

Hộ gia đình có từ 3 con trở lên có nhiều nguy cơ có trẻ mắc SDD thấp còi hơn so với hộ gia đình có 1 đến 2 con. Điều này có thể lý giải do đông con dẫn đến điều kiện kinh tế và điều kiện chăm sóc trẻ em kém hơn.

2.5. Yếu tố nhân trắc bà mẹ

Bà mẹ có chiều cao thấp hơn so với chiều cao trung bình (<153cm) có nhiều nguy cơ có con mắc SDD thấp còi hơn so với các bà mẹ có chiều cao trung bình trở lên.

2.6. Yếu tố địa lý

Các hộ gia đình nông thôn có nguy cơ có trẻ mắc SDD thấp còi cao hơn. Điều này có thể giải thích do điều kiện kinh tế kém hơn và khả năng tiếp cận với lương thực thực phẩm do đó cũng hạn chế hơn so với các hộ gia đình thành thị.

2.7. Các yếu tố khác

Nhóm trẻ ốm (tiêu chảy, sốt) có nguy cơ mắc SDD cao hơn so với các nhóm trẻ khỏe mạnh.

KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ SDD trẻ em dưới 5 tuổi có xu hướng giảm dần tuy nhiên tốc độ giảm đang chậm lại

Tỷ lệ SDD nhẹ cân ở trẻ em dưới 5 tuổi giảm từ 16,8% năm 2011 xuống 14,1% năm 2015. Mức giảm trung bình là 0,5% năm.

Tỷ lệ SDD thấp còi ở trẻ em dưới 5 tuổi giảm từ 27,5% năm 2011 xuống 24,6% năm 2015. Mức giảm trung bình là 0,6% năm cao hơn so với mức giảm trung bình 0,5% năm chung toàn cầu.

Mức giảm SDD ở thành thị và nông thôn là khá tương đồng ở cả 3 thể SDD nhẹ cân, thấp còi và gầy

còm. Tỷ lệ SDD giảm chậm ở vùng miền núi. Tỷ lệ SDD gầy còm ở khu vực miền núi còn khá cao so với tỷ lệ chung toàn quốc.

2. Một số yếu tố nguy cơ chính của SDD thấp còi trẻ em

Trình độ học vấn của bà mẹ thể hiện mối tương quan có ý nghĩa thống kê rõ rệt với tình trạng SDD thấp còi của trẻ. Ngoài ra các yếu tố như tuổi bà mẹ, nhân trắc bà mẹ và nghề nghiệp cũng có mối tương quan với tình trạng SDD của trẻ. Cỡ hộ gia đình, khu vực thành thị nông thôn cũng có mối tương quan có ý nghĩa thống kê đối với tình trạng SDD thấp còi trẻ em.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 6th report on the world nutrition situation, progress in nutrition, United Nation, 2015.
2. Nguyễn Công Khanh, Lê Danh Tuyên, Hà Huy Khôi, Phạm Văn Hoan và cs (2007). *Tiến triển suy dinh dưỡng ở trẻ em dưới 5 tuổi từ năm 1990 đến 2004 - Tình hình dinh dưỡng và chiến lược can thiệp ở Việt Nam*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. UNICEF (2016). *Global nutrition report*.
4. Mercedes de Onis & Francesco Branca (2016). *Childhood stunting: a global perspective*. Maternal & Child Nutrition Vol 12, May 2016, Geneva.
5. Viện Dinh dưỡng – UNICEF (2016), *Tình hình Dinh dưỡng trẻ em 2015*. Hà Nội.
6. Viện Dinh dưỡng – UNICEF (2012), *Tình hình Dinh dưỡng trẻ em 2011*. Hà Nội.
7. WHO (2006). *WHO child growth standards*. Geneva.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP XƯƠNG GÒ MÁ CUNG TIẾP BẰNG NẸP VÍT TỰ TIÊU

PHẠM HOÀNG TUẤN

Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

SUMMARY

TREATMENT ZYGOMA FRACTURE WITH ABSORBABLE PLATE AND SCREW

AIM: The study was performed on 19 patients with zygoma fracture at Hanoi National Hospital of Odontostomatology. Methods: Quasi experiment. Using absorbable plate and screw in treatment. Results: 3 months after treatment all target about anatomy, function and aesthetics are good with the rate is 100%. Conclusion: Treatment zygoma fracture with absorbable plate and screw shows good result not only in reconstructing anatomy also in function and aesthetics.

Keywords: fracture, zygoma, absorbable plate and screw, surgery

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, cùng với sự tiến bộ không ngừng của khoa học kỹ thuật đã đưa ra nhiều phương pháp điều trị gãy xương GMCT ngày càng tốt hơn trong đó phương pháp kết hợp xương bằng nẹp vít đã đem lại

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện trên 19 bệnh nhân điều trị gãy gò má cung tiếp tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội. Phương pháp nghiên cứu: thử nghiệm lâm sàng không có nhóm chứng. Sử dụng nẹp vít tự tiêu trong phẫu thuật điều trị. Kết quả: 3 tháng sau phẫu thuật các chỉ tiêu về giải phẫu, chức năng và thẩm mỹ đều đạt kết quả tốt với tỷ lệ 100%. Kết luận: Điều trị gãy xương gò má cung tiếp bằng nẹp vít tự tiêu cho hiệu quả tốt trong phục hồi cấu trúc giải phẫu cũng như chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân.

Từ khóa: gãy xương, gò má cung tiếp, nẹp tự tiêu, phẫu thuật

Chịu trách nhiệm: Phạm Hoàng Tuấn

Email: drtuan1966@gmail.com

Ngày nhận: 15/6/2017

Ngày phân biên: 19/7/2017

Ngày duyệt bài: 02/8/2017

Ngày xuất bản: 20/8/2017

những kết quả tốt hơn cả. Tuy nhiên có những hạn chế nhất định như việc phải tháo bỏ nẹp vít sau phẫu thuật. Nẹp vít tự tiêu một giải pháp tốt vừa kế thừa được ưu điểm của nẹp vít thông thường vừa khắc phục được nhược điểm phải tháo bỏ nẹp vít tránh cho bệnh nhân phải tiến hành một phẫu thuật lần 2 vừa tốn kém tiền bạc, thời gian cũng như sức khỏe và cũng góp phần chống quá tải của các bệnh viện của chúng ta hiện nay

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu:

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

Là những bệnh nhân bị gãy xương GMCT đã được điều trị bằng phương pháp phẫu thuật kết xương dùng nẹp vít tự tiêu tại khoa Chấn thương hàm mặt - Bệnh viện Răng Hàm Mặt TƯ Hà Nội

+ Được chuẩn đoán xác định gãy xương GMCT

+ Có chỉ định điều trị phẫu thuật

+ Được phẫu thuật dùng phương pháp kết xương bằng nẹp vít tự tiêu

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không hợp tác tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Thiết kế nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2. Cơ mẫu

Mẫu thuận tiện. Lấy 19 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn.

3. Xử lý và phân tích số liệu

- Xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 16.0

4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý của đối tượng nghiên cứu và của địa phương. Các quy trình khám đảm bảo vô khuẩn, trong khi khám nếu phát hiện tình trạng bệnh lý về răng miệng các đối tượng sẽ được tư vấn tại chỗ. Kết quả nghiên cứu chỉ sử dụng trong nghiên cứu khoa học chứ không nhằm mục đích gì khác.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Kết quả điều trị về mặt giải phẫu theo thời gian

Thời gian Kết quả	Trước khi ra viện		Sau mổ 6 tuần		Sau mổ 3 tháng	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	19	100	19	100	19	100
Khá	0	0	0	0	0	0
Kém	0	0	0	0	0	0
Tổng cộng	19	100	19	100	19	100

Nhận xét: Kết quả điều trị về mặt giải phẫu trước khi ra viện và sau mổ 6 tuần, và sau mổ 3 tháng tốt chiếm 100% không có kết quả kém

Bảng 2. Kết quả điều trị về mặt chức năng theo thời gian

Thời gian Kết quả	Trước khi ra viện		Sau mổ 6 tuần		Sau mổ 3 tháng	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	2	10,52	13	68,42	19	100
Khá	17	89,47	6	31,57	0	0
Kém	0	0	0	0	0	0
Tổng cộng	19	100	19	100	19	100

Nhận xét: Kết quả điều trị phục hồi về chức năng trước khi ra viện tốt chiếm 10,52% khá chiếm 89,48%. Sau mổ 6 tuần tốt chiếm 68,42% khá chiếm 31,58% không có kết quả kém. Sau mổ 3 tháng tốt đạt 100%

Bảng 3. Kết quả điều trị về mặt thẩm mỹ theo thời gian

Thời gian Kết quả	Trước khi ra viện		Sau mổ 6 tuần		Sau mổ 3 tháng	
	n	%	n	%	n	%
Tốt	4	21,05	15	78,95	19	100
Khá	15	78,95	4	21,05	0	0
Kém	0	0	0	0	0	0
Tổng cộng	19	100	19	100	19	100

Nhận xét: Kết quả điều trị phục hồi về thẩm mỹ trước khi ra viện tốt chiếm 21,05% khá chiếm 78,95%. Sau mổ 6 tuần tốt chiếm 78,95% khá chiếm 21,05% không có kết quả kém. Sau mổ 3 tháng đạt kết quả tốt 100%

Bảng 4. Biến chứng sau điều trị phẫu thuật gãy GMCT bằng nẹp vít tự tiêu

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ%
Viêm nhiễm	2	10,52 %
Chậm liền hoặc không liền	0	0 %
Tổng số	19	100 %

Nhận xét: Trong 19 bệnh nhân nghiên cứu chỉ có 2 bệnh nhân nhiễm trùng phần mềm chiếm 10,52%.

BÀN LUẬN

Một số điểm khác biệt thấy được trong qua trình làm thủ thuật.

* Về đường phẫu thuật :

- Không có sự khác biệt về vị trí đường rạch, có khác biệt là đường rạch cần dài hơn bóc tách cần rộng hơn bộc lộ rõ đường gãy và vị trí đặt nẹp để khi uốn nẹp được thuận tiện và chính xác.

* Về khoan và tạo ren :

- Khác với nẹp vít thông thường chúng ta cần phải tạo ren rồi mới được bắt vít. Lưu ý khi tạo ren cần giữ cho dụng cụ tạo ren trùng thẳng hướng với mũi khoan để tránh lệch và cháy ren vì nếu cháy hoặc lệch ren sẽ không bắt vít được phải làm lại lỗ khoan khác

* Những hạn chế của phương pháp kết xương GMCT bằng nẹp vít tự tiêu:

- Chi phí ban đầu còn cao do giá thành của nẹp vít

- Kỹ thuật đòi hỏi phức tạp hơn so với nẹp vít thông thường

Ngay sau khi xuất viện và sau 6 tuần đạt kết quả khá và tốt 100 % không có kết quả kém

Về kết quả giải phẫu: 100% đạt được ngay sau khi ra viện

Về kết quả chức năng và thẩm mỹ: ta thấy kết quả cải thiện dần theo thời gian tái khám. Có thể giải thích do theo dõi gian quá trình lành thương khiến cho hoạt động chức năng của bệnh nhân dần hồi phục và thẩm mỹ dần được cải thiện.

KẾT LUẬN

Điều trị gãy xương gò má cung tiếp bằng nẹp vít tự tiêu cho hiệu quả tốt trong phục hồi cấu trúc giải

phẫu cũng như chức năng và thẩm mỹ cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jump up[^] Buchanan, EP; Hopper, RA; Suver, DW; Hayes, AG; Gruss, JS; Birgfeld, CB (2012). "Zygomaticomaxillary complex fractures and their association with naso-orbito-ethmoid fractures: a 5-year review.". Plastic and Reconstructive Surgery. 130 (6): 1296–304.

2. Adam AA, Zhi L, Bing LZ, et al;(2011). Evaluation of treatment of zygomatic bone and zygomatic arch fractures: a retrospective study of 10

years. J Maxillofac Oral Surg. 2012 Jun 11(2):171-6.

3. Ceallaigh PO, Ekanaykae K, Beirne CJ, et al. (2007). Diagnosis and management of common maxillofacial injuries in the emergency department. Part 3: Orbitozygomatic complex and zygomatic arch fractures. Emerg Med J. 24(2):120-2.

4. Hopper RA, Salemy S, Sze RW. (2006). Diagnosis of midface fractures with CT: what the surgeon needs to know. Radiographics. 26(3):783-93.

5. Antoun JS, Steenberg LJ, Lee KH, (2010). Maxillofacial fractures sustained by unmounted equestrians. Br J Oral Maxillofac Surg.

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ PRO-GRP HUYẾT TƯƠNG TRONG THEO DÕI ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO NHỎ TẠI TRUNG TÂM UNG BƯỚU, BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

LẠI THỊ TỐ UYÊN - Bệnh viện Phổi Trung ương

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi nồng độ Pro-GRP huyết tương trước, trong và sau điều trị ở bệnh nhân ung thư phổi tế bào nhỏ tại Trung tâm Ung bướu, Bệnh viện Phổi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, tiền cứu trên 35 BN ung thư phổi tế bào nhỏ được làm xét nghiệm Pro-GRP huyết tương khi mới vào viện, sau 1 chu kỳ điều trị, sau 3 chu kỳ điều trị, sau 6 chu kỳ điều trị từ tháng 10/2016 đến tháng 06/2017. **Kết quả:** Nồng độ Pro-GRP huyết tương ở nhóm khu trú và nhóm lan tỏa khi mới vào viện tương ứng là 182,68±109,9 pg/ml; 2926,75±2635,24 pg/ml. Nồng độ Pro-GRP huyết tương ở nhóm khu trú và lan tỏa sau 1 chu kỳ điều trị tương ứng là 63,13±15,47 pg/ml; 615,75±1560,27 pg/ml. Nồng độ Pro-GRP huyết tương ở nhóm khu trú và lan tỏa sau 3 chu kỳ điều trị tương ứng là 56,07±10,51pg/ml; 612,47±1617,23 pg/ml. Nồng độ Pro-GRP huyết tương ở nhóm khu trú và lan tỏa sau 6 chu kỳ điều trị tương ứng là 51,47±10,32 pg/ml; 553,2±1522 pg/ml. **Kết luận:** Sau 1, 3, 6 chu kỳ điều trị, nồng độ ProGRP giảm có ý nghĩa rõ rệt, mức độ giảm khác nhau tùy theo giai đoạn bệnh. Cần nghiên cứu tiếp theo đánh giá liên quan yếu tố này với thời gian sống thêm sau điều trị.

Từ khóa: Nồng độ Pro-GRP huyết tương, ung thư phổi tế bào nhỏ, khu trú, lan tỏa, chu kỳ điều trị.

SUMMARY

STUDY CHANGE OF PLASMA CONCENTRATION OF PRO-GRP IN SMALL-CELL-LUNG CANCER (SCLC) PATIENTS IN TREATMENT FOLLOW UP AT THE ONCOLOGY CENTER OF NATIONAL LUNG HOSPITAL

Chịu trách nhiệm: Lại Thị Tố Uyên
Email: bsloitouyen1976@gmail.com
Ngày nhận: 30/6/2017
Ngày phản biện: 20/7/2017
Ngày duyệt bài: 28/7/2017
Ngày xuất bản: 20/8/2017

Objectives: To assess change of plasma concentration of Pro- GRP at pre-treatment and in-treatment and post-treatment among SCLC patients at the Oncology Center of National Lung Hospital (NLH). **Methods:** Retrospective and prospective study was conducted on 35 SCLC patients had been done with Pro-GRP tests at pretreatment and after the first treatment and the threeth treatment and the fourth treatment by chemo and radiation therapy from Jan 2016 to Jun 2017 at the Oncology Center of NLH. **Results:** Plasma Pro-GRP concentration of SCLC patients with limited stage (before: 182.68±109.9 pg/ml, in: 63.13±15.47 pg/ml, after: 51.47±10.32 pg/ml) and extensive stage (before: 2926.75±2635.24 pg/ml, in: 615.75±1560.27 pg/ml, after: 553.2±1522 pg/ml). **Conclusions:** ProGRP concentrations reduce among small cell lung cancer patients with limited stage group and extensive stage group and after treatment. Further research needs to assess factors associated with survival after treatment.

Keywords: Pro-GRP concentration, SCLC, limited stage, extensive stage, pre-treatment, in-treatment, post-treatment.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi được phân loại thành ung thư phổi không tế bào nhỏ và ung thư phổi tế bào nhỏ, trong đó ung thư phổi tế bào nhỏ chiếm từ 10 - 15%. Ung thư phổi tế bào nhỏ là bệnh ung thư phát triển rất nhanh do sự nhân lên rất nhanh của tế bào nhỏ tạo thành khối u lớn di căn đến nơi khác trong cơ thể.

Pro- GRP (progastrin releasing peptid) là một tiền chất hormone neuropeptid có mặt trong các sợi thần kinh, não, các tế bào thần kinh nội tiết, trong biểu mô cuống phổi của bào thai. Nồng độ Pro-GRP tăng lên trong máu đã được chứng minh là một dấu ấn có giá trị của ung thư phổi tế bào nhỏ và là một dấu ấn nhạy nhất để chẩn đoán phân biệt với các loại ung thư