

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ ỨNG DỤNG XÉT NGHIỆM TRAB TRÊN LÂM SÀNG CHẨN ĐOÁN BỆNH MẮT BASEDOW

LÊ ĐỨC HẠNH

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu giá trị ứng dụng của xét nghiệm nồng độ TRAB trên lâm sàng chẩn đoán bệnh mắt Basedow.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 170 bệnh nhân đã chẩn đoán xác định bệnh mắt Basedow tại bệnh viện Nội tiết Trung ương, nhóm chứng 180 bệnh nhân (không mắc bệnh mắt Basedow và cũng không mắc bệnh Basedow – người bình thường), các bệnh nhân được làm xét nghiệm kháng thể TRAB, TPOAb, TgAb. Nghiên cứu thực hiện theo phương pháp mô tả cắt ngang.

Kết quả: ở các bệnh nhân mắc bệnh mắt Basedow, nồng độ TRAB cao hơn so với nhóm chứng. Nồng độ TPOAb và TgAb ở các bệnh nhân mắc bệnh mắt Basedow thấp hơn so với nhóm chứng. Giá trị ứng dụng của xét nghiệm nồng độ TRAB trên lâm sàng được thể hiện với độ nhạy chẩn đoán có bệnh là 88,24%, độ đặc hiệu 100% và khả năng chẩn đoán chính xác là 94,29%. Như vậy, với các bệnh nhân khó chẩn đoán bệnh mắt Basedow (có co rút mi hoặc lồi mắt trong khi xét nghiệm hormon giáp bình thường – chưa xác định bệnh Basedow) nên dựa vào xét nghiệm TRAB để xác định chẩn đoán. Nghi ngờ nhiều đến bệnh mắt Basedow khi những trường hợp bệnh nhân khó chẩn đoán nói trên có TRAB dương tính. Kháng định hơn khi nồng độ TPOAb, TgAb giảm thấp so với mức bình thường.

Từ khóa: bệnh mắt Basedow, kháng thể TRAB.

SUMMARY

Purpose:

Evaluating thyrotrophin receptor antibody (TRAb) assays in Graves'ophthalmopathy.

Subjects and Methods:

A study was performed on 180 control patients and 170 hyperthyroidism patients with Graves'ophthalmopathy treated in Vietnam National

Endocrine Hospital from 02/2008 to 05/2009. All of them had been measured TRAB, TPOAb, TgAb.

Results:

Serum TRAB levels in patients with Graves'ophthalmopathy were higher than those without Graves'ophthalmopathy whereas serum TPOAb and TgAb levels were lower.

Conclusions:

The presence of positive TRAB associated with Graves'ophthalmopathy with 88,24% sensitivity and 100% specificity.

Keywords: Graves'ophthalmopathy, thyrotrophin receptor antibody (TRAb).

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mắt Basedow còn được gọi là bệnh mắt do rối loạn hormon giáp, bệnh lồi mắt do nhiễm độc giáp [1], [5]. Bệnh gặp ở bệnh nhân mắc bệnh Basedow.

Về cơ chế bệnh sinh của bệnh Basedow và bệnh mắt Basedow, cho đến nay người ta đã biết khá rõ về ba kháng nguyên liên quan đến bệnh lý miễn dịch của tuyến giáp, đó là Thyroglobulin (Tg), Thyroperoxidase (TPO) và thụ thể TSH (TSHR). Tương ứng với ba kháng nguyên nêu trên là ba kháng thể, đó là Thyroglobulin Antibody - kháng thể kháng Thyroglobulin (TgAb), Thyroid Peroxidase Antibody - kháng thể kháng Peroxidase tuyến giáp (TPOAb) và Thyrotropin (TSH) receptor autoantibodies - tự kháng thể kháng thụ thể TSH (TRAb). TRAB là kháng thể quan trọng nhất, nó gây ra những tổn thương ở tuyến giáp và tổ chức hốc mắt [3]. Việc chẩn đoán bệnh mắt Basedow còn gặp khó khăn khi lâm sàng bệnh mắt chưa đầy đủ, đặc biệt trường hợp bệnh mắt xuất hiện trước bệnh Basedow (co rút mi hoặc lồi mắt ở người có xét nghiệm hormon giáp bình thường) [1].

Nghiên cứu nhằm mục tiêu:

1. Tìm hiểu liên quan kháng thể TRAB trên bệnh nhân bệnh mắt Basedow.

2. Bước đầu đề xuất ứng dụng về chẩn đoán bệnh mắt Basedow (đặc biệt đối với những trường hợp lâm

sàng chưa đầy đủ, bệnh mắt xuất hiện trước bệnh Basedow) qua xét nghiệm TRAb.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

170 bệnh nhân đã được khám và chẩn đoán xác định bệnh Basedow và nhóm chứng gồm 180 người không mắc bệnh mắt Basedow và cũng không mắc bệnh Basedow □ coi như người bình thường, được làm xét nghiệm kháng thể tại bệnh viện Nội tiết Trung ương từ tháng 02/2008 đến tháng 05/2009.

2. Phương pháp

Tất cả các bệnh nhân được khám mắt tại khoa mắt bệnh viện Nội tiết Trung ương để chẩn đoán xác định những trường hợp mắc bệnh mắt Basedow.

Chẩn đoán bệnh mắt Basedow: bệnh nhân Basedow có một trong các biểu hiện như lồi mắt, co rút mí, hạn chế vận nhãn, tổn thương thị thần kinh và được loại trừ các nguyên nhân khác ngoài Basedow là có thể chẩn đoán xác định bệnh mắt Basedow.

Xét nghiệm các kháng thể: Các xét nghiệm được thực hiện bởi khoa xét nghiệm của Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

- Xét nghiệm TRAb: Định lượng TRAb bằng kỹ thuật định lượng chất nhận đặc hiệu phóng xạ - radioreceptor assay (RRA) với kỹ thuật thụ thể phủ sẵn trên thành ống nghiệm: TRAb - CT (Coated plastis Tubes). Giá trị TRAb bình thường do nhà sản xuất kit thử đề ra là TRAb < 1 IU/ml là âm tính, từ 1,1-1,5 IU/ml là nghi ngờ có bệnh, > 1,5 IU/ml là dương tính. Theo quy định của Bệnh viện Nội tiết Trung ương in ở giấy xét nghiệm của bệnh viện, nồng độ TRAb bình thường là 0,92 □ 1,58 IU/ml

- Xét nghiệm TPOAb và TgAb: Định lượng TPOAb và TgAb bằng phương pháp miễn dịch điện hoá phát quang cạnh tranh (Electro Chemiluminescence Immunoassay, viết tắt là ECLIA). Giá trị bình thường của nhà sản xuất kit thử đưa ra là TPOAb < 34 IU/ml và TgAb < 115 IU/ml. Quy định của Bệnh viện Nội tiết Trung ương in ở giấy xét nghiệm của bệnh viện đối với nồng độ TPOAb và TgAb cũng tương tự như của nhà sản xuất kit thử đưa ra [TDT 4].

3. Xử lý số liệu:

Số liệu được tập hợp và xử lý theo thuật toán thống kê y học bằng phần mềm Epi - info 6.04.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Với 350 bệnh nhân được làm các xét nghiệm các kháng thể. Nhóm có bệnh mắt Basedow là 170 bệnh nhân, nhóm chứng (không mắc bệnh Basedow, không mắc bệnh Basedow □ người bình thường) là 180 bệnh nhân. Kết quả được thể hiện như sau:

Bảng 1. Liên quan giữa các kháng thể với bệnh mắt Basedow:

Nhóm nghiên cứu		Bệnh mắt Basedow (n = 170)	Nhóm chứng (n=180)	p
Kháng thể				
TRAb (IU/ml)	$\bar{X} \pm SD$ (lg)	1,15 ± 0,6	0,67 ± 0,4	<0,05

	Trung vị	6,7	0,73	
TPOAb (IU/ml)	$\bar{X} \pm SD$ (lg)	2,12 ± 0,5	2,23 ± 0,5	<0,05
	Trung vị	125,8	32,5	
TgAb (IU/ml)	$\bar{X} \pm SD$ (lg)	2,13 ± 0,7	2,41 ± 0,8	<0,05
	Trung vị	20,17	24,3	

Sau khi logarit hóa, nồng độ TRAb trung bình ở nhóm có bệnh mắt Basedow (170 trường hợp) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng (180 trường hợp).

Nồng độ TPOAb và TgAb ở nhóm có bệnh mắt thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chứng.

Bảng 2. Phân loại kết quả theo TRAb và nhóm bệnh (bảng 2x2):

Nhóm nghiên cứu TRAb	Bệnh mắt Basedow (n = 170)	Nhóm chứng (n = 180)	Tổng
Dương tính	150	0	150
Âm tính	20	180	180
Tổng	170	180	350

Bảng 3. Giá trị ứng dụng của TRAb trên lâm sàng:

Stt	Chỉ số đánh giá	Kết quả (%)
1	Độ nhạy chẩn đoán có bệnh (Se)	88,24
2	Độ đặc hiệu chẩn đoán không có bệnh (Sp)	100,0
3	Dương tính giả (FPR)	0,0
4	Âm tính giả (FNR)	11,76
5	Khả năng chẩn đoán đúng	88,24
6	Khả năng chẩn đoán chính xác	94,29
7	Giá trị tiên đoán dương (PPV)	100,0
8	Giá trị tiên đoán âm (NPV)	90,0

- Trong nhóm bệnh nhân có bệnh mắt Basedow, có 20 trường hợp với TRAb tương đương với giá trị $\bar{X} \pm SD$ của người bình thường. Trong nhóm chứng, không có trường hợp nào có TRAb > $\bar{X} \pm SD$

- TRAb có độ nhạy và độ đặc hiệu cao (88,24% và 100%). Tỷ lệ dương tính giả là 0% và âm tính giả thấp (11,76%). Giá trị tiên đoán dương (số các trường hợp có bệnh mắt Basedow thực sự mà TRAb dương tính so với tổng số các ca dương tính) là 100,0%. Giá trị tiên đoán âm (số các trường hợp không có bệnh mắt Basedow thực sự mà TRAb âm tính so với tổng số các ca âm tính) là 90,0%. Khả năng chẩn đoán chính xác của thử nghiệm TRAb (là tổng số các trường hợp mà thử nghiệm dương tính trong nhóm có bệnh mắt Basedow thực sự cộng với số các trường hợp thử nghiệm trả lời âm tính trong nhóm không có bệnh thực sự so với tổng số các trường hợp) là 94,29%.

BÀN LUẬN

Vấn đề nồng độ các kháng thể kích thích tuyến giáp liên quan tới sự phát triển và độ trầm trọng của

bệnh mắt Basedow là vấn đề hiện nay đang được nghiên cứu. Nghiên cứu nồng độ TRAb ở bệnh nhân Basedow, Noh J. Y. và cộng sự (2000) nhận thấy nồng độ TRAb tăng cao trên bệnh nhân Basedow và ở 100% các trường hợp có bệnh mắt Basedow [10]. Kubo T. và cộng sự (2000) đề nghị nên định lượng TRAb ở bệnh nhân có lỗi mắt khi mà khó xác định nguyên nhân, thậm chí ở cả trẻ em [9]. Tương tự, Gerding M. N. và cộng sự (2000) cũng nhận thấy nồng độ TRAb có liên quan trực tiếp với các triệu chứng của lỗi mắt, điều đó càng khẳng định cho cơ chế miễn dịch và vai trò của TRAb trong bệnh mắt Basedow [7]. Vai trò của TRAb cũng được Kahaly G. J., Bang H., Berg W. và cộng sự (2005) xác nhận [8].

Đặc biệt, nghiên cứu về TPOAb và TgAb, Eckstein A. K. và cộng sự (2004) cho biết: nồng độ các kháng thể kháng Thyroglobulin và kháng Peroxidase ở bệnh nhân Basedow có thể giảm thấp và trở nên âm tính. Kháng thể kháng peroxylase âm tính còn được coi là một yếu tố nguy cơ đối với bệnh mắt [6]. Ở Việt Nam, Nguyễn Thy Khuê và cộng sự (1992) cũng nhận thấy giá trị nồng độ kháng thể TPOAb và TgAb không tương quan với hoạt động của bệnh trên lâm sàng, có thể âm tính tạm thời trong một giai đoạn. Tác giả có nhận định nồng độ âm tính lúc này là dự báo cho một nguy cơ, bệnh sẽ phát khi nồng độ kháng thể tăng [3]. Điều đó có nghĩa sẽ phát bệnh hoặc bệnh có thể tái phát nặng lên hay gặp ở những bệnh nhân có TgAb và TPOAb âm tính.

Các nghiên cứu khác ở Việt Nam như của Bùi Thanh Huyền (2002) cho thấy bệnh nhân Basedow có xét nghiệm TRAb dương tính và bệnh nhân có bệnh mắt thì nồng độ TRAb cao hơn so với nhóm không có bệnh mắt [2]. Nghiên cứu của Ngô Thị Phượng cũng cho kết quả tương tự và còn cho thấy bệnh mắt basedow chủ yếu do TRAb còn TPOAb và TgAb ít có vai trò trong cơ chế bệnh sinh. Ngô Thị Phượng nghiên cứu trên 362 bệnh nhân basedow thấy có 153 trường hợp (42,3%) mắc bệnh mắt. Nghiên cứu cho thấy trong số các triệu chứng lâm sàng thì thị tổn thương mắt (đặc biệt là lỗi mắt) là triệu chứng có liên quan trực tiếp đến các rối loạn miễn dịch ở bệnh nhân Basedow [18]. Cũng theo Ngô Thị Phượng, nồng độ TPOAb và TgAb ở những bệnh nhân mắc bệnh mắt Basedow lại thấp hơn so với những bệnh nhân Basedow không mắc bệnh mắt [4].

Ở nghiên cứu này, với điều kiện thuận lợi về các xét nghiệm của một bệnh viện tuyến cuối ngành nội tiết, chúng tôi đã tìm hiểu mối liên quan giữa các kháng thể với bệnh mắt Basedow. Kết quả cho thấy nồng độ TRAb trung bình ở nhóm bệnh nhân có bệnh mắt Basedow cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chúng, nồng độ TPOAb và TgAb ở nhóm có bệnh mắt Basedow thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chúng. Có thể sử dụng xét nghiệm nồng độ TRAb trong chẩn đoán bệnh mắt Basedow vì giá trị ứng dụng của nồng độ TRAb trên lâm sàng được thể hiện với độ nhạy chẩn đoán có bệnh là 88,24%, độ

đặc hiệu là 100% và khả năng chẩn đoán chính xác là 94,29% (bảng 1,2,3).

KẾT LUẬN

Ở các bệnh nhân có bệnh mắt Basedow, nồng độ TRAb cao hơn có ý nghĩa thống kê so với người bình thường. Nồng độ TPOAb và TgAb ở nhóm có bệnh mắt Basedow thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với người bình thường. Giá trị ứng dụng của nồng độ TRAb trên lâm sàng được thể hiện với độ nhạy chẩn đoán có bệnh là 88,24%, độ đặc hiệu 100% và khả năng chẩn đoán chính xác là 94,29%.

Với các bệnh nhân khó chẩn đoán bệnh mắt Basedow (có co rút mi hoặc lỗi mắt trong khi xét nghiệm hormon giáp bình thường - trường hợp bệnh mắt xuất hiện trước bệnh Basedow) nên dựa vào xét nghiệm TRAb, TPOAb, TgAb để xác định chẩn đoán. Nghi ngờ đến bệnh mắt Basedow khi những trường hợp bệnh nhân khó chẩn đoán nói trên có TRAb dương tính và nồng độ TPOAb, TgAb giảm thấp so với mức bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Đàm, Hoàng Trung Vinh (2000), "Đặc điểm lâm sàng và kết quả bước đầu điều trị nội khoa bệnh lý mắt do Basedow"
Công trình nghiên cứu Y học quân sự, Học viện Quân Y, 2, tr. 56 - 65.
2. Bùi Thanh Huyền (2002), Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, kháng thể kháng thụ thể TSH ở bệnh nhân Basedow trước và sau điều trị [131]
Luận văn chuyên khoa cấp II, Trường đại học Y Hà Nội.
3. Nguyễn Thy Khuê, Phạm Hoàng Phiệt (1992), □ Các tự kháng thể đặc hiệu tuyến giáp và ý nghĩa của chúng trong bệnh Basedow □
Tạp chí y học thực hành, 3(1), tr.148 - 154.
4. Ngô Thị Phượng (2008), Nghiên cứu nồng độ TRAb, TPOAb và TgAb ở bệnh nhân Basedow trước và sau điều trị bằng propylthiouracil
5. Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện quân y, tr. 91 - 92.
- Nguyễn Chiến Thắng (2005), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả bước đầu điều trị ngoại khoa bệnh mắt Basedow
Luận văn Thạc sĩ y học, Học viện Quân y.
6. Eckstein A. K., Plicht M., Lax H. (2004), "Clinical result of anti inflammatory therapy in Basedow"
Clin. Endocrinol. (Oxf.), 61 (5), pp. 612 - 618.
7. Gerding M. N., Vandermeer J. W., Broenink M. et al (2000), "Association of thyrotropin receptor antibodies with the clinical features of Grave s ophthalmopathy"
Clin. Endocrinol. (Oxf.), 52 (3), pp. 267 - 271.
8. Kahaly G. J., Bang H., Berg W., Dittmar M. (2005), □ Alpha - fodrin as a putative autoantigen in Basedow ophthalmopathy □
Clin. Exp. Immunol, 140 (1), pp. 166 - 172.

9. Kubo T., Toki J., Kado Y. et al (2000), "Thyroid stimulating antibody in a patient with euthyroid Grave s disease"

Endocr. J., 4, pp. 96 - 99.

10. Noh J. Y., Hamada N. et al (2000), □Thyroid stimulating antibody in related to Graves s

ophthalmopathy, but thyrotropin - binding inhibitor immunoglobulin is related to hyperthyroidism in patient with Graves s disease□

Thyroid J., 3 (2- 4), pp. 44 - 49.

liệu trong quá trình điều trị, chăm sóc và phục hồi chức năng cho BN TTTS;

Mục tiêu của nghiên cứu là:

Đánh giá tình trạng loét do đè ép ở BN TTTS tại Bệnh viện Điều dưỡng phục hồi chức năng trung ương (BVĐDPHCNTW);

Đánh giá kết quả điều trị loét do đè ép ở BN TTTS tại BVĐDPHCNTW;

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU (NC):

1. Đối tượng NC: tất cả các BN TTTS đến điều trị tại Khoa TTTS của BVĐDPHCNTW từ 01/01/2008 đến 31/12/2011, có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ.

2. Phương pháp NC: Hồi cứu mô tả cắt ngang, đánh giá trước và sau điều trị.

- Phân loại tổn thương thần kinh theo Hiệp hội Tổn thương tuỷ sống Hoa Kỳ (ASIA/American Spinal Cord Injury Association) [4];

- Phân độ loét theo Cuddigan và Frantz năm 1998 [5];

- Điều trị loét: áp dụng quy trình kỹ thuật chăm sóc loét của Hoa Kỳ [5] bao gồm: không đè ép lên chỗ loét; vết loét mùi hôi rửa bằng oxy già 3%, vết loét không hôi rửa bằng nước muối sinh lý, rửa nhiều nước để làm giảm mật độ vi khuẩn tại vết loét, lau nhẹ không chà sát, rửa 1-2 lần mỗi ngày tùy theo tình trạng nhiễm trùng; cắt lọc tổ chức hoại tử (nếu có); băng thoáng đủ kiểm soát dịch tiết, làm ẩm nếu vết loét khô; kết hợp với tăng cường dinh dưỡng, đa sinh tố và khoáng chất; giáo dục cho BN và người thân nguy cơ hình thành loét để họ phối hợp trong điều trị [3], [5].

3. Xử lý số liệu: thống kê y học trên máy tính với phần mềm SPSS 13.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Không loét	Có loét	Tổng (%)
Giới	Nam	45	16	61
	Nữ	13	03	16
Tuổi	< 20	07	03	10
	20-29	12	09	21
	30-39	08	02	10
	40-49	13	00	13
	50-59	13	05	18
	≥ 60	05	00	05
Thời gian nằm viện (ngày)	15 ngày	18	02	20
	30 ngày	10	01	11
	45 ngày	10	00	10
	60 ngày	13	07	20
	Trên 60 ngày	07	09	16
Phân loại ASIA	A	18	15	33
	B	03	01	04
	C	33	03	36
	D	04	00	04

Nhận xét: Nam nhiều gấp 3,8 lần nữ, độ tuổi mắc bệnh cao nhất từ 20-49 tuổi (57,2%), liệt tuỷ hoàn

toàn chiếm 42%, thời gian nằm viện trung bình là 59 ngày (± 14 SD).

2. Phân độ loét khi vào viện

Tổng số BN có loét	Loét độ I		Loét độ II		Loét độ III		Loét độ IV	
	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%	Số BN	%
19	04	21,0	02	10,5			13	68,5

Nhận xét: 19 BN (24,6%) có loét, loét độ IV chiếm 68,4% trong số BN có loét.

3. Liên quan giữa phân loại TTTS và loét khi vào viện:

Loét ASIA	Loét khi vào viện					Tổng số
	Không loét	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	
ASIA A	18	04	01		10	33
ASIA B	03				01	04
ASIA C	33		01		02	36
ASIA D	04					04
Tổng số	58	04	02	00	13	77

Nhận xét: Những BN loét nặng chủ yếu là nhóm ASIA A và B (57,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,01$.

4. Liên quan giữa nguyên nhân TTTS và loét:

Nguyên nhân	Không loét	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	Tổng
Bệnh lý tủy sống	08	01				08
Chấn thương tủy sống	44	02	02		13	63
Bệnh lý cột sống, đĩa đệm	06	01				06
Tổng cộng	58	04	02		13	77

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nguyên nhân TTTS và loét ($P > 0,05$).

5. Liên quan giữa vị trí liệt và phân độ loét:

Vị trí liệt	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV	Tổng
Tứ chi		01		07	08
Hai chi dưới	04	01		06	11
Tổng	04	02	00	13	19

Nhận xét: Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa phân độ loét và vị trí liệt ($P > 0,05$).

6. Các yếu tố liên quan tới loét:

Các yếu tố liên quan tới loét	Không loét	Có loét	P
- Co cứng	29	11	<0,05
- Không co cứng	29	08	
- Không nhiễm trùng tiết niệu	28	03	<0,05
- Nhiễm trùng tiết niệu	30	16	

- Điều trị bảo tồn	05	04	<0,05
- Phẫu thuật cột sống	52	15	

Nhận xét: Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa co cứng, nhiễm trùng tiết niệu và loét với $P < 0,05$.

7. Kết quả chăm sóc và điều trị:

Tổng số loét khi Vào	Hết loét	Độ I	Độ II	Độ III	Độ IV
19 BN	09 BN	06 BN	04 BN	00 BN	00 BN

Nhận xét: Khi ra viện 09 (47,4%) BN đã khỏi loét, 10 (52,6%) BN đang liền loét.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm đối tượng NC (Bảng 1 và 2):

Trong 77 BN NC có 19 BN có loét chiếm 24,6%; tuổi từ 20-49 là 44 BN (57,2%) đều nằm trong độ tuổi lao động, nam gấp 3,8 lần nữ, thời gian nằm viện trung bình là 59 ngày (± 14 SD), kết quả NC này phù hợp với NC của L.T.Khanh và CS (2011) [1], Cẩm Bá Thức và CS (2006, 2008) [2], [3].

2. Liên quan giữa phân loại TTTS và loét khi vào viện (Bảng 3):

Loét có liên quan chặt chẽ với mức độ liệt, 11 (57,9%) BN loét độ IV đều liệt nặng (ASIA A và B), những BN liệt nhẹ (ASIA C và D) đều không loét hoặc chỉ loét nhẹ. Theo C.B.Thức và CS (2006) [2] 46,6% BN loét độ III và IV đều bị liệt nặng (ASIA A và B); NC của L.T.Khanh và CS (2011) [1] cũng cho kết quả tương tự. Verschueren và CS (2011) [6] khuyến cáo rằng phân loại ASIA là chỉ số dự báo loét.

3. Các yếu tố liên quan tới loét (Bảng 6):

Co cứng và nhiễm trùng tiết niệu có liên quan với loét ($P < 0,05$); co cứng làm hạn chế vận động, tạo thành các tư thế không thuận lợi và dẫn đến hình thành loét ở các vùng tỷ đè; các tác giả như L.T.Khanh và CS (2011) [1], Susan L.Garber và CS (2000) [5] cũng có những nhận định tương tự. Tổn thương thần kinh làm thoái hoá collagen ở da và đào thải qua nước tiểu, là môi trường cho vi khuẩn phát triển và gây nhiễm trùng đường tiết niệu, làm giảm sức đề kháng và tạo thuận lợi cho việc hình thành và tiến triển của loét [5].

4. Liên quan giữa phương thức điều trị và loét (Bảng 6):

Phương thức điều trị có liên quan đến loét, nhóm điều trị bảo tồn thường phải bất động lâu nên nguy cơ

loét nhiều hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,05$; L.T.Khanh và CS (2011) [1] cũng có nhận định tương tự.

5. Kết quả chăm sóc và điều trị loét (Bảng 7):

Chúng tôi phối hợp chăm sóc loét với giáo dục cho BN và người thân nguy cơ hình thành loét để họ phối hợp trong điều trị. Trong 19 BN có loét thì 09 BN khỏi hoàn toàn (47,4%), 10 (52,6%) BN đang liền loét có thể về tự chăm sóc tại nhà, không có BN nào mắc loét mới.

KẾT LUẬN

Nam mắc nhiều gấp 3,8 lần Nữ, độ tuổi từ 20-49 chiếm 57,2%, liệt tuỷ hoàn toàn chiếm 42%, thời gian nằm viện trung bình là 59 ngày (± 14 SD); Loét độ IV chiếm 68,4% trong tổng số BN có loét; BN loét nặng chủ yếu là nhóm ASIA A và B (57,9%); Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nguyên nhân TTTS, vị trí liệt và loét ($P > 0,05$); Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa co cứng, nhiễm trùng tiết niệu và loét ($P < 0,05$); Trong 19 BN có loét thì 09 BN khỏi hoàn toàn (47,4%), 10 BN đang liền loét (52,6%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Lương Tuấn Khanh, Phạm Thị Phương Hồng (2011), *Nghiên cứu tình trạng loét do đè ép trên bệnh nhân tổn thương tuỷ sống tại Trung tâm PHCN Bệnh viện Bạch Mai*, Tạp chí y học thực hành số 772-2011, pp.91-95.
- Cẩm Bá Thức, Nguyễn Xuân Nghiên, Cao Minh Châu (2006), *Thực trạng loét ở bệnh nhân liệt hai chi dưới do chấn thương tuỷ sống*, tạp chí thông tin y dược số 11-2006, pp.31-34.
- Cẩm Bá Thức (2008), *Nghiên cứu thực trạng bệnh nhân liệt hai chi dưới do chấn thương tuỷ sống tại cộng đồng và đề xuất một số giải pháp can thiệp*, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 170tr.
- American Spinal Cord Injury Association and International Medical Society of Paraplegia (2006), *International Standard for Neurological Classification of Spinal Cord Injury*, American Spinal Cord Injury Association, Chicago, 20p.
- Susan L. Garber et al (2000), *Pressure ulcer, prevention and treatment following spinal cord injury*, Spinal cord medicine: clinical practice guideline, copyright by paralyzed veteran of American.
- Verschueren JHM et al (2011), *Occurrence and period of pressure ulcers during primary in-patients spinal cord injury rehabilitation*. Spinal cord 2011, 49: 106-12.

KHẢO SÁT DỊCH TỄ HỌC, LÂM SÀNG, TỈ LỆ NHIỄM HELICOBACTER PYLORI VÀ HÌNH ẢNH NỘI SOI BỆNH VIÊM LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA HÒA THÀNH, TÂY NINH 2011

PHẠM THỊ HẠNH, VÕ THỊ TRẦN BỬU HẠNH
NGUYỄN TUÂN KHIÊM, LÊ VĂN ĐIỂM