

TẠP CHÍ

# SỨC KHỎE NỘI TIẾT

TRUNG ƯƠNG HỘI NGƯỜI GIÁO DỤC BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG VIỆT NAM

SỐ 15 - 2023

ISSN: 2525-2542



KHỎE MẠNH HẠNH PHÚC

NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT  
TRƯỚC KHI PHẪU THUẬT

BÁC SĨ GÂY MÊ  
- TỔNG ĐẠO  
DIỄN ĐỨNG  
SAU CÁNH GÀ

TÌM HIỂU VỀ HỘI CHỨNG  
RUỘT KÍCH THÍCH (IBS)

TẠP CHÍ SỨC KHỎE NỘI TIẾT

Địa chỉ: Số 52-Lô A1, khu đô thị mới Đại Kim, Quận Hoàng Mai, Hà Nội

Tel: 0243.6413.692 - 098.360.9369

Email: tcsknt@gmail.com; <https://suckhoenoitiet.vn/>

CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP:  
**PGS.TS.BS Tạ Văn Bình**

PHÓ CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG BIÊN TẬP:  
**PGS.TS.BS Trần Đình Toán**  
**TS.BS Đỗ Đình Tùng**

CÁC ỦY VIÊN

**PGS.TS Nguyễn Thị Bích Đào**  
**PGS.TS.BS Nguyễn Minh Núi**  
**PGS.TS.BS Vũ Chí Dũng**  
**PGS.TS.BS Cấn Văn Mão**  
**PGS.TS.BS Trần Quốc Toàn**  
**TS.BS. Nguyễn Thanh Xuân**  
**TS.BS Bùi Phương Thảo**  
**TS.BS Nguyễn Đức Long**  
**TS.BS Nguyễn Văn Công**  
**TS.BS Phạm Thúy Hương**  
**TS.BS Phạm Tuấn Phương**  
**TS.BS Nguyễn Thị Hương Lan**  
**TS.BS Nguyễn Hoàng Hòa**  
**TS.BS Lương Đức Dũng**  
**Ths.Bs Diệp Thị Thanh Bình**  
**Ths. Nguyễn Phương Linh**  
**Ths.Bs Nguyễn Thị Hồng Loan**  
**BSCCKII Đoàn Thị Kim Oanh**

TỔNG BIÊN TẬP:  
**PGS.TS.BS. Tạ Văn Bình**

PHÓ TỔNG BIÊN TẬP:  
**TS.BS Đỗ Đình Tùng**

BAN THƯ KÝ:  
**Trần Mạnh Hùng**  
**Trần Quang Nam**  
**Nguyễn Thị Ngọc Tú**  
**Nguyễn Thu Trang**  
**Nguyễn Thị Linh**  
**Hồ Thiên Lý**  
**Lê Thị Mỹ**  
**Trần Nguyễn Nhật**

MỸ THUẬT:  
**Việt Dũng**

TÒA SOẠN VÀ TRỊ SỰ:  
**Số 52-Lô A1, Khu Đô thị mới Đại Kim,**  
**Quận Hoàng Mai, Hà Nội**  
**Tel: 0243 6413 692 / 098 360 9369**  
**Email: tcsknt@gmail.com**

*Tạp chí ra 3 tháng 1 kỳ*

Giấy phép hoạt động báo chí số 375/GP-BTTTT  
cấp ngày 11/7/2016; Giấy phép sửa đổi, bổ  
sung số 315/GP-BTTTT, ngày 31/08/2023 do Bộ  
trưởng Bộ Thông tin và Truyền thông ban hành  
In xong và nộp lưu chiểu tháng 9/2023

**GIÁ BÁN: 58.000 ĐỒNG**

JOURNAL OF ENDOCRINOLOGY AND HEALTH SCIENCE  
EDITOR IN CHIEF

**Assoc. Prof. Dr. Ta Van Binh**

EDITORIAL BOARD:

**Chairman: Assoc. Prof. Dr. Ta Van Binh**  
**Vice Chairman:**  
**Assoc. Prof. Dr. Tran Dinh Toan**  
**Dr. Do Dinh Tung**

MEMBERS:

**Assoc. Prof. Nguyen Thi Bich Dao, MD., PhD.**  
**Assoc. Prof. Dr. Nguyen Minh Nui, MD., PhD.**  
**Assoc. Prof. Dr. Vu Chi Dung, MD., PhD.**  
**Assoc. Prof. Dr. Can Van Mao, MD., PhD.**  
**Assoc. Prof. Dr. Tran Quoc Toan, MD., PhD.**  
**Dr. Nguyen Thanh Xuan, MD., PhD.**  
**Dr. Bui Phuong Thao, MD., PhD.**  
**Dr. Nguyen Duc Long, MD., PhD.**  
**Dr. Nguyen Van Cong, MD., PhD.**  
**Dr. Pham Thuy Huong, MD., PhD.**  
**Dr. Pham Tuan Phuong, MD., PhD.**  
**Dr. Nguyen Thi Huong Lan, MD., PhD.**  
**Dr. Nguyen Hoang Hoa, MD., PhD.**  
**Dr. Luong Duc Dung, MD., PhD.**  
**Dr. Diep Thi Thanh Binh, MD., MSc.**  
**MSc. Phuong Linh, Nguyen**  
**Dr. Nguyen Thi Hong Loan, MD., MSc.**  
**Dr. Doan Thi Kim Oanh, MD., MSc.**

EXECUTIVE EDITOR-IN-CHIEF:  
**Assoc. Prof. Dr. Ta Van Binh**

SECRETARIAT:  
**Tran Manh Hung**  
**Tran Quang Nam**  
**Nguyen Thi Ngoc Tu**  
**Nguyen Thu Trang**  
**Nguyen Thi Linh**  
**Ho Thien Ly**  
**Le Thi My**  
**Tran Nguyen Nhat**

EDITORIAL OFFICE  
**N52-Lot A1, Dai Kim Urban area,**  
**Hoang Mai Dist., Hanoi, Vietnam**  
**Tel: (84) 243 6413 692 / (84) 98 360 9369**  
**Email: tcsknt@gmail.com**

# TRONG SỐ NÀY

**NHỮNG ĐIỀU CẦN BIẾT TRƯỚC KHI  
PHẪU THUẬT**



**4**

**BÁC SĨ GÂY MÊ  
- TỔNG ĐẠO ĐIỂN ĐÚNG SAU CẢNH GÀ**

**TÌM HIỂU VỀ HỘI CHỨNG  
RUỘT KÍCH THÍCH (IBS)**



**12**

**HIỂU VỀ RÒ HẬU MÔN  
VÀ CÁCH ĐIỀU TRỊ HIỆU QUẢ**



**8**

**BỆNH LÝ HỆ TIÊU HÓA:  
CÁC TRIỆU CHỨNG THƯỜNG GẶP,  
KHI NÀO CẦN ĐI KHÁM?**



**10**



**14**

**NHỮNG PHƯƠNG PHÁP  
GIẢI TỎA LO ÂU VỀ TUỔI THỌ  
CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG**



**20**

# Những điều cần biết trước khi phẫu thuật

Để cuộc phẫu thuật thành công cần phải chuẩn bị chu đáo cả về tinh thần và thể chất cho bệnh nhân. Mặt khác, phẫu thuật cũng có thể gây ra những biến chứng, do vậy phải biết đề phòng và điều trị kịp thời những biến chứng sau mổ. Vì vậy, không thể thiếu vai trò của công việc chuẩn bị bệnh nhân trước mổ.



**C**ông việc này được thực hiện bởi một ê-kíp: Bác sĩ điều trị, phẫu thuật viên, bác sĩ gây mê, điều dưỡng viên... Trong đó công tác chuẩn bị người bệnh trước mổ đóng góp một vai trò cực kỳ quan trọng đối với một cuộc mổ. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ để đạt hai tiêu chí an toàn và hiệu quả nhằm:

· Tránh những sai sót y khoa, những biến chứng trước, trong và sau mổ.

· Nâng cao tổng trạng giúp bệnh nhân phục hồi tốt sau mổ.

Hướng dẫn người bệnh hiểu rõ quy trình chuẩn bị trước - trong và sau phẫu thuật, nhằm có sự chuẩn bị cần thiết cũng như giảm thiểu các lo lắng, căng thẳng, chúng tôi xin cung cấp một số thông tin nhằm: Trang bị những cho người bệnh và người nhà người bệnh những thông tin cần thiết, những quy tắc an toàn để nâng cao chất lượng chăm sóc, hạn chế tối đa những rủi ro

trong phẫu thuật do việc thiếu kết nối thông tin giữa bệnh nhân và nhân viên y tế.

## **1. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ thường qua các bước**

a. Phẫu thuật viên khám bệnh và giải thích cho bệnh nhân, thân nhân về tình trạng bệnh, phương pháp phẫu thuật, các bước chuẩn bị, các nguy cơ có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật, hướng dẫn cho bệnh nhân và người

nhà ký cam kết mổ.

b. Bác sỹ gây mê khám tiền mê, quyết định phương pháp vô cảm cho cuộc mổ.

c. Vệ sinh: điều dưỡng hướng dẫn người nhà tắm gội, cắt móng tay, chân, tháo bỏ nữ trang, răng giả, kính áp tròng... cho bệnh nhân.

d. Phẫu thuật viên khám và đánh dấu vị trí phẫu thuật, sau đó điều dưỡng khoa vệ sinh vùng mổ bằng xà phòng diệt khuẩn.

e. Đối với bệnh nhân nữ nếu đang có kinh nguyệt phải báo điều dưỡng hoặc bác sỹ phẫu thuật.

f. Bệnh nhân mặc trang phục bệnh viện gọn gàng, sạch sẽ, không mặc đồ lót ở trong. Nếu tóc dài phải cột hoặc tết tóc gọn gàng.

g. Điều dưỡng hướng dẫn bệnh nhân chế độ ăn uống phù hợp từng loại phẫu thuật...

**2. Cụ thể quy trình chuẩn bị bệnh nhân trước mổ được thể hiện như sau**

**Một tuần trước khi phẫu thuật**

**Tình trạng thể chất:** Người bệnh nên được chuẩn bị rất tốt về chế độ dinh dưỡng trước mổ. Chế độ ăn nên giàu chất đạm, giàu dinh dưỡng và vitamin, đặc biệt những bệnh nhân bị suy dinh dưỡng cần có chế độ dinh dưỡng đặc biệt để nâng cao thể trạng. Nên chọn các loại thức ăn phù hợp, dễ tiêu hóa và đảm bảo vệ sinh an toàn thực phẩm. Bệnh nhân đái tháo đường cần chọn chế độ ăn điều trị nhằm giảm glucose máu và tránh tình trạng toan máu. Một số trường hợp có bệnh lý đặc biệt như nhiễm khuẩn, bệnh tim, gan, thận... cần có tư vấn của chuyên khoa dinh dưỡng.

**Không hút thuốc:** người nghiện thuốc thường gặp các vấn đề về hô hấp trong hoặc sau khi phẫu thuật, tăng nguy cơ viêm phổi, xẹp phổi sau mổ do tăng tiết đờm dãi, dịch nhầy trong khí phế quản. Hút thuốc lá làm giảm lưu thông máu, làm chậm quá trình lành vết mổ, vết mổ sẽ dễ bị nhiễm khuẩn. Chất Nicotine trong thuốc lá làm giảm enzym cytochrome P-450 là loại men tham gia chuyển hóa nhiều loại thuốc tại gan, nồng độ Carboxyhaemoglobin (COHb) có thể tăng lên 10% ở người hút thuốc. Vậy nên dừng thuốc lá trước mổ càng lâu càng tốt, ít



nhất là 3 tuần trước mổ để hồi phục enzym và hệ thống miễn dịch, đưa carboxy-Hb về mức bình thường.

**Tránh uống rượu, bia:** Uống rượu, bia sẽ ảnh hưởng đến quá trình hồi phục tăng nguy cơ chảy máu, giảm đáp ứng miễn dịch. Rượu khử hydro là một loại men xúc tác tại gan, nhiều chất xúc tác ảnh hưởng đến quá trình chuyển hóa thuốc gây tê, gây mê.

**Tập luyện:** Nên tập các động tác lý liệu pháp hô hấp như: Tập hít sâu, thở chậm, ho khạc đờm, nằm trên giường tập các động tác co, gấp, duỗi các chi. Nên ngủ sớm, ngủ đủ giấc và sử dụng thuốc theo đúng hướng dẫn của bác sỹ.

**Ngày vào viện chuẩn bị cho phẫu thuật**

Nên đi cùng với người thân/ người giám hộ để hỗ trợ người bệnh khi cần (đảm bảo an toàn cũng như lý do pháp lý).

Không nên mang trang sức quý giá, đất tiền đến bệnh viện (chỉ mang những gì cần thiết cho việc thanh toán và các chi phí phát sinh khác).

Với bất kỳ thay đổi nào về tình trạng chung của cơ thể, người bệnh/ người nhà người bệnh cần phải báo ngay với bác sỹ hoặc điều dưỡng thăm khám khi vào viện.

Các xét nghiệm như: xét nghiệm máu, chụp XQ, siêu âm bụng, nội soi, điện tim, chụp cộng hưởng từ, cắt lớp vi tính, siêu âm tim (nếu cần) sẽ được bổ sung và hoàn thành trước khi thực hiện ca phẫu thuật của người bệnh.

Một số loại thuốc đặc biệt người bệnh đang sử dụng như thuốc chống

đông, thuốc lợi tiểu, thuốc đái tháo đường, huyết áp, tim mạch... người bệnh phải báo với bác sỹ điều trị để có hướng dẫn cụ thể. Một số thuốc có thể vẫn tiếp tục sử dụng, một số thuốc phải ngừng. Các bác sỹ sẽ cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ khi dùng thuốc để đảm bảo an toàn cho phẫu thuật. Đơn thuốc có thể được chỉ định sau khi bác sỹ thăm khám (nếu cần).

Nếu người bệnh sốt/cảm lạnh, đến kỳ kinh nguyệt hoặc có bất kỳ dấu hiệu bất thường nào khác trước phẫu thuật 1 ngày cần báo ngay cho bác sỹ điều trị.

**Khám tiền mê**

Sau khi đã hoàn tất các xét nghiệm cơ bản, người bệnh sẽ được bác sỹ gây mê khám tiền mê đánh giá toàn diện chức năng các cơ quan cũng như khả năng chịu đựng cuộc phẫu thuật, đồng thời kết hợp điều trị các bệnh lý phối hợp (tim mạch, huyết áp, đái tháo đường, hô hấp, dinh dưỡng...), bổ sung xét nghiệm, dự trữ máu, quyết định phương pháp gây mê, giảm đau sau mổ. Người bệnh cần cung cấp các thông tin chính xác nhất là tiền sử dị ứng, sốc phản vệ, hen suyễn hoặc tiền sử gây mê, phẫu thuật cũng như bệnh lý nền, các thuốc đang sử dụng. Bác sỹ cũng sẽ giải thích về phương pháp gây mê, phương pháp giảm đau sẽ áp dụng cho người bệnh, các điểm chú ý cần phối hợp của người bệnh cũng như nguy cơ có thể xảy ra.

**Thủ tục pháp lý thực hiện trước phẫu thuật, thủ thuật, gây mê**

Sau khi được cung cấp đầy đủ

## GIÁO DỤC SỨC KHỎE

thông tin về phẫu thuật, người bệnh sẽ ký cam kết chấp thuận cho bác sĩ thực hiện phẫu thuật điều trị theo kế hoạch.

Tùy vào tính chất phẫu thuật, người bệnh có thể được yêu cầu ký cam kết, thủ tục cần thiết bao gồm cả nghĩa vụ tài chính. Người dưới 18 tuổi phải có cha mẹ hoặc người giám hộ ký vào những cam kết chấp thuận nói trên.

### Những điểm lưu ý trước phẫu thuật

Tẩy trang và chùi sạch sơn móng tay, móng chân trước khi phẫu thuật.

Chải và cạo gọn tóc.

Tháo kính áp tròng, tháo răng giả tháo lắp.

Tháo tất cả đồ trang sức, bao gồm các loại khuyên đeo trên người.

Mặc quần áo do bệnh viện cung cấp, không mang tất và mặc đồ lót. Mang giày dép thoải mái, không mang giày cao gót, xăng đan hay dép xỏ ngón.

Đi tiểu trước khi vào phòng mổ.

Bệnh nhân nhỏ tuổi cần có bố mẹ hoặc người giám hộ đi kèm.

Trước khi phẫu thuật, nếu người bệnh có các triệu chứng bất thường như: cảm lạnh, đau họng, ho, đau bụng cồn cào, tiêu chảy hoặc sốt, người bệnh cần thông báo cho bác sĩ phẫu thuật, bác sĩ gây mê hoặc điều dưỡng tại khoa để kịp thời thăm khám tình trạng người bệnh. Bác sĩ có thể quyết định hoãn thực hiện phẫu thuật cho

đến khi tình trạng người bệnh ổn định.

### Vệ sinh cơ thể trước khi phẫu thuật

Giữ gìn vệ sinh cơ thể giúp giảm thiểu nguy cơ nhiễm trùng sau mổ. Bệnh viện sẽ hướng dẫn người bệnh sử dụng loại xà phòng khử trùng đặc biệt và yêu cầu người bệnh tắm trước khi phẫu thuật.

Kỹ thuật tắm như sau: Dùng tay thoa xà phòng thật kỹ toàn bộ cơ thể, đảm bảo toàn bộ bề mặt da trên cơ thể đều được cọ sạch với xà bông. Sau đó, người bệnh xả nước sạch và lau khô người bằng khăn sạch. Người bệnh không cần gội đầu nếu đầu vẫn sạch, trừ khi phải phẫu thuật đầu hay cổ. Sau lần tắm sau cùng, mặc quần áo sạch do bệnh viện cung cấp.

### Hướng dẫn nhịn ăn uống và sử dụng thuốc trước phẫu thuật

Tùy từng chuyên khoa và từng trường hợp người bệnh cụ thể mà bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ gây mê sẽ chỉ định người bệnh nhịn ăn, uống trước mổ vào thời điểm nào.

Nhịn ăn uống giúp phòng ngừa việc hít các vật thể lạ, chất nôn vào đường thở gây sặc, thậm chí nguy hiểm đến tính mạng. Vì vậy, việc tuân thủ theo hướng dẫn của bác sĩ gây mê, bác sĩ phẫu thuật là rất quan trọng. Nếu người bệnh mới ăn uống và phải phẫu thuật cấp cứu thì bác sĩ gây mê sẽ đánh giá nguy cơ hít các vật thể lạ

khi gây mê.

Kể cả trong trường hợp bạn được gây tê vùng thì việc tuân thủ các hướng dẫn nhịn ăn uống cũng rất quan trọng vì người bệnh có thể sẽ phải cấp cứu hoặc chuyển gây mê toàn thân. Cần từ 6 – 8 giờ sau ăn để dạ dày ở trạng thái trống, an toàn cho việc gây mê, tránh nguy cơ thức ăn và dịch từ dạ dày có thể vào phổi nếu dạ dày vẫn còn thức ăn hoặc nhiều dịch. Do đó người bệnh cần kết thúc bữa ăn cuối trước khi lên phòng mổ khoảng 8 tiếng. Sữa, súp loãng cần kết thúc trước 06 giờ.

Người bệnh có thể được uống nước giàu Carbonhydrat nhiều lần trong đêm (nhỏ hơn 200 ml) kết thúc 2 giờ trước khi được gây mê và phẫu thuật. Trẻ em cho bú sữa mẹ trước 04 giờ.

Những người bệnh phải nhịn hoàn toàn cả ăn uống bác sĩ sẽ trao đổi cụ thể.

Bác sĩ sẽ trao đổi và hướng dẫn người bệnh về các loại thuốc người bệnh đang uống. Những loại thuốc có thể gây ra biến chứng chảy máu nhiều trong quá trình phẫu thuật như thuốc chống đông máu có thể được yêu cầu ngưng và hoặc chuyển loại trước khi thực hiện thủ thuật, phẫu thuật theo hướng dẫn của bác sĩ.

Thuốc điều trị tăng huyết áp loại ức chế men chuyển phải được dừng trước phẫu thuật 24h, có thể chuyển sang một loại thuốc hạ áp khác theo



hướng dẫn của bác sĩ.

Một số vitamin và thảo dược như nhân sâm, tỏi, Ginkgo biloba..., có thể gây biến chứng chảy máu trong quá trình phẫu thuật. Người bệnh cần phải trao đổi với bác sĩ về các loại sản phẩm bổ sung đang sử dụng.

Thông thường, người bệnh sẽ được hướng dẫn ngưng uống thuốc điều trị đái tháo đường vào buổi sáng ngày phẫu thuật. Nếu người bệnh dùng Insulin, bác sĩ có thể đề nghị giảm liều hoặc chỉnh liều theo lượng đường trong máu của bạn.

Nếu người bệnh có bệnh lý ngưng thở khi ngủ (ngủ ngáy), cần thông báo tình trạng này để bác sĩ và điều dưỡng chủ động kế hoạch theo dõi hô hấp cho người bệnh trong và sau khi phẫu thuật.

**Thời gian thực hiện phẫu thuật**

Điều dưỡng sẽ thông báo cho người bệnh thời gian dự tính của ca phẫu thuật. Để chuẩn bị tốt cho ca phẫu thuật, người bệnh sẽ được đưa đến phòng mổ từ 30 - 45 phút trước khi bắt đầu.

**Đến phòng phẫu thuật**

Người bệnh sẽ được nhân viên đưa đến khu vực phòng phẫu thuật, điều dưỡng sẽ kiểm tra lại các thông tin liên quan đến người bệnh và người đi cùng đến phòng mổ. Hai thành viên gia đình được phép đi cùng người bệnh đến cửa phòng phẫu thuật nhưng không được vào bên trong vì đây là khu vực vô trùng.

**Hậu phẫu**

Người bệnh được đưa đến phòng hồi tỉnh để theo dõi và chăm sóc sau phẫu thuật. Tại đây, bác sĩ và điều dưỡng sẽ theo dõi cho đến khi người bệnh tỉnh lại (nếu có gây mê) hoặc 2 chân cử động được (nếu gây tê tủy sống). Khi người bệnh ổn định, phục hồi hoàn toàn về ý thức, chức năng vận động, cảm giác, phản xạ... nhân viên khu hồi tỉnh sẽ liên hệ chuyển người bệnh về phòng bệnh.

**Khoa Hồi sức tích cực**

Các bệnh nhân nặng cần chăm sóc và hồi sức tích cực sau mổ sẽ được chuyển về khu Hồi sức tích cực ngoại khoa. Tại đây, Khoa được trang bị hệ thống máy móc, trang thiết bị theo dõi và hỗ trợ đặc biệt dành cho bệnh nhân có chỉ định hỗ trợ hô hấp, chăm sóc,



hồi sức tích cực. Đây là khu vực vô trùng, bệnh nhân được chăm sóc toàn diện nên cần giới hạn thân nhân vào thăm bệnh.

**Trở về phòng bệnh**

Sau khi rời phòng hồi tỉnh, người bệnh được đưa về phòng bệnh. Điều dưỡng sẽ theo dõi huyết áp, nhịp tim và nhiệt độ cho người bệnh, đánh giá mức độ đau và theo dõi các diễn tiến của người bệnh... để kịp thời thông báo cho bác sĩ khi có bất thường.

Để tránh nguy cơ choáng dẫn tới té ngã sau phẫu thuật, người bệnh không nên tự ý rời khỏi giường mà nên nhờ sự trợ giúp của người thân và hướng dẫn của điều dưỡng.

Sau phẫu thuật, trên cơ thể người bệnh có thể còn các ống dẫn lưu, ống dẫn nước tiểu... Điều dưỡng sẽ giải thích cho người bệnh về vai trò của các ống này. Nhằm đảm bảo người bệnh được chăm sóc tốt nhất, điều dưỡng rất cần sự hợp tác của người bệnh và người nhà đối với các lưu ý về ống dẫn lưu.

Hãy báo cho điều dưỡng hay bác sĩ nếu bạn thấy có những triệu chứng sau:

- Đau nhiều.
- Đi tiểu khó hoặc thấy đau khi tiểu.
- Đau khi hít vào hoặc thở ra.
- Đau ở vết mổ.
- Buồn nôn ói mửa (do ảnh hưởng thông thường của thuốc mê).
- Bất kỳ triệu chứng bất thường nào khác.

**Kiểm soát cơn đau**

Các bác sĩ sẽ cố gắng giảm nhẹ cơn đau sau thủ thuật, phẫu thuật đến mức thấp nhất cho người bệnh. Hiện nay tại các bệnh viện lớn hầu hết có triển khai gói “Giảm đau sau phẫu thuật” đến hầu hết người bệnh. Hãy báo ngay cho điều dưỡng hoặc bác sĩ điều trị tại khoa nếu người bệnh cảm thấy đau vượt ngưỡng chịu đựng sau phẫu thuật. Điều dưỡng sẽ yêu cầu bạn đánh giá cơn đau theo thang đo từ 0 (không đau) đến 10 (rất đau) từ đó sẽ có chiến lược bổ sung thuốc phù hợp.

**Chế độ ăn – vận động sớm sau phẫu thuật**

Ngay sau phẫu thuật, người bệnh không được ăn hay uống trong một thời gian nhất định. Điều dưỡng tại khoa sẽ thông báo khi nào người bệnh được phép ăn uống bình thường trở lại.

Khi đã được phép ăn uống, người bệnh cần ngồi dậy khi ăn và uống để tránh nguy cơ bị hít sặc.

Bệnh nhân sẽ được hướng dẫn vận động sớm nhất có thể để tăng khả năng hồi phục sau phẫu thuật.

**Chăm sóc, theo dõi và điều trị sau khi phẫu thuật**

Bác sĩ phẫu thuật hoặc một thành viên của ê-kíp phẫu thuật sẽ kiểm tra sức khỏe của người bệnh mỗi ngày để đánh giá tiến độ hồi phục của vết mổ và tiến triển hồi phục cho đến khi người bệnh xuất viện. ■



*Bác sĩ gây mê hồi sức thăm khám người bệnh trước khi vào gây mê là một bước quan trọng.*

# BÁC SĨ GÂY MÊ

## - TỔNG ĐẠO DIỄN ĐỨNG SAU CÁNH GÀ

Công việc hàng ngày đối với Bác sĩ gây mê được ví như là vị tổng đạo diễn sân khấu họ luôn đứng sau cánh gà, luôn đứng sau sự thành công của mỗi ca sĩ diễn viên người mẫu. Nhưng đối với mỗi người khi tới sự kiện họ chỉ biết tới những ca sĩ nghệ sĩ diễn viên đứng trên sân khấu mà chưa khi nào biết tới vị tổng đạo diễn kia, đó là thực tế.

**N**gay nay vai trò của bác sĩ gây mê không chỉ là đảm bảo cho bệnh nhân an toàn ngủ sâu êm dịu và không đau trong suốt quá trình phẫu thuật, mà hiện nay với sự phát triển của y học và các phương tiện kỹ thuật, vai trò của bác sĩ gây mê còn là cung cấp các dịch vụ chăm sóc y tế và tư vấn trong nhiều môi trường và tình huống khác ngoài phòng mổ.

Với ý nghĩa là người chăm sóc toàn diện cho bệnh nhân từ giai đoạn trước mổ như khám, đánh giá tình trạng sức khỏe của bệnh nhân và thảo luận

chung với các bác sĩ phẫu thuật để lên một kế hoạch phẫu thuật an toàn nhất cho người bệnh. Các bác sĩ gây mê cũng chính là người sẽ đưa bệnh nhân vào trạng thái “vô cảm” bao gồm cung cấp giấc ngủ, kiểm soát đau, hỗ trợ và duy trì các chức năng sống trong suốt quá phẫu thuật. Và cuối cùng, các bác sĩ gây mê sẽ phối hợp chăm sóc, kiểm soát đau sau mổ để bệnh nhân nhanh chóng hồi phục và xuất viện sớm.

Thông thường, trong mỗi cuộc phẫu thuật, kíp gây mê là những người đến phòng mổ sớm nhất để làm các công tác chuẩn bị cho ca mổ như

phòng mổ, thiết bị và tiến hành các bước tiền mê, khởi mê cho bệnh nhân... sau đó mới đến phiên của bác sĩ phẫu thuật. Bởi vậy, Bác sĩ Gây mê hồi sức được gọi là “Bác sĩ thâm lặng, luôn đi trước về sau”.

Mỗi kíp gây mê gồm một bác sĩ gây mê và một điều dưỡng phụ mê, một chạy ngoài, một típ dụng cụ phục vụ ca mổ. Sau giai đoạn khởi mê, bệnh nhân được gây mê an toàn, kíp gây mê lùi lại và đứng phía sau tấm màn xanh. Khi đó, bác sĩ gây mê vừa hỗ trợ bác sĩ phẫu thuật vừa chịu trách nhiệm về chuyên môn như kỹ thuật, thủ thuật



gây mê và chức năng sống của người bệnh. Xong ca mổ, bác sĩ phẫu thuật rời đi, riêng bác sĩ gây mê tiếp nhận lại người bệnh và hồi sức cho họ chăm sóc họ cho tới khi ra khỏi phòng mổ về khoa điều trị, hay về phòng hồi sức cho người bệnh nặng.

Trong từng ca gây mê, ngoài kiến thức chuyên môn, bác sĩ được mở mang kiến thức, học hỏi kinh nghiệm về các chuyên ngành khác như sọ thần kinh, sản, ngoại tổng hợp, hiến – ghép tạng... Khó khăn nhất của Bác sĩ gây mê là không chủ động được khi phải gây mê và phẫu thuật cho những người bệnh cấp cứu, bởi bệnh nhân thông thường phải được đánh giá sơ qua lâm sàng từ khoa phòng bệnh, khởi mê, đạt an toàn mới gây mê (có chuẩn bị). Còn trong cấp cứu, bác sĩ phải quyết đoán dứt khoát nhanh nhẹn và nhanh trí để giải quyết mọi công việc, đồng thời đảm bảo cứu sống bệnh nhân nhanh nhất trong “thời gian vàng” của mỗi người bệnh.

Tuy nhiên tai biến thường gặp trong gây mê hồi sức cũng không ít ví như không đặt được ống nội khí quản, thiếu oxy, thiếu máu, sốc phản vệ... hay ngộ độc thuốc tê, dị ứng thuốc gây tê... Bệnh nhân xuất hiện biến chứng tạm thời, thậm chí để lại di chứng lâu dài nếu không kịp cấp cứu. Vì vậy người bệnh cần lựa chọn cho mình cơ sở khám chữa bệnh uy tín cơ sở vật chất trang thiết bị hiện đại đồng bộ, với đội ngũ bác sĩ có trình độ chuyên môn cao, cũng như thực hiện đúng theo hướng dẫn trong điều trị để tránh những biến chứng xảy ra.■

**BS. TRẦN NGUYỄN NHẬT**



*Ekíp Gây mê đang tiến hành đặt Nội khí quản bằng hệ thống máy đặt NKQ hiện đại đồng bộ có gắn Camera soi khí quản đảm bảo an toàn chính xác và vô khuẩn cao*



*Vô cảm gây tê Tủy sống kết hợp gây tê Ngoài màng cứng giảm đau sau mổ giúp bệnh nhân đỡ đau nhanh bình phục sau phẫu thuật*



*Gây tê đám rối thần kinh cánh tay dưới hướng dẫn của siêu âm và máy kích thích thần kinh hiện đại và đồng bộ trong vô cảm phẫu thuật chi trên*

BỆNH LÝ HỆ TIÊU HÓA:

# CÁC TRIỆU CHỨNG THƯỜNG GẶP, KHI NÀO CẦN ĐI KHÁM?

Tiêu hóa là quá trình biến đổi thức ăn thành những chất có thể hấp thu qua thành ống tiêu hóa để vào máu. Quá trình tiêu hóa bắt đầu từ miệng cho đến ruột già. Bất kỳ nguyên nhân nào làm thay đổi, cản trở, đảo lộn quá trình tiêu hóa thức ăn trong ống tiêu hóa đều có thể gây nên các rối loạn của hệ tiêu hoá.

## NGUYÊN NHÂN RỐI LOẠN TIÊU HOÁ



**Ăn uống không lành mạnh**



**Đồ uống có cồn**



**Mất cân bằng hệ vi sinh ruột**



**Các bệnh lý của hệ tiêu hoá**

Như vậy, rối loạn tiêu hoá không phải là một bệnh lý mà là một tập hợp các triệu chứng bất thường có thể gặp trong nhiều bệnh lý khác nhau.

Phát hiện và xử trí đúng cách khi có các triệu chứng bất thường ở hệ tiêu hoá giúp chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả nhiều bệnh lý thuộc đường tiêu hoá, tránh được các tình trạng nguy hiểm cho người bệnh.

### 1. Đau bụng

Đau bụng có thể do rất nhiều nguyên nhân, nhìn chung cần phải đi khám để Bác sĩ chẩn đoán và điều trị an toàn. Cần phải đến viện khẩn cấp trong một số trường hợp sau:

Đau bụng có vị trí đau rõ ràng, và kéo dài liên tục trên 6 giờ.

Đau bụng xuất hiện một cách đột ngột, đau dữ dội, liên tục (như dao đâm), xuất hiện ở một vị trí sau có thể lan ra khắp bụng (thường gặp trong thủng dạ dày, thủng tá tràng, chửa ngoài tử cung vỡ...). Đây là những trường hợp tối cấp cứu thường phải mổ cấp cứu ngay.

Đau bụng liên tục, kéo dài (trên 6h) và có xu hướng ngày càng tăng, hay lan rộng ra khắp bụng: thường gặp trong các viêm nhiễm trong ổ bụng, có thể phải mổ cấp cứu trong một số trường hợp (viêm ruột thừa cấp, viêm ruột thừa vỡ, viêm túi mật cấp, viêm túi thừa đại tràng...).

Đau bụng cơn, cơn đau có xu hướng ngày càng nặng lên và mau hơn, đau bụng cơn dữ dội không chịu

đựng nổi hay gặp trong sỏi mật kẹt, sỏi tiết niệu.

Đau bụng kèm theo một số triệu chứng đặc hiệu khác:

Đau bụng cơn, kèm theo nôn, bí trung tiện, bí đại tiện thường gặp trong tắc ruột, cần nhập viện cấp cứu.

Đau bụng kèm theo tình trạng nhiễm trùng: sốt, môi khô, lưỡi bẩn, hơi thở hôi thường gặp trong các nhiễm trùng trong ổ bụng: viêm ruột thừa, viêm túi thừa, áp xe trong ổ bụng,... cần phải đi khám sớm.

Đau bụng kèm theo phát hiện các khối phồng, sa lồi, đau vùng bẹn, đùi, hay trên thành bụng gặp trong thoát vị nghẹt, cần phải được mổ sớm để tránh hoại tử ruột.

Đau bụng sau chấn thương vào

vùng bụng, sau cơn đau lan ra khắp bụng, kèm theo hoa mắt, chóng mặt, da, niêm mạc nhợt: có thể có tình trạng chảy máu trong ổ bụng, cần nhập viện ngay.

Đau bụng kèm theo vàng da, vàng mắt, sốt thường gặp trong nhiễm trùng đường mật so sỏi mật.

Đau bụng kèm theo chóng mặt, mệt mỏi, choáng ngất.

**2. Buồn nôn, nôn**

Buồn nôn, nôn là triệu chứng khá phổ biến trong các rối loạn đường tiêu hoá. Có thể do nhiều nguyên nhân gây ra như: Viêm dạ dày, ngộ độc thức ăn, hay thậm chí là các bệnh lý cấp tính cần phải điều trị sớm, thậm chí là phẫu thuật như: Tắc ruột, viêm phúc mạc...

Cần nhập viện cấp trong một số trường hợp sau:

Đau bụng cơn, sau kèm theo nôn: gặp trong tắc ruột (trong rối loạn tiêu hoá thường nôn trước đau bụng sau).

Nôn ra máu cục lẫn thức ăn, nôn ra máu đỏ tươi, máu đỏ nâu, máu đen, gặp trong chảy máu tiêu hoá cao (chảy từ thực quản, dạ dày, hành tá tràng), cần cấp cứu sớm, để muộn có thể nguy hiểm đến tính mạng do mất máu.

Nôn ra dịch ứ đọng đen bẩn, vàng bẩn, mùi hôi (như phân).

Nôn kèm theo các triệu chứng khác như: sốt, nôn kéo dài trên 24 giờ, nôn nhiều gây mất nước (miệng khô, mắt khô, tiểu ít...), mệt mỏi, lơ mơ...

**3. Rối loạn đại tiện**

Bí đại tiện, bí trung tiện gặp trong

tắc ruột.

Đại tiện phân đen (đen như nhựa đường, như bã cà phê) gặp trong chảy máu đường tiêu hoá cao (dạ dày, hành tá tràng).

Đại tiện máu có nhiều hình thức như: đại tiện máu đỏ tươi, máu đỏ nâu; phân lẫn máu... có thể gặp trong một số bệnh như: chảy máu đại trực tràng, ung thư đại trực tràng, viêm loét đại trực tràng chảy máu, trĩ chảy máu.

Đau sau đại tiện, sa khối vùng hậu môn khi đại tiện là triệu chứng của các bệnh lý vùng hậu môn như: nứt kẽ hậu môn, trĩ, polyp hậu môn- trực tràng.

Táo bón: đại tiện dưới 3 lần/ tuần, đại tiện khó khăn, phân to cứng hoặc dạng bi, đau khi đi đại tiện. Cần đi khám nếu táo bón kéo dài, đặc biệt khi táo bón kèm theo các bất thường khác như: đau bụng, sụt cân, mệt mỏi, thiếu máu... vì có thể là triệu chứng của các bệnh lý nguy hiểm đường tiêu hoá như polyp, viêm nhiễm, hay ung thư.

Tiêu chảy: đi ngoài phân lỏng như nước trên 3 lần/ngày. Khi bị tiêu chảy nhiều hoặc kéo dài dễ bị mất nước, mất chất điện giải, nếu không xử trí kịp thời có thể dẫn tới trụy mạch và tử vong.

**4. Các rối loạn khi nuốt**

Có thể gặp một số triệu chứng như: nuốt nghẹn, nuốt đau, nuốt vướng... Khi ăn thức ăn, người bệnh có cảm giác khó nuốt bởi thức ăn không được đưa vào thực quản hoặc đã vào thực quản nhưng khó tiêu không đi tiếp

được xuống dưới, bị tắc nghẽn ở chỗ nào đó. Nhiều trường hợp bị đau khi nuốt, thức ăn không trôi được xuống để tiêu hóa nên có cảm giác đau.

Đây là triệu chứng thường gặp của bệnh lý thực quản như: khối u thực quản, viêm hẹp thực quản, co thắt tâm vị, thậm chí là ung thư thực quản.

Cần đi khám ngay khi các rối loạn kéo dài, liên tục, có xu hướng tăng lên, đặc biệt kèm theo mệt mỏi, sụt cân.

**5. Một số triệu chứng khác**

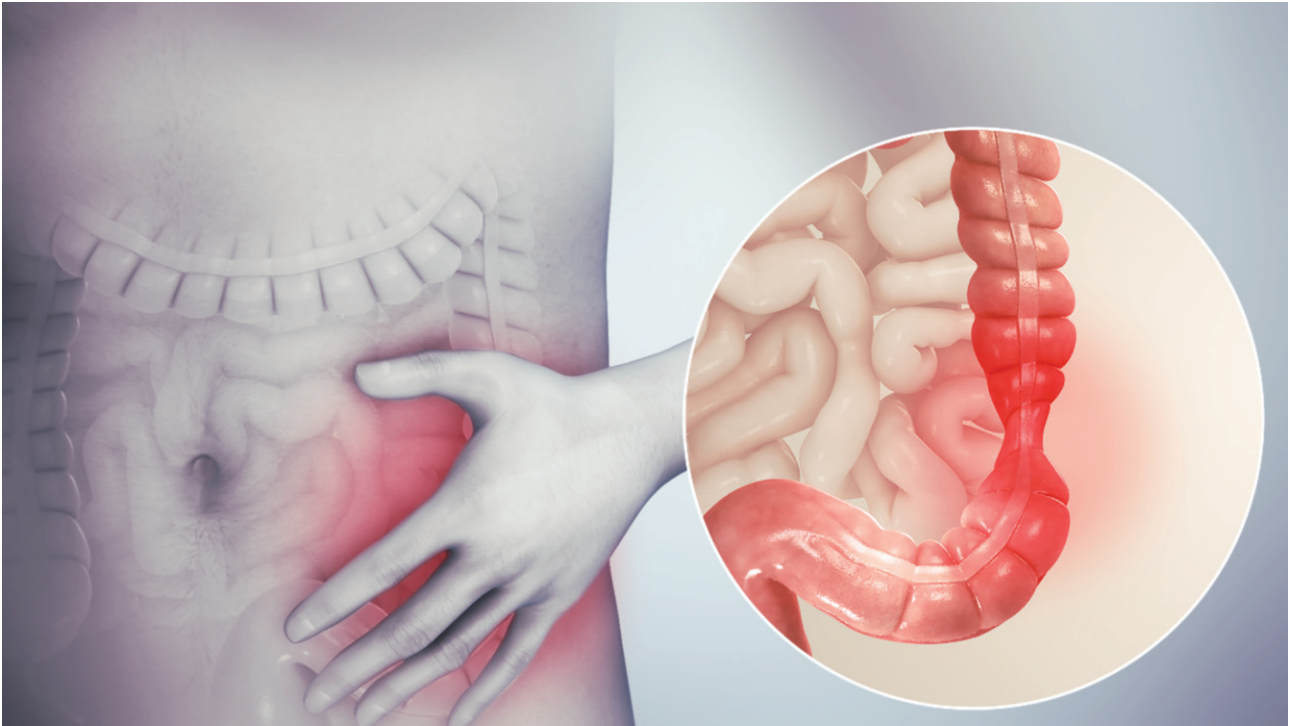
Ợ hơi, ợ chua, ợ nóng: là tình trạng dịch acid, có thể kèm cả thức ăn từ dạ dày di chuyển ngược lên thực quản. Thường gặp trong các bệnh lý dạ dày, thực quản như: viêm loét dạ dày, tá tràng, viêm thực quản trào ngược... cần đi khám sớm để chẩn đoán và điều trị bệnh hiệu quả.

Chướng bụng, đầy tức bụng, chán ăn: luôn cảm thấy bụng căng tức, bí bách, khó chịu đặc biệt là sau khi ăn xong, khiến cho người bệnh không có cảm giác thèm ăn. Thường do một số bệnh lý gây đình trệ quá trình tiêu hoá thức ăn trong ống tiêu hoá: viêm dạ dày, táo bón, thậm chí là các nguyên nhân gây hẹp lòng ruột như: viêm hẹp, lao, khối u...

Mệt mỏi, ăn kém, thiếu máu, sụt cân: đây là các triệu chứng báo động, nguy hiểm, thường liên quan đến các bệnh lý phức tạp của ống tiêu hoá thậm chí là ung thư ống tiêu hoá, cần đi khám và điều trị sớm. ■

**TS.BS. NGUYỄN NGỌC ĐAN**





# Tìm hiểu về hội chứng ruột kích thích (IBS)

## 1. Hội chứng ruột kích thích là gì?

Hội chứng ruột kích thích (IBS) là hiện tượng ruột bị rối loạn chức năng, tái đi tái lại nhiều lần, nhưng không có thương tổn về giải phẫu cũng như tổ chức sinh hoá ở ruột (không u, không viêm loét...). Ở Việt Nam, hội chứng ruột kích thích còn được biết đến với tên gọi viêm đại tràng co thắt, viêm đại tràng chức năng.

Đây là một trong những bệnh tiêu hoá phổ biến, có xu hướng ngày càng tăng. Mặc dù không nguy hiểm đến tính mạng nhưng làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống.

## 2. Nguyên nhân Bệnh

Một số yếu tố được cho là điều kiện thuận lợi để khởi phát bệnh.

Stress: Tình trạng căng thẳng thần kinh, suy nghĩ lo âu quá nhiều.

Một số loại đồ ăn không phù hợp: tùy theo cơ địa của từng người.

Một số yếu tố khác: Nhiễm khuẩn đường ruột, dùng kháng sinh kéo dài,



thay đổi thời tiết, liên quan đến chu kỳ kinh nguyệt....

## 3. Triệu chứng bệnh

Đau bụng: thường đau quặn cơn, cũng có khi đau âm ỉ, tức nặng dọc khung đại tràng.

Rối loạn tiêu hoá: phân lỏng, táo hoặc táo lỏng xen kẽ, thường có nhầy trong phân nhưng không có máu,

Một số triệu chứng khác: Đầy hơi, tức nặng bụng, trung tiện nhiều...

Các triệu chứng này thường liên quan đến chế độ ăn uống. Chẳng hạn,

khi ăn các thức ăn không phù hợp sẽ xuất hiện các triệu chứng rối loạn tiêu hóa ngay lập tức, nếu kiêng khem thì các triệu chứng sẽ biến mất.

**4. Ai có nguy cơ mắc Hội chứng ruột kích thích nhất**

Những người dưới tuổi 45.

Những người thường xuyên lo âu, trầm cảm hoặc trong trạng thái tinh thần không ổn định.

Nữ giới có khả năng mắc hội chứng ruột kích thích cao hơn nam giới hai lần.

Có tiền sử trong gia đình có người bị hội chứng ruột kích thích.

**5. Khi có các triệu chứng bệnh cần làm gì?**

Khi có triệu chứng bệnh cần đi khám chuyên khoa để:

Phát hiện các triệu chứng nguy hiểm: sút cân, chán ăn, mệt mỏi, thiếu máu, đại tiện máu...

Làm các xét nghiệm để loại trừ các bệnh lý nguy hiểm dễ nhầm với hội chứng ruột kích thích: ung thư đại trực tràng, viêm loét đại trực tràng...

**TUYỆT ĐỐI:** Không nên tự chẩn đoán và dùng thuốc khi chưa được đi

khám để loại trừ các bệnh lý nguy hiểm trước khi điều trị Hội chứng ruột kích thích.

**6. Khi nào cần đi khám ngay**

Khi có các triệu chứng rối loạn tiêu hoá, bạn cần đi khám chuyên khoa để được chẩn đoán và điều trị hiệu quả.

Tuy nhiên khi có một số triệu chứng sau bạn cần đi **KHÁM NGAY**, vì có thể là các triệu chứng báo động cho một tình trạng bệnh nguy hiểm (viêm loét, polyp thậm chí là ung thư đại trực tràng):

Rối loạn tiêu hoá xảy ra ở người trên 50 tuổi.

Các triệu chứng mới xuất hiện trong thời gian gần đây, xuất hiện liên tục (Hội chứng ruột kích thích thường là rối loạn kéo dài, dai dẳng, từng đợt).

Phân có máu.

Mệt mỏi, ăn kém, thiếu máu, sút cân.

Tiền sử trong gia đình có người bị ung thư đại trực tràng...

**7. Phòng bệnh như thế nào**

Có chế độ ăn uống hợp lý: Nên ăn vào thời gian cố định trong ngày và không bỏ bữa.

Bổ sung thực phẩm giàu chất xơ như rau củ quả.

Tránh các thực phẩm nhiều chất béo, dầu mỡ, bơ, sữa...

Tránh các thực phẩm không phù hợp: tùy cơ địa từng người.

Uống đủ nước: trung bình khoảng 2l/ngày cho người trưởng thành.

Tránh các đồ uống có ga và các chất kích thích như rượu, bia, cà phê...

Tập thể dục thường xuyên.

Hạn chế các căng thẳng trong cuộc sống.

**8. Điều trị bệnh**

Do Hội chứng ruột kích thích là rối loạn chức năng, nguyên nhân chưa rõ ràng, do đó không có thuốc điều trị đặc hiệu, điều trị bệnh bao gồm:

Điều chỉnh chế độ ăn uống sinh hoạt.

Tập thể dục thường xuyên.

Dùng một số thuốc điều trị triệu chứng: giãn cơ, chống táo bón, chống tiêu chảy, chống đầy hơi, thuốc an thần...

Tránh các stress: tâm lý liệu pháp, thuốc an thần theo đơn của Bác sĩ. ■

**TS.BS. NGUYỄN NGỌC ĐAN**



*Chế độ ăn hợp lý để giúp nhanh chóng cải thiện triệu chứng của hội chứng ruột kích thích*

# HIỂU VỀ RÒ HẬU MÔN VÀ CÁCH ĐIỀU TRỊ HIỆU QUẢ

Bệnh lỗ rò hậu môn là một đường hầm nhỏ nằm dưới da và thông từ ổ áp xe tới tuyến bã bị nhiễm khuẩn. Với các triệu chứng đau nhức và tiết nhiều dịch mủ khiến người bệnh khó chịu. Hiện nay, phương pháp điều trị chính của bệnh này là phẫu thuật. Rò hậu môn không phải là một bệnh nguy hiểm ngay tới tính mạng, nhưng ảnh hưởng trực tiếp tới chất lượng cuộc sống và sinh hoạt hàng ngày của người bệnh, chính vì thế hầu hết người bệnh chủ quan, bỏ qua việc thăm khám và điều trị. Bệnh càng để lâu tình trạng sẽ càng nghiêm trọng hơn.

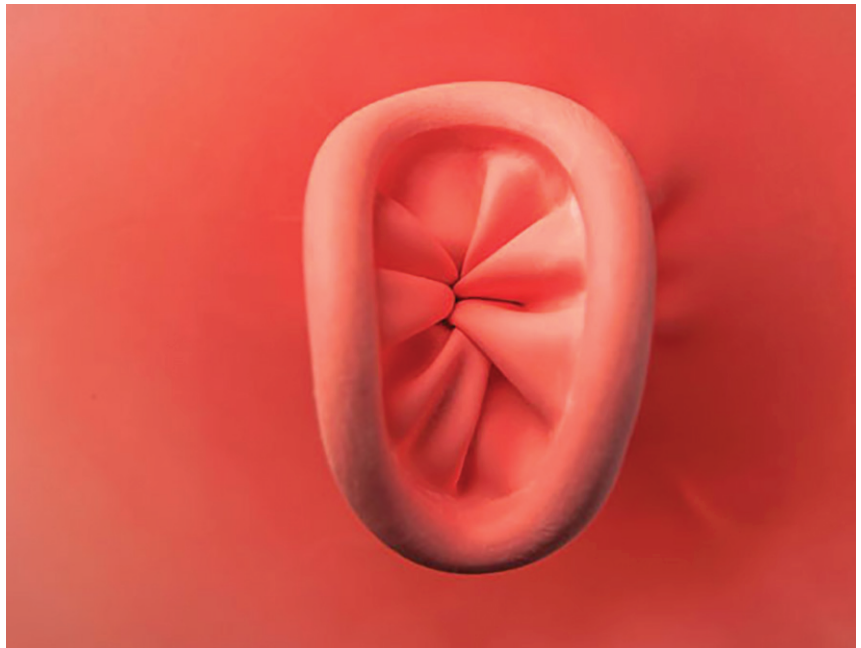
## 1. Rò hậu môn là bệnh gì?

Rò hậu môn vốn được biết đến là một dạng bệnh ngoại khoa, khi mắc bệnh hậu môn có dấu hiệu viêm nhiễm và hình thành ổ mủ. Về lâu về dài, ổ mủ có thể chảy dịch tạo nên đường rò ở khu vực hậu môn. Nhìn chung, bệnh không đe dọa trực tiếp tới tính mạng của người bệnh song chúng cũng gây ra không ít phiền toái, ảnh hưởng tới cuộc sống sinh hoạt hàng ngày. Bệnh này có thể xảy ra ở bất cứ lứa tuổi nào, chính vì thế mọi người nên theo dõi cẩn thận và kịp thời điều trị rò hậu môn khi phát hiện bệnh.

Trên thực tế, bệnh tồn tại dưới nhiều dạng khác nhau, ví dụ như rò hậu môn hoàn toàn, không hoàn toàn hoặc dạng rò hậu môn xuyên cơ thắt, ngoài cơ thắt,... Tùy từng tình trạng, triệu chứng bệnh sẽ biểu hiện khác nhau, nếu bỏ qua điều trị thì bạn có thể đối mặt với nhiều biến chứng xấu.

## 2. Nguyên nhân gây rò hậu môn

Một số tuyến bã nằm rải rác ngay bên trong lỗ hậu môn, đôi khi, tuyến bã này bị chặn hoặc bị tắc do nhiều nguyên nhân. Khi đó, vi khuẩn sẽ tích tụ lại tạo một ổ áp xe. Nếu không được điều trị ổ áp xe này sẽ càng to ra và cuối cùng, nó sẽ lan ra bên ngoài và phá hủy tổ chức tạo một lỗ trên da ở



*Chúng ta nên thăm khám tư vấn điều trị và cẩn trọng với bệnh rò hậu môn*

gần hậu môn thông ra bên ngoài. Lỗ rò gần hậu môn là đường hầm kết nối tuyến bị viêm với lỗ hồng thông ra bên ngoài này.

Phần lớn nguyên nhân ổ áp xe sẽ dẫn tới lỗ rò hậu môn, tuy nhiên, có các nguyên nhân khác nhưng hiếm hơn như bệnh lao, bệnh lây truyền qua đường tình dục hoặc lỗ rò hậu môn ở trẻ sơ sinh do bẩm sinh.

## 3. Dấu hiệu nhận biết rò hậu môn

Hầu hết mọi người vẫn chủ quan và không nắm được triệu chứng bệnh thường gặp, thậm chí chúng ta có thể nhầm lẫn tình trạng rò hậu môn với bệnh trĩ. Để nhận biết và có cách điều trị phù hợp, mọi người cần biết một số dấu hiệu đặc trưng khi bị rò hậu môn là:

- Đau nhức ở dưới mông.
- Đỏ, sưng quanh hậu môn.
- Sốt.

- Chảy dịch, mủ ở cạnh lỗ hậu môn.

Đa phần bệnh nhân thường đối mặt với tình trạng sưng đau ở hậu môn, vùng da xung quanh rất dễ bị kích ứng. Đặc biệt, bệnh nhân nặng sẽ thấy hậu môn nổi mụn, chảy nhiều dịch mủ và tạo ra mùi hôi cực kỳ khó chịu. Điều này khiến bạn tự ti mỗi khi gặp mọi người xung quanh, đồng thời chúng ta cảm thấy đau, khó chịu khi ngồi hoặc vận động mạnh.

Bên cạnh đó, nhiều bạn gặp phải hiện tượng đi đại tiện ra phân lẫn máu, đây là dấu hiệu khá nghiêm trọng mà mọi người không nên chủ quan. Tốt nhất khi phát hiện các triệu chứng kể trên, bạn nên chủ động đi khám và điều trị kịp thời, hạn chế những biến chứng xấu xảy ra.

Ngoài những dấu hiệu kể trên, một số triệu chứng đi kèm có thể kể tới như: bệnh nhân bị sốt cao, cơ thể ớn lạnh và thường xuyên cảm thấy mệt mỏi. Chúng ta không nên bỏ qua bất cứ triệu chứng nào để có thể phát hiện cũng như sớm điều trị rò hậu môn.

**4. Chẩn đoán rò hậu môn như nào?**

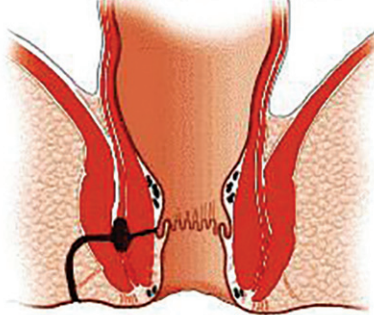
Nếu bác sĩ nghi ngờ bạn có một lỗ rò hậu môn, ngoài việc hỏi về các tiền sử bệnh tật và các triệu chứng hiện tại, bác sĩ sẽ khám ở vị trí lỗ rò. Một số lỗ rò rất dễ phát hiện nhưng một số khác thì khó phát hiện do các lỗ rò đã đóng lại. Bác sĩ sẽ tìm kiếm các dấu hiệu chảy dịch hoặc chảy máu. Tuy vậy, nếu chỉ nhìn thì khó có thể phát hiện được có đường rò thông vào ống hậu môn hay không. Do đó, để xác định đường rò hậu môn, bác sĩ phải thăm khám hậu môn bằng tay.

Bên cạnh đó, bác sĩ có thể chỉ định cho người bệnh đi nội soi hậu môn để bác sĩ tìm kiếm các ổ áp xe và lỗ rò bên trong của hậu môn và trực tràng, ngoài ra, người bệnh có thể được chụp X-quang hoặc CT scan giúp cho việc xác định rõ đường rò.

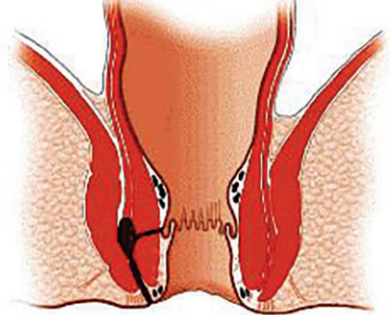
**5. Rò hậu môn có thể gây ra biến chứng nào?**

Chắc hẳn nhiều bạn đang thắc mắc nếu không điều trị thì bệnh nhân rò hậu môn sẽ đối mặt với những biến chứng nào? Như đã phân tích ở trên, rò hậu môn thường không đe dọa tới

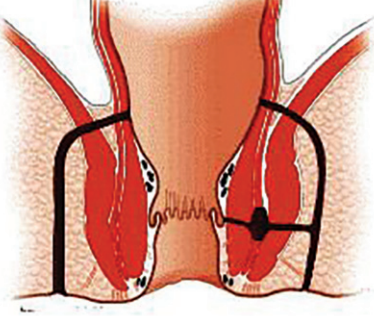
**Dò ngang cơ thắt**



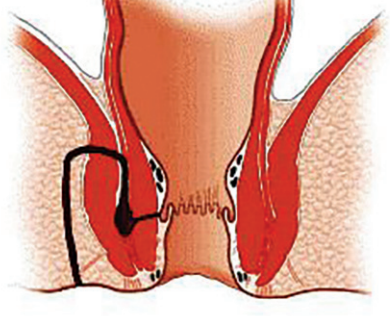
**Dò gian cơ thắt**



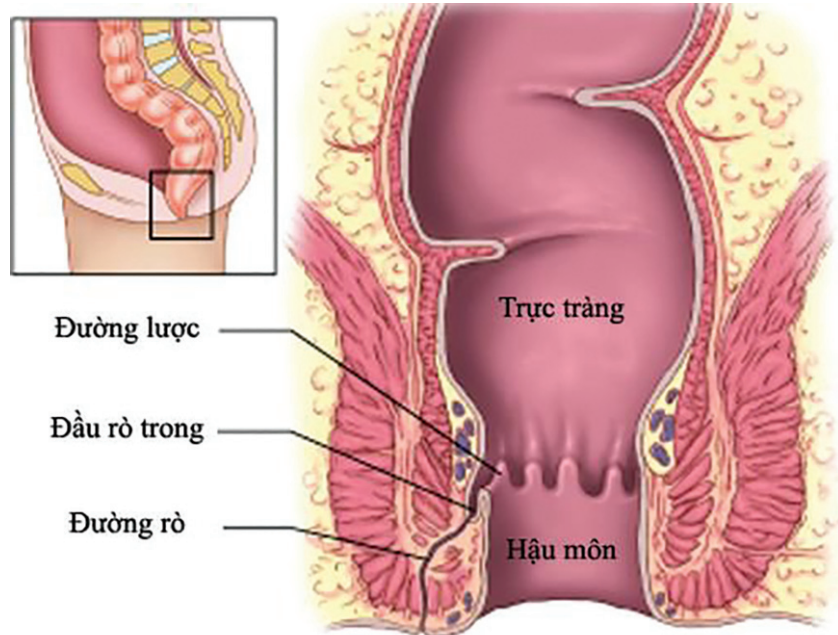
**Dò ngoài cơ thắt**



**Dò trên cơ thắt**



*Các đường rò hậu môn cơ bản*



*Rò hậu môn không chỉ gây đau đớn mà còn ảnh hưởng đến cuộc sống sinh hoạt của người bệnh*

tính mạng của bệnh nhân, tuy nhiên bệnh này không thể tự khỏi. Trong trường hợp bệnh nhân bỏ qua điều trị thì tình trạng bệnh có thể trở nặng và gây ra một số biến chứng nghiêm trọng.

Trong đó, các biến chứng thường gặp nhất là rỉ phân thông qua lỗ rò hoặc hậu môn viêm nhiễm nặng vì không đảm bảo vệ sinh sạch sẽ. Về lâu

về dài, các lỗ rò trực tràng, niệu đạo có nguy cơ xuất hiện và gây ảnh hưởng trực tiếp tới cuộc sống và sức khỏe. Một số bệnh nhân do chủ quan và không điều trị rò hậu môn kịp thời đã phát hiện mắc bệnh ung thư trực tràng. Lúc này việc chữa trị gặp rất nhiều khó khăn mà không thực sự đem lại hiệu quả cao nhất.

Như vậy, những biến chứng do rò

## GIÁO DỤC SỨC KHỎE

hậu môn gây ra khá nghiêm trọng, chúng vừa ảnh hưởng tới cuộc sống, tinh thần của bệnh nhân mà có gián tiếp gây hại đối với sức khỏe. Chính vì thế chúng ta cần quan tâm điều trị ngay từ những giai đoạn đầu tiên.

### 6. Các phương pháp điều trị rò hậu môn đem lại hiệu quả

Hiện nay, không có thuốc để điều trị lỗ rò hậu môn, vì vậy phương pháp điều trị chủ yếu là phẫu thuật.

Đối với lỗ rò đơn giản có vị trí không quá gần hậu môn, bác sĩ sẽ rạch vào cơ bao quanh đường hầm, tháo mũ và nạo vét sạch đường rò.

Đối với lỗ rò phức tạp hơn, bác sĩ có thể đặt seton vào lỗ rò để dẫn lưu mủ và dịch tiết ra khỏi ổ nhiễm trùng trong khi phẫu thuật. Thời gian đặt seton có thể kéo dài từ 6 tuần trở lên.

Gần đây có phương pháp mới hiện đại hơn trong điều trị như: phẫu thuật rò nội soi rò hậu môn, bơm keo sinh học và đường rò,....

Một số nguyên tắc trong khi điều trị rò hậu môn đó là: xác định lỗ rò trong trước khi tiến hành can thiệp, dựa vào đó chúng ta sẽ sử dụng kỹ thuật mổ thích hợp nhất. Trong quá trình thực hiện, bác sĩ phải đảm bảo loại bỏ những phần bị xơ, đồng thời không làm tổn thương cơ thắt. Nếu đảm bảo được những tiêu chí kể trên, bệnh rò hậu môn sẽ được giải quyết, bệnh nhân sớm phục hồi sức khỏe.

Ngày nay, với sự phát triển của y học, rất nhiều kỹ thuật điều trị ra đời giúp bác sĩ giải quyết dứt điểm tình trạng rò hậu môn. Chính vì thế người bệnh hoàn toàn yên tâm trong suốt quá trình chữa trị. Một số kỹ thuật mổ thường được áp dụng hiện nay là: Fistulotomy, Seton hoặc Advancement flap procedures,... Tùy vào cấu tạo và đặc điểm của lỗ rò, bác sĩ sẽ chọn ra kỹ thuật điều trị thích hợp và đảm bảo an toàn nhất.

### 7. Chăm sóc bệnh nhân rò hậu môn như thế nào?

Nếu muốn điều trị rò hậu môn hiệu quả, người bệnh cần lưu ý một số vấn đề hậu phẫu thuật và xây dựng chế độ chăm sóc khoa học. Thông thường,



Rò hậu môn gây ra nhiều triệu chứng khó chịu



Có rất nhiều kỹ thuật mổ dành cho bệnh nhân rò hậu môn

người bệnh sẽ cảm thấy đau, khó chịu sau khi ca phẫu thuật kết thúc, đây là hiện tượng bình thường. Nếu cảm thấy khó chịu, bạn có thể thông báo với bác sĩ để được kê đơn thuốc giảm đau, tuy nhiên loại thuốc này không bắt buộc đối với tất cả mọi người.

Bệnh nhân thường mất khoảng 5 – 6 tuần để phục hồi sức khỏe sau khi phẫu thuật rò hậu môn, trong thời gian này bạn nên dành nhiều thời gian nghỉ ngơi, tránh vận động mạnh gây ảnh

hưởng tới vết mổ. Đồng thời, bác sĩ cũng khuyến khích người bệnh bổ sung các thực phẩm giàu chất xơ vào bữa ăn để hệ tiêu hóa hoạt động tốt hơn, tránh tình trạng táo bón.

Khi gặp các biến chứng hoặc dấu hiệu bất thường, chúng ta nên chủ động tới các cơ sở y tế để được theo dõi và xử lý kịp thời. ■



# VIỆC TỪ BỎ HÚT THUỐC GIẢM NGUY CƠ PHÁT TRIỂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 CỦA BẠN LÊN ĐẾN 40%



Một công bố tóm tắt mới, được phát triển chung bởi Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF) và Đại học Newcastle Australia, tiết lộ rằng việc từ bỏ hút thuốc có thể làm giảm nguy cơ phát triển đái tháo đường típ 2 từ 30 đến 40%.

Việc từ bỏ hút thuốc không chỉ giảm nguy cơ phát triển đái tháo đường típ 2 mà còn giảm nguy cơ các biến chứng liên quan đến đái tháo đường.

IDF ước tính có 537 triệu người mắc đái tháo đường, con số này vẫn tiếp tục tăng. Đái tháo đường típ 2 là một trong những bệnh mạn tính phổ biến nhất trên toàn thế giới, chiếm hơn 95% trong tổng số các trường hợp đái tháo đường. Tuy nhiên, đái tháo đường típ 2 thường có thể được ngăn ngừa.

Việc sử dụng thuốc lá là một trong những yếu tố nguy cơ đã biết đến của đái tháo đường típ 2. Bằng chứng cho

thấy rằng việc hút thuốc có ảnh hưởng đến sự kháng insulin, một đặc điểm của đái tháo đường típ 2.

Hút thuốc cũng tăng nguy cơ các biến chứng liên quan đến đái tháo đường như bệnh tim mạch, suy thận và mù lòa. Hút thuốc cũng làm chậm quá trình lành vết thương và tăng nguy cơ cắt bỏ chi dưới, tạo ra một gánh nặng đáng kể cho các hệ thống y tế.

"Hút thuốc góp phần vào nguy cơ phát triển đái tháo đường típ 2 và tăng nguy cơ phát triển các biến chứng có thể gây nguy hiểm cho tính mạng liên quan đến tình trạng bệnh. Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế mạnh mẽ khuyến khích mọi người từ bỏ hút thuốc để giảm nguy cơ mắc đái tháo đường và, đã mắc đái tháo đường, bỏ thuốc giúp tránh các biến chứng. Chúng tôi kêu gọi các chính phủ áp dụng các biện pháp chính sách để ngăn ngừa mọi người hút thuốc và loại

bỏ khói thuốc lá khỏi mọi không gian công cộng," tuyên bố của Prof. Akhtar Hussain, Chủ tịch của IDF.

Thông điệp nhấn mạnh rõ ràng: từ bỏ hút thuốc không chỉ tốt cho phổi và cho tim mạch khỏe; mà còn giảm gánh nặng của đái tháo đường típ 2.

"Các nhà chuyên môn y tế đóng vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy và hướng dẫn cá nhân mắc đái tháo đường típ 2 từ bỏ thuốc lá, trong khi các chính phủ cần thực hiện bước quan trọng để đảm bảo tất cả các nơi công cộng đều không có khói thuốc. Những biện pháp can thiệp này là những biện pháp bảo vệ quan trọng chống lại thách thức vô cùng lớn và lan tràn của căn bệnh này," tuyên bố của Ruediger Krech, Giám đốc Chương trình Y tế Tăng cường của WHO. ■

**THEO LIÊN ĐOÀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG QUỐC TẾ**

# IDF VÀ FIND HỢP SỨC ĐỂ NÂNG CAO KHẢ NĂNG TRIỂN KHAI CGM THÀNH CÔNG

Hợp tác giữa Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế (IDF) và FIND (Foundation for Innovative New Diagnostics) đã hình thành một dự án mới nhằm nâng cao năng lực trong việc sử dụng Công nghệ Giám sát đường huyết liên tục (CGM) cho các nhân viên y tế và người bệnh đái tháo đường. Sự hợp tác này thuộc dự án ACCEDE (Access to CGMs for Equity in Diabetes management). Mục tiêu của dự án là tăng cường quản lý đái tháo đường bằng cách sử dụng CGM ở các nước thu nhập thấp và trung bình (LMICs), trước mắt tập trung vào Kenya và Nam Phi. Dự án được hỗ trợ bằng một khoản tài trợ 3 năm từ Quỹ từ thiện Leona M. và Harry B. Helmsley.



**S**ử dụng công nghệ CGM cung cấp một loạt dữ liệu đường huyết phong phú, chính xác, đầy đủ so với các máy đo đường huyết mao mạch/tĩnh mạch truyền thống. Sử dụng CGM đòi hỏi một cách tiếp cận cá nhân hóa, do vậy phải nâng cao khả năng diễn giải và áp dụng dữ liệu vào điều trị. Đào tạo thành thạo cho các chuyên gia y tế và người bệnh đái tháo đường trong việc diễn giải dữ liệu CGM mở ra tiềm năng cho quản lý đái tháo đường, cải

thiện đáng kể và khuyến khích sửa đổi hành vi. Thông qua phân tích các hồ sơ đường huyết toàn diện, cung cấp hiểu biết sâu sắc hơn về đường huyết cơ thể, tạo điều kiện cho quyết định tốt hơn trong cải thiện chăm sóc bệnh nhân. Hơn nữa, việc tích hợp CGM cung cấp sự tự kiểm soát và sự tự tin hơn cho những người sử dụng hệ thống này, qua đó cải thiện chất lượng cuộc sống của người đái tháo đường.

Để đảm bảo tích hợp hiệu quả CGM vào các hệ thống chăm sóc y tế,

quan trọng nhất là ưu tiên xây dựng năng lực thông qua việc đào tạo toàn diện và phổ biến kiến thức liên quan cho cả nhân viên y tế và người bệnh đái tháo đường. Cách tiếp cận chiến lược này là nâng cao khả năng tiếp cận công nghệ CGM, đặc biệt là ở các khu vực mà CGM vẫn chưa phổ biến.

Dự án tích hợp CGM vào các hệ thống chăm sóc y tế muốn thành công phụ thuộc vào việc xây dựng năng lực. Thông qua việc đào tạo toàn diện và phổ biến kiến thức cần thiết cho các



nhân viên y tế và người bệnh đái tháo đường. Mục tiêu của dự án là khuyến khích sự hiểu biết rộng rãi về công nghệ CGM, góp phần vào việc cải thiện quản lý đái tháo đường ở các nước kém phát triển.

Trong dự án này, IDF đảm nhiệm xây dựng tài liệu giáo dục trực tuyến cho nhân viên y tế, cho người bệnh đái tháo đường thông qua nền tảng Understanding Diabetes. Khóa học cho các chuyên gia y tế sẽ được chứng nhận từ Hội đồng Châu Âu về Giáo dục Y khoa Liên châu Âu (EACCME). Các khóa học sẽ được thực hiện bằng tiếng Anh và sẽ có thể truy cập tự do, miễn phí toàn cầu. Ngoài ra, các khóa học sẽ có tính ứng dụng toàn cầu, với khả năng mở rộng sang nhiều ngôn ngữ khác nhau cùng với các chứng nhận phù hợp tại các quốc gia tương ứng.

Sự hợp tác giữa IDF và FIND đánh dấu một cột mốc quan trọng trong việc trang bị cho các nhân viên y tế và người bệnh đái tháo đường những năng lực cần thiết để sử dụng CGM một cách thành thạo trong quản lý đái tháo đường.

“Sự gia tăng nhanh chóng của bệnh đái tháo đường sẽ ảnh hưởng lớn nhất đến các nước thu nhập thấp và trung bình. Việc cải thiện khả năng tiếp

cận dịch vụ chăm sóc đái tháo đường tốt nhất, có sẵn nhưng nguồn lực địa phương chưa cho phép là rất quan trọng. Do đó, chúng tôi rất vui mừng khi hợp tác với FIND để giúp các chuyên gia y tế và người mắc bệnh đái tháo đường ở các LMICs hiểu và sử dụng hiệu quả công nghệ CGM, để cải thiện quản lý đái tháo đường. Điều này sẽ giúp trì hoãn hoặc tránh được các biến chứng nghiêm trọng và tổn kém liên quan đến tình trạng bệnh”. Giáo sư Akhtar Hussain, Chủ tịch, Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế phát biểu.

“Tại FIND, chúng tôi rất phấn khích khi hợp tác với Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế để tiến xa hơn trong việc xây dựng năng lực sử dụng CGM thông qua dự án ACCEDE. Sự giàu có kiến thức và kinh nghiệm của IDF trong lĩnh vực phát triển đào tạo cho các LMICs sẽ đảm bảo rằng nội dung là phù hợp với bối cảnh và tích hợp kinh nghiệm của các bên liên quan. Xây dựng năng lực mạnh mẽ là cần thiết và có tác động lớn cho việc tiếp cận rộng hơn vào các công cụ tự giám sát đường huyết mới này; và chúng tôi rất mong đợi việc triển khai đào tạo vào năm 2024.” Theo Dr Beatrice Vetter, Giám đốc, Chương trình

NCD, FIND.

\* FIND là cụm từ viết tắt của "Foundation for Innovative New Diagnostics". Đây là một tổ chức phi lợi nhuận toàn cầu, được thành lập với mục tiêu kết nối các quốc gia và cộng đồng, nhà tài trợ, nhà lập pháp, nhà cung cấp dịch vụ y tế và các nhà phát triển để thúc đẩy sự đổi mới trong lĩnh vực chẩn đoán. Cụ thể, FIND tập trung vào việc phát triển và triển khai các công nghệ chẩn đoán mới để chẩn đoán các bệnh truyền nhiễm, đặc biệt là ở các quốc gia và khu vực thu nhập thấp và trung bình. FIND đóng vai trò quan trọng trong việc cung cấp tài trợ, hỗ trợ kỹ thuật và tạo mối quan hệ đối tác giữa các bên liên quan để thúc đẩy sự phát triển và triển khai của các công nghệ chẩn đoán mới này, giúp cải thiện chẩn đoán và điều trị bệnh trên toàn thế giới. ■

## **THEO LIÊN ĐOÀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG QUỐC TẾ**

# NHỮNG PHƯƠNG PHÁP GIẢI TỎA LO ÂU VỀ TUỔI THỌ CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Đái tháo đường là tình trạng rối loạn chuyển hóa mạn tính, do cơ thể không sản sinh insulin hoặc không sử dụng được insulin để hấp thụ glucose máu dẫn đến đường trong máu cao hơn bình thường. Tăng glucose máu mạn tính trong đái tháo đường sẽ gây tổn thương, rối loạn chức năng hay suy nhược cơ thể, gây biến chứng và kéo giảm tuổi thọ.

TRANG NGUYỄN



*Phát hiện bệnh khi đã có biến chứng nguy hiểm gây ảnh hưởng lớn đến tuổi thọ của bệnh nhân đái tháo đường.*

Đái tháo đường được nhiều người biết đến ở dạng đái tháo đường týp 1, đái tháo đường týp 2 và đái tháo đường thai kỳ. Ở Việt Nam, số người bị tiền đái tháo đường cao hơn gấp 3 lần so với số người đã mắc bệnh. Trên thực tế, có rất nhiều người bị đái tháo đường nhưng không hề biết mình mắc bệnh, cho tới khi xuất hiện các biến chứng nặng trên tim, mắt, thận, thần kinh...

Các triệu chứng của đường huyết cao bao gồm: Ăn nhiều, uống nhiều, tiểu nhiều và sụt cân nhiều. Nếu bệnh đái tháo đường không được chữa trị, có thể gây ra nhiều biến chứng như: Hạ

đường huyết, hôn mê nhiễm toan ceton, thậm chí tử vong, bệnh tim mạch, đột quy, suy thận mạn tính, loét chân dẫn đến cắt cụt, bệnh lý võng mạc gây mù lòa...

## **Tuổi thọ của người bệnh đái tháo đường**

Theo nghiên cứu mới nhất được công bố trên Tạp chí Y khoa Lancet Diabetes & Endocrinology 2023 của Đại học Cambridge cho thấy mắc bệnh tiểu đường týp 2 ở tuổi 30 có thể rút ngắn 14 năm tuổi thọ. Kết luận được đưa ra sau quá trình phân tích dữ

liệu từ 19 quốc gia thu nhập cao, với sự tham gia của 1,5 triệu người. Nhìn chung, đối với một người, mắc bệnh tiểu đường sớm hơn 10 năm có thể giảm khoảng 4 năm tuổi thọ.

Hiệp hội Đái tháo đường Anh Quốc nhận định: người đái tháo đường týp 2 có tuổi thọ giảm trung bình 10 năm so với người bình thường. Phụ nữ phát hiện đái tháo đường trên 55 tuổi giảm ít nhất 6 năm và với nam giới là 5 năm tuổi thọ. Nhưng nếu phát hiện triệu chứng bệnh đái tháo đường týp 2 ở giai đoạn cuối, số năm sống có thể còn thấp hơn con số đó nhiều.

Việt Nam hiện được xếp vào 10 quốc gia có tỷ lệ gia tăng người bệnh đái tháo đường cao nhất thế giới. Thống kê cho thấy, ước tính cả nước hiện có 3,5 triệu người (độ tuổi từ 20 - 79) mắc bệnh này nhưng 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...

Điều này gây ảnh hưởng rất lớn và làm giảm tuổi thọ của bệnh nhân đái tháo đường. Theo số liệu của Liên đoàn Đái tháo đường Quốc tế, cứ 7 giây lại có một người tử vong do căn bệnh này. Thực tế cho thấy tuổi thọ của người bệnh sẽ được kéo dài, nghĩa là việc sống chung với căn bệnh này lâu dài hoàn toàn có thể thực hiện được nếu điều trị đúng phương pháp.

**Giải pháp nâng cao tuổi thọ cho bệnh nhân đái tháo đường**

Vì đái tháo đường là bệnh rối loạn chuyển hóa, không chữa khỏi nên tuổi thọ của người bệnh đái tháo đường phụ thuộc phần lớn vào việc kiểm soát đường huyết và ngăn ngừa các biến chứng như đau tim, đột quy, suy thận... Điều này đòi hỏi sự kết hợp nhuần nhuyễn giữa điều trị bằng thuốc với dinh dưỡng, luyện tập khoa học.

Theo BSCKI Trần Quý Cầu, Bệnh viện Xuyên Á, TP Hồ Chí Minh, chế độ ăn uống khoa học, thường xuyên tập thể dục thể thao, tuân thủ phác đồ điều trị của bác sĩ, thường xuyên theo dõi đường huyết, ngủ đủ giấc, và giữ cân nặng hợp lý là những yếu tố giúp người bệnh đái tháo đường ngăn ngừa được các biến chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống.

Sau đây là 5 phương pháp giúp nâng cao tuổi thọ tự nhiên cho bệnh nhân đái tháo đường:

**1. Điều trị đúng chỉ định:**

- Luôn giữ đường huyết ổn định trong giới hạn cho phép.
- Cần uống thuốc đầy đủ, tuân thủ chỉ định của bác sĩ, tái khám định kỳ và ngay khi phát hiện các dấu hiệu bất thường.

**2. Dinh dưỡng khoa học:**

- Ăn đủ các chất xơ qua rau xanh, ăn trái cây không nên vắt lấy nước.
- Ăn đủ các thực phẩm giàu tinh bột (cơm, khoai, ngô, sắn...), không vì sợ đường máu tăng mà ăn ít tinh bột,



*Tuổi thọ của người bệnh đái tháo đường phụ thuộc phần lớn vào việc kiểm soát đường huyết và ngăn ngừa các biến chứng*

không đủ năng lượng cho cơ thể.

- Với các chất đường trực tiếp nên ăn hạn chế, chỉ ăn lúc xa bữa ăn chính, ăn khi nhận thấy nguy cơ hạ đường máu (bánh kẹo ngọt, hoa quả sấy khô, nước có gas...).

- Các loại món ăn làm tăng đường máu nhanh như: miến rong, khoai lang nướng, xôi hoặc các loại đồ nếp, kể cả cơm gạo dẻo chỉ thỉnh thoảng mới nên ăn.

- Hạn chế ăn những thực phẩm có hàm lượng cholesterol cao và chất béo động vật như gan, tim, phổi, cật, lòng đỏ trứng, thịt mỡ, bơ, dầu...

- Đồ uống rượu bia, đồ uống có cồn cần hạn chế.

- Không nên chia quá nhiều bữa ăn, tối đa không quá 6 bữa kể cả bữa phụ, sẽ giúp kiểm soát đường huyết hiệu quả mà không bị hạ đường máu.

**3. Ngủ đủ 8 tiếng:**

Ngủ đủ giấc giúp hạn chế sự thèm ăn, tăng cân và tăng độ nhạy cảm của insulin ở các mô. Nên tập thói quen đi ngủ vào cùng 1 thời điểm trong ngày và trước 11 giờ tối.

**4. Tập luyện kiên trì:**

Tập thể dục hàng ngày không chỉ giúp bạn kiểm soát cân nặng, kiểm soát đường huyết... mà còn giúp bạn có một cơ thể khỏe mạnh, dẻo dai, cân đối. Tập thể dục thường xuyên tốt cho hệ thống tim mạch của bạn.

Các khuyến cáo đều khuyên người bệnh đái tháo đường týp 2 nên tập các bài thể dục cường độ trung bình ít nhất 30 phút mỗi ngày. Các bài tập này có thể là chạy bộ, bơi lội hoặc tập thể dục

nhịp điệu... sao cho tác động lên tất cả các nhóm cơ trên cơ thể.

Bạn cũng đừng quên rằng nếu muốn tăng cường sức mạnh và giảm cân nhiều hơn, bạn nên tập những bài tập đối kháng đòi hỏi sức mạnh như chạy nhanh, leo núi, tập tạ hoặc chơi một môn thể thao như bóng đá, quần vợt... Tuy nhiên, bạn cần lưu ý là khởi động trước khi tập luyện các môn thể thao đối kháng và nên lựa chọn những môn, tư thế tập phù hợp với sức khỏe của mình.

Nên tập thể thao 30-45 phút/ngày với các bộ môn vừa sức như đi bộ, chạy bộ, bơi lội, yoga..., giúp đầu óc thư giãn, tăng cường miễn dịch và giúp đường huyết được kiểm soát tốt hơn.

**5. Thư giãn:**

Lo âu, căng thẳng có thể làm rối loạn đường huyết, tăng huyết áp, ảnh hưởng không tốt đến các bệnh lý tim mạch. Nếu tình trạng lo âu không quá trầm trọng, bạn có thể đi du lịch, chơi thể thao, ngồi thiền... giải tỏa stress. Khi tình trạng bệnh nặng hơn gây ra mất ngủ, chán ăn, luôn hoang mang, lo sợ, thậm chí là trầm cảm, bạn cần phải đến khám, tư vấn các nhà tâm lý, các bác sĩ chuyên khoa tâm thần kinh nhằm có những biện pháp can thiệp kịp thời.

Nụ cười sẽ giải phóng năng lượng tích cực, giảm căng thẳng và tăng cường tuổi thọ. Người bệnh nên thư giãn thông qua các thú vui nhẹ nhàng như: nghe nhạc, đọc truyện cười, xem hài kịch, đi spa massage... để không còn nỗi lo bệnh tiểu đường sống được bao nhiêu năm. ■

# TỐI ƯU HOÁ SỬ DỤNG THUỐC VỚI BỆNH NHÂN LỌC MÁU

Lọc máu đem lại nhiều giá trị với bệnh nhân phải hồi sức. Tuy nhiên, tác dụng không mong muốn của phương pháp này là thuốc bị lọc khỏi cơ thể. Vì thế, việc tối ưu hóa sử dụng thuốc ngày càng quan trọng đối với bệnh nhân lọc máu.



*Lọc máu đặt ra nhiều thách thức trong sử dụng thuốc*

## **Nâng cao chuyên môn hiệu chỉnh liều thuốc trên bệnh nhân lọc máu**

"Tối ưu hóa sử dụng thuốc trên bệnh nhân lọc máu – Cơ hội và thách thức" là chủ đề của hội thảo khoa học vừa được Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn tổ chức với sự tham dự, chia sẻ của nhiều chuyên gia trong lĩnh vực hồi sức và được lâm sàng, trong nước và quốc tế.

Theo các bác sĩ, lọc máu liên tục là phương pháp ra đời từ năm 1977 đã đưa chuyên ngành Hồi sức - Cấp cứu - Chống độc lên một bước tiến mới, giải quyết được nhiều tình huống khó như sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng, ARDS,... Tuy nhiên, cho đến nay,

khuyến cáo từ y văn về cách cá thể hóa liều thuốc cho bệnh nhân lọc máu vẫn rất hạn chế và chưa rõ ràng.

Trong khi đó, bệnh nhân nặng lọc máu liên tục có rất nhiều thay đổi về dược động học dẫn đến mức liều thường dùng không còn phù hợp và nguy cơ bệnh nhân không đạt được hiệu quả điều trị khi liều thấp hoặc gặp phải độc tính do liều cao.

Tuy nhiên, đến nay, khuyến cáo từ y văn về cách cá thể hóa liều thuốc cho bệnh nhân lọc máu vẫn rất hạn chế và chưa rõ ràng.

Tại hội thảo, TS.BS Nguyễn Đức Long, Giám đốc Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, cho biết vấn đề sử dụng

thuốc trên đối tượng bệnh nhân đặc biệt: bệnh nhân hồi sức tích cực, cần lọc máu, còn rất nhiều khó khăn trong điều trị và hiệu chỉnh liều thuốc.

Do đó, trong hội thảo, các kinh nghiệm, những tiến bộ mới nhất về dược lâm sàng sẽ được trình bày, giới thiệu, thảo luận, phân tích sâu, để các đơn vị có thể cập nhật và áp dụng ngay trong việc điều trị cho người bệnh.

DSCII Nguyễn Thị Dừa, Trưởng khoa Dược, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn nhận định, bệnh nhân lọc máu sẽ dẫn đến thay đổi rất nhiều về dược động học và dược lực học của thuốc. Vì vậy, việc tối ưu hóa liều theo cá thể hóa là hết sức cần thiết.

"Tối ưu hóa sử dụng thuốc sẽ ngày càng quan trọng, đặc biệt là việc cá thể hóa liều khi mỗi bệnh nhân có mức độ chuyển hóa khác nhau. Đây là việc cần sự phối hợp chặt chẽ đa ngành: dược sĩ, bác sĩ và xét nghiệm", DS Dừa nhấn mạnh.

**Nhiều thách thức trong sử dụng thuốc với bệnh nhân lọc máu**

Khi chia sẻ về thực tế lâm sàng, PGS.TS Đặng Quốc Tuấn, Trung tâm Hồi sức - Chống độc, Bệnh viện Bạch Mai nhận định, việc điều chỉnh liều với bệnh nhân lọc máu là một thách thức lớn.

"Lọc máu đem lại nhiều giá trị với bệnh nhân phải hồi sức. Tuy nhiên, tác dụng không mong muốn của phương pháp này là thuốc bị lọc khỏi cơ thể. Vì máu được lọc liên tục nên sẽ không biết được thuốc sẽ như thế nào. Đây là vấn đề rất nan giải được đặt ra", PGS Tuấn chỉ rõ.

Theo chuyên gia này, nhiều yếu tố trong lọc máu có thể tác động đến thuốc. Trong khi đó, nếu nồng độ thuốc không đảm bảo sẽ ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị.

Khó khăn hơn nữa khi với mỗi cơ chế lọc máu lại có tác động khác nhau với thuốc. Ví dụ với lọc đối lưu có thể lọc ra cả các phân tử nhỏ và phân tử tương đối lớn. Trong khi đó, với cơ chế khuếch tán thì chỉ lọc những phân tử có trọng lượng thấp.

"Lượng thuốc bị lọc ra ở hai loại lọc máu này sẽ khác nhau nên chúng ta cần phải lưu ý trong điều trị", PGS Tuấn nhấn mạnh.

GS.TS Linda Awdishu, Trưởng khoa Dược lâm sàng, Trường Dược Skaggs, Đại học California (Hoa Kỳ) đã có những chia sẻ về cân nhắc liều dùng thuốc ở bệnh nhân tổn thương thận cấp và trị liệu thay thế thận.

Theo GS Linda, chỉ có dưới 20% các loại thuốc lưu hành hiện nay được nghiên cứu các đặc điểm dược động lực học trên quần thể bệnh nhân trị liệu thay thế thận.

Trong khi đó, nhiều thay đổi trong cơ thể của các bệnh nhân phải lọc máu liên tục do suy thận sẽ ảnh hưởng đến hiệu quả thuốc.

Điển hình là sự thay đổi trong quá trình hấp thu như: Thay đổi thời gian hấp thu tại đường tiêu hóa, thay đổi pH



Hội thảo Dược lâm sàng 2023 do Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn tổ chức



PGS.TS Đặng Quốc Tuấn, Trung tâm Hồi sức - Chống độc, Bệnh viện Bạch Mai chia sẻ tại hội thảo.

dạ dày, nôn và tiêu chảy, teo ruột do nhịn ăn uống qua đường miệng, rối loạn nhu động ruột, hấp thu thuốc qua niêm mạc da bị chậm lại do phù nề.

Các thay đổi trong quá trình phân bố có thể kể đến như: quá tải dịch dẫn đến tăng thể tích phân bố của các thuốc thân nước, hạ albumin máu và thoát dịch ngoại bào, tăng ure máu làm thay đổi cấu trúc vị trí liên kết của albumin với thuốc.

"Việc tính nồng độ thanh thải nội tại của thận và tốc độ dịch thải trong trị liệu thay thế thận, được chuẩn hóa theo mức độ liên kết protein-thuốc, là bước đầu tiên để tính độ thanh thải của thuốc", GS Linda phân tích. ■

TK (Theo Dân trí)

# BỆNH VIỆN XANH PÔN ỨNG DỤNG THÀNH CÔNG CÔNG NGHỆ TRÍ TUỆ NHÂN TẠO CHẨN ĐOÁN KHỐI UNG THƯ SIÊU NHỎ Ở ĐƯỜNG TIÊU HÓA

Khi ống nội soi tiến vào khu vực có tổn thương, hệ thống AI phát ra tiếng bíp báo hiệu, trên màn hình hiện lên ảnh chụp niêm mạc ống tiêu hóa với vị trí tổn thương được tự động khoanh tròn.



Mắc bệnh Crohn, tình trạng gây viêm ruột dẫn đến hẹp một đoạn đại tràng, cách đây vài năm, ông Hưng (tên nhân vật đã được thay đổi), 70 tuổi, sống tại Hà Nội đã phải tiến hành phẫu thuật để điều trị di chứng của bệnh.

Với tiền sử bệnh như vậy, ông Hưng được khuyến cáo định kỳ nội soi đại tràng để kiểm tra tình trạng bệnh, bên cạnh đó có thể tầm soát nguy cơ ung thư có thể phát sinh.

Để thực hiện thủ thuật nội soi gây mê dạ dày và đại trực tràng, từ tối hôm

trước bệnh nhân đã được hướng dẫn uống thuốc để làm sạch đại tràng. Ngoài ra, bệnh nhân cũng được yêu cầu không ăn, uống tối thiểu 2 tiếng trước giờ làm thủ thuật.

9h30, ông Hưng được đưa vào phòng nội soi, Trung tâm Tiêu hóa Kỹ thuật cao, Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn (Hà Nội). Tại đây ông được gây mê đường tĩnh mạch.

Theo các bác sĩ, việc gây mê giúp bệnh nhân hoàn toàn không còn cảm thấy khó chịu, bên cạnh đó, bác sĩ cũng có thể thực hiện nội soi đường tiêu hóa

bệnh nhân một cách tỉ mỉ hơn.

Một dụng cụ giữ miệng bệnh nhân luôn mở tạo "cánh cổng" vào bên trong ống tiêu hóa. ThS.BS Phùng Hoàng Hiệp nhẹ nhàng đưa dây nội soi qua miệng rồi tiến dần xuống thực quản và đích đến của cuối cùng là dạ dày của bệnh nhân, để truy tìm các tổn thương trong đường tiêu hóa như: viêm, polyp, khối u...

Trong hành trình thực hiện nhiệm vụ này, bác sĩ nội soi có thêm một người bạn đồng hành đặc biệt: Trí tuệ nhân tạo (AI).



"Hệ thống nội soi được tích hợp trí tuệ nhân tạo là một công nghệ mới được áp dụng. Từ hình ảnh được gửi về qua camera nội soi, AI sẽ kịp thời phát hiện, phát ra cảnh báo, cũng như đánh giá nguy cơ ác tính của tổn thương", BS Hiệp chia sẻ.

Hình ảnh bên trong ống tiêu hóa được hiện lên rõ nét trên màn hình theo tiến trình nội soi, song song màn hình của trí tuệ nhân tạo.

Khi ống nội soi tiến vào khu vực có tổn thương, hệ thống AI phát ra tiếng bíp báo hiệu, trên màn hình hiện lên ảnh chụp niêm mạc ống tiêu hóa với vị trí tổn thương được tự động khoanh tròn. Bên cạnh đó, hệ thống cũng đưa ra gợi ý về nguy cơ ác tính tổn thương.

"AI trong nội soi ống tiêu hóa là một trong những công nghệ mới được chúng tôi đưa vào sử dụng. Công nghệ này giúp chúng tôi tăng khả năng phát hiện được tổn thương trong ống tiêu hóa.

Đồng thời hỗ trợ chúng tôi trong việc đánh giá, phân loại mức độ nguy cơ của các tổn thương được phát hiện qua đó chọn lựa được các vị trí cần đánh giá kỹ hơn", BS Phùng Hoàng Hiệp chia sẻ.

AI thông minh lên theo thời gian nhờ vào việc "học" và phân tích trong một cơ sở dữ liệu rất lớn các hình ảnh và chẩn đoán trước đó.

Ngoài ra còn có sự điều chỉnh, cải tiến từ các chuyên gia gửi về nhà phát triển để AI không ngừng được nâng cấp, giúp cho khả năng phát hiện, đánh giá tổn thương ngày càng hiệu quả và chính xác hơn.

Theo BS Hiệp, thông qua hệ thống AI này, các bác sĩ cũng có thể tiến hành hội chẩn với chuyên gia nước ngoài, vì hình ảnh tổn thương của bệnh nhân được cập nhật trực tiếp lên hệ thống dữ liệu đám mây.

Sau khi hoàn tất nội soi dạ dày, các bác sĩ tiếp tục chuyển sang nội soi đại trực tràng của bệnh nhân.

Ống nội soi từ trực tràng tiến dần lên đại tràng Sigma. Hệ thống AI một lần nữa phát tín hiệu cảnh báo. Trên màn hình hiển thị hình ảnh của một polyp, được đánh giá có nguy cơ cao là tổn thương tân sinh.

Bác sĩ điều chỉnh ống nội soi tiến





sát vị trí polyp vừa được cảnh báo, chuyển chế độ dải tần ánh sáng hẹp (NBI) giúp tăng độ tương phản của các cấu trúc bên trong nhằm dự đoán bản chất của polyp này.

"Đại tràng sigma là một trong những vùng khó quan sát nhất khi nội soi vì bên trong có các nếp niêm mạc đan xen vào nhau. Polyp vừa phát hiện có kích thước chỉ 0,3cm nằm ẩn dưới các nếp gấp nên rất dễ bị bỏ sót, nếu chỉ quan sát bằng mắt thường.

Tuy nhiên, AI lại có khả năng quan sát rất nhanh và quan sát toàn cảnh hình ảnh camera nội soi gửi về. Do đó, dù tổn thương chỉ xuất hiện chớp nhoáng trong khung hình, nó cũng có thể nhận diện và đưa ra cảnh báo", BS Hiệp phân tích.

Các bác sĩ nhận định, việc có thể phát hiện các bất thường kích thước nhỏ, nằm ở vị trí khó quan sát, để tránh bỏ sót là một trong những công dụng đặc lực nhất của hệ thống AI này.

Thông qua chiếc kim siêu nhỏ được luồn vào ống nội soi, BS Hiệp cắt bỏ polyp vừa được phát hiện. Theo BS Hiệp polyp có kích thước nhỏ như vậy ít nguy cơ ung thư nhưng việc cắt bỏ sẽ giúp loại trừ khả năng polyp phát triển thành ung thư thực sự.

Polyp sau khi được cắt và đưa ra bên ngoài nhanh chóng được xử lý và cho vào ống chứa mẫu, để gửi đi làm chẩn đoán mô bệnh học. Xuyên suốt quá trình nội soi đại trực tràng, có 3 polyp như vậy đã được phát hiện và cắt bỏ.

Giường nội soi bên cạnh vang lên tiếng cảnh báo của hệ thống AI. Trên màn hình, một khối sần sùi có màu sắc nhợt nhạt và hình ảnh bề mặt bất thường, lộ rõ nhiều mạch máu tăng sinh kèm loét nham nhỏ.

"Thông qua quan sát hình ảnh nội soi, gần như có thể khẳng định đây là khối u đại tràng góc gan đã có tình trạng xâm lấn sâu dưới niêm mạc", ThS.BS Trần Quốc Đệ nhận định.

Việc chẩn đoán thể bệnh và giai đoạn bệnh còn cần dựa vào kết quả mô bệnh học và các chẩn đoán hình ảnh khác. Tuy nhiên dựa vào hình ảnh nội soi, BS Đệ đưa ra dự đoán đây khả năng cao là tổn thương ung thư của đại tràng.

Bệnh nhân là người phụ nữ 51 tuổi. Trước đó vài ngày, bệnh nhân bất ngờ xuất hiện triệu chứng đi ngoài ra máu.

"Nếu bệnh nhân nội soi ống tiêu hóa tầm soát ung thư khi bước sang tuổi 40 như khuyến cáo chung, đã có thể phát hiện khối u ở giai đoạn rất sớm, thậm chí chỉ là tổn thương tiền ung thư. Việc điều trị sẽ rất nhẹ nhàng và mang lại hiệu quả cao hơn", BS Đệ trầm ngâm.

Theo TS.BS Nguyễn Ngọc Đan, Phó Giám đốc Trung tâm, trong bệnh lý ung thư nói chung và ung thư đường tiêu hóa nói riêng, nếu đến viện khi đã xuất hiện triệu chứng rõ rệt như: đại tiện ra máu, đau bụng, nuốt nghẹn, sút cân... thì bệnh thường đã ở giai đoạn tiến triển.

Lúc này khối u thường đã lớn, thậm chí đã di căn đến các hạch hay các cơ quan khác. Việc điều trị sẽ rất phức tạp, tốn kém mà không đem lại hiệu quả cao.

"Do đó, chúng tôi khuyến cáo nội soi đường tiêu hóa sớm ngay sau 40 tuổi, đặc biệt là các bệnh nhân có nguy cơ cao: Có tiền sử gia đình ung thư, có tiền sử các bệnh lý viêm mãn tính đại trực tràng, polyp đại trực tràng....

Nội soi sẽ giúp phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm, khi chưa gây triệu chứng, hay thậm chí bệnh còn ở giai đoạn tiền ung thư. Điều trị bệnh trong giai đoạn này sẽ rất nhẹ nhàng, ít tốn kém, ít ảnh hưởng đến sức khỏe người bệnh, tỷ lệ khỏi bệnh cao", BS Đan khuyến cáo.■

**MINH NHẬT - THÀNH ĐÔNG**

# CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH TÂM SOÁT UNG THƯ VÀ CÁC BỆNH LÝ PHỔI



Máy chụp cắt lớp vi tính 384 dây hai đầu bóng hiện đại nhất Việt nam tại thời điểm hiện nay

## Chụp cắt lớp vi tính (CT-Scanner) phổi là gì?

Là kỹ thuật thu hình ảnh nhu mô phổi với độ phân giải cao bằng máy chụp cắt lớp vi tính, chẩn đoán bệnh lý phế quản và phổi kẽ.

## Chụp cắt lớp vi tính tầm soát phổi là gì?

Có rất nhiều phương tiện để có thể tầm soát ung thư phổi như: chụp CT scanner phổi, chụp PET-CT, chụp MRI, chụp xạ hình, xét nghiệm máu chỉ điểm.

Nhưng hiện nay phương tiện thuận lợi và gợi ý nhanh nhất thuận tiện nhất trong tầm soát ung thư phổi là chụp CT-Scanner Phổi bằng máy có hệ số lát cắt đa dãy nhiều đầu thu (cắt lớp 64 dãy, 128 hoặc 256 cao cấp hơn là 384 dãy)

Các tổn thương phế quản (u phổi, giãn phế quản, phế nang, bụi phổi, bệnh phổi kẽ,... sẽ hiện rõ hơn trên các máy có số dãy chụp cao.

## Chụp cắt lớp vi tính tầm soát ung thư

## phổi tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn có ưu điểm gì?

Thiết bị chụp CLVT mới nhất của Siemens SOMATOM FORCE 384 là chiếc máy đầu tiên được lắp đặt tại Việt Nam và là nước thứ 3 tại Đông Nam Á (sau Singapore, Thailand).

Đây là thế hệ máy mới nhất trong chụp CLVT, SOMATOM FORCE 384 có thể chụp tầm soát ung thư phổi nhanh và chính xác nhất trên thế giới hiện nay, với ưu điểm nổi trội so với bất kỳ hệ thống máy chụp CLVT khác: thời gian chụp ngắn nhưng lượng tia phát ra rất ít chỉ bằng 1 lần chụp XQ phổi số hóa thông thường. Vì vậy đảm bảo độ an toàn và thuận tiện cho người bệnh.

## Chụp CT-Scanner Phổi khi nào?

Trong tầm soát ung thư phổi.

Các tổn thương phế quản: giãn phế quản, phế nang, bụi phổi, bệnh phổi kẽ,...

Các trường hợp cần được tư vấn trước khi chụp tầm soát có tiêm thuốc.

Cơ địa dị ứng thuốc hoặc với các kháng nguyên khác.

Có bệnh lý thận, gây tăng mức độ nặng của bệnh lý thận như suy thận, Phụ nữ có thai.

## Chuẩn bị chụp cắt lớp vi tính

### Người thực hiện

Bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh.

Kỹ thuật viên điện quang.

### Phương tiện

Máy chụp cắt lớp vi tính đa dãy với chỉ số lát cắt cao.

Phim, cát – xét, hệ thống lưu trữ hình ảnh.

### Người bệnh

Người bệnh được giải thích kỹ về thủ thuật để phối hợp với thầy thuốc.

Tháo bỏ vòng cổ, áo ngực nếu có. Cần nhịn ăn chất đặc, nên uống sữa hoặc nước hoa quả với thể tích không quá.

Người bệnh quá kích thích, không nằm yên cần cho thuốc an thần.

Có phiếu chỉ định chụp cắt lớp vi tính. ■

BS ĐÌNH TRUNG THÀNH

## VUI CƯỜI

### ĐAU Ở ĐÂU

Bác sĩ:

- Anh đau ở đâu, lấy tay chỉ cho tôi xem!

Bệnh nhân:

- Tôi đau ở đây, đây, chỗ này, chỗ này, này, chỉ ở đâu cũng đau hết...

Bác sĩ:

- Như vậy thì đúng anh đau ở ngón tay rồi!



### CHỮA NGHIỆN BÓNG ĐÁ

Một phụ nữ vào phòng khám tâm lý xin tư vấn:

- Thưa bác sĩ, chồng em bị bệnh quá mê bóng đá, chẳng ngó ngang gì đến em. Bác sĩ có mẹo gì giúp em không?

- Chị nên chú ý đến trang điểm và ăn mặc hơn.

- Em đang sử dụng như thế, nhưng không ăn thua đâu ạ!

- Cần dịu dàng chăm sóc anh ta với cử chỉ và trang phục gợi tình hơn.

- Cũng không ăn thua.

- Hướng dẫn cuối cùng: Hãy in số áo thần tượng của anh ta lên áo ngủ của chị. Chúc thành công

### NHÂM LẤN TAI HẠI

Nhân viên đến cơ quan làm việc với hai tai băng bó.

Sếp ngạc nhiên hỏi:

- Chuyện gì đã xảy ra với cậu vậy?

- Hôm qua, vợ đi vắng nên tôi phải ủi đồ. Khi cô ấy gọi điện thoại về, tôi đã sơ ý nhấc bàn ủi lên nghe.

- Vô lý! Tại sao tai kia của anh cũng bị băng bó?

- Thưa, tôi lại nhầm lần nữa vì vội gọi bác sĩ.





### CHỊU ĐAU GIỎI

Đôi vợ chồng nọ đưa nhau đến gặp nha sĩ, người chồng tỏ ý rất vội:

– Càng đơn giản càng tốt, thưa bác sĩ. Không cần phải gây mê hay tiêm thuốc giảm đau gì hết. Ông cứ nhổ phắt cái răng sâu ra là được.

– Nha sĩ thán phục: Giá mà bệnh nhân nào cũng chịu đau giỏi như anh. Nào, chỉ cho tôi chiếc răng sâu!

– Lập tức, ông chồng quay sang vợ: Em yêu, cho bác sĩ xem cái răng sâu đi!

### BỆNH NHÂN LO LẮNG VÌ THUỐC CÓ TÁC DỤNG

Một bệnh nhân đến gặp bác sĩ tâm lý rầu rĩ nói:

– Thưa bác sĩ, tôi thấy tình hình mấy hôm nay của mình không được tốt lắm.

Vị bác sĩ từ tốn:

– Anh nói cụ thể xem nào?

– Tôi không còn nghe thấy giọng nói lạ trong đầu như trước nữa.

Bác sĩ ngạc nhiên:

– Đó không phải là tin tốt sao? Điều đó chứng tỏ thuốc tôi kê cho anh đã có tác dụng rồi.

Bệnh nhân thở phào nhẹ nhõm:

– Vậy ư? Vậy mà mấy ngày nay tôi cứ lo lắng hay mình bị điếc rồi!



### HỌA SỸ TẠ ƠN BÁC SỸ

Một họa sỹ bị đau mắt nặng, được một bác sỹ giỏi điều trị, chỉ sau hai tuần là khỏi bệnh. Khi họa sỹ trả tiền, bác sỹ xoa tay, nói: “Tôi không cần tiền, chỉ cần được ông vẽ tặng cho một bức tranh là tốt rồi.”

“Thế ông muốn tôi vẽ gì?”

“Ông muốn vẽ gì cũng được, miễn là bức tranh đó là do chính tay ông vẽ.” Một tuần sau, khi nhận bức tranh từ tay ông họa sỹ, ông bác sỹ kêu lên: “Chúa ơi! May mà tôi không phải là bác sỹ phụ khoa!”

Thì ra, trên bức tranh, ông họa sỹ vẽ một con mắt rõ to, ở chính giữa là chân dung ông bác sỹ rất đẹp và rất sống động...

# BÁO CÁO

## MỘT TRƯỜNG HỢP NẤM PHỔI ASPERGILLUS XÂM LẤN TRÊN BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN

NGUYỄN THANH HIẾU<sup>1</sup>, VŨ VĂN THÀNH<sup>1</sup>, TRẦN THỊ THU HIỀN<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện Phổi Trung Ương; Số 463 Hoàng Hoa Thám, Ba Đình, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Hiếu

Email: thanhhieudr@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 19/6/2023

Ngày nhận phản biện: 10/08/2023

Ngày duyệt đăng: 13/9/2023

### TÓM TẮT:

Nấm phổi Aspergillus là tình trạng viêm phổi do nhiễm nấm Aspergillus. Bệnh có thể diễn biến cấp tính, bán cấp hoặc mạn tính. Chúng tôi báo cáo một trường hợp nấm phổi Aspergillus xâm lấn trên bệnh nhân hen phế quản. Bệnh nhân của chúng tôi có tình trạng khó thở, ho, sốt; CLVT ngực hình tổn thương đồng đặc nhu mô, nốt kính mờ rải rác phổi hai bên, kèm phá hủy tạo hang rải rác. Bệnh nhân được điều trị kháng sinh, thở oxy, khí dung thuốc giãn phế quản không đáp ứng. Bệnh nhân được nội soi phế quản sinh thiết với mô bệnh học nấm phổi Aspergillus xâm lấn, cấy nấm dương tính với Aspergillus. Bệnh nhân được điều trị phác đồ voriconazole 400 mg/ngày. Trong thời gian điều trị, bệnh nhân xuất hiện suy gan cấp được xử trí phác đồ giải độc gan, chuyển phác đồ itraconazol 400 mg/ngày. Theo dõi điều trị 6 tháng, bệnh nhân không sốt, không khó thở, không phải thở oxy.

**Từ khóa:** Hen phế quản, Nấm phổi Aspergillus

### REPORTING A CASE OF INVASIVE ASPERGILLUS PNEUMONIA PATIENT WITH BRONCHIAL ASTHMA

#### ABSTRACT:

Aspergillus pneumonia is an inflammation of the lungs caused by infection with the fungus Aspergillus. The disease can be acute, subacute or chronic. We report a case of invasive pulmonary Aspergillus infection in a bronchial asthma patient. The patient was hospitalized with dyspnea, cough and fever; Chest CT scan showed parenchymal consolidation lesions, scattered ground-glass opacities in both lungs, with scattered cavitary destruction. Despite treatment with antibiotic, oxygen therapy and nebulized bronchodilators, no improvement was observed. The patient underwent bronchoscopy and biopsy with histopathology of invasive Aspergillus lung fungus and positive fungal culture for Aspergillus. The patient was treated with voriconazole 400 mg/day regimen. During treatment, the patient with acute liver failure was treated with a liver detoxification regimen, switching to itraconazole 400 mg/day regimen. After 6 months of treatment follow-up, the patient had no fever, no difficulty breathing, and no need for oxygen.

**Keywords:** Bronchial asthma, invasive Aspergillus

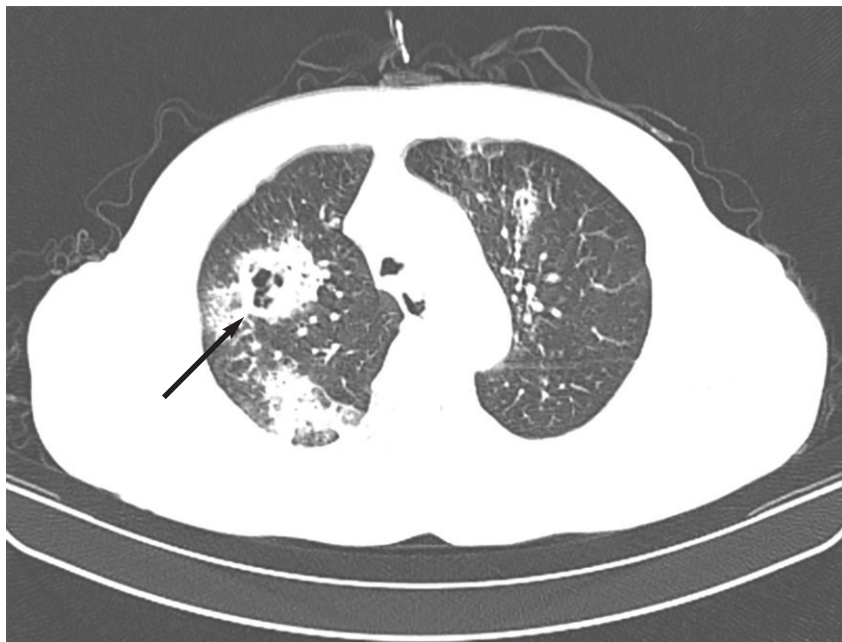
**1. DẶT VẤN ĐỀ**

Nấm phổi Aspergillus là tình trạng viêm phổi do nhiễm nấm Aspergillus. Bệnh có thể diễn biến cấp tính, bán cấp hoặc mạn tính. Trong đó, nấm phổi Aspergillus xâm lấn là tình trạng nhiễm nấm cấp tính. Loài nấm Aspergillus gây bệnh thường gặp nhất là Aspergillus fumigatus. Các bào tử nấm tồn tại khắp nơi trong khí quyển và môi trường sống của con người. Khi có yếu tố thuận lợi, các bào tử xâm nhập vào phổi và gây bệnh. Nhiễm nấm thứ phát thường gặp ở những bệnh nhân bị hen nặng không kiểm soát hoặc kiểm soát kém có biểu hiện đặc trưng: co thắt phế quản, thâm nhiễm phổi, tăng bạch cầu ái toan và bằng chứng miễn dịch học về dị ứng với các kháng nguyên của Aspergillus.

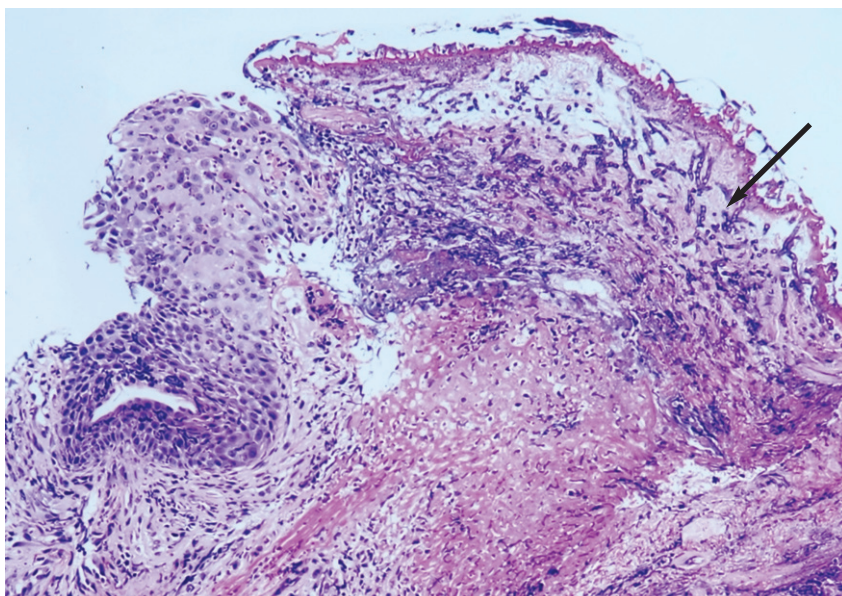
Chúng tôi xin báo cáo một trường hợp bệnh nhân nam 65 tuổi, tiền sử hen phế quản không được quản lý và kiểm soát, nhập viện Bệnh viện Phổi Trung ương tháng 12 năm 2022 nhằm rút ra những nhận xét ban đầu về bệnh này và nhìn lại y văn.

**2. TRƯỜNG HỢP CA BỆNH**

Bệnh nhân nam 65 tuổi, tiền sử hen phế quản không được kiểm soát, dùng Ventolin cắt cơn khi khó thở, tăng huyết áp nhiều năm, điều trị thường xuyên với Enalapril 5 mg/ngày. Cách 2 tuần trước vào viện, bệnh nhân ho đờm, sốt cao 39 độ, khó thở thường xuyên, tăng dần. Bệnh nhân đã điều trị tại một Bệnh viện đa khoa với kháng sinh Cefotaxim, Levofloxacin, Corticoid, giãn phế quản trong 11 ngày. Bệnh không cải thiện, bệnh nhân ho đờm nhiều, sốt cao liên tục được giới thiệu đến Bệnh viện Phổi Trung ương. Bệnh nhân nhập viện trong tình trạng khó thở liên tục thở oxy gọng kính 3 lít/phút (SpO2 90-92%), sốt 39-40oC, tim đều T1, T2 rõ, phổi ran rít, ran ẩm hai bên, có hội chứng nhiễm trùng. Tổng phân tích tế bào máu ngoại vi: Bạch cầu 29 G/l, trung tính 92%; eosin 0%; hồng cầu 4,0 T/l, huyết sắc tố 154 g/l; tiểu cầu 430 G/l. Sinh hóa máu: CRP 191 g/l; Pro-calcitonin 0,83ng/ml, IgE 1130 IU/ml; chức năng gan thận bình thường. X quang ngực: Đông đặc, nốt mờ rải rác hai



Hình 1: CT ngực: Tổn thương đông đặc, phá huỷ tạo hang hai phổi

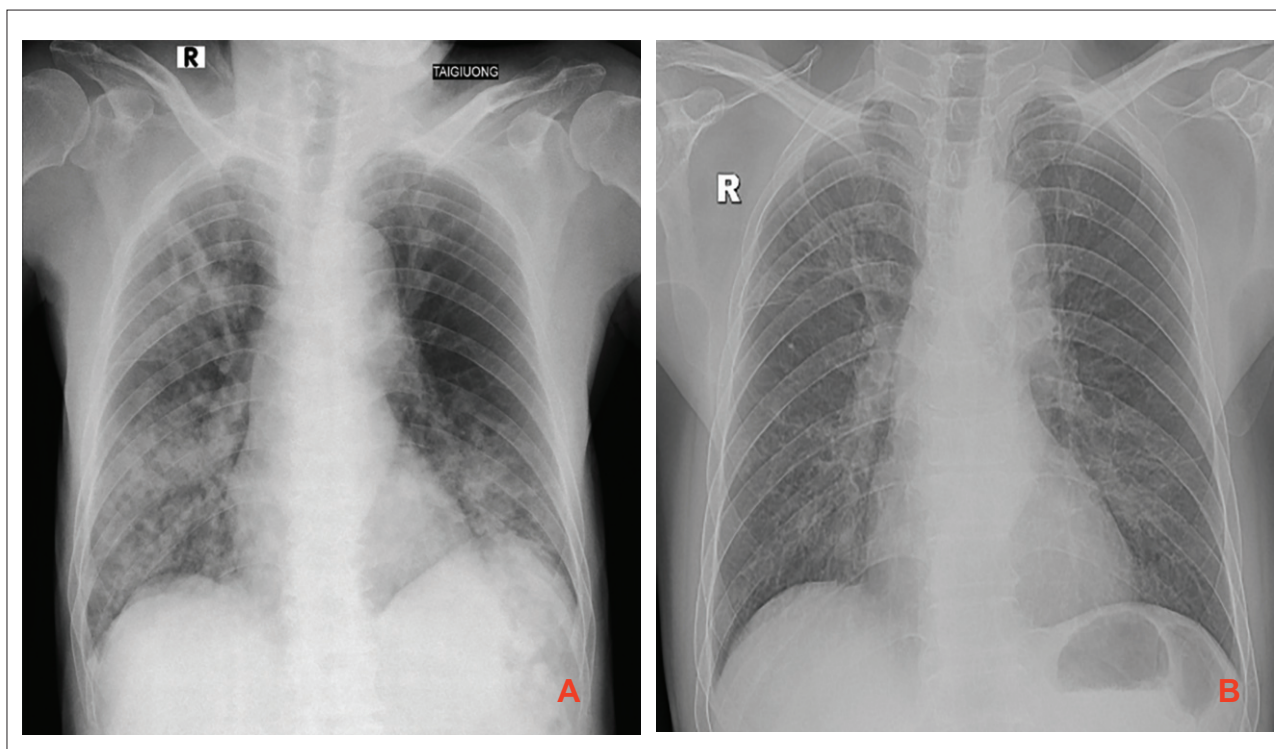


Hình 2. Hình ảnh mô bệnh học mảnh sinh thiết phế quản qua nội soi phế quản được nhuộm HE dưới kính hiển vi

phổi (hình 3A); Cắt lớp vi tính ngực: đông đặc nhu mô, nốt kính mờ rải rác phổi hai bên, kèm phá huỷ tạo hang rải rác (hình 1). Nội soi phế quản giả mạc dây thanh trái, xung huyết nề và giả mạc trắng rải rác khí phế quản hai bên (hình 4A). Mô bệnh mảnh sinh thiết phế quản tại vùng mô hoại tử loét và hoại tử xơ huyết, biểu mô bề mặt có cùng bị bong trọt thoái hoá, bề mặt hoại tử có nhiễm các đám sợi nấm dạng Aspergillus, mô đệm có viêm hạt với đa dạng tế bào viêm, huyết quản tân tạo, bạch cầu trung tính thoái hoá, bạch cầu ái toan (hình 2). Xét nghiệm đờm, dịch phế quản nuôi cấy vi khuẩn

và Xpert âm tính với MTB, cấy nấm dịch phế quản dương tính với Aspergillus Fumigatus, Galactomanan dương tính với index 6,356.

Bệnh nhân được điều trị kháng sinh phổ rộng Meropenem và Levofloxacin phối hợp Voriconazole liều 400 mg/ngày truyền tĩnh mạch 14 ngày, oxy liệu pháp, khí dung thuốc giãn phế quản. Sau 21 ngày, tình trạng lâm sàng cải thiện, không sốt, không khó thở, thở khí trời, tim đều T1, T2 rõ, phổi không ran, huyết động ổn định. Bệnh nhân ra viện tiếp tục được điều trị nấm phổi với Voriconazole 400 mg/ngày, kiểm soát hen với Salmeterol/Flutica-



Hình 3. Hình ảnh XQ tim phổi: đông đặc, nốt mờ rải rác hai phổi (3A) và sau 6 tháng điều trị : phổi hai bên sáng (3B)

sone 25mcg/250mcg mỗi 12 giờ và Perindopril 5mg/ngày. Điều trị ngoại trú 2 tuần, bệnh nhân xuất hiện mệt mỏi nhiều, ăn uống kém, vàng da vàng mắt, xét nghiệm GOT: 391 U/l GPT: 269 U/l, Bilirubin toàn phần 247 mmol/l, Bilirubin trực tiếp 140 mmol/l. Bệnh nhân được chẩn đoán: Suy gan cấp do thuốc, ngừng Voriconazole, truyền giải độc gan, men gan ổn định hội chẩn chuyển phác đồ Itraconazole 400 mg/ngày. Bệnh nhân ra viện được duy trì thuốc nấm, dự phòng hen, kiểm soát huyết áp và theo dõi chức năng gan thận, lấy đờm cấy nấm âm tính, chụp phim X-quang tim phổi (hình 3B), nội soi phế quản (hình 4B) sau 6 tháng, các chỉ số ổn định, tiếp tục điều trị quản lý dự phòng hen phế quản, duy trì thuốc huyết áp hàng ngày.

### 3. BÀN LUẬN

#### 3.1. Khái niệm

Nấm phổi Aspergillus xâm lấn là tình trạng viêm phổi cấp tính do nhiễm nấm Aspergillus [1].

#### 3.2. Dịch tễ

Nấm Aspergillus thuộc loại nấm mốc (nấm sợi) phát triển thành sợi trong mô xâm nhập. Nhiễm Aspergillus đứng hàng thứ 2 sau Candida. Tỷ lệ nhiễm nấm Aspergillus có thể lên đến 25% ở những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao. Có khoảng 19 loài Asper-

gillus gây bệnh được ghi nhận. Phần lớn các trường hợp nhiễm Aspergillus gây ra bởi các loài A.fumigatus, A.flavus, A.niger, A.terreus [1] [2].

#### 3.3. Yếu tố nguy cơ người mắc bệnh nấm phổi [1].

1. Bệnh nhân có giảm bạch cầu trung tính gần đây (10 ngày) liên quan đến khởi phát của bệnh nấm xâm lấn.
2. Bệnh nhân ghép tạng.
3. Sử dụng corticoid kéo dài (trừ những bệnh nhân nhiễm Aspergillus phế quản phổi dị ứng) với liều trung bình tối thiểu tương đương 0,3mg/kg/ngày prednisolone trong thời gian >3 tuần.
4. Điều trị với các thuốc ức chế miễn dịch tế bào T khác như cyclosporine, ức chế TNF-alpha, kháng thể đơn dòng đặc hiệu (như alemtuzumab) hoặc các chất tương tự nucleoside trong vòng 90 ngày qua.

5. Suy giảm miễn dịch nặng di truyền (như bệnh u hạt mạn tính hoặc suy giảm miễn dịch phổi hợp nặng).

#### 3.4. Chẩn đoán nấm phổi xâm lấn

Nấm phổi Aspergillus là tình trạng nhiễm trùng cấp tính do nấm. Vì vậy các triệu chứng hô hấp hay gặp là: ho khạc đờm nhiều, khó thở, khô khè, ho ra máu, sốt cao kéo dài [3]. Các triệu chứng của bệnh khó phân biệt với các

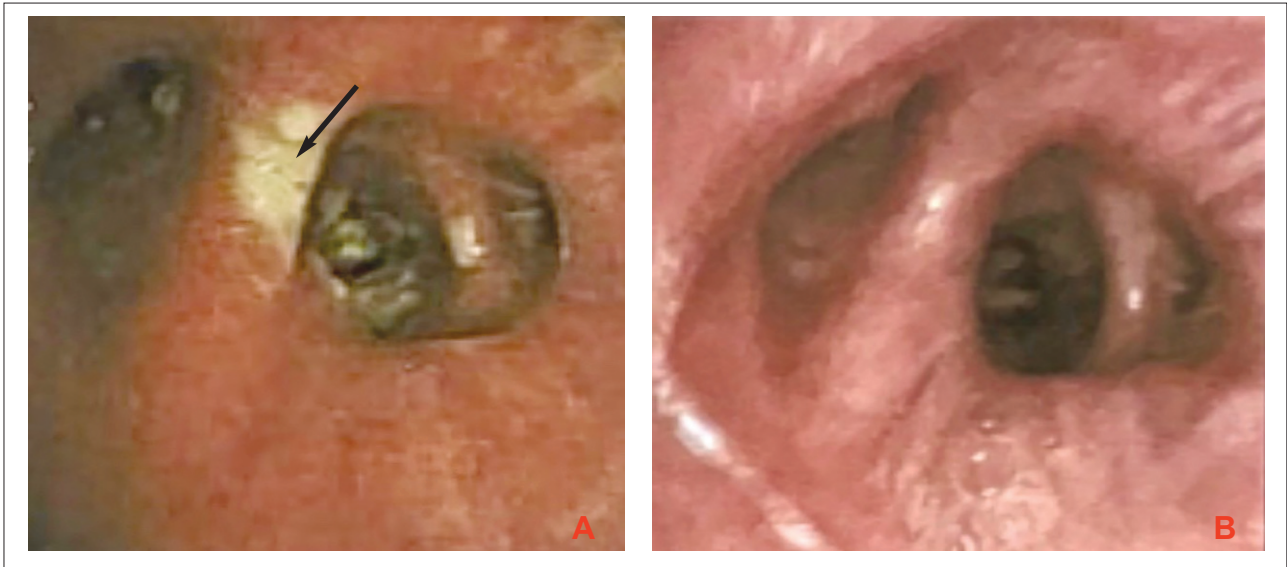
bệnh lý hô hấp khác. Vì vậy, cần nghi ngờ nấm phổi ở các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ [4] [5], đặc biệt là khi bệnh không thuyên giảm dù đã dùng kháng sinh phù hợp.

Theo định nghĩa đồng thuận của EORTC/MSG – 2008 [6], chẩn đoán nhiễm nấm xâm lấn khi có 1 tiêu chuẩn yếu tố cơ địa vật chủ. Một tiêu chuẩn lâm sàng: có 1 trong 3 dấu hiệu sau trên hình ảnh CT: các tổn thương đặc, ranh giới rõ có kèm theo hoặc không kèm theo dấu hiệu quang sáng hoặc dấu hiệu liềm khí hoặc tổn thương hang; hoặc tổn thương viêm loét khí phế quản, tổn thương nốt, giả mạc, mảng, hoặc đóng vẩy quan sát được qua nội soi phế quản. Một tiêu chuẩn về bằng chứng nấm: phát hiện nấm mốc qua các phương pháp trực tiếp (tế bào học, nhuộm soi, hoặc nuôi cấy bệnh phẩm đờm, dịch rửa phế quản phế nang, chải phế quản).

#### 3.5. Điều trị

Nấm phổi Aspergillus xâm lấn là bệnh lý có tỷ lệ tử vong rất cao. Tiên lượng bệnh thường nặng, dễ dẫn đến suy hô hấp, sốc nhiễm khuẩn. Bệnh thường mắc ở bệnh nhân có suy giảm miễn dịch, mắc bệnh mạn tính [1]. Do đó, việc điều trị càng trở nên khó khăn. Một nguyên nhân khác góp phần làm tăng tỷ lệ tử vong là do quá





Hình 4. Hình ảnh nội soi phế quản trước: giả mạc trắng phế quản (4A) và sau 6 tháng điều trị : lòng phế quản thông thoáng, không còn giả mạc trắng (4B)

trình chẩn đoán thường phức tạp, kèm theo xét nghiệm tốn thời gian dẫn đến việc chẩn đoán và điều trị thường bị trễ. Các nghiên cứu cho thấy điều trị càng muộn thì tỷ lệ tử vong càng cao. Dù đã có chẩn đoán, các loại thuốc chống nấm thường gây tác dụng phụ đối với gan và thận, điều này gây khó khăn trong quá trình điều trị. Nên khởi trị sớm ở bệnh nhân nghi ngờ cao nhiễm nấm phổi Aspergillois xâm lấn trong khi vẫn tiếp tục làm các xét nghiệm để chẩn đoán xác định. Vori-

conazole là thuốc lựa chọn ưu tiên, các thuốc thay thế Amphotericin Liposomal, AMB phức hợp lipid, Itraconazole... Echinocandins có thể được sử dụng khi có chống chỉ định với thuốc kháng nấm azoles và polyene [4]. Nên điều trị duy trì tối thiểu 6-12 tuần, hoặc dài hơn phụ thuộc mức độ và thời gian ức chế miễn dịch, cơ quan bị bệnh và bằng chứng cải thiện bệnh.

#### 4. KẾT LUẬN

Bào tử do Aspergillus tạo ra có mặt

ở khắp nơi trong tự nhiên và dễ dàng được hít vào đường hô hấp trên. Vật chủ suy giảm miễn dịch có thể bị mắc bệnh. Tiên lượng xấu và tỷ lệ tử vong cao tới 80-100% ở những bệnh nhân nặng được đưa vào ICU. Rất khó chẩn đoán do các dấu hiệu và triệu chứng không đặc hiệu và bản chất của Aspergillus là một sinh vật hoại sinh trong cơ thể người. Điều quan trọng nhất là bác sĩ lâm sàng cần luôn nghi ngờ để nghĩ tới phát hiện nhiễm nấm Aspergillus. ■

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Bộ Y tế (2021).** Quyết định 3429/QĐ-BYT ngày 14/7/2021 về ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm xâm lấn", 2021.
- 2. Bassetti M, Azoulay E, Kullberg BJ, et al (2021).** EORTC/MSGERC Definitions of Invasive Fungal Diseases: Summary of Activities of the Intensive Care Unit Working Group. Clin Infect Dis. 2021;72(Supplement\_2): S121-S127. Doi: 10.1093/cid/ciaa1751.
- 3. Chen CY, Sheng WH, Tien FM, et al (2021).** Clinical characteristics and treatment outcomes of pulmonary invasive fungal infection among adult patients with hematological malignancy in a medical centre in Taiwan, 2008–2013. J Microbiol Immunol Infect. 2020; 53(1): 106-114. doi: 10.1016/j.jmii.2018.01.002.
- 4. Thomas F. Patterson, K.A.M., and al (2021),** Practice Guidelines for the Diagnosis and Management of Aspergillois: 2016 Update by the Infectious Diseases Society of America. Seaton D. Bronchiectasis. In.
- 5. Greenberger PA, Bush RK, Demain JG, Luong A, Slavin RG, Knutsen AP (2021).** Allergic bronchopulmonary aspergillois. J Allergy Clin Immunol Pract. 2014 Nov-Dec;2(6):703-8.
- 6. Tsitsikas DA, Morin A, Araf S, Murtagh B, Johnson G, Vinnicombe S, Ellis S, Suaris T, Wilks M, Doffman S, Agrawal SG (2021).** Impact of the revised (2008) EORTC/MSG definitions for invasive fungal disease on the rates of diagnosis of invasive aspergillois. Med Mycol. 2012 Jul;50(5):538-42.

# NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI CHỨC NĂNG TẾ BÀO BÊ TA, KHÁNG INSULIN Ở NGƯỜI TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG SAU 3 THÁNG SỬ DỤNG CAO DÂY THÌA CANH

NGUYỄN THÀNH LÂM<sup>2</sup>, ĐỖ ĐÌNH TÙNG<sup>1</sup>, TRỊNH THANH HÀ<sup>2</sup>, TẠ VĂN BÌNH<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn; Số 12, Phố Chu Văn An, Phường Biện Biện, Quận Ba Đình, Hà Nội

<sup>2</sup> Trường Đại học Y Hà Nội; Số 1, Phố Tôn Thất Tùng, Quận Đống Đa, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Văn Bình

Email: binhnoitiet@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 10/5/2023

Ngày nhận phản biện: 20/07/2023

Ngày duyệt đăng: 23/8/2023

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá tác dụng của bột lá khô Dây thìa canh đến các chỉ số chức năng tế bào bê ta, kháng insulin ở người tiền đái tháo đường.

**Phương pháp:** 90 đối tượng tiền đái tháo đường tuổi trưởng thành được lựa chọn từ cộng đồng; các đối tượng được uống cao dây thìa canh và theo dõi trong 3 tháng.

**Kết quả:** Các chỉ số HOMA2\_B\_in, HOMA2\_S\_in, HOMA2\_S\_Cpep, HOMA2\_B\_Cpep ở hai nhóm trước can thiệp khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Sau can thiệp, các chỉ số HOMA2\_B\_in, HOMA2\_B\_Cpep, HOMA2\_S\_Cpep ở nhóm chứng khác nhau có ý nghĩa thống kê sau 3 tháng theo dõi. Các chỉ số HOMA2\_B\_in, HOMA2\_S\_in ở nhóm can thiệp khác nhau có ý nghĩa thống kê sau 3 tháng can thiệp, tuy nhiên chỉ số chức năng tế bào beta HOMA2\_B\_Cpep, và độ nhạy Insulin HOMA2\_S\_Cpep tăng không có ý nghĩa thống kê. Sau 3 tháng can thiệp các chỉ số đều tăng tuy nhiên sự khác nhau giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp không có ý nghĩa thống kê.

**Kết luận:** Tình trạng kháng insulin, độ nhạy insulin và chức năng tế bào beta được ở cả 2 nhóm nghiên cứu đều được cải thiện hơn sau 3 tháng; tuy nhiên chưa có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp.

**Từ khóa:** Tiền đái tháo đường; dây thìa canh; kháng insulin; tế bào beta

## RESEARCH ON BETA CELL FUNCTION, INSULIN RESISTANCE, AN INSULIN SENSITIVITY IN TYPE2 PRE-DIABETES AFTER THREE MONTHS OF USAGE OF GYMNEMA SYLVESTRE

**Objectives:** The study aimed to evaluate the effects of Gymnema Sylvestre on beta-cell function indexes and insulin resistance in pre-diabetes.

**Methods:** 90 adult pre-diabetic subjects were selected from the community; Subjects were given Gymnema Sylvestre and followed for three months.

**Results:** The indexes HOMA2\_B\_in, HOMA2\_S\_in, HOMA2\_S\_Cpep, and HOMA2\_B\_Cpep in the two groups before intervention were not statistically significant. After three months of follow-up, the indexes HOMA2\_B\_in, HOMA2\_B\_Cpep, and HOMA2\_S\_Cpep in the control group were different and statistically significant. The HOMA2\_B\_in and HOMA2\_S\_in indexes in intervention groups were statistically significant after three months of intervention, but the HOMA2\_B\_Cpep index and HOMA2\_S\_Cpep increased without statistical significance. After three months of intervention, all indexes increased, but the difference between the control and intervention groups was not statistically significant.

**Conclusion:** Insulin resistance, insulin sensitivity, and beta cell function were improved in both study groups after three months; However, there was no statistically significant difference between the control and intervention groups.

**Keywords:** Pre-diabetes; Gymnema Sylvestre; insulin resistance; beta cells

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Tiền đái tháo đường là tình trạng đường huyết cao nhưng chưa đạt đến ngưỡng chẩn đoán đái tháo đường, là giai đoạn sớm trước khi chuyển sang mắc đái tháo đường. Nhiều nghiên cứu đã cho thấy rối loạn CNTB beta có ngay từ khi người bệnh có rối loạn dung nạp glucose máu lúc đói. Giai đoạn tiền ĐTĐ, sự bài tiết insulin có thể tăng để cố gắng khắc phục tình trạng kháng insulin. Sự đáp ứng tiết insulin của tụy với lượng glucose máu tiếp tục tăng dần trở nên không thích hợp (insulin tiết không đủ). Giai đoạn này CNTB beta trở nên suy tương đối làm xuất hiện tình trạng tăng glucose máu.

Dây thìa canh- được liệu quý hiếm mới được tìm thấy tại Việt Nam. Dây thìa canh đã có trên 70 nghiên cứu trên Thế giới, được sử dụng rộng rãi tại Ấn Độ với tên là Diabeticin, tại Mỹ với tên Sugarest, tại Nhật với tên Gymnema, Singapore với tên Glucos care. Cây chứa một chất glucosid là acid gymnemic, rất gần với acid chryso-phanic nhưng khác về một số tính chất. Lá chứa những hợp chất hữu cơ, 2 hydratcarbon, chlorophyll a và b, phytol, nhựa, acid tartric, inositol, các hợp chất anthraquinolic và acid gymnemic. Tác dụng hạ đường huyết của bột lá khô Dây thìa canh đã được ghi nhận trên thỏ được gây ĐTĐ thực nghiệm bằng alloxan do làm giảm hoạt tính của enzym tân tạo đường và đảo ngược quá trình biến đổi thể trạng ở gan trong suốt giai đoạn tăng đường huyết. Một nghiên cứu trên nhóm 22 bệnh nhân ĐTĐ type 2: cho uống cao lỏng dây thìa canh 400mg/kg/ngày, từ 18- 20 tháng cùng với thuốc điều trị ĐTĐ. Nhóm này giảm đường và HbA1c đáng kể và tăng lượng insulin tiết ra từ tụy tạng. Dịch chiết Dây thìa canh đã làm tăng gấp đôi số lượng đảo tụy và tế bào ã.

Tuy nhiên, tác dụng của bột lá khô Dây thìa canh đến các chỉ số chức năng tế bào bê ta, kháng insulin ở người tiền đái tháo đường như thế nào thì chưa có số liệu nghiên cứu.

**II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Bao gồm 90 đối tượng tiền đái tháo đường được lựa chọn ngẫu nhiên trong những người tiền đái tháo đường đã được sàng lọc từ cộng đồng và đang được theo dõi tại Trung tâm Khám chữa bệnh - Viện Đái tháo đường và Rối loạn chuyển hóa. Sau khi đã được hướng dẫn thay đổi chế độ ăn uống- sinh hoạt trong khoảng thời gian tương tự nhau nhưng xét nghiệm lại vẫn được chẩn đoán tiền ĐTĐ. Tiêu chuẩn lựa chọn: Các đối tượng tiền đái tháo đường, có tuổi đời từ 30 đến 69 được xác định bằng nghiệm pháp dung nạp glucose đường uống tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu, được chẩn đoán tiền đái tháo đường dựa theo tiêu chuẩn của WHO-IDF năm 2011. Tiêu chuẩn loại trừ: Các đối tượng đã được chẩn đoán đái tháo đường trước thời điểm nghiên cứu hoặc đang uống thuốc phòng chống đái tháo đường; đang sử dụng một số thuốc ảnh hưởng đến chức năng tế bào beta , độ nhạy insulin như corticoid, thuốc tránh thai,...; phụ nữ có thai hoặc những người đang bị mắc các bệnh cấp tính.

**2.2. Phương pháp thu thập dữ liệu, thiết bị.**

Hỏi bệnh và thu thập các thông tin hành chính, nhân khẩu học: tuổi, giới, tiền sử bản thân, tiền sử gia đình có người bị ĐTĐ, thói quen sinh hoạt, tiền sử sản khoa đối với nữ, thu thập các triệu chứng của bệnh nhân ĐTĐ. Đo chiều cao: Dụng cụ: sử dụng loại thước Microstoisie thống nhất cho tất cả các địa điểm nghiên cứu, thước với độ chính xác 0,1cm. Đo cân nặng (kg): Dụng cụ: Cân bằng cân điện tử SECA với độ chính xác 0,1 kg, cân được kiểm tra và hiệu chỉnh trước khi sử dụng. Tính chỉ số khối cơ thể BMI: BMI=Cân nặng (kg)/[chiều cao (m)]<sup>2</sup>. Đo huyết áp: sử dụng huyết áp kế đồng hồ bán tự động của hãng OMRON (bao của băng quấn huyết áp kế phù hợp với chu vi cánh tay). Đo ở tư thế nằm, để bệnh nhân nằm nghỉ 5 phút trong phòng yên tĩnh trước khi bắt đầu đo huyết áp và đo 2 lần cách nhau 1-2 phút, sau đó lấy trị số trung bình. Xét nghiệm các chỉ số sinh hóa máu tĩnh mạch: lấy máu tĩnh mạch buổi sáng vào một ngày khác (các đối tượng nhịn ăn ít nhất 8 giờ), các mẫu

máu được đưa đến labo xét nghiệm tiêu chuẩn để phân tích các chỉ số sinh hóa. Mẫu máu được tiến hành định lượng glucose, Insulin, C-Peptid. Định lượng các chỉ số sinh học máu: lấy máu tĩnh mạch buổi sáng lúc đói, định lượng các chỉ số sinh hóa máu tự động hoàn toàn bằng hệ thống sinh hóa – miễn dịch Cobas 4000 của hãng ROCHE.

**2.3. Phương pháp can thiệp, theo dõi**

Các đối tượng nghiên cứu được chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm (nhóm chứng và nhóm can thiệp). Nhóm can thiệp : cho sử dụng cao dây thìa canh dạng viên, 4 viên /ngày, chia 2 lần, uống trước ăn 30 phút và thực hiện chế độ ăn uống – sinh hoạt như trước. Nhóm chứng : chỉ thực hiện chế độ ăn uống – sinh hoạt như cũ. Thành phần cao lá dây thìa canh (Gymnema sylvestre): 0,125g tương đương với 1g lá khô; tá được vừa đủ 1 viên. Các đối tượng thuộc cả 2 nhóm được theo dõi tư vấn định kỳ hàng tháng và xét nghiệm lại các chỉ số sau 3 tháng. Tiến hành so sánh các chỉ số chức năng tế bào bê ta và kháng insulin ở thời điểm đầu nghiên cứu và ở tháng thứ 3.

**2.4. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu.**

Các số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y sinh học, theo chương trình EPI -DATA và chương trình SPSS 16.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

(Nội dung là bảng 1, 2, 3, 4, 5)

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu được thực hiện trên toàn bộ bệnh nhân tiền ĐTĐ đã được sàng lọc và thực hiện chế độ ăn uống và luyện tập trong khoảng 4 tuần không hiệu quả. Các đối tượng ở độ tuổi trung bình 54,75±11,05, chiếm đa số là nghỉ hưu. Điều này cũng hợp lý- bởi tỉ lệ mắc TĐTĐ và ĐTĐ tăng dần theo tuổi và nhiều hơn ở người >40. Gặp ở các đối tượng có trình độ văn hóa khác nhau, kể cả đã tốt nghiệp Cao đẳng và Đại học. Theo NC về tỉ lệ TĐTĐ ở Việt Nam năm 2002- 2003 thì độ tuổi mắc là 48,5 tuổi. Nhiều NC trên thế giới cũng đã chứng minh : NHANES, tỉ lệ IGT tăng từ 8% ở tuổi

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm chung		Nam	Nữ	Chung
Tuổi		55,76 ± 9,78	54,79 ± 11,69	54,75 ± 11,05
Nghề nghiệp	Hưu trí	8(26,7%)	4(6,6%)	12(13,2%)
	Công nhân	1(3,3%)	1(1,6%)	2(2,2%)
	Nông dân	0(0%)	3(4,9%)	3(3,3%)
	Nội trợ	0(0%)	2(3,3%)	2(2,2%)
	Nhân viên VP	0(0%)	2(3,3%)	2(2,2%)
	Khác	3(10%)	2(3,3%)	5(5,5%)
	Không trả lời	18(100%)	47(77%)	65(71,4%)
Trình độ văn hóa	Đã TN cấp 1	1(3,3%)	2(3,3%)	3(3,3%)
	Đã TN cấp 2	3(10%)	3(4,9%)	6(6,6%)
	Đã TN cấp 3	2(6,7%)	3(4,9%)	5(5,5%)
	TN Trung cấp	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	CD, ĐH	3(10%)	4(6,6%)	7(7,7%)
	Không trả lời	21(70%)	49(80,3%)	70(76,9%)
Tình trạng hôn nhân	Ly hôn	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	Độc thân	0(0%)	0(0%)	0(0%)
	Có vợ/chồng	10(30,3%)	22(36,1%)	32(35,2%)
	Khác	0(0%)	1(1,6%)	1(1,1%)
	Không trả lời	20(66,7%)	38(62,3%)	58(63,7%)

**Nhận xét:** Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu: 54,75± 11,05. Nghề nghiệp của đối tượng : gặp ở nhiều công việc khác nhau nhưng nhìn vào những đối tượng điều tra được thì các đối tượng hưu trí chiếm tỉ lệ lớn hơn(13,2%). Trình độ văn hóa của các đối tượng gặp ở các trình độ kể cả những đối tượng đã tốt nghiệp đại học, cao đẳng.

**Bảng 2. So sánh đặc điểm các chỉ số sinh học của các nhóm nghiên cứu**

Chỉ số	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	P
Tuổi	54,75 ± 11,05		
HATT	122,07±15,08	121,88±15,08	>0,05
HATr	77,17±9,29	76,69±12,89	>0,05
Chiều cao	159,17±7,33	156,03±7,07	>0,05
Cân nặng	60,84±10,47	54,81±8,95	>0,05
BMI	23,96±3,92	22,43±2,73	>0,05
Glucose	5,32±0,81	5,20±0,66	>0,05
C-peptid	1,16±1,03	0,94±0,38	>0,05
	0,924	0,917	>0,05
	(0,4-2,76)	(0,31-1,64)	
Insulin	80,96±42,10	77,43±43,46	>0,05

**Nhận xét:** Các chỉ số tương đồng ở cả 2 nhóm nghiên cứu.

**Bảng 3. Thay đổi các chỉ số chức năng tế bào beta, độ nhạy insulin ở nhóm chứng sau 3 tháng theo dõi**

Sinh hóa	Nhóm chứng			
	N	Trước	Sau	p
HOMA2_B_in	40	77,43±43,47	132,68±56,43	0,000
HOMA2_S_in	40	79,27±40,45	98,85±70,62	0,256
HOMA2_B_Cpep	40	151,90±64,12	171,41±69,08	0,001
HOMA2_S_Cpep	40	65,38±68,86	69,88±75,27	0,023

**Nhận xét:** Các chỉ số HOMA2\_B\_in, HOMA2\_B\_Cpep, HOMA2\_S\_Cpep ở nhóm chứng khác nhau có ý nghĩa thống kê sau 3 tháng theo dõi, tuy nhiên chỉ số độ nhạy insulin HOMA2\_S\_in tăng không có ý nghĩa thống kê.

20-40 lên 40% ở tuổi 65-74. Nghiên cứu kháng insulin của Phạm Trung Hà năm 2000 chỉ ra kháng insulin cầu nối THA và ĐTĐ. Kháng Insulin cải thiện nếu điều trị giảm cân, ổn định ĐH, giảm RLLP, và sự kháng này thể hiện từ rất sớm ngay trong giai đoạn khởi đầu của ĐTĐ type 2 – Tiền ĐTĐ.

Cân nặng và chỉ số BMI trong nghiên cứu trong nhóm CT giảm nhẹ hoặc giữ nguyên còn ở nhóm chứng lại tăng. Có NC về test nghiệm pháp dung nạp glucose ở người thừa cân chỉ ra rằng ở người thừa cân có giảm dung nạp glucose và tăng nồng độ insulin máu là dấu hiệu chỉ điểm cho tình trạng kháng insulin và là yếu tố nguy cơ có thể dẫn đến ĐTĐ type 2. Abu Kholdun Al-Mahmood và cộng sự khi nghiên cứu chức năng tế bào ã, độ nhạy insulin ở nhóm khỏe mạnh, không béo phì trong cộng đồng người Malaixia sống tại Singapore thấy có sự tương quan tỷ lệ nghịch giữa độ nhạy insulin với chỉ số khối cơ thể, r = -0,246, mức ý nghĩa thống kê p = 0,005. NC cho thấy : nồng độ Insulin tăng hơn ở nhóm CT so với nhóm chứng, và giảm sau NC có ý nghĩa thống kê với p<0,001. Kết quả này cũng phù hợp với tác giả: Đỗ Đình Tùng (2008) 62,4±48,5 pmol/l; Trần Văn Hiên (2006) 10,8±14,6 pmol/l; Nguyễn Thanh Xuân (2012) 60,2±41,2 pmol/l. Kết quả này cũng phù hợp với nhận xét: ở giai đoạn tiền đái tháo đường, nồng độ Insulin thường tăng cao như là phản ứng thích nghi với hiện tượng kháng Insulin.

Chỉ số nhạy cảm Insulin và chức năng tế bào beta tính theo mô hình HOMA 2: Theo tính toán chỉ số nhạy cảm insulin bằng mô hình HOMA 2, hiện tượng kháng insulin được hiểu như một chỉ số đánh giá nhạy cảm của insulin đối với glucose. Kết quả NC cho thấy: chỉ số nhạy cảm insulin và chức năng tế bào beta xác định bằng mô hình HOMA 2 tính theo cả insulin và c-peptid đều tăng nhưng không có ý nghĩa thống kê. Có thể trong nghiên cứu của chúng tôi có số lượng bệnh nhân ít và thời gian theo dõi mới chỉ 3 tháng nên chưa thấy rõ sự khác biệt về các chỉ số nhạy cảm insulin và chức năng tế bào beta.

**Bảng 4.** Thay đổi các chỉ số chức năng tế bào beta, độ nhạy insulin ở nhóm can thiệp sau 3 tháng can thiệp

Sinh hóa	Nhóm can thiệp			
	n	Trước	Sau	p
HOMA2_B_in	48	76,27±44,31	119,19±62,65	0,000
HOMA2_S_in	48	66,16±33,74	102,90±53,37	0,003
HOMA2_B_Cpep	44	150,0±62,82	166,35±76,62	0,533
HOMA2_S_Cpep	44	53,46±26,34	59,44±20,67	0,087

**Nhận xét:** Các chỉ số HOMA2\_B\_in, HOMA2\_S\_in ở nhóm can thiệp khác nhau có ý nghĩa thống kê sau 3 tháng can thiệp, tuy nhiên chỉ số chức năng tế bào beta HOMA2\_B\_Cpep, và độ nhạy Insulin HOMA2\_S\_Cpep tăng không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 5.** So sánh nồng độ insulin, C-peptid, các chỉ số chức năng tế bào beta, độ nhạy insulin ở 2 nhóm sau 3 tháng

Sinh hóa	Trước can thiệp		p	Sau 3 tháng		p
	Nhóm can thiệp	Nhóm chứng		Nhóm can thiệp	Nhóm chứng	
HOMA2_B_in	76,27±44,31	77,43±43,47	0,970	119,19±62,65	132,68±56,43	0,296
HOMA2_S_in	66,16±33,74	79,27±40,45	0,038	102,90±53,37	98,85±70,62	0,766
HOMA2_B_Cpep	150,0±62,82	151,90±64,12	0,901	166,35±76,62	171,41±69,08	0,683
HOMA2_S_Cpep	53,46±26,34	65,38±68,86	0,261	59,44±20,67	69,88±75,27	0,357

**Nhận xét:** So sánh các chỉ số HOMA2\_B\_in, HOMA2\_S\_in, HOMA2\_S\_Cpep, HOMA2\_B\_Cpep ở hai nhóm trước khi đưa vào nghiên cứu khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Sau 3 tháng can thiệp các chỉ số đều tăng tuy nhiên sự khác nhau giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp không có ý nghĩa thống kê.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tạ Văn Bình (2007), “Đại cương về đái tháo đường – Tăng glucose máu”. Những nguyên lý nền tảng bệnh đái tháo đường- tăng glucose máu. NXB Y học, Hà Nội, tr 11-168.
2. American Diabetes Association (2010), “Standards of Medical Care in Diabetes—2010”, Diabetes Care, Vol. 33, Suppl. 1, pp: S11-S61.
3. Dennis L. Kasper et al (1991), Harrison’s principle of internal medicine, OVID, 16th Edition, subject 323.
4. Abdul-Ghani, M. A., Tripathy, D., & DeFronzo, R. A. (2006). Contributions of  $\alpha$ -cell dysfunction and insulin resistance to the pathogenesis of impaired glucose tolerance and impaired fasting glucose. Diabetes care, 29(5), 1130-1139.
5. Ferrannini, E., Gastaldelli, A., & Iozzo, P. (2011). Pathophysiology of prediabetes. Medical Clinics, 95(2), 327-339.
6. Tiwari, P., Mishra, B. N., & Sangwan, N. S. (2014). Phytochemical and Pharmacological Properties of Gymnema sylvestre: An Important Medicinal Plant. BioMed Research International, 2014.
7. Kanetkar, P., Singhal, R., & Kamat, M. (2007). Gymnema sylvestre: A Memoir. Journal of Clinical Biochemistry and Nutrition, 41(2), 77-81.
8. Al-Romaiyan A, Liu B, Asare-Anane H, Maity CR, Chatterjee SK, Koley N, Biswas T, Chatterji AK, Huang GC, Amiel SA, Persaud SJ, Jones PM. A novel Gymnema sylvestre extract stimulates insulin secretion from human islets in vivo and in vitro. Phytother Res. 2010 Sep;24(9):1370-6. doi: 10.1002/ptr.3125. PMID: 20812281.

### V. KẾT LUẬN

Tình trạng kháng insulin, độ nhạy insulin và chức năng tế bào beta được ở cả 2 nhóm chứng và nhóm can thiệp đều có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê sau 3 tháng; tuy nhiên chưa có sự khác biệt giữa nhóm chứng và nhóm can thiệp, (p>0,05).■

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH COPD ĐỢT CẤP TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP 1, BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2022

NGUYỄN BÍCH NGỌC<sup>1</sup>, NGUYỄN THỊ HOA HUYỀN<sup>2</sup>, LÊ THỊ MỸ<sup>1</sup>

*1 Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn; Số 12, Phố Chu Văn An, Phường Biện Biên, Quận Ba Đình, Hà Nội  
2 Trường Đại học VinUni; Khu vực 3, Dương Xá và Đa Tốn, Xã Kiều Ky, Huyện Gia Lâm, Hà Nội*

*Tác giả liên hệ: Lê Thị Mỹ*

*Email: lemystpaul@gmail.com*

*Ngày nhận bài báo: 12/6/2023*

*Ngày nhận phản biện: 17/08/2023*

*Ngày duyệt đăng: 10/9/2023*

## TÓM TẮT:

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh đợt cấp COPD tại Khoa Nội Tổng hợp 1 – Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

**Phương pháp:** 121 bệnh nhân COPD được theo dõi, đánh giá quá trình chăm sóc điều dưỡng khi vào viện và ra viện.

**Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh # 60 tuổi (85,8%); nam giới chiếm 61,5%; mắc bệnh từ 2 – 5 năm chiếm 56,4%. Tỷ lệ hút thuốc 70,5%, thuốc lá 47,4%, thuốc lào 47,4%; đã bỏ thuốc chiếm 63,1%. Khi vào viện và ra viện, người bệnh COPD được chăm sóc đầy đủ về dấu hiệu sinh tồn và tình trạng sức khỏe, hỗ trợ chăm sóc dinh dưỡng và phục hồi chức năng và giáo dục sức khỏe. Tỷ lệ người bệnh được chăm sóc tốt tại thời điểm vào viện là 87,4%; tại thời điểm ra viện là 91,6%.

**Kết luận:** Khi vào viện và ra viện người bệnh COPD được chăm sóc đầy đủ về dấu hiệu sinh tồn và tình trạng sức khỏe, hỗ trợ chăm sóc dinh dưỡng; phục hồi chức năng và giáo dục sức khỏe. Đa số người bệnh đều được chăm sóc điều dưỡng tốt.

**Từ khóa:** Chăm sóc điều dưỡng, COPD, chăm sóc sức khỏe

## ASSESSMENT OF THE RESULTS OF NURSING CARE FOR PATIENT WITH COPD AT THE DEPARTMENT OF INTERNAL MEDICINE NO1, SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL IN 2022

### ABSTRACT:

**Objective:** To evaluate the results of treatment and care for patients with COPD exacerbations at the Department of Respiratory Internal Medicine - Saint Paul General Hospital.

**Methods:** 121 subjects with COPD were monitored and assessed the nursing care process upon admission and discharge.

**Research results:** The proportion of patients # 60 years old (85.8%); men 61.5%; COPD duration of 2 to 5 years 56.4%. The rate of smoking was 70.5%, tobacco 47.4%, pipe tobacco 47.4%, and quit smoking accounted for 63.1%. Upon admission and discharge, patients with COPD receive adequate care in terms of vital signs and health status, support with nutritional care and rehabilitation, and health education. The rate of patients receiving good care at the time of admission was 87.4%; at the time of discharge was 91.6%.

**Conclusion:** Patients with COPD receive more adequate care in terms of vital signs and health status, support nutritional care; rehabilitation function during hospitalisation, and discharge. Most patients receive good nursing care.

**Key words:** Nursing care, COPD, health care

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD) là bệnh lý hô hấp mạn tính, đặc trưng bởi sự tắc nghẽn luồng khí thở ra không hồi phục hoàn toàn, sự cản trở thông khí diễn ra từ từ và liên quan đến phản ứng viêm bất thường của phổi với các phân tử hoặc khí độc hại [4].

Chăm sóc người bệnh COPD là chăm sóc toàn diện từ thời điểm người bệnh nhập viện điều trị cho tới khi người bệnh ổn định và khi ra viện. Trong quá trình đó, người bệnh nội trú đều được nhân viên y tế chăm sóc và điều trị đầy đủ cho từng tình trạng của mỗi cá nhân [7],[4]. Đối với người bệnh COPD cấp tính, cần ưu tiên tới các vấn đề bao gồm: Duy trì sự thông thoáng đường thở; hỗ trợ các biện pháp để tạo điều kiện cho quá trình hô hấp; tăng cường dinh dưỡng; ngăn ngừa các biến chứng và làm chậm tiến triển của tình trạng tắc nghẽn; cung cấp thông tin về quá trình bệnh, tiên lượng và chế độ điều trị [4],[2]. Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn là Bệnh viện tuyến cuối của Thành phố Hà Nội, hiện đang quản lý hơn 700 bệnh nhân COPD; hàng năm tiếp nhận khoảng 300 lượt bệnh nhân COPD vào điều trị nội trú. Trong đó, Khoa Nội Tổng hợp 1 có các Bác sĩ, điều dưỡng được đào tạo về chuyên ngành Hô hấp và là đơn vị được Bệnh viện giao cho điều trị các mặt bệnh hô hấp trong đó có các bệnh nhân COPD.

Để đánh giá quá trình chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh COPD tại Bệnh viện Xanh Pôn, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: “Chăm sóc người bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính và một số yếu tố liên quan tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2022” với mục tiêu: Mô tả đặc điểm người bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính và kết quả chăm sóc người bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính.

## II. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng, phương pháp

Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Nội tổng hợp 1 - Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ tháng 08/2022 đến tháng 12/2022 là 121 người bệnh COPD. Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh có chẩn đoán xác định COPD

(theo tiêu chuẩn GOLD 2021) và có đợt cấp COPD. Thiết kế nghiên cứu: mô tả tiến cứu, theo dõi dọc quá trình chăm sóc điều dưỡng tại thời điểm vào viện và ra viện của người bệnh. Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu.

### 2.2. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Các biến đánh giá đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh gồm: Tuổi, giới tính, chỉ số BMI, thời gian mắc bệnh, số đợt cấp trong năm.

- Tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào, tiếp xúc với khói bụi.

- Đánh giá quá trình chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh COPD.

- Đánh giá kết quả chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh COPD.

+ Chăm sóc điều dưỡng đạt: Khi người bệnh được chăm sóc đầy đủ  $\geq 5$  hoạt động chăm sóc điều dưỡng.

+ Chăm sóc điều dưỡng chưa đạt khi người bệnh chưa được chăm sóc đầy đủ, được thực hiện  $\leq 4$  hoạt động chăm sóc.

### 2.3. Phương pháp phân tích và xử lý số liệu.

Các số liệu được xử lý bằng các thuật toán thống kê y sinh học, theo chương trình EPI -DATA và chương trình SPSS 16.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

(Nội dung là bảng 1, 2, 3, 4)

## IV. BÀN LUẬN

Quá trình chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh COPD là quá trình xuyên suốt từ khi người bệnh bắt đầu nhập viện tới khi người bệnh ổn định, ra viện và trở lại cuộc sống bình thường. Việc chăm sóc điều dưỡng toàn diện giúp cho người bệnh được điều trị tình trạng bệnh, hiểu về bệnh lý, cải thiện tình trạng so với trước khi vào viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, khi vào viện, có 75,8% được chăm sóc, hỗ trợ về tâm lý; tỷ lệ này khi ra viện là 71,1%, đa số được chăm sóc tâm lý 2 lần/ ngày. Nghiên cứu của Phạm Đức Tài, cho thấy đa số người bệnh COPD đều được chăm sóc tâm lý; khi vào viện: 88,7%; khi ra viện: 85,4% [2],[5].

Về giấc ngủ, sự kích thích từ môi trường bên ngoài, khó thở và thiếu oxy máu có thể cản trở việc thư giãn và ức

chế giấc ngủ. Khó ngủ do thiếu oxy liên quan đến ngừng thở và thở nông về đêm. Người điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh tạo môi trường thích hợp để ngủ như yên tĩnh, thông thoáng, hạn chế các chất kích thích. Có thể cần tới sự xem xét tư vấn của bác sĩ nếu khó ngủ thường xuyên [4].

Người bệnh COPD cần được quan sát tình trạng của người bệnh, dấu hiệu sinh tồn, dấu hiệu tắc nghẽn đường thở. Trong nghiên cứu, 100% người bệnh được theo dõi; trong đó, 82,1% người bệnh được theo dõi tình trạng, triệu chứng bệnh khi vào viện 2 ngày/lần. Nghiên cứu của Lê Thị Kim Thoa, cho thấy 100% người bệnh COPD đều được theo dõi sát tình trạng bệnh khi nằm viện bao gồm đo dấu hiệu sinh tồn, theo dõi và đánh giá mức độ khó thở [2]. Với các tình trạng này, người điều dưỡng cần hướng dẫn người bệnh phát hiện triệu chứng để duy trì đường hô hấp thông thoáng.

Trong giai đoạn cấp tính của bệnh, hướng dẫn người bệnh hạn chế hoạt động và tăng cường thời gian nghỉ ngơi trên ghế hoặc trên giường, tạo môi trường yên tĩnh. Với người bệnh khó thở hơn, cần theo dõi SpO2 và khí máu, bổ sung oxy một cách thận trọng qua gọng mũi, mặt nạ hoặc máy thở; điều chỉnh theo y lệnh [7]. Cho người bệnh hoạt động ở mức độ chịu đựng được, tăng dần mức độ hoạt động khi bệnh giảm. Trong trường hợp suy hô hấp nặng, cấp tính, người bệnh có thể hoàn toàn không thể thực hiện các hoạt động tự chăm sóc cơ bản vì thiếu oxy và khó thở. Khi đó, người bệnh cần rất nhiều sự hỗ trợ của người thân và nhân viên y tế [4].

Về quá trình hỗ trợ và hướng dẫn người bệnh vệ sinh cá nhân; người bệnh COPD thường có thể trạng gầy, khả năng vệ sinh cá nhân và chăm sóc bản thân kém. Họ giảm khả năng và tăng nhu cầu cần hỗ trợ trong các hoạt động tự chăm sóc cá nhân hằng ngày. Khi vào viện, chăm sóc cá nhân cho người bệnh đã được chú trọng, tỷ lệ người bệnh được hướng dẫn vệ sinh cá nhân khi vào viện là 75,8%; khi ra viện là 95,8%, đa số người bệnh đã được hướng dẫn 2 lần/ ngày (52,6% và 48,4%). Lê Thị Kim Thoa, tỷ lệ người

**Bảng 1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm chung		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi (năm)	< 60	4	4,2
	≥ 60	92	85,8
Tuổi trung bình (năm)		71,9 ± 8,1	
Giới tính	Nam	59	61,5
	Nữ	37	38,5
Chỉ số BMI	< 18,5	27	28,1
	18,5 – 22,9	45	46,9
	≥ 23	24	25,0
Thời gian mắc bệnh	< 2	3	3,2
	2 – 5	53	56,4
	> 5	38	40,4
Số đợt cấp/năm	< 2	9	9,4
	2 – 5	74	77,1
	≥ 6	13	13,5

**Nhận xét:** Đa số người bệnh ≥ 60 tuổi (85,8%); Nam giới chiếm đa số 61,5%. Đa số người bệnh mắc bệnh từ 2 – 5 năm chiếm 56,4%; mắc bệnh > 5 năm chiếm 40,4%. Đa số người bệnh mắc 2 – 5 đợt cấp trong năm chiếm 77,1%.

**Bảng 2: Tiền sử hút thuốc của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm hút thuốc		Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Hút thuốc	Không hút	40	42,1
	Thuốc lá	45	47,4
	Thuốc lào	10	10,5
Số năm hút thuốc trung bình		20,8 ± 8,8	
Hút thuốc lá thụ động		10	10,5
Bỏ thuốc	Đã bỏ	60	63,1
	Đang hút	7	11,1

**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh hút thuốc 70,5% (thuốc lá 47,4%, thuốc lào 47,4%). Đa số người tham gia đã bỏ thuốc chiếm 63,1%

bệnh được hỗ trợ về vệ sinh cá nhân: khi vào viện, chỉ có 41,6%, khi ra viện: 89,6% [2].

Người bệnh COPD thường ăn uống kém mặc dù suy hô hấp tạo ra trạng thái tăng trao đổi chất với nhu cầu calo tăng. Hậu quả là người bệnh thường nhập viện với tình trạng suy dinh dưỡng. Trong nghiên cứu, việc chăm sóc, tư vấn chế độ dinh dưỡng cho người bệnh cũng đã được chú trọng, 100% được chăm sóc dinh dưỡng khi vào viện, 50% người bệnh thường được hướng dẫn 2 lần/ ngày; khi ra viện 65,3% được hướng dẫn 2 lần/ ngày. Nghiên cứu của Phan Đức Tài, tỷ lệ được chăm sóc dinh dưỡng khi vào viện 82,1%; khi ra viện 80,2% [5].

Để chăm sóc dinh dưỡng cho người bệnh COPD, ngoài việc nhắc nhở, hướng dẫn người bệnh ăn đủ và tăng số bữa, người điều dưỡng còn cần đánh giá thói quen ăn uống, khẩu phần ăn, mức độ khó khăn khi ăn để có thể hướng dẫn cụ thể hơn cho người nhà hỗ trợ chăm sóc người bệnh. Hướng dẫn người bệnh uống đủ nước, làm giảm độ nhớt của dịch tiết, tạo điều kiện thuận lợi để ho (lưu ý không uống thừa nước liên quan tới khả năng chịu đựng của tim). Nước uống nên là nước ấm để giảm co thắt phế quản, uống nước ngoài bữa ăn [6]. Trong NC của chúng tôi 82,6% người bệnh được thực hiện phục hồi chức năng hằng ngày tại thời điểm vào viện; và 92,7% tại thời điểm ra viện. Nghiên cứu của Cao Thị Hồng Quyên, có 86% người bệnh được hướng dẫn tập các kiểu thở; 81,5% người bệnh COPD được tư vấn vận động thể lực [1].

Phục hồi chức năng cho người bệnh COPD là vấn đề đã được nhiều đơn vị điều trị quan tâm và thực hiện. Các bài tập phục hồi chức năng cũng rất đa dạng như các bài tập như tập thở bụng, thở mím môi, ho hiệu quả; các bài tập thở theo môi và bụng hoặc cơ hoành làm mạnh cơ hô hấp, giảm thiểu sự tắc nghẽn của đường thở nhỏ và kiểm soát chứng khó thở; các bài tập điều hòa nhịp thở độ chung, được thực hiện thường xuyên và đúng giờ sau khi sử dụng thuốc làm tăng khả năng chịu đựng hoạt động, sức mạnh



Bảng 3. Đánh giá quá trình chăm sóc điều dưỡng cho bệnh nhân

Đánh giá quá trình chăm sóc điều dưỡng		Vào viện		Ra viện	
		n	%	n	%
Chăm sóc tâm lý, tinh thần cho người bệnh	Không thực hiện	23	24,2	18	18,9
	1 lần/ngày	27	28,4	23	24,2
	≥ 2 lần/ngày	45	47,4	43	45,2
Quan sát dấu hiệu sinh tồn, tình trạng sức khỏe của người bệnh	Không thực hiện	0	0	4	4,2
	1 lần/ngày	17	17,9	31	32,6
	≥ 2 lần/ngày	78	82,1	60	63,1
Hỗ trợ và hướng dẫn người bệnh vệ sinh cá nhân	Không thực hiện	23	24,2	18	19,7
	1 lần/ngày	22	23,2	27	28,4
	≥ 2 lần/ngày	50	52,6	46	48,4
Hướng dẫn và hỗ trợ chăm sóc dinh dưỡng	Không thực hiện	0	0	13	13,7
	1 lần/ngày	31	32,6	53	55,8
	≥ 2 lần/ngày	64	69,6	29	30,5
Phục hồi chức năng	Không thực hiện	8	8,4	7	7,4
	1 lần/ngày	31	32,6	26	27,4
	≥ 2 lần/ngày	57	50,0	62	65,3
Giáo dục sức khỏe cho người bệnh	Không thực hiện	37	38,9	0	0
	1 lần/ngày	41	43,2	35	36,8
	≥ 2 lần/ngày	7	7,4	50	52,6

**Nhận xét:** Khi vào viện, người bệnh COPD được chăm sóc đầy đủ về DHST và tình trạng sức khỏe, hỗ trợ chăm sóc dinh dưỡng và PHCN. Khi ra viện, người bệnh được chú trọng về quan sát DHST, tình trạng sức khỏe; hướng dẫn PHCN và giáo dục sức khỏe.

**Bảng 4. Đánh giá kết quả chăm sóc điều dưỡng cho bệnh nhân COPD**

Kết quả chăm sóc điều dưỡng	Vào viện		Ra viện	
	n	%	n	%
Chăm sóc đạt	83	87,4	87	91,6
Chăm sóc chưa đạt	12	12,6	8	8,4

**Nhận xét:** Tỷ lệ người bệnh được chăm sóc tốt khi vào viện: 87,4%; ra viện: 91,6%. Đa số người bệnh COPD được chăm sóc tốt cả khi vào viện và ra viện

cơ bắp. Hướng dẫn người bệnh tham gia hội nhóm bệnh mãn tính, như nhóm COPD; tham gia chương trình tập thể dục nhằm mục đích cải thiện thể lực, tăng sức bền và sức mạnh và cải thiện tình trạng khó thở [4],[3].

Về giáo dục sức khỏe cho người bệnh, khi vào viện, tỷ lệ người bệnh được giáo dục sức khỏe, cung cấp kiến thức về bệnh là 92,6. Cao Thị Hồng Quyên, cho thấy tỷ lệ người bệnh được cung cấp kiến thức về bệnh COPD là 90,5% [1]. Khi ra viện, tỷ lệ người bệnh được giáo dục sức khỏe là 100%, cho thấy COPD là tình trạng bệnh lý mạn tính, không thể đảo ngược và cần chiến lược điều trị kéo dài. Tại nhà,

người bệnh cũng cần xây dựng chế độ dinh dưỡng hợp lý, phòng ngừa tình trạng nhiễm trùng, hiểu được quá trình bệnh, tiên lượng và điều trị. Lê Thị Kim Thoa cũng cho thấy 93,5% người bệnh được giáo dục sức khỏe khi ra viện.

Khi ra viện, với người bệnh suy hô hấp mạn tính kéo dài, người bệnh được chỉ định thở oxy tại nhà, giúp cải thiện tình trạng khó thở, cải thiện giấc ngủ và chất lượng cuộc sống hằng ngày. Khi sử dụng oxy tại nhà, cần hướng dẫn người bệnh bắt đầu từ # 2 lít/phút và tối đa là 5 lít/ phút; thời gian thở oxy thích hợp từ 1 – 3 phút, có thể điều chỉnh tại viện lựa chọn thời gian thở

oxy phù hợp tránh tăng CO2 máu quá mức khuyến cáo, điều chỉnh lượng oxy để PaO2 từ 65 – 70 mmHg, SaO2 tối ưu 95 – 99% [2].

Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số người bệnh được chăm sóc tốt, khi vào viện: tỷ lệ chăm sóc tốt chiếm 87,4%; khi ra viện: 91,6%. Tỷ lệ này là do quá trình nỗ lực chăm sóc toàn diện cho người bệnh, cũng như các điều dưỡng trong khoa đã có nhiều kinh nghiệm chăm sóc cho người bệnh cao tuổi, có nhiều bệnh lý mãn tính trong đó có COPD. Nghiên cứu của Cao Thị Hồng Quyên cũng cho thấy tỷ lệ người bệnh COPD được chăm sóc tốt cao chiếm 81% [1].

**V. KẾT LUẬN**

+ Khi vào viện và ra viện người bệnh COPD được chăm sóc đầy đủ về dấu hiệu sinh tồn và tình trạng sức khỏe, hỗ trợ chăm sóc dinh dưỡng; phục hồi chức năng và giáo dục sức khỏe.

+ Đa số người bệnh đều được chăm sóc điều dưỡng tốt. Tỷ lệ người bệnh được chăm sóc tốt tại thời điểm vào viện là 87,4%; tại thời điểm ra viện là 91,6%.■

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1. Cao Thị Hồng Quyên (2020).** Thực trạng chăm sóc người bệnh COPD và một số yếu tố liên quan đến chăm sóc tại khoa hồi sức cấp cứu trung tâm y tế Gò Quao - Kiên Giang. Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại Học Thăng Long, 36–53, Tr. 195-198.
- 2. Lê Thị Kim Thoa (2022).** Thực trạng chăm sóc người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và các yếu tố liên quan tại Trung tâm hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam, Tập 511, số 2. Tr. 39–54.
- 3. Nguyễn Hoài Bắc (2009).** Bước đầu xây dựng và đánh giá hiệu quả của Chương trình điều trị phục hồi chức năng cho người bệnh COPD tại bệnh viện lao và bệnh phổi trung ương. Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại Học Hà Nội, 68–77.
- 4. Nguyễn Lâm Hiếu, Trần Ngọc Ánh, và Trương Quang Trung (2013),** Kế hoạch chăm sóc và can thiệp điều dưỡng một số bệnh lý nội khoa thường gặp, Hướng dẫn điều trị, Nhà xuất bản Dân trí, Hà Nội.
- 5. Phan Đức Tài (2020).** Đặc điểm người bệnh bị bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang, năm 2020. Luận văn Thạc sĩ, Trường Đại Học Thăng Long, 63–85.
- 6. Korpershoek Y.J., Bruins Slot J.C., Effing T.W. (2017).** Self-management behaviors to reduce exacerbation impact in COPD patients: a Delphi study. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 12, 2735–2746.
- 7. Brooker, C. and M. Nicol (2003).** Nursing Adults: the practice of caring. Elsevier Health Sciences, 2003.

# ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TRƯỚC CAN THIỆP VÀ AN TOÀN CỦA LIỆU PHÁP OZONE QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG

ĐỖ ĐÌNH TÙNG<sup>1,2</sup>, ĐINH TRUNG THÀNH<sup>1</sup>, NGUYỄN VĂN NGHĨA<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn; Số 12, Phố Chu Văn An, Phường Biện Biên, Quận Ba Đình, Hà Nội

<sup>2</sup> Học viện Quân Y, 160 Đ. Phùng Hưng, P. Phúc La, Hà Đông, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: **Đinh Trung Thành**

Email: thanhdr@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 15/4/2023

Ngày nhận phản biện: 06/6/2023

Ngày duyệt đăng: 01/8/2023

**Mục tiêu:** Xác định đặc điểm chẩn đoán hình ảnh và an toàn của liệu pháp ozone qua da dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

**Phương pháp:** Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, theo dõi dọc 147 bệnh nhân thoát vị đĩa đệm được điều trị tiêm Ozone đĩa đệm, hướng dẫn chụp cắt lớp vi tính.

**Kết quả:** Thoát vị đĩa đệm thắt lưng thường có các triệu chứng như dấu hiệu Lasague (95,9%), đau lan dọc theo đường đi rễ thần kinh (95,9%) và tê chân (86,4%). Vị trí tổn thương thường xuyên nhất là L4/5 (55,1%) và L5/S1 (42,9%), với thoát vị thể lồi (43,5%) và thể hỗn hợp (21,8%) là hai kiểu tổn thương phổ biến nhất. Liệu pháp Ozone qua da dưới kết hợp với chụp CLVT là phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, không ghi nhận tai biến hoặc biến chứng nào.

**Kết luận:** Vị trí tổn thương thường xuyên nhất là L4/5 và L5/S1, phổ biến là thoát vị thể lồi và thể hỗn hợp. Liệu pháp Ozone qua da dưới kết hợp với chụp CLVT là phương pháp an toàn trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng.

**Từ khóa:** Thoát vị đĩa đệm; Cộng hưởng từ; Cắt lớp vi tính; an toàn

## CHARACTERISTICS OF MRI IMAGES AND SAFETY OF OZONE THERAPY THROUGH TRANSCUTANEOUS APPROACH GUIDED BY COMPUTED TOMOGRAPHY IN TREATMENT OF LUMBAR DISC HERNIATION

**Objective:** To determine the diagnostic imaging characteristics and safety of ozone therapy through the transcutaneous approach guided by computed tomography in the treatment of lumbar disc herniation at Xanh Pon General Hospital.

**Method:** The cross-sectional descriptive method was used to longitudinally monitor 147 patients with lumbar disc herniation treated with ozone disc injection and guided computed tomography.

**Results:** Lumbar disc herniation often presents with symptoms such as positive Lasague sign (95.9%), pain along the nerve root (95.9%), and numbness in the foot (86.4%). The most frequently affected sites are L4/5 (55.1%) and L5/S1 (42.9%), with protruding and mixed type herniations being the most common (43.5% and 21.8%, respectively). Ozone therapy through the transcutaneous approach guided by computed tomography is a safe and effective method for treating lumbar disc herniation without any reported complications.

**Conclusion:** The most commonly affected sites are L4/5 and L5/S1, with protruding and mixed type herniations being the most common. Ozone therapy through the transcutaneous approach guided by computed tomography is a safe method for treating lumbar disc herniation.

**Keywords:** Lumbar disc herniation; Magnetic resonance imaging; Computed tomography; Safety.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Thoát vị đĩa đệm (TVDD) dẫn tới chèn ép rễ thần kinh, kích hoạt quá trình viêm tại chỗ gây đau do vậy có nhiều phương pháp điều trị có cơ chế tác động khác nhau phụ thuộc mức độ thoát vị, triệu chứng lâm sàng và tình trạng thoái hóa cột sống. Điều trị nội khoa bảo tồn được ưu tiên hàng đầu như dùng thuốc, vật lý trị liệu, y học cổ truyền, kéo giãn tuy nhiên với trường hợp không đáp ứng sẽ sử dụng can thiệp tối thiểu qua da bao gồm tiêm corticoid quanh rễ, đốt nhiệt, laser hoặc sóng cao tần đĩa đệm, dùng hóa chất tiêu nhân đĩa. Hiện nay, điều trị can thiệp tối thiểu qua da có định vị dưới chẩn đoán hình ảnh có xu hướng phát triển mạnh mẽ do hiệu quả điều trị tốt, trong đó có phương pháp điều trị tiêm Ozone qua da vào đĩa đệm thoát vị dưới hướng dẫn của cắt lớp vi tính (CLVT). Cơ chế hoạt động của phương pháp này dựa trên tác dụng phá hủy sinh học của Ozone (chemodiscolysis) gây phá vỡ liên kết của proteoglycan trong nhân nhầy và mất nước, từ đó làm giảm áp lực lên phần thoát vị, giảm diện tích đĩa đệm đồng thời kích hoạt quá trình chống viêm tại chỗ.

Cùng với sự phát triển của máy CLVT giúp điều trị Ozone đĩa đệm trở nên dễ dàng, phổ biến do thủ thuật được định vị chính xác, tăng hiệu quả điều trị đồng thời đảm bảo an toàn, giảm tai biến liên quan đến can thiệp. Muto là người đầu tiên tiêm Ozone dưới định vị CLVT trên 2900 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ thành công khoảng 70-80% đồng thời không ghi nhận biến chứng trong can thiệp. Hơn nữa, nghiên cứu gần đây cho thấy phối hợp tiêm Ozone đĩa đệm kèm theo phong bế rễ bằng corticoid cho kết quả tốt hơn so với tiêm Ozone đĩa đệm đơn thuần.

Các nguy cơ từ bản thân thuốc steroid rất hiếm và ít hơn nhiều so với so với các tác dụng phụ của steroid đường uống. Các tác dụng phụ khác có thể gặp đau đầu, đỏ bừng mặt, lo âu, mất ngủ, sốt ở đêm đầu tiên sau tiêm, tăng lượng đường trong máu, giảm khả năng miễn dịch thoáng qua vì tác dụng ức chế của steroid, loét dạ dày, hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi, đục thủy tinh thể... Các yếu tố khác liên quan tới tình trạng bệnh, mức độ kỹ năng bác sĩ, chuẩn bị bệnh nhân.

Nhằm đánh giá tổn thương TVDD trên hình ảnh cộng hưởng từ, và tỉ lệ sử dụng các đường vào, những thuận lợi, khó khăn cũng như tai biến biến chứng có thể gặp trong, sau quá trình can thiệp chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Xác định đặc điểm chẩn đoán hình ảnh và an toàn của liệu pháp ozone qua da dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng tại Trung tâm Kỹ thuật cao Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

Bệnh nhân TVDD mức độ nhẹ hoặc trung bình trên phim chụp cộng hưởng từ. Có thể kèm theo các dấu hiệu của thoái hóa đĩa đệm – cột sống; tuổi từ 18-70 tuổi; đã điều trị nội khoa hoặc các biện pháp điều trị bảo tồn ít nhất 1 tháng nhưng ít hoặc không đáp ứng; mức độ đau theo thang điểm VAS > 6. Loại trừ BN có các dị tật bẩm sinh gây hẹp ống sống, gù vẹo cột sống; có rối loạn đông máu; có thai hoặc dị ứng thuốc; có tổn thương viêm da tại vị trí chọc kim; thoát vị đĩa đệm mức độ nhiều; chiều cao đĩa đệm giảm >75% so với đĩa đệm bình thường; thoát vị nặng, di trú hoặc đứt rời; tiền sử đã mổ cột sống do thoát vị đĩa đệm; BN đau cột sống thắt lưng do viêm xương, lao, gãy xương, ung thư di căn, u tủy...; thông tin không đầy đủ, không theo dõi được sau điều trị. Bệnh nhân được chia lần lượt chia ngẫu nhiên làm 2 nhóm chính là Nhóm chứng và Nhóm can thiệp; theo thời gian cứ chọn 2 bệnh nhân can thiệp thì chọn 1 bệnh nhân nhóm chứng.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu**

Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Kỹ thuật cao, Bệnh viện Đa khoa Saint Paul. Thời gian nghiên cứu từ tháng 9/2019 đến tháng 12/2022.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu**

Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, đối chiếu sánh đặc điểm chung của 2 nhóm trước can thiệp. Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 147 BN đồng ý tham gia nghiên cứu. 100 BN thuộc Nhóm can thiệp sẽ điều trị tiêm Ozone

đĩa đệm, tiêm Ozone và corticoid quanh rễ dưới hướng dẫn Chụp cắt lớp vi tính (CLVT). Nhóm chứng gồm 47 BN sẽ chỉ được tiêm corticoid quanh rễ thần kinh và khoang ngoài màng cứng dưới hướng dẫn CLVT. Nghiên cứu này là cơ sở của nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng can thiệp theo dõi dọc 9 tháng với 2 nhóm chứng và nhóm can thiệp.

**2.4. Vật liệu, kỹ thuật**

- Máy chụp CHT 3T Skyra (Siemens, Elargen, Germany): đánh giá trước và sau điều trị.

- Máy chụp CLVT 384 dãy Dual source, dual energy (Siemens, Elargen, Germany) sử dụng trong can thiệp.

- Máy tạo ozone (Medozone compact, HAB Herrmann, Germany) sử dụng trong y tế + bình Oxy. Khả năng tạo Ozone 2-80µg/ml, tốc độ 1,0l/ phút. Điện áp 100-240V/50-60Mhz. Công suất vào 190VA. Kích thước máy 424x185x388mm.

- Monitor theo dõi; Kim Chiba 20-22G; Thuốc tê Lidocain 2%; Depomedrol; Bơm kim tiêm: bơm 3ml, gạc vô trùng; Thuốc sát khuẩn, nước muối sinh lý, hộp chống shock phản vệ.

- Các bước thực hiện: Bước 1: Chuẩn bị bệnh nhân; Bước 2: Tiến hành chụp CLVT để xác định vị trí móc giải phẫu; Bước 3: Chọc kim vào đĩa đệm; Bước 4: Tiêm Ozone; Bước 5: Kiểm tra; Bước 6: Theo dõi.

- Đánh giá quá trình can thiệp, theo dõi sau điều trị

**2.5. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu**

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 19.0 Sử dụng thống kê mô tả đối với các biến số về các đặc điểm lâm sàng và các đặc điểm kỹ thuật; So sánh cặp (paired t – test) để kiểm định sự khác biệt về mức độ đau, mức độ hạn chế hoạt động của 2 nhóm trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê hay không.

**2.6. Đạo đức nghiên cứu**

Nghiên cứu cho mục đích khoa học. Các BN được giải thích, tự nguyện ký kết tham gia nghiên cứu. BN không tham gia nghiên cứu không bị đối xử phân biệt trong quá trình điều trị. BN có thể yêu cầu ngừng tham gia nghiên cứu tại mọi thời điểm.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

(Nội dung là bảng 1, 2, 3, 4)

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 147 BN chia thành 2 nhóm, nhóm nghiên cứu gồm 100 bệnh nhân được điều trị thoát vị đĩa đệm và giảm đau cột sống bằng sử dụng Ozone kết hợp corticoid, nhóm chứng gồm 47 bệnh nhân sử dụng corticoid đơn thuần. Trong tổng số 147 bệnh nhân, có 59 bệnh nhân nam (40,1%) và 88 bệnh nhân nữ (59,9%).

Về các triệu chứng lâm sàng thường gặp của bệnh nhân thoát vị đĩa đệm, nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cao nhất là dấu hiệu Lasegue (95,9%) và đau lan dọc theo đường đi rễ thần kinh (94,6%). Trong khi đó, tê chân cũng là triệu chứng khá phổ biến với tỷ lệ 86,4%. Teo cơ có tỷ lệ thấp nhất, chỉ 7,5%. Các kết quả này tương đối tương đồng với những nghiên cứu trước đó tại Việt Nam và quốc tế. Tuy nhiên, tại một số nước phương Tây, tê chân có tỷ lệ cao hơn so với các nghiên cứu ở Việt Nam và bằng trên.

CHT đĩa đệm cột sống thắt lưng trước can thiệp có giá trị rất quan trọng, có độ nhạy, độ đặc hiệu rất cao trong chẩn đoán xác định thoát vị đĩa đệm và được coi là xét nghiệm được lựa chọn đầu tay trong đánh giá đau cột sống thắt lưng hoặc đau thần kinh tọa có nghi ngờ do nguyên nhân thoát vị. Trong số 147 bệnh nhân, tỷ lệ thoát vị chủ yếu ở đĩa đệm L4/5 (55,1%) và L5/S1 (42,9%), vị trí đĩa đệm tổn thương không khác biệt ở hai nhóm

điều trị. Tác giả Oder nghiên cứu trên 612 bệnh nhân điều trị bằng Ozone nhận thấy vị trí điều trị chủ yếu ở đĩa đệm L4-L5 (36,1%) và đĩa đệm L5-S1 (48,3%)41. Đây là vị trí bản lề của cột sống thắt lưng đồng thời cũng là vùng chịu lực lớn nhất của cơ thể do vậy các tổn thương thoái hóa đĩa đệm, đốt sống thường xuất phát đầu tiên ở vị trí này.

Trên hình ảnh CHT đĩa đệm của 2 nhóm nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ chủ yếu là thoát vị thể lồi (protrusion) chiếm 43% ở nhóm nghiên cứu và 44,7% ở nhóm chứng, đa số là thoát vị thể cạnh trung tâm chiếm 50% ở nhóm nghiên cứu và 46,8% ở nhóm chứng, gây hẹp ống sống ở nhiều mức độ đa số là độ 1. Thể tích đĩa đệm thoát vị trung bình của nhóm nghiên cứu là  $17,5 \pm 1,3\text{cm}^3$ , của nhóm chứng là  $17,9 \pm 1,7\text{cm}^3$ . Điều này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lehnert, thể tích trung bình đĩa đệm thoát vị là  $17,37 \pm 4,70\text{cm}^3$ .

Về liều và nồng độ Ozone trong đĩa đệm,

quanh rễ: Với 100 bệnh nhân nhóm nghiên cứu, chúng tôi sử dụng tiêm Ozone trong đĩa đệm với nồng độ  $30\mu\text{g/ml}$  tương ứng với 2% Ozone-98% Oxi. Lượng Ozone trung bình tiêm được trong đĩa đệm là 4ml và quanh rễ là 10ml. Thời gian can thiệp trung bình là  $30 \pm 7$  phút.

Để đánh giá sâu hơn về sự khác biệt nồng độ Ozone, tác giả Elawamy chia 2 nhóm với 60 bệnh nhân với cùng số điểm ODI và VAS tương đồng, 2 nhóm này được tiêm 2 nồng độ Ozone khác nhau là  $30\mu\text{g/ml}$  và  $40$

**Bảng 2. Đặc điểm hình ảnh MRI trước can thiệp**

Đặc điểm hình ảnh trước can thiệp		Nhóm nghiên cứu, n (%)	Nhóm chứng n (%)	Tổng n (%)	p
Đĩa đệm tổn thương	L3/4	3 (3)	0 (0)	3 (2,0)	0,72*
	L4/5	55 (55)	26 (55,3)	81 (55,1)	
	L5/S1	42 (42)	21 (44,7)	63 (42,9)	
Kiểu tổn thương	Phình ĐĐ	14 (14)	8 (17)	22 (15)	0,5**
	TV thể lồi	43 (43)	21 (44,7)	64 (43,5)	
	TV thực sự	18 (18)	11 (23,4)	29 (19,7)	
	Hỗn hợp	25 (25)	7 (14,9)	32 (21,8)	
Vị trí thoát vị	Trung tâm	21 (21)	11 (23,4)	32 (21,8)	0,9**
	Cạnh trung tâm	50 (50)	22 (46,8)	72 (49)	
	Trong LLH	15 (15)	6 (12,8)	21 (14,3)	
	Ngoài LLH	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Hẹp ống sống (độ)	0	7 (7)	6 (13)	13 (8,9)	0,12*
	1	74 (74)	26 (56,5)	100 (68,5)	
	2	15 (15)	12 (26,1)	28 (18,5)	
	3	4 (4)	2 (4,3)	6 (4,1)	
	4	0 (0)	0 (0)	0 (0)	

\* Fishers Exact test \*\* Chi square test \*\*\*T-test độc lập

**Nhận xét:** Vị trí đĩa đệm tổn thương hay gặp nhất là L4/5 chiếm 81 BN (55,1%) và L5/S1 chiếm 62 BN (42,9%). Kiểu tổn thương đĩa đệm hay gặp nhất là thoát vị thể lồi chiếm 64 BN (43,5%) và thể hỗn hợp chiếm 32 BN (21,8%). Vị trí thoát vị hay gặp nhất là thoát vị cạnh trung tâm chiếm 72 BN (49%). Mức độ hẹp ống sống hay gặp nhất là hẹp độ 1 chiếm 100 BN (68,5%). Thể tích trung bình đĩa đệm thoát vị là  $17,7 \pm 1,5\text{cm}^3$ , giá trị nhỏ nhất là 15,2; lớn nhất là 23. Không có sự khác biệt về các đặc điểm của đĩa đệm tổn thương, mức độ hẹp ống sống, thể tích trung bình đĩa đệm trước điều trị giữa hai nhóm nghiên cứu.

**Bảng 1. Các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân thoát vị đĩa đệm**

Triệu chứng lâm sàng	Nhóm nghiên cứu n (%)	Nhóm chứng n (%)	Tổng n (%)
Dấu hiệu Lasegue	95 (95)	45 (95,7)	141 (95,9)
Tê chân	81 (81)	45 (95,7)	127 (86,4)
Đau lan dọc theo đường đi thần kinh	96 (96)	44 (93,6)	139 (94,6)
Teo cơ	6 (6)	5 (10,6)	11 (7,5)
Tổng	100 (100)	47 (100)	147 (100)

**Nhận xét:** Các triệu chứng lâm sàng hay gặp trên các bệnh nhân là dấu hiệu Lasegue (95,9%), đau lan dọc theo đường đi rễ thần kinh (95,9%), và tê chân (86,4%).

**Bảng 3. Một số đặc điểm trong quá trình can thiệp ozone cột sống**

Đặc điểm trong can thiệp		Số lượng	Tỉ lệ (%)
Tiêm Corticoide quanh rễ		100	100
Vị trí đĩa đệm can thiệp:	L3/4	3	3
	L4/5	55	55
	L5/S1	42	42
Đường can thiệp:	Lỗ liên hợp	81	81
	Mảnh sống	19	19
Bên can thiệp:	Phải	48	48
	Trái	52	52
Mức độ thành công	Tốt	74	74
	Trung bình	20	20
	Kém	6	6
Liều Ozone trung bình trong đĩa đệm		5,7±3,8ml	
Liều trung bình quanh rễ		10,8± 2,7(ml)	
Nồng độ 30µg/ml (2% Ozone-98% Oxi)		4-10ml	
Tổng cộng:		100	100

**Nhận xét:** Nhóm nghiên cứu gồm 100 bệnh nhân được điều trị với liều Ozone trung bình trong đĩa đệm là 5,7±3,8ml, liều trung bình quanh rễ 10,8± 2,7(ml), thời gian tiêm trung bình là 30 ± 7 phút. Vị trí đĩa đệm được can thiệp nhiều nhất là L4/5 chiếm 55BN (55%) và L5/S1 chiếm 42 BN (42%). Đa số BN được can thiệp tiêm Ozone đĩa đệm qua đường sau bên lỗ liên hợp chiếm 81 BN (81%), còn lại 19 BN được can thiệp qua đường giữa, đi qua mảnh sống (19%). Bên phải được can thiệp nhiều hơn (48%) so với bên trái (52%). Trong nhóm nghiên cứu, đa số các bệnh nhân có mức độ tập trung ozone trong đĩa đệm sau tiêm đạt mức tốt chiếm 74 bệnh nhân (74%). Có 6 bệnh nhân đạt mức độ kém (6%). Nhóm chúng gồm 47 bệnh nhân không tiêm Ozone vào đĩa đệm mà chỉ được tiêm corticoid quanh rễ thần kinh và khoang ngoài màng cứng. Thời gian can thiệp trung bình là 23 ± 5 phút. Tất cả các thủ thuật đều thành công về mặt kỹ thuật, không có trường hợp nào không thực hiện được.

**Bảng 4. Tai biến-biến chứng trong quá trình can thiệp**

Tai biến-Biến chứng	Biểu hiện	Xử trí	Kết quả
Dị ứng Lidocain 2%	0	ngừng điều trị monitoring	ổn định
Đau tăng tại vị trí tiêm	7	theo dõi	Hết đau sau 3-5 phút
Đau lan theo rễ	4	chỉnh lại vị trí kim	Hết đau
Lo lắng	3	trấn an, an ủi bệnh nhân	ổn định

**Nhận xét:** Không ghi nhận bất kỳ trường hợp tai biến hoặc biến chứng nào sau can thiệp.

µg/ml. Sau 3 tháng và 6 tháng theo dõi, tác giả ghi nhận có sự giảm đáng kể có ý nghĩa về điểm VAS và ODI giữa 2 nhóm nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa về nồng độ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường can thiệp chủ yếu là đường sau bên (postero-lateral) chiếm 81%. Sử dụng đường sau bên cách đường giữa khoảng 6-10cm, kim đi theo góc nghiêng 45<sup>0</sup>, đường đi của kim nằm sát bờ ngoài của khớp liên mấu (facet) và nằm bờ dưới của cuống (Kambin triangle) là đường kinh điển được áp dụng cho tất cả các can thiệp qua da vào đĩa đệm nói chung để tránh gây tổn thương rễ thần kinh. Đường giữa qua mảnh sống (interlamina) được chúng tôi sử dụng trong 19% bệnh nhân trong nghiên cứu. Chúng tôi sử dụng đường giữa đi qua mảnh sống đối với các trường hợp bệnh nhân có thoát vị lớn ở cạnh trung tâm hoặc lỗ liên hợp vị trí L4-L5 hoặc sử dụng cho đĩa đệm L5-S1 khi đường sau bên không tiếp cận được bởi mào chậu quá cao hoặc thoát vị lớn phía sau. Galluci trong nghiên cứu của mình dùng đường sau bên cho 92,4% trường hợp và 7,6% trường hợp sử dụng đường giữa qua mảnh sống (interlamina). Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 74% trường hợp tập trung Ozone tốt trong đĩa đệm, 20% mức độ trung bình và 6% ở mức độ kém.

Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp dị ứng nhẹ với thuốc tê Lidocain 2% trong quá trình gây tê tại chỗ, bệnh nhân xuất hiện khó chịu, mẩn ngứa, mạch nhanh nhưng không khó thở và không có dấu hiệu shock. Bệnh nhân được ngừng điều trị, theo dõi monitoring và không cần điều trị tăng cường khác. Trong quá trình tiêm Ozone chúng tôi ghi nhận 7 trường hợp xuất hiện đau tăng khu trú tại vị trí tiêm, mức độ đau giảm và hết sau 3-5 phút, không kèm theo bất kỳ dấu hiệu khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4 trường hợp bệnh nhân đau lan theo rễ do kim tiếp xúc với rễ thần kinh trong quá trình chọc kim vào đĩa đệm, triệu chứng đau thoáng qua và không cần điều trị. Bên cạnh đó chúng tôi ghi nhận 3 trường hợp bệnh nhân lo lắng, hồi hộp, kích thích nhẹ trong quá trình can thiệp nhưng cũng không cần điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận bất kỳ tai biến hoặc

**Bảng 5. Liều và nồng độ Ozone trong một số nghiên cứu**

Tác giả	Số BN	Nồng độ Ozone đĩa đệm (µg/ml)	Thể tích Ozone trung bình đĩa đệm (ml)	Thể tích Ozone trung bình quanh rễ (ml)
Ezeldin <sup>43</sup>	52	27-30	5	10
Gallucci <sup>38</sup>	159	28	6,8	9,5
Oder <sup>41</sup>	612	30	6	4
Andreula <sup>16</sup>	600	27	4	8
Muto <sup>11</sup>	2900	30-40	3-4	10
Chúng tôi	100	30	4	10

biến chứng xa trong quá trình theo dõi bệnh nhân tại thời điểm 6 tháng. Điều này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới đánh giá phương pháp điều trị bằng Ozone rất an toàn và ít biến chứng, tác dụng phụ. Nghiên cứu phân tích tổng hợp của Magalhaes trên 8 nghiên cứu chỉ ghi nhận một số trường hợp đặc biệt bao gồm 1 trường hợp xuất huyết dịch kính sau điều trị, một trường hợp khí nội sọ gây đau đầu cấp tính, 1 trường hợp tổn thương thần

kinh gây dị cảm, mất cảm giác bàn chân và 1 trường hợp đột quỵ sau điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi không gặp biến chứng nhiễm khuẩn cột sống trong quá trình theo dõi. Tỷ lệ nhiễm khuẩn cột sống thấp do bản thân Ozone là chất kháng khuẩn và chống oxy hóa. Tác giả Bo mô tả 1 trường hợp nhiễm khuẩn cột sống cổ do Streptococcus sau tiêm Ozone đa tầng đĩa đệm cột sống cổ phải điều trị bằng phẫu thuật.

**V. KẾT LUẬN**

+ Các triệu chứng lâm sàng thường gặp trong thoát vị đĩa đệm thắt lưng bao gồm đau hiệu Lasegue (95,9%), đau lan dọc theo đường đi rễ thần kinh (95,9%) và tê chân (86,4%).

Vị trí đĩa đệm tổn thương thường xuyên nhất là L4/5 (55,1%) và L5/S1 (42,9%), với thoát vị thể lõi (43,5%) và thể hỗn hợp (21,8%) là hai kiểu tổn thương đĩa đệm phổ biến nhất. Thoát vị cạnh trung tâm chiếm tỷ lệ cao nhất (49%), và hẹp độ 1 chiếm tỷ lệ cao nhất (68,5%). Trung bình thể tích của đĩa đệm thoát vị là 17,7±1,5 cm<sup>3</sup>, với giá trị nhỏ nhất là 15,2 và lớn nhất là 23.

Liệu pháp Ozone qua da dưới kết hợp với chụp CLVT là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng. Đường can thiệp kim vào đĩa đệm chủ yếu đi theo đường sau ngoài chếc 45 độ trong 81% trường hợp, với lượng Ozone trung bình là 4ml trong đĩa đệm và 10ml quanh rễ. Mức độ tập trung tốt trong 74% trường hợp. Thời gian can thiệp trung bình là 30±7 phút. Không có tai biến hoặc biến chứng nào được ghi nhận.■

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- 1. Nguyen VC. (2015).** Nghiên cứu tác dụng điều trị thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng của phương pháp tiêm ngoài màng cứng kỹ thuật hai kim. Tạp chí y - dược học quân sự. 2015 2015;(2):49-57.
- 2. Bocci V, Borrelli E, Zanardi I, Travagli V. (2015).** The usefulness of ozone treatment in spinal pain. Drug Des Devel Ther. 2015;9:2677-85. doi:10.2147/DDDT.S74518dddt-9-2677 (pii)
- 3. Elvis AM, Ekta JS. (2011).** Ozone therapy: A clinical review. J Nat Sci Biol Med. Jan 2011;2(1):66-70. doi:10.4103/0976-9668.82319JNSBM-2-66 (pii)
- 4. Pfirrmann CW, Metzdorf A, Zanetti M, Hodler J, Boos N. (2001).** Magnetic resonance classification of lumbar intervertebral disc degeneration. Spine (Phila Pa 1976). Sep 1 2001;26(17):1873-8. doi:10.1097/00007632-200109010-00011
- 5. Ezeldin M, Leonardi M, Princioffa C, et al. (2018).** Percutaneous ozone nucleolysis for lumbar disc herniation. Neuroradiology. Nov 2018;60(11):1231-1241. doi:10.1007/s00234-018-2083-4
- 6. Hidalgo-Tallon FJ, Torres-Morera LM, Baeza-Noci J, Carrillo-Izquierdo MD, Pinto-Bonilla R. (2022).** Updated Review on Ozone Therapy in Pain Medicine. Front Physiol. 2022;13:840623. doi:10.3389/fphys.2022.840623
- 7. T. Niu, C. Lv, G. Yi, H. Tang, C. Gong and S. Niu. (2018).** Therapeutic Effect of Medical Ozone on Lumbar Disc Herniation. Med Sci Monit 2018 Vol. 24 Pages 1962-1969 Accession Number: 29611536 PMID: PMC5896688
- 8. Bo W, Longyi C, Jian T, et al. (2009).** A pyogenic discitis at c3-c4 with associated ventral epidural abscess involving c1-c4 after intradiscal oxygen-ozone chemonucleolysis: a case report. Spine (Phila Pa 1976). Apr 15 2009;34(8):E298-304. doi:10.1097/BRS.0b013e318195a87e
- 9. Fort NM, Aichmair A, Miller AO, Girardi FP. (2014).** L5-S1 Achromobacter xylosoxidans infection secondary to oxygen-ozone therapy for the treatment of lumbosacral disc herniation: a case report and review of the literature. Spine (Phila Pa 1976). Mar 15 2014;39(6):E413-6. doi:10.1097/BRS.000000000000195
- 10. Andres-Cano P, Vela T, Cano C, Garcia G, Vera JC, Andres-Garcia JA. (2016).** Cervical Spondylodiscitis After Oxygen-Ozone Therapy for Treatment of a Cervical Disc Herniation: a Case Report and Review of the Literature. HSS J. Oct 2016;1.2(3):278-283. doi:10.1007/s11420-016-9500-1

# NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN LO ÂU, RỐI LOẠN GIẤC NGỦ Ở BỆNH NHÂN COVID-19 KÉO DÀI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

PHẠM VĂN DƯƠNG<sup>1</sup>, NGÔ THỊ HẢO<sup>1</sup>, NGUYỄN THỊ NGÀ<sup>1</sup>, KHÚC THỊ THANH MAI<sup>1</sup>,  
NGUYỄN THỊ DUNG<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa Khoa Xanh Pôn; Số 12, Phố Chu Văn An, Phường Biện Biên, Quận Ba Đình, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: **Phạm Văn Dương**

Email: [duongpham.rss@gmail.com](mailto:duongpham.rss@gmail.com)

Ngày nhận bài báo: 10/5/2023

Ngày nhận phản biện: 16/7/2023

Ngày duyệt đăng: 20/8/2023

## TÓM TẮT:

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ, các yếu tố liên quan rối loạn lo âu, rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân covid 19 kéo dài để đề ra các biện pháp phát hiện sớm, sàng lọc, chẩn đoán và quản lý điều trị.

**Phương pháp:** Nghiên cứu sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện; đối tượng 378 bệnh nhân mắc covid 19 kéo dài; sử dụng Bảng câu hỏi GAD 7 đánh giá lo âu; Bảng câu hỏi PCL-5 đánh giá mất ngủ.

**Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn lo âu của BN Covid-19 kéo dài trên thang GAD-7 là 28,3%, đa số ở mức độ nhẹ và vừa (22,7%). Rối loạn giấc ngủ là rối loạn thường gặp ở BN Covid-19 kéo dài (39,1%). Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu: tuổi  $\geq 50$ , lo lắng nhiều về biến chứng của Covid-19, lo lắng bị kì thị vì nhiễm bệnh,  $\geq 5$  triệu chứng trong giai đoạn cấp. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu: tuổi  $\geq 50$ , lo lắng nhiều về biến chứng của Covid-19.

**Kết luận:** Đa số rối loạn lo âu ở mức độ nhẹ, vừa; các yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu, rối loạn giấc ngủ gồm tuổi  $\geq 50$ , lo lắng nhiều về biến chứng của Covid-19, lo lắng biến chứng,  $\geq 5$  triệu chứng trong giai đoạn cấp.

**Từ khóa:** Covid-19, Trầm cảm, Rối loạn stress sau sang chấn

## RESEARCH STUDY ON ANXIETY DISORDERS AND SLEEP PROBLEMS IN POST-COVID-19 PATIENTS AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL

**Objectives:** To determine the prevalence and factors related to anxiety disorders and sleep disorders in prolonged covid-19 patients to propose measures for early detection, screening, diagnosis, and treatment management.

**Methods:** The study used a cross-sectional descriptive research method, convenient sampling; subject 378 patients with prolonged covid 19; using the GAD 7 Questionnaire to assess anxiety; The PCL-5 questionnaire assesses insomnia.

**Results:** The rate of anxiety disorders in Covid-19 patients lasting on the GAD-7 scale was 28.3%; most of them were mild and moderate (22.7%). Sleep disturbance is common in long-term Covid-19 patients (39.1%). Some factors are related to anxiety disorders: age  $\geq 50$ , worry a lot about complications of Covid-19, worry about being stigmatized because of Covid,  $\geq 5$  symptoms in the acute stage. Some factors are associated with anxiety disorders: age  $\geq 50$ , high anxiety about complications of Covid-19.

**Conclusion:** Most anxiety disorders are mild and moderate; Factors related to anxiety disorders and sleep problems include age  $\geq 50$ , high anxiety about complications of Covid-19, anxiety about complications, and  $\geq 5$  symptoms in the acute phase.

**Keywords:** Covid-19, anxiety disorder, sleep problems



## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), có nhiều triệu chứng ở bệnh nhân sau mắc Covid-19. Hầu hết những người bệnh mắc Covid-19 hồi phục hoàn toàn, một số triệu chứng có thể kéo dài dai dẳng hoặc mới xuất hiện sau khi khỏi bệnh. Theo WHO, có khoảng 10-20% người mắc bệnh trải qua các triệu chứng hậu Covid.

Các triệu chứng phổ biến của tình trạng hậu Covid bao gồm: mệt mỏi, khó thở, ho kéo dài, tức ngực, đau cơ, nói khó, mất mùi, mất vị, suy giảm trí nhớ, mất ngủ, lo âu, trầm cảm. Lo lắng quá mức hay gặp trong hội chứng hậu Covid, người bệnh biểu lo âu quá mức, lo nhiều chủ đề khác nhau, lo lắng thái quá về bệnh, lo lắng về biến chứng của Covid-19. Rối loạn lo âu biểu hiện tùy thuộc vào các triệu chứng, thời gian bị bệnh. Thông thường các rối loạn lo âu bao gồm các rối loạn hoảng sợ, rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn hỗn hợp lo âu chẩn đoán. Trên lâm sàng có những thang trắc nghiệm tâm lý để đánh giá tình trạng có lo âu hay không, lo âu ở mức độ nào như thang đánh giá lo âu Hamilton, thang đánh giá lo âu Zung, thang đánh giá lo âu GAD-7. Rối loạn giấc ngủ có nhiều loại khác nhau bao gồm mất ngủ, ngủ nhiều, rối loạn trong giấc ngủ. Ở những bệnh nhân covid-19 kéo dài, rối loạn giấc ngủ chủ yếu là mất ngủ.

Các yếu tố nguy cơ liên quan đến lo âu bao gồm là nữ, mức độ bệnh, bệnh đi kèm, có họ hàng gần với Covid-19, nhận thức phân biệt đối xử, tổng số triệu chứng sau khi xuất viện càng lớn, sống với trẻ em, một thành viên trong gia đình tử vong do Covid-19, tiền sử bệnh tâm thần, kỳ thị về nhiễm Covid-19. Các yếu tố gây rối loạn giấc ngủ bao gồm: căng thẳng tâm lý, trầm cảm, lo âu, hay trong nghiên cứu của Haitham là tuổi cao và nam giới.

Các rối loạn tâm thần ảnh hưởng trực tiếp đến chất lượng cuộc sống và quản lý các bệnh cơ thể đồng mắc liên quan đến tuân thủ điều trị. Chính vì vậy, việc phát hiện sớm, sàng lọc và chẩn đoán các rối loạn tâm thần ở bệnh nhân covid-19 kéo dài là vô cùng cần thiết giúp người bệnh được điều trị kịp thời. Tại Việt Nam các nghiên cứu về rối loạn tâm thần ở bệnh nhân

Covid-19 kéo dài còn hạn chế. Vì vậy, nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Xác định tỷ lệ rối loạn lo âu, rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân Covid kéo dài bằng thang GAD-7, PCL-5.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng, phương pháp

Người bệnh sau mắc Covid-19 4 tuần từ 18-80 tuổi đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn năm 2022. Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh sau mắc Covid-19 4 tuần, đồng ý tham gia phỏng vấn và đủ khả năng nghe nói. Tiêu chuẩn loại trừ đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân sử dụng các chất gây nghiện, dùng các thuốc có thể gây các triệu chứng tâm thần, từ chối tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích. Cỡ mẫu được tính theo công thức: “Ước lượng một tỷ lệ trong quần thể” tính được cỡ mẫu tối thiểu  $n = 340$  bệnh nhân. Nghiên cứu tiến hành chọn mẫu thuận tiện cho đến khi đủ số lượng, thực tế chọn được 378 bệnh nhân.

### 2.2. Thời gian và địa điểm

Thời gian nghiên cứu từ tháng 6/2022 - 10/2022. Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.

### 2.3. Thu thập số liệu, xử lý số liệu

Sử dụng các bộ công cụ thu thập số liệu đánh giá lo âu và rối loạn giấc ngủ để phỏng vấn người bệnh; bao gồm các phần thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu, bảng câu hỏi lo âu GAD-7, bảng câu hỏi PCL-5 đánh giá tình trạng giấc ngủ. Bộ câu hỏi đã được dịch sang tiếng Việt và đã được sử dụng rộng rãi bệnh các bệnh viện chuyên khoa tâm thần và một số địa điểm nghiên cứu tại Việt Nam.

Phiếu phỏng vấn bao gồm 3 phần:

- Phần 1: thông tin cơ bản, tiền sử và đặc điểm tâm lý của bệnh nhân.

- Phần 2: Thang đánh giá lo âu của GAD-7.

- Phần 3: Thang PCL-5 để đánh giá các vấn đề về giấc ngủ.

Nghiên cứu được triển khai sau khi được Hội đồng thông qua đề cương nghiên cứu khoa học cấp cơ sở của Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn phê duyệt.

Phân tích và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0. Áp dụng các phương

pháp thông kê mô tả: tính tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

(Nội dung là bảng 1, 2, 3, 4, 5)

## IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của 378 bệnh nhân trong nghiên cứu là  $38,01 \pm 17,62$ . Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối giống nghiên cứu của Wu năm 2020 ( $39 \pm 10$ ), Kamal năm 2020 ( $32,5 \pm 8,5$ ) và thấp hơn các nghiên cứu của Manda, Xiong, Tomasoni, Mendez (khoảng trên 50 tuổi). Về giới tính, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ nữ/nam:  $58,5/41,5\%$ . Tỷ lệ này tương đối giống với nghiên cứu của Xiong và Kamal. Trong 378 người bệnh tham gia nghiên cứu có thời gian trung bình từ khi bị bệnh đến khi nghiên cứu là  $125,16 \pm 52,92$ .

Tỷ lệ người bệnh có lo lắng về biến chứng của Covid-19 sau khi mắc là  $23,5\%$ . Tỷ lệ người bệnh cảm thấy lo sợ bị kì thị khi mắc Covid-19 là  $14,8\%$ . Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh có lo âu trên thang GAD-7 là  $28,3\%$ , trong đó:  $11,9\%$  người bệnh có lo âu nhẹ, tiếp đó là lo âu vừa chiếm  $10,8\%$ , vẫn còn  $5,6\%$  người bệnh có lo âu nặng. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của De Lorenzo và cộng sự là  $29,7\%$ , Ismael và cộng sự ( $22,46\%$  với thang GAD-7). Trong khi đó kết quả tỷ lệ lo âu trong nghiên cứu cao hơn nghiên cứu của Liu ( $10,4\%$ ). Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu của Liu lớn hơn nghiên cứu này ( $675$  mẫu). Nghiên cứu của Mazza trên 402 bệnh nhân tại Ý có tỷ lệ lo âu  $42\%$  và của Kamal tại Ai Cập là  $38\%$ , cao hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Có sự khác biệt về tỷ lệ rối loạn lo âu ở bệnh nhân Covid-19 kéo dài trong các nghiên cứu. Tuy nhiên, chúng ta thấy rõ rối loạn lo âu cũng là một rối loạn phổ biến và nên được quan tâm sớm ở những người bệnh sau giai đoạn cấp mắc Covid-19. Trên 378 bệnh nhân nghiên cứu nhận thấy, tỷ lệ người bệnh có rối loạn giấc ngủ  $39,1\%$ . Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng câu hỏi số 20 trong thang đánh giá PCL-5 để đánh giá rối loạn stress sau sang chấn. Câu hỏi hoàn toàn có ý nghĩa vì các triệu chứng được đánh

**Bảng 1. Một số đặc điểm chung và tình trạng bệnh lý của nhóm nghiên cứu**

Nội dung		N=378	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình		38,01 ± 17,62 (18-80)	
Thời gian trung bình từ khi mắc COVID		125,16 ± 52,92	
Giới	Nam	157	41,5
	Nữ	221	58,5
Lo lắng về biến chứng	Rất lo lắng	89	23,5
	Không	289	76,5
Lo sợ bị kì thị	Không	322	85,2
	Có nhiều	56	14,8
Rối loạn lo âu theo thang GAD-7	Không lo âu	271	71,7
	Lo âu nhẹ	45	11,9
	Lo âu vừa	41	10,8
	Lo âu nặng	21	5,6
Rối loạn giấc ngủ theo thang PCL-5	Không có	230	60,9
	Có	148	39,1

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 38,01 ± 17,62, (18-49); thời gian trung bình từ khi mắc Covid là 125,16 ± 52,92. Bệnh nhân nữ giới nhiều hơn nam. Tỷ lệ người bệnh có lo lắng về biến chứng, lo sợ kì thị lần lượt là 23,5% và 14,8%. Tỷ lệ người bệnh có lo âu trên thang GAD-7 là 28,3%, chủ yếu là mức độ nhẹ, nhưng có 5,6% có lo âu nặng. Tỷ lệ người bệnh có rối loạn giấc ngủ 39,1%.

**Bảng 2. Yếu tố liên quan rối loạn lo âu ở bệnh nhân Covid-19 kéo dài**

Nội dung	Lo âu		n	p	
	Không	Có			
Tuổi	18 - 49 tuổi	220(78,9)	59(21,1)	279	0,00
	50 - 59 tuổi	15(53,6)	13(46,4)	28	
	60 - 69 tuổi	25(52,1)	23(47,9)	48	
	70 - 80 tuổi	11(47,8)	12(52,2)	23	
Giới	Nam	129(82,1)	28(17,9)	157	0,00
	Nữ	142(64,2)	79(35,8)	221	
Trình độ học vấn	9/12	34	16	50	0,316
	12/12	98	30	128	
	Từ trung cấp trở lên	139	31	200	
Tình trạng hôn nhân	Có gia đình	140(69)	63(31)	203	0,00
	Độc thân	114(81)	27(19)	141	
	Ly hôn/ly thân	14(70)	6(30)	20	
	Góa	3(21,4)	11(78,6)	14	
Kinh tế gia đình	Khá giả	32	8	40	0,063
	Đủ ăn	230	90	320	
	Khó khăn	9	9	18	
Tiền sử bệnh cơ thể	1 bệnh	16(55,2)	13(44,8)	29	0,00
	Nhiều bệnh	17(37,8)	28(62,2)	45	
	Khỏe mạnh	238(78,3)	66(21,7)	304	
Triệu chứng giai đoạn cấp	Nhiều triệu chứng (5 tr/c)	35(50)	35(50)	70	0,00
	Ít triệu chứng	236(76,6)	72(23,4)	308	

**Nhận xét:** Rối loạn lo âu ở nhóm 70 - 80 tuổi cao hơn so với các nhóm tuổi khác (52,2%). Nữ giới có tỉ lệ rối loạn lo âu (35,9%) cao hơn nam giới với tỷ lệ 17,9%. Nhóm người bệnh có tình trạng hôn nhân góa và tiền sử nhiều bệnh lý cơ thể có tỷ lệ lo âu cao hơn nhóm khác. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

giá trong 1 tháng qua và có các mức độ rối loạn giấc ngủ khác nhau và ảnh hưởng tới người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, rối loạn giấc ngủ chiếm tỷ lệ cao nhất trong các rối loạn tâm thần ở người bệnh Covid-19 kéo dài. Kết quả này cũng gần giống với nghiên cứu của Mazza là 40%. Kết quả này cao hơn các nghiên cứu của Wu (27,6%), Xiong (17,7%), De Lorenzo (17,7%). Sự khác biệt có thể do cỡ mẫu và các công cụ sử dụng thu thập khác nhau. Nhìn chung, các nghiên cứu chỉ ra rối loạn giấc ngủ là rối loạn phổ biến ở những bệnh nhân Covid-19 kéo dài [8], [46], [49].

Yếu tố liên quan đến lo âu ở bệnh nhân Covid-19 kéo dài.

Về giới tính: Chúng tôi nhận thấy trong số các nữ giới, có khá nhiều người mắc lo âu, với 35,8% (p=0,00). Khi phân tích đa biến, nữ giới có nguy cơ mắc lo âu chung gấp 1,714 lần nhưng không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05 (bảng 3.7 và 3.10). Như vậy, yếu tố giới không có liên quan với lo âu trong nghiên cứu này.

Về tuổi: Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tuổi ≥50 mắc lo âu chiếm cao hơn so với nhóm dưới 50 tuổi với p = 0,000. Sự khác biệt này còn được thể hiện rõ trong phân tích đa biến: so với nhóm <50 tuổi, nhóm ≥50 tuổi có lo âu cao hơn 2,148 lần (p=0,039 với 95%CI: 1,04-4,44.).

Về trình độ học vấn: Kết quả nghiên cứu cho thấy các BN có ĐHV ≥12/12 trở lên mắc lo âu cao hơn so với nhóm còn lại trên phân tích hồi qui đa biến 1,522 lần nhưng không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

Về tiền sử bệnh cơ thể: Kết quả nghiên cứu cho thấy các BN có tiền sử nhiều bệnh cơ thể mắc lo âu cao hơn so với nhóm còn lại với p là 0,00 (bảng 3.7). Nhưng khi phân tích hồi qui đa biến trong bảng 3.9, có nhiều bệnh cơ thể có tỷ lệ mắc lo âu nhiều hơn nhưng không có ý nghĩa thống kê với p=0,45.

Về số triệu chứng trong giai đoạn cấp tính: Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, BN có ≥5 triệu chứng có tỷ lệ lo âu cao hơn nhóm <5 triệu chứng, có ý nghĩa thống kê với p=0,00 (bảng 3.7). Sự khác biệt này còn được thể hiện rõ trong phân tích đa biến: nhóm BN có ≥5 triệu chứng có tỷ lệ lo âu

**Bảng 3. Yếu tố liên quan rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân Covid-19 kéo dài**

Nội dung		Rối loạn giấc ngủ		n	p
		Không	Có		
Tuổi	18 - 49 tuổi	195(69,9)	84(30,1)	279	0,00
	50 - 59 tuổi	15(53,6)	13(46,4)	28	
	60 - 69 tuổi	15(31,2)	33(68,8)	48	
	70 - 80 tuổi	5(21,7)	18(78,3)	23	
Giới	Nữ	120(54,3)	101(45,7)	221	0,02
	Nam	110(70,1)	47(29,9)	157	
Trình độ học vấn	9/12	26	24	50	0,384
	12/12	79	49	128	
	Từ trung cấp trở lên	125	75	200	
Tình trạng hôn nhân	Có gia đình	116(57,1)	87(42,9)	203	0,00
	Độc thân	101(71,6)	40(28,4)	141	
	Ly hôn/ly thân	12(60)	8(40)	20	
	Góa	1(7,1)	13(92,9)	14	
Kinh tế gia đình	Khá giả	28	12	40	0,08
	Đủ ăn	195	15	320	
	Khó khăn	7	11	18	
Bệnh cơ thể	1 bệnh	10(34,5)	19(65,5)	29	0,00
	Nhiều bệnh	13(28,9)	32(71,1)	45	
	Khỏe mạnh	207(68,1)	97(31,9)	97	
Triệu chứng giai đoạn cấp	Nhiều triệu chứng (5tr/c)	37(52,9)	33(47,1)	70	0,129
	Ít triệu chứng	193(62,3)	115(37,7)	308	

**Nhận xét:** Rối loạn giấc ngủ ở nhóm 70 - 80 tuổi cao hơn so với các nhóm tuổi khác (78,3%). Nữ giới có tỷ lệ rối loạn giấc ngủ (45,7%) cao hơn nam giới với tỷ lệ 29,9%. Nhóm người bệnh có tình trạng hôn nhân góa và có tiền sử nhiều bệnh cơ thể có tỷ lệ rối loạn giấc ngủ cao hơn nhóm khác. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 4. Phân tích hồi qui đa biến mối liên quan giữa các yếu tố với lo âu**

Yếu tố liên quan		OR	p	95% CI
Tuổi	≥ 50 tuổi	2,148	0,039	1,040- 4,437
	18 - 49 tuổi	Nhóm so sánh		
Giới	Nữ	1,715	0,070	0,957-3,072
	Nam	Nhóm so sánh		
Trình độ học vấn	≥ 12/12	1,522	0,347	0,634-3,657
	≤ 12/12	Nhóm so sánh		
Tình trạng hôn nhân	Độc thân/ ly hôn/ góa	1,055	0,860	0,583-1,910
	Gia đình	Nhóm so sánh		
Bệnh cơ thể	Nhiều hơn 2 bệnh	1,425	0,450	0,568 - 3,573
	Ít hơn 1 bệnh	Nhóm so sánh		
Triệu chứng giai đoạn cấp	≥ 5 triệu chứng	3,549	0,000	1,828 - 6,889
	Ít triệu chứng	Nhóm so sánh		
Lo lắng về biến chứng Covid 19	Rất lo lắng	7,900	0,000	4,199 - 14,863
	Ít/không lo lắng	Nhóm so sánh		
Lo sợ kì thị	Có	2,292	0,036	1,056 - 4,975
	Không	Nhóm so sánh		

cao hơn 3,594 lần nhóm <5 triệu chứng với  $p=0,000$ , 95%CI: 1,828 - 6,889.

Đặc điểm tâm lý lo lắng về biến chứng của Covid-19: Trong phân tích đa biến, nhóm BN có lo lắng nhiều về biến chứng của covid-19 có khả năng mắc lo âu cao hơn 7,9 lần so với nhóm ít/không lo lắng với  $p=0,000$ , 95%CI 4,199 - 14,863.

Đặc điểm tâm lý lo sợ bị kì thị vì Covid-19: Trong phân tích đa biến, nhóm BN có lo lắng bị kì thị có khả năng mắc lo âu cao hơn 2,292 so với nhóm không lo sợ với  $p=0,036$ , 95%CI: 1,056 - 4,975.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nữ giới có tỷ lệ rối loạn lo âu cao hơn ở nam giới tuy nhiên không có mối liên quan tới lo âu như các nghiên cứu của Xiong và cộng sự (2020), các yếu tố liên quan tới lo âu bao gồm bệnh kèm theo, triệu chứng của bệnh, lo sợ bị kì thị cũng giống trong các nghiên cứu của Mannan và cộng sự (2021), EunKyo Kang (2021), Chaolin Huang (2021). Đặc điểm nhóm tuổi của chúng tôi khác với nhiều nghiên cứu, lo âu liên quan tới nhóm tuổi trẻ (31-40).

Yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ ở bệnh nhân Covid-19 kéo dài.

- Về giới tính: Chúng tôi nhận thấy trong số các nữ giới, có khá nhiều người mắc rối loạn giấc ngủ, với 45,7% ( $p=0,00$ ). Khi phân tích đa biến, nữ giới có nguy cơ mắc rối loạn giấc ngủ gấp 1,394 lần nhưng không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Như vậy, yếu tố giới không có liên quan với lo âu trong nghiên cứu này.

**Nhận xét:** Nhóm tuổi ≥50 có khả năng mắc lo âu cao hơn 2,148 lần nhóm tuổi < 50 với  $p=0,039$ . Nhóm bệnh nhân có nhiều triệu chứng trong giai đoạn cấp có khả năng mắc lo âu cao hơn nhóm ít triệu chứng 3,55 lần với  $p=0,000$ . Nhóm bệnh nhân rất lo lắng về biến chứng của covid-19 có khả năng mắc lo âu cao hơn 7,9 lần so với nhóm ít/không lo lắng với  $p=0,000$ . Nhóm bệnh nhân lo sợ bị kì thị nhiều có khả năng mắc lo âu cao hơn 2,29 so với nhóm không lo sợ với  $p=0,036$ . Nhóm bệnh nhân có nhiều bệnh cơ thể có khả năng mắc lo âu cao hơn nhóm ít bệnh/ khỏe mạnh nhưng không có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 5. Phân tích hồi qui đa biến mối liên quan giữa các yếu tố với giấc ngủ**

	<b>Yếu tố</b>	<b>OR</b>	<b>p</b>	<b>95% CI</b>
Tuổi	≥ 50 tuổi	3,073	0,001	1,621-5,826
	18 - 49 tuổi	Nhóm so sánh		
Giới	Nữ	1,394	0,174	0,863-2,252
	Nam	Nhóm so sánh		
Trình độ học vấn	≥12/12	1,269	0,527	0,606-5,656
	≤12/12	Nhóm so sánh		
Tình trạng hôn nhân	Độc thân/ ly hôn/ góa	1,099	0,711	0,668-1,807
	Gia đình	Nhóm so sánh		
Bệnh cơ thể	Nhiều hơn 2 bệnh	1,359	0,475	0,586-3,153
	Ít hơn 1 bệnh	Nhóm so sánh		
Triệu chứng giai đoạn cấp	≥ 5 triệu chứng	1,227	0,506	0,672-2,241
	Ít triệu chứng	Nhóm so sánh		
Lo lắng về biến chứng Covid 19	Rất lo lắng	3,752	0,000	2,075-6,784
	Ít/không lo lắng	Nhóm so sánh		
Lo sợ kì thị	Có	1,870	0,084	0,920-3,799
	Không	Nhóm so sánh		

**Nhận xét:** Nhóm tuổi ≥50 có khả năng mắc rối loạn giấc ngủ cao hơn 3,07 lần nhóm tuổi < 50 với p=0,001. Nhóm bệnh nhân rất lo lắng về biến chứng của covid-19 có khả năng mắc rối loạn giấc ngủ cao hơn 3,75 lần so với nhóm ít/không lo lắng với p=0,000. Các yếu tố khác: nữ giới, học vấn ≥12/12, tình trạng hôn nhân là độc thân/ ly hôn/ góa, có nhiều nhiều bệnh cơ thể, Nhiều triệu chứng trong giai đoạn cấp, lo sợ kì thị có khả năng làm tăng nguy cơ rối loạn giấc ngủ, nhưng không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

- Về tuổi: Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, tuổi ≥50 mắc rối loạn giấc ngủ chiếm cao hơn so với nhóm dưới 50 tuổi với p = 0,000. Sự khác biệt này còn được thể hiện rõ trong phân tích đa biến: so với nhóm <50 tuổi, nhóm ≥50 tuổi có rối loạn giấc ngủ cao hơn 3,073 lần (p=0,001 với 95%CI: 1,621-5,826).

- Về trình độ học vấn: Kết quả nghiên cứu cho thấy các BN có TĐHV ≥12/12 trở lên mắc rối loạn giấc ngủ cao hơn so với nhóm còn lại trên phân tích hồi qui đa biến 1,269 lần nhưng không có ý nghĩa thống kê với p>0,05.

- Về tiền sử bệnh cơ thể: Kết quả nghiên cứu cho thấy các BN có tiền sử nhiều bệnh cơ thể mắc rối loạn giấc ngủ cao hơn so với nhóm còn lại với p là 0,00. Nhưng khi phân tích hồi qui đa biến, có nhiều bệnh cơ thể có tỷ lệ mắc rối loạn giấc ngủ nhiều hơn nhưng không có ý nghĩa thống kê với p=0,475.

- Về số triệu chứng trong giai đoạn cấp tính: Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, BN có ≥5 triệu chứng có tỷ lệ rối loạn giấc ngủ cao hơn nhóm <5 triệu chứng, nhưng không có ý nghĩa

thống kê với p=0,129. Điều này cũng được thể hiện rõ trong phân tích đa biến: nhóm BN có ≥5 triệu chứng có tỷ lệ rối loạn giấc ngủ cao hơn 1,227 lần nhóm <5 triệu chứng với p=0,506.

- Đặc điểm tâm lý lo lắng về biến chứng của Covid-19: Trong phân tích đa biến, nhóm BN có lo lắng nhiều về biến chứng của covid-19 có khả năng mắc rối loạn giấc ngủ cao hơn 3,752 lần so với nhóm ít/không lo lắng với p=0,000, 95%CI 2,075-6,784.

- Đặc điểm tâm lý lo sợ bị kì thị vì Covid-19: Trong phân tích đa biến, nhóm BN có lo lắng bị kì thị có khả năng mắc rối loạn giấc ngủ cao hơn 1,870 so với nhóm không lo sợ, nhưng không có ý nghĩa thống kê với p=0,084.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi ≥50 và lo lắng về biến chứng của covid 19 là yếu tố liên quan đến rối loạn giấc ngủ cũng giống với nghiên cứu của Jahrami (2021), Fei xu (2021).

**V. KẾT LUẬN**

- Tỷ lệ rối loạn lo âu của BN Covid-19 kéo dài trên thang GAD-7 là 28,3%, đa số ở mức độ nhẹ và vừa

(22,7%). Rối loạn giấc ngủ là rối loạn thường gặp ở BN Covid-19 kéo dài, có tỷ lệ 39,1%, trong khi đó tỷ lệ PTSD là 1,3%.

Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu: tuổi ≥50, lo lắng nhiều về biến chứng của Covid-19, lo lắng bị kì thị vì nhiễm bệnh, ≥5 triệu chứng trong giai đoạn cấp. Một số yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu: tuổi ≥50, lo lắng nhiều về biến chứng của Covid-19.■

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. UK Office for National Statistics. (2021). Prevalence of Ongoing Symptoms Following Coronavirus (Covid-19) Infection in the UK: 1 April 2021; ONS: London, UK, 2021.

2. Speth M.M., Singer-Cornelius T., Oberle M. (2020). Mood, Anxiety and Olfactory Dysfunction in Covid-19: Evidence of Central Nervous System Involvement?. Laryngoscope, 130(11), 2520-2525.

3. WHO (2021), A clinical case definition of post Covid-19 condition by a Delphi consensus, 1.

4. Nalbandian A., Sehgal K., Gupta A. (2021). Post-acute Covid-19 syndrome. Nat Med, 27(4), 601-615.

5. American Psychiatric Association. (2013). "Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth edition - text revision", Washington, DC: American Psychiatric Association.

6. Jahrami H., BaHammam A.S., Bragazzi N.L. (2021). Sleep problems during the Covid-19 pandemic by population: a systematic review and meta-analysis. J Clin Sleep Med, 17(2), 299-313.

7. Halpin S.J., McIvor C., Whyatt G. (2021). Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of Covid-19 infection: A cross-sectional evaluation. J Med Virol, 93(2), 1013-1022.

8. Kamal M., Abo Omirah M., Hussein A. (2021). Assessment and characterisation of post-Covid-19 manifestations. Int J Clin Pract, 75(3), e13746.

9. Liu D., Baumeister R.F., Veilleux J.C. (2020). Risk factors associated with mental illness in hospital discharged patients infected with Covid-19 in Wuhan, China. Psychiatry Res, 292, 113297.

# ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LÂU DÀI CỦA PHẪU THUẬT KHÚC XẠ TRÊN BỆNH NHÂN CẬN THỊ NẶNG CÓ YẾU TỐ NGHI NGỜ TRÊN BẢN ĐỒ GIÁC MẠC

ĐINH THỊ PHƯƠNG THỦY<sup>1</sup>, PHẠM TRỌNG VĂN<sup>2</sup>, NGUYỄN KIỂM HIỆP<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện Đông Đô, 5 P. Xã Đàn, Phương Liên, Đống Đa, Hà Nội

<sup>2</sup> Trường Đại học Y Hà Nội, Số 1, Tôn Thất Tùng, Đống Đa, Hà Nội

<sup>3</sup> Bệnh viện Mắt Trung Ương, 85 P. Bà Triệu, Bùi Thị Xuân, Hai Bà Trưng, Hà Nội

Tác giả liên hệ: **Đinh Thị Phương Thủy**

Email: drthuy.dongdo@gmail.com, Điện thoại: 0965.35.6565

Ngày nhận bài báo: 19/5/2023

Ngày nhận phản biện: 10/07/2023

Ngày duyệt đăng: 13/8/2023

## TÓM TẮT

**Mục đích:** đánh giá hiệu quả lâu dài phẫu thuật femto-LASIK trên bệnh nhân có từ một yếu tố nghi ngờ trên bản đồ giác mạc.

**Đối tượng và phương pháp:** bệnh nhân được phẫu thuật femto-LASIK điều trị cận thị nặng từ 2015 đến 2019 và có ít nhất một dấu hiệu nghi ngờ trên bản đồ giác mạc. Các yếu tố bao gồm: Chiều dày giác mạc <497,5  $\mu$ m, công suất giác mạc (Kmax) > 47,2 D, độ cao mặt trước tối đa vùng 8mm (MaxAE) > 9,5  $\mu$ m, độ cao mặt sau tối đa vùng 8mm (MaxPE) > 20,5  $\mu$ m, chỉ số Berlin/Ambrosio (BAD-D) > 1,60.

**Kết quả:** Hai trăm bốn tám bệnh nhân (406 mắt) đã được đưa vào nghiên cứu; tuổi trung bình lúc phẫu thuật và thời gian theo dõi lần lượt là 21,78  $\pm$  3,16 tuổi và 5,01  $\pm$  1,19 năm. Giá trị trung bình chiều dày giác mạc là 482,36  $\pm$  10,49  $\mu$ m (n = 123), đối với Kmax là 48,27  $\pm$  0,83 (n = 123), đối với MaxAE là 16,13  $\pm$  4,39 (n = 35), đối với MaxPE là 27,78  $\pm$  6,86 (n = 34) và 1,98  $\pm$  0,41 đối với BAD-D (n = 157). Số mắt giãn lồi giác mạc và nghi ngờ giãn lồi sau phẫu thuật lần lượt là một mắt (0,24%) và hai mắt (0,49%). Trong 403 mắt còn lại, chỉ số hiệu quả và an toàn lần lượt là 0,97  $\pm$  0,12 và 1,02  $\pm$  0,08. Thị lực nhìn xa không hiệu chỉnh (UDVA) không bị giảm ở bất kỳ mắt nào và thị lực nhìn từ xa đã hiệu chỉnh (CDVA) giảm một hàng trong 1,9% trường hợp; 79,9% các trường hợp là chính thị. Những thay đổi dài hạn về UDVA, CDVA và khúc xạ cầu tương đương không khác nhau giữa các nhóm có một, hai hoặc ba chỉ số bản đồ giác mạc bất thường (p > 0,05).

**Kết luận:** Một chỉ số bản đồ giác mạc duy nhất nằm ngoài phạm vi không phải là yếu tố dự báo mạnh mẽ cho các biến chứng sau phẫu thuật và người ta nên xem xét sự kết hợp giữa các phát hiện bản đồ giác mạc và lâm sàng, hoặc mô hình mà chúng tạo ra song song. Việc phát triển một hệ thống tính điểm sẽ kết hợp các chỉ số và các mẫu địa hình có thể giúp cải thiện độ chính xác dự đoán của các chỉ số này.

## LONG-TERM RESULTS OF REFRACTIVE SURGERY IN MYOPIC PATIENTS WITH TOPOGRAPHIC INDICES OUTSIDE SUGGESTED RANGES

### SUMMARY

**Objectives:** To investigate the long-term results of femto-LASIK in patients with one or more topographic indices outside the suggested range preoperatively. **Methods:** Patients who had conventional or femtosecond laser-assisted LASIK for myopia correction between 2015 and 2019, and had at least one preoperative corneal topographic index outside the suggested range were contacted for a follow-up examination. Ranges were based on the cutoffs suggested for subclinical keratoconus: thinnest pachymetry (TP) < 497.50  $\mu$ m, maximum keratometry (Kmax) > 47.20 D, maximum 8mm best-fit-sphere anterior elevation (MaxAE) > 9.50  $\mu$ m, maximum 8mm best-fit-sphere posterior elevation (MaxPE) > 20.50  $\mu$ m, and Berlin/Ambrosio enhanced ectasia display-total deviation (BAD-D) > 1.60.

**Results:** Two hundred forty eight patients (406 eyes) were enrolled; their mean age at baseline and at follow-up was 21.78  $\pm$  3.16 and 5.01  $\pm$  1.91 years, respectively. Mean  $\pm$  SD was 482.36  $\pm$  10.49 for TP (n = 123), 48.27  $\pm$  0.83 for Kmax (n = 123), 16.13  $\pm$  4.39 for MaxAE (n = 35), 27.78  $\pm$  6.86 for MaxPE (n = 34), and 1.98  $\pm$  0.41 for BAD-D (n = 157). Post-LASIK and suspected ectasia was found in one (0.24%) and two (0.49%) eyes, respectively. In the remaining 403, the efficacy and safety indices were 0.97  $\pm$  0.12 and 1.02  $\pm$  0.08, respectively. Uncorrected distance visual acuity (UDVA) was not reduced in any eyes, and corrected distance visual acuity (CDVA) was reduced one line in 1.9% of the cases; 79.9% of the cases were emmetropic. The long-term changes in UDVA, CDVA, and spherical equivalent were not different between groups with one, two, or three out-of-range topographic indices (all p > 0.05).

**Conclusion:** A single out-of-range topographic index is not a strong predictor for postoperative complications, and one should consider the combination of topographic and clinical findings, or the pattern they create in tandem. Developing a scoring system that would take a combination of indices and topographic patterns may help improve the predictive accuracy of these indices.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật khúc xạ mắt bằng laser là một trong những phương pháp phẫu thuật hiệu quả nhất hiện nay, nhưng có những rủi ro riêng. Giãn lồi giác mạc là một trong những biến chứng nghiêm trọng nhất, mặc dù hiếm gặp nhưng rất nguy hiểm [1]. Các nghiên cứu trước đây đã xác định các yếu tố rủi ro nhất định; tuy nhiên, nó cũng có thể xảy ra mà không có bất kỳ yếu tố ảnh hưởng nào đã biết [2]. Một trong những yếu tố nguy cơ, đã được nghiên cứu rộng rãi, là bất thường về bản đồ giác mạc trước phẫu thuật [1]. Một số nghiên cứu đã gợi ý rằng những phát hiện bất thường khi khám trước phẫu thuật, chẳng hạn như giác mạc dốc xuống hoặc mỏng, là những yếu tố quan trọng trong việc phát triển bệnh giãn giác mạc sau phẫu thuật; tuy nhiên, vẫn chưa có sự đồng thuận về hiệu quả và độ an toàn của phẫu thuật ở những bệnh nhân có bản đồ giác mạc bất thường không điển hình [2]. Trong hầu hết các trường hợp, bác sĩ không chỉ dựa vào một thông số mà họ cần đưa ra quyết định tùy ý dựa trên nhiều thông số như lượng khúc xạ cần chỉnh và độ dày giác mạc. Nghiên cứu hiện tại được thực hiện để đánh giá kết quả lâu dài của phẫu thuật femto-LASIK ở những bệnh nhân có ít nhất một chỉ số bất thường trên bản đồ giác mạc trước phẫu thuật, và để xác định hiệu quả và độ an toàn của kỹ thuật này ở những bệnh nhân này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu gồm những bệnh nhân đã phẫu thuật femto-LASIK từ năm 2015 đến năm 2019, được xác định thông qua đánh giá bản đồ giác mạc. Tiêu chí thu nhận là có ít nhất một chỉ số bất thường trên bản đồ giác mạc trước phẫu thuật. Sự bất thường được xác định dựa trên các điểm cut-off được đề xuất cho giác mạc hình chóp cận lâm sàng (KC): chiều dày giác mạc (TP) < 497,50  $\mu\text{m}$  [3],  $K_{\text{max}}$  > 47,20 D [4], độ cao mặt trước gần cầu nhất trong vùng 8 mm (MaxAE) > 9,50  $\mu\text{m}$  [3], độ cao mặt

sau gần cầu nhất trong vùng 8 mm (MaxPE) > 20,50  $\mu\text{m}$  [3] hoặc Belin/Ambrósio (BAD-D) > 1,60 độ lệch chuẩn trung bình [5]. Những người có bất kỳ dấu hiệu nào cho thấy KC xác định hoặc bệnh hệ thống đều không đủ điều kiện. Không lựa chọn các trường hợp có tiền sử phẫu thuật mắt trước LASIK hoặc điều trị lại.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu, theo dõi dọc.

### 2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Tất cả các ca phẫu thuật tiến hành tại Bệnh viện Đông Đô. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 06/2015 đến tháng 06/2023.

### 2.4. Thu thập số liệu

Những bệnh nhân đáp ứng các tiêu chí được liên lạc qua điện thoại. Nếu đồng ý tham gia, bệnh nhân sẽ được lên lịch hẹn khám và ký vào giấy đồng ý trước khi trải qua các cuộc kiểm tra tiếp theo. Tiêu chí đủ điều kiện để phẫu thuật khúc xạ là độ tuổi tối thiểu là 18 tuổi, độ khúc xạ ổn định ít nhất 6 tháng (thay đổi tối đa 0,50 D) và chiều dày giác mạc còn lại trên 300  $\mu\text{m}$ .

Trong FS-LASIK, sau khi gây tê tại chỗ, một vạt 110  $\mu\text{m}$  được tạo ra bằng laser femtosecond LDV (Ziemer Ophthalmic Systems AG, Port, Thụy Sĩ). Sau khi lật vạt, quá trình cắt bỏ được thực hiện bằng laser excimer Schwind Amaris 1050RS. Vùng quang học là 6,5-6,8 mm ở bệnh nhân cận thị trung bình (3,00-6,00 D) và có thể thu hẹp tới 6,0 mm ở trường hợp cận thị cao. Chế độ điều trị sau phẫu thuật bao gồm thuốc nhỏ mắt Cravit 0,5% (Santen) cứ sau 6 giờ trong 3 ngày và thuốc nhỏ mắt Vismed (TRB Chemedica) cứ sau 6 giờ trong 7 ngày.

Các đánh giá bao gồm khám bằng sinh hiển vi (Inami, Japan) cộng với đo thị lực không hiệu chỉnh (UDVA), thị lực nhìn xa đã hiệu chỉnh (CDVA) bằng Snellen SC-2000 (Nidek Inc., Tokyo, Japan). Khúc xạ tự động và chiều dày giác mạc bằng máy TONOREF III (NIDEK). Chụp bản đồ giác mạc bằng máy Schwind Sirius.

### 2.5. Phương pháp xử lý số liệu

Phần mềm thống kê Microsoft Excel và Stata: Phiên bản 14.0 được

sử dụng để phân tích dữ liệu. Đối với mỗi chỉ số, mắt được phân loại thành các nhóm phụ bình thường và bất thường. Chúng cũng được phân nhóm dựa trên số chỉ số nằm ngoài phạm vi (1, 2, 3 và 4). Các trường hợp có chỉ số nguy hiểm ( $TP < 470 \mu\text{m}$ ,  $K_{\text{max}} > 48,70 \text{ D}$ ,  $MaxAE > 15,75 \mu\text{m}$ ,  $MaxPE > 25,50 \mu\text{m}$  và  $BAD-D > 2,59$ ) cũng được đánh giá là một danh mục riêng.

## 2.6. Đạo đức nghiên cứu của đề tài

Nghiên cứu được thực hiện sau khi được sự chấp thuận về mặt đạo đức của Hội đồng Khoa học Bệnh viện. Tất cả các cá nhân tham gia nghiên cứu đều có sự đồng thuận, ký vào bản đồng thuận tham gia nghiên cứu. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật. Kết quả nghiên cứu phản ánh đúng, trung thực thực trạng của cộng đồng. Nghiên cứu phải tuân thủ nghiêm túc quy định, quy trình. Kết quả của nghiên cứu nhằm bảo vệ sức khỏe cộng đồng mà không nhằm một mục đích nào khác.

## III. KẾT QUẢ

(Nội dung là bảng 1, 2, 3, 4)

## IV. BÀN LUẬN

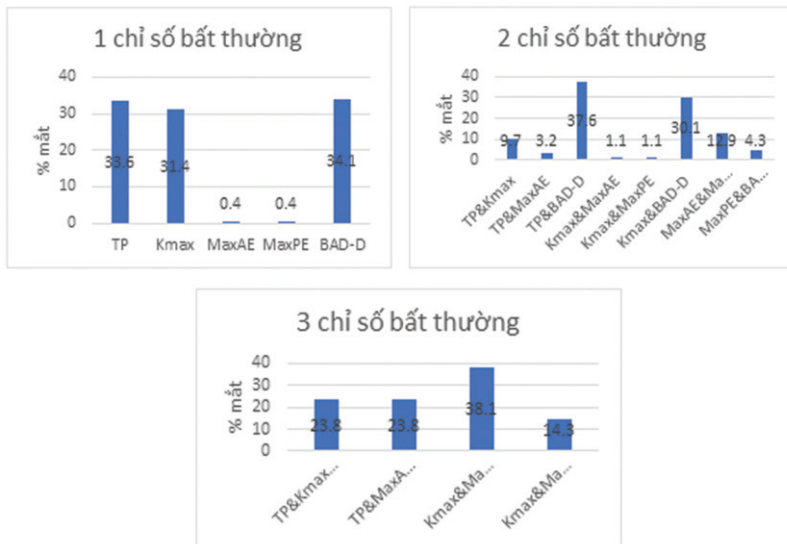
Nghiên cứu kết quả theo dõi lâu dài của phẫu thuật femto-LASIK ở những bệnh nhân có chỉ số bản đồ giác mạc nằm ngoài giới hạn bình thường. Thời gian theo dõi tối thiểu là 3 năm và thời gian theo dõi trung bình là 5 năm, đây là khoảng thời gian theo dõi tương đối dài. Kết quả cho thấy tỷ lệ mắc bệnh giãn lồi giác mạc sau phẫu thuật LASIK ở những bệnh nhân có chỉ số bản đồ giác mạc nằm ngoài giới hạn bình thường là khoảng 0,26% sau 7 năm sau phẫu thuật. Giá trị này nằm trong khoảng từ 0,11 đến 0,93 trong các nghiên cứu tương tự trên những bệnh nhân có các chỉ số bình thường [6,7]. Một số thay đổi về tỷ lệ mắc bệnh giãn lồi giác mạc sau phẫu thuật LASIK được báo cáo có thể là do sự khác biệt về kích thước mẫu và thời gian theo dõi, cũng như đặc điểm giác mạc của quần thể nghiên cứu. Đáng chú ý, giãn giác mạc sau LASIK đã được báo cáo trong các trường hợp có hình thái giác mạc trước phẫu thuật bình thường và không phải tất cả các

**Bảng 1. Giá trị trung bình, khoảng và trung vị các chỉ số nghiên cứu**

	Chỉ số	Số mắt	Trung bình	Khoảng	Trung vị
Ngoài khoảng bình thường	TP	84	485,35± 10,91	443-497	489,0
	Kmax	80	48,41±0,95	47,2-55,1	48,2
	MaxAE	17	20,02±5,23	14,1-31	20
	MaxPE	13	26,33±7,12	21,3-48,1	23,4
	BAD-D	85	1,94±0,34	1,60-3,89	1,85
Khoảng nguy cơ cao	TP	15	463,21±8,72	443-470	468
	Kmax	16	49,4±1,59	47,8-55,2	48,9
	MaxAE	3	20,62±4,56	16-32	20
	MaxPE	5	33,56±7,61	26-48	31,5
	BAD-D	9	2,92±0,5	2,59-3,88	2,7

**Nhận xét:** Hai trăm bốn tám bệnh nhân cận thị (406 mắt) có MRSE -4,34 ± 2,10 D (trong khoảng -9,75 đến -1,00 D) và độ tuổi trung bình là 21 tuổi tại thời điểm phẫu thuật đã được nghiên cứu; trong số này, 54,5% là nữ. Thời gian theo dõi trung bình là 5,01 ± 1,19 (khoảng 3,00–7,00) năm. Hai mắt của một bệnh nhân có hình thái giác mạc bị nghi ngờ tại thời điểm nghiên cứu và không có dấu hiệu nào cho thấy sự tiến triển bất thường trong các lần theo dõi cho đến năm 2022. Một mắt của một bệnh nhân nữ 32 tuổi bị giãn lồi giác mạc sau FS-LASIK. Đến 5 năm sau phẫu thuật, UDVA cải thiện từ đếm ngón tay 0,5m lên 2 m, CDVA giảm từ 20/20 xuống 20/32 và MRSE được điều chỉnh từ -5,75/- 1,00 x 57° còn -1,00/-2,25 x 63°. Trong số các chỉ số được nghiên cứu, chỉ có BAD-D nằm ngoài giới hạn trước phẫu thuật (1,78) và tăng lên 11,67 sau 5 năm phẫu thuật.

**Biểu đồ 1. Tỷ lệ mắt có chỉ số bản đồ giác mạc bất thường**



**Nhận xét:** Biểu đồ 1 thể hiện số mắt có 1, 2 và 3 chỉ số ngoài phạm vi trước phẫu thuật lần lượt là 279, 102 và 20 (Hình 1). Chỉ có một bệnh nhân có bốn chỉ số ngoài phạm vi. Các chỉ số phổ biến nhất là BAD-D (34,10%) và TP (33,60%) trong số các trường hợp có một chỉ số nằm ngoài phạm vi, BAD-D & TP (37,60%) và BAD-D & Kmax (30,10%) trong số các trường hợp có hai chỉ số ngoài phạm vi và Kmax & MaxAE & MaxPE (38,10%) trong số những chỉ số có ba chỉ số ngoài phạm vi.

trường hợp giãn giác mạc đều có độ dày, công suất giác mạc hoặc bản đồ giác mạc bất thường.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các chỉ số hiệu quả và an toàn của LASIK lần lượt là 0,97 và 1,02. Gomel et al. [1] đã báo cáo chỉ số an toàn và hiệu quả trong 13 năm lần lượt là 1,03 và 0,97 đối với những bệnh nhân không có bất kỳ dấu hiệu nào của KC, tương tự như nghiên cứu hiện tại. Chua et al. [7] nhận thấy rằng 97,8% bệnh nhân không có bất kỳ dấu hiệu nào của KC và giãn lồi giác mạc đã đạt được UCVA là #20/40 và dưới 5% đã giảm CDVA một hoặc nhiều hàng sau 18 năm, trong khi tất cả các bệnh nhân đều có UCVA là #20/40 và chỉ 1,90% giảm được CDVA trong nghiên cứu này. Không ai trong số những trường hợp này có dấu hiệu giãn giác mạc hoặc loạn thị không đều trên bản đồ giác mạc. Sự giảm CDVA một hàng có thể là do sự tăng độ cầu ở một mắt và có lẽ do độ lặp lại của phép đo trong thời gian theo dõi dài như vậy ở những mắt khác. Do đó, dường như không có sự khác biệt đáng kể về độ an toàn của LASIK giữa bệnh nhân có chỉ số bản đồ giác mạc nằm ngoài phạm vi và dân số bình thường.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, việc đạt được khúc xạ mục tiêu sau LASIK ở những bệnh nhân có chỉ số giác mạc nằm ngoài phạm vi trước phẫu thuật là tương tự như dân số bình thường được báo cáo. Dựa trên kết quả của nghiên cứu này, 85,20% mắt đạt ± 0,50 D và 99,4% mắt đạt ± 1,00 D. Những kết quả này tương tự với các nghiên cứu trước đây ở những nhóm dân số bình thường trong đó các tác giả báo cáo rằng 67,80–74,80% mắt đạt được khúc xạ ± 0,50 D và 76,20–97,60% số mắt đạt được khúc xạ mục tiêu ± 1,00 D [7, 8]. Có thể kết luận rằng những bệnh nhân có chỉ số bản đồ giác mạc hơi ngoài giá trị bình thường một chút đã đạt được khúc xạ tốt sau LASIK.

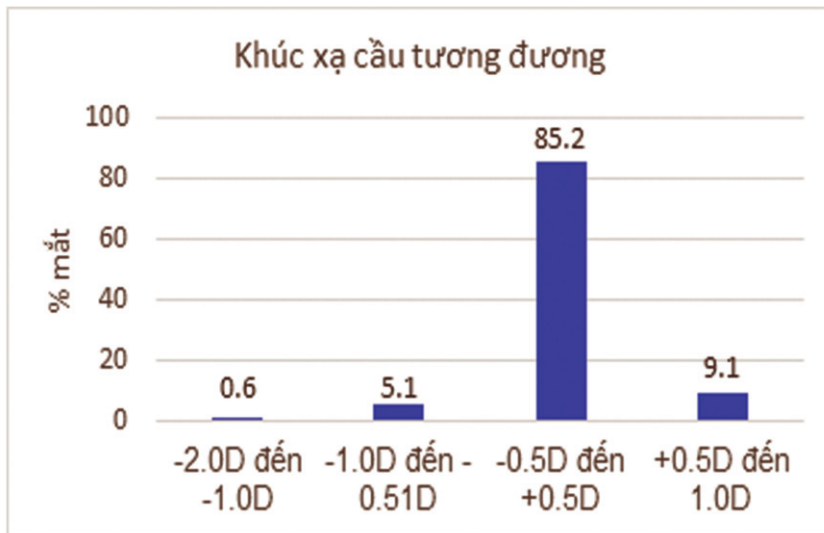
Không có sự khác biệt giữa các trường hợp có một, hai hoặc ba chỉ số ngoài phạm vi cho thấy rằng không có chỉ số nào trong số này có thể dự đoán các biến chứng hoặc sự kém hiệu quả của LASIK. Ngay cả những bệnh nhân

**Bảng 2. Bảy bệnh nhân giảm thị lực chính kính sau phẫu thuật**

Giới, tuổi	Chỉ số bất thường trước phẫu thuật	Thời gian theo dõi (năm)	UDVA trước phẫu thuật	UDVA sau phẫu thuật	CDVA trước phẫu thuật	CDVA sau phẫu thuật
Nữ, 19T	Kmax và BAD-D	7	20/100	20/25	20/20	20/25
Nữ, 18T	TP và Kmaxx	7	ĐNT 3m	20/32	20/20	20/25
Nữ, 25T	TP	5	ĐNT2m	20/30	20/20	20/25
Nam, 22T	TP	3	20/70	20/25	20/20	20/25
Nữ, 21T	BAD-D	3	ĐNT3m	20/25	20/20	20/25
Nam, 20T	Kmax	3	ĐNT3m	20/25	20/20	20/25
Nữ, 23T	Kmax	2	ĐNT3m	20/25	20/20	20/25

**Nhận xét:** So với kết quả trước mổ, UDVA hiện tại không giảm và CDVA  $\geq 20/20$  là 96,20% và 20/25 là 2,80% trường hợp. Chỉ có 3 mắt (0,90%) có CDVA nhỏ hơn 20/32 trong đó CDVA tăng 1 hàng ở một mắt, không đổi ở một mắt và giảm một hàng ở mắt còn lại. Chỉ số hiệu quả là  $0,97 \pm 0,12$  và chỉ số an toàn là  $1,02 \pm 0,08$ . Việc giảm một hàng CDVA đã được quan sát thấy ở bảy mắt (1,90%). Không có dấu hiệu của giãn lồi giác mạc trong bất kỳ trường hợp nào trong số này. Kết quả về thị lực và khúc xạ theo dõi dài hạn trong bảy trường hợp này được tóm tắt trong Bảng 2.

**Biểu đồ 2. Khúc xạ theo dõi lâu dài sau phẫu thuật**



**Nhận xét:** Về khúc xạ, các giá trị trung bình trước phẫu thuật và theo dõi lâu dài lần lượt là  $-3,24 \pm 1,75 D$  và  $+0,07 \pm 0,48 D$  đối với độ cầu;  $-1,68 \pm 1,67 D$  và  $-0,43 \pm 0,21 D$  đối với loạn thị và  $-4,34 \pm 2,10 D$  và  $-0,16 \pm 0,53 D$  đối với MRSE (tất cả  $p < 0,001$ ). Như được hiển thị trong biểu đồ 2, 85,2% trường hợp là chính thị, 5,70% là cận thị (MRSE  $< -0,5 D$ ) và 9,1% là viễn thị (MRSE  $> +0,5 D$ ) trong theo dõi lâu dài.

có hai hoặc nhiều chỉ số bản đồ giác mạc nằm ngoài phạm vi cũng có kết quả chấp nhận được mà không có bất kỳ biến chứng nào.

Ưu điểm chính của nghiên cứu này là theo dõi bệnh nhân lâu dài. Vì giãn lồi giác mạc, là một trong những biến chứng quan trọng nhất của phẫu thuật LASIK, có thể xảy ra sau phẫu thuật 1 tuần đến vài năm [7], nên việc theo dõi lâu dài có thể đưa ra kết luận chính xác hơn. Hơn nữa, cỡ mẫu lớn hơn cho phép kiểm tra ảnh hưởng của bất thường giác mạc đối với kết quả ở từng nhóm phụ cận thị thấp, trung bình và cao một cách riêng biệt. Một hạn chế khác là thiếu dữ liệu về sinh trắc học giác mạc; có dữ liệu như vậy sẽ cho phép chúng tôi thực hiện các phân tích chi tiết hơn về những trường hợp này bằng cách sử dụng các chỉ số dự đoán mới về chứng giãn giác mạc.

**V. KẾT LUẬN**

Chỉ các chỉ số bản đồ giác mạc bất thường từ nhẹ đến vừa phải không dự đoán được giãn lồi giác mạc và kết quả bất lợi sau phẫu thuật ở bệnh nhân có nền giác mạc  $\leq 300 \mu m$ . Cần tiến hành các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn với các chỉ số khác để tìm sự liên quan tới giãn lồi giác mạc sau phẫu thuật khúc xạ. ■



**Bảng 3. So sánh chỉ số trước và sau phẫu thuật ở bệnh nhân có chỉ số bất thường**

	Trước phẫu thuật	Lần khám cuối	Sự thay đổi
<b>Một chỉ số bất thường (n=259)</b>			
UDVA (logMAR)	1,29±0,47	0,01±0,06	-1,28±0,47
CDVA (logMAR)	0,003±0,018	0,001±0,009	-0,002±0,021
MRSE (D)	-4,34±1,72	-0,07±0,45	-4,28±1,77
<b>Hai chỉ số bất thường (n=259)</b>			
UDVA (logMAR)	1,07±0,51	0,03±0,08	-1,04±0,50
CDVA (logMAR)	0,009±0,04	0,006±0,035	-0,003±0,029
MRSE (D)	-3,95±1,87	-0,15±0,72	-3,80±1,83
<b>Ba chỉ số bất thường (n=259)</b>			
UDVA (logMAR)	1,22±0,48	0,08±0,12	-1,14±0,47
CDVA (logMAR)	0,017±0,054	0,007±0,033	-0,010±0,044
MRSE (D)	-3,85±1,93	-0,37±0,55	-3,47±1,87
<b>Bốn chỉ số bất thường (n=259)</b>			
UDVA (logMAR)	0,4	1,00	0,6
CDVA (logMAR)	1,00	1,00	Không đổi
MRSE (D)	-2,50	+0,87	-3,37

**Nhận xét:** Bảng 3 trình bày những thay đổi về thị lực và khúc xạ của bệnh nhân với các chỉ số nằm ngoài phạm vi một, hai, ba và bốn. Cải thiện UDVA và giảm MRSE có ý nghĩa thống kê trong tất cả các nhóm. CDVA không cho thấy những thay đổi đáng kể. Không có sự khác biệt nào giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê (tất cả p > 0,05).

**Bảng 4. So sánh chỉ số trước và sau phẫu thuật ở bệnh nhân có chỉ số nguy hiểm**

	Trước phẫu thuật	Lần khám cuối	Sự thay đổi
<b>Một chỉ số nguy hiểm (n=44)</b>			
UDVA (logMAR)	1,24±0,49	0,05±0,11	-1,18±0,49
CDVA (logMAR)	0,012±0,041	0,014±0,053	0,002±0,015
MRSE (D)	-4,49±2,3	-0,47±0,08	-4,22±2,02
<b>Hai chỉ số nguy hiểm (n=13)</b>			
UDVA (logMAR)	1,09±0,57	0,09±0,12	-1,00±0,52
CDVA (logMAR)	0,038±0,074	0,012±0,038	0,026±0,05
MRSE (D)	-3,62±2,16	-0,36±0,6	-3,26±1,99

**Nhận xét:** Có 44 mắt chỉ có một chỉ số phạm vi nguy hiểm và 13 mắt có hai chỉ số phạm vi nguy hiểm. Các chỉ số phạm vi cực đại phổ biến nhất là Kmax (32,60%) và TP (30,40%). Ở những người có hai chỉ số phạm vi nguy hiểm, sự kết hợp phổ biến nhất là MaxPE và MaxAE (58,80%). Bảng 4 tóm tắt kết quả dài hạn của các trường hợp có chỉ số phạm vi nguy hiểm. LogMAR của UDVA và MRSE đã giảm đáng kể trong những trường hợp này, nhưng CDVA không cho thấy sự thay đổi đáng kể nào. Những thay đổi trong ba tham số kết quả này không khác biệt đáng kể giữa hai nhóm với một và hai chỉ số phạm vi nguy hiểm (tất cả p > 0,05).

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Gomel N, et al.** Predictive factors for efficacy and safety in refractive surgery for myopia. PLoS ONE. 2018;13: e0208608.

2. **Giri P, Azar DT.** Risk profiles of ectasia after keratorefractive surgery. Curr Opin Ophthalmol. 2017;28:337-42.

3. **Uc ,akhan O, et al.** Evaluation of Scheimpflug imaging parameters in subclinical keratoconus, keratoconus, and normal eyes. J Cataract Refract Surg. 2011;37:1116-24.

4. **Rabinowitz YS, Rasheed K.** KISA% index: a quantitative videokeratography algorithm embodying minimal topographic criteria for diagnosing keratoconus. J Cataract Refract Surg. 1999;25:1327-35.

5. **Villavicencio GF, et al.** Independent population validation of the Belin/Ambrosio enhanced ectasia display: implications for keratoconus studies and screening. Int J Kerat Ect Cor Dis. 2014;3:1-8.

6. **Bohac M, et al.** Incidence and clinical characteristics of post LASIK ectasia: a review of over 30,000 LASIK cases. Semin Ophthalmol. 2018;33:869-77.

7. **Chua D, et al.** Eighteen-year prospective audit of LASIK outcomes for myopia in 53 731 eyes. Br J Ophthalmol. 2019;103:1228-34.

8. **Kim J-Y, et al.** Three-year follow-up of laser in situ keratomileusis treatments for myopia: multi-center cohort study in Korean population. J Pers Med. 2021;11:419.

# KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÁM MÁ BẰNG LASER PICOSECOND ND:YAG BƯỚC SÓNG 1064 NM KẾT HỢP VỚI BÔI SẢN PHẨM 3 THUỐC TRANEXAMIC ACID, LACTOBIONIC ACID, NIACINAMIDE

NGUYỄN TIẾN BẢO<sup>1</sup>, TRẦN HẬU KHANG<sup>1</sup>, NGUYỄN THẾ VỸ<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Bệnh viện Da liễu Hà Nội; 79B Nguyễn Khuyến, Văn Miếu, Đống Đa, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiến Bảo

Email: tienbao116@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 19/6/2023

Ngày nhận phản biện: 10/08/2023

Ngày duyệt đăng: 13/9/2023

## TÓM TẮT

Điều trị râm má hiện nay có rất nhiều phương pháp, nhưng chưa có biện pháp điều trị nào được coi là giải pháp triệt để trong điều trị râm má. Vì vậy, nghiên cứu tiến hành với mục tiêu: đánh giá kết quả điều trị râm má bằng laser Picosecond Nd:YAG bước sóng 1064 nm kết hợp với bôi sản phẩm 3 thuốc tranexamic acid, lactobionic acid, niacinamide. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, so sánh trước sau được thực hiện trên 33 bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi, được chẩn đoán là râm má đến khám tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội từ tháng 9/2022 – 9/2023. Kết quả nghiên cứu cho thấy: toàn bộ bệnh nhân là giới nữ, tuổi trung bình là  $43,3 \pm 6,5$ , loại da chủ yếu là tủy 4 (84,8%), thể lâm sàng râm thượng bì chiếm khoảng 50,0% và đa số là thể nhẹ chiếm 63,6%. Sau 8 lần chiếu laser tất cả các thể râm má đều cải thiện (chỉ số MASI giảm từ 7,7 xuống còn 3,5), trong đó thể râm thượng bì đáp ứng điều trị tốt nhất, cải thiện 66% (chỉ số MASI từ 5,3 xuống còn 1,8). Râm nhẹ và trung bình có kết quả điều trị tốt và rất tốt cao (85,7 và 75%), trong khi râm nặng và rất nặng có kết quả điều trị trung bình cao (66,7 và 100%). Chỉ số Brown Spots cải thiện rõ rệt sau khi điều trị so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Bệnh nhân không gặp bất cứ một tác dụng không mong muốn nào sau khi điều trị laser, các tác dụng phụ tạm thời khi sử dụng thuốc bôi là đỏ, khô da và châm chích. **Kết luận:** phác đồ sử dụng laser Picosecond Nd:YAG bước sóng 1064 nm kết hợp với bôi sản phẩm 3 thuốc tranexamic acid, lactobionic acid, niacinamide bước đầu có những hiệu quả nhất định, cần tiếp tục có những nghiên cứu tiếp theo.

**Từ khóa:** râm má, laser Picosecond Nd:YAG, tranexamic acid, lactobionic acid, niacinamide

## THE RESULTS OF TREATING MELASMA WITH A PICOSECOND ND:YAG LASER AT A WAVELENGTH OF 1064 NM COMBINED WITH THE APPLICATION OF THREE TOPICAL PRODUCTS: TRANEXAMIC ACID, LACTOBIONIC ACID, AND NIACINAMIDE

**Summary:** Melasma treatment currently offers numerous methods, but there is no definitive solution for melasma treatment. Therefore, the research was conducted with the objective of assessing the results of treating melasma with a Picosecond Nd:YAG laser at a wavelength of 1064 nm in combination with the application of three topical products: tranexamic acid, lactobionic acid, and niacinamide. **Subjects and Research Methods:** A descriptive comparative study was conducted on 33 patients aged  $\geq 18$ , diagnosed with melasma, who visited Hanoi Dermatology Hospital from September 2022 to September 2023. Results: All patients were female, with an average age of  $43.3 \pm 6.5$ , predominantly Fitzpatrick skin type 4 (84.8%). The clinical type of melasma predominantly involved the epidermal type, accounting for about 50.0%, and the majority were mild in severity (63.6%). After 8 sessions of laser treatment, all types of melasma improved (the MASI score decreased from 7.7 to 3.5). Among them, the epidermal type showed the best response, with a 66% improvement (the MASI score decreased from 5.3 to 1.8). Mild and moderate melasma had good treatment results, with high improvement rates (85.7% and 75%), while severe and very severe melasma had moderate to high treatment results (66.7% and 100%). The Brown Spots score significantly improved after treatment compared to before treatment, with statistical significance at  $p < 0.01$ . Patients did not experience any adverse effects. **Conclusion:** The protocol using Picosecond Nd:YAG laser at a wavelength of 1064 nm in combination with the application of three topical products: tranexamic acid, lactobionic acid, and niacinamide, initially demonstrated certain effectiveness and further research is needed.

**Keywords:** melasma, Picosecond Nd:YAG laser, tranexamic acid, lactobionic acid, niacinamide

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rám má (Melasma, Chloasma) là bệnh da tăng sắc tố mắc phải có căn nguyên và cơ chế bệnh sinh rất phức tạp. Thương tổn cơ bản của bệnh là các dát hoặc các mảng màu nâu đen đối xứng ở vùng tiếp xúc với ánh sáng mặt trời. Vị trí thường gặp là 2 má, môi trên, cằm và trán.

Điều trị rám má hiện nay có rất nhiều phương pháp như thuốc bôi, thuốc uống, lột da, laser, tế bào gốc, mesotherapy..., nhưng chưa có biện pháp điều trị nào được coi là giải pháp triệt để trong điều trị rám má. Một số nghiên cứu trong những năm gần đây cho thấy điều trị rám má bằng chiếu laser với công suất thấp (laser toning) được coi là một xu hướng mới, mang lại nhiều kết quả khả quan, an toàn, ít biến chứng. Laser Picosecond Nd:YAG bước sóng 1064 nm có thời gian phát xung cực ngắn và chuyển đổi năng lượng ánh sáng thành năng lượng cơ học, hiệu ứng quang cơ làm nhiệt độ tập trung tại vùng chiếu cao, dẫn đến ảnh hưởng nhiệt xung quanh ít hơn.

Một số ý kiến cho rằng cần phối hợp điều trị laser với thuốc bôi trị rám má với mục đích giảm tác dụng phụ và tăng hiệu quả điều trị rám má. Ở Việt Nam, những năm gần đây, một số cơ sở da liễu đã áp dụng công nghệ laser để điều trị các tổn thương tăng sắc tố da, nhưng chưa có nghiên cứu về hiệu quả điều trị và các tác dụng không mong muốn của phương pháp laser Picosecond Nd:YAG bước sóng 1064 nm kết hợp với thuốc bôi tại chỗ. Xuất phát từ thực tế đó, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị rám má bằng laser Picosecond Nd:YAG bước sóng 1064 nm kết hợp với bôi sản phẩm 3 thuốc tranexamic acid, lactobionic acid, niacinamide.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân được chẩn đoán là rám má đến khám tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội từ tháng 9/2022 – 9/2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân # 18 tuổi, cả nam và nữ, đồng ý tham gia điều trị đủ theo phác đồ và không có tiền sử da nhạy cảm với ánh sáng hoặc đang dùng thuốc có tác dụng làm

da nhạy cảm ánh sáng.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đang điều trị bằng các phương pháp khác như bôi thuốc, Laser QS YAG, Laser Diot..., đang bị: nhiễm Herpes simplex, HIV, viêm nhiễm trên vùng cần điều trị, có bệnh ác tính hoặc nội khoa nặng, đang hoặc dùng các thuốc tăng nhạy cảm da với ánh sáng mặt trời trong 6 tháng gần đây như vitamin A acid, nhóm cyclin (phụ thuộc vào thời gian bán thải của nhóm này thường 12-18 giờ) ..., Phụ nữ đang mang thai hoặc cho con bú, tâm lý không ổn định và không hợp tác trong khi điều trị, bệnh nhân mong muốn quá kì vọng thực tế và có tiền sử sẹo lồi, sẹo phì đại, sẹo rỗ.

### 2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu

Nghiên cứu tiến hành tại Khoa Phẫu thuật laser Bệnh viện Da liễu Hà Nội từ 9/2022 đến 9/2023.

### 2.3. Vật liệu nghiên cứu

- Máy laser Picosecond Nd:YAG: với tên thương mại là Pico Discovery hãng QuanTà Italia.

- Máy phân tích da kỹ thuật số VISIA 7 của hãng Canfield (Mỹ).

- Đèn Wood: là một công cụ dùng để chẩn đoán các bệnh lý da liễu, phát ra chùm tia sáng có bước sóng 325 nm.

- Bảng thang màu của Von Luschan Discovery.

- Kem TDF Fairence T-Complex (Toshiki International Singapore PTE LTD -Singapore).

- Kem chống nắng: UVE-BLOCK@50 (Alpol Cosmetique - Pháp).

- Thuốc tê tại chỗ: Emla 5% của hãng AstraZeneca.

### 2.4. Phương pháp nghiên cứu và cỡ mẫu

- Thiết kế nghiên cứu : Thử nghiệm lâm sàng tự so sánh kết quả trước và sau điều trị.

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

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

• Trong đó p là tỷ lệ đáp ứng điều trị mong muốn.

•  $\Delta$  là khoảng sai lệch mong muốn.

•  $\alpha$  là mức ý nghĩa thống kê.

•  $Z_{1-\alpha/2}$  là giá trị Z thu được từ bảng Z ứng với giá trị  $\alpha$  được chọn,

• Chọn  $\alpha = 0,05$  thì  $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ .

• Chọn  $p = 0,5$

•  $\Delta = 0,19$

• Thay vào công thức trên ta có cỡ mẫu tối thiểu là 25 bệnh nhân. Thực tế chúng tôi nghiên cứu trên 33 bệnh nhân.

• Các bước tiến hành

\* Các biến số nghiên cứu:

- Mô tả đặc điểm của bệnh nhân về: tuổi, giới, nghề nghiệp, địa dư, tiền sử tiếp xúc ánh sáng, bệnh kèm theo...

- Khảo sát đặc điểm lâm sàng của rám má: tuổi bắt đầu phát hiện tổn thương, diện tích tổn thương, mức độ tăng sắc tố, thể rám má...

- Chẩn đoán thể rám má: Chiếu đèn Wood tại vùng tổn thương.

- Chẩn đoán mức độ rám má: Đánh giá theo chỉ số MASI.

- Chẩn đoán mức độ tăng sắc tố của rám má: dựa vào bảng màu trên thang màu chuẩn của Von Luschan.

- Đánh giá mức độ cải thiện rám má sau 4, 6, 8 lần chiếu laser.

• Theo chỉ số MASI: So sánh sự thay đổi chỉ số MASI trước và sau 4, 6, 8 lần điều trị.

• Đánh giá hiệu quả điều trị dựa vào máy phân tích da VISIA.

• Đánh giá tác dụng không mong muốn: đỏ, khô da, chàm chích, ngứa, nóng rát, tăng sắc tố, giảm sắc tố, tạo sẹo.

• Đánh giá mức độ cảm nhận kết quả điều trị của bệnh nhân qua Phiếu tự đánh giá: rất hài lòng, hài lòng, chưa hài lòng.

## 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

(Nội dung là bảng 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8)

## 4. BÀN LUẬN

Rám má không ảnh hưởng đến sức khỏe nhưng ảnh hưởng nhiều đến thẩm mỹ làm người bệnh thấy mất tự tin, mặc cảm khi giao tiếp. Chính vì vậy, việc điều trị rám má là nhu cầu cấp thiết, chính đáng nhằm cải thiện thẩm mỹ cho người bệnh. Trong nghiên cứu này chúng tôi chỉ lựa chọn được 33 bệnh nhân nữ với tuổi trung bình là  $43,3 \pm 6,5$ . Tổn thương chủ yếu ở mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ 63,6% và 100% tổn thương ở vùng mặt: má, trán,

**Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		n	%
Giới tính	Nam	0	0,0
	Nữ	33	100,0
Tuổi (năm)	< 30	1	3
	30 – 39	10	30,3
	40 – 49	13	39,4
	50	9	27,3
X ± SD		43,3 ± 6,5	
Tuýp da	Tuýp 3	5	15,2
	Tuýp 4	28	84,8
Thể lâm sàng râm má	Râm thượng bì	17	51,5
	Râm trung bì	7	21,2
	Râm hỗn hợp	9	27,3
Mức độ râm má theo chỉ số MASI	Nhẹ	21	63,6
	Trung bình	8	24,2
	Nặng	3	9,1
	Rất nặng	1	3,1

**Nhận xét:** Toàn bộ bệnh nhân là giới nữ, tuổi trung bình là 43,3 ± 6,5, chủ yếu là tuýp 4 (84,8%), thể lâm sàng râm thượng bì chiếm khoảng 50,0% và đa số là thể nhẹ chiếm 63,6%.

**Bảng 2. Cải thiện về chỉ số MASI sau điều trị**

MASI Thể râm	X ± SD				p
	Trước điều trị	Sau 4 lần laser	Sau 6 lần laser	Sau 8 lần laser	
Thượng bì (n=17)	5,3 ± 1,8	3,9 ± 1,4	2,5 ± 1,2	1,8 ± 0,9	$p_{04}=0,001$ $p_{06}=0,001$ $p_{08}=0,001$
Trung bì (n=7)	10,3 ± 1,8	8,6 ± 1,6	6,4 ± 1,4	5,3 ± 1,3	$p_{04}=0,001$ ; $p_{06}=0,001$ $p_{08}=0,001$
Hỗn hợp (n=9)	8,8 ± 1,1	7,8 ± 1,2	6,8 ± 0,9	4,5 ± 0,7	$p_{04}=0,001$ $p_{06}=0,001$ $p_{08}=0,005$
Tổng (n=33)	7,7 ± 1,7	6,4 ± 1,2	4,9 ± 1,4	3,5 ± 1,4	$p_{04}=0,001$ $p_{06}=0,001$ $p_{08}=0,001$

**Nhận xét:** Sau 8 lần chiếu laser tất cả các thể râm má đều cải thiện 54,5% (chỉ số MASI giảm từ 7,7 xuống còn 3,5), trong đó thể râm thượng bì đáp ứng điều trị tốt nhất, cải thiện 66% (chỉ số MASI từ 5,3 xuống còn 1,8).

**Bảng 3. Cải thiện về mức độ tăng sắc tố sau điều trị theo bảng màu Von Luschan**

Cải thiện mức độ tăng sắc tố	Sau 4 lần	Sau 6 lần	Sau 8 lần
	n(%)	n(%)	n(%)
Rất tốt	0(0,0)	6 (18,2)	12(36,4)
Tốt	8(24,2)	18(54,5)	16(48,5)
Trung bình	16(48,5)	9(27,3)	5(15,1)
Kém	9(27,3)	0(0,0)	0(0,0)
Tổng	33(100,0)	33(100,0)	33(100,0)

**Nhận xét:** Sau chiếu laser 8 lần, 36,4% đạt kết quả cải thiện mức độ tăng sắc tố mức rất tốt, 48,5% mức tốt, không có trường hợp nào đạt mức kém.

mũi, môi, cằm là vùng luôn chịu tác động trực tiếp của ánh nắng mặt trời. Theo phân loại màu da của Fitzpatrick có 15,2% bệnh nhân là tuýp da III còn lại là tuýp IV chiếm 84,8%. Về thể lâm sàng râm má chủ yếu là râm thượng bì 51,5%, râm trung bì 21,2% và râm hỗn hợp chiếm 27,3%.

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá tác dụng của laser Pico-second Nd:YAG phối hợp với sản phẩm 3 thuốc tranexamic acid, lactobionic acid và niacinamide trong điều trị râm má trên da người Việt Nam. Dựa vào chỉ số MASI chúng tôi nhận thấy sau 8 lần chiếu laser tất cả các thể râm má đều cải thiện 54,5% (chỉ số MASI giảm từ 7,7 xuống còn 3,5), trong đó thể râm thượng bì đáp ứng điều trị tốt nhất, cải thiện 66% (chỉ số MASI từ 5,3 xuống còn 1,8); râm thể hỗn hợp và thể trung bì cải thiện 48,9% (chỉ số MASI từ 8,8 xuống còn 4,5) và 48,5% (chỉ số MASI từ 10,3 xuống còn 5,3), một cách tương ứng (bảng 3.4). Dựa vào bảng màu của Von Luschan cho kết quả sau chiếu laser 8 lần, 36,4% đạt kết quả mức rất tốt, 48,5% tốt, 15,1% trung bình và không có trường hợp nào đạt mức kém (bảng 3.3). Kết quả của chúng tôi tương đồng với tác giả Kayee Kung và cộng sự khi tiến hành nghiên cứu về hiệu quả và tính an toàn của phương pháp laser Pico-second trên 12 đối tượng BN mắc các rối loạn sắc tố da lành tính (bao gồm tàn nhang, đốm nâu ánh sáng, bớt Hori, nám da) với tuýp da III và IV theo phân loại của Fitzpatrick. Ba tháng sau điều trị, 53,8% số tổn thương đạt mức đáp ứng điều trị rất tốt, 30,8% tổn thương đạt mức cải thiện tốt, 7,7% đạt mức cải thiện trung bình. Số lượt điều trị trung bình để đạt mức cải thiện màu tối thiểu 50% là 4,5 đối với tổn thương nám da.

Tại Việt Nam, kết quả công bố năm 2018 của các tác giả Lê Thị Thu Hải, Bùi Thị Thu Phương khi tiến hành nghiên cứu “Kết quả điều trị râm má bằng laser Pico-second tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108” lại cho thấy kết quả khác biệt so với chúng tôi, kết quả sau 8 lần chiếu laser Pico-second bước sóng 1064 nm các tác giả nhận thấy đáp ứng tốt và rất tốt 28,9%, trung bình 42,2%, đáp ứng kém 28,9%; kết

**Bảng 4. Chỉ số MASI liên quan đến kết quả điều trị**

Kết quả MASI	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Tổng
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Nhẹ	11(52,4)	7(33,3)	3(14,3)	21(100)
Trung bình	3(37,5)	3(37,5)	2(25)	8(100)
Nặng	0(0,0)	1(33,3)	2(66,7)	3(100)
Rất nặng	0(0,0)	0(0,0)	1(100,0)	1(100,0)
Tổng	14	11	8	33

**Nhận xét:** Rám nhẹ và trung bình có kết quả điều trị tốt và rất tốt cao (85,7 và 75%), trong khi nám nặng và rất nặng có kết quả điều trị trung bình cao (66,7 và 100%).

**Bảng 5. Kết quả điều trị theo chỉ số Brown Spots**

Chỉ số Brown Spots	Trước điều trị	Sau 4 lần	Sau 6 lần	Sau 8 lần
Chỉ số	-8,45 ± 16,34	-2,66 ± 13,55	8,15 ± 15,09	19,52 ± 16,22
Tỷ lệ cải thiện	38,54 ± 15,74	45,22 ± 14,37	54,97 ± 17,25	65,48 ± 19,84
P	$P_{04} < 0,001, P_{46} < 0,01, P_{68} < 0,001$			

**Nhận xét:** Chỉ số Brown Spots cải thiện rõ rệt sau khi điều trị so với trước điều trị có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$

**Bảng 6. Kết quả điều trị theo cải thiện về chỉ số Brown Spots**

Kết quả cải thiện chỉ số Brown Spots	n	%
Rất tốt	9	27,3
Tốt	18	54,5
Bình thường	6	18,2
Kém	0	0,0
Rất kém	0	0,0
Tổng	33	100,0

**Nhận xét:** Lần lượt có 27,3% và 54,5% bệnh nhân có kết quả cải thiện chỉ số Brown Spots ở mức độ rất tốt và mức độ tốt, không có trường hợp nào cải thiện ở mức độ kém và rất kém.

**Bảng 7 Các tác dụng không mong muốn ở mỗi giai đoạn điều trị**

Tác dụng phụ	Giai đoạn		
	Lần 1 n(%)	Lần 4 n(%)	Lần 8 n(%)
Đỏ	5 (15,2)	3 (9,1)	0 (0,0)
Khô da	4 (12,1)	3 (9,1)	0 (0,0)
Châm chích	2 (6,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ngứa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Nóng rát	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tăng sắc tố	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Giảm sắc tố	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tạo sẹo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

**Nhận xét:** Sau mỗi lần điều trị laser, các bệnh nhân không gặp bất cứ một tác dụng không mong muốn nào, sau điều trị thuốc bôi lần đầu tác dụng không mong muốn đỏ da, châm chích và khô da chiếm đa số. Các triệu chứng giảm dần ở các lần điều trị tiếp theo.

quả này thấp hơn kết quả của chúng tôi khá nhiều (đáp ứng tốt và rất tốt 84,9%, trung bình 15,1%, không có trường hợp nào đáp ứng kém). Có lẽ

sự khác biệt ở phương pháp điều trị khi chúng tôi bên cạnh chiếu laser Picosecond có kết hợp với sử dụng thuốc bôi có 3 thành phần điều trị nám má

tranexamic acid, lactobionic acid và niacinamide đã tạo nên kết quả khác biệt này. Một kết quả khác của tác giả Đàm Thị Thúy Hồng (2018) khi nghiên cứu kết quả điều trị nám má bằng laser Q-switched Nd:YAG bước sóng 1064 nm cũng cho kết quả thấp hơn của chúng tôi, sau 8 lần chiếu laser cải thiện nám má dựa vào bảng màu của Von Luschan đạt mức rất tốt ở 27,7% bệnh nhân, tốt 51,1%, trung bình 21,2% và không có trường hợp nào đạt mức kém.

Năm 2022, tác giả Phạm Thu Hiền đã nghiên cứu kết quả điều trị nám má bằng bôi kem TDF Fairence T-Complex với 3 thành phần chính tranexamic acid, lactobionic acid và niacinamide, tác giả nhận thấy rằng điểm trung bình của chỉ số MASI ở giai đoạn trước điều trị 8,1 ± 2,6 giảm xuống 7,6 ± 2,3 ở giai đoạn T1 (sau 1 tháng), đến giai đoạn T2 (sau 2 tháng) điểm trung bình MASI giảm xuống 6,8 ± 2,0 và giảm xuống 5,7 ± 1,6 ở giai đoạn T3 (sau 3 tháng, tương đương cải thiện 29,6% về chỉ số MASI). So sánh với nghiên cứu của chúng tôi cũng sử dụng bôi kem TDF Fairence T-Complex ngày 2 lần, nhưng có kết hợp thêm chiếu laser Picosecond Nd:YAG 2 tuần/lần, sau 8 lần điều trị đã cải thiện được 54,5% về chỉ số MASI. Như vậy, phương pháp phối hợp điều trị nám má bằng chiếu laser Picosecond Nd:YAG với kem bôi TDF Fairence T-Complex đạt hiệu quả cao hơn phương pháp dùng kem bôi TDF Fairence T-Complex đơn thuần.

Để đánh giá hiệu quả điều trị nám má trên phương diện thay đổi sắc tố chúng tôi còn sử dụng máy phân tích da VISIA của Canfield imaging systems, Hoa Kỳ. Kết quả của chúng tôi trong 33 bệnh nhân chỉ số Brown Spots cải thiện rõ rệt sau khi điều trị so với trước điều trị: tỷ lệ % trung bình trước điều trị là 38,54 ± 15,74%, sau điều trị lần 4 là 45,22 ± 14,37%, sau điều trị lần 6 là 54,97 ± 17,25%, và sau điều trị lần 8 là 65,48 ± 19,84%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ . Tương ứng lần lượt kết quả cải thiện chỉ số Brown Spots ở mức độ rất tốt và mức độ tốt là 27,3% và 54,5%. Khi theo dõi sau điều trị lần 4 ta thấy sự cải thiện tốt dần lên tuy nhiên sự thay

**Bảng 8. Mức độ hài lòng của bệnh nhân với kết quả điều trị**

Tác dụng phụ	Giai đoạn		
	Lần 1 n(%)	Lần 4 n(%)	Lần 8 n(%)
Đỏ	5 (15,2)	3 (9,1)	0 (0,0)
Khô da	4 (12,1)	3 (9,1)	0 (0,0)
Châm chích	2 (6,1)	0 (0,0)	0 (0,0)
Ngứa	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Nóng rát	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tăng sắc tố	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Giảm sắc tố	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
Tạo sẹo	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

**Nhận xét:** bệnh nhân rất hài lòng và hài lòng với kết quả điều trị chiếm tỷ lệ là 84,9%.

đổi chỉ là tương đối. Sự thay đổi thể hiện sự cải thiện về lượng melanin trong tổn thương và trong da, sự thay đổi đôi khi chỉ đạt đến một ngưỡng nhất định sau đó ít có sự thay đổi. Chức năng sinh lý của tế bào melanocyte tiết ra melanin ở da có nhiệm vụ bảo vệ cho cơ thể. Khi có tổn thương tại chỗ sẽ sản sinh ra sắc tố melanin để đảm bảo nhiệm vụ bảo vệ da dưới tác động của tia nắng mặt trời. Đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên máy phân tích da kết quả của chúng tôi thấy chỉ số Brown Spots trước và sau điều trị tổng số 33 bệnh nhân thấy có sự cải thiện gần tương ứng với cải thiện mầu và diện tích trên lâm sàng. Chỉ số Brown Spots liên quan đến tuổi của bệnh nhân râm má. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ cải thiện chỉ số Brown Spots mức độ rất tốt đạt 100% ở tuổi < 30, 20% ở độ tuổi 30-39 tuổi và 0% ở các lứa tuổi > 40 tuổi. Lứa tuổi trên 30 và trên 40 tuổi chủ yếu đạt mức độ tốt (70% và 76,9%). Lứa tuổi > 50 chủ yếu đạt mức độ bình thường (66,7%).

Tác dụng không mong muốn và sự hài lòng

Khi điều trị thuốc bôi kết hợp 3 thuốc tranexamic acid, lactobionic acid, niacinamide trong điều trị râm má bệnh nhân gặp ít tác dụng phụ và tác dụng phụ thường không nghiêm trọng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau thời gian điều trị ở lần 1 có 5 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 15,2% xuất hiện đỏ tại vị trí bôi thuốc, tỷ lệ này giảm xuống 9,1% ở lần điều trị thứ 4 và 0% ở lần điều trị thứ 8. Dấu hiệu khô da xuất hiện ở 4 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 12,1% ở lần 1, tỷ lệ này giảm xuống 9,1% ở lần điều trị thứ 4 và 0% ở lần

điều trị thứ 8. Dấu hiệu châm chích gặp ở 6,1% các trường hợp ở lần đầu điều trị, giảm xuống 0% ở các lần điều trị thứ 4, thứ 8. Không có bệnh nhân nào có dấu hiệu nóng rát da, ngứa, tăng sắc tố, giảm sắc tố, tạo sẹo sau khi dùng thuốc ở tất cả các lần điều trị. Kết quả này cho thấy rằng mặc dù xuất hiện một số tác dụng phụ như đỏ, cảm giác châm chích và khô da ở giai đoạn đầu sau điều trị thuốc bôi, tuy nhiên các tác dụng phụ này đều giảm và hết khi đánh giá ở các giai đoạn sau.

Kết quả sau 8 lần điều trị, 84,9% bệnh nhân rất hài lòng và hài lòng với kết quả điều trị (bảng 3.8). Như vậy, điều trị râm má bằng laser Picosecond Nd:YAG bước sóng 1064 nm kết hợp với bôi sản phẩm 3 thuốc tranexamic acid, lactobionic acid và niacinamide là một biện pháp điều trị hiệu quả cao, an toàn và đa số bệnh nhân hài lòng với kết quả điều trị.

**5. KẾT LUẬN**

Kết quả nghiên cứu cho thấy: toàn bộ bệnh nhân là giới nữ, tuổi trung bình là 43,3 ± 6,5, loại da chủ yếu là tuýp 4 (84,8%), thể lâm sàng râm thượng bì chiếm khoảng 50,0% và đa số là thể nhẹ chiếm 63,6%. Sau 8 lần chiếu laser tất cả các thể râm má đều cải thiện (chỉ số MASI giảm từ 7,7 xuống còn 3,5), trong đó thể râm thượng bì đáp ứng điều trị tốt nhất, cải thiện 66% (chỉ số MASI từ 5,3 xuống còn 1,8). Râm nhẹ và trung bình có kết quả điều trị tốt và rất tốt cao (85,7 và 75%), trong khi râm nặng và rất nặng có kết quả điều trị trung bình cao (66,7 và 100%). Chỉ số Brown Spots cải thiện rõ rệt sau khi điều trị so với trước điều

trị có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Bệnh nhân không gặp bất cứ một tác dụng không mong muốn nào khi điều trị bằng laser Picosecond Nd:YAG bước sóng 1064 nm. Các tác dụng không mong muốn khi sử dụng đường bôi sản phẩm 3 thuốc tranexamic acid, lactobionic acid và niacinamide là đỏ, khô da và châm chích, tuy nhiên chúng chỉ tạm thời và tự hết ở những lần điều trị sau.■

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Nguyễn Văn Thường (2019).** Bệnh râm má. Bệnh học da liễu: Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2019:142-7.
- Castanet J OJ (2003).** Approach to the treatment of melasma. J Dermatol 2003;1- 9.
- Arora P, Sarkar R, Garg VK, Arya L (2012).** Lasers for treatment of melasma and post-inflammatory hyperpigmentation. J Cutan Aesthet Surg 2012;5:93-103.
- Aurangabadkar SJ.** Optimizing Q-switched lasers for melasma and acquired dermal melanoses. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2019;85:10-7.
- Trivedi MK, Yang FC, Cho BK (2017).** A review of laser and light therapy in melasma. Int J Womens Dermatol 2017;3:11-20.
- Lee MC, Chang CS, Huang YL, et al (2015).** Treatment of melasma with mixed parameters of 1,064-nm Q-switched Nd:YAG laser toning and an enhanced effect of ultrasonic application of vitamin C: a split-face study. Lasers Med Sci 2015;30:159-63.
- Kaur A, Bhalla M, Sarkar R (2020).** Tranexamic acid in melasma: a review. Pigment International 2020;7:12-25.

# MỤC LỤC CÁC BÀI BÁO NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

Tạp chí Sức khỏe Nội tiết số 15 năm 2023  
Journal of Endocrinology and Health Science No 15 2023

1. BÁO CÁO MỘT TRƯỜNG HỢP NẤM PHỔI ASPERGILLUS XÂM LẤN TRÊN BỆNH NHÂN HEN PHẾ QUẢN **30**  
*Reporting a case of invasive aspergillus pneumonia patient with bronchial asthma*  
Nguyễn Thanh Hiếu, Vũ Văn Thành, Trần Thị Thu Hiền
2. NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI CHỨC NĂNG TẾ BÀO BÊ TA, KHÁNG INSULIN Ở NGƯỜI TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG SAU 3 THÁNG SỬ DỤNG CAO DÂY THÌA CANH **34**  
*Research on beta cell function, insulin resistance, an insulin sensitivity in type2 pre-diabetes after three months of usage of gymnema sylvestre*  
Nguyễn Thành Lâm, Đỗ Đình Tùng, Trịnh Thanh Hà, Tạ Văn Bình
3. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHĂM SÓC ĐIỀU DƯỠNG CHO NGƯỜI BỆNH COPD ĐỢT CẤP TẠI KHOA NỘI TỔNG HỢP 1, BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN NĂM 2022 **38**  
*Assessment of the results of nursing care for patient with copd at the department of internal medicine No1, Saint Paul general hospital in 2022*  
Nguyễn Bích Ngọc, Nguyễn Thị Hoa Huyền, Lê Thị Mỹ
4. ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH TRƯỚC CAN THIỆP VÀ AN TOÀN CỦA LIỆU PHÁP OZONE QUA DA DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG **43**  
*Characteristics of mri images and safety of ozone therapy through transcutaneous approach guided by computed tomography in treatment of lumbar disc herniation*  
Đỗ Đình Tùng, Đinh Trung Thành, Nguyễn Văn Nghĩa
5. NGHIÊN CỨU TÌNH TRẠNG RỐI LOẠN LO ÂU, RỐI LOẠN GIẤC NGỦ Ở BỆNH NHÂN COVID-19 KÉO DÀI ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN **48**  
*Reseach study on anxiety disorders, and sleep problems in post-covid-19 patients at Saint Paul general hospital*  
Phạm Văn Dương, Ngô Thị Hảo, Nguyễn Thị Nga, Khúc Thị Thanh Mai, Nguyễn Thị Dung
6. ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ LÂU DÀI CỦA PHẪU THUẬT KHÚC XẠ TRÊN BỆNH NHÂN CẬN THỊ NẶNG CÓ YẾU TỐ NGHI NGỜ TRÊN BẢN ĐỒ GIÁC MẠC **53**  
*Long-term results of refractive surgery in myopic patients with topographic indices outside suggested ranges*  
Đinh Thị Phương Thủy, Phạm Trọng Văn, Nguyễn Kiếm Hiệp
7. KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RÁM MÁ BẰNG LASER PICOSECOND ND:YAG BƯỚC SÓNG 1064 NM KẾT HỢP VỚI BÔI SẴN PHẨM 3 THUỐC TRANEXAMIC ACID, LACTOBIONIC ACID, NIACINAMIDE **58**  
*The results of treating melasma with a picosecond nd: YAG laser at a wavelength of 1064 nm combined with the application of three topical products: tranexamic acid, lactobionic acid, and niacinamide*  
Nguyễn Tiến Bảo, Trần Hậu Khang, Nguyễn Thế Vỹ

# THỂ LỆ ĐĂNG BÀI BÁO KHOA HỌC TRÊN TẠP CHÍ SỨC KHỎE NỘI TIẾT

Tạp chí Sức khỏe Nội tiết xuất bản 3 tháng/kỳ. Ngoài ra, Tạp chí sẽ xuất bản các số phụ chuyên đề nghiên cứu khoa học nhằm đăng tải các công trình nghiên cứu, các bài tổng quan liên quan đến lĩnh vực sức khỏe, các bệnh mạn tính, bệnh không lây, nội tiết, đái tháo đường và rối loạn chuyển hóa.

Các bài báo khoa học đăng trên Tạp chí Sức khỏe Nội tiết cần đạt những yêu cầu sau:

**1. Bài báo chưa gửi đăng ở bất kỳ báo, tạp chí nào.**

**2. Bài viết bằng tiếng Việt, dài không quá 7 trang** (khổ giấy A4, kiểu chữ Times New Roman, cỡ chữ 14) kể cả bảng, hình minh họa và tài liệu tham khảo. Bản thảo phải đánh số trang rõ ràng. Các thuật ngữ thống nhất theo từ điển Bách khoa Việt Nam và Bách khoa thư bệnh học; từ tiếng nước ngoài giữ nguyên bản, từ viết tắt phải được chú thích trước khi dùng. Bài viết in trên một mặt giấy kèm theo file ghi trên đĩa mềm hoặc đĩa CD, gửi trực tiếp về tòa soạn hoặc qua E.mail.

**3. Bố cục bài viết gồm các phần sau:**

- **Tên bài:** ngắn gọn, rõ ràng, chính xác và trung thực với phạm vi, nội dung bài. Viết chữ in hoa, đậm, tránh bắt đầu bằng các cụm từ: nghiên cứu, khảo sát, đánh giá.

- **Thông tin về tác giả:** họ tên, học hàm, học vị, đơn vị, số điện thoại hoặc địa chỉ liên hệ.

- **Tóm tắt:** viết ngắn gọn (không quá 250 từ) nhưng phải làm nổi bật trọng tâm bài báo, viết bằng tiếng Việt và có bản dịch tiếng Anh.

- **Từ khóa:** thể hiện được vấn đề chính mà nghiên cứu đề cập đến, tối đa 6 từ hoặc cụm từ.

- **Đặt vấn đề:** nêu một số thông tin liên quan, tầm quan trọng, tình cần thiết và mục tiêu nghiên cứu.

- **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến hành trên đối tượng nào, tiêu chuẩn lựa chọn và các đặc điểm của đối tượng liên quan đến nội dung nghiên cứu; phương pháp nghiên cứu trên mỗi đối tượng, mỗi nội dung và cách tính toán, đánh giá kết quả.

- **Kết quả nghiên cứu:** trình bày một cách chặt chẽ, logic, hệ thống những số liệu, kết quả dưới dạng bảng, biểu đồ, hình ảnh...

- **Bàn luận:** từ những kết quả thu được và các giả thiết, các luận cứ khoa học đã có cùng các nghiên cứu liên quan, giải thích, so sánh, đánh giá, đề nghị và rút ra phương hướng cho những nghiên cứu tiếp theo.

- **Kết luận:** nêu tổng hợp kết quả chính của nghiên cứu theo mục tiêu đặt ra ban đầu.

- **Lời cảm ơn:** Tác giả nêu rõ cơ quan tài trợ nghiên cứu (nếu có) và cam kết không xung đột lợi ích từ kết quả nghiên cứu.

- **Tài liệu tham khảo:** sắp xếp tài liệu tiếng Việt trước, tiếng nước ngoài sau theo thứ tự vần A, B, C tên tác giả. Hạn chế dùng luận văn, luận án, sách giáo khoa và website làm tài liệu tham khảo. Mỗi bài báo không nên quá 15 tài liệu tham khảo, trừ bài tổng quan. Mỗi tài liệu viết theo thứ tự: tên tác giả, năm xuất bản, tên bài báo/sách, tên tạp chí/nhà xuất bản (in nghiêng), tập (số), trang. Nếu bài báo có nhiều tác giả, chỉ ghi tên 03 tác giả đầu và cộng sự, ví dụ:

**1. Khăm Phong Phu Vông, Đỗ Đình Tùng, Tạ Văn Bình (2010),** Nghiên cứu chức năng tế bào beta, độ nhạy insulin ở người tiền đái tháo đường bằng phần mềm HOMA2. Tạp chí Sức khỏe Nội tiết. 8: 38-43.

**2. Matthews D.R., Hosker J.P., Rudenski A.S., et al. (1985),** Homeostasis model assessment: insulin resistance and  $\beta$ -cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man. Diabetologia. 28(5): 412-19.

**Quy trình xét duyệt:** Sau khi nhận bài báo khoa học của các cộng tác viên, Tạp chí Sức khỏe Nội tiết sẽ mời 02 chuyên gia trong ngành hoặc chuyên ngành am hiểu nội dung chuyên môn của bản thảo cho ý kiến phản biện khoa học và liên hệ lại với tác giả khi cần thiết. Các bài báo không được sử dụng đăng, Tạp chí Sức khỏe Nội tiết sẽ không trả lại bản thảo. Các tác giả phải chịu trách nhiệm trước Ban biên tập, trước công luận về bài viết của mình theo Luật Báo chí hiện hành. Quyết định của Ban biên tập về bài báo sẽ được đưa ra sau 01 tháng, kể từ khi nhận bài. Hiện tại Tạp chí chưa thu lệ phí đăng bài, các bài tổng quan có chất lượng được trả nhuận bút theo quy định của Tạp chí. Tác giả tên đầu sẽ được nhận 01 số tạp chí có đăng bài.

**Địa chỉ nhận bài:** Ban Biên tập Tạp chí Sức khỏe Nội tiết: Số nhà 52, Lô A1, Khu Đô thị mới Đại Kim, Phường Đại Kim, Hoàng Mai, Hà Nội; điện thoại: 0983 609 369; email: tcsknt@gmail.com.