

triển khai tiếp theo và tìm hiểu những cách cụ thể bằng những nghiên cứu phối hợp định tính-định lượng để có thể hiểu một cách rõ ràng hơn về từng loại nhu cầu và những khó khăn thách thức trong việc đáp ứng nhu cầu bệnh nhân quan tâm. Nghiên cứu cũng có hạn chế ở việc cỡ mẫu ước lượng phù hợp tuy nhiên vẫn còn khá ít so với các nghiên cứu quốc tế khác. Đồng thời, mẫu nghiên cứu chủ yếu là nữ nên kết quả này chỉ phần nào đại diện cho mẫu nghiên cứu.

## V. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được tài trợ kinh phí bởi Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo hợp đồng số 46/2021/HĐ-ĐHYD, ngày 30 tháng 03 năm 2021.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Naser AY, Hameed AN, Mustafa N, et al.** Depression and Anxiety in Patients With Cancer: A Cross-Sectional Study. *Front Psychol.* 2021;12:585534. Published 2021 Apr 15. doi:10.3389/fpsyg.2021.585534
2. **Global Burden of Disease 2019 Cancer Collaboration, Kocarnik JM, Compton K, et al.** Cancer Incidence, Mortality, Years of Life Lost, Years Lived With Disability, and Disability-Adjusted Life Years for 29 Cancer Groups From 2010 to 2019: A Systematic Analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *JAMA Oncol.* 2022;8(3): 420-444. doi:10.1001/jamaoncol.2021.6987
3. **Israel KC, Baruiz CP, Solis SH.** Psychosocial needs and their determinants among patients with cancer. *SPMC J Health Care Serv.* 2016; 2(1):1. <https://n2t.net/ark:/76951/jhcs79xnr8>
4. **Phạm HN, Đặng TNT.** Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư đại trực tràng. *VMJ.* 2023;526(1A). doi:10.51298/vmj.v526i1A.5328
5. **Hoàng Thị Quỳnh** (2017). Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ung thư và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Ung Bướu Tp.HCM. *Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh*, 21 (1), 149-158.
6. **Đinh Thị Linh Chi.** Chất lượng cuộc sống và nhu cầu hỗ trợ tâm lý xã hội ở bệnh nhân ung thư vú tại bệnh viện Ung bướu Thành phố Hồ Chí Minh năm 2021. Khóa luận Tốt nghiệp YHDP 2021, Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.
7. **Võ Ý Lan** (2020). Khả năng ứng phó với chẩn đoán - điều trị và các yếu tố liên quan ở bệnh nhân ung thư vú tại bệnh viện Ung Bướu Tp.HCM. *Tạp chí Ung thư Học Việt Nam*, 2 (5), 463-469.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁP ỨNG STEROID TĨNH MẠCH Ở BỆNH NHÂN BỊ ĐỢT CẤP VIÊM LOÉT ĐẠI TRÀNG MỨC ĐỘ NẶNG

Đặng Minh Luân<sup>1,2</sup>, Huỳnh Mạnh Tiến<sup>1</sup>, Đinh Hoàng Trung<sup>1</sup>, Nguyễn Đình Chương<sup>2</sup>, Quách Tiến Phong<sup>2</sup>, Trịnh Thị Thanh Thúy<sup>2</sup>, Bùi Hữu Hoàng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đợt cấp viêm loét đại tràng (VLĐT) mức độ nặng là một biến chứng nguy hiểm của VLĐT. Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đáp ứng với steroid tĩnh mạch ở bệnh nhân Việt Nam bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Báo cáo hàng loạt ca, hồi cứu trên 14 bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng nhập viện tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022. Đáp ứng với steroid tĩnh mạch được đánh giá dựa vào tiêu chuẩn Travis-Oxford. **Kết quả:** Tuổi trung vị là 41,9 tuổi và 71,4% bệnh nhân là nam giới. Thời gian trung vị từ khi khởi phát triệu chứng đến chẩn đoán là 25,6 ngày. Chỉ có 50% bệnh nhân có tiền căn được chẩn đoán VLĐT.

Giá trị trung vị của nồng độ CRP huyết thanh là 63 mg/L. 100% bệnh nhân có điểm Mayo nội soi là 2 hay 3 với 14,2% có loét sâu trên nội soi. 9/14 (64,3%) bệnh nhân đáp ứng với steroid tĩnh mạch và 5/14 (35,7%) bệnh nhân cần điều trị cứu vãn với infliximab hay tofacitinib. 100% bệnh nhân kháng steroid đều đáp ứng với điều trị cứu vãn. **Kết luận:** Steroid tĩnh mạch vẫn là chọn lựa đầu tay ở bệnh nhân Việt Nam bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng. Tuy nhiên, khoảng 1/3 bệnh nhân không đáp ứng với steroid và cần được sử dụng các điều trị cứu vãn.

**Từ khóa:** Đợt cấp viêm loét đại tràng mức độ nặng, steroid tĩnh mạch, Việt Nam

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESPONSE TO INTRAVENOUS STEROID THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE SEVERE ULCERATIVE COLITIS

**Objective:** Acute severe ulcerative colitis (ASUC) is a serious complication in patients with ulcerative colitis. This study aims to provide preliminary data of the clinical characteristics and response rate to intravenous (IV) steroid therapy of Vietnamese patients with ASUC. **Subject and method:** A

<sup>1</sup>Đại học Y dược Thành Phố Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Mạnh Tiến

Email: tienhuynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2024

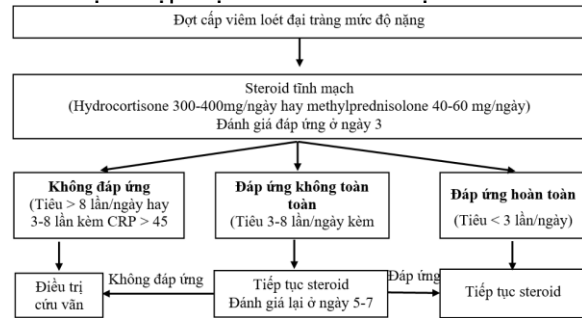
Ngày duyệt bài: 23.7.2024

retrospective analysis was conducted on the data of 14 patients with ASUC admitted to the University Medical Center in Ho Chi Minh City between January 2021 and December 2022. Response to IV steroid therapy was evaluated using the Travis-Oxford criteria. **Results:** The median age was 41.9 years, and 71.4% of the patients were men. The median time from symptom onset to diagnosis was 25.6 days. 50% of the patients had a history of ulcerative colitis. The median value of serum CRP was 63 mg/L. 100% had Mayo endoscopic subscore of 2 or 3, and 14.2% had deep ulcers on endoscopy. 9/14 (64.3%) cases were in-hospital steroid responders, while 5/14 (35.7%) needed rescue therapy with infliximab and tofacitinib. All of the patients with steroid refractory responded to rescue therapy. **Conclusion:** IV steroids remain the cornerstone of initial therapy for Vietnamese patients with ASUC. However, 1/3 of patients may not respond to IV steroid therapy and need rescue therapy.

**Keywords:** Acute severe ulcerative colitis; Intravenous steroid; Vietnam

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Khoảng 25% bệnh nhân VLĐT có thể bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng cần nhập viện điều trị<sup>1</sup>. Dù có nhiều tiến bộ trong điều trị với sự ra đời của các thuốc sinh học nhưng tỉ lệ cắt đại tràng trong cùng đợt nhập viện và sau 1 năm vẫn còn khoảng 20 - 40%<sup>2,3</sup>. Vì đây là một bệnh cảnh nặng với các biến chứng nguy hiểm như phình đại tràng nhiễm độc, xuất huyết tiêu hóa nặng, suy tạng và nguy cơ cắt đại tràng nội viện cao, bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng cần được nhập viện và xử trí tích cực.



**Sơ đồ 1. Sơ đồ điều trị đợt cấp viêm loét đại tràng mức độ nặng**

Steroid tĩnh mạch là chọn lựa đầu tay và nên được sử dụng sớm cho bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng<sup>2,4</sup>. Hiệu quả của steroid tĩnh mạch nên được đánh giá vào ngày thứ 3 sau khi khởi động điều trị. Không khuyến cáo sử dụng steroid quá 7 - 10 ngày ở những bệnh nhân không đáp ứng do sẽ làm tăng tác dụng phụ mà không cải thiện hiệu quả điều trị<sup>3</sup>. Tiêu chuẩn Oxford dựa vào số lần đi tiêu và CRP huyết thanh là một tiêu chuẩn đơn giản, dễ áp dụng và thường được sử dụng trong thực hành lâm sàng

để tiên đoán thất bại với điều trị steroid tĩnh mạch (hình 1)<sup>5</sup>. Vào ngày thứ 3 kể từ khi bắt đầu sử dụng steroid, nếu bệnh nhân đi tiêu > 8 lần/ngày hay đi tiêu 3 - 8 lần/ngày kèm CRP > 45 mg/L thì khả năng cắt đại tràng có thể lên đến 85% nếu không dùng các điều trị cứu vãn. Những bệnh nhân này được xem là không đáp ứng với steroid. Những bệnh nhân đi tiêu < 3 lần/ngày được xem là đáp ứng hoàn toàn với steroid và có thể cân nhắc chuyển sang steroid đường uống. Đối với những bệnh nhân đáp ứng không hoàn toàn (tiêu 3 - 8 lần/ngày kèm CRP < 45 mg/L), có thể tiếp tục dùng steroid tĩnh mạch và đánh giá lại sau 2 - 4 ngày (tức là ngày 5 - 7 sau khi bắt đầu dùng steroid). Nếu bệnh nhân vẫn còn đi tiêu > 3 lần/ngày kèm máu trong phân thì được xem là thất bại với steroid do nguy cơ cắt đại tràng ở những trường hợp này lên đến 40% trong tháng tiếp theo<sup>5</sup>. Những trường hợp không đáp ứng với steroid nên được sử dụng điều trị cứu vãn với infliximab sau khi đã hội chẩn với bác sĩ ngoại khoa và loại trừ chỉ định phẫu thuật<sup>2,3</sup>. Những bằng chứng gần đây cho thấy tofacitinib cũng có hiệu quả và có thể sử dụng trong điều trị đợt cấp VLĐT mức độ nặng kháng steroid<sup>6</sup>.

Hiện tại, chưa có nghiên cứu về đợt cấp VLĐT mức độ nặng tại Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng và 2) Đánh giá tỉ lệ đáp ứng với steroid tĩnh mạch ở bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

Độ tuổi: ≥ 18 tuổi.

Được chẩn đoán đợt cấp VLĐT mức độ nặng và nhập viện lần đầu vì tình trạng này tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

Bệnh nhân dưới 18 tuổi.

Bệnh nhân nhập viện từ lần thứ 2 do đợt cấp VLĐT mức độ nặng.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hàng loạt ca, hồi cứu.

**Cỡ mẫu:** 14 bệnh nhân.

**Kỹ thuật chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện, bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu được chọn vào nghiên cứu.

**Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 01/2021 đến tháng 12/2022.

**Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.

**Các bước tiến hành:** Chọn lựa các bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng nhập khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, thỏa tiêu chuẩn nhận vào và không có tiêu chuẩn loại trừ. Thu thập thông tin lâm sàng (tuổi, giới, triệu chứng lâm sàng và tiền sử bệnh), cân lâm sàng (xét nghiệm sinh hóa máu, phân, kết quả nội soi và mô bệnh học) và đánh giá đáp ứng với steroid tĩnh mạch vào ngày thứ 3 và thứ 7.

**Định nghĩa một số biến số quan trọng:** Viêm loét đại tràng được chẩn đoán dựa vào sự phối hợp của triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm máu và phân, hình ảnh nội soi đại tràng và kết quả mô bệnh học<sup>2,3</sup>.

Đợt cấp VLĐT mức độ nặng được chẩn đoán khi bệnh nhân VLĐT đi tiêu phân máu ≥ 6 lần/ngày kèm theo ít nhất một trong các yếu tố: mạch > 90 lần/phút, thân nhiệt > 37,8°C, hemoglobin < 10,5 g/dL, tốc độ lắng máu > 30 mm/giờ hay CRP > 30 mg/L<sup>2,3</sup>.

Đáp ứng với steroid tĩnh mạch được xác định dựa vào 1 trong 2 tiêu chuẩn<sup>5</sup>:

- Đi tiêu < 3 lần/ngày ở ngày thứ 3 (đáp ứng hoàn toàn)
- Đi tiêu 3 - 8 lần/ngày kèm CRP < 45 mg/L ở ngày thứ 3 (đáp ứng một phần), được tiếp tục dùng steroid tĩnh mạch và đến ngày thứ 7 thì đi tiêu < 3 lần/ngày.

Không đáp ứng với steroid tĩnh mạch: bệnh nhân không thỏa tiêu chuẩn đáp ứng với steroid tĩnh mạch và cần được dùng các điều trị cứu vãn (infliximab, tofacitinib).

**2.3. Xử lý và phân tích số liệu.** Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0, trình bày dưới dạng tần số (tỉ lệ %) đối với biến định tính, trung bình ± độ lệch chuẩn đối với biến định lượng có phân bố chuẩn và trung vị (khoảng tứ phân vị) đối với biến định lượng không có phân bố chuẩn.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ tháng 1 năm 2021 đến tháng 12 năm 2022 có 14 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận một số kết quả như sau:

**3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân lúc nhập viện**

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng lúc nhập viện (N = 14)**

Đặc điểm	Kết quả
Tuổi, trung vị (lớn nhất, nhỏ nhất)	41 (31-51)
Nam giới, n (%)	10 (71,4%)
Tiền căn chẩn đoán viêm loét đại	

tràng, n (%)	
Tiền căn tiêu ra máu	14 (100)
Tiền căn đã từng nội soi đại tràng	11 (78,5)
Tiền căn được chẩn đoán viêm loét đại tràng	7 (50)
Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến nhập viện, trung vị (khoảng tứ phân vị)	25,6 (12,3 – 30,0) ngày
Triệu chứng lúc nhập viện, n (%)	
Tiêu ra máu	14 (100)
Đau bụng	11/14 (78,5)
Sốt	5/14 (35,7)
Mạch, trung vị (khoảng tứ phân vị)	86 (80 – 103)
Huyết áp tâm thu, trung vị (khoảng tứ phân vị)	120 (110 – 125)

**Nhận xét:** Tuổi trung vị là 41 tuổi với nam giới chiếm 71,4%. 100% đã có tiền căn tiêu ra máu trước lần nhập viện này nhưng chỉ có 50% được chẩn đoán xác định VLĐT. Ngoài tiêu ra máu thì đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất. Thời gian trung vị từ lúc có triệu chứng đến khi nhập viện lên đến gần 4 tuần. Đa số bệnh nhân không bị rối loạn huyết động (mạch nhanh và/hoặc tụt huyết áp).

**3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân lúc nhập viện**

**Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng lúc nhập viện (N = 14)**

Đặc điểm	Kết quả
Bạch cầu (/mm <sup>3</sup> ), trung vị (khoảng tứ phân vị)	15,6 (12,4 - 16)
Bạch cầu đa nhân trung tính (/mm <sup>3</sup> ), trung vị (khoảng tứ phân vị)	11,7 (8,4 - 12,1)
CRP huyết thanh (mg/L), trung vị (khoảng tứ phân vị)	63 (19,2 - 72,5)
Hemoglobin huyết thanh (g/L), trung vị (khoảng tứ phân vị)	108 (93,5 - 108)
Calprotectin phân > 150 µg/g, n (%)	14 (100%)
Nội soi, n (%)	14 (100%)
Nội soi đại tràng	5 (35,7%)
Nội soi trực tràng	9 (64,3%)
Điểm Mayo nội soi, n (%)	
0-1	0
2	2 (14,3%)
3	12 (85,7%)
Loét sâu trên nội soi	2 (14,3%)
Sinh thiết khi nội soi	11 (78,6%)
Kết quả mô bệnh học phù hợp VLĐT	9/11(82,8%)
Biến chứng phình đại tràng	1/14(7,1%)

**Nhận xét:** Đa số bệnh nhân có tăng bạch cầu trong huyết thanh. 100% bệnh nhân có tăng calprotectin phân và CRP huyết thanh cũng thường gia tăng. 100% bệnh nhân có điểm Mayo

nội soi là 2 hay 3, trong đó hơn 85% có điểm Mayo nội soi là 3. Biến chứng phình đại tràng khá hiếm gặp với chỉ 1 trường hợp bị biến chứng này. 82,2% có kết quả mô bệnh học phù hợp với chẩn đoán VLĐT.

### 3.3. Đáp ứng với steroid tĩnh mạch của bệnh nhân bị đợt cấp viêm loét đại tràng mức độ nặng

**Bảng 3. Đáp ứng với steroid tĩnh mạch**

Đặc điểm	Loại steroid
Methylprednisolone tĩnh mạch, n (%)	14 (100%)
Liều methylprednisolone, n (%)	
40 mg/ngày	6 (42,9%)
60 mg/ngày	8 (57,1%)
Cần truyền máu, n (%)	5 (35,7%)
Đáp ứng steroid ngày 3, n (%)	
Không đáp ứng	2 (14,3%)
Đáp ứng một phần	6 (42,9%)
Đáp ứng hoàn toàn	6 (42,9%)
Đáp ứng steroid ở ngày 7 (tính trên tổng số bệnh nhân), n (%)	
Có đáp ứng	9 (64,3%)
Không đáp ứng	5 (35,7%)
Thời gian từ khi sử dụng đến khi có đáp ứng, trung vị (khoảng tứ phân vị)	5 ngày (3-5.5)
Thời gian sử dụng steroid, trung vị (khoảng tứ phân vị)	8 ngày (6-11.5)
Điều trị cứu vãn, n(%)	5 (35,7%)
Thuốc điều trị cứu vãn	
Infliximab	4/5 (80%)
Tofacitinib	1/5 (20%)
Tỉ lệ đáp ứng điều trị cứu vãn	5/5 (100%)*
Thời gian nằm viện, trung vị (khoảng tứ phân vị)	12 (10-24.5)
Phẫu thuật cắt đại tràng trong thời gian nằm viện	0

\*Có 1 trường hợp cần dùng infliximab liều tăng nhanh

**Nhận xét:** Tất cả bệnh nhân đều được sử dụng methylprednisolone tĩnh mạch với hơn 50% các trường hợp được dùng liều 60 mg/ngày. Ở ngày thứ 3 có 14,3 bệnh nhân không đáp ứng với steroid tĩnh mạch, phải khởi động điều trị cứu vãn và 85,8% có đáp ứng (một phần hay hoàn toàn). Trong số 6 bệnh nhân có đáp ứng một phần ở ngày 3 và được tiếp tục sử dụng steroid tĩnh mạch thì có 3 bệnh nhân có đáp ứng và 3 bệnh nhân không đáp ứng, phải chuyển sang điều trị cứu vãn ở ngày 7. Như vậy đến ngày 7 sau khi khởi động steroid tĩnh mạch, có 9 bệnh nhân đáp ứng với steroid. Tất cả các trường hợp kháng steroid đều đáp ứng với điều trị cứu vãn (infliximab hay tofacitinib) với 1 bệnh nhân phải sử dụng infliximab liều tăng nhanh.

## IV. BÀN LUẬN

Đợt cấp VLĐT mức độ nặng có thể gặp ở 1/4 bệnh nhân bị VLĐT [1] và steroid tĩnh mạch là chọn lựa đầu tay để điều trị tình trạng này. Trong nghiên cứu này, khoảng 2/3 bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng có đáp ứng với steroid tĩnh mạch ở ngày thứ 7. Những trường hợp kháng steroid đều đáp ứng với thuốc điều trị cứu vãn và không trường hợp nào cần phẫu thuật cắt đại tràng.

**4.1. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng.** Chúng tôi ghi nhận tuổi trung vị của bệnh nhân là 41 và nam giới chiếm 71,4%. Tuổi trung vị chẩn đoán đợt cấp VLĐT mức độ nặng và nam giới chiếm ưu thế trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với 2 nghiên cứu tại Châu Á<sup>7,8</sup>. Chúng tôi cũng ghi nhận ngoài tiêu ra máu thì đau bụng là một triệu chứng thường gặp ở bệnh nhân đợt cấp VLĐT mức độ nặng. Thêm vào đó, thời gian trung vị từ khi bệnh nhân khởi phát triệu chứng đến khi bệnh nhân nhập viện với chúng tôi lên đến gần 4 tuần (25,6 ngày) dài hơn so với nghiên cứu của Hàn Quốc (14 ngày)<sup>7</sup>. Điều này có thể được giải thích do VLĐT là một bệnh lý mới gia tăng và được chẩn đoán nhiều hơn trong thời gian gần đây cũng như chưa có khuyến cáo trong thực hành cho bệnh lý này tại Việt Nam. Các bác sĩ lâm sàng có thể chưa quen với cách chẩn đoán bệnh lý này. Giả thuyết này được ủng hộ bởi thực tế là 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tiền căn tiêu ra máu với 78,5% đã từng được nội soi đại tràng nhưng chỉ có 50% được chẩn đoán xác định chẩn đoán VLĐT trong tiền căn. Gia tăng hiểu biết và khả năng chẩn đoán của bác sĩ lâm sàng cũng như bác sĩ nội soi có thể giúp chẩn đoán bệnh sớm hơn.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng thường có tăng các chỉ dấu sinh học đánh giá tình trạng viêm như CRP huyết thanh và calprotectin phân. CRP từ lâu đã là một trong các tiêu chuẩn chẩn đoán của đợt cấp VLĐT mức độ nặng<sup>2,3</sup>. Gần đây, calprotectin phân cũng được sử dụng để chẩn đoán tình trạng này<sup>3</sup>. Giá trị trung vị của nồng độ CRP huyết thanh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Hàn Quốc (63 so với 43 mg/L). Điều này một phần có thể do bệnh nhân nhập viện trễ nên tình trạng viêm nặng hơn<sup>7</sup>. Về kết quả nội soi, 100% bệnh nhân có điểm Mayo nội soi 2 hay 3 với điểm Mayo nội soi 3 chiếm đến 85,7%. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu ở Hàn Quốc với 99,2% có

điểm Mayo nội soi là 2 hay 3 và 80,5% có điểm Mayo nội soi 3<sup>7</sup>. Mayo nội soi 2 hay 3 cũng là một trong những tiêu chuẩn được đề nghị gần đây để chẩn đoán đợt cấp VLĐT mức độ nặng<sup>3</sup>. Nên nghĩ đến chẩn đoán đợt cấp VLĐT mức độ nặng nếu bệnh nhân có tiêu ra máu > 6 lần/ngày kèm theo tăng các chỉ dấu sinh học đánh giá tình trạng viêm, đặc biệt nếu bệnh nhân có tiêu ra máu kéo dài hay đã có tiền căn tiêu ra máu trước đây.

#### 4.2. Đáp ứng với steroid tĩnh mạch của bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng.

Các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được sử dụng methylprednisolone với liều đúng theo khuyến cáo, với khoảng 60% sử dụng liều 60mg. Điều này một phần có thể là do bệnh nhân đến trễ và có nồng độ CRP huyết thanh cao. Ở ngày thứ 3 sau khi khởi động steroid, chỉ có 2/14 (14,3%) bệnh nhân không đáp ứng theo tiêu chuẩn Oxford-Travis và phải được chuyển sang sử dụng các điều trị cứu vãn. Ngược lại, có đến 12/14 (85,8%) bệnh nhân có đáp ứng (hoàn toàn hay một phần) với steroid. Đến ngày thứ 7 thì tỉ lệ đề kháng steroid tĩnh mạch và phải chuyển sang sử dụng điều trị cứu vãn là 35,7%. Tỉ lệ này cũng gần tương đồng với kết quả của phân tích tổng hợp trên bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng<sup>9</sup>. Trong số 12 bệnh nhân có đáp ứng với steroid ở ngày thứ 3, thì có 6 bệnh nhân thuộc nhóm đáp ứng không hoàn toàn, và sau khi sử dụng tiếp tục steroid đến ngày thứ 7, có 3/6 bệnh nhân có đáp ứng với steroid và 3/6 bệnh nhân cần khởi động điều trị cứu vãn. Trong thực hành lâm sàng, việc đánh giá đáp ứng steroid tĩnh mạch ở ngày thứ 3 đã được khuyến cáo từ các hướng dẫn trên thế giới và trong khu vực. Đối với những bệnh nhân có đáp ứng một phần với steroid, cần tiếp tục sử dụng steroid, có thể tối ưu hóa liều và đánh giá lại ở ngày thứ 7 trước khi quyết định chuyển sang sử dụng các điều trị cứu vãn.

Các trường hợp đề kháng steroid tĩnh mạch trong nghiên cứu của chúng tôi đều đáp ứng với điều trị cứu vãn mà không cần phẫu thuật cắt đại tràng. Tỉ lệ phẫu thuật cắt đại tràng sau 3-5 ngày trong nghiên cứu tại Hàn Quốc trên bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng cũng rất thấp (3,6%)<sup>7</sup>. Có bằng chứng cho thấy tỉ lệ phẫu thuật cắt đại tràng trong giai đoạn đầu đối với bệnh nhân bị VLĐT ở Châu Á có vẻ thấp hơn so với phương tây<sup>10</sup>. Trong nghiên cứu có 1 trường hợp bị biến chứng phình đại tràng và không đáp ứng với infliximab liều chuẩn (5mg/kg). Sau khi tư vấn cho bệnh nhân các chọn lựa điều trị, bệnh nhân quyết định chọn chiến lược infliximab

liều tăng nhanh. Chiến lược infliximab liều tăng nhanh là sử dụng liều 5mg/kg cân nặng nhưng quyết định truyền phụ thuộc vào đáp ứng lâm sàng, với thời gian truyền trung bình cho 3 liều là 24 ngày (thay vì truyền liều chuẩn 5mg/kg cố định vào tuần thứ 0, 2 và 6). Sau 1 tuần điều trị thì bệnh nhân đáp ứng tốt và không phải cắt đại tràng. Kết quả từ một nghiên cứu cho thấy infliximab liều tăng nhanh có thể giảm nguy cơ phẫu thuật cắt đại tràng cho bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng<sup>11</sup>. Chiến lược này có thể áp dụng cho các bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT thất bại với infliximab liều chuẩn.

#### 4.3. Ưu khuyết điểm của nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có một vài khuyết điểm. Đầu tiên, đây là nghiên cứu hồi cứu với cỡ mẫu nhỏ. Thứ hai, nghiên cứu chỉ đánh giá hiệu quả điều trị nội trú, chưa theo dõi bệnh nhân lâu dài. Tuy nhiên, đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam trên bệnh nhân bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng và được thực hiện tại đơn vị Bệnh viêm ruột mạn của một bệnh viện tuyến cuối, nơi chuyên điều trị cho các bệnh nhân bị viêm loét đại tràng hay bệnh Crohn.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân Việt Nam bị đợt cấp VLĐT mức độ nặng thường đến trễ. Tuy nhiên, 2/3 bệnh nhân vẫn đáp ứng với steroid tĩnh mạch. Steroid tĩnh mạch vẫn là chọn lựa đầu tay trong điều trị đợt cấp VLĐT mức độ nặng tại Việt Nam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dinesen LC, Walsh AJ, Protic MN, et al.** The pattern and outcome of acute severe colitis. *J Crohns Colitis*. Oct 2010;4(4):431-7.
2. **Raine T, Bonovas S, Burisch J, et al.** ECCO guidelines on therapeutics in ulcerative colitis: medical treatment. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2022;16(1):2-17.
3. **Rubin DT, Ananthakrishnan AN, Siegel CA, Sauer BG, Long MD.** ACG clinical guideline: ulcerative colitis in adults. *Official journal of the American College of Gastroenterology* | ACG. 2019;114(3):384-413.
4. **Ran Z, Wu K, Matsuoka K, et al.** Asian Organization for Crohn's and Colitis and Asia Pacific Association of Gastroenterology practice recommendations for medical management and monitoring of inflammatory bowel disease in Asia. *J Gastroenterol Hepatol*. Mar 2021;36(3):637-645.
5. **Hart AL, Ng SC.** Review article: the optimal medical management of acute severe ulcerative colitis. *Aliment Pharmacol Ther*. Sep 2010;32(5):615-27.
6. **Steenholdt C, Dige Ovesen P, Brynskov J, Benedict Seidelin J.** Tofacitinib for Acute Severe Ulcerative Colitis: A Systematic Review. *Journal of Crohn's and Colitis*. 2023;17(8):1354-1363.
7. **Kim ES, Kim KO, Jang BI, et al.** Comparison of

- 1-Year Colectomy Risk Between the US and Korean Patients with Acute Severe Ulcerative Colitis: A Propensity Score Matching Analysis. *Dig Dis Sci.* Jul 2022;67(7):2866-2875.
8. **Aakash Aggarwal, Ahuja V, Gaurav Singal, Prateek Sharda, Sharma. M.** Clinical profile of patients with acute severe ulcerative colitis in north india. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology.* 2024;31(3):2215-2220.
9. **Turner D, Walsh CM, Steinhart AH, Griffiths AM.** Response to corticosteroids in severe ulcerative colitis: a systematic review of the literature and a meta-regression. *Clinical Gastroenterology and Hepatology.* 2007;5(1):103-110.
10. **Mak WY, Zhao M, Ng SC, Burisch J.** The epidemiology of inflammatory bowel disease: East meets west. *J Gastroenterol Hepatol.* Mar 2020;35(3):380-389.
11. Gibson DJ, Heetun ZS, Redmond CE, et al. An accelerated infliximab induction regimen reduces the need for early colectomy in patients with acute severe ulcerative colitis. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2015; 13(2):330-335.

## NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH, MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RUNG NHĨ Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH BẠC LIÊU

Trần Tấn Thế<sup>1</sup>, Đoàn Thị Tuyết Ngân<sup>2</sup>,  
Trần Diệu Hiền<sup>3</sup>, Bùi Thế Dũng<sup>4</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đái tháo đường típ 2 làm gia tăng tần suất xuất hiện các rối loạn nhịp, trong đó tương đối phổ biến là rung nhĩ. Một số nghiên cứu trên thế giới xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến rung nhĩ ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2, tuy nhiên, tại Việt Nam nói chung và tại Bạc Liêu nói riêng chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả tỷ lệ và xác định một số yếu tố liên quan đến rung nhĩ ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tổng số 184 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 đến khám và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bạc Liêu từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 3 năm 2024. **Kết quả:** Tổng cộng 184 bệnh nhân, nam giới là 47,8%, tuổi trung bình là 65,6 ± 10,6 năm, thời gian mắc bệnh trung bình là 11,3 ± 4,9 năm. Tỷ lệ rung nhĩ là 16,3% trong đó nam giới chiếm đa số. Có mối liên quan giữa giới tính, uống rượu bia, thời gian mắc bệnh trên 10 năm, HbA1c trên 6,5, tăng huyết áp và phương pháp điều trị với tỷ lệ rung nhĩ ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Tuổi, huyết áp tâm trương, LDL-c và HDL-c là các yếu tố độc lập có tác động đến khởi phát rung nhĩ. **Kết luận:** Tỷ lệ rung nhĩ trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 là 16,3% và có mối liên quan với giới tính, uống rượu bia, thời gian mắc đái tháo đường, HbA1c, tăng huyết áp và phương pháp điều trị. **Từ khóa:** Đái tháo đường típ 2, rung nhĩ, một số yếu tố liên quan.

### SUMMARY

#### RESEARCH ON THE PROPORTION AND SOME FACTORS RELATED TO ATRIAL FIBRILLATION IN TYPE 2 DIABETIC PATIENTS AT THE GENERAL HOSPITAL OF BAC LIEU PROVINCE

**Introduction:** Type 2 diabetes increases the frequency of arrhythmias, the most common of which is atrial fibrillation. A number of studies around the world have determined the rate and factors related to atrial fibrillation in patients with type 2 diabetes, however, there have not been many studies on this issue in Viet Nam. **Objectives:** Describe the rate and identify some factors related to atrial fibrillation in patients with type 2 diabetes. **Materials and methods:** Cross sectional study on 184 patients with type 2 diabetes examined and treated at Bac Lieu General Hospital from April 2023 to March 2024. **Results:** A total of 184 patients were 47.8% male, mean age was 65.6 ± 10.6 years with mean disease duration of 11.3 ± 4.9 years. The rate of atrial fibrillation was 16.3%, with men accounting for the majority. There were a relationship between gender, alcohol consumption, disease duration over 10 years, HbA1c over 6.5, hypertension and treatment methods with the rate of atrial fibrillation in patients with type 2 diabetes. Ages, DBP, LDL-c and HDL-c were independent factors that impact the onset of atrial fibrillation in patients with type 2 diabetes. **Conclusion:** The rate of atrial fibrillation in patients with type 2 diabetes is 16.3% and relate to gender, alcohol consumption, duration of diabetes, HbA1c, hypertension and treatment methods.

**Keywords:** Type 2 diabetes, atrial fibrillation, some related factors.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 là một bệnh không lây có tốc độ phát triển nhanh nhất trên toàn cầu với tỷ lệ mắc rất cao, chiếm 1-2% dân

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

<sup>4</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thế Dũng

Email: dung.bt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2024

Ngày duyệt bài: 23.7.2024