tuýp 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Thanh Nhân - Hà Nội", *Tạp chí Y học thực hành*, (548), tr. 166-172.

20. **Đặng Văn Hoà, Nguyễn Kim Lương** (2007), "Đánh giá tổn thương mắt ở người bệnh đái tháo đường tuýp 2 tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên", *Hội nghị khoa học toàn quốc*

chuyên ngành nội tiết và chuyển hoá lần thứ 3, tr. 888-895.

21. **Colditz G.A., Willett W.C., Rotnitzky A., Manson J.E.** (1995), "Weight gain as a risk factor for Clinical diabetes mellitus in men", *Ann Intern Med*, 122, pp. 481-486.

22. **Manson J.E., Ajani U.A., Liu S., Nathan D.M.**, (2000), "A prospective study of cigarette smoking and the incidence of diabetes mellitus among US. male physicians", *Am J Med*, 109, pp. 538-542.

TỔNG QUAN KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TĂNG TẦNG THANH MÔN GIAI ĐOẠN T2

ĐẶNG VĂN ĐOÀN¹, NGUYỄN QUANG TRUNG²

¹*Bệnh viện Công an tỉnh Nghệ An*

²*Bộ môn Tai Mũi Họng, Trường Đại học Y Hà Nội*

TÓM TẮT

Ung thư tăng tầng thanh môn giai đoạn sớm có kết quả điều trị ung thư cũng như bảo tồn chức năng rất khả quan. Loại bỏ bệnh tích là mục tiêu chính trong ung thư tăng tầng thanh môn ở giai đoạn T2, bên cạnh đó thì vấn đề bảo tồn chức năng (như thở, nuốt và nói) là mục tiêu rất được quan tâm mà phẫu thuật bảo tồn thanh quản hoặc xạ trị triệt căn đáp ứng được yêu cầu này.

Mục tiêu: Tổng quan kết quả điều trị của ung thư tăng tầng thanh môn giai đoạn T2 bằng phương pháp xạ trị (XT), phẫu thuật nội soi bằng laser (PTNSL) hoặc phẫu thuật cắt thanh quản bán phần (CTQBP).

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu này được thực hiện sử dụng cơ sở dữ liệu từ trang thông tin điện tử Pubmed, Thư viện Đại học Y Hà Nội và các tìm kiếm thủ công. Tiêu chí lựa chọn là những nghiên cứu về ung thư tăng tầng thanh môn giai đoạn T2, được điều trị đơn mô thức bằng phẫu thuật bảo tồn hoặc xạ trị và báo cáo về kết quả ung thư sau 5 năm được tính theo phương pháp Kaplan-Meier.

Thiết kế nghiên cứu: Tổng quan luận điểm.

Kết quả: Kết quả tại thời điểm 5 năm khi điều trị bằng phương pháp xạ trị, phẫu thuật nội soi bằng Laser và Phẫu thuật cắt thanh quản bán phần: Tỷ lệ kiểm soát tại chỗ (KSTC) lần lượt là: 56-97,6%, 63,6-89,4% và 93,9- 97,5%, Tỷ lệ bảo tồn thanh quản (BTTQ) lần lượt là: 74,4-97%,

73,2-100% và 97,8%. Tỷ lệ sống toàn bộ (STB) là: 49-100%, 46-84,5% và 69,5-93,1%. Tỷ lệ sống với bệnh đặc hiệu (SVBĐH) lần lượt là: 74,4-100%, 60-98,3% và 88,5-98%. Tỷ lệ sống không bệnh (SKB) lần lượt là: 53,6-91,5%, 58,9-84,7% và 82,3%.

Kết luận: Điều trị ung thư tăng tầng thanh môn ở giai đoạn T2 bằng các phương pháp xạ trị, phẫu thuật nội soi bằng laser, phẫu thuật cắt thanh quản bán phần đều cho kết quả rất khả quan, là một trong những lựa chọn cho điều trị ở giai đoạn này.

Từ khóa: Ung thư tăng tầng thanh môn, xạ trị, phẫu thuật nội soi bằng laser, phẫu thuật cắt thanh quản bán phần và các từ đồng nghĩa.

SUMMARY

OVERVIEW OF TREATMENT RESULTS FOR STAGE T2 GLOTTIC CANCER

Objective: Overview of treatment results for stage T2 glottic cancer by radiation therapy, endoscopic laser surgery or partial laryngectomy.

Methods: This study was conducted using databases from Pubmed website, Hanoi Medical University Library and manual searches. The inclusion criteria were studies of stage T2 glottic cancer, monotherapy treated with preservation surgery or radiation therapy, and 5-year oncological outcomes reporting calculated by the Kaplan-Meier. Study design: Scoping review.

Results: Outcomes at 5 years with radiation therapy, endoscopic laser surgery and partial laryngectomy: Local control rates: 56-97.6%, 63.6-89.4% and 93.9-97.5% respectively. Laryngeal preservation rates: 74.4-97%, 73.2-100% and 97.8% respectively. Overall survival

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Đoàn

Email: dangdoan91@gmail.com

Ngày nhận: 02/6/2021

Ngày phản biện: 24/6/2021

Ngày duyệt bài: 08/7/2021

thông tin về bệnh như; gia đình có người bệnh ĐTĐ và tiền sử đái tháo đường thai kỳ.

- Người bệnh có thông tin về bệnh chủ yếu qua cán bộ y tế và truyền thông gián tiếp qua tivi, báo..., thông tin được người bệnh tin tưởng nhất là từ cán bộ y tế và truyền thông.

3. Kỹ năng tự chăm sóc tại nhà

- Có 80,4% người bệnh biết làm tesst đường huyết tại nhà, còn 19,6% người bệnh chưa biết làm tesst đường huyết tại nhà. Có 64,7% người bệnh tuân thủ sử dụng thuốc theo hướng dẫn, tuy nhiên còn 32,4% người bệnh dùng thuốc không thường xuyên và 2,9% người bệnh không dùng thuốc.

- Có 40,2% người bệnh ăn kiêng theo hướng dẫn, 35,3% người bệnh ăn bình thường không kiêng và 22,5% còn ăn nhiều cơm và đồ ngọt.

- Tỷ lệ người bệnh vận động không thường xuyên là 28,4% và 10,79% không vận động.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy mức độ tuân thủ điều trị thuốc, thay đổi lối sống, tái khám định kỳ ĐTĐ của người bệnh tại phòng khám bệnh ngoại trú tại bệnh viện Hữu Nghị trong năm 2019 là cao so với mặt bằng chung, nhưng vẫn còn cần nhiều thay đổi. Cần áp dụng nhiều phương pháp tuyên truyền bệnh để giảm tối đa tình trạng quên sử dụng thuốc.

Mức độ tuân thủ các thay đổi lối sống của bệnh nhân ĐTĐ bị ảnh hưởng bởi yếu tố dịch tể, tuổi tác, thói quen sinh hoạt chưa đạt được đường huyết mục tiêu. Cần lưu ý tư vấn những bệnh nhân có yếu tố này. Nâng cao kiến thức và nhận thức của người bệnh cũng như cộng đồng về việc thay đổi lối sống đóng góp quan trọng trong điều trị bệnh ĐTĐ và phòng chống các nguy cơ tim mạch, THA và biến chứng nguy hiểm khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2017), Quyết định số 3319/QĐ-BYT ngày 19/07/2017 về việc ban hành tài liệu chuyên môn hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh đái tháo đường type 2, Bộ Y tế, Hà Nội.

2. Bệnh viện Hữu Nghị (2018), Báo cáo tổng kết hoạt động năm 2018 và phương hướng nhiệm vụ năm 2019.

3. Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội (2005), "Bệnh đái đường", *Bệnh học Nội khoa sau đại học*, tr. 214-229.

4. Tierney, Mc. Phee, Papadakis (2002), "Đái tháo đường", *Chẩn đoán và điều trị y học hiện đại*, Nxb Y học, Hà Nội, tr. 733-800.

5. Bộ môn Nội, Trường Đại học Y Hà Nội (2005), "Đái tháo đường thainghen", *Bệnh học Nội khoa sau đại học*, tr. 347-359.

6. Nguyễn Đình Toàn, Hoàng Khánh (2006), "Một số chỉ số nhân trắc mới trong chẩn đoán béo phì ở người lớn", *Tạp chí Y học thực hành*, (548), tr. 515-523.

7. Hoàng Kim Ước và cộng sự (2007), "Thực trạng bệnh đái tháo đường và rối loạn dung nạp đường huyết ở các đối tượng có nguy cơ cao tại Thành phố Thái Nguyên năm 2006", *Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hoá lần thứ 3*, tr. 677-693.

8. Trần Thừa Nguyên, Trần Hữu Dàng (2006), "Nghiên cứu hội chứng chuyển hoá ở người béo phì với BMI ≥ 23 ", *Tạp chí Y học thực hành*, (548), tr. 412-413.

9. Tô Văn Hải, Ngô Mai Xuân và cộng sự (2006), "Một số yếu tố nguy cơ gây bệnh đái tháo đường điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Thanh Nhàn Hà Nội", *Tạp chí Y học Thực hành*, (548), tr. 158-164.

10. Tạ Văn Bình (2007), *Những nguyên lý nền tảng đái tháo đường – tăngglucose máu*, Nxb Y học, Hà Nội.

11. Phạm Thị Hồng Hoa (2007), "Đái tháo đường một đại dịch cần được quản lý và kiểm soát chặt chẽ", *Hội nghị khoa học toàn quốc chuyên ngành nội tiết và chuyển hoá lần thứ 3*, tr. 393-399.

12. Tạ Văn Bình (2006), *Dịch tể học bệnh đái tháo đường ở Việt Nam – Các phương pháp điều trị và biện pháp phòng chống*, Nxb Y học, Hà Nội.

13. Nguyễn Mạnh Dũng (2007), "Đánh giá nhận thức của người bệnh đái tháo đường về chế độ ăn uống và tập luyện thể lực", *Tạp chí Y học thực hành*, Số 731, tr 191 - 195.

14. Bùi Thị Khánh Thuận (2009), *Kiến thức, thái độ, hành vi về chế độ ăn và luyện tập ở người bệnh đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Nhân Dân 115*, Luận văn thạc sỹ Y học, trường Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh.

15. Lê Thị Hương Giang (2013), *Đánh giá tuân thủ điều trị đái tháo đường type 2 và một số yếu tố liên quan của người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện 198, năm 2013*, Luận văn Thạc sỹ Quản lý bệnh viện, trường Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.

16. Đỗ Quang Tuyền (2013), *Kiến thức và thực hành về tuân thủ chế độ dinh dưỡng ở người bệnh đái tháo đường typ II, điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Lão khoa Trung ương năm 2012*", *Tạp chí Y học thực hành*. 867(4), tr. 3 - 6.

17. Hoàng Thanh Quang (2015)Đánh giá kiến thức, thái độ, kỹ năng thực hành của người bệnh về bệnh đái tháo đường đến khám và điều trị ngoại trú tại Bệnh viện đa khoa huyện Sông Mã năm 2015.

18. Tông Thị Mai Lan (2017), Thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở người

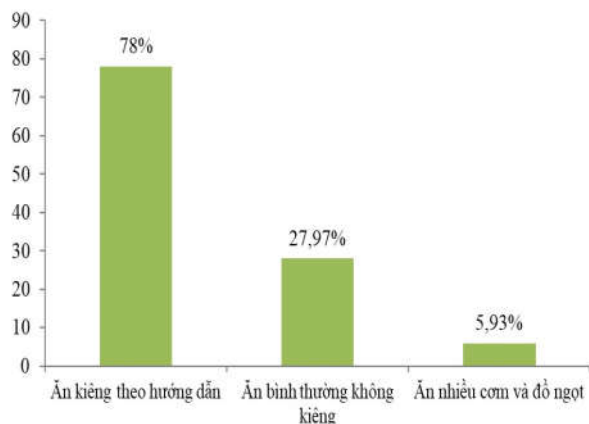
Số người bệnh không biết chỉ số đường huyết từ bao nhiêu được coi là tăng đường huyết chiếm tỉ lệ rất thấp; 2,95%.

5. Kiến thức của người bệnh về các biến chứng của bệnh

Bảng 6. Kiến thức của người bệnh về các biến chứng của bệnh

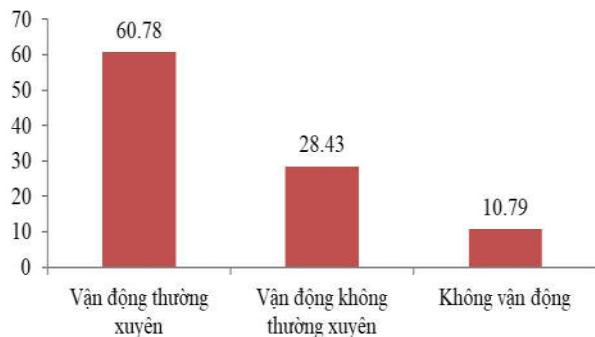
Các cơ quan	Biết		Không biết	
	(n=102)	%	(n=102)	%
Thần kinh	53	51,96	49	48,04
Tim mạch	76	74,50	26	25,50
Thận	81	79,40	21	20,60
Mắt	92	90,10	10	9,90
Răng	12	11,77	90	88,23
Bệnh lý bàn chân	42	41,18	60	58,82
Dễ nhiễm khuẩn	33	32,36	69	67,64

Người bệnh biết các biến chứng về thần kinh, tim mạch, thận và mắt chiếm từ 51,96% đến 90,10%;



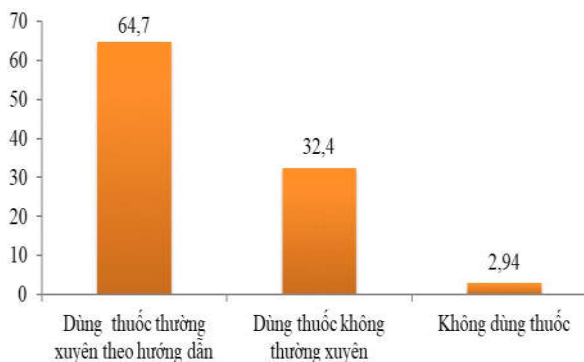
Biểu đồ 2. Tuân thủ chế độ ăn

Tỷ lệ người bệnh tuân thủ chế độ ăn theo hướng dẫn của thầy thuốc là 78%, còn 27,97% ăn bình thường không kiêng và 5,93% vẫn ăn nhiều cơm và đồ ngọt.



Biểu đồ 3. Tuân thủ chế độ luyện tập

Vẫn còn 10,79% người bệnh không luyện tập và 28,43% người bệnh không vận động thường xuyên.



Biểu đồ 4. Tuân thủ sử dụng thuốc và tái khám định kỳ

Tỷ lệ người bệnh dùng thuốc không thường xuyên còn chiếm 32,4% và có 2,9% người bệnh biết mình bị tiểu đường nhưng không dùng thuốc.

BÀN LUẬN

Qua tiến hành đánh giá ngẫu nhiên 102 người bệnh đái tháo đường typ II đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị năm 2019 về “Thực trạng kiến thức và tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường typ II điều trị ngoại trú tại Khoa khám bệnh, Bệnh viện Hữu Nghị năm 2019” tôi rút ra kết luận như sau:

1. Đặc điểm về người bệnh

- Trong nhóm người bệnh được khảo sát độ tuổi từ 71 đến 80 chiếm 55,92%; giới nam chiếm 76,3%; nữ chiếm 12,7%; dân tộc kinh là 100%; nghề nghiệp là CB hưu trí là 100%.

- Người bệnh được khảo sát có tỷ lệ Đại học tương đối cao chiếm 72,25 % và 9,8% người có trình độ trung cấp / cao đẳng.

- Người bệnh mắc các bệnh kèm theo chiếm tỷ lệ từ 10,78% đến 47%

- Người bệnh có chỉ số BMI Bình thường (18,5 – 24,5) chiếm tỷ lệ 67,64%

2. Kiến thức của người bệnh về bệnh đái tháo đường

- Chiếm tới 52 đến 53% người bệnh không biết về những triệu chứng của bệnh như sút cân và mệt mỏi.

- Có 6,86% người bệnh không biết chỉ số đường huyết của mình, 2,95% người bệnh không biết chỉ số đường huyết bao nhiêu được coi là đái tháo đường.

- Có 74,5 đến 90,1% người bệnh biết được các biến chứng của bệnh về tim mạch, thận và mắt còn 58,82 đến 88,23% người bệnh không biết các biến chứng về răng, bệnh lý bàn chân và dễ nhiễm khuẩn.

- Kiến thức của người bệnh về các yếu tố nguy cơ gây bệnh còn hạn chế, có 93,14% đến 94,12% người bệnh không được tiếp cận các

Trong số 102 người bệnh tham gia trả lời phỏng vấn, chúng tôi thấy đại đa số người bệnh có kiến thức về bệnh và chế độ điều trị ĐTĐ; số người bệnh trả lời đạt cả 18 câu hỏi lên tới 90% trở lên, điều này khá phù hợp với tính chất đặc thù của đối tượng người bệnh là cán bộ cao cấp nên rất quan tâm, tìm hiểu về bệnh.

Thực trạng kiến thức và tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường typ II điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh-bệnh viện Hữu Nghị

100% ĐTKS là người trên 60 tuổi; 72,55% có trình độ đại học trở lên.

Tỷ lệ người bệnh ĐTĐ mắc kèm bệnh kèm theo là; 47% người bệnh mắc bệnh THA, bệnh tim mạch; 24,50%, có 10,78% bệnh đục thủy tinh thể và 17,64% NB mắc các bệnh khác kèm theo..

80,4% là tỷ lệ người bệnh biết làm test đường huyết tại nhà; 19,6% NB không biết làm test đường huyết tại nhà.

Người bệnh Tuân thủ sử dụng thuốc thường xuyên theo sự hướng dẫn của thầy thuốc (64,7 có 2,94% không dùng thuốc; 32,4% dùng thuốc không thường xuyên.

80% người bệnh trả lời đúng cả 18 câu hỏi kiến thức về bệnh và chế độ điều trị ĐTĐ; 50% người bệnh cho biết kiến thức họ có được là từ cán bộ y tế (CBYT) cung cấp. Tuy nhiên, 2,94% NB cũng cho rằng bệnh ĐTĐ không phải điều trị suốt đời, khi bị ĐTĐ không cần phải bỏ thuốc lá/thuốc lào và không cần XN, ghi số đường huyết vào sổ theo dõi thường xuyên.

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm tuổi, giới, dân tộc, nghề nghiệp

Chỉ số nghiên cứu	N (102)	Tỷ lệ (%)
Tuổi 60 - 70	29	28,43
Tuổi 71 - 80	55	53,92
Tuổi >80	18	17,65
Nam	74	72,55
Nữ	28	27,45
Dân tộc kinh	102	100
Cán bộ hưu	102	100

Về tuân thủ các biện pháp thay đổi lối sống: Người bệnh thực hiện chế độ ăn kiêng đạt 78%; tiếp đến là không ăn kiêng là 16,07%; 5,93% là tỷ lệ người bệnh vẫn ăn nhiều cơm và đồ ngọt

Bảng 2. Trình độ văn hóa của đối tượng nghiên cứu

Trình độ văn hóa	Đối tượng nghiên cứu	
	n (102)	Tỷ lệ (%)
Trung cấp, cao đẳng	10	9,80
Đại học	74	72,55
Sau đại học	15	14,70
Khác	3	2,95
Tổng số	102	100

Tỷ lệ người bệnh trình độ trung cấp/cao đẳng chiếm; 9,80%

Tỷ lệ người bệnh trình độ đại học chiếm; 72,55%

Tỷ lệ người bệnh trình độ sau đại học chiếm; 14,70%

Tỷ lệ người bệnh khác chiếm; 2,95%

2. Chỉ số BMI của người bệnh (theo chuẩn của Tổ chức Y tế thế giới và dành riêng cho người châu Á)

Bảng 3. Chỉ số BMI của đối tượng nghiên cứu

BMI (Kg/m2)	Đối tượng nghiên cứu	
	N (102)	Tỷ lệ (%)
Cân nặng thấp (gầy) < 18,5	6	5,9
Bình thường (18,5 – 24,5)	69	67,64
Thừa cân (25)	10	9,80
Tiền béo phì (25 – 29,9)	16	15,68
Béo phì độ I (30 – 39,9)	01	0,98

- Tỷ lệ người bệnh thừa cân và tiền béo phì chiếm từ 9,80% đến 15,68%

- Tỷ lệ người bệnh béo phì độ I chiếm tỉ lệ rất thấp; 0, 98%

3. Người bệnh có mắc các bệnh kèm theo.

Bảng 4. Phân bố mắc các bệnh kèm theo của đối tượng nghiên cứu

Các bệnh kèm theo	Đối tượng nghiên cứu	
	n (102)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	48	47
Tim mạch	25	24,50
Đục thủy tinh thể	11	10,78
Bệnh khác	18	17,64

Tỷ lệ người bệnh mắc các bệnh kèm theo chiếm từ 10,78% đến 47%

4. Thực trạng kiến thức của người bệnh

4.1. Kiến thức về dấu hiệu của bệnh đái tháo đường

Bảng 5. Kiến thức về dấu hiệu của bệnh đái tháo đường

Dấu hiệu	Có biết		Không biết	
	(n = 102)	%	(n = 102)	%
Ăn nhiều	58	56,86	44	43,14
Uống nhiều	69	67,65	33	32,35
Đái nhiều	68	66,67	34	33,33
Gầy sút cân	48	47,05	53	52,95
Mệt mỏi	48	47,00	54	53,00

Người bệnh không nắm được các triệu chứng gầy sút cân và mệt mỏi của bệnh tiểu đường còn chiếm 53,00%

4.2. Kiến thức của người bệnh biết và không biết về chỉ số đường huyết

Tỷ lệ người bệnh không biết chỉ số đường huyết của mình rất thấp chiếm; 6,86%.

4.3. Kiến thức của người bệnh biết và không biết về chỉ số đường huyết được coi là tăng đường huyết.

còn tạo ra gánh nặng bệnh tật cho cả gia đình và xã hội.

Để hạn chế và phòng ngừa được các biến chứng do ĐTD gây ra thì NB ĐTD đầu tiên là cần phải thay đổi lối sống: Ăn giảm tinh bột đường và duy trì cân nặng lý tưởng, hạn chế bia rượu, cai thuốc lá, vận động thể lực phù hợp, tránh stress, tiếp đến là tuân thủ dùng thuốc. Tuân thủ dùng thuốc là dùng đúng thuốc theo chỉ định, thường xuyên, liên tục và suốt đời. Tuân thủ điều trị ĐTD có thể giảm 80% nguy cơ tử vong do biến chứng tim mạch và 20% bệnh thận^[3]. Việc không tuân thủ điều trị gây lãng phí thuốc, làm tăng sự tiến triển của bệnh, tăng nguy cơ biến chứng, tăng số lần nhập viện và làm giảm chất lượng cũng như tuổi thọ của NB^[2]. Số liệu thống kê từ Liên đoàn Đái tháo đường thế giới (IDF) cho thấy, cứ mỗi giờ có thêm hơn 1.000 bệnh nhân đái tháo đường (ĐTD) mắc mới, và cứ mỗi 8 giây có 1 người chết do ĐTD. IDF chỉ ra, bệnh ĐTD hiện nay có thể coi là một loại bệnh dịch toàn cầu với 415 triệu người trưởng thành bị bệnh trên toàn thế giới mắc bệnh đái tháo đường, chiếm (8,8% dân số thế giới).

Tại Việt Nam, số liệu từ Hội Nội tiết và ĐTD (VADE) cho biết, hiện có tới 3,53 triệu người đang “chung sống” với căn bệnh ĐTD, và mỗi ngày có ít nhất 80 trường hợp tử vong vì các biến chứng liên quan. Dự báo, số người mắc bệnh có thể tăng lên 6,3 triệu vào năm 2045 Một điều đáng lo ngại cần phải nhắc tới, nghiên cứu mới nhất của Bệnh viện Nội tiết trung ương trên 2.810 trẻ em lứa tuổi từ 11-14 tuổi vừa qua trên toàn quốc cho thấy nguy cơ tiềm ẩn của bệnh ĐTD ở nhóm đối tượng này.

Mặt khác, hành vi tuân thủ điều trị của NB lại phụ thuộc rất nhiều vào nhận thức, thái độ và năng lực thực hành cũng như điều kiện kinh tế của NB. Trong đó, nhận thức chính là yếu tố đầu tiên và là yếu tố quan trọng để thay đổi hành vi của NB. Hiện nay tại Khoa Khám bệnh bệnh - Bệnh viện Hữu Nghị cho thấy số người bệnh mắc tiểu đường cũng gia tăng hàng năm. Khoa khám bệnh ngoại trú điều trị bệnh mãn tính được thành lập từ năm 2012 và theo thống kê hàng năm cho thấy năm 2017 thì số người bệnh khám bệnh là; 19.537 Người bệnh, năm 2018 tăng lên 20.645 Người bệnh, hiện tại năm 2019 tính đến 31/10 là; 18.100 người bệnh^[2].

Do đó tôi đã tiến hành đề tài “Thực trạng kiến thức và tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường typ II điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Hữu Nghị”

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2. Đối tượng nghiên cứu: người bệnh ĐTD đã được chẩn đoán, điều trị ĐTD tính đến thời điểm phỏng vấn ít nhất 06 tháng.

3. Phương pháp thu thập số liệu

- Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ 01/9/2019 đến hết 30/9/2019 tại khoa khám bệnh ngoại trú Bệnh viện Hữu Nghị. Người bệnh đăng ký khám đủ tiêu chí lựa chọn và không có tiêu chí loại trừ sẽ được hỏi trực tiếp người bệnh bằng bộ câu hỏi.

4. Phương pháp xử lý và thống kê số liệu

Dữ liệu được nhập bằng máy tính và kiểm định bằng phần mềm EpiData. Dữ liệu được chuyển sang phân tích bằng phần mềm Stata. Chúng tôi sử dụng các test kuerem điện: Chi², Fisher-exact test, t-test, Pearson test cho các biến phân phối chuẩn và Mann-Whitney, Spearman-test cho các biến phân phối không chuẩn.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập và phân tích dữ liệu của 102 NB đến khám và điều trị ngoại trú tại Phòng khám bệnh ngoại trú, trong đó có 74 người bệnh nam (72,55%) và 28 người bệnh nữ (27,45%); đối tượng phần lớn là người trên 71-80 tuổi, chỉ có 17,65 % NB có độ tuổi trên 80 và nhóm tuổi từ 60 - 70 tuổi chiếm cao nhất (28,43%). 72,55% có trình độ đại học, chỉ có 9,80% NB có trình độ TC và CĐ, NB là cán bộ đã nghỉ hưu 100%, NB có các bệnh kèm theo 100% trong đó cao nhất là THA chiếm 47%, thấp nhất là đục thủy TT chiếm 10,78%. Có 64,7% NB đến khám, theo dõi và điều trị ĐTD được khảo sát đạt được trị số đường huyết mục tiêu lúc đói $\geq (3,9 - 7,2)$ mmol/l hoặc $\leq (3,9 - 7,2)$ mmol//

Trong nghiên cứu của chúng tôi phát hiện người bệnh ĐTD có được từ nguồn thông tin do khám bệnh chiếm tỷ lệ (50%), từ truyền thông là 41,2%, chỉ có 1 tỷ lệ nhỏ (2,92%) người bệnh phát hiện ĐTD lần đầu là có các triệu chứng bất thường; điều này khá phù hợp với đặc điểm đối tượng NB của việc kiểm tra khám bệnh định kỳ. người bệnh ĐTD tự theo dõi và làm test thử đường huyết tại nhà chiếm 80,4% chỉ có 19,6% không biết thử test đường huyết tại nhà. Chúng tôi gặp người bệnh ĐTD chủ yếu là mức độ nhẹ và trung bình (93.7%), mức độ nặng chỉ chiếm 6,3%; 92,25% là tỷ lệ NB có thời gian điều trị THA tại bệnh viện trên 1 năm, đặc biệt người bệnh điều trị THA tại bệnh viện trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (36,25%).

test nhanh tại nhà của người bệnh Có 80,4% NB biết thử test, Tuân thủ sử dụng thuốc; 64,7% dùng thuốc theo hướng dẫn của thầy thuốc, có 2,94% không dùng thuốc, 32,4% dùng thuốc không thường xuyên. Về tuân thủ chế độ ăn và luyện tập; có 78% ăn kiêng theo hướng dẫn, 16,07% không ăn kiêng, có 60,78% vận động thường xuyên, có 10,79% là không vận động.

Kết luận: Bệnh nhân có kiến thức về bệnh đái tháo đường và biết tự chăm sóc bệnh đái tháo đường typ II mức độ cao, số NB biết tự chăm sóc là khá cao so với kết quả nghiên cứu của các đồng nghiệp khác. Đặc thù đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn cao, người bệnh cao tuổi nên lý do không tuân thủ hướng dẫn điều trị phần lớn là do bệnh nhân quên vì vậy cần áp dụng nhiều hình thức tuyên truyền nhắc nhở để tránh quên uống thuốc và ăn uống không theo hướng dẫn, thay đổi quan điểm nhận thức về việc tuân thủ điều trị và thay đổi lối sống.

Từ khóa: Đái tháo đường, tuân thủ điều trị, thay đổi lối sống, ăn kiêng, tập thể dục.

SUMMARY

Objective: To describe the current status of knowledge and self-care of patients with type II diabetes treated as outpatients at the medical examination department, Huu Nghi hospital

Research Methods: A cross-sectional descriptive study. Patients were randomly selected, interviewed directly and collected data according to a prepared data collection table.

Results: In 102 patients, 53% of patients did not know the symptoms of diabetes mellitus, weight loss and fatigue. 93.14% of patients know their blood glucose index, 2.95% of patients do not know the blood sugar index is considered to be hyperglycemia. Knowledge of complications of the disease: patients know about neurological, renal and ocular complications from 51.96% to 90.10%; patients have knowledge about risk factors for obesity or overweight (86.3%); Patients' access to information about diabetes reached 90.2%. In particular, patients trust medical staff, accounting for 64.8%. About the actual situation of practice skills of people with diabetes; Do a quick test at the patient's home: there are 80.4% of patients know how to test, adhere to drug use; 64.7% used drugs according to the doctor's instructions, 2.94% did not use drugs, 32.4% used drugs infrequently. About adherence to diet and exercise: 78% followed the guidelines, 27.97% did not diet, 60.78% exercised regularly, 10.79% did not exercise.

Conclusion: The patient has a high level of diabetes knowledge and self-care for type II

diabetes, the number of patients who know how to take care of themselves is quite high compared to the research results of other colleagues. Elderly patients should not comply with treatment instructions mainly because patients forget. Therefore, it is necessary to apply many forms of propaganda to remember to take medicine and eat according to instructions, change perceptions about treatment adherence and change lifestyle.

Keywords: Diabetes, treatment adherence, change lifestyle, diet, exercise.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh mạn tính phổ biến nhất trên thế giới [1] ĐTĐ được ước tính gây ra 8,8% gánh nặng bệnh tật toàn cầu hiện nay và cũng phổ biến ở các nước đang phát triển và các nước phát triển [11]. Ở Việt Nam theo điều tra năm 2015 của Bộ Y tế 68,9% người tăng đường huyết chưa được phát hiện. Chỉ có 28,9% người bệnh ĐTĐ được quản lý tại cơ sở y tế. Đặc biệt, trong những người bị ĐTĐ, có 85% chỉ phát hiện ra bệnh khi đã có biến chứng nguy hiểm như: tim mạch, suy thận, thần kinh, biến chứng bàn chân đái tháo đường ...

ĐTĐ được coi là “kẻ giết người thầm lặng” bởi bệnh không có những triệu chứng điển hình, không phải lúc nào người mắc bệnh ĐTĐ cũng thấy khó chịu. Một số người ĐTĐ có triệu chứng lâm sàng như: ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều, gầy sút cân,...

Tuy nhiên, gần một nửa số người đang sống với bệnh đái tháo đường (độ tuổi 20-79) không được chẩn đoán (46,5%), tỷ lệ này ở khu vực Tây Thái Bình Dương là 52,1%. Nhiều người đang sống với bệnh ĐTĐ tip 2 trong một thời gian dài mà không nhận biết được tình trạng bệnh của họ. Đến khi được chẩn đoán, thường đã kèm theo các biến chứng của bệnh. Thật lạ quan, thực hiện lối sống lành mạnh có thể phòng ngừa được 70% đái tháo đường tip 2 và ăn uống lành mạnh có thể giúp giảm nguy cơ của đái tháo đường.

Tại Việt Nam, vào năm 2015 đã có 3,5 triệu người mắc bệnh báo cáo của Hiệp hội đái tháo đường thế giới IDF Diabetes Atlas, và con số này được dự báo sẽ tăng lên 6,1 triệu vào năm 2040. Theo kết quả điều tra năm 2015 của Bộ Y tế, 68,9% người tăng đường huyết chưa được phát hiện. Chỉ có 28,9% người bệnh ĐTĐ được quản lý tại cơ sở y tế. Đây thực sự là khoảng trống lớn về sự chênh lệch giữa nhu cầu và cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Như vậy, ĐTĐ không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh (NB) mà

2. **Rossolini GM, Mantengoli E, Montagnani F** (2010) Epidemiology and clinical relevance of microbial resistance determinants versus anti-gram-positive agents, *Curr Opin Microbiol*, 13: 582–560.
3. **Nordmann P, Naas T, Fortineau N** (2010) Superbugs in the coming new decade; multidrug resistance and prospects for treatment of *Staphylococcus aureus*, *Enterococcus* spp, and *Pseudomonas aeruginosa* in 2007, *Curr Opin Microbiol*, 10: 436–476.
4. **Bộ Y tế** (2017) Hướng dẫn thực hành kỹ thuật xét nghiệm vi sinh lâm sàng, *Nhà xuất bản Y học: Hà Nội*.
5. **Trần Thị Ngọc Anh** (2007), Sự kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh thường gặp tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 năm 2007, *Chuyên đề khoa Nhi*.
6. **Trần Thị Thanh Nga** (2010) Nhiễm khuẩn và kháng kháng sinh tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2008 – 2009, Hội nghị Khoa Học Kỹ thuật Bệnh viện Chợ Rẫy 2010, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 14(2): 690-694.
7. **Đặng Thị Hằng** (2015) Nghiên cứu mức độ kháng kháng sinh và một số gen liên quan kháng thuốc của *Staphylococcus aureus* ở Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế (02/2012 – 8/2014), *Luận văn thạc sỹ y học, Học viện Quân y*.
8. **Cao Minh Nga, Lục Thị Vân Bình, Nguyễn Thị Túy An và CS**, (2010) Sự kháng kháng sinh của các vi khuẩn gây nhiễm khuẩn đường tiết niệu ở người lớn, *Y học thành phố Hồ Chí Minh*, 14(1): 491-497.
9. **Học viện Quân y** (2008), *Vi sinh vật y học, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân*, 127-142.
10. **GARP Việt Nam** (2012) Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam 2008-2009, *Global Antibiotic Resistance Partnership*.
11. **Stefani, et al**, (2003) Epidemiology of methicillin resistant Staphylococci in Europe, *Clin Microbiol Infect*, 9: 1179-1186.
12. **Grundmann H, et al**, (2010) Distribution of *Staphylococcus aureus* causing invasive infection in Europe: A Molecular Epidemiological Analysis Geographic, *PloS Med*, 7(1) e1000215. doi: 10.1371/journal.pmed.1000215.
13. **Song Jae Hoon, et al**, (2011) Spread of methicillin resistant *Staphylococcus aureus* between the community and the hospitals in Asian countries: an ANSORP study, *J Antimicrob Chemother*, 66(5): 1061-1069.
14. **Nguyễn Thái Sơn và CS**, (2010) Nghiên cứu tỷ lệ và mức độ kháng thuốc kháng sinh của các vi khuẩn gây bệnh tại Bệnh viện 103 giai đoạn 2007 – 2009, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 376(2): 245-251.
15. **Kiều Chí Thành, Lê Thu Hồng** (2012) Nghiên cứu cơ cấu vi khuẩn gây bệnh và tỷ lệ kháng kháng sinh của các loài phân lập tại Bệnh viện 103 từ tháng 6/2010 đến tháng 12/2011, *Y học thực hành*, 848(11): 11-13.
16. **Min Kyoung Kim, Sung-Kiang Chuang, Meredith August** (2017) Antibiotic Resistance in Severe Orofacial Infections, *J Oral Maxillofac Surg* 75: 962-968.

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VÀ TỰ CHĂM SÓC CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP II ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI KHOA KHÁM BỆNH BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ NĂM 2019

NGUYỄN VĂN THUYỀN, NGUYỄN THỊ THU TRANG
Bệnh viện Hữu Nghị

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng kiến thức và tự chăm sóc của người bệnh đái tháo đường typ II điều trị ngoại trú tại khoa khám bệnh-bệnh viện Hữu Nghị.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Người bệnh được chọn ngẫu nhiên, được phỏng vấn trực tiếp và thu thập số liệu theo bảng thu thập số liệu soạn sẵn.

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Văn Thuỳên

Email: thuyenkshn@gmail.com

Ngày nhận: 14/6/2021

Ngày phản biện: 02/7/2021

Ngày duyệt bài: 08/7/2021

Kết quả: trong 102 người bệnh, 53% người bệnh (NB) không nắm được triệu chứng gây sút cân và mệt mỏi của bệnh tiểu đường. 93,14% NB biết được chỉ số đường huyết của mình, 2,95% NB không biết chỉ số đường huyết được coi là tăng đường huyết. Về kiến thức về các biến chứng của bệnh: NB biết được các biến chứng về thần kinh, thận và mắt từ 51,96% đến 90,10%; NB có kiến thức về yếu tố nguy cơ gây bệnh béo phì hoặc thừa cân (86,3%); NB tiếp cận về thông tin bệnh đái tháo đường đạt 90,2%. Đặc biệt, kết quả NB thông tin tin tưởng từ nhân viên y tế chiếm 64,8%: Về thực trạng kỹ năng thực hành của NB đái tháo đường; làm

tăng từ 50% năm 2007 lên 66% năm 2009 [14]. Cũng tại Bệnh viện 103 tỷ lệ kháng kháng sinh của *S. aureus* năm 2010 – 2011 là 48,54% với ciprofloxacin, 40,41% với amoxicillin – clavulanic acid, 35,5% với amikacin và 48,72% với cefepime [15]. Và theo nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thanh Nga tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2008 đến 31/12/2009, có tất cả 371 chủng vi khuẩn phân lập được tại khoa Vi sinh Bệnh viện Chợ Rẫy, trong số các vi khuẩn Gram dương phân lập được thì *S. aureus* chiếm tỷ lệ cao nhất (15%). Tỷ lệ *S. aureus* kháng methicillin là 50 – 60% [7].

2. Mức độ kháng kháng sinh của *Streptococcus viridans*

Theo kết quả nghiên cứu *S. viridans* kháng cao nhất với azithromycin (84,3%), tiếp theo là erythromycin (84,2%), tiếp sau đó đến clindamycin (75,8%), ceftriaxone (75,3%), ofloxacin (63,2%), cefotaxime (61,6%), levofloxacin (57,8%), thấp hơn với chloramphenicol (44,9%), cefepime (37,7%), thấp nhất là vancomycin (15,3%) (Bảng 2). Tỷ lệ kháng các loại kháng sinh trên không có sự thay đổi rõ rệt trong từng năm, tuy nhiên ở năm 2018 thì mức độ kháng với azithromycin, erythromycin, ceftriaxone, cefotaxime đều chiếm tỷ lệ cao trên 80%.

Theo nghiên cứu đánh giá hồ sơ kháng kháng sinh ở bệnh nhân biến chứng trong nhiễm trùng nha khoa của Kim Kyoung Min và cộng sự từ năm 2009 – 2014 trong 60 bệnh nhân thì tỷ lệ kháng clindamycin thấp hơn so với kết quả của chúng tôi (13,7%), tỷ lệ kháng erythromycin cũng thấp hơn (16,6%), tỷ lệ kháng penicillin là 12,9% và không xuất hiện trường hợp kháng vancomycin [16].

Sở dĩ xuất hiện sự khác biệt giữa các nghiên cứu trong tỷ lệ kháng kháng sinh mà cụ thể là nghiên cứu của chúng tôi thực hiện tại Bệnh viện Quân y 103 là cao hơn so với các nghiên cứu tại các nước khác là do hệ quả tất yếu của quá trình sử dụng thuốc trong điều trị chưa hợp lý, mỗi khu vực địa lý với sự giáo dục và nhận thức của từng bệnh nhân khác nhau và đặc biệt tỷ lệ kháng thuốc càng ngày càng gia tăng khi việc lạm dụng thuốc kháng sinh trở nên phổ biến hơn. Minh chứng rõ ràng nhất có thể nhìn thấy được trong nghiên cứu của chúng tôi là tỷ lệ kháng với từng loại kháng sinh (cefepime, ceftriaxone, cefotaxime, vancomycin, azithromycin, erythromycin) của *S. viridans* là tăng dần theo từng năm từ 2014 – 2018 (Bảng 2). Nguyên nhân tiếp theo là do với mỗi vị trí địa lý khác nhau thì chủng vi khuẩn sẽ có đặc điểm

về chủng hay cụ thể về mức độ kháng với từng loại kháng sinh là khác nhau, bởi lẽ khi sử dụng thường xuyên và tràn lan 1 loại kháng sinh thì tỷ lệ kháng loại kháng sinh đó sẽ là cao hơn hẳn so với những quốc gia ít hoặc không sử dụng loại kháng sinh này. Tiếp đến phải đề cập chiến lược sử dụng kháng sinh tại nước ta. Trong khi nhiều quốc gia phát triển quay lại việc sử dụng kháng sinh thế hệ 1 vẫn hiệu quả thì Việt Nam đã phải dùng tới kháng sinh thế hệ 3 và 4. Đáng lo ngại hơn, nước ta đã xuất hiện một số loại siêu vi khuẩn kháng tất cả các loại kháng sinh. Đây được coi là cảnh báo hiện vấn đề kháng kháng sinh đã trở thành một trong mối đe dọa hàng đầu đối với sức khỏe và sự phát triển. Mối đe dọa này khiến con người dễ quay về thời kỳ chưa có kháng sinh.

KẾT LUẬN

Staphylococcus aureus kháng cao nhất với penicillin G với 96,2%, kháng cao với các kháng sinh tetracycline, clindamycin, erythromycin, azithromycin từ 71,2% đến 84,2%, tiếp đến là cefoxitin (57,6%), ofloxacin (40,4%), chloramphenicol (36,5%), kháng thấp hơn với các kháng sinh: trimethoprim/sulfamethoxazole (16,3%), rifampin (5,2%), quinupristin/dalfopristin (2,8%), linezolid (2,3%), nitrofurantoin (0,9%), các chủng *Staphylococcus aureus* trong nghiên cứu đều nhạy với vancomycin.

S. viridans kháng cao nhất với azithromycin (84,3%), tiếp theo là erythromycin (84,2%), tiếp sau đó đến clindamycin (75,8%), ceftriaxone (75,3%), ofloxacin (63,2%), cefotaxime (61,6%), levofloxacin (57,8%), thấp hơn với chloramphenicol (44,9%), cefepime (37,7%), thấp nhất là vancomycin (15,3%).

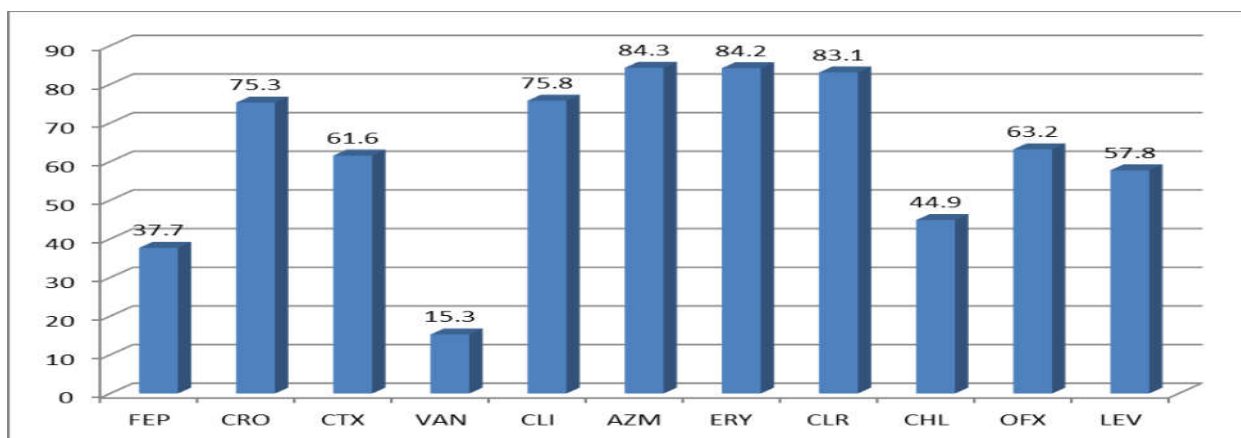
KHUYẾN NGHỊ

Staphylococcus aureus, *Streptococcus viridans* là các vi khuẩn xuất hiện phổ biến trong các nhiễm trùng do vi khuẩn Gram dương tại Bệnh viện Quân y 103. Vì vậy, cần giám sát mức độ kháng kháng sinh và mối liên quan về dịch tễ học của các chủng vi khuẩn này trong điều trị và kiểm soát nhiễm trùng, đặc biệt là NKBV.

Cần có thêm các nghiên cứu về các chủng vi khuẩn nói trên về các khía cạnh như cơ chế gây bệnh, mức độ nhạy cảm với các loại kháng sinh khác và di truyền phân tử để có biện pháp phòng và điều trị thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mitchell J (2005) High Levels of Antimicrobial Coresistance among Extended - Spectrum- β - Lactamase - Producing *Enterobacteriaceae*, *Antimicrob Agent Chemother*, 49(5):2137-2139,



Biểu đồ 2. Mức độ kháng kháng sinh của *Streptococcus viridans* tại Bệnh viện Quân y 103 (2014 – 2018)

Nhận xét: Theo Bảng 2 và Biểu đồ 2 *S. viridans* kháng cao nhất với azithromycin (84,3%), tiếp theo là erythromycin (84,2%), tiếp sau đó đến clindamycin (75,8%), ceftriaxone (75,3%), ofloxacin (63,2%), cefotaxime (61,6%), levofloxacin (57,8%), thấp hơn với chloramphenicol (44,9%), cefepime (37,7%), thấp nhất là vancomycin (15,3%).

BÀN LUẬN

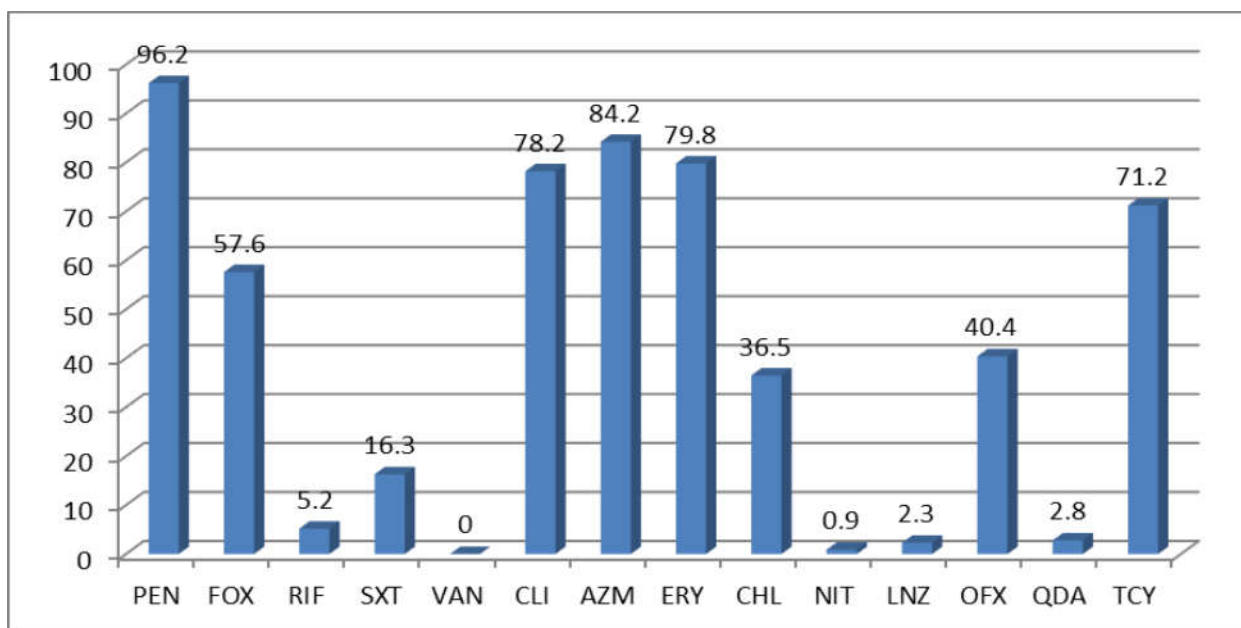
1. Mức độ kháng kháng sinh của *Staphylococcus aureus*

Staphylococcus aureus là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nhiễm khuẩn bệnh viện; hay gặp ở các vết thương, vết mổ, vết bỏng và các ống dẫn lưu. Những chủng *Staphylococcus aureus* gây nhiễm khuẩn bệnh viện thường có khả năng kháng lại nhiều loại kháng sinh^[9]. Theo kết quả kháng sinh đồ trong nghiên cứu cho thấy *Staphylococcus aureus* kháng cao nhất với penicillin G với 96,2%, tiếp đến là azithromycin với 84,2%, erythromycin (79,8%), clindamycin (78,2%), tetracycline (71,2%), cefoxitin (57,6%), ofloxacin (40,4%), chloramphenicol (36,5%), kháng thấp hơn với các kháng sinh: trimethoprim/sulfamethoxazole (16,3%), rifampin (5,2%), quinupristin/dalfopristin (2,8%), linezolid (2,3%), nitrofurantoin (0,9%), các chủng *Staphylococcus aureus* trong nghiên cứu đều nhạy với vancomycin (Bảng 1).

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các nghiên cứu: Trần Ngọc Anh (2007) tại Bệnh viện Nhi đồng 2 *Staphylococcus aureus* kháng penicillin G (94%), erythromycin (70%), clindamycin (50,2%), ciprofloxacin (8,3%)^[5], trimethoprim/ sulfamethoxazol (15,3%); nghiên cứu của tác giả Trần Thị Thanh Nga thực hiện tại Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2008-2009 thì tỷ lệ *Staphylococcus aureus* kháng các kháng sinh lần lượt là: azithromycin (80% và 83%),

clindamycin (70% và 80%), erythromycin (80% và 83%), vancomycin là 0%^[6]; nghiên cứu của Đặng Thị Hằng tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế từ tháng 02/2012 đến tháng 8/2014 trên 90% chủng *S. aureus* kháng với penicillin, 78,18% số chủng *S. aureus* kháng với erythromycin, 100% số chủng nhạy cảm với vancomycin nhưng trong đó 81,82% số chủng nhạy cảm với nồng độ ức chế tối thiểu (Minimum Inhibitory Concentration – MIC) của vancomycin ở 1µg/ml và 2 µg/ml^[7]; nghiên cứu Cao Minh Nga và cộng sự *S. aureus* có tỷ lệ kháng với penicillin (62,5%), không có chủng nào kháng với vancomycin. Cho kết quả tương tự là nghiên cứu về kháng kháng sinh của các vi khuẩn phân lập được tại Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 7/2008 đến hết tháng 12/2008 cho thấy *S. aureus* kháng cao với các kháng sinh thử nghiệm, ngoại trừ vancomycin nhạy cảm tốt (100%)^[8]. Theo báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện năm 2008 – 2009. Tỷ lệ kháng kháng sinh của *S. aureus* khác nhau giữa các bệnh viện và giữa các kháng sinh. Tại Bệnh viện Chợ Rẫy có 68,8% các loài *S. aureus* kháng gentamycin. Tỷ lệ kháng oxacillin cao nhất tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Huế với 63,8%^[10].

Theo dữ liệu năm 2003, cho thấy gia tăng mạnh mẽ các chủng *S. aureus* kháng methicillin (MRSA) ở hầu hết các nước châu Âu, bao gồm 40% ở Anh, Pháp và Hy Lạp (35%), Ý (45%)^[11]. Nhưng đến năm 2010 thì tỷ lệ MRSA còn tăng cao hơn nữa: 45,8% ở Anh, 49,33% ở Pháp, 42,86% ở Hy Lạp và 45,58% ở Ý^[12]. Thậm chí còn nghiêm trọng hơn ở một số nước châu Á như tỷ lệ MRSA ở Hàn Quốc (77,6%), Hồng Kông (56,8%), Đài Loan (65%), và Việt Nam (74,1%)^[13]. Trong một nghiên cứu thực hiện tại Bệnh viện Quân Y 103, cho thấy tỷ lệ MRSA



Biểu đồ 1. Mức độ kháng kháng sinh của *Staphylococcus aureus* tại Bệnh viện Quân y 103 (2014 – 2018)

Nhận xét: Theo Bảng 1 và Biểu đồ 1 *Staphylococcus aureus* kháng cao nhất với penicillin G với 96,2%, tiếp đến là azithromycin với 84,2%, erythromycin (79,8%), clindamycin (78,2%), tetracycline (71,2%), cefoxitin (57,6%), ofloxacin (40,4%), chloramphenicol (36,5%), kháng thấp hơn với các kháng sinh: trimethoprim/sulfamethoxazole (16,3%), rifampin (5,2%), quinupristin/dalfopristin (2,8%), linezolid (2,3%), nitrofurantoin (0,9%), các chủng *Staphylococcus aureus* trong nghiên cứu đều nhạy với vancomycin.

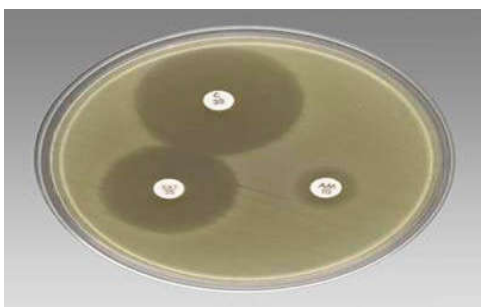
2. Mức độ kháng kháng sinh của *Streptococcus viridans*

Bảng 2. Mức độ kháng kháng sinh của *Streptococcus viridans* tại Bệnh viện Quân y 103 (2014 – 2018)

Kháng sinh		2014	2015	2016	2017	2018	Tổng
Cefepime	n/N	22/62	30/72	13/48	7/14	6/11	78/207
	(%R)	35,5	41,7	27,1	50,0	54,5	37,7
Ceftriaxone	n/N	55/74	64/70	28/47	9/18	9/10	165/219
	(%R)	74,3	91,4	59,6	50,0	90,0	75,3
Cefotaxime	n/N	22/45	30/42	31/48	10/19	8/10	101/164
	(%R)	48,9	71,4	64,6	52,6	80,0	61,6
Vancomycin	n/N	1/66	15/57	16/65	0/16	1/11	33/215
	(%R)	1,5	26,3	24,6	0	9,1	15,3
Clindamycin	n/N	19/26	4/6	40/48	9/14	3/5	75/99
	(%R)	73,1	66,7	83,3	64,3	60,0	75,8
Azithromycin	n/N	55/68	53/61	47/54	11/14	6/7	172/204
	(%R)	80,9	86,9	87,0	78,6	85,7	84,3
Erythromycin	n/N	30/39	17/21	52/58	10/13	8/8	117/139
	(%R)	76,9	81,0	89,7	76,9	100	84,2
Clarithromycin	n/N	1/1	4/6	45/52	5/6	4/6	59/71
	(%R)	100	66,7	86,5	83,3	66,7	83,1
Chloramphenicol	n/N	18/40	28/57	14/38	6/12	4/9	70/156
	(%R)	45,0	49,1	36,8	50,0	44,4	44,9
Ofloxacin	n/N	26/46	43/71	36/48	9/12	3/8	117/185
	(%R)	56,5	60,6	75,0	75,0	37,5	63,2
Levofloxacin	n/N	28/48	44/80	34/52	9/14	3/10	118/204
	(%R)	58,3	55,0	65,4	64,3	30,0	57,8

Chú thích: n: số chủng kháng

N: số chủng thử nghiệm mức độ kháng kháng sinh



Hình 1. Phương pháp Kirby- Bauer

* Nguồn: Khoa Vi sinh, Bệnh viện Quân y 103 (2018)

* Nguyên lý: Kháng sinh với nồng độ nhất định đã được tẩm vào khoanh giấy có độ dày và đường kính nhất định. Khoanh giấy kháng sinh được đặt lên bề mặt đĩa môi trường đã được cấy đều huyền dịch nồng độ 10^8 vi khuẩn/ml.

Sau để đĩa trong tủ ấm $35-37^{\circ}\text{C}/18-24\text{h}$, đo đường kính vòng ức chế. Dựa vào đường kính vòng ức chế để đánh giá sự nhạy cảm của vi khuẩn với kháng sinh tương ứng theo tiêu chuẩn CLSI cập nhật hàng năm. [4]

* Đọc kết quả:

Đo đường kính vùng ức chế bao gồm đường kính khoanh giấy bằng thước mm, ranh giới vùng ức chế xác định bằng một vùng không có bất kỳ khuẩn lạc nào có thể phát hiện bằng mắt thường, bỏ qua các khuẩn lạc li ti ở mép mà chỉ có thể phát hiện bằng kính lúp. Ghi kết quả vào phiếu kháng sinh đồ và sổ xét nghiệm.

Khoảng tham chiếu: Đối chiếu với bảng giới hạn đường kính vùng ức chế cho từng loại KS theo tài liệu CLSI cập nhật để xác định: nhạy cảm (S), trung gian (I) hay kháng (R) [4].

KẾT QUẢ

1. Mức độ kháng kháng sinh của *Staphylococcus aureus*

Bảng 1. Mức độ kháng kháng sinh của *Staphylococcus aureus* tại Bệnh viện Quân y 103 (2014 – 2018)

Kháng sinh		2014	2015	2016	2017	2018	Tổng
Penicillin G	n/N	2/2	13/16	3/3	61/63	125/128	204/212
	(%R)	100	81,3	100	96,8	97,7	96,2
Cefoxitin	n/N	28/46	39/71	60/110	30/50	9/11	166/288
	(%R)	60,9	54,9	54,5	60,0	81,8	57,6
Rifampin	n/N	0/1	4/19	1/4	4/76	3/129	12/229
	(%R)	0	21,1	25,0	5,3	2,3	5,2
Trimethoprim /Sulfamethoxazole	n/N	0/4	6/33	17/101	13/96	24/135	60/369
	(%R)	0	18,2	16,8	13,5	17,8	16,3
Vancomycin	n/N	0/27	0/68	0/111	0/114	0/130	0/450
	(%R)	0	0	0	0	0	0
Clindamycin	n/N	13/16	17/22	51/66	65/90	110/133	256/327
	(%R)	81,3	77,3	77,3	72,2	82,7	78,2
Azithromycin	n/N	29/31	45/54	63/73	25/35	8/9	170/202
	(%R)	93,5	83,3	86,3	71,4	88,9	84,2
Erythromycin	n/N	2/2	15/19	3/6	47/63	107/128	174/218
	(%R)	100	78,9	50,0	74,6	83,6	79,8
Chloramphenicol	n/N	13/22	10/44	6/15	10/26	3/8	42/115
	(%R)	59,1	22,7	40,0	38,5	37,5	36,5
Nitrofurantoin	n/N	0/3	1/16	1/4	0/63	0/128	(2/214)
	(%R)	0	6,3	25	0	0	0,9
Linezolid	n/N	0/2	3/38	2/56	1/88	1/130	7/311
	(%R)	0	7,9	3,6	1,1	0,8	2,3
Ofloxacin	n/N	12/35	22/47	19/48	9/26	5/10	67/166
	(%R)	34,3	48,9	39,6	34,6	50,0	40,4
Quinupristin /Dalfopristin	n/N	0/1	1/16	1/5	1/64	3/129	6/215
	(%R)	0	6,3	20,0	1,6	2,3	2,8
Tetracycline	n/N	2/2	12/16	3/6	45/63	91/128	153/215
	(%R)	100	75,0	50,0	71,4	71,1	71,2

Chú thích: n: số chủng kháng

N: số chủng thử nghiệm mức độ kháng kháng sinh

Methods: Descriptive, procedural, and analytical regression study.

Results: *Staphylococcus aureus* had the highest resistance to penicillin G with 96.2%, high resistance to antibiotics like tetracycline, clindamycin, erythromycin, azithromycin from 71.2% to 84.2%, followed by cefoxitin (57.6%), ofloxacin (40.4%), chloramphenicol (36.5%), less resistant to antibiotics: trimethoprim / sulfamethoxazole (16.3%), rifampin (5.2%), quinupristin/dalfopristin (2.8%), linezolid (2.3%), nitrofurantoin (0.9%), *Staphylococcus aureus* strains in the study were all sensitive to vancomycin. *S. viridans* had the highest inducer with azithromycin (84.3%), followed by erythromycin (84.2%), followed by clindamycin (75.8%), ceftriaxone (75.3%), ofloxacin (63.2%), cefotaxime (61.6%), levofloxacin (57.8%), lower with chloramphenicol (44.9%), cefepime (37.7%), the lowest with vancomycin (15.3%).

Keywords: Antibiotics, Gram-positive bacteria, *Staphylococcus aureus*, *S. viridans*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc sử dụng kháng sinh tràn lan trong vài thập kỷ trở lại đây đã dẫn đến hậu quả nghiêm trọng là nhiều loài vi khuẩn có khả năng kháng lại những loại kháng sinh được thiết kế để tiêu diệt chúng [1]. Sinh vật đề kháng có thể chịu được sự tấn công của các thuốc kháng sinh dẫn đến việc áp dụng các phương pháp, thuốc điều trị đặc hiệu sẽ trở nên không hiệu quả, nhiễm khuẩn kéo dài (thậm chí gây tử vong) và có thể lây lan cho người khác. Vấn đề về thực trạng kháng kháng sinh đã mang tính toàn cầu và đặc biệt nổi trội ở các nước đang phát triển với gánh nặng của các bệnh nhiễm khuẩn và những chi phí bất buộc cho việc thay thế kháng sinh cũ bằng kháng sinh thế hệ mới đắt tiền. Ở Việt Nam, hầu hết các cơ sở khám, chữa bệnh đang phải đối mặt với tốc độ lan rộng các vi khuẩn kháng với nhiều loại kháng sinh. Gánh nặng do kháng thuốc ngày càng tăng do chi phí điều trị tăng lên, ngày điều trị kéo dài, ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh, cộng đồng và sự phát triển chung của xã hội.

Trong số các tác nhân gây bệnh, vi khuẩn Gram dương, đặc biệt là *Staphylococcus aureus* và *Streptococcus pneumoniae* là nguyên nhân chủ yếu gây ra các bệnh nhiễm trùng tại các cơ quan như: xương, khớp, đường hô hấp, mạch máu, hệ thần kinh trung ương, da và mô mềm [2]. Trong đó, *S. aureus* kháng methicillin, *Enterococci* kháng vancomycin và *Staphylococci* coagulase âm tính trở thành vấn đề quan tâm hàng đầu do khó khăn trong việc lựa chọn kháng sinh điều trị và tỷ lệ tử vong cao [3].

Tại Bệnh viện Quân y 103 – một trong những bệnh viện lớn của Bộ Quốc phòng tiếp nhận các bệnh nhân từ tuyến dưới chuyển lên, số lượng bệnh nhân lớn, với nhiều bệnh nhiễm khuẩn nặng, đa dạng. Theo nhiều nghiên cứu đã được thực hiện tại bệnh viện thấy rằng tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện đang tăng dần theo từng năm, kèm theo đó là tỷ lệ kháng kháng sinh cũng có nhiều biến động. Song song với đó là mức độ kháng thuốc của các vi khuẩn thay đổi theo từng thời gian, từng địa phương. Do đó, việc xác định sớm căn nguyên gây nhiễm khuẩn và mức độ kháng kháng sinh của chúng để thông tin kịp thời đến các bác sĩ lâm sàng, hỗ trợ việc sử dụng kháng sinh hợp lý và hiệu quả trong việc điều trị các nhiễm khuẩn, góp phần hạn chế tỷ lệ tử vong – chính là một trong những vấn đề hàng đầu được các nhà khoa học quan tâm. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu xác định mức độ kháng kháng sinh của một số loài vi khuẩn Gram dương gây bệnh phân lập được tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 01/ 2014 đến hết tháng 12/2018.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu là 1478 chủng vi khuẩn Gram dương phân lập được tại Bệnh viện Quân y 103 bằng phương pháp nuôi cấy hiếu khí thời gian từ 01/2014 đến 12/2018.

*** Tiêu chuẩn chọn mẫu**

- Loài vi khuẩn Gram dương phân lập được có đầy đủ kết quả kháng sinh đồ.

- Trên một bệnh nhân chỉ chọn loài vi khuẩn được phân lập lần đầu trên một vị trí nhiễm khuẩn.

*** Tiêu chuẩn loại trừ mẫu**

- Các loài ngoại nhiễm.

- Các loài vi khuẩn Gram dương cùng loài được phân lập trên cùng một bệnh nhân trong các lần phân lập sau trong thời gian đang điều trị tại bệnh viện.

2. Địa điểm nghiên cứu và thời gian nghiên cứu

- Địa điểm: Bộ môn - Khoa Vi sinh, Bệnh viện Quân y 103, Hà Đông, Hà Nội.

- Thời gian: Từ tháng 1/2014 đến tháng 12/2018.

3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu, tiền cứu và phân tích labo.

4. Kỹ thuật xác định mức độ kháng kháng sinh của các loài vi khuẩn bằng phương pháp khoan giấy kháng sinh khuếch tán trong thạch (phương pháp Kirby- Bauer)

3. VTM A Deficiency in Children. UNICEF DATA.

<https://data.unicef.org/topic/nutrition/vitamin-a-deficiency/>, Accessed July 18, 2019.

4. Guideline: VTM A supplementation in infants and children 6-59 months of age. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241501767>, Accessed July 15, 2019.

5. VTM A supplementation: who, when and how. *Community Eye Health*. 2013; 26(84): 71, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3936689/> Accessed July 18, 2019.

6. **Đàm Viết Cường** (2005), “Tìm hiểu kiến thức, thái độ, thực hành của bà mẹ trong phòng chống thiếu vitamin A cho trẻ 6-36 tháng”, *Tạp chí Y học dự phòng*, Tập XV, Số 2+3(74), Tr.20-25.

7. **Châm Triệu Tú** (2012), “Tình trạng thiếu Vitamin A tiền lâm sàng ở trẻ suy dinh dưỡng thấp còi 6 đến 36 tháng tuổi và một số liên quan tại huyện Phở Yên, tỉnh Thái Nguyên” Luận văn Thạc sĩ Y học - Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên.

8. **Viện Dinh dưỡng, UNICEF, Alive & Thrive.** Thông tin Giám sát Dinh dưỡng 2013. Hà Nội, Việt Nam, 2014.

XÁC ĐỊNH MỨC ĐỘ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA MỘT SỐ LOÀI VI KHUẨN GRAM DƯƠNG GÂY BỆNH PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103 (2014 – 2018)

HOÀNG THỊ HÒA

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Một trong những vấn đề được ưu tiên hàng đầu trong điều trị nhiễm khuẩn là xác định sớm căn nguyên gây nhiễm khuẩn và mức độ kháng kháng sinh của chúng để từ đó thông tin kịp thời đến các bác sĩ lâm sàng, hỗ trợ việc sử dụng kháng sinh hợp lý và hiệu quả trong việc điều trị các nhiễm khuẩn, góp phần hạn chế tỷ lệ tử vong. Kết quả của nghiên cứu sẽ là căn cứ quan trọng giúp bác sĩ lựa chọn kháng sinh phù hợp và giảm tỷ lệ kháng kháng sinh của vi khuẩn.

Mục tiêu: Xác định mức độ kháng kháng sinh của một số loài vi khuẩn Gram dương gây bệnh phân lập được.

Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là 1478 chủng vi khuẩn Gram dương phân lập được tại Bệnh viện Quân y 103 bằng phương pháp nuôi cấy hiếu khí thời gian từ 01/2014 đến 12/2018.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả kết hợp hồi cứu, tiến cứu và phân tích labo.

Kết quả: *Staphylococcus aureus* kháng cao nhất với penicillin G với 96,2%, kháng cao với các kháng sinh tetracycline, clindamycin, erythromycin, azithromycin từ 71,2% đến 84,2%, tiếp đến là cefoxitin (57,6%), ofloxacin (40,4%),

chloramphenicol (36,5%), kháng thấp hơn với các kháng sinh: trimethoprim/sulfamethoxazole (16,3%), rifampin (5,2%), quinupristin/dalfopristin (2,8%), linezolid (2,3%), nitrofurantoin (0,9%), các chủng *Staphylococcus aureus* trong nghiên cứu đều nhạy với vancomycin. *S. viridans* kháng cao nhất với azithromycin (84,3%), tiếp theo là erythromycin (84,2%), tiếp sau đó đến clindamycin (75,8%), ceftriaxone (75,3%), ofloxacin (63,2%), cefotaxime (61,6%), levofloxacin (57,8%), thấp hơn với chloramphenicol (44,9%), cefepime (37,7%), thấp nhất là vancomycin (15,3%).

Từ khóa: Kháng kháng sinh, vi khuẩn Gram dương, *Staphylococcus aureus*, *S. Viridans*

SUMMARY

One of the top priorities is to identify the cause of infection early and our level of induction to provide timely information to clinicians, supporting the use of antibiotic and effect in the latin value, contributing to limiting mortality. The results of the study will be an important basis to help doctors choose the right antibiotic and reduce the rate of antibiotic induction by bacteria.

Objectives: Determining the resistance ability of some Gram-positive bacteria species causing dispersal diseases.

Subject: The subject study was 1478 strains of Gram-positive bacteria that were analyzed at Military Medical Institute 103 by means of gas culture from January 2014 to December 2018.

Chịu trách nhiệm: Hoàng Thị Hòa
Email: hoanghoatccb73@gmail.com

Ngày nhận: 25/5/2021

Ngày phản biện: 22/6/2021

Ngày duyệt bài: 03/7/2021

Vẫn có khoảng 8,8% bà mẹ không biết một thực phẩm nào và 62,1% bà mẹ được hỏi chỉ biết được một thực phẩm bổ sung VTM A có nguồn gốc từ động vật.

Qua kết quả nghiên cứu về kiến thức của người mẹ chúng ta có thể thấy rằng những thông điệp về truyền thông dinh dưỡng nói chung và phòng chống thiếu VTM A nói riêng trên địa bàn chưa được sâu rộng. Hầu hết các bà mẹ đều biết đến chương trình bổ sung vi chất ở địa phương tuy nhiên họ vẫn chưa có kiến thức đầy đủ và toàn diện về vấn đề này. Do đó cần nâng cao các hoạt động truyền thông giáo dục sức khỏe cho các bà mẹ có con nhỏ, đặc biệt là trong chương trình bổ sung VTM A quốc gia tiến hành 2 lần/năm, được gọi là “Tuần lễ vi chất dinh dưỡng”.

2. Thực hành của bà mẹ về việc bổ sung VTM A cho trẻ và bà mẹ sau sinh

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy qua nghiên cứu 182 bà mẹ có con từ 6-36 tháng tuổi thì tỷ lệ trẻ được bổ sung VTM A liều cao định kỳ là 97,8%, cao với kết quả nghiên cứu của Châm Triệu Tú năm 2012 tại Thái Nguyên là 90,1%^[7], đồng thời cao hơn kết quả điều tra giám sát dinh dưỡng năm 2014 tại Nam Định (90,9%)^[8]. Tuy nhiên kết quả này chưa đạt được với mục tiêu 100% trẻ được uống VTM A của Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Nam Định đề ra năm 2019.

Tỷ lệ bà mẹ được bổ sung VTM A sau sinh là 66,5%, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Châm Triệu Tú (26%)^[7], thấp hơn kết quả điều tra giám sát dinh dưỡng năm 2014 tại Nam Định (67,9%)^[8]. Nguyên nhân tỷ lệ bà mẹ được uống VTM A sau sinh thấp hơn với kết quả giám sát dinh dưỡng năm 2014 có thể là do trong nghiên cứu của chúng tôi có 21,4% số bà mẹ được hỏi không nhớ về tiền sử được uống VTM A, vì vậy cần có những nghiên cứu khác để có thể khẳng định tỷ lệ bà mẹ được uống VTM A sau sinh một cách chắc chắn nhất.

3. Tiếp cận truyền thông bổ sung VTM A tại địa bàn nghiên cứu

Trong nghiên cứu này 97% các bà mẹ được phỏng vấn đều đã từng nghe đến chương trình bổ sung VTM A liều cao cho trẻ, tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Kamau M năm 2010 tại Kenya (94%)^[8]. Nguồn thông tin về chương trình này chủ yếu là đến từ nhân viên y tế (79,7%), người thân (22,5%), phương tiện thông tin (31,9%). Điều này chỉ ra rằng không phân biệt độ tuổi, trình độ học vấn, nghề nghiệp hay mức kinh tế gia đình hầu hết các bà mẹ đã có được thông tin về chương trình bổ sung VTM A

cho trẻ qua nhiều kênh thông tin khác nhau, qua đó thấy được công tác truyền thông về chương trình bổ sung VTM A cho trẻ ở địa phương nói chung và Việt Nam nói riêng hiện nay là khá tốt.

Có 86,3% số bà mẹ được phỏng vấn đã từng khuyên các bà mẹ khác nên cho trẻ đi uống bổ sung VTM A trong chương trình “Vi chất dinh dưỡng”. Tuy nhiên chỉ có 44,5% số bà mẹ thảo luận về các vấn đề liên quan đến VTM A với người khác. Vì thế điều quan trọng đối với cán bộ truyền thông ở địa phương là cần tăng cường cung cấp thông tin về việc bổ sung VTM A, tổ chức các buổi truyền thông giáo dục sức khỏe cho các bà mẹ, để họ có thể thảo luận về VTM A, thông qua đó nâng cao kiến thức của bà mẹ và họ sẽ là những người đi phổ biến những kiến thức hữu ích này cho những bà mẹ khác.

KẾT LUẬN

Qua quá trình nghiên cứu trên 182 bà mẹ có con từ 6-36 tháng tuổi về việc bổ sung Vitamin A cho trẻ tại thị trấn Gôi, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định năm 2019 có kết luận sau:

Kiến thức của người mẹ về vitamin A chưa đầy đủ: chỉ có 12,6% bà mẹ biết VTM A hỗ trợ hệ miễn dịch của trẻ và 11% biết Vitamin A giúp trẻ ốm nhanh khỏe hơn. Chỉ có 7,1% bà mẹ biết nguyên nhân trẻ thiếu VTM A là do không được bú mẹ.

Thực hành cho trẻ đi uống Vitamin A là khá tốt: tỷ lệ trẻ uống Vitamin A đạt 97,8%.

Thực hành uống Vitamin A sau sinh của bà mẹ là chưa tốt: chỉ có 66,5% bà mẹ được bổ sung Vitamin A sau sinh.

KHUYẾN NGHỊ

Cần phải tăng cường truyền thông về bổ sung Vitamin A cho các bà mẹ có con từ 6-36, chú ý đến những hình thức hướng dẫn qua nhiều kênh khác nhau như thảo luận nhóm, hướng dẫn trực tiếp về bữa ăn bổ sung cho trẻ. Lồng ghép vào các chương trình y tế khác để đạt được hiệu quả truyền thông tốt nhất.

Khuyến khích bà mẹ bổ sung vitamin A cho trẻ bằng những thực phẩm chứa nhiều vitamin A sẵn có tại địa phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kamau M, Makokha A, Mutai JK. VTM A supplementation awareness among mothers of children under five years old at Mbagathi District Hospital, Nairobi, Kenya. East African journal of public health. 2010;7. doi:10.4314/eajph.v7i3.64734

2. VTM A deficiency, <https://www.who.int/data/maternal-newborn-child-adolescent-ageing/advisory-groups/gama/gama-advisory-group-members>, Accessed July 16, 2019.

Bảng 3. Kiến thức về những phương pháp bổ sung VTM A và nguồn bổ sung VTM A cho trẻ

Kiến thức về bổ sung VTM A	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Lịch bổ sung VTM A của trẻ		
6 tháng 1 lần	125	68,7
Thực phẩm bổ sung có nguồn gốc từ thực vật giàu VTM A		
Hoa quả có màu cam, đỏ	124	68,1
Rau củ có màu vàng đậm	71	39
Rau lá xanh thẫm	30	16,5
Chỉ biết 1 đáp án đúng	125	68,7
Không biết	10	5,5
Một số thực phẩm có nguồn gốc từ động vật giàu VTM A		
Trứng	75	41,2
Gan	49	26,9
Cá	59	32,4
Sữa	63	34,6
Chỉ biết 1 đáp án đúng	113	62,1
Không biết	16	8,8

Chỉ có khoảng 68,7% số bà mẹ biết được đúng lịch trẻ cần bổ sung VTM A 6 tháng một lần. Hầu hết các bà mẹ đã có kiến thức về một số thực phẩm có nguồn gốc từ động vật và thực vật giàu VTM A.

Bảng 4. Tỷ lệ trẻ và bà mẹ được uống VTM A

Tỷ lệ trẻ được bổ sung VTM A liều cao định kỳ		
Có được bổ sung đầy đủ	178	97,8
Bổ sung không đầy đủ	4	2,2
Tỷ lệ mẹ được bổ sung VTM A sau đẻ		
Được uống VTM A	121	66,5
Không được uống VTM A	22	12,1
Không nhớ	39	21,4

Tỷ lệ trẻ được bổ sung VTM A liều cao định kỳ trong nghiên cứu của chúng tôi là 90,1%, Tỷ lệ bà mẹ được bổ sung VTM A sau đẻ là tương đối thấp chỉ có 66,5%, vẫn có khoảng 33,5% số bà mẹ không được uống bổ sung VTM A sau đẻ.

Bảng 5. Yếu tố truyền thông trong kiến thức của bà mẹ về bổ sung VTM A cho trẻ

Tiếp cận truyền thông	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Đã từng nghe về CT bổ sung VTM A	180	97,8
Thảo luận về VTMA	81	44,5
Khuyến các bà mẹ khác cho con họ uống bổ sung vitamin A	157	86,3
Nguồn thông tin truyền thông về VTM A		
TV, Radio	26	14,3
Tạp chí hoặc sách báo	20	11
Nhân viên y tế	145	79,7
Bạn bè hoặc hàng xóm	41	22,5
Internet	12	6,6
Thông tin từ các nguồn truyền thông về VTM A		
Không biết, Không nghe thấy	11	6,0
VTM A tốt cho sức khỏe của trẻ	121	66,5
Bảo vệ trẻ khỏi bị ốm	45	24,7

Phòng chống SDD cho trẻ	39	21,4
Cần bổ sung Vit A cho trẻ 6 tháng 1 lần	37	20,3
Mục tiêu của chương trình là bổ sung Vit A cho trẻ từ 6-36 tháng	11	6,0

Có 97,8% số bà mẹ đã được từng nghe về chương trình bổ sung VTMA cho trẻ từ 6 đến 36 tháng tuổi. Nguồn thông tin về chương trình này chủ yếu là đến từ nhân viên y tế. Qua các kênh thông tin này các bà mẹ được tuyên truyền chủ yếu là tác dụng của VTM A đối với sức khỏe của trẻ chiếm 66,5%.

BÀN LUẬN

1. Kiến thức của bà mẹ về việc bổ sung VTM A cho trẻ

Ở Việt Nam, bà mẹ thường là người chăm sóc chính của trẻ tại nhà. Vì vậy, kiến thức và sự hiểu biết của bà mẹ có ảnh hưởng trực tiếp đến sức khỏe và sự phát triển toàn diện của trẻ. Nghiên cứu này đã chỉ ra rằng kiến thức của bà mẹ về việc phòng thiếu VTM A cho trẻ và bổ sung vi chất này trong bữa ăn hàng ngày là chưa thật sự cao. Cụ thể vẫn còn khoảng 4,4% bà mẹ không biết một lợi ích nào của việc bổ sung VTM A đối với sức khỏe của trẻ, kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Đàm Viết Cương năm 2005 tại huyện Mỹ Lộc Nam Định (13,3%)^[6], chỉ có 12,6% bà mẹ biết VTM A hỗ trợ hệ miễn dịch của trẻ và 11% biết VTM A giúp trẻ ốm nhanh khỏe hơn, 41,8 % bà mẹ cho rằng bổ sung VTM A tốt cho đôi mắt của trẻ. Có khoảng 69,7% số bà mẹ chỉ biết một lợi ích của VTM A đối với sức khỏe của trẻ, kết quả này cao hơn nghiên cứu của Kamau M năm 2010 tại Kenya (17%)^[1].

Về kiến thức nguyên nhân gây thiếu hụt VTM A ở trẻ, 57,7% số bà mẹ cho rằng là do khẩu phần ăn của trẻ thiếu VTM A, 24,2% là do trẻ bị ốm, 14,8% là do suy dinh dưỡng nặng, 7,1% là do trẻ không được bú mẹ. Có 58,2% chỉ biết một nguyên nhân gây thiếu VTM A ở trẻ.

Trong nghiên cứu này có 68,7% bà mẹ trả lời đúng về lịch bổ sung VTM A cho trẻ 6 tháng/ 1 lần. Về kiến thức các thực phẩm giàu VTM A có nguồn gốc từ thực vật, các bà mẹ cho rằng hoa quả có màu cam (68,1%), rau củ có màu vàng đậm (39%), rau lá xanh thẫm (16,5%) là những thực phẩm bổ sung VTM A tốt nhất. Tuy nhiên vẫn có 5,5% bà mẹ không biết bất cứ một thực phẩm bổ sung VTM A nào và 68,7% bà mẹ chỉ có thể kể tên 1 thực phẩm bổ sung VTM A.

Về kiến thức các thực phẩm giàu VTM A có nguồn gốc từ động vật, các bà mẹ cho biết rằng trứng (41,2%), sữa (34,6%), cá (32,4%), gan (26,9%) là những thực phẩm bổ sung tốt nhất.

4. Cỡ mẫu nghiên cứu

Chọn mẫu thuận tiện các bà mẹ có con từ 6-36 tháng tuổi theo danh sách quản lý tại Trạm Y tế thị trấn Gôi, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định vào tháng 1 năm 2019. Tổng số phiếu phỏng vấn được là: 182 bà mẹ.

5. Công cụ nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn, dựa trên tài liệu hướng dẫn của WHO về bổ sung VTM A cho trẻ trong độ tuổi từ 6-59 tháng [4]. Ngoài ra bộ câu hỏi còn được xây dựng dựa trên sự tham khảo các nghiên cứu đi trước [1,5,7]. Sau khi được thiết kế xong, bộ câu hỏi được tham khảo ý kiến chuyên gia về dinh dưỡng, và thử nghiệm 2 lần, chỉnh sửa cho phù hợp trước khi được đưa vào thu thập số liệu chính thức. Hệ số Cronback-Anpha được sử dụng để tính độ tin cậy trên 30 đối tượng thử nghiệm đầu tiên, không nằm trong cỡ mẫu nghiên cứu. Kết quả thu được hệ số Cronback-Anpha = 0,86, phù hợp để sử dụng trong nghiên cứu.

Cấu trúc của bộ câu hỏi gồm có 3 phần: phần thứ nhất bao gồm các câu hỏi về thông tin chung của mẹ, phần thứ hai bao gồm các câu hỏi điều tra về kiến thức của bà mẹ, phần thứ 3 bao gồm các câu hỏi về thông tin truyền thông về VTM A cho trẻ mà bà mẹ được tiếp cận.

6. Thu thập số liệu

Số liệu được thu thập bởi nghiên cứu viên chính cùng với 6 điều tra viên đã được tập huấn kỹ càng trước khi đi phỏng vấn chính thức. Nghiên cứu viên chính chịu trách nhiệm hỗ trợ và giám sát các điều tra viên trong suốt quá trình thu thập số liệu.

Cán bộ trạm y tế giúp điều tra viên liên hệ với bà mẹ trong danh sách đối tượng nghiên cứu. Điều tra viên sau đó tới tận nhà để phỏng vấn bà mẹ bằng bộ câu hỏi được in trên khổ giấy A4. Điều tra viên được nhân viên trạm y tế dẫn tới tận nhà đối tượng và trao đổi với các bà mẹ, mời tham gia vào nghiên cứu. Thời gian trung bình cho mỗi cuộc phỏng vấn là 25 phút.

7. Quản lý và xử lý số liệu

Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.0 sau đó được phân tích dưới phần mềm SPSS 22.0.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Thông tin	Tần suất (n)	Tỷ lệ %
Tuổi (n=182)		
18 – 25 tuổi	40	22
26 – 35 tuổi	121	66,5
>35 tuổi	21	11,5

Trình độ học vấn (n=182)		
THCS	29	15,9
THPT	108	59,3
Cao đẳng, trung cấp, dạy nghề	27	14,8
Đại học, sau đại học	18	9,9
Nghề nghiệp (n=182)		
Nông dân	18	9,9
Công nhân	98	53,8
Tự do, buôn bán	20	11
Nội trợ	22	12,1
Công chức, viên chức	24	13,2
Kinh tế gia đình (n=182)		
Nghèo, cận nghèo	3	1,6
Trung bình	126	69,2
Khá	53	29,1
Tình trạng hôn nhân (n=182)		
Đã kết hôn	182	100
Số con (n=182)		
1 con	61	33,5
2 con	104	57,1
Từ 3 con trở lên	17	9,3

Nghiên cứu được tiến hành trên 182 bà mẹ có con từ 6-36 tháng tuổi. Độ tuổi của các bà mẹ trong nghiên cứu này chủ yếu là từ 26-35 tuổi chiếm 66,5%. Đa số các bà mẹ có trình độ văn hóa tốt nghiệp THPT là 59,3%. Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng phần lớn nghề nghiệp của các bà mẹ là công nhân chiếm 53,8%. Số bà mẹ có 2 con chiếm tỷ lệ cao nhất là 57,1%.

Bảng 2. Kiến thức về VTM A và những tác hại của việc thiếu VTM A

Kiến thức của bà mẹ	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Lợi ích của VTM A đối với trẻ		
Bảo vệ trẻ em	109	59,9
Trẻ ốm nhanh khỏe hơn	20	11
Tốt cho mắt	76	41,8
Hỗ trợ hệ miễn dịch của trẻ	23	12,6
Chỉ biết 1 đáp án đúng	127	69,7
Không biết	8	4,4
Cách bổ sung VTM A		
Bằng đường uống	178	97,8
Bằng đường tiêm	2	1,1
Không biết	2	1,1
Nguyên nhân trẻ bị thiếu hụt VTM A		
Khẩu phần ăn thiếu hụt VTM A	105	57,7
Do trẻ bị ốm	44	24,2
Trẻ bị SDD nặng	27	14,8
Trẻ không được bú mẹ	13	7,1
Chỉ biết 1 đáp án đúng	106	58,2
Không biết	35	19,2

Phần lớn các bà mẹ đều cho rằng bổ sung VTM A sẽ giúp bảo vệ trẻ em khỏi mắc bệnh (59,9%), đồng thời tốt cho đôi mắt của trẻ (41,8%). Hầu hết các bà mẹ đều cho rằng cách bổ sung VTM A là qua đường uống (97,8%).

tiếp, sử dụng bộ câu hỏi được thiết kế sẵn tại nhà của đối tượng nghiên cứu. Kết quả chỉ có 12,6% bà mẹ biết Vitamin A hỗ trợ hệ miễn dịch của trẻ và 11% biết Vitamin A giúp trẻ ốm nhanh khoẻ hơn. Chỉ có 7,1% bà mẹ biết nguyên nhân trẻ thiếu Vitamin A là do không được bú mẹ. Tỷ lệ bà mẹ biết được Vitamin A cần được bổ sung 6 tháng 1 lần chiếm 68,7%. Có 16,5% bà mẹ biết rằng rau lá xanh thẫm và 26,9% bà mẹ biết rằng gan động vật là những nguồn bổ sung Vitamin A. Về nguồn cung cấp thông tin về Vitamin A mà bà mẹ nhận được nhiều nhất là qua nhân viên y tế chiếm tỷ lệ 79,7%. Từ kết quả nghiên cứu chúng tôi đưa ra kết luận rằng bà mẹ có kiến thức chưa đầy đủ về bổ sung Vitamin A cho trẻ. Từ đó chúng tôi đưa ra khuyến nghị cần phải tăng cường truyền thông về bổ sung Vitamin A cho các bà mẹ có con từ 6-36 tháng tuổi tại thị trấn Gôi, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định.

Từ khoá: Bổ sung Vitamin A, bà mẹ có con từ 6-36 tháng tuổi, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định.

SUMMARY

MOTHER'S PERCEPTION ABOUT VITAMIN A SUPPLEMENTATION AMONG MOTHER HAVING BABIES AGED 6 TO 36 MONTHS IN GOI TOWN, VU BAN DISTRICT, NAM DINH CITY, 2019

Across sectional study aiming at describing mother's perception in terms of vitamin A supplementation for babies from 6 to 36 months old was conducted in Goi town, Vu Ban district, Nam Dinh city, in 2019. Data were gathered by face-to-face interviews at respondent's houses, using a constructed questionnaire. The results show that just 12.6% of mothers knew that vitamin A boosts the immune system, and 11% of them knew that Vitamin A helps babies recover quicker from illness. There were 7.1% of mothers who knew that the reason for Vitamin A deficiency is none breastfeeding. The percentage of mothers who understood that Vitamin A should be supplemented in the duration of 6 months accounted for 68.7%. 16.5% of mothers know that dark green vegetables and the liver of animals are sources of vitamin A. With respect to Vitamin A-related information sources, mothers received mostly from healthcare workers, took 79,7%. From the findings, we conclude that mothers have inadequate knowledge about vitamin A supplementation for babies. Hence, we recommend that the program providing health information about how to supplement vitamin A for mothers having babies aged 6 to 36 months is necessary.

Keywords: *Mother's perception, vitamin A supplementation, babies aged 6 to 36 months, Vu Ban district, Nam Dinh city.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu VTM A (VTM A) dẫn tới tăng các nguy cơ mắc các bệnh truyền nhiễm ở trẻ nhỏ, đặc biệt là bệnh tiêu chảy và sỏi. Suy dinh dưỡng do thiếu VTM A là vấn đề điển hình ở những nước thu nhập thấp và trung bình, ảnh hưởng tới 190 triệu trẻ dưới 5 tuổi trên toàn cầu, gây ra nhiều vấn đề trầm trọng về sức khoẻ, mù loà không hồi phục ở trẻ nhỏ thậm chí tử vong^[1]. Đối tượng chịu ảnh hưởng nặng nề nhất của tình trạng thiếu hụt VTM A đó là trẻ nhỏ và bà mẹ mang thai ở các quốc gia thu nhập thấp^[2]. Tổ chức Y tế Thế giới đã phân loại thiếu hụt VTM A là một trong những vấn đề y tế công cộng ảnh hưởng tới 1/3 trẻ ở độ tuổi từ 6-59 tháng, với tỷ lệ cao nhất gặp ở vùng Châu Phi cận Sahara với tỷ lệ là 48% và khu vực Đông Nam Á với tỷ lệ là 44%^[3]. Bổ sung VTM A liều cao là phương pháp hiệu quả và kinh tế, đã được chứng minh có thể làm giảm 12-24% tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân. Việc bổ sung VTM A cho trẻ ngoài vai trò của hệ thống y tế, kiến thức của người mẹ đóng vai trò quyết định. Việc bổ sung vitamin A cho trẻ không chỉ nên thông qua viên uống bổ sung liều cao, mà còn nên thông qua chế độ dinh dưỡng hàng ngày của trẻ. Tuy nhiên các nghiên cứu về kiến thức của bà mẹ trong vấn đề bổ sung VTM A cho trẻ còn rất ít hay chưa được chú trọng. Thị trấn Gôi, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định là một trong những đơn vị điển hình trong chiến dịch tăng cường dinh dưỡng cho trẻ từ 6-36 tháng tuổi, và vấn đề bổ sung VTM A cho trẻ là một trong những ưu tiên hàng đầu. Việc tìm hiểu về kiến thức của bà mẹ về dự phòng VTM A sẽ cung cấp thêm bằng chứng nhằm hỗ trợ mục tiêu lâu dài là bổ sung VTM A cho trẻ nhỏ trong thị trấn. Vì vậy bài báo của chúng tôi nhằm mục tiêu "Mô tả kiến thức về việc bổ sung VTM A ở bà mẹ có con dưới 5 tuổi tại thị trấn Gôi, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định".

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bà mẹ có con từ 6-36 tháng tuổi tại thị trấn Gôi, huyện Vụ Bản, thành phố Nam Định, theo danh sách thống kê tại trạm y tế năm 2019, đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 1- tháng 8 năm 2019.

Địa điểm nghiên cứu: Tại thị trấn Gôi, huyện Vụ Bản, thành phố Nam Định.

3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Tóm lại có 72,5% người bệnh đến khám, theo dõi và điều trị THA được khảo sát đạt được trị số HA mục tiêu (dưới 140/90 mmHg ở người không có biến chứng và dưới mức 130/80 mmHg NB có tiểu đường và nguy cơ cao). Đây là 1 tỷ lệ cao trong cộng đồng.

KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy mức độ tuân thủ điều trị thuốc, thay đổi lối sống, tái khám định kỳ tăng huyết áp cả người bệnh tại phòng khám khoa Nội tổng hợp A bệnh viện Hữu Nghị trong năm 2019 là cao so với mặt bằng chung, nhưng vẫn còn cần nhiều thay đổi. Cần áp dụng nhiều phương pháp nhắc nhở bệnh để giảm tối đa tình trạng quên sử dụng thuốc.

Mức độ tuân thủ các thay đổi lối sống của bệnh nhân tăng huyết áp bị ảnh hưởng bởi yếu tố dịch tể, tuổi tác, thói quen sinh hoạt chưa đạt được huyết áp mục tiêu. Cần lưu ý tư vấn những bệnh nhân có có yếu tố này. Nâng cao kiến thức và nhận thức của người bệnh cũng như cộng đồng về việc thay đổi lối sống đóng góp quan trọng trong điều trị tăng huyết áp và phòng chống các nguy cơ tim mạch, đột quỵ và biến chứng nguy hiểm khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2012), Báo cáo kết quả dự án phòng chống tăng huyết áp năm 2011 và xây dựng kế hoạch năm 2012, Hà Nội.
2. Bộ Y tế (2010), Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/08/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp.
3. Kim Bảo Giang và CS, (2016), Kiến thức về bệnh và tuân thủ các khuyến cáo về hành vi ở người bệnh tăng huyết áp tại bệnh viện Cẩm Khê, Phú Thọ, năm 2015-2016, Đề tài cấp cơ sở.

4. Hội Tim mạch Việt Nam, (2018), Tóm tắt khuyến cáo chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp ở người lớn của Hội Tim mạch Việt Nam phân hội Tăng huyết áp Việt Nam (VNHA/VSH) 2018, Hà Nội.

5. Lý Huy Khanh, (2010), Khảo sát điều trị tăng huyết áp tại phòng khám Bệnh viện cấp cứu Trưng Vương từ tháng 01/2008 đến tháng 6/2009, Đề tài cấp Cơ sở.

6. Nguyễn Thị Thơm, (2017), Thực trạng tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng ninh năm 2017, Đề tài cấp Cơ sở

7. Trần Thị Loan, (2012), Đánh giá tuân thủ điều trị của bệnh nhân tăng huyết áp điều trị ngoại trú tại bệnh viện C tỉnh Thái Nguyên, năm 2012, Luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện, Đại học Y tế Công cộng, Hà Nội.

8. American Heart Association (2017), "Medication Adherence - Taking Your Meds as Directed", Available at: <https://www.heart.org/en/health-topics/consumer-healthcare/medication-information/medication-adherence-taking-your-meds-as-directed.Waf4prljGpp>, accessed 15/8/2018.

9. Le C. and et al (2012), "The economic burden of hypertension in rural south-west China", *Tropical Medicine & International Health*, 17(12), pp.1544-1551.

10. Mozaffarian D. and et al (2015), *Heart disease and stroke statistics-2015 update: a report from the American Heart Association, Circulation*.

11. Whitworth JA (2003), "2003 World Health Organization (WHO)/International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension", *J Hypertension*, 21 (11), pp.1983-1992.

NHẬN THỨC VỀ VIỆC BỔ SUNG VITAMIN A CHO TRẺ CỦA BÀ MẸ CÓ CON TỪ 6-36 THÁNG TUỔI TẠI TRỊ TRẤN GÔI, HUYỆN VỤ BẢN, TỈNH NAM ĐỊNH, NĂM 2019

PHẠM VƯƠNG NGỌC, ĐINH THỊ PHƯƠNG HOA
Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang nhằm mục tiêu mô tả nhận thức của bà mẹ có con từ 6-36 tháng tuổi về việc bổ sung Vitamin A cho trẻ tại thị trấn Gôi, huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định năm 2019. Số liệu được thu thập qua phỏng vấn trực

Chịu trách nhiệm: Phạm Vương Ngọc
Email: phamvngoc27@gmail.com
Ngày nhận: 04/6/2021
Ngày phản biện: 02/7/2021
Ngày duyệt bài: 13/7/2021

Bảng 2: Tuân thủ thay đổi chế độ ăn, chế độ làm việc, tập luyện

Nội dung	Tần số (n = 80)	Tỷ lệ %
Từ khi phát hiện bệnh THA người bệnh thực hiện chế độ ăn uống		
Thực hiện chế độ ăn kiêng (giảm mặn; hạn chế mỡ động vật, chất béo; ăn nhiều rau xanh, hoa quả...)	70	87,5
Vẫn ăn uống bình thường	10	12,5
Chế độ sử dụng muối (bột canh, nước mắm, muối, gia vị)		
Ăn nhạt hơn trước (< 6 gam muối/ngày)	61	76,25
Ăn bình thường như trước, vẫn ăn mặn	19	23,75
Vẫn thường xuyên uống rượu/bia từ khi điều trị THA		
Có	17	21,25
Không	63	78,75
Thực hiện chế độ làm việc và sinh hoạt		
Nghỉ ngơi hợp lý, không thức khuya, tránh lo âu căng thẳng, tránh lao động nặng	66	82,5
Vẫn sinh hoạt như trước	14	17,5
Thực hiện chế độ luyện tập hay đi bộ không (5-7 ngày/tuần)		
Có	67	83,75
Không	13	16,25

Bảng 3: Tuân thủ thay đổi chế độ theo dõi huyết áp và tái khám định kỳ

Nội dung	Tần số (n = 80)	Tỷ lệ %
NB đo và ghi số đo HA vào sổ theo dõi thường xuyên		
Có	67	83,75
Không	13	16,25
Tuân thủ chế độ chế độ tái khám		
Tái khám hàng tháng	65	81,25
Tái khám 2-3 tháng/lần	10	12,5
Tái khám khi có dấu hiệu bất thường	05	6,25

Về tiếp cận với các dịch vụ y tế: Tỷ lệ người bệnh hài lòng và rất hài lòng với CBYT phòng khám đạt 95%; tuy nhiên có tới 37,5 % NB thỉnh thoảng mới được CBYT giải thích và nhắc nhở chế độ tuân thủ điều trị THA, 5% hiếm khi và đặc biệt 1,25 % người bệnh hoàn toàn không được CBYT giải thích và nhắc nhở chế độ tuân thủ điều trị THA.

Có 72,5% người bệnh đến khám, theo dõi và điều trị THA được khảo sát đạt được trị số HA mục tiêu (dưới 140/90 mmHg ở người không có biến chứng và dưới mức 130/80 mmHg NB có tiểu đường và nguy cơ cao).

BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này phân bố theo tuổi và giới của bệnh nhân có sự khác biệt với nghiên cứu của các tác giả khác: tỷ lệ nam : nữ là 85 : 15. Trong đó phần lớn là người trên 60 tuổi, chiếm 93,75%. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thơm (2017) với nam: nữ là 55,2:44,8^[6], và độ tuổi trên 60 tuổi chiếm 72,8%^[6]. Sự khác biệt này do cách lấy mẫu cũng như đối tượng nghiên cứu của 2 nghiên cứu là khác nhau.

Xét về kết quả thu được về sự tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân: 86,25% người bệnh tuân thủ dùng thuốc thường xuyên (bảng 1), cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thơm là 59,6%^[6]. Lý giải điều này do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là những cán bộ cao cấp đã nghỉ hưu nên có trình độ hiểu biết của người bệnh cao hơn và được tư vấn của bác sỹ về các yếu tố nguy cơ rõ ràng hơn.

Về tuân thủ các biện pháp thay đổi lối sống: chế độ ăn nhạt (giảm lượng muối < 6g) theo nghiên cứu chúng tôi là 76,25%. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu khác cùng khu vực như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thơm là 54,8%^[6], và nghiên cứu của tác giả Trần Thị Loan là 48,6%^[7]. Có sự khác biệt này do bệnh nhân đã tuân thủ những nguyên tắc điều trị bệnh tăng huyết áp, phần lớn bệnh nhân đã có ý thức tuân thủ về chế độ ăn, tuy nhiên còn 1 lượng nhỏ bệnh nhân vẫn giữ thói quen ăn mặn.

Rượu bia là một trong những yếu tố nguy cơ gây nên bệnh tim mạch nói chung và THA nói riêng. Những người có thói quen uống rượu bia thường có tỷ lệ bị THA cao hơn nhóm không uống rượu bia. Trong nghiên cứu này có 78,75% ĐTNC không uống rượu bia. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả Trần Thị Loan là 67,6%^[7], tác giả Nguyễn Thị Thơm là 47,2%^[6]. Có sự khác biệt như vậy là do các nghiên cứu tham chiếu có tỷ lệ giới tính và trình độ học vấn khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi có trình độ học vấn cao hơn, nên có nhận thức về tác hại của hút thuốc lá.

Xét về việc tuân thủ chế độ tái khám định kỳ hàng tháng (bảng 3) đạt 81,25%, cao hơn so với tác giả Nguyễn Thị Thơm là 60,4%^[6]. Do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những cán bộ đã nghỉ hưu nên có nhiều thời gian quan tâm đến việc chăm sóc sức khỏe và theo dõi huyết áp thường xuyên. Tuy nhiên vẫn có 16,25% chưa đo và theo dõi huyết áp thường xuyên trong ngày và 6,25% chỉ tái khám khi có dấu hiệu bất thường.

% NB có độ tuổi dưới 60 và nhóm tuổi từ 71 - 80 tuổi chiếm cao nhất (57,5%). 100% có trình độ đại học trở lên NB là cán bộ đương chức rất thấp (7,5%), chủ yếu là cán bộ đã nghỉ hưu chiếm 92,5%; chỉ có 2,5% NB sống một mình và chính vì thế tỷ lệ NB có người thân quan tâm nhắc nhở thực hiện chế độ điều trị chiếm tỷ lệ khá cao (86,3%), người nhắc nhở chính là vợ/chồng. Có 72,56% NB đến khám, theo dõi và điều trị THA được khảo sát đạt được trị số huyết áp (HA) mục tiêu (dưới 140/90 mmHg ở người không có biến chứng và dưới mức 130/80 mmHg NB có tiểu đường và nguy cơ cao).

Trong nghiên cứu của chúng tôi phát hiện người bệnh THA lần đầu do khám sức khỏe định kỳ chiếm tỷ lệ cao (71,3%), chỉ có 1 tỷ lệ nhỏ (12,5%) người bệnh phát hiện THA lần đầu là có các triệu chứng bất thường; điều này khá phù hợp với đặc điểm đối tượng NB của khoa là cán bộ cao cấp nên rất quan tâm tới việc kiểm tra sức khỏe định kỳ. người bệnh THA trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất 47,5%, đa phần đều có người trong gia đình bị THA (56,2%). Chúng tôi gặp người bệnh THA chủ yếu là mức độ nhẹ và trung bình (93,7%), mức độ nặng chỉ chiếm 6,3%; 92,25% là tỷ lệ NB có thời gian điều trị THA tại bệnh viện trên 1 năm, đặc biệt người bệnh điều trị THA tại bệnh viện trên 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (36,25%).

Trong số 80 người bệnh tham gia trả lời phỏng vấn, chúng tôi thấy đại đa số người bệnh có kiến thức về bệnh và chế độ điều trị THA; số người bệnh trả lời đạt cả 10 câu hỏi lên tới 90% trở lên, điều này khá phù hợp với tính chất đặc thù của đối tượng người bệnh của khoa là là cán bộ cao cấp nên rất quan tâm, tìm hiểu về bệnh.

Thực trạng tuân thủ điều trị THA của người bệnh tại Phòng khám khoa Nội tổng hợp A, Bệnh viện Hữu Nghị năm 2019

93,75% ĐTKS là người trên 60 tuổi; 100% có trình độ đại học trở lên.

Tỷ lệ người bệnh THA mắc kèm bệnh tiểu đường là 57,5%; 63,75% người bệnh mắc kèm bệnh rối loạn chuyển hóa lipid; 26,25% NB mắc thêm bệnh goute.

36,25% là tỷ lệ người bệnh có thời gian điều trị THA tại bệnh viện trên 10 năm; 13,7% NB không có người thân quan tâm nhắc nhở thực hiện chế độ điều trị.

Người bệnh gặp biến chứng do THA về tim mạch (50%); 16,25 có biến chứng xuất huyết não hoặc tai biến mạch máu não; biến chứng bệnh thận (13,75%).

90% người bệnh trả lời đúng cả 10 câu hỏi kiến thức về bệnh và chế độ điều trị THA; 93,75% người bệnh cho biết kiến thức họ có được là từ cán bộ y tế (CBYT) cung cấp. Tuy nhiên, 8,75% NB cũng cho rằng bệnh THA không phải điều trị suốt đời, khi bị THA không cần phải bỏ thuốc lá/thuốc lào và không cần đo, ghi số đo huyết áp vào sổ theo dõi thường xuyên.

Về tuân thủ dùng thuốc: 13,75% người bệnh quên uống thuốc hạ HA từ lúc bắt đầu điều trị và lý do quên được cho là do tuổi cao, bận công việc hoặc do không có người nhắc; 88,75% người bệnh không quên uống thuốc hạ HA trong tuần qua; 86,25% người bệnh không tự ý ngưng/đổi uống thuốc hạ HA khi cảm thấy khó chịu; 77,5% người bệnh nhớ mang thuốc khi đi xa nhà; có tới 97,5% người bệnh luôn nhớ uống thuốc hạ HA trước ngày đi khám; và 88,75% là số người bệnh không tự ý ngưng thuốc hạ HA khi thấy HA đã được kiểm soát.

Bảng 1: Thông tin tuân thủ điều trị thuốc

Nội dung	Số ca (n = 80)	Tỷ lệ %
Quên thuốc hạ HA từ lúc bắt đầu điều trị THA tại BV	11	13,75
Quên thuốc hạ HA trong tuần qua	9	11,25
Tự ý ngưng/đổi thuốc hạ HA khi cảm thấy khó chịu	11	13,75
Quên mang thuốc HA khi xa nhà	18	22,5
Quên uống thuốc hạ HA trước ngày đi khám	2	2,5
Tự ý ngưng uống thuốc hạ HA khi thấy HA đã được kiểm soát	9	11,25
Cảm thấy phiền toái vì ngày nào cũng phải uống thuốc hạ HA	21	26,25
Cảm thấy khó khảm khi phải nhớ uống tất cả các loại thuốc hạ HA	19	23,75

Về tuân thủ các biện pháp thay đổi lối sống: Người bệnh thực hiện chế độ ăn kiêng đạt 87,5%; tiếp đến là nghỉ ngơi hợp lý, không thức khuya, tránh lo âu căng thẳng, tránh lao động nặng là 82,5%; 76,25% là tỷ lệ người bệnh đã thực hiện việc ăn nhạt hơn trước (< 6 gam muối/ngày); người bệnh thực hiện chế độ luyện tập hay đi bộ (83,75%); tuân thủ chế độ tái khám đạt 81,75%; tỷ lệ người bệnh không thực hiện đo và ghi số đo HA vào sổ theo dõi thường xuyên là 16,25%; có 17/80 (21,25%) người bệnh thường xuyên uống rượu/bia khi điều trị THA, đặc biệt 02 người trong số đó vẫn uống ≥ 3 cốc/ngày (nam) và ≥ 2 cốc/ngày (nữ); vẫn còn 8/43 (18,6%) trong số 43/80 (53,7%) NB từng hút thuốc lá/thuốc lào trước đây, người bệnh mặc dù điều trị THA nhưng vẫn đang hút thuốc.

to take medication, changing perceptions about adherence and lifestyle changes.

Keywords: hypertension, treatment adherence, lifestyle change, diet, exercise.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là một bệnh mạn tính phổ biến nhất trên thế giới [1] THA được ước tính gây ra 4,5% gánh nặng bệnh tật toàn cầu hiện nay và cũng phổ biến ở các nước đang phát triển và các nước phát triển [11]. Theo điều tra của Hội tim mạch học Việt Nam, năm 2015, 47,3% người Việt Nam trên 40 tuổi bị THA. Đặc biệt, trong những người bị THA, có 39,1% không được phát hiện bị THA; có 7,2% bị THA không được điều trị; có 69,0% bị THA chưa kiểm soát được [4].

Bệnh THA được coi là “kẻ giết người thầm lặng” bởi bệnh không có những triệu chứng điển hình, không phải lúc nào người mắc bệnh THA cũng thấy khó chịu. Một số người THA có triệu chứng lâm sàng như: chóng mặt, đau đầu, ù tai... Tuy nhiên, rất nhiều người THA lại không có biểu hiện này. THA là bệnh mạn tính cần phải theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài [2]. Trong những năm gần đây, THA đã và đang là bệnh có nguy cơ gây tử vong hàng đầu thế giới gây nên cái chết khoảng 10 triệu người mỗi năm (2015), trong đó có 4,9 triệu người do bệnh mạch vành và 3,5 triệu người do đột quỵ [4]. Nó cũng là yếu tố nguy cơ chính của suy tim, rung nhĩ, bệnh thận mạn, bệnh mạch máu ngoại vi, suy giảm chức năng nhận thức [4]. Tại Mỹ, THA tiêu tốn khoảng 46,4 tỷ USD mỗi năm [10], con số này tại Trung Quốc là 231,7 triệu USD [9]. Như vậy, THA không chỉ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh (NB) mà còn tạo ra gánh nặng bệnh tật cho cả gia đình và xã hội.

Để hạn chế và phòng ngừa được các biến chứng do THA gây ra thì NB THA đầu tiên là cần phải thay đổi lối sống: Ăn nhạt, giảm và duy trì cân nặng lý tưởng, hạn chế bia rượu, cai thuốc lá, vận động thể lực phù hợp, tránh stress, tiếp đến là tuân thủ dùng thuốc. Tuân thủ dùng thuốc là dùng đúng thuốc theo chỉ định, thường xuyên, liên tục và suốt đời. Tuân thủ điều trị THA có thể giảm 40% nguy cơ tai biến mạch máu não và 15% nguy cơ nhồi máu cơ tim [3]. Việc không tuân thủ điều trị gây lãng phí thuốc, làm tăng sự tiến triển của bệnh, tăng nguy cơ biến chứng, tăng số lần nhập viện và làm giảm chất lượng cũng như tuổi thọ của NB [2]. Theo ước tính của Hiệp hội tim mạch học Hoa Kỳ, không tuân thủ trong điều trị đang lấy đi sinh mạng của 125.000 người mỗi năm và gia tăng chi phí cho hệ thống

chăm sóc sức khỏe lên tới gần 300 tỷ đô la mỗi năm tại nước này [8]. Tuy nhiên các nghiên cứu gần đây cho thấy tỉ lệ tuân thủ điều trị THA nói chung ở Việt Nam chỉ đạt hơn 30%, tại TP Hồ Chí Minh tới 70% NB bỏ điều trị sau 6 tháng rời bệnh viện; Bệnh viện Đa khoa Tiền Giang cho thấy 73,2% NB bỏ sót uống thuốc, người < 60 tuổi (khoảng 50%) quên uống thuốc đúng giờ [5].

Mặt khác, hành vi tuân thủ điều trị của NB lại phụ thuộc rất nhiều vào nhận thức, thái độ và năng lực thực hành cũng như điều kiện kinh tế của NB. Trong đó, nhận thức chính là yếu tố đầu tiên và là yếu tố quan trọng để thay đổi hành vi của NB [9]. Hiện nay khoa Nội tổng hợp A bệnh viện Hữu Nghị đang quản lý trên 5000 NB đa số từ 70-90 tuổi, tỷ lệ NB THA chiếm khoảng 30%, nhiều bệnh phối hợp, phải dùng cùng lúc nhiều loại thuốc khác nhau gây nhiều khó khăn trong việc tuân thủ điều trị, năm 2018 có tới 1091/2385 lượt NB phải nhập viện có chẩn đoán tăng huyết áp trong đó số lượt NB phải nhập viện vì THA và các biến chứng của THA là 411. Do đó tôi đã tiến hành đề tài “Thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh THA đang điều trị ngoại trú tại Phòng khám khoa Nội tổng hợp A”

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh THA đã được chẩn đoán, điều trị THA tính đến thời điểm phỏng vấn ít nhất 06 tháng.

3. Phương pháp thu thập số liệu:

Nghiên cứu được tiến hành trong thời gian từ 01/5/2019 đến hết 31/5/2019 tại đến khám và điều trị ngoại trú tại Phòng khám khoa Nội tổng hợp A Bệnh viện Hữu Nghị. Người bệnh đăng ký khám đủ tiêu chí lựa chọn và không có tiêu chí loại trừ sẽ được hỏi trực tiếp người bệnh bằng bộ câu hỏi.

4. Phương pháp xử lý và thống kê số liệu

Dữ liệu được nhập bằng máy tính và kiểm định bằng phần mềm EpiData. Dữ liệu được chuyển sang phân tích bằng phần mềm Stata. Chúng tôi sử dụng các test kruskal-wallis: Chi², Fisher-exact test, t-test, Pearson test cho các biến phân phối chuẩn và Mann-Whitney, Spearman-test cho các biến phân phối không chuẩn.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập và phân tích dữ liệu của 80 NB đến khám và điều trị ngoại trú tại Phòng khám khoa Nội tổng hợp A, trong đó có 68 người bệnh nam (85%) và 12 người bệnh nữ (15%); đối tượng phần lớn là người trên 60 tuổi, chỉ có 6,25

4. Viện Dinh dưỡng - Bộ Y tế (2016), Nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam, Nhà xuất bản Y học.

5. Đào Thị Ngọc Trâm, Đỗ Thị Hoài Thương, Đỗ Thị Ngọc Diệp (2018), "Khẩu phần ăn của học sinh trường THCS Nguyễn Chí Thanh tại thị xã Gia Nghĩa tỉnh Dak Nông", *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 22(1), tr. 253-259.

6. Nguyễn Mạnh Tuấn (2013), Đánh giá bữa ăn bán trú và tình trạng dinh dưỡng của học sinh

tại hai trường tiểu học thành phố Thái Nguyên, *Kỷ yếu Hội nghị khoa trẻ các trường Y Dược toàn quốc*.

7. Nguyễn Văn Toán, Đoàn Thị Thu Huyền, Lê Thị Hương (2013), "Thực trạng thừa cân béo phì và một số yếu tố liên quan ở học sinh trung học cơ sở thành phố Bắc Giang năm 2011", *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, số 1, tr. 112 -118.

THỰC TRẠNG TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ CỦA NGƯỜI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP ĐANG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI PHÒNG KHÁM KHOA NỘI TỔNG HỢP A BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ NĂM 2019

TRƯƠNG VĂN LÝ, NGUYỄN THẾ ANH
Bệnh viện Hữu Nghị

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng tuân thủ điều trị của người bệnh tăng huyết áp đang điều trị ngoại trú tại phòng khám khoa Nội tổng hợp A bệnh viện Hữu Nghị. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Người bệnh được chọn ngẫu nhiên, được phỏng vấn trực tiếp và thu thập số liệu theo bảng thu thập số liệu soạn sẵn.

Kết quả: trong 80 người bệnh, 86,25% trở lên người bệnh (NB) thực hiện tốt 05 tiêu chí tuân thủ dùng thuốc. Về thay đổi lối sống: NB thực hiện chế độ ăn kiêng đạt 87,5%; NB thực hiện chế độ luyện tập hay đi bộ (83,75%); Tuân thủ chế độ tái khám đạt 81,75%. Đặc biệt, kết quả đạt được: Có 72,5% NB đến khám, theo dõi và điều trị THA được khảo sát đạt được trị số HA mục tiêu (dưới 140/90 mmHg ở người không có biến chứng và dưới mức 130/80 mmHg NB có tiểu đường và nguy cơ cao).

Kết luận: Bệnh nhân tuân thủ điều trị ở mức độ tốt, số tuân thủ tốt là khá cao so với kết quả nghiên cứu của các đồng nghiệp khác. Đặc thù đối tượng nghiên cứu có trình độ học vấn cao, hầu hết đều sống chung cùng với gia đình, có khá nhiều bệnh nhân cao tuổi nên lý do không tuân thủ điều trị phần lớn là do bệnh nhân quên vì vậy cần áp dụng nhiều hình thức nhắc nhở để tránh quên uống thuốc, thay đổi quan điểm nhận

thức về việc tuân thủ điều trị và thay đổi lối sống.

Từ khóa: tăng huyết áp, tuân thủ điều trị, thay đổi lối sống, ăn kiêng, tập thể dục.

SUMMARY

Objective: To describe the status of treatment adherence of hypertensive patients undergoing outpatient treatment at General Internal Medicine Clinic A, Huu Nghi Hospital.

Methods: Cross-sectional descriptive study. Patients were randomly selected, interviewed directly and collected data according to a prepared data collection table.

Results: out of 80 patients, 86.25% or more of patients well fulfilled 05 criteria of drug adherence. Regarding lifestyle changes: the patient's diet achieved 87.5%; patients exercise or walk (83.75%); Compliance with the re-examination regime reached 81.75%. In particular, the results achieved: There were 72.5% of patients who came to the examination, monitoring and treatment of hypertension to achieve the target blood pressure value (below 140/90 mmHg in people without complications and less than 130/80 mmHg in patients with diabetes and high risk).

Conclusions: Patients adhere to treatment at a good level, the number of good adherence is quite high compared to the research results of other colleagues. Specifically, the study subjects have high education, most of them live with their families, there are many elderly patients, so the reason for non-adherence to treatment is mostly because patients forget, so it is necessary to apply many forms. reminders to avoid forgetting

Chịu trách nhiệm: Trương Văn Lý

Email: lybvhn@gmail.com

Ngày nhận: 04/6/2021

Ngày phản biện: 07/7/2021

Ngày duyệt bài: 14/7/2021

trường ở trung tâm thành phố vì vậy việc nhập thực phẩm thuận lợi hơn và điều kiện kinh tế của các phụ huynh có con em học ở trường này có thể tốt hơn trường Tân Cương^[6].

Tổng năng lượng khẩu phần ăn của học sinh tại 2 trường phổ thông dân tộc nội trú đáp ứng được nhu cầu khuyến nghị. Tỷ lệ giữa ba chất dinh dưỡng sinh năng lượng (14,6: 25,3: 60,1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Toán và cộng sự trên đối tượng học sinh tại bốn trường trung học cơ sở thuộc thành phố Bắc Giang năm 2013 (tỷ lệ cân đối giữa 3 chất sinh năng lượng P: L: G lần lượt là 17,3: 24,3: 58,5) và đáp ứng được nhu cầu khuyến nghị^[7]. Trong kết quả nghiên cứu của tác giả Đào Thị Ngọc Trâm và Cộng sự (2018) thì năng lượng cung cấp cho học sinh thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi và cũng thấp hơn so với nhu cầu khuyến nghị^[5]. Như vậy để xây dựng khẩu phần ăn hàng ngày cho các đối tượng nói chung và cho các em học sinh lứa tuổi học đường nói riêng đòi hỏi người trực tiếp chế biến thực phẩm cần có những kiến thức cơ bản về xây dựng khẩu phần.

Khẩu phần ăn của học sinh tại trường phổ thông dân tộc đáp ứng đầy đủ về tổng năng lượng (101,5% ở nam giới và 108,9% ở nữ giới). Các chất dinh dưỡng sinh năng lượng có protein, lipid và glucid trong khẩu phần ăn cung cấp đủ so với nhu cầu khuyến nghị. Các chất không sinh năng lượng và chất xơ đa phần cung cấp thiếu so với nhu cầu khuyến nghị. Chỉ có kẽm, vitamin nhóm B1, B3 đáp ứng đủ so với nhu cầu khuyến nghị. Tỷ lệ Canxi/Phospho chưa hợp lý.

Theo điều tra của Trung tâm Dinh dưỡng thành phố Hồ Chí Minh năm 2011 thì hiện nay học sinh được cung cấp quá nhiều dinh dưỡng, nhiều đường, bột, chất béo và không có thói quen ăn rau quả, các em thường xuyên sử dụng đồ ăn nhanh, nhiều đường, còn lượng rau trung bình chỉ đạt 30,0% và lượng trái cây chỉ đạt 50,0% so với khuyến nghị. Trong khi đó thì các chất khoáng như Ca và Magie thì chỉ đáp ứng được từ 30,0% - 50,0% so với nhu cầu^[3]. Kết quả nghiên cứu của tác giả Đào Thị Ngọc Trâm, Đỗ Thị Thương Hoài và CS (2018) cũng cho thấy: lượng protein tiêu thụ của nhóm 11 tuổi và nhóm nam 12-14 tuổi vượt quá nhu cầu khuyến nghị. Lượng canxi tiêu thụ của các học sinh rất thấp, hầu hết là dưới 50,0% so với nhu cầu khuyến nghị^[5]. Canxi là chất khoáng quan trọng, cần thiết cho sự phát triển chiều cao của trẻ. Đối với học sinh trung học cơ sở, đây là độ tuổi tiền dậy thì và dậy thì là giai đoạn tăng trưởng nhanh về chiều cao nên rất cần canxi.

Do đó, cần xây dựng chế độ ăn cung cấp đầy đủ các chất dinh dưỡng đặc biệt là canxi để giúp trẻ phát triển toàn diện hơn.

Như vậy, khẩu phần ăn hàng ngày luôn chiếm một vị trí quan trọng, có tác động trực tiếp đến sự tăng trưởng và phát triển của trẻ. Vì vậy, việc xây dựng khẩu phần ăn cân đối và hợp lý là cần thiết^[6].

Trên thực tế, khẩu phần ăn của trẻ không có sự cân đối, hợp lý về thành phần cũng như các chất dinh dưỡng, nguyên nhân là mô hình nội trú không chuyên dụng, nhà trường gặp khó khăn trong việc xây dựng một thực đơn đa dạng, phong phú và đặc biệt là thực đơn đảm bảo cân bằng về tỷ lệ các chất dinh dưỡng. Một vấn đề khác là các trường học chỉ có một thực đơn chung dành cho tất cả độ tuổi học sinh trung học cơ sở mà chưa xây dựng được bữa ăn riêng dựa theo tình trạng dinh dưỡng của các em.

KẾT LUẬN

- Tổng năng lượng khẩu phần ăn của học sinh hai trường PTDTNT THCS tại tỉnh Phú Thọ tương đương nhu cầu khuyến nghị.

- Năng lượng do protein, lipid, glucid cung cấp lần lượt là 14,6%, 25,3%, glucid 60,1% và cung cấp đủ so với nhu cầu khuyến nghị. Tuy nhiên tỷ lệ giữa 3 chất sinh năng lượng (14,6: 25,3: 60,1) chưa cân đối so với nhu cầu khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng năm 2016 (14: 20: 66).

- Các chất không sinh năng lượng và chất xơ đa phần cung cấp thiếu so với nhu cầu khuyến nghị, chỉ có kẽm, vitamin B1, B3 đáp ứng đủ nhu cầu của cơ thể. Tỷ lệ Canxi/Phospho chưa hợp lý.

KHUYẾN NGHỊ

- Xây dựng khẩu phần ăn cân đối, hợp lý đảm bảo cung cấp đầy đủ và cân đối các chất dinh dưỡng sinh năng lượng (protein, lipid và glucid) và không sinh năng lượng (vitamin và chất khoáng).

- Xây dựng bữa ăn riêng cho từng độ tuổi và dựa theo tình trạng dinh dưỡng của học sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Analytix BI's** (2012), South Africa Country Report: *Fast Food Consumers Trends 2007- 2011*.
2. **Lại Thế Việt Anh** (2013), Tình trạng dinh dưỡng và kiến thức, thực hành dinh dưỡng ở học sinh 10 -14 tuổi tại hai Trường Trung học cơ sở và ngoại thành Hà Nội năm 2011, khóa luận tốt nghiệp cử nhân y khoa, Trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Đỗ Ngọc Diệp, Nguyễn Trí Dũng** (2011), "Thừa cân, béo phì và một số đặc điểm dịch tễ học ở học sinh tiểu học tại quận 10 tp HCM năm 2009-2010", *Thời sự Y học* số 67, tr. 3-6.

Vitamin A (μg)	550,0	132,12 \pm 51,40	24,0	500,0	132,12 \pm 51,40	26,4
Vitamin D (μg)	15,0	0,01 \pm 0,02	0,001	15,0	0,01 \pm 0,02	0,001
Vitamin B1 (mg)	1,17	1,35 \pm 0,20	115,4	0,82	1,35 \pm 0,20	164,6
Vitamin B2 (mg)	1,21	0,60 \pm 0,06	49,6	1,12	0,60 \pm 0,06	53,6
Vitamin B3 (mg)	14,5	17,37 \pm 0,49	119,8	13,53	17,37 \pm 0,49	128,4
Vitamin C (mg)	75 - 95	49,36 \pm 15,65	65,8	75 - 95	49,36 \pm 15,65	65,8
Chất xơ	29,0 - 31,0	4,91 \pm 0,07	16,9	26,0	4,91 \pm 0,07	18,9
Chất khoáng						
Canxi (mg)	1000	316,55 \pm 46,53	31,7	1000	316,55 \pm 46,53	31,7
Phospho (mg)	1250	985,49 \pm 173,19	78,8	1250	985,49 \pm 173,19	78,8
Sắt (mg)	14,6	12,91 \pm 2,49	88,4	14,0	12,91 \pm 2,49	92,2
Kẽm	8,6	9,95 \pm 0,08	115,7	7,2	9,95 \pm 0,08	138,2

Nhận xét: Khẩu phần ăn của học sinh tại trường phổ thông dân tộc đáp ứng tương đối đủ về tổng năng lượng (101,5% ở nam giới và 108,9% ở nữ giới).

Các chất dinh dưỡng sinh năng lượng protein, lipid, glucid cung cấp tương đối đủ so với nhu cầu khuyến nghị.

Các chất không sinh năng lượng và chất xơ đa phần cung cấp thiếu so với nhu cầu khuyến nghị. Chỉ có kẽm, vitamin B1, B3 đáp ứng đủ so với nhu cầu khuyến nghị.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 542 học sinh người dân tộc thiểu số thuộc hai trường dân tộc nội trú trung học cơ sở của tỉnh Phú Thọ. Phần lớn học sinh nơi đây là người dân tộc Mường, Cao Lan, Dao; học sinh là nữ giới (62,5%) chiếm tỷ lệ cao hơn so với nam giới (37,5%).

Kết quả cho thấy, thực phẩm tiêu thụ hàng ngày của học sinh tại 2 trường chủ yếu là gạo (98,0%), rau các loại (82,1%), thịt các loại (67,7%), dầu mỡ (55,9%) và sữa (40,2%). Trứng (75,8%), lạc vừng (70,1%), bánh mì (69,7%), đậu phụ (68,1%) và cá (67,0%) được tiêu thụ chiếm tỷ lệ cao hàng tuần; bánh kẹo ngọt (36,5% và 50,2%) và bim bim (29,9% và 54,8%) có mức tiêu thụ hàng tuần chiếm tỷ lệ khá cao. Tại Brazil, kết quả một nghiên cứu được tiến hành năm 2012 ở Trường Đại học Sao Paulo về khẩu phần của học sinh từ 7 đến 10 tuổi cho thấy trong số 10 loại thực phẩm được tiêu thụ thường xuyên trong 3 ngày chủ yếu là các loại bánh kẹo, sữa, nước giải khát, socola, dầu thực vật và bơ, số tiền bỏ ra để mua các loại thực phẩm giàu lipid chiếm khoảng 1/4 số tiền chi tiêu hàng ngày^[1]. Thói quen sử dụng đường, đồ ngọt và thức ăn nhanh là nguy cơ dẫn đến một số bệnh như thừa cân, béo phì, đái tháo đường, bệnh ung thư... Do đó, việc thực hiện chế độ ăn hợp lý là biện pháp quan trọng để cải thiện tình trạng dinh dưỡng của học sinh.

Kết quả nghiên cứu của tác giả Lại Thế Việt Anh (2013), cũng cho thấy các hành vi ăn uống đúng của trẻ đều đạt ở mức từ 74,8% - 92,9%. Đa số các em có ý thức về hành vi ăn uống hợp lý và hợp vệ sinh^[2].

Qua các kết quả nghiên cứu trên có thể thấy được phần nào thói quen ăn uống của học sinh. Tuy nhiên do các tài liệu nghiên cứu về tình trạng dinh dưỡng và thói quen ăn uống ở độ tuổi này còn hạn chế. Để góp phần tìm hiểu sâu hơn cần có những nghiên cứu trên nhiều đối tượng và với một số lượng lớn ở các vùng miền khác nhau để từ đó đưa ra được những nhận xét khách quan hơn.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 3 cho thấy, trong 3 ngày điều tra liên tiếp tại bếp ăn tập thể của 2 trường khẩu phần ăn của học sinh đều được cung cấp đủ 4 nhóm thực phẩm. Không có một loại thực phẩm nào có thể cung cấp đầy đủ các chất dinh dưỡng cho cơ thể. Việc đảm bảo đủ 4 nhóm thực phẩm trong bữa ăn hàng ngày là rất cần thiết, bao gồm nhóm giàu glucid như gạo, ngô, khoai, mì... là nguồn cung cấp năng lượng chủ yếu trong bữa ăn. Nhóm giàu chất đạm gồm các thức ăn nguồn gốc động vật như thịt, cá, trứng, sữa... và thức ăn nguồn gốc thực vật như đậu, đỗ, đặc biệt là đậu tương. Nhóm giàu chất béo gồm mỡ, bơ, dầu ăn và các thực phẩm có nhiều dầu như vừng, lạc. Nhóm rau quả cung cấp vitamin, chất khoáng, chất xơ^[5]. Việc cung cấp đủ 4 nhóm thực phẩm không chỉ giúp cân đối thành phần các chất dinh dưỡng trong khẩu phần mà còn tăng cảm giác ngon miệng bởi có sự đa dạng thực phẩm trong bữa ăn.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Mạnh Tuấn (2013) cũng cho thấy bếp ăn của trường Nguyễn Việt Xuân cung cấp đủ 4 nhóm thực phẩm, trong khi trường Tân Cương có 1 ngày thiếu nhóm thực phẩm giàu lipid. Điều này có thể giải thích rằng: Trường tiểu học Nguyễn Việt Xuân là

Đậu đỗ	59	10,9	318	58,7	165	30,4
Rau các loại	445	82,1	71	13,1	26	4,8
Thực phẩm giàu tiền chất vitamin A	162	29,9	270	49,8	110	20,3
Quả các loại	120	22,1	271	50,0	151	27,9
Các loại phụ tạng động vật	8	1,5	111	20,5	423	78,0
Nước giải khát có gas	33	6,1	194	35,8	315	58,1
Sữa các loại	218	40,2	195	36,0	129	23,8
Bánh kẹo ngọt	198	36,5	272	50,2	72	13,3
Bim bim	162	29,9	297	54,8	83	15,3

Kết quả cho thấy, thực phẩm tiêu thụ hàng ngày của học sinh tại 2 trường chủ yếu là gạo (98,0%), rau các loại (82,1%), thịt các loại (67,7%), dầu mỡ (55,9%) và sữa (40,2%). Trứng (75,8%), lạc vừng (70,1%), bánh mì (69,7%), đậu phụ (68,1%) và cá (67,0%) được tiêu thụ hàng tuần chiếm tỷ lệ cao, bánh kẹo ngọt (36,5% và 50,2%) và bim bim (29,9% và 54,8%) mức tiêu thụ hàng tuần vẫn chiếm tỷ lệ khá cao.

Bảng 3. Việc sử dụng đủ 4 nhóm thực phẩm trong khẩu phần của học sinh dân tộc thiểu số tại 2 trường phổ thông dân tộc nội trú trung học cơ sở tỉnh Phú Thọ

Nhóm thực phẩm	Nhóm thực phẩm Glucid (chất bột đường)	Nhóm thực phẩm giàu Protein (chất đạm)	Nhóm thực phẩm giàu Lipid (chất béo)	Nhóm thực phẩm giàu Vitamin và chất khoáng
Ngày thứ 1	Có sử dụng	Có sử dụng	Có sử dụng	Có sử dụng
Ngày thứ 2	Có sử dụng	Có sử dụng	Có sử dụng	Có sử dụng
Ngày thứ 3	Có sử dụng	Có sử dụng	Có sử dụng	Có sử dụng

Trong 3 ngày điều tra liên tiếp tại bếp ăn tập thể của 2 trường cho thấy khẩu phần ăn của học sinh có đầy đủ các nhóm thực phẩm cung cấp đủ các chất dinh dưỡng: protein, lipid, glucid, vitamin và chất khoáng.

Bảng 4. Đánh giá tính cân đối giữa các chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn của học sinh dân tộc thiểu số tại 2 trường phổ thông dân tộc nội trú trung học cơ sở tỉnh Phú Thọ

Chất dinh dưỡng	Khẩu phần ăn thực tế	Nhu cầu khuyến nghị của Viện dinh dưỡng năm 2016
Năng lượng (kcal)	2232,4 ± 224,9	Nữ: 2050 kcal Nam: 2200 kcal
% năng lượng do protein cung cấp	14,6	13 - 15
% năng lượng do lipid cung cấp	25,3	20 - 25
% năng lượng do glucid cung cấp	60,1	65 - 70
Tỷ lệ canxi/phospho	0,32	0,5 - 1,5
Vitamin B1 (mg)/1000 kcal	0,6	0,4
Vitamin B2 (mg)/1000 kcal	0,27	0,55
Vitamin B3 (mg)/1000 kcal	7,78	6,6

1 gram protein đốt cháy cung cấp: 4,0 kcal, 1gram lipid: 9,0 kcal, 1gram glucid: 4,0 kcal.

Tổng năng lượng khẩu phần ăn của học sinh tại 2 trường phổ thông dân tộc nội trú trung học cơ sở đáp ứng được nhu cầu khuyến nghị. Tuy nhiên, tỷ lệ giữa ba chất dinh dưỡng sinh năng lượng (14,6: 25,3: 60,1) chưa cân đối so với nhu cầu khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng (14: 20: 66). Tỷ lệ canxi/phospho chưa hợp lý.

Bảng 5. Mức đáp ứng nhu cầu khuyến nghị về các chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn của học sinh dân tộc thiểu số tại 2 trường phổ thông dân tộc nội trú trung học cơ sở tỉnh Phú Thọ

Chất dinh dưỡng	Nam			Nữ		
	Nhu cầu khuyến nghị/ngày	Khẩu phần ăn thực tế ($\bar{X} \pm SD$)	Mức đáp ứng (%)	Nhu cầu khuyến nghị/ngày	Khẩu phần ăn thực tế ($\bar{X} \pm SD$)	Mức đáp ứng (%)
Năng lượng (kcal)	2200	2232,4 ± 148,0	101,5	2050	2232,4 ± 148,0	108,9
Protein (g)	69,8 - 80,5	81,6 ± 5,8	101,4	65,0 - 75,0	81,6 ± 5,8	108,8
Protein động vật (35- 40%)	24,4 - 32,2	28,9 ± 0,9	100,0	22,8 - 30,0	28,9 ± 0,9	100,0
Protein thực vật	42,0 - 52,0	52,7 ± 6,7	101,3	39,0 - 48,8	52,7 ± 6,7	108,0
Lipid (g)	47,3 - 59,1	63,0 ± 23,2	106,6	44,0 - 55,1	63,0 ± 23,2	114,3
Lipid động vật (50%)	23,7 - 29,6	24,2 ± 13,3	100,0	22,0 - 27,6	24,2 ± 13,3	100,0
Lipid thực vật (50%)	23,7 - 29,6	38,8 ± 9,9	131,1	22,0 - 27,6	38,8 ± 9,9	140,6
Glucid (g)	348,7 - 375,6	335,6 ± 20,9	96,2	325,0 - 350,0	335,6 ± 20,9	100,0
Vitamin và chất xơ						

sau đó chọn hai huyện Đoan Hùng và Thanh Sơn thuộc tỉnh có trường PTDTNT THCS (mỗi huyện có một trường). Tại mỗi trường chọn toàn bộ học sinh dân tộc thiểu số theo danh sách của trường đó cung cấp. Trường PTDTNT THCS huyện Đoan Hùng có 189 học sinh, trường PTDTNT THCS huyện Thanh Sơn có 353 học sinh. Tổng số học sinh của 2 trường là 542.

* Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

Học sinh dân tộc thiểu số tại 2 trường PTDTNT THCS tỉnh Phú Thọ tự nguyện tham gia vào nghiên cứu và có khả năng trả lời phỏng vấn.

4. Chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, dân tộc.

- Xác định tần suất tiêu thụ thực phẩm trong tháng của học sinh dân tộc thiểu số.

- Tính tổng năng lượng của khẩu phần ăn của học sinh dân tộc thiểu số.

- Xác định thành phần các chất dinh dưỡng của khẩu phần ăn.

- Đánh giá mức đáp ứng về tổng năng lượng, năng lượng do protein, lipid, glucid cung cấp.

- Đánh giá tỷ lệ cân đối, hợp lý giữa các chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn.

- Đánh giá mức đáp ứng về thành phần các chất dinh dưỡng trong khẩu phần ăn.

5. Phương pháp thu thập số liệu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (tuổi, giới, dân tộc) được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn theo bộ câu hỏi được thiết kế sẵn.

- Tần suất tiêu thụ thực phẩm trong tháng qua được thu thập bằng phương pháp phỏng vấn trực tiếp học sinh dân tộc thiểu số tại 2 trường.

- Sử dụng phương pháp cân đong thực phẩm để thu thập các số liệu về tổng năng lượng thực tế, thành phần các chất dinh dưỡng trong khẩu phần: Tiến hành cân đong thực phẩm tại bếp ăn tập thể của 2 trường trong 3 ngày liên tiếp, số liệu điều tra về thực phẩm được quy đổi từ thức ăn chín sang thực phẩm sống sạch. Từ đó tính được mức năng lượng, thành phần các chất dinh dưỡng và mức đáp ứng nhu cầu năng lượng và thành phần các chất dinh dưỡng của khẩu phần ăn.

- Đánh giá khẩu phần ăn của học sinh dân tộc thiểu số dựa vào nhu cầu dinh dưỡng khuyến nghị cho người Việt Nam của Viện Dinh dưỡng năm 2016 (tỷ lệ cân đối, hợp lý giữa 3 chất sinh năng lượng là P: L: G = 14: 20: 66, tỷ lệ canxi/phospho = 0,5 - 1,5...) [4].

6. Phương pháp xử lý số liệu

- Số liệu định lượng được làm sạch, mã hóa và nhập trên phần mềm Epidata 3.1, xử lý trên

phần mềm SPSS 20.0 với các test thống kê thích hợp. Số liệu đánh giá khẩu phần được nhập và xử lý trên phần mềm Word Access 2013.

7. Đạo đức nghiên cứu

- Số liệu bài báo là một phần số liệu của đề tài cấp bộ mã số B2019-TNA-13 được phê duyệt theo quyết định số 5652/QĐ-BGDĐT ngày 28/12/2018.

- Đề tài tuân thủ quy trình xét duyệt của Hội đồng Đạo đức của trường Đại học Y Dược - Đại học Thái Nguyên số 896^A/ĐHYD - HĐĐĐ ngày 8 tháng 8 năm 2019. Đồng thời được sự đồng ý của Phòng Giáo dục và hai trường PTDTNT THCS huyện Thanh Sơn, huyện Đoan Hùng, tỉnh Phú Thọ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Thông tin chung		Số lượng (SL)	%
Tuổi	11 tuổi	162	29,9
	12 tuổi	137	25,3
	13 tuổi	125	23,1
	14 tuổi	118	21,7
Giới tính	Nam	203	37,5
	Nữ	339	62,5
Dân tộc	Mường	278	51,3
	Cao Lan	134	24,7
	Dao	72	13,3
	Khác	58	10,7

Kết quả bảng 1 cho thấy, đối tượng nghiên cứu phân bố tương đối đồng đều ở độ tuổi từ 11 đến 14 tuổi, nữ giới nhiều hơn nam giới với tỷ lệ lần lượt là 62,5% và 37,5%. Học sinh là dân tộc Mường chiếm tỷ lệ cao nhất 51,3%, tiếp đến là học sinh dân tộc Cao Lan (24,7%).

Bảng 2. Tần suất tiêu thụ thực phẩm trong tháng của học sinh dân tộc thiểu số tại 2 trường phổ thông dân tộc nội trú trung học cơ sở tỉnh Phú Thọ

Tên thực phẩm	Tần suất		Hàng ngày		Hàng tuần		Ít khi ăn hoặc không bao giờ	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Cơm	531	98,0	1	0,2	10	1,8		
Bánh mì trắng	28	5,2	378	69,7	136	25,1		
Mỳ ăn liền	52	9,6	292	53,9	198	36,5		
Bún/phở/bánh cuốn	10	1,8	140	25,8	392	72,3		
Khoai củ các loại	104	19,2	168	31,0	270	49,8		
Thịt các loại	367	67,7	146	26,9	29	5,4		
Trứng	95	17,5	411	75,8	36	6,6		
Cá	42	7,7	363	67,0	137	25,3		
Tôm, cua, tép	19	3,5	108	19,9	415	76,6		
Đậu phụ	53	9,8	369	68,1	120	22,1		
Lạc, vừng	66	12,2	380	70,1	96	17,7		
Mỡ, dầu ăn	303	55,9	164	30,3	75	13,8		

dưỡng không sinh năng lượng vẫn chưa cân đối, hợp lí.

Từ khoá: Học sinh, dân tộc thiểu số, khẩu phần ăn, trường phổ thông dân tộc nội trú, huyện Đoan Hùng, huyện Thanh Sơn, tỉnh Phú Thọ.

SUMMARY

THE DIETARY INTAKE OF ETHNIC MINORITY STUDENTS AT TWO ETHNIC BOARDING JUNIOR SECONDARY SCHOOLS IN PHU THO PROVINCE

Objective: To assess the dietary intake of ethnic minority students at two ethnic boarding junior secondary schools in Phu Tho province in 2019.

Subjects and research methods: The study was conducted on 542 ethnic minority students at 2 ethnic minority boarding schools in Phu Tho province with descriptive method, cross-sectional design. Using a pre-designed survey questionnaire to collect information on demographics and frequency of food consumption. Use the food weight method to collect information about student portion sizes.

Research results: Total dietary energy of students in 2 ethnic minority boarding schools in lower secondary schools met the recommended needs. The energy provided by protein, lipid, and glucid was 14.6%, 25.3%, and glucid 60.1%, respectively, and provides enough compared to the recommended needs. However, the ratio between the three energy-producing substances (14.6: 25.3: 60.1) was not balanced compared to the needs recommended by the Institute of Nutrition in 2016 (14: 20: 66). Non-energy-producing substances and fiber mostly provide less than the recommended needs, only zinc, vitamins B1, B3 met the body's needs. The rate of calcium/phosphorus was not reasonable.

Conclusion: The dietary intake of students at two ethnic minority boarding schools in lower secondary schools provided a relatively adequate supply of energy-producing nutrients. However, the nutrients that do not produce energy was still not balanced and reasonable.

Keywords: Students, ethnic minorities, dietary intake, boarding school for ethnic minorities, Doan Hung district, Thanh Son district, Phu Tho province.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Lứa tuổi trung học cơ sở (11 – 15 tuổi) là lúc trẻ bước vào giai đoạn tiền dậy thì và dậy thì, có sự phát triển rất nhanh cả về thể chất lẫn tinh thần. Chế độ dinh dưỡng đáp ứng được nhu cầu khuyến nghị hàng ngày của Viện Dinh dưỡng về các chất như protein, lipid, glucid, vitamin và chất khoáng là một trong những yếu tố quan trọng tác động trực tiếp đến sự phát triển này của trẻ. Vì vậy, việc đánh giá khẩu phần ăn sẽ giúp các nhà

khoa học có cơ sở xây dựng được một khẩu phần ăn đa dạng, cân đối, phù hợp với sự phát triển của trẻ ở từng nhóm tuổi góp phần cải thiện tình trạng dinh dưỡng và thúc đẩy sự phát triển toàn diện của trẻ ở độ tuổi này^{[4], [5]}.

Ở Việt Nam đã có những nghiên cứu về khẩu phần ăn trên nhóm đối tượng học sinh trung học cơ sở. Kết quả nghiên cứu của Đào Thị Ngọc Trâm và CS năm 2018 cũng cho thấy: lượng protein tiêu thụ của nhóm 11 tuổi và nhóm nam 12-14 tuổi vượt quá nhu cầu khuyến nghị. Lượng canxi tiêu thụ của các học sinh rất thấp, hầu hết là dưới 50,0% so với nhu cầu khuyến nghị^[5]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Toán và cộng sự trên đối tượng học sinh tại bốn trường trung học cơ sở thuộc thành phố Bắc Giang năm 2013 cho thấy tỷ lệ cân đối giữa 3 chất sinh năng lượng P: L: G lần lượt là 17,3: 24,3: 58,5 và chưa cân đối so với cầu khuyến nghị^[7]. Tuy nhiên, những nghiên cứu về vấn đề này trên đối tượng học sinh trung học cơ sở người dân tộc thiểu số còn rất hạn chế.

Phú Thọ là tỉnh thuộc khu vực miền núi phía Bắc trong đó tập trung chủ yếu là các dân tộc: Mường, Cao Lan, Dao... Các nghiên cứu về khẩu phần dinh dưỡng của học sinh trung học cơ sở tại nơi đây còn khiêm tốn. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Khẩu phần ăn của học sinh dân tộc thiểu số tại hai trường phổ thông dân tộc nội trú trung học cơ sở tỉnh Phú Thọ*” nhằm mục tiêu:

Đánh giá khẩu phần ăn của học sinh dân tộc thiểu số tại 2 trường phổ thông dân tộc nội trú trung học cơ sở thuộc tỉnh Phú Thọ.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Học sinh dân tộc thiểu số tại 2 trường phổ thông dân tộc nội trú trung học cơ sở (PTDTNT THCS) của tỉnh Phú Thọ.

Khẩu phần ăn của học sinh dân tộc thiểu số tại 2 trường.

2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Trường PTDTNT THCS huyện Đoan Hùng và Thanh Sơn, tỉnh Phú Thọ.

Thời gian: Từ tháng 09 năm 2019 đến tháng 11 năm 2019.

3. Phương pháp nghiên cứu

3.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả, thiết kế cắt ngang.

3.2. Cỡ mẫu và phương pháp nghiên cứu

* *Cỡ mẫu toàn bộ học sinh (542 học sinh) của 2 trường PTDTNT THCS Đoan Hùng và Thanh Sơn, tỉnh Phú Thọ.*

* *Phương pháp chọn mẫu:* Chọn chủ đích tỉnh Phú Thọ thuộc khu vực miền núi phía Bắc,

phẫu thuật. Tuy nhiên việc sử dụng kháng sinh vẫn chủ yếu dựa trên thói quen và tâm lý muốn an toàn trong điều trị. Do vậy sử dụng kháng sinh dài ngày và ít chỉ định kháng sinh đồ là phổ biến. Ngoài ra tâm lý người bệnh cũng có ảnh hưởng đến tâm lý sử dụng kháng sinh đường tĩnh mạch của các bác sỹ.

Điều kiện môi trường phòng mổ, bệnh viện còn chưa đảm bảo để các bác sỹ sử dụng kháng sinh dự phòng nên đây cũng là nguyên nhân sử dụng kháng sinh kéo dài sau mổ.

Khuyến nghị:

Xây dựng phác đồ thống nhất, hướng dẫn cụ thể sử dụng kháng sinh cho từng trường hợp phù hợp với điều kiện của bệnh viện.

Cải thiện môi trường phòng mổ, phối hợp với nhà thầu sửa chữa trùng tu lại phòng mổ đảm bảo môi trường phòng mổ sạch, tiến hành cấy và phân lập vi trùng thường niên.

Áp dụng phác đồ kháng sinh dự phòng khi đã đủ điều kiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2009) Báo cáo sử dụng kháng sinh và kháng kháng sinh tại 15 bệnh viện Việt Nam năm 2008-2009.

2. Bộ Y tế (2019) quyết định số 127/QĐ/BYT về hướng dẫn thực hiện quốc gia về kháng – kháng sinh, Hà Nội.

3. Bộ Y tế (2006), Dược lý học, Nhà xuất bản y học Hà Nội, trang 186-191.6

4. **Bùi Thị Kim Tuyền** (2015), thực trạng sử dụng kháng sinh trên người bệnh phẫu thuật và các yếu tố liên quan tại Khoa ngoại tổng hợp Bệnh viện Thanh Nhàn năm 2015, luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.

5. **Trần Hùng Dũng** (2017), thực trạng sử dụng kháng sinh của khoa ngoại và một số yếu tố ảnh hưởng tại Khoa ngoại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh năm 2017, luận văn CKII TCQLYT, Trường Đại học Y tế Công cộng Hà Nội.15

6. **CDC Guideline** (1999) Guideline for Prevention of Surgical Site Infection, 1999, pg 247-260.18

7. **Daniel John Doyle; Emily H. Garmon** (2020), American Society of Anesthesiologists Classification (ASA Class) website <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441940/>.

30

KHẨU PHẦN ĂN CỦA HỌC SINH DÂN TỘC THIỂU SỐ TẠI HAI TRƯỜNG PHỔ THÔNG DÂN TỘC NỘI TRÚ TRUNG HỌC CƠ SỞ TỈNH PHÚ THỌ

**TRƯƠNG THỊ THÙY DƯƠNG, TRẦN THỊ HỒNG VÂN,
TRẦN THỊ HUYỀN TRANG, NGUYỄN THỊ THANH TÂM**
*Bộ môn Dinh dưỡng và An toàn Vệ sinh Thực phẩm,
Trường Đại học Y Dược, Đại học Thái Nguyên*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá khẩu phần ăn của học sinh dân tộc thiểu số tại 2 trường phổ thông dân tộc nội trú trung học cơ sở thuộc tỉnh Phú Thọ năm 2019.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành trên 542 học sinh dân tộc thiểu số tại 2 trường phổ thông dân tộc nội trú trung học cơ sở của tỉnh Phú Thọ với phương pháp mô tả, thiết kế cắt ngang. Sử dụng bộ câu hỏi điều tra được thiết kế sẵn để thu thập các thông tin về nhân khẩu học, tần suất tiêu thụ thực phẩm. Sử dụng phương pháp cân đong thực phẩm để thu thập các thông tin về khẩu

phần ăn của học sinh.

Kết quả nghiên cứu: Tổng năng lượng khẩu phần ăn của học sinh tại 2 trường phổ thông dân tộc nội trú trung học cơ sở đáp ứng được nhu cầu khuyến nghị. Năng lượng do protein, lipid, glucid cung cấp lần lượt là 14,6%, 125,3%, glucid 60,1% và cung cấp đủ so với nhu cầu khuyến nghị. Tuy nhiên tỷ lệ giữa 3 chất sinh năng lượng (14,6: 25,3: 60,1) chưa cân đối so với nhu cầu khuyến nghị của Viện Dinh dưỡng năm 2016 (14: 20: 66). Các chất không sinh năng lượng và chất xơ đa phần cung cấp thiếu so với nhu cầu khuyến nghị, chỉ có kẽm, vitamin B1, B3 đáp ứng đủ nhu cầu của cơ thể. Tỷ lệ Canxi/Phospho chưa hợp lý.

Kết luận: Khẩu phần ăn của học sinh tại hai trường phổ thông dân tộc nội trú trung học cơ sở đã cung cấp tương đối đầy đủ các chất dinh dưỡng sinh năng lượng. Tuy nhiên các chất dinh

*Chịu trách nhiệm: Trương Thị Thùy Dương
Email: duonghuyanhphuoc8888@gmail.com
Ngày nhận: 31/5/2021
Ngày phản biện: 18/6/2021
Ngày duyệt bài: 26/6/2021*

ngiên cứu năm 2017 tại khoa Ngoại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh với tỷ lệ phối hợp từ 2 loại kháng sinh là 58,9% và 42,1% [5]. Hay nghiên cứu của Bùi Thị Kim Tuyền với tỷ lệ lần lượt là 70,2% và 29,8% [4]. Điều này cho thấy thực trạng phối hợp kháng sinh xảy ra phổ biến trong các bệnh viện. Một trong những lý do phối hợp kháng sinh là tình trạng kháng thuốc đang gia tăng và hiệu quả của kháng sinh không còn như mong đợi. Liệu pháp phối hợp 2 loại kháng sinh Cephalosporin và Imidazol đang được sử dụng nhiều nhất với tỷ lệ 49,4%. Phác đồ này tăng phổ tác dụng lên với cả vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí, ít tác dụng độc hại lên các cơ quan đồng thời mang tính kinh tế. Tuy nhiên việc sử dụng chủ yếu là kháng sinh nhóm Cephalosporin thế hệ 3 vẫn cần cần trọng để tránh tình trạng kháng thuốc và hiệu quả lâu dài.

5. Thay đổi kháng sinh

Kết quả nghiên cứu cho thấy việc thay đổi kháng sinh thường được diễn ra sau phẫu thuật. Tỷ lệ người bệnh sử dụng một liệu trình không thay đổi kháng sinh trong suốt quá trình điều trị là 86% số trường hợp thay đổi kháng sinh 1 lần chiếm tỷ lệ 13,6% và thay đổi 2 lần chiếm tỷ lệ 0,4%.

Trong quá trình nghiên cứu lý do thay đổi kháng sinh qua rà soát các trường hợp thay đổi kháng sinh cho thấy 21 trường hợp thay đổi do bệnh ổn nên chuyển kháng sinh qua đường uống, 2 trường hợp thay đổi do bệnh đáp ứng chậm với kháng sinh đang dùng 11 trường hợp thay đổi do hết kháng sinh phải thay thế biệt dược cùng nhóm.

Do vậy trong hầu hết các trường hợp thay đổi kháng sinh là theo kinh nghiệm của bác sĩ.

6. Chỉ định kháng sinh đồ cho người bệnh.

Một điểm cần chú ý là mặc dù việc làm kháng sinh đồ rất quan trọng nhưng trong nghiên cứu lại chỉ ra không có trường hợp nào được làm kháng sinh đồ trong quyết định sử dụng kháng sinh.

Như vậy chỉ định dùng kháng sinh mà không có kháng sinh đồ phụ thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm và thói quen của các của các bác sĩ. Đa phần các bác sĩ có thói quen điều trị bao vây và sử dụng kháng sinh sau mổ với mục đích dự phòng nhiễm khuẩn, đồng thời việc sử dụng kháng sinh chịu ảnh hưởng bởi tâm lý an toàn cho người bệnh và cả bác sĩ.

7. Một số yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng kháng sinh.

Hiểu biết và thái độ, kinh nghiệm của bác sĩ.

Trong nghiên cứu chủ yếu xét trên quan điểm sử dụng kháng sinh của các bác sĩ. Khoa ngoại

có tất cả 4 bác sĩ đều có trình độ sau đại học. Qua phỏng vấn cho thấy tất cả các bác sĩ đều có hiểu biết về sử dụng kháng sinh và kháng sinh dự phòng trên người bệnh phẫu thuật. Khi hỏi về nguyên tắc sử dụng kháng sinh và kháng sinh dự phòng tất cả các bác sĩ đều hiểu rõ nguyên tắc sử dụng kháng sinh và kháng sinh dự phòng.

Qua phỏng vấn cán bộ phụ trách khoa cũng nhận thấy mối liên hệ giữa sự hiểu biết, kinh nghiệm đến thái độ sử dụng kháng sinh. Cán bộ có hiểu biết tốt, nhiều năm kinh nghiệm sẽ có thái độ tích cực, niềm tin tốt hơn từ đó có thái độ sử dụng kháng sinh đúng hơn

Đồng thời qua phỏng vấn các bác sĩ cũng trình bày nguyện vọng bệnh viện có phác đồ sử dụng kháng sinh cho từng bệnh cụ thể phù hợp với môi trường bệnh viện để các bác sĩ thực hiện.

Các bác sĩ đều cho rằng việc sử dụng kháng sinh dự phòng cho phẫu thuật sạch và sạch nhiễm là khó khăn với điều kiện cơ sở vật chất hiện tại bởi các yếu tố khách quan như phòng mổ, môi trường bệnh viện, điều kiện chăm sóc sau mổ... do vậy công tác cải thiện môi trường bệnh viện và công tác chống nhiễm khuẩn rất quan trọng. Từ đó có thể giảm rào cản giúp sử dụng kháng sinh hợp lý hơn.

8. Bàn luận về phương pháp nghiên cứu

Đây là phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp nghiên cứu định tính và định lượng.

Trong phần nghiên cứu định lượng thì dữ liệu nghiên cứu được thu thập dựa trên bảng thông tin đã được thiết kế sẵn. Thông tin được lấy từ hồ sơ bệnh án có phẫu thuật thỏa mãn điều kiện chọn mẫu. Do vậy khi thực hiện nghiên cứu có những thuận lợi như thông tin đã được ghi cụ thể trong hồ sơ bệnh án, đảm bảo tính khách quan, minh bạch. Thông tin có thể lượng hóa được giúp chúng tôi có thể mô tả chính xác thực trạng sử dụng kháng sinh trên người bệnh phẫu thuật tại khoa ngoại. Đó là tình hình sử dụng kháng sinh trước mổ, trong mổ và sau mổ, tình hình thay đổi kháng sinh, phối hợp kháng sinh, tình hình thực hiện kháng sinh đồ...

KẾT LUẬN

- Tình trạng sử dụng kháng sinh dài ngày và kháng sinh sau phẫu thuật kể cả phẫu thuật sạch là 100%. không có trường hợp nào sử dụng kháng sinh dự phòng.

Qua nghiên cứu 250 trường hợp bệnh nhân dùng kháng sinh sau phẫu thuật không thấy trường hợp nào làm xét nghiệm kháng sinh đồ.

Đa số các bác sĩ đều biết nguyên tắc sử dụng kháng sinh và kháng sinh dự phòng trong

sử dụng kháng sinh tôi căn cứ vào tình trạng bệnh lý của bệnh nhân tùy thuộc vào mức độ phức tạp của phẫu thuật để cân nhắc lựa chọn phối hợp kháng sinh, phổ rộng và liều cao cho phù hợp”-“PVS BS 02”. Các bác sỹ có chung quan điểm sử dụng kháng sinh sau mổ, việc lựa chọn kháng sinh gì, liều lượng như thế nào và thời gian bao lâu thì vẫn dựa vào kinh nghiệm và thói quen của bác sỹ. Kháng sinh đồ là chuẩn để sử dụng kháng sinh như theo tình hình hiện tại thì để áp dụng còn khó khăn, do đó kháng sinh được sử dụng vẫn theo kinh nghiệm là chính.

Các yếu tố khác. Việc cung ứng kháng sinh không đầy đủ, BN đông cục bộ cũng là yếu tố ảnh hưởng đến sử dụng KS. “*Có một số người bệnh sau mổ không thấy bác sỹ sử dụng kháng sinh thì tâm lý cũng e ngại và đôi khi xin xuất viện sớm khi tình trạng bệnh chưa ổn định*”-“PVSBS03”.

Tâm lý của người bệnh cũng ảnh hưởng đến việc sử dụng kháng sinh của bác sỹ. Sau mổ chỉ sử dụng thuốc uống hoặc không sử dụng thuốc khiến họ không yên tâm, người bệnh cũng lo lắng khi thấy vết mổ nhiễm khuẩn hoặc chậm lành.

BÀN LUẬN

1. Bàn luận theo đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Độ tuổi của đối tượng nghiên cứu: Theo nghiên cứu của Bùi Thị Thanh Tuyền năm 2015 độ tuổi trung bình là 49,7 (SD=22,8), nhóm chiếm tỷ lệ cao nhất là nhóm trên 60 tuổi có tỉ lệ 37,9%. Trong nghiên cứu này thì tỷ lệ các độ tuổi trong nghiên cứu có tỷ lệ trung bình là 38,7+/-15,9 tuổi. Cao nhất là từ 18-29 tuổi. Có sự khác biệt về độ tuổi nghiên cứu có thể giải thích do mô hình bệnh tật và đặc điểm dân cư quanh cơ sở nghiên cứu.

Giới tính Tỷ lệ nam mắc bệnh trong nghiên cứu này cao hơn tỷ lệ nữ giới (nam 63,2%, nữ 36,8%) Kết quả này cũng khác với một số nghiên cứu như một nghiên cứu của đại học y dược Hà Nội năm 2014 tỷ lệ nam nữ (43,2 và 56,8) cho thấy tỷ lệ mắc bệnh có thể tương đồng nhau.

Tình trạng người bệnh trước mổ theo ASA: Theo hiệp hội gây mê hoa kỳ thì tình trạng toàn thân của người bệnh trước mổ và nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ có liên quan chặt chẽ với nhau. ASA \geq 3 nguy cơ nhiễm khuẩn tăng lên rõ rệt^[7]. Thể trạng của người bệnh trong nghiên cứu có ASA=1 chiếm 50,4%, ASA = 2 chiếm 44%, ASA = 3 chiếm 5,6%, không có người bệnh nào ASA >3. Như vậy các đối tượng trong nghiên cứu có nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ thấp.

2. Các loại kháng sinh sử dụng

Tỷ lệ người bệnh sử dụng kháng sinh trước

phẫu thuật là 223 chiếm tỷ lệ 89,2%. Tất cả người bệnh phẫu thuật đều được dùng kháng sinh sau mổ. Trong đó 88,4% là phẫu thuật sạch và sạch nhiễm. Kết quả này cũng tương đương với kết quả của Bùi Thị Kim Tuyền (2015) về tình hình sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân có phẫu thuật tại Bệnh viện Thanh Nhân^[4]. Như vậy, với kết quả nghiên cứu thu được có sự tương đồng với các nghiên cứu khác trong nước cho thấy thực trạng sử dụng kháng sinh sau mổ đang phổ biến tại Bệnh viện Đa khoa Tư nhân Bình Dương nói riêng và cả nước nói chung.

Nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là nhóm Beta -lactam chiếm tỷ lệ 49% trong đó chủ yếu là Cephalosporin thế hệ 3 với tỉ lệ 44,9%, khác với kết quả của một số nghiên cứu của các tác giả khác như Bùi Thị Kim Tuyền (2015) và Trần Hùng Dũng (2017) cho thấy kháng sinh sử dụng nhiều nhất lại là Cephalosporin thế hệ II^{[4],[5]}. Đây cũng là điều đáng lưu ý trong nghiên cứu.

Nhóm Imidazol có tỷ lệ sử dụng cao nhất cho người bệnh là Metronidazol với tỷ lệ 26,3%. Đây là kháng sinh diệt khuẩn nhưng không sử dụng đơn độc mà phối hợp với các kháng sinh hiệu lực khác.

Nhóm Quinolon và Aminositid sử dụng chiếm tỷ lệ 22% điều này có thể được giải thích vì kháng sinh này có tác dụng phụ nhiều hơn và sử dụng dựa trên cân nặng.

3. Cách thức sử dụng kháng sinh

Theo khuyến cáo của các chuyên gia thì phẫu thuật sạch thì không cần sử dụng kháng sinh dự phòng, sạch nhiễm thì sử dụng kháng sinh dự phòng, phẫu thuật nhiễm và bẩn thì phải sử dụng kháng sinh đầy đủ^[6]. Tuy nhiên trong nghiên cứu không có trường hợp nào sử dụng kháng sinh dự phòng ngay cả đối với phẫu thuật sạch. Kết quả nghiên cứu tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thị Kim Tuyền (2015)^[4]. Như vậy việc áp dụng kháng sinh dự phòng tại bệnh viện còn rất hạn chế.

Qua phỏng vấn sâu các bác sỹ thì việc sử dụng kháng sinh dự phòng tại bệnh viện hiện nay còn gặp nhiều khó khăn khi mà điều kiện phòng mổ, môi trường bệnh viện, công tác kiểm soát nhiễm khuẩn còn nhiều hạn chế và chưa đồng bộ.

4. Phối hợp kháng sinh

Phối hợp kháng sinh nhằm mở rộng phổ kháng khuẩn và hạn chế khả năng kháng thuốc của vi khuẩn^[3]. Trong nghiên cứu này liệu pháp sử dụng kháng sinh phối hợp nhiều hơn kháng sinh sử dụng đơn độc với tỷ lệ lần lượt là 68,8% và 31,2% kết quả này cũng tương tự với kết quả

3. Cách thức sử dụng kháng sinh trong điều trị

Bảng 2. Cách thức sử dụng kháng sinh trong điều trị.

Sử dụng kháng sinh	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật	
	n	%	n	%
Trước phẫu thuật	223	89,2		
Kháng sinh điều trị			250	100

Nhận xét: Qua nghiên cứu cho thấy không có trường hợp nào sử dụng kháng sinh dự phòng, có 89,2% các trường hợp được sử dụng kháng sinh trước mổ và tiếp tục sử dụng sau mổ. Vẫn còn 10,8% các trường hợp các bác sỹ không dùng kháng sinh trước mổ. Đây cũng là yếu tố nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ và cần cải thiện bằng cách tuân thủ nghiêm túc bằng kiểm an toàn phẫu thuật.

4. Phối hợp kháng sinh

Bảng 3. Phối hợp kháng sinh theo thời điểm phẫu thuật.

Phối hợp kháng sinh	Trước phẫu thuật (n = 250), %	Sau phẫu thuật (n = 250)%
Không sử dụng kháng sinh	27(10,8%)	0 (0%)
1 loại	223 (89,2%)	78 (31,2%)
2 loại	0	162 (64,8%)
3 loại	0	10 (4%)

Nhận xét: Liệu pháp phối hợp kháng sinh chủ yếu xảy ra sau mổ trong đó liệu pháp phối hợp 2 loại kháng sinh trong thời điểm phẫu thuật là cao nhất chiếm tỷ lệ 64,8% vì đa phần các ca phẫu thuật là sạch nhiễm. Không phối hợp kháng sinh chiếm tỉ lệ 31,2%. còn kháng sinh sử dụng trước mổ chủ yếu là kháng sinh đơn độc

- Trong nghiên cứu các kiểu phối hợp kháng sinh được trình bày trong bảng sau:

Bảng 4. Liệu pháp phối hợp kháng sinh

Liệu pháp phối hợp kháng sinh	n	%
Cephalosporin thế hệ 3 + Imidazol	85	49,4
Cephalosporin thế hệ 3 + Quinolon	6	3,5
Cephalosporin thế hệ 3 + Quinolon + Imidazol	10	5,8
Carbapenem+ Imidazol	3	1,7
Cephalosporin thế hệ 3 + Aminosid	68	39,5
Tổng	172	100

Nhận xét: liệu pháp phối hợp 2 kháng sinh Cephalosporin thế hệ 3 và imidazol chiếm tỷ lệ cao nhất với 49,4% đa số gặp trong các trường hợp phẫu thuật tổng quát, kể đến là nhóm Cephalosporin thế hệ 3 + aminosid 39,5% lại hay gặp trong các trường hợp phẫu thuật chấn thương chỉnh hình. Ngoài ra có các kiểu phối hợp khác nhưng ít gặp hơn. Khi phỏng vấn sâu kết quả cho thấy “Ngày càng nhiều các loại kháng sinh bị đề kháng nên đôi khi phải dùng

kháng sinh phổ rộng để điều trị bệnh nhiễm khuẩn nặng”-“PVBS02”

5. Thay đổi kháng sinh.

Bảng 5. Sự thay đổi kháng sinh.

Thay đổi kháng sinh		n	%
Số lần thay đổi	Không thay đổi	215	86
	Đổi 1 lần	34	13,6
	Đổi 2 lần	1	0,4
Thời điểm thay đổi	Trước phẫu thuật	0	0
	Sau phẫu thuật	35	100

Nhận xét: Sự thay đổi kháng sinh trong quá trình điều trị chủ yếu xảy ra ở thời điểm sau phẫu thuật với tổng số trường hợp là 35 tương ứng 14%. Về lý do thay đổi kháng sinh qua rà soát các trường hợp thay đổi kháng sinh cho thấy 21 trường hợp thay đổi do bệnh ổn nên chuyển kháng sinh qua đường uống, 2 trường hợp thay đổi do bệnh đáp ứng chậm với kháng sinh đang dùng 11 trường hợp thay đổi do hết kháng sinh phải thay thế biệt dược cùng nhóm.

Tình hình làm kháng sinh đồ

Kết quả nghiên cứu 250 trường hợp bệnh nhân dùng kháng sinh sau phẫu thuật không thấy trường hợp nào làm xét nghiệm kháng sinh đồ. Kết quả phỏng vấn các bác sỹ cho biết “*Hiện nay quy trình làm xét nghiệm kháng sinh đồ còn mất thời gian vì phải gửi mẫu đi nơi khác, nếu có làm thì khi có kết quả bệnh nhân có thể đã xuất viện*” PVS Trường khoa. Vậy nên, đa số các trường hợp chỉ định sử dụng kháng sinh mà không có bằng chứng vi khuẩn.

6. Một số yếu tố ảnh hưởng đến sử dụng kháng sinh.

Hiểu biết sử dụng kháng sinh của bác sỹ

“Phòng mổ hiện nay đang sử dụng là phòng mổ tạm nên chúng tôi chưa dám sử dụng kháng sinh dự phòng mà phải dùng kháng sinh điều trị mới cảm thấy yên tâm”- “PVS-BS-03”. Các bác sỹ cho thấy hiểu biết và thái độ sử dụng kháng sinh tuy nhiên áp dụng vào thực tế thì môi trường bệnh viện và phòng mổ cũng như quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn chưa thực sự lý tưởng và khiến họ yên tâm sử dụng kháng sinh dự phòng mà vẫn phải sử dụng kháng sinh điều trị, thậm chí là kháng sinh phổ rộng và bao vây.

Kinh nghiệm, thói quen sử dụng kháng sinh

Khi phỏng vấn sâu kết quả đa số ý kiến trả lời đồng ý với quan niệm sau: “Hiện nay thì bệnh viện đã có phác đồ cho một số bệnh thường gặp tuy nhiên các phác đồ này chưa chỉ rõ phải dùng kháng sinh gì trong trường hợp nào nên các bác sỹ quen cách dùng nào thì dùng theo cách đó, việc ban hành bộ phác đồ chuẩn rất cần thiết để thống nhất sử dụng trong bệnh viện...” PVS BS-01. “Khi quyết định

khoa ngoại, điều dưỡng trưởng khoa ngoại, trưởng khoa dược

2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 5/2020 đến tháng 11/2020

Địa điểm nghiên cứu: Khoa ngoại Bệnh viện Đa khoa Tư nhân Bình Dương

3. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu sử dụng số liệu hồi cứu với phương pháp định lượng và định tính.

Cỡ mẫu nghiên cứu là n = 250

Công cụ thu thập: Đối với biến định lượng dựa vào bảng kiểm đã được thiết kế sẵn theo mục tiêu nghiên cứu. Đối với biến định tính dựa vào bộ câu hỏi đã được thiết kế theo mục tiêu 2.

Phương pháp thu thập thông tin

Hồi cứu bệnh án có phẫu thuật chuyên ngành ngoại khoa thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn tại khoa Ngoại trong thời gian nghiên cứu, số lượng mẫu nghiên cứu ước tính khoảng 250 mẫu. Bệnh án được lấy từ kho lưu trữ của phòng Kế hoạch – tổng hợp. Dưới sự cho phép của Ban giám đốc bệnh viện. Người thu thập số liệu là Chủ nhiệm đề tài và cộng tác là Bác sỹ Phòng kế hoạch tổng hợp được tập huấn theo hướng dẫn nghiên cứu của Chủ nhiệm đề tài.

4. Kỹ thuật xử lý thông tin/ số liệu: Sử dụng phần mềm nhập liệu bằng Epi Data 3.1 và SPSS 20.0 để phân tích và xử lý số liệu.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc tính mẫu nghiên cứu

Trong số 250 đối tượng nghiên cứu thì nam giới chiếm 158 tỷ lệ 63,2% Nam nhiều hơn nữ 92 chiếm 36,8%. Các đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình là 38,7+/-15,9 tuổi. Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 18-59 với tỷ lệ 83,6%. nhóm < 18 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 7,2%. Nhiều nghiên cứu cho thấy độ tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc các bệnh mạn tính càng nhiều. Trong nghiên cứu này cho thấy các bệnh chủ yếu ở nhóm tuổi 18-60.

- Về hình thức mổ: Bệnh mổ cấp cứu là 109 trường hợp chiếm tỉ lệ 43,6% bệnh mổ phiên là 141 trường hợp chiếm 56,4%

- Trong nghiên cứu tỷ lệ bệnh nhân mổ có bệnh kèm theo là: 8,8% các bệnh mắc kèm chủ yếu là tăng huyết áp và đái tháo đường.

- Các phẫu thuật trong năm 2019 chủ yếu là các phẫu thuật chấn thương và ngoại tổng quát. Trong đó 250 bệnh nhân thì có 106 trường hợp phẫu thuật thuộc lĩnh vực chấn thương chỉnh hình chiếm tỷ lệ 42,4% cao nhất trong các bệnh có chỉ định phẫu thuật, tiếp đến là 25% người bệnh phẫu thuật ruột thừa viêm và ngoại tiết niệu 12,8%.

- Phẫu thuật tại khoa ngoại trong khoảng thời gian nghiên cứu tương đối đa dạng trong đó phẫu thuật sạch chiếm tỷ lệ 29,2%, sạch nhiễm chiếm 59,2%, nhiễm chiếm 11,6%, đặc biệt không có ca mổ bản.

2. Các loại kháng sinh sử dụng trên người bệnh trong nghiên cứu.

Bảng 1. Các loại kháng sinh được dùng cho người bệnh.

Nhóm kháng sinh	Tên hoạt chất		Tên biệt dược	n	%
Beta - lac tam	Penicillin	Amoxicillin/clavulanic	Augmentin 625mg	8	1,5
		Cephalosporin	Thế hệ II	Cefuroxim	12
	Thế hệ III		Cefotaxim1g	87	16,3
			Daytrix1g	38	7,1
			Vietcef 1g	79	14,7
			Ceftazidim 1g	25	4,7
			Ceftriaxon	12	2,2
	Carbapenem	Imipenem	Imipenem	2	0,4
Aminosid	Gentamycin 80mg	Gentamycin 80mg	118	22,0	
Quinolon	Thế hệ II	Ciprofloxacin 200mg/100ml	8	1,5	
	Thế hệ III	Levofloxacin 500mg	6	1,1	
5-Nitro-Imidazol	Metronidazol 0,5g	Metronidazol 0,5g	141	26,3	
Tổng			536	100	

Nhận xét: Vì bác sỹ có thể thay đổi sử dụng kháng sinh trong quá trình điều trị và một bệnh nhân có thể được kê hơn một loại kháng sinh. Nên số lượng kháng sinh được tính theo lượt được kê đơn n = 536. Nhóm kháng sinh được sử dụng nhiều nhất là nhóm Betalactam với tỷ lệ 49%, trong đó chủ yếu là Cephalosporin thế hệ thứ 3 với tỷ lệ 44,9%. nhóm Imidazol cũng được sử dụng với tỷ lệ rất cao 26,3% kế tiếp là nhóm Aminosid với tỷ lệ 22%.

khẩn trong việc triển khai áp dụng kháng sinh đồ, chưa có phổ biến phác đồ chuẩn. Công tác Dược lâm sàng còn yếu... Hoạt động kiểm soát nhiễm khuẩn trong đó môi trường, cơ sở vật chất bệnh viện, môi trường phòng mổ là những yếu tố khiến các bác sỹ lo ngại nên vẫn sử dụng kháng sinh sau mổ kéo dài. Do vậy, rất cần một phác đồ chuẩn theo mô hình và điều kiện bệnh viện, cần được hướng dẫn sử dụng kháng sinh, cải thiện môi trường bệnh viện chú trọng công tác chống nhiễm khuẩn và phát huy vai trò của Hội đồng thuốc và điều trị.

Keywords: Sử dụng kháng sinh, phẫu thuật, kiểm soát nhiễm khuẩn

SUMMARY

Research "Current situation of antibiotic use in surgery and some influencing factors in the surgical department of Binh Duong private general hospital in 2019." With the objectives: (1). Describe the current situation of antibiotic use in surgery at the Surgery Department of Binh Duong Private General Hospital in 2019. (2). Analyzing some factors affecting the use of antibiotic use in surgery at the Surgery Department of Binh Duong Private General Hospital in 2019. By cross-sectional descriptive research method combined with the qualitative amount. The study was conducted by collecting information on 250 surgical medical records at the Department of Surgery of Binh Duong Private General Hospital from January 1, 2019, to December 31, 2019, and by in-depth interviews with some medical staff. The results are obtained that 100% of patients use antibiotics for treatment, 10.8% of patients have not used antibiotics before surgery. 45% of antibiotics used are Cephalosporin class III and antibiotics used before surgery are mostly Cephalosporin generation III. Combination therapy of two antibiotics accounts for 61%. The change of antibiotics mainly occurred after surgery, accounting for 14%. Through in-depth interviews, we have found out some factors affecting the use of antibiotics in the department as follows: Antibiotics are indicated mainly based on experience, habits of doctors, unsafe operating room environment. Due to the psychology of wanting to be safe in treatment and the difficulty in implementing antibiotic regimens, standard regimens have not yet been disseminated. Clinical pharmacy work is still weak ... Besides, the activities of the Drug and Treatment Council also affect the use of antibiotics. Infection control in which the environment, hospital facilities, and operating theater environment are factors that make doctors concerned, so long-term use of antibiotics after surgery. Therefore, there is a need for a standard regimen according to the model and

hospital conditions, instruction on the use of antibiotics, improving the hospital environment, focusing on anti-infection, and promoting the role of the Drug Council and treatment.

Keywords: Use of antibiotics, surgery, infection control

ĐẶT VẤN ĐỀ

Kháng sinh là một trong những phương pháp điều trị bệnh quan trọng trong nền y học hiện đại, giúp điều trị hiệu quả các nhiễm trùng đe dọa tính mạng con người và giúp phòng ngừa các biến chứng nhiễm trùng từ các can thiệp y tế và phẫu thuật thông thường. Tuy nhiên, sự xuất hiện các vi khuẩn kháng kháng sinh đã gây nên mối đe dọa tính mạng cho người bệnh do các vi khuẩn gia tăng đề kháng đối với nhiều kháng sinh và trong một số trường hợp kháng tất cả các kháng sinh hiện có [1], [2]. Bệnh viện Đa khoa Tư nhân Bình Dương với quy mô 120 giường. Trung bình mỗi tháng khoa Ngoại tiếp nhận phẫu thuật khoảng 70 trường hợp gồm Ngoại tổng quát, Chấn thương chỉnh hình, Ngoại Tiết niệu. Hầu như các trường hợp sau phẫu thuật đều dùng kháng sinh, chủ yếu kháng sinh đang được dùng theo kinh nghiệm, vẫn chưa có phác đồ điều trị chuẩn cho riêng từng loại bệnh. Bên cạnh đó thì cũng chưa có bất kỳ nghiên cứu nào liên quan đến thực trạng sử dụng kháng sinh cũng như tình hình nhiễm trùng vết mổ tại bệnh viện. Việc nghiên cứu thực trạng sử dụng kháng sinh trên bệnh nhân có phẫu thuật tại Khoa ngoại bệnh viện là cần thiết. Từ những kết quả thu thập được có thể tham vấn cho nhà quản lý thay đổi chính sách cho phù hợp và quản lý sử dụng kháng sinh trong bệnh viện cũng như khoa Ngoại chặt chẽ hơn, hạn chế tối đa nhiễm trùng vết mổ và tình trạng kháng kháng sinh của vi khuẩn và đồng thời làm tiền đề cho những nghiên cứu khác. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Thực trạng sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật tại khoa Ngoại Bệnh viện Đa khoa Tư nhân Bình Dương năm 2019".

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Mô tả thực trạng sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật tại khoa Ngoại Bệnh viện Đa khoa Tư nhân Bình Dương năm 2019.

2. Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng kháng sinh trên người bệnh phẫu thuật tại khoa Ngoại Bệnh viện Đa khoa Tư nhân Bình Dương năm 2019.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh án của những bệnh nhân có phẫu thuật thuộc chuyên ngành ngoại khoa từ 01/01/2019-31/12/2019, Trưởng khoa ngoại, bác sỹ điều trị

lượng cuộc sống và các yếu tố giới tính, bảo hiểm y tế.

KHUYẾN NGHỊ

Điều dưỡng cần nắm bắt được những yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận có lọc máu chu kỳ từ đó có thể xây dựng chương trình tư vấn, giáo dục sức khỏe hỗ trợ nâng cao chất lượng cuộc sống của họ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Huyền** (2016). Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn đang được điều trị tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Nam - Cu Ba Đông Hới năm 2016, Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
2. **Nguyễn Thị Kim Liên, Nguyễn Đỗ Nguyễn và Tô Minh Ngọc** (2012). "Nghiên cứu chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn đang điều trị ngoại trú tại Phòng khám Nội thận, Bệnh viện Chợ Rẫy năm 2012", Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 18, tr. 474-480.
3. **Võ Văn Thắng Nguyễn Dũng** (2014). "Chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan ở người bệnh suy thận mạn giai đoạn cuối tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Định", Viện Sức khỏe Cộng đồng, số 10+11, 38 - 45.
4. **Lâm Nguyễn Trúc nhã và Trần Thị Bích Hương Nhã** (2012). "Sử dụng bảng câu hỏi SF36 trong đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh

nhân suy thận mạn giai đoạn cuối trước và sau chạy thận nhân tạo", Y học Thành phố Hồ Chí Minh, số 3, tập 16.

5. **Nguyễn Nam Phong** (2013). Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh thận mạn tại Khoa Thận - Tiết niệu, Bệnh viện Bạch Mai, Đại học Y Hà Nội, Luận văn Thạc sĩ Y học.
6. **Lê Việt Thắng** (2012). "Khảo sát một số yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy thận mạn tính chạy thận nhân tạo chu kỳ bằng thang điểm SF-36", Tạp chí Y học Thực hành. 1, tr. 110 - 115.
7. **Lê Việt Thắng và Nguyễn Văn Hùng** (2012). "Khảo sát chất lượng cuộc sống người bệnh suy thận mạn tính nhân tạo chu kỳ bằng thang điểm sf-36", Y học thực hành. 1, tr. 45 - 47.
8. **Gabrielle Morais Arruda Costa** (2016). "Quality of life of patients with chronic kidney disease undergoing hemodialysis", Enfermería Global N° 43 Julio 2016.
9. **Tondra Ivey and Briaca Lane** (2011). "Quality of Life in Patients with End-Stage Renal Disease on Hemodialysis. This paper was written for Dr. Sauter".
10. **William G Couser và các cộng sự.** (2011). "The contribution of chronic kidney disease to the global burden of major noncommunicable diseases", Kidney international. 80(12), tr. 1258-1270.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG KHÁNG SINH TRONG PHẪU THUẬT VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TƯ NHÂN BÌNH DƯƠNG NĂM 2019

PHAN VĂN TƯỜNG, PHẠM THÀNH KIẾN
¹*Viện ĐTBDCBQL ngành Y tế*
²*Bệnh viện Đa khoa tư nhân Bình Dương*

TÓM TẮT

Nghiên cứu "Thực trạng sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật và một số yếu tố ảnh hưởng tại khoa Ngoại Bệnh viện Đa khoa Tư nhân Bình Dương năm 2019." Với mục tiêu 1. Mô tả thực trạng sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật tại khoa Ngoại Bệnh viện Đa khoa Tư nhân Bình Dương năm 2019.

2. Phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng kháng sinh trong phẫu thuật tại khoa Ngoại Bệnh viện Đa khoa Tư nhân Bình Dương năm 2019. Bằng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang kết hợp định tính với định

lượng. Nghiên cứu được thực hiện bằng cách thu thập thông tin của 250 bệnh án phẫu thuật tại khoa Ngoại Bệnh viện Đa khoa Tư nhân Bình Dương từ 01/01/2019 đến 31/12/2019 và phỏng vấn sâu một số cán bộ y tế. Kết quả thu được 100% người bệnh sử dụng kháng sinh điều trị, 10,8% người bệnh chưa được dùng kháng sinh trước mổ. 45% kháng sinh sử dụng là nhóm Cephalosporin thế hệ III. Sử dụng phối hợp 2 loại kháng sinh chiếm 61%. Sự thay đổi kháng sinh chủ yếu xảy ra sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 14%. Không có trường hợp nào được làm kháng sinh đồ. Qua phỏng vấn sâu đã tìm hiểu được một số yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng kháng sinh của tại khoa như sau: Kháng sinh được chỉ định chủ yếu dựa trên kinh nghiệm, thói quen của bác sĩ, môi trường phòng mổ không an toàn. Xuất phát từ tâm lý muốn an toàn trong điều trị và khó

Chịu trách nhiệm: Phan Văn Tường
Email: pvt@huph.edu.vn
Ngày nhận: 15/4/2021
Ngày phản biện: 24/5/2021
Ngày duyệt bài: 10/6/2021

đường tiết niệu, bệnh thoái hóa mạch máu thận, viêm cầu thận và suy thận. Ở người bệnh suy thận mạn có lọc máu chu kỳ làm cho cơ thể suy giảm chức năng thận do đó phần nào chất lượng cuộc sống của con người cũng sẽ thay đổi theo tuổi tác.

Kinh tế gia đình và nghề nghiệp: Người mắc bệnh thận mạn tính là gánh nặng kinh tế của cả gia đình và xã hội khi mà cơ thể thường xuyên rối loạn điện giải, ứ nước và thiếu protein khiến họ phải phụ thuộc vào máy lọc nhân tạo hoặc lọc màng bụng. Nghề nghiệp không ổn định kinh tế khó khăn dẫn tới việc điều trị càng trở nên vất vả hơn cho người bệnh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhưng người bệnh có kinh tế khá, đủ ăn có chất lượng cuộc sống cao hơn hộ nghèo và cận nghèo. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Giới tính: suy thận mạn là căn bệnh có thể xảy ra ở cả hai giới, tuy nhiên thực tế lâm sàng đã cho thấy tần suất mắc bệnh ở nữ giới là cao hơn so với nam giới. Nhưng ngược lại, sau khi đã mắc bệnh, ở nam giới, suy thận mạn tính lại tiến triển nhanh hơn so với nữ giới. Nói chung ở cả hai giới, bệnh đều gây ra những biến chứng nặng nề nếu như không được điều trị, không những ảnh hưởng đến sức khỏe mà còn tác động đến cả đời sống vợ chồng cũng như quá trình sinh con cũng như chất lượng cuộc sống của họ. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy rằng không có sự liên quan chất lượng cuộc sống với giới tính. Hầu hết đối tượng nghiên cứu đều nhận biết được lợi ích mà bảo hiểm y tế mang lại do đó số người tham gia bảo hiểm y tế chiếm 99,2%. chỉ có 2 người là không có bảo hiểm y tế có thể do họ nhận thức chưa đúng hoặc không có điều kiện để mua. Và chất lượng cuộc sống của hai nhóm đối tượng này khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Kim Liên nghiên cứu trên 308 người bệnh suy thận tại Bệnh viện chợ Rẫy năm 2012 chỉ ra rằng những yếu tố liên quan đến sức khỏe thể chất bao gồm: Thời gian chẩn đoán suy thận đến điều trị, chỉ số BUN và Creatinin. Những yếu tố liên quan đến sức khỏe tinh thần là: Tuổi, nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, nơi cư trú, độ lọc cầu thận ước đoán và thời gian chẩn đoán bệnh đến khi điều trị của người bệnh^[2]

Tác giả Nguyễn Dũng nghiên cứu chất lượng cuộc sống của người bệnh và các yếu tố liên quan ở người bệnh suy thận giai đoạn cuối tại Bình Định có kết quả nhóm chạy thận nhân tạo có tỷ lệ chất lượng cuộc sống cao hơn (65%) so với nhóm điều trị bảo tồn (15%). Chất lượng cuộc sống liên quan với tuổi, giới tính, trình độ

học vấn, nghề nghiệp, kinh tế và môi trường gia đình^[3].

Nghiên cứu của Lê Thị Huyền về chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn điều trị tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Nam - Cuba Đồng Hới năm 2016 chỉ ra rằng có sự tương quan giữa chất lượng cuộc sống với tuổi, trình độ học vấn. Có sự tương quan thuận, mức độ trung bình giữa điểm số sức khỏe thể chất với điểm số triệu chứng ($p = 0,006$), gánh nặng của bệnh thận ($p = 0,026$), chức năng nhận thức ($p = 0,000$), chất lượng của tương tác xã hội ($p = 0,008$), chức năng tình dục ($p = 0,006$), giấc ngủ ($p = 0,000$). Có sự tương quan thuận giữa điểm số sức khỏe tinh thần với điểm số triệu chứng, ảnh hưởng của bệnh thận, gánh nặng của bệnh thận, chức năng nhận thức, chất lượng của tương tác xã hội, chức năng tình dục, giấc ngủ, hỗ trợ của xã hội, sự hài lòng của người bệnh. Trong đó, triệu chứng ($p < 0,001$) và chất lượng của tương tác xã hội ($p < 0,001$) có mối tương quan chặt chẽ. Chưa có sự tương quan với phương pháp điều trị, giới tính, tình trạng hôn nhân, nghề nghiệp, bảo hiểm y tế, kinh tế hộ gia đình^[1].

Khảo sát chất lượng cuộc sống bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ bằng thang điểm SF36 của tác giả Lê Việt Thắng cho thấy bệnh nhân nữ có chất lượng cuộc sống thấp hơn nam có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chất lượng cuộc sống giảm dần theo tuổi có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$

Nghiên cứu khác của Lâm Nguyễn Trúc nhã và Trần Thị Bích Hương là sử dụng bảng câu hỏi SF36 trong đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối trước và sau chạy thận nhân tạo. Để tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến cái thiện chất lượng cuộc sống tác giả khảo sát các yếu tố như giới tính, tuổi, tiền sử bệnh, có bệnh lý đi kèm hay có tạo động tĩnh mạch trước đó ảnh hưởng đến sự cải thiện chất lượng cuộc sống và kết quả là giữa các nhóm tuổi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về sự cải thiện sức khỏe thể chất cụ thể là nhóm trẻ tuổi và nhóm trung niên có tỷ lệ cải thiện nhiều hơn sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự cải thiện sức khỏe thể chất không khác nhau giữa các giới^[4].

KẾT LUẬN

Qua khảo sát trên 237 người bệnh suy thận mạn có lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Công an tỉnh Nam Định, chúng tôi rút ra kết luận: Chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn có lọc máu chu kỳ có liên quan đến các yếu tố như tuổi, kinh tế gia đình và nghề nghiệp của họ. Chưa tìm thấy mối liên quan nào giữa chất

Bảng 2. Liên quan giữa chất lượng cuộc sống và tuổi

Nội dung	Nhóm tuổi				p
	<20 (n=2)	20-39 (n=45)	40 - 59 (n=94)	> 60 (n=96)	
Sức khỏe tổng quát (SF- 36)	49,3 ± 8,5	47,1 ± 9,4	44,4 ± 7,5	33,5 ± 8,6	< 0,05

Chất lượng cuộc sống giảm dần theo lứa tuổi. Chất lượng cuộc sống cao nhất là lứa tuổi dưới 20 tuổi. Có sự liên quan giữa chất lượng cuộc sống và tuổi của đối tượng nghiên cứu với $p < 0,05$.

Bảng 3. Liên quan giữa chất lượng cuộc sống và giới tính

Nội dung	Giới		p
	Nam	Nữ	
	(n = 136)	(n = 101)	
SF- 36	45,3 ± 12,3	42,7 ± 13,4	$p > 0,05$

Chất lượng cuộc sống của nữ thấp hơn nam. Chưa tìm thấy mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống và giới tính

Bảng 4. Liên quan giữa chất lượng cuộc sống và kinh tế hộ gia đình

Nội dung	Kinh tế hộ gia đình		p
	Khá, đủ ăn (n=105)	Nghèo, cận nghèo (n = 132)	
SF- 36	47,2 ± 11,3	44,3 ± 11,4	$p < 0,05$

Nhận xét: Những hộ kinh tế khá, đủ ăn có điểm số chất lượng cuộc sống cao hơn hộ nghèo, cận nghèo. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 5. Liên quan giữa chất lượng cuộc sống và bảo hiểm y tế

Nội dung	Bảo hiểm y tế		p
	Có bảo hiểm y tế (n = 235)	Không bảo hiểm y tế (n = 2)	
SF- 36	52,6 ± 12,4	42,3 ± 18,2	$> 0,05$

Trong 237 đối tượng tham gia nghiên cứu chỉ có 2 đối tượng nghiên cứu không có bảo hiểm y tế, có sự khác biệt giữa 2 nhóm đối tượng này nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 6. Liên quan giữa chất lượng cuộc sống và nghề nghiệp

Nội dung	Nghề nghiệp			p
	Lao động nông nghiệp (n = 149)	Cán bộ viên chức (n = 70)	Khác (n = 18)	
SF- 36	42,4 ± 10,5	48,6 ± 12,7	44,6 ± 3,6	$p < 0,05$

Người bệnh cán bộ viên chức có chất lượng cuộc sống cao hơn các đối tượng khác và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm nhóm đối tượng tham gia nghiên cứu

Tỷ lệ nam và nữ của 237 đối tượng tham gia nghiên cứu gần bằng nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp nghiên cứu của tác giả Costa, Gabrielle Morais Arruda tại Brazil năm 2016, nam giới chiếm 46 %, nữ giới chiếm 54%^[8]. Tuy nhiên, kết quả này có sự khác biệt với kết quả nghiên cứu của các tác giả Nguyễn Dũng tại tỉnh Bình Định năm 2014 tỷ lệ nam giới 70,83% cao hơn rất nhiều so với nữ giới 29,17%^[3]. Có sự khác nhau này do trên địa bàn thành phố Nam Định có 2 địa điểm lọc máu chu kỳ cách nhau khoảng 1km vậy nên nghiên cứu của chúng tôi chưa đại diện được đặc điểm giới tính mắc bệnh tại địa bàn nghiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trên 40 - 59 và trên 60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 39,7 và 40,5, chỉ có 2 đối tượng dưới 20 tuổi chiếm 0,8%. Khác với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Dũng hai nhóm tuổi 20 - 39 và 40 - 59 chiếm tỷ lệ cao nhất^[3]. Hộ nghèo và cận nghèo chiếm tỷ lệ 55,7 cao hơn so với hộ khá, đủ ăn. Phần lớn người dân ý thức được lợi ích của việc tham gia bảo hiểm y tế vì vậy số người tham gia bảo hiểm y tế rất cao 235 người chiếm 99,2%. Về nghề nghiệp thì lao động nông nghiệp chiếm 62,9% và thấp nhất là công việc khác có 7,6%.

2. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ

Qua khảo sát trên 237 người bệnh suy thận mạn có lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Công an tỉnh Nam Định năm 2020, chúng tôi chỉ ra rằng chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn có lọc máu chu kỳ có liên quan đến các yếu tố như tuổi, kinh tế gia đình và nghề nghiệp của họ. Chưa tìm thấy mối liên quan nào giữa chất lượng cuộc sống với các yếu tố giới tính, bảo hiểm y tế.

Về tuổi: chất lượng cuộc sống giảm dần theo lứa tuổi, tuổi càng cao chất lượng cuộc sống càng giảm sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này có thể lý giải như sau: Khi con người càng cao tuổi thì các bộ phận trong cơ thể càng bị lão hóa. Đã có rất nhiều công trình nghiên cứu về sự lão hóa của thận ở người, người ta nhận ra rằng khi có tuổi thì kích thước thận sẽ giảm đi, lưu lượng máu qua thận giảm và mức lọc cầu thận cũng giảm dần. Sự lão hóa của nhu mô thận đã dẫn đến thay đổi chức năng nội tiết và bài tiết nước tiểu của thận. Theo các chuyên gia niệu học thì người cao tuổi hay gặp 4 nhóm bệnh chính về thận gồm: nhiễm trùng

Suy thận mạn không chỉ ảnh hưởng huyết áp, suy tim và đột quy, tất cả đều là nguyên nhân chính gây tử vong và tàn tật ở người lớn tuổi^[10]. Nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân suy thận mạn, thận nhân tạo chu kỳ là việc làm hết sức cần thiết vì nó không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất mà còn tác động đến sức khỏe tinh thần của người bệnh do đó làm giảm chất lượng cuộc sống của họ. Những yếu tố nguy cơ được quan tâm là tuổi, giới, chủng tộc. Theo một số nghiên cứu tại Hà Nội cho thấy 75,9% người bệnh chạy thận nhân tạo chu kỳ có chất lượng cuộc sống thấp trong khi đó chỉ có 5,35%. Người bệnh có chất lượng cuộc sống khá tốt và các yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống bao gồm nồng độ hemoglobin, chất lượng cuộc lọc máu, nồng độ albumin máu và CRP huyết thanh^[6].

Người bệnh thận mạn chịu nhiều căng thẳng về tâm lý và sinh lý, họ bị thiệt hại về kinh tế do không có khả năng lao động và thay đổi lối sống do bệnh tật. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp thông tin quan trọng về chất lượng cuộc sống của người bệnh bị bệnh thận mạn. Điều này sẽ giúp việc lên kế hoạch điều trị tốt hơn^[5].

Người bệnh bị suy thận có nhiều thách thức do tình trạng bệnh làm cho họ cảm thấy mệt mỏi và chán nản. Hầu hết người bệnh chạy thận nhân tạo bị suy nhược và có thể đe dọa hình ảnh cơ thể, tài chính, các mối quan hệ và tính tự chủ^[9]. Người bệnh tăng gánh nặng triệu chứng, chế độ ăn uống hạn chế và phác đồ thuốc phức tạp. Do đó, chất lượng của cuộc sống của người bệnh bị ảnh hưởng nghiêm trọng^[1]. Có rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ như tuổi, giới, kinh tế, trình độ học vấn, nghề nghiệp,... nắm bắt được các yếu tố liên quan để nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ là hết sức cần thiết. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở người bệnh suy thận mạn có lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Công an tỉnh Nam Định năm 2020" với mục tiêu: "Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở người bệnh suy thận mạn có lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Công an tỉnh Nam Định năm 2020".

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Công an tỉnh Nam Định năm 2020 trong thời gian lấy số liệu.

2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả

3. Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu

3.1. Phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ-lấy tất cả người bệnh suy thận mạn lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Công an tỉnh Nam Định từ đầu tháng 3/2020 đến tháng 5 năm 2020. Lấy đối tượng nghiên cứu theo tiêu chuẩn lựa chọn.

Cỡ mẫu nghiên cứu là 237 người bệnh.

3.3. Phương pháp nghiên cứu

Tiến cứu cắt ngang.

Đánh giá chất lượng cuộc sống bằng thang điểm SF36: Bộ câu hỏi có 8 phần, gồm 36 câu với tổng số điểm là 100. Điểm của mỗi người bệnh sẽ là trung bình cộng của sức khỏe thể chất và sức khỏe tinh thần. Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn có lọc máu chu kỳ thông qua hệ số tương quan pearson

3.4. Công cụ thu thập số liệu

Sử dụng bộ câu Chất lượng cuộc sống SF-36.

4. Xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm đối tượng tham gia nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Thông tin		Số người bệnh (n)	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	136	57,4
	Nữ	101	42,6
Nhóm tuổi	< 20	2	0,8
	20 – 39	45	19
	40 -59	94	39,7
	> 60	96	40,5
Kinh tế hộ gia đình	Khá, đủ ăn	105	44,3
	Nghèo, cận nghèo	132	55,7
Bảo hiểm y tế	Không	2	0,8
	Có	235	99,2
Nghề nghiệp	Lao động nông nghiệp	149	62,9
	Cán bộ viên chức	70	29,5
	Khác	18	7,6

Tỷ lệ nam và nữ của 237 đối tượng tham gia nghiên cứu gần bằng nhau. Đa số đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trên 40, chỉ có 2 đối tượng dưới 20 tuổi chiếm 0,8%. Hộ nghèo và cận nghèo chiếm tỷ lệ 55,7 cao hơn so với hộ khá, đủ ăn 44,3%. Phần lớn người dân ý thức được lợi ích của việc tham gia bảo hiểm y tế vì vậy số người tham gia bảo hiểm y tế rất cao 235 người chiếm 99,2%. Về nghề nghiệp thì lao động nông nghiệp chiếm 62,9% và thấp nhất là công việc khác có 7,6%

2. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn có lọc máu chu kỳ

10. F Saleem, et al. (2011). Association between Knowledge and Drug Adherence in Patients with Hypertension in Quetta, Pakistan. Tropical Journal of Pharmaceutical Research, 10(2), pp. 125-132.

11. World Health Organization (2013). "World Health Day: A global brief on hypertension. Silent

killer, global public health crisis", World Health Organization, p. 1 – 36.

12. Nguyen Thi Phuong Lan, Nguyen Thi Bach Yen and Nguyen Thanh Trung (2014). Direct costs of hypertensive patients admitted to hospital in Vietnam- a bottomup micro-costing analysis. BMC health services research, 14, p.514.

CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở NGƯỜI BỆNH SUY THẬN MẠN CÓ LỘC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA CÔNG AN TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2020

NGUYỄN THỊ LĨNH, NGUYỄN THỊ LÝ, VŨ THỊ ÉN
Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy thận mạn là một trong những vấn đề y học được nhiều người quan tâm vì nó dễ dàng dẫn tới những biến chứng nguy hiểm khác và làm một số bệnh nền trở nên trầm trọng hơn. Nâng cao chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân suy thận mạn tính thận nhân tạo chu kỳ được các nhà lâm sàng đặc biệt quan tâm.

Mục tiêu: Tìm hiểu các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở người bệnh suy thận mạn có lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Công an tỉnh Nam Định năm 2020.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, dữ liệu được thu thập thông qua bộ câu hỏi phỏng vấn trực tiếp.

Kết quả: Trong 237 đối tượng tham gia nghiên cứu nam chiếm 57,4% nhiều hơn nữ 42,6%. Đa số đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trên 40. Chất lượng cuộc sống giảm dần theo lứa tuổi, người bệnh là cán bộ viên chức và kinh tế khá có chất lượng cuộc sống cao hơn lao động nông nghiệp và hộ nghèo. Nam giới có chất lượng cuộc sống cao hơn nữ giới.

Kết luận: Chất lượng cuộc sống của người bệnh suy thận mạn có lọc máu chu kỳ có liên quan đến các yếu tố như tuổi, kinh tế gia đình và nghề nghiệp của họ. Chưa tìm thấy mối liên quan nào giữa chất lượng cuộc sống và các yếu tố giới tính, bảo hiểm y tế

Từ khóa: Suy thận mạn, chất lượng cuộc sống, lọc máu chu kỳ.

SUMMARY

Introduction: Chronic kidney failure is one of the medical concerns of many people because it

easily leads to other dangerous complications and makes some underlying diseases worse.. Improving the quality of life of patients with chronic kidney failure is one of concern of clinicians.

Objectives: Research on factors related to quality of life in chronic kidney failure patients undergoing dialysis at Nam Dinh Provincial Police General Hospital in 2020.

Methods: Cross-sectional descriptive study was conducted to collect data via direct interview questionnaire. **Results:** 57.4% of the 237 participants were male more than 42.6% were female. The majority of study subjects are over 40 years old. Quality of life decreases with age. Patients who are civil servants and economic workers have a higher quality of life than agricultural workers and poor households. Men have a higher quality of life than women.

Conclusion: The quality of life of CKD patients on dialysis is related to factors such as their age, family economy and occupation. No correlation was found between quality of life and gender factors, health insurance.

Keywords: Chronic kidney failure, quality of life, hemoglobin cycling.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạn tính đã trở thành một gánh nặng y tế, là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh và tử vong ở các quốc gia thu nhập thấp và thu nhập trung bình khác. Suy thận mạn là một trong những vấn đề y học được nhiều người quan tâm vì nó dễ dàng dẫn tới những biến chứng nguy hiểm khác và làm một số bệnh nền trở nên trầm trọng hơn^[2].

Người bệnh suy thận mạn tính được điều trị bằng thận nhân tạo chu kỳ ngày càng gia tăng trên thế giới cũng như ở Việt nam. Ngoài ra, suy thận mạn còn là yếu tố nguy cơ chính của bệnh đái tháo đường, tăng huyết áp các nhà lâm sàng đặc biệt quan tâm^[7].

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Lĩnh

Email: nguyennlinhddnd@gmail.com

Ngày nhận: 07/6/2021

Ngày phản biện: 02/7/2021

Ngày duyệt bài: 12/7/2021

Loại thịt tốt nhất cho NB THA là thịt trắng	155 (36,9)	265 (63,1)
Loại thịt tốt nhất cho NB THA là thịt đỏ	145 (34,5)	275 (65,5)
Không được hút thuốc	345 (82,1)	75 (7,9)
Hạn chế muối	280 (66,6)	140 (33,4)

Số liệu tại bảng 5 cho thấy trên 92% người dân có kiến thức đúng là nên ăn nhiều rau và trái cây. Hơn 80% người dân có kiến thức đúng về việc không hút thuốc lá, rượu bia và chế độ ăn thức ăn rán và luộc. Tuy nhiên chỉ khoảng 60% người dân tại đây hiểu đúng về chế độ nên lựa chọn ăn thịt màu đỏ hay thịt màu trắng khi có tăng huyết áp. Tỷ lệ người dân có kiến thức đúng cần ăn hạn chế muối là 66,6%.

BÀN LUẬN

1. Kiến thức của người dân

1.1. Kiến thức về định nghĩa tăng huyết áp.

Kết quả tại bảng 1 cho thấy đa số người bệnh chỉ biết đến chỉ số huyết áp tối đa (84,7%), số người bệnh biết đánh giá THA dựa vào cả 2 chỉ số chiếm tỷ lệ thấp (43,3%). Tuy nhiên, cần thiết phải hiểu đầy đủ rằng, khi đánh giá về tăng huyết áp phải dựa vào cả 2 chỉ số là huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương^{[2][6]}. Đây là nội dung quan trọng giúp cho cán bộ y tế lập kế hoạch để tư vấn giáo dục cho người dân đạt hiệu quả. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của F Saleem khi cho rằng chỉ 52,2% người bệnh nhận định được chỉ số tăng huyết áp^[10].

1.4. Kiến thức về lối sống

Một lối sống lành mạnh như tập thể dục thường xuyên, không hút thuốc, hạn chế uống rượu/bia, chế độ ăn hợp lý như giảm muối, tăng cường rau xanh, hoa quả tươi và hạn chế thức ăn có nhiều cholesterol và acid béo no...giúp người dân ngăn ngừa bệnh và hạn chế được các biến chứng và di chứng. Bảng 2 cho thấy cần phải truyền truyền, phát động phong trào tập thể dục thường xuyên và thích hợp, các hoạt động thể lực cần thiết trong cộng đồng. Đặc biệt là việc duy trì và kiểm soát cân nặng trong cộng đồng tránh tình trạng thừa cân béo phì. Bảng 5 cho thấy tỷ lệ cao người bệnh có kiến thức đúng về việc hạn chế rượu bia là 83,3%; không hút thuốc 82,1%; nên ăn trái cây và rau quả 92,8%, hạn chế thức ăn rán 85,7% và nên ăn thức ăn luộc hoặc hấp 86,1%. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu cũng chỉ ra rằng có đến 63,1% người bệnh trả lời sai hoặc không biết rằng thịt trắng là loại thịt tốt cho người THA và 65,5% người bệnh trả lời sai hoặc không biết thịt đỏ là loại thịt có nhiều chất béo bão hòa tăng nguy cơ xơ vữa mạch máu dẫn đến làm tăng huyết áp^{[2],[7]}. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của E. Afriyie

(2015) cho thấy 74% biết tác dụng của việc ăn nhiều trái cây/rau; 63% đối tượng không nhận thức được tác động của thịt đỏ lên bệnh tăng huyết áp^[8].

1.5. Kiến thức về biến chứng

Biến chứng trên người bệnh THA rất nguy hiểm có nguy cơ cao để lại di chứng suốt đời. Kết quả nghiên cứu tại bảng 4 cho thấy tỷ lệ người dân đã có kiến thức đúng như nguy cơ gây tử vong (83,3%); nguy cơ gây bệnh tim mạch (80,9%) và nguy cơ gây đột quỵ (86,9%). Tuy nhiên, nguy cơ gây suy thận và rối loạn thị giác thì số người dân trả lời đúng chiếm tỷ lệ thấp lần lượt là 25,5% và 25,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Hoàng Bảo và Nguyễn Thị Mỹ Hạnh (2017). Tăng huyết áp tâm thu đơn độc: Cập nhật sau nghiên cứu Sprint, truy cập ngày 03/6/2018, tại trang web <http://timmachhoc.vn/thong-tin-khoa-hoc/1385-tang-huyet-ap-tam-thu-don-doc-cap-nhatsau-nghien-cuu-sprint.html>.
2. Bộ Y tế (2010). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp, ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31/08/2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế. Bộ Y tế - Cục Quản lý khám chữa bệnh.
3. Trần Văn Long, Nguyễn Thị Tuyết Dương và Trịnh Hùng Mạnh (2010). Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới tình trạng tăng huyết áp ở người cao tuổi huyện.
4. Vụ Bản, tỉnh Nam Định. Tạp chí Y học thực hành, 818 - 819, tr. 691 - 696.
4. Almas, et al. (2012). Good knowledge about hypertension is linked to better control of hypertension: A multicentre cross sectional study in Karachi, Pakistan. BMC Research, 5.
5. Malik, et al. (2014), Hypertension related knowledge, practice and drug adherence among inpatients of a hospital in Samarkand, Uzbekistan. Nagoya Journal Medication Science, 76, pp. 255-263.
6. CDC (2015). Heart Disease and Stroke Statistics - 2015 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation, 131, pp. e29 - e322.
7. Chobanian, A.V., et al. (2003). The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.
8. E. Afriyie (2015). Assessment of knowledge, attitudes and behaviors of hypertension patients at ST. Michael hospital Master, University of Science and Technology.
9. Erkok, S.B. et al. (2012). Hypertension Knowledge-Level Scale (HKLS): A Study on Development, Validity and Reliability. International Journal of Environmental Research and Public Health, 9(12), pp. 1018 - 1029.

3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: từ 1/3/2021 - 15/5/2021

- Địa điểm: Tại Phường Lộc Hòa Thành Phố Nam Định.

4. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu được tính bằng công thức ước tính cho một tỷ lệ với $d = 0,05$; $p = 0,41$

chúng tôi tính được cỡ mẫu là 410 người, thực lấy số liệu 420 người

- Phương pháp chọn mẫu: Trong số người dân đang sinh sống trên địa bàn nghiên cứu. Nếu đối tượng đáp ứng đủ tiêu chuẩn chọn mẫu thì chúng tôi tiến hành phỏng vấn.

5. Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn.

6. Xử lý và phân tích số liệu: Phân tích mô tả và phân tích mối tương quan được thực hiện trên phần mềm SPSS 22.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Kiến thức của người dân

Bảng 1. Kiến thức của người dân về định nghĩa tăng huyết áp ($n = 420$)

Kiến thức (KT) về định nghĩa THA	Đúng Số lượng (%)	Chưa đúng Số lượng (%)
Khi HA tối đa ≥ 140 mmHg gọi là THA	356 (84,7)	64 (15,2)
Khi HA tối đa ≥ 140 mmHg và/hoặc HA tối thiểu ≥ 90 mmHg gọi là THA	182 (43,3)	238 (56,6)

Kết quả nghiên cứu tại bảng 1 cho thấy đa số người dân có kiến thức đúng về định nghĩa THA khi HA tối đa ≥ 140 mmHg (84,7%). Tuy nhiên vẫn còn 15,2% người dân trả lời sai hoặc không biết về vấn đề này. Kiến thức đúng về định nghĩa THA khi HA tối đa ≥ 140 mmHg và/hoặc HA tối thiểu ≥ 90 mmHg thì có đến 56,6% người được hỏi trả lời sai hoặc không biết.

Bảng 2. Tỷ lệ người dân biết các yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp ($n = 420$)

Yếu tố nguy cơ	Đúng Số lượng (%)	Chưa đúng Số lượng (%)
Tiền sử gia đình	20 (4,8)	400 (95,2)
Béo phì	90 (21,4)	330 (78,6)
Sang chấn tinh thần	9 (2,1)	401 (97,8)
Ít hoạt động thể lực	7 (1,6)	413 (98,4)

Bảng 2 cho thấy số người biết về các yếu tố nguy cơ gây bệnh tăng huyết áp còn rất hạn chế. Hơn 95% người được hỏi không biết các yếu tố về tiền sử gia đình, sang chấn tinh thần và ít hoạt động thể lực là các yếu tố nguy cơ gây bệnh. Nhưng có 21,4% người có kiến thức đúng khi biết người béo phì có nguy cơ tăng huyết áp.

Bảng 3. Tỷ lệ người dân biết về các dấu hiệu nhận biết về bệnh tăng huyết áp ($n = 420$)

Dấu hiệu	Đúng Số lượng (%)	Chưa đúng Số lượng (%)
Đau đầu chóng mặt vào buổi sáng	205 (48,8)	215 (51,2)
Đau vùng ngực trái	82 (19,5)	338 (80,5)
Chóng mặt, ù tai, buồn nôn, đau đầu dữ dội	78 (18,6)	342 (81,4)
Chân tay tê nặng không cử động được	29 (6,9)	391 (93,1)
Mất đột ngột nhìn mờ hơn mọi ngày	13 (3,1)	407 (96,9)
Đau đầu dữ dội và khó thở	80 (19,0)	340 (81,0)

Bảng 3 cho thấy trong các triệu chứng của tăng huyết áp thì tỷ lệ người dân biết về dấu hiệu đau đầu, chóng mặt vào buổi sáng chiếm tỷ lệ cao nhất 48,8%. Các triệu chứng như đau vùng ngực trái, chóng mặt, ù tai, buồn nôn và đau đầu dữ dội chiếm trên dưới 19%. Triệu chứng mất đột ngột nhìn mờ khi tăng huyết áp ở người dân chỉ chiếm 3,1%.

Bảng 4. Kiến thức của người dân về biến chứng tăng huyết áp ($n = 420$).

Kiến thức về biến chứng của THA	Đúng Số lượng (%)	Chưa đúng Số lượng (%)
THA có thể gây tử vong	350 (83,3)	70 (16,7)
THA có thể gây đột quy	365 (86,9)	55 (13,1)
THA có thể gây bệnh tim mạch	340 (80,9)	80 (19,1)
THA có thể gây suy thận	107 (25,5)	313 (74,7)
THA có thể gây rối loạn thị giác	109 (25,9)	311 (74,1)
Không biết	10 (2,4)	410 (97,6)

Kết quả tại bảng 4 cho thấy đa số người dân đã trả lời đúng về những biến chứng của tăng huyết áp như gây tử vong (83,3%), bệnh tim mạch (80,9%), đột quy (86,9%). Tuy nhiên, tỷ lệ người bệnh trả lời sai hoặc không biết về biến chứng gây suy thận và rối loạn thị giác còn khá cao lần lượt là 74,7 và 74,1%. Chỉ có ít số người được hỏi không biết về bất kỳ một biến chứng nào chiếm tỷ lệ thấp là 2,4%.

Bảng 5. Tỷ lệ người dân biết chế độ ăn đối với bệnh tăng huyết áp ($n = 420$)

Chế độ ăn của người tăng huyết áp	Đúng Số lượng (%)	Chưa đúng Số lượng (%)
Có thể uống nhiều rượu, bia.	350 (83,3)	70 (16,7)
Nên ăn trái cây và rau quả thường xuyên	390 (92,8)	30 (7,2)
Nên ăn thức ăn rắn	360 (85,7)	60 (14,3)
Nên ăn thức ăn luộc/ hấp	362 (86,1)	58 (13,9)

Afandi, B., Parkar, H., & Nagelkerke, N. (2009). Physical Activity and Reported Barriers to Activity Among Type 2 Diabetic Patients in the United Arab Emirates. *The Review of diabetes studies*, 4(6), 271278.

13. American Diabetes Association (2011), "Executive Summary: Standards of Medical Care in

Diabetes-2011", *Diabetes Care*. 34(1), pp. 4-10.

14. Đỗ Thị Kim Thu (2015). Các yếu tố ảnh hưởng đến việc hoạt động thể lực ở người bệnh ĐTDĐ typ 2 tại Hà Nội, Việt Nam, *Đặc san, nghiên cứu và đào tạo điều dưỡng Nam Định số 2 tháng 10 năm 2015*.

KIẾN THỨC VÀ THỰC HÀNH CỦA NGƯỜI DÂN PHƯỜNG LỘC HÒA VỀ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP NĂM 2021

MAI ANH ĐÀO

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả về kiến thức và thực hành của người dân phường Lộc Hòa về bệnh tăng huyết áp năm 2021.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 420 người dân phường Lộc Hòa, thành phố Nam Định. Đối tượng được lựa chọn ngẫu nhiên và phỏng vấn trực tiếp bằng bộ câu hỏi.

Kết quả: Kiến thức của người dân còn nhiều hạn chế: 56,6% người dân chưa nhận định được đầy đủ chỉ số huyết áp. Rất ít người (1,6%) biết ít hoạt động thể lực là một trong những nguy cơ gây bệnh. Có tới 63% người bệnh chưa có kiến thức đúng về loại thịt tốt cho người bệnh tăng huyết áp. Trên 74% người dân không biết tăng huyết áp có thể gây suy thận, rối loạn thị giác.

Kết luận: Kiến thức về bệnh tăng huyết áp và phòng bệnh của người dân trong nghiên cứu còn nhiều hạn chế.

Từ khóa: Kiến thức, tăng huyết áp.

SUMMARY

Objective: Describe the knowledge and practice of people in Loc Hoa ward about hypertension in 2021.

Methods: A cross-sectional descriptive study on 420 people in Loc Hoa ward, Nam Dinh city. Subjects were randomly selected and interviewed directly with a set of questions.

Results: People's knowledge is still limited: 56.6% of people have not fully identified the blood pressure index. Very few people (1.6%) know that physical inactivity is one of the risk factors for

disease. Up to 63% of patients did not have the correct knowledge about the type of meat that is good for hypertensive patients. Over 74% of people do not know that high blood pressure can cause kidney failure, visual disturbances.

Conclusion: The people's knowledge about hypertension and disease prevention in the study is still limited.

Keywords: Knowledge, hypertension.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Việt Nam là một quốc gia nghèo, trong khi các bệnh nhiễm trùng và lây nhiễm còn đang phổ biến thì ngày nay bệnh không lây lại có xu hướng tăng cao với một tốc độ đáng lo ngại. Tăng huyết áp là một bệnh phổ biến trong số đó. Tăng huyết áp là một bệnh nguy hiểm và là một nguyên nhân chính gây tử vong và khuyết tật trên toàn cầu. Hàng năm bệnh Tăng huyết áp gây nên cái chết cho khoảng 9,4 triệu người trên thế giới và được mệnh danh là "kẻ giết người thầm lặng"[11]. Với những di chứng nặng nề tăng huyết áp tạo ra gánh nặng cho xã hội. Tại Việt Nam, chi phí điều trị trực tiếp THA trung bình khoảng 65 USD/người[12]. Mặc dù tỷ lệ mắc ngày một gia tăng nhưng nhận thức về dự phòng và kiểm soát huyết áp ở nhiều người còn chưa đầy đủ. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành khảo sát về kiến thức và thực hành của người dân phường Lộc Hòa về bệnh tăng huyết áp năm 2021.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang.

2. Đối tượng nghiên cứu: Người dân tại phường Lộc Hòa, thành Phố Nam Định.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Toàn bộ người dân từ 18 tuổi trở lên đang sinh sống tại phường Lộc Hòa, thành Phố Nam Định.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Người mắc các bệnh tâm thần, người không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Chịu trách nhiệm: Mai Anh Đào

Email: daodhddnd@gmail.com

Ngày nhận: 02/6/2021

Ngày phản biện: 28/6/2021

Ngày duyệt bài: 07/7/2021

bệnh có kiến thức tốt đều thực hành tốt, nhưng có kiến thức sẽ là tiền đề để thực hành đạt được hiệu quả. Vì vậy, những kiến thức về hoạt động thể lực còn thiếu cần được quan tâm trong các chương trình can thiệp hỗ trợ về việc nâng cao kiến thức về thời gian thích hợp và mức độ hoạt động thể lực phù hợp cho người bệnh ĐTĐ typ 2. Địa phương cũng như bệnh viện cần có các giải pháp như tổ chức các buổi học, tuyên truyền, tư vấn cho người bệnh cách tập luyện sao cho đúng và phù hợp với từng người bệnh và thuận lợi về không gian, thời gian và khuyến khích họ hoạt động thể lực nhiều hơn nữa để mang lại kết quả điều trị bệnh tốt nhất.

Đa phần người bệnh ĐTĐ typ 2 tham gia nghiên cứu ngại đến các địa điểm tập vì nhà ở xa các địa điểm tập, cảm thấy mệt mỏi khi tập thể dục, không được vợ hoặc chồng (hoặc người yêu, các thành viên trong gia đình) khuyến khích hoặc không tạo điều kiện để tập là một trong những rào cản đến với hoạt động thể lực. Bên cạnh đó, một số yếu tố liên quan đến hoạt động thể lực như cảm thấy không tự tin khi tập thể dục, chưa có thói quen tập thể dục và rèn luyện thể lực hàng ngày/ lười tập. Đó là những lý do chính cản trở đối tượng nghiên cứu tham gia hoạt động thể lực. Cảm giác thích thú là yếu tố chủ quan ảnh hưởng rất lớn đến việc thực hiện hoạt động thể lực, quyết định sự hứng thú của mỗi cá nhân. Thực tế chứng minh, mọi người sẽ làm tốt hơn ở lĩnh vực mà mình thích. Sự tư vấn, hướng dẫn giúp cho người bệnh hiểu hơn về hoạt động thể lực và lợi ích cần thiết của hoạt động thể lực đối với bệnh đái tháo đường của bản thân. Vợ hoặc chồng (hoặc người yêu, các thành viên trong gia đình) không khuyến khích hoặc không tạo điều kiện để tập là một trong những rào cản có liên quan đến hoạt động thể lực ($p < 0,05$). Sự quan tâm, động viên, khuyến khích của người thân là một yếu tố quan trọng tác động nhiều vào việc duy trì hoạt động thể lực đầy đủ và đều đặn của người bệnh.

KẾT LUẬN

Một số yếu tố liên quan đến mức độ hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi là tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian phát hiện bệnh, kiến thức về hoạt động thể lực, tình trạng mệt mỏi của người bệnh, thiếu sự hướng dẫn về các bài tập cụ thể, sự tạo điều kiện của gia đình người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shaw, J. E., Sicree, R. A., and Zimmet, P. Z. (2010). Global estimates of diabetes for 2010 and 2030. *Diabetes Res Clin Pract*, 87(1), 4-14.

2. International diabetes federation (2017). Members, [online] Available at:

<https://idf.org/our-network/regions-members/western-pacific/members/119-vietnam.html> [Accessed 21 October 2019].

3. Nguyễn Minh Tuấn, Nguyễn Thị Hằng, Phan Thanh Nhung và cộng sự (2016). Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới hoạt động thể lực ở người bệnh đái tháo đường typ 2. *Y học Việt Nam*, 449: 3-9.

4. Lê Thị Hương Giang và Hà Văn Như (2013). Đánh giá tuân thủ điều trị đái tháo đường type 2 và một số yếu tố liên quan của người bệnh ngoại trú tại Bệnh viện 198, năm 2013. *Tạp chí Y học thực hành*, 893(11), tr.93-97.

5. Hệ Nột tiết và Đái tháo đường Việt Nam (2018). Tổng quan về nghiên cứu lâm sàng bệnh đái tháo đường <https://www.vade.org.vn/modules.php?name=News&op=viewst&sid=149> xem 23/10/2019.

6. Nguyen Thi Mai Huong (2014). Factors predicting physical activity among persons with type 2 diabetes in Thai Nguyen hospital, Viet Nam. Luận văn Thạc sĩ điều dưỡng. Đại học Burapha, Thái Lan.

7. Nguyễn Thị Tâm (2018). Mức độ hoạt động thể lực ở bệnh nhân đái tháo đường tuyp 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Đông Anh. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 113(4).p166-172.

8. Judith G Regensteiner, Timothy A Bauer et al (2015). Sex Differences in the Effects of Type 2 Diabetes on Exercise Performance. National Center for Biotechnology Information. [online] Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4296732/> [Accessed 30 June 2020].

9. Jamile S Codogno, Rômulo A Fernandes, Flávia M Sarti, Ismael F Freitas Júnior & Henrique L Monteiro (2011). The burden of physical activity on type 2 diabetes public healthcare expenditures among adults: a retrospective study. *BMC Public Health*, 11, 275, [online] Available at: <https://link.springer.com/article/10.1186/1471-2458-11-275> [Accessed 25 June 2020].

10. Trần Thị Kim Quý (2018). Thực trạng hoạt động thể lực ở người bệnh đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Trung tâm Y tế Quận Hải Châu - Thành phố Đà Nẵng năm 2018, Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Trần Thị Kim Quý, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

11. Nguyễn Thị Hằng (2016). Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng tới hoạt động thể lực ở người bệnh đái tháo đường typ 2 tại Bệnh viện Nội tiết tỉnh Sơn La năm 2016, Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Nguyễn Thị Hằng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.

12. AlKaabi, J., AlMaskari, F., Saadi, H.,

Cảm thấy không tự tin khi tập	Đồng ý	59 (51,3%)	56 (48,7%)	0,493(*)
	Không đồng ý	66 (50,4%)	65 (49,6%)	
Không biết hoặc không được ai tư vấn, hướng dẫn các bài tập cụ thể	Đồng ý	23 (31,5%)	50 (68,5%)	0,000
	Không đồng ý	102 (59,0%)	71 (41,0%)	
Vợ hoặc chồng(hoặc người yêu, các thành viên trong gia đình) không khuyến khích hoặc không tạo điều kiện để tập	Đồng ý	43 (35,5%)	78 (64,5%)	0,000
	Không đồng ý	82 (65,5%)	43 (34,4%)	

(*) test χ^2

Nhận xét: Kết quả phân tích từ bảng kết quả trên cho thấy có mối liên quan giữa một số rào cản của người bệnh với mức độ hoạt động thể lực như không thích tập, không cảm thấy thích thú khi tập với mức độ hoạt động thể lực ($p = 0,005$). Tình trạng cảm giác mệt mỏi với mức độ hoạt động thể lực ($p = 0,027$). Người bệnh không biết hoặc không ai tư vấn, hướng dẫn các bài tập cụ thể có mối liên quan với mức độ hoạt động thể chất ($p = 0,000$). Vấn đề gia đình hỗ trợ khuyến khích và động viên và tạo điều kiện tập có mối liên quan đến mức độ hoạt động của đối tượng nghiên cứu ($p = 0,000$).

BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, hoạt động thể lực có liên quan đến tuổi (bảng 3). Tần suất hoạt động thể lực giảm theo tuổi tác có thể trong nghiên cứu này hoạt động thể lực chủ yếu là trong công việc, mà công việc ở đây chủ yếu là hưu trí. Vì vậy mà tần suất hoạt động thể lực giảm theo tuổi tác, kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Tâm (2018) tại Hà Nội^[7].

Theo nghiên cứu của Judith (2015), suy giảm tập thể dục cao nhất rõ rệt hơn ở phụ nữ so với nam giới mắc bệnh ĐĐT type 2^[8]. Trái ngược với một số nghiên cứu khác như một nghiên cứu cắt ngang được thực hiện ở Brazil với 121 bệnh nhân ĐĐT typ 2, mức độ hoạt động thể chất không liên quan đến giới tính ($p = 0,586$)^[9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy có mối liên quan giữa giới tính và mức độ hoạt động thể lực với $p < 0,05$. Sự khác biệt này có thể giải thích do khác biệt về văn hoá, tại Việt Nam phụ nữ vừa phải đi làm vừa phải dành thời gian cho công việc gia đình, nội trợ, chăm sóc con cái vì vậy họ không có nhiều thời gian luyện tập, khó khăn trong việc tham gia các lớp học thể dục công cộng, câu lạc

bộ thể thao, trung tâm thể thao, chính vì vậy mà việc tuân thủ hoạt động thể lực bị cản trở nhiều hơn so với nam giới.

Kết quả trong nghiên cứu tương đồng với kết quả của Đỗ Thị Kim Thu (2015) tại Hà Nội^[2] và nghiên cứu của Trần Thị Kim Quý tại thành phố Đà Nẵng năm 2018^[10] là nghề nghiệp có mối liên quan đến mức độ hoạt động thể lực ở người bệnh đái tháo đường typ 2. Ngược lại, kết quả của Nguyễn Thị Hằng tại Sơn La (2016) chỉ ra rằng nghề nghiệp không liên quan tới hoạt động thể lực ($p > 0,05$). Sự khác biệt này có thể do địa điểm và thời gian nghiên cứu là khác nhau.

Kết quả trong nghiên cứu chỉ ra có mối liên quan giữa thời gian phát hiện bệnh và mức độ hoạt động thể lực của người bệnh. Khác với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hằng tại Sơn La năm 2016^[11]. Sự khác nhau này có thể là do ảnh hưởng của mạng lưới y tế từng vùng, khả năng tiếp cận y tế của người dân ở từng địa phương khác nhau, hơn nữa khi mắc bệnh dài năm, thường thì biến chứng xuất hiện nhiều dần, sức khoẻ giảm dần, thời gian người bệnh hoạt động thể lực cũng sẽ giảm đi.

Có sự khác biệt về hoạt động thể lực giữa các mức độ HbA1C, 91,3% người bệnh có HbA1C $\leq 6,5$ hoạt động thể lực đủ, trong khi mức độ này ở người bệnh có $6,5 < \text{HbA1C} \leq 7,5$ và HbA1C $> 7,5$ là 64,5% và 30,2%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Điều này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hằng (2016) tại Sơn La^[11] ^[12]. Điều này có thể giải thích rằng, nếu HbA1c $> 7,5\%$ glucose máu người bệnh không được kiểm soát tốt^[13], kiểm soát chuyển hoá kém, đồng nghĩa với kiểm soát bệnh kém, biến chứng xuất hiện nhiều dần, làm hạn chế các hoạt động sức khoẻ thể chất, tinh thần của người bệnh.

Kiến thức là một yếu tố rất quan trọng, quyết định việc thực hành tuân thủ hoạt động thể lực, giúp người bệnh trong việc thúc đẩy hoạt động thể lực hàng ngày. Đa số các nghiên cứu đều đồng ý với quan điểm kiến thức về hoạt động thể lực của người bệnh ĐĐT có ảnh hưởng tới việc hoạt động thể lực ở người bệnh ĐĐT tuyp 2 như kết quả nghiên cứu của Trần Thị Kim Quý (2018)^[10]; Nguyễn Thị Hằng (2016)^[11]. Nghiên cứu của Đỗ Thị Kim Thu (2015) tại Hà Nội cũng cho thấy hoạt động thể lực có tương quan đáng kể với kiến thức về hoạt động thể lực ($r = 0,31$, $p < 0,01$)^[14]. So sánh với các nghiên cứu nêu trên, nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đồng, kiến thức về hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu có liên quan tới việc hoạt động thể lực ($p < 0,05$). Mặc dù không phải tất cả người

ngiên cứu là $7,64 \pm 4,47$, có tới 53,3% từ 1 đến 5 năm. Trong 246 bệnh nhân nghiên cứu về mức độ hoạt động thể lực giá trị HbA1C trung bình là $7,812 \pm 1,35$.

Bảng 2. Mức độ hoạt động thể lực của người bệnh đái tháo đường

Mức độ hoạt động	Nam n(%)	Nữ n(%)	Tổng n(%)
HĐTL đủ	82 (55,8)	43 (43,3)	125 (50,8)
HĐTL không đủ	65 (44,2)	56 (56,6)	121 (49,2)
Tổng n(%)	147 (100)	99 (100)	246 (100)

Kết quả bảng cho thấy tỷ lệ người bệnh ĐTDĐ hoạt động thể lực đủ chiếm 50,8% và hoạt động thể lực không đủ là 49,2%.

2. Một số yếu tố liên quan đến mức độ hoạt động thể lực (HĐTL) của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học và mức độ hoạt động thể lực

Đặc điểm	Hoạt động thể lực đủ n (%)	Hoạt động thể lực không đủ n (%)	p (*)
Tuổi	≤ 60	42 (95,5)	0,000
	60 < tuổi ≤ 70	65 (49,2)	
	> 70	18 (25,7)	
Giới	Nam	82 (55,8)	0,038
	Nữ	43 (43,4)	
Trình độ học vấn	Tiểu học	14 (41,2)	0,586
	THCS	46 (48,4)	
	THPT	41 (56,2)	
	Trung cấp/cao đẳng	13 (48,1)	
	Đại học hoặc cao hơn	11 (64,7)	
Tình trạng sống	Sống một mình	10 (40,0)	0,176
	Sống cùng người thân	115 (52,0)	
Thu nhập	<2 triệu/tháng	4 (28,6)	0,064
	2 - 4/ tháng	60 (43,8)	
	≥ 4 triệu/ tháng	61 (63,5)	
Nơi cư trú	Thành phố	83 (54,2)	0,527
	Thị trấn	88 (38,1)	
	Nông thôn	34 (47,9)	
Thời gian phát hiện ĐTDĐ	1 - 5 năm	80 (61,1)	0,01
	6 - 10 năm	17 (33,3)	
	> 10 năm	28 (43,8)	
Nghề nghiệp	Nông dân	22 (40,0)	0,002
	Công chức/ viên chức	2 (50,0)	
	Hưu trí	56 (46,3)	
	Tự do	45 (68,2)	

(*) test χ^2

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối

liên quan giữa tuổi, giới, thời gian phát hiện ĐTDĐ và nghề nghiệp với mức độ hoạt động thể lực của người bệnh với $p < 0,05$.

Bảng 4. Mối liên quan giữa nồng độ HbA1C và mức độ hoạt động thể lực

HbA1C	Hoạt động thể lực		p(*)
	Không đủ n (%)	Đủ n (%)	
HbA1C ≤ 6,5	2 (8,7)	21(91,3)	0,000
6,5 < HbA1C ≤ 7,5	38 (35,5)	69 (64,5)	
HbA1C > 7,5	81 (69,8)	35 (30,2)	

(*) test χ^2

Nhận xét: Kết quả cho thấy mức độ HbA1C có liên quan đến mức độ hoạt động thể lực ($p = 0,000$), người bệnh có HbA1C ≤ 6,5 tỷ lệ hoạt động thể lực đủ chiếm 91,3%, nhóm người bệnh có HbA1C < 7,5 tỷ lệ này là 30,2%.

Bảng 5. Mối liên quan giữa kiến thức về HĐTL của người bệnh và mức độ hoạt động thể lực

Kiến thức về hoạt động thể lực	Hoạt động thể lực đủ n(%)	Hoạt động thể lực không đủ n(%)	p(*)
Đạt	82 (60,7)	53 (39,3)	0,000
Không đạt	39 (35,1)	72 (64,9)	

(*) test χ^2

Nhận xét: Kết quả phân tích từ bảng kết quả trên cho thấy có mối liên quan giữa kiến thức và mức độ hoạt động thể lực ($p = 0,000$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa một số rào cản và mức độ hoạt động thể lực

Đặc điểm	Hoạt động thể lực		p (*)
	Đủ n (%)	Chưa đủ n (%)	
Không sắp xếp được thời gian để tập	Đồng ý	13 (50%)	0,547(*)
	Không đồng ý	112 (50,9%)	
Không thích tập, không cảm thấy thích thú khi tập	Đồng ý	16 (33,3%)	0,005(*)
	Không đồng ý	109 (55,1%)	
Luôn cảm thấy mệt mỏi khi tập thể dục	Đồng ý	58 (44,6%)	0,027(*)
	Không đồng ý	67 (57,8%)	
Chưa có thói quen tập thể dục và rèn luyện thể lực hàng ngày/ lười tập	Đồng ý	40 (48,2%)	0,326(*)
	Không đồng ý	85 (52,1%)	
Ngại đến các địa điểm tập luyện vì nhà ở xa các địa điểm tập	Đồng ý	72 (51,8%)	0,411(*)
	Không đồng ý	54 (50,5%)	

did not know or did not receive any advice or guidance on specific exercises related to the level of physical activity ($p = 0.000$); the problem of wife or husband (or lover, family members) discourages, does not facilitate, is related to physical activity level ($p = 0.000$).

Conclusion: The percentage of patients participating in the study with enough activity equivalent to ≥ 600 METs-minutes / week was 50.8%. Thereby, it showed that the compliance with physical activity was not high. Therefore, in the process of nursing care, there should be appropriate care interventions to further enhance physical activity in the patient.

Conclusion: Some factors related to the level of physical activity of research subjects in our study are: age, gender, occupation, time of disease detection, knowledge of physical activity, fatigue of the patient, lack of guidance on specific exercises, and facilitation of the patient's family.

Keywords: Diabetes, physical activity.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) typ 2 là một trong những bệnh mạn tính không lây, liên quan đến dinh dưỡng và lối sống, có tốc độ phát triển rất nhanh ở nhiều nước trên thế giới^[1]. Việt Nam là một trong những quốc gia có tốc độ tăng trưởng cao về người bệnh ĐTĐ. Theo Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới (IDF) năm 2017, Việt Nam có tới 3,53 triệu người đang chung sống với bệnh đái tháo đường, chiếm tỷ lệ 5,5% dân số. Trong đó, hầu hết các bệnh nhân thuộc nhóm bệnh đái tháo đường type 2^[2].

Hoạt động thể lực được định nghĩa là bất kỳ chuyển động cơ thể nào được tạo ra bởi cơ xương cần chi tiêu năng lượng. Việc áp dụng và duy trì hoạt động thể lực là trọng tâm quan trọng để quản lý đường huyết và sức khỏe tổng thể ở những người mắc bệnh đái tháo đường. Hoạt động thể lực không chỉ có lợi với kiểm soát đường huyết, mà có thể ngăn ngừa các biến chứng của bệnh ĐTĐ typ 2, còn có ảnh hưởng tích cực tới huyết áp, tai biến tim mạch, tử vong, và chất lượng cuộc sống^[3]. Tuy nhiên, mức độ HĐTL của người bệnh ĐTĐ typ 2 đang ở mức thấp. Tại Hà Nội, nghiên cứu về tình hình tuân thủ điều trị ở người bệnh ĐTĐ typ 2 cho thấy có đến 36,7% người bệnh không luyện tập đủ 30 phút mỗi ngày^[4]. Tỷ lệ này tại Thái Nguyên, Sơn La lần lượt 84,15% và 63,8%^[5,6]. Nguyên tắc điều trị và chăm sóc người bệnh đái tháo đường bao gồm thay đổi lối sống lành mạnh và dùng thuốc. Trong đó, thay đổi lối sống như hoạt động thể lực là vô cùng quan trọng, ít tốn kém và hiệu quả.

Mặc dù vậy theo kết quả nghiên cứu của Bé

Thị Thu Hà thực hiện tại tỉnh Bắc Cạn cho thấy có tới 92,4% người bệnh ĐTĐ typ 2 không thực hiện các khuyến nghị về hoạt động thể lực. Điều này một phần cho thấy hoạt động thể lực ở người bệnh đái tháo đường typ 2 đang là một vấn đề cần quan tâm hơn nữa. Đặc biệt với vai trò của người điều dưỡng, việc tìm hiểu các yếu tố liên quan đến hoạt động thể lực ở người bệnh Đái tháo đường typ 2 là cần thiết giúp điều dưỡng có kế hoạch và can thiệp chăm sóc phù hợp nhất góp phần kiểm soát, ngăn ngừa các biến chứng có thể xảy ra ở người bệnh. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài: "Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ hoạt động thể lực của người bệnh Đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020".

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng và thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ tháng 11 năm 2019 đến tháng 5 năm 2020 với đối tượng tham gia là người bệnh đái tháo đường type 2 đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả ngang được thực hiện trên 246 người bệnh đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định. Nghiên cứu sử dụng tỷ lệ phần trăm và các bảng tần suất, kiểm định khi bình phương để tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ hoạt động thể lực của người bệnh. Với bảng hỏi khảo sát một số yếu tố liên quan được nhóm nghiên cứu xây dựng và có tham khảo và chỉnh sửa dựa trên nghiên cứu của một số tác giả đã nghiên cứu trước đó, nghiên cứu thử đánh giá độ tin cậy của bảng hỏi trước khi áp dụng cho nghiên cứu với 30 người bệnh (Cronback anpha của bảng hỏi = 0,7). Sử dụng tỷ lệ phần trăm và các bảng tần suất, kiểm định khi bình phương để tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ hoạt động thể lực của người bệnh.

3. Xử lý số liệu

Sử dụng phần mềm SPSS phiên bản 16.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 246)

Đặc điểm	Giá trị trung bình (X ± SD)
Tuổi (năm)	66,59 ± 6,9
Thời gian phát hiện ĐTĐ (năm)	7,64 ± 4,47
HbA1C (%)	7,812 ± 1,35

Độ tuổi trung bình là 66,59 ± 6,9. Thời gian phát hiện ĐTĐ trung bình của nhóm đối tượng

acute pancreatitis early by observing acute fluid collection?. *World J Gastroenterol*, 7(2), 293–295.

6. **Cui M.L., Kim K.H., Kim H.G.** et al. (2014). Incidence, Risk Factors and Clinical Course of Pancreatic Fluid Collections in Acute Pancreatitis. *Dig Dis Sci*, 59(5), 1055–1062.

7. **Zaheer A., Singh V.K., Qureshi R.O.** et al. (2013). The revised Atlanta classification for acute pancreatitis: updates in imaging terminology and guidelines. *Abdom Imaging*, 38(1), 125–136.

8. **Harvey M.H., Cates M.C., Reber H.A.** (1988). Possible mechanisms of acute pancreatitis induced by ethanol. *Am J Surg*, 155(1), 49–56.

9. **Nguyễn Duy Huê.** (2003). Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm tụy cấp. *TCNCTH* 25 (5).

10. **Trần Công Hoan.** (2008). Nghiên cứu giá trị của siêu âm, chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán và tiên lượng viêm tụy cấp, Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.

11. **Vinish D.B., Abishek V., Sujatha K.** et al. (2017). Role of bedside pancreatic scores and C-reactive protein in predicting pancreatic fluid collections and necrosis. *Indian J Gastroenterol*, 36(1), 43–49.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN MỨC ĐỘ HOẠT ĐỘNG THỂ LỰC CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH 2020

VŨ THỊ MINH PHƯƠNG

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ hoạt động thể lực của người bệnh đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2020.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang trên 246 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

Kết quả nghiên cứu: Kết quả nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa giữa tuổi, giới, nghề, thời gian phát hiện đái tháo đường ($p < 0,05$). Có mối liên quan giữa nồng độ HbA1C gần đây nhất với mức độ hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu ($p = 0,000$). Kiến thức về hoạt động thể lực có mối liên quan với mức độ hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu ($p = 0,000$). Một số rào cản trong nghiên cứu có mối liên quan với mức độ hoạt động thể lực của người bệnh như tình trạng mệt mỏi với mức độ hoạt động thể lực ($p = 0,0027$); người bệnh không biết hoặc không được ai tư vấn, hướng dẫn các bài tập cụ thể có liên quan đến mức độ hoạt động thể lực ($p = 0,000$); vấn đề vợ hoặc chồng (hoặc người yếu, các thành viên trong gia đình) không khuyến khích, không tạo điều kiện có liên quan với mức độ hoạt động thể lực ($p = 0,000$).

Chịu trách nhiệm: Vũ Thị Minh Phương
Email: vuminhphuong2210@gmail.com

Ngày nhận: 18/5/2021

Ngày phản biện: 22/6/2021

Ngày duyệt bài: 13/7/2021

Kết luận: Một số yếu tố liên quan đến mức độ hoạt động thể lực của đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của chúng tôi là tuổi, giới, nghề nghiệp, thời gian phát hiện bệnh, kiến thức về hoạt động thể lực, tình trạng mệt mỏi của người bệnh, thiếu sự hướng dẫn về các bài tập cụ thể, sự tạo điều kiện của gia đình người bệnh.

Từ khoá: Đái tháo đường, mức độ hoạt động thể lực.

SUMMARY

SOME FACTORS RELATED TO LEVEL OF PHYSICAL ACTIVITY OF OUTPATIENTS WITH TYP 2 DIABETES TREATED AT NAM DINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2020

Objectives: To understand some factors related to level of physical activity of outpatients with type 2 diabetes at Nam Dinh General Hospital.

Method: A cross-sectional description of 246 type 2 diabetic patients managed by Nam Dinh General Hospital.

Results: The results showed that there was a relationship between age, gender, occupation, and time to detect diabetes ($p < 0.05$). There was a relationship between the most recent HbA1C level and the subject's physical activity level ($p = 0.000$). Knowledge of physical activity is related to the level of physical activity of the study subjects ($p = 0.000$). Some barriers in the study were related to the level of physical activity of the patients such as fatigue with the level of physical activity ($p = 0.0027$); the patient

tác động trực tiếp và gián tiếp dẫn đến thoát dịch tụy ra xung quanh. Đặc biệt những bệnh nhân trẻ tuổi dễ bị tổn thương ống tụy hơn do tác động của rượu so với những bệnh nhân lớn tuổi có sự teo nhỏ tương đối của tuyến tụy.

Đau bụng xuất hiện ở 100% đối tượng nghiên cứu. Mức độ đau theo thang điểm VAS khi nhập viện là 4.6 ± 1.2 , đa số thuộc mức độ đau trung bình đến nhiều (VAS ≥ 4) 83,5%. Mức độ đau ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D, $p < 0,01$. Chướng bụng là triệu chứng thường gặp 82,1%, xuất hiện ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D, $p < 0,05$. Sốt gặp với tỷ lệ 38,5%, xuất hiện ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa với $p < 0,05$. Triệu chứng lâm sàng trên phản ánh quá trình viêm cấp tính xảy ra mạnh mẽ hơn ở nhóm có nhiều ổ tụ dịch hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, huyết khối tĩnh mạch lách là biến chứng tại chỗ khác quan sát được ở 3 bệnh nhân (2,6%) đều thuộc phân độ grade E, biến chứng xuất huyết, thủng tạng rỗng không quan sát thấy. Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Lenhart và cộng sự 12,3% [4]. Sự khác biệt này có thể giải thích do nghiên cứu của chúng tôi là nghiên cứu đơn trung tâm, mô tả cắt ngang và không theo dõi tiến cứu diễn tiến của ổ tụ dịch.

Biến chứng toàn thân trong nhóm nghiên cứu xảy ra ở 12 trường hợp (10,2%) gặp chủ yếu là suy hô hấp 10 trường hợp (8,5%) và suy thận 2 trường hợp (1,7%). Biến chứng toàn thân gặp trong nhóm grade E cao hơn đáng kể so với nhóm grade D, $p = 0,047$. Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Yan Luo và cộng sự [5].

Siêu âm phát hiện được ổ tụ dịch ở 60,7% trường hợp. Ổ tụ dịch xuất hiện nhiều nhất ở quanh tụy và khoang cạnh thận trái. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Nguyễn Duy Huệ và cộng sự [9]. Hạn chế của siêu âm trong chẩn đoán ổ tụ dịch trong viêm tụy cấp là yếu tố vướng hơi trong các quai ruột. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tràn dịch màng phổi xuất hiện 33,3% đối tượng nghiên cứu, tỷ lệ này tương đương với kết quả trong nghiên cứu của Trần Công Hoan (41%) [10].

LDH máu ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D, $p < 0,05$. Theo Mei Lan Cui và cộng sự [6], LDH máu cao hơn đáng kể ở những bệnh nhân hình thành nang giả tụy so với nhóm có ổ tụ dịch phân giải hoàn toàn. Điều này dự báo sự hình thành nang giả tụy sau 4 tuần ở bệnh nhân viêm tụy cấp grade E có khả năng gặp nhiều hơn nhóm grade D và cần

nghiên cứu sâu hơn về vấn đề này để có kế hoạch theo dõi bệnh nhân hợp lý hơn.

Đánh giá một số thang điểm dự đoán mức độ nặng của viêm tụy cấp ở nhóm có ổ tụ dịch, điểm SIRS ≥ 2 và điểm HAPS > 0 có độ nhạy trong dự đoán ổ tụ dịch lần lượt là 73,3% và 84,5%, điểm BISAP ≥ 3 là 4,3%. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Vinish và cộng sự [11], điểm SIRS ≥ 2 , HAPS > 0 , BISAP ≥ 3 có độ nhạy lần lượt là 78,3%, 65,2%, 69,6%. Sự khác biệt này do đối tượng nghiên cứu của Vinish và cộng sự là dịch quanh tụy (gồm cả ổ tụ dịch và ổ dịch hoại tử). Điểm HAPS > 0 có độ nhạy cao hơn trong dự đoán ổ tụ dịch, điểm BISAP ≥ 3 có độ nhạy cao hơn trong dự đoán ổ dịch hoại tử. Sự xuất hiện điểm SIRS cao hơn có ý nghĩa ở nhóm grade E ($p < 0,01$) phản ánh quá trình viêm xảy ra mạnh mẽ hơn ở nhóm có nhiều ổ tụ dịch hơn.

Calci máu, điểm SIRS là yếu tố tiên lượng mức độ nặng của viêm tụy cấp đã được đưa vào nhiều bảng điểm đánh giá. Trong nghiên cứu của chúng tôi, calci và điểm SIRS tương quan có ý nghĩa đến số lượng ổ tụ dịch hình thành. Sự giảm calci máu và điểm SIRS ≥ 2 dự đoán khả năng xuất hiện nhiều ổ tụ dịch hơn. Vấn đề này hiện có ít nghiên cứu đề cập đến, cần nhiều nghiên cứu lớn hơn nữa.

KẾT LUẬN

Độ tuổi của bệnh nhân viêm tụy cấp có ổ tụ dịch ngày càng trẻ hơn và rượu vẫn là nguyên nhân gặp chủ yếu. Biến chứng tại chỗ và biến chứng toàn thân xuất hiện với tỷ lệ cao hơn ở nhóm bệnh nhân có nhiều ổ tụ dịch hơn. Giảm calci máu và điểm SIRS ≥ 2 dự đoán xuất hiện nhiều ổ tụ dịch hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brun A., Agarwal N., và Pitchumoni C.S. (2011). Fluid collections in and around the pancreas in acute pancreatitis. *J Clin Gastroenterol*, 45(7), 614–625.
2. Banks P.A., Bollen T.L., Dervenis C. et al. (2013). Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut*, 62(1), 102–111.
3. Dijk S.M. van, Hallensleben N.D.L., Santvoort H.C. van et al. (2017). Acute pancreatitis: recent advances through randomised trials. *Gut*, 66(11), 2024–2032.
4. Lenhart D.K. và Balthazar E.J. (2008). MDCT of acute mild (necrotizing) pancreatitis: abdominal complications and fate of fluid collections. *AJR Am J Roentgenol*, 190(3), 643–649.
5. Luo Y., Yuan C.-X., Peng Y.-L. et al. (2001). Can ultrasound predict the severity of

75,4% với $p < 0,05$.

Mức độ đau ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D, $5,2 \pm 1,3$ so với $4,6 \pm 1,2$ điểm với $p < 0,01$.

Nồng độ calci máu ở nhóm grade E thấp hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D, $2,0 \pm 0,3$ so với $2,2 \pm 0,1$ mmol/l, $p < 0,01$.

LDH máu ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D, $281,3 \pm 255,8$ so với $186,6 \pm 96,7$ IU/L, $p < 0,05$.

Chẩn đoán hình ảnh: Siêu âm phát hiện ổ tụ dịch ở 60,7% (71/117) trường hợp. CT phát hiện được 100% trường hợp có ổ tụ dịch.

Bảng 2. Tần suất phát hiện các ổ tụ dịch trên siêu âm và trên CT

	Siêu âm (N = 71)		CT (N = 117)	
	n	%	n	%
Vị trí ổ dịch				
Quanh tụy	55	77,5	113	96,6
Khoang cạnh thận trái	17	23,9	69	59
Khoang cạnh thận phải	12	16,9	41	35
Khoang gan thận	11	15,5	6	5,1
Vùng rốn lách	16	22,5	25	21,4
Rãnh-thành đại tràng phải	17	23,9	38	32,5
Rãnh-thành đại tràng trái	17	23,9	50	42,7
Rễ mạc treo, giữa các quai ruột	6	8,5	18	15,4
Túi cùng douglas	22	31	35	29,9
Hậu cung mạc nối	1	1,4	7	6

Nhận xét: Chẩn đoán hình ảnh phát hiện ổ tụ dịch nhiều nhất ở quanh tụy (siêu âm 77,5%, CT 96,6%) và khoang cạnh thận trái (siêu âm 23,9%, CT 59%). Dấu hiệu tràn dịch màng phổi quan sát được ở 39 trường hợp chiếm 33,3%.

Bảng 3. Biểu chứng khác

Biểu chứng		Tổng số (N=117)	Grade D (N=61)	Grade E (N = 56)	p- value
Tại chỗ khác	Huyết khối tĩnh mạch lách	3 (2,6%)	0	3 (2,6%)	
Suy tạng	Tổng số	12 (10,2%)	3 (4,9%)	9 (16,1%)	0.047
	Suy hô hấp	10 (8,5%)	2 (3,3%)	8 (14,3%)	
	Suy thận	2 (1,7%)	1 (1,6%)	1 (1,8%)	

Nhận xét: Biểu chứng huyết khối tĩnh mạch lách chiếm 2,6% chỉ gặp ở nhóm grade E. Suy tạng xảy ra ở 10,2% đối tượng nghiên cứu: Suy hô hấp chiếm 8,5%, suy thận chiếm 1,7%. Biểu chứng suy tạng gặp ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D, 16,1% so với 4,9% với $p < 0,05$.

Bảng 4: Một số thang điểm tiên lượng viêm tụy cấp trong nhóm có ổ tụ dịch và theo mức độ tụ dịch trên CT

Biểu số	Tổng số	Grade D	Grade E	p- value
CRPhs > 15 (mg/dl)	35/104 (33,7%)	18/55 (32,7%)	17/49 (34,7%)	0,832
Điểm SIRS ≥ 2	85/116 (73,3%)	36/61 (59,0%)	49/55 (89,1)	0,000
Điểm HAPS > 0	98/116 (84,5%)	48/61 (78,7%)	50/55 (90,9%)	0,069
Điểm BISAP ≥ 3	5/116 (4,3%)	2/61 (3,3%)	3/55 (5,5%)	0,667
Điểm JSS ≥ 3	19/70 (27,1%)	7/31 (22,6%)	12/39 (30,8%)	0,444

Nhận xét: Điểm SIRS ≥ 2 và điểm HAPS > 0 chiếm tỷ lệ cao lần lượt là 73,3% và 84,5%. Điểm SIRS ≥ 2 ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D (89,1% so với 59,0%, $p < 0,01$). Các thang điểm HAPS, BISAP, JSS không có sự khác biệt giữa nhóm grade D và grade E.

Bảng 5: Hồi quy logistic (đa biến) các yếu tố liên quan đến mức độ hình thành ổ tụ dịch

Biểu số	p-value	B	Exp (B)	95 % CI
Calci	0,001	- 6,61	0,001	0,000-0,063
SIRS ≥ 2	0,026	1,34	3,819	1,177-12,392

Nhận xét: Bảng phân tích hồi quy đa biến, calci và thang điểm SIRS ≥ 2 tương quan có ý nghĩa với sự hình thành số lượng ổ tụ dịch ở bệnh nhân viêm tụy cấp.

Calci máu là yếu tố độc lập dự đoán xuất hiện nhiều ổ tụ dịch hơn với OR = 0.001 (KTC 95%: 0,000 – 0,063, $p < 0,01$). Giảm calci máu dự đoán xuất hiện nhiều ổ tụ dịch hơn

Điểm SIRS là yếu tố độc lập dự đoán xuất hiện nhiều ổ tụ dịch hơn với OR = 3,819 (KTC 95%: 1,177 – 12,392, $p < 0,05$). Điểm SIRS ≥ 2 dự đoán xuất hiện nhiều ổ tụ dịch hơn.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi khảo sát 117 người bệnh viêm tụy cấp có ổ tụ dịch, nam giới chiếm đa số 88,9%, nam/nữ là 8/1, kết quả này cao hơn trong nghiên cứu của Mei Lan Cui và cộng sự, nam/nữ 2.07/1. Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $42,0 \pm 10,6$. Kết quả này thấp hơn trong nghiên cứu của Mei Lan Cui và cộng sự, tuổi trung bình ở nhóm có ổ tụ dịch là $51,5 \pm 15,9$ ^[6]. Rượu là căn nguyên thường gặp nhất gây viêm tụy cấp có ổ tụ dịch (60%, $p < 0,01$). Điều này có thể được giải thích bởi rượu được sử dụng ngày càng tăng hơn ở Việt Nam đặc biệt là người trẻ, chủ yếu ở nam giới. Harvey và cộng sự^[8] cho rằng rượu có thể gây tổn thương phá hủy ống tụy lan tỏa thông qua

Tiêu chuẩn chẩn đoán ổ tụ dịch: APFC dựa trên phim chụp cắt lớp vi tính (CT) ổ bụng: hình ảnh ổ chứa dịch mật độ đồng nhất, tỷ trọng thấp từ 0 – 30 HU, không có vỏ xơ bao quanh, không tăng quang sau tiêm thuốc cản quang và xuất hiện trong vòng 4 tuần kể từ khi xuất hiện triệu chứng bệnh [6].

Phân độ ổ tụ dịch trên CT theo điểm Balthazar [6].

Đánh giá suy tạng trong VTC theo Marshall. Chẩn đoán suy tạng khi có tối thiểu 1 trong 3 thông số: Suy hô hấp chỉ số PaO₂/FiO₂ < 300, suy tuần hoàn huyết áp tâm thu < 90 mmHg, suy thận creatinin máu > 170 μmol/l.

HAPS dựa vào 3 thông số: Không có phản ứng thành bụng và/hoặc cảm ứng phúc mạc; Creatinin < 2mg/dl (176.8 μmol/l); Hematocrit < 43% ở nam và <39,6 % ở nữ

SIRS: khi có hai hoặc nhiều tiêu chuẩn sau: Nhiệt độ > 38 °C hoặc < 36 °C; Tần số tim > 90 lần /phút; Tần số thở > 20 lần /phút hoặc PaCO₂ < 32mmHg; Bạch cầu > 12 x 10⁹/l hoặc < 4 x 10⁹/l hoặc > 10% bạch cầu non (dạng band).

BISAP: Điểm BISAP ≥ 3 được xem là VTC nặng. Các thông số gồm: BUN > 25 mg/dl; rối loạn tri giác (thang hôn mê Glasgow < 15 điểm); hội chứng đáp ứng viêm toàn thân; tuổi > 60; tràn dịch màng phổi.

JSS: Điểm JSS ≥ 3 được xem là viêm tụy cấp nặng. Các thông số gồm: BE ≤ -3 mEq/ml hoặc sốc (huyết áp tâm thu ≤ 80 mmHg); PaO₂ ≤ 60 mmHg (khí trời) hoặc suy hô hấp (cần hỗ trợ thở máy); ure máu ≥ 6,67 mmol/l hoặc Cre máu ≥ 187 μmol/l hoặc thiếu niệu (lượng nước tiểu hàng ngày ≤ 400ml ngay cả khi hồi sức truyền dịch); LDH > 2 lần giới hạn bình thường (> 450 UI); số lượng tiểu cầu (PLT) ≤ 100.000/mm³; huyết thanh Ca ≤ 7,5 mg% (≤1,875 mmol/l); CRPhs ≥ 15 mg/dl; số lượng tiêu chí SIRS ≥ 3; tuổi ≥ 70.

3. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được sự đồng ý của khoa Nội tổng hợp – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ

Từ tháng 8/2018 đến tháng 06/2021 chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 117 bệnh nhân viêm tụy cấp có ổ tụ dịch

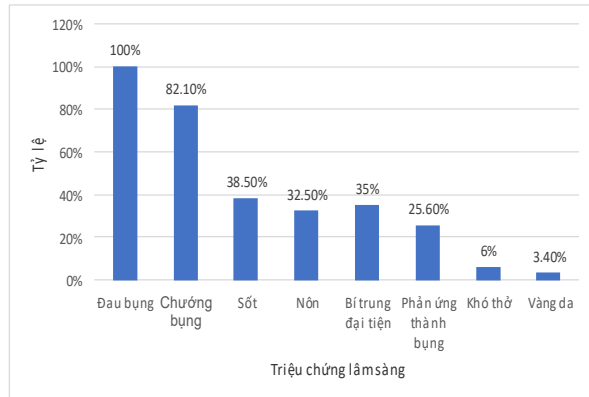
1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là: 42,0 ± 10,6 năm.

Nam chiếm tỷ lệ cao 88,9%. Tỷ lệ nam/nữ là 8/1.

Rượu là nguyên nhân thường gặp nhất gây

viêm tụy cấp có ổ tụ dịch chiếm 60% (70/117) (p<0,01), nguyên nhân khác: Tăng triglycerid 14%, sỏi mật 2%.



Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân viêm tụy cấp có ổ tụ dịch

Nhận xét: Đau bụng và chướng bụng xuất hiện với tỷ lệ cao lần lượt là 100% và 82,1%, triệu chứng khác: Sốt 38,5%, phản ứng thành bụng 25,6%. Mức độ đau từ trung bình đến nhiều (VAS ≥ 4) chiếm tỷ lệ cao 83,5% (86/103).

Bảng 1. Thay đổi lâm sàng, sinh hóa theo mức độ tụ dịch trên CT

Biến số	Tổng (N = 117)	Grade D (N = 61)	Grade E (N = 56)	p-value
Chướng bụng	82,1%	75,4%	91,1%	0,025
Sốt	38,5%	29,5%	48,2%	0,038
Phản ứng thành bụng	25,6%	19,7%	32,1%	0,123
Mức độ đau (VAS)	4,9 ± 1,3	4,6 ± 1,2	5,2 ± 1,3	0,009
CRPhs (mg/dl)	11,2 ± 11,8	9,4 ± 10,1	13,2 ± 13,2	0,147
Hct	44,6 ± 5,0	43,8±3,8	45,5±5,9	0,070
Bạch cầu (G/L)	13,6 ± 4,2	13,2 ± 4,1	14,0 ± 4,3	0,301
Calci (mmol)	2,1 ± 0,2	2,2 ± 0,1	2,0 ± 0,3	0,000
Ure (mmol/l)	4,2 ± 2,0	4,1 ± 1,5	4,4 ± 2,6	0,784
Creatinin (μmol/l)	70,6 ± 24,9	71,3 ± 21,3	69,8 ± 28,7	0,213
Lactat (mmol/l)	2,5 ± 1,5	2,2 ± 1,1	2,8 ± 1,7	0,069
LDH (IU/L)	236,0 ± 201,0	186,6 ± 96,7	281,3 ± 255,8	0,010
Amylase (IU/L)	565,0 ± 719,1	501,3 ± 728,4	629,9 ± 710,6	0,004

Nhận xét: Tỷ lệ sốt ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D, 48,2% so với 29,5% với p < 0,05.

Tỷ lệ chướng bụng ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa so với nhóm grade D, 91,1% so với

E cao hơn có ý nghĩa nhóm grade D (89,1% so với 59,0%, $p < 0,01$).

Kết luận: Rượu là nguyên nhân gặp chủ yếu của ổ tụ dịch. Giảm calci máu và SIRS ≥ 2 có ý nghĩa dự đoán sự xuất hiện nhiều ổ tụ dịch trong nghiên cứu của chúng tôi.

Từ khóa: Viêm tụy cấp, ổ tụ dịch.

SUMMARY

STUDYING CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE PERIPANCREATIC FLUID COLLECTIONS IN ACUTE PANCREATITIS

Acute peripancreatic fluid collections is the most frequent complication of acute pancreatitis, 30% - 50%^[1].

Objectives: To investigate the clinical and subclinical characteristics of acute peripancreatic fluid collections in acute pancreatitis and some factors related to the formation of acute peripancreatic fluid collections.

Subjects and methods: A retrospective cross-sectional study of 117 patients diagnosed with acute pancreatitis with acute peripancreatic fluid collections according to the 2012 revised Atlanta classification^[2] at Hanoi Medical University Hospital from August 2018 to June 2021.

Results: Average age is 42 years old. Male/Female 8/1. The proportion of alcoholic etiology (60%) in patients with acute peripancreatic fluid collections was significantly higher compared to other etiologies ($p < 0.01$). Abdominal pain was found in 100% of patients. 83.5% of patients had VAS score ≥ 4 . The level of pain according to VAS scale on admission in grade E was significantly higher, compared in grade D (5.2 ± 1.3 vs. 4.6 ± 1.2 , $p < 0.01$). Abdominal distention, fever, organ failure in grade E were significantly higher than in grade D, respectively 91.1% vs. 75.9%, 48.2% vs 29.5%, 16.1% vs 4.9%, $p < 0.05$. Serum calcium levels in grade E was significantly lower than in grade D (2.0 ± 0.3 vs 2.2 ± 0.1 mmol/l, $p < 0.01$). LDH was significantly higher in grade E, compared to grade D, 281.3 ± 255.8 vs 186.6 ± 96.7 IU/L, $p < 0.05$. SIRS score ≥ 2 and HAPS > 0 had high rates of 73.3% and 84.5%, respectively. SIRS score ≥ 2 in grade E was significantly higher than in grade D (89.1% vs 59.0%, $p < 0.01$).

Conclusions: Alcohol was the most common etiology. Hypocalcemia and SIRS score ≥ 2 correlated significantly with the occurrence of more acute peripancreatic fluid collections.

Keywords: acute pancreatitis, acute peripancreatic fluid collections (APFC).

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là quá trình viêm cấp tính của nhu mô tụy trong đó 80 – 85% trường hợp là viêm tụy cấp thể nhẹ, khoảng 20% là viêm tụy

cấp thể trung bình và nặng^[3]. Ổ tụ dịch quanh tụy cấp tính (APFC – acute peripancreatitis fluid collection) là biến chứng tại chỗ thường gặp nhất (30-50%), xuất hiện trong 4 tuần đầu kể từ khi khởi phát bệnh. APFC hình thành do sự tích tụ dịch viêm quanh tụy và chưa hình thành vỏ xơ bao quanh gặp trong viêm tụy cấp thể nhẹ, không có sự hoại tử nhu mô tụy^[2]. Phần lớn APFC vô trùng thường tự thoái triển trong vài tuần đầu (50%) không cần can thiệp, tỷ lệ bội nhiễm vi khuẩn hay phát triển thành nang giả tụy là 9,6% theo một số nghiên cứu^[1]. Tỷ lệ biến chứng tại chỗ khác trong viêm tụy cấp có APFC chiếm 12,3% trong khi biến chứng tại chỗ không xuất hiện ở bệnh nhân không có APFC^[4]. Số lượng ổ tụ dịch có mối tương quan với mức độ nặng của viêm tụy cấp, thời gian nằm viện cũng như tỷ lệ tử vong của bệnh nhân^[5]. Trong một số nghiên cứu, tuổi, CRP (48h) và rượu là yếu tố nguy cơ hình thành ổ tụ dịch, LDH máu cao là một yếu tố nguy cơ hình thành nang giả tụy^[6]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu chuyên về lâm sàng và các yếu tố nguy cơ hình thành ổ tụ dịch < 4 tuần và xa hơn nữa hình thành nang giả tụy sau 4 tuần không có nhiều. Mục tiêu của nghiên cứu hồi cứu này nhằm khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của ổ tụ dịch trong viêm tụy cấp và một số yếu tố liên quan đến hình thành ổ tụ dịch, từ đó giúp cho các bác sĩ lâm sàng có thể tiên lượng chính xác hơn các biến chứng của viêm tụy cấp và những bệnh nhân nào có nguy cơ xuất hiện biến chứng.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi đánh giá các bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp mã ICD K85 có ổ tụ dịch tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8/2018 đến tháng 6/2021 với cỡ mẫu thuận tiện N = 117.

1.1 Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân được chẩn đoán VTC theo Atlanta 2012 khi có 2 trong 3 triệu chứng, trong đó triệu chứng lâm sàng là bắt buộc bao gồm:

Lâm sàng: đau bụng vùng thượng vị đột ngột

Xét nghiệm: amylase và/hoặc lipasa máu tăng cao trên 3 lần

Chẩn đoán hình ảnh: có hình ảnh của viêm tụy cấp điển hình trên siêu âm bụng hoặc cắt lớp vi tính bụng.

Có ổ tụ dịch phát hiện qua CT bụng

1.2 Tiêu chuẩn loại trừ:

Bệnh nhân viêm tụy cấp hoại tử, viêm tụy cấp không có ổ tụ dịch. Bệnh nhân có cổ trướng, ổ tụ dịch tự do không phải do viêm tụy cấp.

2. Phương pháp nghiên cứu

Mô tả cắt ngang hồi cứu

Tỷ lệ tai biến chung cho mẹ và con ở nhóm đẻ mổ (1,79%) cao hơn nhóm đẻ đường âm đạo (0%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nhóm trọng lượng thai 3700 - <4000g có tỷ lệ tai biến cao nhất (5,3%), cao hơn nhóm ≥ 4000 g (4,55%) và nhóm 3500 - <3700g (3,14%). Điều này có thể do nhóm thai có trọng lượng 3700 - <4000g nằm ở ranh giới, nên thái độ xử trí chưa có sự thống nhất, dẫn đến những biến cố xảy ra trong theo dõi chuyển dạ. Tuy nhiên, cỡ mẫu của chúng tôi chưa đủ lớn để kết luận và đưa ra khuyến cáo.

KẾT LUẬN

Quá trình nghiên cứu kết quả xử trí thai to tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương ghi nhận tỷ lệ mổ đẻ (49,78%) và đẻ đường âm đạo (50,22%) gần tương đương nhau. Tỷ lệ mổ đẻ và mổ đẻ chủ động tăng dần theo trọng lượng thai.

Tỷ lệ tai biến trong nhóm mổ đẻ là 5,8 % và đẻ đường âm đạo là 2,21%. Trong đó có 3 trường hợp băng huyết sau sinh, 2 trường hợp suy hô hấp, 2 trường hợp hạ đường huyết sau sinh.

KIẾN NGHỊ

Theo dõi lượng máu mất trong cuộc mổ lấy thai để chẩn đoán sớm những trường hợp băng huyết sau sinh.

Tăng cường quản lý thai nghén để giảm tai biến gây ra bởi thai to và giảm tỷ lệ mổ lấy thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2016). "Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản".
2. **Alsammani M. A., Ahmed S. R.** (2012). "Fetal and maternal outcomes in pregnancies complicated with fetal macrosomia", *N Am J Med Sci*, 4 (6), 283 - 6.
3. **Wang C., Yang H. X.** (2016). "Diagnosis, prevention and management of gestational diabetes mellitus", *Chronic Dis Transl Med*, 2 (4), 199 - 203.
4. **Nguyễn Minh Thiện và cs** (2019). "Nghiên cứu kết quả xử trí thai to tại Khoa Phụ sản, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", *Tạp chí Y học thực hành*, 11(2), 266 - 70.
5. **Turkmen.S., Johansson.S., Dahmoun.M.**(2015). "Foetal Macrosomia and Foetal-Maternal Outcomes at Birth", *Journal of Pregnancy*, 2018, 4790136.
6. **Bonnet M. P., Basso O., Bouvier-Colle M. H., et al.** (2013). "Postpartum haemorrhage in Canada and France: a population-based comparison", *PLoS One*, 8 (6), e66882.
7. **Schaefer-Graf U. M., Pawliczak J., Passow D., et al.** (2005). "Birth weight and parental BMI predict overweight in children from mothers with gestational diabetes", *Diabetes Care*, 28 (7), 1745 - 50.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA Ổ TỤ DỊCH TRONG VIÊM TỤY CẤP

**ĐẶNG HỒNG NHÂN,
DƯƠNG CÔNG THÀNH, TRẦN NGỌC ÁNH**
Trường Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Ổ tụ dịch là biến chứng thường gặp nhất trong viêm tụy cấp với tỷ lệ 30% - 50%^[1].

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ổ tụ dịch trong viêm tụy cấp và một số yếu tố liên quan đến hình thành ổ tụ dịch.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu mô tả cắt ngang trên 117 bệnh nhân viêm tụy cấp có ổ tụ dịch theo phân loại Atlanta 2012^[2] tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 8 năm 2018 đến tháng 6 năm 2021.

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $42,0 \pm 10,6$. Nam/nữ 8/1. Rượu là nguyên nhân gặp chủ yếu 60%, $p < 0,01$. Đau bụng gặp ở 100% người bệnh, 83,5% có VAS ≥ 4 . VAS tại thời điểm nhập viện ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa nhóm grade D ($5,2 \pm 1,3$ so với $4,6 \pm 1,2$, $p < 0,01$). Chướng bụng, sốt, suy tạng ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa nhóm grade D, tỷ lệ lần lượt là 91,1% so với 75,9%; 48,2% so với 29,5%; 16,1% so với 4,9% ($p < 0,05$). Calci máu ở nhóm grade E thấp hơn có ý nghĩa nhóm grade D ($2,0 \pm 0,3$ so với $2,2 \pm 0,1$ mmol/l, $p < 0,01$). LDH máu ở nhóm grade E cao hơn có ý nghĩa nhóm grade D ($281,3 \pm 255,8$ so với $186,6 \pm 96,7$ IU/L, $p < 0,05$). Điểm SIRS ≥ 2 và điểm HAPS > 0 xuất hiện với tỷ lệ cao (73,3% và 84,5%). Điểm SIRS ≥ 2 xuất hiện ở nhóm grade

Chịu trách nhiệm: Đặng Hồng Nhân

Email: dhnmu@gmail.com

Ngày nhận: 19/5/2021

Ngày phân biện: 27/6/2021

Ngày duyệt bài: 10/7/2021

Bảng 7. Liên quan kết cục sản khoa và trọng lượng thai

Tai biến	3500 - < 3700g		3700 - < 4000g		≥ 4000 g		p
	n	%	n	%	n	%	
Không	247	96,86	143	94,7	42	95,45	0,551
Có	8	3,14	8	5,3	2	4,55	
Tổng số	255	100	150	100	43	100	

Nhóm trọng lượng thai 3700- <4000g có tỷ lệ tai biến cao nhất (5,3%), kế đến là nhóm ≥ 4000g (4,55%), thấp nhất là nhóm 3500 - <3700g (3,14%). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Sản phụ có độ tuổi 25 - 29 đẻ con sống và có cân nặng ≥ 3500g chiếm tỷ lệ cao nhất (57,33%). Kết quả phù hợp với độ tuổi 25 - 29 là tuổi thích hợp để mang thai của người phụ nữ.

Chỉ số khối cơ thể (BMI) tập trung nhiều nhất ở nhóm có BMI từ 18,5 - 24,9 chiếm tỷ lệ 69,40%, sau đó tới nhóm BMI 25 - 29,9 với tỷ lệ 21,95%, ít hơn là nhóm BMI <18,5 và nhóm BMI ≥ 30 lần lượt là 8,65% và 0%.

Có 39 đối tượng (8,67%) có ĐTĐ trong đó đa phần là ĐTĐ điều trị tiết chế chiếm 39 trường hợp, ĐTĐ điều trị insulin có 8 trường hợp, phần lớn không có ĐTĐ thai kỳ (359 trường hợp tương ứng 79,78%). Trong nghiên cứu của MA Alsammani năm 2011, tỷ lệ hiện mắc ĐTĐ ở nhóm nghiên cứu là 4,4% (403/9241), trong đó ở nhóm con ≥ 4000 gam là 40,4% (169/418)^[2]. Có lẽ tỷ lệ ĐTĐ của cả 2 nhóm đều cao là do yếu tố chủng tộc. Một số chủng tộc có nguy cơ ĐTĐ thai kỳ: châu Á, tiểu lục địa Ấn Độ, các chủng tộc đa đảo (Polynesian)^[3].

2. Thái độ xử trí và các yếu tố liên quan

Tỷ lệ mổ lấy thai (49,78%) và sinh đường âm đạo (50,22%) gần tương đương nhau trong kết cục thai kỳ của những trường hợp thai to. Theo Nguyễn Minh Thiện, tỷ lệ mổ lấy thai ở những sản phụ sinh con từ 3500g tại Khoa Phụ sản - Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên là 73,6%^[4], lớn hơn với kết quả của chúng tôi. Theo một nghiên cứu của Sahurh Turkmen, tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm cân nặng 3500g - 4500g là 16,4%^[5]. Sở dĩ có sự khác biệt lớn giữa tỷ lệ mổ lấy thai ở nhóm trẻ từ 3500g trở lên ở Việt Nam và nước ngoài là do định nghĩa thai to ở Việt Nam là từ 3500g trở lên, ở các nước châu Âu là từ 4000g. Chiều cao, khung chậu của phụ nữ Việt Nam và châu Âu cũng có sự khác biệt, dẫn đến những trường hợp theo dõi đẻ thường âm đạo có tỷ lệ thành công cao hơn.

Tỷ lệ đẻ đường âm đạo giảm dần theo trọng lượng thai. Nhóm có cân nặng từ 3500g - < 3700g có tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao nhất (55,29%), kế đến là nhóm 3700g - < 4000g (46,36%), thấp nhất là nhóm ≥ 4000 g (31,82%). Điều này phù hợp với thực tế lâm sàng khi chẩn đoán thai to trước sinh được thực hiện hiệu quả và chính xác hơn, những trẻ được chẩn đoán thai to được mổ chủ động sớm, tránh những tai biến xảy ra trong quá trình theo dõi chuyển dạ.

3. Kết cục sản khoa và các yếu tố liên quan

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BHSS ở nhóm đẻ con ≥ 3500g là 0,67%. Tỷ lệ BHSS ở nhóm sinh con ≥ 4000g trong nghiên cứu của Trần Thị Hạnh là 4,47%. Có sự khác biệt này do mốc thai to của 2 nghiên cứu khác nhau. 3 trường hợp BHSS trong nghiên cứu của chúng tôi đều do đờ tử cung trong mổ lấy thai chủ động, lý do mổ vì: ngôi mông, UXTC to, rau tiền đạo, đều là những yếu tố nguy cơ tăng thêm của mổ lấy thai. Không có trường hợp nào ghi nhận BHSS sau đẻ đường âm đạo.

Nhìn chung tỷ lệ BHSS ở nhóm sinh con to cao hơn dân số chung. Nghiên cứu của Marie-Pierre Bonnet và cộng sự^[6] cho thấy tỷ lệ BHSS chung ở Canada là 4,8% (95% CI 4,7 - 4,9), ở Pháp là 4,5% (95% CI 4,4- 4,7). Đối với trường hợp thai to có cân nặng 4000 gam tỷ lệ BHSS chung là 11% ở Canada, 7% ở Pháp. MA Alsammani nghiên cứu 418 trường hợp thai cân nặng từ 4000 gam năm 2011, tỷ lệ BHSS 1,2% (5/418).

Nghiên cứu của chúng tôi có 2 trường hợp (chiếm 0,44%) hạ đường huyết sau sinh, 1 trường hợp đẻ thường con 3500g và 1 trường hợp mổ đẻ con 3600g. Điều đó cho thấy không chỉ những trẻ có trọng lượng từ 4000g có nguy cơ hạ đường huyết. Nghiên cứu của Trần Thị Hạnh ở nhóm sinh con ≥ 4000g có 6 ca hạ đường huyết sau sinh (ĐHMM < 2,22 mmol/l), chiếm tỷ lệ 1,58%. Schaefer-Graf (2002) tiến hành nghiên cứu trên 887 sơ sinh quá cân so với tuổi thai của các thai phụ không bị đái tháo đường: 16% trẻ sơ sinh hạ đường huyết xảy ra trong vòng 24 giờ đầu sau sinh. Tỷ lệ này giảm rõ rệt trong những giờ tiếp theo sau sinh: từ 9,2% trong giờ đầu tiên, đến 3,5% giữa 2 đến 5 giờ đầu sau sinh, 2,4% giữa 6 và 24 giờ đầu^[7]. Sự khác biệt về tỷ lệ hạ đường huyết là do ở nghiên cứu của chúng tôi thời gian xét nghiệm ĐHMM không cố định, do quy trình đón nhận bé từ phòng mổ qua phòng sinh và tới khoa sơ sinh và theo dõi tại khoa sơ sinh. Thêm vào đó cỡ mẫu của chúng tôi nhỏ hơn nhiều nên chưa đủ để cho ra một kết quả tương đồng.

Tiền sử sản khoa		
Con rạ	282	62,67
Con so	168	37,33
Tiền sử đẻ con $\geq 3500g$		
Có	140	31,11
Không	310	68,89
ĐTĐTN		
ĐTĐ A1	31	6,89
ĐTĐ A2	8	1,78
Không ĐTĐTK	359	79,78
Không tầm soát	52	11,55

Sản phụ có độ tuổi 25-29 đẻ con sống và có cân nặng $\geq 3500g$ chiếm tỷ lệ cao nhất (57,33%). Chỉ số khối cơ thể (BMI) tập trung nhiều nhất ở nhóm có BMI bình thường (18,5- 24,9) chiếm tỷ lệ 69,40%. Đa phần nhóm nghiên cứu có tăng cân trong thai kỳ bình thường (39,56%) và thiếu (40%), thấp nhất là nhóm thừa chiếm 20,44%. Có 39 đối tượng (8,67%) có đái tháo đường (ĐTĐ) trong đó đa phần là ĐTĐ điều trị tiết chế chiếm 31 trường hợp, ĐTĐ điều trị insulin có 8 trường hợp, còn lại phần lớn không có ĐTĐ thai kỳ (359 trường hợp chiếm 79,78%), có 52 trường hợp không được tầm soát ĐTĐ thai kỳ (11,55%).

2. Thái độ xử trí và các yếu tố liên quan

Bảng 2. Tỷ lệ các phương pháp sinh ở những sản phụ sinh con $\geq 3500g$

Xử trí sản khoa		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Đẻ đường Âm đạo	Đẻ thường	207	46,00%
	Hỗ trợ Forceps	19	4,22%
	Mổ đẻ		
	Mổ chủ động	198	44,00%
	Mổ cấp cứu	26	5,78%
Tổng		450	100%

Tỷ lệ đẻ đường âm đạo và mổ lấy thai tương đương nhau. Có 46% người bệnh đẻ thường không cần hỗ trợ, có 4,22% cần sử dụng Forceps. 44% đẻ mổ chủ động, 5,78% cần mổ cấp cứu.

Bảng 3. Mối liên quan giữa phương pháp sinh và trọng lượng trẻ

Phương pháp sinh	3500 - <3700g		3700- <4000g		$\geq 4000g$		p
	n	%	n	%	n	%	
Đẻ đường Âm đạo	142	55,69	70	46,36	14	31,82	0,007
Mổ đẻ	113	44,31	81	53,64	30	68,18	
Tổng	255	100	151	100	44	100	

Tỷ lệ đẻ đường âm đạo giảm dần theo trọng lượng thai. Nhóm có cân nặng từ 3500g- < 3700g có tỷ lệ đẻ đường âm đạo cao nhất (55,29%), kế đến là nhóm 3700g- < 4000g (46,36%), thấp nhất là nhóm $\geq 4000g$ (31,82%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

3. Kết cục thai kỳ và các yếu tố liên quan

Bảng 4. Kết cục thai kỳ liên quan đến mẹ

Kết cục của mẹ	Tổng 450 (100 %)
Chỉnh gò bằng oxytocin	32 (7,11%)
Băng huyết sau sinh	3 (0,67%)
Vỡ tử cung	0 (0%)
Nhiễm trùng sau sinh	1 (0,22%)
Dự phòng BHSS	
Không	0 (0%)
Methyl ergometrin và, hoặc Misoprostol	327 (72,67%)
Duratocin	113 (25,11%)
Thất ĐMTC	10 (2,22%)

Tỷ lệ BHSS xảy ra 3 trường hợp chiếm tỷ lệ 0,67%, trong đó cả 3 ca đều mổ lấy thai. 100% tổng số các trường hợp được dự phòng BHSS, trong đó có 113 trường hợp sử dụng Duratocin chiếm tỷ lệ 25,11%, 10 ca thất ĐMTC chiếm tỷ lệ 2,22%, còn lại sử dụng thuốc tăng co tử cung methyl ergometrine và hoặc Misoprostol. Không có ca vỡ tử cung được ghi nhận trong nghiên cứu của chúng tôi. Có 1 trường hợp ghi nhận nhiễm trùng sau sinh - viêm niêm mạc tử cung sau mổ đẻ.

Bảng 5. Kết cục thai kỳ liên quan đến trẻ sơ sinh

Kết cục của con	Tổng 450 (100%)
Apgar thấp	0 (0%)
Suy hô hấp	2 (0,44%)
Hạ đường huyết sau sinh	2 (0,44%)
Mắc vai	1(0,22%)
Gãy xương đòn	0 (0%)
Tổn thương ĐRTKCT	0 (0%)
Nhiễm khuẩn sơ sinh	4 (0,89%)
Vàng da sơ sinh	6 (1,33%)

Không có trường hợp nào Apgar thấp (< 7) sau 1 phút và 5 phút, gãy xương đòn hay tổn thương đám rối thần kinh cánh tay. Có 1 trường hợp mắc vai, 2 trường hợp suy hô hấp. 2ca (chiếm 0,44%) hạ đường huyết sau sinh. 4 ca (chiếm 0,89%) nhiễm khuẩn sơ sinh và 6 trường hợp (chiếm 1,33%) vàng da sơ sinh.

Bảng 6. Liên quan giữa kết cục sản khoa và phương pháp đẻ

Tai biến	Đẻ đường âm đạo		Đẻ mổ		p
	n	%	n	%	
Có	5	2,21	13	5,8	0,05
Không	221	97,79	211	94,2	
Tổng	226	100	224	100	

Tỷ lệ tai biến chung cho mẹ và con ở nhóm đẻ mổ (5,8%) cao hơn nhóm đẻ đường âm đạo (2,21%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,05$.

Trung ương từ 01/07/2019 - 31/07/2019, bao gồm 450 sản phụ sinh con ≥ 3500 gam.

Kết quả: Tỷ lệ đẻ đường âm đạo: 50,22%, tỷ lệ mổ đẻ: 49,78%. Tỷ lệ mổ đẻ tăng dần theo tuổi thai. Tai biến cho con: 3,1%, trong đó tỷ lệ suy hô hấp: 0,44%, hạ đường huyết sau sinh: 0,44%, mắc vai: 0,22%, nhiễm khuẩn sơ sinh: 0,89%, vàng da sơ sinh: 1,33%. Tai biến cho mẹ: 0,89%, tất cả đều gặp trong mổ đẻ, trong đó có 0,67% băng huyết sau sinh và 0,22% nhiễm khuẩn hậu sản. Tổng tai biến của mẹ và con của mổ đẻ cao hơn đẻ đường âm đạo. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,05$.

Từ khoá: Thai to, thai có cân nặng ≥ 3500 g, xử trí thai to.

SUMMARY

PRACTICAL ATTITUDE TOWARDS AND OBSTETRICAL OUTCOMES OF PREGNANT WOMEN WHOSE INFANT WITH 3500 GRAM OR GREATER BIRTHWEIGHT

Aim: This study was designed to determine the practical attitude and outcomes of women whose infant with 3500 gram or greater birth weight.

Materials and Methods: A descriptive cross-sectional was conducted on 450 pregnant women giving birth to 3500 gram or greater infants with approval from National Hospital of Obstetrics and Gynecology from July 1 to July 31, 2019.

Results: The prevalence of vaginal birth and caesarean delivery are 50.22% and 49.78%, respectively. The percentage of caesarean delivery increased relatively to the gestational age. The total rate of fetal complications is 3.1%, including respiratory distress (0.44%), neonatal hypoglycemia (0.44%), shoulder dystocia (0.22%), neonatal infection (0.89%) and neonatal jaundice (1.33%). Maternal complications percentage is 0.89% and observed only in caesarean delivery, including post partum hemorrhage (0.67%) and post partum infection (0.22%). Maternal and Fetal complications in caesarean delivery are higher than that of vaginal birth ($p = 0.05$).

Keywords: Macrosomia, Fetal weight of 3500 gram or greater, Macrosomia Management

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây, ở Việt Nam, cùng với sự phát triển của nền kinh tế và xã hội, đời sống của người dân được cải thiện, trọng lượng trẻ sơ sinh cũng có xu hướng tăng hơn so với những thập kỷ trước. Thai to là thai có trọng lượng ≥ 4000 g. Ở Việt Nam, theo Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản 2016, thai to khi trọng lượng ≥ 3500 g^[1]. Sinh thai to được coi là một yếu tố nguy cơ bất lợi cho

sản phụ và trẻ sơ sinh, cần phải đánh giá tình trạng thai to như là một thai kỳ nguy cơ cao để lập ra một kế hoạch theo dõi và can thiệp phù hợp. Trên thế giới và tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về xử trí thai ≥ 4000 g, tuy nhiên lại có rất ít nghiên cứu về nhóm sản phụ sinh con ≥ 3500 g. Xuất phát từ tình hình thực tế và tầm quan trọng của vấn đề. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với hai mục tiêu:

1. Mô tả một số đặc điểm ở những sản phụ sinh con từ 3500 gam trở lên tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.

2. Nhận xét kết quả xử trí sản khoa của những sản phụ trên.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 450 sản phụ sinh con có cân nặng ≥ 3500 g tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai chết lưu, thai dị tật bẩm sinh

Thời gian nghiên cứu: Từ 01/07/2019 - 30/07/2019

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu không can thiệp vào người bệnh

Quy trình thu thập số liệu: Số liệu được thu thập hồi cứu theo bộ câu hỏi có sẵn trên bệnh án sản khoa

Chỉ tiêu nghiên cứu: Tuổi mẹ, nơi ở, nghề nghiệp, tuổi thai, tiền sử sản khoa, cân nặng trẻ, phương pháp sinh

Xử lý số liệu: Số liệu được quản lý và phân tích bằng phần mềm Stata

Đạo đức nghiên cứu: Các số liệu được thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
<30	258	57,33
30-40	179	39,78
>40	13	2,89
Địa chỉ		
Nông thôn	191	42,44
Thành thị	259	57,56
BMI trước mang thai		
<18.5	39	8,65
18.5-24.9	376	69,40
25-29,9	35	21,95
≥ 30	0	0
Tăng cân trong thai kỳ		
Bình thường	178	39,56
Thiếu	180	40,00
Thừa	92	20,44

triển đúng với lứa tuổi sẽ giúp cho cha mẹ yên tâm hơn để lo các vấn đề khác.

Khi cha mẹ gặp phải stress trong quá trình nuôi con tự kỷ, lúc này cha mẹ rất cần đến những sự động viên chia sẻ. Vì thế, người thân và mọi người xung quanh nên quan tâm đến cha mẹ hơn, và chính bản thân cha mẹ cũng cần phải tìm biện pháp giảm stress cho chính mình, có như vậy mới có đủ năng lượng nuôi trẻ tự kỷ tốt hơn.

KHUYẾN NGHỊ

Việc nâng cao nhận thức cho các gia đình có trẻ tự kỷ là rất cần thiết, nó không chỉ giúp đỡ cho các gia đình trẻ tự kỷ vượt qua áp lực nuôi con mà còn tác động đến mọi người xung quanh hiểu hơn về chứng tự kỷ và chung tay giúp đỡ những gia đình có con tự kỷ đang mắc phải, việc làm đó sẽ giúp trẻ hòa nhập với xã hội tốt hơn, giúp trẻ tiến bộ hơn, không mặc cảm với xã hội. Đồng thời đề xuất đến các cơ quan ban ngành, đoàn thể, tổ chức xã hội, trường học cần tuyên truyền nâng cao hiểu biết về chứng tự kỷ. Thành lập các trung tâm can thiệp có sự hỗ trợ của nhà nước bởi trên thực tế chưa có trung tâm nào mang tính chất hỗ trợ cho những gia đình có hoàn cảnh đặc biệt khó khăn mà có con bị tự kỷ, phần lớn đều là các trung tâm tư nhân mở ra và mọi chi phí gia đình đều phải gánh chịu.

Ngoài ra, cần tuyên truyền vận động cộng đồng cùng tham gia vào các hoạt động can thiệp, hỗ trợ trẻ em tự kỷ, từ đó tạo cơ sở đề xuất chính sách cho trẻ em tự kỷ ở Việt Nam.

Cần có bộ tài liệu chuẩn về hỗ trợ trẻ em tự kỷ ở Việt Nam; đào tạo nâng cao năng lực, cán bộ nòng cốt (giảng viên nguồn) về tuyên truyền và hỗ trợ trẻ em tự kỷ;

Đồng thời, phổ biến kiến thức về tự kỷ cho cha, mẹ, người chăm sóc nuôi dưỡng trẻ em tự kỷ, người làm công tác bảo vệ, chăm sóc trẻ em và cộng đồng; Hỗ trợ giảng viên, cán bộ dự án, cán bộ làm công tác bảo vệ, chăm sóc, giáo dục trẻ em tiếp cận và chuẩn hóa kiến thức về tự kỷ

tại Việt Nam. Thông qua các chương trình trẻ em tự kỷ được hưởng lợi gián tiếp từ các dự án để hòa nhập cộng đồng.

Các bậc cha mẹ cần dành nhiều thời gian cho con cái hơn. Đặc biệt với trẻ tự kỷ bởi thời điểm phát hiện trẻ tự kỷ các bậc cha mẹ càng can thiệp sớm càng tốt, càng giúp trẻ tự kỷ có cơ hội tiến bộ hơn. Cha mẹ cần thay đổi thói quen giáo dục thông qua các hoạt động cụ thể, cần nhất quán các phương pháp dạy qua các chương trình can thiệp có chuyên gia, giáo viên trị liệu, cũng như nhất quán trong các phương pháp thường phạt.

Cha mẹ nên tích cực tham gia vào các mạng lưới hỗ trợ xã hội để tìm các giải pháp, thông qua các chương trình hỗ trợ cha mẹ sẽ giảm được áp lực về việc nuôi con đồng thời sẽ chia sẻ được những nỗi lo cùng các bậc cha mẹ khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trung tâm Nghiên cứu Giáo dục và Chăm sóc trẻ em. Hỗ trợ kiến thức về chăm sóc và giáo dục trẻ mắc hội chứng tự kỷ, NXB Đại học Sư phạm, 2011.
2. **TS Sally J. Rogers, TS Geraldine Dawson, TS Laurie A. Vismara**, Can thiệp sớm cho trẻ tự kỷ - Sử dụng các hoạt động hằng ngày giúp trẻ kết nối, Giao tiếp và học hỏi, NXB Trẻ, 2020.
3. **Thái Thanh Hoa**. Nói không với stress, NXB Đà Nẵng, 2011.
4. **Lê Thanh Tùng, Nguyễn Bảo Ngọc**. Tâm lý y học và đạo đức y học, NXB Giáo dục Việt Nam, 2016.
5. **Nguyễn Văn Nhận** (2006). Tâm lý học y học, NXB Y học, 2006.
6. **Bùi Kim Chi**. Căng thẳng và ứng phó với căng thẳng, Kỷ yếu Hội thảo Khoa học chăm sóc sức khỏe tinh thần - Hội Khoa học Tâm lý Giáo dục Việt Nam, Bảo Long, ngày 11 - 13 tháng 1 năm 2008.
7. **GS. Đặng Phương Kiệt** (2001). Cơ sở tâm lý học ứng dụng, NXB Đại học Quốc gia Hà Nội.

XỬ TRÍ SẢN KHOA SẢN PHỤ ĐẸ CON TỪ 3500 GAM TRỞ LÊN TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

PHẠM THỊ HƯƠNG GIANG, ĐẶNG THỊ MINH NGUYỆT
Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm: Phạm Thị Hương Giang
Email: phamthihuonggiang1012@gmail.com
Ngày nhận: 04/5/2021
Ngày phân biện: 08/6/2021
Ngày duyệt bài: 22/6/2021

TÓM TẮT
Mục tiêu: Thái độ xử trí và kết cục sản khoa ở những sản phụ sinh con từ 3500 gam trở lên. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, được thực hiện tại Bệnh viện Phụ sản