

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân u trung thất được thực hiện phẫu thuật nội soi một lỗ có triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, 22% không có triệu chứng. 28,8% không phát hiện được trên Xquang ngực. Phẫu thuật có thể thực hiện thành công với các loại u có cấu trúc khác nhau, ở các vị trí khác nhau. Kích thước u trung bình $5,1 \pm 2,1$ cm, lớn nhất 12,5 cm (u dạng nang).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aroor A.R., Prakasha S. R., Seshadri S., et al. (2014).** A Study of Clinical Characteristics of Mediastinal Mass. *J Clin Diagn Res JCDR*, **8(2)**, 77–80.
2. **Singh G., Amin Z., Wuryantoro null, et al. (2013).** Profile and factors associated with mortality in mediastinal mass during hospitalization at Cipto Mangunkusumo Hospital, Jakarta. *Acta Medica Indones*, **45(1)**, 3–10.
3. **Mai Văn Viện (2010).** Ứng dụng phẫu thuật nội soi lồng ngực điều trị u trung thất tại bệnh viện 103. *Y học TP Hồ Chí Minh*. (**14(4)**), 529-535.
4. **Mohammad Vaziri, Abdolreza Pazooki , and Leila Zahedi-Shoolami³ (2009).** Mediastinal Masses: Review of 105 Cases. *Acta Med Iran*, (**47(4)**), 297-300.
5. **JW Chung, HR Kim, DK Kim, MS Chun, YH Kim, S-I Park, S-R Kim, DH Lee (2012).** Long-term Results of Thoracoscopic Thymectomy for Thymoma without Myasthenia Gravis. *J Int Med Res*, (**40**), 1973–1981.
6. **Wu C.-F., Diego G.-R., Wen C.-T., et al. (2015).** Single-port video-assisted thoracoscopic mediastinal tumour resection. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, **21(5)**, 644–649.
7. **Demmy T.L., Krasna M.J., Detterbeck F.C., et al. (1998).** Multicenter VATS experience with mediastinal tumors. *Ann Thorac Surg*, **66(1)**, 187–192.
8. **Trần Trọng Kiểm (2017).** Đánh giá kết quả cắt u trung thất bằng phương pháp nội soi. *Tạp Chí Dược Lâm Sàng* 108, (**12**), 89–96.
9. **Refai M., Gonzalez-Rivas D., Guiducci G.M., et al. (2020).** Uniportal video-assisted thoracoscopic thymectomy: the glove-port with carbon dioxide insufflation. *Gland Surg*, **9(4)**, 879–885.

THỰC TRẠNG VÀ HIỆU QUẢ CAN THIỆP RỐI LOẠN GIỌNG NÓI Ở NỮ GIÁO VIÊN TIỂU HỌC THÀNH PHỐ HÀ NỘI

Lê Anh Tuấn¹, Lương Thị Minh Hương²,
Phạm Tiến Dũng¹, Nguyễn Thành Quân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá thực trạng rối loạn giọng nói (RLGN) và hiệu quả can thiệp cải thiện RLGN ở 476 nữ giáo viên tiểu học (GVTH) huyện Gia Lâm, TP. Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng. **Kết quả:** 87,82% GVTH ở huyện Gia Lâm có tỷ lệ RLGN cao, trong đó RLGN chức năng chiếm 78,71%, các RLGN thực thể chiếm 21,29%. Nghiên cứu can thiệp vệ sinh giọng nói, luyện giọng và điều trị bệnh lý tai mũi họng (TMH) và bệnh trào ngược họng thanh quản (LPR) có hiệu quả tốt đối với RLGN, làm giảm tỷ lệ mắc và mức độ của RLGN. Can thiệp cũng làm cải thiện các triệu chứng của các bệnh lý kèm theo, cụ thể với LPR trước can thiệp có 46,3%, ở lần khám thứ 2 còn 13,4%. Bệnh lý TMH kèm theo trước can thiệp là 28,7% giáo viên, ở lần khám thứ 2 còn 7.9 %, $p < 0,05$. **Kết luận:** Tỷ lệ RLGN ở nữ GVTH chiếm tỷ lệ cao, can thiệp bằng luyện giọng và điều trị nội khoa đem lại hiệu quả cao đối với RLGN ở các GVTH.

Từ khóa: rối loạn giọng nói, tai mũi họng, nữ giáo viên tiểu học, huyện Gia Lâm.

¹Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Anh Tuấn

Email: leanhtuan.ent@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2021

Ngày duyệt bài: 7.01.2022

SUMMARY

VOICE DISORDERS STATUS AND EFFECTIVENESS OF INTERVENTION AMONG FEMALE PRIMARY SCHOOL TEACHERS IN HANOI

Objective: The study aims to assess the status of voice disorders and effectiveness of interventions among 476 female primary school teachers in Gia Lam district, Hanoi City. **Methods:** An interventional study without control. **Results:** 87.82% of primary school teachers in Gia Lam district have a high rate of voice disorders, in which functional voice disorders accounts for 78.71%, and physical voice disorders accounted for 21.29%. Interventional studies including voice hygiene and voice training, treatment of ENT pathology and laryngopharyngeal reflux (LPR) diseases have a good effect on voice disorders, reducing the incidence and severity level of voice disorders. The intervention study significantly reduced the functional symptoms of voice disorders. Intervention for voice disorders was highly effective with comorbidities, specifically, with LPR before intervention, 46.3%, at the 2nd visit, it was 13.4%. ENT diseases before intervention was 28.7% of female teachers, at the 2nd visit it was 7.9%, $p < 0.05$. **Conclusions:** The rate of voice disorders in female primary school teachers accounts for a high rate, intervention by voice training and internal medicine treatment brings high efficiency to voice disorders in primary school teachers.

Keywords: voice disorders, ear nose throat, female primary teacher, Gia Lam district.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn giọng nói (Voice disorder or Dysphonia) là tình trạng bất thường của một hoặc nhiều đặc tính của giọng nói, gồm rối loạn âm vực, cao độ, cường độ hay chất thanh¹. Việc chẩn đoán RLGN dựa vào nhiều phương pháp gồm: đánh giá chủ quan (qua việc phỏng vấn, nghe cảm thụ lời nói, thăm khám lâm sàng) và đánh giá khách quan (phân tích âm học, nội soi hoạt nghiệm thanh quản...). Điều trị RLGN bao gồm các phương pháp điều chỉnh hành vi phát âm trực tiếp (luyện giọng) và gián tiếp (vệ sinh giọng nói, truyền thông giáo dục sức khỏe) và điều trị nội khoa (có cả các bệnh lý TMH phối hợp) và phẫu thuật.

Rối loạn giọng nói rất phổ biến trên thế giới, đặc biệt với những người có đặc thù nghề nghiệp hay phải nói nhiều như giáo viên, ca sĩ... Nghiên cứu của Mathieson L. tại một bệnh viện ở London, thấy rằng tỷ lệ mới mắc RLGN trong cộng đồng là 121/100.000 người/năm². Theo kết quả nghiên cứu của Preciado Julian và cộng sự tại Tây Ban Nha, tỷ lệ mới mắc RLGN là 3,87/1000 GV/năm³. Tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu về RLGN ở GVTH như nghiên cứu của Trần Duy Ninh (2011) trên 416 giáo viên tiểu học (GVTH) cho thấy tỷ lệ mắc RLGN của GVTH TP Thái Nguyên rất cao trong cả 2 mùa nghiên cứu: 76,20% - 79,33%, trong đó có 45,67% - 46,88% GV mắc trên 3 triệu chứng và 30,53% - 32,45% GV mắc 1-3 triệu chứng⁴. Việc tiến hành nghiên cứu RLGN của GVTH và đánh giá hiệu quả của các biện pháp can thiệp là cần thiết, các can thiệp này sẽ cải thiện giọng nói của GV, giúp GV biết cách sử dụng giọng nói đúng kỹ thuật, biết cách chăm sóc giọng nói, biết phát hiện và xử trí khi có RLGN để duy trì công việc của mình. Do đó chúng tôi thực hiện đề tài này với mục đích mô tả thực trạng RLGN và hiệu quả của các biện pháp can thiệp RLGN trên nữ GVTH ở huyện Gia Lâm Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Các giáo viên (GV) nữ đang trực tiếp giảng dạy tại 20 trường tiểu học trên địa bàn huyện Gia Lâm - Hà Nội.

2.2 Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được tiến hành ở 20 trường tiểu học công lập thuộc huyện Gia Lâm- Hà Nội.

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5 năm 2015 đến tháng 9 năm 2019.

2.3 Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp không đối chứng.

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Sau khi sàng lọc từ danh sách hơn 600 giáo viên tiểu học của huyện Gia Lâm, trừ đi những giáo viên không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu và không tham gia nghiên cứu từ lần khám đầu tiên tại trường, nghiên cứu thu được cỡ mẫu cuối cùng là 476 giáo viên cho mục tiêu nghiên cứu mô tả cắt ngang. Để có tính đại diện cao và bảo đảm vấn đề đạo đức trong nghiên cứu, nghiên cứu đã chọn toàn bộ GV có RLGN đủ tiêu chuẩn của 20 trường tham gia vào nhóm can thiệp. Trên thực tế cỡ mẫu nghiên cứu can thiệp là 126 giáo viên tiểu học của huyện Gia Lâm - Hà Nội.

- **Biến số và chỉ số nghiên cứu:**

- **Nghiên cứu mô tả cắt ngang:** Tỷ lệ hiện mắc RLGN của GVTH; đặc điểm lâm sàng RLGN ở GVTH; Một số yếu tố liên quan tới RLGN ở GVTH; nhóm chỉ số về đặc điểm nghề nghiệp: Số ngày tham gia dạy học trung bình trong một tuần, số tiết dạy học bình quân trong một ngày, thời gian đứng lớp, số học sinh trung bình trong một lớp. Nhóm các chỉ số mô tả thực trạng RLGN trong nghiên cứu.

- **Nghiên cứu can thiệp không đối chứng:**

Kết quả của chương trình vệ sinh giọng nói. Kết quả của bài tập luyện giọng. Kết quả điều trị nội khoa: điều trị LPR và các bệnh lý TMH. Kết quả phối hợp các biện pháp can thiệp.

- **Các kỹ thuật sử dụng trong nghiên cứu:** Ghi âm và phân tích giọng nói; thu thập số liệu cảm thụ bằng thang GRBAS; nội soi hoạt nghiệm thanh quản; khám nội soi TMH; đánh giá tình trạng trào ngược họng thanh quản.

- **Phác đồ điều trị, chương trình vệ sinh giọng nói và luyện giọng:** Điều trị trào ngược họng thanh quản; điều trị bệnh lý TMH; Chương trình vệ sinh giọng nói, và luyện giọng.

- **Luyện giọng:** Bài tập cho RLGN chức năng của GV, chúng tôi áp dụng nguyên mẫu của theo Mathieson và Boone gồm 4 bài tập: Tập thở bổ trợ (15'); Phương pháp Yawn-sigh (10'); Phương pháp Humming (15'); Thổi ống (10').

- **Xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm Epidata 3.1 để làm sạch và nhập số liệu. Sử dụng phần mềm Stata 14.0 để phân tích số liệu.

- **Đạo đức trong nghiên cứu.** Các đối tượng nghiên cứu đều được nhóm nghiên cứu thông báo và giải thích đầy đủ về mục đích, yêu cầu và nội dung nghiên cứu để họ hiểu và tự nguyện tham gia. Kết quả nghiên cứu các vấn đề liên quan đến cá nhân được giữ bí mật. Các biện

pháp can thiệp phù hợp với các quy định trong điều trị, chăm sóc và nâng cao sức khỏe ở Việt Nam. Các GV có RLGN được tư vấn điều trị. Các

hoạt động truyền thông được nhân rộng cho các địa phương khác ngay sau khi đã đánh giá hiệu quả của can thiệp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Tỷ lệ mắc RLGN và các bệnh lý Tai mũi họng kèm theo

Bệnh kèm theo	Không RLGN (n = 58)	Có RLGN (n = 418)	OR	95% CI	
Không có bệnh kèm theo	34 (58,62)	198 (47,37)	1	.	.
Viêm mũi dị ứng	6 (10,34)	32 (7,66)	0,91	0,35	2,36
Viêm xoang	4 (6,90)	20 (4,78)	0,85	0,27	2,67
Viêm họng – amidan mạn tính	5 (8,62)	30 (7,18)	1,03	0,37	2,84
Trào ngược họng thanh quản (LPR)	7 (12,07)	123 (29,43)	3,01	1,28	7,08
Bệnh TMH khác	2 (3,45)	15 (3,59)	1,28	0,28	5,90

Trong tổng số 476 GVTH tham gia nghiên cứu có 418 GVTH chiếm tỷ lệ 87,82% bị RLGN. Trong số đối tượng bị RLGN có 47,37% đối tượng không có bệnh lý TMH kèm theo, 29,43% đối tượng có LPR, 7,66% đối tượng có viêm mũi dị ứng. Đối tượng bị RLGN có nguy cơ cao gấp 3,01 lần bị trào ngược họng thanh quản (LPR) so với nhóm không bị RLGN (OR=3,01, 95% CI, p=0,007).

Bảng 2. Hiệu quả cải thiện rối loạn giọng nói và các bệnh lý Tai mũi họng kèm theo sau các lần can thiệp

Đặc điểm	Trước can thiệp (T0)	Khám lần 2 (T1)	Khám lần 2 (T2)	Hiệu quả T2 so với T0
Bệnh kèm theo RLGN				
Có trào ngược LPR	58 (46,03)	17 (13,4)	3 (5,0)	76,0%
Không có trào ngược LPR	68 (53,97)	109 (86,5)	57 (95,0)	
Có bệnh TMH kèm theo	36 (28,7)	10 (7,9)	2 (3,3)	35,6%
Không có bệnh TMH	90 (71,3)	116 (92,1)	58 (96,7)	
Các bệnh Tai Mũi Họng khác qua các lần khám				
Viêm mũi dị ứng	21 (16,7)	9 (7,1)	4 (6,7)	p(χ² test)
Viêm họng, viêm amidan mạn tính	29 (23,0)	18 (14,3)	5 (8,3)	0,027
Viêm mũi xoang mạn tính	3 (2,4)	1 (0,8)	1 (1,67)	0,028
Khàn tiếng (mất giọng liên tục)				
Không	64 (50,8%)	121 (96,0%)	59 (98,3%)	p p<0.001 (test ghép cặp T0 và T2)
Nhẹ	44 (34,9%)	5 (4,0%)	1 (1,7%)	
Vừa	18 (14,3%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	

Trước can thiệp với các GVTH có RLGN có 58 GV có trào ngược họng thanh quản, sau can thiệp chỉ còn lần lượt là 17 và 3 GV có trào ngược họng thanh quản ở lần khám thứ 2 và thứ 3. Trước can thiệp có 28,7% có bệnh TMH kèm theo, nhưng sau can thiệp chỉ còn 3,3% có bệnh TMH kèm theo ở lần khám thứ 3. Trước can thiệp có 49,2% GV khan tiếng (mất giọng liên tục) mức độ nhẹ và vừa nhưng sau can thiệp chỉ còn 1,7% có mất giọng ở lần khám 3.

Bảng 3: Tỷ lệ cải thiện rối loạn giọng nói so với trước can thiệp thông qua nội soi hoạt nghiệm thanh quản

Vị trí tổn thương	Loại tổn thương	Trước can thiệp (T0) n = 126 (%)	Khám lần 2 (T1) n = 126 (%)	Khám lần 3 (T2) n = 60 (%)	P (test ghép cặp) T0 và T2
Dây thanh trái	Nề	79 (62,7)	36 (28,6)	22 (36,7)	0,001
	Xung huyết	17 (13,5)	1 (0,8)	0 (0,0)	0,003
	Nhảy đặc	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
	Hạt xơ	4 (3,2)	4 (3,2)	1 (1,7)	0,456
	Polyp	3 (2,4)	3 (2,4)	0 (0,0)	0,523
	Không tổn thương niêm mạc	87 (69,0)	108 (85,7)	54 (90,0)	0,001
Dây thanh phải	Nề	81 (64,3)	37 (29,4)	22 (36,7)	0,001
	Xung huyết	17 (13,5)	1 (0,8)	0 (0,0)	0,001
	Nhảy đặc	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

Hạt xơ	4 (3,2)	4 (3,2)	1 (1,7)	0,652
Không tổn thương niêm mạc	88 (69,8)	110 (87,3)	54 (90,0)	0,001

Hơn 62,7% có nề ở dây thanh trái, sau can thiệp khám lần 1 chỉ còn 28,6% có nề, nhưng sau 3-6 tháng đi khám lần 3, tỷ lệ có nề dây thanh trái tăng lên 36,7%. Các tổn thương khác ở dây thanh trái như hạt xơ, polyp đều có sự khác biệt sau các lần can thiệp nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Với dây thanh phải, hơn 64,3% có nề trước can thiệp, nhưng sau can thiệp khám lần 1 và lần 2, tỷ lệ nề đã giảm còn lần lượt là 29,4% và 36,7%.

Bảng 4. Tỷ lệ cải thiện chất thanh qua các lần khám

Thông số	Nguyên âm	Trước can thiệp (T0)	Khám lần 2 (T1)	Khám lần 3 (T2)	P (Test ghép cặp T0 và T1)	P (Test ghép cặp T0 và T2)
		TB ± ĐLC	TB ± ĐLC	TB ± ĐLC		
F0 (Hz)	/a/	260,73 ± 25,29	236,10 ± 17,66	227,72 ± 20,14	0,005	0,006
	/i/	264,36 ± 24,90	238,44 ± 17,23	228,94 ± 18,27	0,066	0,062
Jitter (μs)	/a/	33,01 ± 3,82	27,44 ± 5,09	25,61 ± 4,87	0,003	0,004
	/i/	32,88 ± 6,50	29,02 ± 18,61	24,92 ± 5,69	< 0,001	< 0,005
Shimmer (%)	/a/	6,19 ± 0,91	5,98 ± 6,45	4,84 ± 0,94	< 0,001	< 0,001
	/i/	6,08 ± 0,52	5,09 ± 1,10	4,71 ± 0,87	< 0,001	< 0,005
HNR (dB)	/a/	21,91 ± 16,76	25,91 ± 21,92	24,84 ± 2,71	< 0,001	0,002
	/i/	23,41 ± 17,94	24,76 ± 2,37	25,90 ± 2,45	< 0,001	0,001

Thông số F0 trước can thiệp trung bình là 260,73 ± 25,29 nhưng đến khi khám lần 3 chỉ còn trung bình là 227,72 ± 20,14. Riêng mức độ cải thiện thông số F0 ở nguyên âm i không có ý nghĩa thống kê vì $p > 0,05$. Chỉ số Jitter, Shimmer cũng có sự giảm rõ rệt các trị số trung bình khi so sánh trước và sau can thiệp. Thông số HNR cũng có sự cải thiện tương đối rõ nét khi so sánh trước và sau can thiệp.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở 20 trường Tiểu học với tổng số giáo viên do Phòng giáo dục huyện Gia Lâm quản lý là hơn 687 giáo viên, thực tế chúng tôi thực hiện được trên 476 giáo viên đáp ứng đầy đủ các tiêu chuẩn nghiên cứu cho nghiên cứu mô tả cắt ngang và 126 giáo viên cho nghiên cứu can thiệp. Trong tổng số 476 GVTH được phỏng vấn, có 418 GVTH chiếm tỷ lệ 87,82% mắc RLG, chỉ có 12,18% GVTH không có RLG. Trong 418 GVTH có RLG thì tỷ lệ các bệnh lý TMH kèm theo chiếm 42,63% trong đó LPR chiếm 29,43%; bệnh lý mũi xoang chiếm 12,44%. Tỷ lệ LPR ở nghiên cứu này thấp hơn các nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu của Chang B và cộng sự⁵ trên 39 bệnh nhân mắc hội chứng kích thích thanh quản đã nhận thấy hơn 90% mắc chứng trào ngược dạ dày - thực quản. Ở nước ta, chưa có nghiên cứu sâu về RLG và mối liên quan với bệnh lý TMH kèm theo đây là vấn đề cần tiếp tục quan tâm nghiên cứu trong thời gian tới. Các bệnh lý TMH sẽ gây kích thích thanh quản có thể là yếu tố khởi đầu của RLG, nhóm GV có bệnh TMH kèm theo có tỷ lệ mắc RLG cao hơn so với nhóm không mắc bệnh này

($p < 0,05$). Nghiên cứu về luồng trào ngược dịch dạ dày lên vùng họng thanh quản cũng đã được nhiều tác giả trên thế giới công bố, đây là một trong những bệnh lý gây kích thích thanh quản được đề cập đến nhiều nhất. Nguyên cứu Ford và cộng sự cho thấy có > 50% bệnh nhân khám vì khàn tiếng có LPR⁶.

Trong nghiên cứu can thiệp của chúng tôi thực hiện trên 126 nữ giáo viên, nội soi hoạt nghiệm thanh quản trước can thiệp có 62,7% nề ở dây thanh trái, 64,3% nề ở dây thanh phải sau can thiệp khám lần 1 chỉ còn nề 28,6% ở dây thanh trái và 29,4% ở dây thanh phải. Nhưng sau 3-6 tháng đi khám lần 3 tỷ lệ có nề dây thanh trái và dây thanh phải đều tăng lên so với lần khám thứ 2, chiếm tỷ lệ 36,7% tổng số nữ giáo viên đến khám lần 3. Điều này có thể do số đến khám lần 3 chỉ còn 60 nữ giáo viên, đa phần là những người vẫn còn vấn đề liên quan đến RLG và các bệnh lý về tai mũi họng nên mới đến khám lại, có thể là tình trạng bệnh lý về tai mũi họng mới mắc, nên tỷ lệ có nề cũng tăng lên. Thêm vào đó, nghiên cứu của Nguyễn Duy Dương thực hiện trên cả giáo viên không có RLG trong khi nghiên cứu của chúng tôi 100% thực hiện trên các GV có RLG nên nên kết quả liên quan đến chất thanh trong nghiên cứu của Nguyễn Duy Dương và cộng sự⁷ tốt hơn nghiên cứu của chúng tôi. Hiệu quả của các biện pháp can thiệp còn được thể hiện qua tỷ lệ không có tổn thương niêm mạc của dây thanh tăng lên từ trước can thiệp đến sau can thiệp khám lần 1 và khám lần 2 lần lượt là: 69%, 85,7%, 90% ở dây thanh trái và 69,8%, 87,3%, 90% ở dây thanh phải.

Trong nghiên cứu của chúng tôi mức độ cải thiện chất thanh được thể hiện rất rõ nét và tương tự nghiên cứu của Nguyễn Duy Dương. Các thông số F0 (Hz), thông số Jitter (μ s), thông số HNR (dB) ở cả 2 nguyên âm /a/ và /i/ đều có sự cải thiện rõ rệt, tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Duy Dương⁷. Kết quả cải thiện chất thanh của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của Pereira thực hiện trên 90 giáo viên có RLGN kết quả cũng cho thấy các biện pháp vệ sinh giọng nói giúp cải thiện rõ rệt các thông số F0, Jitter và cả hội chứng LPR⁸.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 476 nữ GVTH huyện Gia lâm cho thấy tỷ lệ RLGN ở nữ GVTH chiếm tỷ lệ cao (87,82%), 126 GV được can thiệp bằng vệ sinh giọng nói, các bài tập luyện giọng và kết hợp với điều trị nội khoa các bệnh lý TMH như viêm mũi xoang, viêm họng, LPR và đem lại hiệu quả cao đối với các GVTH. Với thời gian theo dõi gần 3 năm cho thấy các biện pháp can thiệp hiệu quả rõ rệt trong cải thiện rối loạn giọng nói so với trước can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Byeon H (2019)**, The Risk Factors Related to Voice Disorder in Teachers: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int J Environ Res Public Health*; 16(19).
2. **Mathieson Lesley (2001)**, Voice pathology: Greene & Mathieson's The voice & its disorders. London and Philadelphia: Whurr Publishers; 2001.
3. **Preciado-López J, Pérez-Fernández C, Calzada-Uriondo M, Preciado-Ruiz P. (2008)**, Epidemiological study of voice disorders among teaching professionals of La Rioja, Spain. *J Voice*;22(4):489-508.
4. **Trần Duy Ninh (2001)**, Đánh giá thực trạng rối loạn giọng nói của nữ giáo viên tiểu học ở Thành phố Thái Nguyên và hiệu quả một số biện pháp can thiệp: Trường Đại học Y khoa Thái Nguyên, Trường Đại học Y khoa Thái nguyên.
5. **Chang BA, MacNeil SD, Morrison MD, Lee PK (2015)**, The Reliability of the Reflux Finding Score Among General Otolaryngologists. *J Voice*; 29(5):572-577.
6. **Ford CN (2005)**, Evaluation and management of laryngopharyngeal reflux. *Jama*. ;294(12):1534-1540.
7. **Nguyen Duy Duong, Kenny DT (2009)**, Effects of muscle tension dysphonia on tone phonation: acoustic and perceptual studies in Vietnamese female teachers. *J Voice*. 2009;23(4):446-459.
8. **Pereira ER, Tavares EL, Martins RH (2015)**, Voice Disorders in Teachers: Clinical, Videolaryngoscopic, and Vocal Aspects. *J Voice*. 2015;29(5):564-571.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA CÁC PHƯƠNG PHÁP GIẢM ĐAU TRÊN NỮ SINH VIÊN BỊ ĐAU BỤNG KINH TẠI MỘT SỐ TRƯỜNG CAO ĐẲNG VÀ ĐẠI HỌC Y TẠI HÀ NỘI

Đỗ Tuấn Đạt¹, Nguyễn Tài Đức²

TÓM TẮT

Mục tiêu: (1) Đánh giá hiệu quả của các phương pháp giảm đau trên nữ sinh viên bị đau bụng kinh tại một số cao đẳng và đại học y tại Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 922 đối tượng nghiên cứu phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. **Kết quả:** Các phương pháp giảm đau được sử dụng theo tỉ lệ giảm dần lần lượt là: thuốc giảm đau chống viêm không steroid, thuốc đông y, thuốc giảm co, thuốc nội tiết, một số phương pháp khác là bấm huyệt, châm cứu, chườm nóng... Thuốc giảm đau sử dụng phổ biến nhất là Paracetamol, với thời gian sử dụng đa phần là ≤ 3 tháng. Hiệu quả giảm đau sau khi sử dụng các phương pháp là 73,5%.

Từ khóa: Đau bụng kinh, sinh viên cao đẳng và đại học Y.

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF PENETIC METHODS ON FEMALE STUDENTS WITH DYSMENORRHEA IN MEDICAL COLLEGES AND UNIVERSITIES IN HANOI

Objectives: Evaluate the effectiveness of pain relief methods on female students with dysmenorrhea at some medical colleges and universities in Hanoi. **Methods:** Cross-sectional description on 922 research subjects in accordance with selection and exclusion criteria. **Results:** The pain relief methods used in descending rates are: nonsteroidal anti-inflammatory painkillers, oriental medicine, contraceptive drugs, endocrine drugs, some other methods are acupuncture, acupressure. The most commonly medicine for pain reliever is Paracetamol, with the most used time being ≤ 3 months. The analgesic effect after using the methods is 73.5%.

Keywords: Dysmenorrhea, students of medical colleges and universities.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau bụng kinh (ĐBK) được định nghĩa là một

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Tuấn Đạt

Email: drdodat@yahoo.com

Ngày nhận bài: 9.11.2021

Ngày phản biện khoa học: 27.12.2021

Ngày duyệt bài: 10.01.2022