

đây là các hạch viêm phản ứng.

Hiện nay, chưa có sự thống nhất về tiêu chuẩn trong chẩn đoán hạch di căn của ung thư trực tràng trên CHT, do vậy các nghiên cứu sử dụng các tiêu chuẩn lựa chọn hạch khác nhau sẽ cho các kết quả khác nhau. Trên thực tế, có nhiều trường hợp rất khó phân biệt được hạch viêm với hạch di căn trên phim chụp CHT.

V. KẾT LUẬN

Cộng hưởng từ là phương tiện chẩn đoán hình ảnh có giá trị cao trong đánh giá sự xâm lấn tại chỗ và tình trạng di căn hạch vùng của ung thư trực tràng. Từ đó, giúp bác sĩ lâm sàng lựa chọn được phương pháp điều trị tốt nhất, làm tăng hiệu quả điều trị và tiên lượng sống đối với người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **GLOBOCAN** 2022 <https://gco.iarc.fr/>.
2. **Benson AB, Venook AP, Al-Hawary MM, et al.** Rectal Cancer, Version 2.2022, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. J Natl Compr Canc Netw. 2022;20(10):1139-1167. doi:10.6004/jnccn.2022.0051

3. **Weiser MR.** AJCC 8th Edition: Colorectal Cancer. Ann Surg Oncol. 2018;25(6):1454-1455. doi:10.1245/s10434-018-6462-1
4. **Võ Tấn Đức.** Đánh giá giai đoạn ung thư trực tràng bằng cộng hưởng từ: kết quả 3 năm. Điện Quang Việt Nam. 2012;Số 6:115-119.
5. **Sơn Thị Minh Nhi.** Giá trị cộng hưởng từ trong đánh giá giai đoạn xâm lấn tại chỗ và di căn hạch vùng của ung thư trực tràng. Tạp Chí Dược Học Cần Thơ. 2023;Số 61:92-98.
6. **Đàn NV, Công BT, Tùng HC, Thái PV, Phương PC.** VAI TRÒ CỦA 18FDG-PET/CT TRONG CHẨN ĐOÁN GIAI ĐOẠN UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG. Tạp Chí Học Việt Nam. 2023; 525(1A). doi:10.51298/vmj.v525i1A.4964
7. **Phạm Công Khánh.** Cộng hưởng từ đánh giá giai đoạn ung thư trực tràng đoạn giữa đoạn dưới được phẫu thuật triệt căn. Học Thành Phố Hồ Chí Minh. 2019;23(1):220-225.
8. **Kim JH, Beets GL, Kim MJ, Kessels AGH, Beets-Tan RGH.** High-resolution MR imaging for nodal staging in rectal cancer: are there any criteria in addition to the size? Eur J Radiol. 2004; 52(1): 78-83. doi: 10.1016/j.ejrad.2003. 12.005
9. **Chatterjee P, Eapen A, Perakath B, Singh A.** Radiologic and pathological correlation of staging of rectal cancer with 3 Tesla magnetic resonance imaging. Can Assoc Radiol J J Assoc Can Radiol. 2011; 62(3): -222. doi: 10.1016/j.carj.2010.04. 012

CÁC YẾU TỐ DỰ ĐOÁN GIÁ TRỊ CỦA NGHIỆM PHÁP 1STST Ở NGƯỜI BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH

Nguyễn Thị Thu Hằng¹, Nguyễn Thị Huyền Trang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định các yếu tố dự đoán giá trị của 1STST trên người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, 122 người bệnh COPD ổn định được thực hiện nghiệm pháp 1STST. Mỗi người tham gia được thu thập: tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối cơ thể (BMI), mức độ khó thở mMRC và tình trạng tắc nghẽn FEV1, FVC và tiền sử nhập viện trong 12 tháng. Các yếu tố dự đoán của 1STST được xác định thông qua hồi quy tuyến tính đa biến. Kết quả và kết luận: Kết quả thu được từ phân tích hồi quy tuyến tính nhiều bước cho thấy tiền sử nhập viện do đợt cấp trong 12 tháng, điểm khó thở mMRC và tuổi là các yếu tố quyết định độc lập giá trị của 1STST, không tìm thấy mối tương quan giữa các giá trị của 1STST và các thông số chức năng phổi.

Từ khóa: Nghiệm pháp 1STST, COPD, dự đoán giá trị 1STST

SUMMARY

PREDICTORS OF THE 1 MIUNITE SIT-TO-STAND TEST PERFORMANCE IN CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Objective: Identify predictors of the 1STST performance in chronic obstructive pulmonary disease. **Subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study, 122 people with stable COPD were performed the 1STST test. For each participant, collected: age, sex, weight, height, body mass index (BMI), mMRC dyspnea severity and FEV1, FVC and 12-month hospitalization history. Predictors of 1STST were identified through multivariable linear regression. **Results and conclusions:** Results obtained from stepwise multiple linear regression analysis showed that history of hospitalization due to acute exacerbations within 12 months, mMRC dyspnea score and age were independent determinants of the value of 1STST, no correlation was found. relationship between the values of 1STST and lung function parameters. **Keywords:** 1STST test, COPD, predict the 1STST value

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) là vấn đề sức khỏe toàn cầu¹. Đây là bệnh phổ biến ở Việt Nam cũng như tất cả các nước trên thế giới

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hằng

Email: thuhangmtu@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.5.2024

Ngày duyệt bài: 14.6.2024

với tần suất mắc bệnh, tỷ lệ tử vong, tỷ lệ tàn phế cao và ngày một tăng do tình trạng hút thuốc lá, thuốc lào và ô nhiễm môi trường gia tăng. Người bệnh COPD thường bị giảm hoạt động chức năng do suy giảm chức năng phổi tiến triển và yếu cơ. Hiện tại, hướng dẫn GOLD 2018 ủng hộ rằng cải thiện tình trạng chức năng nên là một mục tiêu trong điều trị COPD. Vì vậy, đánh giá khả năng gắng sức ở người bệnh COPD có vai trò vô cùng quan trọng và cần thiết để đưa ra phương pháp điều trị phù hợp và theo dõi tiến triển của bệnh. Trong thực hành lâm sàng, tình trạng chức năng có thể được đo bằng nhiều phương pháp khác nhau. Các bài kiểm tra gắng sức tiêu chuẩn vàng như nghiệm pháp gắng sức tim phổi CPET, bài kiểm tra đi bộ 6 phút (6MWT) và bài kiểm tra đi bộ kiểu con thoi tăng tiến (ISWT) còn tồn tại nhiều hạn chế về mức chi trả, thời gian, không gian và nguồn lực để thực hiện. Bài kiểm tra gắng sức tim phổi CPET phải thực hiện trong phòng thí nghiệm và chi phí cao. Bài kiểm tra 6MWT yêu cầu một hành lang dài 30m, không có chướng ngại vật, trong khi ISWT yêu cầu một chặng đường 10m và cả hai đều yêu cầu đi bộ lặp lại vào một ngày khác hoặc sau khi nghỉ ngơi đầy đủ trong cùng một ngày để tính đến hiệu quả của thử nghiệm. Những năm gần đây, nhiều nghiên cứu đã bắt đầu điều tra sự phát triển của các bài kiểm tra đơn giản và dễ tiến hành hơn. Trong số đó nghiệm pháp đứng lên - ngồi xuống trong 1 phút (1STST) là nghiệm pháp được đề xuất rộng rãi ở người bệnh COPD. Với một nghiệm pháp ngoài tính giá trị và độ tin cậy thì điều quan trọng không kém là phải hiểu những yếu tố nào chi phối kết quả của nó. Ví dụ, nếu chiều cao cơ thể ảnh hưởng đáng kể đến giá trị nghiệm pháp vì chiều cao ghế được tiêu chuẩn hóa có thể có lợi cho những người thấp hơn, thì ảnh hưởng này cần được xem xét. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Xác định các yếu tố dự đoán giá trị của 1STST trên người bệnh bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính II.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả người bệnh COPD đến khám tại phòng khám hô hấp - Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương và bệnh viện nhân dân Gia Định.

❖ **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:** Người bệnh được chẩn đoán COPD ổn định thuộc tất cả các nhóm (A đến D) theo hướng dẫn của Sáng kiến Toàn cầu về Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (GOLD), độ tuổi từ 40-79 tuổi.

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ:** Đợt cấp trong

vòng 4 tuần trước; phẫu thuật chi dưới trong vòng 3 tháng trước; hạn chế vận động chi dưới liên quan đến bệnh lý thần kinh, cơ xương khớp; bệnh tim không ổn định (bao gồm: nhồi máu cơ tim trong 1 tháng trước, bệnh mạch vành không ổn định hoặc đau thắt ngực trong tháng trước); có rào cản ngôn ngữ; không thể hiểu quy trình hoặc thực hiện bài kiểm tra.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: 10/2021-07/2022.

- Địa điểm: phòng khám hô hấp - Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương và bệnh viện nhân dân Gia Định.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu ngang, mô tả.

- Chọn mẫu nghiên cứu: Mẫu thuận tiện, gồm tất cả bệnh nhân đủ tiêu chuẩn.

- Trang thiết bị nghiên cứu: Ghế có lưng tựa, không tay vịn chiều cao 44 cm; máy đo oxy xung kẹp ngón tay; đồng hồ bấm giây; phiếu đánh giá nghiệm pháp; Ống nghe và máy đo huyết áp.

2.4. Xử lý số liệu: Việc xác định biến phụ thuộc, số lần lặp lại đứng lên ngồi xuống trong 1 phút ở mức cơ bản và các biến độc lập khác được thực hiện bằng cách sử dụng phân tích hồi quy tuyến tính đơn biến. Sau đó, chúng tôi dùng phương pháp hồi qui tuyến tính đa biến để xác định giá trị tiên đoán 1STST của các biến số độc lập.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu được Hội đồng xét duyệt đề cương chấp nhận và Hội đồng đạo đức của Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh thông qua số 843/HDDD-DHYD ngày 20/12/2021

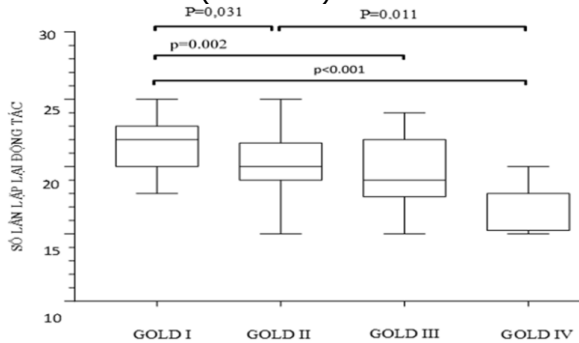
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu có tuổi trung bình 69 (63-72) (ngưỡng 47-79), đa số là nam giới chiếm tỷ lệ 86%. Nhóm đối tượng có chỉ số BMI mức bình thường là chủ yếu (68%), nhóm gầy yếu chiếm rất ít 18,4%.

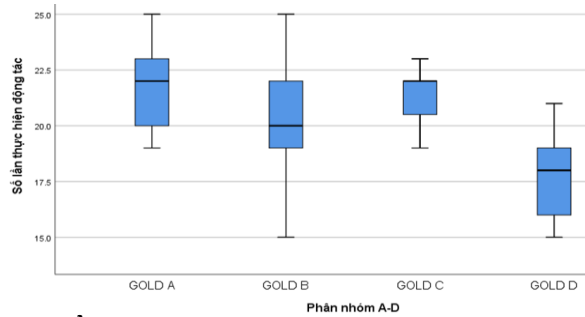
3.2. Đặc điểm bệnh lý. Theo mức độ tắc nghẽn, nhóm người bệnh có mức độ tắc nghẽn mức nhẹ và trung bình ($FEV1 \geq 50\%$) chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm người bệnh tắc nghẽn mức nặng và rất nặng ($FEV1 < 50\%$), GOLD I+II là 65,6%. Theo triệu chứng bệnh, nhóm người bệnh có nhiều triệu chứng (nhóm B+D) chiếm chủ yếu với tỷ lệ 71%, trong đó người bệnh nhóm D chiếm tỷ lệ cao 39%. Tỷ lệ người bệnh có tiền sử nhập viện vì đợt cấp 1 năm trước đó là thấp (chiếm 24,6%), điểm khó thở mMRC chủ yếu ở mức ≥ 2 (71,3%).

3.3. Kết quả 1STST. Số lần lặp lại 1STST

của nhóm dân số nghiên cứu có trung vị (khoảng tứ phân vị) là 20 (19 - 22) lần. Người bệnh có mức độ tắc nghẽn càng nặng số lần lặp lại 1STST càng giảm. Những người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính nhóm GOLD I và GOLD II có kết quả tốt hơn đáng kể so với nhóm người bệnh tắc nghẽn nghiêm trọng (GOLD IV) ($21,7 \pm 1,9$ lần ở nhóm GOLD I và $20,13 \pm 2,09$ lần ở nhóm GOLD II so với nhóm GOLD IV là $17,3 \pm 1,8$ lần lặp lại, $p < 0,001$; chênh lệch trung bình 4,5 lần lặp lại đối với GOLD I và 2,9 lần lặp lại đối với GOLD II). Không có sự khác biệt giữa nhóm GOLD II và nhóm GOLD III. (biểu đồ 1)



Biểu đồ 1: Số lần lặp lại 1STST theo mức độ tắc nghẽn



Biểu đồ 2: Số lần thực hiện theo mức độ nghiêm trọng của triệu chứng

Số lần lặp lại 1STST cao hơn đáng kể ở những đối tượng có ít triệu chứng (GOLD A và C) so với nhóm đối tượng nhiều triệu chứng (GOLD B và D). Trong nhóm người bệnh có cùng mức độ triệu chứng, những người bệnh nhóm GOLD D thực hiện được ít hơn số lần lặp lại so với nhóm người bệnh GOLD B, không quan sát thấy sự khác biệt giữa những người bệnh nhóm GOLD A và C. Sự khác biệt rõ nhất được quan sát thấy giữa nhóm GOLD A và GOLD D ($21,9 \pm 1,9$ lần lặp lại so với $17,7 \pm 1,5$ lần lặp lại, $p < 0,001$, chênh lệch trung bình 4 lần). (Bảng 2)

3.4. Phân tích hồi quy đa biến giữa kết quả 1STST và biến dự báo độc lập

Bảng 3: Môi liên hệ giữa các kết quả của 1STST và các biến dự đoán phân loại

	Số lần lặp lại STST			Điểm Borg		Khử bão hòa O ₂	
	N	Trung bình	Giá trị P	Trung bình	Giá trị P	N(%)	Giá trị P*
Giới							
Nam	105	$19,9 \pm 2,4$	0,19	$3,2 \pm 1,3$	0,318	27 (25,7)	0,356
Nữ	9	$20,8 \pm 2,2$		$2,9 \pm 1,2$		2 (11,8)	
BMI							
Nhóm 1	20	$20,2 \pm 2$	0,897	$2,9 \pm 1,2$	0,345	5 (25)	0,36
Nhóm 2	83	$19,99 \pm 2,5$		$3,28 \pm 1,2$		22 (26,5)	
Nhóm 3	19	$20,21 \pm 2,4$		$2,95 \pm 1,4$		2 (10,5)	
Nhập viện							
Không	92	$20,21 \pm 2,4$	0,18	$3,07 \pm 1,2$	0,097	20 (21,7)	0,459
Có	30	$19,6 \pm 2,2$		$3,47 \pm 1,3$		9 (30)	

N: số người bệnh; P: Giá trị P của kiểm định phi tham số Mann Whitney (2 biến độc lập) hoặc kiểm định Kruskal Wallis (từ 3 biến độc lập trở lên không phân bố chuẩn) hoặc Anova (phân bố chuẩn), P*: Giá trị P của kiểm định so sánh 2 tỷ lệ hoặc 3 tỷ lệ, KTC 95%: khoảng tin cậy 95%

Đánh giá mối liên hệ giữa các kết quả của 1STST và các biến số dự báo phân loại, chúng tôi nhận thấy: không có sự khác biệt số lần lặp lại động tác đứng lên ngồi xuống, điểm Borg mệt mỏi và sự khử bão hòa oxy giữa nam và nữ, giữa các nhóm BMI và nhóm người bệnh có tiền sử nhập viện do đợt cấp và không có tiền sử nhập viện.

Bảng 4 : Môi liên hệ giữa các kết quả của 1STST và các biến dự đoán liên tục

	Số lần lặp lại		Điểm Borg		Khử bão hòa oxy ≥ 4		
	R	Giá trị P	R	Giá trị P	Không	Có	Giá trị P*
Tuổi	-0,198	0,029	0,51	0,579	67,4	65,5	0,153
BMI	-0,021	0,821	0,07	0,443	21,75	20,95	0,242
mMRC	-0,577	<0,001	0,705	<0,001	1,8	2,59	<0,001
FEV1	0,404	<0,001	-0,723	<0,001	63,04	39,17	<0,001

FVC	0.334	<0.001	-0.631	<0.001	82.32	65.86	< 0.001
FEV1/FVC	0.375	<0.001	-0.606	<0.001	0.58	0.46	<0.001

R: hệ số tương quan Person, P*: Giá trị P của kiểm định phi tham số Mann Whitney (2 biến độc lập).

Chúng tôi nhận thấy: Điểm mMRC, chỉ số FEV1, chỉ số FVC có liên quan đến cả 3 biến kết quả là số lần lặp lại STST, điểm Borg và sự khử bão hòa oxy. Trong khi đó, tuổi của người bệnh chỉ liên quan đến số lần lặp lại STST mà không có liên quan đến điểm Borg và sự khử bão hòa oxy. Tuổi càng cao, số lần lặp lại cử động đứng lên ngồi xuống càng giảm.

Phân tích hồi quy đa biến nhiều bước đánh giá mối liên hệ giữa kết quả 1STST và các biến khác: các phân tích đa biến đã điều chỉnh được

trình bày trong Bảng 5. Chỉ có biến tuổi và mMRC có tính chất dự báo cho số lần lặp lại cử động đứng lên ngồi xuống. Số lần lặp lại cử động đứng lên ngồi xuống giảm 2 lần khi tăng lên 10 tuổi và giảm 0.5 lần khi mMRC tăng 1 điểm. Điểm mMRC có tương quan thuận mạnh với điểm khó thở Borg ($r=0,658$; $p<0,001$) và là yếu tố dự báo mạnh mẽ cho điểm Borg. FEV1 có giá trị dự báo yếu cho điểm Borg ($r= -0,033$; $p<0,001$). Bão hòa oxy liên quan với FEV1 ($p<0,001$) và điểm mMRC ($p<0,05$). Các mô hình có khả năng giải thích lần lượt: 37% sự biến đổi của số lần lặp lại STST, 70 % sự thay đổi điểm mệt mỗi Borg và 53% sự khử bão hòa oxy.

Bảng 5: Phân tích hồi quy đa biến với số lần lặp lại đứng lên ngồi xuống, điểm Borg mệt mỗi và khử bão hòa oxy

	Số lần lặp lại		Điểm Borg		Khử bão hòa oxy	
	R ² =0.368	P	R ² = 0,699	P	R ² =0.533	P**
Nhập viện	-0,14	0,858	0,043	0,436	0,337	0,624
BMI	-0,04	0,469	-0,104	0,057	-0,499	0,701
Tuổi	-0,20	0,009	0,067	0,209	0,036	0,386
mMRC	-0,5	<0,001	0,412	<0,001	-0,96	0,036
FEV1	0,23	0,127	-0,487	<0,001	0,114	0,002
FVC	-0,07	0,598	-0,047	0,621	-0,01	0,729

Phương trình dự đoán: Số lần lặp lại = 26,637 - 0,064 x tuổi - 1,518 x mMRC

Điểm Borg = 3,318 + 0,658 x mMRC - 0,033 x FEV1

BMI 1: nhóm người bệnh gầy yếu; BMI 2: nhóm người bệnh thừa cân; R²: hệ số hồi quy chuẩn hóa; P: Giá trị P của hồi quy tuyến tính; P**: Giá trị P của hồi quy logistic

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh lý của đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu có mức độ khó thở đánh giá theo thang điểm mMRC chủ yếu ≥ 2 (71.3%), 24.6% có ít nhất 1 lần nhập viện vì đợt cấp trong 12 tháng qua, hạn chế luồng khí mức vừa (Post FEV1: 56% (42.8% - 72.3%) và đa số là nhóm người bệnh có nhiều triệu chứng, nguy cơ đợt cấp thấp (nhóm B) với tỷ lệ 45%. Đối tượng nghiên cứu trong các nghiên cứu trước đó có mức độ tắc nghẽn nặng hơn.

4.2. Kết quả 1STST. Số lần lặp lại đứng lên ngồi xuống trong thời gian 1 phút có liên quan đến các giai đoạn tắc nghẽn và mức độ nghiêm trọng của người bệnh COPD. Mỗi bệnh nhân trong nghiên cứu thực hiện nghiệm pháp 2 lần trong một buổi kiểm tra. Kết quả trong 2 lần thực hiện nghiệm pháp được kiểm định không có sự khác biệt, chúng tôi chọn kết quả trong lần thực hiện nghiệm pháp thứ 2 để báo cáo giá trị

của 1STST.

Số lần lặp lại của 1STST trong nghiên cứu của chúng tôi là 20 (19-22) lần lặp lại, tương đồng với kết quả đã được báo cáo trong nhóm bệnh nhân COPD trước đó. Nghiên cứu của Rocco và cộng sự đưa ra giá trị trung bình số lần lặp lại là 19 ± 4. Một số nghiên cứu báo cáo số lần lặp lại thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi như nghiên cứu của Ozalevli và cộng sự thực hiện trên người bệnh COPD (tuổi trung bình 71 ± 12)², số lần lặp lại trung bình cho nhóm người bệnh COPD là 15 ± 5; nghiên cứu của Crook và cộng sự số lần lặp lại trung bình 16,5±6,6. Một số nghiên cứu báo cáo kết quả cao hơn như nghiên cứu Gephine và cộng sự (24±5 lần lặp lại) và nghiên cứu của Zanini và cộng sự (24±4). Số lần lặp lại 1STST khác nhau trong các nghiên cứu có thể liên quan đến đặc điểm về nhân khẩu học của dân số giữa các nước. Nghiên cứu của Ozalevli, thực hiện trên nhóm người bệnh COPD và nhóm người khỏe mạnh cùng độ tuổi, kết quả 1STST trung bình trong nhóm dân số khỏe mạnh là 20±4 lần, trong nhóm người bệnh COPD là 15±5. Trong khi Rocco và cộng sự nghiên cứu trên 2 nhóm dân số tương tự, kết quả 1STST ở nhóm người bệnh COPD trung bình 19,3±3,9 lần và người khỏe mạnh là 23,4±3,4 lần. Do đó, để đánh giá mức độ suy giảm khả năng gắng sức

của người bệnh COPD rất cần có kết quả tham chiếu từ nhóm dân số khỏe mạnh cùng đặc điểm.

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trong thời điểm diễn biến dịch Covid-19, tất cả bệnh nhân tham gia làm nghiệm pháp đeo khẩu trang y tế hoặc khẩu trang vải, tuy nhiên điều này không ảnh hưởng đến khả năng gắng sức. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh việc đeo khẩu trang trong khi hoạt động thể chất không ảnh hưởng đến hiệu quả tập luyện, khả năng gắng sức và chỉ có tác động rất nhỏ đến các phản ứng sinh lý ở nhóm dân số khỏe mạnh. Nghiên cứu của Reyckler và cộng sự trên nhóm người trưởng thành khỏe mạnh ở độ tuổi 22 ± 2 , cũng chỉ ra rằng: mặt nạ không có tác động đến hiệu suất 1STST cũng như các thông số tim mạch³. Ngoài ra, nghiên cứu gần đây khi thực hiện 1STST ở những bệnh nhân COVID-19 sau cấp tính gần xuất viện cho thấy khẩu trang phẫu thuật làm tăng khó thở khi nghỉ ngơi và trong khi kiểm tra nhưng không ảnh hưởng đến phản ứng hô hấp hoặc hoạt động gắng sức của tim mạch. Hơn nữa, Barbeito và cộng sự thực hiện nghiệm pháp kiểm tra gắng sức bằng máy chạy bộ trên nhóm bệnh nhân COPD, bệnh mạch vành cùng với khẩu trang cũng đưa ra kết luận tương tự về ảnh hưởng của khẩu trang đến khả năng gắng sức của người bệnh⁴. Những dữ liệu này giúp giảm bớt lo lắng khi chúng ta đánh giá hoặc tập luyện phục hồi chức năng cho người bệnh trong những tình huống đặc biệt người bệnh cần phải mang khẩu trang.

4.3. Các yếu tố dự báo kết quả 1STST.

Trong nghiên cứu này, kết quả thu được từ phân tích hồi quy tuyến tính nhiều bước cho thấy điểm khó thở mMRC và tuổi là các yếu tố quyết định độc lập hiệu suất của 1STST. Tương tự như kết quả của chúng tôi, Ozalevli và cộng sự cũng báo cáo 1STST có tương quan với mức độ khó thở, tuổi và chất lượng cuộc sống². Các nghiên cứu trước đây cũng báo cáo mối tương quan có ý nghĩa của STST với thang điểm khó thở mMRC, vùng khó thở của CRQ và thành phần khó thở trong giá trị dự đoán của tổng điểm CAT. Người ta cũng báo cáo rằng cảm giác khó thở có tương quan với khoảng cách đi bộ ở những người bệnh COPD⁵. Tuổi tác và khó thở là 2 yếu tố có mối tương quan mạnh nhất và nhất quán nhất với suy giảm khả năng vận động ở những bệnh nhân bị COPD⁵. Tuổi tác tương quan với sự suy giảm khả năng tập thể dục ở 1STST và 6MWT theo các nghiên cứu trước đây⁶. Điều này có thể được giải thích, những người lớn tuổi bị mất dần khối lượng và sức mạnh của cơ xương. Nhiều nghiên cứu đã xác nhận rằng sức mạnh của cơ tứ đầu là

một trong những yếu tố quan trọng nhất quyết định đến hiệu suất của bài kiểm tra. Thang điểm mMRC là thang điểm năm dựa trên mức độ khó thở của bệnh nhân liên quan đến hoạt động thể chất. Thang đo mMRC sẽ giúp đánh giá được cảm giác khó thở mà người bệnh cảm nhận được khi hoạt động. Khó thở là triệu chứng chính của COPD liên quan đến việc hạn chế hoạt động hàng ngày. Khó thở có thể biểu hiện ở mức độ tắc nghẽn phổi. Những bệnh nhân bị tắc nghẽn mức độ trung bình hoặc nặng đều có thể bị khó thở trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày⁷.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không tìm thấy mối tương quan giữa hiệu suất 1STST và các thông số chức năng phổi. Mặc dù FEV1 được coi là một yếu tố dự báo tình trạng bệnh kém, chức năng phổi thường được sử dụng để đánh giá mức độ nghiêm trọng của COPD⁵. Kết quả báo cáo trong các nghiên cứu khác cũng không tìm thấy mối tương quan giữa FEV1 và tình trạng chức năng (đo bằng STST và 6MWT) ở bệnh nhân COPD². Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc thực hiện các nghiệm pháp đánh giá khả năng tập thể dục ở bệnh nhân COPD. Do đó, kiểm tra gắng sức phải được thực hiện ở những bệnh nhân này để đánh giá tình trạng khuyết tật của họ, vì thông tin này không thể lấy từ các kết quả đánh giá chức năng hô hấp⁵.

Quá trình khử bão hòa oxy có liên quan đến FEV1, điểm khó thở tự báo cáo mMRC, mà không có liên quan đến tiền căn nhập viện do đợt cấp trong 12, tuổi, chỉ số khối cơ thể và FVC. Khi cố gắng xác định bệnh nhân nào nên được xét nghiệm khử bão hòa oxy, chỉ một yếu tố FEV1 thấp cho thấy bệnh nhân COPD có nguy cơ giảm nồng độ bão hòa oxy. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Waatevik và cộng sự⁸. Mặc dù, nghiên cứu của họ thực hiện nghiệm pháp 6MWT, tuy nhiên thay đổi bão hòa oxy trong 6MWT và 1STST ở nhóm bệnh nhân nặng là như nhau. Theo hiểu biết của chúng tôi, rất ít nghiên cứu đã kiểm tra các mô hình dự báo cho điểm Borg khó thở và dự báo mức độ bão hòa oxy. Đây cũng là điểm cần lưu ý kẻ đơn bài tập và giám sát người bệnh COPD trong quá trình tập vật lý trị liệu.

V. KẾT LUẬN

Số lần lặp lại 1STST khác biệt đáng kể giữa người bệnh nhiều triệu chứng, nguy cơ đợt cấp cao với người bệnh ít triệu chứng, nguy cơ đợt cấp thấp. Kết quả 1STST có thể được dự báo thông qua tuổi của người bệnh, mức độ khó thở mMRC. FEV1 và các thông số chức năng phổi không có giá trị dự đoán hiệu suất 1STST. Do

đó, chúng tôi kiến nghị việc lưu ý yếu tố tuổi tác và mức độ khó thở khi xây dựng chương trình tập luyện gắng sức cho người bệnh COPD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rabe KF, Watz H. Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet. May 13 2017;389(10082):1931-1940. doi:10.1016/s0140-6736(17)31222-9
2. Ozalevli S, Ozden A, Itil O, Akkoclu A. Comparison of the Sit-to-Stand Test with 6 min walk test in patients with chronic obstructive pulmonary disease. Respiratory medicine. 2007; 101(2):286-293.
3. Reyhler G, Straeten CV, Schalkwijk A, Poncin W. Effects of surgical and cloth facemasks during a submaximal exercise test in healthy adults. Respir Med. Sep 2021; 186:106530. doi:10.1016/j.rmed.2021.106530
4. Barbeito-Caamaño C, Bouzas-Mosquera A, Peteiro J, et al. Exercise testing in COVID-19 era: Clinical profile, results and feasibility wearing a facemask. European journal of clinical investigation. 2021; 51(4): e13509. doi: <https://doi.org/10.1111/eci.13509>
5. Foglio K, Carone M, Pagani M, Bianchi L, Jones P, Ambrosino N. Physiological and symptom determinants of exercise performance in patients with chronic airway obstruction. Respiratory medicine. 2000;94(3):256-263. doi: <https://doi.org/10.1053/rmed.1999.0734>
6. Bohannon RW, Crouch R. 1-Minute Sit-to-Stand Test: SYSTEMATIC REVIEW OF PROCEDURES, PERFORMANCE, AND CLINIMETRIC PROPERTIES. J Cardiopulm Rehabil Prev. Jan 2019;39(1) :2-8. doi: 10.1097/hcr.0000000000000336
7. O'Donnell DE, Elbehairy AF, Faisal A, Webb KA, Neder JA, Mahler DA. Exertional dyspnoea in COPD: the clinical utility of cardiopulmonary exercise testing. European Respiratory Review. 2016; 25(141):333-347.
8. Waatevik M, Johannessen A, Hardie JA, et al. Different COPD disease characteristics are related to different outcomes in the 6-minute walk test. COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2012;9(3):227-234. doi: <https://doi.org/10.3109/15412555.2011.650240>

ĐÁNH GIÁ SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ CYFRA 21-1, CEA, SCC HUYẾT TƯƠNG TRONG THEO DÕI ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN 19-8 BỘ CÔNG AN

Trần Thị Thúy Hằng¹, Đỗ Thị Lệ Thúy¹

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTP-KTBN), Cyfra 21-1, CEA, SCC huyết tương.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định nồng độ Cyfra 21-1, CEA, SCC huyết tương và sự thay đổi nồng độ Cyfra 21-1, CEA, SCC trong quá trình điều trị ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện 19-8 Bộ Công An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 41 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện 19-8 từ tháng 4/2023 đến tháng 2/2024. Tất cả bệnh nhân được xét nghiệm định lượng nồng độ CEA, SCC, Cyfra 21-1 vào thời điểm trước và sau điều trị 1 tháng (sau 1 đợt điều trị). **Kết quả:** Nồng độ CEA, Cyfra 21-1, SCC ở nhóm bệnh nhân mới phát hiện bệnh ở đợt trước và sau điều trị lần lượt là 36,65 và 28,96 ng/mL; 1,57 và 1,48 ng/mL; 6,78 và 4,39 ng/mL. Nhóm bệnh nhân tái phát cũng cho kết quả tương tự với sự giảm đáng kể của nồng độ 3 dấu ấn CEA, SCC và Cyfra 21-1 tương ứng 279,22 và 271,44 ng/mL; 2,94 và 1,61 ng/mL; 8,61 và 5,67 ng/mL, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. **Kết luận:** Sự thay đổi nồng độ 3 dấu ấn Cyfra 21-1, CEA, SCC có xu hướng giảm dần ở cả hai nhóm bệnh nhân trong quá trình điều trị.

SUMMARY

ASSESSMENT OF CHANGES IN PLASMA CYFRA 21-1, CEA, SCC CONCENTRATIONS DURING TREATMENT MONITORING IN PATIENTS WITH NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT 19-8 HOSPITAL MINISTRY OF PUBLIC SECURITY

Objective: Determine plasma Cyfra 21-1, CEA, SCC concentrations, and changes in Cyfra 21-1, CEA, SCC concentrations during treatment in patients with non-small cell lung cancer at 19-8 Hospital Ministry of Public Security. **Methods:** Prospective descriptive study on 41 patients diagnosed with non-small cell lung cancer at 19-8 Hospitals from April 2023 to February 2024. All patients were tested to quantify CEA, SCC, and Cyfra 21-1 levels before and 1 month after treatment. **Results:** CEA, Cyfra 21-1, SCC concentrations in the group of patients with newly discovered disease before and after treatment were 36.65 and 28.96 ng/mL; 1.57 and 1.48 ng/mL; 6.78 and 4.39 ng/mL, respectively. The group of relapsed patients also showed similar results with a significant decrease in the concentrations of 3 markers CEA, SCC, and Cyfra 21-1 to 279.22 and 271.44 ng/mL; 2.94 and 1.61 ng/mL; 8.61 and 5.67 ng/mL, respectively; a significant difference with $p < 0.05$. **Conclusion:** The

¹Bệnh viện 19-8 Bộ Công An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thúy Hằng

Email: bsthuylhang198@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2024

Ngày duyệt bài: 12.6.2024