

77,5% trong đó 1 bệnh nhân nữ không hoàn toàn hài lòng về chụp (bệnh nhân trên 60 tuổi đã làm chụp và tháo bỏ chụp nhiều lần ở nhiều cơ sở y tế khác và lần khám này bệnh nhân chưa tập ăn nhai và vệ sinh tốt xung quanh chụp cũng như vệ sinh răng miệng nói chung). Do đó, các nhà lâm sàng cần tư vấn kỹ bệnh nhân về cách thức ăn nhai, giữ gìn chụp răng cũng như cách thức vệ sinh răng miệng sau lắp chụp.

Tại thời điểm sau 6 tháng 77,5% các bệnh nhân rất hài lòng; 22,5% các bệnh nhân hài lòng sau lắp chụp. Tại thời điểm này, các bệnh nhân đã thích nghi tốt được về vấn đề ăn nhai, thẩm mỹ, vệ sinh, phát âm được với chụp răng là một vật thể lạ mới gắn chặt trong môi trường miệng. Không ghi nhận được trường hợp nào dị ứng với các thành phần của chụp.

Có duy nhất một trường hợp nhạy cảm sau gắn chụp rơi vào bệnh nhân mòn răng tủy còn sống, có thể do nhạy cảm tủy sau khi etching gắn chụp hoặc cổ răng thất hẹp hay bệnh nhân có hiện tượng co lợi hở chân răng. Theo dõi các dấu hiệu nhạy cảm biến mất hoàn toàn sau 1 tuần, ở các thời điểm 1, 3, 6 tháng sau gắn chụp bệnh nhân hoàn toàn không còn dấu hiệu nhạy cảm và hài lòng cũng như thích nghi tốt với phục

hình có thể do sự thành lập của ngà thứ phát trong lòng ống tủy.

IV. KẾT LUẬN

Ngay sau thời điểm lắp chụp kim loại - Ceramage, 80% các bệnh nhân rất hài lòng, 20% các bệnh nhân hài lòng về các vấn đề ăn nhai, thẩm mỹ của chụp.

Thời điểm sau lắp chụp 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng tỷ lệ bệnh nhân rất hài lòng về chụp răng còn 77,5% trong đó 1 bệnh nhân nữ không hoàn toàn hài lòng về chụp.

Các nhà lâm sàng cần tư vấn kỹ bệnh nhân về cách thức ăn nhai, giữ gìn chụp răng cũng như cách thức vệ sinh răng miệng sau lắp chụp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trường Đại học Y Hà Nội**, Tài liệu hướng dẫn xây dựng đề cương nghiên cứu khoa học y học. Dự án Việt Nam-Hà Lan, 2013. Bài 6: Các phương pháp chọn mẫu, tính cỡ mẫu, Bài 12: Đạo đức trong nghiên cứu khoa học y học: p. 122-246.
2. **Andriani Jr, W., et al.**, Mechanical testing of indirect composite materials directly applied on implant abutments. 2010. 12(4).
3. **Chu Thị Quỳnh Hương**, Nghiên cứu và đánh giá kết quả sử dụng vật liệu toàn sứ IPS Empress II trong phục hình nhóm răng trước. 2010, Đại học Y Hà Nội: Luận án tiến sỹ y học.

ĐẶC ĐIỂM MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ LIÊN QUAN ĐẾN HOẠI TỬ VÔ KHUẨN CHỖM XƯƠNG ĐÙI Ở NGƯỜI LỚN

Lê Thùy Dương¹, Lưu Thị Bình², Nguyễn Minh Núi³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố nguy cơ liên quan đến hoại tử vô khuẩn chỗm xương đùi ở người lớn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 245 bệnh nhân hoại tử vô khuẩn chỗm xương đùi tại các Bệnh viện Việt Đức, Bạch Mai, Bệnh viện E và Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 1/2017 - 4/2022. **Kết quả:** Rượu, thuốc lá, rối loạn lipid máu, steroid là các yếu tố nguy cơ của hoại tử vô khuẩn chỗm xương đùi, chiếm tỷ lệ tương ứng là 64,5%, 42,0%, 34,3% và 15,5%.

¹Trường Cao đẳng Y tế Hải Phòng

²Sở Y tế tỉnh Thái Nguyên

³Học viện quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thùy Dương

Email: lethuyduong75@gmail.com

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thùy Dương

Email: lethuyduong75@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 3.3.2023

Trong đó, yếu tố nguy cơ thường gặp ở nam giới là rượu, thuốc lá và gút/tăng acid uric máu chiếm tỷ lệ 77,2%, 50,5% và 26,2%; ở nữ giới là béo phì/thừa cân (44,2%). Nhóm bệnh nhân hoại tử hai chỗm xương đùi có tỷ lệ sử dụng steroid cao hơn nhóm bệnh nhân hoại tử một chỗm xương đùi ($p < 0,01$). 63,2% bệnh nhân dùng steroid với tổng liều trên 2000 mg/bệnh nhân. Thời gian sử dụng rượu trung bình là 19,35 tháng, trung vị mức tiêu thụ rượu là 2000 mL/tuần ở bệnh nhân hoại tử một chỗm xương đùi, thấp hơn so với bệnh nhân hoại tử hai chỗm xương đùi (28,35 tháng, 2800 mL/tuần) với $p < 0,001$. **Kết luận:** Rượu, thuốc lá, rối loạn lipid máu, steroid là yếu tố nguy cơ hoại tử vô khuẩn chỗm xương đùi. Rượu, thuốc lá và gút/tăng acid uric hay gặp ở bệnh nhân nam, béo phì/thừa cân gặp ở bệnh nhân nữ nhiều hơn. Bệnh nhân sử dụng steroid, uống rượu lâu năm, số lượng nhiều có tỷ lệ hoại tử cả hai chỗm xương đùi cao hơn một bên.

Từ khóa: Hoại tử vô khuẩn chỗm xương đùi, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF SOME RISK FACTORS ASSOCIATED WITH ASEPTIC NECROSIS OF THE FEMORAL HEAD IN ADULTS

Objective: To determine some risk factors related to aseptic necrosis of the femoral head in adults. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 245 patients with aseptic necrosis of the femoral head at Viet Duc, Bach Mai, E and Thai Nguyen National Hospitals from Jan 2017 to April 2022. **Results:** Alcohol, tobacco, dyslipidemia, steroid are risk factors for aseptic necrosis of the femoral head, accounting for 64,5%, 42,0%, 34,3% and 15,5%, respectively. In which, the common risk factors in men were alcohol, tobacco and gout/hyperuricemia accounting for 77,2%, 50,5% and 26,2% in women were obese/overweight (44,2%). The group of patients with two femoral head necrosis had higher rates of steroid use than the group of patients with one femoral head necrosis ($p < 0,01$). 63.2% of patients received steroids with a total dose of more than 2000 mg/patient. The mean duration of alcohol use was 19.35 months, median alcohol consumption was 2000 mL/week in patients with one femoral head necrosis, lower than in patients with two femoral head necrosis (28.35 months, 2800 mL/week), $p < 0,001$. **Conclusion:** Alcohol, tobacco, dyslipidemia and steroid were risk factors for aseptic necrosis of the femoral head. Alcohol, tobacco and gout/hyperuricemia were more common in male patients, and obesity/overweight was common in female patients. Patients who used steroids, drink alcohol for a long time, had higher rate of bilateral femoral head necrosis than unilateral femoral head necrosis.

Keywords: Aseptic necrosis of the femoral head, risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi (HTVKCXĐ) là tình trạng bệnh lý do sự gián đoạn cung cấp máu nuôi trên chỏm xương đùi. Việc mất nguồn cung cấp máu có thể do cả hai nguyên nhân chấn thương và không chấn thương dẫn đến hoại tử tế bào xương. Phần xương dưới sụn chỏm xương đùi bị hoại tử sẽ làm sụp lún cấu trúc hình cầu phần sụn khớp phía trên. Kết quả cuối cùng của quá trình này là thoái hóa khớp háng thứ phát, mất chức năng của khớp háng, dẫn đến tàn phế. Tại Hoa Kỳ, có hơn 10.000 bệnh nhân mới mỗi năm, chiếm tới 10% tổng số ca thay khớp háng. Số bệnh nhân HTVKCXĐ tích lũy đạt 8,12 triệu trong năm 2013 ở Trung Quốc [1]. Tại Việt Nam, theo thống kê tại Khoa Khớp Bệnh viện Bạch Mai từ 1991-2000, bệnh đứng thứ 14/15 các bệnh khớp nội trú thường gặp. Một số yếu tố có thể dẫn đến cơ chế bệnh sinh của HTVKCXĐ, nhưng nguyên nhân chính xác của bệnh vẫn chưa rõ. Các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam đã chỉ ra sử dụng corticosteroid và lạm dụng rượu là

những yếu tố nguy cơ được biết đến nhiều đối với HTVKCXĐ. Bên cạnh đó, hút thuốc lá, lupus ban đỏ hệ thống, xạ trị vùng chậu, tác nhân hóa trị liệu không steroid điều trị bệnh bạch cầu và các bệnh tăng sinh tủy khác, rối loạn lipid máu, bệnh hồng cầu hình liềm, bệnh Gaucher, nhiễm HIV được coi là các yếu tố nguy cơ hoặc bệnh lý liên quan đến HTVKCXĐ [2]. Để nghiên cứu với số mẫu lớn hơn và kỹ hơn về đặc điểm yếu tố nguy cơ của bệnh ở nhóm đối tượng có đặc điểm dịch tễ khác nhau tại các tỉnh phía Bắc, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Xác định một số yếu tố nguy cơ liên quan đến hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi ở người lớn*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân HTVKCXĐ tại các Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Việt Đức, Bệnh viện đa khoa Trung ương Thái Nguyên, Bệnh viện E, từ tháng 6/2017 - 4/2022.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán HTVKCXĐ theo tiêu chuẩn ARCO 1993 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có chống chỉ định chụp cộng hưởng từ, tổn thương chỏm xương đùi và bệnh lý khớp háng kèm theo khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Phương pháp chọn mẫu: Được tính theo công thức mô tả cắt ngang:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{d^2}$$

n = Cỡ mẫu nghiên cứu

$Z^2_{(1-\alpha/2)}$: Hệ số tin cậy ở mức xác suất 95% (=1,96)

p : Tỷ lệ bệnh nhân nghiện rượu trong nghiên cứu của Lưu Thị Bình là 69%, lấy $p = 0,69$ [2].

=> Tính vào công thức trên sẽ được cỡ mẫu là: 83 bệnh nhân

Trong quá trình nghiên cứu từ tháng 1/2017 - 4/2022 chúng tôi thu thập được 245 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

Nội dung và tiến hành nghiên cứu: Bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn được tiến hành thu thập số liệu theo mẫu bệnh án thống nhất.

- Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân: Tuổi, giới, số chỏm xương đùi hoại tử/bệnh nhân.

- Đặc điểm yếu tố nguy cơ:

Tiền sử chấn thương khớp háng và/ hoặc cổ xương đùi

Tiền sử sử dụng Steroid: Tổng liều dùng Steroid/bệnh nhân tính theo mg Prednisolon, chia 2 nhóm ≤ 2000 mg/ngày, > 2000 mg/ngày.

Tiền sử uống rượu:

Lượng rượu tính theo tuần
 . Quy ra rượu thường theo công thức :
 Dung tích rượu thường=Dung tích dung dịch
 uống (mL) x Nồng độ cồn(%) x 0.79 x 60 mL
 . Chia thành các nhóm: ≤1500 mL/tuần,
 >1500-2500 mL/tuần, >2500-3500 mL/tuần,
 ≥3500 mL/tuần.

Thời gian uống rượu: Tính theo năm, chia
 các nhóm ≤10 năm, >10-20 năm, >20-30 năm,
 >30-40 năm, ≥40 năm.

Tiền sử hút thuốc lá.

Rối loạn lipid máu, gút/tăng acid uric máu:
 Dựa vào tiền sử hoặc xét nghiệm sinh hoá máu.

Thừa cân, béo phì: Thừa cân: 23≤BMI<25;
 Béo phì: BMI≥25

2.3. Xử lý số liệu. Các số liệu thu thập
 được xử lý theo thuật toán thống kê trên máy vi
 tính sử dụng phần mềm

SPSS 16.0, dữ liệu được trình bày dưới dạng
 tần số và tỷ lệ phần trăm với biến định tính,
 dạng trung bình±độ lệch chuẩn với biến định
 lượng phân phối chuẩn và trung vị, tứ phân vị
 với biến định lượng không phân phối chuẩn. Sử
 dụng các thuật toán test χ^2 , Fisher's exact, t-
 student, Mann Whitney test để so sánh sự khác
 biệt các tỷ lệ %, số trung bình và trung vị; khác
 biệt có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng
 nghiên cứu.** Trong thời gian từ 1/2017 - 4/2022
 có 245 bệnh nhân với 416 chỏm xương đùi
 (CXĐ) hoại tử đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng
 nghiên cứu**

Đặc điểm		Bệnh nhân (n= 245)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<30	11	4,5
	30 - < 40	41	16,7
	40 - < 50	64	26,1
	50 - <60	71	29,0
	≥60	58	23,7
	Trung bình	50,93±13,07	
Giới	Nam	202	82,4
	Nữ	43	17,6
CXĐ hoại tử/BN	1 bên	65	26,5
	2 bên	180	73,5

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh
 nhân nghiên cứu là 50,93, nhóm tuổi 50 -<60
 chiếm tỷ lệ cao nhất (29,0%). Bệnh nhân là nam
 giới chiếm ưu thế với tỷ lệ nam/nữ là: 4,7/1. Có
 180/245 bệnh nhân bị bệnh ở cả hai bên CXĐ
 (trong đó có 9 bệnh nhân đã thay một CXĐ),
 chiếm tỷ lệ 73,5%.

**3.2. Đặc điểm yếu tố nguy cơ liên quan
 đến HTVKCXĐ**

**Bảng 2. Đặc điểm yếu tố nguy cơ và
 bệnh đồng mắc liên quan đến HTVKCXĐ**

Đặc điểm yếu tố nguy cơ	Bệnh nhân (n=245)	Tỷ lệ (%)	
Rượu	158	64,5	
Steroid	38	15,5	
Thuốc lá	103	42,0	
Tiền sử chấn thương khớp hàng hoặc cổ xương đùi	14	5,7	
Bệnh kèm theo	Rối loạn lipid máu	84	34,3
	Gút/tăng acid uric	56	22,9
	Thừa cân/béo phì	76	31,0

Nhận xét:

- Rượu và thuốc lá là những yếu tố nguy cơ
 thường gặp nhất, chiếm tỷ lệ 64,5% và 42,0%.
 - Rối loạn lipid máu, thừa cân hoặc béo phì
 là bệnh kèm theo chiếm tỷ lệ cao nhất 34,3% và
 31,0%.

**Bảng 3. Liên quan giữa một số yếu tố
 nguy cơ và bệnh đồng mắc HTVKCXĐ với
 giới tính**

Yếu tố nguy cơ	Nam (n=202)		Nữ (n=43)		p
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Nghiện rượu (n=158)	156	77,2	2	4,7	< 0,001
Sử dụng steroid (n=38)	33	16,3	5	11,6	> 0,05
Nghiện thuốc lá (n=103)	102	50,5	1	2,3	< 0,001
Tiền sử chấn thương (n=14)	10	5,0	4	9,3	> 0,05
Rối loạn lipid máu (n=84)	72	35,6	12	27,9	> 0,05
Gút/tăng acid uric (n=56)	53	26,2	3	7,0	< 0,01
Béo phì, thừa cân (n=76)	57	28,2	19	44,2	< 0,05

Nhận xét:

- Nghiện rượu, nghiện thuốc lá, gút/tăng acid
 uric là yếu tố nguy cơ HTVKCXĐ thường gặp ở
 nam giới (tỷ lệ 77,2%, 50,5% và 26,2%), sự
 khác biệt ở hai giới có ý nghĩa thống kê ($p <$
 $0,001$, $p < 0,01$).

- Béo phì hoặc thừa cân gặp ở bệnh nhân nữ
 nhiều hơn nam giới ($p < 0,05$).

**Bảng 4. Liên quan giữa một số yếu tố
 nguy cơ HTVKCXĐ và số CXĐ bị hoại tử
 trên một đối tượng nghiên cứu**

Yếu tố nguy cơ	Hoại tử 1 CXĐ	Hoại tử 2 CXĐ	p
----------------	------------------	------------------	---

	(n=65)		(n=180)		
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
Nghiện rượu (n=158)	37	23,4	121	76,6	>0,05
Sử dụng steroid (n=38)	3	7,9	35	92,1	<0,01
Nghiện thuốc lá (n=103)	23	22,3	80	77,7	>0,05
Tiền sử chấn thương (n=14)	6	42,9	8	57,1	>0,05

Rối loạn lipid máu (n=84)	24	28,6	60	71,4	>0,05
Gút/tăng acid uric (n=56)	15	26,8	41	73,2	>0,05
Béo phì, thừa cân (n=76)	22	28,9	54	71,1	>0,05

Nhận xét: Tỷ lệ sử dụng steroid gấp ở bệnh nhân hoại tử cả hai bên CXĐ cao hơn bệnh nhân hoại tử 1 CXĐ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Các yếu tố nguy cơ khác có tỷ lệ như nhau ở cả hai nhóm bệnh nhân hoại tử một hoặc hai CXĐ.

Bảng 5. Liên quan giữa nghiện rượu và số CXĐ bị hoại tử trên một đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Hoại tử 1 CXĐ (n=37)		Hoại tử 2 CXĐ (n=121)		Tổng		
	n	%	n	%	n	%	
Thời gian uống rượu (năm)	≤ 10	10	27,0	7	5,8	17	10,8
	>10-20	12	32,4	27	22,3	39	24,7
	>20-30	10	27,0	35	28,9	45	28,5
	>30-40	5	13,5	39	32,2	44	27,8
	>40	0	0,0	13	10,7	13	8,2
Trung bình	19,35±9,36		28,35±10,96		p < 0,001		
Lượng rượu uống hàng tuần (mL)	≤ 1500	16	43,2	12	9,9	28	17,7
	>1500-2500	10	27,0	36	29,8	46	29,1
	>2500-3500	9	24,3	55	45,5	64	40,5
	>3500	2	5,4	18	14,9	20	12,7
	Trung bình	2345,95±1429,29		3002,64±1361,57		p < 0,001	
Median (IQR)	2000 (2240)		2800 (1400)		Mann Whitney test		

Ghi chú: Theo kết quả Bảng 2 có 158 bệnh nhân HTVKCXĐ nghiện rượu

Nhận xét: - Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng rượu từ >20 - 30 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (28,5%).

- Thời gian sử dụng rượu trung bình ở bệnh nhân hoại tử một CXĐ là 19,35 tháng, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với thời gian sử dụng rượu trung bình ở bệnh nhân hoại tử hai CXĐ (28,35tháng) với $p < 0,001$.

- Tỷ lệ bệnh nhân có mức sử dụng rượu từ >2500-3500 mL/tuần cao nhất, chiếm 40,5%.

- Mức tiêu thụ rượu trung bình ở bệnh nhân hoại tử một CXĐ là 2345,95 mL/tuần, thấp hơn so với bệnh nhân hoại tử hai CXĐ (3002,64mL/tuần). Trung vị mức tiêu thụ rượu ở bệnh nhân hoại tử một CXĐ là 2000mL/tuần, thấp hơn so với bệnh nhân hoại tử hai CXĐ (2800mL/ tuần) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 6. Liên quan giữa liều dùng steroid và phân bố CXĐ bị hoại tử

Tổng liều steroid	Hoại tử 1 CXĐ		Hoại tử 2 CXĐ		Tổng		
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)	
≤ 2000 mg/bệnh nhân	1	33,3	13	37,1	14	36,8	
> 2000 mg/bệnh nhân	2	66,7	22	62,9	24	63,2	
Tổng	3	100,0	35	100,0	38	100,0	
p	> 0,05						

Ghi chú: Theo kết quả bảng 2, có 38 bệnh nhân HTVKCXĐ sử dụng steroid

Nhận xét: - Đa số bệnh nhân dùng steroid với tổng liều trên 2000 mg (63,2%).

- Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng steroid với tổng liều trên 2000 mg và tổng liều ≤ 2000 mg không có sự khác biệt về số CXĐ bị hoại tử ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng

nghiên cứu. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 50,4, nhóm tuổi 40 -<50 chiếm tỷ lệ cao nhất (27,5%). Biao Tan cũng báo cáo tuổi trung bình nhóm bệnh nhân HTVKCXĐ tại Trung Quốc là 50 tuổi [3]. Bệnh nhân là nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ nam/nữ là: 4,4/1, tương tự với kết quả nghiên cứu trên 38 bệnh nhân HTVKCXĐ của Nguyễn Lan Anh [4]. Có 157/218 bệnh nhân bị bệnh ở cả hai bên CXĐ, chiếm tỷ lệ 72,0%. Trên thế giới, tình trạng hoại tử cả 2 CXĐ

có thể gặp ở 40% đến 70% bệnh nhân, tùy thuộc vào loạt nghiên cứu được công bố [5].

4.2. Đặc điểm yếu tố nguy cơ liên quan đến HTVKCXĐ. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân nghiện rượu cao nhất (65,1%), nghiện thuốc lá là 45,4%, có tiền sử dùng steroid là 17,0%, tỷ lệ thừa cân, béo phì là 31,7%. Trong số các bệnh lý kèm theo thì rối loạn lipid máu là hay gặp nhất (34,4%), gút/tăng acid uric máu gặp ở 24,3% trường hợp, tiền sử chấn thương là 5,5%. Nghiên cứu của Biao Tan trên 1844 bệnh nhân HTVKCXĐ, có 26,84% do steroid gây ra, 37,15% nghiện rượu và 15,73% do chấn thương [3]. Nghiên cứu của Viças trên 76 bệnh nhân cũng có tỷ lệ 30,26% nghiện thuốc lá [6]. Như vậy, nhóm bệnh nhân của chúng tôi có tỷ lệ nghiện rượu và thuốc lá nhiều hơn các nghiên cứu khác trên thế giới.

Nghiên cứu không gặp bệnh nhân nữ nghiện rượu hoặc thuốc lá, phù hợp với văn hóa của người Việt nói chung. Một số nghiên cứu khác cũng kết luận rượu là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất ở bệnh nhân nam HTVKCXĐ như nghiên cứu của Biao Tan (tỷ lệ nam giới nghiện rượu là 45,2%)[3]. Fukushima cũng báo cáo tần suất HTVKCXĐ do rượu ở nam nhiều hơn nữ (47% so với 6%) [7]. Yếu tố nguy cơ hay gặp ở nữ liên quan đến steroid đã được đề cập trong một số nghiên cứu với tỷ lệ là 40% theo Biao Tan [3]. Tác giả Fukushima cũng báo cáo tần suất HTVKCXĐ do steroid ở nam thấp hơn nữ (34% so với 76%) [7]. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi thấy tần suất các yếu tố nguy cơ như chấn thương, sử dụng steroid, rối loạn lipid máu không có sự khác biệt giữa 2 giới. Ngoài ra, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ nam giới có bệnh gút hoặc tăng acid uric là 28,1%, cao hơn ở nữ giới (7,5%) với $p < 0,005$. Béo phì hoặc thừa cân gặp ở nữ nhiều hơn nam giới ($p < 0,05$).

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có 61 bệnh nhân hoại tử một CXĐ và 157 bệnh nhân hoại tử cả hai CXĐ. Tỷ lệ sử dụng steroid và nghiện rượu gặp ở bệnh nhân hoại tử cả hai bên CXĐ cao hơn nhóm hoại tử một CXĐ có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$ và $p < 0,01$). Các yếu tố nguy cơ khác có tỷ lệ như nhau ở cả hai nhóm. Kết luận này của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Harsha Vardhan với 60% HTVKCXĐ do rượu và 67,74% do steroid tổn thương cả hai CXĐ ($p < 0,05$), trong khi tỷ lệ ngang nhau được quan sát thấy trong HTVKCXĐ vô căn [8].

Tỷ lệ bệnh nhân nghiện rượu từ >20-30 năm chiếm tỷ lệ cao nhất (31,0%). Như vậy, bệnh

nhân nghiện rượu trong nghiên cứu của chúng tôi phát hiện HTVKCXĐ muộn hơn nhóm bệnh nhân nghiên cứu của Biao Tan với tỷ lệ uống rượu trong 11–20 năm là phổ biến nhất ((34,74%). Phù hợp với kết quả về tỷ lệ bệnh nhân có mức sử dụng rượu từ >2500-3500 ml/tuần cao nhất, chiếm 39,5% thấp hơn kết quả nghiên cứu của Biao Tan (55,04%). Thời gian sử dụng rượu trung bình ở bệnh nhân hoại tử một CXĐ là 19,27 tháng, thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với thời gian sử dụng rượu trung bình ở nhóm hoại tử hai CXĐ (27,33 tháng) với $p < 0,001$ [3]. Tác giả Harsha Vardhan cũng báo cáo thời gian uống rượu trung bình trong HTVKCXĐ một bên thấp hơn so với hai bên (lần lượt là 75 tháng và 88 tháng), mức tiêu thụ rượu trung bình ở bệnh nhân HTVKCXĐ một bên và hai bên lần lượt là 520 ml/tuần và 926 ml/tuần [8]. Nghiên cứu của chúng tôi có trung vị mức tiêu thụ rượu ở bệnh nhân hoại tử một CXĐ là 2000 mL/tuần, thấp hơn so với bệnh nhân hoại tử hai CXĐ (2800mL/tuần) có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Dùng steroid với tổng liều từ 2.000mg có liên quan rõ đến hoại tử xương. Kết quả nghiên cứu cho thấy đa số bệnh nhân dùng steroid với tổng liều trên 2000 mg (62,2%). Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng steroid với tổng liều trên 2000 mg và tổng liều ≤ 2000 mg không có sự khác biệt về số CXĐ bị hoại tử ($p > 0,05$). Harsha Vardhan cũng báo cáo liều dùng trung bình hàng ngày của prednisolone trong HTVKCXĐ một bên là 28 mg/ngày (70% BN đã dùng > 2 g prednisolone trong 2 tháng) và hai bên là 28,8 mg/ngày (86% BN đã tiêu thụ > 2 g prednisolone trong 2 tháng) [8].

V. KẾT LUẬN

Rượu và thuốc lá là yếu tố nguy cơ, rối loạn lipid máu, thừa cân/béo phì là bệnh kèm theo HTVKCXĐ chiếm tỷ lệ cao nhất (65,1%, 45,4%, 34,4% và 31,7%). Trong đó, yếu tố nguy cơ thường gặp ở nam giới là rượu, thuốc lá và gút/tăng acid uric chiếm tỷ lệ 79,8%, 55,6% ($p < 0,001$) và 28,1% ($p < 0,01$); ở nữ giới là béo phì/thừa cân (45,0%, $p < 0,05$). Tỷ lệ hoại tử cả hai CXĐ ở bệnh nhân nghiện rượu (76,8%, $p < 0,05$), sử dụng steroid hoặc phối hợp hai yếu tố nguy cơ này (91,9% và 92,9%, $p < 0,01$) cao hơn ở bệnh nhân hoại tử một CXĐ đặc biệt ở bệnh nhân uống rượu nhiều. Trung bình thời gian sử dụng rượu và trung vị mức tiêu thụ rượu hàng tuần ở bệnh nhân hoại tử hai CXĐ là 27,44 tháng, 2800 mL/tuần cao hơn ở bệnh nhân hoại tử một CXĐ (19,27 tháng, 2000 mL/tuần có ý

nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hines, J. T., et al. (2021)**, "Osteonecrosis of the Femoral Head: an Updated Review of ARCO on Pathogenesis, Staging and Treatment", *J Korean Med Sci.* 36(24), p. e177.
2. **Lưu Thị Bình (2011)**, Nghiên cứu lâm sàng và chẩn đoán hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi ở người lớn, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
3. **Tan, B., et al. (2021)**, "Epidemiological Study Based on China Osteonecrosis of the Femoral Head Database", *Orthop Surg.* 13(1), pp. 153-160.
4. **Nguyễn Lan Anh (2006)**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, Xquang, cộng hưởng từ của hoại tử vô khuẩn chỏm xương đùi ở người lớn, Luận văn Thạc sĩ, Đại học Y Hà Nội.
5. **Petek, D., Hannouche, D., and Suva, D. (2019)**, "Osteonecrosis of the femoral head: pathophysiology and current concepts of treatment", *EFORT Open Rev.* 4(3), pp. 85-97.
6. **Vicaş, R. M., et al. (2021)**, "Aseptic Necrosis of Femoral Head - Clinical Study", *Curr Health Sci J.* 47(2), pp. 228-236.
7. **Fukushima, W., et al. (2010)**, "Nationwide epidemiologic survey of idiopathic osteonecrosis of the femoral head", *Clin Orthop Relat Res.* 468(10), pp. 2715-24.
8. **Vardhan, H., et al. (2018)**, "Epidemiological Profile of Femoral Head Osteonecrosis in the North Indian Population", *Indian J Orthop.* 52(2), pp. 140-146.

MÔ HÌNH TỔ CHỨC, QUẢN LÝ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI MẮC COVID-19 TẠI NHÀ TRÊN ĐỊA BÀN QUẬN BÌNH TÂN THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2021

Nguyễn Thị Bình², Nguyễn Thị Diệu Thuý², Trần Văn Giang²,
Phạm Bích Diệp², Đỗ Thanh Tuấn², Trịnh Thị Trang²,
Nguyễn Minh Phương⁴, Ninh Quốc Đạt², Trịnh Thị Nhung⁶,
Hoàng Thị Huyền Trang⁴, Nguyễn Thị Thanh Thuý⁷, Đinh Thị Hoa⁷,
Lương Linh Ly², Phan Văn Nhã², Trần Tử Nghĩa³,
Nguyễn Chí Thành⁴, Hoàng Yến Hoa⁵, Đinh Anh Tuấn¹

TÓM TẮT

Mô hình được tổ chức và hoạt động từ tháng 7/2021 đến tháng 12/2021 khi đợt dịch COVID-19 thứ 4 bùng phát tại Việt Nam. Các nhóm chuyên trách thực hiện dưới sự cho phép, phối hợp của Ban chỉ đạo phòng chống dịch COVID-19 quận Bình Tân, thành phố Hồ Chí Minh. Mô hình tổ chức gồm 3 nhóm chuyên trách đánh giá, tư vấn, hướng dẫn điều trị, can thiệp điều trị nhóm bệnh nhân F0 và F1 cách ly điều trị tại nhà tại 7 phường thuộc quận Bình Tân. Nhóm 1: gồm 48 giáo viên các trường tiểu học tại các phường thuộc quận Bình Tân; nhóm 2: gồm 36 bác sĩ hỗ trợ từ xa qua hệ thống tổng đài số 08.68060022; tổ được thành lập theo Quyết định số 4600/QĐ-BCĐ do trưởng ban chỉ đạo phòng chống dịch COVID-19 quận Bình

Tân ký ngày 12/08/2021; nhóm 3: Trạm y tế, đội phản ứng nhanh, mặt trận tổ quốc, hội nhóm tư nhân tình nguyện ở địa phương. Mô hình đã tiếp cận được 36279 ca bệnh cần hỗ trợ qua tổng đài, trung bình 1170 lượt/ngày trong 5 phường thu thập được số liệu. Mô hình hỗ trợ hướng dẫn người bệnh từ xa phối hợp với y tế địa phương nên được mở rộng trên địa bàn, đặc biệt vùng xa, trường hợp bị cách ly trong thời kỳ dịch bệnh nhằm phát huy tối đa nguồn lực cán bộ y tế, giúp giảm thiểu tình trạng quá tải bệnh viện

Từ khóa: COVID-19, mô hình quản lý theo dõi, cách ly tại nhà

SUMMARY

ORGANIZATION AND MANAGEMENT MODEL OF HOME QUARANTINE COVID-19 PATIENTS TREATMENT IN BINH TAN DISTRICT HOCHIMINH CITY 2021

Model was launch during the 4th wave of COVID-19 in Vietnam, it was approved for running from July 2021 till December 2021 by Binh Tan Epidemic prevention committee. Included 3 groups, Group 1 was 48 elementary teachers in Binh Tan district; Group 2 with 36 doctors working under the decision number 4600/QĐ-BCĐ dated 12/08/2021 contacted patient by telehealth method via either doctor's number or switchboard number 08.68060022; Group 3 included Local health center, Quick reaction team, Committee of Fatherland front and the local volunteer

¹Bộ Y Tế

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Tổng cục KT-Bộ Quốc phòng

⁴Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

⁵Bệnh viện Saint Paul

⁶Bệnh viện Phổi Trung ương

⁷Bệnh viện Nhi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thuý

Email: nguyendieuthuyhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2023

Ngày duyệt bài: 6.3.2023