

với nhiệt độ lạnh hoặc căng thẳng thần kinh. Hiện tượng Raynaud thường xuất hiện trước tổn thương da và xơ hóa nội tạng nhiều năm, thậm chí nhiều thập kỷ. Do đó, tại thời điểm chẩn đoán Raynaud, cần phải xác định thêm các yếu tố nguy cơ để chẩn đoán xác định bệnh XCBHT hoặc có kế hoạch theo dõi sự xuất hiện của bệnh trong tương lai. Cứ tăng 1 năm tuổi khi xuất hiện Raynaud thì nguy cơ mắc bệnh tăng thêm 4%. Đa số các nghiên cứu đều nhận thấy hiện tượng Raynaud có tỷ lệ cao.

Loét đầu chi làm cho bệnh nhân đau đớn nhất là khi bị nhiễm trùng, giảm chức năng của tay, viêm xương tủy làm cho bệnh nhân phải nhập viện điều trị. Loét đầu chi ảnh hưởng khoảng 50% bệnh nhân và 75% loét xuất hiện trong vòng 5 năm sau chẩn đoán bệnh. Việc phát hiện sớm những bệnh nhân có nguy cơ cao phát triển loét đầu chi để điều trị dự phòng, giảm tỷ lệ mắc và chi phí xã hội.

## KẾT LUẬN

Cứng da ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống 100%, tổn thương đầu chi rất đa dạng: Raynaud, sẹo lõm teo da, loét hoại tử đầu chi, cắt cụt chi. Có mối tương quan giữa điểm Rodnan đánh giá độ dày da và tổn thương phổi ở bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hoogen F.V.D, Khanna D, Fransen J (2013). *Classification Criteria for Systemic Sclerosis: An ACR-EULAR Collaborative Initiative. Arthritis Rheum*, 65(11), 2737–2747.
2. Alhajeri H, Hudson M, Fritzler M (2015). 2013 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Classification Criteria for Systemic Sclerosis Outperform the 1980 Criteria: Data From the Canadian Scleroderma Research Group. *Arthritis Care & Research*, 67 (4), 582–587.
3. Pope J.E (2007). *The diagnosis and treatment of Raynaud's phenomenon: a practical approach. Drugs*, 67(4), 517-25.

# MỘT SỐ NHẬN XÉT VỀ ĐÁNH GIÁ SỬA VAN HAI LÁ BẰNG SIÊU ÂM TIM QUA THƯỢNG TÂM MẠC TRONG PHẪU THUẬT

NGO VĂN THANH, NGUYỄN THỊ VIỆT ANGA, NGUYỄN QUANG TUẤN  
*Bệnh Viện Tim Hà Nội*

## TÓM TẮT

Phẫu thuật sửa VHL đem lại những lợi ích đáng kể so với thay VHL ở bệnh nhân bệnh VHL nặng, tuy nhiên có một tỷ lệ đáng kể HoHL, hẹp VHL và cản trở đường ra thất trái cần được phát hiện chính xác kịp thời trước khi ngừng cuộc mổ. Tại Bệnh viện Tim Hà Nội đã ghi nhận có trường hợp HoHL phải mổ lại khi bệnh nhân điều trị hồi sức. Tại Việt Nam chưa có báo cáo nào về đánh giá kết quả sửa VHL trong mổ bằng SAT qua thượng tâm mạc. Trong phẫu thuật tim do nhiều lý do SAT qua thực quản có thể không thực hiện được, nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả sửa VHL bằng SAT qua thượng tâm mạc trong phẫu thuật. Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang. Đối tượng nghiên cứu: gồm 34 bệnh nhân có tổn thương VHL được phẫu thuật sửa VHL tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ 1/2016 đến 7/2016. Kết quả: phát hiện 3 trường hợp HoHL mức độ nặng, hai trường hợp được mổ lại sửa van, một trường hợp quyết định không can thiệp lại do nhỏ tuổi tổn thương van thiếu sản nặng. Kết luận: Nên áp dụng SAT trực tiếp bề mặt tim để đánh giá kết quả phẫu thuật sửa VHL khi vì một lý do nào đó không triển khai được SAT qua thực quản trong mổ.

**Từ khóa:** Van hai lá, siêu âm tim.

Chịu trách nhiệm: Ngô Văn Thanh

Email: [ngogiahung@gmail.com](mailto:ngogiahung@gmail.com)

Ngày nhận: 14/3/2017

Ngày phản biện: 05/4/2017

Ngày duyệt bài: 19/4/2017

Ngày xuất bản: 20/5/2017

## SUMMARY

INNITAL COMMENT OF THE INTRAOPERATIVE EPICARDIAL ECHOCARDIOGRAPHY FOR SURGICAL REPAIRE OF MITRAL VALVE

*Background:* Mitral valve repaired provides substantial advantages over mitral valve replacement in patients with severe mitral regurgitation. However, because of the possibility of persistent regurgitation, acquired stenosis, and left ventricle obstruction, an intraoperative technique is needed to provide an immediate and accurate assessment of the adequacy of the repaired before closure of the chest. At Hanoi Heart Hospital, some cases were noted to undergo reoperation for mitral valve replacement after being treatment in ICU. In Vietnam, there is still no report of epicardial echocardiography assessing the result of mitral valve repair surgery. In the actual condition of cardiac surgery, due to a variety of reasons, transesophageal echocardiographic approach may not be feasible. Therefore, we undertook this study with the aim of evaluating the results of mitral valve repair surgery by intraoperative epicardial Doppler color flow mapping echocardiography. *Methods:* cross sectional description. *Patients:* a total of 34 patients with severe mitral regurgitation who underwent mitral valve repair surgery at Hanoi Heart Hospital from 1/2016 – 7/2016. *Main results:* Postrepair intraoperative Doppler studies in the remaining 3 patients demonstrated persistent significant regurgitation (3/4 grade). In 2 patients, further surgery with mitral valve re-repair was performed during the same thoracotomy. In 1 patient with significant regurgitaion, the surgeon couldn't repair

more nor replace the valve because of small patient's age (1 year) and severe lack of tissue. We used sterile technique in the operative field and noted that there was no case of in-situ infection up to now (11/16).

**Conclusion:** Intraoperative epicardial Doppler color flow mapping echocardiography should be applied to assess the success of the operation and the need for further surgery in case transesophageal echocardiography can not be performed.

**Keywords:** Mitral valve, echocardiography.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Siêu âm Doppler tim (SAT) có vai trò to lớn góp phần vào sự tiến bộ và thành công vượt bậc của phẫu thuật tim mạch nói chung và bệnh van hai lá (VHL) nói riêng, đặc biệt là đánh giá kết quả sửa VHL trong mổ như còn hở, hẹp tồn dư, có cản trở đường ra thất trái. Tại Bệnh viện Tim Hà Nội ghi nhận một số trường hợp phải mổ lại khi đã về hồi sức, gây tốn kém, tăng nguy cơ cho người bệnh và ảnh hưởng đến kết quả chung của phẫu thuật. Trên thế giới, đây là kỹ thuật được nghiên cứu và ứng dụng từ những năm 1970 (SAT qua thượng tâm mạc) và những năm 1980 (SAT qua thực quản). Tại Việt Nam hiện chưa có báo cáo nào về SAT qua thượng tâm mạc đánh giá kết quả phẫu thuật sửa van tim. Trong phẫu thuật tim do nhiều lý do SAT qua thực quản có thể không thực hiện được, nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá kết quả sửa VHL bằng SAT qua thượng tâm mạc trong phẫu thuật.

#### ĐỐI TƯỢNG PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu mô tả

Tiêu chuẩn chọn: gồm 34 bệnh nhân có tổn thương VHL được phẫu thuật sửa VHL tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ 1/2016 đến 7/2016.

#### KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Chúng tôi tiến hành SAT trực tiếp bề mặt tim trong phẫu thuật sửa VHL cho 34 đối tượng bệnh nhân trong thời gian từ 1/2016 đến 7/2016. Trong nghiên cứu này tuổi trung bình ( $X \pm sd$ )  $48,3 \pm 10,3$  thấp nhất 1 tuổi (2 trường hợp) cao nhất 80, lứa tuổi hay gặp nhất 50 tuổi. Thoái hóa van chiếm 47,1%, nam giới có xu hướng mắc cao hơn nữ giới (64,7% so với 35,3%). Trên thế giới phẫu thuật sửa VHL thường được chia thành 2 nhóm trên 80 tuổi và dưới 80 tuổi, dù nhóm nào thì mặt bệnh chủ yếu vẫn là thoái hóa van.

Đặc điểm HoHL trên siêu âm tim và đánh giá trong mổ: Trong nghiên cứu này nguyên nhân thoái hóa van chiếm tỷ lệ cao nhất 47,1% (16/34), hậu thấp chỉ có 5/34 chiếm 14,7%, do bẩm sinh chiếm 17,7%, phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới. Nguyên nhân khác chiếm 17,7% chủ yếu do buồng tim giãn gây giãn vòng

van và hở van trên nền bệnh mạch vành.

Bảng 1: Nguyên nhân tổn thương van và mức độ hở van hai lá trên SA

Nguyên nhân	Mức độ hở van hai lá			Tổng
	HoHL 2/4	HoHL 3/4	HoHL 4/4	
Bẩm sinh	0	3	3	6 (17,7%)
Hậu thấp	0	4	1	5 (14,7%)
Thoái hóa	0	10	6	16 (47,1%)
Osler van	0	1	0	1 (2,9%)
Khác	2	4	0	6 (17,7%)
Tổng	2	22	10	34

Các kỹ thuật áp dụng sửa van hai lá: Đặt vòng van là kỹ thuật được áp dụng 17/27 trường hợp chiếm 63%, trong đó vòng van số 28 và số 32 mỗi loại có 5 trường hợp, vòng van số 30 được dùng nhiều nhất. Tác giả Braunberger (2001) chỉ ra tác dụng lớn nhất của vòng van nhân tạo là ngăn chặn quá trình giãn và tăng tính ổn định cho kỹ thuật sửa van.

Bảng 2: Các kỹ thuật áp dụng sửa VHL

Tổng hợp	n=34	%
Sửa vòng van	30/34	82,2%
Vòng nhân tạo	27	
Kích cỡ vòng van số 28	5/27	18,5%
Kích cỡ vòng van số 30	17/27	63%
Kích cỡ vòng van số 32	5/27	18,5%
Dải Gortex	2	
Màng tim	1	
Tạo hình lá van	20/34	58,8%
Khâu mép van	19/34	55,9%
Tạo hình dây chằng cột cơ	8/34	23,5%

Các kỹ thuật khác được áp dụng để sửa VHL như tạo hình lá van chiếm 58,8%, khâu mép van chiếm 55,9% và tạo hình dây chằng cột cơ chiếm 23,5%. Với mục đích làm kín VHL đưa về chức năng ban đầu của VHL đồng thời không gây hẹp và tránh cản trở đường thoát thất trái (SAM).

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật: Nghiên cứu của Kristine J. Hirsch có 6 – 8% sửa VHL thất bại được phát hiện trong mổ nhờ SAT. Tác giả Isobel và cs (1990) nghiên cứu so sánh SAT qua thực quản và qua thượng tâm mạc cho thấy cả hai phương pháp này có giá trị tương đương trong đánh giá kết quả phẫu thuật. Tác giả Stewart nghiên cứu trên 100 đối tượng sửa van thấy rằng SAT qua thượng tâm mạc là an toàn và có giá trị. Tác giả Manvi (2013) đưa ra khuyến cáo SAT qua thượng tâm mạc là chính xác, kinh tế và là phương thức an toàn, nên được áp dụng trong phẫu thuật tim.

Bảng 3: Siêu âm tim mức độ hở van hai lá theo thời gian

Siêu âm		Trước mổ		Trong mổ		Hồi sức		Ra viện	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Mức độ	<1/4	0	0%	5	14,7%	0	0%	0	0%
HoHL	1/4	0	0%	22	64,7%	30	88,2%	29	85,3%
	2/4	2	5,9%	4	11,8%	3	8,8%	4	11,8%
	3/4	22	64,7%	3	8,8%	1	2,9%	1	2,9%
	4/4	10	29,4%	0	0%	0	0%	0	0%
SAM	-	-	0	0%	0	0%	-	-	
Tổng		34	100%	34	100%	34	100%	34	100%

Trong nghiên cứu này trước khi SAT chúng tôi kiểm tra VHL bằng phương pháp thử nước không có trường hợp nào HoHL nhiều (xấu), chỉ có 11,8% còn HoHL nhẹ tức là ở mức chấp nhận được và 88,2% mức độ tốt bơm nước hoàn toàn kín. Sau đó kiểm tra SAT có 3 trường hợp HoHL 3/4-4/4 quyết định chạy máy mổ sửa lại VHL hai trường hợp. Như vậy, khi tìm chưa đập lại chưa phản ánh hết động học của VHL nếu không SAT chỉ đánh giá bằng thử nước sẽ có 2 trường hợp HoHL phải mổ lại khi đã về hồi sức gây tổn kém và nguy hiểm cho người bệnh. Theo dõi đến lúc ra viện siêu âm ra viện còn 1 trường hợp hở VHL 3/4, hẹp vừa ở bệnh nhân nhỏ 1 tuổi, tổn thương mô van thiếu sản, 4 trường hợp HoHL mức độ 2/4 chiếm 11,8%.

Cản trở đường ra thất trái là một biến chứng của sửa VHL, các nghiên cứu trên thế giới cho thấy có tới 16% (Kristine J. Hirsch). Yếu tố chính là dư thừa mô lá van, tỷ lệ lá trước/lá sau VHL, ngoài ra cơ nhú, thất trái không giãn và 1 góc lá VHL cũng là một trong những yếu tố góp phần cản trở đường ra thất trái. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chúng tôi không phát hiện trường hợp nào cản trở đường ra thất trái SA trong mổ, hồi sức và ra viện.

Về đánh giá chênh áp qua VHL: SAT trong mổ có chênh áp qua van thấp hơn các lần SAT sau cả về chênh áp tối đa lẫn trung bình, SAT trong mổ có 2 trường hợp chênh áp qua VHL mức độ nhẹ, SAT sau mổ và ra viện có 5 trường hợp chênh áp VHL mức độ nhẹ đến vừa. Như vậy, khi chúng ta đánh giá chênh áp để nói mức độ hẹp của van trong phẫu thuật sẽ cho giá trị thấp hơn bình thường khi đánh giá bằng siêu âm qua thành ngực. Vì sao lại như vậy, có lẽ do chúng tôi siêu âm khi đang còn hỗ trợ máy mức hoàn toàn, hoặc không hoàn toàn áp lực thật sự trong buồng tim thấp và sức co bóp cơ tim chưa hoàn toàn dẫn tới chênh áp thấp. Để khắc phục điều này cần ngừng tim phổi máy rồi mới siêu âm đánh giá chênh áp qua van. Qua kinh nghiệm làm việc hàng ngày siêu âm ở bệnh nhân sau phẫu thuật chúng tôi nhận thấy nếu bệnh nhân có thuốc tăng co bóp cơ tim thì chênh áp qua van cao hơn đặc biệt với van động mạch chủ. Vậy mặc dù về mặt lý thuyết siêu âm trực tiếp bề mặt tim có ưu điểm là tiếp xúc ngay với cấu trúc cần đánh giá sẽ đánh giá được nhiều hơn các thông số siêu âm. Thực tế không phải vậy với sửa VHL siêu âm bề mặt tim sau mổ đánh giá được hở van, cơ chế hở, hẹp nếu có, cản trở đường ra thất trái (dấu hiệu SAM) hơn phương pháp thử nước. Và với tiêu chí phát hiện hẹp, HoHL và dấu hiệu cản trở đường ra thất trái sau sửa van thì siêu âm bề mặt tim trong mổ đáp ứng được các tiêu chí này. Tuy nhiên lại bị hạn chế bởi phẫu trường nếu đặt trực tiếp trên tim. Cách khắc phục đổ đầy nước muối sinh lý nhằm tăng khả năng truyền âm.

Bảng 4: Chênh áp qua VHL trên siêu âm tim

Chênh áp qua VHL		X±sd (mmHg)	Giá trị (mmHg)	
			Min	max
Trước mổ	Gr cao nhất	7,72±4,05	2,6	17,6
	Gr trung bình	3,26±1,78	1	8
Trong mổ	Gr cao nhất	5,11±2,37	2	10
	Gr trung bình	2,50±1,53	0	6
Trong hồi sức	Gr cao nhất	7,06±2,30	4	15
	Gr trung bình	3,38±1,42	2	9
Ra viện	Gr cao nhất	7,85±3,54	2,5	22
	Gr trung bình	3,64±1,71	2	11

Tồn dư tổn thương VHL và chỉ định mổ lại sửa: SAT trong mổ có 7 trường hợp HoHL mức độ vừa đến nhiều chiếm 20,6%, có 3 trường hợp hở nhiều (theo đánh giá thì đây là sửa van không tốt hay không thành công). Tuy nhiên chỉ có 2 trường hợp quyết định chạy máy sửa lại van tim, sau sửa lần 2 siêu âm lại mức độ hở chỉ còn 1/4. Theo William J. Stewart và cs (1990), tỷ lệ sửa VHL phải mổ lại cấp là 6%, trong đó mổ lại cấp vì cản trở đường ra thất trái 3% và 3% HoHL, có 2% mổ lại sau về hồi sức 5 ngày. Theo Feedman và cs (1992), tỷ lệ sửa VHL thành công với HoHL sau mổ ≤ 1/4 là 88%, HoHL ≥ 3/4 là 7,7%. Theo Giovanni Stellin và cs (2000) có 17,7% còn tồn dư HoHL mức độ vừa sau sửa VHL. Theo dõi kết quả sửa VHL trẻ em cho thấy tỷ lệ mổ lại dao động từ 10-30% tùy theo báo cáo và thời gian theo dõi. Tác giả Văn Hùng Dũng và cộng sự hồi cứu trên 77 bệnh nhân trẻ em được phẫu thuật sửa VHL, sửa van thất bại phải thay van nhân tạo 2 trường hợp, mổ lại sớm là 5 trường hợp.

Trường hợp thứ nhất: Bệnh nhân nam 47 tuổi, chẩn đoán trước mổ là HoHL do đứt dây chằng lá trước phẫu thuật, sửa lần 1 tạo hình dây chằng, khâu mép van sau đó thử nước kín, siêu âm bề mặt tim thấy hở nhiều, sa vùng lá trước không có dấu hiệu cản trở đường ra thất trái (SAM) quyết định chạy máy lại sửa van và đặt vòng van số 30k, siêu âm kiểm tra lại hở nhẹ còn 1/4, chênh áp qua van là 3/1mmHg. Tổng thời gian chạy máy 110 phút, cấp động mạch chủ 59 phút.

Trường hợp thứ 2: Bệnh nhân nữ 32 tuổi chẩn đoán trước mổ hở VHL nhiều trên nền bệnh kênh nhĩ thất đã mổ sửa van trước đó. Phẫu thuật sửa lần 1 tạo hình dây chằng, khâu mép van sau đó thử nước hở nhẹ, siêu âm bề mặt tim thấy hở nhiều, sa vùng lá trước không có dấu hiệu cản trở đường ra thất trái (SAM) quyết định chạy máy lại sửa van và cố định vòng van bằng dải gortex, siêu âm kiểm tra lại hở nhẹ còn 1/4. Tổng thời gian chạy máy 147 phút, cấp động mạch chủ 89 phút.

Với 2 trường hợp trên nếu chủ quan tin rằng thử nước kín mà không đánh giá bằng SAT thì sau mổ bệnh nhân vẫn còn HoHL mức độ nhiều, nếu mổ lại khi đã về hồi sức bệnh nhân phải chịu thêm cuộc mổ và chi phí cuộc mổ mới.

Trường hợp quyết định không chạy máy sửa lại van hoặc can thiệp khác do ở bệnh nhân nhỏ 1 tuổi, tổn thương mô van dạng thiếu sản bẩm sinh thời điểm hiện tại không thể sửa van kín hơn, không thể thay van tim nhân tạo vì vậy điều trị nội khoa tích cực

chờ bệnh nhân lớn can thiệp tiếp.

Như vậy, trong nghiên cứu này tỷ lệ phải mổ lại ngay là 5,9% tương tự các nghiên cứu trên thế giới (6-7,7%), chúng tôi không gặp trường hợp nào mổ lại vì cản trở đường ra thất trái (SAM) trong khi đó báo cáo của Stewart là 3%. SAT trong mổ phát hiện tồn dư tổn thương trong mổ giúp phẫu thuật viên thể quyết định chấp nhận mức độ tồn dư hay can thiệp lại. Do vậy, bệnh nhân sẽ không phải thêm một cuộc phẫu thuật nữa, nếu phát hiện muộn khi đã chuyển về hồi sức.

Về nguy cơ nhiễm khuẩn tại chỗ do đầu dò siêu âm đặt trực tiếp trên tim chúng tôi khắc phục bằng túi nilon vô khuẩn dùng trong phẫu thuật nội soi để bọc đầu dò siêu âm. Tuy vậy chúng tôi theo dõi các bệnh nhân được SAT qua thượng tâm mạc với các bệnh nhân mổ tim khác trong cùng thời gian này tính đến thời điểm (11/2016) bệnh nhân theo dõi dài nhất 11

tháng, ngắn nhất 3 tháng không có trường hợp nào viêm xương ức, nhiễm trùng vết mổ ở cả hai nhóm.

#### KẾT LUẬN

Nên áp dụng SAT trực tiếp bề mặt tim để đánh giá kết quả phẫu thuật sửa VHL khi vì một lý do nào đó không triển khai được SAT qua thực quản trong mổ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bonnet V., C. Boisselier, et al. (2016), "The role of age and comorbidities in postoperative outcome of mitral valve repair: A propensity-matched study", *Medicine* (Baltimore), 95(25): pp. e3938.
2. David Andrew Sidebotham and Ivor L. Gerber (2014), "Intraoperative Transesophageal Echocardiography for Surgical Repair of Mitral."
3. Fix J, Isada, D. Cosgrove, et al. (1993), "Do patients with less than 'echo-perfect' results from mitral valve repair by intraoperative echocardiography have a different outcome?", *Circulation*, 88(5 Pt 2): pp. 1139-48.

## TÌNH HÌNH ĐIỀU TRỊ BỆNH TẠI KHOA DA LIỄU BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN TRUNG ƯƠNG

THÁI THỊ HOÀNG OANH  
Trường Đại học Y Hà Nội

#### TÓM TẮT

Nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả tình hình điều trị bệnh nhân tại khoa Da liễu Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương trong hai năm 2014 và 2015. Kết quả: phương pháp điều trị kết hợp y học cổ truyền và y học hiện đại chiếm tỷ lệ cao nhất (89,9%). Nhóm thuốc y học hiện đại thường dùng là nhóm bù nước điện giải (chiếm trên 55%), tiếp theo là nhóm corticoid và chống dị ứng (chiếm khoảng 18-22%). Nhóm thuốc y học cổ truyền thường dùng là nhóm thanh nhiệt: Kim ngân hoa (74,0%), Liên kiều (54,7%), Sinh địa (52,4%). Tỷ lệ bệnh nhân đỡ là cao nhất (71,2%). Số ngày điều trị trung bình  $24,9 \pm 18,3$  ngày.

**Từ khóa:** Điều trị, da liễu, y học cổ truyền.

#### SUMMARY

THE TREATMENT AT DERMATOLOGY DEPARTMENT OF THE NATIONAL TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL

The study aims to describe the treatment methods of the patients at dermatology department in the national traditional medicine hospital in two years (2014 and 2015). The result: 89,9% of patients were treated by using modern medicine and traditional medicine. Modern medicine treatments usually use are: rehydration-minerals (more than 50%), corticoid and antiallergic (18-22%). Traditional medicine

Chịu trách nhiệm: Thái Thị Hoàng Oanh

Email: oanhquang2002@yahoo.com

Ngày nhận: 10/3/2017

Ngày phản biện: 05/4/2017

Ngày duyệt bài: 25/4/2017

Ngày xuất bản: 20/5/2017

treatments usually use are: *Lonicera japonica* Thunb. (74.0%); *Forsythia suspensa* Vahl. (54.7%); *Rehmanma glutinosa* (52.4%). 71.2% of the total patients were improved of the disease. The average days of treatment was  $24.9 \pm 18.3$  days.

**Keywords:** Treatment, dermatology, traditional medicine.

#### ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm gần đây, số bệnh nhân đến khám và điều trị tại khoa ngày càng gia tăng, tính chất bệnh ngày càng phức tạp. Nghiên cứu tình hình điều trị để có kế hoạch đầu tư trang thiết bị, thuốc men và con người phù hợp góp phần nâng cao chất lượng và hiệu quả điều trị là việc cần thiết. Đề tài được tiến hành với mục tiêu: Mô tả tình hình điều trị tại khoa Da liễu – Bệnh viện Y học cổ truyền Trung ương trong hai năm (2014 và 2015).

#### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

##### 1. Đối tượng nghiên cứu

##### 1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Tất cả hồ sơ bệnh án của các bệnh nhân điều trị tại khoa Da liễu – Bệnh viện YHCT Trung ương từ 1/2014 đến 12/2015 đảm bảo yêu cầu:

Bệnh án được cập nhật đầy đủ các thông tin về: tên, tuổi, giới, nghề nghiệp, địa chỉ, ngày vào viện, ngày ra viện, chẩn đoán (gồm cả chẩn đoán YHHĐ và YHCT), thuốc điều trị (YHHĐ và YHCT), kết quả điều trị.

##### 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Các hồ sơ bệnh án không có đầy đủ các dữ liệu trên.

##### 2. Phương pháp nghiên cứu