

Y HỌC THỰC HÀNH

JOURNAL OF PRACTICAL MEDICINE

Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến loãng xương
ở bệnh nhân mắc bệnh khớp mạn tính...

Trần Hồng Nghị

Thực trạng và một số yếu tố duy trì nguồn nhân lực y tế
tại Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc, Đồng Tháp năm 2014

Phan Văn Tường, Cao Văn Tho, Nguyễn Nguyên Ngọc

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LAO BUỒNG TRÚNG

Lê Văn Đức, Lê Thị Minh Nguyệt

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG VẬT DA CÂN ĐÙI TRƯỚC
NGOÀI TẠO HÌNH CÁC KHUYẾT LỢN VÙNG MŨI MẶT

Nguyễn Thị Kiều Thơ, Trần Thiết Sơn

YẾU TỐ PHÂN CHIA PHÔI SỚM TRONG DỰ ĐOÁN
SỰ PHÁT TRIỂN CỦA PHÔI THỤ TỊNH ỐNG NGHIỆM

Lê Minh Tâm, Nguyễn Văn Trung



RA HÀNG THÁNG
PHÁT HÀNH TOÀN QUỐC

— BỘ Y TẾ XUẤT BẢN —

Y HỌC THỰC HÀNH

BỘ Y TẾ XUẤT BẢN
JOURNAL OF PRACTICAL MEDICINE
PUBLISHED BY MINISTRY OF HEALTH

Bộ trưởng Bộ Y tế
Tổng Biên tập
PGS. TS. Nguyễn Thị Kim Tiến

Hàm Tổng Biên tập
BS. Nguyễn Xuân Sơn

Thư ký Tòa soạn
Ths. Bùi Nam Trung

Ban Biên tập
GS. TS. Lê Ngọc Trọng
GS. TSKH. Nguyễn Văn Dịp
GS. TSKH. Hà Huy Khôi
GS. TS. Trần Đức Thọ
GS. TS. Nguyễn Việt Tiến
GS. TS. Nguyễn Anh Trí
PGS. TS. Trần Công Duyệt
PGS. TS. Ngô Văn Toàn
PGS. TS. Lương Ngọc Khuê
TSKH. Vũ Công Lập
TS. Lê Văn Hợi
TS. Trần Quý Tường
TS. Nguyễn Vĩnh Hưng

Trình bày
Nguyễn Thái, Vân Hằng

Tòa soạn: 138A Giảng Võ - HN
ĐT: 04.38460728; 04.37368092

Fax: 04.38464098;

E-mail: info@yhth.vn

Banbientap@yhth.vn

Website: www.yhth.vn

Văn phòng đại diện phía Nam
109A Pasteur - Quận 1, TP. HCM

* Giấy phép số: 108/GP-BVHTT
Cấp ngày 29-3-2001
ISSN 1859-1663

* Giấy phép sửa đổi, bổ sung
tháng ra 2 kỳ
số: 256/GP-SĐBS-GPHĐBC
ngày 7/6/2004

* In tại: Công ty cổ phần in
và thương mại Đông Bắc

* In xong và nộp lưu chiểu 3/2015

Giá 25.000đ

MỤC LỤC

Số 954

- PHẠM HỒNG HẢI, ĐỖ VĂN DUNG, NGUYỄN ĐỨC TRỌNG ⇒ Nghiên cứu tổng quan y tế khu vực miền núi phía Bắc qua 30 năm đổi mới ngành y tế 3
- ĐƯỜNG HOÀNG LƯƠNG, TRẦN QUỐC LÂM, LÊ VIỆT ⇒ Điều trị gãy hở hai xương cẳng chân bằng phương pháp đóng đinh nội tuỷ có chốt tại Bệnh viện Xanh Pôn 7
- TRẦN THỊ QUYÊN, NGUYỄN TUẤN BÌNH, TRẦN TRỌNG DƯƠNG ⇒ Đánh giá tác dụng của phương pháp thủy giắc bằng ống giắc trúc nhỏ trong điều trị đau vai gáy tại Bệnh viện Y học cổ truyền, Bộ Công an 10
- NGUYỄN LAN ANH, ĐẶNG VĂN EM ⇒ Nghiên cứu hiệu quả của kem lô hội AL-04 kết hợp uống Acyclovir đối với bệnh Zona điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 13
- NGUYỄN THỊ KIỀU THƠ, TRẦN THIẾT SƠN ⇒ Tạo hình khuyết phần mềm ba chiều vùng mũi bằng vật đùi trước ngoài tự do có chuẩn bị 16
- NÔNG HOÀNG GIA, NGUYỄN HOA NGẦN, NGUYỄN MINH TUẤN ⇒ Đánh giá kết quả điều trị rối loạn tuần hoàn não bằng kỹ thuật Laser nội mạch tại Bệnh viện Điều dưỡng và Phục hồi chức năng tỉnh Thái Nguyên 19
- NGUYỄN ANH TUẤN, NGUYỄN LÂN HIẾU, PHẠM NGUYỄN SƠN ⇒ Tim hiểu giá trị của thang điểm MUSIC trong tiên lượng bệnh nhân suy tim mạn tại Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam 21
- NGUYỄN HỒNG THANH, TRẦN VINH ⇒ Đổi chiều hình ảnh trên phim cộng hưởng từ với nội soi khớp gối trong chấn thương khớp gối 25
- NGUYỄN THỊ BÍCH NGỌC, NGUYỄN MẠNH HÀ, TỔNG MINH SƠN ⇒ Đánh giá thẩm mỹ sau điều trị chỉnh nha sai lệch khớp cắn Angle I vẩu hai hàm 29
- LÊ VĂN ĐỨC, LÊ THỊ MINH NGUYỆT ⇒ Báo cáo trường hợp lao buồng trứng 32
- LÊ MINH TÂM, NGUYỄN VĂN TRUNG ⇒ Yếu tố phân chia phôi sớm trong dự đoán sự phát triển của phôi thụ tinh ống nghiệm 36
- HOÀNG THỊ LÂM ⇒ Tổn thương cơ quan, nội tạng ở bệnh nhân Lupus ban đỏ hệ thống 39
- NGUYỄN THỊ THU, NGUYỄN VĂN CƯỜNG, NGUYỄN THỊ DIỆU THÚY, S.A. EREMIN, I.A. SHANIN, ĐỖ VÕ ANH KHOA ⇒ Tổng hợp kháng thể Polymer in dấu phân tử (MIP) xác định dư lượng kháng sinh Chloramphenicol trong sữa 41
- NGUYỄN HỒNG QUANG, TRẦN THIỆN THUẦN ⇒ Nhu cầu và hiệu quả phục hồi chức năng dựa vào cộng đồng cho trẻ tàn tật vận động tại thành phố Biên Hòa 44
- NÔNG THỊ THU TRANG, ĐÀM KHÁI HOÀN, NGUYỄN ĐỨC HINH ⇒ Một số yếu tố nguy cơ viêm nhiễm đường sinh dục ở phụ nữ nông thôn miền núi độ tuổi sinh đẻ có chồng tại Thái Nguyên 48
- HÀ VĂN QUYẾT, HOÀNG VĂN HẬU, NGUYỄN ĐÌNH LIÊN, PHẠM NGÂN GIANG, NGUYỄN BÁ HIỆP ⇒ Kết quả bước đầu điều trị u phì đại tuyến tiền liệt bằng phương pháp siêu âm hội tụ cường độ cao (HIFU) tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội 51

MỤC LỤC (SỐ 954)

| | | |
|---|---|-----|
| •HOÀNG VĂN HẬU, HOÀNG LONG, NGUYỄN XUÂN HÙNG, VŨ VĂN HÀ, VŨ NGUYỄN KHẢI CA | ⇒ Ung thư mô đệm tuyến tiền liệt ở bệnh nhân nam tuổi 27: Báo cáo một trường hợp | 55 |
| •TRẦN HỒNG NGHỊ, NGÔ QUÂN VŨ | ⇒ Nghiên cứu tình trạng loãng xương ở bệnh nhân suy thận mạn tại khoa Nội thận khớp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 | 56 |
| •TRẦN MINH HẬU, LÝ THỊ GIANG HƯƠNG | ⇒ Đặc điểm bệnh nhân AIDS lâm sàng giai đoạn IV và phác đồ điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sơn La năm 2014 | 60 |
| •PHẠM PHƯƠNG LIÊN, PHẠM QUỲNH ANH, NGUYỄN VĂN TOÀN | ⇒ Thực trạng việc thực hiện quy định hành nghề dược tư nhân của các cơ sở bán lẻ thuốc tại thành phố Phan Rang, Tháp Chàm, tỉnh Ninh Thuận, năm 2014 | 62 |
| •PHẠM CÔNG CHÍNH, LÂM NGỌC TĨNH | ⇒ Thực trạng nhiễm HIV, HCV, HBV và một số bệnh nhiễm trùng cơ hội trên người nghiện chích ma tuý đang được điều trị bằng Methadone tại tỉnh Hoà Bình | 66 |
| •TRỊNH THỊ THÁI HÀ, LƯƠNG XUÂN QUỲNH | ⇒ Nhu cầu điều trị và một số yếu tố ảnh hưởng đến bệnh sâu răng trên sinh viên năm thứ nhất trường Đại học Y Dược Hải Phòng năm học 2013 - 2014 | 68 |
| •LÊ THÀNH XUÂN, NGUYỄN THỊ THU HIỀN, LÊ NGỌC SƠN | ⇒ Sơ bộ đánh giá tác dụng của điện trường châm kết hợp bài thuốc “Thân thống trực ứ thang” trong điều trị đau thắt lưng do thoát vị đĩa đệm cột sống | 71 |
| •CAO TRƯỜNG SINH, LÊ THỊ THANH HUYỀN | ⇒ Đánh giá tình hình bệnh tật của sinh viên nhập học tại trường Đại học Y khoa Vinh | 74 |
| •TRẦN NGỌC QUẢNG PHI, DƯƠNG THỊ HOÀI XUÂN | ⇒ Đánh giá sự thay đổi mô mềm và dạng viền mặt sau phẫu thuật chỉnh nha bán phần trên bệnh nhân dạng mặt cong lồi | 77 |
| •NGUYỄN CẨM BÌNH, NGUYỄN ĐỨC CHÍNH | ⇒ Hiệu quả đặt Stent đường mật qua nội soi mật tụy ngược dòng trong điều trị hẹp tắc đường mật do nguyên nhân cơ học | 81 |
| •NGUYỄN GIA THỨC, LÊ HỒNG TÚ, NGUYỄN MINH HẢI, VƯƠNG THÚY HUỆ, LÊ HOÀNG ANH, ĐẶNG THỊ NGA | ⇒ Đánh giá thực trạng tăng huyết áp trên địa bàn quận Hà Đông, Hà Nội | 84 |
| •NGUYỄN KIM THƯ, NGUYỄN VĂN KÍNH, NGUYỄN VŨ TRUNG, | ⇒ Đặc điểm lâm sàng bệnh tay chân miệng do EV71 tại Việt Nam năm 2011-2012 | 87 |
| •NGUYỄN THỊ KIỀU THƠ, TRẦN THIẾT SƠN | ⇒ Đánh giá kết quả sử dụng vật da cân đùi trước ngoài tạo hình các khuyết lớn vùng mũi mặt | 91 |
| •PHẠM QUỐC KHÁNH | ⇒ Tim hiểu giá trị chỉ số Duke treadmill score và ΔST/ nhịp tim bổ sung cho tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ khi làm nghiêm pháp gắng sức điện tâm đồ | 94 |
| •CAO MINH TIỆP, PHẠM VĂN DUYỆT | ⇒ Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của 52 bệnh nhân ung thư dạ dày tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 | 98 |
| •PHẠM HỒNG HẢI, NGUYỄN ĐỨC TRỌNG | ⇒ Xác định một số yếu tố ảnh hưởng đến cầu và nhu cầu chăm sóc sức khỏe | 103 |
| •NGUYỄN HOÀNG ANH, LÊ THỊ THẢO, NGUYỄN MAI HOA, NGÔ VIẾT QUỐC, NGUYỄN VĂN ĐOÀN, BÙI VĂN DÂN | ⇒ Khảo sát phản ứng dị ứng liên quan đến Allopurinol trong cơ sở dữ liệu báo cáo ADR tại Việt Nam giai đoạn 2006 – 2013 | 106 |
| •LẠI LAN PHƯƠNG, NGUYỄN TUẤN BÌNH, TRẦN TRỌNG DƯƠNG | ⇒ Đặc điểm của bệnh nhân thoái hóa khớp gối được điều trị bằng phương pháp cấy chỉ tại Bệnh viện Y học cổ truyền, Bộ Công an | 110 |
| •PHẠM VĂN HỮU | ⇒ Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật mở nắp sọ giải áp trong chấn thương sọ não nặng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình | 113 |
| •PHAN VĂN TƯỜNG, CAO VĂN THO, NGUYỄN NGUYỄN NGỌC | ⇒ Thực trạng và một số yếu tố duy trì nguồn nhân lực y tế tại Bệnh viện Đa khoa Sa Đéc, Đồng Tháp năm 2014 | 115 |
| •NGUYỄN CẨM BÌNH | ⇒ Giá trị của chụp xạ hình trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh trào ngược dạ dày - thực quản | 120 |
| •NGUYỄN ANH TUẤN, NGUYỄN LÂN HIẾU, PHẠM NGUYỄN SƠN | ⇒ Nghiên cứu vai trò của nồng độ Troponin T máu trong tiên lượng bệnh nhân suy tim tại Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam | 124 |
| •TRỊNH THỊ THÁI HÀ, TỔNG MINH SƠN, LÊ THỊ HÒA | ⇒ Đánh giá hiệu quả tạo hình hệ thống ống tủy bằng trâm tay Ni Ti Flare và kết quả điều trị nội nha nhóm răng hàm lớn vĩnh viễn hàm dưới | 127 |

| | | |
|--|--|-----|
| •TRẦN HỒNG NGHI | ⇒ Nghiên cứu một số yếu tố liên quan đến loang xương ở bệnh nhân mắc bệnh khớp mạn tính tại khoa Nội thận - Khớp - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 | 130 |
| •ĐÀO KIM PHƯỢNG, NGỌ VĂN THANH, PHẠM NGUYỄN SƠN | ⇒ Nghiên cứu chỉ số TEI kinh điển và TEI cải biến ở bệnh nhân hở van hai lá nhiều có chỉ định phẫu thuật | 133 |
| •BÙI VĂN CHIẾN | ⇒ Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật cắt u tuyến thượng thận qua nội soi ổ bụng tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp | 136 |
| •LÊ ĐÌNH HẢI, LÊ VĂN TUẤN, LƯƠNG XUÂN BÌNH, CAO THÌ, LÊ NGUYỄN KHẢI | ⇒ Tình hình điều trị gãy ổ cối tại Bệnh viện Chợ rẫy | 140 |
| •HOÀNG NGỌC LÂN, VŨ SỸ KHẨNG, ĐẶNG VĂN CHỨC | ⇒ Một số yếu tố liên quan đến quản lý đái tháo đường тип 2 tại phòng khám Bệnh viện Chí Linh Hải Dương năm 2013 | 143 |
| •NGUYỄN VĂN TRUNG, BÙI THỊ THU HÀ | ⇒ Thực trạng nguồn nhân lực thanh tra Sở Y tế | 146 |
| •LÊ ĐỨC THÀNH, LÊ NGỌC TUYẾN | ⇒ Nhận xét đặc điểm lâm sàng trẻ bị dị tật bẩm sinh khe hở môi, khe hở vòm miệng | 149 |
| •ĐẶNG BÍCH THUỶ, TRẦN THỊ KHUYÊN, NGUYỄN LÊ LÂM | ⇒ Thực trạng kiến thức của bà mẹ về chăm sóc, phòng chống nhiễm khuẩn hô hấp cấp tính ở trẻ em tại huyện Thiệu Hóa, tỉnh Thanh Hóa | 151 |
| •HỒ QUANG MINH | ⇒ Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ và xạ hình xương của khối u cột sống do di căn | 154 |
| •LƯƠNG THANH ĐIỀN | ⇒ Nghiên cứu bệnh lý thần kinh ngoại biên trên bệnh nhân đái tháo đường тип 2 bằng phương pháp chẩn đoán điện | 158 |
| •ĐÀO KIM PHƯỢNG, NGỌ VĂN THANH, PHẠM NGUYỄN SƠN | ⇒ Nghiên cứu một số đặc điểm hở van hai lá trên siêu âm tim ngoài thành ngực của bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật tại Bệnh viện Tim Hà Nội | 162 |
| •BẠCH SỸ MINH, VŨ THỊ THƠM, LÂM THỊ HUYỀN TRANG, NGUYỄN THẾ ANH, ĐỖ HOÀNG TÙNG, NGUYỄN THỊ TUYẾN, NGUYỄN THỊ LAN | ⇒ Đánh giá khả năng tiêu diệt trực khuẩn mủ xanh trên môi trường nuôi cấy bằng plasma argon lạnh dạng tia | 167 |
| •KHƯƠNG ANH TUẤN, NGUYỄN THỊ MINH HIẾU | ⇒ Thực trạng tổ chức mạng lưới dự phòng và điều trị bệnh nội tiết | 170 |
| •BÙI VĂN CHIẾN | ⇒ Nhận xét một số kết quả điều trị tinh hoàn ẩn trong ổ bụng ở người trưởng thành bằng phẫu thuật nội soi hạ tinh hoàn | 174 |
| •NGUYỄN THANH LONG, DƯƠNG ĐÌNH CHỈNH | ⇒ Lấy huyết khối cơ học trong điều trị nhồi máu não cấp tính: Nhận một trường hợp thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An | 176 |
| •NGUYỄN THANH HÀ, BÙI THỊ THU HÀ, ĐOÀN THỊ THÙY DƯƠNG | ⇒ Tập quán chăm sóc dinh dưỡng trong thời kỳ mang thai và nuôi con bú của phụ nữ dân tộc tại hai tỉnh Ninh Thuận và Kon Tum | 180 |
| •PHẠM XUÂN PHONG | ⇒ Đặc điểm lâm sàng và một số chỉ số nhân trắc ở người béo phì | 185 |
| •HUỲNH QUANG THUẬN, HỒ ANH SƠN | ⇒ Nghiên cứu nồng độ TNF α và IL-10 trên chuột nhắt được tiêm Nimotuzumab-131I | 188 |
| •LÊ VĂN DIỆN, TRẦN THỊ KHUYÊN | ⇒ Thực trạng hoạt động đảm bảo an toàn vệ sinh thực phẩm ngành y tế tỉnh Thái Bình năm 2012 | 190 |
| •LÊ ĐÌNH HẢI, LÊ VĂN TUẤN, LƯƠNG XUÂN BÌNH, CAO THÌ, LÊ NGUYỄN KHẢI | ⇒ Tình hình gãy khung chậu tại Bệnh viện Chợ Rẫy | 194 |

NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN Y TẾ KHOA HỌC MIỀN NÚI PHÍA BẮC QUA 30 NĂM ĐỔI MỚI NGÀNH Y TẾ

**PHẠM HỒNG HẢI,
ĐỖ VĂN DUNG, NGUYỄN ĐỨC TRỌNG**

TÓM TẮT

Nghiên cứu này nhằm phản ánh thực trạng quản lý và điều hành hệ thống y tế, phân tích một số rào cản hướng tới bao phủ CSSK toàn dân tại các tỉnh Trung du miền núi phía Bắc và đề xuất giải pháp. Phương pháp: Dựa trên số liệu thứ cấp của BHXH Việt Nam,

báo cáo JAHR 2013 và kết quả điều tra mức sống hộ gia đình giai đoạn 2000 – 2014. Kết quả: (1) Bao phủ BHYT tại các tỉnh Trung du miền núi phía Bắc đạt gần 100%; (2) Ngân sách Nhà nước (NSNN) cho quỹ BHYT người nghèo, dân tộc thiểu số (DTTS) kết dư, tỷ

Kết quả phân tích từ bảng 1 và biểu đồ 2 cho thấy: tỷ lệ thu nhập của nhóm 5 gấp 8 – 9 lần nhóm 1, khoảng cách giữa nhóm giàu nhất và nghèo nhất có xu hướng ngày càng cách xa. Thu nhập của tất cả các nhóm đều tăng lên. Nhóm thu nhập giàu nhất lớn hơn 8 – 9 lần nhóm thu nhập nghèo nhất.

Về chi tiêu y tế: So sánh chi phí cho y tế cho thấy: nhóm thu nhập cao nhất có chi phí y tế cao gấp 3 - 4 nhóm thu nhập thấp nhất. Chi phí điều trị có xu hướng tăng, gấp 2,5 lần so với năm 2002. Trong đó, chi phí điều trị nội trú tăng gấp 3,4 lần, chi phí khám chữa bệnh ngoại trú tăng 2,7 lần. Trong tổng số chi tiêu cho y tế thì chi cho khám chữa bệnh chiếm khoảng 75%, vẫn có 13% là tự mua thuốc chữa bệnh. Có mối liên quan giữa chi tiêu y tế và tổng chi tiêu được tính bằng phương trình: $y = 8,099 + 0,04x$ ($t = 5,3$, $p = 0,01$, $R = 0,99$). Chỉ số co dãn 0,44 – 0,5 (<1) cho thấy chi tiêu cho y tế ở mức cân thiết [1],[2].

Về tỷ lệ khám chữa bệnh: Tỷ lệ người có khám chữa bệnh trong 10 năm qua có xu hướng tăng 2,1 lần. Trong đó, khám ngoại trú gấp 2,5 lần; điều trị nội trú gấp 1,3 lần. Tỷ lệ lượt khám chữa bệnh ngoại trú xu hướng tăng ở bệnh viện nhà nước (từ 25,2% lên 38,9%), ổn định ở trạm y tế (khoảng 21-22%) và giảm ở y tế tư nhân (từ 42,8% xuống 34%). Tỷ lệ lượt khám chữa bệnh nội trú chủ yếu tại bệnh viện nhà nước, chiếm hơn 80%. Tỷ lệ lượt điều trị nội trú tại trạm y tế cao gấp 2 lần so với phòng khám khu vực và y tế tư nhân [5],[6].

Về các yếu tố ảnh hưởng đến cầu và nhu cầu CSSK: Phân tích sự thay đổi thu nhập cho thấy: thu nhập tăng làm cho sử dụng dịch vụ y tế và chi phí y tế tăng lên. Có mối tương quan giữa thay đổi thu nhập và thay đổi chi phí cho y tế. Nơi khám chữa bệnh thay đổi tùy thuộc vào hành vi lựa chọn CSSK: có chỗ tăng (sử dụng bệnh viện), có chỗ không đổi (sử dụng trạm y tế) và có chỗ giảm (sử dụng dịch vụ y tế tư nhân).

Tiếp cận phân tích này có thể giúp dự báo, lập kế hoạch và xây dựng chính sách y tế. Việc lập kế hoạch y tế có thể dựa trên quan niệm yêu cầu CSSK với sẵn sàng chi trả, dựa trên quan niệm chi phí cho y tế với khả năng chi trả. Như vậy, từ dự báo thu nhập và dự

báo tình hình sức khỏe có thể dự báo cầu dịch vụ y tế. Việc lập kế hoạch dịch vụ y tế còn dựa trên hành vi lựa chọn CSSK. Tính tương quan giữa thu nhập và chi phí cho y tế, giữa chi phí y tế và tổng chi tiêu, tính hệ số co dãn có thể giúp định hướng phát triển dịch vụ CSSK, góp phần nâng cao tinh công bằng và hiệu quả trong CSSK nhân dân [8],[9].

KẾT LUẬN

Các yếu tố ảnh hưởng đến cầu và nhu cầu chăm sóc sức khỏe là thu nhập, chi tiêu y tế và hành vi lựa chọn dịch vụ y tế.

Thu nhập tăng (8 lần) làm cho hành vi tìm kiếm dịch vụ y tế thay đổi, chủ yếu tăng sử dụng dịch vụ y tế tại bệnh viện, dẫn đến chi phí cho y tế tăng (3 lần) và sử dụng dịch vụ y tế tăng (2,1 lần). Hậu quả là tình trạng quá tải ở bệnh viện.

KHUYẾN NGHỊ

Phân tích cầu CSSK dựa trên thu nhập, chi phí cho y tế và sử dụng dịch vụ y tế có thể được coi là một tiếp cận để lập kế hoạch và xây dựng chính sách y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2013), Báo cáo chung tổng quan ngành y tế (JAHR).
2. Vũ Cương, Phạm Văn Vận (2012), Giáo trình Kinh tế công cộng, NXB Đại học Kinh tế quốc dân.
3. Trần Thị Lê Mỹ (2012), *Thu nhập và cơ cấu thu nhập của hộ gia đình ở vùng duyên hải miền trung nam bộ giai đoạn 2000-2010*, tuyển tập Báo cáo Hội nghị nghiên cứu khoa học lần thứ 8 – Đại học Đà Nẵng.
4. Phan Công Nghĩa (2012), Giáo trình Thống kê kinh tế, NXB Đại học Kinh tế quốc dân.
5. Tổng cục Thống kê (2012), Điều tra mức sống hộ gia đình 2002 – 2012.
6. UNFPA (2011), Nhu cầu chưa được đáp ứng trong dịch vụ sức khỏe sinh sản và HIV/AIDS.
7. Charles E. Phelps, Health Economics, Happier collins Publisher.
8. Peter Zweifel, Health Economics, Oxford University press.
9. Peter Smith, The main methodological issues in costing health care services, The University of York.

KHẢO SÁT PHẢN ỨNG DỊ ỨNG LIÊN QUAN ĐẾN ALLOPURINOL TRONG CƠ SỞ DỮ LIỆU BÁO CÁO ADR TẠI VIỆT NAM GIAI ĐOẠN 2006 - 2013

NGUYỄN HOÀNG ANH, LÊ THỊ THẢO, NGUYỄN MAI HOA
Trung tâm Dị & ADR Quốc gia, Trường Đại học Dược Hà Nội
NGÔ VIẾT QUỐC - Đại học Kỹ thuật Y dược Đà Nẵng
NGUYỄN VĂN ĐOÀN, BÙI VĂN DÂN
Trung tâm Dị ứng - Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai

ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự gia tăng về tỷ lệ mắc của bệnh gout trong những năm gần đây, kéo theo số trường hợp ghi nhận dị ứng thuốc liên quan đến các thuốc sử dụng điều trị gout có xu hướng ngày càng tăng. Cơ sở dữ liệu (CSDL) báo cáo ADR tự nguyện của Việt Nam đã ghi nhận được

các trường hợp dị ứng nghiêm trọng với Allopurinol như hội chứng Stevens - Johnson, hoại tử thượng bì nhiễm độc. Trên thế giới, kết quả khảo sát dịch tễ học từ nhiều nghiên cứu cũng cho thấy Allopurinol là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây phản ứng dị

ứng [6], [10], [12]. Trên cơ sở đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu khảo sát các phản ứng dị ứng, phát hiện sự hình thành tín hiệu về phản ứng dị ứng da nghiêm trọng liên quan đến Allopurinol trong cơ sở dữ liệu báo cáo ADR của Việt Nam giai đoạn 2006 – 2013 và xác định các yếu tố nguy cơ liên quan đến phản ứng dị ứng Allopurinol.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Báo cáo ADR được lưu trữ tại Trung tâm Dl & ADR Quốc gia từ 1/2006 đến 12/2013 được lựa chọn với những tiêu chuẩn và theo trình tự sau:

1. Báo cáo ADR có thuốc nghi ngờ hoặc thuốc dùng đồng thời là Allopurinol.

2. ADR được báo cáo là phản ứng dị ứng thuốc.

3. Mối liên quan giữa việc sử dụng Allopurinol và ADR xảy ra được nhóm chuyên gia của Trung tâm Dl & ADR Quốc gia đánh giá ở một trong ba mức: "chắc chắn", "có khả năng" hoặc "có thể" theo thang phân loại phản ứng có hại của WHO [4].

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả thông qua hồi cứu dữ liệu.

Chỉ tiêu đánh giá: Biểu hiện lâm sàng của các phản ứng dị ứng được xếp theo hệ cơ quan chịu ảnh hưởng căn cứ vào thuật ngữ ADR của WHO (2012) [15].

- Đánh giá mức độ nặng của ADR theo thang phân loại mức độ nặng của biến cố bất lợi của WHO (2013) [14].

- Đánh giá sự phù hợp về chỉ định và liều dùng của Allopurinol theo Dược thư Quốc gia Việt Nam (2012) [3].

- Đánh giá sự hình thành tín hiệu phản ứng dị ứng da nghiêm trọng của Allopurinol dựa trên chỉ số PRR (Proportional reporting ratio). Tín hiệu sẽ được hình thành dựa trên 2 tiêu chí: cận dưới của khoảng tin cậy $95\% \geq 1$ và số lượng báo cáo được đánh giá ≥ 3 [7]. Phản ứng da nghiêm trọng được xác định theo định nghĩa của Tổ chức ghi nhận phản ứng da nghiêm trọng của châu Âu (RegiSCAR), bao gồm 4 hội chứng: hội chứng quá mẫn do thuốc, hoại tử thượng bì nghiêm độc, hội chứng Stevens - Johnson và ban mụn mủ cấp toàn thân [8]. Công thức tính:

$$\text{PRR} = \frac{a}{(a+b)}$$

$$\text{PRR} = \frac{c}{(c+d)}.$$

Công thức tính khoảng tin cậy 95% (CI 95%): $CI = PRR^* \exp (\pm 1.96 \times \text{sqrt}(1/a+1/c-1/(a+b)-1/(c+d)))$. Trong đó, a, b, c, d được xác định như sau [7].

| | ADR là phản ứng da nghiêm trọng | ADR không phải phản ứng da nghiêm trọng | Tổng số báo cáo ADR |
|---------------------------------------|---------------------------------|---|---------------------|
| Thuốc nghi ngờ là Allopurinol | a | b | a + b |
| Thuốc nghi ngờ không phải Allopurinol | c | d | c + d |
| Tổng | a + c | b + d | a + b + c + d |

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm bệnh nhân dị ứng Allopurinol được ghi nhận trong báo cáo

Đặc điểm của bệnh nhân

Tổng số báo cáo dị ứng Allopurinol được đưa vào phân tích là 56 báo cáo. Các đặc điểm cơ bản của bệnh nhân trong báo cáo được tóm tắt trong bảng 1:

Bảng 1. Một số đặc điểm của bệnh nhân dị ứng Allopurinol

| Đặc điểm | Phân nhóm: số bệnh nhân (tỷ lệ) hoặc trung bình ± độ lệch chuẩn | | | |
|-----------------------|--|------------------------------|----------------|------------|
| Giới | Nam: 46 (82,1%) | | Nữ: 10 (17,9%) | |
| Tuổi | $59,8 \pm 15,2$ (năm) | | | |
| Bệnh mắc kèm* | Không có bệnh mắc kèm | Tăng huyết áp | Đái tháo đường | Khác |
| | 24 (42,9%) | 12 (36,4%) | 6 (18,2%) | 15 (26,8%) |
| Thuốc dùng đồng thời# | Không có thuốc dùng đồng thời | Thuốc điều trị tăng huyết áp | Colchicin | Khác |
| | 29 (51,8%) | 13 (16,9%) | 9 (11,7%) | 51 (66,2%) |

* Mỗi bệnh nhân có thể mắc đồng thời nhiều bệnh.

Mỗi bệnh nhân có thể dùng một hoặc nhiều thuốc đồng thời với Allopurinol, 1 bệnh nhân dùng nhiều thuốc không rõ loại cùng với Allopurinol.

Trong 56 bệnh nhân, bệnh nhân nam (82,1%) chiếm tỷ lệ vượt trội so với bệnh nhân nữ (17,9%). Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là $59,8 \pm 15,2$ năm. Đa số các bệnh nhân được báo cáo không có bệnh mắc kèm (42,9%). Phân lớn bệnh nhân (51,8%) chỉ dùng đơn độc Allopurinol khi xảy ra phản ứng dị ứng. Trong báo cáo, các thuốc dùng cùng Allopurinol phổ biến là thuốc điều trị tăng huyết áp (16,9%) và colchicin (11,7%).

Đặc điểm về liều dùng Allopurinol

Liều dùng có thể là một yếu tố nguy cơ gây quá mẫn liên quan đến Allopurinol. Tổng hợp thông tin về liều dùng trong các báo cáo được thống kê trong bảng 2.

Bảng 2. Thông tin về liều dùng của Allopurinol

| Đặc điểm | Phân nhóm: số bệnh nhân (tỷ lệ) | | | | |
|------------------------------|---------------------------------|------------------|----------------------|---------------------|----------------------|
| Liều dùng 1 lần* | 150 mg 1 (2,3%) | | 200 mg 1 (2,3%) | | 300 mg 39 (88,6%) |
| Tổng liều dùng trong 24 giờ# | 150 mg 1 (2,4%) | 200 mg (2,4%) | 300 mg 30 (73,2%) | 600 mg 7 (17,1%) | 900 mg 1 (2,4%) |
| | | | | 1200 mg 1 (2,4%) | |

*12/56 báo cáo không rõ thông tin về liều dùng 1 lần;

#15/56 báo cáo không rõ thông tin về tổng liều dùng trong ngày. Tỷ lệ % được tính trên các báo cáo có thông tin.

Đa số bệnh nhân được dùng Allopurinol ở mức liều 300 mg/lần (88,6%). Tổng liều dùng Allopurinol trong ngày phổ biến là 300 mg (73,2%). Có 2 bệnh nhân được dùng tổng liều allopurinol trong ngày lên đến 900

mg hoặc 1200 mg. Hai bệnh nhân được ghi nhận có suy thận trong báo cáo chưa được hiệu chỉnh liều Allopurinol theo khuyến cáo.

Đặc điểm về chỉ định Allopurinol

Kết quả đánh giá sự phù hợp của chỉ định dùng Allopurinol theo Dược thư Quốc gia Việt Nam (2012) được tóm tắt trong bảng 3.

Bảng 3. Đánh giá về sự phù hợp chỉ định của Allopurinol

| Đánh giá chỉ định | Số lượng | Tỷ lệ % |
|---------------------|----------|---------|
| Phù hợp | 30 | 53,6 |
| Không phù hợp | 24 | 42,9 |
| Không đánh giá được | 2 | 3,6 |
| Tổng | 56 | 100,0 |

42,9% bệnh nhân được chỉ định Allopurinol không phù hợp với khuyến cáo. Bên cạnh đó, một số trường hợp không đánh giá được do thông tin ghi nhận trong báo cáo ADR không đầy đủ. Các chỉ định không phù hợp và không đánh giá được trình bày trong bảng 4.

Bảng 4. Chỉ định không phù hợp và không đánh giá được của Allopurinol

| | Chỉ định | Số lượng |
|---------------------|---|----------|
| Không phù hợp | Tăng acid uric đơn thuần không triệu chứng | 23 |
| | Lao hạch | 1 |
| Không đánh giá được | Sỏi thận/sốt (không có kết quả xét nghiệm acid uric máu) | 1 |
| | Không rõ (lý do sử dụng thuốc chưa được đề cập trong báo cáo) | 1 |

Phần lớn các chỉ định không phù hợp liên quan đến sử dụng Allopurinol để điều trị tăng acid uric không kèm theo triệu chứng (chưa có bệnh gout) (23/24 trường hợp).

2. Đặc điểm phản ứng dị ứng Allopurinol được ghi nhận trong báo cáo

Biểu hiện lâm sàng của các phản ứng dị ứng Allopurinol

Kết quả thống kê biểu hiện lâm sàng của các phản ứng dị ứng theo các hệ cơ quan được trình bày trong bảng 5.

Bảng 5. Biểu hiện lâm sàng của phản ứng dị ứng Allopurinol trên các hệ cơ quan

| Hệ cơ quan chịu ảnh hưởng | Số lượng | Tỷ lệ % |
|---|----------|---------|
| Da, niêm mạc | 50 | 89,3 |
| Da, niêm mạc và toàn thân | 2 | 3,6 |
| Da, niêm mạc và hệ tiêu hóa | 1 | 1,8 |
| Da, niêm mạc và mắt | 1 | 1,8 |
| Da, niêm mạc, mắt, hệ tim mạch và hệ hô hấp | 1 | 1,8 |
| Da, niêm mạc, hệ tim mạch và thần kinh ngoại vi | 1 | 1,8 |
| Tổng | 56 | 100 |

Dị ứng Allopurinol có thể biểu hiện trên nhiều cơ quan khác nhau. 100% các bệnh nhân đều có biểu hiện dị ứng trên da và niêm mạc. Các loại phản ứng dị ứng thuốc trên da được tổng kết trong bảng 6.

Bảng 6. Các loại phản ứng dị ứng thuốc trên da và niêm mạc do Allopurinol

| Biểu hiện trên da | Số lượng | Tỷ lệ % |
|-------------------|----------|---------|
| Ngứa | 17 | 23,3 |
| Ban da | 16 | 21,9 |

| | | |
|---------------------------------------|----|-------|
| Hội chứng quá mẫn do thuốc | 15 | 20,5 |
| Hội chứng Stevens - Johnson | 13 | 17,8 |
| Mày đay | 4 | 5,5 |
| Viêm da tróc vảy | 3 | 4,1 |
| Hồng ban đa dạng | 1 | 1,4 |
| Ban mụn mủ cấp toàn thân | 1 | 1,4 |
| Hội chứng hoại tử thương bì nhiễm độc | 1 | 1,4 |
| Loét miệng | 1 | 1,4 |
| Bọng nước | 1 | 1,4 |
| Tổng | 73 | 100,0 |

Ngứa (23,3%) và ban da (21,9%) là hai triệu chứng thường gặp nhất. Hai phản ứng da nghiêm trọng là hội chứng quá mẫn do thuốc và hội chứng Stevens - Johnson chiếm tỷ lệ cao, với tỷ lệ lần lượt là 20,5% và 17,8%. Đáng chú ý có những ADR hiếm và nghiêm trọng như ban mụn mủ cấp toàn thân, hoại tử thương bì nhiễm độc đều đã được ghi nhận.

Mức độ nặng của phản ứng dị ứng trên da và niêm mạc

Kết quả đánh giá mức độ nặng của phản ứng dị ứng thuốc do Allopurinol theo thang phân loại của WHO được tổng hợp trong bảng 7.

Bảng 7. Phân loại mức độ nặng của phản ứng dị ứng Allopurinol

| Mức độ nặng | Số lượng | Tỷ lệ % |
|------------------|----------|---------|
| Mức độ 1 | 3 | 5,4 |
| Mức độ 2 hoặc 3* | 1 | 1,8 |
| Mức độ 2 | 15 | 26,8 |
| Mức độ 3 | 3 | 5,4 |
| Mức độ 4 | 34 | 60,7 |
| Tổng | 56 | 100,0 |

*"Mày đay" không rõ khu trú hay toàn thân không thể phân loại được cụ thể mức độ 2 hoặc 3

Phản ứng dị ứng Allopurinol biểu hiện đa dạng, từ mức độ nhẹ đến nặng, trong đó, phản ứng ở mức độ 4 (nặng nhất) chiếm tỷ lệ cao nhất (60,7%).

3. Đánh giá hình thành tín hiệu phản ứng về dị ứng da nghiêm trọng liên quan đến Allopurinol trong CSDL

PRR là chỉ số được sử dụng phổ biến để đánh giá sự hình thành tín hiệu về an toàn của thuốc. Chỉ số PRR của phản ứng da nghiêm trọng do Allopurinol tính lũy tiến qua các năm được trình bày trong bảng 8.

Bảng 8. Đánh giá hình thành tín hiệu về phản ứng da nghiêm trọng với Allopurinol

| Năm | Số báo cáo phản ứng da nghiêm trọng do Allopurinol | PRR | Khoảng tin cậy 95% |
|-----------|--|------|--------------------|
| 2006 | 1 | 43,9 | 27,1 - 71,3 |
| 2006-2007 | 1 | 33,8 | 8,1 - 141,5 |
| 2006-2008 | 2 | 35,6 | 12,9 - 98,1 |
| 2006-2009 | 3 | 24,5 | 9,5 - 63,3 |
| 2006-2010 | 3 | 20,5 | 7,7 - 54,9 |
| 2006-2011 | 4 | 25,5 | 11,1 - 58,6 |
| 2006-2012 | 4 | 20,7 | 8,6 - 50,0 |
| 2006-2013 | 30 | 45,3 | 33,9 - 60,6 |

Trong cơ sở dữ liệu báo cáo ADR của Việt Nam, tín hiệu về phản ứng da nghiêm trọng do allopurinol trong giai đoạn 2006 - 2013 được hình thành với PRR = 45,3 (khoảng tin cậy 95%: 33,9 - 60,6).

BÀN LUẬN

Trong giai đoạn 2006 - 2013, Trung tâm Dị ứng Quốc gia đã ghi nhận 56 báo cáo về dị ứng Allopurinol, trong đó, phần lớn các báo cáo đến từ Trung tâm Dị ứng – Miễn dịch lâm sàng, Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả phân tích các báo cáo này cho thấy, dị ứng Allopurinol có thể xảy ra đối với bất kỳ lứa tuổi nào và ở bất kỳ đối tượng nào. Tuy nhiên, do ảnh hưởng của đặc điểm bệnh gout nên bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ chủ yếu (82,1%) và độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là $59,8 \pm 15,2$ (năm). Kết quả này phù hợp với một tổng quan hệ thống những trường hợp quá mẫn do Allopurinol trong giai đoạn 1952-2012 [13]. Loại hình dị ứng thuốc do Allopurinol được rất đa dạng, trong đó, hội chứng quá mẫn do thuốc, hội chứng Stevens - Johnson chiếm tỷ lệ cao đáng kể (20,5% và 17,8%). Đặc biệt, 60,7% phản ứng dị ứng Allopurinol trong nghiên cứu ở mức độ nặng nhất theo phân loại của WHO. Đây là vấn đề đáng chú ý và cũng đã được đề cập đến trong nhiều nghiên cứu ở các nước khác nhau. Nghiên cứu EuroSCAR cho thấy Allopurinol là thuốc có nguy cơ gây hoại tử thượng bì nghiêm độc, hội chứng Steven-Johnson cao nhất [9]. Tín hiệu về phản ứng da nghiêm trọng liên quan đến Allopurinol trong cơ sở dữ liệu của Việt Nam được hình thành với PRR = 45,3 (khoảng tin cậy 95%: 33,9 - 60,6) càng khẳng định thêm rằng Allopurinol là thuốc có nguy cơ cao gây phản ứng da nghiêm trọng.

Trong các báo cáo dị ứng thuốc được phân tích, tỷ lệ chỉ định Allopurinol không phù hợp lên tới 42,9%, chủ yếu là các trường hợp điều trị tăng acid uric đơn thuần không có triệu chứng kèm theo [3]. Như vậy, sử dụng Allopurinol không đúng chỉ định có thể là một trong những yếu tố liên quan đến phản ứng dị ứng Allopurinol. Liều cao cũng được coi là một yếu tố nguy cơ gây quá mẫn [13]. Trong nghiên cứu này, có 2 bệnh nhân dùng Allopurinol vượt quá liều tối đa khuyến cáo là 800 mg/ngày và 2 bệnh nhân khác có suy thận nhưng không được hiệu chỉnh liều allopurinol. Kết quả từ nghiên cứu EuroSCAR cũng xác định được nguy cơ mắc hoại tử thượng bì nghiêm độc, hội chứng Stevens - Johnson cao hơn ở nhóm bệnh nhân sử dụng Allopurinol liều hàng ngày từ 200 mg trở lên [9]. Trong khi đó, mức liều Allopurinol phổ biến trong các báo cáo là 300 mg/lần (chiếm 88,6%). Đây có thể là một trong số các nguyên nhân dẫn đến số lượng bệnh nhân mắc hoại tử thượng bì nghiêm độc, hội chứng Steven-Johnson chiếm số lượng không nhỏ (14/56 trường hợp).

Trước tình hình ghi nhận nhiều báo cáo về phản ứng có hại trên da nghiêm trọng do sử dụng Allopurinol, ngày 25/2/2013, Cơ quan Quản lý dược phẩm Pháp (ANSM) đã cảnh báo đến cán bộ y tế 60% các trường hợp nghiêm độc da nghiêm trọng liên quan đến Allopurinol là có thể phòng tránh được nếu tuân thủ đúng chỉ định dùng thuốc [1]. Tại Việt Nam, ngày 11/9/2013, Cục Quản lý Khám chữa bệnh đã có công văn số 789/KCB-NV ngày 11/09/2013 cảnh báo về phản ứng có hại trên da nghiêm trọng do Allopurinol và

khuyến cáo cán bộ y tế tuân thủ đúng chỉ định của Allopurinol được nêu trong Dược thư Quốc gia Việt Nam [5].

KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã phản ánh hình ảnh chung về phản ứng dị ứng Allopurinol trong CSDL báo cáo ADR tự nguyện tại Việt Nam. Tín hiệu về phản ứng da nghiêm trọng do allopurinol trong giai đoạn 2006 - 2013 được hình thành, với chỉ số PRR = 45,3 (khoảng tin cậy 95%: 33,9-60,6). Việc sử dụng Allopurinol trên bệnh nhân chưa hợp lý (chỉ định không phù hợp, liều cao) là những yếu tố nguy cơ liên quan đến phản ứng dị ứng Allopurinol. Kết quả của nghiên cứu cho thấy sự cần thiết cần thúc đẩy sử dụng Allopurinol hợp lý, an toàn để giảm thiểu những rủi ro do thuốc có thể gây ra cho bệnh nhân.

SUMMARY

Objectives: This study was aimed at reviewing all case of Allopurinol hypersensitivity in Vietnam National Pharmacovigilance Database and identify risk factors associated with developing allergic reactions. **Methods:** All ADR reporting forms with Allopurinol allergy during the period from 2006 to 2013 were collected. **Results:** A total of 56 ADR reporting forms, mostly from the Center of Allergology and Clinical Immunology, Bach Mai Hospital were analysed. The common Allopurinol dose was 300 mg (88.6%), notably 2 patients having daily dose up to 900 mg and 1200 mg. Allopurinol dose was not adjusted in 2 patients with renal failure. Inappropriate indications of Allopurinol was 42.9%, mainly patients with asymptomatic hyperuricemia. Rash and pruritus were the most common signs, however, dangerous generalized reactions, such as Stevens - Johnson Syndrome and Drug Rash with Eosinophilia and Systemic Symptoms also remained high, 17.8% and 20.5%, respectively. The majority of reactions (60.7%) reached grade 4 of severity of skin or systematic reaction. Proportional reporting ratio (PRR) during the period of 2006-2013 was 45.3 (95% CI: 33.9-60.6). **Conclusions:** These findings suggest that the signal of the relationship between Allopurinol and severe cutaneous adverse reactions was identified and irrational use of Allopurinol (high dose and inappropriate indication) may be a risk factor associated with Allopurinol hypersensitivity. It is of vital importance in adhering extensively to indications and dosages of Allopurinol in the Vietnam National Formulary to prevent adverse reactions.

Keywords: Allopurinol hypersensitivity, ADR.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (2013), "Allopurinol et risque de survenue de toxidermies graves - Lettre aux professionnels de santé", <http://ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Allopurinol-et-risque-de-survenue-de-toxidermies-graves-Lettre-aux-professionnels-de-sante>, truy cập ngày 25/04/2014.
2. Atzori L. et al (2012), "Cutaneous adverse drug reactions to Allopurinol: 10 year observational survey of

the dermatology department – Cagliari University (Italy)", JEADV, (26), pp. 1424–1430.

3. Bộ Y tế (2012), *Dược thư quốc gia Việt Nam*, NXB Y học, tr. 65-69.

4. Bộ Y tế (2013), "Hướng dẫn hoạt động giám sát phản ứng có hại của thuốc (ADR) tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Ban hành kèm theo Quyết định 1088 của Bộ trưởng Bộ Y tế", tr. 1-13.

5. Bộ Y tế, Cục Quản lý, Khám chữa bệnh (2013), "Công văn số 789/KCB-NV cảnh báo về phản ứng có hại trên da nghiêm trọng do dùng thuốc Allopurinol".

6. Ding WY1, Lee CK, et al (2010), "Cutaneous adverse drug reactions seen in a tertiary hospital in Johor, Malaysia.", *Int J Dermatol*, 49(7), pp. 834-841.

7. European Medicines Agency (2006), *Guidelines on the use of statistical signal detection methods in the Eudravigilance data analysis system*, pp. 5-7.

8. European Registry of Severe Cutaneous Adverse Reactions (RegiSCAR), <http://regiscar.uni-freiburg.de>, truy cập ngày 25/04/2014.

9. Halevy et al. (2008), "Allopurinol is the most common cause of Stevens - Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in Europe and Israel", *J Am Acad Dermatol*, 58(1), pp. 25-32.

10. Huang H. Y., Luo X. Q., et al (2011), "Cutaneous adverse drug reactions in a hospital-based Chinese population", *Clin Exp Dermatol*, 36(2), pp. 135-41.

ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP CẤY CHỈ TẠI BỆNH VIỆN Y HỌC CỔ TRUYỀN, BỘ CÔNG AN

LAI LAN PHƯƠNG, NGUYỄN TUẤN BÌNH
Bệnh viện Y học Cổ truyền, Bộ Công an

TRẦN TRỌNG DƯƠNG
Cục Y tế, Tổng cục Hậu cần-Kỹ thuật, Bộ Công an

TÓM TẮT

- Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm của bệnh nhân thoái hóa khớp gối được điều trị bằng phương pháp cấy chỉ tại Bệnh viện Y học Cổ truyền, Bộ Công an.

- Đối tượng và phương pháp: Bệnh nhân được chẩn đoán THK gối điều trị tại khoa Nội 3 Bệnh viện YHCT, Bộ Công an; Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- Kết quả: Nhóm nghiên cứu có 90% bệnh nhân trên 50 tuổi, tuổi trung bình là $57,94 \pm 10,82$. Bệnh nhân chủ yếu là nữ, chiếm tỷ lệ 73,3%, nam (26,7%). Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương cả hai khớp gối trong nghiên cứu chiếm đa số 76,7%. Mức độ hạn chế tầm vận động khớp gối của nhóm nghiên cứu ở mức trung bình và năng chiếm tỷ lệ 66,7%.

- Kết luận: Bệnh nhân chủ yếu gặp ở độ tuổi trên 50 tuổi (90%), nam bị bệnh nhiều hơn nữ. Nhóm bệnh nhân lao động chân tay là chủ yếu.

Từ khóa: Thoái hóa khớp gối, cấy chỉ.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS WERE TREATED WITH IMPLANT THREAD IN TRADITIONAL MEDICINE HOSPITAL, MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

- Objectives: Review of patient characteristics knee osteoarthritis treated with implantation method only in Traditional Medicine Hospital, Ministry of Public Security.

- Subjects and Methods: Patients diagnosed knee osteoarthritis treatment at the Department of the Interior 3 Hospital of Traditional Medicine, Ministry of Public Security; Cross-sectional descriptive study.

- Results: The team had 90% of patients over age 50, the average age was 57.94 ± 10.82 . Patients are mostly women, accounting for 73.3% rate, male (26.7%). The proportion of patients with a knee injury both in research majority of 76.7%. The extent limited

range of motion of the knee joint research group at medium and heavy percentage of 66.7%.

- Conclusions: Patients mostly met over the age of 50 (90%), sick men more than women. Patient groups manual labor is mainly.

Keywords: Knee osteoarthritis; implant thread.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (THK) là một bệnh khớp rất thường gặp ở mọi quốc gia trên thế giới. Có khoảng 18% nữ và 9,5% nam giới trên toàn cầu mắc bệnh THK nói chung, trong đó THK gối chiếm tới 15% dân số [1]. Khớp gối bị thoái hóa không những làm ảnh hưởng tới chất lượng cuộc sống mà còn gây tổn hại kinh tế của người bệnh.

Theo Y học cổ truyền (YHCT) thoái hóa khớp gối thuộc phạm vi chứng tỳ. Nguyên nhân do phong, hàn, thấp xâm phạm cùng với chính khí suy giảm mà gây nên bệnh, việc điều trị thường kết hợp cả châm cứu với dùng thuốc YHCT [2], [3]. Cấy chỉ là một phương pháp châm đặc biệt, dùng chỉ tự tiêu trong y khoa (catgut) lưu vào huyệt, để duy trì kích thích lâu dài, mục đích gây tác dụng giảm đau kéo dài hơn và liên tục hơn. Ở Việt Nam, cấy chỉ bắt đầu được ứng dụng từ năm 1971 và có tác dụng tốt với nhiều bệnh như hen phế quản, thoái hóa khớp, loét dạ dày tá tràng... [4].

Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu nhằm mục tiêu nhận xét đặc điểm của bệnh nhân thoái hóa khớp gối được điều trị bằng phương pháp cấy chỉ tại Bệnh viện Y học Cổ truyền, Bộ Công an.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng, địa điểm, thời gian nghiên cứu

* **Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán THK gối điều trị tại khoa Nội 3 Bệnh viện YHCT, Bộ Công an.