

SO SÁNH HAI PHƯƠNG PHÁP GIẢM ĐAU SAU MỔ NGỰC THƯỜNG DÙNG CHO MỔ NGỰC ĐƯỜNG BÊN

Nguyễn Tất Dũng, Bùi Đức Phú¹ và cộng sự

Truyền Marcain liên tục vào khoang ngoài màng cứng ở đoạn ngực và cho Morphin vào khoang dưới nhện.

TÓM TẮT

Phương pháp: 41 bệnh nhân mổ ngực theo đường bên chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: nhóm 1: truyền Marcain liên tục vào khoang ngoài màng cứng ở đoạn ngực D6- D7 hoặc D7- D8 (n= 20); nhóm 2: cho Morphin vào khoang dưới nhện ở đoạn thắt lưng L3-L4 hoặc L4- L5 (n=21). Chúng tôi ghi nhận thời gian rút ống nội khí quản, các tác dụng không mong muốn của cả 2 phương pháp, đánh giá tác dụng giảm đau sau mổ theo thang điểm VAS, OVRs và tổng liều dùng các thuốc giảm đau sau mổ.

Kết quả: Thời gian rút ống nội khí quản của nhóm 1 ngắn hơn hẳn nhóm 2 (6 ± 3 so với 16 ± 4 , $p < 0,05$). Trong 12 giờ đầu sau mổ, tác dụng giảm đau tốt của 2 phương pháp không có sự khác biệt rõ ràng. Trong thời gian sau đó, cường độ cơn đau đánh giá bằng thang điểm VAS và OVRs ở nhóm 1 thấp hơn rõ rệt ($p < 0,05$) và tổng liều thuốc giảm đau dùng trong và sau mổ của nhóm này cũng ít hơn ($p < 0,05$). Các tác dụng không mong muốn (bị tiểu, buồn nôn, nôn, ngứa da) gặp nhiều hơn trong nhóm sử dụng Morphin vào khoang dưới nhện. Run và tụt huyết áp trong mổ xảy ra với tần suất bằng nhau giữa 2 nhóm ($p > 0,05$).

Kết luận: Trong mổ ngực theo đường bên, truyền liên tục Marcain vào khoang ngoài màng cứng ở đoạn ngực tốt hơn hẳn phương pháp cho Morphin qua khoang dưới nhện về phương diện giảm đau sau mổ, rút nội khí quản sớm và ít bị tác dụng không mong muốn.

SUMMARY

COMPARISON OF TWO COMMON ANALGESICS FOR LATERAL THORACOTOMY

Nguyen Tat Dung, Bui Duc Phu¹ et al

Thoracic epidural analgesia with marcain and intrathecal morphin

ABSTRACT

Background: This randomized trial compared thoracic epidural analgesia by continuous infusion of marcain with intrathecal morphin for lateral thoracotomy.

Methods: In the study, 41 patients scheduled for elective lateral thoracotomy were randomized to either thoracic epidural analgesia with marcain (n= 20)(group 1) or intrathecal

1. BVTW Huế

morphin (n= 21)(group 2). Time to extubation, side effects and postoperative quality of analgesia in the two groups were recorded.

Results: Time to extubation in the group 1 lasted much shorter than that in the group 2 (6±3 min vs 16±4, p<0,05). During the first 12 postoperatively hours both methods brought an effective pain relief, but intensity of pain in the next days was significantly lower at rest and with coughing in the epidural group. Moreover, doses of analgesic drugs used in this group also lower (p<0,05). Postoperative side effects (urine retention, nausea, vomiting, itching) occurred more often in intrathecal morphin group (p<0,05). Rate of hypotension complication and shivering was otherwise similar in the two groups.

Conclusions: For lateral thoracotomy, continuous thoracic epidural analgesia is superior to intrathecal morphin in early extubation, providing better pain relief and reducing postoperative side effects.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giảm đau sau các phẫu thuật ngực tốt làm giảm các biến chứng về hô hấp sau mổ ngực. Trên thế giới có nhiều phương pháp giảm đau sau mổ cho loại hình phẫu thuật này. Như sử dụng họ Morphin và không steroid qua đường tĩnh mạch, ngoài màng cứng, tủy sống ở đoạn cột sống ngực, thần kinh liên sườn hoặc khoang màng phổi bằng các thuốc tê có tác dụng kéo dài. Đặt catheter vào khoang ngoài màng cứng, hoặc khoang dưới nhện đã kéo dài thời gian giảm đau sau mổ, giảm các biến chứng khi sử dụng các thuốc giảm đau họ Morphin. [1]

Tại Việt Nam, nhiều bệnh viện cũng đã dùng gây tê ngoài màng cứng thay cho việc dùng thuốc giảm đau họ Morphin qua đường tĩnh mạch như kinh điển. Tại Bệnh viện Trung ương Huế, từ năm 2003, với sự hướng dẫn của GS T. Rosolski (Đức), chúng tôi đã tiêm Morphin vào khoang dưới nhện mang lại hiệu quả giảm đau rõ rệt cho bệnh nhân sau mổ ngực, rút ngắn thời gian lưu ống nội khí quản, cải thiện chức năng hô hấp cho bệnh nhân. Mục tiêu của đề tài là:

So sánh hiệu quả của phương pháp giảm đau sau mổ qua gây tê ngoài màng cứng liên

tục bằng bơm tiêm điện ở đoạn cột sống ngực và phương pháp tiêm morphin liều đơn vào khoang dưới nhện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: 2 nhóm BN được phẫu thuật ở ngực theo đường liên sườn gồm:

1. 20 BN giảm đau sau mổ bằng gây tê ngoài màng cứng liên tục ở đoạn cột sống ngực với Bupivacain qua bơm tiêm điện.

2. 21 BN giảm đau sau mổ bằng tiêm Morphin vào khoang dưới nhện ngay trước khi mổ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân người lớn trên 18 tuổi. ASA I-II-III

Tiêu chuẩn loại trừ: Suy hô hấp, suy gan, thận. Rối loạn đông chảy máu. Nhiễm khuẩn vùng lưng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu.

- Đánh giá tác dụng giảm đau và các tác dụng phụ của 2 phương pháp trên sau khi chuyển bệnh nhân về phòng hồi sức sau mổ.

Nhóm 1: Tiến hành gây tê NMC và tiêm morphin vào khoang dưới nhện

Nhóm 2: Đặt kim 25G vào khoang tủy sống theo phương pháp thường quy và tiêm

Bệnh viện Trung ương Huế

morphin với liều 0,01 mg/kg vào.

2.2.1. Quá trình thực hiện

Nhóm 1: tiếp tục truyền Bupivacain 0,25% vào khoang NMC với tốc độ 0,1ml/kg/giờ trong 24 giờ đầu sau mổ. Giảm nồng độ Bupivacain xuống còn 0,125% vào những ngày sau, với tốc độ truyền không đổi 0,1ml/kg/giờ.

Catheter NMC sẽ được rút bỏ sau mổ 3 ngày.

Nhóm 2: morphin 0,01 mg /kg vào khoang dưới nhện đoạn L3-4 hoặc L4-5

Tiến trình gây mê cho cả 2 nhóm theo thường qui

2.2.2. Đánh giá những thay đổi trên bệnh nhân.

- Xác định vùng mất cảm giác, đánh giá thời gian rút ống NKQ

- Đánh giá mức độ đau ở các thời điểm 15 phút, 30 phút, 1 giờ, 2, 4, 8, 12, 24, 36, 48, 72 giờ bằng thước đo độ đau (VAS) với 0mm: không đau và 100mm: đau không chịu nổi khi bệnh nhân nằm yên cũng như khi ho.

Tiêm Morphin sau mổ phối hợp với các thuốc giảm đau không steroid khác vào đường tĩnh mạch cho đến khi bệnh nhân hết đau. Theo dõi các tai biến, tác dụng phụ (run, buồn nôn, nôn, ngứa, bí tiểu và tụt huyết áp)

Các kết quả nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng các phần mềm thống kê SPSS 10.5.

3. KẾT QUẢ

3.1.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

Nhóm	1 (n=20)	2 (n=21)
Nam/ Nữ	18/2	20/1
Tuổi	48 ±16	46 ±15
Trọng lượng (kg)	45,24 ±12,04	42 ±10
Chiều cao (cm)	162,34 ± 16,20	160± 08,45
ASA I	8	7
ASA II	9	10
ASA III	3	4

3.2.

Bảng 2. Loại phẫu thuật

Nhóm	1 (n=20)	2 (n=21)
Cắt hình chêm	2	3
Cắt 1 thùy phổi	7	8
Cắt 2 thùy phổi	4	3
Cắt một phổi	1	1
Cắt khối u trong ngực	2	3
Cắt hoặc khâu kén khí	4	3

3.3.

Bảng 3. Giới hạn vùng mất cảm giác (Nhóm 1)

	n=20	%
Th 2- Th 8	5	25
Th 2 - Th 9	8	40
Th 4 -Th 8	4	20
Th 4- Th 9	3	15

3.4. Bảng 4: Hiệu quả giảm đau sau mổ. (Đánh giá bằng thang điểm VAS: 0- 100)

Thời điểm	Nhóm 1		Nhóm 2	
	Nằm yên	Khi ho	Nằm yên	Khi ho
15 phút	8	22	10	24
30 phút	9	22	10	28
1 giờ	12	25	17	34
2	18	24	19	32
4	15	23	21	36
6	12	24	22	36
8	18	30	35*	45
12	22	34	35	52*
18	24	32	42*	60*
24	25	30	48*	64*
36	18	24	44*	60*
48	25	29	40*	52*
72	18	22	35*	48*

* p<0,05

3.5. Bảng 5: Thời gian rút ống nội khí quản: từ lúc khâu da xong đến lúc rút

	Nhóm 1	Nhóm 2	p
Thời gian mổ (phút)	155 ± 45	149 ± 51	> 0,05
Thời gian rút ống NKQ (phút)	6 ± 3	16 ± 4	<0,05

3.6. Bảng 6. Các tác dụng phụ

Tác dụng phụ	Nhóm 1	Nhóm 2	p
Run	2	3	>0,05
Ngứa, nổi mẩn	3 (15%)	12 (57%)	<0,05
Buồn nôn, nôn	1(5%)	13 (61,9%)	<0,0001
Bí tiểu	1(5%)	5 (24%)	<0,05
Tụt huyết áp	2	1	>0,05

3.7. Bảng 7: Thuốc giảm đau TM dùng bổ sung (trong mổ và 3 ngày đầu sau mổ)

	Nhóm 1	Nhóm 2	p
Fentanyl trong mổ(mcg)	94,39 ± 25,02	272,14 ± 35,12	<0,01
Tổng liều Morphin dùng sau mổ (mg)	5,32 ± 2,03	20,54 ± 4,07	<0,05
Thuốc giảm đau không steroide			
Perfalgan (g)	2,57 ± 0,49	6,24 ± 2,15	<0,05
Voltaren (mg)	120,32 ± 12,47	312,05 ± 7,69	<0,05

4. BÀN LUẬN

4.1. Hiệu quả giảm đau sau mổ

Hiệu quả giảm đau sau mổ tốt ở cả hai nhóm trong 8-12 giờ đầu sau mổ (với VAS

10- 22 khi nghỉ ngơi, 10-35 khi ho). Từ giờ thứ 12 đến 24 giờ, hiệu quả giảm đau của 2 nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0.05).

Trong 2 ngày tiếp theo sau mổ, bệnh nhân trong nhóm sử dụng morphin tiêm vào khoang dưới nhện đau nhiều hơn nhóm dùng Marcain qua khoang ngoài màng cứng liên tục, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Đặc biệt, khi ho bệnh nhân ở nhóm 2 đau nhiều hơn. Eric Jacobsohn et al. dùng morphin tiêm vào khoang dưới nhện có hiệu quả giảm đau cho bệnh nhân đến 20 giờ sau mổ [4]. Theo Krane et al. hiệu quả giảm đau chỉ khoảng 10 giờ sau mổ ($10,0 \pm 3,3$) [8], trong khi ở nghiên cứu của chúng tôi thì hiệu quả giảm đau tốt nhất chỉ trong 12 giờ đầu sau mổ. Bệnh nhân vẫn còn đau mức độ trung bình trong những ngày sau (VAS 25-55). Dùng bupivacain liên tục qua khoang ngoài màng cứng cho hiệu quả giảm đau rất tốt sau mổ kể cả khi bệnh nhân vận động hoặc ho. Vì vậy, tổng liều thuốc giảm đau họ morphin và thuốc giảm đau kháng viêm không steroid ở nhóm 1 cũng thấp hơn hẳn so với nhóm 2 ($p < 0,05$).

4.2. Tổng liều thuốc sử dụng

Trong khi gây mê: Trong mổ, tổng liều Fentanyl dùng trong nhóm 1 cũng thấp hơn hẳn nhóm 2 ($94,39 \pm 25,02$ so với $272,14 \pm 35,12$, $p < 0,05$). Chính sự phối hợp gây tê ngoài màng cứng làm giảm một cách có ý nghĩa lượng Fentanyl dùng trong mổ. Chúng tôi chỉ dùng một liều duy nhất Fentanyl 2mcg/kg để đặt NKQ cũng đã đủ cho một cuộc mổ khoảng 150 phút. Vì vậy, bệnh nhân tự thở tốt hơn và sớm hơn sau mổ nên thời gian rút ống nội khí quản của nhóm 1 cũng ngắn hơn so với nhóm 2 (6 ± 3 so với 16 ± 4 , $p < 0,05$).

Trong thời gian hậu phẫu: Tổng liều Morphin, thuốc giảm đau không steroid dùng sau mổ ở nhóm 2 cao hơn nhóm 1 một cách có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

4.3. Thời gian rút nội khí quản

Nguyễn Thị Quý nghiên cứu gây tê ngoài màng cứng liên tục bằng trong mổ tim kín và tim hở cho thấy có tỷ lệ bệnh nhân được rút ống NKQ tại phòng mổ rất cao (87% khi mổ tim hở, và 92% khi mổ tim kín) [2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân đều được rút ống nội khí quản tại phòng mổ. Việc rút nội khí quản sớm làm giảm nguy cơ như tắc đàm giải, gập ống,...

4.4. Các tác dụng không mong muốn sau mổ

Run: Tỷ lệ run ở nhóm 1 thấp hơn so với nhóm 2, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Ngứa: Nhóm 2 sử dụng liều Morphin cao hơn nên tỷ lệ bị ngứa rất cao (57%). Tần suất bị ngứa tùy thuộc vào lượng Morphin sử dụng. [11] Nhiều tác giả khuyến cáo không nên dùng Morphin để giảm đau sau mổ và tránh cho vào khoang dưới nhện để giảm tác dụng không mong muốn này.

Buồn nôn, nôn: Tỷ lệ bệnh nhân bị buồn nôn, nôn ở nhóm 2 cao hơn hẳn so với nhóm 1: 61,9% so với 5% ($p < 0,0001$). Eric J et al. thống kê trong nhiều nghiên cứu nhận thấy tỷ lệ nôn và buồn nôn sẽ giảm khi liều dùng morphin qua khoang dưới nhện thấp dưới 100 mcg [4]. Chúng tôi dùng liều morphin từ 200 mcg đến 600 mcg, điều này lý giải tại sao tỷ lệ buồn nôn và nôn ở nhóm 2 lên đến 61,9%.

Bí tiểu: Trong nhóm 1 chỉ có 1 bệnh nhân bị bí tiểu sau mổ (5%), nhóm 2 có 5 bệnh nhân (24 %), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Lý giải cho phiền nạn này là do morphin làm gia tăng tỷ lệ bí tiểu. El- Baz et al. nhận thấy tỷ lệ bí tiểu sau khi dùng morphin vào khoang dưới nhện rất cao (12%) và liên quan đến liều morphin đã dùng [5], [6]. Hơn nữa, ở nhóm 1 liều Bupivacain thấp, chỉ phong bế vùng ngực từ Th 2 đến Th 9 nên

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Những bệnh da do virus ở trẻ em như thủy đậu, hạt cơm, tay chân miệng, u nhầy lây, herpes simplex và zona ở mỗi vùng, mỗi thời điểm thường diễn tiến khác nhau. Trên địa bàn tỉnh ta trong thời gian gần đây, chưa thấy có tài liệu nào đánh giá về lĩnh vực này. Để tìm hiểu tình hình bệnh da do virus thường gặp ở trẻ em như thế nào tại phòng khám Da liễu - Bệnh viện TW Huế, nơi có số lượng bệnh nhân da liễu đến khám đông nhất, từ đó đề xuất một vài kiến nghị về phòng ngừa và điều trị. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu:

1. Nhận xét tỷ lệ bệnh da do virus ở trẻ em đến khám tại phòng khám da liễu bệnh viện TW Huế trong 5 năm 2004- 2008.

2. Đề xuất một vài kiến nghị về phòng ngừa và điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: gồm tất cả những bệnh nhân thủy đậu, hạt cơm, tay chân miệng, u nhầy lây, herpes simplex và zona dưới 15 tuổi đến khám tại phòng khám khoa Da liễu - Bệnh viện TW Huế trong thời gian từ năm 2004 - 2008.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: thống kê số liệu hàng năm các bệnh thủy đậu, hạt cơm, tay chân miệng, u nhầy lây, herpes simplex và zona ở các năm 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, số liệu dựa vào sổ khám bệnh tại phòng khám. Nhận xét tỷ lệ giữa các bệnh, tỷ lệ hàng năm của các loại bệnh, lập bảng và làm biểu đồ theo dõi sự thay đổi.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1: Tỷ lệ các bệnh năm 2004

Bệnh Kết quả	Hạt cơm	Thủy đậu	Zona	Herpes simplex	U nhầy lây	Tay chân miệng	Tổng
%	41.16	27.58	3.44	10.34	17.24	0	100%

Bệnh hạt cơm 41.16 % - Bệnh thủy đậu 27.58 %.

Cả hai bệnh là 68.74%

Bảng 2: Tỷ lệ các bệnh năm 2005

Bệnh Kết quả	Hạt cơm	Thủy đậu	Zona	Herpes simplex	U nhầy lây	Tay chân miệng	Tổng
%	18.76	46.87	15.62	6.25	12.5	0	100%

Bệnh hạt cơm 18.76% - Bệnh thủy đậu 46.87%.

Cả hai bệnh là 65.63%

Bảng 3: Tỷ lệ các bệnh năm 2006

Bệnh Kết quả	Hạt cơm	Thủy đậu	Zona	Herpes simplex	U nhầy lây	Tay chân miệng	Tổng
%	50	14.28	6.18	18.18	11.36	0	100%

Bệnh hạt cơm 50% - Bệnh thủy đậu 14.28%.

Cả hai bệnh là 64.28%

Bệnh viện Trung ương Huế

Bảng 4: Tỷ lệ các bệnh năm 2007

Kết quả \ Bệnh	Hạt cơm	Thủy đậu	Zona	Herpes simplex	U nhầy lây	Tay chân miệng	Tổng
%	50.76	30.43	2.89	7.24	4.34	4.34	100%

Bệnh hạt cơm 50.76% - Bệnh thủy đậu 30.43%.

Cả hai bệnh là 81.19%

Bảng 5: Tỷ lệ các bệnh năm 2008

Kết quả \ Bệnh	Hạt cơm	Thủy đậu	Zona	Herpes simplex	U nhầy lây	Tay chân miệng	Tổng
%	67.62	20.37	3.70	0.92	4.62	2.77	100%

Bệnh hạt cơm 67.62% - Bệnh thủy đậu 20.37%.

Cả hai bệnh là 87.99%

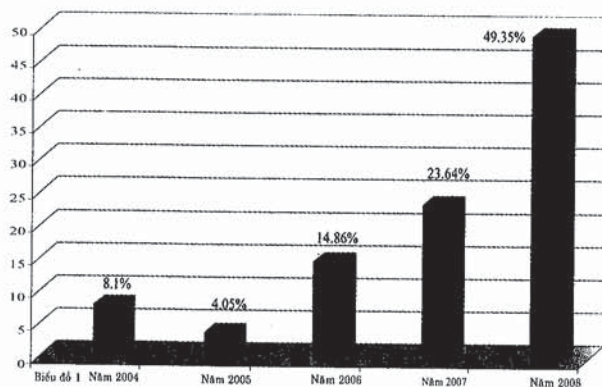
** So sánh riêng hai bệnh thủy đậu và hạt cơm qua các năm*

Bảng 6: Tỷ lệ riêng bệnh hạt cơm

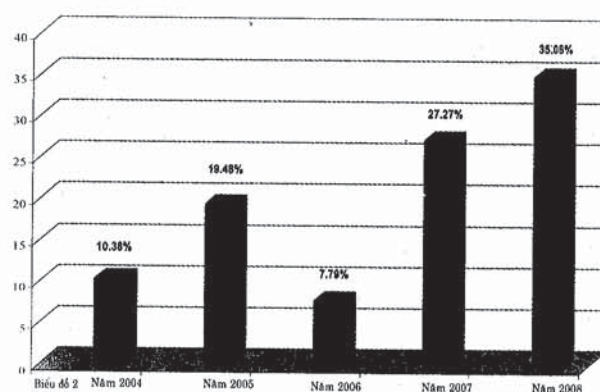
Kết quả \ Năm	2004	2005	2006	2007	2008	Cộng
Số lượng	12	6	22	35	73	148
%	8.10	4.05	14.86	23.64	49.35	100

Bảng 7: Tỷ lệ riêng bệnh thủy đậu

Kết quả \ Năm	2004	2005	2006	2007	2008	Cộng
Số lượng	08	15	06	21	22	72
%	10.38	19.48	7.79	27.27	35.08	100



Diễn tiến qua các năm của bệnh hạt cơm



Diễn tiến qua các năm của bệnh thủy đậu

IV. BÀN LUẬN

1. Vài nét cơ bản về những bệnh da do virus ở trẻ em

Bệnh hạt cơm: Bệnh hạt cơm là do HPV (Human papilloma virus) gây nên, có khả năng tồn tại rất lâu ở môi trường xung quanh, bệnh lây truyền chủ yếu từ đất, nguồn nước công cộng (ao, hồ, bể bơi...), dép đi trong nhà, lược chải đầu, và các dụng cụ khác ... Vị trí xâm nhập thường ở những vùng da bị xây xước tổn thương, do vậy bệnh thường xuất hiện chủ yếu ở tay và chân [3].

Tất cả các phương pháp điều trị hạt cơm đều nhằm phá huỷ hạt cơm nơi mà virus tồn tại, có thể bằng hoá chất, nitơ lỏng, đốt điện, laser CO2 hoặc một số phương pháp khác.

Là một trong 2 bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất đến khám, đồng thời lại tăng dần một cách rõ rệt trong những năm gần đây, đường lây chủ yếu lại là từ môi trường xung quanh, đường lây truyền trực tiếp qua da ít hơn. Do vậy nên tuyên truyền cho gia đình trẻ em biết để phòng tránh và tự chăm sóc, như chú ý chăm sóc bàn tay bàn chân sau khi rời khỏi những hồ bơi, bãi tắm công cộng, không sử dụng chung dép đi trong nhà, hạn chế đi chân đất, tắm rửa sạch sẽ hàng ngày.

Về điều trị ta không nên áp dụng những phương pháp can thiệp mạnh đối với trẻ em mà nên dùng các phương pháp can thiệp ít gây đau đồng thời cũng tránh được những hậu quả để lại mà vẫn có hiệu quả như: áp nitơ lỏng, bôi hoá chất như duofilm hoặc một số hoá chất khác.

Bệnh thủy đậu: Gây ra bởi Varicella - zoster virus, một trong những virus DNA của gia đình Herpes virus. Bệnh gặp chủ yếu ở trẻ em, đến 90% là ở trẻ <10 tuổi [6]. Là một bệnh có mức độ lây lan rất nhanh, đường lây chủ yếu qua dịch tiết hô hấp, mặc dù dịch tiết từ thương tổn cũng có khả năng lây bệnh [7].

Điều trị thủy đậu cho trẻ cần phải kịp thời nhất là vấn đề săn sóc tại chỗ rất quan trọng để tránh những biến chứng, nhất là nhiễm trùng phổi và não. Thuốc thường dùng là acyclovir, kháng sinh và kháng histamin.

Cũng là một trong 2 bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất trong các bệnh đến khám, và cũng cho thấy tăng cao trong những năm gần đây. Là một bệnh lây lan rất nhanh, nhiều khi thành dịch ảnh hưởng đến việc học tập và sinh hoạt của trẻ. Việc tuyên truyền trong cộng đồng để phòng ngừa rất cần thiết. Đồng thời phải loại bỏ những quan niệm sai lầm về bệnh thủy đậu trong cộng đồng là kiêng nước, kiêng gió, nhất là ở những vùng quê dễ dẫn đến nhiễm trùng từ việc không tắm rửa và những biến chứng khác có thể đối với trẻ mỗi khi bị bệnh. Nhắc nhở các bà mẹ rằng mỗi khi trẻ bị thủy đậu thì phải đưa trẻ đi khám ở những cơ sở y tế, không nên tự ý mua thuốc điều trị. Phải chú ý tiêm vaccine phòng thủy đậu cho trẻ.

Bệnh zona: Gây nên do sự tái hoạt của Varicella zoster virus tiềm tàng ở hạch cảm giác, bệnh không lây [7].

Điều trị chủ yếu cũng bằng acyclovir, giảm đau và kháng sinh trong trường hợp nhiễm trùng.

Bệnh herpes simplex: Gây ra do HSV (herpes simplex virus), HSV- 1 gây bệnh ở vùng quanh niêm mạc miệng, mũi và cằm. HSV-2 gây bệnh ở vùng niêm mạc sinh dục. Lây truyền qua tiếp xúc trực tiếp. Sau giai đoạn nhiễm trùng sơ phát virus khu trú ở những hạch thần kinh và sẽ tái hoạt sau đó khi có yếu tố thuận lợi[3].

Điều trị chủ yếu cũng là acyclovir, giảm đau, kháng sinh trong trường hợp bội nhiễm. Bệnh thường tự khỏi, nhưng tái phát là điều hầu như khó tránh khỏi.

Bệnh u nhầy lây: Do Poxvirus có tên khoa học là Molluscum contagiosum virus (MCV). Đường lây qua tiếp xúc trực tiếp. Có 2 type MCV-1 và MCV-2, ở trẻ em thường do

Bệnh viện Trung ương Huế

MCV-1, người lớn thường do MCV-2.

Điều trị có thể bằng cách nạo bằng curette, áp nitơ lỏng, đốt điện, chấm trichloacetic acid, nhiều trường hợp bệnh khỏi tự nhiên.[3].

Bệnh tay chân miệng. Do Cocksackie virus A16 và rải rác do Cocksackie virus A 4 - 7, A9, A10, B5 và Enterovirus 71. Là bệnh có tỷ lệ lây lan rất cao, lây từ người này sang người khác qua đường miệng - miệng, qua các chất thải của đường tiêu hoá và ngay cả từ dịch bọt nước.

Điều trị chủ yếu là triệu chứng, quan trọng nhất là làm thuyên giảm những phiền toái gây ra khi bị loét niêm mạc miệng. Biến chứng có thể là viêm cơ tim, viêm màng não và bại liệt [7].

Tuy số bệnh nhân không nhiều và không thành dịch như các thành phố lớn như Hà Nội, thành phố Hồ Chí Minh, nhưng vấn đề dự phòng cần phải được chú ý.

Nhận xét chung

Trong các bệnh da do virus thường gặp tại phòng khám Da liễu - Bệnh viện TW Huế như hạt cơm, thủy đậu, tay chân miệng, u nhầy lây, herpes simplex và zona thì hai bệnh hạt cơm và thủy đậu luôn chiếm tỷ lệ cao nhất.

Sự tăng dần tỷ lệ hàng năm của bệnh hạt cơm đến khám rất rõ, điều này cho thấy mức độ tiếp xúc với môi trường và sự giao lưu của trẻ em ngày càng nhiều.

Cũng như bệnh hạt cơm, bệnh thủy đậu ngày càng có xu hướng tăng lên rõ rệt, vì là một bệnh có mức độ lây lan rất nhanh, đường lây chủ yếu qua dịch tiết hô hấp, điều này cũng phản ánh phần nào mức độ giao lưu cộng đồng của trẻ em ngày càng tăng lên.

Các bệnh zona, herpes simplex, u nhầy lây thường ở mức thấp và thay đổi ít có ý nghĩa, trong khi đó, những năm gần đây xuất hiện thêm bệnh chân tay miệng đến khám tại khoa Da liễu làm thay đổi cơ cấu bệnh tật tại Bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

1. Bệnh hạt cơm và bệnh thủy đậu đến khám tại phòng khám Da liễu - Bệnh viện TW Huế luôn chiếm tỷ lệ cao hơn rõ rệt so với những bệnh khác.

2. Trong các năm từ 2004 đến 2008 hai bệnh có xu hướng gia tăng rõ rệt là bệnh hạt cơm và bệnh thủy đậu

3. Các bệnh zona, herpes simplex, u nhầy lây thường có tỷ lệ thấp và thay đổi ít có ý nghĩa.

4 Những năm gần đây tỉ lệ xuất hiện thêm bệnh chân tay miệng đến khám tại khoa Da liễu ngày càng tăng, phản ánh phần nào xu hướng phát triển của bệnh tay chân miệng tại Bệnh viện Trung ương Huế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hồng Duyên. (1994) "*Bệnh ngoài da và bệnh lây truyền qua đường tình dục ở Phòng Khám bệnh -Trung tâm Da liễu Vĩnh Phú. Luận văn tốt nghiệp BS CK2.* Trường đại học Y Hà Nội 1994.

2. Boudghene - Stambouli O et al. (2002) "*Epidemiology of Skin Disease in Algeria*", Annales de dermatologie, pp. 490

3. Edward E. Bondi et al (1995), "*Herpes simplex*", "*Molluscum contagiosum*", "*Wart*", Dermatology Diagnosis and Therapy, pp.63-66, 103 - 112.

4. Lamy P et al. (2002) "*Epidemiologic study of viral skin infections (VSIS) in children*", Annales de dermatologie, pp.563

5. Lautenschlager S et al. (2002) "*herpes simplex virus (HSV1 and 2) infection among Swiss populations*", Annales de dermatologie, pp. 563

6. Mashal R. (2002) "*The incidence of skin diseases*" Annales de dermatologie, pp.494

7. Thomas B. Fitzpatrick. (2001) "*Hand-foot-and-mouth disease*", "*Varicella - zoster virus infections*", Color alats & synopsis of clinical dermatology, pp.776-778, 800-819.