

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có chẩn đoán bệnh chính hoặc bệnh kèm là bệnh xương khớp nhập viện điều trị tại Khoa Lão, Bệnh viện Ngũ Hành Sơn, TP Đà Nẵng trong thời khoảng từ tháng 3/2016 đến tháng 9/2016.

Mẫu thực hiện: n = 89 bệnh nhân.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thu thập và xử lý số liệu

Bằng phương pháp mô tả trực tiếp cắt ngang, thu nhập các dữ liệu theo mẫu thiết kế và sử dụng các phần mềm Excel 13.0 và Medcalc 8.0 để xử lý và phân tích số liệu. Số liệu cũng được kiểm chứng lại trên phần mềm SPSS 15.0.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung

1.1. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo giới tính

Nữ: 64,00%, nam: 36,0%, p < 0,05. Nghiên cứu này phù hợp với nghiên cứu của Lưu Thị Hiệp - nữ: 71,9%, nam: 28,1%. Trong một nghiên cứu khác của chúng tôi, ở bệnh thoái hóa cột sống, nữ: 68,50%, nam: 31,50% (p < 0,01).

1.2. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo thời điểm vào viện

Nhập viện chủ yếu vào viện ngày thứ hai (18,0%) và thứ ba (22,5%) sau khi khởi phát cơn đau hoặc ngày thứ bảy (21,3%) và sau đó (14,6%).

1.3. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo dịch vụ điều trị

BHYT: 98,90%, viện phí: 1,10%, p < 0,01. Trong các nghiên cứu chúng tôi đăng Tạp chí Y học thực hành 748 - số 1/2011, 804 - số 1/2012, 985 - số 11/2015, tỉ lệ nằm viện có BHYT lần lượt là 60,50%; 76,40% và 98,60%. Theo Bộ Y tế, BHYT năm 2010 khoảng 60%, năm 2011 khoảng 63%, năm 2012 khoảng 66,80% và năm 2013 khoảng 78%. Tại TP Đà Nẵng, năm 2012 là 91%, năm 2013 là 93,89%, năm 2014 là 92,50%, năm 2015 là 93,90% (năm 1993 là 7,50%).

1.4. Đặc điểm phân bố bệnh nhân theo tiền sử bệnh xương khớp

Có tiền sử: 48,30%, không có tiền sử: 51,70%, p > 0,05. Trong nghiên cứu khác của chúng tôi người có tiền sử đau cột sống là 58,90% và không là 41,10% (p > 0,05).

2. Đặc điểm lâm sàng

2.1. Tuổi trung bình

Chung: 72,54 ± 9,22, nữ: 73,63 ± 9,81, nam: 70,59 ± 7,83. Mode và median chung và nam đều bằng 72. Riêng mode và median nữ lần lượt: 62 và 72. Trong mẫu nghiên cứu, tuổi thấp nhất là 60 tuổi và cao nhất là 96. Riêng nam là 60 và 86, nữ là 60 và 96 tuổi.

2.2. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi

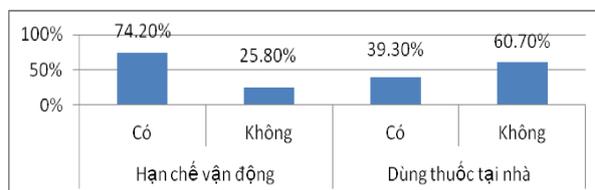
Bệnh nhân tập trung chủ yếu ở độ tuổi 60-69 và 70-79, với các tỉ lệ lần lượt là 39,30% và 38,2%. Nếu tính độ tuổi 60-79, tỉ lệ mắc bệnh là 77,50% (p < 0,01).

2.3. Cân nặng trung bình

Chung: 52,38 ± 9,45 (kg), nam: 56,22 ± 9,64, nữ: 50,23 ± 8,71.

Trong mẫu, cao nhất là 80 (kg) và nhẹ nhất là 35 (kg). Riêng nam trong cao nhất là 80 (kg) và thấp nhất 40 (kg), nữ lần lượt là 75 (kg) và 35 (kg).

2.4. Hạn chế vận động và dùng thuốc tại nhà



74,20 người bệnh bị hạn chế vận động, 39,30% dùng thuốc tại nhà trước khi đến bệnh viện, p < 0,01.

2.5. Phân bố bệnh nhân theo chẩn đoán

Bệnh chính: 69,70%, bệnh kèm: 30,30%; p < 0,01. Trong đó, 4,50% chỉ điều trị bệnh xương khớp và 96,50% điều trị đồng thời với các bệnh khác. Nghiên cứu của Lưu Thị Hiệp bệnh nhân thoái hóa cột sống có bệnh kết hợp 61,40%, của Mai Hữu Phước ở bệnh nhân thoái hóa cột sống >16 tuổi, bệnh chính 78,10% và 67,10% kết hợp các bệnh khác.

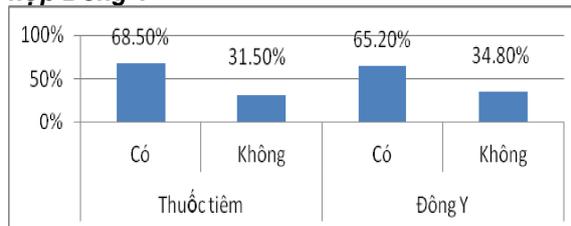
2.6. Phân bố bệnh nhân theo số lượng bệnh chẩn đoán - điều trị

Bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh xương khớp cùng lúc điều trị 3 bệnh là 44,90%, 2 bệnh là 25,80% và 4 bệnh là 23,60%. Nhìn chung, bệnh nhân có từ 2 đến 4 bệnh kèm chiếm tỉ lệ là 94,30% (p < 0,01).

2.7. Phân bố bệnh nhân theo số loại thuốc giảm đau sử dụng

Sử dụng 3 loại thuốc giảm đau chiếm tỉ lệ cao nhất (48,30%), dùng 1 loại là 15,70% và dùng 2 loại là 36,00%. Nhìn chung dùng từ 2-3 loại thuốc giảm đau chiếm đến 84,30% (p < 0,01).

2.8. Phân bố bệnh nhân theo thuốc tiêm và kết hợp Đông Y



68,50% giảm đau bằng thuốc tiêm, 65,20% phối hợp với Đông Y. Trong nghiên cứu chúng tôi ở người >16 tuổi bị thoái hóa cột sống có đến 86,30% giảm đau bằng thuốc tiêm và 80,80% phối hợp điều trị với Đông Y.

2.9. Số ngày nằm viện trung bình

Chung: 10,98 ± 3,46; nữ: 11,00 ± 3,76, nam: 10,94 ± 2,91. Số ngày điều trị trung bình của cả hai giới đều vượt trội hơn số ngày nằm điều trị trung bình theo tiêu chuẩn Bộ Y tế (< 7 ngày). Trong mẫu nghiên cứu, người nằm viện ít nhất 3 ngày, nhiều nhất 20 ngày.

Mode và median số ngày điều trị nam 11 và 11, nữ là 14 và 10, chung là 14 và 11.

3. Đặc điểm cận lâm sàng

3.1. Vị trí xương khớp bị thương tổn trên film X quang

Vùng thất lưng là khu vực có các đốt sống bị tổn thương nhiều nhất (57,30%), kế đến là cột sống đoạn cổ; 18,00% và khớp gối: 10,10%, kết hợp là 5,60%. Theo nghiên cứu của Đặng Hồng Hoa đau thất lưng chiếm tỉ lệ 65 - 80%, của Lưu Thị Hiệp là 50,00%. Trong nghiên cứu khác của chúng tôi ở người ≥ 16 tuổi, vùng thất lưng là khu vực có các đốt sống bị tổn thương chiếm tỉ lệ 75,30% và vùng cổ là 16,40%.

3.2. Vị trí tổn thương thường gặp

Trong bệnh lý xương khớp ở người cao tuổi, cột sống là khu vực chịu nhiều thương tổn nhất, chiếm tỉ lệ 80,90% ($p < 0,01$).

3.2. Hình thái xương khớp bị tổn thương trên film X quang

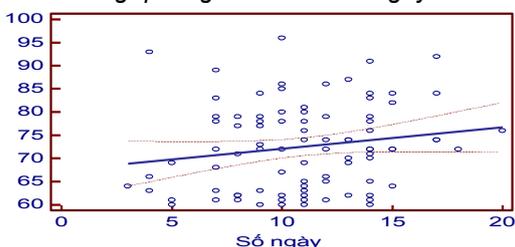
Thoái hóa: 69,70%, gai: 16,90%, các dạng tổn thương khác: 6,70%, $p < 0,01$. Nghiên cứu của Lưu Thị Hiệp hình ảnh thoái hóa cột sống là 70,10%, Nguyễn Văn Thạch là 73,30% và Mai Hữu Phước là 75,30%.

3.3. Số lượng đốt sống bị tổn thương trên film X quang

Số đốt sống bị thương tổn 5 đốt (48,30%) > 4 đốt (10,10%) > 3 đốt (7,90%) > 6 đốt (5,60%) > 2 đốt = 9 đốt = 10 đốt (2,20%).

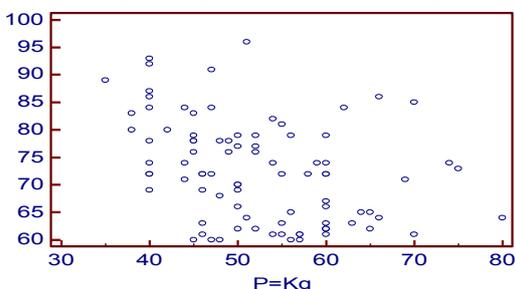
3.4. Các mối tương quan lâm sàng, cận lâm sàng

3.4.1. Tương quan giữa tuổi và số ngày nằm viện



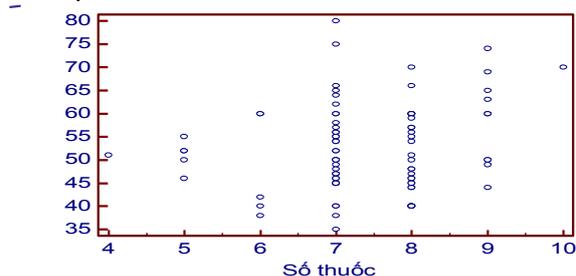
Có sự tương quan thuận, nhưng yếu giữa tuổi và số ngày nằm viện. Phương trình hồi quy biểu hiện sự tương quan: $y = 67,47 + 0,46x$; với $r = 0,17$; $p > 0,05$.

3.4.2. Tương quan giữa tuổi và cân nặng



Có sự tương quan nghịch giữa tuổi và trọng lượng cơ thể. Phương trình hồi quy biểu diễn sự tương quan: $y = 91,77 - 0,38x$; với $r = -0,38$; $p < 0,01$.

3.4.3. Tương quan giữa cân nặng và số loại thuốc điều trị



Có sự tương quan thuận, nhưng yếu giữa cân nặng và số lượng thuốc điều trị. Phương trình hồi quy biểu diễn sự tương quan: $y = 40,67 + 1,58x$; với $r = 0,18$; $p > 0,05$.

KẾT LUẬN

Mẫu $n = 89$ bệnh nhân là người cao tuổi mắc bệnh xương khớp điều trị tại Khoa Lão, Bệnh viện Ngũ Hành Sơn, TP Đà Nẵng chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

1. Đặc điểm chung

Nữ mắc bệnh nhiều hơn nam với các tỉ lệ lần lượt 64,00% và 36,00%, $p < 0,05$.

Người bệnh có BHYT là 98,9% và không BHYT là 1,10%, $p < 0,01$.

Tiền sử mắc bệnh thoái hóa cột sống: 48,30% và không tiền sử: 51,70%, $p > 0,05$.

2. Đặc điểm lâm sàng

Tuổi trung bình chung 72,54 \pm 9,22, nữ 73,63 \pm 9,81 và nam 70,59 \pm 7,83, mode và median tuổi chung và tuổi của nam đều bằng 72, $p < 0,01$.

Độ tuổi 60-69 mắc bệnh chiếm tỉ lệ 39,30% và 70-79 là 38,20%. Nếu tính trong khoảng tuổi từ 60 đến 79, tỉ lệ mắc bệnh 77,50%, $p < 0,01$.

Cân nặng cơ thể trung bình chung 52,38 \pm 9,45 (kg), nam 56,22 \pm 9,64 (kg) và nữ 50,23 \pm 8,71 (kg). Mode cân nặng của nữ là 40 và median là 48.

Có 74,20% người cao tuổi mắc bệnh xương khớp bị hạn chế vận động và 39,40% có dùng thuốc tại nhà trước khi nằm viện.

Chẩn đoán bệnh chính 69,70% và bệnh kèm 30,30%; $p < 0,01$. Chỉ có bệnh xương khớp là 4,50% và kết hợp bệnh khác là 95,50%, $p < 0,01$.

Bệnh nhân có từ 2 đến 4 bệnh đồng thời chiếm tỉ lệ là 94,30%, $p < 0,01$.

Kết hợp 3 loại thuốc giảm đau: 48,30%, 2 loại: 36,00%, 1 loại: 15,70%, $p < 0,01$.

Dùng thuốc tiêm: 68,50%, phối hợp với Đông Y: 65,20%, $p < 0,01$.

Số ngày điều trị trung bình chung 10,98 \pm 3,46; nữ 11,00 \pm 3,76 ($p < 0,05$) và nam 10,94 \pm 2,91 ($p > 0,05$). Mode và median của nam và mode chung đều bằng 11.

3. Đặc điểm cận lâm sàng

Thất lưng (L) bị tổn thương chiếm tỉ lệ cao nhất (57,30%), kế đến là cột sống đoạn cổ (C) 18,00% và khớp gối là 10,10%, kết hợp (C + L) là 5,6%, $p < 0,01$.

Vị trí tổn thương thường gặp là cột sống: 80,90%,

p < 0,01.

Hình ảnh xương khớp bị thoái hóa: 69,70% và gai: 16,90%, các dạng tổn thương khác: 6,70%, p < 0,01.

Số đốt sống bị thương tổn: 5 đốt (48,30%) > 4 đốt (10,10%) > 3 đốt (7,90%) > 6 đốt (5,60%) > 2 đốt = 9 đốt = 10 đốt (2,20%), p < 0,01.

4. Các mối tương quan lâm sàng , cận lâm sàng

Tương quan thuận , nhưng yếu giữa tuổi và số ngày nằm viện . Phương trình hồi quy biểu diễn sự tương quan: $y = 67,47 + 0,46x$; với $r = 0,17$; $p > 0,05$.

Tương quan nghịch giữa tuổi và cân nặng cơ thể . Phương trình hồi quy biểu diễn sự tương quan : $y = 91,77 - 0,38x$; với $r = - 0,38$; $p < 0,01$.

Tương quan thuận , nhưng yếu giữa cân nặng và số loại thuốc điều trị . Phương trình hồi quy biểu diễn sự tương quan: $y = 40,67 + 1,58x$; với $r = 0,18$; $p > 0,05$.

ĐỀ NGHỊ

Giáo dục các tư thế đúng của cột sống trong sinh hoạt và lao động, đặc biệt chú trọng ở trẻ nhỏ để có một cột sống phát triển hoàn chỉnh.

Tăng cường thông tin tuyên truyền những kiến thức cần bản về bệnh lý xương khớp nói chung và bệnh thoái hóa cột sống nói riêng.

Hướng dẫn cách tránh cho xương khớp nói chung và cột sống nói riêng bị quá tải bởi sự tác động của trọng lượng nặng một cách đột ngột, nhất tránh là vận động sai tư thế. Huấn luyện các bài tập tốt cho xương khớp, sửa chữa các tư thế xấu.

Phát hiện và điều trị kịp thời các dị tật của xương

khớp, nhất là cột sống.

Định hướng nghề nghiệp cho tuổi lao động phù hợp với tình trạng sức khỏe. Những người lao động nặng cần khám sức khỏe định kỳ, chụp X quang để phát hiện sớm những biến đổi của xương khớp và nhất là cột sống.

Chú ý rèn luyện sức khỏe người cao tuổi qua các phương pháp thể dục buổi sáng, thể dục dưỡng sinh, Yoga, tập khiêu vũ... để có một bộ xương khớp luôn luôn chắc khỏe.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (1998), *Hướng dẫn sử dụng biểu mẫu báo cáo thống kê bệnh viện, bảng phân loại quốc tế bệnh tật lần thứ mười (ICD-10)*, Anh - Việt, Nxb Y học, Hà Nội.

2. Hội Nội khoa Việt Nam (2009), *Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học - Đại hội và Hội nghị Nội khoa Toàn quốc lần thứ VI - tháng 4/2009*, Tổng hội Y học Việt Nam, Hà Nội.

3. Hội thấp khớp học Việt Nam (2012), *Phác đồ chẩn đoán và điều trị các bệnh cơ xương khớp thường gặp*, Tổng hội Y học, Hà Nội.

4. Lưu Thị Hiệp, *Khảo sát đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân đau vùng thắt lưng do thoái hóa cột sống*.

5. Nguyễn Đức Liên (2005), *Nghiên cứu chẩn đoán và kết quả phẫu thuật thoát vị đĩa đệm cột sống cổ tại Bệnh viện Việt Đức*.

6. <http://en.wikipedia.org/wiki/Spondylosis>.

7. <http://moh.gov.vn> (Website Bộ Y tế).

8. <http://soyte.danang.gov.vn> (Website Sở Y tế Đà Nẵng)

9. <http://lyhtt.vn> (Website tạp chí Y học thực hành).

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG THỜI GIAN SỐNG THÊM 5 NĂM CỦA NỒNG ĐỘ CEA TRƯỚC MỔ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ ĐẠI TRÀNG ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP HÓA CHẤT THEO PHÁC ĐỒ FOLFOX4 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HÀ NAM

LÊ QUANG MINH¹, TRẦN THỊ NHƯ QUỲNH²

¹Sở Y tế tỉnh Hà Nam, ²Bộ môn Nội, Đại học Y Dược Thái Bình

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư đại tràng đang trở thành một vấn đề của y tế cộng đồng, ngày càng được quan tâm bởi tỷ lệ mắc và tử vong cao trên toàn thế giới. Đối với bệnh nhân ung thư đại tràng từ sau giai đoạn II có nguy cơ cao, phẫu thuật kết hợp với phác đồ hoá chất hỗ trợ FOLFOX4 được xem là điều trị tiêu chuẩn. Chúng tôi đánh giá giá trị tiên lượng thời gian

sống thêm 5 năm của nồng độ CEA trước mổ ở bệnh nhân ung thư đại tràng điều trị bằng phẫu thuật kết hợp hóa chất theo phác đồ FOLFOX4 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả có theo dõi phân tích sau can thiệp.

Kết quả: Nghiên cứu 69 bệnh nhân ung thư đại tràng điều trị bằng phẫu thuật kết hợp hóa chất theo phác đồ FOLFOX4 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam từ 3/2011 đến 3/2016 có tuổi mắc bệnh trung bình $60,5 \pm 9,7$. Nam giới chiếm 55,1%. Khối u ở đại tràng phải 47,8%, đại tràng trái 52,2%. Kích thước khối u trên 5cm chiếm 62,3%, dưới 5cm 37,7%. Tỷ lệ bệnh nhân u giai đoạn III chiếm 71%. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm 30,5%. Thời gian sống trung

Chịu trách nhiệm: Lê Quang Minh
Email: drlequangminh@gmail.com
Ngày nhận: 23/3/2017
Ngày phản biện: 10/4/2017
Ngày duyệt bài: 24/4/2017
Ngày xuất bản: 20/5/2017

bình của nhóm nghiên cứu $36,7 \pm 3,2$ tháng. Khi nồng độ CEA trước mổ $>10\text{ng/l}$ thì khả năng của bệnh nhân ung thư đại tràng có thời gian sống thêm toàn bộ <5 năm cao hơn gấp 23,14 lần và thời gian sống thêm không bệnh <5 năm cao hơn gấp 22,54 lần bệnh nhân có nồng độ CEA $<10\text{ng/l}$.

Kết luận: Nồng độ CEA trước mổ có giá trị trong tiên lượng thời gian sống thêm trên 5 năm của bệnh nhân ung thư đại tràng.

Từ khóa: Ung thư đại tràng, thời gian sống thêm 5 năm, tiên lượng, CEA.

SUMMARY

EVALUATED THE 5-YEAR SURVIVAL TIME PRONOSTIC VALUE OF PREOPERATIVE CEA LEVEL OF COLON CANCER PATIENTS WAS TREATED WITH SURGERY AND ADJUVANT FOLFOX4 REGIMENT AT GENERAL HOSPITAL OF HANAM PROVINCE

Background: Colon cancer is becoming a matter of public health, is increasingly concerned by the incidence and mortality worldwide. For colon cancer patients after high risk phase II, surgery combined with FOLFOX4-assisted chemotherapy regimen is considered standard treatment. We evaluated of the 5-year survival time prognostic value of preoperative CEA levels in patients with colon cancer treated with surgical and FOLFOX4 regimen.

Method: The study describes the analysis of follow-up after the intervention. Results: 69 colon cancer patients was treated with surgery and FOLFOX4 regimen at General Hospital of Hanam Province between March, 2011 and March, 2016: average age 60.5 ± 9.7 . The proportion accounted for 55.1% of men. Tumor location: 47.8% on the right colon and 52.2% on the left. Above 5cm tumor size accounted for 62.3% and 37.7% had less than 5cm. The percentage of patients with stage III tumors dominated 71%. Survival rate after 3 years were 47.5%. Survival rate after 5 years were 30.5%. The average survival time of 36.7 ± 3.2 months. At preoperative CEA levels more than 10 ng/l, the probability of patients having a lifetime less than 5 years was 23.14 times higher, and the disease-free survival lifetime less than 5 years was 22.54 times higher patients with CEA less than 10ng/l.

Conclusion: Preoperative CEA level was high value in pronostic of 5 years survival time in patients with colon cancer.

Keywords: Colon cancer, 5 years survival time, prognosis, CEA.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng (UTĐT) đang trở thành một vấn đề của y tế cộng đồng, ngày càng được quan tâm bởi tỷ lệ mắc và tử vong cao trên toàn thế giới. Đối với bệnh nhân ung thư đại tràng từ sau giai đoạn II kết hợp phẫu thuật với phác đồ hoá chất hỗ trợ FOLFOX4 được xem là điều trị tiêu chuẩn. Ở Việt Nam các nghiên cứu đánh giá kết hợp phẫu thuật và hóa chất hỗ trợ theo phác đồ FOLFOX4 chưa nhiều và mới chỉ dừng lại ở một giai đoạn nhất định của bệnh và

thường được triển khai ở các trung tâm y tế lớn.

Tại Hà Nam, phần lớn bệnh nhân UTĐT đến viện đã ở sau giai đoạn II, được phẫu thuật theo nguyên tắc cố gắng loại bỏ hoàn toàn khối u theo chỉ tiêu R0, nạo vét hạch, lập lại lưu thông tiêu hóa đồng thời xác định mức độ lan rộng di căn của khối u tới các tạng trong ổ bụng trong lúc phẫu thuật. Sau đó, bệnh nhân được áp dụng phác đồ điều trị hóa chất FOLFOX4 theo khuyến cáo. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: “Đánh giá giá trị tiên lượng thời gian sống thêm 5 năm của nồng độ CEA trước mổ ở bệnh nhân ung thư đại tràng điều trị bằng phẫu thuật kết hợp hóa chất theo phác đồ FOLFOX4 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam”.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bao gồm 69 bệnh nhân ung thư đại tràng được phẫu thuật và điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ FOLFOX4 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam từ 3/2011 đến 3/2016.

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô đại tràng bằng mô bệnh học.

- Được phẫu thuật và điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ FOLFOX4 đủ chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam.

- Không mắc các bệnh cấp tính hoặc trầm trọng khác phối hợp (suy tim, suy gan, suy thận...).

- Đánh giá sau mổ ở giai đoạn II có nguy cơ cao và giai đoạn III.

- Bệnh nhân có hồ sơ lưu trữ, đồng thời có đủ các thông tin theo dõi đáp ứng mục tiêu nghiên cứu.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc các bệnh ung thư phối hợp khác.

- Bệnh nhân bị tử vong không liên quan đến bệnh UTĐT.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả có theo dõi phân tích sau can thiệp.

2.2. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Tuổi, giới.

- Vị trí, kích thước, hình thể khối u.

- Mức độ u xâm lấn thành đại tràng.

- Nồng độ CEA trước mổ.

- Cách thức phẫu thuật.

- Thời gian sống thêm toàn bộ.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu được thu thập riêng cho từng trường hợp theo một mẫu bệnh án thống nhất, được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0 for Windows với các thuật toán thống kê thích hợp. Tính thời gian sống thêm của toàn bộ 69 bệnh nhân, theo phương pháp Kaplan-Meier, được kiểm nghiệm bằng phương pháp Hồi quy với Test Log-Rank.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân	69
Tuổi trung bình	60,5 ± 9,7
Nam giới (n,%)	38 (55,1%)
Vị trí khối u	
Đại tràng phải	33(47,8%)
Đại tràng trái	36 (52,2%)
Kích thước khối u	
<5 cm	26 (37,7%)
>5 cm	43 (62,3%)
Hình thể khối u	
Thể sùi	25 (36,2%)
Thể loét	11 (15,9%)
Thể sùi và loét	28 (40,6%)
Thể thâm nhiễm	5 (7,2%)
Mức độ xâm lấn	
T2	14 (20,3%)
T3	24 (49,3%)
T4	31 (21,4%)
Nồng độ CEA trước mổ	
<5	25 (36,2%)
5-10	10 (14,5%)
>10	34 (49,3%)
Phương pháp phẫu thuật	
Cắt đại tràng phải	24 (34,8%)
Cắt đoạn đại tràng ngang	13 (18,8%)
Cắt đại tràng trái	8 (11,6%)
Cắt đại tràng Sigma	14 (20,3%)
Cắt đại tràng mở rộng	4 (5,8%)
Phẫu thuật Hartman	6 (8,7%)
Thời gian sống thêm toàn bộ (Trung bình, 95% CI)	36,7 ± 3,2 tháng (30,4 - 42,9)
Sau 1 năm	62 (89,1%)
Sau 2 năm	43 (52,6%)
Sau 3 năm	41 (47,5%)
Sau 4 năm	39 (40,7%)
Sau 5 năm	37 (30,5%)

Bảng 2. So sánh tỷ lệ bệnh nhân sống thêm theo nồng độ CEA trước mổ

Nồng độ CEA	Số bệnh nhân	OS %	DFS %
< 5 ng/ml	25	88,0	68,0
5 - 10 ng/ml	10	80,0	70,0
> 10 ng/ml	34	20,6	8,8
		P < 0,001	P < 0,001

Nhận xét: Thời gian sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh 5 năm ở nhóm có nồng độ CEA trước mổ dưới 10ng/ml cao hơn so với nhóm trên 10ng/ml. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3. Giá trị tiên lượng thời gian sống thêm toàn bộ dưới 5 năm khi nồng độ CEA trước mổ >10 ng/l

Nồng độ CEA trước mổ	Số bệnh nhân	Thời gian sống thêm toàn bộ		OR (95% CI)
		<5 năm	>5 năm	
>10 ng/l	34	27	7	23,14
<10 ng/l	35	5	30	(5,744-
Tổng	69	32	37	100,671)

Nhận xét: Khi nồng độ CEA trước mổ >10ng/l thì khả năng của bệnh nhân UTĐT có thời gian sống thêm toàn bộ <5 năm cao hơn gấp 23,14 lần bệnh nhân có nồng độ CEA <10ng/l.

Bảng 4. Giá trị tiên lượng thời gian sống thêm không bệnh dưới 5 năm khi nồng độ CEA trước mổ >10 ng/l

Nồng độ CEA trước mổ	Số bệnh nhân	Thời gian sống thêm không bệnh		OR (95% CI)
		<5 năm	>5 năm	
>10 ng/l	34	31	3	22,54
<10 ng/l	35	11	24	(5,074-
Tổng	69	42	27	132,107)

Nhận xét: Khi nồng độ CEA trước mổ >10ng/l thì khả năng của bệnh nhân UTĐT có thời gian sống thêm không bệnh <5 năm cao hơn gấp 22,54 lần bệnh nhân có nồng độ CEA <10ng/l.

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tuổi trung bình mắc UTĐT là 60,5 ± 9,7, tuổi thấp nhất 39 tuổi, tuổi cao nhất 79 tuổi, nhóm tuổi hay gặp là 50 đến 69 chiếm 68,1%. Kết quả này cũng phù hợp với phần lớn các nghiên cứu trong nước khác như Từ Thị Thanh Hương cùng cộng sự (2012) [4]. Theo UCCI tỷ lệ UTĐT tăng dần từ sau tuổi 40 và đỉnh cao ở độ tuổi 50- 70. Siegel R và cộng sự trong nghiên cứu năm 2012, ghi nhận ở Hoa Kỳ tuổi trung bình của UTĐT ở nam là 68 và nữ là 72 nhưng theo dõi thấy xu hướng trẻ hóa đang tăng dần [6].

Về giới tính UTĐT gặp ở cả hai giới. Trong nghiên cứu này nam giới chiếm 55,1%, nữ giới chiếm 44,9%, tỷ lệ nam/nữ là 1,26. Đa số các tác giả trong nước ghi nhận nam mắc UTĐT nhiều hơn nữ, tỷ lệ này dao động từ 1,0 đến 1,4. Nghiên cứu của Từ Thị Thanh Hương (2012) Bệnh viện K tỷ lệ nam/nữ là 1,32. Nhóm bệnh nhân < 40 tuổi tỷ lệ nam nhiều hơn nữ; nhóm ≥ 40 tỷ lệ nam nữ tương đương. Tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê [4].

Vị trí khối u ở đại tràng phải tỷ lệ 47,8%, đại tràng trái 52,2%. Theo Trần Thắng (2012) nghiên cứu tại Bệnh viện K trên 116 bệnh nhân thì UTĐT phải chiếm 51,7%, UTĐT trái 48,3% [5]. Có sự khác nhau về tỷ lệ vị trí UTĐT ở các nghiên cứu khác nhau, tuy nhiên sự khác biệt về tỷ lệ ung thư giữa đại tràng trái và đại tràng phải không nhiều.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy thể sùi chiếm 36,2%, thể loét chiếm 15,9%, thể sùi loét chiếm 40,6%, thể thâm nhiễm 7,2%. Các kết quả nghiên cứu trong nước khác kết hợp thể sùi loét thành thể sùi thì kết quả cũng tương tự.

Kích thước khối u trên 5 cm chiếm 62,3%. Theo Từ Thị Thanh Hương và cộng sự, tỷ lệ u trên 5 cm chiếm 76% [4].

Trong tổng số 69 bệnh nhân nghiên cứu thấy tỷ lệ khối u xâm lấn đến lớp thanh mạc (T3) và vượt qua thanh mạc xâm lấn ra tổ chức xung quanh (T4) là 49,3% và 30,4%. Có 20,3% số bệnh nhân có khối u xâm lấn đến lớp cơ (T2) và không có bệnh nhân nào khối u còn khu trú ở lớp niêm mạc (T1). Đào Thị Thanh Bình nghiên cứu tại Bệnh viện K thấy giai đoạn T2 chiếm 14,4%, T3 44,4%, T4 40%, chỉ có 1 bệnh nhân (0,01%) ở giai đoạn T1 do khám sức khỏe định kỳ phát hiện ra [1]. Các tác giả nước ngoài cũng cho rằng mức độ xâm lấn u có giá trị tiên lượng độc lập [6] [7].

Cho đến nay phẫu thuật là biện pháp chủ yếu để điều trị UTĐT. Nguyên tắc phẫu thuật UTĐT là lấy hết

tổ chức ung thư, đảm bảo diện cắt an toàn, nạo vét hạch vùng, lập lại lưu thông tiêu hóa. Tùy theo vị trí khối u, tình trạng mạch máu, tình trạng hạch mà phẫu thuật viên quyết định cắt đoạn đại tràng, cắt nửa đại tràng hay cắt toàn bộ đại tràng. Theo đó phẫu thuật viên sẽ phải cắt khối u sao cho diện cắt cách xa khối u ít nhất 5 cm và phải nạo vét hạch theo cuống mạch. Ngày nay điều trị phẫu thuật UTĐT đang có nhiều thay đổi và áp dụng nhiều kỹ thuật mới, nhưng xu hướng là tăng cường điều trị bảo tồn và điều trị kết hợp với hóa trị, miễn dịch và liệu pháp nhắm trúng đích. Trong nghiên cứu của chúng tôi toàn bộ số bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn, đa số là cắt đoạn đại tràng, tỷ lệ cắt đại tràng phải cao nhất, có 23,2% phải mổ cấp cứu làm hậu môn nhân tạo sau đó mổ lại thì hai. Có 6 trường hợp (8,7%) phải phẫu thuật Harmann do khối u đại tràng Sigma lan rộng. Số lượng bệnh nhân phải cắt đại tràng mở rộng thấp chỉ có 4 trường hợp.

Bảng 2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ CEA trước phẫu thuật tăng chiếm 63,8%, trong đó tăng nhẹ từ 5-10 ng/ml chiếm 14,5%, tăng trên 10 ng/ml chiếm 49,3%. Kết quả này cũng tương tự như Từ Thị Thanh Hương [4]. Nghiên cứu của chúng tôi cùng các tác giả khác đều thấy một tỷ lệ khá lớn bệnh nhân có nồng độ CEA trước mổ âm tính và như vậy không thể dựa vào nồng độ CEA để tầm soát hay chẩn đoán ung thư đại tràng vì độ nhạy thấp. Nguyễn Thanh Tâm (2010) cho rằng nồng độ CEA trước phẫu thuật có giá trị tiên đoán bệnh nhân có di căn hạch với độ nhạy và độ chính xác tương ứng lên tới 79,5% và 70,8% [5]. Một số tác giả nước ngoài cũng nhận định có sự liên quan về giai đoạn bệnh với nồng độ CEA trước phẫu thuật [6],[7].

Mặc dù vậy, phân tích giá trị tiên lượng thời gian sống thêm 5 năm của nồng độ CEA trước mổ ở bệnh nhân UTĐT, chúng tôi thấy: Khi nồng độ CEA trước mổ >10ng/l thì khả năng của bệnh nhân UTĐT có thời gian sống thêm toàn bộ <5 năm cao hơn gấp 23,14 lần bệnh nhân có nồng độ CEA <10ng/l với khoảng tin cậy 95% từ 5,744 đến 100,671 (Bảng3). Khi nồng độ CEA trước mổ >10ng/l thì khả năng của bệnh nhân UTĐT có thời gian sống thêm không bệnh <5 năm cao hơn gấp 22,54 lần bệnh nhân có nồng độ CEA <10ng/l với khoảng tin cậy 95% từ 5,074 đến

132,107 (Bảng 4). Như vậy nồng độ CEA trước mổ có giá trị tiên lượng thời gian sống thêm trên 5 năm của bệnh nhân UTĐT là rất cao.

KẾT LUẬN

- Tuổi mắc bệnh trung bình 60,5 ± 9,7. Tỷ lệ nam giới chiếm 55,1%.
- Vị trí khối u: ĐT phải 47,8%, ĐT trái 52,2%.
- Kích thước khối u trên 5cm chiếm 62,3%, dưới 5cm 37,7%.
- Tỷ lệ bệnh nhân u giai đoạn III chiếm chủ yếu (71%).
- Tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 5 năm 30,5%.
- Thời gian sống trung bình của nhóm nghiên cứu 36,7 ± 3,2 tháng.
- Phân tích giá trị tiên lượng thời gian sống thêm 5 năm của nồng độ CEA trước mổ ở bệnh nhân UTĐT, chúng tôi thấy: Khi nồng độ CEA trước mổ >10ng/l thì khả năng của bệnh nhân UTĐT có thời gian sống thêm toàn bộ <5 năm cao hơn gấp 23,14 lần và thời gian sống thêm không bệnh <5 năm cao hơn gấp 22,54 lần bệnh nhân có nồng độ CEA <10ng/l.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đào Thị Thanh Bình (2010), *Nhận xét đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và một số yếu tố nguy cơ tái phát di căn trong ung thư đại tràng tại Bệnh viện K*, Luận văn Thạc sĩ chuyên ngành Ung thư, Đại học Y Hà Nội.
2. Phạm Hùng Cường (2003), *Carcinom đại tràng kết quả sống còn và các yếu tố tiên lượng*. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 7-2003, pp. 172-177.
3. Phan Văn Duyệt (2002), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số biện pháp nâng cao chất lượng điều trị ngoại khoa ung thư đại tràng tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
4. Từ Thị Thanh Hương (2012), *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tác dụng phụ không mong muốn bệnh nhân ung thư đại tràng giai đoạn III đã phẫu thuật triệt căn được điều trị hỗ trợ hóa trị phác đồ FOLFOX4*. Tạp chí Ung thư học Việt Nam, 2-2012, pp. 121-124.
5. Nguyễn Thanh Tâm (2010), *Nghiên cứu tổn thương hạch trong ung thư biểu mô đại trực tràng được phẫu thuật triệt căn*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân y.
6. Dispen M (2014), *How histopathology affects the management of the multidisciplinary team, Colorectal Cancer: Diagnosis and Clinical Management*, John Wiley & Sons, pp. 69-83.

NỒNG ĐỘ IL-6 HUYẾT THANH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 CÓ VÀ KHÔNG CÓ BIẾN CHỨNG THẬN

PHẠM TRẦN THU HÀ¹, PHÙNG THANH HƯƠNG¹,
NGUYỄN GIA BÌNH², TRẦN THÁI HÀ²

¹Trường Đại học Dược Hà Nội,

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm: Phạm Trần Thu Hà
Email: phamha87ptth@gmail.com
Ngày nhận: 07/4/2017

Ngày phân biện: 24/4/2017
Ngày duyệt bài: 03/5/2017
Ngày xuất bản: 20/5/2017

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ IL-6 huyết thanh ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 có biến chứng thận và không có biến chứng thận.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang trên 59 bệnh nhân ĐTĐ2 được chia thành 2 phân nhóm có biến chứng thận (ĐTĐ2T) và không có biến chứng thận (ĐTĐ2K). BN được thăm khám tổng thể, xét nghiệm glucose máu, HbA1c, lipid máu, tỷ số albumin/creatinin niệu (AC) và IL-6 huyết thanh.

Kết quả: nồng độ IL-6 của nhóm ĐTĐ2 có trung vị 14,0 (0,8-52,63) pg/ml. Chỉ số BMI, glucose máu, nồng độ cholesterol toàn phần (TC), LDL cholesterol (LDL-C), triglycerid (TG) và nồng độ IL-6 huyết thanh ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ2 cao hơn so với nhóm chứng. Trong nhóm ĐTĐ2, tìm thấy mối tương quan thuận giữa nồng độ IL-6 huyết thanh với các chỉ số glucose máu, HbA1c, TC, AC và BMI, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Ngoài ra, BMI là yếu tố độc lập ảnh hưởng tới nồng độ IL-6 huyết thanh.

Kết luận: nồng độ IL-6 huyết thanh tăng cao ở nhóm ĐTĐ2 so với nhóm chứng và tăng ở nhóm ĐTĐ2T so với nhóm ĐTĐ2K, do đó IL-6 huyết thanh có thể được xem như những dấu ấn sinh học của ĐTĐ2 và biến chứng thận ĐTĐ2.

Từ khóa: đái tháo đường 2, biến chứng thận đái tháo đường, IL-6

SUMMARY

Objective: To examine the level of IL-6 serum in patients with type 2 diabetes mellitus (DM2) with and without kidney complication.

Subjects and methods: A cross-sectional description in 59 DM2 patients subdivided according to the absence or presence of kidney complication. All patients were clinically examined and performed fasting plasma glucose (FPG), HbA1c, lipid profile, urine albumin creatinine ratio (AC), estimated Glomerular Filtration Rate (eGFR), and IL-6.

Results: The median level of IL-6 serum in DM2 patients was 14.0 (0.8-52.63) pg / ml. The levels of IL-6, FPG, total cholesterol (TC), LDL cholesterol (LDL-C), triglyceride (TG) and BMI in DM2 group were higher than in the control group. The level of IL-6 serum was correlated with FPG, HbA1c, TC, AC and BMI ($p < 0.05$). In addition, BMI was an independent factor that influences the IL-6 levels.

Conclusion: The IL-6 level was higher in the type 2 diabetic group than in the control group. Moreover, the level of IL-6 in DM2 with diabetic nephropathy

increased significantly to without kidney complication subgroup. Therefore, the IL-6 level can be considered as an important biological marker of type 2 diabetes and kidney complication.

Keywords: Diabetes mellitus 2, diabetic nephropathy, IL-6.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một trong bốn bệnh không lây nhiễm có tỷ lệ gia tăng nhanh nhất trên thế giới[2]. Việt Nam thuộc khu vực châu Á - Thái Bình Dương, được xác định là khu vực dịch tễ có tỷ lệ mắc mới cao hơn hẳn khu vực các nước đang phát triển khác trên thế giới. Bệnh ĐTĐ tiến triển thầm lặng và gây ra nhiều biến chứng mạn tính, để lại nhiều di chứng nặng nề và tỷ lệ tử vong cao. Trong đó, biến chứng thận là một biến chứng nghiêm trọng- một trong những nguyên nhân hàng đầu dẫn tới suy thận mạn giai đoạn cuối. Việc đánh giá chức năng thận nhanh chóng và sớm ở bệnh nhân ĐTĐ2 là vô cùng quan trọng để kiểm soát được tiến triển của bệnh.

Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy IL-6 huyết thanh là một dấu ấn nhạy của hệ thống viêm, liên quan đến tình trạng tăng glucose máu, kháng insulin và ĐTĐ2. Bên cạnh đó, đã có nhiều bằng chứng chỉ ra rằng IL-6 đóng vai trò quan trọng trong việc khởi phát, tiến triển của viêm mạn tính và có thể góp phần vào sự phát triển của các biến chứng vi mạch ở bệnh nhân ĐTĐ.

Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích: Tìm mối tương quan giữa nồng độ IL-6 huyết thanh và một số thông số lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân (BN) đái tháo đường týp 2 (ĐTĐ2) có và không có biến chứng thận.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

BN được chẩn đoán ĐTĐ2 điều trị ngoại trú tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ 07-2016 đến 12-2016

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện.

Xử lý số liệu

Các số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê sinh học SPSS 20.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm lâm sàng của các nhóm ĐTNC

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.

	NC n= 32	ĐTĐ2 n= 59	p	ĐTĐ2K n= 30	ĐTĐ2T n= 29	p
Giới (Nữ/Nam)	17/15	25/34	> 0,05	14/16	11/18	> 0,05
Tuổi (năm)	37,2 ± 7,5	65,2 ± 10,1	< 0,05	65,6 ± 9,4	64,8 ± 10,9	> 0,05
Tuổi bệnh (năm)	0	10,4 ± 4,7	< 0,05	9,6 ± 5,1	11,1 ± 4,2	> 0,05
BMI (kg/m ²)	20,6 ± 1,34	23,2 ± 1,7	< 0,05	22,6 ± 1,4	23,7 ± 1,8	< 0,05
Glucose (mmol/L)	5,2 ± 0,4	7,9 ± 3,0	< 0,05	7,1 ± 2,3	8,7 ± 3,4	< 0,05
HbA1c %	5,5 ± 0,4	7,4 ± 1,4	< 0,05	7,0 ± 1,1	7,8 ± 1,6	< 0,05
TC (mmol/L)	4,5 ± 0,47	5,0 ± 1,2	< 0,05	5,0 ± 1,1	4,9 ± 1,4	> 0,05
TG (mmol/L)	1,1(0,9-1,5)	2,0 (0,6-3,3)	< 0,05	1,7 (1,2-2,4)	2,7 (1,6- 3,3)	< 0,05
LDL- C (mmol/L)	2,7 ± 0,4	2,9 ± 1,1	> 0,05	3,0 ± 0,9	2,7 ± 1,2	> 0,05

HDL-C (mmol/L)	1,2 ± 0,2	1,1 ± 0,2	> 0,05	1,2 ± 0,2	1,1 ± 0,2	> 0,05
IL-6 (pg/mL)	0,8 (0,4-1,8)	14,0 (0,8-52,6)	< 0,05	10,0 (5,9-17,4)	18,8(10,6-35,7)	< 0,05
AC (mg/mmol)	1,1 (0,4-2,3)	2,3 (0,4- 33,9)	< 0,05	1,1 (0,6-1,4)	9,1 (4,6-16,9)	< 0,05
eGFR (ml/ph/1,73m ²)	94,8 ± 17,7	84,7 ± 28,6	> 0,05	93,1 ± 21,8	76,1 ± 32,3	< 0,05

2. Nồng độ IL- 6 huyết thanh ở các bệnh nhân ĐTĐ2

Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ IL- 6 huyết thanh ở nhóm ĐTĐ2 là 14,0 (0,8- 52,6) pg/mL, cao hơn nhiều so với NC 0,8 (0,4- 1,8) pg/mL, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Nồng độ IL- 6 huyết thanh ở phân nhóm ĐTĐ2T 18,8 (10,6- 35,7), tăng cao có ý nghĩa thống kê so với phân nhóm ĐTĐ2K 10,0 (5,9- 17,4), $p < 0,05$.

3. Tương quan giữa nồng độ IL- 6 huyết thanh với một số thông số trong ĐTĐ2

Bảng 2. Tương quan giữa nồng độ IL-6 huyết thanh và các thông số ở bệnh nhân mắc ĐTĐ2 (n= 59)

	Hệ số tương quan với lnIL-6 (r)	p value
	ĐTĐ2(n= 59)	
Tuổi (năm)	0,287	< 0,05
Tuổi bệnh (năm)	0,250	> 0,05
BMI (kg/m ²)	0,487	< 0,05
F Glucose (mmol/l)	0,391	< 0,05
HbA1c (%)	0,478	< 0,05
Cholesterol (mmol/l)	0,260	< 0,05
LDL- C (mmol/l)	0,174	> 0,05
HDL- C (mmol/l)	0,054	> 0,05
AC (mg/mmol)	0,320	< 0,05
eGFR (ml/ph/1,73m ²)	-0,238	> 0,05

r: Hệ số tương quan Pearson

BÀN LUẬN

Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy, viêm mạn tính có thể đóng vai trò trung gian quan trọng bệnh sinh và là cầu nối giữa ĐTĐ và biến chứng vi mạch cũng như đại mạch. Nồng độ IL- 6 huyết thanh tăng cao ở nhóm ĐTĐ2 so với NC cho thấy ở những bệnh nhân ĐTĐ2, quá trình viêm mạn tính liên tục hiện diện. Bên cạnh đó, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận được nồng độ IL- 6 huyết thanh ở phân nhóm ĐTĐ2T tăng cao so với phân nhóm ĐTĐ2K, chứng tỏ những rối loạn nội mô mạch máu cũng là hệ quả của quá trình viêm kéo dài. Ngoài ra, kiểm soát glucose máu kém kèm theo những rối loạn về lipid máu và chỉ số BMI tăng cao cũng làm tăng tốc quá trình viêm mạn tính ở những bệnh nhân ĐTĐ2. Kết quả này tương tự với một số kết quả nghiên cứu trước đó.

Tương quan thuận giữa nồng độ glucose máu và HbA1c và nồng độ IL- 6 huyết thanh ở nhóm ĐTĐ2 trong nghiên cứu của chúng tôi đã được khẳng định bằng kết quả của một nghiên cứu trong ống nghiệm, trong đó nồng độ glucose máu cao gây tăng sinh IL- 6. Điều này có thể được lý giải bởi thực tế sự tăng glucose máu kéo dài dẫn tới tăng tạo các sản phẩm cuối cùng của phản ứng gắn glycosyl vào protein (AGEs)- những sản phẩm này có vai trò quan trọng trong sự phát triển của viêm mạn tính, và các biến

chứng mạn của ĐTĐ. Khi AGEs gắn vào các thụ thể của nó, chủ yếu là ở các đại thực bào và các tế bào nội mạc mạch máu, các nguyên bào sợi, tế bào trung mô sẽ gây phóng thích các yếu tố gây hoại tử mô, cytokine và các yếu tố tăng trưởng tiểu cầu (PDGFs)... làm tăng sản xuất chất nền ở tế bào trung mô gây ra những biến đổi tại cầu thận. [1].

Ngoài ra, tương quan thuận giữa nồng độ IL- 6 huyết thanh và chỉ số BMI ở những bệnh nhân ĐTĐ2 và kết quả phân tích hồi quy đa biến chỉ ra rằng sự gia tăng trọng lượng ảnh hưởng lớn tới sự phát triển của quá trình viêm mạn tính. Kết quả này tương đồng với kết quả của một nghiên cứu trong ống nghiệm: trong đó các tế bào nội mô tĩnh mạch rốn người tăng sản xuất IL- 6 khi được thêm tế bào mỡ. Hơn nữa, mối tương quan thuận giữa nồng độ IL- 6 với BMI và TC có thể đưa ra giả thuyết về vai trò của IL-6 trong hệ thống điều chỉnh trọng lượng cơ thể. IL- 6 đã được chứng minh là có thể làm giảm hoạt động của các lipoprotein lipase ở tế bào mô mỡ chuột trong 1 thử nghiệm in vivo [5], dẫn tới tăng lắng đọng triglycerid; điều biến hoạt tính của leptin- 1 hormone điều hòa chuyển hóa lipid [3]. Trong khi đó, rối loạn lipid máu, béo phì là 2 trong những yếu tố nguy cơ làm tăng biến chứng thận. Như vậy, IL-6 tăng cao trong huyết thanh có thể là tác động gián tiếp góp phần vào tiến triển của ĐTĐ2 và biến chứng thận thông qua việc làm trầm trọng hơn các rối loạn chỉ số lipid và trọng lượng cơ thể.

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ IL- 6 huyết thanh tăng cao ở nhóm ĐTĐ2 có mối tương quan thuận với các thông số liên quan tới bệnh ĐTĐ2 và có thể thúc đẩy sự tiến triển của biến chứng thận ở những bệnh nhân này. IL- 6 có thể là một dấu ấn sinh học tiềm năng để chẩn đoán sớm những tổn thương ở cầu thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Hoàng Kiệt (2010), “*Thận học lâm sàng- Chương 10: Bệnh thận do rối loạn chuyển hóa*”, Nhà xuất bản Y học, tr. 470-479
2. American Diabetes Association (2012), “Standards of Medical Care in Diabetes- 2012”, *Diabetes Care*, 35, S11-S63.
3. Dalla Vestra M, Mussap M, Gallina P, Brueghin M, Cernigoi AM, Saller A, Plebani M, Fioretto P (2005), “Acute-phase markers of inflammation and glomerular structure in patients with type 2 diabetes”, *J Am Soc Nephrol* (16), Suppl 1, pp.78-82.
4. Greenberg, A.S., R.P. Nordan, J. McIntosh, et al. (1992), “Interleukin 6 reduces lipoprotein lipase activity in adipose tissue of mice in vivo and in 3T3- L1 adipocytes: a possible role for interleukin 6 in cancer cachexia”, *Cancer Research* (52), pp. 4113- 4116.

NGHIÊN CỨU SỰ ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH CỦA *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* GÂY VIÊM PHỔI BỆNH VIỆN Ở NGƯỜI LỚN TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG NĂM 2014-2015

LÊ BẬT TÂN - Đại học Y Hà Nội

NGUYỄN VĂN HƯNG - Khoa Vi sinh, Bệnh viện Phổi Trung ương

LÊ NGỌC HƯNG - Bộ môn Lao và Bệnh phổi, Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Hoàn cảnh, lý do nghiên cứu: *P. aeruginosa* là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất gây nhiễm trùng bệnh viện. Xác định được tình trạng kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* đóng vai trò quan trọng để lựa chọn kháng sinh điều trị thích hợp; **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* gây VPBV ở người lớn điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương trong năm 2014-2015; **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, tiến cứu; **Kết quả chính:** Nghiên cứu trên 40 chủng *P. aeruginosa* gây VPBV ở người lớn cho thấy tỷ lệ đề kháng trên 57% với hầu hết các kháng sinh. Tuy nhiên vi khuẩn vẫn còn nhạy cảm 100% với colistin. Các vi khuẩn phân lập ở bệnh nhân VPLQTM có tỷ lệ đề kháng kháng sinh cao hơn các chủng vi khuẩn phân lập ở bệnh nhân VPBVKLQTM;

Từ khóa: *Pseudomonas aeruginosa*, viêm phổi bệnh viện.

SUMMARY

RESEARCH ON ANTIBIOTIC RESISTANCE OF *PSEUDOMONAS AERUGINOSA* WAS ISOLATED FROM ADULT PATIENTS WITH HOSPITAL ACQUIRED PNEUMONIA IN THE NATIONAL LUNG HOSPITAL 2014-2015

Background: *P. aeruginosa* is one of the most common causes of hospital acquired infection. Determination of antibiotic resistance of *P. aeruginosa* is important to select appropriate antibiotic therapy; **Objective:** To determine the antibiotic resistance rate of *P. aeruginosa* that causes hospital acquired pneumonia in adults treated at the National Lung hospital in 2014-2015; **Methods:** Descriptive, prospective study; **Results:** Studies on 40 strains of *P. aeruginosa* that cause hospital acquired pneumonia in adults show antibiotic resistance ratios above 57% for most antibiotics. However, the bacteria are still 100% sensitive to colistin. Organisms isolated from patients with ventilator-associated pneumonia had higher rates of antibiotic resistance than those isolated in patients with non-ventilator-associated pneumonia;

Keywords: *Pseudomonas aeruginosa*, hospital acquired pneumonia.

Chịu trách nhiệm: Lê Bột Tân

Email:

Ngày nhận: 13/3/2017

Ngày phản biện: 29/3/2017

Ngày duyệt bài: 20/4/2017

Ngày xuất bản: 20/5/2017

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh viện Phổi Trung ương là bệnh viện chuyên ngành tuyến cuối tiếp nhận điều trị số lượng lớn bệnh nhân mắc các bệnh lý nhiễm trùng phổi phế quản, trong đó *P. aeruginosa* là một trong những nguyên nhân thường gặp nhất gây viêm phổi nói chung bao gồm cả viêm phổi cộng đồng và viêm phổi bệnh viện (VPBV)[6]. Việc xác định được tình trạng kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* đóng vai trò quan trọng để lựa chọn kháng sinh điều trị ban đầu thích hợp, làm giảm tỷ lệ tử vong cũng như các hậu quả nặng nề của bệnh.

Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: Xác định đặc điểm đề kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* gây VPBV ở người lớn điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2014-2015.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 40 chủng *P. aeruginosa* phân lập được từ các bệnh phẩm phổi, phế quản của bệnh nhân mắc VPBV điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương trong thời gian từ 1/2014 đến 12/2015.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, tiến cứu.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

KẾT QUẢ

1. Bệnh phẩm cấy phân lập *P. aeruginosa*

Bảng 1. Phân bố các chủng *P. aeruginosa* theo bệnh phẩm cấy phân lập

Bệnh phẩm nuôi cấy	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Dịch khí, phế quản hút qua ống nội khí quản (ETAs)	21	52,5
Đờm	14	35,0
Dịch màng phổi	5	12,5
Tổng	40	100

Nhận xét: Các chủng *P. aeruginosa* phân lập từ dịch ETAs chiếm tỷ lệ cao nhất 52,5%, tiếp đến là đờm và dịch màng phổi lần lượt là 35% và 12,5%.

2. Kết quả thử nghiệm nhạy cảm kháng sinh của các chủng *P. aeruginosa*

Bảng 2. Tỷ lệ kháng kháng sinh của các chủng *P. aeruginosa* phân lập (n=40)

Tên kháng sinh	Nhạy cảm		Trung gian		Đề kháng	
	n	%	n	%	n	%
Ceftazidim	11	27,5	1	2,5	28	70
Cefepime	8	20,0	3	7,5	29	72,5
Ticarcillin/Clavulanic acid	0	0	3	7,5	37	92,5
Piperacillin/Tazobactam	18	45,0	15	37,5	7	17,5
Imipenem	13	32,5	1	2,5	26	65,0

Meropenem	5	12,5	1	2,5	34	85,0
Ciprofloxacin	8	20,0	0	0	32	80,0
Levofloxacin	6	15,0	1	2,5	33	82,5
Norfloxacin	8	20,0	0	0	32	80,0
Gentamicin	10	25,0	1	2,5	29	72,5
Amikacin	17	42,5	0	0	23	57,5
Tobramycin	10	25,0	0	0	30	75,0
Colistin	40	100	0	0	0	0

Nhận xét: *P. aeruginosa* có tỷ lệ đề kháng cao trên 57% với hầu hết các thuốc thử nghiệm, trừ piperacillin/tazobactam có tỷ lệ đề kháng 17,5% và chưa có chủng vi khuẩn nào đề kháng colistin.

3. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các chủng *P. aeruginosa* theo loại VPBV

So sánh tỷ lệ đề kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* ở 2 nhóm bệnh nhân VPLQTM và VPBV không liên quan thở máy (VPBVKLQTM)

Nhận xét: Các chủng *P. aeruginosa* phân lập từ các bệnh nhân VPLQTM có tỷ lệ đề kháng cao hơn so với các chủng *P. aeruginosa* phân lập từ các bệnh nhân VPBVKLQTM đối với hầu hết các kháng sinh thử nghiệm, ngoại trừ piperacillin/tazobactam.

BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ các loại bệnh phẩm cấy phân lập *Pseudomonas aeruginosa*

Kết quả nghiên cứu có 87,5% các chủng *P. aeruginosa* được phân lập từ bệnh phẩm đờm và dịch ETAs, Trong đó lấy đờm được thực hiện ở bệnh nhân không đặt ống nội khí quản và dịch ETAs được lấy ở bệnh nhân đang có đặt ống nội khí quản hoặc mở khí quản.

Lấy đờm do bệnh nhân khạc ra và dịch ETAs ở bệnh nhân đang đặt ống nội khí quản được cho là những phương pháp thu thập bệnh phẩm là không xâm nhập, có thể nhanh chóng thực hiện được ở hầu hết các bệnh nhân. Có nhiều ý kiến bất đồng về mức độ tin cậy của vi khuẩn gây bệnh phân lập được từ các bệnh phẩm không xâm nhập. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây cho thấy không có sự khác nhau về kết quả lâm sàng của bệnh nhân VPBV khi sử dụng các kết quả cấy bệnh phẩm không xâm nhập (đờm, dịch ETAs) với kết quả cấy bệnh phẩm xâm nhập (bệnh phẩm BAL, bệnh phẩm chải phế quản qua nội soi). Hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ (ATS) và Hiệp hội bệnh nhiễm trùng Hoa Kỳ (IDSA), đã khuyến cáo sử dụng bệnh phẩm không xâm nhập với kỹ thuật cấy bán định lượng hơn là sử dụng bệnh phẩm xâm nhập với các kỹ thuật cấy định lượng hoặc bán định lượng trong hướng dẫn quản lý VPBV năm 2016[2].

Trong nghiên cứu này, để kết quả cấy có độ chính xác cao, chúng tôi thực hiện chặt chẽ qui trình lấy bệnh phẩm và đánh giá chất lượng mẫu bệnh phẩm trước khi đưa vào nuôi cấy bao gồm:

Lấy bệnh phẩm trước khi thay đổi kháng sinh mới. Mẫu bệnh phẩm được chuyển ngay tới phòng xét nghiệm trong vòng 30 phút sau khi lấy.

Mẫu bệnh phẩm được đánh giá đưa vào nuôi cấy nếu đạt các tiêu chuẩn: có nhiều hơn 25 bạch cầu đa nhân/vi trường vật kính x10 và có ít hơn 10 tế bào biểu mô/vi trường vật kính 10x.

2. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các chủng *Pseudomonas aeruginosa*

Kết quả trong bảng 2 cho thấy *P. aeruginosa* có tỷ lệ đề kháng cao với hầu hết các kháng sinh ở mức trên 57%, ngoại trừ đề kháng với piperacillin/tazobactam với tỷ lệ 17,5% và nhạy cảm hoàn toàn với colistin.

Kết quả nghiên cứu cũng tại Bệnh viện Phổi Trung ương trên 23 chủng *P. aeruginosa* gây viêm phổi trong thời gian từ năm 2007-2010 của Phạm Hoàng Yến cho thấy tỷ lệ đề kháng kháng sinh của *P. aeruginosa* thấp hơn kết quả nghiên cứu của chúng tôi, cụ thể: tỷ lệ đề kháng với ceftazidime, cefepime và imipenem lần lượt là 21,8%, 23,8% và 34,8%; tỷ lệ đề kháng với gentamycin, ciprofloxacin và levofloxacin lần lượt là 40,9%, 30,4% và 21,8%. Tuy các chủng *P. aeruginosa* trong nghiên cứu này được phân lập từ các bệnh nhân viêm phổi chung bao gồm cả VPBV và viêm phổi cộng đồng[8].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp tình hình kháng thuốc hiện nay tại một số bệnh viện khác. Nghiên cứu tình hình vi khuẩn gây NKBV năm 2002 -2009 tại Bệnh viện Bạch Mai của Đoàn Mai Phương và cộng sự cũng cho thấy *P. aeruginosa* có tỷ lệ đề kháng ở mức trên 60% với các kháng sinh thường dùng như ceftazidime, cefepime, imipenem, gentamycin, amikacin, ciprofloxacin[5]. Nghiên cứu vi khuẩn gây VPBV tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện Hữu Nghị năm 2008 -2009 của Nguyễn Thế Anh và cộng sự cho thấy *P. aeruginosa* đề kháng 100% với các kháng sinh cefotaxim, ceftriaxone và gentamycin; đề kháng từ 75% đến 94% đối với các kháng sinh cefepim, ceftazidime, amikacin, ciprofloxacin[3].

3. So sánh tỷ lệ đề kháng kháng sinh của các chủng *Pseudomonas aeruginosa* theo loại VPBV

40 chủng *Pseudomonas aeruginosa* trong nghiên cứu của chúng tôi có 27 chủng được phân lập từ bệnh nhân viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) và 13 chủng phân lập từ các bệnh nhân VPBV còn lại không liên quan đến thở máy (VPBVKLQTM). Các bệnh nhân VPLQTM được chẩn đoán theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hiệp hội lồng ngực Hoa Kỳ bao gồm các trường hợp viêm phổi xảy ra ở bệnh nhân sau 48 giờ được đặt nội khí quản hoặc mở khí quản[2].

Các chủng vi khuẩn phân lập từ bệnh nhân VPLQTM có tỷ lệ đề kháng cao hơn các chủng phân lập ở bệnh nhân VPBVKLQTM đối với hầu hết các kháng sinh. Chúng tôi cho rằng, sự khác biệt này có thể do các bệnh nhân VPLQTM là những bệnh nhân nặng, được điều trị tại khoa hồi sức tích cực, nơi sử dụng nhiều kháng sinh hơn do vậy có tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn gây bệnh cũng cao hơn. Nhiều công trình nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ đề kháng kháng sinh của vi khuẩn mắc ở khu vực hồi sức cấp cứu cao hơn so với các vi khuẩn mắc ở khu vực điều trị nội khoa.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ đề kháng trên 57% với hầu hết các kháng sinh. Tuy nhiên vi khuẩn vẫn còn nhạy cảm 100% với

colistin. Các vi khuẩn phân lập ở bệnh nhân VPLQTM có tỷ lệ đề kháng kháng sinh cao hơn các chủng vi khuẩn phân lập ở bệnh nhân VPBVKLQTM.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Centers for Disease Control and Prevention. (2013). Antibiotic resistance threats in the United States 2013 <http://www.cdc.gov/drugresistance/threat-report-2013/index.html>.

2. Kalil AC, Metersky ML, Klompas M, et al (2016). Management of Adults With Hospital-acquired and Ventilator-associated Pneumonia: 2016 Clinical Practice Guidelines by the Infectious Diseases Society of America and the American Thoracic Society. Clin Infect Dis, pii, ciw353.

3. Nguyễn Thế Anh, Đỗ Quyết (2011). Đặc điểm vi khuẩn gây viêm phổi bệnh viện và tình hình kháng kháng sinh tại khoa hồi sức Bệnh viện Hữu nghị. Y học thực hành, 12, 3-5.

4. Lê Thị Kim Nhung (2013). Khảo sát tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện tại Bệnh viện Thống Nhất từ 5/2011 - 5/2012. Y học Thực hành, 867, 14-16.

5. Đoàn Mai Phương, Nguyễn Quốc Anh, Nguyễn Việt Hùng (2012). Đặc điểm phân bố và xu hướng kháng thuốc của các tác nhân gây nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa hồi sức tích cực - Bệnh viện Bạch Mai năm 2002-2009. Y học Thực hành, 829, 42-45.

6. Phạm Hoàng Yến, Đinh Ngọc Sỹ, Nguyễn Văn Hưng, Đinh Hữu Dung (2011). Tìm hiểu sự phân bố của các vi khuẩn gây viêm phổi thường gặp tại Bệnh viện Phổi Trung ương 6/2007-5-2010. Tạp chí Lao và Bệnh phổi, 5-6, 57-60.

7. CDC (2013). CDC/NHSN Surveillance Definition of Healthcare-Associated Infection and Criteria for Specific Types of Infections in the Acute Care Setting, April 2013 CDC/NHSN Protocol Corrections, Clarification, and Additions, Atlanta(17)11-58.

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI KHÚC XẠ SAU PHẪU THUẬT TREO CƠ TRÁN ĐIỀU TRỊ SỤP MI BẨM SINH

NGUYỄN XUÂN HIỆP, BÙI THỊ HƯƠNG THẢO, VŨ BÍCH THỦY
Bệnh viện Mắt Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi khúc xạ và nhận xét một số yếu tố liên quan đến sự thay đổi khúc xạ sau phẫu thuật sụp mi bằng phương pháp treo cơ trán. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả lâm sàng, tiền cứu. **Kết quả:** 69,9% mắt có sự thay đổi công suất khúc xạ nhãn cầu, trung bình là 0,66D theo tương đương cầu (SE) trong đó 62,9 % thay đổi ở mức dưới 1D. Tỷ lệ có loạn thị trước phẫu thuật là 48,9% và sau phẫu thuật là 74,4%, 37,7% thay đổi mức độ loạn thị với tăng trung bình 0,26D. 98,7% mắt có trục loạn thị với trung bình là 16,38°. Công suất khúc xạ giác mạc tăng trung bình 0,13D và mức độ loạn thị tăng trung bình là 0,33D. Sự thay đổi khúc xạ nhãn cầu có liên quan với mức độ sụp và kết quả phẫu thuật. Mức độ thay đổi công suất khúc xạ nhãn cầu có tương quan đồng biến với mức độ thay đổi MRD1. Tỷ lệ chênh lệch khúc xạ giữa hai mắt ở nhóm BN sụp mi một mắt cao hơn nhóm sụp mi hai mắt nhưng sau phẫu thuật tỷ lệ có chênh lệch khúc xạ giữa hai mắt của nhóm sụp mi một mắt giảm 24,1%. **Kết luận:** sau phẫu thuật treo cơ trán khúc xạ nhãn cầu và khúc xạ giác mạc, tỷ lệ và mức độ loạn thị gia tăng. Sự thay đổi khúc xạ có liên quan với mức độ sụp và kết quả phẫu thuật.

Từ khóa: Khúc xạ.

Chịu trách nhiệm: Vũ Bích Thủy
Email: vubichthuy2110@gmail.com
Ngày nhận: 28/3/2017
Ngày phản biện: 14/4/2017
Ngày duyệt bài: 25/4/2017
Ngày xuất bản: 20/5/2017

SUMMARY

Refractive changes after brow suspension surgery in patients with congenital blepharoptosis.

Purpose: To evaluate the refractive changes occurring after frontalis brow suspension surgery in pediatric patients with congenital blepharoptosis and find factor related to refractive changes. **Subject:** 90 eyes of 72 patients with congenital blepharoptosis underwent frontalis brow suspension surgery with 4:0 Vicryl sutures in Pediatric Department of Vietnam National of Ophthalmology from 12/2014 to 9/2015. **Results:** 69.9% of eyes have a change in refractive, average 0.66D on SE, 62.9% change below 1D. The ratio of astigmatism before surgery was 48.9%, 74.4% after surgery. 37.7% change power of astigmatism with an average increase of 0.26D. 98.7 % change of axis of astigmatism, the mean rotation is 16.38 °. The refractive power of corneal increased by an average of 0.13D and power of astigmatism increased by an average of 0.33D. The change in refraction is associated with the degree of collapse and surgical outcome. Before surgery ratio of anisometropia of unilateral group was higher than that in the bilateral group. After surgery the ratio of anisometropia of unilateral group decreased by 24.1%.

Keywords: Refraction.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sụp mi bẩm sinh là một bệnh lý về mi mắt thường gặp ở trẻ em. Bệnh nếu không được điều trị sớm có thể dẫn đến nhược thị do trục thị giác bị che khuất. Điều trị sụp mi bẩm sinh hiện nay chủ yếu bằng phẫu thuật treo mi vào cân cơ trán, tuy nhiên một số nghiên cứu cho thấy có sự thay đổi khúc xạ nhãn cầu

nói chung và giác mạc nói riêng sau phẫu thuật. Như vậy cần thiết phải đánh giá sự thay đổi khúc xạ và các yếu tố liên quan để tiên lượng và có phương án điều trị tiếp theo. Vì vậy chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài này để đánh giá sự thay đổi KX và nhận xét một số yếu tố liên quan đến sự thay đổi khúc xạ sau phẫu thuật treo cơ trán.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu : BN sụp mi bẩm sinh dưới 16 tuổi đã được phẫu thuật treo mi trên vào cân cơ trán tại khoa Mắt trẻ em, Bệnh viện Mắt TW từ 12/2014 đến tháng 9/2015

Tiêu chuẩn loại trừ: BN có các bệnh khác tại mắt ngoài sụp mi hoặc BN không phối hợp hoặc không chấp nhận tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả lâm sàng tiến cứu. Cỡ mẫu tối thiểu n=80.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm BN: Có 90 mắt của 72 BN được phẫu thuật treo cơ trán, tuổi trung bình là $6,01 \pm 2,63$, tương đương với T. T. Bình ($7,5 \pm 4,3$ tuổi) [1]. Chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nam nhiều hơn nữ (70,8% và 29,2%) phù hợp với kết quả của một số tác giả khác.

Trong nhóm nghiên cứu có 67,8% sụp mi độ 3 và 32,2% độ 2, phù hợp với kết quả của T.T.Bình (67,9% và 32,1%) trong đó 95% số mắt có chức năng cơ nâng mi yếu.

Kết quả phẫu thuật: Kết quả tốt chiếm 70%. Chúng tôi không gặp biến chứng nào như quặm mi, phản ứng chỉ hay sụp mi tái phát.

Thay đổi khúc xạ nhãn cầu

Thay đổi khúc xạ theo tương đương cầu

Trước phẫu thuật có 55,6% mắt viễn thị, 36,7% cận thị và 7,8% chính thị. Sau phẫu thuật tỷ lệ tương ứng là 21,1%, 64,4% và 14,4%. Tỷ lệ cận thị tăng, viễn thị giảm sau phẫu thuật cho thấy khúc xạ nhãn cầu thay đổi theo xu hướng chuyển dịch về phía cận thị.

69,9% mắt có thay đổi khúc xạ sau phẫu thuật, do đó đòi hỏi cần phải chỉnh quang lại cho những bệnh nhân sụp mi sau phẫu thuật. Kết quả của chúng tôi tương đương kết quả nghiên cứu của Kao (70%) [2] và Byard (77%) [3], nhưng thấp hơn nghiên cứu của Holck (86,2%)

Thay đổi công suất khúc xạ trung bình của chúng tôi là 0,65D tương đồng với Byard (0,41D) [3] có lẽ vì hai nghiên cứu có cùng phương pháp phẫu thuật. Thay đổi CSKX của Klimek lại cao hơn nhiều (1,23D), và phương pháp phẫu thuật của tác giả này là rút ngắn cơ nâng mi. Như vậy liệu các phương pháp điều trị sụp mi khác nhau có gây ra sự thay đổi khúc xạ khác nhau hay không có lẽ phải có những nghiên cứu tổng hợp khác.

CS loạn thị trung bình tăng so với trước phẫu thuật ($p < 0,001$) phù hợp với nhận định của Kumar, Klimek và Byard. Để giải thích nguyên nhân cận thị hóa, một số tác giả cho rằng phẫu thuật sẽ làm giảm áp lực của mi lên nhãn cầu nói chung và giác mạc nói

riêng do vậy làm tăng CSKX giác mạc và tăng chiều dài trước sau của trục nhãn cầu.

Thay đổi loạn thị

Tỷ lệ loạn thị trước phẫu thuật là 48,9% sau phẫu thuật là 74,4%, tăng 25,5%. Nghiên cứu của Cadera, Klimek và Kumar cũng cho thấy có sự gia tăng tỷ lệ loạn thị sau phẫu thuật. Kumar nhận thấy rằng tỷ lệ loạn thị cao nhất ở thời điểm sau phẫu thuật (2 tuần) nhưng giảm dần và ổn định ở 6-8 tuần sau phẫu thuật. Đây cũng là thời điểm chúng tôi lựa chọn để đánh giá sự thay đổi khúc xạ. Chúng tôi nhận thấy rằng ở thời điểm này mi mắt không còn phản ứng viêm và hiện tượng phù nề thuận lợi cho việc đánh giá tình trạng khúc xạ.

Tỷ lệ loạn thị gia tăng sau phẫu thuật có thể do độ nghiêng của bờ mi thay đổi, hơn nữa chỉ treo mi nằm trong chiều dày của mi mắt cũng làm tăng độ dày và giảm đi tính mềm mại của mi mắt làm tăng áp lực của mi mắt lên giác mạc từ đó gây tăng loạn thị.

Mức độ thay đổi

Có 33/90 mắt có sự thay đổi độ loạn thị chiếm 36,7%, trong đó thay đổi từ 0,5-1D là chủ yếu (21/33 mắt). CS loạn thị trung bình trước và sau phẫu thuật tương ứng là 0,94D và 1,2D; ($p < 0,001$), tăng trung bình 0,26D. Mức độ thay đổi công suất loạn thị trong nghiên cứu cũng tương đồng với Cadera (0,3D) và Byard (0,38D) nhưng thấp hơn so với Klimek (0,83D), Lee (0,57D) và Kumar (0,97D).

Thay đổi trục loạn thị

Trục loạn thị sau phẫu thuật thay đổi ở 89,7% mắt, trong đó thay đổi ở mức từ 5 - 15° chiếm 52%. Mức độ thay đổi trục loạn thị trung bình là $16,4^\circ \pm 15,11$ tương đương của Kumar là $20,01^\circ \pm 16,2$ ($p > 0,05$).

Trước phẫu thuật có 50% loạn thị thuận, 15,9% loạn thị ngược và 34,1% loạn thị chéo trục. Sau phẫu thuật tỷ lệ tương ứng là 50,7%; 7,5% và 41,8%. Như vậy tỷ lệ loạn thị ngược giảm 8,4% và tỷ lệ loạn thị chéo tăng 7,7%. Nghiên cứu của Kumar cũng cho thấy sau phẫu thuật tỷ lệ loạn thị chéo trục tăng.

Thay đổi KX giác mạc

Thay đổi công suất khúc xạ

Trung bình công suất khúc xạ giác mạc trước phẫu thuật là $42,9D \pm 1,2$; sau phẫu thuật là $43,03D \pm 1,13$ ($p = 0,03$), tăng trung bình 0,13D trong khi của Kumar là 1D. Công suất KX giác mạc theo trục ngang trước và sau phẫu thuật không có sự thay đổi ($42,35 \pm 1,0$ và $42,29 \pm 1,1$; $p > 0,05$). Công suất theo trục dọc trước phẫu thuật là $43,42 \pm 1,3$ sau phẫu thuật giảm còn $43,03 \pm 1,13$ ($p = 0,001$). Theo chúng tôi mi mắt đè lên nhãn cầu, ảnh hưởng đến bán kính cong giác mạc theo trục dọc nhiều hơn trục ngang do đó thay đổi vị trí mi mắt so với giác mạc sau phẫu thuật ảnh hưởng đến khúc xạ giác mạc theo trục dọc nhiều hơn. Sau phẫu thuật 70,4% số mắt có sự thay đổi công suất khúc xạ giác mạc, trong đó chủ yếu thay đổi ở mức độ từ 0,5→1D (65,9%), chỉ có 4,4% số mắt có sự thay đổi trên 1D.

Thay đổi về loạn thị giác mạc

Chúng tôi nhận thấy không có sự thay đổi về tỷ lệ loạn thị nhưng có sự thay đổi về mức độ loạn thị. Tỷ lệ loạn thị giác mạc trước phẫu thuật là 77,8%, sau phẫu thuật là 79,5% ($p > 0,05$). Công suất loạn thị giác mạc trung bình trước phẫu thuật là $1,15D \pm 0,97$, sau phẫu thuật là $1,48D \pm 0,85$ ($p = 0,03$), tăng trung bình là $0,33D$ thấp hơn nghiên cứu của Kumar là $0,55D$.

Sau phẫu thuật có 55,9% tăng mức độ loạn, 17,9% giảm và 26,2% không có sự thay đổi. Tỷ lệ gia tăng mức độ loạn thị trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tới 55,9% một lần nữa khẳng định phẫu thuật sụp mi gây ảnh hưởng đến loạn thị giác mạc nói riêng và loạn thị nhãn cầu nói chung. Do đó cần thiết phải theo dõi khúc xạ và chỉnh kính phù hợp cho bệnh nhân sau phẫu thuật. Tỷ lệ này của chúng tôi tuy cao nhưng vẫn thấp hơn của Holck là 74,4%.

Thay đổi thị lực

Trước phẫu thuật tỷ lệ thị lực tốt (thị lực trên 20/30) ở nhóm mắt sụp mi độ 2 cao hơn nhóm sụp mi độ 3 (62,1% và 52,6%). Như vậy mức độ sụp mi càng nặng thì thị lực càng giảm, kết quả này tương đồng với kết quả của Cadera. Thị lực thấp hơn 20/80 chỉ có 3 mắt và đều thuộc nhóm sụp mi nặng.

Các yếu tố liên quan đến sự thay đổi khúc xạ

Liên quan giữa thay đổi khúc xạ với độ sụp mi

Tỷ lệ thay đổi khúc xạ nhãn cầu ở nhóm sụp mi độ 3 là 77% cao hơn nhóm độ 2 là 51,7% ($p < 0,05$), tương đồng với kết quả của Cadera và Klimek. Chúng tôi cũng tìm thấy sự tương quan tuyến tính nghịch biến giữa chỉ số MRD1 và mức độ thay đổi KX nhãn cầu với hệ số tương quan $r = -0,26$ ($p = 0,014$). MRD1 càng thấp hay nói cách khác mức độ sụp mi càng nặng thì mức độ thay đổi KX càng cao, do đó những bệnh nhân có mức độ sụp mi càng nặng thì càng cần được đo theo dõi tình trạng KX và chỉnh quang sau phẫu thuật để duy trì và cải thiện được thị lực.

Liên quan giữa thay đổi khúc xạ với kết quả phẫu thuật

Mức độ thay đổi MRD1 và mức độ thay đổi khúc xạ nhãn cầu có liên quan với $r = 0,23$ ($p = 0,03$). Như vậy mức độ thay đổi vị trí của mi mắt so với giác mạc tỷ lệ thuận với mức độ thay đổi khúc xạ.

Sự thay đổi khúc xạ giác mạc cũng có liên quan mật thiết với kết quả phẫu thuật. Tỷ lệ thay đổi khúc xạ giác mạc ở nhóm kết quả phẫu thuật tốt là 84,1% cao hơn so với nhóm thiếu chỉnh là 36%, $p = 0,01$.

Chênh lệch khúc xạ giữa hai mắt

Trước phẫu thuật tỷ lệ chênh lệch khúc xạ giữa hai mắt của nhóm BN sụp mi 1 mắt cao hơn nhóm sụp mi hai mắt ($p < 0,05$). Theo chúng tôi có thể là do nhóm bệnh nhân sụp mi một mắt có sự chênh lệch về

kích thước khe mi nhiều hơn nhóm sụp mi hai mắt nên tỷ lệ bệnh nhân có chênh lệch KX cũng cao hơn. Sau phẫu thuật tỷ lệ này ở hai nhóm là như nhau ($p > 0,05$).

Ở nhóm sụp mi 1 mắt sau phẫu thuật tỷ lệ chênh lệch khúc xạ giảm từ 72,2% xuống còn 48,1% ($p < 0,05$) trong khi nhóm sụp mi hai mắt không có sự thay đổi. Tỷ lệ bệnh nhân có chênh lệch khúc xạ của nhóm này giảm có lẽ là do phẫu thuật sụp mi làm giảm mức độ chênh lệch về độ cao của khe mi giữa hai mắt mà theo nhận định của Read thì kích thước khe mi có liên quan mật thiết với tình trạng KX giác mạc.

KẾT LUẬN

1. Sau phẫu thuật treo cơ trán khúc xạ nhãn cầu và KX giác mạc có sự thay đổi

Thay đổi khúc xạ nhãn cầu

69,9% mắt có sự thay đổi khúc xạ, chủ yếu ở mức 0,5-1D. Công suất trung bình trước phẫu thuật là $+0,08D$; sau phẫu thuật là $-0,57D$, xu hướng cận thị hóa. Tỷ lệ loạn thị trước phẫu thuật là 48,9%, sau phẫu thuật là 74,4%, tăng trung bình là $0,26D$. Tỷ lệ loạn thị chéo sau phẫu thuật là 41,8%, tăng so với trước phẫu thuật là 31,1%. Thay đổi trục loạn thị trung bình là $16,38^\circ$.

Thay đổi khúc xạ giác mạc

Công suất khúc xạ giác mạc trước phẫu thuật là 42,9 D, sau phẫu thuật là 43,03D; tăng trung bình $0,13D$. Mức độ loạn thị giác mạc trung bình trước phẫu thuật là $1,15D$, sau phẫu thuật là $1,48D$; tăng trung bình $0,33D$.

2. Các yếu tố liên quan với sự thay đổi khúc xạ

Sự thay đổi khúc xạ có liên quan với mức độ sụp mi và kết quả phẫu thuật. Mức độ thay đổi khúc xạ nhãn cầu có tương quan đồng biến với mức độ thay đổi MRD1.

Trước phẫu thuật tỷ lệ chênh lệch khúc xạ giữa hai mắt ở nhóm BN sụp mi một mắt cao hơn nhóm sụp mi hai mắt. Sau phẫu thuật tỷ lệ có chênh lệch khúc xạ giữa hai mắt của nhóm sụp mi một mắt giảm 24,1%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. T. T. Bình** (2009). Đánh giá kết quả lâu dài của phẫu thuật treo cơ trán bằng chỉ Mersilene trong điều trị sụp mi bẩm sinh. Luận văn thạc sỹ y học
- 2. S. C. Kao, C. C. Tsai, S. M. Lee và cộng sự** (1998). Astigmatism change following congenital ptosis surgery. Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei), 61 (12), 689-693
- 3. S. D. Byard, V. Sood và C. A. Jones** (2014). Long-term refractive changes in children following ptosis surgery: a case series and a review of the literature. Int Ophthalmol, 34 (6), 1303-1307