

TẠP CHÍ

N14

Y HỌC

THỰC HÀNH



NĂM THỨ BỐN TƯ

SỐ 3 (362+363)

1999

RA HÀNG THÁNG
PHÁT HÀNH TOÀN QUỐC

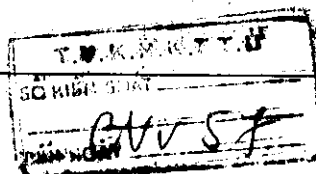
Hướng dẫn sử dụng các phương pháp tránh thai tại Thừa Thiên - Huế

BỘ Y TẾ XUẤT BẢN

T. V. K. H. H. T. T. H.
HỒ KIỂM SOÁT
C. V. V. 5 F
PH. N. NGAY

MỤC LỤC

•YHTH	•Bộ Y tế kỷ niệm ngày thầy thuốc VN 27/2/1999	B2
•NG. THANH DANH	•Ảnh hưởng của thái độ và hành vi ứng xử của bà mẹ lên đứa trẻ chán ăn	3
•NGUYỄN LÔ	•Nhận xét sơ bộ về nhiễm trùng cơ hội ở những bệnh nhân AIDS của hai thành phố Huế (Việt Nam) và Brest (Pháp)	6
•HOÀNG KHÁNH	•Tình hình bệnh lý thần kinh tại Bệnh viện Trung ương Huế từ 1990 đến 1996	10
•BÙI VĂN ANH	•Lợi ích của việc sử dụng mạng máy tính trong BV	12
•LÊ ĐỨC Mẫn, LÊ THẾ TRUNG	•Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và điều trị bỏng trung bì sâu (độ IIIa) và bỏng toàn bộ lớp da (độ IV) ở bàn ngón tay người lớn do nhiệt	14
•THANH HÓA	•Một số nhận xét về biến chứng tim trong bệnh Basedow	16
•NG. HẢI THUY, VẦN C. TRỌNG	•Tình hình bệnh đái tháo đường tại BVTW Huế (1994 - 1998)	19
•TRINH H. SƠN, NG. XUÂN HÙNG, ĐỖ ĐỨC VÂN	•Chẩn đoán và điều trị rò hậu môn hình móng ngựa	22
•N. QU. XUYẾN, N. KIM NỮ HIẾU	•Một số thay đổi huyết học ở bệnh nhân sốt xuất huyết dengue trẻ em gặp tại khoa nhi viện TWQĐ 108	27
•H. T. HOA LAN, TRẦN MINH HẬU	•Một vài nhận xét về nồng độ huyết cầu tố máu ngoại vi phụ nữ nông thôn thái bình	30
N. THỊ THANH LAN	•Nhận xét về các dạng lâm sàng dễ nhầm lẫn với viêm khớp dạng thấp trẻ em thể toàn thân	32
•TRẦN CHÍ LIÊM	•Bước đầu nghiên cứu tình hình cung cấp nước và vệ sinh môi trường có ảnh hưởng đến một số bệnh đường ruột tại xã Đông Hòa-An Minh-tỉnh Kiên Giang	35
•ĐỖ TUẤN ANH, NG. VĂN MÙI	•Đánh giá hiệu quả artesunat tiêm bắp sản xuất ở VN trong điều trị sốt rét thường do P. Falciparum	38
•PHAN VĂN TƯỜNG VÀ CS	•Áp dụng quản lý chất lượng toàn diện (TQM) để giải quyết các vấn đề y tế tại 5 quận, huyện thực địa của trường cán bộ quản lý y tế - 1998	40
•LƯƠNG VIÊN	•Nhận xét 14 trường hợp gãy liên mấu chuyển xương đùi được điều trị bằng nẹp vít xoắn AO	42
•PHAN TR. HẬU	•Nhận một trường hợp sản trong não thất	44
•DOÃN HUY CHUNG	•Giải pháp thu góp, sử dụng huyết tương người đảm bảo an toàn không lây nhiễm HIV, HBV, HCV	45
•LÊ THU HÒA, N. KHÁNH TRẠCH, ĐÀO VĂN LONG, TRẦN VĂN HỢP	•Nghiên cứu giá trị của siêu âm thường và siêu âm nội soi trong chẩn đoán các khối u tụy	46
•NG. VĂN THÔNG, NG. H. NGỌC	•Đánh giá một số chỉ tiêu liên quan trong chảy máu não nguyên phát	49
VŨ QU. HƯƠNG		
•N. MẠNH TRƯỜNG; N. KHÁNH TRẠCH; PHẠM THỊ THU HỒ; TRẦN T. M. PHƯƠNG; ĐÀO VĂN LONG	•Một số đặc điểm hình thái của tế bào học chọc hút bằng kim nhỏ dưới sự hướng dẫn của siêu âm trong ung thư biểu mô tế bào gan	52
•PHẠM NGỌC BÍCH, VŨ BÍCH THUY, ĐỖ QUANG NGỌC	•Phẫu thuật lù cơ nâng mi để điều trị cơ rút mi trên	55



(Tiếp bìa 2)

- Bệnh viện Bạch Mai với qui mô 480 giường được khởi công xây dựng ngày 9-11-1998 từ nguồn vốn viện trợ của Nhật trị giá 53 triệu USD. Sau khi hoàn thành, chúng ta sẽ có một bệnh viện với các trang thiết bị hiện đại tương đương các nước trong khu vực.

- Công nghiệp Dược giữ được mức tăng trưởng khá (13%), có thêm 5 xí nghiệp đạt tiêu chuẩn GMP của khối Asean đưa tổng số lên 7 xí nghiệp, cung ứng đủ thuốc chữa bệnh cho nhân dân. Bình quân sử dụng thuốc của nhân dân ta tăng lên 5,7USD/người/năm. Có hai nhà máy sản xuất TTB y tế đạt tiêu chuẩn ISO-9002.

- Đã tổ chức sinh hoạt chính trị tưởng niệm 30 năm ngày mất của cố Bộ trưởng Phạm Ngọc Thạch và phát động toàn Ngành học tập tấm gương phấn đấu suốt đời cống hiến cho sự nghiệp chăm sóc và BVSK nhân dân của cố Bộ trưởng Phạm Ngọc Thạch.

- Tình hình ngộ độc thực phẩm gia tăng cả về qui mô cũng như mức độ, có vụ hàng ngàn người mắc (tại Bình Dương). Để làm tốt công tác này, Bộ Y tế đang trình Chính phủ đề án thành lập Cục Vệ sinh an toàn thực phẩm.

- Tăng cường quản lý và kiểm tra, xử lý kịp thời việc hành nghề y dược tư nhân, tỷ lệ thuốc giả lưu thông trên thị trường giảm xuống mức thấp nhất trong 5 năm qua (dưới 0,4%). Chấn chỉnh hoạt động của một số lang y tự coi là chữa được các bệnh nan y phải theo đúng các qui định của pháp lệnh hành nghề y dược tư nhân, giữ nghiêm được kỷ cương phép nước.

- Đại dịch HIV/AIDS ở Việt Nam đã lên mức báo động. Năm 1998 đã phát hiện thêm 3214 người nhiễm HIV, đưa tổng số người nhiễm của cả nước lên 11459 trong đó có 2173 bệnh nhân AIDS và 1155 người đã chết. Nhiệm vụ của Ngành Y tế càng thêm nặng nề hơn trong việc đảm bảo an toàn tuyệt đối trong truyền máu, tiêm truyền dịch và làm các thủ thuật nha khoa, phẫu thuật, chống lây nhiễm cho cán bộ y tế.

Tăng cường hoạt động và củng cố mạng lưới y tế cơ sở là mối trăn trở lớn của Ngành Y tế từ nhiều năm nay. Lúc còn đương nhiệm, Bộ trưởng Phạm Ngọc Thạch đã dày công xây đắp và duy trì hoạt động của mạng lưới cán bộ y tế từ trung ương đến tỉnh, huyện, xã, phát động được các phong trào nhân dân tham gia rầm rộ vào các hoạt động giữ gìn vệ sinh môi trường phòng chống dịch bệnh. Nhờ các cố gắng đó mà Ngành Y tế đã góp phần xứng đáng trong các cuộc chiến tranh giải phóng đất nước và bảo vệ tổ quốc.

Năm nay 1999, ngành y tế tập trung vào các mục tiêu trọng điểm sau: Học tập và tổ chức thực

hiện Nghị quyết trung ương lần thứ 6 (khóa VI) trong toàn ngành. Phấn đấu không để dịch bệnh lớn xảy ra, tiếp tục đưa bác sĩ về công tác tại trạm tế, tổ chức tốt việc khám chữa bệnh cho ngu nghèo, vận động cán bộ nhân viên toàn ngành học tập 12 điều y đức, quy chế dân chủ, cải cách hành chính, chống tham nhũng trong ngành tổ chức thực hiện BHYT. Duy trì mức tăng trưởng cả ngành Dược và TTB Y tế. Phát động phong trào đưa yêu nước trong ngành y tế tiến tới đại hội Anh hùng chiến sỹ thi đua toàn quốc cuối năm 2000.

Nói chuyện với các đại biểu, Thủ tướng Phạm Văn Khải thay mặt Đảng và Chính phủ chào mừng các đại biểu về dự kỷ niệm Ngày thầy thuốc Việt Nam 27-2 và mong rằng toàn ngành y tế càng thực hiện tốt hơn nhiệm vụ cao cả là chăm sóc sức khỏe nhân dân, góp phần đưa đất nước tiến lên công nghiệp hóa, hiện đại hóa.

Thủ tướng đã dành thời gian phân tích kỹ tình hình kinh tế - xã hội của đất nước; khen ngợi cán bộ, thầy thuốc, đặc biệt là ở các tỉnh miền Trung trong điều kiện thiên tai, hạn hán nặng nề đã bênh dân, phục vụ tốt nhân dân, không để dịch bệnh xảy ra trên diện rộng. Thủ tướng hoan nghênh cố gắng đúng đắn của Bộ Y tế trong việc đưa bác sĩ về xã và xây dựng lại mạng lưới y tế thôn bản, đó là biện pháp tích cực quan tâm đến đời sống, sức khỏe người nghèo, thực hiện phương châm "phòng bệnh hơn chữa bệnh". Thủ tướng cũng nhắc nhở CBCNV ngành y tế cần rèn luyện hơn nữa về y đức, không nên để những người thiếu đạo đức trong đội ngũ các thầy thuốc, không để "con sâu làm rầu nồi canh".

Thủ tướng mong muốn ngành y tế sát cánh cùng cả nước phát huy nội lực, khơi dậy được tiềm năng và trí tuệ của mọi người, mọi ngành đưa đất nước tiến thêm một bước mới. Riêng với ngành y tế, bên cạnh việc chăm sóc sức khỏe cộng đồng, Nhà nước và các ngành, các cấp ưu tiên đầu tư xây dựng trung tâm y tế chuyên sâu, từng bước hiện đại hóa nền y học nước nhà tiến kịp cùng thời đại.

Thủ tướng nhấn mạnh: Sức khỏe của dân là quý, là động lực quan trọng cho sự phát triển của đất nước. Tuy còn nhiều khó khăn nhưng Nhà nước vẫn luôn dành cho sự nghiệp chăm sóc sức khỏe những quan tâm thích đáng. Từ cuộc gặp mặt đầu xuân này, Thủ tướng mong đội ngũ các cán bộ thầy thuốc ngày càng làm tốt hơn nữa sự nghiệp chăm sóc sức khỏe nhân dân, góp phần cùng toàn Đảng, toàn dân thực hiện thắng lợi sự nghiệp công nghiệp hóa và hiện đại hóa đất nước. /

YH

ẢNH HƯỞNG CỦA THÁI ĐỘ VÀ HÀNH VI ỨNG XỬ CỦA BÀ MẸ LÊN ĐỨA TRẺ CHÁN ĂN

NGUYỄN THANH DANH

TT Dinh dưỡng trẻ em TP. HCM

ĐẶT VẤN ĐỀ

Chán ăn là một triệu chứng của nhiều bệnh, đồng thời là nguyên nhân quan trọng gây nên suy dinh dưỡng cho trẻ em. Dù trẻ thuộc gia đình không thiếu ăn. Chỉ riêng tại Trung tâm dinh dưỡng trẻ em hàng năm có đến hàng chục ngàn lượt trẻ đến khám vì lý do này và thường kèm theo tình trạng chậm tăng trưởng, suy dinh dưỡng.

Có nhiều nguyên nhân gây ra chán ăn ở trẻ em (2,3,7), dù đa số các nguyên nhân đã được giải quyết nhưng trẻ em vẫn tiếp tục chán ăn, rất khó chữa và hay tái phát. Đây là vấn đề làm cho nhiều cha mẹ rất lo lắng và dễ dàng dẫn đến các hành vi ứng xử sai lầm làm trầm trọng thêm tình trạng chán ăn ở trẻ em.

Khảo sát này nhằm tìm hiểu thái độ và hành vi ứng xử của bà mẹ đối với trẻ em khi chúng bị chán ăn và ảnh hưởng của nó lên đứa trẻ thông qua các hành vi phản ứng của chúng với hy vọng rút ra được một số kinh nghiệm lâm sàng cho công tác hướng dẫn chăm sóc sức khỏe ban đầu cho trẻ em.

ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

132 bà mẹ có con bị chán ăn kéo dài ít nhất là 2 tuần lễ với tình trạng suy dinh dưỡng hoặc không suy dinh dưỡng và không có một lý do y tế đặc biệt nào khác như trẻ đang nhiễm trùng, bệnh nội khoa, dị tật bẩm sinh... đến khám tại Trung tâm phục hồi trẻ mồ côi suy dinh dưỡng trẻ em, Trung tâm dinh dưỡng trẻ em trong 10 tháng, từ tháng 10 năm 1997 đến tháng 8 năm 1998.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1 - Loại hình nghiên cứu: nghiên cứu mô tả
2 - Kỹ thuật thu thập số liệu: tất cả các bà mẹ kể trên được phỏng vấn trực tiếp và dùng phiếu để ghi nhận các thái độ và hành vi ứng xử của họ đối với trẻ bị chán ăn và các yếu tố có liên quan như trình độ văn hoá, nghề nghiệp thu nhập, tuổi và vùng cư trú của bà mẹ và phản ứng của đứa trẻ.

3 - Các tiêu chuẩn đánh giá:

+ Về cách ứng xử của bà mẹ:

Ứng xử tốt, khi mẹ có các thái độ và hành vi thích hợp như làm cho trẻ ý thức (dụ dỗ, giải thích, động viên), làm cho trẻ bất chước, ám thị, làm cho trẻ phân tâm, ép ăn vừa phải.

Ứng xử sai lầm, không thích hợp khi mẹ có các thái độ và hành vi tiêu cực có tính chất cưỡng bức, áp đặt gây ức chế tâm lý và gây sợ hãi như la mắng, hù dọa, to tiếng, trừng phạt, đè ép, cạy miệng khi cho trẻ ăn, để lộ sự lo lắng, bức bối trước mặt trẻ, nuông chiều quá mức.

+ Các phản ứng của đứa trẻ: như la, hét, khóc, hờn, dỗi, buồn nôn, nôn, sợ thức ăn khi cho ăn được coi là những dấu hiệu tiêu cực phản ánh các sai lầm trong cách ứng xử của bà mẹ đối với trẻ chán ăn.

4 - Phân tích thống kê: Phép thử χ^2 được dùng trong nghiên cứu này và các kết quả được coi là có ý nghĩa thống kê khi $P < 0.05$.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

A. Vùng cư ngụ của các bà mẹ.

Có 62,1% bà mẹ có con đến khám từ nội thành, 27,2% từ ngoại thành và 15,2% từ các tỉnh.

B. Các thái độ và hành vi ứng xử của các bà mẹ đối với trẻ bị chán ăn

Bảng 1: Các hành vi ứng xử mang tính tâm lý tích cực của bà mẹ đối với trẻ chán ăn.

1. Làm cho trẻ ý thức:
+ Dụ dỗ, động viên, ép ăn vừa phải: 50 (37,9%)
2. Làm cho trẻ phân tâm:
+ Bế dẫn đi lòng vòng cho xem cảnh vật: 21 (15,9%)
+ Đưa giỡn, cho đồ chơi, cho xem tivi, kể chuyện : 15 (11,4%)
3. Làm cho trẻ bất chước, ganh tị với trẻ con xung quanh khi cho ăn: 2 (1,5%)
4. Gây ám thị trẻ bằng các câu nói "Ăn đi, ăn đi", "Ăn vô, ăn vô": 2 (1,5%). Ngoài ra có 2 trẻ có trạng thái sinh lý đặc biệt cần chú ý theo là trẻ chỉ bú khi ngủ mơ màng (thức không bú).

Bảng 2: Các hành vi ứng xử sai lầm của bà mẹ:

1. Làm cho trẻ sợ hãi bằng cách:
+ La rầy, dọa nạt: 9 (6,9%)
+ Hù nhát hay đánh lừa trẻ: "Ông già, ông kẻ", nhờ người hàng xóm hù dọa: 6 (4,5%)
+ Vả, đánh: 5 (3,8%)
2. Làm cho trẻ há miệng ra để dục thức ăn bằng cách:
+ Đe ngửa, kềm đầu và tứ chi có tính cưỡng bức: 8 (6,1%)
+ Bóp miệng, banh miệng hoặc làm cho trẻ khóc để há

miệng: 4 (0,8%)

3. Làm cho trẻ nuốt thức ăn bằng cách:

+ Làm động tác nguy hiểm: đè ấn vào đáy lưỡi: 1 (0,8%)

+ Nuông chiều cho trẻ ngậm nước đá: 2 (1,5%)

+ Phạt trẻ bằng cách quỳ gối: 1 (0,8%)

4. Kết hợp nhiều cách khác nhau trẻ vẫn không ăn: 4 (3%)

Ngoài ra có lúc quên cho ăn hoặc thử để nhìn dõi:

+ Từ sáng đến trưa (5 - 8 giờ liền): 16 (12,1%)

+ Từ sáng đến chiều vẫn không đòi ăn: 11 (8,3%)

Trên thực tế các bà mẹ thường phối hợp nhiều cách khác nhau để làm cho trẻ ăn.

Bảng 3: Thái độ ứng xử của bà mẹ khi con bị chán ăn:

1. Thái độ tích cực: có 11,4% bà mẹ biết biểu lộ thường xuyên sự vui tươi kết hợp với vui đùa động viên khi cho trẻ ăn.

2. Thái độ tiêu cực: có 88,6% bà mẹ tỏ ra lo lắng và thường xuyên biểu lộ sự lo lắng bức bối trước mặt đứa trẻ.

C. Hậu quả của các hành vi sai lầm của các bà mẹ:

Bảng 4: Các mức độ biểu hiện sự chống đối lại các hành vi sai lầm của các bà mẹ:

1. Khởi đầu bằng các phản ứng nhẹ và vừa, thể hiện sự từ chối khi được cho ăn:

+ Lơ là, không hợp tác, không hứng thú khi được cho ăn: 132 (100%)

+ Ngậm thức ăn, không nhai, không nuốt có khi đến trào nước bọt hoặc đến khi đi ngủ: 46 (34,8%)

+ Đưa thức ăn ra khỏi miệng bằng nhiều cách như nhổ, phun, lè lưỡi, dùng tay bốc thức ăn ra khỏi miệng: 42 (31,8%)

+ Tránh né bằng nhiều cách khi được cho ăn: mím môi, cắn răng, dùng tay che miệng, quay mặt chỗ khác, chạy trốn: 28 (21,2%)

2. Sau đó thể hiện sự chống đối quyết liệt bằng các phản ứng mạnh mẽ khi bị ép ăn như sau:

+ Khóc, la, hét khi bị ép ăn: 25 (18,9%)

+ Buồn nôn, nôn ra thức ăn: 16 (12,1%)

+ Hờn dỗi, trách móc: 2 (1,5%)

+ Trẻ có biểu hiện của sợ thức ăn: nhiều trẻ có biểu hiện sợ thức ăn ở các mức độ khác nhau như khi thấy mẹ cầm muỗng hay bưng chén đã có biểu hiện sợ hãi, khóc ngay, khóc hét: 14 (10,6%)

D. Tìm hiểu mối liên hệ giữa trình độ văn hoá, nghề nghiệp, thu nhập, vùng cư ngụ và tuổi của bà mẹ với cách ứng xử của họ

Bảng 5: Sự liên quan giữa trình độ văn hoá và hành vi ứng xử đúng và sai của các bà mẹ có con bị chán ăn.

Trình độ văn hoá	n	Hành vi ứng xử		χ^2
		Đúng	Sai	
Cấp I	21 (100%)	14 (66,7%)	7 (33,3%)	0,202
Cấp II	54 (100%)	38 (70,4%)	16 (29,6%)	

Cấp III trở lên	57 (100%)	38 (66,7%)	19 (33,3%)	$P > 0,05$
Cộng	132 (100%)	90 (68,2%)	42 (31,8%)	

Bảng 6: Liên quan giữa nghề nghiệp mẹ với hành vi ứng xử

Nghề nghiệp	n (%)	Hành vi ứng xử		χ^2
		Đúng	Sai	
Nội trợ	67 (100%)	45 (67,2%)	22 (32,8%)	0,268
CNV + GV	33 (100%)	22 (66,7%)	11 (33,3%)	$P > 0,05$
Nghề khác	32 (100%)	23 (71,9%)	9 (28,1%)	
Cộng	132 (100%)	90 (68,2%)	42 (31,8%)	

* Công nhân viên + giáo viên

Bảng 7: Liên quan giữa thu nhập với hành vi ứng xử của bà mẹ

Thu nhập	n (%)	Hành vi ứng xử		χ^2
		Đúng	Sai	
< 200 (ngàn)	45 (100%)	32 (71,1%)	13 (28,9%)	0,560
200 - < 300	47 (100%)	32 (68,1%)	15 (31,9%)	
300 - < 400	19 (100%)	13 (68,4%)	6 (31,6%)	$P > 0,05$
≥ 400	21 (100%)	13 (61,9%)	8 (30,1%)	
Cộng	132 (100%)	90 (68,2%)	42 (31,1%)	

Bảng 8: Liên quan giữa vùng cư ngụ với hành vi ứng xử của bà mẹ.

Vùng cư ngụ	n (%)	Hành vi ứng xử		χ^2
		Đúng	Sai	
Nội thành	82 (100%)	57 (69,5%)	25 (30,5%)	0,192
Ngoại thành	30 (100%)	20 (66,7%)	10 (33,3%)	
Các tỉnh	20 (100%)	13 (65%)	7 (35%)	$p > 0,05$
Cộng	132 (100%)	90 (68,2%)	42 (31,8%)	

Bảng 9: Liên quan giữa tuổi mẹ với hành vi ứng xử

Tuổi mẹ	n (%)	Hành vi ứng xử		χ^2
		Đúng	Sai	
< 25	16 (100%)	12 (75%)	4 (25%)	0,986
25 - < 30	36 (100%)	23 (64%)	13 (36%)	
30 - < 35	41 (100%)	27 (66%)	14 (34%)	$P > 0,05$
≥ 35	39 (100%)	28 (72%)	11 (28%)	
Cộng	132 (100%)	90 (68,2%)	42 (31,8%)	

NHẬN XÉT VÀ BÀN LUẬN:

Trong 132 bà mẹ có con chán ăn được nghiên cứu có gần 2/3 bà mẹ có hành vi ứng xử mang tính tâm lý tích cực ngay từ đầu (bảng 1) như biết làm cho trẻ ý thức như dụ dỗ, động viên, giải thích, ép ăn vừa phải (37,9%), biết làm cho trẻ vui, phần chần chừ tinh thần như

vui chơi, đùa giỡn với trẻ (11,4%), ngoài ra còn biết làm cho trẻ bất chước, biết dùng các câu nói gây ám thị hoặc làm cho trẻ phân tâm (19,5%) nên tránh được các ức chế tâm lý, giúp trẻ ăn khá, các trẻ này thường chán ăn ở mức độ nhẹ và dễ khắc phục khi phối hợp với thầy thuốc, rất đáng khuyến khích và đúc kết thành các kinh nghiệm lâm sàng hữu ích để hướng dẫn cho các bà mẹ. Bên cạnh đó có trên 1/3 bà mẹ có hành vi ứng xử sai lầm dẫn đến ức chế tâm lý và làm cho trẻ chán ăn trầm trọng hơn như có các hành vi mang tính áp đặt, như rầy la, dọa nạt, to tiếng (6,9%), hù, nhát (4,5%); vả, đánh (3,8%) hoặc cha mẹ có các hành vi cố tình cưỡng bức và trừng phạt, có khi xao nhãng để trẻ nhịn đói kéo dài (bảng 2).

Các hành vi trên thường kết hợp với tâm trạng lo lắng, bức bối của các bà mẹ biểu lộ trước mặt đứa trẻ (88,6%) và hầu như tất cả các bà mẹ đều không nhận thức được rằng đây là một tâm trạng tiêu cực sẽ được lan truyền đến đứa trẻ, làm cho đứa trẻ hoang mang lo sợ dẫn đến ức chế tâm lý, góp phần làm nặng thêm tình trạng chán ăn của trẻ, nhiều khi mẹ quá bận bịu nên giao hẳn con mình cho người khác chăm nom chăm sóc nên không cải thiện được gì. Mặt khác các sai lầm trên đã dẫn đến các phản ứng chống đối mạnh mẽ của đứa trẻ khi bị ép ăn như la, khóc, hét (18,9%); buồn nôn, nôn ra thức ăn (12,1%) hoặc có thái độ hờn dỗi trách móc ở các trẻ lớn hơn (1,5%) và đặc biệt là có trên 10% trẻ có biểu hiện sợ thức ăn rất mãnh liệt như mỗi khi thấy mẹ cầm muỗng hoặc bưng chén là đã khóc thét ngay (bảng 4). Ở các trẻ này thường có mức độ chán ăn nặng và kéo dài, chỉ còn bú chút ít sữa và khó phục hồi bằng các biện pháp thông thường và tình trạng chán ăn, ăn thiếu chất kéo dài này sẽ dẫn đến chán ăn do thiếu các chất dinh dưỡng đặc hiệu như kẽm^(4,6), thiamin, lysin...⁽²⁾

Một điều rất đáng được đề cập là kết quả khảo sát cho thấy không có sự khác biệt giữa trình độ văn hoá với cách ứng xử đúng hay sai của các bà mẹ đối với trẻ chán ăn (bảng 5). Các bà mẹ ở các trình độ học vấn từ cấp I đến cấp II trở lên đều có tỉ lệ sai lầm ngang nhau (trên 30%). Trong khi đó, các kết quả nghiên cứu cho thấy trình độ học vấn là một yếu tố tích cực có liên quan đến việc cải thiện tình trạng dinh dưỡng ở trẻ em^(1,5). Tương tự cách ứng xử của bà mẹ cũng không có liên quan có ý nghĩa với các yếu tố khác như nghề nghiệp, thu nhập, tuổi tác và địa bàn cư ngụ. Điều này phản ánh một sự khiếm khuyết về giáo dục kiến thức tâm lý trẻ em trong chương trình giáo dục ở các cấp phổ thông cũng như chương trình chăm sóc sức khoẻ ban đầu cho trẻ em hiện nay.

Các dữ kiện trên chứng tỏ các bà mẹ chưa nhận thức cũng như không hình dung được mối nguy hại của hành vi và thái độ sai lầm, tiêu cực của mình trong cách ứng xử với trẻ em - đối tượng có tâm lý hết sức nhạy cảm, nên thường rơi vào vòng luẩn quẩn khó thoát. Qua đó, chúng ta cũng không thể phủ nhận rằng hành vi và thái độ kể trên của các bà mẹ

thể hiện một sự bức xúc và bất lực cũng như sự thất vọng về khả năng chữa khỏi cho con mình.

KẾT LUẬN:

Kết quả nghiên cứu cho phép rút ra những kết luận như sau:

1. Có gần 2/3 bà mẹ có hành vi và thái độ ứng xử mang tính tâm lý tích cực đối với trẻ chán ăn cần được khuyến khích.

2. Có trên 1/3 bà mẹ có hành vi và thái độ ứng xử sai lầm đối với trẻ chán ăn, các sai lầm này cũng là nguyên nhân làm trầm trọng và kéo dài tình trạng chán ăn ở trẻ em rất cần được khắc phục.

3. Trình độ học vấn, tuổi tác, nghề nghiệp, thu nhập, địa bàn cư ngụ của các bà mẹ không có liên quan có ý nghĩa với cách ứng xử đúng hay sai đối với trẻ chán ăn. Các sai lầm của các bà mẹ đều ngang nhau (trên 30%) ở các trình độ học vấn từ cấp I đến cấp III trở lên. Thể hiện một khoảng trống trong kiến thức của bà mẹ về tâm lý trẻ em.

4. Các ứng xử của các bậc cha mẹ đối với trẻ em chán ăn là một khía cạnh của chăm sóc sức khoẻ ban đầu về mặt tâm lý đối với trẻ em rất đáng được quan tâm bổ khuyết.

SUMMARY

Influence of attitudes and behaviours of the mothers to anorexic children.

The study aimed to find out the influences of attitudes and behaviours of mothers to anorexic children by interviewing.

Interview of 132 mothers the results have shown that: approximate 60% mothers had correct behaviours which should be encouraged. However, beside the positive facets, there were over 30% mothers were incorrect. The negative facets caused children more serious anorexic. The incorrect behaviours of the mothers who had educational levels were no significantly different.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thị Kim Hưng, Nguyễn Thị Ngọc Hương và CS, Tìm hiểu tình hình dinh dưỡng trẻ em dưới 5 tuổi ở TP. HCM, Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học kỹ thuật Y Dược chào mừng 300 năm Sài Gòn - TP. HCM, 1988,34.

2. Hà Huy Khôi. Lý luận dinh dưỡng cân đối và áp dụng thực hành, phần bổ túc sau đại học, Tạp chí Y học thực hành số 1-1985, 11.

3. Thẩm Phi Yến. Dưới góc độ tâm lý giáo dục, góp phần nhận dạng và phân loại biếng ăn thường gặp ở trẻ em tại TP. HCM trong giai đoạn hiện nay, tập báo cáo chuyên đề "Biếng ăn ở trẻ em", tại Hội dinh dưỡng TP. HCM.

4. Chafetz M. nutrition and neurotransmitter, USA, prentice Hall, Englewood cliffs, New Jersey 07632, 1990: 187 - 206

5. RICC J.A, Backer. S, Risk factors for wasting and stunting among children in Metro Cebu, Philippine, Am J Clin Nutr, printed in USA, 1996: 63 (6): 966 - 75.

6. Cousins R. J. chapter 29, Zinc in present

knowledge in nutrition, seventh edition ILSI Press, Washington, D. C. 1996, 298 - 302.

7. Waterlow J. C., Trace elements in: Protein energy malnutrition, London, Edward Arnold, 1992: 126 - 130; 292 - 293./.

NHẬN XÉT SƠ BỘ VỀ NHIỄM TRÙNG CƠ HỘI Ở NHỮNG BỆNH NHÂN AIDS CỦA HAI THÀNH PHỐ HUẾ (VIỆT NAM) VÀ BREST (PHÁP)

NGUYỄN LÔ (Đại học Y Huế)

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm trùng cơ hội (NTCH) là một trong ba biểu hiện lâm sàng vào giai đoạn cuối của nhiễm HIV, và là biểu hiện quan trọng, phổ biến và có thể can thiệp được tương đối hữu hiệu cho người bệnh.

Trên lý thuyết, do giảm sức đề kháng, vào giai đoạn cuối của nhiễm HIV, người bệnh có thể nhiễm bệnh từ bất kỳ một vi sinh vật nào có khả năng tấn công người bệnh. Nhưng nổi bật và dễ phát hiện vẫn là những vi sinh vật không thể gây bệnh cho những người có quá trình miễn dịch bình thường, gọi là NTCH.

Tuy nhiên, NTCH khác nhau tùy theo môi trường sống, thói quen, tập quán và có thể do tổ bầm về di truyền nữa. Do đó, tùy mỗi quốc gia, sự phát triển xã hội, tập quán và cấu trúc di truyền của mỗi dân tộc mà mô hình biểu hiện NTCH khi nhiễm HIV có thể khác nhau. Sự khác nhau về các biểu hiện NTCH ở các nước châu Phi và các nước châu Âu có thể là một ví dụ. Tần số nhiễm Toxoplasmosis cao ở Pháp so với các nước châu Á là một minh họa khác. Danh sách của NTCH do đó khá dài và ngày càng được bổ sung.

Giữa những quốc gia đang phát triển và các quốc gia đã phát triển mô hình NTCH có thể khác nhau. Biết được mô hình NTCH của địa phương thường giúp cho người thầy thuốc nhanh chóng chẩn đoán, ngay cả chẩn đoán nhiễm HIV (nhiều bệnh nhân đến gặp thầy thuốc với NTCH nhưng chưa biết mình bị nhiễm HIV), hạn chế những lây lan, có kế hoạch chăm sóc và giúp cho ngành y tế có kế hoạch tốt hơn trong việc săn sóc và quản lý những bệnh nhân nhiễm HIV. Xuất phát từ quan điểm đó, chúng tôi thử so sánh biểu hiện NTCH của những bệnh nhân nhiễm HIV của 2 thành phố Brest và Huế (hai thành phố của hai nước có trình độ kinh tế phát triển khác nhau, nhưng các yếu tố khác như môi trường, khí hậu, thời tiết

tương đối gần nhau) với các mục tiêu sau:

- Tìm hiểu sự tương đồng và dị biệt về NTCH ở hai thành phố. Nếu có thể được, tìm hiểu nguyên nhân sự khác biệt.

- Góp phần vào nghiên cứu mô hình bệnh NTCH ở bệnh nhân AIDS trong cả nước.

PHƯƠNG PHÁP VÀ THỜI GIAN TIẾN HÀNH NGHIÊN CỨU

- Ở Brest: Theo dõi tất cả các bệnh nhân HIV (+) trong phạm vi thành phố một cách định kỳ. Ghi nhận tất cả các trường hợp có NTCH. Số lượng theo dõi: 275. Thời gian theo dõi: 2 năm (từ 1995 - 1996). Các trường hợp có NTCH được theo dõi từ lúc có triệu chứng đầu tiên đến khi được chẩn đoán xác định, tiến triển và kết quả điều trị, các biện pháp phòng bệnh khi bệnh nhân ra viện.

- Ở Huế: theo dõi tất cả các bệnh nhân phát hiện nhiễm HIV, nhập viện tại khu vực điều trị của Khoa Truyền nhiễm. Các bệnh nhân này chỉ nhập viện khi có biểu hiện của NTCH, khi tạm ổn thường được theo dõi ngoại trú. Thời gian: 2 năm (1997 - 1998).

- Thống kê so sánh

- Rút ra những kết luận ban đầu

- Phương tiện và nhân lực: Người viết bài có cơ hội quản lý và theo dõi trực tiếp các bệnh nhân nói trên với sự giúp đỡ của Dr. V. Bellein ở Pháp, BS Chủ nhiệm khoa TN và BS Phan Trung Tiến ở Huế. Các phương tiện chẩn đoán ở Pháp đủ để đáp ứng mọi yêu cầu, từ huyết thanh học cho đến IRM hay sinh thiết não dưới hướng dẫn của IRM và CT 3 chiều. Ở Huế, phương tiện có hạn chế hơn, chúng tôi có được các phương tiện cổ điển thông thường kèm với CT, máy đếm và các tiểu quần thể tế bào lympho T4, T8...

KẾT QUẢ:

1. Một số nét về hai thành phố Brest và Huế

Brest là một thành phố nhỏ ở tây-bắc nước Pháp, diện tích: 29.200 km², dân số chừng 200.000 người. Khí hậu và thời tiết ôn hoà dù ở vĩ độ cao (nhờ dòng nước nóng Gulfstream ở Đại Tây Dương), mưa nhiều. Thỉnh thoảng có bão. Là thành phố đại học, có cảng tốt nhưng dành cho quân sự. Cảng thương mại nhỏ. Đa số người Pháp gốc Breton, bảo thủ và ngoan đạo. Do đó tệ nạn xã hội không cao. Tự do tình dục về mặt luật pháp nhưng quấy rối tình dục bị phạt nặng, hoang thai và nạn mại dâm vẫn bị xã hội coi khinh dù không phạm pháp. Sống chung không có hôn thú khá phổ biến ở giới trẻ. Nghiện ma túy không là phạm pháp, nhưng buôn bán ma túy bị cấm. Khuyến khích nhưng không bắt buộc cai nghiện, và cai ma túy bằng phương pháp thay thế thuốc dần dần. Kiến thức về HIV của dân chúng khá cao (5).

Huế là thành phố nhỏ ở miền trung Việt Nam, thành phố đại học và du lịch. Khí hậu nhiệt đới. Dân số khoảng 300.000 người. Người Huế còn ảnh hưởng của truyền thống và phong kiến. Tự do tình dục không được chấp nhận. Hoang thai, ngoại tình, sống chung không hôn thú bị xã hội lên án. Mại dâm và mua dâm bị cấm về mặt luật pháp, nhưng trong thực tế vẫn tồn tại. Nghiện hút và bán ma túy bị cấm. Người nghiện hút nếu phát hiện sẽ bị cưỡng bách cai nghiện tại các trung tâm [1].

2. Các kết quả tại các trung tâm trường viện Brest (Pháp):

2.1. Các đặc điểm tổng quát:

Số lượng bệnh nhân nhiễm HIV được theo dõi: 208. Trong số này bao gồm tất cả các giai đoạn của nhiễm HIV. Từ những bệnh nhân mới lây nhiễm được phát hiện rất sớm, có các triệu chứng của hội chứng sơ nhiễm cho đến bệnh nhân ở giai đoạn cuối với biểu hiện của NTCH hay u (Kaposi chẳng hạn) hay T4 < 200/mm³ [10]

Tuổi trung bình: 36,95 ± 9,03

Nam: 147 Tuổi trung bình của nam: 36,43 ± 2,26

Nữ: 61 Tuổi trung bình nữ: 36,02 ± 8,68.

Số bệnh nhân có NTCH : 42 chiếm tỷ lệ 0,20%. Tỷ số nam/nữ trong nhóm có NTCH: 36/6 = 6

Đường nhiễm HIV của 42 bệnh nhân này gồm:

- Đường tình dục: Đồng tính luyến ái nam: 13. Tình dục khác phái: 6. Tình dục với cả hai giới: 7.

- Do tiêm ma túy: 14. Trong đó 5 đơn thuần do tiêm ma túy. Còn lại kết hợp cả với đường tình dục.

- Đường truyền máu: 1.

- Không khai thác được đường vào: 7

2.2. Biểu hiện nhiễm trùng cơ hội: (xem Bảng 1)

Một bệnh nhân có thể có nhiều lượt NTCH khác nhau.

3. Các kết quả tại trung tâm điều trị AIDS Huế

3.1. Các đặc điểm tổng quát:

Số lượng bệnh nhân bị nhiễm HIV được theo dõi: 18. Khác với số bệnh nhân nhiễm HIV ở Brest, các bệnh nhân này hầu hết ở giai đoạn cuối (vì khi đó bệnh nhân mới tìm đến bệnh viện). Chỉ có 4 trường hợp đang ở nhóm A, trong đó có 1 trẻ em (bố mẹ mất vì AIDS), 3 trường hợp còn lại được phát hiện HIV khi đang ở trại cai ma túy. Còn lại 14 bệnh nhân đều ở giai đoạn AIDS với biểu hiện NTCH.

Tuổi trung bình: 35,06 ± 7,56

Nam: 15 Tuổi trung bình của nam: 35,81 ± 7,12

Nữ: 2 Tuổi trung bình : 33,5

Trẻ em: 1 Tuổi: 7

Số bệnh nhân có NTCH: 14, chiếm tỷ lệ 78%. Tỷ số nam/nữ trong nhóm NTCH: 12/2 = 6

Đường nhiễm HIV của 14 bệnh nhân NTCH gồm:

- Đường tình dục: 7 (quan hệ khác giới)

- Đường tiêm ma túy: 7 (toàn nam giới)

3.2. Biểu hiện nhiễm trùng cơ hội (xem Bảng 2)

BÀN LUẬN:

1. Một số điểm tổng quát:

Bảng 1: Tần suất NTCH của những bệnh nhân AIDS ở thành phố Brest (Pháp)

Nhiễm trùng cơ hội	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Ghi chú
Pneumocystose	16	38,10	T4 < 200 (15/16)
Toxoplasmose não	17	40,38	T4 < 200 (17/17)
Lao phổi	4	9,52	T4 > 200 (3/4)
Lao ngoài phổi	2	4,76	T4 < 100 (1/2)
Mycoplasma Atypique (nhiễm trùng huyết)	1	2,38	T4 < 50
M. Atypique (Phổi và các ổ khác)	4	9,62	T4 < 100
Candidose miệng	30	71,43	T4 > 200 (3/30)
Candidose thực quản	17	40,48	T4 < 200 (12/17)
Candidose nội tạng khác	5	11,90	T4 < 50
Nhiễm CMV não	1	2,38	T4 < 50
Nhiễm CMV màng não	1	2,38	T4 < 50
Nhiễm CMV võng mạc	8	19,04	T4 < 50
Nhiễm CMV ruột	5	11,90	T4 < 50
Nhiễm CMV các nội tạng khác	5	11,90	T4 < 50
Cryptococcose màng não	2	4,76	T4 < 50
Cryptococcose phổi	1	2,38	T4 < 50
Nocardiose phổi	1	2,38	T4 < 50
Tiêu chảy do	3	7,14	T4 < 50
Cryptosporidiose			
Tiêu chảy do	2	4,76	T4 < 50
Microsporidiose			

Samonellose mineure	3	7,14	T4 < 200
Lemp (Papovavirus)	2	4,76	T4 < 200 (1/2)
Nhiễm Varicelle zona	11	11,90	T4 < 200 (6/11)
Leucoplasie chevelue	5	11,90	T4 < 200 (4/5)
Listeriose màng não	1	2,38	T4 < 50

Bảng 2: Các bệnh nhiễm trùng cơ hội ở những bệnh nhân AIDS tại Huế

Nhiễm trùng cơ hội	Số lượng	Tỷ lệ (%)	Ghi chú
Lao phổi (BK+)	7	50,00	T4 < 200 (4/7)
Tiêu chảy	3	21,43	T4 < 200 (1/3)
Nhiễm trùng hô hấp tái phát nhiều lần	5	35,71	T4 < 200 (1/5)
Candidose miệng	2	14,29	T4 < 200 (1/2)

Các trường hợp tiêu chảy không tìm được nguyên nhân, để kháng với các loại kháng sinh, chúng tôi tạm xếp vào bảng này, như một biểu hiện cuối cùng của bệnh nhân (3 bệnh nhân đều tử vong) mặc dù không có bằng chứng của một nhiễm trùng cơ hội như Microsporidiose hay Isosporidiose chẳng hạn.

Các Nhiễm trùng hô hấp tái phát nhiều lần chỉ tìm thấy tạp khuẩn và đáp ứng với kháng sinh thông thường (xin xem thêm phần bàn luận).

Có một số trường hợp chúng tôi không làm được test bào T4 (do thiếu kit hay trục trặc về máy).

Số liệu của hai thành phố về số lượng bệnh nhân nhiễm HIV được theo dõi quá chênh lệch (18 so với 208). Điều đó không có nghĩa là số lượng người nhiễm HIV ở Huế ít hơn nhiều so với ở Brest vì chúng tôi không có phương tiện điều tra trong nhân dân. Ở Huế số người có nguy cơ lây nhiễm hay thực sự đã lây nhiễm, thường hiếm khi tự nguyện đến xét nghiệm HIV, thậm chí có người đã biết nhiễm HIV nhưng ở giai đoạn chưa có triệu chứng cũng thường tự trốn tránh vì họ ngại bị xã hội hắt hủi. Do đó, số lượng người nhiễm HIV được chúng tôi quản lý không nhiều. Tuy nhiên, khi đã vào giai đoạn cuối, có biểu hiện NTCH, bệnh nhân buộc phải đến bệnh viện để điều trị. Ban đầu, các bệnh nhân này có thể vào các khoa khác nhau (nội khoa, da liễu, khoa lao...), nhưng cuối cùng bệnh nhân cũng được phát hiện nhiễm HIV và chuyển đến cho chúng tôi. Do đó, mặc dầu số liệu về nhiễm HIV của thành phố Huế không đầy đủ, nhưng số liệu về bệnh nhân có biểu hiện NTCH ở Huế, chúng tôi tin rằng có thể tin cậy được.

Cũng do số liệu ở Huế còn quá nhỏ so với Brest, chúng tôi không thể so sánh dựa vào các xét thống kê. Ở đây, chúng tôi chỉ nêu một số nhận xét bước đầu về NTCH ở hai thành phố mà thôi.

Tuổi trung bình của những bệnh nhân có NTCH (tức là ở giai đoạn AIDS) của cả hai thành phố đều tương tự nhau, vào khoảng 35 - 36 tuổi. Điều này chứng tỏ khi dịch nhiễm HIV lan tới Brest [5], cũng như đến Huế (cách đây khoảng 10 năm) ảnh hưởng

chủ yếu đến tầng lớp tuổi trẻ (lúc đó tuổi trung bình 25 - 26). Không có gì đáng ngạc nhiên vì tình dục v ma tuy vẫn là 2 vấn đề mà tuổi trẻ dễ sa hơn các lứa tuổi khác, nhất là ở tuổi 20 - 30, vừa mới có khả năng kiểm ra tiền, chưa bị ràng buộc nhiều bởi bốn phận và trách nhiệm gia đình, vừa muốn thử nghiệm mọi thứ trong cuộc sống.

Tỷ lệ nam vẫn chiếm nhiều hơn nữ ở cả hai thành phố, và đều bằng 6 (có lẽ ngẫu nhiên). Có thể trong trường hợp ở Brest, hiện tượng đồng tính luyến ái nam dễ nhiễm HIV hơn đồng tính luyến ái nữ. Ngoài ra, ở cả hai thành phố, tỷ lệ nghiện ma túy qua đường tiêm chích ở nam luôn luôn lớn hơn nữ. Một do nữa đang cần được nghiên cứu kỹ hơn, trong các nghiên cứu khác (cũng ở Brest) chúng tôi nhận thấy: mặc dầu tỷ lệ nhiễm HIV ban đầu gần bằng nhau, tỷ lệ nam giới NTCH cao và nhanh hơn nữ giới. Có lẽ những yếu tố này làm cho tỷ lệ NTCH ở những bệnh nhân nhiễm HIV cả hai thành phố đều có tỷ lệ nam lớn hơn nữ.

2. Về Nhiễm trùng cơ hội:

Qua bảng 1 và 2, chúng ta có thể nhận thấy hình bệnh NTCH của hai thành phố Brest và Huế hoàn toàn khác nhau.

Chúng ta thấy các bệnh nhân ở Huế, lao chiếm 50% trường hợp, trong khi ở Brest chỉ chiếm 14,28%. Điều này có thể lý giải là ở Huế, tỷ lệ nhiễm lao trong nhân dân vẫn còn cao [3], do đó những bệnh nhân suy giảm miễn dịch ở giai đoạn cuối thường dễ bị lao tấn công hơn so với ở Brest, nơi mà tỷ lệ nhiễm lao trước đây xem như bằng không [5]. Tình hình nhiễm lao ở những người HIV (+) ở Huế cũng phù hợp với tình hình ở thành phố Hồ Chí Minh.

Các bệnh viêm nhiễm đường hô hấp tái lại nhiều đợt chiếm hàng thứ hai trong các bệnh nhân NTCH ở Huế, chiếm 36%. Trong khi ở Brest, tổng hợp tất cả các trường hợp NTCH có ảnh hưởng ở phổi là 45% nhưng đa số là nhiễm *Pneumocystis carinii* (40%). Phải chăng nhiễm trùng hô hấp tại Huế có thể do những vi sinh vật cơ hội tương tự như ở Brest mà không đủ phương tiện để chẩn đoán? Chúng tôi loại trừ những khả năng này với lý do:

1. Nhiễm *P. carinii* phổi chẳng hạn, không thể tiến hành với kháng sinh thông thường hay ngay cả với các thuốc đặc hiệu như Bactrim (Sulfamethoxazole Trimethoprim) liều thấp.

2. Các tác nhân NTCH khác như *Toxoplasma*, *Nocardia*, nấm *Cryptococcus* chẳng hạn thường không điều trị được với kháng sinh thông thường.

3. Các bệnh nhân chúng tôi hồi phục những đợt viêm phổi chỉ với các thuốc kháng sinh như amoxicilline, Cephalexin. Trong một số trường hợp chúng tôi có dùng Bactrim nhưng liều thấp (960 mg 2 viên/ngày), có tác dụng dự phòng *P. carinii* và điều trị các vi khuẩn thông thường hơn là điều trị *P. carinii* nhưng kết quả bệnh nhân vẫn phục hồi. Tuy nhiên

sau một thời gian, bệnh nhân thường có nhiễm trùng hô hấp trở lại.

Sự khác biệt này phải chăng vì môi trường và sinh hoạt của người Huế tạo điều kiện thuận lợi cho các vi khuẩn thông thường hơn là người Brest. Tỷ lệ những người nhiễm HIV có bệnh mạn tính tại mũi họng như viêm amydale, viêm xoang khá cao ở Huế có thể giúp giải thích vấn đề khác biệt này.

Một bệnh cảnh NTCH phổ biến ở những bệnh nhân AIDS ở Huế là ỉa chảy kéo dài, chiếm 21,43%. Mặc dầu được điều trị với nhiều loại kháng sinh phổ rộng như Ofloxacin, Doxycycline, Metronidazole, cả kháng sinh chống lao hoặc kháng sinh chống nấm tiêu hoá như Nystatine, Ketoconazole... bệnh vẫn không đáp ứng. Chỉ có một trường hợp có hạch mạc treo nhiều (lymphoma ruột?), những trường hợp còn lại chúng tôi không có phương tiện để tìm nguyên nhân. Do nhiễm Microsporidiose, nhiễm Isospora belli, do Kaposi nhiều ở ruột hay thậm chí do suy đường, do HIV tấn công vào các mạng bạch huyết của ruột? Vấn đề này chúng tôi chỉ ghi nhận chứ không có kết luận gì.

Mô hình NTCH ở những bệnh nhân nhiễm HIV ở Brest phong phú hơn nhiều. Dẫn đầu là nấm Candida nội tạng (thực quản chẳng hạn) (51,16%). Đây cũng là điều đáng ngạc nhiên khi so sánh với Huế, tỷ lệ nhiễm Candidase không cao ở những người nhiễm HIV (7,14%), dù rằng nấm candidase không phải là bệnh hiếm gặp ngay cả ở những người không nhiễm HIV (dùng kháng sinh kéo dài, suy đường...) có thể do số liệu không nhiều nên chúng tôi rơi vào hai cực đầu của phân bố Gausse chẳng?

Sau nhiễm nấm Cadidase là nhiễm virut CMV (45,24%), nhiễm Toxoplasma não (40,48%), viêm phổi do P. carinii (38,10%). Tỷ lệ các mặt bệnh này có khác với vùng khác của nước Pháp [5] và báo cáo của các nước phương Tây cũng như của Hoa Kỳ. Trong đó nhiễm P. carinii và Toxoplasmosis thường dẫn đầu [6]. Điều này có thể do sự hợp tác tốt giữa thầy thuốc và bệnh nhân trong việc dự phòng hai bệnh này. Những bệnh này hầu như chưa phát hiện trong nhóm NTCH ở Huế. So sánh với những vùng khác của Pháp và các nước phát triển khác, mô hình NTCH ở Brest vẫn có thay đổi: Tỷ lệ nhiễm P. carinii và Toxoplasmosis không đứng ở vị trí đầu bảng. Điều này có liên quan đến hiệu quả phòng chống hai bệnh này ở những bệnh nhân nhiễm HIV ở Brest. Vấn đề này chúng tôi xin đề cập đến trong một bài khác.

KẾT LUẬN:

Qua khảo sát trong một thời gian hai năm cho mỗi thành phố về những trường hợp NTCH ở những bệnh nhân nhiễm HIV ở hai thành phố Brest và Huế, có những điều kiện về khí hậu và dân số tương tự nhau, nhưng khác nhau về mức độ phát triển xã hội và môi trường, chúng tôi rút ra được một số nhận xét sơ bộ sau:

1. Mô hình NTCH ở một thành phố nghèo, đang phát

triển, môi trường chưa được quan tâm đầy đủ, khác hẳn với mô hình NTCH ở một thành phố đã phát triển.

2. Chủ yếu NTCH của các bệnh nhân nhiễm HIV ở Huế là nhiễm các bệnh đường hô hấp, **trong đó lao chiếm 50%** (phù hợp với báo cáo của thành phố HCM)[2], còn lại là những vi khuẩn thông thường, đáp ứng với điều trị nhưng lại tái phát rất nhiều và nhanh chóng. Tiêu chảy kéo dài không đáp ứng với điều trị, nguyên nhân không rõ ràng là bệnh cảnh quan trọng tiếp theo.

3. Mô hình NTCH ở Brest, phong phú và có tỷ lệ không khác gì với y văn của các nước phương Tây và Hoa Kỳ [5,6]. Tuy nhiên, việc phòng bệnh khi tỷ lệ T4 ở những bệnh nhân nhiễm HIV dưới 200 đã làm giảm tỷ lệ đáng kể nhiễm P. carinii và Toxoplasma.

Từ những kết luận sơ bộ trên chúng tôi đề nghị: Nên làm thử nghiệm HIV cho những bệnh nhân phát hiện lao, tiêu chảy kéo dài không đáp ứng điều trị và những bệnh nhân nhiễm trùng hô hấp tái đi tái lại nhiều lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO CHÍNH

1. Huế đất nước và con người. Mạng Net cổ đô của Bưu điện Thành phố Huế. 1998.
2. Tài liệu hội thảo về nhiễm HIV/AIDS của Trung tâm y học lâm sàng nhiệt đới thành phố Hồ Chí Minh 1998.
3. Báo cáo tổng kết cuối năm của Trạm phòng chống lao Thừa Thiên Huế các năm 1996, 97.
4. Báo cáo tổng kết cuối năm của Khoa TMH bệnh viện TW Huế các năm 1996, 97.
5. BEH (Bulletin epidesmiologique hebdomadaire). Lé numéro spéciaux pour le Sida: Nov. q991, 92, 93. 10/96, N.24/96.
6. BARLETT J. G Medical management of HIV infection. Johns Hopkins university school of medicine Baltimore, Maryland USA 1997.

RESUME

En comparant des infections opportunistes chez les Sidéens Brestois (suivis pendant deux ans 1995-1996) et chez les Sidéens Hueiens (suivis aussi pendant deux ans 1997 - 1998), nous avons quelques constatations suivantes: le profil d'infections opportunistes de Huéiens est différent de ce des Brestois. Chez les Sidéens Hueiens, les infections opportunistes les plus fréquentes, par ordre décroissant, sont: la tuberculose, les infections respiratoires récurrentes, la diarrhée prolongée alors que chez les Brestois, elles sont: les candidoses, les infections à CMV, la toxoplasmosis, la pneumocytose. Il y a plusieurs raisons pour cette différence, mais les plus probables sont: l'hygiène environnementale, le mode de vie...

A Hué, il serait meilleur que tous les tuberculeux, tous les diarrhéiques rebelles soient examinées pour détecter une infection à HIV./.

TÌNH HÌNH BỆNH LÝ THẦN KINH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ TỪ 1990 ĐẾN 1996

HOÀNG KHÁNH

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Bệnh lý thần kinh rất đa dạng và phong phú, có khi nằm rải rác ở nhiều chuyên khoa khác nhau do tính chất phức tạp của bệnh. Từ trước tới nay chưa có tác giả nào báo cáo về mặt bệnh này tại Huế một cách chi tiết và nếu có thì chỉ điểm sơ qua mặt bệnh này một cách chung chung trong các báo cáo tổng kết cuối năm. Xuất phát từ lý do trên, chúng tôi tiến hành khảo sát các bệnh lý thần kinh tại Bệnh viện Trung ương Huế nhằm đánh giá số nhập viện hàng năm, tỷ lệ các bệnh, bệnh lý theo mùa, theo lứa tuổi và giới tính. Đây là một khía cạnh dịch tễ học trong bệnh viện không những để lập kế hoạch về trang thiết bị, mua sắm thuốc men nhằm nâng cao chất lượng điều trị mà còn có phương hướng dự phòng hợp lý có hiệu quả đồng thời cũng góp phần trong công tác hướng dẫn giảng dạy thực tế hơn trong việc bảo vệ sức khỏe cho cộng đồng tại khu vực.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP:

Chúng tôi dựa vào phân loại Quốc tế về bệnh lý tái bản lần thứ 9 (Internationnal Classification of Diseases 9th Edition = ICD -9) [6] để phân nhóm các bệnh thần kinh vào nhập viện chủ yếu tại phân khoa Thần kinh và một số khoa liên quan Bệnh viện Trung ương Huế từ năm 1990 đến năm 1996. Tất cả các số liệu đều được đưa vào chương trình máy tính của Trung tâm dữ liệu theo yêu cầu của mục đích đã đề ra như so sánh tỷ lệ bệnh thần kinh hàng năm so với tổng số nhập viện hàng năm, tỷ lệ các mặt bệnh thường gặp, bệnh lý thần kinh theo mùa (mùa nóng từ tháng 5 đến tháng 10, mùa lạnh từ tháng 11 đến tháng 4) [1, 4] và theo giới - lứa tuổi.

KẾT QUẢ:

1. Số bệnh nhân thần kinh nhập viện theo năm (bảng 1)

Năm	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Số bệnh							
Thần kinh %	506 2,24	456 1,61	561 2	660 2,92	836 2,85	977 3,23	1071 3,29
Tổng số	22558	28237	28148	22576	29361	30246	32535

Những năm về sau số bệnh thần kinh có xu hướng tăng dần cùng với số bệnh nhân nhập viện chung.

2. Các nhóm bệnh theo năm (bảng 2)

Năm N. bệnh %	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996
Viêm nhiễm	295 53,30	296 64,90	323 57,57	364 55,15	449 53,70	516 52,80	471 44,4
TBMMN *	109 21,54	72 15,80	137 24,42	194 29,39	251 30,02	297 30,40	321 30,3
U não	10 1,97	16 3,50	20 3,56	20 3,02	33 3,94	27 2,76	45 4,2
Thoái hoá	29 5,73	17 3,70	21 3,74	10 1,51	24 2,87	38 3,88	44 4,1
Khác	63 12,46	55 12,10	60 10,71	72 10,93	79 9,47	99 10,16	181 16,9

Nhìn chung các mặt bệnh nhập viện tăng dần hàng năm đặc biệt là tai biến mạch máu não (TBMMN*), u não. Bệnh lý viêm nhiễm chiếm tỷ lệ cao nhất gần hoặc hơn một nửa số bệnh thần kinh nhập viện, đứng hàng thứ hai là TBMMN so với các mặt bệnh khác $p < 0,001$.

3. Các bệnh theo mùa (bảng 3)

Bệnh Mùa %	Viêm não	TBMMN	V.mang não	Động kinh	Đau d. loa	RL TKTV
Nóng	214 71,82	556 40,14	471 63,65	202 54,89	497 55,90	272 48,23
Lạnh	84 28,18	829 59,86	269 36,35	166 45,11	392 44,10	292 51,77
P	< 0,001	< 0,05	< 0,05	> 0,05	> 0,05	> 0,05

Viêm não và viêm màng não tập trung chủ yếu vào mùa nóng hơn mùa lạnh với $p < 0,001 - 0,0$ TBMMN tại ưu thế về mùa lạnh $p < 0,05$, còn có các mặt bệnh khác không có sự khác biệt với $p > 0,05$.

4. Một số bệnh thần kinh thường gặp theo giới và lứa tuổi (bảng 4)

Lứa tuổi Bệnh	< 20		20 - 40		> 40		Tổng cộng
	Nam	Nữ	Nam	Nữ	Nam	Nữ	
TBMMN	7	5	79	71	675	548	1385

VMN	320	215	60	80	55	54	784
VNT	136	112	21	12	11	6	298
Động kinh	151	89	52	27	35	14	368
ĐTK toạ	10	4	243	181	211	240	889
RLTKTV	19	22	113	201	42	167	564
U não	28	16	32	31	26	36	169
Tổng cộng	671	463	600	603	1055	1065	4457

* VMN + viêm màng não, VNT = viêm não tuỷ, ĐTK toạ = Đau thần kinh toạ, RLTKTV = rối loạn tiêu hoá thực vật.

Dưới 20 tuổi tập trung chủ yếu ở VMN, VNT và động kinh; ở đây, nam chiếm ưu thế hơn nữ $P < 0,01$. Nhìn chung, nam (59,17%) hơn nữ (40,83%).

Từ 20 - 40 tuổi, chủ yếu là đau dây thần kinh toạ (nam nhiều hơn nữ $p < 0,01$) và RLTKTV nữ nhiều hơn nam $p < 0,01$.

Trên 40 tuổi chủ yếu là TBMMN 57,68% (nam > nữ với $p < 0,05$) sau đó là ĐTK toạ 21,27% (không có sự khác biệt giữa nam và nữ), RLTKTV nữ ưu thế hơn đối với nam $p < 0,001$.

TBMMN tăng dần theo lứa tuổi một cách rõ rệt nhất là từ 40 tuổi trở lên. Động kinh, VMN, VNT chủ yếu xảy ra ở lứa tuổi dưới 20 sau đó giảm dần. Đau dây thần kinh toạ xảy ra nhiều vào tuổi lao động có nghĩa từ 20 tuổi trở lên, còn RLTKTV tập trung chủ yếu vào lứa tuổi 20 đến 40.

BÀN LUẬN

Từ bảng 1 cho chúng ta thấy số tuyệt đối bệnh nhân thần kinh nhập viện nhìn chung có xu hướng tăng dần từ năm 1990 đến năm 1996 gấp hơn hai lần. Có thể đó là do số bệnh ngày càng tăng và nếu như vậy là gánh nặng cho công tác săn sóc điều trị và đòi hỏi đặt ra công tác dự phòng cho cộng đồng trong những năm sau. Nếu so với tổng số bệnh nhân vào Bệnh viện Trung ương Huế thì cũng có thể tăng lên hàng năm với mức độ chênh lệch khoảng 1% từ 2,24% năm 1990 đến 3,29% năm 1996. So với kết quả của tác giả Shin-hui Lim, Chor-Hiang Tan ở Singapore năm 1986 đến 1994 cũng nhận thấy bệnh lý thần kinh tăng dần và tỷ lệ bệnh thần kinh so với tổng số nhập viện 2 - 4% [7]. Như vậy, kết quả của hai tác giả trên tương tự như nhận xét của chúng tôi.

Từ bảng 2 thấy bệnh lý TBMMN tăng lên hàng năm rõ rệt nhất là trong 3 năm gần đây so với các năm trước có sự khác biệt rất rõ rệt $p < 0,001$. Điều này phù hợp với kết quả điều tra dịch tễ học trong những năm gần đây tại Huế cũng như tại Hà Nội và một số tỉnh miền Bắc [2]. Theo chúng tôi, có lẽ liên quan đến đời sống sinh hoạt lao động căng thẳng hay chẳng, hoặc lặp đi lặp lại con đường của các nước phát triển do mức sống khá hơn. Số tuyệt đối của nhóm bệnh lý viêm nhiễm cũng có xu hướng tăng vào

những năm về sau với sự khác biệt có ý nghĩa $P < 0,05$. Ở Singapore thì không thấy biến động gì về mặt này [7], có thể do điều kiện vệ sinh môi trường tốt hơn. Số bệnh nhân của bệnh lý thoái hoá, u não và các bệnh khác dao động tuy năm, chỉ thấy tăng rõ nét vào năm 1996.

Ở đây, chúng tôi cũng phải kể đến đặc điểm mùa trong một vài ca bệnh lý qua bảng 3, điều này hết sức quan trọng vì có ý nghĩa dự phòng cho cộng đồng [5]. Có sự trái ngược nhau giữa vài bệnh lý. Viêm não và viêm màng não tập trung chủ yếu vào tháng 5 tới tháng 10, có nghĩa là vào mùa nóng, với tỷ lệ tương ứng 71,82% và 63,65% có lẽ liên quan đến sự sinh trưởng của nhiều tác nhân truyền bệnh [3]. Ngược lại, TBMMN thường xảy ra vào mùa lạnh (từ tháng 11 đến tháng 4) với tỷ lệ 59,86%, điều đó cũng như nhận xét của nhiều tác giả trong và ngoài nước [2]. Riêng động kinh, đau thần kinh toạ và rối loạn thần kinh thực vật thì không có sự khác biệt nào giữa hai mùa nóng, lạnh.

Từ bảng 4 cho chúng ta thấy vài bệnh lý xảy ra nhiều ít tùy theo lứa tuổi. Như bệnh lý viêm màng não, viêm não tuỷ, và động kinh lại tập trung chủ yếu vào lứa tuổi dưới 20, nhìn chung, nam (59,17%) hơn nữ (40,83%). Điều này cũng phù hợp với nhận xét của một số tác giả như Lê Đức Hình, Nguyễn Chương, M Weber [3,8]. Từ 20 - 40 tuổi, chủ yếu là đau dây thần kinh toạ, nam nhiều hơn nữ $p < 0,01$, theo chúng tôi có lẽ đây là do lao động nặng ở lứa tuổi này. RLTKTV cũng hay gặp ở lứa tuổi này, nữ nhiều hơn nam vớ $p < 0,01$, điều này cần được quan tâm trong vấn đề thăm khám và điều trị. Trên 40 tuổi trở lên thấy TBMMN chiếm 88,30% tổng số bệnh nhân bị TBMMN, nam nhiều hơn nữ với $p < 0,05$. Rõ ràng tuổi càng tăng thì tai biến mạch máu não càng nhiều. Ở đây, có lẽ do nhiều nguyên nhân khác nhau song không thể nào chối cãi vai trò lứa tuổi và giới trong bệnh lý này như nhiều nhận xét của các tác giả Nguyễn Văn Đăng, Hoàng Khánh, A. Rosa ...[2]. RLTKTV từ lứa tuổi trên 40 thấy nam giới giảm đáng kể so với nhóm tuổi trước đó $p < 0,001$, nữ giới vẫn còn gặp nhiều tương đương với nhóm trước. Trong lứa tuổi này, nữ luôn ưu thế hơn nam với $p < 0,001$, có lẽ liên quan đến thời kỳ mãn kinh.

KẾT LUẬN

1. Số bệnh nhân thần kinh nhập viện tăng dần hàng năm từ 1990 đến 1996 khoảng 1% nhất là TBMMN.
2. Đứng hàng đầu là bệnh lý viêm nhiễm 53,66%, sau đó TBMMN 27,33%, đau thần kinh toạ 17,54%% và động kinh 7,26%.
3. Viêm não, viêm màng não và động kinh chủ yếu dưới 20 tuổi, nam (59,17%) hơn nữ (40,83%), đau thần kinh toạ chủ yếu từ 20 tuổi trở lên và RLTKTV (nữ > nam), chủ yếu vào lứa tuổi 20 - 40 còn TBMMN chủ yếu trên 40 tuổi trở lên 88,30%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lương Duy Cường, Lê Giáo, Nguyễn Đức Ngữ: Đặc điểm khí hậu Bình Trị Thiên. Đài khí tượng thủy văn xuất bản 1985, 5 - 9, 16 - 123, 142 - 144.
2. Nguyễn Văn Đăng: Góp phần nghiên cứu dịch tễ học tại bệnh viện ở cộng đồng và trong bệnh viện. Đề tài cấp bộ. 1991 - 1994.
3. Lê Đức Hình, Nguyễn Chương: Thần kinh học trẻ em. NXB Y học 1994, 150 - 153.
4. Lê Khắc Phò: Khí hậu đồng bằng khu vực Huế. Sở văn hoá thông tin - thể thao Thừa Thiên Huế 1983. 7 - 11, 105 - 148.
5. Đào Ngọc Phong: Ảnh hưởng của khí hậu đối với sức khoẻ. Bách khoa thư bệnh học tập I, 1991, 17 - 20.
6. International Classification of Diseases 9th Edition (ICD - 9), 1977.
7. Lim S. H., Tan C. H.: Spectrum of neurological

disorders in Singapore. Neurol J Southeast 1996; 1: 19 - 26.

8. Weber M. L'épilepsie du sujet âgé. La Revue du Praticien. Vol XL, 1990, 15 - 26.

RÉSUMÉ

- Le nombre des patients neurologiques hospitalisés à l'hôpital central de Hue de 1990 à 1994 a augmenté de plus en plus notamment l'AVC.

- Au premier rang est la pathologie inflammatoire (53,66%) en suite AVC (27,33%), sciatique (17,54%) épilepsie (7,26%).

- Encéphalite, méningite et épilepsie prédominantes à l'âge moins de 20 ans; hom (59,17%) plus fréquent qu'à femme (40,83%) sciatique (homme > femme) et troubles végétatifs (femme > homme) dominants à la tranche d'âge > 40; AVC: notamment plus de 40 ans (88,31%) homme plus fréquent qu'à femme./.

LỢI ÍCH CỦA VIỆC SỬ DỤNG MẠNG MÁY TÍNH TRONG BỆNH VIỆN

BÙI VĂN ANH
(Viện Mắt trung ương)

Ở Việt Nam hiện nay, mạng máy tính đã được sử dụng một cách rộng rãi trong các lĩnh vực công nghệ thông tin, công tác ngân hàng, quản lý thư viện, quản lý nhân sự... Song, việc xây dựng và sử dụng hệ thống mạng máy tính trong quản lý bệnh viện vẫn còn là một vấn đề mới mẻ và chưa có sự quan tâm cần thiết. Đây là một công việc đem lại nhiều lợi ích cho bệnh nhân, cho thầy thuốc và các nhà quản lý ở các bệnh viện.

Vậy mạng máy tính là gì và lợi ích ra sao?

Ta có thể hình dung một cách đơn giản đó là hệ thống các máy tính được liên kết với nhau dưới sự quản lý của một máy chủ. Trong mạng máy tính, một máy bất kỳ có thể truy nhập số liệu hoặc thiết bị (chẳng hạn máy in) chung của mạng hoặc của một máy khác nếu nó có quyền truy nhập. Như vậy, bằng mạng máy tính này, những người quản lý công tác nghiên cứu khoa học và các nhà quản lý bệnh viện nói chung sẽ nắm được thông tin kịp thời, chính xác mỗi khi cần, từ đó đưa ra được những đánh giá và những quyết định đúng đắn.

Sau đây, xin đơn cử một số lợi ích đơn giản nhất của việc lắp đặt mạng máy tính trong bệnh viện:

1. Đối với bệnh nhân:

- Các thông tin về bệnh nhân nhập viện sẽ đưa mạng máy tính tại phòng khám và chuyển tới các phân liên quan. Nhờ đó, bệnh nhân có thể tiết kiệm được thời gian và giảm bớt đi lại khi làm thủ tục nhập viện.

- Tình trạng bệnh tật của bệnh nhân được đánh giá một cách hệ thống từ những lần khám, chữa bệnh trước tới lần khám này (trong vòng nhiều năm).

- Bệnh nhân được bác sĩ điều trị trực tiếp theo dõi nhưng đồng thời có thể được các cán bộ có trình độ chuyên môn cao hơn (viện trưởng, viện phó, trưởng phó khoa...) theo dõi gián tiếp qua mạng vi tính.

- Khi ra viện, các số liệu về ngày nằm điều trị, lượng thuốc sử dụng, viện phí... được tính toán nhanh chóng, chính xác theo công thức có sẵn và chuyển qua mạng vi tính tới phòng tài vụ (giúp cập nhật số liệu nhanh chóng và đỡ phiền phức cho bệnh nhân). Số liệu này cũng sẽ được lưu trữ lâu dài trên mạng máy tính.

2. Đối với bệnh viện:

Tại phòng làm việc, giám đốc nếu cần có thể giao nhiệm vụ cho một số phòng ban qua mạng vi tính. Đặc biệt, giám đốc có thể tham gia và có ngay các

thông tin về tất cả các mặt hoạt động trong viện để xem xét chỉ đạo và đầu tư cho thích hợp, cân đối; ngoài ra, các phó giám đốc, các trưởng phòng... có thể truy nhập số liệu và tham gia vào một số hoạt động trong viện theo chức năng của mình.

- *Số liệu về tình hình bệnh nhân và hoạt động khám, chữa bệnh:*

+ Tình hình bệnh nhân vào, ra của toàn viện cũng như từng khoa phòng.

+ Thời gian nằm viện trung bình của bệnh nhân từng khoa, của từng dạng bệnh.

+ Tổng kết bệnh nhân theo từng loại bệnh (giúp cho quá trình nghiên cứu, đánh giá). Phát hiện nhanh chóng các loại bệnh và dịch bệnh mới xuất hiện.

+ Tổng kết được tình hình cấp cứu, tình hình tử vong, tình trạng nhiễm trùng trong bệnh viện.

+ Xem hồ sơ một bệnh nhân nhất định trong viện cũng như đã ra viện (giúp cho công tác hội chẩn và theo dõi việc điều trị của bác sĩ trong viện)

+ Theo dõi, phát hiện nhanh chóng các hồ sơ, bệnh án còn chương mục chưa hoàn thành thông qua sàng lọc hồ sơ trên máy tính.

+ Nhanh chóng xem xét các trường hợp bệnh nhân khó khăn cần trợ cấp, miễn, giảm viện phí.

+ Lịch trực các khoa phòng.

- *Số liệu về tình hình tài chính kế toán:*

+ Các khoản tiền thu, chi thường nhật trong viện hàng tháng, hàng năm.

+ Các khoản tiền thu, chi đột xuất.

+ Từ việc cập nhật số liệu giúp cho việc cân đối đầu tư thích hợp cho từng lĩnh vực trong bệnh viện.

- *Huấn luyện và nghiên cứu khoa học:*

+ Các lớp đào tạo cán bộ chuyên khoa, các lớp nâng cao và đối tượng tham gia học tập.

+ Tình hình nghiên cứu khoa học từng khoa cũng như toàn viện.

+ Các bệnh nhân đặc biệt sẽ được thông báo trên toàn viện qua mạng máy tính. Bác sĩ các khoa có thể tham khảo điều trị, thảo luận về một số bệnh nhân hoặc dạng bệnh đặc biệt ở khoa mình cũng như ở các khoa khác.

+ Thông báo kịp thời cho toàn viện những thông tin mới trong điều trị.

+ Trong quá trình nghiên cứu, các bác sĩ có thể nhanh chóng tổng kết được tình trạng bệnh nhân liên quan.

+ Tra cứu thuốc, các sách báo có trong viện.

- *Tình hình về dược và các thiết bị y tế*

+ Thuốc nhập kho, thuốc xuất kho sử dụng cho từng khoa, từng thời điểm, mức tồn kho từng loại, mức dự trữ cho những loại cần thiết.

+ Thuốc mua, thuốc viện trợ.

+ Loại thuốc thường sử dụng giữa kế hoạch, loại thuốc sử dụng cho từng khoa cũng như toàn bệnh viện.

+ Các hãng thuốc thường vào viện, giá tiền từng loại thuốc.

+ Tình hình máy móc, thiết bị hỏng, thiếu cần bổ sung, thừa có thể chuyển cho khoa khác...

- *Tình hình quản lý cán bộ*

+ Quản lý số lượng (biên chế và hợp đồng), tình hình lương, thưởng của bác sĩ, y tá, hộ lý, kỹ sư... trong viện.

+ Tương quan nhân sự giữa các khoa, phòng (giúp cho việc phân bổ nhân lực trong viện)

+ Hồ sơ lý lịch của các nhân viên trong viện

+ Nếu được sắp đặt tốt, mạng máy tính còn giúp giảm bớt một số vị trí y tá hành chính để chuyển sang làm công tác khác.

- *Tình hình chỉ đạo chuyên khoa*

+ Tình hình dịch tễ bệnh từng tỉnh.

+ Chỗ yếu, mạnh trong công tác phòng, chống bệnh từng tỉnh, thành.

+ Các chi phí cấp cho từng tỉnh.

+ Các lớp huấn luyện, kết quả thu được ở từng tỉnh.

- *Tình hình lưu trữ hồ sơ*

+ Lưu trữ hồ sơ của mỗi bệnh nhân ngay khi bệnh nhân vào viện và bổ sung khi ra viện.

+ Có thể tìm số liệu lưu trữ của mỗi bệnh nhân ngay tại khoa.

+ Hồ sơ bệnh án không bị lấy đưa ra ngoài (trừ trường hợp để kiểm tra) nên tránh được mất mát cũng như hỏng nát.

- *Một số tác dụng khác:*

+ Máy tính có thể in ra hàng ngày danh sách tra thuốc, uống thuốc, tiêm thuốc cho bệnh nhân trong khoa (nhanh chóng và tránh được sự sai sót khi sao chép).

+ Giúp tổng kết tình hình mọi mặt của bệnh viện khoa và phòng.

+ Thông báo kịp thời, đầy đủ các thông tư, chỉ thị mới trên toàn viện.

+ Chia sẻ các thiết bị (ví dụ nhiều máy tính có thể sử dụng chung một máy in)

+ Những cá nhân hoặc đơn vị được phép truy nhập internet và thư điện tử có thể dùng chung tài khoản (account internet), nhờ đó giảm được đáng kể chi phí sử dụng.

Việc quy định truyền truy nhập số liệu: Mỗi người sử dụng có quyền truy nhập các số liệu (xem, sửa, xóa...) theo chức năng của mình, ví dụ, phòng tổ chức có quyền xem và cập nhật số liệu nhân sự; phòng kế hoạch có quyền xem và cập nhật số liệu kế

toán; giám đốc có quyền xem tất cả các số liệu về bệnh nhân, tài chính, nhân sự...

Dự tính sơ bộ kinh phí cho việc lắp đặt một mạng máy tính trong bệnh viện quy mô khoảng 250 giường bệnh:

- Máy chủ (server): 01 máy x 700 \$/máy = 700 \$US

- Máy vi tính: 10 chiếc x 450\$/máy = 4500 \$US

- Máy in laser: 5 máy x 380 \$/máy = 1900 \$US

- Kinh phí lắp đặt: 1000 \$US

- Chi phí phần mềm: 3500 \$US

- Các chi phí khác: 500 \$US

Tổng: 12100 \$US

Bộ phần mềm sử dụng bao gồm:

- Chương trình quản lý bệnh nhân (thiết kế riêng cho từng bệnh viện)

- Chương trình quản lý nhân sự

- Chương trình kế toán

- Chương trình quản lý dược.

Việc lắp đặt một mạng máy tính trong bệnh viện ràng không đòi hỏi chi phí quá cao so với các kĩ chi phí khác như lắp đặt thiết bị điều hoà hoặc th lọc nước uống... Tuy vậy, để khai thác hiệu quả n vi tính này cũng cần có thời gian để đào tạo đư nhất một bác sĩ hoặc kỹ sư tin học và hướng dẫn số thao tác cơ bản để tra cứu và nhập số liệu cho sĩ và một số y tá (mặc dù về cơ bản nó không l nhiều so với các thao tác sử dụng thị trường Hymphrey).

Hy vọng rằng trong một tương lai không xa, n máy tính sẽ được sử dụng rộng rãi trong hệ th điều trị ở nước ta, tạo thuận tiện cho bệnh nhân vào viện, cho bác sĩ và y tá trong điều trị, đầ nghiên cứu khoa học, cho các nhà quản lý quản l các hoạt động của bệnh viện, khoa, phòng./

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU T BỎNG TRUNG BÌ SÂU (ĐỘ IIIs) VÀ BỎNG TOÀN BỘ LỚP DA (ĐỘ IV) Ở BÀN NGÓN TAY NGƯỜI LỚN DO NHIỆ

LÊ ĐỨC Mẫn, LÊ THẾ TRUNG
Viện Bỏng quốc gia

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Bàn tay là một cơ quan có cấu trúc giải phẫu tinh vi và chức năng phong phú. Tổn thương bỏng ở bàn tay nếu không được điều trị kỹ lưỡng tốt thì sẽ để lại những di chứng nặng nề về giải phẫu và chức năng của bàn tay. Hiện nay, việc chữa bỏng bàn tay ở các cơ sở điều trị trong nước ta chưa được chú ý đúng với yêu cầu, do đó tỷ lệ di chứng còn cao. Qua theo dõi, hầu hết các bệnh nhân có bỏng bàn tay (ngay ở mức độ bỏng trung bì) thì đều bị di chứng sẹo co kéo bàn ngón tay gây ảnh hưởng nặng nề đến chức năng lao động, sản xuất hoặc tàn phế và là gánh nặng cho xã hội.

Trong đề tài này, chúng tôi nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và điều trị bỏng trung bì sâu (độ IIIs) và độ IV ở bàn ngón tay người lớn do nhiệt.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 2 nhóm: 27 bệnh nhân

+ Nhóm I: gồm 13 bệnh nhân tuổi từ 16 - 52 có bỏng độ IIIs ở mu bàn tay 1 hoặc 2 bên do tác nhân

hiệt (1 nhiệt ướt, 7 nhiệt khô và 5 do tia lửa điện)

+ Nhóm II: gồm 14 bệnh nhân tuổi từ 18 - 65 bỏng độ IV ở bàn tay 1 hoặc 2 bên do nhiệt (2 nh ướt và 12 nhiệt khô).

2. Phương pháp nghiên cứu:

+ Chẩn đoán độ sâu của tổn thương bỏng ở b ngón tay: Chúng tôi chẩn đoán độ sâu của tổn thươ bỏng theo phân chia độ bỏng thành 5 mức độ s của Lê Thế Trung (1965) bằng cách tiến hành p hợp các động tác (nhưng dựa vào lâm sàng là chính

+ Chỉ tiêu theo dõi lâm sàng và điều trị (trên bệ bệnh nhân)

- Toàn thân: Theo dõi mạch, nhiệt độ, huyết t trong một tuần đầu sau bỏng (ngày 2 lần).

- Tại chỗ:

+ Tình trạng đau đớn của bệnh nhân

+ Tình trạng phù nề vết bỏng, bàn tay hình vưc dấu hiệu chèn ép khoang

+ Tình trạng xung huyết quanh vết thương

- + Thời gian cắt bỏ hoại tử, vị trí cắt
- + Thời gian hoại tử bồng sâu bắt đầu rụng
- + Thời gian xuất hiện tổ chức hạt
- + Thời gian vết bồng được ghép da
- + Số ngày khỏi bồng theo phương pháp để hoại tử tự rụng và phương pháp cắt bỏ hoại tử.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

1. Đặc điểm tại chỗ vết thương bồng sâu ở bàn ngón tay (n = 27 bệnh nhân, 43 bàn tay):

- Tất cả bệnh nhân đều thấy rất đau tại chỗ, phù nề và xung huyết da quanh vết thương gấp ở 100% bệnh nhân, phù xuất hiện ngay sau bồng, kéo dài 48 - 72 giờ sau.
- Hoại tử ướt gấp ở 30 bàn tay (69,77%)
- Nốt phỏng vòm dầy, dịch đục hoặc hồng: 12 bàn tay (23,26%)
- Hoại tử khô: 1 bàn tay (2,33%)
- Bàn tay hình vuốt: 3 bàn tay (6,98%)

2. Hội chứng chèn ép bàn ngón tay (2 bệnh nhân, 3 bàn tay):

Với các triệu chứng: Đau sâu, căng tức ở bàn ngón tay, bồng sâu chu vi cổ bàn tay, phù nề to căng, mạch quay mờ khó bắt, bất lực vận động hoàn toàn bàn ngón tay.

3. Các phương pháp điều trị chung của 2 nhóm nghiên cứu (27 bệnh nhân, 43 bàn tay):

- 100% các bàn tay đều được ngâm trong dung dịch NaCl 0,9% 30 phút trước thay băng, thay băng ngày một lần, các bàn tay đều được để ở vị trí cao và cố định bàn ngón tay ở tư thế chức năng.
- Rạch hoại tử giải phóng chèn ép: 3 bàn tay
- Cắt hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến: 20 bàn tay
- Để hoại tử tự rụng và để vết thương tự liền: 23 bàn tay
- Phẫu thuật ghép da mảnh dời tự thân: 20 bàn tay
- Đặt nẹp tự tạo bằng dây thép sau khi liền vết thương: 27 bàn tay
- Tập phục hồi chức năng bàn ngón tay trước khi ra viện: 26 bàn tay

4. Thời gian rụng hết hoại tử của độ bồng độ IIIa (n = 13 bệnh nhân)

Rụng sớm nhất là 11 ngày, lâu nhất là 16 ngày sau bồng, trung bình là $14,2 \pm 0,8$ ngày ($p < 0,05$).

5. Thời gian có tổ chức hạt (n=13 bệnh nhân):

Sớm nhất là 15 ngày, muộn nhất là 20 ngày, trung bình là $16,92 \pm 0,83$ ngày sau bồng ($p < 0,05$)

6. Thời gian cắt bỏ hoại tử (n = 14 bệnh nhân)

Trung bình sau $6,6 \pm 1,3$ ngày (vị trí cắt ở mu bàn ngón tay 13 bệnh nhân, gan bàn tay 1 bệnh nhân).

7. Thời gian có tổ chức hạt sau cắt hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến (n = 14 bệnh nhân):

Ngắn nhất là 7 ngày, dài nhất là 13 ngày, trung bình là $9,57 \pm 1,08$ ngày.

8. Thời gian điều trị khỏi của nhóm I:

Ngắn nhất là 27 ngày, dài nhất là 32 ngày, trung bình là: $29,4 \pm 0,87$ ($p < 0,05$)

Thời gian điều trị khỏi của nhóm II:

Ngắn nhất là 28 ngày, dài nhất là 46 ngày, trung bình là: $34,36 \pm 3,02$ ($p < 0,05$).

Kết quả ghép da: Số bàn tay ghép da một lần là 9 (45%), số bàn tay ghép da 2 lần là: 11 (55%).

BÀN LUẬN:

Bồng độ IIIa và độ IV ở bàn ngón tay có diễn biến lâm sàng đa dạng, phức tạp, các biểu hiện lâm sàng cũng rầm rộ, di chứng đối với bàn ngón tay cũng bắt đầu từ tổn thương ở mức độ này.

Phù nề vết bồng ở bàn ngón tay xuất hiện nhanh, xuất hiện bắt đầu ngay sau khi bị bồng, kéo dài 48 - 72 giờ sau và đạt tới mức độ tối đa 72 giờ sau bồng (43 bàn ngón tay). Do phù mạnh và nhanh gây chèn ép mạch máu, thần kinh, bao gân vùng cẳng, cổ, bàn, ngón tay, gây đau đớn cho người bệnh, do đặc điểm này làm cho bàn tay người bệnh có hình ảnh bàn tay vuốt (*claw hand*) (gấp ở 3 bàn ngón tay) đó là tư thế: cổ tay gấp, khớp bàn ngón tay duỗi, các khớp liên đốt ngón 1,2 gấp. Theo Samuel W. P và CS: có một số yếu tố gây ra cứng khớp ở bàn ngón tay, đầu tiên quan trọng nhất là phù nề. Bản thân phù nề làm giới hạn vận động, nhất là ở khớp bàn ngón tay.

Dấu hiệu chèn ép khoang theo Lê Thế Trung gặp do 2 nguyên nhân chính sau:

+ Do bồng sâu, gây hoại tử khô kín cả chu vi chi thể, hoại tử khô này (đặc biệt là ở cổ tay) tạo garô thịt chặt cổ tay, ngón tay, gây thiếu máu ở bàn ngón tay. Với nguyên nhân này chúng tôi không gặp một trường hợp nào.

+ Do bồng sâu, hoại tử ướt, phù nề to căng, gây chèn ép dưới cân gấp ở 2 bệnh nhân với 3 bàn tay (với các triệu chứng đã nêu).

Nghiên cứu của Salisbury R. E và Levine N. S cho thấy: Các bộ phận trong bàn tay chống đỡ với thiếu máu rất kém. Do đó tuần hoàn phải được theo dõi và nếu có vấn đề thiếu máu xuất hiện, phải điều trị ngay để duy trì tuần hoàn, giảm chèn ép sớm bằng các đường rạch cần thiết. Chúng tôi đã tiến hành rạch hoại tử, giải phóng chèn ép ở hai bệnh nhân với 3 bàn ngón tay từ giờ thứ 1 đến giờ thứ 18 sau bồng, sau đó cho chống phù nề kết hợp kê cao tay, theo dõi tuần hoàn đầu chi.

Theo Sykes P.J: Hoại tử bồng ở bàn ngón tay nên cắt lọc sớm trong vòng 4 ngày đầu và cho rằng bằng cách này nhanh liền sẹo, giảm di chứng và giảm ngày nằm điều trị, đồng thời kết hợp với điều trị vật lý.

Những bàn tay để tự rụng hoại tử và để tự liền vết thương, Goodwin C.W và CS nghiên cứu và thấy là: không có sự khác nhau về mặt thống kê trong kết quả về mặt chức năng giữa các kỹ thuật điều trị bằng cắt bỏ hoại tử, ghép da và để vết thương tự liền. Đối với chúng tôi, do thời gian nghiên cứu có hạn, số lượng bệnh nhân ít (13 bệnh nhân) kết quả xa kiểm tra chưa được nhiều nên chúng tôi chưa dám kết luận. Theo Sykes P.J, Samuel W. P... đối với bỏng sâu toàn bộ lớp da ở bàn ngón tay, sau khi cắt bỏ hoại tử nên ghép da ngay và ghép da dày toàn bộ, nếu không thì nên ghép da dày trung bình không được lỗ. Đối với chúng tôi, do cắt bỏ hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến nên không ghép da được ngay mà chờ có tổ chức hạt mới ghép da dày trung bình không được lỗ.

KẾT LUẬN:

Nghiên cứu 27 bệnh nhân người lớn bị bỏng độ IIIa và độ IV ở bàn ngón tay do nhiệt, chúng tôi thấy:

- Bỏng sâu ở bàn ngón tay phù nề mạnh tạo cho bàn tay hình ảnh vuốt (6,98%) gặp ở những bàn tay bị bỏng sâu cả chu vi. Phù đạt tối đa là 48 - 72 giờ sau bỏng. Hội chứng chèn ép chi khi bỏng sâu cả chu vi cổ bàn tay là 6,98%. Tổn thương sâu ở mu bàn ngón tay là chủ yếu (97,67%).

- Điều trị bỏng độ IIIa bằng ngâm rửa bàn tay cho cả 13 bệnh nhân, thay băng hàng ngày, để hoại tử độ IIIa ở mu bàn tay tự rụng. Thời gian rụng hoại tử sau 14,2 ± 0,8 ngày. Thời gian có tổ chức hạt của bỏng độ IIIa là: 16,92 ± 0,83 ngày. Thời gian tự liền vết bỏng độ IIIa trung bình là: 29,4 ± 0,87 ngày.

- Điều trị bỏng độ IV ở 14 bệnh nhân bằng phương pháp cắt bỏ hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến. Thời gian cắt bỏ hoại tử theo phương pháp tiếp tuyến trung bình ở ngày thứ 6,6 ± 1,3 sau bỏng. Thời gian có mô hạt sau cắt bỏ hoại tử là 9,57 ± 1,08 ngày. Các bàn tay được ghép da dày trung bình 0,2 - 0,5 mm. Thời gian liền vết thương trung bình là: 34, 36 ± 3,0 ngày (p < 0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lê Thế Trung: Bỏng - những kiến thức chuyên ngành
Nxb Y học, Hà Nội, 1997.
2. Goodwin C. W, Maguire M. S. et al
Prospective study of burn wound excision of the hands
J. trauma 23; 1983, 510.
3. Samuel W. P
Reconstruction of the burned hands
Upper extremity trauma & reconstruction clinics in plastic surgery.
Vol 16, No3, July 1989
4. Syker P. J
Severe burns of the hand: A Practical guide to their management (Review article). The Journal of hand surgery. Vol 16B, No1, 2/91 6 - 10.
5. Salisbury R. E., Levine N. S: The early management of upper extremity thermal injury. Burns of the upper extremity. Philadelphia, W. B saunders 1976, 36 - 46/.

MỘT SỐ NHẬN XÉT VỀ BIẾN CHỨNG TIM TRONG BỆNH BASEDOW

THANH HÓA.

Bệnh viện Nội tiết T. W

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Basedow là một tình trạng tăng năng tuyến giáp gây tăng tiết T3 - T4, không kìm hãm được và là một bệnh thường gặp nhất trong các bệnh nội tiết. Tăng năng giáp nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể nguy hiểm đến tính mạng người bệnh, thậm chí tử vong do các biến chứng của bệnh. Biến chứng tim mạch là thường gặp nhất và xuất hiện rất sớm, đặc biệt là các biến chứng về rối loạn nhịp tim. Trên thế giới biến chứng tim Basedow đã được đề cập tới từ năm 1825 do Graver. Đến nay có rất nhiều công trình nghiên cứu về rối loạn nhịp và phương pháp điều trị (Cooper 1979, Cohen 1981, Heinze 1989...)

Ở Việt Nam, Basedow là bệnh thường gặp nhất so với các bệnh nội tiết đến khám và điều trị tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương và các khoa Nội tiết các bệnh viện. Biến chứng rối loạn nhịp tim cũng là biến chứng thường gặp nhất và khó điều trị nhất, có một số công trình nghiên cứu và điều trị biến chứng này. Trần Đức Thọ và các cộng sự sử dụng chẹn beta giao cảm trong điều trị nhịp nhanh ở bệnh nhân Basedow thu được một số kết quả tốt. Đỗ Trung Quân và cộng sự đã sử dụng Propranolol trong điều trị cường giao cảm ở bệnh nhân Basedow (1991) có kết quả tốt. Có rất ít công trình nghiên cứu có tính chất thống kê tỷ lệ rối loạn nhịp ở bệnh nhân Basedow và trong đó loại rối

loạn nhịp nào là hay gặp nhất. Vì vậy, tôi tiến hành một nghiên cứu có tính chất thống kê nhằm mục đích dưới đây:

- Một số nhận xét về tỷ lệ rối loạn nhịp ở bệnh nhân tăng năng giáp.
- Đề ra một số phương pháp về điều trị và phòng biến chứng rối loạn nhịp do tăng giáp.

ĐỐI TƯỢNG:

Tất cả các bệnh nhân đến khám và được các bác sỹ phòng khám bệnh viện Nội tiết gửi tới phòng Điện tâm đồ với chẩn đoán xác định là Basedow dựa vào các tiêu chuẩn lâm sàng và xét nghiệm hóa học trong thời gian từ tháng 9/1994 đến 9/1996.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

a) Điều kiện bệnh nhân:

- Nghỉ ngơi trước khi ghi điện tâm đồ từ 20 đến 30 phút.

- Loại bỏ các bn sốt, bệnh lý nhiễm trùng khác, bệnh nhân đã dùng thuốc chẹn β giao cảm, an thần, trợ tim khác, digitalis, ...

- Máy ghi điện tâm đồ 01 cần, nhãn hiệu máy Cardiofax.

- Chất dẫn điện: Cardio cream 100g.

- Làm sạch da trước khi bôi cream.

- Cách ghi: Cho bệnh nhân nằm trên giường ở tư thế thoải mái, thả lỏng người mềm mại, không lên gân. Mặc các điện cực ngoại vi và trước tim đầy đủ. Hướng dẫn bệnh nhân nằm thoải mái, mắt nhìn về một điểm không đảo chòng mắt và thở đều rồi tiến hành ghi. Ghi một chuyển đạo tối thiểu phải 5 phức bộ, tối đa 10 phức bộ. Vì những bệnh nhân biến chứng tim nhịp chậm phải ghi dài lúc ấy các phức bộ sẽ thưa và dài ra. Còn các bệnh nhân nhịp tim nhanh các phức bộ gần nhau hơn.

- Đọc: tiêu chuẩn.

1. Dày nhĩ

a. Dày nhĩ trái: P tiêu biểu rộng ra và $\geq 0,12$ s có khi tới 0,16 s.

b. Dày nhĩ phải: P cao. Đây là triệu chứng quan trọng nhất.

P tiêu biểu thường ở D 2 ≥ 3 mm có khi tới 10 mm. Ngoài ra P còn có đỉnh nhọn và đối xứng.

2. Dày thất:

a. Dày thất trái: R ở V5 - V6 cao > 25 mm. R ở V1 - V2 bé lại còn S dài ra.

Dựa theo chỉ số: - Sokolow - Lyon (SV2 + R V5 hoặc V6 ≥ 35 mm).

- Dushane Q ở V5 hay V6 sâu hơn 4 mm.

b. Dày thất phải: R ở V1 cao ≥ 7 mm và có dạng RS. Chỉ số RV1 + SV5 > 11 mm.

3. Block nhánh

a. Block nhánh trái: QRS giãn rộng $\geq 0,12$ s.

V5 - V6 sóng R giãn rộng, có móc ở đỉnh sóng Q và S biến mất.

Nhánh độ điện muộn quá 0,055 s.

V1 V2 dạng R S có móc, đôi khi là dạng Q S. Đây là hình ảnh gián tiếp V3 V4 dạng trung gian (R S)

b. Block nhánh phải không hoàn toàn.

Q R S giãn ít hơn: 0,09 $\rightarrow$ 0,11 s.

Ở các chuyển đạo có hình ảnh trực tiếp. R có móc nhẹ, có thể có Q nhỏ hay không. Nhánh nội điện muộn ít 0,04 $\rightarrow$ 0,055 s, S T T có thể dương.

c. Block nhánh phải: Triệu chứng quan trọng cũng là QRS giãn rộng. $\geq 0,11$ s, V3 R, V1 dạng RSR' với R' giãn rộng trát đậm hay có móc. Đôi khi là dạng Q R cùng với R giãn rộng.

V5 V6 V7 dạng Q R S với S giãn rộng có móc, hình ảnh gián tiếp.

D1 AVL có hình ảnh gián tiếp.

D3 AVF D2 có hình ảnh trực tiếp hay dạng RR'.

d. Block nhánh phải không hoàn toàn.

Nghĩa là V3 R, V1, AVR có dạng RSR' với R rộng và nhánh nội điện muộn quá 0,03 s, ở V5 V6 S rộng, chỉ khác Block nhánh phải hoàn toàn ở chỗ QRS giãn rộng ít hơn 0,08 s $\rightarrow$ 0,10 s.

e. Khi Block nhánh không nằm trong diện Block nhánh phải.

Block nhánh trái hoàn toàn hay không hoàn toàn gọi là rối loạn dẫn truyền trong thất phải hay rối loạn dẫn truyền trong thất trái.

4. Rung nhĩ:

Sóng P ở đường đồng diện đều biến mất và được thay thế bởi các sóng F là những sóng ngoằn ngoèo, to nhỏ, méo mó, dài ngắn rất không đều nhau với tần số khoảng 400/phút. Hình ảnh này thường thấy rõ ở V1, D2, V3R.

5. Ngoại tâm thu:

a. Ngoại tâm thu thất

Thất đồ QRS' giãn rộng ($\geq 0,13$ s) trát đậm, có móc với STT' trái chiều. Nghĩa là chuyển đạo nào QRS' dương thì ST' chênh xuống và T' âm và ngược lại.

Thất đồ phải "sớm" nghĩa là nếu ta đo khoảng cách RR' (từ nhát bóp đi liền trước NTT đến NTT'), ta sẽ thấy nó ngắn hơn một khoảng RR của nhịp cơ sở (RR' < RR), đây là một tính chất bắt buộc phải có.

Khoảng RR' đó gọi là khoảng ghép của NTT.

b. Ngoại tâm thu nhĩ

Thất đồ QRST' rất giống các thất đồ của nhịp cơ sở, nhiều người không chú ý và không phát hiện ra NTT nhĩ.

Một thất đồ có kèm P' "sớm" (nghĩa là PP' < PP), nhiều khi sớm đến nổi chồng lên cả T của nhát bóp

trước như một cái móc của nó.

Sóng P' biến dạng (có móc, dẹt, âm) có hình dạng khác P cơ sở. Sóng P này có thể đứng trước QRST' với PR' ngắn lại hay dài ra.

Khoảng cách từ NTT đến nhát bóp sau nó dài đúng bằng một khoảng RR cơ sở ($R'R = RR$).

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN:

Tổng số bệnh nhân Δ Basedow trong 2 năm là 1883 bệnh nhân. Trong đó, nam là 123 ca, nữ là 1715 ca, vì vậy, trong các con số % dưới đây sẽ được tính trên cơ sở này.

Bảng 1. Tỷ lệ bệnh nhân theo lứa tuổi (trong đó 1715 bệnh nhân nữ chiếm 93,3%, không kể nam, chiếm 6,7%)

Tuổi	< 15 tuổi	15 - 30 tuổi	31 - 50 tuổi	> 50 tuổi
Tổng số BN	63	675	855	122
Tỷ lệ %	3,4 %	36,7%	46,5%	6,6%

Bảng 2. Bảng tổng kết nhịp tim.

Nhịp tim	Nhịp < 60l/ph	Nhịp 60 - 84	Nhịp 85 - 110	Nhịp 110 - 160
Bệnh nhân	20 người	344 ng.	1024 ng.	435 ng.
Tỷ lệ %	1,2%	18,7%	55,7%	23,7%

Bảng 3. Bảng theo dõi trực diện tim.

Trực diện tim	Trực xu hướng phải	Trực phải	Dây thất phải	Block n. trái HT	Block n. trái k° HT
Số BN	50 ng	50 ng	91 ng	3 ng	97 ng
Tỷ lệ %	2,7%	2,7%	5%	0,2%	5,3%

Bảng 4. Bảng phân loại Block nhánh

	Số lượng BN	Tỷ lệ %
Trực trái	171	9,3%
Trực xu hướng trái	40	2,2%
Dây thất trái	275	15%
Block nhánh trái hoàn toàn	10	0,54%
Block nhánh trái không hoàn toàn	148	8%

Bảng 5: Bảng theo dõi dây nhĩ

	Dây nhĩ trái	Dây nhĩ phải
Tổng số bệnh nhân	34	42
Tỷ lệ bệnh nhân	1,8%	2,3%

Bảng 6: Bảng tổng kết biến chứng ngoại tâm thu (NTT)

	Ngoại tâm thu thất	NTT nhĩ	Rối loạn dẫn truyền	Nhịp không đều
TS BN	52	23	464	172
Tỷ lệ %	2,8%	1,25%	25,2%	9,36%

Bảng 7: Bảng tổng kết biến chứng tim khác

	Rung nhĩ	Block nhĩ thất cấp I	Block nhĩ thất cấp II	Mờn tim quay ra
Số BN	19 ng	11 ng	8 ng	8 ng
Tỷ lệ %	1%	0,6%	0,4%	0,4%

BÀN LUẬN:

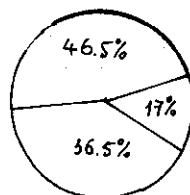
Qua 2 năm từ 9/1994 - 9/1996, chúng tôi đã 1 điện tâm đồ cho 2758 bệnh nhân, trong đó bệnh nh bướu cổ là 923 ca, còn lại 1838 ca là bệnh Basedow. Điều này chứng tỏ bệnh Basedow chiếm 2/3 tổng bệnh nhân mà phòng khám chẩn đoán và cho 1 điện tâm đồ.

- Biến chứng: Trong số 1838 ca điều trị Basedow thì tỷ lệ biến chứng tim chiếm rất cao, trong đó b chứng tim nhẹ như rối loạn dẫn truyền trong tl chiếm 464 bệnh nhân với tỷ lệ là 25,2%, nhưng không đề cập vào bảng dưới đây, mà chỉ lưu ý nhữ biến chứng tương đối nguy hiểm.

Qua đây, chúng ta thấy tỷ lệ biến chứng tim tro bệnh nhân Basedow rất cao với 1258 ca trong t số 1883 bệnh nhân (chiếm 66,8%).

- Về giới: Trong số 1838 ca thì 123 bệnh nh nam, chiếm 6,7%, còn lại 1715 bệnh nhân nữ, chiế 93,3%. Điều này chứng tỏ tỷ lệ bệnh nhân nữ Basedow chiếm tỷ lệ cao, gần hết.

- Lứa tuổi: Chúng tôi thấy độ tuổi hay gặp nhất 31 - 50 tuổi, có 855 bệnh nhân, chiếm 46,5. Ta biểu đồ theo ba khoảng độ tuổi như sau: Bệnh nh dưới 15 tuổi và trên 50 tuổi chiếm 17%, độ tuổi 15 - 30 tuổi chiếm 36,5%, độ tuổi 30 - 50 tuổi chiế 46,5%).



Dó đó, bệnh nhân nữ ở độ tuổi này, nếu thấy m mỗi, sút cân, nhịp tim đập nhanh, nên kiểm tra Điệ tâm đồ ba tháng một lần để điều trị và phát hiện bệ Basedow.

- Nhịp tim: Nhịp tim nhanh từ 85 - 110 nhíp/ ph có 1024 bệnh nhân, chiếm 55,7%. Nhịp tim từ 110 - 160 lần/phút có 435 bệnh nhân, chiếm 23,7%. Nhịp tim chậm < 60 lần/phút có 20 bệnh nhân, chỉ chiế 1,2%.

- Các biến chứng tim: Biến chứng như trực phải c 50 bệnh nhân chiếm 2,7%. Trực trái có 171 bệ nhân, chiếm 9,3%. Tỷ lệ tim chuyển trực, ta thấy tỷ l trực trái khá cao 9,3%. Tỷ lệ biến chứng dây thất th phải 91 bệnh nhân, chiếm 5%. Tỷ lệ dây thất trái c 275 bệnh nhân, chiếm 15%. Điều này nói lên rằng

Trong bệnh Basedow chủ yếu là biến chứng trực tràng và dày thất trái. Còn các biến chứng như RLDT trong thất chiếm 464 bệnh nhân, với tỷ lệ là 25,2%. Các biến chứng như rung nhĩ, ngoại tâm thu chiếm tỷ cũng tương đối.

Qua các bảng tổng kết trên đây, cho chúng ta rút ra kinh nghiệm: Khi một bệnh nhân đến khám mà có biểu hiện tim đập nhanh, gầy sút cân, ăn khỏe, nóng bức, chân tay run, rối loạn tiêu hoá, mắt lồi nếu có, ... Ta phải cho bệnh nhân đến các cơ sở y tế chuyên khoa, như các trạm biểu cổ của các tỉnh hoặc khoa Nội tiết các bệnh viện tỉnh khám, làm xét nghiệm và điều trị sớm. Nếu không có điều kiện làm các xét nghiệm và ghi điện tim đồ, thì nên gửi bệnh nhân tới

Bệnh viện Nội tiết để được khám và điều trị kịp thời, tránh các tai biến về tim mạch, không cần thiết cho bệnh nhân. Lưu ý: Cần cho bệnh nhân Basedow kiểm tra định kỳ về điện tâm đồ một tháng một lần để theo dõi các biến chứng và diễn biến bệnh, điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Sử dụng Atenolon trong điều trị Basedow-
Tạp chí Nội khoa số 02/78 GS Trần Đức Thọ
- Sử dụng Propranolon trong điều trị cường giao cảm (Basedow) -
Tạp chí Nội khoa số 03/1992 - Bs Đỗ Trung Quân./.

TÌNH HÌNH BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI BVTW HUẾ (1994 - 1998)

NGUYỄN HẢI THUỶ, VĂN CÔNG TRỌNG

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là một bệnh chuyển hoá thường gặp. Các công trình điều tra cơ bản gần đây cho thấy ĐTĐ ở nước ta có tỉ lệ khá cao. Do khác biệt về mức sống, thói quen sinh hoạt, ăn uống, yếu tố di truyền ... của người dân ở các vùng địa lý khác nhau mà ĐTĐ ở mỗi vùng sẽ có những nét đặc thù riêng. Vì vậy mục đích của nghiên cứu này là góp phần tìm hiểu một số đặc điểm của bệnh ĐTĐ điều trị nội trú tại BVTW Huế trong 4 năm gần đây, nhằm góp phần vào việc nghiên cứu bệnh ĐTĐ ở nước ta.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: tất cả các bệnh nhân ĐTĐ nhập viện điều trị nội trú tại BVTW Huế từ 8/1994 - 8/1998; gồm 245 bệnh nhân với 369 bệnh án ra viện.

2. Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu các bệnh án ra viện. Dữ kiện thu thập từ bệnh án được đưa vào protocol nghiên cứu rồi xử lý bằng phương pháp thống kê cổ điển.

KẾT QUẢ VÀ NHẬN XÉT

1. Dịch tễ học:

1.1 - Giới tính: (Bảng 1) n = 245

Giới	BVH (1994 - 98) n = 245	BV BM (1966 - 79) n = 391	BV CR (1966) n = 230	BV. NTP (1990) n = 118
Nam	44,90%	49,4%	37%	23%
Nữ	55,10	50,6%	63%	77%

Tỉ lệ mắc bệnh ở nữ trội hơn nam với mức độ chênh lệch không đáng kể, kết quả này tương tự ở BV Bạch Mai, Hà Nội (1979), và cũng tương đương với tỉ lệ ở Pháp, trong khi ở BV Chợ Rẫy (1996) và BV. Nguyễn Tri Phương TP. HCM (1990) tỉ lệ Nữ/Nam lần lượt là 2/1 và 3/1 cao hơn rất nhiều so với Huế và Hà Nội. Điều này, theo chúng tôi, là do sự khác biệt về mức sống, thói quen sinh hoạt, ăn uống... giữa các miền trong nước.

1.2 - Thể ĐTĐ: (so sánh với các địa phương khác): (Bảng 2) n = 245

Thể ĐTĐ	Nam	Nữ	Tổng cộng
ĐTĐ thể 1	35 (63,64%)	20 (36,36%)	55 (22,04%)
ĐTĐ thể 2	72 (38,92%)	113 (61,08%)	185 (77,51%)
ĐTĐXST	3	2	5 (2,04%)
Tổng cộng	110 (44,90%)	135 (55,10%)	245 (100%)

Tỉ lệ giữa ĐTĐ thể 2/ĐTĐ thể 1 thay đổi theo tuổi. Nói chung, ở BVTW Huế tỉ lệ này là 3,4/1 trong khi ở Mỹ là 7/1. Ở Pháp thể 2 cũng chiếm tới 85 - 90% tổng số.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng ghi nhận có 5 trường hợp ĐTĐXST chiếm tỉ lệ 2,04%. Điểm khác biệt với các nước phát triển là ĐTĐXST thường phát triển trên BN viêm tụy mạn do rượu, thì ở Huế, cả 5 BN đều không có tiền sử uống rượu, nhưng lại có hình ảnh sỏi tụy rõ trên phim bụng.

1.3 - Tuổi: n = 245

ĐTĐ ở BVTW Huế xảy ra ở mọi lứa tuổi, 2 BN trẻ

nhất là 4 tháng tuổi, 2,45% BN trên 80 tuổi. Ở Huế, tỉ lệ mắc bệnh tăng dần theo tuổi và tối đa ở lứa tuổi 51 - 70 trong khi đó ĐTD ở BV Bạch Mai có tỉ lệ mắc bệnh cao nhất ở tuổi 20 - 40, ở Pháp, tối đa ở tuổi 50. Điều này cũng phù hợp với nhận định của GS. M. M. Trach: "Tuổi của người bệnh ngày nay càng tăng lên". Điều này giải thích tại sao ở BVTW Huế có đến 61,63% BN thuộc thành phần nghỉ hưu và mất sức trong khi ở BV Bạch Mai trước đây đa số BN (89,29%) trong độ tuổi lao động.

1.4 - Nghề nghiệp: (Bảng 3) n = 245

Nghề nghiệp	LĐộng trí óc	LĐộng chân tay	Nghỉ hưu, mất sức	Không rõ
BVTWH (1994-98)	10,61%	27,76%	61,63%	0%
BV BM (1966 - 79)	19,44%	69,82%	6,9%	3,84%

Ở BVTWHuế, 27,76% BN lao động chân tay và 10,61% BN lao động trí óc. Trong khi đó, ở BV Bạch Mai có đến 69,82% BN lao động chân tay.

1.5 - Nơi cư trú: (Bảng 4) n = 245

Nơi cư trú	Thành thị	Nông thôn	Miền núi	Không rõ
BVTWHuế (1994-89)	51,43%	47,35%	1,22%	0
BV BM (1966-79)	22,51%	70,08%	5,37%	2,04%

Số bệnh nhân sống ở thành thị và nông thôn + miền núi xấp xỉ bằng nhau. Trong khi, theo kết quả nghiên cứu của BV Bạch Mai, chưa đầy 1/4 BN sống ở thành thị.

1.6 - Thời gian phát hiện bệnh: (Bảng 5) n = 245

Thời gian phát hiện	< 1 năm	1-5 năm	5-10 năm	> 10 năm	Không xác định
BVTWHuế (1994-98)	17,62%	38,75%	12,74%	13,55%	13,55%
BV BM (1966-79)	51,74%	38,81%	7,46%	1,99%	0%

Thời gian phát hiện bệnh thường được ghi nhận theo chủ quan của người bệnh nên không chính xác. Một số BN khai các triệu chứng ĐTD khởi phát chỉ vài tháng, nhưng khám lâm sàng đã có biến chứng mắt, thần kinh, tim mạch. 29/245 BN vào viện vì bệnh khác và ĐTD được phát hiện tình cờ khi kiểm tra đường máu. Trong đa số trường hợp cả thầy thuốc lẫn người bệnh đều không biết đích xác bệnh khởi phát từ lúc nào. Vì vậy, thời gian phát hiện bệnh chỉ mang tính chất tham khảo.

2. Lâm sàng và cận lâm sàng

2.1 - Lý do vào viện:

228 BN (61,79%) nhập viện vì triệu chứng ĐTD; 112 BN (30,35%) nhập viện vì biến chứng ĐTD và một số lớn BN nhập viện vì các bệnh khác và được

phát hiện ĐTD tình cờ.

2.2 - Triệu chứng lâm sàng

Rất ít BN có đầy đủ triệu chứng. Trong 369 nhập viện, chỉ có 122 (33,06%) có đủ hội chứng nhiều. Đối với ĐTD thể 1: 81,04% BN có triệu chứng uống nhiều, tiểu nhiều, 85,48% BN có triệu chứng gầy sút; chỉ 49,19% có triệu chứng ăn nhiều. Tỉ lệ triệu chứng này ở ĐTD thể 2 lần lượt là 52,3%, 50,1% và 33,3%. Như vậy, ĐTD thể 1 triệu chứng rõ ràng hơn. Ở cả hai thể, triệu chứng khát nhiều, uống nhiều thường hiện diện ở các giai đoạn của bệnh, trong triệu chứng ăn nhiều rất mờ nhạt khi bệnh đã tiến triển lâu, nhiều khi lại chán ăn, đặc biệt là ngưng thuốc. Có nhiều trường hợp ĐTD không triệu chứng không được chẩn đoán chỉ được phát hiện nhờ bi chứng.

Ở các nước phát triển, BN ĐTD thể 2 có m chiếm 85 - 90%, trong khi đó ở Huế, chỉ có 11,1% BN là mập. Đây cũng là một đặc điểm ĐTD thể 2 nước ta. ĐTD thể 1 và ĐTDXST chủ yếu là gây tử tử các nước khác trên thế giới.

2.3 - Cận lâm sàng

- Đường máu lúc đối khi vào viện: (Bảng 6) n = 364

< 7,8 mmol/L	7,8 - 11,1 mmol/L	11,1 - 16,5 mmol/L	≥ 16,5 mmol/L
23 (6,32%)	72 (19,78%)	123 (33,78%)	146 (40,10%)

Gần 3/4 BN có đường máu cao trên 2g/L điều chứng tỏ việc kiểm soát đường huyết các BN ĐTD ngoại trú ở Huế chưa tốt lắm.

- Đường niệu: 84,46% BN có đường niệu (+) khi vào viện, cao nhất là 660 mmol/L.

- HbA1c: 5 BN được định lượng HbA1c, tỉ lệ biến động từ 8,61 - 14,02%. HbA1c là chỉ điểm rất tốt để theo dõi điều trị ĐTD, liên quan chặt chẽ với các biến chứng thoái hoá của ĐTD, nhưng phương tiện theo dõi rất giá trị này chưa được ứng dụng rộng rãi.

- Thể Cétone niệu: 104 BN được XN, có 86 cas (trong đó có 4 BN hôn mê nhiễm toan cétone).

- Điện tâm đồ (n = 152) có dấu bệnh lý 53 (34,87%) trong đó có 38 ca thiếu máu cơ tim.

- Cholesterol máu (n = 75): Ở BVTW Huế, 54,67 BN được XN có Cholesterol máu > 200 mg%, cao hơn tỉ lệ của BV Bạch Mai (31,57%), điều này gợi thích biến chứng mạch máu lớn như thiếu năng vận bệnh mạch máu hạ chi và suy tuần hoàn ở BN ĐTD Huế cao hơn ở BV. Bạch Mai rất nhiều.

3. Các biến chứng (Bảng 7):

Biến chứng	BVTW Huế (1994-98)	BV BM HN (1966-79)	BV CR (1986)
Thần kinh	43,63%	40,40%	40,4%
Mắt	30,89%	47,31%	18,9%

Nhiễm trùng	26,83%	Không ghi nhận	29,2%
Tiêu hoá	22,76%	25,57%	Không để cập
Thận	17,62%	13,30%	
Da, niêm mạc	11,38%	23,27%	
Mạch vành	10,30%	5,63%	
Hôn mê	5,71%	3,32%	
Bệnh ĐM chi dưới	1,63%	Không ghi nhận	

Mặc dù có trên 90% BN có thời gian mắc bệnh dưới 5 năm, nhưng có đến gần 50% bệnh nhân đã có biến chứng. Điều này hàm ý rằng thời gian phát hiện bệnh không đáng tin cậy. Các biến chứng thường gặp nhất là thần kinh, mắt và nhiễm trùng. Các biến chứng mạch máu lớn tuy chiếm tỷ lệ ít nhưng di chứng nặng nề hơn: 1,63% BN phải tháo khớp ngón chân, hơn 10% bị tổn thương mạch vành.

4. Điều trị và kết quả: (Bảng 8)

Đỡ nhiều Đ máu < 7,8 mmol/l	Đỡ ít Đ máu: 7,8 - 11,1 mmol/l	Không đỡ Đ máu > 11,1 mmol/l	Tử vong
131 (35,50%)	197 (53,93%)	37 (10,03%)	4 (1,08%)

Ngoài tiết thực và vận động, đại đa số BN được điều trị hoặc chỉ bằng Insulin, hoặc chỉ bằng Sulfamid hạ đường huyết, chỉ có 1,36% BN được điều trị phối hợp.

Về phía người bệnh, chưa được giáo dục cách tự chăm sóc, chưa được thông tin đầy đủ về bệnh ĐTD. Hơn nữa, với mức sống thấp BN không đủ điều kiện để tự chăm sóc và tự kiểm tra đường máu.

Về phía thầy thuốc, thường chỉ chú trọng điều trị BN ở nội trú, ít người muốn biết đường máu người bệnh những tháng trước lúc nhập viện như thế nào, và sau khi ra viện, phương án điều trị tiếp tục cho người bệnh ra sao.

Về phía cộng đồng, chưa có biện pháp bảo vệ sức khoẻ cho những người mắc căn bệnh "suốt đời" này, chưa tổ chức được các phòng khám ngoại trú để điều trị, theo dõi và quản lý BN ĐTD.

Tất cả những yếu tố ấy khiến cho đa số người bệnh chỉ vào viện khi bệnh đã nặng không còn gắng gượng chịu đựng được hoặc khi đã có biến chứng. Điều đó giải thích tại sao tỉ lệ biến chứng ĐTD cao ở cả 3 miền Bắc, Trung, Nam.

KẾT LUẬN VÀ ĐỀ NGHỊ

Sự phát triển về kinh tế của đất nước đã kéo theo sự thay đổi về thói quen ăn uống, sinh hoạt của người dân và cũng đem lại sự đổi mới các phương tiện chẩn đoán, điều trị và khả năng tiếp cận với các phương tiện chăm sóc sức khoẻ đã làm biến đổi phần nào dịch tễ và đặc điểm lâm sàng của bệnh ĐTD ở

nước ta. Tuy nhiên về cơ bản, tỉ lệ đáp ứng điều trị kém của bệnh ĐTD ở Huế vẫn còn cao, tỷ lệ biến chứng vẫn còn nhiều và quản lý người bệnh vẫn còn kém. Do vậy, để nâng cao chất lượng điều trị và phòng ngừa các biến chứng cho bệnh nhân, chúng tôi đề nghị:

- Có biện pháp cung cấp đầy đủ cho người bệnh những thông tin cần thiết về bệnh ĐTD và giáo dục cho người bệnh ĐTD tự chăm sóc và tự kiểm tra đường máu.

- Cần thành lập các phòng khám ngoại trú, có lập bệnh án theo dõi và quản lý các bệnh nhân ĐTD. Cần tận dụng các kỹ thuật xét nghiệm mới để theo dõi bệnh nhân ĐTD ngoại trú.

- Nhà nước cần có một chính sách nâng đỡ về viện phí đối với "căn bệnh suốt đời" này để người bệnh có thể tiếp cận được các cơ sở điều trị một cách thường xuyên.

- Cần thành lập chuyên ngành đái tháo đường (Diabetology) để có thể tập hợp năng lực và trí tuệ cũng như đầu tư trang thiết bị và áp dụng những thành tựu kỹ thuật trong điều trị, theo dõi và nghiên cứu, trong đó có sự hợp tác và cộng đồng trách nhiệm của các chuyên khoa liên quan để việc nghiên cứu và điều trị bệnh ĐTD đạt được kết quả.

SUMMARY:

A retrospective study on 369 records of 245 diabetics hospitalized in Hue Central Hospital during the last 4 years revealed some characteristics as follow:

- The discrepancy in frequency of diabetes mellitus in man and that in woman is minimal.

- NIDDM is 3,5 times more common than IDDM.

- The frequency of the disease increased with age. It is highest at age of 51 to 70. 61,63% of diabetics were retired and disable.

- Number of diabetics in city and in rural regions is nearly the same.

- About clinical aspects: only 33,06% of diabetics have overt symptoms in full. 11,84% of diabetics who were undiagnosed and only found out when hospitalising because of other diseases. Majority of NIDDM were nonobese. This is one of the specificities of NIDDM in our country.

- About paraclinical aspects: we have not profited from technological achieves in following and studying the disease yet. Public measures were not, so far applied for meticulous control regiment. The complications of diabetes mellitus are, thus, still numerous.

In order to prevent complications, more effective measures should be, therefore, applied in treatment and monitoring diabetic out-patients./

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ RÒ HẬU MÔN HÌNH MÓNG NGỰA

TRỊNH HỒNG SƠN
NGUYỄN XUÂN HÙNG
ĐỖ ĐỨC VĂN

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò móng ngựa [RMN] cùng với rò ngoài cơ thắt, rò chữ Y, rò nhiều góc ngách... là một trong những thể rò phức tạp của bệnh lý rò hậu môn [RHM]. Đó là loại rò mà điểm khởi phát bắt đầu từ nhiễm trùng tại các hố hậu môn (nguyên nhân của phần lớn RHM), mủ lan theo tuyến Hermann và Defosses tạo thành apxe hay đường rò ra ngoài hố ngồi trực tràng, tiếp tục lan sang bên đối diện qua khoang hậu - cụt (khoang Courtney - nằm giữa ống hậu môn trực tràng ở phía trước và xương cụt ở phía sau), có thể vỡ hay không vỡ ra da vùng tầng sinh môn.

RMN là loại rò phức tạp vì:

- Bản thân định nghĩa RMN đã dài dòng.
- Chẩn đoán không dễ dàng trước khi mổ, ngay cả trong khi mổ.
- Thời gian điều trị thường kéo dài từ 8 tuần tới hơn một năm, lại khó có thể trả lời chắc chắn rằng không bị tái phát.

Trả lời được 2 câu hỏi sau đây chính là mục đích của đề tài:

Câu hỏi 1: Làm thế nào để chẩn đoán được RMN trước và trong khi mổ?

Câu hỏi 2: Bằng cách nào để giảm tính phức tạp trong điều trị phẫu thuật RMN nhưng vẫn bảo đảm chức năng cơ thắt và tránh tái phát?

TƯ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Tư liệu

- 21 bệnh nhân được chẩn đoán RMN và được điều trị theo một phác đồ thống nhất của khoa Phẫu thuật tiêu hoá bệnh viện Việt - Đức, từ năm 1988 đến 1995.

- Loại bỏ những bệnh nhân có chẩn đoán RMN nhưng mổ không theo phác đồ qui định, hoặc được mổ bởi phẫu thuật viên ngoài nhóm

- Loại bỏ các rò thứ phát: rò xương, rò nước tiểu, ung thư...

2. Phương pháp

Tiên nghiệm, với các tiêu chuẩn đã định sẵn:

- * Khám và mổ bệnh nhân ở tư thế phụ khoa

- Xác định vị trí lỗ ngoài, lỗ nguyên phát (ở hố hậu môn), vùng apxe theo chiều kim đồng hồ. Từ 12h tới 6h là nửa trái ống hậu môn, từ 6h đến 12h là nửa phải. Từ 3h đến 9h: nửa sau, từ 9h đến 12h: nửa trước.

- Đếm số lỗ ngoài

- Khoảng cách từ lỗ ngoài tới rìa hậu môn: tính bằng cm.

* Các thông tin sau khi khám

- Tuổi, giới

- Thời gian bị bệnh: Kể từ khi bị apxe, rò tới được mổ lần đầu tiên

- Số lần mổ lại: Không kể trường hợp bệnh nhân chỉ khi thấy mưng mủ cạnh hậu môn, cũng không tính số lần mổ ở những bệnh nhân phải mổ lần hai, ba theo yêu cầu của phương pháp phẫu thuật. Chỉ tính số lần mổ lại do kết quả điều trị phẫu thuật không đạt

* Phân loại rò theo sự liên quan của đường rò hệ thống cơ thắt hậu môn:

- Loại I: Rò liên cơ thắt: đường rò hay apxe nằm giữa cơ thắt trong và cơ thắt ngoài.

- Loại II: Rò xuyên cơ thắt

Ila: Xuyên cơ thắt phần thấp

Ilb: Xuyên cơ thắt phần trung gian

Ilc: Xuyên cơ thắt cao.

- Loại III: Rò trên cơ thắt

- Loại IV: Rò ngoài cơ thắt

* Vị thế đường rò được xác định tại khoa Giải phẫu bệnh Bệnh viện Việt Đức

* Phác đồ điều trị phẫu thuật

Có thể mổ một, hai, hoặc ba lần tùy thuộc liên quan đường rò với hệ thống cơ thắt hậu môn.

- Thi đầu: Rạch mở dẫn lưu đường rò nối thông từ ổ apxe ở hai bên hố ngồi trực tràng qua đường hậu cụt. Cắt cơ thắt mở ngỏ 1 thì ngay với rò Ila, Ilb. Đặt chỉ Peclon qua lỗ trong, cắt cơ thắt ở thì sau với lỗ Ilc, III.

- Thi hai: Sau 6 - 8 tuần lấy bỏ đường rò tới phần cơ thắt ngoài và đặt chỉ Peclon với rò Ilc hoặc rò I. Hoặc cắt cơ thắt theo sợi chỉ đã đặt ở thì một.

- Thì ba (hãn hữu): Sau thì hai 6 - 8 tuần: cắt cơ thắt và lấy bỏ đường rò còn lại.

*** Săn sóc sau mổ**

- Không cần chống táo bón
- Kháng sinh đường uống ba ngày
- Thuốc giảm đau tùy thuộc.
- Hàng ngày ngâm rửa vùng hậu môn vào chậu nước muối sinh lý 9‰
- Ra viện sau 5 ngày, về y tế cơ sở thay băng.

*** Đánh giá kết quả sau mổ:**

- Ghi nhận các biến chứng sớm sau mổ: bí đại, chảy máu, đau rát vùng hậu môn, ỉa không tự chủ, nhiễm trùng lan rộng, sốt cao ...

- Kết quả xa: khám lại theo lịch trình 6 tuần, 12 tuần, 1 năm và hàng năm sau mổ.

- Đánh giá mức độ cơ thắt:

• Yếu độ 1: Không chủ động kìm giữ được khí (trung tiện không tự chủ) nhưng giữ được phân lỏng và rắn.

• Yếu độ 2: Không kìm giữ được khí và phân lỏng nhưng giữ được phân rắn.

• Yếu độ 3: Không kìm giữ được khí, phân lỏng và phân rắn

Đánh giá tình trạng hẹp hậu môn: hậu môn không đứt lốt 2 ngón tay.

- Tiêu chuẩn tái phát:

- Sau mổ 12 tuần (thì cuối hoặc thì đã cắt cơ thắt) mà vẫn tồn tại đường rò, hoặc vết mổ đã lành sẹo, sau đó lại hình thành apxe hoặc vỡ tạo lỗ ngoài chảy dịch mủ.

- Đường rò có liên quan đến đường rò đã mổ, lỗ nguyên phát có cùng vị trí với lỗ nguyên phát của đường rò đã mổ.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tuổi giới: Tổng số 21 bệnh nhân. Nam 19 (90%), nữ 2.

Tuổi cao nhất 74, tuổi thấp nhất 18

Bảng 1: Phân bố độ tuổi

Tuổi	n	%
Dưới 30	2	10
31 - 40	14	66
41 - 50	3	14
51 - 60	1	5
Trên 60	1	5
	21	100

2. Tiền sử mổ trước

Bảng 2: Số lần mổ trước khi tới Việt Đức

Số lần	n	%
0	4	19
1	8	36
2	5	26
3	4	19
	21	100

3. Khoảng thời gian

Bảng 3: Thời gian bị bệnh tới khi mổ lần đầu

Thời gian	n	%
Dưới 4 tuần	7	23
4 - 12 tuần	5	24
Trên 12 tuần	9	43
	21	100

4. Hình thái lâm sàng - vị trí lỗ ngoài

Áp xe cạnh hậu môn (không lỗ ngoài): 5 (19%)

Rò + apxe (có lỗ ngoài): 16 (81%)

Bảng 4: Vị trí lỗ ngoài

V.trí s.lỗ	1h	2h	3h	4h	5h	6h	7h	8h	9h	10h	11h	12h
1			1		1		1			2	1	
2	1	1	3		1		1	1	4	2		
3		2		1	1		1		1			
4			1		1		1		1			
5												
6	1			2	1			1		1		
	2	3	5	3	5	0	4	2	6	5	1	0
	5%	8%	14%	8%	14%	0%	12%	5%	17%	14%	3%	0%
		30%				36%						

5. Khoảng cách lỗ ngoài tới rìa hậu môn

Bảng 5

Khoảng cách (cm)	n	%
1	0	0
2	2	12
3	6	35
4	7	41
5	0	0
6	2	12

6. Vị trí lỗ trong

Không thấy lỗ trong 5/21 = 24%

Có thấy lỗ trong 16/21 = 76%

Bảng 6: Vị trí 16 bệnh nhân có lỗ trong

Vị trí	n	%
3h	1	6,3
5h	2	12,5
6h	13	81,2
Các vị trí khác	0	0
	16	100

7. Liên quan đường rò với hệ thống cơ thắt

Bảng 7: Phân loại rò

Loại rò	n	%
I	0	0
IIa	7	33
IIb	10	47
IIc	2	10
III	1	5
IV	0	0
IIb + I	1	5

8. Rò kết hợp với bệnh khác vùng hậu môn

7/21 = 34%

Bảng 8

Bệnh kết hợp	n	%
Trĩ	5	24
Polype	1	5
Nút kẽ	0	0
Viêm trực tràng	1	5

9. Phương pháp phẫu thuật và kết quả vi thể

Mổ 1 thì: 16 trường hợp = 76,2%

Mổ 2 thì: 4 trường hợp = 19%

Mổ 3 thì: 1 trường hợp = 4,8%

17 trường hợp có vi thể đường rò: viêm mãn, không ra lao.

10. Kết quả gần sau mổ

Bí đại phải thông: 1

Bí đại tạm thời: 3 (không phải thông đại)

Chảy máu sau mổ: 0

Nhiễm trùng lan rộng: 0

Ỉa són tạm thời: 2

11. Kết quả xa sau mổ

5 bệnh nhân trả lời qua thư, 16 kiểm tra trực tiếp

Thời gian theo dõi 1 - 8 năm

Tái phát sau 1 năm: 0%. Có 2 bệnh nhân tới lại sau 13 tháng và sau 3 năm đều bị áp xe liên cơ thắt

có lỗ trong ở 6h - rạch mở áp xe vào lòng trực tràng

Thời gian liền sẹo trên 8 tuần: 19 bệnh nhân
8 tuần: 2 bệnh nhân

Yếu cơ thắt độ 1: 1 bệnh nhân, độ 2: 0; độ 3:

Hẹp hậu môn: 0, biến dạng hậu môn: 1, đã
sẹo: 1, sa lồi niêm mạc: 0.

BÀN LUẬN.

Trong số 461 RHM được mổ tại BV Việt (1978 - 1995) có 21 RMN (chiếm tỷ lệ 5%). Lc này là một trong các thể rò phức tạp của I nguyên nhân rò thường bắt nguồn từ sự viêm r hốc hậu môn [6], theo J. Denis chiếm hơn 75% trường hợp mưng mủ quanh hậu môn trực tràng [

Xung quanh ống hậu môn trực tràng có 4 kh 2 khoang chậu trực tràng ở trên, 2 khoang ngổ tràng ở dưới ngăn cách nhau bởi cơ nâng hậu [1]. Nhờ có cơ nâng hậu môn, mủ ít khi lan đượ được khoang chậu trực tràng. Trái lại, vì 2 kh ngổ trực tràng ở 2 bên ống hậu môn - trực thông nhau qua khoang hậu cụt lỏng lẻo [9] nên hố ngổ trực tràng 1 bên rất dễ lan sang bên đối gây RMN. Thành trong của hố ngổ trực tràng chỉ bờ ngoài của cơ thắt hậu môn, do vậy hố ngổ tràng là nơi trực tiếp đổ vào của các rò, áp xe trướ vỡ ra da vùng tầng sinh môn (TSM).

1. Các biểu hiện lâm sàng của RHN.

Có thể chẩn đoán RMN trước mổ không? c tôi thấy những đặc điểm sau cần lưu ý:

- Đa số RMN gặp ở nam giới (90%), 80% tập t ở tuổi 30 - 50 (bảng 1). Gần một nửa rò hơn 3 t mới đi mổ, trước đó đều đã dùng thuốc kháng (bảng 3)

- Rò tái phát: có tới 81% RMN đã được mổ tru các nơi khác nhưng không khỏi, 45% đã mổ từ 1 lần (bảng 2)

- Vị trí lỗ rò ngoài: đa số tập trung ở da vùng của hố ngổ trực tràng, 92% ở vùng 2h, 3h, 4h, 5h trái và 7h, 8h, 9h, 10h bên phải (bảng 4). Chún gặp một ca có 4 lỗ ngoài, 1 ca có 6 lỗ ngoài và c 10 ca từ 2 đến 3 lỗ ngoài. Trong 5 trường hợp apx sung đau ở 1 bên da vùng hố ngổ trái (3h) và 1 ở phải (9h). Như vậy, có 12 trường hợp 2 bên, 9 tr trường hợp 1 bên.

- Khoảng cách từ lỗ ngoài đến rìa hậu môn: số bệnh nhân có khoảng cách 3 cm và 4 cm, c trường hợp (12%) cách 6 cm. Không trường hợp dưới 1 cm (bảng 5).

Đối với lỗ rò có từ 2 lỗ ngoài, cần lưu ý tới rò k lỗ ngoài thông với 2 lỗ trong riêng biệt. Trịnh H Sơn và Nguyễn Xuân Hùng đã thông báo kết

điều trị 4 trường hợp rò kép [6]. Đó là loại rò hiểm gấp.

Trong 21 RMN chúng tôi gặp 5 trường hợp trĩ (24%). Một số tác giả cho rằng trĩ trĩ nhiễm khuẩn, viêm tắc mạch trĩ có thể là cửa ngõ của nhiễm trùng gây RHM. Một số apxe và rò xuất hiện trên một nền nứt kẽ hậu môn. Chúng tôi không gặp một trường hợp nào RMN kết hợp với nứt kẽ hậu môn. Trịnh Hồng Sơn và Đỗ Đức Văn thông báo 42 ca nứt kẽ hậu môn, có 5 ca kết hợp RHM nhưng không có RMN [5]. Trên 17 ca làm vi thể đường rò, không thấy rò do lao. Tại bệnh viện Việt Đức, trong số 260 RHM được làm vi thể [3], có 16 RHM do lao (6%). Nguyễn Bá Sơn đã đưa ra một tỷ lệ khá cao 34%: 109 RHM có 37 lao [2].

2. Chẩn đoán RMN trong khi mổ

- Đối với apxe: 5 ca apxe nêu trên chúng tôi đều phát hiện được ổ apxe bên hố ngồi đối diện. Khi đã có apxe hố ngồi 1 bên, cần có phản xạ ngay kiểm tra bên đối diện bằng cách: sau khi mở rộng ổ apxe tháo mũ, 1 ngón tay trở luồn vào trong lòng ống hậu môn trực tràng để nhận biết rõ thành trực tràng, cơ thắt; ngón tay trở còn lại nhẹ nhàng phá ổ apxe, kiểm tra khoang hậu cụt. Dùng hai ngón tay như vậy tránh làm tổn thương thủng thành trực tràng, sẽ biến thành rò cao, điều trị rất phức tạp.

- Đối với rò: Trên thực tế chẩn đoán không khó đối với những trường hợp có 2 lỗ rò 2 bên da TSM vùng hố ngồi. Vấn đề còn lại là phát hiện lỗ nguyên phát. Các tác giả khuyên dùng Xanh Metylen [7] để phát hiện các góc ngách đường rò. Chúng tôi có sử dụng 6 lần. Các trường hợp còn lại, nhờ vào xác định vị trí lỗ ngoài, khoảng cách, bơm hơi lỗ ngoài, đặc biệt phẫu tích đường rò bằng dao điện, cầm máu tốt, nhìn rõ tổ chức lành và tổ chức rò, chúng tôi xác định dễ dàng RMN. Một số tác giả đã sử dụng siêu âm đường trong hậu môn để đánh giá sự gián đoạn cơ thắt, bề dày cơ thắt, tìm vị trí các ổ apxe nằm ẩn nắp xung quanh ống hậu môn, trực tràng (liên cơ thắt, khoang chậu trực tràng, hố ngồi trực tràng...) [8].

3. Điều trị phẫu thuật RMN và kết quả

Có 3 vấn đề cần giải quyết trong điều trị RMN:

- Đảm bảo chức năng cơ thắt

- Tái phát

- Tính phức tạp về thời gian trong mổ nhiều tầng thì và sự toàn vẹn của ống hậu môn, tăng sinh môn.

- Để đảm bảo chức năng cơ thắt: cần phải xác định được sự liên quan của đường rò với hệ thống cơ thắt. Đây là điểm mấu chốt. Chúng tôi gặp hai ca rò cao (IIc) và 1 ca rò trên cơ thắt (III), không gặp rò ngoài cơ thắt. Còn lại 80% rò xuyên cơ thắt phần thấp và trung gian (bảng 7). Theo Parks và Gardon, rò liên

cơ thắt 45%, xuyên cơ thắt (30%). J. Denis gặp 93,7% rò liên cơ thắt và xuyên cơ thắt, theo ông, rò ngoài cơ thắt phần lớn do phẫu thuật viên gây ra [10]. Phẫu thuật mở ngỏ rất thành công trong thực tế, việc cắt cơ thắt là một động tác để mở ngỏ. Đối với rò xuyên cơ thắt phần thấp và trung gian, chúng tôi áp dụng mở ngỏ ngay cho 16 trường hợp (cắt cơ thắt ngay). Kết quả không có bệnh nhân nào có biến chứng ỉa không tự chủ. Cũng chính vì vậy, chúng tôi đã rút ngắn thời gian điều trị cho 16 bệnh nhân này (mổ 1 thì). Chúng tôi áp dụng mổ 2 thì cho 4 bệnh nhân (1 loại III, một loại IIc, hai loại IIb) và một mổ 3 thì cho RMN loại IIc có kèm apxe rộng + sốt cao (thì đầu chỉ mở ngỏ). 4 trường hợp mổ 2 thì đều cắt cơ thắt ở thì hai theo sợi Peslon đã đặt sẵn. Tức là thì một rạch thông hai ổ apxe. Sau đó bóc lộ rõ cơ thắt và đặt chỉ. Thì hai cắt cơ thắt theo sợi chỉ khi sẹo đã liền vững chắc sau 8 tuần. Trường hợp yếu cơ thắt độ 1 lại thuộc về mổ ba thì.

Với cùng mục đích mở ngỏ, Pearl RR, Andrews, Orsay CP [8] khuyên dùng phương pháp Seton (thắt dần để cắt cơ thắt từ từ) đối với loại rò cao để bảo đảm an toàn và hiệu quả cho 65 rò cao (56% trong 116 RHM); Tuy vậy, vẫn có 3% rò lại. Williams GJ, Macleod CA đã sử dụng Seton cho 13 rò cao (ở 70 RHM) hầu hết bị Crohn cũng cho kết quả tốt. Chúng tôi không sử dụng phương pháp này.

Cũng với lý do bảo tồn cơ thắt Eisenhower. S và sau đó Koscinski T. Marti MC, Detry R, Kartheuser A, Athanasiadis S, Kohler A [7] đã sử dụng đường trong hậu môn để lấy bỏ apxe liên cơ thắt, khoét lỗ rò ngoài và bịt lỗ trong bằng mảnh niêm mạc trực tràng phẫu tích kéo xuống. Chúng tôi chưa sử dụng phương pháp này.

- Để tránh tái phát: Phải giải quyết lỗ nguyên phát [4]. Trước hết phải cố gắng tìm lỗ nguyên phát như Trịnh Hồng Sơn đã nêu [3]. Mặc dù vậy có 5 trường hợp dù cố tìm vẫn không thấy. 5 trường hợp này chúng tôi coi lỗ trong ở 6h và cắt cơ thắt ở vị trí 6h để mở ngỏ. Còn lại 16 trường hợp có thấy lỗ trong (bảng 6): 81,2% lỗ này nằm ở 6h. Có một trường hợp ở hốc hậu môn vị trí 3h: trường hợp này là apxe hố ngồi bên trái và thấp nên chúng tôi cắt cơ thắt ngay 3h và mở vòng của sang 9h qua đường hậu cụt để mở ngỏ RMN: kết quả tốt.

Chúng tôi không gặp trường hợp nào tái phát sau một năm. Có hai trường hợp RMN mổ một thì, cắt cơ thắt ở 6h: một ca tới sau 13 tháng, một ca tới sau 3 năm có apxe liên cơ thắt (lỗ trong ở 6h). Chúng tôi mở ổ apxe vào lòng trực tràng theo phác đồ điều trị của Khoa Tiêu hoá bệnh viện Việt Đức [3].

Để đảm bảo tính toàn vẹn của ống hậu môn và tăng sinh môn.

Gần đây, để kéo ngắn thời gian liền sẹo, và để bảo đảm sẹo vùng tầng sinh môn liền nhanh, khi mở rò, một số tác giả nước ngoài đề cập đến vấn đề khâu kín da tầng sinh môn sau khi lấy bỏ đường rò. Ở Việt Nam, thực tế cho thấy phẫu thuật mở ngổ vẫn là phương pháp có hiệu quả nhất [3].

Trong những trường hợp RMN, chúng tôi chủ ý chọn đường rạch cân xứng giữa hai bên, lấy bỏ một vạt da xung quanh lỗ rò đường kính 2,5 cm (da tầng sinh môn ở đáy hố trực tràng hai bên) và cắt cơ thắt bán phần ở 6h. Đường rạch này vừa bảo đảm mục đích mở ngổ, dẫn lưu triệt để vừa để tránh biến dạng vùng hậu môn [4]. Việc rạch cân xứng, tạo điều kiện cho quá trình liền sẹo không gây cơ rúm, biến dạng vùng hậu môn và tầng sinh môn. Đối với các trường hợp đặt chỉ mổ thì hai, thì ba, việc thay băng, săn sóc vết mổ sao cho sợi chỉ để cắt cơ thắt thì hai ở vị trí đường hậu cụt. Chúng tôi gặp một trường hợp biến dạng hậu môn, một trường hợp đau do sẹo. Những ca này đều mổ ba lần sẹo rúm ở nửa phải hậu môn. Với lấy vạt da đường kính 2,5 cm không sửa được sẹo này. Một ca yếu cơ thắt độ một cũng đã hai lần mổ trước và làm ba thì.

Van Tets W F, Kuijpers H C đã nêu ra các yếu tố gây ảnh hưởng chức năng cơ thắt trên 312 ca mổ RHM: chức năng cơ thắt bị ảnh hưởng ít nhiều ở rò cao, rò mổ nhiều lần.

KẾT QUẢN

- Những dấu hiệu của rò móng ngựa, một thể phức tạp của rò hậu môn mà phẫu thuật viên cần lưu ý:

Rò mổ đi mổ lại nhiều lần không khỏi, vị trí lỗ ngoài cách xa rìa hậu môn, có apxe ổ ngồi trực tràng một bên (khi mổ phải kiểm tra bên đối diện) nhất là có 2 lỗ rò ngoài ở 2 bên da tầng sinh môn vùng đáy hố ngồi trực tràng. Khi mổ những trường hợp rò này, nên dùng mọi biện pháp thăm dò (bơm hơi, xanh metylen, que thăm dò nhẹ nhàng, phẫu tích tỉ mỉ...) là cần thiết để phát hiện rò thông thương giữa hai hố ngồi trực tràng với hốc hậu môn 6h (thường là lỗ nguyên phát).

- Giải quyết lỗ nguyên phát, mở ngổ triệt để bằng đường rạch cân xứng qua khoang hậu cụt, lấy bỏ 2 vạt da 2 bên, là điểm cốt lõi trong điều trị rò móng ngựa. Có nghĩa là phải xác định được vị trí của lỗ trong (nguyên phát), xác định sự liên quan của đường rò với hệ thống cơ thắt, sau đó là việc cắt cơ thắt để mở ngổ sao cho toàn bộ đường rò hai bên hố ngồi trực tràng thông thương hoàn toàn với ống hậu môn,

là một bộ phận mới của ống hậu môn. Điều này quyết định vấn đề tái phát. Để khắc phục vấn đề cơ thắt, ỉa không tự chủ, cần nắm vững sự liên quan đường rò với hệ thống cơ thắt mà quyết định mổ hay nhiều thì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Xuân Hợp. Giải phẫu bụng - Nhà xuất bản học 1977: 239 - 253.

2. Nguyễn Bá Sơn. Góp phần nghiên cứu điểm lâm sàng, chẩn đoán và điều trị ngoại khoa hậu môn. Luận án PTS khoa học Y được 1991: 131.

3. Trịnh Hồng Sơn. Góp phần nghiên cứu điều trị rò hậu môn bằng phẫu thuật. Luận văn Thạc sĩ K học Y được 1995: 1 - 57.

4. Trịnh Hồng Sơn. Giải quyết lỗ nguyên phát chọn đường rạch trong điều trị rò hậu môn. Tóm báo cáo khoa học 1990: 30 - 40. Báo cáo tại Hội nghị Sáng tạo khoa học kỹ thuật của tuổi trẻ các Trường Đại học Y được toàn quốc lần thứ V.

5. Trịnh Hồng Sơn - Đỗ Đức Văn. Nứt kẽ hậu môn. Chẩn đoán và điều trị nhân 42 trường hợp Ngoại khoa tập XXVI 2/1996: 26 - 32

6. Trịnh Hồng Sơn - Nguyễn Xuân Hùng - Đỗ Đức Văn. Thái độ xử trí rò kép trong bệnh lý rò hậu môn Tạp chí Y học thực hành - Số 3/1996 (320): 3 - 5.

7. Thanasiadis S, Kohler A, Nafe M.

Treatment of high anal fistulae by primary occlusion of the internal ostium, drainage of interphincteric space and mucosal advancement flap.

International Journal of Colorectal Disease 19: Aug 9(3): 153 - 157.

8. Beate Gantk, Andreas Schafer, Paul En Heinrickj, Lubke.

Sonographie, Manometric and Myographic Evaluation of the Anal Sphincters Morphologie and Function. Dis. Col. Rect 1993 36(11): 1037 - 1041.

9. Courtney H.

Basic Anatomic principles of Fistula Surgery.

J. In. Coll. Surgeons, 1956. XXV: 513 - 519.

10. Denis J., Ganasia R., Arnous du Bois Dupuy Montbrun. N, Lemarchand. N

Une Classification des fistules anales. Ann Gastroenterologie et d'hepatologie 1983, 196:393 397./.

MỘT SỐ THAY ĐỔI HUYẾT HỌC Ở BỆNH NHÂN SỐT XUẤT HUYẾT DENGUE TRẺ EM GẶP TẠI KHOA NHI VIỆN TWQĐ 108

NGUYỄN QUẢNG XUYỀN

NGUYỄN KIM NỮ HIẾU

Bệnh viện TWQĐ 108

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Sốt xuất huyết Dengue là một bệnh truyền nhiễm gây thành dịch do virus Dengue gây nên, tác động của virus Dengue cùng với cơ chế sinh bệnh đã làm thay đổi huyết học cả về số lượng và chất lượng. Trong vụ dịch sốt xuất huyết Dengue 1998 tại Hà Nội, một số bệnh nhân đã điều trị tại khoa nhi bệnh viện TWQĐ 108, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục đích: tìm hiểu sự thay đổi hồng cầu, tiểu cầu, bạch cầu, và công thức bạch cầu về mặt số lượng ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue trẻ em góp phần cho công tác chẩn đoán và điều trị sớm cho bệnh nhân, giảm tỷ lệ tử vong.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU :

1. Đối tượng nghiên cứu:

- Tất cả các bệnh nhi vào điều trị tại khoa nhi viện TWQĐ và được chẩn đoán xác định là sốt xuất huyết Dengue, (Mac-ELISA+).

- Chúng tôi chỉ tổng kết trên những bệnh nhân có Mac-ELISA dương tính. Và trong số bệnh nhân này ngoài sốt xuất huyết Dengue không có bệnh khác kèm theo.

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Bệnh nhi đều được khám xét lâm sàng, hỏi tiền sử bệnh theo mẫu đăng ký và phân độ lâm sàng theo hướng dẫn của Bộ y tế ngày 8/8/1998.

- Xét nghiệm huyết học làm tại khoa huyết học bệnh viện TWQĐ 108 trên máy Cell-dyn 1700 và tiến hành xét nghiệm 2 lần.

Xét nghiệm Mac-ELISA làm tại viện vệ sinh dịch tễ Hà Nội.

3. Các kết quả nghiên cứu đều được tính toán bằng phương pháp toán thống kê y học.

KẾT QUẢ VÀ NHẬN XÉT:

- Tổng số bao gồm 30 ca sốt xuất huyết Dengue từ 3÷15 tuổi: tuổi từ 3÷5: 7 ca (23%); >5÷10 tuổi: 15 ca (50%); >10÷15 tuổi: 8 ca (27%); <3 tuổi: không có ca nào. Nam 17 ca (56,6%); nữ 13 ca (43,4%).

- Phân độ lâm sàng: Cả 30 ca đều là độ II. (Trong đó có 2 ca xuất huyết đa màng nhưng không xuất hiện sốc nên vẫn xếp độ II).

- Số lượng: Hồng cầu, Hecmatocrite; tiểu cầu, bạch cầu và công thức bạch cầu theo chỉ số của máy Cell-Dyn 1700.

1. Thay đổi hồng cầu trong 30 ca sốt xuất huyết Dengue độ II:

- Số lượng hồng cầu xét nghiệm lần 1 (vào tuần đầu, từ ngày 2÷8; trung bình là ngày thứ 4 của bệnh)

Bảng 1:

SL hồng cầu	<3,9g/l	3,9÷6,0g/l	>6g/l	Cộng
SL bệnh nhân	2	25	3	30
Tỷ lệ %	6%	84%	10%	100%

+ Phần lớn (84%) hồng cầu bình thường; trong số này Hecmatocrite cũng trong giới hạn bình thường.

+ 3 trường hợp hồng cầu tăng (>6g/l) đều có Hecmatocrite tăng (49,5%; 48,4%; 52%).

+ 2 trường hợp cầu hồng <3,9g/l về lâm sàng không phải là do xuất huyết mà do thiếu máu từ trước.

- Vào cuối tuần thứ 2, đầu tuần 3 (trung bình là ngày thứ 12 của bệnh) xét nghiệm lần 2:

Bảng 2:

	Xét nghiệm lần 1	Xét nghiệm lần 2
Số lượng hồng cầu	4,72±0,65g/l	4,72±0,40g/l

So sánh 2 lần xét nghiệm không có sự khác biệt

2. Thay đổi tiểu cầu của 30 ca sốt xuất huyết Dengue độ II:

- Số lượng tiểu cầu xét nghiệm lần 1 (vào tuần đầu, trung bình ngày thứ 4 của bệnh).

Bảng 3:

Số lượng tiểu cầu	<50g/l	50÷100g/l	>100÷140g/l	>140 g/l	Cộng
Số lượng BN	6	15	3	6	30
Tỷ lệ %	20%	50%	10%	20%	100%

+ 20% tiểu cầu giảm nặng: <50g/l; (có 2 trường hợp chỉ còn 11g/l); 50% tiểu cầu giảm rõ rệt: 50÷100g/l; 10% tiểu cầu giảm nhẹ (>100÷140g/l), tổng cộng: 80% tiểu cầu giảm trong sốt xuất huyết Dengue.

+ 20% tiểu cầu bình thường - ở mức thấp: 188,83±12,35g/l.

- Vào cuối tuần thứ 2 (ngày thứ 12 của bệnh) > nghiệm lần 2:

Bảng 4: Kết quả tiểu cầu - 2 lần xét nghiệm của 18 bệnh nhân (ký hiệu từ 1-18)

BN	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Lần 1 (g/l)	11	11	19	28	37	40	49	50	74	80	88	93	98	100	124	125	130	1
Lần 2 (g/l)	207	215	243	250	345	415	449	440	396	490	381	140	238	196	370	390	425	1

+ Còn 6 bệnh nhân có số lượng tiểu cầu xét nghiệm lần 1 <140g/l không làm được lần 2.

+ Số bệnh nhân có tiểu cầu lần 1 >140g/l, xét nghiệm lần 2 đều có kết quả tăng hơn lần 1.

+ Bảng 4 cho thấy: Xét nghiệm lần 2 tiểu cầu đã hồi phục bình thường, có trường hợp hồi phục quá mức bình thường.

So sánh xét nghiệm lần 1: Tiểu cầu: 72,05±16,25g/l và xét nghiệm lần 2 tiểu cầu: 320,77±15,04g/l là khác nhau hoàn toàn (Khác có ý nghĩa: p<0,01)

3. Thay đổi bạch cầu của 30 ca sốt xuất huyết Dengue độ II:

- Xét nghiệm lần 1: Bảng 5

Số lượng bạch cầu	<4g/l	4÷10g/l	>10g/l	Cộng
Số lượng bệnh nhân	15	14	1	30
Tỷ lệ %	50%	47%	3%	100%

+ 50% bạch cầu giảm; 47% bạch cầu bình thường (97% bạch cầu giảm hoặc bình thường ở mức thấp).

+ 1 ca (3%) bạch cầu tăng: 10,8g/l

- Xét nghiệm lần 2:

Bảng 6: Kết quả bạch cầu - 2 lần xét nghiệm của 18 bệnh nhân (1-18)

Bệnh nhân	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Lần 1 (g/l)	1.3	1.3	1.4	1.5	2	2	2.1	2.1	2.4	2.6	3.3	3.8	3.9	3.9	4.0	4.3	5.5	6
Lần 2 (g/l)	4.8	7.1	6.5	7.5	8.0	7.2	8.4	6.2	9.1	8.2	7.6	9.3	5.1	7.1	7.1	7.5	7.5	9

Bảng 6 cho thấy xét nghiệm lần 2 (ngày thứ 12 của bệnh) bạch cầu trở lại bình thường. Số bệnh nhân > nghiệm lần 1 bạch cầu bình thường, xét nghiệm lần 2 cũng đều tăng lên nhưng đều trong giới hạn bình thường.

4. Thay đổi công thức bạch cầu:

+ Trong số 14 bệnh nhân (47%) có số lượng bạch cầu bình thường thấy rằng công thức bạch cầu không thay đổi.

+ 15 bệnh nhân (50%) bạch cầu giảm công thức bạch cầu thay đổi:

Bảng 7: Công thức bạch cầu của 15 bệnh nhân có bạch cầu giảm

	Bạch cầu	Tế bào Lym			Tế bào Mid			Tế bào Gran		
Số lượng g/l	<4g/l	<0,6	0,6÷4,2	>4,2	<0,1	0,1÷1,8	>1,8	<1,6	1,6÷8	>8
Số lượng BN	15	1	14	0	0	15	0	10	5	0
Tỷ lệ %	100%	7%	93%			100%		67%	33%	

+ Trong số bệnh nhân bạch cầu giảm, có 67% là giảm bạch cầu đa nhân trung tính (Gran): giảm số lượng tuyệt đối; tế bào Lym chỉ tăng về tỷ lệ %; giá trị tuyệt đối bình thường: 93%.

BÀN LUẬN

- Theo Bạch Quốc Tuyên (1970): Số lượng và công thức của hồng cầu không biến đổi, ở một số bệnh nhân hồng cầu tăng và Hematocrite cũng tăng. Th

Nguyễn Tất Đắc, Đỗ Lâm Tuy và Lê Quang Hùng (1977) hồng cầu bình thường : 65%; tăng 18%; giảm 17%.

Chúng tôi gặp: Hồng cầu bình thường : 84%; Hồng cầu tăng: 10%. Trong các ca có hồng cầu tăng đều có Hecmatocrite tăng.

- Về tiểu cầu: Các tác giả đều thống nhất trong sốt xuất huyết tiểu cầu giảm. Theo Chairulfatah - A (1995) tiểu cầu $<100.000/\text{mm}^3$ là 15,3%; Theo Ibrahim-NM và Cheong-I (1995) tiểu cầu có thể giảm tới mức $61.000/\text{mm}^3$ vào ngày thứ 6 của sốt. Theo Bạch Quốc Tuyên; tiểu cầu giảm là triệu chứng thường xuyên; trên 50% bệnh nhân có tiểu cầu $<100.000/\text{mm}^3$; Nguyễn Tất Đắc và Nguyễn Lâm Thụy: Tiểu cầu bình thường ($\geq 150.000/\text{mm}^3$): 20,7%; giảm nhẹ ($100.000-145.000/\text{mm}^3$): 35%; giảm rõ rệt ($\geq 60.000/\text{mm}^3$): 26%; giảm nặng ($<60.000/\text{mm}^3$): 11%; Theo Nguyễn Thị Vinh Hà (1986): tiểu cầu $<50.000/\text{mm}^3$ 15,6%, và tiểu cầu giảm vào cuối tuần đầu của bệnh; cuối tuần thứ 2 của bệnh (ngày thứ 10-15) tiểu cầu tăng nhưng chưa về mức bình thường.

Kết quả của chúng tôi: tiểu cầu giảm nặng $<50\text{g/l}$: 20%; tiểu cầu giảm rõ rệt: $50-100\text{g/l}$: 50%; tiểu cầu giảm nhẹ: $100-140\text{g/l}$: 10%; 20% tiểu cầu bình thường $>140\text{g/l}$. Và tiểu cầu giảm vào ngày thứ 3-7 của bệnh (trung bình là ngày thứ 4); cuối tuần thứ 2, đầu tuần 3, trung bình là ngày thứ 12 của sốt tiểu cầu tăng trở về mức bình thường.

- Bạch cầu và công thức bạch cầu: Theo Nelsson (1960) trong sốt xuất huyết Dengue có 58% bạch cầu giảm dưới $5.000/\text{mm}^3$. Số còn lại thì bạch cầu tăng, cá biệt có trường hợp bạch cầu tăng trên $70.000/\text{mm}^3$. Hiện tượng này xảy ra vào ngày thứ 3-8 sau cơn sốt đầu. Theo Nguyễn Thị Vinh Hà (1986) có tới 70% trường hợp bạch cầu giảm dưới $5.000/\text{mm}^3$; bạch cầu hạt giảm rõ rệt về số lượng tuyệt đối và tỷ lệ phần trăm, trái lại lympho tăng rõ rệt về tỷ lệ phần trăm nhưng lại bình thường về số lượng tuyệt đối; Theo Nguyễn Tất Đắc: bạch cầu tăng 17,2%; bạch cầu bình thường: 13,8%; bạch cầu giảm: 70%; 1/3 trường hợp bạch cầu đa nhân trung tính giảm...

Kết quả của chúng tôi có 50% bạch cầu giảm; 47% bạch cầu bình thường, 3% bạch cầu tăng và trong số bạch cầu giảm có 67% giảm tế bào đa nhân trung tính (giảm số lượng tuyệt đối). Thời gian xuất hiện bạch cầu giảm từ ngày 3-8 trung bình là ngày thứ 4 của bệnh và ngày thứ 12 của bệnh là trở lại bình thường.

Kết quả về quan hệ giảm tiểu cầu và bạch cầu chúng tôi thấy có 43,3% bệnh nhân có số lượng tiểu cầu và bạch cầu cùng giảm.

KẾT LUẬN:

1. Trong sốt xuất huyết Dengue: hồng cầu phần lớn là bình thường: 84%, một số trường hợp hồng cầu tăng (10%) là do máu cô nên đồng thời cả hồng cầu và Hecmatocrite cùng tăng.

2. Bạch cầu bình thường: 47%; bạch cầu giảm 50%; trong số bạch cầu giảm có 67% tế bào đa nhân trung tính (Gran) giảm; cả về tỷ lệ phần trăm và số lượng tuyệt đối, bạch cầu Lympho tăng về tỷ lệ phần trăm nhưng lại bình thường về số lượng tuyệt đối.

3. Tiểu cầu giảm nặng 20%; giảm rõ rệt: 50%; giảm nhẹ: 10%. Tổng cộng: 80% tiểu cầu giảm trong sốt xuất huyết Dengue.

Bạch cầu và tiểu cầu giảm vào ngày thứ 3-8, trung bình là ngày thứ 4 của bệnh; Ngày thứ 12 của bệnh bạch cầu và tiểu cầu hồi phục lại bình thường.

4. Có 43,3% bệnh nhân có số lượng bạch cầu và tiểu cầu cùng đồng thời giảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nelson E.R - Haemorrhagic fever in children in Thailand. J.pdial 56 101 108 1960.

2. Chairulfatah - A; Setiabudi-D; Ridad - A; Colebanders -R

Clinical manifestation of dengue haemorrhagic fever in children in Bandung, Indonesia.

Ann - Soc - Belf - Med - trop: 1995 Dec; 75 (4): 291-5.

3. Ibrahim - N.M; Cheong - I

Dengue haemorrhagic fever at Kuala Lumpur Hospital: Retrospective Study of 102 cases.

Ba-J-Clin-pract. 1995 Jul-aug; 49 (4): 189-91.

4. Bạch Quốc Tuyên và tập thể khoa huyết học bệnh viện Bạch Mai:

Nhận định sơ bộ về rối loạn huyết học ở những bệnh nhân mắc bệnh sốt xuất huyết trong vụ dịch 1969 ở Hà nội. Y học Việt Nam số 2, 1970, trang 10-19.

5. Nguyễn Tất Đắc, Đỗ Lâm Thụy, Lê Quang Hùng: Khoa truyền nhiễm bệnh viện Bạch Mai.

Một số nhận xét về sốt xuất huyết năm 1975 do virus Dengue.

YHTH số 205, tháng 1-2, 1977 trang 26-28.

6. Nguyễn Thị Vinh Hà, Đỗ Trung Phấn, Lê Văn Phú, Lê Thị Oanh:

Một số thay đổi về máu ở bệnh nhân sốt xuất huyết Dengue: Các yếu tố tiên lượng.

Nội khoa - Hội nội khoa Việt Nam. Số 4-1986 trang 28-32./.

MỘT VÀI NHẬN XÉT VỀ NỒNG ĐỘ HUYẾT CẦU TỔ MÁU NGOẠI VI PHỤ NỮ NÔNG THÔN THÁI BÌNH

HOÀNG THỊ HOA LAN - ĐHY Hà Nội

TRẦN MINH HẬU - ĐHY Thái Bình

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Trong những năm gần đây công tác chống thiếu máu đã được Đảng và nhà nước quan tâm trên nhiều khía cạnh khác nhau. Y học cổ truyền là một bộ phận của ngành y tế đã và đang có những đóng góp không nhỏ trong công tác điều trị và phòng bệnh. Trong các cuộc điều tra sức khỏe cho phụ nữ tại một số xã ở Thái Bình, chúng tôi đã phối hợp điều tra xét nghiệm máu đánh giá nồng độ huyết cầu tố (Hb), phân loại thiếu máu trên cơ sở đó để áp dụng bài thuốc Y học cổ truyền trong phòng chống thiếu máu cho phụ nữ góp phần trong chương trình phòng chống thiếu máu tại cộng đồng.

Trong báo cáo này chúng tôi xin được phân tích và đánh giá về chỉ số huyết cầu tố của phụ nữ tại một số xã thuộc nông thôn Thái Bình để có định hướng trong công tác phòng chống thiếu máu cho phụ nữ nói chung.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng nghiên cứu.

Gồm tất cả phụ nữ trưởng thành từ 18 tuổi trở lên đang sống tại một số xã ven thị xã Thái Bình.

2. Phương pháp nghiên cứu.

* Lấy máu đầu ngón tay làm xét nghiệm định lượng nồng độ huyết cầu tố theo phương pháp Cyanmethemoglobin trên máy quang phổ kế của Nhật.

* Phân loại thiếu máu theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới - 1985.

+ Khi nồng độ Hb < 120g/l là thiếu máu

+ Khi nồng độ Hb từ 90-119g/l là thiếu máu nhẹ

+ Khi nồng độ Hb từ 60-89g/l là thiếu máu vừa

+ Khi nồng độ Hb < 60g/l là thiếu máu nặng

* Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê toán học áp dụng trong nghiên cứu y học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU.

Bảng 1. Phân bố đối tượng nghiên cứu

Nhóm tuổi	18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	Chung
SL	201	174	124	112	75	33	719
Tỷ lệ %	27.95	24.20	17.25	15.58	10.43	4.59	100.00

Qua bảng phân bố đối tượng nghiên cứu cho thấy số lượng người đến khám và được xét nghiệm máu tỷ lệ nghịch với tuổi, đặc biệt ở các nhóm phụ nữ cao tuổi (>60 tuổi) chỉ chiếm trên 15% trong khi đó nhóm phụ nữ ở lứa tuổi sinh đẻ đến khám chiếm tỷ lệ cao (>52%).

Bảng 2: Nồng độ huyết cầu tố (g/l) phân theo các nhóm tuổi

Nhóm tuổi	18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
Hb X	131.44	128.82	126.62	126.49	125.36	123.66
SD	13.10	13.80	14.47	17.58	14.52	7.64

Qua kết quả trình bày tại bảng 2 cho thấy nồng độ huyết cầu tố ở phụ nữ cao nhất ở nhóm 18-30 tuổi và giảm dần khi tuổi tăng và thấp nhất ở nhóm >70 tuổi.

Bảng 3: Tỷ lệ phụ nữ có nồng độ huyết cầu tố dưới ngưỡng (<120g/l)

Nhóm tuổi	18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	Chung
SL	521	38	25	27	20	16	178
TL %	24.82	21.84	20.16	24.10	26.66	48.48	24.76

Kết quả trình bày tại bảng 3 cho thấy tỷ lệ phụ nữ có nồng độ Hb dưới ngưỡng trung bình là 24,76% và có xu thế giảm dần từ nhóm 18-30 tuổi đến nhóm 41-50 tuổi sau đó lại tăng dần từ nhóm 51-60 tuổi đến nhóm >70 tuổi. Tỷ lệ phụ nữ thiếu máu thấp nhất là nhóm 41-50 tuổi.

Bảng 4: Nồng độ Hb(g/l) ở phụ nữ (Phân theo tình trạng thiếu máu)

Nhóm tuổi	18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80
T/máu X	108.89	106.29	108.52	110.11	104.85	106.19
SD	16.66	15.79	10.16	12.57	10.48	7.64
Không T/máu X	139.31	135.12	131.24	131.91	135.54	130.23
SD	7.56	7.18	7.00	8.03	9.63	7.81

Kết quả bảng 4 cho thấy ở tất cả các nhóm tuổi, thiếu máu có nồng độ Hb tập trung chủ yếu từ 100-119g/l (thiếu máu nhẹ) và giống nhau ở các nhóm

tuổi. Ngược lại ở nhóm 18-30 tuổi không thiếu máu thì có nồng độ Hb cao nhất là 139,3g/l và có xu thế giảm dần khi tuổi tăng.

Bảng 5: Phân bố nồng độ Hb theo các mức độ khác nhau

Hb (g/l)	<90		90-119		120-139		140-159		>160	
Nhóm tuổi	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
18-30	12	5.97	40	19.90	82	42.79	50	24.88	17	8.46
31-40	9	5.17	29	16.66	91	52.30	45	25.86	0	0.00
41-50	4	3.23	21	16.93	57	45.97	42	33.87	0	0.00
51-60	5	4.46	22	19.64	71	63.39	14	12.50	0	0.00
61-70	3	4.00	17	22.66	49	65.33	6	8.00	0	0.00
71-80	2	6.06	14	42.42	16	48.48	1	3.03	0	0.00
Chung	35	4.87	143	19.89	366	50.90	158	21.97	17	2.36

(Ghi chú: Nồng độ Hb cao nhất là 162g/l và thấp nhất là 71 g/l)

Kết quả bảng 5 cho thấy ở nhóm 18-30 tuổi thì nồng độ Hb phân bố đều từ thấp đến cao trong khi đó ở các nhóm tuổi khác không có trường hợp nào có nồng độ Hb trên 160g/l. Trong tất cả các nhóm tuổi, nồng độ Hb tập trung chủ yếu ở mức 120-139g/l. Những phụ nữ có nồng độ Hb dưới ngưỡng bình thường đều tập trung trong khoảng từ 90-119 g/l (thiếu máu nhẹ) còn thiếu máu vừa (Hb từ 60-89g/l) thì có tỷ lệ thấp và thiếu máu nặng (Hb<60g/l) thì không gặp trường hợp nào.

BÀN LUẬN

Qua nghiên cứu phân tích kết quả xét nghiệm nồng độ Hb ở phụ nữ nông thôn Thái Bình cho thấy tỷ lệ thiếu máu chung là 24,7%, thiếu máu tỷ lệ nghịch với tuổi. Nhóm 41-50 tuổi có tỷ lệ thiếu máu (thấp nhất 20,16%). Có lẽ ở nhóm này đang là giai đoạn tiền mãn kinh và mãn kinh, hoạt động sinh lý thay đổi chuyển sang thời kỳ lão hóa, chuyển hóa cơ sở giảm, điều kiện kinh tế và gia đình, con cái, sinh hoạt vật chất ổn định nên tỷ lệ thiếu máu thấp. Ở các nhóm <40 tuổi có tỷ lệ thiếu máu cao hơn nhóm 41-50 tuổi, theo chúng tôi có lẽ ở nhóm này đang trong giai đoạn hoạt động sinh dục cao, điều kiện kinh tế, gia đình con cái cũng như các điều kiện sống còn chưa được ổn định, lao động vất vả hơn đồng thời phải mang thai, nuôi con, cho con bú... chính vì vậy tỷ lệ thiếu máu cao hơn nhóm 41-50 tuổi. Nhóm người cao tuổi

nhất là trên 70 tuổi thì có tỷ lệ thiếu máu cao nhất (48,48%). Nhóm này tất cả các điều kiện sống nói chung đều giảm, sức khỏe giảm, bệnh tật tuổi già tăng... nên tỷ lệ thiếu máu cao nhất.

Phân tích kết quả Hb ở phụ nữ thiếu máu cho thấy nồng độ Hb giao động chủ yếu trong khoảng 100-119g/l, điều đó cho thấy thiếu máu ở phụ nữ tại cộng đồng chủ yếu là thiếu máu nhẹ, không có nồng độ Hb quá thấp. Ngược lại ở các nhóm không thiếu máu có nồng độ Hb khá cao nhất là nhóm 18-30 tuổi. Phân tích sâu hơn về nồng độ Hb theo các mức độ cho thấy sự phân bố nồng độ Hb ở tất cả các nhóm tuổi không có trường hợp nào thiếu máu nặng thiếu máu vừa chỉ gặp 4,87% trong đó nhóm 41-50 tuổi có tỷ lệ thấp nhất (3,23%) và nhóm trên 70 tuổi có tỷ lệ cao nhất (6,06%). Qua kết quả này cho thấy trong công tác chăm sóc và bảo vệ sức khỏe cộng đồng cần quan tâm đến phụ nữ nội chung và nhất là phụ nữ tuổi sinh đẻ, và cũng cần quan tâm đến lớp người cao tuổi hơn nữa.

KẾT LUẬN

1. Nồng độ Hb trung bình ở phụ nữ dao động từ 120-130g/l, cao nhất là nhóm 18-30 tuổi (131,44g/l) và thấp nhất là nhóm trên 70 tuổi (123,66g/l).
2. Tỷ lệ phụ nữ có nồng độ Hb thấp dưới ngưỡng bình thường (120g/l) trung bình là 24,76%. Nhóm có tỷ lệ thấp nhất là 41-50 tuổi (20,16%) và nhóm có tỷ lệ cao nhất là trên 70 tuổi (48,48%).
3. Thiếu máu ở phụ nữ nông thôn Thái Bình chủ yếu là thiếu máu nhẹ (Hb từ 90-119g/l), thiếu máu vừa (Hb từ 60-89g/l) rất ít, không gặp thiếu máu nặng (Hb<60g/l).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Huy Khôi. Một số đặc điểm về tình trạng dinh dưỡng của nhân dân ta hiện nay. Trong: Vấn đề dinh dưỡng trong thời kỳ chuyển tiếp. Nhà xuất bản Y học - 1996.
2. Bạch Quốc Tuyên. Đại cương về thiếu máu. Trong: Bách khoa thư bệnh học: Tập I. Nhà xuất bản Y học - 1991.
3. WHO. The prevalence of nutrition anaemia in women in developing countries. Geneva - 1979.
4. Who. Nutrition anaemia. World Health Organization. Tech. Series N.405: Geneva - 1985./.

NHẬN XÉT VỀ CÁC DẠNG LÂM SÀNG DỄ NHẦM LẤN VỚI VIÊM KHỚP DẠNG THẤP TRẺ EM THỂ TOÀN THÂN

NGUYỄN THỊ THANH LAN

Trường ĐHYD - TP.HCM

MỞ ĐẦU

Viêm khớp dạng thấp trẻ em (VKDTTE) là bệnh lý về khớp mãn tính khá phổ biến ở trẻ em, trong đó thể toàn thân (hay còn gọi là bệnh Still) chiếm 10-20% các trường hợp VKDTTE (1,5,7). Việc chẩn đoán VKDTTE thể toàn thân thường gặp khó khăn nhất là trong giai đoạn khởi phát bệnh. Ở những trẻ này khả năng bệnh nhiễm trùng nặng; bệnh lý ác tính; lao sơ nhiễm tiến triển; Viêm mạch máu (VD: viêm nút quanh động mạch, Kawasaki...); viêm ruột mãn (IBD); hoặc các bệnh lý tự miễn khác (Lupus, Schonlein Henoch...) cần được đặt ra (1). Do đặc điểm lâm sàng không điển hình và không có xét nghiệm cận lâm sàng chuyên biệt, nên việc chẩn đoán viêm khớp dạng thấp thể toàn thân ở trẻ em (Still) chủ yếu dựa trên việc khai thác các tính chất của các triệu chứng lâm sàng. Chẩn đoán loại trừ phải được thực hiện trước khi đi đến chẩn đoán xác định (1).

Nhằm minh họa cho nhận định trên, chúng tôi trình bày 3 bệnh cảnh lâm sàng sau đây để rút kinh nghiệm cho việc chẩn đoán VKDTTE thể toàn thân.

Giới thiệu bệnh án:

Bệnh án số 1:

Bệnh nhân: Đ.T.Phi, 15 tuổi, nữ - nhập viện 30/8/97. Lý do nhập viện: Đau khớp, sốt kéo dài, suy kiệt. Bệnh sử: Sưng đau các khớp lớn (gối, khuỷu, cổ tay, cổ chân), biến dạng khớp, hạn chế vận động khớp, teo cơ, sốt kéo dài >2 tháng, gầy sút nhanh. Điều trị ở địa phương (thuốc không rõ loại) không bớt. Tình trạng lúc nhập viện: Tổng trạng suy kiệt, xanh xao. Không sang thương da, không dấu xuất huyết da niêm mạc, không phù, không báng bụng. Biến dạng khớp... M=120 lần/1phút, HA= 90/60mmHg; nhịp thở= 30 lần/phút đều. T°= 38°5-39°C (thường sốt cao về chiều và đêm, không có cơn run), ngoài cơn sốt bệnh nhân vẫn còn sốt nhẹ và mệt). Tim nhanh đều, ATTT 2/6 mồm. (cơ năng). Điện tim không to - không tiếng cọ màng tim. Phổi trong. Bụng mềm; gan 2cm dưới bờ sườn; lách độ I. Hạch ngoại biên nhỏ di động không đau. Khớp ngoại biên sưng đau, biến dạng, mất chức năng, teo cơ. Chẩn đoán sơ bộ: 1) Viêm khớp dạng thấp thể toàn thân (bệnh Still). 2) Lao toàn

thể. 3) Bạch huyết cấp.

Cận lâm sàng. Phết máu ngoại biên: Hct 28%; $t = 15.000/mm^3$ (N=80% L=20%). Công thức bạch cầu chuyển trái; không có tế bào lạ; hạt độc (-); khô bào (-); tiểu cầu = $140.000/mm^3$. -VS=128/140mm Điện di đạm = Protid 6,9g%; Alb 56% (38,6g/l); A <1; α_1 =3%, α_2 =9%, β =11%, γ =21%. ASO=200UI; I (+); ANA(-); IDR(-).

- XQ tim phổi/khớp: Tim không to, không có tổn thương phổi, không có tổn thương xương

- Siêu âm tim: Hở 2 lá 2/4; chức năng tim bình thường.

Chẩn đoán xác định của lần NV (1) = Viêm khớp dạng thấp thể toàn thân.

Điều trị: Prednisone 2mg/kg/ngày; đáp ứng tốt và điều trị = khớp hết sưng, cắt sốt, gan lách hạch lại, thiếu máu cải thiện (Hct tăng; BC= $10.000/mm^3$ và N=60%, L=40%, tiểu cầu= $120.000/mm^3$), VS giảm (52/85mm). Xuất hiện, điều trị duy trì Prednisone, 1 khám lại 1 tháng sau.

Bệnh nhân nhập viện lần (2) vì sốt lại, khớp đau lại, kèm xanh xao, vàng da nhẹ và nổi rash cù chấm xuất huyết ngoài da. Khám: gan lớn hơn 4c dưới bờ sườn - lách độ II. CLS kiểm tra VS=110/120mm; BC= $12.000/mm^3$ (N=30%; L=70% tiểu cầu = $80.000/mm^3$. Phết máu ngoại biên; lần này xuất hiện tế bào non (Blast). Tuỷ đồ xác định chẩn đoán là bạch huyết cấp dòng tân cầu.

Bệnh án số 2:

Bệnh nhân: Đ.N.T.Đạt, 3 tuổi, nam - Nhập viện 7/12/97. Lý do nhập viện: sốt, đau khớp, phát ban. Bệnh sử: sốt cao liên tục một tuần, kèm phát ban da, lở môi miệng, đau khớp. Được điều trị như nhiễm Streptococque với Penicilline, nhưng không giảm. Tình trạng lúc nhập viện: tỉnh nhưng đờ, dễ kích thích, bu rứt, gầy ốm, xanh xao, suy kiệt nhanh với sụt cân, vã mồ hôi, teo cơ tiến triển nhanh. T°=39-40°C (sốt liên tục nhưng tăng về chiều, đêm); HA=8/5 cmHg; nhịp thở = 46 lần/1phút, không co kéo. Da khô, niêm hồng ban đa dạng ở thân, chi (không kèm bọng nước), xuất hiện nhiều và tăng khi trẻ sốt cao. Da đã

chi khô, dày, bong vẩy. Lòng bàn tay, bàn chân có những điểm đỏ (kiểu viêm mao mạch) hơn là erythema. Tổn thương niêm mạc với họng đỏ, lưỡi đỏ, gai lưỡi sưng (dạng trái dâu), môi sưng, nứt rỉ máu. Kết mạc mắt sung huyết nhưng không có mủ. Hạch góc hàm và hạch bẹn, hạch di động, không đau, kích thước $\approx 1,5-2\text{cm}$. Tim 140 lần/phút đều, không âm thổi bệnh lý. Không kèm triệu chứng suy tim, không có tiếng cọ màng tim; phổi trong. Bụng mềm, gan 2cm, lách độ I. Không báng bụng, không tuần hoàn bàng hệ, khớp bàn đốt bàn tay, sưng biến dạng khớp, chức năng khớp bị hạn chế nhiều. Khám mắt không phát hiện dấu hiệu viêm mống mắt thể mi.

Chẩn đoán sơ bộ: nghi Kawasaki.

- Δ 1) Nhiễm trùng huyết tụ cầu
- 2) Nhiễm trùng do Streptococque (Scarlet fever)
- 3) Toxic shock syndrome
- 4) Bệnh Still.

CLS: CTM (ngày 10/2) $\text{BC}=26.000/\text{mm}^3$ (N=78%, L=22%); Hct=29%; Hb=8g/dl; $\text{TC}=220.000/\text{mm}^3$. VS (1) = $80/124/\text{mm}^3$; CRP=77,9mg/l. (Ngày 23/2) $\text{BC}=13.000/\text{mm}^3$ (N=60%, L=40%); $\text{TC}=200.000/\text{mm}^3$. VS(2) = $60/90\text{mm}$. (Ngày 6/1) VS (3) = $25/60\text{mm}$. (Ngày 11/2) VS(4) = $11/2\text{mm}$; $\text{BC}=7100/\text{mm}^3$ (N=43%, L=57%); Hb=13g/dl; $\text{TC}=270.000/\text{mm}^3$. Cấy máu = (-).

Điện di đạm máu: (Ngày 12/12) Protid = 65g/l; Alb=40,7% (26,5g/l); A/G=0,61; $\alpha_1 = 6,5\%$; $\alpha_2 = 23\%$; $\beta=12\%$; $\gamma=17\%$. (Ngày 23/2) Protid = 60g/l; Alb = 49% (29,4g/l); A/G=0,9; $\alpha_1 = 3,2\%$; $\alpha_2 = 15\%$; $\beta=11\%$; $\gamma=20\%$. (Ngày 11/2) Protid=70g/l Alb=41g/l; A/G=1,41; $\alpha_1 = 5\%$; $\alpha_2 = 10\%$; $\beta=10\%$; $\gamma=17\%$.

Điện di miễn dịch: (ngày 13/12): IgG= 1324mg/dl; IgM=322mg/dl; IgA=263mg/dl

(ngày 11/2) : IgG=1080mg/dl (bt=800 - 1800mg/dl); IgM=221mg/dl (bt=70-330mg/dl); IgA=191mg/dl (bt=90-450mg/dl).

- ASO(-); RF (-); LE(-), ANA(-).

- Chức năng gan (11/2) SGOT=61 u/l; SGPT=55 u/l; (23/12) SGOT = 30u/l; SGPT=22u/l.

- Chức năng đông máu: (Ngày 12/12) TQ=13"8 (T=12""); Taux de Prothrombine 70%; TCK=44" (T=31""); Fibrinogene 2,5g/l. (Ngày 23/12) chức năng đông máu = bt; chức năng thận bình thường.

- X quang tim phổi = Hình ảnh viêm phổi kẽ - bóng tim không to; Siêu âm tim và bụng = bt.

Diễn biến: Trong khi chờ kết quả cấy máu cũng như các XN khác, bệnh nhân được điều trị như nhiễm trùng huyết, chẩn đoán Kawasaki được nghĩ đến sau khi đã loại nhiễm trùng huyết. Do không có

gammaglobuline, BN chỉ được xử trí kháng viêm bằng Aspirine liều cao (100mg/kg/ngày), thấy không có dấu hiệu cải thiện, ngược lại tổng trạng bệnh nhân ngày càng suy sụp nhanh với sốt cao, đau nhức khớp, tổn thương niêm mạc, không ăn uống được. Việc chẩn đoán phân biệt Kawasaki với bệnh lý tự miễn khác (đặc biệt là Still) rất cần thiết để có chỉ định cho Corticoide cấp cứu. Prednisone 2mg/kg/ngày, được dùng như test điều trị và đáp ứng lâm sàng rất khả quan.

Bệnh án 3:

Bệnh nhân N.T.Nên, 15 tuổi, nhập viện 20/10/97. Lý do nhập viện: Mệt, sốt kéo dài, đau khớp. Bệnh sử: cách 1 năm, sau mổ ruột thừa 1 tháng bệnh nhân bị đau sưng các khớp và xuất hiện sốt kéo dài từng đợt (có giảm với điều trị BS tư, thuốc không rõ). Bệnh tái phát thường xuyên với từng đợt sốt cao, sưng đau các khớp. Tổng trạng ngày càng suy kiệt dần, xanh xao, kèm chảy máu chân răng. Được BV Quảng Ngãi chuyển đến Trung tâm huyết học với chẩn đoán thiếu máu. Tuỷ đồ loại trừ bạch huyết cấp và được chuyển đến BV NĐI. Tình trạng lúc nhập viện: tỉnh, nhưng rất mệt, búc rức, chi lạnh, vã mồ hôi, thở nhanh (không co kéo), xanh xao, phù, tiểu ít. Mạch = 0; HA= không đo được. Khám có đầy đủ các triệu chứng suy tim, gan lớn 5cm dưới bờ sườn phải, phản hồi gan tĩnh mạch cổ(+), lách độ I; tràn dịch màng bụng, màng phổi trái lượng ít, Không có sang thương da đặc hiệu, da khô do kém dinh dưỡng, không có viêm mạch máu. Hạch ngoại biên không to. Khớp gối, khuỷu, cổ tay, cổ chân và khớp bàn đốt gần bàn tay sưng đau. Cử động khớp hạn chế, teo cơ nhẹ.

- Δ sơ bộ: Sốc tim do viêm cơ tim nghi bệnh lý tự miễn thể lan toả (có khả năng là viêm khớp dạng thấp thể toàn thân (Still)).

- Δ phân biệt: 1/Suy thượng thận cấp trên bệnh nhân VĐKDTTE (Do có sử dụng Corticoide không đúng cách). 2/ Sốc tim do viêm tim nặng ở bệnh nhân thấp tim tiến triển.

- Cận lâm sàng: CTM (20/10) Hct 27%, $\text{BC}=5700/\text{mm}^3$ (N=70%, L=20%; Band Neutrophiles 9%). VS(1) = $100/105\text{mm}$. (25/10) Hct=30%, $\text{BC}=7500/\text{mm}^3$ (N=70%, L=30%). VS(2)= $50/80\text{mm}$. Điện di đạm máu: Protid 70g/l; Alb=30,6g/l; A/G=0,77. $\alpha_1=2\%$; $\alpha_2=14\%$; $\beta=16\%$; $\gamma=23\%$. ASO=400UI; RF(+); ANA (+); Lecells(-).

Chức năng gan = bt; Ion đồ máu=bt; chức năng thận=bt. Tuỷ đồ bình thường.

Tổng phân tích nước tiểu: Alb vết, Hc(+); BC(+).

Siêu âm tim = dẫn buồng tim phải, hở 3 lá; cao áp phổi (PAPS = 65mmHg). Chức năng tim giảm (EF=51%; FS=24%). ECG: Phì thất phải - Rối loạn

tái cực ST-T ở các chuyển đạo trước ngực trái. Siêu âm bụng: thận = bt; gan to đồng dạng; tràn dịch màng bụng lượng vừa tràn dịch màng phổi trái. X quang tim phổi = Bóng tim to - Hình ảnh viêm phổi kè. Tràn dịch màng phổi trái lượng ít. X quang khớp = Loãng xương nhẹ, sụn mô mềm quanh khớp; mặt khớp chưa bị phá hủy.

- Diễn biến: Bệnh nhân được điều trị sốc tim bằng truyền tĩnh mạch Dobutamine + Dopamine, tình trạng sốc tim cải thiện không tốt; mạch bắt được nhưng nhanh, nhẹ; HA kè, triệu chứng suy tim khác cải thiện không nhiều. Huyết động học chỉ thật sự tốt khi truyền kết hợp Solumedrol (20mg/kg/ngày), sau đó giảm liều dần những ngày sau và chuyển sang Prednisone uống 2mg/kg/ngày (không cần phối hợp thêm Inotrope và các thuốc dẫn mạch). LS và CLS cải thiện tốt với điều trị duy trì Prednisone giảm liều dần theo phản ứng viêm và duy trì bằng NSAIDS sau đó.

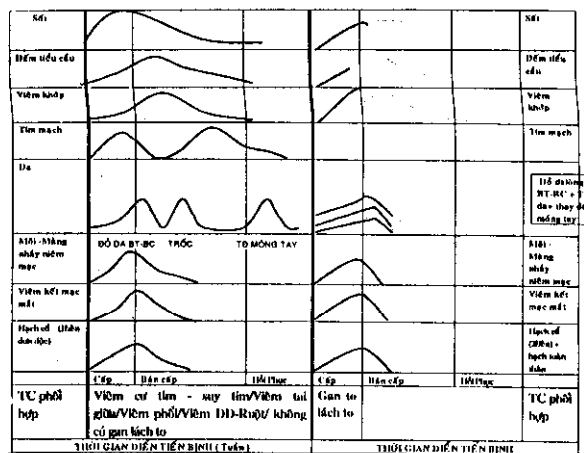
BÀN LUẬN:

Việc chẩn đoán VKDTTE thể toàn diện (bệnh Still) được thực hiện bằng phương pháp loại trừ (1). Từng bệnh cảnh lâm sàng, tuy được mô tả trong y văn, nhưng không phải lúc nào cũng điển hình về mặt lâm sàng, nhất là trong giai đoạn đầu khởi phát (1). Các xét nghiệm thường ít đặc hiệu làm cho việc chẩn đoán gặp khó khăn, dễ nhầm lẫn (1). Những trường hợp chẩn đoán phân biệt với viêm khớp dạng thấp thể toàn thân rất nhiều, nhưng giới hạn trong phần trình bày này, chỉ xin bàn luận về 3 bệnh cảnh lâm sàng đã nêu, ngõ hầu rút ra một số kinh nghiệm cho việc chẩn đoán.

Chẩn đoán phân biệt với Bạch huyết cấp (3). Thường đặt ra ở các thể toàn thân, kết quả chẩn đoán thường ít gặp khó khăn, nhầm lẫn vì tính đặc hiệu của triệu chứng đau dữ dội ở khớp hoặc cảm giác nhức trong xương không tương xứng với mức độ viêm của khớp. Thường đau nhức ở thân xương và vùng cơ xương quanh khớp hơn là tại khớp. Các khớp lớn như khớp gối thường bị, tuy nhiên những khớp nhỏ ở bàn tay cũng có thể bị tổn thương và thường là ít khớp. Trong VKDTTE thể ít khớp, thường độ lắng máu chỉ tăng vừa hoặc bình thường (1,3) trái lại trong bạch huyết cấp, phản ứng viêm thường tăng rất mạnh không tương xứng với tổn thương ít khớp (3). Sự phân ly của các chỉ số của phản ứng viêm cũng cần phải chú ý, như sự gia tăng độ lắng máu mạnh với số lượng tiểu cầu bình thường hay thấp. Số lượng bạch cầu thấp hoặc cao vọt trong huyết thanh có nồng độ lactic dehydrogenases cũng là triệu chứng báo động có khả năng là bạch huyết cấp. Kết quả phân tích về

huyết học có thể hoàn toàn bình thường trong r tuần nhiều tháng sau khi các triệu chứng lâm : khởi phát. Việc đánh giá lặp lại phân tích huyết đ cần thiết. Sự hiện diện của các tế bào non (t cells) trên phết máu ngoại biên mặc dù đặc hiệu bệnh bạch huyết cấp nhưng có thể không thấy t giai đoạn sớm của bệnh, chẩn đoán lúc này đố những cas nghi ngờ là tuỷ đồ (3). ANAs đôi khi (gặp ở bệnh nhân bị bạch huyết cấp (3) đối với trẻ yếu tố dạng thấp không có tính chất chuyên biệt VKDT như ở người lớn. RF có thể phối hợp với tạng nhiễm trùng cấp hay mãn; bệnh lý ác tính và bệnh lý viêm mãn tính khác. Tổn thương xương X quang cũng có thể không thấy, ngay cả khi đ triệu chứng lâm sàng nặng (3). Đây là điển hình bệnh án số 1 đã mô tả ở phần trên.

Chẩn đoán phân biệt với bệnh Kawasaki: bệnh cảnh sốt cấp tính, phát ban, tổn thương da r mạc, đau khớp. Trước khi nghĩ đến Kawasaki cần các nguyên nhân nhiễm trùng như: sốt tinh hồng r do Streptocoque (Scarlet fever); nhiễm trùng huyết cầu, Toxic Shock Syndrom và hội chứng Stev Johnson. Dù có hay không phát hiện được ngộ thì việc phân lập vi trùng là bắt buộc (VD: phết h cấy máu...) bên cạnh XN phản ứng viêm khác. Kt sinh nên có chỉ định trong khi chờ kết quả vi t học cũng như trong quá trình theo dõi diễn tiến b và hiệu quả trị liệu bước đầu. Ở bệnh án 2, sau kt kết quả vi trùng học (-) cũng như sự xuất hiện tl các triệu chứng khác làm ít nghĩ đến nhiễm trùng so với các bệnh viêm do nguyên nhân không n nhiễm trùng. BN này có đầy đủ các triệu chứng g Kawasaki (chỉ cần 5/6 triệu chứng đủ để xác c chẩn đoán (2). Vì bệnh cảnh gợi ý cho là Kawa nên trị liệu cần phải bắt đầu ngay do tính chất lan của bệnh, nhất là để ngăn biến chứng phình m vành về sau. Chỉ định cấp cứu là truyền gan gloguline (khác với các bệnh viêm mạch máu tự n khác, trường hợp này chống chỉ định. Corticoide tăng nguy cơ phình mạch vành (2). Do không gamma globuline nên chúng tôi chỉ chống viêm b Aspirine liều cao (100mg/kg/ngày). Đáp ứng với điề không khả quan, triệu chứng viêm ngày càng lan đe dọa sinh mạng BN, cần phải có thuốc kháng v mạnh, hiệu quả hơn để khống chế quá trình viêm c Chỉ được sử dụng Corticoides, sau khi loại bỏ đ Kawasaki (2). Do không có xét nghiệm chuyên biệt chẩn đoán loại trừ phải dựa vào phân tích các dữ l lâm sàng có phù hợp với trình tự của bệnh Kawa không. BN ở vào giai đoạn cấp của bệnh, các t chứng có thể gặp trong giai đoạn này là:



Diễn tiến của bệnh Kawasaki	Diễn tiến của BN chúng tôi (Still)
- Chẩn đoán xác định: 5/6 tiêu chuẩn chính (theo trình tự xuất hiện về thời gian) - Không có xét nghiệm chuyên biệt - Chẩn đoán loại trừ: Sốt tinh hồng nhiệt / nhiễm trùng huyết tụ cầu/ Toxic shock syndrom/HC Stevens Johnson... - Điều trị: Gammaglobuline / Aspirine liều cao (chống chỉ định Corticosteroids)	- Loại NTH cây máu (-)/ không đáp ứng KS - Nghi ngờ Kawasaki --> Điều trị: Aspirine không đáp ứng. - Cần loại Kawasaki trước khi dùng Steroids --> Chẩn đoán loại trừ dựa trên sự không phù hợp về trình tự xuất hiện các triệu chứng. - Chẩn đoán sau cùng: Still (với RF, ANA, LE, ASO(-) đáp ứng rất tốt với Steroids tấn công / NSAIDS duy trì)

Chẩn đoán phân biệt giữa viêm khớp dạng thấp thể toàn thân với viêm khớp trong bệnh tự miễn thể lan toả (không có cơ quan đích = nhóm II): VKDTTE thể toàn thân chỉ gặp ở trẻ em là chính. Bệnh án số 3 cho thấy bệnh tiến triển gần 1 năm với từng đợt sốt kéo dài, đau khớp, nhưng lúc nhập viện tuy có viêm ở khớp nhưng triệu chứng chỉ nhẹ và thoáng qua, đáp ứng với điều trị nhanh không có tổn thương phá huỷ khớp, biến dạng trên lâm sàng cũng như X quang. Trái lại, bệnh cảnh ở ngoài khớp nặng nề và rõ rệt hơn nhất là biểu hiện viêm tim nặng gây sốc tim. Bệnh cảnh này cần phải phân biệt với viêm tim nặng ác tính trong thấp tim. Dù do nguyên nhân thấp tim, VKDTTE thể toàn thân hay bệnh tự miễn lan toả khác thì xử trí cấp cứu không khác, có nghĩa ngoài Dobutamine và Dopamine thì Solumedrol (Methyl Prednisolone) truyền tĩnh mạch là bắt buộc. Sau đó, việc làm rõ bản chất của bệnh cần thiết cho điều trị về lâu dài, dự phòng và tiên lượng bệnh. Bilan thấp cũng như Bilan miễn dịch chung được thực hiện. Ghi nhận ở BN số 3 có ASO(+), ANA (+) và RF(+). Phản ứng ASO không chỉ (+) với kháng thể kháng Streptolysin O của liên cầu mà còn có thể có phản ứng chéo đối với bất kỳ kháng thể nào khác của bệnh tự miễn. Do đó trường hợp này ít nghi ngờ do viêm tim do thấp VKDTTE thể toàn thân mặc dù là thể lan toả của bệnh lý miễn dịch nhưng RF và ANA thường âm tính. Trái lại trong bệnh tự miễn thể lan toả (nhóm II), bệnh thường cấp tính với sự gia tăng nhiều tự kháng

thể cùng với phản ứng viêm mạnh dễ gây tử vong nếu điều trị không kịp thời hoặc dễ trở thành mãn tính khó điều trị. Như vậy bệnh nhân số 3 là sốc tim do viêm tim nặng trong bệnh tự miễn lan toả cần có chế độ trị liệu kháng viêm kéo dài sau đó cho tới khi phản ứng viêm thật sự ổn định để tránh tổn thương phủ tạng, nhưng nguy cơ viêm khớp mãn với phá huỷ khớp gây tàn phế như trong VKDTTE thì không có (1,4).

KẾT LUẬN

Việc chẩn đoán VKDTTE thể toàn thân thường gặp khó khăn nhất là trong giai đoạn khởi phát của bệnh. Qua 3 bệnh án này, chúng tôi muốn nhấn mạnh rằng yếu tố dạng thấp (RF) không có tính chuyên biệt trong chẩn đoán VKDTTE, nhất là thể toàn thân. Tuy không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu cũng như xét nghiệm chuyên biệt, nhưng dựa trên sự phân tích các đặc điểm lâm sàng cũng như trình tự xuất hiện của chúng, phân tích sự không tương xứng giữa các mức độ của phản ứng viêm và công thức bạch cầu ở máu ngoại vi... Có thể giúp nhà lâm sàng có thái độ xử trí thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Cassidy J.T (1995): Juvenile Rheumatoid Arthritis. Textbook of Pediatric rheumatology. section 5: 133-206.
2. Cassidy J.T (1995): Vasculitis - Kawasaki disease. Textbook of pediatric rheumatology. Section 9: 372-383.

3. Cassidy J.T (1995): Skeletal malignancies and related disorders. Textbook of Pediatric rheumatology. Section 13: 544-545.

4. David M. Siegel (1997): Juvenile Arthritis, a practical guide to drug therapy. Journal of pediatric, Obstetrics & Gynaecology. Jul/Aug, volume 23- number 4.

5. Fujikawa. S. Okuni.M (1997): Clinical analysis of 570 cases with Juvenile Rheumatoid arthritis; results of a nation wide retrospective survey in Japan. Acta paediatrica Japonica 39: 242-244.

6. Glenn.J Lawlor, MD (1995): Rheumatic diseases. Manual of allergy and immunology. Third edition 303-327

SUMMARY

The diagnosis of systemic onset JRA may be difficult, especially at the onset of the disease. I propose of three cases with systemic pattern, would like to emphasise this opinion. The first case is an acute lymphoblastic leukemia with RF positive. The second is really a systemic JRA that mimics Kawasaki disease. And the third is a systemic manifestation of an auto-immune disease class (non organo specific) with RF and ANA positive.

Rheumatoid factors are neither specific for diagnosis of JRA, especially at systemic onset. Systemic onset JRA is a diagnosis of exclusion.

BƯỚC ĐẦU NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH CUNG CẤP NƯỚC VÀ VỆ SINH MÔI TRƯỜNG CÓ ẢNH HƯỞNG ĐẾN MỘT SỐ BỆNH ĐƯỜNG RUỘT TẠI XÃ ĐÔNG HÒA-AN MINH-TỈNH KIÊN GIANG

TRẦN CHÍ LIÊM

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Xã Đông Hòa huyện An Minh là xã trung tâm giao lưu giữa 3 huyện An Biên, An Minh và Vĩnh Thuận thuộc vùng bán đảo Cà Mau (U Minh Thượng) Kiên Giang. Rừng tràm U Minh Thượng gắn liền với lịch sử hình thành châu thổ sông Cửu Long, bắt nguồn từ sông Mê Kông. Đặc điểm địa lý rất phức tạp, với hệ thống sông rạch chằng chịt, cùng với sự khan hiếm nước về mùa khô, tình trạng ngập lụt kéo dài về mùa mưa, sự lạc hậu về tập quán sống của nhân dân địa phương với sự phóng uế phổ biến xuống sông là những mắt xích của sự đói nghèo, bệnh tật của nhân dân trong vùng.

Nghiên cứu này được tiến hành nhằm 2 mục tiêu sau:

1. Nghiên cứu các hình thức cung cấp nước và chất lượng nước ăn uống sinh hoạt. Tình hình xử lý vệ sinh phân và sự ô nhiễm môi trường do phân gây ra.

2. Tìm hiểu mối liên quan giữa tình trạng ô nhiễm nguồn nước với một số bệnh đường ruột.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

1. Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành tại xã Đông Hòa huyện An Minh.

1.1 Chọn nhóm dân cư nghiên cứu:

* Chọn mẫu theo phương pháp phân tầng ngẫu nhiên

- Điều tra 3519 hộ sử dụng các nguồn nước uống sinh hoạt, tình hình hố xí và giám sát đánh giá mức độ nguy cơ ô nhiễm của 742 các bể chứa nước mưa và 694 giếng khoan bơm tay.

- Lấy mẫu xét nghiệm chất lượng nước về các số hóa, lý, vi sinh vật: 46 mẫu nước giếng khoan, bể nước mưa và 22 mẫu nước sông.

* Kỹ thuật xét nghiệm: theo thường quy của VSDT

1.2. Hồi cứu số lượng mắc các bệnh đường ruột 1993 tới 1997 làm cơ sở để đánh giá mối liên quan giữa sự ô nhiễm nguồn nước với một số bệnh đường ruột.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

1. Các loại hình cầu tiêu đang sử dụng:

TT	Loại hình hố xí	Số hộ	%
1.	Không có hố xí	1452	41.3
2.	Một ngăn	147	4.2
3.	Hai ngăn	0	0
4.	Tự hoại, bán tự hoại	20	0.6
5.	Ao cá	647	18.4
6.	Chung với chuồng gia súc	01	0.03
7.	Hố đất chim thắm	439	12.5
8.	Trên sông	813	23.1
	Cộng	3519	100%

Dựa theo các tiêu chuẩn để đánh giá cầu tiêu hợp vệ sinh và đủ tiêu chuẩn sử dụng chỉ đạt 2,2%. Có thể thấy ở đây có nguy cơ ô nhiễm nguồn nước rất cao do tỷ lệ gia đình có hố xí rất ít, trong đó số hố xí hợp vệ sinh không đáng kể.

2. Các loại nguồn nước ăn uống sinh hoạt:

TT	Hình thức cung cấp nước	Số hộ	%
1.	Giếng khoan	709	20.2
2.	Nước mưa	1038	29.5
3.	Ao hồ	462	12.1
4.	Nước máy	0	0
5.	Hình thức khác (không ổn định)	1346	38.2
6.	Cộng	3519	100%

- Số hộ sử dụng nguồn nước không ổn định cao 38,2%

- Bể chứa nước mưa 29,5%, nước máy không có, giếng khoan thấp 20,2%

Tình hình ô nhiễm vi sinh vật các nguồn nước:

S TT	Loại nước	Tổng số mẫu	TS vi khuẩn hiếu khí >200/ml	Faecal Colifor ms > 0/100ml	Ecoli phân > 0/100ml	Strepto coccus phân > 0/100ml	Cl Perfring ens > 0/1ml	Staphyl ococcus Aures 0/1ml
1	Giếng khoan	46	09	08	04	0	0	0
	Tỷ lệ %		19.6	17.4	8.7	0	0	0
2	Bể chứa nước mưa	83	82	77	45	13	22	10
	Tỷ lệ		99.0	93.0	54.2	15.7	27.0	12.0
3	Nước sông	22	13	11	02	0	03	02
	Tỷ lệ		59.1	50.0	9.1	0	13.6	9.1

Kết quả xét nghiệm mẫu nước về vi sinh vật cho thấy bể nước mưa bị ô nhiễm cao (99,0%) bởi vi khuẩn hiếu khí, 93,0% Faecal Coliforms và 54,2% Ecoli phân. Đáng chú ý hơn trong mẫu nước mưa cũng có 12,0% Staphylococcus Aureus gây bệnh, 27% Cl Perfringens và 15,7% Streptococcus. Giếng nước khoan và nước sông đều bị nhiễm khuẩn hiếu khí, Faecal Coliforms, Ecoli phân thấp hơn so với mẫu nước ở bể chứa.

* Chất lượng nước qua các chỉ số lý hóa học: Mẫu nước có chỉ số hóa học vượt quá tiêu chuẩn chiếm tỷ lệ cao. Giếng khoan nhiễm các chất hữu cơ acide trên 4 ml/l 13,0%, hữu cơ kiềm >4mg/l 10,9%, NH₃>0mg/l 76,1%. Nước mưa các chất hữu cơ acide vượt quá quy định 52,0%, hữu cơ kiềm 20,5%, NH₃ 31,3%, NO₂ 26,5%. Nước trên sông ô nhiễm với mức 63,6% hữu cơ acide, 54,5% hữu cơ kiềm và 72,7% NH₃.

3. Đánh giá nguy cơ ô nhiễm nguồn nước giếng khoan:

Quan sát 694 giếng khoan cho thấy: Điểm nguy

cơ trung bình của nguồn nước giếng khoan là 0,3% (thấp) có nghĩa là nguồn nước này có nguy cơ bị ô nhiễm không cao, trong đó những vấn đề lưu ý là giếng cách nguồn nước ô nhiễm khác tỷ lệ còn cao 42,2%, không có rào bảo vệ giếng 66,6%, rãnh thoát nước không tốt 59,9% và đặc biệt quan tâm bơm tay bị hỏng, nước thấm vào giếng 9%.

Đánh giá nguy cơ ô nhiễm bề nước mưa:

Qua quan sát 742 bể nước mưa cho thấy: Điểm nguy cơ trung bình của bể chứa nước mưa điểm trung bình (0,5) nhưng đáng lưu ý nhất là hệ thống lọc không tốt 72,1% hệ thống máng bị bẩn 69,8%, có các chất gây ô nhiễm trên mái 61,6%, có các nguồn ô nhiễm khác quanh bể 55,9% và không thay rửa định kỳ, nhiều cặn chứa trong bể chứa 62,2%.

4. Tình hình bệnh đường ruột trong cộng đồng:

Các loại bệnh đường ruột được điều trị tại trạm y tế xã:

Tính trên 100.000 dân

TT	Loại bệnh	1993	1994	1995	1996	1997
	Thương hàn	5638.0	103.7	333.0	281.3	694.8
	Tiêu chảy	1085.2	511.0	867.1	947.4	815.3
	Lỵ trực trùng	17.2	28.7	74.4	333.0	344.5
	Lỵ Amip	63.1	45.9	166.5	51.6	28.7
	Tả	0	0	0	0	0

Tỷ lệ mắc bệnh thương hàn từ năm 1993 đến năm 1997 đều ở mức cao: 5638/100.000 dân năm 1993 và 694,8/100.000 dân năm 1997. Tỷ lệ mắc bệnh tiêu chảy cũng vẫn còn cao vào năm 1993 là 1085,2/100.000 dân. Trong số 5 bệnh kể trên rất đáng chú ý là bệnh thương hàn và tả chảy, hai bệnh này chưa thấy có xu hướng giảm và có thể gây nguy cơ thành dịch.

KẾT LUẬN:

1. Số hộ sử dụng nguồn nước không ổn định còn cao (38,2%), bể chứa nước mưa (29,4%), giếng khoan thấp (20,2%), sử dụng nước ao hồ (12,1%). Chất lượng nước sử dụng rất thấp, kết quả xét nghiệm nguồn nước giếng khoan, bể chứa nước mưa và nước sông cho thấy mức độ ô nhiễm vi sinh vật và chất hữu cơ rất lớn.

2. Các loại hình cầu tiêu trên đang sử dụng hợp vệ sinh chiếm tỷ lệ rất thấp (2,2%), tỷ lệ hộ không có cầu tiêu còn cao (41,3%).

3. Việc quản lý vệ sinh phân không tốt dẫn đến làm ô nhiễm nguồn nước, có thể là nguyên nhân gây bệnh truyền nhiễm đường ruột, nhất là bệnh thương hàn, bệnh tiêu chảy.

KHUYẾN NGHỊ

1. Cần có biện pháp tốt hơn quản lý nguồn nước ngầm và nghiên cứu xây dựng nhà máy nước nông

thôn theo cụm dân cư.

2. Động viên nhân dân xây bể chứa nước mưa, bể lọc, máng lọc, quản lý tốt bể chứa tránh ô nhiễm nguồn nước. Xây dựng cầu tiêu nhà tắm hợp vệ sinh.

3. Xây dựng mạng lưới nhân viên sức khỏe cộng đồng, tăng cường hơn nữa công tác tuyên truyền giáo dục sức khỏe, nâng cao hiểu biết cho nhân dân về vệ sinh môi trường, vệ sinh phòng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoàng Thuý Ba.

Một số vấn đề y tế xã hội ở nông thôn đồng bằng sông Cửu Long, cần phải được lưu ý giải quyết trong cuộc cách mạng khoa học kỹ thuật.

Báo cáo Hội nghị chỉ đạo kinh tế xã hội đồng bằng sông Cửu Long của Hội đồng Bộ trưởng tại TP. Hồ Chí Minh, tháng 10/1987, trang 1,2.

2. Lê Ngọc bảo

Các giải pháp xử lý phân người và rác

Đề tài nghiên cứu khoa học cấp Nhà nước 64 Báo cáo tổng kết, nghiệm thu - Hà Nội, trang 19-20

3. Cao Minh Chánh và CTV

Đánh giá mức độ ô nhiễm nước uống và sinh hoạt hai đồng bằng sông Hồng và sông Cửu Long, r cứu các biện pháp bảo vệ và sử lý nước sinh hoạt.

Báo cáo tổng kết, nghiệm thu đề tài NCKH cấp nước 54 B01-02 - Hà Nội 1991, trang 41.

4. Tôn Thất Bách

Nghiên cứu tác động môi trường và đánh giá ng lên sức khỏe nhân dân sống trong vùng ô nhiễm công nghiệp Thượng Đình. Vĩnh Quỳnh, Tam Điệp xuất một số giải pháp về làm giảm ô nhiễm và bệnh

Kỷ yếu công trình nghiên cứu khoa học - Trường học Y khoa Hà nội, tập IV - 1995, trang 176-210.

5. Lê Thế Thư

Đặc điểm vệ sinh các nguồn nước ở vùng nông đồng bằng sông Cửu Long. Tạp chí vệ sinh phòng c 1992, tập I, trang 34-47./.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ARTESUNAT TIÊM BẮP, SẢN XUẤT Ở VIỆT NAM TRONG ĐIỀU TRỊ SỐT RÉT THƯỜNG DO P. FALCIPARUM

ĐỖ TUẤN ANH

NGUYỄN VĂN MÙI

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Bệnh sốt rét luôn luôn là mối lo ngại đối với nhân loại trên toàn thế giới. Hiện nay bệnh đang lưu hành ở trên 100 quốc gia, với 2/3 dân số thế giới có nguy cơ bị sốt rét (2).

Việt Nam là nước nằm trong khu vực sốt rét lưu hành (SRLH) nặng. Mỗi năm có khoảng 2 triệu người bị bệnh và hàng trăm người chết vì sốt rét (2).

Từ năm 1980 đến nay tình trạng KST P.falciparum kháng và đa kháng thuốc sốt rét ngày càng nghiêm trọng, đặc biệt P.falciparum đã kháng qui nín ở cả 3 mức độ (R_I; R_{II}; R_{III}).

Trước tình hình đó việc tìm kiếm và sản xuất một loại thuốc điều trị sốt rét mới có hiệu lực là một vấn đề bức thiết hiện nay.

Một nhóm thuốc mới ra đời là artemisinin và các dẫn xuất (trong đó có Artesunat) đã được thử nghiệm ở nhiều quốc gia và được đánh giá là có hiệu quả tốt, độc tính thấp và rất có triển vọng trong tương lai. Những thuốc này đều được sử dụng rộng rãi ở Việt Nam nhưng các dạng thuốc trên đều phải nhập của

nước ngoài. Gần đây chúng ta đã nghiên cứu và xuất thành công Artesunat dạng tiêm bắp. Thuốc được Bộ Y tế cho phép thử nghiệm lâm sàng.

Trên cơ sở đó chúng tôi nghiên cứu đề tài nhằm mục đích:

1. Đánh giá tác dụng cắt sốt, cắt KST, tỷ lệ phát của Artesunat tiêm bắp trên bệnh nhân sốt thường do P.falciparum.

2. Đánh giá độ an toàn của thuốc Artesunat tiêm bắp trên bệnh nhân sốt rét.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

49 bệnh nhân sốt rét thường do P.falciparum từ 11-60, ở nông trường cao su Phú Riềng được chỉ đoán theo tiêu chuẩn của Bộ Y tế (1995) (4).

- Có triệu chứng lâm sàng sốt nhẹ: Nhiệt $\geq 37^{\circ}5$.

- Mật độ KST P.falciparum máu ngoại vi ≥ 1.00 KSR/mm³ máu.

Loại trừ phụ nữ có thai, nhiễm trùng phổi hợp

nhiễm phối hợp *P.vivax* và *P.falciparum*.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu trên hồ sơ lưu trữ các bệnh nhân sốt rét thường do *P.falciparum* được điều trị bằng Artesunat tiêm bắp sản xuất trong nước với liều

Do : 2,4mg/kg; từ D₁-D₄: 1,2mg/kg/ngày.

3. Phương pháp theo dõi:

Thời gian cắt sốt trung bình (TGCSTB) được tính bằng giờ từ khi dùng thuốc cho đến khi hết sốt.

- Thời gian cắt KST trung bình (TGCKSTTB) được tính bằng giờ kể từ khi dùng thuốc cho đến khi KST âm tính.

- Tỷ lệ khỏi, tỷ lệ tái phát đánh giá theo test 28 ngày của WHO.

- Theo dõi các tác dụng phụ như: chóng mặt, ù tai, buồn nôn, đau bụng, dị ứng...

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN:

1. Đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm của bệnh nhân nghiên cứu:

Đặc điểm	Nam	Nữ	Σ	P
SRSN-GĐSN	4	1	5 _{10,2%}	<0,05
SRTP	30	14	44 _{89,8%}	
BN sống ở vùng SRLH	34	15	49	
Tuổi trung bình	27±11,6			

Tất cả bệnh nhân đều sống ở vùng sốt rét lưu hành. Vì vậy chủ yếu là sốt rét tái phát (SRTP), sốt rét sơ nhiễm (SRSN) chiếm tỷ lệ thấp.

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm trước điều trị:

Triệu chứng	Sốt	Da xanh	Gan to	Lách to	Gan+ lách to	P.falciparum (+)
Số BN	49	10	11	13	7	49
Tỷ lệ	100%	20.4%	22.4%	26.5%	14.3%	100%

Cả 49 bệnh nhân đều sốt, nhiệt độ trung bình là 39,2%±0,79. Mật độ KST trung bình của 49 bệnh nhân là 19.700±20.100. Gan, lách to chiếm tỷ lệ thấp.

2. Hiệu quả điều trị của Artesunat tiêm bắp:

Bảng 3: Thời gian cắt sốt:

Thời gian cắt sốt (giờ)	Số BN	Tỷ lệ	TGCSTB
24	34	69.4%	22.53±11.04
48	15	30.6%	
72	0	0%	(8-48)
Σ	49	100%	

Nhận xét: 100% bệnh nhân cắt cơn sốt sau khi dùng thuốc không bệnh nhân nào phải thay thuốc. TGCSTB là 22,53 giờ. Kết quả này nhanh hơn một số

thuốc sốt rét thường dùng trước đây: Quin sulfat (41-67,6 giờ); mefloquin (27 giờ). (1).

Với một số nghiên cứu sử dụng dạng thuốc trên cùng nhóm được sản xuất ở nước ngoài thì nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự:

- G.Q-Li (1994): artemether tiêm bắp (480mg/5ngày) cho TGCSTB là 20,6 giờ (7).

- G.Q-Li (1994): Artesunat tiêm bắp (360mg/5ngày) - TGCSTB là 19,5 giờ (7).

Bảng 4: Thời gian cắt KST:

Thời gian cắt KST (giờ)	Số BN	Tỷ lệ	TGCKSTTB
24	13	26.6%	
48	32	65.3%	39.35±13.78
72	3	6.1%	(16-80)
>72	1	2%	
Σ	49	100%	

Nhận xét: Sau điều trị tất cả bệnh nhân đều cắt KST. Trong đó 91,9% cắt KST trong vòng 48 giờ. TGCKSTTB là 39,35 giờ. Kết quả này tỏ ra vượt trội so với một số thuốc chủ trị: Quinin sulfat (38-66 giờ); mefloquin (36-64 giờ). (1).

Kết quả này cũng nhanh hơn khi so sánh với thử nghiệm dùng Artesunat tiêm bắp của Trung Quốc liều 360mg/5 ngày cho TGCKSTTB là 64,1 giờ (7).

Bảng 5: Tỷ lệ khỏi, tỷ lệ tái phát:

Test	7 ngày	14 ngày	28 ngày
Tái phát			
Số BN	6 _{100%}	14 _{100%}	29 _{100%}
SR _I	6		
R _I		1 _(D14)	9 _{31%}
R _{II}	0	0	0
R _{III}	0	0	0

Nhận xét: Mặc dù 49 bệnh nhân nghiên cứu được đánh giá theo 3 Test nhưng chúng tôi chỉ chú trọng tới Test 28 ngày. 29 bệnh nhân được theo dõi 28 ngày; kết quả : S-69%; R_I-31% không có R_{II}, R_{III}.

Tỷ lệ tái phát cao khi dùng Artemisinin và dẫn xuất là nhận xét của nhiều tác giả. Nhiều kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ tái phát phụ thuộc vào thời gian điều trị. Thời gian điều trị dài thì tái phát thấp và ngược lại (7,8). Tỷ lệ tái phát có thể giảm thấp nếu sử dụng Artesunat tiêm bắp của Việt Nam trong 7 ngày.

* Các tác dụng phụ như: Chóng mặt, ù tai, đau bụng, buồn nôn, ỉa chảy, dị ứng... đều không thấy xuất hiện trên bệnh nhân nào trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này thể hiện tính ưu việt của Artesunat tiêm bắp sản xuất trong nước và cũng phù hợp với những kết quả nghiên cứu sử dụng

Artemisinin và dẫn xuất (5,6,7,8).

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 49 bệnh nhân sốt rét thường do *P.falciparum* được điều trị bằng Artesunat tiêm bắp sản xuất trong nước, chúng tôi rút ra kết luận sau:

1. Thuốc có tác dụng nhanh với TGCSTB là 22,53 giờ. TGCKSTTB là 39,35 giờ. Tỷ lệ khỏi theo Test 28 ngày là 69%, tỷ lệ tái phát theo Test 28 ngày là 31% không có R_{II} , R_{III} .

2. Thuốc sử dụng an toàn, chưa thấy tác dụng phụ nào trong nhóm nghiên cứu.

SUMMARY

With the increasing resistance of the parasite

P.falciparum, the successful research and production of the intramuscular injection artesunat have great significance for the health service of Vietnam. 49 patients of uncomplicated malaria caused by *P.falciparum* had been treated by the locally made intramuscular injection artesunat with the doses as follows:

• On the first day (D_0): 2,4mg/kg

• From the second day to the fifth day (D_1 - D_5): 1,2mg/kg/day.

Results: The fevers of all 49 patients were cleared; parasites were cleared quickly. The incidence of recrudescence is 31% (by 28 day test). No resistance of degree II or III (R_{II} , R_{III}) was found.

ÁP DỤNG QUẢN LÝ CHẤT LƯỢNG TOÀN DIỆN (TQM) ĐỂ GIẢI QUYẾT CÁC VẤN ĐỀ Y TẾ TẠI 5 QUẬN, HUYỆN THỰC ĐỊA CỦA TRƯỜNG CÁN BỘ QUẢN LÝ Y TẾ - 1998

PHAN VĂN TƯỜNG VÀ CS

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Quản lý chất lượng toàn diện (tiếng Anh: Total Quality management viết tắt là TQM) đã được nhiều nước trên thế giới áp dụng trong quản lý nhằm nâng cao chất lượng sản phẩm và dịch vụ.

Để thực hiện quản lý chất lượng toàn diện một tổ chức phải thực hiện các nguyên tắc sau:

1. Phải xây dựng được cách làm việc trong một đội hình (Team work) thực sự.

2. Phải thực hiện nguyên tắc của một tổ chức mạnh theo tiêu chuẩn "5 cột trụ" (5 pillars):

- Lấy đối tượng phục vụ làm trọng tâm - Lỗi kéo được mọi người cùng tham gia vào quá trình nâng cao chất lượng - Tổ chức đó phải xây dựng được một hệ thống đo lường.

- Phải có sự hỗ trợ liên tục cho việc nâng cao chất lượng - Chất lượng sản phẩm của tổ chức đó phải được liên tục cải thiện/ cải tiến tốt hơn.

Nghiên cứu được tiến hành bởi cán bộ Trường cán bộ quản lý y tế với sự giám sát của chuyên gia của Trung tâm chương trình phát triển và duy trì bền vững về quản lý, CDC, Mỹ. Tám quận huyện thí điểm về áp dụng Quản lý chất lượng toàn diện để giải quyết các vấn đề y tế ưu tiên của địa phương. Tám quận huyện đó là: Đống Đa, Cầu Giấy, Thanh Xuân, và Gia Lâm thành phố Hà Nội, có huyện Lương Sơn, Hòa Bình,

huyện Châu Giang, Hưng Yên, huyện Tiên Sơn và Gia Lương, Hà Bắc. Trong nghiên cứu này chúng tôi mới tổng kết được 5 quận huyện đã thực hiện đánh giá can thiệp.

1. Mục tiêu nghiên cứu:

- Mô tả sự phù hợp khi áp dụng quản lý chất lượng toàn diện với các nhà quản lý tuyến y tế cơ sở tại các quận huyện can thiệp.
- So sánh điểm mạnh, yếu của phương pháp quản lý mới với cách quản lý hiện nay
- Đề xuất một quy trình để áp dụng quản lý chất lượng toàn diện cho tuyến y tế huyện.

2. Đối tượng nghiên cứu.

5 Trung tâm y tế quận, huyện thực địa cho các lớp cao học Trường CBQLYT Hà Nội (Đống Đa, Gia Lâm), Hà Bắc (Gia Lương, Tiên Sơn) và Hưng Yên (Châu Giang).

3. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả

Nghiên cứu can thiệp không có đối chứng (áp dụng các bước của quản lý chất lượng toàn diện (TQM))

- So sánh, đối chiếu kết quả trước và sau chương trình can thiệp

- Thu thập thông tin:

* Điều tra kết quả sau can thiệp

* Thảo luận nhóm

4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận.

Xác định chủ đề và vấn đề cần giải quyết.

Theo nguyên tắc của quản lý chất lượng toàn diện, để xác định vấn đề các Trung tâm y tế có cuộc họp cán bộ chủ chốt sử dụng phương pháp Động não (Brain-storming) và biểu quyết nhiều lần (Multi-voting) xác định các vấn đề y tế trong các Quận, huyện cần được giải quyết như sau: 3 quận, huyện cùng có chung vấn đề, đó là công tác lập kế hoạch y tế xã, 2 quận huyện có chung vấn đề thống kê báo cáo và hiệu quả của chương trình phòng chống lao. Ngoài ra tùy theo tình hình địa phương mà có các vấn đề như: Cung cấp thuốc thiết yếu cho trạm y tế, vệ sinh môi trường, kế hoạch hóa gia đình, búu cổ, điều trị cai nghiện, và chấn thương do chó cắn.

Phân tích vấn đề và lập kế hoạch can thiệp:

Theo nguyên tắc của Quản lý chất lượng toàn diện các Trung tâm y tế đã thành lập đội hình làm việc (Team work) để giải quyết vấn đề. Trung tâm đã sử dụng các phương pháp làm việc theo đội hình với tinh thần đồng đội cao, đội hình đã đánh giá tình hình từng vấn đề, sau đó đặt mục tiêu, phân tích vấn đề theo sơ đồ khung xương cá ISHIKAWA để tìm ra nguyên nhân gốc rễ của vấn đề và lựa chọn giải pháp, lập kế hoạch giải quyết.

Kết quả sau 5 tháng can thiệp (từ tháng 2 đến 7/1998) **chương trình thí điểm tại các Quận huyện**

S TT	Trung tâm Y tế	Nêu vấn đề can thiệp	Chỉ số trước can thiệp (%)	Mục tiêu (%)	Kết quả sau can thiệp (%)
1	Châu Giang	70,0% bệnh nhân Lao không được giám sát trong cả quá trình điều trị	70.0	50	59.6
2	Đồng Đa	60,0% bệnh nhân Lao đến khám muộn sau 3 tháng	60.0	50	53.7
3	Lương Sơn	Thiếu 68,6% các chỉ số báo cáo mẫu B2/BCX xã Lâm sơn chưa được ghi trong báo cáo	68,6	20	26,0
4	Gia Lương	70,0% số trạm y tế xã không biết lập kế hoạch hoạt động y tế xã	70,0	50	3 7,0
5	Tiên Sơn	82,1% trưởng trạm không làm kế hoạch	82,1	71	75

BÀN LUẬN:

Qua can thiệp với một chương trình chi tiết có sự giám sát của các chuyên gia trong nước (Giảng viên Trường cán bộ quản lý Y tế) và chuyên gia nước ngoài (từ CDC Atlanta Mỹ), kết hợp với kết quả thảo luận nhóm có trọng tâm, một số nhận xét được rút ra như sau:

1. Chương trình mặc dù thực hiện trong thời gian

ngắn với đầu tư kinh phí không nhiều nhưng kết quả các vấn đề được giải quyết từng phần một cách nhanh chóng (quận cao nhất là 10 triệu và huyện thấp nhất là trên 300.000 đồng).

2. Vì công cụ đo lường áp dụng trong TQM là trực quan, mục tiêu rõ ràng, có thảo luận tập thể thống nhất nên cán bộ không thể làm tùy tiện, việc này rèn luyện cho cán bộ y tế tính cẩn trọng, chuẩn xác và phải làm việc có hiệu quả.

3. Áp dụng các kỹ thuật làm việc nhóm tăng việc bàn bạc dân chủ trong việc đưa ra các quyết định chung, giải pháp và kế hoạch để giải quyết vấn đề, nhờ đó tính trách nhiệm được nâng lên.

4. Nhờ cách làm việc khoa học và đầu tư có trọng điểm giải quyết các nguyên nhân gốc rễ nên hiệu quả công việc cao hơn so với trước.

5. Chương trình lần đầu tiên được áp dụng trong y tế Việt Nam, các cán bộ địa phương chưa quen sử dụng các công cụ để thể hiện số liệu như: biểu đồ Perato, sơ đồ diễn tiến, biểu đồ hình tròn... nên ban đầu còn khó khăn, vì lý do đó nên các quận thấy rằng thời gian thực tế can thiệp ngắn hơn so với kế hoạch dự kiến nên mục tiêu đề ra chưa đạt được, ngoại trừ huyện Gia Lương.

6. Áp dụng TQM làm cho mọi người gần bó hơn và tăng thêm trách nhiệm. Kế hoạch ngắn với sự giám sát thường xuyên của giám sát viên, hàng tuần đối với y tế xã và hàng tháng đối với y tế quận/huyện nên công việc chạy hơn và thúc đẩy cán bộ y tế cố gắng nhiều hơn. Ngoài ra việc nhận xét đối với cán bộ lãnh đạo họ buộc phải đi thực tế nhiều hơn để nắm tình hình giải quyết.

7. Năm huyện can thiệp thấy chương trình là phù hợp và đề nghị tiếp tục chương trình và đề nghị Sở y tế, Bộ y tế tiếp tục đầu tư cho các quận huyện để tiếp tục áp dụng chương trình TQM giải quyết các vấn đề của địa phương với sự hỗ trợ kỹ thuật của cán bộ Trường cán bộ quản lý y tế và các chuyên gia thuộc Trung tâm kiểm soát bệnh tật của Mỹ.

Các bước để áp dụng TQM nên như sau:

7.1 Phải có sự thống nhất cao với chính quyền, Đảng ủy, y tế địa phương về phương pháp luận, kế hoạch cụ thể và hợp đồng trách nhiệm rõ ràng trước khi thực hiện để án nâng cao chất lượng.

7.2. Tập huấn áp dụng TQM theo phương pháp tích cực 10 ngày với các giảng viên có kinh nghiệm.

7.3. Trong 2 tuần đầu các giám sát viên nên đi giám sát tại địa phương để giúp các cán bộ địa phương xác định nhanh vấn đề cần giải quyết và thu thập số liệu phân tích vấn đề.

7.4. Các tháng tiếp theo các cán bộ giám sát viên có chương trình giám sát tại địa phương 1 tháng 1 lần, khi đi khám sát các giám sát viên phải có bảng kiểm kèm theo để đánh giá tiến độ của các cơ sở.

7.5. Cứ định kỳ 3 tháng 1 lần nên có một hội thảo để cho các nhà thực hiện TQM tại địa phương trao đổi kinh nghiệm, trình bày công việc họ đang tiến hành và trao đổi kinh nghiệm, trình bày công việc họ đang tiến hành và trao đổi kinh nghiệm về cách giải quyết các vấn đề còn vướng mắc.

7.6. Cần có sự khuyến khích những người thực hiện để án tại địa phương bằng biểu dương, khen thưởng.

KẾT LUẬN:

Quản lý chất lượng toàn diện là một công cụ quản lý đơn giản, hiệu quả cao nó khắc phục được các

điểm yếu hiện nay của công tác quản lý tuyến y tế ở sở trong các quận huyện can thiệp như: Việc xác định vấn đề, lập kế hoạch còn chưa làm đúng quy trình nên công việc giải quyết chưa tập trung vào việc cải ưu tiên, trong quản lý còn coi nhẹ công tác giám sát và thêm vào đó người kiểm tra/giám sát lại tiến hành công tác giám sát chưa đúng quy trình, bài bản. Tir thần làm việc trong các cơ sở hiện nay chưa theo tir thần đồng đội, nên không phát huy được tiềm năng của mọi người. Việc áp dụng TQM có thể mang lại hiệu quả trong tình hình hiện nay nên có nghiên cứu thực nghiệm tiếp cho các vùng khác nhau để có tir áp dụng rộng rãi./.

NHẬN XÉT 14 TRƯỜNG HỢP GỠ LIÊN MẤU CHUYỂN XƯƠNG ĐÙI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG NẠP VÍT XỐP AO

LƯƠNG VIÊN

Gãy liên mấu chuyển xương đùi còn gọi là gãy xương đùi ở cao, đường gãy nằm ngoài bao khớp. Gãy liên mấu chuyển xương đùi (LMCXĐ) có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, song thường gặp ở người già do ngã đập vùng mấu chuyển xuống đất, dù chỉ là trượt chân ngã hết sức nhẹ nhàng, việc điều trị loại gãy này rất khó khăn phức tạp, vì ở tuổi già xương thưa, nuôi dưỡng kém, khó liền xương để để lại di chứng toàn thân và tại chỗ.

Tại chỗ như cứng khớp, biến dạng khớp, thoái hoá khớp, hoại tử khớp...

Toàn thân do tuổi già nên phải bất động lâu ngày dễ bị viêm phổi, viêm thận, loét các điểm tỳ dễ dẫn đến tử vong.

Nghiên cứu 14 trường hợp gãy LMCXD được điều trị bằng nẹp vít xộp AO nhằm mục đích đánh giá sự liền xương và phục hồi cơ năng chi thể của phương pháp điều trị này.

1. Số liệu thống kê

- Giới	nam	11	
	nữ	3	
- Tuổi đời	<50t		6
	50-60t		4
	60-70t		2
	>70t		2
Nguyên nhân gây bệnh			
Trượt chân ngã			4
Tai nạn lao động	5		
Tai nạn giao thông	4		

Nguyên nhân khác	1
Phân loại gãy xương	
Gãy cổ mấu chuyển	4
Gãy liên mấu chuyển	10
Tính chất gãy xương	
Gãy xương kín	14
Gãy xương hở	0
Gãy đơn giản	13
Gãy phức tạp (có mảnh xương rời)	1
Gãy LMC + gãy xương khác	0

Phương pháp mổ: mổ ngoài bao khớp

Đặt nẹp bắt vít (2 vít xộp AO vào cổ xương đùi, 4-vít thường vào thân xương đùi)

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ

Tốt: liền xương thẳng trục, không bị viêm xương và phần mềm. Vận động khớp háng (đang khép, gấp) bình thường: 14

Vừa liền xương thẳng trục, không bị viêm xương và phần mềm, vận động khớp háng (đang khép, gấp) hạn chế: 0

Xấu liền xương di lệch, không bị dò xương và phần mềm, cứng khớp háng: 0

BÀN LUẬN VÀ KẾT LUẬN

Trong 14 trường hợp có 4 trường hợp là loại gãy cổ mấu chuyển về phương diện giải phẫu là đường gãy nằm sát bao khớp và 10 trường hợp là loại gãy LMC về phương diện giải phẫu loại gãy này nằm x bao khớp. Song chúng tôi đều áp dụng phương pháp

mổ ngoài bao khớp, nên phải tiến hành phẫu thuật 2 thì cho cả 14 trường hợp.

Thì 1 nắn chỉnh ổ gãy về vị trí giải phẫu rồi xuyên đinh dẫn đường có tác dụng là dẫn đường cho bắt vít xấp AO vào cổ xương đùi ở thì mổ 2 và cố định tạm thời ổ gãy khỏi di lệch khi vận chuyển bệnh nhân lên nhà mổ. Thì này phải tiến hành trước khi đưa bệnh nhân lên bàn mổ ở phòng tiểu phẫu thuật của khoa.

Bệnh nhân nằm ngửa trên bàn chỉnh hình chi dưới dạng 20-30° bàn chân vuông góc với mặt bàn. Ta tiến hành nắn chỉnh từ từ, theo các bước quy định, khi ổ gãy trở về vị trí giải phẫu ta sẽ xuyên đinh dẫn đường, đánh giá kết quả dựa vào phim chụp XQ thẳng và nghiêng.

Kỹ thuật xuyên đinh dẫn đường

Để xuyên đinh dẫn đường được đúng cổ và đủ độ dài của cổ xương đùi. Chúng tôi xác định các mốc giải phẫu như sau

Điểm A là gai chậu trước trên (GCTT)

Điểm B là giao điểm giữa dây cung đùi và động mạch đùi (là đỉnh chỏm)

Điểm C là gai mu

Điểm I là mấu chuyển lớn

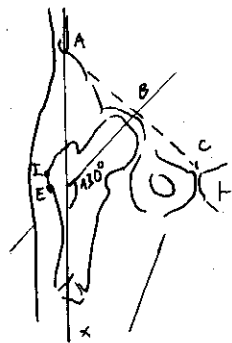
Điểm E cách mấu chuyển lớn 2,5 đến 3cm về phía dưới ở mặt ngoài xương đùi.

EB là trục trục xương đùi.

AX là trục thân xương đùi (X là điểm giữa xương bánh chè) trục cổ và trục thân hợp thành một góc 120-130°.

Cách xuyên đinh: dùng khoan tay, hay khoan máy. Từ điểm E ta xuyên đinh từ ngoài vào trong, từ dưới lên trên hợp với trục thân xương đùi 1 góc 120-130° và chếch ra trước hợp với trục ngang của 2 lồi cầu xương đùi 1 góc 15-20°, xuyên đinh sâu đến phần sụn của chỏm xương đùi thì dừng lại xuyên như vậy từ 2 đến 3 đinh.

Sau khi xuyên đinh xong, ta chụp phim XQ hai tư thế thẳng và nghiêng, nếu kết quả tốt ta chuyển lên nhà mổ.



Thì 2 mổ, được tiến hành tại nhà mổ

Trước khi mổ ta phải chọn và đánh dấu định

chuẩn nhất vào cổ xương đùi, dựa vào hình ảnh XQ đã chụp kiểm tra.

Đường mổ theo đường chuẩn đích từ MCL đến bờ ngoài xương bánh chè. Đường mổ vào thân xương đùi đủ dài để đặt được nẹp ta bắt 2 vít xấp AO vào CXĐ và 4-6 vít vào thân xương đùi.

Bắt vít vào CXĐ theo định hướng của đinh dẫn đường.

Sau khi mổ xong ta chụp phim XQ 2 tư thế thẳng và nghiêng để kiểm tra sau khi mổ, nếu cho kết quả tốt là cuộc mổ bước đầu đã thành công.

Nhận xét về thời gian liền xương theo Boóc đa Nốp là < gãy liên mấu chuyển 4 tháng liền xương > qua kiểm tra trên 14 bệnh nhân sau mổ, ở khoảng thời gian 6 tháng sau mổ. Chúng tôi thấy bệnh nhân đi lại gần như bình thường và đặc biệt hết đau ở cổ gãy khi vận động. Cho chụp XQ kiểm tra trên phim thấy xương thẳng trục và có can xương. Chúng tôi kết luận đã liền xương như vậy về thời gian liền xương của chúng tôi phù hợp với nhận xét về thời gian liền xương của Boóc đa Nốp...

Thời gian phục hồi vận động chi thể, chúng tôi tiến hành kiểm tra vận động khớp háng của bệnh nhân sau khi mổ với thời gian 6 tháng và một năm chúng tôi thấy vận động khớp háng các tư thế dạng háng, khép háng và gấp háng ở thời gian 6 tháng ở 14 bệnh nhân các động tác này còn hạn chế, nhưng sau 1 năm thấy kết quả khả quan những động tác trên bình thường qua đó chúng tôi có nhận xét thời gian phục hồi vận động chậm hơn so với sự liền xương. Còn trả lại sức lao động bình thường cho người bệnh còn lâu hơn nữa. Lâu hay chóng bao nhiêu phụ thuộc rất nhiều vào nỗ lực rèn luyện của người bệnh. Điều này cũng phù hợp với nhận định của Boy...

Tóm lại bằng phương pháp điều trị trên chúng tôi thiết nghĩ ưu điểm của nó là không gây tổn thương mạch máu nuôi dưỡng xương, không gây tổn thương bao khớp háng nên ít ảnh hưởng đến quá trình liền xương và chức năng vận động của khớp mà kết xương vẫn đảm bảo vững chắc nên cả 14 trường hợp đều cho kết quả tốt: liền xương vững chắc, xương thẳng trục, vận động khớp háng dạng khép, gấp bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Liêm nhận xét điều trị gãy đầu tiên trên xương đùi bằng nẹp vít AO. Tập san y học quân sự số 3/1991.
2. Nguyễn Quang Long. Xuyên đinh qua da gãy mới cổ xương đùi.
3. Võ Thành Phụng. Điều trị bảo tồn gãy cổ xương đùi. Sinh hoạt khoa học trường y - 1982.
4. Bolhler. Điều trị gãy xương tập 3
5. Reigal Dw j fracture and Joint in Juries 684-976.
6. A.H.Cren, Shaw M.D Camplee I I S operative Ortho Pacdiéc n2 586./.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP SÁN TRONG NÃO THẤT

PHAN TRỌNG HẬU
Khoa PTTK - Viện 108.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Sán dây là ký sinh trùng gây bệnh cho người có vật chủ phụ là bò, lợn. Việt nam nằm trong vùng Đông Nam Á có tỷ lệ súc vật và người nhiễm ký sinh trùng cao nhất thế giới có nơi tới 5-6% dân số và 80% gia súc mang mầm bệnh (1).

Trong vòng đời của sán dây người là vật chủ chính. Người có thể trở thành vật chủ phụ khi ăn phải trứng sán. Ấu trùng được giải phóng nhờ dịch tiêu hóa xuyên qua thành ruột theo máu đi khắp cơ thể cư trú chủ yếu ở não, cơ và mắt. Các tác giả Anh đã thống kê 0,1-0,2% trong số quân nhân Anh đóng quân tại Ấn Độ mắc bệnh sán trong khoảng thời gian từ 1921-1937 (Dixon và Lipscomb 1961).

Trên hệ thống thần kinh trung ương người ta gặp nang sán ở tất cả các vị trí như:

- Sán trong nhu mô não (Parenchymal disease).
- Sán màng nhện tuỷ (Subarachnoid disease).
- Sán trong não thất (Intraventricular disease).
- Sán trong hố yên (Intrasellar disease)
- Sán tuỷ sống (Spinal disease)

Ở mỗi vị trí khác nhau nang sán gây ra các triệu chứng đặc trưng khác nhau nhưng nhìn chung bệnh diễn biến mạn tính với các triệu chứng động kinh, đau đầu âm ỉ... Về điều trị các tác giả trong nước và trên thế giới đều coi sán não là bệnh lý nội khoa chủ yếu điều trị bằng thuốc diệt ký sinh trùng (2,4,5). Do vị trí giải phẫu sán trong não thất có thể làm tắc cấp tính đường lưu thông dịch não tuỷ (DNT) gây ra tăng áp lực sọ đột ngột và trở thành bệnh lý ngoại khoa cấp cứu. Đây là những điểm khác biệt lớn nhất của sán não thất với các thể bệnh sán não khác. Sán trong não thất là thể bệnh hiếm gặp, ở Việt Nam chưa có tác giả nào nghiên cứu đầy đủ về thể bệnh này. Trong thông báo này chúng tôi muốn mang đến cho bạn đọc một số thông tin qua một trường hợp sán não thất tại khoa PTTK ở viện 108 trong tháng 10 năm 1998.

THÔNG BÁO LÂM SÀNG:

Bệnh nhân Nguyễn Thị M. 51 tuổi

Vào viện ngày 5-10-1998

Xuất hiện đau đầu 5 ngày, có lúc đau dữ dội từng cơn nằm nghỉ ngơi đỡ đau, bệnh nhân vẫn đi làm. Vào cấp cứu lúc 1 giờ 30 ngày 5-10 vì đau đầu liên tục, chóng mặt, buồn nôn và nôn. Ý thức diễn biến xấu.

Tiền sử: vài tháng trước có những cơn đau đầu dữ

dội rồi tự khỏi.

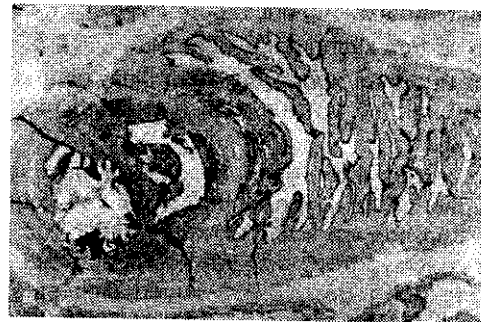
Khám lâm sàng không có tổn thương thần kinh khu trú.

Dịch tễ: Con trai của bệnh nhân mắc bệnh sán dây đã điều trị ở A3-108.

Xquang: CT Scan lúc 9 giờ ngày 5-10 có giãn não thất 3, não thất bên giãn không cân đối bên phải lớn hơn bên trái, đường giữa bị đẩy lệch sang trái.

Diễn biến ý thức xấu nhanh chóng đến 15 giờ hôn mê sâu, Glasgow 3 điểm. Ngừng thở. Đặt nội khí quản, thở máy. Dẫn lưu sừng trán não thất bên phải. Sau phẫu thuật không có tiến triển tốt hơn. Bệnh nhân chết lúc 21 giờ ngày 8-10-1998.

Mổ tử thi tìm thấy nang sán trong não thất bên phải. Trên tiêu bản xác định là ấu trùng sán dây (khoa giải phẫu bệnh lý viện 108) (ảnh 1).

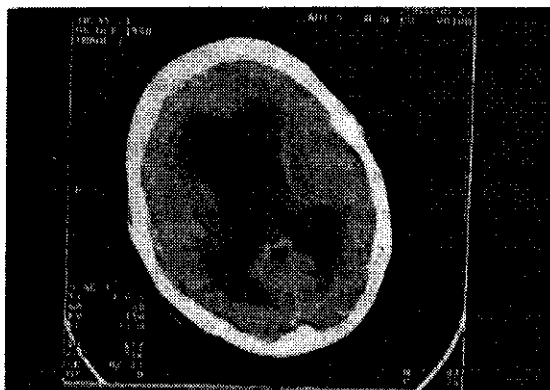


BÀN LUẬN

Sán trong não thất gặp 20% trong các bệnh sán não (4). Bệnh cảnh lâm sàng nghèo nàn, chủ yếu là các triệu chứng tăng áp lực sọ: đau đầu, nôn vọt, rối loạn ý thức. Do các nang sán làm tắc đường lưu thông DNT (tắc lỗ Monro, Magendie, Lusk, và Sylvius) và gây dẫn hệ thống não thất Hydrocephalus. Các nang sán có khả năng di chuyển nên đau đầu có thể liên quan đến tư thế của đầu (4). Đây là triệu chứng khá đặc trưng cho sán não thất. Đau đầu thường dữ dội do tắc đột ngột đường lưu thông DNT. Ở bệnh nhân sán não cũng hay gặp hydrocephalus do giảm hấp thu DNT hậu quả của viêm xơ màng nhện tuỷ (Leptomeningeal fibrosis).

Những bệnh nhân này đau đầu âm ỉ kéo dài. Ở bệnh sán não thất các triệu chứng lâm sàng đơn điệu nhưng diễn biến thường thay đổi nhanh chóng theo chiều hướng xấu do tăng áp lực nội sọ cấp tính nên rất khó chẩn đoán phân biệt với các nguyên nhân khác. Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào cận lâm sàng.

Các xét nghiệm máu thông thường chỉ cho thấy tình trạng viêm nhiễm không đặc hiệu, ít ý nghĩa lâm sàng trong khi xét nghiệm miễn dịch huyết thanh và DNT cho giá trị dương tính khá cao 90-95% với các kỹ thuật tiên tiến(3).



CT Scan có thể cho thấy hình ảnh não thất giãn to không cân đối như hình ảnh X quang của bệnh nhân này (ảnh 2). Các nang sán không nhận biết được do có đồng tỷ trọng với dịch não tủy. Nó được tách biệt ra khi kết hợp với thủ thuật chụp não thất có cản quang, đây là thủ thuật khá phức tạp. Khi đó nang sán có hình tròn tỷ trọng thấp, làm biến dạng não thất gây cản trở đường lưu thông DNT (4).

Theo Martinez MRI (Magnetic resonance imaging) là phương pháp đáng tin cậy nhất để chẩn đoán trong não thất với độ nhạy gấp 4 lần CT Scan. MRI cho thấy rõ hình ảnh nang dịch đồng tín hiệu với DNT. Một vài ca có thể thấy tăng nhẹ tín hiệu do dịch thoái hóa trong nang. Quan trọng nhất là có thể quan sát được sự dịch chuyển của nang sán khi thay đổi tư thế đầu của bệnh nhân. Trong một số trường hợp có thể thấy các nang sán đã đông vôi hoặc thậm chí cả

nang sán đang hoạt động. Phần lớn các trường hợp MRI chỉ ra tình trạng viêm nhiễm của tế bào ependym trên T2 và hình ảnh hẹp của cầu Sylvius.

Trên bệnh nhân Nguyễn Thị M. tiến triển lâm sàng nhanh chóng dẫn tới hôn mê chỉ với các triệu chứng tăng áp lực sọ, trên CT Scan não thất giãn rất lớn, ở bệnh nhân có yếu tố dịch tễ, có tiền sử đau đầu kéo dài có lúc rất dữ dội điều đó chứng tỏ khả năng nang sán di chuyển gây tắc cấp tính đường lưu thông DNT. Áp lực nội sọ tăng cao gây chèn ép não là nguyên nhân gây tử vong. Ở những bệnh nhân như thế này việc xác định đúng căn nguyên là rất khó và không phải là ưu tiên hàng đầu. Chỉ định đặt hệ thống dẫn lưu dịch não tủy cấp cứu làm giảm áp lực nội sọ loại bỏ nguyên nhân gây tử vong là điều quan trọng nhất.

KẾT LUẬN:

1. Sán trong não thất là thể bệnh của sán não. Bệnh hiếm gặp, diễn biến có khi rất cấp tính và không có các triệu chứng lâm sàng đặc trưng nên rất khó chẩn đoán. MRI là phương tiện có giá trị nhất trong chẩn đoán bệnh sán não thất.

2. Sán trong não thất là bệnh cấp cứu ngoại khoa thần kinh. Chỉ định phẫu thuật phải kịp thời để cứu sống người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bài giảng ký sinh trùng - Học viện Quân y 1985.
2. Ngô Đăng Thục: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng thần kinh và điều trị bệnh kén sán não - Luận án PTS y học 1995.
3. Trần Thị Kim Dung và Trần Vinh Hiền: Chẩn đoán bệnh do gạo heo bằng huyết thanh miễn dịch.
4. Youman 1997.
5. North fiel surgery of central nervous system./.

GIẢI PHÁP THU GÓP, SỬ DỤNG HUYẾT TƯƠNG NGƯỜI ĐẢM BẢO AN TOÀN KHÔNG LÂY NHIỄM HIV, HBV, HCV

DOÃN HUY CHUNG

Khoa Truyền máu - Viện Nhi

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù được tiến hành sàng lọc HIV bằng cách kỹ thuật và sinh phẩm chuẩn thức, nhưng do các xét nghiệm kháng thể kháng HIV không phát hiện được HIV trong "giai đoạn cửa sổ" nên vẫn còn nguy cơ đe dọa nhiễm HIV trong sử dụng huyết tương và các chế phẩm từ huyết tương như Tủa lạnh yếu tố VIII. (TLYTVIII)

Khoa Truyền máu Viện Nhi đã nghiên cứu và đề xuất giải pháp thu góp và sử dụng huyết tương người theo mô hình: "xuống bậc thang" nhằm đảm bảo an toàn không lây nhiễm HIV, HBV, HCV khi sử dụng cho người bệnh Hemophilia A.

Mô tả nội dung giải pháp "xuống bậc thang"

Trình tự của giải pháp "xuống bậc thang" thực hiện như sau:

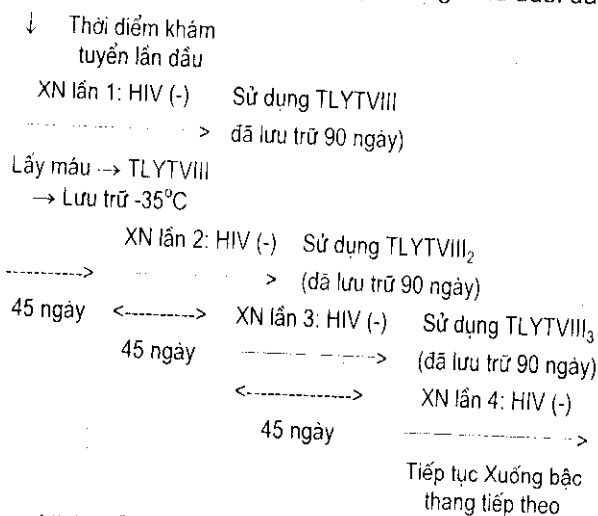
+ Lần thứ nhất: xét nghiệm sàng lọc (HIV, HBV, HCV) âm tính → gạn huyết tương → chiết tách TLYTVIII → lưu trữ -35°C ít nhất sau 3 tháng mới sử dụng cho bệnh nhân.

+ Lần thứ hai: (sau 45 ngày - cũng vẫn người cho huyết tương lần thứ nhất): các xét nghiệm sàng lọc vẫn âm tính → lại tiến hành gạn huyết tương - chiết tách TLYTVIII, lưu trữ -35°C sau ít nhất 3 tháng mới sử dụng.

+ Lần thứ ba: (sau 90 ngày - vẫn cùng một người cho từ lần thứ nhất, thứ hai): các xét nghiệm sàng lọc lại âm tính → tiếp tục gạn huyết tương - chiết tách TLYTVIII lưu trữ -35°C sau ít nhất 3 tháng mới sử dụng.

Và chỉ khi cả 3 lần xét nghiệm sàng lọc đều cho kết quả âm tính (sau 90 ngày) thì khi đó mới sử dụng TLYTVIII chiết tách từ lần thứ nhất sử dụng điều trị cho bệnh nhân Hemophilia A.

Sơ đồ hóa giải pháp "Xuống bậc thang" như dưới đây:



Nhờ bảo đảm chuẩn xác chất lượng các xét nghiệm sàng lọc, đồng thời áp dụng giải pháp "Xuống bậc thang": khi tiến hành thu góp huyết tương, thời

gian vừa qua cơ sở chúng tôi đã chiết tách TLY sử dụng cho bệnh nhân đạt hiệu quả điều trị mong muốn, đồng thời đảm bảo an toàn không nhiễm mới các bệnh lây do virus, vi khuẩn sau truyền TLYTVIII

Với giải pháp trên trong quá trình nghiên cứu, đơn giản, nhưng đã mang lại hiệu quả thiết thực thể áp dụng ở tất cả các cơ sở truyền máu có t hiện kỹ thuật chiết tách các thành phần máu chung. TLYTVIII nội riêng.

BÀN LUẬN

- Thu góp và sàng lọc huyết tương theo mô h "Xuống bậc thang" như trên chắc chắn phát hiện đt HIV trong "giai đoạn cửa sổ", do vậy sẽ loại trừ đt nguy cơ lây nhiễm HIV của các mẫu huyết tương i góp nói trên.

- Đồng thời với việc tránh lây nhiễm HIV thì v kiểm tra sàng lọc lần thứ hai, thứ ba với các vir viêm gan B và C trong mẫu huyết tương người c cũng đạt được độ an toàn tương tự như với HIV.

- Mặc dù chi phí cho một đơn vị chế phẩm T lạnh yếu tố VIII theo cách trên có tăng (do xét nghiệ lặp lại hai lần) nhưng đối lại bệnh nhân được đảm b an toàn và do vậy sự lựa chọn của chúng tôi nhằm t tiên quyền lợi người bệnh là hoàn toàn có thể ch nhận trong điều kiện hiện đại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Đỗ Trung Phấn:
Tổng kết 3 năm triển khai sàng lọc HIV và vận độn hiến máu nhân đạo 1994-1996. Hội nghị toàn quố ngành Truyền máu. 1997, 4-23.
- J.P. Allain:
Screening blood donors for marker of new virus. Th Lancet. 1997, 349, 609-610.
- S. Lloyd:
The preparation of single donor cryoprecipitate Facts and Figures, 1997, 3, 1-8./.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM THƯỜNG VÀ SIÊU ÂM NỘI SOI TRONG CHẨN ĐOÁN CÁC KHỐI U TỤY

LÊ THU HÒA, NGUYỄN KHÁNH TRẠCH,
ĐÀO VĂN LONG, TRẦN VĂN HỢP

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tụy gồm nhiều loại, trong đó u tụy chiếm một vị trí quan trọng, nhất là ung thư tụy. Tỷ lệ ung thư tụy tiên phát chiếm 10% ung thư đường tiêu hóa.

sau ung thư gan, da dày, đại trực tràng, và chiếm 3% trong tổng số các loại ung thư.

Ung thư tụy có biểu hiện lâm sàng khá muộn do đó dễ bị bỏ qua chẩn đoán ở giai đoạn sớm. Trong

khi chính ở giai đoạn này, lại có khả năng cắt bỏ khối u, kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân. Do vậy, việc đưa ra các phương pháp chẩn đoán u tụy ở giai đoạn sớm ngày càng cần thiết.

Siêu âm nội soi là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh lần đầu tiên được ứng dụng ở Việt Nam. Chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục đích:

- + Đánh giá hình ảnh của siêu âm thường (SA) và siêu âm nội soi (SANS) trong chẩn đoán u tụy và xâm lấn của khối u vào tổ chức xung quanh.
- + So sánh hiệu quả của hai phương pháp trên.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU.

1. Đối tượng: là các bệnh nhân từ 15 tuổi trở lên, chẩn đoán nghi ngờ có khối u tụy trên lâm sàng, siêu âm, CT, nằm điều trị nội trú tại bệnh viện Bạch Mai và Việt Đức.

2. Phương pháp nghiên cứu

- Các bệnh nhân sẽ được thăm khám lại về lâm sàng, SA, SANS, xét nghiệm theo một mẫu bệnh án thống nhất. Sau đó sẽ được gửi hội chẩn, xem xét khả năng phẫu thuật cắt bỏ khối u.

- Dùng trong nghiên cứu là máy siêu âm Control sigma, và máy siêu âm nội soi Olympus GF-UM 20 với đầu dò có hai tần số 7.5-12MHz.

- Đối với SANS, bệnh nhân nhịn ăn trước 8 giờ và được tiêm thuốc Valium 10mg *1 ống, Spasfon *1 ống trước thủ thuật. Tiến hành đưa máy siêu âm nội soi vào dạ dày, tá tràng, và tụy theo vị trí áp đầu dò quan sát được các tạng xung quanh.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian 10 tháng, chúng tôi đã tiến hành làm SA và SANS cho 30 bệnh nhân trên lâm sàng nghi ngờ có khối u tụy, và đã chọn được 22 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào nghiên cứu. Tuổi bệnh nhân từ 15-79, trung bình 54,6. Nam: 16/22=72,7%, nữ: 6/22=27,3%. Tỷ lệ nam/nữ = 2,6%.

1. Đối chiếu chẩn đoán của SA và SANS với phẫu thuật Bảng 1

Chẩn đoán	Siêu âm	Siêu âm nội soi
Chẩn đoán đúng	11	19
Chẩn đoán sai	11	3
Tổng cộng	22	22

Sự khác biệt về giá trị chẩn đoán giữa SA và SANS là có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 2.

Chẩn đoán xác định	Chẩn đoán của siêu âm		Chẩn đoán của siêu âm nội soi	
	SA đúng	SA sai	SANS đúng	SANS sai
U tụy	11	8	16	3
U ngoài tụy	0	3	3	0
Tổng cộng	11	11	19	3
TS BN ng. cứu	22		22	

- SA chẩn đoán đúng ở 11/22 trường hợp (=50%). Trong 11 trường hợp SA chẩn đoán sai gồm:

+ 2 ca chẩn đoán là u đầu tụy, thì 1 là khối hạch cạnh tụy, 1 là ung thư dạ dày

+ 1 chẩn đoán là u thân và đuôi tụy. Khi mổ ra là khối u sau phúc mạc, ngoài tụy

+ 1 kết luận tụy bình thường, khi mổ là một khối u nhỏ ở đuôi tụy.

+ 7 trường hợp còn lại SA chỉ thấy đường mật trong, ngoài gan giãn, tụy bình thường. Khi phẫu thuật đều là u đầu tụy.

Như vậy khả năng chẩn đoán khối u ở tụy của SA có một số hạn chế. Do tụy nằm sâu sau phúc mạc, nên hình ảnh tụy trên SA khó nhìn, dễ bị hơi trong tạng rỗng che khuất hoặc tạo nên những hình ảnh giả u trùng vào tụy.

- SANS chẩn đoán ở 19/22 trường hợp (=86%). Có 3 bệnh nhân nhờ có SANS đã chẩn đoán được là khối u ngoài tụy, trong khi cả SA, CT, đều kết luận là có u tụy. Trong trường hợp này, SANS có ý nghĩa quyết định tới chẩn đoán trước mổ. Theo các kết quả thu được về SA và SANS trong các nghiên cứu của Palazzo.L và CS (5), Nakaizumi.A và CS (4) thì kết quả của chúng tôi gần với Palazzo.L hơn. Như vậy, các kết quả cho thấy SANS đạt độ chính xác trong chẩn đoán khối u tụy cao hơn SA thường. Đó là do phương pháp SANS đặt đầu dò ở trong lòng ống tiêu hóa, sát tụy, nên giảm được tối đa sự hấp thụ sóng SA của các tạng xung quanh. Hơn nữa, đầu dò SANS có tần số sóng âm cao hơn đầu dò SA thường nên có độ phân giải tốt hơn, cho hình ảnh SA rõ, chi tiết hơn.

2. Vị trí khối u. Bảng 3

Vị trí	SA	SANS	Phẫu thuật và tế bào học
Đầu tụy	11	14	17
Thân tụy	0	1	1
Đuôi tụy	0	1	1
Không thấy	8	3	0
Tổng cộng	19	19	19

SA chỉ nhận định được vị trí 11/19 trường hợp, tất cả đều là u đầu tụy, không phát hiện được u ở thân và đuôi tụy. Có thể thấy trên SA, phần đầu và đuôi tụy khó nhìn hơn vì dễ bị che khuất.

- Sự khác nhau về giá trị chẩn đoán của SA và SANS có thể thấy rõ trong trường hợp sau:

+ 1 trên SA chẩn đoán là u đầu tụy, nhưng SANS nhìn thấy khối u này ở phần thân tụy, còn đầu tụy bình thường, phù hợp với kết quả phẫu thuật

+ 1 bệnh nhân khác trên SA không phát hiện được khối u. Khi làm SANS đã nhìn thấy 1 khối u nhỏ kt: 1,4-1,5cm ở đuôi tụy, sát cuống lách. Bệnh nhân này đã được mổ và kết quả mô bệnh học là khối u nội tiết.

- Tỷ lệ phân bố theo vị trí u Brugge.WR và CS (1) là: đầu tụy 87%, thân tụy 11%, đuôi tụy: 2%. Còn của Rosch.T và CS là: đầu tụy 71,7%, thân và đuôi tụy 28,3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả lần lượt là: 89,4%, 5,3%, và 5,3%, phù hợp với kết luận của các tác giả trên thế giới là u tụy thường gặp ở đầu tụy hơn là ở thân và đuôi tụy.

3. Bờ khối u. Bảng 4.

	Bờ đều	Bờ không đều	Không rõ	Tổng cộng
SA	0	7	12	19
SANS	1	15	3	19

- SANS có ưu thế hơn hẳn SA trong quan sát bờ khối u với 15/19 (=78,9%) trường hợp bờ u không đều, và tất cả đều là ung thư tụy. Trong nghiên cứu chỉ có 1 u nội tiết ở đuôi tụy có ranh giới khá rõ, đều. Theo Hayashi & CS (3) nghiên cứu ở 36 bệnh nhân u tụy, có 74,3% ung thư tụy có bờ bất thường và kết luận phần lớn ung thư tụy có bờ bất thường, kích thước u càng lớn thì ranh giới càng mập mờ, và đa số u tế bào tiểu đảo thường có bờ mềm mại. Qua kết quả của chúng tôi và của các tác giả khác, có thể thấy đa số các khối ung thư tụy có ranh giới mập mờ, có lẽ do tính chất ác tính của khối u nên thường có xu hướng xâm lấn ra xung quanh.

4. Cấu trúc âm. Bảng 5.

Cấu trúc âm	Tăng âm	Giảm âm	Hỗn hợp âm (nhân tăng âm)	Không rõ	Tổng
SA	6	5	0 (0)	8	19
SANS	0	9	7 (2)	3	19

Theo Hayashi.Y và CS (3) thì đa số các ung thư tụy đều có giảm âm hoặc hỗn hợp âm (~83,3% đối với SA, và 86,1% với SANS), không rõ trường hợp nào tăng âm. Kết luận này phù hợp với kết quả SANS trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên chúng tôi gặp nhiều khối u có mật độ giảm âm hơn (9/19 tr/h ~ 47,4%).

- Chúng tôi nhận thấy không có mối liên quan giữa cấu trúc âm của u và vị trí khối u ($p>0,05$).

5. Kích thước u và ống tụy. Bảng 6

Kích thước u	<2cm	2-3cm	3-4cm	≥4cm	Không rõ	Tổng
SA	1	1	5	4	8	19
SANS	1	7	7	1	3	19

- Khối u nhỏ nhất SANS phát hiện được có kích thước 1,4-1,5cm, phù hợp kết quả phẫu thuật. Đây là khối u nằm ở đuôi tụy mà trên SA không nhìn thấy.

- Theo Schumacher.B và CS làm SANS cho 14 bệnh nhân Insulinoma, khối u nhỏ nhất phát hiện được là 1,1-1,6cm. Còn Yasuda.K và CS với 13 ca ung thư tụy phát hiện khối u nhỏ nhất là 1,5-1,5cm. Kết quả của chúng tôi và các tác giả trên cho thấy SANS có khả

năng phát hiện được các khối u tụy còn bé.

- Chúng tôi không thấy có mối liên quan giữa thước u và cấu trúc âm bên trong u ($p<0,05$).

- Trên SA không nhìn thấy ống tụy trong bệnh nhân. Còn với SANS, chúng tôi quan sát ống tụy ở 100% trường hợp. Có 17/19 ca (89,5%) tụy giãn từ 0,3-0,9cm, không thấy sỏi trong ống. Hai trường hợp ống tụy bình thường trong 1 u đuôi và 1 u đầu tụy.

6. Thâm nhiễm của khối u. Bảng 8.

	Xâm lấn tổ chức xung quanh	Xâm lấn mạch máu	Xâm lấn hệ
SA	0	0	4
SANS	1	6	8

- Nhận định xâm lấn vào tổ chức lân cận của u giúp đánh giá giai đoạn TNM trước mổ. Trên SA phát hiện 6 ca có xâm lấn mạch máu ở các mức khác nhau:

+ Mất ranh giới nhu mô tụy bình thường giữa t u và mạch

+ Không quan sát thấy thành mạch máu và khu lan vào trong lòng mạch

+ Có nhiều tĩnh mạch bàng hệ xung quanh tụy.

- Như vậy, với 4 tiêu chuẩn hình ảnh xâm lấn mạch máu của các tác giả như Gillard.V và CS (2), Snady và CS, Nakaizumi.A và CS (4)... thì trong nghiên cứu này, chúng tôi chưa thấy có trường hợp nào khối u xâm lấn gây tắc nghẽn hoàn toàn lòng mạch.

7. Đánh giá giai đoạn TNM

- Trong số 19 bệnh nhân chẩn đoán là ung thư tụy, thì có 12 bệnh nhân được phẫu thuật. SA đã giá đúng giai đoạn ở 25% trường hợp, còn SANS 50%. Trước đây, khi chưa có SANS, việc chẩn đoán giai đoạn ung thư tụy trước mổ theo phân loại TN hầu như ít thực hiện được, vì cả SA, và chụp CT đều không đưa ra một kết luận chính xác. SANS đã giúp ích nhiều trong việc quan sát khối u tụy, sự xâm lấn vào tổ chức xung quanh và góp phần đánh giá giai đoạn TNM.

Bảng 9.

Chẩn đoán giai đoạn theo KQ phẫu thuật (số bệnh nhân mổ)	Chẩn đoán giai đoạn theo SA		Chẩn đoán giai đoạn theo SANS	
	SA đúng	SA sai	SANS đúng	SANS sai
GD1: T ₁ N ₀ M ₀ , T ₂ N ₀ M ₀ (1)		1		1
GD2: T ₃ N ₀ M ₀ (1)		1		1
GD3: T ₁₋₃ N ₁ M ₀ (7)	2	5	4	3
GD4: T ₁₋₃ N ₀₋₁ M ₁ (3)	1	2	2	1
Tổng cộng (12)	12		12	

KẾT LUẬN

- Qua đánh giá và so sánh về khả năng chẩn đoán của hai phương pháp SA và SANS, chúng tôi thấy SANS là một phương pháp tốt, có độ chính xác cao trong chẩn đoán u tụy (86,4% so với SA 50%), nhất là đối với các khối u có kích thước nhỏ.

- SANS có khả năng đánh giá xâm lấn vào tổ chức xung quanh và phân loại giai đoạn TNM tốt hơn so với SA thường (50% so với 25%).

- Nếu có thể áp dụng SANS vào chẩn đoán khối u tụy ở giai đoạn sớm, phát hiện u từ lúc chưa có thâm nhiễm tổ chức lân cận, thì có thể mổ cắt bỏ khối u, kéo dài thời gian sống cho bệnh nhân. Bên cạnh SANS, thì SA thường tuy có những hạn chế trong chẩn đoán u tụy, nhưng cũng có những ưu điểm, có thể tiến hành rộng rãi, đưa ra một cái nhìn bao quát về các tạng trong ổ bụng, giúp định hướng cho SANS trong kỹ thuật chẩn đoán.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Brugge.W.R., Lee.M.J., Kelsey.P.B., et al
The use of EUS to diagnose malignant portal venous system invasion by pancreatic cancer. Gastrointestinal endoscopy. 1996, 43 (6), 561-567.
2. Gillard.V., Delforge.M., Demoulin.J.C., et al
The role of endoscopic ultrasonography in the diagnosis and staging of pancreatic ampullary cancers. Acta endoscopica. 1994, 24(1), 39-55.
3. Hayashi.Y., Nakazawa.S., Kimoto.E., et al
Clinical pathologic analysis of endoscopy ultrasonograms in pancreatic mass lesions. Endoscopy. 1989, 21, 121-125.
4. Nakaizumi.A., Uehara.H., Ishi.H., et al
Endoscopic ultrasonography in diagnosis and staging of pancreatic cancer. Digestive diseases and sciences. 1995, 40(3), 696-700.
5. Palazzo.L., Roseau.J., Geyet.B., et al
Endoscopic ultrasonography in the diagnosis and staging of pancreatic Adenocarcinoma. Endoscopy. 1993, 143-150./.

ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ CHỈ TIÊU LIÊN QUAN TRONG CHẢY MÁU NÃO NGUYÊN PHÁT

NGUYỄN VĂN THÔNG
NGUYỄN HOÀNG NGỌC
VŨ QUỲNH HƯƠNG

Hội nghị đột quỵ máu não châu Âu "European Stroke Coucil" tại Helsing Borg Sweden từ 8 - 10/11/1997 đã xác định nguyên tắc cần thiết và chiến thuật điều trị đột quỵ máu não cho đến năm 2005 với mục đích làm giảm tỉ lệ tử vong trong tháng đầu xuống dưới 20%. Cho đến nay, nhiều tài liệu trên thế giới công bố tỷ lệ tử vong trong 30 ngày đầu của đợt quỵ chảy máu não từ 40 - 51%. Theo thống kê của chúng tôi, trong những năm qua, tỷ lệ này là 55%. Để góp phần tìm hiểu những yếu tố liên quan dẫn đến tỷ lệ tử vong cao ở các bệnh nhân chảy máu não, chúng tôi đã tiến hành phân tích các trường hợp chảy máu trong não tại bệnh viện TƯQĐ 108 từ 1994 - 1998.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

- 194 bệnh nhân (BN) chảy máu não nguyên phát được xác chẩn lâm sàng, chọc dịch não tủy và chụp CT sọ não (loại trừ các chảy máu não chấn thương, đứt vỡ phình mạch, chảy máu trong ổ nhồi máu), đã được ghi chép cẩn thận theo một mẫu thống nhất bởi các bác sĩ chuyên khoa thần kinh, phục vụ cho mục đích nghiên cứu như: Thời gian khởi phát - nhập viện - chụp CT sọ não, chỉ số mỡ máu, lượng đường máu, thời gian đông máu - chảy máu, công thức máu, tiền sử tim mạch... Các số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Số trường hợp chảy máu

Tuổi	Tổng số	30 - 40		41 - 50		51 - 60		61 - 70		> 70 tuổi	
		Sống sót	Tử vong	Sống sót	Tử vong	Sống sót	Tử vong	Sống sót	Tử vong	Sống sót	Tử vong
Nam	144	5	9	5	16	14	11	23	24	19	18
Nữ	50			6	5	3	7	7	6	5	11
Cộng	194	5	9	11	21	17	18	30	30	24	29

Nam 144/194 (74%). Nữ 50/194 (26%)

Tử vong: 107/194 (55%) Nam: 54% Nữ 58%

Độ tuổi mắc chủ yếu: > 50: 148/194 (76,3%)

Bảng 2: Chỉ số huyết áp

	HA tối thiểu			HA tối đa			
	< 90	90 - 110	> 110	< 140	140 - 160	160 - 200	> 200
HA hàng ngày	34	118	4	58	76	22	
HA khi đột quỵ	5	79	77			78	67

- HA thông thường hàng ngày (đo được ở 156 BN)

+ HA tối đa hàng ngày từ 140 mmHg trở lên là 63%

+ HA tối thiểu hàng ngày từ 90 mmHg trở lên là 78,2%

- HA thực sự khi xảy ra đột quỵ (đo được ở 161 BN)

+ 100% BN có HA tối đa từ 160 mmHg trở lên, trong đó 84% có HA tối đa trên 180 mmHg

+ 96,9% có HA tối thiểu > 90 mmHg

Bảng 3: Chỉ số mỡ máu

Cholesterol (mmol/l)			Tryglicerid (mmol/l)			HDL - C (mmol/l)		
< 5,2	5,2 - 6,5	> 6,5	< 2,83	2,83 - 5,66	> 5,66	> 0,9	0,9 - 0,6	< 0,6
62 BN	22 BN	4 BN	70 BN	10 BN	8 BN	43 BN	37 BN	8 BN

- 25% có lượng Cholesterol nằm trong yếu tố nguy cơ cao (5,2 - 6,5 mmol/l) và 4,5% có lượng Cholesterol cao.

- 79,5% có lượng Tryglicerid bình thường (< 2,83 mmol/l)

- 51% có giảm lượng HDL - C (< 0,9 mmol/l)

Lượng glucoza máu được đo ở 153 BN khi nhập viện chỉ có 31% có lượng đường máu trên 7 mmol/l, còn 69% ở phạm vi bình thường.

Xét nghiệm thời gian máu đông, máu chảy ở 68 BN, 100% trong giới hạn bình thường.

Đếm số lượng bạch cầu ngoại vi nhận thấy: 95/194 (49%) có bạch cầu tăng trong máu ngoại vi ($10.000/mm^3$)

Đánh giá chức năng tim trên điện tim và chụp X Quang tim phổi thường, thường nhận thấy: 75/194 (39%) có dây thất trái, tăng gánh thất trái hoặc tim cung động mạch chủ.

Bảng 4: Vị trí chảy máu não

	Tổng số			Chảy máu nông			Chảy máu sâu								
	Số lượng	Sống	Chết	Số lượng	Sống	Chết	Nhân xám			Bao trong			Đối thị		
							SI	Sống	Chết	SI	Sống	Chết	SI	Sống	Chết
Bán cầu trái	70	31	39	17	14	3	25	1	24	25	13	12	3	3	
Bán cầu phải	79	50	29	19	18	1	31	11	20	26	19	7	3	2	1
Thân não	2	1	1												
Cầu não	2	1	1												
Tiểu não	3	2	1												
Chất trắng sâu cạnh NT	3	2	1												
Lục não thất	35	0	35												
Cộng	194	87	107	36	32	4	56	12	44	51	32	19	6	5	1

- 77% chảy máu bán cầu (bán cầu phải: 53%, bán cầu trái: 47%). Trong đó chảy máu nông (vỏ não, chất trắng dưới vỏ: 24%), chảy máu sâu (nhân xám, bao trong, đối thị: 76%). Chảy máu sâu có biến chứng vào não

thất là 48/113 (42,4%). Lột não thất chiếm 18%. Các vị trí chảy máu khác chiếm 4,6%.

Bảng 5: Thời gian nhập viện tới khi chụp CT sọ não

Thời gian nhập viện (giờ)					Thời gian chụp CT (giờ)		
< 3 h	3 - 6 h	> 6 - 24 h	> 24 - 48 h	> 48 h	< 6 h	> 6 - 12 h	> 24 h
26	57	15	71	25	24	45	92

- 50,5% được đến cơ sở y tế và bệnh viện trong 24 h, (trước 6 h là 84,6%), 49,5% đến sau 24 h.

- 43% được chụp CT trong ngày đầu, trong đó chỉ có 35% được chụp ở trong 6 h đầu kể từ khi nhập viện.

BÀN LUẬN

Chảy máu trong não nguyên phát là dạng phổ biến nhất, thường gặp nhất trong các trường hợp chảy máu não có nguồn gốc tăng huyết áp. Nhiều thống kê cho thấy tỷ lệ tử vong của chảy máu não dạng này dao động từ 37 - 60% tùy từng khu vực, quốc gia và thường tập trung ở tuổi trung niên, những người cao tuổi, nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ.

Do đặc điểm tính chất nhiệm vụ của một BVTUQĐ, vấn đề thu dung, cấp cứu và điều trị không đại diện cho một vùng dân cư nhất định. Qua nghiên cứu 194 BN chảy máu não nguyên phát từ 1994 - 1998, chúng tôi nhận thấy có một số vấn đề cần được nêu lên để các đồng nghiệp tham khảo.

Tỷ lệ chảy máu não theo thống kê cho thấy nam giới gấp 3 lần nữ giới, độ tuổi mắc từ 50 tuổi trở lên là 76,3%, tỷ lệ tử vong của nam và nữ là tương đương (54% và 58%). Các số lượng này phù hợp với thống kê của các tác giả trong nước và trên thế giới và mang những nét đặc trưng riêng của bệnh viện quân đội. Đặc biệt tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 55%, cao hơn tỷ lệ thống kê của một số tác giả trong nước trước đây (Nguyễn Văn Đăng, Nguyễn Minh Hiện, Nguyễn Xuân Thản). Nguyên nhân có thể lý giải được như sau:

+ Những bệnh nhân được đưa vào cấp cứu khẩn cấp thường quá nặng hoặc vượt khả năng bệnh viện khu vực phải chuyển lên.

Thí dụ: - 35 trường hợp lột não thất khi nhập viện đã đe dọa nghiêm trọng tới sự sống, 35 trường hợp đều tử vong trong 2 ngày đầu.

- 45 trường hợp chảy máu não sâu mức lớn có biến chứng tràn máu vào não thất tỷ lệ tử vong cao (73%).

+ Thời gian từ khi khởi phát đến khi nhập viện trong 24 h là 50,5% (trong đó trước 6 h là 42,7%) ở một bệnh viện trung tâm thủ đô sẽ là quá chậm, trong khi đó ở một bệnh viện tương tự trong các nước phát triển thời gian nhập viện từ 1 - 2 h. Điều này rất quan trọng vì cơ hội điều trị thường chỉ trong 3 - 6 h đầu.

+ Chụp CT sọ não giúp phân loại nhanh giữa chảy

máu não và thiếu máu não, cần phải làm ngay trong giờ đầu vì CT chính là "tiêu chuẩn vàng" để xác định chảy máu não, từ đó có kế hoạch điều trị bảo tồn hoặc lấy bỏ khối máu tụ. CT còn giúp tiên lượng sớm bệnh dựa trên sự đánh giá khối lượng máu chảy trên các lớp cắt. Trong nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy thời gian chụp CT trong 6 h đầu sau khi nhập viện chỉ đạt 15%, chụp sau 24 h là 5%. Vấn đề đặt ra là phải có chỉ định chụp CT rộng rãi, đồng loạt và phải bố trí kịp chụp CT thường trực 24/24 h, thủ tục chụp CT phải đơn giản. Có như vậy mới giúp đỡ tích cực cho cấp cứu và hạ thấp tỷ lệ tử vong cũng như tàn phế của bệnh nhân đột quy.

- Như đã biết, tăng huyết áp (HA) kéo dài dẫn đến tổn thương động mạch (chủ yếu là các động mạch nhỏ). Ở các động mạch này có thoái hoá fibrin, thoái hoá hyalin dẫn đến giảm đàn hồi thành mạch và tạo nên các vi phình mạch có kích thước từ 0,5 - 2 mm (phình mạch Charcot - Bonchard). Khi tăng HA đột ngột, phình mạch sẽ bị vỡ gây nên chảy máu não. 156 BN chảy máu não có chỉ số HA thông thường hàng ngày trước đột quy cho thấy: 78,2% có HA tối thiểu từ 90 mmHg trở lên, 63% có HA tối đa từ 140 mmHg trở lên. Đây là các chỉ số dự báo quan trọng báo hiệu nguy cơ của bệnh mạch máu nói chung và đột quy máu não nói riêng. Nên có kế hoạch theo dõi HA thường xuyên phối hợp giữa BN và thầy thuốc để dự phòng tích cực sẽ giảm được tỷ lệ đột quy xuống thấp hơn nhiều. Ở các nước phát triển, các bác sĩ gia đình (family doctor) đóng vai trò quan trọng trong phát hiện và duy trì sự ổn định HA ở các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao này.

Khi đột quy xảy ra, 96,9% có HA tối thiểu trên 90 mmHg (trong đó HA > 110 mmHg chiếm 49,3%). HA tối đa > 160 mmHg là 100% (trong đó trên 180 mmHg là 84%). Các nghiên cứu cho thấy, khi chảy máu não, khối máu tụ có thể tăng lên tới 30% trong ít giờ đầu tiên và sẽ làm nặng nề hơn ở các bệnh nhân tăng HA. Vì vậy, sự giảm áp lực máu trong thời kỳ này có ý nghĩa rất lớn (HA động mạch trung bình phải < 125 mmHg là điều cần thiết và bắt buộc). Ý kiến cho rằng HA cao chỉ là phản ứng thần kinh thực vật sau khi chảy máu là chưa có cơ sở chắc chắn.

- Nghiên cứu cắt đoạn giải phẫu động mạch từng lớp đã nhận thấy, chảy máu phát sinh từ thành một động mạch đã bị biến đổi do vữa xơ động mạch (VXĐM), hậu quả của tăng huyết áp. Các xét nghiệm đánh giá chỉ số mỡ bao gồm (Cholesterol, Tryglicerid,

HDL - C), trong đó HDL - C là chất vận chuyển Cholesterol dư thừa từ các tế bào ngoại vi về gan để phân hủy. Nếu lượng HDL - C thấp, gián tiếp nói lên tình trạng VXD. 68 BN chảy máu não trong nhóm nghiên cứu được theo dõi 3 chỉ tiêu trên cho thấy 70 - 79% lượng cholesterol, triglycerid trong giới hạn bình thường, chỉ có 51% lượng HDL - C < 0,9 mmol/l. Vấn đề này cần tiếp tục nghiên cứu để đánh giá cụ thể hơn.

- Lượng glucoza máu, thời gian máu đông, máu chảy theo thống kê đều không thấy thay đổi có ý nghĩa trong các trường hợp chảy máu não.

- 49% có bạch cầu tăng trong máu ngoại vi (nhất là trong các trường hợp chảy máu lớn tràn vào não thất). Đây có thể là phản ứng huy động các đại thực bào của cơ thể đến vây bọc vòng ngoài của chảy máu. Bạch cầu tăng trong máu ngoại vi trong giờ đầu là một chỉ dẫn gợi ý chảy máu trong não.

Trong chảy máu bán cầu não, chảy máu não sâu (nhân xám dưới vỏ, bao trong, đồi thị...) có tỷ lệ tử vong 43%, nếu có biến chứng tràn máu vào não thất, tỷ lệ tử vong là 73%. Trong khi chảy máu não nông, tỷ lệ tử vong là 2,7%, lút não thất 100% tử vong.

- Vị trí chảy máu não, khối lượng máu chảy, điểm GLASGOW ban đầu có thể dự báo chính xác tỷ lệ tử vong và tàn phế trong 30 ngày đầu của bệnh tới 96 - 98%.

KẾT LUẬN

- Các BN trên 50 tuổi có yếu tố nguy cơ cao (HA tối đa > 140 mmHg, tối thiểu > 90 mmHg, lượng HDL - C thấp < 0,9 mmol/l) là nguồn gốc dễ dẫn tới chảy

máu não nguyên phát.

- Phim chụp CT, chọc dịch não tủy, bạch cầu ngoại vi tăng trong giờ đầu giúp chẩn đoán xác định chảy máu não và có giá trị tiên lượng bệnh.

- Thời gian nhập viện, chỉ số GLASGOW, vị trí khối lượng chảy máu giúp tiên lượng bệnh và ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Đăng.
Tai biến mạch máu não, NXBYH, 1997.
2. Nguyễn Văn Thông
Bệnh mạch máu não và các cơn đột quỵ, NXBY 1997.
3. Nguyễn Văn Thông, Nguyễn Hoàng Ngọc
Nhận xét một số yếu tố nguy cơ trên 105 bệnh nhân đột quỵ máu não điều trị tại khoa nội thần kinh BVTƯ 108 từ 1995 - 1997, Tạp chí Y học thực hành, số 2 (3/1998 Tr 42 - 44.
4. Raymond. Adams, Maurice Victor, Allan Ropper
Principles of Neurology, Sixth Edition, 1997
5. David O. Wiebers, Valery L. Feigin, Robert Brown, J
Hand book of Stroke, Lippincott - Raven, 1997
6. Eelco F. M. Wijdicks
The clinical practice of critical care Neurology Lippincott - Raven, 1977./.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI CỦA TẾ BÀO HỌC CHỌC HÚT BẰNG KIM NHỎ DƯỚI SỰ HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN

NGUYỄN MẠNH TRƯỜNG;

NGUYỄN KHÁNH TRẠCH; PHẠM THỊ THU HỒ;

TRẦN THỊ MINH PHƯƠNG; ĐÀO VĂN LONG

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Phương pháp tế bào học chọc hút kim nhỏ không những được áp dụng với các u ở nông mà còn được áp dụng với các khối u ở các cơ quan nằm sâu trong cơ thể trong đó có ung thư gan. Trong chẩn đoán tế bào học ung thư gan, việc cải tiến kỹ thuật chọc hút kim nhỏ dưới sự hướng dẫn của siêu âm đã đem lại hiệu quả cao của phương pháp. Trong nước cũng đã

có một công trình nghiên cứu về tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới sự hướng dẫn của siêu âm. Tuy nhiên trong công trình này tác giả mới chỉ đánh giá giá của phương pháp trong chẩn đoán ung thư gan. Trong công trình này chúng tôi muốn đi sâu phân tích đặc điểm hình thái tế bào học và đánh giá nghĩa của tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới sự hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Các phiến đồ tế bào học của 141 bệnh nhân được chẩn đoán tế bào học là ung thư biểu mô tế bào gan đã được nghiên cứu. Các phiến đồ tế bào học này đã được chọc hút dưới sự hướng dẫn của siêu âm và được nhuộm Giemsa. Kết quả chẩn đoán được xác định bởi hai bác sĩ giải phẫu bệnh.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu chung được trình bày ở các bảng dưới đây:

Bảng 1. Phân bố theo mật độ tế bào

Mật độ tế bào	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Giàu tế bào	129	91.48
Nghèo tế bào	12	8.51
Tổng số	141	

Một số đặc điểm khác về tế bào học được trình bày ở bảng 3 dưới đây:

Bảng 2. Phân bố các đặc điểm tế bào học

Đặc điểm tế bào học khác	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Có tế bào đứng thành đám	128	90.78
Tế bào đứng riêng lẻ hoàn toàn	13	9.21
Có tế bào gan bình thường	2	1.41
Có tế bào ống mật	1	0.70
Có bạch cầu đa nhân	8	5.67
Có các giải xơ	12	8.51

Chúng tôi đã thử xếp độ nhân của một số trường hợp phiến đồ giàu tế bào. Kết quả được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3. Phân độ nhân của trường hợp

Độ phân	Số trường hợp	Tỷ lệ (%)
Độ I	17	19.55
Độ II	43	49.42
Độ III	27	31.03
Tổng số	87	100

ĐÁNH GIÁ CHUNG:

Phần lớn các trường hợp là những phiến đồ giàu tế bào. Việc chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan thường dễ dàng hơn khi phiến đồ giàu tế bào. Ở những trường hợp phiến đồ nghèo tế bào đòi hỏi phải xem xét kỹ lưỡng và tìm những bất thường về tế bào học để chẩn đoán.

Trong đa số các trường hợp, các tế bào ung thư đứng thành đám hay thành các bè tế bào (90,78%). Những trường hợp tế bào ung thư đứng riêng lẻ chiếm tỷ lệ thấp (9,21%). Những tế bào đứng thành đám hay thành bè gợi lại hình ảnh của các bè gan ung thư. Có những trường hợp các tế bào ung thư tạo thành các giải chia nhánh. Hình ảnh này giống cấu trúc của ung thư biểu mô tế bào gan quan sát thấy trên mô bệnh học. Đó là những "bè" tế bào lớn gồm nhiều hàng tế

bào, giữa các bè lớn tế bào này có các khe gợi lại hình ảnh của các mao mạch nan hoa. Chúng tôi không nhìn thấy hình ảnh của các tế bào giống các tế bào nội mô nằm rải rác các bè tế bào này.

Về tế bào học, những tế bào ung thư đứng thành đám thường có bào tương ưa kiềm. Tỷ lệ nhân/nguyên sinh chất tăng. Nhân tế bào to nhỏ không đều, có thể có một hay nhiều hạt nhân. Những tế bào ung thư đứng riêng lẻ thường là những tế bào có nhân trần. Những tế bào đứng riêng lẻ này thường có tính chất không đồng đều về kích thước rõ rệt.

Một hình ảnh tế bào học khác quan trọng của ung thư biểu mô tế bào gan là sự không đều của màng nhân tạo thành các rãnh hoặc hình răng cưa. Những thể vùi của bào tương trong nhân tuy ít gặp.

Đa số trường hợp các phiến đồ chọc hút chỉ lấy được các tế bào ung thư. Số những phiến đồ có lẫn những tế bào gan bình thường chiếm tỷ lệ thấp. Điều đó chứng tỏ tính chính xác của kỹ thuật chọc hút kim nhỏ dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

Những phiến đồ chọc hút ung thư biểu mô tế bào gan thường không có các tế bào ống mật. Biểu mô ống mật có thể bị hút ra từ những gan lành xung quanh. Các tế bào ống mật thường kèm theo các tế bào gan lành không phải u hơn là xen lẫn với các tế bào u.

Những tế bào viêm đi kèm cũng chiếm tỷ lệ thấp (5,67%). Ở một số trường hợp phiến đồ thường có các giải tế bào xơ lẫn với các sợi tạo keo.

Kết quả phân độ nhân tế bào gan cho thấy đa số các trường hợp thuộc độ nhân II và III.

BÀN LUẬN

Nhiều công trình nghiên cứu đã đề cập đến vai trò của tế bào học chọc hút kim kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan.

Nghiên cứu của Barten và cộng sự (1989) cho thấy tế bào ung thư giống tế bào gan, sắp xếp của các tế bào ung thư giống các tít mô học khác nhau của ung thư biểu mô tế bào gan và có các sắc tố mật trong tế bào là đặc điểm tế bào học của ung thư biểu mô tế bào gan. Những đặc điểm tế bào học khác của ung thư biểu mô tế bào gan là tế bào u đa hình thái và hạt nhân to. Trong nghiên cứu của Wee và cộng sự (1991), ung thư biểu mô tế bào gan biệt hóa có đặc điểm là sự giống của các tế bào u với các tế bào gan (83%), các đám tế bào giống nhau với cách sắp xếp dạng bè (72% và có những tế bào nội mô của những mao mạch nan hoa (66% trường hợp). Các hình thức khác bao gồm sản xuất mật (38%), các nhân trần tế bào gan không điển hình (52%), hình thành các túi tuyến (31%), các hốc nội bào tương (14%) và các hình thái mạch bất thường (14%). Ung thư biểu mô không biệt hóa có những tế bào đa hình thái không dính nhau. Những hình ảnh bất thường về tế bào học của ung thư biểu mô tế bào gan gồm thoái

hóa mỡ của những tế bào gan biệt hóa cao, và ung thư biểu mô tế bào gan với thành phần túi tuyến chiếm ưu thế. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đa số các trường hợp các tế bào gan xếp thành các bè tế bào gọi lại hình ảnh của các bè tế bào ung thư quan sát thấy trên mô bệnh học. Chính hình ảnh này cho phép phân biệt ung thư biểu mô tế bào gan với ung thư biểu mô ống mật và các ung thư thứ phát khác. Chúng tôi không gặp hình ảnh các tế bào gan chế mật, không thấy có các tế bào giống tế bào nội mô cạnh các bè gan.

Về giá trị của tế bào học chọc hút kim nhỏ trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan, trong nghiên cứu của Roget và cộng sự (1989) chẩn đoán chính xác ung thư biểu mô tế bào gan đã được xác định ở 26 trong số 28 bệnh nhân (độ nhạy = 93%). Tính đặc hiệu của phương pháp là 100%. Trong nghiên cứu của Herszenyi và cộng sự (1995) chẩn đoán cuối cùng là u ác tính đã được xác định ở 166 trường hợp (73%) (145 ung thư biểu mô tế bào gan, 21 di căn). Các tổn thương lành tính được chọc hút ở 60 trường hợp (27%). Độ nhạy của kỹ thuật này là 93% và độ đặc hiệu là 100%. Kết quả nghiên cứu của các tác giả khẳng định lợi ích của sinh thiết hút kim nhỏ dưới sự hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán các u ác tính của gan. Phương pháp đơn giản, an toàn, không có các tác dụng phụ quan trọng. Các tác giả cho rằng sinh thiết hút kim nhỏ dưới sự hướng dẫn của siêu âm là phương pháp lựa chọn hàng đầu trong các kỹ thuật thăm dò xâm phạm với các tổn thương lành tính thành ổ của gan và các u ác tính. Nghiên cứu của Mondal và cộng sự (1991) nhằm mục đích đánh giá tính chính xác của tế bào học chọc hút kim nhỏ trong chẩn đoán các bệnh gan nghi ngờ ác tính. Độ chính xác của chẩn đoán là 99,59%. Không có dương tính giả. Không có biến chứng. Phương pháp được bệnh nhân chấp nhận dễ dàng. Các tác giả cũng rút ra kết luận là tế bào học chọc hút kim nhỏ là phương pháp phát hiện u ác tính đơn giản, nhanh, kinh tế, an toàn và đáng tin cậy. Nó có lợi ích rõ khi nó thay thế phương pháp nặng nề hơn như mổ ổ bụng thăm dò. Trong công trình nghiên cứu của Ljubicic và cộng sự (1992), độ chính xác của tế bào học chọc hút kim nhỏ dưới sự hướng dẫn của siêu âm trong chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan là 92%. Tính đặc hiệu của phương pháp là 100%. Các tác giả cho rằng chọc hút tế bào dưới sự hướng dẫn của siêu âm, sau đó xét nghiệm tế bào học là cần thiết trong chẩn đoán và phân biệt giữa những tổn thương lành tính và ác tính của gan.

Wee và cộng sự (1994) đã so sánh hình ảnh tế bào học của ung thư biểu mô tế bào gan ở hai thái cực của sự biệt hóa: biệt hóa rất cao và kém biệt hóa. Một số hình ảnh tế bào của ung thư biểu mô tế bào gan biệt hóa rất cao là kích thước tế bào u nhỏ cùng với tăng tỷ lệ nhân/ nguyên sinh chất, mức độ không điển hình tế bào nhẹ, các bè tế bào gan hẹp với khuynh hướng không dính của các tế bào. Đặc điểm có ý nghĩa trong chẩn đoán tế bào học ung thư biểu mô tế bào gan kém biệt hóa là sự tách rời của các tế

bào, các tế bào lớn với nhân hình trứng và màng dày, và một hay nhiều hạt nhân lớn với một nhân có hình thận. Trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá độ biệt hóa của ung thư biểu mô tế bào gan bằng cách đánh giá độ nhân. Độ nhân được làm ba mức độ: độ 1 là biệt hóa cao, độ 2 là biệt hóa vừa, độ 3 là kém biệt hóa. Tuy nhiên đây mới là kết quả bước đầu, cần tiếp tục đối chiếu kết quả giá mức độ biệt hóa trên tế bào học với việc đánh giá độ biệt hóa trên mô bệnh học.

Theo Greene (1984) những phiên đồ chọc hút kim nhỏ ung thư biểu mô tế bào gan thường chứa nhiều bào. Viêm thương không phổ biến trong ung thư biểu mô tế bào gan và thường phổ biến hơn trên các phiên đồ chọc hút các tổn thương lành tính của gan. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy trường hợp có các tế bào viêm thấp (5,67%) thì tròn và to đều. Đa hình thái tế bào thường phổ biến nhưng kích thước không đồng đều của nhân tế bào gan không có ý nghĩa chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (Sole và cộng sự, 1993).

Tế bào có hai nhân hoặc nhiều nhân tương phổ biến nhưng cũng có thể gặp trong những thương lành tính. Một hình ảnh đặc biệt của ung thư biểu mô tế bào gan là có những mảnh nhân nhỏ nhân nhỏ hoặc nhân vệt tinh vây quanh những nhân mẹ. Những nhân trần không điển hình cũng phổ biến. Đôi khi những nhân trần nhiều gợi ý hình ảnh của u lympho ác tính hay một ung thư biểu mô không biệt hóa. Tuy nhiên sự có mặt vừa phải của nhân trần, cả khi không điển hình cũng không đủ để chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào gan (Sole và cộng sự, 1993).

Một hình ảnh tế bào học khác quan trọng của ung thư biểu mô tế bào gan là sự không đều của màng nhân tạo thành các rãnh hoặc hình răng cưa. Những thể của bào tương trong nhân tuy không đặc hiệu nhưng có trong một nửa tới một phần ba số trường hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vũ Văn Vu; Đỗ Bình Minh; Nguyễn Chấn Hùng cộng sự. Chọc hút chẩn đoán tế bào bằng kim nhỏ siêu âm hướng dẫn trong ung thư gan nguyên phát. Y học TP.HCM - Số đặc biệt chuyên đề ung thư. 1997: 100.
2. Cohen-MB; Haber-MM; Holly-EA; et al
Cytologic criteria to distinguish hepatocellular carcinoma from nonneoplastic liver. Am-J-Clin-Path 1991 Feb; 95(2): 125-130.
3. Greene C.A; Suen K.C.
Some cytologic features of hepatocellular carcinoma as seen in fine needle aspirates. Acta Cytol. 1984; 2: 713-718.
4. Guindi-M; Yazdi-HM; Gilliat-M
Fine needle aspiration biopsy of hepatocellular carcinoma. Value of immuno-cytochemical and ultrastructural studies. Acta-Cytol. 1994; 38(3): 385-391.
5. Mondal-A
Cytodiagnostic accuracy of hepatic malignancy by fine needle aspiration biopsy. J-Indian-Med-Assoc 1999; 89(8): 222-224.

PHẪU THUẬT LÙI CƠ NÂNG MI ĐỂ ĐIỀU TRỊ CƠ RÚT MI TRÊN

PHẠM NGỌC BÍCH, VŨ BÍCH THUY
ĐỖ QUANG NGỌC

ĐẶT VẤN ĐỀ

Cơ rút cơ nâng mi (CRCNM) là một triệu chứng mắt của một số bệnh mà hàng đầu phải kể đến là bệnh Basedow (chiếm tới 50% trường hợp bệnh mắt do Basedow¹). Ngoài ra CRCNM còn có thể xảy ra sau chấn thương (kể cả chấn thương do phẫu thuật). Cũng có khi người ta không tìm được nguyên nhân rõ ràng nào cả.

Hậu quả của CRCNM trước tiên là về mặt thẩm mỹ và làm ảnh hưởng đến đời sống tâm lý của bệnh nhân. Ngoài ra những trường hợp nặng có thể dẫn đến các biến chứng nghiêm trọng do hở mi gây ra nếu như không được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Trên thế giới, phẫu thuật điều trị CRCNM đã được tiến hành từ nhiều thập kỷ nay¹. Ở Việt Nam, trước đây Viện Mắt chưa đặt vấn đề phẫu thuật để điều trị cho những bệnh nhân CRCNM. Nay do yêu cầu thẩm mỹ và để tránh những biến chứng do hở mi, chúng tôi bước đầu nghiên cứu phẫu thuật điều trị CRCNM có tính chất thăm dò.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

Từ tháng 5-1996 đến tháng 11-1997, tại Khoa nhi - Viện Mắt chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cho 10 trường hợp CRCNM (gồm 6 nam và 4 nữ). Bệnh nhân trẻ nhất là 18, già nhất là 67 tuổi (tuổi trung bình: 33). Hình thái hai mắt gặp ở 3 trường hợp, còn 7 trường hợp là ở một mắt (3 mắt phải và 4 mắt trái). Các khám xét lâm sàng như đo thị lực, vận nhãn, độ lác, độ lồi đều bình thường. Trong 10 trường hợp này chỉ có 3 bệnh nhân là có tiền sử là bị bệnh Basedow và đã được điều trị ổn định, còn lại 2 ca do chấn thương, 1 ca bị từ nhỏ (bẩm sinh), còn lại 4 ca không tìm thấy được nguyên nhân gì (chúng tôi tạm coi là vô căn). Cả 10 bệnh nhân này đều ở mức độ cơ rút vừa phải (từ 2-4mm).

2. Phương pháp nghiên cứu:

a. Lập hồ sơ bệnh án

- Khai thác bệnh sử
- Khám xét lâm sàng
- Khám chuyên khoa nội tiết, thần kinh
- Các xét nghiệm cận lâm sàng

b. Điều trị phẫu thuật

- * Về thời gian chỉ định phẫu thuật

Với các bệnh nhân cường giáp, chúng tôi chỉ tiến hành can thiệp phẫu thuật trong thời gian ít nhất là 9 tháng mà bệnh nhân không có triệu chứng cường giáp nào cả về lâm sàng và xét nghiệm.

- * Phương pháp phẫu thuật được chúng tôi áp dụng là phẫu thuật lùi cơ nâng mi. Chi tiết các thi phẫu thuật như sau:

- Gây tê tại chỗ hai điểm thần kinh trán và lệ bằng Xylocaine

- Rạch da song song với bờ mi và cách bờ tự do 2-5mm tùy theo cấu tạo nếp mi của từng bệnh nhân.
- Rạch tới mặt sụn, tách cơ vòng cung mi
- Phẫu tích cơ nâng mi trên, luồn kẹp cơ. Cắt cơ khỏi chỗ bám và phẫu tích cơ dài khoảng 8mm.
- Khâu vùi đầu cơ dính với kết mạc cùng đồ trên bằng khâu vát chữ U chỉ 6/0 Vicryle. Thường chúng tôi khâu lùi 2mm cơ cho 1mm cơ rút mi. Sau đó có thể cho bệnh nhân ngồi dậy và quan sát, nếu bờ mi hạ xuống đủ mức là đạt yêu cầu. Nếu chưa đủ thì phải tách thêm cơ nâng mi.
- Đóng vết thương khâu da tạo mi, băng ép.
- Chú ý: - Những bệnh nhân được mổ đều có cơ rút mi ở mức độ vừa vì vậy việc lùi cơ được thực hiện kết hợp lùi cả cơ Muller và cơ nâng mi trên.
- Sau khi khâu dính, nếu bờ mi còn cao thì dính một mũi chỉ 4/0 vào bờ mi và kéo mi xuống dần bằng dính vào má, để chỉ 7 ngày. Nếu sau mổ còn non thì có thể day mi để chống dính và chống cơ rút tái phát.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Kết quả về mức độ hạ mi.

Chúng tôi chia làm 3 mức độ như sau:

- Tốt: nếu như mi hạ hơn trước mổ, che rìa giác mạc 1mm, 2 mi cân.
- Trung bình: mi hạ hơn trước mổ nhưng còn chênh lệch nhẹ giữa 2 mắt.
- Xấu: mi co rút như cũ hoặc mạnh hơn.

Theo cách đánh giá ở trên, chúng tôi có kết quả nghiên cứu theo thời gian như sau:

- Ngay sau mổ: cả 10/10 bệnh nhân đều có sụp mi nhẹ

Sau mổ:

Thời gian	Tốt	Trung bình	Xấu
1-2 tuần	10	0	0
1-2 tháng	8	2	0
6 tháng	6	3	1

2. Biến chứng phẫu thuật:

- Trong mổ: Nói chung không có gì đặc biệt
- Sau mổ:
 - + Co rút tái phát: Chúng tôi gặp ở 4/10 trường hợp và thường xảy ra sau 1-2 tháng đầu sau mổ.
 - + Sụp mi thứ phát sau mổ: Chúng tôi không gặp trường hợp nào.
 - + Nếp mi to hơn bình thường: Ngoài việc đánh giá mức độ hạ mi còn một điều quan trọng không thể không nói tới về mặt thẩm mỹ là sự cân xứng của nếp mi ở hai bên mắt. Sau mổ có tới 8/10 bệnh nhân nếp mi to hơn

bình thường và chúng tôi coi đây là một trong những biến chứng của phẫu thuật.

3. Bàn luận

Phẫu thuật điều trị CRCNM không chỉ nhằm mục đích là phẫu thuật thẩm mỹ mà còn để phòng biến chứng viêm loét giác mạc do hở mi gây ra. Tuy nhiên, trong số những bệnh nhân mà chúng tôi đã can thiệp phẫu thuật thì phần lớn là do yêu cầu thẩm mỹ. Do đó mục tiêu đề ra là không những phải hạ được mi mà còn phải tạo được nếp hằn mi hai bên đều nhau. Hơn nữa mục tiêu đó phải là kết quả lâu dài. Từ những kết quả bước đầu đạt được chúng tôi có một số nhận xét sau:

* Về kỹ thuật: Có nhiều kỹ thuật mổ để điều trị CRCNM (1). Việc chỉ định kỹ thuật cũng khác nhau tùy theo mức độ co rút mi và thói quen của từng phẫu thuật viên. Adenis (1991) có đưa ra chỉ định kỹ thuật như sau¹:

Với co rút nhẹ <2mm: Cắt bỏ cơ Muller qua đường kết mạc hoặc tách cơ Muller qua đường kết mạc.

- Co rút trung bình 2-6mm:

+ Cắt bỏ cơ Muller (qua đường da hoặc đường kết mạc) kết hợp với lùi cơ nâng mi.

+ Lùi toàn bộ cơ nâng mi - cơ Muller qua đường da.

+ Cắt bờ cơ nâng mi.

+ Hạ mi bằng đặt mảnh ghép.

- Co rút nặng >6mm: kỹ thuật được lựa chọn là phẫu thuật hạ mi bằng đặt mảnh ghép.

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có CRCNM ở mức độ vừa phải: từ 2-4 mm nên phẫu thuật lùi cơ nâng mi và cơ Muller mà chúng tôi áp dụng là kỹ thuật phù hợp và có hiệu quả điều trị. So với các kỹ thuật mổ khác, phẫu thuật lùi cơ nâng mi có ưu điểm là một phương pháp định lượng được (nghĩa là ta có thể chủ động chỉ định mức độ lùi cơ tùy theo mức độ CRCNM 1,3). Theo các tác giả này, chúng tôi thường tiến hành khâu lùi cơ nâng mi và cơ Muller: cứ 2mm khâu lùi cơ cho 1mm co rút. Giá trị này không phải là tuyệt đối vì chúng tôi còn điều chỉnh lại mức độ khâu lùi bằng cách cho bệnh nhân ngồi dậy và quan sát mức độ hạ mi. Tuy nhiên chúng tôi thấy rằng đây cũng là một con số tham khảo rất có giá trị để định hướng ban đầu cho chúng ta mức độ lùi cơ sao cho không quá chỉnh hoặc chỉnh còn quá non. Nhược điểm của phương pháp này là đường rạch phải qua da, yêu cầu kỹ thuật phức tạp hơn do với phẫu thuật cắt cơ Muller và phải nắm vững và các cấu trúc giải phẫu.

* Về kết quả phẫu thuật: Rõ ràng là phẫu thuật cơ nâng mi là có hiệu quả để điều trị CRCNM. Về phương diện chức năng, các trường hợp sau mổ mi hạ được, che phủ vùng rìa và tránh được các biến chứng do hở mi. Về phương diện thẩm mỹ: sự cân xứng giữa hai mi của hai mắt mang lại lợi ích lớn về mặt tâm lý xã hội cho bệnh nhân, giúp cho bệnh nhân phần khởi, yêu đời hơn.

Putterman (1980) có tổng kết 10 năm điều trị CRCNM bằng phương pháp cắt bỏ cơ Muller kết hợp với lùi cơ nâng mi: trong 111 trường hợp được phẫu thuật thì 103 ca đạt kết quả tốt (92,8%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, vì số lượng bệnh nhân chưa nhiều, thời gian theo dõi chưa dài nên khó có thể đưa ra được sự so sánh nào có ý nghĩa về kết quả phẫu thuật.

* Về biến chứng của phẫu thuật:

Trong 10 bệnh nhân được theo dõi trên 6 tháng thì ca bị co rút tái phát (3 ca có kết quả trung bình và 1 xấu). Có thể là sau phẫu thuật tuy đầu cơ đã lùi xa trên sụn nhưng do tính chất đàn hồi của kết mạc nên cơ co, kết mạc cũng co làm cho chỗ lùi cơ tiến gần trở bờ trên sụn nên dễ co rút tái phát. Hơn nữa trong trường hợp tái phát thì có 2 bệnh nhân CRCNM cường giáp. Các tác giả cho rằng CRCNM trong rối loạn chức năng tuyến giáp thường nặng và kết quả điều kém dần theo thời gian 3. Phẫu thuật cắt cơ Muller thuận không có kết quả với co rút trên 2mm và cần phải bổ xung bằng phẫu thuật lùi cơ nâng mi. Tuy nhiên mi vẫn có thể còn tiếp tục co rút và vì vậy mà chúng thường nhận được một kết quả hơi quá điều chỉnh ngay sau phẫu thuật.

Kết quả về thẩm mỹ còn chưa đạt được yêu cầu có đến 8/10 bệnh nhân có nếp mi to sau mổ. Điều này cần phải xem xét lại về đường rạch da cũng như kỹ thuật khâu da tạo mí. Ngoài ra, ở chỗ định lùi cơ do lớp da tổ chức dưới da mỏng mảnh nên dễ tạo ra nếp hằn mi bờ tự do và nếp mi to hơn bình thường, do đó chúng cũng nghĩ đến việc tìm một chất liệu thay thế để phủ vào chỗ khuyết do tách và lùi cơ gây ra. Điều đó sẽ giúp cho tránh được nếp mi to cũng như giảm được tỷ lệ co rút tái phát sau mổ (3).

Việc săn sóc hậu phẫu đối với phẫu thuật này là rất quan trọng mà chủ yếu là động tác day mi. Cần day hàng ngày (từ 2 đến 3 lần một ngày). Điều đó có tác dụng chống dính trở lại và tránh hiện tượng co rút tái phát.

KẾT LUẬN

- Phẫu thuật điều trị CRCNM đã được tiến hành nước ngoài từ nhiều thập kỷ nay. Ở ta đến nay chưa có báo cáo đánh giá kết quả phẫu thuật trong khi yêu cầu điều trị của bệnh nhân ngày càng tăng nên việc nghiên cứu điều trị là rất cần thiết.

- Phẫu thuật lùi cơ nâng mi có kết quả để điều trị CRCNM. Đây là một phẫu thuật không quá phức tạp không đòi hỏi quá nhiều trang thiết bị, chi phí và đáp ứng được yêu cầu của bệnh nhân nên có thể phổ biến được.

- Phẫu thuật điều trị CRCNM là một vấn đề còn khó mới mẻ ở nước ta, còn nhiều điều cần phải tiếp tục nghiên cứu và có thể đưa vào trong chương trình đào tạo của chuyên ngành Mắt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Adenis J.P.; Chassain C.: Mailpositions palpébrale dans la maladie de Basedow. Dans: Chirurgie palpébrale. Doin éd. Paris, 1991, 272-288.
2. Baylis H.I.; Cies W.A.; Kamin D.F.: Correction of upper eyelid retraction. Am. J. Ophthalmol. 1976, 82 790-794.
3. Beyer-Machule C.K.: Surgical treatment of eyelid retraction. In: Grave's ophthalmopathy: Developments in diagnostic methods and therapeutic procedures. Karger ed. Munich 1989, 199-212.
4. Chalfin J.; Putterman A.M.: Muller's muscle excision and levator recession in the retracted upper lid. Arch Ophthalmol. 1979, 97, 1478-1482.
5. Goldstein I.: Recession of the levator muscle for lagophthalmos in exophthalmos goiter. Arch Ophthalmol. 1934, 1, 389-392.

KÍCH THÍCH DÂY THẦN KINH BẰNG DÒNG ĐIỆN CÓ THỂ LÀM GIẢM ĐAU CHO BỆNH NHÂN UNG THƯ

Electrical nerve stimulation may help reduce chronic pain in cancer patients

Doctor's Guide 31/1/99

Các nhà nghiên cứu của Trường Đại học Tổng hợp Texas - Trung tâm y tế miền Tây Nam (UT Southwestern) tại Dallas cho biết: dựa vào cách châm cứu chữa bệnh cổ xưa của người Trung Quốc, một kỹ thuật mới kích thích dây thần kinh bằng dòng điện có thể làm giảm cơn đau do ung thư di căn xương.

Trong Tạp chí Lâm sàng về giảm đau số tháng 12; các nhà khoa học của UT Southwestern trình bày tỉ mỉ những phát hiện về kích thích dây thần kinh qua da bằng dòng điện (PENS), một kỹ thuật đòi hỏi luồn mũi kim châm cứu vào mô mềm quanh xương, đã làm giảm đau đáng kể. Trong thủ thuật này, một dòng điện nhỏ đi qua kim, cắt đứt các dấu hiệu của cơn đau thông thường bằng cách kích thích thần kinh tại chỗ.

Một số ung thư di căn xương có thể gây đau dữ dội kinh niên thường không đáp ứng với thuốc giảm đau, kể cả morphine. Các nhà nghiên cứu đã phát hiện rằng PENS làm giảm nhu cầu thuốc gây mê và các thủ thuật xâm hại khác như kích thích tuỷ sống, và đã trở thành một bộ phận của biện pháp phối hợp nhằm điều trị chứng đau do ung thư và thậm chí, cả những chứng đau kinh niên khác.

Bác sĩ Paul White, chủ nhiệm khoa gây mê và kiểm soát cơn đau, UT Southwestern nói: "Mục đích của chúng tôi là bổ sung, chứ không phải loại trừ những kỹ thuật khác nhằm kiểm soát cơn đau, bằng cách giới thiệu PENS như một biện pháp trong chương trình chăm sóc bệnh nhân toàn diện". Bằng cách giúp bệnh nhân tránh các tác dụng phụ và phí tổn của nhiều liệu pháp xâm hại, chúng tôi cảm nhận PENS có thể cải thiện chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân chịu đau do ung thư. Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn sơ bộ, nhưng chúng tôi rất hứng thú với những gì đã đạt được và dự kiến sẽ thu được kết quả nhiều hơn trong những thử nghiệm lâm sàng sau này.

Báo cáo trình bày tỉ mỉ trường hợp 3 bệnh nhân được điều trị bằng PENS, thì 2 người - một bị ung thư tuyến tiền liệt di căn cột sống, còn người kia bị

ung thư đại tràng di căn xương - đã đỡ đau rõ rệt chỉ sau 30 phút kích thích. Nhưng đối với bệnh nhân thứ 3 bị ung thư túi mật di căn nhưng chưa có dấu hiệu di căn xương thì hiệu quả giảm đau không đáng kể. Dù PENS có vẻ không hiệu quả trong điều trị bệnh nhân ung thư chưa di căn xương, nhưng kết quả rất đáng khích lệ đối với bệnh nhân di căn xương. Ông White nói: "đau là một vấn đề khó xử lý, cho cả bác sĩ và bệnh nhân, vì vậy những khám phá sơ bộ này thật đáng phấn khởi. Bất kỳ tiến bộ nào chúng tôi đạt được nhằm đem lại sự dễ chịu cho bệnh nhân, đặc biệt bệnh nhân ở giai đoạn cuối của bệnh, đều là quan trọng".

P.L.

VACCIN NGĂN NGỪA TÁI PHÁT UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

Colon cancer vaccine appears to prevent recurrence

CNN 1/2/1999

Một nghiên cứu mới cho thấy vaccin thử nghiệm, làm từ các tế bào u của bản thân bệnh nhân, có thể giảm đáng kể tỷ lệ tái phát ung thư đại tràng. Phát hiện này được đăng trên tạp chí The Lancet của Anh, số ra gần đây nhất.

Vaccin được gọi là Onco VAX. Các nhà nghiên cứu cho một nhóm bệnh nhân đã phẫu thuật cắt bỏ ung thư đại tràng dùng vaccin và theo dõi trong 5 năm, thấy tỷ lệ tái phát ung thư đại tràng giai đoạn hai giảm 61%, tỷ lệ sống sót tăng 50%.

Giai đoạn hai là ung thư đã lan ra ngoài thành đại tràng nhưng chưa tới các vùng khác của cơ thể.

Tiến sĩ Gabriel Feldman của Hiệp hội Ung thư Mỹ nói: "Tôi nghĩ đây là một tiến bộ lớn trong điều trị ung thư giai đoạn sớm", tuy vậy kết quả này cần được xác minh lại trong một nghiên cứu khác. Các nhà nghiên cứu nói họ không thấy tác dụng phụ tức khắc hay lâu dài của vaccin này.

Khoảng một phần ba các trường hợp ung thư đại tràng được chẩn đoán khi bệnh đã quá rõ ràng thì phương thuốc này không hiệu quả. Tuy nhiên các chuyên gia nói nếu phát hiện triệu chứng sớm, thì cơ hội chữa bệnh tuyệt vời.

Các dấu hiệu bao gồm gây yếu, thay đổi nhu động ruột và đau bụng.

T.H.