

- HIV, HPV, HCV và các yếu tố nguy cơ của người nghiên cứu ma túy, phụ nữ bán dâm tại Hà Nội năm 2008", *Tạp chí Y học dự phòng*, 8(116), tr. 42-49.
- Nguyễn Thị Bích Yên (2004)**, *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và sinh học của bệnh nhân lao/HIV tại thành phố Hồ Chí Minh*, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội, tr10-49.
 - Agizew T.B, Arwady M.A, Yoon J.C et al (2009)**, "Tuberculosis in asymptomatic HIV-

infected adults with abnormal chest radiographs screened for tuberculosis prevention", *Int J Tuberc Lung Dis*, 14(1), pp. 45-51.

- Nicholas S, Sabapathy K, Ferreyra C et al (2011)**, "Incidence of tuberculosis in HIV-infected patients before and after starting combined antiretroviral therapy in 8 sub-Saharan African HIV programs", *J Acquir Immune Defic Syndr*, 57(4), pp. 311-318.

VAI TRÒ CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CHẨN ĐOÁN, ĐIỀU TRỊ ẨN TINH HOÀN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá vai trò của phẫu thuật nội soi trong chẩn đoán và điều trị ẩn tinh hoàn ở trẻ em.
Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhi ẩn hoàn không sờ thấy trên 5 tuổi được phẫu thuật nội soi ha tinh hoàn từ tháng 6/2014 đến 6/2017. Đánh giá kết quả sau mổ ≥ 3 tháng dựa trên lâm sàng và siêu âm đánh giá vị trí và kích thước tinh hoàn. **Kết quả:** 46 bệnh nhân (49 tinh hoàn) phẫu thuật nội soi. 22/49 (44,9%) ẩn tinh hoàn bên phải, 21/49 (42,9%) bên trái, 3 bệnh nhân ẩn tinh hoàn 2 bên chiếm 6/49. Siêu âm trước mổ 18/49 (36,7%) tinh hoàn trong ổ bụng, 11/49 (22,4%) tinh hoàn trong lỗ bẹn sâu. 10/49 (20,4%) không thấy tinh hoàn. 10/49 (20,4%) tinh hoàn trong ống bẹn sau mổ mở hạ tinh hoàn. Phẫu thuật nội soi trong mổ 13/49 (26,5%) bệnh nhân không thấy tinh hoàn trong ổ bụng và ống bẹn. 22/49 (44,9%) trường hợp hạ tinh hoàn nội soi, 14/49 (28,6%) hạ tinh hoàn đường bẹn có nội soi hỗ trợ, 3/49 (6,1%) trường hợp làm Stephens-Fowler. Đánh giá kết quả sau mổ ≥ 3 tháng được 31/49 (63,2%) bệnh nhi trong đó: 3/31 (9,6%) trường hợp tinh hoàn bị teo, 27/31 (87,1%) trường hợp sờ thấy tinh hoàn ở biu. 1/31 (3,2%) trường hợp tinh hoàn còn nằm ở bìu cao. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi ổ bụng là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong chẩn đoán và điều trị tinh hoàn ẩn ở trẻ em.

Từ khóa: Ẩn tinh hoàn, mổ nội soi, mổ nội soi hạ tinh hoàn.

SUMMARY

THE VALUE OF LAPAROSCOPIC ORCHIDOPEXY IN CHILDREN IN VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: To demonstrate that laparoscopic intervention should be considered as initial surgical approach in the management of the non-palpable testis in children over the age of 5. Methods: We

retrospectively reviewed 49 medical records of patients who underwent laparoscopic exploration for the non-palpable testis between 6/2014 and 6/2017. Intra-operative data of 49 non-palpable testis were collected. Operative success was defined at less 3 months after surgery by clinical examination and ultrasound. **Results:** 46 patients (49 non-palpable testis units) underwent laparoscopic exploration. 22/49 (44,9%) patients were operated in the right side, 21/49 (42,9%) patients were operated in the left side. 3 patients were operated for bilateral non-palpable testis. Ultrasound was done for 49/49 (100%) non-palpable testis units before operation. Testis was found by ultrasound in 18/49 (36,7%). Laparoscopic orchidopexy was performed in 22/49 (44,9%) non palpable testis units. Laparoscopic Stephens-Fowler procedure was performed in 3/49 (6,1%) non-palpable testis units. Orchidopexy by inguinal incision was done in 14/49 (28,6%). Testicular atrophy occurred in 13/49 (26,5%). Follow-up 6 months after surgery was available for 31/49 (63,2%) non-palpable testis units: 27/31 (87,1%) testis units in the scrotum, 3/31 (9,6%) atrophic testis was identified. **Conclusion:** Our finding support the use of an initial laparoscopic approach in the management of the nonpalpable testis. We also recommended that ultrasound is not a good investigation to predict the testicular absence for non-palpable testis.

Key word: Non-palpable testis, laparoscopic, orchidopexy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tinh hoàn chưa xuống bìu là một bệnh lý thường gặp ở trẻ em. Khoảng 3% trẻ trai sinh đủ tháng có tinh hoàn chưa xuống bìu. Tỷ lệ này có thể tới 30% ở trẻ sinh non tháng. Tuy nhiên, phần tinh hoàn sẽ tự di chuyển xuống bìu trong năm đầu tiên. Tuy hiếm gặp di tật phôi hợp trong bệnh lý này nhưng cần rất thận trọng khi trẻ kèm theo các dị tật sinh dục.

Tinh hoàn ẩn không sờ thấy trong ống bẹn thì có thể có tinh hoàn nằm trong ổ bụng hoặc tinh hoàn teo. Các nghiên cứu đã chứng minh rằng các thăm dò hình ảnh như siêu âm, chụp MRI,

¹Bệnh viện Việt Đức

²Đại học Y dược Thái Bình

Chủ trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hoà

Email: nvhoa96@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2018

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2018

Ngày duyệt bài: 28.2.2018

chụp cắt lớp có độ đặc hiệu rất thấp trong chẩn đoán tinh hoàn ẩn không sờ thấy. Phẫu thuật nội soi là một phương pháp chẩn đoán có độ đặc hiệu cao để tìm vị trí tinh hoàn trong ổ bụng và cần thiết để chẩn đoán khẳng định có teo tinh hoàn.

Đa số tác giả chủ trương tiến hành điều trị sớm. Theo Steven G Docimo nêu điều trị ngay từ 6 tháng tuổi. Ở Việt Nam Trần Văn Sáng khuyên nên chọn thời điểm mổ sớm từ 1-2 tuổi, vì 3 tháng tuổi tinh hoàn không thể xuống bìu nữa nên có chờ cũng vô ích. Hơn nữa nếu để tinh hoàn nằm lâu trong ổ bụng nhất là tinh hoàn không xuống bìu cả 2 bên càng điều trị chậm khả năng có con càng giảm dần và nguy cơ ung thư tinh hoàn.

Nhằm khảo sát hiệu quả và tính khả thi của phẫu thuật nội soi điều trị ẩn tinh hoàn ở trẻ em trên 5 tuổi, là những trẻ được coi là điều trị muộn chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhi trên 5 tuổi được phẫu thuật nội soi điều trị ẩn tinh hoàn tại khoa phẫu thuật Nhi bệnh viện Việt Đức từ tháng 06/2014 đến tháng 06/2017.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng: Các hồ sơ bệnh nhân nhi trên 5 tuổi ẩn tinh hoàn được phẫu thuật nội soi ổ bụng tại khoa phẫu thuật Nhi bệnh viện Việt Đức từ tháng 06/2014 đến tháng 06/2017.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu

Thu thập các thông số trước mổ về tuổi, giới, bên tinh hoàn ẩn, siêu âm trước mổ tìm tinh hoàn. Vị trí của tinh hoàn trong mổ và cách thức mổ (nội soi, mở đường bẹn có nội soi hỗ trợ, làm phẫu thuật Stephens-Fowler) được ghi chép lại. Với các bệnh nhân hạ được tinh hoàn xuống bìu được đánh giá kết quả sau phẫu thuật ít nhất 3 tháng bằng thăm khám lâm sàng và siêu âm đo kích thước tinh hoàn.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi có 46 bệnh nhân (49 tinh hoàn) ẩn tinh hoàn được phẫu thuật nội soi ổ bụng. 22/49 (44,9%) bệnh nhân được phẫu thuật bên phải, 21/49 (42,9%) bệnh nhân được phẫu thuật bên trái, 3 bệnh nhân được phẫu thuật ẩn tinh hoàn 2 bên chiếm 6/49 (12,2%). Tuổi trung bình là 8,24 tuổi (thấp nhất là 5 tuổi, cao nhất là 14 tuổi).

Có 49/49 (100%) trường hợp tinh hoàn ẩn được làm siêu âm trước mổ, chỉ có 18/49 (36,7%) siêu âm trả lời thấy tinh hoàn trong ổ bụng. 11/49 (22,4%) trường hợp siêu âm trả lời tinh hoàn nằm sát lỗ bẹn sâu. 10/49 (20,4%)

trường hợp siêu âm không thấy tinh hoàn. 10/49 (20,4%) trường hợp tinh hoàn đã mổ một lần nhưng chưa xuống bìu siêu âm trả lời trong ổ bụng. 6 trường hợp tinh hoàn không thấy trong bụng, lỗ bẹn sâu đã đóng kín, nhìn thấy bó mạch tinh đi ra ngoài ổ bụng. 4/6 trường hợp dưới mổ bẹn thì tất cả 4 trường hợp thấy tinh hoàn đã teo. Cả 6 (12,2%) trường hợp đều được chẩn đoán là teo tinh hoàn.

Trong 49 tinh hoàn được phẫu thuật có 3/49 (6,1%) trường hợp tinh hoàn xơ hóa toàn bộ còn là tàn tích chỉ định cắt bỏ. 36/49 (73,5%) trường hợp tinh hoàn được hạ ngay trong đó có 22/49 (44,9%) tinh hoàn được hạ bằng nội soi, 14/49 (28,6%) hạ tinh hoàn đường bẹn có nội soi hỗ trợ vì lỗ bẹn sâu mở, còn ống phúc tinh mạc rộng, tinh hoàn nằm sát lỗ bẹn sâu và 16/49 (32,6%) trường hợp đã có tiền sử mổ mở ẩn tinh hoàn trong đó 10/16 (62,5%) tinh hoàn chưa xuống bìu còn nằm trong ổ bụng. 6/16 (37,5%) tinh hoàn nằm sát lỗ bẹn sâu và trong ổ bụng. 3/49 (6,1%) bó mạch tinh ngắn nên làm phẫu thuật Stephens-Fowler một thi. Không có biến chứng trong và sau mổ.

Có 31/49 (63,2%) trường hợp tinh hoàn được khám lai sau mổ, 13/49 (26,5%) trường hợp tinh hoàn không khám lai vì đã cắt tinh hoàn hoặc chỉ là tàn tích tinh hoàn khi mổ, 5/49 (10,2%) trường hợp chúng tôi bị mất liên lạc. Trong số bệnh nhân được khám lai có 22/31 (70,9%) trường hợp tinh hoàn đã hạ xuống bìu trong mổ, thấy 5/31 (16,1%) tinh hoàn nằm ở gốc bìu hay bìu cao, 1/31 (3,2%) tinh hoàn còn nằm cao trong ổ bụng, 3/31 (9,6%) teo tinh hoàn sau mổ. Siêu âm đánh giá tính chất tinh hoàn khi khám lai có 23/28 (85,7%) tinh hoàn có tính chất đồng nhất, 4/28 (14,3%) tinh hoàn có vôi hóa trên siêu âm trong đó 3 tinh hoàn nằm trong bìu và 1 tinh hoàn nằm ở gốc bìu.

Trong 3 trường hợp được làm Stephens Fowler, có 1 trường hợp trong mổ chỉ hạ tinh hoàn xuống lỗ bẹn nồng do thửng tinh quá căng khi khám lại thì tinh hoàn này nằm ở 1/3 giữa ổ bụng, một trường hợp tinh hoàn nằm trong bìu và trường hợp còn lại tinh hoàn nằm ở gốc bìu.

IV. BÀN LUẬN

Chẩn đoán: Trong bệnh lý ẩn tinh hoàn có thể tinh hoàn nằm trong ổ bụng hoặc teo tinh hoàn. Tỷ lệ gấp teo tinh hoàn dao động khoảng 20% trong tinh hoàn ẩn không sờ thấy tùy theo nghiên cứu [7]. Để khẳng định có tinh hoàn trong bụng không và vị trí của tinh hoàn trong bụng thì các phương tiện chẩn đoán hình ảnh

núi siêu âm, chụp MRI có độ đặc hiệu không cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì chỉ có 18/49 (36,7%) siêu âm trả lời thấy tinh hoàn trong ổ bụng, 11/49 (22,4%) trường hợp siêu âm trả lời tinh hoàn sát lỗ bẹn sâu nhưng trong mổ chúng tôi thấy 32/49 (65,3%) trường hợp có thấy tinh hoàn trong bụng.

Chúng tôi nhận thấy khi tinh hoàn nằm sát lỗ bẹn sâu thì thường dễ nhìn thấy trên siêu âm hơn là khi nằm trong hố chậu. Đa phần 29/49 (59,1%) trường hợp nhìn thấy tinh hoàn trên siêu âm thì khi phẫu thuật chúng tôi thấy tinh hoàn ở sát lỗ bẹn sâu, ống phúc tinh mạc còn rộng.

Vì không có phương tiện chẩn đoán có độ đặc hiệu cao để trả lời câu hỏi có tinh hoàn hay không nên nội soi ổ bụng được coi là một phương tiện chẩn đoán hữu hiệu nhất. Chúng tôi có 16/49 (32,6%) trường hợp đã có tiền sử mổ mở ấn tinh hoàn trong đó 10/16 (62,5%) tinh hoàn chưa xuống bìu còn nằm trong ổ ben, nội soi giúp giải phóng bỏ mạch tinh và ống dẫn tinh bên trong ổ bụng, mổ mở tim và hạ tinh hoàn xuống thêm. 6/16 (37,5%) tinh hoàn nằm sát lỗ bẹn sâu và trong ổ bụng chứng tỏ lần mổ trước đó phẫu thuật viên đã mở ống ben nhưng không tìm được tinh hoàn và bỏ mạch tinh. Chúng tôi cho rằng nội soi vừa có ý nghĩa chẩn đoán, vừa có ý nghĩa điều trị. Đặc biệt khi có kèm theo những dị tật của bộ phận sinh dục thì việc phát hiện những tổn thương nằm trong bệnh cảnh rối loạn phát triển giới tính (DSD) là hết sức cần thiết cho kế hoạch điều trị.

Chúng tôi nhận thấy khi lỗ bẹn đóng kín, nhìn thấy bờ mạch tinh đã đi ra ngoài bụng thì việc mở ben là không cần thiết. Có 6 bệnh nhân chúng tôi không thấy tinh hoàn trong bụng, lỗ bẹn sâu đã đóng, bờ mạch tinh đã ra ngoài ống ben. 4/6 bệnh nhân của chúng tôi có mở ben kiểm tra thi tất cả các trường hợp này tinh hoàn đều teo nhỏ.

Khi thấy ống ben đóng hoặc ống phúc tinh mạc còn nhưng nhỏ thì nên phẫu thuật hạ tinh hoàn nội soi. Những trường hợp này bỏ mạch tinh thường ngắn hơn và việc sử dụng nội soi để phẫu thuật làm dài thường tình là hết sức cần thiết. Chúng tôi thường ưu tiên dùng kéo để phẫu thuật phúc mạc dọc theo bờ mạch tinh và thường tinh. Đột diện phải chú ý tránh xa bờ mạch tinh và ống dẫn tinh.

Khi bỏ mạch tinh ngắn thì phẫu thuật thắt mạch tinh (phẫu thuật Stephens-Fowler) nên được lựa chọn. Khi lựa chọn phẫu thuật này, chúng tôi không phẫu thuật bờ mạch tinh và thường tinh mà chỉ kẹp clip bờ mạch tinh ở cách tinh hoàn khoảng 1-2cm. Sau khi kẹp mạch thì

nguồn máu nuôi tinh hoàn sẽ đến từ mạch máu đi theo ống dẫn tinh và dây chằng bìu tinh hoàn. Việc phẫu thuật tinh hoàn trong phẫu thuật thắt mạch tinh thì 1 sẹc làm tăng nguy cơ teo tinh hoàn ở thi 2.

Siêu âm đánh giá tính chất tinh hoàn khi khám lại chúng tôi thấy 23/28 (85,7%) tinh hoàn có tính chất đồng nhất, 4/28 (14,3%) tinh hoàn có vôi hóa trên siêu âm trong đó 3 tinh hoàn nằm trong bìu và 1 tinh hoàn nằm ở gốc bìu. Theo chúng tôi tinh hoàn bị vôi hóa là do khi hạ tinh hoàn phẫu thuật viên có thể đã làm căng hệ mạch nuôi tinh hoàn trong đó chủ yếu là bờ mạch tinh khiến cho tinh hoàn bị thiếu dưỡng tạo ra phản ứng canxi hóa gây ảnh hưởng đến chức năng của tinh hoàn. Theo chúng tôi khi hạ tinh hoàn nên tránh để căng mạch nuôi tinh hoàn.

Tuổi điều trị: Thời điểm điều trị: da số tác giả chủ trương tiến hành điều trị sớm. Theo Steven G Docimo nên điều trị ngay từ 6 tháng tuổi. Ở Việt Nam Trần Văn Sáng khuyên nên chọn thời điểm mổ sớm từ 1-2 tuổi, do là sau 3 tháng tuổi tinh hoàn không thể xuống bìu nữa nên có chờ cũng vô ích[5],[6].

Hơn nữa nếu để tinh hoàn nằm lâu trong ổ bụng nhất là tinh hoàn không xuống bìu cả 2 bên càng điều trị chậm khả năng có con càng giảm dần và nguy cơ ung thư tinh hoàn cao. Cho nên các nhà niệu học hy vọng mổ sớm để cải thiện chức năng sinh sản [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi đối với trẻ từ 5 tuổi trở lên có 13/49 (26,5%) trường hợp tinh hoàn bị cắt tinh hoàn hoặc chỉ là tàn tích tinh hoàn khi mổ. 3/31 (9,6%) trường hợp được khám lại bị teo tinh hoàn sau mổ. Theo chúng tôi trẻ càng lớn sẽ khó khăn hơn trong việc hạ tinh hoàn xuống bìu vì mỗi năm trẻ tăng trưởng tính theo centimet trong khi ống dẫn tinh và bờ mạch thường tinh mỗi năm chỉ dài được thêm vài millimet.

Lidwig và Patema (1960) qua theo dõi và xét nghiệm những bệnh nhân đã phẫu thuật ở các lứa tuổi khác nhau có nhận xét như sau đây: "Tuổi can thiệp phẫu thuật có ảnh hưởng lượng chất tinh trùng sau này"

Bảng 1.1: Tỷ lệ tinh trùng theo tuổi lúc mổ

Tuổi mổ	Tỷ lệ số lượng tinh trùng BT
1-2 tuổi	87,5%
3-4 tuổi	57,1%
5-8 tuổi	38,5%
9-12 tuổi	15,0%
> 13 tuổi	13,5%

Việc đóng lỗ bẹn sâu: Trong các bệnh nhân khám lại sau mổ ấn tinh hoàn chúng tôi thấy không có trường hợp nào có thoát vị bẹn hoặc

nước màng tinh hoàn. Qua đó chúng tôi nhận thấy việc đóng ống bẹn là không cần thiết trong nội soi. Có lẽ điều này được giải thích là do những trường hợp còn ống phúc tinh mac rộng, chúng tôi mở đường bẹn và bao giờ cũng thắt ống. Những trường hợp nội soi thì thường ống đã đóng hoặc còn ống rất nhỏ.

Kết quả: Có 31/49 (63,2%) trường hợp tinh hoàn được khám lại sau mổ, 13/49 (26,5%) trường hợp tinh hoàn không khám lại vì đã cắt tinh hoàn hoặc chỉ là tàn tích tinh hoàn khi mổ, 5/49 (10,2%) trường hợp chúng tôi bị mất liên lạc. Trong số bệnh nhân được khám lại có 22/31 (70,9%) trường hợp tinh hoàn đã hạ xuống bìu trong mổ, thấy 5/31 (16,1%) tinh hoàn nằm ở gốc bìu hay bìu cao, 1/31 (3,2%) tinh hoàn còn nằm cao trong ống bẹn, 3/31 (9,6%) teo tinh hoàn sau mổ.

Trong 3 trường hợp được làm Stephens Fowler, có 1 trường hợp trong mổ chỉ hạch tinh hoàn xuống lỗ bẹn nồng do thửng tinh quá căng khi khám lại thì tinh hoàn này nằm ở 1/3 giữa ống bẹn, một trường hợp tinh hoàn nằm trong bìu và trường hợp còn lại tinh hoàn nằm ở gốc bìu.

Theo một số nghiên cứu trên thế giới thì tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công trong bệnh lý tinh hoàn ẩn dao động từ 90%-100%. Với phẫu thuật Stephens-Fowler là 66,7%-100%. Tuy nhiên một số tác giả khác lại cho rằng tỷ lệ teo tinh hoàn khi hạ tinh hoàn bằng nội soi và phẫu thuật Stephens-Fowler là tương đương [1],[2],[3]. Chúng tôi nhận thấy rằng khi bó mạch tinh ngắn, thì việc cố hạ tinh hoàn xuống bìu làm tăng nguy cơ teo tinh hoàn. Hoặc nếu đưa được tinh hoàn

ra ngoài ổ bụng thì khả năng phẫu thuật lần 2 để hạ tinh hoàn xuống bìu cũng rất khó khăn.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi ổ bụng là một phương pháp an toàn và hiệu quả trong chẩn đoán và điều trị tinh hoàn ẩn ở trẻ em. Siêu âm không phải là một phương tiện chẩn đoán có độ đặc hiệu không cao. Trẻ nên chọn thời điểm mổ từ 1-2 tuổi không nên để đến khi trẻ lớn. Phẫu thuật Stephens-Fowler nên được lựa chọn nếu thường tinh quá ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alagaratnam S, Nathaniel C, Cuckow P, et al (2014). Testicular outcome following laparoscopic second stage Fowler-Stephens orchidopexy. J Pediatr Urol.;10(1): pp.186-92.
2. Alzahem A (2013). Laparoscopy-assisted orchiopexy versus laparoscopic two-stage Fowler-Stephens orchiopexy for nonpalpable testes: Comparative study. Urol Ann.;5 (2):pp.110-4.
3. Casanova NC, Johnson EK, Bowen DK, et al (2013). Two-Step Fowler-Stephens orchiopexy for intra-abdominal testes: a 28-year single institution experience. J Urol. 190(4): pp. 1371-6.
4. Castillo-Ortiz J, Muñiz-Colon L, Escudero K, et al (2014). Laparoscopy in the surgical management of the non-palpable testis. Front Pediatr. (2):28; pp.1-4.
5. Docimo SG, MD, "The undescended Testicle, Diagnosis and management", American Family physician, pp. 1-10, 2000.
6. D. Cortes, "Cryptorchidism--aspects of pathogenesis, histology and treatment", Scand J Urol Nephrol Suppl, vol. 196, pp. 1-54, 1998.
7. Đặng Quang Tuấn, Nguyễn Thành Như (2010). Phẫu thuật nội soi điều trị tinh hoàn ẩn không sờ thấy. Ngoại khoa (60):pp.235-239.

RỐI LOẠN TRẦM CẨM VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI XÃ HIẾN THÀNH, HUYỆN KINH MÔN, TỈNH HẢI DƯƠNG THÁNG 1 NĂM 2018

Lê Văn Thêm*, Hoàng Văn Bình*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ rối loạn trầm cảm và xác định một số yếu tố liên quan đến rối loạn trầm cảm ở người cao tuổi tại xã Hiến Thành, huyện Kinh Môn, tỉnh Hải Dương tháng 1 năm 2018. **Phương pháp:** Nghiên cứu ngang có phân tích trên 197 người cao tuổi. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm là 29

người (14,7%). Tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm nặng là 1%, tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm trung bình là 4,6% và tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm nhẹ là 9,1%. Tỷ lệ rối loạn trầm cảm cao hơn trong độ tuổi từ 60 – 69 (58,6%), ở nữ (69%), không làm gì (22,9%); hưu trì (22,2%), Sống một mình (23,5%), ly dị/ ly thân (71,4%), thu nhập từ 800.000–1.500.000 đồng/ người/ tháng (18,3%), có hỗ trợ xã hội (24,6%), có yếu tố cõ đơn (46,7%), có bệnh mạn tính (17,9%), có yếu tố stress (46,7%). **Kết luận:** Tỷ lệ mắc rối loạn trầm cảm là 29 người (14,7%). Có mối liên quan giữa trầm cảm ở người cao tuổi với tình trạng hôn nhân, hỗ trợ xã hội, cõ đơn, stress và mang các bệnh mạn tính với $P < 0,05$ đến $P < 0,001$.

Từ khóa: Trầm cảm, người cao tuổi

*Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chủ trách nhiệm chính: Lê Văn Thêm
Email: themlv2003@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.12.2017
Ngày phản biện khoa học: 2.2.2018
Ngày duyệt bài: 12.2.2018