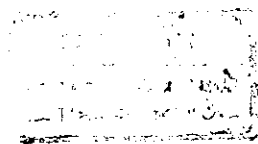


HỘI ĐỒNG KHOA HỌC KỸ THUẬT
TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y BẮC THÁI
BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI NGUYÊN

KỶ YẾU CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC 1980 — 1990

QUYỂN III

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC KỸ THUẬT TUYỂN CHỌN — 1990



NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
HÀ NỘI — 1992

175

94

0

630

LỜI NÓI ĐẦU

Hàng năm Viện — Trường đại học Y Bắc Thái thường tổ chức hội nghị KHKT để tổng kết và báo cáo kết quả các công trình nghiên cứu khoa học đã được thực hiện. Hội đồng khoa học kỹ thuật Viện — Trường đã chấm điểm và xếp hạng. Nhiều công trình đã được báo cáo tại các hội nghị chuyên ngành, và đặc biệt có nhiều đề tài đã tham dự Hội nghị sáng tạo khoa học kỹ thuật của tuổi trẻ các trường Đại học Y-Dược toàn quốc, trong đó có nhiều đề tài được giải thưởng. Trong thập kỷ qua (1980 — 1990) việc tổng kết, đánh giá các công trình nghiên cứu khoa học của Hội đồng KHKT đã được tiến hành đều đặn và chất lượng.

Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học kỹ thuật gồm các công trình NCKH đã được Hội đồng KHKT của Viện — Trường tuyển chọn hàng năm; để in được hầu hết các công trình NCKH này, ban biên tập xếp thành bốn cuốn :

- Quyền một : Gồm các công trình NCKHKT về hệ Nội.
- Quyền hai : Gồm các công trình NCKHKT về hệ Ngoại và Y xã hội học.
- Quyền ba : Gồm các công trình NCKHKT về Y cơ sở, Cận lâm sàng và Khoa học cơ bản.
- Quyền bốn : Gồm các công trình NCKHKT được tuyển chọn từ trước năm 1980.

Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học kỹ thuật của Viện — Trường là tài liệu có giá trị, giúp ích cho công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu, phòng bệnh, khám chữa bệnh, phục hồi chức năng áp dụng tiến bộ khoa học kỹ thuật mới và sử dụng cây thuốc địa phương trong sự nghiệp phục vụ sức khỏe cho đồng bào các dân tộc. Nó cũng là tài liệu quý, làm phong phú cho công tác giảng dạy và học tập.

Kỷ yếu công trình NCKHKT của Viện — Trường được giới thiệu với bạn đọc và xin ý kiến đóng góp quý báu.

HIỆU TRƯỞNG
PTS. LÊ NGỌC TRỌNG

VI SINH VẬT

TÌM HIỂU SƠ BỘ TÌNH HÌNH NHIỄM VIRUT ARBO TẠI XÃ VI HƯƠNG TỈNH BẮC THÁI

PHẠM LÊ HÙNG

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Tồn tại ở bệnh thiên nhiên do virut Arbo ở tỉnh Bắc Thái đã được Viện vệ sinh dịch tễ học Trung ương xác định năm 1970. (Tạp chí vệ sinh phòng dịch số 2-1974) và bệnh nguyên của hội chứng não cấp ở trẻ em mùa hè 1977 và mùa hè 1978 đã xác định là do virut viêm não Nhật Bản tại bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên.

Tìm hiểu nhiễm virut Arbo trong nhân dân ở vùng núi đề có một phương pháp phòng chống bệnh là rất cần thiết. Vì vậy tháng 3-1978 chúng tôi đã lấy máu cho 300 nhân dân xã Vi Hương, Bạch Thông, Bắc Thái để sơ bộ điều tra các virut viêm não Nhật Bản (VNNB) và Đăngơ típ 1 và típ 3.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

— Đối tượng được chọn nghiên cứu là ở đủ mọi lứa tuổi từ 1 — 50, đã chia ra các lứa tuổi sau :

1 — 5 tuổi	6 — 10 tuổi
11 — 15 tuổi	16 — 20 tuổi
21 — 50 tuổi.	

— Huyết thanh : lấy mỗi người 0,3ml máu tĩnh mạch cho thấm vào giấy thấm HN₆. Máu được dàn đều trên mẫu giấy có kích thước : 2,5cm × 3cm. Giấy sau khi đã thấm máu được phơi khô trong phòng thoáng mát, sau đó bảo quản trong lọ thủy tinh nút mài để ở nhiệt độ 4°C.

— Huyết thanh được xử lý theo phương pháp dùng caolin và hồng cầu ngỗng pha trong dung dịch đệm borat pH = 9 vẫn thường áp dụng. Sau khi xử lý xong huyết thanh đã được pha loãng 1/10 (độ loãng đầu tiên từ đó được pha theo độ loãng bậc 2).

— Kháng nguyên (KN) dùng 3 kháng nguyên sau :

a) KN virut viêm não Nhật Bản : dùng chủng P1 điều chế từ não chuột nhắt còn bú mẹ được gây nhiễm virut. Đã điều chế theo phương pháp dùng protamin sunfat, sau đó bất hoạt bằng tia cực tím.

b) KN đăngơ 1.

c) KN đăngơ 3.

Hai KN này của Viện vệ sinh dịch tễ trung ương.

— Hồng cầu ngỗng : pha hỗn dịch hồng cầu ngỗng 0,25% trong dung dịch photphat có pH sao cho khi trộn với huyết thanh và KN tạo ra pH = 6,2 (tối ưu).

Áp dụng phản ứng ngăn ngưng kết hồng cầu với thể tích như sau :

- HT bệnh nhân : 0,1ml
- KN : 0,1ml (chứa 8 đơn vị ngưng kết)
- HC nồng độ 0,25% : 0,2ml
- Cộng : 0,4ml

Tiến hành phản ứng trên phiến nhựa, hai yếu tố đầu tiếp xúc với nhau ở 4°C trong 18h, sau đó cho hỗn dịch HC 0,25%. Để nhiệt độ 4°C, 1h sau đọc kết quả theo hiện tượng ức chế ngưng kết hồng cầu.

III — KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Kết quả được trình bày ở 3 bảng dưới đây.

Bảng 1 — Kết quả điều tra huyết thanh học đối với virus viêm não Nhật Bản

Tuổi	Số HT xét nghiệm	Số HT âm tính	Số HT dương tính với hiệu giá							% số HT dương tính
			1/10	1/20	1/40	1/80	1/160	1/320	1/640	
1 — 5	60	47	7	4	2					2.5
6 — 10	60	40	5	11						33.2
11 — 15	60	22	4	8	16	8	2			63
16 — 20	50	11	1		13	9	11	5		78
21 — 50	50	6		1	7	15	12	7	2	88

Bảng 2 — Kết quả điều tra huyết thanh học đối với virus đặng tip 1.

Tuổi	Số HT xét nghiệm	Số HT âm tính	Số HT dương tính với hiệu giá					% số HT dương tính	Hiệu giá trung bình
			1/10	1/20	1/40	1/80	1/160		
1 — 5	60	53	7					11.6	1/10
6 — 10	60	51	9					14.7	1/10
11 — 15	60	39	13	6	2			34.8	1/16
16 — 20	50	18	19	9	3		1	64	1/20
21 — 50	50	10	9	20	8	2	1	82	1/23

Bảng 3 — Kết quả điều tra huyết thanh đối với virus đăng tip III.

Tuổi	Số HT xét nghiệm	Số HT âm tính	Số HT dương tính với hiệu giá					% số HT dương tính	Hiệu giá trung bình
			1/10	1/20	1/40	1/80	1/160		
1 — 5	60	54	6					9.9	1/10
6 — 10	60	49	11					18.2	1/10
11 — 15	60	40	14	4	1	1		33.3	1/13.3
16 — 20	50	18	18	11	1	2		64	1/16.7
21 — 50	50	9	11	14	13	3		82	1/23

Qua kết quả ta thấy :

— ở xã Vi Hương, huyện Bạch Thông, Bắc Thái có tồn tại ở bệnh virus viêm não Nhật Bản.

— Còn đăng tip I và đăng tip III tỷ lệ dương tính khá cao song hiệu giá kháng thể thấp so với virus VNNB, phải chăng đây là do kết quả của phản ứng chéo của các kháng nguyên virus Arbo cùng nhóm B. Vấn đề này cần được nghiên cứu thêm.

— Đối với virus viêm não Nhật Bản ta thấy tỷ lệ dương tính tăng dần theo lứa tuổi, đồng thời nồng độ kháng thể cũng tăng theo. Đặc biệt trẻ em dưới 10 tuổi tỷ lệ dương tính thấp, nồng độ kháng thể thấp, điều này phù hợp với thực tế lâm sàng và kết quả xét nghiệm đặc hiệu ở những bệnh nhi bị viêm não cấp vào bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên hè 1977, một trong những nguyên nhân chủ yếu là do virus viêm não Nhật Bản.

— Ngoài ra kết quả điều tra này cho phép ta nghĩ rằng trong lúc chưa có thuốc điều trị đặc hiệu ta có thể sử dụng huyết thanh hoặc máu của người trên 20 tuổi (có kháng thể đặc hiệu 88%) để điều trị cho các bệnh nhi bị bệnh này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sohier : Diagnostique des maladies à virus 1964.
2. Hoàng Đức Chấn — Sơ bộ điều tra huyết thanh học « Nội san Quân y số 9-1973 ».
3. Đỗ Quang Hà — Nhiễm trùng do virus Arbo ở miền Bắc Việt Nam, Tạp chí Vệ sinh phòng dịch số 2-1974.
4. Đỗ Quang Hà, Vũ Thị Phan—Phân lập virus viêm não Nhật Bản ở Miền Bắc Việt Nam, tạp chí Vệ sinh phòng dịch số 1-1974.

NHÂN HAI CHỦNG VI KHUẨN DỊCH HẠCH ĐƯỢC PHÂN LẬP TRONG VỤ DỊCH Ở THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN THÁNG 4-1978

VŨ VĂN LONG

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong tháng 4 năm 1978, tại khu vực Gang thép và thành phố Thái Nguyên đã xảy ra một vụ dịch hạch. Đây là một vụ dịch có lẽ từ trước tới nay chưa thấy có ở vùng này và đó cũng là điều hết sức đột ngột.

Đề tham gia xác định mầm bệnh, bộ môn Vi sinh học — Phân hiệu Đại học y khoa miền núi đã phân lập được hai chủng vi khuẩn, có các tính chất của : *YERSINIA PESTIS*.

Một chủng từ một bệnh nhân nam, 23 tuổi, ở bệnh viện Gang thép, chết sau 3 ngày phát bệnh.

Một chủng từ một bệnh nhân nữ, 60 tuổi, thuộc bệnh viện đa khoa Thái Nguyên, điều trị khỏi và ra viện sau 7 ngày.

II — PHƯƠNG PHÁP VÀ VẬT LIỆU

Chúng tôi tiến hành phân lập vi khuẩn — Theo như phác đồ phân lập trực khuẩn dịch hạch cổ điển, với các môi trường do Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương cung cấp và một số môi trường do bộ môn chúng tôi sản xuất. Quá trình tiến hành phân lập, được đảm bảo theo đúng như quy trình và trong điều kiện thích hợp.

III — TIẾN HÀNH

Trường hợp thứ nhất :

Ngày 28-3-78 chúng tôi có nhận được 1 bệnh phẩm của bệnh viện Gang thép. Bệnh phẩm là chất dịch, được chọc hút ở hạch viêm của bệnh nhân và được bảo quản trong môi trường Caryblair và gửi đến cho chúng tôi trong vòng 2h.

Từ môi trường bảo quản Caryblair, chúng tôi đã cấy sang các môi trường.

— Canh thang

— Pepton

— Thạch máu có tím gentian và natri sulfit

Đề nhiệt độ 28°C theo dõi hàng ngày.

Đồng thời với cấy, chúng tôi lấy chất dịch đổ lên tiêu bản nhuộm Gram và nhuộm Wayson để xem về mặt hình thể.

Kết quả sau 48h nuôi cấy :

— Ở ống canh thang vi khuẩn mọc thành đám vẩn như sợi bông lỏng xuống đáy. Môi trường ở phía trên vẫn trong, khi lắc nhẹ những đám đó vẩn lên, môi trường đục nhẹ.

— Trên môi trường nước pepton, vi khuẩn cũng mọc tương tự như ống canh thang.

— Trên đĩa thạch máu vi khuẩn mọc thành những khuẩn lạc tròn hơi nhỏ, màu xám nhạt, mặt không nhẵn, xung quanh khuẩn lạc có viền răng cưa, có khuẩn lạc có, có khuẩn lạc không.

— Về mặt hình thể nhuộm theo phương pháp Gram thấy hình trực khuẩn ngắn, hai đầu tròn, bắt màu Gram (—).

Từ môi trường thạch máu, chọn lấy khuẩn lạc điển hình. Cấy vào môi trường Baxicôp để xem tính chất lên men đường. Đồng thời cũng từ khuẩn lạc đó làm lại tiêu bản để kiểm tra lại về mặt hình thể lần thứ 2 và cấy chuyển sang các môi trường khác để thuần chủng.

Kết quả : Tính chất sinh hóa :

Glucose (+)

Mantose (+)

Saccarose (—)

Lactose (—)

Pepton sinh Indol (—)

Thạch mềm 0.5% di động (—)

Thạch chì sinh H_2S (—)

Ure (—)

Như vậy về tính chất sinh hóa rất phù hợp với tính chất của trực khuẩn dịch hạch.

Sau đó chúng tôi đã tiến hành cho chạy với phage dịch hạch đặc hiệu.

Trên một đĩa thạch chúng tôi láng vi khuẩn để cho khô sau đó nhỏ từng giọt phage dịch hạch lên trên mặt đĩa thạch đó, và để vào tủ ẩm $28^{\circ}C$, sau 24h đem ra xem. Kết quả : những chỗ giọt phage dịch hạch lên, vi khuẩn không mọc được, trong suốt, những chỗ nào không giọt phage dịch hạch lên vi khuẩn vẫn mọc bình thường.

Trường hợp thứ 2.

Ngày 14 tháng 4 năm 1978 chúng tôi đã tiến hành chọc hút lấy chất dịch ở một hạch viêm ở bẹn của một bệnh nhân nghi bị bệnh dịch hạch, ở bệnh viện đa khoa Thái Nguyên.

Bệnh phẩm đã được cấy trực tiếp vào các môi trường chẩn đoán và làm tiêu bản để soi hình thể.

Kết quả :

— Hình thể : nhuộm Gram có hình thoi bắt màu Gram (—) Nhuộm Wayson hình thoi bắt màu đậm ở 2 đầu.

— Nuôi cấy : ống canh thang vi khuẩn mọc thành một lớp vẩn mỏng ở phía trên, dưới đáy có ít lắng cặn. Khi lắc nhẹ những đám lắng cặn đó vẩn lên nhưng môi trường vẫn trong.

— Ống pepton cũng tương tự.

— Thạch máu : vi khuẩn mọc thành những khuẩn lạc tròn dẹt màu xám nhạt, bề mặt có nhiều hạt,

Từ khuẩn lạc điển hình đó, chúng tôi cấy vào môi trường Baxicôp để xem tính chất lên men đường.

Kết quả : Mantose (+) ; Glucose (+) ; Saccarose (—)

Lactose (—) ; pepton sinh Indol (—) ; Thạch mềm 0,5% (—)

Thạch chì sinh H_2S (—)

Cuối cùng chúng tôi đã cho chạy với phage dịch hạch. Kết quả phage dịch hạch dương tính.

IV — KẾT LUẬN

Sau quá trình phân lập, từ một số bệnh phẩm nghi bị bệnh dịch hạch ở hai bệnh viện Gang thép và bệnh viện đa khoa Thái Nguyên. Chúng tôi đã xác định được hai chủng vi khuẩn có các tính chất của *YERSINIA pestis* về các mặt sau :

— Hình thê điển hình.

— Tính chất mọc ở trên các môi trường.

— Tính chất sinh hóa.

— Phage dịch hạch dương tính rõ.

— Với hai trường hợp chúng tôi phân lập được vẫn chưa tiến hành tiêm truyền gây bệnh thực nghiệm cho chuột được. (Vì điều kiện phòng hộ chưa được an toàn).

— Việc xác định típ chúng tôi cũng chưa tiến hành được.

TÌM HIỂU SƠ BỘ TÌNH HÌNH NHIỄM VIRUT VIÊM NÃO NHẬT BẢN TẠI XÃ LA BẰNG, ĐẠI TỪ, BẮC THÁI

PHẠM LÊ HÙNG

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Đề nhận định trên một địa bàn lớn hơn tại tỉnh Bắc Thái về tình hình nhiễm virut viêm não Nhật Bản, năm ngoái (tháng 3-1978) [1] chúng tôi đã điều tra tại xã Vi Hương, Bạch Thông, năm nay (tháng 3-1979) chúng tôi lại tiến hành điều tra tại xã La Bằng, Đại Từ, Bắc Thái. Có 125 trường hợp đã được lấy máu phát hiện kháng thể đặc hiệu đối với virut viêm não Nhật Bản.

II — VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP

— Đối tượng được chọn nghiên cứu là ở đủ mọi lứa tuổi, từ 1 — 50 tuổi. Chia thành 2 nhóm tuổi.

1 — 15 tuổi có 59 trường hợp

16 — 50 tuổi có 66 trường hợp

— Huyết thanh (HT): lấy mỗi người 1ml máu tĩnh mạch, cho vào ống nghiệm vô khuẩn bảo quản trong phích lạnh. Sau đó chiết lấy phần HT, xử lý HT theo phương pháp dùng caolin và hồng cầu (HC) ngỗng vẫn thường áp dụng.

— Kháng nguyên (KN): Dùng KN virut viêm não Nhật Bản chủng P₁, được điều chế từ não chuột bạch còn bú mẹ đã gây nhiễm virut.

— HC ngỗng: Dùng HC ngỗng trưởng thành pha thành hỗn dịch 0,25% trong đệm phosphat có độ pH sao cho khi trộn với KN và HT tạo ra pH tối ưu là 6,1 — 6,2.

— Áp dụng phản ứng ngăn ngưng kết HC với thể tích như sau:

1. HT bệnh nhân 0,2ml

2. KN 0,2ml (chứa 8 đơn vị)

3. HC ngỗng 0,4ml

Cộng 0,8ml

Tiến hành phản ứng trên phiến nhựa, 2 yếu tố đầu cho tiếp xúc với nhau ở 4°C trong 18 — 20 giờ. Sau đó cho hỗn dịch HC 0,25%, đặt dây phản ứng ở nhiệt độ 4°C sau 1 giờ đọc kết quả theo hiện tượng ngăn ngưng kết HC (HC lắng xuống thành 1 đĩa tròn nhỏ ở đáy lỗ).

III — KẾT QUẢ

Tuổi	Số HT xét nghiệm	Số HT dương tính	Số HT dương tính với hiệu giá			% số HT dương tính	Hiệu giá trung bình
			1/10	1/20	1/40		
1 — 15	59	8	5	3		13,2	1/13,7
16 — 50	66	21	6	11	4	34,8	1/23,8

IV — BÀN LUẬN

Qua kết quả này cho ta thấy :

— Ở lứa tuổi dưới 15 có miễn dịch đối với virus viêm não Nhật Bản với tỷ lệ rất thấp và hiệu giá KT cũng rất thấp chưa đủ ngăn ngừa mầm bệnh khi bị nhiễm. Vì vậy phòng bệnh đặc hiệu được đặt ra với những vùng như La Bằng là cần thiết.

— Ở người lớn tỷ lệ nhiễm virus cũng rất thấp so với những số liệu điều tra khác [3, 4] trong số những người nhiễm virus thì phần lớn là người Kinh (tỷ lệ 18/21) ở vùng xuôi lên hay nơi khác đến, mặt khác hiệu giá KT cũng thấp. Từ những vấn đề này cho ta suy nghĩ có lẽ ở vùng La Bằng không có ổ dịch tự nhiên do virus viêm não Nhật Bản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sohier — Diagnostique des maladies à virus, T. 183 (1964).
2. Phạm Lê Hùng — Nội san trường Đại học Y khoa Miền núi số 4 T. 41 (1978)
3. Hoàng Đức Chấn — Nội san Quân y số 9 T. 51 (1973)
4. Đỗ quang Hà — Tạp chí vệ sinh phòng dịch số 2, T 5 (1974).

NHẬN XÉT VỀ KHÁNG THỂ ĐỐI VỚI VIRUT VIÊM NÃO NHẬT BẢN TRONG TỈNH BẮC THÁI

PHẠM LÊ HÙNG
HOÀNG ĐỨC CHẤN

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Tồn tại ổ bệnh thiên nhiên do virut Arbo ở tỉnh Bắc Thái đã được Viện vệ sinh dịch tễ học trung ương Hà Nội xác định năm 1970 (Tập chí vệ sinh phòng dịch số 2 năm 1974). Nhưng việc điều tra kháng thể (KT) miễn dịch đối với bệnh này trong nhân dân thì chưa được tiến hành, cũng như việc chẩn đoán huyết thanh đặc hiệu đối với bệnh nhi bị hội chứng não cấp vào Viện đa khoa Thái Nguyên trong các vụ dịch xảy ra mùa hè chưa được xác định bao giờ.

Việc điều tra huyết thanh học có một giá trị lớn trong phòng chống dịch nguy hiểm này, giúp cho ta có thể huy động mọi khả năng, mọi phương tiện để ngăn chặn làm giảm bớt mức nguy hại của dịch.

Chẩn đoán huyết thanh học đặc hiệu, giúp cho ta biết rõ nguyên nhân gây bệnh từ đó có một thái độ điều trị đúng đắn với bệnh nhân, có thể rút ngắn ngày bệnh, giảm bớt tỷ lệ tử vong, giảm bớt những di chứng nặng nề sau khi khỏi bệnh.

Bởi những lý do đó, mùa hè 1977 và mùa hè 1978 chúng tôi đã lấy được 50 đôi huyết thanh của những bệnh nhi bị hội chứng não cấp, ở lứa tuổi từ 1 — 10. Trên lâm sàng chẩn đoán: viêm não B.

Đồng thời tháng 3-1978 chúng tôi cũng đã tiến hành lấy 300 mẫu máu đối với nhân dân đủ các lứa tuổi (từ 1 — 50 tuổi) ở xã Vi Hương, Bạch Thông, Bắc Thái để điều tra kháng thể đối với bệnh này.

II — VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP

— Huyết thanh bệnh nhân được bảo quản trong tủ lạnh 4°C và được xử lý theo phương pháp dùng caolin và hồng cầu ngỗng vẩn thường áp dụng.

— Kháng nguyên (KN) dùng 3 loại KN

+ KN virut viêm não Nhật Bản dùng chủng P₁ (Peckin) và HoGo

+ KN đặngơ típ 1 (D₁)

+ KN đặngơ típ 3 (D₃)

Các KN này do Viện vệ sinh dịch tễ học trung ương sản xuất.

— Hồng cầu: Dùng hồng cầu ngỗng trưởng thành

— Áp dụng phản ứng ngăn ngưng kết hồng cầu theo phương pháp thông thường vẫn áp dụng.

III — KẾT QUẢ

1. Điều tra huyết thanh học: Ở xã Vi Hương thấy:

* Lứa tuổi 1 — 10.

— Virut viêm não Nhật Bản dương tính 27,39%

Với hiệu giá trung bình là: 1/18,8

- Virut P1 dương tính 13,18%
Với hiệu giá trung bình 1/10
- Virut D3 dương tính 14,79%
Với hiệu giá trung bình 1/10.

* Lứa tuổi 11 — 20.

- Virut viêm não Nhật Bản dương tính 70,5%
Với hiệu giá trung bình là 1/84,2.
- Virut D1 dương tính 49,43%
Với hiệu giá trung bình 1/18,35.
- Virut D3 dương tính 48,66%
Với hiệu giá trung bình 1/15

* Lứa tuổi 21 — 50 :

- Virut viêm não Nhật Bản dương tính 88%
Với hiệu giá trung bình 1/158.
- Virut D1 dương tính 82%
Với hiệu giá trung bình 1/24,75.
- Virut D3 dương tính 82% với hiệu giá trung bình 1/23.

2. Kết quả : 50 đôi huyết thanh của bệnh nhi ở Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên hai mùa hè 1977 và 1978.

31 bệnh nhi được khẳng định chắc chắn là do virut viêm não Nhật Bản vì hiệu giá KT ở HT₂ cao hơn hiệu giá KT ở HT₁ từ 4 lần trở lên.

Ví dụ 1 bệnh nhân :

Ngô Thị M 5 tuổi, hiệu giá HT₁ : (—) HT₂ 1/320

— 5 trường hợp nghi ngờ vì hiệu giá HT₂ chỉ cao hơn hiệu giá HT₁ có 2 lần.

— 14 trường hợp hiệu giá KT đều âm tính cả 2 huyết thanh hoặc có hiệu giá rất thấp chỉ 1/10 đến 1/20.

IV — BÀN LUẬN

Từ kết quả trên rút ra những nhận xét sau :

— Ở lứa tuổi dưới 10 tuổi hầu hết các cháu đều chưa có KT hoặc có với hiệu giá rất thấp chưa có khả năng bảo vệ cơ thể, bởi lẽ đó phòng bệnh đối với các cháu ở lứa tuổi này là vô cùng cấp thiết. Tốt nhất là tiêm vacxin, nhưng trong lúc vacxin chưa có đầy đủ thì việc tránh muỗi đốt cho các cháu là thiết yếu như nằm màn, xoa dầu chống muỗi đốt, phun DDT, và các biện pháp phòng bệnh không đặc hiệu khác đều cần tiến hành phối hợp.

— Ở người trưởng thành từ 20 tuổi trở lên có hiệu giá KT cao, miễn dịch tốt với bệnh này. Vì lẽ đó nếu có máu của người lớn truyền cho cháu ngay trong những ngày đầu của bệnh là rất tốt, nó sẽ có giá trị tương tự như dùng HT đặc hiệu.

— Trong 31 trường hợp chẩn đoán dương tính thì có 27 trường hợp có hiệu giá HT₂ từ 1/80 trở lên. Còn HT₁ đều âm tính, hoặc có hiệu giá 1/10 đến

1/20. Nếu lấy trong 5 ngày đầu của bệnh thì không có một trường hợp nào lên tới 1/80, cùng với 120 em dưới 10 tuổi điều tra ở Vi Hương thì không có trường hợp nào hiệu giá lên tới 1/80. Bởi lẽ đó chúng tôi có một suy nghĩ mới trong chẩn đoán: Ở vùng Bắc Thái và có thể ở các vùng khác nữa chẩn đoán HT viêm não Nhật Bản có khi chỉ cần HT₂ nếu có hiệu giá trên 1/80 là khẳng định được.

— Nhiều tài liệu nói rằng: khó khăn trong chẩn đoán là các KN virus Arbo nhóm B cho phản ứng chéo với nhau. Song theo kết quả của chúng tôi virus D1, D3 và VNNB có cho phản ứng chéo nhưng kết quả phân biệt được dễ dàng vì KT đối với virus VNNB tăng trên 4 lần thì KT đối với virus D1 và D3 chỉ tăng có 2 lần và chưa có trường hợp nào trên 4 lần.

Ví dụ bệnh nhân: Trần Văn T. 2 tuổi vào viện ngày 1-7-78 ra viện ngày 20-7-78. Có hiệu giá KT như sau:

	HT ₁	HT ₂
KT đối với VR VNNB	1/20	1/320
KT đối với VR D ₁	1/10	1/20
KT đối với VR D ₃	1/10	1/20

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sohier, Diagnostique des maladies à virus, T. 183 (1964)
2. Phạm Lê Hùng, nội san Trường Đại học Y khoa miền núi số 4, T.41 (1978).
3. Hoàng Đức Chấn. Nội san quân y số 9, T.51 (1973).
4. Đỗ Quang Hà, tạp chí Vệ sinh phòng dịch số 2, T.5 (1974).
5. Hoàng Đức Chấn, Sơ bộ điều tra huyết thanh học « Nội san quân y số 9 — 1973 »
6. Đỗ Quang Hà. Vũ Thị Phan, Phân lập virus viêm não Nhật Bản ở miền Bắc Việt Nam. Tạp chí Vệ sinh phòng dịch số 1 (1974).

KẾT QUẢ CHẨN ĐOÁN VIÊM NÃO NHẬT BẢN B TRONG VỤ DỊCH 1983 BẰNG HUYẾT THANH HỌC

LƯU KIM THANH

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não Nhật Bản B (VNNBB) là hội chứng nhiễm khuẩn cấp tính, gây ra bởi virus VNNBB.

Môi giới truyền bệnh chủ yếu là muỗi *Culex tritaeniorhynchus*.

Người là đối tượng cảm nhiễm ngẫu nhiên.

Nguồn chứa virus là một số loài chim, lợn,...

Việt Nam là nước nằm trong khu vực có virus VNNBB lưu hành. Bắc Thái từ 1970 đã được Viện vệ sinh dịch tễ trung ương (VVSĐTTU) xác định là ổ viêm não Nhật Bản B. Mùa hè hàng năm nhiều bệnh nhi được đưa vào điều trị tại Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên (BVĐKTN) với chẩn đoán lâm sàng: Hội chứng não cấp, theo dõi VNNBB.

Việc xác định chẩn đoán, giúp chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân gây hội chứng não cấp (HCNC) khác là rất cần thiết cho điều trị; Mặt khác giúp theo dõi bản đồ lưu hành virus gây bệnh này, theo dõi sự biến động về triệu chứng lâm sàng của bệnh và có chẩn đoán xác định, chúng ta có cơ sở để đánh giá kết quả các biện pháp đã áp dụng trong việc phòng và điều trị bệnh.

Với mục đích đó, chúng tôi đã triển khai việc chẩn đoán VNNBB bằng huyết thanh học (HTH).

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH

1. **Đối tượng:** Những bệnh nhân được đưa tới BVĐKTN với chẩn đoán lâm sàng: Hội chứng não cấp, theo dõi viêm não Nhật Bản B.

Tất cả những huyết thanh (HT) từ máu lấy trong 6 ngày đầu của bệnh được coi là HTI.

Những HT từ máu lấy sau 10 ngày bị bệnh được coi là HT II.

2. **Phương pháp tiến hành:** Có phương pháp khác nhau để phát hiện kháng thể (KT) với virus VNNBB trong máu: Kết hợp bổ thể, miễn dịch huỳnh quang, ELISA...

Ở đây với điều kiện kỹ thuật và vật chất của mình, chúng tôi tiến hành chẩn đoán bằng phản ứng NGÂN NGỪNG KẾT HỒNG CẦU VI LƯỢNG (NNKHCVL) theo nguyên tắc của CLARK và CASALS.

Huyết thanh I và II được đưa vào phản ứng trong cùng một thời gian, một điều kiện.

3. Vật liệu:

3.1. Các mẫu máu lấy ở đầu ngón tay bằng ống mao dẫn hoặc máu tĩnh mạch được chất lấy huyết thanh, đem bảo quản vô khuẩn ở nhiệt độ 4°C.

3.2. Các kháng nguyên (KN)

— VNNBB: gồm NaK và HN 60 nhưng có đột làm phản ứng KN NaK mất hiệu giá nên tổng huyết thanh làm được với NaK ít hơn với HN 60.

Ngoài ra ở một số huyết thanh chúng tôi còn tiến hành phản ứng với:

— Dengue typ II (D_2): Cũng thuộc nhóm B — virus ARBO gây bệnh có triệu chứng lâm sàng giống như Dengue nhưng nhẹ hơn.

3.3. Các dụng dịch dùng cho phản ứng đều được pha và chuẩn tại phòng nghiên cứu virus ARBO viện VSDTTU.

III — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 — Tỷ lệ huyết thanh dương tính.

KT \ KN	NaK				HN 60			
	I		II		I		II	
	TS	%	TS	%	TS	%	TS	%
(-)	9	39,13	1	4,35	13	22,10	0	0
$\leq 1/40$	12	52,18	13	56,57	11	20,75	6	17,65
$1/80 - 1/320$	2	8,69	11	39,08	26	45,61	19	55,88
$> 1/640$	0	0	0	0	7	13,21	9	26,47
Σ	23		25		57		34	

KT \ KN	D_2				Chikungunia			
	I		II		I		II	
	TS	%	TS	%	TS	%	TS	%
(-)	4	40	3	30	10	100	10	100
$\leq 1/40$	6	60	7	70	0	0	0	0
$1/80 - 1/320$	0	0	0	0	0	0	0	0
$> 1/640$	0	0	0	0	0	0	0	0
Σ	10		10		10		10	

* Qua bảng 1 : Ta thấy

1. HT bệnh nhân (+) với các KN : VNNBB và D_2

2. Với KN NaK : Cả HT I và HT II đều có mật độ tập trung cao nhất ở hiệu giá kháng thể (HGKT) $\leq 1/40$ (HT I : 52,18%
II : 56,57%)

3. Với KN HN₆₀ : Cả HT I và HT II đều có mật độ tập trung cao nhất ở HGKT $1/80 - 1/320$

(HT I : 45,61%

II : 55,88%)

4. Cả HT I và HT II không có HGKT $\geq 1/640$ với KN NaK mà chỉ có với HN 60.

5. Tính từ HGKT $> 1/80$:

— Với NaK : Tỷ lệ có ở HT II $>$ HT I (HT I : 8,69
HT II : 39,08)

— Với HN₆₀ : HT II $>$ HT I (HT I : 58,82
HT II : 82,35)

6. Với D₂ : Tất cả (100%) HT có HGKT $\leq 1/40$ kể cả HT I và HT II

7. Với Chikungunia : Tất cả (100%), HT đều âm tính.

Bảng 2 — Tỷ lệ huyết thanh dương tính có ý nghĩa.

KT \ Giới	Nam	Nữ	Σ
— Tăng 4 lần	7	1	8
— $\geq 1/80$	23	20	43
	30	21	51/57
%	58,82	41,18	89,47

* Qua bảng 2 ta thấy :

1. Có 8 đôi HT có động lực KT tăng 4 lần giữa HT II và HT I.

2. Cùng với số HT có HGKT $\geq 1/80$ (Hiệu giá ranh giới) ta có 51/57 — tức gần 90% số HT là dương tính có ý nghĩa.

3. Giữa nam và nữ : Tỷ lệ HT (+) có ý nghĩa không khác nhau lắm.

Bảng 3 — Tỷ lệ huyết thanh dương tính có ý nghĩa giữa phía bắc với thành phố và phía nam

Địa phương	Tần số	Địa phương	Tần số
Đại Từ	16	Thái Nguyên	5
Định Hóa	08	Đồng Hỷ	2
Võ Nhai	12	Phú Bình	2
Phú Lương	14	Phổ Yên	2
Σ	40		11
%	76,91		23,08

* Qua bảng 3 ta thấy : Tính từ HGKT có ý nghĩa ($\geq 1/80$) trở lên ta thấy tập trung ở các huyện phía bắc nhiều hơn (76,92%) ở thành phố và phía nam tỉnh (23,08%).

Bảng 4 — Tỷ lệ HT có HGKT có ý nghĩa theo tuổi

Tuổi	Tần số	%
< 1	0	0
1 — 10	37	76,47
≥ 10	12	23,53

* Qua bảng 4 : Tính từ HGKT có ý nghĩa trở lên.

1. Không có ở trẻ em < 1 tuổi
2. Mật độ tập trung chủ yếu ở 1 — 10 tuổi.

IV — BÀN LUẬN

Kết quả dương tính (+) của HT bệnh nhân với các KN của virus ARBO nhóm B (HN₆₀, NaK, D₂) trong phản ứng chứng tỏ có sự lưu hành virus nhóm này tại đây.

Tám đôi HT có HGKT lần II tăng gấp 4 lần so với lần I trong phản ứng với các KVNBB (bảng 2). Chúng tôi kết luận : Những bệnh nhân này chắc chắn mắc bệnh do VRVNBB.

Một nghiên cứu trước của Trường ĐHYBT (1977 — 1978) đã xác nhận : Ở trẻ ≤ 10 tuổi thì HGKT với VR VNBB ≥ 1/80 là có ý nghĩa trong xác định chẩn đoán bệnh do VRVNBB. Có nghĩa rằng ở những trẻ đó bệnh nguyên là virus VNBB. Trong lô HT mà chúng tôi chẩn đoán ở đây có 89,47% có HGKT 1/80. Như vậy những cơ thể này bệnh nguyên là virus VNBB.

Tính từ HGKT ≥ 1/80 thì ở HT II có tần số cao hơn HT I với cả 2 chủng NaK và HN₆₀. Điều không xảy ra với Dengue và Chikungunia. Sự tăng động lực KT này là thêm một sự xác nhận nữa về sự có mặt của VR VNBB ở khu vực này.

Như vậy, vụ dịch viêm não của trẻ em trong khu vực Bắc Thái mùa hè 1983 là do VR VNBB.

Kháng thể với chủng HN₆₀ tập trung ở hiệu giá cao hơn với chủng Nakayama (HN₆₀ ở ≥ 1/80 ; NaK ở HG ≥ 1/40, Bảng 1). Đồng thời từ HGKT ≥ 1/640 thì chỉ có ở KT với HN₆₀ (Bảng 1). Qua đó ta có thể nghĩ biến chủng virus VNBB gây bệnh ở đây là HN₆₀. Nhưng để kết luận được chính xác cần dựa vào những phản ứng HT đặc hiệu typ, và nhất là dựa vào phân lập virus.

Ở các huyện miền núi phía bắc thành phố có tỷ lệ mắc bệnh VNBB cao hơn thành phố và phía nam. Ở dịch đã được xác định trước đây là ở Định Hóa và Đại Từ. Mặt khác khu vực này là nơi có hoàn cảnh môi trường phù hợp sinh lý sinh thái của muỗi *Culex tritaeniorhynchus* (môi giới truyền bệnh VNBB chủ yếu), hơn thành phố và phía nam. Nếp sống ở đây còn lạc hậu (chuồng gia súc gần nhà, trẻ em ít được trông nom ...) thì tần số nhiễm virus do muỗi này truyền sẽ cao hơn.

Như vậy kết quả chẩn đoán này phù hợp với thực tế.

Song, cũng qua đây cho thấy đến nay đã có biểu hiện lưu hành VRVNNBB ở thành phố và phía nam thành phố (Phú Bình, Phồ Yên). Để kết luận chính xác, cần nghiên cứu tiếp bằng huyết thanh học, dịch tễ học, và nhất là phải phân lập được virus này.

Trong đối tượng gây bệnh cao nhất ở độ tuổi 1 — 10. Nhiều điều tra trước đây cũng cho kết quả tương tự. Đây là điều cần chú ý để giúp cho chẩn đoán lâm sàng và phòng bệnh cho trẻ em.

— Về *Dengue* : HGKT trong HT thấp ($\leq 1/40$); Không có sự tăng động lực KT (bảng 1). Vậy KT với *Dengue* thấy ở đây chỉ có thể là KT tồn lưu từ trước; hoặc đó là miễn dịch chéo với VNNBB.

— Về *Chikungunia* : Không thấy KT với KN này cho thấy hiện tại và gần đây không có lưu hành virus này tại Bắc Thái.

5.

V — KẾT LUẬN

1. Vụ dịch viêm não của trẻ em Bắc Thái 1983 là do virus VNNBB.
2. Biểu chứng gây dịch có thể là HN₆₀.
3. Ở khu vực thành phố TN, Phú Bình, Phồ Yên có lưu hành virus này.
4. Lứa tuổi mắc bệnh chủ yếu từ 1 — 10.
5. Có thể trước đây có lưu hành virus *Dengue* tại Bắc Thái.
6. Chưa thấy biểu hiện lưu hành virus *Chikungunia* tại đây.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

« Vài nhận xét về KT đối với VR VNNBB ở bệnh nhi và nhân dân trong tỉnh Bắc Thái ».

(1977 — 1978) — Phạm Lê Hùng — Hoàng Đức Chấn.

PHÒNG BỆNH VIÊM NÃO NHẬT BẢN BẰNG VACCIN INTERFERONOGEN SABIN TỪ 1981 — 1985

HOÀNG ĐỨC CHẤN, NGUYỄN ĐÌNH DƯƠNG, PHAN THÔI, VŨ VĂN LONG, PHẠM LÊ HÙNG, TRẦN VIỆT THẮNG, NGUYỄN VĂN THỊNH, TRẦN THANH HƯƠNG, DƯƠNG MINH THU, TẠ THỊ PHƯƠNG, MA THỊ NGÂN, NGUYỄN THỊ THANH, HÀ LONG, MAI KIÊN GIA, VŨ BÍCH VÂN, ĐÀM KHẢI HOÀN, VI QUỐC HOÀNG, NGUYỄN CÔNG HOAN, HỨA VĂN THUỐC, PHÙNG ĐỨC TRUNG, TRƯƠNG KHÁNH THIÊN, ĐỖ THANH TÙNG, LƯU KIM THANH, NÔNG THỊ BÁI, HOÀNG KHÁI LẬP.
Và có sự tham gia của đông đảo sinh viên trẻ trong trường.

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm não Nhật Bản (VNNB) là một bệnh do một Flavi — Virut được lan truyền bởi muỗi *Culex Tritaeniorhynchus*, từ loài chim và có thể qua gia súc (lợn) truyền sang cho người.

Bệnh này lưu hành ở khu vực Tây Thái Bình Dương và Đông Nam Á, kể cả Việt Nam. Bắc Thái là một trong các tỉnh miền Bắc Việt Nam có bệnh này lưu hành nặng nề. Vào mùa hè hàng trăm bệnh nhi vào bệnh viện điều trị với các triệu chứng điển hình: sốt cao, co giật, hôn mê. Tỷ lệ tử vong cộng với tỷ lệ di chứng về thần kinh và tâm thần rất cao: 40 — 50% hay hơn nữa. Di chứng thường là bại liệt, giảm trí tuệ, động kinh ... (gánh nặng cho gia đình và cho xã hội).

Dịch bệnh thường xảy ra thành mùa rõ ràng: 85 — 90% số bệnh nhi tập trung vào tháng 6 và tháng 7 dương lịch. Bệnh nhân hầu hết là trẻ em 1 — 10 tuổi. Điều tra huyết thanh học trong nhân dân thấy ở lứa tuổi này đa số chưa có kháng thể đối với Virut VNNB. Hiện nay ta chưa có biện pháp thanh toán bệnh này một cách cơ bản.

Năm 1957 Isaacs và Lindemann đã khám phá ra INTERFERON, những protein do tế bào tổng hợp ra khi bị một virut cảm ứng, có tác dụng ức chế rộng rãi nhiều loại virut nhân lên trong tế bào (ức chế không đặc hiệu). Từ đó các nhà virut học trên thế giới đã tập trung nhiều công sức để nghiên cứu vấn đề này, biết rằng loài người chưa có biện pháp giải quyết tốt những bệnh do virut, tương tự như kháng sinh đối với các bệnh do vi khuẩn.

A. Ximôrôđinxev (1970) nghiên cứu ở một nhóm người mặc dù trong máu còn có kháng thể đối với virut polio với hiệu giá trung bình là 1/18,6 sau khi được uống vaccin Sabin thì 4 ngày sau thấy xuất hiện INTERFERON trong máu và đến ngày 25 — 32 vẫn còn có thể phát hiện được. Hiệu giá cao nhất là từ ngày thứ 11 đến ngày thứ 18: có người đạt 160 — 320 đơn vị trong 1ml huyết thanh (HT). Muốn đạt được nồng độ trên phải tiêm bắp 1 liều cao INTERFERON: 20 triệu đơn vị cho 1kg thể trọng (Billiau 1979).

Với những lý do như trên, chúng tôi đặt vấn đề nghiên cứu thử dùng vaccin Sabin uống để làm tác nhân kích thích sinh INTERFERON trong máu để tạo ra một tình trạng miễn dịch không đặc hiệu, nhằm tăng cường sức đề kháng cho trẻ em đối với virut viêm não Nhật Bản do muỗi truyền vào đường máu trong mùa hè (Ngoài ra vaccin này vẫn tạo được miễn dịch đối với bệnh polio).

Thí nghiệm đã được tiến hành ở trẻ em 1 — 10 tuổi thuộc các nhà trẻ và lớp học ở 2 huyện Đại Từ và Định Hóa là 2 huyện bị viêm não Nhật Bản nặng nề nhất của tỉnh Bắc Thái,

II. KẾT QUẢ

Bảng 1 — So sánh tỷ lệ mắc bệnh viêm não Nhật Bản (VNNB) theo diện hình, số tử vong và số có di chứng thần kinh, tâm thần giữa lô trẻ được uống vaccin INTERFERONOGEN SABIN và lô đối chứng

— TÊN HUYỆN (Số xã thí nghiệm) — Năm — Ngày uống vaccin	Lô uống vaccin INTERFERONOGEN (SABIN)					Lô đối chứng không uống vaccin					P
	Số trẻ uống vaccin	Số trẻ bị VNNB	Chiếm tỷ lệ %	Số tử vong	Số di chứng	Số trẻ không uống vaccin	Số trẻ bị VNNB	Chiếm tỷ lệ %	Số tử vong	Số di chứng	
1981: — Đại Từ (26 xã) Ngày 2-5	18.000	10	0,055	0	3	6.000	16	0,266	7	5	< 0,001
1982: — Đại Từ (28 xã) Ngày 15-4	12.300	1	0,008	0	0	12.700	36	0,283	15	10	< 0,001
— Định Hóa (17 xã) Ngày 24-5	8.600	0	0	0	0	4.400	12	0,272	4	2	< 0,001
1983: — Đại Từ (30 xã) Ngày 26-5	20.400	14	0,068	5	3	6.600	34	0,566	15	10	< 0,001
1984: — Đại Từ (29 xã) Ngày 8-6	21.800	3	0,013	0	1	4.000	19	0,413	6	5	< 0,001
— Định Hóa (24 xã) Ngày 7-6	15.800	15	0,095	0	0	rất ít	(6*)		(5*)		

Chú thích (*) Năm 1984 ở huyện Định Hóa lô đối chứng có 6 bệnh nhi viêm não (5 bị tử vong) đều xảy ra trong tháng 5-1981, nghĩa là trước khi triển khai đợt cho uống Vaccin (7-6-1984)

Nhận xét: 1. Theo bảng trên: Tỷ lệ bệnh VNNB giảm 5 lần (1981); 35 lần (1982); 8,6 lần (1983), 34 lần (1984) ($P < 0,001$).

2. Số tử vong và số có di chứng giảm đi rõ ràng.

3. Hai năm 1983 và 1984 mùa rét kéo dài (Mùa VNNB đến muộn). Năm 1984, chúng tôi chủ trương cho uống vaccin, muộn hơn 12 — 13 ngày so với năm 1983, thấy hiệu quả cao hơn hẳn.

III — BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Kết quả trên đây cho phép rút ra một số nhận xét và kết luận:

1. Ở vùng có bệnh VNNB lưu hành thành mùa rõ ràng, vaccin Sabin INTERFERONOGEN cho trẻ uống trước tháng cao điểm của mùa viêm não, có tác dụng bảo vệ rõ ràng đối với bệnh nguy hiểm này. Biểu hiện cụ thể là:

a) Đã làm giảm tỷ lệ mắc bệnh ở thể điển hình (có hôn mê) xuống 5—35 lần so với đối chứng ($P < 0,001$). Chiều hướng là càng cho uống vaccin đúng thời cơ thì hiệu quả bảo vệ càng cao. Cho uống vaccin vào cuối tháng 5 hoặc đầu tháng 6 dương lịch tỏ ra có hiệu quả bảo vệ cao nhất. Để dễ nhớ ta có thể cho uống vaccin vào ngày 1 tháng 6 (là ngày thiếu nhi Quốc tế). Vì cao điểm của mùa VNNB thường là từ giữa tháng 6 đến giữa tháng 7.

Năm nào Nha khi tượng báo mùa rét kéo dài (thường làm cho mùa VNNB đến muộn) thì có thể cho uống vaccin muộn hơn độ 1—2 tuần, ví dụ: uống ngày 10 tháng 6.

b) Nếu đã uống vaccin này đúng thời cơ mà trẻ vẫn mắc bệnh thì bệnh có chiều hướng nhẹ hơn và điều quan trọng là rất ít khi có tử vong và rất ít khi để lại di chứng nặng nề về thần kinh và tâm thần như bại liệt, giảm trí tuệ, động kinh (gánh nặng cho gia đình và cho xã hội).

Vaccin này chỉ có hiệu lực bảo vệ trong vòng độ 1 tháng sau khi uống, cho nên thời cơ cho uống vaccin là rất quan trọng.

2. Nhiều bệnh nhi được xét nghiệm đôi huyết thanh đều thấy có kháng thể kháng VNNB tăng lên 4—64 lần hoặc hơn nữa. Như vậy bệnh nguyên đã được xác định là virus VNNB.

Ở một số bệnh nhi đã được uống vaccin Sabin, thường bị bệnh nhẹ, không để lại di chứng, cũng thấy có tăng kháng thể như trên.

Như vậy sau khi được uống vaccin Sabin, trẻ em được bảo vệ kịp thời đối với VNNB khi bị nhiễm virus do muỗi truyền trong mùa hè, đồng thời vẫn có sự hình thành kháng thể đặc hiệu đối với virus nguy hiểm này. Kháng thể có tác dụng bảo vệ lâu dài về sau, khi mà trong máu không còn INTERFERON.

Trong lúc ta chưa có vaccin đặc hiệu đối với VNNB thì việc cho dùng vaccin Sabin INTERFERONOGEN là hợp lý. Vaccin Sabin có ưu điểm là: ta sản xuất được trong nước, an toàn, thuận tiện, có thể dùng rộng rãi (uống 1 liều 2 giọt), vừa phòng được bệnh polio, vừa hạn chế được bệnh VNNB (2 bệnh này đều nguy hiểm). Ta có thể ví: « bắn một mũi tên trúng lúc có thể tiêu diệt 2 kẻ thù ». Phương pháp này có nhược điểm là cần phải cho trẻ em uống vaccin hàng năm vào cuối tháng 5 hay đầu tháng 6, đến 10 tuổi mới thôi.

Xin có một đề xuất:

Những kết quả trên đây cho phép ta có thể nghĩ: thử dùng vaccin Sabin INTERFERONOGEN để phòng khẩn cấp đối với dịch bệnh sốt xuất huyết do virus DENGUE và virus CHIKUNGUNYA do muỗi truyền, thỉnh thoảng vẫn bùng lên thành dịch to ở thành phố. Có thể cho uống vaccin khi bắt đầu có dịch và khi bệnh gây tử vong cao, và nên cho vaccin đối với lứa tuổi thụ cảm nhất.

P. C : Interferonogen cũng là một phương pháp chống vũ khí vi sinh vật (virut giết người hàng loạt). Hiện nay người ta bắt đầu điều trị thành công một số bệnh ung thư bằng interferon.

LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn :

Giáo sư Hoàng Thủy Nguyên, Giám đốc Viện vệ sinh dịch tễ học trung ương, Giáo sư Nguyễn Trung Thành, Phó tiến sĩ Nguyễn Văn Mẫn, đã góp nhiều ý kiến quý báu và đã giúp cho số vacxin Sabin cần thiết cho đề tài nghiên cứu khoa học này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Lê Hùng, Hoàng Đức Chấn. Chẩn đoán HT bệnh viêm não cấp ở Bệnh viện Đa khoa Thái Nguyên, hè 1977 và 1978. Đại học Y Miền Núi 1977, 1978.
2. Phạm Lê Hùng, Hoàng Đức Chấn. Vài nhận xét về kháng thể đối với virut VNNB ở bệnh nhi và nhân dân Bắc Thái. Tóm tắt công trình NCKH, Đại học Y Bắc Thái 1981.
3. Đỗ Quang Hà, Phan Thôi và cộng sự — Các virut VNNB phân lập năm 1975 (từ muỗi ở Bắc Thái). Công trình NCKH 1975 (Bộ Y Tế), trang 54.
4. Đỗ Quang Hà, Nguyễn Văn Mẫn. VNNB ở Bắc Việt Nam (L'encephalite — Japonaise au Nord VN). Revue medicale VN 1977, trang 12.
5. Boscicky L. — 20 năm sau khi khám phá ra INTERFERON (Twenty years after discovery of interferon). Tạp chí : « Thông tin khoa học và kỹ thuật Liên Xô : Tập virut học » 1980 số 5, trang 68.
6. Xôlôviev — « Vai trò của INTERFERON trong bệnh sinh các bệnh do virut » : sách : « INTERFERON, lý thuyết và thực hành trong Y học ». Maccơva 1970, trang 197 — 201.
7. Xmôrôđinxev — « INTERFERON », Leningrad 1970, trang 140 — 154.
8. Drôzdôv : Sự hình thành miễn dịch đối với Virut Pôliô ở trẻ em dùng vacxin SABIN bằng các phương pháp khác nhau. « Những vấn đề virut học » 1979 số 3, trang 252.
9. Cantell Kari — Về việc sử dụng INTERFERON trong lâm sàng (Towards the clinical use of Interferon). Tạp chí « Thông tin khoa học kỹ thuật Liên Xô ». tập « Virut học » 1980 số 5, trang 64.
10. Huddlestond J R và Cs — Sự cảm ứng và sự tăng độc tính của tế bào K (Killer — diệt) ở cơ thể người được điều trị bằng INTERFERON. Tạp chí « Thông tin khoa học kỹ thuật Liên Xô, tập Virut học » 1980, số 7, trang 46.

KỶ SINH TRÙNG

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ÁP DỤNG KỸ THUẬT XÉT NGHIỆM PHÂN TRỰC TIẾP VÀ TẬP TRUNG TRÙNG CỦA WILLIS

NGUYỄN ĐỨC NGÂN
và CTV

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Phương pháp xét nghiệm phân trực tiếp và tập trung trùng của Willis để phát hiện các loại trùng giun trong phân đã được dùng từ lâu. Để góp phần vào việc thống nhất sử dụng hai phương pháp này trong giảng dạy cũng như trong nghiên cứu điều tra cơ bản, chúng tôi đã nghiên cứu áp dụng hai kỹ thuật này trong xét nghiệm phân để phát hiện trùng giun. Qua nghiên cứu chúng tôi muốn có số liệu cụ thể cũng với các tác giả khác (cũng nghiên cứu vấn đề này) nhằm đi đến thống nhất sử dụng hai kỹ thuật nói trên.

II — PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Tiến hành áp dụng cả hai kỹ thuật để xét nghiệm cùng một mẫu phân : ghi kết quả phát hiện thấy trùng giun đũa, giun tóc và giun móc của hai kỹ thuật theo mẫu thống kê.

Chúng tôi tiến hành xét nghiệm phân cho 519 người trong hai đợt nghiên cứu.

Tổng hợp kết quả và so sánh :

2. Theo dõi thời gian làm nổi trùng giun đũa, giun tóc và giun móc của kỹ thuật Willis.

— Chúng tôi lấy phân của những người đã được xác định chắc chắn là có nhiều giun đũa, giun tóc và giun móc.

— Trên mỗi mẫu phân ấy chúng tôi chia ra 12 lọ (mỗi lọ khoảng 2 gam phân).

— Tiến hành theo dõi thời gian làm nổi trùng trong 60 phút (cụ thể chia ra : 5 phút, 15 phút, 20 phút... 60 phút)

— Ghi kết quả theo mẫu.

— Tiến hành trên 10 mẫu phân với 120 xét nghiệm.

III — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua 2 đợt nghiên cứu cho 519 người để so sánh hai kỹ thuật và với 10 mẫu bệnh phẩm chia ra 120 lần xét nghiệm, chúng tôi thu được kết quả sau :

1. Đợt 1 xét nghiệm cho 232 người theo hai kỹ thuật.

Kỹ thuật	Giun đũa	Giun tóc	Giun móc
Kỹ thuật trực tiếp	71,90%	32,30%	10,60%
Kỹ thuật Willis	81,40%	90,60%	97,50%

2. Đợt 2 xét nghiệm phân cho 287 người theo hai kỹ thuật.

Kỹ thuật	Giun đũa	Giun tóc	Giun móc
Kỹ thuật trực tiếp	71,11%	33,57%	6,93%
Kỹ thuật Willis	84,88%	89,28%	97,02%

3. Trên 10 mẫu phân với 120 xét nghiệm, theo dõi trong 60 phút, chúng tôi thấy.

— Từ phút thứ 5 đến phút thứ 70 của 120 xét nghiệm đều thấy xuất hiện trứng giun đũa, giun tóc và giun móc. Tuy nhiên trong từng khoảng thời gian thì mật độ các loại trứng có thay đổi ít hoặc nhiều tùy loại.

— Thời gian làm nổi nhiều cả ba loại trứng giun là từ phút thứ 10 đến phút thứ 30. Song tập trung nhiều nhất vào phút thứ 15.

IV — NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu, với mẫu nghiên cứu chưa nhiều song qua số liệu nghiên cứu, cho phép chúng tôi có vài nhận xét sau:

1. Nếu xét nghiệm phân để tìm trứng giun đũa thì chỉ cần áp dụng kỹ thuật xét nghiệm phân trực tiếp là đủ.

2. Với xét nghiệm phân để tìm trứng giun tóc và giun móc thì nhất thiết phải áp dụng kỹ thuật tập trung trứng của Willis mới đảm bảo kết quả dương tính cao.

3. Khi áp dụng kỹ thuật tập trung trứng của Willis thì thời gian thích hợp làm nổi nhiều và đủ 3 loại trứng giun là 15 phút, tối thiểu cũng phải để 5 phút. Từ phút thứ 10 đến phút thứ 60 vẫn đảm bảo tìm thấy cả 3 loại trứng giun.

TÌNH HÌNH NHIỄM GIUN KÝ SINH ĐƯỜNG RUỘT Ở NHỮNG TRẺ SUY DINH DƯỠNG VÀ THIẾU MÁU

NGUYỄN ĐỨC NGÂN
PHẠM THỊ HIỀN

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Có nhiều ý kiến cho rằng sự nhiễm giun ký sinh đường ruột ở trẻ em có liên quan đến tình trạng suy dinh dưỡng (SDD) cũng như thiếu máu ở trẻ em. Để tìm hiểu vấn đề này, chúng tôi tiến hành xác định tỷ lệ nhiễm giun đũa, giun tóc và giun móc ở những trẻ đã được chẩn đoán xác định là SDD và thiếu máu.

Trong báo cáo này chúng tôi nêu lên số liệu đã tiến hành nghiên cứu tại Khoa nhi — Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên năm 1986 và 1987.

II — PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu ;

Chúng tôi chọn những bệnh nhi đã được khoa nhi chẩn đoán xác định là SDD độ II, SDD độ III và thiếu máu.

Những bệnh nhi này đang nằm điều trị tại khoa Nhi.

2. Phương pháp nghiên cứu :

Chúng tôi tiến hành xét nghiệm phân cho các cháu bằng kỹ thuật tập trung trứng của tác giả Willis với nước muối bão hòa để tìm trứng giun đũa, giun tóc và giun móc.

III — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua xét nghiệm phân cho 70 cháu được chẩn đoán xác định là SDD độ I và độ II, và 60 cháu được chẩn đoán xác định là thiếu máu, chúng tôi thấy kết quả như sau :

1. Tỷ lệ nhiễm giun ở những trẻ suy dinh dưỡng :

	Giun đũa	Giun tóc	Giun móc
Trẻ SDD (n = 70)	72,03%	14,52%	1,04%

Tỷ lệ nhiễm giun chung là 76,81% ở trẻ em SDD.

2. Tỷ lệ nhiễm giun ở những trẻ thiếu máu.

	Giun đũa	Giun tóc	Giun móc
Trẻ thiếu máu (n = 60)	78,12%	40,61%	62,50%

Trong số 60 trẻ bị thiếu máu thì có 34 trẻ được chẩn đoán là thiếu máu chưa rõ nguyên nhân chiếm 57%.

Trong 34 trẻ thiếu máu chưa rõ nguyên nhân thì có 62,50% trẻ có nhiễm giun tóc, hoặc giun móc hay nhiễm cả giun tóc và giun móc.

IV — NHẬN XÉT

Qua kết quả nghiên cứu trên, tuy số liệu còn ít, song chúng tôi có sơ bộ nhận xét là:

1. Trên những trẻ có suy dinh dưỡng thì tỷ lệ nhiễm giun nói chung là cao (76,81%).

2. Ở những trẻ được chẩn đoán là thiếu máu hoặc là thiếu máu chưa rõ nguyên nhân thì tỷ lệ nhiễm giun tóc và giun móc cao.

Do đó để giúp chẩn đoán xác định thiếu máu ở trẻ em thì cũng cần xét nghiệm phân để tìm giun tóc và giun móc.

3. Kết quả trên cho thấy là tỷ lệ nhiễm các loài giun ký sinh đường ruột có liên quan đến suy dinh dưỡng và thiếu máu của trẻ.

V — KẾT LUẬN

Tuy số liệu còn ít, nhưng qua kết quả nghiên cứu bước đầu chúng tôi thấy:

1. Tỷ lệ nhiễm giun ký sinh đường ruột ở những trẻ suy dinh dưỡng là cao.

2. Tỷ lệ nhiễm giun tóc và giun móc ở những trẻ thiếu máu cũng cao.

3. Đứng trước những trẻ bị thiếu máu chưa rõ nguyên nhân thì nên làm xét nghiệm phân để tìm trứng giun tóc và giun móc nhằm hỗ trợ cho việc xác định nguyên nhân.

TÌNH HÌNH NHIỄM GIUN SÁN ĐƯỜNG RUỘT CỦA NGƯỜI DAO Ở XÃ HỢP TIẾN, HUYỆN ĐỒNG HỖ, TỈNH BẮC THÁI

NGUYỄN ĐỨC NGÂN
PHẠM THỊ HIỀN

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Đề từng bước xác định được tỷ lệ nhiễm giun — sán ký sinh đường ruột của nhân dân các dân tộc ít người sống ở miền núi, bộ môn KST Trường Đại học Y Bắc Thái đã và đang tiến hành điều tra cơ bản về vấn đề này từ 1970 đến nay. Tháng 5 năm 1989 chúng tôi điều tra tỷ lệ nhiễm giun — sán đường ruột của người Dao ở xã Hợp Tiến, Huyện Đồng Hỷ, Bắc Thái, nhằm giúp thêm những số liệu cho mục đích trên.

II — PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu :

Chúng tôi tiến hành xét nghiệm phân hàng loạt cho nhân dân trong xã.

2. Kỹ thuật nghiên cứu :

Chúng tôi áp dụng kỹ thuật xét nghiệm phân bằng phương pháp tập trung trứng giun — sán của tác giả Willis (bằng nước muối bão hòa).

Phát hiện trứng giun sán bằng kính hiển vi quang học.

III — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua xét nghiệm phân cho 173 người ở các lứa tuổi khác nhau (đều là người Dao). Chúng tôi thấy kết quả như sau :

1. Tỷ lệ nhiễm giun đũa : 23,6%

2. Tỷ lệ nhiễm giun tóc : 9,8%

3. Tỷ lệ nhiễm giun móc : 35,8%

Tuy nhiên chúng tôi không tiến hành hàng loạt để tìm đốt sán dây trong phân được. Nhưng qua lời kể của họ và qua hỏi cụ thể chúng tôi thấy tỷ lệ nhiễm sán dây lợn và sán dây bò của người Dao cũng đáng phải quan tâm. Những loại khác chúng tôi chưa gặp qua 173 xét nghiệm trên.

IV — KẾT LUẬN VÀ NHẬN XÉT

Tuy số liệu còn ít, nhưng qua đây chúng tôi cũng sơ bộ rút ra mấy nhận xét sau đây :

1. So với những lần điều tra trước đây của chúng tôi, cũng trên các đối tượng này ở miền núi thì thấy tình hình nhiễm giun đường ruột nói chung có giảm.

2. Đặc biệt là tỷ lệ nhiễm giun đũa và giun tóc thì chúng tôi thấy ở mức độ thấp.

3. Song ở đây tình hình nhiễm giun móc lại đáng quan tâm vì không những tỷ lệ cao mà nó lại đứng đầu trong 3 loại giun thường gặp.

Vì vậy qua đây chúng tôi thấy đặc biệt phải quan tâm đến giun móc cho đồng bào các dân tộc ít người sống ở các khu vực miền núi.

TÌNH HÌNH NHIỄM GIUN ĐƯỜNG RUỘT CỦA 3 NHÀ TRẺ Ở THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN - BẮC THÁI

NGUYỄN ĐỨC NGÂN
PHẠM THỊ HIỀN

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Đề góp phần vào chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu và nhất là quan tâm tới lứa tuổi nhà trẻ, mẫu giáo. Tháng 9-1987 bộ môn chúng tôi đã tiến hành xác định tình hình nhiễm giun ký sinh đường ruột tại 3 nhà trẻ ở thành phố Thái Nguyên, tỉnh Bắc Thái.

Qua nghiên cứu điều tra cơ bản này, chúng tôi muốn góp phần cùng các chuyên khoa khác xác định những bệnh chủ yếu ở lứa tuổi nhà trẻ, mẫu giáo. Từ đó giúp cho chúng ta chủ động phòng, chống và điều trị các bệnh ấy cho trẻ, nhằm nâng cao thể lực cho các cháu ngay từ những tháng, năm đầu tiên.

II — PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi chọn 3 nhà trẻ có các điều kiện khác nhau.

— Nhà trẻ 19-5, nằm ở trung tâm của thành phố Thái Nguyên. Do UNICEF xây dựng.

— Nhà trẻ 1-5, nằm ở Khu gang thép, cách thành phố Thái Nguyên chừng 10km. Do UNICEF xây dựng.

— Nhà trẻ Z 159, nằm ở Phường Tân Thịnh — thành phố Thái Nguyên, nhà trẻ do cơ quan tự xây dựng.

2. Phương pháp nghiên cứu

— Chúng tôi tiến hành xét nghiệm phân hàng loạt cho các cháu từ 2 — 5 tuổi.

— Áp dụng kỹ thuật xét nghiệm phân theo phương pháp tập trung trứng bằng nước muối bão hòa của Willis.

III — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua xét nghiệm phân cho 675 trẻ từ 2 — 5 tuổi tại 3 nhà trẻ, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Đối tượng nghiên cứu	Số trẻ	Nhiễm giun đũa	Nhiễm giun tóc	Nhiễm giun móc
Nhà trẻ 19-5	279	64,15%	10,75%	0,74%
Nhà trẻ 1-5	216	60,60%	15,74%	1,30%
Nhà trẻ Z159	180	80%	11,25%	1,25%

IV — BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu như đã nêu ở trên, chúng tôi sơ bộ có mấy nhận xét như sau:

1. Về giun đũa

Tỷ lệ nhiễm giun đũa ở 3 nhà trẻ đều cao. Nhưng ở nhà trẻ Z159 cao hơn (80%). Sở dĩ ở nhà trẻ Z159 cao hơn hẳn hai nhà trẻ trên, có lẽ là do vệ sinh ở đây chưa tốt, điều kiện sinh hoạt của các cháu cũng kém hơn hai nhà trẻ trên. Ngoài tỷ lệ nhiễm cao, qua xét nghiệm phân cho các cháu chúng tôi cũng thấy là cường độ nhiễm giun đũa của các cháu cũng cao. Đây là điều làm cho chúng ta phải quan tâm giải quyết.

2. Về giun tóc

Tỷ lệ nhiễm giun tóc ở 3 nhà trẻ dao động từ 10 — 15%. Tỷ lệ này ở trẻ em là cao. Do đó chúng ta cũng phải quan tâm.

3. Về giun móc (mỏ).

Tỷ lệ dao động khoảng 1%. Tỷ lệ đó ở lứa tuổi này là phù hợp.

Theo nhận xét của chúng tôi thì vấn đề vệ sinh tại các nhà trẻ cũng sẽ quyết định tỷ lệ nhiễm giun cao hay thấp.

Ở nhà trẻ 1-5 và 19-5, vệ sinh tốt hơn nên tỷ lệ nhiễm thấp hơn hẳn nhà trẻ Z159.

V — KẾT LUẬN

Qua điều tra cơ bản về tỷ lệ nhiễm giun của các cháu tại 3 nhà trẻ ở các điều kiện khác nhau, chúng tôi sơ bộ có mấy kết luận sau:

1. Tỷ lệ nhiễm giun đũa ở các cháu còn cao (60 — 80%). Cường độ nhiễm cũng cao.

2. Tỷ lệ nhiễm giun tóc của các cháu cũng cao (10 — 15%).

3. Vấn đề vệ sinh ở các nhà trẻ có liên quan trực tiếp tới tỷ lệ nhiễm giun của các cháu.

Tuy nhiên muốn giải đáp được vấn đề này thì chúng tôi còn phải tiếp tục nghiên cứu thêm.

TÌNH HÌNH NHIỄM GIUN MỐC CỦA NHỮNG BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI NGUYÊN 2 NĂM 1988 - 1989

ĐỖ THỊ LIÊN
NÔNG VĂN QUẾ

I -- ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh do ký sinh trùng đường tiêu hóa nói chung và nhiễm giun nói riêng đã ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe của nhân dân. Trong nước ta đã có nhiều công trình nghiên cứu về tình hình nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa ở xã, công, nông, lâm trường, xí nghiệp, thậm chí trong phạm vi một tỉnh cho thấy tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng đường tiêu hóa của nhân dân ta nhiều nơi tới 97%, trong đó tỷ lệ nhiễm giun khá cao.

Trong khuôn khổ đề tài này khoa Vi sinh, bệnh viện đa khoa Thái Nguyên chúng tôi quan tâm tới tình hình nhiễm giun móc trên những bệnh nhân do các khoa gửi tới. Đặc biệt chúng tôi đi sâu tìm hiểu những bệnh nhân phải vào viện điều trị vì thiếu máu do giun móc, ảnh hưởng của thiếu máu với các độ tuổi, các giới và sự biến đổi của các tế bào máu trên huyết đồ.

II -- ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Hai năm 1988 — 1989 chúng tôi đã xét nghiệm phân cho 4.720 bệnh nhân. Bao gồm các giới, lứa tuổi và nghề nghiệp khác nhau được các khoa và phòng khám gửi tới. Đặc biệt chúng tôi đã xét nghiệm phân và nghiên cứu kỹ 169 bệnh nhân phải vào viện điều trị vì thiếu máu do giun móc. Chúng tôi cũng loại trừ những bệnh nhân có giun móc kèm theo các xuất huyết mạn tính khác như rong kinh, rong huyết, xuất huyết trĩ, v.v có thể làm sai lệch kết quả nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi dùng kỹ thuật tập trung trứng của Willis xét nghiệm phân cho tất cả các bệnh nhân nghiên cứu để loại bỏ sai sót, khoa Huyết học cũng định lượng Hemoglobin bằng quang kế tính ra gam%.

Một số trường hợp chúng tôi có làm huyết đồ để đánh giá khả năng đáp ứng của tủy xương.

Lứa tuổi	Loại		
	Giun đũa	Giun tóc	Giun móc
15 tuổi trở xuống %	854 20,24	98 15,6	152 10,4
Từ 16 đến 50 tuổi %	3.070 72,75	502 74,7	1.195 81,74
Từ 51 tuổi trở lên %	296 7,01	72 9,7	115 7,86
Tổng số người mắc	4.220	672	1.462

Xét nghiệm phân cho 4.720 bệnh nhân cho thấy tỷ lệ nhiễm giun các loại là : 4.350 người chiếm 92,16% trong tổng số 4.720 trường hợp, số người nhiễm giun móc là 1462/4350 chiếm 33,61%. Trong đó người làm ruộng và trồng rau màu là 1.023 người chiếm 70%. Chúng tôi nghiên cứu trên 169 bệnh nhân điều trị thiếu máu do giun móc nhận thấy:

Bảng 2 — Mối liên quan giữa nhiễm các loại giun và thiếu máu.

Loại giun	Nam	Nữ	Tổng cộng	Tỷ lệ Hbg%
Giun móc %	10 5,9	38 22,49	48 28,4	7,2
Giun móc + đũa %	16 9,47	67 39,64	83 49,11	7,5
Giun móc + đũa + tóc %	5 2,96	33 19,58	38 22,49	6,92
Tổng cộng %	32 18,34	138 81,66	169	

Bảng 3 — Mức độ nhiễm giun liên quan với độ tuổi.

Tuổi	Độ nhiễm		
	HH	H	+
15 tuổi trở xuống	8	11	3
16 — 50 tuổi	40	55	35
Từ 51 tuổi trở lên	3	10	4
Tổng số %	51 30,18	76 44,97	42 24,85

Bảng 4 — Thiếu máu và độ tuổi.

Tuổi	Hb g %		
	Dưới 6g%	6 — 10g%	Trên 10g%
Từ 15 tuổi trở xuống	10	8	0
16 — 50 tuổi	42	55	37
Từ 51 tuổi trở lên	5	8	4
Tổng cộng %	57 33,74	71 42	41 24,26

Bảng 5 — Liên quan mức độ nhiễm giun và thiếu máu.

Mức độ nhiễm	Số người mắc	Dưới 6g %	6 — 10g %	Trên 10g %
+++ %	51	27 52,94	16 31,37	8 15,69
++ %	76	24 31,58	33 43,42	19 25,1
+ %	42	10 23,8	12 28,59	20 47,61

IV — NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ nhiễm giun móc trên tỷ lệ nhiễm giun chung trong 2 năm tại Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên là 33,61%, trong đó người làm ruộng và trồng rau màu chiếm 70% đặt ra cho chúng ta thấy phải xử lý tốt nguồn phân bắc và các phương tiện bảo hộ lao động cho các đối tượng trên.

2. Trong số 169 bệnh nhân thiếu máu do giun móc phải nằm điều trị nữ chiếm 81,66%. Vậy ngoài yếu tố do giun móc hút máu tiết ra chất chống đông gây chảy máu kéo dài, có thể còn do những đặc điểm sinh lý phụ nữ như cầu về sắt trong cơ thể tăng khi có thai, cho con bú, kinh nguyệt làm cho tình trạng thiếu máu tăng lên.

3. Liên quan giữa các loại giun và thiếu máu chúng tôi thấy, tỷ lệ thiếu máu liên quan chưa chặt chẽ với nhiễm các loại giun (chúng tôi chưa tính sác xuất) song điều này chứng tỏ nguyên nhân chủ yếu là do giun móc. Bệnh nhân nhiễm giun móc và giun đũa có tỷ lệ hemoglobin cao hơn nhiễm giun móc đơn thuần, mặc dù giun đũa là một loại giun phổ biến cũng đóng vai trò quan trọng trong việc tiêu thụ và làm rối loạn hấp thụ protein, trong một công trình nghiên cứu khác chúng tôi thấy tỷ lệ protit trong huyết thanh tăng lên rõ rệt 3 tuần sau tẩy giun. Rất tiếc chúng tôi chưa nghiên cứu được vi khuẩn ở bệnh nhân có nhiều giun đũa nên chưa chứng minh được có tình trạng ức chế vi khuẩn tổng hợp các chất, sự cạnh tranh dinh dưỡng giữa các loại vi khuẩn và ký sinh trùng. Do vậy tỷ lệ hemoglobin ở người nhiễm 3 loại giun có thấp hơn so với những người nhiễm giun móc đơn thuần, cũng chưa nói được vai trò của giun tóc và giun đũa.

Bệnh thiếu máu nặng và vừa có tỷ lệ Hemoglobin (10%) chiếm tới 75,74%, đa số là phụ nữ và đang ở độ tuổi lao động.

4. Tìm hiểu mối liên quan giữa mức độ nhiễm giun và thiếu máu, chúng tôi thấy chúng có liên quan với nhau khá chặt chẽ. Trong số những người có lượng hemoglobin dưới 6g% có 52,9% người nhiễm nặng và 31,58% nhiễm vừa. Ngược lại tỷ lệ người thiếu máu nhẹ hemoglobin trên 10g% có 47,61% số người chỉ nhiễm giun ít (+).

5. Qua phân tích 30 huyết đồ của bệnh nhân thiếu máu do giun móc chúng tôi thấy hồng cầu mạng lưới tăng nhẹ hoặc bình thường chứng tỏ khả năng đáp ứng của tủy xương còn tốt. 18 trường hợp có bạch cầu ái toan cao hơn bình thường phản ánh có sự phản ứng của dòng bạch cầu.

V — KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ nhiễm giun của tất cả những bệnh nhân đến khám nhập viện và làm xét nghiệm cơ bản là 92,16%.

2. Tỷ lệ nhiễm giun móc chiếm 33,61% là con số phải quan tâm tới.

3. Tỷ lệ nhiễm giun cao và thiếu máu hầu hết là người làm ruộng, trồng rau màu, phụ nữ và đang ở tuổi lao động.

4. Tỷ lệ nhiễm các loại giun khác phối hợp chưa ảnh hưởng rõ rệt tới tình trạng thiếu máu của bệnh nhân. Chứng tỏ nguyên nhân thiếu máu chủ yếu vẫn là do giun móc.

5. Mức độ nhiễm giun tỷ lệ thuận với tình trạng thiếu máu nên chúng ta phải tẩy giun định kỳ trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu.

TÌNH HÌNH BIẾN ĐỘNG CỦA MUỖI CULEX TRITAENIORHYNCHUS TRUYỀN BỆNH VIÊM NÃO NHẬT BẢN Ở BẮC THÁI 1983 — 1984

HỮA VĂN THUỐC

Và tập thể Bộ môn KST

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Muỗi *Culex Tritaeniorhynchus* đã được xác định là vật chủ trung gian chủ yếu truyền bệnh viêm não Nhật Bản (VNNB) ở Việt Nam và nhiều nước ở Đông Nam Á, Tây Thái Bình Dương.

Chúng tôi tiến hành điều tra sự biến động của *C. Tritaeniorhynchus* theo tháng trong năm nhằm xác định rõ thêm mật độ của muỗi trong từng tháng. Qua đó đóng góp vào việc sử dụng vacxin Sabin phòng, chống bệnh VNNB vào thời điểm nào là tốt nhất và phát huy được tác dụng cao nhất.

Báo cáo lần này chúng tôi nêu lên kết quả mà chúng tôi đã nghiên cứu trong 2 năm (1983 — 1984) ở xã Đồng Quang thuộc vùng ven thành phố Thái Nguyên và xã Hùng Sơn thuộc huyện Đại Từ. Đây là 2 điểm mà hàng năm có nhiều trẻ em bị bệnh viêm não.

II — PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. **Đối tượng nghiên cứu.** Chúng tôi tiến hành bắt muỗi trưởng thành còn sống. Những muỗi bắt được phải còn đủ các tiêu chuẩn để định loại (vòi, pan, ăngten, chân, cánh...).

Thời gian bắt muỗi ban đêm từ 18h — 22h.

Địa điểm bắt tại chuồng trâu, chuồng lợn.

Cách bắt : Bắt chộp và mời người.

2. **Phương pháp nghiên cứu.**

— Gây mê muỗi bằng ete hoặc khói thuốc lá.

— Cầm kim ngực muỗi để định loại.

— Định loại bằng lupa soi côn trùng có độ phóng đại 20x.

— Theo khóa định loại của Viện sốt rét ký sinh trùng côn trùng.

— Tính số lượng muỗi *C. tritaeniorhynchus* so với số muỗi bắt được để biết được tỷ lệ phần trăm của *C. tritaeniorhynchus* tại điểm điều tra.

III — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Trong 2 năm chúng tôi đã tiến hành điều tra tại 2 điểm (xã Đồng Quang và xã Hùng Sơn), tổng số muỗi bắt được là : 1.630 con, trong đó *C. tritaeniorhynchus* chiếm : 147 con (9%).

1. **Tình hình biến động của muỗi *C. Tritae*.** Theo các tháng nghiên cứu (Bảng 1).

Bảng 1

Thời gian	Xã Đồng Quang			Xã Hùng Sơn		
	Tổng số muỗi	C. tritae	%	Tổng số muỗi	C. tritae	%
Tháng 4-1983	100	4	4%		không điều tra	
5	100	7	7%		»	
6	83	12	14,5%	92	11	11,9%
7		không điều tra		79	21	26,5%
8	66	5	7,5%	86	17	19,7%
9	115	5	4,5%		không điều tra	
10	73	0	0%		»	
11	84	1	1,1%		»	
12	49	0	0%		»	
Tháng 1-1984	66	0			»	
2	156	0	0%		»	
3	133	0	0%	53	0	
4		không điều tra		50	6	12%
5		»		85	17	20%
6		»		50	13	26%
7		»		60	18	30%
8		»		60	10	16,6%

2. Tình hình biến động muỗi tại 3 điểm nghiên cứu (bảng II trang 38)

3. Nhận xét và bàn luận :

Qua 2 năm theo dõi biến động của muỗi *C. tritaeniorhynchus* theo tháng trong năm chúng tôi thấy về mùa hè luôn có mặt *C. tritaeniorhynchus* ở xã Đồng Quang và xã Hùng Sơn — Đại Từ.

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy những tháng 4, 5, 6, 7, 8 có nhiều muỗi *C. tritae*, mật độ của chúng cao nhất vào tháng 5 và tháng 7, trùng hợp đỉnh cao của mùa bệnh VNNB. Điều đó giúp chúng ta xác định thời gian, thời điểm dùng vacxin Sabin tốt nhất là cuối tháng 5 và đầu tháng 6 để vacxin phát huy được tác dụng cao nhất trong phòng bệnh viêm não Nhật Bản.

IV — KẾT LUẬN

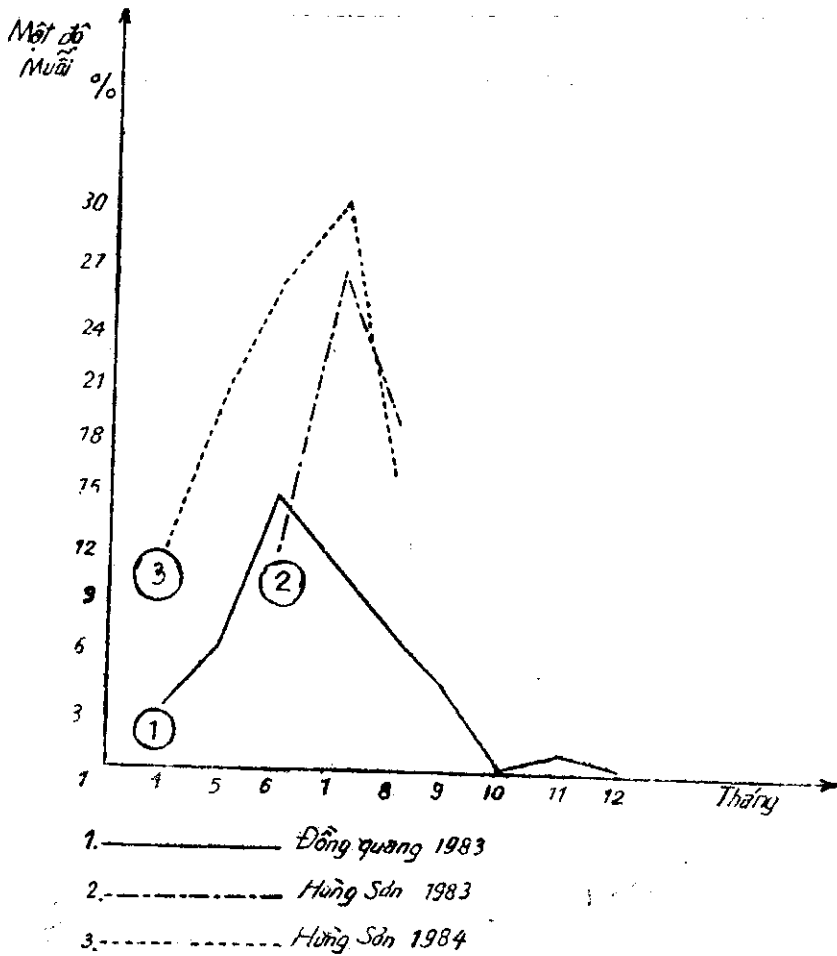
Trong 2 năm theo dõi sự biến động của muỗi *C. tritaeniorhynchus* truyền bệnh viêm não Nhật Bản ở Bắc Thái chúng tôi thấy :

— Muỗi *C. tritaeniorhynchus* có mặt ở Đồng Quang và Hùng Sơn từ tháng 4 đến tháng 11.

— Mật độ muỗi *C. tritae*. Cao nhất vào tháng 6 và 7.

— Mật độ muỗi *C. tritae*. Giảm dần từ tháng 8 và không thấy có mặt ở các tháng 12, 1, 2, 3.

Bảng 2



— Những tháng 6, 7 có mật độ *C. tritaeniorhynchus* cao, trùng hợp với mùa dịch viêm não Nhật Bản.

Tuy kết quả nghiên cứu còn hạn chế song chúng tôi có một kết luận sơ bộ là nếu dùng Vacxin Sabin để phòng bệnh VNNB thì nên dùng vào cuối tháng 5 và đầu tháng 6 để đạt kết quả cao.

VÀI NÉT VỀ MỨC NHẠY CẢM CỦA MỘT SỐ LOÀI MUỖI TRUYỀN BỆNH SỐT RÉT VỚI THUỐC DIỆT Ở TỈNH BẮC THÁI 1978 - 1982

TRIỆU NHẬT

I - ĐẶT VẤN ĐỀ

Chương trình nghiên cứu mức nhạy cảm của muỗi truyền bệnh sốt rét ở một số nước trên thế giới hiện nay vẫn được tiến hành nhằm phục vụ thanh toán bệnh sốt rét trong phạm vi mỗi nước và chung cho thế giới.

Ở nước ta nói chung và Bắc Thái nói riêng từ nhiều năm nay vẫn tiến hành nghiên cứu, theo dõi mức nhạy cảm của muỗi truyền bệnh sốt rét liên tục nhằm đáp ứng chương trình thanh toán bệnh sốt rét đạt hiệu quả cao và tiết kiệm.

II - MỤC ĐÍCH NGHIÊN CỨU

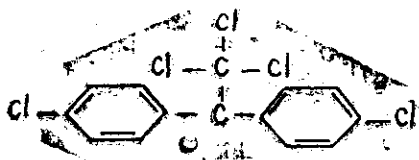
— Xác định mức nhạy cảm của muỗi truyền bệnh sốt rét qua các thời kỳ phun thuốc khác nhau vì tỉnh Bắc Thái đã tiến hành thí điểm thanh toán bệnh sốt rét từ năm 1958 - 1959 và tổng tấn công năm 1960 - 1962. Từ đó đến nay hàng năm chỉ phun ở bệnh, ổ dịch. Do vậy mức nhạy cảm của một số loài muỗi truyền bệnh sốt rét đối với DDT đã có sự thay đổi.

— Từ liều chết DL. 50 hoặc liều chết tối đa DL. 100 để đánh giá nó còn nhạy hay đã kháng để xác định được liều lượng pha phun trên tường vách hi ch hợp hoặc phải thay thuốc khác mới có hiệu quả.

III - LOẠI THUỐC VÀ MỘT SỐ LOẠI MUỖI ĐÃ NGHIÊN CỨU

1. Thuốc thử :

— Diclo-diphenyl-Tricloroetan viết tắt là DDT có công thức $C_{14}H_9Cl_5$



— Fekama ec 30/9 gọi tắt là DDT gam sữa 30 + 9 nước sản xuất : CHDCĐ Trung Quốc...

thành phần Fekama ec 30/9 gồm :

30% DDT nguyên chất

9% Lindan (666 gam)

61% các chất phụ trợ khác như Bengen, aceton, toluen hoặc xylen ... là dung môi hữu cơ để hòa tan tùy theo sự pha chế của mỗi nước.

— Lindal (có 98% 666)

2. Loài muỗi thử

- A. jeyporiensis
- A. maculatus
- A. aconitus
- A. philippinensis
- A. sinensis
- A. vagus

IV — PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU VÀ KẾT QUẢ

1. Phương pháp Tò chức y tế thế giới (OMS)

Phương pháp này đánh giá sự nhạy cảm của muỗi qua nồng độ thuốc pha trên giấy thử, cho muỗi tiếp xúc với thuốc trong ống thử 1 giờ sau đó cho ra ống nghỉ 24 giờ, sau đọc kết quả. — Nếu DL. 50 $\geq$ 40% là kháng.

2. Theo Việt Nam (GS Đặng Văn Ngữ)

Đánh giá sự nhạy cảm của muỗi bằng liều lượng thuốc pha trên giấy thử, cho muỗi tiếp xúc trong ống thử 6 giờ liền sau đạt kết quả ngay.

Nếu DL.50 < 5mg/m² muỗi còn rất nhạy

Nếu DL. 50 = 5 — 20mg/m² còn nhạy

Nếu DL. 50 = 25 — 45/m² có khả năng kháng

Nếu DL. 50 lớn hơn 45mg/m² kháng rõ rệt

3. Kết quả và đánh giá.

Thời gian	Loài muỗi	Thuốc	Phương pháp		Kết quả	Đánh giá
			CMS	VM		
10-1980	A. jeyporiensis	DDT	4%		97,5%	Nhạy
9-1978	A. philippinensis	DDT	4%		100%	
9-1980	—	—	—	20mg/m ²	100%	Rất nhạy
4-1978	A. sinensis	DDT	—	5,5mg/m ²	88%	Nhạy
5-1979	—	—	—	9,1—	88%	—
10-1980	—	—	—	20—	97%	—
5-1979	—	30 + 9	—	0,625	96,36%	Nhạy và Rất nhạy
—	—	—	4%	—	100%	—
4-1980	—	—	4%	—	85%	—
—	—	—	—	20mg/m ²	93,3%	—
10-1979	A. aconitus	DDT	4%	—	88,6%	Nhạy
5-1978	A. Vagus	DDT	—	54mg/m ²	10.20%	Kháng
8-1979	—	—	—	77—	—	Kháng
—	—	—	4%	—	10,84%	Kháng
—	—	Lindal	—	10mg/m ²	100%	Nhạy
—	—	—	—	5mg/m ²	87,5%	Nhạy
6-1982	A. maculatus	DDT	—	10mg/m ²	100%	Rất nhạy

V — NHẬN XÉT VÀ KẾT LUẬN

— DDT — Các loài muỗi còn nhạy với DDT đó là: *A. jeyporiensis*, *A. maculatus*, *A. aconitus*, *A. philippinensis* với nồng độ 4% chết 68,6 — 100%.

A. sinensis cũng còn nhạy với DDT, song những năm gần đây có phun tăng sức chịu đựng DL. 50 dao động từ 5,5 — 11,9 mg/m² nồng độ 4% chết 97% trong đó *A. sinensis* ở một số tỉnh khác như:

Từ Liêm, Hà Nội DL. 50 = 60mg/m²

Quảng Bình DL. 50 = 90mg/m²

— *A. vagus* đã kháng DDT rõ rệt như các tỉnh khác:

Việt Nam DL. 50 từ 54 — 77mg/m²

OMS 4% chết 10,24%

Năm 1977

Nghĩa Bình	DL. 50	100mg/m ²
------------	--------	----------------------

Đắc Lắc	DL. 50	131mg/m ²
---------	--------	----------------------

Quảng Nam	DL. 50	150mg/m ²
-----------	--------	----------------------

— 30 + 9 và Lindal

Chúng tôi mới thử được 2 loài: *A. vagus* đã kháng với DDT rõ rệt và *A. sinensis* là loài đang có sức đề kháng với DDT thì thấy rằng cả hai loài trên vẫn còn nhạy với 30 + 9 và Lindal.

Đáng tiếc rằng *A. minimus* là loài muỗi truyền bệnh chủ yếu ở Việt Nam nói chung và Bắc Thái nói riêng, chúng tôi không bắt đủ lượng muỗi để thử.

BIẾN ĐỘNG DỊCH TỄ HỌC SỐT RÉT Ở TỈNH BẮC THÁI (1984 — 1988)

NGUYỄN ĐỨC NGÂN

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Bắc Thái, tỉnh thí điểm tiêu diệt bệnh sốt rét ở Bắc Việt Nam, quá trình thực hiện các biện pháp tổ chức, kỹ thuật TDSR của giáo sư Đặng Văn Ngữ đã đem lại những kết quả đáng kể.

Song những năm gần đây, tình hình dịch tễ sốt rét Bắc Thái diễn biến khá phức tạp. Nhìn lại quá trình TDSR ta thấy :

- 1958 đã có chương trình TDSR có hạn định.
- 1958 — 1964 giai đoạn tấn công và có kết quả rất khả quan.
- 1964 — 1975 tình hình sốt rét Bắc Thái ổn định
- 1976 — 1988 tình hình sốt rét Bắc Thái có chiều hướng tăng lên nhanh.

Tình hình trên cũng phù hợp với sự diễn biến sốt rét ở trên thế giới và trong nước. Vì vậy nhà nước ta đã chuyển chương trình TDSR sang TDSR không có thời gian hạn định trong cả nước từ năm 1988 — 1989 lại chuyển chiến lược sang phòng chống và thanh toán sốt rét.

Để thực hiện chiến lược phòng chống và TDSR của tỉnh, ta cần tìm hiểu quá trình biến động dịch tễ học sốt rét để đề ra các biện pháp sát thực hơn.

II — MỤC ĐÍCH NGHIÊN CỨU

Nhằm đánh giá quá trình sinh dịch — mùa truyền bệnh sốt rét, Vector truyền bệnh, phân vùng dịch tễ để chỉ đạo và thực hiện.

III — PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tổ chức phát hiện theo 3 phương pháp :

- Chủ động
- Thụ động
- Có hệ thống.

bằng cách lấy lam máu xét nghiệm ở mọi lứa tuổi được chẩn đoán lâm sàng là sốt rét hoặc nghi sốt rét.

Tiêu bản máu được nhuộm theo phương pháp Romanopski Giemsa các tiêu bản được xét nghiệm bằng kính hiển vi thường, vật kính dầu có độ phóng đại 90×7 . Mỗi lần soi 5 phút hoặc 300 — 350 vi trường, ghi kết quả.

— Tổ chức điều trị năm 2 lần (mùa xuân và mùa thu) bằng hai loại thuốc cắt cơn và diệt thể lan truyền ở những bệnh nhân có KST.

- Phun DDT ở bệnh, ổ dịch.
- Thống kê theo Tổ chức y tế thế giới.

IV – KẾT QUẢ

Quá trình theo dõi từ năm 1984 – 1988 thấy :

Bảng 1 – Mùa truyền bệnh sốt rét.

Tháng KST	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Σ KST	90	41	266	298	447	258	235	329	228	318	202	182
P. Vivax	67	30	263	284	419	210	223	301	183	225	146	150
P. Falciparum	23	11	3	14	24	48	12	28	45	93	56	32
P.H												

Bảng 2 – Phát hiện KST ở các địa phương theo 3 phương pháp.

Địa phương (huyện)	1984		1985		1986		1987		1988		Tổng số	
	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V	F	V
I	70	112	0	47	3	45	35	60	38	58	146	322+1PH
II	0	16	2	28	5	71	3	39	6	37	16	191
III	1	23	12	111	7	314	8	160	31	101	59	709
IV	1	8	0	9	5	48	9	127	21	74	36	266
V	4	31	20	59	2	28	19	19	19	41	64	148+1PH
VI	1	4	1	6	1	11	0	18	0	15	3	54
VII	0	0	1	4	0	8	0	1	0	2	1	15
VIII	0	5	0	9	10	68	5	67	20	43	35	232
IX	0	21	0	10	0	6	0	2	0	9	0	48
X	0	17	2	27	0	158	0	32	2	27	14	261
XI												
XII	0	4	1	23	0	35	8	68	2	98	11	228
	77	281	39	333	33	792	87	593	149	475	385	2475
% xã có KST	52,4		32,8		44		48,4		40,4			

Bảng 3 – Ký sinh trùng theo tuổi.

Tuổi	1984	1985	1986	1987	1988	%
< 1	0	0	5	3	3	0,51
1- 2	17	11	4	16	8	2,6
3- 4	20	13	40	16	9	4,55
5- 8	50	34	72	42	19	10,13
0-16	70	66	117	125	69	20,79
> 06	127	52	300	388	453	61,39
0 ghi	65	12	274	23	60	

Bảng 4— Cơ cấu ký sinh trùng

Năm \ KST	P.F%	P.V%
1984	21,5	78,5
1985	10,48	89,52
1986	4	96
1987	13,04	86,96
1988	24	76

Bảng 5 — Bệnh nhân sốt rét.

TT		1984	1985	1986	1987	1988
1	Sốt rét thường	48.858	87.983	76.347	98.685	69.819
2	Sốt rét ác tính	0	0	1	16	41
3	Tử vong	0	0	0	3	19

Bảng 6 — Điều trị.

Năm	Cắt cơn	Chống tái phát	Dự phòng	Tổng số
1984	19.646	162	22.150	48.858
1985	16.820	5.817	65.288	87.983
1986	12.592	3.556	60.200	76.348
1987	9.196	1.881	87.624	98.701
1988	49.638	1.664	18.558	69.860

Bảng 7 — Côn trùng truyền bệnh.

TT	Tên, loài	Số lượng	Mật độ
1	A. minimus	96	0,36
2	A. sinensis	753	2,89
3	A. aconitus	59	0,22
4	A. vagus	364	1,4
5	A. kochi	190	0,73
6	A. tessellatus	159	0,61
7	A. maculatus	127	0,48
8	A. anularis	9	0,03
9	A. philippinensis	235	0,9
10	A. splendidus	17	0,06
11	A. jeyporiensis	9	0,03
12	A. barbirostris	20	0,07
13	A. unbrosus	5	0,01
14	A. gigas	1	0,003

Bảng 8 — Mật độ muỗi.

TT	Tên loài	Trong nhà				Chuồng trâu	
		% Soi				%	MĐ
		%	MĐ	%	MĐ		
1	A. minimus	0,009	1,33	0,016	1,3	0,003	1,54
2	A. sinensis	0,076	10,4	0,132	10,8	0,027	12,1
3	A. aconitus	0,005	0,8	0,01	0,8	0,001	0,95
4	A. vagus	0,04	5	0,064	5,2	0,013	5,8
5	A. kochi	0,02	2,6	0,033	2,7	0,007	0,35
6	A. tessellatus	0,02	2,2	0,03	2,2	0,006	2,56
7	A. maculatus	0,012	1,7	0,022	1,8	0,004	2,04
8	A. annularis	0,0009	0,12	0,001	0,12	0,0003	0,14
9	A. philippinensis	0,023	3,2	0,04	3,3	0,008	3,8
10	A. splendidus	0,002	0,2	0,003	0,2	0,0006	0,3
11	A. jeyporiensis	0,0009	0,12	0,001	0,12	0,0003	0,14
12	A. barbirostris	0,002	0,2	0,003	0,2	0,0006	0,3

V — NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN

Nhìn lại kết quả ta thấy: bệnh sốt rét những năm gần đây tăng lên do:

— Y tế cơ sở chưa đảm nhiệm được công tác phát hiện bệnh theo dõi điều trị quản lý bệnh nhân sốt rét. Nguyên nhân do kinh phí đài thọ nhà nước không đáp ứng được cho y tế cơ sở hoạt động.

— Nguồn thuốc, vật tư, hóa chất, nhà nước cấp đủ nhưng tinh thần, ý thức trách nhiệm thực hiện các biện pháp kỹ thuật do trên chỉ đạo chưa đạt yêu cầu cao.

— Mùa truyền bệnh sốt rét những năm gần đây do khí hậu mà thời gian có nhiệt độ thích hợp cho muỗi phát triển kéo dài hơn nên KST xuất hiện gần như quanh năm.

— Ký sinh trùng đã phân bố khắp các địa phương trong tỉnh.

— Độ tuổi càng cao tỷ lệ mắc càng cao. Song ở tuổi dưới 1 — 8 tuổi đã mắc sốt rét ở những năm gần đây. Điều này rất quan trọng trong dịch tễ học.

— Cơ cấu KST những năm trước đây tỷ lệ P. Vivax chiếm ưu thế nhưng những năm gần đây P. Falciparum đã nhích lên nhanh. Đây cũng là điều lo ngại lớn cho sốt rét ác tính xảy ra và tử vong.

— Về côn trùng: thực hiện chủ trương nhà nước không phun DDT tràn lan, chỉ phun các ổ bệnh, ổ dịch. Vì vậy côn trùng đã phục hồi có nơi gần bằng trước giai đoạn TDSR.

Đặc biệt A. minimus, muỗi truyền bệnh sốt rét chủ yếu đã tăng cao.

Tóm lại: Về chủ trương biện pháp kỹ thuật đã đề ra hàng năm đề chỉ đạo vẫn đúng. Nhưng công tác thực hiện ở cơ sở chưa đạt yêu cầu cao. Nên tình hình sốt rét ngày càng lan rộng, nguy cơ dịch có thể xảy ra ở từng vùng nếu không làm tốt công tác tổ chức, chỉ đạo, kiểm tra kỹ thuật phòng chống bệnh sốt rét của tỉnh.

TÌNH HÌNH NHIỄM KÝ SINH TRÙNG SỐT RÉT ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI NGUYÊN 2 NĂM 1988 — 1989

**ĐỖ THỊ LIÊN
NÔNG VĂN QUẾ**

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong những năm gần đây do nhiều nguyên nhân khác nhau tỷ lệ bệnh sốt rét có chiều hướng tăng lên, tại bệnh viện đa khoa Thái Nguyên nhiều bệnh nhân có cơn sốt điển hình, một số được chuyển đến do nghi ngờ sốt rét. Song cũng có những bệnh nhân đến với bệnh khác lại có cơn sốt điển hình hoặc không điển hình.

Đã có nhiều đề tài nghiên cứu về sốt rét ác tính, sự kháng thuốc của ký sinh trùng sốt rét hoặc dịch tể của bệnh sốt rét, v.v., với tính chất là một khoa xét nghiệm. Chúng tôi chỉ đi sâu vào tình hình nhiễm ký sinh trùng sốt rét, phân loại ký sinh trùng sốt rét ở từng giới, từng lứa tuổi và những địa phương khác nhau. Với số liệu này cũng chưa phản ánh được bệnh sốt rét chung của tỉnh Bắc Thái vì bệnh nhân còn phân tán ở các bệnh viện tuyến huyện hoặc ở các bệnh viện bạn.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Trong 2 năm 1988 — 1989 chúng tôi đã tiến hành làm lam máu tìm ký sinh trùng sốt rét cho 984 bệnh nhân bao gồm các giới, các lứa tuổi ở các địa phương khác nhau có cơn sốt điển hình hoặc nghi ngờ sốt rét do các khoa và phòng khám gửi tới.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- Lấy máu ngoại vi của bệnh nhân trong cơn sốt làm giọt đàn và giọt đặc. Nhuộm Giemsa và soi bằng vật kính dầu với độ phóng đại lớn.
- Nghiên cứu hồ sơ bệnh án điều trị tại các khoa trong bệnh viện.
- Nghiên cứu hồ sơ bệnh án tử vong.

III — KẾT QUẢ

Trong 2 năm, 984 bệnh nhân được làm xét nghiệm có 269 bệnh nhân có ký sinh trùng sốt rét trong máu chiếm 27,33%. Tỷ lệ nhiễm giữa các loại cho thấy như sau: (Bảng 1)

Bảng 1

Loại ký sinh trùng	Số người mắc	%
P. Falciparum	193	71,74
P. Vivax	63	23,42
Phối hợp cả 2 loại (P. falciparum và P. vivax)	13	

Chúng tôi xét nghiệm thấy ký sinh trùng sốt rét ở các lứa tuổi, các giới như sau : (Bảng 2)

Bảng 2

Lứa tuổi	Nam	Nữ
dưới 15 %	10 3,71	3 1,11
16 — 50 %	206 76,57	43 15,98
trên 51 %	2 0,88	5 1,85

Về dịch tễ học 269 bệnh nhân có ký sinh trùng sốt rét này rải rác ở các địa phương khác nhau đến điều trị tại bệnh viện đa khoa Thái Nguyên (Bảng 3).

Bảng 3

Địa dư	Số người mắc	%
Thành phố Thái Nguyên	112	41,63
Đại Từ	37	13,75
Đồng Hỷ	32	11,89
Phù Lương	28	10,4
Võ Nhai	23	8,55
Phù Bình	15	5,61
Các tỉnh khác	22	8,17

Đặc biệt khi nghiên cứu 18 bệnh nhân tử vong với chẩn đoán sốt rét ác tính cho thấy : (Bảng 4)

Bảng 4

Loại ký sinh trùng	Số người mắc	%
P. falciparum	9	50
Phối hợp (falciparum + vivax)	1	5,55
Xét nghiệm âm tính	3	16,68
Chưa kịp làm xét nghiệm	5	27,77

IV — NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ bệnh nhân có ký sinh trùng trong máu chiếm 27,33%. Loại thường hay gặp là P. falciparum chiếm 71,74%. Mắc phối hợp cả 2 loại (P. falciparum và P. vivax) ít gặp chiếm 5,84%. Còn những loại khác như P. malariae, P. ovale chúng tôi chưa gặp trường hợp nào.

2. Tỷ lệ mắc bệnh sốt rét của nam chậm nhiều hơn hẳn so với nữ và chủ yếu ở lứa tuổi lao động. Đại đa số nam là do đi đào vàng.

3. Thành phố TN bệnh nhân chiếm 41,63%, phải chăng thành phố Thái Nguyên chỉ là nơi trung chuyển đề tới và về các vùng khác, có 22 bệnh nhân ở tỉnh khác tới (phía bắc, phía nam và Lào) vào điều trị nên chúng tôi không nghĩ tới những bệnh nhân này lây ở thành phố Thái Nguyên. Đồng thời qua thống kê về dịch tễ sốt rét chúng tôi không tìm thấy mối liên quan chặt chẽ với địa lý huyện miền núi hay miền xuôi, chứng tỏ sốt rét có khả năng lan tràn trong phạm vi rộng.

4. Trong 269 người mang ký sinh trùng sốt rét có 5 người do truyền máu của người đã bị bệnh sốt rét. Nên những khoa có bệnh nhân có nhu cầu truyền máu cần kiểm tra chặt chẽ người cho máu có ký sinh trùng sốt rét không? Đặc biệt có bệnh nhi 37 ngày tuổi xuất huyết não bị nhiễm ký sinh trùng sốt rét do lấy máu bố có ký sinh trùng sốt rét truyền cho con. Tất cả những trường hợp sốt chưa rõ nguyên nhân cần phải làm lam máu tìm ký sinh trùng sốt rét để chẩn đoán phân biệt với các trường hợp nhiễm khuẩn khác. Chúng tôi đã tìm thấy ký sinh trùng sốt rét ở bệnh nhân chẩn đoán và mổ sỏi mật.

5. Tỷ lệ tử vong 18/269 chiếm 6,69% là cao. Chúng loại *P. falciparum* là chủ yếu hoặc phối hợp cả 2 loại không có trường hợp nào chỉ do *P. vivax* mà gây tử vong, ngoài ra những bệnh nhân làm xét nghiệm không có ký sinh trùng sốt rét hoặc chưa kịp làm xét nghiệm đã chết có thể do lấy máu không đúng lúc ký sinh trùng ra máu ngoại vi hoặc do đã dùng thuốc chống sốt rét. Song trên lâm sàng có triệu chứng bệnh sốt rét rõ, nhất là những người ở vùng đào vàng về. Nguyên nhân tử vong ở đây thường do sốt ác tính ở các thể nặng (đái ra huyết cầu tố, thể não, thể vô niệu...) hoặc do thể trạng của bệnh nhân quá yếu, thiếu máu nặng.

Một loại vấn đề chúng ta cần đặt ra sau nghiên cứu. Vấn đề dung giải hồng cầu ngoài nguyên nhân ký sinh trùng sốt rét còn có yếu tố nào khác, sức bền hồng cầu rối loạn kết hợp kháng nguyên kháng thể, v.v... Việc truyền máu cho bệnh nhân chúng tôi đề nghị các khoa lâm sàng kết hợp nghiên cứu cùng giải quyết vấn đề này.

V — KẾT LUẬN NGƯỜI MANG KÝ SINH TRÙNG SỐT RÉT

1. Tỷ lệ chiếm 27,33% những người được làm xét nghiệm. Chúng loại *P. falciparum* chiếm 71,74%.

2. Chưa thấy mối liên quan chặt chẽ giữa những vùng địa lý khác nhau, chứng tỏ bệnh sốt rét đang lan tràn và phát triển.

3. Tỷ lệ tử vong chung của sốt rét là 6,69% trong đó chúng loại *P. falciparum* là chủ yếu.

4. Do tính chất lan tràn và hình thái lâm sàng phức tạp của bệnh trong lúc chẩn đoán phân biệt, lấy máu truyền phải kiểm tra ký sinh trùng sốt rét thật nghiêm ngặt,

SINH LÝ HỌC

KẾT QUẢ XÁC ĐỊNH NHÓM MÁU NGƯỜI DAO Ở PHÚ XUYỀN, ĐẠI TỪ, BẮC THÁI

HÀ THỊ THOÀ

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Đề góp phần xây dựng hằng số nhóm máu của đồng bào dân tộc Dao. Bộ môn sinh lý học chúng tôi đã tham gia điều tra sức khỏe cho đồng bào thôn Tân Lập, xã Phú Xuyên, Huyện Đại Từ, Bắc Thái.

II — PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH

Chúng tôi dùng phương pháp huyết thanh mẫu của Bethvincen. Dựa vào sự ngưng kết hồng cầu của người thử để xác định nhóm máu. Chúng tôi sử dụng huyết thanh mẫu của Khoa huyết học bệnh viện Bạch Mai.

Chúng tôi đã tiến hành điều tra cho 56 người Dao, tuổi từ 3 — 87, kết quả được xử lý bằng toán thống kê y học.

III — KẾT QUẢ

Địa điểm nghiên cứu \ Nhóm máu	A	B	O	AB
Dao, Đại Từ	23,35%	19,6%	41,17%	13,00%
Hằng số sinh lý	19%	27%	48,35%	4,24%
Dao, Bắc Cạn	33,33%	15,87%	46,28%	5,3 %

IV — BÀN LUẬN

— Từ kết quả trên cho ta thấy. Tỷ lệ nhóm máu hệ ABO của người Dao phân bố theo tần số gặp O, A, B, AB.

— Tỷ lệ nhóm O là cao nhất 41,17% và AB thấp nhất 13%.

— So sánh với kết quả nhóm máu người Dao.

Ở Bạch Thông, Bắc Cạn của Bác sỹ Đoàn Ngọc Lung, 1977 cũng có quy luật là :

$$O > A > B > AB$$

— Tỷ lệ nhóm máu của người Dao khác với hệ nhóm máu A B O của người Kinh, Tày, H'Mông ($O > B > A > AB$).

Tác giả Lê Thành Uyên (Hằng số Sinh lý học). Như vậy :

Tỷ lệ nhóm máu hệ ABO của người Dao khác với tỷ lệ nhóm máu hệ ABO của người Kinh, Tày và gần với tỷ lệ nhóm máu của người châu Âu hơn $O > A > B > AB$. Với số n còn ít, chúng tôi sẽ nghiên cứu thêm với số n lớn hơn và cần tiến hành nghiên cứu thêm người Dao thuần chủng ở nhiều địa phương khác nhau để có hằng số sinh lý nhóm máu người Dao Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Gi Trọng và Cs — Sinh lý học 1975. tr. 54
2. Tập san khoa học : Số 1 — 1974 — Trường Đại học Y Bắc Thái.
3. Lê Thành Uyên: Những thông số sinh học người Việt Nam. Nhà xuất bản khoa học và KT 1982.
4. Đoàn Ngọc Lung — Góp phần tìm hiểu nhóm máu dân tộc Dao, Sinh lý học THYH Việt Nam 1974.
5. Vũ Triệu An — Hằng số huyết học. Hội nghị hằng số sinh học người Việt Nam lần 2 1972.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU NHÓM MÁU HỆ A.B.O Ở DÂN TỘC KINH MIỀN NÚI

NGUYỄN THỊ TÍNH

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc nghiên cứu nhóm máu hệ A. B. O ở nước ta đã được nhiều tác giả nghiên cứu thuộc các trường đại học, bệnh viện trung ương và địa phương công bố kết quả. Tuy vậy chúng ta mới có một số nghiên cứu ở người Kinh miền xuôi, dân tộc Tày, Mường, Nùng ở Việt Nam.

Nghiên cứu nhóm máu hệ A. B. O của người Kinh miền núi vẫn còn ít các công trình tham gia. Đây là một trong những đối tượng đứng hàng đầu về dân số đang sống ở miền núi Bắc Thái.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng : Chúng tôi đã tiến hành định nhóm cho 1328 người lớn và trẻ em, cả nam và nữ ở các công nông trường xí nghiệp, cơ quan trường học đến điều trị tại Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên.

2. Phương pháp :

Chúng tôi định nhóm hệ A. B. O bằng những phương pháp trên giấy cứng, các trường hợp nghi ngờ đều được định lại bằng phương pháp pha loãng dung dịch hồng cầu, rửa hồng cầu rồi làm trong ống nghiệm.

III — KẾT QUẢ

Kết quả điều tra của chúng tôi, tỷ lệ các nhóm hệ A. B. O được phân chia như sau :

Bảng 1.

Nhóm	Số người	Tỷ lệ %
A	263	19,86
B	395	22,21
O	587	44,17
AB	83	6,25

Nếu so sánh nhóm máu của dân tộc Kinh Bắc Thái với các dân tộc khác như : Mường, Nùng, Dao, Tày như sau :

Bảng 2

Dân tộc	Tác giả	Năm	Số lượng nghiên cứu	A	B	O	AB
Tày	Ngọc Minh	1974	4386	16,89	33,17	45,14	4,78
Nùng	Ngọc Minh	1974	428	14,18	26,95	54,61	4,25
Mường	Bạch Quốc Tuyên	1976	718	14,20	45,54	33,56	6,86
Dao	BVA. Bắc Thái	1974	213	19,29	22,53	53,32	4,64
Kinh miền xuôi	Nguyễn Đình Lượng	1966	36.077	22,15	30,12	42,15	6,57
Kinh miền núi	Nguyễn Thị Tinh	1983	1328	19,86	22,21	44,17	6,25

IV — NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phân chia các nhóm có sự tương quan theo chiều :

$$O > B > A > AB$$

Nếu so sánh với các kết quả nghiên cứu của Ngọc Minh và Nguyễn Đình Lượng Bệnh viện A Bắc Thái, thì thấy thống nhất sự tương quan lớn bé, theo chiều như trên. Kết quả chúng tôi gần giống với kết quả của BVA Bắc Thái hơn cả (mặc dù số lượng nghiên cứu của chúng tôi nhiều gấp 6 lần so với của Bệnh viện A Bắc Thái).

So sánh kết quả của Bạch Quốc Tuyên thì thấy nhóm O chênh 10,61%, nhóm B chênh 23,23%. Tỷ lệ chênh quá nhiều có lẽ do số lượng của tác giả còn quá ít. Nếu so sánh nhóm máu của dân tộc kinh miền núi với nhóm máu của các dân tộc khác sống trên miền Bắc đã được nghiên cứu thì thấy thống nhất Sự phân bố cũng theo chiều như sau :

Kinh $O > B > A > AB$

Tày $O > B > A > AB$

Nùng $O > B > A > AB$

Dao $O > B > A > AB$

Mường $O > B > A > AB$

— Nếu so sánh nhóm máu của người Kinh sống tại Bắc Thái với nghiên cứu về các dân tộc của các tác giả khác thì cho kết quả cũng gần sát nhau.

— Kết quả của chúng tôi so với kết quả nghiên cứu người Kinh miền xuôi của Nguyễn Đình Lượng thì thấy tỷ lệ sát nhau hơn điều này có liên quan gì đến nguồn gốc các dân tộc hay không? đây là một suy nghĩ gợi ý về mặt điều tra hằng số các dân tộc sau này cũng cần được tiêu chuẩn hóa về số lượng và về đối tượng điều tra.

Tuy nhiên trong quá trình điều tra nhóm máu chưa có một quy định thống nhất nên công tác nghiên cứu của các tác giả đã công bố ở nhiều nơi, nhiều đối tượng khác nhau và số lượng khác nhau đã dẫn đến những nhận xét kết quả khác nhau.

Kết luận : Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi về nhóm máu người Kinh miền núi cũng thống nhất với kết quả của các tác giả khác đã công bố, tức là các nhóm máu của các dân tộc không khác nhau và đều thống nhất theo kiểu

$$O > B > A > AB$$

TÌM HIỂU NHÓM MÁU CÁC DÂN TỘC H'MÔNG, NÙNG, DAO TẠI MỘT XÃ MIỀN NÚI – TỈNH BẮC THÁI

NGUYỄN THỊ TÂM
NGUYỄN ĐÌNH TU

I – ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc xác định nhóm máu của các dân tộc ít người không những có giá trị trong việc xây dựng hằng số huyết học để giúp cho việc phòng và chữa bệnh được tốt, mà còn có ý nghĩa trong lĩnh vực nhân chủng học nhằm tìm hiểu nguồn gốc các dân tộc.

Mặc dù vậy những thông số nhóm máu người Việt Nam mới đây cũng chỉ đề cập tới nhóm máu các dân tộc Kinh, Tày, Mường (6) Dao (3) và Vân Kiều (2). Còn các dân tộc ít người khác chúng tôi chưa thấy tài liệu nào đề cập tới, vì vậy đề góp phần nhỏ vào việc xây dựng hằng số nhóm máu cho các dân tộc ít người và tham gia vào chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân các dân tộc miền núi. Bộ môn sinh lý học chúng tôi đã tiến hành điều tra nhóm máu của các dân tộc H'mông, Nùng, Dao.

II – ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng: Trong đợt điều tra sức khỏe toàn diện cho nhân dân xã Tân Long, huyện Đồng Hỷ, Bắc Thái do Trường Đại học y và Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên tổ chức tháng 4 năm 1988. Chúng tôi đã xác định nhóm máu hệ ABO của 586 người gồm các dân tộc H'mông, Nùng, Dao tuổi từ 2 — 106 tuổi.

2. Phương pháp: Chúng tôi dùng phương pháp huyết thanh mẫu của Bethvincent trên nguyên tắc:

Huyết thanh mẫu đã biết trước ngưng kết tổ α và β trên màng hồng cầu có ngưng kết nguyên A và B khi ngưng kết nguyên này gặp ngưng kết tổ tương ứng α , β sẽ xảy ra hiện tượng ngưng kết.

Dựa vào hiện tượng ngưng kết của hồng cầu với huyết thanh mẫu ta xác định được nhóm máu A.B.O và AB. Huyết thanh mẫu chúng tôi dùng là của Viện huyết học và truyền máu sản xuất.

III – KẾT QUẢ

Bảng 1 — Tỷ lệ nhóm máu hệ ABO ở các dân tộc
H'mông, Nùng, Dao.

Dân tộc	Nhóm máu			
	O%	A%	B%	AB%
H'mông	45,45 n=60	18,18 n=24	28,03 n=37	8,33 n=11
Nùng	40,99 n=148	24,35 n=88	29,09 n=105	5,55 n=20
Dao	38,70 n=36	34,40 n=32	18,28 n=17	8,60 n=8

Nhận xét kết quả :

a) Ở người H'mông nhóm máu O gặp tỷ lệ cao nhất 45,45% sau đó là nhóm máu B 28,03%, rồi đến nhóm A : 18,18% và thấp nhất là AB : 8,33%.

b) Ở người Nùng nhóm máu O cũng gặp cao nhất 40,99% sau đó là nhóm máu B : 29,09%, rồi đến nhóm máu A : 24,35% thấp nhất là nhóm AB : 5,55%.

c) Trong khi đó ở người Dao tỷ lệ nhóm O cũng gặp cao nhất 38,70%, nhưng sau đó là nhóm A : 34,40% rồi đến nhóm B : 18,28% thấp nhất là AB : 8,60%.

d) Nếu so sánh tỷ lệ nhóm máu giữa ba dân tộc chúng tôi điều tra thì thấy cả ba dân tộc H'mông, Nùng, Dao đều có tỷ lệ nhóm máu O cao nhất, và nhóm AB thấp nhất. Nhưng người H'mông, người Nùng có nhóm B đứng hàng thứ hai sau đó là nhóm A theo quy luật $O > B > A > AB$. Còn ở người Dao tỷ lệ nhóm A cao hơn nhóm B, theo quy luật $O > A > B > AB$.

IV – BÀN LUẬN KẾT QUẢ

Bảng 2 — So sánh nhóm máu các dân tộc H'mông, Nùng, Dao với các dân tộc khác.

Dân tộc	Nhóm máu O %	Nhóm máu A %	Nhóm máu B %	Nhóm máu AB %
Kinh	48,35	19,46	27,94	4,24
Tày	30,37	32,46	35,59	0,88
Mường (Là Thành Uyên)	33,56	14,20	45,51	6,68
Vân Kiều (Nguyễn Duy Linh 1983)	28,75	27,50	38,75	5,00
Dao (Đoàn Ngọc Lung 1974)	46,28	33,33	15,07	5,31
H'mông	45,45	18,18	28,03	8,33
Nùng	40,99	24,34	29,09	5,55
Dao (Nguyễn Thị Tâm 1988)	38,70	34,40	18,28	8,60

Nếu so sánh tỷ lệ nhóm máu của dân tộc, H'mông, Nùng, Dao, mà chúng tôi điều tra với các dân tộc Kinh, Tày, Mường, Vân Kiều mà các tác giả khác đã nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy :

1. Người Kinh, Nùng, H'mông có tỷ lệ nhóm máu trong hệ thống ABO gần giống nhau. Theo quy luật $O > B > A > AB$.

2. Trong khi người Kinh, Nùng, Dao, H'mông thường gặp tỷ lệ nhóm O cao nhất, thì người Tày, Mường, Vân Kiều tỷ lệ nhóm B cao nhất.

3. Giữa người Dao và người Mường có tỷ lệ nhóm máu rất khác nhau. Nhóm A khá cao ở người Dao 34,40%, lại rất thấp ở người Mường (14,20%)

và ngược lại nhóm B ít gặp ở người Dao (18,28%) khi người Mường lại cao nhất (45,54%) theo luật $B > O > A > AB$.

4. Nếu so sánh tỷ lệ nhóm máu người Dao ở Tân Long, Đồng Hỷ, Bắc Thái với người Dao ở Tân Sơn, Bắc Cạn (3) mà Bộ môn chúng tôi điều tra trước đây kết quả cũng tương tự.

Nhóm máu người châu Âu thường gặp theo quy luật $O > A > B > AB$ còn các dân tộc vùng Nam Á lại thường gặp theo quy luật $O > B > A > AB$

Theo Claude và Awillie thì không có một chủng tộc nào được đặc trưng bởi một nhóm máu nhất định. Sự khác nhau giữa các chủng tộc chỉ có thể biểu hiện bởi tần số tương đối của các nhóm máu khác nhau, tần số này duy trì qua nhiều thế hệ và chỉ có thể thay đổi khi có sự giao lưu hôn nhân giữa các quần thể với nhau.

Sự khác nhau về tỷ lệ nhóm máu giữa các dân tộc ở đây theo chúng tôi có lẽ do sự phát triển văn hóa, xã hội, việc giao lưu hôn nhân giữa các dân tộc ngày càng nhiều, và chúng ta không thể có một đối tượng nghiên cứu thực sự thuần chủng, vấn đề này cần được nghiên cứu thêm.

V — KẾT LUẬN

Mặc dù số lượng điều tra còn ít, bước đầu chúng tôi rút ra các kết luận sau:

1. Người H'mông và người Nùng có tỷ lệ nhóm máu hệ ABO giống như người Kinh, và khác với người Dao, Tày, Mường, Vân Kiều.

2. Người Dao có tỷ lệ nhóm máu khác với người Kinh, Tày, Nùng, H'mông, Mường, Vân Kiều.

3. Về nhóm máu người Dao nếu kết hợp nghiên cứu cùng với các tư liệu về nhân chủng học sẽ có thể giúp chúng ta tìm hiểu nguồn gốc người Dao.

4. Cần tiếp tục nghiên cứu thêm nhóm máu người H'mông, Nùng, Dao cũng như các dân tộc khác, đề tiến tới xây dựng hằng số nhóm máu các dân tộc ít người.

5. Phương pháp Bethvincent chính xác, đơn giản dễ làm, ứng dụng rộng rãi trong việc điều tra nhóm máu hàng loạt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Triệu An — Hằng số huyết học. Hội nghị hằng số sinh vật học lần thứ 2/1972. Trang 113.
2. Nguyễn Duy Linh — Góp phần nghiên cứu nhóm máu hệ ABO. Dân tộc Vân Kiều — Huyết học và truyền máu 1983 trang 7.
3. Đoàn Ngọc Lung — Góp phần tìm hiểu nhóm máu dân tộc Dao — Sinh lý học, Tổng hội Y học Việt nam 1974 trang 102.
4. Nguyễn Tấn Gi Trọng — Nhóm máu — Bài giảng sinh lý học, Nhà xuất bản Y học 1981 trang 39.
5. Bạch Quốc Tuyên — Xác định nhóm máu. Nhà xuất bản Y học 1973.
6. Lê Thành Uyên — Về những thông số sinh học người Việt Nam. Nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật 1982.

GÓP PHẦN XÂY DỰNG HẰNG SỐ NHÓM MÁU NGƯỜI DAO

NGUYỄN THỊ TÂM
NGUYỄN ĐÌNH TU
ĐOÀN NGỌC LUNG VÀ CS.

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiên cứu nhóm máu của các dân tộc ít người không những chỉ có giá trị trong việc xây dựng hằng số huyết học của người Việt Nam giúp cho công tác phòng và chữa bệnh tốt mà còn có ý nghĩa trong lĩnh vực nhân chủng học nhằm tìm hiểu nguồn gốc các dân tộc.

Mặc dù vậy những thông số nhóm máu của người Việt Nam mới đây cũng đề cập tới các dân tộc Kinh, Tày, Mường còn các dân tộc khác chưa được nghiên cứu đầy đủ

Vì vậy đề góp phần vào việc xây dựng hằng số nhóm máu của các dân tộc ít người và tham gia vào chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân các dân tộc Miền núi. Bộ môn sinh lý học Trường đại học Y Bắc Thái chúng tôi đã nhiều năm tiến hành điều tra nhóm máu của các dân tộc ít người ở vùng núi phía Bắc như H'Mông, Nùng, Dao.

Trong báo cáo này chúng tôi thông báo kết quả nghiên cứu xây dựng hằng số nhóm máu người Dao.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng: Chúng tôi tiến hành điều tra nhóm máu hệ ABO của 1.122 người Dao tuổi từ 2—106 ở các gia đình người Dao tại ba địa phương khác nhau của tỉnh Bắc Thái số liệu cụ thể như sau:

Thời gian	Địa điểm	Số lượng
1974	Định Hóa, Bạch Thông, Bắc Thái	471
1988	Tân Long, Đồng Hỷ, Bắc Thái	93
1989	Hợp Tiến, Đồng Hỷ, Bắc Thái	558
Tổng cộng		1.122

2. Phương pháp:

Chúng tôi dùng phương pháp huyết thanh mẫu của Bethvincent trên nguyên tắc huyết thanh mẫu đã biết trước ngưng kết tổ α và β trên màng hồng cầu có ngưng kết nguyên là A và B khi ngưng kết nguyên này gặp ngưng kết tổ tương ứng α , β sẽ xảy ra hiện tượng ngưng kết.

Dựa vào ngưng kết hồng cầu với huyết thanh mẫu ta xác nhận được nhóm máu A, B, O và AB. Huyết thanh mẫu chúng tôi dùng là của Viện huyết học và truyền máu sản xuất.

III — KẾT QUẢ

Tỷ lệ nhóm máu hệ ABO của người Dao ở cả ba mẫu điều tra (Bảng 1).

Bảng 1

Địa điểm	Nhóm O	Nhóm A	Nhóm B	Nhóm AB
Tân Sơn, Bạch Thông n = 71	46,28	33,33	15,07	5,31
Tân Long, Đồng Hỷ n = 93	36,70	34,40	18,28	8,60
Hợp Tiến, Đồng Hỷ n = 558	38,35	27,78	26,88	6,99

Qua bảng 1 chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nhóm máu hệ ABO của ba mẫu điều tra với địa điểm và thời gian khác nhau, nhưng lần suất gặp của tỷ lệ nhóm máu đều theo quy luật $O > A > B > AB$. Kết quả tổng hợp ở cả ba mẫu điều tra như sau :

Bảng 2

Số lượng	Nhóm O	Nhóm A	Nhóm B	Nhóm AB
1122	41,71	30,60	21,21	6,42

Chúng tôi nhận thấy nhóm O cao nhất (41,71%) sau đó là nhóm A(30, 60) rồi đến B (21, 21) và thấp nhất là AB(6, 42).

Chúng tôi đã làm phép thử để so sánh tỷ lệ nhóm máu hệ ABO của ba mẫu nghiên cứu đã thu được xem có sự khác nhau không bằng công thức $X^2 = \frac{(Q_i - L_i)^2}{L_i}$. Kết quả thu được với $P > 0,05$ như vậy tỷ lệ nhóm máu hệ

ABO ở cả ba mẫu nghiên cứu là giống nhau. Chúng tôi đã so sánh tỷ lệ nhóm máu hệ ABO của người Dao với người Nùng, H'Mông mà chúng tôi đã điều tra kết quả cho thấy $P < 0,05$, như vậy sự khác nhau với tỷ lệ nhóm máu ABO của người Dao, H'Mông, Nùng là khác nhau có ý nghĩa thống kê.

IV — BÀN LUẬN

So sánh tỷ lệ nhóm máu dân tộc Dao với các dân tộc khác (Bảng 3).

Bảng 3

Dân tộc	Nhóm O	Nhóm A	Nhóm B	Nhóm AB
Kinh	48,35	19,46	27,94	4,24
Tày	30,37	32,46	35,59	0,88
Mường Lê Thanh Uyên	33,56	14,20	45,54	6,68
Vân Kiều Nguyễn Duy Linh	28,75	27,50	38,75	5,00
H'Mông	45,45	10,10	28,03	8,33
Nùng	40,99	24,43	29,09	5,55
Dao Nguyễn Thị Tâm	41,71	30,60	21,21	6,42

Qua bảng so sánh chúng tôi nhận thấy :

1. Trong khi người Kinh, Dao, Nùng, H'Mông với tỷ lệ nhóm máu O cao nhất khi người Tày, Mường, Vân Kiều có tỷ lệ nhóm B cao nhất.

2. Giữa người Dao và Mường có tỷ lệ nhóm máu rất khác nhau; nhóm A khá cao ở người Dao 30,60% lại rất thấp ở người Mường 14,20%; ngược lại nhóm B ở người Dao thấp 21,21% thì lại cao nhất ở người Mường 45,45% (Bảng 3).

— Trước đây, Pabre và Rongen đã nêu tỷ lệ nhóm máu hệ ABO ở người Âu thường theo quy luật $O > A > B > AB$ còn lại các dân tộc vùng Nam Á lại thường gặp theo quy luật $O > B > A > AB$. Nhưng ở người Dao mà chúng tôi điều tra thấy theo quy luật giống người Âu theo Claude và Awille thì không có một chủng tộc nào được đặc trưng bởi một nhóm máu nhất định, sự khác nhau giữa các chủng tộc chỉ có thể biểu hiện tần số tương đối của các nhóm máu khác nhau, tần số này duy trì qua nhiều thế hệ và chỉ có thể thay đổi khi có sự giao lưu hôn nhân giữa các quần thể người với nhau.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét trên. Sự khác nhau về tỷ lệ nhóm máu giữa các dân tộc là một đặc trưng có ý nghĩa chủng tộc.

V — KẾT LUẬN

1. Người Dao với tỷ lệ nhóm máu hệ ABO khác với người Kinh, Tày, Mường, Vân Kiều, Nùng.

2. Người Dao có tỷ lệ nhóm máu hệ ABO theo quy luật $O > A > B > AB$ khác với quy luật phân bố thông thường ở các dân tộc vùng Nam Á là $O > B > A > AB$.

3. Về nhóm máu người Dao nếu kết hợp với việc nghiên cứu các tư liệu về nhân chủng học sẽ giúp chúng ta tìm hiểu nguồn gốc người Dao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Triệu An — Hằng số huyết học, Hội nghị hằng số sinh vật học lần thứ II, 2-1972 trang 113.
2. Ngô Như Hòa — Thống kê trong nghiên cứu Y học, Nhà xuất bản Y học 1982 trang 283.
3. Nguyễn Duy Linh — Góp phần nghiên cứu nhóm máu hệ ABO dân tộc Vân Kiều. Huyết học và truyền máu 1983 trang 7
4. Đoàn Ngọc Lung — Góp phần tìm hiểu nhóm máu dân tộc. Dao — Sinh lý học, Tổng hội Y Học Việt Nam 1974, trang 102.
5. Nguyễn Tấn Gi Trọng — Nhóm máu, Bài giảng sinh lý học. Nhà xuất bản Y Học 1981 trang 33.
6. Bạch Quốc Tuyên — Xác định nhóm máu, Nhà xuất bản Y học 1973.
7. Nguyễn thị Tâm — Tìm hiểu nhóm máu của dân tộc H'mông, Nùng, Dao, Tập san khoa học kỹ thuật Viện — Trường Đại học Y Bắc Thái 1989 trang 15.
8. Lê Thành Uyên — Về những thông số sinh học người Việt Nam. Nhà xuất bản Khoa học và kỹ thuật 1982.

KẾT QUẢ ĐO DUNG TÍCH SỐNG CỦA 93 CÁN BỘ HUYỆN ĐẠI TỪ, BẮC THÁI

HA THỊ THOA

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Đề góp phần vào công tác điều tra sức khỏe và thu thập thêm số liệu xây dựng hằng số sinh lý của người Việt Nam ; Bộ môn sinh lý học chúng tôi đã tham gia với đoàn khám sức khỏe của trường, điều tra dung tích sống của cán bộ công nhân viên thuộc cơ quan huyện Đại Từ, Bắc Thái.

II — PHƯƠNG PHÁP

Chúng tôi đo dung tích sống bằng phễu dung kế nước của Trung Quốc. Cho đối tượng đo hít vào hết sức ở bên ngoài và thở ra hết sức vào máy. Kết quả thu được biểu hiện trên thước tính của máy.

III — KẾT QUẢ

Chúng tôi đo được 93 người ở lứa tuổi 25 — 55, là nam giới. Kết quả thu được chúng tôi xử lý bằng toán thống kê y học.

Bảng 1 — Từ 25 đến 40 tuổi

Dữ kiện	$\bar{x}$	δ	Hằng số sinh lý
Dung tích sống	2908 ml	8.561	3250
Cân nặng	49 kg	8,167	47 ± 4
Chiều cao	1,55 m	0.393	160 ± 5

Bảng 2 — Từ 41 đến 55 tuổi

Dữ kiện	$\bar{x}$	δ	Hằng số sơ nhẩy
Dung tích sống	2933 ml	8.534	2725
Cân nặng	49,4 kg	3,051	$47,5 \pm 3$
Chiều cao	1,59 m	3,295	$159,5 \pm 5$

IV — BÀN LUẬN

— Với kết quả ở bảng 1 cho ta thấy ở lứa tuổi từ 25 — 40 tuổi có chiều cao thấp hơn so với hằng số sinh lý cho nên kết quả dung tích sống cũng thấp hơn $2908 \pm 8,561$. Ở lứa tuổi này với tác giả Trịnh Bình Dy là : 3480 ml. Tác giả Hương Gia Khải 3800. Với người Âu Mỹ tác giả Zehnder là 5030.

— Ở bảng 2 cho ta thấy :

Với chiều cao của đối tượng đo tương đương với chiều cao của hằng số sinh lý trong cùng lứa tuổi cho nên dung tích sống lớn hơn vì có cân nặng lớn hơn. Điều này chứng tỏ dung tích sống phụ thuộc vào chiều cao và cân nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tấn Gi Trọng — Hằng số sinh học, NXBYH Hà Nội, 1975.
2. Trịnh Bình Dy và CS — Nghiên cứu khoa học Viện Nhi, 1974.
3. Trịnh Đình Dy — Lê Thành Uyên và CS, NCKH Y Dược 1973.
4. Trịnh Đình Dy và CS — Sinh hoạt KHKT, Hội sinh lý học 14-3-1974.

ĐỘ TẬP TRUNG I^{131} TẠI TUYẾN GIÁP CỦA NHỮNG NGƯỜI DÂN SỐNG Ở HAI XÃ MIỀN NÚI CÓ BƯỚU CỎ ĐỊA PHƯƠNG LƯU HÀNH

NGUYỄN THỊ THANH
VŨ XUÂN HÙNG

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bướu cổ địa phương hiện nay vẫn đang còn lưu hành khá phổ biến ở nước ta. Theo thống kê của Bệnh viện nội tiết trung ương năm 1986 (1) thì bệnh bướu cổ địa phương ở 15 tỉnh Miền núi và Trung du nước ta với 7 triệu dân sống trong vùng có bướu cổ lưu hành vừa và nặng. Tỉnh Bắc Thái cũng là nơi có bướu cổ lưu hành khá nặng. Bộ Y tế nước ta đã và đang chỉ đạo một chương trình phòng và chống bệnh bướu cổ địa phương bằng các chế phẩm có iot trên một quy mô rộng lớn. Để đóng góp với công tác phòng và chống bệnh này nhóm nghiên cứu tuyến giáp bằng đồng vị phóng xạ của bệnh viện và Trường đại học Y Bắc Thái tiến hành đề tài nghiên cứu này nhằm đánh giá mức độ hao iot của tuyến giáp ở những người sống trong vùng có bướu cổ địa phương lưu hành.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu :

Là những người dân sống ở 2 xã miền núi thuộc tỉnh Bắc Thái (xã Tân Long, huyện Đồng Hỷ và xã Tân Sơn, huyện Bạch Thông).

— Nhóm đối chứng gồm những người khỏe mạnh, không mắc bệnh về tuyến giáp sống ngay tại thành phố Thái Nguyên, nơi không có bướu cổ địa phương lưu hành.

2. Phương pháp nghiên cứu :

— Khám phân loại bướu cổ theo tiêu chuẩn của OMS.

— Mẫu nghiên cứu được chọn một cách ngẫu nhiên, gồm số đối tượng có bướu cổ và không có bướu cổ.

— Nghiệm pháp này được tiến hành theo quy trình các Khoa phóng xạ, Bệnh viện Bạch Mai và Bộ môn y học phóng xạ, Trường đại học Y Hà Nội (2).

— Cách tiến hành: cho mỗi đối tượng uống một liều 5 Microcurie I^{131} dưới dạng dung dịch NaI và đo độ tập trung của I^{131} tại tuyến giáp của đối tượng vào thời điểm 2 giờ và 24 giờ, sau uống dùng băng đầu đếm tinh thể nhấp nháy có lao chỉ định hướng. Phép đo được đo đồng thời với liều chuẩn (băng liều uống) và so sánh với liều chuẩn để tính ra phần trăm (%).

— Cách tính kết quả :

$$\text{Độ tập trung } I^{131} = \frac{\text{Hoạt tính phóng xạ tại tuyến giáp} - \text{Fonde}}{\text{Hoạt tính phóng xạ liều uống} - \text{Fonde}} \times 100$$

III — KẾT QUẢ

Qua khám phân loại bướu cổ chúng tôi thấy tại xã Tân Long, người mắc bướu cổ $> 20\%$ và tỷ lệ này ở xã Tân Sơn là $> 60\%$.

Bảng 1 — Độ tập trung I^{131} tại tuyến giáp của đối tượng ở 2 xã nghiên cứu.

Độ tập trung I^{131} ở tuyến giáp	Nhóm	Xã Tân Long	Xã Tân Sơn
Sau 2 giờ (% so với liều uống)	Có bướu cổ	$30,11 \pm 9,65$	$29,06 \pm 15,4$
	Không bướu cổ	$28,17 \pm 10,86$	$29,56 \pm 13,9$
Sau 24 giờ (% so với liều uống)	Có bướu cổ	$46,72 \pm 14,29$	$50,63 \pm 14,8$
	Không bướu cổ	$45,65 \pm 14,92$	$46,86 \pm 14,76$

Nhận xét kết quả ở bảng 1:

Độ tập trung I^{131} tại tuyến giáp của đối tượng tại 2 xã nghiên cứu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P > 0,5$.

Ngay trong cùng một xã độ tập trung I^{131} ở tuyến giáp cũng không có sự khác biệt giữa nhóm có bướu và nhóm không có bướu ở cả 2 thời điểm đo với $P > 0,5$.

Bảng 2 — So sánh độ tập trung I^{131} tại tuyến giáp của đối tượng ở 2 xã nghiên cứu thuộc nhóm không có bướu cổ với nhóm chứng.

Độ tập trung I^{131} tại tuyến giáp	Xã Tân Sơn (n = 21)	Xã Tân Long (n = 45)	Thành phố Thái Nguyên (n = 23)
Sau 2 giờ (% so với liều uống)	$29,65 \pm 13,9$	$28,17 \pm 10,86$	$19,5 \pm 7,4$
Sau 24 giờ (% so với liều uống)	$46,86 \pm 14,74$	$45,64 \pm 14,12$	$46,9 \pm 17,4$

Nhận xét kết quả bảng 2:

— Độ tập trung I^{131} tại tuyến giáp của đối tượng thuộc nhóm không bướu cổ ở 2 xã nghiên cứu cao hơn ở nhóm chứng vào thời điểm 2 giờ sau uống. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê cao với $P < 0,01$.

— Vào thời điểm 24 giờ độ tập trung I^{131} tại tuyến giáp của các nhóm so sánh nói trên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $P > 0,5$.

IV — BÀN LUẬN

1. Độ tập trung I^{131} tại tuyến giáp của đối tượng ở hai xã nghiên cứu thấy tương đối giống nhau giữa nhóm có bướu cổ và nhóm không bướu cổ mặc dù 2 xã này có tỷ lệ mắc bướu cổ rất khác nhau. Chúng tôi thấy trong cùng một địa phương mọi người sống trong cùng một môi trường và chế độ dinh dưỡng tương tự (iod thấp) thì độ tập trung I^{131} ở tuyến giáp không có sự khác biệt. Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của giáo sư Phan Văn Duyệt và của bệnh viện Nội tiết trung ương.

Bảng 3 — So sánh kết quả với các nghiên cứu khác.

Tên tác giả	Địa phương nghiên cứu	Độ tập trung I^{131} ở tuyến giáp	
		2 giờ (% so với liều uống)	24 giờ (% so với liều uống)
Phan Văn Duyệt và cộng sự 1973 (2)	Ngân Sơn, Cao Bằng — Người không bướu cổ — Người có bướu cổ	32 ± 14,4	61 ± 22,6
		35 ± 14,4	66 ± 17,9
Phan Văn Duyệt và CS 1985 (4)	Hàm Yên — Hà Tuyên		52,3 60,80
Nguyễn Thị Thanh và CS (6)	— Nhóm không bướu cổ — Nhóm bướu cổ	22,2 ± 12,2	43,7 ± 9,5
		25,9 ± 11,5	46,3 ± 9,5

2. So sánh về độ tập trung I^{131} tại tuyến giáp của nhóm không bướu cổ ở 2 xã nghiên cứu với nhóm chứng, thấy có sự khác biệt ở thời điểm 2 giờ nhưng sự khác biệt này lại mất đi ở thời điểm 24 giờ. Điều này cho phép chúng tôi nghĩ đến tác dụng của việc dùng muối trộn iod nhiều năm nay của nhân dân vùng có bướu cổ địa phương và như vậy độ « đói » iod đã giảm bớt.

V — KẾT LUẬN

Qua những kết quả nghiên cứu trên chúng tôi đi đến kết luận sau :

1. Dân sống ở hai xã có bướu cổ địa phương lưu hành khác nhau (một xã có tỷ lệ mắc bướu cổ > 20%, một xã có tỷ lệ mắc bướu cổ > 60%) đều có độ tập trung I^{131} ở tuyến giáp gần như nhau và cao vừa phải so với những người bình thường sống ở Thành phố Thái Nguyên.

2. Trong cùng một vùng địa dư như nhau thì cả nhóm người có bướu cổ và không có bướu cổ độ tập trung I^{131} ở tuyến giáp cao tương tự. Tại sao cùng chịu chung một điều kiện thiếu iod như nhau mà có người mắc bướu cổ có người không mắc ; Đây là vấn đề cần được tiếp tục nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Trần Duệ — Tóm tắt kết quả nghiên cứu đợt 1 (tháng 7-1982 đến 7-1983) về sinh bệnh học bệnh bướu cổ địa phương và bệnh đần độn lưu hành.
Kỷ yếu công trình nghiên cứu Y học hạt nhân 1981 — 1985 trang 63 — 67.
2. Phan Văn Duyệt và cộng sự. Bước đầu tìm hiểu bệnh bướu giáp địa phương miền núi với iod phóng xạ (I^{131}). Y học thực hành 1:3 tháng 5, 6 — 1973 trang 46, 47, 48.
3. Phan Văn Duyệt — Phóng xạ Y học — Nhà xuất bản Y học 1979.
4. Phan Văn Duyệt và cộng sự — Chiến lược hạt nhân hiện đại trong chẩn đoán và điều trị các bệnh tuyến giáp ở Việt Nam.
Kỷ yếu công trình nghiên cứu Y học hạt nhân 1981 — 1985 trang 49 — 53.
5. Lê Mỹ — Bệnh viện Nội tiết trung ương 1986. Đánh giá chương trình tiêm lipiodo phòng bệnh bướu cổ và đần độn (Hợp tác bệnh viện Nội tiết với CEMUBAC và UNICEF). Hội thảo chương trình phòng chống bệnh bướu cổ 1986.
6. Nguyễn Thị Thanh — Bước đầu nghiên cứu mối liên quan giữa dinh dưỡng protein với bệnh bướu cổ địa phương ở một xã miền núi tỉnh Bắc Thái.
(Báo cáo tại Hội nghị khoa học, Trường đại học Y Hà Nội năm 1985).

HÌNH THÁI VÀ TỶ LỆ TẾ BÀO NK (NATURAL KILLERS) Ở 54 SINH VIÊN ĐẠI HỌC Y BẮC THÁI

TRẦN VĂN TIẾN
VŨ BÍCH VĂN

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ chế miễn dịch chống lại các bệnh ung thư là một trong những vấn đề thời sự được y học hiện đại quan tâm. Chúng ta biết có những loại tế bào có khả năng hủy diệt những tế bào lạ, ví dụ tế bào ung thư. Người ta gọi tính chất này là tính chất độc tế bào (cytotoxicity).

Những loại tế bào có tính độc tế bào đã biết gồm:

1. Đại thực bào về bạch cầu đa múi.
2. Một số tiểu quần thể lymphocytes.

a) Tc — lymphocytes:

Tiểu quần thể lympho bào này có thể diệt được tế bào đích, nếu trước đó chúng được tiếp xúc với tế bào đích và thời gian cần thiết cho quá trình miễn cảm là khoảng 7 ngày.

b) TK lymphocytes: Còn gọi là lympho bào «tiêu diệt» (Killers). Loại lympho bào TK có khả năng tiêu diệt tế bào đích phụ thuộc vào kháng thể (tính độc tế bào phụ thuộc kháng thể antibody dependent cellular cytotoxicity).

c) NK — natural Killers.

Những năm đầu thập kỷ 80 này, người ta phát hiện được một loại lympho bào có thể diệt được tế bào đích mà không cần sự miễn cảm trước hoặc sự có mặt của kháng thể vì vậy chúng được gọi là tế bào «diệt tự nhiên» (natural Killers).

Ngày nay, người ta cho rằng NK đóng một vai trò đặc biệt quan trọng trong hệ thống miễn dịch. Đó là những tế bào miễn dịch «tuyến một». NK có khả năng:

- Ngăn chặn sự xuất hiện của khối u.
- Hạn chế sự phát triển của khối u.
- Đề kháng tự nhiên chống nhiễm khuẩn.
- Gây phản ứng chống mảnh ghép (host versus graft reaction).
- Phản ứng mảnh ghép chống túc chủ.

Cho tới nay, chưa có công trình nào nghiên cứu về hình thái và tỷ lệ tế bào NK ở người Việt Nam được công bố. Vì vậy, chúng tôi tiến hành công trình này nhằm góp phần xác định hình thái, tỷ lệ tế bào NK ở người Việt Nam bình thường làm cơ sở để tiếp tục nghiên cứu những biến đổi về số lượng hình thái và hoạt lực của NK trong lâm sàng.

II – ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng:

Chúng tôi nghiên cứu tế bào NK ở 51 sinh viên y lứa tuổi từ 18 đến 25. Những sinh viên mắc các bệnh cấp tính và những bệnh mạn tính rõ ràng được loại khỏi mẫu nghiên cứu. Ngoài ra, những sinh viên có số lượng bạch cầu nằm ngoài giới hạn sinh lý cũng được loại khỏi số liệu thống kê.

2. Phương pháp.

Mẫu máu mao mạch từ đầu ngón tay được lấy xét nghiệm trong điều kiện chuẩn. Ngón tay được sát khuẩn nhẹ nhàng bằng cồn iod 3%, dùng kim chọc máu chuyên dụng chọc sâu 2 – 3mm, lau sạch giọt máu đầu tiên rồi hút lấy 20ml máu bằng micropipet Schaf – Tây Đức. Trộn đều 20ml máu đỏ trong 0,38ml dung dịch lazarus (hút bằng pipet BRAND, Tây Đức). Tráng micropipet 3 lần (đếm số lượng bạch cầu trong buồng đếm Neubauer cải tiến (buồng đếm Smic Trung Quốc). Sau đó lấy máu kéo tiêu bản dàn, để khô, cố định bằng cồn 90° và nhuộm bằng Giemsa của hãng Kanto Chemical Co – Nhật Bản.

Định công thức bạch cầu bằng cách phân loại 200 bạch cầu dưới kính hiển vi quang học, dùng máy đếm cơ học của hãng MARBEL BLOOD CALCULATOR Co, USA.

Xác định tỷ lệ và đánh giá hình thái tế bào NK dưới kính hiển vi quang học OLYMPUS (Nhật) dùng vật kính dầu, độ phóng đại 100×15 lần, đếm 200 bạch cầu đơn nhân, từ đó xác định tỷ lệ NK.

Tiêu chuẩn xác định NK theo GASTE và CS.

- Tế bào dạng lympho
- Kích thước lớn.
- Tỷ lệ tương bào/nhân lớn
- Tế bào bắt màu trung tính hoặc ưa base nhẹ
- Có hạt ưa base.

III – KẾT QUẢ

1. Đánh giá về hình thái NK:

Dưới kính hiển vi quang học với độ phóng đại 15000 lần có thể phân biệt tương đối dễ NK với các loại tế bào đơn nhân khác. Chúng có kích thước từ 7 – 15 μm đa số từ 10 – 15 μm hiếm gặp những NK có độ lớn trên 15 μm và chỉ có ở phần đuôi của tiêu bản. Nhân NK không tròn thường có hình bầu dục, hình quả thận, có thể có khía rõ và nằm lệch tâm trong bào tương. Lưới chromatin tương đối đồng đều, bắt màu tím nhạt và không thấy rõ hạt nhân.

Bào tương bắt màu xanh da trời nhạt, hầu như không thấy vành sáng quanh nhân (perinuclear pale). Chúng tôi cũng bắt gặp một số NK có tương bào bắt màu xanh đậm hơn. Ranh giới của tương bào rõ.

Hạt ưa azur – một tiêu chuẩn hình thái không thể thiếu được của NK có những đặc điểm sau:

- a) Màu sắc: các hạt có màu đỏ tím của azurmethylène
- b) Kích thước: Nhỏ như bụi hoặc tạo thành hạt có kích thước lớn hơn.
- c) Số lượng: nhiều hạt nhỏ hoặc chỉ 3 — 4 hạt to thô.
- d) Phân bố: Luôn tạo thành đám — là tính chất đặc trưng của NK.

2. Tỷ lệ tế bào NK:

- a) Tỷ lệ so với bạch cầu đơn nhân (bao gồm lympho bào và monocytes).

$$\bar{X} = 13,1\%$$

$$S = 5,5\%$$

$$n = 51$$

- b) Tỷ lệ NK tính ra trên tất cả các loại bạch cầu:

$$\bar{X} = 3,9\%$$

$$S = 2,6\%$$

- c) Số lượng tuyệt đối của NK: $305/\text{mm}^3 \pm 133/\text{mm}^3$

(Theo đơn vị SI = $305 \cdot 100^6/\text{l} \pm 133 \cdot 10^6/\text{l}$)

IV — BÀN LUẬN

1. Về mặt hình thái, tế bào NK là một loại tế bào đã được biết đến từ lâu. Trước đây, những tế bào đã được mô tả ở trên vẫn được chúng ta xếp vào nhóm lymphocytes loại to. Các hạt ưa azur nằm trong tương bào cho tới nay mới được chú ý tới. Vì thế, cho đến nay người ta vẫn chưa biết được chức năng của các hạt này, mà chỉ biết rằng chúng không chứa những chất có trong các hạt của monocytes hay bạch cầu đa nhân.

2. Khả năng nhận biết và xác định tỷ lệ NK trong điều kiện thực tế.

Do tế bào NK có thể dễ dàng nhầm lẫn với một số tế bào trong máu ngoại biên như monocytes myelocytes (tủy bào), metamyelocytes (hạ tủy bào) hoặc bị bỏ qua. Nếu tiêu bản không được chuẩn bị và nhuộm theo một quy trình kỹ thuật chuẩn xác, cần phải có những điều kiện như sau mới có thể nhận biết và xác định đúng đắn tỷ lệ NK.

- a) Trang bị: có kính hiển vi chuyên dụng cho nghiên cứu tế bào với độ phóng đại tối thiểu 1000 lần.

- b) Có kỹ thuật viên chuyên trách về tế bào chuẩn bị tiêu bản.

- c) Được chuyên gia về huyết học tế bào đọc tiêu bản. Như vậy, yêu cầu cho việc xác định tỷ lệ NK có cao hơn so với việc phân loại và lập công thức bạch cầu là việc mà một KTV trung cấp có thể làm dễ dàng.

3. Tỷ lệ NK trong công trình của chúng tôi cho thấy không có sự khác biệt giữa tỷ lệ NK của mẫu nghiên cứu và của nước ngoài (so sánh với kết quả nghiên cứu của các tác giả Âu — Mỹ) (Xem bảng dưới).

Các tác giả	Tỷ lệ NK trên 100 bạch cầu đơn nhân	Tỷ lệ NK trên 100 bạch cầu các loại
Gastl và CS (Áo)	$12,5 \pm 5,2\%$	—
Patredge và CS (USA)	7%	—
Timonuen và CS (USA)	—	2 — 6%
Trần Văn Tiến và Vũ Bích Vân	$13,1 \pm 5,5\%$	$3,9\% \pm 2,6\%$

KẾT LUẬN

Công trình nghiên cứu hình thái và tỷ lệ tế bào NK ở 51 sinh viên cho thấy NK có hình thái điển hình và tương đối dễ phân biệt với các loại tế bào máu ngoại biên khác. Tỷ lệ NK xác định được trên mẫu nghiên cứu không khác biệt với người nước ngoài mặc dù môi trường sống của người Việt Nam rõ ràng khác với người Âu — Mỹ. cần tiếp tục nghiên cứu hoạt tính của NK của người Việt Nam nói chung và tỷ lệ cũng như hoạt tính của NK trong các trường hợp bệnh lý nói riêng.

SINH LÝ BỆNH

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM ALPHA FP Ở NHÂN DÂN XÃ TÂN LONG, ĐỒNG HỖ, BẮC THÁI ĐỀ PHÁT HIỆN UNG THƯ GAN TIỀN PHÁT THẺ TIÊM TÀNG

VI VĂN ĐỒ

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Alpha photo protein là loại protein do bào thai sản xuất ra, được K. Peder-
sen phát hiện lần đầu tiên năm 1944 trong máu bé và không tìm thấy ở máu
bò trưởng thành.

Năm 1957 Borgstrand tìm thấy Alpha FP trong bào thai người và mất đi
ở người trưởng thành.

Năm 1963 Abelev xác định được Alpha FP trong huyết thanh của chuột
cổng trắng trưởng thành đã gây ung thư gan thực nghiệm, một năm sau (1964)
Tatarinov đã xác định được Alpha FP trong máu bệnh nhân bị ung thư gan
tiền phát.

Từ đó, nhiều tác giả đã coi Alpha FP như một dấu ấn của máu phổi và
chỉ tái xuất hiện trong huyết thanh máu động vật trưởng thành bị ung thư gan
tiền phát.

Trong đợt điều tra sức khỏe và bệnh tật nhân dân xã Tân Long, Đồng Hồ,
Bắc Thái, chúng tôi đã tiến hành xét nghiệm máu cho tất cả nhân dân đến
khám để tìm Alpha FP với mục đích điều tra cơ bản về sức khỏe và bệnh tật
của nhân dân một xã miền núi phía Bắc.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng:

Trong đợt điều tra sức khỏe và bệnh tật ở xã Tân Long, Đồng Hồ, Bắc
Thái chúng tôi đã xét nghiệm máu cho 300 người từ 7 — 80 tuổi gồm có 134 nam
và 166 nữ để tìm Alpha FP. Tất cả những người được làm xét nghiệm máu
đều đang khỏe mạnh sinh hoạt và làm việc bình thường, họ đến khám là do
yêu cầu của cuộc điều tra.

2. Phương pháp và kỹ thuật:

Chúng tôi sử dụng kỹ thuật miễn dịch khuếch tán hai chiều trên thạch của
Ouchterlony (Immunodifusion).

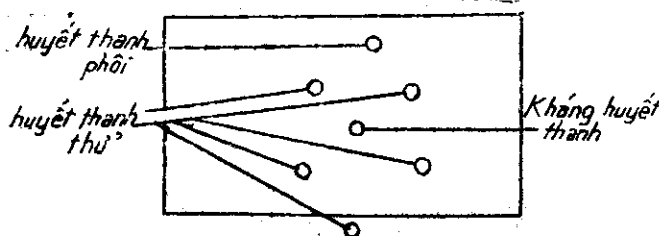
— Kháng huyết thanh thô đơn đặc hiệu do Trường đại học y Hà Nội
sản xuất.

— Alpha FP chuẩn là huyết thanh của máu bào thai có hàm lượng alpha
FP cao được chuẩn bị sẵn và đông khô để dùng dần do Trường đại học y Hà
Nội cung cấp.

Tiến hành

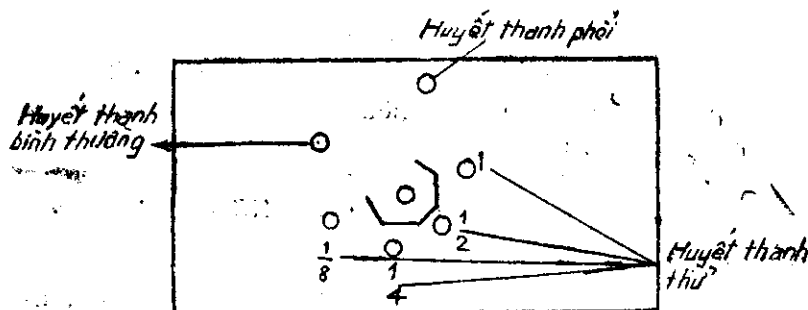
— Dùng bơm tiêm nhỏ lấy 0,50ml máu từ tĩnh mạch, ly tâm 2800 vòng/
phút trong 15 phút cho lắng hồng cầu.

— Trong dung dịch NaCl 0,15m chuẩn bị thạch 1%, đun thạch nóng chảy để 3ml lên lam kính có kích thước $7,5\text{cm} \times 2,5\text{cm}$ để có độ dày của thạch là 2 — 3mm. Chờ cho thạch đông khô ở nhiệt độ phòng, khoét lên thạch như hình vẽ, các lỗ cách đều nhau và có đường kính 2mm với dung tích 30 — 40.



— Cho kháng huyết thanh vào lỗ giữa, huyết thanh thú vào 5 lỗ xung quanh, còn 1 lỗ để huyết thanh phôi làm chứng dương. Cho lam thạch đã chuẩn bị vào trong một hộp ẩm ở nhiệt độ phòng. Sau 24 giờ đọc kết quả lần thứ nhất và sau 48 giờ đọc kết quả lần thứ hai. Khi gặp một đường tua giữa huyết thanh thú và kháng huyết thanh thì lấy huyết thanh ấy làm lại trên 1 lam thạch khác.

Cũng chuẩn bị thạch như trên, nhưng trong 6 lỗ xung quanh 1 lỗ để huyết thanh phôi làm chứng dương, 1 lỗ cho huyết thanh thú ở các nồng độ 1, 1/2, 1/4 và 1/8. Chỉ được xác nhận là dương tính, khi đường kết tua giữa huyết thanh thú và kháng huyết thanh nối liền với đường kết giữa huyết thanh phôi và kháng huyết thanh như hình vẽ.



III — KẾT QUẢ VÀ NHẬN XÉT

Qua đợt khám sức khỏe nhân dân xã Tân Long, Đồng Hỷ Bắc Thái, chúng tôi xét nghiệm máu để tìm Alpha FP cho 300 người ở các lớp tuổi.

Lớp tuổi	Số người xét nghiệm tìm Alpha FP		
	Nam	Nữ	Tổng số
7 — 15	42	40	82
16 — 29	30	42	72
30 — 44	27	38	65
> 44	35	46	81

Trong số 300 trường hợp được xét nghiệm máu để tìm Alpha FP, chúng tôi phát hiện được 1 trường hợp Alpha FP dương tính. Đó là cụ Hoàng Văn T. 78 tuổi, dân tộc Nùng. Trên lâm sàng chưa thấy có biểu hiện gì về bệnh gan mật hay bệnh của các cơ quan chức phận khác.

IV — BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Kết quả điều tra sức khỏe và bệnh tật nhân dân xã Tân Long từ 21-4 đến 28-4-1988, chúng tôi phát hiện được một trường hợp Alpha FP dương tính trên 300 người xét nghiệm. So với tác giả làm cùng kỹ thuật thì tỷ lệ của chúng tôi cao hơn nhiều.

Khu vực điều tra	Kỹ thuật Ouchterlony		
	Số máu xét nghiệm	Alpha FP (+)	Tỷ lệ
Xã Cao Thắng, huyện Ứng Hòa, Hà Sơn Bình Phạm Hoàng Phiệt	1204	1	0,83%
Bình Trị Thiên Văn Học Tấn	7335	1	0,14%
Xã Tân Long, huyện Đồng Hỷ — Bắc Thái	300	1	0,33%

Trong các cuộc điều tra hàng loạt, người ta thường dùng 2 kỹ thuật là miễn dịch khuếch tán 2 chiều trên thanh của Onchterlony và kỹ thuật ngưng kết hồng cầu (Hemagglutination Test), vì những kỹ thuật này không đòi hỏi điều kiện phức tạp và có thể tiến hành tại chỗ hàng loạt người trong một thời gian ngắn.

Tuy nhiên độ nhạy của 2 kỹ thuật này có khác nhau. Kỹ thuật miễn dịch khuếch tán trên thạch có độ nhạy thấp, nó chỉ có khả năng phát hiện được Alpha FP có hàm lượng trong máu từ 10 microgam trên 1 ml trở lên. Trong khi đó kỹ thuật ngưng kết hồng cầu có thể phát hiện được Alpha FP với đậm độ trong máu từ 150 mg/ml trở lên, mặc dầu vậy do điều kiện cơ sở còn bị hạn chế nên chúng tôi chưa thể áp dụng kỹ thuật ngưng kết hồng cầu được.

Sự khác biệt về kết quả Alpha FP của chúng tôi với các tác giả làm cùng kỹ thuật này còn do cả về chọn đối tượng trong cuộc điều tra. Đối tượng điều tra của Phạm Hoàng Phiệt và CS tại xã Cao Thắng, Ứng Hòa, Hà Sơn Bình từ 16 tuổi trở lên, của Văn Học Tấn và CS điều tra ở 4 khu vực thuộc tỉnh Bình Trị Thiên ở lứa tuổi từ 30 — 60 ; đối tượng điều tra của chúng tôi ở xã Tân Long, Đồng Hỷ, Bắc Thái, từ 7 — 80 tuổi.

Ngoài ra, do tính chất khác nhau của các khu vực dân cư của cuộc điều tra cũng cần phải quan tâm. Trong mỗi khu vực, mỗi dân tộc có các điều kiện sống, tập quán sinh hoạt lâu đời khác nhau. Song sự ảnh hưởng này đến phát sinh ung thư gan như thế nào chưa có thể kết luận được. Nhưng một điều chắc chắn mà Pederson đã thấy khi nghiên cứu về các tế bào gan bị ung thư thì đều phát hiện có kháng nguyên bề mặt này đã biến tế bào gan lành thành tế bào gan ung thư (?).

Tóm lại, qua 300 xét nghiệm máu tìm Alpha FP để phát hiện ung thư gan tiên phát chúng tôi chỉ gặp 1 trường hợp Alpha FP dương tính. Mẫu điều tra còn nhỏ, chúng tôi sẽ tiếp tục điều tra ở các khu vực khác nhau trong tỉnh và tại phòng khám BVĐK để phát hiện sớm ung thư gan tiên phát thể tiềm tàng, góp phần vào việc chẩn đoán và điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tatarinov, J — Presence of embryonal Alphaglobulin in the serum of patient with primary hepatom cellular carcinoma.
— Vop. mod. khun, 1964, 1, 90 — 91.
2. Vũ Triệu An và CS — Hoàn thành kỹ thuật xác định Alpha FP trong chẩn đoán miễn dịch ung thư gan.
— Báo cáo hội nghị KHKT BV Việt Đức (1970).
3. Phạm Hoàng Phiệt và CS — Kết quả xét nghiệm Alpha FP hàng loạt để phát hiện ung thư gan trong đợt khám sức khỏe toàn dân ở xã Cao Thắng — Ứng Hòa — Hà Sơn Bình.
— Tập san ngoại khoa 1976.
4. Phạm Hoàng Phiệt và CS — Ung thư gan nguyên phát ở Việt Nam.
— Tập san ngoại khoa 1976.
5. Văn Học Tấn và CS.
— Kết quả xét nghiệm Alpha FP ở vùng dân cư tại Bình Trị Thiên để phát hiện ung thư gan tiên phát thể tiềm tàng.
— Một số công trình nghiên cứu về miễn dịch dị ứng trường đại học Y Hà nội 1986.

KẾT QUẢ XÉT NGHIỆM PHÁT HIỆN KHÁNG NGUYÊN BỀ MẶT CỦA VIRUT VIÊM GAN B (HB_sAg) TẠI XÃ TÂN LONG, HUYỆN ĐỒNG HỖ — TỈNH BẮC THÁI

PHÙNG QUỲNH HƯƠNG
VI VĂN ĐỒ

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

HB_sAg trước đây gọi là kháng nguyên AU, được giáo sư Blumberg phát hiện lần đầu tiên trong huyết thanh của những bệnh nhân viêm gan B. Đó là loại kháng nguyên bề mặt của virut viêm gan B.

Khi có mặt của kháng nguyên này trong máu chứng tỏ bệnh nhân có mắc bệnh viêm gan B.

Như vậy việc xác định kháng nguyên HB_sAg để phát hiện những người mang virut viêm gan B thể tiềm tàng là cần thiết.

Để phát hiện kháng nguyên HB_sAg có thể áp dụng các kỹ thuật :

- Khuếch tán miễn dịch Ouchterlony
- Điện di miễn dịch
- Ngưng kết hồng cầu thụ động đảo ngược
- Kỹ thuật miễn dịch gắn men (Elisa), v.v...

Trong đợt điều tra sức khỏe và bệnh tật của nhân dân xã Tân Long — Đồng Hồ — Bắc Thái, chúng tôi đã tiến hành xét nghiệm tìm HB_sAg cho 220 người đến khám bằng kỹ thuật miễn dịch khuếch tán (Ouchterlony).

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng.

Chúng tôi tiến hành xét nghiệm máu tìm HB_sAg cho 220 người tuổi từ 7 đến 80, Bao gồm các dân tộc Tày, Nùng, Dao, H'mông ở 5 bản của xã Tân Long, huyện Đồng Hồ, tỉnh Bắc Thái.

2. Phương pháp.

Do tiến hành ở tuyến xã miền núi, cơ sở vật chất thiếu thốn chúng tôi áp dụng kỹ thuật ouchterlony trong đợt xét nghiệm này. Đây là kỹ thuật miễn dịch khuếch tán 2 chiều do Ouchterlony đề nghị năm 1949.

— Kháng huyết thanh mẫu (Anti HB_sAg) và kháng nguyên mẫu (HB_sAg) do trung tâm miễn dịch Trường đại học Y Hà Nội sản xuất và cung cấp.

III — KẾT QUẢ

Qua 220 trường hợp được lấy máu để xét nghiệm phát hiện HB_sAg chúng tôi thu được kết quả như sau :

Bảng 1 — Số người xét nghiệm theo giới tính

	Số người được xét nghiệm	HB _s Ag(+)	Tỷ lệ
Tổng số	220	8	3,64%
Nam	98	3	3,06%
Nữ	112	5	4,09%

Bảng 2 — Số người xét nghiệm theo độ tuổi

Tuổi	Số người được xét nghiệm	HB _s Ag(+)	Tỷ lệ
7 — 15	65	3	4,61%
16 — 29	55	3	5,45%
30 — 44	38	1	2,63%
> 44	62	1	1,61%

IV — NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN

Qua kết quả thu được chúng tôi có một số nhận xét sau :

— Tỷ lệ dương tính HB_sAg ở 220 người được làm xét nghiệm bằng kỹ thuật miễn dịch khuếch tán Ouchterlony là 3,64%.

So sánh với các kết quả nghiên cứu của các tác giả ở Hà Nội, Huế làm bằng kỹ thuật điện di miễn dịch thì kết quả của chúng tôi là tương đương không có sự khác biệt.

Bảng — 3 So sánh kết quả nghiên cứu

Tác giả	Nơi nghiên cứu	Đối tượng	HB _s Ag (+)
Bạch Quốc Tuyên	BV Bạch Mai	— Người cho máu	4,14%
Nguyễn Ngọc Minh	Học viện Y Huế	— Nhân dân 4 vùng Bình Trị Thiên	4,9%
Phùng Quỳnh Hương	ĐH Y Bắc Thái	— Nhân viên Y tế	
		— Nhân dân xã Tân Long	3,64%

— Về giới : Qua kết quả xét nghiệm chúng tôi thấy tỷ lệ mang HB_sAg ở nam và nữ chưa có sự khác biệt rõ ràng.

— Về tuổi: Tần số mang HB_sAg gặp ở mọi lứa tuổi song nó tăng dần từ 16 đến 30 tuổi và sau đó giảm dần.

V — KẾT LUẬN

Qua kết quả xét nghiệm phát hiện kháng nguyên bề mặt của virus viêm gan B tại xã Tân Long — Đồng Hỷ — Bắc Thái chúng tôi có kết luận và đề nghị sau :

— Bằng kỹ thuật miễn dịch khuếch tán, chúng tôi đã phát hiện được tỷ lệ người mang HB_sAg là 3,64%. Đây là tỷ lệ đáng chú ý. Chắc chắn bằng những kỹ thuật nhạy hơn thì tỷ lệ này có lẽ sẽ cao hơn.

— Cần phải điều tra rộng khắp tìm HB_sAg trong nhân dân, đặc biệt chú ý đến người cho máu để ngăn ngừa sự lây truyền viêm gan B.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Triệu An
Những kỹ thuật cơ bản dùng trong miễn dịch học. Nhà xuất bản y học — Hà Nội.
2. Nguyễn Ngọc Minh và cộng sự, Khoa huyết học, Học viện Y Huế.
Tình hình nghiên cứu viêm gan B (HB_sAg) bằng kỹ thuật điện di miễn dịch và ngưng kết hồng cầu thụ động đảo ngược.
Tập san nghiên cứu khoa học 2-1982.
3. VAXILEY-CHNICOLOV
Những vấn đề hiện đại về cho máu và truyền máu. Viện thông tin — Thư viện y học trung ương Hà Nội 7-1984.

GÓP PHẦN CHẨN ĐOÁN BỆNH VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI NGUYÊN

PHÙNG QUỲNH HƯƠNG
VI VĂN ĐỒ và cộng sự

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viêm khớp dạng thấp là một bệnh tự miễn. Trong huyết thanh của những bệnh nhân này có một loại protein, đó là một globulin to thuộc nhóm IgB₂M sinh ra do quá trình tự miễn được Waaler và Rose (1940), Lipman (1948) phát hiện và gọi là yếu tố dạng thấp.

Tim hiểu « yếu tố dạng thấp » là để góp phần chẩn đoán xác định bệnh viêm khớp dạng thấp trong các bệnh khớp hàng ngày chúng ta thường gặp như thấp khớp cấp, viêm đa khớp... để giúp cho điều trị nhanh và có hiệu quả kịp thời.

II — PHƯƠNG PHÁP KỸ THUẬT VÀ ĐỐI TƯỢNG

1. Phương pháp :

Để xác định được yếu tố dạng thấp trong huyết thanh của người bệnh, chúng tôi dùng phương pháp của Waaler-Rose gọi là phản ứng Waaler-Rose.

Theo phương pháp này chúng tôi dùng hồng cầu người nhóm O ủ với huyết thanh thử kháng hồng cầu nhóm O của người. Sau đó cho tiếp xúc với huyết thanh của bệnh nhân.

2. Đối tượng :

Chúng tôi tiến hành lấy máu của 80 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm khớp tại phòng khám đông y, phòng khám nội khoa Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên để tìm yếu tố dạng thấp theo phản ứng Waaler-Rose.

Tuổi từ 6 đến 70 tuổi theo các bước sau :

- Điều chế huyết thanh thử kháng hồng cầu người nhóm O.
- Ủ hồng cầu người nhóm O với huyết thanh thử kháng hồng cầu người nhóm O (gọi là hệ thống phát hiện).
- Huyết thanh bệnh nhân pha loãng với nhiều nồng độ khác nhau để tiếp xúc với hệ thống phát hiện.
- Đọc kết quả sau phản ứng ngưng kết.

Phản ứng được coi là dương tính khi hiệu giá ngưng kết là 1/32 trở lên.

Qua 80 mẫu huyết thanh được làm phản ứng Waaler-Rose, chúng tôi nhận thấy :

Hiệu giá ngưng kết	Số trường hợp	Tỷ lệ %
$\leq 1/32$ phản ứng (-)	48/80	60%
$\geq 1/32$ phản ứng (+)	32/80	40%
Trong đó : 1/32	15/80	
1/64	10/80	
1/128	4/80	
1/256	3/80	

Trong số 32 trường hợp phản ứng (+) chúng tôi nhận thấy :

a) Giới : Nữ bị nhiều hơn nam : Nữ 21/32 chiếm 65,6%

Nam : 11/32 chiếm 34,4%.

b) Tuổi : Từ 20 — 40 là gặp nhiều hơn cả.

Tuổi	Số trường hợp	Tỷ lệ %
< 20	8/32	25%
20 — 40	21/32	65,6%
> 40	3/32	9,4%

IV — BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 80 bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp tại phòng khám bệnh viện đa khoa Thái Nguyên thì có 32/80 trường hợp phản ứng Waaler-Rose dương tính (+) tức là phản ứng ngưng kết với nồng độ huyết thanh từ 1/32 trở lên. Nghĩa là 32/80 bệnh viêm khớp được xác định là viêm khớp dạng thấp chiếm tỷ lệ 40%. Kết quả này khác với kết quả của Hoàng Đình Thụ và Trần Ngọc Ân đã công bố (1974) 55%.

Sự khác biệt này có thể do chẩn đoán viêm khớp của các phòng khám còn chưa thống nhất (?).

Song những trường hợp phản ứng Waaler-Rose dương tính, nghĩa là được xác định có viêm khớp dạng thấp thì qua nhận xét của Waaler-Rose, Hoàng Đình Thụ, Trần Ngọc Ân và của chúng tôi hoàn toàn nhất trí. Những bệnh nhân này hoặc đã bị mắc bệnh hoặc có tiền sử mắc bệnh từ nhiều năm nay và nếu ít nhất cũng mắc bệnh từ 6 — 7 tháng trở lên.

Phản ứng Waaler-Rose tìm « yếu tố dạng thấp » góp phần chẩn đoán xác định bệnh viêm khớp dạng thấp là kỹ thuật đáng tin cậy, đơn giản, không đòi hỏi những thiết bị phức tạp. Kỹ thuật có thể tiến hành ở những phòng xét nghiệm của các bệnh viện huyện, quận, thị xã, thực sự góp phần chẩn đoán bệnh viêm khớp dạng thấp giúp cho điều trị chính xác và kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Triệu Ân và CTV — Những kỹ thuật cơ bản dùng trong miễn dịch học. Nhà xuất bản Y học — Hà Nội — 1981 và 1982.
2. Trần Ngọc Ân, Phạm Khuê — Các bệnh về khớp. Nhà xuất bản y học Hà Nội — 1979.
3. Trần Ngọc Ân, Hoàng Đình Thụ — Nhận xét về bệnh viêm cột sống dính khớp và viêm đa khớp dạng thấp trong 5 năm (1970 — 1974) ở Khoa nội bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt nam (số 1) năm 1976 16 — 23.
4. Rowe, D. S — Rheumatoid Factors. Recent advances in clinical Pathology. IV — 22 (1964) 368 — 376.

HỒNG CẦU DÊ VỚI KỸ THUẬT NGUNG KẾT THỤ ĐỘNG

PHAN DUY TẬP
VŨ TRIỆU AN
NGUYỄN NGỌC LANH

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ thuật ngưng kết hồng cầu thụ động là kỹ thuật được sử dụng rộng rãi trong miễn dịch học. Trong kỹ thuật này hồng cầu được coi là một giá đỡ và có thể gắn lên bề mặt hồng cầu các loại kháng nguyên khác nhau. Thí dụ người ta đã gắn HCG (4-5), gammaglobulin (6), kháng nguyên viêm gan HB, Ag (2) v.v... Hồng cầu được sử dụng cũng có thể từ nhiều loại động vật khác nhau như hồng cầu cừu, thỏ (6) v.v... Nhưng vì các loại hồng cầu này thường bị ngưng kết bởi huyết thanh người, do đó gây khó khăn cho việc tiến hành kỹ thuật, nên có tác giả sử dụng hồng cầu người nhóm máu O (7), hoặc sử dụng những hạt nhân tạo không có tính kháng nguyên bằng polyacrylamide, polystyrenel latex (8). Có nhiều cách khác nhau để gắn kháng nguyên lên bề mặt hồng cầu. Cách đơn giản nhất là hấp phụ trực tiếp. Nhưng cách này ít có hiệu quả, vì vậy người ta thường xử lý trước hồng cầu với acid tanic để kháng nguyên bám lên bề mặt hồng cầu chắc chắn hơn, hoặc tạo ra cầu nối giữa kháng nguyên và hồng cầu.

Trong công trình này hồng cầu dê (HCD) đã được sử dụng để thay thế các loại hồng cầu đã nêu, và được xử lý để gắn kháng nguyên bằng các phương pháp khác nhau. Trước khi tiến hành kỹ thuật ngưng kết hồng cầu thụ động chúng tôi đã tiến hành tìm hiểu khả năng ngưng kết tự nhiên giữa huyết thanh người và HCD. Trong các kỹ thuật đều có so sánh kết quả với hồng cầu cừu (HCC) là loại hồng cầu thường hay được sử dụng nhất.

II — VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Hồng cầu dê (HCD). Hiện ở Việt Nam có nuôi 3 loại dê là dê Việt Nam, dê Mông Cổ và dê Ấn Độ. Chúng tôi chọn hồng cầu từ dê Việt Nam làm đối tượng nghiên cứu.

Trong kỹ thuật tìm hiểu khả năng ngưng kết tự nhiên giữa hồng cầu dê và huyết thanh người, huyết thanh lấy từ người cho máu được pha loãng với các nồng độ khác nhau, sau đó cho ngưng kết với hỗn dịch hồng cầu 2% ở nhiệt độ thích hợp trong 2 giờ.

Kỹ thuật Waaler-Rose được tiến hành theo phương pháp cổ điển do Waaler và Rose đã mô tả. Trong đó Hemolyzin kháng HCD do chúng tôi tự bào chế. Huyết thanh lấy từ những người được chẩn đoán là viêm khớp dạng thấp và một số bệnh khác.

Kỹ thuật ngưng kết hồng cầu thụ động bằng phản ứng diazo: Tiến hành theo phương pháp của Gordon (1). Kỹ thuật cũng được tiến hành với huyết thanh bệnh nhân được chẩn đoán viêm khớp dạng thấp và một số bệnh khác.

Kỹ thuật Wide-Gemzell: tiến hành theo phương pháp cổ điển Wide-Gemzell đã mô tả.

III — KẾT QUẢ

1. Ngưng kết tự nhiên giữa HCD và huyết thanh người. Nếu coi độ pha loãng 1/2 là pha loãng bậc 1, 1/4 là bậc 2 ; 1/8 là bậc 3... thì qua 63 mẫu huyết thanh vừa cho ngưng kết tự nhiên với HCD và HCC cho kết quả như sau: Đối với HCC

$$\bar{x} = 3,3 \text{ (Bậc pha loãng trung bình)} \\ = 1,1$$

$$\text{Tỷ lệ dương tính } W = \frac{61}{63} = 96,8\%.$$

Số mẫu huyết thanh ngưng kết tự nhiên với HCC tập trung lớn nhất ở bậc pha loãng 4 ($M_0 = 4$).

Đối với HCD:

$$\bar{x} = 0,6 \text{ (Bậc pha loãng trung bình)} \\ = 1,7$$

$$\text{Tỷ lệ dương tính } \frac{26}{63} = 41,3\%$$

Có một số lớn mẫu huyết thanh không có ngưng kết với HCD ($M_0 = 0$).

2. Phát hiện yếu tố dạng thấp bằng phản ứng Waaler — Rose.

TT	Chẩn đoán lâm sàng	HCC		HCD	
		Độ pha loãng	Bậc pha loãng	Độ pha loãng	Bậc pha loãng
1	Viêm khớp dạng thấp (VKDT)	1/512	10	1/512	10
2	VKDT	1/64	7	1/64	7
3	Loét Mooren	1/256	9	1/256	9
4	T. áp khớp cấp	1/16	5	(—)	0
5	VKDT	1/16	5	(—)	0
6	VKDT	1/512	10	1/512	9
7	VKDT	1/512	10	1/512	10
8	Loét Mooren	1/128	8	1/128	8
9	VKDT	1/128	8	1/128	8
10	VKDT	1/256	9	1/256	9
11	VKDT	1/16	5	(—)	0
12	Viêm khớp gối	1/256	9	1/256	9
13	Viêm khớp cổ chân	1/256	9	1/256	9
14	Viêm màng hoạt dịch khớp gối	1/128	8	1/128	8
15	VKDT	1/8	4	(—)	0
16	Dịch khớp VKDT	1/256	9	1/256	9
17	VKDT	1/64	7	1/64	7
18	VKDT	1/16	5	1/16	5
19	Viêm khớp cổ tay	1/64	7	1/64	7
20	VKDT	1/16	5	(—)	0

3. Phát hiện yếu tố dạng thấp bằng phản ứng diazô.

TT	Chẩn đoán lâm sàng	Hiệu giá ngưng kết	
		HCC	HCD
1	VKDT	1/512	1/512
2	VKDT	1/64	1/64
3	Loét Mooren	1/256	1/256
4	Thấp khớp cấp	1/16	(-)
5	VKDT	1/6	(-)
6	VKDT	1/256	1/256
7	VKDT	1/512	1/512
8	VKDT	1/28	1/128
9	Loét Mooren	1/28	1/128
10	VKDT	1/256	1/256
11	VKDT	1/6	(-)
12	Viêm khớp gối	1/256	1/256
13	Viêm khớp cổ chân	1/256	1/256
14	Viêm màng hoạt dịch khớp gối	1/28	1/128
15	VKDT	1/8	(-)
16	Dịch ở khớp gối VKDT	1/256	1/256

4. Kỹ thuật Wide — Gemzell : Qua 23 mẫu nước tiểu của phụ nữ nghi có thai đã được xét nghiệm để phát hiện HCG bằng HCC và HCD cho kết quả như sau :

TT	Hiệu giá ngưng kết với HCC	Hiệu giá ngưng kết với HCD	TT	Hiệu giá ngưng kết với HCC	Hiệu giá ngưng kết với HCD
1	1/128	1/128	12	1/32	1/32
2	1/128	1/128	13	(-)	(-)
3	(-)	(-)	14	1/128	1/128
4	1/16	1/16	15	(-)	(-)
5	1/64	1/64	16	1/64	1/64
6	(-)	(-)	17	1/128	1/128
7	(-)	(-)	18	1/64	1/64
8	1/128	1/128	19	(-)	(-)
9	1/128	1/128	20	1/128	1/128
10	1/2	1/4	21	1/128	1/128
11	(-)	(-)	22	(-)	(-)
			23	1/128	1/128

IV — BÀN LUẬN

— Ngưng kết tự nhiên giữa HCD với huyết thanh người: Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy hầu hết các mẫu huyết thanh có khả năng ngưng kết tự nhiên với HCC, tỷ lệ dương tính là 96,8%. Số mẫu dương tính ở bậc pha loãng 1/16 là nhiều nhất. Điều này phù hợp với nhiều tác giả đã tiến hành (3, 8). Sự hiện diện của kháng nguyên Forsmman trên bề mặt HCC cũng đã được nói

tới (3). Đó là vấn đề cần lưu ý trong kỹ thuật ngưng kết thụ động có sử dụng HCC có nhiều tác giả khuyên nên hấp phụ trước HCC với huyết thanh bệnh nhân để tránh dương tính giả, hoặc các phản ứng chỉ được gọi là dương tính khi có hiệu giá ngưng kết từ $1/20$ trở lên (8). Với HCD kết quả có sự khác biệt đáng kể. Huyết thanh người hầu hết không gây ngưng kết với HCD. Nếu có ngưng kết cũng ở bậc pha loãng rất thấp ($\bar{X} = 0,6$).

— Kỹ thuật Waaler — Rose : Trong kỹ thuật này kháng nguyên được gắn lên bề mặt hồng cầu bằng phương pháp miễn dịch. Đây là kỹ thuật được sử dụng rộng rãi trên lâm sàng để phát hiện yếu tố dạng thấp. Có nhiều loại hồng cầu đã được sử dụng trong kỹ thuật này song HCC vẫn là loại hồng cầu thông dụng. Nhưng như chúng tôi đã trình bày, HCC lại bị ngưng kết tự nhiên với huyết thanh người. Qua kết quả ta thấy 20 trường hợp có 14 trường hợp dương tính khi tiến hành cả bằng HCC và HCD. Trong đó có 13 trường hợp hoàn toàn như nhau. Nếu chỉ tính từ hiệu giá $1/20$ trở lên kỹ thuật tiến hành bằng HCC và HCD có sự tương quan chặt chẽ ($r = 0,972$). Còn 6 trường hợp khi tiến hành bằng HCC cho kết quả dương tính với độ pha loãng $1/16$. Theo các tác giả kết quả phải trên $1/20$ mới được coi là dương tính. Như vậy 6 trường hợp này đều được coi là âm tính. Nhưng khi tiến hành bằng HCD chúng tôi thấy kết quả âm tính ở 5 trường hợp, còn 1 trường hợp dương tính với hiệu giá $1/16$. Như vậy trường hợp này âm tính hay dương tính ? theo nghiên cứu trước của chúng tôi hầu hết HCD không gây ngưng kết tự nhiên với huyết thanh người. Nếu có ngưng kết cũng có hiệu giá rất thấp (cao nhất là $1/8$). Như vậy trường hợp này phải là một trường hợp dương tính mà nếu chỉ tiến hành bằng HCC sẽ bỏ qua.

5. Ngưng kết thụ động bằng phản ứng diazo : Trong kỹ thuật này gamma-globulin được gắn lên bề mặt hồng cầu bằng cầu nối diazo — benzidin. Qua 16 mẫu nghiên cứu ta thấy tiến hành bằng HCC và HCD đều cho kết quả dương tính như nhau. Tất nhiên ở đây vẫn phải theo quy ước đối với HCC dương tính từ $1/20$ trở xuống đều coi là âm tính. Như vậy rõ ràng HCD phản ánh kết quả trung thực hơn.

6. Kỹ thuật Wide — Gemzell : Thực chất là kỹ thuật ngăn ngưng kết, trong đó kháng nguyên được gắn lên bề mặt hồng cầu bằng acid tanic. Trong 23 mẫu thử ta thấy chỉ có một trường hợp lệch nhau một bậc pha loãng ; Nên trong kỹ thuật này có thể nói kết quả tiến hành bằng HCC và HCD tương quan rất chặt chẽ.

V — KẾT LUẬN

— Cũng như HCC và các loại hồng cầu khác ta có thể gắn kháng nguyên lên bề mặt HCD bằng acid tanic, cầu nối diazo hoặc bằng phương pháp miễn dịch.

— Do HCD ít ngưng kết tự nhiên với huyết thanh người, nên trong các kỹ thuật ngưng kết hồng cầu thụ động nếu lấy HCD làm giá đỡ để gắn kháng nguyên thì kỹ thuật tiến hành sẽ thuận lợi hơn và kết quả cũng chính xác hơn là dùng HCC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Triệu An — « Những kỹ thuật cơ bản dùng trong miễn dịch học » NXB Y học — 1982 — 38 — 57.
2. Báo cáo của các nhóm khoa học của OMS — Phương pháp chẩn đoán nhanh nhiễm virus — 1983 — 18 (Tiếng Nga).
3. Kabar. E. Meger. M. — Miễn dịch học thực nghiệm — 1963, 126 (tiếng Nga).
4. Vũ Thục Nga — Phản ứng Wide — Gemzell. Sản phụ khoa. 1926, 1, 63 — 73.
5. Vũ Thục Nga ; Phạm Thị Tố — Tính chất sinh học và tính chất miễn dịch học HCG. Sản phụ khoa. 125, 2, 49 — 55.
6. Noel R ; Milgrom F — Nguyên lý của miễn dịch học. 1973, 64 — 71 (tiếng Anh).
7. Sanmel. O ; Freedman — Miễn dịch học lâm sàng — 1976 — 260 (Tiếng Nga).
8. Tames. T ; Barne! — Miễn dịch học — 1971. 24 — 28 (tiếng Anh).

HỒNG CẦU DÊ VỚI KỸ THUẬT BỎ THẺ

PHAN DUY TẬP
VŨ TRIỆU AN
NGUYỄN NGỌC LANH

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong kỹ thuật bỏ thẻ có nhiều kỹ thuật khác nhau ví dụ: Kỹ thuật đo hoạt tính bỏ thẻ toàn phần, kỹ thuật tiêu thụ bỏ thẻ, hoặc kỹ thuật xác định phức hợp miễn dịch, v.v... vì thế kỹ thuật bỏ thẻ được ứng dụng rất rộng rãi, không những chỉ trong các phòng thí nghiệm miễn dịch mà cả trong lâm sàng. Trước hết kỹ thuật bỏ thẻ giúp ta có thể định lượng được bỏ thẻ toàn phần hoặc từng thành phần của bỏ thẻ trong máu, giúp phát hiện được một loại kháng nguyên hoặc kháng thể nào đó (ví dụ xác định kháng thể trong chẩn đoán giang mai). Trong kỹ thuật bỏ thẻ có một hệ thống chỉ thị, đó là hồng cầu và kháng thể tương ứng (hemolyzin). Từ trước tới nay hồng cầu được sử dụng trong kỹ thuật bỏ thẻ là hồng cầu cừu (HCC). Vì đối với nhiều phòng thí nghiệm, HCC dễ kiếm và được sử dụng trong nhiều kỹ thuật khác nữa; hemolyzin tương ứng lại có bán sẵn trên thị trường. Nhưng ở những cơ sở không có sẵn cần tiến hành kỹ thuật này gặp khó khăn. Chúng tôi thử nghiên cứu thay thế HCC bằng một loại hồng cầu khác dễ kiếm hơn, đó là hồng cầu dê (HCD). HCD sẽ được sử dụng trong 2 kỹ thuật chính của các kỹ thuật bỏ thẻ. Đó là kỹ thuật đo hoạt tính bỏ thẻ toàn phần theo đơn vị CH50 và kỹ thuật tiêu thụ bỏ thẻ. Nhưng để dùng HCD trong kỹ thuật bỏ thẻ chúng tôi phải nghiên cứu một số tính chất của HCD, đó là khả năng tan vỡ hồng cầu dưới tác dụng của bỏ thẻ, và số HCD cần thiết để giải phóng ra một lượng huyết cầu tố tương ứng với số HCC đã biết.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng.

— HCD được lấy từ dê Việt Nam, là loại dê được nuôi nhiều nhất ở nước ta. Tiêu chuẩn dê Việt Nam là theo mô tả của tác giả Đặng Trần Dũng. Khi tiến hành kỹ thuật luôn dùng HCC để đối chứng.

— So sánh mức độ tan vỡ HCC và HCD dưới tác dụng của bỏ thẻ được tiến hành với 9 mẫu huyết thanh có hàm lượng bỏ thẻ khác nhau.

— Kỹ thuật đo hoạt tính bỏ thẻ toàn phần tiến hành với những mẫu huyết thanh người cho máu.

— Kỹ thuật tiêu thụ bỏ thẻ tiến hành trên những bệnh nhân được Viện đa liệu chẩn đoán giang mai dương tính.

2. Phương pháp.

— So sánh mức độ tan vỡ HCC và HCD dưới tác dụng của bỏ thẻ: dùng lượng HCC và HCD tương đương nhau ủ với hemolyzin tương ứng, mỗi loại thêm vào đó lượng bỏ thẻ tăng dần. So sánh mức độ tan huyết ở mỗi loại hồng cầu.

— Kỹ thuật tiêu thụ bỏ thẻ theo thường quy của Viện Pasteur Paris.

— Đo hoạt tính bỏ thẻ toàn phần theo kỹ thuật của Kabat — Mayer, tính bằng đơn vị CH 50.

III — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. So sánh mức độ tan vỡ HCC và HCD dưới tác dụng của bờ thề.

Bảng 1 — Mức độ tan vỡ hồng cầu phụ thuộc bờ thề

Mẫu huyết thanh	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Nồng độ huyết thanh	0	1/60	1/40	1/30	1/20	1/15	1/12	1/10	1/8
Đơn vị CH50	0	0,5	0,75	1	1,5	2	2,5	3	3,7
Mức độ tan vỡ HCC (%)	0	6	19	51	85	94	97	98	100
Mức độ tan vỡ HCD (%)	0	5	15	49	82	93	98	100	100

2. Xác định số lượng HCD cần thiết

Bảng 2 — Số HCD cần thiết để có huyết cầu tố tương đương $1000 \cdot 10^6$ HCC

Mẫu	1	2	3	4	5
Kết quả	$1480 \cdot 10^6$	$1240 \cdot 10^6$	$1380 \cdot 10^6$	$1400 \cdot 10^6$	$1480 \cdot 10^6$

$$\bar{x} = 1396 \cdot 10^6 \pm 125 \cdot 10^6$$

Tức là để có lượng huyết sắc tố tương đương $1000 \cdot 10^6$ HCC phải có xấp xỉ $1400 \cdot 10^6$ HCD.

3. Đo hoạt tính bờ thề toàn phần theo đơn vị CH50

Bảng 3 — Kết quả đo hoạt tính bờ thề toàn phần theo đơn vị CH50 bằng HCC và HCD.

HC sử dụng	n	$\bar{x}$	σ	Hệ số tương quan r
HCC	22	32	5,8	0,770
HCD	22	32,3	4,8	

4. Kỹ thuật tiêu thụ hồng cầu

Bảng 4 — Hiệu giá kháng thể giang mai xác định bằng kỹ thuật tiêu thụ hồng cầu sử dụng HCC và HCD

TT	HCC	HCD
1	1/32	1/32
2	1/64	1/64
3	1/128	1/128
4	1/32	1/32
5	1/256	1/256
6	1/32	1/32
7	1/32	1/32
8	1/64	1/64
9	1/64	1/64
10	1/32	1/32
11	1/256	1/256
12	1/128	1/128
13	1/64	1/64

Trên 13 mẫu kết quả xác định bằng HCC và HCD là hoàn toàn như nhau

IV — BÀN LUẬN

Trong kỹ thuật hồng cầu người ta cho rằng không nhất thiết chỉ dùng một loại hồng cầu rào mà có thể dùng nhiều loại hồng cầu từ nhiều loại động vật khác nhau, kể cả hồng cầu người (Viazov — 1967). Thế nhưng khi tiến hành kỹ thuật này người ta đều thống nhất dùng HCC. Vì khi tiến hành kỹ thuật, các yếu tố tham gia phải được tiêu chuẩn hóa nghiêm ngặt. Mà trong đó hồng cầu là một yếu tố quan trọng nhất. Số lượng hồng cầu võ nhiều hay ít cho ta biết hoạt tính hồng cầu đã tham gia phản ứng. Lượng hồng cầu võ gián tiếp thể hiện qua lượng huyết cầu tố giải phóng ra. Mỗi loại hồng cầu to nhỏ khác nhau, và lượng huyết cầu tố của mỗi loại cũng khác nhau. Do đó muốn có kết quả thống nhất phải điều chỉnh lượng hồng cầu tham gia phản ứng. HCD nhỏ hơn HCC nên để giải phóng ra lượng huyết cầu tố như nhau phải có lượng HCD lớn hơn. Theo kết quả thu được chúng tôi thấy tương đương 1000.10^6 . HCC phải có 1400.10^6 HCD. Trong thực tế khi tiến hành kỹ thuật hồng cầu sử dụng là theo phần trăm thể tích chứ không theo số lượng hồng cầu, nên sự khác biệt này không làm phức tạp thêm thao tác kỹ thuật.

HCD cũng như HCC khi đã thỏa mãn hemolysin tương ứng sẽ tan vỡ hồng cầu theo một quy luật như nhau khi có mặt hồng cầu. Điều đó cho phép ta có thể sử dụng HCD trong kỹ thuật này.

Kỹ thuật tiêu thụ hồng cầu: qua 13 mẫu huyết thanh xác định kháng thể giang mai, chúng tôi đã tiến hành bằng HCC và HCD thấy rõ kết quả hoàn toàn như nhau. Xét về nguyên lý kỹ thuật tiêu thụ hồng cầu ta dễ dàng chấp nhận việc thay thế HCC bằng HCD. Có nghĩa là lượng hồng cầu còn lại nhiều hay ít sau một phản ứng kháng nguyên — kháng thể sẽ được phản ánh trung thành qua hệ thống chỉ thị là sự tan vỡ hồng cầu.

V — KẾT LUẬN

— Dưới tác dụng của bồ thê, HCC cũng như HCD đều tan vỡ theo một quy luật (Hệ số tương quan $r = 0,999$), nên có thể sử dụng HCD trong kỹ thuật bồ thê.

— Để có lượng huyết cầu tố tương đương với 1000.10^6 HCC phải có 1400.10^6 HCD.

— Trong kỹ thuật đo hoạt tính bồ thê toàn phần theo đơn vị CH50 và kỹ thuật tiêu thụ bồ thê khi tiến hành bằng HCC và HCD cho kết quả như nhau

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đặng Trần Dũng — Kỹ thuật nuôi dê — 1962 NXB « Nông nghiệp » tr 9
2. Nguyễn Ngọc Lanh, Vũ Triệu An — Sự thay đổi hoạt tính bồ thê trong sốt rét thường và sốt rét ác tính. Sinh lý học 1972, số 1, tr 19 — 26
3. Nguyễn Ngọc Lanh — Kỹ thuật bồ thê. Trong sách « Những kỹ thuật cơ bản dùng trong miễn dịch học » 1982 — tập 2 NXB Y học » tr 213 — 242
4. Nguyễn Ngọc Lanh, Trương Mộng Trang — Những điều cần chú ý khi đo bồ thê theo đơn vị CH50 — Sinh lý học, số 2 — 1976 tr 28.
5. Noel — R.R, Pierthug. M. D, Biazzi. E-Methodr in immunodiagnosis. Newyork — 1973. P — 101 — 109.
6. Noel. R. R, Milgrom. F, Van oss. C. j-Principles of immuno ogy — Newyork — 1973 P. 64 — 71
7. Samuel. O, Freedman — Clinical immunology — 1971. P 360
8. Viazov — O. E, Khodzaev. S. Kh — Hướng dẫn miễn dịch học. NXB Y học 1973 tr 165 (tiếng Nga)

GÓP PHẦN NGHIÊN CỨU DÙNG HỒNG CẦU DÊ THAY HỒNG CẦU CỪ TRONG KỸ THUẬT TẠO ROSETTE

PHAN DUY TẬP, VŨ TRIỆU AN
ĐỖ TRUNG PHẤN

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Kỹ thuật tạo Rosette ngày càng được ứng dụng rộng rãi trong các phòng thí nghiệm nghiên cứu miễn dịch học và miễn dịch lâm sàng. Có rất nhiều các kỹ thuật tạo rosette khác nhau được sử dụng với mục đích khác nhau và dựa trên các nguyên lý khác nhau. Trong đó cần nói tới 2 loại rosette đặc biệt thông dụng, đó là kỹ thuật tạo rosette tự nhiên để phát hiện tế bào lympho — T, một loại tế bào tham gia đáp ứng miễn dịch qua trung gian tế bào; và kỹ thuật tạo rosette bổ thể để phát hiện tế bào lympho B, đó là loại tế bào sản xuất ra các globulin miễn dịch để tham gia quá trình đáp ứng miễn dịch dịch thể. Các kỹ thuật này đều dựa trên sự kết dính giữa tế bào lympho và hồng cầu cừu (tất nhiên là với nguyên lý khác nhau). Từ trước tới nay các phòng thí nghiệm trong và ngoài nước đều sử dụng hồng cầu cừu, có lẽ đó là loại dễ kiếm ở nhiều cơ sở nghiên cứu, và một điều quan trọng là hồng cầu cừu là loại có thể tạo rosette ngẫu nhiên với tế bào lympho T. Cừu là loại không có tự nhiên ở nước ta nên cũng không phải là dễ có, và phải chăng chỉ có hồng cầu cừu là mới có khả năng tạo rosette ngẫu nhiên với tế bào lympho T. Vì vậy chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu hồng cầu của một loài động vật khác cùng một bộ, gần về giống với cừu và lại sẵn có ở nước ta xem có khả năng tạo rosette như hồng cầu Cừu không. Chúng tôi đã chọn hồng cầu Dê làm đối tượng nghiên cứu.

II — CHẤT LIỆU PHƯƠNG PHÁP VÀ KẾT QUẢ

Ở nước ta hiện có 3 loại dê là dê Mông Cồ, dê Ấn Độ và dê Việt Nam, trong đó dê Việt Nam là loại được nuôi phổ biến nhất. Chúng tôi đã nghiên cứu hồng cầu của loại dê này, và chúng tôi đã nghiên cứu hồng cầu dê với 2 kỹ thuật tạo rosette chính để phát hiện tế bào lympho T và B.

1. Kỹ thuật tạo rosette tự nhiên để phát hiện tế bào lympho T

Kỹ thuật này dựa trên nguyên lý là các tế bào lympho mà nhiều tác giả (N. Hogg và CS, 1972, N. Mendel, 1973, J. Wybran, CS, 1973, v.v...) đã xác định là tế bào lympho T có khả năng tạo rosette ngẫu nhiên với hồng cầu cừu (HCC) trong điều kiện nhất định. Như vậy vấn đề đặt ra là hồng cầu dê (HCD) liệu có thể tạo rosette ngẫu nhiên với lympho T hay không?

Phương pháp tiến hành: Chúng tôi tiến hành bằng kỹ thuật tạo rosette phát hiện tế bào T đã thông dụng ở nhiều phòng thí nghiệm đồng thời với 2 loại hồng cầu cừu và dê theo các bước:

- Phân lập tế bào lympho từ máu ngoại vi bằng Ficoll.
- Chuẩn bị HCC và HCD pha thành nồng độ 1%.
- Ủ HCC và HCD với tế bào lympho ở 4°C qua đêm với một tỷ lệ thích hợp.

— Đọc kết quả bằng kính hiển vi, một tế bào lympho có 3 hồng cầu bám trở lên được gọi là một rosette.

Chúng tôi đã lấy máu từ 20 thanh niên khỏe mạnh, tuổi từ 20 — 24, phân lập tế bào lympho và tạo rosette với HCC và HCD, cho kết quả như sau:

Bảng 1 — Rosette ngẫu nhiên

Hồng cầu sử dụng	n	$\bar{x}$	σ
HCC	20	60	3
HCD	20	59	4

Khi so sánh hệ số tương quan từng cặp giữa tế bào lympho tạo rosette ngẫu nhiên với HCC và HCD ta thấy hệ số tương quan ở mức ý nghĩa 90%, và khi so sánh 2 số trung bình tạo rosette với 2 loại hồng cầu khác nhau ta thấy sự khác nhau là không có ý nghĩa ($P = 0,10$).

2. Kỹ thuật tạo rosette bề thê phát hiện tế bào lympho B.

Kỹ thuật dựa trên nguyên lý tế bào lympho B có receptor để gắn với bề thê C₃. Vì vậy người ta đã gắn hemolyzin kháng cừu lên bề mặt HCC ở mức độ không gây ngưng kết. Sau đó gắn C₃ lên phức hợp HCC và hemolyzin đã có rồi ủ với tế bào lympho. Tế bào lympho B sẽ gắn với HCC qua cầu nối bề thê và hemolyzin. Như vậy qua nguyên lý kỹ thuật ta thấy HCC chỉ là vật chỉ thị để có thể xác định được tế bào lympho B và ít có liên quan tới tính chất đặc thù của hồng cầu. Vì vậy chúng tôi đã tiến hành kỹ thuật này với HCD. Hemolyzin kháng dê ở đây do chúng tôi tự bào chế lấy bằng cách lấy HCD miễn cảm cho thỏ như miễn cảm bằng HCC.

Kỹ thuật tiến hành HCD song song với HCC để làm chứng và được thực hiện qua các bước:

— Ủ HCC và HCD với hemolyzin tương ứng ở bậc pha loãng tối thiểu mà không gây ngưng kết.

— Ủ tiếp phức hợp trên với bề thê C₃.

— Và cuối cùng ủ với tế bào lympho đã phân lập.

— Đọc kết quả sau 2 giờ.

Chúng tôi đã tiến hành trên 20 người khỏe mạnh ở lứa tuổi 20 — 24 và kết quả cho thấy như sau:

Bảng 2 — Rosette bề thê

Hồng cầu sử dụng	n	$\bar{x}$	σ
HCC	20	27	3
HCD	20	26	3

So sánh hệ số tương quan từng cặp giữa số lượng tế bào lympho tạo rosette bề mặt với HCC và HCD thấy có sự tương quan và mức tương quan là 0,98; và so sánh số trung bình thấy sự khác nhau là không có ý nghĩa với xác suất 0,80.

III — BÀN LUẬN

Với các kết quả trên chúng ta có thể thấy với các điều kiện như đối với HCC thì HCD có thể tạo rosette một cách ngẫu nhiên với tế bào lympho máu ngoại vi với một tỷ lệ tương đương như HCC. Nhưng vấn đề còn lại là tế bào lympho có thể tạo rosette ngẫu nhiên với HCD đó có phải cũng là tế bào đã tạo rosette ngẫu nhiên với HCC hay không? Để xác định vấn đề này chúng tôi đã tiến hành như sau:

— Lấy 6ml máu ở người cho máu tách lấy tế bào lympho bằng Ficoll phân lớp.

— Sau đó lấy tế bào lympho này cho tạo rosette ngẫu nhiên với HCD. Để ở nhiệt độ 4°C.

— Sau 2 giờ lại dùng Ficoll ra khỏi số tế bào không tạo rosette.

— Số tế bào lympho không tạo rosette với HCD chúng tôi dùng để tạo rosette với HCC.

— Số rosette tách được mà mỗi rosette bao gồm một tế bào lympho ở giữa và có các HCD bám xung quanh. Chúng tôi phá bỏ HCD bám xung quanh bằng cách cho vào dung dịch nhược trương trong thời gian 10 phút ở nhiệt độ 4°C (chúng tôi thấy thích hợp là ở nồng độ nước muối 5,6‰). Như vậy chúng tôi thu được tế bào lympho đã tạo rosette với HCD. Tế bào này chúng tôi tạo rosette trở lại với HCC và HCD.

Có thể minh họa quá trình trên bằng sơ đồ sau:

Qua 6 mẫu máu của 6 người cho máu chúng tôi thấy tế bào lympho có thể tạo rosette với HCD bị loại bỏ HCD đi rồi tạo lại rosette với HCC và HCD cho kết quả như sau:

Với HCC $\bar{x} = 89,1\%$

HCD $\bar{x} = 87,7\%$

Số tế bào không tạo rosette với HCD đem tạo rosette với HCC cho kết quả $\bar{x} = 1,7$.

Qua thí nghiệm trên ta có thể thấy số tế bào lympho nào không tạo rosette với HCD thì cũng không tạo rosette với HCC, và tế bào lympho nào có khả năng tạo rosette với HCD thì cũng chính là tế bào lympho có khả năng tạo rosette với HCC.

Nhưng trong thí nghiệm chỉ có 89,1% số tế bào lympho đã tạo rosette với HCD có khả năng tạo rosette với HCC có lẽ do một số tế bào lympho bị tổn thương cơ quan cảm thụ bề mặt qua lần gắn trước với HCD, và theo nhiều tác giả (P. Perlmann; H. Wigzell...) thì rosette ngẫu nhiên tạo ra giữa HCC và tế bào lympho T là rosette không bền vững, dễ bị tan ra khi chúng ta thao tác. Mà trong thí nghiệm chúng ta cũng thấy số tế bào lympho đã gắn với HCD đem phá bỏ HCD đi rồi gắn lại với chính HCD cũng chỉ có 87,7% tạo được rosette.

Còn rosette bồ thê thì như phương pháp tiến hành ta thấy mấu chốt ở đây là do tế bào lympho có reseptor đối với C3. Như vậy bất kỳ một phức hợp miễn dịch nào có cố định bồ thê (có cố định C3) thì đều có thể gắn với tế bào lympho B. Trong trường hợp này hồng cầu và hemolysin tương ứng chỉ là một phức hợp miễn dịch đề cố định C3 mà thôi. Nên tính chất đặc thù của hồng cầu ở đây không có ý nghĩa ảnh hưởng tới việc tạo rosette. Qua suy luận ta cũng có thể thấy HCD cũng như HCC đều có thể tạo rosette bồ thê cũng với hemolysin tương ứng của nó qua cầu nối C3.

IV — KẾT LUẬN

Như vậy tế bào lympho (mà theo các tác giả là tế bào lympho T) có khả năng tạo rosette ngẫu nhiên với HCC thì cũng có khả năng tạo rosette ngẫu nhiên với HCD và tỷ lệ xác định là tương đương.

— HCD cũng có thể làm vật chỉ thị như HCC trong kỹ thuật tạo rosette bồ thê để phát hiện tế bào lympho B và kết quả thu được cũng tương đương như tiến hành bằng HCC.

Vậy các kỹ thuật tạo rosette để phát hiện tế bào lympho T và B có thể được tiến hành với HCD không nhất thiết là chỉ với HCC, HCC và HCD đều có thể tạo rosette ngẫu nhiên với tế bào lympho T nếu có thể về mặt cấu trúc bề mặt của HCC và HCD chắc chắn có điểm giống nhau. Nhưng bản chất cấu trúc này trên bề mặt HCC như thế nào thì đến nay cũng vẫn chưa được rõ (Michael Djondal). Cùng với các tính chất sinh học khác của HCD so với HCC cũng cần được tiến hành nghiên cứu để có thể ứng dụng nhiều hơn nữa hồng cầu dê trong các phản ứng miễn dịch.

HCD là loại hồng cầu có thể thay thế HCC trong kỹ thuật tạo rosette.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Sinh lý bệnh — Những kỹ thuật cơ bản dùng trong miễn dịch học (tập II). NXB « Y học » 1982. Trang 88.
2. T. B. Natvig ; P. Perlmann và H. Wigzell — « Lymphocytes isolation, fractionation and characterization — Scandinavian Journal of immunology. Supplement No 5/1976. P. 100 — 108.
3. I. Đ. Poniacina — Tạo Rosette. « Tạp chí Y học tóm tắt » 7-1982 (tiếng Nga).
4. E. F. Trenusenکو, L. S. Cogoxova — Nghiên cứu miễn dịch lâm sàng, Kiev. NXB « Sức khỏe » 1978. Trang 16 (tiếng Nga).

SINH HÓA

HÌNH ẢNH ĐIỆN DI PROTEIN HUYẾT THANH Ở CÔNG NHÂN Kéo DÂY NHÀ MÁY CÁN THÉP GIA SÀNG THÁI NGUYÊN

NGUYỄN TRÍ DŨNG
PHẠM THỊ HỒNG VÂN

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm độc chì là một bệnh nghề nghiệp thường gặp ở nhiều nước trên thế giới và ngày càng phổ biến khi các ngành khoa học, kỹ nghệ, sản xuất sử dụng chì hoặc có liên quan với chì ngày càng phát triển. Chì là một kim loại nặng, có độc tính cao, khi xâm nhập vào cơ thể gây ra nhiều tác hại (2). Bởi vậy, bên cạnh các xét nghiệm hóa sinh, huyết học nhằm phát hiện sớm hoặc chẩn đoán xác định nhiễm độc chì (2), cũng cần khảo sát các biến đổi hóa sinh khác nảy sinh do tác động của chì. Để đánh giá toàn diện hơn tác hại của chì, trên cơ sở này mà có thể đề xuất được những biện pháp phòng ngừa hoặc điều trị tốt hơn, chúng tôi nghiên cứu những thay đổi về protein huyết thanh và các thành phần riêng biệt của nó dưới tác dụng của chì trong cơ thể.

II — PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

Công trình được tiến hành trên những công nhân thuộc phân xưởng kéo dây mạ kẽm tại Nhà máy cán thép Gia Sàng, Thái Nguyên (Bắc Thái). Những công nhân này đều là nam, tuổi từ 29 đến 44, thường xuyên phải tiếp xúc với bề chì sôi ở $480^{\circ}\text{C} - 520^{\circ}\text{C}$. Những công nhân này được vào viện với chẩn đoán là nhiễm độc chì ở giai đoạn đầu.

Nhóm kiểm tra bao gồm 30 người khỏe mạnh và phát triển bình thường.

2. Kỹ thuật tiến hành:

Điện di protein huyết thanh trên thạch Agar và bằng máy điện di Cosmo (Nhật Bản) (6).

Định lượng protein toàn phần huyết thanh bằng phương pháp Gordnall (6).

Phát hiện protein niệu trên mẫu nước tiểu 24 giờ bằng phương pháp Grimbert — Dufau (6).

Định lượng urê huyết theo phương pháp Bousquet dùng Diacetylnohoxin có thêm thiosemicacbazit (6).

3. Phương pháp thống kê: Dùng test Student để so sánh kết quả định lượng giữa hai nhóm (3).

III — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Các số liệu nghiên cứu thu thập được trình bày trong các bảng dưới đây :

Bảng 1 — Kết quả điện di Protein huyết thanh ở những công nhân nhiễm độc chì giai đoạn đầu và ở người bệnh thường được phân tích bằng điện di trên thạch.

Nhóm Thành phần	Kiểm tra (n = 30)	Nhiễm độc chì (n = 12)	P	Thay đổi
Albumin (%)	55,7 ± 1,3	52,8 ± 2,0	0,001	Giảm
Globulin (%)	5,2 ± 0,5	5,5 ± 0,7	0,05	Không
Globulin (%)	7,6 ± 0,7	9,8 ± 1,1	0,001	Tăng
Globulin (%)	21,6 ± 3,4	18,3 ± 3,3	0,01	Giảm

Qua bảng trên, chúng tôi thấy, so với nhóm kiểm tra, thì ở những công nhân bị nhiễm độc chì có hiện tượng giảm tỷ lệ albumin và tỷ lệ globulin alpha và globulin beta trong huyết thanh. Những khác biệt nêu trên giữa hai nhóm ở mức độ cao và có ý nghĩa về mặt thống kê học.

Bảng 2 — Nồng độ Protein huyết thanh và ure huyết ở nhóm kiểm tra và những công nhân bị nhiễm độc chì giai đoạn đầu.

Nhóm Chỉ tiêu	Kiểm tra (n = 30)	Nhiễm độc chì (n = 12)	P	Thay đổi
Protein huyết thanh (%)	6,6 ± 0,7	6,5 ± 0,4	> 0,05	Không
Ure huyết (mg %)	18 ± 6	20 ± 6	> 0,05	Không

$$\bar{x} \pm s$$

Những số liệu ở bảng 2 chỉ ra rằng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê học về nồng độ protein huyết thanh và ure huyết của những công nhân bị nhiễm độc chì giai đoạn đầu với những người bình thường dùng làm nhóm kiểm tra.

Về protein niệu : tiến hành xét nghiệm trên 11 mẫu nước tiểu 24 giờ thì thấy 9 mẫu có protein niệu dương tính, đạt tỷ lệ 82%.

IV — BÀN LUẬN

Những kết quả thu thập được trong công trình này chứng tỏ rằng : ở giai đoạn đầu của bệnh nhiễm độc chì, nồng độ protein toàn phần trong huyết thanh

không bị thay đổi. Nhưng ngược lại, lại có những thay đổi rõ rệt trong từng thành phần riêng biệt của Protein huyết thanh, đáng lưu ý nhất là albumin và globulin giảm.

Albumin máu giảm có thể xuất phát từ hai nguyên nhân, chức năng tổng hợp Protein của gan bị kém và sự thất thoát Protein ra nước tiểu. Tỷ lệ Protein niệu dương tính cao ở nhóm nhiễm độc đã xác minh nguyên nhân thứ hai.

Globulin giảm chứng tỏ chì đã có tác dụng ức chế hệ thống miễn dịch dịch thể của cơ thể (1) còn globulin alfa 2 và globulin beta tăng, có thể đây là cơ chế thích nghi bù trừ của cơ thể nhằm ổn định nồng độ protein máu.

Vì urê huyết ở những người bị nhiễm độc chì giai đoạn đầu vẫn bình thường, nên chúng tôi nghĩ rằng, tổn thương thận do chì gây ra ở những đối tượng nghiên cứu này tập trung chủ yếu ở vùng ống thận. Một điều đáng chú ý là, những thay đổi và các thành phần riêng biệt của protein máu ở những người bị nhiễm độc chì, có khả năng xuất hiện tương đối sớm, không đợi cho đến khi có các dấu hiệu suy thận.

So sánh với các nhiễm độc khác ví dụ như bệnh bụi phổi (Silicose) ở công nhân hầm lò (4), thì kết quả của chúng tôi có phần nào trái ngược (Bảng 3).

Bảng 3 — So sánh sự thay đổi về Protein huyết thanh giữa công nhân bị nhiễm độc chì giai đoạn đầu với công nhân hầm lò mắc bệnh bụi phổi.

Thành phần \ Nhóm	Nhiễm độc chì	Bụi phổi
Globulin alfa 1	Bình thường	Tăng
Globulin alfa 2	Tăng	Tăng
Globulin	Tăng	Giảm
Globulin	Giảm	Tăng
Protein toàn phần	Bình thường	Giảm

Như vậy, có thể cho rằng, những tác nhân gây bệnh khác nhau, với cơ chế và vị trí gây tác hại khác nhau, sự thay đổi về protein máu cũng như các thành phần riêng biệt của nó trong các bệnh nghề nghiệp có khả năng không giống nhau.

V — KẾT LUẬN VÀ ĐIỀU TRỊ

1. Trong giai đoạn đầu của bệnh, chì đã gây ra những rối loạn rõ rệt trong các thành phần riêng biệt của protein huyết thanh; mặc dù hàm lượng toàn phần của nó không thay đổi.

2. Chì đã gây ra giảm sức đề kháng của cơ thể. Bởi vậy cần chú ý sử dụng các biện pháp tăng cường sức đề kháng ở những người bị nhiễm độc chì ngay từ giai đoạn đầu.

3. Chì đã gây tổn thương ở thận và gan. Cần chú ý tới điều này ngay cả khi kết quả xét nghiệm về protein toàn phần huyết thanh và ure huyết vẫn bình thường. Đồng thời cần làm thêm các xét nghiệm khác về gan và thận để đánh giá được đầy đủ hơn tổn thương ở các cơ quan này dưới tác động của chì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Triệu An (1978) — Đại cương sinh lý bệnh học — Nhà xuất bản Y học 1978, 98 — 99.
2. Lê Đại (1976) — Bệnh nhiễm độc chì nghề nghiệp — Y học Lao động Quý 4-1976, 11 — 22.
3. Ngô Như Hòa (1982) — Thống kê trong nghiên cứu tập 2 — Nhà xuất bản Y học 1982.
4. Phạm Quang Kính và cộng sự (1983) — Thành phần protein điện di huyết thanh trên 54 công nhân hầm lò mắc bệnh Silicose — Hóa sinh Y học 1983 1, 58 — 63.
5. Micheaux P, Boiteau H. L và Tolot F (1971) — Phát hiện sớm nhiễm độc chì (tài liệu dịch) — Y học lao động qui 2-1976, 102 — 114.
6. Vũ Đình Vinh, Đặng Hanh Phúc và Đỗ Đình Hồ (1974) — Kỹ thuật Y Sinh Hóa — Đại học Quân Y xuất bản 1974.

ĐỊNH LƯỢNG PROTIT MÁU Ở NHỮNG NGƯỜI THUỘC ĐỘ TUỔI LAO ĐỘNG Ở KHU VỰC THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN NĂM 1987

NGUYỄN BÍCH VÂN và CS

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Protit (P) là một chỉ số rất quan trọng trong xét nghiệm sinh hóa, chúng phản ánh sự cung cấp, hấp thu, chuyển hóa và đào thải của nhiều cơ quan quan trọng trong cơ thể. Có nhiều yếu tố gây ảnh hưởng đến chỉ số protit máu:

- Sự cung cấp P theo đường ăn uống và tiêm truyền.
- Sự hấp thu P ở ruột và chuyển hóa P ở gan.
- Sự tái hấp thu và đào thải P ở thận...

Vì vậy trong lâm sàng chỉ số P góp phần rất quan trọng trong chẩn đoán và điều trị. Đặc biệt là những bệnh về gan, bệnh đại tràng, suy dinh dưỡng thận hư nhiễm mỡ.

Ngày nay với nhiều tiến bộ kỹ thuật như: sử dụng các chất đồng vị phóng xạ trên vào tĩnh mạch, người ta xác định không chỉ chuyển hóa mà cả đào thải P qua ruột. Tuy vậy những chỉ số P máu vẫn là một chỉ số quan trọng trong sinh lý và bệnh lý.

Chúng ta đã có hằng số P máu, song hằng số này đã có quá lâu, nay điều kiện sinh hoạt và kinh tế có sự thay đổi ít nhiều. Mặt khác chỉ số P máu của những người trong độ tuổi lao động khu vực thành phố Thái Nguyên chưa có ai nghiên cứu nên chúng tôi đặt vấn đề nghiên cứu nhằm góp phần *xác định chỉ số protit máu trên những người thuộc độ tuổi lao động và học tập khu vực thành phố Thái Nguyên năm 1987.*

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 46 trường hợp gồm 27 nữ và 19 nam tuổi từ 18 đến 40 là những người khỏe mạnh hiện đang học tập và công tác, không mắc bệnh mạn tính, bệnh gan, thận, bệnh đại tràng..., có chế độ ăn uống sinh hoạt bình thường ở khu vực thành phố Thái Nguyên năm 1987.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Lấy 2ml máu tĩnh mạch khuỷu lúc đói, cho vào ống nghiệm không có chất chống đông, chọn những mẫu huyết thanh đẹp không vờ hồng cầu, tiến hành định lượng P trên huyết thanh tươi theo phương pháp Biuré với thuốc thử Gornal. Đọc kết quả trên máy quang kế Linson III. Bước sóng 540. Đối chiếu với ống trắng. So sánh biểu đồ mẫu vẽ theo phương pháp cân.

III - KẾT QUẢ

Bảng 1 — Giới tính

Giới	Số người nghiên cứu	Tuổi	Protit trung bình (g/l)
Nam	19	18 - 40	70,4
Nữ	27	18 - 39	68,7

Bảng 2 — So sánh tương quan giữa lứa tuổi và hàm lượng P trong máu

P (g/l) Tuổi	50 - 55	56 - 60	61 - 65	66 - 70	71 - 75	≥ 76	Số người	P (g/l) trung bình
≤ 20	0	0	2	7	10	2	21	70,86
21 - 25	0	0	2	3	4	1	10	69,9
26 - 30	0	0	1	5	1	0	7	66,42
31 - 35	0	0	1	3	0	0	4	66
36 - 40	1	1	0	2	0	0	4	65
Số lượng người	1	1	6	20	15	3	46	69,4

Bảng 3 — So sánh với các tác giả

Tên tác giả	Phương pháp nghiên cứu	Năm nghiên cứu	Kết quả Protit (g/l)
Trần Thị Ân	Kendan	1965	83,7 ± 6,4
Vũ Khánh	Biurê	1965	71 - 83
Đặng Hanh Phúc	Biurê	1970	70 - 85
Vũ Đình Vinh	Kendan Biurê	1974	82 ± 6 77 ± 6
Bệnh viện đa khoa TN	Biurê	1987	69,4 ± 5

IV — BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu trên 46 người bình thường thuộc độ tuổi lao động và học tập, gồm 27 nữ và 19 nam, tuổi từ 18 đến 40 tiến hành theo phương pháp Biurê, chúng tôi có mấy nhận xét:

+ Ở lứa tuổi thanh niên, nhất là từ 18 đến 25 có P cao nhất, tuổi càng cao P càng có xu hướng giảm.

+ P máu trung bình của chúng tôi XN theo phương pháp Biurê với dụng cụ, hóa chất máy móc hiện có, kết quả là $69,4 \pm 5$. Như vậy có thấp hơn các tác giả khác (cùng phương pháp) theo chúng tôi có thể là:

— Những tác giả trên nghiên cứu ở thời điểm nền kinh tế ổn định tốt hơn.

— Ngày nay chế độ dinh dưỡng của chúng ta vừa thấp vừa không cân đối (Đói P)

— Xét nghiệm với điều kiện hóa chất máy móc còn thiếu thốn có thể ít nhiều ảnh hưởng đến kết quả.

V — KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 46 người khỏe mạnh hiện đang học tập và công tác tuổi từ 18 đến 40 thuộc khu vực thành phố Thái Nguyên năm 1987 chúng tôi có kết quả P máu theo phương pháp Biurê là $69,4\% \pm 5g/l$. Kết quả này mặc dù có thấp hơn các tác giả trên chút ít nhưng theo chúng tôi kết quả này có giá trị trong chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện đa khoa Thái Nguyên.

SƠ BỘ NHẬN XÉT SỰ THAY ĐỔI FIBRINOGEN Ở NHỮNG BỆNH NHÂN THẤP KHỚP CẤP

PHẠM HỒNG VĂN
ĐẠM THUY DƯƠNG
và cộng sự

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Định lượng fibrinogen không phải là một xét nghiệm đặc hiệu trong bệnh thấp khớp cấp vì « đa số các trường hợp có nhiễm khuẩn đều thấy tăng fibrinogen trong máu, nhưng đặc biệt tăng cao trong thấp khớp cấp » (Nguyễn Thế Khánh và Phạm Tử Dương). Hiện nay định lượng fibrinogen vẫn là một xét nghiệm được dùng trong sinh hóa lâm sàng ở các bệnh viện để giúp thêm cho, lâm sàng về chẩn đoán xác định và điều trị bệnh thấp khớp cấp.

II — PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi dùng kỹ thuật của phản ứng Biurê. Ở kỹ thuật này nhiều tác giả trong nước cũng đã tổng kết có những số liệu cụ thể:

Trần Thị Ân, Vũ Đình Vinh, Lê Văn Hương đều thấy fibrin huyết của những bệnh nhân thấp khớp cấp tăng cao trên 0,6g/100ml (bình thường 0,4g/100ml).

1. Nguyên tắc: Fibrinogen được tách khỏi huyết tương bằng CaCl_2 sau đó định lượng bằng phản ứng Biurê.

2. Tiến hành:

a) Cách lấy huyết tương: lấy 1,5ml máu cho vào lọ đã cho sẵn 0,01g natrixitrat. Đậy nút lắc kỹ cho tan hết natrixitrat. Quay ly tâm và chất lấy huyết tương.

Lưu ý: Máu phải không đông

b) Phản ứng:

Cho vào ống ly tâm

— Huyết tương 0,3ml

— Dung dịch NaCl 9% 0,5ml

— Dung dịch CaCl_2 2,5% 0,2ml

Lắc đều, để yên 30 phút. Ly tâm 10 phút đổ nước trong đi, thấm hết nước, lại cho dung dịch NaCl 9%, rửa lại lần thứ 3, sau đó lau khô và cho:

— Ống trắng Gornal 4ml

— Ống thử 4ml

Đề 20 phút ở 37°C cho tan hết. Soi màu ở quang kế bước sóng 540nm.

3. Kết quả:

Sợi huyết g/100ml = $(E_{\text{thử}} - E_{\text{trắng}}) \times 5$

4. Nhận định kết quả:

Theo kỹ thuật này Fibrinogen bình thường là 0,4g/100ml $\pm$ 0,1g/100ml.

III — KẾT QUẢ

Nhận xét qua 89 trường hợp bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng là thấp khớp cấp.

$$n = 89$$

$$\overline{z} \ x_1 = 57,83$$

$$\overline{x} = \frac{\overline{z} \ x_1}{n}$$

$$\overline{x} = 0,65$$

62/89 trường hợp sợi huyết trên 0,6g/100ml $\approx 70\%$

27/89 trường hợp sợi huyết trên 0,45 — 0,55g/100ml

Như vậy fibrinogen của 89 bệnh nhân thấp khớp cấp cao hơn bình thường ($\approx 70\%$).

IV — NHẬN XÉT

Qua 89 trường hợp đã tiến hành định lượng Fibrinozen chúng tôi nhận thấy đa số các trường hợp thấp khớp cấp đều tăng fibrin huyết với những mức độ khác nhau, trị số trung bình là 0,65g/100ml chứng tỏ là tăng nhiều so với bình thường $0,4 \pm 0,1g/\%$, sự thay đổi fibrin huyết trong máu phụ thuộc vào nhiều yếu tố: con người, địa dư, thời gian lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm khởi phát hay tái phát hoặc do khả năng tạo miễn dịch của từng người. Một số trường hợp có biểu hiện lâm sàng rõ những sợi huyết tăng không cao có thể do đợt này là thứ phát hoặc đã điều trị kháng sinh nhiều lần.

Ở tổng kết này chúng tôi mới chỉ là sơ bộ nhận xét riêng về mặt sinh hóa lâm sàng trong thấp khớp cấp. Đề số liệu này có giá trị chúng tôi đang còn tiếp tục nghiên cứu và hy vọng được phối hợp thêm với lâm sàng (nhi và nội khoa), huyết học và điện tim thì chắc chắn số liệu sẽ sinh động và có giá trị hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Triệu An — Sinh lý bệnh học đại cương.
2. Nguyễn Tấn Gi Trọng — Sinh lý học.
3. Nguyễn Thế Khánh, Phạm Tử Dương — Hóa nghiệm sử dụng trong lâm sàng.
4. Đặng Văn Chung — Bệnh học nội khoa
5. Vũ Đình Vinh, Lê Văn Hương — Sinh hóa lâm sàng.

XÁC ĐỊNH CHỈ SỐ CHOLESTEROL TRONG MÁU CỦA NGƯỜI BÌNH THƯỜNG TRONG KHU VỰC THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN

ĐÀM THÙY DƯƠNG

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Cholesterol trong máu là một chỉ số sinh hóa rất quan trọng, nó liên quan chặt chẽ với chuyển hóa các chất. Không những liên quan đến chuyển hóa mỡ. Mà còn phản ánh sự hoạt động của nhiều chức năng các cơ quan trong cơ thể như gan, thận. Nó cũng phụ thuộc vào nhiều yếu tố như lứa tuổi, dinh dưỡng sinh hoạt trong làm sàng định lượng cholesterol trong máu góp phần chẩn đoán các bệnh viêm gan mạn, xơ gan, xơ mỡ động mạch, suy mạch vành, viêm thận...

Tuy vậy tỷ lệ cholesterol trong máu ở người bình thường cũng rất khác nhau nên chúng tôi đặt vấn đề nghiên cứu chỉ số này tại khu vực Thành phố Thái Nguyên.

II — PHƯƠNG PHÁP VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Có rất nhiều phương pháp định lượng cholesterol trong máu, nhưng chúng tôi chọn phương pháp cổ điển dựa trên tài liệu thực tập sinh hóa của Bộ môn sinh hóa, Trường đại học Dược Hà Nội xuất bản 1970. Phương pháp này phù hợp với điều kiện máy móc và hóa chất hiện có trong phòng xét nghiệm sinh hóa của chúng tôi. Dùng phản ứng màu của cholesterol với sắt III ở môi trường acid sunfuric đậm đặc và acid axetic tinh khiết.

Kỹ thuật tiến hành: lấy 2ml máu tĩnh mạch không chống đông, sau khi ly tâm huyết thanh đông vỡ hồng cầu. Mỗi bệnh phẩm tiến hành định lượng 3 mẫu. Kết quả thu được đọc trên máy.

Limson III bước sóng 540 nm ghi được mật độ quang học 30 biên độ. mẫu biên độ được vẽ bằng dung dịch cholesterol chuẩn của Viện kiểm nghiệm Hà Nội.

Đối tượng chúng tôi lấy máu trên người khỏe mạnh đang công tác và học tập, không mắc bệnh gì làm thay đổi tỷ lệ cholesterol trong máu mà đã được nội khoa khám xác minh.

III — KẾT QUẢ

Bảng 1 — Phân theo giới tính

Giới tính	Số lượng người	Độ tuổi	Tỷ lệ Cholesterol trung bình mg %
Nam	20	18 — 50	120,41
Nữ	25	18 — 50	134,8

Bảng 2 — Liên quan giữa tuổi và tỷ lệ cholesterol

Cholesterol mg %		60 — 79	80 — 89	100 — 119	120 — 139	140 — 159	160 — 169	< 170	cholesterol trung bình mg %
Khoảng tuổi	Số người								
18 — 20	16	2	2	3	3	4	1	1	117,93
21 — 25	11	1	2	1	0	4	2	1	127,33
26 — 30	6	0	0	0	1	2	1	2	157,33
31 — 35	3	0	0	0	0	1	1	1	160,66
36 — 40	5	0	0	0	2	2	0	1	154,8
> 41	4	0	0	0	1	0	0	3	170,5
Tổng số người	45	3	4	4	7	13	5	9	148,11

Như vậy: — Tỷ lệ cholesterol trung bình của người bình thường 148,11 mg %.

— Hàm lượng cholesterol của nữ cao hơn nam

— Theo phương pháp thống kê ở 45 người mà chúng tôi nghiên cứu hàm lượng cholesterol trung bình 120 — 170 mg %

— Điểm tập trung nhất từ 140 — 159

— cholesterol trong máu tăng dần theo lứa tuổi,

IV — BÀN LUẬN

Số lượng nghiên cứu của chúng tôi chưa nhiều, nhưng qua 45 trường hợp nghiên cứu này, với phương pháp và điều kiện khoa sinh hóa chúng tôi. Kết quả chúng tôi thu được thấp hơn so với một số tác giả khác cùng tiến hành một phương pháp định lượng.

Bảng 3 — So sánh kết quả

Tên đơn vị	Năm	Chỉ số cholesterol mg %
Khoa Sinh hóa BV Bạch Mai Hà Nội	1970	150 — 220
Khoa Sinh hóa Quân Y viện	1984	160 — 250
BM Sinh hóa Đại học Dược Hà Nội	1970	170 $\pm$ 20
Khoa Sinh hóa BVĐKTN	1987	120 — 170

Qua bảng so sánh kết quả này chúng tôi nhận thấy : Có thể trong từng giai đoạn thời gian, do sự thay đổi về chế độ ăn uống sinh hoạt, sự đào thải các chất của các nhà máy, hoặc do cường độ lao động, v.v... làm thay đổi tỷ lệ cholesterol trong máu chăng ?

Qua 45 trường hợp nghiên cứu chỉ số cholesterol trong máu của người bình thường là 120 — 170 mg %. Chỉ số này thấp hơn so với một số tác giả. Nó có ý nghĩa tham khảo khi chẩn đoán, điều trị ở các khoa lâm sàng tại địa bàn Bắc Thái.

XÁC ĐỊNH CHỈ SỐ SINH HÓA CỦA BỆNH BƯỚU CỔ ĐỊA PHƯƠNG XÃ CÚC ĐƯỜNG HUYỆN VÕ NHAI TỈNH BẮC THÁI

**ĐOÀN KHẮC HÒA
PHẠM THỊ HỒNG VÂN
KHÔNG THỊ HỒNG**

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bấu cổ địa phương là một trong những bệnh của tuyến giáp đã lôi kéo sự chú ý đặc biệt của các nhà nghiên cứu y sinh học. Bệnh này có tính chất phổ biến và có khuynh hướng tăng lên ở nước ta (đặc biệt ở các địa phương miền núi). Bệnh bấu cổ không những làm mất vẻ đẹp của con người, mà còn làm suy yếu sức khỏe và thậm chí còn dẫn tới nhiều tai biến nguy hiểm khác. Chúng ta đã đề ra nhiều biện pháp phòng và điều trị. Nhưng kết quả thu được chưa được là bao, theo chúng tôi có lẽ chưa tìm hết được các nguyên nhân bệnh sinh của chúng nên phòng và điều trị chưa có hiệu quả cao. Để giải quyết tốt vấn đề này, đòi hỏi các nhà nội tiết và các nhà khoa học khác phải hợp lực lại nghiên cứu mọi khía cạnh liên quan đến bệnh sinh tuyến giáp. Xuất phát từ mục đích đó, với khả năng của chúng tôi, chúng tôi xác định một vài chỉ số sinh hóa bệnh bấu cổ địa phương ở xã Cúc Đường huyện Võ Nhai, Bắc Thái. Đề tài nghiên cứu này với mục đích góp phần nhỏ bé vào tìm nguyên nhân bệnh sinh tuyến giáp.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng :

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 764 người ở xã Cúc Đường, huyện Võ Nhai tỉnh Bắc Thái. Trong 764 người đến khám có 206 người bấu cổ chiếm 27%. Trong 206 người bấu cổ chia ra làm 3 nhóm:

+ Bấu cổ độ I gồm 117 người

+ Bấu cổ độ II gồm 70 người

+ Bấu cổ độ III gồm 19 người

Trong 206 người nam giới là 40 người chiếm 19,7%, nữ giới 166 người, chiếm 81,3%.

Trong 764 người đến khám không có ai mắc về thận và gan.

2. Phương pháp nghiên cứu :

+ Xác định protein toàn phần trong huyết thanh bằng phương pháp dùng kỹ thuật của phản ứng Biurê.

+ Xác định urê trong nước tiểu bằng phương pháp Bousquet. Dùng Drazetylmonoxin.

+ Xác định creatinin trong nước tiểu bằng phương pháp Folin Wu.

+ Xác định cholesterol huyết thanh bằng phương pháp dùng FeCl_3 .

+ Dùng Test Studen để so sánh kết quả.

III — KẾT QUẢ

1. Hàm lượng protein toàn phần của huyết thanh được ghi ở bảng 1.

Bảng 1

Nhóm	Bướu độ I	Bình thường	Bướu độ II, III
Protein	$66,2 \pm 3,8$	$67,0 \pm 3,8$	$66,1 \pm 3,8$
n	26	16	24
P1	70,5		
P2	$\xleftarrow{\hspace{1cm}}$ $> 0,5$		

Qua bảng trên chúng tôi nhận thấy hàm lượng Protein toàn phần trong huyết thanh giữa nhóm I, II và III so với nhóm bình thường không có sự khác biệt ($P > 0,5$). Hàm lượng protein toàn phần không có gì thay đổi giữa các nhóm. Số liệu của chúng tôi phù hợp với BS Nguyễn Thị Thanh, bộ môn Sinh lý học Trường Đại học Y Bắc Thái.

2. Chỉ số ure/creatinin trong nước tiểu 24 giờ, số liệu được trình bày ở bảng 2.

Bảng 2

Nhóm	Bướu độ I	Bình thường	Bướu độ II, III
Nitơ Ure/Creatinin	$10,65 \pm 1,97$	$13,0 \pm 2,29$	$9,65 \pm 1,82$
n	21	19	33
P1	0,01		
P2	$\xleftarrow{\hspace{1cm}}$ $< 0,001$		

Nhìn vào bảng trên chúng tôi nhận thấy chỉ số N ure/creatinin giữa nhóm bướu độ I so với nhóm bình thường có sự khác biệt tin cậy ($P < 0,01$), giữa nhóm II, III với nhóm bình thường có sự khác biệt cao (với $P < 0,001$). Giữa nhóm I với nhóm II, III không có sự khác biệt tin cậy ($P > 0,1$).

Bảng 3 — Hàm lượng cholesterol

Nhóm	Nhóm bình thường	Nhóm bướu cổ
Cholesterol	$1,7 \pm 0,85$	$2,8 \pm 0,32$
n	17	12
P	$< 0,001$	

3. Hàm lượng cholesterol toàn phần trong huyết thanh.

Qua bảng trên hàm lượng cholesterol giữa nhóm bình thường với nhóm bướu cổ có sự khác biệt tin cậy (với $P < 0,001$).

IV — BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy hàm lượng protein toàn phần trong huyết thanh có thấp hơn một số tác giả (Nguyễn Ngọc Lanh 1970) và thấp hơn so với tài liệu hằng số sinh học người Việt Nam năm 1975. Nhưng số liệu của chúng tôi so với số liệu của Phạm Khắc Quảng và Lê Ngọc Kinh Viện quân Y Huế 1985 không có sự khác nhau.

Hàm lượng protein toàn phần trong huyết thanh giữa nhóm bình thường và bướu cổ không có sự khác biệt tin cậy ngược lại chỉ số ure/creatinin trong nước tiểu giữa nhóm bướu cổ và bướu bình thường giảm xuống rõ rệt. Sự giảm này tiến triển theo tính trầm trọng của bệnh. Theo chúng tôi đây cũng là một trong các trường hợp giống như các tác giả đã bàn luận. Đó là sự thích nghi của cơ thể con người đối với khẩu phần nghèo protit nhằm đảm bảo tính hằng định nội môi. Có như vậy cơ thể mới tồn tại một cách bình thường trong điều kiện thiếu dinh dưỡng thiếu calo trường diễn.

Hàm lượng cholesterol ở nhóm bướu cổ cao hơn so với nhóm người bình thường. Số liệu này phù hợp với các tác giả đã nghiên cứu trước đây và phù hợp với lý thuyết: hormon tuyến giáp có tác dụng tăng thoái hóa lipid, ức chế sự tổng hợp lipid. Theo chúng tôi và căn cứ vào số liệu của các tác giả khác, những người bướu cổ có nồng độ T3 và T4 giảm trong máu do đó có thể đã kích thích quá trình tổng hợp lipid. Rất tiếc là chúng tôi chưa xác định được hàm lượng lipid toàn phần trong huyết thanh, nên bước đầu sơ bộ chúng tôi đánh giá như trên.

V — SƠ BỘ KẾT LUẬN VÀ ĐỀ XUẤT

1. Sơ bộ kết luận :

— Hàm lượng protein toàn phần trong huyết thanh ở nhóm bướu cổ so với nhóm người bình thường không có sự thay đổi.

— Chỉ số ure/creatinin trong nước tiểu 24h giữa nhóm bướu cổ so với nhóm bình thường là thấp hơn.

— Hàm lượng cholesterol ở nhóm bướu cổ cao hơn so với nhóm bình thường.

2. Một số ý kiến đề xuất :

— Tăng sản xuất muối iod

— Nâng cao chế độ dinh dưỡng đặc biệt là protit

— Làm tốt công tác vệ sinh phòng dịch

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đình Hồ — Một số nhận xét đặc điểm chuyển hóa Protit liên quan đến thích nghi với khẩu phần nghèo protit — Tạp chí Y học, 1980
2. Vũ Đình Vinh và Đặng Hạnh Phúc — Kỹ thuật xét nghiệm Y sinh hóa, Đại học quân Y. Xuất bản 1979.
3. L. M Gonberova, B. U Kandrop — Các hormon của tuyến giáp. Tasken 1972 trang 172 — 178.

SỰ THAY ĐỔI CÁC THÀNH PHẦN PROTEIN HUYẾT THANH CỦA NHỮNG NGƯỜI SỐNG Ở VÙNG CÓ BƯỚU CỎ ĐỊA PHƯƠNG MIỀN NÚI

NGUYỄN THỊ THANH

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bướu cổ địa phương (BCDP) đang được các nước quan tâm giải quyết vì bệnh này hiện nay vẫn chiếm một tỷ lệ khá cao ở một số nước, đặc biệt là các nước đang phát triển.

Theo thống kê của UNICEF năm 1985 cho biết trên thế giới có khoảng 200 triệu người bị mắc bệnh bướu cổ địa phương. Châu Á có số người bị bướu cổ địa phương khá nhiều, theo thống kê của UNICEF cho biết toàn Châu Á có khoảng 425 triệu người sống ở vùng thiếu hụt Iod. Trong đó Trung quốc có khoảng 300 triệu người sống ở vùng thiếu hụt Iod, và có khoảng 34 triệu người bị bệnh bướu cổ địa phương.

Còn ở Việt Nam, theo thống kê của bác sĩ Lê Mỹ, Bệnh viện nội tiết trung ương năm 1986, có khoảng 7 triệu người sống trong vùng có thiếu hụt Iod. Trong đó có khoảng 1 triệu người sống ở vùng có bướu cổ địa phương lưu hành nặng, tỷ lệ bướu cổ chiếm 66,36%.

Vấn đề phòng và chống bệnh bướu cổ địa phương đang được các nước rất chú trọng. Riêng ở Việt Nam ta Bộ Y tế đã giao việc chỉ đạo công tác phòng chống bệnh bướu cổ địa phương cho Bệnh viện nội tiết trung ương. Được sự giúp đỡ của một số tổ chức thế giới như UNICEF, Đoàn CEMUBAC (Bỉ), Bệnh viện nội tiết trung ương đã tiến hành một chương trình phòng và chống bệnh bướu cổ địa phương bằng muối trộn Iod và tiêm dầu Lipiodol cho những người dân sống ở vùng có bướu cổ địa phương lưu hành. Để đóng góp vào chương trình phòng, chống bệnh bướu cổ địa phương có kết quả tốt chúng tôi đã tiến hành các đề tài nghiên cứu về nguyên nhân bệnh sinh và những tác nhân ảnh hưởng đến bệnh bướu cổ địa phương.

Tiếp theo đề tài đã báo cáo lần trước của chúng tôi tại Hội nghị khoa học của Trường Đại học Y Hà Nội (năm 1985), nghiên cứu ảnh hưởng của chế độ dinh dưỡng protein tới bệnh bướu cổ địa phương miền núi. Trong đề tài này, chúng tôi cũng vẫn nghiên cứu sự ảnh hưởng của dinh dưỡng protein tới bệnh bướu cổ địa phương. Nhưng lần này chúng tôi chỉ đề cập tới sự thay đổi các thành phần protein huyết thanh của những người dân sống ở vùng có bướu cổ địa phương miền núi. Đặc biệt chúng tôi lưu ý đến hai chỉ tiêu đánh giá sớm tình trạng thiếu dinh dưỡng protein đó là thành phần prealbumin và albumin huyết thanh.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu :

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tại hai xã thuộc Bắc Thái, đó là :

- Xã Bằng Lăng thuộc huyện Chợ Đồn
- Xã Cúc Đường thuộc huyện Võ Nhai

Cách chọn đối tượng :

Chúng tôi tiến hành khám phân loại bướu cổ toàn thể những người dân đến khám theo phân loại của WHO. Sau đó lựa chọn một cách ngẫu nhiên một số đối tượng có bướu cổ từ độ I đến độ III và không có bướu cổ ở lứa tuổi trưởng thành (từ 17 tuổi đến 50 tuổi) cho tiến hành lấy máu để định lượng protein toàn phần trong huyết thanh, về định lượng các thành phần protein huyết thanh bằng phương pháp chạy điện di trên cột gel polyacrylamid.

Các đối tượng chúng tôi chia thành 3 nhóm như sau :

- Nhóm I : Nhóm không có bướu cổ
- Nhóm II : Nhóm có bướu cổ độ I
- Nhóm III : Nhóm có bướu cổ độ II và độ III

2. Phương pháp nghiên cứu :

- Máu lấy ra ly tâm tại chỗ lấy phần huyết thanh
- Sau đó một phần dùng để định lượng protein toàn phần
- Một phần dùng để chạy điện di cột gel polyacrylamid bằng kỹ thuật điện di đã hoàn chỉnh tại Bộ môn sinh lý học, Trường đại học Y Hà Nội theo kỹ thuật điện di đã in trên báo Y học thực hành năm 1973 của GS Ngô Thế Phương.

Sau khi chạy điện di trên gel polyacrylamid xong nhuộm, tẩy màu và tiến hành định lượng các thành phần protein huyết thanh bằng máy Scanner của Nhật tại Viện kiểm nghiệm, Bộ Y tế — Hà Nội.

Dựa vào điện di đồ, các mẫu hình Scanning đã ghi trên giấy sẽ tính toán được tỷ lệ phần trăm các thành phần protein huyết thanh đã được tách ra trong quá trình điện di.

III — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 — Bảng chung các thành phần protein huyết thanh ở xã Bằng Lăng

Các thành phần Protein Nhóm	Preal $\bar{x} \pm \delta$	albu $\bar{x} \pm \sigma$	α_1 glo $\bar{x} \pm \delta$	α_2 glo $\bar{x} \pm \delta$	Trans-ferin $\bar{x} \pm \sigma$	β glo $\bar{x} \pm \sigma$	γ glo $\bar{x} \pm \sigma$
Nhóm II (n = 9)	0,71 $\pm$ 0,12	37,7 $\pm$ 3,2	3,4 $\pm$ 1,6	6,2 $\pm$ 1,7	13,6 $\pm$ 1,7	2,8 $\pm$ 1,4	34,7 $\pm$ 3,7
Nhóm I (n = 13)	0,91 $\pm$ 0,2	41,1 $\pm$ 3,9	3,2 $\pm$ 1,4	6,1 $\pm$ 1,0	13,8 $\pm$ 3	2,3 $\pm$ 0,7	31,8 $\pm$ 5,3
Nhóm III (n = 12)	0,73 $\pm$ 0,14	36,5 $\pm$ 3,5	2,9 $\pm$ 1,1	5,1 $\pm$ 1,5	13,9 $\pm$ 1,7	2,1 $\pm$ 1	37,6 $\pm$ 4,2

Bảng 2 — Thành phần Prealbumin của các nhóm ở xã Bằng Lăng

Nhóm nghiên cứu Prealbumin (%)	Nhóm II (n = 9)	Nhóm I (n = 13)	Nhóm III (n = 12)
	0,71 ± 0,12	0,91 ± 0,2	0,73 ± 0,14
$\bar{x} \pm \sigma$	$p < 0,05$		$p < 0,05$

Nhận xét kết quả ở bảng 2.

— Tỷ lệ prealbumin ở nhóm I (là nhóm không có bướu cổ) cao hơn hẳn prealbumin ở nhóm II và nhóm III (là những nhóm có bướu cổ). Sự khác biệt có ý nghĩa $P < 0,05$

— So sánh giữa nhóm II và nhóm III (giữa các nhóm có bướu cổ với nhau) thì sự khác biệt không có ý nghĩa ($P > 0,5$)

Bảng 3—Thành phần albumin huyết thanh của các nhóm ở xã Bằng Lăng.

Nhóm nghiên cứu albumin (%)	Nhóm II (n = 9)	Nhóm I (n = 13)	Nhóm III (n = 12)
	37,7 ± 3,2	41,1 ± 3,9	36,5 ± 3,5
$\bar{x} \pm \sigma$	$P < 0,05$		$P < 0,05$

Nhận xét kết quả ở bảng 3:

— Tỷ lệ albumin ở nhóm I (là nhóm không có bướu cổ) cao hơn hẳn tỷ lệ albumin ở nhóm II và nhóm III (là các nhóm có bướu cổ). Sự khác biệt này có ý nghĩa $P < 0,05$.

— Tỷ lệ albumin ở nhóm II và nhóm III, sự khác nhau không có ý nghĩa, $P > 0,5$.

Bảng 4—Bảng chung các thành phần protein huyết thanh ở xã Cúc Đường.

Nhóm	preal $\bar{x} \pm \sigma$	albu $\bar{x} \pm \sigma$	α_1 glo $\bar{x} \pm \sigma$	α_2 glo $\bar{x} \pm \sigma$	Trans- ferin $\bar{x} \pm \sigma$	β glo $\bar{x} \pm \sigma$	γ globulin $\bar{x} \pm \sigma$
Nhóm II (n = 11)	0,53 ± 0,2	33,6 ± 3,6	8,3 ± 2,4	7,2 ± 2,5	17,3 ± 3,5	7,5 ± 3,0	24,6 ± 5,3
Nhóm I (n = 8)	0,93 ± 0,2	40,9 ± 0,2	5,6 ± 3,4	6,5 ± 2,1	14,1 ± 3,6	8,8 ± 3,7	23,4 ± 6,8
Nhóm III (n = 11)	0,66 ± 0,11	34,8 ± 2,4	7,6 ± 3,3	7,6 ± 1,1	15,1 ± 3,7	8,8 ± 4	25,7 ± 4,6

Bảng 5 — Thành phần prealbumin của các nhóm ở xã Cúc Đường.

Nhóm	Nhóm II n = 11	Nhóm I n = 8	Nhóm III n = 11
Prealbumin (%) $\bar{x} \pm \sigma$	0,53 ± 0,2	0,93 ± 0,2	0,86 ± 0,11
	$\longleftrightarrow$ P < 0,01		$\longleftrightarrow$ P < 0,01

Nhận xét kết quả ở bảng 5

— Tỷ lệ prealbumin ở nhóm I (nhóm không bướu) cao hơn nhóm II và nhóm III (là các nhóm có bướu cổ) ở xã Cúc Đường. Sự khác biệt này có ý nghĩa P < 0,01.

— Tỷ lệ prealbumin ở nhóm II và nhóm III sự khác nhau không có ý nghĩa P > 0,1.

Bảng 6 — Thành phần albumin huyết thanh của các nhóm ở xã Cúc Đường

Nhóm	Nhóm II n = 11	Nhóm I n = 8	Nhóm III n = 11
albumin % $\bar{x} \pm \sigma$	33,6 ± 3,6	40,9 ± 5,6	34,5 ± 2,4
	$\longleftrightarrow$ P < 0,001		$\longleftrightarrow$ P < 0,001

Nhận xét kết quả ở bảng 6 :

Kết quả ở bảng 6 cũng tương tự như kết quả ở bảng 5.

— Tỷ lệ albumin ở nhóm I (nhóm không có bướu cổ) cao hơn hẳn nhóm II và nhóm III (là các nhóm có bướu cổ). Sự khác biệt này có ý nghĩa P < 0,001.

— Tỷ lệ albumin ở nhóm II và nhóm III. Sự khác biệt không có ý nghĩa, P > 0,1.

Bảng 7 : So sánh tỷ lệ albumin và Prealbumin của các nhóm không có bướu cổ (nhóm I) ở xã Bằng Lăng và xã Cúc Đường với người bình thường ở Hà Nội.

Bảng 7 — So sánh kết quả

Nhóm	Nhóm xã Bằng Lăng (n = 13)	Người bình thường ở Hà Nội (n = 28)	Nhóm I xã Cúc Đường (n = 3)
Các thành phần			
Prealbumin $\bar{P} > \bullet$	0,91 ± 0,2	0,83 ± 0,36	0,93 ± 0,2
	$\longleftrightarrow$ P > 0,1		$\longleftrightarrow$ P > 0,1
Albumin (%) $\bar{x} \pm \sigma$	41,1 ± 3,9	40,6 ± 5,5	49,9 ± 5,6
	$\longleftrightarrow$ P > 0,1		$\longleftrightarrow$ P > 0,1

Nhận xét kết quả ở bảng 7.

— So sánh tỷ lệ của thành phần Prealbumin của 2 nhóm không có bướu cổ ở xã Bằng Lăng và xã Cúc Đường với nhóm người bình thường ở Hà Nội thì thấy sự khác biệt giữa các nhóm này với nhau không có ý nghĩa (với $P > 0,1$).

— Tương tự như vậy ở thành phần albumin cũng thấy: Tỷ lệ albumin của 2 nhóm không có bướu cổ ở hai xã Bằng Lăng và Cúc Đường với người bình thường ở Hà Nội thì sự khác biệt đều không có ý nghĩa, (với $P > 0,1$).

Bảng 8 — Hàm lượng protein toàn phần trong huyết thanh ở các nhóm tại hai xã Bằng Lăng và Cúc Đường.

Xã \ Nhóm	Nhóm II (g/l)	Nhóm I (g/l)	Nhóm III (g/l)
	$\bar{x} \pm \sigma$	$\bar{x} \pm \sigma$	$\bar{x} \pm \sigma$
Xã Bằng Lăng	$68,7 \pm 3,4$ (n = 11)	$70,8 \pm 1,5$ (n = 9)	$70,2 \pm 0,4$ (n = 12)
	$P > 0,1$		$P > 0,1$
Xã Cúc Đường	$66,2 \pm 3,8$ (n = 26)	$67 \pm 3,8$ (n = 16)	$66,1 \pm 3,8$ (n = 24)
	$P > 0,5$		$P > 0,5$

Nhận xét kết quả ở bảng 8 cho thấy:

So sánh hàm lượng Protein toàn phần giữa nhóm I với nhóm II và nhóm III ở cả 2 xã nghiên cứu đều thấy xấp xỉ bằng nhau và sự khác biệt giữa các nhóm này không có ý nghĩa thống kê (với $P > 0,1$ và $P > 0,5$).

IV — BÀN LUẬN

1. Về hàm lượng protein toàn phần trong huyết thanh. Qua kết quả của chúng tôi cho thấy rằng tại vùng có bướu cổ địa phương lưu hành (chúng tôi nghiên cứu ở hai vùng có tỷ lệ bướu cổ địa phương khác nhau), thì thấy hàm lượng protein toàn phần trong huyết thanh tương tự như nhau ở cả các nhóm không có bướu cổ và các nhóm có bướu cổ. Điều này phù hợp với kết quả của một số tác giả khác đã công bố như của Nguyễn Ngọc Lan năm 1976, đã kết luận: protein toàn phần trong huyết thanh của người Việt Nam hơi cao.

Và theo Đỗ Đình Hồ cũng nhận xét thấy rằng những biểu hiện thích nghi đối với khẩu phần ăn nghèo protit và điều kiện môi trường của người Việt Nam Cơ thể người Việt Nam đã thích nghi bằng nhiều cách trong đó có cách đảm bảo đủ protit cho các chức năng sống còn của cơ thể như tổng hợp enzym, tổng hợp hocmon và protit huyết thanh, hemoglobin

2. Đối với từng thành phần protein huyết thanh. Qua kết quả ở các mẫu điện di đồ đã cho chúng tôi thấy sự thể hiện rõ rệt ở các nhóm. Đặc biệt với hai chỉ tiêu prealbumin và albumin thì thấy thấp hơn hẳn ở hai nhóm có bướu cổ so với nhóm không có bướu cổ.

Theo các tác giả chuyên nghiên cứu về vấn đề dinh dưỡng protein đã cho rằng: Albumin, transferin prealbumin gắn thyroxin là những phức hợp có giá trị phát hiện sớm suy dinh dưỡng. Theo Ingenbleek và cộng sự năm 1975.

Hoặc theo So colow Egl (năm 1965) thì cho rằng THPA (Thyroxin binding prealbumin) đóng vai trò thực sự quan trọng trong vấn đề đánh giá tình trạng thiếu dưỡng protein của cơ thể. Trong quá trình điều trị bệnh có liên quan đến thiếu dưỡng protein thì nồng độ THPA tăng lên có thể là dấu hiệu đầu tiên của phục hồi bệnh ...

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì điều lý thú thấy ở đây là thành phần presbumin và albumin (chúng tôi coi là 1 chỉ tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng protein thấp rõ rệt giữa những nhóm có bướu cổ so với nhóm không bướu cổ tại vùng nghiên cứu). Điều này phù hợp với kết quả trong công bố kỹ trước của chúng tôi và công bố vừa rồi của bộ môn hóa sinh, về tỷ lệ Nitoure/creatinin trong nước tiểu (cũng là 1 chỉ tiêu đánh giá tình trạng dinh dưỡng protein). Thấy chỉ số này thấp rõ rệt ở những nhóm có bướu cổ so với nhóm không có bướu cổ.

V — KẾT LUẬN

Từ những kết quả trên cho phép chúng tôi đi đến kết luận như sau :

1. Qua nghiên cứu ở những người có bướu cổ thì có sự thể hiện của mức thu nhập protein thấp hơn nhóm người không có bướu cổ.

Trên một cái nền chung là thiếu iod thì thiếu dưỡng protein cũng là một nguyên nhân làm cho bướu cổ xuất hiện sớm và rõ hơn.

2. Từ đó chúng tôi đi đến một đề nghị trong công tác phòng và chống bệnh bướu cổ địa phương đề có kết quả tốt hơn, chúng ta không thể chỉ bổ sung thêm iod vào khẩu phần ăn mà còn cần phải đưa vào cơ thể một lượng protein thích hợp hơn nữa. Theo chúng tôi thì tốt hơn hết là nên đưa đến vùng miền núi (nơi mà có bướu cổ địa phương lưu hành) những lượng thức ăn của biển như cá khô, tôm khô, mắm tôm ... Sẽ vừa cung cấp được iod vừa cung cấp được cả protit nữa. Trên đây là những đóng góp của chúng tôi về vấn đề dinh dưỡng protein liên quan đến bệnh bướu cổ địa phương. Cũng là đặt nền tảng cho những nghiên cứu tiếp của chúng tôi về vấn đề bổ sung những lượng thức ăn của biển trong tương lai cho những vùng có bướu cổ địa phương.

Hướng dẫn đề tài : GS Nguyễn Tấn Gi Trọng

Chủ nhiệm bộ môn sinh lý học
Trường đại học Y Hà nội

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU TRONG CHẨN ĐOÁN CÁC BỆNH TUYẾN GIÁP BẰNG IOD PHÓNG XẠ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI NGUYÊN

VŨ XUÂN HÙNG, NGUYỄN TRÍ DŨNG,
BÙI VĂN THIÊN, VÕ BÁ NGUYỄN

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ 1938 Hertr — Rorbert và năm 1931 Hamillol — Soley lần đầu tiên dùng iod phóng xạ trong nghiên cứu sinh lý và bệnh lý tuyến giáp. Gần 50 năm qua iod phóng xạ ngày càng trở nên như không thể thiếu được trong nghiên cứu bệnh giáp trạng.

Ở Việt Nam, từ những năm đầu của thập kỷ 70 này, Iod phóng xạ đã được ứng dụng trong chẩn đoán bệnh tuyến giáp (¹).

Từ tháng 9-1985 tại Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên lần đầu tiên ứng dụng: Phương pháp đo độ tập trung ¹³¹I ở tuyến giáp nhằm góp phần cùng với lâm sàng và các phương pháp khác, nâng cao chất lượng chẩn đoán bệnh tuyến giáp.

Chúng tôi tổng kết số liệu thu được trên 107 bệnh nhân có bệnh về tuyến giáp. Nhằm rút ra những nhận xét và ứng dụng phương pháp này trên lâm sàng.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

— Bệnh nhân có bệnh về tuyến giáp đã được chẩn đoán xác định bằng các phương pháp thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng. Tuổi thấp nhất là 15, cao nhất là 55, trung bình là 30 tuổi.

— Nhóm kiểm tra: Gồm 23 thanh niên hoàn toàn khỏe mạnh bình thường, không có bệnh về tuyến giáp tuổi từ 17 đến 27 sinh ra và lớn lên ở Thành phố Thái Nguyên và vùng đồng bằng.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Dược chất phóng xạ: Dùng Iod 131 (¹³¹I) dưới dạng dung dịch NatriIodua (NaI). Tinh khiết về mặt hóa phóng xạ, không lẫn đồng vị bền (¹²⁷I). Do Liên Xô sản xuất.

— *Dụng cụ đo gồm:*

Đầu đếm nhấp nháy, tinh thể NaI (TL), có bao định hướng

Máy đếm của Liên Xô.

— *Cách đo:* Đo có khoảng cách từ tuyến giáp đến đầu đếm nhấp nháy là 20 — 25cm.

— *Cách tiến hành:* Cho mỗi bệnh nhân uống từ 3 — 5 Microcurie ¹³¹I, Sau 2 giờ và 24 giờ đo độ tập trung của nó ở tuyến giáp. Phép đo được đo đồng thời với liều chuẩn (bằng liều uống) và được so sánh với liều uống để tính ra phần trăm.

III — KẾT QUẢ

1. Nghiên cứu trên những bệnh nhân mắc các bệnh tuyến giáp như : Basedow, nhược năng giáp, bướu cổ đơn thuần. Riêng bướu cổ đơn thuần được chia thành 2 nhóm nhỏ là : Bướu cổ tản phát và bướu cổ địa phương (theo phân loại của Đặng Trần Duệ) (3).

Kết quả được trình bày trong bảng 1.

Bảng 1 — Độ tập trung ^{131}I ở người bình thường và những người mắc bệnh tuyến giáp (% so với liều uống)

Thời điểm Nhóm	2 giờ	24 giờ	Thay đổi giữa hai thời điểm đó
Kiểm tra (n = 23)	$19,5 \pm 7,4$	$46,9 \pm 17,4$	tăng $P < 0,001$
Basedow (n = 14)	$71,4 \pm 13,6$ $P < 0,0005$	$79,3 \pm 10$ $P < 0,0005$	không $P > 0,05$
Bướu cổ địa phương (n = 10)	$31,2 \pm 6,8$ $P < 0,001$	$67,2 \pm 26$ $P < 0,001$	tăng $P < 0,001$
Bướu cổ tản phát (15 - 55 tuổi) n = 67	$15,8 \pm 5,8$ $P < 0,02$	$35,7 \pm 13,9$ $P < 0,001$	tăng $P < 0,005$
(Xét riêng) nhóm 15 - 30 tuổi (n = 40)	$18,5 \pm 6,9$ $P > 0,05$	$44,6 \pm 6,2$ $P < 0,05$	tăng $P < 0,005$
Nhược năng giáp (n = 3)	$4,3 \pm 0,9$ $P < 0,001$	$6,0 \pm 4,1$ $P < 0,001$	không $P > 0,05$

Qua bảng kết quả trên chúng tôi thấy :

. Ở nhóm kiểm tra : Độ tập trung ^{131}I ở 2 thời điểm đo có khác nhau : Tăng ở thời điểm 24 giờ.

. Ở bệnh nhân Basedow : Độ tập trung ^{131}I đều cao hơn so với nhóm kiểm tra ở cả 2 thời điểm. Đặc biệt ở giữa 2 thời điểm của nhóm đều cao và không khác nhau. Do đó đồ thị biểu diễn kết quả của nhóm này có hình cao nguyên (Phan Văn Duyệt gặp 3/4 các trường hợp đồ thị có hình cao nguyên) (2).

. Ở bệnh nhân nhược năng giáp : Độ tập trung ^{131}I ở cả hai thời điểm đều rất thấp so với nhóm kiểm tra.

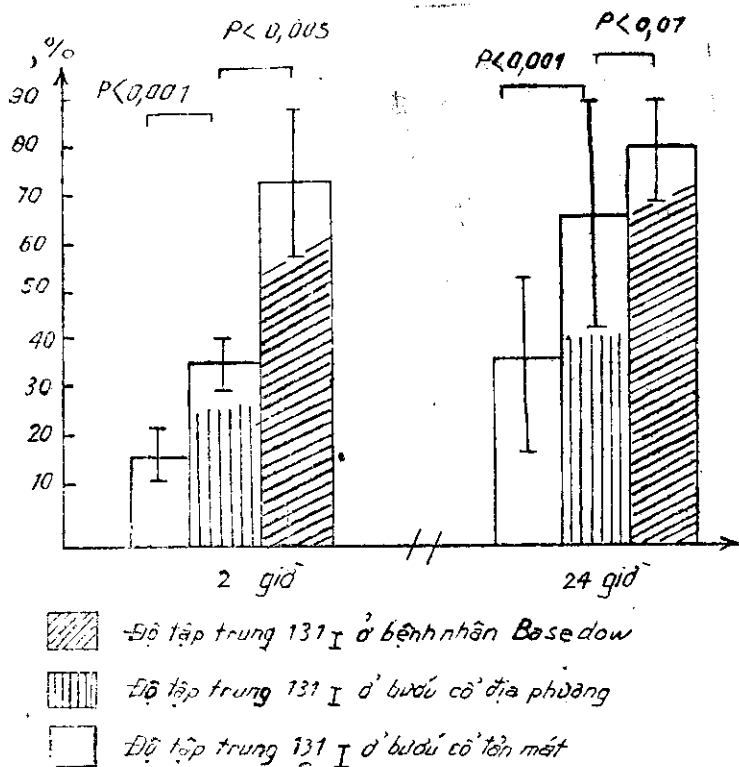
. Ở nhóm bướu cổ địa phương : Độ tập trung ^{131}I đều cao hơn so với nhóm kiểm tra ở cả 2 thời điểm. Giữa 2 thời điểm có sự khác nhau. Tăng ở thời điểm 24 giờ.

. Ở nhóm bướu cổ tản phát : Độ tập trung ^{131}I thấp hơn so với nhóm kiểm tra ở cả 2 thời điểm. Qua đây nảy sinh trong chúng tôi một điều nghi ngờ : Tại

sao những người mang bướu đơn thuần tản phát lại thấp hơn những người bình thường ở nhóm kiểm tra ? Chúng tôi tiến hành xét riêng những bệnh nhân bướu cổ tản phát có độ tuổi từ 15 — 30 ($n = 40$) tương đương với độ tuổi ở nhóm kiểm tra (17 — 27 tuổi) thì thấy độ tập trung ^{131}I giữa hai nhóm này không có sự khác nhau ($P > 0,05$) (Xin nói thêm ở phần bàn luận).

Những thay đổi (tăng, giảm) nêu trên ở các nhóm và giữa 2 thời điểm đều ở mức độ cao và có ý nghĩa thống kê.

2. So sánh kết quả thu được giữa nhóm bệnh Basedow và nhóm bướu cổ đơn thuần :



Dựa vào số liệu trên chúng tôi thấy :

— Ở bệnh nhân Basedow độ tập trung ^{131}I ở cả hai thời điểm đều cao hơn ở nhóm bướu cổ tản phát và bướu cổ địa phương, đặc biệt là ở thời điểm 2 giờ.

— Nhóm bướu cổ địa phương có độ tập trung ^{131}I cao hơn hẳn nhóm bướu cổ tản phát ở cả hai thời điểm.

Sự khác nhau nêu trên giữa các nhóm đều có ý nghĩa thống kê.

3. Kết quả nghiên cứu trên 13 bệnh nhân Basedow đã được điều trị bằng MTU được trình bày trong bảng 2

Bảng 2 — Độ tập trung ^{131}I ở nhóm bệnh Basedow đã được điều trị MTU (% so với liều uống).

Thời điểm đo Điều kiện	2 giờ	24 giờ
Basedow Ổn định n = 8	$17,56 \pm 6,8$	$35,37 \pm 9,9$
Basedow chưa ổn định n = 5	$40,1 \pm 17,11$	$63,8 \pm 7,8$

Qua số liệu trên chúng tôi thấy:

— Những bệnh nhân Basedow được xác nhận là ổn định sau khi dùng MTU có độ tập trung ^{131}I ở tuyến giáp thấp rõ rệt so với độ tập trung ở Basedow tiến triển ($P < 0,0005$), và tương tự như ở độ tập trung của bướu cổ đơn thuần tản phát ($P < 0,05$).

— Những bệnh Basedow đã điều trị bằng MTU được xác nhận là chưa ổn định có độ tập trung ^{131}I cao hơn ở nhóm bướu cổ đơn thuần tản phát ở cả hai thời điểm ($P < 0,01$) nhưng thấp hơn ở Basedow tiến triển ($P < 0,005$).

IV — BÀN LUẬN

Kết quả mà chúng tôi thu được ở nhóm người bình thường được kiểm tra: Thấy cao hơn kết quả thu được trên người bình thường của Phan Văn Duyệt và cộng sự tiến hành năm 1971 tại Hà Nội (độ tập trung ^{131}I lúc 2 giờ: $14,4 \pm 3,9$ và 24 giờ: $32,5 \pm 7$).

Ở đây các tác giả và chúng tôi cùng làm theo nguyên tắc, kỹ thuật và được chất như nhau, và ở các tác giả không thấy công bố kết quả nghiên cứu độ tập trung ^{131}I ở các lứa tuổi khác nhau, trong đó có lứa tuổi mà chúng tôi đã chọn, nên việc so sánh gặp nhiều khó khăn. Mặt khác không thể loại trừ được khả năng ảnh hưởng của yếu tố địa dư (thành phố Thái Nguyên tỉnh Bắc Thái) tới chỉ tiêu này, và điều này theo ý chúng tôi cần điều tra.

Ở bệnh nhân mắc bệnh Basedow độ tập trung ^{131}I tăng cao cả 2 thời điểm đặc biệt là thời điểm 2 giờ, khác hẳn với độ tập trung ở các bệnh khác như đã nêu ở trong công trình này. Điều này chứng minh thêm ý kiến cho rằng: (4) « Iod chứa trong tuyến giáp của bệnh nhân Basedow giảm dưới mức độ bình thường ». Vì vậy khi bệnh nhân Basedow được uống một lượng NaI thì Iod đã nhanh chóng được tập trung ở tuyến giáp với mức độ cao.

Ở nhóm bướu cổ địa phương: Kết quả thu được trong công trình này tương tự như kết quả Phan Văn Duyệt và cộng sự đã thu được ở vùng có bướu cổ địa phương (Ngân Sơn — Bắc Thái), Hàm Yên (Tuyên Quang), Kim Bôi (Hòa Bình) năm 1971. Độ tập trung ^{131}I tăng cao hơn nhóm kiểm tra cả 2 thời điểm

nhưng thấy thấp hơn ở Basedow, đặc biệt là ở thời điểm 2 giờ. Đây là sự khác biệt đáng lưu ý để phân biệt giữa Basedow và bướu cổ địa phương.

Ở nhóm bướu cổ tản phát: Độ tập trung ^{131}I thấp hơn hẳn ở bướu cổ địa phương và thấy tương tự như người bình thường (cùng lứa tuổi) và thấp hơn người bình thường (bao gồm cả lứa tuổi cao hơn) cho tới nay chúng tôi chưa thấy tài liệu nào công bố về vấn đề này. Do đó chúng tôi thấy:

. Đặc điểm khác nhau giữa bướu cổ địa phương và bướu cổ tản phát như đã nêu trên có lẽ cũng cần đặt ra cho những người làm công tác điều trị bệnh bướu cổ đơn thuần nói chung để chọn lọc được phương pháp điều trị thích hợp với từng loại bướu.

. Độ tập trung ^{131}I cần được nghiên cứu thêm theo các lứa tuổi khác nhau.

V — KẾT LUẬN

— Kết quả nghiên cứu ở 107 bệnh nhân có các bệnh tuyến giáp như đã nêu ở công trình này có các trị số thay đổi rất rõ rệt và đặc trưng trong từng bệnh, vì vậy nó có giá trị nhất định trong chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt các bệnh tuyến giáp.

— Phương pháp này có khả năng theo dõi và đánh giá được kết quả điều trị bệnh Basedow.

— Phương pháp này có giá trị góp phần điều tra, khoanh vùng bệnh bướu cổ địa phương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Văn Duyệt — Phóng xạ Y học (Cơ sở và lâm sàng)
Nhà xuất bản Y học — 1979.
2. Phan Văn Duyệt và cộng sự — Tập san nội khoa số 3 — 4
năm 1972; 1 — 9
3. Đặng Trần Duệ — Bướu cổ và các bệnh tuyến giáp —
Nhà xuất bản Y học — 1975.
4. Nguyễn Khánh Dư — Bệnh Basedow với phẫu thuật.
Nhà xuất bản Y học — 1978; 40 — 47.

GIẢI PHẪU — THẺ DỤC THẺ THAO

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM VỊ TRÍ XUẤT HIỆN BƯỚU GIÁP TRẠNG NGƯỜI VIỆT NAM

**NGUYỄN VĂN LỤC — TRỊNH XUÂN ĐÀN
TẠ THÀNH KẾT**

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bướu giáp còn gọi là bệnh bướu cổ, tương đối phổ biến và rất đa dạng. phần lớn các công trình của các tác giả trước đây chỉ có sự chú ý phân tích nhiều về đặc điểm, tính chất của bệnh, tuổi, giới, nghề nghiệp, địa dư và những nguyên nhân gây ra các bệnh, thể bệnh bướu giáp.

Theo La Hữu Da và Đặng Thụ thì từ năm 1963 — 1965 mới có một vài công trình nghiên cứu về các bệnh bướu cổ ở Việt Nam.

Trong phần này chúng tôi chỉ muốn đề cập tìm hiểu về đặc điểm vị trí xuất hiện các vùng bướu cổ thường gặp, nhằm rút ra kết luận có thể bổ sung thêm vào các công trình trên, đồng thời chúng tôi còn muốn tìm hiểu vị trí xuất phát của bướu cổ liên quan với động mạch giáp, cùng lượng máu mang tới cho tuyến giáp nhằm đóng góp trong công tác chẩn đoán, điều trị phẫu thuật cắt bỏ bướu và các công trình nghiên cứu khác về tuyến giáp ở Việt Nam.

Công trình này chỉ là một phần trong hướng lâu dài của chúng tôi tiếp tục nghiên cứu về hình dạng, kích thước, sự phân bố cấp máu và thần kinh của tuyến giáp người Việt Nam nhằm phục vụ mục đích trên.

II — PHƯƠNG HƯỚNG VÀ ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã trực tiếp thu thập số liệu trên 540 người có bướu tới khám ở Trạm bướu cổ của Sở y tế Bắc Thái, ở 2 xã của huyện Chợ Đồn và Bạch Thông đặc trưng cho vùng Miền Núi tỉnh Bắc Thái (4-6-1986).

Cùng với việc tổ chức lấy số liệu ở các địa phương trên chúng tôi còn tiến hành thu thập số liệu trên 517 hồ sơ bệnh nhân đã đến khám và được điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ bướu ở Bệnh viện hữu nghị Việt Nam CHDC Đức Hà Nội năm 1981 đến năm 1985.

Trong phần này chúng tôi không có ý đề cập phân tích sâu về các yếu tố dịch tễ học, về các thể loại bướu Basedow và ung thư của tuyến giáp cũng như kết quả điều trị bằng phẫu thuật.

III — KẾT QUẢ VÀ NHẬN XÉT

Những số liệu thu thập được xin nhận xét theo các bảng sau đây :

Bảng 1 : Đặc trưng nhóm I ở Bắc Thái,

Nhận xét I.

Mẫu nghiên cứu ở địa phương Miền núi tỉnh Bắc Thái gồm có: 540 người bị bướu cổ trong đó có 120 nam, 420 nữ, tỷ lệ nữ/nam khoảng 3,5.

Về tuổi chúng tôi thấy dưới 15 tuổi có 147 người (27,2%) từ 15 — 35 tuổi có 294 người (54,4%), từ 36 — 50 tuổi có 77 người (14,3%) còn trên 50 tuổi có 22 người (4,1%).

Trong số 540 người bị bệnh bướu cổ ở địa phương có tới 75,8% (409 người) là nông dân sản xuất nông nghiệp, 15,2% (82 người) là công nhân lao động ở các công, nông, lâm trường, xí nghiệp. Còn lại 9% (49 người) thuộc các thành phần nghề nghiệp khác (học sinh, giáo viên, trí thức ...).

Đặc biệt trong mẫu điều tra này chúng tôi gặp có 9 trường hợp (1,7%) có bướu độ IV mà họ vẫn ăn uống, sinh hoạt bình thường. Theo cán bộ y tế xã theo dõi ở địa phương cho biết từ năm 1981 — 1985 có rất ít trường hợp bệnh nhân phải đi khám, mổ cấp cứu vì sự biến chứng chèn ép do bướu quá to. Có một số người cho rằng. Bệnh bướu cổ là một bệnh lây truyền nên có gia đình cho người bệnh cách ly trong ăn uống, sinh hoạt hàng ngày (Đồn Phong).

Nhận xét II.

Chúng tôi tạm chọn đặc trưng cho mẫu miền xuôi gồm 517 người bị bệnh bướu cổ đến khám và được điều trị cắt bỏ bướu tại Bệnh viện hữu nghị Việt Nam — CHDC Đức Hà Nội (1981 — 1985). Trong số 517 bệnh nhân này phần lớn họ đều tập trung ở xung quanh Hà Nội và trực tiếp ở Hà Nội, chỉ có 12 trường hợp (2,3%) ở Thanh Hóa, Nghệ An và 14 trường hợp (2,7%) ở Cao Bằng, Lai Châu.

Trong số 517 bệnh nhân ở mẫu II có 84 nam (16,3%) ; 433 nữ (83,7%). Tỷ lệ nữ/nam = 5,8. Với tỷ lệ ở mẫu II này cho thấy số người bị bệnh bướu cổ ở mẫu II có khác với mẫu I ở trên, chúng tôi nhận xét như sau :

Về tuổi ở mẫu II, dưới 15 tuổi chúng tôi không gặp trường hợp nào; từ 15 — 35 tuổi có 216 người (55,3%), từ 36 — 50 tuổi có 167 người (32,3%) còn trên 50 tuổi chỉ có 64 người (12,4%).

Trong số 517 người ở mẫu II này có 10 bệnh nhân bị bướu tái phát phải mổ lần 2 và có tới 90 — 95% bệnh nhân sau khi được mổ đều có kết quả xét nghiệm giải phẫu bệnh lý cho biết đầy đủ những chức năng của tuyến giáp, có lẽ do tính chất này mà tỷ lệ về tuổi nghề nghiệp của nhóm I và II những người mắc bệnh bướu có khác nhau?

Nhận xét III.

Đây là phần mà chúng tôi muốn có mối quan tâm theo dõi. Nếu nhìn chung cho cả 2 nhóm (I, II) dù ở thể dạng nào của bệnh bướu cổ ví dụ như phần cuối của phần nhận xét ở nhóm II đã đề cập tới.

Ở đây chúng tôi chỉ muốn dựa vào sự phản ứng vị trí to của bướu làm chuẩn thì tổng số mẫu nghiên cứu chung cho cả 2 nhóm là 1057 người, trong đó có 204 nam (19,3%) và có tới 855 nữ (50,7%) tỷ lệ chung cho nữ/nam là 4,1, lứa tuổi nhiều nhất từ 15 — 50 tuổi chiếm tới 72,2%.

Về đặc điểm vị trí xuất hiện của bướu chúng tôi thấy nhiều nhất ở thùy bên phải, có 647 người (chiếm tỷ lệ 61,2%) rồi đến thùy bên trái có 200 người

(19%) ở cả 2 thủy bên có 164 người (15,5%) và cuối cùng ở eo giữa tuyến có 46 người (4,3%). Cũng do từ trước tới nay chúng tôi chưa nhận được số liệu nào của các tác giả khác ở Việt Nam cũng như ở nước ngoài nên chưa có thể so sánh được. Vì vậy cũng đặt ra cho chúng tôi cần phải tiếp tục phân tích sâu thêm để có được những nhận xét đầy đủ hơn nữa.

IV — TRAO ĐỔI BÀN LUẬN

Về cấu tạo giải phẫu đã từ lâu cho chúng ta biết được một khái niệm về tuyến giáp là một tuyến nội tiết lớn nhất nằm ở vùng trước cổ song cho đến nay về các hình thức chỉ số hình thái giải phẫu tuyến giáp của người Việt Nam nói chung vẫn chưa có số liệu nào. Năm 1982 — 1983 cùng tác giả (Nguyễn Văn Lực) đã đưa ra được một nhận xét ban đầu về sự sai khác nguồn gốc của các động mạch đi tới cấp máu cho tuyến giáp ở thai nhi người Việt Nam (Vụ QLKHKT Bộ Y tế) và theo tài liệu giải phẫu của một số tác giả nước ngoài ví dụ: R. D Xinhelnhicôp (1 — 76) cho biết mỗi thủy bên của tuyến giáp ở người lớn dài 6cm, rộng 4cm, dày 1cm, nặng 30 — 60 gam.

Khi có một nguyên nhân nào đó gây cho tuyến giáp phình to thì gọi là bệnh bướu cổ, nhưng qua những phân tích trên ở 1057 người cho thấy: Sự phình to của tuyến không đều gặp nhiều nhất ở thủy bên phải → thủy bên trái → ở hai thủy bên -- cuối cùng là ở eo giữa tuyến. Những đặc điểm này có liên quan gì tới nguồn gốc động mạch cấp máu cho tuyến giáp đã được báo cáo 1982 — 1983.

Về mặt ứng dụng lâm sàng trong chẩn đoán phẫu thuật cắt bỏ bướu tuyến giáp của một số tác giả trong và ngoài nước ví dụ:

— Theo công trình của Đặng Trần Duệ, qua tài liệu của Martovinovich (1982) liệt dây thần kinh quặt ngược tạm thời 5%, vĩnh viễn 1,8% giảm năng tuyến cận giáp tạm thời 0,9%, mổ bướu tái phát 5,5% giảm năng tuyến giáp 9%.

Theo công trình phẫu thuật của Nguyễn Xuân Ty và Nguyễn Khánh Dư cho 529 ca từ 2-1962 — 2-1972 có tới 9,2% biến chứng. Lưu ý nhất có tới 5 trường hợp biến chứng không hồi phục thì có 3 ca cắt phải tuyến cận giáp. 2 ca cắt phải dây thần kinh quặt ngược. Ngoài ra còn có 5 trường hợp chảy máu trong mổ.

Theo công trình của V. I Potchiarekin (Votnhich chirurgia 1-76) cho 520 bệnh nhân bướu ác tính từ 1960 — 1974 cho biết một số biến chứng. Kẹp phải dây thần kinh quặt ngược trong lúc cầm máu 5 ca. Bệnh nhân thường kèm theo khản tiếng từ 3 tuần — 4 tháng. Biến chứng này theo nhiều tác giả nói có tới từ 2 — 5% phẫu thuật lần đầu hoặc lên tới 15% bướu cổ tái phát (B. V Petropski, V. X. Xemodép. A. A. Narutrep...) Cắt phải tuyến cận giáp được coi là biến chứng đặc biệt với tỷ lệ thay đổi từ 0,1 — 2% (II. Sakharotrec. P. G Gahadin, v.v...).

Tóm lại những khó khăn trên trong phẫu thuật chúng tôi nghĩ rằng nó có sự liên quan tới cấu tạo hình thái của tuyến giáp. Các công trình trên chưa thấy đề cập tới vị trí xuất hiện của bướu, sự liên quan trong phẫu thuật cắt bỏ bướu cổ liên quan gì tới sự xuất hiện bướu. Đặc biệt những biến chứng về chảy máu, cắt phải dây thần kinh quặt ngược, cắt phải tuyến cận giáp trong các biến chứng không hồi phục.

Các biến chứng trong phẫu thuật chưa nói rõ là cắt bướu ở bên nào gặp nhiều nhất, cắt bỏ bao nhiêu phần tuyến giáp vừa đủ để tránh gây ra những thiếu năng của tuyến giáp và cận giáp, v.v..., vấn đề này có liên quan gì tới vị trí tập trung của bướu không? Chúng tôi hy vọng các hoạt động trên sẽ được đề cập trong công trình tiếp theo của chúng tôi về sự phân bố mạch, thần kinh và liên quan của chúng trong tuyến giáp và tuyến cận giáp.

V — KẾT LUẬN

Qua phần báo cáo trên, bước đầu chúng tôi có thể rút ra một số kết luận ở 1057 người bị bướu cổ như sau:

1. Khi có một nguyên nhân nào gây cho tuyến giáp phản ứng to ra thường gọi là bệnh bướu cổ, song sự phản ứng to ra của tuyến không đều gặp nhiều nhất:

Vị trí bướu	Số người gặp	Tỷ lệ %
Thùy phải	647	61,2
Thùy trái	200	19,0
Hai thùy bên	164	15,5
Eo giữa tuyến	46	4,3

2. Việc xác định vị trí bướu trên tuyến giáp cho thấy thêm tính chất đa dạng đặc điểm của bệnh bướu cổ mà nhiều công trình trước đây chưa đề cập. Nó không những chỉ có ý nghĩa về lý thuyết mà cả thực tế. Do vậy công việc này còn đặt ra cho chúng ta cần phải tiếp tục phân tích sâu hơn nữa đóng góp phần phục vụ được tốt công tác chẩn đoán, điều trị phẫu thuật cắt bỏ bướu của tuyến giáp cũng như các công trình nghiên cứu khác về tuyến giáp trạng trước đây.

ĐỘNG MẠCH TUYẾN GIÁP Ở THAI NHI NGƯỜI VIỆT NAM

NGUYỄN VĂN LỤC
HOÀNG VĂN CỨC
và CS.

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhằm góp phần phục vụ nghiên cứu chẩn đoán, điều trị phẫu thuật cũng như các nghiên cứu khác về tuyến giáp ở nước ta.

Mặc dầu từ lâu theo những tài liệu Y văn (1936) đã cho biết một khái niệm chung về hình thái tuyến giáp là một tuyến nội tiết lớn nằm ở vùng trước cổ, có nhiều chức năng quan trọng, đặc biệt là sự điều hòa chuyển hóa chất iod trong cơ thể và khi chức năng này bị rối loạn sẽ sinh ra bệnh bướu cổ. Tuyến giáp được cấp máu bởi 2 động mạch giáp trên, 2 động mạch giáp dưới và có trường hợp thêm một động mạch giáp giữa. Tuy vậy về nguồn gốc, số lượng, kích thước, đặc điểm, đường đi của các động mạch giáp ở những dạng biến hình và đặc biệt thì những số liệu nghiên cứu cho đến nay vẫn còn ít, nhất là ở Việt Nam hầu như chưa có.

Do vậy, bước đầu chúng tôi mong muốn tìm hiểu và xác định đưa ra được các số liệu về động mạch tới cấp máu cho tuyến giáp ở các dạng biến hình và đặc biệt, làm cơ sở định hướng cho các công trình tiếp theo liên quan sau này.

II -- PHƯƠNG PHÁP — ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã trực tiếp tiến hành ở 30 thai nhi người Việt Nam từ 6 — 9 tháng tuổi (Kovac) sau khi cho đẻ ra bóc lộ lồng ngực, bơm nhựa Tiền Phong hoặc nhựa Kallocryl — Mb — Mg của Đức vào quai động mạch chủ sau 2 ngày, ngâm vào dung dịch HCl 35% 5 ngày đem ra rửa sạch trong nước máy rồi nhận định hệ mạch và chụp ảnh.

10 xác mới đẻ ra đem ngâm trong dung dịch formol 20% sau 20 ngày phẫu tích tuyến giáp và quan sát về các động mạch tuyến giáp, chúng tôi có quan tâm chụp ảnh các động mạch cấp máu cho tuyến giáp.

Song song với sự quan sát nhận định về các động mạch tuyến giáp, chúng tôi có quan tâm tới nguồn gốc các động mạch cấp máu cho não, cho các cơ quan đầu mặt và động mạch liên quan đến chi trên nói chung.

Các số liệu được sử dụng theo phương pháp thống kê y học thông thường.

III — KẾT QUẢ VÀ NHẬN XÉT

Với mục đích và phương pháp trên các kết quả được phân bố theo các phần sau :

A — VỀ SỐ LƯỢNG

- 100% có 2 đôi động mạch giáp ở mỗi cực của tuyến
1 động mạch giáp phải trên; 1 động mạch giáp trái trên;
1 động mạch giáp phải dưới; 1 động mạch giáp trái dưới.

Ngoài ra còn có 5/30 trường hợp có một động mạch giáp giữa (ima-medi-ane-Neubauer) và 5/30 trường hợp ở bên trái có thêm 1 động mạch giáp trên. Như vậy ở thùy bên trái tuyến giáp có 2 động mạch giáp trái trên (chiếm 14%).

B — VỀ NGUYÊN ỦY

1. Động mạch giáp trên: Chúng tôi thấy xuất phát từ động mạch cảnh ngoài chiếm 40%, từ phình cảnh 40%, từ động mạch cảnh gốc 20%.

Trong trường hợp có 2 động mạch giáp trên thì có một là xuất phát từ động mạch cảnh gốc (thường to) còn một thì xuất phát từ động mạch cảnh ngoài (thường bé) có một trường hợp được coi như một trong 5 ngành tận của động mạch cảnh gốc (đ/m cảnh trong — đ/m cảnh ngoài — đ/m giáp trên — đ/m lưỡi — đ/m hầu lên — tiêu bản số 10).

2. Động mạch giáp dưới: Xuất phát từ thân động mạch giáp nhị cổ vai là một nhánh của động mạch dưới đòn. Chúng tôi gặp 40% động mạch xuất phát ở phía ngoài động mạch đốt sống và động mạch vú trong, 20% cùng có một thân chung với động mạch cổ liên sườn, 40% xuất phát cùng bình diện với động mạch đốt sống và động mạch vú trong.

3. Động mạch giáp giữa: Chúng tôi gặp chỉ có 5/30 trường hợp và nó đều xuất phát từ thân động mạch cảnh tay đầu, không thấy ở các điểm khác.

C — KÍCH THƯỚC, ĐỘ LỚN

Chúng tôi tạm so sánh các động mạch giáp với nhau, cụ thể như sau:

Động mạch giáp trái trên lớn nhất chiếm 40%

Động mạch giáp trái dưới lớn nhất chiếm 17%

Động mạch giáp phải trên lớn nhất chiếm 15%

Động mạch giáp phải dưới lớn nhất chiếm 13%

Còn các động mạch khác bằng nhau khó phân biệt thì chiếm 15%. Qua bảng trên cho thấy động mạch giáp trái trên có phần ưu thế, chiếm 40% có độ lớn nhất và có 14% ở cực trên thùy bên trái có 2 động mạch giáp trên.

D — VỀ ĐƯỜNG ĐI PHÂN NHÁNH

1. Động mạch giáp trên: phần lớn từ nguyên ủy đi ra phía trước hơi cong xuống dưới thành một quai rồi phân ra các nhánh bên và các nhánh tận. Có trường hợp sau khi động mạch giáp trên từ nguyên ủy đi ra phía trước được một đoạn thì xoắn lại thành một vòng hoặc 2 vòng giống như lò xo xuống dưới rồi mới phân ra các nhánh (gặp ở bên trái).

Về cách phân nhánh thì động mạch giáp trên thường chia làm 3 nhánh tận và 2 cách phân chia.

a) *Cách phân chia ra dần dần:* lúc đầu nó tách ra một nhánh sau, nhánh này chạy được một đoạn rất ngắn ở phía ngoài rồi vòng ra phía sau tuyến lại chia thành nhiều nhánh nhỏ; có trường hợp nó chạy xuống để tiếp nối với nhánh sau của động mạch giáp dưới, sau đó nó mới chia làm 2 nhánh tiếp đó là nhánh ngoài và nhánh trong.

Nhánh ngoài chạy chéo ra phía ngoài rồi chia làm nhiều nhánh nhỏ chạy ở phía trước ngoài của tuyến.

Nhánh trong tiếp theo hướng đi của động mạch giáp trên chạy ra phía trước xuống dưới vào trong tới tiếp nối với nhánh bên trong của động mạch giáp trên bên đối diện.

b) *Cách phân thành nhánh chùm*: từ nguyên ủy động mạch giáp trên đi ra phía trước và xuống dưới rồi đột ngột phân thành 3 nhánh tận cùng một lúc: nhánh sau, nhánh ngoài và nhánh trong.

Ngoài 2 cách phân trên, có trường hợp động mạch giáp trên lại chỉ phân thành 2 nhánh tận là nhánh trước và nhánh sau.

Trong trường hợp ở bên trái có 2 động mạch giáp trên thì 1 động mạch ở phía trên chạy vòng ra phía trước vào trong lần theo bờ trên của eo tuyến; còn một động mạch ở bên dưới thì phân làm 2 nhánh ngoài và sau.

2. Động mạch giáp dưới: Sau khi xuất phát từ nguyên ủy nó chạy từ dưới lên trên, từ ngoài vào trong rồi cũng phân ra các nhánh tận và cũng có 2 cách phân chia.

a) *Cách phân làm 3 nhánh tận* (chiếm 40%) đó là:

Nhánh dưới chạy dọc theo bờ dưới của tuyến rồi tiến vào vùng giữa của eo tuyến.

Nhánh trước trên thì chạy lên trên dọc theo phía ngoài của tuyến rồi phân ra thành các nhánh nhỏ đi vào phía trước phía bên của tuyến và tiếp nối với các nhánh của động mạch giáp bên đối diện.

Nhánh sâu (nhánh sau), nhánh này khá dài đi lên trên hơi chệch vào trong rồi phân làm nhiều nhánh nhỏ chui vào sâu bên trong tổ chức của tuyến

b) *Cách phân thành 2 nhánh tận*: (chiếm 30%) đó là

Nhánh dưới, chạy dọc theo bờ dưới của tuyến vào trong rồi tách ra các nhánh nhỏ chạy ở mặt trước dưới của tuyến, tới nối tiếp với các nhánh bên đối diện.

Nhánh sâu chạy lên trên tương tự như các nhánh sâu khác (như mô tả trên).

Ngoài 2 cách phân nhánh tận trên của động mạch giáp dưới, có trường hợp chỉ coi như có một nhánh chạy từ dưới lên trên tiến sâu vào bên trong và lên trên khá cao rồi mới tách ra một nhánh nhỏ. Nhánh nhỏ này chạy xuống dưới và được coi như một nhánh sâu lớn uốn chạy ngược lên trên tiếp tục theo hướng của động mạch chính. Như vậy có thể coi nhánh sâu hay nhánh sau là nhánh chính của động mạch giáp dưới, nó đi lên trên chui vào sâu rồi mới phân ra các nhánh nhỏ để cấp máu cho phần dưới của tuyến giáp, cho tuyến cận giáp, và theo nhiều tác giả thế giới cho rằng nhánh này có liên quan chặt chẽ với dây thần kinh quặt ngược; (Trong phẫu thuật bướu giáp cần lưu ý liên quan này).

3. Động mạch giáp giữa (mediane — ima): Động mạch thường phân ra thành 2 nhánh tận.

Nhánh trên đi lên trên và chạy ra phía trước dưới của tuyến. Theo tác giả nước ngoài khi có nhánh này thường thì nhánh dưới của động mạch giáp dưới lại rất bé hoặc không có (theo một số tác giả thế giới cũng cho như vậy).

Nhánh dưới đi xuống dưới, có nhiều tác giả cho rằng nhánh này tới cấp máu cho các cơ vùng dưới móng và các sụn của khí quản.

Qua một số kết quả phân tích trên chúng tôi nhận thấy :

Tuyến giáp không những chỉ cấp máu bởi 2 động mạch giáp trên (một bên phải, một bên trái) chiếm 100%: 2 động mạch giáp dưới (một bên phải, một bên trái) chiếm 100%, một động mạch giáp giữa chiếm 14% và có 5/30 trường hợp ở bên trái có thêm một động mạch giáp trên, nó không chỉ xuất phát từ động mạch cảnh ngoài (40%) ở phình cảnh (40%) mà còn thấy xuất phát ở động mạch cảnh gốc tới 20%, tỷ lệ này cao. Động mạch giáp dưới xuất phát từ thân động mạch giáp nhị cổ vai, ở ngoài động mạch đốt sống và động mạch vú trong (40%) có một thân chung với động mạch vú trong, động mạch cổ liên sườn (20) và có cùng bình diện với động mạch đốt sống tới 40%.

Về đường đi phân nhánh của các động mạch giáp không phải lúc nào cũng chạy thẳng hoặc cong mà có một số trường hợp xoắn vòng lò xo.

Có thể phần trên của thùy bên trái tuyến giáp được cấp máu nhiều vì có thêm một động mạch giáp trái trên có độ lớn nhất chiếm 40%.

Nguyên ủy của động mạch giáp nhị cổ vai cũng như đường đi phân nhánh của động mạch giáp dưới rất thay đổi. Nhánh sâu của động mạch giáp dưới được coi như nhánh tận lớn nhất, nó có nhiều liên quan đến các cơ quan lân cận, đặc biệt với dây thần kinh quặt ngược.

Kết quả trên cần đặc biệt chú ý.

Trong trường hợp có 2 động mạch giáp trên xuất phát ở những điểm khác nhau, khi cắt tuyến giáp dễ bỏ sót gây chảy máu.

Khi mổ khí quản dễ cắt phải động mạch giáp giữa gây chảy máu.

Trong các trường hợp bệnh lý (Basedow) có thể nghe thấy tiếng thổi tâm thu có thể liên quan tới các dạng xoắn vòng của các động mạch tới cấp máu, cho tuyến giáp.

IV — TRAO ĐỔI, KẾT LUẬN

Mặc dù tuyến giáp cũng như các tuyến nội tiết khác đã được xác định từ lâu, tuyến giáp giữ một chức năng quan trọng trong sự chuyển hóa chất Iod của cơ thể người.

Tuy đã có nhiều công trình nghiên cứu về sinh lý, bệnh lý của tuyến giáp nhưng riêng phần hình thái giải phẫu nói chung, đặc biệt phần cấu trúc động mạch thần kinh của tuyến giáp ở nước ta cho tới nay còn thiếu và hầu như chưa có số liệu nào. Do đó số liệu của chúng tôi chỉ so sánh bước đầu với một vài tác giả ở nước ngoài thì thấy có khác.

So sánh nguyên ủy động mạch giáp trên

	Đ/m cảnh ngoài	Từ phình cảnh	Từ đ/m cảnh gốc	Điểm khác
Scharer 1946	46%	36%	18%	1 — 2,5%
Nguyễn Văn Lực 1983	40%	40%	20%	0%

Những kết quả của chúng tôi ở trên chỉ mới có thể nói lên một phần nào các số liệu về cấu trúc của hệ động mạch tới cấp máu cho tuyến giáp ở thai nhi người Việt Nam, nó không ổn định. Điều đó có thể đóng góp một phần nào vào việc chẩn đoán, điều trị và các nghiên cứu khác về tuyến giáp mà nếu chỉ dựa vào tài liệu thế giới chắc sẽ gặp nhiều khó khăn.

Do vậy sự nghiên cứu cấu trúc hình thái tuyến giáp ở nước ta nói chung, đặc biệt về mạch máu thần kinh để phục vụ cho việc nghiên cứu bệnh lý tuyến giáp cũng như công việc phẫu thuật các bệnh bướu giáp (Goitre-Basedow...) còn là vấn đề lôi cuốn chúng tôi tiếp tục đi sâu: Phẫu tích thêm để tìm hiểu mối liên quan giữa mạch — thần kinh, của các dạng hình thể ngoài tuyến giáp, xác định các vòng nối và sự phân bố cấp máu của mỗi động mạch trên cho tuyến giáp có số liệu đầy đủ hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Volfler — Sự phát triển và cấu tạo tuyến giáp — Verlag. G. Reiner Berlin 1980
2. Báo cáo sự Phân ngành động mạch cấp máu cho Tuyến giáp. Med. Diss. Zürich 1946
3. Lutz Beyer — Giải Phẫu động mạch tuyến giáp bình thường và bệnh lý — Verlag Berlin 1957.
4. Lutz Beyer — Kỹ thuật chụp động mạch tuyến giáp — Verlag Berlin 1967-16.
5. Huelke D. F — a study of the transverse cervical and dorsal scapular arteries. Anat. Rec. 132 — 233 — 1958.
6. Hollinshead. W. H — Infecion thyroidartery Sing. clin. N. Am. 1952 — 1115 — 1119.
7. Ghi hình nhấp nháy tuyến giáp tìm hiểu những thay đổi hình thái và kích thước tuyến giáp Ph-v-Duyệt, N-d-Nhật NCKH Y Dược 1983—34—35

BỀ DÀY LỚP MỠ DƯỚI DA (BDLMDD) TRẺ THIẾU DINH DƯỠNG PROTEIN NĂNG LƯỢNG ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN BẠCH MAI HÀ NỘI NĂM 1987

TRỊNH XUÂN ĐÀN
NGUYỄN VĂN THÀNH

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu dinh dưỡng protein năng lượng ở trẻ em nước ta hiện nay là một vấn đề lớn trong chương trình chăm sóc sức khỏe ban đầu được ngành Y tế và Nhà nước hết sức quan tâm. Để góp phần vào việc thực hiện chương trình đó, cùng với phòng xét nghiệm chung Trường đại học y Hà Nội chúng tôi đã tiến hành điều tra nghiên cứu về BDLMDD, một số kích thước thể lực và chỉ số sinh hóa của trẻ em thiếu dinh dưỡng protein năng lượng trước và sau điều trị tại Khoa nhi, Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội. Chúng tôi xin thông báo một phần đề tài này.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng :

Chúng tôi đã tiến hành điều tra 35 trẻ nam và nữ lứa tuổi từ 10—28 tháng (gồm 17 nam và 18 nữ) đã được khám và chẩn đoán xác định là thiếu dinh dưỡng protein năng lượng độ II — III (trên lâm sàng cũng như phân loại tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em theo cân nặng/tuổi của OMS (2) vào điều trị tại Khoa nhi, Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội.

2. Phương pháp :

Mỗi trẻ em điều trị tại khoa được đo hai lần : lần đầu ngay khi vào viện và lần hai khi ra viện (thời gian điều trị là một tháng).

Chúng tôi tiến hành đo 31 kích thước nhân trắc (ở đây sử dụng 4 kích thước) và 36 điểm mỡ dưới da theo sơ đồ ERDHeinm (vòng đùi, vòng cánh tay và 36 điểm mỡ đo ở bên trái cơ thể) với bộ dụng cụ nhân trắc của Thụy Sĩ có độ chính xác 0,1 cm.

— Cân bàn Stathmos — Lindell A, B với độ chính xác 0,01 kg

— Thước dây Liên Xô với độ chính xác 0,5 cm.

— Compa chuyên dùng Harpenden với khoảng chia 0,2 mm ; số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê nhân trắc (3).

III — KẾT QUẢ BÀN LUẬN

Qua bảng 1 chúng tôi nhận thấy :

1. Về các kích thước đánh giá thể lực.

Bảng 1 — BDLMDD và một số kích thước đánh giá thể lực của trẻ từ 10 — 28 tháng tuổi điều trị tại khoa Nhi Bệnh viện Bạch Mai

Đối tượng Chỉ số		Vào viện	Ra viện	Δ
		$n = 35 \quad \bar{x} \quad S$	$n = 29 \quad \bar{x} \quad S$	
Cân nặng Chiều cao Vòng cánh tay Vòng đùi		7,21 $\pm$ 0,78 69,44 $\pm$ 4,29 12,12 $\pm$ 0,83 21,90 $\pm$ 2,12	7,74 $\pm$ 0,9 69,63 $\pm$ 5,02 12,53 $\pm$ 0,98 22,15 $\pm$ 1,60	- 0,53 - 0,19 - 0,41 - 0,25
	A ₀	1,78 $\pm$ 0,47	1,90 $\pm$ 0,42	- 0,12
	B5	2,37 $\pm$ 0,68	2,68 $\pm$ 0,64	- 0,31
	B6	1,77 $\pm$ 0,43	1,90 $\pm$ 0,49	- 0,13
	B8	1,95 $\pm$ 0,47	1,96 $\pm$ 0,54	- 0,01
	B8	2,04 $\pm$ 0,69	2,30 $\pm$ 0,44	- 0,26
	B10	1,82 $\pm$ 0,70	1,87 $\pm$ 0,42	- 0,26
	B12	1,70 $\pm$ 0,57	1,71 $\pm$ 0,27	- 0,01
	G1	2,91 $\pm$ 0,24	3,15 $\pm$ 1,33	- 0,24
	G14	2,80 $\pm$ 0,69	2,91 $\pm$ 0,88	- 0,11
	G15	3,28 $\pm$ 0,57	2,52 $\pm$ 0,57	- 0,24
	G16	2,37 $\pm$ 0,57	2,43 $\pm$ 0,57	- 0,06
	G17	2,93 $\pm$ 0,59	3,17 $\pm$ 0,81	- 0,24
	G18	2,78 $\pm$ 0,74	2,99 $\pm$ 0,64	- 0,21
	K20	3,51 $\pm$ 1,18	3,84 $\pm$ 1,20	- 0,33
	K21	4,76 $\pm$ 1,02	4,91 $\pm$ 0,96	- 0,15
	K22	4,91 $\pm$ 0,99	5,12 $\pm$ 0,98	- 0,21
	K24	3,26 $\pm$ 1,16	3,94 $\pm$ 0,79	- 0,08
	K26	5,08 $\pm$ 0,92	5,16 $\pm$ 0,96	- 0,08
	K28	1,28 $\pm$ 0,21	1,31 $\pm$ 0,29	- 0,03
	F2	2,90 $\pm$ 0,99	3,36 $\pm$ 0,79	- 0,46
	F5	2,64 $\pm$ 0,59	2,66 $\pm$ 0,64	- 0,02
	F6	2,23 $\pm$ 0,50	2,23 $\pm$ 0,34	- 0,00
	F8	2,77 $\pm$ 0,85	2,84 $\pm$ 0,71	- 0,07
	F10	5,14 $\pm$ 1,49	5,28 $\pm$ 1,38	- 0,14
	F12	7,10 $\pm$ 1,47	7,10 $\pm$ 1,48	- 0,00
	I14	3,50 $\pm$ 0,99	3,87 $\pm$ 1,30	- 0,37
	I15	3,10 $\pm$ 0,71	3,35 $\pm$ 0,74	- 0,25
	I16	3,55 $\pm$ 0,71	3,70 $\pm$ 0,84	- 0,17
	I17	3,17 $\pm$ 0,64	3,53 $\pm$ 0,79	- 0,36
	I18	3,14 $\pm$ 0,69	3,36 $\pm$ 0,76	- 0,22
	I20	1,46 $\pm$ 0,32	1,50 $\pm$ 0,22	- 0,04
	M20	5,04 $\pm$ 1,28	5,64 $\pm$ 1,11	- 0,50
	M21	5,19 $\pm$ 1,26	5,20 $\pm$ 1,13	- 0,01
	M22	3,72 $\pm$ 1,04	3,85 $\pm$ 0,71	- 0,13
	M24	4,74 $\pm$ 1,02	4,85 $\pm$ 0,91	- 0,13
	M26	5,58 $\pm$ 1,61	5,62 $\pm$ 0,96	- 0,04

Nhìn chung các kích thước đánh giá thể lực ở trẻ em sau điều trị có nhích hơn so với trẻ trước điều trị. Đặc biệt về cân nặng: sau điều trị trẻ tăng cân rõ rệt ($\Delta = 0,53$) với ($P < 0,01$) bởi vì thể trọng cơ thể dễ dàng thay đổi theo điều kiện dinh dưỡng. Nó phụ thuộc vào chế độ ăn uống thích hợp và thuốc men, nhất là khi nguyên nhân suy dinh dưỡng được giải phóng. Vì vậy dựa vào cân nặng/tuổi để đánh giá tình trạng suy dinh dưỡng của trẻ là rất hợp lý. Còn các kích thước chiều cao, vòng cánh tay, vòng đùi với thời gian 1 tháng có nhích lên nhưng không thể vượt ra ngoài quy luật tăng trưởng của chúng.

2. Về BDLMDD :

— Nhìn chung quy luật phân bố mỡ dưới da của trẻ trước và sau điều trị tại khoa Nhi — Bệnh viện Bạch Mai Hà Nội năm 1987 tuân theo quy luật phân bố mỡ dưới da của trẻ em bình thường nhưng giảm hơn ở cả 36 điểm mỡ cơ thể (1.3.6.7.8.9). Riêng mặt trước thân, chi trên và chi dưới mỡ phân bố tương đối đồng đều (trừ những điểm đặc biệt R.28 và I.20 giống như kết quả đã được công bố, (8)).

— BDLMDD của trẻ sau điều trị so với trẻ trước khi điều trị có nhích hơn ở tất cả 36 điểm mỡ cơ thể trong đó có điểm mỡ F2 và M20 tăng rõ rệt (0,46 đến 0,6 đơn vị) với $P < 0,05$ nhưng vẫn nhỏ hơn nhiều so với trẻ em bình thường (8). Phải chăng ở đây thời gian điều trị 1 tháng chưa đủ cho trẻ hồi phục dù chế độ dinh dưỡng và thuốc men đảm bảo, hợp lý. Bởi vì sau một thời gian dài trẻ mắc bệnh thiếu dinh dưỡng — Protein năng lượng, bản thân cơ thể hấp thụ kém, kết hợp với các bệnh nhiễm khuẩn khác làm cho thể chất của trẻ bị giảm sút. Vì vậy thời gian điều trị trên mới đủ để loại nguyên nhân suy dinh dưỡng và các nhiễm khuẩn kết hợp. Cần phải có thời gian để trẻ trở lại phát triển bình thường. Có thể tiếp tục điều trị tại bệnh viện (nếu có điều kiện) hoặc có điều trị tiếp tục tại nhà.

3. So sánh trẻ em thiếu dinh dưỡng protein năng lượng sau điều trị với trẻ em bình thường và trẻ em thiếu dinh dưỡng protein năng lượng lứa tuổi từ 10 đến 30 tháng (8). Bảng 2

Bảng 2 — So sánh trẻ em thiếu dinh dưỡng protein năng lượng sau điều trị với mẫu khác (8) lứa tuổi từ 10 — 28 tháng

Đối tượng Chi số	Bình thường n = 12 $\bar{x}$ S	Độ I n = 115 $\bar{x}$ S	Độ II - III n = 62 $\bar{x}$ S	Ra viện n = 29 $\bar{x}$ S
1	2	3	4	5
Cân nặng	10,09 $\pm$ 1,30	8,37 $\pm$ 0,67	6,74 $\pm$ 0,86	7,74 $\pm$ 0,90
Chiều cao	76,57 $\pm$ 4,86	72,98 $\pm$ 4,95	71,94 $\pm$ 4,91	69,63 $\pm$ 5,02
Vòng cánh tay	14,43 $\pm$ 1,00	13,52 $\pm$ 0,79	12,48 $\pm$ 1,02	12,53 $\pm$ 0,98
Vòng đùi	26,71 $\pm$ 2,12	24,95 $\pm$ 1,73	22,02 $\pm$ 1,82	22,15 $\pm$ 1,00
A ₀	2,12 $\pm$ 0,84	1,99 $\pm$ 0,35	1,77 $\pm$ 0,34	1,90 $\pm$ 0,42
B5	3,32 $\pm$ 0,71	2,73 $\pm$ 0,59	2,32 $\pm$ 0,50	2,68 $\pm$ 0,64
B6	2,28 $\pm$ 0,50	1,93 $\pm$ 0,32	1,73 $\pm$ 0,38	1,90 $\pm$ 0,49
B8	2,44 $\pm$ 0,52	2,00 $\pm$ 0,38	1,90 $\pm$ 0,42	1,96 $\pm$ 0,54
B8	3,17 $\pm$ 0,81	2,35 $\pm$ 0,81	2,03 $\pm$ 0,41	2,30 $\pm$ 0,44
B10	2,51 $\pm$ 0,64	2,33 $\pm$ 0,58	1,73 $\pm$ 0,42	1,87 $\pm$ 0,42
B12	2,17 $\pm$ 0,53	1,87 $\pm$ 0,47	1,66 $\pm$ 0,37	1,71 $\pm$ 0,27

Tiếp bảng 2

1	2	3	4	5
G1	$3,63 \pm 0,82$	$3,22 \pm 0,68$	$1,95 \pm 0,62$	$3,15 \pm 1,33$
G14	$3,21 \pm 0,90$	$2,69 \pm 0,83$	$2,63 \pm 0,77$	$2,91 \pm 0,86$
G15	$2,57 \pm 0,74$	$2,35 \pm 0,71$	$2,23 \pm 0,52$	$2,52 \pm 0,57$
G16	$2,53 \pm 0,51$	$2,33 \pm 0,51$	$2,24 \pm 0,47$	$2,43 \pm 0,57$
G17	$3,42 \pm 0,77$	$3,03 \pm 0,64$	$2,71 \pm 0,50$	$3,17 \pm 0,81$
G18	$3,30 \pm 0,77$	$3,00 \pm 0,59$	$2,70 \pm 0,60$	$2,99 \pm 0,64$
K20	$4,50 \pm 1,00$	$4,21 \pm 1,10$	$3,72 \pm 1,00$	$3,84 \pm 1,20$
K21	$6,01 \pm 1,13$	$5,24 \pm 0,03$	$4,73 \pm 1,03$	$4,91 \pm 0,92$
K22	$6,46 \pm 1,05$	$5,47 \pm 0,95$	$4,83 \pm 0,87$	$5,12 \pm 0,98$
K24	$5,05 \pm 1,02$	$4,76 \pm 0,84$	$4,00 \pm 0,95$	$3,94 \pm 0,75$
K26	$5,74 \pm 1,27$	$5,38 \pm 0,94$	$4,84 \pm 0,86$	$5,16 \pm 0,96$
K28	$1,38 \pm 0,39$	$1,29 \pm 0,39$	$1,22 \pm 0,28$	$1,31 \pm 0,29$
F 2	$3,73 \pm 0,87$	$3,54 \pm 0,80$	$3,08 \pm 0,73$	$3,36 \pm 0,79$
F5	$3,23 \pm 0,67$	$2,94 \pm 0,45$	$2,56 \pm 0,43$	$2,66 \pm 0,64$
F6	$2,87 \pm 0,57$	$2,60 \pm 0,51$	$2,23 \pm 0,45$	$2,23 \pm 0,31$
E8	$4,07 \pm 1,08$	$3,59 \pm 0,73$	$2,80 \pm 0,77$	$2,84 \pm 0,71$
E10	$6,15 \pm 1,69$	$5,95 \pm 1,15$	$5,45 \pm 2,18$	$5,23 \pm 1,38$
E12	$9,42 \pm 1,30$	$8,69 \pm 1,31$	$7,44 \pm 1,60$	$7,10 \pm 1,48$
I14	$4,22 \pm 0,81$	$4,06 \pm 1,02$	$3,57 \pm 0,76$	$3,87 \pm 1,30$
I15	$4,29 \pm 0,76$	$3,97 \pm 0,65$	$3,21 \pm 0,61$	$3,35 \pm 0,74$
I16	$4,37 \pm 0,54$	$4,18 \pm 0,74$	$3,39 \pm 0,67$	$3,70 \pm 0,84$
I17	$3,80 \pm 0,69$	$3,54 \pm 0,62$	$2,98 \pm 0,51$	$3,53 \pm 0,79$
I18	$3,91 \pm 0,79$	$3,67 \pm 0,71$	$3,08 \pm 0,51$	$3,36 \pm 0,76$
I20	$1,86 \pm 0,38$	$1,81 \pm 0,49$	$1,53 \pm 0,36$	$1,50 \pm 0,25$
M20	$8,92 \pm 1,84$	$6,93 \pm 1,63$	$5,74 \pm 1,34$	$5,64 \pm 1,11$
M21	$7,56 \pm 1,48$	$5,63 \pm 1,15$	$5,09 \pm 1,16$	$5,20 \pm 1,13$
M22	$5,06 \pm 1,21$	$3,69 \pm 1,42$	$3,62 \pm 0,86$	$3,85 \pm 0,71$
M24	$5,49 \pm 1,03$	$4,98 \pm 0,91$	$4,45 \pm 1,06$	$4,85 \pm 0,91$
M26	$6,28 \pm 1,09$	$5,61 \pm 1,39$	$5,47 \pm 0,84$	$5,62 \pm 0,96$

Qua bảng 2, chúng tôi thấy :

— So với trẻ em thiếu dinh dưỡng protein (8) các kích thước đánh giá thể lực và 36 điểm mỡ cơ thể của trẻ em vào viện so với trẻ thiếu dinh dưỡng protein năng lượng độ II — III (8) không có sự chênh lệch đáng kể. Nhưng sau điều trị (trẻ ra viện) các kích thước đánh giá thể lực và 36 điểm mỡ dưới da đều nhỏ hơn không vượt ra ngoài tình trạng của trẻ em thiếu dinh dưỡng protein năng lượng độ I (8) Điều này rất phù hợp với nhận xét ở phần III-2 của chúng tôi.

Ở đây thực chất trẻ chỉ giảm mức độ thiếu dinh dưỡng protein năng lượng (từ độ III sang độ II và sang độ I (2, 8).

— So với trẻ bình thường (8) :

Các kích thước đánh giá thể lực và 36 điểm mỡ dưới da của trẻ sau điều trị đều thấp hơn nhiều với $P < 0,05$. Như vậy khoảng cách để trẻ hồi phục trở

lại trong trạng thái bình thường còn khá dài. Cần phải tiếp tục điều trị tại bệnh viện (nếu có điều kiện) hoặc tại nhà. Các bậc cha mẹ cần có sự quan tâm đến chế độ ăn uống của trẻ sao cho thích hợp nếu không khả năng hồi phục sức khỏe của trẻ sẽ rất khó khăn, thậm chí còn có thể mắc bệnh trở lại.

IV — KẾT LUẬN

Từ kết quả và bàn luận trên chúng tôi rút ra kết luận sau :

1. Quy luật phân bố mỡ của trẻ em thiếu dinh dưỡng protein năng lượng tuân theo quy luật phân bố mỡ của trẻ bình thường.

2. Sau điều trị các kích thước đánh giá thể lực và 36 điểm mỡ dưới da của trẻ em thiếu dinh dưỡng protein năng lượng có nhích hơn, đặc biệt là cân nặng và các điểm mỡ F2, M20 tăng lên rõ rệt.

3. Thời gian để điều trị cho trẻ thiếu dinh dưỡng protein năng lượng là cần thiết. Theo chúng tôi nên điều trị kéo dài trên một tháng ở bệnh viện (nếu có điều kiện) hoặc điều trị tại nhà nhưng cần có sự theo dõi và hướng dẫn của chuyên khoa.

4. Các bậc cha mẹ cần quan tâm hơn nữa về tình trạng sức khỏe của trẻ phát hiện sớm và điều trị kịp thời các bệnh nhiễm khuẩn. Chú trọng khâu vệ sinh ăn uống, đặc biệt là chế độ ăn uống thích hợp đủ nguồn năng lượng để cho trẻ phát triển.

Đề tài này được hoàn thành với sự giúp đỡ của Khoa Nhi Bệnh viện Bạch Mai — Hà Nội. Phòng xét nghiệm chung Trường Đại học Y Hà Nội. Chúng tôi chân thành cảm ơn sự giúp đỡ quý báu đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thăm Hoàng Diệp — Luận văn tốt nghiệp Đại học Tổng hợp sinh vật — 1982.
2. Mai Lê Hiệp — Dinh dưỡng trẻ em — Nhà xuất bản Y học tháng 7-1986.
3. Phạm Minh Liệt — Lê Hữu Hưng — Bề dày lớp mỡ dưới da của trẻ em 4, 5, 6 tuổi — Tiểu luận tốt nghiệp bác sĩ.
4. Trần Quý — Nhận xét kết quả điều trị 60 bệnh nhân thiếu dinh dưỡng protein năng lượng bằng chế độ ăn bổ sung P.A.M — một số công trình nghiên cứu khoa học phục vụ Hà Nội 1987 — T. 231.
5. Nguyễn Quang Quyền — Nhân trắc học và ứng dụng nghiên cứu trên người Việt Nam — Nhà xuất bản Y học 1974.
6. Nguyễn Quang Quyền — Lê Gia Vinh — Bề dày lớp mỡ dưới da của học sinh Y khoa Hà Nội từ 16 — 25. Y học Việt Nam số 6-1977 — t. 22.
7. Nguyễn Quang Quyền và tập thể tác giả — Về những thông số sinh học người Việt Nam, Nhà xuất bản KHKT 1982.
8. Nguyễn Văn Thanh — Hình thái cơ thể trẻ em thiếu dinh dưỡng protein năng lượng và trẻ em bình thường — Tóm tắt báo cáo hội nghị khoa học Trường Đại học Y Hà Nội 1987 — t. 8.
9. Nguyễn Văn Thanh — Nguyễn Đỗ Dũng — Thể lực và bề dày lớp mỡ dưới da của trẻ em từ 0 — 4 tuổi, xã Dũng Tiến — Hà Sơn Bình — Tóm tắt báo cáo hội nghị khoa học Trường Đại học Y Hà Nội 1987 — t. 7.
10. Nguyễn Tấn Gi Trọng Chủ biên — Hạng số sinh học người Việt Nam — Nhà xuất bản Y học, 1975.

BỀ DÀY LỚP MỠ DƯỚI DA CỦA TRẺ EM Ở NHÀ TRẺ THÁI NGUYÊN BẮC THÁI TỪ 13 ĐẾN 72 THÁNG

NGUYỄN VĂN THANH*
NGUYỄN VĂN LỰC** và TRỊNH XUÂN ĐÀN**

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

BDLMDD (Bề dày lớp mỡ dưới da) đã được nhiều nhà nhân trắc trong và ngoài nước quan tâm. Michel Sempé (Pháp) và cộng sự nghiên cứu sự phát triển lớp mỡ dưới da ở 4 điểm trên cơ thể trẻ em Pháp (13). Inokuchi (Nhật) đưa ra quy luật phân bố mỡ dưới da của sinh viên Nhật (11). 1987, Ohnaka (Nhật) và cộng sự nghiên cứu 3 điểm mỡ và một số chỉ số nhân trắc để so sánh hình thái, thể lực giữa học sinh thành thị và nông thôn (12).

Ở Việt Nam, nhóm nghiên cứu bao gồm N. Q. Quyền, T. H. Điệp, Lê Gia Vinh, L. H. Hưng, N. V. Thanh và Đ. H. Khuê đã công bố nhiều công trình về sự phát triển và quy luật phân bố MDD (mỡ dưới da) của người Việt Nam từ 7 tuổi trở lên (1, 4, 7, 10). 1985, H. H. Khôi và cộng sự đo bề dày nếp gấp da để đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người trưởng thành (5), 1986, P. M. Liệt và L. H. Hưng nghiên cứu BDLMDD ở trẻ 4, 5 và 6 tuổi thuộc thị xã Cần Thơ (3).

Hầu như trẻ em dưới 7 tuổi ở các tỉnh phía Bắc chưa được nghiên cứu đầy đủ về BDLMDD. Do đó năm 1987 chúng tôi đã nghiên cứu BDLMDD ở thị xã Thái Nguyên, nhằm góp phần tìm hiểu về quy luật phân bố và phát triển của lớp mỡ dưới da ở trẻ em.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng: bao gồm 869 trẻ em (447 nam, 422 nữ) từ 13 đến 72 tháng. Sự phân bố đối tượng nghiên cứu theo bảng sau:

Lớp tuổi	Nam	Nữ	Cộng	Lớp tuổi	Nam	Nữ	Cộng
13 — 18 tháng	30	24	54	49 — 54 tháng	62	56	118
19 — 24 —	43	45	88	55 — 60 —	46	45	91
25 — 30 —	46	38	84	61 — 72 —	40	23	66
31 — 36 —	71	68	139	TỔNG CỘNG	447	422	869
37 — 42 —	48	56	104				
43 — 48 —	61	61	125				

* Bộ môn Giải phẫu, Đại học Y Hà Nội.

** Bộ môn Giải phẫu, Đại học Y Bắc Thái.

2. Phương pháp. Mỗi đối tượng được đo 40 chỉ số nhân trắc và 36 điểm mỡ dưới da (ở đây chỉ nêu mỡ lưng da). BDLMDD đo theo sơ đồ Erdhiem (11), bằng compa chuyên dùng Herpenden với khoảng chia 0,2 mm.

Số liệu được xử lý bằng máy vi tính Bamboo 16 bis tại câu lạc bộ máy tính Trường đại học Y Hà Nội và máy tính BA-55 của Mỹ để tìm ra các số đặc trưng ($\bar{x}$, S, P).

Địa điểm nghiên cứu: các nhà trẻ 19-5, 1-5 và Z159 ở thị xã Thái Nguyên, Bắc Thái.

Thời gian thu thập số liệu từ 20-9 đến 15-10-1987.

III — KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong khuôn khổ của bài này, chúng tôi chỉ trình bày những con số có tính chất đại diện.

Bảng 1a — BDLMDD của nam ở lớp tuổi 25 — 30 và 61 — 72 tháng.

Điểm mỡ	25 — 30 n = 46		61 — 72 n = 40		Điểm mỡ	25 — 30 n = 46		61 — 72 n = 40	
	$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S		$\bar{x}$	S	$\bar{x}$	S
A0	2,1	0,4	1,8	0,3	F2	4,1	0,7	3,8	0,9
B5	3,5	0,8	2,8	0,9	F5	3,1	0,5	2,7	0,6
B6	2,4	0,6	1,9	0,6	E6	2,7	0,5	2,4	0,4
B8	2,1	0,4	2,0	0,4	E8	3,3	0,9	3,6	1,1
A8	2,5	0,6	2,4	0,6					
B10	2,1	0,4	1,9	0,5	E10	6,3	1,6	6,0	2,0
B12	2,2	0,5	1,6	0,5	E12	8,6	1,3	8,4	1,4
G1	3,4	0,6	2,5	0,5					
G14	2,9	0,7	2,9	0,8	I14	4,5	1,0	3,8	0,9
G15	2,6	0,6	2,6	0,61	I15	4,1	0,6	3,5	1,0
G16	2,6	0,8	2,6	0,6	I16	4,0	0,8	3,3	0,6
G17	3,2	0,5	2,6	0,6	I17	3,3	0,5	2,6	0,6
G18	3,1	0,8	2,7	0,5	I18	3,7	0,6	2,8	0,5
					I20	1,7	0,4	1,5	0,4
K20	4,1	0,9	3,5	0,8	M20	6,2	1,1	6,0	1,3
K21	5,1	1,0	4,3	1,1	M21	5,7	1,0	5,3	1,4
K22	5,3	1,0	4,8	1,0	M22	4,3	0,7	3,9	1,0
K24	5,0	0,9	4,4	0,9	M24	5,0	1,0	4,4	1,1
K26	5,5	1,1	5,2	0,9	M26	5,4	1,2	4,8	1,0
K28	1,1	0,2	1,1	0,3					

1. Về quy luật phân bố MDD. (xem bảng 1a, 1b).

Nhìn chung ở cả hai giới và ở các lớp tuổi, MDD tập trung ở mặt sau cơ thể nhiều hơn ở mặt trước cơ thể, tập trung ở thân và chi dưới nhiều hơn ở

chi trên như quy luật phân bố MDD ở người trưởng thành (1,7). Nếu chỉ so sánh từng vùng một thì :

— Ở phần dưới mặt sau thân mỡ dày hơn phần trên.

Bảng 1b — BDLMDD của nữ ở lớp tuổi 25 — 30 và 61 — 72 tháng

Điểm mỡ	25 — 30 $\frac{n}{n} = 38$ $\bar{x} \pm S$		61 — 72 $\frac{n}{n} = 26$ $\bar{x} \pm S$		Điểm mỡ	25 — 30 $\frac{n}{n} = 38$ $\bar{x} \pm S$		61 — 72 $\frac{n}{n} = 26$ $\bar{x} \pm S$	
A0	2,1	0,5	2,0	0,4	F2	4,1	0,8	4,0	0,8
B5	3,7	0,9	3,4	0,7	E5	3,3	0,7	3,1	0,6
B6	2,4	0,7	2,2	0,5	E6	3,0	0,5	2,8	0,4
A8	2,7	0,7	2,9	0,7					
B10	2,4	0,5	2,3	0,6	E10	6,9	1,3	8,4	1,7
B12	2,5	0,9	2,0	0,5	E12	9,1	1,4	10,3	1,7
G1	3,7	1,0	2,8	0,5					
G14	3,0	0,7	3,0	0,8	I14	4,7	1,3	4,4	1,0
G15	2,7	0,5	2,6	0,7	I15	4,4	0,8	3,9	0,7
G16	2,7	0,6	2,6	0,6	I16	4,3	0,7	3,6	0,7
G17	3,3	0,6	2,9	0,4	I17	3,7	0,6	2,9	0,5
G18	3,3	0,6	2,6	0,5	I18	3,9	0,6	3,1	0,6
					I20	1,8	0,7	1,6	0,3
K20	4,4	1,0	4,0	0,8	M20	6,4	1,5	7,2	1,4
K21	5,7	1,1	5,3	1,0	M21	5,8	1,1	5,9	1,3
K22	5,8	1,3	5,5	1,0	M22	4,7	1,2	4,3	0,9
K24	5,3	1,0	4,7	1,0	M24	5,3	1,1	4,5	1,0
R28	1,1	0,2	1,1	0,2					

— Ở phần trên mặt sau chi dưới và phần trên mặt sau chi trên mỡ dày hơn phần dưới. Song nhìn chung mức độ chênh lệch giữa chúng không lớn như ở người trưởng thành (8).

— Ở mặt trước thân, trước chi trên mỡ phân bố tương đối đều. Ở điểm M20 (mặt trước gốc chi dưới) mỡ ít hơn so với điểm K21, K22, K24, và K26. Đây là những khác biệt về MDD giữa trẻ em với người trưởng thành.

— MDD dày nhất ở hai điểm E12 và M20 (vùng mông và phần trên mặt sau đùi), mỏng nhất ở hai điểm I20 và R28 (vùng mu tay và mu chân) như ở người lớn (1,7).

Những nhận định trên phù hợp cho cả hai giới và ở mọi lớp tuổi chúng tôi nghiên cứu.

2. So sánh BDLMDD giữa nam và nữ.

Nhìn chung MDD của nữ dày hơn của nam (3). Nhưng sự chênh lệch giữa chúng theo từng lớp tuổi không đáng kể ($P > 0,05$) (tham khảo bảng 1a, 1b).

Các điểm E10, E12 và M20 ở lớp tuổi 61 — 72 tháng MDD của nữ lớn hơn của nam lần lượt là: 2,4 mm, 1,9 mm và 1,2mm (P của 3 điểm này $> 0,05$).

Về sự tập trung mỡ ở từng vùng và từng điểm giữa nam và nữ không thấy có sự khác biệt rõ rệt. Điều này giữa trẻ em và người lớn có khác nhau. Ở người lớn mỡ có xu hướng tập trung ở phần trên thân (ngực và lưng) đối với nam và phần dưới thân (bụng và mông) đối với nữ (7). Chúng tôi chọn ra những điểm mỡ tập trung nhiều ở cả hai giới và ở các lớp tuổi là: B5, G1, K21, K22, K26 E10, E12, và M20.

3. Sự phát triển của BDLMDD.

Nhìn chung MDD của cả hai giới dày nhất ở lớp tuổi 13 — 18 tháng, lớp tuổi tiếp theo (19 — 24) giảm xuống rồi tăng lên chút ít ở lớp tuổi 25 — 30 tháng. Sau đó MDD giảm (trừ các điểm E8, E10 và M20 ở nữ) (Xem bảng 2).

Ở điểm E10, E12 (vùng mông) từ lớp tuổi 25 — 30 và điểm M20 (phần trên mặt sau chi dưới) từ lớp tuổi 49 — 54 của nữ MDD tăng lên.

Mức độ tăng hay giảm MDD của trẻ em nam, nữ từ 13 — 72 tháng đều không có ý nghĩa thống kê.

Theo chúng tôi, BDLMDD của trẻ từ 13 — 72 tháng giảm dần là do trong thời kỳ này cơ thể trẻ phát triển rất nhanh, lớp mỡ dưới da bị giãn mỏng, hơn nữa một phần MDD bị tiêu hao phục vụ cho quá trình phát triển đó (8). Các điểm E8, E10, E12 và M20 ở nữ có giai đoạn MDD tăng lên. Phải chăng giai đoạn này nữ giới đã biểu hiện giới tính phụ?

4. So sánh BDLMDD của trẻ em ở NTTN với một số mẫu

a) Với trẻ em ở nhà trẻ Cần Thơ (3): Nhìn chung về quy luật phân bố và sự phát triển MDD của trẻ 4, 5 và 6 tuổi ở hai nhóm trẻ này là tương tự nhau. Tuy vậy cũng có một vài điểm khác nhau như:

— MDD ở điểm K26 và M20 của trẻ em 4, 5, 6 tuổi ở nhà trẻ Cần Thơ dày hơn so với các lứa tuổi khác (chúng tôi không nhận thấy điều này ở trẻ em NTTN).

— Trẻ em nữ ở Cần Thơ không thấy có sự phát triển nhanh của MDD vùng mông và đùi sau (E3, E10, E12 và M20) như ở trẻ em ở NTTN.

MDD của trẻ em Cần Thơ mỏng hơn MDD của trẻ em ở nhà trẻ Thái Nguyên cùng lứa tuổi ($P > 0,05$).

Theo chúng tôi, cần phải có thời gian để tìm hiểu những sự khác nhau này.

b) Với trẻ em Pháp (13):

Bảng 2 — BDLMDD ở 6 điểm mờ của trẻ em ở NTTN và 3 điểm mờ của trẻ em Pháp (13)

Điểm mờ	Tuổi		13 — 18	25 — 30	37 — 42	49 — 54	61 — 72
	Đối tượng		$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm 2$	$\bar{x} \pm S$	$\bar{x} \pm S$
E6	NTTN nam	nữ	3,0 $\pm$ 0,6	2,7 $\pm$ 0,5	2,7 $\pm$ 2,4	0,6 $\pm$ 0,6	2,4 $\pm$ 0,4
			3,4 $\pm$ 1,1	3,0 $\pm$ 0,5	2,9 $\pm$ 0,6	3,0 $\pm$ 0,6	2,8 $\pm$ 0,4
	Pháp nam	nữ	6,9 $\pm$ 1,7	5,5 $\pm$ 1,2	6,0 $\pm$ 1,1	4,7 $\pm$ 0,9	4,4 $\pm$ 0,9
			7,2 $\pm$ 1,7	5,8 $\pm$ 1,2	5,4 $\pm$ 1,2	5,2 $\pm$ 1,1	4,9 $\pm$ 1,1
G15	NTTN nam	nữ	2,8 $\pm$ 0,7	2,6 $\pm$ 0,6	2,6 $\pm$ 0,7	2,7 $\pm$ 6,7	2,5 $\pm$ 0,6
			3,3 $\pm$ 0,5	2,7 $\pm$ 0,5	2,8 $\pm$ 0,7	2,7 $\pm$ 0,6	2,6 $\pm$ 0,7
	Pháp nam	nữ	5,7 $\pm$ 1,5	4,6 $\pm$ 1,1	4,4 $\pm$ 1,1	4,5 $\pm$ 1,0	4,2 $\pm$ 0,9
			5,9 $\pm$ 1,8	4,5 $\pm$ 1,1	4,5 $\pm$ 1,1	4,7 $\pm$ 1,0	4,6 $\pm$ 1,1
I15	NTTN nam	nữ	4,0 $\pm$ 0,8	4,1 $\pm$ 0,6	4,0 $\pm$ 0,7	3,7 $\pm$ 0,8	3,5 $\pm$ 1,0
			3,9 $\pm$ 0,4	4,4 $\pm$ 0,8	4,1 $\pm$ 0,8	4,2 $\pm$ 0,8	3,9 $\pm$ 0,7
	Pháp nam	nữ	9,6 $\pm$ 2,2	8,4 $\pm$ 1,9	7,6 $\pm$ 1,9	8,1 $\pm$ 1,9	8,2 $\pm$ 1,9
			9,6 $\pm$ 2,2	8,4 $\pm$ 1,8	8,1 $\pm$ 1,9	8,5 $\pm$ 1,9	8,8 $\pm$ 1,9
E10	NTTN nam	nữ	7,2 $\pm$ 1,3	6,3 $\pm$ 1,6	6,3 $\pm$ 1,4	6,0 $\pm$ 1,7	6,0 $\pm$ 1,7
			7,4 $\pm$ 1,6	6,9 $\pm$ 1,3	7,2 $\pm$ 1,7	8,0 $\pm$ 1,9	8,4 $\pm$ 1,7
E12	NTTN nam	nữ	8,5 $\pm$ 2,0	8,6 $\pm$ 1,3	8,7 $\pm$ 1,4	3,8 $\pm$ 1,9	8,4 $\pm$ 1,4
			8,7 $\pm$ 1,8	9,1 $\pm$ 1,6	9,3 $\pm$ 1,5	9,9 $\pm$ 1,7	10,3 $\pm$ 1,7
M20	NTTN nam	nữ	6,7 $\pm$ 1,7	6,3 $\pm$ 1,1	6,3 $\pm$ 1,0	6,5 $\pm$ 1,6	6,0 $\pm$ 1,3
			7,2 $\pm$ 1,1	6,4 $\pm$ 1,4	6,3 $\pm$ 1,2	6,8 $\pm$ 1,3	7,2 $\pm$ 1,3

Qua bảng 2 chúng tôi nhận thấy:

— MDD của trẻ em Pháp thường dày gấp đôi MDD của trẻ em NTTN ở tất cả các lớp tuổi so sánh.

— Sự phát triển MDD ở điểm E6 và G15 (dưới xương bả vai và trước cơ nhị đầu cánh tay) của hai đối tượng so sánh là tương đối giống nhau (như nhận định ở phần 3). Ở điểm I15 (sau cơ tam đầu cánh tay) MDD của trẻ em Pháp phát triển giống như ở hai điểm E6, CH5 cho đến lớp tuổi 37 — 42 tháng. Sau đó MDD của trẻ em Pháp tăng lên, trong khi đó trẻ em NTTN lại giảm xuống.

— MDD của nữ so với nam, nhận thấy hai mẫu so sánh giống nhau (như ở phần đầu mục 2 chúng tôi đã nhận định).

Theo chúng tôi, có nhiều yếu tố ảnh hưởng đến lớp mỡ dưới da như: tính di truyền, môi trường sống, dinh dưỡng, tập quán sinh hoạt và bệnh tật, v.v... Trong đó yếu tố dinh dưỡng là rất quan trọng. Trẻ em ở NTTN có lớp mỡ dưới da mỏng hơn hẳn trẻ em Pháp, phải kể đến nguyên nhân dinh dưỡng của người Việt Nam còn chưa được đầy đủ cả về số lượng và chất lượng (2).

IV — KẾT LUẬN VÀ ĐỀ XUẤT

Qua nghiên cứu trẻ em từ 13 — 72 tháng ở nhà trẻ Thái Nguyên, chúng tôi nêu lên được số liệu BDLMDD bổ sung vào những nhận định về sự phân bố MDD ở từng vùng cơ thể trẻ em, đưa ra một vài nhận xét về sự phát triển MDD theo tuổi và theo giới.

Sự so sánh MDD giữa các mẫu cho thấy:

— Sự giống nhau về quy luật phân bố và phát triển MDD ở trẻ em ở Việt Nam. Đồng thời nhận thấy một vài điểm khác nhau giữa chúng (cần được tìm hiểu thêm).

— Lớp MDD của trẻ em Việt Nam chỉ bằng một nửa MDD của trẻ em Pháp, biểu hiện sự dinh dưỡng còn chưa được đầy đủ và sự thích nghi của cơ thể trẻ em với môi trường sống.

Đề xuất 4 điểm mỡ ứng dụng trong nghiên cứu những vấn đề liên quan đến mỡ dưới da là: B5, A8, I15, và M20 (trên vú, cạnh rốn, sau cơ tam đầu cánh tay và sau đùi). 4 điểm mỡ này thuộc những vùng mỡ tập trung nhiều (ở mục 2 đã trình bày), dễ dàng thay đổi đối với chế độ dinh dưỡng. Trong công trình « Hình thái cơ thể trẻ em thiếu dinh dưỡng protein — năng lượng và trẻ bình thường » (8), chúng tôi nhận thấy độ tin cậy (P) ở 4 điểm mỡ này giữa trẻ bình thường với trẻ thiếu dinh dưỡng độ 1 và độ 2, 3 là có ý nghĩa thống kê ($P: 10^{-6}$). Mốc đo của chúng trên cơ thể trẻ em dễ xác định, thao tác dễ dàng như vậy sai số ít và mất ít thời gian trong khi đo. Đây cũng là 4 trong 7 điểm mỡ mà Nguyễn Quang Quyền và cộng sự, đã đề xuất để nghiên cứu mỡ dưới da ở người trưởng thành.

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn:

Ông Đỗ Như Cương, phụ trách bộ môn Toán — Lý trường đại học Y Hà Nội;

Các bạn đồng nghiệp ở bộ môn Giải phẫu Trường đại học Y Bắc Thái; đã tận tình giúp đỡ chúng tôi trong việc nghiên cứu này.

*Công trình hoàn thành tại Bộ môn Giải phẫu
Trường đại học Y Hà Nội
Phụ trách bộ môn*

GS.1. Lê Quang Cát

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thăm Hoàng Diệp — Bề dày lớp mỡ dưới da ở người Việt Nam (từ 12 tuổi tới già). Luận văn tốt nghiệp đại học Tổng hợp Hà Nội, 1971.
2. Từ Giấy và Hà Huy Khôi — Tình hình dinh dưỡng ở trẻ em Việt Nam và một số biện pháp để cải thiện. Đăng trong « Hội thảo về phát triển, dinh dưỡng và sức khỏe năm 1982 ».
3. Phạm Minh Liệt và Lê Hữu Hưng — Bề dày lớp mỡ dưới da của trẻ em 4, 5, 6 tuổi. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ, Cần Thơ, 1985.
4. Lê Hữu Hưng và CS — Nghiên cứu về khối mỡ, khối nạc, huyết áp, bề dày lớp mỡ dưới da và sự tương quan giữa chúng ở công nhân Mộc Châu — *Y học Việt Nam* số 1, 1985. 44 — 51.
5. Hà Huy Khôi và CS — Xác định khối mỡ từ đo bề dày nếp gấp da để đánh giá tình trạng dinh dưỡng ở người trưởng thành. *Y học Việt Nam* số 1-1985. 33 — 39.
6. Nguyễn Quang Quyền — Nhân trắc và sự ứng dụng nghiên cứu trên người Việt Nam. Nhà XBYH, 1974.
7. Nguyễn Quang Quyền và CS — Bề dày lớp mỡ dưới da của học sinh Y khoa ở Hà Nội tuổi từ 16 đến 25 — *YHVN* số 6, 1977. 22-31.
8. Nguyễn Văn Thanh — Hình thái cơ thể trẻ em thiếu dinh dưỡng protein — năng lượng và trẻ bình thường. Báo cáo tại hội nghị khoa học Trường đại học Y Hà Nội — 1987.
9. Nguyễn Văn Thanh và CS — Thể lực và bề dày lớp mỡ dưới da của trẻ em từ 0 — 4 tuổi xã Dũng Tiến, Hà Sơn Bình. Báo cáo tại Hội nghị khoa học trường đại học Y Hà Nội, 1987.
10. Lê Gia Vinh và Nguyễn Văn Thanh — Tỷ trọng mỡ dưới da người Việt Nam Hình thái học số 2-1977.
11. Inokuchi — The thickness of the hypodermic fatty layer of the youth in Okinawa prefecture, Japan — *Journal of the Anthropological society of Nippon* — Vol. 82, N°3, November 1984.
12. Ohnaka — Comparative study on Physique and a Physical fitness of Elementary School children between Urban and Mountainous Rural Areas. Japan — *Journal of the Anthropological society of Nippon* — Vol. 95, N°4, October 1987, 433-441.
13. Michel Sempé — *Auxologie méthode et séquences* (French), 1979.

KHỐI MỠ VÀ KHỐI NẠC CỦA NÔNG DÂN XÃ TÂN LONG, ĐỒNG HỖ, BẮC THÁI

TRẦN MINH NHƠN - NÔNG QUỐC THỊNH
TRẦN NGỌC BẢO - TRỊNH XUÂN ĐÀN
TRƯƠNG ĐỒNG TÂM - NGUYỄN VĂN SĨ
ĐINH THỊ HUƠNG - NGUYỄN THỊ HUƠNG

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Từ nhiều năm nay ở nước ta có nhiều công trình nghiên cứu về thể lực. Trong đó có cả vấn đề đánh giá chung mức độ béo gầy (1) (4) (6) (8). Khối mỡ thường nói lên độ béo gầy, còn khối nạc nói lên thể lực của một cá thể. Vì vậy nghiên cứu về khối mỡ, khối nạc của các đối tượng trong xã hội không những chỉ có giá trị cho việc đánh giá thể lực, theo dõi rèn luyện, mức độ dinh dưỡng mà còn góp phần không nhỏ trong việc theo dõi kết quả phòng và chữa bệnh. Nhưng các công trình nghiên cứu về khối mỡ, khối nạc mới chỉ áp dụng công thức được xây dựng trên người nước ngoài. Mới đây sau hàng loạt các công trình nghiên cứu về diện tích da người Việt Nam, bề dày lớp mỡ dưới da, tỷ trọng mỡ người Việt Nam (Nguyễn Quang Quyền — Lê Gia Vinh và cộng tác) đã xây dựng công thức tính khối mỡ, khối nạc cho người Việt Nam. Từ đó đến nay đã có nhiều công trình nghiên cứu trên các đối tượng công nhân, nông dân, học sinh, sinh viên, nhất là trẻ em, còn các số liệu về khối mỡ, khối nạc của nông dân chỉ mới có một công bố mới đây trên nông dân Thanh Hóa (8). Vì vậy đề góp phần xây dựng các thông số về khối mỡ, khối nạc của người Việt Nam chúng tôi tiến hành nghiên cứu khối mỡ khối nạc của nông dân ở một xã miền núi Bắc Thái.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng:

Để thực hiện công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho đồng bào miền núi, Trường đại học Y và Bệnh viện da khoa Thái Nguyên đã tổ chức kiểm tra sức khỏe toàn diện cho nhân dân ở xã Tân Long, Huyện Đồng Hỷ, tỉnh Bắc Thái. Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu trên 455 người, tuổi và giới theo bảng sau. (Bảng 1).

Bảng 1 — Tuổi và giới tính

Lớp tuổi	Nam	Nữ	Tổng số
16 — 25	63	97	160
26 — 40	55	128	187
41 — 60	45	63	108

2. Phương pháp:

Chúng tôi đã tiến hành đo các kích thước: chiều cao, cân nặng, vòng bụng để tính khối mỡ, khối nạc cơ thể theo công thức của Nguyễn Quang Quyền và Lê Gia Vinh đề nghị (2), khối mỡ cơ thể FBM (Fat body mann).

$$FBM = 6,16 T \cdot p_2^2 + 1,02 \text{ (với nam)}$$

$$8,29 T \cdot p_2^2 + 3,86 \text{ (với nữ)}$$

khối nạc cơ thể LBM (lean body mann)

$$LBM = P - FBM$$

Trong đó: — Khối mỡ cơ thể tính bằng kilôgam.

— T là chiều cao cơ thể tính bằng mét.

— P_2 là vòng bụng tính bằng mét.

— P là cân nặng cơ thể tính bằng kilôgam.

III — KẾT QUẢ

**Bảng 2 — Các kích thước với khối mỡ khối nạc
(của nam, nữ xã Tân Long: 16 — 25 tuổi)**

TT	Chỉ số	Nam	Nữ
1	Chiều cao	161,25 ± 5,83	154,00 ± 4,73
2	Cân nặng	52,94 ± 4,83	51,13 ± 4,81
3	Vòng bụng	68,19 ± 4,43	70,99 ± 4,23
4	Khối mỡ	6,00 ± 1,03	10,00 ± 0,62
5	Khối nạc	47,58 ± 5,04	40,96 ± 3,96

**Bảng 3 — Các kích thước với khối mỡ khối nạc
(của nam, nữ xã Tân Long: 26 — 40 tuổi)**

TT	Chỉ số	Nam	Nữ
1	Chiều cao	161,00 ± 5,81	156,00 ± 5,50
2	Cân nặng	55,00 ± 4,60	49,00 ± 5,36
3	Vòng bụng	70,63 ± 3,92	70,95 ± 5,85
4	Khối mỡ	6,35 ± 0,51	10,19 ± 1,04
5	Khối nạc	48,93 ± 3,81	39,65 ± 4,40

**Bảng 4 — Các kích thước với khối mỡ khối nạc
(của nam, nữ xã Tân Long: 41 — 60 tuổi)**

T.T	Chỉ số	Nam	Nữ
1	Chiều cao	160,09 ± 4,66	151,94 ± 6,05
2	Cân nặng	52,86 ± 4,68	46,89 ± 5,04
3	Vòng bụng	70,71 ± 3,44	70,24 ± 6,38
4	Khối mỡ	6,00 ± 1,05	9,68 ± 0,86
5	Khối nạc	47,80 ± 3,71	39,52 ± 4,22

Qua bảng số liệu thu được chúng tôi rút ra các nhận xét sau :

Khối mỡ của nam cao nhất ở tuổi 26 — 40 tuổi, còn của nữ cao nhất ở tuổi 16 — 40. Ở mọi lứa tuổi nữ đều có khối mỡ lớn hơn nam. Nhưng trong khi ở lứa tuổi trên 40, khối mỡ của nam chưa giảm thì của nữ đã bắt đầu giảm. Khối nạc của nam cao nhất ở tuổi 26 — 40 còn các lứa tuổi khác tương tự. Khối nạc của nữ cao nhất từ 16 — 40 và bắt đầu giảm ở tuổi trên 40. Cùng với việc giảm khối nạc cân nặng của nữ ở tuổi trên 40 bắt đầu giảm đi trong khi đó vòng bụng lại không giảm vì vậy khối mỡ ở nữ thường gặp cao hơn ở nam. Cả nam và nữ ở tuổi 26 — 40. Trong khi cân nặng giảm đi nhanh thì khối nạc mới hơi giảm (theo M. H. TRAN (7)) khối nạc chỉ giảm đi ở đối tượng không lao động và ít luyện tập sau tuổi 45. Nhận xét này cũng phù hợp với đối tượng chúng tôi nghiên cứu vì đây là những người nông dân lao động.

Nếu so sánh khối mỡ khối nạc của nữ nông dân ở Đồng Hỷ — Bắc Thái với nữ công nhân ở nông trường Mộc Châu (3). Bảng 5 chúng tôi nhận thấy :

**Bảng 5 — So sánh khối mỡ và khối nạc của nữ nông dân Tân Long
Bắc Thái và nữ công nhân Mộc Châu cùng lứa tuổi.**

Chỉ số Đối tượng	Lứa tuổi					
	16 — 25		26 — 40		Trên 40	
	Khối mỡ	Khối nạc	Khối mỡ	Khối nạc	Khối mỡ	Khối nạc
Nông dân Bắc Thái	10,00 ± 0,62	40,96 ± 3,96	10,19 ± 1,04	39,65 ± 4,40	9,68 ± 0,86	39,52 ± 4,22
Công nhân Mộc Châu	9,33 ± 0,7	38,56 ± 4,0	9,12 ± 0,40	38,27 ± 4,75	9,09 ± 0,91	36,98 ± 4,6

Ở mọi lứa tuổi nữ nông dân Tân Long đều có khối nạc, khối mỡ lớn hơn nữ công nhân nông trường Mộc Châu. Cả hai đối tượng có sự giống nhau là : khối mỡ bắt đầu giảm ở lứa tuổi trên 40. Cả nữ nông dân và công nhân đều gặp tỷ lệ mỡ cao nhất ở lứa tuổi 16 — 40. Ở lứa tuổi trên 40 trong khi khối nạc của nữ công nhân đã giảm đi khá rõ thì của nông dân mới chỉ hơi giảm.

Nếu so sánh khối mỡ, khối nạc của nông dân Tân Long, Bắc Thái với nông dân Thanh Hóa (bảng 6) chúng tôi nhận thấy :

Bảng 6 — So sánh khối mỡ và khối nạc của nông dân Tân Long, Bắc Thái và nông dân Thanh Hóa các lứa tuổi.

Lứa tuổi		18 — 25		26 — 40		Trên 40	
Chỉ số		Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ
Bắc Thái	Mỡ	$6,00 \pm 1,03$	$10,00 \pm 0,62$	$6,35 \pm 0,51$	$10,19 \pm 1,04$	$6,00 \pm 1,05$	$9,68 \pm 0,86$
	Nạc	$47,58 \pm 5,04$	$40,96 \pm 3,96$	$48,93 \pm 3,81$	$39,65 \pm 4,40$	$47,80 \pm 3,71$	$39,52 \pm 4,22$
Thanh Hóa	Mỡ	$4,93 \pm 1,56$	$6,88 \pm 2,15$	$4,80 \pm 1,95$	$7,12 \pm 2,13$	$4,52 \pm 2,64$	$4,57 \pm 2,25$
	Nạc	$42,21 \pm 1,12$	$40,14 \pm 3,92$	$45,09 \pm 4,01$	$45,09 \pm 4,01$	$42,33 \pm 5,00$	$38,18 \pm 3,80$

Tỷ lệ khối mỡ và khối nạc ở nam của cả 2 đối tượng ở các lứa tuổi có sự thay đổi giống nhau, khối nạc gặp cao nhất ở lứa tuổi 26 — 40, khối mỡ bắt đầu giảm ở tuổi trên 40 còn ở nữ nông dân Thanh Hóa khối mỡ và khối nạc đều giảm đi rõ rệt ở tuổi trên 40. Qua đó chúng tôi thấy nông dân miền núi Bắc Thái có khối mỡ, khối nạc lớn hơn hẳn nông dân Thanh Hóa và công nhân nông trường Mộc Châu.

Như chúng ta đã biết khối lượng mỡ cơ thể phụ thuộc rất nhiều vào diện tích da cơ thể, bề dày lớp mỡ dưới da phụ thuộc vào mức độ dinh dưỡng và phản ánh mức độ thích nghi với khí hậu nóng và lạnh. Mỡ không chỉ có tác dụng sinh nhiệt cao (1 gam cho 9 calo) mà lớp mỡ dưới da còn có tác dụng cách nhiệt rất tốt. Cơ thể ít mỡ, lớp mỡ mỏng là thuận lợi cho việc thải nhiệt qua truyền nhiệt. Sự khác nhau về khối mỡ cơ thể của cư dân ở các vùng địa lý khí hậu khác nhau chỉ có thể giải thích được bằng quan điểm những người sống ở các vùng khí hậu lạnh thì tỷ lệ diện tích da/trọng lượng cơ thể nhỏ (và lớp mỡ dưới da dày). Tất nhiên cũng không thể loại trừ được sự khác nhau ở trên phụ thuộc nhiều vào yếu tố dinh dưỡng: Sự khác nhau giữa nữ công nhân nông trường Mộc Châu và nữ nông dân Tân Long — Bắc Thái. Chỉ có thể giải thích được bằng chế độ làm việc nghỉ ngơi không đều đặn trên cơ sở của một chế độ dinh dưỡng chưa thật đủ.

IV — KẾT LUẬN

Qua phân tích kết quả chúng tôi rút ra một số kết luận :

— Với nông dân Tân Long, Đồng Hỷ, Bắc Thái. Nam béo nhất ở tuổi 26 — 40, nữ béo nhất ở tuổi 16 — 40 khi chuyển sang tuổi trên 40 trong khi khối mỡ ở nam chưa giảm thì ở nữ đã giảm, nghĩa là nữ teo đét sớm hơn

nam. Khối nạc của nam cao nhất ở tuổi 26 — 40. Còn ở nữ là ở tuổi 16 — 40 và giảm đi ở tuổi trên 40. Nữ luôn luôn có khối mỡ lớn hơn nam ở mọi lứa tuổi.

— Nữ nông dân Tân Long có khối mỡ, khối nạc cao hơn hẳn công nhân Mộc Châu.

— Chiều cao và cân nặng cũng tốt hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thăm Hoàng Diệp — Bề dày lớp mỡ dưới da người Việt Nam : Luận án tốt nghiệp đại học Tổng hợp Hà Nội 1979
2. Đỗ Xuân Hợp — Nguyễn Quang Quyền — Hằng số hình thái học người Việt Nam. Kỷ yếu hội nghị H.S.S.H. N. V. N lần II Hà Nội 1972.
3. Trần M. H et al. Biomedicine vol 18, N°6 Vev. 1973 Wilmore TH et al. J. Appl physiol 1969
Nguyễn Quang Quyền — Nhân trắc học và sự ứng dụng nghiên cứu trên người Việt Nam.
4. Lê Hữu Hưng và Cs — Tình hình thể lực, khối mỡ khối nạc và bề dày lớp mỡ dưới da của nữ công nhân Liên hợp xí nghiệp Mộc Châu. Hình thái học T. H. Y. H. V. N 1986.
5. Brozek. J. et al — Ann NY Acad Sci, 1963 p : 110
6. Trần Minh Nhớn và CT — Các chỉ số thể lực với khối mỡ khối nạc cơ thể của công nhân sửa chữa ô tô. Hình thái học tập XVI số II/1976 THYN — VN
7. Tập thể tác giả — Về những thông số sinh học người Việt Nam Nhà xuất bản khoa học kỹ thuật Hà Nội 1982.

THẺ LỤC TRẺ EM TỪ 13 ĐẾN 72 THÁNG TUỔI Ở CÁC NHÀ TRẺ MẪU GIÁO KHU VỰC THÁI NGUYÊN

NGUYỄN VĂN LỤC*
TRINH XUÂN ĐÀN*
NGUYỄN VĂN THANH**

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Đề thực hiện hoàn chỉnh việc theo dõi sự phát triển tầm vóc thể lực của nhân dân miền núi mà trước đây chúng tôi đã làm ở sinh viên đại học, học sinh phổ thông và nhân dân địa phương.

Lần này chúng tôi tiếp tục điều tra thẻ lục ở trẻ nhỏ từ 1 đến 6 tuổi, góp phần vào việc thực hiện chương trình « Chăm sóc sức khỏe ban đầu » của ngành Y tế.

Tháng 9 năm 1987 Bộ môn giải phẫu cùng với Bộ môn Nhi, Bộ môn Kỹ sinh trùng, Trường đại học Y Bắc Thái kết hợp tiến hành điều tra sức khỏe, bệnh tật và lập phiếu theo dõi sức khỏe cho trẻ em tại các nhà trẻ mẫu giáo khu vực Thái Nguyên. Đề tài này chỉ là một phần kết quả của đợt điều tra toàn diện đó.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng : Gồm hầu hết trẻ em được đến gửi tại ba nhà trẻ, nhà trẻ 19 tháng 8, nhà trẻ 1 tháng 5 (do Unicef tài trợ) và nhà trẻ Z159 (của quân đội). Các nhà trẻ này có điều kiện, trang thiết bị đầy đủ và có các chế độ chăm sóc vệ sinh, dinh dưỡng tốt. Trẻ em ở đây phần lớn đều là con cán bộ, công nhân viên đang sống và công tác tại khu vực Thái Nguyên.

Tổng số trẻ được điều tra là 906 trong đó có 462 nam và 444 nữ, lứa tuổi từ 13 — 72 tháng tuổi (Bảng 1). Số trẻ được điều tra không có mắc các bệnh cấp tính hoặc dị dạng về hình thái.

2. Phương pháp :

Chúng tôi tiến hành đo đạc 31 kích thước nhân trắc (Bài này sử dụng 7 kích thước) và đo 36 điểm mỡ dưới da theo sơ đồ Erdheim (3) việc đo đạc được tiến hành theo quy định trong nghiên cứu nhân trắc (8).

Dụng cụ được sử dụng là bộ dụng cụ nhân trắc của Thụy Sĩ với độ chính xác 0,1 cm. Dùng cân bàn nhãn hiệu Healthometer doctor's — scale của Mỹ với độ chính xác 0,01 kg.

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê nhân trắc (8).

Ghi chú :

* Bộ môn giải phẫu trường ĐHY Bắc Thái

** Bộ môn giải phẫu trường ĐHY Hà Nội

Bảng 1 — Phân bố đối tượng nghiên cứu — Giới tính

Lứa tuổi Giới	13—18 tháng	19—24 tháng	25—30 tháng	31—36 tháng	37—42 tháng	43—48 tháng	49—60 tháng	61—72 tháng	Cộng
Nam	31	45	46	70	56	62	110	42	462
Nữ	20	45	38	71	62	70	112	26	444
									906

Dựa vào thang phân loại sức khỏe trẻ em theo cân nặng/tuổi của O. M. S để tính tỷ lệ phần trăm (%). Số trẻ em bình thường và trẻ em bị thiếu dinh dưỡng protein năng lượng (5, 6, 10) để đánh giá thể lực của trẻ.

III — KẾT QUẢ — NHẬN XÉT

(Bảng 2 và 3) (xem trang 148)

Qua 7 kích thước nhân trắc ở bảng 2 — 3 chúng tôi nhận thấy :

1. Chiều cao : Tăng dần theo tuổi

— Nam tăng từ $73,59 \pm 2,2\text{cm}$ đến $101,8 \pm 3,3\text{cm}$

— Nữ tăng từ $72,3 \pm 2,2\text{cm}$ đến $100,3 \pm 3,5\text{cm}$

Nhìn chung nam cao hơn nữ ở mọi lứa tuổi. Sự tăng trưởng ở nam và nữ tương đối đều đặn (khoảng 4cm/6 tháng tuổi) riêng lớp tuổi 37 — 42 tháng ở cả nam và nữ sức lớn bị chậm lại (nam 2cm ; nữ 2.8 cm/6 tháng).

Theo chúng tôi lớp tuổi này có nhiều nguyên nhân dẫn đến hiện tượng trên về sức lớn của trẻ như điều kiện dinh dưỡng — bệnh tật — môi trường... Trong đó đặc biệt là bệnh đường tiêu hóa (7) và bệnh đường hô hấp (9). Ở giai đoạn sau, khi các nguyên nhân trên được giải phóng sức lớn của trẻ lại tiếp tục tăng lên.

2. Cân nặng :

Nam tăng từ $8,7 \pm 0,9\text{kg}$ đến $14,35 \pm 1,2\text{kg}$

Nữ tăng từ $8,05 \pm 1,2\text{kg}$ đến $14,04 \pm 1,3\text{kg}$

Song mức độ tăng trưởng không phải là đều đặn. Trong đó 2 lớp tuổi đều tăng nhanh (nam 0,8kg, nữ 0,92kg/6 tháng).

Lớp tuổi 25 — 30 tháng, sự tăng trưởng chậm lại ở cả nam và nữ (khoảng 0,5kg/6 tháng).

Lớp tuổi 31 — 36 tháng lại tăng nhanh (1kg).

Lớp tuổi cuối tăng chậm hơn (1 — 1,2kg/12 tháng).

Như vậy sự tăng trưởng về cân nặng của trẻ em khu vực Thái Nguyên có phần không phù hợp với quy luật phát triển về cân nặng của trẻ (5, 6, 8). [nhiều nhận xét trước cho trẻ em miền núi (BS Nguyễn Văn Lực)].

Bảng 2 — Các kích thước cơ thể nam 13 — 72 tháng tuổi ở nhà trẻ mẫu giáo khu vực Thái Nguyên

Kích thước Lớp tuổi	Chiều cao	Cân nặng	Vòng ngực trung bình	Vòng đầu	Vòng cánh tay	Vòng mông	Vòng đùi	Ghi chú
13 — 18th	73.59 ± 2,2	8,7 ± 0,9	46.13 ± 2,2	46,07 ± 1,3	13,16 ± 0,8	43,20 ± 2,0	25,0 ± 2,0	
19 — 24	77,82 ± 3,3	9,5 ± 1,0	46,82 ± 1,7	46,93 ± 1,4	13,6 ± 1,0	43,6 ± 2,4	25,78 ± 2,1	
25 — 30	81,26 ± 3,6	10,04 ± 0,8	47,84 ± 1,8	47,64 ± 1,4	13,36 ± 0,8	43,9 ± 2,8	24,92 ± 1,7	
31 — 36	86,32 ± 3,2	11,09 ± 1,2	48,65 ± 1,9	48,32 ± 1,4	13,75 ± 0,9	45,6 ± 2,2	26,6 ± 2,0	
37 — 42	88,37 ± 3,1	11,56 ± 0,9	49,19 ± 1,7	48,96 ± 1,2	13,73 ± 0,8	45,79 ± 1,9	26,8 ± 1,7	
43 — 48	92,32 ± 4,2	12,35 ± 1,2	49,54 ± 1,6	49,22 ± 1,3	13,9 ± 0,9	47,49 ± 2,0	27,6 ± 1,8	
49 — 60	96,67 ± 4,0	13,23 ± 1,2	50,43 ± 1,7	49,99 ± 1,4	14,2 ± 1,0	48,87 ± 2,4	28,2 ± 1,7	
61 — 72	101,8 ± 3,3	14,35 ± 1,2	50,86 ± 1,3	50,53 ± 1,5	13,82 ± 0,8	49,79 ± 2,3	28,1 ± 1,7	

Bảng 3 — Các kích thước cơ thể nữ 13 — 72 tháng tuổi ở nhà trẻ mẫu giáo khu vực Thái Nguyên

Kích thước Lớp tuổi	Chiều cao	Cân nặng	Vòng ngực trung bình	Vòng đầu	Vòng cánh tay	Vòng mông	Vòng đùi	Ghi chú
13 — 18th	72.30 ± 3,2	8,05 ± 1,2	44,78 ± 2,0	44,9 ± 1,9	13,36 ± 0,6	43,0 ± 3,0	24,87 ± 2,0	
19 — 24	76,6 ± 3,0	8,97 ± 0,8	45,65 ± 1,7	45,83 ± 1,2	13,04 ± 1,0	43,27 ± 2,3	25,72 ± 2,0	
25 — 30	80,4 ± 2,5	9,32 ± 1,0	46,13 ± 1,8	46,6 ± 1,8	13,16 ± 0,8	43,30 ± 2,2	26,91 ± 1,9	
31 — 36	85,2 ± 3,2	10,75 ± 1,0	47,36 ± 1,7	47,31 ± 1,2	13,74 ± 0,8	45,53 ± 2,1	27,1 ± 1,8	
37 — 42	88,0 ± 3,8	11,11 ± 1,2	47,82 ± 1,7	48,27 ± 1,5	13,73 ± 0,9	46,78 ± 2,2	27,58 ± 1,8	
43 — 48	91,2 ± 3,2	11,97 ± 1,2	48,64 ± 1,4	48,43 ± 1,4	13,96 ± 0,8	47,45 ± 2,2	27,88 ± 1,7	
49 — 60	95,6 ± 3,5	13,05 ± 1,4	49,62 ± 1,8	48,53 ± 1,4	13,28 ± 0,8	49,1 ± 2,6	28,34 ± 1,9	
61 — 72	100,3 ± 3,5	14,04 ± 1,3	51,1 ± 1,5	49,27 ± 1,0	14,2 ± 0,9	50,53 ± 2,3	29,47 ± 1,4	

Lớp tuổi 25—30 tháng cân nặng tăng không đáng kể (Nam 0,54kg, nữ 0,35kg) có lẽ do chịu ảnh hưởng của việc cai sữa mẹ và chế độ ăn sam của trẻ. Thời kỳ này là thời kỳ chuyển tiếp của chế độ ăn, tâm sinh lý, miễn dịch đối với trẻ (4, 6). Còn ở lớp tuổi 37 — 42 tháng tốc độ tăng cân cũng chậm lại vì ảnh hưởng nhiều đến yếu tố bệnh tật (7 — 9) như phần 1 ở trên.

Nhìn chung nam cân nặng hơn nữ ở mọi lớp tuổi và sự tăng trưởng về cân nặng cũng lớn hơn. Kết quả này của chúng tôi tương tự kết quả của các tác giả đã công bố (5, 8, 10).

3. Vòng đầu : Tăng theo tuổi và nam lớn hơn nữ, nam tăng từ $46,07 \pm 1,3\text{cm}$ đến $50,53 \pm 1,5\text{cm}$. Nữ tăng từ $44,9 \pm 1,9\text{cm}$ đến $40,27 \pm 1,0\text{cm}$. Trong đó lớp tuổi đầu tăng nhanh và chậm dần ở lớp tuổi cuối theo quy luật phát triển (2, 5, 8, 10).

4. Vòng ngực trung bình : Ở nam lớn hơn nữ nhưng sự tăng trưởng và tốc độ tăng trưởng tương đối đồng đều ở các lớp tuổi.

So với vòng đầu thì 3 lớp tuổi đầu tiên có kích thước sắp xỉ nhau, các lớp tuổi cuối vòng ngực lớn hơn.

Như vậy nếu so sánh tỷ số ngực/đầu trẻ em nhà trẻ khu vực Thái Nguyên ở 3 lớp tuổi đầu hầu như rơi vào tình trạng thiếu dinh dưỡng — protein năng lượng (2,5).

5. Vòng cánh tay : Tăng dần theo tuổi nhưng không đều đặn giữa các lớp tuổi. Đặc biệt lớp tuổi 37 — 42 tháng không những không tăng mà giảm (Nam 0,1cm — Nữ 0,2cm). Nó liên quan cả đến sự tăng trưởng chậm của cân nặng — chiều cao. Vì các nguyên nhân đã nêu ở trên.

Ở trẻ em thuộc quần thể tham khảo (Q.T.T.K) (National center for Health Statistics — N.C.H.S) thì vòng cánh tay được dùng để đánh giá về tình trạng dinh dưỡng (5) có phần tốt hơn.

« Trẻ em từ 1 — 5 tuổi nếu vòng tay $< 13,5\text{cm}$ thì dấu hiệu có khả năng sắp rơi vào tình trạng thiếu dinh dưỡng » (2 — 5).

So với kết quả của chúng tôi thì 3 lớp tuổi đầu nằm trong tình trạng thiếu dinh dưỡng. Còn lại các lớp tuổi khác thì không ở trong tình trạng trên. Thực tế không hoàn toàn như vậy (xin xem phần suy dinh dưỡng). Đây có thể là sự khác biệt của trẻ em nhà trẻ khu vực Thái Nguyên với các đối tượng tham khảo khác.

6. Kích thước vòng khác :

Nhìn chung vòng mông, vòng đùi cũng tuân theo quy luật tăng dần theo tuổi, lớp tuổi đầu tăng nhanh, lớp tuổi sau tăng chậm dần, nhưng sự tăng này không đồng đều.

Lớp tuổi 25 — 30 tháng vòng mông của nữ không tăng, vòng đùi của nam giảm 0,86cm. Các kích thước này liên quan mật thiết với cân nặng... của trẻ. Vì vậy khi có một nguyên nhân nào đó làm ảnh hưởng đến chỉ số này thì các chỉ số khác cũng chịu ảnh hưởng và biến đổi theo.

So sánh giữa nam và nữ thì sự tăng trưởng là tương đồng trong đó vòng ngực ở nam lớn hơn nữ. Vòng đùi thì ngược lại, nữ lớn hơn nam.

IV - SO SÁNH VỚI MẪU KHÁC (1, 2, 10)

Để đánh giá kết quả đã thu được chúng tôi so sánh kết quả này với kết quả của các tác giả khác đã làm trong và ngoài nước (bảng 4 và 5).

Bảng 4 — Các kích thước thể lực nam, Thái Nguyên năm 1987 (TN 87) so với các mẫu.

Chỉ số	Lớp tuổi Đối tượng	13 — 18 tháng	19 — 24 tháng	25 — 30 tháng	31 — 36 tháng
Chiều cao (cm)	TN. 87	73,59 ± 2,2	77,82 ± 3,2	81,26 ± 3,6	86,32 ± 3,2
	DT. 87	71,6 ± 3,1	76,0 ± 2,6	80,2 ± 3,5	82,7 ± 3,5
	Viện BVBMTÉ	73,33 ± 3,1	77,55 ± 2,9	81,56 ± 3,2	85,35 ± 3,2
	Pháp	77,6 ± 2,6	83,2 ± 2,9	88,0 ± 3,1	92,3 ± 3,3
Cân nặng (kg)	TN. 87	8,7 ± 0,9	9,5 ± 1,0	10,04 ± 0,8	11,09 ± 1,2
	DT. 87	8,9 ± 0,7	9,1 ± 1,0	10,04 ± 1,3	11,00 ± 1,4
	Viện BVBMTÉ	8,7 ± 0,7	9,63 ± 0,8	10,42 ± 0,9	11,28 ± 0,9
	Pháp	10,55 ± 1,1	11,65 ± 1,2	12,71 ± 1,3	13,68 ± 1,3
Vòng ngực trung bình (cm)	TN. 87	46,15 ± 2,2	46,82 ± 1,7	47,81 ± 1,8	48,65 ± 1,9
	DT. 87	47,1 ± 1,7	48,2 ± 2,3	49,9 ± 2,0	50,7 ± 1,8
	Viện BVBMTÉ	44,05 ± 1,7	45,44 ± 1,7	46,8 ± 1,7	47,68 ± 1,7
	Pháp	48,3 ± 2,1	50,0 ± 2,2	51,3 ± 2,2	52,6 ± 2,2
Vòng đầu (cm)	TN. 87	46,07 ± 1,3	46,93 ± 1,4	47,64 ± 1,4	48,32 ± 1,4
	DT. 87	47,3 ± 1,5	47,7 ± 1,6	48,8 ± 1,1	49,9 ± 0,7
	Viện BVBMTÉ	45,22 ± 1,3	46,45 ± 1,2	47,16 ± 1,25	47,73 ± 1,2
	Pháp	47,5 ± 1,2	48,7 ± 1,2	49,3 ± 1,2	49,9 ± 1,2
Vòng cánh tay (cm)	TN. 87	13,16 ± 0,8	13,6 ± 1,0	13,36 ± 0,8	13,75 ± 0,9
	DT. 87	14,2 ± 0,9	13,9 ± 1,0	14,4 ± 1,0	14,7 ± 1,0
	Viện BVBMTÉ	12,71 ± 0,8	12,95 ± 0,8	13,27 ± 0,8	13,53 ± 0,7
	Pháp	15,6 ± 1,1	15,8 ± 1,1	16,0 ± 1,1	16,2 ± 1,1

**Bảng 5 — Các kích thước thể lực nữ, Thái Nguyên năm 1987 (TN 87)
so với các mẫu :**

Chỉ số	Lớp tuổi	13 — 18 tháng	19 — 24 tháng	25 — 30 tháng	31 — 36 tháng
	Đối tượng				
Chiều cao (cm)	TN. 87	72.3 ± 3,2	76,6 ± 3,0	80,4 ± 2,5	85,2 ± 3,2
	DT. 87	69,9 ± 2,8	74,4 ± 2,9	79,9 ± 3,5	81,9 ± 3,5
	Viện BVBMTÉ	73,33 ± 2,6	77,55 ± 2,9	81,56 ± 3,2	85,35 ± 3,2
	Pháp	75,9 ± 2,7	81,7 ± 3,0	86,7 ± 3,1	90,9 ± 2,2
Cân nặng (kg)	TN. 87	8,05 ± 1,2	8,97 ± 0,8	9,32 ± 1,0	10,75 ± 1,0
	DT. 87	8,2 ± 0,9	9,0 ± 1,0	9,6 ± 1,2	10,04 ± 1,5
	Viện BVBMTÉ	8,3 ± 0,7	9,3 ± 0,8	10,1 ± 0,9	11,02 ± 1,0
	Pháp	9,93 ± 0,7	11,08 ± 1,1	12,13 ± 1,2	13,12 ± 1,4
Vòng ngực trung bình (cm)	TN. 87	44,78 ± 2,0	45,65 ± 1,7	46,18 ± 1,8	47,36 ± 1,6
	DT. 87	46,0 ± 1,3	47,4 ± 1,4	48,4 ± 2,2	49,5 ± 1,9
	Viện BVBMTÉ	43,08 ± 1,5	44,52 ± 1,7	45,9 ± 1,7	46,85 ± 1,8
	Pháp	57,3 ± 2,1	48,9 ± 2,1	50,1 ± 2,1	51,1 ± 2,1
Vòng đầu (cm)	TN. 87	44,9 ± 1,9	45,83 ± 1,2	46,6 ± 1,5	47,31 ± 1,2
	DT. 87	45,7 ± 1,8	46,9 ± 1,3	47,2 ± 1,3	48,1 ± 1,5
	Viện BVBMTÉ	44,43 ± 1,2	45,46 ± 1,2	46,23 ± 1,3	46,93 ± 1,2
	Pháp	46,1 ± 1,6	47,2 ± 1,3	48,0 ± 1,3	48,6 ± 1,3
Vòng cánh tay (cm)	TN. 87	13,36 ± 0,6	13,04 ± 1,0	13,16 ± 0,8	13,74 ± 0,8
	DT. 87	13,6 ± 1,5	14,0 ± 0,9	13,9 ± 0,8	14,4 ± 1,0
	Viện BVBMTÉ	12,49 ± 0,8	12,78 ± 0,8	13,08 ± 0,8	13,4 ± 0,8
	Pháp	15,2 ± 1,1	15,5 ± 1,1	15,7 ± 1,0	15,9 ± 1,1

— Qua bảng (4 và 6) chúng tôi thấy :

1. Trẻ em nam nhà trẻ ở khu vực Thái Nguyên (TN) có các kích thước thể lực tương đồng so với trẻ em Việt Nam nói chung của Viện bảo vệ bà mẹ trẻ em (Viện BVBMTÉ). Nhưng so với trẻ em nông thôn xã Dũng Tiến (DT) và trẻ em Pháp thì nhỏ hơn rõ rệt, riêng chiều cao trẻ em (TN) lớn hơn trẻ em (DT). Có thể phương pháp chăm sóc kỹ thuật không bằng miền xuôi.

2. Trẻ em nữ (TN) có chiều cao sắp xỉ so với nữ trẻ em Việt Nam nói chung của Viện BVBMTÉ nhưng lại thấp hơn trẻ em Pháp và cao hơn trẻ em nông thôn (DT).

Còn lại các kích thước khác đều sắp xỉ hoặc kém hơn so với Q.T.T.K.

Như vậy nhìn chung thể lực trẻ em TN có kém hơn so với Q. T. T. K. Đây là một vấn đề lớn đặt ra cho chúng ta cần phải chú ý phương pháp chăm sóc, tập luyện cho các cháu phù hợp để trẻ phát triển tốt.

V — TÌNH TRẠNG THIẾU DINH DƯỠNG — PROTEIN NĂNG LƯỢNG

Qua kết quả nhận xét và so sánh ở trên vẫn chưa đủ để đánh giá được sự phát triển thể lực của cơ thể trẻ có liên quan đến hình thái một cách đầy đủ. Vì vậy chúng tôi tiến hành thêm test « P. E. M » (thiếu dinh dưỡng protein năng lượng OMS). Dựa theo phương pháp phân loại sức khỏe trẻ em của Viện dinh dưỡng đã được thống nhất và công bố (5.6).

Bảng 6 — Tình trạng « P. E. M » của trẻ em lứa tuổi nhà trẻ mẫu giáo khu vực Thái Nguyên

Xếp loại	SD trọng lượng/tuổi	n	%
Bình thường	$\geq -2SD$	460	50.77
Độ I	$-2SD... -3SD$	367	40.50
Độ II	$-3SD... -4SD$	76	8.39
Độ III	$< -4SD$	3	0.34
Cộng		906	100.00

Bảng 6 cho chúng ta thấy được tình trạng thiếu dinh dưỡng protein năng lượng « P. E. M » ở trẻ em Thái Nguyên trong tổng số 906 trẻ điều tra có 50,8% trẻ em thuộc loại phát triển thể lực bình thường và 49,2% trẻ thiếu dinh dưỡng protein năng lượng, trong đó chủ yếu là độ I (40,5%) và độ II (8,39%) còn độ III tỷ lệ rất nhỏ 0,34% (chỉ có 3 cháu).

Như vậy tỷ lệ phần trăm tình trạng « P. E. M » của trẻ em khu vực Thái Nguyên là rất cao tuy nhiên chủ yếu là độ I nhưng nếu không được quan tâm chu đáo sẽ ảnh hưởng lớn đến sự phát triển của trẻ về thể lực lẫn tinh thần.

Bảng 7 — Phân bố tình trạng « P. E. M » theo tuổi

Lứa tuổi	Độ I		Độ II		Độ III	
	n	%	n	%	n	%
13 — 30	76	17	33	7.4	3	0.9
31 — 36	58	13	14	3.1	0	0
37 — 42	58	13	9	2.0	0	0
43 — 48	49	10.9	8	1.8	0	0
49 — 60	96	21.5	9	2.0	0	0
61 — 72	30	6.7	3	0.7	0	0
Tổng số	367	82.1	76	17.0	3	0.9

Qua bảng 7, chúng ta thấy được tình trạng « P. E. M » được phân bố theo nhóm tuổi.

Từ 13 — 30 tháng lúc này nhu cầu dinh dưỡng của trẻ rất lớn trong khi đó nguồn sữa mẹ đã giảm (5 — 6 — 10). Do dinh dưỡng của mẹ kém, đặc biệt là thói quen cai sữa ở giai đoạn này đã dẫn đến tình trạng « P. E. M » nghiêm trọng — Xuất hiện cả 3 mức độ suy dinh dưỡng.

— Từ 31 tháng trở đi tình trạng dinh dưỡng có khá lên, song cách chăm sóc ăn uống, vệ sinh chưa đảm bảo. Các bệnh tật xâm nhiễm nhiều (7.9). Vì vậy tình trạng thiếu dinh dưỡng vẫn còn cao.

VI — KẾT LUẬN

Qua kết quả và nhận xét trên chúng tôi có một số nhận xét sau :

1. Sự phát triển về thể lực của trẻ em nhà trẻ mẫu giáo khu vực Thái Nguyên nhìn chung là tốt, mặc dù vậy vẫn còn có những giai đoạn bị chững lại, nhất là ở những thời điểm chuyển tiếp (cai sữa mẹ).

2. So với sự phát triển thể lực của trẻ em nước ngoài (Pháp) và trong nước ở các nhà trẻ khác khu vực nói chung trẻ em nông thôn nói riêng thì thể lực trẻ em Thái Nguyên có kém hơn. Tuổi nhỏ phát triển kém, tuổi lớn phát triển tốt hơn, phù hợp với những nhận xét trước (1975 — BS Lục).

3. Tình trạng thiếu dinh dưỡng protein năng lượng ở một số trẻ em Thái Nguyên là nghiêm trọng. Cùng với dấu hiệu báo hiệu của vòng cánh tay. Vì vậy chúng tôi xin đề xuất với các bậc cha mẹ và các cơ quan có trách nhiệm nên có một sự ưu ái chăm sóc cho các cháu về mọi mặt tạo điều kiện cho trẻ phát triển tốt, đặc biệt là các cháu ở những nhà trẻ không được tài trợ của Unicef.

4. Ngoài chất lượng về khẩu phần ăn, công tác vệ sinh phòng bệnh, cần phải có sự kiểm tra sức khỏe định kỳ cho trẻ, quản lý tốt phiếu theo dõi sức khỏe để phòng và chữa bệnh kịp thời.

Đề tài này được sự tận tình giúp đỡ của Ban giám đốc nhà trẻ, Phòng y tế và tập thể cô giáo của 3 nhà trẻ trên. Xin chân thành cảm ơn sự giúp đỡ quý báu đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Docteur Michelsempé — Auxologie méthode et sequences French 1979
2. Bs Vũ Thị Chín — Bs Hàn Kim Chi — Kết quả điều tra các chỉ số phát triển thể lực của trẻ em dưới 3 tuổi ở nhà trẻ (1976 — 1980) — Hội thảo về phát triển dinh dưỡng sức khỏe 1982.

3. Thăm Hoàng Diệp — Luận văn tốt nghiệp đại học tổng hợp sinh vật 1982.
4. Từ Giấy — Hà Huy Khôi — Tình hình dinh dưỡng ở trẻ em Việt Nam và một số biện pháp cải thiện — Hội thảo về phát triển dinh dưỡng và sức khỏe 1982.
5. Mai Lê Hiệp — Dinh dưỡng trẻ em — Nhà xuất bản y học 1986.
6. Hà Huy Khôi — Góp phần đánh giá tình trạng sức khỏe trẻ em sau khi thôi bú đến 5 tuổi ở nông thôn — Báo cáo khoa học trường Đại học y Hà nội 10-1985.
7. Nguyễn Đức Ngân — Tình hình nhiễm ký sinh trùng đường ruột của trẻ em tại 3 nhà trẻ khu vực Thái Nguyên — Hội nghị khoa học trường Đại học y Bắc Thái 1988.
8. Nguyễn Quang Quyền — Nhân trắc học và sự ứng dụng nghiên cứu trên người Việt Nam — Nhà xuất bản y học 1984.
9. Lương Công Sỹ — Tình hình bệnh tật trẻ em tại 3 nhà trẻ khu vực Thái Nguyên — Báo cáo tổng kết đợt điều tra 10-1987.
10. Nguyễn Văn Thanh — Thể lực và BDEMDD trẻ em từ 0 — 4 tuổi xã Dũng Tiến Hà Sơn Bình — Hội nghị khoa học trường Đại học y Hà nội 1987.

NHẬN XÉT SỰ PHÁT TRIỂN VỀ TÂM VÓC VÀ THỂ LỰC CỦA SINH VIÊN ĐẠI HỌC KHU VỰC THÁI NGUYÊN 1980

NGUYỄN VĂN LỤC
PHÙNG VĂN MỸ

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Đề thực hiện theo dõi và đánh giá kết quả công tác bồi dưỡng thể chất cho học sinh trong trường đại học và qua những số liệu tin cậy sẽ báo cáo với Bộ đại học và Bộ y tế để góp phần đánh giá thể lực và sức khỏe cho học sinh đại học trong cả nước.

Phạm vi đề tài này còn là một phần trong kế hoạch nghiên cứu dài hạn 10 năm theo dõi sự phát triển thể lực của học sinh miền núi do BS Nguyễn Văn Lục và cộng tác đã tiến hành trong năm học qua và tiếp tục nghiên cứu được lồng kết vào những năm học tiếp theo.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu :

Chúng tôi đã tiến hành điều tra 834 sinh viên Trường đại học y Bắc Thái và Đại học nông nghiệp III ở 2 lớp tuổi 16 — 25 và 26 — 35 vào tháng 1 năm 1980. Trong đợt này chúng tôi chỉ phân tích đánh giá số liệu của 768 học sinh lớp tuổi từ 16 — 25. Còn 66 người ở lớp tuổi 26 — 35 chúng tôi chưa có nhận xét. Trong số 768 học sinh chúng tôi điều tra thuộc các hệ từ năm thứ nhất đến năm thứ tư ở cả 2 trường.

2. Phương pháp :

- Dùng cân bàn có gắn thước đo chiều cao.
- Đo chiều cao, cân nặng, vòng bụng, vòng ngực, vòng cánh tay, vòng đùi, tính chỉ số Pignet Q.V.C.
- Thống kê y học.

III — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 — Phân bố tỷ lệ — thành phần dân tộc.

Giới tỷ lệ % Dân tộc Số lượng	Kinh	Tây	Các dân tộc khác	Cộng
Nam Tỷ lệ %	210 52,5	122 30,5	68 17	400 100%
Nữ Tỷ lệ %	191 52,72	133 36,14	41 11,14	368 100%
Cộng Tỷ lệ %	404 52,6	255 33,2	109 14,2	768 100%

— Như vậy, số học sinh người Kinh chiếm tỷ lệ 52,6% so với các dân tộc khác chiếm 47,4% ở cả 2 giới nam và nữ.

Sau người Kinh là học sinh dân tộc Tày chiếm 33,2% trong đó nữ chiếm 36,14%, nam chiếm 30,5%.

Còn lại các dân tộc khác gồm: Thái, Mường, Nùng, Sán Diu, Dao, Sán Chỉ, ... tỷ lệ nam chiếm 17%, nữ chiếm 11,14%.

Qua tỷ lệ số lượng thành phần của các dân tộc nam cũng như nữ đã phản ánh được đặc điểm của các Trường đại học thuộc khu vực Thái Nguyên. Vì vậy chúng tôi tạm gọi mẫu chọn này là: « Học sinh đại học Thái Nguyên ».

— *Phương pháp*: Chúng tôi đã trực tiếp đo hàng loạt các kích thước, chiều cao, cân nặng, vòng ngực, vòng bụng, vòng đùi phải và vòng cánh tay co bằng các dụng cụ nhân trắc học quen biết với sự sai số cho phép. Số liệu thu được đều được tính ra các đặc trưng của mẫu chọn trung bình, số giữa, Quactin và độ lệch tiêu chuẩn với những công thức toán thống kê thường dùng; Thêm vào đó chúng tôi còn tính tỷ trọng cơ thể (d) theo công thức của Wilmore Behrke, phần trăm mỡ cơ thể (P), khối mỡ (FBM) và khối nạc (LBM) theo công thức của Brozek để đánh giá thể lực một cách chính xác hơn.

Bảng 2 — Cho biết những số liệu chung thu được

Kích thước chỉ số		Tuổi — Giới	Nam	Nữ
Chiều cao đứng	(cm)		162,0 ± 5,6	153,4 ± 4,5
Vòng ngực trung bình	(cm)		79,2 ± 3,6	78,9 ± 4,4
Vòng ngực hít vào hết	(cm)		83,0 ± 3,8	82,3 ± 4,4
Vòng bụng	(cm)		66,8 ± 3,2	66,9 ± 3,7
Vòng đùi phải	(cm)		45,0 ± 2,7	50,4 ± 3,2
Vòng cánh tay phải co	(cm)		27,0 ± 1,66	26,3 ± 2,2
Cân nặng	(kg)		51,0 ± 5,9	49,0 ± 5,5
Chỉ số pignet			31,8 ± 5,6	25,4 ± 7,4
Chỉ số Q.V.C			8,1 ± 6,0	3,9 ± 7,0
Tỷ trọng cơ thể	(d)		1,083 ± 0,006	1,076 ± 0,007
Tỷ lệ % mỡ	(p)		7,5 ± 2,5	10,5 ± 2,80
Khối mỡ cơ thể FBM	(kg)		3,84 ± 1,66	5,15 ± 1,70
Khối nạc cơ thể LBM	(kg)		47,16 ± 4,00	43,85 ± 4,10

— Đánh giá thể lực theo pignet và Q.V.C

Chúng tôi dựa vào bảng phân loại thể lực 5 bậc của Bộ Y tế cho thanh niên Việt Nam để so sánh, đánh giá thể lực (HS ĐH/TN).

a) Nam học sinh:

Theo chỉ số pignet có tới 94% loại trung bình trở lên, trong đó có 66,25% xếp loại rất tốt và tốt, còn loại kém và rất kém chỉ có 6%. Vậy xếp loại thể lực theo chỉ số pignet thì nam HSDH/TN 1980 là tốt.

Theo Q.V.C có tới 86,25% xếp loại trung bình trở lên, trong đó loại rất tốt và tốt chiếm 13,75%. Vậy xếp loại theo chỉ số Q.V.C thì nam HSDH/TN 1980 tương đối tốt.

b) Nữ học sinh :

Khác với nam, nữ HSDH/TN có chỉ số pignet và Q.V.C xếp tương đương với nhau (pignet có 96,7% xếp loại trung bình trở lên, Q.V.C là 97%) tỷ lệ kém, rất kém ở pignet là 3,3% còn Q.V.C là 3%. Như vậy trong đó tỷ lệ rất tốt và tốt ở chỉ số Q.V.C chiếm tới 99,3% còn chỉ số pignet chỉ chiếm 80,2%.

c) Nữ học sinh so với nam học sinh :

Qua phân tích ở trên, chúng tôi thấy theo chỉ số pignet và Q.V.C thì thể lực nữ học sinh ĐH/TN xếp loại tốt hơn nam HS cùng lứa tuổi. Vậy nữ học sinh phát triển tốt hơn nam ở những yếu tố nào ? (xem bảng so sánh 4).

Chúng ta biết rằng chỉ số pignet Q.V.C được tính thông qua các kích thước : Chiều cao đứng, cân nặng, vòng ngực, vòng đùi, vòng cánh tay co...

Trong khi chênh lệch chiều cao đứng của nam so với nữ là + 8,6 cm thì vòng đùi của nam so với nữ lại nhỏ hơn, chênh lệch là - 5,4 cm ; còn các kích thước khác như vòng ngực, vòng cánh tay co của nam so với nữ chênh lệch nhau không đáng kể.

Vì vậy chúng tôi thấy rằng : Chỉ số pignet của nữ học sinh tốt hơn ở nam học sinh là do chiều cao của nam lớn hơn của nữ rất nhiều ; trong khi đó cân nặng và vòng ngực của nam lớn hơn nữ không đáng kể.

Chỉ số Q.V.C ở nữ đặc biệt tốt hơn hẳn ở nam (-3,9 so với +8,1) vì vòng đùi của nam bé hơn của nữ khá nhiều trong lúc đó vòng ngực và vòng cánh tay của nam lớn hơn của nữ không đáng kể.

Qua đó nói lên khả năng trong lứa tuổi 16 — 25 ở nữ HSDH/TN đã phát triển hoàn thiện hơn nam về tầm vóc cũng như các kích thước hình thái cơ thể nói chung. Một điều khác chúng tôi nghĩ có thể nữ HSDH/TN đã tham gia lao động chân tay hay rèn luyện thân thể tốt hơn ở nam.

Để có nhận xét chính xác được vấn đề này, chúng tôi thấy cần phải tiến hành thêm nhiều nghiệm pháp khác : Thăm dò chức năng, các nghiệm pháp kiểm tra trong tập luyện và thi đấu. Bởi vì có thể đối tượng nghiên cứu phát triển tốt về hình thái nhưng về mặt chức năng kém và chưa hoàn thiện. Do đó việc dùng những nghiệm pháp đánh giá chức năng như tuần hoàn, hô hấp, thần kinh... là cần thiết. Qua đó đánh giá được mặt giáo dục phát triển các tố chất, thể lực cho học sinh toàn diện hơn.

Đôi khi thể lực được xếp loại tốt, xấu còn do ảnh hưởng của tỷ lệ mỡ của cơ thể. Ví dụ : Chỉ số pignet có chiều hướng tốt là do trọng lượng cơ thể tăng mà trọng lượng cơ thể tăng cũng có thể do lượng mỡ tăng. Vì vậy, thông qua khối mỡ, khối nạc cơ thể có thể nhận xét được thể lực.

Sau đây là bảng tóm tắt tỷ lệ phần trăm mỡ, khối mỡ, khối nạc cơ thể của học sinh đại học Thái Nguyên :

Bảng 3—Tỷ lệ phần trăm khối mỡ, khối nạc.

Kích thước Chỉ số	Tuổi giới	16 — 25 tuổi	
		Nam	Nữ
Tỷ trọng cơ thể (d)		1,083 ± 0,006	1,076 ± 0,007
Tỷ lệ phần trăm mỡ (p)		7,5 ± 2,5	10,5 ± 2,8
Khối mỡ cơ thể (FMB)		3,84 ± 1,66	5,15 ± 1,70
Khối nạc cơ thể (LBM)		47,16 ± 4,00	43,85 ± 4,10

Qua bảng trên khối mỡ và khối nạc của nam và nữ học sinh không chênh lệch nhau nhiều lắm so với trọng lượng cơ thể như vậy là nữ béo hơn nam không đáng kể. Điều đó càng khẳng định thêm rằng thể lực nữ học sinh tốt hơn nam học sinh ở lứa tuổi 16 — 25 là do cơ thể nữ phát triển mạnh về cơ bắp, chức năng hô hấp hoàn thiện hơn về hình thái, chứ không phải thể lực nữ tốt hơn nam là do tích lũy nhiều mỡ.

2. So sánh với các tác giả khác. Để có thể khẳng định thêm các nhận xét trên, chúng tôi tạm so sánh một số kích thước, chỉ số thể lực, của HSDH/TN 1980 so với một vài đối tượng miền xuôi mà chúng ta đã quen biết.

Bảng 4 — Chỉ số thể lực.

Kích thước Chỉ số	Giới — địa phương	Nam				Nữ			
		HSDH TN	HS.II	ND.ĐB	CNCK HN	HSDH TN	HS.II	ND.ĐB	CNCK HN
Cao đứng (cm)		162,0 ± 5,6	159,0 ± 5,0	155,8 ± 8,6	161,0 ± 3,1	153,4 ± 4,5	149,0 ± 4,0	148,2 ± 3,8	151,6 ± 4,2
Cân nặng (kg)		51,0 ± 4,9	46,0 ± 4,0	44,8 ± 6,5	50,0 ± 3,6	49,0 ± 5,5	45,0 ± 5,0	42,5 ± 6,2	46,2 ± 4,2
Vòng ngực hít vào (cm)		83,0 ± 3,8	80,0 ± 4,0	77,3 ± 5,6	83,0 ± 2,8	82,3 ± 4,4	78,0 ± 4,0	75,7 ± 4,1	75,9 ± 3,0
Vòng đùi phải (cm)		45,0 ± 2,7	41,0 ± 5,0	42,1 ± 4,9	46,0 ± 2,8	50,4 ± 3,2	42,0 ± 5,0	45,9 ± 3,5	48,2 ± 2,7
Vòng cánh tay co (cm)		27,0 ± 1,66	26,0 ± 2,0	26,0 ± 2,7	28,0 ± 1,8	26,3 ± 2,2	25,0 ± 2,2	25,8 ± 1,8	25,5 ± 2,1
Chỉ số pignet		31,8 ± 6,0	38,0 ±	37,6 ± 7,6	32,0 ± 4,8	25,4 ± 7,4	29,0 ±	32,5 ± 8,4	32,1 ± 5,7
Chỉ số Q.V.C		8,1 ± 6,0	12,0 ±	11,9 ± 8,6	3,9 ± 5,1	- 3,9 ± 5,1	3,0 ±	1,8 ± 8,4	0,9 ± 4,9

a) Đối với nữ học sinh đại học Thái Nguyên nói chung có các chỉ số thể lực (cân nặng, pignet, Q.V.C...) xếp loại tốt hơn hẳn các đối tượng (HSII, NĐDB, CNCK Hà Nội...).

Đối với các kích thước như chiều cao đứng, vòng đùi, vòng ngực, vòng cánh tay đều lớn hơn so với CNCK HN, HSII, NĐDB khá nhiều. Song riêng vòng cánh tay cơ có lớn hơn nhưng không đáng kể. Điều đó chứng tỏ sự phát triển cơ cánh tay nữ HSDH/TN chưa cân xứng với tầm vóc, cân nặng và các kích thước khác của cơ thể. Nói cách khác sự rèn luyện vận động cơ cánh tay chưa nhiều.

b) Đối với nam chỉ số pignet của nam HSDH/TN xếp loại xấp xỉ như CNCK HN nhưng tốt hơn HSII và càng tốt hơn NĐDB; riêng chỉ số Q.V.C thì nam HSDH/TN tốt hơn HSII và NĐDB, nhưng kém hơn CNCK HN khá nhiều. Điều đó chứng tỏ sự phát triển các vòng chi của nam HSDH/TN cũng chưa cân xứng với chiều cao cân nặng của cơ thể.

Chiều cao đứng của nam HSDH/TN lớn hơn của CNCK HN và càng cao hơn HSII và NĐDB; còn vòng đùi và vòng cánh tay cơ tuy có lớn hơn HSII và NĐDB nhưng lại kém CNCK HN.

c) Cả nam và nữ HSDH/TN có tỷ lệ mỡ, khối mỡ, khối nạc phát triển bình thường tuy có hơi gầy hơn so với công nhân và nông dân ở cùng lứa tuổi thuộc vùng khác. Khối nạc cơ thể cả nam và nữ HSDH/TN đều cao hơn CN, càng cao hơn ND. Điều đó chứng tỏ HSDH/TN có thể lực tốt và có cơ sở để rèn luyện thân thể, lao động, tham gia các hoạt động khác.

Tuy vậy qua phân tích trên, các vòng chi, nhất là chi trên của HSDH/TN 1980 cần được rèn luyện nhiều hơn, làm cho cơ thể phát triển cân đối hài hòa với các bộ phận khác của cơ thể nâng cao được khả năng học tập công tác sau này.

IV — KẾT LUẬN

Để thực hiện được nhiệm vụ của Bộ đề ra chúng tôi tổ chức điều tra một nhóm tuổi từ 16 — 25 với sự phân tích, nhận xét trên rút ra một số điểm sau đây :

1. Nói chung tầm vóc HSDH/TN 1980 tương đối cao và nặng cân.

2. Học sinh ĐH/TN có chỉ số thể lực xếp vào loại tốt. Nữ học sinh có thể lực phát triển tốt hơn, cơ thể phát triển cân đối hơn nam học sinh cùng lứa tuổi.

Hai nhận xét trên cho học sinh ĐH/TN 1980 cũng phù hợp với công trình trước 1975 (Nguyễn Văn Lực) cho các học sinh phổ thông miền núi đều có tầm vóc cao, cân nặng, thể lực tốt hơn miền xuôi ở lứa tuổi sau đây thì.

3. Công trình này được nhận xét qua nhiều năm chiến tranh kéo dài, nó có giá trị lần đầu. Điều đó đặt ra cho chúng ta có kế hoạch tiếp tục theo dõi có định kỳ cho các đối tượng đào tạo theo các lứa tuổi ở nhà trường. Đặc biệt cần có sự quan tâm của các cấp lãnh đạo, có sự đầu tư trang thiết bị giúp cho công tác tổ chức tập luyện cho học sinh miền núi nói chung, cho HSDH nói riêng chắc chắn HSDH có sức khỏe tốt đáp ứng được những yêu cầu công tác học tập phục vụ đất nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Xuân Hợp và Nguyễn Quang Quyền — Sức lớn của HS Hà Nội từ 7 — 18 tuổi (Kỷ yếu công trình Trường Đại học Y khoa Hà Nội 1963).
2. Đỗ Xuân Hợp và Nguyễn Quang Quyền — Những hằng số hình thái học người Việt Nam (Y học thực hành số 149 — 11-1967).
3. Tiêu bản nhân học Hội hình thái — Phương hướng nghiên cứu nhân học ở Việt Nam (Tập san hình thái tập 4 số 1-1970).
4. Lý luận và phương pháp giáo dục TDTT của giáo sư A. D. Nônikốp và tiến sĩ khoa học giáo dục Giáo sư I. II. Mátvâyép (Tổng cục T. D. T. T. 1976).
5. Sự phát triển tầm vóc thể lực của học sinh phổ thông và sinh viên Đại học miền núi phía Bắc 1975, BS. Nguyễn Văn Lực và CS, XBYH tập III. Tr 58 — 68-1975.
6. Một số công trình điều tra cơ bản về sức khỏe của người Việt Nam năm 1976 (Đại học Y — Hà Nội).
7. Ứng dụng xác suất thống kê trong y sinh học của Lê Khánh Trai và Hoàng Hữu Như (N. X. B — KHKT — 1976).
8. Khối nạc, khối mỡ của 2.444 người Việt Nam của BS: Nguyễn Quang Quyền — Lê Gia Vinh và cộng sự.

ĐẶC ĐIỂM TÂM VÓC THỂ LỰC SINH VIÊN ĐẠI HỌC KHU VỰC THÁI NGUYÊN 1985

NGUYỄN VĂN LỰC
PHÙNG VĂN MỸ
TRỊNH XUÂN ĐÀN

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Chúng ta đều biết, thể lực gắn liền với sức khỏe, với khả năng học tập — lao động công tác và sinh hoạt của mọi người. Việc theo dõi đánh giá thể lực của sinh viên là nhiệm vụ thường xuyên cần thiết cho công tác đào tạo cán bộ của nhà trường xã hội chủ nghĩa. Để đáp ứng với yêu cầu tình hình nhiệm vụ hiện nay chúng tôi đã tiến hành điều tra thể lực sinh viên đại học khu vực Thái Nguyên (2-1985). Mục đích nhằm phân loại thể lực chung của sinh viên. So sánh đánh giá những biến động thể lực sinh viên trong khu vực năm 1985 với 1980 để qua đó đánh giá tình hình rèn luyện thể chất của sinh viên trong trường những năm qua (1980 — 1985) và đề ra phương hướng rèn luyện thể lực trong thời gian tới (1986 — 1990).

II — ĐỐI TƯỢNG — PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng :

Trong đợt này cũng như những năm trước 1980 chúng tôi đã tiến hành điều tra các chỉ số thể lực của sinh viên Trường đại học y Bắc Thái (từ năm thứ nhất đến năm thứ sáu) và sinh viên Trường đại học nông nghiệp III (từ năm thứ nhất đến năm thứ năm).

Các sinh viên này gồm đủ các thành phần dân tộc của các tỉnh Miền Núi phía Bắc bao gồm : Học sinh phổ thông vào thẳng trường, bộ đội chuyên ngành, cán bộ đi học lứa tuổi từ 16 — 35.

Trong tổng số 950 sinh viên chúng tôi điều tra đợt này có 762 đối tượng lứa tuổi 16 — 25 và 178 đối tượng lứa tuổi 26 — 35 gồm có 590 nam và 360 nữ.

Thành phần dân tộc — giới tính phân bố như sau (bảng 1)

2. Phương pháp nghiên cứu :

Chúng tôi đã tiến hành đo các kích thước cơ thể sinh viên như chiều cao — cân nặng — vòng ngực hít vào — vòng ngực trung bình — vòng bụng — vòng đùi — vòng cánh tay co,... bằng các dụng cụ tiêu chuẩn và các mốc đo như đã thống nhất ở Hội nghị hằng số sinh học lần thứ hai.

**Bảng 1 — Thành phần dân tộc — Giới tính nhóm sinh viên
khu vực Thái Nguyên**

Giới Tỷ lệ %	Dân tộc Số lượng	Kinh	Dân tộc khác	Cộng
Nam	n	378	212	590
	%	64,06%	35,94%	100%
Nữ	n	210	150	360
	%	58,33%	41,67%	100%
Cộng	n	588	362	950
	%	61,90%	38,10%	100%

Chúng tôi đã tính các kích thước cơ thể và trọng lượng ra các chỉ số Pignet và QVC. Tỷ lệ phần trăm mỡ — khối mỡ, khối nạc cơ thể... để đánh giá thể lực chung của sinh viên. Dưới đây là các kết quả thu được.

III — KẾT QUẢ

1. Kết quả đo các kích thước cơ thể, các chỉ số thể lực, tỷ lệ % mỡ — khối mỡ — khối nạc cơ thể (bảng 2).

2. Phân loại thể lực (bảng 3).

Căn cứ vào bảng phân loại thể lực theo chỉ số pignet và QVC của Bộ đại học và Bộ Y Tế giành cho thanh niên sinh viên để đánh giá. Từ bảng phân loại thể lực trên chúng tôi thấy :

— Nam sinh viên theo chỉ số pignet và QVC đa số xếp loại tốt và rất tốt, chỉ có khoảng 4% (theo chỉ số pignet) và 9% (theo chỉ số QVC) xếp loại kém và rất kém.

— Nữ sinh viên theo chỉ số Pignet và QVC đa số xếp loại rất tốt (pignet : 64,70% — QVC : 74,16%) còn xếp loại kém và rất kém tỷ lệ rất ít khoảng 3,6% (theo cả chỉ số pignet và QVC).

Như vậy tỷ lệ nữ sinh viên xếp loại tốt và rất tốt lớn hơn nam sinh viên. Ngoài ra ở nữ nếu căn cứ vào chỉ số QVC thì loại rất tốt nhiều hơn so với chỉ số pignet. Còn ở nam sinh viên thì ngược lại loại tốt và rất tốt ở chỉ số pignet lớn hơn so với chỉ số QVC.

**Bảng 2 — Kết quả các kích thước cơ thể — Các chỉ số thể lực
tỷ lệ % mỡ — Khối nạc cơ thể**

Chỉ số kích thước	Nam n = 590	Nữ n = 360
Chiều cao đứng (cm)	162,50 ± 4,6	153,20 ± 4,5
Cân nặng (kg)	51,40 ± 4,5	48,88 ± 4,8
Vòng ngực hít vào hết sức (cm)	84,17 ± 3,5	83,20 ± 4,5
Vòng ngực trung bình (cm)	80,20 ± 3,3	79,58 ± 4,0
Vòng đùi phải (cm)	45,75 ± 3,6	50,66 ± 3,2
Vòng cánh tay phải (cm)	27,96 ± 1,8	26,10 ± 2,0
Vòng bụng (cm)	68,20 ± 3,9	68,35 ± 4,2
Pignet	30,20 ± 6,0	23,70 ± 7,0
QVC	4,80 ± 6,2	7,70 ± 7,2
Tỷ lệ % mỡ (P) (%)	8,50 ± 2,2	9,30 ± 2,5
Khối mỡ cơ thể (FPM) (kg)	4,37 ± 1,4	4,55 ± 1,2
Khối nạc cơ thể (LPM) (kg)	47,03 ± 4,0	44,33 ± 4,0

Bảng 3 — Phân loại thể lực theo các chỉ số Pignet và QVC

Chỉ số tỷ lệ % phân loại	Nam				Nữ			
	Pignet		Q.V.C		Pignet		Q.V.C	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Rất tốt	261	44,23	215	36,44	222	61,70	267	74,16
Tốt	194	32,88	165	27,90	76	21,20	57	15,83
Trung bình	108	18,30	158	26,77	48	13,44	23	6,39
Kém	23	3,90	40	6,77	10	2,55	9	2,51
Rất kém	4	0,69	12	2,12	4	1,11	4	1,11
Cộng	590	100%	590	100%	360	100%	360	100%

Chứng tỏ sự phát triển cơ thể ở nữ sự hoàn chỉnh hơn ở nam sinh viên cùng lứa tuổi.

3. So sánh thể lực sinh viên khu vực Thái Nguyên năm 1985 so với năm 1980 ở lứa tuổi 16 — 25(bảng 4).

Bảng 4 — So sánh thể lực sinh viên đại học khu vực Thái Nguyên năm 1985 với năm 1980 lứa tuổi 16 — 25

Giới nam — nữ Số lượng Chỉ số	Nam				Nữ			
	1985 n = 492	1980 n = 400		Hệ số T	1985 n =	1980 n = 368		Hệ số t
Chiều cao đứng	162.34	162.0	+0.34	1.00	153.00	152.40	-0.40	1.30
Cân nặng	51.47	51.00	+0.47	1.50	48.86	49.00	-0.14	0.50
Vòng ngực hít vào	84.00	83.00	+1.00	4.30	83.46	82.30	+1.16	4.70
Vòng ngực trung bình	80.06	79.20	+0.86	4.00	79.65	78.90	+0.75	3.60
Vòng đùi phải	45.78	45.00	+0.78	5.20	50.65	50.40	+0.25	2.00
Vòng cánh tay co	27.46	27.00	+0.46	4.80	26.10	26.30	-0.20	1.50
Vòng bụng	68.20	66.80	+1.40	6.00	68.36	66.90	+1.45	4.90
Pignet	30.25	31.80	-1.55	4.00	23.70	25.40	-1.70	3.20
Q.V.C	4.63	8.10	-3.47	3.20	-7.70	-3.90	-3.80	6.10
Khối mỡ FBM	4.40	3.84	+0.56	5.60	4.56	4.00	+0.56	2.80
Khối nạc LBM	47.10	47.16	-0.06	1.00	44.30	45.00	-0.70	3.00

Như chúng tôi đã trình bày trong số 950 sinh viên điều tra thể lực năm 1985 có 762 sinh viên ở lứa tuổi 16 — 25. Chúng tôi muốn so sánh thể lực của họ với thể lực sinh viên khu vực Thái Nguyên năm 1980 ở cùng lứa tuổi mà chúng tôi đã làm trước đây. Nhận thấy:

— Nam sinh viên: Nhìn chung thể lực ở năm 1985 so với năm 1980 có tăng hơn tuy tầm vóc (chiều cao, cân nặng) không chênh lệch đáng kể. Nhưng các kích thước khác đều tăng (vòng ngực, vòng đùi — vòng cánh tay co...) có ý nghĩa thống kê.

— Nữ sinh viên tầm vóc có hơi nhỏ hơn so với năm 1980 nhưng không có ý nghĩa thống kê. Tuy vậy các chỉ số thể lực lại khá hơn so với năm 1980.

4. So sánh với mẫu thể lực sinh viên đại học Huế (bảng 5).

Bảng 5 — So sánh thể lực sinh viên đại học Thái Nguyên với sinh viên đại học Huế cùng lứa tuổi (16 — 36)

Chỉ số	Nam				Nữ			
	1985 sinh viên Thái Nguyên n=590	1984 sinh viên Huế n=528		Hệ số t	1985 sinh viên Thái Nguyên n=360	1984 sinh viên Huế n=356		Hệ số t
Chiều cao đứng	162.50	162.30	+0.20	0.80	153.20	152.20	+0.89	3.15
Cân nặng	51.40	48.28	+3.10	11.50	48.88	44.20	+ 4.68	13.30
Vòng ngực hít vào	84.17	81.36	+2.81	12.00	83.20	72.20	+11.0	31.20
Vòng ngực trung bình	80.20	77.46	+2.74	12.00	79.58	70.20	+ 9.38	36.66
Vòng đùi phải	45.75	45.75	0	0	50.66	45.91	+ 4.75	16.90
Vòng cánh tay co	27.96	25.74	+2.22	11.70	26.10	23.71	+ 2.39	11.70
Vòng bụng	68.20	68.47	-0.27	1.10	68.35	69.19	- 1.14	2.90
Pignet	30.20	36.56	-6.36	18.70	23.70	38.49	-14.79	70.40
Q.V.C	4.80	9.43	-4.65	12.80	-7.70	10.49	-18.19	69.40
Khối mỡ FBM	4.39	4.29	+0.08	0.80	4.55	5.13	-0.58	3.00
Khối nạc LBM	47.03	43.98	+3.05	11.00	14.35	39.10	+ 5.23	14.20

Nhân đợt điều tra thể lực sinh viên khu vực Thái Nguyên đợt này chúng tôi muốn so sánh với những mẫu thể lực sinh viên khác vùng để chúng ta cùng tham khảo. Ở đây chúng tôi muốn so sánh với mẫu thể lực sinh viên Đại học Huế cùng lứa tuổi đã được báo cáo tại Hội nghị hình thái học lần thứ 3 vào cuối năm 1984 nhận thấy.

— Nam sinh viên về tầm vóc thì chiều cao tương đương nhưng cân nặng sinh viên Thái Nguyên lớn hơn sinh viên Huế rõ rệt.

— Các chỉ số thể lực cả pignet và QVC sinh viên Thái Nguyên đều lớn hơn sinh viên Huế rõ rệt có ý nghĩa thống kê.

— Nữ sinh viên về tầm vóc, sinh viên Thái Nguyên lớn hơn sinh viên Huế cả về chiều cao và cân nặng. Bên cạnh đó các chỉ số thể lực các kích thước vòng đều tốt hơn hẳn sinh viên Huế.

Chứng tỏ nữ sinh viên Thái Nguyên có thể lực chung tốt hơn so với nữ sinh viên Huế khá nhiều ở cùng lứa tuổi.

IV — BÀN LUẬN

1. Thể lực của nữ sinh viên tốt hơn thể lực nam sinh viên.

Cơ thể nữ sinh viên Miền Núi do phong tục tập quán, tham gia lao động chân tay sớm hơn nam, tuổi dậy thì tương đối muộn và tuổi đi học cũng muộn (phần lớn vào trường chuyên nghiệp lứa tuổi 18 — 35) vì giai đoạn dậy thì phát triển mạnh về cơ bắp mặc dù cùng lứa tuổi học tập nhưng cơ thể nữ sinh viên phát triển hoàn thiện hơn nam sinh viên (cả về chức năng).

Đều phù hợp với tài liệu nghiên cứu về tầm vóc thể lực học sinh phổ thông — sinh viên đại học Miền Núi phía Bắc (1975) đặc điểm hình thái Trường An Ninh 3 dân tộc H'Mông (1980) và thể lực dân tộc Dao xã Phú Xuyên, Đại Từ, Bắc Thái (1984) của BS Nguyễn Văn Lực và cộng sự.

2. Những kích thước chiều cao, cân nặng liên quan đến thể lực so với năm 1980 thì sinh viên đại học khu vực Thái Nguyên không chênh lệch nhau nhiều lắm nhưng các chỉ số đều tăng có ý nghĩa thống kê, chứng tỏ cơ thể sinh viên đại học khu vực Thái Nguyên vẫn giữ được tốc độ phát triển đều về tầm vóc và đặc biệt một số kích thước vòng tăng lên, liên quan đến thể lực như vòng ngực, vòng đùi, vòng cánh tay cơ đều có sự tăng lên; điều đó phần nào nói lên điều kiện thuận lợi so với những năm chiến tranh. Ngày nay sinh viên có điều kiện tổ chức tập luyện lao động và rèn luyện tốt hơn tạo cho cơ thể sinh viên có điều kiện phát triển tốt hơn về cả thể chất và tầm vóc.

3. Những đối tượng điều tra trong đợt này cũng như những năm 1980 theo chỉ đạo chung của Bộ đại học thì số liệu của sinh viên Đại học khu vực Thái Nguyên khác với khu vực Huế mặc dù cùng đối tượng — lứa tuổi và thời gian điều tra cách nhau không xa. Điều đó có thể gợi ý một vài suy nghĩ về thể lực của đồng bào các dân tộc Miền Núi phía bắc nói chung và sinh viên nó riêng có tốt hơn đồng bào và sinh viên các vùng khác không.

Chúng tôi thấy:

— Trước đây thời gian Pháp thuộc, con em dân tộc thường được tuyển vào những binh chủng pháo binh.

— Trong thời kỳ chống Mỹ con em Miền Núi thuộc diện tuyển vào các binh chủng xe tăng, đặc công, phi công.

— Vì những yếu tố liên quan đến hình thái (chiều cao cân nặng) chúng ta phải khẳng định đến yếu tố di truyền.

— Sự thích ứng với môi trường — yếu tố sinh hoạt, tập quán lâu đời, yếu tố xã hội, vật chất, tinh thần... tạo điều kiện cho thể lực phát triển tốt hơn.

Như vậy có thể nói đồng bào Miền Núi có thể lực trước đây đã tốt, nay càng có điều kiện phát triển tốt hơn nữa.

Nhưng có một nhận xét nhỏ: đa số sinh viên Miền Núi về phần xạ tu duy có phần chênh lệch với các vùng khác nên tuổi đi học cũng như đây thì muộn hơn.

Trên đây là những số liệu điều tra được của chúng tôi nhưng nó không đủ chia ra theo từng lớp tuổi mà phải gộp theo nhóm tuổi nên vẫn còn nhiều điểm hạn chế. Chúng tôi nghĩ rằng do cơ sở vật chất, khả năng tổ chức tập luyện và những điều kiện chung cho sinh viên có phản ánh đặc trưng cho hoàn cảnh hiện nay nếu sau này có điều kiện thuận lợi hơn nữa thì kết quả còn cao hơn nữa.

V — KẾT LUẬN

1. Trong điều kiện kinh tế xã hội hiện nay, thể lực sinh viên đại học khu vực Thái Nguyên vẫn phát triển tốt đó là một yếu tố quan trọng để sinh viên có thể tăng cường khả năng học tập — rèn luyện — tập luyện thể thao cũng như tham gia các công việc lao động khác của gia đình. Nhà trường và xã hội.

2. Thể lực sinh viên Thái Nguyên vẫn giữ được mức độ phát triển như những năm 1980 và đặc biệt các chỉ số thể lực có tăng lên, chứng tỏ sinh viên khu vực Thái Nguyên có sự rèn luyện thường xuyên hơn trước đây.

3. So với sinh viên Huế cùng lứa tuổi và thời gian điều tra cách nhau không xa thì thể lực sinh viên khu vực Thái Nguyên tốt hơn hẳn.

Vì vậy muốn giữ và tăng mức độ phát triển thể lực, sinh viên phải tích cực rèn luyện thân thể thường xuyên, toàn diện kết hợp với lao động nghĩa vụ và tăng cường các hoạt động lành mạnh khác. Có như vậy sinh viên chúng ta mới có thể lực đáp ứng với giai đoạn cách mạng hiện tại và tương lai của đất nước.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tài liệu giảng dạy lý luận TDTT (Bộ Đại học — 1976)
2. Nhân trắc học và ứng dụng nghiên cứu trên người Việt Nam B.S Nguyễn Quang Quyền (Nhà xuất bản Y học 1976)
3. Một số công trình điều tra cơ bản về sức khỏe của người Việt Nam năm 1976 (Đại học Y Hà Nội).
4. Sự phát triển tầm vóc thể lực của học sinh phổ thông và sinh viên Đại học Y Miền Núi phía Bắc 1975 — B.S. Nguyễn Văn Lực.
5. Đặc điểm hình thái học sinh trường An Ninh III — Nguyễn Văn Lực 1982 — 1983.
6. Đặc điểm hình thái đồng bào Dao Phú Lương — Đại Từ, Bắc Thái — BS Nguyễn Văn Lực (Đại học Y Bắc Thái) 1984.
7. Khối nạc, khối mỡ của 2.444 người Việt Nam của — BS. Nguyễn Quang Quyền và cộng sự.

SỬ DỤNG NGHIỆM PHÁP KENNETH COOFER ĐỂ ĐÁNH GIÁ SỨC BỀN THỂ LỰC CỦA SINH VIÊN ĐẠI HỌC Y BẮC THÁI

PHÙNG VĂN MỸ

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Đánh giá công tác giáo dục thể chất cho sinh viên trong trường Đại học không chỉ căn cứ vào việc kiểm tra sức khỏe và các chỉ số hình thái học. Người ta có thể vận dụng những nghiệm pháp cụ thể để đánh giá các tổ chất thể lực và sức khỏe cho con người. Có thể phân biệt các tổ chất thể lực cơ bản như sau: sức mạnh, sức nhanh, sức bền, mềm dẻo và khéo léo. Quá trình luyện tập thể dục thể thao là biện pháp cơ bản thực hiện công tác giáo dục thể chất nhằm tích lũy, củng cố, nâng cao các tổ chất thể lực cho sinh viên trong nhà trường nhằm nâng cao sức khỏe phục vụ học tập, lao động và rèn luyện.

Trong trường hợp cụ thể này, chúng tôi muốn đề cập đến việc vận dụng một thử nghiệm để đánh giá sức bền thể lực của sinh viên Trường đại Y học Bắc Thái. Đó là thử nghiệm Kenneth Coofer hay thử nghiệm chạy 12 phút.

Kenneth Coofer đã dùng thử nghiệm này để đánh giá sức bền thể lực và sức khỏe của nhiều đối tượng khác nhau ở cả nam và nữ lứa tuổi 20 — 29; 30 — 39; 40 — 49; 50 — 59.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH

1. Đối tượng :

Chúng tôi thực hiện thử nghiệm với 463 sinh viên học năm thứ nhất và năm thứ hai của Trường đại học Y Bắc Thái trong năm học 1982 — 1983 ở lứa tuổi 20 — 29.

Trước khi tiến hành thực hiện thử nghiệm chúng tôi đã kiểm tra sức khỏe cho sinh viên. Những người có dị tật và mắc các bệnh tim mạch, huyết áp, thấp khớp cấp được loại trừ.

2. Phương pháp tiến hành.

— Chúng tôi đã hướng dẫn cho sinh viên tập luyện môn chạy cự ly trung bình và dài trong 6 tuần, mỗi tuần 2 giờ. Mục đích việc tập luyện này là để sinh viên làm quen với chạy, thích nghi với hoạt động chạy và có thể chạy liên tục trong 12 phút và về tới đích.

— Kiểm tra: Sau 6 tuần tập luyện như trên, chúng tôi đã tiến hành kiểm tra đối tượng.

Mỗi đợt chạy 6 sinh viên, mỗi giáo viên theo dõi 2 người. Cho sinh viên chạy trong 12 phút xung quanh đường vòng sân vận động, được bao nhiêu kilô-met ghi lại kết quả, sau đó dùng chỉ số phân loại của Kenneth Coofer để so sánh, đánh giá sức bền thể lực và sức khỏe.

III — KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Kết quả: Tất cả 231 sinh viên nam và 232 sinh viên nữ đều hoàn thành nhiệm vụ kiểm tra.

a) Đối với nam sinh viên:

Bảng 1 — Số kilô-met chạy 12 phút, sinh viên ĐHYBT so với chỉ số Kenneth Coofer

Phân loại	Chỉ số KENNETH COOPER	Sinh viên ĐHYBT	Tỷ lệ %
Chỉ số chung (km)	2,200 (km)	2.900(km) $\pm$ $\pm$ 0,030	
Rất kém	1,600 (km)	0	0 %
Kém	1,600 — 1,900	0	0 %
Trung bình	2,000 — 2,4000	7	3,16%
Tốt	2,500 — 2,700	43	18,61%
Rất tốt	$\geq$ 2,800	181	78,63%
n		231	100 %

Theo bảng phân loại trên:

Đối với chỉ số trung bình: Nam sinh viên Y Bắc Thái đạt quãng đường dài hơn chỉ số của Kenneth Coofer khá nhiều (+ 0,700 km).

Trong 231 sinh viên nam không có người nào xếp loại kém và rất kém.

Loại rất tốt chiếm hơn 3/4 số sinh viên (78,63%).

b) Đối với nữ sinh viên:

Theo bảng dưới (bảng 2).

Đối với chỉ số trung bình: Nữ sinh viên Y Bắc Thái khá hơn chỉ số Kenneth Coofer (+ 0,350 km).

Trong 232 nữ sinh viên Đại học Y Bắc Thái (ĐHYBT) không có ai xếp loại rất kém, loại kém chỉ chiếm 0,80%.

Đại đa số nữ sinh ĐHYBT có chỉ số sức bền thể lực xếp loại tốt 83,62%.

**Bảng 2 — Chỉ số kilomet chạy 12 phút nữ sinh viên ĐHYBT
so với chỉ số Kenneth Coofer**

Phân loại	Chỉ số KENNETH COOFER	Sinh viên ĐHYBT	Tỷ lệ %
Chỉ số chung (km)	2.000 (km)	2.350 ± 0,020	
Rất kém	< 1.500	0	0 %
Kém	1.500 — 1.800	2	0.80 %
Trung bình	1.900 — 2.100	29	12.50 %
Tốt	2.200 — 2.600	194	83.62 %
Rất tốt	2.600	7	3.10 %
n		232	100 %

2. Bàn luận :

Căn cứ vào đặc thù của các loại hoạt động người ta phân biệt một số loại mệt mỏi: Mệt mỏi tri óc, mệt mỏi cảm giác, mệt mỏi xúc cảm, mệt mỏi thể lực. Năng lực chống lại mệt mỏi trong một hoạt động nào đó gọi là sức bền. Trong lĩnh vực hoạt động thể dục thể thao, sự mệt mỏi thể lực do hoạt động cơ bắp gây nên có ý nghĩa chủ yếu.

Qua kết quả trên chứng tỏ khả năng chống lại mệt mỏi đối với hoạt động kéo dài về thể lực của sinh viên ĐHYBT là rất tốt. Điều đó rất có ý nghĩa đối với việc rèn luyện sức bền thể lực chung, nâng cao sức chịu đựng của các quá trình thần kinh — cơ của sinh viên. Do vậy, nếu được rèn luyện chạy thường xuyên, có hệ thống sẽ tạo điều kiện tốt để sinh viên nâng cao sức khỏe để tiếp thu kiến thức trong học tập, lao động và rèn luyện.

IV — MỘT VÀI NHẬN XÉT

Vận dụng thử nghiệm Kenneth Coofer để đánh giá sức bền thể lực của sinh viên là cần thiết trong quá trình giảng dạy và huấn luyện thể dục thể thao trong các trường đại học. Nếu được hướng dẫn luyện tập chạy có phương pháp đúng và mục đích rõ ràng việc củng cố và nâng cao sức bền cho sinh viên có tác dụng rõ rệt.

Việc nâng cao sức bền thể lực là cơ sở để sinh viên tiếp thu các môn thể thao khác trong chương trình giáo dục thể chất, nâng cao sức khỏe phục vụ học tập chuyên môn.

Sinh viên đại học Y Bắc Thái đạt được chỉ tiêu sức bền thể lực khá tốt. Bộ môn thể dục thể thao có thể thường xuyên vận dụng phương pháp này để đánh giá sức bền và sức khỏe của sinh viên nhà trường trong thời gian trước mắt cũng như lâu dài vì phương pháp này đơn giản, có thể sử dụng trong các điều kiện tập luyện khác nhau, không đòi hỏi dụng cụ phức tạp. Tuy nhiên khi vận dụng cần phải kiên trì, theo dõi quá trình tập luyện của đối tượng và tổ chức kiểm tra thật chu đáo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lý luận và phương pháp giáo dục thể dục thể thao A. Đ Nôvicốp và L. J. Matvéep (Nhà xuất bản TĐTT 1973).
2. Tài liệu giảng dạy lý luận TĐTT (Bộ Đại học xuất bản 1976).
3. Nhân trắc và sự ứng dụng nghiên cứu trên người Việt Nam — Nhà xuất bản y học 1974, Nguyễn Quang Quyền.

NHẬN XÉT THẺ LỤC SINH VIÊN NHẬP TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y BẮC THÁI NĂM 1986

TRINH XUÂN ĐÀN
NGUYỄN VĂN LỤC
TẠ THÀNH KẾT

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Tuy đã có những công trình theo dõi và nhận xét về sự phát triển tầm vóc thể lực của thanh niên, học sinh phổ thông vùng miền núi (1975 — 1985) và của sinh viên Đại học khu vực Thái Nguyên (1980 — 1985) phần lớn những công trình trên chỉ cho biết số liệu kết quả theo dõi về hàng ngang ở một thời điểm. Do vậy để bổ sung với các công trình trước đây, chúng tôi thực hiện đề tài này: Theo dõi hệ sinh viên mới nhập Trường đại học Y Bắc Thái (1986) liên tục trong 6 năm. Nhằm rút ra các số liệu có giá trị làm cơ sở khoa học để đánh giá các yếu tố, phương pháp rèn luyện, đào tạo thể chất cho người sinh viên trong trường.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng: Bao gồm 248 sinh viên mới vào trường 1986 lứa tuổi từ 16 đến 25, trong đó gồm đủ các thành phần dân tộc của các tỉnh miền núi biên giới phía Bắc như: Tày, Nùng, Mường, Thái, H'Mông... Thành phần dân tộc giới tính được phân bố theo bảng 1.

Bảng 1 — Thành phần dân tộc

Giới	Kinh	Dân tộc khác	Cộng
Nam	n	70	54
	%	56,45	43,55
Nữ	n	64	60
	%	51,61	48,39
Cộng	134	114	248
	54,00	46,00	100

2. Phương pháp: Mỗi đối tượng được đo 6 kích thước về cân nặng. Sử dụng phương pháp đo đặc vẫn thường dùng trong nghiên cứu nhân trắc (10) với thước đo nhân học MARTIN, thước dây Liên Xô, cân bàn có độ chính xác tới 1 mm và 0,01 kg. Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê Y học (10) và áp dụng tính chỉ số Pignet, QVC (10), tính khối mỡ, khối nạc (MGC), (MMC) cơ thể theo Nguyễn Quang Quyền, Lê Gia Vinh và cộng tác (2,4).

Thời gian tiến hành đề tài tháng 11 năm 1986 tại trường Đại học Y Bắc Thái.

III— KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Kết quả thu được (bảng 2).

Bảng 2 — Các kích thước cơ thể, chỉ số thể lực, khối mỡ, khối nạc cơ thể sinh viên Đại học Y Bắc Thái 1936. Lứa tuổi 16 — 25

Kích thước chỉ số	Nam			Nữ		
	Dân tộc n = 54	Kinh n = 70	Δ	Dân tộc n = 60	Kinh n = 64	Δ
Chiều cao	162,07 $\pm$ 4,84	161,43 $\pm$ 5,88	+ 0,64	151,07 $\pm$ 5,16	152,33 $\pm$ 5,16	- 1,16
Cân nặng	50,84 $\pm$ 4,53	49,71 $\pm$ 4,60	+ 1,13	48,08 $\pm$ 4,57	45,52 $\pm$ 5,28	+ 2,56
Vòng ngực trung bình	82,05 $\pm$ 3,27	80,93 $\pm$ 4,13	+ 1,12	80,85 $\pm$ 3,76	78,86 $\pm$ 4,47	+ 1,99
Vòng ngực hít hết sức	84,53 $\pm$ 3,28	84,21 $\pm$ 4,14	+ 0,32	82,95 $\pm$ 3,89	81,92 $\pm$ 4,19	+ 1,03
Vòng bụng	68,78 $\pm$ 4,64	67,04 $\pm$ 3,35	+ 1,74	69,96 $\pm$ 4,33	67,53 $\pm$ 4,82	+ 2,43
Vòng đùi	46,44 $\pm$ 2,56	46,13 $\pm$ 2,70	+ 0,31	52,39 $\pm$ 2,75	52,00 $\pm$ 2,26	+ 0,30
Vòng cánh tay co Pignet	26,88 $\pm$ 2,88	26,27 $\pm$ 2,66	+ 0,61	27,23 $\pm$ 1,61	26,66 $\pm$ 1,53	+ 0,57
Q. V. C	29,15 $\pm$ 7,28	30,80 $\pm$ 7,15	- 1,65	22,12 $\pm$ 6,37	27,80 $\pm$ 7,39	- 5,68
Khối mỡ	4,30 $\pm$ 7,67	4,82 $\pm$ 7,44	- 0,12	-11,04 $\pm$ 7,33	-8,50 $\pm$ 7,85	- 2,90
Khối nạc	5,89 $\pm$ 0,56	5,53 $\pm$ 0,49	+ 0,36	10,07 $\pm$ 1,04	9,81 $\pm$ 0,90	+ 0,26
	45,54 $\pm$ 4,44	44,21 $\pm$ 3,74	+ 1,10	38,75 $\pm$ 4,30	36,52 $\pm$ 4,81	+ 2,23

Chúng tôi thấy :

— Ở Nam sinh viên : Tất cả các kích thước cơ thể, các chỉ số thể lực và khối mỡ, khối nạc của sinh viên người dân tộc đều trội hơn sinh viên người Kinh (khoảng từ 0,3 đến 0,7 đơn vị). Chứng tỏ thể lực sinh viên người dân tộc tốt hơn sinh viên người Kinh (đặc biệt trong đó có cân nặng). Chỉ số thể lực và khối nạc sinh viên dân tộc lớn hơn sinh viên người Kinh (0,4 đến 1,1 đơn vị). Chứng tỏ sự phát triển cơ bắp của sinh viên dân tộc tốt hơn.

— Ở nữ sinh viên : Ngoại trừ chiều cao đứng của sinh viên dân tộc nhỏ hơn sinh viên người Kinh (1,16 đơn vị), còn các kích thước khác đều trội hơn (từ 0,3 đến 2,5 đơn vị) cũng tương tự như ở nam sinh viên thể lực nữ sinh viên dân tộc tốt hơn hẳn nữ sinh viên người Kinh cả về sự phát triển cơ bắp.

2. Căn cứ vào thang phân loại thể lực theo chỉ số Pignet và QVC của Bộ Đại học và Bộ Y tế giành cho sinh viên (14.10.1) chúng tôi thấy :

Bảng 3—Phân loại thể lực sinh viên Đại học Y Bắc Thái, 1936 Lứa tuổi từ 16—25

Chỉ số phân loại		Nam				Nữ			
		Dân tộc 54		Kinh 70		Dân tộc 60		Kinh 64	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Pignet	Rất tốt	25	46,30	30	42,86	35	58,34	25	39,00
	Tốt	19	35,16	27	38,57	20	33,33	21	3,81
	Trung bình	0	14,81	09	12,86	3	5,06	13	20,31
	Kém	2	3,71	04	5,71	2	3,33	3	4,69
	Rất kém	0	0	0	0	0	0	2	3,13
QVC	Rất tốt	24	44,44	25	35,71	51	85,00	52	81,25
	Tốt	10	18,32	21	30,00	6	10,00	7	10,94
	Trung bình	17	31,48	14	20,00	3	5,00	5	7,81
	Kém	3	5,56	10	14,29	0	0	0	0
	Rất kém	0	0	0	0	0	0	0	0

Thể lực sinh viên Y Bắc Thái 1986, nhìn chung là tốt (bảng 3)

Khoảng 90% đạt từ trung bình trở lên (Theo cả Pignet và QVC) trong đó sinh viên dân tộc tốt hơn sinh viên người Kinh và nữ tốt hơn nam.

Điều này phù hợp với nhận định của chúng tôi và các tác giả khác đã công bố (4, 7, 8, 9, 10).

3. Nhân dịp này chúng tôi muốn tiến hành so sánh giữa sinh viên Y Bắc Thái năm 1986 với các mẫu khác để tham khảo (2, 4, 8, 9) (bảng 4).

— Qua khai thác số liệu ở bảng 4 chúng tôi nhận thấy :

Sinh viên người Kinh Đại học Y Bắc Thái năm 1986 có thể lực và kích thước cơ thể đều trội hơn với sinh viên khu vực Huế (1984) và hằng số sinh học người Việt Nam lần thứ II (HSII) (2, 4). Nhưng so với sinh viên cùng khu vực (8, 9), thì có phần giảm sút, đặc biệt là cân nặng (khoảng 1,5 kg ở nam và 3 kg ở nữ), chiều cao (khoảng 1cm ở cả nam lẫn nữ). Phải chăng chế độ sinh hoạt gia đình nhiều khi chưa hợp lý giữa ăn uống, học tập, lao động và nghỉ ngơi có ảnh hưởng đến sự phát triển về tâm vóc và thể lực vì các em phần lớn là đối tượng mới rời gia đình về đây học tập.

— Đối với sinh viên dân tộc Đại học Y Bắc Thái năm 1986 thì thể lực vẫn phát triển tốt so với sinh viên trong khu vực nói chung, tuy nhiên tâm vóc có giảm đi trong sự phát triển về cơ bắp thông qua chỉ số thể lực bình thường. Có lẽ yếu tố địa lý, khí hậu và hoàn cảnh sống ở miền núi có phần nào thuận lợi hơn.

IV — KẾT LUẬN

Qua các phần phân tích trên chúng tôi sơ bộ nhận xét cho 248 sinh viên mới nhập trường Đại học Y Bắc Thái năm 1986 như sau :

1. Cùng hệ :

— Về thể lực cả nam lẫn nữ đều thuộc loại tốt đảm bảo đủ tiêu chuẩn học tập. Nữ sinh viên có phần tốt hơn nam sinh viên và người dân tộc tốt hơn người Kinh.

— Về tâm vóc : Sinh viên nam người dân tộc cao hơn sinh viên nam người Kinh. Đối với nữ sinh viên có phần ngược lại với nam sinh viên.

2. So với đối tượng sinh viên đại học Thái Nguyên 1980 - 1985.

Về thể lực và tâm vóc thì thể lực sinh viên mới nhập trường (1986) đều kém hơn rõ rệt. Điều đó cho thấy học sinh miền núi nói chung và sinh viên nói riêng là cơ thể đang phát triển. Nếu được sống có tổ chức, có chế độ rèn luyện tốt, có hướng dẫn thì thể lực, tâm vóc được tăng lên rõ rệt và rất tốt.

3. Tâm vóc thể lực sinh viên. Vào trường Đại học Y Bắc Thái (năm 1986) có tốt hơn sinh viên khu vực Huế và HS II.

Trên đây là nhận xét, kết luận ban đầu, nó rất cần thiết làm cơ sở khoa học để đánh giá cho cùng đối tượng liên tục cho 6 năm học mà mục đích đề tài đã đặt ra. Do số liệu còn quá ít cho nên không phân chia được từng dân tộc, nên kết quả còn nhiều hạn chế.

Bảng 4 — So sánh thể lực sinh viên Đại học Y Bắc Thái năm 1986 với các mẫu khác.

Đối tượng		Chiều cao	Cân nặng	Vòng ngực trung bình	Vòng ngực hít hết sức	Vòng bụng	Vòng đùi	Vòng cánh tay co	Pignet	Q. V. C
NAM	B. Thái 1986. Kinh	161.43	49.71	80.93	84.21	67.64	46.13	26.27	30.69	4.88
	B. Thái 1986. Dân tộc	162.07	50.84	82.63	84.53	68.78	46.44	26.88	29.15	4.30
	B. Thái 1985.	162.34	51.47	80.00	84.60	68.20	45.78	27.46	30.25	4.63
	B. Thái 1980	162.00	51.06	79.20	83.00	66.80	45.60	27.00	31.80	8.10
	Huế 1984	162.30	48.28	77.46	81.36	68.20	45.75	25.47	36.80	9.43
	HS II	159.00	45.00	76.00	80.00	66.90	41.00	26.00	37.00	11.00
NỮ	B. Thái 1986. Kinh	152.23	45.52	78.56	81.92	67.53	52.00	26.66	27.80	— 8.5
	B. Thái 1986. Dân tộc	151.07	48.68	80.85	82.35	69.96	52.30	27.23	22.12	— 11.40
	B. Thái 1985	153.00	48.66	79.65	83.46	68.36	50.65	26.10	23.70	— 7.7
	B. Thái 1980	152.40	49.00	78.90	82.30	66.90	50.40	23.30	25.40	— 3.9
	Huế 1984	152.20	44.20	70.20	72.20	69.49	45.91	23.71	33.49	10.49
	HS. II	149.00	43.00	73.00	76.00	69.90	41.00	25.00	33.00	7.0

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hằng số sinh học người Việt Nam bình thường — Nhà xuất bản Y học 1975.
2. Về những thông số sinh học người Việt Nam — Nhà xuất bản khoa học kỹ thuật 1982.
3. Nguyễn Văn Khải và cộng sự — Tình hình thể lực học sinh Đại học khu vực Huế — Hình thái học số 1985.
4. Lê Hữu Hưng và CS — Tình hình thể lực, khối mỡ, khối nạc và bề dày lớp mỡ dưới da của nữ công nhân liên hợp xí nghiệp Mộc Châu — Hình thái học số 1986.
5. Hoàng Sơn Lâm — Một số nhận xét bước đầu về tình hình thể lực của học sinh Y và Hàng hải Hải Phòng — Tóm tắt đề tài, thao tác tại hội nghị khoa học sáng tạo tuổi trẻ lần thứ III Huế 1986.
6. Nguyễn Văn Lực — Kích thước và thể lực học sinh phổ thông miền núi Bắc Cạn — Hình thái học số 1-1975.
7. Nguyễn Văn Lực — Nhận xét thể lực học sinh đại học khu vực Thái Nguyên 1980 hội nghị khoa học trường Đại học Y miền núi 1981.
8. Nguyễn Văn Lực và CS — Nhận xét thể lực học sinh đại học khu vực Thái Nguyên 1985. Nội san khoa học kỹ thuật số 1 năm 1987 Đại học Y Bắc Thái xuất bản.
9. Trần Minh Nhõn và CS — Các chỉ số thể lực với khối mỡ, khối nạc, cơ thể công nhân sửa chữa ô tô — Hình thái học số 2-1976.
10. Nguyễn Quang Quyền — Nhân trắc học và ứng dụng nghiên cứu trên người Việt Nam — Nhà xuất bản Y học — 1976.

THẺ LỰC NÔNG DÂN XÃ TÂN LONG — ĐỒNG HỖ — BẮC THÁI

NÔNG QUỐC THỊNH — TRẦN MINH NHƠN
TRẦN NGỌC BẢO — TRƯƠNG ĐỒNG TÂM
TRỊNH XUÂN ĐÀN — NGUYỄN VĂN SỸ
NGUYỄN THỊ HƯƠNG

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Để góp phần thực hiện chủ trương của Ngành trong công tác chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân các dân tộc Miền núi phía Bắc, vừa qua trong một đợt điều tra sức khỏe toàn diện cho nhân dân ở một xã vùng núi tỉnh Bắc Thái, do Trường Đại học Y và Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên tổ chức. Chúng tôi đã tiến hành điều tra tình hình thẻ lực cho nông dân ở xã này.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Dùng cân bàn và thước dây, chúng tôi đã cân và đo các kích thước để đánh giá thẻ lực của 155 người dân thuộc xã Tân Long — Đồng Hỷ — Bắc Thái.

Tuổi và giới theo Bảng 1:

Bảng 1 — Tuổi và giới

Lứa tuổi	Nam	Nữ	Tổng số
16 — 25	63	97	160
26 — 40	59	128	187
41 — 60	45	63	108

Các kích thước và chỉ số thẻ lực được tính toán dựa theo các công thức thường dùng trong thống kê và nhân trắc học (1, 6, 7).

III — KẾT QUẢ

1. Các kích thước thân thể và chỉ số đánh giá thẻ lực của nam — nữ xã Tân Long lứa tuổi 16 — 25 (bảng 2).

Bảng 2 — Các chỉ số của xã Tân Long lứa tuổi 16 — 25

Số TT	Các chỉ số	Nam	Nữ
1	Chiều cao	161,25 ± 5,83	155,00 ± 4,73
2	Cân nặng	52,94 ± 4,83	51,13 ± 4,81
3	Vòng ngực trung bình	81,33 ± 4,54	80,58 ± 3,53
4	Vòng ngực hít vào hết sức	82,86 ± 6,38	83,94 ± 3,81
5	Vòng cánh tay phải co	27,00 ± 2,55	25,66 ± 2,00
6	Vòng đùi phải	45,37 ± 5,19	49,90 ± 3,85
7	Pignet	34,02 ± 7,85	25,50 ± 7,20
8	Q. V. C	6,95 ± 7,30	- 2,00 ± 9,29

2. Các kích thước thân thể và chỉ số đánh giá thể lực của nam nữ xã Tân Long lứa tuổi 26 — 40 (bảng 3).

Bảng 3 — Các chỉ số ở lứa tuổi 26 — 40

Số TT	Kích thước	Nam	Nữ
1	Chiều cao	161,00 ± 5,81	156,00 ± 5,50
2	Cân nặng	55,00 ± 4,60	49,00 ± 5,36
3	Vòng ngực trung bình	82,80 ± 3,53	79,73 ± 4,36
4	Vòng ngực hít vào hết sức	84,95 ± 3,20	80,06 ± 4,40
5	Vòng cánh tay phải co	27,49 ± 2,00	25,76 ± 2,28
6	Vòng đùi phải	45,81 ± 3,15	49,00 ± 4,83
7	Pignet	27,00 ± 6,60	23,62 ± 6,98
8	Q. V. C	6,78 ± 7,77	-2,24 ± 7,13

3. Các kích thước và chỉ số đánh giá thể lực của nam nữ xã Tân Long lứa tuổi 41 — 60 (bảng 4).

Bảng 4 — Các chỉ số ở lứa tuổi 41 — 60

Số TT	Kích thước	Nam	Nữ
1	Chiều cao	$160,00 \pm 4,66$	$151,94 \pm 6,05$
2	Cân nặng	$52,86 \pm 4,68$	$46,99 \pm 5,04$
3	Vòng ngực trung bình	$82,53 \pm 2,54$	$79,32 \pm 4,96$
4	Vòng ngực hít vào hết sức	$85,27 \pm 3,75$	$80,72 \pm 3,89$
5	Vòng cánh tay phải co	$25,33 \pm 1,75$	$24,25 \pm 2,05$
6	Vòng đùi phải	$44,84 \pm 2,87$	$46,86 \pm 3,95$
7	Pignet	$28,38 \pm 4,38$	$28,50 \pm 6,40$
8	Q. V. C	$7,90 \pm 5,92$	$5,02 \pm 7,99$

IV — NHẬN XÉT KẾT QUẢ

Qua các số liệu thu được chúng tôi nhận thấy :

1. Về kích thước cơ thể :

a) Với nữ : Sự phát triển của các kích thước cơ thể ở lứa tuổi 16 — 25 gần như đã ổn định và duy trì sang tới lứa tuổi 26 — 40 nhưng khi chuyển sang lứa tuổi từ 41 trở đi thì các kích thước này lại giảm đi rõ rệt, nhất là cân nặng, vòng cánh tay co, vòng đùi, là các kích thước đặc trưng cho cơ lực và sức dẻo dai trong lao động.

b) Với nam : Sự phát triển các kích thước cơ thể ở lứa tuổi 16 — 25 chưa ổn định và vẫn còn phát triển ở độ tuổi 26 — 40, nhất là cân nặng, vòng ngực trung bình, vòng ngực hít vào hết sức, vòng bụng là các kích thước đặc trưng về tầm vóc cơ thể khi chuyển sang lứa tuổi 41 — 60 các kích thước này mới bắt đầu giảm.

Nói tóm lại các kích thước phát triển cơ thể của nữ tăng nhanh ở lúc còn thanh niên và giảm nhanh ở lứa tuổi trên 40. Còn ở nam thì các kích thước này tới tuổi trung niên mới ổn định và giảm đi dần ở lứa tuổi trên 40.

Có nghĩa là nữ dậy thì và phát triển cơ thể sớm hơn nam và cũng trở về già sớm hơn.

2. Các chỉ số thể lực.

Qua các chỉ số Pignet và Q. V. C chúng tôi cũng thấy sự khác nhau giữa các thời kỳ phát triển cơ thể ở nam và nữ. Đối với nam ở lứa tuổi 16 — 25 và 26 — 40 chỉ số Pignet thay đổi rõ ràng, từ 34,02 xuống 27,00 ổn định khi chuyển sang lứa tuổi trên 40 (Pignet 28).

Còn chỉ số Q. V. C thì ở cả 3 lứa tuổi của nam sự thay đổi không đáng kể. Trong khi đó ở nữ lớp tuổi từ 16 — 25 chuyển sang 26 — 40 cả 2 chỉ số Pignet và Q. V. C đều gần như ổn định: Pignet 25,5 và 23,6 Q. V. C. — 2 và —2,24.

Nhưng khi chuyển sang lớp tuổi trên 40 thì các chỉ số này thay đổi khá rõ: Pignet 28,5 và Q. V. C 5,02. Nghĩa là ở tuổi 41 trở đi thể lực của nữ giảm đi khá rõ.

3. Phân loại và đánh giá thể lực :

Qua các số liệu thu được và dựa vào thang phân loại thể lực của hội nghị hàng số II(3) chúng tôi nhận thấy nếu dựa vào chỉ số Pignet thể lực của nam ở mọi lứa tuổi đều xếp vào loại tốt, thể lực của nữ ở tuổi 16 — 40 đạt loại tốt và ở trên 40 đạt loại trung bình.

Nếu theo chỉ số Q. V. C thể lực của nữ và nam từ 16 — 40 đều đạt tốt và rất tốt, còn thể lực của nam và nữ trên 40 là trung bình.

4. So sánh thể lực của nông dân xã Tân Long Đồng Hỷ Bắc Thái với nông dân ở một số vùng của nước ta (7) (8).

Nông dân Duyên Thái — Hà Sơn Bình

Nông dân Do Lễ — Quảng Trị

Nông dân Điện Hòa — Quảng Nam Đà Nẵng.

Chúng tôi rút ra một số nhận xét sau :

(Bảng 5 — 6 — 7)

**Bảng 5 — So sánh thể lực nam nữ xã Tân Long với các vùng khác
lứa tuổi 16 đến 25**

Các chỉ số		Chiều cao	Cân nặng	Vòng ngực trung bình	Pignet
Đối tượng					
Tân Long Bắc Thái (Nông Q. Thịnh)	Nam	161,25 ± 5,83	52,94 ± 5,83	81,33 ± 4,54	25,50
	Nữ	155,00 ± 4,73	51,13 ± 4,81	80,58 ± 3,53	25,50
Duyên Thái Hà Tây (N. Q. Quyền)	Nam	155,80 ± 8,60	44,80 ± 6,50	73,50 ± 5,10	37,5
	Nữ	148,40 ± 5,20	41,50 ± 5,10	72,40 ± 4,00	32,5
Do Lễ Quảng Trị (V. D. San)	Nam	155,00 ± 4,51	44,45 ± 6,57	74,95 ± 0	34,5
	Nữ	147,33 ±	42,06	72,47	32,8
Điện hòa Q. N Đà Nẵng (V. D. San)	Nam	155,05 ±	45,05	73,41	37,04
	Nữ	148,36	43,34	88,95	36,07

**Bảng 6 — So sánh thể lực nam nữ xã Tân Long với các vùng khác
lứa tuổi 26 — 40**

Các chỉ số Đối tượng		Chiều cao	Cân nặng	Vòng ngực trung bình	Pignet
Tân Long Bắc Thái (N. Q. Thịnh)	Nam	161,00 ± 5,81	55,00 ± 4,61	82,80 ± 3,53	27,00
	Nữ	156,00 ± 5,50	49,00 ± 5,36	79,73 ± 4,36	34,70
Duyên Thái Hà Tây (N. Q. Quyền)	Nam	159,50 ± 6,00	48,40 ± 4,90	73,70 ± 3,50	34,70
	Nữ	149,20 ± 5,20	42,50 ± 6,20	74,10 ± 4,00	30,80
Do Lễ Quảng Trị (V. D. San)	Nam	158,00 ± 4,07	51,50 ± 5,90	79,5	27,6
	Nữ	148,26 ± 5,28	45,80 ± 4,83	74,96	28,5
Điện Hòa Q. Nam — Đà Nẵng (V. D. San)	Nam	157,20 ± 6,01	48,17 ± 4,14	76,76 ± 2,93	32,27
	Nữ	147,23 ± 5,00	43,42 ± 4,44	30,87 ± 4,70	33,54

**Bảng 7 — So sánh thể lực nam nữ xã Tân Long với các vùng khác
lứa tuổi 41 đến 60**

Các chỉ số Đối tượng		Chiều cao	Cân nặng	Vòng ngực trung bình	Pignet
Tân Long Bắc Thái N. Q. Thịnh	Nam	160,00 ± 4,66	52,86 ± 4,68	82,53 ± 2,54	28,38
	Nữ	151,94 ± 6,05	46,89 ± 5,04	79,32 ± 4,96	28,50
Duyên Thái Hà Tây N. Q. Quyền	Nam	158,00 ± 6,20	46,20 ± 4,40	77,80 ± 3,60	33,10
	Nữ	146,40 ± 5,70	40,50 ± 4,60	72,70 ± 3,30	33,30
Do Lễ Quảng Trị V. D. San	Nam	154,70 ± 6,72	50,26 ± 7,07	78,44 ±	36,0
	Nữ	143,50 ± 6,13	42,08 ± 5,07	71,62 ±	32,80
Điện Hòa Q. N. Đà Nẵng V. D. San	Nam	157,56 ± 4,95	47,80 ± 5,46	78,15 ± 3,72	31,61
	Nữ	147,16 ± 4,81	40,57 ± 4,49	70,11 ± 4,04	36,48

a) Chiều cao và cân nặng của các lứa tuổi nông dân miền núi đều cao hơn nông dân các vùng khác cùng lứa tuổi (đồng bằng Bắc Bộ, Trung Bộ và Nam Bộ) và cao hơn hằng số II.

b) Các kích thước vòng: Vòng ngực hít vào hết sức, vòng ngực trung bình, vòng cánh tay co, vòng đùi của nông dân xã Tân Long cao hơn kích thước này ở các lứa tuổi của nông dân các vùng khác.

c) Về thể lực: Qua 2 chỉ số Pignet và Q.V.C chúng tôi nhận thấy, dù đánh giá thể lực bằng chỉ số nào, nông dân ở Tân Long cũng có thể lực tốt hơn hẳn nông dân ở các vùng khác.

Sự khác nhau về thể lực của nông dân miền núi và các vùng khác ở đồng bằng, theo chúng tôi, có lẽ do điều kiện sinh hoạt, ăn uống và khí hậu ở miền núi tốt hơn. Cần điều tra có định kỳ và làm thêm các đối tượng nông dân ở vùng núi khác để có thể tìm được sự gia tăng về các kích thước của cơ thể ở người miền núi nói riêng và ở người Việt Nam nói chung (4) (5)

Chúng ta đều biết vấn đề này đã được nhiều nước trên thế giới tiến hành thường xuyên (2). Ví dụ thiếu niên 15 tuổi ở Mátxcova năm 1882 cao 1m17, năm 1923 cao 1m50, 1940 cao 1m60 và đến năm 1963 cao 1m67.

Như vậy trong vòng 80 năm, trẻ em ở Liên Xô đã cao hơn trước tới 20cm. Còn ở người lớn trong vòng 3 năm qua, người Mátxcova đã cao hơn 4cm.

Ở Việt Nam, trong vòng 40 năm nay không có hiện tượng gia tăng về chiều cao. Huard và Bigot 1932 đã nghiên cứu trên nông dân Bắc Bộ cho biết chiều cao trung bình 1,60m ở nam giới các số liệu của Việt Nam mới đây nhất — 1982 cho thấy, chiều cao trung bình của nông dân Việt Nam không vượt quá 1,60m (2).

V — KẾT LUẬN

Qua phân tích các kết quả thu được, chúng tôi nhận thấy.

1. Các kích thước cơ thể của nông dân ở xã Tân Long, Đồng Hỷ — Bắc Thái.

Ở nữ tuổi 16 — 25 đã phát triển đầy đủ và ổn định, trong khi đó ở nam vẫn còn phát triển tới lứa tuổi 40.

Nam khỏe nhất ở lứa tuổi 26 — 40. Nữ khỏe nhất ở tuổi 16 — 25. Thể lực của nữ ở lớp tuổi trên 40 giảm đi khá rõ rệt ở cả 2 chỉ số thể lực.

2. Các kích thước phát triển cơ thể của nông dân ở Tân Long lớn hơn hẳn nông dân ở đồng bằng Bắc — Trung — Nam.

3. Qua so sánh và dựa vào thang phân loại thể lực ta thấy hầu hết nông dân ở Tân Long thuộc loại khỏe và rất khỏe. Một số ít trung bình và không có loại yếu.

4. Cần có kế hoạch điều tra định kỳ về sự phát triển cơ thể và thể lực cho nhân dân miền núi, đặc biệt là học sinh phổ thông và trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bvozek J. Gvande F. ANDERERH. JTAND KEYSA Densitonedeih analaysic op Body composition: revision op someyquantitat ve ossumptions Ann head. sci. 1963. 110 — 113.
2. Trữh Bỉnh Dy, Đỗ Đình Hồ, Phạm Khúc, Nguyễn Quang Quyền. Lê Thành Uyên — Về những thông số Y học người Việt Nam nhà xuất bản khoa học và kỹ thuật Hà Nội 1982. TL 5 — 25.
3. Đỗ Xuân Hợp — Nguyễn Quang Quyền — Hạng số hình thái học người Việt Nam. Kỷ yếu H.N.H.S.S.H.V.N lần thứ II trường Đại học Y Hà nội 1972.
4. Lê Hữu Hưng — Vũ Duy San — Tình hình thể lực của nữ công nhân liên hiệp xí nghiệp Mộc Châu. Tập san hình Thái Học, Tổng hội y học Việt Nam 1986 TV 28.
5. Trần Minh Nhõn và cộng tác — Các chỉ số thể lực của công nhân sửa chữa ô tô. Tập san hình thái học T.H.Y.H Việt Nam số 2 1976 TV 87 — 103.
6. Nguyễn Quang Quyền — Nhân trắc học và sự ứng dụng nghiên cứu trên người Việt Nam. NXB Y học Hà nội 1974.
7. Nguyễn Quang Quyền — Lê Gia Vinh — Nghiên cứu các kích thước và chỉ số đánh giá thể lực qua cư dân một xã đồng bằng Hà Tây. Y học Việt Nam số 3 năm 1975 tr 22 — 32.
8. Vũ Duy San — Nguyễn Quang Quyền và Ct — Nhận xét so sánh thể lực nông dân ở một vài địa phương. Tập san Hình Thái Học THYHVN Số 2 1976 T18.

GIẢI PHẪU BỆNH

NHÂN 13 TRƯỜNG HỢP UNG THƯ ĐƯỢC XÉT NGHIỆM TẾ BÀO HỌC QUA DỊCH MÀNG BỤNG VÀ MÀNG PHỔI

NGUYỄN CÔNG HOAN
VI THỊ THANH THỦY

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong khi thực tập tại khoa Nội Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên chúng tôi nhận thấy, nhiều bệnh nhân vào viện với hội chứng tràn dịch màng bụng và màng phổi mà những xét nghiệm lý, hóa, sinh của các dịch này cũng chưa giúp cho các thầy thuốc điều trị có được chẩn đoán chắc chắn.

Dưới sự hướng dẫn của Bộ môn và Khoa giải phẫu bệnh học, ngoài phương pháp thường làm, xét nghiệm tế bào học qua chọc hút bằng kim nhỏ, nhóm nghiên cứu chúng tôi có tiến hành làm trên các dịch hút từ màng bụng và màng phổi, nhằm góp phần chẩn đoán chắc chắn cho lâm sàng.

Trong năm 1985 nhóm nghiên cứu chúng tôi đã xét nghiệm tế bào học cho 67 trường hợp. Bằng phương pháp đơn giản, rẻ tiền, dễ làm cho kết quả nhanh, chúng tôi gặp 13 trường hợp có tế bào ung thư được đối chiếu với lâm sàng và giải phẫu bệnh học.

II — PHƯƠNG PHÁP KỸ THUẬT

1. Đối tượng:

Tất cả những bệnh nhân bị tràn dịch màng phổi hoặc màng bụng tại Khoa nội chưa có được chẩn đoán chắc chắn đều được xét nghiệm tế bào học. Trong 67 trường hợp chúng tôi làm, có 19 trường hợp dịch màng phổi và 48 trường hợp dịch màng bụng.

2. Phương pháp kỹ thuật:

Sau khi nhận xét màu sắc, số lượng và tính chất của dịch hút được, chúng tôi lấy một phần dịch để ly tâm khoảng 3 — 4 nghìn vòng trong 15 phút, lấy cặn ly tâm giã lên lam kính cố định bằng cồn Ete và nhuộm bằng Giemsa hoặc Hematoxilin Eosin (H. E), quan sát bằng kính hiển vi quang học.

III — NHẬN XÉT KẾT LUẬN

Chúng tôi nhận thấy, dịch hút được từ màng bụng và màng phổi màu trong, thường xét nghiệm chỉ thấy vài tế bào Lympho. Nếu dịch có màu hồng hoặc đục hay gặp tế bào ung thư hơn.

Trong 13 trường hợp chúng tôi gặp tế bào ung thư, chủ yếu là ung thư liên bào.

- 8 trường hợp ung thư gan tiên phát (5 nam, 3 nữ)
- 3 trường hợp ung thư liên bào đường hô hấp (nam)
- 2 trường hợp ung thư liên bào chệch nhầy (1 nam, 1 nữ)

(Tiêu bản 1) Các tế bào ung thư nằm rải rác, đôi khi tập trung thành từng đám, từng dây. Xen kẽ vào đó là những tế bào và vài bạch cầu đa nhân.

(Tiêu bản 2) những tế bào Lympho có lúc đến quây quanh lấy tế bào ung thư tạo nên hình ảnh hoa hồng (Rosset).

(Tiêu bản 3) Đối với tế bào ung thư gan thường to, nguyên sinh chất có nhiều góc cạnh (Polygonale). Nhân và nguyên sinh chất không đồng đều, nhân to chiếm gần hết nguyên sinh chất. Đôi khi gặp tế bào nhân chưa hoặc hai nhân tế bào bắt màu kiềm đậm trên vi trường.

Các tế bào ung thư liên bào đường hô hấp trong nguyên sinh chất có những ổ chứa nhầy bắt màu nhạt.

IV — BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Xét nghiệm tế bào học từ các dịch hút được của màng bụng và màng phổi là phương pháp đơn giản, dễ làm và cho kết quả nhanh, cũng như phương pháp chọc hút bằng kim nhỏ. Phương pháp này chỉ cần có một số thuốc nhuộm thông thường và kính hiển vi quang học là có thể làm được.

Dịch hút được có màu hồng hay đục nếu lấy cận ly tâm làm tiêu bản sẽ gặp tế bào ung thư với tỷ lệ cao.

Sự xuất hiện những tế bào ung thư trên vi trường từng đám hay từng dây, chứng tỏ tế bào ung thư to nhỏ không đều nhau. Nguyên sinh chất thường bắt màu kiềm đậm rõ, chứng tỏ những tế bào non mang tính chất ung thư rõ rệt.

Hình ảnh hoa hồng có thể cho phép ta nghĩ đến đây là loại tế bào lympho tiêu diệt khi cơ thể có một tế bào lạ ung thư. Những tế bào lympho này chỉ làm động tác bao vây (?) hay bao vây để tiêu tế bào ung thư (?). Rất tiếc chúng tôi chưa có thể phân biệt được loại tế bào lympho ở đây là « T » hay là « B ».

Những tế bào ung thư nguồn gốc do liên bào đường hô hấp, nguyên sinh chất thường có những ổ chứa nhầy chúng tôi chưa có điều kiện nhuộm đặc biệt để phân biệt nguồn gốc của chúng.

Tóm lại: Xét nghiệm tế bào học qua dịch hút nhìn chung là chẩn đoán muộn. Nhưng trong thực tế đa số trường hợp của chúng tôi đã giúp cho các thầy thuốc lâm sàng chẩn đoán chắc chắn. Màu sắc của các dịch hút đã giúp cho hướng chẩn đoán chắc chắn. Các dịch hút cần thiết phải ly tâm thì tỷ lệ tế bào ung thư dễ thấy hơn.

Nhuộm bằng H. E bảo quản tiêu bản tốt hơn. Rất tiếc là số lượng nghiên cứu của chúng tôi còn ít và chưa đối chiếu được toàn bộ xét nghiệm với mô bệnh học. Tuy nhiên nó đã giúp cho các thầy thuốc lâm sàng chẩn đoán chắc chắn và yên tâm.

NHẬN XÉT TỒN THƯƠNG GIẢI PHẪU BỆNH CÓ LIÊN HỆ VỚI LÂM SÀNG Ở 32 TRƯỜNG HỢP TỬ VONG DO VIÊM NÃO NHẬT BẢN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI NGUYÊN TRONG 3 MÙA HÈ 1983, 1984 — 1985

**NGUYỄN CÔNG HOÀN
ĐẶNG TIẾN HOẠT**

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên các bệnh nhi tử vong do hội chứng viêm não cấp tính thường gặp vào tháng 5, 6, 7 hàng năm. Lâm sàng và huyết thanh học chẩn đoán là viêm não Nhật Bản.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu tìm hiểu:

1. Hình thái tổn thương ở não và các phủ tạng khác
2. Xác định thêm vào việc chẩn đoán cùng với lâm sàng và huyết thanh học về bệnh viêm não Nhật Bản.
3. Liên hệ các tổn thương với các triệu chứng và tiên triển lâm sàng khi bệnh nhân còn sống.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Toàn bộ bệnh nhân tử vong được lâm sàng theo dõi chẩn đoán viêm não Nhật Bản của các huyện Đại Từ, Định Hóa, Phú Lương được chuyển đến Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên cấp cứu nhưng không qua khỏi.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Quan sát toàn diện tổn thương đại thể ở các phủ tạng đặc biệt là não. Tiến hành cắt nhuộm bằng phương pháp Hematoxylin- Eosin (H. E) sử dụng kính hiển vi quang học để quan sát tổn thương vi thể.

III — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Năm 1983 có 17 trường hợp
- Năm 1984 có 11 trường hợp
- Năm 1985 có 4 trường hợp

Về giới chúng tôi nhận thấy nam và nữ tương đương

Về tuổi từ 1 đến 12 tuổi; chúng tôi không gặp trường hợp nào là người lớn.

Dưới đây là những tổn thương hình thái:

A — ĐẠI THỂ

Bệnh nhân thường tử vong sớm: sau ngày thứ 2 — 3 của bệnh, nên phần nhiều khi mổ trông trẻ còn bụ bẫm ít thay đổi về thể trạng. Các phủ tạng

thường xung huyết. Phổi thường có tổn thương phế quản phế viêm. Nếu bệnh kéo dài ngày mới gây tử vong thì cơ phế quản phế viêm nặng hơn.

Đặc biệt tổn thương ở não là chủ yếu, các tổn thương biểu hiện như sau :

1. **Màng não** : Thường xuyên xung huyết nặng. Các lòng mạch chứa đầy máu trông ngằn ngèo màu đỏ sẫm hoặc tím, lan tỏa khắp hai bán cầu đại não. Đặc điểm này cũng phù hợp là ở các bệnh nhân viêm não thường có phản ứng màng não dương tính (+) (Xin có bản luận ở phần sau).

2. **Não phù nề rất nặng** : Khi mở hộp sọ, rạch màng cứng chừng 3 — 4cm thì chất não phì lồi ra ở chỗ hở. Sau khi bóc tách màng cứng thấy : Các rãnh, giữa các cuộn não bị xóa mờ, mất những nếp nhăn. Hiện tượng này bao giờ cũng có ; nó biểu hiện tình trạng não bị phù nề nặng, áp lực sọ não tăng cao trong hộp sọ. Đặc điểm này cũng phù hợp khi còn sống bệnh nhi bị hôn mê sâu.

3. **Diện cắt ở não** : Có thể thấy những chấm đỏ li ti rải rác ở cả chất trắng và chất xám.

B — VI THỂ

Quan sát bằng kính hiển vi quang học thấy não tổn thương theo thứ tự nặng nhẹ và phổ biến, lần lượt như sau :

1. **Khoảng Virchow — Robin giãn rộng** : Do ứ dịch phù. Dịch phù nề làm chất não tách ra xa thành mạch máu. Phù nặng khoảng Virchow — Robin càng rộng và thường gặp ở trẻ chết nhanh, bệnh không kéo dài ngày...

2. **Hình ảnh vô ngoại quản** : Thường có nhưng không đồng đều : có, khi rất nhiều tế bào tạo thành một vành đai rõ rệt quanh mạch máu ; có khi chỉ lác đác một vài tế bào. Chúng tôi thấy bệnh nhân tử vong nhanh thì ít tế bào, bệnh nhân sống được dài ngày hơn thì tế bào tập trung nhiều hơn. Tế bào ở đây chủ yếu là tế bào thần kinh đệm và tế bào lymphosit, ít gặp bạch cầu đa nhân và tương bào.

3. **Các huyết quản bị xung huyết** : Ở chất não lòng mạch đầy hồng cầu nhưng đôi khi cũng gặp lòng mạch bị xẹp lại còn ở màng não bao giờ cũng có xung huyết.

4. **Tăng sinh tế bào thần kinh đệm** : Gặp ở mọi trường hợp, có khi chúng tập trung thành những đám dày đặc, cũng có khi phân tán (bao giờ cũng có).

5. Hiện tượng « Thực bào thần kinh » (Neuron)

Những tế bào thần kinh chết bị các tế bào thần kinh đệm đến « ăn » Những tế bào thần kinh đệm vây quanh những tế bào thần kinh bị « chết », người ta còn gọi đó là hiện tượng vệ tinh.

6. **Hiện tượng hoại tử thưa và hoại tử xốp** : Đó là hiện tượng não bị mất chất trên vi thể chỉ còn những hốc sáng như tổ ong.

7. **Ngoài những tổn thương trên** : Thì về mặt vi thể bao giờ cũng gặp hình ảnh của phế quản phế viêm, nhưng nặng nhẹ ở các bệnh nhân rất khác nhau. Các phủ tạng khác chỉ có xung huyết.

IV — BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

1. Ở 32 trường hợp tử vong do hội chứng não cấp trong mùa hè thấy có những tổn thương đặc hiệu của một viêm não do virus (kết hợp với huyết thanh chẩn đoán, với dịch tể học và lâm sàng, chúng tôi khẳng định thêm là viêm não Nhật Bản).

2. Màng não bao giờ cũng xung huyết nặng nề ở cả 2 bán cầu đại não về đại thể cũng như vi thể. Điều đó cũng phù hợp với triệu chứng lâm sàng là bệnh nhân bao giờ cũng có phản ứng màng não dương tính. Trên lâm sàng có tới 73% dấu hiệu cổ cứng, Kecnich dương tính, Trong tam chứng cổ điển của viêm não Nhật Bản gồm :

— Sốt cao ;

— Co giật ;

— Hôn mê.

Trong đó chúng tôi thấy triệu chứng co giật chỉ chiếm 70%, trong khi đó dấu hiệu màng não chiếm 73%. Vì vậy chúng tôi xin đề xuất thêm vào triệu chứng lâm sàng thứ 4 nữa trong viêm não Nhật Bản là triệu chứng cổ cứng và Kecnich dương tính (phản ứng màng não dương tính) gọi là « tứ chứng ».

3. Phù não nặng nề (về đại thể cũng như vi thể) :

Phù nặng nề nên bệnh nhân hôn mê sâu (độ III) và chết nhanh gọi cho chúng ta cần phải cấp cứu. Hàng đầu là phải nhanh chóng đưa bệnh nhân ra khỏi tình trạng hôn mê. Cụ thể chúng tôi xin phép nhấn mạnh vấn đề cần phải chống phù nề não tích cực và sớm.

Những trường hợp tử vong sớm thì khoảng Virchow — Robin càng rộng, chứng tỏ phù nề não rất nặng.

4. Hôn mê sâu kéo dài và có hiện tượng những tế bào thần kinh Neuron bị chết và bị thực bào. Điều này diễn biến lâm sàng dẫn tới để lại những di chứng thần kinh và tâm thần thường gặp trên những bệnh nhân mắc bệnh viêm não Nhật Bản nếu qua khỏi không bị tử vong.

MỘT SỐ BỆNH TUYẾN VÚ THƯỜNG GẶP QUA XÉT NGHIỆM TẾ BÀO HỌC

LÊ ANH CƯỜNG

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh tuyến vú, nhất là ung thư vú đã làm cho nhiều tác giả trong và ngoài nước quan tâm nghiên cứu. Trước hết, vì mức độ thường gặp của nó và hơn nữa, ung thư tuyến vú hàng năm đã cướp đi nhiều sinh mạng của chị em phụ nữ. Có thể thấy điều này qua vài số liệu sau: Ung thư vú xếp vào hàng thứ tư trong các ung thư ở phụ nữ và chiếm tỷ lệ 12,3 trên 100.000 dân (Liên Xô — 1962). Ở Mỹ và các nước châu Âu, ung thư vú tranh chấp vị trí nhất nhì với các u ác tính ở phụ nữ. Còn ở Việt Nam ung thư vú hầu như chỉ đứng sau ung thư cổ tử cung trong các ung thư sinh dục...

Ngày nay, đã có nhiều tiến bộ mới trong việc phát hiện và điều trị ung thư nói chung và ung thư vú nói riêng. Vấn đề quyết định đến khả năng điều trị lớn nhất là việc chẩn đoán sớm... Để giải quyết vấn đề này nhiều phòng xét nghiệm trong và ngoài nước đã áp dụng kỹ thuật chọc hút tổ chức u bằng kim nhỏ. Phương pháp này có nhiều ưu điểm như: Độ chính xác tương đối cao, nhanh, đơn giản, rẻ tiền... Khoa giải phẫu bệnh (GPB) cũng đã tiếp thu và sử dụng kỹ thuật này vào phục vụ bệnh nhân tại Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên từ gần 10 năm nay.

Từ những số liệu thu thập được qua công tác hàng ngày, chúng tôi muốn bước đầu tìm hiểu về mức độ phổ biến của các bệnh tuyến vú ở khu vực Bắc Thái và tiếp tục cố gắng để có được số liệu đủ độ tin cậy nhằm phác họa một mô hình nhỏ, riêng cho các bệnh tuyến vú ở địa bàn Miền núi. Trong phạm vi cho phép, chúng tôi xin giới thiệu ở đây số liệu nghiên cứu của năm 1988.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Các bệnh nhân đến xét nghiệm tế bào học đều được thăm khám thực thể, khai thác tiền sử và bệnh sử và chọc hút tổ chức u bằng kim nhỏ để lấy bệnh phẩm làm xét nghiệm.

Các tiêu bản được nhuộm chủ yếu bằng thuốc nhuộm Giemsa, đọc kết quả bằng kính hiển vi quang học.

Các dụng cụ cần thiết gồm: Bơm tiêm loại 20ml đến 50ml, kim tiêm cỡ số 5 đến 20, lam kính, bông cotton, thuốc nhuộm Giemsa, kính hiển vi quang học...

III — KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Năm 1988 chúng tôi đã làm được 1.181 ca xét nghiệm tế bào học cho các bệnh nhân có u hạch nói chung trong đó bệnh tuyến vú chiếm 306 ca.

Bảng 1 — Số xét nghiệm tế bào học năm 1988

U hạch nói chung	U tuyến vú	U khác
1,181	306	875
100%	26,8%	73,2%

Qua số liệu của bảng 1 chứng tỏ các bệnh tuyến vú chiếm một tỷ lệ tương đối lớn so với u hạch của các cơ quan khác.

Các bệnh nhân có bệnh tuyến vú được phân theo giới và độ tuổi, (kết quả ở bảng 2).

Bảng 2 — Giới và tuổi

Tuổi	Nam	Nữ	Tổng số	Tỷ lệ %
20		29	29	9,48
21 — 30	2	113	115	37,58
31 — 40	3	117	120	39,21
41 — 50		35	35	11,44
51		7	7	2,29
Tổng số	5(1,63%)	301(98,37%)	306	100%

Bảng 2 cho thấy số bệnh nhân có bệnh tuyến vú tập trung ở phụ nữ trong độ tuổi từ 21 — 30 và 31 — 40. Độ tuổi này trùng hợp với thời kỳ tuyến vú hoạt động mạnh nhất để đáp ứng với những kích thích nội tiết và sản xuất sữa. Có thể vì vậy mà khả năng mắc bệnh cao hơn những độ tuổi khác.

Về vị trí tổn thương của tuyến vú được thể hiện qua bảng 3.

Bảng 3 — Vị trí u tuyến vú

Vú phải	Vú trái	Cả 2 vú	Tổng số
93	145	68	306
30,4%	47,4%	22,2%	100%

Từ bảng 3 chúng tôi thấy u vú trái có tỷ lệ cao hơn so với vú phải và cả 2 bên vú.

Về vấn đề phân loại những bệnh thường gặp của tuyến vú, chúng tôi cũng còn phải tiếp tục nghiên cứu và học hỏi thêm. Dưới đây là một số tiêu chuẩn cơ bản, tối thiểu mà chúng tôi lấy làm cơ sở cho các chẩn đoán những bệnh thường gặp ở tuyến vú.

1. Viêm tuyến vú:

— Viêm không đặc hiệu: Hình ảnh tế bào chủ yếu là các bạch cầu đa nhân trung tính, đại thực bào, các tế bào lympho. Trong viêm cấp thì các bạch

cầu đa nhân chiếm ưu thế, nếu đã tới mức apex thì sẽ có một nền chất hoại tử không thuần nhất. Còn ngược lại, trong viêm mạn, các tế bào lympho, đơn nhân chiếm ưu thế. Các tế bào tuyến vú thường bị thoái hóa trong viêm cấp, có thể tăng sinh trong viêm mạn.

— *Viêm tắc* : Thường do viêm không đặc hiệu dẫn đến lấp tắc đường dẫn sữa của những chùm ống tuyến. Đồng thời các chất tiết từ tế bào tuyến ứ lại trong lòng các ống tuyến tạo thành nang lớn hoặc nhỏ. Hình ảnh tế bào thường thấy một nền chất dịch bất màu thuần nhất, rải rác có các tế bào viêm là lympho, đơn nhân ... và các tế bào tuyến thoái hóa.

— *Viêm đặc hiệu* : Thường gặp là lao tuyến vú. Hình ảnh tế bào thấy bên cạnh các tế bào thoái hóa hoại tử của tổ chức tuyến vú là các tế bào lympho và tế bào bán liên nằm trên nền một chất hoại tử thuần nhất, ít khi gặp được các tế bào khổng lồ.

2. Các u tuyến vú lành tính :

— *U nang sữa (galactoceles)* : Có thể là hậu quả của viêm tắc lâu ngày, nơi lấp tắc của đường dẫn sữa không được khai thông. Do đó, các chất tiết của tế bào tuyến bị ứ đọng lại làm giãn to các chùm ống tuyến tạo thành nang. Hoặc có thể là một dị dạng trong quá trình tạo tổ chức. Hình ảnh tế bào học thường thấy một chất nền vô định hình bất màu hồng thuần nhất, rải rác trên đó là các tế bào tuyến sữa có hốc chế tiết trong bào tương hoặc bị thoái hóa.

— *U nang tuyến bã*, là u của tuyến phụ thuộc da khi nằm ở khu vực tuyến vú thường làm cho nhầm lẫn với một u tuyến vú. Hình ảnh tế bào học thường thấy chất nền vô định hình bất màu không thuần nhất và các tế bào có bào tương rộng sáng, nhiều hốc chế tiết, nhân tròn nhỏ cùng với những tế bào đa diện, thoái hóa.

— *U xơ tuyến vú và u tuyến xơ* : Hai loại này chỉ phân biệt được chắc chắn trên các tiêu bản sinh thiết. Còn trên phiên đồ tế bào học thì hết sức khó khăn. Chỉ khi hai thành phần tế bào tuyến và tế bào xơ có sự tương phản rõ rệt mới có thể phân biệt được.

U xơ tuyến : Hình ảnh tế bào thấy các tế bào tuyến thường có kích thước nhỏ và đều đứng rời rạc hoặc thành đám nhỏ và nhiều tế bào xơ, mô bào, các sợi liên kết ...

U tuyến xơ : Thành phần tế bào tuyến chiếm ưu thế, tế bào tương đối đồng đều, đứng thành những đám lớn, các tế bào liên kết ít, nằm rải rác.

U lành tính tuyến vú (adénome) : Các tế bào tuyến đứng thành đám lớn, tế bào to, bào tương rộng sáng, nhân tròn hoặc bầu dục, lưới nhiễm sắc mịn, có thể thấy hình ảnh nhân chia.

— *U tuyến vú do nội tiết* : Chẩn đoán loại này có những khó khăn riêng, thường phải khai thác kỹ những dấu hiệu có liên quan đến nội tiết của tuyến vú theo chu kỳ kinh nguyệt. Hình ảnh tế bào học : Thấy các tế bào tuyến quá sản mạnh đứng thành đám hoặc rải rác, bào tương rộng sáng, có hốc chế tiết hoặc không.

3. U ác tính của tuyến vú :

— *Ung thư biểu mô tuyến vú* : Thường thấy các tế bào đứng thành đám lớn hoặc nhỏ, hoặc rải rác. Kích thước tế bào không đồng đều, nhiều hình thái :

tròn, bầu dục, thoi, đa diện..., bào tương hẹp, và kiềm, nhân lớn, hình tròn, bầu dục hoặc nhiều múi nhiều thùy, bờ nhân dày, khúc khuỷu, lưới nhiễm sắc thô, đậm, nhiều tế bào có hạch nhân, có thể thấy nhiều nhân chia và nhân quái.

Bệnh Paget núm vú, khó khăn của loại này khi xác định bệnh là khâu lấy bệnh phẩm, có khi phải làm đi làm lại nhiều lần mới gặp được tế bào. Hình ảnh tế bào: thấy các tế bào nguyên sinh chất rộng sáng. Nhân lớn, ưa kiềm, tròn, bầu dục hoặc nhiều múi...

Kết quả xét nghiệm của 306 bệnh nhân được xếp theo các bệnh ở bảng sau:

Bảng 4 — Phân loại bệnh tuyến vú thường gặp

Viêm			U								Tổng số
Đặc hiệu	Không đặc hiệu	Viêm lạc	U lành							U ác tính	
			Galac-tocèle	Tuyến bã	U xơ tuyến	U tuyến xơ	U tuyến lành	U tuyến do RLNT	Các loại khác		
0	65	10	5	3	104	10	33	52	2	22	306
0%	21,24%	3,27%	1,63%	0,98%	33,99%	3,27%	10,79%	16,99%	0,65	7,19%	100%
75 ~ 24,51%			209 ~ 68,5%							22	306

Qua bảng trên chúng tôi thấy nhóm viêm tuyến vú có 75 ca chiếm 24,51%, u vú lành tính chiếm tỷ lệ cao nhất: 209 ca (68,5%). Trong đó, u xơ tuyến vú là chủ yếu: 114 ca, chúng tôi lọc ra được 10 ca thuộc loại u tuyến xơ, còn lại 104 ca là u xơ tuyến vú. Tiếp đến là u tuyến vú do rối loạn nội tiết 52 ca chiếm 16,99% và u tuyến lành 33 ca chiếm 10,79%.

Nhóm ung thư tuyến vú có 22 ca được thể hiện chi tiết ở bảng 5:

Bảng 5 — Ung thư tuyến vú

Tuổi \ Vị trí	Vú phải	Vú trái	Tỷ lệ ở cùng độ tuổi
≤ 20	1	0	1/29
21 — 30	1	1	2/115
31 — 40	7 (2 ca paget)	3	10/120
41 — 50	4 (2 ca di căn)	2	6/35
> 51		3 (1 ca di căn)	3/7
Tổng số	13	9	22/306

Qua bảng 5, chúng tôi thấy ung thư tuyến vú tập trung chủ yếu ở độ tuổi 31 — 40, 41 — 50 và trên 50. Tuy vậy nếu so tỷ lệ người bị ung thư vú với số người cùng độ tuổi có bệnh tuyến vú chúng tôi thấy rằng ở độ tuổi 41 — 50 và trên 50 có tỷ lệ ung thư cao hơn độ tuổi 31 — 40.

Trong nhóm ở độ tuổi 31 — 40 có 2 ca là bệnh Paget núm vú. Có 3 trường hợp đến khám quá muộn đã có di căn ung thư vú ra hạch nách cùng bên. Nhóm tuổi 41 — 50 có 2 ca và nhóm trên 50 có 1 ca.

Về vị trí tổn thương ung thư giữa 2 bên vú có sự khác biệt chưa có ý nghĩa về mặt thống kê, một phần vì số liệu còn nhỏ, mặt khác chúng tôi cũng chưa quan tâm được nhiều tới vấn đề định vị của các khối u vú.

V — KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy có một số nét nổi bật:

— Các bệnh tuyến vú gặp chủ yếu ở độ tuổi 21 — 40 là thời kỳ tuyến vú hoạt động mạnh nhất.

— Loại bệnh gặp nhiều nhất là u lành tính, thứ đến là viêm tuyến vú. Còn ung thư tuyến vú chúng tôi gặp 22/306 ca, là một tỷ lệ cao, nhưng đó chỉ là số liệu của phòng xét nghiệm, không phải là số liệu điều tra cơ bản.

— Hiểu biết phổ cập của nhân dân về bệnh tuyến vú nói riêng đã có nhưng chưa được sâu rộng, chưa đồng đều. Cần tiếp tục tuyên truyền rộng rãi để mỗi người có thể tự phát hiện được những điều bất thường và đi khám sớm ở các cơ sở chuyên khoa.

— Đề góp phần điều trị đạt kết quả cao nhất là với ung thư tuyến vú thì xét nghiệm tế bào học qua chọc hút bằng kim nhỏ là kỹ thuật tốt, phương pháp này có thể đáp ứng yêu cầu kiểm tra hàng loạt, định kỳ cho chị em phụ nữ góp phần vào công tác « chăm sóc sức khỏe ban đầu cho nhân dân ».

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ABramo V. M. g — Tế bào học lâm sàng. 1962, 331
2. Dustin — Giải phẫu bệnh đại cương. 1981
3. Blokhin, H. H. Pechersons B. E — Ung thư lâm sàng tập 2, 1971.

ĐỐI CHIẾU GIẢI PHẪU BỆNH VỚI LÂM SÀNG 33 TRƯỜNG HỢP BƯỚU CỖ ĐƯỢC CAN THIỆP BẰNG PHẪU THUẬT, TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

ĐẶNG TIẾN HOẠT

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu cổ là danh từ dân gian, dùng để chỉ trạng thái phì đại phía trước cổ. Sau này y học giới hạn danh từ bướu cổ trong phạm vi phì đại của tuyến giáp. Nó phản ánh tình trạng của nhiều quá trình bệnh lý khác nhau ở tuyến giáp, từ viêm tới u và những rối loạn hoạt động nội tiết của tuyến giáp.

Tại Việt Nam, bướu cổ phổ biến ở khắp nơi, không những gặp nhiều ở miền núi mà ở cả vùng trung du và đồng bằng. Không những nó làm ảnh hưởng tới mỹ quan mà còn làm giảm sức lao động của con người.

Trước đây, bướu cổ ít được giới y học Việt Nam chú ý tới. Trái lại những năm gần đây nó được quan tâm đặc biệt. Đã có nhiều hội nghị chuyên đề, nhiều công trình nghiên cứu trên mọi lĩnh vực nhằm phục vụ công tác phòng bệnh và chữa bệnh bướu cổ. Riêng về mặt giải phẫu bệnh, những công trình nghiên cứu nhằm phục vụ chẩn đoán bướu cổ còn ít. Ngoài tài liệu báo cáo của phó giáo sư Vi Huyền Trác tại Hội nghị chuyên đề bướu cổ tổ chức tại Hà Nội năm 1971. Chúng tôi chưa tìm đọc được một công trình nghiên cứu giải phẫu bệnh nào khác.

Chúng tôi tiến hành công trình này ngoài mục đích tập được làm quen với công tác nghiên cứu khoa học còn nhằm tìm hiểu.

— Giải phẫu bệnh vi thể của các loại bướu cổ, đặc biệt là bướu Basedow khá phổ biến ở Việt Nam. Nó gây nên các rối loạn chức năng và có khả năng dẫn tới tử vong.

— Thông qua các bệnh án lâm sàng về bệnh Basedow, tôi tìm hiểu mối liên hệ giữa giải phẫu bệnh — Lâm sàng của bệnh này.

— Thông qua đó đề nâng cao kiến thức giải phẫu bệnh nói chung và Basedow nói riêng.

II — PHƯƠNG PHÁP VÀ TÀI LIỆU NGHIÊN CỨU

Dựa vào 33 bệnh phẩm bướu cổ được phẫu thuật cắt bỏ, chúng tôi tiến hành cắt và nhuộm bằng những phương pháp thông thường. Bằng kính hiển vi quang học chúng tôi quan sát, tìm mĩ những tổn thương vi thể của từng trường hợp.

Dựa theo phân loại quốc tế về bướu cổ của OMS chúng tôi tìm hiểu tổn thương của 33 bướu cổ trên.

Chúng tôi đặc biệt quan tâm tới những đặc điểm tổn thương bướu Basedow để có thể chẩn đoán phân biệt một cách chính xác với các loại bướu cổ khác. Trên cơ sở khai thác các triệu chứng lâm sàng và các xét nghiệm khác từ bệnh án lâm sàng.

III — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

A — KẾT QUẢ THỐNG KÊ

Bảng 1 — Chẩn đoán lâm sàng.

Số thứ tự	Chẩn đoán	Tuổi giới						Tổng			Ghi chú	
		10 – 25 tuổi		26 – 40 tuổi			41 – 50 tuổi		Số trường hợp	Nữ		Nam
		Số trường hợp	Nữ	Số trường hợp	Nữ	Nam	Số trường hợp	Nữ				
1	Basedow	10	10	9	4	5			19	15	4	
2	Basedow hóa			1	1				1	1	0	
3	Bướu giáp nhân	3	3	5	5		1	1	9	9	0	Có 2 trường hợp nghi K hóa
4	U giáp trạng	1	1				1	1	2	2	0	
5	Kyste giáp trạng			1	1				1	1	0	
6	Bướu cổ					0	1	1	1	1	0	
	Tổng cộng	14	14	16	11	5	3	3	33	29	4	Nữ: 84.85% Nam: 15.15%

Bảng 2—Chẩn đoán vi thể của giải phẫu bệnh Bạch Mai

Chẩn đoán	Số trường hợp
Basedow	5
Basedow hóa	9
U giáp trạng	2
Kyste giáp trạng	1
Bướu theo dõi K	1
Bướu keo	15

Trong 15 trường hợp được Khoa giải phẫu bệnh Bạch Mai chẩn đoán bướu keo chúng tôi thấy 6 trường hợp lâm sàng chẩn đoán Basedow.

Chúng tôi còn thấy trong 2 trường hợp chẩn đoán u có 1 chẩn đoán u tổ chức xơ.

Bảng 3 — Chẩn đoán hồi cứu

Số TT	Loại bướu	Số trường hợp	Tuổi			Giới	
			10 — 25 tuổi	26 — 30 tuổi	Trên 40	Nữ	Nam
1	Basedow	10 — 30; 33%	8	1	1	6	4
2	Bướu keo	6 — 10; 82%	2	3	1	6	0
	Basedow hóa						
3	Bướu keo	13 — 39; 41%	6	3	4	13	0
4	U túi tuyến	3 — 9; 10%	2		1	3	0
5	Kyste giáp trạng	1 — 3; 3%		1		1	
	Cộng	33(100%)	18 54,54%	8 24,24%	7 21,21%	29 84,85%	4 15,15%

Bảng 4 — Tuổi, giới của 16 bệnh nhân Basedow.

Số trường hợp	Tuổi			Giới	
	10 — 25	26 — 40	Trên 40	Nữ	Nam
Tính %	62,5%	25%	12,50%	75%	25%

**Bảng 5a—Tổng kết các triệu chứng lâm sàng 14 trường hợp
chẩn đoán Basedow.**

Số TT	Triệu chứng	Số lần gặp và %	Ghi chú
1	Rối loạn nhịp tim	5 — 35,6%	Nhịp nhanh xoang đều liên tục 120 — 150 nhịp/phút. Tiếng thổi tâm thu nhẹ.
2	Gầy sút	14 — 100%	Sút từ 4kg — 17kg
3	Dương cổ	14 — 100%	— Độ II gặp 10 — 71,5% — Độ III gặp 4 — 28,5% không gặp độ Ib Tiếng thổi 10 — 71,5%
4	Lồi mắt	8 — 57,13%	
5	Run chi	13 — 92,82%	Run liên tục biên độ nhỏ. tay run nhiều hơn chân.
6	Rối loạn giãn mạch bốc hỏa sau tái đi. Ra nhiều mồ hôi lông bàn tay chân	11 — 78,6%	
7	Hồi hộp, đánh trống ngực	10 — 71,43%	
8	Thay đổi tinh tình cáu gắt vô cớ, bực bội, bồn chồn khó ngủ mệt mỏi.	9 — 64,44%	
9	Rối loạn kinh nguyệt mất, chậm, muộn kinh, không lông mu, lông nách	9 — 64,44%	
10	Ăn nhiều, uống nhiều	7 — 50%	
11	Rối loạn tiêu hóa	2 — 14,28%	Đi ỉa lỏng không rõ nguyên nhân
12	Tóc giòn dễ rụng gãy	3 — 21,42%	
13	Đau đầu, đau khớp xương	3 — 21,42%	

Bảng 5b — Kết quả xét nghiệm 14 trường hợp Basedow.

Các xét nghiệm	Số trường hợp	Kết quả định lượng	Ghi chú
Chuyển hóa cơ bản	14	11 trường hợp : + 30 đến + 61% 3 trường hợp : + 23% đến 26%	$\pm 15\%$
Glucose huyết	14	4 trường hợp 135mg% 10 trường hợp 92 — 118mg%	TP: 180 — 120 trong Basedow
Cholesterol máu		8 trường hợp 120 — 138mg% 3 trường hợp 180 — 220 : g% 2 trường hợp 240mg%	TP: 150 — 220 cholesterol trong Basedow

Chúng tôi thấy trong 33 trường hợp bướu cổ trước khi điều trị chủ yếu 2 nhóm thuốc chính:

Nhóm kháng giáp trạng

Nhóm có iod dung dịch, viên.

Một số bệnh nhân trước khi vào viện đã uống các thuốc iod ở nhà. Điều trị ngoại khoa chúng tôi thấy kết quả tốt, ra viện bệnh nhân tăng từ 1kg — 18kg, chuyển hóa cơ bản giảm xuống 3% — 6%. Tử vong không gặp, biến chứng co giật gặp 2/33 trường hợp (6.6%). Điều trị canxi một bệnh nhân hết co giật, còn một bệnh nhân không khỏi. Xét nghiệm máu thấy canxi hạ 2,7 — 3,7mEq.

B — ĐẶC ĐIỂM GIẢI PHẪU BỆNH VI THỂ

Khí hồi cứu 33 sinh thiết chúng tôi thấy:

1. Kyste giáp trạng:

Một túi tuyến khác nhỏ lòng chứa đầy keo đặc, không có lỗ hút tế bào tuyến thấp.

Tổ chức kẽ lác đác tế bào viêm một nhân xâm nhập.

2. U tuyến — Adenome vesiculaire.

Túi tuyến đặc hầu như không còn nhận biết, Tăng sinh liên bào tuyến rất mạnh, tuy nhiên lác đác vẫn còn túi lòng nhỏ, tế bào thấp.

Tổ chức kẽ tăng sinh, các mao mạch giãn chảy máu nhiều

3. Bướu keo giáp trạng: (goitre coloide).

Chất cơ bản tuyến:

— Túi tuyến to nhỏ không đồng đều. Có túi tuyến lớn lòng chứa đầy chất keo đặc sánh. Tế bào tuyến thường thấp nhiều khi dẹt như tế bào nội mô.

— Đôi khi gặp quá sớm tế bào tuyến. Có khi còn gặp các liên bào tuyến lồi vào trong lòng tuyến. Bên cạnh đó còn gặp các tuyến đang hình thành. Nhiều khi túi tuyến lại chứa keo loãng có lỗ hút không nhiều lắm.

— Tổ chức xơ nhiều, nhưng nhiều khi cũng rất ít, ít xâm nhập tế bào viêm, không gặp tế bào Oncocyte.

— Trong 10 ca chẩn đoán là bướu keo có 4 ca lâm sàng chẩn đoán Basedow.

4. Basedow.

— Cơ bản tuyến: túi tuyến mang đặc điểm to nhỏ không đồng đều: Lòng tuyến biến dạng méo mó: hình tròn (rất ít) hình sao, hình liềm.

— Tế bào tuyến hình trụ cao, nhân bầu dục chiếm ưu thế, nhiều lỗ hút.

— Chất keo ít, loãng, thậm chí nhiều tuyến không thấy chất keo.

— Tế bào Oncocyte gặp 3 trường hợp: Tế bào to nhỏ không đều, nhân cũng to nhỏ không đều nguyên sinh chất toan tính bắt màu đỏ với eosin hơi lấm chấm có hạt. Giữa các tế bào không có vách ngăn tập trung thành đám hay thành dây.

— Tổ chức liên kết huyết quản: tăng sinh tổ chức xơ và các mao mạch nhiều khi chia. Cơ bản tuyến thành mũi rõ rệt. Tổ chức bạch huyết: có hiện tượng xâm nhập tế bào lympho (khoảng kẽ) gặp 2 trường hợp lympho bào tập trung thành đám lớn tròn giữa tâm điểm sáng giống như nang lympho thực sự điển hình. Trong trường hợp Basedow điển hình có:

— Tổ chức kẽ xâm nhập tế bào viêm thường thành nang lớn. Có tăng sinh mạch máu 4 trường hợp.

— Có tế bào Oncocyte: 1 trường hợp

— Xâm nhập Oncocyte + lympho bào: 2 trường hợp

— Tổ chức xơ tăng sinh giãn mạch máu, đặc biệt các mao mạch nhỏ 2 trường hợp.

5. Basedow hóa:

Vi thể mang đặc điểm một bướu keo tuyến giáp nhưng xen vào đó là hình thái của Basedow gặp 6 trường hợp.

6. Trong khi đọc vi thể:

Chúng tôi có gặp 3 trường hợp lâm sàng nghi ngờ ung thư thấy hình ảnh vi thể:

— Cơ bản tuyến túi, tuyến to nhỏ không đều, lòng chứa keo loãng.

— Khoảng kẽ phù, tế bào nghèo, mạch máu giãn nhiều, mạch vỡ tràn đầy máu túi tuyến. Một đôi chỗ có hiện tượng lệch cực tế bào, không thấy tế bào ung thư.

IV — BÀN LUẬN

Trong phần này chúng tôi xin nêu một số ý kiến quanh 3 vấn đề:

— Một số triệu chứng lâm sàng.

— Chẩn đoán và phân loại bướu cổ

— Đối chiếu giải phẫu bệnh lâm sàng.

A — MỘT SỐ TRIỆU CHỨNG LÂM SÀNG

Bệnh bướu giáp ảnh hưởng tới thẩm mỹ và hình thức con người như bệnh bướu cổ đơn thuần. Nhưng có bệnh bướu cổ không những ảnh hưởng tới hình thức mà còn trực tiếp ảnh hưởng tới sức khỏe. Nhiều khi còn nguy hiểm với người bệnh nếu không phát hiện và điều trị kịp thời như bệnh Basedow.

1. Giới tính :

Trong số 33 trường hợp có bướu cổ được can thiệp bằng phẫu thuật :

- Nữ chiếm : 84,85%
- Nam chiếm : 15,15%

Điều này chứng tỏ tôi thấy phù hợp với kinh điển bệnh tuyến giáp chủ yếu gặp ở phụ nữ.

Đặc biệt trong bệnh Basedow theo bảng 5 chúng tôi thấy. Nhiều khi bệnh biểu hiện các triệu chứng đa dạng phong phú. Ngoài triệu chứng kinh điển.

- Nhịp tim nhanh.
- Chuyển hóa cơ bản tăng nhiều.
- Gầy nhanh.
- Bướu cổ
- Run tay, lồi mắt...

Chúng tôi còn gặp triệu chứng ỉa chảy kéo dài không rõ nguyên nhân (2 trường hợp). Đau đầu, đau các khớp xương (3 trường hợp). Đối với phụ nữ đặc biệt Basedow gây rối loạn kinh nguyệt, chậm, mất kinh. Nhiều khi Basedow còn làm biến đổi tính tình của bệnh nhân: cáu gắt vô cớ, bực bội trong người, lo âu, hay quên.

Trong bệnh Basedow chúng tôi còn thấy nhiều nữ hơn nam.

- Nữ 75%
- Nam 25%

Tuổi gặp : 10 — 25 tuổi 62,5% (xem bảng 4).

Theo pho giáo sư Vĩ Huyền Trác tuổi từ 10 — 25 (1a). Kết quả trên cũng phù hợp với nhận xét trên.

2. Đo chuyển hóa cơ bản :

- Có 78,16% trường hợp tăng từ + 30% đến + 61%
- Có 21,14% trường hợp tăng từ + 23% đến + 26%

Kết quả trên đây cũng phù hợp với nhận xét của giáo sư Đặng Văn Chung (3b) : Trong Basedow chuyển hóa cơ bản thường tăng trên 30%. Trên xét nghiệm này cũng cần chú ý chuyển hóa cơ bản tăng trên + 30% so g dưới 30% cũng chưa loại trừ khả năng Basedow các xét nghiệm glucose huyết, cholesterol máu có tính chất tham khảo.

3. Về điều trị :

Tất cả 33 trường hợp trước khi phẫu thuật đều đã điều trị nội khoa song không kết quả. Điều trị ngoại khoa tốt khi ra viện có bệnh nhân tăng tới

18 kg. Xét nghiệm cơ bản giảm xuống từ -3% đến $+6\%$. Luôn có khả năng lao động.

Biến chứng sau phẫu thuật: Co giật gặp $0,66\%$ (2 trường hợp). Do giảm ion canxi trong máu (xét nghiệm Ca, S_{++} 2,7 — 3,7 mEq) sau điều trị bằng clorua canxi còn lại 1 trường hợp không khỏi (cho thuốc về nhà).

Như vậy có thể do phẫu thuật tuyến giáp nên giảm iod đột ngột trong máu. Chấn thương trong phẫu thuật làm chức năng tuyến giáp giảm xuống, gây rối loạn chuyển hóa canxi. Từ đó làm canxi máu hạ, gây co giật. Sau điều trị chức năng tuyến giáp hồi phục nên chuyển hóa canxi trở lại bình thường. Trong trường hợp điều trị vẫn co giật có lẽ trong khi phẫu thuật làm tổn thương tuyến cận giáp.

Đối với thể giới tỷ lệ tử vong do phẫu thuật tuyến giáp vào trước những năm 1950 còn rất cao về sau này giảm dần (1b).

Ở Pháp tỷ lệ tử vong do phẫu thuật giáp 41% năm 1950

Tác giả Khavin $0,003\%$ (1/3500 ca)

Tác giả Mayi $0,15\%$

OMS $0,2\%$ (năm 1958)

Kết quả điều trị phẫu thuật khá tốt chỉ có 2 trường hợp biến chứng co giật, tử vong không có (0%). Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đoàn Hồng, bệnh viện Việt Đức (1b). Thống kê trên 115 trường hợp phẫu thuật tuyến giáp tỷ lệ tử vong là 0% (Trong 3 năm 1966 — 1968).

Như vậy phẫu thuật tuyến giáp ngày nay có thể nói là phẫu thuật an toàn. Điều đó có ý nghĩa nếu cách giải quyết bướu cổ bằng nội khoa kém. Có thể chủ động giải quyết bằng ngoại khoa khi cần thiết.

B — ĐỐI CHIẾU GIẢI PHẪU BỆNH — LÂM SÀNG

1. Lâm sàng có 2 trường hợp:

Chẩn đoán bướu giáp nghi ngờ ung thư. Trên vi thể chúng tôi không thấy tế bào ung thư. Tổ chức giáp trong chảy máu nặng, tràn đầy túi tuyến. Theo chúng tôi nghĩ có thể chảy máu gây chèn ép, sau tuyến giáp to lên nhanh vì thể lâm sàng nghĩ tới ung thư tuyến giáp.

2. U tuyến giáp: Trong 4 trường hợp chẩn đoán u tuyến giáp (xem bảng 2 và 3). Chúng tôi thấy 1 trường hợp tổ chức xơ phát triển rất nhiều (tiêu bản sinh thiết BC-9230).

3. Tế bào: Chúng tôi thấy trong các trường hợp Basedow, tế bào tuyến càng cao, túi tuyến càng méo mó, lòng tuyến không có hoặc ít keo loãng, tổ chức kẽ nhiều mạch máu thì chuyển hóa cơ bản càng tăng, triệu chứng lâm sàng biểu hiện rõ rệt. Ngoài ra chúng tôi còn thấy mật độ lỗ hút tăng nhiều trong trường hợp bệnh nhân sút cân nhanh (BC 9771, BC 9663). Ở đây có phải là quy luật tương đồng không? Còn phải tìm hiểu thêm. Chúng tôi nghĩ dù sao với hình thái trên chứng tỏ tuyến giáp hoạt động rất mạnh sản xuất nhiều hormon giáp trạng như: Thiroxin... Mà biểu hiện lâm sàng là cường chức năng giáp

4. Chẩn đoán vi thể : về hình thái, Basedow có 2 thái cực khác hẳn nhau

— Rất dễ nếu là thể điển hình.

— Rất khó, nếu là thể không điển hình, lâm sàng cũng có hiện tượng tương tự.

Qua kết quả chẩn đoán vi thể của khoa giải phẫu bệnh bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội. Cùng kết quả chẩn đoán hồi cứu, chẩn đoán lâm sàng có sự khác nhau.

Tại sao lại có sự khác nhau về chẩn đoán như vậy. Cụ thể hơn nguyên nhân nào dẫn đến ? Đó chính là điều chúng tôi cố gắng để tìm và lý giải làm sáng tỏ thêm 1 chút vấn đề đó !

Trong 6 trường hợp trên chúng tôi xác định lại chẩn đoán thấy có 1 trường hợp không phải là bướu keo mà bướu keo basedow hóa. Vì trên tiêu bản đặc điểm bướu keo chiếm ưu thế, song từng chỗ vẫn thể hiện hình thái Basedow (tiêu bản 9255 Bc, 9911 Bc). Theo chúng tôi suy nghĩ có một số nguyên nhân sau :

— Do Basedow biểu hiện về hình thái không toàn diện (bướu keo, Basedow hóa).

— Số lượng sinh thiết quá ít (1 — 2 tiêu bản cho một trường hợp) nên chưa đủ thông tin kết luận.

— Tác dụng thuốc đã biến đổi hình thái của bướu Basedow. Vì tất cả trường hợp đều điều trị khá lâu (nhiều bệnh nhân trước khi tới viện đã uống các thuốc iod khá nhiều, thời gian dài).

Theo phó giáo sư Vi Huyền Trác : Hình thái Basedow còn phụ thuộc vào tác dụng của thuốc điều trị :

Khi điều trị iod đối lập với TSH gây nên tích tụ chất keo, dẫn đến thoái triển của tuyến và sự giảm dần tuần hoàn máu. Tế bào tuyến trở nên dẹt, các nhú cũng một phần co lại giãn phồng lên, chất keo nhiều và toan tính hơn. Chính vì vậy làm ta chẩn đoán nhầm từ Basedow sang bướu keo.

Tình trạng trên gây biến đổi hình thái gây khó khăn cho chẩn đoán vi thể của Basedow nhất là loại bướu keo Basedow hóa.

Bảng 6 — So sánh kết quả của giải phẫu bệnh lâm sàng

Loại bướu	Lâm sàng	GPB Bạch Mai	Kết quả nghiên cứu
Basedow	20	5	10
Basedow hóa	1	9	6
Bướu keo		15	13
Có 6 trường hợp	Basedow : 6	Bướu keo : 6	Bướu keo : 4 Basedow hóa 2

Tuy nhiên chúng tôi thấy không phải toàn bộ đều biến đổi như vậy. Ngay trên tiêu bản ở một vài vị trí còn giữ lại đặc điểm vi thể của Basedow (hai trường hợp 9255Bc, 9911Bc).

C — PHÂN LOẠI BƯỚU CỔ

Theo quan điểm của phó giáo sư Vi Huyền Trắc (1a) chúng ta có thể phân chia bướu cổ làm 3 nhóm :

1. Bệnh quá sản giáp trạng :

- Bướu giáp không lưu hành đơn giản.
- Bướu giáp trạng lưu hành (do thiếu iod)
- Bướu giáp trạng nổi cục
- Bệnh Basedow.

2. U giáp trạng :

a) U lành :

. U nang :

- U bề hay u phôi thai
- U nang nhỏ bào thai
- U nang lớn hay u keo
- U tế bào oncoyte hay tế bào Hunthle.
- . U nhú.

b) U ác tính :

- Ung thư nang
- Ung thư tuyến xơ hóa
- Nhú
- Tế bào khổng lồ
- Tế bào nhỏ.
- Ung thư tế bào Oncocyte hay tế bào Hunthle
- Ung thư liên kết giáp trạng nhiều loại.

3. Viêm giáp trạng :

- Viêm giáp trạng Hasimoto
- Viêm giáp trạng Dequervain

Phân loại bướu cổ muốn chính xác đòi hỏi sự hiểu biết hình thái vi thể bệnh lý tuyến giáp một cách sâu sắc toàn diện. Vì tổn thương rất phức tạp ngay trên một trường hợp có thể kết hợp nhiều hình thái khác nhau.

V — TÓM TẮT VÀ KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 33 trường hợp bướu cổ được can thiệp bằng phẫu thuật chúng tôi rút ra một số điểm chính sau :

1. Bệnh bướu cổ nói chung và Basedow, gặp phần lớn ở phụ nữ

- Bướu cổ chung : 84,85%
- Basedow : 75,00%

2. Chuyển hóa cơ bản : Trong Basedow không phải bao giờ cũng tăng + 30%. Có trường hợp chỉ cần chuyển hóa cơ bản tăng + 20% đã là Basedow điển hình.

3. Điều trị ngoại khoa : có nhiều triển vọng tốt, an toàn. Tỷ lệ tử vong hầu như không gặp. Biến chứng có thể gặp hạ canxi huyết gây co giật do 2 nguyên nhân :

— Cắt phải tuyến cận giáp trạng.

— Do phẫu thuật tuyến giáp mà làm giảm chức năng chuyển hóa canxi của nó.

4. Chẩn đoán trên lâm sàng: cần lưu ý giữa ung thư giáp trạng với bướu giáp trạng chảy máu trên bệnh nhân Basedow biểu hiện triệu chứng ban đầu: gày sút nhanh.

5. Tế bào tuyến càng cao, càng méo mó túi tuyến, lòng tuyến không có hoặc ít keo? Nhiều lỗ hút. Càng chứng tỏ giáp trạng cường tính.

6. Chẩn đoán vi thể của Basedow có 2 thái cực khác hẳn nhau:

— Dễ nhận nếu là thể điển hình.

— Rất khó đối với thể bướu keo Basedow hóa và bệnh nhân sử dụng nhiều thuốc iod.

Theo chúng tôi nghĩ với thể thứ 2 cần chú ý:

— Cách lấy bệnh phẩm.

— Lấy nhiều mảnh nhiều vùng khác nhau.

— Cắt nhiều tiêu bản.

— Bệnh nhân đã dùng thuốc gì, có dùng iod không, liều lượng và thời gian dùng.

Bệnh bướu cổ là một bệnh gặp phổ biến ở Việt Nam, nhất là vùng núi và trung du. Nó ảnh hưởng không những tới thẩm mỹ mà còn ảnh hưởng tới sức khỏe con người. Nhiều khi nó đe dọa tính mạng người bệnh như trong bệnh Basedow... Việc nghiên cứu bướu cổ nói chung và Basedow nói riêng đã được đặt ra. Song đối với nước ta và nhiều nước khác trên thế giới bướu cổ vẫn là đề tài nhiều tác giả quan tâm. Điều mà mọi người mong muốn là nhanh chóng loại trừ được bệnh này trong nhân dân. Qua luận văn này chúng tôi mong muốn bước đầu đi vào tìm hiểu bệnh bướu cổ nói chung và bệnh Basedow nói riêng để góp sức nhỏ bé của chúng tôi vào thực hiện điều mong muốn đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chuyên đề bướu cổ (Trường Đại học Y Hà Nội 1971):

1a) Tồn thương giải phẫu bệnh trong bướu cổ.

Phó giáo sư Vi Huyền Trác, trang 71

1b) Tổng kết điều trị bệnh bướu giáp trạng đơn thuần bằng phương pháp phẫu thuật trong 3 năm 1966 — 1968 tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức.

Nguyễn Đoàn Hồng tr. 103

2. a) Bướu cổ đơn thuần (Goitre simple)

b) Bệnh cường giáp trạng (Basedow)

c) Bệnh phù niêm giáp trạng (Myxoedème)

Gs. Đặng Văn Chung bệnh học nội III, Tr. 74.

3. Điều trị bệnh bướu cổ — Gs. Đặng Văn Chung — Điều trị học.

4. Tìm hiểu bệnh bướu cổ — Lê Mỹ, 1978

5. Tumeurs humaines. P. Masson 1956

SỰ PHÂN BỐ 78 BỆNH NHÂN UNG THƯ GẶP Ở BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI NGUYÊN NĂM 1987

NGUYỄN CÔNG HOAN

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Đề góp phần vào việc nghiên cứu lần xuất của bệnh ung thư ở tỉnh Bắc Thái năm 1987. Góp phần phát hiện bệnh ung thư sớm giúp cho việc điều trị bệnh đạt hiệu quả cao hơn như « ung thư vú, ung thư cổ tử cung, ung thư vùng hàm mặt và miệng ».

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm phát hiện một số bệnh ung thư hay gặp và những vấn đề liên quan đến môi sinh của khu vực.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tất cả các bệnh nhân đến khám bệnh tại khoa giải phẫu bệnh lý, và bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên.

Khoa giải phẫu bệnh lý đã áp dụng các phương pháp như: Chẩn đoán tế bào qua chọc hút bằng kim nhỏ, chẩn đoán tế bào qua các dịch chọc hút từ màng bụng, màng phổi, màng tim và chẩn đoán qua các tế bào bong lấy từ các túi cùng âm đạo, hoặc các hốc tự nhiên khác.

— Phương pháp chẩn đoán qua sinh thiết

— Phương pháp chẩn đoán hồi cứu qua phương pháp mổ tử thi và cắt tử thiết.

III — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong năm 1987 chúng tôi đã phát hiện được 78 bệnh nhân mắc bệnh ung thư, lần lượt các loại hay gặp nhất đến loại ít nhất như sau: « Tất cả các bệnh nhân này đều có tiêu bản chẩn đoán chắc chắn bằng vi thể ».

78 bệnh nhân bị ung thư có 46 nữ và 32 nam

Ung thư vòm 18

Ung thư vú 17

Ung thư hạch 10 (gồm cả hai loại có Hodgkin và loại không Hodgkin)

Ung thư da 8

Ung thư dạ dày 7

Ung thư cổ tử cung 4

Ung thư giáp trạng 2

Ung thư mạch máu 2

Ung thư xương 2

Ung thư phổi 1

Ung thư thần kinh 1

Còn lại là các loại ung thư khác

Qua phát hiện bệnh ung thư ở Bắc Thái cũng phù hợp với tình hình chung của toàn quốc là ung thư gặp nhiều ở lứa tuổi trên 40, thông thường loại ung thư hạch gặp một số bệnh nhân còn rất trẻ.

Sự phân bố của 78 bệnh nhân ung thư ở các huyện như sau :

1. Huyện Phồ Yên và thị xã Sông Công 22 BN
2. Huyện Đồng Hỷ và thành phố Thái Nguyên 18 BN
3. Huyện Phú Bình 12 BN
4. Huyện Đại Từ 8 BN
5. Huyện Phú Lương 4 BN
6. Huyện Định Hóa 2 BN
7. Huyện Chợ Đồn 2 BN
8. Huyện Võ Nhai 1 BN

Còn một số bệnh nhân ở nơi khác

78 bệnh nhân ung thư gồm các loại sau :

Số TT	Bệnh ung thư	Nam		Nữ		Tổng số		Ghi chú
		BN	%	BN	%	BN	%	
1	Ung thư vòm	11	61%	7	39%	18	23%	
2	Ung thư vú			17	100%	17	21%	
3	Ung thư hạch	5	50%	5	50%	10	13%	
4	Ung thư da	2	25%	6	75%	8	10%	
5	Ung thư dạ dày	4	57%	3	42%	7	9%	
6	Ung thư cổ tử cung			4	100%	4	5%	
7	Ung thư gan	1	50%	1	50%	2	2,6%	
8	Ung thư giáp trạng			2	100%	2	2,6%	
9	Ung thư mạch máu			2	100%	2	2,6%	
10	Ung thư xương	1	50%	1	50%	2	2,6%	
11	Ung thư phổi	1	100%			1	1,3%	
12	Ung thư thần kinh			1		1	1,3%	
13	Các loại ung thư khác					4		
						78		

IV — BÀN LUẬN

Số bệnh nhân đến Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên khám và điều trị tuy chưa phản ánh đầy đủ chính xác bệnh ung thư của toàn tỉnh, do địa bàn tỉnh Bắc Thái có 12 bệnh viện khác nhau và các bệnh viện huyện nữa nên một số bệnh nhân được gửi tới Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên còn một số được gửi thẳng về tuyến trung ương.

Có một số bệnh nhân quá bi quan cho là bệnh không thể chữa được cứ ở nhà chờ chết. Mặt khác vấn đề mê tín dị đoan hình như đang bùng nổ, lan tràn khắp nơi, nhất là vùng cao hẻo lánh chỉ lấy cúng bái giải oan đề trị bệnh mà không đi khám tại bệnh viện nên số bệnh nhân bị bệnh ung thư mà chúng ta chưa biết đến còn khá lớn.

Qua thực tế việc củng cố mạng lưới y tế kết hợp với việc khám và phát hiện sớm bệnh ung thư ngay từ tuyến xã là rất cần thiết. Mỗi năm Trường — Viện có đi một xã để khám bệnh chữa bệnh tại xã tham gia tích cực vào việc phục vụ sức khỏe ban đầu của nhân dân trong tỉnh nhưng như thế nó cũng được từng điểm mà chưa phát hiện được một cách kỹ càng để góp phần tích cực vào việc điều trị bệnh.

Tất cả những u, cục và các dấu hiệu tiền ung thư nếu được phát hiện sớm điều trị có kết quả rất tốt.

Bệnh ung thư của nhân dân Bắc Thái phát triển cũng có liên quan mật thiết với việc phát triển công nghiệp và vấn đề môi sinh, mặt khác mật độ dân số ngày một cao, lứa tuổi trên 50 ngày một đông và tình trạng nghiện ngập trầm trọng của lớp người trẻ cũng ảnh hưởng đến bệnh, mà hy vọng những năm tiếp sau chúng ta nghiên cứu sẽ có nhiều vấn đề sáng tỏ hơn.

Một số loại ung thư chúng ta có điều kiện phát hiện sớm và điều trị kịp thời có kết quả rất tốt. Việc phát hiện những dấu hiệu nghi ngờ và tuyên truyền rộng rãi cho nhân dân hiểu rõ và được khám chẩn đoán sớm sẽ mang lại lợi ích thiết thực to lớn cho nhân dân.

QUA 20 TRƯỜNG HỢP UNG THƯ VÙNG HÀM MẶT

NGUYỄN CÔNG HOAN

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

— Ung thư vùng hàm mặt là ung thư hay gặp mà chúng tôi đã có chẩn đoán chắc chắn và được theo dõi một thời gian khá dài ở 20 bệnh nhân.

— Chúng tôi rút ra được một số nguyên nhân có thể tránh được mà không gây tác hại đến cơ thể con người khi hiểu rõ nó.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Qua những bệnh nhân đã được phát hiện và theo dõi tại Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên, sau khi điều trị tại Hà Nội và bệnh nhân đã về nhà sinh hoạt, làm việc

Phương pháp nghiên cứu tất cả đều dựa vào chẩn đoán sinh thiết để xác định.

III — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 20 trường hợp có 5 trường hợp do muốn loại trừ nốt ruồi bằng cách tự cắt bỏ, bằng hóa chất, bỏ hóng, ruột pin và một số loại lá cây, v.v...

Sau đó không những không khỏi mà lại dẫn đến một ung thư :

— 7 trường hợp ung thư phát triển từ một mụn nhọt, bệnh nhân tự cậy sớm khi ngứa.

— 4 trường hợp ung thư phát triển từ trong niêm mạc miệng.

— 2 trường hợp ung thư phát triển từ niêm mạc hốc mũi.

— 2 trường hợp ung thư phát triển từ loét bờ mi mắt trở thành ung thư.

Tóm tắt bệnh án một bệnh nhân bị ung thư :

Bệnh nhân Hoàng Thị C. 40 tuổi ở thôn La Bằng xã Phú Lý huyện Phú Lương, Bắc Thái, ung thư gây loét hết vùng hốc mắt phải, đã được chẩn đoán bằng sinh thiết (ung thư liên bào đáy điển hình bắt đầu từ một vết loét nhỏ cách đây 10 năm. Ngứa gãi gây loét đã điều trị bằng thuốc nam, kháng sinh kéo dài nhiều đợt không khỏi, vết loét ngày càng lan rộng, hoại tử chỉ còn có nhũn cầu và các cơ như quả táo cắm vào chiếc đĩa.

Đặc điểm chung : Về đại thể những vết loét thường lan rộng và ăn sâu, có khi ăn sâu trơ cả xương hàm. Vết loét thường rất hôi và mủn nát, chạm nhẹ vào là chảy máu. Phần lớn thường là bệnh nhân đã dùng đủ các loại thuốc không khỏi mới đến khám ở bệnh viện. Tình trạng phát triển có lúc rầm rộ có lúc lại lắng xuống như là bệnh dừng lại.

Hầu hết các bệnh nhân trên được chẩn đoán xác định là ung thư liên bào đáy có loại như là loại ung thư hỗn hợp nhưng ung thư liên bào đáy vẫn chiếm

trở thể hơn. Hầu hết các bệnh nhân này được gửi đi Bệnh viện Radium Hà Nội để điều trị và theo dõi định kỳ đều đặn, có bệnh nhân đã kéo dài được 12 năm vẫn lao động sinh hoạt tương đối bình thường.

IV — BÀN LUẬN VÀ NHẬN XÉT

Tất cả những bệnh nhân ung thư trên đây đều phát triển từ vùng nông mà chúng tôi đều có thể phát hiện rất sớm nếu được điều trị ngay từ đầu chắc chắn là có hiệu quả cao

Hầu hết bệnh nhân đã tự điều trị lòng vòng tỏ chức ung thư đã trở nên điển hình rồi mới đến bệnh viện.

Một số bệnh nhân có những dấu hiệu rất sớm như những cục cứng, những vùng niêm mạc có thay đổi màu sắc đều bị bỏ qua rồi dẫn đến ung thư điển hình.

Qua khám bệnh ở một số xã, một số cộng đồng các dân tộc chúng tôi đã phát hiện rất sớm bằng những dấu hiệu nghi ngờ ở trên da, trên niêm mạc mắt thường có thể thấy những loạn sắc như: trắng hoặc đỏ tím, các u cục nghi ngờ đều được phát hiện và điều trị triệt căn một lần để phòng là tốt nhất.

Những nốt ruồi có đường kính lớn hơn 0,5cm đều nên cắt bỏ tận gốc sớm.

Ngày nay người ta coi những dấu hiệu kê trên như là một tiền ung thư cần được loại trừ sớm.

Cần chống tư tưởng sai lệch coi một số nốt ruồi là « nốt ruồi thương phu trích lệ — sát chồng » để cố tình loại bỏ không cần thiết mà không đúng phương pháp gây nên tai họa là ung thư hóa.

Khi đã mắc bệnh rồi việc điều trị sớm cũng rất cần thiết và có hiệu quả cho bệnh nhân.

Qua thực tế theo dõi đây là loại ung thư liên bào đáy mà bệnh nhân được điều trị sống rất lâu, và nó hình như mang tính chất lành tính nhất trong các loại ung thư.

Bằng phương pháp khám phát hiện sớm có hệ thống chúng ta có thể phòng chống tốt loại ung thư này.

NHẬN XÉT 351 BỆNH NHÂN HẠCH TO QUA CHẨN ĐOÁN TẾ BÀO HỌC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI NGUYÊN 1987 – 1989

HOÀNG NGUYỄN

I – ĐẶT VẤN ĐỀ

Lưu lượng bệnh nhân đến khám và cần được chẩn đoán tế bào học tại phòng TBH – GPBL ngày một tăng. Trung bình bốn bệnh nhân đến khám và làm xét nghiệm có một bệnh nhân hạch to. Cần phải xác định một trong bốn loại: viêm hạch, lao hạch, u hạch lành tính hoặc u hạch ác tính, di căn ung thư; đó chính là mục đích nghiên cứu đề tài này của chúng tôi.

II – ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Chỉ định :

Tất cả các bệnh nhân hạch to ở mọi lứa tuổi.

2. Chống chỉ định :

Hạch quá nhỏ, quá cứng, di động nhiều, không xác định được vị trí. Không tiến hành trên người có cơ địa chảy máu kéo dài.

3. Cách làm :

Chọc hạch bằng kim nhỏ để lấy bệnh phẩm.

Dụng cụ: Bơm tiêm 20 – 50ml, kim từ số 5 đến 10, bông, cồn, lam kính, thuốc nhuộm Giemsa, thuốc cố định: Cồn – Ete 50%.

III – KẾT QUẢ

Từ 20-11-1987 đến 20-11-1989; 1979 bệnh nhân được khám và chẩn đoán tế bào học :

Bảng 1 – Phân loại bệnh

Số TT	Bệnh hạch	Nam		Nữ		Nam Nữ	
		TS	%	TS	%	TS	%
1	Viêm hạch	134	74.03	45	23.97	181	51.56
2	Lao hạch	44	43.14	58	56.86	102	29.06
3	U hạch lành tính	6	40.00	9	60.00	15	4.27
4	Lymphom không HODGKIN	10	83.33	2	16.67	12	3.42
5	Lymphom HODGKIN	6	75.00	2	25.00	8	2.28
6	Ung thư LIÊN BÀO di căn hạch	19	57.57	14	42.43	33	9.40
		219		132		351	

Qua bảng trên ta thấy viêm hạch chiếm tỷ lệ cao nhất 51,56% sau đó đến lao hạch 29,06%, ung thư di căn hạch 9,4%.

Trong tổng số bệnh nhân viêm hạch nam mắc nhiều hơn nữ, lao hạch nữ mắc nhiều hơn nam, ung thư di căn hạch ở nam mắc nhiều hơn nữ.

Bảng 2 – Các loại viêm hạch

Loại	Tổng số bệnh nhân	Tỷ lệ %
I	60	33.15
II	64	35.36
III	53	31.49

Viêm hạch loại I và loại II chiếm tỷ lệ lớn hơn viêm hạch loại III.

Bảng 3 – Các loại lao hạch.

Loại	Tổng số bệnh nhân	Tỷ lệ %
I	20	19.61
II	20	19.61
III	65	63.72
IV	7	6.86

Lao hạch loại III chiếm tỷ lệ cao nhất, trong tất cả 4 loại (63,72%).

IV — NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN

Trong 351 bệnh nhân có hạch to được khám và chẩn đoán tế bào học có 181 bệnh nhân viêm hạch, điều đó rất ngẫu nhiên vì hạch là hàng rào bảo vệ tự nhiên của cơ thể. Ở trẻ em hay gặp viêm hạch cổ, nách, bẹn. Ở người lớn đang độ tuổi lao động hay gặp viêm hạch nách, bẹn, cổ nhiều hơn nơi khác.

Lao hạch ở đây không những gặp ở nhiều hạch, mà còn gặp ở một hạch vị trí gặp cả ở hai bên cổ, còn gặp ở nách, bẹn, dưới hàm, vú, ...

Ung thư liên bào di căn hạch 33 bệnh nhân 9,4% lứa tuổi hay gặp 50 — 60 tuổi. Trong số bệnh nhân được chẩn đoán ung thư, gặp ung thư vòm di căn hạch cổ, hạch sau tai, ung thư dạ dày di căn hạch thượng đòn.

Các trường hợp lymphom do không làm xét nghiệm tế bào học, mà đã điều trị theo phác đồ điều trị lao hạch, vừa tốn phí thuốc, vừa ảnh hưởng không

tốt đến người bệnh. Một số bệnh nhân lymphom ác tính do đến làm xét nghiệm muộn nên đã không có kết quả sau điều trị và tử vong sớm.

Tế bào học là một trong những phương pháp chẩn đoán nhanh, đơn giản, rẻ tiền, ít gây đau đớn cho người bệnh, có thể làm ở tất cả các bệnh viện đa khoa.

Đối với lao hạch loại một cần làm thêm xét nghiệm khác để chẩn đoán xác định và chẩn đoán phân biệt, lymphom ác tính cần làm thêm sinh thiết hạch.

Ung thư liên bào di căn hạch loại ít biệt hóa là loại chẩn đoán nguồn gốc khó khăn, nên khám thêm các chuyên khoa liên quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Masson 1956
2. Caban 1980
3. Nguyễn Vượng — Chẩn đoán tế bào học một số bệnh thông thường. Tổng hội Y học Việt Nam 1982.
Phát hiện viêm và ung thư bằng phương pháp chẩn đoán tế bào học đơn giản 1971.

VỆ SINH DỊCH TỄ

TÌNH HÌNH VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHIỄM ĐỘC CHÌ NGHỀ NGHIỆP TẠI PHÂN XƯỞNG KÉO DÂY — NHÀ MÁY LUYỆN CÁN THÉP GIA SÀNG — THÁI NGUYÊN (NĂM 1981 — 1983)

NÔNG THANH SƠN, VŨ THỊ YẾN,
VŨ BÍCH VÂN, NGUYỄN XUÂN TIẾT,
ĐÀM THU DUYÊN, KHÔNG THỊ HỒNG,
NGUYỄN HOÀNG TRINH.

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhiễm độc chì vẫn còn là một đề tài tiếp tục được nhiều người quan tâm đến và đã có thêm những hiểu biết mới của chúng ta chủ yếu về sinh lý bệnh học trên nhiều phương diện. Nhiều công trình nghiên cứu đã xác nhận những hậu quả của nhiễm độc chì. Chỉ trong vòng 3 năm ở Shilago ngộ độc chì tuy đã được đề phòng nhưng đã có tới 9.853 trường hợp mắc, trong đó 5% là trẻ em. Ở Tây Đức trong vòng 15 năm, từ 1952 — 1966 có 11.681 người khám do nhiễm độc chì, trong đó có 1246 trường hợp được điều trị và tử vong 22 trường hợp (3). Trên thế giới việc nghiên cứu nhiễm độc chì đã được thực hiện từ lâu, nhiều công trình đi sâu vào biến đổi sinh hóa và huyết học do chì tác động (Gaidos 1957, Maeger — Aronsen 1960, Rubion 1962, Nakaowodozano 1968) ... (2).

Hậu quả của nhiễm độc chì không xảy ra tức khắc mà nó dần dần làm hao tổn sức khỏe cơ thể người dần dần; thậm chí cuối đời mới có những hậu quả đáng tiếc xảy ra. Đó là những tai biến trở thành gánh nặng cho xã hội, bản thân và gia đình vì vậy các chuyên gia về y học lao động trên thế giới rất quan tâm đến vấn đề này, chủ yếu tập trung giải quyết vấn đề sau.

— Hoàn chỉnh kỹ thuật bảo hộ lao động, tìm cách đề phòng và loại bỏ nguồn gốc độc lâu dài.

— Tìm ra phương pháp xét nghiệm mới nhạy và đặc trưng để phát hiện và chẩn đoán sớm ngộ độc chì.

— Cải tiến công thức điều trị bằng thuốc mới có thể phòng nhiễm thường xuyên, sử dụng đơn giản đặc hiệu lại ít độc (3).

Ở Việt Nam vấn đề này mới được nghiên cứu từ 1960 trở lại đây, đã có một số công trình riêng lẻ nghiên cứu về vấn đề này (Trần Hữu Chi và CS, Vũ Đình Hải, Lê Thành Phước, Nguyễn Thị Nga v.v) (3 — 4 — 5).

Năm 1981 chúng tôi đã phát hiện ở Nhà máy luyện cán thép Gia Sàng, công nhân xưởng kéo dây trong quá trình công nghệ đã tiếp xúc với một bể chì khoảng 100m² luôn nóng chảy ở nhiệt độ 580°C. Từ đó chúng tôi đã tiến hành khám, xét nghiệm và điều trị dự phòng bằng Ethambutol cho số công nhân ở xưởng kéo nhằm góp phần nâng cao sức khỏe cho công nhân.

II -- PHƯƠNG PHÁP

1. **Đối tượng:** Thăm khám toàn bộ số công nhân phân xưởng kéo với tuổi nghề trung bình, 4, 7 năm, tuổi đời trung bình 27 tuổi.

2. **Xét nghiệm:**

— Chỉ niệu bằng phương pháp chiết xuất với Dithizon. So màu điện quang kế.

— Copropocophyrin niệu bằng so màu.

— Xét nghiệm công thức máu.

3. **Điều trị:** Chia 2 nhóm.

— Nhóm I: nằm điều trị tại bệnh xá.

— Nhóm II: Vừa điều trị vừa làm việc.

Công thức điều trị theo hướng dự phòng cho cả 2 nhóm:

— Ethambutol dạng bột pha siro nồng độ 10%, uống ngày 20 ml, tương đương 2g/24h.

— Vitamin nhóm B, C.

— Viên sắt.

— Tiêu chuẩn ăn uống như nhau.

Sau điều trị 21 ngày làm lại các xét nghiệm.

III -- KẾT QUẢ

Sau 2 năm nghiên cứu chúng tôi thu được một số kết quả sau:

1. **Biểu hiện lâm sàng:**

Lâm sàng	Tỷ lệ	So với tác giả khác
Viễn thị Burton	86,30	Ít gặp (Ng. Thị Nga)
Viêm lợi	9,1	100 (— — —)
Đau bụng chi	22,7	98 (— — —)
Rối loạn tiêu hóa	63,6	100 (Levis Ng. Thị Nga)
Rối loạn T. K: T. V	97,7	160 (Ng. Thị Nga)

Nhận xét:

— Viễn thị Burton cao, rối loạn tiêu hóa và rối loạn thần kinh thực vật cao.

— Viêm lợi còn thấp.

2. **Kết quả xét nghiệm:**

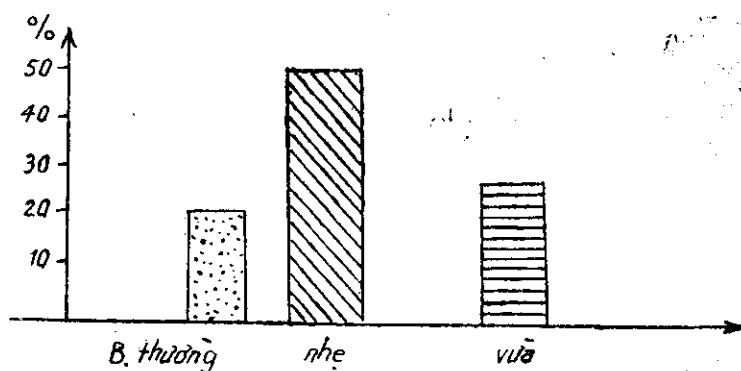
	Quá giới hạn	Trong giới hạn	Chỉ tiêu
Chỉ niệu	20,0%	80,0%	> 0,06mg/24h
Coproporphyrin	74,5%	25,5%	> 1,0 —
Hồng cầu ái kiềm	51,0%	49,0%	> 5/10000 hc

Nhận xét :

— Chỉ niệu quá giới hạn cho phép chưa cao lắm. Nhưng hầu hết đều thấy lượng coproporphyrin niệu cao chứng tỏ chì đã có tác dụng đến hệ thống tạo huyết.

— Lượng hồng cầu ái kiềm $> 5/10.000$, chiếm một nửa ; nhiều trường hợp 20 — 30 (H. C. A.K).

3. Tỷ lệ nhiễm độc :

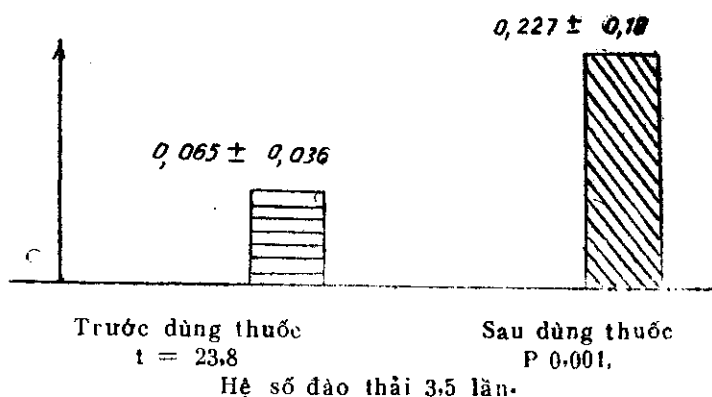


Nhận xét : — Chưa có nhiễm độc nặng.

— Loại vừa 25% cần được đề phòng.

— Loại nhẹ đặc hiệu chiếm 51%.

4. Sự đào thải chì sau dùng thuốc :



Nhận xét : Trước dùng thuốc lượng chì niệu thấp, sau khi dùng thuốc lượng chì đào thải gấp 3,5 lần. Sự khác nhau có ý nghĩa thống kê.

5. So sánh giữa hai nhóm :

	Nhóm 1	Nhóm 2
Trước dùng thuốc	$0,11 \pm 0,04$	$0,05 \pm 0,01$
Sau dùng thuốc	$0,37 \pm 0,19$	$0,204 \pm 0,13$
Hệ số đào thải	3,4 lần	4,1 lần
t	2,3	3,8 —
p	0,05	0,001

Nhận xét : — Cả 2 nhóm đều có hệ số đào thải cao.

— Sự khác nhau trước và sau dùng thuốc là rõ ràng có ý nghĩa thống kê.

6. Kết quả sau điều trị :

Dấu hiệu chủ quan	Kết quả
Viên chì Burton Rối loạn tiêu hóa Rối loạn TKTV Cảm giác về sức khỏe	Gần mất hẳn Hết Giảm 70% (Tốt 80% chưa tốt 20%)

Nhận xét : Các dấu hiệu chủ quan có chiều hướng giảm rõ rệt, có nhiều trường hợp gần như mất hẳn. Mặc dù vậy cũng không thể gọi là khỏi bệnh nhiễm độc chì được.

IV — BÀN LUẬN

1. Tình hình nhiễm độc chì ở đây là cao và xuất hiện sớm với các triệu chứng điển hình đặc hiệu. Có trường hợp mới vào làm 1 năm đã xuất hiện các triệu chứng trên. Ở đây chưa có trường hợp nào là nặng và có tai biến cả. Khác với các nghiên cứu khác là thấy viên chì thấp nhưng chúng tôi lại gặp rất cao. Phải chăng là do vệ sinh răng miệng kém ? loại chì ở đây bị nhiễm độc là do thê hơi, qua đường hô hấp và tiêu hóa là nhiều. Các dấu hiệu về thần kinh thực vật bị rối loạn và rối loạn tiêu hóa gặp khá nhiều và xuất hiện sớm. Chứng tỏ có sự tác động rõ ràng của chì mặc dù tuổi nghề còn rất thấp so với các nơi khác.

2. Xét nghiệm sinh hóa và huyết học thấy tỷ lệ người có chì niệu cao trên 0,10 mg/24h là chưa nhiều hầu hết là khoảng 0,05 — 0,07 mg/24h. Nhưng lại có sự ức chế và đào thải nhiều coproporphyrin. Chứng tỏ có chì tác động lên cơ chế tạo máu theo cơ chế mà các tác giả nước ngoài gần đây nêu. Số lượng hồng cầu hạt ái kiềm tăng cao có nhiều người có trên 15 đến 30HCAK trong 10.000 hồng cầu. Rõ ràng do chì tác động ức chế men Ribonuclease nên nó đã không tiêu hủy hết các sợi ribonucleic axit trong hồng cầu mới sinh.

3. Kết hợp khám xét lâm sàng và các xét nghiệm chúng tôi thấy sự nhiễm độc ở đây là đặc hiệu ở mức độ vừa và nhẹ chiếm tỷ lệ tương đối cao, cần được điều trị và phòng bệnh.

4. Qua điều trị cho 21 công nhân chia làm 2 nhóm thấy Ethambutol có tác dụng đào thải chì thực sự.

Chúng tôi dùng dạng bột pha sirô có tác dụng tốt nhưng nhược điểm là bệnh nhân khó uống vì mùi khó chịu. Không có tai biến gì. So với dạng viên mà tác giả Nguyễn Thị Nga đã dùng thì dạng bột cũng có tác dụng đào thải tốt. Giữa 2 nhóm nằm điều trị cách ly với nguồn nhiễm và nhóm vừa làm việc bình thường vừa uống thuốc cũng có tác dụng đào thải như nhau. Chúng tôi nghĩ rằng có thể sử dụng thuốc này như một loại thuốc phòng rất tốt. Nếu như công nhân được uống thường xuyên sự đào thải chì sẽ tốt hơn và không có chì tích lũy trong cơ thể thì sẽ tránh được hậu quả do chì gây ra. Phương pháp này thuận lợi và tiết kiệm hơn nhiều so với phương pháp cổ điển là dùng EDTA.

Tất nhiên sau một đợt điều trị như vậy vẫn chưa thể gọi là khỏi bệnh mà chỉ nhằm đào thải, bớt một lượng chì ra khỏi cơ thể. Nhưng công nhân ở

đây cảm thấy giảm bớt rất nhiều những dấu hiệu như: đau đầu, mất ngủ, ăn uống kém ngon, đau nhức khớp, tê bì đầu ngón, ỉa lỏng hoặc táo thường xuyên v.v... Những dấu hiệu trên hầu hết công nhân đều thấy giảm bớt rõ rệt, cảm giác thấy cơ thể khỏe mạnh hơn, đặc biệt là viên chì Burton giảm rất rõ. Tinh thần công nhân thoải mái phần khởi và bớt lo âu hơn.

V — KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ nhiễm độc chì ở đây là cao và sớm có các biểu hiện lâm sàng đặc hiệu ở dạng thâm nhiễm chì giai đoạn 1.

2. Thuốc Ethambutol thực sự có tác dụng đào thải chì qua nước tiểu, không gây biến chứng gì.

3. Có thể sử dụng thuốc này dự phòng cho công nhân tiếp xúc với chì, vừa có tác dụng điều trị vừa có tác dụng phòng bệnh.

4. Phương pháp này tiết kiệm được ngày công, tạo ra được nhiều sản phẩm cho Nhà nước.

Do đó cần chỉ đạo lại hệ thống phân xưởng cho thông thoáng. Nên đã lập hệ thống hút độc bề chì do các kỹ sư xây dựng và chúng tôi đề nghị. Đó là phương pháp chủ động nhất để phòng nhiễm độc chì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thuốc và cách sử dụng — Nhà xuất bản Y học, 1978.
2. Trần Hữu Chí — Biến đổi sinh hóa trong nhiễm độc chì. Y học lao động số 3 — 1979
3. Nguyễn Thị Nga — Thăm dò tác dụng đào thải chì bằng Ethambutol. Công trình tốt nghiệp chuyên khoa cấp I Dược năm 1981.
4. Vũ Đình Hải — Nguyễn Văn Hoàn và CTV — Điều trị nhiễm độc chì bằng Ethambutol. Y học Hải phòng 1979.
5. Đàm Trung Bảo, Lê Thanh Phước — Nghiên cứu sự tạo phức chì — Ethambutol. Dược học 1979.
6. Vũ Đình Hải, Lê Thanh Phước, Nguyễn Thị Nga — Điều trị nhiễm độc chì. Y học Việt nam số 5/1981. Tổng hội Y học Việt nam.
7. Thư viện Y học Trung ương — Y học lao động số 1/1976, số 3/1979.
8. Thông tư liên bộ y tế — lao động — thương binh xã hội 1976.
9. Viện vệ sinh dịch tễ — Bệnh nghề nghiệp. Tài liệu lưu hành nội bộ 1979.
10. Bộ môn VSDT — Trường Đại học Y khoa Hà nội — 1980. Nhà xuất bản y học.
11. Léon Dérober — Nhiễm độc và bệnh nghề nghiệp tập 2. Thư viện y học Trung ương xuất bản.
12. I. Stola và CTV — Dấu hiệu chỉ điểm và tác động sinh học của nhiễm độc chì. I-Ind. Med. 30 — 134.
13. Viện vệ sinh dịch tễ — Thường quy xét nghiệm 1977.
14. Nguyễn Thị Nga — Kết quả điều trị nhiễm độc chì bằng Ethambutol. Tóm tắt công trình NCKH — Hội nghị khoa học và sáng tạo tuổi trẻ lần thứ I tại Hà Nội — 1981.

ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG LAO ĐỘNG CỦA CÔNG NHÂN MẮC BỆNH BỤI PHỔI SILIC NGHỀ NGHIỆP

**NÔNG THANH SƠN
ĐỖ HẸM**

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bụi phổi silic (silicose) là một bệnh nghề nghiệp đặc biệt quan trọng; không những chỉ về mặt số lượng hay tỷ lệ mắc bệnh mà còn về mặt tính chất nguy hiểm, bệnh tiến triển không hồi phục, ảnh hưởng đến sức khỏe, đến sản xuất, đến yếu tố tâm lý -- xã hội, v.v... từ trước việc xác định tỷ lệ mất khả năng lao động, thường được dựa vào sự phân loại bệnh theo hình ảnh X quang. Chúng ta đã giám định từ thềm 1/OP là một ranh giới mỏng manh giữa có bệnh và không có bệnh và xếp loại mất sức lao động 31% mà không chú trọng nhiều lắm đến các trị số chức năng hô hấp và các chỉ số khác.

Ở một số nước khác, việc đánh giá mất sức lao động dựa vào chức năng hô hấp là chính.

Tất nhiên việc đo chức năng hô hấp gặp nhiều khó khăn như sự hợp tác giữa bệnh nhân và thầy thuốc, phương pháp tính toán còn khác nhau giữa các tác giả. Như vậy giám định sự mất sức trong bệnh nghề nghiệp gặp khó khăn.

Ở đây chúng tôi mạnh dạn thử áp dụng một số chỉ số khác nhằm góp phần vào việc đánh giá sự mất khả năng lao động của người mắc bệnh Silicose.

II — PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng :

- Công nhân lao động tiếp xúc SiO_2
- Độ tuổi trung bình 28 — 40
- Tuổi nghề 8 — 18 năm
- Bị mắc bệnh lao phổi từ thềm 1/OP — 2m

2. Các chỉ số :

- Chỉ số mạch trước và sau gắng sức = F2 lion — PWC 170 — Shephard.
- Chỉ số thềm lực phương pháp PE — Bortet)

$$\frac{W \text{ tối đa} \times \text{mạch lý thuyết} \times 66}{\text{Mạch gắng sức} \times 100}$$

$$\text{Mạch gắng sức} \times 100$$

- Chỉ số công suất tối đa (phương pháp Petitier)
- Chỉ số công toàn phần (P. J. Slephard)
= $W \times t$ (Jun)

3. Phương tiện :

- Xe đạp lực kế Thụy Điển
- Hô hấp kế Vitalograp
- Điện tim Fukuda

II — KẾT QUẢ

Qua 111 công nhân bị mắc bệnh bụi phổi theo sự xác định trên phim X quang, chúng tôi đã thực hiện các chỉ số trên thu được kết quả như sau :

1. Chỉ số công suất tối đa :

Ở bệnh nhân dưới 10
 $200 \pm 39,5$ w

Ở bệnh nhân trên 1P OP
 $184 \pm 23,8$ w $> 0,05$

Ở bệnh nhân chưa có rối loạn HH, TM
 $209 \pm 42,6$ w

Có rối loạn HH, TM
 $205 \pm 37,4$ w $> 0,05$

Nhận xét: Chỉ số công suất tối đa ở cả 2 nhóm khác nhau không có ý nghĩa thống kê.

2. Chỉ số công toàn phần :

Ở bệnh nhân $< 1P$
 110.800 ± 20.800 Jun

ở bệnh nhân $> 1P$ P
 99.900 ± 4.875 Jun $< 0,05$

ở bệnh nhân chưa có rối loạn HH, TM
 111.000 ± 22.500

Có RLHH, TM
 110.000 ± 20.500 $> 0,05$

Nhận xét :

— Công toàn phần ở người mắc bệnh bụi phổi có tổn thương càng cao thì càng giảm. Có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$).

— Giữa hai nhóm cho RLHH, TM và không RLHH, TM thì sự khác nhau chưa có ý nghĩa thống kê.

3. Chỉ số thể lực :

Ở bệnh nhân $< 1 P$
 $136,8 \pm 27,9$

ở bệnh nhân $> 1 P$ P
 $118,2 \pm 19,5$ $< 0,05$

Ở người chưa có rối loạn hô hấp, tim mạch
 $140,5 \pm 26,7$

Có rối loạn hô hấp tim mạch
 $135 \pm 37,3$ $> 0,05$

Nhận xét :

— Chỉ số thể lực ở người có tổn thương càng lớn thì càng giảm có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$)

— Chỉ số thể lực ở hai nhóm có rối loạn hô hấp và tim mạch với nhóm chưa có rối loạn khác nhau chưa có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$)

4. Chỉ số mạch trước và sau gắng sức :

ở người $< 1 P$
 trước gắng sức $78,7 \pm 7,6$

ở người $> 1 P$ P
 $79 \pm 5,6$ $> 0,05$

sau gắng sức $136 \pm 17,9$

137 ± 16 $> 0,05$

ở người chưa có rối loạn hô hấp tim mạch

Có rối loạn hô hấp tim mạch P

trước gắng sức $79 \pm 7,3$

$80 \pm 7,8$ $> 0,05$

sau gắng sức $136,8 \pm 17,9$

117 ± 12 $< 0,05$

Nhận xét :

— Chỉ số tim mạch ở 2 nhóm tổn thương X quang phổi. Chưa có gì khác nhau kể cả trước và sau gắng sức.

— Chỉ số mạch sau gắng sức ở người có rối loạn về HHTM khác nhau có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$)

5. Các tỷ lệ giảm khả năng lao động theo các chỉ số :

— Theo chỉ số thể lực giảm 8%

— Theo chỉ số công suất tối đa giảm 2%

— Theo chỉ số công toàn phần giảm 30%

— Theo phương pháp trước đây giảm 8%

Nhận xét :

— Công toàn phần giảm nhiều ở người bị mắc bệnh bụi phổi.

— Chỉ số thể lực giảm tương đương với việc xác định theo phương pháp trước đây (nghĩa là chỉ dựa vào tổn thương X quang phổi).

6. Sự tương quan giữa mức độ tổn thương X quang và các chỉ số :

— Tương quan với công toàn phần :

. > 1 P tỷ lệ 60% giảm công toàn phần.

. < 1 P tỷ lệ 25% giảm công toàn phần.

. So sánh tương quan $X^2 = 5,1$ với $P < 0,05$.

— Chứng tỏ có sự tương quan chặt chẽ giữa mức độ tổn thương X quang với công toàn phần.

— Sự tương quan với các chỉ tiêu khác như công suất tối đa và chỉ số thể lực là chưa có ý nghĩa thống kê.

III — BÀN LUẬN

— Qua kết quả trên chúng tôi thấy các chỉ số công toàn phần, chỉ số thể lực đều có sự giảm theo mức độ tổn thương X quang ($P < 0,05$). Riêng công suất tối đa và chỉ số tim mạch chưa có sự liên quan rõ ràng ($P > 0,05$) điều này chứng tỏ rằng sự tổn thương tại phổi càng cao thì công toàn phần và thể lực càng giảm, nghĩa là ở người mắc bệnh bụi phổi có tổn thương càng nặng thì ảnh hưởng đến sức khỏe và sức bền, sự dẻo dai của cơ thể càng nhiều. Điều này chứng tỏ thêm ở bảng 6 với độ tương quan giữa tổn thương X quang và sự giảm công toàn phần ($X^2 = 5,1$ $P < 0,05$). Như vậy kết quả này là phù hợp với thực tế ở những người giảm khả năng lao động.

— Sự liên quan giữa các chỉ số trên và sự rối loạn hô hấp tuần hoàn chưa có gì khác nhau ($P > 0,05$) chứng tỏ hai vấn đề :

. Có thể do sự phối hợp giữa thầy thuốc và bệnh nhân khi thao tác chưa nhịp nhàng, hơn nữa bệnh nhân chưa có sự thông thạo trong cách thực hiện.

. Thực sự mức độ tổn thương ở phổi và sự rối loạn hô hấp tuần hoàn chưa có mối liên quan chặt chẽ, điều này được nhiều tác giả đề cập đến, nên

việc giám định mất sức lao động cần có các chỉ tiêu khác như chúng tôi nêu ra.

— Với các chỉ tiêu trên, nhất là chỉ số công toàn phần và chỉ số thể lực trên thực tế có thể thực hiện dễ dàng, ít tốn kém, hơn nữa lại chứng tỏ một cách khách quan về mức độ giảm khả năng lao động của người mắc bệnh bụi phổi Silic nghề nghiệp, nếu như phổi hợp được các chỉ tiêu mức độ tổn thương X quang với công toàn phần và chỉ số thể lực. Còn chỉ số công suất tối đa và chỉ số tim mạch chưa có giá trị lắm.

IV — KẾT LUẬN

— Các chỉ số trên có thể đánh giá được mức độ mất sức lao động ở người mắc bệnh bụi phổi Silic nghề nghiệp.

— Việc đánh giá sự mất khả năng lao động như hiện nay nghĩa là chỉ dựa vào mức độ tổn thương X quang phổi là chưa chính xác hoàn toàn, mà cần dựa trên các chỉ tiêu khác như chúng tôi đã nêu trên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đại — Bệnh Silic nghề nghiệp. Bộ Y tế — Cục phòng bệnh chữa bệnh. Bệnh nghề nghiệp 1979, tr 82
2. Lê Đại — Đánh giá tình hình bệnh Silicose ở công nhân một số ngành nghề miền Bắc Việt Nam. Tập san giám định Y khoa số 20-1981.
3. Lê Trung — Vấn đề xác định và giám định bệnh Silicose. Tập san giám định Y khoa số 25-1984.
4. Nguyễn Đức Khoan, Phan Hữu Lịch và CTV — Thăm dò chức năng hô hấp trong công tác giám định bụi phổi. Tập san giám định y khoa số 20 — Bộ Y tế 1981.

GÓP PHẦN NGHIÊN CỨU MỘT SỐ CHỈ TIÊU ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG LAO ĐỘNG CỦA CÔNG NHÂN MẮC BỆNH BỤI PHỔI SILIC NGHỀ NGHIỆP

**NÔNG THANH SƠN
ĐỖ VĂN HÀM**

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh bụi phổi Silic là một bệnh phổi nghề nghiệp phổ biến, chiếm hàng đầu trong các bệnh nghề nghiệp hiện nay về mặt số lượng. Tính chất nguy hiểm của bệnh là tiến triển nặng không hồi phục, gây nên tình trạng suy giảm dần dần khả năng lao động. Nghiên cứu về bệnh này không những mang tính chất y học mà còn có ý nghĩa quan trọng về mặt lao động và xã hội học. Việc giám định khả năng lao động và xét trợ cấp bệnh nghề nghiệp cho những bệnh nhân silic từ trước tới nay thường được dựa trên cơ sở phân loại các hình ảnh tổn thương phổi trên phim X quang. Còn các chỉ số hô hấp và tim mạch là tham khảo và bổ sung khi có sự rối loạn bệnh lý. Chúng ta đã xác định từ thể 1/OP là có mất sức do bệnh nghề nghiệp, là 31%. Theo quy định của Tổ chức lao động quốc tế và OMS đây là thời kỳ đầu của bệnh. Chúng tôi cho rằng đây là tỷ lệ không hợp lý và quá rộng rãi đối với một số bệnh nhân vì ở thể này là một ranh giới mỏng manh giữa có bệnh và không có bệnh.

Ở một số nước việc giám định mất sức lao động của bệnh nhân bụi phổi silic dựa vào chức năng hô hấp là chính. Tuy nhiên việc đo chức năng hô hấp còn gặp nhiều khó khăn, không phải ở đâu cũng xác định được dễ dàng.

Việc giám định khả năng lao động của công nhân mắc bệnh bụi phổi cần xem xét đến khả năng cố gắng thể lực của công nhân một cách khách quan, trên cơ sở những đáp ứng của hệ thống hô hấp và tim mạch. Mục tiêu của đề tài là xem xét, ứng dụng phương pháp của các nước tiên tiến trên những bệnh nhân Việt Nam với những đặc thù riêng cũng như tìm hiểu chọn lọc các phương pháp có thể ứng dụng rộng rãi để đáp ứng với số lượng bệnh nhân đang có nguy cơ tăng lên ở nước ta do nền công nghiệp phát triển chưa hoàn thiện.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng :

Là những bệnh nhân thuộc những nhà máy mà dây chuyền công nghệ có :

— Tiếp xúc với SiO_2 với tỷ lệ trên 60% hạt nhỏ dưới $5\mu\text{m}$ và hàm lượng SiO_2 tự do từ 24% đến 56%, nghĩa là vượt tiêu chuẩn cho phép từ 20 — 60 lần.

— Bệnh nhân có độ tuổi từ 28 — 40

— Tuổi nghề từ 8 — 18 năm.

Những bệnh nhân này đã được các chuyên gia trong hội đồng xem xét nhiều lần và xác định tổn thương phổi trên phim X quang, được phân loại và chọn lọc để đưa vào xem xét khả năng lao động, được phân bổ như sau :

— Còn nghi ngờ : 22 bệnh nhân

— Thể 1/OP : 30 bệnh nhân

- Thẻ 1/1P : 50 bệnh nhân
- Thẻ 1/2P : 5 bệnh nhân
- Tổng cộng 107 bệnh nhân

2. Phương pháp tiến hành :

Dựa vào phương pháp và kinh nghiệm của 2 chuyên viên sinh lý lâm sàng bệnh nghề nghiệp của Tổ chức y tế thế giới và Tổ chức lao động quốc tế là

— Shephard R. S Giáo sư sinh lý học ở Viện sinh lý lâm sàng bệnh nghề nghiệp Toronto, Canada 1971.

— Sortorelli E. O, Giáo sư sinh lý học ở Viện sinh lý lâm sàng bệnh nghề nghiệp Milan — Italia — 1980.

Các chỉ số được sử dụng :

- Chỉ số hô hấp,
- Chỉ số tim mạch,
- Chỉ số thể lực,
- Chỉ số công suất tối đa,
- Chỉ số công toàn phần,

Các chỉ số được xem xét ở điều kiện bình thường và gắng sức.

3. Phương tiện sử dụng :

- Xe đạp lực kế Monarh Thụy Điển
- Hô hấp kế Vitalograp Anh
- Điện tim Fukuda Nhật Bản

4. Tính toán :

— Tính toán các chỉ số theo công thức đã được tiêu chuẩn hóa ở Hội nghị chuyên đề về bệnh bụi phổi Silic nghề nghiệp ở Caracad — Venesuela 1980.

— Phân nhóm bệnh theo mức độ tổn thương X quang dựa vào bảng phân loại quốc tế năm 1980.

— Phương pháp thống kê, kiểm nghiệm được ứng dụng theo phương pháp Ngô Như Hòa.

III — KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Chỉ số hô hấp :

Mức độ tổn thương X quang	Dung tích sống (lít)	Dung tích sống so với lý thuyết (%)	Tiffeneau (%)	MEFR * (lít)	MMEF ** (%)
Nghi ngờ	3,84 ± 0,27	94,2 ± 7,3	78,0 ± 11,0	290,2 ± 78	81,3 ± 14,2
1/0P	3,58 ± 0,34	93,9 ± 7,6	77,4 ± 10,7	284,6 ± 88,2	77,9 ± 15,8
1/1P	3,47 ± 0,29	93,4 ± 8,4	76,9 ± 10,2	278,1 ± 91,3	69,2 ± 19,3
1/2P	3,41 ± 0,49	92,9 ± 10,1	76,1 ± 12,3	269,3 ± 10,2	62,8 ± 27,7
	P > 0,05		P < 0,01	P > 0,05	P < 0,05

* Lưu lượng khí thở ra gắng sức tối đa

** Lưu lượng khí thở ra gắng sức tối đa ở thời điểm 50% giữa.

Nhận xét :

— Các chỉ số về DTS và MEFR giảm chưa nhiều theo mức độ tổn thương ($P > 0,05$).

— Chỉ số Tiffeneau và chỉ số MMFF là giảm đáng kể theo mức độ tổn thương trên phim X quang ($P < 0,05$).

— Những rối loạn về hô hấp thường gặp ở bệnh nhân này là hội chứng tắc nghẽn, hội chứng hạn chế và rối loạn kết hợp cả hai loại trên là phù hợp với mức độ tổn thương X quang, điều đó chứng tỏ rằng tổn thương phổi càng nhiều thì rối loạn hô hấp càng lớn. Mối liên quan này được xác nhận là liên quan tuyến tính $y = ax + b$.

2. Chỉ số về tim mạch :

Trước gắng sức : $81,7 \pm 6,8$ lần/1 phút
Sau gắng sức : $131,9 \pm 18,4$ lần/1 phút
Tăng 161,4% bình thường chỉ tăng 140%

Như vậy đối tượng bị bệnh đã có những biểu hiện bất thường về hệ tim mạch nhất định và trên điện tâm đồ thấy có rối loạn sau :

Biểu hiện	Trước gắng sức		Sau gắng sức	
	Số lượng	%	Số lượng	%
Bloc nhĩ thất không hoàn toàn	13	72,2%	16	51,6%
Tăng gánh nặng thất phải	3	16,7%	12	38,7%
Các rối loạn khác	2	11,1%	3	9,7%
Tổng cộng	18		31	

Chứng tỏ sau gắng sức hệ tim mạch bộc lộ rõ tổn thương của mình đặc biệt là dấu hiệu tăng gánh nặng thất phải, điều này phù hợp với tình trạng bệnh lý tim phổi.

3. Chỉ số về thềm lực :

Ở bệnh nhân tổn thương $< 1/0P$ $136,8 \pm 27,9$	Ở bệnh nhân chưa có rối loạn hô hấp và tim mạch $140,5 \pm 26,7$
Ở bệnh nhân tổn thương $> 1/0P$ $118,2 \pm 19,5$	Ở bệnh nhân có rối loạn hô hấp và tim mạch $135 \pm 37,3$
$P < 0,05$	$P > 0,05$

Nhận xét :

Chỉ số thể lực ở người càng có tổn thương nhiều ở phổi càng giảm có ý nghĩa ($P < 0,05$) chứng tỏ có sự liên quan giữa mức độ tổn thương và chỉ số thể lực. Theo số liệu của Nguyễn Mạnh Phan 1982 thì sự phù hợp của chỉ số này còn có sự liên quan chặt chẽ với lứa tuổi. Nhưng ở đây chúng tôi chưa thấy rõ mối quan hệ này, có lẽ do độ tuổi của đối tượng chúng tôi là tương đối đồng nhất.

Nếu chỉ xét mối liên quan với sự rối loạn hô hấp và tim mạch thì chỉ số thể lực ở 2 nhóm này khác nhau chưa có ý nghĩa ($P > 0,05$).

4. Chỉ số công suất tối đa và công toàn phần

Các tổn thương X quang	Công suất tối đa (W)		Công toàn phần (Jun)	
	Nam	Nữ	Nam	Nữ
Nghỉ ngơi	215	175	125.000	98.500
1/0P	200	160	120.000	96.500
1/1P	185	110	114.000	89.000
1/2P	180	140	107.000	76.000
	$P > 0,05$		$P < 0,05$	

Nhận xét : So sánh các nhóm ở cả nam và nữ thì thấy công suất tối đa ở các nhóm suy giảm chưa đáng kể và sự giảm này chưa có ý nghĩa ($P > 0,05$) chứng tỏ ở bệnh bụi phổi silicose công suất tối đa của người bệnh chưa giảm rõ lắm.

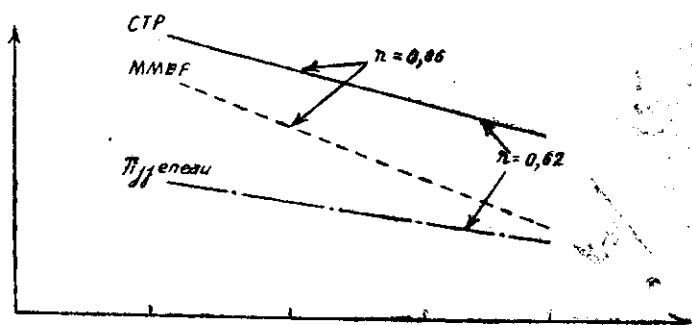
Nhưng xét về công toàn phần thì ở các nhóm bệnh có suy giảm theo mức độ tổn thương X quang, sự suy giảm này có ý nghĩa ($P < 0,05$) nghĩa là sự tổn thương càng lớn càng nhiều thì công toàn phần càng giảm, chứng tỏ ở các bệnh nhân này có sự giảm sức bền dẻo dai, giảm sức mạnh tối đa theo thời gian. Tuy nhiên ở đây sự suy giảm khả năng gắng sức ở nhóm nữ thể hiện rất rõ rệt ngay từ khi bệnh mới phát sinh, (so với trị số bình thường của nhóm đối chứng).

5. Tỷ lệ giảm khả năng lao động theo các chỉ số

- Theo chỉ số hô hấp tim mạch : 30%
- Theo chỉ số thể lực : 8%
- Theo chỉ số công suất tối đa : 2%
- Theo chỉ số công toàn phần : 30%
- Theo phương pháp giám định dựa trên phim X quang đơn thuần : 8%

Ở đây các chỉ số hô hấp tim mạch, chỉ số thể lực và chỉ số công suất toàn phần thể hiện khách quan mức độ mất sức lao động của công nhân mắc bệnh bụi phổi, theo các tác giả trên thế giới (Roxeys I, Lacalla, Pelear. H) thì vai trò của chỉ số hô hấp cao hơn so với chỉ số công suất toàn phần, nhưng ở chúng tôi thấy hai chỉ số này có giá trị ngang nhau.

6. Sự tương quan giữa các chỉ số và mức độ tổn thương



— Sự giảm công suất toàn phần với mức độ tổn thương :

> 1/oP tỷ lệ 60 % giảm công suất toàn phần

< 1/oP tỷ lệ 25% giảm công suất toàn phần

So sánh bằng Test $x^2 = 5,1$ $P < 0,05$

Nhận xét : Qua biểu đồ trên thấy sự giảm công suất toàn phần có mối tương quan chặt chẽ với chỉ số hô hấp (MMEF) ($r = 0,86$) và tương quan nghịch biến với hội chứng tắc nghẽn ($r = 0,72$) nghĩa là hội chứng tắc nghẽn càng cao thì sự suy giảm công suất toàn phần càng lớn. Mối tương quan này có đồ thị tuyến tính như sau :

$$y = 10,75x \pm 1,45$$

Chúng tôi còn thấy sự giảm công suất toàn phần cũng có mối tương quan chặt chẽ với mức độ tổn thương phổi trên X quang ($x^2 = 5,1$) nghĩa là tổn thương càng lớn công suất toàn phần càng giảm.

— Các chỉ số khác như công suất tối đa và chỉ số thể lực chưa thấy có sự tương quan này.

IV — KẾT LUẬN

Qua kết quả và bàn luận trên chúng tôi rút ra một số kết luận sau :

1. Lần đầu tiên ứng dụng phương pháp thăm dò khả năng lao động trên những công nhân mắc bệnh bụi phổi silic ở Việt Nam chúng tôi thấy rằng để xác định tỷ lệ mất sức ngoài việc căn cứ các hình ảnh tổn thương trên phim X quang thì các chỉ số khác cần được xem xét một cách nghiêm túc và bắt buộc đặc biệt là chỉ số hô hấp và chỉ số công suất toàn phần mà bệnh nhân đã được thử nghiệm có vai trò hàng đầu.

2. Phương pháp này có thể tiến hành được trong điều kiện trang thiết bị tuyến tính và đánh giá được chính xác khách quan, hơn nữa đây cũng là phương pháp mà Tổ chức lao động quốc tế đã đưa vào tiêu chuẩn đánh giá khả năng lao động của bệnh nhân silicose.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Đại — Bệnh silicose nghề nghiệp. Bộ Y tế — Cục phòng bệnh chữa bệnh. Bệnh nghề nghiệp 1979 trang 82
2. Lê Đại — Đánh giá tình hình bệnh bụi phổi Silic ở công nhân một số ngành nghề miền Bắc Việt Nam. Tập san giám định y khoa số 20 — 1981.
3. Lê Trung — Vấn đề xác định và giám định bệnh silicose. Tập san giám định y khoa số 25 — 1984
4. Nguyễn Đức Khoan, Phan Hữu Lịch và CTV — Thăm dò chức năng hô hấp trong công tác giám định bệnh bụi phổi. Tập san giám định y khoa số 20 — 1981

TÌNH HÌNH Ô NHIỄM KHÔNG KHÍ KHU DÂN CƯ THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN

NÔNG THANH SƠN và cộng sự

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Ô nhiễm khí quyển đã trở thành vấn đề thời sự của thế giới. Các chuyên gia môi trường học Liên Xô đã kêu gọi: « Hãy bảo vệ mái nhà chung của trái đất » Lịch sử thế giới đã cho biết những tai họa do ô nhiễm ở các vùng công nghiệp phát triển và dân cư đông đúc như: Vụ thung lũng Meuse (Bỉ) năm 1970 ; Donora (Mỹ) 1942, Mehicô 1950, Luân Đôn, 1952, v.v..., Hầu hết ở các vùng này bầu không khí đều chứa đựng một lượng bụi và hơi khí độc do các nhà máy xây dựng vô tổ chức.

Ở nước ta vấn đề này chưa phải là trầm trọng, song từng nơi, từng lúc vấn đề ô nhiễm môi trường đã và đang diễn ra. Nhiều tác giả như Đào Ngọc Phong, Hoàng Văn Bích, Nguyễn Văn Cung, v.v... đã nghiên cứu tình trạng ô nhiễm môi trường ở các vùng công nghiệp như Hà Nội, Hải Phòng, Vĩnh Phú, Hà Nam Ninh, v.v... và đã chứng minh được sự nguy hiểm của ô nhiễm môi trường đến sức khỏe của nhân dân sống trong vùng ô nhiễm.

Tại Thái Nguyên, là một vùng công nghiệp nặng được xây dựng từ 20 năm nay, nên vấn đề ô nhiễm là không tránh khỏi. Năm 1977 Phạm Thái và CTV đã nghiên cứu nồng độ bụi than hướng gió đông nam trong phạm vi 1000 mét. Năm 1986 Nông Thanh Sơn và Đặng Đức Phú (Viện VSDT) đã nghiên cứu nồng độ bụi ở phạm vi 1000 mét đến 3000 mét so với nguồn ô nhiễm. Năm 1981 — 1982 chúng tôi tiếp tục nghiên cứu trong phạm vi toàn thành phố với các hướng gió khác nhau và nghiên cứu nguồn ô nhiễm do nhà máy điện Thái Nguyên ở hai mùa là mùa hè và mùa đông. Góp phần đánh giá chung mức độ ô nhiễm do công nghiệp gây ra.

II — PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH

1. Thời gian :

Bắt đầu từ năm 1980 đến 1981 ở hai mùa :

— Mùa hè với hướng gió đông nam là chủ yếu tốc độ 2 — 5m/s, độ ẩm tương đối 80,66% ; lượng nước trung bình 12mm.

— Mùa đông với hướng gió chủ đạo là tây bắc, tốc độ gió 1,86 m/s, nhiệt độ trung bình 20,87°C, độ ẩm 79,2%, không mưa.

— Thời gian nghiên cứu mỗi đợt là 5 — 7 ngày.

2. Phương pháp.

— Định lượng bụi theo phương pháp hứng, dùng cốc thủy tinh hứng 5 — 7 ngày để xác định trọng lượng theo các điểm xác định trên bản đồ.

— Định lượng SO₂ theo phương pháp so độ đục trên thang màu.

— Định lượng CO₂ theo phương pháp chuẩn độ với dung dịch Barit.

III — KẾT QUẢ

Sau 2 năm nghiên cứu chúng tôi thu được kết quả sau :

1. Tình hình ô nhiễm chung toàn thành phố.

Năm nghiên cứu	Nồng độ bụi $\text{g/m}^3/24\text{h}$ $\text{tấn/km}^2/\text{năm}$	SO_2 mg/m^3	CO_2 ‰
1977 (P. Thái)	$1,42 \pm 0,50$ 518		
1980 (N. T. Sơn)	$0,68 \pm 0,31$ 244,8	—	—
1981 (N. T. Sơn)	$0,36 \pm 0,22$ 132	$0,56 \pm 0,36$	$0,47 \pm 0,14$
Tiêu chuẩn	96	0,05	1‰

Nhận xét :

Nồng độ bụi các lần nghiên cứu đều quá mức cho phép. Giảm dần ở những năm sau là do tốc độ sản xuất của Nhà máy cán thép Gia Sàng cũng giảm trong những năm 1980 — 1981.

- Nồng độ SO_2 cao quá mức cho phép ở khu dân cư.
- Nồng độ CO_2 còn nằm trong giới hạn bình thường.

2. Phân bố theo khoảng cách.

Ô nhiễm không khí	200 mét	1000 mét	2000 mét	3000 mét
Bụi	$0,21 \pm 0,10$	$0,53 \pm 0,12$	$0,30 \pm 0,13$	$0,45 \pm 0,27$
SO_2	$0,70 \pm 0,35$	$0,41 \pm 0,23$	$0,50 \pm 0,35$	$0,63 \pm 0,27$
CO_2	$0,50 \pm 0,36$	$0,53 \pm 0,13$	$0,45 \pm 0,13$	$0,48 \pm 0,22$

Nhận xét : Ở cự ly 1000 mét và 2000 mét so với nguồn nồng độ các chất đều cao.

— Ở cự ly 200 mét nồng độ SO_2 và CO_2 cao là do nồng độ này trong nhà máy đã rất cao.

3. Phân bố theo hướng gió.

Ô nhiễm không khí	Nam	Đông nam	Đông	Đông bắc	Tây bắc
Bụi	$0,25 \pm 0,03$	$0,32 \pm 0,26$	$0,29 \pm 0,06$	$0,13 \pm 0,03$	$0,48 \pm 0,20$
SO_2	$0,46 \pm 0,20$	$0,62 \pm 0,30$	$0,52 \pm 0,40$	$0,68 \pm 0,24$	$0,59 \pm 0,10$
CO_2	$0,46 \pm 0,24$	$0,55 \pm 0,12$	$0,46 \pm 0,13$	$0,44 \pm 0,04$	$0,51 \pm 0,10$

Nhận xét : Hướng đông nam và hướng tây bắc có nồng độ các chất cao hơn các hướng khác.

4. Ô nhiễm do nhà máy điện Thái Nguyên.

Ô nhiễm không khí	100m	200m	500m	1000m	2000m
Bụi	$0,12 \pm 0,05$	$0,75 \pm 0,32$	$0,76 \pm 0,33$	$2,36 \pm 1,64$	$2,61 \pm 1,05$
SO ₂	$0,30 \pm 0,23$	$0,22 \pm 0,20$	$0,36 \pm 0,29$	$0,41 \pm 0,28$	$0,53 \pm 0,15$
CO ₂	$0,49 \pm 0,08$	$0,56 \pm 0,14$	$0,52 \pm 0,10$	$0,51 \pm 0,23$	$0,59 \pm 0,10$

Nhận xét : Ở nhà máy điện về hướng tây bắc (thành phố) các chất đều tăng lên theo khoảng cách.

5. Tần suất và tốc độ gió trong năm (theo Sở xây dựng Bắc Thái và Trạm khí tượng Bắc Thái)

Hướng	Bắc	Đ. bắc	Đông	Đ-N	N	T-N	T	T-B	l ặng gió
Tần suất	4,80	7,10	5,80	21,80	3,60	1,30	2,20	15,70	29,40
Tốc độ	2,07	2,49	1,80	2,26	1,88	1,89	1,71	1,88	—
Hệ số nhiễm bẩn	1,93	2,82	2,77	9,33	1,86	0,67	1,24	8,17	—

Nhận xét : Theo sự tính toán hệ số nhiễm bẩn ở hướng Đông Nam là cao nhất rồi đến hướng Tây Bắc.

IV - BÀN LUẬN

Qua các đợt nghiên cứu cả mùa hè và mùa đông chúng tôi thấy nồng độ bụi và lượng khí SO₂ cao quá mức bình thường. Nồng độ bụi gấp 3 lần tiêu chuẩn, SO₂ gấp 10 lần so với tiêu chuẩn. Nhất là trong thời kỳ Nhà máy cán thép Gia Sàng sản xuất với nhịp độ 16 — 20 lần trong ngày. Nồng độ bụi cao tùy thuộc vào sự sản xuất nhiều hay ít. Những năm gần đây (1980 — 1981), sự sản xuất có giảm xuống, có ngày hoàn toàn không đào thải gì mà chúng tôi khảo sát ở cả 2 mùa vẫn thấy nồng độ bụi cao quá mức cho phép. Điều này chứng tỏ ngoài nguyên nhân là Nhà máy cán thép Gia Sàng là nguồn nhiễm bẩn chính còn có những nhà máy khác ở xung quanh thành phố như nhà máy điện, nhà máy giấy, mỏ than, v.v... ở phía bắc thành phố là nguồn ô nhiễm. Chúng tôi đã loại trừ nguyên nhân ô nhiễm do giao thông vận tải vì điểm chọn đặt mẫu nghiên cứu đều xa đường giao thông. Như vậy tại thành phố này đã có sự ô

nhiễm từ lâu chứ không phải là mới bị từ khi xây dựng nhà máy cán thép. Về sự khác biệt các nồng độ ở mùa hè và mùa đông là không đáng kể ($t = 0,6$, $P = 0,05$).

Sự phân bố nồng độ các chất ô nhiễm chúng tôi thấy khác với một số tác giả khác là khoảng cách xa nguồn ô nhiễm có sự biến động tăng cao ở cự ly 1000 mét rồi giảm dần ở 2000 mét nhưng đến 3000 — 3500 mét so với nguồn ô nhiễm lại tăng lên. Khi nghiên cứu hướng đối diện là Nhà máy điện Thái Nguyên cũng thấy có quy luật như vậy: Nghĩa là nồng độ tăng dần ở khoảng cách 900 — 1000 mét. Chúng tôi nghĩ có lẽ khu vực này là một vùng giao thoa ô nhiễm giữa 2 nguồn đối diện nhau khi có gió đông nam chịu ảnh hưởng Nhà máy cán thép, còn khi có gió tây bắc chịu ảnh hưởng Nhà máy điện. Thăm dò dư luận nhân dân cũng thấy có sự phản nản về bụi lúc nào cũng nhiều. Như vậy hướng đông nam và hướng tây bắc có tần xuất gió trong năm lớn nhất nên sự ô nhiễm cũng nhiều nhất. Còn các hướng khác sự ô nhiễm ít hơn từ 1,6 — 35 lần. Sự phân bố các chất ô nhiễm có sự tương quan với nhau ($r = 0,65$).

Thành phần của bụi ô nhiễm chủ yếu là bụi than do nhà máy điện và bụi oxy sắt do Nhà máy cán thép Gia Sàng. Theo phân tích của Viện vệ sinh dịch tễ cho thấy hàm lượng FeO_2 trong bụi từ 10% — 30%, hàm lượng này giảm dần theo khoảng cách xa dần.

V — KẾT LUẬN — ĐỀ NGHỊ

1. Mức độ ô nhiễm không khí ở thành phố Thái Nguyên là lâu đời và tương đối cao, ô nhiễm nhiều hay ít là phụ thuộc vào sự hoạt động của nhà máy cán thép Gia Sàng.

2. Khoảng cách nhà máy 1000 mét là cao nhất và khoảng cách 3000 mét so với nhà máy cán thép về hướng đông nam theo chiều gió đã tạo thành vùng giao thoa nhiều bên cùng với nguồn là Nhà máy điện Thái Nguyên khi có gió tây bắc.

3. Hướng đông nam và tây bắc là ô nhiễm nặng nề nhất. Thực tế phù hợp với bản đồ ô nhiễm tính toán theo tần xuất và tốc độ gió của Sở xây dựng và Trạm khí tượng thủy văn Bắc Thái,

Đề nghị:

— Nhà máy Cán thép Gia Sàng cần nghiên cứu hệ thống lọc hút bụi trước khi đào thải.

— Tăng cường trồng cây xanh xung quanh nhà máy chống sự lan tỏa của khói bụi.

— Cần nghiên cứu hướng phát triển và xây dựng thành phố tránh ô nhiễm lâu dài.

— Cần tiến hành phối hợp nghiên cứu lâu dài mức độ ô nhiễm và tình hình sức khỏe của nhân dân sống trong vùng đó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Tích Minh, Lê Vĩ Hùng, Đào Ngọc Phong — Vệ sinh hoàn cảnh, nhà xuất bản Y học — 1978
2. Đào Ngọc Phong — Ô nhiễm môi trường tập 3. Nhà xuất bản khoa học kỹ thuật 1979.
3. Đào Ngọc Phong và CTV — Tác động của ô nhiễm môi trường khu công nghiệp đến sự biến động sinh thái. CTNCKH Y dược 1977.
4. Nguyễn Bình Xuyên, Đào Ngọc Phong — Tình hình ô nhiễm nhà máy điện Ninh Bình luận văn tốt nghiệp 1978.
5. Hoàng Tích Minh — Ô nhiễm do cháy. Chuyên đề VSDT dùng cho chuyên khoa Trường đại học Y Hà Nội — 1978.
6. Nguyễn Bình — Công nghiệp nặng và vấn đề ô nhiễm môi trường. Tạp chí Y học 1978.
7. Trahaut A — Vấn đề giới hạn được công nhận của các chất gây ô nhiễm khí trời. Y học lao động số 3 — 1973.
8. E. P. Odum — Cơ sở sinh thái học tập 2. Nhà xuất bản Đại học và Trung học chuyên nghiệp năm 1979.
9. Bộ Y Tế — Điều lệ giữ gìn vệ sinh bảo vệ sức khỏe năm 1977.

THỬ DÙNG NGHIỆM PHÁP LIAN ĐỂ ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG LUYỆN TẬP CỦA TRẺ EM DÂN TỘC MÔNG Ở TRƯỜNG AN NINH III

NÔNG THANH SƠN

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiệm pháp Lian là một nghiệm pháp dùng để xác định sự thích ứng của hệ tim mạch trong gắng sức, thường được dùng để đánh giá khả năng tập luyện của vận động viên, khả năng thích ứng của công nhân đối với lao động và đánh giá tình trạng thể lực, mệt mỏi, v.v... Ở trường an ninh III. Nơi tập hợp những trẻ em vùng núi cao dân tộc ít người, đã quen việc leo trèo mang vác, nghĩa là đã thông qua sự rèn luyện lao động. Chúng tôi thử áp dụng nghiệm pháp Lian là nghiệm pháp động tạo ra một gánh nặng thể lực cho đối tượng rồi sẽ theo dõi thời gian hồi phục, nhằm đánh giá khả năng luyện tập.

II — PHƯƠNG PHÁP TIẾN HÀNH

1. **Đối tượng** : Các em học sinh dân tộc Mông ở lứa tuổi 11 — 16 Trường an ninh III. Đối tượng được chọn là những em đã qua thăm khám lâm sàng và được kết luận hệ tim mạch bình thường.

2. **Phương pháp** : Lấy mạch cho đối tượng ở tư thế đứng, sau đó đối tượng bước tại chỗ 20 lần trong 1 phút. Cẳng chân vuông góc với đùi, đùi vuông góc với thân. Sau đó bắt mạch ngay. Tính số mạch tăng trong 10 giây đầu của phút nghỉ thứ nhất. Sau đó theo dõi thời gian hồi phục mạch.

III — KẾT QUẢ

Theo dõi 82 người tuổi từ 11 đến 16, chúng tôi thu được một số kết quả sau :

a) *Tần số mạch trước vận động* :

$$76 \pm 8$$

Chỉ số mạch của các em nằm trong giới hạn bình thường.

b) *Tần số mạch tăng sau nghiệm pháp 10 giây đầu* :

$$20 \pm 2$$

Chứng tỏ sau khi làm nghiệm pháp tần số mạch trong 10 giây đầu tăng hơn so với trước vận động khoảng 7, 8 nhịp. Nếu tính trong một phút thì tăng khoảng 35 — 40 nhịp. Sự tăng này cũng như ở người lớn.

c) *Thời gian hồi phục* :

— Thời gian hồi phục trung bình là :

$$2,24 \text{ phút} \pm 0,74 \text{ phút}$$

Tần số mạch của các em hồi phục sớm vào loại khá.

— So sánh các lứa tuổi.

+	Lứa tuổi	11	thời gian hồi phục là	2,08	phút
+	»	12	»	2,35	—
+	»	13	»	2,35	—
+	»	14	»	2,26	—
+	»	15	»	2,17	phút
+	»	16	»	2,43	—

Ở các lứa tuổi thời gian hồi phục của mạch cũng nằm vào loại khá, giữa các lứa tuổi không có sự khác nhau về thời gian hồi phục ($P > 0,05$).

d) Phân loại sức khỏe thể lực :

Căn cứ vào bảng phân loại của Lian thời gian hồi phục của mạch nhanh hay chậm, chúng tôi phân loại khả năng thích ứng hệ tim mạch của các em như sau :

— Loại tốt :	52,4%
— Loại khá :	32,9%
— Loại trung bình :	12,2%
— Loại yếu :	2,5%

IV — BÀN LUẬN

1. Tại trường an ninh III các em dân tộc vùng núi cao đã quen với vận động từ nhỏ, hơn nữa khi vào tập trung trong nhà trường lại được luyện tập thường xuyên nên khả năng thích ứng của hệ tim mạch các em khá tốt. Thời gian hồi phục sớm chứng tỏ sự vận động thường xuyên tạo ra những gánh nặng thể lực thường xuyên, như vậy đòi hỏi phải có một sự hoạt động mà hệ tim mạch phù hợp với hoạt động đó và quá trình luyện tập thường xuyên đã tạo ra sự thích ứng hệ tim mạch.

Đối với các em người Mông ở vùng núi cao, sự vận động là có tự nhiên vì thể phần nào có sự thích nghi hệ tim mạch. Hơn nữa đến trường thường xuyên được rèn luyện nên sự thích ứng hệ tim mạch càng được củng cố.

2. Nghiệm pháp này nhằm kiểm tra sự thích ứng hệ tim mạch rất thuận tiện, đơn giản, dễ làm và không gây tác hại gì cho đối tượng thử nghiệm, bản thân các em nhỏ từ 10 tuổi trở lên cũng có thể thực hiện được chỉ cần người thử nghiệm thuần thục trong công tác đếm mạch nếu như không có máy ghi nhịp tim.

V — KẾT LUẬN

1. Thời gian hồi phục mạch của các em vào loại khá, chứng tỏ có sự thích ứng hệ tim mạch trong quá trình luyện tập.

2. Các em trường an ninh III có sức khỏe loại tốt và khá chiếm trên 80%. Đảm bảo sự học tập và rèn luyện nghiệp vụ.

3. Phương pháp đơn giản dễ thực hiện, chính xác để phân loại sức khỏe. Có thể áp dụng trong sinh lý thể dục thể thao đối với các em từ 10 tuổi trở lên,

VAI TRÒ CỦA THÔNG SỐ HÔ HẤP « LƯU LƯỢNG THỞ RA TỐI ĐA » TRONG THĂM DÒ CHỨC NĂNG HÔ HẤP

ĐỖ HÀM

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Thăm dò chức năng hô hấp càng ngày càng trở thành một xét nghiệm phổ biến trong thăm dò chức năng ở các phòng thí nghiệm đối với người khỏe, người bệnh, đặc biệt là các bệnh phổi nghề nghiệp. Từ trước đến nay chúng ta thường chỉ dựa vào hai thông số chính là dung tích sống VC (vital capacity) và chỉ số Tiffeneau để đánh giá chức năng thông khí. Các chỉ số khác thường ít sử dụng vì đòi hỏi máy móc phức tạp hoặc chưa được xem xét nhiều.

Hai thông số hô hấp biểu hiện lưu lượng thở ra tối đa MEEFR và MMEF là những thông số gắng sức đánh giá sự lưu thông của luồng không khí đi qua khí phế quản. Thông số MEFR (Maximal expiratory flow rate) là lưu lượng thở ra tối đa được xác định ở phần 1 lít không khí sau khi đã thở 200ml trên đồ thị khi xác định chỉ số FEV₁ và được tính bằng lít trên phút. Thông số MMEF (Maximal midexpiratory flow) là lưu lượng thở ra tối đa được xác định ở 50% giữa từ khoảng 25% đến 75% lưu lượng khi ta làm FEV₁, cũng được tính bằng lít trên phút. Hai thông số này đã được nhiều tác giả trên thế giới sử dụng. Các tác giả cho rằng thông số này nằm trong những thông số nhạy nhất để đánh giá tình trạng thông khí và giãn phế nang (David, V. Bates, Ronald V Chrislie, 1964...). Trong hội nghị chuyên đề về bệnh bụi phổi năm 1971 tại Bucaret các tác giả đã xếp hai thông số này vào những thông số quan trọng trong thăm dò chức năng hô hấp những công nhân mắc bệnh phổi nghề nghiệp và các bệnh phế quản (E. Sortorelli 1971).

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. Đối tượng :

Trên 472 công nhân được chọn (có bảng sau):

Ở lứa tuổi từ 25 đến 40 có chiều cao từ 1,57m đến 1,65m đối với nam, 1,47m đến 1,55m đối với nữ với thể trạng trung bình. Vì những tiêu chuẩn trên cho phép họ có chỉ số hô hấp khác nhau ít (chỉ số lý thuyết) đồng thời đây cũng là tuổi mắc bệnh nghề nghiệp nhiều.

Các công nhân được chọn ở các nhà máy cơ khí, vật liệu chịu lửa, đồ gốm sứ, nhà máy điện, nhà máy sản xuất phân lân thuộc Hà Nội và Bắc Thái, tất cả được chia làm 5 nhóm.

- Nhóm những công nhân khỏe mạnh chưa mắc bệnh.
- Nhóm những công nhân bị viêm phế quản mạn.
- Nhóm bị bệnh Silicosis 0/1P và 1/0P (nghỉ và mới)
- Nhóm bị bệnh silicosis 1P.
- Nhóm bị bệnh silicosis 2P.

Nhóm bị viêm phế quản mạn được khám và chọn theo mẫu phiếu của OMS các trường hợp Silicosis (3 nhóm sau) đã được hội chẩn nhiều lần cả về lâm sàng và X quang tại Viện YHLD và Viện bảo hộ lao động.

2. Phương pháp:

a) *Kỹ thuật*: Toàn bộ các bệnh nhân và công nhân đều được kiểm tra bằng máy hô hấp ký do Anh, Mỹ, Tây Đức hợp tác (Vitalograph, spirometre) biểu đồ hô hấp được ghi tốc độ 3 cm/giây trên giấy than Anh, Mỹ sản xuất. Các thông số thống nhất được điều chỉnh về điều kiện BTPS, các yếu tố gây co thắt phế quản được loại trừ qua môi trường lao động (Chọn môi trường chủ yếu là bụi vô cơ và SiO_2 có khả năng gây xơ hóa phổi) và nghiệm pháp Bronchodilatation (giãn phế quản).

b) *Phương pháp đánh giá*:

Trước hết chúng tôi tiến hành xem xét so sánh sự thay đổi chỉ số trung bình giữa các nhóm đối tượng được chọn lọc một cách nghiêm túc sự so sánh này còn dựa trên tỷ lệ phần trăm so với trị số lý thuyết (Tiffeneau và Bates Christie cùng các tác giả Anh, Mỹ khác mà các nước đang sử dụng).

III — KẾT QUẢ

Công trình được tiến hành từ năm 1980 đến 1984 trên 472 công nhân và phân phối như sau:

- Nhóm 1: Công nhân khỏe mạnh 140 người (72 nam, và 68 nữ)
- Nhóm 2: Công nhân bị viêm phế quản mạn tính 97 người (49 nam và 48 nữ).
- Nhóm 3: Bệnh nhân nghi ngờ Silicosis giai đoạn mới có 93 người (47 nam và 46 nữ).
- Nhóm 4: Bệnh nhân Silicosis giai đoạn 1p 83 người (44 nam và 39 nữ)
- Nhóm 5: Bệnh nhân silicosis có 59 người (31 nam và 28 nữ).

Các thông số được chọn để xem xét và đánh giá là Tiffeneau, MEFR, MMEF.

Bảng 1 — Chỉ số hô hấp ở công nhân nam

Số TT	Nhóm đối tượng	Số lượng	T. %	MEFR 1/PH	MMEF 1/ph	MMEF %
1	Công nhân khỏe	72	$80,4 \pm 10$	$301,0 \pm 81,2$	$218,8 \pm 51,3$	$90,5 \pm 21,0$
2	Viêm phế quản mạn	49	$77,6 \pm 10,8$	$289,4 \pm 78,6$	$184,3 \pm 44,2$	$76,3 \pm 24,6$
3	Silicosis giai đoạn 0/1p và 1/0p	47	$76,6 \pm 11,7$	$286,4 \pm 97,2$	$186,0 \pm 48,5$	$76,8 \pm 18,9$
4	Silicosis g/đ 1p	44	$77,7 \pm 12,4$	$275,8 \pm 102,5$	$170,1 \pm 52,1$	$70,2 \pm 30,4$
5	Silicosis g/đ 2p	31	$77,4 \pm 10,6$	$240,6 \pm 75,7$	$152,4 \pm 56,2$	$54,5 \pm 37,7$

Bảng 2 — So sánh độ giảm giữa 2 chỉ số TIFFENEAU và MMEF%

Nhóm	%	T (dưới 75%)		MMEF dưới 75%		Giảm MMEF dưới 75% d.t (o giảm Tiff)	
		Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
(III) Silicosis mới	93	18	19,3	26	27,9	7	7,5
(IV) Silicosis 1p	83	11	13,2	34	40,9	22	26,5

Bảng 3 — So sánh trị số MEFR và MMEF ở người bình thường theo các tác giả

Tác giả	MMFR		MMEF	
	Nam	Nữ	Nam	Nữ
Kết quả chúng tôi	301,0 ± 81,2	234,2 ± 72,6	218,8 ± 51,3	167,6 ± 37,8
Trịnh Bình Di	Từ 220 đến 280		Từ 71 đến 180	
Kory và Bates..	400	330	260	200

IV — NHẬN XÉT KẾT QUẢ

Trong quá trình tiến triển bệnh lý ở phổi các tổn thương gây ảnh hưởng đến quá trình thông khí của phổi ngày càng tăng do vậy những trường hợp bệnh tiến triển ở các giai đoạn nặng thường dễ phát hiện. Song ở các giai đoạn nhẹ, đặc biệt là các giai đoạn nghi ngờ những thay đổi thông khí thường khó phát hiện vì các biến đổi ít do vậy việc xem xét chọn lọc các chỉ số thông khí trong điều tra là điều cần thiết.

1. Chỉ số MEFR :

Kết quả cho thấy sự biến đổi của chỉ số này tương đối rõ rệt so với chỉ số Tiffeneau trong các tình trạng sinh lý và bệnh lý khác nhau. Sự thay đổi này rất có ý nghĩa ($p < 0,01$). Trường hợp viêm phế quản mạn, trị số này cũng giảm như các trường hợp silicosis mới và nghi ngờ, các trường hợp silicosis không khác biệt nhiều so với viêm phế quản mạn. Song các trường hợp 2p thì chênh lệch rất rõ rệt do vậy việc xem xét nhằm phân biệt các trường hợp viêm phế quản mạn là điều rất cần thiết. Nếu so sánh với nhận xét của Trịnh Bình Di (220 — 280 l/p) ở những người bình thường thì kết quả của chúng tôi cao hơn. Có lẽ sự khác biệt này còn do vấn đề chọn đối tượng. Ngay cả các trường hợp bệnh lý nhẹ thì kết quả của chúng tôi cũng còn cao hơn.

Tuy vậy so sánh với các tài liệu nước ngoài (300 — 360 lit/phút đối với nữ, 380 — 420 lit/phút ở nam) của các tác giả : Comroe và cộng sự 1955, Wang và Shifley 1958, Hyatt và cộng sự 1958 : Horton và Philips 1959, Kory và cộng sự 1961, Cottes 1965, David-V-Bates 1964, Vargha 1968 thì kết quả của chúng tôi còn thấp hơn nhiều. Do vậy việc tiến hành rộng rãi ở nước ta đề đi đến thống nhất là điều cần thiết.

2. Chỉ số MMEF :

Chỉ số này lần đầu tiên được đề cập đến là năm 1955 do Leuallen và Fowler. Chúng tôi thấy sự thay đổi trị số trung bình này rất rõ rệt. Tùy theo tình trạng sinh lý và bệnh lý, ngay cả các trường hợp Silicosis nghi ngờ và mới (0/1P) cũng đã thay đổi so với bình thường. Sự chênh lệch này càng rõ rệt trong các thời kỳ tiến triển bệnh lý, tuy vậy các trường hợp viêm phế quản mạn tính cũng được phản ánh như các trị số của FEV1 và EFR. Do vậy vấn đề quan sát lâm sàng và yếu tố nghề nghiệp vẫn là vấn đề quan trọng đáng lưu ý.

Nếu so sánh với số liệu của Gs. Trịnh Bình Di. Trên những người bình thường (70 — 180 l/phút). Trị số liệu của chúng tôi cao hơn khá nhiều ngay cả các trường hợp bệnh lý, số liệu của chúng tôi cũng còn cao hơn số liệu bình thường của Gs. Di, đây là điều cần xem xét thêm.

Nếu so sánh với các tác giả Âu Mỹ thì số liệu của chúng tôi còn thấp hơn khá nhiều. Các tác giả : Leuallen và Fowler 1955, Kory và cộng sự 1964 — David V Bates và Ronald V Christie 1964, Vargha và Kovats 1968 đều cho rằng chỉ số MMEF ở những người bình thường khoảng 200 — 270 l/phút. Cũng như chỉ số MEFR, chỉ số MMEF ở chúng tôi có sự chênh lệch giữa nam và nữ tương đối nhiều (20%). Trong khi đó theo các tác giả Âu Mỹ thì sự chênh lệch khoảng 12% (nữ thấp hơn), đây cũng là điều chúng tôi chưa giải thích được.

Chúng tôi thử tiến hành xem xét tỷ lệ MMEF đo được trên MMEF mà cơ thể đối tượng có thể có được về mặt lý thuyết biểu hiện bằng phần trăm theo phương pháp David V Bates và Ronald V Christie 1964 và cũng tạm thời lấy mốc 75% so với lý thuyết thì chúng tôi thấy rằng tỷ lệ những người bệnh có biểu hiện giảm MMEF % xuất hiện khá cao so với chỉ số Tiffeneau (cũng lấy mốc 75% theo như đề nghị — của Kory và Bates). Tiến triển của bệnh càng nặng thì tần xuất tăng những trường hợp MMEF % dưới 75% càng nhiều so với tỷ số Tiffeneau (theo bảng 2). Xét hệ số tương quan R cũng thấy rõ rệt hơn và có ý nghĩa hơn chỉ số Tiffeneau.

V — KẾT LUẬN VÀ ĐỀ NGHỊ

1. Kết luận :

Với kết quả bước đầu chúng tôi đi đến một nhận xét sơ bộ là : sự thay đổi các thông số hô hấp theo tình trạng sinh lý và bệnh lý của phổi có thể xếp loại theo mức độ nặng cảm như sau : Đầu đầu là MMEF sau đến MEFR, sau nữa là FEV1. Hai thông số MMEF và MEFR dễ làm, có thể tiến hành phổ cập ở

các địa phương không đòi hỏi kỹ thuật cầu kỳ đắt tiền, phiền hà. Chỉ cần có loại máy chạy tốc độ nhanh (từ 3cm/s trở lên) và tính toán nghiêm túc (yếu tố đảm bảo kết quả chính xác) là được.

2. Đề nghị:

Cần khẩn trương tiến hành xây dựng hằng số. Trên những người bình thường để áp dụng phổ biến như những thông số cần thiết khi thăm dò chức năng bệnh phổi nghề nghiệp và các bệnh đường hô hấp khác.

— Trước khi xây dựng được hằng số chúng tôi đề nghị sử dụng công thức tính trị số lý thuyết theo phương pháp của David V Bates và Ronald V Christie — 1964 mà các nước Âu Mỹ đang dùng để đánh giá trên những người bệnh cụ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đình Hương — Khám sinh lý phổi ở những người mắc bệnh bụi phổi Silicose.
Y học lao động — Tổng hội Y học Việt Nam XB 1977 N°1 Tr. 11 — 28.
2. Bates David. V — and Renald Christie V.
Respiratory function in disease London and USA 1964 P1-17.
3. Marek, K. Early-Pneumoconiotic lesions and-their influence on the respiratory function. The IVth international pneumoconiosis conference Bucharest 1971P. 375—381.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC CÁC BỆNH TRUYỀN NHIỄM ĐƯỜNG TIÊU HÓA Ở THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN TỪ NĂM 1978 ĐẾN 1982

HOÀNG KHẢI LẬP

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Một trong những đặc điểm về mô hình bệnh tật ở Việt Nam hiện nay là tính phổ biến các bệnh truyền nhiễm, đặc biệt là ở trẻ em. Vì vậy việc phân tích thống kê tỷ lệ mắc bệnh truyền nhiễm một cách có khoa học ở một phạm vi lãnh thổ, trong một khoảng thời gian nhất định, với mục đích xác định các quy luật lan truyền và các điều kiện phát sinh bệnh dịch là có ý nghĩa thực tiễn. Xuất phát từ mục đích nêu trên chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu xác định một số đặc điểm dịch tễ học các bệnh truyền nhiễm đường tiêu hóa ở khu vực thành phố Thái Nguyên trong 5 năm (1978 — 1982).

II — MỤC ĐÍCH NGHIÊN CỨU

1. Đánh giá tỷ lệ mắc các bệnh truyền nhiễm đường tiêu hóa ở thành phố Thái Nguyên trong các năm (1978 — 1982).
2. Đánh giá sự phân bố tỷ lệ mắc bệnh theo tháng trong các năm nói trên.
3. Tìm hiểu đặc điểm phân bố bệnh truyền nhiễm đường tiêu hóa trong các nhóm tuổi.
4. Đánh giá tình trạng nhiễm khuẩn nghề nghiệp của các công nhân Y tế.

III — TÀI LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Sử dụng các bệnh án có chẩn đoán xác định về các bệnh truyền nhiễm đường tiêu hóa.
2. Chỉ phân tích các trường hợp bệnh nhân (bệnh án) ở khu vực thành phố Thái Nguyên. Trong quá trình phân tích tỷ lệ mắc bệnh có sử dụng các chỉ số: Cường độ, chỉ số mắc bệnh theo lứa tuổi và chỉ số mắc bệnh theo tháng.

IV — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau khi phân tích 1.084 bệnh án theo các tiêu chuẩn đã được lựa chọn, chúng tôi nhận thấy:

— Tỷ lệ mắc bệnh truyền nhiễm đường tiêu hóa so với số dân ở khu vực này trong các năm được quan sát không như nhau: Tỷ lệ mắc bệnh nói trên tăng cao nhất vào các năm: 1979, 1980.

— Khi phân tích tỷ lệ mắc các bệnh, chúng tôi thấy: Bệnh viêm gan truyền nhiễm và lỵ trực khuẩn chiếm vị trí hàng đầu trong nhóm bệnh này. Tỷ lệ mắc bệnh viêm gan truyền nhiễm tính trên 100.000 dân trong năm cao nhất là 238,4 và tương tự lỵ trực khuẩn là: 141,2. Trong khi đó cũng theo tỷ lệ trên ở bệnh Leptospirose trong năm cao nhất chỉ là: 11,6; bệnh bại liệt: 7,4; và bệnh thương hàn là: 4,1. Sự tăng cao tỷ lệ mắc bệnh viêm gan truyền nhiễm và

bệnh lý trực khuẩn không phải chỉ trong một năm mà có tính chất kéo dài trong nhiều năm. Đặc biệt là các trường hợp hội chứng lý, rối loạn tiêu hóa không rõ nguyên nhân cũng có xu hướng tăng cao trong các năm; có những năm còn tăng cao hơn bệnh lý trực khuẩn. Như trong các năm 1979, 1980, 1981.

Việc phân tích tỷ lệ mắc bệnh theo các tháng trong năm đã toát lên đặc điểm chung của nhóm bệnh này ở khu vực thành phố Thái Nguyên, cụ thể là: tỷ lệ mắc bệnh tăng cao từ tháng 5 dương lịch đến tháng 9. Còn các tháng khác trong năm tỷ lệ mắc bệnh ở mức độ thấp hơn.

Sự phân bố tỷ lệ mắc bệnh theo lứa tuổi ở khu vực được khảo sát cho thấy khá đa dạng. Qua phân tích 1.804 bệnh án. Chúng tôi nhận thấy: Tỷ lệ mắc bệnh thương hàn với *Leptospire* tăng cao nhất ở lứa tuổi từ 15 tuổi trở lên (*Leptospire* chiếm: 60%, thương hàn chiếm 50%). Các trường hợp nhiễm khuẩn nhiễm độc thức ăn chiếm 45,2%. Đối với bệnh lý trực khuẩn nhận thấy tăng cao ở hai độ tuổi: 1 — 3 tuổi chiếm 20,2% và trên 20 tuổi chiếm 37,8%. Số các trường hợp bệnh bại liệt chỉ tăng cao ở độ tuổi từ 6 tháng đến 3 năm.

Qua phân tích các bệnh án đã được tuyển chọn chúng tôi nhận thấy: Tỷ lệ mắc bệnh viêm gan virút ở công nhân y tế cũng chiếm một vị trí đáng kể (44%), và có tiền sử nghề nghiệp chăm sóc các bệnh nhân viêm gan, một số ít có liên quan tới công tác xét nghiệm máu của bệnh nhân.

Ngoài các đặc điểm đã nêu trên, chúng tôi còn nhận thấy rằng sự kết thúc các vụ dịch bệnh trong các năm quan sát thường diễn ra chậm (thường kết thúc vào tháng 10, 11 và 12). Nhưng điểm xuất phát sự tăng tỷ lệ mắc bệnh thì cơ bản không có thay đổi đáng kể so với những năm trước đó (tháng 5 và tháng 6).

Một điểm cần được chú ý nữa là số các trường hợp ỉa chảy không rõ nguyên nhân được thống kê thấy nhiều hơn các trường hợp chẩn đoán là lý trực khuẩn; nhưng giữa chúng có sự khác nhau về thời gian tỷ lệ mắc bệnh, cụ thể số trường hợp ỉa chảy không rõ nguyên nhân chủ yếu tăng vào các tháng 3, 4 và 8, còn số trường hợp chẩn đoán là lý trực khuẩn thường tăng từ tháng 5 đến tháng 6; còn tuổi mắc bệnh thì tuân theo quy luật tương tự. Song có điều trùng hợp là tỷ lệ mắc bệnh lý trực khuẩn, các trường hợp hội chứng lý và các trường hợp nhiễm khuẩn nhiễm độc thức ăn tăng cao ở lứa tuổi trên 20.

V — BÀN LUẬN

Kết quả của việc phân tích các tài liệu đã được tuyển chọn hướng chúng tôi đến một số điểm bàn luận sau đây:

1. Đặc điểm bệnh truyền nhiễm đường tiêu hóa ở khu vực thành phố Thái Nguyên thể hiện khá đầy đủ các tính chất mô hình chung về nhóm bệnh này ở Việt Nam. Điều nói trên thể hiện ở chỗ là tỷ lệ mắc nhóm bệnh truyền nhiễm đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao. Về tần số mắc bệnh theo lứa tuổi thì các bệnh nói trên chủ yếu gặp ở trẻ em từ 1 đến 7 tuổi. Trong các bệnh thuộc nhóm truyền nhiễm đường tiêu hóa thì bệnh viêm gan truyền nhiễm và bệnh lý trực khuẩn chiếm vị trí đáng kể hơn cả. Nguyên nhân của vấn đề này có thể được giải thích bởi sự lây nguồn truyền nhiễm ở vùng khác tới, ví dụ: Tỷ lệ mắc bệnh viêm gan truyền nhiễm tăng cao nhất vào năm 1979 (sau cuộc chiến tranh biên giới). Ngoài ra cũng cần phải nói tới vai trò của các nguồn truyền

nhiệm có nhiều điều kiện lây lớn như là những người mang mầm bệnh mà làm việc ở các cơ quan phúc lợi ăn uống công cộng.

— Một đặc điểm chung nữa là đa số tỷ lệ mắc bệnh đều tăng cao vào mùa hè thu (mùa mà cơ chế truyền nhiễm có nhiều điều kiện phát huy hoạt động).

2. Kết quả phân tích các tài liệu nghiên cứu cho phép nghĩ đến khả năng nhiễm khuẩn nghề nghiệp của một số bệnh truyền nhiễm như bệnh Leptospirose và các trường hợp viêm gan virus ở công nhân y tế bởi vì số bệnh nhân này đều là những người lớn tuổi mà trong tiền sử có liên quan mật thiết tới nguồn truyền nhiễm (với bệnh nhân viêm gan truyền nhiễm) và với môi trường lao động (trong bệnh Leptospirose), tuy nhiên việc khẳng định nhiễm khuẩn nghề nghiệp còn cần phải dựa vào nhiều yếu tố có tính chất đặc hiệu hơn (chẩn đoán phòng thí nghiệm).

3. Sự có mặt thường xuyên của bệnh bại liệt trong các năm quan sát, tuy với tỷ lệ thấp nhưng đã chứng tỏ việc thực hiện công tác phòng đặc hiệu chưa tốt cho lứa tuổi cảm thụ bệnh.

4. Sự tăng cao các trường hợp rối loạn tiêu hóa không rõ nguyên nhân so với các trường hợp là lý trực khuẩn đã cho phép nghĩ tới các khả năng do các nguyên nhân như Salmonella và một số virus đường ruột khác bởi vì đa số các trường hợp bệnh nhân trên đều là trẻ em từ 1 đến 3 tuổi, mặt khác tỷ lệ mắc bệnh lại tăng cao vào tháng 4 và tháng 5 (sớm hơn thời hạn tăng bệnh lý trực khuẩn). Tuy nhiên giả thuyết này chỉ mới là dựa vào các yếu tố dịch tễ học. Để quyết đoán điều này thì cần dựa vào chẩn đoán phòng thí nghiệm.

Sự tăng cao số các trường hợp rối loạn tiêu hóa, hội chứng lý đòi hỏi phải tiếp tục nghiên cứu về nguyên nhân để đánh giá một cách xác đáng vai trò của nó về mặt dịch tễ học trong nhóm bệnh này. Để đạt được điều đó cần phải hoàn thiện các phương tiện, phương pháp chẩn đoán làm sao có hiệu quả hơn, việc này không những cho phép nghiên cứu vai trò của nó trong lâm sàng mà còn cả trong công tác dự phòng.

VI — KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi rút ra mấy kết luận sau :

— Trong khoảng 5 năm, từ năm 1978 đến hết 1982 ở khu vực thành phố Thái Nguyên, về đặc điểm dịch tễ học các bệnh truyền nhiễm đường tiêu hóa cơ bản chưa có những thay đổi đáng kể so với những năm trước đó.

— Về tỷ lệ mắc bệnh của nhóm bệnh này chiếm ưu thế nhất là bệnh lý trực khuẩn, bệnh viêm gan truyền nhiễm và các trường hợp rối loạn tiêu hóa không rõ nguyên nhân. Tỷ lệ mắc bệnh thường tăng cao về mùa thu; Bệnh thường gặp ở trẻ nhỏ (1 — 5 tuổi). Riêng bệnh thương hàn, Leptospirose gặp chủ yếu ở người lớn tuổi (từ 15 — 20 tuổi), có phản ánh tính chất nghề nghiệp.

— Kết quả nghiên cứu cho thấy rằng cần phải hoàn thiện hơn nữa về hệ thống các phương pháp chẩn đoán tại phòng thí nghiệm và nâng cao độ tin cậy của các phương pháp đó, như vậy mới có thể làm sáng tỏ những đặc điểm riêng biệt, cơ chế phát sinh dịch bệnh và dựa trên cơ sở đó sẽ hỗ trợ cho việc thiết lập các biện pháp dự phòng có hiệu quả hơn.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM DỊCH TỄ HỌC BỆNH BẠCH HẦU Ở THÀNH PHỐ THÁI NGUYÊN TRONG CÁC NĂM TỪ 1980 ĐẾN 1984

HOÀNG KHẢI LẬP

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù y học thế giới cũng như y học Việt Nam đã tích lũy được nhiều kinh nghiệm quý báu trong công tác tiêu diệt các bệnh truyền nhiễm ở loài người, nhưng cho đến những năm còn lại của thập kỷ 20 nhiều bệnh truyền nhiễm nguy hiểm vẫn là mối đe dọa đối với tính mạng con người ở một số nước trên thế giới (1, 2, 3, 4, 6). Ở Việt Nam nói chung và khu vực Thành phố Thái Nguyên, bệnh bạch hầu cũng là mối đe dọa đối với con người. Cho nên việc nghiên cứu quy luật dịch tễ học cũng như các biện pháp hạn chế tỷ lệ mắc bệnh này là rất cần thiết.

Bước đầu công việc nghiên cứu của chúng tôi là xác định một số quy luật dịch tễ học của bệnh bạch hầu ở khu vực thành phố Thái Nguyên.

II — MỤC ĐÍCH NGHIÊN CỨU

1. Xác định một số quy luật dịch tễ học của bệnh bạch hầu ở khu vực thành phố Thái Nguyên.

2. Đóng góp thông tin dịch tễ học vào chương trình phòng chống bệnh bạch hầu của OMS tại Việt Nam.

III — ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

1. Điều tra ở trẻ em từ 6 tháng và người lớn tuổi.

2. Các bệnh án có chẩn đoán xác định.

IV — PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Dựa vào kết quả chẩn đoán xác định của các bệnh án Khoa truyền nhiễm bệnh viện đa khoa Thái Nguyên.

2. Dùng các chỉ số dịch tễ học để phân tích tỷ lệ mắc bệnh, phát hiện quy luật dịch tễ học của nó.

V — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Phân tích 1054 bệnh án đã được tuyển chọn (có chẩn đoán xác định và các tiêu chuẩn khác). Chúng tôi nhận thấy trẻ em bắt đầu bị bệnh từ 6 tháng đầu sau khi đẻ. Tỷ lệ mắc bệnh ở lứa tuổi dưới 12 tháng là 1,4%. Nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất là 4 — 7 tuổi (23,2%), từ 11 — 14 tuổi (22,2%), 1 — 3 năm (16,1%) 8 — 10 tuổi (14%). Trẻ em trên 15 tuổi vẫn còn mắc bệnh bạch hầu. Theo kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh ở nhóm tuổi từ 11 — 17 chiếm tới 22,2%.

Về phân loại bệnh chúng tôi thấy: số các trường hợp bạch hầu họng chiếm tỷ lệ cao nhất (70,9%), sau đó là bạch hầu thanh quản (16,1%), bạch hầu ác tính (10%) và 3% bạch hầu có các biến chứng khác.

Kết quả nghiên cứu đã chứng tỏ bệnh này xuất hiện quanh năm, nhưng tăng cao rõ rệt vào các tháng mùa thu (từ tháng 7 đến tháng 9), tỷ lệ mắc bệnh chiếm 25,3%, từ tháng 10 — 12 (31,1%). Chúng tôi còn nhận thấy rằng tỷ lệ mắc bệnh này tăng cao vào các tháng hè cụ thể là: Tỷ lệ mắc bệnh từ tháng 4 đến tháng 6 chiếm 27%. Trong các tháng mùa xuân, tỷ lệ mắc bệnh này chênh lệch không đáng kể.

Ở nhóm tuổi nhà trẻ, mẫu giáo (từ 6 tháng đến 5 tuổi) bị bệnh nhiều nhất vào các tháng 6 và tháng 11 hàng năm. Ở nhóm tuổi học sinh phổ thông cơ sở, tỷ lệ mắc bệnh cao nhất vào tháng 10, 11 và 12. (Trong đó tháng 10 chiếm tỷ lệ cao nhất). Ngoài ra chúng tôi còn nhận thấy tỷ lệ mắc bệnh nhóm này có tăng cao vào tháng 4 và tháng 6.

VI — BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi có một số điểm bàn luận sau:

1. Ở khu vực nghiên cứu nhận thấy rằng sự tăng lớp cảm nhiễm với bệnh bạch hầu có xu hướng chuyển dịch về lứa tuổi cao hơn. Đặc biệt bệnh còn gặp ở lứa tuổi từ 20 đến 30, có một trường hợp gặp ở tuổi 40. Kết quả này hoàn toàn khác với các nhận xét chung của đa số các tác giả trong và ngoài nước, khác với các nhận xét về kết quả thu được của các tác giả Hoàng Văn Tân, Trần Văn Tiến, Trần Gia Hưng, Thành Kim Dung, Lê Thị Tiệp, khi điều tra tình hình mắc bệnh này tại thành phố Hà Nội trong các năm (1980 — 1984), các tác giả trên cho thấy tỷ lệ mắc bệnh tăng cao nhất ở trẻ 1 tuổi và tuổi càng cao thì tỷ lệ mắc bệnh càng giảm (5).

Chúng tôi cho rằng việc gây miễn dịch cơ bản không có hệ thống và không đầy đủ là nguyên nhân cơ bản của đặc điểm tỷ lệ mắc bệnh bạch hầu ở khu vực thành phố Thái Nguyên. Ngoài ra cũng không thể loại trừ các yếu tố khí hậu, địa dư và đặc biệt là sự giao lưu giữa thành phố với vùng núi, kết quả là làm tăng và lưu hành thường xuyên khối cảm nhiễm ở khu vực thành phố Thái Nguyên.

2. Ở khu vực thành phố Thái Nguyên, tỷ lệ mắc bệnh ở lứa tuổi nhà trẻ và mẫu giáo lại thấp hơn nhóm tuổi từ 11 đến 17, trong khi đó ở khu vực Hà Nội thì tỷ lệ mắc bệnh này chủ yếu ở nhóm trẻ nhà trẻ và mẫu giáo. Sự khác nhau này có thể là do ở thành phố Thái Nguyên số lượng trẻ em đến các nhà trẻ, mẫu giáo ít hơn (cường độ tiếp xúc ít hơn).

3. Sự xuất hiện bệnh quanh năm ở khu vực thành phố Thái Nguyên, chứng tỏ sự thường xuyên có mặt của nguồn truyền nhiễm và cũng như khối cảm nhiễm trong dân chúng.

4. Tỷ lệ mắc bệnh tăng cao vào các tháng 10, 11 ở các lứa tuổi học sinh phổ thông vì thời gian này học sinh tập trung lại sau kỳ nghỉ hè (cường độ tiếp xúc tăng lên).

5. Ở Thành phố Thái Nguyên tỷ lệ mắc bệnh bạch hầu theo độ tuổi không phân bố tuân theo quy luật chung như ở đồng bằng (Hà Nội). Điều này cho thấy cần phải có sự điều tra dịch tễ học bệnh theo khu vực địa lý từ đó mới có thể có kế hoạch thanh toán bệnh này một cách hợp lý.

VII — KẾT LUẬN

1. Những kết quả nghiên cứu cho thấy cần thiết phải hoàn thành — gây miễn dịch cho trẻ em trước 12 tháng tuổi.

2. Sự tăng tỷ lệ mắc bệnh ở lứa tuổi lớn hơn so với vùng khác (Hà Nội) cho thấy cần phải gây miễn dịch cơ bản cho trẻ em một cách có hệ thống và đầy đủ, đồng thời phải nghiên cứu xác định tình trạng miễn dịch tập thể, tình trạng lành mang trùng ở khu vực này.

3. Muốn khống chế bệnh bạch hầu thì phải gây miễn dịch cơ bản cho trẻ em ở lứa tuổi cảm thụ, đặc biệt là nhóm tuổi từ 1 đến 4 tuổi thực hiện triệt để việc tái chủng cho trẻ em vào lúc 2 tuổi và 6 tuổi.

4. Thời điểm tiêm vaccin bạch hầu nên hoàn thành vào tháng 6 hàng năm (trước ngày học sinh nghỉ hè).

5. Đề tiêu diệt bệnh này trên phạm vi toàn quốc, cần có cuộc tìm kiếm các phương pháp đặc hiệu có hiệu quả hơn, lý tưởng hơn cả là tạo được miễn dịch dịch thể và miễn dịch tổ chức, và đòi hỏi phải nghiên cứu sâu về bệnh học của nó.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Xykhorykova H. L Korgenkova. M. P. Xigaeva I. A và cộng sự.
Tạp chí vi khuẩn 1982; N°8. Từ trang 112 — 115;
2. Markina, Xolonikova A. B và cộng sự
Tạp chí vi khuẩn 1978 N°7; từ trang 52 — 55
3. Tkatraeva M. N; Lobánová E. A; Khromenkova V. I và cộng sự
Tạp chí vi khuẩn 1980; N°2, từ trang 3 — 9
4. Pavorova I. A; Xykhorkova N. L Iuvanova L. M và cộng sự
Tạp chí vi khuẩn 1981; N°8, từ trang 8 — 13
5. Tài liệu hội nghị đánh giá chương trình tiêm chủng mở rộng 1981 — 1984
tập 2 trang 33.
6. Dgiavex. ic; Melnik. D. G; Eudelberg iE. A;
Hướng dẫn thực hành vi khuẩn Y học 1982, tập 2, từ trang 65 — 74.

TÌM HIỂU CƯỜNG ĐỘ LƯU HÀNH KÝ SINH TRÙNG SỐT RÉT Ở TỈNH BẮC THÁI TRONG 5 NĂM TỪ 1984 — 1988

HOÀNG KHẢI LẬP, NGÂN HỒNG ANH

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước chiến tranh thế giới thứ hai, sốt rét đã là một bệnh lan truyền cao nhất trên thế giới, trở thành một thảm họa ghê gớm cho loài người.

Từ khi các chế phẩm điều trị bệnh này, các thuốc diệt côn trùng truyền bệnh ra đời và đặc biệt việc áp dụng rộng rãi trên phạm vi toàn cầu chương trình tiêu diệt bệnh sốt rét phối hợp với Tổ chức bảo vệ sức khỏe thế giới đã làm giảm bớt tình hình căng thẳng của bệnh này một cách đáng kể. Hiện nay bệnh sốt rét đã được đẩy lùi trên nhiều lãnh thổ của các nước đang phát triển. Tuy nhiên còn nhiều nước trong khu vực Nam Mỹ, Châu Phi nhiệt đới, Đông nam Châu Á, bệnh sốt rét vẫn còn là vấn đề thời sự nóng hổi.

Ở Việt Nam, trong nhiều khu vực, bệnh sốt rét đã quay trở lại, trở nên nghiêm trọng hơn trước đây. Ở nhiều khu vực, công tác thanh toán bệnh sốt rét đang gặp trở ngại lớn đó là vấn đề kháng thuốc của plasmodium falciparum. Trong bối cảnh dịch tễ như vậy, việc nghiên cứu tìm hiểu cường độ lưu hành ký sinh trùng sốt rét ở các khu vực trên đất nước ta, và ở khu vực tỉnh Bắc Thái là có ý nghĩa thực tiễn vì biết được cường độ lưu hành của tác nhân gây bệnh sẽ là cơ sở phát hiện quy luật dịch tễ học của bệnh, dự đoán sự gia tăng của bệnh ở một địa phương nhất định. Đề trên cơ sở đó góp phần xây dựng các phương pháp phòng bệnh có hiệu quả hơn.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu :

— Chúng tôi đã phối hợp với Trạm sốt rét tỉnh Bắc Thái lấy máu của những người được chẩn đoán lâm sàng là bệnh sốt rét.

— Người được lấy máu ở các độ tuổi khác nhau (từ 6 tháng đến 16 tuổi).

— Đối tượng lấy máu đều là người cư trú ở địa bàn tỉnh Bắc Thái.

2. Phương pháp nghiên cứu :

— Lấy máu đầu ngón tay ở các đối tượng được tuyển chọn.

— Làm giọt đặc, nhuộm tiêu bản theo phương pháp Romanôpxki.

— Soi kính hiển vi tìm ký sinh trùng theo cách phổ thông. Kết quả dương tính là những tiêu bản tìm thấy ký sinh trùng sốt rét (*P. Vivax*, *P. falciparum* hoặc loại khác nếu có).

— Chúng tôi đã tiến hành phân tích các tiêu bản giọt đặc có kết quả dương tính trong 5 năm (1984 — 1988) tại tỉnh Bắc Thái.

— Trong quá trình phân tích, biện luận có sử dụng số liệu dân số của Cục thống kê tỉnh Bắc Thái.

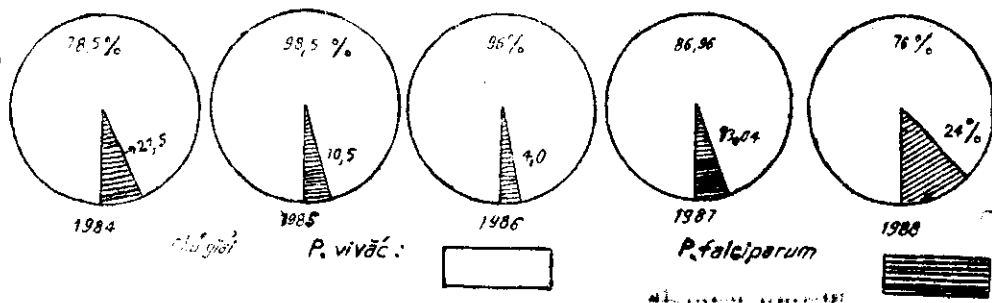
III — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu 2.861 tiêu bản có kết quả dương tính (tìm thấy ký sinh trùng sốt rét) và nhận thấy như sau :

— Trong khoảng 5 năm từ 1984 — 1988 ở thực địa Bắc Thái chỉ có hai tác nhân gây bệnh sốt rét lưu hành là *P.falciparum* và *P.vivax*, không gặp các thể khác. Cường độ lưu hành hai tác nhân gây bệnh trên có xu hướng tăng trong các năm gần đây : năm 1984 tỷ lệ ký sinh trùng là 3 phần vạn (tính trên số dân của tỉnh). Năm 1985 là 4 phần vạn, năm 1986 là 8 phần vạn, năm 1987 là 7 phần vạn và 1988 là 6 phần vạn (vượt quá con số cho phép hai lần). Điều đáng được chú ý là trong những năm gần đây (từ 1986 — 1988) tỷ lệ phát hiện ký sinh trùng *P.falciparum* có xu hướng tăng lên (từ 4,0% trong năm 1986, đến 13,04% năm 1987 và 24% trong năm 1988).

— Cường độ lưu hành ký sinh trùng sốt rét trong các năm từ 1984 đến 1988 tại Bắc Thái không giống nhau, ngoài đặc điểm có xu hướng tăng trong mấy năm gần đây, đặc biệt còn nhận thấy trong một năm có hai đỉnh cao là (tháng 4 — 5 — 6 và tháng 9 — 10 — 11 — 12). Cường độ lưu hành của hai tác nhân *P.falciparum* và *P.vivax* trong dân chúng có sự khác nhau cụ thể là : thời gian lưu hành cực đại đối với *P.vivax* là vào tháng 8 hàng năm còn đối với *P.falciparum* là tháng 10. Mức độ lưu hành thấp nhất của *P.vivax* vào tháng 2; đối với *P.falciparum* vào tháng 3 hàng năm.

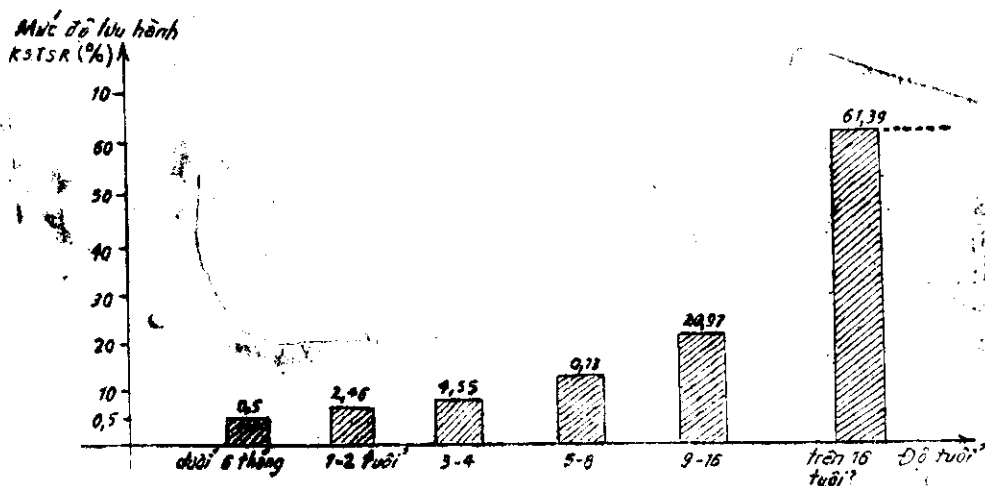
Trong từng năm thì mức độ lưu hành của *P.vivax* chiếm ưu thế hơn cả (xem hình 1).



Hình 1 — Cường độ lưu hành của tác nhân gây bệnh *P.vivax* và *P.falciparum* trong các năm 1984 — 1988 tại Bắc Thái

Trong các năm từ 1984 — 1988 tại Bắc Thái nhận thấy có sự lưu hành ký sinh trùng sốt rét (KST) ở mọi lứa tuổi (từ dưới 6 tháng đến trên 16 tuổi). Trong đó tập trung cao nhất ở độ tuổi từ 16 tuổi trở lên (chiếm 61,39%) và thấp nhất ở độ tuổi dưới 6 tháng (chiếm 0,5%) (xem bảng 1).

Bảng 1 — Sự lưu hành KST sốt rét ở các độ tuổi từ (6 tháng đến trên 16 tuổi trong các năm từ 1984 — 1988 ở Bắc Thái)



Điều đáng chú ý là từ năm 1985 trở về trước, chúng tôi không phát hiện thấy có sự lưu hành KST sốt rét ở độ tuổi dưới 6 tháng. Nhưng từ năm 1986 trở lại đây có tìm thấy KST sốt rét ở độ tuổi này và có xu hướng tăng lên.

Kết quả nghiên cứu còn cho thấy có KST sốt rét lưu hành quanh năm ở các huyện tỉnh Bắc Thái, trong đó mức độ lưu hành cao nhất ở huyện Đồng Hỷ, Võ Nhai và thấp nhất ở huyện Phú Bình. Trong một năm thường có hai thời điểm tăng cao mức độ lưu hành KST sốt rét là vào mùa hè và đầu thu (tháng 9 — 10 của hàng năm).

IV — BÀN LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu, chúng tôi có mấy điểm bàn luận sau:

— Kết quả nghiên cứu 5 năm (1984 — 1988) chỉ gặp hai loại tác nhân gây bệnh lưu hành ở Bắc Thái là *P.vivax* và *P.falciparum* điều đó chứng tỏ chưa có sự thay đổi cấu trúc bệnh học thành phần tác nhân gây bệnh sốt rét ở khu vực Bắc Thái, chưa có sự xâm nhập của tác nhân gây bệnh ngoại lai, do vậy, việc áp dụng thuốc hóa dược diệt côn trùng truyền bệnh đặc hiệu này vẫn còn có hiệu lực.

— Sự tăng KST sốt rét trong các năm gần đây, nhất là từ năm 1986 đến 1988. Đặc biệt có sự tăng *P.falciparum* đã cho thấy nguy cơ đe dọa của bệnh này tại khu vực Bắc Thái.

— Có 2 thời điểm lưu hành tối đa của 2 tác nhân gây bệnh *P.vivax* và *P.falciparum* ở hai thời kỳ thời tiết khác nhau trong năm như đã chỉ ở trên nó phản ánh về sự lây mạnh mẽ nhất ở hai thời kỳ khác nhau ứng với thời gian hoạt động mạnh mẽ nhất của côn trùng truyền bệnh. Như vậy cường độ lây mạnh

mẽ nhất đối với *P.vivax* là vào tháng 7 và đối với *P.falciparum* vào tháng 9 hàng năm. Chính điều này đã tạo ra hai đỉnh cao mùa dịch của bệnh sốt rét ở Bắc Thái (tháng 5 — 6 — 7 và tháng 9 — 10 — 11 — 12). Đặc điểm này đã chi phối chúng ta phải đặc biệt chú ý nghiên cứu đặc điểm sinh vật học, sinh thái học, mối liên quan giữa thời tiết và khả năng thích nghi của tác nhân gây bệnh và cũng như trạng thái kháng thuốc của KST sốt rét đang lưu hành ở khu vực Bắc Thái.

— Kết quả nghiên cứu còn cho thấy mọi lứa tuổi đều cảm thụ bệnh này. Sự tăng tần số phát hiện KST ở độ tuổi dưới 6 tháng, điều đó có thể nghĩ đến tình trạng thiếu hụt miễn dịch thụ động tự nhiên của người mẹ truyền cho con trong 6 tháng đầu.

— Qua phân tích kết quả nghiên cứu đã cho thấy cường độ phát hiện ký sinh trùng tăng và hai thời điểm trong một năm (vào tháng 4 — 5 — 6 và thời kỳ tháng 9 — 10 — 11) đặc điểm này vẫn giống quy luật sinh thái của bệnh trước năm 1985. Tại Bắc Thái điều này chứng tỏ điều kiện tự nhiên tại khu vực thực địa Bắc Thái (t^o, độ ẩm, lượng mưa) trong các năm (1984—1988) chưa làm thay đổi khuynh hướng cơ bản quy luật dịch tễ học của bệnh này.

V — KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi rút ra một số kết luận sau :

— Thành phần loài của tác nhân gây bệnh sốt rét ở Bắc Thái trong 5 năm qua (1984 — 1988) chưa có gì thay đổi cơ bản so với trước năm 1984 vẫn là hai tác nhân gây bệnh chính (*P. vivax* và *P. falciparum*). Sự gia tăng *P. falciparum* trong mấy năm gần đây chứng tỏ tình hình dịch tễ học bệnh này đã biến đổi nghiêm trọng, đòi hỏi các cơ quan có trách nhiệm về vấn đề này phải đặc biệt lưu tâm tới.

— Việc phát hiện sự tăng cường độ lưu hành tối đa của hai tác nhân gây bệnh *P. vivax* và *P. falciparum* ở hai thời điểm thời tiết khác nhau đòi hỏi chúng ta phải nghiên cứu kỹ về đặc điểm sinh học, và cũng như phải tìm hiểu mối liên quan thời tiết của từng thời kỳ tới hai tác nhân *P. vivax* và *P. falciparum* để có cơ sở chọn các biện pháp phòng bệnh này có hiệu quả hơn.

— Trong khoảng thời gian dài 5 năm, tần suất phát hiện ký sinh trùng sốt rét tỷ lệ thuận với số trường hợp bệnh trong các năm và trong 1 năm có 2 đỉnh cao là tháng 5 — 6 — 7 và tháng 9 — 10 — 11, điều này cho thấy việc tấn công nhằm cắt đứt vector truyền bệnh vẫn cần phải tiến hành vào hai giai đoạn khác nhau và trước thời kỳ cơ chế truyền bệnh hoạt động mạnh nhất (trước mùa mưa và mùa thu hàng năm).

— Cần có các biện pháp làm tăng sức đề kháng cho người mẹ trong thời kỳ có thai và cho con bú để góp phần bảo vệ người con trong 6 tháng đầu.

— Phải có trang bị phòng hộ cho những người ở độ lao động, phòng sự tấn công của côn trùng, nhất là đối với đồng bào miền núi.

— Tình hình dịch tễ bệnh sốt rét ở Bắc Thái đòi hỏi tại khu vực này phải nghiên cứu tiếp theo về tình trạng kháng thuốc của hai tác nhân gây bệnh này để có biện pháp điều trị phòng bệnh kịp thời khi có tình thế dịch tễ học phức tạp hơn xuất hiện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. I. I. ĖNKIN và cộng sự. Dịch tễ học đại cương và từng bệnh năm 1974 Tập 2, trang 276 — 194.
2. F. F. Soprunov. Urgent take in the organization of the prention of malaria- Tập chí vi khuẩn, dịch tễ và miễn dịch học năm 1981 số 7 trang 45 — 50.
3. V. I. Pakrovski ; M. M. Averbar, V. I. Litvinov ; I. V. Rybsov — Miễn dịch và các quá trình nhiễm khuẩn.
Nhà xuất bản Mockva năm 1979 trang 243 — 248.
4. Vũ Thị Phan, Trịnh Kim Ánh, Nguyễn Văn Kim, Nguyễn Duy Sỹ và CTV — Một số kết quả nghiên cứu *P. falciparum* kháng thuốc tiếp tục ở Việt Nam (từ năm 1980 — 1986) (Tài liệu nghiên cứu).

ĐÁNH GIÁ KHẢ NĂNG PHÁT HIỆN STAPHYLOCOCCUS AUREUS. TỪ CÁC MÔI TRƯỜNG DINH DƯỠNG

HOÀNG KHẢI LẬP
NGUYỄN ĐÌNH DƯƠNG
VIÊN THỊ DUNG

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay các môi trường dinh dưỡng dùng với mục đích chẩn đoán tụ cầu gây bệnh đã không ngừng được bổ sung. Tuy nhiên hiệu quả phát hiện chúng từ các bệnh phẩm khác nhau của các môi trường dinh dưỡng đó không thể cho là đồng nhất được, bởi lẽ rằng sự có mặt của các vi khuẩn kèm theo có trong bệnh phẩm có ưu thế chọn lọc đặc hiệu trên các môi trường dinh dưỡng sẽ làm ảnh hưởng tới khả năng phát triển của *Staphylococcus aureus*.

Việc đánh giá hiệu quả phát hiện tác nhân gây bệnh nói trên từ các môi trường dinh dưỡng được đề ra với mục đích đề lựa chọn tính phù hợp việc sử dụng trong thực hành và cũng như đề xuất phương pháp mới để chẩn đoán tụ cầu gây bệnh là cần thiết. Mục đích đề tài này nhằm đánh giá hiệu quả phát hiện *Staphylococcus aureus* từ các môi trường dinh dưỡng khác nhau.

Dựa trên kết quả nghiên cứu đề xuất thử nghiệm một phương pháp chẩn đoán mới để phát hiện tụ cầu gây bệnh với ưu thế chẩn đoán nhanh và tiện lợi hơn so với phương pháp cổ điển.

II — VẬT LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Trong đề tài này chúng tôi mới chỉ hoàn thành giai đoạn I.

1. Vật liệu đề nghiên cứu. Gồm :

— Chủng *Staphylococcus aureus* dùng trong thực nghiệm lấy ở Viện vệ sinh dịch tễ học trung ương đã được tiêu chuẩn hóa về các tính chất sinh vật hóa học.

— Các môi trường dinh dưỡng: Chapman, thạch máu, môi trường do C.N. Kyzminski và V. A. Zamenxki đề xuất năm 1958 và môi trường Chapmana – Bersa.

— Môi trường Khottingera dùng làm đối chứng.

2. Các bước nghiên cứu :

Thử nghiệm trong điều kiện phát hiện *Staphylococcus aureus* thuần chủng trên các môi trường dinh dưỡng thực nghiệm :

— Thử nghiệm phát hiện *Staphylococcus aureus* từ các môi trường dinh dưỡng trong điều kiện không thuần chủng.

— Áp dụng vào thực hành với các bệnh phẩm khác nhau.

— Đánh giá hiệu quả phát hiện *Staphylococcus aureus*, trên các môi trường thử nghiệm trong hai điều kiện trên.

III — PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

— Pha loãng hỗn dịch tụ cầu trong nước muối sinh lý 0,95%. Xác định số lượng tế bào tụ cầu cấy vào môi trường dinh dưỡng theo thang mẫu chuẩn của Liên Xô mang tên Taraxevic.

— Lấy 0,1 ml hỗn dịch tụ cầu pha loãng, nói trên đã được xác định cấy lên trên các môi trường dinh dưỡng thử nghiệm.

— Có hệ thống kiểm tra xác định số lượng tế bào thực tế được đưa vào môi trường thực nghiệm.

— Các môi trường dinh dưỡng đã được cấy hỗn dịch nói trên ủ ấm ở điều kiện 37°C trong 24 giờ.

— Sau khi đạt được điều kiện trên, chúng tôi tiến hành đếm các khuẩn lạc *Staphylococcus aureus* trên các môi trường dinh dưỡng thử nghiệm và đánh giá hiệu quả phát hiện của chúng.

— Nghiên cứu trong điều kiện có các vi khuẩn khác kèm theo cũng tiến hành theo các bước như trên.

IV — KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 245 mẫu trong cả ba điều kiện nghiên cứu, chúng tôi thu được kết quả như sau:

Bảng 1 — Hệ số hiệu quả phát hiện *Staphylococcus aureus* của các môi trường dinh dưỡng thực nghiệm trong điều kiện thuận chùng

Mẫu	Môi trường dinh dưỡng thử nghiệm	Số thử nghiệm	Hệ số hiệu quả	Mẫu đối chứng (kiểm tra)
I	Thạch máu	15	0,3	100
II	Chapman	30	0,25	100
III	Môi trường do C. N. Kyzminxki và V. A. Znamenxki đề xuất	20	0,19	100
IV	Chapmana Bersa	30	0,1	100

Bảng 2 — Hiệu quả phát hiện *Staphylococcus aureus* trong điều kiện gây nhiễm với các vi khuẩn khác kèm theo

Mẫu	Môi trường dinh dưỡng thử nghiệm	Số thử nghiệm	Hệ số hiệu quả	Mẫu đối chứng (kiểm tra)
I	Thạch máu	10	0,2	95%
II	Chapman	30	0,32	100
III	Môi trường do C. N. Kyzminxki và V. A. Znamenxiki đề xuất	30	0,23	100
IV	Chapmana - Bersa	30	0,1	100

Bảng 3 — Số trường hợp Staphylococcus aureus được phát hiện trên các môi trường thử nghiệm trong điều kiện khi nghiên cứu trực tiếp từ các bệnh phẩm

Mẫu	Môi trường dinh dưỡng	Số lần thử nghiệm	Số khuẩn lạc S.aureus được phát hiện
I	Thạch máu	10	03
II	Chapman	30	09
III	C. N. Kyzminxki và V. A. Znamenxki đề xuất	30	04
IV	Chapmana — Bersa	30	02

Qua 3 bảng trên ta thấy rằng: Trong điều kiện gây nhiễm thuần chủng, hiệu quả phát hiện Staphylococcus aureus từ các môi trường thử nghiệm cao nhất là môi trường thạch máu (hệ số hiệu quả đạt 0,3). Thứ hai là môi trường Chapman (HSHQ = 2,5), thứ ba là môi trường C.n.Kyzminxki và V.A.Znamenki đề xuất (HSHQ = 0,19) và thấp nhất là môi trường chapmana-Bersa (HSHQ=0,1).

Trong điều kiện gây nhiễm với các vi khuẩn khác kèm theo, thì hệ số hiệu quả phát hiện S.aureus cao nhất thuộc về môi trường Chapman (HSHQ = 0,32), sau đó là môi trường do C.N.Kyzminxki và V.A.Znamenxki đề xuất (HSHQ = 0,23) tiếp theo là thạch máu (HSHQ = 0,2) và thấp nhất là môi trường Chapmana-Bersa (HSHQ = 0,1).

Khi chúng tôi sử dụng 4 môi trường thử nghiệm nói trên để phát hiện S.aureus từ các bệnh phẩm khác nhau đã cho thấy số lượng S.aureus được phát hiện nhiều hơn cả là môi trường chapman, (09); môi trường C.N.Kyzminxki và V.A.Znamenxki đề xuất (04). Tiếp theo là thạch máu (03) và thấp nhất là môi trường Chapmana-Bersa (01).

V — MỘT SỐ NHẬN XÉT

Trong điều kiện nghiên cứu thuần chủng thì thạch máu cho hiệu quả phát hiện S.aureus cao nhất, nhưng ở điều kiện nghiên cứu gây nhiễm với các vi khuẩn khác kèm theo và khi nghiên cứu trực tiếp từ các bệnh phẩm thì hiệu quả phát hiện S.aureus của môi trường Chapman chiếm ưu thế hơn và sau đó là môi trường do C.N.Kyzminxki và V.A.Znamenxki đề xuất. Như vậy chúng tôi sự có mặt của các vi khuẩn khác kèm theo đã kìm hãm sự phát triển của S.aureus trên thạch máu, mặc dù thạch máu có ưu thế với S.aureus. Mặt khác chúng tôi còn nhận thấy tốc độ và cường độ phát triển của các vi khuẩn khác kèm theo nhanh và mạnh mẽ hơn S.aureus khi nuôi cấy chúng trên thạch máu.

Thực nghiệm cho thấy, khi gây nhiễm hỗn hợp với các vi khuẩn khác kèm theo, trên môi trường thạch máu cho thấy tính chất tan máu của *S.aureus* không điển hình, nhất là những bệnh phẩm lấy từ những bệnh nhân đã được điều trị bằng kháng sinh vì thế khi chẩn đoán có thể bỏ sót.

Môi trường do C.N.Kyzminxki và V.A.Znamenxki đề xuất cho kết quả cao và nhanh, phân biệt các khuẩn lạc *S.aureus* dễ dàng hơn trong cả ba điều kiện thực nghiệm, nhưng thành phần công thức môi trường khá phức tạp cho nên chưa áp dụng rộng rãi được.

Môi trường Chapmena-Bersa cho hiệu quả phát hiện *S.aureus* thấp nhất trong cả ba điều kiện nghiên cứu do đó không nên sử dụng nó trong thực hành.

VI — KẾT LUẬN

Từ kết quả đã trình bày trên cho ta thấy không có môi trường thử nghiệm nào đạt hiệu quả phát hiện *S.aureus* trên 60%, trong cả ba điều kiện nghiên cứu. Như vậy trong thực tế ta dễ bỏ sót các trường hợp chẩn đoán, điều đó cho ta thấy mặt hạn chế của các môi trường cổ điển cho nên việc đặt ra nhiệm vụ tìm kiếm phương pháp phát hiện mới sao cho có hiệu quả hơn là hoàn toàn hợp lý.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Akoto V.A.K. Khatenver M.L. — Tạp chí vi khuẩn học, 1976 số 2, 91 — 94.
2. Kyzminxki S. H ; Znamenxki V.A. Môi trường đề phân lập tụ cầu — Tạp chí các công việc phòng thí nghiệm, 1985, số 1, 62 — 63.
3. Khazenson C. I ; Smolianhixova T. V. Zebryn A. B — xác định đạm A ; một trong những phương pháp có thể phân biệt *Staphylococcus aureus* với *Staphilococcus epidermidis* — Tạp chí các công việc phòng thí nghiệm, 1982, số 3, 40 — 42.
4. Olienhik I. I ; Pakrovxki V.H. Zykhoviski V.G — Sự hình thành vỏ và độc tính của tụ cầu — Tạp chí vi khuẩn, dịch tễ và miễn dịch, 1984, số 3, 19 — 24.

TÌNH HÌNH DINH DƯỠNG Ở MỘT SỐ VÙNG DÂN CƯ BẮC THÁI TỪ 1978 ĐẾN 1980

ĐỖ HẪM

I - ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình hình dinh dưỡng quyết định sức khỏe con người. Trong thực tế tập quán dinh dưỡng có vai trò rất cao, nó quyết định một phần quan trọng tình trạng dinh dưỡng của một tập thể dân chúng. Chúng tôi đặt ra một mục tiêu tổng hợp là xác định tình hình dinh dưỡng chung bao gồm xem xét tình trạng dinh dưỡng của quần thể biểu hiện qua dự trữ vitamin C trong cơ thể, đồng thời xem xét toàn bộ tập quán ăn uống, chế độ ăn uống cũng như khẩu phần của tập thể nhân dân địa phương. Công trình này sẽ đóng góp một phần tích cực vào công tác điều tra cơ bản của cả nước nhằm xây dựng một tập quán dinh dưỡng và cơ cấu bữa ăn hợp lý cho người Việt Nam.

II - ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. **Đối tượng:** Chúng tôi tiến hành điều tra ở hai địa điểm có tập quán chung — ăn gạo là chính. Một vùng thuộc khu vực miền núi rẻo cao đa số là đồng bào dân tộc Dao và Tày, một vùng thuộc thị trấn trung du miền núi đa số là người Kinh sản xuất nông nghiệp.

2. Phương pháp :

Phương pháp ghi phiếu từng nhà trong một thời gian dài (một tháng) kết hợp với cân đo định lượng lương thực, thực phẩm và điều tra nguồn lương thực quanh năm. Việc xác định tình trạng thiếu vitamin C trong cơ thể và các biểu hiện lâm sàng dinh dưỡng cũng được xem xét cụ thể trên các đối tượng (Dân tộc Dao, Tày, Kinh). Sau cùng việc đánh giá dựa trên phương pháp của Viện dinh dưỡng.

III - KẾT QUẢ

Kết quả điều tra được thực hiện theo quy trình và có so sánh với bảng phân nhóm thực phẩm của Tổ chức nông nghiệp quốc tế (Bảng 1).

Bảng 1 — Bảng phân nhóm thực phẩm

Phân nhóm	Loại thực phẩm thuộc nhóm
I	Thịt, cá, trứng, các loại đậu và các chế phẩm.
II	Sữa và chế phẩm
III	Các loại chất béo
IV	Ngũ cốc và các loại giàu chất bột
V	Các loại rau và hoa quả
VI	Bánh, kẹo, đường và các glucit tinh chế.

Cơ cấu bữa ăn trong tuần được theo dõi ở mỗi khu vực đại diện 50 đến 55 nhà (khu vực người Dao ở xã Vi Hương, Bắc Thái 52 nhà. Khu vực người Tày ở xã Vi Hương, Bắc Thái 54 nhà. Khu vực người Kinh Đồng Bầm, Bắc Thái 50 nhà. Kết quả được thống kê theo Bảng 2.

Bảng 2 — Cơ cấu bữa ăn trong tuần
(Mỗi khu vực chọn 50 — 55 nhà)

Loại thực phẩm	Nhóm TP	Dân tộc Dao Vi Hương	Dân tộc Tày Vi Hương	Dân tộc Kinh Vi Hương	Nhân dân Đồng Bầm
Gạo	IV	100%	100%	100%	97,8%
Mì	IV				32%
Ngô	IV				9%
Sắn + Củ	IV	93,3%	36,1%	19,8%	3,8%
Măng	V	60,6%	43,9%	38,2%	
Các loại rau	V	60,6%	55,6%	63,5%	98,6%
Các loại thịt cá trứng, đậu	I	2%	10,6%	12,4%	17,9%

Cơ cấu bữa ăn trong ngày cũng được theo dõi như với theo dõi cơ cấu bữa ăn trong tuần (Bảng 3).

Bảng 3 — Cơ cấu bữa ăn trong ngày

Cơ cấu bữa ăn	Dao VH	Tày VH	Kinh VH	Đồng bầm	Duyên Thái Hà tây
Cơm + măng + các loại rau.	23%	18%	16%	53%	74%
Cơm + sắn + củ + rau	14—	7—	6—	2—	
Cơm + măng + rau sào	41—	68—	69—	37—	22—
Cơm + măng + rau thịt cá trứng	2—	6—	9—	8—	4—
Sắn luộc	20—	1—			

Khẩu phần trung bình của nông dân (những người lao động) được theo dõi được tính theo bảng 4.

Bảng 4 — Khẩu phần trung bình của nông dân 1 ngày

Khu vực	Năng lượng Kcal	Protide g	Lipid g	Glucid g
Dao (VH) (44)	2.321 ± 191	45,3	9,8	525
Tày (VH) (51)	2.293 ± 204	48,8	12,2	493
Kinh (VH) (49)	2.412 ± 197	51,6	14,4	514
Đồng Bầm (53)	2.168 ± 98	53	21,1	442

Tỷ lệ giữa các chất dinh dưỡng trong khẩu phần của nhân dân của các vùng được tính toán qua bảng 5.

Bảng 5 — Tính cân đối giữa các chất sinh năng lượng (E)

Khu vực \ Tỷ lệ	E do protid	E do lipid	E do glucid
Khẩu phần chuẩn	1	0,5	6
Đào (Vi Hương BT)	1	0,4	12
Tây (Vi Hương BT)	1	0,5	9
Kinh (Vi Hương BT)	1	0,6	10
Đồng Bầm	1	0,8	8

Để xác định tình trạng dinh dưỡng, test Cheraskin được sử dụng rộng rãi cho hầu hết nhân dân toàn xã. Kết quả của phản ứng thể hiện qua bảng 6.

Bảng 6 — Test Cheraskin (thời gian tính bằng giây)

Tuổi	Đào (VH)	Tây (VH)	Kinh (VH)	Đồng bầm
7 tuổi	29 ± 4,1	26 ± 6	24 ± 3,1	22 ± 4,8
8 → 15	26 ± 2,5	25 ± 3,8	23 ± 2,8	24 ± 1,7
16 → 60 (55)	29 ± 4	28 ± 7,2	27 ± 1,8	26 ± 3,3
> 60 (55)	37 ± 1,9	33 ± 6,8	30 ± 2,3	29 ± 2,7

Kết quả khám lâm sàng về tình trạng dinh dưỡng xấu được thể hiện qua các dấu hiệu sưng lợi răng, dễ chảy máu, ... thể hiện qua bảng VII.

**Bảng 7 — Tình trạng dinh dưỡng xấu
(Lâm sàng %) tổng số người khám.**

Tuổi	Đào (VH)	Tây (VH)	Kinh (VH)	Đồng Bầm
7	52,2	46,3	38,8	32,6
8 → 15	45,7	37,7	35,5	29,8
16 → 55 nữ } 16 → 60 nam }	54,4	49,4	39,7	47,1
> 55 nữ } > 60 nam }	61,7	56,8	49,8	43,5

Việc định lượng vitamin C trong nước tiểu được tiến hành trên nhóm tuổi từ 7 đến 15 tuổi và 20 đến 50 tuổi. Đây là hai nhóm đặc biệt. Nhóm 7 đến 15 tuổi là nhóm đang có nhiều thay đổi thể chất nhất. Còn nhóm 20 đến 50 tuổi là nhóm ở tuổi lao động (Bảng 8).

Bảng 8 — Vitamin C niệu mg/24 giờ :

Tuổi	Dao (VH)	Tày (VH)	Đồng Bầm	Duyên Thái
7 → 15	0.22 ± 0.11	0.27 ± 0.16	0.34 ± 0.12	
20 → 50	0.21 ± 0.02	0, 9 ± 0,1	9.31 ± 0.16	0.29 ± 0.2

IV — NHẬN XÉT KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Qua điều tra ba khu vực người Kinh, Tày, Dao chúng tôi thấy có nhiều điểm khác nhau.

1. Về cơ cấu bữa ăn: Nhìn chung sự xuất hiện với tần số cao của gạo trong bữa ăn của tất cả các vùng dân tộc. Song do không đủ gạo nên người Kinh bù vào bằng ngô, nhưng người Dao và Tày bù sự thiếu hụt này bằng sắn. Sự thay thế gạo bằng sắn sẽ làm cho bữa ăn đơn điệu hơn vì sắn chỉ cung cấp năng lượng đơn thuần (calorivide).

Về rau xanh trong bữa ăn người Kinh phong phú hơn tần suất xuất hiện của măng trong bữa ăn của đồng bào dân tộc khá cao, ngay cả người Kinh sống ở núi cao cũng mắc tập quán này. Đây là tập quán dinh dưỡng xấu. Vì măng là thức ăn nghèo dinh dưỡng. Sự xuất hiện các loại thức ăn giàu chất đạm trong bữa ăn của người Kinh phong phú hơn. Tần suất thức ăn giàu đạm trong bữa ăn của người Tày, Dao rất hiếm, tuy vậy nếu đã ăn lại là đạm quý như thịt gà, trứng.

Cách chế biến thức ăn của người Kinh vùng thấp phong phú hơn, rồi đến đồng bào Kinh núi cao, Tày, và sơ sài nhất là người Dao.

Qua điều tra tổng thu nhập quanh năm chúng tôi thấy ở vùng rẻo cao nhân dân giàu thực phẩm lương thực nhưng tập quán dinh dưỡng xấu, cơ cấu bữa ăn đơn điệu. Trong khi đó người Kinh ở Đồng Bầm, lương thực thực phẩm không nhiều nhưng có cơ cấu bữa ăn hợp lý hơn.

2. Về khẩu phần dinh dưỡng :

Qua kết quả nghiên cứu chúng tôi thấy một điểm đặc biệt là người Kinh khẩu phần không đủ năng lượng nhưng lại cân đối các chất dinh dưỡng, các chất ở tỷ lệ hợp lý dễ hấp thu. Còn đồng bào dân tộc thì ngược lại năng lượng đầy đủ nhưng khẩu phần lại không cân đối tỷ lệ các chất không hợp lý hấp thu sẽ kém.

3. Về tình trạng dinh dưỡng :

Qua kết quả điều tra hàm lượng vitamin C trong máu và nước tiểu theo phương pháp của Ephremop 1964. Nếu người Việt Nam có lượng vitamin C

trong nước tiểu 24 giờ dưới 3,3 mg/giờ được coi là thiếu hụt (Đặng Hanh Phúc, 1973). Về thời gian test Cheraskin kéo dài trên 35 giây (Hà Huy Khôi, 1975) cũng được coi là tình trạng xấu. Do vậy so sánh với kết quả điều tra của chúng tôi thì người dân tộc Tày và Dao tỷ lệ thiếu vitamin C cao hơn dân tộc Kinh, đặc biệt là ở trẻ em. Điều này cũng phù hợp với chế độ ăn uống của nhân dân giữa các vùng, các dân tộc với tập quán dinh dưỡng khác nhau. Kết quả điều tra tập quán dinh dưỡng cũng rất phù hợp với kết quả nghiên cứu lâm sàng biểu hiện qua những khám nghiệm về các biểu hiện bệnh lý ở răng miệng và da, nơi phản ánh rõ tình trạng dinh dưỡng của cơ thể.

V — KẾT LUẬN

Qua quá trình nghiên cứu về tình hình dinh dưỡng với các chỉ số về tập quán dinh dưỡng, tình trạng sức khỏe, những biểu hiện của tình trạng dinh dưỡng giữa các dân tộc Kinh, Tày, Dao ở miền núi Bắc Thái chúng tôi thấy một đặc điểm chung là : tập quán dinh dưỡng chưa khoa học, chưa hợp lý dẫn đến tình trạng dinh dưỡng xấu đặc biệt là ở các dân tộc ít người. Một điểm đặc biệt là không phải nhân dân các dân tộc nghèo, ngược lại họ còn giàu hơn ở khu vực người Kinh. Do vậy chúng tôi cho rằng công tác tuyên truyền giáo dục dinh dưỡng là vô cùng quan trọng trong nhân dân, đặc biệt là nhân dân các dân tộc ít người.

Cần tiến hành nghiên cứu sâu và rộng hơn nhằm đưa ra một mô hình dinh dưỡng khoa học và phù hợp với điều kiện của từng địa phương, từng dân tộc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Tích Minh — Vệ sinh thực phẩm, NXB Y học Hà Nội 1976.
2. Hà Huy Khôi — Thực tập vệ sinh thực phẩm, Trường Đại học Y Hà Nội, XB 1975.
3. Đại học Y Hà nội — Công trình nghiên cứu khoa học, Trường Đại học Y Hà Nội XB 1976, Tr. 66 — 70.

KHẨU PHẦN THỰC TẾ CỦA HỌC SINH MỘT SỐ TRƯỜNG ĐẠI HỌC VÀ TRUNG HỌC CHUYÊN NGHIỆP Ở BẮC THÁI NĂM 1982

NGUYỄN XUÂN TIẾT
NÔNG THANH SƠN

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Mọi người đều biết rằng tình trạng thiếu dinh dưỡng là một vấn đề quan trọng của nhiều nước đang phát triển. Việc tìm hiểu tình hình dinh dưỡng của các đối tượng nhân dân là mối quan tâm lớn của nhà dinh dưỡng học hiện nay. Ở nước ta từ trước đến nay đã có nhiều tác giả đề cập nghiên cứu vấn đề này trên nhiều đối tượng khác nhau: công nhân, nông dân, bộ đội, v.v...

Để bổ sung thêm những số liệu nghiên cứu về vấn đề này, đồng thời dùng làm cơ sở đánh giá khẩu phần thực tế và tình trạng dinh dưỡng của nhân dân trên các vùng sinh thái khác nhau chúng tôi đã tiến hành điều tra khẩu phần thực tế của học sinh một số trường đại học và trung học chuyên nghiệp khu vực Bắc Thái. Cũng qua đó có thể nêu lên một số nhận xét sơ bộ về khẩu phần đó. Đồng thời rút ra những điểm còn bị hạn chế của khẩu phần.

II — ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

1. **Đối tượng:** chúng tôi chọn học sinh 2 trường đại học Y Bắc Thái và Cao đẳng sư phạm Việt Bắc. Các học sinh này có cùng một chế độ ăn và cùng ăn ở một bếp ăn tập thể.

2. **Phương pháp:** áp dụng phương pháp cân đong trực tiếp thức ăn trong 7 ngày (4). Sau đó dựa vào « Bảng thành phần hóa học thức ăn Việt Nam (2) để tính toán các thành phần dinh dưỡng có được, từ đó đối chiếu với tiêu chuẩn đề nghị (1) để rút ra nhận xét đối với khẩu phần nghiên cứu.

III — KẾT QUẢ VÀ NHẬN XÉT

Kết quả của cuộc điều tra được trình bày qua một số bảng sau:

Bảng 1 — Các chất dinh dưỡng thu được (1 người trong 1 ngày)

Đối tượng	Các chất sinh năng lượng. (g)			Năng lượng đạt được (kilo calo)	Chất khoáng (mg)			Vitamin (mg)		
	Prot	Lipit	Glucid		Ca	P	Fe	A	B1	C
Học sinh ĐH Y Bắc Thái	53.85	16.59	409.0	2000.96	272.21	237.16	3.39	1.136	1.22	22.06
H.S Cao đẳng sư phạm Việt Bắc	50.53	13.97	368.4	1.801.45	373.24	308.87	15.10	1.245	0.775	44.85

Bảng 2 — Tính cân đối của các thành phần trong khẩu phần

Đối tượng	Protit động vật	Lipit thực vật	H. lượng do protit	H. lượng do lipit	Hàm lượng protit	H. lượng do glucit	Ca	Vitamin B1 (mg)
	Protid thực vật	Tổng số lipit	Tổng số năng lượng	Tổng số năng lượng	Năng lượng do lipit	Tổng số năng lượng	P	Năng lượng (1000KCal)
HS ĐHY/BT	29	39,05	10,76	17,46	143,1	81,78	1,14	0,59
HS. Cao đẳng SP/VB	7,63	61,3	11,3	6,98	160,6	81,72	1,208	0,453

Từ kết quả trên chúng tôi rút ra một số nhận xét sơ bộ như sau :

- Năng lượng cung cấp cho 2 đối tượng trên còn thấp so với nhu cầu đề nghị $\frac{2000,96}{2400}$ và $\frac{1.801,46}{2400}$ K Cal
- Protid của khẩu phần gần đạt về số lượng $\left(\frac{53,85}{72} \text{ và } \frac{50,53}{72} \right)$ nhưng chất lượng của protid chưa thỏa mãn. Được biểu hiện qua tỷ lệ giữa $\frac{\text{protid động vật}}{\text{protid thực vật}}$ còn quá thấp, đặc biệt là khẩu phần của học sinh trường Cao đẳng sư phạm Việt Bắc $\left(\frac{29}{30} \text{ và } \frac{7,63}{50} \right)$.
- Lượng lipid trong khẩu phần của cả 2 đối tượng còn quá thấp so với nhu cầu $\left(\frac{16,59}{30} \text{ và } \frac{13,97}{30} \right)$ và năng lượng do lipid so với tổng số năng lượng chưa hợp lý (7,46 và 6,98) có lẽ đây là một nguyên nhân làm cho năng lượng chung để khẩu phần giảm xuống rõ rệt.
- Lượng glucid sử dụng còn khá cao biểu hiện qua tỷ lệ năng lượng do glucid so với tổng số năng lượng chưa hợp lý $\left(\frac{81,78\%}{76} \text{ và } \frac{81,72\%}{76} \right)$.
- Năng lượng do lipid và protid cung cấp còn thấp so với nhu cầu đề nghị, dẫn đến sự mất cân đối giữa các thành phần sinh năng lượng trong khẩu phần, làm cho giá trị năng lượng các khẩu phần giảm xuống rõ rệt.
- Năng lượng do protid so với năng lượng do lipid hợp lý. Nhưng trên thực tế vì lượng protid và lipid cung cấp đều cùng thiếu, vì vậy năng lượng chung của khẩu phần vẫn chưa được cải thiện.
- Các vitamin và chất khoáng đều dao động xung quanh tiêu chuẩn đề nghị.

IV — KẾT LUẬN

Trên đây là những nghiên cứu bước đầu của chúng tôi trên đối tượng học sinh đại học và trung học chuyên nghiệp khu vực Bắc Thái. Từ những kết quả trên chúng tôi nhận thấy.

— Nhìn chung khẩu phần này chưa đáp ứng được nhu cầu của các đối tượng học sinh, kể cả số lượng và chất lượng của các thành phần trong khẩu phần.

— Đề từng bước cải thiện khẩu phần ăn cho học sinh, cần chú ý sử dụng thức ăn giàu protid và lipid (lạc, vừng, đậu tương...) trên cơ sở đảm bảo tính cân đối của khẩu phần. (năng lượng do protid và lipid nên đạt 12% tổng số năng lượng). Vì thực tế 2 thành phần này còn khá thấp so với nhu cầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Tích Mịch, Hà Huy Khôi
Vệ sinh dinh dưỡng và vệ sinh thực phẩm. Y học Hà Nội 1973.
2. Từ Giấy, Bùi Thị Như Thuận.
Bảng thành phần hóa học thức ăn Việt Nam, Y học Hà Nội 1972.
3. Giám sát và phòng suy dinh dưỡng trẻ em.
Viện dinh dưỡng Việt Nam 1982.
4. Debryg : Validité des méthodes denguetes
Nutrionnelles — Ann — Nutr — Ali 1976. 30. Trang 115 —127.

DƯỢC LÝ

ĐỘ NHẠY CẢM CỦA THẦN KINH CỎ Ở TRẠNG THÁI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CỦA CHUỘT CỐNG TRẮNG

PHAN KÁC

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một bệnh xuất hiện do nhiều nguyên nhân. Nhưng kết quả cuối cùng đưa đến trạng thái bệnh lý là sự tổn thương tụy tạng ở các mức độ nặng nhẹ khác nhau. Ở nhiều nước, vấn đề thức ăn, nước uống và những chế độ sinh hoạt khác cho những người mắc bệnh này không chỉ là vấn đề lời khuyên của các thầy thuốc mà là những quy định, những liệu pháp có tính chất pháp chế. Cũng có những nhận xét là hội chứng này hay gặp nhiều hơn ở những khu vực dân cư có mức sống cao. Tỷ lệ dân số thế giới mắc bệnh này hiện nay có tới 5%, một con số đáng lưu ý. Và trong tương lai, tỷ lệ này chắc chắn còn tăng nữa.

Ở nước ta bệnh đái đường cũng không còn là một bệnh xa lạ, tuy nhiên mức độ chưa đến phổ biến, và nếu so sánh với những bệnh tim mạch và ung thư thì sự chú ý của mọi người tới những triệu chứng của bệnh này còn ít hơn. Song, một thực tế rất cần thiết phải lưu ý tới là việc sử dụng thuốc nói chung cho những bệnh nhân đái tháo đường, nhất là đối với những trường hợp phải can thiệp bằng ngoại khoa, có sử dụng tới những thuốc giảm đau, gây tê, gây mê và giãn cơ thì đây là vấn đề phải hết sức cân nhắc, thận trọng. Bởi vì trong những thể tạng này, liều lượng của những thuốc trên hầu hết có thay đổi. Nếu cho rằng sự thay đổi liều lượng thuốc phụ thuộc vào độ nhạy cảm của cơ quan cảm thụ thì ta có thể có một nhận xét là: Ở những thể tạng đái tháo đường, độ nhạy cảm của những cơ quan thụ cảm thuốc có nhiều thay đổi. Sự thay đổi này không nhất thiết là sự tăng liều, mà nó tùy thuộc vào từng nhóm thuốc một, có nhiều khi liều lượng lại giảm đi so với những trường hợp bình thường. Thực nghiệm của chúng tôi dựa trên cơ sở của một cơ chế bệnh sinh đã biết và có thể xây dựng được mẫu thực nghiệm một cách chính xác tin cậy đề trên cơ sở đó giải quyết một vấn đề là: xây dựng đường biểu diễn liều tác dụng của những thuốc gây chùng giãn cơ trong thể tạng đái tháo đường do Alloxan, trên chuột cống trắng. Ngoài mục tiêu góp phần hướng dẫn gợi ý trong sử dụng thuốc, thực nghiệm còn góp phần xây dựng một phương pháp nghiên cứu, nhất là nó phù hợp với những mục tiêu tìm hiểu, thăm dò tác dụng và liều lượng của những chất mới, có khả năng được dùng làm thuốc trong tương lai.

II — PHƯƠNG PHÁP VÀ PHƯƠNG TIỆN

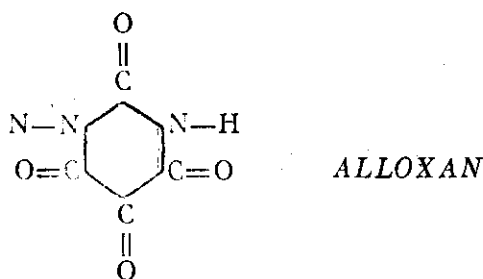
1. Chọn súc vật thí nghiệm:

Chuột cống trắng, giống cái, thuộc chủng CFY, với thể trọng trung bình 120 — 150g.

2. Phương pháp gây đái tháo đường thực nghiệm:

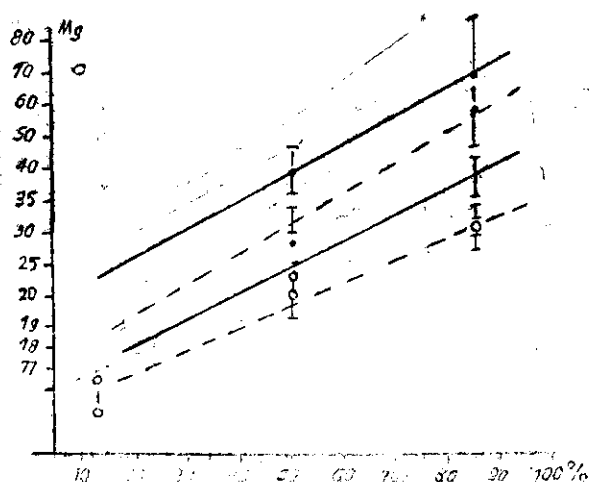
Chuột được tiêm tĩnh mạch Alloxan (Hình 1) với liều 40mg cho một kilôgam thể trọng. Sau 4 đến 8 giờ, tất cả mọi lô chuột đã tiêm thuốc đều được kiểm tra đường trong nước tiểu bằng phản ứng với Nylander. Phản ứng dương tính khi 0,2ml nước tiểu, sau khi thêm vào 1 giọt Nylander, hơi nóng nhẹ sẽ xuất hiện màu gụ đen cho đến đen. Thông thường bằng phản ứng Nylander, những đường khỉ được phát hiện một cách hết sức nhạy bén.

Phương pháp tiêm tĩnh mạch Alloxan, kết hợp với thử nghiệm Nylander đảm bảo độ chính xác 100% những cá thể trong các lô chuột thực nghiệm có phản ứng đái tháo đường dương tính. Loại trừ tất cả những nhầm lẫn, ngờ vực.



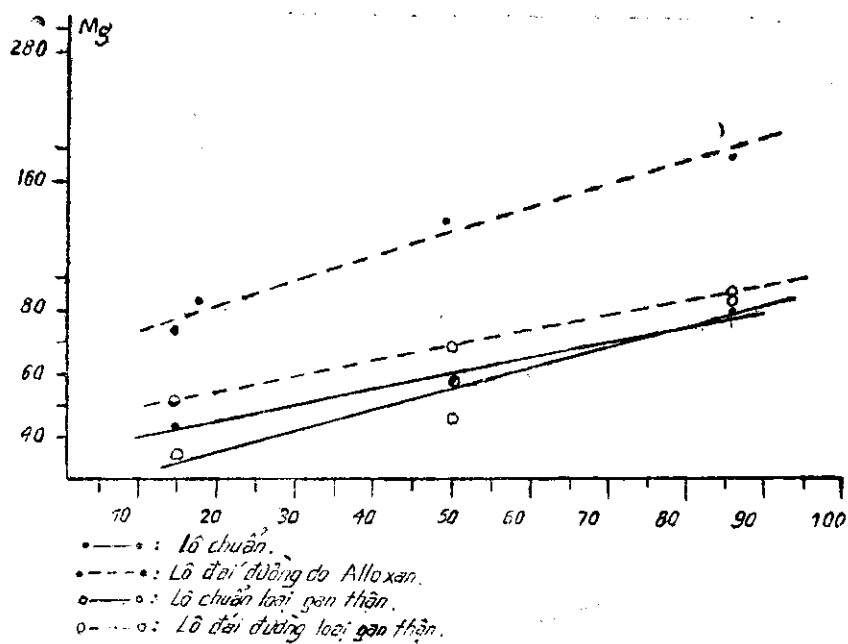
Bảng 1 - Những giá trị ED₅₀ và Q của d.TC, Pavulon, Flaxedil, Shécinylocholin (Sch) và Decamethonium (C.10) ở lô chuẩn và lô đái tháo đường do Alloxan.

Lô	D - TC		PAVULON		FLAXEDIL		Sch		C10	
	ED ₅₀	Q	ED ₅₀	Q	ED ₅₀	Q	ED ₅₀	Q	ED ₅₀	Q
Chuẩn	28,8 ± 5,2	1	59,8 ± 9,5	1	2 671 ± 193	1	119,70 ± 16,40	1	841 ± 105	1
ALLOXAN	40,50 ± 8,30	0,71	136,10 ± 16,00	0,43	4 195 ± 338	0,63	72,2 ± 14,2	1,65	1 332 ± 145	0,63

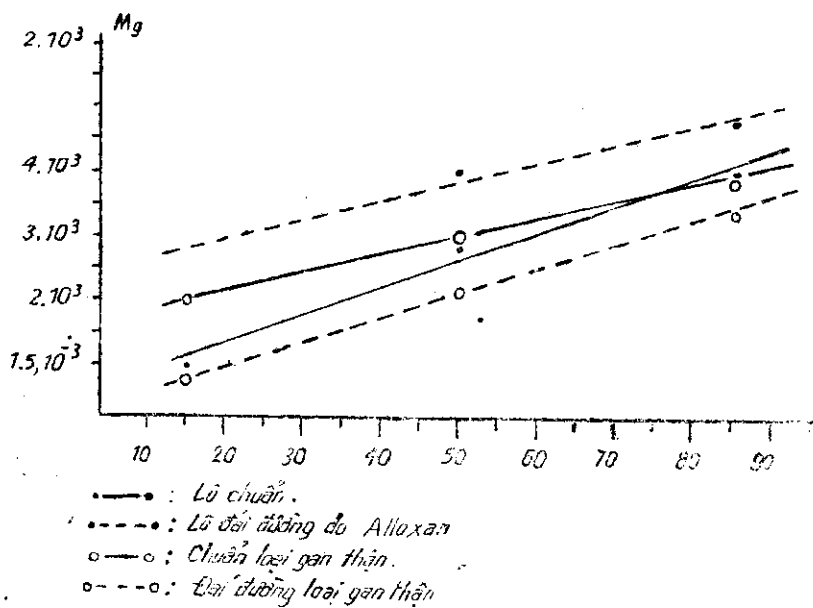


Hình 1. Đồ thị biểu diễn liều tác dụng của d.TC

..... : lô chuẩn
 ————— : lô đái đường
 - - - - - : chuẩn loại gan thận
 - . - . - : Đái đường loại gan thận

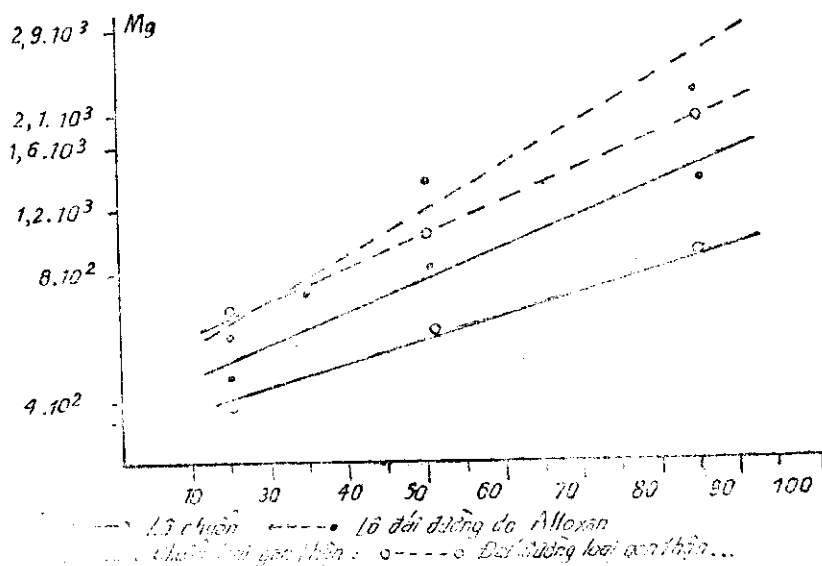


Hình 2. Đồ thị biểu diễn liều tác dụng của Pavulon.

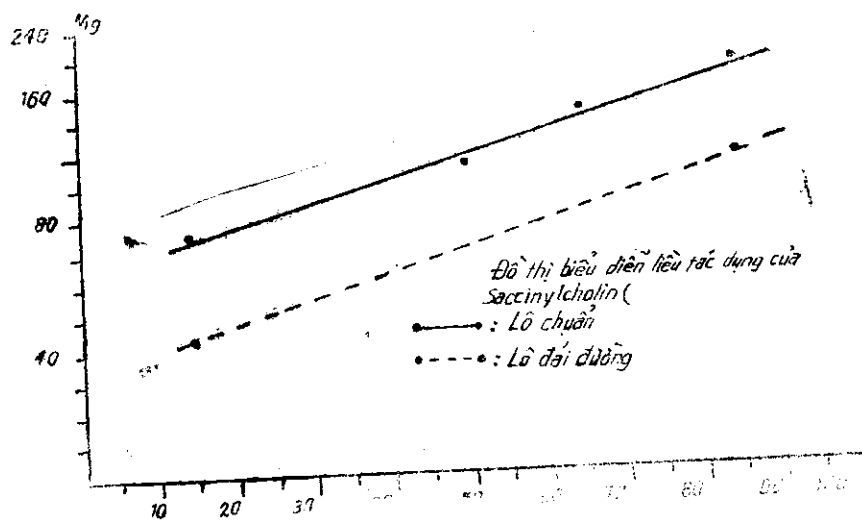


Hình 3. Đồ thị biểu diễn liều tác dụng của Flaredil.

Ghi chú: Các đồ thị 1, 2, 3, 4, 5 đều dựng theo phương pháp bán logarit.



Hình 4. Đồ thị biểu diễn liên tác dụng của Decamethonium (C-10).



Hình 5

3. Phương pháp gây mê:

Trước khi phẫu thuật thí nghiệm, chuột được gây mê bằng Uretan (Urethane) theo phương pháp tiêm màng bụng (Intra peritonealis). Chuột được coi là đã mê, có thể phẫu thuật được khi lật ngửa chúng lên, chúng không còn cử động lại tư thế đó, môi dưới trễ xuống, thở đều, nâng nhẹ chuột trên bàn tay, toàn thân chúng mềm mại, đuôi thẳng.

4. Phẫu thuật cho thực nghiệm:

a) Bộc lộ tĩnh mạch cảnh và khí quản:

Sau khi đã gây mê cho chuột, đặt chúng nằm ngửa trên bàn mổ, dùng kéo cong mũi bằng, bộc lộ một mảng da chừng 1 centimet vuông từ dưới cằm

đến hết mặt trước cõ, sau đó bằng panh, kéo lá mạ và ống polyetilen đường kính 1,5mm và chỉ khâu, đặt một canul vào khi quần chuột.. Tại một trong hai nhánh tĩnh mạch cảnh, đặt một canul Polyetilen nữa để dẫn thuốc khi thí nghiệm.

b) Phẫu thuật cõ Tibialis alterio :

Bộc lộ một mảng da từ bàn chân lên gối, dùng panh cong nhắc sợi cân này đặt một sợi chỉ lanh mảnh, dài 40cm. Bộc thắt đầu chỉ vào sợi cân này. Dùng kéo cắt tách cân ra khỏi bàn chân rồi bằng đầu cân tách ngược lên nhắc hoàn toàn đầu dưới của tấm cơ ra khỏi bó cơ nối gối và bàn chân chuột. Cơ và cân được giữ ẩm, ổn định bằng dầu parafin.

c) Phẫu thuật bộc lộ dây thần kinh tọa.

Đặt chuột nằm nghiêng. Trên bề mặt đùi, bộc lộ một mảng da hình tròn có đường kính 0,50cm bằng kéo cong mũi bằng. Tại đó dùng panh cong không máu tách cơ và bộc lộ dây thần kinh tọa của chuột ra khỏi bó mạch, thần kinh đùi. Đặt dưới dây thần kinh đã bộc lộ này một sợi chỉ mảnh để cõ thể bằng sợi chỉ đó nâng nhẹ nó lên đặt vào điện cực. Vết mổ bộc lộ dây thần kinh cũng được thấm ẩm bằng dầu Parafin.

5. Máy kích thích điện :

Một máy kích thích, cho một dòng điện vuông cõ thể điều chỉnh điện áp từ 0,1 đến 20V, với dòng điện cõ miliamper, tần số cõ thể biến đổi để điều chỉnh được thời gian kéo dài của mỗi kích thích và chu kỳ cũng biến đổi để cõ thể điều chỉnh được thời gian lặp lại của các kích thích.

Các kích thích được đưa tới chỗ bộc lộ dây thần kinh tọa bằng một điện cực platin cõ hai chân với đường kính 0,1mm. Khi máy hoạt động, các kích thích được đưa tới dây thần kinh một cách nhịp nhàng tùy theo ý muốn của kỹ thuật viên.

Biểu hiện của một kích thích đã được phát ra được ghi bằng một đáp ứng của cơ thể trên băng ghi của Kymograph và ngoài ra nó còn được biểu hiện bằng đèn báo sáng.

6. Ghi hình ảnh thực nghiệm và tính toán xây dựng đồ thị :

Sau khi đã phẫu thuật xong, máy kích thích điện được nối với dây thần kinh chuột, và cơ được nối với bút ghi trên Kymograph. Khi máy kích thích điện hoạt động, phản xạ cơ cơ trước những kích thích của thần kinh sẽ được ghi trên băng giấy theo chiều thẳng đứng.

Đầu tiên, phải chọn một điện áp cần thiết để những kích thích phát ra với điện áp này sẽ tạo ra những mức cơ cơ đồng nhất, biểu hiện trên độ cao những đường ghi ở băng giấy của Kymograph không chênh nhau quá 0,5mm do đó thu được hai đường biên trên dưới phẳng đều ở bề mặt của giấy ám khói.

Mức điện áp thực nghiệm bằng mức điện áp đã tìm được ở trên cộng thêm một nửa lượng ấy nữa. Người ta gọi đó là điện áp tối ưu (Suppra maximalis).

Sau khi đã chọn điện áp tối ưu ta tiêm cho chuột lần lượt những liều thuốc cõ định, gây được 1/5 tác dụng, nghĩa là đường biên phía trên của băng giấy ám khói sẽ tụt xuống 1/5 chiều cao ban đầu trong cùng một điện áp đã chọn. Những liều thuốc này sẽ được tiêm liên tục trở lại theo những khoảng

thời gian đã xác định qua tĩnh mạch cánh, cho đến khi nào đủ gây ra trên 90% tác dụng, nghĩa là đường biên phía trên của đường ghi trên giấy âm khối hạ thấp hẳn xuống, độ cao của các đường thẳng ghi các kích thích chỉ còn bằng xấp xỉ 10% độ cao ban đầu, khi ta hoàn toàn chưa tiêm thuốc cho chuột.

Ghi lại tổng lượng thuốc đã dùng để đạt được 90% tác dụng ở trên. Chú ý tôi đã chọn 3 điểm đặc trưng để dùng đường biểu diễn liều tác dụng cho từng loại trong 5 thử thuốc đã kiểm tra: d—Tubocurarin (d—TC), Flaxedil, Pavulon, Decaméthonium (C_{10}) và Succinylcholin (Sch). Đó là các điểm biểu diễn những liều lượng thuốc đã gây được 15%, 50% và 85% tác dụng. Các giá trị liều lượng tính bằng microgam/kg.

Một phương pháp thống nhất và nghiêm ngặt như vậy được thực hiện ở cả lô chuẩn và các lô thực nghiệm. Lấy kết quả liều lượng gây được 50% tác dụng ở lô chuẩn, tức là lô không gây đái đường làm mốc. Và dùng liều đó để tiêm cho các lô thực nghiệm. Những lô đã được gây đái đường bằng Alloxan. Các kết quả mới này sẽ được tập hợp lại để so sánh.

Trên cơ sở tính toán sử lý kết quả thực nghiệm bằng phương pháp thống kê, tính t và p để kết luận về mức độ khác nhau của những trị số thu được ở các lô thực nghiệm và lô chuẩn.

III — KẾT QUẢ

Trong những thuốc đã thí nghiệm, trừ Sch, tất cả 4 loại khác đều cho kết quả đồng nhất về liều tác dụng. Ở những lô chuột đã gây đái đường bằng Alloxan, phản xạ thần kinh cơ giảm đi nhiều so với lô chuẩn.

Nếu ta gọi các liều lượng đặc trưng như đã nêu ở trên bằng hai chữ ED (Effecax Dosis) ta sẽ có ED₅, ED₅₀ và ED₈₅ thì ta thấy ở những lô thực nghiệm, để đạt được 50% tác dụng (không kể Sch) tất cả những trường hợp khác đều cần phải tăng liều. Nếu ta lấy những giá trị ED₅₀ của các lô chuẩn làm mốc so sánh và đặt Q là tỷ lệ giữa những giá trị này với những giá trị ED₅₀ của thể tạng đái đường do Alloxan thì ta thấy Q của Pavulon trong thể tạng đái đường do Alloxan là nhỏ nhất (0,43) còn Q của Sch trong thể tạng này có giá trị lớn nhất (1,65). Ta cũng có thể có nhận xét rằng Q càng nhỏ biểu hiện độ nhạy cảm của cơ quan thụ cảm càng thấp, và Q lớn tức là độ nhạy cảm tăng lên (Bảng 1).

Những kết quả này còn có thể nhận thấy trên các đồ thị. Hình 1 biểu diễn liều tác dụng của d—TC, ta thấy sự khác biệt có ý nghĩa trong cặp giá trị ED₅₀. Hai cặp giá trị khác ED₁₅ và ED₈₅ sự khác biệt không rõ rệt.

Sự khác biệt của ba cặp giá trị ED₁₅, ED₅₀ và ED₈₅ của Pavulon rất lớn (Hình 2). Trên hình 3, hình 4 và hình 5 ta cũng có thể nhận thấy sự khác biệt của ba cặp giá trị so sánh hết sức rõ ràng, tuy mức độ không bằng sự khác biệt trong các cặp giá trị so sánh của Pavulon. Đó là các đồ thị biểu diễn liều tác dụng của Flaxedil, Decamethonium và Succinylcholin ở các lô chuẩn và đái đường do Alloxan.

IV -- BÌNH LUẬN

Các kết quả đã thu được thông qua những số liệu trong bảng 1 khẳng định sự cần thiết của thực nghiệm, vì nó không những chỉ ra sự khác biệt có ý nghĩa của những liều lượng thuốc ở những thể tạng khác nhau như đã nêu trong phần đặt vấn đề, mà nó nêu một cách rõ ràng mức độ định lượng của sự khác nhau này.

Bằng những điều kiện thực nghiệm hết sức thống nhất, các giá trị thực nghiệm được xử lý bằng máy tính theo phương pháp thống kê trong đó mỗi giá trị thực nghiệm đều được tổ hợp từ ít nhất là 5 giá trị thành phần và được ghi lại cùng những sai số đã tính toán khẳng định chiều hướng tác dụng của từng thuốc trong 5 loại chế phẩm đã được kiểm tra. Điều rất rõ ràng là d-TC, Pavulon, Flaxedil, và C_{10} , so với lô chuẩn, ở lô dài đường bởi Alloxan đã thể hiện rõ sự giảm tác dụng của chúng trong vai trò của những chất làm chùng giãn cơ. Và ngược lại, ngưỡng phản xạ của các bản vận động lại hạ thấp xuống trong thể tạng này đối với Sch. Xét về cơ chế tác dụng ta thấy những chất tác dụng theo cơ chế ổn định điện thế màng (Membran Stabilisation) đã tác dụng yếu hơn những chất có hoạt lực theo cơ chế khử cực (Depolarisation).

Trên các hình 1, 2, 3, 4, 5 đều cho ta một nhận xét thống nhất: Các lô chuẩn, trong những trường hợp loại gan thận sự khác biệt trên đồ thị không có ý nghĩa. Tức là liều lượng thuốc hầu như không thay đổi. Nhưng ở các lô thực nghiệm sự xê dịch rất lớn, và tất cả mọi trường hợp đã nêu đều giảm liều, đồ thị rơi trở lại vị trí của lô chuẩn. Rõ ràng nhất là ở những cặp giá trị so sánh ED₁₅. Điều này cũng nêu lên một câu hỏi tiếp theo, đó là vai trò của gan và thận đối với những sự biến đổi này?

Một cách chi tiết cụ thể còn phải chờ đợi nhiều thực nghiệm. Nhưng dựa trên tính chất hóa học của những thuốc đã dùng và qua hình ảnh diện di Polya-crylamid thì có thể nghĩ đến một chất mới nào đó đã hình thành trong quá trình chuyển hóa glucid và lipid, mà chất đó làm cho các bản vận động trong những thể tạng dài đường kém nhạy cảm hơn đối với d-TC, Pavulon, Flaxedil và C_{10} . Và ngược lại, làm tăng độ nhạy cảm của các bản vận động đối với Sch.

V -- KẾT LUẬN

Từ một nhận xét ban đầu về sự thay đổi độ nhạy cảm của bản vận động cơ vân đối với Curate và Succinylcholin ở thể tạng dài đường do Alloxan, chúng tôi đã xây dựng và đi tới ổn định một phương pháp thực nghiệm mới để xác định một cách định lượng sự thay đổi này. Đồng thời, cũng mức độ như trên, thực nghiệm đã chứng minh những sự thay đổi trong hoàn cảnh tương tự đối với những thuốc khác cùng nhóm: Pavulon, Flaxedil và C_{10} .

Trừ Sch ra, d-TC và những thuốc khác đều tác dụng theo cùng một hướng là tăng liều ở những thể tạng này để đạt được mức độ tác dụng 50% như ở lô chuẩn. Gan, và có thể cả thận nữa đã đóng một vai trò quan trọng những sự biến đổi này.

ẢNH HƯỞNG CỦA DỊCH CHIẾT KIM SƯƠNG TRÊN HOẠT ĐỘNG CỦA MỘT SỐ CƠ QUAN

PHAN KÁC, ĐÀM THU DUYỀN,
TÔ THỊ THU, NGUYỄN THANH TẢO

Tại Bắc Thái có một cây dễ gặp và nhân dân đã dùng điều trị kết quả những trường hợp viêm họng, amygdale và những cơn đau quặn ruột (3). Tài liệu đã công bố cho là cây này có tác dụng chống thấp khớp teo cơ (1, 5, 6). Đó là cây kim sương (*Micromelum falcatum tanaka*) (1, 2).

Qua sơ bộ phân tích bằng phương pháp sắc ký lớp mỏng đã xác định trong thành phần cấu tạo của vỏ, thân và lá có chứa cumarin và những chất thuộc loại flavonoid, trong quả xanh có tinh dầu mang thành phần chủ yếu là citral (3). Trong những tài liệu khác đã công bố, có phần nhấn mạnh nhiều đến tinh dầu (1, 5, 6). Việc xác định hoạt chất đang tiếp tục. Nhưng căn cứ trên những phương pháp sử dụng của nhân dân, một dịch chiết toàn phần đã được chế tạo và đưa vào thử tác dụng được lý trên cơ thể súc vật thí nghiệm và trên các cơ quan cô lập.

Những tác dụng thuốc theo kinh nghiệm dân gian đã được nêu. Song những tài liệu nghiên cứu được lý về cây này hiện nay chưa có, thực nghiệm của chúng tôi nhằm góp phần xác định những tác dụng được lý của dịch chiết toàn phần cây kim sương.

I — PHƯƠNG PHÁP VÀ PHƯƠNG TIỆN

1. Tìm hiểu tác dụng chống viêm :

Súc vật thí nghiệm : chuột lang không phân biệt chủng, giống, có trọng lượng trung bình 200 — 250gam. Chế độ ăn uống bình thường ổn định trong phòng thí nghiệm 2 tuần lễ trước khi làm thực nghiệm. Gây viêm cấp bằng dịch treo thạch cao 1% trong da. Sau từng khoảng thời gian cố định 30, 60, 90 phút, bằng một dụng cụ tự tạo, đo độ phù của chân chuột. So sánh kết quả giữa lô chuẩn và lô thực nghiệm. Lô thí nghiệm được uống dịch chiết Kim sương liên tục trong 1 tuần lễ, với liều mỗi ngày 2g/kg.

2. Tác dụng của dịch chiết Kim sương trên ruột tá cô lập.

Súc vật thí nghiệm là chó, không phân biệt chủng loại và giống có thể trọng trung bình là 1 — 1,5kg, chế độ ăn uống ổn định tại phòng thí nghiệm trong 1 tuần lễ. Phương pháp thí nghiệm của Perry (9). Thiết bị đun nhiệt tự thiết kế theo nguyên tắc lợi dụng sự biến đổi chậm chạp nhiệt dung của nước với một hệ thống sức không khí liên tục trong suốt thời gian tiến hành thí nghiệm.

Những đoạn ruột tá cô lập dài 2cm và được nuôi trong Tyrode (9). Hình ảnh thực nghiệm được ghi trên giấy âm khối của Kymograph. Thí nghiệm được tiến hành trên cơ sở so sánh tác dụng của dịch chiết Kim sương 5% với dung dịch Achetylcholin 5 phần vạn.

3. Tác dụng của dịch chiết Kim sương trên hồi tràng.

Súc vật thí nghiệm là chuột lang, không phân biệt chủng loại và giống, có thể trọng trung bình 150 — 200g. Được nuôi trong điều kiện ổn định của Phòng thí nghiệm trong 2 tuần lễ trước khi tiến hành thí nghiệm. Cô lập hồi tràng theo phương pháp Perry. Thiết bị ổn nhiệt và sức không khí như trong thí nghiệm ruột tá cô lập đã thiết kế.

Dịch nuôi: Tyrode (9).

Thực nghiệm được tiến hành so sánh tác dụng của dịch chiết Kim sương với dung dịch Adrenalin 0,0005.

4. Tác dụng của dịch chiết Kim sương trên tử cung cô lập

Súc vật thí nghiệm là thỏ cái đã trưởng thành và không có chữa, không phân biệt chủng loại, được nuôi ổn định trong phòng thí nghiệm 1 tuần lễ trước khi tiến hành cô lập tử cung. Thiết bị ổn nhiệt và sức khí cũng được thiết kế như trong thí nghiệm ruột tá cô lập.

Dịch nuôi Dejlon (9). Phương pháp thí nghiệm của Perry có cải tiến theo phương pháp của Minker Emil (10).

Thí nghiệm được tiến hành trên cơ sở so sánh tác dụng của dịch chiết Kim sương với dung dịch Ergotamin.

5. Tác dụng của Kim sương trên tim cô lập:

Súc vật thí nghiệm là ếch, không phân biệt chủng loại và giống, không có điều kiện đặc biệt trong chăn nuôi, đó là những nhóm ếch được cung cấp từ Phòng giáo tài, hầu hết những thí nghiệm được tiến hành ngay sau khi bắt được ếch. Phương pháp cô lập tim của Straube và dịch nuôi là Ringer ếch (9). Thí nghiệm được tiến hành so sánh với Digitalin.

6. Tác dụng của dịch chiết Kim sương trên huyết áp.

Súc vật thí nghiệm: chó, không phân biệt chủng loại, giống, có trọng lượng trung bình 8 — 10 kg. Nuôi dưỡng trong một chế độ bình thường không có những chất kích thích gây tăng huyết áp. Gây mê bằng urethanum tỷ lệ 1,2g/kg. Bộc lộ tĩnh mạch và động mạch đùi, ghi huyết áp so sánh giữa dịch chiết Kim sương và những chất đã biết rõ cơ chế tác dụng trên huyết áp chó bình thường như adrenalin, achetylcholin.

Thực nghiệm được tiến hành theo thứ tự: Ghi huyết áp của chó dưới ảnh hưởng của adrenalin, achetylcholin, Kim sương, achetylcholin, adrenalin.

II — KẾT QUẢ THÍ NGHIỆM

1. Tác dụng chống viêm:

Theo từng thời gian ấn định 30 phút, 60 phút và 90 phút sau khi tiêm trong da ở 2 bàn chân sau của chuột lượng 0,1 ml dịch treo thạch cao 1%, kết quả thí nghiệm là mức độ phù của chân chuột được tính theo tỷ lệ phần trăm. Mỗi một giá trị thí nghiệm được tổ hợp từ 5 giá trị thành phần có kèm theo sai số. Những kết quả thí nghiệm này có thể nhận thấy trên bảng 1.

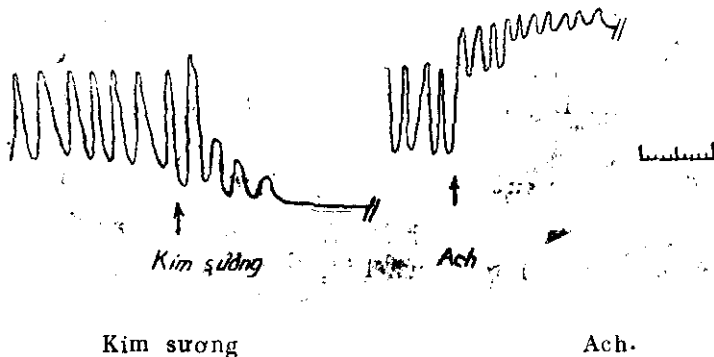
Bảng 1

Lô thí nghiệm	Thời điểm và mức tăng thể tích bàn chân trong các thời điểm đó		
	30 phút	60 phút	90 phút
Chuẩn n	$32.33 \pm 1,16$ 5	$72,66 \pm 1,83$ 5	$71.33 \pm 2,52$ 5
Đã uống dịch chiết Kim sương mỗi ngày 2g/kg liên tục 7 ngày. n	$14.60 \pm 1,56$ 5	$24,00 \pm 2,90$ 5	$22.66 \pm 2,56$ 5

Mức tăng thể tích chân chuột (độ phù) theo thời gian trong thí nghiệm tìm hiểu tác dụng chống viêm cấp của Kim sương. Giá trị trong bảng được tính theo tỷ lệ %.

2. Tác dụng của dịch chiết Kim sương trên hoạt động của ruột tá.

Sau khi đã ổn định trong dịch nuôi của ống nuôi ruột 30 phút. Đoạn ruột tá cô lập đã hoạt động rất bình thường, Kymograph chạy với tốc độ 0,4mm/s. Dịch chiết Kim sương được đưa vào dịch nuôi lần lượt với liều độ 0,2ml một lần. Thí nghiệm được lặp đi lặp lại nhiều lần trên mỗi đoạn ruột cô lập và các kết quả thu được đều thống nhất là dịch chiết Kim sương làm giãn cơ trơn ruột tá sau một khoảng khắc ban đầu, có gây những phản ứng tăng co thắt. Phản ứng của Kim sương trên ruột tá ngược chiều với phản ứng của achetylcholin trong cùng một thí nghiệm. Hình 1 biểu diễn hình ảnh hoạt động của ruột tá dưới tác dụng của Kim sương và những chất so sánh.



Hình 1 — Đường biểu diễn tác dụng của dịch chiết Kim sương trên ruột tá cô lập của thỏ. Kim sương: 0,2 ml dung dịch 5%,
Ach: 0,2ml dung dịch 0,0005 trong nước.
(Đánh dấu thời gian: 1mm = 2 giây)

3. Tác dụng của Kim sương trên hồi tràng:

Đoạn thẳng hồi tràng được ổn định trong dịch nuôi 30 phút trước khi thực nghiệm. Kymograph chạy với tốc độ 0,4mm/s. Những thuốc thí nghiệm được đưa vào ống nuôi ruột như trong thí nghiệm với ruột tá. Hình ảnh thí nghiệm cho thấy: Sau một khoảng khắc co thắt mạnh, hồi tràng giãn ra rất

lâu, tần số co bóp giảm và biên độ cũng sụt nhiều so với hoạt động bình thường. Sau khi rửa bằng dịch nuôi đoạn hồi tràng cô lập trở lại hoạt động bình thường. Hình 2 biểu diễn hoạt động của hồi tràng qua bút ghi trên kymograph.



Hình 2 - Đường biểu diễn tác dụng của dịch chiết Kim sương trên hồi tràng chuột lang. Kim sương: 0,2ml, dung dịch 5%, Adrenalin: 0,2ml dung dịch 0,0005 trong nước (Đánh dấu thời gian: 1mm = 2s)

4. Tác dụng của dịch chiết Kim sương trên tử cung cô lập.

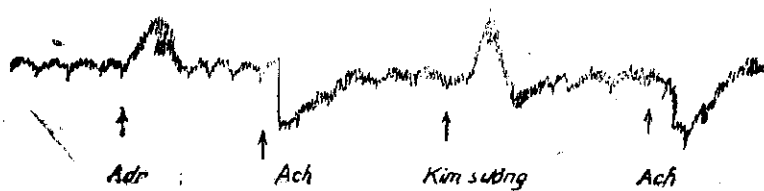
Đoạn vòi trứng (uterus) được ổn định trong dịch nuôi 50 phút cho đến khi những hoạt động co bóp của uterus đã bình thường. Các dung dịch thí nghiệm được đưa vào ống nuôi. Dung dịch Kim sương làm cho tử cung ít co bóp hơn, tần số co bóp rất giảm (trung bình là 6 lần so với mức bình thường). Biên độ bình thường (cho thấy cơ tử cung không giãn dưới ảnh hưởng của Kim sương). So với Ergotamin. Kim sương cũng không gây phản xạ co thắt như thuốc này.

5. Tác dụng của Kim sương trên tim cô lập:

Biểu hiện của dịch chiết Kim sương trên tim cô lập không ổn định, nhịp tim khi tăng khi giảm. Biên độ ổn định và tim ếch đã ngừng ở thì tâm trương khi sử dụng với liều cao. Digital thể hiện tác dụng rõ rệt.

6. Tác dụng của Kim sương trên huyết áp:

Hình ảnh tăng huyết áp theo kiểu Adrenalin, sau đó biên độ giảm hơn mức bình thường. Dưới ảnh hưởng của Kim sương các biểu hiện của huyết áp không thay đổi đối với Adrenalin và Achetylcholin.



Hình 3 - Tác dụng của Kim sương trên huyết áp chó. Kim sương: 1ml dung dịch 5%, Adrenalin: 1 ml dung dịch 0,0005, Achetylcholin: 1ml dung dịch 0,0005 tiêm tĩnh mạch. Chó: 8 - 10 kg, gây mê bằng Urethan: 1,2g/kg (11).

III — BÌNH LUẬN

Một thứ thuốc nào đó có tác dụng chống thấp khớp thì trước hết phải có những biểu hiện chống viêm theo một cơ chế nào đó (10). Do đó việc xác định tính chất chống viêm cấp trong những thí nghiệm tìm hiểu tác dụng của Kim sương là một trong những thực nghiệm được ưu tiên. Kết quả thu được cho ta thấy thí nghiệm đi đúng hướng. Ta có thể so sánh mức độ giảm viêm dưới ảnh hưởng của Kim sương qua một bảng tiếp theo, thiết lập theo nguyên tắc lấy hiệu số của số đo giữa lô chuẩn và lô thực nghiệm trong thí nghiệm chống viêm cấp đã trình bày ở trên.

Bảng 2.

Lô súc vật	Mức độ giảm viêm tính theo % so với lô chuẩn trong các thời điểm đo độ phù		
	30 phút	60 phút	90 phút
Đã uống Kim sương 7 ngày liều mỗi ngày 2g/kg	17,73	48,66	48,67

Tác dụng giảm viêm của Kim sương trong thực nghiệm chống viêm cấp trên chuột lang.

Lần lượt theo những tác dụng dần gian đã nêu, trong phạm vi những thí nghiệm được lý chúng tôi có thể thực hiện được, những thực nghiệm trên ruột tá, hồi tràng, tử cung và tim cô lập đã được tiến hành để làm cơ sở cho nhận định đã nêu là Kim sương làm giảm những cơn đau quặn ruột, Qua những thực nghiệm này, thấy rõ tác dụng giãn cơ trơn của thành ruột, và có thể có những mối liên quan giữa cumarin và tác dụng này (12). Kết quả thí nghiệm trên tim cô lập không khẳng định được chiều hướng tác dụng, nhưng trên huyết áp chó thì lại thấy rõ tác dụng tăng huyết áp không bền vững như kiểu Adrenalin. Như vậy có thể là dịch chiết này có tác dụng chọn lọc trên các loại súc vật thí nghiệm khác nhau, bởi vì trong khi thực nghiệm trên huyết áp động mạch chó, chúng tôi nhận thấy rõ trong cơn tăng huyết áp biên độ của đường biểu diễn tăng lên, tần số hô hấp tăng cao, nhịp tim chậm và mạnh hơn nhiều so với bình thường.

Bằng những thực nghiệm so sánh có chọn lọc, chúng tôi có thể nhận biết tác dụng của dịch chiết toàn phần của Kim sương một cách rất khách quan như đã nêu trong phần những kết quả thí nghiệm.

IV — KẾT LUẬN

Bằng những phương pháp thí nghiệm ổn định các tác giả đã đi đến những kết quả trong một loạt những thực nghiệm xác định hoạt tính của dịch chiết nước cây Kim sương. Tác dụng giảm viêm cấp được xác định rõ, cùng với tác dụng gây giảm nhu động của ruột, theo cơ chế giãn cơ trơn, thí nghiệm cũng đã xác nhận tác dụng làm giảm co bóp tử cung và trên huyết áp chó thì ghi nhận hình ảnh tăng huyết áp không bền vững như kiểu adrenalin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Tất Lợi — Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam, Khoa học kỹ thuật Hà Nội, 536 (1977).
2. Vũ Văn Chuyên — Đặc điểm các họ cây thuốc Việt Nam, Y học Hà nội, 165 (1976).
3. Phan Kác — Đại học Y khoa Miền núi, ĐHYKMN, 9-11, 1978/2).
4. Minker Emil es coll — Acta Phar. Hung. Budapest. 91 — 95 (1978/2).
5. Bộ Y tế — Dược liệu Việt Nam, Y học Hà Nội 319 (1972).
6. Viện dược liệu — Sổ tay cây thuốc Việt Nam, Y học Hà Nội. 528 (1973).
7. Đoàn Thị Nhu — Thông báo dược liệu, Viện dược liệu. I — Tập 8—33—1976.
8. Kiltai Matjat — Gyogyszertan II, Szote, Szeged. 158 — 165 (1975).
9. Pharmacological Experiments on isolated preparotions Edingburgh — London, 58 — 63 (1968).
10. Minker Emil — Modulativ koncsonhatasok a periferikus ingerulet — atvileli; structurakon, Szote. 13 — 15 (1970).
11. Issekutzbela — Gyogyszer — rendeles Budapest 59 (1972).
12. Novak Istvan — Pharmakognozia/elm. / III. Szote. 49 (1973).

XÁC ĐỊNH THÀNH PHẦN HÓA HỌC VÀ HOẠT LỰC SINH VẬT CỦA CÂY RAU GAI (ARALIA ARMATA SEEM)

PHAN CẮC và CS

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Đề góp phần trong công tác nghiên cứu khoa học hóa những nguồn thuốc dân gian chúng tôi đã đặt những quy trình lâu dài và liên hoàn trong công tác nghiên cứu những dược liệu địa phương nhằm mục đích đưa vào thành những dạng dược dụng, những nguồn nguyên liệu mới khai thác từ trong nước ở những điều kiện tự nhiên và trồng hái được. Đáp ứng những nhu cầu ngày càng cao trong công tác phòng và chữa bệnh của nhân dân.

Muốn tiến hành những quy trình nghiên cứu thuốc loại này đòi hỏi phải vận dụng nhiều phương pháp thăm dò về nhiều mặt. Nhưng chủ yếu nhất là hai bước: Thử hoạt lực và xác định hoạt chất. Hai việc này luôn đi song song và hỗ trợ cho nhau để hoàn chỉnh dần quy trình thực nghiệm trong thời gian vừa qua, một trong những tìm tòi của Bộ môn Đông y của Nhà trường là áp dụng thử điều trị lý bằng cây rau gai, (*Aralia armata seem*).

Phòng thí nghiệm chúng tôi, bằng những phương pháp và phương tiện có thể được trong thời gian qua đã tiến hành những thực nghiệm phối hợp. Trong thông báo này chúng tôi nêu hai điểm chính trong giai đoạn thứ nhất của quy trình:

1. Phân định thành phần hóa học chủ yếu trong cây.
2. Thử hoạt lực của những thành phần đã phân định được bằng những phương pháp lý, hóa và sinh vật.

II — PHƯƠNG PHÁP VÀ NHỮNG PHƯƠNG TIỆN

1. Những phương pháp phân tích

- a) Những phản ứng định tính chung. Trong môi trường nước 2xđ.
- b) Những phản ứng định tính alcaloid. Với thuốc thử Dragendorff.
- c) Những phản ứng định tính glucosid. Định tính saponin bằng hiện tượng tạo bọt đặc hiệu trong những môi trường toan kiềm khác nhau.
- d) Định lượng saponin toàn phần.
- e) Xác định chỉ số gây bọt của saponin trong cây.
- f) Xác định chỉ số phá huyết của saponin trong cây.

2. Những thuốc thử và phương tiện:

- a) Nước muối sinh lý.
- b) Natrihydroxyd 0,1N, acid chlorhydric 0,1N.
- c) Methanol thường, benzen, ete tinh khiết, methanol phân tích.
- d) Acid sulfuric đặc, natrisulfat khan, chloroform, amoniac.

e) Kali iodua, bismuthnitrat base.

f) Những hóa chất cho việc tạo dung dịch đệm phosphat cho $\text{pH} = 7,4$.
(Dinatrihydrophosphat, Kalidihydrophosphat, Natriclorua pha thêm).

g) Soxhlet.

h) Máy hút chân không.

i) Bình hút ẩm.

k) Những ống nghiệm, pipet và micropipet.

l) Hệ thống những dụng cụ dùng trong sắc ký lớp mỏng.

III — PHẦN THỰC NGHIỆM

1. Định tính chuẩn :

Trong môi trường nước, khi lắc những ống nghiệm có chứa dịch được liệu 1% thấy có hiện tượng tạo bọt mạnh. Thử phản ứng kép với mẫu chuẩn thấy hiện tượng bọt dương tính rõ ràng.

2. Định tính alkaloid bằng sắc ký lớp mỏng :

— Trên giấy đã tẩm Dragendorff dịch chiết được liệu không làm hiện mẫu đặc trưng của alkaloid.

— Trên bản mỏng silicagel, dịch chiết được chạy sắc ký với hệ dung môi.

Methanol — Benzen 5.35 và hiện hình bằng Dragendorff cũng không thấy có phản ứng của alkaloid.

3. Phản ứng định tính glucosid : Định tính saponin ⁽¹⁾

Dược liệu được nghiền nhỏ, lắc với nước, cho hiện tượng tạo bọt. Từ đó tiến hành định tính phân biệt vớt hai môi trường acid chlorhydric 0,1N, cho $\text{pH} = 1$ và natrihydroxyd 0,1N $\text{pH} = 13$. Cho hiện tượng tạo bọt bền vững ở $\text{pH} = 13$.

4. Định lượng saponin toàn phần ⁽¹⁾.

Bột dược liệu được sấy khô. Sau đó chiết bằng Methanol trong Soxhlet liên tục 7 giờ liền. Dịch chiết được chuyển sang một cốc đựng đã được cân bì trước. Để nguội và được rửa bằng ete. Sau nhiều lần rửa và hòa tan trở lại bằng methanol và ete, rửa được bốc hơi dung môi và làm khô ở nhiệt độ phòng thí nghiệm. Cuối cùng bằng phương pháp xác định tỷ lệ trọng lượng tính tỷ lệ phần trăm giữa lượng chất chiết được và lượng bột dược liệu đã dùng ta có tỷ lệ phần trăm saponin toàn phần trong dược liệu.

5. Thử chỉ số bọt của saponin có trong cây rau gai ⁽²⁾.

Tạo một dịch chiết dược liệu 1% trong nước bằng cách cân đúng 1g bột rễ khô, đun sôi 30 phút với 100 ml nước. Lọc nóng qua giấy lọc sau khi đã thêm nước cho đủ 100 ml. Từ dịch chiết này ta pha thành những dung dịch có nồng độ loãng dần trong một thể tích nước thống nhất 10 ml dùng trong những ống nghiệm có đường kính ống đồng đều 14mm.

Chỉ số gây bọt sẽ được tính tại ống nào có nồng độ dịch chiết cho cột bọt cao 10 mm và tồn tại ít nhất là nửa phút sau khi lắc 15 phút.

Bảng 1

Số thứ tự ống nghiệm	Thẻ tích dịch chiết 1% (ml)	Thẻ tích nước tính bằng (ml)
1	01	09
2	02	08
3	03	07
4	04	06
5	05	05

Pha dịch chiết trong nước để xác định chỉ số bọt. Thực nghiệm cho thấy tại ống nghiệm số 3, với thẻ tích 3ml dịch chiết 1% thỏa mãn những yêu cầu của việc xác định chỉ số gây bọt. Như vậy cứ 100ml dịch chiết thì có 1 gam được liệu.

3ml dịch chiết có X g

$X = \frac{1 \cdot 3}{100}$ gam được liệu. Lượng này có trong 10ml. Cần một thẻ tích nước Y ml để 1g được liệu sẽ cho hiện tượng gây bọt như điều kiện trên.

$$Y = \frac{10}{X} = \frac{10 \cdot 100}{3} . \text{ Hay tổng quát hơn là :}$$

$Y = \frac{10 \cdot 100}{a}$. (a là số ml dịch chiết 1% có trong 10ml nước để cho hiện tượng gây bọt như trên).

6. Thủ chỉ số phá huyết của saponin trong cây rau gai (3)

Tạo một dịch chiết được liệu 1% trong nước như trong trường hợp thử chỉ số bọt. Sau đó tạo một dịch chiết 0,02% trong dung dịch đệm pH = 7,4 bằng cách dùng 2ml dung dịch 1% ở trên pha loãng thành 100ml. Máu đã loại fibrin được pha thành dung dịch 2% trong dung dịch đệm.

Dịch chiết 0,02% được pha loãng dần trong một thẻ tích thống nhất 5ml dung dịch đệm, theo những thang từng 0,05ml một. Tất cả các ống nghiệm đã chuẩn bị như trên đều được thêm vào đó 5ml máu 2%, sau đó lắc nhẹ đồng đều mỗi ống 5 lần và đặt vào giá ống nghiệm để yên trong 30 phút sau khi chuẩn bị sẽ tiến hành đọc kết quả.

Loại trừ những ống có hiện tượng máu lắng hoàn toàn và những ống có tạo ra một dịch màu hồng trong suốt phía trên nhưng vẫn còn vết máu lắng ở đáy. Ta sẽ tính chỉ số phá huyết ở ống nghiệm thứ nhất kể từ nồng độ dịch chiết thấp nhất trở lên gây ra hiện tượng dịch hồng trong suốt và không còn vết máu lắng cặn. Cách pha tổ hợp dịch chiết và máu tiến hành như sau :

Bảng 2

Số thứ tự	Thể tích dịch chiết 0,02% (ml)	Thể tích dung dịch đậm (ml)	Thể tích máu 2% (ml)
1	0,05	4,95	05
2	0,10	4,90	05
3	0,15	4,85	05
4	0,20	4,80	05
5	0,25	4,75	05

Pha dịch chiết và máu trong dung dịch đậm để xác định chỉ số phá huyết.

Theo bảng trên, đến thể tích 4,5ml dịch chiết 0,02% được liệu. Chúng tôi nhận được kết quả đáp ứng với những điều kiện để xác định chỉ số phá huyết.

Theo như kết quả thu được ở trên ta có thể tính chỉ số, dựa theo những dữ kiện đã được chuẩn bị:

Ta biết cứ 100ml dịch chiết thì có 0,0002g được liệu.

4,5ml sẽ ứng với X g

$$X = \frac{0,0002 \cdot 4,5}{100}$$
 g. Lượng này chứa trong 10ml. Do đó ta suy ra 1 gam được liệu sẽ phải chứa trong Y ml.

$$Y = \frac{10}{X} = \frac{10 \cdot 100}{0,0002 \cdot 4,5}$$
 ml. Một cách chung hơn, ta có thể tính Y:

$$Y = \frac{10 \cdot 100}{a \cdot b}$$
 . Trong đó a là thể tích dịch chiết và b là hàm lượng trong 1ml dịch chiết.

Kết quả này (Yml) chỉ số ml dung dịch đậm cần thiết phải dùng để pha 1 gam bột được liệu cho ta hiện tượng phá huyết hoàn toàn.

KẾT QUẢ VÀ NHẬN XÉT

Thành phần hóa học chính trong rễ cây rau gai là một loại saponin thuộc nhóm triterpen, với tỷ lệ là $7,6 \pm 0,5\%$ và cho chỉ số bọt là $333 \pm 0,8$, chỉ số phá huyết 111.111 ± 85 . Tất cả những số liệu trên đều được tổ hợp lại theo phương pháp thống kê từ 5 giá trị thực nghiệm cho mỗi chỉ số. Chỉ số phá huyết trong thí nghiệm của chúng tôi được tiến hành trên máu động mạch của chó.

Qua kết quả thực nghiệm chúng tôi nhận thấy trong rễ cây rau gai, hầu như không có những thành phần hoạt lực khác, ngay cả những saponin kiểu alcaloid cũng không có mặt về phương diện định tính hóa học.

IV — KẾT LUẬN

Thực nghiệm đã cho kết quả về thành phần hóa học và hoạt tính sinh vật chủ yếu của rễ cây rau gai, đây là bước đầu đề hướng tới những dạng chiết xuất thuần khiết hơn và dựa vào thử những thuộc tính dược lý, sinh lý khác như vấn đề liều lượng và độc tính trên các cơ quan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tài liệu thực hành dược liệu Bộ môn Dược liệu, Trường Đại học Dược Hà Nội, in Ronéo, trang 44.
2. Novak Istvan es mtsai — Pharmakognozia, gyakor. I. 33. Szeged 74.
3. Novak Istvan es mtsai — Pharmakognozia, gyakor. III. 30 — 31. Szeged 1973.
4. Vũ Văn Chuyên — Đặc điểm các họ cây thuốc Việt Nam, 90 — Y học và Thể dục thể thao. Hà Nội 1964.

DẠNG BẢO CHẾ ĐỘC TÍNH CẤP VÀ TÁC DỤNG CHỐNG VIÊM CỦA CÂY VỎI VỎI

NGUYỄN THANH TẢO

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Cây vôi vôi (*Heliotropium indicum* L) (1) là một cây thuốc đã được ghi vào danh mục dược liệu Việt Nam. Các tài liệu đã công bố khẳng định giá trị chống viêm tấy của một vài dạng thuốc lấy từ cây này (2). Nhưng một dạng bảo chế ổn định và có được lực, có thể chế thành những t ành phẩm dùng làm thuốc thì cho đến nay vẫn chưa có.

Bộ môn dược lý, Trường đại học Y Bắc Thái đã tiến hành nghiên cứu cây thuốc này nhằm mục đích :

1. Chọn dạng bảo chế thích hợp ở điều kiện sử dụng thuốc của Việt Nam.
2. Xác định lại tác dụng chống viêm.
3. Khảo sát độc tính cấp của chế phẩm đã chế tạo.

II — PHƯƠNG PHÁP

1. Chế tạo cao vôi vôi :

Cây vôi vôi bao gồm cả lá, thân, rễ được rửa sạch phơi khô bằng nắng mặt trời, băm nhỏ và nấu thành cao đặc theo quy trình nấu cao thực vật (chương trình thực hành Dược khoa).

Cao đặc vôi vôi được bảo quản trong nhiều điều kiện khác nhau :

2. Gây u hạt vòng trên thỏ :

U hạt vòng được gây bằng phương pháp cấy gạc dưới da vùng thắt lưng những con thỏ không phân biệt giống đực hay cái có thể trọng trung bình 1,5 — 2 kg.

Những cuộn u hạt của các lô thí nghiệm được bóc ở ngày thứ 7 sau khi cấy để nhận xét về khối lượng, thể tích và tính chất.

Các lô thỏ thí nghiệm được chia như sau :

1. Lô chuẩn: Cấy gạc vô khuẩn, không sử dụng kèm theo bất kỳ một chất gì.
2. Lô được cấy gạc vô khuẩn tằm cao đặc vôi vôi.
3. Lô được cấy gạc vô khuẩn tằm Hydrocortison.
4. Lô được cấy gạc vô khuẩn và hàng ngày cho uống 5 ml dung dịch cao đặc vôi vôi 2% trong nước cho 1 kg thỏ.
5. Lô được cấy gạc vô khuẩn và hàng ngày tiêm bắp Hydrocortison với liều 5 mg/1 kg thể trọng.

3. Khảo sát LD50 của cao đặc vôi vôi.

Thí nghiệm được tiến hành trên 5 đợt thí nghiệm. Mỗi đợt dùng 5 lô thí nghiệm, mỗi lô 10 chuột nhắt trắng có trọng lượng từ 10 — 30 g. Thuốc được đưa vào bằng đường uống. Dùng phương pháp tính toán của Berens — Karber.

III — KẾT QUẢ

1. Dạng cao đặc là dạng bào chế bảo quản thuận lợi nhất có thể cất giữ trong những lọ nhỏ và từ cao đặc có thể tạo ra những chế phẩm thích hợp như cao lỏng, cao rượu, v.v...

2. Những lô được tiêm 5 mg/1 kg Hydrocortison và uống 5 ml dung dịch 20% cao đặc vôi vôi trong nước, có u hạt vòng giống nhau về khối lượng, thể tích và tính chất. Những lô thí nghiệm khác khối lượng u hạt to hơn và lô chuẩn cho kết quả u hạt to nhất.

3. Kết quả tính LD50 bằng phương pháp Berens — Karber là 24 g cao/1 kg thể trọng.

IV — BÀN LUẬN

— Cao đặc vôi vôi là dạng bào chế thích hợp nhất, dễ bảo quản. Từ dạng này có thể chế tạo ra nhiều dạng khác để sử dụng như: cao lỏng, sirô, rượu...

— Tác dụng chống viêm của cao vôi vôi giống như kiểu Hydrocortison vì trên các lô thí nghiệm, kết quả đều giống nhau, về khối lượng, thể tích và tính chất của u hạt.

— Độc tính cấp của cao vôi vôi thấp vì LD50 rất lớn.

Từ những kết quả thí nghiệm trên có thể chế ra các dạng bào chế từ cao vôi vôi để dùng trong điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Văn Chuyên — Tóm tắt đặc điểm các họ cây thuốc Việt Nam, NXB Y học — Hà Nội 30 1976.
2. Đỗ Tất Lợi — Những cây thuốc và vị thuốc Việt Nam — NXB khoa học kỹ thuật Hà Nội — 512 — 1977.
3. Gycgyszerhatástani gyakorlatok — Kezirat — Szeged — 118 — 1980
4. Thực hành Dược khoa tập I — 314. 1971
Nhà xuất bản Y học.

TÁC DỤNG KHÁNG KHUẨN TRÊN BA CHỦNG VI KHUẨN CỦA CÂY ÁN MẬT SAU KHI THỦY PHÂN

VŨ THỊ HOÀN
PHAN VĂN CẮC
BÙI VĂN HOÀN
HOÀNG GIẢNG

I — ĐẶT VẤN ĐỀ

Án mật tên khoa học là *Glochidion velutinum* có dạng bào chế là Viên nén Entoglochidin được dùng để điều trị lý trực khuẩn và viêm đại tràng mạn. Sau kết quả kháng sinh đồ ban đầu của dược sĩ Phan Các và cộng sự, chúng tôi đi sâu vào xác định, nồng độ thuốc kháng khuẩn và tạo ra sản phẩm mới của cây Án mật sau khi thủy phân để làm thuốc bôi ngoài da và thuốc đặt chống nhiễm khuẩn mủ xanh (*Pseudomonas aeruginosa*) và tụ cầu vàng (*Staphylococcus aureus*).

II — PHƯƠNG PHÁP VÀ PHƯƠNG TIỆN

Thí nghiệm được tiến hành qua 6 bước sau :

1. Bào chế dược liệu thành cao khô.
 2. Tạo môi trường dịch dạ dày và dịch ruột nhân tạo cho thuốc thủy phân qua 2 môi trường này.
 3. Phân lô thí nghiệm : chia 3 lô thí nghiệm :
 - a) *Lô 1* : Cho cao khô thủy phân qua 2 môi trường. Trong khi thủy phân không điều chỉnh pH. Hỗn dịch thu được có $\text{pH} = 8,5$.
 - b) *Lô 2* : Cao khô thủy phân qua 2 môi trường, sau mỗi lần thủy phân điều chỉnh $\text{pH} = 7$.
 - c) *Lô 3* : Cao khô ngâm trong nước cất (lô chứng), khi pha thuốc chúng tôi pha thuốc ở lô 1 và lô 2 làm 4 bậc thang nồng độ (Bảng 1).Riêng lô 3, vì là lô đối chứng nên chúng tôi chỉ pha thuốc ở 2 bậc thang nồng độ (Bảng 1).
 4. Làm kháng sinh đồ theo phương pháp pha loãng trong môi trường lỏng trên 3 chủng vi khuẩn
 5. Loại dung môi của hỗn hợp, cô đặc.

Chúng tôi áp dụng phương pháp dùng nhiệt độ làm bay hơi nước để cô đặc hỗn hợp.

Cho hỗn hợp thu được sau khi thủy phân vào tủ sấy ở nhiệt độ 50°C trong vòng 8 giờ được cao khô kiệt nước và làm viên.
 6. Làm kháng sinh đồ với cao khô sau khi đã thủy phân theo phương pháp pha loãng trong môi trường lỏng (3) (bảng 2).
- Thí nghiệm này chúng tôi pha thuốc ở 5 bậc thang nồng độ.

III – KẾT QUẢ THÍ NGHIỆM

Với phương pháp định lượng kháng sinh đồ trong môi trường lỏng : cao khô Án mật sau khi thủy phân qua môi trường dịch dạ dày và dịch ruột nhân tạo kết quả như sau :

Bảng 1 — Nồng độ thuốc

Chủng vi khuẩn	Nồng độ thuốc tính theo mg/ml môi trường									
	Lô 1				Lô 2				Lô 3	
	21,3	10,6	5,3	2,6	21,3	10,6	5,3	2,6	21,3	10,6
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	+	+	+	±	+	+	+	±	-	-
<i>Staphylococcus aureus</i>	+	+	+	±	+	+	+	±	-	-
<i>Shigella shiga</i>	+	+			+	+			-	-

Ghi chú : (+) Thuốc có tác dụng kháng khuẩn rõ
 (±) Tác dụng kháng khuẩn không điển hình
 (-) Không có tác dụng kháng khuẩn.

Kết quả cho thấy với cả trực khuẩn mủ xanh và tụ cầu khuẩn vàng, nồng độ thuốc thấp nhất có tác dụng kháng khuẩn là 5,3mg/1ml môi trường.

Riêng *Shigella shiga* do không giữ được chủng nên chỉ thử được ở nồng độ 10,6mg/1ml môi trường, cũng cho kết quả tốt.

Kết quả kháng sinh đồ của cao khô thủy phân được sấy khô như sau :

Bảng 2

Chủng vi khuẩn	Nồng độ thuốc tính theo mg/ml môi trường				
	21,3	10,6	5,3	2,6	1,3
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	+	+	+	+	-
<i>Staphylococcus aureus</i>	+	+	+	+	-

Ghi chú : (+) Thuốc có tác dụng kháng khuẩn rõ
 (-) Không có tác dụng kháng khuẩn

Như vậy nồng độ thuốc thấp nhất có tác dụng kháng khuẩn là 2,6mg/ml môi trường.

IV — BÌNH LUẬN

Qua những thí nghiệm trên chúng tôi xin có một số nhận xét như sau :

— Cao khô. Ấn mặt sau khi thủy phân có tác dụng kháng khuẩn rõ khi làm kháng sinh đồ theo phương pháp định lượng. Trong quá trình thí nghiệm các chủng vi khuẩn được thí nghiệm là những chủng mẫu của Viện vệ sinh dịch tễ Hà Nội và cả các chủng phân lập từ bệnh phẩm của bệnh nhân điều trị tại Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên. Kết quả này cho phép ta chủ động về liều lượng của sản phẩm mới.

— Ở pH 7 và 8,5 đều cho kết quả giống nhau về tác dụng kháng khuẩn của thuốc. Đây là điều kiện đề sản xuất thuốc bôi ngoài da và thuốc đặt.

— Kết quả kháng sinh đồ của sản phẩm mới sau khi sấy khô kiệt nước vẫn không đổi từ đó gợi ý cho ta sản xuất các dạng bào chế mới như : Pomat, thuốc bột từ sản phẩm này.

— Một điều mà chúng tôi mong muốn được thực hiện tiếp là xác định thành phần hoạt chất xuất hiện có tác dụng kháng khuẩn sau giai đoạn thủy phân là gì ?

— Với kết quả của cao khô Ấn mặt sau khi thủy phân có tác dụng tốt với trực khuẩn mủ xanh và tụ cầu vàng mở ra một khả năng mới trong việc sản xuất thuốc bôi ngoài da và thuốc đặt chống nhiễm khuẩn do 2 loại vi khuẩn trên. Tuy nhiên chúng tôi thấy rằng trong thời gian tới nên thử thêm tác dụng của thuốc trên các chủng vi khuẩn khác mà do điều kiện hiện tại vì không có các chủng mẫu mà chúng tôi chưa làm được.

Trên đây là một vài nhận xét của chúng tôi qua những kết quả thí nghiệm. Chúng tôi chân thành mong sớm nhận được sự giúp đỡ của các bộ môn lâm sàng để bước thực nghiệm tới là thử tác dụng được lý được hoàn chỉnh

Hướng dẫn đề tài : DS. PHAN VĂN CÁC

Trưởng bộ môn Dược lý

Trường đại học y Bắc Thái

Lời nói đầu.

3

VI SINH VẬT

1. Tìm hiểu sơ bộ tình hình nhiễm virus ARBO tại xã Vi Hương, Bắc Thái.
Phạm Lê Hùng 5
2. Nhận hai chủng vi khuẩn dịch hạch được phân lập trong vụ dịch xảy ra ở Thành phố Thái Nguyên tháng 4-1978.
Vũ Văn Long 8
3. Tìm hiểu sơ bộ tình hình nhiễm virus viêm não Nhật bản tại xã La Bằng, Đại Từ, Bắc Thái.
Phạm Lê Hùng 11
4. Nhận xét về kháng thể đối với virus viêm não Nhật Bản trong tỉnh Bắc Thái.
Phạm Lê Hùng, Hoàng Đức Chấn 13
5. Kết quả chẩn đoán viêm não Nhật Bản B trong vụ dịch 1983 bằng huyết thanh học.
Luu Kim Thanh 16
6. Phòng bệnh viêm não Nhật bản cho trẻ em bằng vacxin INTERFERONOGEN SABIN từ 1981 - 1985.
Hoàng Đức Chấn và CTV 21

KÝ SINH TRÙNG

7. Kết quả nghiên cứu áp dụng kỹ thuật xét nghiệm. Phân trực tiếp và tập trung trứng của Willis
Nguyễn Đức Ngân 25
8. Tình hình nhiễm giun ký sinh đường ruột ở những trẻ suy dinh dưỡng và thiếu máu.
Nguyễn Đức Ngân, Phạm Thị Hiền 27
9. Tình hình nhiễm giun sán đường ruột của người Dao, ở xã Hợp Tiến huyện Đồng Hỷ, tỉnh Bắc Thái tháng 5 năm 1989.
Nguyễn Đức Ngân, Phạm Thị Hiền 29
10. Tình hình nhiễm giun đường ruột của bà nhà trẻ ở thành phố Thái Nguyên.
Nguyễn Đức Ngân, Phạm Thị Hiền 30
11. Tình hình nhiễm giun móc của những bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên.
Đỗ Thị Liên, Nông Văn Quế 32
12. Tình hình biến động của muỗi Culex Tritaeniorhynchus truyền bệnh viêm não Nhật Bản ở Bắc Thái 1983 - 1984.
Hứa Văn Thuộc và Cs 36
13. Vài nét về mức nhạy cảm của một số loài muỗi truyền bệnh sốt rét với thuốc diệt ở tỉnh Bắc Thái 1978 - 1982.
Triệu Nhật 39
14. Biến động dịch tễ học sốt rét ở tỉnh Bắc Thái. (1984 - 1988).
Triệu Nhật, Nguyễn Đức Ngân 42

15. Tình hình nhiễm ký sinh trùng sốt rét được chẩn đoán và điều trị tại bệnh viện đa khoa Thái Nguyên 2 năm 1988, 1989.
Đỗ Thị Liên, Nông Văn Quế 46

SINH LÝ HỌC

16. Kết quả xác định nhóm máu người Dao ở Phú Xuyên, Đại Từ, Bắc Thái.
Hà Thị Thoa 49
17. Kết quả nghiên cứu nhóm máu hệ ABO ở dân tộc Kinh miền núi.
Nguyễn Thị Tinh 51
18. Tìm hiểu nhóm máu các dân tộc M'ông, Nùng, Dao tại một xã miền núi tỉnh Bắc Thái.
Nguyễn Thị Tâm, Nguyễn Đình Tư 54
19. Góp phần xây dựng bằng số nhóm máu người Dao.
Nguyễn Thị Tâm và Cs. 57
20. Kết quả đo dung tích sống của 93 cán bộ huyện Đại Từ, Bắc Thái.
Hà Thị Thoa 61
21. Độ tập trung ^{131}I tại tuyến giáp của những người dân sống ở hai xã miền núi có bướu cổ địa phương lưu hành.
Nguyễn Thị Thanh, Vũ Xuân Hùng 63
22. Hình thái và tỷ lệ tế bào NK (Natural Killers) ở 54 sinh viên Đại học Y Bắc Thái.
Trần Văn Tiến, Vũ Bích Vân 67

SINH LÝ BỆNH

23. Kết quả xét nghiệm Alpha FP ở nhân dân xã Tân Long, Đồng Hỷ, Bắc Thái để phát hiện ung thư gan tiền phát thê tiềm tàng.
Vi Văn Đô 71
24. Kết quả xét nghiệm phát hiện kháng nguyên bề mặt của virus viêm gan B (HBsAg) tại xã Tân Long, huyện Đồng Hỷ tỉnh Bắc Thái.
Phùng Quỳnh Hương, Vi Văn Đô 75
25. Góp phần chẩn đoán bệnh viêm khớp dạng thấp tại Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên.
Phùng Quỳnh Hương, Vi Văn Đô 78
26. Hồng cầu dẽ với kỹ thuật ngưng kết thụ động.
Phan Duy Tập và Cs. 80
27. Hồng cầu dẽ với kỹ thuật bỏ thê.
Phan Duy Tập và Cs. 85
28. Góp phần nghiên cứu dùng hồng cầu dẽ thay hồng cầu cừu trong kỹ thuật tạo Rosette.
Phan Duy Tập và Cs. 89

SINH HÓA

29. Hình ảnh điện di Protein huyết thanh ở công nhân kéo dây nhà máy cán Gia sàng Thái Nguyên.
Nguyễn Trí Dũng, Phạm Thị Hồng Vân 93

30. Định lượng protit máu ở những người thuộc độ tuổi lao động ở khu vực thành phố Thái Nguyên năm 1987.
Nguyễn Bích Vân và Cs. 97
31. Sơ bộ nhận xét sự thay đổi Fibrinozen ở những bệnh nhân thấp khớp cấp.
Phạm Hồng Vân, Đàm Thùy Dương 100
32. Xác định chỉ số cholestérol trong máu của người bình thường trong khu vực thành phố Thái Nguyên.
Đàm Thùy Dương 102
33. Xác định chỉ số sinh hóa ở bệnh bướu cổ địa phương xã Cúc Đường, huyện Võ Nhai, tỉnh Bắc Thái
*Đoàn Khắc Hòa, Phạm Thị Hồng Vân
Khổng Thị Hồng* 105
34. Sự thay đổi các thành phần Protein huyết thanh của những người sống ở vùng có bướu cổ địa phương miền núi.
Nguyễn Thị Thanh 108
35. Kết quả bước đầu trong chẩn đoán các bệnh tuyến giáp bằng iốt phóng xạ tại Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên.
Vũ Xuân Hùng và Cs. 114

GIẢI PHẪU — THÈ DỤC THÈ THAO

36. Nhận xét đặc điểm vị trí xuất hiện bướu giáp trạng người Việt Nam.
*Nguyễn Văn Lực, Trịnh Xuân Đàn
Tạ Thành Kết* 119
37. Động mạch tuyến giáp trạng thái nhi người Việt Nam.
Nguyễn Văn Lực, Hoàng Văn Cúc 124
38. Bề dày lớp mỡ dưới da trẻ thiếu dinh dưỡng protein-năng lượng điều trị tại Khoa nhi bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội năm 1987.
Trịnh Xuân Đàn, Nguyễn Văn Thành 129
39. Bề dày lớp mỡ dưới da của trẻ em nhà trẻ Thái Nguyên Bắc Thái từ 13 đến 72 tháng.
*Nguyễn Văn Thanh, Nguyễn Văn Lực,
Trịnh Xuân Đàn* 134
40. Khối mỡ và khối nạc của nông dân xã Tân Long, Đồng Hỷ, Bắc Thái.
Trần Minh Nhẫn và Cs. 141
41. Thê lực trẻ em từ 13 đến 72 tháng tuổi ở các nhà trẻ mẫu giáo khu vực Thái Nguyên
*Nguyễn Văn Lực, Trịnh Xuân Đàn,
Nguyễn Văn Thanh* 146
42. Nhận xét sự phát triển về tầm vóc và thê lực của sinh viên đại học khu vực Thái Nguyên — 1980.
Nguyễn Văn Lực, Phùng Văn Mỹ 155
43. Đặc điểm tầm vóc thê lực sinh viên Đại học khu vực Thái Nguyên 1985.
Nguyễn Văn Lực, Phùng Văn Mỹ 161
44. Sử dụng nghiệm pháp Kenneth coofer để đánh giá sức bền thê lực của sinh viên Đại học Y Bắc Thái.
Phùng Văn Mỹ 167
45. Nhận xét thê lực sinh viên nhập Trường đại học Y Bắc Thái năm 1986.
Trịnh Xuân Đàn, Nguyễn Văn Lực, Tạ Thành Kết 171

46. Thề lục nông dân xã Tân Long; Đồng Hỷ, Bắc Thái.
Nông Quốc Thịnh, Trần Minh Nhõn và Cs. 176

GIẢI PHẪU BỆNH

47. Nhân 13 trường hợp ung thư được xét nghiệm tế bào học qua dịch màng bụng và màng phổi.
Nguyễn Công Hoan, Vi Thị Thanh Thủy 183
48. Nhận xét tổn thương giải phẫu bệnh có liên hệ với lâm sàng ở 32 trường hợp tử vong do viêm não Nhật Bản tại Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên trong 3 mùa hè 1983, 1984, 1985.
Nguyễn Công Hoan, Đặng Tiến Hoat 185
49. Một số bệnh tuyến vú thường gặp qua xét nghiệm tế bào học.
Lê Anh Cường 188
50. Đối chiếu Giải phẫu bệnh với lâm sàng 33 trường hợp bướu cổ được can thiệp bằng phẫu thuật tại bệnh viện Bạch Mai.
Đặng Tiến Hoat 193
51. Sự phân bố 78 bệnh nhân ung thư gặp ở Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên năm 1987.
Nguyễn Công Hoan 204
52. Qua 20 trường hợp ung thư vùng hàm mặt.
Nguyễn Công Hoan 207
53. Nhận xét 351 bệnh nhân hạch to qua chẩn đoán tế bào học tại Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên 1987 — 1989.
Hoàng Nguyễn 209

VỆ SINH DỊCH TỄ

54. Tình hình và kết quả điều trị nhiễm độc chì nghề nghiệp tại phân xưởng kéo dây nhà máy luyện cán thép Gia Sảng Thái Nguyên 1981 — 1983.
Nông Thanh Sơn và Cs. 212
55. Đánh giá khả năng lao động của công nhân mắc bệnh bụi phổi — Silic nghề nghiệp.
Nông Thanh Sơn, Đỗ Hàm 217
56. Góp phần nghiên cứu một số chỉ tiêu đánh giá khả năng lao động của công nhân mắc bệnh bụi phổi Silic nghề nghiệp
Nông Thanh Sơn, Đỗ Hàm 221
57. Tình hình ô nhiễm không khí khu dân cư Thành phố Thái Nguyên.
Nông Thanh Sơn và Cs 227
58. Thử dùng nghiệm pháp Lian để đánh giá khả năng luyện tập của trẻ em dân tộc Mông trường An Ninh 3.
Nông Thanh Sơn 232
59. Vai trò của thông số hô hấp lưu lượng thở ra tối đa trong thăm dò chức năng hô hấp.
Đỗ Hàm 234
60. Một số đặc điểm dịch tễ học các bệnh truyền nhiễm đường tiêu hóa ở thành phố Thái Nguyên từ năm 1978 đến 1982.
Hoàng Khải Lập 239

61. Một số đặc điểm dịch tễ học bệnh Bạch hầu ở thành phố Thái Nguyên trong các năm từ 1980 đến 1984	<i>Hoàng Khải Lập</i>	242
62. Tìm hiểu cường độ lưu hành ký sinh trùng sốt rét ở Tỉnh Bắc Thái trong 5 năm 1984 đến 1988.	<i>Hoàng Khải Lập, Ngân Hồng Anh</i>	245
63. Đánh giá khả năng phát hiện <i>Staphylococcus - Aureus</i> từ các môi trường dinh dưỡng.	<i>Hoàng Khải Lập, Nguyễn Đình Dương và Cs.</i>	250
64. Tình hình dinh dưỡng ở một số vùng dân cư Bắc Thái từ 1978 đến 1980.	<i>Đỗ Hàm.</i>	254
65. Khâu phân thực tế của học sinh một số trường Đại học và Trung học chuyên nghiệp ở Bắc Thái năm 1982.	<i>Nguyễn Xuân Tiết - Nông Thanh Sơn</i>	259

DƯỢC LÝ

66. Độ nhạy cảm của thần kinh cơ ở trạng thái đói tháo đường của chuột cống trắng.	<i>Phan Các</i>	262
67. Ảnh hưởng của dịch chiết kim sương trên hoạt động của một số cơ quan.	<i>Phan Các, Đàm Thu Duyên và Cs.</i>	269
68. Xác định thành phần hóa học và hoạt lực sinh vật của cây rau gai.	<i>Phan Các</i>	275
69. Dạng bào chế độc tính cấp và tác dụng chống viêm của cây voi voi.	<i>Nguyễn Thanh Tảo.</i>	280
70. Tác dụng kháng khuẩn trên ba chủng vi khuẩn của cây Ấn mật sau khi thủy phân.	<i>Vũ Thị Hoan, Phan Văn Các và Cs.</i>	282

NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC
KỸ YẾU CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC
1980 — 1990
QUYỂN III

Biên tập: **PHẠM VĂN PHÚC**
Sửa bản in: **PHẠM VĂN PHÚC**
Trình bày bìa: **DOÃN VƯỢNG**

In 500 cuốn khổ 19 × 27 tại Nhà máy in Sách KHKT Hà Nội
Số in 48/92 Số xuất bản: 08-YH-92. In xong và nộp lưu chiểu tháng 9 năm 1992.