

Hình 2b. pK/PD của kháng sinh meropenem đối với *A. baumannii*

Đối với kháng sinh Meropenem, ở các giá trị MIC = 8 µg/ml, có thể duy trì được 40% T (thời gian nồng độ kháng sinh dưới đường cong) > MIC (Hình 2, Phải) thông qua tới 3 phác đồ có thể có (1000mg/q8h/3hr/IV; 1000mg/q8h/3min/IV; 500mg/q6h/3min/IV). Nghiên cứu cũng cho thấy, tùy nồng độ MIC_{MEM} mà các nhà lâm sàng có thể lựa chọn phác đồ điều trị cho các nhiễm khuẩn do *Acinetobacter baumannii*. Chẳng hạn, đối với các chủng có MIC_{MEM} trong khoảng 4 - 8 µg/ml, có thể áp dụng có thể áp dụng cả 6 phác đồ điều trị thông thường (500mg/q8h/3min/IV; 500mg/q8h/3hr/IV; 500mg/q6h/30min/IV; 500mg/q6h/3hr/IV; 1000mg/q8h/3min/IV; 1000mg/q8h/3hr/IV) [4]. Trong các ca bệnh nhiễm trùng nặng, với các trường hợp MIC_{MEM} từ 8 - 10 µg/ml, các nhà lâm sàng vẫn có thể xem xét 2 phác đồ 1000mg/q8h/3hr/IV và 1000mg/q8h/3min/IV trong khi tìm kiếm các liệu pháp kháng sinh khác. Đối với các trường hợp có MIC_{MEM} ≥ 32 µg/ml như trong nghiên cứu này, mặc dù có phác đồ có thể duy trì khoảng 5%T, nhưng vẫn sẽ thất bại trong việc đưa %T > 40. Điều này có thể cho thấy 1 hiệu quả cao hơn của Meropenem so với Imipenem, trong điều trị nhiễm khuẩn do *Acinetobacter baumannii*.

KẾT LUẬN

Trong mẫu nghiên cứu, lần lượt hơn 62% và 66% các chủng AB phân lập được có MIC của Meropenem và Imipenem > 8 µg/ml. Theo CLSI 2013,

giá trị này có nghĩa là vi khuẩn đã kháng hoàn toàn với Meropenem và Imipenem.

Trong các ca bệnh nhiễm trùng nặng do *Acinetobacter baumannii* với MIC của Imipenem và Meropenem tương đương 8 µg/ml, phòng xét nghiệm vi sinh lâm sàng khuyến cáo sử dụng phác đồ điều trị thông thường cho người lớn (1 ngày/3 lần, cách nhau 8 giờ/1g tiêm tĩnh mạch trong 3 tiếng = 1000mg/q8h/3hr/IV).

Các mức MIC của Imipenem và Meropenem dưới 8, có thể áp dụng 5 trong 6 phác đồ điều trị có thể (500mg/q8h/3hr/IV; 500mg/q6h/30min/IV; 500mg/q6h/3hr/IV; 1000mg/q8h/3min/IV; 1000mg/q8h/3hr/IV).

Từ giá trị MIC_{MEM} có thể dự đoán 79% giá trị của MIC_{IMP}, theo phương trình: MIC_{IMP} = 3,92 + 0,9MIC_{MEM}.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Do Van Dung (2007), *Scientific research methods and statistical analysis with STATA 8.0 software*, the Faculty of Public Health, University of Medicine and Pharmacy, Ho Chi Minh City.
- Van P. H. and MIDAS Group Research. The multicenter study on the resistance to Imipenem and Meropenem of the Non-fastidious Gram (-) rods - The results from 16 hospitals in Viet Nam. *Medical Journal of Ho Chi Minh City*. 2010. Issue 14 (2): 1 - 7.
- Trần Văn Ngọc. Thực trạng đề kháng kháng sinh trong viêm phổi tại Việt Nam và hướng dẫn điều trị ban đầu. *CME về Đề kháng kháng sinh - Thực trạng và giải pháp*, ngày 29/9/2013. ĐHY Dược Tp. HCM.
- Lee LS, Kinzig-Schippers M, Nafziger AN, Ma L, Sorgei F, Jones RN, Drusano GL and Bertino Jr. JS. Comparison of 30-min and 3-h infusion regimens for imipenem/cilastin and for meropenem evaluated by Monte Carlo simulation. *Diagnostic Microbiology and Infectious Disease*. 2010. 68: 251 - 258.
- Nguyễn Sĩ Tuấn và cộng sự. Nghiên cứu MIC Imipenem, Meropenem và mô hình kháng kháng sinh của *Acinetobacter baumannii* tại bệnh viện Đa khoa Thống Nhất Đồng Nai. *Tạp chí Y học Thực hành*. 2013, submitted.
- Phạm Hùng Văn và Phạm Thái Bình. Kháng sinh - Đề kháng kháng sinh: Kỹ thuật kháng sinh đồ - Các vấn đề cơ bản thường gặp. *Nhà xuất bản Y học*. 2013.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN THÁI DƯƠNG HÀM DƯỚI BẰNG MĂNG NHAI ỔN ĐỊNH

NGUYỄN THỊ THU PHƯƠNG, NGUYỄN MẠNH THÀNH, VÕ TRƯỞNG NHƯ NGỌC - Viện ĐT Răng Hàm Mặt
BÙI MỸ HẠNH - Bộ môn Sinh lý, Trường ĐHY Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả của máng nhai ổn định trên bệnh nhân rối loạn thái dương hàm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thiết kế theo phương pháp mô tả cắt ngang trên 22 bệnh nhân có chẩn đoán rối loạn

thái dương hàm. Đánh giá các chỉ số VAS (Visual Analog Scale), biên độ há ngậm miệng, tiếng kêu khớp, lệch đường há ngậm miệng, EAI (Electrography Activity Index) được ghi nhận trước và sau đeo máng nhai ổn định. **Kết quả:** Sau thời gian đeo máng 1 tháng và 3 tháng các triệu chứng lâm

sàng: Đau, hạn chế há miệng, tiếng kêu khớp và đường há miệng lệch giảm so với trước điều trị. Chỉ số EAI trên điện cơ đồ tăng, thể hiện sự cân bằng trong hoạt động của cơ thái dương và cơ cắn khi người bệnh được đeo máng. Có mối tương quan tuyến tính ($r = 0,63$) giữa sự thay đổi chỉ số EAI và VAS. **Kết luận:** Máng nhai ổn định là phương pháp điều trị hiệu quả rối loạn thái dương hàm.

Từ khóa: Rối loạn thái dương hàm, máng nhai.

SUMMARY

Objective: The purpose of this study was to evaluate the effect of stabilization splint therapy in patients with temporomandibular disorder (TMD). **Methods:** Twenty-two patients with TMD participated in this study. The VAS, range of mouth opening, asymmetric mandibular movement, clicking sound, EAI (Electrography Activity Index) was measured before and after the use of the splint. **Result:** After using the splint one and three months, the VAS, limit of mouth opening, asymmetric mandibular movement, clicking sound reduce. The EAI increases significantly ($p < 0,05$). **Conclusions:** Stabilization Splints are effective in treating patients with temporomandibular disorder.

Keywords: Temporomandibular disorder...

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm dưới hay loạn năng thái dương hàm dưới là một nhóm các rối loạn ở khớp thái dương hàm, các cơ và cấu trúc liên quan. Rối loạn chức năng khớp thái dương hàm ngày càng được quan tâm ở các nước trên thế giới. Theo nghiên cứu của Scrinavi tỷ lệ rối loạn chức năng khớp thái dương hàm chiếm 10-20% dân số Mỹ [8]. Ở Việt Nam, theo nghiên cứu của Hồ Thị Ngọc Linh (2003) trên 1020 công nhân dệt Phong Phú cho thấy số người có hiện rối loạn chức năng khớp thái dương hàm lên tới 60,5% [1].

Phương pháp điều trị rối loạn thái dương hàm rất đa dạng, trong đó máng nhai ổn định là phương pháp được nhiều bác sỹ sử dụng. Ở Việt Nam, máng nhai đã được sử dụng trong điều trị rối loạn chức năng khớp thái dương hàm, tuy nhiên việc chỉ định, cách chế tạo, quy trình điều trị thiếu thống nhất giữa các nhà sỹ và hiệu quả điều trị của máng nhai chưa được đánh giá chính xác. Vì vậy, chúng tôi đã thực hiện đề tài với mục tiêu: **Đánh giá hiệu quả của máng nhai ổn định trong điều trị rối loạn chức năng khớp thái dương hàm**

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: 22 người bệnh rối loạn chức năng khớp thái dương hàm được khám và điều trị tại Khoa Răng Hàm Mặt – Bệnh Viện Đại Học Y Hà Nội. Tiêu chuẩn chẩn đoán theo McNeil.

- Đau ở vùng cơ nhai, vùng khớp thái dương hàm và thường đau tăng lên khi ăn nhai hoặc sờ nắn
- Lệch đường há miệng có/không kèm tiếng kêu khớp

- Hạn chế há miệng (<4mm)
- Đau xuất hiện ít nhất trong 3 tháng [7]

Phương pháp nghiên cứu:

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng đánh giá hiệu quả trước sau.

❖ Dụng cụ và phương tiện nghiên cứu

- Bộ khay khám nha khoa gồm gương nha khoa, gáp và thăm châm.

- Thước đo chiều dài với mức đo tới mm để đo biên độ há ngậm miệng.

- Giấy cắn nha khoa và kẹp giấy cắn.

- Thìa lấy dấu, thạch cao đá, thạch cao thường.

- Giá khớp bán thích ứng Hanau – Whipmix. Giá khớp Hanau là một loại giá khớp bán thích ứng, thuộc loại Arcon.

- Sáp nha khoa, dao tạo hình sáp, silicon lấy dấu, composit đặc, đèn quang trùng hợp để lấy tương quan hai hàm chuyển vào giá khớp và tạo mẫu sáp cho máng nhai ổn định.

- Các thông số EMG được đo đặc và tính toán trên hệ thống máy điện cơ VikingQuest của hãng CareFusion – Mỹ. Đo điện cơ đồ bề mặt K6 – I, với hiệu điện thế 500 μ V và tốc độ ghi 1 cm s^{-1}

- Bệnh án nghiên cứu (phụ lục) ghi lại thông tin của người bệnh, theo dõi người bệnh trong quá trình điều trị.

❖ Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Sử dụng bệnh án nghiên cứu để thu thập thông tin, đánh giá mức độ đau theo thang điểm Visual analog scale (VAS), biên độ há ngậm miệng, tiếng kêu khớp, lệch đường há miệng một bên hoặc Ziczac.

- Lấy mẫu hàm răng bệnh nhân và đổ mẫu thạch cao đá. Dùng cung mặt của giá khớp Hanau để chuyển hàm trên vào giá khớp. Chuyển hàm dưới vào giá khớp ở vị trí tương quan tâm với hàm trên. Tại xưởng răng, làm sáp máng nhai ổn định sao cho các răng tiếp xúc đồng thời tại vị trí tương quan tâm. Khi hàm dưới chuyển động sang bên và ra trước, các răng sau được nhả khớp hoàn toàn bởi hướng dẫn răng nanh. Ép nhựa Acrylic trong, đánh bóng hàm.

- Lắp hàm cho bệnh nhân, khám và theo dõi bệnh nhân sau 1 tháng và 3 tháng.

- Trước khi đeo máng và sau khi đeo máng bệnh nhân được đo điện cơ đồ cơ cắn và cơ thái dương. Chỉ số điện cơ đồ hoạt động (EAI) được tính theo công thức của Quan[6]

$$EAI = \frac{EMG \text{ cơ cắn} - EMG \text{ cơ thái dương}}{EMG \text{ cơ cắn} + EMG \text{ cơ thái dương}} \times 100\%$$

❖ Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 16.0

Khía cạnh đạo đức của nghiên cứu

- Nghiên cứu chỉ được thực hiện khi có sự đồng ý tham gia nghiên cứu của bệnh nhân. Toàn bộ thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu mà không phục vụ cho bất kỳ mục đích nào khác. Thông tin về hồ sơ bệnh án, tình trạng bệnh lý của người bệnh được giữ bí mật, chỉ cung cấp cho người bệnh để theo dõi quá trình điều trị, không cung cấp cho các cá nhân, tổ chức khác. Trong khi khám nếu phát hiện các tình trạng bệnh lý về răng miệng, người bệnh sẽ được tư vấn điều trị hoặc tiến hành các biện pháp

thăm khám khác để chẩn đoán chính xác. Kết quả nghiên cứu sẽ được phản hồi lại cho bệnh viện.

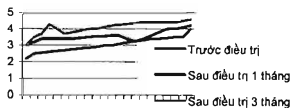
KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Bảng 1. So sánh sự khác biệt về chỉ số VAS trong quá trình điều trị

Triệu chứng	Trước điều trị	Sau 1 tháng	Sau 3 tháng	P
Chỉ số VAS	6,1±1,1	3,6±2,0	1,6±1,0	0,01

Sau 1 tháng điều trị chỉ số VAS giảm có ý nghĩa thống kê ($p<0,01$). Xu hướng giảm của chỉ số VAS tiếp tục khi người bệnh đeo máng đến tháng thứ 3.

Đấu hiệu đau là lý do đến khám thường gặp nhất của người bệnh và thường làm người bệnh lo lắng, theo James (2007) một phương pháp điều trị rối loạn thái dương hàm tốt phải có tác dụng giảm đau cho người bệnh trong thời gian điều trị, đặc biệt là giai đoạn đầu của quá trình điều trị [3]. Cũng theo James, hiệu quả giảm đau của máng ổn định là do tác dụng giãn cơ, loại bỏ thói quen xấu và xóa những phản xạ đau trước đó của hệ thống nhai [3]. Lý giải này được ủng hộ bởi hầu hết nghiên cứu của các tác giả khác [2] [6] [7].

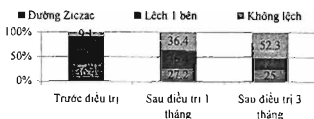


Biểu đồ 1. Sự thay đổi của biên độ há miệng trong quá trình điều trị

Biên độ há miệng của người bệnh tăng lên có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) qua quá trình điều trị 1 tháng, 3 tháng. Tăng biên độ há ngậm miệng giúp các hoạt động chức năng của hệ thống nhai diễn ra dễ dàng hơn.

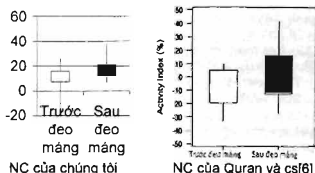


Biểu đồ 2. So sánh tiếng kêu khớp trước và sau điều trị Sau 1 tháng đeo máng tiếng kêu khớp không có sự thay đổi có ý nghĩa thống kê so với trước khi đeo máng, nhưng sau 3 tháng điều trị tiếng kêu khớp giảm so với trước điều trị (45,5% so với 86,4%).



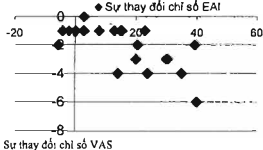
Biểu đồ 3. So sánh đường há miệng trước và sau điều trị

Cả 2 nhóm có đường há miệng lệch 1 bên và há miệng đường Ziczac đều giảm có ý nghĩa thống kê qua quá trình điều trị ($p<0,05$).



Biểu đồ 4. Chỉ số EAI trước và sau điều trị

Chỉ số EAI sau đeo máng tăng so với trước đeo máng ($p<0,05$). Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Quran và cộng sự năm 1999[6].



Biểu đồ 5. Mối liên quan giữa sự thay đổi chỉ số EAI và chỉ số VAS

Máng nhai được thừa nhận rộng rãi như là một phương pháp điều trị hiệu quả RLTDH. Tuy nhiên cơ chế tác động của máng nhai còn chưa rõ ràng Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số VAS giảm trên lâm sàng có tương quan khá chặt chẽ với chỉ số EAI ($R = -0,63$). Chúng tôi đưa ra kết luận chỉ số EAI tăng khi bệnh nhân đeo máng nhai ổn định là cơ chế làm giảm đau cho người bệnh trên lâm sàng Kết luận này được những nghiên cứu trước đây của các tác giả Quran (1999), Landupho (2004) và Savabi (2004) đưa ra [4] [6] [7].

Bảng 2. Đánh giá kết quả điều trị sau 1 tháng và 3 tháng

Kết quả	Sau 1 tháng		Sau 3 tháng	
	N	%	n	%
Tốt	12	54,5	15	68,2
Khá	6	27,3	4	18,2
Kém	4	18,2	3	13,3
Tổng	22	100	22	100

Kết quả điều trị sau 1 tháng, kết quả tốt chiếm tỷ lệ cao nhất (54,5%), khá chiếm tỷ lệ 27,3%. Trong nghiên cứu, có 4 người bệnh (chiếm 18,2%) có kết quả kém, trong đó có 2 người bệnh sau khi đeo máng chỉ số EAI giảm và 2 bệnh nhân khó chịu không thể đeo được máng. Sau 3 tháng điều trị, kết quả điều trị tốt là 68,2%, khá 18,2% và kém chiếm 16,3%.

Bảng 3. Kết quả điều trị sau 3 tháng theo thời điểm đến khám

Kết quả sau 3 tháng	Đến khám trước 6 tháng	Đến khám sau 6 tháng	N
Tốt	9	6	15
Khá	1	3	4
Kém	0	3	3
Tổng	10	12	22

Kết quả điều trị tốt ở nhóm người bệnh đến khám sau 6 tháng xuất hiện bệnh thấp hơn so với nhóm đến khám trước 6 tháng ($p < 0,05$). Như vậy, bệnh nhân càng đến sớm, tỷ lệ điều trị thành công bằng máng nhai ổn định càng cao

KẾT LUẬN

Sau thời gian đeo máng 1 tháng và 3 tháng các triệu chứng lâm sàng: Đau, hạn chế há miệng, tiếng kêu khớp và đường há miệng lệch giảm so với trước điều trị. Chỉ số EAI trên điện cơ đồ tăng, thể hiện sự căng trong hoạt động của cơ thái dương và cơ cắn khi người bệnh được đeo máng. Có mối tương quan tuyến tính ($r = -0,63$) giữa sự thay đổi chỉ số EAI và VAS.

Tỷ lệ điều trị tốt sau 1 tháng là 54,5% và 3 tháng là 68,2%. Người bệnh đến điều trị trước 6 tháng khi xuất hiện bệnh có tỷ lệ điều trị tốt cao hơn so với đến điều trị sau 6 tháng.

KIẾN THỨC PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS Ở PHẠM NHÂN TẠI TRẠI GIAM TỈNH ĐIỆN BIÊN NĂM 2009

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hoàng Thị Diên Thảo, Hoàng Tử Hùng. Rối loạn thái dương hàm, Tạp chí Y học Hồ Chí Minh, tập 8 số 4, trang 23-30.
- Edward F.Wright (2010). Manual of Temporomandibular Disorder, Wiley Blackwell NewYork, p 67-89.
- James Friction (2007). Myogenous Temporomandibular Disorders: Diagnostic and Management Considerations. Dent Clin N Am 51, 61-83.
- Landulpho AB, Silva WA and Vittti M. (2004). Electromyography evaluation of masseter and anterior temporalis muscles in patients with temporomandibular disorders following interocclusal appliance treatment. The Journal of Oral Rehabilitation, 31, p 95-98.
- Mc Neill C (1997). Temporomandibular Disorders: Guidelines for Classification, Assessment, and Management. Quintessence Publishing (IL); 2.
- Quran and Lyons (1999) The immediate effect of hard and soft splints on the EMG activity of the masseter and temporalis muscles Journal of Oral Rehabilitation 1999 26, 559-563.
- Savabi and Nejatidanesh (2004). Effect of Occlusal Splints on the Electromyographic Activities of Masseter and Temporal Muscles During Maximum Clenching. Dental research Journal, 2, p 46-78.
- Scrivani SJ, Keith DA, Kaban LB. (2008). Temporomandibular disorders. N Engl J Med; 359,25, p 2693-2702.

NGUYỄN XUÂN BÁI, Trường Đại học Y Thái Bình
HOÀNG XUÂN CHIẾN, Sở Y tế Điện Biên

TÓM TẮT

Phạm nhân có tỷ lệ nhiễm HIV cao, chiếm hơn 1/10 số HIV phát hiện được trong toàn quốc năm 1998 [2]. Đánh giá thực trạng kiến thức phòng chống HIV/AIDS qua đó tìm ra giải pháp can thiệp nâng cao kiến thức, thay đổi hành vi từ đó giảm thiểu sự lây truyền HIV/AIDS là điều cần thiết. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu bằng phương pháp mô tả cắt ngang có phân tích trên 400 phạm nhân tại Trại giam tỉnh Điện Biên năm 2009, kết quả nghiên cứu cho thấy:

- 73,7% phạm nhân biết HIV lây qua đường máu; 68,7% phạm nhân biết HIV lây qua QHTD; 58,5% phạm nhân biết HIV lây từ mẹ sang con.

- 48% phạm nhân cho là chưa có thuốc điều trị bệnh AIDS; 42,3% phạm nhân không biết về thuốc điều trị AIDS.

- Có 67,5% phạm nhân có kiến thức về phơi nhiễm HIV, 62,7% phạm nhân biết cách xử trí tình trạng phơi nhiễm HIV. Phạm nhân, nhiễm HIV, kiến thức phòng chống HIV/AIDS.

Từ khóa: Phạm nhân, nhiễm HIV

SUMMARY CRIMINALS' KNOWLEDGE IN HIV/AIDS PREVENTION AT DIEN BIEN PRISON IN 2009

Nguyen Xuan Bai, Thai Binh Medical College
Hoang Xuan Chien, Dien Bien Department of Health
Criminals have high risks of acquiring HIV, accounting for more than 1/10 among HIV cases in Vietnam in 1998 [2]. It is necessary to evaluate knowledge in HIV/AIDS prevention, from which interventions can be pointed out to reduce HIV/AIDS transmission. Therefore, we performed this cross-sectional research on 400 criminals at Dien Bien prison in 2009. The result showed that:

- 73.7% of criminals acknowledged that HIV transmit through blood; 68.7% of them knew that HIV transmit through sexual intercourse. 58.5% of those acknowledged that HIV transmit from mother to child.

- 48% of criminals supposed that there has not been cure for AIDS, 42.3% of criminals had no idea about treatment for AIDS.

- 67.5% of criminals had knowledge in HIV exposure, 62.7% of criminals knew how to manage