

CÁC DẤU ẤN CẬN LÂM SÀNG TRONG TIỀN ĐOÁN RUNG NHĨ

Dương Hà Khánh Linh¹, Trần Thành Vinh¹,
Lâm Vĩnh Niên², Lê Văn Thanh¹,
Đoàn Sang³, Kiều Ngọc Dũng⁴,
Trần Lê Uyên Phương⁴, Nguyễn Tri Thức⁵

TÓM TẮT

Rung nhĩ là rối loạn nhịp tim thường gặp nhất. Bản thân rung nhĩ không nguy hiểm nhưng những biến chứng của rung nhĩ gồm suy tim và đột quỵ có thể gây ra gánh nặng bệnh tật lớn trong cộng đồng. Những hiểu biết về cơ chế bệnh sinh của rung nhĩ ngày càng gia tăng, tuy nhiên các biện pháp dự phòng rung nhĩ vẫn chưa được triển khai cụ thể. Gần đây các dấu ấn cận lâm sàng liên quan đến tiên đoán sự phát triển rung nhĩ trong tương lai được chú ý nhiều do có thể góp phần giúp phát hiện sớm rung nhĩ. Những dấu ấn này liên quan đến tình trạng dẫn nhĩ trái, viêm, rối loạn chức năng nội mô, là những yếu tố liên quan đến bệnh sinh của rung nhĩ. Bài viết tổng quan nêu các dấu ấn sinh học cung cấp thông tin về cơ chế bệnh sinh rung nhĩ và vai trò của các dấu hiệu này trong việc cải thiện tiên đoán rung nhĩ trong tương lai.

Từ khóa: dấu ấn cận lâm sàng, rung nhĩ, tiên đoán

SUMMARY

A REVIEW OF BIOMARKERS IN PREDICTION OF ATRIAL FIBRILLATION

Atrial fibrillation (AF) is the most common cardiac arrhythmia. Atrial fibrillation itself is not dangerous, but its complications, including heart failure and stroke, place a substantial burden on the health care system. Our understanding of AF pathophysiology has been improving, but targeted preventive therapies for AF have not been specifically implemented. Recently, biological markers related to predicting future development of atrial fibrillation have been identified because they can predict future AF events. These markers are associated with atrial stress, inflammation and endothelial dysfunction, which are factors involved in the pathogenesis of AF. This review highlights biomarkers that provide information on the pathogenesis of AF and the role of these markers in improving future atrial fibrillation prognosis.

Keywords: biomarkers, atrial fibrillation, prediction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ (atrial fibrillation - AF) là một trong những rối loạn nhịp tim thường gặp nhất trong cộng đồng và thường gây ra những biến chứng nặng nề làm bệnh nhân có thể tử vong hoặc tàn phế suốt đời. Rung nhĩ

¹Khoa Sinh Hóa - Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bộ môn Hóa Sinh - Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Khoa Chẩn đoán Hình ảnh - Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

⁴Khoa Điều trị Rối loạn Nhịp - Bệnh viện Chợ Rẫy

⁵Văn phòng Giám đốc - Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Dương Hà Khánh Linh
SĐT: 0366698048

Email: khanhlinh175@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/11/2023

Ngày phản biện khoa học: 20/11/2023

Ngày duyệt bài: 23/02/2024

có thể là nguyên nhân gây ra khoảng 5% các trường hợp đột quỵ mỗi năm. Bệnh nhân suy tim có kèm theo rung nhĩ tỷ lệ tử vong tăng hơn đến 34%. Tỷ lệ rung nhĩ tăng dần theo tuổi, trung bình tỷ lệ mới mắc rung nhĩ khoảng 0,1% mỗi năm ở người dưới 40 tuổi nhưng tăng lên tới 1,5 – 2% ở người trên 80 tuổi¹.

Ở Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân mắc các bệnh lý tim mạch đang ngày càng gia tăng rõ rệt, nhiều trường hợp bệnh nhân có kèm theo rung nhĩ đã gây những khó khăn trong chẩn đoán và điều trị. Việc chẩn đoán và chiến lược điều trị rung nhĩ cần phải được thống nhất để giảm thiểu tối đa biến chứng của rung nhĩ, đem lại cuộc sống với chất lượng tốt hơn cho bệnh nhân.

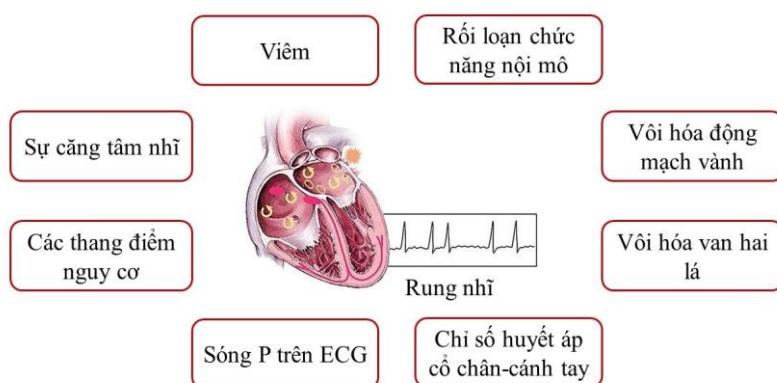
Rung nhĩ gây ra gánh nặng đáng kể cho bệnh nhân, bác sĩ và hệ thống chăm sóc sức khỏe trên toàn cầu. Các nỗ lực và nguồn lực nghiên cứu đáng kể đang được hướng tới việc thu thập thông tin chi tiết về các cơ chế bệnh sinh của AF, quá trình diễn tiến tự nhiên và các phương pháp điều trị hiệu quả. Sự phức tạp của AF đòi hỏi một cách tiếp cận đa diện, tổng thể và đa ngành để quản lý bệnh nhân AF, với sự tham gia tích cực của các ngành này cùng với các bác sĩ lâm sàng.

Sự phát triển liên tục của công cụ chẩn đoán và phân tầng tiên lượng có thể dẫn đến việc quản lý AF tối ưu². Việc sử dụng các dấu ấn sinh học trong quản lý AF đã được phát triển như một chủ đề thú vị. Tuy nhiên, các dấu ấn sinh học tiên đoán AF vẫn chưa được thiết lập tốt trong các hướng dẫn chính.

Mục đích của bài viết tổng quan này nhằm cung cấp đến quý độc giả một số chỉ dấu cận lâm sàng được phát triển gần đây có liên quan đến việc tiên đoán rung nhĩ trong tương lai, từ đó có thể góp phần vào việc phòng ngừa và chẩn đoán sớm rung nhĩ, hỗ trợ quá trình điều trị bệnh nhân tốt hơn.

I. NỘI DUNG

Nhiều chỉ dấu sinh học, được đo bằng xét nghiệm máu hoặc bằng các kỹ thuật không xâm lấn, đã được xác định để dự đoán sự phát triển của AF trong tương lai. Những dấu hiệu này đã nâng cao hiểu biết của các nhà lâm sàng và nhà nghiên cứu về sinh lý bệnh AF bằng cách xác định một số quá trình tạo thuận lợi cho việc bắt đầu và duy trì rối loạn nhịp tim. Các dấu hiệu này cũng cung cấp thông tin tiên lượng quan trọng, đặc biệt là khi phải đối mặt với quyết định bắt đầu các chiến lược sửa đổi yếu tố nguy cơ với mục đích giảm sự phát triển của AF.



Hình 1: Các dấu ấn sinh học liên quan đến dự đoán rung nhĩ

1.1. Dấu hiệu của sự căng tâm nhĩ

Sự dẫn của tâm nhĩ trái được cho là góp phần vào các đặc tính dẫn điện bất thường được quan sát thấy trong AF. Do đó, các dấu hiệu phát hiện tăng áp lực đổ đầy nhĩ và tăng áp lực nhĩ sớm là những chỉ báo về tái cấu trúc nhĩ bất thường trong đó có khả năng phát triển AF.

B-type natriuretic peptide (BNP) và phần đầu tận cùng N ổn định của prohormone, pro-BNP (NT-proBNP), là các peptide được tổng hợp bởi các tế bào cơ tim để đáp ứng với áp lực tăng cao và dẫn đến căng cơ tim. Mặc dù thường được coi là một dấu hiệu của tình trạng quá tải thể tích và rối loạn chức năng tâm thất trái, nhưng sự gia tăng trực tiếp áp lực và độ căng của tâm nhĩ đã được chứng minh là gây ra sự tổng hợp và bài tiết BNP.

Một báo cáo từ Cardiovascular Health Study và Malmö Diet and Cancer Study đã chứng minh rằng NT-proBNP có liên quan đáng kể với rung nhĩ sau khi điều chỉnh các yếu tố nguy cơ phổ biến. Dữ liệu từ Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis cho thấy NT-proBNP là một yếu tố dự đoán chắc chắn về sự xuất hiện AF trong một nhóm thuần tập gồm nam và nữ đa dạng về chủng tộc/sắc tộc. Ngoài ra, BNP đã được hiển thị để dự đoán sự xuất hiện AF trong nghiên cứu Framingham Heart Study. BNP cũng được phát hiện là cải thiện khả năng dự đoán của Cohorts for Heart and Aging Research in Genomic Epidemiology AF consortium (CHARGE-AF) về điểm số nguy cơ đối với AF.

1.2. Dấu hiệu viêm

Viêm có liên quan đến sinh lý bệnh của AF và protein phản ứng C (C-reactive protein - CRP) là dấu hiệu tiền viêm được nghiên cứu rộng rãi nhất liên quan đến nguy

cơ AF. Chất phản ứng giai đoạn cấp tính này được sản xuất trong gan được cho là thúc đẩy quá trình tạo loạn nhịp tim thông qua việc tái cấu trúc tâm nhĩ và làm tăng ngoại tâm thu nhĩ, cho thấy mối liên hệ giữa viêm và quá trình tạo loạn nhịp tim.

Dữ liệu từ Cardiovascular Health Study, một đoàn hệ dân số ở Na Uy và Malmö Diet and Cancer Study đã chứng minh rằng mức CRP cao hơn có liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc AF. Một cuộc kiểm tra những người tham gia từ Copenhagen City Heart Study đã quan sát thấy nguy cơ AF gia tăng với mức độ CRP cao hơn. CRP cũng đã được chứng minh là có thể dự đoán AF sau nhồi máu cơ tim cấp tính. Mặc dù CRP có liên quan đến việc tăng nguy cơ mắc AF, nhưng việc bổ sung dấu hiệu viêm này không cải thiện khả năng dự đoán của Framingham Heart Study hoặc thang điểm nguy cơ CHARGE-AF đối với tiên đoán AF. Dữ liệu từ Malmö Diet and Cancer Study cũng không cho thấy sự cải thiện trong dự đoán về AF trong tương lai ngoài các yếu tố nguy cơ truyền thống với CRP³.

1.3. Dấu hiệu rối loạn chức năng nội mô

Các dấu hiệu của rối loạn chức năng nội mô có liên quan đến AF. Sự giãn nở qua trung gian dòng chảy động mạch (Arterial flow-mediated dilation - FMD) là phép đo gián tiếp sự giải phóng oxit nitric (NO) nội mô, và những bất thường trong quá trình này có liên quan đến AF thông qua tái cấu trúc tâm nhĩ và tăng ngoại tâm thu nhĩ.

Một nghiên cứu trên bệnh nhân AF mạn tính cho thấy các phép đo FMD giảm đáng kể so với các trường hợp được kiểm soát bởi nhịp xoang. Một nghiên cứu bệnh chứng khác cho thấy những người tham gia mắc AF dai dẳng bị suy FMD và FMD cải thiện sau

khi phục hồi nhịp xoang. Chỉ có một báo cáo từ Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis đã chứng minh rằng các phép đo FMD bất thường có trước sự phát triển của AF, cho thấy vai trò của rối loạn chức năng nội mô trong cơ chế bệnh sinh của AF. Mặc dù rối loạn chức năng nội mô bất thường dẫn đến AF, nhưng không có nghiên cứu nào đánh giá khả năng của dấu hiệu này để cải thiện khả năng đánh giá của các điểm nguy cơ AF hiện nay. Ngoài ra, việc sử dụng FMD như một phép đo gián tiếp NO chưa được áp dụng rộng rãi như một chỉ dấu sinh học để dự đoán rối loạn nhịp tim.⁴

1.4. Vôi hóa động mạch vành

Vôi hóa động mạch vành (Coronary artery calcium - CAC) được đo bằng chụp cắt lớp vi tính tim (computed tomography - CT) cung cấp ước tính mảng bám mạch vành. Kỹ thuật này phần lớn đã được sử dụng để phát hiện bệnh động mạch vành tắc nghẽn, nhưng các báo cáo gần đây đã chứng minh rằng CAC dự đoán các sự kiện không giới hạn ở động mạch vành, bao gồm cả đột quỵ. Bệnh mạch vành được biết là một yếu tố nguy cơ đối với AF, một số báo cáo đã khám phá giá trị của các phép đo CAC để dự đoán các sự kiện AF.

Một nghiên cứu gồm 6.641 người tham gia với các phép đo CAC cơ bản từ Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis đã chỉ ra rằng mức vôi hóa động mạch vành cao hơn dự đoán khả năng mắc AF. Ngoài ra, một nghiên cứu tiếp theo từ cùng một nhóm đã chứng minh rằng mối quan hệ giữa CAC và AF phụ thuộc vào mức độ tiến triển của CAC theo thời gian. Các động mạch vành bị vôi hóa cao có liên quan đến các tĩnh mạch phổi lớn hơn và mở rộng tâm nhĩ trái, gợi ý rằng sự hiện diện của CAC xác định các cá nhân có chất nền bất thường cho sự lan truyền AF.

Việc đưa CAC vào Framingham Heart Study và thang điểm nguy cơ CHARGE-AF đối với AF cũng được chứng minh là cải thiện khả năng dự đoán của cả hai thang điểm⁵.

1.5. Vôi hóa van hai lá

Vôi hóa van hai lá (mitral annular calcification - MAC) là một quá trình thoái hóa mạn tính ảnh hưởng đến đáy van hai lá. Một số yếu tố nguy cơ AF, chẳng hạn như bệnh đái tháo đường và tăng huyết áp, có liên quan đến sự hiện diện của MAC. Sự hiện diện của MAC có liên quan đến phì đại tâm nhĩ trái, gợi ý rằng những người bị MAC có khả năng có điều kiện cần thiết cho sự phát triển AF.

Trong nghiên cứu Framingham Heart Study, MAC, được phát hiện bằng siêu âm tim, có liên quan đến sự phát triển của AF. Một báo cáo từ Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis cũng chứng minh rằng MAC, được phát hiện bởi CT, có liên quan đến việc tăng nguy cơ AF và nguy cơ này càng lớn với mức MAC càng cao⁶. Ngoài ra, MAC đã được chứng minh là cải thiện khả năng tiên đoán ngoài các biến số có trong nghiên cứu Framingham Heart Study và thang điểm rủi ro CHARGE-AF đối với AF.

1.6. Chỉ số huyết áp cổ chân – cánh tay

Chỉ số huyết áp cổ chân – cánh tay (ankle-brachial index - ABI) đã được chấp nhận rộng rãi như một công cụ chẩn đoán để phát hiện sự hiện diện của bệnh động mạch ngoại vi và những bất thường trong chỉ số này có liên quan đến các yếu tố nguy cơ AF đã biết, chẳng hạn như bệnh đái tháo đường và hút thuốc lá. Công cụ này đã được đề xuất là một dấu hiệu sinh học duy nhất vì nó có khả năng phát hiện bệnh lý trước khi các triệu chứng lâm sàng xuất hiện và cung cấp cho các bác sĩ cơ hội thực hiện các chiến lược phòng ngừa trước khi các biến cố bệnh

tim mạch xảy ra.

Dữ liệu từ Nghiên cứu Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis đã chứng minh rằng các chỉ số ABI bất thường (nghĩa là $<1,0$ hoặc $>1,4$) có liên quan đến việc tăng nguy cơ phát triển AF. Kết quả tương tự đã được báo cáo từ Cardiovascular Health Study⁷. Các giá trị ABI bất thường và AF có liên quan đến các dấu hiệu tiền viêm và nằm trong nhóm yếu tố nguy cơ tim mạch, trong đó mỗi tình trạng có thể ảnh hưởng đến tình trạng kia. Mặc dù chỉ số này chưa được đưa vào điểm nguy cơ dự đoán AF được phát triển gần đây, nhưng những bất thường trong ABI có thể phát hiện những người có khả năng phát triển AF.

1.7. Sóng P trên điện tâm đồ

Sóng P trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo lúc nghỉ (electrocardiogram - ECG) là biểu hiện của điện sinh lý tâm nhĩ. Sự bất thường của dấu hiệu này được cho là biểu hiện quá trình khử cực tâm nhĩ bị trì hoãn do xơ hóa tâm nhĩ tiềm ẩn, sự giãn nở và áp lực đổ đầy tăng cao. Những dấu hiệu này phát hiện cấu trúc tâm nhĩ bất thường, cho phép lan truyền AF.

Phần cuối sóng P ở chuyển đạo V1 (P-wave terminal force in lead V1 - PTFV1) là một trong những bất thường tâm nhĩ trái được biết đến nhiều nhất và chỉ số này có mối tương quan cao với áp lực và kích thước tâm nhĩ trái. PTFV1 có liên quan đến sự xuất hiện AF trong nghiên cứu Atherosclerosis Risk In Communities. Ngoài ra, thời gian kéo dài của sóng P có thể dự đoán được sự xuất hiện AF trong cùng một nhóm nghiên cứu đoàn hệ, Framingham Heart Study và Copenhagen ECG Study. Mối quan hệ giữa độ dài sóng P và AF là phi tuyến tính, với độ dài sóng P rút ngắn được dự báo về sự xuất hiện AF trong nghiên cứu Copenhagen ECG

Study. Tương tự, sự không nhất quán đã được báo cáo cho khoảng PR, với một số nghiên cứu cho thấy mối liên quan giữa khoảng PR kéo dài và AF, và những nghiên cứu khác chứng minh nguy cơ AF tăng lên với khoảng PR ngắn. Khoảng PR kéo dài được đưa vào dưới dạng đồng biến trong thang điểm nguy cơ của Framingham Heart Study đối với AF và độ dài sóng P được đưa vào thang điểm nguy cơ AF được phát triển trong nghiên cứu Atherosclerosis Risk In Communities. Cả hai báo cáo đều chứng minh rằng ECG có thể cải thiện khả năng dự đoán AF.⁸ Tuy nhiên, điểm cắt sóng P khác để cải thiện dự đoán AF vẫn chưa được khám phá. Dù vậy, những phát hiện này cho thấy ECG là một chỉ dấu hiệu quả về đánh giá nguy cơ AF do chi phí thấp và tính sẵn có phổ biến của ECG.

1.8. Các thang điểm đánh giá nguy cơ rung nhĩ hiện nay

Cho đến nay, một số hệ thống tính điểm đã được phát triển để dự đoán AF. Các điểm tính nguy cơ này được phát triển từ các nghiên cứu dựa trên cộng đồng, trong đó việc xác định các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch là trọng tâm chính²

Nghiên cứu Framingham Heart Study là một trong những nghiên cứu đoàn hệ phát triển thang điểm này, trong đó các đặc điểm lâm sàng sau đây được kết hợp vào thang điểm nguy cơ đối với AF: tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể, huyết áp tâm thu, điều trị tăng huyết áp, khoảng thời gian PR, tiếng thổi tim nghe được trên lâm sàng và suy tim. Ngoài ra, điểm số được phát triển từ nghiên cứu Atherosclerosis Risk In Communities trong đó tuổi, chủng tộc, chiều cao, hút thuốc, huyết áp tâm thu, tăng huyết áp, tiếng thổi tim, phì đại thất trái trên ECG, thời gian sóng P kéo dài, bệnh đái tháo đường, bệnh mạch

vành và suy tim được kết hợp để phát triển thang điểm nguy cơ 10 năm cho AF. Điểm nguy cơ gần đây nhất được phát triển từ các nghiên cứu đoàn hệ tham gia CHARGE-AF. Trong thang điểm nguy cơ này, dữ liệu của từng người tham gia được sử dụng từ Framingham Heart Study, Cardiovascular Health Study và nghiên cứu Atherosclerosis Risk In Communities để đưa ra mô hình dự đoán 5 năm bao gồm các đặc điểm sau: tuổi, chủng tộc, chiều cao, cân nặng, huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương, hút thuốc lá hiện tại, tăng huyết áp, đái tháo đường, tiền sử nhồi máu cơ tim và suy tim³.

II. KẾT LUẬN

Bài tổng quan trình bày các dấu ấn sinh học cung cấp thông tin liên quan đến nguy cơ AF và có khả năng cải thiện dự đoán về rối loạn nhịp tim phổ biến này. Việc xác định các dấu ấn sinh học bổ sung hiểu biết của chúng ta về sinh lý bệnh AF và chứng minh khả năng cải thiện dự đoán nguy cơ AF. Nghiên cứu sâu hơn trong lĩnh vực này sẽ cho phép đưa ra các chiến lược cá nhân hóa và chính xác hơn để cuối cùng giảm được tỷ lệ AF.

III. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Khoa Điều trị Rối loạn Nhịp bệnh viện Chợ Rẫy đã hỗ trợ để nghiên cứu tổng quan này có thể được hoàn thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Elliott AD, Middeldorp ME, Van Gelder IC, Albert CM, Sanders P. Epidemiology and modifiable risk factors for atrial

fibrillation. Nat Rev Cardiol. Jun 2023;20(6):404-417

2. Crea F. Management of atrial fibrillation: role of population screening, biomarkers, and polygenic risk scores. Eur Heart J. Jan 14 2023;44(3):167-170
3. Bizhanov KA, capital A CKB, Baimbetov AK, Sarsenbayeva AB, Lyan E. Atrial fibrillation: Epidemiology, pathophysiology, and clinical complications (literature review). J Cardiovasc Electrophysiol. Jan 2023;34(1):153-165
4. Shaikh AY, Wang N, Yin X, et al. Relations of Arterial Stiffness and Brachial Flow-Mediated Dilation With New-Onset Atrial Fibrillation: The Framingham Heart Study. Hypertension. Sep 2016;68(3):590-6
5. Bundy JD, Heckbert SR, Chen LY, Lloyd-Jones DM, Greenland P. Evaluation of Risk Prediction Models of Atrial Fibrillation (from the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis [MESA]). Am J Cardiol. Jan 1 2020;125(1):55-62
6. O'Neal WT, Efird JT, Nazarian S, et al. Mitral annular calcification progression and the risk of atrial fibrillation: results from MESA. Eur Heart J Cardiovasc Imaging. Mar 1 2018;19(3):279-284
7. O'Neal WT, Efird JT, Nazarian S, Alonso A, Heckbert SR, Soliman EZ. Peripheral arterial disease and risk of atrial fibrillation and stroke: the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis. J Am Heart Assoc. Nov 17 2014;3(6):e001270
8. Nielsen JB, Kuhl JT, Pietersen A, et al. P-wave duration and the risk of atrial fibrillation: Results from the Copenhagen ECG Study. Heart Rhythm. Sep 2015;12(9):1887-95

RUNG NHĨ DƯỚI LÂM SÀNG

Dương Hà Khánh Linh¹, Đoàn Sang², Trần Thành Vinh¹,
Lâm Vĩnh Niên³, Lê Văn Thanh¹, Kiều Ngọc Dũng⁴,
Trần Lê Uyên Phương⁴, Nguyễn Tri Thức⁵

TÓM TẮT

Việc sử dụng rộng rãi các thiết bị điện tử cấy ghép vào tim và màn hình theo dõi đã dẫn đến việc phát hiện rung nhĩ dưới lâm sàng ở một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân. Có bằng chứng cho thấy những rối loạn nhịp tim không triệu chứng này có liên quan đến tăng nguy cơ đột quỵ. Do đó, việc phát hiện rung nhĩ dưới lâm sàng có thể mang lại cơ hội giảm nguy cơ đột quỵ cho bệnh nhân bằng cách bắt đầu điều trị chống đông. Máy tạo nhịp tim hai buồng thường ghi nhận rung nhĩ ở những bệnh nhân không có triệu chứng. Rung nhĩ do máy tạo nhịp tim phát hiện có liên quan đến nguy cơ đột quỵ tăng gấp 2,5 lần người không rung nhĩ. Bài tổng quan trình bày khái niệm, tầm quan trọng và những khuyến cáo về

quản lý rung nhĩ dưới lâm sàng dựa trên những bằng chứng y khoa trong thời gian gần đây.

Từ khóa: rung nhĩ, rung nhĩ dưới lâm sàng, máy tạo nhịp tim, holter điện tâm đồ, đột quỵ, suy tim.

SUMMARY

SUBCLINICAL ATRIAL FIBRILLATION

The popular use of cardiac implantable electronic devices and wearable monitors has led to the uncovering of subclinical atrial fibrillation in a significant percentage of patients. These asymptomatic arrhythmias have been proved to be associated with an increased risk of stroke. Therefore, the detection of subclinical atrial fibrillation may provide an opportunity to reduce the risk of stroke for patients by initiating anticoagulation therapy. Two-chamber pacemakers often note atrial fibrillation in asymptomatic patients. People with atrial fibrillation detected by pacemakers was associated with a 2.5-fold increased risk of stroke in compare with those without atrial fibrillation. This review highlights the definition, importance, and recommendations for management of subclinical atrial fibrillation based on recent medical evidence.

Keywords: atrial fibrillation, subclinical atrial fibrillation, pacemaker, ambulatory electrocardiogram, stroke, heart failure.

¹Khoa Sinh Hóa, bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh

²Khoa Chẩn đoán Hình ảnh, bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

³Bộ môn Hóa Sinh, Khoa Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

⁴Khoa Điều trị Rối loạn Nhịp, bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh

⁵Văn phòng Giám đốc, Bệnh viện Chợ Rẫy, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Dương Hà Khánh Linh
SĐT: 0366698048

Email: khanhlinh175@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/11/2023

Ngày phản biện khoa học: 20/11/2023

Ngày duyệt bài: 23/02/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc sử dụng rộng rãi các thiết bị điện tử cấy ghép tim và màn hình theo dõi đã dẫn đến việc phát hiện rung nhĩ dưới lâm sàng (subclinical atrial fibrillation - SCAF) ở một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân. Có bằng chứng cho thấy những rối loạn nhịp tim không triệu chứng này có liên quan đến tăng nguy cơ đột quỵ. Do đó, việc phát hiện rung nhĩ dưới lâm sàng có thể mang lại cơ hội giảm nguy cơ đột quỵ bằng cách bắt đầu điều trị chống đông. Máy tạo nhịp tim hai buồng thường ghi nhận rung nhĩ (atrial fibrillation - AF) ở những bệnh nhân không có triệu chứng. AF do máy tạo nhịp tim phát hiện có liên quan đến nguy cơ đột quỵ tăng gấp 2,5 lần người không rung nhĩ¹.

Về mặt lịch sử, cách tiếp cận lâm sàng để phòng ngừa đột quỵ tiên phát ở bệnh nhân AF rõ ràng trên lâm sàng tương đối đơn giản; một khi AF được ghi nhận, bất kể các triệu chứng liên quan và bất kể rối loạn nhịp tim là kịch phát, dai dẳng hay mạn tính, thuốc chống đông thường được khuyến cáo nếu có các yếu tố nguy cơ đồng thời gây đột quỵ. Tuy nhiên, cách tiếp cận đơn giản này được hỗ trợ bởi sự phát hiện ngày càng tăng của AF được phát hiện trên các thiết bị tim cấy ghép và đeo trên người. Các thiết bị như vậy đã tạo cơ hội để phát hiện các đợt rối loạn nhịp nhĩ thường ngắn, không có triệu chứng phổ biến hơn nhiều so với AF rõ ràng trên lâm sàng.

Mặc dù việc quản lý SCAF là một thách thức, nhưng việc nhận ra nó có thể mang lại cơ hội giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong do tim mạch. Mỗi năm, 16,9 triệu người trên toàn thế giới bị đột quỵ, trong đó 20% đến 40% trường hợp không giải thích được nguyên nhân. Trong số những cơn đột quỵ không rõ

nguyên nhân này, 10% đến 30% có thể do AF đã không được phát hiện.² Việc nhận biết và hiểu rõ hơn về SCAF có thể giúp xác định các phương pháp sàng lọc và điều trị hiệu quả và có khả năng ngăn ngừa nhiều trường hợp đột quỵ.

II. NỘI DUNG

2.1. Định nghĩa

Theo truyền thống, AF được xác định bằng tài liệu về rối loạn nhịp tim trên ECG 12 chuyển đạo và, theo định nghĩa đơn giản nhất, không phụ thuộc vào thời gian của rối loạn nhịp tim hoặc các triệu chứng liên quan. Tuy nhiên, việc theo dõi nhịp liên tục bằng các thiết bị điện tử cấy ghép vào tim (cardiac implanted electronic devices - CIEDs) với tính năng phát hiện nhịp nhĩ tự động đã tạo ra một loại rối loạn nhịp nhĩ mới gọi là các cơn nhịp nhanh nhĩ (atrial high-rate episodes - AHREs), là các sự kiện nhĩ, thường là nhịp nhanh, đáp ứng được lập trình hoặc các tiêu chí khác cho thấy từ tâm nhĩ. Việc xác nhận trực quan các bản ghi này là cần thiết vì một số AHRE cũng có thể là dương tính giả hoặc nhân tạo, chẳng hạn như những AHRE do tín hiệu trường xa hoặc nhiễu. SCAF hoặc nhịp nhanh nhĩ (atrial tachyarrhythmia - AT) dưới lâm sàng đề cập đến các cơn AF không triệu chứng, cuồng nhĩ hoặc AT được phát hiện và xác nhận bằng điện đồ trong tim và không được phát hiện trước đó bằng theo dõi điện tâm đồ hoặc holter ECG. Không có triệu chứng có nghĩa là không có đánh trống ngực, đau ngực, khó thở, choáng váng, các triệu chứng thần kinh khu trú hoặc các triệu chứng khác thường do AF.³

Bảng 1: Định nghĩa về một số rối loạn nhịp trong rung nhĩ dưới lâm sàng³

Viết tắt	Thuật ngữ	Định nghĩa
AHRE	Atrial high-rate episodes Con nhịp nhanh nhĩ	Các sự kiện tâm nhĩ do thiết bị phát hiện, thường là nhịp tim nhanh, đáp ứng các tiêu chí nhịp nhanh do tâm nhĩ (thường nằm trong khoảng từ 175 đến 220 nhịp/phút)
SCAF	Subclinical atrial fibrillation Rung nhĩ dưới lâm sàng	Rung nhĩ không có triệu chứng được phát hiện và xác nhận bằng điện đồ trong tim và không được phát hiện trước đó bằng điện tâm đồ hoặc theo dõi bằng holter ECG
SCAT	Subclinical atrial tachyarrhythmia Nhịp nhanh nhĩ dưới lâm sàng	Các đợt rung nhĩ, cuồng nhĩ hoặc nhịp nhanh nhĩ không có triệu chứng được phát hiện và xác nhận bằng điện tâm đồ trong tim và không được phát hiện trước đó bằng điện tâm đồ hoặc theo dõi holter ECG

2.2. Dịch tễ học

Phân tích tổng hợp các nghiên cứu bao gồm cho thấy tỷ lệ mắc SCAF là 28,1% (KTC 95%: 24,3-32,1%) ở những bệnh nhân có CIEDs. SCAF cũng rất phổ biến ở người lớn tuổi nhập viện vì các bệnh cấp tính. Tổng số SCAF được quan sát thấy trong nghiên cứu BEATS là 67% ở bệnh nhân bệnh lý nút xoang và 73% ở nhóm chỉ định tạo nhịp khác. Trong một phân tích hồi cứu đơn trung tâm khác (445 bệnh nhân), AF được phát hiện ở 55,3% bệnh nhân bao gồm cả bệnh nhân có (65,8%) và không có (51,8%) tiền sử rối loạn nhịp trên lâm sàng.²

Các đợt SCAF ngắn có liên quan đến khả năng xảy ra các đợt SCAF dài hơn tiếp theo cao hơn, bao gồm nguy cơ AF lâm sàng cao hơn 5,7 lần. Dữ liệu từ ASSERT (n = 2580) cho thấy SCAF trong 3 tháng đầu tiên (n = 216) có liên quan đến nguy cơ AF lâm sàng cao hơn 5,6 lần trong thời gian theo dõi trung bình 2,5 năm. Các kết quả tương tự cũng được ghi nhận ở nhóm bệnh nhân (n = 312) từ MOST (n = 2010) mắc SCAF trong thời gian theo dõi trung bình 2,25 năm; SCAF có liên quan đến nguy cơ AF lâm sàng cao gấp 5,9 lần⁴.

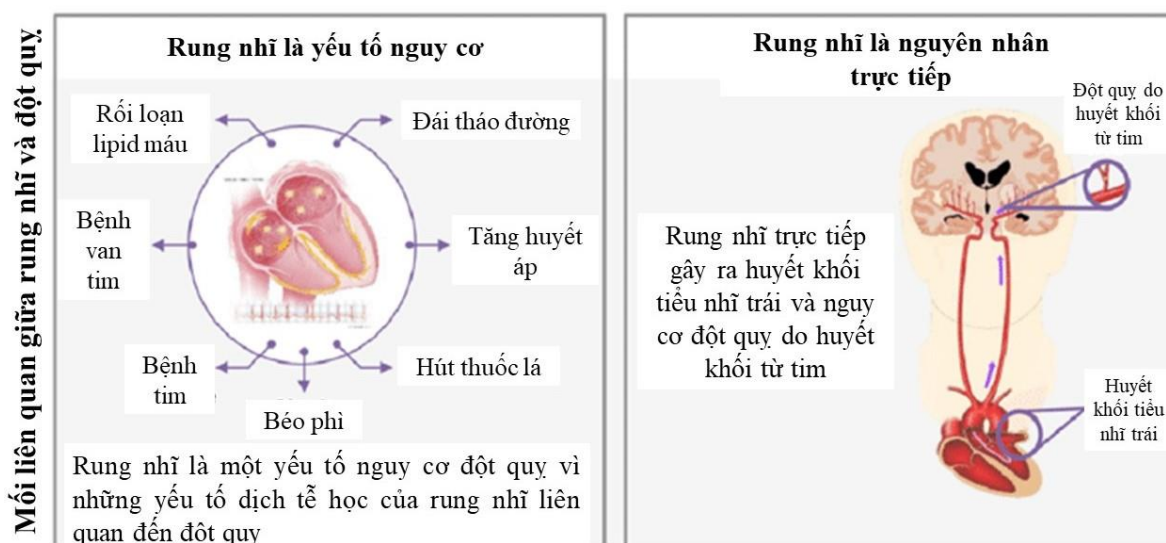
2.3. Rung nhĩ dưới lâm sàng và nguy cơ đột quỵ

Trong một phân tích tổng hợp phân tích 7 nghiên cứu gồm 15.353 bệnh nhân, SCAF có liên quan đến việc tăng gấp 2,4 lần nguy cơ đột quỵ (KTC 95%, 1,8-3,3; P<0,001), với tỷ lệ tuyệt đối hàng năm là 1,89 trên 100 người-năm (KTC 95%, 1,02–3,52). Theo phân tích ban đầu, định nghĩa về các tiêu chí dự đoán đột quỵ khác nhau đáng kể giữa các nghiên cứu khác nhau; trong MOST và ASSERT, thời lượng của AHRE lần lượt là 5 và 6 phút, trong khi ở TRENDS, nguy cơ gia tăng được quan sát thấy ở những người có AF >5,5 giờ trong vòng 30 ngày. Tuy nhiên, khi phân tầng thêm, nghiên cứu ASSERT cho thấy nguy cơ đột quỵ chỉ tăng đáng kể khi các đợt AF >17,72 giờ và các phân tích sau đó đã chỉ ra rằng phần lớn các sự kiện xảy ra ở những bệnh nhân bị SCAF >24 giờ. Một nghiên cứu khác cho thấy các đợt AT/AF ngắn (<15–20 giây) không liên quan đến các sự kiện lâm sàng, cho thấy sự tăng của nguy cơ tùy thuộc vào thời gian và tần suất AF.⁵ Đa số bằng chứng đều cho thấy có mối quan hệ giữa thời gian AF và nguy cơ đột quỵ.

Nguy cơ đột quỵ cũng phụ thuộc vào các yếu tố nguy cơ truyền thống. Ví dụ, trong ASSERT, nguy cơ đột quỵ tuyệt đối tăng lên khi tăng điểm CHADS2, đạt tỷ lệ 3,78 mỗi năm ở những người có điểm >2,14. Capucci

và các đồng nghiệp cho thấy nguy cơ gia tăng với thời gian AF >24 giờ, cũng như với các yếu tố nguy cơ truyền thống như đái tháo đường, tăng huyết áp và bệnh động mạch vành. Botto và cộng sự phân tầng nguy cơ theo thời lượng AF và điểm CHADS2, với điểm CHADS2 là 1 chỉ làm tăng rủi ro nếu thời lượng AF là >24 giờ, trong khi đối với

điểm CHADS2 ≥ 2 , các đợt kéo dài >5 phút làm tăng nguy cơ. Điểm thứ hai này minh họa thực tế rằng, trong số những bệnh nhân bị đột quy, ngay cả những đợt rung nhĩ rất ngắn cũng có khả năng liên quan đến nguy cơ gia tăng vì tất cả bệnh nhân đột quy đều có điểm CHADS2 ≥ 2 .⁵



Hình 1: Mối liên quan giữa AF và đột quy có thể được khái niệm hóa bằng 2 mô hình: AF là yếu tố nguy cơ hoặc AF là nguyên nhân trực tiếp gây đột quy³

Có thể có sự tương tác phức tạp giữa các yếu tố nguy cơ đột quy ban đầu, thời gian/gánh nặng rung nhĩ và nguy cơ đột quy. Quan sát thấy rằng trong ASSERT nhiều cơn đột quy không ngay sau các đợt AF đã khiến một số người cho rằng AF nên được coi là một dấu hiệu nguy cơ hơn là nguyên nhân trực tiếp gây đột quy. Tuy nhiên, mặc dù không phải tất cả các cơn đột quy đều gây tắc mạch do tim và không phải tất cả huyết khối đều liên quan trực tiếp đến AF, các nghiên cứu khác đã chứng minh mối quan hệ tạm thời giữa những đợt AF và các sự kiện thuyên tắc.

2.4. Rung nhĩ dưới lâm sàng và suy tim

Mối liên hệ giữa rung nhĩ và suy tim đã được chứng minh và nghiên cứu trong gần

một thế kỷ. Một số nghiên cứu nhấn mạnh tỷ lệ mắc rung nhĩ ở bệnh nhân suy tim, với ước tính trong khoảng 13% đến 50%⁵, cao hơn đáng kể so với dân số nói chung. Ví dụ, trong nghiên cứu Framingham có 1470 người tham gia khởi phát rung nhĩ hoặc suy tim mới từ năm 1948 đến năm 1995. Tổng cộng có 383 (26%) người phát triển cả rung nhĩ và suy tim. Ngoài ra, tỷ lệ hiện mắc rung nhĩ ở bệnh nhân suy tim dường như tương quan với mức độ nghiêm trọng của bệnh, dao động từ 5% ở bệnh nhân suy tim nhẹ đến 10% đến 26% ở những bệnh nhân suy tim mức độ trung bình đến 50% ở bệnh nhân suy tim nặng.⁶

Mối quan hệ nhân - quả trực tiếp giữa 2 tình trạng phổ biến này là trọng tâm của nghiên cứu cơ bản và lâm sàng. Ở mức độ cơ

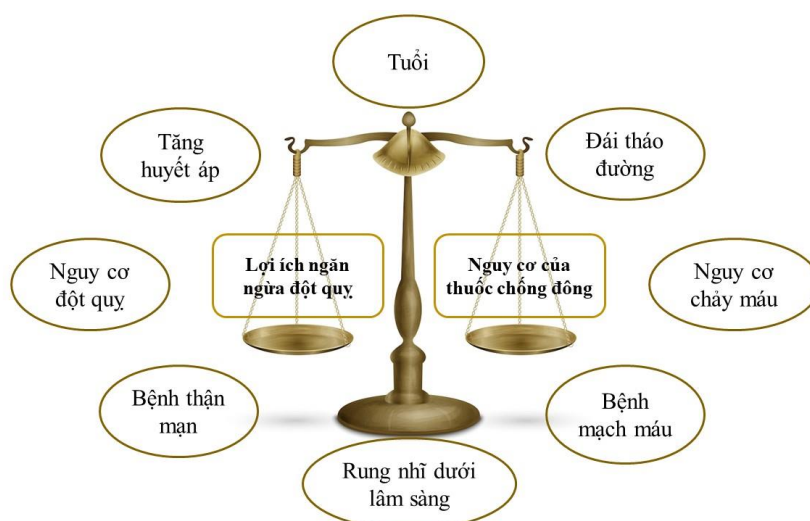
bản nhất, mối liên hệ mạnh mẽ này có thể được giải thích một phần bởi các yếu tố nguy cơ phổ biến như tuổi cao, tăng huyết áp, đái tháo đường và béo phì, cũng như bệnh tim cấu trúc van tim, bệnh tim thiếu máu cục bộ. Những yếu tố này có liên quan đến sự thay đổi điện sinh lý và nội tiết tố thần kinh ở cấp độ bên trong tế bào cơ tim và ngoại bào, tạo môi trường khiến cơ tim suy và nhịp nhanh nhĩ.

Không có ngưỡng rung nhĩ xác định vượt quá ngưỡng này thì suy tim trở nên phổ biến hơn, và mối liên hệ này có vẻ phù hợp với cả rung nhĩ kịch phát và dai dẳng. Tuy nhiên, rung nhĩ phát hiện bằng thiết bị kéo dài ít nhất 24 giờ có liên quan đến việc nhập viện do suy tim trong ASSERT.

2.5. Quản lý rung nhĩ dưới lâm sàng

Việc thiếu các ngưỡng được xác định rõ ràng về rung nhĩ để bắt đầu chống đông đường uống đã dẫn đến sự thay đổi đáng kể về thái độ và mô hình thực hành của bác sĩ. Đáng chú ý, thời gian trung bình để kê đơn thuốc chống đông đường uống sau khi phát hiện AF bằng thiết bị là >30 ngày đối với tất cả các trường hợp rung nhĩ và warfarin là thuốc được sử dụng phổ biến nhất (>92%).⁷

Cách tiếp cận tối ưu để phòng ngừa đột quy nguyên phát vẫn chưa chắc chắn đối với nhiều bệnh nhân có SCAF. Vẫn còn nhiều câu hỏi về lợi ích lâm sàng của thuốc chống đông đối với bệnh nhân có nguy cơ thấp đến trung bình, quản lý yếu tố nguy cơ để ngăn ngừa tiến triển rung nhĩ và các cách mới để phân tầng nguy cơ cho những bệnh nhân này. Những khoảng trống này là bởi thực tế là hiện tại không có tiêu chuẩn hóa đầy đủ các định nghĩa và dữ liệu được sử dụng để chẩn đoán và điều trị. Những nỗ lực trong tương lai trong việc tiêu chuẩn hóa các định nghĩa này có thể mang lại lợi ích. Các thử nghiệm đang diễn ra, bao gồm NOAH và ARTESiA, có thể giúp làm rõ sự cân bằng của những rủi ro này. Một số nghiên cứu đánh giá vai trò của thuốc chống đông như một “viên thuốc trong túi” (“pill in the pocket”) được hướng dẫn sử dụng dựa trên việc theo dõi rung nhĩ liên tục.⁸ Mặc dù gây tranh cãi, chiến lược này có thể giảm thiểu nguy cơ chảy máu của bệnh nhân bằng cách giảm tiếp xúc suốt đời với thuốc chống đông trong khi vẫn cung cấp biện pháp dự phòng huyết khối trong thời gian rung nhĩ, nhưng hiệu quả của phương pháp này đòi hỏi phải nghiên cứu thêm.

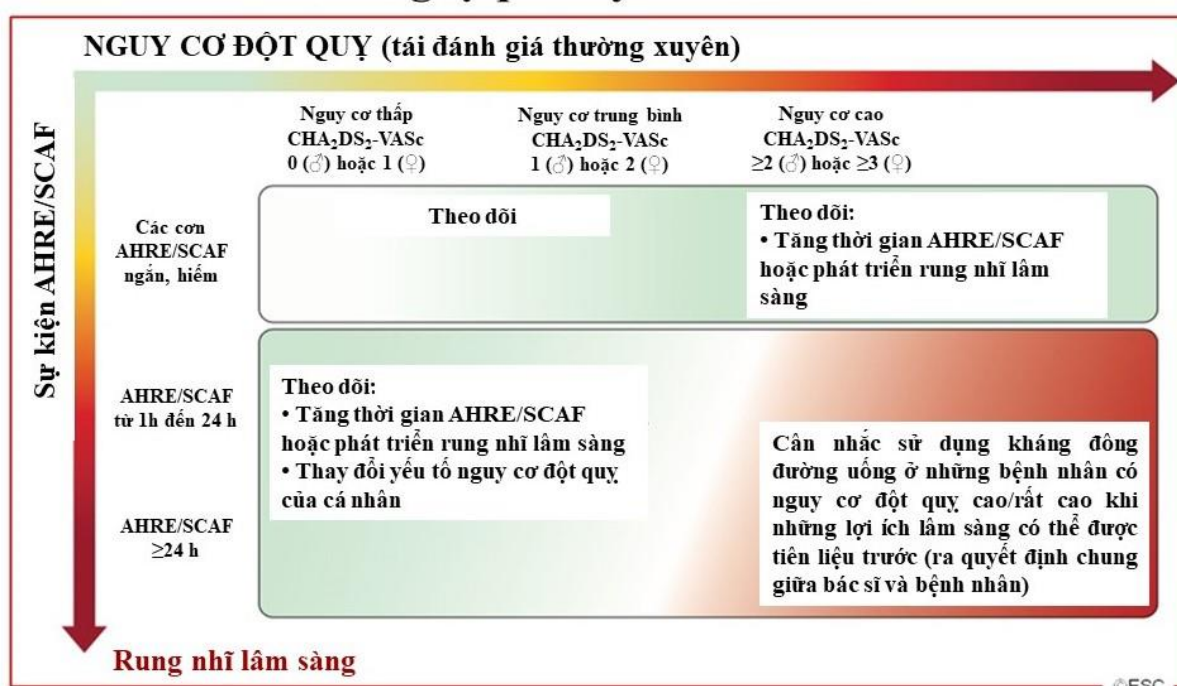


Hình 2: Đánh giá sự cân bằng giữa nguy cơ đột quy và chảy máu khi dùng thuốc chống đông máu

Lựa chọn điều trị được thực hiện tốt nhất với sự hợp tác của bệnh nhân với việc cập nhật các kiến thức hiện tại, cũng như xem xét cẩn thận các mục tiêu điều trị và ưu tiên của từng bệnh nhân. Tuy nhiên, việc ra quyết định chung thường là thách thức trong bối cảnh thực hành lâm sàng không có nhiều thời gian và bản thân dữ liệu không chắc chắn

hoặc không đầy đủ. Một quyết định toàn diện hoặc thông qua hội thoại với bệnh nhân có thể giúp tổng hợp dữ liệu có sẵn, để các mục tiêu và ưu tiên của bệnh nhân, khám phá các lựa chọn điều trị và phân nhánh, giảm bớt gánh nặng quyết định của bác sĩ lâm sàng và cải thiện sự hiểu biết và tham gia của bệnh nhân.

Kiến nghị quản lý AHRE/SCAF



Hình 3: Kiến nghị quản lý AHRE/SCAF theo hướng dẫn của ESC³

III. TRIỂN VỌNG NGHIÊN CỨU

Do sự phổ biến của các công cụ thuận tiện để theo dõi và phát hiện rung nhĩ cũng như lượng lớn dữ liệu điện tử được tạo ra từ thực tế lâm sàng khi sử dụng các thiết bị này, việc tiến hành các nghiên cứu thực tế với dữ liệu đó ngày càng thu hút được nhiều sự quan tâm. Triển vọng nghiên cứu tập trung vào những khoảng trống tri thức trong lĩnh vực như việc hoàn thiện các tiêu chuẩn đánh giá SCAF, sự đồng thuận và ngưỡng SCAF liên

quan đến các biến chứng của rung nhĩ và việc sử dụng kháng đông dự phòng cho bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Việc phát hiện SCAF bằng CIED và thiết bị theo dõi ngày càng phổ biến, đặc biệt ở những đối tượng được biết là có nguy cơ đột quy (hoặc tái phát đột quy) cao. Mặc dù việc phát hiện SCAF mang lại cơ hội giảm nguy cơ đột quy do tắc mạch, nhưng một số yếu tố

cần được xem xét trước khi bệnh nhân sử dụng thuốc chống đông máu lâu dài. Các bác sĩ lâm sàng nên đánh giá các yếu tố nguy cơ đột quỵ truyền thống như tuổi tác, đái tháo đường, tăng huyết áp và suy tim, những dữ liệu thu được từ thiết bị và trao đổi với bệnh nhân để đưa ra quyết định điều trị phù hợp nhất đối với từng cá thể.

V. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Khoa Điều trị Rối loạn Nhịp bệnh viện Chợ Rẫy đã hỗ trợ đề bài viết tổng quan này có thể được hoàn thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wang YC, Xu X, Hajra A, et al.** Current Advancement in Diagnosing Atrial Fibrillation by Utilizing Wearable Devices and Artificial Intelligence: A Review Study. *Diagnostics (Basel)*. Mar 11 2022;12(3):doi: 10.3390/diagnostics12030689
2. **Mahajan R, Perera T, Elliott AD, et al.** Subclinical device-detected atrial fibrillation and stroke risk: a systematic review and meta-analysis. *Eur Heart J*. Apr 21 2018; 39(16): 1407-1415. doi: 10.1093/eurheartj/ehx731
3. **Hindricks G, Potpara T, Dagres N, et al.** 2020 ESC Guidelines for the diagnosis and management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS): The Task Force for the diagnosis and management of atrial fibrillation of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the European Heart Rhythm Association (EHRA) of the ESC. *Eur Heart J*. Feb 1 2021;42(5): 373-498. doi: 10.1093/eurheartj/ehaa612
4. **Glutzer TV, Hellkamp AS, Zimmerman J, et al.** Atrial high rate episodes detected by pacemaker diagnostics predict death and stroke: report of the Atrial Diagnostics Ancillary Study of the MDe Selection Trial (MOST). *Circulation*. Apr 1 2003;107(12): 1614-9. doi: 10.1161/01.CIR.0000057981.70380.45
5. **Alturki A, Marafi M, Russo V, Proietti R, Essebag V.** Subclinical Atrial Fibrillation and Risk of Stroke: Past, Present and Future. *Medicina (Kaunas)*. Sep 20 2019; 55(10):doi: 10.3390/medicina55100611
6. **Schnabel RB, Yin X, Gona P, et al.** 50 year trends in atrial fibrillation prevalence, incidence, risk factors, and mortality in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet*. Jul 11 2015; 386(9989):154-62. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61774-8
7. **Martin DT, Bersohn MM, Waldo AL, et al.** Randomized trial of atrial arrhythmia monitoring to guide anticoagulation in patients with implanted defibrillator and cardiac resynchronization devices. *Eur Heart J*. Jul 7 2015;36(26): 1660-8. doi: 10.1093/eurheartj/ehv115
8. **Passman R, Leong-Sit P, Andrei AC, et al.** Targeted Anticoagulation for Atrial Fibrillation Guided by Continuous Rhythm Assessment With an Insertable Cardiac Monitor: The Rhythm Evaluation for Anticoagulation With Continuous Monitoring (REACT.COM) Pilot Study. *J Cardiovasc Electrophysiol*. Mar 2016;27(3): 264-70. doi:10.1111/jce.12864

GIÁ TRỊ CỦA ĐẶT CLIP ĐÁNH DẤU TRONG SINH THIẾT KIM LỖI DƯỚI SỰ HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM ĐỐI VỚI VIỆC ĐỊNH VỊ UNG THƯ VÚ TRƯỚC VÀ SAU KHI HÓA TRỊ TÂN BỒ TRỢ

Huỳnh Quang Khánh¹, Lê Tuấn Anh², Nguyễn Văn Khôi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc đặt các clip đánh dấu trong vú đã được chứng minh là hữu ích cho việc xác định vị trí khối u ở những bệnh nhân trải qua hóa trị tân bổ trợ và phẫu thuật bảo tồn vú. Nghiên cứu xem xét tính khả thi của việc sử dụng hệ thống đánh dấu clip để định vị ung thư vú và ảnh hưởng của nó đối với việc đánh giá hình ảnh đáp ứng điều trị sau hóa trị tân bổ trợ.

Chỉ định: bệnh nhân nghi ngờ ung thư vú xâm lấn có đường kính ít nhất 2cm (cT2), đã được sinh thiết kim lõi dưới hướng dẫn siêu âm trước phẫu thuật bằng cách sử dụng hệ thống kim sinh thiết vú và đánh dấu clip trong vú bằng cách sử dụng hệ thống clip được đưa trực tiếp dựa trên Marker™ đã được thiết lập, trước hóa trị liệu tân bổ trợ và phẫu thuật theo lịch trình sau đó. Vị trí của clip đánh dấu trong vú được kiểm soát bằng siêu âm và X quang vú kỹ thuật số.

Đánh giá: Siêu âm và chụp X quang vú giúp đánh giá vị trí clip. Ngoài ra còn giúp đánh giá đáp ứng về mặt lâm sàng của hóa trị tân bổ trợ. Không có biến chứng nào liên quan đến việc

đánh dấu clip được ghi nhận và không có khó khăn gì trong việc đánh giá đáp ứng điều trị đối với hóa trị liệu tân bổ trợ.

Kết luận: Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đặt clip đánh dấu trong vú trước khi hóa trị tân bổ trợ. Nên đặt các clip đánh dấu để giúp định vị chính xác giường khối u. Giúp cho phẫu thuật biết vị trí giường u trong phẫu thuật bảo tồn vú. Ngoài ra còn giúp cho nhà giải phẫu bệnh đánh giá chính xác đáp ứng trên mô bệnh học là hoàn toàn hay chưa.

Từ khóa: ung thư vú, hóa trị tân bổ trợ, phẫu thuật bảo tồn vú, clip đánh dấu, đáp ứng mô bệnh học hoàn toàn.

SUMMARY

VALUE OF PLACING MARKER CLIPS IN ULTRASOUND-GUIDED CORE NEEDLE BIOPSY FOR BREAST CANCER LOCALIZATION BEFORE AND AFTER NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY

Introduction: The placement of intramammary marker clips has proven to be helpful for tumor localization in patients undergoing neoadjuvant chemotherapy and breast-conserving surgery. The study was to investigate the feasibility of using a clip marker system for breast cancer localization and its influence on the imaging assessment of treatment responses after neoadjuvant chemotherapy.

Indication: Patients with a suspicion of invasive breast cancer with diameters of at least 2 cm (cT2), underwent preoperative

¹Bác sĩ, Đơn vị Tuyến vú, Trung tâm Ung bướu, bệnh viện Chợ Rẫy

²Giám đốc Trung tâm Ung bướu, bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Khánh
SĐT: 0908115780

Email: huynhquangkhanhbvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 20/12/2023

Ngày phản biện khoa học: 29/12/2023

Ngày duyệt bài: 23/02/2024

sonographically guided core needle biopsy using a single-use breast biopsy system and intramammary clip marking using a directly adapted clip system based on the established Marker™, before their scheduled preoperative neoadjuvant chemotherapy. Localization of the intramammary marker clip was controlled by Ultrasound and digital breast tomosynthesis.

Evaluation: Ultrasound and mammography help assess clip location. It also helps assess the clinical response to neo-adjuvant chemotherapy. No complications related to clipping were noted and there were no difficulties in assessing treatment response to neoadjuvant chemotherapy.

Conclusion: The study underscores the importance of intramammary marking clip systems before neoadjuvant chemotherapy. Placement of marker clips is advised to facilitate accurate tumor bed localization. It helps the surgeon know the position of the cancer bed in breast-conserving surgery. In addition, it also helps the pathologist to accurately assess whether the histopathological response is complete or not.

Keywords: Breast cancer, Neoadjuvant chemotherapy, Breast-conserving surgery, Marker clip, PCR

I. TÓM LƯỢC ĐIỀU TRỊ UNG THƯ VÚ⁽¹⁾

Điều trị ung thư vú bối cảnh hiện tại kết hợp đa mô thức bao gồm phẫu thuật, hóa trị và xạ trị, phối hợp với nhau để cải thiện thời gian sống còn toàn bộ và sống còn không bệnh của bệnh nhân.

Điều trị chủ đạo ung thư vú vẫn là phẫu thuật trong đó bao gồm phẫu thuật bảo tồn vú, phẫu thuật đoạn nhũ, phẫu thuật nạo hạch nách.

- Phẫu thuật bảo tồn vú là cắt rộng quanh khối bướu, sau đó toàn bộ vú bên bệnh sẽ được xạ trị. Thường chỉ áp dụng cho những

khối bướu nhỏ (T1, T2). Liệu pháp bảo tồn có kết quả thẩm mỹ tốt hơn đoạn nhũ. Xạ trị làm giảm tái phát tại chỗ và cải thiện tỉ lệ sống còn đặc hiệu do ung thư tương đương với đoạn nhũ. Phẫu thuật này hiện chiếm 70% trong điều trị ung thư vú ở những nước phát triển.

- Đoạn nhũ là chỉ định kinh điển và là chọn lựa cho bệnh nhân có chống chỉ định bảo tồn vú hoặc cho bệnh nhân thích đoạn nhũ hơn bảo tồn vú. Ngày nay đoạn nhũ chỉ gồm lấy toàn bộ mô vú từ xương đòn đến cơ thẳng bụng; giữa xương ức và cơ lưng rộng, phức hợp quầng vú – núm vú, da dư của vú, cân cơ ngực lớn. Khi kèm theo nạo hạch nách thì phẫu thuật này gọi là đoạn nhũ tận gốc biến đổi.

- Đoạn nhũ tiết kiệm da - tái tạo vú tức thì là một lựa chọn an toàn về mặt ung thư, được chỉ định cho ung thư vú T1-2, N0-1. Tỉ lệ tái phát tại chỗ và sống còn sau đoạn nhũ tiết kiệm da được chứng minh tương đương với đoạn nhũ chuẩn sau hơn 20 năm theo dõi. Vật liệu tái tạo vú có thể là mô tự thân như vạt da cơ lưng rộng, vạt da cơ thẳng bụng hoặc túi độn, hoặc kết hợp vừa vạt vừa túi.

- Nạo hạch nách vẫn là phẫu thuật tiêu chuẩn cho đến thập niên 1990, bao gồm nạo hạch nhóm I và nhóm II. Nạo hạch nách nhóm III thường qui không cải thiện tiên lượng nhưng lại làm gia tăng biến chứng. Nạo hạch nách có nhiều di chứng: đau, tê, phù bạch mạch cánh tay.

Vai trò điều trị toàn thân tân hỗ trợ⁽²⁾

Với những tiến bộ trong điều trị, khía cạnh điều trị tân hỗ trợ (điều trị trước phẫu thuật) đang ngày càng được quan tâm hơn

với mục tiêu hạ giai đoạn khối bướu với những lợi ích như sau:

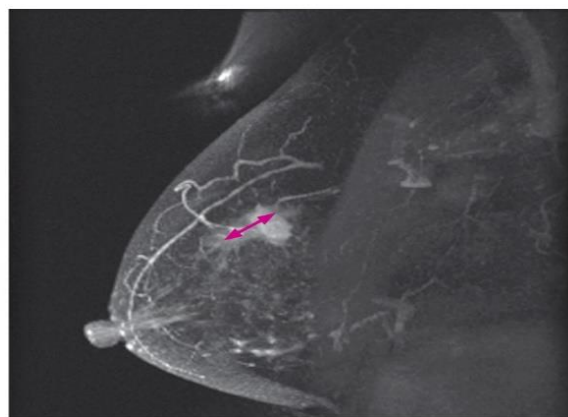
- Giảm kích thước bướu nguyên phát
- Tăng khả năng phẫu thuật của ung thư tiến triển tại chỗ
- Tăng tỉ lệ bảo tồn vú
- Nhóm tam âm hay Her2+
- Đánh giá đáp ứng của điều trị
- Đáp ứng hoàn toàn về bệnh học có giá trị tiên lượng
- Giảm mức độ phẫu thuật của bệnh nhân có hạch dương tính
- Nạo hạch nách trũng đích

- Giảm di chứng của nạo hạch thường quy

Do đó điều trị toàn thân tân hỗ trợ giúp

- Giảm độ rộng của phẫu thuật
- Tăng tính thẩm mỹ
- Giảm các biến chứng sau mổ, trong đó có phù bạch huyết.

Bên cạnh việc hỗ trợ phẫu thuật, điều trị tân hỗ trợ còn đánh giá đáp ứng của tế bào ác tính với điều trị toàn thân, điều mà không thể đánh giá được khi điều trị sau phẫu thuật do đã lấy hết bướu đi.



Hình 1. Trước hoá trị 47mm, sau hoá trị 16mm

Chọn lựa bệnh nhân để điều trị toàn thân tân hỗ trợ

- Bệnh nhân tiến triển tại chỗ không thể mổ được
- Bệnh nhân có bướu to muốn điều trị bảo tồn
- cT₂N₀₋₁M₀ tam âm hoặc Her2+

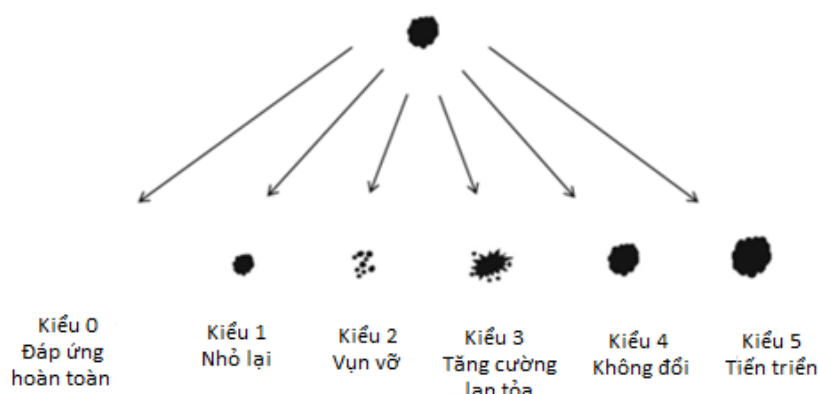
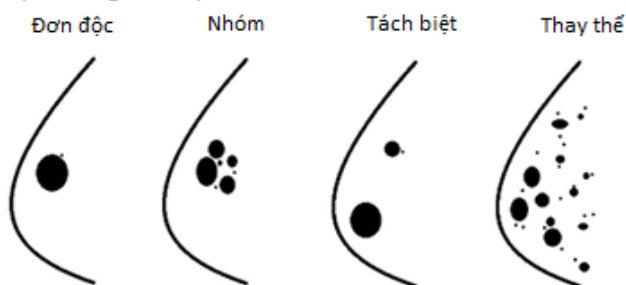
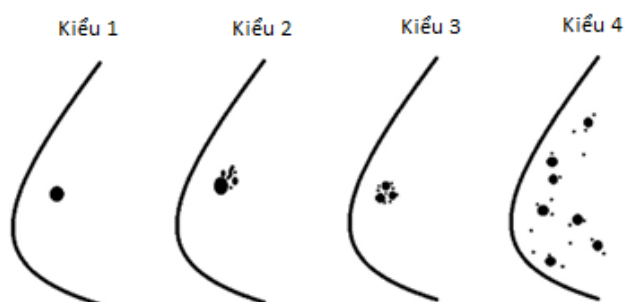
Đánh giá hiệu quả của điều trị tân hỗ trợ:

- Đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng (clinical complete response – CR) và đáp ứng hoàn toàn trên giải phẫu bệnh (pathological complete response – pCR) là những tiêu chí được quan tâm, với tỉ lệ pCR chung khoảng 15% và pCR ở phân nhóm

HER2 dương tính là 25-40%, thậm chí đến 80% khi sử dụng liệu pháp kháng HER2 kép.

- Tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng thường cao hơn hoặc tương đương với đáp ứng hoàn toàn giải phẫu bệnh. Những trường hợp này mang lại lợi ích cho phẫu thuật bảo tồn vú vì không còn bướu, độ rộng của phẫu thuật giảm đi, đồng thời tăng tính thẩm mỹ do mô vú còn lại đủ để tạo hình.

- Tuy nhiên, khó khăn mắc phải nằm ở việc xác định vị trí khối bướu, bởi bướu đã đáp ứng hoàn toàn trên thăm khám lâm sàng và các phương tiện hình ảnh như siêu âm, nhũ ảnh.

**Hình 2. Các dạng đáp ứng sau hoá trị****A Đặc trưng nổi bật ban đầu****B Đặc trưng đáp ứng****Hình 3. Đáp ứng hoá trị với các tổn thương vệ tinh****Nạo hạch trúng đích (Targeted Axilla Dissection):**

Mục đích là giảm di chứng của nạo hạch nách ở bệnh nhân có hạch dương tính: Phù bạch huyết, cứng và yếu vai, tê phần trên cánh tay, cording vùng nách

Thực hành phổ biến hiện nay:

Đánh giá tình trạng hạch trên lâm sàng (Khám lâm sàng, hình ảnh, Sinh thiết): Nếu hạch âm tính sẽ sinh thiết hạch lymphatic. Nếu hạch dương tính sẽ nạo hạch nách hoặc hóa trị tân bổ trợ. Trường hợp hóa trị tân bổ trợ

thì sẽ đặt clip dưới hướng dẫn của siêu âm vào bướu và hạch di căn, sau đó hóa trị tân hỗ trợ. Đáp ứng lâm sàng tốt sẽ làm sinh thiết hạch lymphatic bằng Kỹ thuật hai cách dò tìm (phóng xạ và xanh methylene), lấy đi ít nhất 3 hạch lymphatic bao gồm hạch có đánh clip.

Trong tất cả các trường hợp nếu sinh thiết hạch lymphatic âm tính thì không nạo hạch nách. Còn sinh thiết hạch lymphatic dương tính thì sẽ nạo hạch nách.

II. TÍNH HỮU ÍCH CỦA VIỆC ĐẶT CLIP ĐÁNH DẤU BƯỚU⁽³⁾

Việc sử dụng clip đánh dấu sau khi sinh thiết lõi kim bướu là một trong những chìa khóa nhằm tối ưu điều trị:

- Hỗ trợ bác sĩ chẩn đoán hình ảnh đối với trường hợp có nhiều tổn thương, đảm bảo sự tương hợp giữa các phương tiện hình ảnh khác nhau, theo dõi các tổn thương lành tính

- Hỗ trợ bác sĩ ung bướu qua việc đánh dấu bướu trước hóa trị tân hỗ trợ

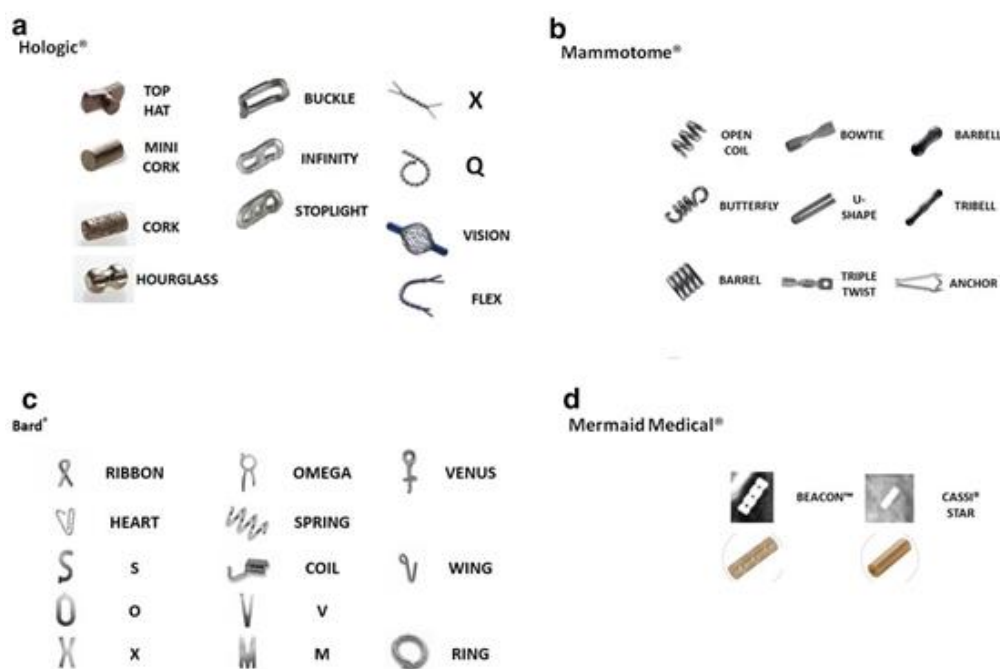
- Hỗ trợ phẫu thuật viên trong việc định vị các tổn thương sau hóa trị, xác định độ rộng phẫu trường

- Hỗ trợ nhà giải phẫu bệnh trong việc xác định tổn thương đã được lấy đúng và

nhận dạng tổn thương trong bệnh phẩm đoạn nhũ.

Đối với những trường hợp đáp ứng lâm sàng với hóa trị tân hỗ trợ, gần một nửa trường hợp clip đánh dấu là bằng chứng duy nhất của tổn thương ban đầu, do không còn thấy rõ trên phương tiện siêu âm và nhũ ảnh sau điều trị. Một khảo sát với phẫu thuật viên trong việc định vị kim trước phẫu thuật nếu không có clip đánh dấu cho thấy 36% là bất khả thi, 21% có gặp khó khăn chỉ 29% không gặp trở ngại gì.

Đối với các tổn thương lành tính, việc đánh dấu clip hỗ trợ vấn đề theo dõi, tránh sinh thiết lại nhiều lần gây ra những ảnh hưởng về tâm lý người bệnh.



Hình 4. Các loại Clip đánh dấu

III. QUY TRÌNH KỸ THUẬT⁽⁴⁾

3.1. Chỉ định

Đối với các bệnh nhân ung thư vú chỉ định đặt clip không chỉ sau khi sinh thiết khối u lần đầu tiên mà còn trong suốt quá

trình đánh giá giai đoạn tại chỗ và xâm lấn vùng bao gồm (1) đặt clip sau sinh thiết lõi để đánh dấu khối u nguyên phát từ đó theo dõi đáp ứng điều trị và lập kế hoạch phẫu thuật (những tổn thương không được đánh

đầu trước điều trị hóa chất nếu sau 1-2 chu kỳ thấy kích thước giảm đáng kể bắt buộc phải đánh dấu trước lần điều trị tiếp theo). (2) đánh dấu các tổn thương vệ tinh cần được cắt bỏ trong trường hợp được phẫu thuật bảo tồn (bao gồm cả những bệnh nhân sau điều trị hóa chất tân bổ trợ). 3) đặt clip đánh dấu những hạch nách đã được chứng minh là thứ phát để hướng dẫn bóc hạch sau điều trị hóa chất tân bổ trợ.

- Các tổn thương có kích thước nhỏ dưới 5mm (do nguy cơ không quan sát thấy tổn thương này sau sinh thiết)

- Tổn thương nang phức hợp.

- Bệnh nhân có nhiều tổn thương được sinh thiết.

- Sau khi sinh thiết hút chân không u xơ tuyến (fibroadenoma) kích thước nhỏ để theo dõi tái phát

- Sau khi sinh thiết kim lõi dưới siêu âm đối với tổn thương được phát hiện trên cộng hưởng từ sau đó đánh giá lại tương ứng trên siêu âm

3.2. Chống chỉ định

- Đang mắc các bệnh cấp tính khác hoặc mắc các bệnh rối loạn các yếu tố đông máu...

- Dị ứng với các thuốc gây tê, gây mê...

- Làm nặng thêm các bệnh cũ hoặc đe dọa tính mạng của người bệnh...

Chuẩn bị

- Người thực hiện

- Một bác sỹ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh hoặc bác sỹ ngoại khoa.

- Một kỹ thuật viên phụ.

- Phương tiện

- Máy siêu âm

- Sàng, vải vô trùng

- Dụng cụ sát khuẩn

- Thuốc sát khuẩn, thuốc tê

- Găng tay vô trùng

- Được thực hiện tại phòng thủ thuật – sinh thiết Đơn vị Tuyến vú

- Người bệnh

Kí giấy cam kết mổ, làm hồ sơ bệnh án, làm các xét nghiệm cơ bản đánh giá toàn trạng cũng như loại trừ các bệnh phối hợp.

Các bước thực hiện

1. Kiểm tra hồ sơ

2. Kiểm tra người bệnh

Đối chiếu thông tin bệnh nhân, đánh dấu bên vú sinh thiết.

3.3. Thực hiện thủ thuật

- Kiểm tra bệnh án: kiểm tra hình ảnh X quang vú, vị trí của tổn thương trên phim chụp X quang, siêu âm... phân loại BIRADS đánh giá tổn thương phù hợp với chỉ định định vị dưới siêu âm, kiểm tra các xét nghiệm cơ bản (chú ý đông máu cơ bản).

- Bệnh nhân được giải thích về quy trình sinh thiết và đánh dấu tổn thương sau sinh thiết để bệnh nhân hợp tác tốt trong quá trình thực hiện.

- Bệnh nhân được đặt tư thế nằm ngửa.

- Siêu âm định vị tổn thương

- Bác sĩ chọn vị trí cần sinh thiết trên siêu âm

- Chọn loại kim sinh thiết 14G

- Vô khuẩn vú vị trí định vị.

- Gây tê tại chỗ

- Tiến hành sinh thiết kim dưới hướng dẫn của siêu âm, lấy đủ bệnh phẩm, đưa bệnh phẩm vào lọ bảo quản

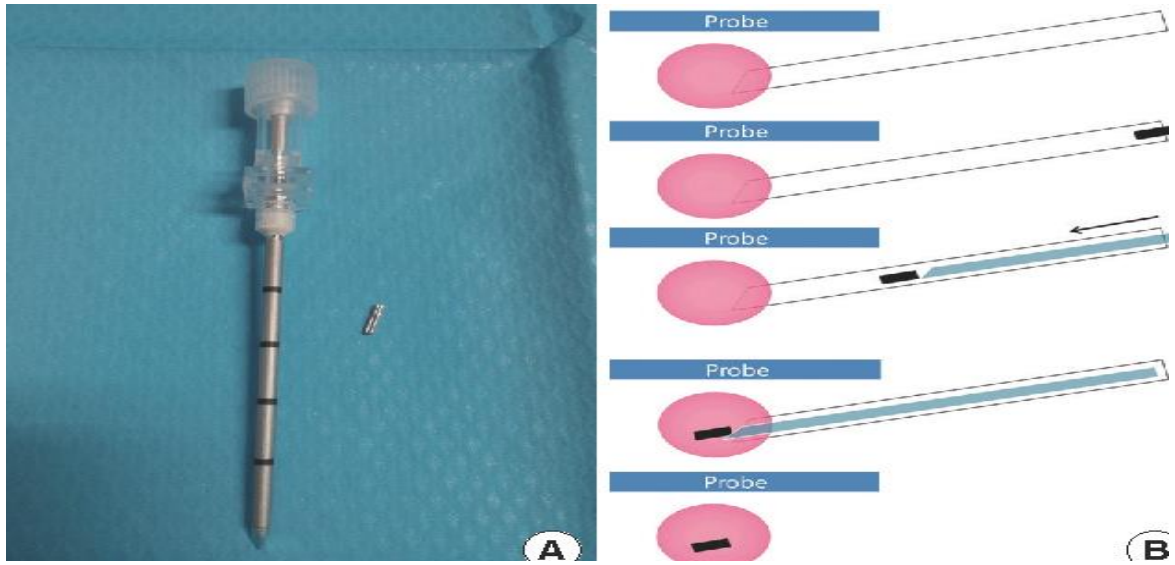
- Sau khi sinh thiết đưa clip phù hợp qua nòng kim sinh thiết, đẩy kim sinh thiết ra khỏi lõi, quan sát dưới siêu âm.

- Chụp X-quang 2 tư thế sau đặt clip để khẳng định vị trí

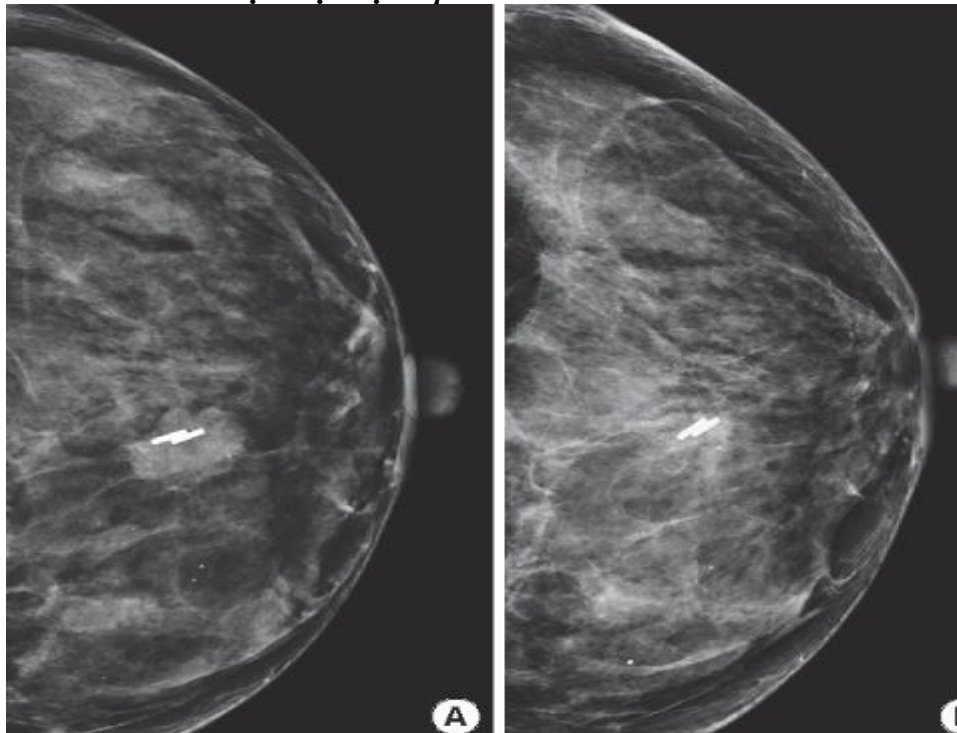
- Băng ép vị trí sinh thiết, hướng dẫn bệnh nhân vệ sinh và theo dõi sau tiến hành thủ thuật

Kỹ thuật đặt clip:

- Đặt clip đánh dấu mô vào giữa bướu dưới hướng dẫn của siêu âm
- Vùng trung tâm của bướu
- Ghi nhận vị trí mấy giờ, khoảng cách so với núm vú, độ sâu so với da
- Đa ổ/ đa trung tâm thì đặt nhiều clip đánh dấu cho mỗi ổ của bướu
- Đặt clip đánh dấu mô vào hạch di căn đã được sinh thiết
- Đặt sâu trong hạch (giữa rốn và vỏ)
- Ghi nhận độ sâu so với da



Hình 5. Thực hiện đặt clip đánh dấu sau sinh thiết lõi kim



Hình 6. Chụp X quang 2 tư thế để xác định vị trí clip

Theo dõi các diễn biến trong và sau thủ thuật

- Trong khi làm thủ thuật: đo mạch, huyết áp, tần số thở, theo dõi về mặt bệnh nhân
- Sau khi làm thủ thuật cũng kiểm tra mạch, huyết áp, tần số thở
- Tai biến và xử trí tai biến
- Chảy máu và đau tại chỗ: theo dõi sát, can thiệp ngoại khoa nếu cần
- Chọc nhầm vào các tạng lân cận: kiểm soát tốt đầu kim trên hình ảnh siêu âm.
- Choáng ngất: là tai biến thường gặp, do người bệnh quá sợ hoặc làm thủ thuật lúc người bệnh đang đói. Cần giải thích rõ cho người bệnh trước khi làm thủ thuật và cho ăn nhẹ. Khi xảy ra choáng ngất cần
 - Ngừng ngay thủ thuật, cho người bệnh nằm nghỉ o Theo dõi mạch, huyết áp
 - Truyền dịch, thở oxy nếu cần
 - Nhiễm trùng do không tuân thủ đúng quy tắc vô trùng trong thủ thuật, có thể gây ra áp xe vú. Xử lý bằng kháng sinh phổ rộng.

IV. KẾT LUẬN

Clip đánh dấu rất quan trọng ở bệnh nhân được hóa trị tân hỗ trợ. Đánh clip trước khi điều trị tại bướu nguyên phát và hạch nách di căn đã được sinh thiết. Theo dõi đáp ứng của

bướu nguyên phát và hạch nách trong khi điều trị tân hỗ trợ. Định vị clip trong khi phẫu thuật, để giảm di chứng của điều trị ung thư vú

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **AJCC Breast Cancer Staging Manual.** 7th Ed. 2010;
2. **De-escalating and escalating treatments for early-stage breast cancer:** the St. Gallen International Expert Consensus Conference on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2017 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6246241/>
3. **Mark A. Guenin** “Clip Placement During Sonographically Guided Large-Core Breast Biopsy for Mammographic-Sonographic Correlation” *American Journal of Roentgenology*, volume 175, Issue 4, Oct 2000 Pages 943-1191
4. **Rüdiger Schulz-Wendtland.** “Evaluation of a Marker Clip System in Sonographically Guided Core Needle Biopsy for Breast Cancer Localization Before and After Neoadjuvant Chemotherapy”, *Senologie - Zeitschrift für Mammadiagnostik und -therapie* 2017; 14(04): 214-220

HIỆU QUẢ GAN TÁCH TẾ BÀO GỐC MÁU NGOẠI VI BẰNG MÁY OPTIA SPECTRA TẠI KHOA HUYẾT HỌC BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Thanh Tùng¹, Nguyễn Văn Thọ¹, Lê Phước Đạt¹,
Huỳnh Anh Dũng¹, Nguyễn Thị Thảo¹, Nguyễn Thị Bé Út¹,
Cao Thị Bích Như¹, Nguyễn Khắc Tùng¹, Nguyễn Ngọc Mai¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả thu thập tế bào gốc máu ngoại vi bằng Optia Spectra.

Đối tượng và phương pháp: Bệnh nhân đa u tủy hoặc ung thư hạch được chỉ định ghép tế bào gốc hoặc người hiến tế bào gốc đạt CD34 > 20 tế bào/μl sau khi huy động bằng phương pháp hồi cứu mô tả từ 5/2017 đến 4/2023.

Kết quả: Có 148 trường hợp được lấy tế bào gốc máu ngoại vi bằng Optia Spectra. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 48,16 ± 14,34. Tỷ lệ nam/nữ là 1,05/1. Chẩn đoán bao gồm: Đa u tủy là 41,22%, U lympho không Hodgkin là 40,54%, U lympho không Hodgkin não nguyên phát là 4,73%, U lympho Hodgkin là 8,78% và người hiến tế bào gốc là 4,73%. Phác đồ hóa trị trước gan tách tế bào gốc: 1 line là 64,19%, 2 line là 31,08%. Phác đồ huy động gồm: Endoxan – G-CSF 75,68%, G-CSF 14,86%, Hóa trị-G-CSF 3,38%, Endoxan – G-CSF – Plexirafor 2,70% và G-CSF – Plexirafor 3,38%. Thê tích tế bào gốc trung bình túi tế bào gốc là 142,88 ± 26,29 ml và số lượng tế bào CD34 là 1753,46 ± 1637,46 tế bào/μl với tỷ lệ sống sót là 98,18 ± 2,17%. Hệ số tương quan giữa tế bào CD34 trong máu trước khi tách và tế bào CD34 của túi tế bào

gốc là 0,93. Hiệu quả của thu thập tế bào CD34 chung là 81,08%. Tác dụng phụ của thủ thuật là rét run 3,38%, tê tay - chân tay 2,03%. Các tác dụng phụ khác không được ghi nhận.

Kết luận: Thu thập tế bào gốc máu ngoại vi bằng Optia Spectra được thực hiện tại Khoa Huyết học Bệnh viện Chợ Rẫy có hiệu quả là 81,08% và hầu như không có tác dụng phụ.

Từ khóa: tế bào gốc tạo máu, thu thập tế bào gốc, đa u tủy, u lympho không Hodgkin, tế bào gốc máu ngoại vi

SUMMARY

EFFICIENCY OF PERIPHERAL BLOOD STEM CELL COLLECTION BY OPTIA SPECTRA MACHINE AT HEMATOLOGIC DEPARTMENT IN CHO RAY HOSPITAL

Objective: Evaluated the efficacy of peripheral blood stem cell collection with Optia Spectra.

Study and Method: The multiple myeloma or lymphoma patient who are indicated for stem cell transplantation or donor achieved CD34 > 20 cells/μl after mobilization using the Cross - Descriptive method from 5/2017 to 4/2023.

Results: There were 148 cases of peripheral blood stem cell collection with Optia Spectra. The mean age of the study group was 48.16 ± 14.34. Male / female ratio 1.05/1. Diagnosis includes: Multiple myeloma was 41.22%, Non-Hodgkin lymphoma was 40.54%, Primary intracerebral lymphoma was 4.73%, Hodgkin lymphoma was 8.78% and stem cell donor was

¹Khoa Huyết học Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: BS. Nguyễn Văn Thọ
SĐT: 0949882126

Email: thaonguyeny99@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2024

Ngày duyệt bài: 23/02/2024

4.73%. Chemotherapy regimen before apheresis: 1 line was 64.19%, 2 line was 31.08%. Mobilization regimen included: Endoxan – G-CSF 75.68%, G-CSF 14.86%, Chemotherapy-G-CSF 3.38%, Endoxan – G-CSF – Plexirafor 2.70% and G-CSF – Plexirafor 3.38%. The mean stem cell volume was 142.88 ± 26.29 ml, and the CD34 cell count was 1753.46 ± 1637.46 cells/ μ l with a survival rate of $98.18 \pm 2.17\%$. The correlation coefficient of pre-separation blood CD34 cells and product CD34 cells was 0.93. The efficacy of CD34 cells collection achievement ratio was 81.08%. Side effects of collection procedure was chill 3.38%, numbness of the hands - limbs 2.03%. Other side effects were not recorded.

Conclusion: Peripheral blood stem cell collection with Optia Spectra was performed at Hematologic Department in Cho Ray Hospital. The efficacy of peripheral blood stem cell collection with Optia Spectra was 81.08% with almost no side effects.

Keywords: hematopoietic stem cell, stem cell collection, multiple myeloma, non-Hodgkin lymphoma, peripheral blood stem cell

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép tế bào gốc hoặc ghép tủy xương là sự thay thế các tế bào gốc máu bị tổn thương bằng các tế bào gốc khỏe mạnh. Ghép tế bào gốc đồng loài là ghép tế bào gốc của người cho khỏe mạnh ghép cho người bệnh và ghép tế bào gốc tự thân là lấy tế bào gốc của người bệnh sau khi được điều trị và ghép lại cho người bệnh. Ghép tế bào gốc đã và đang là xu thế phát triển của thế giới cũng như trong nước, ứng dụng vào điều trị các bệnh lý, đặc biệt trên đối tượng bệnh nhân huyết học.

Tại Việt Nam, ứng dụng điều trị tế bào gốc trong bệnh máu ác tính cũng như lành tính được áp dụng rộng rãi và có nhiều bệnh

viện áp dụng như Viện Huyết học Truyền máu Trung ương, Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện Truyền máu Huyết học Thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Chợ Rẫy... Bộ Y Tế đã ban hành hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hép tế bào gốc và áp dụng cho toàn quốc².

Nguồn tế bào gốc được ly tách từ máu ngoại biên sau huy động từ tủy xương ra máu ngoại biên, được chiết tách và xử lý, lưu trữ. Tế bào gốc được biểu hiện bằng dấu ấn là CD34 và được đo bằng phương pháp tế bào dòng chảy. Phương pháp cổ điển thu thập tế bào gốc từ tủy xương thường gây đau đớn và không thu thập được nhiều tế bào gốc. Sự ra đời của phương pháp gạn tách tế bào gốc máu ngoại vi bằng máy Optia Spectra với sự can thiệp tối thiểu, mang lại hiệu quả cao, ít đau đớn đồng thời thu thập được nhiều tế bào gốc, phục vụ cho ghép với số lượng lớn đang được thế giới và trong nước ứng dụng rộng rãi⁶.

Tại khoa Huyết học bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi cũng ứng dụng thu thập tế bào gốc ở máu ngoại vi bằng máy Optia Spectra và đếm tế bào gốc bằng tế bào dòng chảy, lưu trữ và ghép tế bào gốc cho người bệnh. Trong quá trình thực hành thu thập tế bào gốc bằng phương pháp này, chúng tôi đạt được nhiều thành quả về số lượng tế bào gốc cũng như có tác dụng phụ tối thiểu. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này.

Mục tiêu:

Mục tiêu chung: Đánh giá hiệu quả gạn tách tế bào gốc máu ngoại vi bằng máy Optia Spectra.

Mục tiêu cụ thể:

- Tỷ lệ đạt gạn tách tế bào gốc máu ngoại vi khi có $CD34 \geq 2,0 \times 10^6/kg^4$

- Tác dụng phụ của phương pháp gạn tách máu ngoại vi bằng máy

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Người hiến tế bào gốc để ghép tế bào gốc đồng loài.

- Người bệnh có chỉ định ghép tế bào gốc tự thân đã đủ điều kiện lấy tế bào gốc.

2.2. Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Tiêu chuẩn chọn vào nghiên cứu: Đếm tế bào CD34 sau huy động > 20 tế bào/ μ l

- Tiêu chuẩn loại trừ: Đếm tế bào CD34 sau huy động <20 tế bào/ μ l

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang

Phương pháp tiến hành

Chọn người bệnh hoặc người hiến đạt điều kiện gạn tách tế bào gốc máu ngoại vi

Tiến hành gạn tách tế bào gốc ngoại vi bằng máy Optia Spectra theo qui trình gạn tách [1], [Error! Reference source not found.].

Giai đoạn 1: chạy mồi

- Ráp bộ kit vào máy theo sơ đồ.
- Kết nối ACD, dịch lọc.

- Thiết lập chế độ CMNC chạy mồi.

Giai đoạn 2: gạn tách tế bào gốc.

- Kết nối với bệnh nhân.

- Lấy máu vào máy, quay ly tâm.

- Điều chỉnh các thông số (plasma, thời gian, tốc độ tách) để thu thập tế bào gốc.

Giai đoạn 3: trả máu về và kết thúc.

- Trả máu về cho người bệnh.

- Kết thúc gạn tách khi thể tích túi máu thu thập > 100 ml.

- Ngắt kết nối với người bệnh.

- Tháo bộ kit.

Xét nghiệm túi thu thập với các thông số về: hồng cầu, Hct, bạch cầu, tiểu cầu, CD34, tỷ lệ sống.

Ghi nhận thể tích túi thu thập.

Tính số lượng CD34 tế bào/ μ L

Đánh giá kết quả tế bào CD34 $\geq 2,0 \times 10^6/\text{kg}$

Ghi nhận tác dụng phụ trong quá trình thu thập bao gồm: hạ huyết áp, sốc giao cảm, dị ứng, co giật, lạnh run, tê tay chân.

2.4. Thu thập và xử lý số liệu

Thu thập số liệu theo biểu mẫu.

Lập dữ liệu vào bảng excel 2010.

Xử lý số liệu bằng phần mềm stata 14.1.

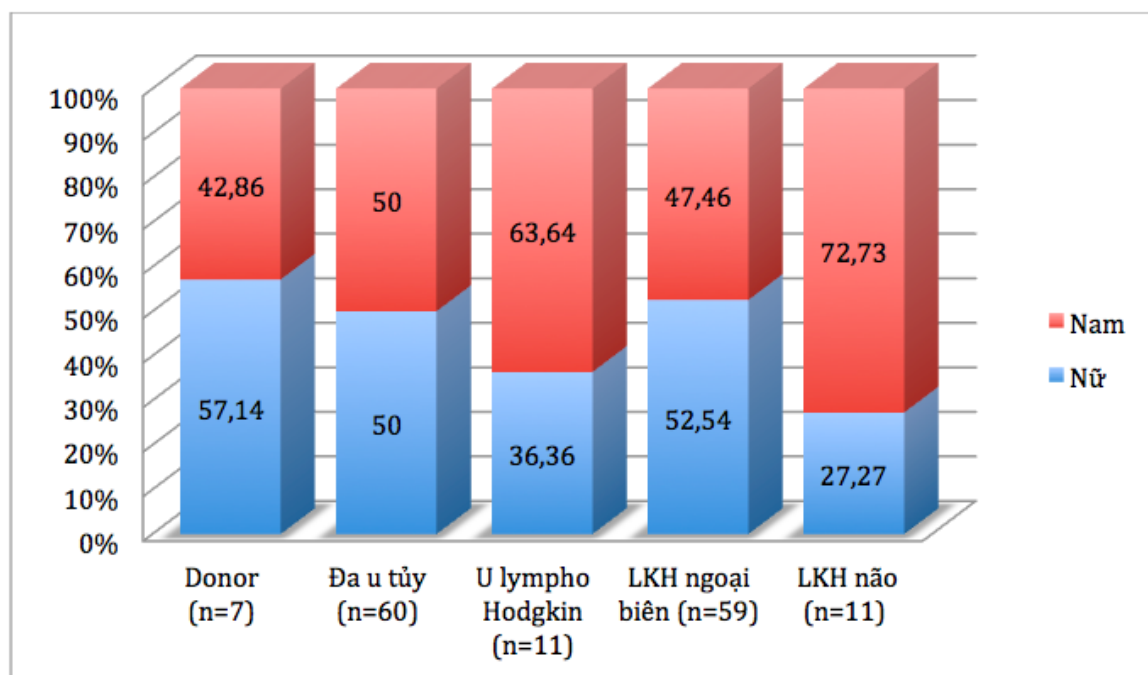
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 5/2017 đến 4/2023, chúng tôi có 148 trường hợp đạt tiêu chuẩn gạn tách tế bào gốc máu ngoại vi.

Bảng 1. Phân bố tuổi theo nhóm người cho TBG

Người cho TBG	Tuổi (TB $\pm$ SD)
Donor (n=7)	40,28 $\pm$ 4,49
Đa u tủy (n=60)	57,56 $\pm$ 9,10
U lympho Hodgkin (n=11)	27,18 $\pm$ 6,73
U lympho không Hodgkin	
LKH ngoại biên (n=59)	43,51 $\pm$ 13,22
LKH não (n=11)	47,90 $\pm$ 16,59

Nhận xét: Người cho TBG trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình cao ở nhóm Đa u tủy, U lympho không Hodgkin, thấp ở nhóm U lympho Hodgkin



Biểu đồ 1. Giới của nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Giới nhóm nghiên cứu gần như tương đương ở nhóm Đa u tủy, U lympho không Hodgkin ngoại biên và donor. Nam nhiều hơn nữ ở nhóm U lympho Hodgkin và U lympho không Hodgkin não.

Bảng 2: Đặc điểm chẩn đoán bệnh

Người cho TBG	n	%
Donor	7	4,73
Đa u tủy	60	40,54
U lympho Hodgkin	11	7,43
U lympho không Hodgkin		
LKH ngoại biên	59	39,86
LKH não	11	7,43

Nhận xét: Người cho TBG trong nhóm nghiên cứu, bệnh nhân Đa u tủy chiếm tỷ lệ cao nhất 40,54%, U lympho không Hodgkin đứng thứ 2 chiếm 39,86%.

Bảng 3: Phác đồ huy động tế bào gốc

Phác đồ	n	%
Endoxan – G-CSF	112	75,68
G-CSF	22	14,86
Hóa trị-G-CSF	5	3,38
Endoxan – G-CSF – Plexirafor	4	2,70
G-CSF – Plexirafor	5	3,38

Nhận xét: Phác đồ huy động chủ yếu là phác đồ Endoxan – G-CSF 75,68%, G-CSF đơn thuần 14,86%

Bảng 4: Số lần thu thập tế bào gốc máu ngoại vi

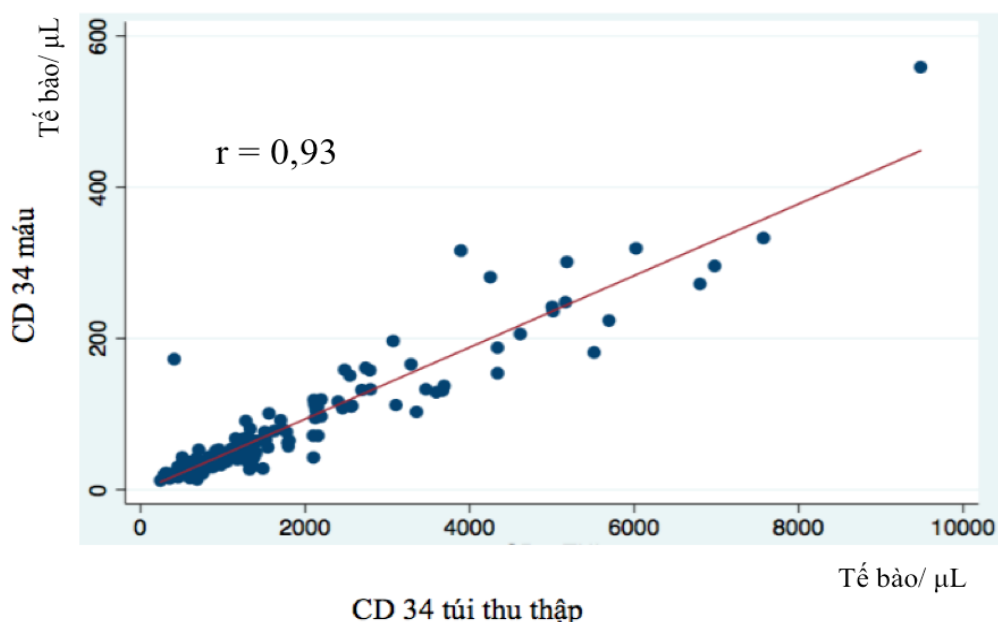
Số lần thu thập	1 lần (n,%)	2 lần (n,%)
Donor (n=7)	4 (57,14)	3 (42,86)
Đa u tủy (n=60)	34 (56,67)	26 (43,33)
U lympho Hodgkin (n=11)	4 (36,36)	7 (63,64)
U lympho không Hodgkin LKH ngoại biên (n=59)	23 (38,98)	36 (61,02)
LKH não (n=11)	8 (72,73)	3 (27,27)

Nhận xét: Số lần thu thập 1 lần ở nhóm donor là 57,14%, Đa u tủy là 56,67%, U lympho không Hodgkin não là 72,73%, số lần thu thập 2 lần ở nhóm U lympho Hodgkin là 63,64%, U lympho không Hodgkin ngoại biên 61,02%.

Bảng 5: Đặc điểm túi tế bào gốc

Thông số (n=148)	Giá trị TB $\pm$ SD	Giá trị Nhỏ nhất – lớn nhất
Thể tích (mL)	142,88 $\pm$ 26,29	66 - 210
Hồng cầu (G/L)	0,02 $\pm$ 0,01	0,01 – 0,07
Bạch cầu (G/L)	9,01 $\pm$ 4,91	0,90 – 27,9
Tiểu cầu (G/L)	27,81 $\pm$ 13,08	7 - 74
CD34 (tế bào/ μ L)	1753,46 $\pm$ 1637,46	240,86 – 9581,43
Tỷ lệ sống CD34 (%)	98,18 $\pm$ 2,17	82 - 100

Nhận xét: Túi tế bào gốc thu thập có số lượng hồng cầu trung bình rất thấp 0,02 G/L, số lượng tế bào gốc trung bình cao 1753, 46 tế bào/ μ L với tỷ lệ sống trung bình 98,18%.

**Biểu đồ 2. Mối tương quan của CD34 máu và CD34 túi thu thập**

Nhận xét: Số lượng tế bào CD34 máu trước tách có mối tương quan rất mạnh với số lượng CD34 túi thu thập với $r=0,93$

Bảng 6. Kết quả thu thập CD34 $\geq 2.0 \times 10^6/kg$

Thông số	Kết quả đạt n(%)
Donor (n=7)	7(100)
Đa u tủy (n=60)	55 (91,67)
U lympho Hodgkin (n=11)	8 (72,73)
U lympho không Hodgkin ngoại biên (n=59)	41 (69,49)
U lympho không Hodgkin não (n=11)	9 (81,82)
Chung (n=148)	120 (81,08)

Nhận xét: Kết quả thu thập tế bào gốc đạt 100% ở nhóm donor, 91,67% ở nhóm Đa u tủy, U lympho không Hodgkin não 81,82%, U lympho Hodgkin 72,73%, thấp ở nhóm U lympho không Hodgkin ngoại biên 69,49%. Hiệu quả chung là 81,08%.

Bảng 7. Mối tương quan của các yếu tố và kết quả thu thập

Thông số (n=148)	Hệ số tương quan (r)	p
Giới	0,08	0,321
Line hóa trị	0,08	0,309
Hồng cầu	0,13	0,107
Bạch cầu	0,06	0,451
Monocyte	0,02	0,730
Tiểu cầu	0,15	0,067
CD34 máu (tế bào/ μ L)	0,34	<0,001
Số lần tách	0,40	<0,001

Nhận xét: Số lượng tế bào gốc và số lần tách có mối tương quan đáng kể đến kết quả đạt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.

Bảng 8. Tác dụng phụ quá trình gạn tách tế bào gốc

Thông số (n=148)	Giá trị n(%)
Lạnh run	5 (3,38)
Tê tay	3 (2,03)
Co giật	0 (0,00)
Tụt huyết áp	0 (0,00)
Sốc	0 (0,00)

Nhận xét: Tác dụng phụ trong quá trình gạn tách tế bào gốc thường gặp lạnh run 3,38%, tê tay 2,03%. Không có tác dụng phụ nặng như co giật, tụt huyết áp, sốc.

IV. BÀN LUẬN

Qua thời gian từ 5/2017 đến 4/2023, chúng tôi có 148 trường hợp được gạn tách tế bào gốc từ máu ngoại vi bằng máy Optia spectra.

Về chẩn đoán bệnh, trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi tập trung chủ yếu bệnh

nhân Đa u tủy với tỷ lệ 40,54%, U lympho không Hodgkin ngoại biên 39,86% và U lympho không Hodgkin lymphoma não nguyên phát 7,43%, U lympho Hodgkin 7,43%, người hiến tế bào gốc 4,73%. Theo nghiên cứu của tác giả Keklik M và cộng sự, Đa u tủy có 57,8%, U lympho Hodgkin

9,4%, U lympho không Hodgkin 28,1%. So với tác giả nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ tương đồng⁵.

Về số lần thu thập, trong nghiên cứu của chúng tôi có số lần thu thập 1 lần ở nhóm donor là 57,14%, Đa u tủy là 56,67%, U lympho không Hodgkin não là 72,73% và có số lần thu thập 2 lần ở nhóm U lympho Hodgkin là 63,64%, U lympho không Hodgkin ngoại biên 61,02%. Theo Buckley và cộng sự, số lần thu thập: 50 (57,47%) bệnh nhân được thu thập 1 lần, 27 (31,03%) bệnh nhân được thu thập 2 lần, 10 (11,50%) bệnh nhân thu thập 3 lần². So với tác giả nghiên cứu chúng tôi tương đương. Như vậy, trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ cần thực hiện thủ thuật 1-2 lần là có thể lấy đủ số lượng tế bào gốc. Đây là sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật ứng dụng máy gạn tách một cách thành công.

Về túi thu thập tế bào gốc, trong nghiên cứu của chúng tôi có số lượng hồng cầu trung bình rất thấp 0,02 G/L, số lượng tế bào gốc trung bình cao 1753, 46 tế bào/ μ L với tỷ lệ sống trung bình 98,18%. Đây là một sản phẩm thu thập rất tốt với sự tập trung chủ yếu là tế bào gốc, ít lẫn tế bào hồng cầu, và tiểu cầu. Theo nghiên cứu của tác giả Keklik M và cộng sự, số lượng tế bào CD34 túi là 2450 tế bào/ μ L⁵. So với tác giả, kết quả chúng tôi thấp hơn. Qua đó, chúng tôi sẽ cố gắng hoàn thiện hơn để có những kết quả tốt hơn trong những lần gạn tách sau.

Về kết quả thu thập, trong nghiên cứu của chúng tôi kết quả thu thập tế bào gốc đạt $CD34 \geq 2.0 \times 10^6/kg$ là 100% ở nhóm donor, 91,67% ở nhóm Đa u tủy, U lympho không Hodgkin não là 81,82%, U lympho Hodgkin 72,73%, thấp ở nhóm U lympho không

Hodgkin ngoại biên 69,49%. Hiệu quả chung là 81,08%. Theo Duong HK, số lượng CD34 tối thiểu là $2.0 \times 10^6/kg$ cho mỗi lần ghép ở người lớn cho ghép tự thân hay ghép đồng loài⁴. Theo nghiên cứu của tác giả Keklik M và cộng sự, hiệu quả gạn tách tế bào gốc đạt 65,06%⁵. Theo Sanderson F và cộng sự, hiệu quả gạn tách tế bào CD34 đạt là 67%⁷. Còn theo Buckley và cộng sự, hiệu quả gạn tách tế bào CD 34 đạt là 74,23%². Như vậy, so với các tác giả, hiệu quả gạn tách của chúng tôi cao hơn.

Về mối tương quan với các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả thu thập tế bào gốc, các yếu tố tuổi, giới, số lượng hồng cầu, bạch cầu, tiểu cầu không ảnh hưởng đến kết quả. Số lượng tế bào gốc máu trước tách và số lần tách có mối tương quan đáng kể đến kết quả đạt và có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Trong đó, số lượng tế bào CD34 máu trước tách có mối tương quan rất mạnh với số lượng CD34 túi thu thập với $r=0,93$. Như vậy, việc thu thập tế bào gốc phụ thuộc đáng kể vào số lượng tế bào CD34 máu trước tách.

Về tác dụng phụ không mong muốn trong nghiên cứu của chúng tôi gặp rất ít, chủ yếu là lạnh run và tê tay chân do hạ calci máu. Chúng tôi đã phòng ngừa bằng cách tiêm calci trong quá trình thực hiện thủ thuật.

Tóm lại, phương pháp gạn tách tế bào gốc máu ngoại vi bằng máy Optia đã mang lại kết quả thành công cho người bệnh với tỷ lệ đạt $CD34 \geq 2.0 \times 10^6/kg$ là 100% ở nhóm donor, 91,67% ở nhóm Đa u tủy, U lympho không Hodgkin 72,73%, U lympho không Hodgkin ngoại biên 69,49%, U lympho không Hodgkin não là 81,82%, hiệu quả chung 81,08% với tác dụng phụ tối thiểu.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp gạn tách tế bào gốc ở máu ngoại vi bằng máy Optia thực hiện tại Khoa Huyết học Bệnh viện Chợ Rẫy có tỷ lệ đạt $CD34 \geq 2.0 \times 10^6/kg$ là 100% ở nhóm donor, 91,67% ở nhóm Đa u tủy, U lympho Hodgkin 72,73%, U lympho không Hodgkin ngoại biên 69,49%, U lympho không Hodgkin não là 81,82%, hiệu quả chung 81,08% và hầu như không có tác dụng phụ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế** (2015). Gạn tế bào máu từ máu ngoại vi. Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Huyết học – Truyền máu – Miễn dịch – Di truyền – Sinh học phân tử, tr 314-317.
2. **Bộ Y tế** (2022). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý Huyết học. Ghép tế bào gốc tự thân điều trị bệnh máu, tr 415-426
3. **Buckley J, Krawczyk J, Chochubhair FN, et al.** A Single Centre Analysis of Spectra Optia Stem Cell Collection Data from Multiple Myeloma and Lymphoma Patients, with and without Plerixafor. *Blood* (2014) 124 (21): 3848.
4. **Duong KH, Savani BN, Copelan E, et al** (2014). Peripheral Blood Progenitor Cell Mobilization for Autologous and Allogeneic Hematopoietic Cell Transplantation: Guidelines from the American Society for Blood and Marrow Transplantation. *ASBMT guideline. Biol Blood Marrow Transplant* 20:1262-1273.
5. **Keklik M.** Retrospective comparison of two different cell separators for autologous peripheral blood stem cell collection: Single center experience. *Transfusion and Cell Therapy* 2023
6. **Linenberger ML** (2009). Collection of cellular therapy products by apheresis. *Cellular Therapy: Principle, Method and Regulation*, Bethesda, MD:AABB, chapter 23, p.251-277.
7. **Sanderson F, Poullin P, Smith R, et al.** Peripheral blood stem cells collection on spectra optia apheresis system using the continuous mononuclear cell collection protocol: A single center report of 39 procedures. *Journal of Clinical Apheresis* 2016; (32): 182-190
8. **Terumo BCT Inc** (2016). Continuous mononuclear cell collection (CMNC). Spectra optia apheresis system manual.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ GÓI PHÒNG NGỪA VIÊM PHỔI LIÊN QUAN TỚI THỞ MÁY TẠI KHOA HỒI SỨC NGOẠI THẦN KINH, BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Phùng Mạnh Thắng¹, Nguyễn Tri Thức², Võ Thị Hồng Thoa¹,
Nguyễn Văn Nhiều³, Trần Quang Vinh³, Le Nguyen Uyen Chi⁴,
Hà Thị Kim Phượng⁵, Trần Thị Thu Hà⁶, Amber Vasquez⁷

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi liên quan đến thở máy (VAP) là bệnh nhiễm khuẩn liên quan đến chăm sóc y tế (HAI) phổ biến nhất tại Bệnh viện Chợ Rẫy (BVCR). Tuy nhiên, có rất ít thành công trong việc cải thiện tỷ lệ VAP tại BVCR mặc dù đã có nhiều biện pháp can thiệp. Ở Việt Nam, việc đánh giá hiệu quả sử dụng một cách tiếp cận có hệ thống để cải thiện công tác phòng ngừa và kiểm soát nhiễm khuẩn vẫn chưa được phổ biến.

Mục tiêu: Chúng tôi đã giới thiệu cách tiếp cận đánh giá hiệu quả gói phòng ngừa VAP tại khoa hồi sức ngoại thần kinh (NsICU), BVCR để cải thiện tỷ lệ VAP.

Phương pháp: Đánh giá hiệu quả gói chăm sóc VAP, bao gồm cả quy trình cai máy thở sớm và giảm an thần, đã được triển khai trong NsICU từ tháng 4 năm 2019 đến tháng 3 năm 2022. Tỷ

lệ VAP cơ bản trên 1.000 thở máy-ngày và tỷ lệ số thở máy - ngày trên bệnh nhân - ngày (tỷ lệ sử dụng thiết bị; DUR) đã được ghi nhận cho 12 tháng trước can thiệp (2018). Phân tích t-test độc lập hai mẫu được thực hiện để định lượng sự khác biệt về tỷ lệ VAP trước can thiệp so với một, hai, và ba năm sau can thiệp. Các biện pháp quy trình để giám sát sự tuân thủ của nhân viên đối với các yếu tố của gói đã được ghi lại.

Kết quả: Tỷ suất VAP cơ bản trung bình giảm đáng kể từ 21,7 trước can thiệp xuống 15,0 sau can thiệp năm đầu ($p < 0,05$) và 14,5 sau năm thứ hai sau can thiệp ($p < 0,05$), và 11,8 sau năm thứ ba sau can thiệp ($p < 0,05$). DUR trung bình tương tăng nhẹ từ 0,82 trước can thiệp đến 0,89 sau năm đầu tiên, 0,85 sau năm thứ hai sau can thiệp, và 0,89 sau năm thứ ba sau can thiệp. Tuân thủ theo gói trung bình đối với các yếu tố của bác sĩ tăng từ năm thứ nhất đến năm thứ ba (quy trình cai máy thở từ 47,07% lên 59,51% lên 91,23%, giảm thuốc an thần hàng ngày từ 52,35% lên 62,99% lên 91,58%, và chỉ định vật lý trị liệu sớm từ 37,8% lên 47,6% lên 76,02, tương ứng). Tuân thủ gói phòng ngừa với các yếu tố điều dưỡng (kê cao đầu giường, áp lực bóng chèn nội khí quản, chăm sóc răng miệng và thay bộ trao đổi làm ẩm và ẩm) cao trong suốt thời gian can thiệp (khoảng 85-100%).

Kết luận: Ứng dụng mô hình tiếp cận đánh giá gói phòng ngừa VAP tại khoa NsICU là một cách tiếp cận hợp lý, hiệu quả trong bối cảnh công tác kiểm soát nhiễm khuẩn còn nhiều thách thức như hiện nay đã đem lại lợi ích to lớn trong

¹Khoa Kiểm soát Nhiễm khuẩn

²Khoa Rối loạn Nhịp

³Khoa Hồi sức Ngoại Thần kinh

⁴Khoa Tai Mũi Họng

⁵Cục QLKCB-BYT

⁶PATH

⁷US-CDC

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Mạnh Thắng

SĐT: 0988461808

Email: thangmanhphung@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/12/2023

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2024

Ngày duyệt bài: 23/02/2024

việc giảm viêm phổi liên quan tới thở máy tại khoa NsICU. Ngoài ra hiệu quả gói phòng ngừa VAP này cũng đang được mở rộng áp dụng hiệu quả cho tất cả các ICU khác của BVCR và một số bệnh viện hàng đầu tại Việt Nam.

Từ khóa: Gói phòng ngừa viêm phổi liên quan tới thở máy, nhiễm khuẩn bệnh viện, hồi sức ngoại thần kinh

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF CARE BUNDLE FOR VENTILATOR-ASSOCIATED PNEUMONIA IN NEUROSURGICAL INTENSIVE CARE UNIT, CHO RAY HOSPITAL, VIETNAM

Background: Ventilator-associated pneumonia (VAP) is the most common healthcare-associated infection (HAI) at Cho Ray Hospital (CRH). Despite numerous interventions, the success in improving VAP incidence rate in CRH has been minimal.

Aims: Evaluate the effectiveness of VAP prevention bundle in neurosurgical intensive care unit (NsICU), to reduce the incidence rate of VAP.

Methods: The effectiveness of the care bundle was assessed in the NsICU from April 2019 to March 2022. The VAP rate and device utilization ratio (DUR) were recorded for 12 months prior to intervention (2018). Two-sample independent t-test analysis was performed to quantify the difference in VAP rates before intervention in comparison with one, two, and three years after the intervention. The care bundle compliances were also monitored.

Results: The mean VAP rate decreased significantly from 21.7 pre-intervention to 15.0 after the first-year ($p < 0.05$), 14.5 after the second-year ($p < 0.05$), and 11.8 after the third-year ($p < 0.05$) of intervention. Mean DUR increased slightly from 0.82 before intervention to 0.89 after the first-year, 0.85 after the second-

year, and 0.89 after the third-year of intervention. Mean physician compliance increased from the first to the third (ventilator weaning from 47.07% to 59.51% to 91.23%, daily sedation reduction from 52.35% to 62.99% to 91.58%, and early indication of physical therapy from 37.8% to 47.6% to 76.02, respectively). Compliance with the nurse elements was consistently high 85-100%.

Conclusion: Implementing the systematic approach model to assess the VAP prevention bundle proves effective in reducing VAP rates in the NsICU.

Keywords: Prevention bundle for ventilator-associated pneumonia, hospital-acquired infections, neurosurgery intensive care unit

I. TỔNG QUAN

Hiện nay các nước phát triển cũng như các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam đang phải đối mặt với những thách thức lớn từ việc tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện cao, trong đó đặc biệt các nước đang phát triển với hệ thống y tế chưa hoàn thiện nên công tác phòng ngừa nhiễm khuẩn gặp nhiều khó khăn chính vì vậy mà tỷ lệ nhiễm khuẩn bệnh viện tại các nước đang phát triển thực sự cao hơn nhiều các nước đã phát triển^[1]. Theo khảo sát tại các bệnh viện tại Việt Nam cho thấy trong 4 loại nhiễm khuẩn hay gặp như VAP, CLABSI, CAUTI, và SSI thì VAP là mối quan tâm chính của hầu hết các cơ sở y tế.

Nghiên cứu của Ahmed NH. và cộng sự cho thấy số trường hợp bị viêm phổi liên quan tới thở máy do nhiễm *Acinetobacter baumannii* tại khoa ICU khá cao là 86,36%^[2].

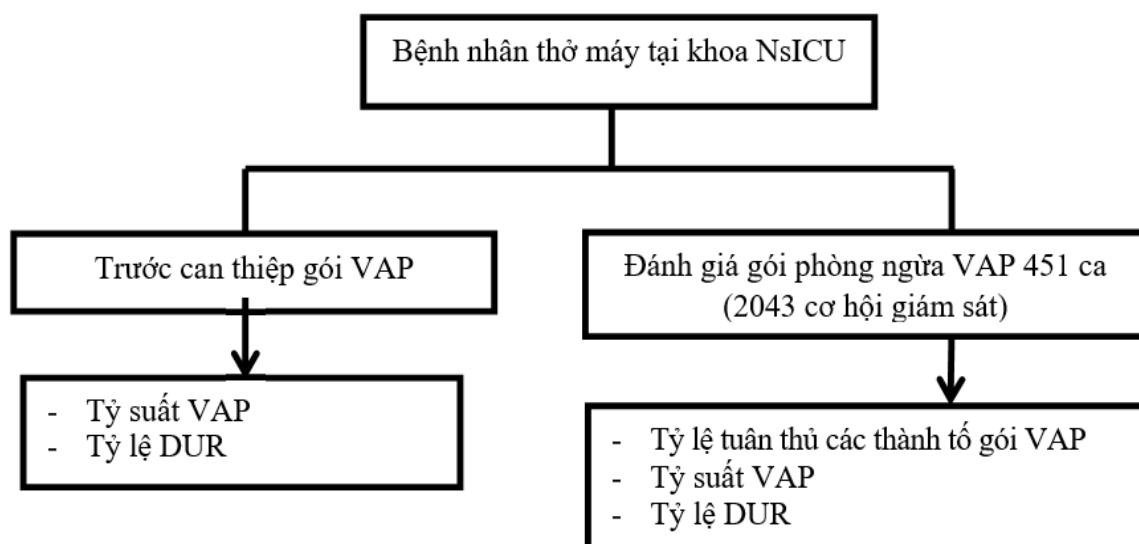
Gói phòng ngừa là tập hợp các thành tố đã được chứng minh có hiệu quả trong việc làm giảm một loại nhiễm khuẩn nào đó được quan tâm qua các nghiên cứu can thiệp trước

đó và khi triển khai áp dụng gói can thiệp này vào thực tế của đơn vị mình thì đảm bảo là dễ ứng dụng cho NVYT đồng thời chi phí thấp, khi kết hợp các thành tố này lại với nhau thì sẽ đem lại lợi ích to lớn hơn trong việc giảm nhiễm khuẩn như gói phòng ngừa viêm phổi liên quan tới thở máy^[3,4]. Đa kháng thuốc: là tình trạng nhạy cảm kháng sinh của tác nhân gây bệnh với kháng sinh được xác định dựa trên khả năng đề kháng của tác nhân gây bệnh đối với ít nhất trên 3 nhóm kháng sinh^[5]. Các định nghĩa và tiêu chuẩn chẩn đoán ca bệnh-viêm phổi bệnh viện (HAP), viêm phổi liên quan tới thở máy (VAP)^[6].

Nghiên cứu của tác giả Sandra Burja và cộng sự trong việc áp dụng gói phòng ngừa VAP bao gồm các thành tố như nằm đầu cao, chăm sóc răng miệng bằng chlorhexidine, hút dịch trên bóng chèn, đánh giá việc cai máy thở sớm hàng ngày, dùng thuốc ức chế bơm proton ở dạ dày, sử dụng hệ thống hút đàm kín, duy trì áp lực bóng chèn 25 cmH₂O, kết quả sau 3 tháng can thiệp gói cho thấy các tỷ lệ mắc mới VAP muộn sau 7 ngày giảm rõ

rệt so với nhóm không can thiệp gói VAP (13.5% so với 30.9%, $p=0.0027$)^[4]. Nghiên cứu của tác giả Aliye Okgün Alcan và cộng sự đánh giá hiệu quả của gói VAP trên bệnh nhân thở máy tại khoa ICU cho thấy sau khi can thiệp gói phòng ngừa VAP làm giảm tỷ suất VAP từ 25.91 xuống còn 8.5/1000 bệnh nhân thở máy-ngày^[3, 4].

Tại Việt Nam chưa có một nghiên cứu chi tiết về việc áp dụng bảng kiểm gói phòng ngừa VAP trên bệnh nhân thở máy. Ngoài ra, số liệu giám sát năm 2017 tại BV Chợ Rẫy cho thấy tỷ suất VAP rất cao 28/1000 bệnh nhân thở máy-ngày nhưng chưa có biện pháp can thiệp cụ thể. Chính vì vậy, trong nghiên cứu này chúng tôi đánh giá hiệu quả bảng kiểm gói phòng ngừa VAP triển khai tại khoa hồi sức Ngoại thần kinh, bệnh viện Chợ Rẫy nhằm giảm tỷ suất VAP, mức độ tuân thủ các thành tố. Thông qua nghiên cứu này, chúng tôi mong muốn mở rộng áp dụng gói phòng ngừa VAP thí điểm tại khoa NsICU cho các khoa phòng có giường hồi sức và cho các bệnh viện tuyến dưới, đem lại hiệu quả điều trị và lợi ích kinh tế.



Sơ đồ nghiên cứu

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh viện Chợ Rẫy với quy mô số giường bệnh nhân nội trú 3200. Số bệnh nhân nặng cần phải can thiệp thở máy trung bình 160-180 trường hợp mỗi ngày. Trong đó khoa hồi sức Ngoại thần kinh bệnh nhân liên quan tới bệnh lý thần kinh, chấn thương sọ não trung bình mỗi ngày là 40 bệnh nhân, trong đó nhu cầu hỗ trợ thở máy cao trung bình chiếm 80%.

Tiêu chuẩn nhận bệnh là các bệnh nhân thở máy tại các khoa hồi sức ngoại thần kinh bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 4/2019 tới tháng 3/2022 có áp dụng gói phòng ngừa VAP. Tiêu chuẩn loại trừ là các trường hợp viêm phổi thở máy từ tuyến trước, viêm phổi thở máy từ cộng đồng không đưa vào lô nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp

2.2.1. Xây dựng và áp dụng gói phòng ngừa VAP gồm 7 thành tố (Phụ lục 1):

- Bác sĩ có đánh giá sự cần thiết của việc cai máy thở sớm: biến số nhị giá, gồm 2 giá trị: Có - Không

- Bác sĩ có giám an thần, giãn cơ sớm cho bệnh nhân: biến số nhị giá, gồm 2 giá trị: Có - Không

- Bệnh nhân có được tập vật lý trị liệu không: biến số nhị giá, gồm 2 giá trị: Có - Không

- Bệnh nhân có duy trì nằm đầu cao 30-45°C: biến số nhị giá, gồm 2 giá trị: Có - Không

- Bệnh nhân có được chăm sóc răng miệng bằng bộ bàn chải bọt biển chuẩn không: biến số nhị giá, gồm 2 giá trị: Có - Không

- Áp lực bóng chèn nội khí quản có được duy trì trong mức bình thường 24-30

cmH₂O: biến số nhị giá, gồm 2 giá trị: Có - Không

- Bệnh nhân có được sử dụng và thay bộ HME phù hợp không: biến số nhị giá, gồm 2 giá trị: Có - Không

2.2.2. Xây dựng và áp dụng bảng kiểm giám sát tuân thủ thực hành (Phụ lục 2):

Xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1; Phân tích số liệu bằng phần mềm Stata 10.0; Sử dụng kiểm định độc lập T-test trung bình 2 nhóm cho tỷ suất VAP, cho nhóm trước can thiệp và sau can thiệp gói phòng ngừa viêm phổi liên quan tới thở máy. Kiểm định T-test có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sự tuân thủ các thành tố thực hành áp dụng gói phòng ngừa VAP của bác sĩ và điều dưỡng

Để đánh giá vai trò của các thành tố của gói phòng ngừa VAP bao gồm: cai máy thở sớm cho bệnh nhân thở máy, giám an thần sớm, tập vật lý trị liệu, nằm đầu cao 30-45°C, chăm sóc răng miệng bằng bàn chải bọt biển, thay HME phù hợp, duy trì áp lực bóng chèn phù hợp 24-30 cm H₂O trong việc giảm nguy cơ viêm phổi liên quan tới thở máy. Nhóm nghiên cứu đã tiến hành thực hiện đánh giá trên 2012 cơ hội của bệnh nhân thở máy điều trị tại khoa NsICU đã được triển khai áp dụng thực hành gói phòng ngừa VAP trong thời gian 3 năm, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ thực hành trung bình của các tháng trong năm các thành tố của bác sĩ tăng dần theo thời gian, cụ thể với thành tố cai máy thở sớm lần lượt qua 3 năm là 47.07%, 59.51%, và 91.23%. Tỷ lệ tuân thủ trung bình hàng tháng đối với thành tố giám sử dụng thuốc an thần sớm cũng tăng dần theo qua các năm cụ thể lần lượt là 52.35%,

62.99%, và 91.58%. Tỷ lệ tuân thủ trung bình hàng tháng tập vật lý trị liệu cũng tăng dần qua các năm lần lượt là 37.8%, 47.6%, và 76.02% (Bảng 1). Đối với 4 thành tố tuân thủ thực hành của điều dưỡng ở mức cao trên 85% qua các năm, đặc biệt trong năm 3 của can thiệp đạt trên 97%. Cụ thể tỷ lệ tuân thủ trung bình các thành tố qua các năm như sau:

tỷ lệ tuân thủ đối với thành tố nằm đầu cao lần lượt là 95.57%, 93.83%, và 100%; thành tố sử dụng gói chăm sóc răng miệng lần lượt là 99.12%, 97.92%, và 100%; thành tố duy trì áp lực bóng chèn 24-30 cm H₂O lần lượt là 92.32%, 86.82%, và 97.8%; thành tố thay bộ HME phù hợp lần lượt là 96.46%, 94.07%, và 97.28% (Bảng 2).

Bảng 1. Tỷ lệ % tuân thủ các thành tố của bác sĩ trong gói phòng ngừa viêm phổi liên quan tới thở máy tại khoa hồi sức ngoại thần kinh

STT	Tỷ lệ tuân thủ BS	Năm 1 (%)	Năm 2 (%)	Năm 3 (%)
	Số cơ hội (n)	1238	699	106
1	Cải máy thở sớm	47.1 (583/1238)	59.5 (416/699)	91.5 (97/106)
2	Giảm thuốc an thần sớm	52.3 (648/1238)	62.9 (440/699)	91.5 (97/106)
3	Tập vật lý trị liệu	37.8 (468/1238)	47.6 (333/699)	76.4 (81/106)

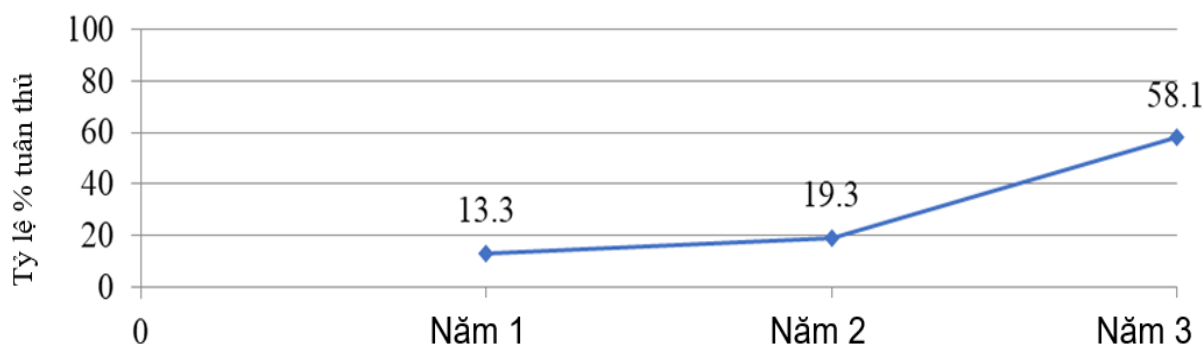
Bảng 2. Tỷ lệ % tuân thủ các thành tố của điều dưỡng trong gói phòng ngừa viêm phổi liên quan tới thở máy tại khoa hồi sức ngoại thần kinh

STT	Tỷ lệ tuân thủ ĐD	Năm 1 (%)	Năm 2 (%)	Năm 3 (%)
	Số cơ hội (n)	1238	699	106
4	Nằm đầu cao 30-45 độ	95.6 (1183/1238)	93.9 (656/699)	100 (100/100)
5	Sử dụng gói chăm sóc răng miệng	99.1 (1227/1238)	97.9 (684/699)	100 (100/100)
6	Duy trì áp lực bóng chèn 24-30cm	92.3 (1143/1238)	86.8 (607/699)	98.1 (104/106)
7	Thay bộ HME phù hợp	96.5 (1194/1238)	94.1 (658/699)	97.2 (103/106)

Khảo sát sự tuân thủ toàn bộ thực hành các thành tố của bảng kiểm gói phòng ngừa VAP

Kết quả nghiên cứu cho thấy qua thời gian khảo sát 3 năm cho thấy tỷ lệ tuân thủ

trung bình của toàn bộ gói phòng ngừa VAP tăng dần theo các năm cụ thể là 13.26% trong năm 1, 19.33% trong năm 2, và tăng lên 58.13% trong năm 3 (Hình 1).

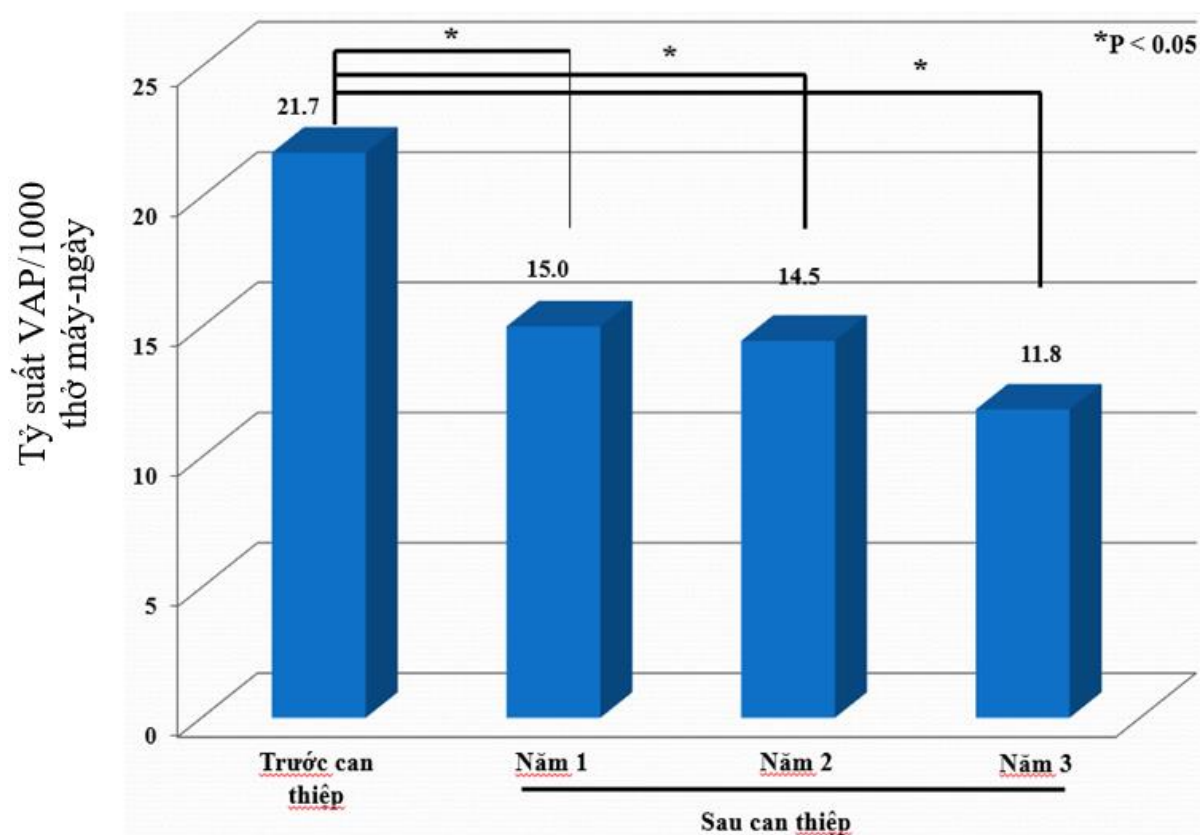


Hình 1. Tỷ lệ % hoàn thành toàn bộ các thành tố trong bảng kiểm gói phòng ngừa viêm phổi liên quan tới thở máy tại khoa hồi sức ngoại thần kinh

Đánh giá hiệu quả của gói phòng ngừa VAP trên tỷ suất VAP trước và sau can thiệp gói phòng ngừa VAP

Để đánh giá hiệu quả của gói phòng ngừa VAP, chúng tôi tiến hành khảo sát vai trò của các thành tố trong gói VAP trên hơn 2043 trường hợp viêm phổi liên quan tới thở máy, sau đó đo lường bằng tỷ suất VAP trên 1000

bệnh thở máy ngày. Kết quả nghiên cứu áp dụng gói phòng ngừa VAP cho thấy hiệu quả thực sự trong việc giảm viêm phổi liên quan tới thở máy so với trước khi áp dụng gói phòng ngừa VAP lần lượt qua các năm là 15,0, 14,5, và 11,8 so với trước can thiệp là 21,7 (Hình 2).

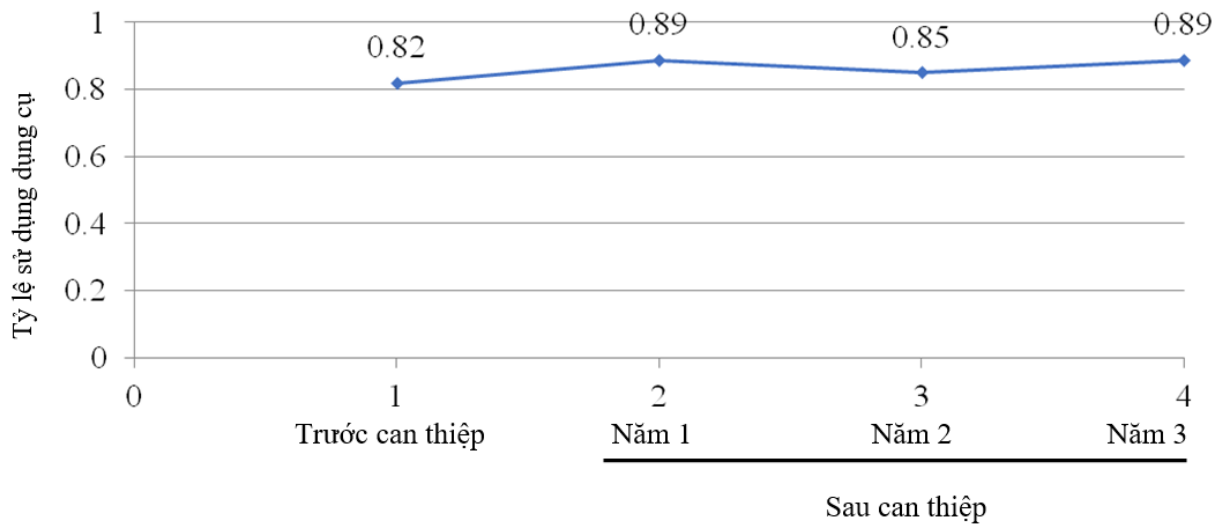


Hình 2. Tỷ suất VAP/ 1000 bệnh nhân thở máy-ngày trước và sau can thiệp gói phòng ngừa VAP

Khảo sát tỷ lệ sử dụng máy thở trước và sau can thiệp gói phòng ngừa VAP trên bệnh nhân viêm phổi tại khoa NsICU

Để đánh giá mức độ sử dụng máy thở tại các trường hợp thở máy tại khoa NsICU, nghiên cứu tiến hành khảo sát chỉ số tỷ lệ sử dụng máy thở. Kết quả khảo sát cho thấy tỷ

lệ sử dụng máy thở sau khi can thiệp tăng cao hơn so với trước khi áp dụng gói phòng ngừa viêm phổi liên quan tới thở máy, cụ thể là 0,89 trong năm 1, 0,85 trong năm 2, 0,89 trong năm 3 so với 0,82 trước can thiệp (Hình 3).

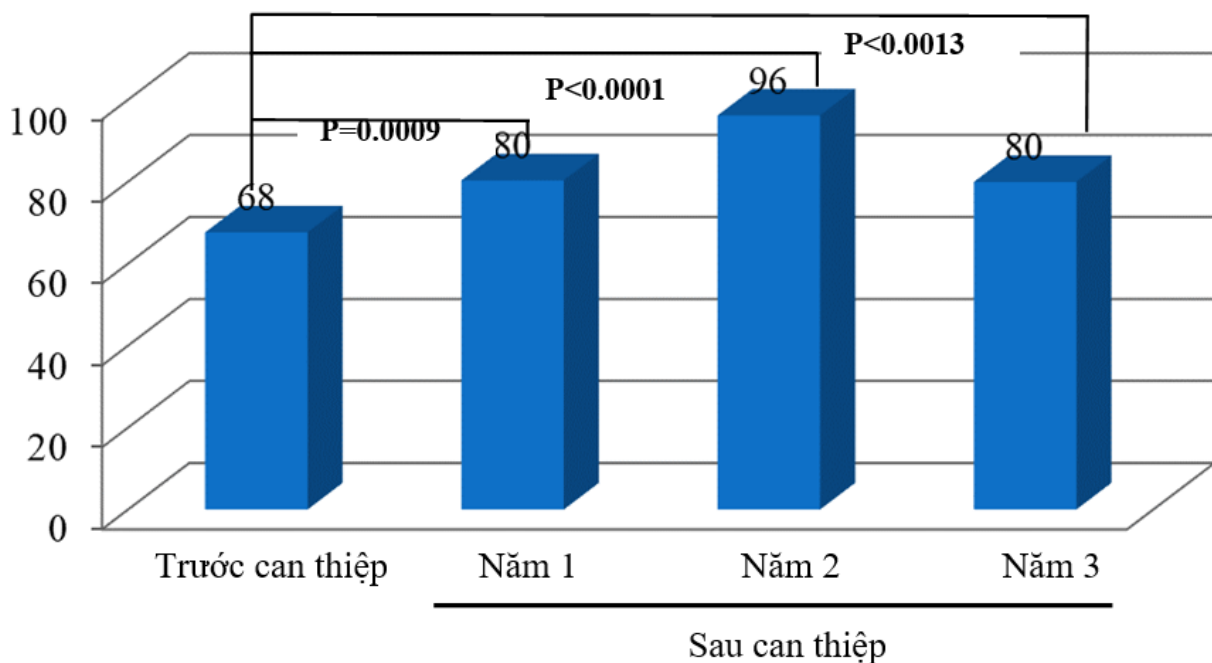


Hình 3. Tỷ lệ sử dụng máy thở trước và sau can thiệp gói phòng ngừa VAP

Khảo sát sự ảnh hưởng của tỷ lệ % tuân thủ vệ sinh tay trước và sau can thiệp gói phòng ngừa VAP tại khoa Hồi sức Ngoại thần kinh

Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ tuân thủ vệ sinh tay trung bình của nhân viên y tế tăng

cao và duy trì trên 80% sau can thiệp gói phòng ngừa VAP so với trước khi can thiệp, cụ thể trước can thiệp là 68%, sau can thiệp năm thứ 1 là 80%, năm thứ 2 là 96%, và năm thứ 3 là 80% (Hình 4).

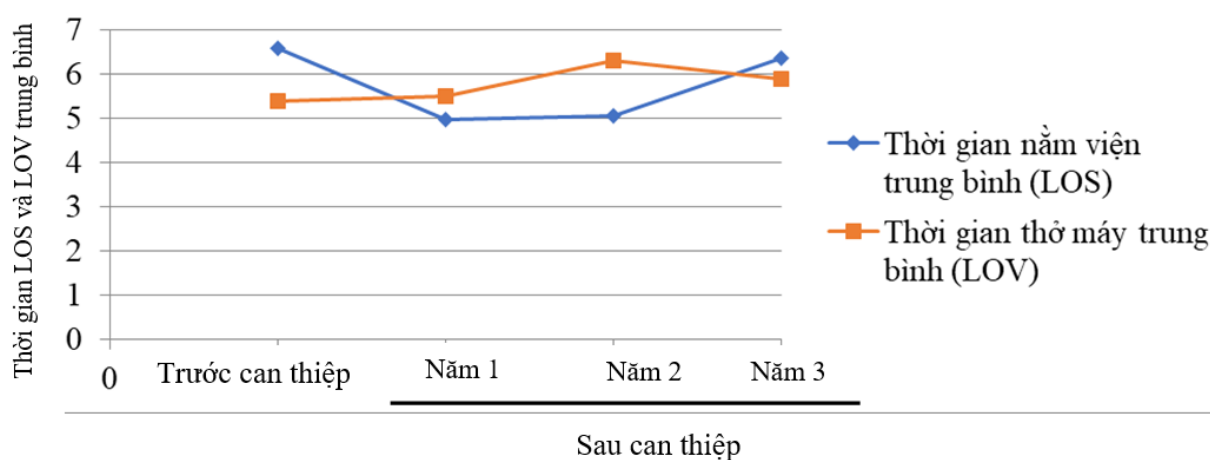


Hình 4. Tỷ lệ % tuân thủ vệ sinh tay trước và sau can thiệp tại khoa Hồi sức Ngoại thần kinh

Vai trò của gói phòng ngừa VAP trên thời gian nằm viện trung bình và thời gian thở máy trung bình trước và sau can thiệp gói phòng ngừa VAP

Để đánh giá vai trò của gói phòng ngừa VAP trên thời gian thở máy trung bình và thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu này, kết quả nghiên cứu cho thấy thời gian thở máy trung bình qua các năm tăng

cao hơn so với trước khi tiến hành can thiệp gói phòng ngừa VAP lần lượt là 5.49, 6.31, 5.88 ngày so với 5.38 ngày của trước can thiệp. Bên cạnh đó thời gian nằm viện trung bình qua 3 năm can thiệp thấp hơn so với trước khi triển khai gói phòng ngừa VAP lần lượt là 4.96, 5.04, 6.37 ngày so với 6.58 ngày của trước can thiệp (Hình 5).



Hình 5. Thời gian nằm viện trung bình và thời gian thở máy trung bình trước và sau can thiệp gói phòng ngừa VAP

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá sự tuân thủ các thành tố thực hành gói phòng ngừa VAP của bác sĩ và điều dưỡng tại khoa Hồi sức Ngoại thần kinh, bệnh viện Chợ Rẫy

Nghiên cứu khảo sát đánh giá thực hành gói phòng ngừa viêm phổi liên quan tới thở máy trên hơn 2043 cơ hội khảo sát trong thời gian 3 năm từ 2019 tới 2022 cho thấy ý thức tuân thủ thực hành của gói phòng ngừa VAP của bác sĩ và điều dưỡng tăng lên qua các năm thực hiện. Trong đó các thành tố của bác sĩ gồm cài máy thở sớm, giảm sử dụng

thuốc an thần và giãn cơ, và tập vật lý trị liệu sớm trong năm 3 tăng cao nhiều trên 76% so với hai năm đầu. Đặc biệt sự tuân thủ các thành tố của nhóm điều dưỡng gồm nằm đầu cao 30-45⁰C, sử dụng gói chăm sóc răng miệng, duy trì áp lực bóng chèn 24-30 cmH₂O, thay bộ làm ẩm HME phù hợp luôn duy trì ở mức cao qua 3 năm can thiệp trên 86%, đặc biệt trong năm thứ 3 can thiệp duy trì mức rất cao gần 100% cho các thành tố. Bên cạnh đó, khi so sánh sự tuân thủ các thành tố của bác sĩ và điều dưỡng cho thấy sự tuân thủ các thành tố của nhóm điều

dưỡng duy trì cao hơn so với các thành tố của nhóm bác sĩ là 100% so với 76%. Điều đó có nghĩa rằng nhóm điều dưỡng của NsICU có ý thức tuân thủ các thành tố cao hơn ý thức tuân thủ các thành tố của bác sĩ, tuy nhiên sự chênh lệch tuân thủ giữa 2 nhóm đã thu hẹp lại cụ thể khoảng 55% cho năm 1 can thiệp nhưng tới năm 3 chỉ còn khác biệt khoảng 21%. Kết quả tuân thủ của các thành tố bác sĩ và điều dưỡng tăng lên đó là nhờ sự giám sát, nhắc nhở thay đổi các thực hành sai chuyển thành các thực hành đúng của nhóm giám sát gói phòng ngừa VAP của bệnh viện Chợ Rẫy. Ngoài ra, ý thức thực hiện điền vào bảng kiểm của toàn bộ các thành tố thực hành trong gói phòng ngừa VAP của nhân viên y tế cũng tăng lên theo các năm đạt 58,1% trong năm 3 so với 13,3% trong năm 1 đó là do ý thức của nhân viên y tế tăng lên đối với các thực hành gói phòng ngừa VAP. So sánh với nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ tuân thủ bảng kiểm 38,5-100% của các thành tố và tuân thủ toàn bộ là 84,6%^[7]. Một nghiên cứu khác cho thấy tuân thủ gói VAP của hơn 1300 điều dưỡng sau khi được tập huấn tăng từ 10,8% lên 89,8% đã làm giảm VAP từ 15.9 xuống 8.5/1000 thở máy-ngày^[3]. Hiện nay, sau thời gian hơn 3 năm triển khai thực hành các thành tố của gói phòng ngừa VAP thì một số các thành tố của nhóm điều dưỡng đã trở thành thường quy trong các hoạt động hàng ngày của NVYT và việc giám sát các thành tố này không còn định kỳ hàng ngày mà chuyển qua giám sát đột xuất.

Hiệu quả của gói phòng ngừa VAP trên thời gian nằm viện trung bình và thời gian thở máy trung bình của nhóm bệnh nhân tại khoa NsICU

Một số nghiên cứu ở trên thế giới cho thấy rằng hiệu quả của gói phòng ngừa VAP không thay đổi thời gian nằm viện trung bình và thời gian thở máy trung bình. Một nghiên cứu khác áp dụng trên 120 bệnh nhân người lớn tại ICU cho thấy gói VAP giảm thời gian thở máy trung bình^[8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại khoa hồi sức ngoại thần kinh (NsICU) với mặt bệnh chính là các bệnh lý liên quan tới chấn thương sọ não, bệnh lý thần kinh, u não, kết quả cho thấy hiệu quả của gói phòng ngừa VAP tại khoa NsICU giảm nhẹ thời gian nằm viện trung bình từ 6,58 ngày xuống 5 ngày trong năm 1 và năm 2 và tăng nhẹ 6,3 ngày trong năm 3. Tuy nhiên, không giảm thời gian thở máy trung bình trong đó trước can thiệp 5,4 ngày, tăng nhẹ 5,5 ngày trong năm 1, 6,3 ngày trong năm 2 và 5,8 ngày trong năm 3. Điều đó có thể liên quan tới tình trạng bệnh nặng và đặc thù mặt bệnh của khoa Hồi sức Ngoại thần kinh.

Đánh giá mối liên quan giữa tỷ suất VAP và tỷ lệ sử dụng dụng cụ (DUR) trước và sau can thiệp gói phòng ngừa VAP tại khoa NsICU

Để đánh giá hiệu quả vai trò của gói phòng ngừa VAP tại khoa NsICU, phân tích mối liên quan giữa hai chỉ số tỷ suất VAP/1000 bệnh nhân thở máy-ngày và tỷ lệ sử dụng dụng cụ là rất quan trọng và cần thiết. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho

thấy tỷ suất VAP giảm dần qua các năm tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới^[3,4,8], trong đó giảm nhiều ở năm thứ nhất và năm thứ 3 sau can thiệp so với trước can thiệp, giảm ít hơn ở năm thứ 2 sau can thiệp, khi so sánh với sự tuân thủ của các thành tố của bác sĩ và điều dưỡng thì cho thấy cũng có sự tương đồng giữa mức giám tỷ suất VAP với mức độ tuân thủ. Trong năm thứ 2 sau can thiệp thì một số thành tố của điều dưỡng giám có lẽ do bị ảnh hưởng của đỉnh dịch COVID-19 nên một số thành tố của điều dưỡng tuân thủ kém đi. Tuy nhiên trong năm 3 sau đại dịch thì sự tuân thủ của NVYT tăng lên dẫn tới tỷ suất VAP tiếp tục giảm hơn xuống còn 11.8/1000 bệnh nhân thở máy-ngày. Khi so sánh tỷ suất VAP với tỷ lệ sử dụng dụng cụ cho thấy tỷ suất VAP sau can thiệp giảm có ý nghĩa thống kê, đặc biệt trong năm 3 giảm gần 50% so với trước can thiệp, tuy nhiên tỷ lệ sử dụng máy thở trung bình các năm sau can thiệp không giảm mà còn tăng cao từ 0,85 tới 0,89 so với 0,82 trước can thiệp. Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân phải thở máy sau can thiệp nhiều hơn trước can thiệp nhưng nguy cơ họ bị viêm phổi liên quan tới thở máy lại thấp hơn, điều đó có nghĩa các bệnh nhân khi thở máy tại khoa NsICU được quan tâm chú ý tới các thành tố của gói phòng ngừa VAP và cho thấy hiệu quả của gói phòng ngừa VAP đã đem lại lợi ích to lớn trong việc giảm tỷ suất VAP tại khoa NsICU trong thời gian triển khai can thiệp.

Với hiệu quả thí điểm triển khai gói phòng ngừa VAP tại khoa NsICU trong thời

gian qua, chúng tôi đã nhân rộng mô hình cải tiến chất lượng của gói phòng ngừa VAP ra tất cả các ICU trong bệnh viện và hiệu quả của gói phòng ngừa viêm phổi liên quan tới thở máy cũng đang đem lại những lợi ích to lớn trong việc giảm tỷ suất VAP tại các khoa có ICU trong bệnh viện Chợ Rẫy.

V. KẾT LUẬN

Ứng dụng mô hình tiếp cận gói phòng ngừa nhiễm khuẩn bệnh viện như gói phòng ngừa VAP tại khoa hồi sức ngoại thần kinh là một cách tiếp cận hợp lý, hiệu quả trong bối cảnh công tác kiểm soát nhiễm khuẩn còn nhiều thách thức như hiện nay đã đem lại lợi ích to lớn trong việc giảm nhiễm khuẩn bệnh viện, giảm viêm phổi liên quan tới thở máy tại khoa NsICU. Ứng dụng gói phòng ngừa VAP này cũng đang được mở rộng áp dụng cho tất cả các ICU khác trong bệnh viện và góp phần giảm viêm phổi thở máy tại các hồi sức khác trong bệnh viện. Hiện nay, nhiều bệnh viện tuyến tỉnh cũng đang học tập và đưa vào triển khai mô hình gói phòng ngừa VAP cho các ICU như bệnh viện đa khoa Trung Ương Cần Thơ, đa khoa tỉnh Bình Định, đa khoa tỉnh Khánh Hòa.

VI. LỜI CẢM ƠN

This study was a contribution of PATH/US-CDC that approved in Cho Ray hospital (Ethic code: 1462/GCN-HĐĐĐ). In this regard, the researchers thanked the Director of Cho Ray hospital for approving this proposal. We also thank all the staff of NsICU, Dept. of Infection Control.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Raofi S, Pashazadeh KF, Rafiei S, Hosseinipalangi Z, Noorani Mejareh Z, Khani S, et al.** Global prevalence of nosocomial infection: A systematic review and meta-analysis. *PloS one*. 2023;18(1):e0274248.
2. **Ahmed NH, Hussain T, Biswal I.** Antimicrobial resistance of bacterial isolates from respiratory secretions of ventilated patients in a multi-specialty hospital. *Avicenna Journal of Medicine*. 2015;5(3):74-78.
3. **Alcan AO, Korkmaz FD, Uyar M.** Prevention of ventilator-associated pneumonia: Use of the care bundle approach. *American journal of infection control*. 2016;44(10):e173-e176.
4. **Burja S, Belec T, Bizjak N, Mori J, Markota A, Sinkovič A.** Efficacy of a bundle approach in preventing the incidence of ventilator associated pneumonia (VAP). *Bosnian journal of basic medical sciences*. 2018;18(1):105.
5. **Magiorakos AP, Srinivasan A, Carey RB, Carmeli Y, Falagas ME, Giske CG, et al.** Multidrug-resistant, extensively drug-resistant and pandrug-resistant bacteria: an international expert proposal for interim standard definitions for acquired resistance. *Clinical microbiology and infection*. 2012;18(3):268-281.
6. **Centers for Disease Control and Prevention.** National Healthcare Safety Network (NHSN) patient safety component manual. Atlanta: CDC. 2018.
7. **Abad CL, Formalejo CP, Mantaring DML.** Assessment of knowledge and implementation practices of the ventilator acquired pneumonia (VAP) bundle in the intensive care unit of a private hospital. *Antimicrobial Resistance & Infection Control*. 2021;10(1):161.
8. **Jadot L, Huyghens L, De Jaeger A, Bourgeois M, Biarent D, Higuët A, et al.** Impact of a VAP bundle in Belgian intensive care units. *Annals of intensive care*. 2018;8(1):1-7.

KHẢO SÁT ĐỘ SẠCH MÔI TRƯỜNG VÀ TÌNH HÌNH NHIỄM KHUẨN CỦA CÁC ĐƠN VỊ HỒI SỨC TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Võ Thị Kiều Phương¹, Phùng Mạnh Thắng², Trương Anh Dũng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn bệnh viện (NKBV) là nhiễm khuẩn (NK) mắc phải sau 48 giờ nhập viện, không xuất hiện khi nhập viện hoặc trong giai đoạn ủ bệnh. NKBV gây ra tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao, cùng với gánh nặng tài chính cho bệnh nhân, gia đình và hệ thống chăm sóc sức khỏe. Ô nhiễm môi trường bệnh viện là nguồn gốc tiềm ẩn của mầm bệnh. Môi trường bệnh viện (BV) có vai trò quan trọng trong việc lây lan các vi sinh vật liên quan đến chăm sóc sức khỏe.

Mục đích: Khảo sát độ sạch môi trường và tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện của các đơn vị hồi sức tại BVCR; từ đó, cung cấp thông tin hữu ích cho việc cải thiện môi trường và phòng ngừa nhiễm khuẩn.

Đối tượng và phương pháp: Số liệu về độ sạch và số liệu toàn bộ các trường hợp NKBV của phòng hồi sức tại 6 khoa của BVCR bao gồm khoa Nội tim mạch (7B3), Nội hô hấp (8B1), Bệnh nhiệt đới (BNĐ), Hồi sức Ngoại thần kinh (HSNTK), ICU B, ICU D. Tại mỗi phòng hồi sức, hàng tháng sẽ lấy 1 mẫu vi sinh không khí,

đo 3 kết quả nồng độ bụi, 3 mẫu đo A3 nước, 1 mẫu cấy vi sinh nước, 3 mẫu huỳnh quang, 3 mẫu vi sinh bề mặt, 3 mẫu A3 bề mặt.

Kết quả: Không khí ở 6 phòng hồi sức đều đạt tiêu chuẩn ISO 9. Về mật độ vi sinh không khí, khoa 8B1 và ICU B đã đạt mức độ B và các khoa còn lại đạt mức C theo tiêu chuẩn WHO. Những mức độ vi sinh không khí còn lại trong phòng hồi sức của các khoa khác ở mức C, vẫn nằm trong phạm vi mức chấp nhận được theo tiêu chuẩn WHO. Các kết quả A3 và vi sinh nước tại 6 phòng hồi sức đều đạt tiêu chuẩn trong đó A3 dưới 150 RLU và tổng số vi khuẩn <100 CFU/ml. Kết quả đánh giá bề mặt lần lượt tại thanh chắn giường, bàn ghi hồ sơ, nút điều khiển máy thở cho thấy tỷ lệ đạt của các khoa khá thấp khi đánh giá bằng huỳnh quang. Ngoài ra, cấy bề mặt cho thấy có sự hiện diện của các vi sinh vật gây bệnh như *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae* và *Enterobacter* sp. Kết quả đo A3 bề mặt có kết quả đo A3 vượt quá ngưỡng sạch (≤ 500 RLU), Tỷ suất nhiễm khuẩn bệnh viện từ tháng 12/2022 đến 02/2023 là 5,98 NKBV/1000 bệnh nhân-ngày. Tỷ suất NKBV ở mỗi khoa không đều giữa các tháng. Về loại nhiễm khuẩn bệnh viện, viêm phổi BV là loại NKBV chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng số sự kiện NKBV ở cả 6 khoa được khảo sát.

Kết luận: Để giảm nguy cơ NKBV, cần thiết phải thực hiện các biện pháp nâng cao công tác vệ sinh, kiểm soát vi khuẩn và cải thiện quản lý môi trường trong các phòng hồi sức, đặc biệt là môi trường bề mặt.

Từ khóa: môi trường bệnh viện, nhiễm khuẩn bệnh viện, hồi sức tích cực

¹Khoa Điều dưỡng Kỹ thuật Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Khoa Kiểm soát Nhiễm khuẩn, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phùng Mạnh Thắng

SĐT: 0988461808

Email: thangmanhphung@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 22/12/2023

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2024

Ngày duyệt bài: 23/02/2024

SUMMARY**SURVEY OF ENVIRONMENTAL CLEANLINESS AND INFECTION SITUATION OF INTENSIVE CARE UNITS AT CHO RAY HOSPITAL**

Introduction: Hospital-acquired infections (HAIs) are those contracted after 48 hours of hospital admission, not present at admission or in the incubation period. HAIs result in high morbidity and mortality rates, along with financial burdens for patients, families, and the healthcare system. Hospital environment pollution is a potential source of pathogens. The hospital environment plays a crucial role in the spread of healthcare-related microorganisms.

Objective: To survey the cleanliness of the environment and the situation of hospital infections in the intensive care units (ICUs) at Cho Ray Hospital (CRH); thereby, providing useful information for environmental improvement and infection prevention.

Materials and methods: Data on cleanliness and all cases of HAIs in the ICUs of 6 departments at CRH, including departments 7B3, 8B1, Tropical Diseases, Neurosurgical-ICU, ICU-B, ICU-D. Monthly, each ICU collect 1 air microbiology sample, measure 3 dust concentrations, 3 A3 water tests, 1 water microbiology culture, 3 fluorescence tests, 3 surface microbiology samples, and 3 A3 surface tests.

Results: dust particle cleanliness was obtained ISO 9 in all ICUs. Regarding air microbial density, department of 8B1 and ICU B achieved B level, and the others achieved C level according to WHO standards. Other air microbial levels in ICUs are at level C, within WHO's acceptable range. The quality of water in all ICUs is good including A3 water below 150 RLU and bacterial count <100 CFU/ml. Results of fluorescence surface test on bed barriers,

record tables, and ventilator control buttons are low achievement rate in all ICUs. Surface microbial culture results revealed the presence of pathogenic microorganisms like *Acinetobacter baumannii*, *Klebsiella pneumoniae*, and *Enterobacter* sp. A3 surface results exceeded the cleanliness threshold (≤ 500 RLU). The rate of HAI from December 2022 to February 2023 was 5.98 HAIs per 1000 patient-days. The rate of HAIs varied monthly among departments. Regarding types of HAIs, hospital-acquired pneumonia was the most common in all 6 ICUs.

Conclusion: To reduce the risk of HAIs, it is essential to implement measures to enhance hygiene, control bacteria, and improve environmental management in ICUs, especially surface environments.

Keywords: hospital environment, hospital-acquired infections, intensive care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

NKBV là các nhiễm khuẩn mắc phải sau 48 giờ nhập viện mà không xuất hiện ở thời điểm nhập viện hay trong giai đoạn ủ bệnh. Căn nguyên của NKBV dựa trên nguồn hoặc loại NK và tác nhân gây bệnh, có thể là vi khuẩn, vi rút hoặc nấm. NKBV gây ra tỷ lệ mắc bệnh, tử vong và gánh nặng tài chính đáng kể cho người bệnh (NB), gia đình và hệ thống chăm sóc sức khỏe. Sự xuất hiện của các vi sinh vật đa kháng thuốc làm tăng nguy cơ đối với NKBV. NKBV ảnh hưởng đến 3,2% tổng số NB nhập viện ở Hoa Kỳ^[1].

Ô nhiễm môi trường bệnh viện là nguồn gốc tiềm ẩn mầm bệnh có thể lây cho NB. Một nghiên cứu cho thấy vòi nước, tay nắm cửa và bề mặt làm việc của bệnh viện có số lượng vi khuẩn cao nhất^[2]. Thiết bị và môi trường của NB là những nguồn tiềm ẩn và cần được giữ sạch sẽ. Trong những thập kỷ

qua, nhiều bằng chứng khoa học khác nhau đã được tích lũy, chỉ ra rằng ô nhiễm môi trường bệnh viện đóng một vai trò quan trọng trong việc lây truyền và phát tán một số vi sinh vật liên quan đến chăm sóc sức khỏe^[3]. Đặc biệt, môi trường bệnh viện góp phần truyền một số mầm bệnh gây bệnh trong bệnh viện, chẳng hạn như *Clostridium difficile*, *Staphylococcus aureus* kháng methicillin (MRSA) và *Enterococcus* kháng vancomycin (VRE)^[3]. Những vi khuẩn này có thể tồn tại trong môi trường bệnh viện trong một khoảng thời gian thay đổi, từ vài giờ đến vài ngày và trong một số trường hợp, thậm chí hàng tháng, và có thể gây ô nhiễm bề mặt buồng bệnh hoặc bề mặt thiết bị y tế. Do đó, mầm bệnh có thể lây nhiễm sang NB hoặc lây nhiễm sang tay của nhân viên y tế và sau đó là NB.

Bệnh viện Chợ Rẫy (BVCR) là BV hạng đặc biệt thuộc Bộ Y tế, có 38 khoa lâm sàng với 12 đơn vị hồi sức tích cực. Bệnh viện là nơi thực hiện các thủ thuật chuyên sâu và tiếp nhận điều trị các ca bệnh nặng từ tuyến dưới. Đặc biệt, đơn vị hồi sức đặc thù có nhiều NB lớn tuổi, nhiều bệnh lý nền phải điều trị dài ngày có nguy cơ mắc NKBV cao. BV nhận thấy rằng việc kiểm soát vệ sinh môi trường nước, không khí, và bề mặt cũng có vai trò cực kỳ quan trọng liên quan tới NKBV. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Khảo sát độ sạch môi trường và tình hình NK của các đơn vị hồi sức tại BVCR”. Qua nghiên cứu này, chúng tôi kỳ vọng sẽ phản ánh độ sạch môi trường và tình trạng NK tại các khoa hồi sức và mối liên quan giữa hai yếu tố này. Từ đó, nghiên cứu cung cấp những thông tin hữu ích giúp ban lãnh đạo bệnh viện có những biện pháp cải tiến

chất lượng môi trường và phòng ngừa NK tại các đơn vị ICU.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả

- **Đối tượng:** Số liệu về độ sạch và số liệu toàn bộ các trường hợp NKBV của phòng hồi sức tại 6 khoa của BVCR

- **Địa điểm:** Phòng hồi sức tại 6 khoa của BVCR, bao gồm khoa 7B3, 8B1, BNĐ, HSNTK, ICU B, ICU D

- **Thời gian:** Thời gian lấy mẫu: tháng 12/2022 - 02/2023 (3 tháng); Toàn bộ quỹ thời gian của đề án tháng 08/2022 – tháng 10/2023 (14 tháng)

- **Cỡ mẫu:** Tại 6 phòng hồi sức, mỗi tháng nghiên cứu viên sẽ lấy 1 mẫu vi sinh không khí, đo 3 kết quả nồng độ bụi, 3 mẫu đo A3 nước, 1 mẫu cấy vi sinh nước, 3 mẫu huỳnh quang, 3 mẫu vi sinh bề mặt, 3 mẫu A3 bề mặt.

- **Kỹ thuật chọn mẫu:** Tại mỗi phòng, tiến hành lấy mẫu môi trường nước, không khí và bề mặt: đối với mẫu không khí và hạt bụi: lấy tại giữa phòng và 2 góc phòng; đối với mẫu nước: lấy mẫu tại nguồn nước sử dụng; đối với môi trường bề mặt: lấy mẫu ngẫu nhiên 3 vị trí mà nhân viên y tế thường tiếp xúc, bao gồm: thanh chắn giường, bàn ghi hồ sơ, nút điều khiển máy thở.

- **Tiêu chí chọn mẫu**

+ **Tiêu chí chọn vào:** Mẫu môi trường được lấy tại phòng ICU.

+ **Tiêu chí loại ra:** Mẫu không khí: những mẫu chưa lấy đủ lượng không khí so với quy định của máy đo; mẫu nước: những mẫu bị ngoại nhiễm do quá trình thao tác hoặc không kịp phân tích bằng máy đo A3 hoặc để quá lâu trước khi gửi xuống khoa vi sinh để cấy.

- Kiểm soát sai lệch chọn lựa

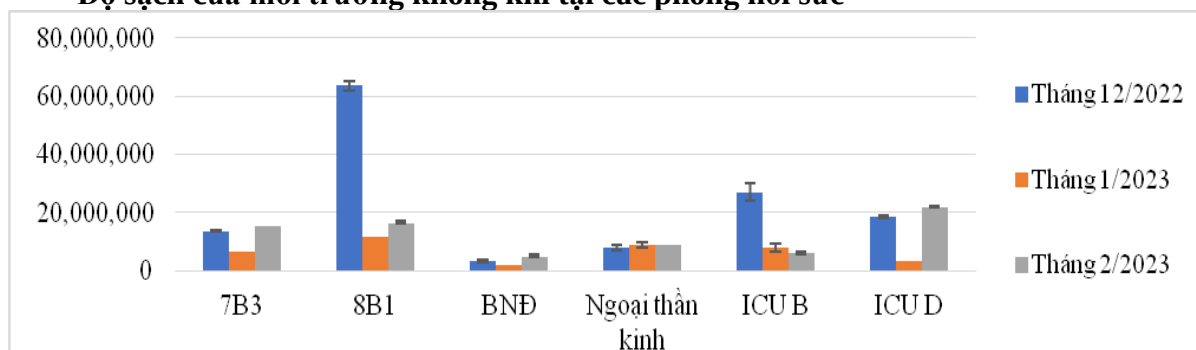
Nắm rõ quy trình lấy mẫu, thao tác máy hoặc gửi mẫu đến khoa vi sinh để cấy trước khi tiến hành lấy mẫu chính thức. Trong quá trình lấy mẫu, tuân theo tiêu chí chọn mẫu đã đặt ra.

- **Phân tích dữ kiện:** Tần số, tỷ lệ phần trăm (%) cho biến số định tính: Vi sinh trong môi trường không khí; vi sinh trong môi

trường nước; vi sinh trong môi trường bề mặt; đánh giá độ sạch môi trường bề mặt thông qua phương pháp huỳnh quang; NKBV. Trung bình cho biến số định lượng: Nồng độ hạt bụi trong không khí; nồng độ vi sinh vật trong không khí; giá trị A3 của môi trường nước; nồng độ vi sinh vật trong nước; giá trị A3 của môi trường bề mặt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

* Độ sạch của môi trường không khí tại các phòng hồi sức



Biểu đồ 1. Kết quả đo nồng độ hạt bụi $\geq 0,5\mu\text{m}$ trung bình trong không khí tại các phòng hồi sức

Ở tất cả các phòng hồi sức ở 6 khoa từ tháng 12/2022 đến tháng 02/2023 đều đạt tiêu chuẩn ISO 9 – mức thấp nhất theo tiêu chuẩn ISO 14644-1. Trong đó ICU-8B1 có nồng độ hạt bụi cao nhất.

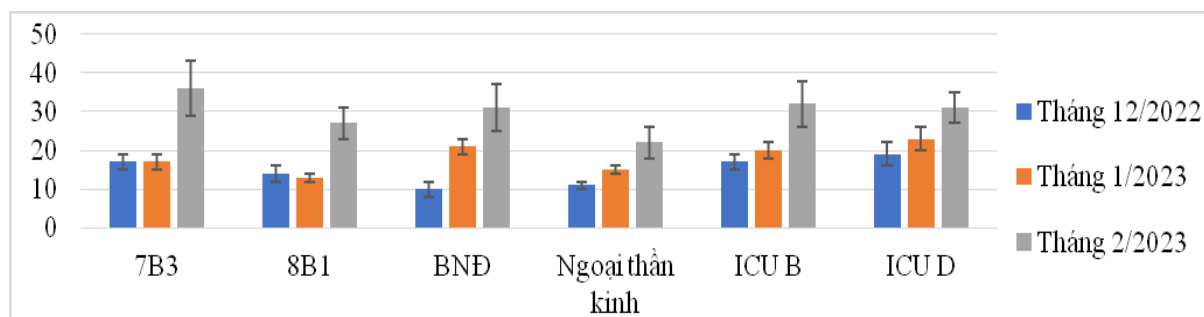
Bảng 1. Kết quả cấy vi sinh không khí trung bình tại các phòng hồi sức (đơn vị: CFU/m³)

Khoa	Tháng 12/2023	Tháng 1/2024	Tháng 2/2024
7B3	11,0	34,0	41,5
8B1	9,0	32,0	18,0
BND	13,3	32,5	21,0
HSNTK	18,2	20,0	16,7
ICU B	6,3	27,3	12,0
ICU D	16,6	12,0	17,5

Kết quả cho thấy mật độ vi sinh không khí tại các khoa có sự biến đổi theo thời gian và theo từng khoa. Đặc biệt, khoa 8B1 và ICU B đã đạt mức độ B theo tiêu chuẩn WHO vào tháng 12/2022, tiêu chí mức độ sạch và an toàn theo chuẩn quốc tế. Những

mức độ vi sinh không khí còn lại trong phòng hồi sức của các khoa khác ở mức C, vẫn nằm trong phạm vi mức chấp nhận được theo tiêu chuẩn WHO.

* Độ sạch của môi trường nước tại các phòng hồi sức



Biểu đồ 2. Kết quả đo nồng độ A3 trung bình trong nước tại các phòng hồi sức (đơn vị: RLU)

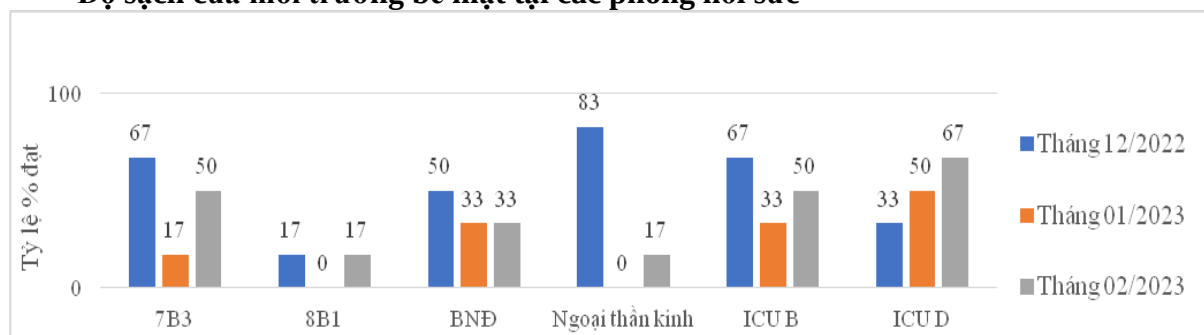
Các kết quả A3 nước từ tháng 12/2022 đến tháng 02/2023 tại 6 phòng hồi sức đều dưới 150 RLU, cho thấy chất lượng nước ở mức tốt.

Bảng 2. Kết quả cấy vi sinh nước tại các phòng hồi sức

Khoa	Tháng 12/2022 Vi sinh vật – CFU/ml	Tháng 01/2023 Vi sinh vật – CFU/ml	Tháng 02/2023 Vi sinh vật – CFU/ml
7B3	(-)	(-)	(-)
8B1	(-)	Nấm mốc - 2	(-)
BNĐ	(-)	(-)	(-)
HSNTK	(-)	(-)	(-)
ICU B	Trực khuẩn - 1	(-)	(-)
ICU D	(-)	Trực khuẩn - 1	(-)

Số lượng vi khuẩn <100 CFU/ml: số lượng vi khuẩn dưới ngưỡng cho phép của phương pháp. Chất lượng nước ở mức tốt.

*** Độ sạch của môi trường bề mặt tại các phòng hồi sức**



Biểu đồ 3. Kết quả đánh giá vệ sinh môi trường bề mặt bằng phương pháp huỳnh quang tại các phòng hồi sức

Mẫu 1, 2, 3 được kiểm tra lần lượt tại thanh chắn giường, bàn ghi hồ sơ, nút điều khiển máy thở. Kết quả của phương pháp huỳnh quang cho thấy tỷ lệ đạt của các khoa khá thấp, đặc biệt vào tháng 01/2023, không có khoa nào có tỷ lệ đạt trên 50%.

*** Kết quả cấy vi sinh môi trường bề mặt tại các phòng hồi sức**

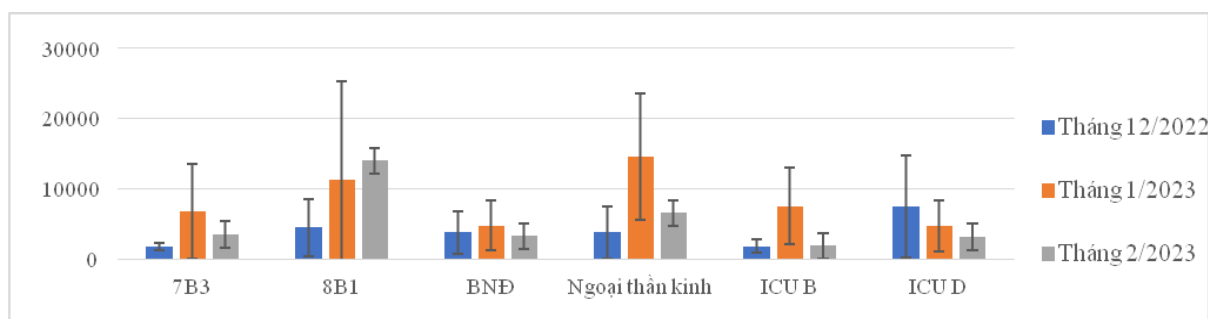
Bảng 3. Phân loại các loại vi khuẩn phân lập được từ môi trường về mặt

Khoa	Tháng 12 năm 2022	Tháng 01 năm 2023	Tháng 02 năm 2023
7B3	Staphylococcus non-coagulase - sinh dưỡng, Klebsiella pneumonia - gây bệnh	Staphylococcus non-coagulase - sinh dưỡng Enterococcus sp - gây bệnh	Staphylococcus non-coagulase - sinh dưỡng
8B1	Acinetobacter baumannii - gây bệnh	Enterococcus sp - gây bệnh	Pseudomonas aeruginosa - gây bệnh
BNĐ	Staphylococcus non-coagulase - sinh dưỡng	Klebsiella pneumonia – gây bệnh Nấm men - sinh dưỡng	Staphylococcus non-coagulase - sinh dưỡng
HSNTK	Pseudomonas aeruginosa – gây bệnh Staphylococcus non-coagulase - sinh dưỡng	(-)	Enterococcus sp – gây bệnh Staphylococcus non-coagulase - sinh dưỡng
ICU B	Staphylococcus non-coagulase - sinh dưỡng	Staphylococcus non-coagulase - sinh dưỡng, Bacillus sp - sinh dưỡng	Staphylococcus non-coagulase- sinh dưỡng
ICU D	Enterobacter sp -gây bệnh Enterococcus sp - gây bệnh	Bacillus sp - sinh dưỡng	Acinetobacter baumannii - gây bệnh Enterobacter sp - gây bệnh

Qua kết quả cấy môi trường bề mặt tại các phòng hồi sức cho thấy có sự hiện diện của các vi sinh vật gây bệnh như A.baumannii, K.pneumoniae và Enterobacter sp. Các tác nhân này thường gặp trong những trường hợp NKBV. Sự hiện diện của các vi sinh vật này trong có thể tạo ra nguy cơ NK

chéo cho NB nội trú. Trong đó tại khoa 8B1, các tháng kiểm tra đều có tác nhân gây bệnh; HSNTK và ICU-D có 2 tháng có tác nhân gây bệnh.

*** Kết quả đo nồng độ A3 trung bình môi trường bề mặt tại các phòng hồi sức**



Biểu đồ 4. Kết quả đo nồng độ A3 trung bình môi trường bề mặt tại các phòng hồi sức (đơn vị: RLU)

Kết quả đo A3 (bao gồm AMP-ADP-ATP) tại các vị trí khác nhau, bao gồm thanh chắn giường, bàn hồ sơ và nút điều khiển máy thở, có kết quả đo A3 vượt quá ngưỡng sạch (≤ 500 RLU). Đặc biệt, một số vị trí có kết

quả đo A3 lên đến 25.000 RLU. Kết quả đo A3 có tháng cao nhiều tập trung ở 8B1 và HSNTK.

*** Tình hình NKBV tại các khoa có phòng hồi sức**

Bảng 4. Tỷ suất NKBV tại các khoa có phòng hồi sức

Khoa	Tỷ suất NKBV (Số NB NKBV/Tổng số NB - ngày)		
	Tháng 12/2022	Tháng 01/2023	Tháng 02/2023
7B3	3,98 (15/3768)	2,61 (7/2684)	3,34 (4/2990)
8B1	3,31 (15/4525)	3,06 (9/2939)	3,28 (10/3047)
BND	2,27 (5/2202)	5,53 (9/1628)	7,67 (13/1696)
HSNTK	10,64 (12/1128)	14,22 (16/1125)	12,67 (12/947)
ICU B	13,86 (12/866)	20,36 (17/835)	20,97 (16/763)
ICU D	14,49 (9/621)	14,11 (9/638)	12,48 (7/561)
Tổng	5,98 (197/32963)		

Tỷ suất NKBV từ 12/2022 đến 02/2023 là 5,98 NKBV/1000 NB-ngày. Tỷ suất NKBV ở mỗi khoa không đều giữa các tháng. Trong nhóm 3 khoa hồi sức: 7B3, 8B1, BND vừa có NB bệnh nhẹ và NB nặng

nằm điều trị hồi sức tích cực, tỷ suất NKBV cao nhất ở khoa 7B3. Trong nhóm 3 khoa HSNTK, ICU B và ICU D chỉ bao gồm các NB nặng điều trị hồi sức, tỷ suất NKBV cao nhất ở ICU B.

Bảng 5. Tỷ lệ từng loại NKBV trên tổng số sự kiện NKBV

Khoa	Số sự kiện NKBV	Loại NKBV n (%)			
		Viêm phổi	NK huyết	NK niệu	NK khác
7B3	30	16 (53,3)	0 (0,0)	11 (36,7)	3 (10,0)
8B1	38	21 (53,3)	3 (7,9)	11 (28,9)	3 (7,9)
BND	30	19 (63,3)	6 (20,0)	3 (10,0)	2 (6,7)
HSNTK	44	32 (72,7)	3 (6,8)	4 (9,1)	5 (11,3)
ICU B	49	34 (69,4)	8 (16,3)	1 (2,0)	6 (12,2)
ICU D	27	16 (59,3)	5 (18,5)	0 (0,0)	6 (22,2)
Tổng	218	138 (63,0)	22 (10,1)	30 (13,8)	25 (11,4)

Về loại NKBV, viêm phổi bệnh viện là loại NKBV chiếm tỷ lệ cao nhất trong tổng số sự kiện NKBV ở cả 6 khoa được khảo sát.

*** Tỷ suất viêm phổi liên quan đến thở máy tại các khoa có phòng hồi sức**

Bảng 6. Tỷ suất viêm phổi liên quan đến thở máy tại các khoa có phòng hồi sức

Khoa	Tỷ suất VAP/1000 NB thở máy – ngày (VAP/số NB thở máy – ngày)		
	Tháng 12/2022	Tháng 01/2023	Tháng 02/2023
7B3	10,10 (13/396)	2,42 (1/413)	13,05 (5/383)
8B1	11,13 (6/539)	6,40 (3/469)	9,77 (5/512)
BNĐ	5,09 (2/443)	3,77 (1/257)	2,79 (1/364)
HSNTK	10,02 (10/998)	11,53 (12/1.041)	12,09 (10/827)
ICU B	12,66 (7/553)	16,56 (10/604)	19,90 (12/603)
ICU D	12,35 (6/486)	10,57 (5/473)	11,60 (5/431)

So với tỷ suất viêm phổi bệnh viện, tỷ suất viêm phổi liên quan đến thở máy có sự đồng đều hơn giữa các khoa. Tỷ suất này thấp nhất ở khoa BNĐ và cao nhất ở khoa ICU B. Trong nhóm ICU lâu trại thì tỷ suất VAP cao tại khoa 7B3 và 8B1 so với khoa

BNĐ mức trung bình. Trong nhóm ICU trung tâm thì cao nhất ICU-B và thấp nhất HSNTK và thuộc mức trung bình cao.

*** Tình hình NK huyết tại các khoa có phòng hồi sức**

Bảng 7. Tỷ suất NK huyết liên quan đến ĐTTMTT tại các khoa có phòng hồi sức

Khoa	Tỷ suất NKH liên quan đến ĐTTMTT/1000 ĐTTMTT – ngày (số NKH liên quan ĐTTMTT/số ĐTTMTT-ngày)		
	Tháng 12/2022	Tháng 01/2023	Tháng 02/2023
7B3	6,42 (3/467)	8,09 (3/371)	0,00 (0/398)
8B1	0,00 (0/275)	0,00 (0/193)	0,00 (0/419)
BNĐ	5,09 (2/393)	3,77 (1/265)	2,79 (1/358)
HSNTK	0,00 (0/172)	0,00 (0/127)	0,00 (0/107)
ICU B	1,29 (1/773)	2,66 (2/752)	4,12 (3/728)
ICU D	1,68 (1/595)	3,15 (2/635)	1,83 (1/546)

Tỷ suất NK huyết liên quan đến đường truyền tĩnh mạch trung tâm (ĐTTMTT) có xu hướng giảm ở Khoa BNĐ và có xu hướng tăng ở khoa ICU B. Về khoa 8B1 và khoa HSNTK đều không có ca bệnh NK huyết liên quan đến ĐTTMTT. Trong nhóm ICU lâu

trại thì tỷ suất CLABSI tập trung tại 7B3 và BNĐ mức cao, trong nhóm ICU trung tâm thì tập trung đều tại ICU-D và ICU-B mức thấp.

*** Tình hình NK tiết niệu tại các khoa có phòng hồi sức**

Bảng 8. Tỷ suất NK tiết niệu liên quan đến ĐTTMTT tại các khoa có phòng hồi sức

Khoa	Tỷ suất CAUTI/1000 sonde tiểu – ngày (CAUTI/số sonde tiểu - ngày)		
	Tháng 12/2022	Tháng 01/2023	Tháng 02/2023
7B3	6,34 (4/631)	3,48 (2/575)	9,17 (5/545)
8B1	5,10 (3/588)	3,97 (2/504)	7,51 (5/666)
BND	0,00 (0/504)	2,10 (1/476)	1,86 (1/538)
HSNTK	0,91 (1/1103)	2,69 (3/1115)	0,00 (0/933)
ICU B	1,25 (1/801)	0,00 (0/689)	0,00 (0/615)
ICU D	0,00 (0/594)	0,00 (0/559)	0,00 (0/526)

Tỷ suất NK tiết niệu liên quan đến sonde tiểu cao nhất ở khoa 7B3 và thấp nhất ở khoa ICU B. Trong nhóm ICU lâu trại thì tỷ suất CAUTI tập trung tại 7B3 và 8B1, trong khi nhóm ICU trung tâm, tỷ suất này cao nhất ở NICU nhưng mức thấp.

*** Tác nhân gây NKBV**

Bảng 9. Tác nhân gây NKBV theo từng loại NKBV

Tên vi khuẩn	Viêm phổi	NK huyết	NK tiết niệu	NK khác	Tổng
A. baumannii	40 (75,5)	5(9,4)	3 (5,7)	5 (9,4)	53
K. pneumoniae	39 (62,9)	9 (14,5)	8 (12,9)	6 (9,7)	62
P. aeruginosa	31 (73,8)	1 (2,4)	7 (16,7)	3 (7,1)	42
S. aureus	24 (64,9)	6 (16,2)	0 (0,0)	7 (18,9)	37
E. coli	16 (48,5)	1 (3,0)	12 (36,4)	4 (12,1)	33

Về vi khuẩn gây bệnh, Acinetobacter là vi khuẩn gây NKBV thường gặp nhất. Cả baumannii, Klebsiella pneumoniae, 5 tác nhân đa số đều gây viêm phổi. Ngoài Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus là 4 tác nhân thường gặp nhất trong ra, K. Pneumoniae, S. aureus thường gây NK huyết, P. aeruginosa và E. coli thường gây NKBV. Trong đó, Acinetobacter baumannii NK tiết niệu.

Bảng 10. Tỷ lệ NKBV do tác nhân đa kháng

Khoa	Tỷ lệ NK bệnh viện do tác nhân đa kháng (NK đa kháng/BN nhập khoa)		
	Tháng 12/2022	Tháng 01/2023	Tháng 02/2023
7B3	1,10 (7/634)	0,78 (4/511)	1,19 (7/586)
8B1	1,42 (9/633)	0,93 (5/539)	1,08 (6/554)
BND	1,07 (5/466)	1,80 (7/388)	2,38 (8/336)
HSNTK	3,11 (7/225)	4,68 (11/235)	4,12 (8/194)
ICU B	16,42 (11/67)	21,54 (14/65)	25,00 (12/48)
ICU D	17,39 (8/46)	11,63 (5/43)	15,38 (6/39)
Tổng	2,50 (140/5609)		

Tỷ lệ NKBV do tác nhân đa kháng từ tháng 12 năm 2022 đến tháng 02 năm 2023 là 2,5%. Tỷ lệ NKBV do tác nhân đa kháng/NB nhập viện cao nhất ở 2 khoa ICU B và ICU D, và thấp nhất ở khoa 7B3 và 8B1.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy độ sạch hạt bụi trong không khí tại các phòng hồi sức tại BVCR đạt mức độ ISO 9 – mức thấp nhất theo tiêu chuẩn ISO 14644-1^[4]. Vì vậy, 6 phòng hồi sức cần áp dụng các biện pháp cải thiện nồng độ bụi để cải thiện chất lượng không khí đạt mức cao hơn theo tiêu chuẩn ISO 14644-1.

Về kết quả đo mật độ vi sinh không khí, kết quả đạt được tại các khoa ICU đạt từ mức độ C trở lên theo tiêu chuẩn WHO là một kết quả ở mức tốt mặc dù độ sạch hạt bụi chỉ đạt ở mức ISO 9 tuy nhiên vi sinh không khí của các ICU khá tốt điều đó cho thấy bệnh viện đã có những giải pháp như khử khuẩn không khí bằng UVC hay các biện pháp khác để kiểm soát môi trường vi sinh không khí hiệu quả.

Kết quả cấy mẫu nước tại các phòng hồi sức cho thấy sự xuất hiện của vi sinh vật trong một số mẫu, bao gồm cả vi khuẩn và nấm mốc. Tuy nhiên, số CFU/ml chỉ ở mức ≤ 2 , thấp hơn rất nhiều so với ngưỡng cho phép theo tiêu chuẩn nước RO của AAMI (≤ 100 CFU/ml). Thông qua kết quả đo A3 nước cho thấy môi trường nước trong các khoa có mức độ chất lượng tốt.

Chất lượng vệ sinh môi trường bề mặt là một trong những yếu tố rất quan trọng trong việc liên quan tới lây nhiễm chéo vi sinh vật giữa các NB tại ICU. Kết quả cấy môi trường bề mặt tại các phòng hồi sức phân lập được nhiều vi khuẩn gây bệnh, bao gồm *A.baumannii*, *K.pneumoniae*, *S.non-coagulase*, *Enterococcus* sp và *Enterobacter* sp,. Kết quả cấy môi trường bề mặt cho thấy sự hiện diện của nhiều loại vi khuẩn khác nhau. Kết quả này tương tự như kết quả trong nghiên cứu Rutala và cộng sự^[5]. Việc phát hiện các loại vi khuẩn có thể tương quan với các nguồn nhiễm khuẩn tiềm ẩn trong

môi trường bệnh viện và sự lây lan giữa các NB và bề mặt môi trường.

Kết quả của phương pháp huỳnh quang đánh giá độ sạch bề mặt cho thấy tỷ lệ đạt của các khoa khá thấp, đặc biệt vào tháng 1 năm 2023, không có khoa nào có tỷ lệ đạt trên 50%. Kết quả này cho thấy nhân viên vệ sinh đã không vệ sinh bề mặt hoặc vệ sinh bề mặt chưa đạt tại các vị trí này. Do đó, cần phải xem xét kỹ về quy trình vệ sinh bề mặt của nhân viên làm sạch tại các khoa này trong thời gian nghiên cứu.

Kết quả đo A3 các bề mặt thường xuyên tiếp xúc cho thấy nhiều vị trí có kết quả đo A3 đều lớn hơn 500 - ngưỡng sạch của môi trường bề mặt. Đặc biệt, một số vị trí có kết quả đo A3 gấp gần 5 lần ngưỡng sạch. Điều này cho thấy có sự tồn tại của các vi sinh vật trên các bề mặt môi trường. Kết quả này phù hợp với kết quả cấy vi sinh môi trường bề mặt với sự hiện diện của nhiều vi sinh vật gây bệnh và kết quả đánh giá việc vệ sinh bề mặt bằng phương pháp huỳnh quang.

Do đặc thù của 6 đơn vị ICU tương đối khác nhau trong đó có thể chia làm ba nhóm ICU như sau: nhóm ICU lâu trại gồm khoa BNĐ, khoa 7B3, khoa 8B1; nhóm ICU trung tâm nội khoa gồm ICU-B và ICU-D và HSNTK. Chính vì vậy, tỷ lệ NKBV tại 6 khoa không đều giữa các khoa. Tỷ lệ NKBV cao nhất tại khoa ICU B và ICU D có thể liên quan đến việc tất cả NB tại hai khoa này đều là NB nặng bệnh nặng, nằm điều trị hồi sức tích cực. Điều này có thể tạo ra nguy cơ cao hơn cho NKBV.

Nghiên cứu cho thấy tỷ suất NKBV là 5,98/1000 NB-ngày. Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu khác cũng thực hiện tại các đơn vị hồi sức như nghiên cứu của Rosenthal^[6] (27,9/1000 NB ngày và Pessoa-Silva⁹

(8,9/1000 NB-ngày). Giải thích cho sự khác biệt này, tại BVCR đang áp dụng các gói phòng ngừa NKBV, tập trung tại các phòng hồi sức từ năm 2017 nên NKBV được kiểm soát tốt hơn.

Về tỷ suất viêm phổi thở máy, trong nhóm 3 khoa vừa có phòng NB điều trị tích cực và không điều trị tích cực, bao gồm khoa 7B3, 8B1, BNĐ, tỷ suất này cao nhất ở khoa 8B1. Và trong nhóm 3 khoa còn lại chỉ điều trị các NB nặng nằm hồi sức, tỷ suất trên cao nhất ở khoa ICU B. Điều này phù hợp với tình hình môi trường không khí tại các khoa này, vì khoa 7B3 và ICU B có tỷ lệ nồng độ hạt bụi $\geq 0,5 \mu\text{m}$ và $\geq 5,0 \mu\text{m}$ cao và nồng độ vi sinh vật không khí (CFU/m³) ở mức cao, đặc biệt là trong tháng 1 và tháng 2/2023. Điều này được giải thích bởi hạt bụi, đặc biệt là các hạt có kích thước nhỏ, có thể chứa vi sinh vật và các tác nhân gây viêm phổi bệnh viện. NB nội trú có thể hô hấp các hạt này qua máy thở, góp phần vào việc phát triển viêm phổi bệnh viện.

Về NK huyết, kết quả cho thấy tỷ suất CLABSI cao nhất được ghi nhận trong thời gian lấy mẫu là tại khoa 7B3, với 8,09/1000 ĐTTMTT-ngày vào tháng 01/2023. Tuy nhiên, sau đó, khoa Kiểm soát NK đã phối hợp cùng với khoa thực hiện các biện pháp phòng ngừa CLABSI. Nhờ đó, tỷ suất CLABSI của khoa 7B3 vào tháng 2/2023 đã giảm về 0/1000 ĐTTMTT-ngày.

Về NK tiết niệu, tỷ suất NK tiết niệu liên quan đến sonde tiểu cao nhất ở khoa 7B3. Trong khi đó, các kết quả đo bề mặt môi trường không khí, nước, bề mặt đều tốt hơn các khoa còn lại. Vì vậy, cần đánh giá việc kiểm soát NK trong quá trình đặt và chăm sóc sonde tiểu của nhân viên y tế khoa 7B3.

Các loại vi khuẩn *A. baumannii*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa*, *S. aureus* và *E.*

coli là các tác nhân gây NKBV tại 6 khoa có phòng hồi sức trong nghiên cứu này. Điều đặc biệt cần quan tâm là các tác nhân này có tỷ lệ kháng kháng sinh cao. Tất cả 5 loại tác nhân trên đều chủ yếu gây viêm phổi bệnh viện. Kết quả này tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của Vũ Duy Hải^[7], nghiên cứu của Trương Anh Thư và cộng sự^[8].

Trong nhóm ICU lâu trại kết quả cho thấy độ sạch không khí về hạt bụi và vi sinh cũng như huỳnh quang nhìn chung tại BNĐ tốt hơn 7B3 và 8B1, kết quả vi sinh bề mặt tại 8B1 có vi sinh vật gây bệnh ở hầu hết các lần đo. Về tỷ suất NK cho thấy 3 khoa khá tương đồng với nhau, tuy nhiên tỷ suất VAP và tỷ suất CAUTI cao hơn tại khoa 8B1 và 7B3 so với khoa BNĐ. Mặc dù tỷ suất CLABSI cao hơn tại 7B3 so với 2 khoa còn lại điều này được giải thích do tình trạng 7B3 bệnh nặng sử dụng nhiều CVC hơn, ngoài ra do tình trạng thiếu một số vật tư chăm sóc catheter chuyên dụng cũng như lưu lâu hơn ở một số trường hợp gây ra tình trạng NK huyết cao hơn so với khoa Nội hô hấp và BNĐ.

Khi đánh giá giữa 2 khoa hồi sức trung tâm ICU-B và ICU-D về tỷ suất NK cho thấy mặc dù có chất lượng không khí về hạt bụi, vi sinh không khí khá tương đồng, vi sinh bề mặt thì ICU-D có phát hiện tác nhân gây bệnh. Tuy nhiên, tỷ suất NK, tỷ suất VAP, tỷ lệ nhiễm đa kháng nhìn chung ICU-B cao hơn ICU-D điều đó có thể do các gói phòng ngừa NK như gói VAP, gói phòng ngừa đa kháng tại ICU-B chưa được tốt bằng ICU-D mặc dù chất lượng môi trường ICU-B tốt hơn. Trong khi đó tỷ suất CLABSI và CAUTI khá tương đồng.

Việc phân tích kết quả trên cho thấy ngoài yếu tố môi trường, còn nhiều yếu tố khác tác động đến NKBV như quy trình chăm sóc, bệnh nền của NB, mức độ nặng của bệnh mà NB đang mắc phải, tình hình triển khai các gói phòng ngừa NKBV.

V. KẾT LUẬN

Để giảm nguy cơ lây lan nhiễm khuẩn, cần thiết phải thực hiện các biện pháp nâng cao công tác vệ sinh, kiểm soát vi khuẩn và cải thiện quản lý môi trường trong các phòng hồi sức, đặc biệt là môi trường bề mặt. Việc tăng cường giám sát và đánh giá thường xuyên về môi trường bệnh viện cũng là một biện pháp quan trọng để đảm bảo môi trường sạch sẽ và an toàn, giúp giảm nguy cơ NK và bảo vệ sức khỏe của NB và nhân viên y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Magill S, O'Leary E, Janelle S, et al.** Changes in Prevalence of Health Care-Associated Infections in U.S. Hospitals. The New England Journal of Medicine 2018;(1533-4406 (Electronic))
2. **Tagoe D, Desbordes K.** Investigating potential sources of transmission of healthcare-associated infections in a regional hospital, Ghana. International Journal of Applied Basic Medical Research. 2012;2(1):20.
3. **Weber D, Rutala W.** Understanding and preventing transmission of healthcare-associated pathogens due to the contaminated hospital environment. Infection Control Hospital Epidemiology. 2013;34(5):449-452.
4. **Bộ Y tế.** Quyết định số: 3916/QĐ-BYT. Hướng dẫn giám sát nhiễm khuẩn bệnh viện trong các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. 2017: 23-34
5. **Rutala W, Weber D.** Disinfection and sterilization: an overview. American journal of infection control. 2013;41(5):S2-S5.
6. **Rosenthal V, Guzman S, Safdar N.** Reduction in nosocomial infection with improved hand hygiene in intensive care units of a tertiary care hospital in Argentina. American journal of infection control. 2006;33(7):392-397.
7. **Vũ Thị Hải.** Thực trạng nhiễm khuẩn bệnh viện và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân can thiệp đường thở tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện E năm 2020. Khoa luận tốt nghiệp đại học. Trường đại học Y Hà Nội; 2021.
8. **Trương Anh Thư, Nguyễn Việt Hùng.** Tình hình nhiễm khuẩn bệnh viện tại khoa Hồi sức tích cực-Bệnh viện Bạch Mai (2013-2014): Tỷ lệ, căn nguyên và các yếu tố nguy cơ. Tạp chí Y học lâm sàng. 2015;Số chuyên đề 11/2015.:12 - 18.

KHẢO SÁT CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG BẰNG BẢNG SF-36 TRÊN BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN CUỐI LỌC MÀNG BỤNG TỰ ĐỘNG TẠI KHOA NỘI THẬN BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Đào Bùi Quý Quyền¹, Nguyễn Đặng Chí Hùng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chất lượng cuộc sống là một tiêu chí quan trọng để đánh giá chất lượng của điều trị thay thế thận ở với bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. Lọc màng bụng tự động (Automated peritoneal dialysis: APD) là một trong các phương pháp điều trị thay thế thận được áp dụng ở Việt Nam trong những năm gần đây. APD được cho là đem lại chất lượng cuộc sống tốt hơn cả về thể chất, tinh thần so với nhóm lọc màng bụng liên tục ngoại trú (Continuous ambulatory peritoneal dialysis: CAPD) như kết quả một số nghiên cứu đã công bố trên thế giới. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu khảo sát chất lượng cuộc sống của nhóm bệnh nhân APD, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục đích bước đầu khảo sát chất lượng cuộc sống trên nhóm bệnh nhân này và một vài yếu tố liên quan đến chỉ số này tại Phòng khám Lọc màng bụng, Bệnh viện Chợ Rẫy. Kết quả của nghiên cứu, bước đầu có thể cho thấy mức độ chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân APD, cũng như chỉ ra các yếu tố có ảnh hưởng và có thể can thiệp để cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

Mục tiêu nghiên cứu:

¹Khoa Nội Thận, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Đào Bùi Quý Quyền

SĐT: 0908123279

Email: dr.quyquyen2014@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 02/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2024

Ngày duyệt bài: 23/02/2024

1) Khảo sát một vài đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc màng bụng tự động.

2) Khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc màng bụng tự động (APD) bằng bảng SF-36.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân STMGĐC từ 16 tuổi trở lên với thời gian làm lọc màng bụng tự động ≥ 1 tháng tại Khoa Nội thận Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 04 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023.

Phương pháp nghiên cứu: Báo cáo hàng loạt ca.

Kết quả: Từ 04/2023 đến 10/2023 có 12 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Phần lớn bệnh nhân có chất lượng cuộc sống trung bình-khá và khá (66,7%, n=8). Bệnh nhân có chất lượng cuộc sống trung bình-kém và kém (33,3%, n=4). Điểm trung bình như sau: Điểm trung bình đánh giá sức khỏe thể chất: 36,28 điểm; Điểm trung bình đánh giá sức khỏe tinh thần: 57,76 điểm; Điểm SF-36 trung bình 47,02 điểm. Điểm trung bình 8 lĩnh vực đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân: Sức khỏe liên quan hoạt động chức năng: Physical Functioning (1.PF): 37,7 điểm; Giới hạn hoạt động do khiếm khuyết chức năng: Role-Physical (2.RP): 29,1 điểm; Sức khỏe liên quan cảm nhận đau đớn: Bodily Pain (3.BP): 45,8 điểm; Tự đánh giá sức khỏe tổng quát: General Health (4.GH): 32,6 điểm; Sức khỏe liên quan đến cảm nhận cuộc sống: Vitality (5.VT): 50 điểm; Sức khỏe liên quan hoạt động xã hội: Social Functioning (6.SF): 46,6 điểm; Giới hạn hoạt động do khiếm khuyết tâm lý: Role-

Emotional (7.RE): 59,3 điểm; Sức khỏe tâm thần tổng quát: Mental Health (8.MH): 75 điểm. Xét về mối liên quan của một vài đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng với chất lượng cuộc sống, chúng tôi thu được kết quả như sau: Lĩnh vực sức khỏe thể chất: tương quan thuận với BMI, nồng độ albumin huyết thanh; Lĩnh vực sức khỏe tinh thần: tương quan thuận với trình độ học vấn, nồng độ albumin huyết thanh; tương quan nghịch với mức độ phụ thuộc người chăm sóc và nồng độ CRP huyết thanh; Điểm SF-36: tương quan thuận với trình độ học vấn, nồng độ albumin huyết thanh; tương quan nghịch với mức độ phụ thuộc người chăm sóc và nồng độ CRP huyết thanh.

Kết luận: So với nhóm bệnh nhân CAPD được khảo sát bằng bảng SF-36 trong các nghiên cứu thực hiện trước đây tại cùng địa điểm nghiên cứu, nhóm bệnh nhân APD có điểm số SF-36 tương tự. Nhóm bệnh nhân APD có điểm số sức khỏe tinh thần MCS tốt hơn nhưng điểm số sức khỏe thể chất thấp PCS hơn so với CAPD. Chúng tôi nhận thấy nồng độ albumin huyết thanh có mối tương quan thuận với điểm số SF-36, MCS và PCS.

Từ khóa: chất lượng cuộc sống, SF-36, lọc màng bụng tự động.

SUMMARY

EVALUATE QUALITY OF LIFE BY SF-36 IN AUTOMATED PERITONEAL DIALYSIS AT NEPHROLOGY DEPARTMENT, CHO RAY HOSPITAL

Background: To the extent of end-stage renal disease (ESRD), HRQOL is one of parameter for assessing the efficacy of dialysis model. Automated peritoneal dialysis (APD) has been implemented in Vietnam recently. APD has been presumed to ensure better quality of life compared to CAPD because APD free the patients from manually daily exchanges which

could be a massive burden in both physical and mental aspects. Vietnamese APD population with differences in socioeconomic background, educational level, quality of dialysis service possibly affect the patient's HRQOL. However, there has been shortage of data about HRQOL of APD patients in Vietnam. In this study, we investigate HRQOL by Short-form 36 (SF-36) in APD patients at Peritoneal Dialysis Center at Cho Ray Hospital. Moreover, we also aim to assess the clinical and bio-chemistry profile which could correlate with HRQOL. The result of this study preliminary grade the quality of life in APD in our center, also reveal factors which could intervene to improve HRQOL.

Objectives:

1) Evaluate some of clinical and biochemistry characteristics of end-stage renal disease on APD patients.

2) Assess health-related quality of life by SF-36 in APD patients.

Population: End stage renal disease patient ≥ 16 yrs on APD model at Peritoneal Dialysis Unit, Nephrology Department, Cho Ray Hospital from 04/2023 to 10/2023.

Method: case series.

Result: From 04/2023 to 10/2023, 12 patients enrolled in our study. Majority of patients are classified on moderate level of QOL (66,7%, n=8), and 33% patient with poor level of QOL. Median score of PCS (Physical component score): 36,3; MCS (Mental component score): 57,76;

Medium score of SF-36: 47,2. Eight sectors of SF-36 components listed: Physical Functioning (1.PF): 37,7; Role-Physical (2.RP): 29,1; Bodily Pain (3.BP): 45,8; General Health (4.GH): 32,6; Vitality (5.VT): 50; Social Functioning (6.SF): 46,6; Role-Emotional (7.RE): 59,3; Mental Health (8.MH): 75. In consideration the correlation of clinical and

biochemistry factor with SF-36 domains and SF-36, there is positive correlation of PCS with BMI, serum albumin. In term of MCS and SF-36, it has positive correlation with educational level, serum albumin, and negative correlation with level of dependence on caregivers and serum CRP.

Conclusion: In comparison with CAPD patients at our center in published data, APD shows no benefit than CAPD in SF-36 score. APD patients reach higher score in mental health component, but lower score in physical component. We found that serum albumin shows significant positive correlation with both SF-36 and SF-36 domain scores.

Keywords: APD, CAPD, quality of life, SF-36.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, lọc màng bụng được phát triển rộng rãi vào năm 2004, tuy xuất hiện sau thận nhân tạo nhưng với những ưu điểm về như tiết kiệm chi phí, đơn giản và hiệu quả. Phương pháp được sử dụng chủ yếu là lọc màng bụng liên tục ngoại trú (CAPD) được thực hiện tại nhà bằng tay. Trong những năm gần đây lọc màng bụng tự động (APD) sử dụng máy lọc màng bụng thay cho thao tác bằng tay gia tăng về số lượng bệnh nhân. Lọc màng bụng góp phần cải thiện chất lượng cuộc sống và kéo dài đời sống cho bệnh nhân, để đánh giá hiệu quả điều trị thay thế thận thì chất lượng cuộc sống là một trong những tiêu chí rất quan trọng. Có nhiều công cụ để khảo sát chất lượng cuộc sống ở nhóm bệnh nhân có bệnh lý mãn tính trong đó bảng câu hỏi SF-36 đã được Việt hóa và hiệu đính; được sử dụng trong những nghiên cứu đã công bố trong nước để đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân lọc màng bụng liên tục ngoại trú, cũng như nghiên cứu

ở nước ngoài đánh giá chất lượng cuộc sống trên nhóm đối tượng lọc màng bụng tự động. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, số lượng bệnh nhân chọn phương pháp lọc màng bụng tự động đang gia tăng nhưng chưa có nghiên cứu khảo sát chất lượng cuộc sống và các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống ở nhóm bệnh nhân này. Đó là lý do chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. Kết quả nghiên cứu bước đầu đánh giá được chất lượng cuộc sống ở nhóm bệnh nhân APD cũng như biết được những yếu tố ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống để có biện pháp can thiệp phù hợp.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Khảo sát một vài đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc màng bụng tự động.
2. Khảo sát chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc màng bụng tự động (APD) bằng bảng SF-36.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân STMGĐC từ 16 tuổi trở lên được lọc màng bụng tự động ≥ 1 tháng tại Khoa Nội thận Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 04 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023.

Tiêu chuẩn tuyển chọn:

Bệnh nhân STMGĐC từ 16 tuổi trở lên lọc màng bụng tự động tại Khoa Nội thận bệnh viện Chợ Rẫy thời gian tính từ lúc bắt đầu điều trị lọc màng bụng đến ngày kí đồng thuận tham gia nghiên cứu ≥ 04 tuần.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc màng bụng nhưng đang có những bệnh cấp tính như nhiễm trùng, đợt cấp suy tim, đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, biến chứng cấp tính của đái tháo đường,

tổng trạng kém theo đánh giá nghiên cứu viên.

- ☐ Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- ☐ Bệnh nhân trong tình trạng suy giảm nhận thức nặng theo đánh giá nghiên cứu viên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Báo cáo hàng loạt ca.

Quy trình nghiên cứu và thu nhập số liệu

Bước 1: Hỏi bệnh sử và tiền sử ghi nhận các thông tin lần lượt theo các mục sau: giới tính, tuổi, khoảng cách từ nhà đến trung tâm lọc màng bụng, thời gian điều trị lọc màng bụng, chỉ số khối cơ thể, bệnh lý đồng mắc với suy thận mạn giai đoạn cuối, hoàn cảnh kinh tế, bảo hiểm y tế nhà nước, trình độ học vấn, tôn giáo, mức độ lệ thuộc vào người chăm sóc, tình trạng công việc, tình trạng hôn nhân, chế độ ăn. Khám lâm sàng đánh giá tình trạng: phù, tăng huyết áp, mức độ suy tim, siêu lọc, thể tích nước tiểu/ngày.

Bước 2: Thu nhập thông tin khảo sát chất lượng cuộc sống liên quan sức khỏe bằng bảng câu hỏi SF-36. Bệnh nhân có khả năng đọc hiểu Tiếng Việt tốt sẽ thực hiện khảo sát bằng cách tự đọc và trả lời bảng câu hỏi. Trong trường hợp bệnh nhân không đọc hiểu Tiếng Việt, nghiên cứu viên trực tiếp đọc thành lời, và đánh đáp áp theo sự lựa chọn của bệnh nhân.

Bước 3: Nhập kết quả từ bảng thu nhập số liệu và bảng câu hỏi SF-36 vào phần mềm Microsoft Office Excel 2010. Xử lý kết quả với phần mềm SPSS 20, IBM, USA.

2.3. Xử lý số liệu

- ☐ Số liệu được thu nhập bằng phần mềm Microsoft Office Excel 2010.
- ☐ Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, IBM.

☐ Các biến số định tính: tính tần suất, tỉ lệ phần trăm.

☐ Các biến số định lượng: tính giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

☐ Kiểm tra phân phối chuẩn biến liên tục bằng phép kiểm Shapiro-Wilk.

☐ Đối chiếu giá trị của các chỉ số giữa hai nhóm được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, kiểm định sự khác biệt thống kê bằng test student (t-test).

Các tỷ lệ được trình bày dưới dạng phần trăm (%) và kiểm định sự khác nhau giữa hai nhóm bằng test chi-bình phương. Trong trường hợp so sánh trung bình của nhiều nhóm sử dụng phép kiểm Fisher (F). Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi khoảng tin cậy CI >95% ($p < 0,05$). Độ tương quan giữa các chỉ số được biểu thị bằng hệ số r và kiểm định bằng giá trị p.

2.4. Y đức

Đề tài được trình cho Hội đồng Y đức của Bệnh viện Chợ Rẫy được sự chấp thuận của hội đồng. Bệnh nhân tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện và ký tên vào phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu. Tất cả các thông tin cá nhân và bệnh tật đều được giữ bí mật thông qua việc mã hóa trên máy tính để đảm bảo quyền lợi riêng tư của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian 04/2023 đến 10/2023, có 12 bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu của chúng tôi hoàn thành bảng câu hỏi SF-36 với hình thức nghiên cứu viên đọc và bệnh nhân trả lời.

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Tuổi trung bình của bệnh nhân tham gia nghiên cứu $57,14 \pm 20,58$, Nam/Nữ = 1/1. BMI trung bình của bệnh nhân: $22,04 \pm 4,02$. Không có sự khác biệt giữa nam nữ về các thông số như huyết áp, thiếu máu, suy tim với $p < 0,05$.

Đặc điểm các yếu tố kinh tế-xã hội của nhóm bệnh nhân: một nửa số bệnh nhân là từ tuyến địa phương, chỉ có 01 bệnh nhân không có khả năng đọc hiểu. 75% bệnh nhân hiện tại không có việc làm, 25% bệnh nhân có việc làm ổn định. Tuy nhiên kết quả khảo sát cho thấy 70% bệnh nhân không gặp trở ngại về tài chính do được sự giúp đỡ từ gia đình.

Đáng lưu ý là dù APD là phương thức được lựa chọn để giảm những gánh nặng trong việc trong đổi dịch bằng tay, tuy nhiên, có 70% bệnh nhân vẫn phụ thuộc vào người chăm sóc trong số đó có 30% phụ thuộc hoàn toàn vào người chăm sóc.

Kết quả của bảng câu hỏi SF-36

Đặc điểm	Chung (n=12)	Nam (n=7)	Nữ (n=5)	p
Tổng điểm SF-36	47,02±18,81	57,21±12,02	32,77±17,88	<0,05
Sức khỏe thể chất	36,28±15,94	42,24±14,71	27,94±14,99	>0,05
Sức khỏe tinh thần	57,75±23,76	72,19±11,55	37,53±21,85	<0,01

Phân loại mức độ chất lượng cuộc sống

Đánh giá CLCS theo Silveria chia làm 4 mức độ, chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cải thiện ở mức trung bình và trung bình khá chiếm tỷ lệ cao nhất. Giữa các mức đánh giá sức khỏe thể chất, sức khỏe tinh thần và tổng

điểm SF-36 có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p < 0,01$. Mức sức khỏe thể chất và mức chất lượng cuộc sống tương đương cho hai giới, nhưng mức sức khỏe tinh thần khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Mức độ chất lượng cuộc sống	Sức khỏe thể chất (n,%)	Sức khỏe tinh thần (n,%)	Tổng điểm SF-36 (n,%)
0 - 25 điểm (kém)	4 (33,3)	2 (16,7)	2 (16,7)
26 -50 điểm (TB)	7 (58,3)	1 (8,3)	2 (16,7)
51 - 75 điểm (TB khá)	1 (8,3)	6 (50)	7 (58,3)
76 - 100 điểm (Khá tốt)	0 (0)	3 (25)	1 (8,3)
P (Nam/Nữ)	>0,05	<0,05	>0,05

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mối tương quan với thang điểm SF-36

Thông số	Sức khỏe thể chất		Sức khỏe tinh thần		Điểm SF-36	
	r	p	r	p	r	p
BMI	0,57	<0,05	0,34	>0,05	0,45	>0,05
Mức độ phụ thuộc người chăm sóc			-0,64	< 0,05	-0,71	<0,01
Trình độ học vấn			0,68	<0,05	0,69	<0,05
Albumin	0,79	<0,01	0,81	< 0,01	0,84	< 0,01
CRP	-0,55	> 0,05	-0,59	< 0,01	-0,61	< 0,01

IV. BÀN LUẬN

Khi đánh giá về sức khỏe thể chất bao gồm các lĩnh vực 1, 2, 3, 4 chúng tôi nhận thấy lĩnh vực hoạt động chức năng (1.PF),

giới hạn hoạt động chức năng (2.RP) và cảm nhận đau đớn (3.BP) của nghiên cứu chúng tôi thấp đáng kể so với nghiên cứu của tác giả Lư Thị Mỹ Dung⁶ được thực hiện cùng

địa điểm trên nhóm đối tượng CAPD. Điều này có thể lý giải do tuổi trung bình của dân số nghiên cứu chúng tôi cao, nhóm bệnh nhân này thường kèm theo những hạn chế rõ rệt về thể chất vì tuổi cao, bệnh lý mãn tính lâu năm. Còn trên phương diện sức khỏe tinh thần lĩnh vực sức khỏe liên quan hoạt động xã hội (6.SF) thấp hơn đáng kể so với các nghiên cứu đã được công bố trong và ngoài nước. Những lĩnh vực còn lại thuộc phạm trù sức khỏe tinh thần bao gồm cảm nhận sức sống (5.VT) giới hạn hoạt động do khiếm khuyết tâm lý (7.RE) và sức khỏe tâm thần tổng quát (8.MH) đều cao hơn so với những nghiên cứu đã công bố.

Kết quả của các nghiên cứu đã công bố không thống nhất về tác động APD lên 2 phương diện của chất lượng cuộc sống liên quan tới phương thức lọc màng bụng. Nghiên cứu của tác giả Zhang¹ cho thấy bệnh nhân APD có cải thiện đáng kể về sức khỏe thể chất nhưng không có sự thay đổi về sức khỏe tinh thần so với nhóm CAPD. Một nghiên

cứ đa trung tâm được thực hiện tại Hà Lan cho thấy rằng bệnh nhân APD có sức khỏe tinh thần tốt hơn và triệu chứng trầm cảm ít hơn so với nhóm CAPD trong cùng khoảng thời gian điều trị, tuy nhiên không có sự khác nhau về sức khỏe thể chất giữa hai nhóm². Một nghiên cứu thú vị khác được thực hiện trên 18 bệnh nhân CAPD trong 06 tháng, sau đó được chuyển qua APD trong 06 tháng tiếp theo, kết quả nghiên cứu cho thấy rằng trong thời gian chuyển qua APD bệnh nhân cảm thấy tốt hơn về mặt chức năng xã hội và sức khỏe tinh thần, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn thực hiện bởi Diaz-Buxo³ với 728 bệnh nhân CAPD và 532 bệnh APD chỉ ra nhóm APD có sức khỏe tinh thần tốt hơn và sức khỏe tinh thần thấp hơn so với nhóm CAPD. Điểm tương đồng của nghiên cứu này so với nghiên cứu của chúng tôi là tuổi trung bình của nhóm APD theo thứ tự là 54,1 ±15,6 và 57,14±20,58.

Nghiên cứu Tác giả	Dân số	N	Thời gian lọc máu	Sức khỏe thể chất	Sức khỏe tinh thần	SF-36
Zhang ⁴	Singapore	266		38,1	46,4	42,25
L.N.N. Trúc ⁵	Việt Nam	107		35,8	43,9	41,3
Lư Thị Mỹ Dung	Việt Nam	91	CAPD	45	47	46
Chúng tôi	Việt Nam	12	APD	36,28	57,76	47,02

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm SF-36 cao hơn trong nghiên cứu của tác giả Zhang, đặc biệt là sự khác biệt về sức khỏe tinh thần. Mặc dù so với nghiên cứu bởi tác giả L.T. Mỹ Dung thực hiện tại cùng cơ sở trên nhóm CAPD thì không có sự khác biệt đáng kể về điểm.

SF-36, nhưng nhóm APD dường như có sức khỏe thể chất kém hơn đáng kể so với CAPD, tuy nhiên sức khỏe tinh thần thì cao hơn có ý nghĩa. Điểm sức khỏe thể chất

tương đương với nghiên cứu của tác giả L.N.Nhã Trúc⁵ khi khảo sát về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân trước và sau khi lọc máu (thận nhân tạo và CAPD) được thực hiện tại cùng cơ sở nghiên cứu, nhưng điểm sức khỏe tinh thần và điểm SF-36 cao hơn. Như vậy, APD dường như duy trì sức khỏe tinh thần hơn cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối so với CAPD, nhưng không cải thiện sức khỏe thể chất cũng như chất lượng cuộc sống nói chung.

Hạn chế nghiên cứu: số lượng bệnh nhân tham gia vào nghiên cứu còn ít do số lượng thực tế bệnh nhân làm lọc màng bụng tự động tại đơn vị còn hạn chế. Nghiên cứu chỉ cắt ngang tại 1 thời điểm để khảo sát chất lượng cuộc sống của nhiều nhóm bệnh nhân với thời gian làm lọc màng bụng khác nhau và chưa đánh giá được sự thay đổi của chất lượng cuộc sống theo thời gian làm lọc màng bụng. Nghiên cứu đã chỉ ra những mối tương quan giữa chất lượng cuộc sống, MCS, PCS với các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nhưng do cỡ mẫu nhỏ nên những mối tương quan này chưa có nhiều ý nghĩa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zhang J, Lu X, Li H, Wang S.** Risk factors for mortality in patients undergoing peritoneal dialysis: a systematic review and meta-analysis. *Renal failure*. 2021/01/01 2021; 43(1): 743-753. doi: 10.1080/0886022X.2021.1918558
2. **de Wit GA, Merkus MP, Krediet RT, de Charro FT.** A comparison of quality of life of patients on automated and continuous ambulatory peritoneal dialysis. *Peritoneal dialysis international: journal of the International Society for Peritoneal Dialysis*. May-Jun 2001;21(3):306-12.
3. **Diaz-Buxo JA, Lowrie EG, Lew NL, Zhang H, Lazarus JM.** Quality-of-life evaluation using Short Form 36: comparison in hemodialysis and peritoneal dialysis patients. *American journal of kidney diseases: the official journal of the National Kidney Foundation*. Feb 2000;35(2):293-300. doi:10.1016/s0272-6386(00)70339-8
4. **Zhang R, Pu C, Cui X, Zhang N, Li X, Zheng F.** Burden in primary family caregivers caring for uremic patients on maintenance peritoneal dialysis. *Peritoneal Dialysis International*. 2020/11/01 2020; 40(6): 556-562. doi: 10.1177/0896860820942628
5. **L.N.Nhã Trúc, T.T. Bích Hương.** Sử dụng bảng câu hỏi SF-36 trong đánh giá chất lượng cuộc sống của bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối trước và sau chạy thận nhân tạo. *Tạp chí Y Học TPHCM*. 2012;16(phụ bản 3):335-341
6. **L.T.Mỹ Dung.** Chất lượng cuộc sống bằng bảng SF-36 và các rối loạn liên quan ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối lọc màng bụng liên tục ngoại trú, 2019, Đề tài tốt nghiệp CKII, Đại học Y Dược Huế.

VIÊM MÀNG BỤNG DO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS NHỮNG KHÓ KHĂN TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

Đào Bùi Quý Quyền¹, Nguyễn Nữ Bảo Chiêu¹

TÓM TẮT

Viêm màng bụng do vi khuẩn lao *Mycobacterium tuberculosis* là một biến chứng ít gặp nhưng nghiêm trọng ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối làm lọc màng bụng. Viêm màng bụng do lao không có triệu chứng lâm sàng đặc hiệu, thời gian nuôi cấy vi khuẩn kéo dài nên chẩn đoán xác định bệnh khó khăn hơn và tốn nhiều thời gian hơn so với viêm màng bụng do vi khuẩn. Thời gian điều trị thuốc kháng lao kéo dài, ít nhất 1 năm. Ngoài ra, viêm màng bụng do lao để lại nhiều di chứng và tỉ lệ tử vong cao hơn so với viêm màng bụng do vi khuẩn. Vì vậy, vấn đề quan trọng là cần chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời viêm màng bụng do lao, nhằm góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống và hiệu quả lọc máu ở bệnh nhân lọc màng bụng.

Từ khóa: Viêm màng bụng, suy thận mạn giai đoạn cuối, *Mycobacterium tuberculosis*.

SUMMARY

TUBERCULOUS PERITONITIS IN PATIENTS ON PERITONEAL DIALYSIS CHALLENGES IN DIAGNOSIS AND TREATMENT

Tuberculous peritonitis is a rare but serious complication in patients on peritoneal dialysis. Clinical features are not specific and

Mycobacterium tuberculosis culture requires a much longer time. So, it is more difficult and time-consuming to make an exact diagnosis than bacterial peritonitis. Treatment duration is so long, at least 12 months. Besides that, tuberculous peritonitis causes many long-term sequelae and associated with higher mortality rate than bacterial peritonitis. Therefore, early diagnosis and treatment are the key roles in tuberculous peritonitis, increasing life quality and dialysis efficiency.

Keywords: Peritonitis, End-stage kidney disease, *Mycobacterium tuberculosis*.

I. GIỚI THIỆU

Viêm màng bụng là một trong những biến chứng nghiêm trọng ở bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang làm lọc màng bụng. Viêm màng bụng, đặc biệt viêm màng bụng tái phát nhiều lần gây tổn thương màng bụng dẫn đến tình trạng sớm mất chức năng màng bụng, tăng tỉ lệ chuyển sang chạy thận nhân tạo, tăng nhu cầu chăm sóc y tế, chi phí điều trị và tăng tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân lọc màng bụng.

Tác nhân gây viêm màng bụng có thể là vi khuẩn, nấm,... Viêm màng bụng do vi khuẩn lao là một biến chứng ít gặp của viêm màng bụng nhiễm khuẩn, chiếm tỉ lệ nhỏ hơn 3% trong các nguyên nhân gây viêm màng bụng. Tuy nhiên, với đặc điểm về dịch tễ học, các quốc gia Đông Nam Á nói chung và Việt Nam nói riêng, viêm màng bụng do lao khá thường gặp hơn so với các quốc gia khác trên thế giới⁽⁷⁾.

¹ Khoa Nội thận – Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Nữ Bảo Chiêu
SĐT: 0905232767

Email: nguyennubaochieu@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/01/2024

Ngày duyệt bài: 23/02/2024

Triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, giống viêm màng bụng do vi khuẩn như: đau bụng, dịch lọc đục, dịch lọc có tăng bạch cầu đa nhân trung tính trong giai đoạn sớm của bệnh. Nuôi cấy vi khuẩn dương tính là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán nhưng tốn nhiều thời gian, có thể từ 3-6 tuần. Do vậy, chẩn đoán xác định thường khó khăn và bị trì hoãn. Một số bệnh nhân có thể được chẩn đoán viêm màng bụng kém đáp ứng với điều trị và phải rút bỏ ống thông trước khi được chẩn đoán xác định là viêm màng bụng do lao. Như vậy, nếu được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời sẽ giúp bệnh nhân có thể tiếp tục duy trì phương pháp lọc màng bụng hiệu quả. Ngoài ra, điều trị viêm màng bụng do lao thường kéo dài tối thiểu 1 năm với nhiều biến chứng liên quan đến bệnh và thuốc kháng lao. Điều này làm gia tăng chi phí điều trị, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp đóng vai trò quan trọng để đạt được dự hậu tốt cho bệnh nhân.

II. ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN LAO

Dịch tể học

Bệnh lao là bệnh do vi khuẩn *Mycobacterium tuberculosis* gây nên. Bệnh lao là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở người lớn trên toàn thế giới. Năm 2022, có 10,6 triệu người mắc bệnh lao trên toàn thế giới, trong đó 1,3 triệu người tử vong, phần lớn ở các nước có thu nhập thấp và trung bình. Số mới mắc là khoảng 7,5 triệu người, trong đó 3 quốc gia Ấn Độ, Indonesia, Phillipin chiếm trên 60%. Đây là con số lớn nhất mà Tổ chức Y tế Thế giới ghi nhận được từ khi bắt đầu quản lý bệnh lao từ năm 1995. Năm 2022, số bệnh nhân bị lao kháng thuốc là khoảng 410.000 người, chiếm tỉ lệ khoảng 3% ở những ca mới mắc và 17% ở

những bệnh nhân đã được điều trị lao trước đó. Ba quốc gia phát triển lao kháng thuốc hàng đầu là Ấn Độ (25%), Phillipines (7,5%) và Cộng hòa Liên Bang Nga (7,5%)⁽⁷⁾.

Bệnh lao thường ảnh hưởng nhiều nhất đến phổi. Lao màng bụng là một thể bệnh lao ngoài phổi, thường lây truyền qua đường máu hoặc đường bạch huyết, đôi khi nhiễm trùng trực tiếp kéo dài từ một cơ quan lân cận.

Đặc điểm vi sinh

Vi khuẩn lao (*Mycobacterium tuberculosis*) là vi khuẩn thuộc chi *Mycobacterium*, lần đầu tiên được phát hiện vào năm 1882 bởi Robert Koch. *Mycobacterium tuberculosis* được phủ bởi một lớp sáp ở bề mặt tế bào (chủ yếu là mycolic acid) làm cho tế bào không thấm nước, nên không thể phát hiện bằng phương pháp soi nhuộm Gram thông thường. Acid nhanh được sử dụng thay thế nước khi thực hiện kỹ thuật nhuộm soi. Vì vậy, *mycobacterium tuberculosis* được xếp vào nhóm trực khuẩn kháng acid. Trong cơ thể con người, cứ khoảng 16 - 20 giờ sẽ phân chia một lần, rất chậm so với các vi khuẩn khác có thời gian phân chia tính bằng phút (như *E.Coli* có tốc độ phân chia mỗi 20 phút một lần). Ngoài ra, *mycobacterium tuberculosis* còn có thể tồn tại trong không khí vài tuần.

Sinh lý bệnh

Bệnh lao chủ yếu được lây truyền qua các hạt giọt bắn trong không khí. Các hạt giọt bắn (đường kính nhỏ hơn 5µm) chủ yếu được phân tán qua ho, có thể lơ lửng trong không khí vài giờ. Sau khi chúng rơi xuống một bề mặt, chúng mất khả năng lây lan. Vì vậy, việc tiếp xúc với các đồ vật có dính các hạt giọt bắn không làm tăng điều kiện cho sự lây bệnh.

Bệnh nhân hít các hạt đủ nhỏ để đi qua hệ thống phòng thủ của đường hô hấp trên và lắng đọng sâu trong phổi, thường là ở khoảng trống dưới màng phổi của thùy giữa hoặc thùy dưới. Các giọt lớn hơn có khuynh hướng bám vào các đường thở gần hơn và thường không dẫn đến tình trạng nhiễm khuẩn lao.

Để bắt đầu lây nhiễm, trực khuẩn lao phải được tiêu hóa bởi các đại thực bào phế nang. Những vi khuẩn lao không bị giết bởi các đại thực bào sẽ nhân lên, sau đó giết chết đại thực bào (với sự trợ giúp của tế bào lympho CD8). Trong những tuần đầu, một số đại thực bào chứa vi khuẩn lao di chuyển đến các hạch bạch huyết vùng, nơi chúng tiếp cận với mạch máu. Vi khuẩn lao có thể trú ngụ tại đây từ vài tháng đến nhiều năm mà vẫn ngủ yên, không cần điều trị. Sau đó, các vi khuẩn lao có thể lây lan theo đường máu đến bất kỳ bộ phận nào của cơ thể và gây tổn thương tại cơ quan bộ phận đó. Viêm màng bụng do lao ở bệnh nhân lọc màng bụng có thể là sự hoạt động của vi khuẩn lao tiềm ẩn trú ngụ tại màng bụng.

III. CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ

Bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối có tình trạng đáp ứng miễn dịch tế bào kém nên nguy cơ mắc bệnh lao cao, đặc biệt những bệnh nhân làm lọc màng bụng có nguy cơ mắc lao tăng gấp 100 lần so với dân số chung.

Những yếu tố nguy cơ khác như:

- Yếu tố môi trường: sinh sống ở khu vực dịch tễ có tỉ lệ mắc lao cao, gia đình có người mắc lao phổi hoạt động.

- Yếu tố bản thân: Lao phổi hay lao ngoài phổi đang hoạt động; tiền căn lao phổi hay test lấy da (+); suy dinh dưỡng, đái tháo đường, ung thư, suy giảm miễn dịch mắc

phải; sử dụng thuốc ức chế miễn dịch/corticosteroids.

IV. ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG

Triệu chứng lâm sàng của viêm màng bụng do lao ở bệnh nhân lọc màng bụng không đặc hiệu, tương tự các triệu chứng của viêm màng bụng do các nguyên nhân khác. Những dấu hiệu thường gặp như: sốt (94,4%), dịch lọc đục (83,3%), đau bụng (83,3%)⁽⁸⁾. Khám bụng bệnh nhân thường phát hiện các triệu chứng thông thường của viêm màng bụng như: ấn đau lan tỏa khắp bụng, bụng chướng, tăng hoặc giảm nhu động ruột. Cả triệu chứng cơ năng và thực thể của viêm màng bụng do lao đều không đặc hiệu. Điều này góp phần làm trì hoãn chẩn đoán và điều trị thích hợp cho bệnh nhân.

V. CẬN LÂM SÀNG

Xét nghiệm tế bào trong dịch lọc màng bụng

Giai đoạn đầu của viêm màng bụng do lao, xét nghiệm tế bào trong dịch lọc màng bụng thường cũng tương tự viêm màng bụng do vi khuẩn, với tiêu chuẩn chẩn đoán bao gồm: tế bào bạch cầu > 100 tế bào/ μ l và bạch cầu đa nhân trung tính chiếm ưu thế trên 50% (với thời gian ngâm dịch tối thiểu 2 giờ trước khi lấy mẫu làm xét nghiệm). Sự tương tự về thành phần tế bào trong dịch lọc này được ghi nhận với tỉ lệ dao động từ 65-78% các trường hợp⁽⁶⁾. Đây là một trong những khó khăn trong chẩn đoán viêm màng bụng do lao giai đoạn sớm. Trong giai đoạn sau đó, tỉ lệ tế bào lymphocyte trong dịch lọc có thể tăng ưu thế hơn so với bạch cầu đa nhân trung tính.

Hiện nay, một số nghiên cứu sử dụng tỉ lệ neutrophil/ lymphocyte trong dịch lọc để giúp

bước đầu phân biệt viêm màng bụng do lao với viêm màng bụng do vi khuẩn khác. Tỷ lệ neutrophil/lymphocyte < 15 được chọn là điểm cắt tối ưu với độ nhạy là 81%, độ đặc hiệu là 70%⁽²⁾.

Nồng độ ADA trong dịch lọc

ADA (Adenosine Deaminase) là một men xúc tác cho phản ứng biến adenosin thành inosine. Men này phân bố rộng rãi trong mô cơ thể, đặc biệt nhiều trong tế bào lympho. Nồng độ ADA tăng trong tràn dịch do lao như lao màng bụng, màng phổi, màng não,... nhưng không đặc hiệu. Vì vậy, xét nghiệm nồng độ ADA trong dịch lọc được xem là xét nghiệm sàng lọc, được sử dụng kết hợp cùng các xét nghiệm khác để giúp chẩn đoán xác định viêm màng bụng do lao.

IGRA (Interferon Gamma Release Assay)

IGRA là một xét nghiệm máu nhằm đo lường sự giải phóng của Interferon gamma của tế bào lympho T sau khi bị kích hoạt bởi kháng nguyên đặc hiệu Mycobacterium tuberculosis. Đây là xét nghiệm để xác định một bệnh nhân đã từng bị nhiễm vi khuẩn lao hay chưa hay còn gọi là xét nghiệm giúp chẩn đoán lao tiềm ẩn. Xét nghiệm này thường không thực hiện khi bệnh nhân có bệnh lao đang hoạt động. Tuy nhiên, trong một số trường hợp khó chẩn đoán, bệnh nhân bị viêm màng bụng cấy âm tính đáp ứng kém với điều trị hay tái phát nhiều lần, xét nghiệm IGRA dương tính kết hợp với sự bất thường tế bào dịch lọc nghi ngờ lao, nồng độ ADA tăng trong dịch lọc cũng có thể là yếu tố gợi ý điều trị thuốc kháng lao theo kinh nghiệm trước khi có kết quả nuôi cấy. Đáp ứng điều trị có thể được nhận thấy sau 1 tuần dùng thuốc kháng lao⁽³⁾.

Nhuộm soi vi khuẩn

Tỷ lệ dương tính của kỹ thuật nhuộm soi và nuôi cấy phụ thuộc nhiều vào nồng độ của vi khuẩn trong mẫu xét nghiệm. Vì vậy, để đạt được nồng độ vi khuẩn tối ưu, lấy 50-100 ml dịch lọc màng bụng quay ly tâm, sau đó mới tiến hành nhuộm soi và nuôi cấy vi khuẩn lao.

Soi nhuộm Gram không thể phát hiện vi khuẩn lao trong dịch lọc. Sử dụng phương pháp nhuộm Zeil-Neelsen để phát hiện các mycobacterium. Tuy nhiên, tỷ lệ dương tính thường rất thấp. Ngoài ra, kỹ thuật này được sử dụng để phát hiện những vi khuẩn thuộc nhóm kháng acid chung, không đặc hiệu cho vi khuẩn lao. Vì vậy, nếu soi nhuộm nghi ngờ có vi khuẩn kháng acid thì cần tiếp tục thực hiện kỹ thuật nuôi cấy vi khuẩn lao.

Kỹ thuật khuếch đại chuỗi protein PCR lao trong dịch lọc.

Kỹ thuật sinh học phân tử là phương pháp hiện đại nhất, đang được ứng dụng phổ biến và hiệu quả nhất hiện nay. Đây kỹ thuật khuếch đại ADN bằng cách tạo ra hàng triệu bản sao từ 1 chuỗi đích của acid nucleic. ADN polymerase là enzym sao chép ADN, nó có thể tái sao chép nhiều lần đoạn ADN nếu được kích thích đặc hiệu. Xác định sự có mặt của vi khuẩn lao thông qua sự khuếch đại đoạn gen ADN đặc hiệu (đoạn IS6110).

Xét nghiệm này giúp phát hiện và xác định vi khuẩn lao nhanh chóng trong vòng 2 ngày. Tuy nhiên, kỹ thuật này chỉ được thực hiện ở những phòng xét nghiệm hiện đại và đủ tiêu chuẩn nên không được thực hiện thường quy ở các bệnh nhân viêm màng bụng.

Mặc dù xét nghiệm PCR lao có độ đặc hiệu cao nhưng với kết quả âm tính cũng không thể loại trừ hoàn toàn viêm màng bụng do lao. Xét nghiệm cho kết quả dương tính giả khi bị nhiễm các sản phẩm chứa

PCR nếu không tuân thủ chặt chẽ qui trình kỹ thuật; âm tính giả nếu bệnh phẩm chứa nhiều chất ức chế phản ứng hoặc vi khuẩn lao không có đoạn IS 6110 trong phân tử ADN.

Nuôi cấy vi khuẩn lao

Nuôi cấy phát hiện vi khuẩn lao trong dịch lọc là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán xác định viêm màng bụng do lao, nhưng tỉ lệ nuôi cấy dương tính không cao, khoảng 16 - 58%. Ngoài ra, kỹ thuật nuôi cấy thông thường trên môi trường thạch đặc Löwenstein-Jensen thường chậm (có thể kéo dài từ 3 - 6 tuần) và độ nhạy không cao. Nếu nuôi cấy trên 2 tháng, vi khuẩn không có dấu hiệu mọc thì mới xác định trong mẫu bệnh phẩm không có vi khuẩn lao. Thời gian nuôi cấy kéo dài là một trong những nguyên nhân làm trì hoãn chẩn đoán, đặc biệt ở những cơ sở không thực hiện được kỹ thuật PCR lao.

Hiện nay, nuôi cấy trên môi trường lỏng được ứng dụng phổ biến hơn so với môi trường thạch đặc do kết quả thu được nhanh hơn, thường chỉ khoảng 2 tuần nhưng chi phí cao và đòi hỏi trang thiết bị phức tạp hơn⁽¹⁾. Các môi trường nuôi cấy bao gồm:

+ Hệ thống nuôi cấy BACTEC TB 460: xác định chuyển hóa của Mycobacterium tuberculosis bằng cách đo nồng độ CO₂ giải phóng ra khi phát triển ở môi trường có gắn C¹⁴. Thời gian mọc của Mycobacterium tuberculosis trung bình 8 - 14 ngày.

+ Hệ thống nuôi cấy MGIT (Multi Grow Indicator Tube-MGIT): Nguyên lý kỹ thuật tương tự như hệ thống BACTEC, nhưng thay thế gắn C¹⁴ bằng kỹ thuật phát quang (Fluorescence) dưới ánh sáng UV. Kết quả dương tính thì có khoảng 10⁵ – 10⁶ CFU/ml.

VI. ĐIỀU TRỊ

Năm 2010, trong hướng dẫn của Hiệp hội Lọc màng bụng Quốc tế ISPD về điều trị viêm màng bụng do lao, việc rút bỏ ống thông lọc màng bụng vẫn còn là vấn đề tranh cãi. Tuy nhiên, đến năm 2016, sử dụng thuốc kháng lao cho bệnh nhân được chẩn đoán viêm màng bụng do lao là điều trị đầu tiên, chỉ định rút bỏ ống thông lọc màng bụng chỉ đặt ra đối với những trường hợp không đáp ứng với điều trị thuốc kháng lao.

Nguyên tắc điều trị

- Thực hiện nguyên tắc chung đối với điều trị viêm màng bụng: Súc rửa màng bụng ngay khi có biểu hiện của viêm màng bụng giúp phòng ngừa tình trạng dính màng bụng, bảo tồn màng bụng để sử dụng lâu dài.

- Cần thực hiện sớm các xét nghiệm chẩn đoán viêm màng bụng do lao ngay khi có nghi ngờ để giúp chẩn đoán sớm và điều trị thích hợp.

- Tìm lao ở các cơ quan khác để xác định chỉ có lao màng bụng cục bộ hay lao màng bụng là một phần của bệnh lý lao toàn thể, để đưa ra quyết định chính xác tổng thời gian điều trị thuốc kháng lao.

- Theo dõi đáp ứng điều trị để đưa ra quyết định rút ống thông (nếu cần) và phát hiện các tác dụng phụ của thuốc kháng lao.

Điều trị cụ thể

Đối với lao còn nhạy cảm với thuốc:

2 tháng đầu: phối hợp 4 loại thuốc là rifampicin, isoniazid, pyrazinamide và ofloxacin. Sau 2 tháng: giảm còn 2 loại thuốc là isoniazid và rifampicin. Tổng thời gian điều trị kéo dài ít nhất là 1 năm.

Đối với lao kháng thuốc:

Vi khuẩn lao kháng thuốc đang là một mối đe dọa toàn cầu. Lao đề kháng với rifampicin, thuốc đầu tay hiệu quả nhất trong điều trị lao, là mối lo ngại lớn nhất hiện nay.

Nếu vi khuẩn lao vừa kháng rifampicin, vừa kháng isoniazide được gọi là lao đa kháng. Hai tình trạng này đều bắt buộc phải sử dụng thuốc hàng thứ 2 trong điều trị lao.

Bảng 1: Chính liều thuốc điều trị lao theo chức năng thận⁽⁴⁾

Thuốc	Liều dùng (đường uống)
Isoniazid	5mg/kg/24 giờ (tối đa 300mg/24 giờ)
Rifampicin	450mg/24 giờ nếu TLCT < 50kg 600mg/24 giờ nếu TLCT ≥ 50kg
Pyrazinamide	30mg/kg x 3 lần/ tuần
Levofloxacin	250mg/48 giờ
Ofloxacin	200mg/24 giờ
Ethambutol	15mg/kg/48 giờ
Moxifloxacin	400mg/24 giờ
Pyridoxine	50-100mg/24 giờ

**TLCT: trọng lượng cơ thể*

Hiện nay, có ít nghiên cứu về liều dùng tối ưu của thuốc trong điều trị viêm màng bụng do lao.

Đối với isoniazid và pyrazinamide, có những chứng cứ về dược lực học chỉ ra rằng không cần chỉnh liều vì nồng độ thuốc trong dịch lọc vẫn duy trì trên MIC đối với *M.tuberculosis*.

Đối với rifampicin, đường uống có thể không đạt được liều tối ưu trong dịch lọc màng bụng. Những bệnh nhân sử dụng rifampicin cần kiểm soát huyết áp, bởi vì thuốc được chuyển hóa qua men cytochrome P450 của gan, vì vậy sẽ làm giảm tác dụng của những thuốc huyết áp khác có cùng chuyển hóa qua men này như: amlodipin, metoprolol.

Isoniazid có thể gây bệnh lý dây thần kinh với biểu hiện lâm sàng như: dị cảm, nóng ở tứ chi. Để tránh bệnh lý thần kinh do isoniazid, bệnh nhân nên được bổ sung

pyridoxin 50-100mg mỗi ngày. Tuy nhiên, sử dụng pyridoxine liều cao hơn (200mg mỗi ngày) kéo dài có thể gây nên bệnh lý thần kinh do pyridoxin.

Streptomycin dù đã được giảm liều vẫn có thể gây độc đến tai khi sử dụng kéo dài. Vì vậy, cần tránh dùng streptomycin.

Ethambutol có thể gây viêm dây thần kinh thị nên khuyến cáo không sử dụng nếu nghi lao còn nhạy cảm với những nhóm thuốc khác.

VII. TIỀN LƯỢNG

Tỉ lệ tử vong của viêm màng bụng do lao có thể lên đến 15%⁽⁵⁾. Nhiều bệnh nhân đáp ứng với điều trị thuốc kháng lao mà không cần rút bỏ ống thông. Hầu hết các trường hợp rút bỏ ống thông đều dựa trên kinh nghiệm, chủ yếu ở những bệnh nhân thất bại với điều trị viêm màng bụng cấy âm mà chưa có kết quả chẩn đoán viêm màng bụng do lao. Mặt

khác, việc rút bỏ ống thông lọc màng bụng cũng không làm giảm tỉ lệ tử vong của viêm màng bụng do lao. Vì vậy, vấn đề cần thiết là chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời nhằm giảm thiểu các biến chứng, giảm tỉ lệ rút bỏ ống thông và tỉ lệ tử vong của viêm màng bụng do lao.

VIII. KẾT LUẬN

Hiện nay, chẩn đoán xác định viêm màng bụng do lao vẫn còn là thách thức đối với bác sĩ lâm sàng bởi triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, nuôi cấy vi khuẩn kéo dài nhiều thời gian, những xét nghiệm sinh học phân tử có độ đặc hiệu cao chỉ thực hiện được ở các phòng xét nghiệm chuyên sâu. Phác đồ điều trị kháng lao phải phối hợp nhiều thuốc và thời gian kéo dài tối thiểu 1 năm. Ngoài ra phải đối mặt với nguy cơ cao tình trạng đề kháng thuốc kháng lao trên toàn cầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al Sahlawi M, Bargman JM, Perl J.** Peritoneal dialysis-associated peritonitis: suggestions for management and mistakes to avoid. *Kidney Med* 2020; 2(4): 467–475.
2. **Fung WW, Chow KM, Ng JK, Chan GC, Li PK, Szeto CC.** The Clinical Utility of the Neutrophil-to-Lymphocyte Ratio as a Discriminatory Test among Bacterial, Mycobacterium Tuberculosis, and Nontuberculous Mycobacterium Peritoneal Dialysis-Related Peritonitis. *Kidney* 2022 Mar 29;3(6):1031-1038.
3. **Koff A., & Azar M. M.** (2020). "Diagnosing peritoneal tuberculosis". *BMJ Case Rep*, 13(2).
4. **Li PK-T, Chow KM, Cho Y, et al.** ISPD peritonitis guideline recommendations: 2022 update on prevention and treatment. *Peritoneal Dialysis International*. 2022;42(2): 110-153.
5. **Rohit A., & Abraham G.** (2016). "Peritoneal dialysis related peritonitis due to Mycobacterium spp.: A case report and review of literature". *J Epidemiol Glob Health*, 6(4), 243-248.
6. **Thomson BKA, Vaughan S, Momciu B.** Mycobacterium tuberculosis peritonitis in peritoneal dialysis patients: A scoping review. *Nephrology (Carlton)*. 2022 Feb; 27(2):133-144.
7. **World Health Organization (WHO):** Global Tuberculosis Report 2023.
8. **Yang TY, Tian YC, Yen TH, Chang MY, Lin CY, Liu SH.** Tuberculous peritonitis in patients on peritoneal dialysis: a 35-year experience from a large medical center in Northern Taiwan. *Ren Fail*. 2023 Dec;45(1):2153064.

KHẢO SÁT TRẢI NGHIỆM NGƯỜI BỆNH NỘI TRÚ TẠI MỘT SỐ KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lê Thị Kiều Em¹, Hồ Thanh Bình², Đặng Hoàng Vũ³,
Phùng Thanh Phong⁴, Lê Thị Thúy Kiều⁵, Trần Hồng Diễm⁶,
Nguyễn Thị Kim Uyên⁷, Nguyễn Thị Út⁸

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trải nghiệm người bệnh được xem như chỉ số giá trị trong đánh giá hiệu quả công tác quản lý chất lượng bệnh viện, đóng vai trò là chỉ số quá trình và phản ánh từng khía cạnh của chất lượng chăm sóc người bệnh nhận được. Thực tế đã chứng minh rằng trải nghiệm người bệnh tốt hơn có liên quan đến cải thiện trong tuân thủ sử dụng thuốc và tuân thủ điều trị, từ đó cải thiện kết quả lâm sàng và các chỉ số sức khỏe

khác, củng cố an toàn người bệnh và giảm các tác dụng phụ. Tuy nhiên, trải nghiệm của người bệnh cũng bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ người bệnh có trải nghiệm tốt trong các khía cạnh khi điều trị tại khoa Ngoại, bệnh viện Chợ Rẫy và các yếu tố liên quan năm 2022.

Đối tượng - phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 427 người bệnh điều trị nội trú tại các khoa Ngoại, bệnh viện Chợ Rẫy đã hoàn tất đầy đủ thủ tục xuất viện, chuẩn bị rời khỏi bệnh viện trong thời điểm nghiên cứu được tiến hành từ tháng 01 đến tháng 06 năm 2022. Công cụ được sử dụng trong nghiên cứu là bộ câu hỏi HCAHPS (Đánh giá của khách hàng về hệ thống và NVYT), là một bộ câu hỏi tự điền có cấu trúc. Kiểm định Chi bình phương với mức $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Phân tích đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan độc lập đến trải nghiệm người bệnh. Sau khi dữ liệu được thu thập, dữ liệu được nhập vào máy tính bằng phần mềm SPSS 26.0 và các phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm SPSS 26.0.

Kết quả: Trong số 427 người bệnh tham gia nghiên cứu, tỷ lệ trải nghiệm tích cực cao nhất thuộc về khía cạnh hiểu biết của người bệnh về chăm sóc khi xuất viện với 95,78%, tiếp đến là trải nghiệm chăm sóc của bác sĩ với 93,21% và thấp nhất là trải nghiệm của người bệnh khi xuất viện là 47,54%. Tỷ lệ trải nghiệm tích cực của người bệnh ở các khía cạnh khác dao động từ 78% đến khoảng 90%. Có mối liên quan giữa tỷ

¹Cử nhân điều dưỡng, khoa Nội tổng quát 10B1, Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bác sĩ chuyên khoa II, Trưởng khoa Nội tổng quát, Bệnh viện Chợ Rẫy

³Chuyên khoa II, Quản lý bệnh viện Khoa Quản lý chất lượng, Bệnh viện Chợ Rẫy

⁴Tiến sĩ điều dưỡng, Phòng điều dưỡng, Bệnh viện Chợ Rẫy

⁵Cử nhân điều dưỡng, khoa Nội tổng quát 9B1, Bệnh viện Chợ Rẫy

⁶Thạc sĩ điều dưỡng, khoa Nội phổi, Bệnh viện Chợ Rẫy

⁷Cử nhân điều dưỡng, Khoa Chăm sóc Sức khỏe Theo Yêu cầu, Bệnh viện Chợ Rẫy

⁸Cử nhân điều dưỡng, Khoa Huyết học, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Kiều Em
SĐT: 0909470438

Email: kieu8432@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/12/2023

Ngày phản biện khoa học: 12/01/2024

Ngày duyệt bài: 23/02/2024

lệ trải nghiệm tốt ở các khía cạnh với đặc tính nền của người bệnh.

Kết luận: Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe (CSSK) cần quan tâm nhiều hơn đến các vấn đề của người bệnh ngoại khoa khi họ xuất viện, đặc biệt ở người bệnh thuộc nhóm tuổi từ 18 - 24 tuổi, bên cạnh nhóm người bệnh có tình trạng sức khỏe kém và thời gian nằm viện lâu hơn ở trải nghiệm các khía cạnh khác để cải thiện trải nghiệm chung cho người bệnh. Các nghiên cứu chuyên sâu cũng nên được thực hiện để hiểu rõ cơ chế phía sau trải nghiệm của người bệnh trong các dịch vụ CSSK, đặc biệt là ở khối khoa ngoại.

Từ khóa: Chất lượng chăm sóc, trải nghiệm người bệnh nội trú, khoa ngoại, Việt Nam.

SUMMARY

EXPLORING INPATIENT EXPERIENCE AMONG PATIENTS AT THE SURGERY DEPARTMENT IN CHO RAY HOSPITAL

Background: Patient experience is deemed as a valuable indicator in assessing the effectiveness of hospital quality management, besides serving as a process indicator and representing the interpersonal components of the quality of care received as well. It has been demonstrated that a positive patient experience is linked to increased adherence to medications and treatments, better clinical and other health outcomes, better safety, and fewer adverse occurrences. However, a few things have an impact on the patient experience.

Objective: The goal of this study was to identify the percentage of patients who had positive experiences in a variety of areas while receiving treatment at the Departments of Surgery in a hospital in Ho Chi Minh City in 2021, as well as factors that were related to those positive experiences.

Methods: A descriptive cross-sectional research carried out at the Department of Surgery in a hospital in Ho Chi Minh City includes inpatients who complete the hospital discharge procedure and be about to leave the hospital during the study period from January to June 2022. The instrument used in the study is HCAHPS (Hospital Consumer Assessment of Healthcare Providers & Systems) Survey, which is a self-administered structured questionnaire. The Chi-square test with statistical significance level is adopted at $p < 0.05$. The multivariate analysis was used to identify factors independently associated with inpatient experience. Epidata 3.1 was used for data entry and then exported into SPSS version 26.0 for computing, recording, and statistical analysis.

Results: The results of this study revealed out of the 427 studied patients, the highest proportion of positive experience belonged to patients' understanding of care when discharging from the hospital with 95.78%, followed by the experience of doctor care with 93.21%, and the lowest was patient experience when they discharged from the hospital with 47.54%. The proportion of patient experience about other factors ranged from 78% to approximately 90%. There is a relationship between the experience proportion in the aspects and the background characteristics of the patients.

Conclusions: Health-care providers should pay more attention to issues of surgical patients at the time they discharged from the hospital, especially with those who are young (18 - 24 years), in addition to patients with poor health status and longer hospital stay in other aspects to improve patient experience. Further thorough research is required to understand the mechanisms behind patient experiences with healthcare services, particularly in surgical departments.

Keywords: Quality of care, Inpatient experience, Surgery Department, Vietnam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Song song với việc quản lý và phát triển chuyên môn khám chữa bệnh, ngày nay, các cơ sở CSSK còn quan tâm đến khái niệm quản lý và phát triển chất lượng toàn diện. Theo đó, nguyên tắc tổ chức thực hiện quản lý chất lượng ghi nhận việc khám chữa bệnh cần lấy người bệnh làm trung tâm cũng như việc bảo đảm và cải tiến chất lượng là nhiệm vụ trọng tâm, xuyên suốt của bệnh viện. Theo Tổ chức Y tế thế giới, “Trải nghiệm người bệnh” được xem như một chỉ số có giá trị trong đánh giá hiệu quả của công tác quản lý chất lượng bệnh viện. Đồng thời, trải nghiệm người bệnh cũng được xem là một chỉ số quá trình và phản ánh từng khía cạnh của chất lượng chăm sóc mà người bệnh nhận được^[9]. Các bằng chứng đã chỉ ra rằng việc cung cấp cho người bệnh những trải nghiệm tốt là chìa khóa quan trọng trong việc cung cấp dịch vụ chăm sóc y khoa chất lượng cao. Song song đó, trải nghiệm người bệnh tốt hơn có liên quan đến cải thiện trong tuân thủ sử dụng thuốc và tuân thủ điều trị, từ đó cải thiện kết quả lâm sàng và các chỉ số sức khỏe khác, củng cố an toàn người bệnh và giảm các tác dụng phụ^[11]. Tại Trung tâm Dịch vụ Medicare và Medicaid của Hoa Kỳ, các biện pháp khảo sát trải nghiệm người bệnh ngày càng được áp dụng rộng rãi trong các chương trình báo cáo công cộng và trả lương theo hiệu quả công việc trong các hệ thống CSSK chính, nhằm mục đích khuyến khích chất lượng chăm sóc của các bệnh viện và hệ thống CSSK^[4]. Tuy nhiên, trải nghiệm của người bệnh cũng bị ảnh hưởng bởi một số yếu tố.

Tại Việt Nam, năm 2015, Bộ Y tế đã xác định mô hình “lấy người bệnh làm trung tâm” trong công tác nâng cao chất lượng y tế trong giai đoạn mới. Trên cơ sở đó, nghiên

cứu “*Khảo sát trải nghiệm người bệnh nội trú tại một số khoa ngoại bệnh viện Chợ Rẫy*” là cấp thiết trong thời điểm hiện nay.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Người bệnh có độ tuổi từ đủ 18 tuổi trở lên, điều trị nội trú tại các khoa ngoại đã hoàn tất đầy đủ thủ tục xuất viện trong thời gian nghiên cứu.

Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi đã được giải thích rõ mục tiêu nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra

Người bệnh không có khả năng trả lời phỏng vấn (không biết tiếng Việt, mắc các chứng rối loạn tâm thần, sa sút trí tuệ, khiếm thị, khiếm thính, v.v).

Người bệnh nằm điều trị < 48g.

Người bệnh là nhân viên của bệnh viện.

Người bệnh trả lời không đầy đủ các câu hỏi trong phần trải nghiệm người bệnh.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỷ lệ với $p = 0,493$ (tỷ lệ trải nghiệm điều trị tích cực của người bệnh điều trị nội trú), ta được cỡ mẫu 427 người.

Cách chọn mẫu

Phân tầng, dựa vào số người bệnh xuất viện trung bình của mỗi khoa 4 tháng đầu năm 2022. Tại mỗi khoa, chọn số người bệnh phù hợp với tiêu chí chọn mẫu (chọn thuận tiện).

Kỹ thuật và công cụ thu thập dữ liệu

Phòng vấn mặt đối mặt. Trường hợp những người bệnh không có khả năng đọc viết thì người khảo sát hỗ trợ hoàn thành phiếu khảo sát bằng cách đọc và khoanh những đáp án người bệnh chọn.

Sử dụng bộ câu hỏi tự điền dựa trên thang đo đánh giá của khách hàng về hệ thống chăm sóc y tế HCAHPS với 45 câu hỏi, chia làm 9 phần. Thông tin nền có 16 câu hỏi, trải nghiệm khi nhập viện có 5 câu hỏi, trải nghiệm chăm sóc của điều dưỡng có 4 câu hỏi, trải nghiệm chăm sóc của bác sĩ có 3 câu hỏi, trải nghiệm về môi trường bệnh viện có 3 câu hỏi, trải nghiệm trong thời gian nằm viện có 5 câu hỏi, trải nghiệm khi xuất viện có 4 câu hỏi, nhận xét và đánh giá về bệnh viện có 2 câu hỏi và 2 câu hỏi về hiểu

biết của người bệnh khi xuất viện. Thang đo có độ tin cậy nội bộ cao, với hệ số Cronbach alpha chung là 0,82. Về tính giá trị nội dung đạt mức rất tốt, với hầu hết các chuyên gia đánh giá các mục trong bộ câu hỏi là rõ ràng và thực tế.

Xử lý và phân tích số liệu

Kiểm định Chi bình phương với mức $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê. Phân tích đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố liên quan độc lập đến trải nghiệm người bệnh. Các biến số đầu vào của mô hình đa biến bao gồm các yếu tố có liên quan trong đơn biến ở ngưỡng $< 0,1$ và các yếu tố có liên quan trên y văn. Dữ liệu nhập bằng phần mềm SPSS 26.0 và phân tích bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Trải nghiệm chung về các khía cạnh của người bệnh nội trú (N=427)

Nội dung	n	Tích cực		Chưa tích cực		TB $\pm$ ĐLC
		N	Tỷ lệ %	N	Tỷ lệ %	
Trải nghiệm chăm sóc của điều dưỡng	427	379	88,76	48	11,24	3,48 $\pm$ 0,54
Trải nghiệm chăm sóc của bác sĩ	427	398	93,21	29	6,79	3,61 $\pm$ 0,54
Trải nghiệm về môi trường bệnh viện	427	373	87,35	54	12,65	3,40 $\pm$ 0,52
Trải nghiệm khi điều trị và chăm sóc tại bệnh viện	427	336	78,69	91	21,31	2,41 $\pm$ 0,70
Trải nghiệm khi xuất viện	427	203	47,54	224	52,46	1,44 $\pm$ 0,27
Hiểu biết về chăm sóc khi rời viện	427	409	95,78	18	4,22	3,24 $\pm$ 0,48
Đánh giá chung bệnh viện	427	8,85 $\pm$ 1,10				
Giới thiệu bệnh viện cho bạn bè hoặc gia đình	427	9,25 $\pm$ 1,35				

Hầu hết người bệnh đều có trải nghiệm tốt về các khía cạnh khi được điều trị tại khoa ngoại, bao gồm trải nghiệm chăm sóc của điều dưỡng, trải nghiệm chăm sóc của bác sĩ, trải nghiệm về môi trường bệnh viện, trải nghiệm khi được chăm sóc và điều trị tại bệnh viện, trải nghiệm khi xuất viện, với các

tỷ lệ trải nghiệm tốt của người bệnh trên từng khía cạnh lần lượt là 88,76%, 93,21%, 87,35%, 78,89%. Ngoài ra, điểm trung bình đánh giá bệnh viện chung là 8,85. Về việc giới thiệu bệnh viện cho bạn bè hay gia đình, điểm trung bình là 9,25.

Bảng 2. Các yếu tố liên quan đến trải nghiệm chăm sóc của điều dưỡng

Đặc điểm	Trải nghiệm chăm sóc điều dưỡng		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	Chưa tích cực (%)	Tích cực (%)		
Nghề nghiệp				1
Nông dân	19 (11,66)	144 (88,34)		
Công nhân	10 (15,87)	53 (84,13)	0,248	0,97 (0,92-1,02)
Viên chức/văn phòng	3 (6,67)	42 (93,33)	0,629	1,01 (0,97-1,06)
Hưu trí, già	2 (4,55)	42 (95,45)	0,022*	1,05 (1,01-1,10)
Khác	14 (12,50)	98 (87,50)	0,985	0,99 (0,96-1,04)
Tình trạng hôn nhân				1
Độc thân	6 (9,23)	59 (90,77)		
Đã kết hôn	35 (10,84)	288 (89,16)	0,342	0,97 (1,01-1,22)
Sống chung chưa kết hôn	0 (00)	6 (100,00)	0,059	1,01 (0,97-1,06)
Ly hôn/ly thân	0 (00)	11 (100,00)	0,203	1,05 (1,01-1,10)
Góa chồng, góa vợ	7 (31,82)	15 (68,18)	0,013*	0,99 (0,96-1,04)
Tình trạng sức khỏe khi xuất viện				1
Khỏi hẳn	0 (00)	26 (100,00)		
Đỡ/ ổn định	42 (11,38)	327 (88,62)	<0,001**	0,95 (0,93-0,97)
Chuyển viện	6 (20,69)	23 (79,31)	0,015*	0,90 (0,83-0,98)
Khác	0 (00)	3 (100,00)	0,388	0,98 (0,93-1,03)

p<0,05, p<0,001***

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trải nghiệm chăm sóc của điều dưỡng và nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân, và tình trạng sức khỏe khi xuất viện ($p<0,05$). Cụ thể những người bệnh có tình trạng sức khỏe tốt/ổn định có trải nghiệm tích cực về chăm sóc điều dưỡng giảm 5% so với những người khỏi bệnh hoàn toàn ($PR=0,95$; KTC 95%: 0,93-0,97; $p<0,001$). Người bệnh được chuyển đến bệnh viện khác có trải nghiệm tích cực về chăm sóc điều dưỡng giảm 10%

so với những người khỏi bệnh hoàn toàn ($PR=0,90$; KTC 95%: 0,83-0,98; $p<0,015$). Ngoài ra, những người đã nghỉ hưu hoặc người cao tuổi có trải nghiệm tích cực về chăm sóc điều dưỡng cao hơn 1,05 lần so với những người là nông dân ($PR=1,05$; KTC 95%: 1,01-1,10; $p=0,022$). Những người góa chồng có trải nghiệm tích cực về chăm sóc điều dưỡng giảm 1% so với những người độc thân ($PR=0,99$; KTC 95%: 0,96-1,04; $p=0,013$).

Bảng 3. Các yếu tố liên quan đến trải nghiệm môi trường bệnh viện

Đặc điểm	Trải nghiệm môi trường BV		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	Chưa tích cực (%)	Tích cực (%)		
Tình trạng hôn nhân				
Độc thân	7 (10,77)	58 (89,23)		1
Đã kết hôn	40 (12,38)	283 (87,62)	0,877	1,00 (0,96-1,05)
Sống chung chưa kết hôn	0 (00)	6 (100,00)	0,009*	1,07 (1,02-1,12)
Ly hôn/ly thân	0 (00)	11 (100,00)	0,008*	1,06 (1,02-1,11)
Góa chồng, góa vợ	7 (31,82)	15 (68,18)	0,062	0,89 (0,79-1,01)
Thu nhập				
Không có thu nhập	3 (5,36)	53 (94,64)		1
<3 triệu	17 (16,04)	89 (83,96)	0,005*	0,94 (0,89-0,98)
>3 triệu	34 (12,83)	231 (87,17)	0,001*	0,94 (0,91-0,98)
Khả năng chi trả				
Miễn phí	0 (00)	13 (100,00)		1
Tự chi trả	44 (11,89)	326 (88,11)	<0,001**	0,92 (0,88-0,96)
Vay mượn	10 (22,73)	34 (77,27)	0,001*	0,87 (0,81-0,94)
Thời gian nằm viện				
1-5 ngày	10 (9,17)	99 (90,83)		1
6-10 ngày	34 (18,38)	151 (81,62)	0,015*	0,95 (0,91-0,99)
11-20 ngày	7 (6,36)	103 (93,64)	0,748	1,01 (0,97-1,04)
Trên 20 ngày	3 (13,04)	20 (86,96)	0,517	0,97 (0,90-1,06)

$p < 0,05^*$, $p < 0,001^{**}$

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trải nghiệm về môi trường bệnh viện và tình trạng hôn nhân, thu nhập, khả năng chi trả, và thời gian nằm viện ($p < 0,05$). Cụ thể những người bệnh nhập viện 6-10 ngày có trải nghiệm tích cực về môi trường bệnh viện giảm 5% so với những người nhập viện 1-5 ngày (PR=0,95; KTC 95%: 0,91-0,99; $p=0,015$). Ngoài ra, những người bệnh sống chung nhưng chưa kết hôn có trải nghiệm tích cực về môi trường bệnh viện cao hơn 1,07 lần so với những người độc thân (PR=1,07; KTC 95%: 1,02-1,12; $p=0,009$). Những người ly thân/ly hôn có trải nghiệm tích cực cao hơn 1,06 lần so với những người độc thân (PR=1,06; KTC 95%: 1,02-1,11;

$p=0,008$). Người có thu nhập dưới 3 triệu đồng có trải nghiệm tích cực về môi trường bệnh viện giảm 6% so với những người không có thu nhập (PR=0,94; KTC 95%: 0,89-0,98; $p=0,005$). Những người bệnh có thu nhập từ 3 triệu trở lên có trải nghiệm tích cực giảm 6% so với những người không có thu nhập (PR=0,94; KTC 95%: 0,91-0,98; $p=0,001$). Người tự chi trả viện phí có trải nghiệm tích cực về môi trường bệnh viện giảm 8% so với những người được miễn viện phí (PR=0,92; KTC 95%: 0,88-0,96; $p < 0,001$). Những người vay mượn từ người khác có trải nghiệm tích cực giảm 13% so với những người được miễn viện phí (PR=0,87; KTC 95%: 0,81-0,94; $p=0,001$).

Bảng 4. Các yếu tố liên quan đến trải nghiệm chăm sóc và điều trị

Đặc điểm	Trải nghiệm chăm sóc và điều trị		Giá trị p	PR (KTC 95%)
	Chưa tích cực (%)	Tích cực (%)		
Tôn giáo				
Không tôn giáo	64 (24,81)	194 (75,19)		1
Phật giáo	19 (16,38)	97 (83,62)	0,131	1,04 (0,99-1,09)
Thiên chúa giáo	5 (13,16)	33 (86,84)	0,021*	1,08 (1,01-1,16)
Khác	3 (20,00)	12 (80,00)	0,815	1,01 (0,90-1,14)
Nghề nghiệp				
Nông dân	24 (14,72)	139 (85,28)		1
Công nhân	16 (25,40)	47 (74,60)	0,062	0,94 (0,87-1,00)
Viên chức/văn phòng	12 (26,67)	33 (73,33)	0,095	0,93 (0,86-1,01)
Hưu trí, già	11 (25,00)	33 (75,00)	0,140	0,94 (0,87-1,02)
Khác	28 (25,00)	84 (75,00)	0,016*	0,93 (0,88-0,99)
Nơi ở				
Nội thành HCM	4 (11,43)	31 (88,57)		1
Ngoại thành HCM	11 (45,83)	13 (54,17)	0,131	1,04 (0,99-1,09)
Tỉnh khác (thành phố)	9 (12,50)	63 (87,50)	0,021*	1,08 (1,01-1,16)
Tỉnh khác (nông thôn)	67 (22,64)	229 (77,36)	0,815	1,01 (0,90-1,14)

 $p < 0,05^*$, $p < 0,001^{**}$

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trải nghiệm chăm sóc và điều trị với tôn giáo, nghề nghiệp, và nơi ở ($p < 0,05$). Những người sống ở ngoại tỉnh (thành phố/đô thị) có trải nghiệm tích cực về điều trị và chăm sóc cao hơn 1,08 lần so với những người sống ở nội thành; KTC 95%: 1,01-1,16; $p = 0,021$. Những người làm công việc khác có trải nghiệm tích cực về điều trị và chăm sóc giảm 7% so với những người là nông dân (PR=0,93; KTC 95%: 0,88-0,99; $p = 0,016$). Những người đạo Thiên Chúa có trải nghiệm tích cực về điều trị và chăm sóc cao hơn gấp 1,08 lần so với những người không theo tôn giáo (PR=1,08; KTC 95%: 1,01-1,16; $p = 0,021$).

IV. BÀN LUẬN

Trải nghiệm về chăm sóc của điều dưỡng

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ người bệnh có trải nghiệm tốt về mọi mặt đạt hơn 80%, trong đó tỷ lệ người bệnh cho rằng điều dưỡng đối xử lịch sự và tôn trọng chiếm cao nhất với 93,45%. Đây là một bước tiến đáng khích lệ đối với công tác chăm sóc người bệnh. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Huyền Trâm^[1], và Phước Thảo^[10]; thấp hơn so với nghiên cứu của Fadi sử dụng cùng bộ công cụ^[6]. Tại bệnh viện này, điều dưỡng đã chăm sóc người bệnh với chất lượng cao, tuân thủ thời gian truyền dịch, cấp phát thuốc, giải thích cho người bệnh về mục đích, cách sử dụng thuốc trước khi dùng. Nhờ đó góp phần giúp tỷ lệ người bệnh có trải nghiệm tích cực với dịch vụ chăm sóc điều dưỡng luôn ở mức cao bất chấp tình trạng quá tải hiện nay. Tuy nhiên, vẫn còn một số ít người bệnh có trải nghiệm chưa tốt trong công tác chăm sóc điều dưỡng. Điều này là do khi các điều dưỡng làm việc quá tải

trong điều kiện không thuận lợi, họ có thể lo là trong cung cấp dịch vụ chăm sóc cần thiết. Để có cái nhìn sâu hơn về chăm sóc điều dưỡng cho người bệnh nội trú, chúng ta có thể xem xét tiến hành thêm các nghiên cứu định lượng hoặc kết hợp với định tính để có một bức tranh tổng thể và đa chiều.

Trải nghiệm về chăm sóc của bác sĩ

Tỷ lệ người bệnh có trải nghiệm tốt về dịch vụ chăm sóc của bác sĩ đạt trên 90%. Trong đó, tỷ lệ người bệnh được bác sĩ đối xử nhã nhặn, tôn trọng cao nhất với 96,25%. So với một số nghiên cứu như nghiên cứu của Fadi với 86,5 điểm đánh giá tốt, khảo sát trải nghiệm của người bệnh về cách điều trị của bác sĩ có tỷ lệ phản hồi tích cực cao hơn^[6] và nghiên cứu của Richards (2018) với tỷ lệ lần lượt là 82% và 67%^[12]. Điều đó chứng tỏ người bệnh nội trú có tỷ lệ trải nghiệm về chăm sóc của bác sĩ tốt đáng kể trong nghiên cứu của chúng tôi. Do đa phần thủ thuật thực hiện là xâm lấn nên người bệnh được chăm sóc tại khoa ngoại thường có tình trạng phức tạp; tâm trạng và sức khỏe của nhiều người bệnh cũng bị ảnh hưởng. Vì thế, việc thấu hiểu, giao tiếp và giải thích bệnh cho người bệnh là rất quan trọng, đặc biệt đối với bác sĩ trực tiếp cung cấp phác đồ và lên kế hoạch điều trị cho người bệnh. Tuy nhiên, một tỷ lệ nhỏ chưa có trải nghiệm tốt về sự chăm sóc của bác sĩ do không cảm thấy được giải thích cặn kẽ. Đây là bài học sâu sắc để các bác sĩ tại bệnh viện tích cực lắng nghe người bệnh hơn, đồng cảm và sử dụng nhiều câu hỏi mở, thu hút sự tham gia và gần gũi của người bệnh với việc điều trị.

Trải nghiệm về môi trường bệnh viện

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ trải nghiệm tích cực về môi trường bệnh viện cao hơn so với nghiên cứu của Phước Thảo^[10], nhưng thấp hơn của Huyền

Trâm^[11], trong đó tỷ lệ người bệnh có trải nghiệm tốt về môi trường bệnh viện rất đáng kể với hơn 95%. Tuy nhiên, chưa tới 90% người bệnh cho rằng khu vực bên ngoài phòng của họ được giữ yên tĩnh vào ban đêm. Những sự gián đoạn này có thể khiến người bệnh cảm thấy khó chịu và có thể khiến họ có cảm giác tiêu cực về cơ sở trong thời gian lưu trú^[5]. Kết quả đầu ra sức khỏe tốt hơn cũng phụ thuộc vào nhiều yếu tố bên cạnh công tác điều trị và chăm sóc; ví dụ một số yếu tố khác như tiêu chuẩn và điều kiện vật chất của phòng bệnh, cũng có thể tác động đến cảm nhận của họ về thời gian nằm viện. Điều này có thể làm người bệnh cảm thấy thời gian lưu trú của họ tốt do họ cảm thấy cơ sở vật chất đầy đủ.

Trải nghiệm khi được chăm sóc và điều trị tại bệnh viện

Kết quả cho thấy trên 70% người bệnh có trải nghiệm tốt khi điều trị tại bệnh viện dựa trên 3 khía cạnh: được giải thích công dụng của thuốc trước khi dùng, được giải thích về tác dụng phụ có thể gặp của thuốc và được cung cấp kèm theo hướng dẫn cách uống thuốc, cao hơn so với nghiên cứu của Phước Thảo^[10], nhưng thấp hơn so với của Huyền Trâm^[11]. Điều này cho thấy NVYT tại bệnh viện Chợ Rẫy đã chú trọng đến công tác cấp phát, tư vấn cách dùng thuốc cũng như lịch tái khám cho người bệnh. Bác sĩ tư vấn cho họ loại thuốc nào phù hợp với tình trạng bệnh và hoàn cảnh tài chính của người bệnh để việc điều trị ổn định và hiệu quả mà không gây áp lực tài chính quá mức cho gia đình người bệnh. Và một lý do nữa là nhu cầu được giúp đỡ của người bệnh cũng phụ thuộc vào chất lượng phục vụ của từng bệnh viện. Hầu hết người bệnh trong nghiên cứu này cho biết trên bảng câu hỏi về trải nghiệm của người bệnh rằng họ có niềm tin “rất lớn”

hoặc “ở mức độ rất đáng kể” đối với bác sĩ, điều dưỡng và các NVYT khác. Theo đó, những người tham gia có trải nghiệm tốt cũng tin rằng họ cảm thấy được an toàn và nhu cầu y tế của họ đang được đáp ứng một cách hiệu quả, phù hợp với các y văn khác^[7].

Trải nghiệm khi xuất viện

Phần lớn các kết quả đánh giá liên quan đến trải nghiệm rời viện, trải nghiệm nhận thông tin và hướng dẫn về các triệu chứng và thời điểm quay lại bệnh viện để các chuyên gia CSSK kiểm tra lại, cũng như thông tin về các triệu chứng hoặc vấn đề sức khỏe cần lưu ý sau khi rời viện đều được người bệnh đánh giá tốt. Vì hơn 85% số người được hỏi trong nghiên cứu của chúng tôi đã từ bệnh viện trở về nhà, mặc dù vẫn có 4,92% người bệnh đến cơ sở y tế khác. Điều này có thể do họ không cảm thấy hài lòng sau khi điều trị tại bệnh viện, hoặc thậm chí họ cảm thấy tình trạng sức khỏe của mình không được cải thiện. Trong số người bệnh ra viện, 79,16% được hướng dẫn về triệu chứng và thời điểm nhập viện trở lại, 16,63% người bệnh được cán bộ y tế giải thích nhưng chưa hiểu rõ, những trường hợp này có thể do trình độ học vấn cản trở hoặc do một số người bệnh có thể chưa hồi phục hoàn toàn nên tình trạng sức khỏe ảnh hưởng đến khả năng tập trung. Về thời gian từ khi làm thủ tục đến khi ra viện, 66,04% người bệnh mất ít nhất 3 giờ để xử lý do bệnh viện của chúng tôi là một trong những bệnh viện tuyến cuối tại miền Nam Việt Nam nên tình trạng quá tải là một vấn đề thường xảy ra, khiến việc tổ chức các quy trình xuất viện mất nhiều thời gian hơn mức cần thiết trước khi người bệnh xuất viện^[2].

Hiểu biết của người bệnh khi xuất viện

Đa số người bệnh đồng ý khi ra viện đã hiểu rõ về việc quản lý sức khỏe của mình.

Điều này rất quan trọng vì người bệnh sau khi ra viện không còn được hỗ trợ chặt chẽ bởi NVYT, nên cần được hướng dẫn kỹ càng trước khi xuất viện để họ có thể tự chăm sóc bản thân hiệu quả. Và bệnh viện chúng tôi đã làm rất tốt việc này, khi một số lượng đáng kể người bệnh đã hiểu rõ mục đích dùng từng loại thuốc cũng như những điều cần tuân thủ để tự quản lý sức khỏe của mình. Những phát hiện của nghiên cứu này đồng thuận với tuyên bố của Jha (2017) cho rằng người bệnh có thể bày tỏ nhu cầu CSSK của họ mà không phải miễn cưỡng vì hệ thống CSSK đã hỗ trợ bằng cách cho họ sự linh hoạt để đưa ra quyết định của mình^[8]. Mặc dù NVYT cũng tiếp nhận nhu cầu và mong muốn của người bệnh nhưng người bệnh có thể tham gia và thực hiện trao quyền nhiều hơn và điều này có thể dẫn đến khả năng tái nhập viện ít hơn^[3]. Do đó, việc thúc đẩy môi trường này trong khối khoa ngoại có thể cải thiện việc cung cấp dịch vụ CSSK, dẫn đến dịch vụ chăm sóc chất lượng tiêu chuẩn cao, kết quả được cải thiện và tăng trải nghiệm tích cực.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trải nghiệm tích cực cao nhất thuộc về khía cạnh hiểu biết của người bệnh về chăm sóc khi xuất viện với 95,78%, tiếp đến là trải nghiệm chăm sóc của bác sĩ với 93,21% và thấp nhất là trải nghiệm của người bệnh khi xuất viện là 47,54%. Tỷ lệ trải nghiệm tích cực của người bệnh ở các khía cạnh khác dao động từ 78% đến khoảng 90%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trải nghiệm người bệnh về chăm sóc của điều dưỡng và nghề nghiệp, tình trạng hôn nhân cũng như tình trạng sức khỏe khi xuất viện. Ngoài ra, thu nhập hộ gia đình, tình trạng hôn nhân, khả năng chi trả và thời gian

nằm viện có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến trải nghiệm của người bệnh về môi trường bệnh viện. Bên cạnh đó, tôn giáo, nghề nghiệp và nơi cư trú có mối liên quan có ý nghĩa thống kê đến trải nghiệm chăm sóc và điều trị của người bệnh. Ngoài ra, cũng có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa trải nghiệm của người bệnh khi xuất viện và nhóm tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Huyền Trâm** (2019). Trải nghiệm của bệnh nhân điều trị nội trú tại Khoa Ngoại, bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2018 và các yếu tố liên quan, Thạc sỹ y tế công cộng, Đại học Y Hà Nội, tr. 1-92.
2. **H. Baek, M. Cho, S. Kim, H. Hwang, M. Song, S. Yoo** (2018). "Analysis of length of hospital stay using electronic health records: A statistical and data mining approach". *Plos One*, 13 (4), 1-16.
3. **Y. Bombard, G. R. Baker, E. Orlando, C. Fancott, P. Bhatia, S. Casalino, et al.** (2018). "Engaging patients to improve quality of care: a systematic review". *Implementation Science*, 13 (98), 1-22.
4. **CMS** (2014) Consumer Assessment of Healthcare Providers & Systems (CAHPS),
5. **A. M. Eijkelenboom, P. M. Bluysen** (2019). "Comfort and health of patients and staff, related to the physical environment of different departments in hospitals: a literature review". *Intelligent Buildings International*,
6. **H. Fadi, C. Jeff, F. Francis** (2014). "The relationships between HCAHPS communication and discharge satisfaction items and hospital readmissions". *Patient Experience Journal* 1(2), 71-77.
7. **J. M. Holt** (2018). "An evolutionary view of patient experience in primary care: A concept analysis". *Wiley Online Library*, 53 (4), 555-566.
8. **D. Jha, A. K. Frye, J. Schlimgen** (2017). "Evaluating variables of patient experience and the correlation with design". *Patient Experience Journal*, 4 (1), 33-45.
9. **E. Larson, J. Sharma, M.A. Bohren, Ö. Tunçalp** (2019). "When the patient is the expert: measuring patient experience and satisfaction with care". *Bulletin of the World Health Organization*, 97, pp. 563-569.
10. **V. N. T. Phuoc, T. T. Anh, N. V. Hoat, H. V. Minh** (2021). "Evaluation of Inpatient Experience at Some Clinical Departments of Kien Giang General Hospital, Kien Giang Province, Vietnam, 2020: An Analytical Cross-Sectional Study". *Health Services Insights*, 14, 1-12.
11. **Price, M.N. Elliott, A.M. Zaslavsky, R.D. Hays, W.G. Lehrman, L. Rybowski** (2014). "Examining the role of patient experience surveys in measuring health care quality". *Medical Care Research and Review*, 71 (5), pp. 522-54.
12. **S. E. Richards, R. Thompson, S. Paulmeyer, A. Garg, S. Malik** (2018). "Can specific feedback improve patients' satisfaction with hospitalist physicians? A feasibility study using a validated tool to assess inpatient satisfaction". *Patient Experience Journal*, 5 (3), 34-40.

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI BỆNH NGOẠI TRÚ TẠI KHOA PHỤC HỒI CHỨC NĂNG BỆNH VIỆN CHỢ RẪY NĂM 2022 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

Trương Văn Hiền¹, Vũ Thụy Nam Phương¹, Tống Hồ Ngọc Anh¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sự hài lòng của người bệnh là thước đo quan trọng để đánh giá chất lượng dịch vụ của các cơ sở y tế. Khảo sát sự hài lòng và tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh, làm cơ sở để đưa ra các giải pháp nhằm nâng cao chất lượng khám, chữa bệnh của khoa Phục hồi Chức năng bệnh viện Chợ Rẫy là điều cần thiết.

Mục tiêu: Mô tả sự hài lòng và phân tích các yếu tố ảnh hưởng tới sự hài lòng của người bệnh ngoại trú tại khoa Phục hồi Chức năng bệnh viện Chợ Rẫy năm 2022.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Thiết kế mô tả cắt ngang. Phỏng vấn 175 người bệnh ngoại trú đến điều trị tại khoa Phục hồi chức năng từ tháng 3/2022 đến tháng 8/2022, sử dụng bộ câu hỏi Sự hài lòng của người bệnh ngoại trú do Bộ y tế ban hành năm 2017 (mẫu 2)

Kết quả: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 54 ± 12 . Tỷ lệ nam /nữ là 0,59. Tỷ lệ người bệnh có BHYT là 84,6%. Tỷ lệ hài lòng về khả năng tiếp cận là 82,1%, về sự minh bạch thông tin và thủ tục khám, điều trị VLTL là 82,3%, về cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh là 80,5%, về thái độ ứng xử, năng lực

chuyên môn của nhân viên y tế là 89,1%, về kết quả cung cấp dịch vụ là 89,7%. Sự hài lòng chung ở 5 khía cạnh nghiên cứu là 84,7%

Kết luận: Tỷ lệ hài lòng chung của người bệnh đến điều trị tại khoa PHCN khá cao. Các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh có thể kể đến là: tuổi, giới, thời gian được bác sĩ khám và tư vấn, thái độ giao tiếp và năng lực chuyên môn của nhân viên y tế.

Từ khóa: sự hài lòng, khoa phục hồi chức năng, người bệnh ngoại trú.

SUMMARY

SATISFACTION OF OUTPATIENTS IN REHABILITATION DEPARTMENT OF CHO RAY HOSPITAL AND ASSOCIATED FACTORS IN 2022

Introduction: The satisfaction of patients is an important measurement to evaluate the medical service. Surveying the satisfaction and affected factors is necessary for improving the quality of examining and treating in the Rehabilitation department.

Objectives: Described the satisfaction of outpatients in Rehabilitation department in 2022 and determined some associated factors.

Methods and Materials: a cross - sectional study. 175 outpatients were interviewed in the department of Rehabilitation, from March, 2022 to August, 2022. We used the questionnaire of Ministry of Health which issued in 2017 (form 2)

Results: The average age 54 ± 12 . Ratio male/female was 0,59. Ratio of patients have health insurance was 84,6%. The satisfaction of

¹Khoa Phục hồi chức năng - Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trương Văn Hiền

SĐT: 0907999234.

Email: hientruong1977@gmail.com

Ngày nhận bài: 22/12/2023

Ngày phản biện khoa học: 10/01/2024

Ngày duyệt bài: 25/02/2024

inpatients about the approaching was 82,1%, about specific information and examining procedure was 82,3%, facilities was by 80,5%, attitude and skills of medical staff was 89,1%, in terms of service delivery results was 89,7%. The overall satisfaction in 5 research aspects was 84,7%

Conclusion: The overall satisfaction rate of patients coming to the rehabilitation department is quite high. Factors affecting to patient's satisfaction can be mentioned as: age, gender, the duration to be examined and consulted by doctors, attitude and professional skills of medical staff.

Keywords: satisfaction, Rehabilitation department, outpatients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển kinh tế - xã hội, nhu cầu của con người về nâng cao chất lượng cuộc sống cũng ngày một nâng tầm, đặc biệt nhất là nâng cao sức khỏe của chính con người. Vì vậy, khoa học kỹ thuật không ngừng cải tiến, trong đó các cơ sở khám chữa bệnh cũng thay đổi theo hướng tích cực. Bệnh viện (cơ sở khám chữa bệnh) là nơi cung cấp dịch vụ y tế và người bệnh là khách hàng đặc biệt, do đó, người bệnh có quyền yêu cầu được cung cấp dịch vụ y tế tốt nhất, hiệu quả nhất, thái độ phục vụ ân cần nhất của nhân viên y tế. Xem người bệnh là trung tâm và nhu cầu của họ cần được đáp ứng một cách tốt nhất, đó chính là mục tiêu hàng đầu mà dịch vụ y tế cần phải hướng đến.

Đánh giá sự hài lòng của người bệnh là thước đo về chất lượng của việc cung cấp dịch vụ y tế, và cũng chính là động lực thúc đẩy phát triển cơ sở cung cấp dịch vụ y tế. Trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về đánh giá sự hài lòng người bệnh trên tổng thể người bệnh nội trú,

ngoại trú và sự hài lòng của người bệnh trong lĩnh vực khám và điều trị phục hồi chức năng.

Bệnh viện Chợ Rẫy là bệnh viện hạng đặc biệt, trực thuộc Bộ Y tế. Trong những năm qua, bệnh viện không ngừng nâng cao chất lượng cung cấp dịch vụ khám chữa bệnh cho người bệnh, có nhiều nghiên cứu về sự hài lòng của người bệnh theo tiêu chí của Bộ Y tế, nhưng chưa có tác giả nào nghiên cứu riêng về khía cạnh hài lòng của người bệnh khám và điều trị phục hồi chức năng tại bệnh viện Chợ Rẫy. Vậy người bệnh ngoại trú của khoa Phục hồi Chức năng có hài lòng về dịch vụ này không? Và những yếu tố nào ảnh hưởng đến sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ tại khoa Phục hồi Chức năng? Nhằm xác định mức độ hài lòng của người bệnh và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng đối với việc cung cấp dịch vụ khám và điều trị phục hồi chức năng tại bệnh viện, từ đó làm cơ sở để tìm ra giải pháp nhằm nâng cao chất lượng khám, điều trị của khoa Phục hồi Chức năng nói riêng và của bệnh viện Chợ Rẫy nói chung. Thiết nghĩ, đây là việc cần thiết nên chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu đề tài *“Sự hài lòng của người bệnh ngoại trú tại khoa Phục hồi chức năng - bệnh viện Chợ Rẫy năm 2022 và các yếu tố ảnh hưởng”*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả người bệnh được điều trị ngoại trú tại khoa Phục hồi Chức năng - bệnh viện Chợ Rẫy. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 03/2022 đến tháng 08/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Người bệnh trên 18 tuổi đến điều trị ngoại trú tại khoa Phục hồi Chức năng - bệnh viện Chợ Rẫy.

Người bệnh đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Ngày thứ 2 sau khi người bệnh đến điều trị ngoại trú.

Tiêu chuẩn loại trừ

Người bệnh hạn chế nghe nói, không hiểu được câu hỏi của người phỏng vấn

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: thuận tiện cho nghiên cứu, trong thời gian từ tháng 03/2022 đến tháng 08/2022, tác giả đã chọn ra được 175 bệnh nhân phù hợp để đưa vào nghiên cứu.

Đề thu thập thông tin sự hài lòng của người bệnh khám và điều trị tại khoa Phục hồi Chức năng- bệnh viện Chợ Rẫy, nghiên cứu tiến hành tìm hiểu trên đối tượng điều trị ngoại trú với bộ công cụ tham khảo là bộ câu hỏi Sự hài lòng của người bệnh ngoại trú (mẫu 2 - Bộ Y tế: phiếu khảo sát sự hài lòng người bệnh ngoại trú)

Các biến số nghiên cứu

Thông tin chung có 9 biến số

Các câu hỏi phát vấn trong bộ câu hỏi sự hài lòng của Bộ Y tế, gồm 31 biến số.

Bộ công cụ: Đánh giá sự hài lòng sẽ dựa trên 5 mục lớn trong đó có 31 tiểu mục của Bộ Y tế ban hành.

Sử dụng thang điểm Likert

Thang đo mức độ hài lòng của người bệnh đối với chất lượng chăm sóc sức khỏe được dựa trên thang điểm Likert với các mức từ “rất không hài lòng” (1 điểm), “không hài lòng” (2 điểm), “bình thường” (3 điểm), “hài lòng” (4 điểm), cho đến “rất hài lòng” (5 điểm).

- Nhóm chưa hài lòng gồm 3 mức độ: Mức 1, mức 2 và mức 3 (từ 1 đến 3 điểm).

- Nhóm hài lòng gồm 2 mức độ: Mức 4 và mức 5 (từ 4 đến 5 điểm)

Thang đo sự hài lòng của người bệnh bao gồm 31 tiểu mục, thuộc 5 nhóm yếu tố, tổng cộng 155 điểm. Từ điểm, nhóm nghiên cứu tính tỉ lệ hài lòng chung và tỉ lệ hài lòng cho từng nhóm yếu tố.

- Nhóm chưa hài lòng đạt từ 31 điểm đến dưới 124 điểm.

- Nhóm hài lòng đạt từ 124 điểm đến 155 điểm.

Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên máy tính bằng phần mềm SPSS 20.0, các số liệu được mã hoá dạng số hoặc theo thang điểm của từng biến số.

Phần thống kê mô tả: sử dụng phương pháp thống kê mô tả, tính tỉ lệ phần trăm, giá trị trung bình độ lệch chuẩn để mô tả sự hài lòng qua thang điểm Likert 5 khía cạnh.

Y đức: Nghiên cứu chỉ được tiến hành sau khi hội đồng Y đức của bệnh viện Chợ Rẫy chấp nhận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 175 bệnh nhân đang điều trị ngoại trú tại khoa Phục hồi chức năng thỏa mãn tiêu chí lựa chọn nghiên cứu và được tiến hành phỏng vấn từ ngày điều trị thứ 2 sau nhập viện. Toàn bộ phiếu khảo sát được được trả lời đầy đủ thông tin.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, tại thời điểm nghiên cứu, tỉ lệ hài lòng chung ở 5 khía cạnh chiếm tỉ lệ cao nhất là 66,04%, tỉ lệ rất hài lòng chiếm 18,7%, tỉ lệ bình thường chiếm 14,08% và tỉ lệ không hài lòng ở 5 khía cạnh chung chiếm 1,18% (Bảng 1). Trong đó tỉ lệ hài lòng chung ở nội dung kết quả cung cấp dịch vụ có tỉ lệ hài lòng cao nhất 89,7% (Bảng 2), còn nội dung cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh có tỉ lệ hài lòng chung theo đánh giá của người bệnh là thấp nhất chiếm tỉ lệ 80,5% (Bảng 3).

Bảng 1: Sự hài lòng chung ở 5 khía cạnh nghiên cứu (n=175)

Nội dung	Tỉ lệ %					
	RKHL	KHL	BT	HL	RHL	HLC
Hài lòng chung của 5 khía cạnh	0	1,18	14,08	66,04	18,7	84,74
Khả năng tiếp cận	0	1,2	16,7	70,8	11,3	82,1
Minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị	0	1,7	16	69,8	12,5	82,3
Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh	0	2,4	17,1	62,8	17,7	80,5
Thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế	0	0	10,9	62,8	26,3	89,1
Kết quả cung cấp dịch vụ	0	0,6	9,7	64	25,7	89,7

Bảng 2: Kết quả cung cấp dịch vụ (n=175)

Nội dung câu hỏi	Tỉ lệ %					
	RKHL	KHL	BT	HL	RHL	HLC
Kết quả cung cấp dịch vụ	0	0,6	9,7	64	25,7	89,7
Kết quả khám bệnh đã đáp ứng được nguyện vọng Ông, Bà	0	0,6	5,1	57,1	37,1	94,2
Các hóa đơn, phiếu thu và kết quả khám bệnh được cung cấp đầy đủ, rõ ràng, minh bạch và được giải thích nếu có thắc mắc	0	0	5,7	59,4	34,9	94,3
Đánh giá mức độ tin tưởng về chất lượng dịch vụ y tế	0	0,6	6,9	56	36,6	92,6
Đánh giá mức độ hài lòng về giá cả dịch vụ y tế	0	0	6,3	54,3	39,4	93,7

Bảng 3: Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh (n=175)

Nội dung	Tỉ lệ %					
	RKHL	KHL	BT	HL	RHL	HLC
Cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh	0	2,4	17,1	62,8	17,7	80,5
Có phòng/sảnh chờ khám sạch sẽ, thoáng mát vào mùa hè; kín gió và ấm áp vào mùa đông	0	0,6	9,1	58,3	32	90,3
Phòng chờ có đủ ghế ngồi cho người bệnh và sử dụng tốt	0	1,7	7,4	60	30,9	90,9
Phòng chờ có quạt (điều hòa) đầy đủ, hoạt động thường xuyên	0	2,9	9,1	50,3	37,7	88,0
Phòng chờ có các phương tiện giúp người bệnh có tâm lý thoải mái như ti-vi, tranh ảnh, tờ rơi, nước uống...	0	5,1	8	58,9	28	86,9
Được bảo đảm sự riêng tư khi khám bệnh, chiếu chụp, làm thủ thuật	0	0,6	6,9	57,7	34,9	92,6
Nhà vệ sinh thuận tiện, sử dụng tốt, sạch sẽ	0	5,1	21,1	47,4	26,3	73,7
Môi trường trong khuôn viên bệnh viện xanh, sạch, đẹp	0	1,7	12,6	53,7	32	85,7
Khu khám bệnh bảo đảm an ninh, trật tự, phòng ngừa trộm cắp cho người dân	0	1,7	8,6	53,1	36,6	89,7

IV. BÀN LUẬN

Khoa Phục hồi Chức năng - bệnh viện Chợ Rẫy hiện nay được biết đến như khoa đặc thù, hỗ trợ và điều trị bệnh mãn tính, chủ yếu người già. Với tiến bộ của khoa học, khoa góp phần điều trị cho nhiều dạng bệnh: sau tai biến, chấn thương, phẫu thuật, và cả suy tim, suy thận..., nhất là các bệnh thoái hoá cột sống thắt lưng, cổ, khớp vai, khớp gối. Khoa đã góp phần điều trị cho NB cũng như đem lại thu nhập cho bệnh viện, vì vậy việc đánh giá sự hài lòng của NB để lấy đó làm thước đo củng cố, phát triển khoa và bệnh viện. Khoa Phục hồi Chức năng là một trong những khoa của bệnh viện có số lượng NB ngoại trú đến khám và điều trị rất đông. Mỗi ngày có đến hàng trăm NB điều trị tại khoa, nên áp lực công việc của khoa cũng rất nặng nề.

Nghiên cứu trên 175 người bệnh đến khám và điều trị tại khoa Phục hồi Chức năng – bệnh viện Chợ Rẫy, có các yếu tố ảnh hưởng tích cực như: năng lực chuyên môn của nhân viên y tế: Tỷ lệ này đạt khá cao 95,5%, nhân viên khoa Phục hồi Chức năng có thái độ giao tiếp tốt, cũng như tôn trọng, xử sự công bằng với tất cả người bệnh. Vì vậy khoa Phục hồi Chức năng cần duy trì và phát huy về năng lực chuyên môn, nâng cao chất lượng điều trị người bệnh. Theo sự đánh giá của người bệnh nhân viên khoa Phục hồi Chức năng có thái độ hòa nhã, nhẹ nhàng, giúp đỡ tận tình từng người bệnh, đối xử công bằng và hòa đồng từng người bệnh, giúp người bệnh xóa đi tâm lý e ngại khi tiếp xúc với nhân viên y tế, vì người bệnh đến khoa Phục hồi chức năng đa phần là những bệnh nhân có bệnh lý lâu ngày nên ảnh hưởng đến tâm lý rất nhiều.

Ngoài những yếu tố tích cực thì trong nghiên cứu 175 người bệnh thì tác giả cũng

ghi nhận một số vấn đề còn tồn tại trong khoa Phục hồi Chức năng bệnh viện Chợ Rẫy khi phỏng vấn trực tiếp từng nhóm người bệnh như: khoa Phục hồi Chức năng có cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ (tỷ lệ hài lòng chung 80,5%) không đáp ứng đủ nhu cầu của người bệnh, không có phòng khám riêng, không có bác sỹ trực thường xuyên, tiếng ồn phát ra từ âm thanh tập lớp dưỡng sinh ảnh hưởng đến những người xung quanh.

Việc đánh giá sự hài lòng của người bệnh đã chỉ ra được những ưu, khuyết điểm, những việc còn tồn đọng tại khoa Phục hồi Chức năng, nó làm cơ sở cho phương hướng sửa đổi trong tương lai vì đây là thước đo khả năng, phương thức cung cấp dịch vụ y tế của khoa Phục hồi chức năng. Nó cũng chỉ ra phát triển theo hướng nào là tốt nhằm đáp ứng nhu cầu người bệnh trong thành phố cũng như các tỉnh lân cận. Đây là thước đo về việc cung cấp dịch vụ y tế cũng là động lực thúc đẩy bệnh viện phát triển về mọi mặt: cơ sở vật chất, trang thiết bị, thái độ ứng xử, giao tiếp cũng như khả năng chuyên môn của nhân viên y tế và nhân viên phục vụ, kể cả quy trình quản lý và việc quản lý bệnh viện theo đà phát triển của xã hội.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả khảo sát 175 đối tượng đến khám và điều trị tại khoa Phục hồi Chức năng – bệnh viện Chợ Rẫy năm 2022 cho thấy: đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở nhóm tuổi trên 50, nữ nhiều hơn nam, phần lớn đối tượng có gia đình, nghề nghiệp nhiều nhất là nông dân đến khám, điều trị VLTL tại bệnh viện chủ yếu là tin tưởng vào trình độ chuyên môn, thái độ phục vụ của nhân viên y tế.

Sự hài lòng và các yếu tố của sự hài lòng

Tỉ lệ hài lòng chung ở 5 khía cạnh của người bệnh khi đến khám và điều trị tại Khoa Phục hồi chức năng, Bệnh viện Chợ Rẫy là 84,74%, trong đó:

- Tỉ lệ người bệnh hài lòng với yếu tố khả năng tiếp cận là 82,4%.

- Tỉ lệ người bệnh hài lòng về yếu tố minh bạch thông tin và thủ tục khám bệnh, điều trị là 82,5%.

- Tỉ lệ người bệnh hài lòng về yếu tố cơ sở vật chất và phương tiện phục vụ người bệnh là 80,5%.

- Tỉ lệ người bệnh hài lòng về yếu tố thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế là 89,2%

- Tỉ lệ người bệnh hài lòng về yếu tố kết quả cung cấp dịch vụ là 89,7%

VI. KIẾN NGHỊ

- Khoa Phục hồi Chức năng nên có phòng khám riêng cho bệnh nhân, để thuận tiện trong quá trình khám và tư vấn điều trị cho từng người bệnh

- Có bác sỹ luôn túc trực tại phòng khám, giúp bệnh nhân được tiếp cận dịch vụ nhanh hơn

- Sắp xếp lớp dưỡng sinh mỗi buổi sáng phù hợp hơn hoặc điều chỉnh âm thanh cho phù hợp, tránh ảnh hưởng đến những người bệnh khác đang điều trị tại khoa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Aisha Jalil** (2017), "Patient satisfaction with doctor-patient interactions: a mixed methods study among diabetes mellitus patients in Pakistan". Journal of American, pp.23-25.
2. **Bạch Xuân Thuỷ** (2017), "Sự hài lòng của người bệnh ngoại trú về dịch vụ khám chữa

bệnh tại khoa khám bệnh Trung tâm y tế huyện Trần Yên tỉnh Yên Bái năm 2017" , luận văn chuyên khoa II tổ chức quản lý y tế, Hà Nội."

3. **Bộ Y tế** (2014), "Quản lý chất lượng bệnh viện", Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **Huỳnh Công Sơn** (2015), "Đánh giá sự hài lòng của người bệnh có bảo hiểm y tế khám ngoại trú và các yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2015", Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
5. **Nguyễn Quốc Việt** (2016), "Đánh giá sự hài lòng của người bệnh và một số giải pháp cải thiện dịch vụ khám bệnh tại Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Chỉnh hình và Phục hồi chức năng Thành phố Hồ Chí Minh", Luận văn chuyên khoa II Tổ chức quản lý Y tế, trường Đại học Y tế Công cộng Hà nội.
6. **Nguyễn Thị Long Biên** (2017), "Đánh giá sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám bệnh tại khoa khám, Bệnh viện đa khoa khu vực cù lao Minh, huyện Mỏ Cày Nam, Tỉnh Bến Tre năm 2017", luận văn chuyên khoa II tổ chức quản lý y tế, Trường Đại học Y tế công cộng Hà Nội.
7. **Nguyễn Văn Chung** (2015), "Khảo sát sự hài lòng của người bệnh và thân nhân người bệnh đến khám và điều trị nội trú tại bệnh viện Quân y 110 năm 2015", Luận văn Thạc sĩ Quản lý bệnh viện, Trường Đại học Y tế công cộng, Hà Nội.
8. **Vương Quan Thành** (2016), "Sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ khám bệnh ngoại trú tại khoa khám bệnh và giải pháp cải thiện tại bệnh viện quân dân y Đồng Tháp năm 2016", luận văn chuyên khoa II tổ chức quản lý y tế, Hà Nội.

MỐI TƯƠNG QUAN GIỮA HOMA2-IR VÀ BMI TRÊN BỆNH NHÂN TIỀN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CÓ TĂNG HUYẾT ÁP

Trần Thành Vinh¹, Lê Văn Thanh¹,
Đoàn Sang², Dương Hà Khánh Linh¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Tiền đái tháo đường (TĐTĐ) và tăng huyết áp (THA) có thể là những bệnh đồng mắc. Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích mối tương quan giữa đề kháng insulin và BMI trên đối tượng TĐTĐ có THA.

Mục tiêu: Xác định và so sánh HOMA2-IR ở nhóm người TĐTĐ có THA với nhóm chứng TĐTĐ không TĐTĐ. Phân tích mối tương quan giữa HOMA2-IR và BMI ở nhóm TĐTĐ có THA.

Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, gồm 95 người TĐTĐ không THA và 96 người TĐTĐ có THA từ tháng 02/2023 đến tháng 09/2023 tại bệnh viện Chợ Rẫy. Đề kháng insulin được xác định bằng mô hình HOMA2. TĐTĐ được chẩn đoán theo ADA 2022. THA được chẩn đoán theo ISH 2020.

Kết quả: Dữ liệu phân tích gồm 89 người TĐTĐ không THA và 90 người TĐTĐ có THA. HOMA2-IR (Median [IQR]) ở nhóm TĐTĐ có THA là 1,56 (0,97 – 2,28), ở nhóm TĐTĐ không THA là 1,27 (0,87 – 1,95), $P = 0,051$. Ở nhóm

TĐTĐ có THA, kết quả phân tích đơn biến cho thấy HOMA2-IR có tương quan với giới tính và BMI có ý nghĩa thống kê; kết quả phân tích đa biến cho thấy chỉ có BMI có mối tương quan có ý nghĩa thống kê với HOMA2-IR; có mối tương quan thuận, mức độ trung bình giữa BMI và chỉ số HOMA2-IR, có ý nghĩa thống kê, $r = 0,39$, $P < 0,001$.

Kết luận: HOMA2-IR không khác biệt giữa nhóm TĐTĐ có THA và TĐTĐ không THA. Có mối tương quan thuận, mức độ trung bình giữa BMI và HOMA2-IR ở nhóm TĐTĐ có THA, có ý nghĩa thống kê, $r = 0,39$, $P < 0,001$.

Từ khóa: tiền đái tháo đường, tăng huyết áp, đề kháng insulin, BMI, HOMA2

SUMMARY

CORRELATION BETWEEN HOMA2-IR AND BMI IN THE PREDIABETES WITH HYPERTENSION

Background: Prediabetes and hypertension may be comorbidities. The study was conducted to analyze the correlation between insulin resistance and BMI in the prediabetics with hypertension.

Objective: This study aimed to identify and compare HOMA2-IR in the group of the prediabetes with hypertension with the group of the prediabetes without hypertension, and to analysis the correlation between HOMA2-IR and BMI in the prediabetics with hypertension.

Subjects and Methods: The cross-sectional study included 95 prediabetes patients without hypertension and 96 prediabetes patients with

¹Khoa Sinh Hóa – Bệnh viện Chợ Rẫy

²Khoa Chẩn Đoán Hình Ảnh – Bệnh viện Mắt Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Dương Hà Khánh Linh
SĐT: 0366698048

Email: khanhlinh175@gmail.com

Ngày nhận bài: 11/11/2023

Ngày phản biện khoa học: 25/11/2023

Ngày duyệt bài: 25/02/2024

hypertension between February 2023 and September 2023 at Cho Ray Hospital. Insulin resistance was determined using the HOMA2 model. Prediabetes and hypertension were diagnosed by ADA 2022 and ISH 2020 criteria, respectively.

Results: The analyzed data included 89 non-hypertensive prediabetics and 90 hypertensive prediabetics. HOMA2-IR (Median [IQR]) in the prediabetes with hypertension was 1.56 (0.97 – 2.28), which in the prediabetes without hypertension was 1.27 (0.87 – 1.95), $P = 0.051$. In the prediabetics with hypertension, univariate analysis showed that HOMA2-IR was statistically significantly correlated with sex and BMI; the results of the multivariate analysis showed that only BMI had a statistically significant correlation with HOMA2-IR. There was a moderate positive correlation between BMI and HOMA2-IR, which was statistically significant, $r = 0.39$, $P < 0.001$.

Conclusions: HOMA2-IR did not differ between the prediabetics with and without hypertension. There was a moderate positive correlation between BMI and HOMA2-IR, which was statistically significant, $r = 0.39$, $P < 0.001$.

Keywords: prediabetes, hypertension, insulin resistance, BMI, HOMA2

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tiền đái tháo đường (TĐTĐ) là một thuật ngữ ngày càng được sử dụng nhiều để mô tả những người bị rối loạn dung nạp glucose hoặc rối loạn đường huyết lúc đói hoặc tăng HbA1c. Điều này có nguy cơ rất cao sẽ tiến triển thành đái tháo đường (ĐTĐ) thật sự và các biến chứng liên quan đến bệnh ĐTĐ. TĐTĐ là giai đoạn trung gian giữa người bình thường và ĐTĐ type 2. Theo báo cáo của Liên đoàn Đái tháo đường Thế giới (IDF)¹, vào năm 2021 ước tính có 541 triệu

người trưởng thành, tương đương 10,6% người trưởng thành trên toàn thế giới bị rối loạn dung nạp glucose (IGT). Đến năm 2045, con số này dự kiến sẽ tăng lên 730 triệu người lớn hoặc 11,4% tổng số người trưởng thành. Khoảng 5-10% người TĐTĐ sẽ trở thành ĐTĐ hằng năm và tổng cộng 70% người TĐTĐ sẽ thành ĐTĐ thực sự. TĐTĐ liên quan với các yếu tố nguy cơ giống như bệnh ĐTĐ: thừa cân, béo phì, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp (THA), ít hoạt động thể lực.

Cơ chế bệnh sinh chủ yếu TĐTĐ là tăng đề kháng insulin. Đề kháng insulin và kết quả là tăng insulin máu là nguyên nhân gây ra tổn thương cơ quan đích thông qua các khiếm khuyết về tác dụng điều hòa ngược của insulin. Nghiên cứu của Baomin Wang và cộng sự (2022)² tiến hành hồi cứu trên 1251 người kiểm tra sức khỏe tại Trung Quốc trong năm 2015 đi đến kết luận rằng mức huyết áp tăng cao và mức độ kháng insulin có liên quan đến nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường mới được chẩn đoán.

Có nhiều mô hình để xác định tình trạng kháng insulin, trong đó mô hình HOMA2 được Đại học Oxford (vương quốc Anh) xây dựng năm 1996 tính toán IR bằng giá trị đường huyết đói và insulin lúc đói là mô hình khá chính xác và có khả năng áp dụng trên thực tế lâm sàng.

Mối quan hệ giữa đề kháng insulin và thừa cân, thường được thể hiện bằng BMI, là một hiện tượng phức tạp và đa yếu tố bao gồm yếu tố di truyền và yếu tố môi trường. Hiện chưa có nghiên cứu về tình trạng đề kháng insulin trên nhóm đối tượng TĐTĐ có THA, nghiên cứu này được thực hiện nhằm làm rõ mối liên quan giữa đề kháng insulin và BMI trên nhóm dân số này tại bệnh viện Chợ Rẫy. Nghiên cứu được thực hiện với

mục tiêu xác định giá trị chỉ số HOMA2-IR ở nhóm người TĐTĐ có THA, so sánh với nhóm chứng TĐTĐ không TĐTĐ. Bên cạnh đó, nghiên cứu cũng phân tích mối tương quan giữa HOMA2-IR và BMI cùng một số yếu tố liên quan ở nhóm TĐTĐ có THA.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 2 nhóm đối tượng là người TĐTĐ không THA và người TĐTĐ có THA.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

Người TĐTĐ không THA: Đủ 18 tuổi, được chẩn đoán TĐTĐ theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA 2022, không THA.

Người TĐTĐ có THA: Đủ 18 tuổi, được chẩn đoán TĐTĐ theo tiêu chuẩn chẩn đoán của ADA 2022, Được chẩn đoán THA theo tiêu chuẩn của ISH 2020 hoặc đã được chẩn đoán THA và đang được điều trị THA.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân: Bệnh nhân nặng, có nguy cơ tử vong; phụ nữ có thai; bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật; bệnh nhân có $eGFR \leq 30\text{ml/phút/1,73m}^2$ da.

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Từ mục tiêu nghiên cứu, sử dụng công thức ước lượng khác biệt giữa hai số trung bình và ước lượng hệ số tương quan, tính được cỡ mẫu nhỏ nhất cho mỗi nhóm theo hai mục tiêu là 76 và 56. Chọn cỡ mẫu nhỏ nhất là 76.

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 02 đến tháng 09 năm 2023 tại khoa Khám Bệnh và khoa Sinh Hóa – Bệnh viện Chợ Rẫy.

Phương pháp thu thập số liệu

Đối tượng nghiên cứu được chọn từ những người đi khám bệnh định kỳ tại khoa Khám Bệnh bệnh viện Chợ Rẫy.

Các số liệu được thu thập theo mẫu bệnh án gồm có các đặc điểm về tuổi, giới, chiều

cao, cân nặng, BMI, huyết áp (HA), đường huyết đói, nồng độ insulin lúc đói, các chỉ số sinh hóa khác.

Các chỉ số của HOMA2 được tính theo phần mềm từ: <https://www.dtu.ox.ac.uk/homacalculator/>

Tiêu chuẩn chẩn đoán TĐTĐ theo ADA 2022. THA được chẩn đoán theo ISH 2020 hoặc bệnh nhân đã được chẩn đoán THA và đang được điều trị THA.

Định lượng đường huyết lúc đói được thực hiện trên máy xét nghiệm Advia 1800 bằng phương pháp hóa phát quang sử dụng enzyme hexokinase. Định lượng insulin máu lúc đói được thực hiện trên máy xét nghiệm Liaison bằng phương pháp miễn dịch hóa phát quang.

Các xét nghiệm thực hiện trong nghiên cứu được thực hiện nội kiểm theo đúng quy trình của khoa Sinh Hóa bệnh viện Chợ Rẫy và quy định của Bộ Y tế. Khoa Sinh Hóa bệnh viện Chợ Rẫy tham gia chương trình ngoại kiểm định kỳ của các xét nghiệm trên tại Trung tâm kiểm chuẩn Chất lượng xét nghiệm Y học Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh và đạt.

Xử lý và phân tích số liệu

Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm thống kê R. Đối với các biến số định lượng, nếu dữ liệu có phân phối bình thường sẽ thể hiện bằng trung bình và độ lệch chuẩn ($M \pm SD$), nếu có phân phối không bình thường sẽ dùng trung vị và khoảng tứ phân vị (Median [IQR]). Các biến số định tính được thể hiện bằng tỷ lệ (%). Phép kiểm t hoặc Wilcoxon rank sum được sử dụng để so sánh giữa 2 nhóm biến số định lượng. Phép kiểm chi bình phương được dùng để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ trong 2 nhóm. Hệ số tương quan

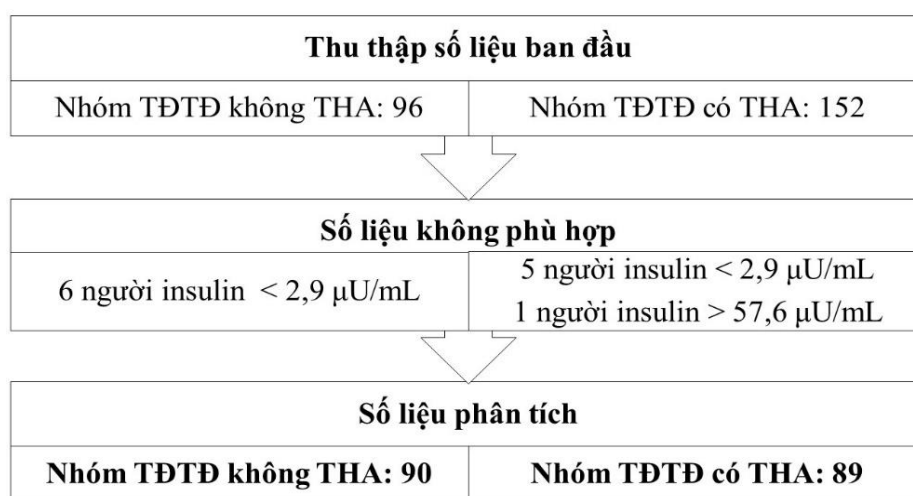
Spearman dùng để xác định mối tương quan giữa 2 biến định lượng. Sự khác biệt được coi là có ý nghĩa thống kê khi $P < 0,05$.

Vấn đề Y đức

Nghiên cứu đã có sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Chợ Rẫy theo giấy chấp thuận số 1494/ GCN-HĐĐĐ ngày 07 tháng 02 năm 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã thu thập số liệu của 95 người TĐTĐ không THA, trong đó có 6 người có nồng độ insulin lúc đói $< 2,9 \mu\text{U/mL}$, còn lại 89 đối tượng thỏa điều kiện để đưa vào phân tích; 96 người TĐTĐ có THA, trong đó có 5 người có nồng độ insulin lúc đói $< 2,9 \mu\text{U/mL}$, 1 người có nồng độ insulin lúc đói $> 57,6 \mu\text{U/mL}$, còn lại 90 đối tượng thỏa điều kiện để đưa vào phân tích.



Biểu đồ 1. Lưu đồ thể hiện số liệu thu thập và phân tích trong nghiên cứu

Đặc điểm chung

Tuổi trung bình của nhóm người TĐTĐ không THA là $55,5 \pm 12,1$, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 86 và nhỏ tuổi nhất là 29. Tuổi trung bình của nhóm người TĐTĐ có THA là $61,9 \pm 12,1$, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 89 và nhỏ tuổi nhất là 29. Tuổi trung bình của nhóm người TĐTĐ có THA lớn hơn nhóm người TĐTĐ không THA có ý nghĩa thống

kê ($P < 0,001$). Tỷ lệ nữ trong nhóm TĐTĐ không THA và TĐTĐ có THA lần lượt là 64,0% và 64,4%, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Chiều cao, cân nặng, BMI ở nhóm TĐTĐ có THA không khác biệt so với nhóm TĐTĐ không THA có ý nghĩa thống kê. HA tâm thu và HA tâm trương ở nhóm TĐTĐ có THA lớn hơn nhóm TĐTĐ không THA. (Bảng 1)

Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm TĐTĐ không THA (n = 89)	Nhóm TĐTĐ có THA (n = 90)	P
Tuổi (năm) M $\pm$ SD	55,5 $\pm$ 12,1	61,9 $\pm$ 12,1	<0,001*
Giới tính Nữ (%)	57 (64,0)	58 (64,4)	0,99**

Chiều cao (m) M ± SD	1,59 ± 0,05	1,58 ± 0,05	0,30*
Cân nặng (kg) M ± SD	59,8 ± 5,59	60,1 ± 5,99	0,051*
BMI (kg/m²) M ± SD	22,9 ± 1,56	23,0 ± 1,93	0,06*
HA tâm thu (mmHg) M ± SD	128,7 ± 11,3	141,1 ± 16,8	<0,001*
HA tâm trương (mmHg) M ± SD	74,4 ± 7,34	81,6 ± 9,95	<0,001*

* kiểm định t

** kiểm định chi bình phương

Đặc điểm một số chỉ số cận lâm sàng

Kết quả phân tích kiểm định thống kê cho thấy eGFR và HDL-Cholesterol ở nhóm người TĐTĐ có THA khác biệt so với nhóm người TĐTĐ không THA có ý nghĩa thống kê. Kết quả phân tích này cũng cho thấy

không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các chỉ số đường huyết đói, HbA1c và insulin giữa nhóm TĐTĐ không THA và TĐTĐ có THA. Các chỉ số cận lâm sàng khác trong bảng không có sự khác biệt giữa hai nhóm. (Bảng 2)

Bảng 2. Đặc điểm về chức năng thận, bộ mỡ, đường huyết đói, HbA1c, insulin của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm TĐTĐ không THA (n = 89)	Nhóm TĐTĐ có THA (n = 90)	P
Creatinin (mg/dL) M ± SD	0,76 ± 0,27	0,84 ± 0,29	0,07*
eGFR (mL/phút/1,73m² da) M ± SD	95,3 ± 15,6	84,5 ± 20,4	<0,001*
Cholesterol (mg/dL) M ± SD	218,0 ± 45,5	220,0 ± 47,7	0,77*
HDL-Cholesterol (mg/dL) M ± SD	42,6 ± 11,9	47,6 ± 12,9	0,008*
LDL-Cholesterol (mg/dL) M ± SD	135,6 ± 42,8	143,3 ± 45,2	0,24*
Triglycerides (mg/dL) Median (IQR)	177 (140 – 235)	169,5 (133 – 222,5)	0,389**
Đường huyết đói (mg/dL) M ± SD	101,9 ± 10,81	103,9 ± 10,87	0,21*
HbA1c (%) M ± SD	5,91 ± 0,83	6,10 ± 0,21	0,051*
Insulin (μU/mL) Median (IQR)	13,1 (6,7 – 15,9)	12,7 (9,7 – 19,1)	0,052**

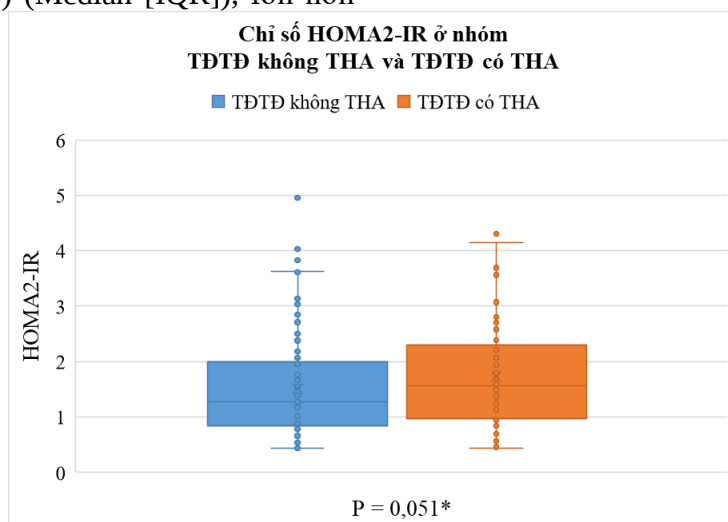
* kiểm định t

** kiểm định Wilcoxon Ranksum

Giá trị HOMA2-IR ở đối tượng nghiên cứu

Trong nhóm TĐTĐ có THA, giá trị của chỉ số HOMA2-IR là $1,73 \pm 0,88$ (M $\pm$ SD), $1,56$ ($0,97 - 2,28$) (Median [IQR]), lớn hơn

so với nhóm TĐTĐ không THA là $1,52 \pm 0,91$ (M $\pm$ SD), $1,27$ ($0,87 - 1,95$) (Median [IQR]) nhưng không có ý nghĩa thống kê, $P = 0,051$. (Biểu đồ 2)



* kiểm định Wilcoxon Ranksum

Biểu đồ 2. So sánh chỉ số HOMA2-IR ở nhóm TĐTĐ không THA và TĐTĐ có THA

Mối tương quan giữa chỉ số HOMA2-IR với tuổi, giới, BMI, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, HbA1c ở nhóm TĐTĐ có THA

Trong nhóm TĐTĐ có THA, chỉ số HOMA2-IR ở nữ lớn hơn nam có ý nghĩa

thống kê. Tuổi, HA tâm thu và HA tâm trương không tương quan với HOMA2-IR. HbA1c tương quan mức độ yếu với HOMA2-IR nhưng không có ý nghĩa thống kê. (Biểu đồ 3, Bảng 3).



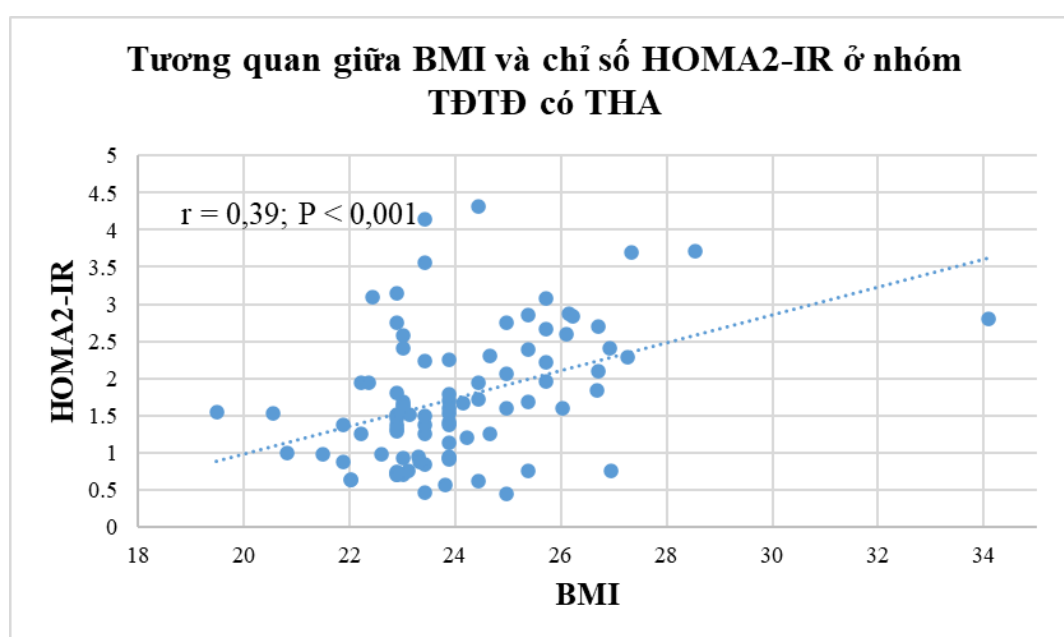
* kiểm định Wilcoxon Ranksum

Biểu đồ 3. So sánh chỉ số HOMA2-IR theo giới tính ở nhóm TĐTĐ có THA

Bảng 3. Hệ số tương quan Spearman giữa chỉ số HOMA2-IR với tuổi, BMI, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, HbA1c ở người TĐTĐ có THA

	Hệ số tương quan Spearman	P
Tuổi	-0,02	0,86
BMI	0,39	<0,001
HA tâm thu	-0,07	0,45
HA tâm trương	-0,01	0,93
HbA1c	0,17	0,09

Có mối tương quan thuận, mức độ trung bình giữa BMI và chỉ số HOMA2-IR, mối tương quan này có ý nghĩa thống kê, $r = 0,39$, $P < 0,001$. (Biểu đồ 4)



Biểu đồ 4. Tương quan giữa BMI và chỉ số HOMA2-IR ở nhóm TĐTĐ có THA

Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy trong nhóm TĐTĐ có THA ($n = 90$) cho thấy chỉ có BMI tương quan có ý nghĩa thống kê với chỉ số HOMA2-IR. (Bảng 4)

Bảng 4. Phân tích hồi quy đa biến chỉ số HOMA2-IR với tuổi, giới tính, BMI, HA tâm thu, HA tâm trương, HbA1c ở nhóm TĐTĐ có THA

Biến số	Hệ số tương quan với HOMA2-IR (slope)	P
Hằng số (intercept): -0,002		
Tuổi	-0,001	0,836
Giới tính (Nam)	-0,351	0,059
BMI	0,191	<0,001
HA tâm thu	-0,009	0,173
HA tâm trương	0,00006	0,995
HbA1c	0,126	0,766

IV. BÀN LUẬN

Nhóm phân tích chính của chúng tôi là nhóm TĐTĐ có THA, trong nhóm này giá trị của chỉ số HOMA2-IR là $1,73 \pm 0,88$ ($M \pm SD$), $1,56$ ($0,97 - 2,28$) (Median [IQR]), lớn hơn so với nhóm TĐTĐ không THA là $1,52 \pm 0,91$ ($M \pm SD$), $1,27$ ($0,87 - 1,95$) (Median [IQR]) nhưng không có ý nghĩa thống kê, $P = 0,051$.

Nghiên cứu của Đỗ Đình Tùng và cộng sự (2023)³ ở Hà Nội báo cáo giá trị trung bình của HOMA2-IR ở nhóm chứng và nhóm TĐTĐ lần lượt là $0,72 \pm 0,32$ và $0,98 \pm 0,56$ ($M \pm SD$).

Nghiên cứu của Nguyễn Thị Duyên và Bùi Tuấn Anh (2021)⁴ tại bệnh viện Bạch Mai tính toán chỉ số HOMA2-IR bệnh nhân ĐTĐ type 2 so sánh với nhóm chứng. Kết quả của nghiên cứu cho thấy chỉ số HOMA2-IR ở nhóm bệnh nhân ĐTĐ type 2 là $2,92 \pm 1,75$ và nhóm chứng là $1,52 \pm 0,68$.

Chưa có nghiên cứu báo cáo về IR trên nhóm TĐTĐ có THA nên khó có sự so sánh thật sự phù hợp. Chúng tôi ghi nhận rằng IR ở nhóm TĐTĐ có THA không khác biệt so với nhóm TĐTĐ có THA nhưng cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn khiêm tốn và giá trị $P = 0,051$ nên chúng tôi hy vọng có thể mở rộng tiến hành các nghiên cứu trong tương lai để kiểm định lại.

Ở nhóm TĐTĐ có THA trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả phân tích đơn biến cho thấy HOMA2-IR có tương quan với giới tính và BMI có ý nghĩa thống kê, nhưng khi phân tích đa biến chỉ có BMI có mối tương quan có ý nghĩa thống kê.

Nghiên cứu của Odayme Quesada và cộng sự (2021)⁵ cắt ngang mô tả có phân tích

trên 10810 người Tây Ban Nha tham gia không mắc bệnh ĐTĐ và không dùng thuốc hạ huyết áp cho thấy có một mối liên hệ tuyến tính đáng kể giữa HOMA-IR và cả HA tâm thu và HA tâm trương.

Nghiên cứu của Phan Thanh Nhung và cộng sự (2020)⁶ tại Thái Nguyên phân tích các yếu tố liên quan đến tình trạng đề kháng insulin ở người TĐTĐ được chẩn đoán lần đầu cho thấy HOMA2-IR tương quan có ý nghĩa thống kê với tuổi, thừa cân, béo phì, béo bụng, THA, rối loạn lipid máu; không có sự liên quan về giới tính.

Nghiên cứu của Đỗ Đình Tùng và cộng sự (2023)⁷ trên đối tượng tiền ĐTĐ tại Hà Nội cho thấy các yếu tố có liên quan đến chỉ số HOMA2-IR là BMI, tỷ lệ eo hông; không có sự liên quan về giới tính, tuổi và các chỉ số cholesterol toàn phần, triglycerides, HDL-C và LDL-C.

Nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu trên đều có điểm chung là chứng minh được mối tương quan có ý nghĩa thống kê giữa HOMA2-IR và BMI ở nhóm đối tượng nghiên cứu. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của ĐTĐ. Thừa cân, béo phì là yếu tố nguy cơ thường gặp của ĐTĐ. Sự khác biệt về các mối tương quan khác có thể do các yếu tố ảnh hưởng trong quá trình xét nghiệm, sự khác biệt về đặc điểm của đối tượng nghiên cứu.

Một số kiến nghị có thể rút ra từ nghiên cứu gồm kiểm soát tốt HA, BMI, tránh thừa cân trên bệnh nhân TĐTĐ và tiến hành nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn để kiểm định lại những kết quả của nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Trong nhóm TĐTĐ có THA ($n = 90$) giá trị của chỉ số HOMA2-IR (Median [IQR]) là 1,56 (0,97 – 2,28), lớn hơn so với nhóm TĐTĐ không THA ($n = 89$) là 1,27 (0,87 – 1,95) nhưng không có ý nghĩa thống kê, $P = 0,051$; có mối tương quan thuận, mức độ trung bình giữa BMI và chỉ số HOMA2-IR, có ý nghĩa thống kê, $r = 0,39$, $P < 0,001$.

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn khoa Khám Bệnh và khoa Sinh Hóa bệnh viện Chợ Rẫy đã hỗ trợ và tạo điều kiện để nghiên cứu này có thể được hoàn thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation.** IDF Diabetes Atlas. IDF; 2021. <https://www.diabetesatlas.org>.
2. **Wang B, Yang Y, Li X.** Interaction of Hypertension and Insulin Resistance Exacerbates the Occurrence of Diabetes Mellitus in Healthy Individuals. *J Diabetes Res.* 2022;2022:9289812. doi:10.1155/2022/9289812.
3. **Đỗ Đình Tùng KPPV, Tạ Văn Bình.** Nghiên cứu chức năng tế bào beta, độ nhạy insulin ở người tiền đái tháo đường khu vực Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023; 525(2): 198-203. doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v525i2.5222>.
4. **Nguyễn Thị Duyên và Bùi Tuấn Anh.** Nghiên cứu nồng độ IL-6 huyết tương, chỉ số HOMA2-IR trên bệnh nhân đái tháo đường type 2. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 23/12/2021 2021;507(2)doi:<https://doi.org/10.51298/vmj.v507i2.1410>.
5. **Quesada O, Claggett B, Rodriguez F, et al.** Associations of Insulin Resistance With Systolic and Diastolic Blood Pressure: A Study From the HCHS/SOL. *Hypertension.* Sep 2021; 78(3): 716-725. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.16905.
6. **Phan Thanh Nhung NTH, Nguyễn Minh Tuấn.** Khảo sát tình trạng kháng insulin ở đối tượng tiền đái tháo đường phát hiện lần đầu. *Tạp chí Khoa học và Công nghệ - Đại học Thái Nguyên.* 2020;225(11).
7. **Đỗ Đình Tùng TVB, Khăm Phong Phú Vông.** Nghiên cứu mối tương quan giữa các chỉ số chức năng tế bào beta, kháng insulin theo HOMA2 với tuổi, BMI, vòng eo, lipid máu ở người tiền đái tháo đường type 2 tại Hà Nội. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2023; 524(1B): 240-244. doi: <https://doi.org/10.51298/vmj.v524i1B.4770>.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, ĐIỆN TÂM ĐỒ CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP DO TẮC ĐỘNG MẠCH VÀNH MŨ

Trần Nguyễn Phương Hải¹, Mai Trí Luận¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: nhồi máu cơ tim cấp do tắc động mạch vành mũ thường ít có biểu hiện thay đổi ST-T trên điện tâm đồ nên dễ chẩn đoán nhầm ở khoa cấp cứu. Điều này làm ảnh hưởng xấu đến chiến lược điều trị và tiên lượng của bệnh nhân.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, điện tâm đồ và tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp do tắc động mạch vành mũ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tất cả BN ≥ 18 tuổi được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp và được chụp – can thiệp mạch vành qua da có tổn thương thủ phạm là động mạch vành mũ tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2019 đến tháng 6/2020. Nhồi máu cơ tim cấp được chẩn đoán theo định nghĩa toàn cầu về NMCT cấp lần thứ IV, các bệnh nhân nghiên cứu được phân thành 3 nhóm gồm nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên, ST chênh xuống và ST không chênh.

Kết quả: Trong thời gian nghiên cứu thu thập được 107 bệnh nhân, tỉ lệ 3 nhóm nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên, ST chênh xuống và ST không chênh lần lượt là 57%, 14% và 29%. Độ nhạy của các dấu hiệu tắc động mạch

vành mũ trên điện tâm đồ nhồi máu cơ tim thành dưới như sau: ST chênh lên ở $V_5/V_6 \geq 0,05\text{mV}$ là 64,3%; ST chênh lên $D_{II} \geq D_{III}$: 64,3%; ST chênh xuống $\geq 0,1\text{mm}$ ở $V_1 - V_2$: 55,3%; ST chênh xuống $aV_R \geq 0,1\text{mV}$: 69,9%. Nhóm ST chênh lên và chênh xuống trên điện tâm đồ thì thời gian nhập viện sớm hơn, tiên lượng dựa trên thang điểm Grace, phân độ killip và rối loạn nhịp nguy cơ cao cao hơn nhóm ST không chênh. Và động mạch vành ưu thế trái, vị trí tổn thương đoạn gần và thời gian cửa-bóng nhỏ hơn 90 phút cao hơn so với nhóm ST không chênh.

Kết luận: một phần ba bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp do tắc động mạch vành mũ hầu như không có biến đổi ST trên điện tâm đồ. Thời gian nhập viện trễ hơn và tiên lượng bệnh dựa trên thang điểm Grace, killip và tổn thương mạch vành ít nặng hơn so với nhóm có biến đổi ST.

Từ khóa: nhồi máu cơ tim cấp tắc động mạch vành mũ, điện tâm đồ nhồi máu cơ tim thành dưới, điện tâm đồ tắc động mạch vành mũ

SUMMARY

CLINICAL AND ELECTROCARDIOGRAM FEATURES OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH OCCLUDED LEFT CIRCUMFLEX ARTERY

Background: Left circumflex artery related acute myocardial infarction presenting without ST-T changes has been underdiagnosed in the emergency department. This negatively affects treatment strategies and patient prognosis.

Objectives: The study was to describe the clinical characteristics, value of the

¹Khoa Tim Mạch Can Thiệp, Bệnh viện Chợ Rẫy
Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương Hải

SĐT: 0988626466

Email: drtrannguyenphuonghaibvcr@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 26/12/ 2023

Ngày phản biện khoa học: 05/01/2024

Ngày duyệt bài: 25/02/2024

electrocardiogram in patients with acute occlusion of the left circumflex coronary artery

Methods: A cross-sectional descriptive study of acute myocardial infarction patients underwent percutaneous coronary intervention with the culprit lesion in circumflex coronary occlusion at Cho Ray hospital from October 2019 to June 2020. Acute myocardial infarction was diagnosed according to the fourth global definition of acute myocardial infarction. All patients were divided into 3 groups: ST-segment elevation acute myocardial infarction (ST-E), isolated STsegment depression (ST-D), and negligible ST-segment changes (No-ST).

Results: A total of 107 eligible patients were included. Prevalence of three groups ST-E, ST-D and No-ST was 57%, 14% and 29% respectively. The sensitivity of circumflex coronary occlusion according to the admission of inferior myocardial infarction was as following ST elevation in V5/V6 $\geq 0.05\text{mV}$ was 64.3%; ST elevation II $\geq$ III was 64.3%; ST depression $\geq 0.1\text{mm}$ in V1–V2 was 55.3% and ST depression aVR $\geq 0.1\text{mV}$ was 69.9%. As compared with No-ST, patients with ST-E or ST-D presented earlier hospitalization time, more advanced Killip class, higher troponin peak, high-risk arrhythmia. The left dominant coronary artery, culprit proximal LC, and door-balloon time less than 90 minutes in ST-E or ST-D group were higher in than the non-ST elevation group

Conclusions: One-third of patients with acute myocardial infarction due to circumflex coronary occlusion have almost no ST changes on the electrocardiogram. Hospitalization time is later and and culprit coronary artery than the group with ST changes.

Keywords: acute myocardial infarction, electrocardiogram, left circumflex coronary artery, total occlusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phục hồi dòng chảy của động mạch vành thủ phạm ở bệnh nhân (BN) nhồi máu cơ tim cấp (NMCTC) là cần thiết nhằm cứu vãn cơ tim đang bị thiếu máu trầm trọng và giúp giảm tỷ lệ tử vong¹. Lợi ích của việc tái thông mạch máu này sẽ giảm dần theo thời gian nên chẩn đoán chính xác và kịp thời rất quan trọng để khởi động điều trị tái tưới máu. Điện tâm đồ (ECG) 12 chuyển đạo là công cụ chẩn đoán ban đầu, dễ tiếp cận và lý tưởng nhất¹. Đồng thời, nó cũng giúp dự đoán động mạch vành liên quan dựa vào vị trí có sự biến đổi của đoạn ST, có tương quan chặt chẽ với kết quả chụp mạch vành như tổn thương động mạch liên thất trước (LAD) hay động mạch vành phải (RCA). Tuy nhiên, ECG thường quy lại có độ nhạy thấp nếu tổn thương thủ phạm nằm ở động mạch mũ (LCX)¹. Do đó, các hướng dẫn khuyến cáo đo thêm ba chuyển đạo V7–V9 để tăng độ nhạy của ECG². Theo các nghiên cứu thì tần suất NMCTC do tắc LCX chiếm khoảng 15 – 20% BN NMCTC được can thiệp mạch vành qua da (CTMVQD) với tỷ lệ tử vong nội viện không khác biệt so với tổn thương LAD và RCA^{1,3}. Bởi những BN này ít có biểu hiện ST chênh trên ECG nên ít được CTMVQD cấp cứu hơn, ít đạt được thời gian cửa bóng < 90 phút hơn³. Trong đó, nhóm có ST chênh (chênh lên và chênh xuống) thường có tổn thương thủ phạm tại đoạn gần hoặc có ĐMV ưu thế trái và tỷ lệ tử vong cao hơn so với nhóm ST không chênh. Nhóm ST không chênh cũng có lợi khi tái tưới máu khẩn cấp như những BN NMCTC có STCL khác. Thực tế lâm sàng, chúng tôi thường gặp những trường hợp NMCTC do tắc LCX được chẩn đoán, điều trị ban đầu như NMCT cấp không ST CL và CTMVQD muộn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Đặc điểm lâm sàng và điện tâm đồ của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp do tắc động mạch mũ*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tất cả BN chẩn đoán NMCT cấp dựa trên định nghĩa toàn cầu lần thứ IV về NMCT.

- Được chụp và CTMVQD có tổn thương thủ phạm là LCX: tổn thương huyết khối gây tắc hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn LCX; tổn thương gây tắc không hoàn toàn LCX và không ổn định: bờ không đều, khiếm khuyết đồ đầy lòng mạch, tổn thương dạng loét, trắng mờ.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Được điều trị tái tưới máu bằng thuốc tiêu sợi huyết hay phẫu thuật bắc cầu.

- Block nhánh trái hoặc đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn.

Địa điểm: Tim Mạch Can Thiệp và Nội Tim Mạch, BV Chợ Rẫy 10/2019–6/2020.

BN thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, được phân thành 3 nhóm dựa vào sự thay đổi đoạn ST trên ECG lúc nhập viện, độ chênh của đoạn ST tại điểm J so với đoạn PR.

- Nhóm ST chênh lên (STCL): ST chênh lên $\geq 0,1\text{mV}$ ở ít nhất 2 chuyển đạo liên tiếp như DII, DIII, aVF; DI, aVL; V₅–V₆.

- Nhóm ST chênh xuống (STCX): ST chênh xuống $\geq 0,1\text{mV}$ ở ít nhất 2 chuyển đạo liên tiếp từ V₁ đến V₄ hoặc $\geq 0,05\text{mV}$ ở chuyển đạo V₂ hoặc V₃.

- Nhóm ST không chênh (STKC): ST không chênh hoặc chênh $< 0,1\text{mV}$ ở 2 chuyển đạo liên tiếp.

Định nghĩa biến số chính trong nghiên cứu

- Đau ngực điển hình không ổn định: đau ngực kiểu nặng, đè ép, bóp nghẹt ở sau xương ức, đau lan lên 2 vai, cổ và cằm, kéo dài hơn 20 phút, không giảm đau khi nghỉ

ngồi hoặc ngậm nitroglycerin dưới lưỡi. Các triệu chứng đi kèm: buồn nôn, nôn, khó thở hay vã mồ hôi.

- Phân độ Killip trong NMCTC như sau độ I: không có triệu chứng của suy tim trái; độ II: có ran ẩm 1/2 dưới phế trường, tĩnh mạch cổ nổi, có thể có tiếng tim T3; độ III: phù phổi cấp; độ IV: choáng tim.

- Thang điểm Grace và phân tầng nguy cơ: thấp ≤ 108 ; trung bình 109 – < 140 và cao ≥ 140 .

- Thời gian cửa-bóng (phút): tính từ lúc bệnh nhân nhập khoa cấp cứu đến thời điểm mở thông dòng chảy mạch vành bị tắc nghẽn.

- ĐMV ưu thế

Phải: nhánh PDA, PLV xuất phát từ RCA

Trái: nhánh PDA, PLV xuất phát từ LCX

Cân bằng: nhánh PDA xuất phát từ RCA và nhánh PLV xuất phát từ LCX

- Phân đoạn LCX

Đoạn gần: từ lỗ xuất phát đến nhánh bờ 1

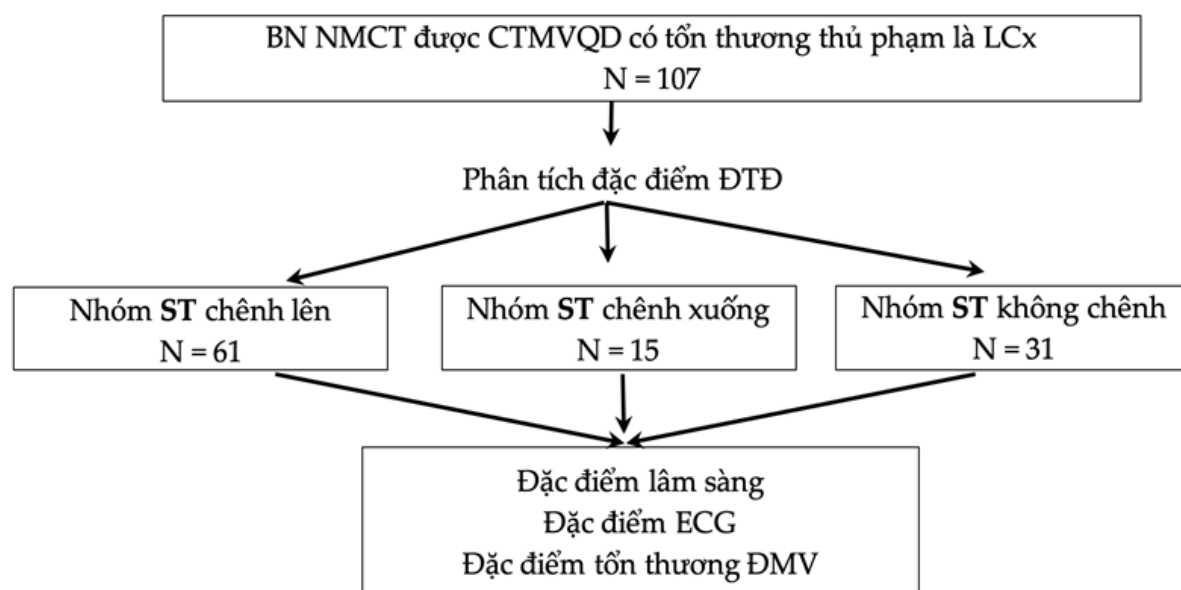
Đoạn xa: dưới nhánh bờ 1

- Mức độ hẹp tổn thương ĐMV và các kích thước ĐMV: được đo bằng phần mềm QCA của hệ thống máy chụp ĐMV.

Công cụ lấy mẫu là bảng câu hỏi soạn sẵn.

Phân tích thống kê: biến nhị giá, danh định và thứ tự được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ % và được kiểm định bằng phép kiểm Chi bình phương (χ^2); sử dụng phép kiểm Fisher's exact thay cho phép kiểm chi bình phương khi có $> 0\%$ ô có vọng trị < 5 hoặc có ô vọng trị < 1 (hiệu chỉnh Fisher). Biến liên tục có phân phối bình thường được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn và được kiểm định T-test. Biến phân phối lệch được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị 25 – 75% và được kiểm định Mann-Whitney.

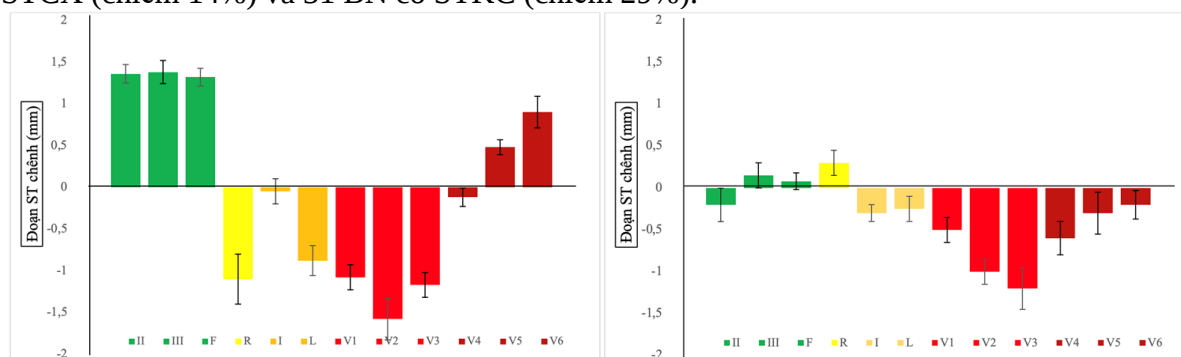
Y đức: đề tài được chấp thuận bởi Hội đồng Y đức của Đại Học Y Dược TPHCM và bệnh viện Chợ Rẫy năm 2019.



Hình 1: Sơ đồ nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu thu thập được 107 BN thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, được chia thành 3 nhóm dựa vào ECG lúc nhập viện gồm 61 BN có STCL (chiếm 57%), 15 BN có STCX (chiếm 14%) và 31 BN có STKC (chiếm 29%).



Hình 2: Đặc điểm đoạn ST ở nhóm STCL và STCX

Phân tích đặc điểm ECG ở nhóm STCL gồm đoạn STCL ở DII, DIII, aVF chiếm đa số với 91,8% kèm V₅ (19,7%), V₆ (45,9%), DI/aVL (19,7%); STCL chỉ ở DI, aVL chiếm ít với 8,2%. ST chênh xuống soi gương ở các chuyển đạo V₁–V₃ chiếm 62,3% với biên độ cao nhất ở V₂ ($1,58 \pm 0,96$ mm). 77% trường hợp có ST chênh xuống ở aVR, ST chênh

xuống < 1mm ở aVL chiếm 67,2%. Có 1 bệnh nhân được đo V₇–V₉ và STCL > 0,5mm.

Đặc điểm ECG ở nhóm STCX gồm STCX lan rộng đến V₄, V₅ với biên độ cao nhất ở chuyển đạo V₃ ($-0,12 \pm 0,09$ mm). STKC có ý nghĩa ở aVR và aVL.

Bảng 1: Độ nhạy của các dấu hiệu trên ECG chẩn đoán tắc LCX

Dấu hiệu ECG	Độ nhạy (%)
STCL hay đẳng điện D _I	89,2
STCL V ₅ / V ₆ ≥ 0,05mV	64,3
STCL D _{II} ≥ D _{III}	64,3
STCX aV _R ≥ 0,1mV	69,6
STCX aV _R ≥ 0,05mV	83,9
STCX aV _R > aV _L	73,2
STCX V ₁ ≥ 0,1mm	55,3
STCX V ₂ ≥ 0,1mm	67,8
STCX V ₁ và V ₂ ≥ 0,1mm	55,3
STCX V ₃ /STCL D _{III} > 1,2	47,4

Kết quả cho thấy 4 dấu hiệu chính để chẩn đoán tắc LCX trên NMCTC vùng dưới (STCL ở D_{II}, D_{III}, aVF) và độ nhạy của chúng là:

○ STCL ở D_I: 21,4%.

○ STCL ở D_{II} ≥ D_{III}: 64,3%.

○ Các dấu hiệu phối hợp tại V₁ – V₂ như STCX ≥ 0,1mm V₁–V₂: 55,3%; Tỷ số STCX V₃/ STCL D_{III} > 1,2: 47,4%

○ STCX aVR ≥ 0,1mV: 69,6%.

Bảng 2: Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	STCL N=61 (n,%)	STCX N=15 (n,%)	STKC N=31 (n,%)	Giá trị P
Tuổi (TB±ĐLC)	63,07 ± 11,58	66,67 ± 10,76	58,97 ± 10,42	0,074
Nam giới	46 (75,4)	9 (60,0)	24 (77,4)	0,410
Yếu tố nguy cơ				
Tăng huyết áp	45 (73,8)	43 (86,7)	27 (87,1)	0,256
Hút thuốc lá	15 (24,6)	2 (20,0)	6 (19,4)	0,946
Đái tháo đường	13 (21,3)	2 (13,3)	10 (32,3)	0,357
Rối loạn lipid máu	13 (21,3)	3 (10,3)	13 (41,9)	0,103
Thời gian khởi phát đau ngực đến lúc nhập viện				
< 12giờ	28 (45,9)	3 (20,0)	3 (10,0)	< 0,001*
12 – 24giờ	14 (23,0)	5 (33,3)	7 (23,3)	
> 24giờ	19 (31,1)	7 (46,7)	20 (66,7)	
Đau ngực điển hình	51 (83,6)	10 (66,7)	24 (77,4)	0,329
Thang điểm GRACE (TB ± ĐLC)	151 ± 35	142 ± 37	118 ± 27	<0,001
Nguy cơ thấp	5 (8,2)	2 (13,3)	12 (38,7)	<0,001
Nguy cơ trung bình	18 (29,5)	6 (40,0)	13 (41,9)	
Nguy cơ cao	38 (62,3)	7 (46,7)	6 (19,4)	
Killip III/IV	7 (11,5)	1 (6,7)	0 (0,0)	0,145*
Phân suất tổng máu thất trái giảm	11 (18,0)	3 (20,0)	2 (6,5)	0,182
Rối loạn nhịp nguy cơ cao	16 (26,2)	4 (26,7)	2 (6,5)	0,050

Ưu thế ĐMV				
Trái	27 (44,3)	6 (40,0)	2 (6,5)	< 0,001*
Phải	31 (50,8)	9 (60,0)	29 (93,5)	
Cân bằng	3 (4,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tổn thương LCX				
Đoạn gần	20 (32,8)	8 (53,3)	8 (25,8)	0,046
Đoạn xa	39 (63,9)	6 (40,0)	17 (54,8)	
Nhánh OM	2 (3,3)	1 (6,7)	6 (19,4)	

* Fisher's exact

Thời gian nhập viện từ lúc khởi phát đau ngực ở BN NMCTC do tắc LCX là khác nhau có ý nghĩa giữa 3 nhóm $p < 0,001$; khi so sánh từng cặp nhóm thì nhóm STCL có thời gian nhập viện sớm hơn có ý nghĩa so với nhóm ST không chênh với $p=0,003$. Thang điểm GRACE khác biệt ở 3 nhóm, nhóm STCL và STCX có điểm GRACE cao hơn so với nhóm STKC với $p<0,001$. Rối loạn nhịp nguy cơ cao nhiều hơn có ý nghĩa ở STCL so với STKC với $p=0,027$. Hệ ĐMV ưu thế trái chiếm tỷ lệ 32,7% trong dân số chung. Nhóm STCL (44,3%) và STCX (40%) có tỷ lệ ĐMV ưu thế trái tương đương nhau và cao hơn STKC (6,5%) với $p < 0,001$. Về vị trí tổn thương thủ phạm, đoạn gần LCX chiếm tỷ lệ 33,6%, đoạn xa LCX chiếm tỷ lệ 57,9% và nhánh OM (nhánh bờ tù) chiếm tỷ lệ 8,4%. Vị trí tổn thương thủ phạm tại đoạn gần LCX chiếm tỷ lệ cao nhất ở nhóm STCX (53,3%) kế đến là nhóm STCL (32,8%), thấp nhất là nhóm STKC (25,8%), vị trí tổn thương thủ phạm của nhóm STKC chủ yếu tại đoạn xa và nhánh OM (74,2%), $p = 0,046$.

IV. BÀN LUẬN

Trong 107 BN NMCTC do tắc LCX có 3 dạng biểu hiện đoạn ST trên ECG lúc nhập viện: STCL chiếm 57%, STCX 14% và STKC 29%. Nhóm STCX này thật ra là NMCTC vùng sau thực. Tuy nhiên, trong

thực tế lâm sàng, V_7-V_9 hiếm khi được đo và các BN nhóm STCX này thường được chẩn đoán là NMCTC không STCL và không được CTMVQD cấp cứu. Do đó, chúng tôi chia những BN này thành một nhóm riêng để đánh giá rõ hơn dù biết rằng chia 3 nhóm sẽ làm số BN mỗi nhóm ít hơn. Lược qua y văn thì chia BN NMCTC do tắc LCX thành 2 nhóm (ST chênh và ST không chênh) hoặc 3 nhóm. Kết quả của chúng tôi cho thấy độ nhạy của STCL trong chẩn đoán NMCTC do tắc LCX là 57%. ECG có độ nhạy thấp trong phát hiện tắc LCX cấp tính đã được ghi nhận từ lâu trong y văn. Cơ chế chính xác để NMCTC do tắc LCX biểu hiện là STCL, STCX hay STKC vẫn chưa được xác định rõ. Điều này có thể do độ nhạy ECG thấp trong phát hiện tổn thương cơ tim ở thành sau bên cũng như vị trí tổn thương thủ phạm trên LCX, LCX chiếm ưu thế hay không và vị trí không gian của vùng tổn thương cơ tim. Tác giả Berry tiến hành ghi đồng thời ECG trong ĐMV và bề mặt khi nong bóng gây tắc LCX trên 19 BN, kết quả cho thấy tất cả BN đều có STCL trên ECG trong ĐMV nhưng chỉ có 32% có ST CL trên ECG bề mặt. Trong nhóm STCL, chỉ có 8,2% trường hợp ST CL ở D_I , aV_L đơn thuần và đa số 91,8% trường hợp ST CL D_{II} , D_{III} , aV_F phối hợp với chuyển đạo V_5 (19,7%), V_6 (45,9%), D_I/aV_L

(19,7%). Trong nghiên cứu của Vives⁴, tất cả BN đều có STCL ở D_{II}, D_{III}, aVF. Ngoài ra, trong nghiên cứu chúng tôi thì tỷ lệ STCX ở aVR chiếm 77% với độ lớn cao hơn 1mm; tỷ lệ này cao hơn Vives (55%) với độ lớn nhỏ hơn 1mm. Ngoài ra, trong nhóm này thì cũng xuất hiện hình ảnh soi gương STCX các chuyển đạo trước ngực V₁–V₃. Điều này khác biệt với những trường hợp NMCTC

không STCL với không tắc hoàn toàn ĐMV thường có ST chênh xuống ưu thế ở V₄–V₆.

Phối hợp các dấu hiệu theo lưu đồ sẽ giúp tăng độ nhạy và giá trị tiên đoán dương trong chẩn đoán tắc LCX. Kết quả độ nhạy theo lưu đồ của chúng tôi tương đương tới tác giả Fiol, thấp hơn của Zimetbaum và Vives⁴ và cao hơn của Tierala

Bảng 3: So sánh độ nhạy của lưu đồ chẩn đoán tắc LCX

Lưu đồ chẩn đoán tắc LCX	Độ nhạy	Chúng tôi
Fiol	66%	68,9%
Zimetbaum	83%	67,2%
Vives	77%	65,6%
Tierala	64%	73,8%

Trong nghiên cứu của Vives⁴, thời gian trung bình từ lúc có triệu chứng đến khi nhập viện nhóm STCL là 90 phút, STCX là 150 phút, nhóm STKC là 165 phút (p=0,002). Thời gian nhập viện của nhóm ST chênh từ 55 – 164 phút, nhóm STKC từ 330 – 434 phút trong nghiên cứu của Bauer⁵. Trong dân số chung, ĐMV ưu thế phải chiếm 85%, ưu thế trái 8% và cân bằng 7%. Nhưng BN NMCTC do tắc LCX trong nghiên cứu này thì ĐMV ưu thế trái chiếm đến 32,7% cao hơn nhiều so với bình thường, chủ yếu ở 2 nhóm STCL (44,3%) và STCX (40%) và cao hơn nhiều nhóm STKC (6,5%) với p<0,001. Điều này cũng phù hợp với giải phẫu và vùng tưới máu của LCX. Khi hệ ĐMV ưu thế phải, nhánh động mạch liên thất sau xuất phát từ RCA, LCX chỉ tưới máu cho phần đáy và giữa của thành sau bên nên ECG thường khó phát hiện bất thường ở vùng này. Khi ĐMV ưu thế trái, nhánh động mạch liên thất sau xuất phát từ LCX, tưới máu luôn cả

phần dưới thất trái và biểu hiện trên ECG. Tùy theo độ lớn vùng cơ tim được tưới máu bởi LCX thì khi tắc LCX sẽ có các dạng biểu hiện ECG khác nhau. Khi LCX chỉ tưới máu phần đáy, giữa của thành sau bên thì ECG khó phát hiện hoặc chỉ có sóng R cao với sóng T dương ở V₁–V₃. Khi LCX tưới máu cho toàn bộ thành sau bên biểu hiện là NMCTC vùng sau thực với ST CL ở V₇–V₉ và chênh xuống soi gương ở V₁ – V₃. Khi LCX cho nhánh PDA tưới máu cho thành dưới thất trái sẽ biểu hiện NMCTC vùng dưới và ST CL ở D_{II}, D_{III}, aVF, thỉnh thoảng cũng chênh lên ở I, aVL hoặc V₅–V₆. Tỷ lệ ĐMV ưu thế trái của chúng tôi cũng tương tự của Stribling⁶, Waziri⁸ và thấp hơn của Chua⁷. Vị trí tổn thương LCX khác biệt giữa 3 nhóm STCL, STCX, STKC với p=0,046. Tổn thương đoạn gần LCX chiếm cao nhất ở STCX (53,3%) gấp đôi 2 nhóm còn lại. Vị trí tổn thương ở STKC chủ yếu tại đoạn xa và nhánh OM (74,2%). Kết quả này cũng tương

tự với Vives⁴ với tổn thương tại đoạn gần của nhóm STCX (25%) và STCL (41,9%) cao hơn nhóm STKC (9,1%) với $p=0,001$; tổn thương tại nhánh OM thường thấy ở nhóm STKC (59,1%) với $p<0,001$. Tương tự, Chua⁷ cũng cho thấy tổn thương đoạn gần thường gặp ở nhóm ST chênh (37,8%) và tổn thương đoạn xa thường gặp ở nhóm STKC (95,5%) với $p=0,001$.

V. KẾT LUẬN

Một phần ba BN NMCTC do tắc động mạch mũ hầu như không có biến đổi ST trên ECG. Thời gian nhập viện trễ hơn và tiên lượng bệnh dựa trên thang điểm Grace, phân độ killip và tổn thương mạch vành ít nặng hơn so với nhóm có biến đổi ST.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim SS, Choi SH, Jeong HM et al. Clinical outcomes of acute myocardial infarction with occluded left circumflex artery. *Journal of Cardiology* (2011) 57, 290—296.
2. Ibanez B, James S, Agewall S, et al. 2017 ESC guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J* 2018; 39:119–177.
3. Kanga GM, Kima K, Parka WH et al. Door-to-balloon time and cardiac mortality in acute myocardial infarction by total occlusion of the left circumflex artery. *Coronary Artery Disease*. 2018;29(5):409-415.
4. Vives-Borrás M, Maestro A, García-Hernando V et al. Electrocardiographic Distinction of Left Circumflex and Right Coronary Artery Occlusion in Patients with Inferior Acute Myocardial Infarction. *Am J Cardiol*. 2019;123(7):1019-1025.
5. Bauer T, Gitt AK, Hochadel M et al. Left Circumflex Artery-Related Myocardial Infarction: Does ST Elevation Matter? Results From the Euro Heart Survey PCI Registry. *Int J Cardiol*. 2013;168(6):5239-42.
6. Stribling WK, Abbate A, Kontos MC et al. Myocardial Infarctions Involving Acute Left Circumflex Occlusion: Are All Occlusions Created Equally. *Interv Cardiol*, 2010;2(5):695–704.
7. Chua SK, Shyu KG, Cheng JJ et al. Significance of Left Circumflex Artery-Related Acute Myocardial Infarction Without ST-T Changes. *Am J Emerg Med*. 2010;28(2):183-8.
8. Waziri H, Jørgensen E, Kelbæk H, et al. Acute Myocardial Infarction and Lesion Location in the Left Circumflex Artery: Importance of Coronary Artery Dominance. *EuroIntervention*. 2016;12(4):441-8.

TIỀN LƯỢNG NGẮN HẠN CỦA NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP DO TẮC ĐỘNG MẠCH MŨ ĐƯỢC CAN THIỆP QUA DA

Trần Nguyễn Phương Hải¹, Mai Trí Luận¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: nhồi máu cơ tim cấp do tắc động mạch mũ thường ít có biểu hiện ST chênh lên. Điều này làm ảnh hưởng đến điều trị và tiên lượng bệnh.

Mục tiêu: Mô tả kết quả điều trị can thiệp mạch vành qua da, thời gian cửa – bóng và biến cố tim mạch chính và tử vong nội viện và 30 ngày sau xuất viện ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp do tắc động mạch mũ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tất cả BN được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp và được chụp – can thiệp mạch vành qua da có tổn thương thủ phạm là động mạch vành mũ tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2019 đến tháng 6/2020. Nhồi máu cơ tim cấp được chẩn đoán theo định nghĩa toàn cầu về NMCT cấp lần thứ IV, các bệnh nhân nghiên cứu được phân thành 3 nhóm gồm nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên, ST chênh xuống và ST không chênh. Thành công về mặt thủ thuật khi hẹp tồn lưu nhỏ hơn 30% và không tử vong, không tái thông lại tổn thương đích trong thời gian nằm viện, ghi nhận thời gian cửa – bóng, tử vong và biến cố tim mạch trong thời gian nằm viện và 30 ngày sau xuất viện.

Kết quả: Trong thời gian nghiên cứu thu thập được 107 bệnh nhân, tỉ lệ 3 nhóm nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên, ST chênh xuống và ST không chênh lần lượt là 57%, 14% và 29%. Thành công về mặt thủ thuật là 95,3%. Thời gian cửa-bóng lần lượt ở 3 nhóm 200 ± 164 phút; 269 ± 172 phút; 350 ± 177 phút, khác biệt có ý nghĩa $p < 0,001$. Thời gian cửa bóng < 90 phút ở nhóm STCL cao hơn nhóm STKC với $p = 0,026$. Tử vong nội viện và 30 ngày là 4,7% không khác biệt giữa các nhóm. Biến cố tim mạch nội viện là 12,1% và 30 ngày là 13%, không khác biệt có ý nghĩa giữa ba nhóm.

Kết luận: Một phần hai trường hợp nhồi máu cơ tim cấp có biểu hiện ST chênh lên, thời gian cửa-bóng < 90 phút ở nhóm có biến đổi ST cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có biến đổi ST. Chưa có sự khác biệt về tử vong và biến cố tim mạch ở nhóm có biến đổi ST và nhóm không biến đổi ST.

Từ khóa: nhồi máu cơ tim cấp, điện tâm đồ, tắc động mạch vành mũ, tiên lượng ngắn hạn

SUMMARY

SHORT-TERM PROGNOSIS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH OCCLUDED LEFT CIRCUMFLEX ARTERY

Background: Circumflex artery-related myocardial infarction is less well represented on ST-elevation acute myocardial infarction. Therefore, this affects the treatment and outcome of these patients.

Objectives: The study was aimed to describe the results of percutaneous coronary intervention

¹Khoa Tim Mạch Can Thiệp, Bệnh viện Chợ Rẫy
Chịu trách nhiệm chính: TS.BS. Trần Nguyễn Phương Hải

SĐT: 0988626466

Email: drtrannguyenphuonghaibvcr@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 05/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 17/01/2024

Ngày duyệt bài: 25/02/2024

treatment, major cardiovascular events in-hospital and 30-day post-discharge mortality.

Methods: A cross-sectional descriptive study of acute myocardial infarction patients underwent percutaneous coronary intervention with the culprit lesion in circumflex coronary occlusion at Cho Ray hospital from October 2019 to June 2020. Acute myocardial infarction was diagnosed according to the fourth global definition of acute myocardial infarction. All patients were divided into 3 groups: ST-segment elevation acute myocardial infarction (ST-E), isolated ST segment depression (ST-D), and negligible ST-segment changes (No-ST).

Results: A total of 107 eligible patients were included. Prevalence of three groups ST-E, ST-D and No-ST was 57%, 14% and 29% respectively. The procedural success was 95.3%. Door-to-balloon time in 3 groups respectively 200 ± 164 minutes; 269 ± 172 minutes; 350 ± 177 minutes, $p < 0.001$. Door-balloon time less than 90 minutes in the ST-E group was higher than in the No-ST group, $p = 0.026$. In-hospital and 30-day mortality were 4.7%. In-hospital cardiovascular events were 12.1% and 30-day events were 13%, with no significant difference between the three groups.

Conclusions: One-half of cases of circumflex artery-related myocardial infarction present ST-T changes, door-to-balloon time less than 90 minutes in the group with ST changes was significantly higher than in the group without ST changes. There was no difference in mortality and cardiovascular events in the group with ST changes and the group without ST changes.

Keywords: acute myocardial infarction, occluded left circumflex artery, short-term prognosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp (NMCTC) do tắc động mạch vành là một cấp cứu nội khoa cần điều trị tái thông mạch máu tức thì nhằm mục đích phục hồi kịp thời dòng chảy, tưới máu vùng cơ tim liên quan. Lợi ích điều trị này giảm dần theo thời gian. NMCTC do tắc động mạch liên thất trước (LAD) và động mạch vành phải (RCA) thường được mô tả rất chi tiết trong y văn, trong khi NMCTC do tắc động mạch mũ (LCx) ít được đề cập đến. Một số nghiên cứu cho thấy rằng tần suất tắc cấp LCx và tỷ lệ tử vong nội viện không khác biệt với tắc cấp LAD và RCA. Tuy nhiên, điện tâm đồ (ECG) chuẩn chỉ phát hiện khoảng 1/3 đến 1/2 trường hợp tắc cấp LCx¹ bởi nó ít có biểu hiện ST chênh lên mà vì vậy ít được can thiệp mạch vành qua da (CTMVQD) cấp cứu hơn, ít đạt được thời gian cửa bóng < 90 phút hơn ảnh hưởng đến tiên lượng ở nhóm bệnh nhân này². Hiện tại ở Việt Nam chưa có nghiên cứu liên quan đến kết quả điều trị can thiệp và tiên lượng của riêng nhóm bệnh nhân này, các số liệu thống kê nếu có chỉ nhỏ lẻ hoặc dưới dạng phân nhóm. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Tiên lượng ngắn hạn của nhồi máu cơ tim cấp do tắc động mạch vành mũ” nhằm cung cấp cái nhìn toàn diện hơn về nhóm dân số đặc biệt này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Tất cả BN được chẩn đoán là NMCTC dựa trên định nghĩa toàn cầu lần thứ IV về NMCT.

- Được chụp và CTMVQD có tổn thương thủ phạm là LCX: tổn thương huyết khối gây tắc hoàn toàn LCX; tổn thương gây tắc

không hoàn toàn LCX và không ổn định: bờ không đều, khiếm khuyết đồ đầy lòng mạch, tổn thương dạng loét, trắng mờ.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Được điều trị tái tưới máu bằng thuốc tiêu sợi huyết hay phẫu thuật bắc cầu động mạch vành.

- Block nhánh trái hoặc đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn.

Địa điểm: khoa Tim Mạch Can Thiệp, Nội Tim Mạch, BV Chợ Rẫy từ 10/2019 đến 6/2020.

BN thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, được phân thành 3 nhóm dựa vào sự thay đổi đoạn ST trên ECG lúc nhập viện, độ chênh của đoạn ST tại điểm J so với đoạn PR (sơ đồ nghiên cứu)

- Nhóm ST chênh lên (STCL): ST chênh lên $\geq 0,1\text{mV}$ ở ít nhất 2 chuyển đạo liên tiếp như D_{II} , D_{III} , aVF ; D_I , aVL ; $V_5 - V_6$.

- Nhóm ST chênh xuống (STCX): ST chênh xuống $\geq 0,1\text{mV}$ ở ít nhất 2 chuyển đạo liên tiếp từ V_1 đến V_4 hoặc $\geq 0,05\text{mV}$ ở chuyển đạo V_2 hoặc V_3 .

- Nhóm ST không chênh (STKC): ST không chênh hoặc chênh $< 0,1\text{mV}$ ở 2 chuyển đạo liên tiếp.

Định nghĩa biến số

- Thang điểm Grace và phân tầng nguy cơ: thấp ≤ 108 ; trung bình $109 - < 140$ và cao ≥ 140 .

- Thời gian cửa-bóng (phút): tính từ lúc bệnh nhân nhập khoa cấp cứu đến thời điểm mở thông dòng chảy mạch vành bị tắc nghẽn.

- ĐMV ưu thế

Phải: nhánh PDA, PLV xuất phát từ RCA

Trái: nhánh PDA, PLV xuất phát từ LCX

Cân bằng: nhánh PDA xuất phát từ RCA và nhánh PLV xuất phát từ LCX

- Phân đoạn LCX: đoạn gần: từ lỗ xuất phát đến nhánh bờ 1; đoạn xa: dưới nhánh bờ 1

- Mức độ hẹp tổn thương ĐMV và các kích thước ĐMV: được đo bằng phần mềm QCA của hệ thống máy chụp ĐMV.

- Thành công về thủ thuật CTMVQD: hẹp tồn lưu $< 30\%$ nếu đặt stent, $< 50\%$ nếu nong bóng hay hút huyết khối và không có tử vong, NMCT hay tái thông lại tổn thương đích trong thời gian nằm viện.

- Tử vong nội viện: ghi nhận những trường hợp tử vong hay bệnh nặng xin về trong thời gian nằm viện.

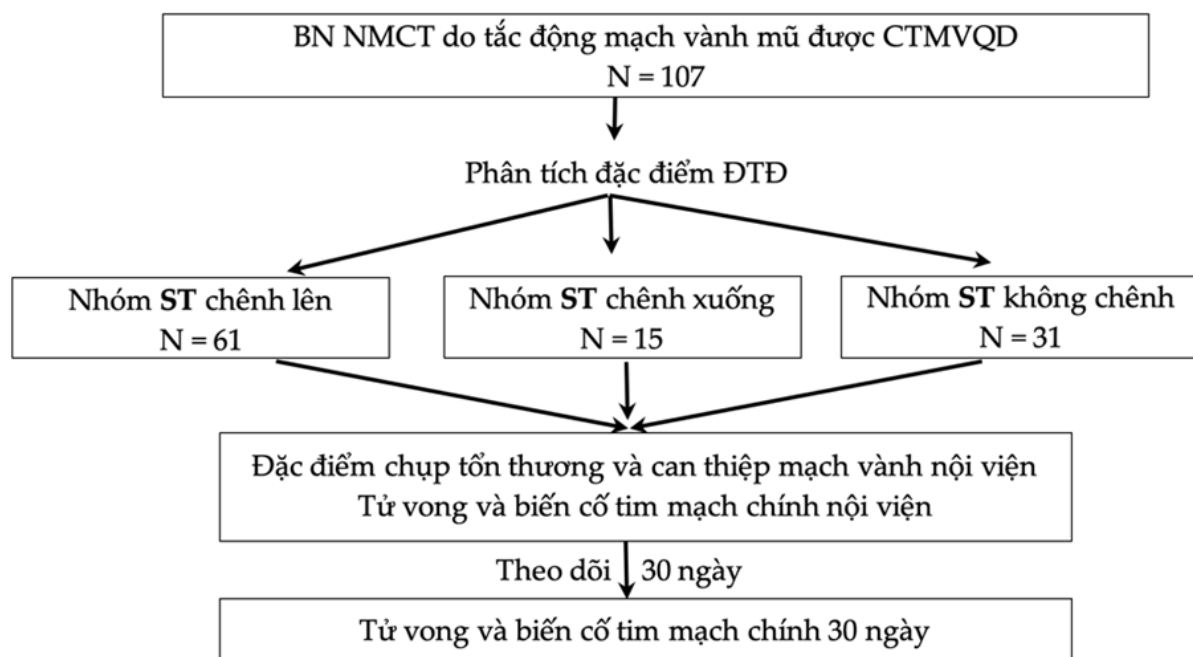
- Tử vong 30 ngày: trường hợp tử vong trong vòng 30 ngày sau khi nhập viện (cộng dồn cả tử vong nội viện)

- Biến cố tim mạch chính nội viện: bao gồm tử vong, rung thất/nhanh thất, suy tim trong thời gian nằm viện.

- Biến cố tim mạch chính 30 ngày: bao gồm rung thất/nhanh thất trong thời gian nằm viện; tử vong, suy tim trong 30 ngày sau xuất viện (cộng dồn luôn biến cố nội viện).

Phân tích thống kê: biến nhị giá, danh định và thứ tự được trình bày dưới dạng tần số, tỷ lệ % và được kiểm định bằng phép kiểm Chi bình phương (χ^2); sử dụng phép kiểm Fisher's exact thay cho phép kiểm chi bình phương khi có $> 20\%$ ô có vong trị < 5 (hiệu chỉnh Fisher). Biến liên tục có phân phối bình thường được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn và được kiểm định T-test. Biến phân phối lệch được trình bày dưới dạng trung vị và khoảng tứ phân vị 25–75% và được kiểm định Mann-Whitney.

Y đức: đề tài được chấp thuận Hội đồng y đức Đại Học Y Dược TPHCM và BV Chợ Rẫy năm 2019.



Hình 1: Sơ đồ nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu thu thập được 107 BN thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, được chia thành 3 nhóm dựa vào ECG lúc nhập viện gồm 61 BN có STSL chiếm 57%, 15 BN có STCX chiếm 14% và 31 BN có STKC chiếm 29%.

Đặc điểm ECG ở các nhóm STCL và STCX

Bảng 1: Đặc điểm của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	STCL N=61 n(%)	STCX N=15 n(%)	STKC N=31 n(%)	P
Tuổi (TB ± ĐLC)	63,07±11,58	66,67±10,76	58,97±10,42	0,074
Nam giới	46(75,4)	9(60)	24(77,4)	0,41
Yếu tố nguy cơ				
Tăng huyết áp	45(73,8)	43(86,7)	27(87,1)	0,256
Hút thuốc lá	15(24,6)	2(20,0)	6(19,4)	0,946
Đái tháo đường	13(21,3)	2(13,3)	10(32,3)	0,357
Rối loạn lipid máu	13(21,3)	3(10,3)	13(41,9)	0,103
Thang điểm GRACE (TB ± ĐLC)	151±35	142±37	118±27	<0,001
Phân suất tổng máu thất trái giảm	11(18,0)	3(20,0)	2(6,5)	0,182
Ưu thế ĐMV				
Trái	27(44,3)	6(40,0)	2(6,5)	<0,001*
Phải	31(50,8)	9(60,0)	29(93,5)	
Cân bằng	3(4,9)	0(0,0)	0(0,0)	

Vị trí tổn thương LCX				
Đoạn gần	20(32,8)	8(53,3)	8(25,8)	0,046
Đoạn xa	39(63,9)	6(40,0)	17(54,8)	
Nhánh OM	2(3,3)	1(6,7)	6(19,4)	
Đường kính $\leq 2,5\text{mm}$	17(27,9)	5(33,3)	15(48,4)	0,152
Hẹp LAD phối hợp	19(31,1)	5(33,3)	8(25,8)	0,788
Hẹp RCA phối hợp	6(9,8)	1 (6,7)	4(12,9)	0,788
Thời gian từ lúc đau ngực tới CTMVQD				
≤ 24 giờ	21 (34,4)	2 (13,3)	3 (9,7)	0,019
> 24 giờ	40 (65,6)	13 (86,7)	28 (90,3)	
Thời gian cửa-bóng (phút) (TB $\pm$ ĐLC)	200 $\pm$ 164	269 $\pm$ 172	350 $\pm$ 177	<0,001
Thời gian cửa bóng <90 phút	9(25,7)	1(25,0)	0(0,0)	0,053*
Thời gian nằm viện (trung vị)	7	8	7	0,507*
Khoảng tứ phân vị 25% – 75%	5,2–9,5	5,9–8,9	5,1–8,4	
Thành công thủ thuật	57(93,4)	14(93,3)	31(100,0)	0,336
Đường vào động mạch				
Động mạch quay	60(98,4)	15(100,0)	31(100,0)	0,860
Động mạch đùi	1(1,6)	0(0,0)	0(0,0)	
Hút huyết khối	3(4,9)	0(0,0)	0(0,0)	0,714
Đặt stent	57(93,4)	15(100,0)	30(96,8)	1
Chỉ nong bóng	2(3,3)	0 (0,0)	1(3,2)	0,315
Chỉ hút huyết khối	2(3,3)	0 (0,0)	0(0,0)	0,667
Kích thước đoạn đặt stent				
Đường kính (mm)	2,89 $\pm$ 0,35	2,73 $\pm$ 0,24	2,75 $\pm$ 0,34	0,096
Chiều dài (mm)	23,95 $\pm$ 8,87	29 $\pm$ 14	25,1 $\pm$ 8,26	0,460

* Fisher's exact

Đặc điểm giữa ba nhóm dân số nghiên cứu thì nhóm STCL, STCX có phân tầng mức độ nặng theo thang điểm GRACE cao hơn nhóm STKC có ý nghĩa $p < 0,001$. Thời gian từ lúc khởi phát đau ngực đến khi được CTMVQD > 24 giờ ở nhóm STKC chiếm đa số với $p < 0,019$. Thời gian cửa-bóng ở nhóm STCL, STCX cao hơn nhóm STKC có ý nghĩa với $p < 0,001$. Thời gian cửa bóng < 90 phút khi so sánh 3 nhóm thì không có ý nghĩa, tuy nhiên nếu chỉ so sánh nhóm STCL

và STKC thì có ý nghĩa với $p = 0,026$. Tỷ lệ ĐMV ưu thế trái ở nhóm STCL (44,3%) và STCX (40%) tương đương nhau và cao hơn STKC (6,5%) với $p < 0,001$. Vị trí tổn thương đoạn gần LCX chiếm 33,6%, đoạn xa LCX chiếm 57,9% và nhánh OM chiếm 8,4%; trong đó, đoạn gần chủ yếu ở nhóm STCX (53,3%) và STCL (32,8%), ngược lại nhóm STKC thì tổn thương nằm chủ yếu ở đoạn xa và nhánh OM (74,2%) với $p = 0,046$.

Bảng 2: Tử vong và biến cố tim mạch nội viện

Nội viện	STCL N=61 n(%)	STCX N=15 n(%)	STKC N=31 n(%)	P
Tử vong	4(6,6)	1(6,7)	0(0,0)	0,336
Biến cố tim mạch				
Biến chứng cơ học	3(4,9)	1(6,7)	0(0,0)	0,454
Nhanh thất/Rung thất	4(6,6)	1(6,7)	0(0,0)	0,247
Choáng tim	2(3,3)	0(0,0)	0(0,0)	0,667
Suy tim	10(16,4)	2(13,3)	1(3,2)	0,176
Đột quy	3(4,9)	0(0,0)	0(0,0)	0,714
Biến cố tim mạch gộp	14 (23,0)	3(20,0)	1(3,2)	0,034*
30 ngày				
Tái nhập viện	1(1,6)	0(0,0)	0(0,0)	1
Biến cố tim mạch gộp	15(24,6)	3(20,0)	1(3,2)	0,025*

* Fisher exact

Tử vong nội viện 5 trường hợp chiếm tỷ lệ 4,6% không khác biệt giữa các nhóm. Trong đó chủ yếu nguyên nhân do tim mạch (biến chứng cơ học 3 trường hợp ở nhóm STCL). Biến cố tim mạch nội viện là 12,1% chủ yếu là suy tim, ngoài ra còn có rung thất, choáng tim, đột quy khác biệt không ý nghĩa giữa các nhóm. Tuy nhiên, nếu cộng dồn tử vong và biến cố tim mạch (biến cố tim mạch gộp) thì sự khác biệt ở nhóm STCL và STCX so với STKC với $p=0,034$. Theo dõi 30 ngày, có 1 trường hợp tái nhập viện vì suy tim, không thêm trường hợp nào tử vong, rung thất và cũng không có trường hợp nào tái NMCT cũng như tái can thiệp tổn thương thủ phạm. Tỷ lệ các biến cố tim mạch là 13%. Cộng dồn tử vong và biến cố tim mạch (biến cố tim mạch gộp) thì nhóm STCL (24,6%) và STCX (20%) đều cao hơn nhóm STKC (3,2%) và sự khác biệt này có ý nghĩa với $p=0,025$.

IV. BÀN LUẬN

Trong 107 bệnh nhân NMCTC do tắc LCX trong nghiên cứu của chúng tôi, có 3 dạng biểu hiện đoạn ST trên ECG lúc nhập viện: STCL chiếm 57%, STCX các chuyển đạo trước ngực chiếm 14% và ST chênh không có ý nghĩa (STKC) chiếm 29%. Đặc điểm khác biệt ở BN NMCTC do tắc LCX là mạch vành ưu thế trái chiếm tỷ lệ 32,7% cao hơn nhiều so với bình thường (~ 8% dân số chung) và với nhóm này thì biểu hiện ST biến đổi trên ECG. Ngược lại, nhóm ưu thế phải thì không có biểu hiện biến đổi ST và điều này ảnh hưởng đến điều trị tái tưới máu. Điều này cũng tương tự của Stribling¹, Waziri³ với $p<0,05$. Vị trí tổn thương ở nhóm khác biệt với $p=0,046$. Tổn thương chủ yếu ở đoạn gần và đoạn xa, nhóm STKC có gần 20% ở nhánh OM. Kết quả này tương tự với Vives⁴, tổn thương đoạn gần của nhóm STCX (25%) và nhóm STCL (41,9%) cao hơn nhóm STKC (9,1%) với $p=0,001$; tổn

thương tại nhánh OM thường thấy ở nhóm STKC (59,1%) với $p < 0,001$.

Thời gian từ lúc triệu chứng đến khi được CTMVQD ≤ 24 giờ cao nhất ở nhóm STCL (34,4%), kế đến là nhóm STCX (13,3%) và thấp nhất là nhóm STKC (9,7%) với $p = 0,019$. Kết quả của Stribling cho thấy tương tự, ở nhóm STKC (1223 ± 934 phút) dài hơn nhóm ST chênh (154 ± 199 phút) với $p < 0,001^1$. Tương tự với tỷ lệ CTMVQD cấp cứu, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy nhóm STCX ít được quan tâm và thường được CTMVQD muộn hơn nhóm STCL. Mặc dù tỷ lệ bệnh nhân có thời gian nhập viện trong vòng 24 giờ nhóm STCX bằng khoảng 4/5 nhóm STCL nhưng tỷ lệ được CTMVQD trong vòng 24 giờ nhóm STCX chỉ bằng khoảng 2/5 nhóm STCL. Thời gian cửa-bóng của STCL ngắn nhất so với 2 nhóm còn lại, tuy nhiên tỷ lệ đạt < 90 phút là không cao, ở nhóm STCL (25,7%), nhóm STCX (25%) cao hơn nhóm STKC. Các khuyến cáo hiệp hội chuyên ngành đề nghị rằng thời gian cửa-bóng cho NMCTC STCL được thực hiện CTMVQD cấp cứu là < 90 phút⁵. Tuy nhiên thực tế lâm sàng điều này khó thực hiện một cách triệt để do nhiều yếu tố khách quan và thường không liên quan đến vấn đề chuyên môn.

Tỷ lệ tử vong chung trong thời gian nội viện là 4,7%, tương tự với Rasoul⁶ (4,8%), Kang⁷ (4,15%). Khi so sánh với NMCTC do tắc LAD và RCA thì không khác biệt. Trong đó, tỷ lệ tử vong ở STCL (6,6%) tương đương STCX (6,7%), tương tự nghiên cứu của Bauer nhóm ST chênh (4,8%) cao hơn nhóm STKC (3,5%) với $p = 0,17^8$. Nghiên cứu Stribling với cỡ mẫu lớn hơn (27711

BN) thì tỷ lệ tử vong ở nhóm ST chênh (5,5%) cao hơn nhóm STKC (2,5%) với $p < 0,001^1$. Biến cố tim mạch nội viện và 30 ngày sau xuất viện như biến chứng cơ học, đột quỵ, nhanh thất/rung thất, choáng tim, suy tim, tử vong chủ yếu ở nhóm STCL và STKC, không khác biệt giữa các nhóm. Tuy nhiên, nếu gộp tỷ lệ tử vong và biến cố tim mạch thì khác biệt có ý nghĩa với $p = 0,034$ (nội viện) và 0,025 (30 ngày). Tác giả Vives cho thấy tỷ lệ các biến cố tim mạch chính trong vòng 30 ngày của nhóm STCL (27,4%) và STCX (21%) đều cao hơn nhóm STKC (4,5%) với $p = 0,004^4$. Kết quả nghiên cứu của Stribling cũng cho thấy nhóm ST chênh có tỷ lệ tử vong (5,5%) cao hơn nhóm STKC (2,5%) với $p < 0,001^1$. Tương tự của Bauer (4,8% so với 3,5%) nhưng chưa có ý nghĩa thống kê⁸. Nghiên cứu của Yip còn ghi nhận ưu thế trái là yếu tố tiên lượng độc lập cho tử vong 30 ngày ở NMCTC do tắc LCx². Tắc cấp LCx thường bị bỏ sót chẩn đoán trên lâm sàng do không phải tất cả các trường hợp đều có ST chênh lên trên ECG lúc nhập viện. Mặc dù có đặc điểm dịch tễ và các YTNC tim mạch gần như tương đương nhau ở cả 3 nhóm STCL, STCX, STKC nhưng mức độ nguy cơ và các biến cố tim mạch chính thì khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Một phần hai trường hợp nhồi máu cơ tim cấp do tắc LCX có biểu hiện ST chênh lên, thời gian cửa-bóng < 90 phút ở nhóm có biến đổi ST cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có ST chênh. Chưa có khác biệt về tử vong và biến cố tim mạch ở nhóm có biến đổi ST và nhóm không biến đổi ST.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stribling WK, Abbate A, Kontos MC et al.** Myocardial Infarctions Involving Acute Left Circumflex Occlusion: Are All Occlusions Created Equally”, *Interventional Cardiology*, 2010(2):695–704.
2. **Yip HK, Wu CJ, Fu M et al.** Clinical Features and Outcome of Patients With Direct Percutaneous Coronary Intervention for Acute Myocardial Infarction Resulting From Left Circumflex Artery Occlusion. *Chest*. 2002(122):2068–2074.
3. **Stribling WK, Abbate A, Kontos MC et al.** Myocardial Infarctions Involving Acute Left Circumflex Occlusion: Are All Occlusions Created Equally. *Interv Cardiol*, 2010;2(5):695–704.
4. **Waziri H, Jørgensen E, Kelbæk H, et al.** Acute Myocardial Infarction and Lesion Location in the Left Circumflex Artery: Importance of Coronary Artery Dominance. *EuroIntervention*. 2016;12(4):441-8.
5. **Vives-Borrás M, Maestro A, García-Hernando V et al.** Electrocardiographic Distinction of Left Circumflex and Right Coronary Artery Occlusion in Patients with Inferior Acute Myocardial Infarction. *Am J Cardiol*. 2019;123(7):1019-1025.
6. **Ibanez B, James S, Agewall S et al.** 2017 ESC Guidelines for the Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting With ST-Segment Elevation: The Task Force for the Management of Acute Myocardial Infarction in Patients Presenting With ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *Eur Heart J*, 2018,39:119–177.
7. **Rasoul S, de Boer MJ, Suryapranata, et al.** Circumflex Artery-Related Acute Myocardial Infarction: Limited ECG Abnormalities But Poor Outcome. *Neth Heart J*, 2007,15:286–290.
8. **Kang MG, Kim K, Park HW, et al.** Door-to-balloon Time and Cardiac Mortality in Acute Myocardial Infarction By Total Occlusion of the Left Circumflex Artery, *Coron Artery Dis*. 2018,29:409–415.
9. **Bauer T, Gitt AK, Hochadel M et al.** Left Circumflex Artery-Related Myocardial Infarction: Does ST Elevation Matter? Results From the Euro Heart Survey PCI Registry. *Int J Cardiol*. 2013;168(6):5239-42.

TƯƠNG QUAN TRONG ĐÁNH GIÁ THỂ TÍCH DỊCH NGOẠI BÀO Ở BỆNH NHÂN LỌC MÁU ĐỊNH KỲ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY BẰNG MÁY INBODY S10 VÀ LÂM SÀNG

Dương Toàn Trung¹, Lê Kinh Luân², Lâm Vinh¹,
Trương Thị Thanh Vân¹, Nguyễn Thị Kim Hằng³,
Lưu Ngân Tâm⁴, Phạm Văn Bùi⁵

TÓM TẮT¹⁴

Đặt vấn đề: Kiểm soát dịch là một trong những mục tiêu chính của điều trị lọc máu, đánh giá chính xác tình trạng dịch để duy trì cân nặng mục tiêu thường gọi là “trọng lượng khô”. Khám lâm sàng tương đối không chính xác, các phương pháp khách quan không khả thi và không xác định được sớm các rối loạn dịch. Phân tích trở kháng sinh học dễ sử dụng, không xâm lấn, nhanh chóng và có thể ứng dụng trong lâm sàng nhưng hiện trong nước còn ít nghiên cứu về vấn đề này. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu đánh giá mối tương quan giữa phương pháp đo thể tích dịch ngoại bào bằng quang phổ trở kháng sinh học với cân nặng của bệnh nhân đo bằng cân

điện tử qua các tiêu chí lâm sàng và trên X-quang tim phổi thẳng.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 74 bệnh nhân lọc máu định kỳ, tiến hành thu thập dữ liệu vào các buổi lọc máu giữa tuần bao gồm các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng và đo BIA.

Kết quả: Thay đổi đặc điểm lâm sàng trước và sau lọc không có ý nghĩa nhưng thay đổi chỉ số tim ngực trước và sau lọc máu có ý nghĩa thống kê (67,6% vs 55,4%; $p=0,0001$). Cân nặng đo bằng cân điện tử thay đổi trước và sau lọc máu có ý nghĩa thống kê ($58,09 \pm 11,17$ kg vs $55,9 \pm 10,67$ kg; $p=0,0001$) với giảm trung bình $2,19 \pm 1,03$ kg so với trước lọc.

Không có mối liên hệ giữa triệu chứng lâm sàng và X-quang gợi ý thừa dịch với kết quả thừa dịch đo bằng BIS. Tỷ lệ thừa dịch phát hiện trên BIS thấp hơn lâm sàng (17,6% vs 91,9%). Nhóm bệnh nhân thừa dịch trên lâm sàng chỉ có 31,1% thừa dịch trên BIS. Nhóm THA chỉ có 18,9% thừa dịch trên BIS, còn nhóm chỉ số tim ngực $>0,5$ chỉ có 24,3% thừa dịch trên BIS. Cân nặng đo bằng BIS thay đổi trước và sau lọc máu có ý nghĩa ($57,35 \pm 11,29$ kg và $55,65 \pm 10,84$ kg; $p=0,0001$) với giảm trung bình $1,7 \pm 0,93$ kg so với trước lọc.

Phân tích Bland-Altman cho thấy cân nặng đo bằng BIS tại thời điểm trước lọc máu có khuynh hướng cho ra kết quả cao hơn phương pháp đo bằng cân điện tử. Tại thời điểm sau lọc, cân nặng đo bằng BIS có tương quan tốt hơn với

¹Khoa Thận Nhân tạo – Bệnh viện Chợ Rẫy

²Phó Trưởng khoa, Khoa Thận nhân tạo – Bệnh viện Chợ Rẫy

³Khoa Dinh dưỡng – bệnh viện Chợ Rẫy

⁴Trưởng khoa, Khoa Dinh dưỡng – Bệnh viện Chợ Rẫy

⁵Giảng viên trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch – Chủ tịch Liên Chi hội Lọc máu Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Dương Toàn Trung
SĐT: 0918353352

Email: trungduongtoan@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2024

Ngày duyệt bài: 25/02/2024

giá trị đo bằng cân điện tử (khác biệt trung bình là -0,25 kg sau lọc so với 1,47 kg trước lọc). Có thể chấp nhận kết quả đo bằng BIS tại thời điểm sau lọc máu nhưng cần phân tích sâu hơn phối hợp với các tiêu chuẩn lâm sàng.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu cho thấy cân nặng đo bằng BIS tại thời điểm sau lọc có sự tương hợp tốt hơn với phương pháp đo cân nặng bằng cân điện tử, so với đo tại thời điểm trước lọc máu. Chúng tôi đề xuất có thể sử dụng máy phân tích trở kháng sinh học như là công cụ hỗ trợ cho bác sĩ để theo dõi tình trạng dịch và trọng lượng khô của bệnh nhân lọc máu định kỳ.

Từ khóa: Bệnh thận mạn, lọc máu, trọng lượng khô, đo thành phần cơ thể, phân tích trở kháng sinh học, quang phổ trở kháng sinh học.

SUMMARY

CORRELATION IN EVALUATION OF EXTRACELLULAR FLUID VOLUME IN PATIENTS ON CHRONIC MAINTENANCE HEMODIALYSIS AT CHO RAY HOSPITAL USING INBODY S10 MACHINE AND CLINICAL ASSESSMENT

Background: Fluid management is one of the main goals of dialysis treatment, accurately assessing fluid status to maintain a target weight often called “dry weight”. Clinical examination is relatively inaccurate, objective methods are not feasible, and fluid disorders cannot be identified early. Bioimpedance analysis is easy to use, non-invasive, fast and can be applied clinically, but currently there is little research on this issue in the country. This study aims to evaluate the correlation between the method of measuring extracellular fluid volume by bioimpedance spectroscopy and patient weight measured by electronic scales through clinical criteria and cardiac X-ray. straight lungs.

Methods: Cross-sectional descriptive study

on 74 routine dialysis patients, collecting data at mid-week dialysis sessions including clinical, paraclinical information and BIA measurements.

Results: Changes in clinical characteristics before and after hemodialysis were not significant but changed only Cardiothoracic index before and after hemodialysis was statistically significant (67.6% vs 55.4%; $p = 0.0001$). Weight measured by gravimetric electronic scale changed before and after dialysis with statistical significance (58.09 ± 11.17 kg vs 55.9 ± 10.67 kg; $p = 0.0001$), average decrease of 2.19 ± 1.03 kg. There was no relationship between clinical and radiological symptoms suggestive of fluid overload and the results of fluid overload measured by BIS. The rate of excess fluid detected on BIS was lower than clinical (17.6% vs 91.9%). In the group of patients with clinical excess fluid, only 31.1% had excess fluid on the BIS. The hypertensive group only had 18.9% of excess fluid on the BIS, while the group with cardiothoracic index >0.5 only had 24.3% of excess fluid on the BIS. Weight measured by BIS changed significantly before and after dialysis (57.35 ± 11.29 kg vs 55.65 ± 10.84 kg; $p = 0.0001$) with an average decrease of 1.7 ± 0.93 kg. Bland-Altman analysis showed that weight measured by BIS at the time before dialysis tended to yield higher results than the method measured by electronic scales. At post-dialysis time, weight measured by BIS had a better correlation with results measured by electronic scale (average difference is -0.25 kg after dialysis compared to 1.47 kg before dialysis). Regarding post-dialysis weight, the agreement between the BIS measurement method and the gravimetric electronic scale measurement method was satisfactory, so that the results measured by BIS can be accepted but require further analysis in coordination with clinical standards.

Conclusion: The study results show that post-dialysis weight measured by BIS has better agreement with the method of measuring weight with an electronic scale, compared to pre-dialysis weight. We propose that the bioimpedance analysis can be used as a supportive tool for doctors to monitor the fluid status and dry weight of patients undergoing chronic maintenance hemodialysis.

Keywords: Chronic kidney disease, maintenance hemodialysis, dry weight, fluid overload, body composition measurement, bioimpedance analysis, bioimpedance spectroscopy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kiểm soát dịch là một trong những mục tiêu chính của điều trị lọc máu cho bệnh nhân suy thận mạn và đòi hỏi bác sĩ lâm sàng phải đánh giá chính xác tình trạng dịch để duy trì cân nặng mục tiêu thường gọi là “trọng lượng khô. Quá tải dịch là nguyên nhân chính làm tăng tỉ lệ tử vong tim mạch ở bệnh nhân suy thận mạn và là yếu tố dự báo độc lập cho tử vong ở bệnh nhân lọc máu. Ngược lại, thiếu dịch có thể dẫn đến tụt huyết áp trong lọc máu, thiếu máu mô dẫn đến choáng tim và có thể gây mất chất trắng vỏ não và mất chức năng thận tồn lưu còn lại^[1,2].

Khám lâm sàng tương đối không chính xác vì các dấu hiệu lâm sàng như phù, tăng huyết áp và sung huyết phổi không tương quan tốt với mức độ quá tải dịch. Các phương pháp khách quan như xét nghiệm sinh hóa, các kỹ thuật hình ảnh và các thủ thuật xâm lấn (đặt catheter) không khả thi và không xác định được sớm các rối loạn dịch. Phương pháp chuẩn là kỹ thuật pha loãng chất đánh dấu nhưng xâm lấn, đắt tiền và chưa phù hợp để áp dụng vào thực hành lâm sàng^[3].

Phân tích trở kháng sinh học dễ sử dụng,

không xâm lấn, nhanh chóng và có thể ứng dụng trong lâm sàng nhưng hiện trong nước còn ít nghiên cứu về vấn đề này^[3,7]. Để có thêm công cụ hỗ trợ cho bác sĩ thiết lập trọng lượng khô chính xác để hướng dẫn kiểm soát dịch cho bệnh nhân lọc máu định kỳ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: “Tương quan trong đánh giá thể tích dịch ngoại bào ở bệnh nhân lọc máu định kỳ tại bệnh viện Chợ Rẫy bằng máy Inbody S10 và lâm sàng” với các mục tiêu:

- Khảo sát cân nặng trước và sau lọc máu bằng cân điện tử phối hợp với lâm sàng và X quang.

- Khảo sát cân nặng trước và sau lọc máu trên kết quả đo được bằng quang phổ trở kháng sinh học phối hợp với lâm sàng và X-quang.

- Đánh giá sự tương quan giữa phương pháp đo thể tích dịch ngoại bào bằng quang phổ trở kháng sinh học với cân nặng của bệnh nhân đo bằng cân điện tử qua các tiêu chí lâm sàng và X-quang.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 74 bệnh nhân lọc máu định kỳ tại khoa Thận Nhân tạo, bệnh viện Chợ Rẫy. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân trên 18 tuổi, đã lọc máu định kỳ trên 3 tháng với tần suất 3 lần/ tuần, không có tiền sử nhập viện trước đó 1 tháng. Các tiêu chí loại trừ: Bệnh nhân không đủ tỉnh táo, không thực hiện được yêu cầu của nhân viên y tế trong thao tác đo cân nặng bằng cân điện tử và BIS (sử dụng máy Inbody S10), bị yếu liệt hoặc bị di chứng tai biến mạch máu não, có khớp giả, bị cụt chi, đang mang thai, đang bị nhiễm trùng cấp tính, thừa dịch nặng, phù phổi, xơ gan cổ trướng, có bệnh tim mạch đi kèm không ổn định có thể bị ảnh hưởng bởi quá trình điều

chính trọng lượng khô như tụt HA trong quá trình lọc máu (HATT < 90 mmHg), suy tim NYHA 3-4, rối loạn nhịp, đặt máy tạo nhịp, stent mạch vành.

Dữ liệu được thu thập vào các buổi lọc máu giữa tuần. Khám lâm sàng và chụp X-quang phổi cùng ngày, trước và sau lọc máu. Đo BIS bằng máy Inbody S10 (BioSpace, Seoul, Hàn Quốc) ở tư thế ngồi tại thời điểm trước lọc và sau kết thúc lọc máu 30 phút bởi cùng người làm đã được đào tạo. Máy InBody S10 là máy đo BIA đa tần số, phân tích thành phần cơ thể theo 5 phân đoạn ở 6 tần số khác nhau (1, 5, 50, 250, 500, 1.000 kHz). Bệnh nhân nhịn ăn 2 giờ trước lọc máu để tránh bị ảnh hưởng bởi bữa ăn và không được ăn uống trong và sau lọc máu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong thời gian nghiên cứu kéo dài 9 tháng, chúng tôi chọn được 74 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối đang lọc máu định kỳ với tỉ lệ nữ và nam không khác biệt (55,4 vs 44,6%; $p = 0,965$). Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $48,5 \pm 13,2$, cân nặng trung bình $58,1 \pm 11,2$ kg, chiều cao trung bình $158,9 \pm 7,7$ cm và BMI trung bình $22,9 \pm 3,7$. Bệnh đồng mắc chiếm tỉ lệ cao nhất là THA (98,6%), các bệnh khác bao gồm tai

ghép thận mạn (2,7%), lupus ban đỏ (2,7%), K đại tràng (2,7%) và đái tháo đường (1,4%).

Kết quả nghiên cứu

Khảo sát cân nặng trước và sau lọc máu bằng cân điện tử phối hợp với lâm sàng và X-quang

Thay đổi đặc điểm lâm sàng và X-quang trước và sau lọc máu

Mức độ thừa dịch trên lâm sàng được chia thành 3 mức: nhẹ, trung bình và nặng. Tỉ lệ thừa dịch trong nghiên cứu là 91,9%, trong đó 41,9% thừa dịch mức nhẹ, 50% trung bình và 8,1% không thừa dịch. Có sự thay đổi mức độ thừa dịch trước và sau lọc máu (trước lọc có 41,9% bệnh nhân thừa dịch nhẹ và 50% trung bình, sau lọc còn 1,4% thừa dịch nhẹ). Thay đổi đặc điểm lâm sàng như phù, khó thở, gan to, ran phổi trước và sau lọc không có ý nghĩa, nhưng thay đổi CTR trước và sau lọc máu có ý nghĩa thống kê (67,6% vs 55,4%; $p = 0,0001$). 67,6% bệnh nhân có CTR > 0,5 (gợi ý thừa dịch), 94% bệnh nhân trong nhóm này biểu hiện thừa dịch lâm sàng (36% thừa dịch nhẹ, 58% trung bình) và 6% không thừa dịch. Nhóm bệnh nhân THA có 31,4% thừa dịch nhẹ, 62,9% trung bình, 5,7% không thừa dịch. Thay đổi huyết áp tâm thu và tâm trương trước và sau lọc máu không đáng kể ($p > 0,05$).

Bảng 1. Định nghĩa mức độ triệu chứng thể phù trên lâm sàng^[2]

Mức độ phù	Triệu chứng
Nhẹ	Kín đáo ở mi mắt, mắt cá chân
Trung bình	Phù rõ ở chân, mặt
Nặng	Phù toàn thân, có cổ chướng +/- tràn dịch màng tim, màng phổi

Bảng 2. Định nghĩa mức độ thừa dịch trên lâm sàng^[2]

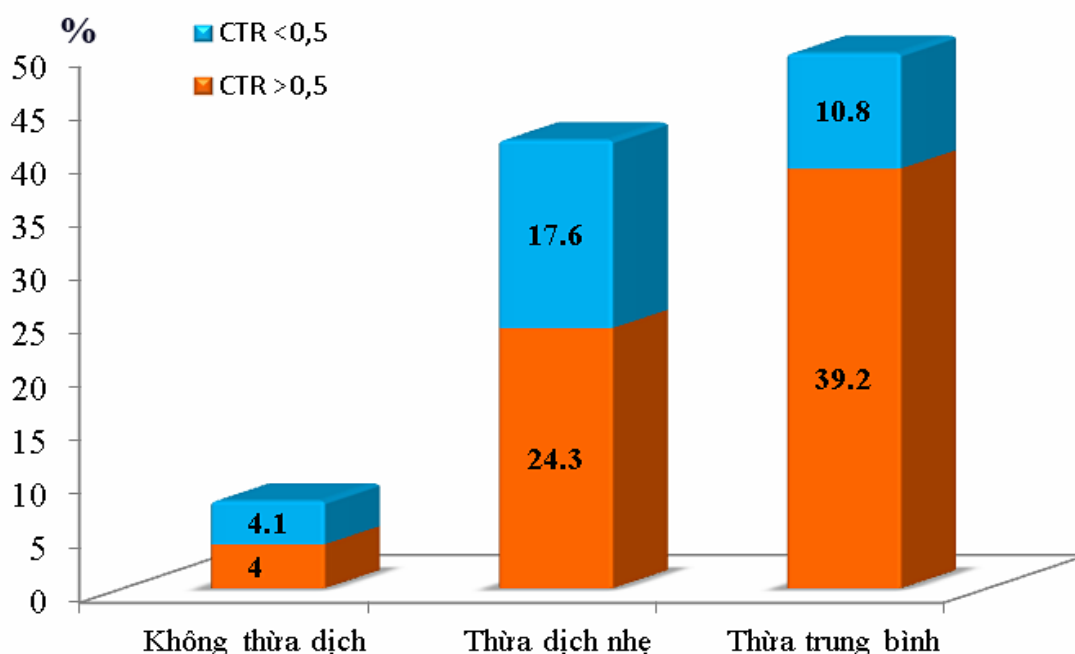
Mức độ thừa dịch	Triệu chứng
Nhẹ	Phù nhẹ và/hoặc khó thở nhẹ hoặc không có triệu chứng lâm sàng
Trung bình	Khó thở vừa, phù trung bình, gan to, có ít ran ẩm và/ hoặc nổ ở đáy phổi hoặc không
Nặng	Khó thở nặng, phù nặng, gan to, ran ẩm và/hoặc nổ ở phổi nhiều

Bảng 3. Thay đổi đặc điểm lâm sàng và X-quang trước và sau lọc máu

	Trước lọc	Sau lọc	P
Phù, n (%)	68 (91,9%)	0 (0%)	--
Khó thở, n (%)	22 (29,7%)	0 (0%)	--
Gan to, n (%)	6 (8,1%)	1 (1,4%)	0,81
Ran phổi, n (%)	1 (1,4%)	0 (0%)	--
Bóng tim to, n (%)	50 (67,6%)	41 (55,4%)	0,0001

Bảng 4. Chỉ số tìm lồng ngực trước và sau lọc máu

	TB	ĐLC	Cao nhất	Thấp nhất
CTR trước lọc	0,56	0,06	0,76	0,40
CTR sau lọc	0,55	0,06	0,72	0,35



Biểu đồ 1. Mức độ thừa dịch dựa trên chỉ số tìm lồng ngực trước lọc máu

Cân nặng đo bằng cân điện tử và các chỉ số cận lâm sàng trước và sau lọc máu

Trọng lượng khô xác định bằng lâm sàng trong nghiên cứu trung bình là $55,9 \pm 10,69$ kg với thừa dịch trước lọc là $2,19 \pm 1,04$ lít. Thay đổi cân nặng đo bằng cân điện tử trước và sau lọc máu có ý nghĩa thống kê ($p = 0,0001$).

Bảng 5. Thay đổi cân nặng đo bằng cân điện tử, huyết áp và chỉ số tìm trước và sau lọc máu

	Trước lọc	Sau lọc	P
Cân nặng, Kg, (TB $\pm$ ĐLC)	$58,1 \pm 11,2$	$55,9 \pm 10,69$	0,0001
Chỉ số tìm ngực (TB $\pm$ ĐLC)	$0,56 \pm 0,063$	$0,55 \pm 0,065$	0,029
HATT, mmHg, TV (TPV)	130 (110-150)	130 (120-140)	0,398
HATTr, mmHg, TV (TPV)	80 (70-80)	80 (70-80)	0,982

Khảo sát cân nặng trước và sau lọc máu trên kết quả đo được bằng quang phổ trở kháng sinh học phối hợp với lâm sàng và X-quang

Kết quả đo bằng BIS cho thấy tình trạng dịch trước lọc trong nghiên cứu gồm 17,6% bệnh nhân thừa dịch (16,2% thừa dịch nhẹ và 1,4% nặng), 81,1% đẳng dịch và 1,4% thiếu dịch. Không có mối liên hệ giữa triệu chứng lâm sàng và X-quang gợi ý thừa dịch với kết quả thừa dịch đo bằng BIS. Thừa dịch phát

hiện trên BIS thấp hơn lâm sàng. Tỷ lệ thừa dịch trên BIS là 17,6% còn thừa dịch lâm sàng là 91,9%, cụ thể những bệnh nhân có biểu hiện thừa dịch lâm sàng chỉ có 31,1% thừa dịch trên BIS. Trong số bệnh nhân có CTR >0,5 có 24,3% bệnh nhân có thừa dịch trên BIS so với 67,5% thừa dịch trên lâm sàng. Trong số bệnh nhân THA thì có 18,9% thừa dịch trên BIS nhưng tỷ lệ này là 44,6% nếu dựa vào lâm sàng.

Bảng 6. So sánh tỷ lệ thừa dịch đo bằng BIS với biểu hiện thừa dịch trên lâm sàng và X-quang trước lọc máu

	BIS		P
	Thừa dịch (n, %)	Không thừa dịch	
Có THA lâm sàng	14 (18,9%)	21 (28,4%)	0,116
Có chỉ số tim ngực >0,5	18 (24,3%)	32 (43,2%)	0,187
Có thừa dịch lâm sàng	23 (31,1%)	45 (60,8%)	0,168

Bảng 7. Cân nặng đo bằng BIS trước và sau lọc máu

	TB	ĐLC	Cao nhất	Thấp nhất
Cân nặng trước lọc máu (Kg)	57,35	11,29	86,87	34,31
Cân nặng sau lọc máu (Kg)	55,65	10,84	83,01	33,73

Bảng 8. Đặc điểm các chỉ số tình trạng dịch đo bằng BIS trước và sau lọc máu

	Trước lọc	Sau lọc	P
ICW (Lít), (TV/TPV)	18,45 (16,1 - 22,6)	17,55 (15,4 - 21,7)	0,0001
ECW (Lít), (TV/TPV)	12,1 (10,4 - 14,6)	11,15 (9,6 - 13,8)	0,0001
TBW (Lít), (TV/TPV)	30,25 (26,4 - 37,4)	28,65 (24,8 - 35,4)	0,0001
ECW/TBW (Lít), (TB±ĐLC)	0,39 ± 0,009	0,386 ± 0,01	0,0001
OH (Lít), (TV/TPV)	0,75 (0,39 - 1,04)	0,27 (0 - 0,6)	0,0001
Cân nặng (Kg)	57,35 ± 11,29	55,65 ± 10,84	0,0001

Đánh giá sự tương quan giữa phương pháp đo thể tích dịch ngoại bào bằng quang phổ trở kháng sinh học với cân nặng của bệnh nhân đo bằng cân điện tử qua các tiêu chí lâm sàng và X-quang

Đặc điểm về sự tương quan giữa cân

nặng đo bằng BIS và cân điện tử

Cân nặng đo bằng BIS thay đổi trước và sau lọc máu có ý nghĩa thống kê ($57,35 \pm 11,29$ kg trước lọc so với $55,65 \pm 10,84$ kg sau lọc; $p = 0,0001$), giảm trung bình $1,7 \pm 0,93$ kg so với trước lọc.

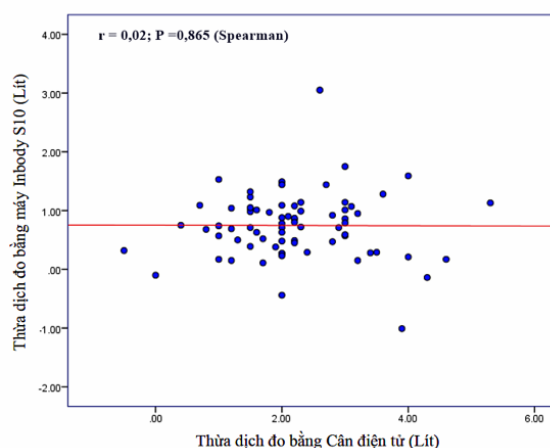
Bảng 9. Cân nặng và thừa dịch

Trước lọc	Cân điện tử	BIS	p
Cân nặng, Kg, (TB $\pm$ ĐLC)	58,1 $\pm$ 11,17	57,35 $\pm$ 11,29	0,0001
Thừa dịch, Lít, TV/TPV/TB $\pm$ ĐLC	2,19 $\pm$ 1,04	0,75 (0,39-1,04)	0,0001
Sau lọc	Cân điện tử	BIS	
Cân nặng, Kg, (TB $\pm$ ĐLC)	55,9 $\pm$ 10,69	55,65 $\pm$ 10,84	0,0001

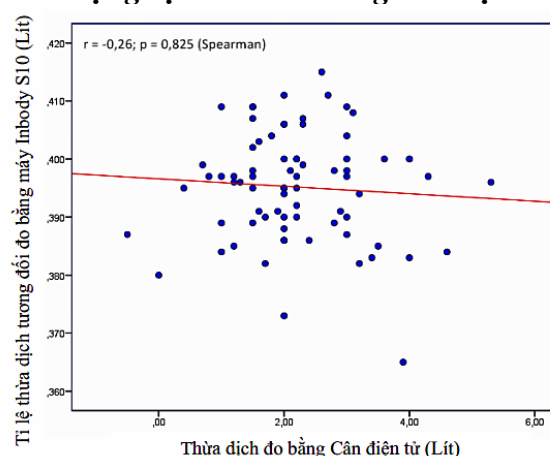
Sự tương quan giữa hai phương pháp đánh giá cân nặng trước và sau lọc máu bằng BIS và cân điện tử

Nghiên cứu cho thấy có mối tương quan thuận và rất chặt giữa cân nặng đo bằng BIS trước lọc ($r = 0,996$; $p = 0,0001$) và sau lọc ($r = 0,999$; $p = 0,0001$) với cân nặng đo bằng cân

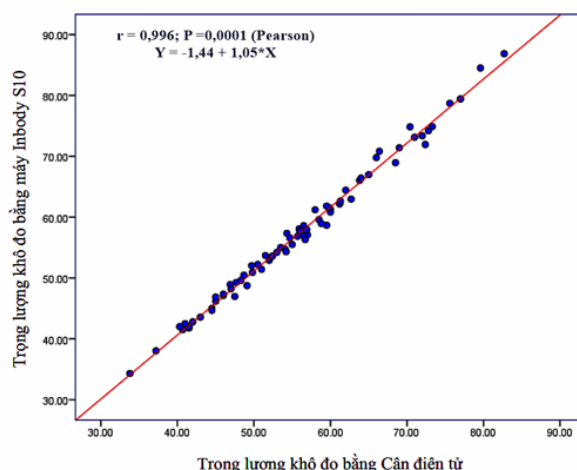
điện tử. Trước lọc máu, cân nặng đánh giá bằng lâm sàng thấp hơn giá trị đo bằng BIS (55,9 $\pm$ 10,69 kg vs 57,35 $\pm$ 11,29 kg; $\Delta - 1,44 \pm 1,17$ kg; $p = 0,001$). Sau lọc, cân nặng đánh giá bằng lâm sàng cao hơn giá trị đo bằng BIS (55,9 $\pm$ 10,69 so với 55,65 $\pm$ 10,84 kg; $\Delta 0,25 \pm 0,55$ kg; $p = 0,001$).



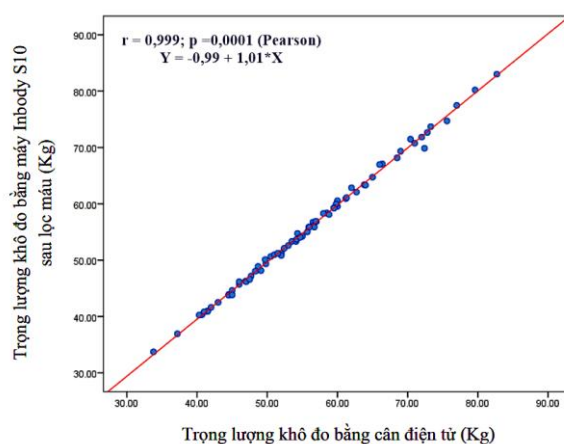
Biểu đồ 2. Mối tương quan giữa lượng dịch thừa trước lọc máu đo bằng BIS và lượng dịch thừa đo bằng cân điện tử



Biểu đồ 3. Mối tương quan giữa thừa dịch trước lọc máu đo bằng cân điện tử và thừa dịch tương đối trước lọc máu đo bằng BIS



Biểu đồ 4. Mối tương quan giữa cân nặng đo bằng BIS trước lọc máu và cân nặng đo bằng cân điện tử



Biểu đồ 5. Mối tương quan giữa cân nặng đo bằng BIS sau lọc máu và cân nặng đo bằng cân điện tử

Mức độ tương hợp giữa hai phương pháp đánh giá cân nặng trước lọc máu và sau lọc máu bằng BIS và bằng cân điện tử trên biểu đồ Bland-Altman

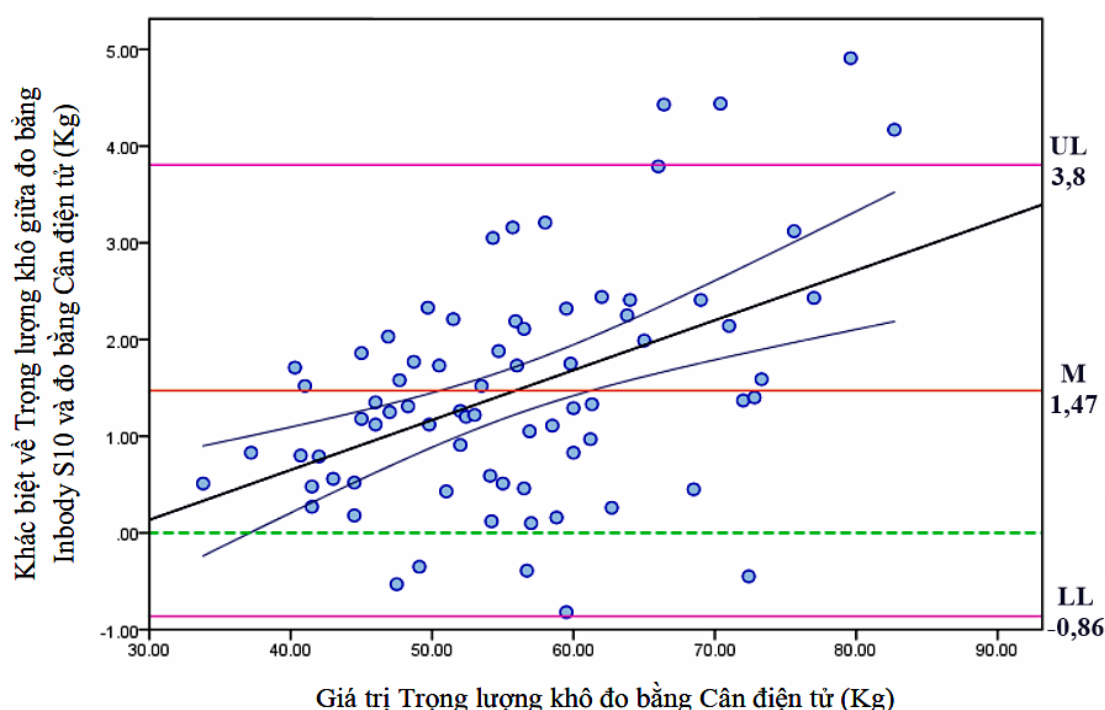
Chúng tôi tiến hành phân tích Bland-Altman để đánh giá sự tương quan giữa 2 phương pháp đo cân nặng (BIS và lâm sàng) tại 2 thời điểm trước và sau lọc máu: Tại thời điểm trước lọc, BIS có khuynh hướng cho ra kết quả cao hơn phương pháp đo bằng cân điện tử. Khác biệt trung bình giữa 2 phương pháp lớn (1,47 kg; KTC 95% từ 1,22 đến 1,74 kg). Kết quả này cho thấy sự tương hợp giữa 2 phương pháp không thỏa đáng. Tại

thời điểm sau lọc, phương pháp đo cân nặng bằng BIS có sự tương quan với đo bằng cân điện tử tốt hơn ($r = 0,999; p = 0,0001$). Mặc dù cân nặng đo bằng BIS tại thời điểm sau lọc vẫn có khuynh hướng cho kết quả khác biệt phụ thuộc giá trị thang đo và có hiện tượng sai số tỉ lệ, nhưng khác biệt trung bình giữa 2 phương pháp rất nhỏ (-0,25 kg; KTC 95% từ -0,37 đến -0,12 kg). Có sự tương hợp thỏa đáng giữa 2 phương pháp đo tại thời điểm sau lọc máu và có thể chấp nhận trên lâm sàng, nhưng cần phân tích kết quả cùng với các tiêu chuẩn lâm sàng.

Bảng 10. Các biến số so sánh giữa hai phương pháp đo cân nặng bằng cân điện tử và cân nặng đo bằng BIS trước lọc máu

	TB	KTC 95%	ĐLC	p
Phương pháp chuẩn (Cân điện tử)	55,9	53,78-58,11	10,69	--
Phương pháp khảo sát (BIS)	57,38	55,18-59,73	11,29	--
Khác biệt giữa 2 phương pháp	1,47	1,22-1,74	1,19	0,0001
Tỉ lệ B/A	1,03	1,02-1,03	0,002	0,0001
% khác biệt so với phương pháp chuẩn	2,55	2,15-2,99	1,81	0,0001

Ghi chú: A là phương pháp đo bằng cân điện tử được xem là phương pháp chuẩn, B là phương pháp đo bằng BIS.

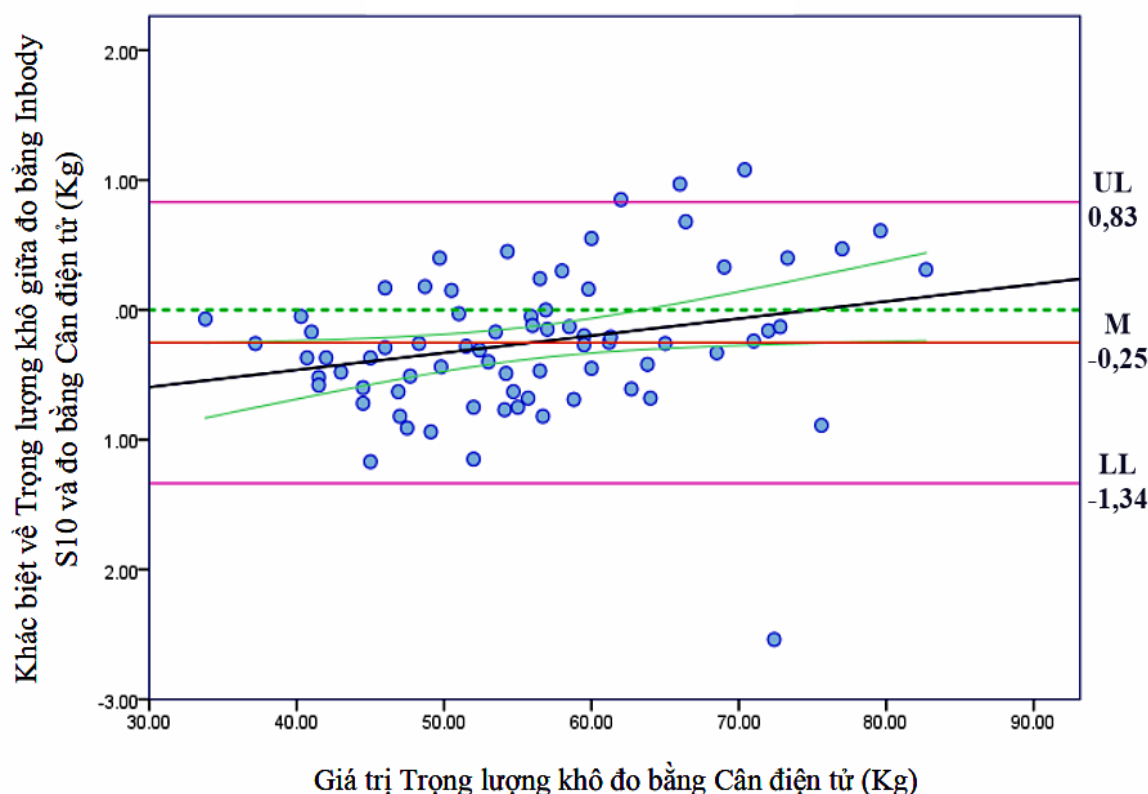


Biểu đồ 6. Biểu đồ Bland-Altman về sự tương quan giữa cân nặng đo bằng cân điện tử và cân nặng đo bằng BIS trước lọc

Bảng 11. Các biến số so sánh giữa hai phương pháp đo cân nặng bằng cân điện tử và cân nặng đo bằng BIS sau lọc máu

	TB	KTC 95%	ĐLC	p
Phương pháp chuẩn (Cân điện tử)	55,9	53,78-58,11	10,69	--
Phương pháp khảo sát (BIS)	55,65	53,36-57,84	10,84	--
Khác biệt giữa 2 phương pháp	-0,25	-0,37; -0,12	0,55	0,0001
Tỉ lệ B/A	0,995	0,993-0,997	0,009	0,0001
% khác biệt so với phương pháp chuẩn	-0,51	-0,72; -0,30	0,095	0,0001

Ghi chú: A là phương pháp đo bằng cân điện tử được xem là phương pháp chuẩn, B là phương pháp đo bằng BIS.



Biểu đồ 7. Biểu đồ Bland-Altman về sự tương quan giữa cân nặng đo bằng cân điện tử và cân nặng đo bằng BIS sau lọc

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi 44,6% bệnh nhân THA có thừa dịch so với 47,3% nhóm không THA có thừa dịch, 63,5% bệnh nhân có CTR >0,5 có thừa dịch so với 28,4% ở nhóm có CTR <0,5 (Biểu đồ 1). Nguyễn Thị Thủy báo cáo phân nhóm bệnh nhân có THA trước lọc có 7,1% bệnh nhân thừa dịch nhẹ, 23,8% trung bình, 4,8% nặng và 64,3% bệnh nhân còn lại không có thừa dịch trên lâm sàng^[2].

Trọng lượng khô xác định bằng cân điện tử của nhóm nghiên cứu là $55,9 \pm 10,69$ kg, so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thủy,

$52,6 \pm 8,4$ kg^[2]. Cân nặng đo bằng BIS thay đổi trước và sau lọc máu có ý nghĩa thống kê ($57,35 \pm 11,29$ so với $55,65 \pm 10,84$ kg; $p = 0,0001$) với giảm cân nặng trung bình là $1,7 \pm 0,93$ kg, so với kết quả của Nguyễn Thị Thủy là $52,8 \pm 8,6$ kg^[2].

Nguyễn Đình Dương khảo sát 82 bệnh nhân lọc máu định kỳ báo cáo có 57,3% bệnh nhân thừa dịch, 31,7% đẳng dịch và 11% thiếu dịch dựa trên đo BCM^[1]. Tỷ lệ OH/ECW đo bằng máy theo dõi thành phần cơ thể được báo cáo là liên quan đến tỉ lệ sống còn ở bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối lọc máu định kỳ (ngưỡng cắt là >15%)^[5].

Lý tưởng nhất là thừa dịch đo được trên BIS sẽ tương tự như thừa dịch đánh giá bằng lâm sàng. Nhưng như đã thấy trong biểu đồ 2 và 3, thừa dịch trước lọc đánh giá bằng lâm sàng không tương quan với thừa dịch tuyệt đối ($r = 0,02$; $p = 0,865$) cũng như thừa dịch tương đối (tỉ lệ ECW/TBW) đo bằng BIS ($p = 0,825$). BIS đánh giá thừa dịch thấp hơn lâm sàng đáng kể ($0,75$ so với $2,19$ lít; $p = 0,001$). Các nghiên cứu sử dụng BIA đo trọng lượng khô gần đây cũng báo cáo trọng lượng khô trên lâm sàng cao hơn trên BIA^[5].

Các nghiên cứu quan sát tiền cứu và các nghiên cứu ngẫu nhiên đã báo cáo giảm cân nặng mục tiêu dựa trên BIA đo nhiều lần để ước tính ECW có thể cải thiện kiểm soát HA, giảm khối lượng thất trái trên siêu âm tim và đạt được tình trạng đẳng dịch được cho là phối hợp với tỉ lệ sống còn lâu dài hơn ở bệnh nhân lọc máu. Nhưng vì các thiết bị BIA không thể phân biệt được ECW trong huyết tương với trong khoang ngoại mạch trong bối cảnh quá tải dịch tiến triển ở mô thường thấy ở bệnh nhân mất cơ có nhiều bệnh lý đi kèm, do đó sẽ có nguy cơ là việc giảm cân liên tục dựa theo ECW đo bằng BIA sẽ gây hại cho chức năng thận tồn dư và làm nặng thêm các triệu chứng^[3,5,8].

Hiện vẫn không có chỉ dẫn cụ thể cũng như đồng thuận chung nào về thời gian thích hợp nhất để đo BIA. Tại Việt Nam, hiện vẫn chưa có hướng dẫn về sử dụng BIA. Một số cơ sở có máy BIA nhưng không sử dụng chúng thường xuyên cho thấy có nhiều vấn đề hạn chế trong việc triển khai, sự chậm trễ

trong triển khai có thể là do không chắc nên không có tiêu chuẩn rõ ràng^[7].

V. KẾT LUẬN

Thay đổi đặc điểm lâm sàng trước và sau lọc không có ý nghĩa nhưng thay đổi CTR trước và sau lọc máu có ý nghĩa thống kê ($67,6\%$ vs $55,4\%$; $p = 0,0001$). Cân nặng đo bằng cân điện tử thay đổi trước và sau lọc máu có ý nghĩa thống kê ($58,09 \pm 11,17$ kg vs $55,9 \pm 10,67$ kg; $p = 0,0001$) với giảm trung bình $2,19 \pm 1,03$ kg so với trước lọc.

Không có mối liên hệ giữa triệu chứng lâm sàng và X-quang gợi ý thừa dịch với kết quả thừa dịch đo bằng BIS. Tỉ lệ thừa dịch phát hiện trên BIS thấp hơn lâm sàng ($17,6\%$ vs $91,9\%$). Nhóm bệnh nhân thừa dịch trên lâm sàng chỉ có $31,1\%$ thừa dịch trên BIS. Nhóm THA chỉ có $18,9\%$ thừa dịch trên BIS, còn nhóm CTR $> 0,5$ chỉ có $24,3\%$ thừa dịch trên BIS. Cân nặng đo bằng BIS thay đổi trước và sau lọc máu có ý nghĩa ($57,35 \pm 11,29$ kg vs $55,65 \pm 10,84$ kg; $p = 0,0001$) với giảm trung bình $1,7 \pm 0,93$ kg so với trước lọc.

Phân tích Bland-Altman cho thấy cân nặng đo bằng BIS tại thời điểm trước lọc máu có khuynh hướng cho ra kết quả cao hơn phương pháp đo bằng cân điện tử. Tại thời điểm sau lọc, cân nặng đo bằng BIS có tương quan tốt hơn với giá trị đo bằng cân điện tử (khác biệt trung bình là $-0,25$ kg sau lọc so với $1,47$ kg trước lọc). Có thể chấp nhận kết quả đo bằng BIS tại thời điểm sau lọc máu nhưng cần phân tích sâu hơn phối hợp với các tiêu chuẩn lâm sàng.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần có thêm các biện pháp đánh giá trọng lượng khô khách quan cho bệnh nhân lọc máu định kỳ. Máy phân tích trở kháng sinh học là một công cụ dễ sử dụng và không xâm lấn có thể giúp điều chỉnh trọng lượng khô và mức siêu lọc phù hợp, do đó giúp tối ưu hóa liệu pháp lọc máu mạn tính và kết cục của bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu định kỳ. Chúng tôi đề xuất có thể sử dụng máy phân tích trở kháng sinh học như là công cụ hỗ trợ nhằm giảm thiểu tình trạng thừa hoặc thiếu dịch quá mức giữa các lần đánh giá lâm sàng.

Nghiên cứu cũng cho thấy cân nặng đo bằng BIS tại thời điểm sau lọc có sự tương quan tốt hơn với phương pháp đo cân nặng bằng cân điện tử, so với đo tại thời điểm trước lọc máu. Vì vậy nên đo giá trị trở kháng sinh học nhiều lần liên tiếp sẽ hữu ích hơn so với giá trị đo một lần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đình Dương.** (2016). Nghiên cứu một số đặc điểm chỉ số dịch và thành phần cơ thể xác định bằng thiết bị BCM ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ. Tạp Chí Y Dược Học Quân Sự, 1: tr. 111-116.
2. **Nguyễn Thị Thủy.** (2013). Khảo sát ứng dụng thiết bị đo các thành phần cơ thể (BCM) trong việc xác định trọng lượng khô

ở bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ, Luận văn Thạc sĩ Y học, trường đại học Y Hà Nội.

3. **Atilano-Carsi X. et al.** (2015). Bioimpedance vector analysis as a tool for the determination and adjustment of dry weight in patients undergoing hemodialysis. Nutr Hosp, 31(5): p. 2220-9.
4. **Kim YJ. et al.** (2015). Overhydration measured by bioimpedance analysis and the survival of patients on maintenance hemodialysis: a single-center study. Kidney Res Clin Pract, 34(4): p. 212-8.
5. **Liu L. et al.** (2020). The effect of BCM guided dry weight assessment on short-term survival in Chinese hemodialysis patients: Primary results of a randomized trial - Body Composition Monitor (BOCOMO) study. BMC Nephrol, 21(1): p. 135
6. **Park JH., Jo YI. and Lee JH.** (2018). Clinical usefulness of bioimpedance analysis for assessing volume status in patients receiving maintenance dialysis. Korean J Intern Med, 33(4): p. 660-669.
7. **Sugano N. et al.** (2014). Monitoring of body water composition by the simultaneous use of bioelectrical impedance analysis and Crit-Line during hemodialysis. Clin Exp Nephrol, 18(6): p. 944-51.
8. **Yang EM. et al.** (2017). Measurement of Fluid Status Using Bioimpedance Methods in Korean Pediatric Patients on Hemodialysis. J Korean Med Sci, 32(11): p. 1828-1834.

CÁC HÌNH THỨC THAY HUYẾT TƯƠNG TRONG GHEP THẬN KHÔNG TƯƠNG HỢP NHÓM MÁU ABO NHÂN 3 TRƯỜNG HỢP ĐẦU TIÊN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Minh Tuấn¹, Nguyễn Thị Mỹ Hoài¹,
Dương Toàn Trung¹, Nguyễn Minh Tú¹,
Nguyễn Trần Đức¹, Nguyễn Thị Kiều Diễm¹,
Đoàn Thị Ngọc Ánh¹, Nguyễn Tri Thức²

TÓM TẮT

Cho đến nay, ghép thận vẫn được xem là phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối. Những năm gần đây, với sự hoàn thiện về kỹ thuật và các thuốc ức chế miễn dịch, ngành ghép đã phát triển vượt bậc. Tuy nhiên, ngành ghép vẫn đối mặt với nhiều thách thức, trong đó có sự thiếu hụt nguồn tạng ghép. Để giải quyết vấn đề này, nhiều giải pháp được đưa ra nhằm có thêm nguồn thận ghép như: Ghép thận từ người hiến chết não, mở rộng tiêu chuẩn người hiến, đổi chéo người hiến, ghép thận từ người có nguy cơ miễn dịch cao và đặc biệt là ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO. Trước đây, không tương hợp nhóm máu ABO từng là chống chỉ định ghép thận do tăng nguy cơ thải ghép qua trung gian kháng thể và mất thận ghép sớm. Do đó, quá trình giải miễn cảm trước ghép, cụ thể là loại bỏ các kháng thể bằng phương pháp thay huyết tương đóng vai trò quan trọng trong ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO.

Từ khóa: Thay huyết tương, ghép thận, ghép tạng, không tương hợp nhóm máu ABO, giải miễn cảm, thải ghép.

SUMMARY

PRESENT TECHNIQUES FOR PLASMAPHERESIS IN ABO INCOMPATIBLE KIDNEY TRANSPLANTATION THE FIRST 3 CASES AT CHO RAY HOSPITAL

Kidney transplantation has become the choice of treatment for most patients with end stage kidney disease. In recent years, the improvement of technology and immunosuppressive drugs make the transplantation develop considerably. However, there are still many challenges in transplantation, especially the shortage of donor organ resources. To solve this problem, many solutions have been proposed to expand the kidney donors for renal transplatation such as: kidney transplant from deceased donors, expanded criteria donors, paired kidney exchange, transplantation in people with high immune risk, and notably ABO-incompatible kidney transplantation. In the past, ABO blood group incompatibility was considered an absolute contraindication for kidney transplantation because of increasing the risk of antibody – mediated rejection and premature loss of graft. Therefore, desensitization for ABO-incompatible kidney

¹Khoa Thận nhân tạo – Bệnh viện Chợ Rẫy

²TS.BS. CKII – Giám đốc Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Tuấn

SĐT: 0903733211

Email: minhluan2066@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài báo: 02/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 12/01/2024

Ngày duyệt bài: 25/02/2024

transplantation, specifically comprises removal of antibodies with the use of apheresis play a prominent role in ABO-incompatible renal transplantation.

Keywords: Plasma exchange, kidney transplantation, solid organ transplantation, ABO blood group incompatibility, desensitization, transplant rejection

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ghép thận nói riêng và ghép tạng nói chung là một phát minh vĩ đại của của nhân loại thế kỷ 20. Trong những năm gần đây, với sự hoàn thiện về kỹ thuật và sự ra đời của các thuốc ức chế miễn dịch, ngành ghép đã phát triển vượt bậc. Đến nay, ghép thận đã trở thành thường quy tại nhiều nước trên thế giới, trong đó có Việt Nam. Tuy nhiên, vẫn còn nhiều thách thức trong lĩnh vực này như: vấn đề thải ghép, nhiễm khuẩn và đặc biệt là sự thiếu hụt nguồn tạng ghép.

Theo số liệu của UNOS tại Mỹ năm 2018, danh sách bệnh nhân chờ được ghép thận lên đến 113.412 trường hợp, tuy nhiên chỉ 21.713 trường hợp được ghép, nguyên nhân chính là do thiếu nguồn tạng hiến. Để giải quyết vấn đề này, nhiều giải pháp được đưa ra nhằm có thêm nguồn thận ghép như: Ghép thận từ người hiến chết não, mở rộng tiêu chuẩn người hiến, đổi chéo người hiến, ghép thận từ người có nguy cơ miễn dịch cao và đặc biệt là ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO.

Ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO được thực hiện lần đầu tiên vào năm 1952 bởi Hume nhưng thất bại. Sau đó, nhiều tác giả khác cũng thực hiện nhưng vẫn không thành công. Đến năm 1987, Alexandre báo cáo 26 trường hợp ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO đầu tiên thành công với kỹ thuật ghép thận kèm cắt lách và phối hợp

với thuốc ức chế miễn dịch mạnh. Từ kết quả đó, làm giảm kháng thể và cắt lách được xem là tiêu chuẩn của ghép thận không tương hợp nhóm máu^[2].

Vào những năm 1970, phương pháp thay huyết tương được ghi nhận giúp loại bỏ kháng thể lưu hành trong máu người nhận thận. Những năm sau đó, nhiều kỹ thuật khác được phát triển để loại bỏ các kháng thể nhóm máu như thay huyết tương bằng phương pháp lọc màng đôi (double filtration plasmapheresis) hay lọc hấp phụ miễn dịch các kháng nguyên đặc hiệu và kháng nguyên không đặc hiệu (antigen-specific immunoadsorption).

II. NHÓM MÁU VÀ KHÁNG NGUYÊN KHÁNG THỂ HỆ ABO

Năm 1900, Karl Landstainer đã phát hiện ra hệ thống nhóm máu đầu tiên ở người là hệ thống ABO với 3 nhóm máu là: Nhóm A, nhóm B, nhóm O. Đến năm 1902, trên cơ sở thí nghiệm của Landstainer, Decastello và Sturli phát hiện thêm nhóm máu A. Thực ra, đây là những kháng nguyên polysaccharide được tìm thấy không chỉ trên bề mặt hồng cầu, tiểu cầu mà còn phân bố ở tế bào nội mô mao mạch cầu thận, tế bào nhu mô thận và tế bào ống thận xa. Ngoài ra, năm 1911, Von Dungern và Hirsfeld phát hiện ra nhóm máu A gồm 2 phân nhóm là A1 và A2, trong đó nhóm máu A1 chiếm khoảng 80% những người mang nhóm máu A^[3,6]. Mức định lượng và định tính kháng nguyên hệ nhóm máu ABO có thể khác nhau giữa các cá thể. Những người mang nhóm máu A1 và A2 khác nhau đáng kể về mức biểu hiện kháng nguyên A. Người mang nhóm máu A2 biểu hiện một lượng ít kháng nguyên A hoặc có hoạt tính men transferase A giảm, đây là men giúp biến đổi gốc α -D-galactose gắn kết với

β -n-acetylgalactosamine, do đó gây giảm biểu hiện của kháng nguyên A. Chính vì thế, nguy cơ miễn dịch do ghép thận không tương hợp nhóm máu ở người nhóm máu A2 là thấp đáng kể. Trên thực tế, những người không thuộc nhóm máu A nhận thận từ người hiến có nhóm máu A2 có thể ghép thận an toàn^[8].

Rào cản trong ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO chính là các kháng thể isohemagglutinin được hình thành từ trước. Đây là những kháng thể tự nhiên được hình thành từ rất sớm sau sinh, có thể do sự tiếp xúc với polysaccharides trên màng tế bào của vi khuẩn đường ruột, tăng dần trong khoảng 10 năm đầu đời và ổn định ở người trưởng thành. Các kháng thể này sẽ phản ứng với các kháng nguyên ABO không tự thân phân bố trên các tế bào nội mô mao mạch cầu thận, tế bào nhu mô thận và tế bào ống thận xa của thận ghép. Các kháng thể này bao gồm IgG, IgM và IgA; với nồng độ và sự phân bố thay đổi tùy từng người khác nhau. Tuy nhiên, trong ghép tạng, IgG có ý nghĩa về mặt chức năng. Khả năng gây ra các phản ứng miễn dịch của các kháng thể kháng A và kháng thể kháng B có thể khác nhau liên quan đến sự phân bố các phân lớp IgG và phụ thuộc vào đáp ứng của tế bào B.

Một vấn đề cần lưu ý là đối với nhóm máu Rhesus, kháng nguyên Rh chỉ hiện diện trên bề mặt hồng cầu và không có trên tế bào nhu mô tạng ghép. Vì vậy, ghép tạng không tương hợp nhóm máu Rhesus vẫn có thể thực hiện một cách thường quy và không làm tăng nguy cơ thải ghép.

III. GIẢI MẮN CẢM TRONG GHÉP THẬN KHÔNG TƯƠNG HỢP NHÓM MÁU ABO

Trước đây một trong những phương pháp giải miễn cảm trước ghép là cắt lách, khi bệnh

nhân chỉ được điều trị ức chế miễn dịch mà không cắt lách, hiệu giá kháng thể có thể giảm không đủ và cắt lách không phải lúc nào cũng khả thi ở những bệnh nhân có bệnh lý kèm theo. Warren và cộng sự đã ghi nhận ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO thành công bằng cách kết hợp thay huyết tương với immunoglobulin truyền tĩnh mạch mà không cần cắt lách. Các phác đồ giải miễn cảm hiện nay trong ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO có 2 nguyên tắc chính là: Loại bỏ kháng thể trước ghép; Dẫn nhập và duy trì thuốc ức chế miễn dịch nhằm ức chế sự xuất hiện lại của kháng thể Anti A và Anti B. Trong đó, loại bỏ kháng thể là phương pháp giải miễn cảm cơ bản trong ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO. Các phương pháp loại bỏ kháng thể hiện nay bao gồm: thay huyết tương theo phương pháp cổ điển (Plasma exchange, PE), lọc huyết tương theo phương pháp lọc màng đôi (Double Filtration Plasmapheresis, DFPP), và phương pháp lọc hấp phụ miễn dịch kháng nguyên đặc hiệu và kháng nguyên không đặc hiệu.

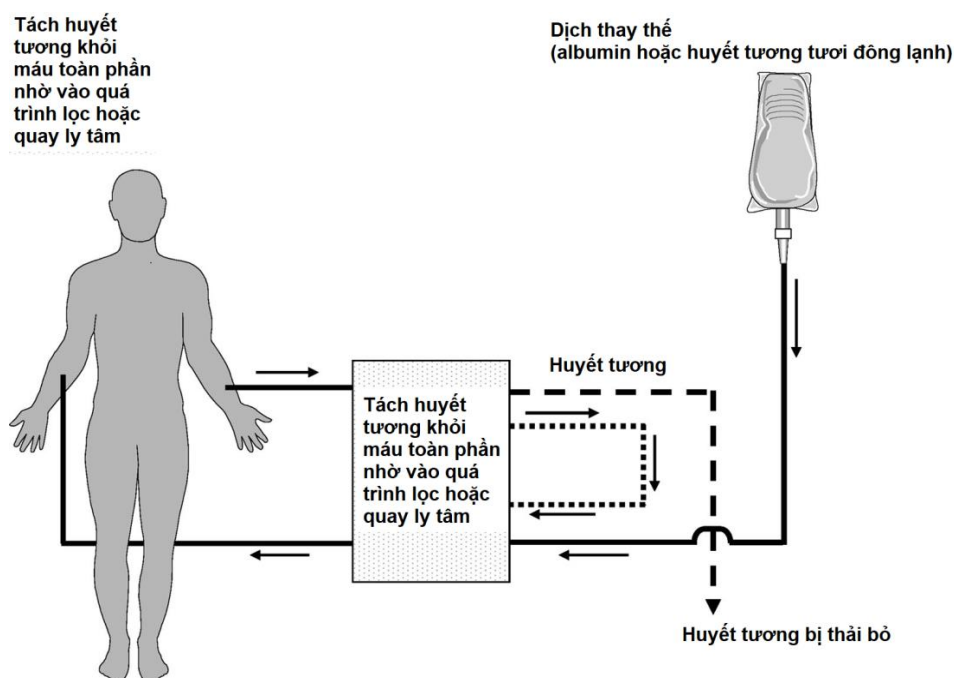
3.1. Thay huyết tương (Plasma exchange, PE)

Phương pháp này giúp loại bỏ các protein trong huyết tương, và thay thế bằng albumin và huyết tương tươi đông lạnh hoặc kết hợp cả hai. Máu sẽ được tách ra làm 2 phần: phần giàu hồng cầu và giàu protein. Phần giàu protein được thay bằng dịch thay thế. Thể tích dịch thay thế thường gấp 1-1.5 lần thể tích huyết tương. Phương pháp này có ưu điểm là có thể lọc được các chất khác ngoài IgG và IgM như: các phức hợp miễn dịch, các kháng thể lưu hành trong máu và bổ thể. Tuy nhiên, do các yếu tố đông máu và miễn dịch bị loại bỏ, bệnh nhân sẽ có nguy cơ chảy máu và nhiễm khuẩn sau khi thay huyết

tương. Để tránh nguy cơ này, nhiều trung tâm sử dụng huyết tương tươi đông lạnh cho quy trình PE ngay trước ghép. Tác giả Won và cộng sự chứng minh rằng dịch thay thế là huyết tương tươi đông lạnh có thể tốt hơn so với dịch thay thế chỉ chứa albumin, do trong huyết tương tươi đông lạnh có sẵn các kháng nguyên hoà tan giống kháng nguyên A,B (soluble ABO substance) giúp trung hòa các kháng thể kháng ABO có trong máu người nhận^[11]. Các biến chứng khác có thể gặp là dị

ứng, phản ứng phản vệ, giảm calci máu, tụt huyết áp, buồn nôn và nôn ói^[9].

Chuẩn bị kế hoạch PE cho bệnh nhân ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO dựa trên ngày dự kiến ghép và hiệu giá kháng thể ban đầu. Thông thường, thay huyết tương được lọc cách ngày. Thời lượng của PE phụ thuộc vào hiệu giá kháng thể. Số lần lọc cần thiết để đạt được mức mục tiêu là < 1:16 sẽ là 1-2, 2-3, 3-4, 4-5, 5-6 và > 6, tương ứng với hiệu giá mức cơ bản là < 32, 64, 128, 256, 512 và > 512^[7].



Hình 1: Thay huyết tương. Huyết tương được tách ra khỏi máu toàn phần nhờ vào quá trình lọc hoặc quay ly tâm, sau đó được loại bỏ. Tế bào huyết tương bị bỏ đi được thay thế bằng albumin hoặc huyết tương tươi đông lạnh

(Nguồn: Present techniques for antibody removal^[10])

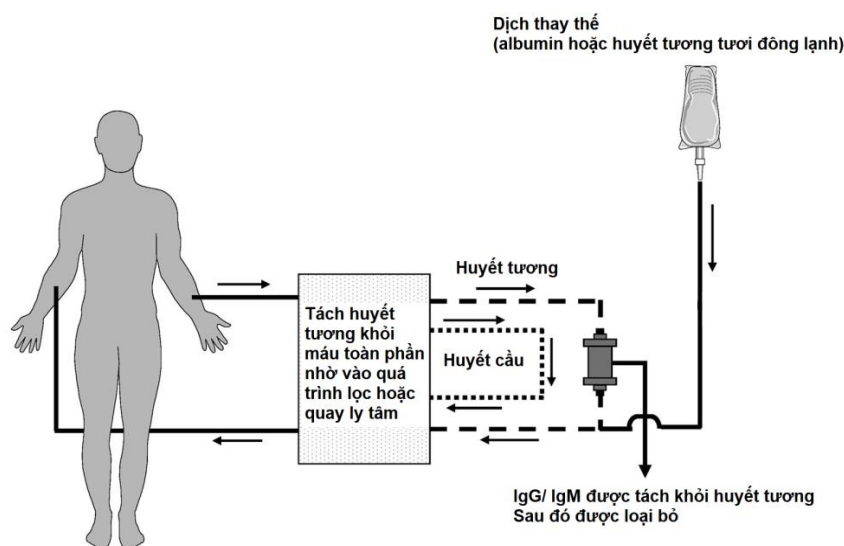
3.2. Thay huyết tương theo phương pháp lọc màng đôi (Double Filtration Plasmapheresis, DFPP)

Tại Nhật Bản, nhằm tránh các tai biến khi thay huyết tương với dịch thay thế bằng huyết tương tươi đông lạnh, phương pháp lọc màng đôi được sử dụng với dịch thay thế là

albumin. Phương pháp lọc màng đôi được phát minh bởi Agishi từ những năm 1980. Trong phương pháp này, huyết tương được lọc và đưa qua màng lọc thứ 2 để tách các globulin miễn dịch có chọn lọc^[11]. DFPP làm giảm thiểu sự thay đổi về huyết động và thể tích dịch thay thế. DFPP giúp loại bỏ 60 -

70% kháng thể mỗi lần lọc. Đây là ưu điểm của DFPP so với thay huyết tương theo phương pháp cổ điển, khi phương pháp cổ điển chỉ loại bỏ được 40 - 50% kháng thể. Theo lý thuyết, màng lọc có thể lọc được cả

IgG và IgM, và giữ lại albumin. Tuy nhiên, trên thực tế, một lượng albumin vẫn có thể mất qua màng lọc; do đó, thành phần dịch thay thế vẫn cần có albumin^[4].



Hình 2: Thay huyết tương bằng phương pháp lọc màng đôi. Huyết tương được tách ra khỏi máu toàn phần nhờ vào quá trình lọc hoặc quay ly tâm, sau đó được đưa qua màng lọc thứ hai để loại bỏ các globulin miễn dịch (IgG hoặc IgM). Chỉ thể tích của các globulin miễn dịch được thay thế bởi albumin hoặc huyết tương tươi đông lạnh

(Nguồn: Present techniques for antibody removal^[10])

3.3. Lọc hấp phụ miễn dịch

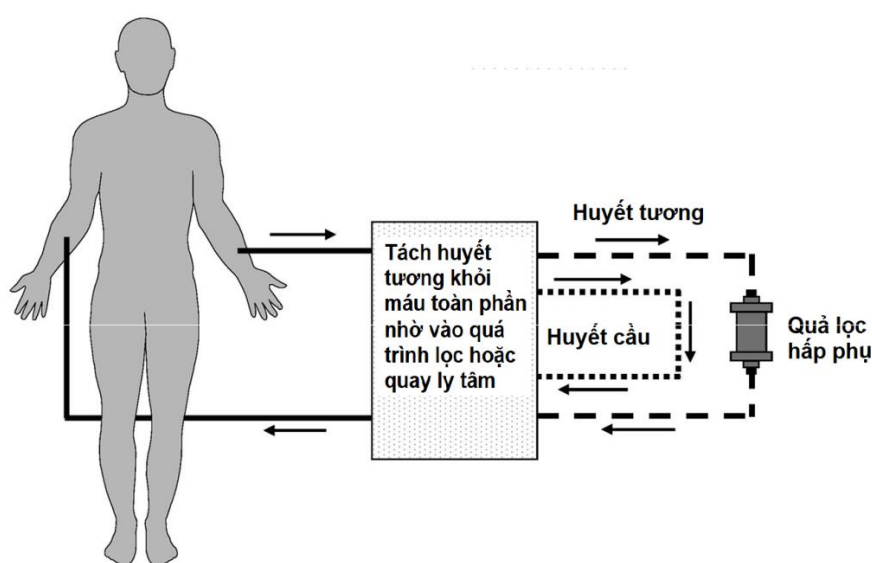
Phương pháp này có thể loại bỏ các kháng thể đặc hiệu như kháng thể kháng ABO, các globulin miễn dịch không đặc hiệu. Kỹ thuật miễn dịch hấp phụ kháng nguyên đặc hiệu thường được sử dụng nhiều hơn trong ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO, trong khi đó miễn dịch hấp phụ kháng nguyên không đặc hiệu lại phù hợp hơn trong việc làm giảm kháng thể kháng HLA. Trong miễn dịch hấp phụ kháng nguyên đặc hiệu ABO, huyết tương sẽ được lọc qua hệ thống nhằm ngưng kết anti - A và anti - B trong máu và truyền lại cho người nhận. Miễn dịch hấp phụ kháng nguyên đặc

hiệu có thể làm giảm hiệu giá kháng thể từ 2 đến 4 lần trong một chu kỳ. Cần thực hiện ít nhất 4 chu kỳ trước ghép thận nhằm đạt được hiệu giá kháng thể mục tiêu. Một ưu điểm quan trọng của phương pháp này là không cần dịch thay thế; tuy nhiên vì giá thành cao nên chỉ được áp dụng phổ biến ở các nước phát triển như châu Âu và Úc^[10].

Việc lựa chọn kỹ thuật lọc/ thay huyết tương tùy thuộc vào mức hiệu giá kháng thể ban đầu. Ở những bệnh nhân có hiệu giá kháng thể ban đầu $\leq 1:8$, không cần thay/ lọc huyết tương. DFPP được sử dụng ở những người có hiệu giá kháng thể từ 1:16 đến 1:64 và IA đặc hiệu (cột glycosorb-ABO IA) được

sử dụng ở những người có hiệu giá kháng thể trên 1:64. Lý do cho việc chỉ sử dụng IA cho những bệnh nhân có hiệu giá $> 1:64$ là những bệnh nhân này sẽ cần số lần thay/lọc huyết tương nhiều nhất và có nguy cơ xảy ra các biến chứng của PE hay DFPP (rối loạn đông máu, dị ứng...). Thay vào đó, DFPP được ưu tiên ở những bệnh nhân có hiệu giá kháng

thể từ 1:16 đến 1:64 vì đây là kỹ thuật ít tốn kém hơn và ít chu kỳ loại bỏ kháng thể hơn, nên không làm thay đổi đáng kể các thông số đông máu. Số lượng chính xác của các phiên lọc/thay huyết tương phụ thuộc vào hiệu giá kháng thể AntiA/ AntiB trên thực tế, điều chỉnh theo từng trường hợp cụ thể.



Hình 3: Thay huyết tương bằng phương pháp lọc hấp phụ miễn dịch. Huyết tương được tách ra khỏi máu toàn phần nhờ vào quá trình lọc hoặc quay ly tâm, sau đó được lọc qua quả lọc hấp phụ, rồi truyền trả lại cho bệnh nhân. Trong phương pháp này, thể tích huyết tương không bị loại bỏ; do đó, không cần dùng đến dịch thay thế.

(Nguồn: Present techniques for antibody removal^[10])

IV. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

4.1. Báo cáo ca lâm sàng 1

Bệnh nhân Vi Văn B, nam, 54 tuổi (1967), quê Bến Tre, vào tháng 7/2020 được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối không rõ nguyên nhân. Tháng 12/ 2020, bệnh nhân được đặt catheter tĩnh mạch cánh hãm bên phải để lọc thận nhân tạo và mổ tạo thông tĩnh mạch đầu - động mạch quay tay phải. Bệnh nhân mong muốn được ghép thận nhưng có cha đã mất lúc 72 tuổi do tai biến mạch máu não và mẹ hiện 88 tuổi. Người

hiện thận tiềm năng duy nhất có thể là vợ. Tuy nhiên, bệnh nhân có nhóm máu B Rh (+) trong khi vợ, 51 tuổi (1970), nhóm máu A Rh (+). Sau khi được tư vấn về những rủi ro tiềm ẩn có thể xảy ra khi ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO, bệnh nhân và gia đình đồng ý tham gia giải mã cảm để ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO.

Tiền căn: mổ nội soi tán sỏi niệu quản phải (2006) tại bệnh viện Bình Dân và trong lúc làm xét nghiệm chuẩn bị ghép thận, phát hiện lao tiềm ẩn đã điều trị thuốc kháng lao:

Rifampicin và isoniazid, trong thời gian 3 tháng (26/02/2021). Do trong đại dịch COVID-19 nên bệnh nhân được chích ngừa Sars-Cov2: Mũi 1 Moderna, mũi 2 Pfizer (14/09/2021).

Bệnh nhân có hiệu giá kháng thể anti-A IgG 1:16, bất tương hợp HLA với người hiến thận (vợ) (HLA mismatch) 6/6, PRA (-), phản ứng chéo âm tính.

Quy trình giải miễn cầm kéo dài 14 ngày, bao gồm các bước: truyền rituximab 200 mg vào ngày 14 trước mổ (15/12/2021) và bắt đầu sử dụng 3 thuốc ức chế miễn dịch vào trước ngày dự định mổ 7 ngày (22/12/2021): Tacrolimus 0,1 mg/kg/ngày chia 2 lần/ngày; mycophenolate mofetil (750 mg) uống 2 lần/ngày và prednisolone 20 mg mỗi ngày, kéo dài một tuần trước ngày ghép, với 2 lần lọc huyết tương với tỷ lệ thay thế là 1:1 và dịch thay thế là albumin 5%. Lọc thận nhân tạo duy trì được tiếp tục ba lần mỗi tuần. Hiệu giá kháng thể anti-A IgG được đo sau mỗi lần lọc huyết tương, sau 2 lần lọc huyết tương, hiệu giá kháng thể anti-A IgG đã giảm xuống 1:8 trong 3 ngày liên tiếp trước khi ghép thận. Bệnh nhân được dẫn nhập bằng basiliximab và ghép thận vào ngày 29/12/2021.

Người hiến thận được phẫu thuật nội soi lấy thận trái qua phúc mạc. Thận ghép có 1 động mạch và 1 tĩnh mạch được nối động mạch và tĩnh mạch chậu ngoài ở hố chậu phải người nhận, niệu quản được nối vào bàng quang có đặt thông JJ làm lòng. Sau khi tái tưới máu thận ghép hồng, có nước tiểu tại bàn, lượng nước tiểu tăng dần đạt 6820 ml trong ngày đầu hậu phẫu. Creatinine huyết thanh giảm từ 8,8 mg/dl xuống còn 1,35 mg/dl trong vòng 48 giờ. Vào thời điểm 1, 3 và 12 tháng sau ghép, creatinine huyết thanh lần lượt là: 1,33 mg/dl, 1,28 mg/dl và 1,31

mg/dl. Hiệu giá kháng thể anti-A IgG vẫn là 1:8 khi ra viện.

Vào tháng thứ chín sau khi ghép bệnh nhân được phát hiện nhiễm BK virus/máu với tải lượng virus là $4,15 \times 10^4$ copies, creatinine huyết thanh 1,2 mg/ dl, nồng độ đáy của tacrolimus 6,7 ng/ ml, tổng phân tích nước tiểu bình thường. Bệnh nhân được điều chỉnh giảm liều thuốc mycophenolate mofetil còn 1000 mg/ ngày và prednisolone 5 mg/ ngày. Sau 1 tháng tải lượng BK virus/ máu là 1×10^2 copies và sau 2 tháng không phát hiện tải lượng BK virus/ máu. Hiện tại (vào lúc 22 tháng), bệnh nhân đang sử dụng tacrolimus 4 mg một lần mỗi ngày (nồng độ đáy của tacrolimus 6 ng/ mL), mycophenolate mofetil 1000 mg uống chia 2 lần/ ngày và prednisolone 5 mg/ ngày. Creatinine huyết thanh 1,28 mg/ dl. Không có biến chứng nào được ghi nhận thêm cho đến thời điểm của báo cáo này. Hiện nay, bệnh nhân đã trở lại công việc trước ghép thận. Người hiến thận (vợ) vẫn khỏe mạnh và quay trở lại công việc bình thường.

4.2. Báo cáo ca lâm sàng 2

Bệnh nhân Nguyễn Văn S., nam, 30 tuổi (1992), tiền căn tăng huyết áp, nhiễm HBV có kháng thể. Tháng 12/2017, bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn giai đoạn cuối (không rõ nguyên nhân) và chạy thận nhân tạo. Bệnh nhân có nguyện vọng được ghép thận và người thân đồng ý hiến thận duy nhất là cha ruột của bệnh nhân đã 69 tuổi (1953). Bệnh nhân đăng ký ghép thận vào 6/2019, tuy nhiên, bệnh nhân có nhóm máu A Rh (+) và người hiến có nhóm máu B Rh (+). Đặc điểm miễn dịch của bệnh nhân: HLA mismatch 3/6 (1A, 1B, 1DR), PRA (-), phản ứng chéo âm tính, hiệu giá kháng thể anti-B IgG 1:64.

Vấn đề người hiến: lớn tuổi, viêm gan siêu vi B phát hiện 6/2019 điều trị entecavir 0,5 mg/ngày sau 3 tháng thì HBV DNA (-) và tiếp tục điều trị sau đó. Xạ hình thận với chức năng thận phải – trái tương ứng là 46 – 45,8 ml/phút/1,73m².

Bệnh nhân được giải miễn cảm theo quy trình của nghiên cứu với 4 lần thay huyết tương trước ghép. Hai lần lọc huyết tương đầu với dịch thay thế là albumin 5%, tỷ lệ thay thế là 1:1. Hai lần lọc huyết tương sau với dịch thay thế là albumin 5% và huyết tương tươi đông lạnh AB+, tỷ lệ thay thế 2/3 albumin 5% và 1/3 FFP AB+. Sau khi thay huyết tương lần 1, bệnh nhân có tình trạng tăng procalcitonin (5,2 ng/ml) nhưng không ghi nhận triệu chứng nhiễm khuẩn trên lâm sàng. Cận lâm sàng: XQ ngực không có tổn thương phổi, cấy máu âm tính, cấy dịch phết mũi - họng: *Citrobacter koseri*. Bệnh nhân được sử dụng kháng sinh (Vancomycin + imipenem cilastatin) và theo dõi sát. Sau khi xét nghiệm lại procalcitonin âm tính, cấy máu âm tính chúng tôi tiếp tục quy trình giải miễn cảm.

Người hiến thận được phẫu thuật nội soi qua phúc mạc lấy thận trái. Thận ghép có 1 động mạch và 1 tĩnh mạch được nối với động mạch và tĩnh mạch chậu ngoài ở hố chậu phải người nhận, niệu quản được nối vào bàng quang có đặt thông JJ làm nòng.

Diễn tiến hậu phẫu thuận lợi, kháng sinh trong và sau mổ tiếp tục duy trì imipenem cilastatin và được ngưng vào ngày hậu phẫu thứ 9 (sau khi dùng đủ 14 ngày) và sử dụng TMP/ SMZ liều 480 mg/ ngày. Hậu phẫu ngày thứ 12 lâm sàng bệnh nhân ổn định, nước tiểu mỗi ngày từ 4700 - 5500 ml/24h, có tình trạng creatinine huyết thanh tăng dần (1,18 → 1,36 → 1,74 mg/dL), tăng K⁺ máu (5,6 - 5,9 mmol/L), nồng độ tacrolimus dao

động 7,4 - 9,4 ng/ ml, chúng tôi nhận định khả năng bệnh nhân bị ngộ độc CNI và tổn thương thận do TMP/ SMZ và đã thực hiện xét nghiệm loại trừ khả năng TMA. Sau giảm liều tacrolimus, duy trì nồng độ 5,2 - 5,4 ng/ ml, và tạm ngưng TMP/ SMZ, creatinine huyết thanh và K⁺ giảm dần, bệnh nhân được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 17 (creatinine huyết thanh 1,24 ml/ dL, nồng độ tacrolimus 5,5 ng/ mL).

Sau ghép 1 tuần, bệnh nhân bị nhiễm COVID-19, được điều trị với molnupiravir tại nhà và giảm liều mycophenolate mofetil 1000 mg/ ngày, tacrolimus 8 mg chia 2 lần mỗi ngày (nồng độ đáy của tacrolimus 8 ng/mL), prednisolone 15 mg/ ngày. Năm tháng sau ghép, bệnh nhân bị viêm phổi do *Pneumocystis jirovecii*, được nhập viện điều trị với thuốc TMP/ SMZ (truyền tĩnh mạch). Hiện tại bệnh nhân đang dùng tacrolimus 2,5 mg 2 lần mỗi ngày (nồng độ đáy của tacrolimus 5 - 5,5 ng/mL), mycophenolate mofetil 1000 mg uống chia 2 lần/ ngày và prednisolone 5 mg/ ngày. Creatinine huyết thanh 1,7 - 1,8 mg/ dl, không có biến chứng nào được ghi nhận thêm cho đến thời điểm của báo cáo này.

4.3. Báo cáo ca lâm sàng 3

Bệnh nhân Trần Thanh P, nam, 45 tuổi (1977), tiền căn tăng huyết áp, suy thận mạn giai đoạn cuối (không rõ nguyên nhân) và chạy thận nhân tạo từ 07/2021. Bệnh nhân có người thân đồng ý hiến thận duy nhất là anh ruột 48 tuổi (1974). Bệnh nhân có nhóm máu B Rh (+) và người hiến có nhóm máu A Rh (+). Đặc điểm miễn dịch của bệnh nhân: PRA (-), HL mismatch 0/6, phản ứng chéo âm tính, hiệu giá kháng thể anti-B IgG 1:64.

Bệnh nhân được giải miễn cảm theo quy trình của nghiên cứu với 4 lần thay huyết tương trước ghép. Hai lần lọc huyết tương

đầu với dịch thay thế là albumin 5%, tỷ lệ thay thế là 1:1. Hai lần lọc huyết tương sau với dịch thay thế là albumin 5% và huyết tương tươi đông lạnh AB+, tỷ lệ thay thế là 2/3 albumin 5% và 1/3 FFP AB+.

Diễn tiến hậu phẫu thuận lợi, kháng sinh trong và sau mổ tiếp tục duy trì ceftazidim, dẫn lưu cạnh thận ghép và ống thông niệu đạo được rút hậu phẫu ngày 5. Chúng tôi ngưng ceftazidim vào ngày hậu phẫu thứ 7. Ngày hậu phẫu thứ 14 lâm sàng bệnh nhân ổn định, nước tiểu mỗi ngày từ khoảng 4000 ml/24h, creatinine huyết thanh ổn định dao động từ 1,09 → 1,1 mg/dL, bệnh nhân được xuất viện vào ngày hậu phẫu thứ 10 (creatinine huyết thanh 0,83 mg/dL, nồng độ tacrolimus 8,1 ng/mL). Sau ghép 6 tháng bệnh nhân đang dùng tacrolimus 2,5 mg 2 lần mỗi ngày (nồng độ đáy của tacrolimus 5 - 5,5 ng/mL), mycophenolate mofetil 1500 mg uống chia 2 lần/ngày và prednisolone 5 mg/ngày. Creatinine huyết thanh 1,15mg/dl. Không có biến chứng nào được ghi nhận thêm cho đến thời điểm của báo cáo này.

V. BÀN LUẬN

Ghép thận là một trong những phương pháp điều trị tối ưu cho bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối, do mang lại chất lượng cuộc sống tốt hơn, đồng thời tiết kiệm chi phí về lâu dài hơn so với lọc máu. Tuy nhiên, tại Việt Nam, danh sách chờ ghép thận ngày càng dài, do vấn đề thiếu hụt nguồn tạng hiến từ người hiến thận sống, trong khi chương trình ghép tạng từ người hiến tạng chết chưa phát triển. Trong bối cảnh này, ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO là một giải pháp khả thi nhằm tăng số trường hợp được ghép thận. Mặc dù trường hợp ghép thận tương hợp nhóm máu ABO từ người hiến thận sống đã được thực hiện thành công

lần đầu tiên vào năm 1992, nhưng ghép thận bất tương hợp nhóm máu ABO chưa bao giờ được thực hiện tại Việt Nam cho đến tháng 12/2021. Ngoài những lo ngại về thải ghép thể dịch và nhiễm trùng bùng phát sau ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO; những khó khăn về cơ sở vật chất như phương pháp xét nghiệm hiệu giá kháng thể, các phương pháp thay huyết tương; hay chi phí điều trị cho một ca ghép thận quá cao do phải giải mã cảm trước ghép; tất cả đã góp phần làm ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO xuất hiện khá trễ tại Việt Nam.

Nhiều quy trình giải mã cảm đã được áp dụng để góp phần loại bỏ các rào cản miễn dịch trong ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO. Hiện các quy trình giải mã cảm trước ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO đã được đơn giản hóa, bệnh nhân có chức năng thận sau ghép và thời gian sống còn của thận ghép tương đương với ghép thận cùng nhóm máu. Nhiều nghiên cứu chứng minh không có sự khác biệt về chức năng thận sau ghép, cũng như các biến chứng thải ghép giữa 2 nhóm bệnh nhân ghép cùng nhóm máu ABO và ghép không tương hợp nhóm máu ABO, được theo dõi trong cùng một thời gian và tại cùng trung tâm ghép^[12]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, cả 3 bệnh nhân sau ghép đều có nước tiểu nhiều, creatinine huyết thanh giảm nhanh đều và ổn định trong thời gian theo dõi.

Tại bệnh viện Chợ Rẫy, việc thay huyết tương được thực hiện theo phương pháp cổ điển (PE) nhằm đạt mục tiêu đưa hiệu giá kháng thể $\leq 1:16$. Tỷ lệ huyết tương được thay mỗi lần lọc là 1:1 và điều chỉnh tùy theo thực tế lâm sàng của bệnh nhân và mục tiêu hiệu giá kháng thể cần đạt. Dịch lọc sử dụng là albumin 5% và có thể kết hợp huyết tương tươi đông lạnh để giảm nguy cơ rối loạn

đông máu. Đến thời điểm này, mục tiêu hiệu giá kháng thể trước ghép vẫn chưa có sự thống nhất. Nhiều trung tâm ghép đưa ra mục tiêu hiệu giá kháng thể trước ghép $\leq 1:8$, trong khi vài trung tâm ghép khác chọn mức hiệu giá kháng thể trước ghép $\leq 1:32$ ^[12]. Tương tự như mục tiêu hiệu giá kháng thể, việc lựa chọn phương pháp thay huyết tương, số lần thay huyết tương, tỷ lệ và thành phần dịch thay thế nhằm loại bỏ các kháng thể trước ghép vẫn dựa theo kinh nghiệm và tương đối khác biệt giữa các trung tâm. Tại Mỹ và Nhật, thay huyết tương cổ điển (PE) vẫn là phương pháp được lựa chọn đầu tiên, vì sự thông dụng và chi phí hợp lý. Thay huyết tương giúp loại bỏ hiệu quả các kháng thể, bổ thể, các phức hợp miễn dịch; từ đó làm giảm nguy cơ thải ghép sau ghép. Nhược điểm của phương pháp này là các yếu tố đông máu và miễn dịch bị loại bỏ, bệnh nhân sẽ có nguy cơ chảy máu và nhiễm khuẩn sau khi thay huyết tương. Do đó, 3 trường hợp ghép khác nhóm máu tại bệnh viện Chợ Rẫy đều được bổ sung huyết tương tươi đông lạnh vào dịch thay thế nhằm giảm thiểu nguy cơ rối loạn đông máu.

Nhằm tránh các tai biến khi thay huyết tương với dịch thay thế bằng huyết tương tươi đông lạnh, phương pháp lọc màng đôi DFPP ra đời, với dịch thay thế được sử dụng là albumin. Huyết tương được tách ra và đưa qua màng lọc thứ 2 để tách các globulin miễn dịch có chọn lọc^[1]. DFPP làm giảm thiểu sự thay đổi về huyết động và thể tích dịch thay thế. DFPP giúp loại bỏ 60 - 70% kháng thể mỗi lần lọc. Đây là ưu điểm của DFPP so với thay huyết tương theo phương pháp cổ điển, khi phương pháp cổ điển chỉ loại bỏ được 40 - 50% kháng thể.

Tại các nước phát triển như phương Tây, Châu Âu và Úc, phương pháp lọc hấp phụ

miễn dịch (IA) được ưa chuộng do có thể loại bỏ các kháng thể đặc hiệu như kháng thể kháng ABO, các globulin miễn dịch không đặc hiệu. Một nghiên cứu tại Tây Ban Nha ghi nhận quy trình giải miễn cảm trước ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO đã dùng phương pháp lọc hấp phụ miễn dịch (IA) khi hiệu giá kháng thể trước ghép $\geq 1:256$; hoặc kết hợp phương pháp lọc hấp phụ miễn dịch (IA) và phương pháp thay huyết tương cổ điển (PE) khi hiệu giá kháng thể trước ghép quá cao $\geq 1:512$. Các tác giả đã chứng minh lọc hấp phụ miễn dịch, hoặc kết hợp cả 2 phương pháp lọc hấp phụ miễn dịch và thay huyết tương giúp quá trình giải miễn cảm mau chóng đạt mục tiêu hơn so với phương pháp thay huyết tương đơn thuần. Tuy nhiên, hạn chế duy nhất của lọc hấp phụ miễn dịch là giá thành quá cao, nên không phổ biến tại các quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam, nơi người bệnh phải chi trả phần lớn chi phí ghép thận^[5,13].

VI. KẾT LUẬN

Dù chi phí ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO vẫn còn cao do phải sử dụng các phương pháp giải miễn cảm trước ghép, nhưng giúp mở rộng được nguồn thận hiến được lấy từ người hiến sống có quan hệ huyết thống nhưng không tương hợp nhóm ABO; từ đó giúp bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn cuối có chỉ định ghép thận được ghép nhiều hơn. Trong giải miễn cảm trước ghép thận không tương hợp nhóm máu ABO, kết hợp thay huyết tương cùng với sự ra đời của các thuốc ức chế miễn dịch đã đạt hiệu quả cao trong việc loại bỏ kháng thể kháng ABO với tính chính xác cao cũng như giảm thiểu tai biến sau ghép.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Agishi T.** (1986), "Selective removal of pathogenetic macromolecules directly from whole blood by double filtration technique", *Int J Artif Organs*, Vol. 9(5), pp. 355-8.
2. **Becker L.E., Siebert D., Süsal C., et al.** (2015), "Outcomes Following ABO-Incompatible Kidney Transplantation Performed After Desensitization by Nonantigen-Specific Immunoabsorption", *Transplantation*, Vol. 99(11), pp. 2364-71.
3. **Hatakeyama S., Fujita T., Murakami R., et al.** (2014), "Outcome comparison of ABO-incompatible kidney transplantation with low-dose rituximab and ABO-compatible kidney transplantation: a single-center experience", *Transplant Proc*, Vol. 46(2), pp. 445-8.
4. **Higgins R., Lowe D., Hathaway M., et al.** (2010), "Double filtration plasmapheresis in antibody-incompatible kidney transplantation", *Ther Apher Dial*, Vol. 14(4), pp. 392-9.
5. **Jha P.K., Tiwari A.K., Bansal S.B., et al.** (2016), "Cascade plasmapheresis as preconditioning regimen for ABO-incompatible renal transplantation: a single-center experience", *Transfusion*, Vol. 56(4), pp. 956-61.
6. **Kwon H., Kim Y.H., Choi J.Y., et al.** (2016), "Analysis of 4000 kidney transplantations in a single center: Across immunological barriers", *Medicine (Baltimore)*, Vol. 95(32), pp. e4249.
7. **Montgomery R.A., Locke J.E., King K.E., et al.** (2009), "ABO incompatible renal transplantation: a paradigm ready for broad implementation", *Transplantation*, Vol. 87(8), pp. 1246-55.
8. **Thielke J., Kaplan B., and Benedetti E.** (2007), "The role of ABO-incompatible living donors in kidney transplantation: state of the art", *Semin Nephrol*, Vol. 27(4), pp. 408-13.
9. **Tobian A.A., Shirey R.S., Montgomery R.A., et al.** (2009), "Therapeutic plasma exchange reduces ABO titers to permit ABO-incompatible renal transplantation", *Transfusion*, Vol. 49(6), pp. 1248-54.
10. **Tydén G., Kumlien G., and Efvergren M.** (2007), "Present techniques for antibody removal", *Transplantation*, Vol. 84(12 Suppl), pp. S27-9.
11. **Won D.I., Ham J.Y., Kim C.D., et al.** (2015), "Benefits of fresh-frozen plasma as a replacement fluid to neutralize ABO antibodies", *J Clin Apher*, Vol. 30(5), pp. 288-96.
12. **Maritati F., Bini C., Cuna V., et al.** (2022), "Current Perspectives in ABO-Incompatible Kidney Transplant", Vol. 15, pp. 3095-3103
13. **Rivera C.F., Rodríguez M.C., Muñiz A.L., et al.** (2019), "ABO incompatible live donor renal transplant. Study of 48 patients after desensitization", *Nefrología (English Edition)*, Vol. 39(6), pp. 612-622

MỘT TRƯỜNG HỢP LAO ĐƯỜNG TIÊU HÓA BIẾN CHỨNG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA KHÓ CHẨN ĐOÁN, MỘT SỐ THẬN TRỌNG KHI CHẨN ĐOÁN BỆNH CROHN

Trần Xuân Trường¹, Võ Thị Xuân Mai¹,
Nguyễn Thị Thu Lệ¹, Nguyễn Thị Hồng Anh¹

TÓM TẮT

Bệnh lao đường tiêu hóa là bệnh hiếm gặp và khó chẩn đoán; bệnh thường diễn tiến âm thầm và không đặc hiệu cũng như thường được chẩn đoán nhầm với bệnh Crohn. Việc chẩn đoán sai hoặc chẩn đoán chậm trễ sẽ dẫn đến nhiều biến chứng nguy hiểm cho bệnh nhân. Tại khoa Nội tổng quát 9B1 bệnh viện Chợ Rẫy chúng tôi đã ghi nhận một trường hợp lao đoạn cuối hồi tràng và đại tràng có biến chứng xuất huyết tiêu hóa tái đi tái lại mà trước đó bệnh nhân đã được chẩn đoán nhầm bệnh Crohn. Bệnh nhân đã được điều trị thành công với thuốc kháng lao kết hợp cầm máu nội khoa bằng octreotide tiêm dưới da.

Từ khóa: Lao đường tiêu hóa, bệnh Crohn, octreotide.

SUMMARY

**CASE REPORT: THE
GASTROINTESTINAL
TUBERCULOSIS COMPLICATED BY
GASTROINTESTINAL BLEEDING IS
DIFFICULT TO DIAGNOSE, SOME
CAUTION WHEN DIAGNOSING
CROHN'S DISEASE**

¹Khoa nội tổng quát (9B1), bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Xuân Trường,

SĐT: 0903740791

Email: txuantruong@yahoo.com

Ngày nhận bài: 29/12/2023

Ngày phản biện khoa học: 19/01/24

Ngày duyệt bài: 25/02/2024

The Gastrointestinal tuberculosis is a rare disease and difficult to be diagnosed. The disease often progresses silently and non-specifically and is often misdiagnosed as Crohn's disease. Misdiagnosis or delayed diagnosis can result in serious complications for the patient. At the Department of General Internal Medicine 9B1, Cho Ray Hospital, we recorded a case of tuberculosis in the terminal ileum and colon with complications of recurrent gastrointestinal bleeding in which the patient had previously been misdiagnosed with Crohn's disease. The patient was successfully treated with anti tuberculosis drugs combined with medical hemostasis with subcutaneous injection of octreotide.

Keywords: Gastrointestinal tuberculosis, Crohn's disease, octreotide

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lao là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 13 trên toàn thế giới, với 1,5 triệu ca tử vong vào năm 2020^[5]. Lao ngoài phổi thường là thứ phát sau lao phổi hơn là lao nguyên phát tại cơ quan đó. Lao ngoài phổi chiếm khoảng 20% số bệnh nhân mắc lao, trong đó chỉ có 10% là lao đường ruột, tức khoảng 1% tổng số ca mắc bệnh lao^[5]. Tỷ lệ tử vong lao đường ruột dao động từ 1,4% - 20%^[5]. Chẩn đoán bệnh lao đường ruột khó khăn vì triệu chứng của nó không đặc hiệu, cũng như giống với các triệu chứng của nhiều bệnh lý đường ruột khác; trong đó lao

đường tiêu hóa thường được chẩn đoán lâm với bệnh Crohn. Trong một báo cáo ghi nhận có khoảng 60% lao đường ruột không được chẩn đoán sớm ngay từ đầu. Trong một báo cáo của các tác giả Trung Quốc - một trong những quốc gia có gánh nặng bệnh lao cao, có tới 17% bệnh nhân mắc lao đường ruột ban đầu bị chẩn đoán nhầm là bệnh Crohn^[7]. Trong khi lao đường tiêu hóa cần điều trị bằng thuốc kháng lao còn ngược lại bệnh Crohn thì điều trị bằng thuốc ức chế miễn dịch. Việc chẩn đoán nhầm và điều trị không đúng sẽ gây nhiều biến chứng và tăng tỷ lệ tử vong cho bệnh nhân. Biến chứng của lao đường ruột đó là xuất huyết tiêu hóa, thủng, tắc nghẽn lòng ruột, thiếu máu, suy dinh dưỡng... Do đó, việc chẩn đoán sớm và điều trị đầy đủ để giảm tỷ lệ tử vong do lao đường tiêu hóa là cực kỳ quan trọng. Trong báo cáo này chúng tôi sẽ trình bày một trường hợp lao hồi tràng và đại tràng biến chứng xuất huyết tiêu hóa mà trước đó được chẩn đoán nhầm là bệnh Crohn. Bệnh nhân đã được chúng tôi điều trị thành công với cầm máu nội khoa bằng octreotide tiêm dưới da kết hợp thuốc kháng lao.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

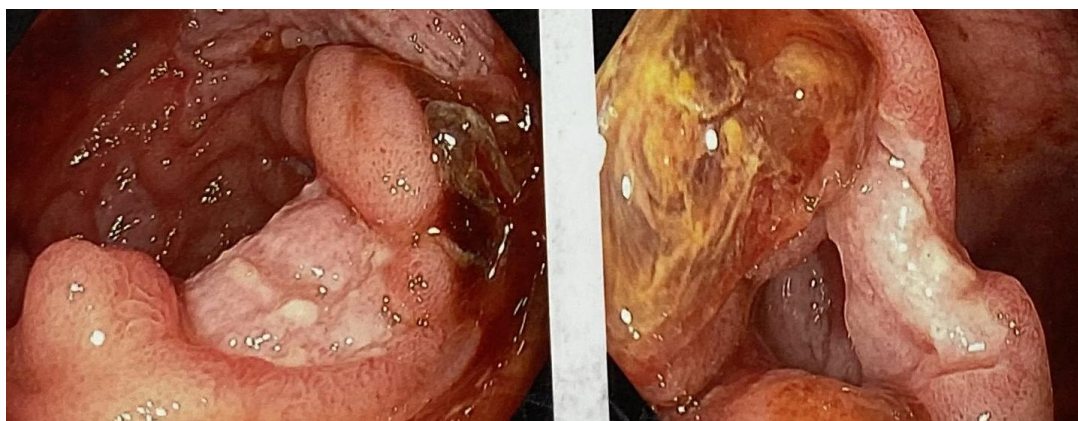
Bệnh nhân nữ, 57 tuổi, tiền căn nhồi máu cơ tim đặt stent mạch vành năm 2021 tại bệnh viện Chợ Rẫy. Bệnh khởi phát từ tháng 9 năm 2022 bệnh nhân bị loét ở miệng; bệnh nhân đã điều trị tại nhiều bệnh viện, bệnh không cải thiện và xuất hiện thêm triệu chứng đau bụng, tiêu lỏng. Nội soi đại tràng và giải phẫu bệnh lần 1 (04/08/2023) tại bệnh viện bạn: sinh thiết hồi tràng: viêm hồi tràng mạn tính hoạt động mạnh kèm loét, không thấy u hạt, virus hay ký sinh trùng. Sinh thiết đại tràng ngang và đại tràng xích ma: viêm đại tràng hoạt động trung bình kèm loét.

Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng bệnh Crohn nên điều trị bằng Adalimumab và Methylprednisolon uống. Sau 3 tuần điều trị với thuốc ức chế miễn dịch, tình trạng đau bụng không cải thiện và tiêu máu tái đi tái lại phải truyền máu nhiều lần. Lần cuối cùng, bệnh nhân bệnh nhân tiêu máu nhiều và nội soi đại tràng lần 2 kiểm tra ghi nhận viêm loét sâu nặng hồi tràng-đại tràng với nhiều đoạn loét trên 4cm, diễn tiến nặng hơn so với 7 tuần trước và đang xuất huyết tiến triển. Bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật cắt đại tràng cầm máu; nhưng bệnh nhân không đồng ý phẫu thuật nên nhập viện bệnh viện Chợ Rẫy.

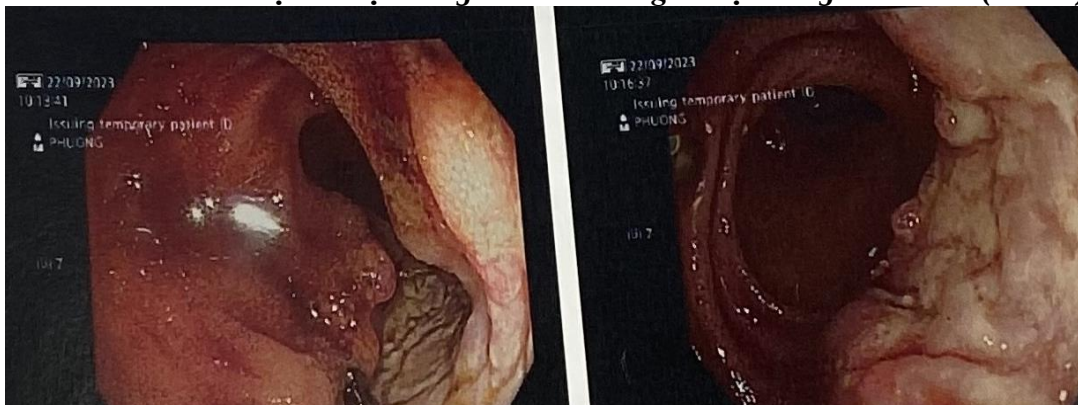
Khám lâm sàng: Bệnh nhân đau quặn bụng vùng hạ vị từng cơn, tiêu máu đỏ tươi. Tổng trạng suy kiệt. BMI: 15,14kg/m². Sinh hiệu ổn. Tim đều; phổi không ran; bụng mềm, không bóng, không sờ thấy khối u ổ bụng, gan lách không to. Kết quả công thức máu: thiếu máu đẳng sắc đẳng bào; chức năng gan thận, nước tiểu, X-quang phổi trong giới hạn bình thường. CT bụng có cản quang: dày đồng tâm đoạn cuối hồi tràng khả năng viêm. Bệnh nhân được nhập viện khoa 9B1 bệnh viện Chợ Rẫy với chẩn đoán ban đầu: xuất huyết tiêu hóa dưới do viêm loét hồi tràng- đại tràng nghi do bệnh Crohn phân biệt do lao/ bệnh nhân nhồi máu cơ tim cũ đã đặt stent. Thời điểm này bệnh nhân được điều trị: truyền máu+ octreotide+ Solumedrol 40mg+ pentasa+ hỗ trợ dinh dưỡng và nội soi đại tràng. Kết quả nội soi đại trực tràng lần 3 khi nhập viện bệnh viện Chợ Rẫy: có máu bầm và loét rải rác đại tràng xích ma, đại tràng ngang và nhiều tổn thương loét rộng 3 - 4 cm ở hồi tràng, sinh thiết ổ loét làm giải phẫu bệnh. Xét nghiệm Interferon Gamma release âm tính. BK đàm âm tính. VS 1h: 53mm, VS 2h: 83mm. CRP: 47.7 mg/L. Calprotectin/ phân: >800µg/g. Giải phẫu bệnh lần 2 của nội soi sinh thiết tại

bệnh viện Chợ Rẫy: chưa loại trừ viêm lao ít nghi Crohn. Hóa mô miễn dịch TB (+). Bệnh nhân được chẩn đoán cuối cùng: lao hồi tràng và đại tràng biến chứng xuất huyết tiêu hóa/ bệnh nhân nhồi máu cơ tim cũ đã đặt stent, được điều trị thuốc kháng lao theo phác đồ A1 của Chương trình chống lao quốc

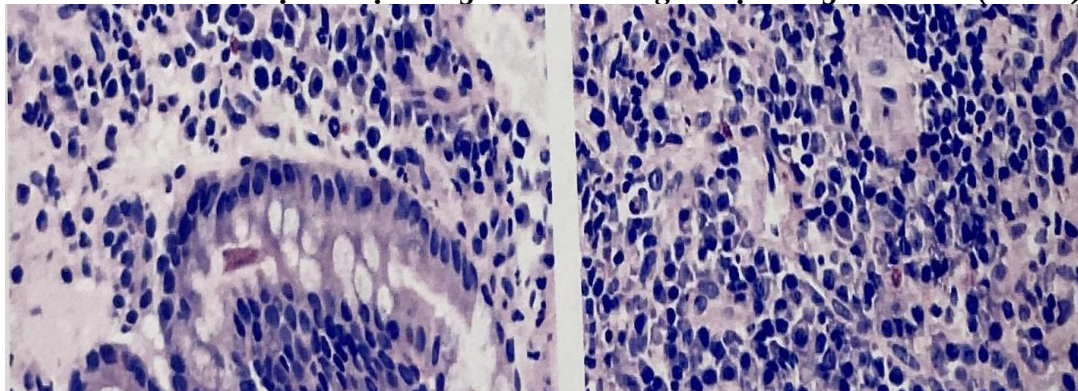
gia (2RHZE/4RHE)^[1] kết hợp cầm máu nội khoa bằng octreotide tiêm dưới da. Sau 2 tuần điều trị kháng lao và octreotide bệnh nhân tiêu phân vàng, hết đau bụng xuất viện ổn về tiếp tục điều trị theo Chương trình chống lao quốc gia.



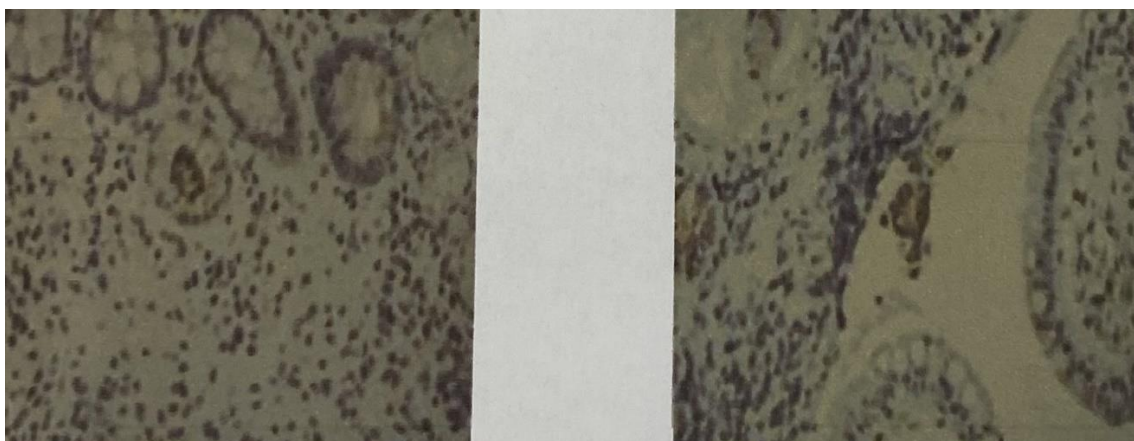
Hình 1: Hình ảnh nội soi đại tràng: loét hồi tràng và đại tràng 18/9/2023 (BVFV)



Hình 2: Hình ảnh nội soi đại tràng: loét hồi tràng và đại tràng 22/9/2023 (BVCR)



Hình 3: Hình ảnh giải phẫu bệnh hướng đến viêm lao



Hình 4: Hình ảnh hóa mô miễn dịch TB (+)

III. BÀN LUẬN

Bệnh lao vẫn là vấn đề về sức khỏe của các quốc gia trên thế giới, bao gồm cả Việt Nam. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ước tính có khoảng 10 triệu người mắc bệnh lao và 1,4 triệu người chết vì lao vào năm 2019. Tại Việt Nam, WHO ước tính có khoảng 174.000 người mắc lao mới, 11.000 người tử vong do bệnh lao (2018) và là một trong ba mươi nước có gánh nặng bệnh lao cao nhất trên thế giới^[8]. Những người bị nhiễm vi khuẩn lao có nguy cơ mắc bệnh lao từ 5 – 15% trong đời. Bệnh lao thường gặp là lao phổi trong khi lao ngoài phổi thì ít gặp hơn^[8]. Lao ngoài phổi có thể gặp ở các vị trí sau: thanh quản, hạch bạch huyết, màng phổi, não, thận, xương khớp, màng não, phúc mạc và ruột. Bệnh lao có thể ảnh hưởng đến bất kỳ phần nào của đường tiêu hóa, từ miệng đến hậu môn (49%), phúc mạc (42%), hạch bạch huyết mạc treo ruột (4%) và gan và hệ thống mật tụy (5%)^[8]. Lao đường ruột thường liên quan phổ biến nhất là vùng hồi manh tràng, đại tràng và ruột non. Ngược lại,

lao đường tiêu hóa trên, cụ thể là lao thực quản và lao dạ dày là những vị trí nhiễm lao hiếm gặp hơn. Lao ruột có thể là kết quả của các phương thức lây lan khác nhau như nhiễm trùng trực tiếp do ăn phải trực khuẩn từ thức ăn hoặc nuốt đàm bị nhiễm bệnh lao, lây lan từ cơ quan lân cận và lây lan qua đường máu hoặc đường bạch huyết. Theo thống kê thì vị trí liên quan phổ biến nhất là vùng hồi manh tràng (25% -90%), tiếp theo là ruột non (6% -67%), đại tràng (2% -32%) và vùng dạ dày tá tràng (0,5% -5%)^[5]. Về mặt biểu hiện lâm sàng, các dấu hiệu và triệu chứng liên quan đến bệnh lao đường ruột không đặc hiệu và dễ nhầm lẫn với các bệnh đường ruột khác^[5] vì vậy chẩn đoán có thể bị bỏ sót hoặc bị trì hoãn - dẫn đến tăng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong. Hầu hết bệnh nhân lao đường tiêu hóa đều có các triệu chứng kéo dài từ một tháng đến một năm. Biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất là đau bụng (76% - 88%), sụt cân (50% - 80%) và sốt (43% - 80%)^[5]. Giảm cân ở bệnh nhân lao đường tiêu hóa là do nhiều yếu tố, có liên quan đến

quá trình viêm mãn tính, giảm và thay đổi sự hấp thu ở ruột^[5]. Sốt nhẹ ($37,5^{\circ}\text{C}$ đến $38,5^{\circ}\text{C}$) và kèm theo đổ mồ hôi về đêm^[5]. Các triệu chứng tiêu hóa khác có thể xảy ra bao gồm tiêu chảy, buồn nôn, nôn và táo bón^[5]. Khi khám thực thể, có thể tìm thấy bụng báng (10% -34%), khối sờ thấy ở bụng (10% -17%) và lách to (14,2%)^[5]. Nhiều vùng của đường tiêu hóa có thể bị ảnh hưởng, phổ biến nhất là vùng hồi manh tràng, gặp ở hơn 75% bệnh nhân. Và đôi khi, bệnh nhân bị lao đường ruột cũng có thể không có triệu chứng^[5]. Bệnh nhân trong trường hợp của chúng tôi có biểu hiện tiêu ra máu, một biểu hiện hiếm gặp của lao đường ruột, chỉ gặp ở 7–20% trường hợp^[5]. Nguyên nhân gây xuất huyết tiêu hóa được cho là do viêm niêm mạc do trực khuẩn lao gây ra. Mặc dù không đặc hiệu cho bệnh lao đường ruột, bệnh nhân của chúng tôi cũng có một số triệu chứng phổ biến nhất của bệnh lý này như là đau bụng, tiêu lỏng sau đó tiêu máu, sụt cân, sốt nhẹ và đổ mồ hôi về đêm. Việc chẩn đoán xác định bệnh lao đường ruột là một thách thức và dựa trên các nghiên cứu vi sinh, mô bệnh học, miễn dịch. Nhuộm trực khuẩn lao có độ đặc hiệu rất cao (100%)^[5] nhưng nó lại có độ nhạy thấp (17%-31%) nên nguy cơ âm tính giả rất cao^[5]. Xét nghiệm tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh lao đường ruột là nuôi cấy vi khuẩn lao, rất đặc hiệu (100%) mặc dù có giá trị độ nhạy rất thấp (9,3%) và thời gian 8 tuần mới có kết quả nên sẽ chậm trễ trong chẩn đoán bệnh đặc biệt là trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa như bệnh nhân chúng tôi trình bày. Việc

sử dụng IGRA còn hạn chế, mặc dù một số nghiên cứu cho thấy độ nhạy từ 74% đến 88% và độ đặc hiệu từ 74% đến 86%. Tuy nhiên IGRA dương tính không phân biệt giữa nhiễm lao hoạt động và nhiễm lao tiềm ẩn và IGRA âm tính vẫn không loại trừ lao tiềm ẩn^[5]. Về giải phẫu bệnh để chẩn đoán nhằm giữa bệnh Crohn và lao đường ruột. Bệnh Crohn được đặc trưng bởi tổn thương viêm mạn tính một hoặc nhiều vị trí của ống tiêu hóa, từ miệng đến hậu môn, thường gặp ở đoạn cuối ruột non, phần đầu của đại tràng và quanh ống hậu môn, tổn thương xuyên qua các lớp của thành ống tiêu hóa từ niêm mạc đến thanh mạc. Bệnh Crohn là một trong hai bệnh chính của viêm ruột (IBD: Inflammatory Bowel Disease), bao gồm bệnh Crohn (CD: Crohn's Disease) và viêm loét đại tràng (UC: Ulcerative colitis). Về mặt bệnh học, trong bệnh Crohn biểu hiện là những tổn thương không liên tục, xuyên thành và có u hạt dễ gây các biến chứng thủng, rò, không đối xứng và liên quan đến hồi tràng. Nguyên nhân gây bệnh Crohn vẫn chưa rõ ràng, sự thay đổi miễn dịch, yếu tố di truyền và môi trường đóng vai trò quan trọng trong sự phát triển bệnh. Nhiều giả thuyết được đưa ra gồm nhiễm trùng, vi khuẩn, virus, Chlamydia, yếu tố chế độ ăn gồm ăn nhiều chất béo, dầu, thịt và ăn ít chất xơ. Bệnh chủ yếu gặp ở các nước phương Tây. Tuy nhiên, bệnh đang gia tăng mạnh trong những năm gần đây ở một số quốc gia Châu Á nói chung và Việt Nam nói riêng có thể liên quan đến sự thay đổi của môi trường, chế độ ăn uống, sinh hoạt. Về nội soi: Tổn

thương đường ruột ở lao đường ruột có thể có các dạng như: loét (60%), phì đại (10%) và loét phì đại (30%)^[2]. Thể loét thường gặp ở những người suy dinh dưỡng còn thể thể phì đại được mô tả ở những cá nhân được nuôi dưỡng tương đối tốt. Các dạng loét và hẹp thường ảnh hưởng đến ruột non hơn, trong khi các dạng đại tràng và hồi manh tràng thường là loét phì đại^[6]. Kết quả nội soi cho thấy sự liên quan đến hồi manh tràng trong trường hợp của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu khác vì đây là vị trí phổ biến nhất trong lao đường ruột. Nguyên nhân lao hồi manh tràng là thường gặp trong bệnh lý lao đường ruột, được cho là do thời gian tiếp xúc giữa vi khuẩn lao và niêm mạc tăng lên do bị thu hẹp và ứ đọng. Sự hiện diện của mô bạch huyết ở vùng hồi manh tràng, nơi trực khuẩn có thiên hướng lây nhiễm, cũng có thể là một yếu tố góp phần. Những bệnh nhân lao đường tiêu hóa khi chưa có chẩn đoán xác định mà có biến chứng tắc ruột, thủng, hoặc xuất huyết tiêu hóa nghiêm trọng không cầm máu được thường đòi hỏi phải phẫu thuật thăm dò khẩn cấp, sau đó có kết quả xác định lao sẽ điều trị thuốc chống lao sau phẫu thuật. Liệu pháp chống lao cho bệnh lao đường ruột cũng giống như phương pháp điều trị lao phổi. Trong điều trị xuất huyết tiêu hóa dưới thì nội soi đại tràng cầm máu sau khi làm sạch đại tràng là phương pháp được lựa chọn đầu tiên, nếu không cầm máu được bằng nội soi thì chỉ định ngoại khoa cầm máu trong trường hợp xuất huyết tiêu hóa nặng. Bệnh nhân của chúng tôi đã được nội soi nhiều lần tại nhiều bệnh viện nhưng

vẫn không cầm máu được do đó xuất huyết tiêu hóa tái đi tái lại và ngày càng xuất huyết nặng nên đã có chỉ định cắt đại tràng cầm máu nhưng do bệnh nhân không đồng ý. Khi chúng tôi tiếp nhận bệnh nhân do huyết động bệnh nhân còn ổn định nên chúng tôi quyết định cầm máu bằng octreotide. Gần đây, octreotide đã được chứng minh là một liệu pháp hiệu quả trong điều trị xuất huyết tiêu hóa dưới ở những bệnh nhân đáp ứng kém với các phương pháp điều trị trước đó. Theo tác giả Khedr A và cộng sự công bố năm 2022^[4] ghi nhận octreotide có tác dụng cầm máu cho các trường hợp xuất huyết tiêu hóa của ruột non do nhiều nguyên nhân khác nhau. Octreotide có nhiều tác dụng như làm giảm lưu lượng tá tràng và nội tạng, tăng sức cản mạch máu^[4], ức chế bài tiết pepsin, gastrin, axit, tăng kết tập tiểu cầu và ức chế sự hình thành mạch máu bằng cách ức chế sản xuất VEGF. Do đó, octreotide ngăn chặn xuất huyết tiêu hóa thông qua cơ chế làm giảm lưu lượng máu niêm mạc đến hệ thống tiêu hóa, ức chế bài tiết axit, ức chế pepsin, và ngăn ngừa sự phân giải cục máu đông hình thành tại vị trí chảy máu^[4]. Chan và cộng sự^[3] đã báo cáo rằng octreotide có thể làm giảm nồng độ oxit nitric nội mô, ức chế giải phóng glucagon, một chất làm giãn mạch mạnh, dẫn đến co mạch nội tạng và giảm chảy máu. Từ đó chúng tôi đã quyết định cầm xuất huyết tiêu hóa cho bệnh nhân chúng tôi bằng octreotide 0.1 mg tiêm dưới da 3 lần mỗi ngày trong khi chờ tác dụng của thuốc kháng lao. Sau 2 tuần điều trị kháng lao và octreotide bệnh nhân tiêu phân vàng,

hết đau bụng xuất viện ổn về tiếp tục điều trị theo Chương trình chống lao quốc gia.

IV. KẾT LUẬN

Bệnh Crohn thường được điều trị với các loại thuốc ức chế miễn dịch, thuốc sinh học, corticoids trong khi bệnh lao đường ruột là bệnh điều trị khỏi hoàn toàn với thuốc kháng lao. Việc chẩn đoán nhầm và điều trị không chính xác sẽ nguy hiểm cho bệnh nhân. Tuy nhiên việc chẩn đoán xác định bệnh là cực kỳ khó khăn nên thường chẩn đoán trễ và để lại nhiều biến chứng cho bệnh nhân cũng nhưng tăng tỷ lệ tử vong. Do đó cần thiết chú ý chẩn đoán bệnh và điều trị sớm lao đường tiêu hóa cũng như vai trò của giải phẫu bệnh là cực kỳ quan trọng trong việc phân biệt hai bệnh lý này. Trong điều trị biến chứng xuất huyết tiêu hóa dưới không cầm máu được qua nội soi thì octreotide là một liệu pháp mới được đề ý gần đây và được xem là phương pháp điều trị nội khoa và không chính thức trong điều trị xuất huyết tiêu hóa dưới. Cần có thêm các thử nghiệm với số lượng bệnh nhân tham gia lớn hơn và thời gian theo dõi lâu hơn để xác nhận tính an toàn, hiệu quả của thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2021). “Phác đồ điều trị bệnh lao”.
2. **Abbas Z** (2015). “Abdominal tuberculosis, inTextbook of Hepato-Gastroenterology”. New Delhi: Jaypee Brothers Medical Pub, pp. 68–76.
3. **Chan MM, Chan MM, Mengshol JA, Fish DN, Chan ED** (2013). “Octreotide: a drug often used in the critical care setting but not well understood”. *Chest* (144), pp.1937–1945.
4. **Khedr A, et al** (2022). “Role of octreotide in small bowel bleeding”. *World J Clin Cases*10(26), pp. 9192-9206.
5. **Maulahela H, Simadibrata M, et al** (2022). “Recent advances in the diagnosis of intestinal tuberculosis”. *BMC Gastroenterol*, 22(89).
6. **Noomene R, Ouakaa A, et al** (2017). “What remains to surgeons in the management of abdominal tuberculosis? A 10 years experience in an endemic area”. *Indian J Tuberc*,64(3), pp.167–72.
7. **X. C. Shi, L. F. Zhang, et al** (2016). “Clinical and laboratory diagnosis of intestinal tuberculosis,” *Chinese Medical Journal* 129 (11), pp. 1330–1333.
8. **WHO** (2018). *Global Tuberculosis Report* 2018.

VAI TRÒ CỦA SPO₂ QUA ĐÊM, THANG ĐIỂM EPWORTH VÀ THANG ĐIỂM STOP-BANG TRONG TẦM SOÁT HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ

Nguyễn Thị Hồng Anh¹, Lê Hồng Ngọc²

TÓM TẮT

Mở đầu: Hiện nay tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ là đa ký hô hấp hoặc đa ký giấc ngủ. Tuy nhiên, các xét nghiệm này đắt tiền, tốn thời gian và nhân lực. Một số nghiên cứu đề nghị sử dụng SpO₂ qua đêm, thang điểm EPWORTH, thang điểm STOP- Bang để tầm soát hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ; đây là các xét nghiệm rẻ tiền, dễ thực hiện và có thể thực hiện đại trà nhiều nơi. Chỉ số được thu nhận từ SpO₂ qua đêm để chẩn đoán hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ đó là: tổng số lần có giảm SpO₂ $\geq 4\%$ trong mỗi giờ được gọi là chỉ số ODI.

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định giá trị của SpO₂ qua đêm, thang điểm EPWORTH và thang điểm STOP- Bang trong tầm soát hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ.

Phương pháp: Đây là nghiên cứu cắt ngang phân tích. Bệnh nhân được chọn khi có than phiền về ngáy và buồn ngủ ngày quá mức, đến khám tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2018 đến 07/2019.

Kết quả: Tùy thuộc vào giá trị ngưỡng ODI, EPWORTH, STOP-Bang và mức độ bệnh sẽ có độ nhạy và độ đặc hiệu khác nhau. Trong trường hợp chẩn đoán bệnh nhẹ với giá trị ngưỡng ODI=5, Epworth= 5 và STOP-Bang=3 có độ nhạy là 96% và độ đặc hiệu là 88%; trong trường hợp bệnh trung bình thì với giá trị ngưỡng ODI=15, Epworth= 7 và STOP-Bang=3 thì độ nhạy là 98 % và độ đặc hiệu là 90%; trong trường hợp bệnh nặng thì với giá trị ngưỡng ODI = 28, Epworth = 7 và STOP-Bang = 3 thì độ nhạy là 98% và độ đặc hiệu là 92%.

Kết luận: SpO₂ qua đêm, thang điểm EPWORTH và thang điểm STOP-Bang là xét nghiệm rẻ tiền không xâm lấn cho độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong tầm soát hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ.

Từ khóa: thang điểm EPWORTH, thang điểm STOP-Bang, SpO₂ qua đêm, hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ.

SUMMARY

OVERNIGHT PULSE OXIMETRY, EPWORTH SCALE AND STOP-BANG SCALE IN THE DIAGNOSIS OF OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME

Background: The “gold standard” for definitive diagnosis of obstructive sleep apnea syndrome (SAS) is polysomnography or polygraphy. However, these means of diagnosis have their limitations: they are expensive, time consuming and labor intensive. Several studies have suggested that overnight pulse oximetry,

¹Khoa nội tổng quát (9B1) - Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bộ môn Lao và bệnh Phổi - Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Anh
SĐT: 0942394931

Email: honganh271976@gmail.com

Ngày nhận bài: 29/12/2023

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2024

Ngày duyệt bài: 25/02/2024

Epworth scale and STOP-Bang scale are useful tools in the screening of sleep apnea syndrome, because they are inexpensive, easily done and could potentially meet the large demand for diagnostic testing in the community. Index from overnight pulse oximetry have been used to diagnose of SAS: Oxygen desaturation index (ODI) was defined as a decrease of $\geq 4\%$

Objective: Determining the value of using overnight pulse oximetry, EPWORTH scale and STOP-Bang scale in the screening of obstructive sleep apnea syndrome

Methods: Cross sectional study on patients coming to Cho ray hospital for snoring or troubles of sleep from 11/2018 - 07/2019

Results: Dependent on the cut off value of ODI, EPWORTH scale, STOP-Bang scale and diseased level, there would be different sensitivities and specificities. The sensitivity and the specificity of ODI = 5, EPWORTH = 5 and STOP-Bang = 3 for the diagnosis of mild SAS were 96% and 88% respectively. The sensitivity and the specificity of ODI = 15, EPWORTH = 7 and STOP-Bang = 3 for the diagnosis of moderate SAS were 98% and 90% respectively. The sensitivity and the specificity of ODI = 28, EPWORTH = 7, and STOP-Bang = 3 for the diagnosis of severe SAS were 98 % and 92% respectively.

Conclusion: overnight pulse oximetry, EPWORTH scale and STOP-Bang=3 are cheap, noninvasive, and have a high sensitivity and a high specificity in the screening of obstructive sleep apnea syndrome

Keywords: Overnight pulse oximetry, EPWORTH scale, STOP-Bang scale, obstructive apnea syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (HCNTTNKN) là tình trạng ngưng hô hấp lặp đi lặp lại trong khi ngủ, từ đó gây giảm

oxy trong máu^[1]. HCNTTNKN nếu không điều trị sớm sẽ gây nhiều hậu quả cho người bệnh. Ước lượng tỉ lệ bệnh HCNTTNKN trên người lớn là 3% - 7% ở nam và 2% - 5% ở nữ (1). Tại châu Á, tỉ lệ này ở nam và nữ trung niên lần lượt là 4,1% - 7,5% và 2,1% - 3,2% (10). Một số nghiên cứu cho thấy người châu Á ít béo phì hơn người châu Âu, nhưng độ nặng của HCNTTNKN ở người châu Á lại tương tự như ở người châu Âu^[7]. Vì vậy, việc phát hiện và điều trị sớm HCNTTNKN ở người Việt Nam là một vấn đề cấp thiết. Tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán HCNTTNKN là đa ký hô hấp hay đa ký giấc ngủ. Tuy nhiên chi phí thành lập một đơn vị chẩn đoán HCNTTNKN là khá cao, ngoài nguồn nhân lực còn cần phải trang bị máy đo đa ký hô hấp hoặc máy đo đa ký giấc ngủ, phòng cách âm,... Vì vậy, việc tìm kiếm một phương pháp chẩn đoán HCNTTNKN với chi phí thấp, bệnh nhân không cần ngủ một đêm tại bệnh viện và có thể thực hiện đại trà nhiều nơi là cần thiết. Một số nghiên cứu đề cập đến việc sử dụng đo SpO₂ qua đêm, thang điểm EPWORTH và thang điểm STOP-Bang trong chẩn đoán HCNTTNKN

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

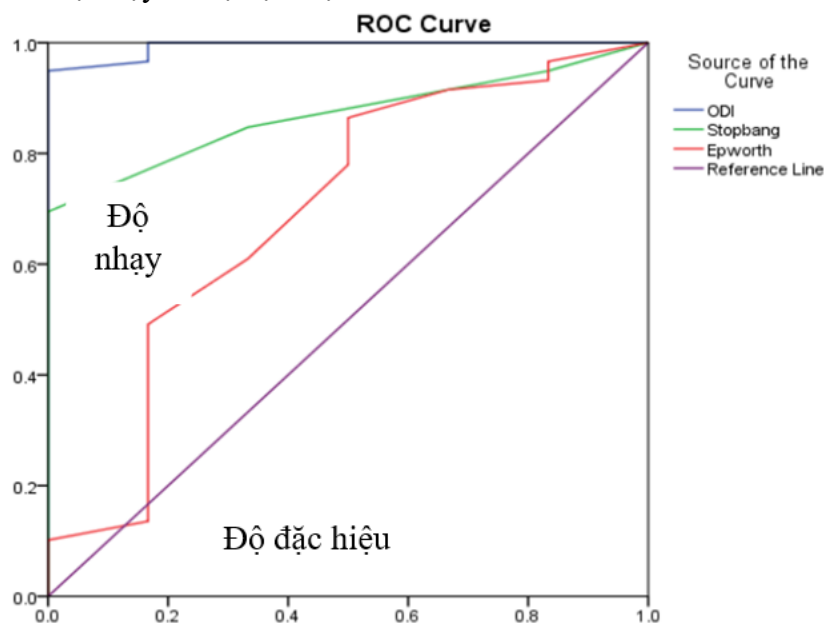
Đối tượng nghiên cứu: Gồm 65 bệnh nhân có than phiền về ngủ ngáy và buồn ngủ ngày quá mức đến khám và đo đa ký hô hấp hoặc đa ký giấc ngủ tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2018- 07/2019

Phương pháp nghiên cứu: cắt ngang phân tích

Số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Tùy thuộc vào mức độ HCNTTNKN, với những ngưỡng ODI, EPWORTH, STOP - Bang khác nhau ta sẽ có độ nhạy và độ đặc hiệu khác nhau



Diagonal segments are produced by ties.

Hình 1. Đường cong ROC của ODI, EPWORTH, STOP-Bang trong chẩn đoán HCNTTNKN

Diện tích dưới đường cong ROC của ODI, STOP-Bang, EPWORTH lần lượt ở HCNTTNKN mức độ nhẹ: 0,99 - 0,869 - 0,69; trung bình: 0,98 - 0,76 - 0,69; nặng: 0,99 - 0,72 - 0,7; cho thấy giá trị chẩn đoán HCNTTNKN của ODI cao nhất, rồi đến thang điểm STOP-Bang và thấp nhất là thang điểm EPWORTH. Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy rằng để chẩn đoán HCNTTNKN mức độ nhẹ thì với điểm cắt EPWORTH = 5 sẽ có độ nhạy = 88%, độ đặc hiệu = 50%. Nghiên cứu của tác giả Chiu và cs^[3] đăng trên tạp chí “Sleep Med Rev” năm 2017 ghi nhận với HCNTTNKN mức độ nhẹ thì độ nhạy của điểm EPWORTH: 54% và độ đặc hiệu: 65%. Tác giả này cho rằng giá trị chẩn đoán không cao nên đề nghị phối

hợp thêm các bảng câu hỏi khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi với HCNTTNKN mức độ trung bình khi chúng tôi chọn điểm cắt EPWORTH = 7: độ nhạy 83% và độ đặc hiệu 44% cũng như HCNTTNKN mức độ nặng thì với điểm cắt EPWORTH = 7: độ nhạy 88% và độ đặc hiệu 39% cho kết quả gần tương tự với tác giả Amra và cs^[1] trong bài viết “So sánh thang điểm Berlin, EPWORTH, STOP-Bang trong chẩn đoán ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân Ba Tư” đăng trên tạp chí “Int J Prev Med” năm 2018; nghiên cứu trong thời gian từ tháng 5/2015 đến tháng 6/2016 trên 400 bệnh nhân có HCNTTNKN mức độ trung bình, nặng và đã ghi nhận độ nhạy: 59%, độ đặc hiệu 76%. Nghiên cứu của tác giả Chiu và cs^[3] đăng

trên tạp chí “Sleep Med Rev” năm 2017 ghi nhận với HCNTTNKN mức độ trung bình: độ nhạy 47% độ đặc hiệu 62% và hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ mức độ nặng thì độ nhạy 58% và độ đặc hiệu 60%. Qua các nghiên cứu, nhận thấy rằng thang điểm EPWORTH không có độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán HCNTTNKN nên các tác giả thường chọn thang điểm EPWORTH để tầm soát bệnh; điều này cũng phù hợp do thang điểm này phụ thuộc vào câu trả lời mang tính chủ quan của bản thân bệnh nhân. Chúng tôi nhận thấy rằng khi mức độ bệnh càng nặng thì điểm STOP-Bang càng cao. Chúng tôi ghi nhận có sự liên quan giữa độ nặng của ngưng thở khi ngủ và điểm STOP-Bang có ý nghĩa thống kê với $p = 0,00 < 0,05$. Tương tự với các nghiên cứu khác cũng ghi nhận có sự liên quan giữa điểm STOP-Bang với ngưng thở khi ngủ. Theo nghiên cứu của tác giả Pataka và cs đăng trên tạp chí “Pulmonology” năm 2019 thu thập số liệu từ 204 bệnh nhân ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ đã ghi nhận rằng độ nhạy cho chẩn đoán HCNTTNKN lên tới 98%, tuy nhiên độ đặc hiệu không được cao. Khi so sánh với thang điểm EPWORTH thì thang điểm STOP-Bang có giá trị chẩn đoán hơn vì thang điểm STOP-Bang không hoàn toàn là sự trả lời chủ quan của bệnh nhân mà có một phần thăm khám. Để chẩn đoán HCNTTNKN mức độ nhẹ, chúng tôi chọn điểm cắt STOP-Bang = 3 thì độ nhạy 86% và độ đặc hiệu 40%. Trong chẩn đoán HCNTTNKN mức độ trung bình, chúng tôi chọn điểm cắt STOP-Bang = 3: độ nhạy 91% và độ đặc hiệu 38%. Để chẩn đoán hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ mức độ nặng, chúng tôi chọn điểm cắt STOP-

Bang = 3 độ nhạy 91% và độ đặc hiệu 23%. Nghiên cứu của chúng tôi tương tự với các tác giả khác như theo tác giả Boynton G và cs thu thập số liệu 219 bệnh nhân từ tháng 5/2011 đến 9/2011 và được đăng trên bài “Giá trị của thang điểm STOP-Bang cho bệnh nhân nghi ngờ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ” của tạp chí “J Sleep Disord Treat Care” năm 2003 ghi nhận với điểm cắt STOP - Bang = 3 thì với HCNTTNKN mức độ nhẹ sẽ có độ nhạy: 82,2% và độ đặc hiệu: 48%; đối với HCNTTNKN mức độ trung bình thì độ nhạy: 93,2%, và độ đặc hiệu: 40,5%; đối với HCNTTNKN mức độ nặng thì độ nhạy: 96,8% và độ đặc hiệu: 33,1%. Theo nghiên cứu của tác giả Chung F và cs đăng trong bài “Thang điểm STOP-Bang: cách tiếp cận để sàng lọc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ” của tạp chí “Chest” năm 2016, nghiên cứu thực hiện trên 1852 bệnh nhân ghi nhận với điểm cắt STOP-Bang= 3 thì với HCNTTNKN mức độ trung bình thì độ nhạy: 93% và với HCNTTNKN mức độ nặng thì độ nhạy: 100%. Theo nghiên cứu của tác giả Lyons P.G và cs đăng trên tạp chí “Semin Respir Crit Care Med” năm 2014, nghiên cứu này đã thu nhận 202 bệnh nhân và cũng ghi nhận với điểm cắt STOP - Bang = 3 thì với HCNTTNKN mức độ nhẹ có độ nhạy: 84%, độ đặc hiệu: 56%; đối với HCNTTNKN mức độ trung bình thì độ nhạy: 93%, độ đặc hiệu: 43%; và đối với HCNTTNKN mức độ nặng thì độ nhạy: 100%, độ đặc hiệu: 37%. Theo nghiên cứu của tác giả Hamilton G.S và cs^[6] đăng trong bài báo “Cập nhật đánh giá và tầm soát ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở người lớn” trên tạp chí “Aust J Gen Pract” năm 2019 thì ghi nhận STOP-Bang = 3 thì

độ nhạy: 94% độ đặc hiệu: 32%. Qua các nghiên cứu nhận thấy rằng cũng như thang điểm EPWORTH, thang điểm STOP-Bang có độ nhạy cao nhưng độ đặc hiệu không cao trong chẩn đoán hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ nên các tác giả cũng đề nghị chọn thang điểm STOP-Bang để tầm soát bệnh ban đầu. Các tác giả ghi nhận rằng thang điểm STOP-Bang dùng làm xét nghiệm tầm soát ban đầu hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ là tương đối tốt hơn so với thang điểm EPWORTH và nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy diện tích dưới đường cong ROC của thang điểm STOP - Bang lớn hơn diện tích dưới đường cong ROC của thang điểm EPWORTH, điều này cho thấy rằng thang điểm STOP - Bang có giá trị tầm soát HCNTTNKN tương đối tốt hơn thang điểm EPWORTH. Để chẩn đoán HCNTTNKN mức độ nhẹ khi chúng tôi chọn điểm cắt ODI = 5 thì độ nhạy 96% và độ đặc hiệu 83%. Trong chẩn đoán HCNTTNKN mức độ trung bình thì với điểm cắt ODI = 15 thì độ nhạy 98% và độ đặc hiệu 87%. Nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy cao hơn nhưng độ đặc hiệu thì tương đương với nghiên cứu của tác giả Suliman LA và cs^[8] đăng trong bài “Hiệu quả của SpO₂ qua đêm trong dự đoán hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ” trên tạp chí “Egyptian Journal of Bronchology” năm 2016, nghiên cứu này thực hiện trên 40 bệnh nhân HCNTTNKN mức độ trung bình đã ghi nhận với ODI $\geq$ 14,78 thì độ đặc hiệu là 88,7%, độ nhạy là 87,8%. Theo nghiên cứu của tác giả Gauronskaite R^[5] và cộng sự trong nghiên cứu “Sàng lọc hội chứng ngưng thở khi ngủ bằng SpO₂” nghiên cứu trên 66 bệnh nhân

cho thấy với ODI $\geq$ 15 thì cho độ nhạy là 93,8%, độ đặc hiệu là 42,9%. Năm 2017 Chiang lap-kin và cộng sự^[2] thực hiện nghiên cứu “SpO₂ qua đêm để sàng lọc ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ ở bệnh nhân trưởng thành có nguy cơ mắc bệnh: nghiên cứu loạt ca” nghiên cứu trên 305 bệnh nhân nam và 229 nữ cho thấy với ODI $\geq$ 5 thì cho độ nhạy là 94,4%, độ đặc hiệu là 78,9%. Phân tích logistic regression chúng tôi ghi nhận khi phối hợp giữa ODI và EPWORTH làm tăng giá trị chẩn đoán, với ngưỡng ODI = 5 và ngưỡng EPWORTH = 5 độ nhạy 98% và độ đặc hiệu là 83%; với ngưỡng EPWORTH = 7 và ODI = 15 thì độ nhạy 98% và độ đặc hiệu là 93%. Nghiên cứu của tác giả Gauronskaite R và cs^[5] trong bài báo: “Sự hữu dụng SpO₂ qua đêm tại nhà trong tầm soát ngưng thở khi ngủ” đăng trên tạp chí Sleep Medicine – Elsevier năm 2017, nghiên cứu đã thực hiện trên 66 bệnh nhân có triệu chứng ngủ ngáy, buồn ngủ ngày quá mức và có những đợt ngưng thở khi ngủ cho thấy với EPWORTH > 10 kết hợp ODI > 15 trong chẩn đoán AHI > 15 thì cho độ nhạy là 66,7%, độ đặc hiệu là 80%. Nghiên cứu của tác giả Eva Christensson và cs^[4] trong bài báo: “Có thể dùng thang điểm STOP-Bang và SpO₂ để phát hiện và loại trừ ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ không?” đăng trên tạp chí “Anesth Analg” năm 2018, tác giả nhận thấy khi phối hợp STOP-Bang và ODI sẽ làm tăng giá trị trong chẩn đoán HCNTTNKN. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi phối hợp sử dụng thang điểm EPWORTH, thang điểm STOP-Bang và ODI trong chẩn đoán HCNTTNKN: trong trường hợp chẩn đoán bệnh nhẹ với giá trị ngưỡng ODI = 5,

EPWORTH = 5 và STOP-Bang=3 thì độ nhạy 96% và độ đặc hiệu là 88%; trong trường hợp bệnh trung bình thì với giá trị ngưỡng ODI=15, EPWORTH = 7 và STOP-Bang=3 thì độ nhạy 98 % và độ đặc hiệu là 90%; trong trường hợp bệnh nặng thì với giá trị ngưỡng ODI = 28, EPWORTH = 7 và STOP-Bang = 3 thì độ nhạy 98% và độ đặc hiệu là 92%.

IV. KẾT LUẬN

SpO₂ qua đêm, thang điểm STOP-Bang và thang điểm EPWORTH là phương pháp rẻ tiền không xâm lấn cho độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong tầm soát hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Amra, B.** (2018). "Comparison of Berlin Questionnaire, STOP-Bang, and Epworth Sleepiness Scale for Diagnosing Obstructive Sleep Apnea in Persian Patients". *Int J Prev Med*,9, pp.28.
2. **Chiang, K.** (2017). "Overnight pulse oximetry for screening of obstructive sleep apnea in at-risk adult patients in the primary care setting: prospective case series". *Family Medicine and Community Health*, 5(3), pp. 215-222.
3. **Chiu, H.-Y.** (2017). "Diagnostic accuracy of the Berlin questionnaire, STOP-BANG, STOP, and Epworth sleepiness scale in detecting obstructive sleep apnea: A bivariate meta-analysis". *Sleep Med Rev*,36, pp.57-70.
4. **Eva, C.** (2018). "Can STOP-Bang and Pulse Oximetry Detect and Exclude Obstructive Sleep Apnea?", *Anesth Analg*,127(3), pp.736-743.
5. **Gauronskaite R** (2017). "Screening for sleep apnea using overnight home pulse oximetry", *Sleep Medicine - Elsevier*,40(supp 1)pp.e108.
6. **Hamilton, G.S.** (2019). "Update on the assessment and investigation of adult obstructive sleep apnoea", *Aust J Gen Pract*,48(4), pp.176-181.
7. **Lam B., Lam D.C.L., Ip M.S.M.** (2007) "Obstructive sleep apnoea in Asia", *Int. J. Tuberc. Lung Dis.*, 11: pp. 2-118. McNicholas W.T. (2008), "Diagnosis of Obstructive Sleep Apnea in Adults". *Proc Am Thorac Soc*, 5: pp.154 - 160.
8. **Suliman, L.A.** (2016). "Effectiveness of nocturnal oximetry in predicting obstructive sleep apnea hypopnea syndrome: value of nocturnal oximetry in prediction of obstructive sleep apnea hypopnea syndrome". *Egyptian Journal of Bronchology*,10, pp.324-329.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG MÁU, CHẾ PHẨM MÁU TẠI TRUNG TÂM TRUYỀN MÁU CHỢ RẪY GIAI ĐOẠN 2021-2023

Võ Quốc Việt¹, Nguyễn Việt Hải¹, Hồ Trọng Hiếu¹,
Lê Thanh Hải¹, Vũ Hoàng Ý¹, Lê Ngọc Hậu¹,
Nguyễn Chí Bảo¹, Bùi Lê Thảo Như¹, Lê Thị Cẩm Nhung¹,
Lê Thị Trinh¹, Hoàng Thị Thuý Hà^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng kết kết quả kiểm tra chất lượng (KTCL) máu, chế phẩm máu tại Trung tâm Truyền máu – Bệnh viện Chợ Rẫy trong giai đoạn 2021-2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu kết quả KTCL máu, chế phẩm máu tại Trung tâm Truyền máu Chợ Rẫy từ 01/2021-12/2023.

Kết quả: Tỷ lệ KTCL ngẫu nhiên đối với máu toàn phần (MTP) là trên 0,04% tổng số. Tỷ lệ KTCL đối với các chế phẩm khối hồng cầu (KHC), huyết tương tươi đông lạnh (HTTĐL), tủa lạnh (TL) và khối tiểu cầu (KTC) gạn tách lần lượt là trên 0,16-0,19%, 0,14-0,26%, 0,50-1,15% và 1,4-1,7%. Kết quả KTCL đối với MTP và KHC về chỉ tiêu cảm quan, thể tích, hematocrit và cấy máu có tỷ lệ đạt 98,3-100% tùy từng năm. Tỷ lệ đạt chỉ tiêu hemoglobin đối với MTP và KHC lần lượt là 93,3-100% và 99,2-100%. Trong đó, MTP có tỷ lệ KTCL đạt tăng dần theo năm. Chế phẩm HTTĐL và TL có kết quả KTCL đạt 100% đối với chỉ tiêu thể tích

và nồng độ fibrinogen. Tỷ lệ đạt chỉ tiêu cảm quan và tế bào tồn dư đối với hai chế phẩm này lần lượt là 92,3-100% và 93,3-100%. Tỷ lệ đạt về nồng độ yếu tố VIII ở cả lô tháng đầu và tháng cuối bảo quản là 78,8-98,5% đối với HTTĐL và 92,9-98,6% đối với TL. Kết quả KTCL đối với KTC gạn tách về chỉ tiêu cảm quan và pH có tỷ lệ đạt là 100%. Tỷ lệ đạt chỉ tiêu thể tích, mật độ tiểu cầu và bạch cầu tồn dư lần lượt là 92,2-100%, 98,3-100% và 95,1-100%. Tỷ lệ đạt số lượng tiểu cầu/KTC là 77,8-88,8% và tỷ lệ đạt này có xu hướng giảm theo năm.

Kết luận: Trong giai đoạn 2021-2023, các chế phẩm KHC, HTTĐL và TL có tỷ lệ KTCL phù hợp theo thông tư TT26/2013/TT-BYT. Tỷ lệ đạt các chỉ tiêu chất lượng theo thông tư TT26/2013/TT-BYT trong ba năm 2021-2023 khá cao, tuy nhiên vẫn có một số đơn vị chế phẩm không đạt ở một số chỉ tiêu chất lượng.

Từ khóa: kiểm tra chất lượng, máu, chế phẩm máu.

SUMMARY

EVALUATION OF BLOOD AND BLOOD PRODUCTS AT CHO RAY BLOOD TRANSFUSION CENTER DURING 2021-2023

Objective: This study summarized the results of quality control (QC) of blood and blood products Cho Ray Hospital's Blood Transfusion Center between 2021 and 2023.

¹Trung tâm Truyền máu – Bệnh viện Chợ Rẫy

²Khoa Huyết Học – Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Võ Quốc Việt

SĐT: 0388 588 255

Email: vietvo95@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 16/01/2024

Ngày duyệt bài: 25/02/2024

Methods: The cross-sectional was studied describes the QC results of blood products and blood products at Cho Ray Blood Transfusion Center from 01/2021-12/2023.

Results: The rate of random QC for whole blood (WB) was from 0,04% to 0,06%. The rate of QC for packed red blood cells (RBC), fresh frozen plasma (FFP), cryoprecipitate (CP), and apheresis platelet concentrates (APC) mass preparations was from 0,16% to 0,19%, 0,14% to 0,26%, 0,50% to 1,15%, and 1,4% to 1,7%. The QC results for WB and RBC regarding visual criteria, volume, hematocrit, and blood cultures ranged between 98,3% and 100% annually. The attainment rate for hemoglobin criteria for WB and RBC was 93,3% to 100% and 99,2% to 100%, respectively. The attainment rate for hemoglobin criteria for WB showed an increasing trend over the years. FFP and CP had achieved 100% in QC testing for volume and fibrinogen concentration criteria. The rates of meeting the visual and residual cell criteria for these products were 92,3-100% and 93,3-100%, respectively. The attainment rate for factor VIII concentration in the initial and final months of storage was 78,8%-98,5% for FFP and 92,9%-98,6% for CP. QC testing for APC regarding visual criteria and pH had a 100% attainment rate in the period 2021-2023. The rates of meeting the criteria for volume, platelet density and residual leukocytes were 92,2-100%, 98,3-100%, and 95,1-100%, respectively. However, the total platelet count/platelet concentrates attainment rate ranged from 77,8% to 88,8% and exhibited a decreasing trend annually.

Conclusion: From 2021 to 2023, the RBC, FFP, and CP products met the appropriate QC testing frequency as per Circular No. 26/2013/TT-BYT. The attainment rate of QC specified in Circular No. 26/2013/TT-BYT was

relatively high, but some blood product units did not meet certain quality criteria.

Keywords: quality control, blood, blood products.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Máu và các chế phẩm máu có vai trò tối cần thiết trong điều trị nhiều bệnh lý huyết học, các trường hợp mất máu cấp và mạn. Hiện nay, việc sử dụng các chế phẩm thành phần máu giúp cung cấp đúng thành phần máu mà người bệnh cần và hạn chế truyền các thành phần không cần thiết vốn có thể gây ra nhiều phản ứng miễn dịch cũng như gây lãng phí các thành phần máu này. Tại Việt Nam, các chế phẩm máu được điều chế phổ biến nhất là khối hồng cầu (KHC), huyết tương tươi đông lạnh (HTTĐL), tủa lạnh (TL) và khối tiểu cầu (KTC). Cùng với sự phát triển của các quy trình sản xuất và bảo quản chế phẩm máu thì công tác kiểm tra chất lượng (KTCL) máu và chế phẩm máu ngày càng được chú trọng đối với các trung tâm truyền máu. Kết quả KTCL sẽ là căn cứ để phân tích tìm nguyên nhân và đưa ra hành động khắc phục khi có vấn đề về chất lượng đối với chế phẩm máu.

Trung tâm Truyền máu Chợ Rẫy với vai trò là trung tâm truyền máu khu vực Đông Nam Bộ đã tiếp nhận và điều chế và cung cấp đa dạng các loại chế phẩm máu cho bệnh viện Chợ Rẫy và các bệnh viện trong khu vực Đông Nam Bộ. Theo thống kê từ năm 2021, trung bình mỗi năm Trung tâm Truyền máu Chợ Rẫy tiếp nhận hơn 120.000 đơn vị MTP để điều chế các chế phẩm máu và tiếp nhận khoảng 6.800-9.000 lượt người hiến tiểu cầu gạn tách. Với quy mô lớn và sự đa dạng về các loại chế phẩm máu như trên, trung tâm đã xây dựng và thực hiện quy trình

KTCL đối với MTP và các chế phẩm máu dựa trên thông tư 26/2013/TT-BYT về Hướng dẫn hoạt động truyền máu. Nhằm đánh giá tổng quan về chất lượng máu và chế phẩm máu tại trung tâm trong giai đoạn 2021-2023, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: Đánh giá tần suất, tỷ lệ KTCL ngẫu nhiên đối với MTP và các chế phẩm máu KHC, HTTĐL, TL và KTC trong giai đoạn 2021-2023 và tỷ lệ đạt các chỉ tiêu chất lượng đối với máu và các chế phẩm máu này. Kết quả nghiên cứu sẽ cung cấp cái nhìn tổng quan về chất lượng chế phẩm máu tại trung tâm trong giai đoạn này từ đó xác định các chỉ tiêu chất lượng cần cải tiến và duy trì trong giai đoạn sắp tới nhằm mục đích không ngừng nâng cao chất lượng máu, chế phẩm máu.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các đơn vị MTP và các chế phẩm máu KHC, HTTĐL, TL, KTC gạn tách được KTCL tại Trung tâm Truyền máu Chợ Rẫy.

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01/2021 đến 12/2023

Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm Truyền máu – Bệnh viện Chợ Rẫy

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu kết quả KTCL của MTP, KHC, HTTĐL, TL và KTC gạn tách tại Trung tâm Truyền máu Chợ Rẫy tại thời điểm nghiên cứu.

Thu thập dữ liệu:

Thu thập số lượng máu, chế phẩm máu được tiếp nhận và điều chế tại Trung tâm Truyền máu.

Thu thập số lượng và kết quả KTCL các chỉ tiêu chất lượng đối với MTP, KHC, HTTĐL, TL và KTC gạn tách. Máu và chế phẩm máu sẽ được chọn ngẫu nhiên định kỳ để thực hiện KTCL về các chỉ tiêu chất lượng. Các chỉ tiêu chất lượng được xây dựng theo thông tư 26/2021/TT-BYT [1] và hướng dẫn của Hội đồng Châu Âu về Chất lượng thuốc (EDQM - European Directorate for the Quality of Medicines)^[6]. Các chế phẩm HTTĐL và TL được chia làm 3 lô KTCL: lô chế phẩm đông lạnh tháng đầu (lô A), lô tháng cuối quá trình bảo quản (lô B) và lô huyết tương tươi sau điều chế (chưa đông lạnh) để kiểm tra tồn dư tế bào (lô C). Các chỉ tiêu chất lượng đối với từng loại chế phẩm máu được trình bày trong bảng 2.1, bảng 2.2 và bảng 2.3.

Bảng 2.1. Tần suất KTCL và các chỉ tiêu chất lượng đối với MTP và KHC [1]

Chỉ tiêu chất lượng	Số lượng kiểm tra	
	MTP	KHC
Cảm quan	5 / tháng	5/ tuần
Thử tích		
Lượng Hemoglobin (Hb)		
Hematocrit (Hct)	-	
Cấy máu	5 / tháng	-

Bảng 2.2. Tần suất KTCL và các chỉ tiêu chất lượng đối với HTTĐL và TL^[1,6]

Chỉ tiêu chất lượng	Số lượng kiểm tra	
	HTTĐL ^a	TL ^b
Cảm quan ^a	5 lô A và 5 lô B/ tháng	6 lô A và 6 lô B / tháng
Thể tích ^a		
Nồng độ yếu tố VIII (FVIII) ^a		
Fibrinogen ^b		
Tế bào tồn dư ^{a, c}	5 lô C/ tháng	-

*a: Theo thông tư 26/2013/TT-BYT**b: Theo hướng dẫn của Châu Âu 2017 (EDQM)**c: Thực hiện trên huyết tương tươi sau điều chế***Bảng 2.3. Tần suất KTCL và các chỉ tiêu chất lượng đối với KTC gạn tách^[1,6]**

Chỉ tiêu chất lượng	Số lượng kiểm tra
Cảm quan ^a	3 KTC/ tuần
Thể tích ^a	
Số lượng tiểu cầu /đơn vị (SLTC) ^a	
Mật độ tiểu cầu (PLT) ^a	
Bạch cầu tồn dư ^b	
pH cuối bảo quản ^a	

*a: Theo thông tư 26/2013/TT-BYT**b: Theo hướng dẫn của EDQM 2017*

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tần suất, tỷ lệ chế phẩm máu được KTCL tại Trung tâm Truyền máu Chở Rẫy**Bảng 3.1. Tần suất, tỷ lệ các chế phẩm máu được KTCL^[1,6]**

Chế phẩm	Số lượng chế phẩm			Tần suất, tỷ lệ KTCL		
	2021	2022	2023	2021	2022	2023
MTP	96738	129504	150356	60 (0,06)	60 (0,04)	60 (0,04)
KHC	104752	129504	150356	195 (0,19)	215 (0,17)	240 (0,16)
HTTĐL	49223	73401	88880	130 (0,26)	130 (0,18)	120 (0,14)
TL*	14661	28311	29055	168 (1,15)	144 (0,51)	144 (0,50)
KTC**	6814	9032	8529	116 (1,70)	126 (1,40)	144 (1,70)

: Tủa lạnh 17ml điều chế từ 350ml MTP** : Bao gồm kit đơn (250ml) và kit đôi (500ml)*

Nhận xét: Tỷ lệ KTCL ngẫu nhiên đối với MTP là trên 0,04%. Tỷ lệ này đối với KHC, HTTĐL và TL đều cao hơn 0,1%. Tỷ lệ KTCL cao nhất đối với ba chế phẩm này là ở năm 2021 và thấp hơn ở hai năm sau đó.

Mặt khác, tỷ lệ KTCL đối với KTC gạn tách là 1,4 - 1,7% và tỷ lệ này thấp nhất ở năm 2022.

Kết quả KTCL đối với MTP và KHC

Bảng 3.2. Tần suất, tỷ lệ KTCL đạt đối với MTP và KHC^[1]

Chỉ tiêu	Số lượng và tỷ lệ đạt n (%)					
	MTP			KHC		
	2021 (n=60)	2022 (n=60)	2023 (n=60)	2021 (n=195)	2022 (n=215)	2023 (n=240)
Cảm quan	59 (98,3)	60(100)	60(100)	195(100)	215(100)	240(100)
Thể tích	59 (98,3)*	60 (100)	60 (100)	195 (100)	215 (100)	239 (99,6)*
Hb	56 (93,3)*	58 (96,7)*	60 (100)	194 (99,5)**	215 (100)	238 (99,2)*,**
Hct	-	-	-	195 (100)	215 (100)	239 (99,6)**
Cấy máu	60 (100)	60 (100)	60 (100)	-	-	-

* Các đơn vị không đạt: thấp hơn tiêu chuẩn TT26/2013/TT-BYT

** Các đơn vị không đạt: cao hơn tiêu chuẩn TT26/2013/TT-BYT

Nhận xét: Chỉ tiêu cấy máu đối với MTP có tỷ lệ đạt 100% trong cả ba năm. Hai chỉ tiêu cảm quan, thể tích đối với MTP và KHC trong ba năm hầu hết là 100%. Trong đó, MTP có tỷ lệ đạt thấp nhất ở năm 2021 (98,3%) và tăng thành 100% ở năm 2022, 2023. Tỷ lệ đạt về chỉ tiêu Hb đối với MTP cũng thấp nhất ở năm 2021 (93,3%) và tỷ lệ đạt ở hai năm sau đó là 100%. Tỷ lệ đạt chỉ

tiêu Hb đối với KHC là 99,2-100% với hai đơn vị có Hb cao vượt ngưỡng (năm 2021) và một đơn vị Hb thấp (2023). Kết quả KTCL chỉ tiêu Hct có tỷ lệ đạt thấp nhất là 99,6% ở năm 2023 với chỉ một đơn vị có Hct cao vượt tiêu chuẩn.

Kết quả KTCL đối với chế phẩm HTTDL và TL

Bảng 3.3. Tần suất, tỷ lệ KTCL đạt đối với HTTDL và TL^[1]

Chỉ tiêu	Số lượng và tỷ lệ đạt n (%)					
	HTTDL			TL		
	2021 (n=65)	2022 (n=65)	2023 (n=60)	2021 (n=84)	2022 (n=72)	2023 (n=72)
Cảm quan	64 (98,5)	60 (92,3)	60 (100)	83 (98,8)	72 (100)	72 (100)
Thể tích	65 (100)	65 (100)	60 (100)	84 (100)	72 (100)	72 (100)
Nồng độ FVIII (lô A)	56 (86,2)	51 (78,5)	51 (85,0)	78 (92,9)	69 (95,8)	71 (98,6)
Nồng độ FVIII (lô B)	64 (98,5)	59 (90,8)	52 (86,7)	81 (96,4)	67 (93,1)	67 (93,1)
Nồng độ FVIII (cả lô A và B)	120 (92,3)	110 (84,6)	103 (85,8)	159 (94,6)	136 (94,4)	138 (95,8)
Fibrinogen	65 (100)	65 (100)	60 (100)	84 (100)	72 (100)	72 (100)
Tế bào tồn dư (lô C)	65 (100)	62 (95,4)*	56 (93,3)*	-	-	-

* Các đơn vị không đạt: bạch cầu tồn dư cao hơn tiêu chuẩn TT26/2013/TT-BYT

Nhận xét: Tất cả các đơn vị HTTĐL và TL đều có thể tích và nồng độ fibrinogen đạt theo TT26/2013/TT-BYT. Tỷ lệ đạt chỉ tiêu cảm quan là 92,3-100% và năm 2023 có tỷ lệ đạt cao nhất. Tỷ lệ đạt tiêu chuẩn tế bào tồn dư đối với HTTĐL là 100% ở năm 2021 và tỷ lệ đạt giảm ở năm 2022 và 2023. Tỷ lệ đạt chỉ tiêu FVIII của HTTĐL và TL lần lượt là

trong khoảng 84,6-92,3% và 94,4-95,8%. Trong đó, tỷ lệ đạt chỉ tiêu này của TL – lô tháng đầu có xu hướng tăng dần theo năm, ngược lại tỷ lệ đạt của lô tháng cuối bảo quản của cả HTTĐL và TL có xu hướng giảm dần theo năm.

Kết quả KTCL đối với chế phẩm KTC gạn tách

Bảng 3.4. Tần suất, tỷ lệ KTCL đạt đối với KTC gạn tách^[1]

Chỉ tiêu	Số lượng và tỷ lệ đạt n (%)		
	2021 (n=116)	2022 (n=126)	2023 (n=144)
Cảm quan	116 (100)	124 (98.4)	144 (100)
Thể tích	107 (92,2)**	126 (100)	142 (98,6)**
SLTC	103 (88,8)*	100 (79,4)*	112 (77,8)*
Mật độ PLT	114 (98,3)**	126 (100)	144 (100)
Bạch cầu tồn dư	114 (98,3)**	126 (100)	137 (95,1)
pH cuối bảo quản	116 (100)	126 (100)	144 (100)

* Các đơn vị không đạt: thấp hơn tiêu chuẩn TT26/2013/TT-BYT

** Các đơn vị không đạt: cao hơn tiêu chuẩn TT26/2013/TT-BYT

Nhận xét: Hầu hết KTC gạn tách được KTCL đều đạt về tiêu chí cảm quan, mật độ tiểu cầu và pH theo TT26/2013/TT - BYT. Chỉ tiêu SLTC/ KTC có tỷ lệ đạt là 77,8 - 88,8%. Tỷ lệ này có xu hướng giảm theo năm và các KTC không đạt đều có SLTC thấp so với tiêu chuẩn. Chỉ tiêu thể tích và bạch cầu tồn dư có tỷ lệ đạt lần lượt là 92,2-100% và 95,1-100%. Trong đó, tỷ lệ đạt về chỉ tiêu thể tích thấp nhất ở năm 2021 và tỷ lệ đã tăng lên là ở năm 2022 và 2023.

IV. BÀN LUẬN

Tần suất, tỷ lệ chế phẩm máu được KTCL tại Trung tâm Truyền máu Chợ Rẫy

Trong giai đoạn 2021-2023, Trung tâm truyền máu Chợ Rẫy đã tiếp nhận trung bình hơn 120.000 đơn vị MTP mỗi năm và điều chế thành KHC. Năm 2021 do ảnh hưởng đại dịch COVID-19, lượng MTP tiếp nhận giảm

còn khoảng 96.000 đơn vị. Hơn một nửa số đơn vị MTP tách được HTTĐL. Ngoài ra, trong năm 2021 trung tâm sản xuất hơn 14.000 đơn vị TL từ HTTĐL và con số này tăng lên hơn 28.000 đơn vị mỗi năm trong các năm 2022 và 2023. Với số lượng chế phẩm máu điều chế lớn và tăng dần theo các năm như trên, trung tâm xác định chế phẩm KHC, HTTĐL và TL là các chế phẩm chính. Trung tâm đang thực hiện KTCL các chế phẩm này với tần suất 5 đơn vị mỗi tuần. Tổng kết kết quả KTCL ngẫu nhiên trong ba năm 2021-2023 cũng cho thấy tỷ lệ KTCL đối với ba chế phẩm máu này đều trên 0,1% và phù hợp với yêu cầu của TT26/2013/TT-BYT. Tỷ lệ KTCL đối với MTP là khoảng 0,04% nhằm đánh giá chất lượng nguyên liệu đầu vào để sản xuất KHC. Bên cạnh các chế phẩm điều chế từ MTP, trung tâm cũng tiếp nhận hiến tiểu cầu gạn tách với khoảng 6800 lượt hiến thành công trong năm

2021 và con số tăng đáng kể trong năm 2022 và 2023 với hơn 8500 lượt hiến. Hiện nay, tỷ lệ KTCL ngẫu nhiên áp dụng KTC là trên 1,4% tổng số KTC.

Kết quả KTCL đối với chế phẩm MTP và KHC

Dựa theo TT26/2013/TT-BYT, KHC và MTP được thực hiện KTCL với năm chỉ tiêu chất lượng là cảm quan, thể tích, Hb, Hct và cấy máu. Hầu hết các chỉ tiêu đều có tỷ lệ đạt trên 98,5%. Trong đó, hai chỉ tiêu cảm quan, thể tích có tỷ lệ đạt là 98,5-100% tùy từng năm và tỷ lệ đạt hai chỉ tiêu này đối với MTP đều thấp nhất là ở năm 2021 và đạt 100% ở hai năm sau đó. Sự cải thiện trên có thể là do thực hành tốt lắccúi máu trong quá trình lấy máu và kiểm soát tốt cân nặng.

Đối với chỉ tiêu Hb, kết quả KTCL của MTP cho thấy tỷ lệ đạt là 93,3-100%. Tỷ lệ đạt này tương đồng với nghiên cứu tại bệnh viện Truyền máu Huyết học TP.HCM (2010)^[3]. Mặt khác, tỷ lệ đạt chỉ tiêu này có xu hướng tăng theo năm và đạt 100% ở năm 2023. Kết quả này đến từ việc tăng cường kiểm soát khâu kiểm tra huyết sắc tố người hiến máu, đặc biệt là người hiến máu lần đầu. Đối với KHC, chỉ tiêu Hb có tỷ lệ đạt là 99,2 - 100%. Kết quả này cũng tương đồng với một nghiên cứu tại Trung Quốc (2020) với tỷ lệ đạt là 98,3%^[8] và cao hơn so với một nghiên cứu tại bệnh viện Truyền máu Huyết học TP.HCM trong giai đoạn 2008-2009^[3]. Trong số các đơn vị KHC không đạt lượng Hb có 2 đơn vị cao vượt tiêu chuẩn do không được bổ sung đủ chất nuôi hồng cầu và một thấp hơn tiêu chuẩn có thể do túi MTP nguyên liệu có lượng Hb thấp. Như vậy, chỉ tiêu Hb của KHC không chỉ phụ thuộc vào việc kiểm soát lượng Hb của MTP nguyên liệu mà cũng phụ thuộc vào việc tuân thủ tốt các bước trong quy trình điều chế.

Đối với chỉ tiêu chỉ tiêu Hct, kết quả KTCL trong ba năm 2021-2023 chỉ ghi nhận một đơn vị Hct cao vượt tiêu chuẩn. Nguyên nhân là do đơn vị KHC này không được bổ sung đủ lượng chất nuôi dưỡng hồng cầu, lỗi này cũng được ghi nhận với tỷ lệ tương tự trong báo cáo chất lượng của một số trung tâm truyền máu tại Trung Quốc và Pakistan^[7,8].

Kết quả KTCL đối với chế phẩm HTTĐL và TL

HTTĐL và TL là hai trong số những chế phẩm máu được điều chế chính tại Trung tâm Truyền máu Chợ Rẫy và đã được thực hiện KTCL theo quy định của TT26/2013/TT-BYT. Kết quả KTCL trong giai đoạn 2021-2023 cho thấy tất cả các đơn vị HTTĐL và TL được kiểm tra đều có thể tích và nồng độ fibrinogen đạt theo tiêu chuẩn. Tỷ lệ đạt này cao hơn so với nghiên cứu tại Trung tâm Truyền máu Chợ Rẫy giai đoạn 2019 - 2020^[5]. Điều này cho thấy một số chỉ tiêu chất lượng đã được cải thiện so với giai đoạn 2019-2020.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đạt về chỉ tiêu cảm quan có xu hướng tăng và đạt 100% ở năm 2023. Trái lại, tỷ lệ đạt chỉ tiêu bạch cầu tồn dư có xu hướng giảm theo năm. Lượng tồn dư tế bào cao này có thể do quy trình ly tâm và ép tách huyết tương chưa tốt. Hiện nay tại trung tâm vẫn đang sử dụng bàn ép thủ công để thực hiện ép tách huyết tương, do đó việc kiểm soát tế bào tồn dư sẽ không tốt bằng sử dụng máy ép máu tự động.

Về chỉ tiêu nồng độ FVIII, tỷ lệ đạt ở cả HTTĐL và TL đều trên 75% và đáp ứng tiêu chuẩn về tỷ lệ đạt tối thiểu theo TT26/2013/TT-BYT^[1]. Trong đó, tỷ lệ đạt chỉ tiêu FVIII đối với HTTĐL và TL lần lượt là 84,6-92,3% và 94,4-95,8%. Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Việt

Hải và cộng sự tại trung tâm trong giai đoạn 2019 - 2020^[5]. Điều này chứng tỏ chất lượng HTTĐL tại Trung tâm Truyền máu Chợ Rẫy có chất lượng cải thiện hơn so với giai đoạn 2019 - 2020. Tuy nhiên tỷ lệ đạt này lại thấp hơn nghiên cứu tại Trung tâm Truyền máu khu vực Huế của Lê Phước Quang và cộng sự năm 2021^[2]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu và điều kiện bảo quản HTTĐL nguyên liệu trong nghiên cứu của tác giả Quang là thấp hơn -80°C, trong khi tại Trung tâm Truyền máu Chợ Rẫy là dưới -18 °C.

Kết quả nghiên cứu cũng cho thấy tỷ lệ đạt chỉ tiêu FVIII đối với HTTĐL - lô tháng đầu không đồng đều giữa các năm. Nguyên nhân có thể do đặc thù tiếp nhận hiến máu lưu động tại các tỉnh Đông Nam Bộ, do đó thời từ lúc lấy máu đến lúc điều chế giữa các lô cũng có sự khác biệt và có thể ảnh hưởng đến nồng độ FVIII. Mặt khác, tỷ lệ đạt chỉ tiêu FVIII ở lô tháng cuối của cả HTTĐL và TL đều có xu hướng giảm theo năm trong khi tỷ lệ này ở lô tháng đầu không thay đổi nhiều giữa các năm và thậm chí có xu hướng tăng đối với TL. Nguyên nhân của điều này có thể là do lượng HTTĐL và TL sản xuất được tăng đáng kể theo từng năm trong khi hệ thống lạnh tại trung tâm chưa được nâng cấp tương xứng. Hệ thống bảo quản lạnh quá tải có thể ảnh hưởng đến nồng độ FVIII ở các chế phẩm sau thời gian bảo quản dài. Như vậy, việc kiểm soát tốt thời gian từ lúc lấy máu đến lúc điều chế thành HTTĐL và tăng cường hệ thống bảo quản lạnh có thể là giải pháp giúp cải thiện chỉ tiêu FVIII của HTTĐL và TL.

Kết quả KTCL đối với chế phẩm KTC gạn tách

Trong giai đoạn 2021-2023, KTC gạn tách tại trung tâm được thực hiện KTCL theo

TT26/2013/TT-BYT với tần suất 3 KTC/tuần. Kết quả KTCL các chỉ tiêu cảm quan, mật độ tiểu cầu và pH cho kết quả tốt với hầu hết KTC đều đạt tiêu chuẩn. Kết quả KTCL tiêu chí SLTC cho thấy tỷ lệ đạt là trên 77,8-88,8%. Tỷ lệ đạt chỉ tiêu này không đồng đều giữa các năm có xu hướng giảm dần theo từng năm. Nguyên nhân có thể do sự khác biệt về các hệ thống gạn tách đã được sử dụng trong từng năm. Điều này cũng đã được chứng minh trong một nghiên cứu của Nguyễn Quang Đông và cộng sự tại Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương^[4]. Tương tự tiêu chí SLTC thì chỉ tiêu về thể tích là một tiêu chí quan trọng. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đạt ở năm 2021 chỉ là 92,2% nhưng tỷ lệ này đã được cải thiện hơn trong hai năm sau đó. Cũng tương tự chỉ tiêu SLTC, sự đồng đều về thể tích KTC cũng phụ thuộc vào các hệ thống gạn tách khác nhau. Như vậy, việc đánh giá chất lượng KTC trên các hệ thống gạn tách khác nhau là cần thiết để thay đổi tần suất KTCL cho phù hợp với từng loại hệ thống gạn tách khác nhau. Bên cạnh các tiêu chí được quy định trong TT26/2013/TT-BYT trên thì tại trung tâm còn đánh giá chỉ tiêu bạch cầu tồn dư theo tiêu chuẩn Châu Âu của EDQM. Kết quả cho thấy tỷ lệ đạt chỉ tiêu này trong hai năm 2021 và 2022 lần lượt là 98,3% và 100%. Kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu tại bệnh viện Truyền máu Huyết học TP.HCM năm 2008 - 2009^[3]. Tuy nhiên, tỷ lệ đạt chỉ tiêu này ở năm 2023 giảm còn 95,1%. Đây là dấu hiệu cảnh báo cần phải tăng cường kiểm tra và bảo trì các hệ thống gạn tách đang được sử dụng cũng như tuân thủ quy trình gạn tách.

V. KẾT LUẬN

Trong giai đoạn 2021 - 2023, các chế phẩm KHC, HTTĐL và TL có tỷ lệ KTCL phù hợp theo TT26/2013/TT-BYT. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ đạt các chỉ tiêu chất lượng theo TT26/2013/TT-BYT trong ba năm 2021-2023 khá cao, tuy nhiên vẫn có một số đơn vị chế phẩm không đạt ở một số chỉ tiêu chất lượng. Một số chỉ tiêu như nồng độ Hb của MTP, cảm quan và nồng độ FVIII - lô tháng đầu bảo quản của TL, thể tích đối với KTC có tỷ lệ KTCL đạt tăng theo năm. Mặt khác, các chỉ tiêu nồng độ FVIII-lô tháng cuối bảo quản của HTTĐL và TL, số lượng tiểu cầu của KTC có xu hướng giảm theo năm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2013), Thông tư 26/2013/TT-BYT về việc Hướng dẫn hoạt động truyền máu, tr. 17-28.
2. **Lê Phước Quang và cộng sự** (2022), “Nghiên cứu chất lượng tua lạnh tại Trung tâm Truyền máu khu vực Huế “, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 520, tr. 239-245.
3. **Mai Thanh Truyền, Trương Thị Kim Dung** (2010), “Công tác kiểm tra chất lượng máu và chế phẩm máu tại ngân hàng máu bệnh viện Truyền máu Huyết học thành phố Hồ Chí Minh 2008-2009”, Tạp chí y học Việt Nam, 2, 560-566.
4. **Nguyễn Quang Đông** (2014), “Nghiên cứu chất lượng và một số yếu tố ảnh hưởng tới chất lượng khối tiểu cầu”, Luận án tiến sĩ, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Việt Hải và cộng sự** (2022), “Đánh giá chất lượng huyết tương tươi đông lạnh sau điều chế và sau một năm bảo quản tại Trung tâm Truyền máu Chợ Rẫy”, Tạp chí Y học Việt Nam, tập 520, tr. 246-253.
6. **European Directorate for the Quality of Medicines & HealthCare - EDQM** (2017), Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components, 19th, 277-398.
7. **Sadia Sultan et al** (2018), “Internal quality control of blood products: An experience from a tertiary care hospital blood bank from Southern Pakistan”, Journal of Laboratory Physicians, 10(1), pp. 64-67.
8. **Shi J.** (2020), “Status analysis and evaluation of the blood scrap rate from 2015–2017 for a blood center in China”, Transfusion Clinique et Biologique, 27(2020), pp. 109–114.

SỰ THAY ĐỔI MEN GAN (ALT) SAU TAE ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG GAN

Đỗ Hữu Liệt¹, Nguyễn Phương Huỳnh², Đỗ Đình Công³

TÓM TẮT

Mở đầu: Chấn thương bụng là một trong những chấn thương thường gặp tại khoa cấp cứu, trong đó chấn thương gan chiếm 15 – 20%⁴. Trước đây, phẫu thuật là lựa chọn điều trị cho những bệnh nhân bị chấn thương gan. Hiện nay với sự ra đời của can thiệp nội mạch, kỹ thuật tắc mạch (TAE) đối với xuất huyết cấp tính đã tạo ra một lựa chọn khả thi cho điều trị chấn thương gan. Tuy nhiên, Trong phương pháp này cũng có những tai biến, biến chứng, các biến chứng thường gặp sau can thiệp TAE như hoại tử tế bào gan, rò mật, áp xe gan, trong đó biến chứng hoại tử gan chiếm tỷ lệ cao nhất (15%), biểu hiện bằng sự thay đổi ALT sau can thiệp TAE vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu sự thay đổi men gan (ALT) và các mối liên quan giữa sự thay đổi nồng độ trung bình của ALT sau TAE với biến chứng của can thiệp TAE.

Phương pháp nghiên cứu: Chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca chấn thương gan đã được can thiệp TAE điều trị tại khoa ngoại Gan Mật Tụy bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1 - 2016 đến tháng 12 – 2021.

Kết quả: Có 50 trường hợp (TH) chấn thương gan đã được can thiệp TAE trong quá trình nghiên cứu, trong đó có 35 nam và 15 nữ. Tuổi trung bình là $36,2 \pm 14,6$ (19 - 73) tuổi. Phân độ chấn thương theo AAST gồm độ III 14 TH (28%), độ IV 31 TH (62%) và độ V 5 TH (10%). Vị trí động mạch (ĐM) được can thiệp TAE từ nhánh ĐM gan phải 45 TH (90%), ĐM gan trái 3 TH (6%) và cả nhánh ĐM gan phải và trái 2 TH (4%). Nồng độ trung bình của ALT đều tăng sau TAE, đạt giá trị lớn nhất sau TAE 1 – 2 ngày, bắt đầu giảm sau TAE 3 - 4 ngày và trở về dưới ngưỡng ban đầu sau TAE trung bình là $9,5 \pm 2,4$ ngày. Biến chứng sau can thiệp TAE gồm 9 TH: sốt, áp xe gan và rò mật. Mối liên quan giữa sự thay đổi nồng độ trung bình của ALT sau TAE với biến chứng của can thiệp TAE ở những bệnh nhân chấn thương gan gồm nồng độ ALT trung bình của những TH có biến chứng cao hơn so với các TH có diễn tiến tốt sau can thiệp TAE. Ở các TH có diễn tiến tốt sau can thiệp, nồng độ trung bình của ALT sẽ trở về dưới ngưỡng ban đầu nhanh hơn so với các TH có biến chứng sau can thiệp TAE.

Kết luận: Can thiệp TAE điều trị chấn thương gan an toàn và hiệu quả. Sau can thiệp TAE, nếu không biến chứng, nồng độ trung bình của ALT tiếp tục tăng cao, sau đó sẽ trở về ngưỡng ban đầu sau hơn một tuần. Nồng độ trung bình của ALT ở những TH có biến chứng cao hơn so với các TH có diễn tiến tốt sau can thiệp TAE. Nồng độ trung bình của ALT ở những TH chấn thương gan nặng cao hơn so với những TH chấn thương gan mức độ trung bình.

Từ khóa: Chấn thương gan, Can thiệp TAE

¹Khoa ngoại Gan Mật Tụy bệnh viện Chợ Rẫy

²Khoa ngoại Tổng hợp bệnh viện Giồng Riềng

³Bộ môn Ngoại Tổng quát Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: TS.BS. Đỗ Hữu Liệt
SĐT: 0913849434

Email: dohuuliet73@yahoo.com

Ngày nhận bài báo: 02/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 17/01/2024

Ngày duyệt bài: 25/02/2024

SUMMARY**CHANGES IN LIVER ENZYMES (ALT) AFTER TAE TREATMENT OF LIVER INJURY**

Background: Abdominal injury is one of the most common injuries in the emergency department, with liver injuries accounting for 15-20%¹. In the past, surgery was the treatment of choice for patients with liver injuries. Nowadays, with the advent of trans-arterial embolization (TAE) techniques for acute hemorrhage have created a viable option for the treatment of liver injury. However, in this method, there are also complications, common complications after TAE intervention such as hepatocellular necrosis, bile fistula, liver abscess, in which hepatic necrosis complications account for the highest proportion (15%), manifested by ALT changes after TAE intervention, so we investigated liver enzyme changes (ALT) and associations between changes in mean levels of ALT after TAE and complications of TAE intervention

Methods: We carried out a retrospective study describing a series of liver injuries that were treated by TAE intervention at the Hepatobiliary Surgery Department of Cho Ray Hospital from January 2016 to December 2021

Results: There were 50 cases of liver injury that received TAE intervention during the study, including 35 male and 15 female. The median age was 36.2 ± 14.6 years (19 – 73) years. The trauma classification according to AAST includes grade III 14 cases (28%), grade IV 31 cases (62%) and grade V 5 cases (10%). Arterial locations were TAE intervention from the right hepatic artery branch 45 cases (90%), left hepatic artery 3 cases (6%) and both right and left hepatic artery branches 2 cases (4%) The average concentration of ALT increased after TAE, reaching the greatest values after TAE 1 - 2 days, started declining 3 - 4 days after TAE and returned below the initial threshold after TAE averaging 9.5 ± 2.4 days. Complications after TAE intervention included 9 cases: fever, liver

abscess, and bile fistula. The association between changed in mean ALT levels after TAE and complications of TAE intervention in patients with liver injury included higher mean ALT levels of those with complications compared to those with good progress after TAE intervention. In cases with good post-interventional progression, mean ALT levels would returned below baseline more quickly than in cases with complications after TAE intervention

Conclusion: TAE intervention treated liver injury safely and effectively. After the TAE intervention, if uncomplicated, the average concentration of ALT continued to be elevated, after which it would returned to its baseline threshold after more than a week. The mean concentration of ALT was higher in cases with complications than in cases with good progress after TAE intervention. The Average levels of ALT in severe liver injury were higher than in moderate liver injury.

Keywords: Liver Injury, TAE intervention

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chấn thương bụng là một trong những chấn thương thường gặp tại khoa cấp cứu, trong đó chấn thương gan chiếm 15 – 20%⁴. Trước đây, phẫu thuật là lựa chọn điều trị cho những bệnh nhân bị chấn thương gan. Hiện nay với sự ra đời của can thiệp nội mạch, kỹ thuật tắc mạch (TAE) đối với xuất huyết cấp tính đã tạo ra một lựa chọn khả thi cho điều trị chấn thương gan. Tuy nhiên, Trong phương pháp này cũng có những tai biến, biến chứng, các biến chứng thường gặp sau can thiệp TAE như hoại tử tế bào gan, rò mật, áp xe gan, trong đó biến chứng hoại tử gan chiếm tỷ lệ cao nhất (15%), biểu hiện bằng sự thay đổi ALT sau can thiệp TAE vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu sự thay đổi nồng độ trung bình của ALT trước, sau TAE và mối liên quan giữa sự thay đổi ALT

với biến chứng của can thiệp TAE ở những bệnh nhân chấn thương gan nhằm góp phần hỗ trợ bác sĩ điều trị theo dõi và điều trị bệnh nhân sau can thiệp TAE được tốt hơn.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát sự thay đổi nồng độ trung bình của ALT trước, sau TAE và mối liên quan giữa sự thay đổi ALT với biến chứng của can thiệp TAE ở những bệnh nhân chấn thương gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán chấn thương gan và được điều trị TAE tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2016 đến 12/2021

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.
- Được chẩn đoán xác định chấn thương gan và được can thiệp TAE.
- Có đầy đủ thông tin dựa theo phiếu thu thập số liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tiền căn xơ gan, viêm gan siêu vi, u gan.
- Bệnh nhân cần phẫu thuật vì tổn thương cơ quan khác trong ổ bụng.
- Bệnh nhân được dùng thuốc để hạ men gan.
- Bệnh nhân không có đầy đủ xét nghiệm men gan.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: hồi cứu, mô tả loạt ca.

Cỡ mẫu và cách chọn cỡ mẫu: Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca nên chúng tôi lấy mẫu trọn những trường hợp lâm sàng đủ điều kiện nghiên cứu theo mẫu bệnh án thiết kế sẵn trong thời gian nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu: Thu thập các thông tin trên hồ sơ bệnh án từ tháng 01/2016 đến 12/2021 theo mẫu bệnh án thu

thập số liệu được thiết kế cho nghiên cứu này.

Định nghĩa các thuật ngữ trong nghiên cứu:

- Tai biến trong khi can thiệp: là những vấn đề không mong muốn xảy ra và không nằm trong hệ quả tất yếu của phẫu thuật xảy ra trong lúc can thiệp thủ thuật.

- Biến chứng sớm sau can thiệp TAE là những vấn đề không mong muốn xảy ra và không nằm trong hệ quả tất yếu của can thiệp thủ thuật xảy ra sau thủ thuật trong vòng 30 ngày và có thể khỏi hoặc trở thành di chứng. Nghiên cứu chỉ ghi nhận biến chứng sớm trong thời gian nằm viện, do không theo dõi bệnh nhân sau thời gian xuất viện.

- Tổn thương phổi hợp: là các tổn thương đi kèm chấn thương gan, ví dụ: chấn thương sọ não, gãy xương sườn, dập phổi, tràn máu màng phổi...là biến số danh định

- Áp xe gan: được định nghĩa là ổ áp xe liên quan đến vùng gan được TAE. Lâm sàng có thể có sốt, bạch cầu tăng, kèm theo ổ áp xe được xác định bởi chẩn đoán trên siêu âm, hay chụp cắt lớp vi tính (CLVT) hay chọc dò, chọc hút ra mủ và vi khuẩn.

- Hoại tử gan: được định nghĩa là vùng hoại tử của gan liên quan đến vùng được TAE. Lâm sàng có thể có sốt, bạch cầu tăng, chủ yếu là neutrophil; kèm theo hình ảnh hoại tử gan được xác định bởi chẩn đoán trên chụp CLVT.

- Rò mật: được xác định theo Moritz Koch⁶ khi nồng độ bilirubin trong dịch dẫn lưu cao hơn nồng độ bilirubin trong máu bình thường ít nhất 3 lần ở ngày thứ 3 sau can thiệp điều trị.

- Tử vong: được xác định trong 30 ngày sau can thiệp TAE và có liên quan đến chấn thương gan.

Phương pháp xử lý thống kê: bằng phần mềm SPSS 20.0, kết quả được trình bày dưới dạng bảng, trung bình và tỷ lệ %. So sánh 2 trung bình hai mẫu độc lập: dùng kiểm định T test đối với biến số phân bố chuẩn So sánh 2 trung bình mẫu cặp: dùng kiểm định T test cặp đối với biến số phân bố chuẩn. So sánh trung bình nhiều mẫu độc lập: dùng kiểm định One Way ANOVA đối với biến số phân bố chuẩn. Kết quả đạt được có ý nghĩa thống kê khi có giá trị $p < 0.05$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu hồi cứu từ 01/01/2016 đến 31/12/2020, tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy bệnh viện Chợ Rẫy có 50 trường hợp chấn thương gan đã được can thiệp TAE thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn đưa vào nghiên cứu, trong đó có 35 nam và 15 nữ. Tuổi trung bình là $36,2 \pm 14,6$ (19 - 73) tuổi. Phân độ chấn thương theo AAST gồm độ III 14 TH (TH) (28%), độ IV 31 TH (62%) và độ V 5 TH (10%).

Bảng 1: Đặc điểm tổn thương của ĐM gan

Đặc điểm tổn thương	Số TH	Tỷ lệ (%)
Giả phình	4	8
Thoát mạch	45	90
Thoát mạch và thông động tĩnh mạch	1	2
Tổng số	50	100

Bảng 2: Chỉ định can thiệp TAE

Chỉ định	Số TH	Tỷ lệ (%)
Thoát mạch trên chụp CLVT	42	84
Giả phình mạch trên CLVT	4	8
Nghi ngờ thoát mạch trên chụp CLVT	4	8
Tổng số	50	100

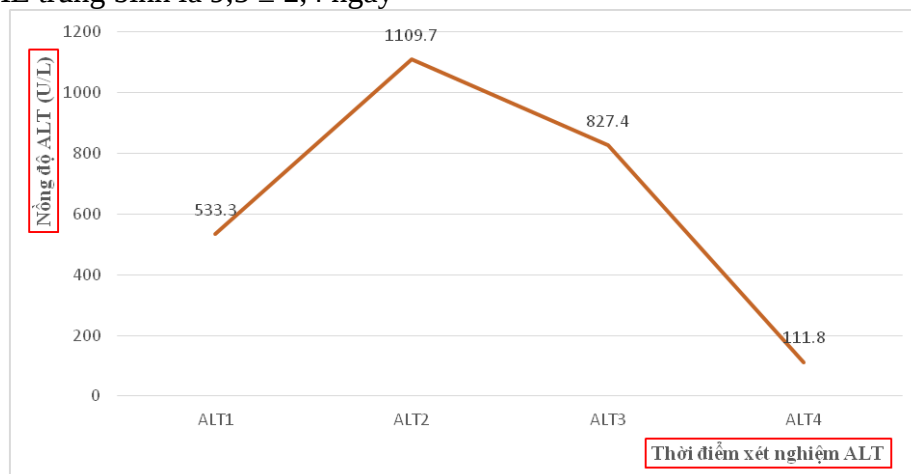
Bảng 3: Vị trí ĐM được TAE

Vị trí ĐM can thiệp	Số TH	Tỷ lệ (%)
Nhánh ĐM gan phải	45	90
Nhánh ĐM gan trái	3	6
Cả nhánh ĐM gan phải và trái	2	4
Tổng số	50	100

Bảng 4: Vật liệu dùng can thiệp TAE

Vật liệu	Số TH	Tỷ lệ (%)
Spongell	30	60
Hystoacryl	7	14
Spongell và Hystoacryl	2	4
PVA	6	12
NBCA và lipodol	2	4
PVA và Spongell	1	2
Coil	2	4
Tổng số	50	100

Sau khi được can thiệp TAE, nồng độ trung bình của ALT đều tăng sau TAE, đạt giá trị lớn nhất sau TAE 1 – 2 ngày, bắt đầu giảm sau TAE 3 - 4 ngày và trở về dưới ngưỡng ban đầu sau TAE trung bình là $9,5 \pm 2,4$ ngày



Biểu đồ 1: Sự thay đổi nồng độ trung bình của ALT theo thời gian

Nồng độ trung bình của ALT tăng sau TAE 1 - 2 ngày, bắt đầu giảm sau 3 - 4 ngày ở cả 3 nhóm ĐM can thiệp. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê (T test cặp: $p < 0,001$). Không có sự khác biệt về nồng độ trung bình của ALT lúc nhập viện, sau TAE 1 - 2 ngày, sau TAE 3 - 4 ngày và thời điểm về dưới ngưỡng ban đầu ở cả 3 nhóm ĐM được can thiệp. Nhóm can thiệp nhánh ĐM gan phải giá trị trung bình của ALT dưới ngưỡng ban đầu sau TAE ghi nhận được tương ứng với trung bình là $9,6 \pm 2,4$ ngày. Nhóm can thiệp nhánh ĐM gan trái giá trị trung bình của ALT dưới ngưỡng ban đầu sau TAE ghi nhận được tương ứng với trung bình là 7 ± 1 ngày. Nhóm can thiệp cả hai nhánh ĐM giá trị trung bình của ALT dưới ngưỡng ban đầu sau TAE ghi nhận được tương ứng với trung bình là $9 \pm 2,8$ ngày. Không có sự khác biệt về thời gian để nồng độ trung bình của ALT trở về dưới ngưỡng ban đầu ở các nhóm ĐM can thiệp TAE (One Way ANOVA: $p = 0,169$). Ở nhóm có diễn tiến tốt sau TAE, nồng độ trung bình của ALT tăng cao sau TAE 1 - 2 ngày, bắt đầu

giảm sau 3 - 4 ngày và trở về dưới ngưỡng ban đầu sau TAE trung bình là $8,9 \pm 2,2$ ngày. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê (T test cặp: $p < 0,001$). Nhóm có biến chứng sau TAE, nồng độ trung bình của ALT tăng cao sau TAE 1-2 ngày, bắt đầu giảm sau 3 - 4 ngày và trở về dưới ngưỡng ban đầu sau TAE trung bình là $11,6 \pm 1,6$ ngày. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê (T test cặp: $p = 0,003$). Nồng độ trung bình của ALT ở các thời điểm lúc nhập viện, sau TAE 1 - 2 ngày, sau TAE 3 - 4 ngày và thời điểm về dưới ngưỡng ban đầu ở nhóm có biến chứng đều cao hơn so với nhóm diễn tiến tốt sau TAE. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê. Thời gian nồng độ trung bình của ALT về dưới ngưỡng ban đầu ở nhóm có biến chứng dài hơn so với nhóm diễn tiến tốt sau can thiệp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (T test: $p < 0,001$).

Trong tổng số 50 TH được TAE, 100% đều đạt được kết quả tắc hoàn toàn sau can thiệp, không có TH nào phải can thiệp TAE lần 2 hoặc chuyển sang phẫu thuật. Chúng tôi ghi nhận biến chứng sau TAE 16 %

trong đó 5 TH sốt, bạch cầu tăng cao, điều trị kháng sinh bệnh ổn; 3 TH áp xe gan điều trị chọc dẫn lưu và kháng sinh, tất cả đều ổn định; 1 TH bị rò mật, được phát hiện vào ngày thứ 3, được xử trí chọc dẫn lưu ổ bụng dưới hướng dẫn của siêu âm kết hợp ERCP cắt cơ vòng, đặt stent. Bệnh nhân ổn định, sau đó được xuất viện. Thời gian nằm viện trung bình là $8,84 \pm 3,3$ ngày

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là $36,2 \pm 14,6$, tuổi nhỏ nhất là 19 và lớn nhất là 73 tuổi. Kết quả của chúng tôi khá tương đồng với một số tác giả, tuổi trung bình trong nghiên cứu của Trần Quế Sơn³ là $36 \pm 15,5$; Thana Boonsinsukh⁸ là $37,5 \pm 25$.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ĐM gan phải là vị trí tổn thương thường gặp nhất trên phim chụp mạch chiếm 90% và cũng là ĐM được can thiệp TAE nhiều nhất. Kết quả của chúng tôi tương tự như kết quả của Trần Quế Sơn³ là 87,7%, Nguyễn Mậu Định² là 88,2%.

Tổn thương thoát mạch chiếm phần lớn trong đặc điểm tổn thương trên phim chụp mạch trong nghiên cứu của chúng tôi 90%. Tổn thương thoát mạch trong kết quả của Nguyễn Mậu Định chiếm tỷ lệ cao nhất là 78,4%. Ngược lại, trong nghiên cứu của Schwartz R.A⁷ tổn thương phình mạch chiếm tỷ lệ cao nhất là 50% và thoát mạch chiếm tỷ lệ là 37,5%. Dựa vào hình ảnh tổn thương gan trên phim chụp mạch, Hagiwara chia tổn thương làm 4 loại, trong đó loại A và B được điều trị bảo tồn, loại C và D được TAE. Các chỉ định can thiệp TAE gồm có dấu hiệu xuất huyết hoạt động trên phim chụp CLVT, những TH thất bại với điều trị bảo tồn và kiểm soát chảy máu sau phẫu thuật. Tuy nhiên không phải tất cả các TH có dấu hiệu tổn thương mạch máu trên phim chụp CLVT

đều có tổn thương tương ứng trên chụp mạch máu. Có những TH không ghi nhận thoát mạch trên phim chụp CLVT nhưng khi chụp mạch máu thì phát hiện thoát mạch và ngược lại.

Nghiên cứu của Poletti cho thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của chụp CLVT khi phát hiện chảy máu ĐM lần lượt là 65% và 85%, tác giả cũng đề nghị chụp mạch máu cho tất cả các trường hợp chấn thương gan độ IV trở lên. Âm tính giả có thể do kỹ thuật chụp cắt lớp quá dày, không chụp thì ĐM. Dương tính giả có thể do thoát thuốc từ tĩnh mạch gan hoặc từ tĩnh mạch cửa do một vùng nhu mô gan lạnh hay lát cắt qua một nhánh mạch bình thường nằm giữa vùng giảm tỷ trọng của tổn thương, do vậy việc phân tích kỹ các lát cắt liên tiếp giúp xác định rõ bản chất của vùng tăng tỷ trọng. Tác giả Misselbeck⁵ có 4 BN phân độ chấn thương là độ III, mặc dù không có dấu hiệu gợi ý xuất huyết hoạt động trên chụp CLVT nhưng vẫn tiến hành chụp mạch và 2/4 bệnh nhân có tổn thương mạch máu.

Tác giả Sugimoto và Hagiwara đề nghị chụp mạch máu ở những bệnh nhân chấn thương gan từ độ III trở lên để tránh bỏ sót dấu hiệu chảy máu trên chụp CLVT. Chúng tôi cho rằng chỉ định thực hiện TAE ở 4 bệnh nhân nghi ngờ thoát mạch trên chụp CLVT trong nghiên cứu của chúng tôi là do có sự nghi ngờ về khả năng có dấu hiệu thoát mạch nhưng trên chụp CLVT không thể hiện rõ trên bệnh nhân có mức độ chấn thương gan nặng với tình trạng huyết động không ổn định lúc nhập viện. Vì vậy, chúng tôi cho rằng chụp mạch máu nên thực hiện sau khi có dấu hiệu xuất huyết hoạt động trên chụp cắt lớp vi tính và cả ở những TH chấn thương gan nặng để không bỏ sót tổn thương. Vật liệu được dùng để TAE trong nghiên cứu

của chúng tôi khá đa dạng, xu hướng kết hợp nhiều vật liệu can thiệp giúp tăng hiệu quả của phương pháp, giảm biến chứng và chi phí. Trong đó số TH dùng Spongell chiếm tỷ lệ cao nhất là 60%, Coil ít được sử dụng do giá thành đắt không phù hợp với điều kiện kinh tế của bệnh nhân. Nghiên cứu của Lê Trường Chiến¹ cho kết quả TAE thành công bằng Spongell là 95,7%. Khác với nghiên cứu của chúng tôi, nghiên cứu của Trần Quế Sơn có tỷ lệ dùng Histoacryl để can thiệp cao nhất là 76,9%, tỷ lệ dùng Spongell chỉ 4,6%. Kết quả của Nguyễn Mậu Định cũng có tỷ lệ dùng Histoacryl chiếm đa số là 82%, tỷ lệ dùng Spongell chỉ 4,6%. Tác giả Asada chỉ ra rằng tổn thương gan khu trú < 1% tổng số nhu mô gan sẽ làm tăng nồng độ transaminase trong huyết thanh. Sau TAE làm thiếu máu nuôi đến vùng nhu mô gan được cấp máu tương ứng nên góp phần làm tổn thương gan dẫn đến tăng men gan. Tuy nhiên quá trình này không kéo dài lâu, sau đó men gan giảm dần trong quá trình điều trị và dần trở về bình thường. Nồng độ ALT trong nghiên cứu của chúng tôi đều cao tương ứng với mức độ chấn thương gan ở tất cả các bệnh nhân trong thời điểm nhập viện. Sau TAE, giá trị ALT tăng rất cao và duy trì trong 1 đến 2 ngày đầu. Trong 3 đến 4 ngày sau TAE, ALT bắt đầu giảm dần, và giá trị trung bình của ALT về dưới ngưỡng ban đầu tương ứng với trung bình là $9,5 \pm 2,4$ ngày sau TAE. Nghiên cứu của tác giả Schwartz R.A có 19/20 bệnh nhân có men gan giảm sau TAE, chúng tôi cho rằng sự giảm nồng độ men gan sau TAE trong nghiên cứu là do sử dụng phương pháp can thiệp siêu chọn lọc với hệ thống microcatheter, giúp làm giảm tối thiểu nhu mô gan bị tổn thương do thiếu máu. Nồng độ trung bình của ALT tăng tỷ lệ thuận với mức độ tổn thương gan, mức độ

chấn thương gan càng nặng thì nồng độ ALT lúc mới nhập viện càng cao. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Khắc Đức và Srivastava⁵⁷ cũng chứng minh rằng mức độ chấn thương gan càng cao thì nồng độ ALT càng cao. Mối liên hệ giữa mức độ tăng men gan và mức độ nặng của chấn thương gan cũng được chứng minh qua nhiều nghiên cứu của các tác giả Srivastava, Miller. Men gan tăng cao có thể do bản chất tổn thương gan nặng, do can thiệp TAE hoặc kết hợp cả hai. Mặc dù gan được cấp máu bởi hệ thống kẹp từ tĩnh mạch cửa và ĐM gan giúp ngăn chặn thiếu máu cục bộ. Tuy nhiên, sự kết hợp của chấn thương gan và TAE đã được chứng minh là gây ra hoại tử gan đáng kể. Có sự liên quan về giá trị trung bình của ALT với diễn tiến sau can thiệp. Cụ thể, từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ trung bình của ALT ở các thời điểm lúc nhập viện, sau TAE 1 - 2 ngày, sau 3 - 4 ngày và nồng độ trung bình của ALT dưới ngưỡng ban đầu sau TAE ở nhóm có biến chứng cao hơn so với nhóm diễn tiến tốt. Điều này chưa được báo cáo ở Việt Nam. Thời gian trung bình để ALT về dưới ngưỡng ban đầu ở nhóm có biến chứng kéo dài hơn so với nhóm diễn tiến tốt sau can thiệp. Chúng tôi cho rằng, các biến chứng sau TAE làm tổn thương thêm tế bào gan. Điều này được chứng minh rõ rệt ở bệnh nhân bị áp xe gan. Men gan tăng là diễn tiến thường gặp trong hoại tử mô gan để tạo ổ áp xe. Có 9 TH chiếm tỷ lệ 18% xảy ra biến chứng sau TAE trong nghiên cứu của chúng tôi. Trong đó, 5 TH sốt, 3 TH áp xe gan và 1 TH rò mật. Nghiên cứu của Mohr có tỷ lệ biến chứng sau TAE là 42%, các biến chứng bao gồm rò mật, hoại tử túi mật, áp xe gan, hoại tử gan và chảy máu đường mật. Tỷ lệ biến chứng cao trong nghiên cứu của tác giả là do tỷ lệ chấn thương gan nặng cao. Đối

với rò mật, tỷ lệ biến chứng này trong nghiên cứu của các tác giả Kozar, Carrilo sau điều trị không phẫu thuật là 2,8 – 7,4%. Điều trị rò mật nhờ ERCP đặt stent được xem là phương pháp điều trị hiệu quả được chứng minh qua nhiều nghiên cứu của các tác giả Sugimoto, Bajaj. Áp xe gan sau chấn thương gan là biến chứng thường gặp, số TH áp xe gan trong nghiên cứu của tác giả Dabbs là 12/71, tác giả Mohr là 2/26, trong nghiên cứu của chúng tôi là 3/50. Tuy rằng, tỷ lệ chấn thương gan nặng trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đa số nhưng số ngày nằm viện trên 15 ngày chỉ chiếm tỷ lệ 8%, 64% TH nằm viện từ 8 - 14 ngày, 28% TH nằm viện dưới 7 ngày. Chúng tôi cho rằng do tỷ lệ thành công cao sau TAE và tỷ lệ biến chứng thấp, có đáp ứng tốt với điều trị nội khoa đã giúp rút ngắn thời gian nằm viện của bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Can thiệp TAE điều trị chấn thương gan an toàn và hiệu quả. Sau can thiệp TAE, nếu không biến chứng, nồng độ trung bình của ALT tiếp tục tăng cao, sau đó sẽ trở về ngưỡng ban đầu sau hơn một tuần. Nồng độ trung bình của ALT ở những TH có biến chứng cao hơn so với các TH có diễn tiến tốt sau can thiệp TAE. nồng độ trung bình của ALT ở những TH chấn thương gan nặng cao hơn so với những TH chấn thương gan mức độ trung bình. Tại các thời điểm khác nhau, nồng độ ALT trung bình của những TH có biến chứng cao hơn so với các TH có diễn tiến tốt sau can thiệp TAE. Ở các TH có diễn tiến tốt sau can thiệp, nồng độ trung bình của ALT sẽ trở về dưới ngưỡng ban đầu nhanh hơn so với các TH có biến chứng sau can thiệp TAE

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Trường Chiến, Phạm Hữu Thiện Chí, Nguyễn Tấn Cường.** Xử trí chấn thương vỡ gan với phương pháp tắc mạch bằng spongel. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2009;13(1):24.
2. **Nguyễn Mậu Định, Nguyễn Duy Huê, Dư Đức Thiện và cộng sự.** Điều trị can thiệp nội mạch các tổn thương mạch trong chấn thương tạng đặc. Tạp chí Điện quang và Y học hạt nhân Việt Nam. 2012;(10):381 - 385.
3. **Trần Quế Sơn, Nguyễn Mậu Định.** Can thiệp mạch điều trị chấn thương gan tại bệnh viện Việt Đức. Tạp chí nghiên cứu y học 2016;101(3).
4. **Martin MS, Meredith JW.** Management of acute trauma. Courtney M. Townsend Jr. JR, R. Daniel Beauchamp, B. Mark Evers, Kenneth L. Mattox, eds. Sabiston Textbook Of Surgery. 20 ed. Elsevier; 2017:438.
5. **Misselbeck, Timothy S, Teicher, et al.** Hepatic Angioembolization in Trauma Patients: Indications and Complications. journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2009; 67(4): 769-773. doi: 10.1097 /TA. 0b013e3181b5ce7f.
6. **Moritz Koch, Garden OJ, Robert Padbury, et al.** Bile leakage after hepatobiliary and pancreatic surgery: A definition and grading of severity by the International Study Group of Liver Surgery. 2011; 149(5): 680-688. doi: 10.1016 /j.surg. 2010.12.00210.1016
7. **Schwartz RA, Teitelbaum GP, Katz MD, et al.** Effectiveness of transcatheter embolization in the control of hepatic vascular injuries. Journal of vascular and interventional radiology: JVIR. May-Jun 1993; 4(3) :359-65. doi: 10.1016/ s1051-0443(93)71876-x.
8. **Thana Boonsinsukh, Panitpong Maroongroge.** Effectiveness of transcatheter arterial embolization for patients with shock from abdominopelvic trauma: A retrospective cohort study. Annals of Medicine and Surgery. 2020; 55:97-100. doi: 10.1016/j.amsu. 2020.04.029.

KINH NGHIỆM ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG RUỘT NGẮN VÀ ĐƯA QUAI HỒNG TRÀNG RA DA

Trần Phùng Dũng Tiến¹, Lâm Việt Trung¹, Đặng Chí Tùng¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Hội chứng ruột ngắn là một bệnh lý hiếm gặp, xảy ra do cắt một phần lớn ruột non¹. Hậu quả chính của hội chứng ruột ngắn là giảm hấp thu dinh dưỡng và điện giải, dẫn đến nhiều biến chứng đối với bệnh nhân, đôi khi đòi hỏi bệnh nhân cần được hỗ trợ dinh dưỡng tĩnh mạch kéo dài, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và tốn kém chi phí điều trị².

Mục tiêu, phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, đánh giá kết quả điều trị hội chứng ruột ngắn tại khoa ngoại tiêu hóa bệnh viện Chợ Rẫy.

Kết quả: Từ tháng 1/2021-6/2023 tại Khoa Ngoại Tiêu hoá, Bệnh viện Chợ Rẫy có tổng cộng 56 bệnh nhân hội chứng ruột ngắn giai đoạn cấp tính được điều trị và 37 bệnh nhân giai đoạn ổn định được phục hồi lưu thông ruột. Có 23/37 bệnh nhân cần được hỗ trợ dinh dưỡng trước mổ, thời gian hỗ trợ dinh dưỡng 12 ± 4 ngày, 15/37 bệnh nhân có suy thận cấp. Tỷ lệ biến chứng sau mổ phục hồi lưu thông ruột cao, 4/37 bệnh nhân viêm phổi, 2/37 xì miệng nối, 1/37 bị bệnh nhân tử vong sau mổ.

Kết luận: Hội chứng ruột ngắn là bệnh lý hiếm gặp, tuy nhiên bệnh có nhiều biến chứng và nguy cơ sau mổ cao.

Từ khóa: Hội chứng ruột ngắn, đưa quai hồng tràng ra da

SUMMARY

EXPERIENCE INTREATING PATIENTS WITH SHORT SOWEL SYNDROME AND LOOP JEJUNOSTOMY

Background: Short bowel syndrome is a rare disease that occurs due to resection of a large portion of the small intestine¹. The main consequence of short bowel syndrome is reduced absorption of nutrients and electrolytes, leading to many complications for the patient, sometimes requiring the patient to receive long-term intravenous nutritional support, affecting the quality of life and the cost of treatment².

Methods: A retrospective descriptive study, Evaluating the results of nutritional treatment in short bowel syndrome at department of digestive surgery, Cho Ray hospital

Results: From January 2021 to June 2023, there were 56 with acute short bowel syndrome and 37 short bowel syndrome patients operated for reconnection of bowel. In which, 23/37 patients needed preoperative nutritional support, nutritional support duration was 12 ± 4 days, 15/37 patients had acute kidney failure. The rate of complications after surgery to reversal of a small bowel ostomy was high, 4/37 patients had pneumonia, 2/37 patients had anastomotic leak, and 1/37 patients died after surgery.

Conclusions: Short bowel syndrome is a rare disease. However, it has many complications and high postoperative risks.

Keywords: Short bowel syndrome, loop jejunostomy

¹Khoa Ngoại Tiêu hoá, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Chí Tùng

SĐT: 0963213487

Email: dang_tung57@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 08/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 25/01/2024

Ngày duyệt bài: 26/02/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay hội chứng ruột ngắn không phải là một hội chứng hiếm gặp. Khi bệnh nhân bị cắt bỏ phần lớn ruột non do bất cứ nguyên nhân nào, dẫn đến chiều dài của ruột non còn lại ít, điều này làm cho người bệnh giảm hấp thu các chất dinh dưỡng, nước và điện giải, các yếu tố vi lượng. Biểu hiện lâm sàng và mức độ nghiêm trọng tùy thuộc vào chiều dài ruột non còn lại. Điều này dẫn đến nhiều biến chứng đối với người bệnh như suy dinh dưỡng, suy thận cấp, rối loạn nước điện giải, thậm chí tử vong đối với người bệnh. Đối với người bệnh thường bị cắt bỏ đoạn ruột non và đưa 2 đầu ruột non ra da dẫn đến bị mất nước điện giải nhiều³. Tuy nhiên chúng ta có thể tối ưu việc hấp thu dinh dưỡng bằng cách hồi truyền dịch ruột để tận dụng lượng ruột non và đại tràng còn lại. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi đã áp dụng phương pháp này từ những năm 2016. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm điều trị bệnh nhân hội chứng ruột ngắn và tính khả thi của phương pháp hồi truyền dịch ruột trong điều trị bệnh nhân hội chứng ruột ngắn

Mục tiêu nghiên cứu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hội chứng ruột ngắn.
- Đánh giá kết quả sớm điều trị bệnh nhân hội chứng ruột ngắn

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu hồi cứu, mô tả bệnh nhân hội chứng ruột ngắn được điều trị phẫu thuật tại khoa Ngoại Tiêu hóa bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2021 - 6/2023. Chia làm 2 giai đoạn:

- Giai đoạn cấp tính: Khi bệnh nhân được phẫu thuật cắt ruột non do bất cứ nguyên nhân nào.
- Giai đoạn phục hồi lưu thông ruột: Khi tình trạng bệnh đã ổn định, được nhập viện để phục hồi lưu thông ruột.

Các biến số trong nghiên cứu:

- Đặc điểm chung: tuổi, giới, địa dư.
 - Các đặc điểm lâm sàng: Thể trạng, tiền sử, bệnh kèm theo.
 - Các cận lâm sàng đánh giá dinh dưỡng, chức năng thận.
 - Đặc điểm ruột non còn lại, chiều dài hồng tràng, hồi tràng, có hồi truyền dịch ruột.
- Chúng tôi hồi truyền dịch ruột bằng cách đặt 1 ống thông nhỏ (thường là ống foley cỡ lớn hoặc ống Pezzet) vào đầu ruột non phía dưới, bệnh nhân được cho ăn đường miệng và thu dịch tiết ra từ đoạn ruột non phía trên truyền ngược lại vào đoạn ruột non phía dưới thông qua ống thông sau khi được gạn tách tạp chất.

Kết quả điều trị: Biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện, tử vong.



Hình 1: Bệnh nhân được hồi truyền dịch ruột

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được thực hiện cắt bỏ phần lớn đoạn ruột non do tất cả các nguyên nhân và ruột non còn lại dưới 200cm.

Xử lý và phân tích số liệu: Số liệu thu thập được bằng bệnh án nghiên cứu sẽ được xử lý mã hóa số liệu, phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS 22.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2021-6/2023 tại Khoa Ngoại Tiêu hoá, bệnh viện Chợ Rẫy có tổng cộng 56 bệnh nhân hội chứng ruột ngắn giai đoạn

cấp tính được điều trị và 37 bệnh nhân giai đoạn ổn định được phục hồi lưu thông ruột.

3.1. Giai đoạn cấp tính

Đặc điểm bệnh nhân

Trong số này, nam gấp 2.11 lần nữ, với độ tuổi trung bình là 58,4 tuổi. Có 26 bệnh nhân có bệnh lý kèm theo chủ yếu là rung nhĩ với 23 trường hợp, nguyên nhân chủ yếu là do tắc mạch: 41 trường hợp, chiếm 73,2%. Phương pháp phẫu thuật chính là cắt đoạn ruột non đưa 2 đầu ra da với 52 trường hợp, chiếm 92.8%.

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân

	Số lượng (N=56)	P (100)
Giới tính (Nam:Nữ)	2,11:1	
Bệnh kèm theo		
Đái tháo đường	4	7.1
Rung nhĩ	23	41
Xơ gan	1	1.8
Tăng huyết áp	2	3.6

Nguyên nhân		
Tắc mạch mạc treo	41	73.2
Dính xoắn mạc treo	15	26.8
Phương pháp phẫu thuật		
Đưa 2 đầu ra da	52	92.8
Nối ngay	4	7.2

Đặc điểm trong và sau mổ

Chiều dài ruột non còn lại trung bình 102,2 cm với ít nhất là 10cm và nhiều nhất là 190cm. Trong đó chiều dài hồng tràng trung bình là 65,7cm và chiều dài hồi tràng trung bình là 36,4cm. Có 67,8% trường hợp bệnh nhân được hồi truyền dịch ruột.

Thời gian nằm viện trung bình là 7 ngày, ít nhất là 4 ngày và nhiều nhất là 26 ngày. Tất cả bệnh nhân đều có biến chứng sau mổ, nhiều nhất là suy thận cấp với 100% trường hợp. Có 6 bệnh nhân bị suy đa cơ quan phải nằm hồi sức trong đó có 3 trường hợp tử vong.

Bảng 2: Kết quả điều trị

Thời gian nằm viện	7 (4 - 26) ngày	
Biến chứng	N	P
Suy thận cấp	56	100
Viêm phổi	6	10.7
Hoại tử ruột tiếp diễn	1	1.8
Nằm khoa hồi sức tích cực	6	10.7
Suy đa cơ quan	6	10.7
Tử vong sau mổ	3	5.4

3.2. Giai đoạn phục hồi lưu thông ruột**Đặc điểm bệnh nhân:**

Trong số này nam gấp 2,64 lần nữ, độ tuổi trung bình là 54,5 tuổi, thấp nhất là 21 tuổi và cao nhất là 77 tuổi. Số lượng bệnh nhân có BMI < 18.5 là 11 trường hợp,

Albumin < 3 g/dl là 17 trường hợp, có 23 trường hợp cần được hỗ trợ dinh dưỡng trước mổ với thời gian hỗ trợ dinh dưỡng trung bình là 12 ngày, ít nhất là 7 ngày và nhiều nhất là 28 ngày.

Bảng 3: Đặc điểm bệnh nhân

	N = 37	P = 100 (%)
Tuổi	54,5 (21 - 77)	
Giới: Nam/ nữ	2.64	
BMI		
< 18.5	11	29.7
> 18.5	26	70.3
Albumin trước mổ		
< 3	17	45.9
> 3	20	54.1

Hỗ trợ dinh dưỡng trước mổ	23	62.2
Thời gian hỗ trợ dinh dưỡng	12 (7 - 28)	

Kết quả điều trị: Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 7 ngày, ít nhất là 6 ngày và nhiều nhất là 26 ngày. Có 7 trường hợp có biến chứng sau mổ, trong đó có 3 trường hợp xì miệng nổi, 2 trường hợp suy đa cơ quan và 1 trường hợp tử vong sau mổ.

Bảng 4: Kết quả điều trị

Thời gian nằm viện sau mổ	7 (6 - 26) ngày	
Biến chứng	7	18.9
Viêm phổi	4	10.8
Xì miệng nổi	3	5.4
Suy đa cơ quan	2	5.4
Tử vong sau mổ	1	3.7

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hội chứng ruột ngắn là một bệnh lý không phải là hiếm gặp. Cũng giống như các nghiên cứu khác nguyên nhân hàng đầu dẫn đến tình trạng này là do tắc mạch mạc treo⁴. Phương pháp điều trị được chúng tôi lựa chọn chính là cắt đoạn ruột non, đưa 2 đầu ra da với trên 90% trường hợp. Chúng tôi lựa chọn phương pháp này do bệnh nhân của chúng tôi đến trong tình cảnh nhiễm trùng nặng, và có nhiều bệnh lý kèm theo, làm cho việc phục hồi lưu thông ruột ngay thì đầu dễ dẫn tới việc miệng nổi không lành, nguy cơ xì rò miệng nổi sau mổ cao. Điều này dẫn tới việc bệnh nhân bị tăng nguy cơ mất nước, điện giải, giảm hấp thu dinh dưỡng do ruột non còn lại khá ít. Để giảm thiểu tình trạng này chúng tôi thực hiện một kỹ thuật đơn giản là hồi truyền, điều này giúp bệnh nhân tối ưu được việc hấp thu dinh dưỡng bằng cách tận dụng ruột non và đại tràng còn lại. Tuy nhiên tỉ lệ biến chứng trong thời gian nằm viện vẫn

còn khá cao, chủ yếu là suy thận cấp đa số đều xuất hiện khi nhập viện và cải thiện trong thời gian điều trị.

Trong giai đoạn phục hồi lưu thông ruột chúng tôi có số lượng bệnh nhân ít hơn, một phần bệnh nhân không tái khám, một phần do bệnh nhân mới trải qua giai đoạn cấp tính chưa thể phẫu thuật phục hồi lưu thông ruột được. Tương tự như các nghiên cứu khác, số lượng bệnh nhân của chúng tôi ở giai đoạn này có tỉ lệ suy dinh dưỡng còn cao, số bệnh nhân có BMI < 18.5 chiếm gần 30%, và số lượng bệnh nhân có Albumin < 3g/dl chiếm gần 50%, số lượng bệnh nhân cần phải được hỗ trợ dinh dưỡng trước mổ trên 60%. Tỉ lệ biến chứng sau mổ cao, đặc biệt là xì rò miệng nổi sau mổ với 3 trường hợp, chiếm 5.4%, điều này do bệnh nhân có bệnh nền trước đó như huyết khối mạch máu ruột dẫn đến tưới máu miệng nổi kém, ngoài ra tình trạng dinh dưỡng trước mổ kèm cũng ảnh hưởng nhiều tới khả năng lành miệng nổi⁵. Nên việc phục hồi lưu thông ruột ở những

bệnh nhân này cần được chuẩn bị một cách kỹ lưỡng và được thực hiện bởi những phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

V. KẾT LUẬN

Hội chứng ruột ngắn là bệnh lý hiếm gặp, tuy nhiên bệnh có nhiều biến chứng và nguy cơ sau mổ cao. Hồi truyền dịch ruột là một phương pháp đơn giản, hiệu quả, giúp giảm biến chứng, giảm nhu cầu hỗ trợ dinh dưỡng ngoài đường tiêu hóa cho bệnh nhân.

Cam đoan

Nghiên cứu được thực hiện với sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Bệnh viện Chợ Rẫy.

Nghiên cứu đảm bảo tính bảo mật về thông tin của các đối tượng nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pironi L, Cuerda C, Jeppesen PB, et al.** ESPEN guideline on chronic intestinal failure in adults - Update 2023. Clin Nutr Edinb Scotl. 2023;42(10):1940-2021. doi:10.1016/j.clnu.2023.07.019
2. **Attali TV, Bouchoucha M, Benamouzig R.** Treatment of refractory irritable bowel syndrome with visceral osteopathy: short-term and long-term results of a randomized trial. J Dig Dis. 2013; 14(12): 654-661. doi:10.1111/1751-2980.12098
3. **Bioletto F, D'Eusebio C, Merlo FD, et al.** Efficacy of Teduglutide for Parenteral Support Reduction in Patients with Short Bowel Syndrome: A Systematic Review and Meta-Analysis. Nutrients. 2022;14(4):796. doi:10.3390/nu14040796.
4. **Dilke SM, Gould L, Yao M, et al.** Distal feeding-bowel stimulation to treat short-term or long-term pathology: a systematic review. Frontline Gastroenterol. 2021;12(7):677-682. doi:10.1136/flgastro-2019-101359.
5. **Jeppesen PB, Pertkiewicz M, Messing B, et al.** Teduglutide reduces need for parenteral support among patients with short bowel syndrome with intestinal failure. Gastroenterology. 2012; 143(6): 1473-1481.e3. doi:10.1053/j.gastro.2012.09.007

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ BƯỚU GIÁP THÔNG TRUNG THẤT VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN QUYẾT ĐỊNH ĐƯỜNG PHẪU THUẬT

Lâm Xuân Nhật¹, Đoàn Ngọc Huy¹, Nguyễn Hoàng Bình¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bướu giáp thông trung thất là bướu giáp có phần thể tích tuyến giáp nằm dưới lồng ngực chiếm thể tích trên 50% thể tích toàn bộ tuyến giáp. Phẫu thuật được xem là phương pháp điều trị cốt lõi, trong đó hầu hết các trường hợp phẫu thuật thành công cắt tuyến giáp qua đường mổ cổ. Mục đích của nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật cũng như phân tích một số yếu tố ảnh hưởng đến đường phẫu thuật phối hợp ngoài cổ (mở xương ức).

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang. Chúng tôi thu nhận được 110 trường hợp được chẩn đoán bướu giáp thông trung thất được phẫu thuật tại khoa Ngoại Lồng ngực bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1/2016 đến hết tháng 11/2023.

Kết quả: Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu: $65,27 \pm 10,02$, tỉ lệ nam/ nữ: 1/4. Có 87 trường hợp bệnh nhân có triệu chứng, (trong đó khối to vùng cổ: 39, khó thở: 26, nuốt vướng 18 trường hợp, thay đổi giọng nói 4), 23 trường hợp còn lại không có triệu chứng. 21 trường hợp (19,09%) bướu giáp thông độ 4, 89 trường hợp (80,91%) độ 3. Về hình dạng tuyến giáp: 52 trường hợp tuyến giáp hình ống (47,27%), 35 trường hợp

hình bầu dục (31,82%), 23 trường hợp (20,91%) hình tăng băng. 36 trường hợp (32,73%) có chèn ép khí quản trên hình ảnh cắt lớp vi tính. Hầu hết các trường hợp mổ thành công qua đường cổ (104 trường hợp, chiếm 94,55%), 6 trường hợp (chiếm 5,45%), mở xương ức phối hợp (2 trường hợp chẻ bán phần trên xương ức, 4 trường hợp chẻ toàn bộ xương ức). 34 trường hợp (30,91%) mổ cắt một thùy tuyến giáp, 76 trường hợp (69,09%) cắt trọn hoặc gần trọn tuyến giáp. Sau mổ, có 19 trường hợp (tỉ lệ 17,27%) tê tay chân, 9 trường hợp (8,18%) khàn tiếng, 2 trường hợp (1,82%) mở khí quản, chảy máu sau mổ 1 trường hợp (0,91%). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 3,76 ngày. Tất cả bệnh nhân ổn định xuất viện. Giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư tuyến giáp dạng nhú 8 trường hợp (7,27%), còn lại lành tính. Các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định chẻ xương ức: bướu giáp thông dạng tăng băng trôi với phần thông ở trung thất lớn hơn 75% thể tích tuyến giáp.

Kết luận: Phẫu thuật điều trị bệnh lý bướu giáp thông trung thất cho kết quả sớm tốt, bệnh nhân phục hồi nhanh chóng sau phẫu thuật. Hầu hết phẫu thuật có thể thực hiện qua đường mổ cổ, tuy nhiên cần dự phòng mở xương ức phối hợp khi cần. Các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định mở xương ức bao gồm: bướu giáp thông dạng tăng băng trôi với thể tích phần trung thất hơn 75% thể tích tuyến giáp. Cần chú ý các vấn đề gây mê đặt NKQ, liệt dây thanh và hạ canxi sau mổ.

Từ khóa: bướu giáp thông trung thất, phẫu thuật đường cổ, chẻ xương ức, chèn ép khí quản

¹Khoa Ngoại Lồng ngực, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Xuân Nhật

SĐT: 0906959540

Email: nhatlammd@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 18/01/2024

Ngày duyệt bài: 26/02/2024

SUMMARY**EVALUATING THE OUTCOMES OF THE SURGERY OF SUBSTERNAL GOITER AND THE FACTORS THAT AFFECTED THE SURGICAL APPROACH USED**

Background: Retrosternal (or intrathoracic, or substernal, or mediastinal) goiters are defined by deSouza and Smith as thyroid goiters, more than 50% of which are located below the thoracic inlet and into the mediastinum. The preferred course of treatment is surgical excision, and a cervical approach can usually be used to remove the goiter. The objective of this retrospective study was to examine individual experiences with the surgical treatment of retrosternal goitres, specifically identifying the characteristics that necessitate sternotomy.

Methods: Retrospective cross-sectional description. During the period of January 2016 to November 30, 2023, 110 patients with a diagnosis of substernal goiter were enrolled in the Thoracic Surgery Department at Cho Ray Hospital.

Results: The study group's average age was 65.27 ± 10.02 , with an approximate male to female ratio of 1/4. Twenty-three of the patients exhibited no symptoms, leaving 87 cases with symptoms (enlarged neck mass: 39, difficulty breathing: 26, problem swallowing: 18, voice change: 4). 89 instances (80.91%) of grade 3 goiter and 21 cases (19.09%) of grade 4 goiter. In terms of thyroid shape, there are 52 cases (47.27%) of tubular shape, 35 cases (31.82%) oval shape, and 23 cases (20.91%) iceberg thyroid. On computed tomography pictures, tracheal compression was present in 36 cases (32.73%). The majority of successful neck surgeries (104 instances, or 94.55% of all cases) involved combined sternotomies (6 cases, or 5.45% of all cases) (2 cases of partial split

sternum, 4 cases of total sternal split). Thirty-four cases (30.91%) had lobectomy, and seventy-six cases (69.09%) had total or near-total thyroidectomy. Following surgery, limb numbness occurred in 19 instances (17.27%), hoarseness in 9 cases (8.18%), tracheostomy in 2 cases (1.82%), and postoperative hemorrhage in 1 case (0.91%). A postoperative stay of 3.76 days was the average in the hospital. The hospital released every stable patient. Pathology following surgery revealed benign thyroid tissue in 72.77% of cases, with papillary thyroid carcinoma in 8 cases (7.27%). There are several factors that influence the choice to split the sternum: posterior mediastinal hanging goiter through the carina, iceberg-like hanging goiter with mediastinal portion greater than 75% of thyroid volume.

Conclusion: Patients who have a mediastinal goiter surgically recover swiftly from the procedure. The majority of procedures can be carried out through transcervical approach, but when necessary, a sternotomy should be employed in addition to the procedure. An iceberg-like goiter with a mediastinal portion volume greater than 75% of the thyroid volume is factor that may influence the choice to open the sternum. The problems of anesthesia, intubation, paralysis of the vocal cord, and hypocalcemia following surgery should all be taken seriously.

Keywords: substernal goiter, transcervical approach, sternotomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, có nhiều định nghĩa khác nhau về bệnh lý bướu giáp thông trung thất, theo tác giả deSouza và Smith^[4], bướu giáp gọi là thông trung thất khi thể tích phần tuyến giáp thông qua đường vào ngực trên 50%. Đây cũng là định nghĩa được nhiều phẫu thuật

viên ủng hộ. Bướu giáp thông trung thất thường được chẩn đoán ở người trên 50 tuổi với tỉ lệ nữ gấp 4 lần nam^[2]. Trong nghiên cứu của Douplaptsi^[5], tỉ lệ bướu giáp thông trung thất chiếm 7% tất cả các trường hợp phẫu thuật tuyến giáp. Bướu giáp thông trung thất thường biểu hiện có khối vùng cổ to, hoặc gây ra triệu chứng khi chèn ép các cấu trúc xung quanh như khí quản, thực quản,... Phẫu thuật là điều trị căn bản của bệnh lý này. Trước khi phẫu thuật bệnh nhân cần được đánh giá tổng thể một cách kĩ lưỡng, kiểm tra chức năng tuyến giáp cũng như siêu âm và chụp cắt lớp vi tính cổ- ngực để đánh giá về cấu trúc, hình thái, mức độ chèn ép các cấu trúc lân cận, cũng như nguy cơ ác tính của tuyến giáp, từ đó vạch ra kế hoạch điều trị chính xác. Tuy nhiên, đây vẫn là nhóm bệnh lý phức tạp và chưa có nhiều hướng dẫn cụ thể cho chiến lược phẫu thuật. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật bệnh lý bướu giáp thông trung thất và tìm hiểu các yếu tố ảnh hưởng đến phương hướng và kết quả phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả hàng loạt ca tại khoa Ngoại Lồng ngực bệnh viện Chợ Rẫy, ghi nhận 110 trường hợp bướu giáp thông trung thất được chẩn đoán và phẫu thuật trong thời gian từ tháng 1 năm 2016 đến hết tháng 11 năm 2023. Chúng tôi chẩn đoán bướu giáp thông trung thất khi thể tích phần tuyến giáp thông qua đường vào ngực trên 50% theo tác giả deSouza và Smith^[4]. Về hình dạng bướu giáp thông chúng tôi chia thành 3 nhóm theo tác giả Simo: hình ống, hình bầu dục và hình tăng băng. Về phân độ tuyến giáp chúng tôi sử dụng định nghĩa của nhóm tác giả Cohen và

Cho^[3], phân làm 4 độ: độ 1 bướu giáp thông dưới 25%, độ 2 25 - 50%, độ 3: 50 - 75%, độ 4 > 75%. Chèn ép khí quản khi chèn > 35% đường kính lớn nhất của khí quản. BN trước gây mê được đánh giá các chỉ số ASA và đánh giá phân độ Mallampati tiên lượng đặt nội khí quản khó. Nhuyễn sụn khí quản được chẩn đoán trong lúc mổ. Phẫu thuật viên là người đánh giá tình trạng khí quản có mềm hơn so với đoạn khí quản bình thường không bị chèn ép. Xử trí mở khí quản hoặc khâu treo khí quản được quyết định bởi phẫu thuật viên trong mổ. BN được mở khí quản hậu phẫu khi liệt khớp dây thanh do tổn thương thần kinh quặt ngược hoặc thở máy lâu dài do tình trạng viêm phổi. Đường mổ cổ hoặc cổ phối hợp chẻ xương ức được hội chẩn khoa quyết định thực hiện ngay từ đầu hoặc phẫu thuật viên đánh giá trong lúc mổ. Tất cả các thông tin được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $65,27 \pm 10,02$, tỉ lệ nam/ nữ: 1/4. Chúng tôi ghi nhận 87 trường hợp bệnh nhân đến viện khi đã có triệu chứng, trong đó khối to vùng cổ: 39, khó thở: 26, nuốt vướng 18 trường hợp, thay đổi giọng nói 4, và 23 trường hợp còn lại không có triệu chứng mà tình cờ phát hiện khi khám sức khỏe. Trong nghiên cứu chúng tôi chỉ ghi nhận bướu giáp thông độ III ở 89 trường hợp (chiếm 80,91%) và độ IV có 21 trường hợp (19,09%). Chúng tôi ghi nhận đặc điểm về hình dạng tuyến giáp: 52 trường hợp tuyến giáp hình ống (47,27%), 35 trường hợp hình bầu dục (31,82%), 23 trường hợp (20,91%) hình tăng băng. Có 36 trường hợp (32,73%) có chèn ép khí quản trên hình ảnh cắt lớp vi tính. Hầu hết các trường hợp trong nghiên cứu thực

hiện thành công qua đường cổ (104 trường hợp, chiếm 94,55%), 6 trường hợp (chiếm 5,45%) phải mở xương ức phổi hợp (2 trường hợp chỉ bán phần trên xương ức, 4 trường hợp chỉ toàn bộ xương ức). 34 trường hợp (30,91%) mổ cắt một thùy tuyến giáp, 76 trường hợp (69,09%) cắt trọn hoặc gần trọn tuyến giáp. Sau mổ, có 19 trường hợp (tỉ lệ 17,27%) tê tay chân, 9 trường hợp (8,18%) khàn tiếng, 2 trường hợp (1,82%) mở khí

quản, chảy máu sau mổ 1 trường hợp (0,91%). Thời gian nằm viện sau mổ trung bình 3,76 ngày. Tất cả bệnh nhân ổn định xuất viện. giải phẫu bệnh sau mổ: ung thư tuyến giáp dạng nhú 8 trường hợp (7,27%), còn lại lành tính. Các yếu tố ảnh hưởng đến quyết định chỉ xương ức ở nghiên cứu chúng tôi là bướu giáp thông dạng tăng bằng trôi với phần thông ở trung thất lớn hơn 75% thể tích tuyến giáp.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu

		Số BN (n=110)	Tỉ lệ (%)
Giới	Nam	22	20
	Nữ	88	80
Triệu chứng	không	23	20,91
	Khối vùng cổ	39	35,45
	Khó thở	26	23,64
	Khàn tiếng	4	3,64
	Nuốt vướng	18	16,36
Chức năng tuyến giáp	Bình giáp	84	76,36
	Cường giáp dưới lâm sàng	26	23,64
Phân độ bướu giáp thông theo Cohen và Cho	1	0	0
	2	0	0
	3	89	80,91
	4	21	19,09
Hình dạng bướu giáp	Hình ống	52	47,27
	Hình bầu dục	35	31,82
	Hình tăng bằng	23	20,91
Chèn ép khí quản	Có	36	32,73
	Không	74	67,27

Bảng 2: Đặc điểm phẫu thuật và hậu phẫu

	Số BN (n=110)	Tỉ lệ (%)
Đường mổ		
Mở cổ	104	94,55
Mở cổ+ xương ức	6	5,45
Phương pháp phẫu thuật		
Cắt 1 thùy tuyến giáp	34	30,91
Cắt toàn bộ tuyến giáp	76	69,09

Biến chứng sau mổ		
Chảy máu	1	0,91
Mở khí quản sau mổ	2	1,82
Hạ canxi	19	17,27
Khàn tiếng	9	8,18
Giải phẫu bệnh		
Ác tính	8	7,27
Lành tính	102	92,73

Bảng 3: Các yếu tố ảnh hưởng quyết định chế xương ức

Các đặc điểm		Mở cổ (n = 104)	Chẻ xương ức (n = 6)	Giá trị p
Bướu giáp to độ 4 (n =)	Có	12	6	< 0,01
	Không	92	0	
Bướu giáp hình tảng băng (n =)	Có	18	6	< 0,01
	Không	86	0	
	Không		2	

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu của chúng tôi là $65,27 \pm 10,02$, tỉ lệ nam/ nữ: ¼, phù hợp với kết quả trước đó của các nghiên cứu^[2]. Phương pháp điều trị dứt điểm là phẫu thuật. Đa số trường hợp được thực hiện qua đường mở cổ. Bệnh nhân cần phối hợp đường tiếp cận ngoài cổ trong 1% đến 7,6% số ca phẫu thuật^[5]. Phương pháp tiếp cận ngoài cổ có thể bao gồm mở xương ức (bán phần hoặc toàn bộ), mở ngực bên hoặc nội soi lồng ngực. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 94,55% các trường hợp có thể phẫu thuật thành công qua đường cổ mà không cần đường mở phối hợp, và 5,45% các trường hợp còn lại chúng tôi mở xương ức phối hợp đường cổ. Một nghiên cứu gần đây báo cáo rằng 78,3% bệnh nhân được cắt bỏ toàn bộ tuyến giáp, 18,3% cắt bỏ một phần tuyến giáp và 3,3% cắt thùy^[2]. Ở nghiên cứu của chúng tôi, gần 70% các trường hợp chúng tôi cắt toàn bộ hoặc gần toàn bộ tuyến giáp, 30% còn lại chúng tôi cắt thùy bướu giáp thông.

Theo ghi nhận y văn, tỉ lệ bướu giáp thông trung thất có chèn ép khí quản, thay đổi 35 - 73%. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 32,73% các trường hợp bướu giáp thông có chèn ép khí quản. Theo nghiên cứu, Bướu giáp thông hình dạng tảng băng trôi là yếu tố tăng tỉ lệ mở xương ức. Theo nghiên cứu của Flati và cộng sự^[6], bướu giáp thông dạng tảng băng với phần ở trung thất hơn 70% thì mở xương ức là gần như không thể tránh khỏi. Nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận kết quả tương tự. Nghiên cứu gần đây của Polistena và cộng sự, tỉ lệ chảy máu sau phẫu thuật là 0,5%, liệt dây thanh hai bên là 0,6%, một bên là 1,3%, tỉ lệ suy cận giáp là 14%. Trong nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ chảy máu là 1 trường hợp chiếm 0,9%, mở khí quản sau mổ là 1,8%, tê tay chân biểu hiện của hạ canxi máu do tổn thương tuyến cận giáp là 17%. Tỉ lệ ung thư ở các nhân giáp thông trung thất là 9-13%^[8]. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận khoảng 7% các trường hợp là ác tính.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật là điều trị căn bản trong bệnh lý bướu giáp thông trung thất. Mặc dù đây là bệnh lý phức tạp, và có nhiều thách thức về mặt kỹ thuật mổ, nhưng khi tiến hành tại những trung tâm lớn, có đội ngũ phẫu thuật viên và gây mê giàu kinh nghiệm thì mang lại kết quả tốt, với tỉ lệ biến chứng và tử vong thấp. Một số yếu tố ảnh hưởng đến quyết định đường tiếp cận phẫu thuật (mở cổ hay mổ cổ phối hợp các đường mổ khác) như về đặc điểm hình dạng, phân loại bướu giáp thông vẫn còn nhiều tranh cãi và cần được nghiên cứu sâu hơn. Tuy nhiên, khi được đánh giá toàn diện về các phương diện gây mê hồi sức, chiến lược phẫu thuật rõ ràng mang lại kết quả tốt cho nhóm bệnh lý này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Casella C, Pata G, Cappelli C, Salerni B.** Preoperative predictors of sternotomy need in mediastinal goiter management. *Head Neck*. 2010; 32:1131–5.
2. **Chávez Tostado KV, Velázquez-Fernandez D, Chapa M, Pantoja Millán JP, Salazar MS, Herrera MF.** Substernal Goiter: Correlation between Grade and Surgical Approach. *Am Surg*. 2018 Feb 01;84(2): 262-266.
3. **Cho HT, Cohen JP, Som ML.** Management of Substernal and Intrathoracic Goiters. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*. 1986; 94(3): 282-287. doi:10.1177/019459988609400304
4. **deSouza FM, Smith PE.** Retrosternal goiter. *J Otolaryngol*. 1983 Dec;12(6):393-6. PMID: 6663666.
5. **Doulaptsi M, Karatzanis A, Prokopakis E, Velegrakis S, Loutsidi A, Trachalaki A, Velegrakis G.** Substernal goiter: Treatment and challenges. Twenty-two years of experience in diagnosis and management of substernal goiters. *Auris Nasus Larynx*. 2019 Apr;46(2):246-251.
6. **Flati G, De Giacomo T, Porowska B, Flati D, Gaj F, Talarico C, et al.** Surgical management of substernal goitres. When is sternotomy inevitable? *Clin Ter*. 2005; 156: 191–5.
7. **Lin YS, Wu HY, Lee CW, Hsu CC, Chao TC, Yu MC.** Surgical management of substernal goitres at a tertiary referral centre: A retrospective cohort study of 2,104 patients. *Int J Surg*. 2016 Mar;27:46-52. doi: 10.1016/j.ijsu.2016.01.032. Epub 2016 Feb 2. PMID: 26796368.
8. **Patel KN, Yip L, Lubitz CC, Grubbs EG, Miller BS, Shen W, Angelos P, Chen H, Doherty GM, Fahey TJ, Kebebew E, Livolsi VA, Perrier ND, Sipos JA, Sosa JA, Steward D, Tufano RP, McHenry CR, Carty SE.** The American Association of Endocrine Surgeons Guidelines for the Definitive Surgical Management of Thyroid Disease in Adults. *Ann Surg*. 2020 Mar; 271(3): e21-e93.

ĐẶC ĐIỂM VI KHUẨN, HÌNH ẢNH HỌC VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ÁP XE CỔ LAN TRUNG THẤT

Lâm Xuân Nhật^{1,2}, Vũ Hữu Vĩnh¹, Nguyễn Ngọc Trung²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Áp xe cổ lan trung thất là tình trạng nhiễm trùng cấp tính liên quan đến mô liên kết lỏng lẻo vùng cổ và trung thất. Khi tình trạng nhiễm trùng trùng thất xảy ra, tính mạng bệnh nhân dễ bị đe dọa. Nguyên nhân chủ yếu đến từ các bệnh lý tai mũi họng và răng hàm mặt. Khối áp xe bắt đầu hình thành từ vùng cổ sau đó lan dần qua tĩnh mạch vô danh rồi xuống các trung thất bên dưới. Vì vậy vai trò của phẫu thuật làm sạch và dẫn lưu khối áp xe cổ rất quan trọng, bệnh nhân có thể tránh được mở ngực để làm sạch khối áp xe trung thất nếu bệnh nhân được chăm sóc tốt vết mổ cổ.

Phương pháp: Nghiên cứu tất cả các hồ sơ bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cổ lan trung thất trong khoảng thời gian từ 01/ 06/ 2018 đến 01/ 06/ 2023 tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Loại trừ những bệnh nhân tổn thương thực quản do hóc xương hay do chấn thương gây ra. Áp xe cổ được xác định lan trung thất khi khối áp xe đã lan xuống dưới tĩnh mạch vô danh. Tất cả những bệnh nhân áp xe cổ lan trung thất được phẫu thuật mở rộng cổ dẫn lưu và chăm sóc vết mổ cổ mỗi ngày.

Kết quả: Trong tổng số 95 trường hợp, có 72 trường hợp mặc dù chỉ mở cổ nhưng rất hiệu quả,

bệnh nhân xuất viện sớm sau mổ. Có 18 trường hợp mở cổ và ngực đồng thời và 5 trường hợp mở cổ trước, trong quá trình theo dõi thì khối áp xe trung thất tăng lên, bệnh nhân được chỉ định mở ngực làm sạch áp xe trung thất và đặt hệ thống tưới rửa khoang màng phổi. Tất cả các ca lâm sàng đều cải thiện sau mổ và xuất viện.

Kết luận: Khi bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cổ lan trung thất, bệnh nhân cần được phẫu thuật mở cổ càng sớm càng tốt. Mở cổ rộng rãi kết hợp với chăm sóc tốt vết mổ cổ mỗi ngày, bệnh nhân có thể tránh được mở ngực, từ đó bệnh nhân hồi phục nhanh hơn và xuất viện sớm hơn.

Từ khóa: Áp xe cổ, trung thất

SUMMARY

RESULT OF TREATMENT DESCENDING NECROTIZING MEDIASTINITIS

Objective: Neck abscess (deep cervical infection) is resulted mainly by infection of the teeth and/ or throat. It easily spreads into the mediastinum causing descending necrotizing mediastinitis (DNM). The border between neck's space and mediastinal compartments is still controversial. Indication for thoracotomy is based on whether or not that infection is defined "mediastinal". The abscess begins to form in the neck and then spreads to the lower mediastinum. Therefore, the role of surgery to clean and drain the cervical abscess is very important, the patient can avoid opening the chest to clean the mediastinal abscess if the patient is well cared for the neck incision.

¹Khoa Ngoại Lồng ngực – Bệnh viện Chợ Rẫy

²Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Xuân Nhật

SĐT: 0906959540

Email: nhatlammd@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 18/01/2024

Ngày duyệt bài: 26/02/2024

Methods: Retrospectively review DNM cases treated at the Department of Thoracic Surgery – Choray Hospital from 01/06/2018 to 01/06/2023. Patients with esophagus perforation (bone, injury...) were excluded. The deep cervical infection was defined “mediastinal” when it passes below the left innominate vein. All patients with mediastinal cervical abscess had a drainage neck enlargement surgery and daily neck incision care.

Results: Among of 95 cases, there are 72 cases, although only opening the neck but very effective, the patient was discharged earlier. There were 18 cases of simultaneous neck and thoracotomy surgery. There were 5 cases of neck surgery before and thoracotomy after, the patient was thoracostomy to clean the mediastinal abscess and irrigation. All clinical cases are good and hospital discharge.

Conclusion: When deep cervical infection was defined mediastinal descending. The patient should perform neck as soon as possible and take care of neck incisions every day. Patients can avoid thoracostomy, which can help patients discharge earlier.

Keywords: Descending necrotizing mediastinitis (DNM)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Áp xe cổ lan trung thất là tình trạng nhiễm trùng cấp tính liên quan đến mô liên kết lỏng lẻo vùng cổ và trung thất. Khi tình trạng nhiễm trùng trung thất xảy ra, tính mạng bệnh nhân dễ bị đe dọa. Nguyên nhân chủ yếu đến từ các bệnh lý tai mũi họng và răng hàm mặt. Khối áp xe bắt đầu hình thành từ vùng cổ sau đó lan dần qua tĩnh mạch vô danh rồi xuống các trung thất bên dưới. Vì vậy vai trò của phẫu thuật làm sạch và dẫn lưu khối áp xe cổ rất quan trọng, bệnh nhân

có thể tránh được mở ngực để làm sạch khối áp xe trung thất nếu bệnh nhân được chăm sóc tốt vết mổ cổ.

Áp xe cổ lan trung thất là một tình trạng nhiễm trùng cấp đe dọa tính mạng, có liên quan đến mô liên kết vùng cổ và các khoang cổ sâu bao gồm khoang trước khí quản, quanh mạch máu, sau tạng và khoang trước cột sống. Phẫu thuật làm sạch và dẫn lưu áp xe cổ và quanh khí quản qua đường cổ góp phần ngăn ngừa sự lan rộng ổ nhiễm trùng xuống trung thất. Đây cũng được xem là phương pháp điều trị hiệu quả để làm sạch ổ nhiễm trùng vùng cổ và đóng vai trò quan trọng trong điều trị ban đầu đối với DNM.

Trước những năm 1990, các báo cáo cho thấy tỉ lệ tử vong của DNM được điều trị bằng phẫu thuật nằm trong khoảng 40%. Đến những năm 2000, tỉ lệ này giảm xuống chỉ còn 5-20%, đây chính là kết quả của việc chẩn đoán bệnh sớm nhờ vào phương tiện hình ảnh, cũng như điều trị dẫn lưu triệt để ổ nhiễm trùng.

Phẫu thuật dẫn lưu và làm sạch vùng cổ và quanh khí quản (DC-PTD) không chỉ là một phương pháp phù hợp cho ổ nhiễm trùng tại chỗ vùng cổ mà còn là phương pháp ngăn ngừa sự lan rộng của ổ nhiễm trùng vào các khoang cổ sâu hơn và trung thất.

Dẫn lưu trung thất qua đường ngực cũng được xem là phương pháp hiệu quả để điều trị DNM, tuy nhiên đây là một phương pháp xâm lấn hơn so với dẫn lưu vùng cổ, do đó hiện nay, các nhà lâm sàng xem đây là phương pháp can thiệp thứ hai chỉ khi tình trạng nhiễm trùng không thể kiểm soát hiệu quả bằng phẫu thuật dẫn lưu áp xe cổ trước đó.

Tại khoa Ngoại Lồng ngực bệnh viện Chợ Rẫy, đối với các bệnh nhân áp xe cổ lan trung thất, chúng tôi thực hiện phương pháp điều trị phẫu thuật mở rộng cổ dẫn lưu và chăm sóc vết mổ cổ mỗi ngày.

Hiện nay, câu hỏi làm sao có thể điều trị áp xe cổ lan trung thất sớm nhất có thể nhưng mang lại hiệu quả cao, tránh được mổ ngực nặng nề luôn là mối bận tâm của các phẫu thuật viên chuyên khoa lồng ngực; từ đó chúng tôi quyết định thực hiện đề tài nghiên cứu phương pháp điều trị mở cổ rộng rãi kết hợp với chăm sóc tốt vết mổ cổ mỗi ngày nhằm điều trị áp xe cổ lan trung thất. Vì vậy câu hỏi nghiên cứu của chúng tôi là: hiệu quả của phương pháp phẫu thuật mở cổ rộng rãi kết hợp với chăm sóc tốt vết mổ cổ mỗi ngày để điều trị áp xe cổ lan trung thất là như thế nào?.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Đặc điểm vi khuẩn và hình ảnh của bệnh nhân áp xe cổ lan trung thất.
2. Đánh giá kết quả của phương pháp mở cổ rộng rãi kết hợp với chăm sóc tốt vết mổ cổ mỗi ngày điều trị áp xe cổ lan trung thất.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cổ lan trung thất (DNM) dựa trên tiêu chuẩn của Estrera nhập khoa Ngoại Lồng ngực bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/ 06/ 2018 đến 01/ 06/ 2023

1. Có bằng chứng của nhiễm trùng vùng miệng hầu trên lâm sàng

2. Có đặc điểm của áp xe trung thất trên hình ảnh học

3. Đối tượng được lưu trữ đầy đủ bệnh án và số liệu trong mổ và hậu phẫu

4. Có mối liên hệ giữa nhiễm trùng vùng miệng hầu và sự tiến triển của áp xe trung thất.

Định nghĩa:

Áp xe cổ được xác định lan trung thất khi khối áp xe đã lan xuống dưới tĩnh mạch vô danh trên hình ảnh học.

Tiêu chuẩn loại trừ

Những bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cổ do những nguyên nhân sau

1. Tổn thương thực quản do dị vật
2. Chấn thương, vết thương thực quản

Phương pháp nghiên cứu

Thời gian và địa điểm

Nghiên cứu tất cả các hồ sơ bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cổ lan trung thất được điều trị với phương pháp mở cổ rộng rãi kết hợp với chăm sóc tốt vết mổ cổ mỗi ngày trong khoảng thời gian từ 01/06/2018 đến 01/06/2023 tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Nghiên cứu: Một số đặc điểm chung, tiền sử bệnh, vi khuẩn gây bệnh, biểu hiện lâm sàng, CT scan ngực, điều trị ngoại khoa.

Đánh giá kết quả sớm trong điều trị: Thời gian nằm viện, biến chứng, tình trạng xuất viện (sống, tử vong).

Xử lý và phân tích số liệu

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có tổng cộng 95 bệnh nhân trong khoảng thời gian 01/06/2018 đến 01/06/2023.

Bảng 3.1: Đặc điểm chung

Đặc điểm		Số lượng BN (%); trung bình ($\pm$ độ lệch chuẩn)
Đặc điểm chung	Tuổi	40 – 59 (48,4%)
	Giới nam	61 (64,2%)
Yếu tố nguy cơ	Đái tháo đường	36 (37,9%)
	Tăng huyết áp	23 (24,2%)
Nguồn nhiễm trùng	Nhiễm trùng răng miệng	13 (13,7%)
	Áp xe vùng hầu họng	3 (3,2%)
	Không rõ nguyên nhân	79 (83,1%)

Bảng 3.2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Đặc điểm		Số lượng BN (%); trung bình ($\pm$ độ lệch chuẩn)
Thời gian từ lúc chẩn đoán - can thiệp	< 15 giờ	88 (53,3)
	$\geq$ 15 giờ	7 (46,7)
Triệu chứng lâm sàng	Đau	95 (100)
	Sưng	95 (100)
	Đỏ	40 (42,1)
	Nóng da khi sờ	55 (57,9)
	Tiếng lép bép dưới da vùng cổ	11 (11,6)
	Sốc nhiễm trùng	10 (10,5)
Kết quả cấy có vi khuẩn	Không	30 (31,6)
	Streptococci	50 (52,6)
	K. pneumoniae	10 (10,5)
	Peptostreptococcus spp	3 (3,2)
	S. aureus	2 (2,1)
CT scan – Mức độ lan áp xe*	Type I	63 (66,7)
	Type IIA	19 (20)
	Type IIB	13 (13,3)

* Theo phân loại Endo

Type I = Giới hạn ở cổ và trung thất trên

Type IIA = Lan đến trung thất trước, dưới vị trí carena

Type IIB = Lan đến trung thất trước và sau, dưới vị trí carena

Bảng 3.3: Điều trị trước phẫu thuật

Điều trị		Số lượng BN (%); trung bình ($\pm$ độ lệch chuẩn)
Kháng sinh	Có	70 (73,3)
	Không	25 (26,7)
Thở máy	Có	12 (13,3)
	Không	83 (86,7)

Bảng 3.4: Đặc điểm trong phẫu thuật và chăm sóc hậu phẫu

Đặc điểm		Số lượng BN (%); trung bình ($\pm$ độ lệch chuẩn)
Thời gian phẫu thuật		
Loại phẫu thuật	Mở cổ làm sạch + dẫn lưu cổ	72 (75,8)
	Mở cổ và ngực đồng thời	18 (18,9)
	Mở cổ trước, mở ngực sau	5 (5,3)
Mở khí quản	Có	5 (5,3)
	Không	90 (94,7)
Thời gian tưới rửa khoang màng phổi (ngày) (n=3)		7.8 $\pm$ 1.3
Số lần thay băng	1 lần/ ngày	63 (66.7)
	2 lần / ngày	32 (33.3)

Bảng 3.5: Kết quả điều trị

Đặc điểm		Số lượng BN (%); trung bình ($\pm$ độ lệch chuẩn)
Thời gian nằm viện (ngày)		12 (7,5 - 18)
Biến chứng	Sốc + nhiễm trùng huyết	10 (10,5)
	Suy thận	1 (6.7)
	Viêm phổi	6 (6.3)
	Suy đa cơ quan	1 (1,1)
Biến chứng liên quan đến phẫu thuật	Liệt dây thần kinh quặt ngược	0 (0)
	Nhiễm trùng vết mổ	2 (13.3)
Can thiệp phẫu thuật lần hai	Không	10 (66.7)
	Đặt dẫn lưu màng phổi	3 (20)
	Mở ngực làm sạch áp xe trung thất	2 (13.3)
Tử vong		19 (20)

Bảng 3.6: Yếu tố ảnh hưởng đến kết quả

		Can thiệp lại	Không can thiệp lại	p
Giới	Nam	3	8	0.409
Yếu tố nguy cơ	Đái tháo đường	2	3	0.699
	Hút thuốc	2	7	0.264
	Tăng huyết áp	2	3	0.699
Nguồn nhiễm trùng	Nhiễm trùng răng miệng	1	8	0.025
	Áp xe vùng hầu họng	4	2	
Thời gian từ lúc chẩn đoán - can thiệp	≥ 15 giờ	4	3	0.067
Mức độ lan áp xe	Type I	4	6	0.377
	Type IIA	0	3	
	Type IIB	1	1	

Điều trị kháng sinh trước phẫu thuật	Có	1	3	0.680
	Không	4	7	
Loại phẫu thuật	Mở cổ làm sạch ổ dẫn lưu	4	8	1
	Mở cổ làm sạch ổ áp xe + đặt dẫn lưu màng phổi kín	1	2	
Số lần thay băng	1 lần/ ngày	5	5	0.053
	2 lần / ngày	0	5	

IV. BÀN LUẬN

Yếu tố nguy cơ

Hầu hết nguồn nhiễm trùng của áp xe cổ là nhiễm trùng vùng thanh quản và răng miệng. DNM thứ phát sau áp xe cổ cũng có nguồn gốc tương tự. Đối với bệnh nhân DNM có rối loạn hệ thống miễn dịch do các yếu tố sau như đái tháo đường, suy thận, giảm bạch cầu, nghiện rượu^[1,2]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân ở nhóm cần can thiệp lại có tỉ lệ tiền căn đái tháo đường cao hơn nhóm không can thiệp lại, do đó chúng tôi cho rằng ĐTĐ là một yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả điều trị của DNM. Ngoài ra tình trạng thiếu oxy mô cũng đóng vai trò quan trọng trong sự tiến triển của DNM. Tương tự như những báo cáo trước đây, chúng tôi chú ý thấy kết quả xét nghiệm cấy chỉ ra nhiễm trùng đa khuẩn có tỉ lệ phổ biến nhất. Mọi quan hệ cộng sinh giữa vi khuẩn hiếu khí và kỵ khí gây ra tình trạng thiếu oxy mô, có liên hệ với bệnh lý ĐTĐ và suy hô hấp^[2,3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được chẩn đoán áp xe cổ đều có ít nhất một bệnh nền kèm theo, chủ yếu là đái tháo đường, tăng huyết áp và có tiền sử hút thuốc.

Nguồn áp xe

Giải phẫu vùng cổ và ngực có mối liên quan đến sự lan rộng của áp xe cổ xuống thành áp xe trung thất, do sự liên kết của một mạc chung giữa hầu, họng, cổ và trung thất. việc lan rộng xuống trung thất được lý giải

do áp lực âm trong khoang màng phổi, trọng lực và lực hút khi hô hấp vào trung thất cũng như khoang màng phổi^[4,5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân áp xe cổ chủ yếu xuất phát từ nguồn nhiễm trùng ở vùng răng miệng và hầu họng, lan xuống trung thất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng lâm sàng chủ yếu của bệnh nhân là đau, ít bệnh nhân có tình trạng sưng và viêm mô mềm vùng cổ và trung thất trên. Tuy nhiên nếu chỉ dựa trên triệu chứng lâm sàng rất khó để phân biệt áp xe cổ và DNM, điều này cũng góp phần làm trì hoãn chẩn đoán cũng như can thiệp sớm ở bệnh nhân DNM^[6].

Hình ảnh trên CT scan

Tiêu chuẩn chẩn đoán DNM được định nghĩa vào năm 1983, nhấn mạnh vai trò của đặc điểm hình ảnh học trên CT scan. Qua nhiều thập kỷ, nhiều tác giả cũng đã chứng minh vai trò quan trọng của CT scan trong việc chẩn đoán sớm DNM^[5,7,8]. Ngoài ra, CT scan cũng là một phương tiện có độ đặc hiệu và chính xác cao để định hướng dẫn lưu trong mổ cũng như theo dõi sau mổ. Nhiều tác giả đã mô tả đặc điểm đặc trưng của DNM bao gồm: tổn thương tụ dịch không vỏ bao, áp xe, có tụ khí mô mềm, tuy nhiên rộng tổ chức trung thất mới là sự thay đổi phổ biến nhất trong hầu hết trường hợp.

Theo phân loại mức độ lan rộng của áp xe, chúng tôi ghi nhận chủ yếu là type I giới hạn ở vùng áp xe cổ và trung thất trên, chưa

lan rộng xuống dưới (66.7%)

Điều trị trước phẫu thuật

Đối với tình trạng nhiễm trùng như áp xe cổ và DNM, điều trị với kháng sinh là bắt buộc. Tuy nhiên chỉ điều trị nội khoa với kháng sinh đơn thuần không thể giải quyết triệt để bệnh. Đây chỉ được xem là một phương pháp điều trị hỗ trợ trước và sau mổ giúp mang lại hiệu quả cho phẫu thuật điều trị làm sạch và dẫn lưu áp xe cổ lan trung thất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 73.3% bệnh nhân được dùng kháng sinh trước phẫu thuật, đây cũng là một yếu tố được cho là quan trọng, góp phần cải thiện tình trạng nhiễm trùng cũng như sự lan rộng của ổ áp xe.

Phương pháp phẫu thuật

Dựa trên những nghiên cứu hồi cứu hiện nay về phương pháp phẫu thuật điều trị DNM, nhiều phẫu thuật viên cho rằng áp xe trung thất không thể dẫn lưu và làm sạch chỉ qua đường mở cổ mà cần mở rộng vùng nhiễm trùng ở trung thất^[5].

Tuy nhiên ngày càng có nhiều bác sĩ chọn phương pháp phẫu thuật dựa trên tình trạng lâm sàng của từng bệnh nhân^[3]

Quan điểm trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thống nhất với xu hướng mới nhất này, cho rằng không nên can thiệp quá mức đối với DNM như mở ngực và mở rộng, làm sạch áp xe trung thất. Sự can thiệp quá mức cần thiết có thể gây hại cho bệnh nhân, đặc biệt ở những bệnh nhân có kèm theo bệnh lý nội khoa nặng^[6].

Dựa trên kinh nghiệm, chúng tôi đưa ra phương pháp ít xâm lấn đối với DNM: mở cổ làm sạch và dẫn lưu đối với tất cả bệnh nhân DNM, việc dẫn lưu kín ở ngực mà không cần mở ngực được hỗ trợ ở bệnh nhân có tràn dịch hoặc tràn mủ màng phổi.

Theo quy trình phẫu thuật như trên, chúng tôi đạt được kết quả khả quan. Tỷ lệ tử vong của chúng tôi là 0%, tỉ lệ biến chứng thấp, tương tự như những nghiên cứu khác.

Ngoài ra vai trò của những điều trị hỗ trợ trong và sau mổ cũng vô cùng quan trọng. Một số tác giả cho rằng nên mở khí quản sau khi xuất viện cho tất cả các bệnh nhân nhằm tránh tình trạng thiếu oxy^[7]. Tuy nhiên vẫn có rất nhiều tác giả khác cho rằng mở khí quản thường quy là không cần thiết mà nên đánh giá tùy vào tình trạng của từng bệnh nhân^[1]. Chúng tôi cũng đồng quan điểm với ý kiến khi cho rằng mở khí quản góp phần lan rộng khu vực nhiễm trùng cũng như gia tăng tỉ lệ áp xe lan xuống trung thất, ngoài ra các liệu pháp cung cấp oxy vẫn có thể giảm được tình trạng thiếu oxy mà không cần mở khí quản. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào cần mở khí quản trong mổ.

Với xu hướng phát triển của kỹ thuật VATs trong phẫu thuật lồng ngực như hiện nay, đây được xem là một kỹ thuật giảm đau, ít xâm lấn và hồi phục nhanh hơn so với mở ngực truyền thống. Tuy nhiên VATs vẫn còn đang trong quá trình bàn cãi liệu rằng có phải là một phương pháp điều trị hiệu quả để dẫn lưu và làm sạch đối với những trường hợp bệnh nghiêm trọng. Thêm nữa, cũng có nhận định không khả quan về việc sử dụng VATs đối với DNM ở vị trí trung thất trên và trước. Trong trường hợp này, áp xe trung thất có thể giải quyết hiệu quả chỉ bằng đường mở cổ làm sạch và dẫn lưu ổ áp xe. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân được mở cổ làm sạch ổ áp xe, trong đó có 72/95 bệnh nhân được mở cổ kèm theo đặt dẫn lưu màng phổi nhằm thoát dịch trong khoang, kết quả không ghi nhận trường hợp nào tử vong,

ti lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện ngắn.

Phương pháp chăm sóc vết mổ sau phẫu thuật

Việc cân bằng huyết động cũng như hỗ trợ dinh dưỡng là một phần trong quy trình kiểm soát nhiễm khuẩn sau phẫu thuật, nhờ đó mang lại thành công cho điều trị DNM. Sau khi cắt lọc và làm sạch ổ áp xe, việc chăm sóc vết thương mỗi ngày cẩn thận là cần thiết. Các tác giả khuyến cáo nên lấy sạch các tế bào dơ bẩn ở vết thương và thay băng sạch mỗi ngày. Ngoài ra sử dụng liệu pháp hút áp lực âm cũng được chứng minh làm giảm phù nề, kích thích tạo mô hạt. Tại thời điểm nhiễm trùng đã được giải quyết và xuất hiện mô hạt, vết thương có thể được đóng bằng vật da hoặc miếng đệm [AMS]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các bệnh nhân được chăm sóc loại bỏ mô hoại tử và thay băng sạch ít nhất 1 lần mỗi ngày.

V. KẾT LUẬN

Hầu hết trường hợp áp xe cổ có nguồn nhiễm trùng từ vùng hầu họng hoặc răng miệng, có thể điều trị tốt và triệt để bằng phẫu thuật ít xâm lấn qua mở cổ làm sạch và dẫn lưu ổ nhiễm trùng kèm theo thay băng và chăm sóc vết mổ mỗi ngày.

Với phương pháp mở cổ rộng rãi kết hợp với chăm sóc tốt vết mổ cổ mỗi ngày điều trị áp xe cổ lan trung thất, thời gian nằm viện ngắn, bệnh nhân phục hồi nhanh và xuất viện sớm; đặc biệt hữu hiệu đối với những bệnh nhân có nhiều bệnh lý nền.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Roccia F, Pecorari GC, Oliaro A, et al.** Ten years of descending necrotizing mediastinitis: management of 23 cases. *J Oral Maxillofac Surg* 2007;65:1716–24
2. **Liao YS, Lai CC, Tan CK, et al.** Deep neck infection with descending necrotizing mediastinitis presenting with out-of-hospital cardiac arrest. *Q J Med* 2013;hct047.
3. **Karkas A, Chahine K, Schmerber S, et al.** Optimal treatment of cervical necrotizing fasciitis associated with descending necrotizing mediastinitis. *Br J Surg* 2010;97:609–15.
4. **Kang SK, Lee S, Oh HK, et al.** Clinical features of deep neck infections and predisposing factors for mediastinal extension. *Korean J Thorac Cardiovasc Surg* 2012;45:171–6.
5. **Ridder GJ, Maier W, Kinzer S, et al.** Descending necrotizing mediastinitis: contemporary trends in etiology, diagnosis, management, and outcome. *Ann Surg* 2010;251: 528–34.
6. **Wei D, Bi L, Zhu H, He J, Wang H.** Less invasive management of deep neck infection and descending necrotizing mediastinitis: A single-center retrospective study. *Medicine (Baltimore)*. 2017; 96(15): e6590. doi:10.1097/ MD.0000000000006590
7. **Gorlitzer M, Grabenwoeger M, Meinhart J, et al.** Descending necrotizing mediastinitis treated with rapid sternotomy followed by vacuum-assisted therapy. *Ann Thorac Surg* 2007;83:393–6.
8. **Sancho LMM, Minamoto H, Fernandez A, et al.** Descending necrotizing mediastinitis: a retrospective surgical experience. *Eur J Cardiothorac Surg* 1999;16:200–5.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ROBOT CẮT THUYỀN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI GIAI ĐOẠN SỚM: KINH NGHIỆM TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Hoàng Bình¹, Nguyễn Viêt Đăng Quang¹,
Trương Cao Nguyên¹, Vũ Hữu Vĩnh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu này nhằm tổng kết những kinh nghiệm ban đầu của phẫu thuật nội soi (PTNS) robot điều trị bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn sớm tại khoa Ngoại Lồng ngực, Bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng và phương pháp: Hồi cứu kết quả PTNS robot điều trị bệnh UTPKTBN giai đoạn sớm tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Kết quả: Trong thời gian từ 1/2019 đến 9/2023, chúng tôi đã PTNS robot điều trị UTPKTBN giai đoạn sớm cho 78 bệnh nhân. Giới: 28.2% nữ, 71.8% nam. Tuổi trung bình là 61.4 ± 8.7 . Trong đó: 33 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn I, 45 bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn II. PTNS robot cắt thùy phổi và nạo hạch 78 bệnh nhân. Thời gian phẫu thuật trung bình: 3.34 giờ. Tất cả bệnh nhân ra viện tốt, không có tử vong. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình: 4.9 ngày. Biến chứng: viêm phổi sau phẫu thuật: 1 bệnh nhân (1.3 %), dò khí sau mổ: 5 bệnh nhân (6.4%); chuyển mổ mở: 3 bệnh nhân

(3.8%) do hạch dính mạch máu không bóc tách được.

Kết luận: PTNS robot là phương pháp phẫu thuật an toàn, có thể thực hiện trong bệnh UTPKTBN giai đoạn sớm. PTNS robot với 3 cánh tay giảm chi phí, thích hợp bệnh nhân ốm. Tuy nhiên, hướng tiếp cận này cần đội ngũ phẫu thuật robot cũng như phẫu thuật viên phụ được huấn luyện tốt.

Từ khóa: PTNS robot, UTPKTBN giai đoạn sớm

SUMMARY

ROBOTIC ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY (RATS) FOR EARLY STAGE LUNG CANCER: EXPERIENCE IN CHO RAY HOSPITAL

Objective: Evaluate feasibility, safety and effectiveness of RATS for early - stage lung cancer at Cho Ray hospital

Method: Retrospective study of patients were operated for early - stage lung cancer by RATS at Cho Ray hospital

Results: During 4 years (9/2019 - 9/2023), there were 78 early - stage lung cancer patients were operated by RATS. Males: 71.8%, females: 28.2%. Mean age: 61.4 ± 8.7 . All patients were RATS lobectomy with three arm port and a utility incision for assistants. The average operative time: 3.34 hours, average length of hospital stay: 4.9 days. All patients were discharged safely. No mortality. Post – operative

¹Bác sỹ Khoa Ngoại Lồng ngực, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: TS.BS. Nguyễn Hoàng Bình

SĐT: 0908334789

Email: drbinhbcvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 15/01/2024

Ngày duyệt bài: 26/02/2024

complication: pneumonia:1; air leak: 5 patients (6.4%). 3 patients (3.8%) were converted to thoracotomy due to severe adhesion of lymph nodes to pulmonary artery.

Conclusion: RATS is feasibility and safety procedure for early stage lung cancer. Three arm RATS lobectomy is cheaper but it depends on the assistant surgeon.

Keywords: RATS, early stage lung cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi nguyên phát không tế bào nhỏ (UTPNPKTBN) là một trong những ung thư gây tử vong hàng đầu trên thế giới. UTPNPKTBN giai đoạn sớm (giai đoạn I, II), nếu được điều trị phẫu thuật sớm, tiên lượng sống thêm 5 năm rất cao, có thể lên đến 60-80%⁽⁷⁾. Theo Guideline của NCCN, phẫu thuật cắt thùy phổi và nạo hạch là tiêu chuẩn vàng cho điều trị phẫu thuật UTPNPKTBN giai đoạn sớm⁽⁷⁾. Phẫu thuật nội soi lồng ngực (PTNSLN) cắt thùy phổi, kể từ khi được giới thiệu vào năm 1992, đã được ứng dụng rộng rãi trên khắp thế giới ngày nay. PTNSLN có nhiều ưu điểm hơn so với phẫu thuật mổ mở cắt thùy phổi. Tuy nhiên, PTNSLN cắt thùy phổi vẫn còn một số hạn chế nhất định như hình ảnh phẫu thuật, dụng cụ phẫu thuật. Phẫu thuật nội soi (PTNS) Robot cắt thùy phổi ra đời vào năm 1997 đã phát triển nhanh, thay thế dần PTNSLN trên khắp thế giới^(3,4).

Tại Việt Nam, PTNSLN cắt thùy phổi trong điều trị UTPNPKTBN chỉ mới bắt đầu được tiến hành tại bệnh viện Chợ Rẫy kể từ năm 2019. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để tổng kết những kinh

nghiệm về kết quả điều trị, theo dõi lâu dài đối với những bệnh nhân này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán UTPNPKTBN giai đoạn I (T1, 2 – N0), II (T1,2 – N1) theo phân loại TNM8, được PTNS Robot cắt thùy phổi và nạo hạch. Bệnh nhân có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ung thư phổi nguyên phát.

Loại trừ: bệnh nhân UTPNPKTBN giai đoạn I, II được PTNS Robot cắt hai thùy phổi. Bệnh nhân chuyển mổ mở cắt thùy phổi do không đủ điều kiện thông khí phổi.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả

Quy trình PTNS robot

Bệnh nhân được chẩn đoán UTPNPKTBN dựa các triệu chứng lâm sàng: ho, đau ngực, khó thở hay phát hiện tình cờ u phổi. X quang phổi, chụp cắt lớp điện toán ngực có cản quang (CT Scans), nội soi phế quản khi có chỉ định. Các xét nghiệm tiền phẫu: công thức máu, đông máu, chức năng gan, thận, đo chức năng phổi, đánh giá chức năng tim.

Bệnh nhân được chẩn đoán giải phẫu bệnh trước mổ với sinh thiết xuyên thành ngực hay sinh thiết qua nội soi phế quản. Trong trường hợp không có giải phẫu bệnh trước mổ, bệnh nhân sẽ được sinh thiết lạnh trong lúc mổ.

Bệnh nhân nằm nghiêng, bên phẫu thuật ở phía trên, được gây mê nội khí quản phân lập một phổi.



Hình 1: Vị trí đặt trocar – 3 cánh tay robot

Bên phải: Đặt trocar camera liên sườn 8 nách sau, trocar cho cánh tay 1 liên sườn 7 phía sau, cánh tay 2 liên sườn 5 đường nách trước, trocar hỗ trợ liên sườn 7 nách giữa. Bên trái: Đặt trocar camera liên sườn 7 nách giữa, trocar cho cánh tay 1 liên sườn 5 đường nách trước, cánh tay 2 liên sườn 7 phía sau, trocar hỗ trợ liên sườn 8 nách sau. Thiết lập hệ thống Robot.

Bóc tách cắt ĐM, TM, PQ thủy, cầu nhu mô bằng stapler. Nạo hạch nhóm 4,7, 8,9,10,11 bên phải. Nạo hạch nhóm 5,6,7,8,9, 10 11 bên trái (ít nhất 3 hạch N2 và 1 hạch N1). Cầm máu, lấy bệnh phẩm, tháo hệ thống robot, đặt dẫn lưu, đóng vết mổ.

Theo dõi rút ống dẫn lưu dựa lâm sàng, X quang phổi nở, đánh giá các biến chứng, xử lý biến chứng. Cho bệnh nhân xuất viện khi bệnh ổn định.

Phương pháp nghiên cứu

Đánh giá, ghi nhận các biến số: tuổi, giới, các triệu chứng lâm sàng. Hình ảnh CT Scans ngực: vị trí u, đường kính u, giai đoạn TNM. Đánh giá các biến số trong phẫu thuật: phổi dính, rãnh liên thủy hoàn toàn hay không hoàn toàn, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất.

Biến chứng, tử vong: chảy máu sau phẫu thuật, tràn khí dưới da, suy hô hấp, mũ màng phổi, dò khí, viêm phổi.

Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật. Thời gian dẫn lưu màng phổi, thời gian nằm viện.

Theo dõi bệnh nhân (theo dõi trung hạn): đánh giá tái phát, thời gian sống thêm dựa tái khám, theo dõi bằng điện thoại hỏi thăm bệnh nhân khi không tái khám được.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

78 bệnh nhân UTPNPKTBN được PTNS Robot cắt thùy phổi trong thời gian từ 9/2019 – 9/2023 tại khoa Ngoại Lồng ngực, Bệnh viện Chợ Rẫy.

Nam: 56 (71,8%)

Nữ: 22 (28,2%)

Tuổi: lớn nhất: 71 tuổi, nhỏ nhất: 30, tuổi trung bình: 61.4 ± 8.7

Triệu chứng lâm sàng: Không triệu chứng, phát hiện tình cờ khi theo dõi: 46 bệnh nhân (58.9%)

Ho khan: 15 bệnh nhân (19.3 %)

Đau ngực: 17 bệnh nhân (21.8 %)

Bảng 1: Vị trí u phổi

Vị trí u	Số lượng (n)	%
Thùy trên phổi phải	21	26.9
Thùy giữa phổi phải	3	3.8
Thùy dưới phổi phải	17	21.9
Thùy trên phổi trái	27	34.6
Thùy dưới phổi trái	10	12.8

Kích thước u: $2.7 \pm 1,2$ cm (1 – 5cm)

Phân giai đoạn trước phẫu thuật (cTNM):
Giai đoạn I (T1, T2 - N0): 34 bệnh nhân (43.6%); giai đoạn II (T1, T2 – N1): 44 bệnh nhân (56.4%)

Phân giai đoạn sau phẫu thuật, với kết quả giải phẫu bệnh của hạch được nạo (pTNM): có 19 bệnh nhân tăng giai đoạn bệnh. N0 – N1: 8 bệnh nhân; N1 – N2: 7 bệnh nhân; N0 – N2: 4 bệnh nhân. Giảm giai đoạn: N1 – N0: 7 bệnh nhân

Như vậy có 19 bệnh nhân (24.3%) tăng giai đoạn bệnh sau phẫu thuật: 11 bệnh nhân (14.1%) giai đoạn IIIA, 8 bệnh nhân (10.2%) từ giai đoạn I tăng lên giai đoạn II.

Tuy nhiên, có 7 bệnh nhân giảm từ giai đoạn II xuống giai đoạn I.

Thời gian phẫu thuật: trung bình $3,34 \pm 0.29$ giờ

Lâu nhất: 6 giờ. Nhanh nhất: 3 giờ

Lượng máu mất:

Trung bình: 82.1 ml. Nhiều nhất: 400 ml.
Thấp nhất: 50 ml

Thời gian dẫn lưu màng phổi sau mổ: 2.17 ngày

Lâu nhất: 7 ngày. Nhanh nhất: 2 ngày

Thời gian nằm viện sau mổ: 4.9 ± 0.52 ngày

Lâu nhất: 7 ngày. Nhanh nhất: 3 ngày

Biến chứng: Không ghi nhận biến chứng trầm trọng

Bảng 2: Biến chứng phẫu thuật

Biến chứng	Bệnh nhân (n)	%
Tràn khí dưới da	6	7.6
Dò khí	5	6.8
Viêm phổi	1	1.3
Chuyển mổ mở	3	3.8

Chuyển mổ mở: 3 bệnh nhân do hạch dính vào động mạch không bóc tách được.

Theo dõi lâu dài

Thời gian theo dõi trung bình 24 tháng. (7 bệnh nhân mất dấu không tái khám hay liên lạc được, 6 bệnh nhân mất do bị di căn xa: não, xương) Tỷ lệ sống thêm sau 1 năm

là 90.2%, sau hai năm là 82.4%. Tuy nhiên cần có những đánh giá theo dõi lâu dài hơn

IV. BÀN LUẬN

PTNSLN cắt thùy phổi đã được xem như phương pháp điều trị chuẩn trong điều trị ung thư phổi giai đoạn sớm. PTNSLN không những có ưu điểm như: bệnh nhân giảm đau

sau mổ, đường mổ thẩm mỹ, bệnh nhân xuất viện sớm mà còn có tiên lượng sống thêm tương tự như mổ mở^(3,5). Tuy nhiên, PTNSLN vẫn còn có những hạn chế như: hình ảnh không gian hai chiều, các dụng cụ giới hạn các thao tác cho phẫu thuật viên vì phụ thuộc vào trục cố định vào thành ngực của trocar^(3,5). Hệ thống PTNS Robot được giới thiệu đầu tiên bởi Cardiere và cộng sự vào năm 1997 đã khắc phục được những giới hạn của PTNSLN mà không ảnh hưởng đến kết quả điều trị tận gốc về mặt ung thư UPNPKTBN mà còn giúp cho cuộc mổ an toàn hơn⁽⁵⁾

Phương pháp phẫu thuật

Mặc dù PTNS Robot đã được ứng dụng nhiều nơi trên thế giới trong phẫu thuật các bệnh lý lồng ngực, vai trò của PTNS Robot trong điều trị UTPNPKTBN vẫn còn nhiều tranh cãi. Về mặt lý thuyết, hình ảnh không gian ba chiều (3D) với độ phóng đại tăng lên, sự tinh tế của các dụng cụ thao tác với 7 độ tự do giúp cho PTNS Robot là một công cụ lý tưởng cho PTNS cắt thủy phổi.

Tuy nhiên, 1 số phẫu thuật viên lại lo ngại: PTNS Robot có thể gây rách nhu mô phổi khi cầm nắm nhu mô phổi lúc bóc tách, chảy máu làm cho phẫu trường mờ gây khó khăn cho cuộc mổ. Phẫu trường cho phẫu thuật cắt thủy đòi hỏi hình ảnh không gian phẫu thuật phải được thấy rộng rãi với góc nhìn lớn rộng. Khi đưa các dụng cụ cắt phổi (stapler) vào cắt các mạch máu phổi có thể khó khăn thậm chí gây chảy máu. Phẫu thuật viên chính ngồi cách xa trường mổ, chỉ có phẫu thuật viên phụ tại trường mổ vì vậy đòi hỏi phẫu thuật viên phụ phải được huấn luyện kỹ. Khi có biến chứng chảy máu xảy

ra, chuyển mổ mở, đòi hỏi phải thao tác nhanh để xử lý kịp thời^(4,5).

Thực tế với hình ảnh không gian 3 chiều, được phóng đại, với các dụng cụ bóc tách 7 độ tự do hoạt động như cử động của cổ tay, PTNS Robot giúp cho các ptv có thể bóc tách, các mạch máu của thủy phổi cho cắt phổi rất rõ ràng. Đặc biệt khi bóc tách cầu nhu mô để cắt phổi trong các trường hợp rãnh liên thủy không hoàn toàn cũng như nạo hạch trung thất rất thuận lợi. Vì vậy, các phẫu thuật viên có thể bóc tách mạch máu rõ ràng⁽⁴⁾.

Hầu hết các trường hợp bệnh nhân được phẫu thuật trong nghiên cứu chúng tôi, chúng tôi bóc tách mạch máu phổi trước từ rốn phổi hoặc trong các rãnh liên thủy, sau đó cắt cầu nhu mô. Chỉ rất ít trường hợp chúng tôi sử dụng hướng tiếp cận cắt cầu nhu mô sau cùng (thường trong trường hợp thủy giữa phổi phải).

Các mạch máu rốn phổi và phế quản, cầu nhu mô được chúng tôi cắt qua lỗ trocar hỗ trợ (đường mổ hỗ trợ) bởi phẫu thuật viên phụ. Điều này đòi hỏi phẫu thuật viên phụ phải được huấn luyện kỹ, phần mạch máu phải được bóc tách rộng rãi để dễ đưa stapler vào.

Hầu hết các phẫu thuật viên khi bắt đầu PTNS Robot cắt thủy phổi đều sử dụng 4 cánh tay robot (1 cho camera, 3 cho các dụng cụ thao tác). Sử dụng 4 cánh tay robot sẽ giúp cho phẫu thuật viên chính ít phụ thuộc vào phẫu thuật viên phụ, có thể tự kéo phổi ra làm rõ hơn vùng mạch máu cần bóc tách^(1,4). Tại bệnh viện Chợ Rẫy, các PTNS Robot lúc đầu cho phẫu thuật lồng ngực, chúng tôi cũng tiến hành với 4 cánh tay

robot⁽⁸⁾. Tuy nhiên, về sau chúng tôi chuyển qua sử dụng 3 cánh tay robot. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân được PTNS Robot cắt thủy với 3 cánh tay robot. Ưu điểm của kỹ thuật này là chúng tôi có thể lắp đặt cũng như tháo rời hệ thống robot nhanh hơn khi có biến chứng; chi phí cho phẫu thuật cũng rẻ hơn, thích hợp cho các bệnh nhân ở Việt Nam (đa số bệnh nhân gầy). Nhược điểm là phụ thuộc vào phẫu thuật viên phụ, do đó cần phải có phẫu thuật viên phụ kinh nghiệm, được huấn luyện kỹ chung cùng một đội với phẫu thuật viên chính. Kemp Kenrstine và cộng sự cũng sử dụng 3 cánh tay robot khi PTNS Robot cắt thủy với đường mổ trocar ở vùng nách đủ rộng để kéo phổi làm rộng phẫu trường⁽⁶⁾

PTNS Robbot cắt thủy phổi an toàn

Mặc dù kỹ thuật phẫu thuật, sự lựa chọn bệnh khác nhau, nhưng các nghiên cứu của các tác giả đều cho thấy PTNS robot cắt thủy phổi có tỷ lệ biến chứng thấp hơn hay tương đương mổ mở. Theo nghiên cứu của tác giả Fabris, trong 100 bệnh nhân được PTNS Robot cắt thủy phổi, không có tử vong, biến chứng lớn hay chảy máu phải chuyển sang mổ mở sau. Tỷ lệ biến chứng cũng tương tự như mổ mở⁽⁴⁾

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng chỉ chiếm 15.7%, không có bệnh nhân tử vong. Đa số các biến chứng là biến chứng nhẹ, có thể điều trị nội khoa hết sau đó. Biến chứng gây khó chịu cho bệnh nhân nhất là dò khí sau mổ, chiếm 6.8%. Có 3 bệnh nhân phải chuyển mổ mở, cả 3 bệnh nhân này đều do hạch xâm lấn dính vào các nhánh động mạch phổi, không bóc tách cắt được phải chuyển sang mổ mở, tạo hình lại

động mạch phổi. Trong nghiên cứu của Kenrtein và cs, tỷ lệ chuyển mổ mở trong PTNS Robot cắt thủy khoảng 3%⁽⁶⁾. Một nghiên cứu đa trung tâm của Cerfolio cho thấy, tỷ lệ biến chứng nặng sau PTNS Robot cắt thủy thay đổi từ 4 - 10%⁽⁷⁾

PTNS Robot cắt thủy phổi cũng có những ưu điểm của phẫu thuật ít xâm lấn so mổ mở: bệnh nhân đau sau mổ ít hơn, bệnh nhân nằm viện ngắn hơn, trở lại công việc sớm hơn, tính thẩm mỹ.

Theo nghiên cứu của Bernard Park, bệnh nhân PTNS Robot cắt thủy phổi có ngày nằm viện sau mổ trung bình là 5 ngày, thời gian dẫn lưu khoang màng phổi trung bình khoảng 3 ngày⁽²⁾. Còn trong nghiên cứu đa trung tâm của Cerfolio, thời gian nằm viện sau mổ trung bình khoảng 3 - 4 ngày⁽⁷⁾.

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Ngày nằm viện sau mổ trung bình là 4.9 ngày. Trường hợp bệnh nhân nằm viện lâu nhất là bệnh nhân bị dò khí: 7 ngày. Đa số bệnh nhân được rút dẫn lưu vào ngày hậu phẫu thứ 2. Lượng máu mất trung bình khoảng 82.1ml, thời gian mổ trung bình 3.34 giờ.

Hiệu quả về mặt ung thư của PTNS Robot cắt thủy phổi

Phân giai đoạn bệnh sau phẫu thuật

Hiệu quả về mặt ung thư của PTNSLN cắt thủy phổi trong điều trị UTPNPKTBN đã được chứng minh trong nhiều nghiên cứu^(4,7). Tuy nhiên, trong những trường hợp bệnh nhân giai đoạn II, vẫn còn các phẫu thuật viên e ngại tính hiệu quả của PTNSLN khi bóc tách hạch rốn phổi, hạch trung thất⁽⁴⁾. Mặc dù, nạo hạch trong phẫu thuật UTPNPKTBN tùy thuộc vào kinh nghiệm của phẫu thuật viên. PTNS Robot nạo hạch

thuận lợi và nhiều hơn so với mổ mở, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê⁽⁵⁾. PTNS Robot có thể bóc tách nạo hạch khoang dưới carina, bóc tách động mạch phổi trong rãnh, tĩnh mạch phổi thuận lợi là nhờ hình ảnh không gian ba chiều (3D) cũng như được phóng đại cũng như động tác “cổ tay” của các dụng cụ robot. Vì vậy PTNS Robot có thể bóc tách mạch máu rốn phổi dễ dàng ngay cả khi có hạch trong rãnh liên thùy, cạnh mạch máu phổi, trong rốn phổi đặc biệt ở bệnh nhân có rãnh liên thùy không hoàn toàn. Với ưu điểm này, PTNS Robot có thể sử dụng cho những phẫu thuật cắt thùy phức tạp hơn hay UTPNPKTBN ở giai đoạn cao hơn.

Việc nạo hạch tốt hơn cũng giúp cho việc đánh giá giai đoạn bệnh sau phẫu thuật tốt hơn, giúp cho chỉ định điều trị hoá trị bổ trợ cho bệnh nhân cũng tốt hơn.

Ở nước ta, việc đánh giá chỉ định cho bệnh nhân có hạch trung thất (N2), nội soi trung thất trước mổ thường không được thực hiện do hạn chế về dụng cụ, chỉ định PET chỉ có giá trị trước mổ nhưng đôi khi cũng không chính xác và hạn chế. Vì vậy, chúng tôi vẫn thực hiện nạo hạch trong mổ để đánh giá giai đoạn bệnh ở bệnh nhân UTPNPKTBN giai đoạn sớm. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 19 bệnh nhân tăng giai đoạn bệnh sau phẫu thuật: 11 bệnh nhân giai đoạn IIIA, 8 bệnh nhân từ giai đoạn I tăng lên giai đoạn II. Các bệnh nhân này cần điều trị bổ trợ tích cực sau mổ hơn.

Tiên lượng sống lâu dài

Do điều kiện của nước ta nên chúng tôi chỉ theo dõi được một số bệnh, không đánh giá được tái phát, chỉ đánh giá tiên lượng

sống. Chúng tôi gọi điện thoại hỏi người nhà, bệnh nhân còn sống, bệnh nhân tử vong do nguyên nhân ung thư hay nguyên nhân khác.

Trong nghiên cứu chúng tôi theo dõi lâu dài được 71 bệnh nhân, có 7 bệnh nhân mất liên lạc. Thời gian theo dõi trung bình 24 tháng, có 6 bệnh nhân di căn xa, tử vong sau đó. Tỷ lệ sống thêm sau 1 năm là 90.2%, sau hai năm là 82.4%.

Tuy nhiên cần có những đánh giá theo dõi lâu dài hơn Chúng tôi hy vọng nghiên cứu của chúng tôi tiếp tục, số lượng bệnh nhân nhiều hơn, theo dõi lâu dài hơn để đánh giá hiệu quả của phẫu thuật trong điều trị ung thư phổi thứ phát cũng như tiên lượng sống lâu dài cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu đa trung tâm theo dõi kết quả lâu dài của Cerfolio và cộng sự, tỷ lệ sống 5 năm của bệnh nhân UTPNPKTBN được PTNS Robot cắt thùy phổi giai đoạn I là 77 - 83%, còn của bệnh nhân giai đoạn II là 68 - 70%⁽⁷⁾.

V. KẾT LUẬN

PTNS Robot cắt thùy phổi điều trị ngoại UTPNPKTBN giai đoạn sớm là phương pháp phẫu thuật an toàn, có thể thực hiện được. PTNS robot với 3 cánh tay giúp giảm chi phí, thích hợp bệnh nhân ốm. Tuy nhiên, hướng tiếp cận này cần đội ngũ phẫu thuật robot cũng như phẫu thuật viên phụ được huấn luyện tốt. PTNS Robot vừa cho phép điều trị triệt để UTPNPKTBN giai đoạn sớm vừa cho phép đánh giá chính xác giai đoạn ung thư sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Andrew F. Feczko, MD, Hongwei Wang, MS, Katherine Nishimura, PhD, Alexander S. Farivar, MD, Adam J. Bograd, MD, Eric Vallieres, MD, Ralph W. Aye, MD, and Brian E. Louie, MD.** (2019). Proficiency of Robotic Lobectomy Based on Prior Surgical Technique in The Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Database. *Ann Thorac Surg* 2019;108:1013-20
2. **Bernard J. Park. Robotic Lobectomy** (2018). *Atlas of Robotic Thoracic Surgery*, pp29-38
3. **Farid Gharagozloo, MD, Marc Margolis, MD, and Barbara Tempesta, MS, CRNP** (2008). Robot-Assisted Thoracoscopic Lobectomy for Early-Stage Lung Cancer. *Ann Thorac Surg* 2008;85:1880–6
4. **Farid Gharagozloo, MD, Marc Margolis, MD, Barbara Tempesta, MS, CRNP, Eric Strother, LSA, and Farzad Najam, MD** (2009). Robot-Assisted Lobectomy for Early-Stage Lung Cancer: Report of 100 Consecutive Cases. *Ann Thorac Surg*;88:380–4)
5. **Giulia Veronesi, MD, Domenico Galetta, MD, Patrick Maisonneuve, DipEng, Franca Melfi, MD, Ralph Alexander Schmid, MD, Alessandro Borri, MD, Fernando Vannucci, MD, Lorenzo Spaggiari, MD, PhD.** (2010). Four-arm robotic lobectomy for the treatment of early-stage lung cancer . *J Thorac Cardiovasc Surg*;140:19-25
6. **Kemp Kernstine Sr. Robotic Lobectomy: Hilum First** (2018). *Atlas of Robotic Thoracic Surgery*, pp 39-62
7. **Robert J. Cerfolio, MD, MBA, Asem F. Ghanim, MD, Mark Dylewski, MD, Giulia Veronesi, MD, Lorenzo Spaggiari, MD, and Bernard J. Park, MD** (2018). The long-term survival of robotic lobectomy for non–small cell lung cancer: A multi-institutional study. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2018;155:778-86
8. **Vu Huu Vinh, Nguyen Viet Dang Quang, Dang Dinh Minh Thanh and Truong Van Le Phong.** (2021). Robotic video-assisted thoracoscopic surgery using multiport triangular trocar configuration: initial experience at a single center. *al. Journal of Cardiothoracic Surgery* (2021) 16:77 . <https://doi.org/10.1186/s13019-021-01455-5>

KẾT QUẢ NGẮN HẠN ĐIỀU TRỊ BÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ STANFORD TYP B NGUY CƠ CAO BẰNG PHƯƠNG PHÁP CAN THIỆP NỘI MẠCH TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Lâm Văn Nút¹, Lâm Đắc Huy²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Can thiệp nội mạch điều trị bóc tách động mạch chủ (ĐMC) Stanford typ B nguy cơ cao có nhiều ưu điểm, tuy nhiên chưa có nhiều số liệu thống kê và nghiên cứu.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ngắn hạn điều trị bóc tách động mạch chủ Stanford typ B nguy cơ cao bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu mô tả, từ 01/2020 đến 12/2022, tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, bệnh viện Chợ Rẫy.

Kết quả: Có tất cả 30 bệnh nhân ĐMC Stanford B có nguy cơ cao được điều trị can thiệp nội mạch trong nghiên cứu tại Khoa Phẫu thuật mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy trong giai đoạn từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2022, trong đó đa số là nam giới, chiếm 86,7% với độ tuổi trung bình là 53 tuổi. Bệnh nền thường gặp nhất là tăng huyết áp (THA) chiếm 86,7%; triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất và khiến bệnh nhân nhập viện là đau ngực, chiếm tỉ lệ 80 %;

trên hình ảnh học, đa số bệnh nhân không ghi nhận huyết khối lòng giả hoặc chỉ có huyết khối bán phần, chiếm tỉ lệ 96,7%. Số lượng bệnh nhân có từ 2 yếu tố nguy cơ cao trở lên chiếm đến 46,7%. Ghi nhận 1 trường hợp tử vong chu phẫu; thời gian nằm viện sau can thiệp ngắn, trung bình là 7,3 ngày. Các biến chứng quan trọng trong quá trình theo dõi chiếm 10% số bệnh nhân tham gia nghiên cứu và các biến chứng liên quan kĩ thuật can thiệp chỉ chiếm 6,9%, đường kính (ĐK) lòng giả giảm có ý nghĩa sau can thiệp đặt ống ghép nội mạch ($p < 0,001$). Tất cả 29 bệnh nhân được theo dõi đều xuất hiện huyết khối trong lòng giả, với huyết khối toàn phần chiếm 38,5 % và huyết khối bán phần chiếm 61,5%. Sự thay đổi huyết khối lòng giả so với trước can thiệp là có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$).

Kết luận: Điều trị bóc tách ĐMC Stanford B nguy cơ cao bằng can thiệp nội mạch có tính an toàn với các biến chứng thấp của bệnh nhân sau can thiệp. Đồng thời, nghiên cứu còn cho thấy tỉ lệ tái cấu trúc cao sau can thiệp nội mạch.

Từ khóa: Can thiệp nội mạch, bóc tách động mạch chủ Stanford typ B nguy cơ cao.

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOMES OF TREATMENT FOR HIGH - RISK STANFORD B AORTIC DISSECTION USING ENDOVASCULAR INTERVENTION AT CHO RAY HOSPITAL

Background: Endovascular intervention for high-risk Stanford B aortic dissection treatment

¹Trưởng khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bộ môn Ngoại Lòng ngực – Tim mạch, Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: TS.BS. Lâm Văn Nút
SĐT: 0918375624

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài báo: 03/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 18/01/2024

Ngày duyệt bài: 26/02/2024

has several advantages; however, there is a lack of extensive statistical data and research.

Objective: Assessment of Short-Term Outcomes in Treating High-Risk Stanford B Aortic Dissection via Endovascular Intervention at Cho Ray Hospital.

Patients and methods: A retrospective descriptive study conducted from from January 2020 to December 2022 at the Vascular Surgery Department, Cho Ray Hospital.

Results: Throughout the period from January 2020 to December 2022, a total of 30 high-risk Stanford B aortic dissection patients underwent endovascular interventions in the Vascular Surgery Department at Cho Ray Hospital. Among them, the majority were male, accounting for 86.7%, with an average age of 53 years. The most prevalent underlying condition was hypertension, present in 86.7% of cases. The predominant clinical symptom leading to hospital admission was chest pain, constituting 80% of cases. Radiologically, the majority of patients did not exhibit or showed only partial false lumen thrombosis, accounting for 96.7% of cases. Nearly half, 46.7%, had two or more high-risk factors. One mortality was observed post-operation, with an average post-intervention hospital stay of 7.3 days. Important complications during the follow-up accounted for 10% of the study participants, and intervention-related complications were only 6.9%. Significant reduction in false lumen diameter post endovascular graft placement was noted ($p < 0.001$). All 29 monitored patients presented with intraluminal thrombus, with complete thrombus constituting 38.5% and partial thrombus constituting 61.5%. The change in intraluminal thrombus post-intervention was statistically significant ($p < 0.001$).

Conclusion: Treating high-risk Stanford B Aortic Dissection using endovascular

intervention has demonstrated a safe profile with low patient post-intervention complications. Moreover, the study also indicates a high rate of successful structural reconstruction following the endovascular intervention.

Keywords: Intervention, high-risk Stanford B aortic dissection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động mạch chủ (ĐMC) là mạch máu lớn nhất, quan trọng nhất, chịu trách nhiệm để cung cấp máu cho tất cả các cơ quan trong cơ thể. Bóc tách ĐMC được định nghĩa khi lớp trung mạc động mạch bị phá vỡ bởi sự xuất hiện của dòng máu làm phân tách các lớp thành mạch, hình thành nên lòng thật và lòng giả. Bệnh nhân bị bóc tách ĐMC có thể dẫn đến các biến chứng đe dọa tính mạng như chèn ép tim cấp, nhồi máu cơ tim cấp, hở van ĐMC cấp, nhồi máu não cấp và hội chứng tưới máu lòng giả... Cùng với tỉ lệ mắc bệnh khoảng 3/100000 người hằng năm^{1,2} và mức độ đe dọa tính mạng mà nó gây ra, bóc tách ĐMC thực sự là bệnh lý nguy hiểm, đáng được quan tâm. Theo phân loại Stanford, bóc tách ĐMC gồm 2 nhóm là Stanford A và Stanford B, trong đó bóc tách ĐMC Stanford B được xác định khi tổn thương xuất hiện ở ĐMC ngực xuống. Đến năm 2020, Hiệp hội phẫu thuật mạch máu/ Hiệp hội phẫu thuật lồng ngực (SVS/STS)³ đã giới thiệu hệ thống phân loại mới về bóc tách ĐMC Stanford B với 3 nhóm, bao gồm nhóm có biến chứng, nhóm nguy cơ cao và nhóm không biến chứng. Các bệnh nhân được xếp vào nhóm nguy cơ cao khi có một trong các tiêu chí sau: đau hoặc THA không thể kiểm soát mặc dù đã được điều trị nội khoa tối ưu, tràn máu màng phổi và các tiêu chí trên CLVT: đường

kính ĐMC lớn hơn 40 mm, đường kính lòng giả lớn hơn 22 mm, lỗ vào lớn hơn 10 mm và hội chứng tưới máu lòng giả trên hình ảnh học. Điều trị bóc tách ĐMC Stanford B nguy cơ cao bằng phương pháp can thiệp nội mạch kết hợp điều trị nội khoa tối ưu đã được chứng minh tính hiệu quả thông qua một vài nghiên cứu gần đây. Năm 2022, khuyến cáo của ACC/AHA⁴ về can thiệp nội mạch điều trị bóc tách ĐMC Stanford B nguy cơ cao vẫn là nhóm IIB. Chính vì có hệ thống phân loại mới, đồng thời các nghiên cứu trong nước hiện nay chủ yếu đánh giá chung về kết quả điều trị can thiệp nội mạch bóc tách ĐMC Stanford B, mà chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả riêng trên nhóm nguy cơ cao. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để: đánh giá kết quả ngắn hạn điều trị bóc tách động mạch chủ Stanford Típ B nguy cơ cao bằng phương pháp can thiệp nội mạch tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả được thực hiện tại khoa Phẫu thuật Mạch máu,

bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2020 đến 12/2022. Tiêu chuẩn chọn mẫu bao gồm các hồ sơ bệnh án thỏa các tiêu chí sau: (1) Các trường hợp bóc tách ĐMC Stanford B được chẩn đoán nguy cơ cao và được điều trị can thiệp nội mạch (bao gồm cả các trường hợp chuyển vị các nhánh trên quai), (2) từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2022, (3) Có đầy đủ hồ sơ, bệnh án, xét nghiệm và hình ảnh học phục vụ nghiên cứu; tiêu chí loại trừ: (1) Các trường hợp bóc tách ĐMC Stanford B điều trị nội khoa hay phẫu thuật mở, (2) Bóc tách ĐMC Stanford B có biến chứng, (3) Bệnh nhân đã có tiền căn phẫu thuật hay can thiệp nội mạch ĐMC trước đây.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu

Trong thời gian từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2022, có tổng cộng 30 bệnh nhân được chẩn đoán bóc tách ĐMC Stanford B nguy cơ cao và được điều trị bằng can thiệp đặt ống ghép nội mạch tại bệnh viện Chợ Rẫy thỏa tiêu chí chọn mẫu.

Bảng 1: Tuổi trung bình theo giới

Đối tượng	N	Trung bình (tuổi)	Khoảng tuổi
Nữ	4	54,5 ± 5,2	48 - 60
Nam	26	52,8 ± 11,4	26 - 73
Tổng	30	53,0 ± 10,8	26 - 73

Bảng 2: Đặc điểm tiền căn của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm tiền căn	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Tăng huyết áp	26	86,7
Đái tháo đường	3	10,0
Rối loạn mỡ máu	13	43,3
Hút thuốc lá	16	53,3
Bệnh phổi mạn	2	6,8
Bệnh mạch vành	5	16,7

Bảng 3: Lý do nhập viện

Lý do nhập viện	Số ca	Tỉ lệ (%)
Đau		
Đau ngực	24	80,0
Đau lưng	19	63,3
Đau bụng	17	56,7
Ngất	0	0
Cơn tăng huyết áp	1	3,3

Lý do thường gặp nhất khiến bệnh nhân nhập viện trong nghiên cứu là đau, trong đó đau ngực chiếm 80,0%, đau bụng chiếm 56,7%, có một vài bệnh nhân vừa đau ngực và bụng. Không có bệnh nhân nào nhập viện vì ngất và có 1 trường hợp nhập viện vì cơn tăng huyết áp (3,3%).

Bảng 4: Đặc điểm kích thước ĐMC bị bóc tách

Đặc điểm hình thái	Giá trị trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
ĐK lớn nhất ĐMC ngực bị bóc tách (mm) $\pm$ ĐLC	39,3 $\pm$ 6,8	27,0	61,6
ĐK lớn nhất lòng giả ĐMC ngực bị bóc tách (mm) $\pm$ ĐLC	25,1 $\pm$ 8,3	11,6	50,2
ĐK lớn nhất ĐM bụng bị bóc tách (mm) $\pm$ ĐLC	29,0 $\pm$ 3,7	23,5	38,3
ĐK lớn nhất lòng giả ĐM bụng bị bóc tách (mm) $\pm$ ĐLC	16,8 $\pm$ 5,2	7,5	30,4
ĐK lỗ vào (mm) $\pm$ ĐLC	11,6 $\pm$ 5,2	5,5	25,7

Về các đặc điểm hình học khác, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận trên CLVT trước can thiệp, hầu hết các trường hợp lòng giả không có huyết khối hay huyết khối bán phần, chỉ có một trường hợp có huyết khối toàn phần. Trước can thiệp, vị trí và kích thước lỗ vào được xác định ở 23 ca. Trong 24 ca bóc tách

ĐMC ngực bụng thì có 17 ca ghi nhận ít nhất một nhánh động mạch tạng xuất phát từ lòng giả, chiếm tỉ lệ 71%. Hội chứng tưới máu lòng giả trên hình ảnh học xuất hiện 2 bệnh nhân có hình ảnh thận tưới máu kém, chiếm 6,7%. Còn lại ghi nhận 8 ca có TDMP chiếm tỉ lệ 27%.

Bảng 5: Số lượng bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ cao

Yếu tố nguy cơ cao	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Đường kính ĐMC > 40 mm	11	36,7
Đường kính lòng giả > 22 mm	20	66,7
Lỗ vào > 10 mm	10	33,3
Tưới máu lòng giả trên hình ảnh học	2	6,7
Các yếu tố khác (TDMP, nhập viện lại, đau hay THA không đáp ứng điều trị nội khoa)	8	26,7
Bệnh nhân có từ 2 YTNC cao trở lên	14	46,7

Kết quả can thiệp**Bảng 6: Đặc điểm phương pháp can thiệp nội mạch**

Đặc điểm can thiệp		Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Can thiệp cấp cứu/chương trình			
Can thiệp cấp cứu		3	10,0
Can thiệp chương trình		27	90,0
Phương pháp vô cảm (mê nội khí quản)		30	100
Chuyển vị	2 nhánh	7	23,3
	1 nhánh	4	13,3
	Che ĐM dưới đòn trái	8	26,7
	Không chuyển vị	11	36,7
Vùng đặt ống ghép	Vùng 1	7	23,3
	Vùng 2	12	40,0
	Vùng 3	11	36,7

Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều thực hiện phương pháp vô cảm là mê nội khí quản. Do vị trí lỗ vào cũng như quyết định vùng hạ đặt ống ghép, có 4 ca chuyển vị 1 nhánh ĐM dưới đòn trái vào ĐM cảnh

chung trái và có đến 9 ca phải chuyển vị 2 nhánh ĐM dưới đòn trái và ĐM cảnh chung trái vào ĐM cảnh chung phải. Có 8 ca che phủ ĐM dưới đòn trái mà không có chuyển vị.

Bảng 7: Các thông số phẫu thuật

Thông số	Trung bình	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Thời gian phẫu thuật (giờ)	4,1	2	6
Số lượng ống ghép sử dụng	1,4	1	2

Bảng 8: Kích thước ống ghép nội mạch

Thông số	Trung bình	Nhỏ nhất (mm)	Lớn nhất (mm)
ĐK đầu gần (mm) $\pm$ DLC	35,8 $\pm$ 4,4	30	46
ĐK đầu xa (mm) $\pm$ DLC	31,4 $\pm$ 4,8	26	42
Chiều dài (mm) $\pm$ DLC	207,3 $\pm$ 14,2	194	233

Tất cả 30 trường hợp (100%) trong nghiên cứu của chúng tôi đều thành công về mặt kỹ thuật: bung ống ghép nội mạch đúng vị trí, che được lỗ vào, không ghi nhận rò nội mạch và không tắc nghẽn trong stent khi chụp phim kiểm tra ngay sau can thiệp đặt ống ghép nội mạch. Trong tổng số 30 bệnh nhân được can thiệp đặt ống ghép nội mạch, chỉ ghi nhận 1 trường hợp tử vong chu phẫu do vỡ ĐMC sau can thiệp 24 giờ, các trường hợp còn lại không ghi nhận biến chứng quan

trọng, không ghi nhận các biến chứng liên quan kỹ thuật can thiệp. Sau khi loại ra 1 trường hợp tử vong chu phẫu, thời gian nằm viện trung bình tính từ lúc can thiệp đến khi xuất viện là $7,3 \pm 3,4$ ngày, ngắn nhất là 4 ngày và nhiều nhất là 14 ngày. Ngoài 1 bệnh nhân tử vong chu phẫu, 29 bệnh nhân còn lại được tiếp tục theo dõi đến 6 tháng sau khi can thiệp đặt ống ghép nội mạch, thời gian theo dõi trung bình là $4,3 \pm 1,8$ tháng và bệnh nhân theo dõi ngắn nhất là 32 ngày.

Trong quá trình theo dõi, ghi nhận có hai trường hợp tử vong, 1 trường hợp tử vong do vỡ ĐMC với rò nội mạch la và 1 trường hợp tử vong do bóc tách ngược dòng tiến triển thành bóc tách ĐMC Stanford A. Ngoài ra còn ghi nhận 1 bệnh nhân có biến chứng đột quỵ. trong thời gian theo dõi sau khi can thiệp đặt ống ghép nội mạch ĐMC ngực, ghi nhận 2 trường hợp rò nội mạch I (cả hai trường hợp đều rò loại IA) và một trường hợp bóc tách ngược dòng. Tỉ lệ biến chứng khoảng 10 %. Trong 29 trường hợp được tiếp tục theo dõi và loại trừ 3 trường hợp xuất hiện biến chứng liên quan can thiệp, 26 bệnh nhân còn lại được đánh giá quá trình tái cấu trúc ĐMC thông qua sự thay đổi ĐK của ĐMC và ĐK lòng giả bằng hình ảnh CLVT.

IV. BÀN LUẬN

Về độ tuổi trung bình, theo các nghiên cứu lớn trên thế giới, độ tuổi trung bình nằm trong khoảng từ 50 - 70 tuổi, nhiều nhất dao động quanh 60 tuổi. Đối với 30 trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình là 53 tuổi, giá trị này là khá trẻ so với các kết quả nghiên cứu khác. Tuy nhiên cũng tương tự như đặc điểm về giới tính, khi so sánh với dân số Châu Á thông qua hai nghiên cứu của Yufei Zhao và Enmin Xie với độ tuổi trung bình lần lượt là 59,1 và 55,7 thì giá trị trong nghiên cứu của chúng tôi là tương tự.

Bóc tách ĐMC là bệnh lý cấp tính, nguy hiểm tính mạng với đặc điểm là khởi phát cấp tính với đau là triệu chứng điển hình nhất, bệnh nhân có thể đau ngực, đau lưng hay đau bụng. Trong số 30 bệnh nhân được chọn trong nghiên cứu, có đến 29 bệnh nhân nhập viện vì triệu chứng đau (96,7%) và đau ngực chiếm đa số 24 trường hợp (80,0%). Theo các y văn và nghiên cứu trên thế giới,

đau ngực là lý do chính khiến bệnh nhân nhập viện, tác giả Johanna Herajarvi (2023) ghi nhận đau là lý do nhập viện của 88,6% bệnh nhân. Trước đó tác giả Hagan (2000) còn cho thấy tỉ lệ bệnh nhân nhập viện vì đau cao hơn lên tới 98,3%, trong đó đau ngực chiếm 62,9%. Qua đó, nghiên cứu của chúng tôi lại càng khẳng định đau, cụ thể là đau ngực chính là triệu chứng quan trọng và là lý do chính khiến bệnh nhân nhập viện.

Thông qua hình ảnh CLVT mà quyết định lựa chọn vị trí hạ đặt ống ghép nội mạch, kích thước và chiều dài ống ghép. Khi so sánh với nghiên cứu của Enmin Xie (2021) được tiến hành tại Trung Quốc, ĐK lớn nhất ĐMC ngực bóc tách là 39,3 mm, giá trị này tương đương với nghiên cứu của chúng tôi. Đối với dân số Âu - Mỹ, năm 2009, Christoph A Nienaber⁵ cùng cộng sự đưa ra kết quả nghiên cứu trên 72 bệnh nhân bóc tách ĐMC Stanford B tại Mỹ, ghi nhận ĐK lớn nhất ĐMC là 44,2 mm, giá trị này cao hơn kết quả của chúng tôi. ĐK lớn nhất trung bình của lòng giả là 25,1 mm, giá trị này là khá cao bởi có đến 20 bệnh nhân (66,7%) có ĐK lòng giả > 22 mm. ĐK lòng giả càng cao thì ĐK lòng thật càng nhỏ dẫn đến giảm tưới máu đoạn xa và nửa dưới cơ thể. Về ĐK lỗ vào, chúng tôi xác định được vị trí lỗ vào ở 23/30 bệnh nhân với kích thước trung bình là 11,6 mm. So với kết quả từ nghiên cứu của Enmin Xie và các cộng sự (2021) tại Trung Quốc là 8,5 mm thì ĐK lỗ vào trong nghiên cứu của chúng tôi có phần cao hơn. Huyết khối lòng giả là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến tiên lượng thành công điều trị cho bệnh nhân. Huyết khối lòng giả hoàn toàn là tình trạng an toàn nhất, tốt nhất cho bệnh nhân bởi nó loại bỏ lỗ vào, ngăn sự gia tăng áp lực trong lòng giả. Trái ngược với huyết khối toàn

phần, tình trạng không có huyết khối hay huyết khối bán phần sẽ làm tăng nguy cơ biến chứng do áp lực trong lòng giả vẫn còn⁶. Tuy nhiên trước can thiệp, nghiên cứu chỉ ghi nhận một trường hợp huyết khối hoàn toàn lòng giả, tỉ lệ này tương tự như các nghiên cứu trên thế giới khác. Các y văn đã có bằng chứng chứng minh rằng ĐK ĐMC cùng với chênh lệch đậm độ lòng thật lòng giả càng cao càng dễ dẫn đến thất bại điều trị và biến chứng sau can thiệp. Năm 2021, nghiên cứu được công bố bởi Molly E Roseland và các cộng sự chỉ ra rằng sự chênh lệch về đậm độ của lòng thật và lòng giả sau vị trí lỗ rách 2 cm lớn hơn 18 HU sẽ làm tăng nguy cơ thất bại điều trị và biến chứng phình mạch máu sau can thiệp. Chính vì vậy tình trạng huyết khối bán phần thể hiện qua đậm độ giữa lòng thật và lòng giả có sự chênh lệch sẽ là yếu tố tiên lượng biến chứng cao hơn. Can thiệp nội mạch là phương pháp điều trị ưu tiên, được khuyến cáo mức độ I dành cho bóc tách ĐMC Stanford B. Các đặc điểm chính trong quá trình can thiệp nội mạch bao gồm việc lựa chọn vùng hạ đặt ống ghép, kích thước đầu gần, chiều dài và số lượng ống ghép nội mạch. Mỗi đặc điểm đều dựa trên kích thước và hình ảnh học của ĐMC bị bóc tách trên từng bệnh nhân.

Nghiên cứu chỉ ghi nhận 1 trường hợp bệnh nhân tử vong trong vòng 24 giờ sau can thiệp. Trường hợp tử vong là bệnh nhân nữ 51 tuổi, CLVT trước can thiệp ghi nhận ĐK lớn nhất ĐMC là 61,6 mm với biến chứng phình mạch, ĐK lớn nhất lòng giả là 50,2 mm, lỗ vào lớn với kích thước 24,8 mm, và có hình ảnh giảm tưới máu thận trái trên hình ảnh CLVT. Bệnh nhân được can thiệp nội mạch cấp cứu và tử vong sau đó trong vòng 24 giờ. Ngoài ra, 29 bệnh nhân còn lại không ghi nhận biến chứng trong lúc nằm viện và

thời gian nằm viện sau can thiệp nội mạch trung bình là $7,3 \pm 3,4$ ngày. So với các nghiên cứu khác trên thế giới, tỉ lệ tử vong chu phẫu mà chúng tôi ghi nhận là tương tự. Nghiên cứu của các tác giả Enmin Xie (2021) và Johanna Herajarvi (2023) có tỉ lệ tử vong lần lượt là 2,2% và 3,5%, so với 3,3 % trong nghiên cứu của chúng tôi.

Chúng tôi theo dõi liên tục 29 bệnh nhân trong vòng 6 tháng sau can thiệp với thời gian trung bình là $4,3 \pm 1,8$ tháng và bệnh nhân theo dõi ngắn nhất với 32 ngày. Trong 29 bệnh nhân này, có 2 trường hợp tử vong, chiếm 6,9 % tổng ca bệnh. Một bệnh nhân tử vong do bóc tách ngược dòng tiến triển thành bóc tách ĐMC Stanford A, bệnh nhân còn lại có biến chứng rò nội mạch Ia, phình và vỡ ĐMC. So sánh với các kết quả nghiên cứu khác trên thế giới, chúng tôi đồng thời ghi nhận tỉ lệ tử vong tương tự. Đối với can thiệp ĐMC, các nguyên nhân liên quan ĐMC thường gặp nhất là rò nội mạch và bóc tách ĐMC ngược dòng Stanford A. Trong đó, rò nội mạch là biến chứng gặp nhiều nhất, tỉ lệ khoảng 4 - 12%, hậu quả dẫn đến phình và vỡ ĐMC.

Tái cấu trúc ĐMC là thước đo đánh giá hiệu quả, cũng như sự thành công của can thiệp nội mạch điều trị bóc tách ĐMC Stanford B. Tái cấu trúc ĐMC được đánh giá thông qua hai yếu tố chính: sự thay đổi ĐK ĐMC, ĐK lòng giả trong quá trình theo dõi sau can thiệp và sự hình thành huyết khối trong lòng giả.

Các nghiên cứu trên thế giới ghi nhận, quá trình tái cấu trúc ĐMC sau can thiệp nội mạch, góp phần làm giảm các biến chứng sau bóc tách như phình ĐMC. Nghiên cứu của tác giả Lombardi cùng cộng sự (2019) theo dõi bệnh nhân trong vòng 12 tháng cho thấy ĐK lớn nhất ĐMC giảm trên 78,8% bệnh

nhân và thay đổi không đáng kể trên 1,5%, trường hợp tăng ĐK ĐMC xuất hiện ở 19,7% bệnh nhân. Còn nghiên cứu của tác giả Bavaria (2015) theo dõi trong vòng 9 tháng thì ghi nhận ĐK lớn nhất ĐMC giảm trên 18,2% bệnh nhân và thay đổi không đáng kể là 63,6%, chỉ có 18,2 bệnh nhân ghi nhận tăng ĐK ĐMC. Kết quả ghi nhận từ nghiên cứu của chúng tôi gần tương tự với nghiên cứu của các tác giả trên, có 19,2% bệnh nhân giảm ĐK lớn nhất ĐMC, 73,1% bệnh nhân không thay đổi ĐK và chỉ có 7,7% bệnh nhân xuất hiện sự gia tăng ĐK ĐMC. Qua kết quả từ các nghiên cứu trên thế giới và nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận, trong thời gian theo dõi sau can thiệp 6 - 12 tháng, đa số bệnh nhân có ĐK lớn nhất ĐMC thay đổi không đáng kể ($p > 0,05$).

Đối với 26 bệnh nhân trong nghiên cứu, sau quá trình theo dõi, chúng tôi ghi nhận ĐK lòng giả có giảm đáng kể so với trước can thiệp. Tính trung bình, ĐK lòng giả giảm 15,1 mm và sự thay đổi này có ý nghĩa ($p < 0,001$). Nghiên cứu trên thế giới đồng thời ghi nhận kết quả tương tự, tác giả Lombardi cùng cộng sự (2019), ghi nhận ĐK lòng giả giảm 10,1 mm ($p < 0,001$) sau theo dõi 12 tháng. Điều này chứng tỏ tính hiệu quả của can thiệp đặt ống ghép nội mạch với vai trò giúp tái cấu trúc ĐM - làm giảm ĐK lòng giả.

V. KẾT LUẬN

Điều trị bóc tách ĐMC Stanford B nguy cơ cao bằng can thiệp nội mạch có tính an toàn với các biến chứng thấp của bệnh nhân sau can thiệp, tỉ lệ tái cấu trúc cao sau can thiệp nội mạch, có thể thực hiện thường quy tại bệnh viện Chợ Rẫy.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sayed A, Munir M, Bahbah EI.** Aortic Dissection: A Review of the Pathophysiology, Management and Prospective Advances. *Current cardiology reviews*. 2021;17(4): e230421186875. doi: 10.2174/1573403x16666201014142930.
2. **Bossone E, Eagle KA.** Epidemiology and management of aortic disease: aortic aneurysms and acute aortic syndromes. *Nature reviews Cardiology*. May 2021;18(5):331-348. doi:10.1038/s41569-020-00472-6.
3. **Lombardi JV, Hughes GC, Appoo JJ, et al.** Society for Vascular Surgery (SVS) and Society of Thoracic Surgeons (STS) reporting standards for type B aortic dissections. *J Vasc Surg*. Mar 2020;71(3): 723-747. doi:10.1016/j.jvs.2019.11.013.
4. **Isselbacher EM, Preventza O, Hamilton Black J, 3rd, et al.** 2022 ACC/AHA Guideline for the Diagnosis and Management of Aortic Disease: A Report of the American Heart Association/American College of Cardiology Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*. Dec 13 2022;146(24): e334-e482. doi: 10.1161/cir.0000000000001106.
5. **Nienaber CA, Rousseau H, Eggebrecht H, et al.** Randomized comparison of strategies for type B aortic dissection: the INvestigation of STEnt Grafts in Aortic Dissection (INSTEAD) trial. *Circulation*. Dec 22 2009;120(25):2519-28. doi:10.1161/circulationaha.109.886408.
6. **Zilber ZA, Boddu A, Malaisrie SC, et al.** Noninvasive Morphologic and Hemodynamic Evaluation of Type B Aortic Dissection: State of the Art and Future Perspectives. *Radiology Cardiothoracic imaging*. Jun 2021;3(3): e200456. doi: 10.1148/ryct.2021200456.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NGẮN HẠN ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP NỘI MẠCH TRONG BỆNH LÝ BÓC TÁCH ĐỘNG MẠCH CHỦ TYPE B

Lâm Văn Nút¹, Phan Sơn An²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ngắn hạn của phương pháp can thiệp nội mạch (CTNM) điều trị bóc tách động mạch chủ (BTĐMC) type B tại khoa Phẫu thuật mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy.

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả hàng loạt ca.

Kết quả: Có tổng 30 trường hợp (23 nam, 7 nữ, tuổi trung bình 54.93 ± 11.1). Thời gian theo dõi trung bình 3.6 ± 1.8 tháng. Tỷ lệ thành công về mặt kỹ thuật là 100%. Trong thời gian chu phẫu, không có trường hợp tử vong; tỷ lệ biến chứng yếu liệt 2 chi dưới là 3.3%; tỷ lệ rò ống ghép loại II là 3.3%, không ghi nhận bệnh nhân rò ống ghép loại I.

Trong thời gian theo dõi, ghi nhận 3 trường hợp (10%) tử vong, tỷ lệ rò ống ghép loại I và III lần lượt là 0% và 3.3%, tỷ lệ bóc tách ngược dòng là 3.3%. Đối với quá trình tái cấu trúc động mạch chủ: huyết khối bán phần lòng giả và huyết khối toàn phần lòng giả là 62,96% so với 37,04%, đường kính lớn nhất lòng thật tăng trung bình 11.07 ± 4.1 mm, đường kính lớn nhất lòng giả giảm trung bình 10.93 ± 5.9 mm.

Kết luận: Can thiệp nội mạch trong bệnh lý bóc tách động mạch chủ Stanford B cho tỷ lệ tử vong thấp, tỷ lệ tái cấu trúc động mạch chủ cao. Tuy nhiên các biến chứng liên quan đến ống ghép nội mạch tăng lên trong quá trình theo dõi.

Từ khóa: Bóc tách động mạch chủ type B, Can thiệp nội mạch

SUMMARY

EARLY OUTCOMES OF THORACIC ENDOVASCULAR AORTIC REPAIR FOR TYPE B AORTIC DISSECTION

Purpose: Evaluation of short-term results of endovascular intervention for type B aortic dissection at the Department of Vascular Surgery, Cho Ray Hospital.

Method: Prospective study.

Results: There were a total of 30 cases (23 males, 7 females, mean age 54.93 ± 11.1). The mean follow-up time was 3.6 ± 1.8 months. The technical success rate was 100%. During the perioperative period, there were no deaths; the complication rate of paraplegia of the lower limbs was 3.3%; the type II graft leak rate was 3.3%, no patients with type I graft leak were recorded.

During follow-up, 3 cases (10%) died, the type I and III graft leak rates were 0% and 3.3%, respectively, the retrograde dissection rate was 3.3%. Regarding the process of aortic remodeling: partial false lumen thrombosis and complete false lumen thrombosis were 62.96% versus 37.04%, respectively, the maximum true lumen diameter increased by an average of 11.07

¹Trưởng khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bác sỹ khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Văn Nút

SĐT: 0918375624

Email: nutlamvan@yahoo.com

Ngày nhận bài: 28/12/2023

Ngày phản biện khoa học: 05/01/2024

Ngày duyệt bài: 22/02/2024

± 4.1 mm, the maximum false lumen diameter decreased by an average of 10.93 ± 5.9 mm.

Conclusions: Endovascular intervention in Stanford B aortic dissection disease results in low mortality rate, high aortic remodeling rate. However, complications related to endovascular grafts increase during follow-up.

Keywords: Type B aortic dissection, thoracic endovascular aortic repair

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

BTĐMC type B là bệnh lý mạch máu thường gặp đe dọa tính mạng, tỉ lệ tử vong trong 5 năm lên đến 30 – 40%, tỉ lệ sống còn tại viện chỉ 50% đối với BTĐMC có biến chứng^[1]. Những trường có biến chứng cần được điều trị mổ mở hoặc CTNM. Mổ mở là phương pháp điều trị kinh điển nhưng phương pháp này vẫn chưa tối ưu và chưa mang đến sự hài lòng cho các nhà lâm sàng, với tỉ lệ biến chứng và tỉ lệ tử vong rất cao. Năm 1999, CTNM lần đầu tiên được báo cáo dùng để điều trị BTĐMC Stanford type B bởi 2 tác giả Dake và Nienaber^[2]. Trong nhiều năm qua, CTNM đã có những bước phát triển đáng kể và dần trở thành phương pháp điều trị ưu thế trong bệnh lý này vì tỉ lệ thành công cao và ít biến chứng. Theo hướng dẫn điều trị mới nhất của Hiệp hội Tim mạch châu Âu, CTNM được khuyến cáo loại I trong điều trị BTĐMC Stanford type B có

biến chứng^[3]. Tại Việt Nam, vẫn chưa có nhiều công trình nghiên cứu đánh giá kết quả của CTNM, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca, từ tháng đến tháng 1/2019 đến tháng 12/2021 tại Khoa Phẫu thuật Mạch máu bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định BTĐMC type B có biến chứng và được điều trị bằng phương pháp can thiệp nội mạch.

Loại trừ những bệnh nhân được chẩn đoán BTĐMC type B không biến chứng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2019 đến tháng 2/2021, có 30 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Kết quả phân tích trên nhóm nghiên cứu này như sau:

Đặc điểm dân số nghiên cứu:

Phần lớn bệnh nhân là nam giới (nam: 76.7%; nữ: 23.3%). Tuổi trung bình 54.93 ± 11.1 . Có 25 bệnh nhân tăng huyết áp, 8 bệnh nhân hút thuốc lá (26.7%), 4 bệnh nhân đái tháo đường, 2 bệnh nhân có bệnh lý mạch vành kèm theo. (Bảng 1)

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tỉ lệ	
	Số BN	%
Tuổi trung bình	54.93±11.1	
Giới tính		
Nam	23	76.7
Nữ	7	23.3
THA	25	83.3
Hút thuốc lá	8	26.7
ĐTĐ	4	13.3
Bệnh ĐMV	2	6.7

Chỉ định điều trị ngoại khoa theo nghiên cứu của chúng tôi được thể hiện tại bảng 2:

Bảng 2: Chỉ định điều trị ngoại khoa

Các chỉ định điều trị	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Tưới máu sai lòng	14	46,7
Thiếu máu tạng	4	13,3
Thiếu máu thận	10	33,3
Thiếu máu chi	1	3,3
Vỡ, nứt hoặc bóc tách điển tiến	6	20
Phình bóc tách	3	10
Đau, huyết áp khó kiểm soát	16	53,3
Có từ 2 chỉ định trở lên	9	30

Đa số các BN được mổ chương trình và phương thức vô cảm mê nội khí quản 76.7%. Ghi nhận có 13 BN (43.3%) được che ĐM dưới đòn trái; 10 BN (33.3%) được chuyển vị các nhánh nuôi não.

Sau thời gian theo dõi trung bình 3.6 ± 1.8 tháng, chúng tôi ghi nhận kết quả:

Tất cả thành công về mặt kỹ thuật. Ghi nhận 3 trường hợp tử vong (tỉ lệ tử vong 10%): 1 trường hợp tử vong vì xuất huyết não, 1 trường hợp tử vong vì vỡ ĐMC và 1 trường hợp vì bóc tách ĐMC ngược dòng Stanford type A.

Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ các biến chứng liên quan đến CTNM như sau: không ghi nhận trường hợp nào rò ống ghép loại I, rò ống ghép loại II là 1 trường hợp (3.3%), BTĐMC ngược dòng 1 trường hợp (3.3%), vỡ ĐMC 1 trường hợp (3.3%)

Về tái cấu trúc ĐMC chúng tôi ghi nhận tất cả 27 bệnh nhân còn lại đều có huyết khối lòng giả, huyết khối bán phần lòng giả chiếm tỉ lệ cao hơn huyết khối toàn phần lòng giả (62,96% so với 37,04%). Sự thay đổi đường kính lớn nhất lòng thật, lòng giả trước và sau mổ có ý nghĩa thống kê được thể hiện tại bảng 3 và 4.

Bảng 3: Sự thay đổi đường kính lòng thật

ĐK lớn nhất lòng thật (n=27)	Trung bình (mm)	Độ lệch chuẩn	Giá trị p
Trước can thiệp	18,81	3,65	p < 0,05
Sau can thiệp	29,85	3,85	

Bảng 4: Sự thay đổi đường kính lòng giả

ĐK lớn nhất lòng giả (n=27)	Trung bình (mm)	Độ lệch chuẩn	Giá trị p
Trước can thiệp	22,37	7,60	p < 0,05
Sau can thiệp	12,19	5,24	

IV. BÀN LUẬN

Hiện nay, quan điểm về điều trị can thiệp nội mạch trong BTĐMC type B vẫn còn bàn

cãi và đang được tiếp tục nghiên cứu. Qua các nghiên cứu cho thấy, hội chứng tưới máu sai lòng và đau/huyết áp khó kiểm soát là 2

chỉ định thường gặp trong điều trị can thiệp nội mạch BTĐMC type B. NC VIRTUE cho thấy tỉ lệ hội chứng tưới 26% và đau/huyết áp khó kiểm soát là 45%^[4]. NC của chúng tôi cũng cho những kết quả tương tự, với 2 tỉ lệ này lần lượt 46,7% và 53,3%.

Trong NC của chúng tôi có tỉ lệ vùng hạ đặt ống ghép nội mạch nhỏ hơn 20mm là 76,7% vì vậy cần được chuyển vị hoặc che động mạch dưới đòn trái nhằm đủ chiều dài vùng hạ đặt. Kết quả này tương đồng với NC trong nước của tác giả T.Q. Tiến nhưng lại cao hơn hẳn so với các nghiên cứu khác trên thế giới điển hình như nghiên cứu VIRTUE tỉ lệ này chỉ 23%, còn theo tác giả Bavaria là 18,2%^[4,5,6]. Có sự khác biệt vì tổn thương bóc tách được chúng tôi ghi nhận trong đa số các trường đều sát chỗ chia động mạch dưới đòn trái, hoặc lỗ vào chính nằm ở ĐMC ngực xuống nhưng bóc tách diễn tiến ngược dòng.

Tỉ lệ thành công về mặt kĩ thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là 100% tương đồng với NC VIRTUE (100%) và tác giả Bavaria (99%)^[4,6]. Chúng tôi không ghi nhận có trường hợp nào NMCT trong thời gian theo dõi. Các nghiên cứu trên thế giới ghi nhận tỉ lệ NMCT từ 0 – 4,3%. Điều này có thể được giải thích vì CTNM không phải kẹp ĐMC, tuổi trung bình của BN BTĐMC trẻ hơn so với các BN phình ĐMC, được đánh giá nguy cơ tim mạch trước can thiệp. NC EUROSTAR, VALOR đa trung tâm 2006 ghi nhận tỉ lệ đột quỵ 3 – 7% đối với tất cả các BN được điều trị can thiệp đặt ống ghép ĐMC ngực, điều này cũng phù hợp 3,33% theo quan sát của chúng tôi^[7,8]. NC VIRTUE theo dõi trung bình 36 tháng 100 BN BTĐMC type B được điều trị CTNM ghi

nhận tỉ lệ tử vong liên quan đến ĐMC 9,3%. Chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tử vong liên quan đến ĐMC là 6,67%. Những nguyên nhân chính gây tử vong liên quan đến ĐMC, thất bại trong điều trị can thiệp phải chuyển mổ mở hay can thiệp lần 2 bao gồm: rò ống ghép loại I và III, bóc tách ĐMC ngược dòng và vỡ ĐMC^[4].

Mục tiêu chính của điều trị CTNM là ổn định ĐMC bóc tách, bảo vệ ngăn ngừa những biến chứng muộn nhờ quá trình tái cấu trúc ĐMC. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận 27 trường hợp (90%) có huyết khối lòng giả sau can thiệp nội mạch bao gồm: 17 trường hợp (62,96%) có huyết khối bán phần lòng giả và 10 trường hợp (37,04%) có huyết khối toàn phần lòng giả. Theo tác giả Bavaria ghi nhận huyết khối toàn phần lòng giả trong nghiên cứu của ông lên đến 60,6% còn huyết khối bán phần ghi nhận khoảng 36,4% sau 6 tháng theo dõi, và tỉ lệ huyết khối toàn phần tăng lên 72,7% sau 12 tháng. Sở dĩ nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ huyết khối toàn phần thấp hơn các nghiên cứu khác vì thời gian theo dõi của chúng tôi ngắn hơn rất nhiều so các nghiên cứu khác^[6]. Ngoài ra, sự thay đổi ĐK lòng thật và lòng giả cũng là 1 yếu tố cần được theo dõi trong quá trình tái cấu trúc ĐMC. ĐK lớn nhất trung bình của lòng thật tăng từ 18,81mm lên 29,85mm, ĐK lớn nhất trung bình của lòng giả giảm từ 22,37mm xuống 12,19mm và cả 2 sự thay đổi này đều có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này khá tương đồng với báo cáo của tác giả Nienaber năm 2010 tại Đức điều trị can thiệp nội mạch cho 70 trường hợp bóc tách ĐMC Stanford type B, đường kính lòng thật tăng từ 21,9mm

lên 30,6mm và đường kính lòng giả giảm từ 29,4mm xuống 14,0mm ($p < 0,001$)^[9].

V. KẾT LUẬN

CTNM trong bệnh lý BTĐMC type B có độ an toàn cao, tỉ lệ tử vong và biến chứng thấp, tỉ lệ tái cấu trúc động mạch chủ cao. Tuy nhiên các biến chứng liên quan đến ống ghép nội mạch tăng lên trong quá trình theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Efifi R. O., Sandhu H. K., Leake S. S., et al.** (2015), "Outcomes of Patients With Acute Type B (DeBakey III) Aortic Dissection: A 13-Year, Single-Center Experience". *Circulation*, 132 (8), pp. 748-54.
2. **Dake M. D., Kato N., Mitchell R. S., et al.** (1999), "Endovascular stent-graft placement for the treatment of acute aortic dissection". *N Engl J Med*, 340 (20), pp. 1546-52.
3. **Dake M. D., Kato N., Mitchell R. S., et al.** (1999), "Endovascular stent-graft placement for the treatment of acute aortic dissection". *N Engl J Med*, 340 (20), pp. 1546-52.
4. **Investigators T. V. R.** (2011), "The VIRTUE Registry of type B thoracic dissections--study design and early results". *Eur J Vasc Endovasc Surg*, 41 (2), pp. 159-66.
5. **Trần Quyết Tiến.** (2015), "Nghiên cứu xây dựng qui trình kỹ thuật can thiệp nội mạch điều trị bóc tách động mạch chủ ngực", Chương trình KHCN trọng điểm cấp nhà nước BV Chợ rẫy, pp
6. **Bavaria J. E., Brinkman W. T., Hughes G. C., et al.** (2015), "Outcomes of Thoracic Endovascular Aortic Repair in Acute Type B Aortic Dissection: Results From the Valiant United States Investigational Device Exemption Study". *Ann Thorac Surg*, 100 (3), pp. 802-8; discussion 808-9.
7. **Buth J., Harris P. L., Hobo R., et al.** (2007), "Neurologic complications associated with endovascular repair of thoracic aortic pathology: Incidence and risk factors. a study from the European Collaborators on Stent/Graft Techniques for Aortic Aneurysm Repair (EUROSTAR) registry". *J Vasc Surg*, 46 (6), pp. 1103-1110; discussion 1110-1.
8. **Fairman R. M., Criado F., Farber M., et al.** (2008), "Pivotal results of the Medtronic Vascular Talent Thoracic Stent Graft System: the VALOR trial". *J Vasc Surg*, 48 (3), pp. 546-54.
9. **Nienaber C. A., Kische S., Akin I., et al.** (2010), "Strategies for subacute/chronic type B aortic dissection: the Investigation Of Stent Grafts in Patients with type B Aortic Dissection (INSTEAD) trial 1-year outcome". *J Thorac Cardiovasc Surg*, 140 (6 Suppl), pp. S101-8; discussion S142-S146.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT BAO XƠ CO THẮT TÚI NGỰC

Ngô Quốc Hưng¹, Nguyễn Thị Thiên Nga⁵, Đỗ Quang Hùng¹,
Phạm Thanh Việt¹, Trần Văn Dương¹, Lâm Quang An¹,
Cái Hữu Ngọc Thảo Trang¹, Nguyễn Thị Mỹ Trà²,
Nguyễn Anh Phương Lê², Phạm Thị Bích Trâm², Nguyễn Thị Hạnh Dung²,
Nguyễn Thị Thủy Tiên², Nguyễn Kim Phụng², Trần Thị Mộng Tuyền²,
Trần Thị Quyên², Nguyễn Thị Hồng Diệp³, Nguyễn Bá Phi Long⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đặt túi nâng ngực là một trong những phẫu thuật thực hiện nhiều nhất trong phẫu thuật thẩm mỹ và tái tạo sau ung thư vú trong hơn 4 thập kỷ qua và và bao xơ co thắt túi ngực là biến chứng phổ biến nhất. Phân loại bao xơ co thắt túi ngực dựa vào hệ thống phân loại của Baker. Tại Việt Nam, phẫu thuật thẩm mỹ càng phát triển, bao xơ túi ngực ngày càng nhiều, do đó việc điều trị bao xơ co thắt túi ngực bằng phẫu thuật đóng một vai trò quan trọng và chưa có thống kê nào về điều trị bao xơ co thắt túi ngực.

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bao xơ co thắt túi ngực

Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu mô tả 44 trường hợp bao xơ co thắt túi ngực được phẫu thuật từ 12/2021 đến 11/2023

Kết quả: Tuổi trung bình: 40 + 6,7 tuổi, 54,5 % bao xơ co thắt độ 4 theo Baker, túi chứa silicon chiếm 90,9%, bao xơ túi ngực tẩm nhuộm chất vô định hình gặp trong túi ngực vỡ 18,2% và mô viêm mạn kèm vôi hóa chiếm 22,7%

Kết luận: Trong nghiên cứu tuổi thường gặp trên 40 tuổi. Bao xơ co thắt túi ngực chỉ định phẫu thuật khi ở độ 3 và 4 theo Baker.

Từ khóa: Co thắt bao xơ, Đặt túi ngực, Phân loại của Baker, Chảy silicone, Vôi hóa.

¹Bác sỹ, Khoa Tạo Hình Thẩm Mỹ, Bệnh viện Chợ Rẫy

²Điều dưỡng, Khoa Tạo Hình Thẩm Mỹ, Bệnh viện Chợ Rẫy

³Phòng Kỹ năng Lâm sàng, Bệnh viện Chợ Rẫy

⁴Bác sỹ, Đơn vị tuyến vú, Bệnh viện Chợ Rẫy

⁵Điều dưỡng, Đơn vị tuyến vú, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: TS.BS. Ngô Quốc Hưng,

SĐT: 0906880999

Email: drhung91@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 16/01/2024

Ngày duyệt bài: 22/02/2024

SUMMARY

EVALUATE THE RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF CAPSULAR CONTRACTURE

Background: Breast implants has been one of the most performed surgeries in cosmetic and reconstructive breast cancer surgery over the past four decades, and capsular contracture is the most common complication. Classification of capsular contracture is based on Baker's classification system. In Vietnam, as cosmetic surgery develops, there are more and more capsular contracture is the most common complication. Classification of capsular

contracture is based on Baker's classification. Therefore, surgical treatment of capsular contracture plays an important role and there are no statistics on the treatment of capsular contracture

Objectives: Evaluate the results of surgical treatment of capsular contracture

Materials and methods: A descriptive retrospective study was conducted on 44 cases of capsular contracture resulting from breast implant treated at the Aesthetic Plastic Surgery Department of Cho Ray Hospital from December 2021 to November 2023

Results: Mean age: 40 + 6.7 years old, 54.5% of capsules have grade 4 contracture according to Baker's, 90.9% of implants contain silicone, capsular contracture is stained with amorphous substances found in ruptured breast implants 18, 2% and chronic inflammatory tissue with calcification accounts for 22.7%.

Conclusions: In research, the common age is over 40 years old. Capsular contracture requires surgery at levels 3 and 4 according to Baker's classification.

Keywords: Capsular contracture, Breast Implant, The Baker's Classification, Silicone bleeding, Calcification.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đặt túi nâng ngực là một trong những phẫu thuật thực hiện nhiều nhất trong phẫu thuật thẩm mỹ và tái tạo sau ung thư vú trong hơn 4 thập kỷ qua^[5]. Tại Hà lan, khoảng 3,3% phụ nữ trưởng thành đặt túi ngực, từ 2015 đến 2017 có 60 ngàn phụ nữ đặt túi ngực tại Hà lan và bao xơ co thắt túi ngực là biến chứng phổ biến nhất. Biến chứng này có tần suất 0,6 – 17,4 % ở đặt túi ngực thẩm mỹ và 21,1 – 47,7% ở phẫu thuật đặt túi ngực sau tái tạo ung thư vú^[2].

Dù túi ngực dùng để tái tạo hay thẩm mỹ, chúng ta đều biết không thể sử dụng trọn đời. Tại Mỹ tháo bỏ túi ngực sau một thời gian sử dụng trở thành 1 trong 10 phẫu thuật thẩm mỹ được thực hiện nhiều nhất, chỉ định lấy bỏ túi ngực bao gồm: người bệnh không muốn đặt túi nữa do lo lắng vật cấy ghép cơ thể có thể gây ung thư, vỡ túi ngực và bao xơ co thắt túi ngực^[1]. Trong hàng thập kỷ bao xơ co thắt túi ngực là biến chứng phổ biến nhất trên thế giới mặc dù cơ chế và nguyên nhân vẫn không rõ ràng^[1,2,5], tại Mỹ hàng năm có khoảng 300.000 ca nâng ngực và trên thế giới khoảng 1,5 triệu ca và mỗi năm có khoảng 180.000 ngàn phụ nữ trên toàn cầu bị bao xơ co thắt túi ngực^[6].

Có nhiều loại túi ngực, thường gọi là túi ngực silicon (vỏ bên ngoài của túi) được phân loại theo hình dáng túi ngực (tròn hoặc giọt nước), hay bề mặt túi (trơn hay nhám) hay chất chứa trong túi ngực (túi nước muối hay silicon)^[3,7]. Bề mặt bao xơ thường được nghĩ là nguyên nhân gây nên bao xơ, nhưng không có bằng chứng, tuy nhiên phản ứng tự miễn của cơ thể dường như là chìa khóa gây nên bao xơ co thắt túi ngực, sự tăng sinh mãn tính kiểu viêm bắt đầu dị sản giống hoạt dịch tế bào trung mô tăng sinh, kết thúc bằng chuyển sang giai đoạn collagen hyaline xơ hóa sợi sau thời gian hai năm^[4,8] dẫn đến co cứng và đau vú rất nhiều.

Đối với bao xơ túi ngực độ 1 và 2 có thể theo dõi, độ 3 và 4 có chỉ định phẫu thuật. Cận lâm sàng có giá trị là chụp cộng hưởng từ (MRI) giúp chẩn đoán co thắt bao xơ và các biến chứng khác của túi ngực ngoài ra còn cung cấp hình ảnh có độ phân giải cao, giúp mô tả chính xác túi ngực và các mô

xung quanh như vỡ túi ngực, u vú, mức độ bao xơ. Cắt toàn bộ bao xơ là tiêu chuẩn vàng điều trị bao xơ co thắt túi ngực, tuy nhiên cắt một phần túi bao xơ hoặc rạch bao xơ có thể được sử dụng ngoại trừ ung thư hạch tế bào lớn (ALCL) liên quan túi ngực[3,6].

Tại Việt Nam, kinh tế ngày càng phát triển, phẫu thuật thẩm mỹ càng phát triển, bao xơ túi ngực ngày càng nhiều, do đó việc điều trị bao xơ co thắt túi ngực bằng phẫu thuật đóng một vai trò quan trọng và chưa có thống kê nào về điều trị bao xơ co thắt túi ngực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật bao xơ co thắt túi ngực

Đối tượng:

Hồi cứu mô tả 44 trường hợp bao xơ co thắt túi ngực được phẫu thuật từ 12/2021 đến 11/2023.

Phương pháp nghiên cứu:

Chúng tôi chỉ định phẫu thuật ở BN có bao xơ co thắt túi ngực độ 3,4 theo phân loại của Baker. Đối với BN độ 2, chúng tôi phẫu thuật khi BN than phiền và có ý muốn lấy túi ngực.

Phân loại bao xơ co thắt túi ngực dựa vào hệ thống phân loại của Baker^[2]

Độ	Mô tả
1	Không triệu chứng. Sự hình thành mô sẹo xung quanh túi ngực không ảnh hưởng đến kích thước, hình dạng hoặc kết cấu của ngực. Ngực trông tự nhiên và vẫn mềm mại khi chạm vào
2	Thường chỉ có các triệu chứng thẩm mỹ nhỏ. Vú thường có hình dạng bình thường nhưng sờ vào có cảm giác hơi cứng
3	Triệu chứng thẩm mỹ rõ ràng. Vú sẽ cứng khi chạm vào và có biểu hiện bất thường, chẳng hạn như chúng sẽ quá tròn, trông cứng và núm vú có thể bị biến dạng. Tuy nhiên, mức độ co thắt bao xơ này thường không gây đau nhiều (nếu có)
4	Ngực trở nên cứng và biến dạng. Người bệnh bị co thắt bao xơ cấp độ 4 cũng đau vú; ngực của họ thường sẽ nhạy, dễ đau và đau nhiều hơn khi chạm vào

Các biến số chính trong nghiên cứu:

- Tuổi và tuổi trung bình của nhóm BN nghiên cứu: được tính tới thời điểm phẫu thuật.
- Chất chứa trong túi ngực: nước muối hoặc silicon
- Thời gian đặt túi ngực: được tính từ lúc đặt túi ngực đến thời điểm phẫu thuật.
- Giải phẫu bệnh của bao xơ

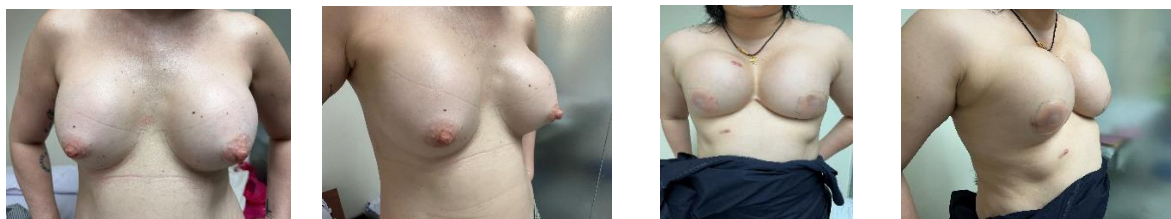
Các dữ liệu được thu thập và xử lý bằng SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua thời gian nghiên cứu từ 12/2021 đến 11/2023, chúng tôi điều trị 44 trường hợp bao xơ co thắt túi ngực được phẫu thuật có tuổi nhỏ nhất: 22 tuổi; lớn nhất: 63 tuổi; Tuổi trung bình: 40 + 6,7 tuổi. Hơn ½ BN bị bao xơ co thắt độ 4 theo Baker. BN bị biến dạng vú và đau khi chạm vào. Ghi nhận có 2/44 BN bị bao xơ co thắt độ 2. Tuy nhiên, 2 BN cảm thấy khó chịu với cảm giác xơ chai vùng ngực và tức ngực khi mặc áo lót. BN yêu cầu phẫu thuật loại bỏ bao xơ và đặt lại túi ngực mới.

Bảng 1: Phân loại mức độ bao xơ co thắt

Phân độ theo hệ thống Baker	Số lượng (n = 44)	Tỷ lệ phần trăm (%)
1	0	0
2	2	4,5
3	18	41
4	24	54,5

**Hình 1: Hình ảnh lâm sàng bao xơ co thắt túi ngực độ 4**

Về bản chất của túi ngực, hầu hết BN đều đặt túi ngực Silicon. Về thời gian đặt túi ngực, ½ BN đặt túi ngực từ 1- 10 năm với thời gian trung bình là 45,3 tháng. Ghi nhận có 20/44 BN đặt túi ngực trên 10 năm. Ngoài ra, có 2 TH mới đặt túi ngực được 9 tháng đã xuất hiện bao xơ.

Bảng 2: Chất chứa trong túi ngực

Chất trong túi ngực	Số lượng (n = 44)	Tỷ lệ phần trăm (%)
Nước muối	4	9,1
Silicon	40	90,9

Bảng 3: Thời gian đặt túi ngực

	Dưới 1 năm	1 – 10 năm	Trên 10 năm
Số lượng người bệnh	2	22	20
Thời gian trung bình (tháng)	9,5	45,3	200,8

Giải phẫu bệnh ở người bệnh vỡ túi ngực và mức độ co thắt: có 8 người bệnh (18,2%) có vỡ túi ngực, độ co thắt độ 4 theo Baker và thời gian xuất hiện sau 10 năm. 1/3 BN có tình trạng viêm mạn tính kèm vôi hoá, hầu

hết là ở các BN đặt túi ngực trên 10 năm. 2 TH đặt túi ngực < 1 năm có tình trạng viêm xơ hoá có phản ứng đại bào ăn chất vô định hình, 2 TH này đều đặt túi ngực nước muối.

Bảng 3: Giải phẫu bệnh bao xơ co thắt

Giải phẫu bệnh	Số lượng (n = 44)	Phần trăm
Viêm mạn tính, xơ hóa	Độ 2: 2 ca	4,5%
	Độ 3: 4 ca	9,1%
Thành nang xơ hóa viêm	Độ 3: 10 ca	22,7%
Mô viêm xơ hóa có phản ứng đại bào ăn chất vô định hình	Độ 4: 8 ca	18,2%
Bao xơ sợi kèm u hạt	Độ 3: 4 ca	9,1%
	Độ 4: 8 ca	18,2%
Mô viêm mạn tính kèm vôi hóa	Độ 4: 16 ca	36,4%



Hình 2: Hình ảnh túi ngực có mô xơ hoá bọc xung quanh sau phẫu thuật

IV. BÀN LUẬN

Tuổi:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình $40 + 6,7$ tuổi (22-63 tuổi). Theo Wulf Siggelkow và cộng sự^[8] tuổi trung bình $51,1 + 11,47$ tuổi (24 – 75 tuổi) nghiên cứu

trên 43 người bệnh theo De Bakker Erik và cộng sự^[2] tuổi trung bình $49 + 11$ tuổi. Tuổi trung niên thường gặp vấn đề bao xơ co thắt sau đặt túi ngực.

Thời gian đặt túi ngực:

	Dưới 1 năm	1 – 10 năm	Trên 10 năm
Chúng tôi	2 ca	22 ca	20 ca
	9,5 tháng	45,3 tháng	200,8 tháng
Wulf Siggelkow và cộng sự^[8]	17 ca	18 ca	18
	7,2 tháng	47,2 tháng	216,2 tháng

Chúng tôi thấy có sự tương đồng ở các trường hợp từ 1 năm trở lên, trong 2 trường hợp dưới 1 năm của chúng tôi, một người bệnh 22 tuổi và 45 tuổi sau khi đặt túi ngực người bệnh lo lắng nhiều và quyết định lấy ra mặc dù theo Baker mức độ co thắt là độ 2 và trên siêu âm vú và MRI vú hai bên kết quả bình thường.

Chất chứa trong túi ngực

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chất chứa trong túi ngực là nước muối đều ở người bệnh thang điểm 4 theo Baker và trên 10 năm đặt túi độn ngực. Theo Martha

Embrey và cộng sự^[4] và Headon Hannah^[3] khi nghiên cứu trên y văn của rất nhiều tác giả không thấy có sự khác biệt giữa việc hình thành bao xơ và chất chứa trong túi ngực là nước muối hay silicon. Theo De Bakker Erik và cộng sự^[2] thì 92% chất chứa trong túi ngực trên 60 ca là silicon, cũng tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Về giải phẫu bệnh có 8 ca vỡ túi ngực, mức độ co thắt độ 4, có tình trạng vô hóa trong bao xơ và có chất vô định hình trong bao xơ, và thời gian xuất hiện trong nhóm 1 – 10 năm và trên 10 năm sau đặt túi, điều này

cũng tương tự như M. Bradley Calobrace và cộng sự^[1], thời gian vỡ túi ngực khoảng 10 năm với tỷ lệ 8,7% đến 24,2%.

Về giải phẫu bệnh lý, tình trạng viêm xơ sợi mãn tính, kết hợp với vôi hóa gặp chủ yếu ở độ 4, riêng túi ngực vỡ kèm theo chất vô định hình trong bao xơ, trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 18,2% xuất hiện sau 10 năm. Theo Wulf Siggelkow và cộng sự tỷ lệ này chiếm 24,5% và thời gian xuất hiện trung bình 179,3 tháng.

V. KẾT LUẬN

Bao xơ co thắt túi ngực thường gặp sau đặt túi nâng ngực và chiếm 0,6 – 17,4 % ở đặt túi ngực thẩm mỹ và 21,1 – 47,7% ở phẫu thuật đặt túi ngực sau tái tạo ung thư vú (theo y văn). Trong nghiên cứu tuổi thường gặp trên 40 tuổi. Bao xơ co thắt túi ngực chỉ định phẫu thuật khi ở độ 3 và 4 theo Baker. Không có nguyên nhân rõ ràng gây tình trạng bao xơ co thắt. Giải phẫu bệnh bao xơ co thắt tẩm nhuộm chất vô định hình gặp trong túi ngực vỡ, tình trạng vôi hóa gặp ở bao xơ túi ngực độ 4 theo phân loại Baker.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **M. Bradley Calobrace, Chet Mays** (2021), "An Algorithm for the Management of Explantation Surgery". Clin Plastic Surg, 48 pp. 1-16.
2. **De Bakker Erik, Rots Mathijs, Buncamper Marlon E., Niessen Frank B., Smit Jan Maerten, et al.** (2020), "The Baker Classification for Capsular Contracture in Breast Implant Surgery Is Unreliable as a Diagnostic Tool". Plastic & Reconstructive Surgery, 146 (5), pp. 956-962.
3. **Headon Hannah, Kasem Abdul, Mokbel Kefah** (2022), "Capsular Contracture after Breast Augmentation: An Update for Clinical Practice". Archives of Plastic Surgery, 42 (05), pp. 532-543.
4. **Martha Embrey, Elizabeth E. Adams, Cunningham Bruce** (1999), "A Review of the Literature on the Etiology of Capsular Contracture and a Pilot Study to Determine the Outcome of Capsular Contracture Intervent". Aesth. Plast. Surg, 23, pp. 197-206.
5. **Neal Handel, Tracy Cordray, Jaime Gutierrez, J. Arthur Jensen** (2006), "A long term study of outcomes complications and patient satisfaction with breast implants". Plastic and Reconstructive Surgery, 117, pp. 757-67.
6. **Nick Lahar, Jr William P. Adams** (2022), "Capsular Contracture", In: Aesthetic Breast Augmentation Revision Surgery - From Problem to Solution, Springer Nature, Switzerland, pp. 15-25.
7. **Steiert A. E., Boyce M., Sorg H.** (2013), "Capsular contracture by silicone breast implants: possible causes, biocompatibility, and prophylactic strategies". Med Devices (Auckl), 6, pp. 211-8.
8. **Wulf Siggelkova, Andre Faridia, Katrin Spiritusa, Uwe Klingeb, Werner Ratha, et al.** (2003), "Histological analysis of silicone breast implant capsules and correlation with capsular contracture". Biomaterials, 24, pp. 1101-9.

KẾT QUẢ CĂNG DA MẶT TOÀN PHẦN BẰNG KỸ THUẬT CĂNG LỚP SMAS CÓ SỬ DỤNG CHỈ SIÊU BỀN

Trần Thị Xuân Hoa¹, Vũ Minh Đức¹,
Đỗ Quang Út¹, Nguyễn Thị Mỹ Trà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát sự hài lòng, theo dõi kết quả và các biến chứng sau thực hiện phẫu thuật căng da mặt

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca. 26 ca được thực hiện phẫu thuật căng da mặt toàn phần có căng lớp SMAS bằng chỉ siêu bền tại Khoa Tạo hình – Thẩm mỹ, Bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/7/2022 đến 30/9/2023, đánh giá kết quả tại các thời điểm T0, T1, T2, T3.

Kết quả: Trong 26 ca 100% là nữ. Tuổi trung bình $53,8 \pm 9,4$ tuổi. Thời gian phẫu thuật trung bình: $192,31 \pm 34,5$ phút. 100% trường hợp thay đổi mức FACS từ 3, 4 xuống 0 – 2, 100% thay đổi FOS từ mức 1 – 2 lên 3, 4. Sau mổ không tổn thương thần kinh mặt, không nhiễm trùng và hoại tử da. 26 ca theo dõi 2 tuần - 6 tháng đạt kết quả tốt 21 ca (80,76%), kết quả vừa 5 ca (19,23%). Theo dõi sau 6 tháng 14 ca đạt kết quả tốt 12 ca (85,71%), kết quả vừa 2 ca (14,28%).

Kết luận: Căng da toàn mặt toàn phần có căng lớp SMAS bằng chỉ siêu bền là phương pháp an toàn, hiệu quả; đạt kết quả tốt ở những

bệnh nhân lão hóa da mặt có sa trễ da ở mức độ vừa và nặng.

Từ khóa: căng da mặt, lớp SMAS, chỉ siêu bền.

SUMMARY

THE RESULTS OF FACELIFT USING SMAS TIGHTENING TECHNIQUE WITH ULTRA-DURABLE SUTURE

Objective: To survey patient's satisfaction, follow up the results and complications after total facelift surgery.

Methods: A prospective case series descriptive report. 26 cases were performed total facelift operation with SMAS tightening using ultra-durable suture at Plastic and Aesthetic surgery department, Cho Ray hospital from 1/7/2022 to 30/9/2023, evaluate the results at time T1, T2, T3.

Results: 26 cases (100%) were female. Means age $53,8 \pm 9,4$ years. Means surgery time: $192,31 \pm 34,5$ minutes. 100% of cases changed FACS level from 3, 4 to 0 – 2, 100% of cases changed FOS level from 1, 2 to 3, 4. There was no facial nerve injury, no infectious wound and no skin necrosis. 26 cases were followed up from 2 weeks to 6 months who achieved good results in 21 cases (80,76%), moderate results in 5 cases (19,23%). 14 cases were followed up after 6 months, 12 cases (85,71%) had good results and moderate results in 2 cases (14,28%).

Conclusion: Total facelift with SMAS tightening using ultra-durable suture is a safe and effective surgical procedure which achieved

¹Khoa Tạo hình Thẩm mỹ, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Xuân Hoa

SĐT: 0984111727

Email: bacsixuanhoa1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 10/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 25/01/2024

Ngày duyệt bài: 22/02/2024

good results in patients with facial aging and moderate – severe facial skin ptosis.

Keywords: facelift, SMAS layer, ultra-durable suture.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Lão hóa da mặt – cổ là một trong những vấn đề khó giải quyết nhất trong phẫu thuật trẻ hóa khuôn mặt, nhất là ở những người lớn tuổi. Mỗi bệnh nhân khác nhau có biểu hiện diện mạo khuôn mặt hoàn toàn khác nhau^[5] cho nên đối với mỗi bệnh nhân cần chọn lựa một phương pháp phẫu thuật phù hợp.

Trải qua hơn 100 năm căng da mặt đã được nghiên cứu và cải tiến^[6] với nhiều kỹ thuật khác nhau với mục đích để khuôn mặt trẻ trung, xinh đẹp hơn^[5, 6]

Có rất nhiều kỹ thuật căng da mặt đã được thực hiện từ đơn giản như chỉ cắt da thừa đi rồi khâu da theo kiểu Eugene von Hollander và Lexer^[3], đến căng da mặt có bóc tách lớp mô mềm dưới da và lấy mỡ quanh ổ mắt kiểu Bourguet, rồi đến kỹ thuật căng hệ thống cân cơ nông (SMAS) và căng da mặt kiểu deep plane hay dưới màng xương.

Ở Việt Nam nhu cầu căng da mặt với mục đích trẻ hóa khuôn mặt rất cao, các phương pháp áp dụng cũng rất rộng rãi nhưng chưa có nhiều nghiên cứu và báo cáo. Để đóng góp thêm kinh nghiệm trong lĩnh vực này chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Kết quả căng da mặt toàn phần bằng kỹ thuật căng lớp SMAS có sử dụng chỉ siêu bền*” với các mục tiêu:

1. Khảo sát sự hài lòng của người bệnh sau khi thực hiện phẫu thuật căng da mặt

2. Theo dõi kết quả và các biến chứng sau khi thực hiện phẫu thuật

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

26 bệnh nhân bị lão hóa mặt có chảy xệ da mức độ vừa và nặng: độ 3 và 4 theo phân độ của Shiffman và có nhu cầu căng da mặt: có điểm FOS từ 0 – 50 điểm, được phẫu thuật tại Khoa Tạo hình – Thẩm mỹ, bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/7/2022 đến 30/09/2023.

Tiêu chuẩn chung: Có nhu cầu phẫu thuật và không có các bệnh nội khoa nặng.

Tiêu chuẩn loại trừ: Có bệnh nội khoa nặng, xơ vữa mạch máu nặng, yêu cầu quá mức về kết quả của cuộc mổ.

Phương pháp nghiên cứu

Đây là nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca

Quy trình nghiên cứu

- Bệnh nhân được khám tư vấn kỹ trước phẫu thuật, giải thích kỹ về phương pháp phẫu thuật, các tai biến có thể xảy ra trong và sau phẫu thuật

- Chụp ảnh khuôn mặt các tư thế chuẩn trước phẫu thuật

- Đánh giá tình trạng khuôn mặt của bệnh nhân theo thang điểm FACS

- Ghi nhận các mốc thời gian

- . T0: thời điểm trước phẫu thuật

- . T1: 2 tuần đầu sau phẫu thuật

- . T2: Sau phẫu thuật từ 2 tuần – 6 tháng

- . T3: Sau phẫu thuật 6 tháng

Bảng 7. Phân độ lão hóa da mặt trên lâm sàng (Nguồn: Shiffman [8])

(FACS: The Face Aging Clinical Classification)

Phân độ	Độ sâu rãnh lệ	Mất mỡ má	Độ sâu rãnh mũi – má	Ụ mỡ vùng hàm
Độ 0	Không	Không	Không	Không có
Độ 1	Rất nhẹ	Không	Rất nhẹ	Không có
Độ 2	Nhẹ	Mất rất nhẹ	Nhẹ	Rất nhẹ
Độ 3	Vừa	Mất vừa	Vừa	Vừa
Độ 4	Nặng	Mất nặng	Nặng	Nặng

- Bệnh nhân được phát bảng câu hỏi và được hướng dẫn tự đánh giá khuôn mặt theo thang điểm FOE tại các thời điểm T0, T1, T2, T3 sau đó quy đổi ra thang điểm FOS

Bảng 8. Bảng tự lượng giá khuôn mặt của bệnh nhân (Nguồn: Alsarraf^[1])

(FOE: The Facelift Outcome Evaluation)

1. Bạn thích khuôn mặt của mình hiện tại ở mức độ nào?				
0 điểm	1 điểm	2 điểm	3 điểm	4 điểm
Không	Một ít	Vừa	Rất nhiều	Hoàn hảo
2. Những nếp nhăn và độ căng da trên khuôn mặt hiện tại làm Bạn khó chịu như thế nào?				
Luôn thấy	Rất nhiều	Vừa	Một ít	Không
3. Bạn nghĩ về mặt hiện tại làm Bạn già đi trong mắt người khác ở mức độ nào?				
Hoàn toàn	Rất nhiều	Vừa	Một ít	Không
4. Bạn nghĩ về mặt hiện tại làm Bạn giới hạn trong hoạt động nghề nghiệp và xã hội như thế nào?				
Luôn luôn	Thường xuyên	Đôi khi	Hiếm khi	Không bao giờ
5. Bạn tự tin về diện mạo khuôn mặt của Bạn ở mức độ nào?				
Không	Một ít	Vừa	Rất nhiều	Hoàn toàn tự tin
6. Bạn có muốn thay đổi diện mạo khuôn mặt của mình bằng phẫu thuật không?				
Chắc chắn	Muốn nhiều	Có thể	Hơi muốn	Không muốn

Cách chuyển từ bảng câu hỏi FOE thành thang điểm FOS như sau

FOS = (tổng điểm của 6 câu hỏi x 100): 24^[1]. Điểm FOS được chia làm 4 mức theo bảng sau

Bảng 9. Phân mức độ của thang điểm FOS (Nguồn: Alsarraf^[1])

Mức độ	Điểm FOS	Kết quả
Mức 1	0 – 25 điểm	Nghèo nàn
Mức 2	26 – 50 điểm	Chấp nhận được
Mức 3	51 – 75 điểm	Tốt
Mức 4	76 – 100 điểm	Tuyệt vời

Quy trình phẫu thuật

Bệnh nhân được gây mê nội khí quản, cố định ống nội khí quản vào vị trí giữa của răng hàm trên bằng chỉ Nylon 2.0

Sát khuẩn kỹ vùng da và vùng tóc, bọc đầu và bao vô trùng kể cả ống nội khí quản
Chích dung dịch cầm máu: 1 chai NaCl 0.9% pha với 1 ống Adrenaline 1:1000 chờ 5

– 10 phút

. Rạch da theo đường mổ đã thiết kế trước

. Bóc tách trong lớp mỡ dưới da để bộc lộ mặt trên của lớp SMAS, rạch cắt lớp SMAS

. Bóc tách dưới lớp SMAS để bộc lộ rõ lớp này

. Khâu cố định lớp SMAS vào màng xương chung quanh

. Để khâu căng lớp SMAS trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi sử dụng chỉ không tan, đa sợi 2.0 (chỉ ParcusBraid, hãng Parcus), tại Việt Nam chỉ này còn có tên là “Chỉ siêu bền”, cơ sở chỉ có sẵn tại Phòng mổ bệnh viện Chợ Rẫy



Ảnh 1. Chỉ siêu bền dùng để khâu căng lớp SMAS

. Lớp SMAS được khâu chồm mép

. Cầm máu kỹ, bơm rửa bằng nước muối, đặt dẫn lưu và đóng vết mổ

Đánh giá kết quả

Đánh giá kết quả sau phẫu thuật: giai đoạn T1

Bảng 10. Bảng đánh giá kết quả 2 tuần đầu sau phẫu thuật (giai đoạn T1)

Mức độ	Bầm tím, máu tụ	Tổn thương thần kinh	Nhiễm trùng	Hoại tử da hoặc thiếu dưỡng vật da
Tốt	Không có hay nhẹ, diện tích < 5cm ²	Không	Không	Không
Vừa	Diện tích > 5 cm ² , để tự tiêu máu tụ	Không	Tại chỗ vết rạch da hay chân chỉ	Mép da, vết thương tự lành
Xấu	Bầm tím nhiều, máu tụ lan rộng, cần phải phẫu thuật lại	Có	Nhiễm trùng lan rộng	Lan rộng, phải ghép da

Đánh giá kết quả thẩm mỹ giai đoạn T2 và T3

Chức năng của mặt

Bảng 11. Bảng đánh giá chức năng mặt sau phẫu thuật

Biểu hiện lâm sàng	Mức độ		
	Tốt	Vừa	Xấu
Đau mặt	Ít	Trung bình	Nhiều
Khó cử động mặt	Ít	Trung bình	Nhiều
Cảm giác co thắt mặt	Ít	Trung bình	Nhiều
Tổn thương TK mặt	Không	Nhẹ - Vừa	Nặng – Hoàn Toàn
Lòi chỉ khâu SMAS	không	Chọc dưới da	Thủng ra da

Thẩm mỹ khuôn mặt**Bảng 12. Bảng phân loại về thẩm mỹ khuôn mặt**

Thang điểm	Mức độ thẩm mỹ		
	Tốt	Vừa	kém
Mức FACS	0, 1, 2	3	4
Mức FOS	3	4	2,1

Thẩm mỹ đường sọ**Bảng 13. Bảng phân loại thẩm mỹ đường sọ**

Mức độ	Tốt	Vừa	Kém
Tính chất sọ	Không thấy sọ, sọ mảnh như đường kẻ viết khó thấy	Sọ thấy rõ khi nhìn gần	Sọ xấu, thấy chân chỉ rõ
Sự hài lòng của bệnh nhân	Rất hài lòng	Hài lòng	Không hài lòng

Xử lý số liệu

• Số liệu được lưu trữ bằng Microsoft excel 10.0 và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0

- Trình bày kết quả bằng bảng, biểu
- Trình bày các số dưới dạng: trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (min – max), và tỉ lệ %

Đạo đức nghiên cứu

- Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện
- Tất cả các ca phẫu thuật đều được Ban Giám đốc bệnh Viện Chợ Rẫy chấp thuận và duyệt phẫu thuật
- Không có tranh chấp lợi ích trong nghiên cứu của chúng tôi

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Đặc điểm bệnh nhân**

. Trong 26 trường hợp giới nữ chiếm 100%

. Tuổi trung bình: $53,8 \pm 9,4$ tuổi (từ 23 – 73 tuổi)

. Chỉ số FACS trước phẫu thuật: $3,46 \pm 0,5$ (3 – 4). Trong đó FACS độ 3: 14 trường hợp, chiếm 53,8%, FACS độ 4: 12 trường hợp, chiếm 46,2%

. Chỉ số FOS trước phẫu thuật: $25,79 \pm 14,62$ (0 – 50). Trong đó FOS từ 0 – 25 điểm có 13 trường hợp, chiếm tỉ lệ 50%, FOS có điểm từ 26 – 50 có 13 trường hợp chiếm 50%

. Thủ thuật hay các phương pháp trẻ hóa khác đã dùng trước đó. Cấy mỡ tự thân: 3 (chiếm 11,54%), chích filler nhân tạo 7 (chiếm 26,92%), vừa căng chỉ vừa chích filler nhân tạo 1 (chiếm 3,85%)

Các chỉ số liên quan đến phẫu thuật

. Thời gian phẫu thuật trung bình: $192,31 \pm 34,5$ phút (150 – 300 phút)

. Chỉ số FACS và FOS tại thời điểm T1, T2 và T3 theo bảng sau

Bảng 14. Tổng kết chỉ số FACS và FOS qua các thời điểm T1, T2 và T3

Các chỉ số		Thời điểm T1 n = 26	Thời điểm T2 n = 26	Thời điểm T3 n = 14
Chỉ số FACS	Mức 0	10 ca (38,46%)	4 ca (15,38%)	2 ca (14,28%)
	Mức 1	11 ca (42,3%)	20 ca (76,92%)	10 ca (71,42%)
	Mức 2	5 ca (19,23%)	2 ca (7,69%)	2 ca (14,28%)
Chỉ số FOS	Mức 3	2 ca (7,69%)		
	Mức 4	24 ca (92,3%)	26 ca (100%)	14 ca (100%)

Trong đó

- Chỉ số FACS tại thời điểm T1 là: $0,81 \pm 0,74$ ($0 - 2$), FOS tại thời điểm T1 là: $92,14 \pm 9,22$ ($62,5 - 100$)
- Chỉ số FACS tại thời điểm T2 là: $0,92 \pm 0,48$ ($0 - 2$), FOS tại thời điểm T2 là: $95,34 \pm 4,62$ ($83,23 - 100$)

- Chỉ số FACS tại thời điểm T3 là: $1 \pm 0,55$ ($0 - 2$), FOS tại thời điểm T3 là: $93,73 \pm 3,94$ ($83,23 - 100$)

Đánh giá kết quả tại thời điểm T1 (trong 2 tuần đầu sau phẫu thuật)

Khám sau mổ đánh giá các biến chứng có thể xảy ra

Bảng 15. Các biến chứng có thể xảy ra sau phẫu thuật thời điểm T1

Triệu chứng	Bầm tím, máu tụ			Tổn thương thần kinh	Nhiễm trùng	Hoại tử da và thiếu dưỡng vật
	Ít	Vừa	Nhiều			
Số ca (%)	21 (80,76%)	5 (19,23%)	0	0	0	0

• Theo bảng trên kết quả tốt chiếm 80,76%, kết quả vừa chiếm 19,23%, đã đưa được 100% các trường hợp về mức FACS ≤ 2 , 100% bệnh nhân đạt mức FOS ≥ 3 . Không có trường hợp nào tổn thương TK mặt, nhiễm trùng hay hoại tử vạt da.

• Vậy kết quả chung trong giai đoạn T1 là: Tốt có 21 ca (chiếm 80,76%); vừa có 5 ca (chiếm 19,23%)

Đánh giá kết quả tại thời điểm T2 và T3

• Khám và đánh giá các biến chứng có thể xảy ra

Bảng 16. Các biến chứng có thể xảy ra sau phẫu thuật thời điểm T2 và T3

Triệu chứng	Đau mặt		Khó cử động mặt		Cảm giác co thắt mặt		Tổn thương TK mặt	Lòi chỉ khâu SMAS
	Ít	Vừa	Ít	Vừa	Ít	Vừa		
Số ca (%)	21	5	22	4	21	5	0	0
T2 (n = 26)	80,76%	19,23%	84,61%	15,38%	80,76%	19,23%	0	0
Số ca (%)	14		14		14		0	0
T3 (n = 14)	100%		100%		100%		0	0

Đánh giá tính chất sẹo và sự hài lòng của người bệnh

Bảng 17. Bảng tổng kết tính chất sẹo và sự hài lòng của người bệnh

Tiêu chí	Tính chất sẹo			Sự hài lòng		
	Tốt	Vừa	Kém	Rất hài lòng	Hài lòng	không
Số ca (%)	23	3	0	17	9	0
T2 (n = 26)	88,46%	11,53%	0	65,38%	34,61%	0
Số ca (%)	12	2	0	12	2	0
T3 (n = 14)	85,71%	14,28%	0	85,71%	14,28%	0

Kết quả chung trong giai đoạn T2 và T3 theo bảng sau

Bảng 18. Bảng kết quả chung giai đoạn T2 và T3

	Tốt	Vừa	Xấu
Số ca (%), T2 (n = 26)	21 ca (80,76%)	5 ca (19,23%)	0
Số ca (%), T3 (n = 14)	12 ca (85,71%)	2 ca (14,28%)	0

Hình ảnh minh họa



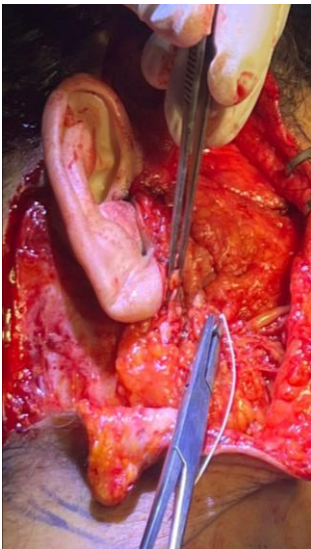
Ảnh 2. Ảnh trước mổ



Ảnh 3. Lớp trên SMAS



Ảnh 4. Căng lớp SMAS



Ảnh 5. Khâu lớp SMAS



Ảnh 6. Khâu da



Ảnh 7. Sau mổ 1 năm

IV. BÀN LUẬN

Lão hóa da mặt cổ có sa trễ da tùy thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau như di truyền, đời sống kinh tế xã hội, đặc thù công việc ... nên có thể gặp ở nhiều lứa tuổi khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trẻ nhất là 23 tuổi so với tác giả Nghĩa D. T và cộng sự^[7] tuổi trẻ nhất là 15 trẻ hơn rất nhiều trong nghiên cứu của chúng tôi.

Đánh giá trước phẫu thuật theo thang điểm FACS mức 3 chiếm ưu thế (53,8%) so với mức 4 (46,2%), bảng kiểm FOS bệnh nhân tự đánh giá trong nghiên cứu của chúng tôi mức 1 chiếm 50% và mức 2 chiếm 50% so với Nghĩa D. T^[7] là FACS mức 3 chiếm 33,3% và FACS mức 4 chiếm 66,7%, FOS mức 1 là 100% có khác biệt rất nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi, điều này chứng tỏ rằng nhu cầu về làm đẹp có khác nhau tùy vào mỗi địa phương.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 11 trường hợp (42,3%) các bệnh nhân đã có sử dụng các phương pháp trẻ hóa khác trước đó như cấy mỡ, chích filler nhân tạo hay căng chỉ nhưng không thành công thấp hơn so với kết quả của tác giả Nghĩa D. T 88,88%^[7]

Thời gian phẫu thuật trung bình của chúng tôi là $192,31 \pm 34,5$ phút so với Nghĩa D. T là 180 phút^[7] có dài hơn nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,081$), trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp (3,84%) thời gian phẫu thuật kéo dài 300 phút đây là trường hợp bệnh nhân đã sử dụng cả chích filler nhân tạo và cấy chỉ, trong lúc phẫu thuật phải bóc tách khó khăn để lấy hết các sợi chỉ đã cấy trước đó và cầm máu kỹ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 21 ca (80,76%) bầm máu ít, 5 ca (19,23%) bầm

máu vừa không có trường hợp nào bầm máu nhiều, bị tụ máu so với Baker^[2] tỉ lệ tụ máu là 1,5% và Hamra^[4] là 1,78%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào bị tổn thương thần kinh mặt, so với Hamra^[4] là 0,13% và so với Baker^[2] là 0,1 %. Đây là 1 tai biến nặng nề để lại hậu quả nghiêm trọng trong phẫu thuật căng da mặt có can thiệp vào lớp SMAS nên các tác giả khẳng định nếu phẫu thuật cẩn thận, kiểm soát máu chảy thì hoàn toàn có thể tránh được tai biến này^[2, 4].

Về mặt chức năng trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm T2 các triệu chứng như đau mặt, khó cử động mặt, và cảm giác co thắt mặt chỉ ở mức độ ít và mức độ vừa không có trường hợp nào xảy ra mức độ nặng, điều này có thể giải thích do sau phẫu thuật, có căng lớp SMAS, cắt bớt da thừa, có dị vật là chỉ trong mặt nên bệnh nhân chưa thích nghi đến giai đoạn T3 thì các triệu chứng này theo dõi trên 14 bệnh nhân gần như biến mất.

Căng da mặt có căng lớp SMAS làm giảm lực căng kéo trên da, lực kéo được phân đều cho các vùng mô mềm trên mặt, nên kết quả có thể quan sát ngay sau mổ, trong nghiên cứu của chúng tôi có sử dụng chỉ siêu bền, đây là một chỉ không tan đa sợi tạo được sự kéo chắc chắn nhưng lại mềm mại, không gây tai biến là kích ứng chỉ dưới da, gây viêm mô mềm do đầu chỉ “đâm chọc” dưới da gây ngứa, kích ứng hay thậm chí chọc thủng ra ngoài.

V. KẾT LUẬN

Từ 1/7/2022 đến 30/9/2023 tại Khoa Tạo hình – Thẩm mỹ, bệnh viện Chợ Rẫy đã thực

hiện 26 trường hợp căng da mặt toàn phần có căng lớp SMAS bằng chỉ siêu bền đã cho 100% các trường hợp thay đổi FACS từ mức 3,4 xuống 0 – 2, 100% các trường hợp thay đổi FOS từ mức 1, 2 lên 3, 4. Không có trường hợp nào nhiễm trùng hay hoại tử da mặt. Tại thời điểm T2 đạt kết quả tốt 21 ca (80,76%), kết quả vừa 5 ca (19,23%). Tại thời điểm T3 đạt kết quả tốt 12 ca (85,71%), kết quả vừa 2 ca (14,28%).

Chúng tôi có thể kết luận rằng đây là một phương pháp an toàn, hiệu quả; đạt kết quả tốt ở những bệnh nhân lão hóa da mặt có sa trễ da ở mức độ vừa và nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Alsarraf, R.** (2000), "Outcomes research in facial plastic surgery: a review and new directions", *Aesthetic Plast Surg.* 24(3), pp. 192-7.
2. **Baker, D. C.** (2001), "Minimal incision rhytidectomy (short scar face lift) with lateral SMASectomy: evolution and application", *Aesthet Surg J.* 21(1), pp. 14-26.
3. **Barrett, D. M., Casanueva, F. J., and Wang, T. D.** (2016), "Evolution of the rhytidectomy", *World J Otorhinolaryngol Head Neck Surg.* 2(1), pp. 38-44.
4. **Hamra, S. T.** (1984), "The tri-plane face lift dissection", *Ann Plast Surg.* 12(3), pp. 268-74.
5. **Kim, B. J., Choi, J. H., and Lee, Y.** (2015), "Development of Facial Rejuvenation Procedures: Thirty Years of Clinical Experience with Face Lifts", *Arch Plast Surg.* 42(5), pp. 521-31.
6. **Mendelson, B. C., Muzaffar, A. R., and Adams, W. P., Jr.** (2002), "Surgical anatomy of the midcheek and malar mounds", *Plast Reconstr Surg.* 110(3), pp. 885-96; discussion 897-911.
7. **Đỗ, Thành Nghĩa, et al.** (2022), "Đánh giá kết quả căng da tầng mặt giữa, dưới bằng phương pháp phẫu thuật dưới Smas", *Tạp chí Y học Thẩm mỹ và Bông*(4), pp. 15-25.
8. **Shiffman, Melvin A.** (2008), "Facial Aging: a Clinical Classification", in Shiffman, Melvin A., et al., Editors, *Simplified Facial Rejuvenation*, Springer Berlin Heidelberg, Berlin, Heidelberg, pp. 65-67.

KINH NGHIỆM CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG DÀI MỎM TRÂM TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Ngô Văn Công¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Mục đích của nghiên cứu này là trình bày kinh nghiệm trong việc quản lý hội chứng Eagle thông qua phương pháp tiếp cận qua đường miệng trong thời gian 5 năm tại bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả loạt ca mười trường hợp lâm sàng được lựa chọn mắc hội chứng Eagle được trình bày. Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật qua đường miệng dưới gây mê.

Kết quả: Mười bệnh nhân bao gồm bốn bệnh nhân nam và sáu bệnh nhân nữ, độ tuổi trung bình $41,50 \pm 7,62$ từ 29 đến 55 tuổi. Thời gian xuất hiện triệu chứng trung bình $30,30 \pm 10,99$. Triệu chứng chính ghi nhận đau họng lan lên tai 9/10 bệnh nhân. Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật qua đường miệng, trong đó 50% bệnh nhân có phẫu thuật cắt amidan kèm theo.

Kết luận: Phát hiện dài mỏm trâm chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng: đau họng lan lên tai kéo dài, và đau tăng khi sờ chạm mỏm trâm. Chụp CT Scan cung cấp nhiều thông tin hữu ích cho chẩn đoán và chuẩn bị cho phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật đường trong miệng mang lại hiệu quả cao cho phẫu thuật cắt dài mỏm trâm.

Từ khóa: dài xương mỏm trâm, hội chứng dài mỏm trâm, đau họng kéo dài

SUMMARY

OWN EXPERIENCE IN THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ELONGATED STYLOID PROCESS SYNDROME AT THE CHO RAY HOSPITAL

Background: The aim of this study was to present the experience in managing Eagle's syndrome through an transoral approach over a period of 5 years at Cho Ray hospital.

Methods: A descriptive study of a case series of ten selected clinical cases of Eagle's syndrome is presented. All patients underwent transoral approach under anesthesia.

Results: Ten patients included four male patients and six female patients, average age $41,50 \pm 7,62$ years ranging from 29 to 55 age. The average duration of symptoms before surgical treatment was $30,30 \pm 10,99$. The main symptom is persistent sore throat spreading to the ear in 9/10 patients. All patients had transoral approach, of which 50% had tonsillectomy.

Conclusion: Detection of elongated styloid process is mainly based on clinical symptoms: persistent sore throat spreading to the ear, and increased pain when touching the styloid process. CT Scan can provide a lot of useful information for diagnosis and preparation for surgery. The transoral approach is highly effective for surgical management of long standing Eagle's Syndrome.

Keywords: elongation of the styloid process, Long standing Eagle's Syndrome.

¹Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: TS.BS Ngô Văn Công

SĐT: 0918.890806

Email: congntmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/12/2023

Ngày phản biện khoa học: 28/12/2023

Ngày duyệt bài: 22/02/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Eagle được đặt theo tên của W. W. Eagle, người đầu tiên mô tả các triệu chứng của chứng khó nuốt, đau liên quan đến tai và cảm giác có vật thể lạ do mỏm trâm kéo dài. Kể từ đó nó đã được nhắc đến trong nhiều báo cáo và được mô tả bằng nhiều thuật ngữ khác nhau.

Chiều dài của mỏm trâm bình thường được ước tính là 2,5 cm. Tuy nhiên, các nghiên cứu giải phẫu đã cho thấy có nhiều biến thể. Các triệu chứng xuất hiện thường bao gồm khó nuốt, nhức đầu, đau khi xoay cổ, đau khi nuốt lưỡi, thay đổi giọng nói và cảm giác tiết nhiều nước bọt.¹ Tỷ lệ mắc bệnh mỏm trâm kéo dài đã được báo cáo là khoảng 1,4% và 30%.^{2,3} Trong số những bệnh nhân có bất thường về giải phẫu, ước tính chỉ có khoảng 7,8% – 10,3% có triệu chứng.

Mặc dù sinh lý bệnh chính xác vẫn chưa được xác định, nhưng bằng chứng phôi học mới, nghiên cứu dịch tễ học đang giúp chúng ta hiểu tại sao chỉ một số người có dị tật giải phẫu này mới phát triển các triệu chứng. Trong nghiên cứu này, chúng tôi trình bày

kinh nghiệm của mình trong việc quản lý hội chứng Eagle thông qua phương pháp tiếp cận qua đường miệng trong thời gian 5 năm tại bệnh viện Chợ Rẫy.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu: mô tả loạt ca. Trong thời gian nghiên cứu, tác giả đã chẩn đoán và điều trị 10 trường hợp dài xương mỏm trâm từ 1/ 2017 đến 10/ 2023 tại khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Chợ Rẫy. Mỗi bệnh nhân đều được hỏi bệnh sử và khám lâm sàng, chụp phim CT Scan.

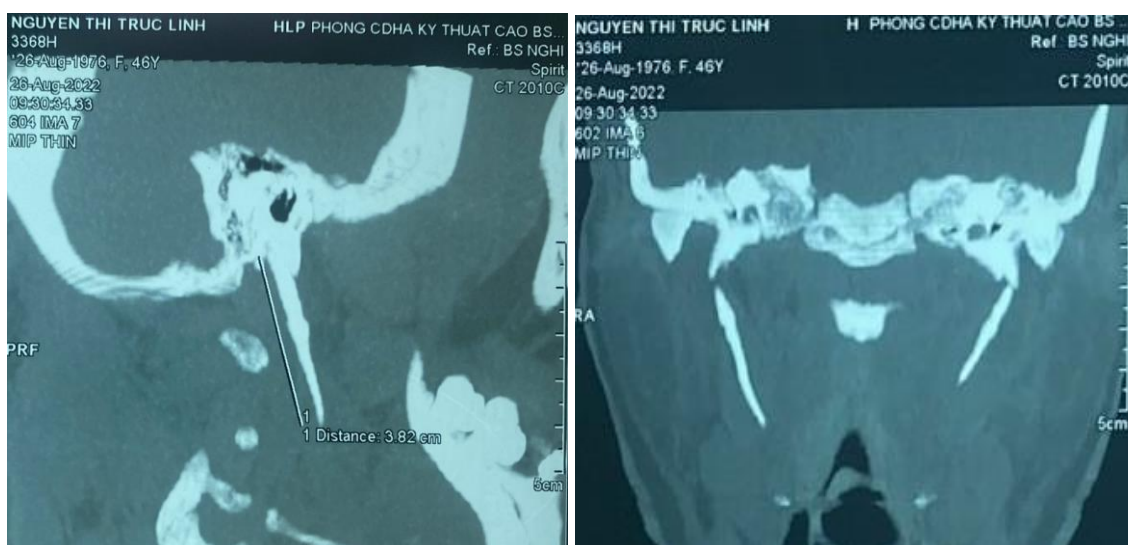
Dữ liệu ghi lại bao gồm giới tính, tuổi tác, triệu chứng, thời gian xuất hiện triệu chứng, phương pháp phẫu thuật và biến chứng. Phương pháp phẫu thuật được sử dụng để loại bỏ mỏm trâm là qua đường miệng dưới gây mê toàn thân.

Phương pháp phẫu thuật:

Bệnh nhân được gây mê toàn thân, nằm ngửa gối vai, băng miệng bằng băng Davis.

Bước 1: Cắt amidan.

Bước 2: Xác định vị trí xương mỏm trâm qua hồ amidan bằng ngón trỏ.

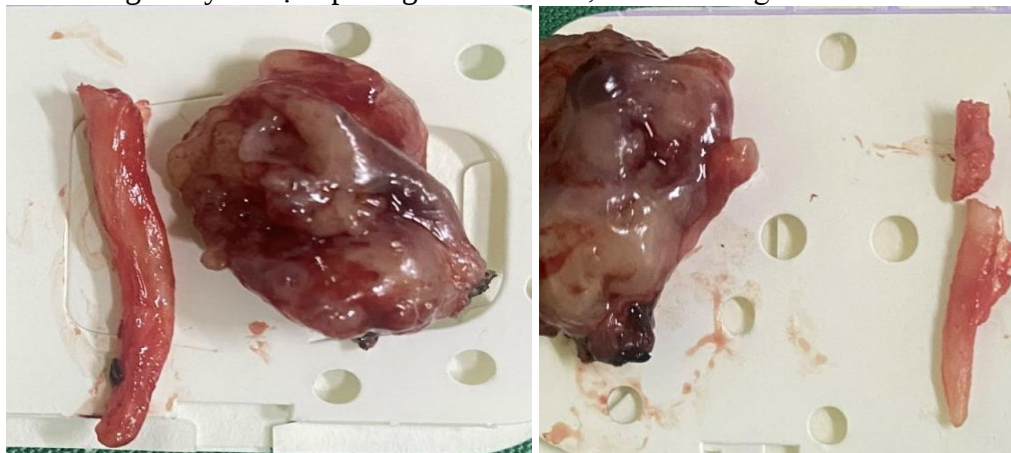


Hình 1: CT Scan biểu hiện mỏm trâm dài 2 bên

Bước 3: Bóc tách cơ siết họng dưới qua hố amidan, xác định mòm xương mòm trâm.

Bước 4: Dùng dao rạch dây chằng bao quanh mòm trâm, và dùng Kelly giữ đầu xương mòm trâm, bóc tách đến gốc xương mòm trâm về phía nền sọ.

Bước 5: Dùng Kelly cố định phần gốc mòm trâm, và cắt xương mòm trâm.



Hình 2: Mòm trâm và amidan 2 bên sau phẫu thuật

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Mười bệnh nhân được xác định mắc hội chứng Eagle lâu năm. Trong số 10 bệnh nhân được xác định có 4 nam và 6 nữ. Độ tuổi trung bình khi chẩn đoán là $41,50 \pm 7,62$ tuổi.

Thời gian trung bình của các triệu chứng trước khi điều trị phẫu thuật là $30,30 \pm 10,99$ tháng. Chín bệnh nhân có than phiền đau họng lan lên tai là triệu chứng chính, ngoài ra còn có triệu chứng vướng họng, sáu bệnh

nhân khám sờ thấy mòm châm. Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật cắt bỏ qua đường miệng. Năm bệnh nhân có tiền sử cắt amidan. Tất cả các bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật đều đã giải quyết được triệu chứng, trong đó 50% bệnh nhân chưa phẫu thuật cắt amidan được phẫu thuật cắt amidan cùng lúc với cắt mòm trâm. Tất cả bệnh nhân tiếp tục chế độ ăn kiêng trong vòng 24 giờ sau phẫu thuật. Không ghi nhận biến chứng nào sau phẫu thuật trên tất cả bệnh nhân.

Bảng 1: Tóm tắt thông tin bệnh nhân chẩn đoán và điều trị dài mòm trâm

STT	Tuổi	Giới	Triệu chứng	Thời gian (tháng)	Tiền sử	Can thiệp	Biến chứng
1	38	Nữ	Đau họng lan lên tai, sờ chạm mòm trâm	36	Cắt amidan 2 bên	Cắt mòm trâm 2 bên	Không
2	46	Nữ	Vướng, đau họng lan lên tai, sờ chạm mòm trâm đau	28	-	Cắt amidan + Cắt mòm trâm 2 bên	Không
3	29	Nam	Đau họng khi nuốt, lan lên tai, sờ mòm châm trái đau	34	Cắt amidan 2 bên	Cắt mòm trâm 2 bên	Không
4	43	Nữ	Đau họng trái lan lên tai, sờ chạm xương trâm đau	12	Cắt amidan 2 bên	Cắt amidan + Cắt mòm trâm 2 bên	Không

5	41	Nữ	Đau họng từng cơn, lan lên tai	25	-	Cắt amidan + Cắt mòm trâm 2 bên	Không
6	34	Nam	Vướng họng, đau họng kéo dài lan lên tai	32	-	Cắt amidan + Cắt mòm trâm 2 bên	Không
7	36	Nam	Đau họng lan lên tai, đau gáy	14	-	Cắt amidan + Cắt mòm trâm 2 bên	Không
8	44	Nữ	Đau họng kéo dài lan lên tai, sờ chạm mòm trâm	38	Cắt amidan 2 bên	Cắt mòm trâm 2 bên	Không
9	49	Nữ	Đau họng kéo dài lan lên tai	36	-	Cắt amidan + Cắt mòm trâm 2 bên	Không
10	55	Nữ	Vướng họng kéo dài, sờ chạm mòm trâm	48	Cắt amidan 2 bên	Cắt mòm trâm 2 bên	Không

IV. BÀN LUẬN

Năm 1870, Balbuena⁴ mô tả hội chứng đau liên quan đến dài mòm trâm. Ca phẫu thuật đầu tiên được thực hiện bởi Weinlecher vào năm 1872², và cho đến nay có nhiều công trình nghiên cứu công bố về hội chứng dài mòm trâm, triệu chứng và cách quản lý hội chứng này.

Tỷ lệ mắc bệnh mòm trâm kéo dài là không rõ ràng. Eagle ước tính khoảng 4%², Kaufman và cộng sự³ ở mức 28%, Gossman.

Độ tuổi để bệnh nhân được báo cáo thường là 30–50 tuổi^{5,6}. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trường hợp trẻ nhất là 29 tuổi, trong khi trường hợp lớn tuổi nhất là 55 tuổi.

Rối loạn giải phẫu trong hội chứng Eagle được giải thích do nhiều nguyên nhân khác nhau như kích thích chấn thương sau phẫu thuật cắt amidan hoặc phẫu thuật vùng họng khác, quá trình thoái hóa, đặc điểm di truyền. Tuy nhiên, nguyên nhân chính xác của hội chứng Eagle vẫn chưa rõ ràng^{4,7}.

Việc chẩn đoán hội chứng Eagle đòi hỏi kiến thức về giải phẫu, nghi ngờ về hội chứng và vẫn là chẩn đoán loại trừ. Các nguyên nhân khác có thể gây ra cơn đau tương tự bao gồm đau dây thần kinh thiệt

hầu, đau dây thần kinh sinh ba, răng hàm thứ ba bị ảnh hưởng, viêm tai giữa và các khối u ở họng và đáy lưỡi. Chụp 3D-CT được coi là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán hội chứng Eagle^{8,9}.

Theo tài liệu y văn, phương pháp phẫu thuật dài mòm trâm mang lại kết quả giải cao nhằm giải quyết triệu chứng^{8,9}. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được phẫu thuật cắt dài mòm châm qua đường trong miệng. Cách tiếp cận xuyên suốt được ủng hộ bởi Glogoff và cộng sự¹⁰ và cần gây tê cục bộ hoặc toàn thân. Mòm châm được sờ nắn và niêm mạc phía trên được rạch. Việc bóc tách cũng được tiến hành xuống mòm trâm và các cơ chèn vào mòm trâm sẽ bị loại bỏ. Sử dụng kéo cắt xương để cắt xương mòm châm dài. Đường rạch được đóng lại bằng chỉ khâu tự tiêu. Ưu điểm của phương pháp này bao gồm thời gian phẫu thuật ngắn, không cần rạch cổ và có thể chỉ cần gây tê cục bộ. Nhược điểm là thiếu khả năng kiểm soát các mạch máu chính ở cổ, khả năng tiếp xúc với phẫu trường kém và khả năng nhiễm vi khuẩn ở các vùng sâu ở cổ¹.

Kết quả của chúng tôi cho thấy bệnh nhân có thể giải quyết hoàn toàn các triệu chứng sau phẫu thuật với điều kiện chẩn

đoán chính xác được thực hiện. Không ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Phát hiện dài mỏm trâm chủ yếu dựa vào triệu chứng lâm sàng: đau họng lan lên tai kéo dài, và đau tăng khi sờ chạm mỏm trâm. Chụp CT Scan có thể cung cấp nhiều thông tin hữu ích cho chẩn đoán và chuẩn bị cho phẫu thuật. Phương pháp phẫu thuật đường trong miệng mang lại hiệu quả cao cho phẫu thuật cắt dài mỏm trâm. Hầu hết các triệu chứng khó chịu của bệnh được cải thiện sau khi can thiệp phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Strauss M, Zohar Y, Laurian N.** Elongated styloid process syndrome: Intraoral versus external approach for styloid surgery. *The Laryngoscope*. 1985; 95(8): 976-979. doi:10.1288/00005537-198508000-00018.
2. **Kaufman SM, Elzay RP, Irish EF.** Styloid Process Variation: Radiologic and Clinical Study. *Arch Otolaryngol*. 1970; 91(5):460-463. doi: 10.1001/archotol.1970.00770040654013.
3. **Watt W. Eagle.** Elongated Styloid Processes: Report of Two Cases | *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery* | JAMA Network. Accessed November 15, 2023. <https://jamanetwork.com/journals/jamaotolaryngology/article-abstract/559941>.
4. **Balbuena L, Hayes D, Ramirez SG, Johnson R.** Eagle's syndrome (elongated styloid process. *South Med J*. 1997;90(3): 331-334. doi:10.1097/00007611-199703000-00014.
5. **Zwierzyńska K, Bartoszewicz R, Niemczyk K.** Zespół Eagle'a – opis przypadku. *Pol Przegląd Otolaryngologiczny*. 2014;3(2):108-110. doi:10.1016/j.pptor.2014.04.007.
6. **Soldati AB, Miguelote C, Quero C, Pereira R, Santos R, Soares C.** Eagle's syndrome. *Arq Neuropsiquiatr*. 2013;71:265-266. doi:10.1590/0004-282X20130015.
7. **Bokhari MR, Graham C, Mohseni M.** Eagle Syndrome. In: *StatPearls*. StatPearls Publishing; 2023. Accessed November 15, 2023. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430789/>
8. **Wacławek M, Pietkiewicz P, Niewiadomski P, Olszewski J.** Own experience in the diagnosis and treatment of elongated styloid process syndrome. *Pol J Otolaryngol*. 2021;75(2):21-27.
9. **Lisan Q, Rubin F, Werner A, Guiquerro S, Bonfils P, Laccourreye O.** Management of stylohyoid syndrome: A systematic review following PRISMA guidelines. *Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis*. 2019; 136(4): 281-287. doi: 10.1016/j.anorl.2019.05.002
10. **Glogoff MR, Baum SM, Cheifetz I.** Diagnosis and treatment of Eagle's syndrome. *J Oral Surg Am Dent Assoc*. 1981;39(12):941-944.

RHINOSPORIDIOSIS Ở MŨI: BÁO CÁO CA BỆNH VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Lê Ngọc Diệu Thảo¹, Trần Thế Việt², Phạm Duy Quang¹,
Phạm Quang Thông¹, Hoàng Văn Thịnh¹

TÓM TẮT²⁹

Mục tiêu: Chúng tôi báo cáo một ca bệnh hiếm gặp, bệnh nhiễm Rhinosporidium ở vùng mũi, bệnh nhân nam, 49 tuổi.

Phương pháp nghiên cứu: báo cáo ca bệnh và tổng quan y văn.

Kết quả: Rhinosporidiosis là tình trạng viêm dạng u hạt mạn tính, chủ yếu ở vùng niêm mạc tiết nhầy, do Rhinosporidium seeberi gây ra, được xếp vào lớp Mesomycetozoea, ở ranh giới giữa nấm và động vật đơn bào. Tổn thương thường gặp là dạng polyp, lành tính ở mũi, mũi hầu và mắt. Bệnh nhiễm rhinosporidiosis vùng mũi hiếm gặp trong môi trường làm việc hằng ngày, với các đặc điểm lâm sàng dễ nhầm lẫn với khối u tân sinh. Tác nhân gây bệnh khó phân lập trong môi trường nuôi cấy, chủ yếu dựa vào đặc điểm vi thể mô bệnh học quan sát dưới kính hiển vi quang học.

Kết luận: Tổn thương nhiễm Rhinosporidium vùng mũi có biểu hiện lâm sàng khá tương đồng với các loại polyp mũi thông thường. Chẩn đoán chủ yếu dựa vào mô bệnh

học. Phương pháp điều trị chính là phẫu thuật cắt bỏ.

Từ khóa: Rhinosporidiosis, dịch tễ.

SUMMARY

NASAL RHINOSPORIDIOSIS: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Objective: We present a rare case description of a 49 year old male with a polypoid nasal rhinosporidiosis.

Method: Case report and review of the world literature.

Results: Rhinosporidiosis is a chronic granulomatous disease affecting the mucous membrane primarily and is caused by Rhinosporidium seeberi, a pathogen currently considered a fungus-like parasite of the eukaryotic group Mesomycetozoea. It is usually a benign condition, with slow growth of polypoid lesions, with involvement of the nose, nasopharynx, or eyes. Nasal rhinosporidiosis is uncommon disease in our environment which mimics neoplasm in its clinical features. The organism is difficult to culture and the diagnosis is based on microscopy and histological examination of the lesion.

Conclusion: Nasal rhinosporidiosis lesions may largely mimic other ordinary nasal polyps. Diagnosis was confirmed by histopathological examination. The patient was successfully treated by complete surgical excision.

Keywords: Bệnh nhiễm rhinosporidiosis, epidemiology.

¹Khoa Giải phẫu bệnh, Bệnh viện Chợ Rẫy

²Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Ngọc Diệu Thảo

SĐT: 0775564574

Email: thaolengocdiu@gmail.com

Ngày nhận bài: 08/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 20/01/2024

Ngày duyệt bài: 22/02/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhiễm Rhinosporidiosis gây ra tình trạng viêm dạng u hạt mạn tính, do *Rhinosporidium seeberi* gây ra^[2]. Hầu hết các trường hợp biểu hiện lâm sàng nghẹt mũi và chảy máu mũi. Tổn thương thường là khối polyp ở niêm mạc vùng mũi, hầu họng, kết mạc mắt, vùng sinh dục, hiếm gặp hơn là gây ra khối giả u ở da và phần mềm^[5]. Chẩn đoán phân biệt phải bao gồm các bệnh u hạt mạn tính, đặc biệt có tổn thương hệ thống ở xoang - mũi, hầu họng, mắt và phân biệt với khối u ác tính.

Bệnh lưu hành khắp thế giới, ở Ấn Độ, Sri Lanka chiếm hơn 90%, tiếp đến là Nam Mỹ (khu vực Amazon), Brazil, Paraguay, và ở châu Phi, Đông Nam Á. Tỷ lệ nam: nữ là 3:1, thường gặp ở độ tuổi 15-40 tuổi, có liên quan đến nghề nghiệp trồng lúa, đánh bắt cá, thợ xúc cát^[2,3].

Chúng tôi ghi nhận một trường hợp nhiễm Rhinosporidiosis ở vùng hầu mũi hiếm gặp ở Việt Nam.

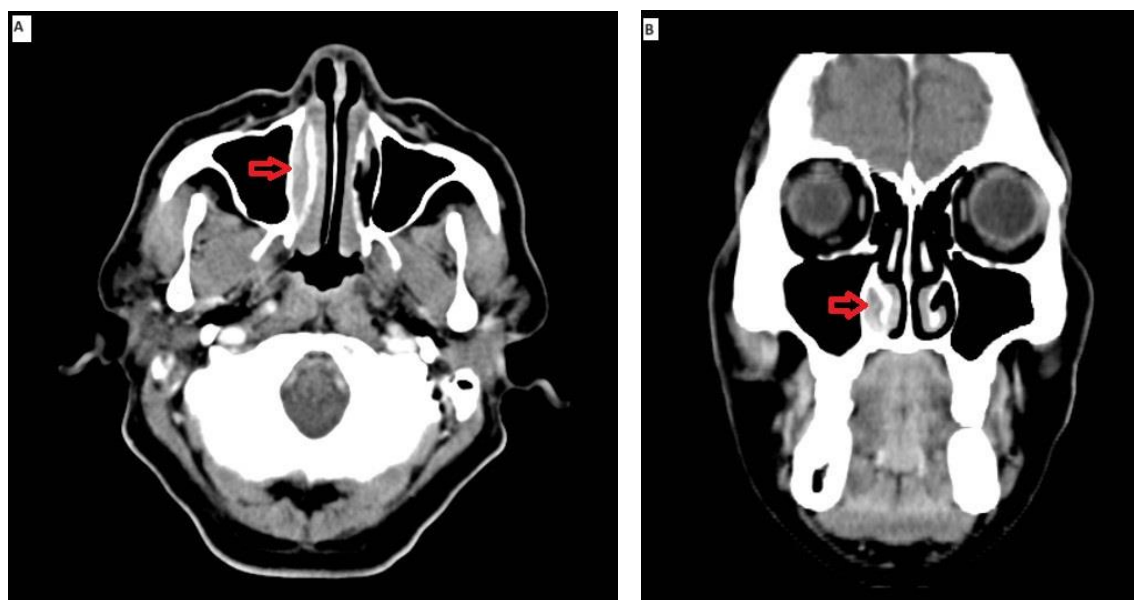
II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 49 tuổi, đi khám vì chảy máu mũi, tái đi tái lại khoảng 3 lần, mỗi lần chảy máu mũi < 1ml. Sau đó tự cầm máu, nghẹt một bên mũi phải, không kèm mất mùi, không chảy nước mũi, không khó thở. Bệnh nhân làm nghề nông. Bệnh nhân sinh sống ở Đồng Tháp, làm việc liên quan đến lặn, bắt cá, xúc bùn đất ở ao hồ.

Khám lâm sàng và nội soi vùng mũi họng: tổn thương màu hồng nhạt, sung huyết, lấm tẩm hạt trắng, dễ chảy máu, kích thước 2x3 cm ở khe dưới mũi phải (hình 2.A).

Xét nghiệm sinh hóa, Xq ngực thẳng: trong giới hạn bình thường.

Chụp cắt lớp vi tính: tổn thương choáng chỗ ở khe dưới mũi phải, nghi u (hình 1).



Hình 1: Hình cắt lớp vi tính đầu mặt cổ

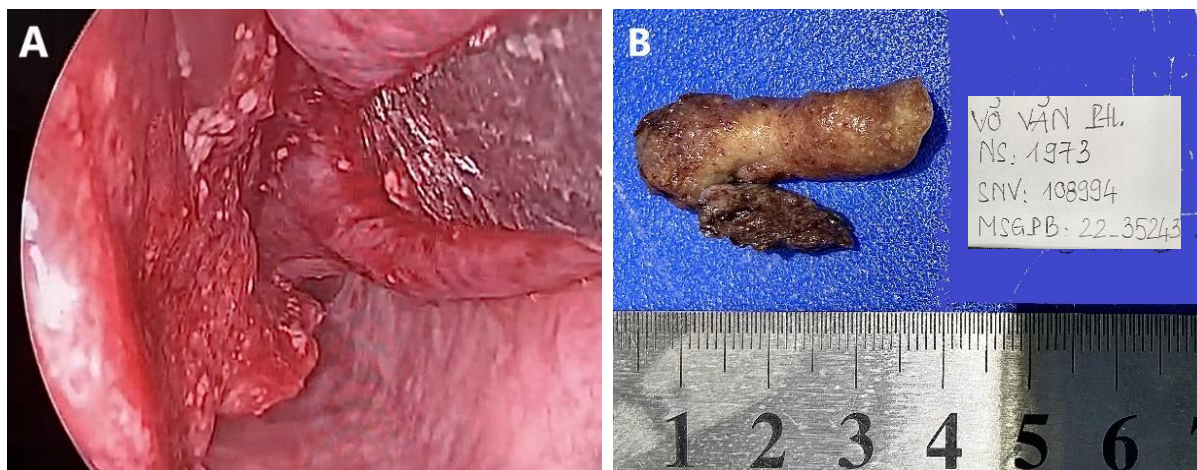
A: mặt cắt ngang. B: mặt cắt dọc. Tổn thương choáng chỗ ở khe mũi dưới bên phải (mũi tên).

Bệnh nhân được sinh thiết một phần sang thương và gửi xét nghiệm mô bệnh học. Sau

đó được phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ sang thương.

Kết quả giải phẫu bệnh:

Đại thể: mẫu mô 3x2x1 cm, dạng polyp màu nâu, mặt cắt đồng nhất, bề mặt có nhiều nốt nhỏ màu trắng (hình 2.B).



Hình 2

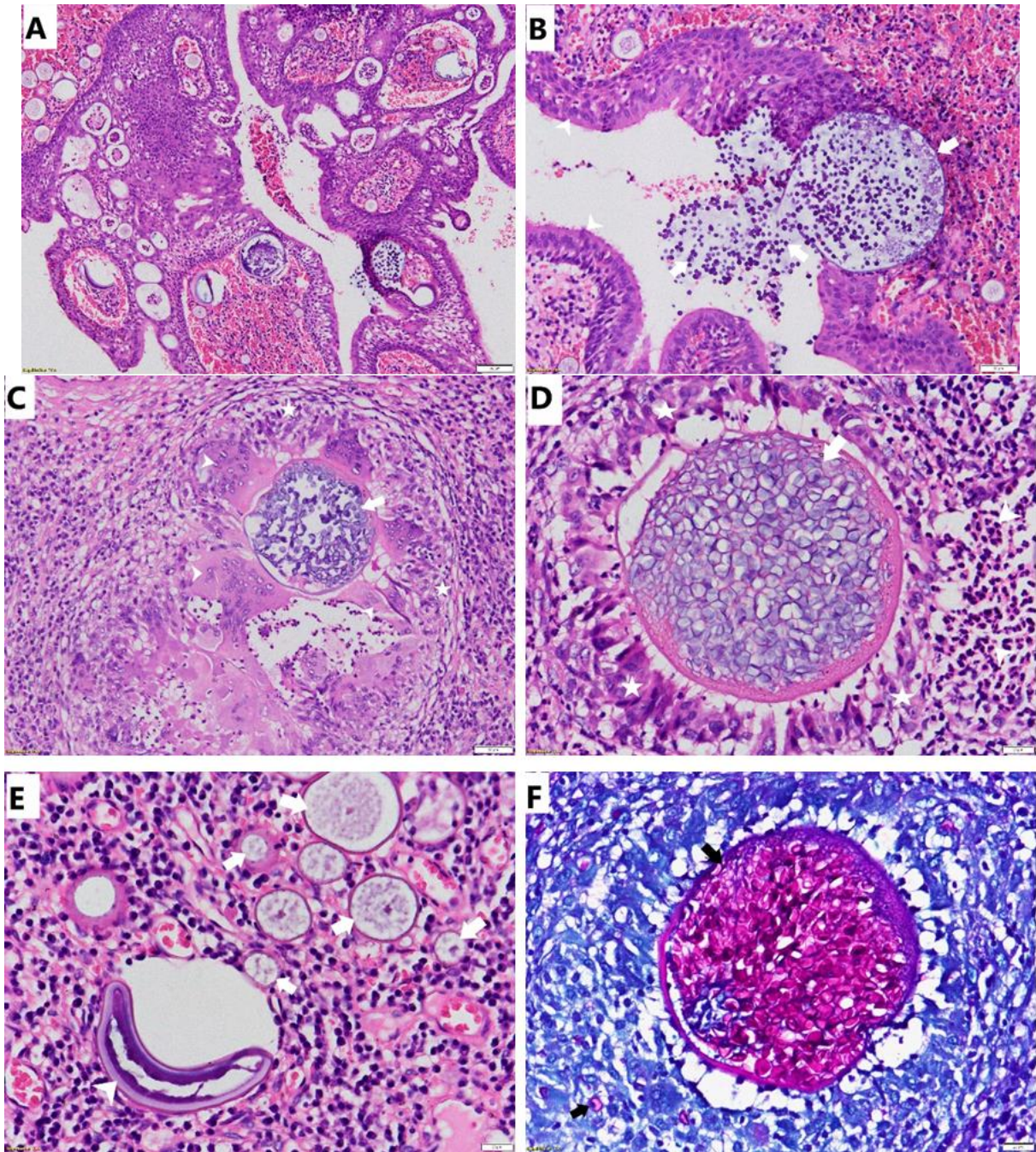
A. Nội soi mũi: tổn thương màu hồng nhạt, sung huyết, lấm tấm hạt trắng, dễ chảy máu, kích thước 2x3 cm ở khe dưới mũi phải. B. Hình đại thể: mẫu mô màu nâu, dạng polyp, có nhiều nốt nhỏ màu trắng ở bề mặt.

Vi thể:

Nhuộm hematoxylin và eosin (H & E): mẫu mô bao phủ bởi niêm mạc trụ giả tầng có lông chuyển bình thường (hình 3.A, 3.B). Bên dưới, mô đệm phù nề, xuất huyết, thâm nhập tế bào viêm, có nhiều nang bào tử hình cầu với nhiều kích thước khác nhau, bên trong nang chứa nhiều hạt bào tử (hình 3.B, 3.D, 3.E). Có nhiều ổ viêm dạng u hạt, trung tâm là bào tử tự do hình cầu, bao quanh bởi bạch cầu ái toan, tế bào dạng biểu mô, đại bào nhiều nhân (hình 3.C, 3.E).

Phương pháp nhuộm đặc biệt được sử dụng trong chẩn đoán bệnh nhiễm rhinosporidiosis để phân biệt với bệnh nhiễm coccidioidomycosis (do *Coccidioides immitis* gây ra). Bệnh nhiễm coccidioidomycosis không bắt màu nhuộm mucicarmine. Bào tử của *Rhinosporidium seeberi* lớn hơn (50 – 1.000 μ m) so với bào tử của *Coccidioides immitis* (20 – 80 μ m).

Nhuộm periodic acid - Schiff (PAS): vỏ ngoài của các túi bào tử hình cầu, các hạt bào tử nội bào và hạt bào tử tự do, cấu trúc đơn bào nằm trong túi bào tử: bắt màu hồng (hình 3.F). Phù hợp với chẩn đoán bệnh nhiễm Rhinosporidiosis.

**Hình 3**

A. Mẫu mô có dạng polyp, bao phủ bởi biểu mô trụ giả tầng, có nơi chuyển sản gai. Nhiều túi bào tử hình cầu với các kích khác nhau trong mô đệm và bề mặt biểu mô hô hấp. Mạch máu sung huyết và xuất huyết trong mô đệm (H & E, 100x).

B. Túi bào tử hình cầu chứa hàng trăm bào tử nội bào (mũi tên) đang phóng thích ra bề mặt biểu mô hô hấp, biểu mô hô hấp (đầu mũi tên) (H & E, 200x).

C. Tổn thương viêm dạng u hạt: lympho bào bao quanh bên ngoài, xung quanh là các

tế bào dạng biểu mô (*), đại bào nhiều nhân (đầu mũi tên), bao quanh túi bào tử hình cầu (mũi tên) (H & E, 200x).

D. Tế bào dạng biểu mô (*) tạo thành ổ viêm dạng u hạt bao quanh túi bào tử hình cầu (mũi tên), xung quanh có nhiều bạch cầu ái toan (đầu mũi tên) (H & E, 400x).

E. Túi bào tử hình cầu với bên trong là cấu trúc đơn bào (đầu mũi tên). Xung quanh là nhiều túi bào tử hình cầu với các kích thước khác nhau (mũi tên). Chen kẽ là lympho bào, mạch máu sung huyết (H & E, 400x).

F. Phương pháp nhuộm periodic acid - Schiff: Vỏ ngoài túi bào tử hình cầu và hạt bào tử nội bào, hạt bào tử tự do: bắt màu hồng cánh sen (mũi tên) (PAS, 400x).

IV. BÀN LUẬN

Dịch tể học

Bệnh Rhinosporidiosis được ghi nhận hơn 70 quốc gia ở khắp các châu lục với các vùng địa lý khác nhau, tỉ lệ lưu hành cao và vùng dịch tể ở Ấn Độ, Paskistan, Sri Lanka chiếm hơn 90%. Tỉ lệ nam: nữ là 3:1, thường gặp ở độ tuổi 15-40 tuổi. Tiền sử thường gặp ở bệnh nhân có liên quan đến nghề nghiệp trồng lúa, đánh bắt cá, thợ xúc cát, tắm ao hồ địa phương hoặc nước tù đọng^[2,3].

Sinh bệnh học, vòng đời, đường lây truyền và đáp ứng miễn dịch của ký chủ

Rhinosporidium seeberi là tác nhân gây bệnh rhinosporidiosis ở người và động vật^[2,6]. Được cho là gây bệnh xuyên qua biểu mô, vị trí thường gặp ở hốc mũi với cơ chế được cho là các hạt bào tử tự do xâm nhập lớp biểu mô bị tổn thương. Hiếm gặp hơn ở da và cơ quan nội tạng của ký chủ.

Cá thể trưởng thành của vi sinh vật được gọi là bào tử. Bào tử hình cầu, chứa nhiều nội bào tử bên trong. Khi túi bào tử bị phá vỡ, các hạt bào tử nội bào được phóng thích tiếp xúc với bề mặt niêm mạc, nó xâm nhập tại chỗ, cư trú và tiếp tục trưởng thành dưới hình thái là các cấu trúc hình cầu có các kích thước khác nhau, và tiếp tục vòng đời của nó. Nó có thể lưu hành theo hệ thống mạch máu và mạch bạch huyết tạo thành tổn thương da ở xa vị trí tiếp xúc ban đầu. Hiện nay vẫn chưa xác định rõ nguồn gốc của nó, phát hiện nhiễm bệnh rhinosporidiosis ở chim và động vật có vú^[7]. Cơ chế lây truyền bệnh vẫn còn đang tranh cãi, việc lây nhiễm chéo giữa các thành viên trong gia đình, hay từ động vật sang người chưa được ghi nhận. Có thể việc tiếp xúc trực tiếp với các hạt bào tử tự do trong môi trường nước hoặc bay lơ lửng trong không khí ô nhiễm khiến cho ký chủ bị nhiễm bệnh. Dữ liệu cho thấy hạt bào tử và túi bào tử giống như kháng nguyên kích hoạt đáp ứng miễn dịch dịch thể và tế bào^[6].

Ca bệnh đầu tiên được tác giả Seeber mô tả^[8]. Bệnh nhân người Argentina, 19 tuổi có triệu chứng khó thở do polyp gây tắc nghẽn vùng mũi. Trước đó vào năm 1892, Malbran phát hiện bệnh lần đầu tiên ở Buenos Aires, Argentina nhưng không mô tả các đặc điểm bệnh học. Sau đó Seeber (1900) mô tả tác nhân gây bệnh và coi đây là một loại đơn bào, lớp trùng bào tử^[8]. Do bệnh hay gặp ở mũi, mắt nên R.seeberi được cho là lây nhiễm qua bụi, nước bắn tuy nhiên vẫn chưa phân lập được R.seeberi trong tự nhiên.

Ban đầu, hầu hết các nhà vi trùng học xem nó là một nấm vì đặc tính bắt màu thuốc nhuộm Gomori methenamine silver (GMS),

periodic acid - Schiff (PAS) của nấm. Một số tác giả gần đây cho rằng tác nhân gây bệnh là không phải là nấm mà là vi khuẩn nhân sơ được gọi là *Microcystis aeruginosa*. Giả thuyết này dựa trên việc tìm thấy vi khuẩn này ở sông và ao nơi người bệnh sử dụng để tắm. Tuy nhiên, có nhiều tác giả đã phân lập được *R. seeberi*. Một giả thuyết được đặt ra đây không là ký sinh trùng hay vi khuẩn mà là một loại nấm. Cho đến hiện nay, nhiều nghiên cứu về mặt phân tử được thực hiện nhằm phân loại tác nhân, nhưng vẫn chưa đến hồi kết. Hiện nay có ba giả thuyết chính về phân loại và vị trí phát sinh loài trong chu kỳ sống. Giả thuyết đầu tiên, *R. seeberi* là vi khuẩn trong Chi *Microcystis*. Giả thuyết thứ hai cho rằng có liên quan đến vi khuẩn gây bệnh ở cá thuộc họ *Mesomycetozoa*. Giả thuyết được đồng thuận nhiều nhất là ở ranh giới giữa nấm và động vật đơn bào^[4].

Đặc điểm lâm sàng:

Y văn ghi nhận 70% các trường hợp ở vùng mũi, hầu mũi và thường một bên; kết mạc và hốc mắt khoảng 15% trường hợp^[2,5]. Đặc điểm chính của bệnh là sang thương mềm, dạng polyp không cuống, màu hơi đỏ, dễ chảy máu, không đau ở vùng mũi, đặc biệt là diễn tiến mạn tính, không đau^[3,5,7]. Các ca bệnh còn lại ghi nhận ở các vị trí khác như: môi, khẩu cái, nắp thanh môn, thanh quản, hầu họng, khí quản. Ngoài ra còn phát hiện ở vùng chi, thân, cơ quan nội tạng^[1,2,6].

Xét nghiệm cận lâm sàng

Xét nghiệm sinh hóa và huyết học không có thay đổi đặc biệt. Hình ảnh học đóng vai trò khá quan trọng trong xác định vị trí và độ lan rộng của sang thương, cũng như loại trừ các tổn thương ác tính khác. Các nghiên cứu

đã công bố cho thấy *R. seeberi* gây bệnh ở vật chủ có dạng hình cầu, đường kính có thể từ 50–1.000 μm tạo hình ảnh các chấm nhỏ màu trắng hoặc hơi vàng ở bề mặt^[1,5]. Tổn thương có biểu hiện đặc trưng của bệnh Rhinosporidiosis: dạng polyp, bao phủ bởi biểu mô gai lát tầng. Bên dưới lớp đệm có các cấu trúc hình cầu với nhiều kích thước khác nhau. Mỗi cấu trúc hình cầu đại diện cho một bào tử có thành dày chứa vô số bào tử con ở các giai đoạn phát triển khác nhau. Trên nền viêm dạng u hạt, xơ hóa và thâm tế bào viêm mạn tính (bạch cầu trung tính, lympho bào, tương bào, mô bào)^[3,5,6].

Đặc điểm vi thể: cấu trúc hình cầu có vỏ ngoài dày, ưa acid, chứa các hạt bào tử ưa acid. Các cấu trúc này cũng được phát hiện bằng các phương pháp nhuộm đặc biệt như nhuộm Gomori methenamine silver (GMS), periodic acid - Schiff (PAS) và mucinecarmine. Tiêu chí hình thái dựa trên đường kính của nội bào tử và bào tử, lần lượt là 5–10 μm và 50–1000 μm . Những phát hiện này giúp dễ dàng hơn trong việc phân biệt *Rhinosporidium seeberi* và tác nhân có hình thái khá giống như *Coccidioides*, nhưng kích thước túi bào tử và hạt bào tử thì lớn hơn^[2,3].

Điều trị, tiên lượng, dự phòng và theo dõi

Khả năng thoái triển tự nhiên của polyp mũi do nhiễm *Rhinosporidium* khó xảy ra. Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn phần cuống của tổn thương hầu như điều trị thành công 90% ca bệnh. Tuy nhiên, ở vùng lưu hành cao của bệnh tỉ lệ tái phát từ 5% đến 67%^[5,7]. Đặc biệt ở vị trí niêm mạc xoang hầu họng và khoang cạnh mũi tái phát cao hơn, có thể do khó khăn trong việc cắt bỏ hoàn toàn khối

tổn thương, hoặc do các bào tử còn sót lại trong cơ thể (máu hoặc hệ bạch huyết)^[4,5].

Vì lý do này, nhiều tác giả kiến nghị điều trị bổ trợ sau phẫu trị bằng các loại thuốc nội khoa. Các nghiên cứu chỉ ra rằng ít nhất với dapsone, có bằng chứng in vitro về sự thoái hóa và bất hoạt hoàn toàn của nội bào tử tự do với các phản ứng thay đổi in vivo có lẽ là do được động học và dược lực học. Thời gian của việc điều trị luôn kéo dài (ít nhất 6 tháng đến 1 năm)^[5,6]. Gần đây, việc phối hợp cycloserine, dapsone và ketoconazole trong môi trường thực nghiệm cho thấy hiệu quả khả quan^[1].

Tiên lượng của bệnh này là tốt. Xét đến khả năng tái phát, dữ liệu lâm sàng cho thấy cần phải có chẩn đoán kịp thời với điều trị tích cực và theo dõi bệnh nhân lâu dài để phát hiện tái phát và tránh biến chứng.

V. KẾT LUẬN

Ca bệnh nhiễm Rhinosporidium hiếm gặp ở nước ta, thường được ghi nhận và báo cáo ca bệnh trên y văn. Triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học có thể nhầm lẫn với sang thương ác tính ở vùng mũi. Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào hình ảnh mô bệnh học. Phương pháp điều trị chính là phẫu trị và đốt điện loại bỏ hoàn toàn phần cuống. Tiên lượng của bệnh này là tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. S. Bakshi.** "Pharyngeal Rhinosporidiosis". Am J Trop Med Hyg, (2019). 100 (3). pp. 491.
2. **David N Fredricks, Jennifer A Jolley, Paul W Lepp, et al.** "Rhinosporidium seeberi: a human pathogen from a novel group of aquatic protistan parasites". Emerging infectious diseases, (2000). 6 (3). pp. 273.
3. **Jeannette Guarner and Mary Brandt.** "Histopathologic diagnosis of fungal infections in the 21st century". Clinical microbiology reviews, (2011). 24 (2). pp. 247-280.
4. **Kumara Kaluarachchi, Saranga Sumathipala, Navaratne Eriyagama, et al.** "The identification of the natural habitat of Rhinosporidium seeberi with R. seeberi-specific in situ hybridization probes". Infect Dis Antimicrob Agents, (2008). 25. pp. 25-32.
5. **A Kanodia, P Sakthivel, C A Singh, et al.** "Strawberry nose and rhinosporidiosis". QJM: An International Journal of Medicine, (2019). 113 (1). pp. 64-65.
6. **Aloke Bose Majumdar, Dipayan Biswas, Shib Shankar Paul, et al.** "Rhinosporidiosis: a clinicopathological study from a Rural Tertiary Health Care Centre, Bihar, India". (2014). pp.
7. **Prangya Panda, Bijaya Kumar Sadangi, Dhaneswari Jena, et al.** "A study on clinicopathological evaluation of rhinosporidiosis". Res Med Sci, (2017). 5. pp. 4519.
8. **G Seeber.** "Un nuevo esporozuorio parasito del hombre: dos casos encontrados en polipos nasales". Thesis, Universidad Nacional de Buenos Aires, (1900). pp.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT TRONG GAN

Đỗ Hữu Liệt¹, Nguyễn Thanh Dũng²

TÓM TẮT

Mở đầu: Ung thư đường mật trong gan (ICC) là bệnh hiếm gặp, chiếm 5% - 15%. ICC nằm ở đường mật trong gan. Chẩn đoán được xác định bằng hình ảnh học kết hợp các dấu ấn khối u và sinh thiết hoặc không sinh thiết. Phẫu thuật là phương pháp điều trị triệt để nhằm kéo dài thời gian sống còn bệnh nhân ICC nhưng tỷ lệ phẫu thuật chỉ chiếm 20 - 40%. Tại Việt Nam, chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị ICC. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu về vấn đề này.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca. Chúng tôi ghi nhận được 69 trường hợp được chẩn đoán ICC và điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2016 đến 06/2022

Kết quả: Chúng tôi ghi nhận được 69 trường hợp ICC được phẫu thuật triệt để với 32 nam và 37 nữ. Tuổi trung bình là $57,5 \pm 11,8$ (20 - 77). Đặc điểm lâm sàng với 56,6% không có triệu chứng, 1/3 trường hợp có đau bụng, triệu chứng vàng da ít gặp. Đặc điểm cận lâm sàng với hình ảnh chụp CLVT có cản quang hầu hết ICC dạng khối ở gan phải hay trái, bắt thuốc cản quang thì động mạch và thì muộn. Dấu ấn CA19 - 9, CEA

tăng, gợi ý chẩn đoán ICC. Kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị ICC với tỷ lệ thành công 100%. Phẫu thuật cắt gan lớn chiếm 50,7% và cắt gan nhỏ 49,3%. Cắt lạnh giúp đạt bờ phẫu thuật R0. Nạo hạch chọn lọc trong phẫu thuật khi nghi ngờ hạch di căn. Có 13% ICC liên quan đến sỏi đường mật. Biến chứng sau phẫu thuật chiếm 20,3% (n = 14/ 69). Không có trường hợp tử vong sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung vị là 10 ngày.

Kết luận: ICC đa phần không có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ít đặc hiệu. Chẩn đoán xác định ICC phải kết hợp nhiều phương pháp. Cắt gan điều trị ICC là phương pháp được lựa chọn với tỷ lệ thành công cao và không ghi nhận tử vong sau phẫu thuật.

Từ khóa: Ung thư đường mật trong gan, Cắt gan lớn, Cắt gan nhỏ, Cắt lạnh

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL AND SURGICAL RESULTS OF INTRAHEPATIC CHOLANGIOCARCINOMA TREATMENT

Background: Intrahepatic cholangiocarcinoma (ICC) is rare, accounts for 5% to 15%. The ICC is located in the intrahepatic biliary tract. Diagnosis is confirmed by imaging combining tumor markers and biopsies or without biopsies. Surgery is a radical treatment to prolong the survival time of ICC patients, but the rate of surgery is only 20-40%. In Vietnam, we have not found studies on diagnosis and

¹Khoa ngoại Gan Mật Tụy, Bệnh viện Chợ Rẫy

²Khoa ngoại Tổng Quát, Bệnh viện 30-4

Chịu trách nhiệm chính: TS.BS. Đỗ Hữu Liệt
SĐT: 0913849434

Email: dohuuliet73@yahoo.com

Ngày nhận bài: 02/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 18/01/2024

Ngày duyệt bài: 23/02/2024

treatment for ICC. Therefore, we carried out research on this issue.

Methods: Retrospective, descriptive case series. We recorded 69 cases of ICC diagnosis and surgical treatment at Cho Ray Hospital from 01/2016 to 06/2022

Results: We recorded 69 cases of ICC undergoing radical surgery with 32 male and 37 female. The mean age was 57.5 ± 11.8 (20-77). Clinical features with 56.6% no symptoms, 1/3 of cases with abdominal pain, rare symptoms of jaundice. Subclinical features with contrast-enhanced CT images, most ICCs are mass-forming in the right or left liver, contrasted in the arterial phase and in the late phase. Increased CA19-9, CEA markers suggesting diagnosis of ICC. Results of hepatectomy for ICC treatment with 100% success rate. Major hepatectomy accounted for 50.7% and minor hepatectomy 49.3%. Frozen section helps to achieve surgical margin R0. Intra-operative selective lymphadenectomy when metastatic lymph node metastasis is suspected. 13% of ICCs were associated with choledocholithiasis and post-operative morbidities accounted for 20.3% (n = 14/69). No post-operative mortality. Median hospital stay is 10 days

Conclusion: ICC is mostly without clinical symptoms and subclinical is less specific. The definitive diagnosis of ICC requires a combination of methods. Hepatectomy for ICC is the method of choice with a high success rate and no post-operative mortality.

Keywords: Intrahepatic cholangiocarcinoma, Major hepatectomy, Minor hepatectomy, Frozen section.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật trong gan (ICC) là ung thư gan nguyên phát phổ biến thứ hai sau ung thư tế bào gan. ICC nằm ở đường

mật trong gan, đây là bệnh hiếm gặp và chiếm 5% đến 15%^{1,2}. Bệnh ICC biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng không rõ ràng dẫn đến chẩn đoán trễ. Bệnh ICC hầu hết không có triệu chứng, 20% - 25% trường hợp phát hiện tình cờ^{3,4}. Chẩn đoán được xác định bằng hình ảnh học kết hợp các dấu ấn khối u và sinh thiết hoặc không sinh thiết. Trong thập kỷ qua mặc dù đã có nhiều phương pháp điều trị ICC như: đốt sóng cao tần, tắc mạch bằng hóa chất, tắc mạch bằng chất phóng xạ, hóa trị và xạ trị đã được sử dụng nhưng thời gian sống còn cho bệnh nhân vẫn còn thấp, thời gian sống còn 5 năm dưới 10%^{4,5,6}.

Phẫu thuật được cho là phương pháp điều trị kéo dài sống còn và có thể điều trị khỏi bệnh cho bệnh nhân ICC nhưng chỉ có 20 - 40% bệnh nhân ICC có thể phẫu thuật được và bệnh có tiên lượng xấu. Mặc dù phẫu thuật điều trị ICC quan trọng nhưng tỷ lệ biến chứng cao 39,6% - 58,1% và tỷ lệ tái phát cao, tỷ lệ tái phát 5 năm 75%⁷. Tại Việt Nam, Tại Việt Nam, chúng tôi chưa tìm thấy nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị ICC. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu về vấn đề này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: tất cả bệnh nhân chẩn đoán ung thư đường mật trong gan được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy (BVCR) từ 01/2016 đến 06/2022.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu, mô tả loạt ca.

Mục tiêu nghiên cứu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh ICC
- Kết quả sớm của phẫu thuật điều trị ICC

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân chẩn đoán ICC được phẫu thuật điều trị và có kết

quả giải phẫu bệnh là ung thư đường mật.

Tiêu chuẩn loại trừ: ICC kèm theo ung thư đường mật ở rốn gan hoặc ngoài gan.

Cỡ mẫu và cách chọn cỡ mẫu: vì đây là bệnh hiếm nên tất cả hồ sơ bệnh án mà bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đường mật trong gan và được phẫu thuật điều trị đủ điều kiện nghiên cứu theo mẫu bệnh án thiết kế sẵn trong thời gian nghiên cứu.

Quy trình nghiên cứu: chúng tôi lập danh sách bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đường mật trong gan và được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện Chợ Rẫy trong giai đoạn từ tháng 1 năm 2016 đến tháng 6 năm 2022 thông qua hồ sơ lưu trữ tại phòng lưu trữ hồ sơ của BVCR. Tất cả bệnh nhân có tên trong danh sách sẽ được truy lục hồ sơ bệnh án. Sau đó, các biến số cần được thu thập sẽ được trích dẫn vào bảng câu hỏi có cấu trúc đã được soạn sẵn. Bảng câu hỏi này gồm 4 phần: thông tin nền, thông tin về đặc điểm bệnh nhân, thông tin liên quan chẩn đoán và điều trị, kết quả sau phẫu thuật.

Định nghĩa các thuật ngữ trong nghiên cứu:

- Tai biến trong phẫu thuật: là những vấn đề không mong muốn xảy ra và không nằm trong hệ quả tất yếu của phẫu thuật xảy ra trong lúc phẫu thuật.

- Biến chứng sớm sau phẫu thuật là những vấn đề không mong muốn xảy ra và không nằm trong hệ quả tất yếu của phẫu thuật xảy ra sau phẫu thuật trong vòng 30

ngày và có thể khỏi hoặc trở thành di chứng. Trong nghiên cứu chỉ ghi nhận biến chứng sớm trong thời gian nằm viện hậu phẫu, do không theo dõi bệnh nhân sau thời gian xuất viện.

- Tử vong: là bệnh nhân bị tử vong vì bất kỳ nguyên nhân gì trong thời gian phẫu thuật hoặc sau phẫu thuật trong vòng 30 ngày. Thân nhân xin về và bệnh nhân mất tại nhà cũng được xem là tử vong

Phương pháp xử lý thống kê: bằng phần mềm SPSS 20.0, kết quả được trình bày dưới dạng bảng, trung bình và tỷ lệ %, phân tích đơn biến, đa biến, có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,005$

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022, chúng tôi thu thập các dữ liệu từ hồ sơ bệnh án có chẩn đoán ra viện ung thư đường mật trong gan được 69 trường hợp chẩn thương tụy thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy bệnh viện Chợ Rẫy với 32 nam và 37 nữ. Tỷ lệ nam/nữ: 0,8/1. Tuổi trung bình là $57,5 \pm 11,8$ (20-77). Đặc điểm lâm sàng với 56,6% không có triệu chứng, 1/3 trường hợp có đau bụng, triệu chứng vàng da ít gặp. Đặc điểm cận lâm sàng với hình ảnh chụp CLVT có cản quang hầu hết ICC dạng khối ở gan phải hay trái, bắt thuốc cản quang thì động mạch và thì muộn. Dấu ấn CA19-9, CEA tăng, gợi ý chẩn đoán ICC.

Bảng 1: Đặc điểm ICC trên CLVT và cộng hưởng từ

Đặc điểm ICC	Số TH (n = 60)	Tỷ lệ (%)
Kích thước ICC		
≤ 5 cm	28	46,7
> 5 cm	32	53,3
Số lượng ICC		

Đa ổ (≥ 2 ICC)	9	13
Một ICC	51	79,3
Vị trí ICC		
Gan trái	30	50
Gan phải	26	43,3
Gan hai bên	4	6,7

Bảng 2: Giai đoạn bệnh ICC theo UICC 2018

Giai đoạn bệnh ICC	Số TH (n = 69)	Tỷ lệ (%)
IA	18	26,1
IB	31	44,9
II	10	14,5
IIIA	0	0
IIIB	10	14,5
IV	0	0

Kết quả phẫu thuật cắt gan điều trị ICC với tỷ lệ thành công 100%. Phẫu thuật cắt gan lớn chiếm 50,7% và cắt gan nhỏ 49,3%. Cắt lạnh giúp đạt bờ phẫu thuật R0. Nạo hạch chọn lọc trong phẫu thuật khi nghi ngờ hạch di căn. Phẫu thuật nạo hạch chiếm 39,1% và 14,5% xác định có di căn hạch. Có 13% ICC liên quan đến sỏi đường mật. Lượng máu mất 500-1000ml chiếm 10,1%, trong đó có 3 trường hợp phải truyền máu trong phẫu thuật. Biến chứng sau phẫu thuật chiếm 20,3% (n = 14/69) gồm chảy máu, suy gan, tụ dịch, nhiễm trùng vết mổ. Không có trường hợp tử vong sau phẫu thuật. Thời gian phẫu thuật trung vị là 175 phút (75 – 600). Giải phẫu bệnh sau phẫu thuật là ung thư biểu mô tuyến của đường mật (97,1%), 2 trường hợp giải phẫu bệnh sau phẫu thuật dạng hỗn hợp ung thư đường mật trong gan và ung thư tế bào gan (1 trường hợp CA19-9 17360 U/mL, AFP 546 ng/mL, 1 trường hợp CA19-9 144,4 U/ml và AFP 3,0 ng/mL). Có

24 trường hợp (34,8%) cần làm hóa mô miễn dịch để xác định ung thư đường mật trong gan. Thời gian nằm viện trung vị là 10 ngày (6-47).

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân trong nghiên cứu đa phần tuổi trung niên, với tỷ lệ nữ nhiều hơn nam điều này phù hợp với các nghiên cứu của Ellis. ICC có đặc điểm lâm sàng thầm lặng, không có triệu chứng và biểu hiện không cụ thể. ICC hầu hết biểu hiện bệnh là các khối ICC tăng trưởng nên cần phải có xét nghiệm chẩn đoán kỹ lưỡng bao gồm khám lâm sàng, hình ảnh học, sinh hóa máu với các dấu ấn ung thư. Chẩn đoán phân biệt quan trọng nhất là HCC và di căn gan từ các ung thư nguyên phát khác. Nhìn chung bệnh vẫn diễn biến âm thầm cho đến giai đoạn nặng. Theo Endo và Dhanasekaran, ICC được chẩn đoán tình cờ chiếm 12 – 30% và không có triệu chứng chiếm 30 – 73%⁷. Theo phân loại UICC năm

2018, chúng tôi ghi nhận hầu hết ICC trong nghiên cứu là giai đoạn I, II với 59 trường hợp (85,5%). Đây là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả điều trị phẫu thuật triệt để. Nghiên cứu của Kang và cộng sự cho thấy rằng ở những bệnh nhân không có di căn hạch, tỷ lệ sống còn với khối ICC T2 và T3 lần lượt là 25 tháng và 27 tháng.

Chúng tôi có 61 trường hợp chụp CLVT có cản quang và 8 trường hợp chụp cộng hưởng từ, kết quả cho thấy trên CLVT thì động mạch, thì tĩnh mạch và thì muện khối ICC bắt cản quang 96,1%, bắt cản quang kém 50%, bắt cản quang mạnh không đồng nhất 36,5 %, bắt cản quang viền 9,6 % và 9 trường hợp CLVT không ghi nhận khối ICC. Nghiên cứu của tác giả Choi và cộng sự cho rằng ICC dạng khối giảm đậm độ trên CLVT không cản quang và bắt quang viền thì sớm trên CLVT có cản quang với độ nhạy 60% và độ đặc hiệu 65,5%. Trên cộng hưởng từ, có 5 trường hợp ICC bắt chất tương phản ít và tăng dần, 3 trường hợp ICC bắt chất tương phản mạnh, không đồng nhất. Tất cả 8 trường hợp chụp cộng hưởng từ cho thấy ICC khối đều bắt chất tương phản. Theo hướng dẫn điều trị ICC năm 2022 của Hội ung thư gan Nhật Bản cho rằng cộng hưởng từ ảnh hưởng đến chẩn đoán ICC với mức chứng cứ mạnh.

Trong chẩn đoán ICC, các xét nghiệm máu chỉ phù hợp ở một mức độ giới hạn và không đặc hiệu cho bệnh ICC. Một số thông số xét nghiệm CA 19-9, CEA tăng cao có thể gợi ý cho chẩn đoán ICC. Mức độ tăng cao của CA19-9, CEA có thể hữu ích trong việc

tiếp cận chẩn đoán, nhưng không thể được sử dụng làm xét nghiệm sàng lọc. Kết quả xét nghiệm CA19-9 và CEA được cho là có giá trị hạn chế trong chẩn đoán ICC do có độ nhạy thấp (50–63% và 15–68%). Ngoài ra CA19-9 có thể tăng cao trong các khối u ác tính khác và trong viêm đường mật. Theo tác giả Brown sự gia tăng đồng thời của nồng độ CA19-9 và AFP nên gợi ý HCC và ICC hỗn hợp. Việc phân biệt hỗn hợp HCC-ICC với HCC là rất quan trọng, bởi vì hỗn hợp HCC-ICC và HCC đáp ứng khác nhau với các liệu pháp điều trị, ghép gan ở bệnh nhân hỗn hợp HCC-ICC kém hơn so với HCC.

Nghiên cứu 69 bệnh nhân ICC được phẫu thuật điều trị ICC, kết quả cho thấy, tỷ lệ cắt gan nhỏ chiếm 49,3% và cắt gan lớn chiếm 50,7%. Trong 69 trường hợp cắt gan, có 65 trường hợp cắt gan theo giải phẫu và 4 trường hợp cắt khối ICC nhiều hạ phân thùy, bờ phẫu thuật của tất cả các trường hợp không ghi nhận còn tế bào ác tính. Nhìn chung, các nghiên cứu cho thấy bệnh nhân ICC được điều trị phẫu thuật cắt gan lớn chiếm tỷ lệ cao. Chúng tôi có tỷ lệ cắt gan lớn thấp hơn các nghiên cứu khác có thể do bệnh nhân ICC trong nghiên cứu chủ yếu giai đoạn sớm (I, II), các khối ICC chủ yếu 1 bên gan, trong đó gan trái chiếm 50% và 1 bên gan phải chiếm 43,3% và hiếm ICC ở 2 bên gan, cho nên việc phẫu thuật điều trị cắt gan mở rộng hay cắt gan phức tạp trong nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu này là không cần thiết, phẫu thuật viên chọn lựa phẫu thuật cắt gan theo giải phẫu và cắt gan nhỏ, cắt gan lớn sao cho đủ đạt yêu cầu điều

trị. Tác giả Ellis và cộng sự nghiên cứu 31 trường hợp phẫu thuật điều trị ICC, tác giả chia làm 3 loại cắt gan: Cắt gan mở rộng, cắt gan lớn và cắt gan nhỏ, kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ cắt gan mở rộng 35%, cắt gan lớn 55%, cắt gan nhỏ 10%. Khi quy về cắt gan lớn và cắt gan nhỏ, nghiên cứu của Ellis có tỷ cắt gan lớn chiếm 90% và cắt gan nhỏ 10%. Tất cả 69 TH trong nghiên cứu này đều đạt bờ phẫu thuật R0. Chúng tôi cũng ghi nhận được hiện tại có 15 TH còn sống với thời gian sống thêm từ 22 - 92 tháng và 11 TH chết với thời gian sống thêm sau phẫu thuật từ 3 - 48 tháng. Các TH còn lại chúng tôi bị mất liên lạc. Đây cũng là hạn chế của đề tài hồi cứu mà chúng tôi đang thực hiện.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 27 trường hợp nạo hạch trong phẫu thuật chiếm 39,1%, phẫu thuật viên không thực hiện nạo hạch vùng thường quy mà chỉ thực hiện nạo hạch trong trường hợp phát hiện hạch trước phẫu thuật qua chụp cắt lớp vi tính hoặc thám sát có hạch trong phẫu thuật. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Ellis khi ông cho rằng nạo hạch nên được thực hiện ở những bệnh nhân có hạch vùng dương tính hoặc khi xác định trong phẫu thuật. Cùng quan điểm trên, tác giả Reese cũng cho rằng chỉ nạo hạch thường qui trong trường hợp cắt gan lớn, trong cắt gan nhỏ nạo hạch vùng được thực hiện khi có nghi ngờ hạch di căn. Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật chiếm 20,3% (n = 14/69), gồm: suy gan 1,4%, chảy máu sau phẫu thuật 1,4%, nhiễm trùng vết mổ 2,9%, rò mật 4,3%, tụ dịch ổ bụng 7,2%. Kết quả nghiên cứu của Ellis cho

thấy tỷ lệ biến chứng 58,1% s với các biến chứng: suy gan 26%, rò mật 26%, nhiễm trùng vết mổ 36%. Tác giả Lang và cộng sự nghiên cứu với 202 trường hợp phẫu thuật điều trị ICC, kết quả nghiên cứu cho tỷ lệ biến chứng 39,6% và tỷ lệ tử vong trong 90 ngày là 7,9%. Kết quả biến chứng trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả khác có thể do mẫu nghiên cứu còn thấp và bệnh ICC được phân loại giai đoạn sớm, chủ yếu ở giai đoạn I và II. Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian nằm viện có trung vị 10 ngày (6 – 47) ngày. Tác giả Ellis nghiên cứu 29 bệnh nhân ICC được phẫu thuật cắt ICC: thời gian nằm viện trung vị 16 ngày (2 – 125) ngày. Tác giả Reese và cộng sự nghiên cứu về phẫu thuật cắt gan phức tạp điều trị ICC, thời gian nằm viện trung vị 8 ngày (7 - 12) ngày đối với cắt gan thông thường, đối với cắt gan phức tạp (cắt gan mở rộng) thời gian nằm viện trung vị 17 ngày (13 - 24) ngày. Thời gian nằm viện của bệnh nhân ICC trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn ngày hơn tác giả Ellis và tương đương với tác giả Reese. Tuy nhiên, thời gian nằm viện tùy thuộc vào lựa chọn bệnh trước phẫu thuật, phương pháp phẫu thuật và các bệnh nền kèm theo.

V. KẾT LUẬN

Tóm lại, ICC đa phần không có triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ít đặc hiệu. Chẩn đoán xác định ICC phải kết hợp nhiều phương pháp. Cắt gan điều trị ICC là phương pháp được lựa chọn với tỷ lệ thành công cao và không ghi nhận tử vong sau phẫu thuật.

Đề tài là nghiên cứu hồi cứu cho nên không tránh khỏi những hạn chế. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng đã cung cấp được những thông tin có giá trị, đóng góp vào y văn, làm nền tảng cho các nghiên cứu về ICC sau này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rullier A, Le Bail B, Fawaz R, et al.** Cytokeratin 7 and 20 expression in cholangiocarcinomas varies along the biliary tract but still differs from that in colorectal carcinoma metastasis. 2000. 24(6):870-876
2. **Yamashita Y, Taketomi A, Morita K, et al.** The impact of surgical treatment and poor prognostic factors for patients with intrahepatic cholangiocarcinoma: retrospective analysis of 60 patients. *Anticancer Res*, 2008. 28(4c): 2353-2359
3. **Banales J, Cardinale V, Carpino G, et al.** Expert consensus document: Cholangiocarcinoma: current knowledge and future perspectives consensus statement from the European Network for the Study of Cholangiocarcinoma (ENS-CCA). 2016. 13(5): 261-280. doi: 10.1038/nrgastro.2016.51
4. **De Rose AM, Cucchetti A, Clemente G, et al.** Prognostic significance of tumor doubling time in mass-forming type cholangiocarcinoma. 2013. 17(4):739-47
5. **Blechacz B, Komuta M, Roskams T, Gores GJ.** Clinical diagnosis and staging of cholangiocarcinoma. 2011. 8(9): 512-522. doi: 10.1038/nrgastro.2011.131
6. **Valle J.** Targeted therapy for cholangiocarcinoma. 2019. 4(9): 661-662. doi: 10.1016/s2468-1253(19)30200-6.
7. **Endo I, Gonen M, Yopp AC, et al.** Intrahepatic cholangiocarcinoma: rising frequency, improved survival, and determinants of outcome after resection. 2008. 248(1):84-96
8. **Ellis MC, Cassera MA, Vetto JT, et al.** Surgical treatment of intrahepatic cholangiocarcinoma: outcomes and predictive factors. 2011. 13(1):59-63

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ LƯỠI – SÀN MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Ngô Văn Công¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ sống còn của bệnh nhân ung thư lưỡi, sàn miệng được điều trị tại Khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Chợ Rẫy.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt ca. Trong thời gian nghiên cứu từ 1/ 2018 – 10/ 2023 tại Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy đã tiến hành chẩn đoán và điều trị 55 trường hợp ung thư lưỡi – sàn miệng.

Kết quả: Qua khảo sát 55 trường hợp ung thư lưỡi, sàn miệng vào viện hầu hết với triệu chứng loét kéo dài 56,4%. Với mô bệnh học 100% trường hợp ung thư biểu mô vảy. Hầu hết phát hiện ở giai đoạn II, III chiếm 78,2%, giai đoạn IV chiếm 14,5%. Tỷ lệ sống con sau 5 năm (81,02%).

Kết luận: Ung thư lưỡi, sàn miệng điều trị cho kết quả tốt, tỷ lệ sống còn sau 5 năm với tỷ lệ cao 81,02%. Hiệu quả của điều trị phụ thuộc vào giai đoạn và mức độ xâm lấn của khối u khi phát hiện.

Từ khóa: ung thư lưỡi, ung thư sàn miệng, ung thư họng miệng.

SUMMARY

TO EVALUATE OUTCOMES OF TONGUE, FLOOR OF MOUTH CANCER TREATMENT AT CHO RAY HOSPITAL

Objectives: To determine survival rate of patients with tongue, floor of mouth squamous cell carcinoma. They were operated in ENT department, Cho Ray hospital.

Methods: Case series. There were 55 cases with tongue, floor of mouth cancer, operated in ENT department, Cho Ray hospital from Jan, 2018 until Oct, 2023.

Results: The most common symptom is persistent ulcer of tongue, floor of mouth (56,4%). They arc squamous cell carcinoma 100%. They almost arc stage II, III (78,2%) and stage IV (14,5%). The survival rate arc 81,02% after 5 years.

Conclusions: Outcomes of tongue, floor of mouth cancer treatment arc effective with survival rate after 5 years 81,02%. Good outcomes depend on TNM stage and depth of invasion in oral tongue, floor of mouth squamous cell carcinoma.

Keywords: tongue cancer, floor of mouth cancer, tongue squamous cell carcinoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lưỡi – sàn miệng là một trong những loại thường gặp của ung thư khoang miệng. Trong đó, ung thư lưỡi là loại thường gặp nhất chiếm tỷ lệ 30 - 40%, tiếp theo là

¹Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: TS.BS Ngô Văn Công

SĐT: 0918890806

Email: congntmh@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/12/2023

Ngày phản biện khoa học: 05/01/2024

Ngày duyệt bài: 22/02/2024

ung thư sàn miệng chiếm tỷ lệ 28 – 35%. Kết quả điều trị phụ thuộc vào các yếu tố như kích thước u, vị trí khối u, mức độ ác tính của khối u, tổn thương xâm lấn sâu, tình trạng di căn hạch tiềm ẩn, phương pháp điều trị (phẫu thuật hay hóa xạ trị, hay kết hợp phối hợp). Các yếu tố này có ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị, khả năng tái phát, cũng như thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ ở bệnh nhân ung thư lưỡi - sàn miệng. Tại bệnh viện Chợ Rẫy, trong những năm gần đây có nhiều trường hợp ung thư lưỡi - sàn miệng đến khám và điều trị. Do đó, tôi tiến hành khảo sát hiệu quả điều trị bệnh lý ung thư lưỡi - sàn miệng tại Khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Chợ Rẫy từ năm 2018 – 2023, nhằm giúp cho bác sĩ lâm sàng

có cái nhìn tổng quan về bệnh lý ung thư lưỡi sàn miệng và từ đó giúp cho việc phát hiện, chẩn đoán và điều trị tốt hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả loạt ca. Từ năm 1/ 2018 – 10/ 2023 tại Khoa Tai Mũi Họng, bệnh viện Chợ Rẫy đã tiến hành chẩn đoán và điều trị 55 trường hợp ung thư lưỡi - sàn miệng. Bệnh nhân đến khám, được là chẩn đoán xác định bằng giải phẫu bệnh, ghi nhận lâm sàng và đánh giá giai đoạn theo TNM và lên kế hoạch phẫu thuật với các biên được làm sinh thiết tức thì với kết quả âm tính, nạo vét hạch cổ nhóm I – III, cắt tuyến dưới hàm và tái tạo sàn miệng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi: tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư lưỡi, sàn miệng $54,5 \pm 9,7$. Trong đó, tuổi thấp nhất 31 và tuổi cao nhất 71. Độ tuổi chiếm cao nhất là > 60 với 33,5%.

Bảng 1. Triệu chứng cơ năng

Triệu chứng cơ năng	UTL (n=46)		UTSM (n=9)		Chung (n=55)	
	n	%	n	%	n	%
Loét tại lưỡi, sàn miệng kéo dài	29	63	2	22,2	31	56,4
Đau tại vùng cổ u	15	32,6	1	11,1	16	29,1
Chảy máu vị trí u	4	17,4	1	11,1	5	9,1
U sùi tại lưỡi, sàn miệng	17	37	7	77,7	24	43,6

Bảng 2. Đặc điểm về độ xâm lấn sâu (DOI)

Độ xâm lấn sau DOI	UTL (n=46)		UTSM (n=9)		Chung (n=55)	
	n	%	n	%	n	%
≤ 5 mm	24	52,2	3	33,3	27	49,1
> 5mm	22	47,8	6	66,7	28	50,9
Tổng	46	100	9	100	55	100
Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	$5,7 \pm 1,4$		$6,9 \pm 1,8$		$5,8 \pm 1,9$	

Bảng 3. Giai đoạn theo TNM

Phân loại giai đoạn theo TNM	UTL (n=46)		UTSM (n=9)		Chung (n=55)	
	n	%	n	%	n	%
Giai đoạn I	4	8,7	0	0	4	7,3
Giai đoạn II	17	37	2	22,2	19	34,5
Giai đoạn III	19	41,3	5	55,6	24	43,7
Giai đoạn IV	6	13	2	22,2	8	14,5
Tổng	46	100	9	100	55	100

Bảng 4. Thời gian sống sót còn

Sống thêm	1 năm	3 năm	5 năm
Tỷ lệ OS	92,7%	82,01%	81,02%

IV. BÀN LUẬN**- Đặc điểm lâm sàng:**

Triệu chứng lâm sàng của ung thư lưỡi, sàn miệng thường gặp nhất là loét tại lưỡi kéo dài (56,4%), tiếp đến là u sùi vùng lưỡi, sàn miệng (43,6%), các tổn thương thường kéo dài, lâu lành. Trong nghiên cứu của Đinh Xuân Cường^[4] (2022) tỷ lệ người bệnh có viêm loét tại lưỡi là 43,2%. Triệu chứng loét tại lưỡi kéo dài và mô tại vùng loét thường cứng. Mặt khác triệu chứng này cũng dễ bị bỏ qua bởi nó tương tự triệu chứng viêm loét do siêu vi gây ra. Do đó, bệnh nhân có xu hướng tự điều trị thay vì đi khám chuyên khoa đến khi triệu chứng kéo dài và nặng nên thì đã bỏ qua cơ hội được phát hiện bệnh ở giai đoạn sớm.

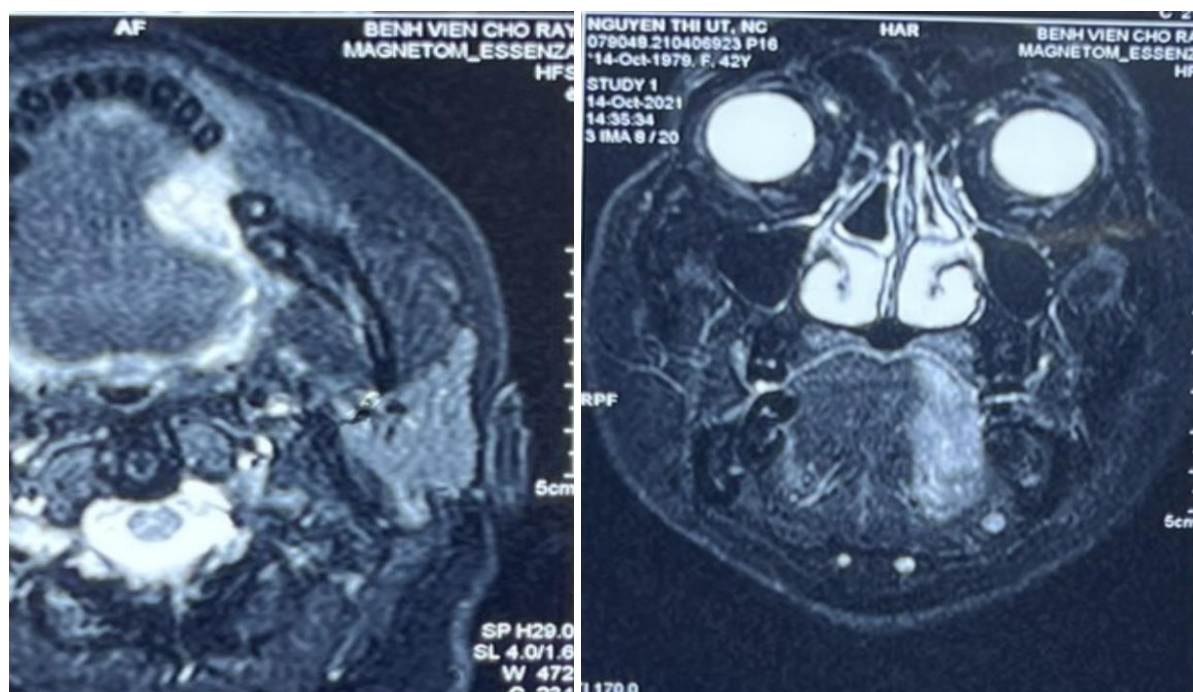
Trong ung thư khoang miệng và đặc biệt ung thư lưỡi, đa số các trường hợp là ung thư biểu mô vảy (95-99%), còn lại 1 - 5% là ung thư biểu mô tuyến hoặc tuyến nang, ung thư dạng biểu bì nhầy, u lympho không Hodgkin, u hắc tố^[6,7]. Trong nghiên cứu của tôi 100% các trường hợp là ung thư biểu mô vảy.

- Độ xâm lấn sâu:

Độ xâm lấn sâu của khối u được xem là yếu tố nguy cơ di căn hạch và tiên lượng xấu

đến sống thêm trong ung thư biểu mô vảy, đặc biệt là ung thư lưỡi. Nguy cơ di căn hạch liên quan đến DOI > 5mm được nhiều nghiên cứu về UTL ghi nhận. Tuy nhiên, xác định yếu tố này trước phẫu thuật rất khó vì không thể đánh giá trên mô bệnh học sinh thiết trước mổ, một số nghiên cứu đã chỉ ra vai trò của thăm khám lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh cộng hưởng từ hàm mặt nhằm đánh giá DOI trước phẫu thuật. Việc xác định DOI chính xác và khách quan phải thực hiện trên xét nghiệm mô bệnh học sau phẫu thuật. Hầu hết các báo cáo nhận thấy rằng DOI > 5mm liên quan với nguy cơ di căn hạch và giảm^[2] thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ, và Hiệp hội ung thư Hoa Kỳ phiên bản 8 năm 2017 đã đưa yếu tố DOI vào bảng phân loại TNM^[1,3,8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đối tượng UTL có mức độ xâm lấn sâu (DOI) trung bình là $5,8 \pm 1,9$, trong đó nhóm DOI > 5 mm chiếm tỷ lệ 50,9%, trong nhóm UTSM có 66,7% đối tượng có độ xâm lấn sâu DOI > 5 mm.

Nghiên cứu của tác giả Wang B và Fukano H cho thấy các bệnh nhân ung thư lưỡi tái phát cao ở nhóm DOI > 5mm so với DOI ≤ 5mm, khác biệt với $p < 0,05$ ^[5,10].



Hình 1: Mức độ xâm lấn của ung thư lưỡi (DOI)

- Giai đoạn bệnh và tỷ lệ sống còn:

Kết quả nghiên cứu cho thấy giai đoạn bệnh là một trong yếu tố quan trọng liên quan đến tiên lượng bệnh ung thư. Trong nghiên cứu của tôi, tỷ lệ sống còn 5 năm của bệnh nhân ung thư lưỡi, sàn miệng trung bình là 81,02%; trong đó giai đoạn I + II (87,39%) cao hơn so với nhóm giai đoạn III + IV (79,69%). Giai đoạn bệnh càng muộn thì kết quả điều trị càng kém và thời gian sống thêm càng ngắn và ngược lại. Tương tự, nghiên cứu của tác giả Daniella (2019), tỷ lệ sống thêm toàn bộ 5 năm nhóm pT1 đạt 81,0%, cao hơn so nhóm pT2 đạt 64,3%, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Ngoài ra, khi phân tích đa biến, tác giả cũng ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $RR = 1,234$. Trong phân tích đơn biến và đa biến, Daniella cũng cho thấy giai đoạn u có ảnh hưởng đến tỷ lệ sống thêm không bệnh^[9]

V. KẾT LUẬN

Chẩn đoán ung thư lưỡi, sàn miệng sớm rất cần thiết. Việc chẩn đoán và điều trị sớm giúp mang lại kết quả tốt, tỷ lệ sống còn sau 5 năm với tỷ lệ cao 81,02%. Hiệu quả của điều trị phụ thuộc vào giai đoạn và mức độ xâm lấn của khối u khi phát hiện đặc biệt là sự xâm lấn sâu vào đáy lưỡi, sàn miệng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alsaffar HA, Goldstein DP, King EV, et al. Correlation between clinical and MRI assessment of depth of invasion in oral tongue squamous cell carcinoma. Journal of otolaryngology - head & neck surgery. Le Journal d'oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale. 2016;45(1):61.
2. Caudell JJ, Gillison ML, Maghami E, et al. NCCN Guidelines® Insights: Head and Neck Cancers, Version 1.2022. Journal of the

- National Comprehensive Cancer Network : JNCCN. 2022;20(3):224-234.
3. **d'Alessandro AF, Pinto FR, Lin CS, et al.** Oral cavity squamous cell carcinoma: factors related to occult lymph node metastasis. Brazilian journal of otorhinolaryngology. 2015;81(3):248-254.
 4. **Đinh Xuân Cường.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư lưỡi giai đoạn T1/T2N1M0 bằng phẫu thuật kết hợp hóa xạ trị đồng thời: Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội; 2022.
 5. **Fukano H, Matsuura H, Hasegawa Y, Nakamura S.** Depth of invasion as a predictive factor for cervical lymph node metastasis in tongue carcinoma. Head Neck. 1997;19(3):205-210.
 6. **Luis B.H, Strimson P.S.** DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology. Lippincott, Williams & Wilkins; 2014.
 7. **Muller S, Tilakaratne WM.** Update from the 5th edition of the World Health Organization classification of head and neck tumors: tumours of the oral cavity and mobile tongue. Head and neck pathology. 2022;16(1):54-62.
 8. **Shim SJ, Cha J, Koom WS, et al.** Clinical outcomes for T1-2N0-1 oral tongue cancer patients underwent surgery with and without postoperative radiotherapy. Radiation Oncology. 2010;5(1):43.
 9. **Zanoni DK, Montero PH, Migliacci JC, et al.** Survival outcomes after treatment of cancer of the oral cavity (1985-2015). Oral Oncol. 2019;90:115-121.
 10. **Wang B, Zhang S, Yue K, Wang XD.** The recurrence and survival of oral squamous cell carcinoma: a report of 275 cases. Chinese journal of cancer. 2013;32(11):614-618.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẢO TỒN ĐIỀU TRỊ U TUYẾN MANG TAI LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY 2020-2021

Hồ Thùy Như¹, Phạm Kim Long Giang¹,
Sơn Thanh Ngọc², Nguyễn Hữu Dũng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khối u tuyến nước bọt mang tai (TNBMT) là loại khối u điển hình về tính đa dạng hình thái mô học giữa các khối u khác nhau cũng như trong cùng một khối u. Phần lớn u là lành tính chiếm tỷ lệ từ 85% đến 90%, nhưng có thể thoái hóa ác tính. Các nghiên cứu cho thấy việc phẫu thuật bóc u và bảo tồn tuyến mang tai trong điều trị u tuyến mang tai lành tính sẽ làm giảm tỷ lệ biến chứng liệt mặt và các biến chứng khác, ngoài ra không làm tăng tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Kết quả phẫu thuật bảo tồn điều trị u tuyến mang tai lành tính tại bệnh viện Chợ Rẫy 2020-2021*”

Mục đích: Khảo sát đặc điểm lâm sàng đồng thời đánh giá kết quả phẫu thuật bảo tồn trong điều trị u tuyến mang tai lành tính.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả 21 trường hợp ở bệnh viện Chợ Rẫy 2020-2021.

Kết quả: Bệnh thường gặp ở nam giới (71,4%), đa số từ 60 tuổi trở lên (52,4%). Có liên quan thuốc lá (71,4%), rượu bia (42,8%), yếu tố

răng miệng (28,6%). Bệnh đa số diễn tiến từ 12 - 60 tháng (61,9%). Khối u đa số bên phải (57,2%), từ 2 - 4cm (90,5%), mật độ chắc (76,2%), nằm ở thùy nông, bờ đều, không hoại tử, không xâm lấn (100%). U Warthin chiếm 57,3%. Có 1 ca liệt mặt và tụ máu sau phẫu thuật đã phục hồi sau 1 tháng phẫu thuật. Không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng hay rò nước bọt sau mổ. Sau theo dõi 6 tháng, kết quả của tất cả bệnh nhân đều tốt.

Kết luận: Đối với u tuyến mang tai lành tính, phẫu thuật bảo tồn ít có biến chứng và đem lại kết quả tốt cho bệnh nhân.

Từ khóa: U tuyến mang tai lành tính, phẫu thuật bảo tồn.

SUMMARY

RESULTS OF CONSERVATIVE SURGERY FOR TREATMENT OF BENIGN PAROTID TUMOR AT CHO RAY HOSPITAL 2020-2021

Background: Parotid salivary gland tumor is a typical type of tumor in terms of histological morphological diversity between different tumors as well as within the same tumor. The majority of tumors are benign, accounting for 85% to 90%, but can degenerate malignantly. Studies show that surgery to remove the tumor and preserve the parotid gland in benign parotid tumors will reduce the rate of facial paralysis and other complications, in addition, it does not increase the rate of recurrence after surgery. Therefore, we conducted research on the topic: "Results of

¹Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Chợ Rẫy

²Khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Triều An Loan Trâm

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Thùy Như
SĐT: 0933858000

Email: nhuho.ptnk@gmail.com

Ngày nhận bài: 12/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 28/01/2024

Ngày duyệt bài: 23/02/2024

surgery to preserve benign parotid tumors at Cho Ray hospital 2020 - 2021"

Purpose: To survey clinical characteristics and evaluate the results of conservative surgery for benign parotid tumors.

Subjects and methods: Prospective study, describing 21 cases at Cho Ray hospital 2020-2021.

Result: The disease is common in men (71.4%), the majority are 60 years old or older (52.4%). Related to tobacco (71.4%), alcohol (42.8%), and dental factors (28.6%). Most diseases progress from 12-60 months (61.9%). The majority of tumors occupy the right side (57.2%), range from 2-4cm (90.5%), have firm density (76.2%), are located in the superficial lobe, have regular margins, are non-necrotic, and are non-invasive (100%). Warthin tumor won 57.3%. There was 1 case of facial paralysis and postoperative hematoma that recovered 1 month after surgery. No complications of infection or saliva leakage were recorded after surgery. After 6 months of follow-up, the results of all patients were good.

Conclude: For benign parotid tumors, conservative surgery has few complications and brings good results to the patient.

Keywords: Benign parotid tumor, conservative surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khối u tuyến nước bọt mang tai là loại khối u điển hình về tính đa dạng hình thái mô học giữa các khối u khác nhau cũng như trong cùng một khối u. Phần lớn số u là lành tính chiếm tỷ lệ từ 85% đến 90% nhưng có thể thoái hóa ác tính lại khá cao. Triệu chứng khối u mờ nhạt, khi được chẩn đoán thì phần lớn các trường hợp khối u đã lớn, mức độ tổn thương rộng, chức năng, thẩm mỹ bị ảnh

hưởng gây khó khăn cho việc tiên lượng, điều trị phẫu thuật và sau phẫu thuật, đồng thời làm tăng nguy cơ biến chứng và tái phát. Các nghiên cứu cho thấy việc phẫu thuật bóc u và bảo tồn tuyến mang tai trong u tuyến mang tai lành tính sẽ làm giảm tỷ lệ biến chứng liệt mặt và các biến chứng khác, ngoài ra không làm tăng tỷ lệ tái phát sau phẫu thuật. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: *"Kết quả phẫu thuật bảo tồn điều trị u tuyến mang tai lành tính tại bệnh viện Chợ Rẫy 2020-2021"*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân (BN) được phẫu thuật bảo tồn khi điều trị u tuyến mang tai lành tính tại bệnh viện Chợ Rẫy từ 2020 đến 2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân vào nhóm nghiên cứu

- BN từ 16 tuổi trở lên được chẩn đoán là u tuyến mang tai lành tính
- Được phẫu thuật bảo tồn mô tuyến tại bệnh viện Chợ Rẫy
- Có kết quả giải phẫu bệnh sau mổ rõ ràng
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN ung thư tuyến mang tai
- BN có u tuyến mang tai tái phát.
- BN có liệt/yếu mặt cùng bên trước mổ
- Khối u đang có các dấu hiệu sưng, nóng, đỏ kèm theo
- BN có các bệnh lý nội khoa chống chỉ định phẫu thuật

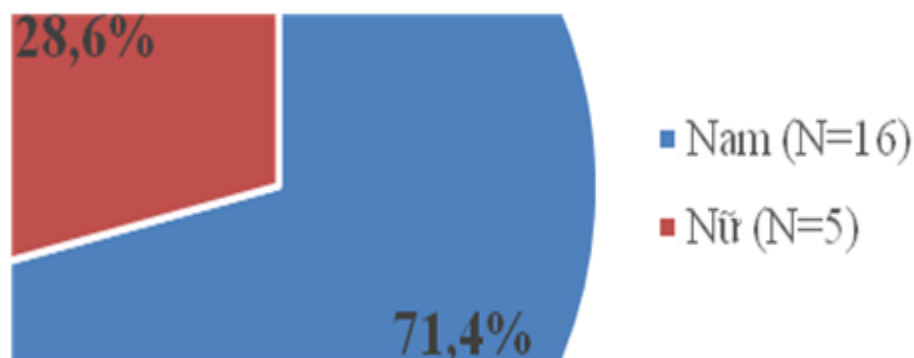
Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả 21 trường hợp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

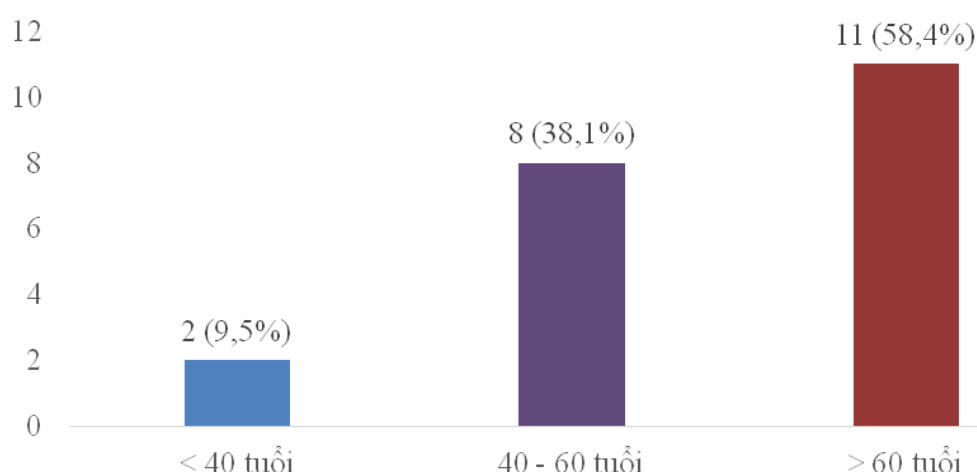
Giới tính



Biểu đồ 3.1. Phân bố theo giới (N=21)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân là nam giới chiếm chủ yếu là 71,4%.

Tuổi



Biểu đồ 3.2. Phân bố theo tuổi

Trong 21 đối tượng chúng tôi nghiên cứu, bệnh nhân có độ tuổi từ 60 trở lên chiếm đa số 58,4%, bệnh nhân có độ tuổi trong khoảng 40-60 chiếm 38,1%, bệnh nhân < 40 tuổi chỉ chiếm 9,5%. Tuổi trung bình $54,91 \pm 11,62$ tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 26 tuổi; tuổi lớn nhất 69 tuổi.

Yếu tố nguy cơ liên quan

Bảng 3.1. Yếu tố nguy cơ liên quan

Yếu tố nguy cơ		Số BN (N=21)	Tỷ lệ (%)
Uống rượu bia	Không	12	57,2
	Có	9	42,8
Hút thuốc lá	Không	6	28,6
	Có	15	71,4
Bệnh răng miệng	Không	15	71,4
	Có	6	28,6

Trong 21 ca chúng tôi nghiên cứu, có 09 ca có liên quan tới rượu bia chiếm 42,8%, 15 ca có liên quan đến yếu tố nguy cơ thuốc lá chiếm 71,4% và 06 ca liên quan đến yếu tố răng miệng chiếm 28,6%.

Triệu chứng cơ năng trước phẫu thuật

Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng trước phẫu thuật

Triệu chứng		Số BN (N=21)	Tỷ lệ (%)
Khít hàm	Không	21	100,0
	Có	0	0,0
Tê mặt cùng bên	Không	20	95,2
	Có	1	4,8
Đau	Không	21	100,0
	Có	0	0,0
Phát hiện u to	Không	0	0,0
	Có	21	100,0

Trong 21 ca chúng tôi nghiên cứu, không có ca nào có triệu chứng khít hàm trước phẫu thuật. Ghi nhận 01 trường hợp có triệu chứng tê vùng mặt cùng bên trước phẫu thuật và không ghi nhận triệu chứng đau. Tất cả bệnh nhân đến khám vì lý do phát hiện u to vùng hàm mặt.

Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi khám bệnh

Trong 21 ca chúng tôi nghiên cứu, 3 ca có diễn tiến lâm sàng dưới 12 tháng chiếm 14,3%, 13 ca (61,9%) có biểu hiện lâm sàng từ 12 đến 60 tháng và 5 ca (23,8%) khởi phát từ 61 đến 120 tháng.

Đặc điểm u

Vị trí khối u TNBMT lành tính trên lâm sàng

Bảng 3.3. Vị trí khối u trên lâm sàng

Vị trí u	Số BN (N=21)	Tỷ lệ (%)
Trái	7	33,3
Phải	12	57,2
Hai bên	2	9,5

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 7 ca có u tuyến mang tai bên trái chiếm 33,3%, có 12 ca có u tuyến mang tai bên phải chiếm 57,2%, có 2 ca có u tuyến mang tai 2 bên chiếm 9,5%.

Kích thước u TNBMT lành tính trên lâm sàng

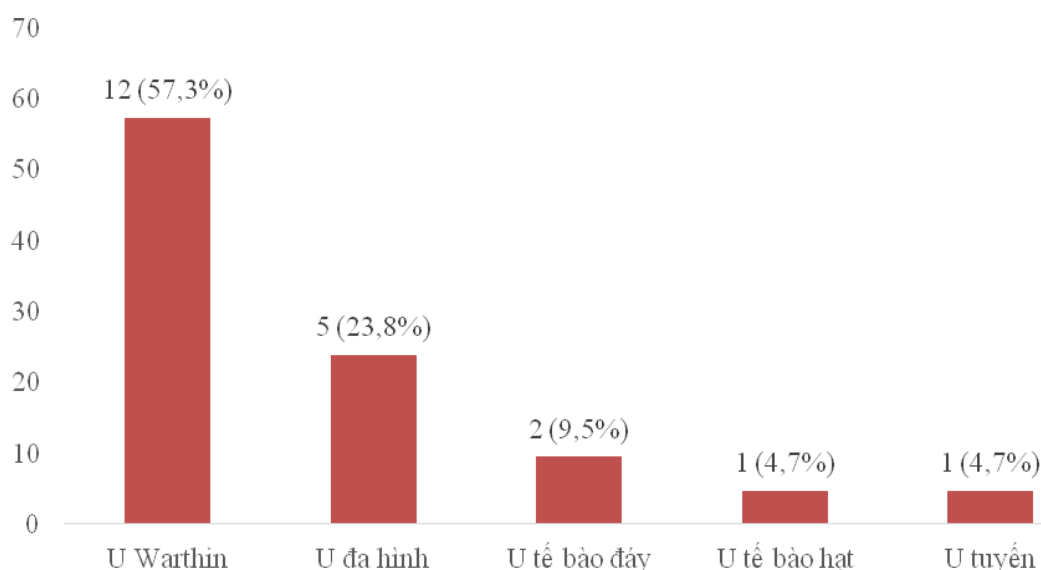
Trong 21 trường hợp, có 19 ca có kích thước từ 2 đến nhỏ hơn 4cm chiếm 90,5%, có 2 ca có kích thước từ 4 đến 6cm chiếm 9,5%.

Mật độ u TNBMT lành tính trên lâm sàng

Bảng 3.4. Mật độ u trên khám lâm sàng

Vị trí u	Số BN (N=21)	Tỷ lệ (%)
Mềm	2	9,5
Căng	3	14,3
Chắc	16	76,2
Cứng	0	0,0

Chúng tôi khám thấy 16 ca có mật độ chắc với 76,2%, 3 ca mật độ căng chiếm 14,3%. Không ghi nhận trường hợp u có mật độ cứng.

Đặc điểm u trên giải phẫu bệnh**Biểu đồ 3.3. Đặc điểm giải phẫu bệnh của u**

Chúng tôi ghi nhận có 12 ca u Warthin chiếm 57,3%, 5 ca u đa dạng chiếm 23,8%, 2 ca u tế bào đáy với 9,5%, 1 ca u tế bào hạt và 1 ca u tuyến cơ biểu mô, chiếm 4,7% mỗi trường hợp.

Kết quả phẫu thuật**Biến chứng trong thời gian nằm viện****Bảng 3.5. Biến chứng sau mổ**

Vị trí u	Số BN (N=21)	Tỷ lệ (%)
Liệt thần kinh VII	1	4,7
Tụ máu	1	4,7
Nhiễm trùng	0	0,0
Rò nước bọt	0	0,0

Trong 21 ca chúng tôi nghiên cứu, 1 ca liệt mặt và 1 ca tụ máu sau phẫu thuật. Không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng và rò nước bọt sau mổ.

Kết quả theo dõi sau phẫu thuật 6 tháng

Sau thời gian theo dõi 6 tháng, ghi nhận tất cả BN đều lành tốt. Không ghi nhận biến chứng liệt mặt và hội chứng Frey. Không ghi

nhận u tái phát. Sau thời gian theo dõi 6 tháng, kết quả xa của tất cả BN là tốt.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng đối tượng nghiên cứu

Giới tính

Trong nghiên cứu của chúng tôi trên 21 bệnh nhân, bệnh nhân nam là 15 chiếm 71,4%, và nữ 6 chiếm 28,6%. Nghiên cứu của tác giả Lưu Kim Trọng (2017) trong nhóm UBMLT tuyến nước bọt mang tai cũng ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh nghiêng về nam giới (58,6%) với tỷ lệ nam/nữ là 1,4/1. Tỷ lệ nam giới cũng chiếm phần hơn (54,7%) trong 106 trường hợp UBMLT theo tỷ lệ nam/nữ là 1,2/1 ở nghiên cứu của Tác giả Hàn Thị Vân Thanh (2001) trên 150 trường hợp u biểu mô TNBMT.

Tuổi

Tuổi mắc bệnh ở mọi lứa tuổi, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $54,91 \pm 11,62$ tuổi. Phân bố bệnh hay gặp nhất ở lứa tuổi > 60 tuổi chiếm 52,4%. Tác giả Lưu Kim Trọng (2017) nghiên cứu 105 trường hợp u biểu mô TNBMT, trong đó có 87 trường hợp UBMLT với tuổi dao động từ 14 đến 82 và tuổi trung bình là 48,8 tuổi ($SD=15,3$), nhóm tuổi thường gặp nhất là 50-59 chiếm 31%. Tác giả Lê Văn Quang (2013) nghiên cứu 95 trường hợp UBMLT tuyến nước bọt mang tai cho thấy tuổi thấp nhất là 15 tuổi và cao nhất là 84 tuổi, tuổi trung bình là 49 tuổi ($SD=15$), độ tuổi hay gặp nhất là 51- 60 tuổi chiếm 26,3%.

Thời gian diễn biến lâm sàng

Thời gian diễn biến lâm sàng ở các nhóm bệnh nghiên cứu chủ yếu ở khoảng từ 1 đến 5 năm, chiếm 61,9%. Tiếp sau là khoảng thời gian dưới 1 năm. Các nghiên cứu của tác giả Lưu Kim Trọng (2017), Đinh Xuân Thành

(2014), Lê Văn Quang (2013) và Hàn Thị Vân Thanh (2001) trong nhóm UBMLT cũng cho kết quả tương tự khi đa số bệnh nhân đến viện từ 1 – 5 năm chiếm tỷ lệ từ 47,6 – 54,7%.

Đặc điểm u

Thăm khám lâm sàng

U TNBMT có thể gặp ở cả bên phải và bên trái với tỷ lệ tương đương nhau. Tỷ lệ u phân bố bên phải và bên trái trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 57,2% và 33,3%. Tỷ lệ này trong nhóm u biểu mô lành tính (UBMLT) của các tác giả Lưu Kim Trọng (2017), Lê Văn Quang (2013), Hàn Thị Vân Thanh (2001) là như nhau, lần lượt là 51,7%/47,1%, 47,4%/52,6% và 50%/50%. Kích thước khối u chúng tôi hay gặp nhất là 2 – 4 cm chiếm tỷ lệ 90,5%. Tuy nhiên, trong nghiên cứu tác giả Lê Văn Quang (2013), kích thước u trung bình là 26 mm ($SD=8$) và đa số trường hợp <40 mm, chiếm tỷ lệ 87,3%. Theo nghiên cứu của tác giả Hàn Thị Vân Thanh (2001) trong nhóm UBMLT, số trường hợp u ≥ 40 mm chiếm hơn một nửa (51%), đồng thời kích thước u trung bình là 40 mm ($SD=19$) cao hơn nhiều so với kết quả của chúng tôi. Điều này có thể hiểu rằng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi thường đến khám sớm.

Đặc điểm giải phẫu bệnh

Thực tế thống kê kết quả giải phẫu bệnh trong nghiên cứu chúng tôi: 12 ca u Warthin chiếm 57,3%, 5 ca u đa dạng chiếm 23,8%, 2 ca u tế bào đáy chiếm 9,5%, 1 ca u tế bào hạt chiếm 4,7% và 1 ca u tuyến cơ biểu mô chiếm 4,7%. Tỷ lệ u tuyến đa hình của các tác giả trong nước như Lưu Kim Trọng (2017), Lê Văn Quang (2013) và Hàn Thị Vân Thanh (2001) trong nhóm UBMLT tuyến nước bọt mang tai chiếm 60,1 – 74,5% và gấp 2 – 6 lần so với u Warthin. Các kết quả

trên khác biệt hoàn toàn so với nghiên cứu của chúng tôi. Có thể liên quan đến vấn đề mẫu nghiên cứu do mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ.

Kết quả phẫu thuật

Tất cả đối tượng trong nghiên cứu chúng tôi đều được áp dụng phương pháp mổ bảo tồn áp dụng bóc u bảo tồn mô tuyến và dây thần kinh số VII. Điều trị phẫu thuật là phương pháp điều trị chính và là phương

pháp đầu tay trong điều trị tuyến nước bọt. Với các u lành tính phẫu thuật tốt tỷ lệ khỏi bệnh đạt 100%. Tuy nhiên, với các u tuyến đa hình là một u lành tính nhưng đôi khi u có các tua nhỏ rất dễ bị bỏ sót trong khi mổ hoặc nếu u to, nằm ở các thùy sâu của tuyến mang tai thì việc bóc hết tổn thương đôi khi gặp nhiều khó khăn, đôi khi có thể phạm phải dây VII gây giảm chức năng hoặc liệt dây VII sau mổ.



Hình 3.1 Bóc u bảo tồn mô tuyến và dây thần kinh VII

Biến chứng sau mổ

Trong nghiên cứu của Hàn Thị Vân Thanh, tỷ lệ liệt mặt 24,7%. Theo Phạm Hoàng Tuấn (2007), tỷ lệ này là 26,47%, tác giả cũng ghi nhận tỷ lệ tụ máu vết mổ sau mổ là 5,88%. Nhiễm trùng vết mổ sẽ ảnh hưởng xấu tới kết quả điều trị phẫu thuật, nguy cơ sớm là bục vết mổ và chảy máu, nguy cơ xa là sẹo vết mổ sẽ liền xấu. Tỷ lệ vết mổ liền tốt là 94,12%.

Kết quả theo dõi sau điều trị phẫu thuật sau 6 tháng

Phẫu thuật tuyến vốn là một kỹ thuật khó và phẫu trường nằm trong vùng giàu mạch máu, thần kinh và bạch huyết. Vấn đề sang chấn tổ chức và đặc biệt là dây vỏ bao của myelin hệ thống phân nhánh thần kinh VII là không thể tránh khỏi. Do vậy, sự sang chấn và tình trạng xung huyết, phù nề vùng phẫu thuật sẽ là nguyên nhân gây nên một số trường hợp bệnh nhân sau phẫu thuật có tình

trạng liệt dây thần kinh VII ở nhiều mức độ. Tuy vậy, sau một thời gian dài, triệu chứng sẽ hết dần. Chúng tôi không ghi nhận biến chứng nhiễm trùng vết mổ.

Qua thời gian theo dõi 6 tháng, chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng liệt mặt vĩnh viễn, hội chứng Frey và tái phát u. Điều này có thể là do thời gian nghiên cứu chúng tôi còn ngắn nên chưa ghi nhận được các biến chứng xa như hội chứng Frey và tỷ lệ tái phát. Chúng tôi tham khảo y văn, phương pháp lấy u bảo tồn tuyến có tỷ lệ tái phát và tỷ lệ có hội chứng Frey tương đối thấp. Tỷ lệ xuất hiện hội chứng Frey trong nhóm UBMLT ở nghiên cứu của Lưu Kim Trọng (2017), Võ Đăng Hùng (2008), Hàn Thị Vân Thanh (2001) lần lượt là 24,6%, 21,1% và 15,5%. Qua các nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy phương pháp phẫu thuật lấy u bảo tồn tuyến mang tai trong điều trị u tuyến mang tai lành tính là phương pháp

khả thi, có khả năng áp dụng tốt trong điều trị lâm sàng dưới phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 21 bệnh nhân được phẫu thuật từ 2020 đến 2021 tại bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi rút ra kết luận: Tuổi trung bình 54,91 tuổi với tuổi nhỏ nhất là 26 tuổi và tuổi lớn nhất 69 tuổi, trong đó, độ tuổi từ 60 trở lên chiếm đa số (52,4%). Đa số gặp ở nam giới với 71,4%. Triệu chứng thường gặp là to vùng trước tai, không đau. Phân bố chủ yếu 1 bên, 7 ca có u tuyến mang tai bên trái chiếm 33,3%, có 13 ca có u tuyến mang tai bên phải chiếm 57,2%, có 2 ca có u tuyến mang tai 2 bên chiếm 9,5%. Tất cả đều ở thùy nông tuyến mang tai. Phần lớn u có mật độ chắc với 76,2%. Giải phẫu bệnh u Wathin và u đa hình chiếm tỉ lệ cao, lần lượt là 57,3% và 23,8%.

Sau phẫu thuật, chỉ ghi nhận 01 trường hợp tụ máu sau mổ phục hồi sau 2 tuần và 01 trường hợp liệt mặt tạm thời, phục hồi hoàn toàn sau 1 tháng. Tất cả bệnh nhân lành vết thương tốt. Không ghi nhận các biến chứng như rò nước bọt, hội chứng Frey, liệt mặt vĩnh viễn. Không ghi nhận trường hợp nào tái phát u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Quang Long** (2008), Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật u tuyến mang tai và các biến chứng tại bệnh viện Tai Mũi Họng Trung Ương, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.

2. **Nguyễn Hữu Phúc** (2017), Kết quả cắt một phần thùy nông tuyến mang tai trong điều trị bướu hỗn hợp, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh.
3. **Nguyễn Minh Phương** (2000), Chụp tuyến có thuốc cản quang đối chiếu giải phẫu bệnh trong chẩn đoán và điều trị u tuyến nước bọt mang tai, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú các bệnh viện chuyên ngành Răng Hàm Mặt. Đại Học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Thu Phương** (2015), Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến mang tai tại Bệnh Viện K và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Lê Văn Quang** (2013), Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật u biểu mô lành tính tuyến mang tai từ năm 2009- 2013, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
6. **Đinh Xuân Thành** (2015), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật u tuyến nước bọt mang tai, Luận án tốt nghiệp tiến sĩ y học chuyên ngành Phẫu thuật Hàm Mặt, Trường Đại Học Y Hà Nội.
7. **Hàn Thị Vân Thanh** (2001), Nhận xét đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả phẫu thuật của u tuyến nước bọt mang tai ở bệnh viện K từ 1996-2001, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại Học Y Hà Nội.
8. **Phạm Hoàng Tuấn** (2007), Nghiên cứu lâm sàng, X quang, giải phẫu bệnh trong chẩn đoán và điều trị u hỗn hợp tuyến mang tai, Luận án tốt nghiệp Tiến sĩ y học chuyên ngành Phẫu thuật Hàm Mặt. Đại Học Răng Hàm Mặt.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN BẰNG PHƯƠNG PHÁP ĐỐT VI SÓNG

Nguyễn Hoàng Bé¹, Trần Minh Sang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp đốt vi sóng trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan.

Đối tượng và phương pháp: 67 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan điều trị bằng phương pháp đốt vi sóng.

Kết quả: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, tái phát tại chỗ, xuất hiện u mới của đốt vi sóng là 94%, 50,7%, 67,2%. Có khác biệt về tỷ lệ tái phát, xuất hiện u mới ở nhóm có khối u >3cm và nhóm có khối u ≤3cm ($p<0,001$). AFP trung vị sau đốt vi sóng 1 tháng giảm có ý nghĩa thống kê từ 38,1 ng/ml xuống 15,8 ng/ml, ($p<0,001$). Tỷ lệ sống không tiến triển 1 năm và 2 năm sau đốt vi sóng là 41,8% và 35,8% với thời gian sống không tiến triển trung bình là $18,7 \pm 14,4$ tháng. Biến chứng nhẹ chiếm 7,5%.

Kết luận: Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn của đốt vi sóng là 94%, kích thước u là yếu tố tiên đoán tái phát tại chỗ và xuất hiện u mới. Không có biến chứng nặng cần can thiệp sau đốt vi sóng.

Từ khóa: Ung thư biểu mô tế bào gan, đốt vi sóng.

SUMMARY

EVALUATE THE OUTCOMES OF MICROWAVE ABLATION IN THE TREATMENT OF HEPATOCELLULAR CARCINOMA

Objective: Evaluate the effectiveness and safety of microwave ablation in the treatment of hepatocellular carcinoma.

Subjects and methods: 67 patients with hepatocellular carcinoma treated with microwave ablation.

Results: Local recurrence, and new intrahepatic tumor rates after microwave ablation were 94%, 50.7%, 67.2%. There is a difference in the rate of recurrence and new intrahepatic tumors in the group with tumors > 3cm and the group with tumors ≤ 3cm ($p < 0.001$). Median AFP 1 month after microwave ablation decreased statistically significantly from 38.1 ng/ml to 15.8 ng/ml ($p<0.001$). The 1-year and 2-year progression-free survival rates after microwave ablation were 41.8% and 35.8% with a mean progression-free survival of 18.7 ± 14.4 months. Mild complications account for 7.5%.

Conclusion: The complete response rate of microwave ablation is 94%, tumor size is a factor predicting local recurrence and new intrahepatic tumor. There were no serious complications requiring intervention after microwave ablation.

Keywords: Hepatocellular carcinoma, microwave ablation.

¹Khoa U Gan – Trung Tâm Ung Bướu - Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Bé

SĐT: 0917699800

Email: nguyenhoangbe@gmail.com

Ngày nhận bài: 14/12/2023

Ngày phản biện khoa học: 27/12/2023

Ngày duyệt bài: 22/02/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô tế bào gan (UTBMTBG) có tần suất khá cao, đứng thứ 5 ở nam và thứ 9 ở nữ và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư nhiều thứ 2 ở nam và thứ 6 ở nữ. Việt Nam là vùng dịch tễ viêm gan vi-rút B và là nước tiêu thụ rượu bia hàng đầu thế giới, có tỷ lệ ung thư gan phổ biến thứ 2 ở nam sau ung thư phổi và phổ biến thứ 3 ở nữ sau ung thư vú, ung thư phổi^[2].

Bên cạnh ghép gan, phẫu thuật cắt bỏ khối u gan, phương pháp phá hủy khối u gan tại chỗ được xem là phương pháp điều trị UTBMTBG triệt để và ít xâm lấn nhất. Phẫu thuật chỉ được xem xét trên bệnh nhân tổng trạng tốt, chức năng gan cho phép, trong khi ghép gan tại Việt Nam chưa phổ biến, chỉ được thực hiện số ít ở các bệnh viện lớn. Sự xuất hiện nhiều loại thuốc nhắm trúng đích thế hệ mới đã làm tăng cơ hội điều trị và kéo dài cuộc sống cho những bệnh nhân giai đoạn muộn. Ngày nay điều trị UTBMTBG đa mô thức bằng việc phối hợp nhiều phương pháp điều trị trên cùng một bệnh nhân giúp tạo nhiều cơ hội điều trị hiệu quả cho nhiều bệnh nhân. Phương pháp phá hủy khối u gan bằng đốt nhiệt cao tần và đặc biệt là đốt vi sóng (ĐVS) ngày càng được áp dụng rộng rãi do tính hiệu quả cao và ít biến chứng, thay thế dần phương pháp phá hủy u gan bằng tiêm cồn, tiêm acetic acid trước kia. So với đốt nhiệt cao tần, ĐVS tỏ ra ưu thế hơn đối với các khối u kích thước lớn và khối u gần mạch máu. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá hiệu quả và an toàn của phương pháp đốt vi sóng trong điều trị ung thư biểu mô tế bào gan.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

67 bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG, điều trị bằng phương pháp đốt vi sóng và được theo dõi tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 08/2015 đến tháng 05/2019.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là UTBMTBG theo hướng dẫn chẩn đoán, điều trị của Bộ Y Tế, có 1 hay 2 khối u, đường kính $u \leq 5\text{cm}$, giai đoạn Child Pugh A hay B, khối u không thể phẫu thuật hoặc bệnh nhân từ chối phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có thể trạng $\text{PST} \geq 2$, rối loạn đông máu nặng, Child Pugh C, huyết khối tĩnh mạch (tĩnh mạch cửa, tĩnh mạch gan, tĩnh mạch chủ dưới), khối u xâm lấn các cơ quan cạnh gan hoặc di căn ngoài gan.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang, theo dõi dọc.

Các bước tiến hành: Bệnh nhân được chẩn đoán UTBMTBG thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh được điều trị bằng ĐVS, ghi nhận các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng trước và ngay sau thủ thuật, các biến chứng. Bệnh nhân tái khám tại thời điểm 1 tháng, 2 tháng và mỗi 3 tháng sau thủ thuật, được đánh giá hủy u hoàn toàn, hủy u không hoàn toàn, tái phát, u mới, huyết khối, di căn.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0. So sánh các biến số giữa 2 nhóm bệnh nhân bằng kiểm định chi bình phương hay kiểm định Fisher chính xác, kiểm định T với phương sai đồng nhất, kiểm định t với phương sai không đồng nhất, kiểm định Mann-Whitney. Xác định các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả, tái phát tại chỗ, u mới tại gan, huyết khối và di căn xa bằng hồi quy tuyến tính đa biến.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm cơ bản của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân

Giới	Nam/nữ	48/19
Tuổi	TB ± ĐLC	58,9 ± 12,4
Tiểu cầu (G/L)	TB ± ĐLC	157,2 ± 70,1
AST (U/L)	TB ± ĐLC	73,4 ± 49,3
ALT (U/L)	TB ± ĐLC	67,3 ± 45,1
Bilirubin (mg/dL)	TB ± ĐLC	1,0 ± 0,6
Child Pugh	A/B	62/5
Kích thước u	<2/2-3/>3	6/29/32
	TB ± ĐLC	3,03 ± 0,94

Ghi chú: TB: Trung bình, ĐLC: Độ lệch chuẩn

Thay đổi nồng độ AFP sau 1 tháng điều trị

Bảng 2. Thay đổi nồng độ AFP sau 1 tháng điều trị

Nồng độ AFP	Trước điều trị	Sau điều trị 1 tháng	Giá trị p
Nhỏ nhất	2,2	1,8	< 0,001
Lớn nhất	18991	1076	
Trung vị	38,1	15,8	

Giá trị AFP giảm sau đợt vi sóng 1 tháng có ý nghĩa thống kê.

Phá hủy hoàn toàn

Bảng 3. Phá hủy hoàn toàn

Kích thước u (cm)	Đáp ứng hoàn toàn		Đáp ứng không hoàn toàn		Giá trị p
	n	%	n	%	
> 3	29	90,6	3	9,4	0,261
≤ 3	34	97,1	1	2,9	
Tổng	63	94	4	6	

Không có sự khác biệt về tỷ lệ phá hủy u hoàn toàn ở hai nhóm kích thước u >3cm và ≤ 3cm.

Tái phát tại gan và u mới

Bảng 4. Tái phát tại chỗ và u mới

Kích thước u (cm)	Tái phát tại chỗ		Giá trị p	U mới		Giá trị p
	n	%		n	%	
> 3	23	71,9	0,001	6	18,8	0,019
≤ 3	11	31,4		16	45,7	

Kích thước u là yếu tố nguy cơ tái phát tại chỗ và xuất hiện u mới.

Thời gian tái phát

Bảng 5. Thời gian tái phát

Thời gian tái phát tại gan (tháng)	12,97 ± 10,68
Thời gian xuất hiện u mới (tháng)	17,55 ± 12,01
Thời gian sống không tiến triển	18,73 ± 14,41

Di căn xa**Bảng 6. Di căn xa**

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Huyết khối	1	1,5
Di căn xa	2	3

Triệu chứng và biến chứng sau thủ thuật**Bảng 7. Triệu chứng sau thủ thuật**

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Đau vùng đốt gan	19	28,4
Sốt	6	9,0
Buồn nôn, nôn	7	10,4

Bảng 8. Biến chứng sau thủ thuật

Biến chứng		Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhẹ	Bỏ vị trí cấy kim	2	3,0
	Tụ máu dưới bao gan	1	1,5
	Tràn dịch màng phổi	2	3,0
Nặng		0	
Tử vong		0	

IV. BÀN LUẬN**Thay đổi AFP sau điều trị 1 tháng**

AFP cho đến nay vẫn là dấu ấn ung thư chủ yếu để đánh giá hiệu quả điều trị, theo dõi cũng như tiên lượng tái phát. Trong trường hợp trước điều trị nồng độ AFP tăng, AFP giảm nhiều hay trở về bình thường sau điều trị gợi ý đáp ứng điều trị tốt. Và ngược lại, nếu AFP không giảm sau điều trị sẽ gợi ý đáp ứng không hoàn toàn hay xuất hiện u mới, có xâm lấn tĩnh mạch, có di căn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, AFP trung vị sau ĐVS 1 tháng giảm từ 38,1 ng/ml xuống 15,8 ng/ml, mức giảm này khác biệt có ý nghĩa thống kê. Dong B. và cs ghi nhận 2-4 tuần sau thủ thuật 72,66% bệnh nhân có AFP giảm về mức bình thường; 20,14% bệnh

nhân có AFP giảm nhưng chưa về mức bình thường và 7,19% bệnh nhân có AFP không đổi^[4].

Phá hủy u hoàn toàn

Phá hủy u hoàn toàn là tiêu chí chính để đánh giá hiệu quả điều trị, thời điểm để đánh giá là 1 tháng sau thủ thuật. Đốt vi sóng qua da dưới hướng dẫn siêu âm của chúng tôi có tỷ lệ phá hủy hoàn toàn là 94%, tỷ lệ này tương đồng với nhiều nghiên cứu. Phá hủy khối u hoàn toàn phụ thuộc khá nhiều vào kỹ thuật viên như kinh nghiệm, tuân thủ các nguyên tắc cơ bản (như mép đốt an toàn, thời gian đốt) cũng như một số kỹ thuật phá hủy u lớn (kỹ thuật đốt nhiều vùng chồng lấp để tạo thành một vùng đốt đồng nhất ở khối u lớn, sử dụng kim chùm) sẽ tạo được vùng phá

hủy tốt hơn. Võ Hội Trung Trực và cs ghi nhận tỷ lệ phá hủy hoàn toàn sau ĐVS là 95,7%^[1], Brunello F. và cs tỷ lệ này là 90,9%^[3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ phá hủy hoàn toàn sau ĐVS ở khối u ≤ 3 cm là 97,1%. Tỷ lệ phá hủy hoàn toàn ở khối > 3 cm là 90,6%. Phân tích yếu tố nguy cơ không cho thấy khác biệt về đáp ứng hoàn toàn giữa nhóm kích thước khối u ≤ 3 cm và > 3 cm. Lu M.D. và cs ghi nhận tỷ lệ phá hủy hoàn toàn của ĐVS ở nhóm bệnh nhân có u ≤ 3 cm là 98,6% cao hơn so với nhóm có u > 3 cm là 83,3% ($p = 0,01$)^[5].

Tái phát tại chỗ

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tái phát tại chỗ sau ĐVS toàn bộ 50,7% với thời gian tái phát trung bình 12,97 tháng. Tỷ lệ này khá cao so với các nghiên cứu khác. Võ Hội Trung Trực và cs ghi nhận tỷ lệ tái phát tại chỗ thời điểm 2 năm sau ĐVS là 39,7% với thời gian tái phát trung bình là $11 \pm 6,4$ tháng^[1]. Kích thước u ảnh hưởng đến khả năng tái phát tại chỗ của ĐVS, tỷ lệ tái phát tại chỗ sau ĐVS ở nhóm khối u ≤ 3 cm là 31,4% và nhóm có khối u > 3 cm là 71,9% ($p = 0,001$). Lu M.D. và cs ghi nhận tỷ lệ tái phát tại chỗ sau ĐVS ở nhóm bệnh nhân có u ≤ 3 cm là 6,8% thấp hơn so với nhóm có u > 3 cm là 30% ($p = 0,01$)^[6]. Một số nghiên cứu ghi nhận vị trí khối u có ảnh hưởng đến tỷ lệ tái phát tại chỗ. Kỹ thuật tạo dịch bàng quang tạo để tách gan ra các cơ quan khác đối với các khối u bề mặt, gần cơ hoành, ruột, thận làm giảm tỷ lệ tái phát tại chỗ.

Xuất hiện u mới tại gan

Xuất hiện u mới sau ĐVS có thể là hiện

tượng di căn vi thể trong gan của u nguyên phát nhưng không thể phát hiện trên chẩn đoán hình ảnh trước thủ thuật hay có thể là di căn xảy ra sau thủ thuật Theo nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ xuất hiện u mới ở nhóm ĐVS là 32,8% với thời gian xuất hiện u mới trung bình là $17,55 \pm 12,01$ tháng, kích thước u là yếu tố nguy cơ xuất hiện u mới tại gan. Võ Hội Trung Trực và cs nhận thấy tiểu cầu < 100 G/L là yếu tố nguy cơ xuất hiện u mới tại gan^[1]. Izumi N. và cs ghi nhận nồng độ AFP cao có ý nghĩa thống kê ở nhóm tái phát trong gan^[7].

Thời gian sống không tiến triển

Đây là thời gian từ khi khối u được phát hủy hoàn toàn đến khi xuất hiện mô u trong hay ngoài gan. Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sống không tiến triển 1 năm và 2 năm lần lượt là 56,7% và 35,8% với thời gian sống tiến triển trung bình là 18,73 tháng. Kết quả của chúng tôi không quá khác biệt với các nghiên cứu khác. Lu M.D. và cs ghi nhận thời gian sống không bệnh tiến triển 1 năm, 2 năm, 3 năm, 4 năm của bệnh nhân điều trị ĐVS là 45,9%, 26,9%, 26,9%, 13,4% với thời gian sống không bệnh tiến triển trung bình 15,5 tháng^[6]. Zhang L. và cs nghiên cứu khối u ≤ 5 cm ghi nhận tỷ lệ sống không bệnh tiến triển 1 năm, 3 năm, 5 năm ở nhóm ĐVS là 62,3%, 33,8%, 20,8%^[8].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, tái phát tại chỗ, u mới tại gan của ĐVS là 94%, 50,7% và 67,2%. Kích thước khối u là yếu tố nguy cơ tái phát tại chỗ và xuất hiện u mới tại gan.

Giá trị AFP giảm sau đốt vi sóng 1 tháng có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ sống không tiến triển 1 năm và 2 năm sau ĐVS là 41,8% và 35,8% với thời gian sống không tiến triển trung bình là $18,7 \pm 14,4$ tháng. Kích thước u là yếu tố tiên đoán tái phát tại chỗ và xuất hiện u mới. Biến chứng nhẹ chiếm 7,5%, không có biến chứng nặng cần can thiệp sau đốt vi sóng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Hội Trung Trực, Trần Việt Tú** (2018) “Comparison of the therapeutic efficacy of microwave ablation and radiofrequency ablation for hepatocellular carcinomas”, Tạp chí Y Dược học Quân sự, 43(2), 134-141.
2. **Bray F., Ferlay J., Torre L.A., Siegel R.L. et al.** (2018) “Global cancer statistics”, Globocan Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, 65(2): 87-108.
3. **Brunello F.C.P., Gaia S.** (2012) “Local tumor progression of hepatocellular carcinoma after microwave percutaneous ablation: A Preliminary Report”, Gastroenterology Research, 5(1): 28-32.
4. **Dong B., Liang P., Yu X. et al.** (2003) “Percutaneous sonographically guided microwave coagulation therapy for hepatocellular carcinoma: results in 234 patients”, American Journal of Roentgenology, 180(6): 1547-1555.
5. **Liu Y., Zheng Y., Li S. et al.** (2004) “Percutaneous microwave ablation of larger hepatocellular carcinoma”, Clinical Radiology, 68(1): 21-26.
6. **Lu M.D., Xu H.X., Xie X.Y. et al.** (2005) “Percutaneous microwave and radiofrequency ablation for hepatocellular carcinoma: a retrospective comparative study”, Journal of Gastroenterology, 40(11): 1054-1060.
7. **Izumi N., Asahina Y., Noguchi O. et al.** (2001) “Risk factors for distant recurrence of hepatocellular carcinoma in the liver after complete coagulation by microwave or radiofrequency ablation”, Cancer, 91(5): 949-956.
8. **Zhang L., Wang N., Shen Q. et.al.** (2013) “Therapeutic efficacy of percutaneous radiofrequency ablation versus microwave ablation for hepatocellular carcinoma”, PloS one, 8(10): 76119.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN LO ÂU, TRẦM CẢM Ở NGƯỜI BỆNH UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI KHOA U GAN BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Phan Thị Thanh Ngọc¹, Nguyễn Thị Kim Bằng¹,
Phạm Thị Hiền Muội¹, Trần Nguyên Lộc¹, Phạm Thị Ngát¹,
Phan Thị Như Quỳnh¹, Nguyễn Thị Nhi¹, Phạm Thị Thanh Loan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ lo âu, trầm cảm ở người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan (NB UTBMTBG) đang điều trị tại khoa U Gan Bệnh viện Chợ Rẫy và xác định một số yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Từ tháng 10/2023 đến tháng 12/2023, nghiên cứu cắt ngang mô tả trên 308 NB UTBMTBG đang điều trị tại khoa U Gan Bệnh viện Chợ Rẫy, thỏa các tiêu chí chọn mẫu và đồng ý tham gia nghiên cứu được tiến hành phỏng vấn trên bộ câu hỏi soạn sẵn.

Kết quả: Tỷ lệ mắc lo âu, trầm cảm ở người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan là 32,5% và 37,3%. Ngoài ra nghiên cứu cũng ghi nhận có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tuổi và phương pháp điều trị đến lo âu và trầm cảm với $p < 0.05$.

Kết luận: Kết quả nghiên cứu tìm ra tỷ lệ lo âu, trầm cảm của NB UTBMTBG còn chiếm tỷ lệ cao. Có mối liên quan giữa mức độ lo âu, trầm cảm với tuổi, phương pháp điều trị.

Kiến nghị: Giải thích tình trạng và các bước trong chăm sóc điều trị giúp NB hiểu rõ hơn về

bệnh. Tăng cường chăm sóc tinh thần, đồng hành với người bệnh để kịp thời tư vấn và hỗ trợ khi cần thiết, đặc biệt là những người bệnh lớn tuổi và người bệnh điều trị ở giai đoạn không sớm, từ đó giảm lo âu, trầm cảm trong quá trình điều trị bệnh.

Từ khóa: Lo âu, Trầm cảm, Ung thư biểu mô tế bào gan

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH ANXIETY AND DEPRESSION IN PATIENTS WITH HEPATOCELLULAR CARCINOMA AT THE LIVER TUMOR DEPARTMENT OF CHO RAY HOSPITAL

Objective: To survey the rate of anxiety and depression in patients with hepatocellular carcinoma (HCC) being treated at the Liver Tumor Department of Cho Ray Hospital and identify some related factors.

Research subjects and methods: From October 2023 to December 2023, a descriptive cross-sectional study on 308 HCCs being treated at the Liver Tumor Department of Cho Ray Hospital met the sampling criteria and agreed to participate. Researchers were interviewed using a set of pre-prepared questions.

Results: The incidence of anxiety and depression in patients with hepatocellular carcinoma was 32.5% and 37.3%. In addition, the study also noted a relationship between age

¹Khoa U Gan - Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Thanh Ngọc
SĐT: 0706948435

Email: ngocphan0911@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 25/01/2024

Ngày duyệt bài: 22/02/2024

and treatment methods for anxiety and depression with $p < 0.05$.

Conclusion: The study results found that the rate of anxiety and depression in HCC is still high. There is a relationship between the level of anxiety and depression with age and treatment methods.

Recommendation: Explain the condition and steps in care and treatment to help patients better understand the disease. Strengthen spiritual care and accompany patients to promptly advise and support when necessary, especially elderly patients and patients treated in the early stages, thereby reducing anxiety and depression, feeling during treatment.

Keywords: Anxiety, Depression, Hepatocellular carcinoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư gan là loại ung thư phổ biến thứ 5 trên toàn thế giới, đồng thời là nguyên nhân thứ 2 gây tử vong do ung thư⁽¹⁾. Hiện nay ung thư gan là một thách thức sức khỏe toàn cầu và tỷ lệ mắc bệnh đang gia tăng trên toàn thế giới, người ta ước tính đến năm 2025, trong một năm có hơn 1 triệu người sẽ bị ảnh hưởng bởi ung thư⁽¹⁾. Khi NB đối diện với chẩn đoán ung thư thường đối diện về vấn đề tâm lý biểu hiện ra ngoài như lo âu và trầm cảm. Trên thực tế khi NB được chẩn đoán ung thư tùy theo đặc điểm, tình huống và hoàn cảnh NB sẽ có những biểu hiện cảm xúc như đối phó với sự căng thẳng trước chẩn đoán ung thư như xu hướng bất lực và tuyệt vọng. Hiện nay vấn đề chăm sóc về tinh thần cho NB ung thư chưa được chú trọng, vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu “*Khảo sát mức độ lo âu, trầm cảm ở người bệnh ung thư biểu mô tế bào gan đang điều trị tại khoa U Gan bệnh viện Chợ Rẫy và xác định một số yếu tố liên quan*” để có kế hoạch

hỗ trợ cải thiện chất lượng cuộc sống của NB.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: NB UTBMTBG đang điều trị tại khoa U Gan bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2023 đến tháng 12/2023, 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu. NB có tiền sử lo âu, trầm cảm điều trị trước đó, NB có rối loạn về ngôn ngữ và thính giác được loại ra khỏi nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu theo ước lượng một tỉ lệ

$$n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2(1-p)p}{d^2}$$

Giá trị P dựa trên nghiên cứu của Darren Jun Hao Tan (2022), $p=0,24^{(2)}$; sai số tuyệt đối cho phép, chọn $d=0,05$. Cỡ mẫu tối thiểu tính được là 208 NB. Dự trừ 10 % từ chối tham gia nghiên cứu, chúng tôi lấy cỡ mẫu là 308 NB.

Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên có hệ thống NB UTBMTBG điều trị tại khoa U Gan bệnh viện Chợ Rẫy đáp ứng được tiêu chuẩn lựa chọn cho tới khi đủ cỡ mẫu.

Thu thập thông tin: phỏng vấn trực tiếp NB với bộ câu hỏi.

Bộ câu hỏi gồm: đặc điểm cá nhân, lo âu, trầm cảm. Đối với bộ câu hỏi lo âu (BECK BAI) và bộ câu hỏi trầm cảm (BECK BDI) dựa theo công văn bộ y tế về hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp⁽³⁾.

Chỉ số nghiên cứu và cách đánh giá:

Dựa trên tổng điểm lo âu và trầm cảm, chúng tôi chia mẫu nghiên cứu thành hai nhóm như sau: tổng điểm BECK BAI từ 9

trở lên nghĩa là NB đang bị lo âu theo Hyneonju Oh⁽⁴⁾ và tổng điểm BECK BDI từ 11 trở lên nghĩa là NB đang bị trầm cảm theo Mariusz S Wiglus⁽⁵⁾.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0. Số liệu định lượng sau khi thu thập được làm sạch, nhập vào máy tính bằng phần mềm Epi Data 3.1

+ Phân mô tả: thể hiện tần số của các biến số trong nghiên cứu

+ Phân phân tích: Xem xét các mối liên quan giữa các đặc điểm nhân khẩu học, phương pháp điều trị của NB với lo âu và trầm cảm sử dụng phép kiểm định Chi square test (χ^2), độ mạnh của mối liên quan được

xác định bằng tỷ số chênh OR và khoảng tin cậy (CI) 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tổng cộng có 308 bệnh nhân HCC được đưa vào tiêu chí. Tất cả 308 người tham gia đều đồng ý tham gia nghiên cứu, quan tâm đến nghiên cứu và hoàn thành khảo sát: 257 (83,4%) là nam giới, độ tuổi trung bình (TB) của những người tham gia là 64,49 tuổi, nhỏ nhất là 32 tuổi và lớn nhất 86 tuổi. Về tình trạng hôn nhân, 93,8% đã kết hôn, 1,3% độc thân, 0,3% sống chung và 4,5% góa bụa. Về điều trị ung thư, 5,5% phẫu thuật, 71,1% TACE, 23,4% điều trị MWA (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n= 308)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ %
Tuổi (năm)	TB (ĐLC) ^a : 64.49 (10.27)	32-86
≤ 40	7	2.3
41-50	23	7.5
51-60	61	19.8
61-70	133	43.2
>70	84	27.3
Giới tính		
Nam	257	83.4
Nữ	51	16.6
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	4	1.3
Đã kết hôn	289	93.8
Ly thân/ly hôn	1	0.3
Sống chung	14	4.5
Phương pháp điều trị		
Phẫu thuật	17	5.5
TACE	219	71.1
MWA	72	23.4

^aTB (ĐLC): Trung bình (Độ lệch chuẩn)

Tỷ lệ lo âu, trầm cảm (37,3%) được xác định là mắc chứng trầm cảm (Bảng 2). Tỷ lệ trầm cảm cao hơn lo âu. Tỷ lệ lo âu và trầm cảm của NB là phổ biến ở 308 người tham gia, 100 (32,5%) Điểm TB lo âu NB là $7,54 \pm 6,53$ và trầm được xác định là mắc chứng lo âu và 115 cảm là $10,35 \pm 7,71$.

Bảng 2. Tỷ lệ lo âu, trầm cảm theo Beck BAI, Beck BDI (n= 308)

Nội dung	Tần số (n)	Tỷ lệ %
TB BAI $\pm$ SD: 7.54 ± 6.53		
Lo âu (9 là điểm giới hạn)		
Không lo âu	208	67.5
Lo âu	100	32.5
TB BDI $\pm$ SD: 10.35 ± 7.71		
Trầm cảm (11 là điểm giới hạn)		
Không trầm cảm	193	62.7
Trầm cảm	115	37.3

Mối liên quan giữa các đặc điểm cá nhân, phương pháp điều trị với lo âu, trầm cảm ở NB

Kết quả được trình bày trong bảng 3 cho thấy mối quan hệ giữa lo âu, trầm cảm với các đặc điểm cá nhân, phương pháp điều trị ở 308 NB. Dựa trên kết quả, tuổi tác ($p = 0,011$) và liệu pháp điều trị ($p = 0,003$) là những yếu tố quan trọng liên quan đến lo âu. Những người tham gia từ 60 tuổi trở xuống thể hiện sự lo âu 22%, trong khi những người trên 60 tuổi có tỷ lệ lo âu cao hơn ở mức 36,9%, cho thấy mối liên quan đáng kể (OR

BAI, lo âu; BDI, trầm cảm = 2,07, KTC 95%: 1,17-3,65, $p = 0,011$). Sự khác biệt về giới cho thấy một xu hướng, với tỷ lệ lo âu là 31,1% ở nam và 39,2% ở nữ, mặc dù chưa đạt được ý nghĩa thống kê ($p = 0,260$). Tình trạng hôn nhân không tác động đáng kể đến sự lo âu, với tỷ lệ 32,5% ở những người đã kết hôn và 31,6% ở những người khác (OR = 0,95, 95% CI: 0,35-2,59, $p = 0,932$). Đáng chú ý, liệu pháp điều trị đóng một vai trò, như TACE có liên quan đến tỷ lệ lo âu cao hơn (37,4%) so với PT + MWA (20,2%) (OR = 1,85, KTC 95%: 1,18-2,89, $p = 0,003$).

Bảng 3. Mối liên quan giữa các đặc điểm cá nhân với lo âu của NB (n= 308)

Bảng 3: Một nền quản giáo các tập đoàn cá nhân và nhân vật của họ (n = 500)					
Biến số	Tổng	Lo âu, n (%)	Không lo âu, n (%)	OR (95%CI)	p
Tuổi (năm): 0,011*					
≤ 60	91	20 (22)	71 (78)	2.07 (1.17-3.65)	
> 60	217	80 (36.9)	137 (63.1)		
Giới tính: 0.260					
Nam	257	80 (31.1)	177 (68.9)	(1.17-3.65)	
Nữ	51	20 (39.2)	31 (60.8)		

Tình trạng hôn nhân: 0.932					
Đã kết hôn	289	94 (32.5)	195 (67.5)	0.95	
Tình trạng khác	19	6 (31.6)	13 (68.4)	(0.35-2.59)	
Phương pháp điều trị: 0,003*					
TACE	219	82 (37.4)	137 (62.6)	1.85	
PT + MWA	89	18 (20.2)	71 (79.8)	(1.18-2.89)	

Kiểm định Chi bình phương: * $p < 0,05$

Những phát hiện được trình bày trong Bảng 5 làm sáng tỏ các yếu tố liên quan ở 308 người tham gia. Kết quả chỉ ra rằng tuổi ($p < 0,001$), giới tính ($p = 0,002$), tình trạng hôn nhân ($p = 0,031$) và phương pháp điều trị ($p = 0,015$) là những yếu tố liên quan đến trầm cảm. Những người tham gia từ 60 tuổi trở xuống bị trầm cảm trong 20,9% trường hợp, trong khi những người trên 60 tuổi có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn đáng kể ở mức 44,2%, cho thấy mối liên quan đáng kể ($OR = 3,01$, KTC 95%: 1,69-5,32, $p < 0,001$). Sự chênh lệch giới tính là rõ ràng, trong đó nam giới có tỷ lệ trầm cảm là 33,5% và nữ giới có tỷ lệ trầm cảm cao hơn đáng kể là 56,9% ($OR = 2,62$, KTC 95%: 1,42-4,83, $p = 0,002$). Tình

trạng hôn nhân đã chứng minh tác động có ý nghĩa, vì những người đã kết hôn biểu hiện trầm cảm trong 35,6% trường hợp, trong khi những người có tình trạng hôn nhân khác có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn là 63,2% ($OR = 2,96$, KTC 95%: 1,61-5,43, $p = 0,031$). Hơn nữa, phương pháp điều trị cũng đóng một vai trò quan trọng, trong đó TACE liên quan đến tỷ lệ trầm cảm cao hơn (41,6%) so với PT + MWA (27,0%) ($OR = 1,54$, KTC 95%: 1,05-2,24, $p = 0,015$). Những mối liên hệ này làm nổi bật bản chất nhiều mặt của trầm cảm ở NB UTBMTBG, cung cấp những hiểu biết có giá trị cho các biện pháp can thiệp có mục tiêu và chiến lược hỗ trợ sức khỏe tâm thần cho NB.

Bảng 5. Mối liên quan giữa các đặc điểm cá nhân với trầm cảm của NB (n= 308)

Biến số	Tổng	Trầm cảm n (%)	Không trầm cảm (%)	OR (95%CI)	P
Tuổi (năm): <0.001 *					
≤ 60	91	19 (20.9)	72 (79.1)	3.01	
> 60	247	96 (44.2)	151 (55.8)	(1.69-5.32)	
Giới tính: 0.002*					
Nam	257	86 (33.5)	171 (66.5)	2.62	
Nữ	51	29 (56.9)	22 (43.1)	(1.42-4.83)	
Tình trạng hôn nhân: 0.031 *					
Đã kết hôn	289	103 (35.6)	186 (64.4)	2.96	
Tình trạng khác	19	12 (63.2)	7 (36.8)	(1.61-5.43)	
Phương pháp điều trị: 0.015 *					
TACE	219	91 (41.6)	128 (58.4)	1.54	
PT + MWA	89	24 (27.0)	65 (73)	(1.05-2.24)	

Kiểm định Chi bình phương: * $p < 0,05$

Mối liên quan giữa lo âu và trầm cảm

Bảng 6. Phân tích thống kê cho thấy mối liên quan đáng kể ($\chi^2 = 80,49$, $p < 0,001$), được hỗ trợ bởi tỷ lệ chênh lệch là 10,68 (KTC 95%: 6,126 - 18,639). Đối với những người tham gia không lo âu, 79,8% (166 người) không bị trầm cảm, trong khi 20,2% (42 người) thì có. Trong nhóm lo âu, 27,0% (27 người) không bị trầm cảm, trong khi 73,0% (73 người) bị trầm cảm. Tổng cỡ mẫu

là 308, với 62,7% (193) không bị trầm cảm và 37,3% (115) bị trầm cảm. Kiểm định chi bình phương cho thấy mối liên quan có ý nghĩa ($p < 0,001$) với tỷ lệ chênh lệch là 10,68 và khoảng tin cậy 95% là 6,12-18,63. Những phát hiện này nhấn mạnh mối liên hệ chặt chẽ giữa lo âu và trầm cảm ở NB UTBMTBG, nhấn mạnh sự cần thiết của các chiến lược chăm sóc sức khỏe tâm thần toàn diện trong nhóm dân số này.

Bảng 6. Mối liên quan giữa lo âu và trầm cảm (n = 308)

Biến số	Không trầm cảm n (%)	Trầm cảm n (%)	Tổng
Không lo âu n (%)	166 (79.8)	42 (20.2)	208 (67.5)
Lo âu n (%)	27 (27.0)	73 (73.0)	100 (32.5)
Tổng	193 (62.7)	115 (37.3)	308 (100)

Kiểm định Chi bình phương: 80,49 $p < 0,001$, OR = 10,68, Khoảng tin cậy 95%: 6,12-18,63

IV. BÀN LUẬN

Trong số 308 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tỷ lệ nam cao hơn nữ, chiếm 79% và phần lớn bệnh nhân có độ tuổi trên 60 tuổi, chiếm 70,5% với độ tuổi trung bình là $65,51 \pm 10,27$ tuổi. Kết quả của chúng tôi tương tự về tỷ lệ nam giới với nghiên cứu của nhiều tác giả Nguyễn và Nguy⁽⁶⁾ 82,05%; Wang và cộng sự⁽⁷⁾ 74,78%. Về tuổi trung bình, theo Nguyễn và Lưu⁽⁸⁾ là 59 tuổi, Geschwind kết quả gần giống với nghiên cứu của chúng tôi khi độ tuổi TB lần lượt là 63,5 tuổi. Mặt khác, một số nghiên cứu cho thấy độ tuổi trung TB cao hơn nghiên cứu của chúng tôi Shigeo Shimose tuổi TB 72 tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ mắc lo âu, trầm cảm ở NB UTBMTBG lần lượt là 32,5% và 37,3%, nghiên cứu trước đó báo cáo rằng lo âu, trầm cảm là bệnh đi kèm với ung thư. Những phát hiện này phù hợp với

các nghiên cứu khác đã báo cáo tỷ lệ trầm cảm và lo âu cao ở NB ung thư. Tỷ lệ trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu Hong 2014, Hong báo cáo tỷ lệ trầm cảm là 67% một lời giải thích cho tỷ lệ lưu hành thấp hơn trong nghiên cứu hiện tại có thể là sự khác biệt về giai đoạn bệnh, điều này có nguy cơ làm tăng tỷ lệ trầm cảm.

Tỷ lệ mắc lo âu và trầm cảm cao ở những NB trên 60 tuổi và được điều trị bằng phương pháp TACE có mối liên quan đáng kể. Tần suất lo âu và trầm cảm cao này có thể liên quan đến giai đoạn cuối và tiên lượng xấu của bệnh nhân, gây ra việc lựa chọn TACE là con đường điều trị duy nhất. Trong nghiên cứu của chúng tôi, lo âu và trầm cảm có tần suất cao hơn ở tuổi già. Tuổi già làm tăng thời gian mắc bệnh, xác suất di căn ung thư cao và tàn tật nhiều hơn và những tình trạng này làm tăng lo âu và trầm

cảm ở bệnh nhân lớn tuổi. Tóm lại, sàng lọc lo âu và trầm cảm được khuyến nghị là một cách tiếp cận cần thiết để nâng cao chất lượng chăm sóc NB về tinh thần. Mặt khác, sau khi chẩn đoán các rối loạn tâm lý, phải thực hiện các can thiệp thích hợp để cải thiện chất lượng cuộc sống ở NB ung thư.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ lo âu và trầm cảm ở NB lần lượt là 32,5% và 37,3%. NB lớn tuổi và điều trị bằng phương pháp TACE là những yếu tố ảnh hưởng đáng kể đến sự lo âu và trầm cảm ở NB ung thư.

Giải thích tình trạng và các bước trong chăm sóc điều trị giúp NB hiểu rõ hơn về bệnh. Tăng cường chăm sóc tinh thần, đồng hành với người bệnh để kịp thời tư vấn và hỗ trợ khi cần thiết, đặc biệt là những người bệnh lớn tuổi và người bệnh điều trị ở giai đoạn không sớm, từ đó giảm lo âu, trầm cảm trong quá trình điều trị bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Renne S.L., Sarcognato S., Sacchi D., et al. (2021). Hepatocellular carcinoma: a clinical and pathological overview. *Pathologica*, 113(3), 203–217.
2. Tan, D. J. H., Quek, S. X. Z., Yong, J. N., Suresh, A., Koh, K. X. M., Lim, W. H., Quek, J., Tang, A., Tan, C., Nah, B., Tan, E., Keitoku, T., Muthiah, M. D., Syn, N., Ng, C. H., Kim, B. K., Tamaki, N., Ho, C. S. H., Loomba, R., & Huang, D. Q. (2022). Global prevalence of depression and anxiety in patients with hepatocellular carcinoma: Systematic review and meta-analysis. *Clinical and Molecular Hepatology*, 28(4), 864–875. <https://doi.org/10.3350/cmh.2022.0136>
3. Quyết định số 2058/QĐ-BYT về việc phê duyệt tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp”.
4. Oh, H., Park, K., Yoon, S., Kim, Y., Lee, S.-H., Choi, Y. Y., & Choi, K.-H. (2018). Clinical Utility of Beck Anxiety Inventory in Clinical and Nonclinical Korean Samples. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 666. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00666>
5. Wiglusz, M. S., Landowski, J., Michalak, L., & Cubala, W. J. (2017). Validation of the Polish version of the Beck Depression Inventory in patients with epilepsy. *Epilepsy & Behavior: E&B*, 77, 58–61. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2017.09.023>
6. Nguyễn Đ. S., & Ngụy Như. (2022). Ghi nhận ung thư biểu mô tế bào gan tại Khoa U gan Bệnh viện Chợ Rẫy 2010-2021. *Journal of 10 8 - Clinical Medicine and Pharmacy*. <https://doi.org/10.52389/ydls.v17iDB.1258>
7. Wang, Z. X., Li, L., & Tao, F. Y. (2018). Health education helps to relieve postembolization pain during hepatic arterial chemoembolization therapy. *Journal of Pain Research*, 11, 2115–2121. <https://doi.org/10.2147/JPR.S166333>
8. Nguyen C. L., & Luu T. M. D. (2022). ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ TACE Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN KHỐI U GAN KÍCH THUỐC TRÊN VÀ DƯỚI 5 CM. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 512(1), Article 1. <https://doi.org/10.51298/vmj.v512i1.2228>

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG ĐIỀU TRỊ HOẠI TỬ NÃO DO XẠ TRỊ UNG THƯ VÒM HẦU

Trần Hoàng Hiệp¹

TÓM TẮT

Hoại tử não do xạ trị là một biến chứng nghiêm trọng trong xạ trị khối u nội sọ cũng như các khối u vùng nền sọ. Trước đây, do không được điều trị hiệu quả, hoại tử não do xạ trị thường tiến triển nặng và không thể hồi phục. Với sự hiểu biết tốt hơn về sinh bệnh học, cơ chế và hình ảnh học thần kinh, chẩn đoán và điều trị hoại tử não dần được làm rõ, các phương pháp điều trị mới liên tục ra đời như bevacizumab, yếu tố tăng trưởng thần kinh,... nên một số trường hợp hoại tử não có thể điều trị được và hồi phục tốt. Tuy nhiên, thực tế lâm sàng tại Việt Nam không gặp nhiều trường hợp, có thể do chẩn đoán bỏ sót và kinh nghiệm điều trị không nhiều.

SUMMARY

RADIOTHERAPY-INDUCED BRAIN NECROSIS IN NASOPHARYNGEAL CANCER – CASE REPORT

Radiotherapy-induced brain necrosis is a serious complication of radiation therapy for intracranial tumors as well as skull base tumors. In the past, due to lack of effective treatment, brain necrosis caused by radiation therapy was often severe and irreversible. With a better understanding of the pathogenesis, mechanism and neuroimaging, the diagnosis and treatment of brain necrosis is gradually clarified, new treatments are constantly being developed such

as bevacizumab, nerve growth factor, etc., so some cases of brain necrosis can be treated and recovered well. However, in clinical practice in Vietnam, there are not many cases, possibly due to missed diagnosis and not much treatment experience.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hoại tử não thường xảy ra ở vùng não được chiếu xạ, là biến chứng cấp tính nếu xảy ra trong vòng 6 tháng sau khi xạ trị hoặc là biến chứng muộn xảy ra thường trong 1 - 2 năm đầu sau xạ, tuy nhiên cũng có thể xuất hiện sau xạ trị nhiều năm. Triệu chứng có thể khó phân biệt với trường hợp bệnh tái phát, di căn, chưa có tiêu chuẩn chẩn đoán và điều trị cụ thể. Nhân một trường hợp chẩn đoán và điều trị có hiệu quả tại Trung tâm Ung bướu – bệnh viện Chợ Rẫy nhằm chia sẻ thêm các thông tin hữu ích được báo cáo tại đây.

II. THÔNG TIN TRƯỜNG HỢP BỆNH

Bệnh nhân N.T.T, sinh năm 1962 (59 tuổi), đến bệnh viện Chợ Rẫy khám vào thời điểm tháng 10 năm 2021 tại phòng khám Nội Tổng quát. Khoảng 6 tháng trước ngày khám bệnh, bệnh nhân có triệu chứng giảm thính lực bên tai phía bên trái, đã khám tại một bệnh viện chuyên khoa tai mũi họng, chẩn đoán giảm thính lực thứ phát nghĩ do xạ trị, tại đây bệnh nhân có được chụp hình ảnh cắt lớp vùng hàm mặt ghi nhận viêm xương chũm bên trái, đo thính lực đồ ghi nhận giảm đáng kể. Tuy nhiên, điều trị nội khoa không cải thiện, gần khoảng 1 tháng ngày khám bệnh, bệnh nhân xuất hiện triệu chứng hay quên nên đã đến BV Chợ Rẫy thăm khám.

¹Khoa Xạ trị - Trung tâm Ung bướu – Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hoàng Hiệp

SĐT: 0764130491

Email: hoanghiep130491@gmail.com

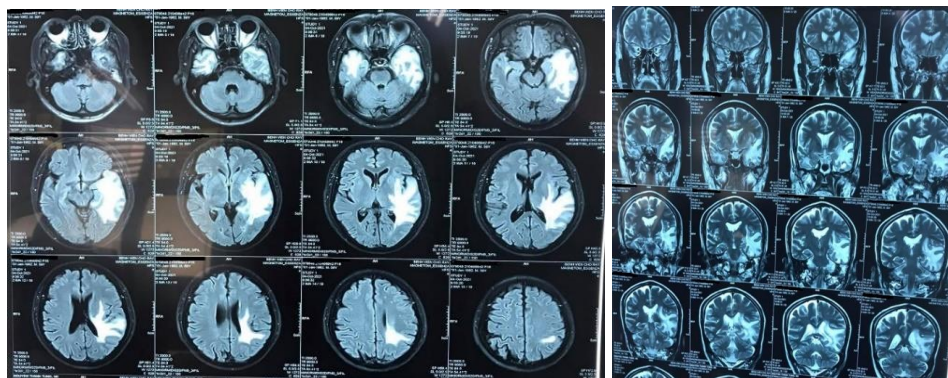
Ngày nhận bài: 05/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 19/01/2024

Ngày duyệt bài: 24/02/2024

Tại phòng khám Nội Tổng quát, bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ sọ não, ghi nhận có hiện tượng phù não vùng thùy thái dương 2 bên, ưu thế bên trái, chưa loại trừ di căn

não nên đã chuyển bệnh nhân đến phòng khám Ung bướu 2 trực thuộc Trung tâm Ung bướu để được khảo sát thêm.



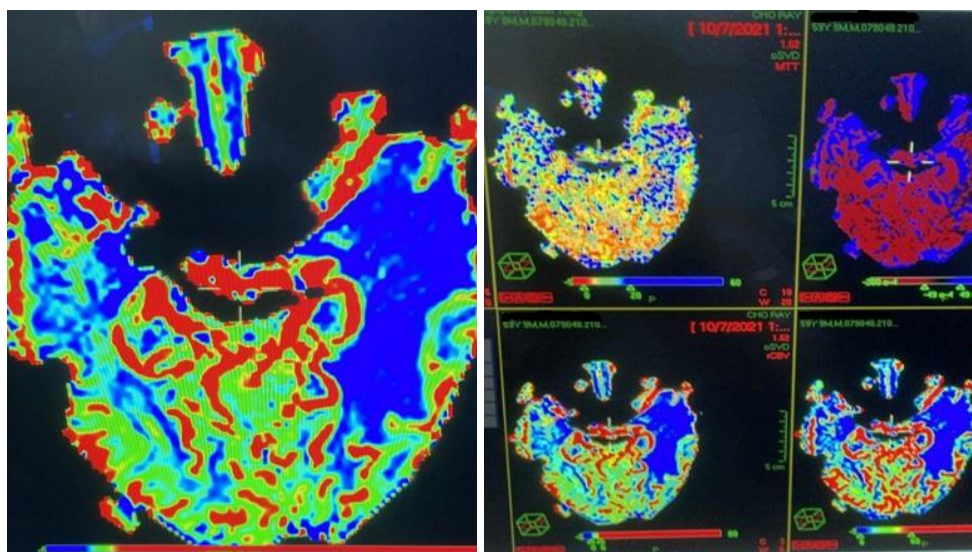
Hình 1. Hình ảnh cộng hưởng từ trước điều trị

Kết quả: Tổn thương thùy thái dương trái chưa loại trừ di căn, phù não xung quanh

Tại Trung tâm Ung bướu, sau khi xem xét hình ảnh học cộng hưởng từ, không thấy tổn thương dạng di căn, chỉ thấy hiện tượng phù não ưu thế. Hỏi kỹ tiền căn ghi nhận bệnh nhân đã từng điều trị K vòm hầu (Giải phẫu bệnh: Carcinoma tế bào gai) năm 2014 tại một bệnh viện chuyên khoa Ung bướu với phác đồ hóa xạ trị đồng thời 70Gy/35Fx kết

hợp với Cisplatin liều mỗi tuần với kỹ thuật xạ trị 3D dựng 3 trường chiếu, u vòm hầu ưu thế ở bên trái.

Bệnh nhân được nghi ngờ với chẩn đoán hoại tử thùy thái dương nghi do biến chứng muộn của xạ trị nên đã được khởi trị Dexemethasone 4mg mỗi ngày trong 2 ngày, sau đó thực hiện thêm chụp cộng hưởng từ phổ và tưới máu. Kết luận của cộng hưởng từ phổ và tưới máu là phù hợp với hoại tử não do xạ trị.



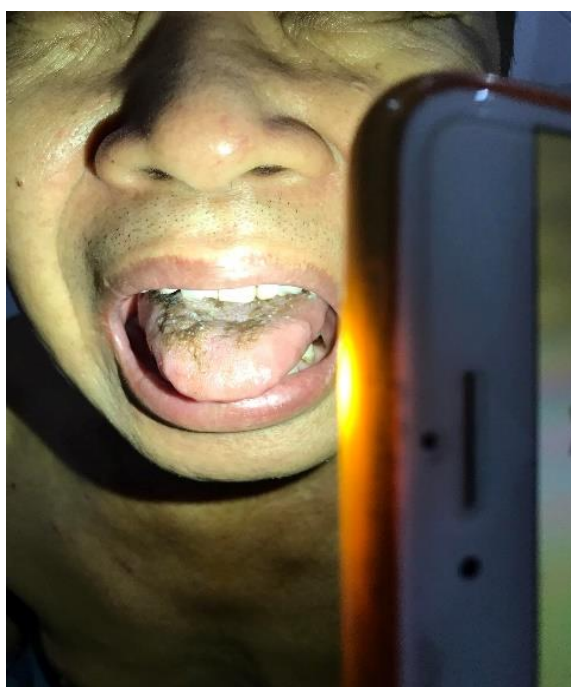
Hình 2. Hình ảnh cộng hưởng từ phổ và tưới máu

Kết quả: giảm tưới máu vùng thùy thái dương 2 bên, ưu thế bên trái, phù hợp với hoại tử do xạ trị

Với chẩn đoán là Hoại tử thùy thái dương 2 bên, ưu thế bên trái do biến chứng muộn của xạ trị. Bệnh nhân được điều trị với phác đồ nội khoa bao gồm: Dexamethasone 6mg/ngày (giảm liều dần theo đáp ứng lâm sàng), Pentoxifyllin 400mg x 3 lần/ngày, Vitamin E 1000mg/ngày.

Sau điều trị phối hợp Dexemathasone, Pentoxifyllin và Vitamin E 1 tháng, bệnh nhân xuất hiện đau vùng góc hàm trái.

Khám lâm sàng ghi nhận: sưng, nóng, đỏ, đau vùng góc hàm bên trái nghi viêm mô tế bào, chưa loại trừ hoại tử xương hàm biến chứng do xạ trị, lưỡi xuất hiện nhiều bọt trắng, vàng nghi nhiễm nấm miệng. Chụp CT hàm mặt không khi nhận tổn thương khu trú vùng xương hàm. Hội chẩn với bác sĩ chuyên khoa Răng Hàm Mặt bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương loại trừ tổn thương hoại tử xương hàm do xạ trị.

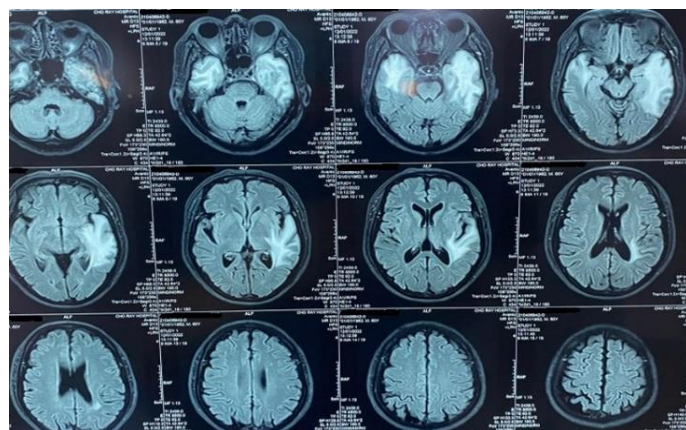


Hình 3. Hình ảnh nấm lưỡi sau điều trị corticoid liều cao dài ngày

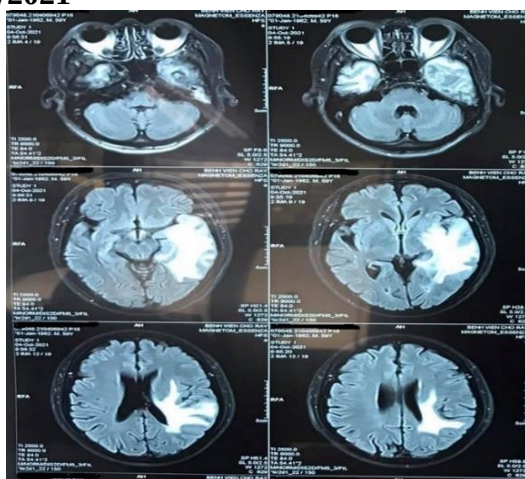
Bệnh nhân được điều trị phối hợp kháng sinh, kháng nấm 1 tuần, tình trạng viêm mô tế bào và nấm miệng cải thiện hoàn toàn.

Bệnh nhân được giảm liều và ngưng hẳn Dexemathasone, vẫn tiếp tục duy trì Pentoxifyllin và Vitamin E. Triệu chứng hay

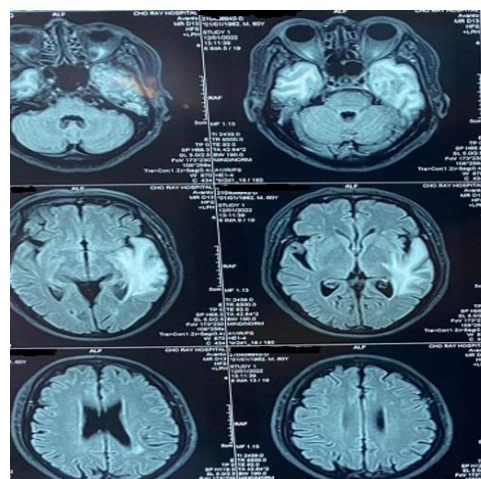
quên cải thiện khoảng 80%, bệnh nhân sinh hoạt bình thường, triệu chứng giảm thính lực tai trái có cải thiện khoảng 30%. Bệnh nhân được chụp phim cộng hưởng từ sau điều trị 4 tháng, tình trạng phù não cải thiện rõ.



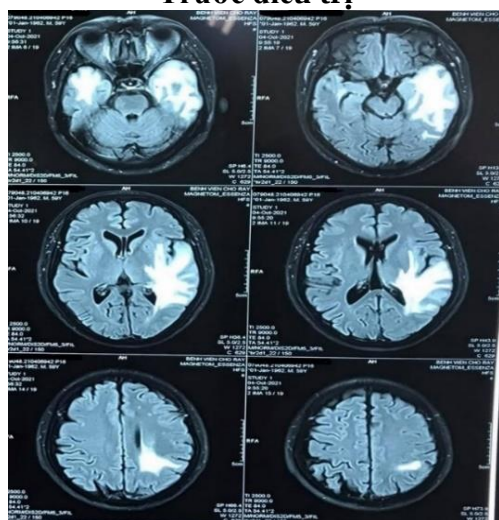
Hình 4. Hình ảnh cộng hưởng từ được chụp sau điều trị 5 tháng (03/2022)
Kết quả: Phù não thùy thái dương 2 bên, ưu thế bên trái, giảm so với phim MRI 10/2021



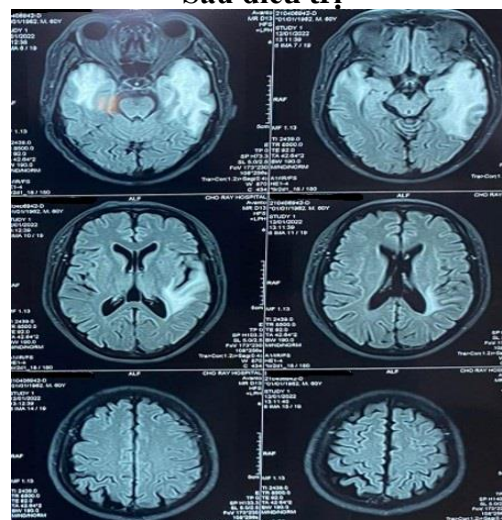
Trước điều trị



Sau điều trị



Trước điều trị



Sau điều trị

Hình 5. So sánh hình ảnh MRI trước và sau điều trị 5 tháng

IV. BÀN LUẬN

Hoại tử não thường xảy ra ở vùng não được chiếu xạ, là biến chứng cấp tính nếu xảy ra trong vòng 6 tháng sau khi xạ trị hoặc là biến chứng muộn xảy ra thường trong 1-2 năm đầu sau xạ, tuy nhiên cũng có thể xuất hiện sau xạ trị nhiều năm. Triệu chứng của hoại tử não rất đa dạng tùy thuộc vào vùng não bị tổn thương, nhưng các triệu chứng phổ biến bao gồm nhức đầu, buồn ngủ, mất trí nhớ (đặc biệt nếu liên quan đến thùy thái dương), thay đổi nhân cách và co giật^[1].

Giai đoạn cấp tính dẫn đến phù não, tổn thương DNA, các cấu trúc mạch máu đặc biệt là các tiểu động mạch và làm tổn thương các tế bào tiền thân (progenitor cells) làm khử myelin các tế bào thần kinh đệm ít nhánh. Hoại tử não chủ yếu ảnh hưởng đến các tiểu động mạch và động mạch nhỏ hơn, ban đầu gây hoại tử đông máu, sau đó nội mô dày lên và thâm nhiễm tế bào lympho và đại thực bào. Tình trạng viêm phát triển do sự xâm nhập của các tế bào miễn dịch này kích hoạt toàn bộ hoạt động của cytokine, kích hoạt nguyên bào sợi và hyalin hóa mô. Các cơ chế qua trung gian miễn dịch góp phần gây độc thần kinh đã được đưa ra giả thuyết nhưng vẫn chưa được giải thích đầy đủ. Tổn thương mạch máu kích thích sự hình thành các vi mạch mới một phần thông qua yếu tố tăng trưởng biểu mô mạch máu (VEGF). Sự phát triển vô tổ chức của mạch máu có thể dẫn đến hình thành tình trạng giãn mạch (telangiectasia) làm dễ bị chảy máu và các biến cố huyết khối có thể dẫn đến hoại tử mô thêm^[2].

Chẩn đoán hoại tử não do xạ trị khó phân biệt với trường hợp u tái phát đặc biệt với u nguyên bào thần kinh đệm đa dạng thường có thể có dạng hoại tử xếp thành từng mảng.

MRI não tưới máu có thể hữu ích trong việc phân biệt vì trong hoại tử não thường thiếu T2 flair liên quan đến chất trắng nhưng thường xuất hiện đối với các khối u. MRI phổ thông cho thấy choline, creatine và NAA thấp trong hoại tử não. FDG-PET thường cho thấy hoạt tính thấp hơn trong hoại tử não, còn u tái phát thường có hoạt động trao đổi chất tăng lên. Tuy nhiên, hình ảnh học chỉ mang tính chất gợi ý, sinh thiết có thể cần thiết trong phân biệt hoại tử hay u tái phát^[3].

Phương pháp điều trị hoại tử não phổ biến nhất là sử dụng glucocorticoid để kiểm soát phù não, dexamethasone thường làm giảm nhanh các triệu chứng lâm sàng do hoại tử khu trú, sử dụng lâu dài cho thấy sự thuyên giảm một phần trên hình ảnh, nhưng sự thuyên giảm này là tạm thời trong hầu hết các trường hợp^[4]. Hoại tử não do thiếu máu cục bộ vì tổn thương mạch máu, do đó một số giả thuyết sử dụng thuốc chống đông máu như heparin và wafarin giúp ngăn chặn tiến triển của hoại tử não^[5]. Pentoxifylline là một dẫn xuất methylxanthine làm thay đổi độ nhớt của máu, có thể làm giảm tổn thương bức xạ vào não ở các mức độ khác nhau. Vài thử nghiệm lâm sàng đang tiến hành để đánh giá về hiệu quả của pentoxifylline và vitamin E trong dự phòng hoại tử não và kết quả đáng khả quan^[6].

Bevacizumab là một kháng thể đơn dòng ngăn chặn VEGF, có thể làm giảm tính thấm thành mạch và bình thường hóa hàng rào máu não. Hai nghiên cứu hồi cứu đã báo cáo 14 bệnh nhân hoại tử não, các triệu chứng lâm sàng trong tất cả các trường hợp đều thuyên giảm sau khi điều trị bằng bevacizumab. 1 trường hợp các tổn thương hầu như đã biến mất, gợi ý rằng quá trình

hoại tử não có thể bị đảo ngược^[7]. Một thử nghiệm lâm sàng mù đôi, có đối chứng với giả dược, có 14 bệnh nhân được chia ngẫu nhiên thành nhóm chứng giả dược và nhóm bevacizumab. Kết quả đánh giá đầu tiên cho thấy các triệu chứng lâm sàng của tất cả bệnh nhân được điều trị bằng bevacizumab đều thuyên giảm ở các mức độ khác nhau và giảm thể tích các tổn thương hoại tử bằng MRI^[8].

Các phương pháp khác như dùng yếu tố tăng trưởng thần kinh (NGF), phẫu thuật, liệu pháp oxy cao áp, hủy bằng nhiệt laser (Laser Interstitial Thermal Ablation) có được đề cập và cho thấy có hiệu quả, tuy nhiên chưa nhiều bằng chứng và ứng dụng trong lâm sàng nhiều^[4].

Quay trở lại ca lâm sàng trên, bệnh nhân có tiền căn xạ trị u vòm hầu, vùng thái dương thường nằm trong trường chiếu xạ nên qua bệnh sử, tiền căn, triệu chứng lâm sàng cũng như hình ảnh MRI cận tử và MRI phổ và tưới máu khả năng cao bệnh nhân bị hoại tử não thùy thái dương là hợp lý. Bệnh nhân được điều trị với các phương pháp điều trị thông thường là corticoid, pentoxifyllin và vitamin E, triệu chứng lâm sàng và MRI có cải thiện rõ rệt, tuy nhiên mức độ đáp ứng chỉ đạt 1 phần. Bệnh nhân tiếp tục được theo dõi sát, dự kiến nếu tình trạng diễn tiến nặng hơn có thể cân nhắc điều trị bằng bevacizumab hoặc một số phương pháp ít sử dụng hơn như oxy cao áp, chẳng hạn.

V. KẾT LUẬN

Với nhiều tiến bộ trong kỹ thuật xạ trị và nội khoa ung thư, bệnh nhân ung thư có thể sống nhiều năm sau điều trị ban đầu nên có thể sẽ gặp được nhiều tình huống bệnh nhân quay trở lại do các biến chứng điều trị, như biến chứng muộn do xạ trị, và hoại tử não là

biến chứng có thể gặp, dễ bị lầm với bệnh tái phát, di căn và điều trị khó khăn. Số lượng ca ít, không có nhiều nghiên cứu, điều trị chủ yếu là nội khoa dựa vào kinh nghiệm, chia sẻ các tình huống thực tế giữa các cơ sở điều trị sẽ giúp các bác sĩ lâm sàng tránh bỏ sót chẩn đoán và chăm sóc điều trị bệnh nhân ung thư hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Buboltz J., Tadi P.** (2017). Hyperbaric Treatment Of Brain Radiation Necrosis. StatPearls.
2. **Chen J., et al.** (2011). Radiation induced temporal lobe necrosis in patients with nasopharyngeal carcinoma: a review of new avenues in its management. *Radiat Oncol*, 6(1): p. 1-8.
3. **Mehta S., et al.** (2017). Diagnosis and treatment options for sequelae following radiation treatment of brain tumors. *Clin Neurol Neurosurg*, 163: p. 1-8.
4. **Yang X., et al.** (2021). Treatment of radiation-induced brain necrosis. *Oxidative Medicine and Cellular Longevity*
5. **Glantz M., et al.** (1994). Treatment of radiation-induced nervous system injury with heparin and warfarin. *Neurology*, 44(11): p. 2020-2020.
6. **Williamson R., et al.** (2008) Adverse radiation effects after radiosurgery may benefit from oral vitamin E and pentoxifylline therapy: a pilot study. *Stereotact Funct Neurosurg*, 86(6): p. 359-366.
7. **Wong E., et al.** (2008) Bevacizumab reverses cerebral radiation necrosis. *J Clin Oncol*, 26 (34): p. 5649-5650.
8. **Levin V., et al.** (2011) Randomized double-blind placebo-controlled trial of bevacizumab therapy for radiation necrosis of the central nervous system. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 79(5): p. 1487-1495.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CỦA HÓA XẠ TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN III KHÔNG THỂ PHẪU THUẬT ĐƯỢC BẰNG KỸ THUẬT VMAT

Nguyễn Văn Đô¹, Trần Hoàng Hiệp¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá hiệu quả của hóa xạ trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III không thể phẫu thuật được bằng kỹ thuật VMAT tại Trung tâm Ung bướu – bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng và phương pháp: 32 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III không thể phẫu thuật được điều trị hóa xạ trị tại Khoa Xạ trị - Trung Tâm Ung Bướu - Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/01/2019 đến 31/12/2021 (3 năm).

Kết quả:

Chủ yếu ở nam giới (84,4%), độ tuổi trung bình khoảng 62 tuổi, hầu hết giai đoạn IIIB.28,1% có dùng PET/CT chẩn đoán, carcinoma tế bào tuyến là ưu thế (53,1%), 60% có thực hiện xét nghiệm đột biến EGFR nhưng hầu hết là âm tính (15,6% dương tính).

43,8% bệnh tiến triển, trong đó chủ yếu là di căn xa với gần 97% (18,8% chỉ ở não và 78,1% di căn nhiều vị trí). Thời gian sống còn không bệnh tiến triển trung vị $24,04 \pm 3,1$ tháng. Tỷ lệ sống còn không bệnh thời điểm 6 tháng là 84,1%, 12 tháng là 60,1%, 24 tháng là 50,7%, 36 tháng là 33,8%.

Các thông số tại u tương tự như kỹ thuật 3D-

CRT, có ưu thế trong hạn chế liều ở các cơ quan lành như tim, phổi, tủy sống, thực quản.

Kết luận: Kết hợp hóa trị và xạ trị bằng nhiều mô thức khác nhau mang lại kết quả tương đối tốt. Kỹ thuật xạ trị VMAT đạt được thông số tốt tại bướu và giảm thiểu đáng kể liều trên các cơ quan lành.

Từ khóa: ung thư phổi giai đoạn III, xạ trị, VMAT, 3D-CRT

SUMMARY

CLINICAL EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF CHEMOIRRADIATION THERAPY USING VMAT IN STAGE III UNOPERABLE NON SMALL CELL LUNG CANCER

Purpose: Evaluating the effectiveness of chemotherapy and radiotherapy for inoperable stage III lung cancer by the VMAT technique at Cho Ray Cancer Center.

Materials and methods: Retrospective analysis of inoperable stage III lung cancer patients diagnosed and treated between Jan-01-2019 to Dec-31-2021 was performed.

Results: 84.4% are men, the average age is about 62 years old, and the majority are stage IIIB.28.1% used PET/CT for diagnosis, 53.1% of these cases were adenocarcinomas, 60% of patients underwent EGFR mutation testing, however the majority of results were negative (15.6% positive).

43.8% of cases was progressed, with roughly 97% of those being distant metastases (18.8% of which are limited to the brain and 78.1% of which spread to other sites). The mean

¹Khoa Xạ trị - Trung tâm Ung bướu – Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đô

SĐT: 0918198099

Email: docrhvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 15/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 27/01/2024

Ngày duyệt bài: 24/02/2024

progression-free survival is 24.04 ± 3.1 months. The disease-free survival rate at 6 months is 84.1%, 12 months is 60.1%, 24 months is 50.7%, 36 months is 33.8%.

The parameters at the tumor are similar to the 3D-CRT technique, which has the advantage of limiting the dose to organs at risk (heart, lungs, spinal cord, and esophagus).

Conclusion: Using a variety of modalities to combine radiation and chemotherapy produces comparatively good results. The VMAT technique of radiation therapy considerably lowers the dose to organs at risk while achieving good parameters at the tumor.

Keywords: stage III lung cancer, radiotherapy, VMAT technique, 3D-CRT technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III được xem là giai đoạn tiến triển tại chỗ tại vùng nhưng dù gánh nặng khối u tại chỗ tại vùng lớn, bệnh chưa có tình trạng di căn xa nên trong giai đoạn III này thì các mô thức điều trị đều nhắm đến mục tiêu điều trị triệt để thay vì là mục tiêu giảm triệu chứng, kéo dài thời gian sống còn như trong giai đoạn di căn xa. Tuy nhiên, với sự đánh giá khác nhau về khối u, các nhóm hạch, khả năng phẫu thuật hay xạ trị dẫn đến có rất nhiều lựa chọn điều trị khác nhau và vô cùng phức tạp. Mặc dù với mục tiêu điều trị triệt căn nhưng điều trị bằng xạ trị vẫn có kết quả kém và chỉ một phần nhỏ bệnh nhân đạt đáp ứng lâu dài. Các phác đồ hóa trị trong đó nổi cộm về điều trị miễn dịch cũng có sau hóa xạ đồng thời cũng như các kỹ thuật xạ trị mới như IMRT, VMAT đã giúp bệnh nhân có khả năng tiếp cận công bằng và bình đẳng với các mô thức điều trị tối ưu nhưng vấn đề chi phí điều trị miễn dịch cũng có là gánh nặng lớn đối với bệnh nhân Việt Nam nên hầu hết các bệnh

nhân chỉ được tiếp cận với mô thức điều trị hóa xạ trị bằng các kỹ thuật xạ trị cao.

Nghiên cứu “Đánh giá hiệu quả của hóa xạ trị ung thư phổi giai đoạn III không thể phẫu thuật được bằng kỹ thuật VMAT” với các mục tiêu:

1. *Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III được điều trị bằng hóa xạ trị.*

2. *Đánh giá thời gian sống còn không bệnh tiến triển trung vị và tỉ lệ sống còn không bệnh tiến triển.*

3. *Đặc điểm các thông số lập kế hoạch bằng kỹ thuật VMAT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III nguyên phát theo phân loại của AJCC 2018.

- Chưa được điều trị đặc hiệu (phẫu thuật, xạ trị, hóa trị) trước đó ngoại trừ sinh thiết chẩn đoán.

- Tuổi trên 18, thể trạng chung tốt (PS từ 0-1 theo thang điểm của WHO).

- Không có các bệnh lý nền và các bất thường giải phẫu học lồng ngực kèm theo không thể thực hiện được kỹ thuật xạ trị và dung nạp với hóa trị.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các trường hợp dù là giai đoạn III nhưng có phẫu thuật cắt u phổi.

- Các trường hợp ung thư phổi tái phát tại chỗ sau điều trị trước đó.

- Kèm bệnh lý ung thư khác.

- Không tái khám sau điều trị hoặc không thể liên lạc để hỏi thăm tin tức được.

Phương pháp nghiên cứu

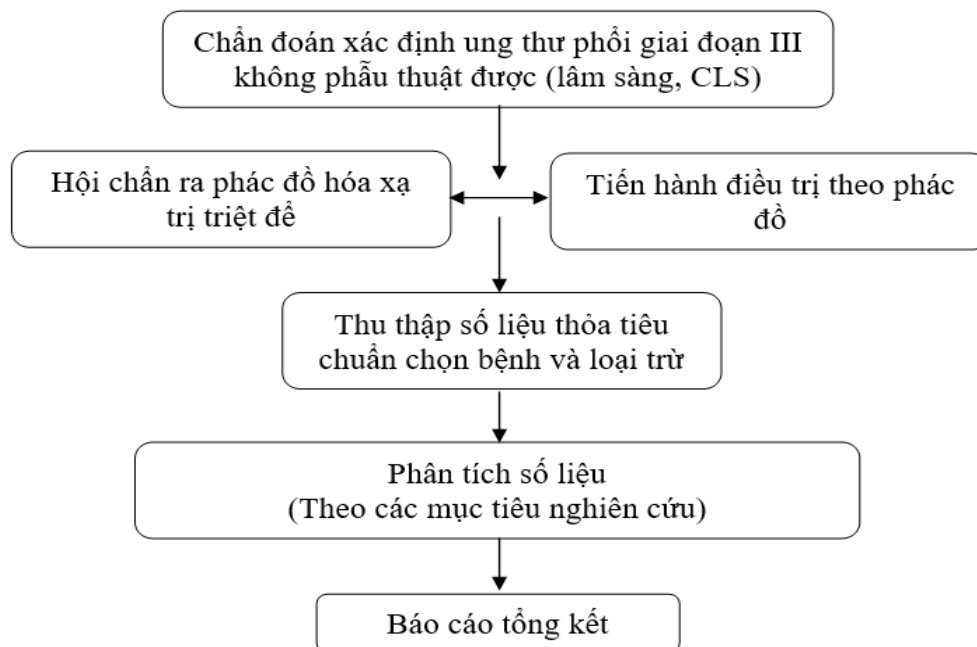
Thiết kế nghiên cứu

Hồi cứu, mô tả loạt ca.

Cỡ mẫu

32 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn trong 3

năm từ ngày 01/01/2019 đến 31/12/2021.

Quy trình nghiên cứu**Sơ đồ 1. Sơ đồ nghiên cứu****Xử lý số liệu.** Nhập số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Thống kê mô tả: các biến số định tính (tần số và tỉ lệ), các biến định lượng (trung vị, khoảng tứ phân vị), vẽ đường cong sống còn bằng phương pháp Kaplan Meier.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo từng đặc điểm lâm sàng**

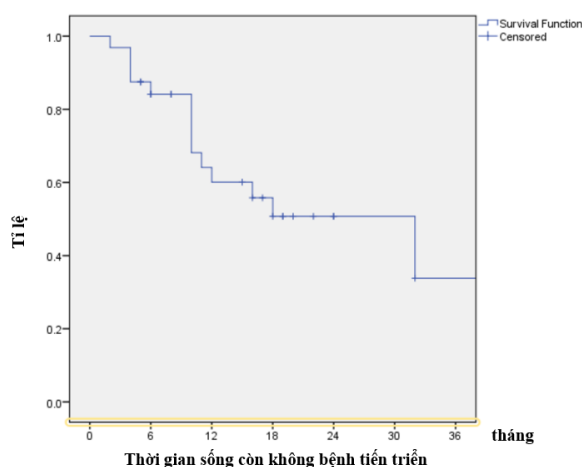
Đặc điểm	Số ca (n=32)	Tỷ lệ (%)
Giới tính		
Nam giới	27	84,4
Nữ giới	5	15,6
Độ tuổi		
< 65 tuổi	17	53,1
≥ 65 tuổi	15	46,9
Giai đoạn		
IIIA	8	25
IIIB	19	59,4
IIIC	5	15,6

Bảng 2. Phân bố bệnh nhân theo từng đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	Số ca (n=32)	Tỷ lệ (%)
Phương tiện chẩn đoán		
Không dùng PET/CT	23	71,9
Có dùng PET/CT	9	28,1
Giải phẫu bệnh		
Carcinoma tế bào tuyến	17	53,1
Carcinoma tế bào gai	11	34,4
Carcinoma kém biệt hóa	3	9,4
Khác	1	3,1
Đột biến gen		
Không thực hiện	13	40,6
Đột biến EGFR loại nhạy thuốc TKIs	5	15,6
EGFR âm tính	14	43,8

Bảng 0. Giá trị trung bình của các thông số tại u và cơ quan lành

Đặc điểm	Trung bình	Đặc điểm	Trung bình
Thông số tại u (PTV60)			
Dmax	6589 ± 71,5	V103	36,67 ± 18,02
Dmin	4530,4 ± 726,03	V105	5,79 ± 4,3
Dmean	5879 ± 1100,31	V107	5,8 ± 4,3
V95	97,94 ± 2,67	V110	0,003 ± 0,01
Thông số tại các cơ quan lành			
Thông số tại phổi		Thông số tại tim	
Dmean	1575 ± 300	Dmean	911,2 ± 672,7
V20	25,93 ± 7,81		
V30	19,58 ± 4,21	V30	9,51 ± 9,56
Thông số tại tủy sống		Thông số tại thực quản	
Dmean	1058,9 ± 303,9	Dmean	2594,2 ± 839,2
V30	16,42 ± 10,01	V30	58,62 ± 12,74

**Sơ đồ 2. Thời gian sống còn không bệnh tiến triển**

Bệnh nhân được điều trị với nhiều mô thức kết hợp hóa xạ trị, trong đó 37,5% hóa xạ đồng thời, 15,6% hóa trị dẫn đầu rồi hóa xạ đồng thời, 40,6% hóa xạ tuần tự và 6,3% chỉ xạ trị đơn thuần. 14/32 bệnh nhân tiến triển (chiếm 43,8%), hầu hết tất cả bệnh nhân đều còn sống với các bước điều trị toàn thân khi di căn (chiếm 90,6%). Trong số các trường hợp tiến triển, chỉ có 1 bệnh nhân (chiếm 3,1%) tiến triển tại chỗ, 18,8% bệnh nhân di căn chỉ ở não và 78,1% di căn nhiều vị trí. Thời gian sống còn không bệnh tiến triển trung vị $24,04 \pm 3,1$ tháng. Tỷ lệ sống còn không bệnh thời điểm 6 tháng là 84,1%, 12 tháng là 60,1%, 24 tháng là 50,7%, 36 tháng là 33,8%

IV. BÀN LUẬN

Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III là nhóm bệnh đa dạng với nhiều phân nhóm, khó chẩn đoán, điều trị khó khăn vì có nhiều mô thức kết hợp. Để quyết định phẫu thuật được hay không phẫu thuật được là không hề đơn giản, cần được thực hiện cận lâm sàng phù hợp và áp dụng các phương pháp xâm lấn để chẩn đoán giai đoạn hạch^[1], nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi còn nhiều hạn chế trong vấn đề chẩn đoán như chỉ có 28% số trường hợp được chụp PET/CT đánh giá giai đoạn và chưa áp dụng phương pháp xâm lấn để đánh giá giai đoạn hạch. Giai đoạn được phân loại chủ yếu là IIIB với gần 60%, đây là giai đoạn thường có các yếu tố không thể phẫu thuật được, ngoài ra chúng tôi có 25% là giai đoạn IIIA cũng đánh giá không thể phẫu thuật được có thể do nhiều lý do như bệnh đồng mắc, chức năng phổi, tim, tổng trạng bệnh nhân,...

Đột biến EGFR được quan sát là khác nhau tùy theo từng nghiên cứu và dao động từ 15% đến 62% (tần suất cao hơn ở những

người không bao giờ hút thuốc, biểu mô tuyến và dân số châu Á). Mặc dù lợi ích của liệu pháp ức chế tyrosine kinase đã được chứng minh và ứng dụng lâm sàng nhiều ở giai đoạn IV, hiện không có bằng chứng nào cho thấy lựa chọn này có lợi ích lớn hơn các phương pháp điều trị hóa xạ trị kết hợp với duy trì miễn dịch ở giai đoạn III^[2,3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, gần 60% số trường hợp được thực hiện xét nghiệm EGFR, nhưng chủ yếu kết quả là âm tính, chỉ có 15,6% bệnh nhân có EGFR (+) nhưng tất cả những bệnh nhân này dù EGFR (+) chúng tôi vẫn điều trị bằng hóa xạ trị thay vì các thuốc TKI hay kết hợp hóa xạ trị với TKI.

Mặc dù hóa xạ đồng thời được xem là tiêu chuẩn điều trị đối với ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III nhưng trong thực tế chỉ 22,1% là được áp dụng phác đồ này^[4]. Có nhiều nghiên cứu như của Belani, Huber hay Vokes trong nỗ lực tìm xem liệu kết hợp nào, hóa xạ đồng thời, có hóa dẫn đầu hay có hóa trị sau hóa xạ đồng thời là mang lại lợi ích sống còn tốt nhất thì chưa chứng minh được phối hợp nào là tốt nhất mà việc lựa chọn mô thức điều trị dựa vào đặc điểm riêng của từng bệnh nhân, cân bằng giữa lợi ích và độc tính^[5,6,7]. Tương tự vậy, không phải tất cả các bệnh nhân trong nguyên cứu của chúng tôi đều được hóa xạ đồng thời mà vì nhiều lý do, chúng tôi thực hiện các mô thức phối hợp điều trị khác nhau, trong đó 40,6% là hóa xạ trị tuần tự, 37,5% hóa xạ đồng thời, 15,6% là hóa trị dẫn đầu rồi hóa xạ đồng thời và 6,3% là chỉ xạ trị. Nhìn chung, hầu hết các trường hợp chúng tôi đều cố gắng thực hiện kết hợp cả hóa trị lẫn xạ trị, hạn chế tối đa chỉ xạ trị vì sự kết hợp với hóa trị đã chứng minh là có hiệu quả hơn, tuy

nhiên, như các tác giả khác thì tỉ lệ được hóa xạ đồng thời luôn là không phải cao nhất, chúng tôi thấy có vẻ hóa xạ tuần tự ở nghiên cứu của chúng tôi thì bệnh nhân có mức độ dung nạp tốt nhất.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy hầu hết các trường hợp bệnh tiến triển đều là di căn xa, với gần một nửa bệnh tiến triển. Chỉ có 1 trường hợp tái phát tại chỗ, gần 80% là di căn nhiều vị trí và gần 20% là bệnh tiến triển chỉ ở não, như vậy đặt ra một vấn đề là sau điều trị hóa xạ trị, liệu chăng chúng ta cần một liệu pháp điều trị toàn thân duy trì sau đó để làm hạn chế tình trạng bệnh tiến triển di căn xa trong tương lai. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian sống còn không bệnh tiến triển là 24,04 tháng với tỉ lệ sống còn không bệnh thời điểm 6 tháng là 84,1%, 12 tháng là 60,1%, 24 tháng là 50,7%, 36 tháng là 33,8%. Kết quả của chúng tôi có vẻ cao hơn nhiều so với các tác giả ở nước ngoài cũng như các nghiên cứu pha III cỡ mẫu lớn, nhưng lại khá tương đồng với các kết quả cỡ mẫu nhỏ của các tác giả Việt Nam^[8,9]. Lý giải điều này cũng có thể do nhiều lý do, hầu hết các nghiên cứu tại

Việt Nam như của chúng tôi đánh giá giai đoạn III không phẫu thuật được chưa được chuẩn hóa một cách bài bản và chính xác nhất, chủ yếu chỉ dựa vào hình ảnh học chứ không thực hiện các thủ thuật xâm lấn nên thực tế có thể nhiều trường hợp thực sự bệnh nhân không phải là giai đoạn III mà chỉ là giai đoạn II nên tiên lượng ở những bệnh nhân này sẽ tốt hơn nhiều những bệnh nhân thực sự là giai đoạn III như trong các nghiên cứu nước ngoài. Hơn nữa, nghiên cứu của chúng tôi cỡ mẫu còn quá ít lại được điều trị với nhiều mô thức hóa xạ trị phối hợp khác nhau nên cỡ mẫu không đồng nhất, việc kết luận hóa xạ trị mang lại kết cục tốt hơn các nghiên cứu hóa xạ đồng thời của nước ngoài là không mang tính chất khách quan, tuy nhiên, với kết quả này, chúng tôi có được nhận định là với việc kết hợp hóa trị và xạ trị bằng nhiều mô thức khác nhau cũng mang lại một kết quả tương đối khả quan, kéo dài thời gian sống không bệnh cho bệnh nhân gần được 2 năm với tỉ lệ kiểm soát bệnh tương đối tốt nên có thể áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng hằng ngày.

Bảng 0. So sánh thông số tại u (PTV60)

Thông số	3D-CRT (BV K)	VMAT (BV K)	VMAT (chúng tôi)
Dmax	6676,22 ± 100,25	6740,86 ± 150,47	6589,8 ± 71,5
Dmin	4510,82 ± 672,44	4760,89 ± 137,37	4530,4 ± 726,03
Dmean	6228,84 ± 54,46	6230,4 ± 78,06	5876 ± 1100,31
V95	97,45 ± 1,62	99,73 ± 0,28	97,94 ± 2,67
V103	64,95 ± 12,74	65,17 ± 16,94	36,67 ± 18,02
V105	41,24 ± 14,31	24,49 ± 21,74	5,79 ± 4,3
V107	18,29 ± 12,25	7,36 ± 15,77	5,8 ± 4,3
V110	1,67 ± 1,95	1,9 ± 7,79	0,003 ± 0,01

Bảng 5. So sánh thông số tại các cơ quan lành

Thông số tại phổi			
	3D-CRT	VMAT (BV K)	VMAT (Chúng tôi)
Dmean	2045,18 ± 736,5	1793,8 ± 597,83	1575,8 ± 300
V20	36,64 ± 16,17	32,71 ± 12,92	25,93 ± 7,81
V30	28,76 ± 12,49	23,97 ± 10,04	19,58 ± 4,24
Thông số tại tử sống			
Dmean	1385,13 ± 1284,01	1065,48 ± 1018,12	1058,9 ± 303,9
V30	18,03 ± 22,12	11,44 ± 14,32	16,42 ± 10,01
Thông số tại tim			
Dmean	1836,24 ± 791,36	1475,02 ± 644,28	911,2 ± 672,7
V30	29,49 ± 20,81	10,06 ± 17,77	9,51 ± 9,65
Thông số tại thực quản			
Dmean	2868,35 ± 1362,29	2465,74 ± 1205,7	2594,2 ± 839,2
V30	66,28 ± 21,23	62,4 ± 20,1	58,62 ± 12,74

Bằng cách so sánh gián tiếp, các thông số ghi nhận được trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy liều phân bố tại u bằng kỹ thuật VMAT cho kết quả cũng tương tự như phân bố liều tại u bằng kỹ thuật 3D - CRT chứng tỏ về mặt hiệu quả điều trị là tương tự nhau, nhưng các thông số như V105, V107, V110 thấp hơn đáng kể cho thấy với kỹ thuật VMAT sẽ hạn chế được các điểm max dose. Đồng thời, các thông số tại cơ quan lành như tim, phổi, thực quản, tử sống đều thấp hơn hẳn so với kỹ thuật 3D-CRT, do đó làm giảm đáng kể các tác dụng phụ có thể gây ra^[10].

V. KẾT LUẬN

Kết hợp hóa trị và xạ trị bằng nhiều mô thức khác nhau mang lại kết quả tương đối tốt. Kỹ thuật xạ trị VMAT đạt được thông số tốt tại bứu và giảm thiểu đáng kể liều trên các cơ quan lành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Araújo, A., et al. (2023). "Unresectable stage III non-small cell lung cancer: Insights from a Portuguese expert panel." Pulmonology.
2. Casal-Mouriño, Ana, et al. (2021). Epidemiology of stage III lung cancer: frequency, diagnostic characteristics, and survival. Transl Lung Cancer Res, 10(1): p. 506.
3. Kelly, Karen, et al. (2008). "Phase III trial of maintenance gefitinib or placebo after concurrent chemoradiotherapy and docetaxel consolidation in inoperable stage III non-small-cell lung cancer: SWOG S0023." Journal of clinical oncology, 26.15 : 2450-2456.
4. Seung, S. J., et al. (2020). "Retrospective cohort study of unresectable stage III non-

- small-cell lung cancer in Canada." *Current Oncology*, 27.4 : 354-360.
5. **Belani, Chandra P., et al.** (2005). "Combined chemoradiotherapy regimens of paclitaxel and carboplatin for locally advanced non-small-cell lung cancer: A randomized phase II locally advanced multi-modality protocol." *Journal of clinical oncology*, 23.25 : 5883-5891.
 6. **Huber, Rudolf M., et al.** (2006). "Simultaneous chemoradiotherapy compared with radiotherapy alone after induction chemotherapy in inoperable stage IIIA or IIIB non-small-cell lung cancer: study CTRT99/97 by the bronchial carcinoma therapy group." *Journal of clinical oncology*, 24.27 : 4397-4404.
 7. **Vokes, Everett E., et al.** (2007). "Induction chemotherapy followed by chemoradiotherapy compared with chemoradiotherapy alone for regionally advanced unresectable stage III non-small-cell lung cancer: Cancer and Leukemia Group B." *Journal of clinical oncology*, 25.13 : 1698-1704.
 8. **Lê Thị Yến.** (2019). Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời phác đồ Paclitaxel-Carboplatin trong ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB. Luận văn tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
 9. **Vũ Hữu Khiêm.** (2017). Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phác đồ hóa - xạ trị với kỹ thuật PET/CT mô phỏng. Luận văn tiến sĩ, ĐHY Hà Nội.
 10. **Nguyễn Lan Phương, Đỗ Anh Tú, Phan Thanh Dương.** (2021). Kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III bằng hóa xạ trị đồng thời với kỹ thuật xạ trị điều biến liều theo thể tích hình cung (VMAT). *Tạp chí nghiên cứu y học*, 145(9): tr. 203-211.

NHẬN THỨC CỦA SINH VIÊN Y ĐA KHOA NĂM CUỐI ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH VỀ ỨNG DỤNG TRÍ TUỆ NHÂN TẠO TRONG Y TẾ

Huỳnh Thị Nhật Nam¹, Thái Thanh Trúc¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ứng dụng trí tuệ nhân tạo (TTNT) trong y tế đang nhận được nhiều sự quan tâm của các quốc gia trên thế giới nhưng tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá nhận thức về vấn đề này, đặc biệt là trên đối tượng sinh viên y khoa.

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ các mức độ nhận thức của sinh viên y đa khoa năm cuối Đại học Y Dược TP. HCM về ứng dụng TTNT trong y tế và các yếu tố liên quan.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu cắt ngang được tiến hành trên toàn bộ sinh viên y đa khoa năm cuối Đại học Y Dược TP. HCM. Sinh viên tham gia nghiên cứu hoàn thành bộ câu hỏi tự điền, vốn đã được đánh giá tính giá trị nội dung và hiệu chỉnh bởi các chuyên gia có liên quan đến TTNT.

Kết quả: Trong tổng số 337 sinh viên đưa vào phân tích, tỉ lệ sinh viên nhận thức kém về TTNT trong y tế khoảng 6,8% - 34,1%; trung bình khoảng 59,7% - 75,4% và tốt khoảng 6,2% - 17,8%. Các yếu tố liên quan đến nhận thức tốt về ứng dụng TTNT trong y tế là giới tính (nam), hoạt động sinh viên đã tham gia (khóa học về

ngôn ngữ lập trình, buổi giảng về TTNT, khóa học về khoa học máy tính), sự hiểu biết về TTNT và môi trường học tập có ứng dụng TTNT trong bệnh viện.

Kết luận: Nhận thức của sinh viên y đa khoa năm cuối Đại học Y Dược TP. HCM về ứng dụng TTNT trong y tế ở mức trung bình. Cần có sự hỗ trợ từ phía nhà trường, bệnh viện thực tập cũng như sự chủ động của sinh viên trong việc tiếp thu kiến thức liên quan đến TTNT trong y tế.

Từ khóa: trí tuệ nhân tạo, nhận thức, sinh viên y khoa.

SUMMARY

PERCEPTION TOWARD APPLICATION OF ARTIFICIAL INTELLIGENCE IN MEDICINE IN FINAL-YEAR GENERAL MEDICAL STUDENTS AT UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY AT HO CHI MINH CITY

Background: Application of Artificial Intelligence (AI) in medicine has been receiving great attention of many countries around the world, yet in Vietnam, there are not many studies to evaluate the awareness about this aspect, especially among medical students.

Objectives: To determine the perception level of final-year general medical students at University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City toward application of AI in medicine and related factors.

Methods: A cross-sectional study was conducted among all final-year general medical

¹Khoa Y Tế Công cộng, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Thị Nhật Nam
SĐT: 0333728147

Email: huynhnam1504@gmail.com

Ngày nhận bài: 18/12/2023

Ngày phản biện khoa học: 12/01/2024

Ngày duyệt bài: 21/02/2024

students at University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City. Students completed a self-report questionnaire, which had been evaluated for content validity and modified by experts related to AI.

Results: There were a total of 337 eligible questionnaires included in data analysis. About 6.8% - 34.1% of students had poor perception about application of AI in medicine; students who had average perception account for 59.7% - 75.4%, while only 6.2% - 17.8% had good perception about this aspect. Factors related to good perception of AI application in healthcare are gender (male), student's activities (course on programming languages, lecture on AI, course in computer science), understanding of AI and learning environments with AI applications in hospitals.

Conclusions: The perception of final-year general medical students at University of Medicine and Pharmacy at Ho Chi Minh City toward application of AI was only at average level. It is necessary to have support from university, internship hospitals, as well as the students to gain and broaden their knowledge relating to AI in medicine.

Keywords: Artificial Intelligence, perception or awareness, medical student.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ứng dụng trí tuệ nhân tạo (TTNT) trong y tế đang nhận được nhiều sự quan tâm của các quốc gia trên thế giới. Việc ứng dụng TTNT vào trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe có thể giải quyết được những vấn đề mà ngành y tế đang phải đối mặt⁽¹⁾. Theo Tổ chức Y tế Thế giới dự báo vào năm 2035 sẽ thiếu hụt khoảng 12,9 triệu nhân viên y tế trên toàn cầu⁽²⁾. Với sự hỗ trợ của TTNT không những bù đắp tình trạng khủng hoảng nguồn nhân lực mà còn giúp nâng cao hiệu

quả công việc trong thực hành lâm sàng; tránh các sự cố y khoa, nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe và góp phần giảm chi phí khám chữa bệnh⁽¹⁾.

Để những tiềm năng đầy hứa hẹn của TTNT có thể phát huy, những người hành nghề y cần hiểu, nắm bắt và khai thác tối đa những khả năng của công nghệ mới này. Trong tương lai không khó tránh khỏi việc ngày càng có nhiều ứng dụng TTNT được tích hợp vào trong thực hành lâm sàng, điều này cũng đồng nghĩa với việc sinh viên y khoa sau khi hoàn thành chương trình đào tạo sẽ phải tiếp cận với các ứng dụng TTNT⁽³⁾. Ngoài ra, TTNT cũng tồn tại một số hạn chế cũng như thách thức cần phải giải quyết. Các bác sĩ, sinh viên y khoa cần phải hiểu rõ những vấn đề này để có thể sử dụng TTNT một cách hiệu quả, mang lại kết quả tốt nhất cho bệnh nhân.

Do đó, việc đánh giá nhận thức của sinh viên y khoa về ứng dụng TTNT trong y tế là điều cần thiết. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá nhận thức về vấn đề này, đặc biệt là trên đối tượng sinh viên y khoa. Sinh viên y đa khoa năm cuối đã có nhiều trải nghiệm thực tập lâm sàng của các chuyên khoa khác nhau và là nguồn lực quan trọng trong tương lai gần. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá nhận thức của sinh viên y đa khoa năm cuối hiện đang học tại Đại học Y Dược TP.HCM về ứng dụng TTNT trong y tế và các yếu tố liên quan.

Kết quả từ nghiên cứu có thể giúp gợi ý các giải pháp phù hợp nhằm giúp sinh viên có cơ hội tìm hiểu sâu hơn về công nghệ giàu tiềm năng này. Qua đó, sinh viên sẽ được chuẩn bị đầy đủ và tự tin hơn trước khi bước vào môi trường làm việc mới, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc, điều trị bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng và thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện vào tháng 03/2021 trên toàn bộ sinh viên y đa khoa năm cuối đang học tại Đại học Y Dược TP.HCM. Những sinh viên y đa khoa năm cuối đồng ý trả lời bộ câu hỏi được mời tham gia nghiên cứu. Những sinh viên không có mặt khi tiến hành thu thập thông tin bị loại ra khỏi nghiên cứu.

Công cụ thu thập dữ liệu

Bộ câu hỏi tự điền có cấu trúc bao gồm các câu hỏi về thông tin cá nhân, các hoạt động liên quan đến TTNT sinh viên đã tham gia, sự hiểu biết về TTNT, môi trường học tập, nguồn thông tin về TTNT và nhận thức về TTNT. Bộ câu hỏi đã được đánh giá tính giá trị nội dung và hiệu chỉnh bởi các chuyên gia có liên quan đến TTNT. Trong đó, bộ công cụ đánh giá nhận thức về ứng dụng TTNT trong y tế gồm 4 khía cạnh: lợi ích, hạn chế, tác động, nhu cầu đào tạo về ứng dụng TTNT trong y tế. Mỗi nội dung trong bộ câu hỏi nhận thức về TTNT được đánh giá bằng thang điểm Likert gồm 5 mức độ từ rất không đồng ý đến rất đồng ý. Điểm của mỗi khía cạnh được đánh giá bằng điểm trung bình các nội dung đo lường. Khi đó, điểm trung bình của từng khía cạnh dao động từ 1 đến 5. Sau đó điểm trung bình của từng khía cạnh được chuyển sang thang điểm 100.

Sử dụng ngưỡng cắt của Bloom để xác định mức độ nhận thức⁽⁴⁾. Nhận thức tốt nếu điểm trung bình đạt được từ 80 – 100; nhận thức trung bình nếu điểm từ 60 – 79 và nhận thức kém nếu điểm thấp hơn 60.

Phân tích dữ liệu

Báo cáo tần số và tỉ lệ phần trăm đối với các biến số đặc điểm cá nhân của sinh viên, các hoạt động liên quan đến TTNT sinh viên đã tham gia, sự hiểu biết về TTNT, môi trường học tập, nguồn thông tin về TTNT, mức độ nhận thức của sinh viên về ứng dụng TTNT trong y tế.

Kiểm định mối liên quan giữa mức độ nhận thức về ứng dụng TTNT với các biến số nhị giá, danh định, thứ tự bằng hồi quy logistic với biến kết cục là biến thứ tự (Ordinal Logistic Regression). Lượng hóa mối quan hệ bằng tỉ số số chênh OR (Odds Ratio) với khoảng tin cậy là 95% (KTC 95%). Mức ý nghĩa thống kê được dùng ở mức $p < 0,05$.

Y đức

Nghiên cứu này được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược TP. HCM số 994/HĐĐĐ-DHYD, ngày 11/01/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng số sinh viên y đa khoa năm cuối là 390 sinh viên, số sinh viên tham gia trả lời bộ câu hỏi là 372, tỉ lệ phản hồi chiếm 95,4%. Sau khi xử lý dữ liệu, nghiên cứu viên đã loại 35 bộ câu hỏi do không trả lời đầy đủ thông tin và vì thế không đánh giá được kết cục. Tổng số phiếu cuối cùng đủ tiêu chuẩn đưa vào phân tích là 337 (chiếm 86,4% tổng số sinh viên y đa khoa năm cuối).

Bảng 1: Đặc điểm các hoạt động liên quan đến TTNT sinh viên đã tham gia, sự hiểu biết về TTNT, môi trường học tập và nguồn thông tin về ứng dụng TTNT trong y tế (N=337)

Đặc điểm	n (%)
Các hoạt động đã tham gia	
Khóa học về ngôn ngữ lập trình	49 (14,5)
Buổi nói chuyện/ bài giảng về TTNT	86 (25,5)
Khóa học về khoa học máy tính	29 (8,6)
Sự hiểu biết	
Biết ngôn ngữ lập trình phổ biến dùng cho TTNT	84 (24,9)
Biết ứng dụng thực tế của TTNT trong y tế	212 (62,9)
Biết chuyên khoa mà TTNT đang được ứng dụng nhiều nhất	108 (32,0)
Môi trường học tập	
Trường giảng dạy về ứng dụng TTNT trong y tế	51 (15,1)
Bệnh viện thực tập giảng dạy về ứng dụng TTNT trong y tế	61 (18,1)
Có ứng dụng TTNT trong bệnh viện	163 (48,4)
Nguồn thông tin về ứng dụng TTNT trong y tế	
Mạng xã hội	259 (76,9)
Sách, tạp chí, bài báo	195 (57,9)
Bạn bè và những người xung quanh	139 (41,2)
Chương trình truyền hình	100 (29,7)
Hệ thống TTNT trong bệnh viện	57 (16,9)
Hội thảo/bài giảng	32 (9,5)
Không có bất kì nguồn thông tin nào	25 (7,4)
Khác	6 (1,8)

Về các hoạt động đã tham gia, việc tham gia buổi nói chuyện/bài giảng về TTNT chiếm tỉ lệ cao nhất (25,5%). Sinh viên biết ứng dụng thực tế của TTNT là 62,9%. Tỉ lệ sinh viên được cung cấp thông tin về TTNT trong môi trường học tập chiếm tỉ lệ thấp. Phần lớn sinh viên nhận được thông tin về ứng dụng TTNT thông qua mạng xã hội (76,9%) (Bảng 1)

Bảng 2: Các yếu tố liên quan đến nhận thức của sinh viên y đa khoa năm cuối về lợi ích của TTNT trong y tế (N=337)

Đặc điểm	Mức độ nhận thức về lợi ích của TTNT (n, %)			p	OR (KTC 95%)
	Kém n = 44 (13,1%)	Trung bình n = 245 (72,7%)	Tốt n = 48 (14,2%)		
Giới					
Nữ	26 (18,5)	101 (71,6)	14 (9,9)		1
Nam	18 (9,2)	144 (73,5)	34 (17,3)	0,004	2,07 (1,26 – 3,41)

Kết quả học tập học kì gần nhất					
Trung bình khá/Trung bình	20 (16,7)	85 (70,8)	15 (12,5)		1
Khá	17 (9,9)	126 (73,7)	28 (16,4)	0,089	1,58 (0,93 – 2,67)
Xuất sắc/Giỏi	7 (15,2)	34 (73,9)	5 (10,9)	0,991	1,00 (0,47 – 2,12)
Tình trạng kinh tế gia đình					
Khó khăn	10 (26,3)	24 (63,2)	4 (10,5)		1
Bình thường	32 (11,4)	209 (74,1)	41 (14,5)	0,031	2,29 (1,08 – 4,87)
Khá giả	2 (11,8)	12 (70,6)	3 (17,6)	0,145	2,58 (0,72 – 9,27)
Tham gia khóa học về ngôn ngữ lập trình					
Không	38 (13,2)	214 (74,3)	36 (12,5)		1
Có	6 (12,2)	31 (63,3)	12 (24,5)	0,099	1,77 (0,90 – 3,48)
Tham gia buổi nói chuyện/ bài giảng về TTNT					
Không	36 (14,3)	188 (74,9)	27 (10,8)		1
Có	8 (9,3)	57 (66,3)	21 (24,4)	0,004	2,27 (1,30 – 3,96)
Tham gia khóa học bổ sung về khoa học máy tính					
Không	41 (13,3)	226 (73,4)	41 (13,3)		1
Có	3 (10,4)	19 (65,5)	7 (24,1)	0,164	1,81 (0,78 – 4,19)
Biết ngôn ngữ lập trình phổ biến dùng cho TTNT					
Không	35 (13,8)	185 (73,1)	33 (13,1)		1
Có	9 (10,7)	60 (71,4)	15 (17,9)	0,227	1,40 (0,81 – 2,43)
Biết ứng dụng thực tế của TTNT trong y tế					
Không	15 (12,0)	95 (76,0)	15 (12,0)		1
Có	29 (13,7)	150 (70,7)	33 (15,6)	0,745	1,08 (0,67 – 1,77)
Biết chuyên khoa mà TTNT đang được ứng dụng nhiều nhất					
Không	31 (13,5)	169 (73,8)	29 (12,7)		1
Có	13 (12,0)	76 (70,4)	19 (17,6)	0,289	1,32 (0,79 – 2,19)
Trường giảng dạy về ứng dụng TTNT trong y tế					
Không	37 (12,9)	213 (74,5)	36 (12,6)		1
Có	7 (13,7)	32 (62,8)	12 (23,5)	0,187	1,57 (0,80 – 3,07)
Bệnh viện thực tập giảng dạy về ứng dụng TTNT trong y tế					
Không	38 (13,8)	200 (72,4)	38 (13,8)		1
Có	6 (9,8)	45 (73,8)	10 (16,4)	0,377	1,32 (0,71 – 2,43)
Ứng dụng TTNT trong bệnh viện					
Không	25 (14,4)	131 (75,3)	18 (10,3)		1
Có	19 (11,7)	114 (69,9)	30 (18,4)	0,058	1,59 (0,98 – 2,57)

Bảng 2 cho thấy mức độ nhận thức kém, trung bình, tốt đối với khía cạnh lợi ích của TTNT trong y tế lần lượt là 13,1%, 72,7%, 14,2%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ nhận thức của sinh viên y đa khoa năm cuối về lợi ích của TTNT trong y tế với giới tính, tình trạng kinh tế gia đình, tham gia buổi nói chuyện/ bài giảng về TTNT.

Bảng 3: Các yếu tố liên quan đến nhận thức của sinh viên y đa khoa năm cuối về hạn chế của TTNT trong y tế (N=337)

Đặc điểm	Mức độ nhận thức về hạn chế của TTNT (n, %)			p	OR (KTC 95%)
	Kém n=77 (22,8%)	Trung bình n=214 (63,5%)	Tốt n=46 (13,7%)		
Giới					
Nữ	17 (12,1)	109 (77,3)	15 (10,6)		1
Nam	60 (30,6)	105 (53,6)	31 (15,8)	0,029	0,61 (0,39 – 0,95)
Kết quả học tập học kì gần nhất					
Trung bình khá/Trung bình	26 (21,7)	73 (60,8)	21 (17,5)		1
Khá	43 (25,1)	107 (62,6)	21 (12,3)	0,229	0,75 (0,46 – 1,20)
Xuất sắc/Giỏi	8 (17,4)	34 (73,9)	4 (8,7)	0,698	0,87 (0,44 – 1,72)
Tình trạng kinh tế gia đình					
Khó khăn	12 (31,6)	20 (52,6)	6 (15,8)		1
Bình thường	63 (22,3)	181 (64,2)	38 (13,5)	0,454	1,31 (0,65 – 2,63)
Khá giả	2 (11,8)	13 (76,4)	2 (11,8)	0,330	1,77 (0,56 – 5,56)
Tham gia khóa học về ngôn ngữ lập trình					
Không	64 (22,2)	190 (66,0)	34 (11,8)		1
Có	13 (26,5)	24 (49,0)	12 (24,5)	0,406	1,31 (0,69 – 2,50)
Tham gia buổi nói chuyện/ bài giảng về TTNT					
Không	53 (21,1)	162 (64,5)	36 (14,4)		1
Có	24 (27,9)	52 (60,5)	10 (11,6)	0,195	0,72 (0,44 – 1,18)
Tham gia khóa học bổ sung về khoa học máy tính					
Không	71 (23,1)	195 (63,3)	42 (13,6)		1
Có	6 (20,7)	19 (65,5)	4 (13,8)	0,822	1,09 (0,51 – 2,36)
Biết ngôn ngữ lập trình phổ biến dùng cho TTNT					
Không	53 (21,0)	167 (66,0)	33 (13,0)		1
Có	24 (28,6)	47 (55,9)	13 (15,5)	0,442	0,82 (0,49 – 1,36)
Biết ứng dụng thực tế của TTNT trong y tế					
Không	23 (18,4)	80 (64,0)	22 (17,6)		1
Có	54 (25,5)	134 (63,2)	24 (11,3)	0,049	0,63 (0,40 – 1,00)
Biết chuyên khoa mà TTNT đang được ứng dụng nhiều nhất					
Không	47 (20,5)	148 (64,6)	34 (14,9)		1
Có	30 (27,8)	66 (61,1)	12 (11,1)	0,112	0,69 (0,43 – 1,09)
Trường giảng dạy về ứng dụng TTNT trong y tế					
Không	66 (23,1)	183 (64,0)	37 (12,9)		1
Có	11 (21,6)	31 (60,8)	9 (17,6)	0,506	1,23 (0,67 – 2,27)

Bệnh viện thực tập giảng dạy về ứng dụng CNTT trong y tế					
Không	67 (24,3)	175 (63,4)	34 (12,3)		1
Có	10 (16,4)	39 (63,9)	12 (19,7)	0,073	1,69 (0,95 – 2,99)
Ứng dụng CNTT trong bệnh viện					
Không	44 (25,3)	109 (62,6)	21 (12,1)		1
Có	33 (20,3)	105 (64,4)	25 (15,3)	0,201	1,33 (0,86 – 2,05)

Bảng 3 cho thấy mức độ nhận thức kém, trung bình, tốt đối với khía cạnh hạn chế của CNTT trong y tế lần lượt là 22,8%, 63,5%, 13,7%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ nhận thức của sinh viên y đa khoa năm cuối về hạn chế của CNTT trong y tế với giới tính.

Bảng 4: Các yếu tố liên quan đến nhận thức của sinh viên y đa khoa năm cuối về tác động của CNTT trong y tế (N=337)

Đặc điểm	Mức độ nhận thức về tác động của TTNT (n, %)			p	OR (KTC 95%)
	Kém n=115 (34,1%)	Trung bình n=201 (59,7%)	Tốt n=21 (6,2%)		
Giới					
Nữ	46 (32,6)	92 (65,3)	3 (2,1)		1
Nam	69 (35,2)	109 (55,6)	18 (9,2)	0,688	1,09 (0,71 – 1,68)
Kết quả học tập học kì gần nhất					
Trung bình khá/Trung bình	42 (35,0)	72 (60,0)	6 (5,0)		1
Khá	62 (36,3)	96 (56,1)	13 (7,6)	0,933	1,02 (0,64 – 1,63)
Xuất sắc/Giỏi	11 (23,9)	33 (71,7)	2 (4,4)	0,258	1,48 (0,75 – 2,93)
Tình trạng kinh tế gia đình					
Khó khăn	17 (44,7)	19 (50,0)	2 (5,3)		1
Bình thường	90 (31,9)	176 (62,4)	16 (5,7)	0,153	1,63 (0,83 – 3,20)
Khá giả	8 (47,1)	6 (35,3)	3 (17,6)	0,728	1,23 (0,38 – 4,06)
Tham gia khóa học về ngôn ngữ lập trình					
Không	101 (35,1)	169 (58,7)	18 (6,2)		1
Có	14 (28,6)	32 (65,3)	3 (6,1)	0,439	1,27 (0,69 – 2,35)
Tham gia buổi nói chuyện/ bài giảng về TTNT					
Không	93 (37,0)	146 (58,2)	12 (4,8)		1
Có	22 (25,6)	55 (63,9)	9 (10,5)	0,020	1,83 (1,10 – 3,06)
Tham gia khóa học bổ sung về khoa học máy tính					
Không	107 (34,7)	183 (59,4)	18 (5,9)		1
Có	8 (27,6)	18 (62,1)	3 (10,3)	0,315	1,50 (0,68 – 3,31)
Biết ngôn ngữ lập trình phổ biến dùng cho TTNT					
Không	92 (36,4)	146 (57,7)	15 (5,9)		1
Có	23 (27,4)	55 (65,5)	6 (7,1)	0,144	1,45 (0,88 – 2,40)

Biết ứng dụng thực tế của TTNT trong y tế					
Không	52 (41,6)	70 (56,0)	3 (2,4)		1
Có	63 (29,7)	131 (61,8)	18 (8,5)	0,008	1,83 (1,17 – 2,85)
Biết chuyên khoa mà TTNT đang được ứng dụng nhiều nhất					
Không	85 (37,1)	134 (58,5)	10 (4,4)		1
Có	30 (27,8)	67 (62,0)	11 (10,2)	0,030	1,69 (1,05 – 2,70)
Trường giảng dạy về ứng dụng TTNT trong y tế					
Không	97 (33,9)	172 (60,1)	17 (6,0)		1
Có	18 (35,3)	29 (56,9)	4 (7,8)	0,996	1,00 (0,55 – 1,82)
Bệnh viện thực tập giảng dạy về ứng dụng TTNT trong y tế					
Không	94 (34,0)	165 (59,8)	17 (6,2)		1
Có	21 (34,4)	36 (59,0)	4 (6,6)	0,991	1,00 (0,57 – 1,74)
Ứng dụng TTNT trong bệnh viện					
Không	73 (42,0)	90 (51,7)	11 (6,3)		1
Có	42 (25,8)	111 (68,1)	10 (6,1)	0,006	1,84 (1,19 – 2,85)

Bảng 4 cho thấy mức độ nhận thức kém, trung bình, tốt đối với khía cạnh tác động của TTNT trong y tế lần lượt là 34,1%, 59,7%, 6,2%. Các yếu tố như tham gia buổi nói chuyện/ bài giảng về TTNT, biết ứng dụng thực tế của TTNT trong y tế, biết chuyên

khoa mà TTNT đang được ứng dụng nhiều nhất, môi trường học tập có ứng dụng TTNT trong bệnh viện là những yếu tố góp phần gia tăng số chênh nhận thức tốt về tác động của TTNT trong y tế.

Bảng 5: Các yếu tố liên quan đến nhận thức của sinh viên y đa khoa năm cuối về nhu cầu đào tạo TTNT trong y tế (N=337)

Đặc điểm	Mức độ nhận thức về nhu cầu đào tạo về TTNT (n, %)			p	OR (KTC 95%)
	Kém n=23 (6,8%)	Trung bình n=254 (75,4%)	Tốt n=60 (17,8%)		
Giới					
Nữ	11 (7,8)	114 (80,9)	16 (11,3)		1
Nam	12 (6,1)	140 (71,4)	44 (22,5)	0,015	1,89 (1,13 – 3,18)
Kết quả học tập học kì gần nhất					
Trung bình khá/Trung bình	11 (9,2)	90 (75,0)	19 (15,8)		1
Khá	9 (5,3)	126 (73,7)	36 (21,0)	0,120	1,54 (0,89 – 2,67)
Xuất sắc/Giỏi	3 (6,5)	38 (82,6)	5 (10,9)	0,757	0,88 (0,39 – 1,96)
Tình trạng kinh tế gia đình					
Khó khăn	3 (7,9)	27 (71,1)	8 (21,0)		1
Bình thường	20 (7,1)	215 (76,2)	47 (16,7)	0,644	0,83 (0,38 – 1,82)
Khá giả	0 (0)	12 (70,6)	5 (29,4)	0,294	1,92 (0,57 – 6,50)

Tham gia khóa học về ngôn ngữ lập trình					
Không	21 (7,3)	222 (77,1)	45 (15,6)		1
Có	2 (4,1)	32 (65,3)	15 (30,6)	0,013	2,31 (1,19 – 4,46)
Tham gia buổi nói chuyện/ bài giảng về TTNT					
Không	17 (6,8)	204 (81,3)	30 (11,9)		1
Có	6 (7,0)	50 (58,1)	30 (34,9)	<0,001	3,08 (1,76 – 5,40)
Tham gia khóa học về khoa học máy tính					
Không	21 (6,8)	240 (77,9)	47 (15,3)		1
Có	2 (6,9)	14 (48,3)	13 (44,8)	0,001	3,89 (1,74 – 8,68)
Biết ngôn ngữ lập trình phổ biến dùng cho TTNT					
Không	19 (7,5)	198 (78,3)	36 (14,2)		1
Có	4 (4,7)	56 (66,7)	24 (28,6)	0,004	2,25 (1,29 – 3,93)
Biết ứng dụng thực tế của TTNT trong y tế					
Không	9 (7,2)	106 (84,8)	10 (8,0)		1
Có	14 (6,6)	148 (69,8)	50 (23,6)	0,003	2,29 (1,34 – 3,94)
Biết chuyên khoa mà TTNT đang được ứng dụng nhiều nhất					
Không	18 (7,9)	176 (76,8)	35 (15,3)		1
Có	5 (4,6)	78 (72,2)	25 (23,2)	0,050	1,69 (1,00 – 2,85)
Trường giảng dạy về ứng dụng TTNT trong y tế					
Không	22 (7,7)	216 (75,5)	48 (16,8)		1
Có	1 (2,0)	38 (74,5)	12 (23,5)	0,099	1,73 (0,90 – 3,33)
Bệnh viện thực tập giảng dạy về ứng dụng TTNT trong y tế					
Không	20 (7,2)	207 (75,0)	49 (17,8)		1
Có	3 (4,9)	47 (77,1)	11 (18,0)	0,725	1,12 (0,60 – 2,10)
Ứng dụng TTNT trong bệnh viện					
Không	17 (9,8)	131 (75,3)	26 (14,9)		1
Có	6 (3,7)	123 (75,5)	34 (20,8)	0,027	1,76 (1,07 – 2,91)

Bảng 5 cho thấy mức độ nhận thức kém, trung bình, tốt đối với khía cạnh nhu cầu đào tạo về TTNT trong y tế lần lượt là 6,8%, 75,4%, 17,8%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ nhận thức của sinh viên y đa khoa năm cuối về nhu cầu đào tạo TTNT trong y tế với giới tính, các hoạt động liên quan đến TTNT sinh viên đã tham gia, sự hiểu biết về TTNT, môi trường học tập có ứng dụng TTNT trong bệnh viện.

IV. BÀN LUẬN

Nhận thức về lợi ích của TTNT trong y tế và các yếu tố liên quan

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ sinh viên y đa khoa năm cuối nhận thức về TTNT trong y tế ở mức kém, trung bình, tốt đối với khía cạnh lợi ích của TTNT trong y tế lần lượt là 13,1%, 72,7%, 14,2%. Điều này cho thấy đa số sinh viên đã nhận thức được

những tiềm năng của TTNT trong y tế. Các nghiên cứu trước đây không phân loại mức độ nhận thức về lợi ích của TTNT trong y tế. Tuy nhiên, các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng sinh viên y khoa đã nhận thức được tiềm năng của TTNT. Cụ thể, tỉ lệ sinh viên y khoa đồng ý TTNT có vai trò quan trọng trong y học dao động từ 75% - 88% trong các nghiên cứu được thực hiện tại Hoa Kỳ⁽⁵⁾, Vương Quốc Anh⁽⁶⁾.

Nghiên cứu cho thấy sinh viên nam có số chênh nhận thức tốt về lợi ích của TTNT trong y tế cao hơn so với sinh viên nữ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu được thực hiện ở sinh viên y khoa Đức khi sinh viên nam có sự đồng ý về vai trò của TTNT trong cải thiện y học cao hơn so với sinh viên nữ⁽⁷⁾. Ngoài ra, sinh viên cho rằng tình trạng kinh tế gia đình ở mức bình thường có số chênh nhận thức tốt về lợi ích của TTNT trong y tế cao gấp 2,29 lần so với sinh viên cho rằng tình trạng kinh tế gia đình ở mức khó khăn. Sự khác biệt này có thể do khả năng tiếp cận với các thông tin liên quan đến TTNT giữa các nhóm kinh tế gia đình là không giống nhau.

Sinh viên có tham gia buổi nói chuyện/bài giảng về ứng dụng TTNT có số chênh nhận thức tốt về lợi ích của TTNT trong y tế cao hơn so với những sinh viên không tham dự. Kết quả này có thể cho thấy thông qua các buổi nói chuyện/bài giảng về TTNT sẽ cung cấp thêm nhiều kiến thức mới cho sinh viên, qua đó sinh viên nhận thức được những lợi ích của TTNT trong y tế.

Nhận thức về hạn chế của TTNT trong y tế và các yếu tố liên quan

Nghiên cứu cho thấy tỉ lệ sinh viên y đa khoa năm cuối nhận thức tốt về hạn chế của TTNT trong y tế là 13,7%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu được thực hiện tại Vương Quốc Anh khi có gần một nửa (48,3%) sinh viên y khoa tự báo cáo họ đã biết những hạn chế của TTNT⁽⁶⁾. Tuy nhiên, kết quả này có thể bị ảnh hưởng bởi nghiên cứu tại Vương Quốc Anh không đưa ra câu hỏi nhằm khảo sát khách quan mức độ hiểu biết thực sự của sinh viên về những hạn chế này⁽⁶⁾.

Kết quả ghi nhận sinh viên nam có số chênh nhận thức tốt về hạn chế của TTNT trong y tế chỉ bằng 0,61 lần so với sinh viên nữ. Điều này có thể được lý giải như sau: nghiên cứu đã chứng minh được rằng nam giới đặc biệt có niềm tin vào lợi ích của công nghệ⁽⁸⁾, việc này có thể dẫn đến các sinh viên nam sẽ ít chú ý đến những hạn chế của TTNT. Ngoài ra cũng có thể nữ giới quan tâm đến cả lợi ích và hạn chế của TTNT một cách như nhau trong khi như trình bày bên trên nam giới có khuynh hướng tin tưởng vào cái lợi của TTNT hơn.

Nhận thức về tác động của TTNT trong y tế và các yếu tố liên quan

Kết quả nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ sinh viên y đa khoa năm cuối nhận thức kém về tác động của TTNT trong y tế là 34,1%. Qua đó, cho thấy cũng có một số lượng đáng kể sinh viên chưa nhận thức được tác động của TTNT trong y tế. Điều này có thể do TTNT chưa được đề cập và thảo luận tích cực trong

chương trình học của sinh viên y khoa. Do đó, trường y khoa cũng như bệnh viện thực tập nên triển khai chương trình giảng dạy về TTNT cho sinh viên nhằm cung cấp thông tin khách quan, thực tế về tác động của TTNT trong y tế để sinh viên tự tin hơn khi sử dụng TTNT trong tương lai. Hầu hết các nghiên cứu chỉ ra rằng sinh viên y khoa lo ngại về sự phát triển của TTNT sẽ ảnh hưởng đến nhu cầu việc làm và sợ bị thay thế bởi TTNT^(6,9). Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng nhận thức sai lầm rằng TTNT sẽ thay thế bác sĩ cần phải được giải quyết bằng cách đầu tư vào giáo dục và cung cấp thông tin chất lượng, làm rõ vai trò thực sự của TTNT giúp loại bỏ những quan niệm không chính xác về tác động của TTNT trong y tế^(5,9,10).

Tham gia buổi nói chuyện/ bài giảng về TTNT góp phần gia tăng số chênh nhận thức tốt về tác động của TTNT trong y tế. Tương tự, nghiên cứu trên sinh viên y khoa ở Vương Quốc Anh cho thấy những sinh viên được giảng dạy về TTNT cảm thấy chuẩn bị tốt hơn, sẵn sàng làm việc cùng với TTNT sau khi tốt nghiệp so với những sinh viên không được giảng dạy⁽⁶⁾. Qua đây có thể thấy được tầm quan trọng của việc cung cấp kiến thức về TTNT cho sinh viên nhằm giúp sinh viên tự tin hơn khi bước vào môi trường làm việc với sự hỗ trợ của TTNT.

Nhóm sinh viên biết ứng dụng thực tế của TTNT trong y tế, biết chuyên khoa mà TTNT đang được ứng dụng nhiều nhất có số chênh nhận thức tốt về tác động TTNT trong y tế cao hơn so với nhóm sinh viên không biết. Các nghiên cứu trước đây cũng cho kết

quả rằng những sinh viên hiểu biết rõ về TTNT sẽ ít lo lắng khi làm việc cùng với công nghệ mới này^(9, 10). Từ các kết quả trên có thể cho thấy với những kiến thức về TTNT có thể giúp sinh viên hiểu rõ hơn về tác động của TTNT trong y tế. Vì vậy, cần phải thảo luận thường xuyên về tác động của TTNT trong y tế nhằm hỗ trợ sinh viên đưa ra những quyết định đúng đắn cho việc lập kế hoạch trong tương lai.

Sinh viên cho rằng bệnh viện nơi thực tập đã có ứng dụng TTNT thì có số chênh nhận thức tốt về tác động của TTNT trong y tế cao hơn so với những sinh viên cho rằng bệnh viện không có ứng dụng TTNT. Điều này có thể do khi bệnh viện đã có ứng dụng TTNT, sẽ làm gia tăng sự quan tâm của sinh viên về TTNT trong y tế do đó sinh viên có thể đã chủ động tìm hiểu thông tin liên quan đến chủ đề này.

Nhận thức về nhu cầu đào tạo về TTNT trong y tế và các yếu tố liên quan

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ sinh viên y đa khoa năm cuối nhận thức về nhu cầu đào tạo về TTNT trong y tế từ trung bình trở lên chiếm 93,2%. Điều này cho thấy đa số các sinh viên đã nhận thức được tầm quan trọng của việc được giảng dạy về TTNT và bày tỏ mong muốn được tiếp thu kiến thức về các vấn đề liên quan đến TTNT trong y tế. Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả rằng sinh viên y khoa có mong muốn được đào tạo về các vấn đề liên quan đến TTNT^(6,7). Vì vậy, đầu tư vào chương trình đào tạo liên quan đến TTNT trong y khoa rất được khuyến khích. Kiến thức và hiểu biết về

TTNT có thể sẽ rất quan trọng đối với thể hệ bác sĩ tương lai.

Nghiên cứu ghi nhận sinh viên nam có số chênh nhận thức tốt về nhu cầu đào tạo TTNT trong y tế cao hơn so với những sinh viên nữ. Kết quả này tương tự với nghiên cứu thực hiện trên sinh viên y khoa Đức khi sinh viên nam bày tỏ sự quan tâm nhiều hơn đến việc đưa TTNT vào chương trình đào tạo y khoa⁽⁷⁾. Nghiên cứu chúng tôi cũng tìm thấy việc tham gia khóa học về ngôn ngữ lập trình, tham gia buổi nói chuyện/ bài giảng về TTNT, tham gia khóa học về khoa học máy tính là những yếu tố góp phần gia tăng số chênh nhận thức tốt về nhu cầu đào tạo TTNT trong y tế. Từ đó cho thấy việc tham gia vào các khóa học/ bài giảng liên quan đến TTNT sẽ hỗ trợ nâng cao kiến thức, đồng thời khám phá ra những điều mới về TTNT, tạo tiền đề cũng như động lực thúc đẩy sinh viên có nhu cầu được đào tạo về TTNT cao hơn so với những sinh viên chưa từng tham gia khóa học/bài giảng liên quan đến TTNT.

Nghiên cứu tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ nhận thức về nhu cầu đào tạo TTNT trong y tế với sự hiểu biết về TTNT. Những điều này hợp lý, khi những hiểu biết cơ bản về TTNT cũng như sự quan tâm đến công nghệ có thể là cơ sở để thúc đẩy mong muốn được tiếp thu thêm nhiều kiến thức hơn về công nghệ giàu tiềm năng này. Qua đó, sẽ giúp sinh viên nâng cao kiến thức, hiểu biết sâu sắc hơn về các vấn đề liên quan đến TTNT.

Môi trường học tập có ứng dụng TTNT trong bệnh viện góp phần gia tăng số chênh

nhận thức tốt về nhu cầu đào tạo TTNT trong y tế. Điều này có thể giải thích do khi bệnh viện đã có ứng dụng TTNT trong y tế có thể thúc đẩy sự quan tâm của sinh viên về công nghệ mới này. Với tinh thần ham học kết hợp với sự quan tâm sẽ giúp sinh viên có nhu cầu được đào tạo về TTNT cao hơn.

Hạn chế của nghiên cứu

Nghiên cứu cũng có một số điểm hạn chế. Nghiên cứu cắt ngang nên kết quả chỉ phản ánh được nhận thức về ứng dụng TTNT trong y tế của sinh viên y đa khoa năm cuối tại thời điểm nghiên cứu, cho biết được các yếu tố liên quan nhưng không thể hiện mối quan hệ nhân quả với nhận thức về ứng dụng TTNT trong y tế. Ngoài ra, vì không có một tiêu chuẩn vàng để đánh giá nên một số câu hỏi dùng trong nghiên cứu còn nghiêng về thái độ nhiều hơn nhận thức. Bên cạnh đó, đối với việc xây dựng bộ công cụ có thể phải tiến hành qua nhiều bước nên cần đánh giá thêm qua các nghiên cứu tiếp theo.

V. KẾT LUẬN

Nhận thức của sinh viên y đa khoa năm cuối Đại học Y Dược TP. HCM về ứng dụng TTNT trong y tế ở mức trung bình. Các yếu tố liên quan đến nhận thức tốt về ứng dụng TTNT trong y tế là giới tính (nam), hoạt động sinh viên đã tham gia (khóa học về ngôn ngữ lập trình, buổi giảng về TTNT, khóa học về khoa học máy tính), sự hiểu biết về TTNT và môi trường học tập có ứng dụng TTNT trong bệnh viện. Do đó, cần có sự hỗ trợ từ phía nhà trường, bệnh viện thực tập cũng như sự chủ động của sinh viên trong

việc tiếp thu kiến thức liên quan đến TTNT trong y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Mesko B, Hetenyi G, Gyorffy Z** (2018). Will artificial intelligence solve the human resource crisis in healthcare?. *BMC Health Serv Res*, 18 (1), 545.
2. **Global Health Workforce Alliance and World Health Organization** (2013). A universal truth: no health without a workforce, 1-104.
3. **Park S. H., Do K. H., Kim S., Park J. H., Lim Y. S.** (2019). What should medical students know about artificial intelligence in medicine?. *J Educ Eval Health Prof*, 16, 18.
4. **Seid M. A., Hussen M. S.** (2018). Knowledge and attitude towards antimicrobial resistance among final year undergraduate paramedical students at University of Gondar, Ethiopia. *BMC Infect Dis*, 18 (1), 312.
5. **Park C. J., Yi P. H., Siegel E. L.** (2020). Medical Student Perspectives on the Impact of Artificial Intelligence on the Practice of Medicine. *Curr Probl Diagn Radiol*, 50 (5), 614-619.
6. **Sit C., Srinivasan R., Amlani A., Muthuswamy K., Azam A., Monzon L., et al.** (2020) Attitudes and perceptions of UK medical students towards artificial intelligence and radiology: a multicentre survey. *Insights into Imaging*, 11 (1), 14.
7. **Pinto D. D., Giese D., Brodehl S., Chon S. H., Staab W., Kleinert R., et al.** (2019). Medical students' attitude towards artificial intelligence: a multicentre survey. *Eur Radiol*, 29 (4), 1640-1646.
8. **Cai Z., Fan X., Du J.** (2017). Gender and attitudes toward technology use: A meta-analysis. *Computers & Education*, 105, 1-13.
9. **Gong B., Nugent J. P., Guest W., Parker W., Chang P. J., Khosa F., et al.** (2019). Influence of Artificial Intelligence on Canadian Medical Students' Preference for Radiology Specialty: A National Survey Study. *Acad Radiol*, 26 (4), 566-577.
10. **Bin D. A., Alabdulkareem M., Alfutais A., Kamel A. M., Alkholaiwi F., Alshehri S., et al.** (2020). Artificial intelligence in radiology: does it impact medical students preference for radiology as their future career?. *BJR Open*, 2 (1), 20200037.

KHẢO SÁT TÍNH AN TOÀN VÀ PHÙ HỢP TRONG SỬ DỤNG THUỐC ỨC CHẾ BƠM PROTON Ở BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ TẠI KHOA TIÊU HÓA BỆNH VIỆN AN BÌNH

Cao Kim Xoa¹, Tô Phước Hải²,
Dương Hoàng Kim Kiều¹, Trịnh Băng Ngân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: thuốc ức chế bơm proton (PPI) mang lại nhiều hiệu quả điều trị vì vậy được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng, do đó cần kiểm soát việc sử dụng thuốc PPI hợp lý. Việc dùng thuốc đúng cách và đúng bệnh, giảm thiểu các biến chứng và tác dụng không mong muốn để có kết quả điều trị tốt nhất là điều mà người bệnh và bác sĩ đều quan tâm. Ngoài ra, chăm sóc bệnh nhân cũng cần yếu tố tuân thủ dùng thuốc để đảm bảo các mục tiêu lâm sàng được thực hiện.

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ tương tác thuốc, đánh giá sự an toàn, phù hợp và tìm hiểu các yếu tố liên quan của bệnh nhân ngoại trú sử dụng thuốc PPI.

Đối tượng và phương pháp: 450 đơn thuốc ngoại trú có kê PPI tại khoa khám bệnh Tiêu hóa bệnh viện An Bình từ tháng 6 đến tháng 10 năm 2023. Đánh giá tính phù hợp căn cứ vào phác đồ điều trị Bộ y tế; xác định tính an toàn dựa vào kết quả tra cứu tương tác thuốc từ công cụ Drugs.com.

Kết quả: Độ tuổi được kê PPI cao nhất ở nhóm trên 60 tuổi tỷ lệ 40,2%, tỷ lệ nữ mắc bệnh

nhiều hơn nam (63,1% với 36,9% tương ứng) và hầu hết dân tộc Kinh chiếm 62%. PPI được kê nhiều nhất là esomeprazole chiếm 68%, liều dùng cao nhất là 40mg chiếm 64,2%. Tỷ lệ tương tác với thuốc PPIs trong các đơn thuốc là 2% theo Drugs.com, chủ yếu là tương tác ở mức trung bình (1,6%) và nhẹ (0,4%).

Kết luận: Tỷ lệ an toàn đạt 98,4%, kê đúng chỉ định là 98,7% khá cao và tất cả các đơn thuốc đều tuân thủ liều dùng đúng.

Từ khóa: PPIs, bệnh nhân ngoại trú, Khoa Tiêu hóa bệnh viện An Bình.

SUMMARY

SAFETY AND SUITABILITY ASSESSMENT OF PROTON PUMP INHIBITORS IN OUTPATIENT AT THE GASTROENTEROLOGY DEPARTMENT OF AN BINH HOSPITAL

Background: Proton pump inhibitors (PPIs) are widely used in clinical practice due to their efficacy in treating various conditions. Consequently, there is a need for stringent control over PPI usage to ensure safety and appropriateness. Using correct medication for treatment, minimizing complications and unwanted effects to get the best treatment results is what both patients and doctors care about. In addition, patient care requires met medication adherence to ensure clinical goals.

Objectives: This study aims to determine the drug interaction rate, assess safety and suitability,

¹Khoa Dược – Đại học Nguyễn Tất Thành

²Khoa Tiêu hóa – Bệnh viện An Bình

Chịu trách nhiệm chính: Tô Phước Hải

SĐT: 091900559

Email: tophuchoai@gmail.com

Ngày nhận bài: 25/12/2023

Ngày phản biện khoa học: 08/01/2024

Ngày duyệt bài: 23/02/2024

and explore patient-related factors in outpatient PPI use.

Methods: A total of 450 outpatient prescriptions containing PPIs were collected from the Gastroenterology Department of An Binh Hospital between June and October 2023. Suitability assessment was based on the Ministry of Health's treatment guidelines, while safety evaluation relied on drug interaction results obtained from the Drugs.com tool.

Results: The highest age group prescribed PPIs was above 60 years, constituting 40.2% of cases. Females had a higher prevalence of PPI prescriptions (63.1%) compared to males (36.9%), and the majority of patients belonged to the Kinh ethnic group (62%). Esomeprazole was the most prescribed PPI, accounting for 68%, with a predominant dosage of 40mg at 64.2%. The drug interaction rate with PPIs in the prescriptions was 2%, predominantly at a moderate (1.6%) and mild (0.4%) level. The safety rate was 98.4%, with an unsafety rate of 1.6%. Prescription accuracy reached 98.7%, with only 1.3% of prescriptions being inaccurate. All prescriptions adhered to the correct dosage.

Conclusion: The safety rate reached 98.4%, the prescription accuracy rate was quite high at 98.7%, and all prescribed medications were strictly adhered to with the correct dosages.

Keywords: PPIs, outpatient, Gastroenterology Department, An Binh Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, bệnh về đường tiêu hóa ngày càng phổ biến. Trong đó, các bệnh lý tiêu hóa liên quan đến tăng tiết acid dịch vị, như loét dạ dày - tá tràng, trào ngược thực quản - dạ dày, hay hội chứng Zollinger-Ellison chiếm đa số. Thuốc PPI là nhóm thuốc ức chế bơm proton, được dùng để điều trị những

bệnh này, thuốc có khả năng ngăn chặn vi khuẩn *Helicobacter Pylori*, phòng ngừa loét và chảy máu dạ dày cho những bệnh nhân dùng thuốc chống viêm không steroid. Thuốc PPI hoạt động bằng cách kết hợp với bơm proton để làm giảm lượng acid hydrochloric (HCl) được tiết ra từ dạ dày, giảm acid hoá dịch vị do nhiều nguyên nhân khác nhau, và duy trì hiệu quả ức chế tiết trong dạ dày^[1].

PPI là một trong những loại thuốc được sử dụng nhiều nhất trên thế giới với khả năng làm giảm các triệu chứng do acid dịch vị một cách hiệu quả và an toàn hơn các loại thuốc khác. Năm 2006, khoảng 24 tỷ USD đã được đầu tư cho loại thuốc này^[2]. Ở Việt Nam, PPI cũng được dùng phổ biến và có xu hướng bị lạm dụng trong điều trị các bệnh về đường tiêu hoá^[3]. Gần đây, nhiều nghiên cứu đã chỉ ra việc sử dụng thuốc PPI không hợp lý hoặc lâu dài có thể gây ra nhiều tác dụng phụ khác^[4]. Điều này không chỉ gây ra vấn đề sức khỏe cho người bệnh mà còn làm tăng gánh nặng cho hệ thống y tế.

Việc dùng thuốc đúng cách và đúng bệnh, giảm thiểu các biến chứng và tác dụng không mong muốn để có kết quả điều trị tốt nhất là điều mà người bệnh và bác sĩ đều quan tâm. Ngoài ra, chăm sóc bệnh nhân cũng cần yếu tố tuân thủ dùng thuốc để đảm bảo các mục tiêu lâm sàng được thực hiện. Do đó, nhóm tác giả đã thực hiện đề tài “*Khảo sát tính an toàn và phù hợp trong sử dụng thuốc ức chế bơm proton ở bệnh nhân ngoại trú điều trị tại khoa tiêu hóa bệnh viện An Bình*” với mong muốn đạt được mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm dịch tễ học của mẫu nghiên cứu.

2. Xác định tỷ lệ tương tác thuốc, đánh giá tính an toàn, hợp lý của đơn thuốc kê PPI theo Dược thư Quốc gia Việt Nam tại khoa Khám bệnh Tiêu hóa - bệnh viện An Bình.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được điều trị ở Phòng khám Tiêu hóa từ 06/2023 đến 10/2023 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không có khả năng nghe nói và trả lời câu hỏi khảo sát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu:

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu theo ước lượng một tỉ lệ

$$n = Z^2 \frac{p \cdot (1 - p)}{e^2}$$

n: Kích thước mẫu cần xác định

Z: Giá trị tra bảng phân phối Z dựa vào độ tin cậy lựa chọn. Hệ số tin cậy là trị số tùy thuộc vào mức tin cậy mong muốn của ước lượng; mức tin cậy mong muốn là 95%, Z = 1,96.

p: Tỷ lệ sử dụng PPI an toàn ở một quần thể tương tự. Theo nghiên cứu của Nguyễn Hoàng năm 2020, tỷ lệ sử dụng PPI an toàn là 73,47%^[5], do đó ta chọn p = 0,73.

c: Sai số cho phép hay còn gọi là sai số mong muốn giữa tỉ lệ từ mẫu và tỉ lệ thật của quần thể; trong nghiên cứu này chọn mức sai số e = 0,05.

Cỡ mẫu được tính:

Thay các giá trị vào công thức, ta tính được n = 303

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm bệnh nhân: giới tính, tuổi, dân tộc, nghề nghiệp, nơi cư trú và đặc điểm sử dụng thuốc PPI.

Khảo sát tần số tương tác thuốc trên công cụ Drugs.com

Đánh giá sự phù hợp và an toàn của việc sử dụng nhóm thuốc ức chế bơm proton

An toàn được xác định là khi thỏa mãn cả 3 điều kiện: không dùng trên đối tượng có chống chỉ định, không có tương tác với các thuốc điều trị khác (tương tác bất lợi được xác định nếu tương tác là nhẹ, trung bình, nặng khi tra cứu trên Drugs.com) và không kê từ 2 thuốc cùng nhóm PPIs.

Không an toàn: khi không đáp ứng tối thiểu 01 trong 03 điều kiện trên.

Đúng chỉ định, đúng liều theo phác đồ Bộ Y Tế (2015), thỏa mãn 2 điều kiện trên thì phù hợp.

Phương pháp thu thập số liệu: Bộ công cụ thu thập dữ liệu

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu nghiên cứu thu nhập được sẽ nhập và xử lý kết quả bằng phần mềm Excel 2021 và sử dụng thống kê mô tả của phần mềm IBM SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**3.1. Đặc điểm dịch tễ học mẫu nghiên cứu****3.1.1. Đặc điểm chung****Bảng 19. Đặc điểm mẫu tham gia nghiên cứu (n = 450)**

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu		Tần suất	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	166	36,9
	Nữ	284	63,1
Tuổi	18-29	25	5,6
	30-39	48	10,7
	40-49	83	18,4
	50-59	113	25,1
	Trên 60 tuổi	181	40,2
Dân tộc	Kinh	279	62,0
	Hoa	150	33,3
	Khác	21	4,7
Nghề nghiệp	Công nhân	11	2,4
	Nội trợ	54	12,0
	Khác	385	85,6
Nơi cư trú	Quận 5	66	14,7
	Quận 6	59	13,1
	Quận 8	166	36,9
	Khác	159	35,3

Nhận xét: Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh nhiều hơn nam giới, nữ giới 63,1%, nam giới 36,9% và hầu hết dân tộc Kinh chiếm 62%. Độ tuổi mắc bệnh không phân biệt giữa các nhóm chủ yếu trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 40,2%, kế tiếp là nhóm 50-59 tuổi 25,1%.

Nghề nghiệp được chia thành 3 nhóm: công dân, nội trợ, khác lần lượt chiếm tỷ lệ 2,4%, 12%, 85,6%, phần lớn sinh sống ở quận 8 (36,9%).

3.1.2. Đặc điểm sử dụng thuốc PPI trong điều trị**Bảng 20. Đặc điểm sử dụng thuốc PPI trong điều trị**

Hoạt chất	Dạng thuốc, hàm lượng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Esomeprazole			
	Viên nén 20mg	42	9,3
	Viên nén 40mg	264	58,7
	Tổng	306	68,0
Rabeprazole			
	Viên nén 20mg	119	26,4
	Viên nén 40mg	1	2
	Tổng	120	26,7
Pantoprazole			
	Viên nén 40mg	24	5,3
	Tổng	450	100

Nhận xét: Trong 3 dược chất ức chế bơm proton được kê trên đơn, hầu hết đường uống là đường dùng phổ biến nhất, esomeprazole chiếm tỷ lệ cao nhất 68%, kế đến là rabeprazole 26,7%, pantoprazol chiếm tỷ lệ thấp nhất 5,3%. Hai hoạt chất lansoprazole

và omeprazole không được chỉ định trong đơn ngoại trú. Liều dùng của các hoạt chất PPI cao nhất là 40mg chiếm 64,2%.

3.2. Đánh giá sự phù hợp và an toàn của việc sử dụng nhóm thuốc PPI

Bảng 21. Tỷ lệ tương tác thuốc

Tương tác với PPIs	Tần số (n=450)	Tỷ lệ (%)
Có	9	2
Không	441	98

Bảng 22. Mức độ tương tác thuốc

Mức độ tương tác	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nhẹ	2	4
Vừa	7	1,6
Tổng	9	2

Nhận xét: Tỷ lệ xảy ra tương tác với PPIs trong đơn là 2% (9/450 bệnh) theo Drugs.com, hầu hết là mức độ trung bình 1,6% và nhẹ 0,4%. Các tương tác xảy ra với các chế phẩm sắt, simvastatin và clarithromycin.

Bảng 23. Tỷ lệ sử dụng thuốc PPI an toàn

Dùng thuốc an toàn	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Dùng trên đối tượng chống chỉ định	Có	0
	Không	450
Nguy cơ tương tác thuốc bất lợi	Có	7
	Không	443
Dùng chung từ 2 thuốc trở lên cùng nhóm PPIs	Có	0
	Không	450
An toàn chung	Có	443
	Không	7

Nhận xét: Tỷ lệ đơn thuốc sử dụng thuốc PPI an toàn là 98,4%, tỷ lệ đơn thuốc không an toàn là 1,6%. Không có đơn thuốc nào sử dụng hai loại PPIs trở lên.

Bảng 24. Tỷ lệ sử dụng thuốc PPI phù hợp

Dùng thuốc phù hợp	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chỉ định	Hợp lý	442
	Chưa hợp lý	6
Liều dùng	Hợp lý	450
	Chưa hợp lý	0
Phù hợp chung	Hợp lý	444
	Chưa hợp lý	6

Nhận xét: Tỷ lệ đơn thuốc có chỉ định hợp lý chiếm 98,7%, chỉ có 1,3% đơn thuốc được chỉ định chưa hợp lý. 100% đơn thuốc có liều dùng hợp lý. Nhìn tổng thể, tỷ lệ sử dụng thuốc PPIs phù hợp 98,7% và không phù hợp 1,3%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm về bệnh nhân có sử dụng thuốc PPI

Tỷ lệ sử dụng thuốc PPI theo nhóm tuổi: Nghiên cứu này chúng tôi thấy được độ tuổi trên 60 được kê PPIs nhiều nhất chiếm 40,2%, thấp nhất là 18-29 tuổi với tỷ lệ 5,8%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng năm 2020^[5] với tỷ lệ 50,74% nhưng khác với kết quả nghiên cứu của Đặng Duy Khánh năm 2023 tại bệnh viện Trường Đại học Y dược Cần Thơ cho thấy nhóm tuổi 18 - 59 được chỉ định sử dụng PPIs nhiều nhất^[4]. Qua đó cho thấy có sự khác biệt trong việc sử dụng PPIs giữa các nhóm tuổi ở các vùng miền phụ thuộc vào đặc điểm dân cư và mô hình bệnh tật.

Tỷ lệ sử dụng thuốc PPI theo giới tính: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được tỷ lệ chỉ định thuốc ức chế bơm proton ở nữ giới là 63,1%, chiếm tỷ lệ cao hơn nam giới (36,9%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Duy Khánh năm 2023^[4] với nữ là 59,23% và nam là 40,77%.

Phân bố: Phần lớn các bệnh nhân sinh sống ở Quận 8 (36,9%) và hầu hết là người Kinh (62%).

Tỷ lệ sử dụng PPI theo nhóm thuốc: Trong 3 loại thuốc ức chế bơm proton được kê trên đơn thì thuốc được sử dụng nhiều nhất là esomeprazole, chiếm tỷ lệ 68%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Lê Lan Anh năm 2017^[6] với

esomeprazole được sử dụng nhiều nhất chiếm 38,5% và có sự khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Ngọc năm 2020^[7] esomeprazole kê đơn thấp nhất (17,08%). Hai thuốc lansoprazole và omeprazole không được sử dụng trong điều trị bệnh lý dạ dày - tá tràng, trái ngược với kết quả nghiên cứu của Akram F và cộng sự năm 2014^[8] omeprazol được kê đơn nhiều nhất (87,5%). Esomeprazole, một dạng thuốc mới được ra mắt vào năm 2002, được biết đến với ít tác dụng phụ, có khả năng điều trị cao với thời gian duy trì pH > 4 lâu nhất, và thấp nhất là pantoprazole. Kết quả nghiên cứu của Kircheimer đã chỉ ra rằng cả esomeprazole và rabeprazole đều hiệu quả trong việc kiểm soát dịch vị, tuy nhiên, esomeprazole được xem là tối ưu nhất^[6]. Liều dùng của thuốc PPIs chủ yếu từ 20 - 40mg, cao nhất là 40mg chiếm tỷ lệ 64,2%.

4.2. Đánh giá sự phù hợp và an toàn của việc sử dụng nhóm thuốc PPI

Tỷ lệ tương tác thuốc: Theo drugs.com, kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tương tác thuốc là 2%, không có tương tác thuốc chiếm 98%. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Hoàng năm 2020^[5] với tỷ lệ tương tác thuốc là 12,83% và không tương tác thuốc là 87,17%. Trong đó hầu hết các tương tác đều ở mức độ trung bình (1,6%) và nhẹ (0,4%) không có tương tác nào ở mức độ nặng. Trong nghiên cứu của nhóm tác giả các tương tác chủ yếu xảy ra với các chế phẩm sắt, simvastatin và clarithromycin. Nguyên nhân của tương tác thuốc có thể do PPIs được chỉ định trên bệnh nhân lớn tuổi - đối tượng thường mắc nhiều bệnh và sử dụng nhiều thuốc nên làm tăng nguy cơ xảy ra tương tác.

Tỷ lệ sử dụng thuốc PPIs an toàn, phù hợp: Tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế bơm proton

an toàn là 98,4% và không an toàn chiếm tỷ lệ rất thấp 1,6% nhỏ hơn so với nghiên cứu của Đặng Duy Khánh (2023) và cộng sự^[4] tỷ lệ sử dụng thuốc không an toàn là 15,96%. Sử dụng thuốc không an toàn xuất phát từ tương tác thuốc trong đơn của đối tượng là người lớn tuổi, có nhiều bệnh mắc kèm và được kê nhiều thuốc. Để đánh giá đơn thuốc phù hợp, nhóm nghiên cứu chúng tôi dựa vào chỉ định và liều dùng, 100% đơn thuốc có liều dùng hợp lý và 98,7% có chỉ định phù hợp theo Dược thư Quốc gia Việt Nam. Nhìn chung, tỷ lệ sử dụng thuốc PPIs phù hợp là 98,7%, không phù hợp chiếm tỷ lệ 1,3%. Thấp hơn nghiên cứu của Đặng Duy Khánh năm 2023^[4] tỷ lệ sử dụng thuốc phù hợp và không phù hợp lần lượt là 91,35% và 8,35%. Theo nghiên cứu của Akram F và cộng sự (2014), trong số 150 bệnh nhân ≥ 65 tuổi đang điều trị tại bệnh viện, việc sử dụng thuốc ức chế bơm proton chưa hợp lý chiếm tỷ lệ khá cao 81,2%, chỉ có 12,5% đơn thuốc sử dụng phù hợp và 6,2% đơn thuốc không cung cấp thông tin chi tiết về việc sử dụng PPIs có phù hợp hay không^[8].

Tuy nhiên, nghiên cứu của nhóm tác giả còn một số hạn chế, thời gian lấy mẫu ngắn. Kết quả để đánh giá mức độ phù hợp chung chưa ghi nhận được khoảng thời gian và thời điểm sử dụng thuốc ức chế bơm proton.

V. KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu của 450 đơn thuốc ngoại trú tại Phòng khám Tiêu hóa bệnh viện An Bình nhận thấy:

- Tỷ lệ mắc bệnh dạ dày ở nữ nhiều hơn nam, nữ chiếm 63,1%, nhóm tuổi mắc bệnh cao nhất là trên 60 tuổi chiếm 40,2%.

- Về thuốc ức chế bơm proton thì nhóm esomeprazole được kê đơn nhiều nhất (68%) và liều dùng 40mg là phổ biến (64,2%).

- Tương tác thuốc xuất hiện trong đơn của bệnh nhân lớn tuổi, có nhiều bệnh mắc

kèm chiếm tỷ lệ rất thấp chỉ 2% chủ yếu mức độ nhẹ (0,4%) và trung bình (1,6%).

- Đơn thuốc sử dụng PPIs an toàn 98,4% và phù hợp là 98,7%. Tỷ lệ chưa an toàn và chưa phù hợp rất thấp 1,6% và 1,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2018), Dược thư Quốc gia Việt Nam 2018, NXB Y học.
2. **Ali T, Roberts DN, Tierney WM.** (2009). Long-term safety concerns with proton pump inhibitors. *Am J Med.* 122(10):896-903.
3. **Trâm, P. H. T., & Liên, P. T. T.** (2020). Nghiên cứu tình hình sử dụng thuốc ức chế bơm proton cho bệnh nhân nội trú tại khoa Nội Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng năm 2019-2020. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, (30), 194-201.
4. **Trúc, N. H., Liêm, N. T., Hiền, N. T. T., & Khánh, Đ. D.** (2023). Nghiên cứu tính an toàn và phù hợp trong sử dụng thuốc ức chế bơm proton ở bệnh nhân ngoại trú điều trị dịch vụ tại khoa khám bệnh, bệnh viện trường Đại Học Y Dược Cần Thơ năm 2022-2023. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, (62), 223-230.
5. **Hoàng, N., Trí, Đ. T. M., & Duyên, H. T. M.** (2021). Tình hình sử dụng thuốc ức chế bơm proton trong kê đơn thuốc bảo hiểm y tế ngoại trú tại bệnh viện đa khoa tỉnh sóc trăng năm 2020. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, (40), 110-117.
6. **Nguyễn, L. L. A.** (2017). Khảo sát tình hình sử dụng và đánh giá hiệu quả của thuốc ức chế bơm proton trong bệnh lý loét dạ dày-tá tràng điều trị ngoại trú tại khoa Tiêu hóa Bệnh viện Trung Ương thành phố Cần Thơ (Doctoral dissertation, Đại học Tây Đô).
7. **Nguyễn, H. N.** (2020). Đánh giá tình hình sử dụng thuốc ức chế bơm proton tại Bệnh viện Quân y 120 tỉnh Tiền Giang tháng 7/2020 (Doctoral dissertation, Đại học Tây Đô).
8. **Akram, F., Huang, Y., Lim, V., Huggan, P. J., & Merchant, R. A.** (2014). Proton pump inhibitors: are we still prescribing them without valid indications? *The Australasian Medical Journal*, 7(11), 465.

KIẾN THỨC VỀ MỘT SỐ YẾU TỐ TÁC HẠI NGHỀ NGHIỆP CỦA ĐIỀU DƯỠNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TIỀN GIANG

Trần Tuấn Khanh¹, Nguyễn Thành Nam^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả kiến thức của điều dưỡng về một số yếu tố tác hại nghề nghiệp, phân tích các yếu tố liên quan đến kiến thức về tác hại nghề nghiệp của điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang.

Đối tượng – phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 415 điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang từ tháng 3/2023 đến tháng 9/2023.

Kết quả: Có 48,7% điều dưỡng có kiến thức đúng về một số yếu tố tác hại nghề nghiệp, trong đó 49,9% điều dưỡng có kiến thức đúng về yếu tố tác hại hóa học và 52,8% điều dưỡng có kiến thức đúng về yếu tố tác hại sinh học.

Kết luận: Kiến thức của điều dưỡng về một số yếu tố tác hại nghề nghiệp còn thấp. Đặt ra thách thức cho các nhà quản lý bệnh viện cần thiết phải có kế hoạch lấp đầy những khoảng trống kiến thức đó cho điều dưỡng, nhằm đảm bảo an toàn trong khi làm việc.

Từ khóa: tác hại nghề nghiệp, yếu tố hóa học, yếu tố sinh học, điều dưỡng.

SUMMARY

KNOWLEDGE OF SOME OCCUPATIONAL HARMFUL FACTORS OF NURSES AT TIEN GIANG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objectives: Describe the knowledge of nurses about some occupational harmful factors, analyze the factors related to the knowledge about occupational harms of nurses at Tien Giang Provincial General Hospital.

Methods: Cross-sectional descriptive study on 415 nurses at Tien Giang Provincial General Hospital from March 2023 to September 2023.

Results: 48,7% nurses have corrected knowledge about some occupational harmful factors, of which 49,9% nurses have corrected knowledge about chemical harmful factors and 52,8% nurses have corrected knowledge about biological harmful factors.

Conclusion: In general, the knowledge of nurses about some occupational harmful factors is still low. Pose a challenge for hospital managers to have a plan to fill those knowledge gaps for nurses, to ensure safety while working.

Keywords: occupational harm, chemical factors, biological factors, nursing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Yếu tố tác hại nghề nghiệp là nguyên nhân tiềm ẩn làm hạn chế khả năng làm việc, gây nên những rối loạn bệnh lý, bệnh nghề nghiệp, chấn thương hoặc các ảnh hưởng không có lợi đến sức khỏe người lao động thậm chí tử vong⁽¹⁾. Trong quá trình chăm

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang,

²Học viên nghiên cứu sinh Tiến sĩ – Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Nam

SĐT: 0962479972

Email: ntnam.ncs22@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27/12/2023

Ngày phản biện khoa học: 08/01/2024

Ngày duyệt bài: 21/02/2024

sóc người bệnh, điều dưỡng phải đối diện không chỉ một mà nhiều yếu tố tác hại nghề nghiệp cùng lúc. Bao gồm yếu tố sinh học (dịch tiết từ cơ thể người bệnh, nấm, vi khuẩn, virus, các bệnh truyền nhiễm lây qua đường máu, hô hấp...), yếu tố vật lý (bức xạ, tia X...), yếu tố hóa học (các hóa chất nguy hiểm, thuốc điều trị ung thư, hóa chất diệt khuẩn, ...), cơ học (chấn thương do vật sắc nhọn, nâng đỡ, vận chuyển bệnh nhân, ...), quá tải công việc, căng thẳng, làm việc ca đêm và bạo lực tại nơi làm việc^(2, 3).

Tại Việt Nam, việc nghiên cứu kiến thức của điều dưỡng về các yếu tố tác hại nghề nghiệp vẫn còn thiếu hụt. Một số nghiên cứu hiện có mới chỉ mô tả một số nội dung rất đơn giản của yếu tố tác hại nghề nghiệp dưới dạng kiến thức về tiêm an toàn, kiến thức về dự phòng vật sắc nhọn, kiến thức dự phòng phơi nhiễm nghề nghiệp, kiến thức về phòng ngừa chuẩn. Vì thế, việc mô tả kiến thức của điều dưỡng về một số yếu tố tác hại nghề nghiệp là sự cần thiết. Trong đó, tập trung vào hai nhóm yếu tố là sinh học và hóa học^(4,5,6). Vì đây là hai nhóm yếu tố tác hại nghề nghiệp mà người điều dưỡng phơi nhiễm nhiều nhất, đồng thời các tác nhân trong hai nhóm yếu tố này thường gây ra nhiều vấn đề sức khỏe cho điều dưỡng. Nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: “*Kiến thức về một số yếu tố tác hại nghề nghiệp của điều dưỡng tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang năm 2023*”.

Mục tiêu: Mô tả kiến thức của điều dưỡng về một số yếu tố tác hại nghề nghiệp và phân tích các yếu tố liên quan đến kiến thức về tác hại nghề nghiệp của điều dưỡng tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Là các điều dưỡng trực tiếp làm nhiệm vụ chăm sóc người bệnh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Tiền Giang trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức:

$$n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2(1-p)p}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu.

p = 0,749 là tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đạt về các yếu tố tác hại nghề nghiệp, tham khảo trước đó theo tác giả Võ Thị Tiến Trinh và cộng sự (2020)⁽⁶⁾.

Z = 1,96 là hệ số tin cậy với độ tin cậy ở mức 95% ($\alpha = 0,05$)

d = 0,05 là sai số tuyệt đối.

Cỡ mẫu cần thiết là 289 điều dưỡng, tỷ lệ mất mẫu 5% do khả năng điều dưỡng từ chối tham gia, thì cỡ mẫu là 305 điều dưỡng. Trên thực tế khảo sát 415 điều dưỡng.

Phương pháp chọn mẫu: Lập danh sách 536 cán bộ điều dưỡng và đánh số thứ tự từ 1 đến 536. Nhận thấy tỷ lệ 536:305 gần tương đương với tỷ lệ 5:3, do vậy tiến hành chọn ngẫu nhiên 03 điều dưỡng với số thứ tự liên tiếp bất kỳ, trong số 5 điều dưỡng chọn 3 điều dưỡng và loại bỏ 2 điều dưỡng kế tiếp, cứ như vậy lựa chọn cho đủ 305 điều dưỡng.

Phương pháp thu thập số liệu: Nghiên cứu thực hiện bằng bộ câu hỏi tự điền. Bộ câu hỏi gồm 20 câu, gồm các phần: thông tin chung của đối tượng nghiên cứu; khái niệm, phân loại, nguy cơ phơi nhiễm, hậu quả, biện pháp dự phòng yếu tố tác hại nghề nghiệp hóa học và sinh học, các bệnh nghề nghiệp liên quan đến yếu tố tác hại nghề nghiệp hóa học và sinh học được bảo hiểm ở Việt Nam.

Các câu hỏi kiến thức được thiết kế dưới dạng nhiều lựa chọn, mỗi câu hỏi bao gồm đáp án đúng và sai. Kiến thức đúng về một số yếu tố tác hại nghề nghiệp của điều dưỡng được đánh giá bằng bộ câu hỏi gồm 11 nội dung. Mỗi nội dung trả lời đúng được 1 điểm. Mỗi nội dung trả lời chưa đúng được 0 điểm. Người có kiến thức đúng chung về tác hại nghề nghiệp là người đạt từ 20 đến 30 điểm. Người có kiến thức chưa đúng chung về tác hại nghề nghiệp là người đạt từ 0 đến 19 điểm.

Các chỉ tiêu chính trong nghiên cứu: Đặc điểm nhân khẩu học, kiến thức về yếu tố tác hại nghề nghiệp hóa học và sinh học, các biện pháp dự phòng.

Phương pháp phân tích số liệu:

Các số liệu sẽ được mã hóa, nhập liệu và phân tích theo phương pháp thống kê y học, lập bảng vẽ biểu đồ, sử dụng các phần mềm EpiData Manager; Stata 16; Microsoft office 365.

Biến số định tính: tìm tần số và tỉ lệ phần trăm (%), dùng phép kiểm chi bình phương

(χ^2) để so sánh tỉ lệ giữa các nhóm. Khi phép kiểm (χ^2) không thực hiện được do có nhiều hơn hoặc bằng 1 tử số của các tỉ lệ < 5 , dùng phép kiểm chính xác Fisher để so sánh các tỉ lệ.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Khoa học Kỹ thuật của bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang, số 228/QĐ-BVĐKTG, ngày 11/4/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

415 điều dưỡng tham gia nghiên cứu, 73% là nữ. 41% điều dưỡng có tuổi từ 18 - 29 tuổi. Điều dưỡng có thời gian công tác dưới 5 năm chiếm 36,6%, trên 10 năm chiếm 29,7%. Tỷ lệ điều dưỡng có trình độ cao đẳng chiếm đa số 55,9%, đại học (34%) và trung cấp (5,8%). 70,4% các điều dưỡng được tham gia ít nhất 01 lần đào tạo về các yếu tố tác hại nghề nghiệp và biện pháp phòng ngừa và có 54,5% điều dưỡng hiểu đúng về khái niệm tác hại nghề nghiệp.

Bảng 1. Kiến thức của điều dưỡng về các loại yếu tố và hậu quả do phơi nhiễm với các yếu tố tác hại nghề nghiệp (n = 415)

		Kiến thức	
		Đúng n (%)	Chưa đúng n (%)
Các yếu tố tác hại nghề nghiệp			
Yếu tố hóa học	Thuốc chống ung thư, thủy ngân, dược phẩm	239 (57,6)	176 (42,4)
	Chai, lọ thuốc, dụng cụ dính thuốc gây độc tế bào	220 (53,0)	195 (47,0)
	Chất thải từ người bệnh hóa trị	216 (52,0)	199 (48,0)
Yếu tố sinh học	Chất thải từ phòng bệnh cách ly	227 (54,7)	188 (45,3)
	Dịch cơ thể người bệnh nhiễm vi khuẩn, nấm, ký sinh trùng	264 (63,6)	151 (36,4)
	Máu bị nhiễm virus viêm gan B, C, HIV	255 (61,4)	160 (38,6)
Hậu quả do phơi nhiễm với yếu tố tác hại nghề nghiệp			
Yếu tố hóa học	Tổn thương da	251 (60,5)	164 (39,5)
	Tổn thương mắt	236 (56,9)	179 (43,1)
	Viêm phế quản	218 (52,5)	197 (47,5)

Yếu tố sinh học	Bị nhiễm virus viêm gan B, C, HIV	307 (74,0)	108 (26,0)
	Mắc bệnh lao phổi	258 (62,2)	157 (37,8)
	Hội chứng hô hấp cấp tính	244 (58,8)	171 (41,2)

Điều dưỡng hiểu biết đúng các yếu tố tác hại nghề nghiệp về hóa học: thuốc chống ung thư, thủy ngân, dược phẩm và chai, lọ thuốc, dụng cụ dính thuốc gây độc tế bào lần lượt là 57,6% và 53%. Có 61,4% điều dưỡng hiểu đúng máu bị nhiễm virus viêm gan B, C, HIV; 63,6% điều dưỡng biết dịch cơ thể

người bệnh nhiễm vi khuẩn, nấm, ký sinh trùng là các yếu tố tác hại nghề nghiệp về sinh học. Có 60,5% điều dưỡng biết tổn thương da là hậu quả do yếu tố hóa học gây ra. Có 74% điều dưỡng có kiến thức đúng khi biết bị nhiễm virus viêm gan B, C, HIV là vấn đề sức khỏe do yếu tố sinh học.

Bảng 2. Kiến thức của điều dưỡng về vị trí việc làm có nguy cơ bị phơi nhiễm và các bệnh nghề nghiệp được bảo hiểm do phơi nhiễm với các yếu tố tác hại nghề nghiệp (n = 415)

		Kiến thức	
		Đúng n (%)	Chưa đúng n (%)
Vị trí việc làm có nguy cơ phơi nhiễm với yếu tố tác hại nghề nghiệp			
Yếu tố hóa học	Khoa Ung bướu	277 (66,8)	138 (33,2)
	Khoa Xét nghiệm, Giải phẫu bệnh	298 (71,8)	117 (28,2)
	Khoa Xạ trị	312 (75,2)	103 (24,8)
Yếu tố sinh học	Khoa thuộc hệ Ngoại	262 (63,1)	153 (36,9)
	Khoa Nhiễm	268 (64,6)	147 (35,4)
	Khoa Cấp cứu	272 (65,5)	143 (34,5)
Bệnh nghề nghiệp do phơi nhiễm với yếu tố tác hại nghề nghiệp			
Yếu tố hóa học	Hen nghề nghiệp	216 (52,0)	199 (48,0)
	Viêm phế quản mạn tính	215 (51,8)	200 (48,2)
Yếu tố sinh học	Lao nghề nghiệp	240 (57,8)	175 (42,2)
	Viêm gan virus B, C nghề nghiệp	301 (72,5)	114 (27,5)
	HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp	300 (72,3)	115 (27,7)

Vị trí làm việc dễ bị phơi nhiễm với yếu tố hóa học là tại các khoa Ung bướu, khoa Xét nghiệm/Giải phẫu bệnh, khoa Xạ trị với tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng lần lượt là 66,8%, 71,8%, 75,2%. Có 63,1% điều dưỡng hiểu đúng khi làm việc tại khoa thuộc hệ Ngoại, 64,6% điều dưỡng biết khoa Nhiễm và 65,5% điều dưỡng có kiến thức đúng là khoa Cấp cứu có nguy cơ cao bị phơi nhiễm các yếu tố tác hại về sinh học.

72,5% điều dưỡng biết rằng viêm gan virus B, C nghề nghiệp, 72,3% điều dưỡng biết đúng HIV do tai nạn rủi ro nghề nghiệp, 57,8% hiểu đúng lao nghề nghiệp là các bệnh nghề nghiệp do yếu tố sinh học gây ra. Về bệnh nghề nghiệp do yếu tố hóa học gây ra bao gồm hen nghề nghiệp và viêm phế quản mạn tính với tỷ lệ kiến thức đúng lần lượt là 52% và 51,8%.

Bảng 3. Kiến thức của điều dưỡng về các biện pháp dự phòng và phân loại kiến thức với một số yếu tố tác hại nghề nghiệp (n = 415)

		Kiến thức	
		Đúng n (%)	Chưa đúng n (%)
Biện pháp dự phòng với các yếu tố tác hại nghề nghiệp			
Yếu tố hóa học	Sử dụng phương tiện phòng hộ khi tiếp xúc hóa chất	239 (57,6)	176 (42,4)
	Tập huấn về nhận biết và cách sử dụng hóa chất	218 (52,5)	197 (47,5)
Yếu tố sinh học	Tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn	260 (62,7)	155 (37,3)
	Xử lý chất thải đúng quy định	268 (64,6)	147 (35,4)
	Chủ động tiêm phòng vaccin phòng bệnh	254 (61,2)	161 (38,8)
Kiến thức về các yếu tố tác hại			
Yếu tố hóa học		207 (49,9)	208 (50,1)
Yếu tố sinh học		219 (52,8)	196 (47,2)
Kiến thức chung		202 (48,7)	213 (51,3)

Điều dưỡng biết nhiều đến biện pháp dự phòng các yếu tố tác hại nghề nghiệp hóa học là sử dụng phương tiện phòng hộ khi tiếp xúc hóa chất và tập huấn về nhận biết, cách sử dụng hóa chất với tỷ lệ kiến thức đúng lần lượt là 57,6% và 52,5%. Có 61,2% điều dưỡng chọn đúng việc chủ động tiêm vaccin phòng bệnh, tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn (62,7%) và xử lý chất thải đúng quy định

(64,6%) là biện pháp hữu hiệu nhằm dự phòng các tác hại sinh học.

Kiến thức của điều dưỡng về các yếu tố tác hại nghề nghiệp còn thấp. Có 49,9% điều dưỡng có kiến thức đúng về yếu tố hóa học. Có 52,8% điều dưỡng có kiến thức đúng về yếu tố sinh học. Tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng chung đúng chiếm 48,7%.

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm dịch tễ học với kiến thức chung về tác hại nghề nghiệp (N = 415)

Đặc điểm	Kiến thức chung		PR KTC 95%	p
	Chưa đúng n (%)	Đúng n (%)		
Giới				
Nam	47 (42,0)	65 (58,0)	1	0,02
Nữ	166 (54,8)	137 (45,2)	0,77 (0,60 – 0,97)	
Nhóm tuổi				
< 30	74 (43,5)	96 (56,5)	1	0,008
≥ 30	139 (56,7)	106 (43,3)	0,77 (0,63 – 0,94)	
Trình độ				
Trung cấp, cao đẳng	129 (50,4)	127 (49,6)	1	0,629
Đại học, sau đại học	84 (52,8)	75 (47,2)	0,95 (0,77 – 1,17)	

Vị trí công tác				
Biên chế	190 (52,8)	170 (47,2)	1	
Hợp đồng	19 (40,4)	28 (59,6)	1,26 (0,97 – 1,63)	0,08
Thử việc	4 (50,0)	4 (50,0)	1,06 (0,52 – 2,13)	0,873
Thời gian công tác (năm)				
< 5	76 (50,0)	76 (50,0)	1	
5 – 10	60 (42,9)	80 (57,1)	1,14 (0,92 – 1,41)	0,222
> 10	77 (62,6)	46 (37,4)	0,75 (0,56 – 0,98)	0,041
Được đào tạo				
Không	70 (88,6)	9 (11,4)	1	< 0,001
Có	143 (42,6)	193 (57,4)	5,04 (2,71 – 9,39)	
Số lần đào tạo				
< 2	113 (72,9)	42 (27,1)	1	< 0,001
≥ 2	100 (38,5)	160 (61,5)	1,89 (1,58 – 2,27)	

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tuổi, giới tính, thời gian công tác, được đào tạo và số lần đào tạo với kiến thức chung về tác hại nghề nghiệp của điều dưỡng ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong lĩnh vực chăm sóc sức khỏe, đội ngũ điều dưỡng đóng vai trò quan trọng như là nhóm chính chăm sóc cho bệnh nhân và đồng thời là đối tượng có nguy cơ cao về lây nhiễm bệnh truyền nhiễm và mắc các bệnh nghề nghiệp. Sự thành công trong việc dự phòng và quản lý rủi ro y tế đòi hỏi từ điều dưỡng không chỉ sở hữu kiến thức sâu rộng về các yếu tố tác hại nghề nghiệp mà còn phải áp dụng những biện pháp dự phòng hiệu quả. Nghiên cứu của chúng tôi đã chỉ ra rằng kiến thức của đội ngũ điều dưỡng đang đối mặt với những hạn chế đáng kể. Trong số này, kiến thức về các phân loại yếu tố tác hại, hậu quả, vị trí làm việc dễ bị phơi nhiễm, cũng như về các loại bệnh nghề nghiệp và biện pháp dự phòng hiện chưa đạt đến mức độ đầy đủ và chi tiết cần thiết. Nghiên cứu

cũng chỉ ra rằng điều dưỡng thường chỉ nắm bắt một hoặc hai khía cạnh của các nội dung trên, không có sự hiểu biết toàn diện và đầy đủ về tất cả các khía cạnh quan trọng của yếu tố tác hại nghề nghiệp. Điều này đặt ra thách thức lớn trong việc đảm bảo rằng điều dưỡng có khả năng đối mặt với mọi tình huống và đề xuất các biện pháp dự phòng một cách hiệu quả. Đối với ngành nghề y tế, việc nâng cao kiến thức và chuyên môn của đội ngũ điều dưỡng về các vấn đề này trở nên cực kỳ cần thiết để đảm bảo an toàn và sức khỏe của bản thân và bệnh nhân.

Kiến thức của đội ngũ điều dưỡng về các yếu tố tác hại nghề nghiệp hiện nay đang phản ánh một sự chênh lệch đáng kể, đặc biệt là trong việc nhận thức về các yếu tố gây hại hóa học. Phần lớn điều dưỡng chỉ có hiểu biết chủ yếu về các yếu tố hóa học xuất phát từ chai, lọ thuốc và các dụng cụ dính thuốc, gây hại đến tế bào, trong khi ít chú ý đến hai yếu tố quan trọng khác là thuốc chống ung thư, thủy ngân, dược phẩm và chất thải từ người bệnh hóa trị. Ngược lại, điều dưỡng thường có kiến thức sâu rộng về các yếu tố

sinh học, có lẽ do công việc của họ tại các khoa lâm sàng, nơi mà tiếp xúc với máu và dịch tiết từ cơ thể người bệnh là thường xuyên. Tuy nhiên, sự chênh lệch này có thể được lý giải bằng việc hiểu rằng mức độ tiếp xúc với các yếu tố tác hại nghề nghiệp phụ thuộc vào đặc thù của từng khoa và loại bệnh. Điều dưỡng làm việc tại các khoa như Ung bướu, Thận Nhân tạo, Gây mê Hồi sức có khả năng nắm bắt kiến thức về yếu tố hóa học tốt hơn so với những khoa khác, do tính đặc thù của công việc yêu cầu họ thường xuyên tiếp xúc với hóa chất và đồng thời được đào tạo chuyên sâu hơn. Để giảm thiểu rủi ro trong quá trình làm việc, cần xem xét khả năng luân phiên giữa các vị trí làm việc của điều dưỡng và cung cấp các đợt đào tạo cập nhật để đảm bảo mọi thành viên trong đội ngũ sở hữu kiến thức toàn diện và áp dụng biện pháp dự phòng một cách hiệu quả.

Kiến thức của đội ngũ điều dưỡng về hậu quả của phơi nhiễm với các yếu tố tác hại nghề nghiệp, mặc dù có sự hiểu biết nhất định, nhưng vẫn chưa đạt đến mức độ đầy đủ và chi tiết. Điều này chủ yếu là do họ hoặc đồng nghiệp chưa từng trải qua trải nghiệm phơi nhiễm với những yếu tố này. Thực tế cho thấy, điều dưỡng chỉ có kiến thức cơ bản về hậu quả của việc phơi nhiễm với máu, trong khi những hậu quả khác, đặc biệt là từ các yếu tố hóa học và sinh học, ít được chú ý. Nghiên cứu đã làm rõ rằng một số hậu quả mà điều dưỡng hiếm khi biết đến, đặc biệt là trong trường hợp của yếu tố hóa học, có thể bao gồm viêm phế quản và hội chứng hô hấp cấp tính đối với yếu tố sinh học. Điều dưỡng chưa đặt ra sự quan tâm đúng mức đối với những hậu quả có thể xuất phát từ các tác

nhân gây hại khác. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng kiến thức về các bệnh nghề nghiệp vẫn là một khái niệm mới đối với nghề nghiệp của điều dưỡng, đa phần chỉ khi họ phải đối mặt với tình trạng như bị kim tiêm bắn đâm trúng. Chúng tôi nhận thấy rằng, trong số những bệnh nghề nghiệp mà điều dưỡng đã biết, yếu tố sinh học thường được nhận thức rõ hơn so với bệnh lao nghề nghiệp, thể hiện sự thiếu hiểu biết đối với một số bệnh lý cụ thể. Trong khi đối mặt với yếu tố hóa học, có 52% điều dưỡng có kiến thức về khả năng gây ra bệnh hen nghề nghiệp và 51,8% về viêm phế quản mạn tính. Điều này làm nổi bật tầm quan trọng của việc cập nhật và nâng cao kiến thức chuyên môn để đảm bảo sự nhận thức đầy đủ và chính xác về các hậu quả của phơi nhiễm với các yếu tố tác hại nghề nghiệp. Kiến thức của điều dưỡng về các biện pháp dự phòng một số yếu tố tác hại nghề nghiệp: hầu hết điều dưỡng đều biết đến các biện pháp dự phòng phơi nhiễm với một số yếu tố tác hại nghề nghiệp. Có 62,7% điều dưỡng tuân thủ nguyên tắc vô khuẩn và 64,6% điều dưỡng xử lý chất thải đúng quy định để dự phòng phơi nhiễm do yếu tố tác hại sinh học. Giải thích cho sự thiếu hụt này có thể xuất phát từ nhiều nguyên nhân. Công việc quá tải, số lượng người bệnh lớn, và nhu cầu chăm sóc cao đều là những yếu tố có thể làm giảm khả năng tuân thủ của điều dưỡng. Điều này càng trở nên phổ biến khi họ phải thực hiện một lượng lớn y lệnh điều trị, dẫn đến việc làm nhanh và rút ngắn quy trình, không tuân theo đúng các quy định dự phòng. Hơn nữa, hệ thống xe tiêm thuốc hiện nay có thể chưa đáp ứng đủ yêu cầu chuyên môn hàng ngày của

điều dưỡng, tạo ra thách thức trong việc thực hiện các biện pháp dự phòng một cách hiệu quả. Ngoài ra, khó khăn trong việc phân loại chất thải cũng được gặp phải, đặt ra thách thức lớn trong việc thực hiện các biện pháp dự phòng liên quan đến quản lý chất thải trong môi trường làm việc của điều dưỡng. Những khía cạnh này cần được xem xét cẩn thận và cải thiện để nâng cao chất lượng công việc và bảo vệ sức khỏe của cả điều dưỡng và bệnh nhân.

Điều dưỡng là nghề đặc thù làm việc trong môi trường đặc biệt, dễ không bị tổn thương, lây nhiễm các mầm bệnh từ người bệnh, đòi hỏi người điều dưỡng phải có kiến thức thật tốt về các yếu tố tác hại nghề nghiệp, từ đó có ý thức dự phòng chuẩn để bảo vệ bản thân, đồng nghiệp và gia đình. Nhưng theo nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, kiến thức về một số yếu tố tác hại nghề nghiệp của điều dưỡng là thấp, chỉ 48,7% điều dưỡng có kiến thức đúng, trong đó có 49,9% điều dưỡng có kiến thức đúng về yếu tố hóa học và tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức đúng về yếu tố sinh học là 52,8%. Nghiên cứu của Võ Thị Tiến Trinh và cộng sự (2020), cho thấy tỷ lệ điều dưỡng có kiến thức chung về các yếu tố tác hại nghề nghiệp đạt yêu cầu là 74,9%, trong đó kiến thức đạt về yếu tố hóa học và yếu tố sinh học lần lượt là 66,4% và 69,6% ⁽⁶⁾. Và cũng thấp hơn so với nghiên cứu của Aluko, O. O (2016) cho thấy 89% điều dưỡng có kiến thức về các mối nguy hiểm về nghề nghiệp, trong đó kiến thức về yếu tố hóa học chiếm 81,7% và yếu tố sinh học là 72,4% ⁽⁷⁾ và nghiên cứu của Hu, S. X. (2015) với 84% điều dưỡng có kiến thức tốt về các mối nguy hiểm nghề

ngiệp ⁽⁸⁾. Có thể lý giải rằng: do sự nhận thức khác nhau ở mỗi người, cũng như chương trình đào tạo khác nhau. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vẫn còn 51,3% điều dưỡng có kiến thức chưa đúng. Tỷ lệ này là đáng báo động, vì thế các nhà quản lý cần tăng cường tập huấn, đào tạo để điều dưỡng hiểu rõ hơn về vấn đề tác hại nghề nghiệp cũng như bồi dưỡng thêm những kiến thức hữu ích cho điều dưỡng, lấp đầy những khoảng trống về kiến thức cho điều dưỡng. Chính vì những khoảng trống đó mà việc thực hành dự phòng của điều dưỡng sẽ không đầy đủ và đảm bảo an toàn.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức của điều dưỡng về một số yếu tố tác hại nghề nghiệp còn thấp, mức kiến thức đúng đạt 48,7%. Có 52,8% điều dưỡng có kiến thức đúng về yếu tố sinh học; 49,9% điều dưỡng có kiến thức đúng về yếu tố hóa học.

Kiến thức của điều dưỡng về các yếu tố tác hại nghề nghiệp còn thấp. Vì những khoảng trống kiến thức đó mà việc thực hành dự phòng của điều dưỡng sẽ không đầy đủ và đảm bảo an toàn.

VI. KIẾN NGHỊ

Tăng cường tập huấn và đào tạo kiến thức về các yếu tố tác hại nghề nghiệp cho nhân viên bệnh viện, nhất là đối tượng điều dưỡng.

Thông tin, tuyên truyền và huấn luyện về công tác bảo hộ lao động và tổ chức thực hiện tốt các chế độ về bảo hộ lao động.

Nâng cao năng lực quản lý công tác vệ sinh lao động, y tế lao động, bảo vệ và chăm sóc sức khỏe người lao động, phòng chống bệnh nghề nghiệp cho đội ngũ cán bộ y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khương Văn Duy** (2014). Sức khỏe nghề nghiệp trong chăm sóc sức khỏe người lao động. Sức khỏe nghề nghiệp (Sách đào tạo cử nhân Y học). Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 7-17.
2. **Lê Minh Hạnh** (2023). Phòng chống bệnh nghề nghiệp trong nhân viên y tế, Bộ Y tế, https://moh.gov.vn/web/phong-chong-benh-nghe-nghiep/thong-tin-hoat-dong/-/asset_publisher/xjpQsFUZRw4q/content/phong-chong-benh-nghe-nghiep-trong-nhan-vien-y-te?inheritRedirect=false, truy cập ngày 02/3/2023.
3. **Sameh Elhaddad** (2018). "Exploring the Effectiveness and Challenges of Implementing Work-Based Learning in Undergraduate Nursing Education Programmes: A systematic Review". Saudi Journal of Nursing and Health Care, 1 (6), 364-377.
4. **Hoàng Trung Tiến, Đỗ Minh Sinh** (2019). "Kiến thức và thực hành dự phòng tổn thương do vật sắc nhọn của điều dưỡng bệnh viện đa khoa tỉnh Lâm Đồng năm 2019". Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2 (3(2)), 22-30.
5. **Nguyễn Ngọc Bích, Nguyễn Thị Mỹ Khánh, Nguyễn Thu Hà** (2021). "Một số yếu tố liên quan đến thực hành phòng bệnh viêm gan b nghề nghiệp của điều dưỡng lâm sàng Bệnh viện tỉnh Bến Tre, 2018". Tạp chí Y học Việt Nam, 503 (1), 137-143.
6. **Võ Thị Tiến Trinh, Đỗ Minh Sinh, Phạm Thu Diệu, Nguyễn Thị Tố Nga, Nguyễn Thị Mai Hương** (2020). "Kiến thức về một số yếu tố tác hại nghề nghiệp của Điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Phú Yên năm 2020". Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 3 (5), 129-136.
7. **O. Aluko, A. E. Adebayo, T. F. Adebisi, M. K. Ewgbemi, A. T. Abidoye, B. F. Popoola** (2016). "Knowledge, attitudes and perceptions of occupational hazards and safety practices in Nigerian healthcare workers". BMC Res Notes, 9 (1), 71.
8. **Sydney X Hu, Andrew L Luk, Graeme D Smith** (2015). "The effects of hazardous working conditions on burnout in Macau nurses". International Journal of Nursing Sciences, 2 (1), 86-92

THỰC TRẠNG ĐIỀU DƯỠNG BỊ BẠO LỰC Ở NƠI LÀM VIỆC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TIỀN GIANG

Trần Tuấn Khanh¹, Nguyễn Thành Nam^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng điều dưỡng bị bạo lực ở nơi làm việc, phân tích cách xử lý tình huống của điều dưỡng khi bị bạo lực tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

Đối tượng – phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 327 điều dưỡng tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang từ tháng 3/2022 đến tháng 9/2022.

Kết quả: 41,6% điều dưỡng đã từng bị bạo lực trong 12 tháng qua. Đối tượng gây ra bạo lực là bệnh nhân (73,5%), người nhà bệnh nhân (97,1%) và đồng nghiệp (37,5%). Nguyên nhân chính gây nên bạo lực là: hành vi và thái độ giao tiếp của bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân chưa phù hợp (92,7%), bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân đợi chờ quá lâu (86%), bệnh nhân và người nhà bị stress (83,8%), bệnh nhân và người nhà lạm dụng ma túy hoặc rượu bia (75%). Cách ứng phó của điều dưỡng khi bị bạo lực: 28,7% báo lên Ban Giám đốc bệnh viện, 71,3% báo cho an ninh bệnh viện.

Kết luận: Cần có biện pháp chế tài nghiêm khắc đối với hành vi gây rối, bạo lực nhân viên y tế, điều dưỡng cần thực hiện tốt các kỹ năng giao

tiếp với bệnh nhân và người nhà bệnh nhân, tăng cường nhân viên bảo vệ nhằm đảm bảo môi trường làm việc an toàn cho nhân viên y tế.

Từ khóa: Điều dưỡng, bạo lực, bệnh viện Đa khoa Tiền Giang

SUMMARY

THE SITUATION OF NURSING VIOLENCE AT WORKING LOCATION AT TIEN GIANG PROVINCE'S GENERAL HOSPITAL

Objectives: Describe the situation of nurses experiencing violence in the workplace, and analyze how nurses handle cases when experiencing violence at Tien Giang Provincial General Hospital

Methods: Cross-sectional study on 327 nurses at Tien Giang Provincial General Hospital from March 2022 to September 2022.

Results: 41.6% of nurses experienced violence in the past 12 months. The subject of violence is the patient (73.5%), the patient's family member (97.1%), and the colleague (37.5%). The leading causes of violence are: inappropriate behavior and communication attitude of the patient or patient's family (92.7%), patient or patient's family waiting too long (86%), Stressed patients and family members (83.8%), patients and family members abusing drugs or alcohol (75%). How nurses respond when experiencing violence: 28.7% reported to the hospital's Board of Directors, and 71.3% said to hospital security.

Conclusions: There should be strict sanctions for disruptive and violent behavior.

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

²Học viên nghiên cứu sinh Tiến sĩ – Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Nam

SĐT: 0962479972

Email: ntnam.ncs22@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27/12/2023

Ngày phản biện khoa học: 08/01/2024

Ngày duyệt bài: 21/02/2024

Medical staff and nurses must practice communication skills with patients and family members, strengthening healthcare workers. To ensure a safe working environment for medical staff.

Keywords: nursing, violence, Tien Giang General Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bạo lực nơi làm việc là những rủi ro mà nhân viên làm việc bị lạm dụng, đe dọa hoặc bị tấn công trong những hoàn cảnh liên quan đến nghề nghiệp của họ, nó xuất phát hoặc tác động đến công việc, bao gồm một nguy cơ rõ ràng hay tiềm ẩn đến sự an toàn của họ, sự hạnh phúc hoặc sức khỏe⁽¹⁾. Điều dưỡng (ĐD) là một lĩnh vực đòi hỏi nhiều kỹ năng, ngoài kỹ năng chăm sóc người bệnh, ĐD phải có những kỹ năng về giao tiếp, ứng xử. ĐD là nghề phải tiếp xúc thường xuyên nhất với người bệnh. Quá trình tiếp xúc thường xuyên với người bệnh gây nguy cơ cao về bạo lực nơi làm việc đối với mỗi ĐD. Tại Mỹ, có 50,3% ĐD bị bạo hành bởi lời nói, 26,9% bị gây hấn nơi làm việc, 23,6% bạo lực về thể xác, 12,8% bị xâm hại tình dục⁽²⁾. Tại Việt Nam, nghiên cứu cắt ngang của tác giả Dương Tấn Quân và cộng sự tại bệnh viện Bà Rịa cho thấy có 61,4% ĐD tham gia nghiên cứu trải qua bạo lực trong 12 tháng qua. Có 60,5% bạo lực tinh thần, 6,8% bạo lực thể chất⁽³⁾. Một nghiên cứu khác của tác giả Ngô Văn Mạnh và Dương Anh Tuấn tại bệnh viện đa khoa Thái Bình năm 2020 cũng cho thấy có 48,6% ĐD đã từng bị bạo lực, tỷ lệ bị bạo lực trong 12 tháng qua là 47%, có 45,7% bạo lực lời nói, 12,8% bị bạo lực thể chất và 1,3% bị quấy rối tình dục⁽⁴⁾.

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang là bệnh viện hạng I, quy mô hơn 1.000 giường, số ĐD là 536. Qua khảo sát, đã có nhiều

trường hợp bạo lực nơi làm việc xảy ra ở ĐD, nhưng đa số là bạo lực lời nói lăng mạ, xúc phạm hoặc xô đẩy, hầu hết không được báo cáo và ghi nhận. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá thực trạng bạo lực nơi làm việc ở cán bộ ĐD tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

Mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng ĐD bị bạo lực ở nơi làm việc tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang
2. Phân tích cách xử lý tình huống của ĐD khi bị bạo lực tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Là các ĐD đang trực tiếp làm nhiệm vụ chăm sóc và tiếp đón người bệnh tại bệnh viện đa khoa tỉnh Tiền Giang trong thời gian nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu

Chọn mẫu ngẫu nhiên theo công thức:

$$n \geq \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 (1-p)p}{d^2}$$

Trong đó:

n: Số ĐD tối thiểu cần nghiên cứu.

p = 0,727 là tỷ lệ ĐD bị bạo lực nơi làm việc tham khảo trước đó theo tác giả Đỗ Mạnh Hùng và cộng sự (2017)⁽⁵⁾.

Z = 1,96 là hệ số tin cậy với độ tin cậy ở mức 95% ($\alpha = 0,05$)

d = 0,05 là sai số tuyệt đối.

Thay tất cả giá trị vào công thức, chúng tôi tính được mẫu cần thiết là 305 ĐD, tỷ lệ mất mẫu 5% do khả năng ĐD từ chối tham gia, cỡ mẫu là 322 ĐD. Trên thực tế khảo sát 327 ĐD.

Phương pháp chọn mẫu

Lập danh sách 536 cán bộ ĐD và đánh số thứ tự từ 1 đến 536. Tính tỷ lệ 5:3, tiến hành chọn mẫu ngẫu nhiên 03 ĐD với số thứ tự liên tiếp bất kỳ, trong số 5 ĐD chọn 3 ĐD và loại bỏ 2 ĐD kế tiếp, cứ như vậy lựa chọn được 327 ĐD.

Thu thập số liệu

Nghiên cứu thực hiện bằng bộ câu hỏi tự điền. Bộ câu hỏi gồm 63 câu, gồm các phần: thông tin chung của đối tượng nghiên cứu; đánh giá bạo lực gây ra tại các khoa, phòng trong bệnh viện; đánh giá sự từng trải bạo lực, thủ phạm, các tình huống gây ra bạo lực và mức độ ảnh hưởng của bạo lực lên sức khỏe, công việc của người ĐD.

Các chỉ tiêu chính trong nghiên cứu

Đặc điểm nhân khẩu học, thông tin về bạo lực tại nơi làm việc, các giải pháp phòng ngừa.

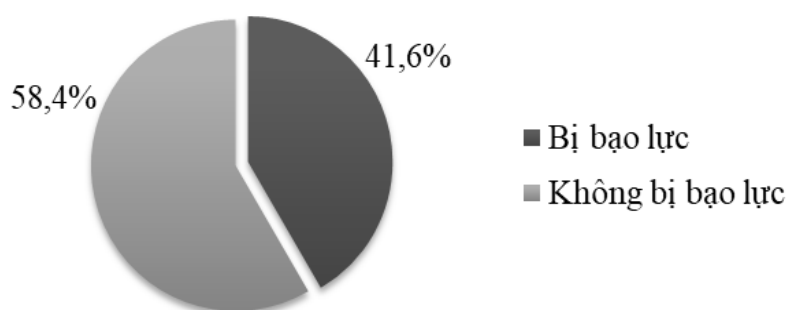
Xử lý số liệu

Các số liệu sẽ được mã hóa, nhập liệu và phân tích theo phương pháp thống kê y học, lập bảng vẽ biểu đồ, sử dụng các phần mềm EpiData Manager; Stata 16; Microsoft office 365.

Biến số định tính: tìm tần số và tỉ lệ phần trăm (%), dùng phép kiểm chi bình phương (χ^2) để so sánh tỉ lệ giữa các nhóm. Khi phép kiểm (χ^2) không thực hiện được do có nhiều hơn hoặc bằng 1 tử số của các tỉ lệ < 5 , dùng phép kiểm chính xác Fisher để so sánh các tỉ lệ.

Y đức

Nghiên cứu đã được hội đồng Y đức bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang thông qua, số 329A/QĐ-BVĐKTG, ngày 15/4/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Biểu đồ 1. Tỷ lệ ĐD bị bạo lực ở nơi làm việc (N=327)

41,6% ĐD bị bạo lực tại nơi làm việc.

Bảng 1. Một số đặc điểm nhân khẩu học của đối tượng nghiên cứu (N=327)

Đặc điểm		N	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	86	26,3
	Nữ	241	73,7
Nhóm tuổi	Từ 18 – 29 tuổi	135	41,3
	Từ 30 – 39 tuổi	141	43,1
	Từ 40 – 50 tuổi	31	9,5
	Trên 50 tuổi	20	6,1

Trình độ	Trung cấp	31	9,5
	Cao đẳng	164	50,1
	Đại học	112	34,3
	Sau Đại học	20	6,1
Thời gian công tác tại bệnh viện	Dưới 5 năm	92	28,1
	Từ 5 – 10 năm	123	37,6
	Trên 10 năm	112	34,3
Phạm vi hoạt động chuyên môn	Cấp cứu	45	13,8
	Khoa Khám	26	7,9
	Cấp cứu Nhi	15	4,6
	Các khoa lâm sàng	241	73,7
Trực đêm	Có	259	79,2
	Không	68	20,8

Nữ chiếm 73,7%, nhóm tuổi 30 – 39 chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,1%. 50,1% ĐD có trình độ Cao đẳng, 34,3% có trình độ Đại học. 34,3% ĐD có thời gian công tác tại bệnh viện trên 10 năm. Tỷ lệ ĐD làm việc tại khoa Cấp cứu, khoa Khám, Cấp cứu Nhi và các khoa Lâm sàng tương ứng là 13,8%, 7,9%, 4,6% và 73,7%. Tỷ lệ ĐD có trực đêm là 79,2.

Bảng 2. Đặc điểm bạo lực nơi làm việc (N=136)

Đặc điểm		N	Tỷ lệ (%)
Nơi làm việc mà ĐD đã từng bị bạo lực	Các phòng Cấp cứu	26	19,1
	Khoa Khám	15	11
	Các khoa Nội trú	95	69,9
Tình hình an ninh và sự an toàn tại nơi làm việc	An ninh được thiết lập đầy đủ	19	14
	Cảm thấy an toàn tại nơi làm việc	18	13,2
Đối tượng gây bạo lực	Bệnh nhân	100	73,5
	Người nhà bệnh nhân	132	97,1
	Đồng nghiệp	51	37,5
Bạo lực lời nói	Chửi bới, xúc xược	131	96,3
	Lãng mạ, xúc phạm	105	77,2
	Đe dọa	91	66,9
Bạo lực thể chất	Đánh, đập, xô đẩy	34	25
	Cào, cẩu, cắn	18	13,2
	Bị phá đồ vật cá nhân	19	14
	Bị thương bởi dao/súng/các vật khác	8	5,9
Quấy rối tình dục		10	7,4

Gần 70% ĐD từng bị bạo lực nhiều nhất là ở các khoa Nội trú. Đối tượng gây ra bạo lực đối với ĐD chủ yếu là người nhà bệnh nhân chiếm đến 97,1%, bệnh nhân (73,5%), và có 37,5% là đồng nghiệp gây ra. Tỷ lệ ĐD bị chửi bới, xúc xược chiếm tỷ lệ cao nhất

với 96,3%, tiếp đó là lăng mạ, xúc phạm (77,2%) và đe dọa chiếm 66,9%. Về bạo lực thể chất, tỷ lệ bị đánh, đập, xô đẩy chiếm tỷ lệ cao nhất với 25%, tiếp đến là bị phá đồ vật cá nhân chiếm 14%. Có 7,4% ĐD bị quấy rối tình dục.

Bảng 3. Nguyên nhân gây ra bạo lực đối với ĐD (N = 136)

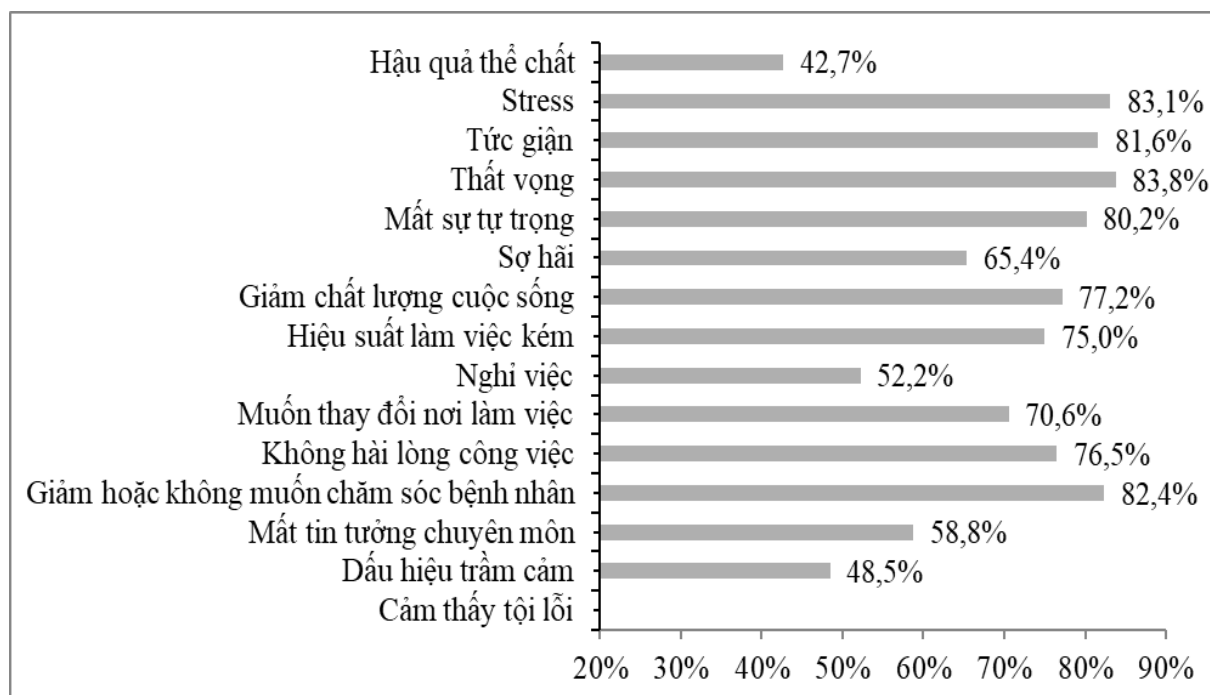
Nguyên nhân gây bạo lực	N	Tỷ lệ (%)
Bệnh nhân hoặc người nhà đợi chờ lâu	117	86
Tăng stress ở bệnh nhân hoặc người nhà	114	83,8
Thiếu nhân viên y tế	106	77,9
Người nhà bệnh nhân nghi ngờ có sự ưu tiên trong cung cấp dịch vụ	99	72,8
Tình trạng lạm dụng rượu, bia, ma túy ở bệnh nhân và người nhà	102	75
Bệnh nhân hoặc người nhà chưa được hướng dẫn cụ thể	83	61
Nhân viên y tế chưa được tập huấn kỹ năng ứng phó bạo lực	101	74,3
Cơ sở vật chất và trang thiết bị chưa phù hợp	98	72,1
Văn hóa, ngôn ngữ hoặc tôn giáo là nguyên nhân gây ra bạo lực	61	44,8
Hành vi và kỹ năng giao tiếp của nhân viên y tế chưa phù hợp	52	38,2
Hành vi và thái độ giao tiếp của bệnh nhân hoặc người nhà chưa phù hợp	126	92,7
Bệnh nhân hoặc người nhà có rối loạn tâm thần	89	65,4
Thiếu thông tin về bệnh nhân và người nhà	60	44,1

Nhận xét: Nguyên nhân chủ yếu gây ra bạo lực nơi làm việc đối với ĐD là hành vi và thái độ giao tiếp của bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân chưa phù hợp chiếm đến 92,7%, kế đến là bệnh nhân hoặc người nhà đợi chờ lâu (86%), tăng stress ở bệnh nhân hoặc người nhà (83,8%), thiếu nhân viên y tế (77,9%), việc lạm dụng rượu, bia, ma túy ở bệnh nhân và người nhà (75%), nhân viên y tế chưa được tập huấn kỹ năng ứng phó bạo lực (74,3%).

Bảng 4. Cách ứng phó của ĐD khi bạo lực xảy ra (N = 136)

Cách ứng phó khi bạo lực xảy ra	N	Tỷ lệ (%)
Phản ứng bằng miệng	85	62,5
Thông báo cho bộ phận an ninh	97	71,3
Báo cáo Ban Giám đốc	39	28,7
Không để ý hoặc bỏ qua	58	42,7

Nhận xét: Cách ứng phó của ĐD khi bạo lực xảy ra chiếm tỷ lệ cao nhất là thông báo cho bộ phận an ninh với 71,3% ĐD làm điều này, tiếp đến là phản ứng lại bằng miệng chiếm 62,5%, không để ý hoặc bỏ qua là 42,7% và 28,7% số ĐD báo cáo Ban Giám đốc.



Biểu đồ 2. Hậu quả của bạo lực tại nơi làm việc đối với ĐD (N=136)

Nhận xét: Cho thấy các hậu quả do bạo lực gây ra về mặt tâm lý có tỷ lệ cao là thất vọng (83,8%), stress (83,1%), giảm hoặc không muốn chăm sóc bệnh nhân (82,4%), tức giận (81,6%), mất sự tự trọng (80,2%) ... Có 42,7% ĐD bị bạo lực có ảnh hưởng về mặt thể chất.

Bảng 5. Giải pháp phòng chống bạo lực nơi làm việc đối với ĐD (N = 136)

Giải pháp phòng chống bạo lực	N	Tỷ lệ (%)
Kiểm soát ra – vào	132	97,1
Tăng cường nhân viên y tế nhằm đảm bảo dịch vụ tốt hơn và giảm thời gian chờ của bệnh nhân/người nhà bệnh nhân	124	91,2
Tăng cường nhân viên bảo vệ	130	95,6
Giới hạn thời gian thăm nuôi	129	94,9
Ghi hình nơi làm việc	119	87,5
fGiải thích tốt cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân	126	92,7
Tập huấn kỹ năng ứng phó bạo lực cho nhân viên bệnh viện	131	96,3
Cơ sở vật chất và trang thiết bị phù hợp, hiện đại	129	94,9
Giáo dục, truyền thông đại chúng về bạo lực nơi làm việc	132	97,1
Hợp tác với công an địa phương	133	97,8

Nhận xét: Các giải pháp chính để phòng chống bạo lực nơi làm việc là hợp tác với công an địa phương chiếm tỷ lệ 97,8%, việc kiểm soát ra – vào và giáo dục, truyền thông về bạo lực nơi làm việc đối với người dân là tương đương nhau với 97,1%, tiếp đến là tổ

chức tập huấn kỹ năng ứng phó bạo lực cho nhân viên bệnh viện (96,3%), tăng cường nhân viên bảo vệ (95,6%), giới hạn thời gian thăm nuôi (94,9%), tăng cường nhân viên y tế (91,2%), ghi hình nơi làm việc (87,5%).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong 327 ĐD tham gia nghiên cứu có 136 ĐD từng bị bạo lực trong 12 tháng qua, chiếm 41,6%. Tỷ lệ ĐD bị bạo lực trong nghiên cứu này của chúng tôi thấp hơn so với kết quả nghiên cứu của Ngô Văn Mạnh và Dương Anh Tuấn tại bệnh viện Thái Bình vào năm 2020 với 47% ĐD đã từng bị bạo lực⁽⁴⁾. Và cũng thấp hơn kết quả nghiên cứu của Dương Tấn Quân và cộng sự (2019) tại bệnh viện Bà Rịa cho thấy có 61,4% ĐD trải qua bạo lực trong 12 tháng qua⁽³⁾. Nghiên cứu của Ebrima J.Sisawo và cộng sự tại 14 cơ sở y tế ở Gambia cho thấy có 66,1% ĐD cho biết đã bị bạo lực⁽⁶⁾. Một nghiên cứu khác tại phòng khám đa khoa ở Barbados cũng cho thấy có 63% ĐD bị ít nhất một lần bạo lực trong 12 tháng qua⁽⁷⁾. Như vậy, tỷ lệ bị bạo lực nơi làm việc trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu trong và ngoài nước trước đó. Tuy nhiên, các kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như các cộng sự nước ngoài cho thấy tỷ lệ bạo lực ở ĐD là khá phổ biến. Đây là một tỷ lệ đáng báo động và cần có sự quan tâm đúng mức của các ngành, các cấp trong việc phòng ngừa và tập huấn kỹ năng ứng phó với các dạng bạo lực trong bệnh viện.

Tỷ lệ bạo lực lời nói chủ yếu là chửi bới, xúc xược trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm đến 96,3%, cao hơn kết quả nghiên cứu của Ngô Văn Mạnh và Dương Anh Tuấn tại bệnh viện đa khoa Thái Bình cho thấy bạo lực lời nói chửi bới, xúc xược là 83,9%⁽⁴⁾. Sự khác biệt này có thể lý giải do khu vực làm việc và vị trí địa lý của chúng tôi và tác giả khác nhau. Đa số các bệnh viện đa khoa đều

là bệnh viện lớn, số lượng bệnh nhân đông nên thời gian chờ đợi khám quá lâu, bên cạnh đó là sự quá tải của bệnh viện dẫn đến người nhà bệnh nhân vừa lo lắng cho bệnh nhân vừa chờ đợi nên dễ nảy sinh tâm lý căng thẳng, dễ kích động và có thể tạo ra những hành vi không kiểm soát được.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đối tượng gây ra bạo lực chủ yếu là người nhà bệnh nhân chiếm tỷ lệ cao nhất với 97,1%, tiếp đến là bệnh nhân với 73,5%, trong khi đó tỷ lệ đồng nghiệp gây ra bạo lực nơi làm việc là 37,5%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng khá phù hợp với nghiên cứu của Ngô Văn Mạnh và Dương Anh Tuấn với tỷ lệ bệnh nhân và người nhà bệnh nhân gây ra bạo lực đối với ĐD tại bệnh viện Thái Bình lần lượt là 72,1% và 62,6%⁽⁴⁾. Trên thực tế, người nhà bệnh nhân và bệnh nhân trong tâm lý chờ khám, chữa bệnh dưới áp lực của yếu tố môi trường bên ngoài tác động như thời gian chờ khám, cơ sở vật chất chưa đáp ứng đủ yêu cầu hoặc các yếu tố bệnh nền của bệnh nhân. Sự đau đớn về thể xác, sự phụ thuộc chăm sóc làm cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân dễ có tâm lý ức chế, kích động dẫn đến các hành vi bạo lực. Trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguyên nhân gây ra bạo lực bao gồm: hành vi và thái độ giao tiếp của bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân chưa phù hợp chiếm đến 92,7%, kể đến là bệnh nhân hoặc người nhà đợi chờ lâu (86%), tăng stress ở bệnh nhân hoặc người nhà (83,8%), thiếu nhân viên y tế (77,9%), việc lạm dụng rượu, bia, ma túy ở bệnh nhân và người nhà (75%), nhân viên y tế chưa được tập huấn kỹ năng ứng phó bạo lực (74,3%). Một nghiên cứu tại

3 bệnh viện tâm thần Ả Rập Saudi cũng cho thấy nguyên nhân ĐD bị bạo lực là do sự không hài lòng của bệnh nhân, vấn đề tâm lý của bệnh nhân (69,7%); thiếu nhân viên y tế (44,8%); từ chối yêu cầu nhập viện của bệnh nhân (41%); cấm hút thuốc ở phòng điều trị nội trú (37,1%); quá đông người ở phòng điều trị nội trú (33,9%); thời gian chờ khám lâu (29,7%)⁽⁸⁾.

Các tác động đến tâm lý sau bạo lực đối với ĐD bao gồm: thất vọng (83,8%), stress (83,1%), giảm hoặc không muốn chăm sóc bệnh nhân (82,4%), tức giận (81,6%), mất sự tự trọng (80,2%). Có 42,7% ĐD bị bạo lực có ảnh hưởng về mặt thể chất. Kết quả nghiên cứu hậu quả tâm lý trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Đỗ Mạnh Hùng cho thấy hậu quả bạo lực nơi làm việc đối với ĐD là 92,7% có biểu hiện ảnh hưởng đến tâm lý chung; 89,4% có biểu hiện stress, 92,7% có biểu hiện lo lắng; 84,9% có biểu hiện thất vọng và 43,6% có biểu hiện trầm cảm⁽⁵⁾.

Về giải pháp phòng chống bạo lực nơi làm việc thì trong nghiên cứu này, chúng tôi có một số giải pháp chủ yếu như sau: hợp tác với công an địa phương chiếm tỷ lệ 97,8%, việc kiểm soát ra – vào và giáo dục, truyền thông về bạo lực nơi làm việc đối với người dân là tương đương nhau với 97,1%, tiếp đến là tổ chức tập huấn kỹ năng ứng phó bạo lực cho nhân viên bệnh viện (96,3%), tăng cường nhân viên bảo vệ (95,6%), giới hạn thời gian thăm nuôi (94,9%), tăng cường nhân viên y tế (91,2%), ghi hình nơi làm việc (87,5%). Các giải pháp này là căn bản, nhất thiết phải thực hiện tại nơi làm việc nhằm đảm bảo an toàn cho nhân viên bệnh viện.

Qua kết quả nghiên cứu cho thấy có sự liên quan giữa việc từng bị bạo lực nơi làm việc với việc trực đêm của ĐD. Cụ thể, ở nhóm ĐD có trực đêm thì tỷ lệ từng bị bạo lực là 45,6% cao hơn ở nhóm ĐD không trực đêm với tỷ lệ từng bị bạo lực là 26,5%. Điều này có thể lý giải rằng khi trực đêm số lượng ĐD tham gia trực ít hơn ban ngày và lượng bệnh nhân vào khám, chữa bệnh đa phần là các bệnh nặng, cần cứu chữa khẩn cấp nên đôi lúc công tác cứu chữa bệnh nhân chưa kịp lúc, thời gian đợi chờ lâu khiến người nhà và bệnh nhân mất kiên nhẫn, không giữ được bình tĩnh nên dễ dẫn đến các hành vi bạo lực.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ ĐD bị bạo lực tại nơi làm việc trong 12 tháng qua là khá cao với 41,6%, trong đó bạo lực lời nói “chửi bới, xúc xược” chiếm tỷ lệ cao nhất (96,3%), bạo lực thể chất “đánh, đập, xô đẩy” là 25% và 7,4% ĐD bị quấy rối tình dục. Đối tượng gây ra bạo lực chủ yếu là người nhà bệnh nhân chiếm đến 97,1%, bệnh nhân (73,5%) và đồng nghiệp là 37,5%. Nguyên nhân chính gây ra bạo lực gồm: hành vi và thái độ giao tiếp của bệnh nhân hoặc người nhà bệnh nhân chưa phù hợp chiếm đến 92,7%, bệnh nhân hoặc người nhà đợi chờ lâu (86%), tăng stress ở bệnh nhân hoặc người nhà (83,8%), thiếu nhân viên y tế (77,9%), việc lạm dụng rượu, bia, ma túy ở bệnh nhân và người nhà (75%). Hậu quả tâm lý ở ĐD bao gồm: thất vọng (83,8%), stress (83,1%), giảm hoặc không muốn chăm sóc bệnh nhân (82,4%), tức giận (81,6%), mất sự tự trọng (80,2%). Hậu quả

thể chất có ở 42,7% ĐD, phải nghỉ việc chiếm 52,2%.

VI. KIẾN NGHỊ

Cần có các biện pháp chế tài nghiêm khắc nhằm đẩy lùi hành vi gây rối, hành hung nhân viên y tế.

Nâng cao nhận thức cộng đồng trong việc phòng ngừa bạo lực nơi làm việc cho ĐD tại bệnh viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **US Department of Justice** (2013). Workplace violence: issue in reponse, Federal Bureau of Investigation, 70.
2. **Ginger C. Hanson, Nancy A. Perrin, Helen Moss, Naima Laharnar, Nancy Glass** (2015). "Workplace violence against homecare workers and its relationship with workers health outcomes: a cross-sectional study". BMC Public Health, 15 (1), 11.
3. **Dương Tấn Quân, Lã Ngọc Quang, Nguyễn Thành Chung, Nguyễn Trí** (2021). "Thực trạng bạo lực bệnh viện với điều dưỡng và một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện Bà Rịa năm 2019". Tạp chí Y học Dự phòng, 29 (8), 71-78.
4. **Ngô Văn Mạnh, Dương Anh Tuấn** (2021). "Thực trạng điều dưỡng viên bị bạo lực ở nơi làm việc tại bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2020". Tạp chí Y học Việt Nam, 506 (1), 261-265.
5. **Đỗ Mạnh Hùng, Lưu Thị Mỹ Thục, Phạm Thu Hiền** (2018). "Mô tả một số nguyên nhân, hậu quả bạo lực nơi làm việc ở điều dưỡng viên do khách hàng gây ra tại các khoa lâm sàng, bệnh viện Nhi Trung ương, năm 2017". Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh, 22 (6), 208-213.
6. **Ebrima J. Sisawo, Saide Yacine Y. Arsène Ouédraogo, Song-Lih Huang** (2017). "Workplace violence against nurses in the Gambia: mixed methods design". BMC Health Services Research, 17 (1), 311.
7. **M. Abed, E. Morris, N. Sobers-Grannum** (2016). "Workplace violence against medical staff in healthcare facilities in Barbados". Occup Med (Lond), 66 (7), 580-3.
8. **W. Basfr, A. Hamdan, S. Al-Habib** (2019). "Workplace Violence Against Nurses in Psychiatric Hospital Settings: Perspectives from Saudi Arabia". Sultan Qaboos Univ Med J, 19 (1), e19-e25.

PHÂN TÍCH TÌNH HÌNH SỬ DỤNG VÀ XU HƯỚNG TIÊU THỤ THUỐC KHÁNG NẤM TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH GIAI ĐOẠN 2020 - 2023

Phạm Hồng Thắm^{1,2}, Nguyễn Duy Khang¹,
Nguyễn Đức Trí¹, Trần Minh Hoàng²

TÓM TẮT

Mở đầu: Tình hình đề kháng của vi nấm có sự gia tăng trong những năm gần đây, kết quả này có thể do xu hướng sử dụng thuốc kháng nấm toàn thân ngày càng tăng, đặc biệt trong điều trị nhiễm nấm xâm lấn. Việc phân tích tình hình sử dụng và xu hướng tiêu thụ thuốc kháng nấm nhằm đưa ra những giải pháp cho chương trình quản lý sử dụng thuốc kháng nấm phù hợp, tối ưu hóa việc dùng thuốc và giảm chi phí điều trị của bệnh nhân rất cần thiết.

Mục tiêu: Phân tích tình hình vi nấm, tình hình sử dụng và xu hướng tiêu thụ thuốc kháng nấm tại bệnh viện Nhân dân Gia Định giai đoạn 2020-2023.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu số liệu sử dụng thuốc kháng nấm toàn thân của bệnh nhân nội trú tại bệnh viện Nhân dân Gia Định trong giai đoạn 2020 – 2023. Sử dụng phép phân tích định lượng dựa trên chỉ số liều xác định hàng ngày/ 100 giường bệnh/ ngày.

Kết quả: Trong giai đoạn 2020-2023, các thuốc kháng nấm được sử dụng là fluconazol, itraconazol, amphotericin B, caspofungin, micafungin và voriconazol. Trong đó kháng nấm fluconazol được sử dụng phổ biến nhất tại bệnh viện (45%), caspofungin có xu hướng tiêu thụ tăng trong giai đoạn nghiên cứu ($Z=5,39$; $p<0,001$). Tại các khoa lâm sàng, khoa Hồi sức tích cực-Chống độc có lượng tiêu thụ kháng nấm lớn nhất (59,08 DDD/100 ngày nằm viện), kế đến là khoa Nội Tim Mạch và Nội Hô Hấp (33,14 và 22,56 DDD/ 100 ngày nằm viện). Cả ba khoa có xu hướng tăng tiêu thụ thuốc kháng nấm trong giai đoạn nghiên cứu ($p<0,001$).

Kết luận: Xu hướng sử dụng thuốc kháng nấm có xu hướng gia tăng tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định, đặc biệt với fluconazol và caspofungin.

Từ khóa: nhiễm nấm xâm lấn, thuốc kháng nấm.

SUMMARY

ANTIFUNGAL CONSUMPTIONS: STATISTICS AND TRENDS AT NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL DURING 2020–2023

Introduction: Invasive fungal infections are dangerous infections that cause high morbidity and mortality. The risk of There has been a rise in antifungal resistance, possibly due to the increasing use of systemic antifungals for invasive fungal infections. Data for tailoring antimicrobial stewardship's interventions,

¹Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: ThS.DS. Trần Minh Hoàng

SĐT: 0933342279

Email: tmhoang@ntt.edu.vn

Ngày nhận bài báo: 02/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 19/01/2024

Ngày duyệt bài: 22/02/2024

optimizing medication use, and mitigating treatment cost are needed.

Objectives: To analyze the statistics and trends of antifungal consumptions at Nhan Dan Gia Dinh Hospital during 2020–2023.

Materials and methods: A retrospective study of data on systemic antifungal drug use by inpatients at Nhan Dan Gia Dinh Hospital in the period 2020 - 2023 and consumption trends of antifungal drugs. Use quantitative analysis based on the defined daily Dose index / 100 beds/day. Use quantitative analysis based on the defined daily Dose index / 100 beds/day.

Result: During 2020-2023, 6 systemic antifungals were used, including amphotericin B, caspofungin, micafungin, fluconazole, itraconazole, and voriconazole. Fluconazole was indicated most widely (45%), while caspofungin consumption had a growing trend ($p_{\text{Mann-Kendall}} < 0.001$). The 3 departments with highest antifungal consumptions were Intensive Care Unit (59.08 DDD per 100 bed days), Department of Cardiology (33.14 DDD per 100 bed days) and Department of Respiratory Medicine (22.56 DDD per 100 bed days). Upward consumption trends were also observed in these 3 departments ($p < 0.001$).

Conclusion: There was an upward trend in antifungal consumptions at Nhan Dan Gia Dinh Hospital, especially for fluconazole and caspofungin.

Keywords: invasive fungal infection, antifungal agents

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình trạng nhiễm nấm xâm lấn (NNXL) hiện nay đang có xu hướng gia tăng nhanh chóng, các nghiên cứu gần đây cũng ghi nhận tình trạng đồng nhiễm nấm *Candida* xâm lấn trên bệnh nhân nhiễm SARS – CoV

- 2^[1,4]. Tỷ lệ tử vong do nhiễm *Candida* xâm lấn dao động từ 45 – 53,5% và vẫn còn xu hướng gia tăng do việc sử dụng rộng rãi kháng sinh phổ rộng, các liệu pháp ức chế miễn dịch cũng như cấy ghép các thiết bị xâm lấn^[1,2]. Với tình trạng bệnh cảnh lâm sàng của NNXL nặng nề, khó chẩn đoán, chậm trễ trong điều trị và tình hình đề kháng kháng nấm ghi nhận từ 30 – 80%^[1]. Tại Việt Nam, dữ liệu về dịch tễ nhiễm nấm xâm lấn còn hạn chế, một nghiên cứu tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định cho thấy tỷ lệ NNXL ghi nhận căn nguyên chủ yếu do *Candida* sp. Trong đó khoa Hồi sức Tích cực – Chống độc (HSTC - CĐ) là khoa có tỷ lệ NNXL cao nhất^[2]. Bên cạnh đó, việc điều trị NNXL đòi hỏi dựa vào nhiều yếu tố như phổ kháng nấm, hướng dẫn điều trị, theo dõi đáp ứng thuốc, độc tính và chi phí điều trị. Các dữ liệu về tình hình sử dụng thuốc kháng nấm, tình hình đề kháng của vi sinh, vi nấm rất cần thiết trong thực hành lâm sàng điều trị NNXL.

Tháng 7 năm 2023, Bộ Y tế đã ban hành quyết định số 3429/QĐ-BYT về “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm xâm lấn” nhằm định hướng điều trị NNXL, tối ưu hóa việc sử dụng thuốc kháng nấm^[1]. Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích thực trạng tiêu thụ kháng nấm và tình hình đề kháng của vi nấm tại bệnh viện Nhân dân Gia Định trong giai đoạn 2020 – 2023, xác định các khoa lâm sàng có mức độ tiêu thụ cao và các thuốc có xu hướng sử dụng tăng, từ đó làm căn cứ cho các hoạt động quản lý sử dụng thuốc kháng nấm tại bệnh viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tình hình sử dụng thuốc kháng nấm

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Số liệu về sử dụng thuốc kháng nấm toàn thân của bệnh nhân nội trú trong giai đoạn 2020 - 2023, được trích xuất theo từng tháng từ phần mềm quản lý thuốc của khoa Dược để thực hiện phân tích đặc điểm tiêu thụ thuốc kháng nấm toàn thân tại bệnh viện.

Tiêu chuẩn loại trừ

Số liệu DDD tại khoa Sơ sinh, khoa nội nhi và bệnh nhân xuất viện trong ngày.

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu hồi cứu.

Cỡ mẫu: Sử dụng phương pháp lấy mẫu toàn bộ.

Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp mô tả hồi cứu, sử dụng phép phân tích định lượng dựa trên chỉ số Liều xác định hàng ngày/100 giường bệnh/ngày hay DDD/ 100 ngày - giường (DDD - Defined Daily dose: liều xác định hàng ngày) của các thuốc kháng nấm toàn thân tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định.

Số liệu DDD/ 100 ngày - giường theo từng tháng được sử dụng để đánh giá mức độ và xu hướng sử dụng thuốc kháng nấm tại các đơn vị lâm sàng và toàn viện theo từng tháng, được tính theo công thức:

$$\text{DDD}/100 \text{ ngày nằm viện} = \frac{\text{Tổng số gam sử dụng} \times 100}{\text{DDD} \times \text{số ngày nằm viện}}$$

Tình hình vi nấm

Ghi nhận đặc điểm vi nấm theo phân bố loài và tính nhạy cảm của vi nấm với thuốc

kháng nấm theo kháng nấm đồ được phân lập được trong khoảng thời gian từ năm 2020 - 2023 dựa trên dữ liệu vi sinh tại bệnh viện.

Xử lý số liệu

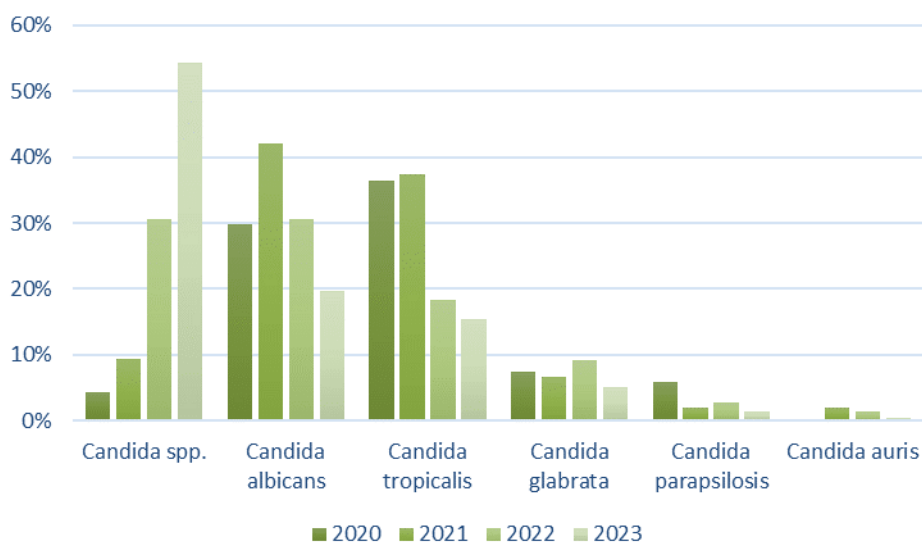
Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm Microsoft Office 365 và R studio. Kiểm định Mann – Kendall được sử dụng để phân tích xu hướng tiêu thụ thuốc kháng nấm. Xu hướng được kết luận là tăng nếu các chỉ số phân tích $Z > 0$ và $p < 0,05$; xu hướng được kết luận là giảm nếu $Z < 0$ và $p < 0,05$; các trường hợp cho kết quả phân tích có $p > 0,05$ được ghi nhận là không có xu hướng đơn điệu (monotonic trend).

Xu hướng tiêu thụ các hoạt chất kháng nấm trong toàn Bệnh viện được phân tích trong các giai đoạn khác nhau phụ thuộc vào thời gian thuốc sẵn có trong Bệnh viện, cụ thể như sau: itraconazol và fluconazol sẵn có từ 01/2015; amphotericin B từ 06/2015; caspofungin từ 04/2018; micafungin từ 10/2021; voriconazole từ 10/2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

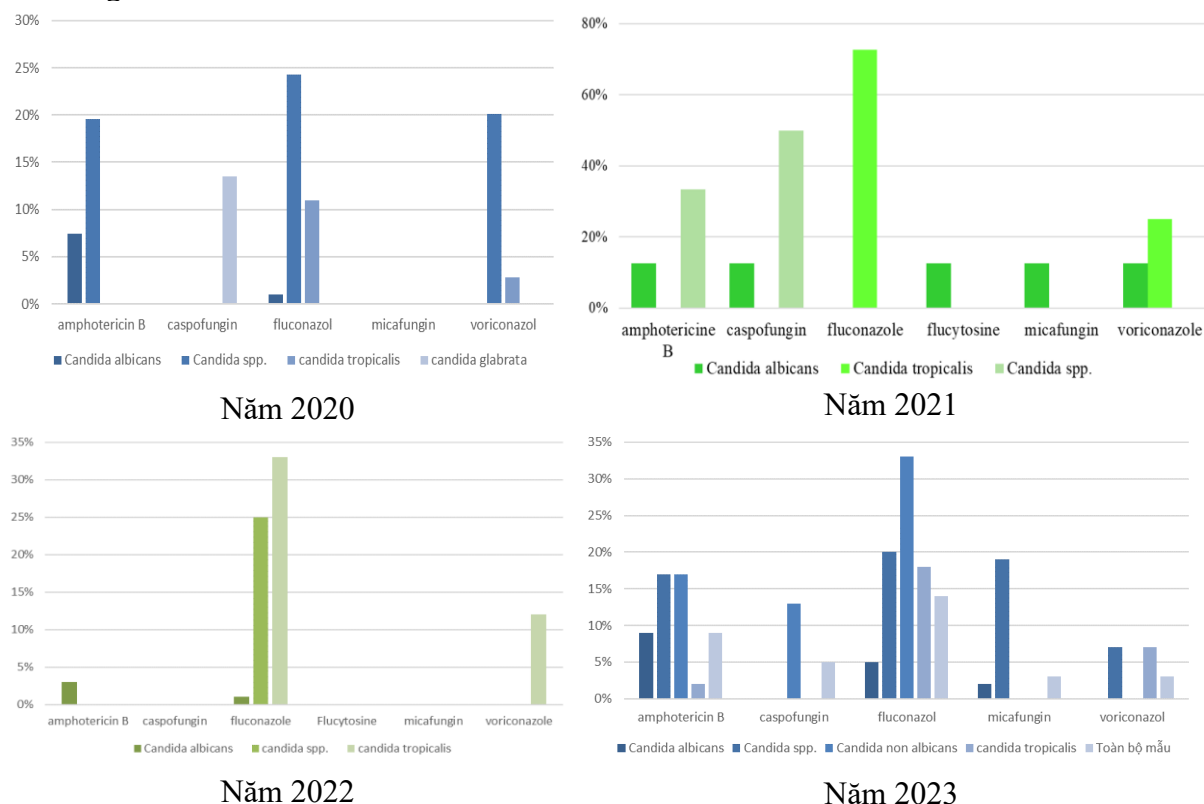
Tình hình vi nấm giai đoạn 2020 – 2023

Tỷ lệ phân lập vi nấm qua các năm từ 2020 – 2023 có xu hướng gia tăng, với tỷ lệ lần lượt là: 7,5%; 13,1%; 9,3%; 8,1%. Trong đó chủ yếu là nấm men *Candida* với tỷ lệ phân lập cao nhất vào năm 2021 và các loại vi nấm được phân lập từ mẫu bệnh phẩm cụ thể như sau:



Hình 1. Tỷ lệ vi nấm phân lập qua các năm

Tình hình đề kháng với các thuốc kháng nấm: tỷ lệ đề kháng với thuốc kháng nấm fluconazol tăng dần theo các năm (thấp nhất năm 2020 là 24,3% tăng lên cao nhất năm 2023 là 33,6%), đồng thời xuất hiện sự đề kháng với các thuốc kháng nấm mới như caspofungin, micafungin, voriconazol.

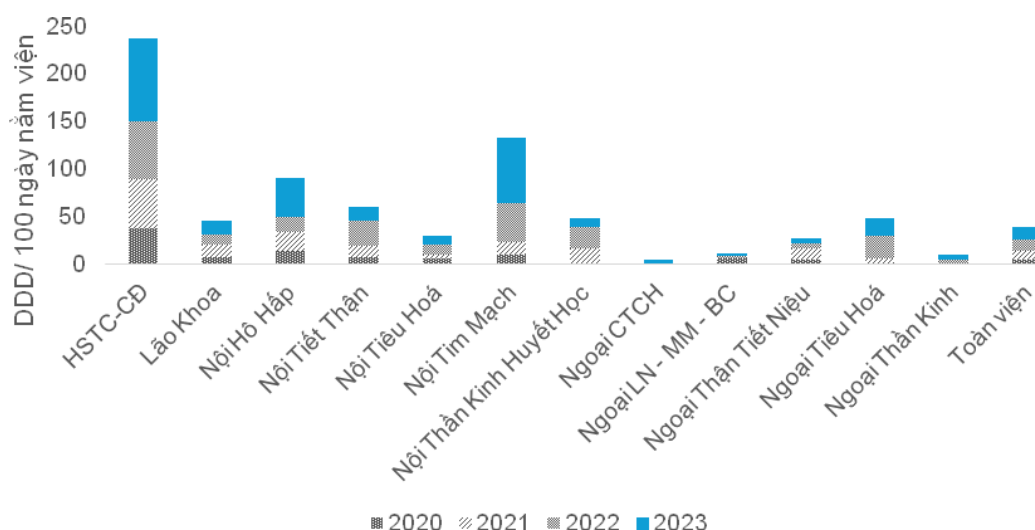


Hình 2. Tỷ lệ đề kháng của vi nấm qua các năm từ 2020 đến 2023

Mức độ tiêu thụ thuốc kháng nấm giai đoạn 2020 – 2023

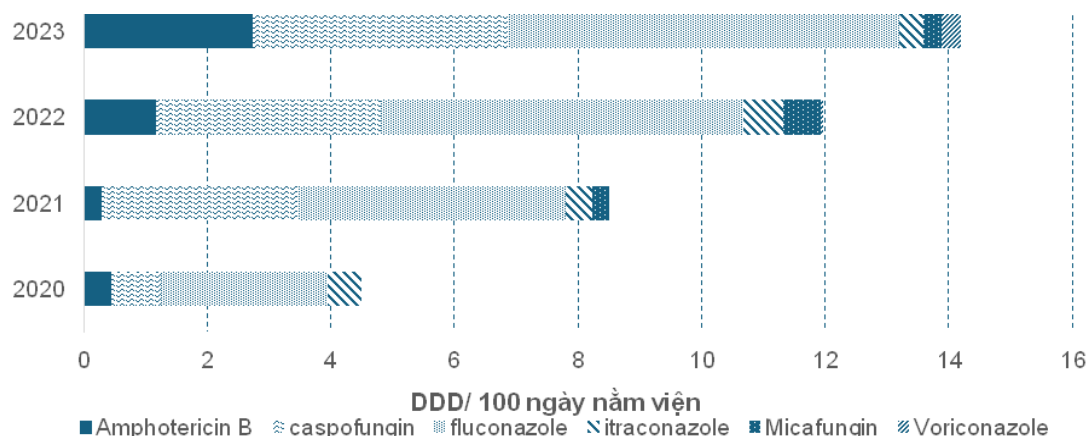
Trong giai đoạn 2020 – 2023, có 21/28 khoa tại bệnh viện Nhân dân Gia Định có sử dụng thuốc kháng nấm, với mức tiêu thụ trung bình toàn bệnh viện là 9,79 DDD/ 100 ngày năm viện. Tình hình tiêu thụ thuốc

kháng nấm tại một số khoa lâm sàng chính được trình bày ở hình 1. Trong đó, khoa Hồi sức tích cực – Chống độc (HSTC - CD), Nội Tim Mạch và Nội Hô hấp là ba khoa có mức độ tiêu thụ kháng sinh cao nhất so với toàn viện, với mức tiêu thụ tương ứng là 59,08; 33,14 và 22,56 DDD/ 100 ngày năm viện.



Hình 3. Mức độ tiêu thụ thuốc kháng nấm tại các khoa lâm sàng trong giai đoạn 2020-2023

Cơ cấu sử dụng thuốc kháng nấm trong giai đoạn 2020-2023, được trình biểu diễn trong hình 4. Trong đó, fluconazol là thuốc kháng nấm chiếm tỷ lệ cao trong tổng tiêu thụ thuốc kháng nấm (45%) với mức tiêu thụ trung bình là 3,85 DDD/ 100 ngày năm viện, theo sau là caspofungin chiếm 29% với mức tiêu thụ trung bình là 2,10 DDD/ 100 ngày năm viện.

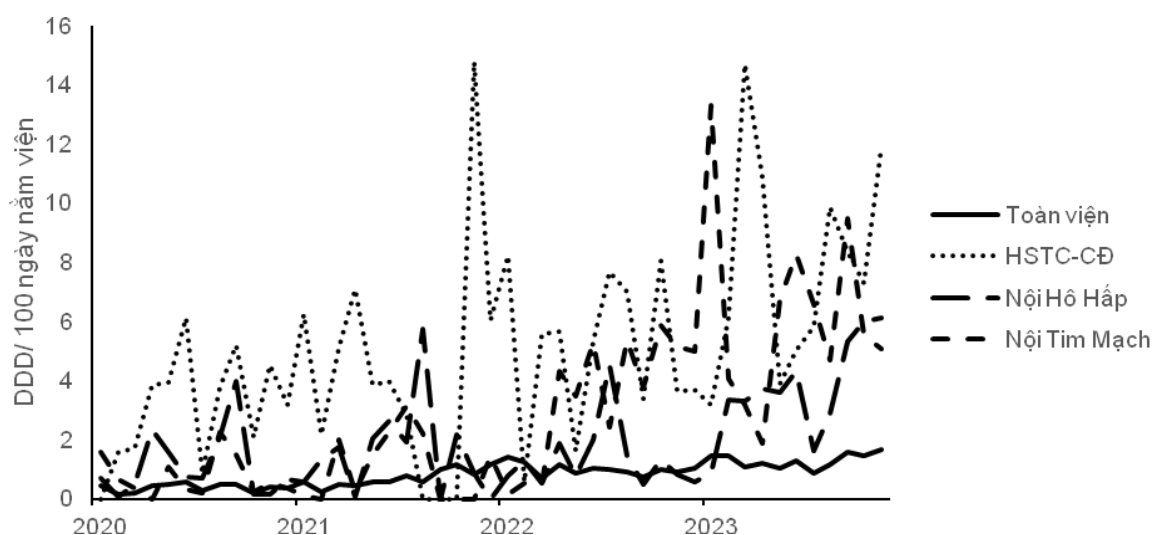


Hình 4. Mức độ tiêu thụ các thuốc kháng nấm giai đoạn 2020-2023

Xu hướng tiêu thụ thuốc kháng nấm giai đoạn 2020 – 2023

Kết quả phân tích Mann – Kendall cho thấy xu hướng tiêu thụ của toàn viện và 3 khoa có mức độ tiêu thụ nhiều nhất được trình bày ở hình 2 và bảng 1. Tình hình tiêu thụ thuốc kháng nấm toàn viện và tại ba khoa HSTC - CĐ, Nội Tim Mạch, Nội Hô hấp có xu hướng tăng trong giai đoạn khảo sát. Đánh giá chi tiết các thuốc kháng nấm được

sử dụng, có thể thấy amphotericin B có xu hướng tăng ở toàn viện và hai khoa Nội Hô Hấp và Nội Tim Mạch. Tiêu thụ caspofungin và fluconazol tăng ở cả ba khoa HSTC - CĐ, Nội Hô hấp và Nội Tim Mạch. Đối với micafungin và voriconazol là hai thuốc kháng nấm mới được đưa vào sử dụng tại bệnh viện, do đó chưa đủ dữ liệu kiểm định xu hướng.

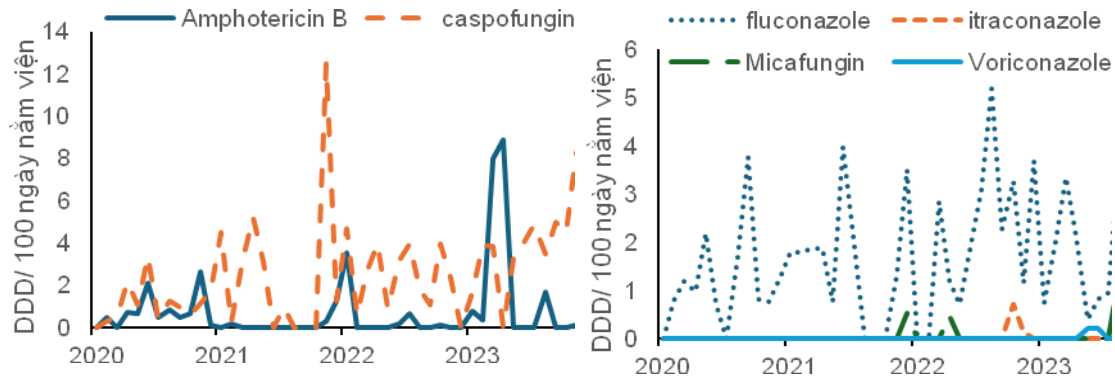


Hình 5. Xu hướng tiêu thụ thuốc kháng nấm của toàn viện và một số khoa lâm sàng

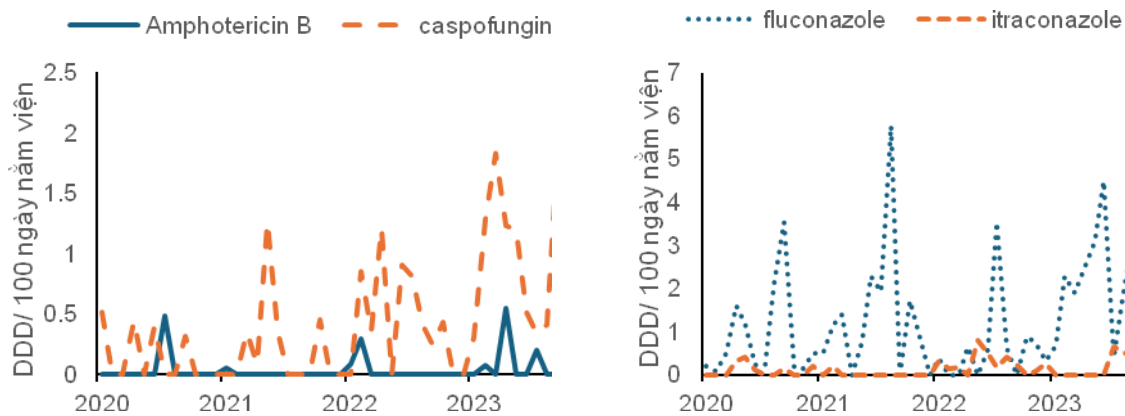
Bảng 1. Xu hướng tiêu thụ thuốc kháng nấm theo phép kiểm Mann-Kendall

Khoa lâm sàng	Kiểm định Mann-kendall: Z (p-value)				
	Amphotericin B	Caspofungin	Fluconazol	Itraconazol	Kháng nấm (chung)
Toàn viện	3,61 (<0,001)	5,39 (<0,001)	5,55 (<0,001)	0,24 (0,8)	6,52 (<0,01)
HSTC-CĐ	-0,97 (0,33)	3,16 (0,001)	2,45 (0,01)	1,86 (0,06)	3,5 (<0,001)
Nội Hô Hấp	1,97 (0,04)	3,16 (0,001)	2,41 (0,01)	1,50 (0,1)	3,36 (<0,001)
Nội Tim Mạch	3,4 (<0,001)	5,1 (<0,001)	2,80 (<0,001)	-1,05 (0,3)	4,97 (<0,001)

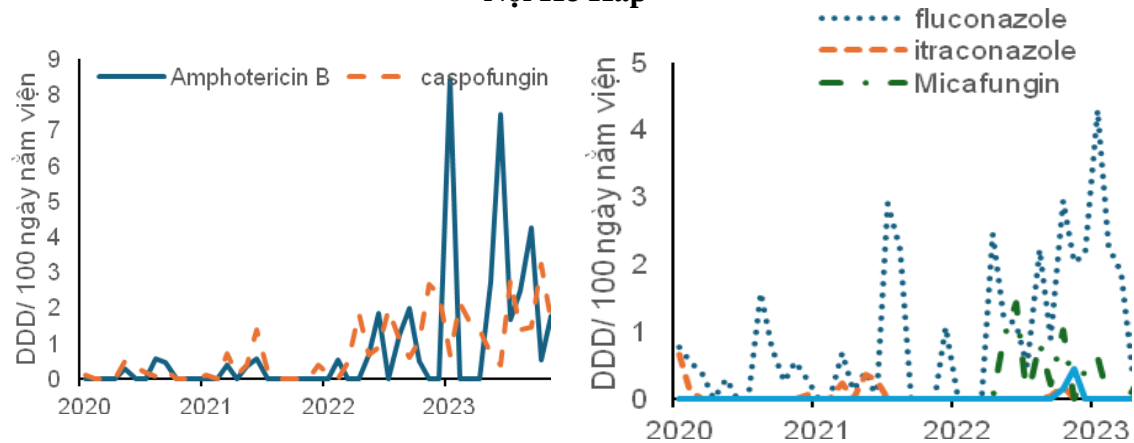
Để đánh giá chi tiết hơn tình hình sử dụng thuốc kháng nấm tại các khoa lâm sàng thể hiện xu hướng tiêu thụ tăng, hình 4, thể hiện xu hướng tiêu thụ qua từng tháng tại ba khoa lâm sàng HSTC - CĐ, Nội Hô hấp và Nội Tim Mạch trong giai đoạn 2020 - 2023.



HSTC-CD



Nội Hô Hấp



Nội Tim Mạch

Hình 6. Xu hướng tiêu thụ thuốc kháng nấm tại ba khoa lâm sàng HSTC-CD, Nội Hô Hấp và Nội Tim Mạch

Theo đó, amphotericin B bắt đầu được sử dụng nhiều vào đầu năm 2023 tại khoa HSTC - CD và Nội Tim Mạch. Mặc dù,

caspofungin chiếm mức độ tiêu thụ thấp nhưng đang thể hiện xu hướng tăng trong giai đoạn khảo sát tại khoa HSTC - CD, Nội

Hô hấp và Nội Tim Mạch. Fluconazol vẫn chiếm tỷ trọng lớn trong xu hướng tiêu thụ các thuốc kháng nấm chính tại các ba khoa lâm sàng. Hai thuốc kháng nấm mới gồm micafungin và voriconazol bắt đầu được sử dụng vào giai đoạn 2022 – 2023 tại hai khoa HSTC - CD và Nội Tim Mạch.

IV. BÀN LUẬN

Trong giai đoạn 2020 – 2023, tỷ lệ phân lập nấm trung bình dao động dưới 10% so với tỷ lệ vi sinh chung toàn bệnh viện qua các năm, trong đó nấm *Candida non - albicans* chiếm tỷ lệ cao hơn so với *Candida albicans*., kết quả này cao hơn so với các nghiên cứu khác ở những năm trước 2020^[2,3] và tương đồng với các nghiên cứu ở thời điểm hiện tại^[5,6]. Có sự gia tăng tình hình đề kháng với các thuốc kháng nấm, trong đó đề kháng với fluconazol chiếm tỷ lệ cao (dao động từ 24,3% - 33,6%), đồng thời có sự xuất hiện đề kháng với các thuốc kháng nấm mới như caspofungin, micafungin. Đặc biệt sự đề kháng các vi nấm tăng cao nhất ở thời điểm năm 2021, điều này có thể được giải thích đa phần các trường hợp NNXL năm 2021 là trên cơ địa bệnh nhân nhiễm Sav - CoV 2 đồng mắc nhiều bệnh lý khác.

Mức độ tiêu thụ kháng nấm có xu hướng tăng dần với mức tiêu thụ trung bình 9,79 DDD/ 100 ngày nằm viện, cao hơn một số bệnh viện khác tại Việt Nam và thế giới với mức sử dụng kháng sinh ghi nhận khoảng 1,304 và 2,69 DDD/ 100 ngày nằm viện^[3,4]. Trong đó, fluconazol được sử dụng nhiều nhất tại bệnh viện (45%). Có thể thấy, các tác nhân thường gặp trong NNXL đa phần là *Candida spp.* do đó với phổ tác dụng trên một số chủng *Candida spp.*, giá thành thấp, ít độc tính nên fluconazole là một trong những sự lựa chọn đầu trong điều trị NNXL^[5,6].

Tỷ lệ sử dụng caspofungin tăng trong giai đoạn nghiên cứu với chiếm tỷ lệ chiếm 29% mức tiêu thụ thuốc kháng nấm của bệnh viện. Tiêu thụ caspofungin chủ yếu tập trung tại khoa HSTC - CD, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bùi Tiến Sơn^[6]. Điều này có thể giải thích do bệnh nhân tại khoa HSTC-CD đa phần là những bệnh nhân nặng, nhiều bệnh nền, bắt buộc phải sử dụng nhiều thủ thuật xâm lấn^[2,5].

Các kháng nấm còn lại (amphotericin B, micafungin và voriconazol) có mức độ sử dụng thấp do chi phí cao, thường được sử dụng trong một số trường hợp nhiễm nấm đặc biệt hoặc khi có tỷ lệ đề kháng với các thuốc kháng nấm khác^[1,6].

Trong giai đoạn 2020-2016, mức độ tiêu thụ kháng nấm có xu hướng tăng tại khoa HSTC-CD, Nội Tim Mạch và Nội Hô hấp. Nguyên nhân có thể do đây là các khoa có đối tượng bệnh nhân có bệnh nền nặng đồng thời sử dụng các liệu pháp ức chế miễn dịch hoặc dùng các thiết bị xâm lấn^[7].

Đối với khoa HSTC - CD, caspofungin chiếm tỷ lệ cao trong mức độ tiêu thụ thuốc kháng nấm của toàn khoa với liều 2,47 DDD/ 100 ngày nằm viện, kết quả nghiên cứu có sự khác biệt với một nghiên cứu được thực hiện tại Thổ Nhĩ Kỳ, tại đây tác giả ghi nhận fluconazol là nhóm thuốc kháng nấm có mức độ tiêu thụ cao nhất tại HSTC - CD^[8]. Do caspofungin thường được sử dụng cho các trường hợp bệnh nhân có huyết động không ổn định và có nguy cơ sốc nhiễm khuẩn, điều này phù hợp với khoa có tình trạng bệnh nhân nặng như khoa HSTC - CD^[1,5].

Đối với khoa Nội Hô hấp và Nội Tim Mạch, fluconazol là thuốc kháng nấm được sử dụng nhiều nhất, điều này tương tự với nghiên cứu của Bùi Tiến Sơn^[6]. Điều này phù hợp với kết quả vi sinh tại bệnh viện, khi

một số chủng vi nấm *Candida* ssp. vẫn còn nhạy khá cao với fluconazol^[2].

Kết quả nghiên cứu xu hướng tiêu thụ thuốc kháng nấm tại bệnh viện cho thấy xu hướng có sự chuyển dịch từ fluconazol sang caspofungin, đặc biệt tại khoa HSTC - CD và Nội Tim Mạch. Theo quyết định số 3429/QĐ-BYT “ Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm xâm lấn” và hướng dẫn điều trị năm 2016 của Hiệp hội các bệnh nhiễm trùng Hoa Kỳ (Infection Diseases Society of American – IDSA), caspofungin và voriconazol là các thuốc được khuyến cáo điều trị ban đầu đối với trường hợp nhiễm nấm *Candida* và *Aspergillus* xâm lấn^[1,5]. Đối với itraconazol, chiếm mức độ sử dụng chiếm tỷ lệ cao trong giai đoạn 2015 - 2019, tuy nhiên trong nghiên cứu này mức độ sử dụng itraconazol giảm thấp nhất vào năm 2023^[2]. Có thể thấy trong bối cảnh các hướng dẫn điều trị NNXL được cập nhật mới vào 2016 và 2023, itraconazol không còn là thuốc kháng nấm lựa chọn cho các NNXL.

Có thể thấy xu hướng tiêu thụ các thuốc kháng nấm tại bệnh viện Nhân Dân Gia Đình khá tương đồng với các cập nhật hướng dẫn điều trị NNXL hiện nay theo Bộ Y tế và các hướng dẫn trên thế giới. Tuy nhiên, cần xem xét cân bằng giữa hiệu quả điều trị, độc tính và chi phí điều trị cho phù hợp với tình hình thực tế tại bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy mức độ tiêu thụ thuốc kháng nấm có xu hướng tăng trong giai đoạn 2020 – 2023. Trong đó, khoa HSTC - CD, Nội Hô hấp và Nội Tim Mạch là ba khoa có mức độ tiêu thụ cao nhất và có xu hướng tăng trong 4 năm. Khoa HSTC-CD và Nội Tim Mạch bắt đầu đưa vào sử dụng các thuốc kháng nấm mới như micafungin và voriconazol. Các kết quả trên thúc đẩy cho việc triển khai các chương trình quản lý sử dụng kháng nấm tại bệnh viện như: xây dựng

quy trình giám sát nồng độ thuốc kháng nấm voriconazole, ban hành các quy định sử dụng thuốc kháng nấm mới như micafungin và caspofungin, đồng thời tối ưu hóa trong sử dụng các thuốc kháng nấm khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Quyết định số 3429/QĐ-BYT của Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm xâm lấn”. 2023.
2. **Phạm Hồng Thắm, et al.**, Tình hình sử dụng thuốc kháng nấm trong điều trị nhiễm nấm xâm lấn tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, 2020.
3. **Bùi Thị Ngọc Thực, et al.**, Phân tích đặc điểm sử dụng thuốc kháng nấm tại Bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2012-2016. Tạp chí Dược học, 2019, số 513: p. tr.9-13.
4. **Mastrangelo A et al.** Candidemia in Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Patients: Incidence and Characteristics in a Prospective Cohort Compared With Historical Non-COVID-19 Controls. Clin Infect Dis. 2021;73(9):e2838-e2839.
5. **N.T.B. Sáu et al.**, Khảo sát tỷ lệ vi nấm trên bệnh nhân thở máy tại Khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Nguyễn Trãi. Tạp chí Y học Việt Nam, 2022. 520(1B).
6. **Bùi Tiến Sơn**, Phân tích tình hình sử dụng thuốc kháng nấm tại Trung tâm hô hấp, Bệnh viện Bạch Mai, in Khóa luận tốt nghiệp. 2020, Trường Đại học Dược Hà Nội.
7. **Paramythiotou, E., et al.**, Invasive fungal infections in the ICU: how to approach, how to treat. Molecules, 2014. 19(1): p. 1085-1119.
8. **Çağlar, İ., et al.**, Antifungal consumption, indications and selection of antifungal drugs in paediatric tertiary hospitals in Turkey: Results from the first national point prevalence survey. Journal of Global Antimicrobial Resistance, 2018. 15: p. 232-238.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 TRÊN BỆNH NHÂN NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Nguyễn Thị Chi¹, Nguyễn Ngọc Quý¹, Trần Hà Linh¹,
Phạm Thị Phương Trang¹, Phạm Hồng Thắm^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh lý mạn tính đứng thứ ba trong các bệnh không lây nhiễm gây tử vong tại Việt Nam. Việc theo dõi và đánh giá tình trạng kiểm soát mức đường huyết đóng vai trò quan trọng giúp giảm thiểu các biến chứng nguy hại.

Mục tiêu nghiên cứu: Khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị ĐTĐ typ 2 tại bệnh viện Nhân dân Gia Định và đánh giá hiệu quả kiểm soát đường huyết sau 3 tháng, 6 tháng điều trị đồng thời xác định các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên 177 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 ngoại trú tại bệnh viện Nhân dân Gia Định từ 1/2023 – 10/2023.

Kết quả: Bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $63,91 \pm 9,64$ (tuổi), đa phần có bệnh lý mắc kèm (98,87%). Phác đồ đơn trị chiếm 24,39%. Tỷ lệ sử dụng metformin là 87%, insulin là 26,56%. Có 8,47% đơn thuốc dùng viên uống kết hợp cố định liều. Hiệu quả kiểm soát đường huyết sau 3 tháng và 6 tháng là 67,2% và 71,8%. Chỉ số khối cơ thể (BMI) là yếu tố ảnh hưởng chính tới hiệu quả

kiểm soát đường huyết. Những yếu tố liên quan khác bao gồm xét nghiệm chức năng gan, xét nghiệm LDL-C, thời gian ăn tối trước 17 giờ.

Kết luận: Tăng cường giám sát và đánh giá hiệu quả điều trị ĐTĐ trên bệnh nhân ngoại trú. Tư vấn sử dụng thuốc an toàn cũng như giáo dục về chế độ ăn uống, lối sống cho bệnh nhân góp phần nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khoá: Đái tháo đường typ 2, hiệu quả điều trị, yếu tố ảnh hưởng.

SUMMARY

EVALUATING THE EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF DIABETES TYPE 2 OF OUTPATIENT IN NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Background: Diabetes mellitus (DM) is a chronic disease that ranks third among non-communicable disease causing deaths in Vietnam. Monitoring and evaluating blood glucose level control plays an important role in helping to minimize harmful complications.

Objectives: Analysis of the use of type 2 diabetes medication at Nhan Dan Gia Dinh hospital and evaluation of blood glucose control after 3 months, 6 months of treatment, while identifying the factors of impairment.

Methods: A cross-sectional description study, conducted on 177 outpatient patients with type 2 diabetes at Nhan Dan Gia Dinh hospital from January 2023 to October 2023.

Results: Patients had an average age of 63.91 ± 9.64 (years old), the majority had comorbidities (98.87%). Monotherapy regimen

¹Khoa Dược, Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

²Khoa Dược, Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hồng Thắm

SĐT: 0919559085

Email: hongthamndgd@gmail.com

Ngày nhận bài báo: 02/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 22/01/2024

Ngày duyệt bài: 24/02/2024

used 24.39%. Metformin use rate was 87%, insulin was 26.56%. There was 8.47% took a fixed-dose combination. Blood glucose control effectiveness after 3 months and six months of treatment was 67.2% and 71.8%, respectively. Body mass index (BMI) is a key factor in blood glucose control. Other factors involved include liver function tests, LDL-C tests, dinner time before 5 p.m.

Conclusion: Strengthen monitoring and evaluation of diabetes treatment effectiveness in outpatients. Consulting on safe medicine use as well as educating patients on diet and lifestyle helps improve treatment effectiveness.

Keywords: Diabetes type 2, treatment effectiveness, factor influencing.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

ĐTĐ là nguyên nhân gây tử vong đứng thứ 3 trong các loại bệnh tật tại Việt Nam, sau bệnh lý tim mạch và ung thư. Hiện nay, tỷ lệ mắc ĐTĐ đang gia tăng nhanh chóng tại Việt Nam cũng như trên toàn thế giới, trong đó ĐTĐ tít 2 chiếm 90 – 95% các trường hợp mắc ĐTĐ. Theo Liên đoàn Đái tháo đường thế giới (IDF) năm 2021, khoảng 537 triệu người đang sống chung với bệnh ĐTĐ trên thế giới và khoảng 51,5% người Việt Nam (trong độ tuổi 20 - 79) không được chẩn đoán bệnh ĐTĐ^[7]. Số liệu từ Hội Nội tiết và Đái tháo đường Việt Nam (VADE) cho biết, hiện có tới 3,53 triệu người Việt Nam mắc ĐTĐ và mỗi ngày có ít nhất 80 trường hợp tử vong vì các biến chứng liên quan^[1].

Tuy nhiên, có tới 70% trường hợp ĐTĐ tít 2 có thể dự phòng hoặc làm chậm xuất hiện bệnh bằng tuân thủ lối sống lành mạnh và điều trị không dùng thuốc (dinh dưỡng hợp lý, luyện tập thể dục...). Ngoài ra, hiện nay có 7 nhóm thuốc đường uống và 2 đường

tiêm trong điều trị ĐTĐ tít 2 với mục đích tăng cường chất lượng và chuẩn hóa công tác chuyên môn chẩn đoán, điều trị ĐTĐ. Từ đó, tối ưu hoá việc điều trị hiệu quả và an toàn sử dụng thuốc cho bệnh nhân^[1].

Bệnh viện Nhân dân Gia Định phục vụ khoảng hơn 4000 lượt BN đến khám bệnh mỗi ngày, trong đó ĐTĐ là một trong những bệnh có tỷ lệ kê đơn cao nhất. Do đó, nghiên cứu “*Đánh giá hiệu quả điều trị đái tháo đường tít 2 trên bệnh nhân điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nhân dân Gia Định*” được thực hiện với các mục tiêu: (1) Phân tích thực trạng sử dụng thuốc điều trị ĐTĐ tít 2 ở bệnh nhân ngoại trú và (2) Đánh giá hiệu quả sử dụng thuốc để kiểm soát đường huyết sau 3 tháng, 6 tháng và một số yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân (BN) có chẩn đoán đái tháo đường tít 2 và điều trị liên tục tại phòng khám Nội tiết, bệnh viện Nhân dân Gia Định trong khoảng thời gian từ 01/2023 - 10/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn

– BN được chỉ định điều trị ngoại trú bằng thuốc điều trị ĐTĐ tít 2.

– BN tái khám và thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng liên quan tới điều trị ĐTĐ tít 2 trong vòng 6 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ

– BN dưới 18 tuổi, phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

– Hồ sơ bệnh án (HSBA) thiếu thông tin hoặc chuyển viện. HSBA có sử dụng thuốc y học cổ truyền điều trị bệnh ĐTĐ tít 2.

– BN từ chối tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu.

Quy trình nghiên cứu:

Bước 1: Xây dựng biểu mẫu thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án

Bước 2: Chọn đối tượng nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

Bước 3: Giới thiệu và giải thích mời BN tham gia nghiên cứu

Bước 4: Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án của BN và các chỉ số xét nghiệm cận lâm sàng vào thời điểm ban đầu (T0), sau 3 tháng (T3), sau 6 tháng (T6).

Bước 5: Gọi điện hoặc hẹn gặp BN tại phòng tư vấn, khảo sát về kiến thức và tuân thủ.

Bước 6: Phân tích và xử lý số liệu

- Kiểm soát sai lệch thông tin: Sắp xếp, quản lý dữ liệu cẩn thận tránh làm sai lệch thông tin lấy từ hồ sơ bệnh án.

Các biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm bệnh nhân: tuổi, giới, lối sống, chế độ ăn, BMI, thời gian mắc bệnh, thời gian điều trị.

- Đặc điểm điều trị: bệnh mắc kèm, thuốc điều trị, liều, chức năng gan, thận.

- Các chỉ số cận lâm sàng: chỉ số huyết áp, cholesterol.

- Glucose huyết đói: kiểm soát khi nằm trong khoảng 80 – 130 mg/dL (4,4 – 7,2 mmol/L) (BYT, 2020; ADA, 2022).

Tiêu chuẩn đánh giá:

- Chỉ số HbA1c: được đánh giá ở thời điểm ban đầu, sau 3 tháng, sau 6 tháng. Mức HbA1c < 7% được xem là có hiệu quả (BYT, 2020; ADA, 2022).

- Glucose huyết đói: kiểm soát khi nằm trong khoảng 80 – 130 mg/dL (4,4 – 7,2 mmol/L) (BYT, 2020; ADA, 2022).

2.3. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel và SPSS 25.0. Các biến số phân hạng trình bày bằng tần số, tỷ lệ. Xác định yếu tố liên quan bằng kiểm định χ^2 (chi bình phương) với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu, có 177 bệnh nhân được theo dõi điều trị liên tục trong vòng 6 tháng với kết quả như sau:

Đặc điểm của BN trong nghiên cứu

Bảng 3.25. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n = 177)

Đặc điểm chung của ĐTNC		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 45 tuổi	4	2,26%
	45 – 65 tuổi	83	46,89%
	> 65 tuổi	90	50,85%
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	Bình thường	74	41,8%
	Thừa cân	41	23,2%
	Béo phì	62	35%
Thời gian mắc bệnh ĐTĐ tít 2	< 5 năm	41	23,16%
	5 – 10 năm	60	33,9%
	>10 năm	76	42,9%
Số bệnh mắc kèm	1	2	1,13%
	2	65	36,72%
	3	70	39,55%
	≥ 3	39	22,03%

Bệnh mắc kèm	Tăng huyết áp	173	97,74%
	Rối loạn lipid máu	176	99,43%
	Suy thận	15	8,48%
	Khác	106	59,89%

Bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 63,91 $\pm$ 9,64, tuổi thấp nhất là 39 và cao nhất là 88. BN nữ chiếm phần lớn (63,28%). Chỉ số BMI thấp nhất là 18,26, cao nhất là 34,63 (béo phì độ 2), chỉ số BMI trung bình là 24,44 $\pm$ 2,82. Có 98,87% BN có ít nhất 1 bệnh mắc kèm.

Thực trạng sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường týp 2 tại bệnh viện

Có 7 loại thuốc điều trị đái tháo đường týp 2 được sử dụng tại bệnh viện (1 thuốc đường tiêm và 6 thuốc đường uống), bao gồm: Insulin, biguanide, sulfonyleureas, ức chế alpha glucosidase, ức chế SGLT-2 (thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri – glucose 2) và ức chế DPP-4 (thuốc ức chế dipeptidyl peptidase 4).

Bảng 3.2. Nhóm thuốc sử dụng trong điều trị ĐTD týp 2 (n = 177)

Nhóm thuốc	Tên hoạt chất	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Biguanide	Metformin	154	87
Sulfonyleureas	Gliclazide	94	53,1
	Glimepirid	11	6,21
Ức chế alpha glucosidase	Acarbose	61	34,46
Viên uống kết hợp	Glimepiride 2mg/Metformin 500mg	14	7,91
	Glibenclamid 2,5mg/Metformin 500mg	1	0,56
DPP-4i	Sitagliptin	2	1,13
SGLT-2i	Empagliflozin 25mg	1	0,56
	Dapagliflozin 10mg	1	0,56
Insulin	Insulin	47	26,56

Metformin được sử dụng nhiều nhất, ngoài ra có 2 loại viên uống kết hợp liều cố định được sử dụng trên 15 BN: 14 BN sử dụng CoMiaryl, 2 mg / 500 mg (glimepiride + metformin), 1 BN còn lại sử dụng Glucovance, 2,5 mg / 500 mg (glibenclamid + metformin). Phác đồ đơn trị chiếm 24,39%. Trong các phác đồ phối hợp, phác đồ 2 thuốc được sử dụng nhiều nhất (45,2%), sau đó là phác đồ 3 thuốc 29,94%, thấp nhất là phác đồ 4 thuốc với 0,56%.

Hiệu quả điều trị đái tháo đường týp 2

Theo hướng dẫn của Bộ Y Tế 2020, mục tiêu điều trị cho BN ĐTD ở người trưởng thành, không có thai là 4,4 - 7,2 mmol/L. Ở những BN lớn tuổi, mắc bệnh lâu năm và nhiều bệnh lý đi kèm mục tiêu sẽ là 5,5 - 8,3 mmol/L. Hiệu quả kiểm soát đường huyết của bệnh nhân được theo dõi sau 3 tháng và 6 tháng như sau:

Bảng 3.3. Hiệu quả kiểm soát đường huyết của mẫu nghiên cứu (n = 177)

	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Thời điểm T3		
Không kiểm soát	58	32,8%
Kiểm soát	119	67,2%
Thời điểm T6		
Không kiểm soát	50	28,2%
Kiểm soát	127	71,8%

Chỉ số đường huyết trung bình ở thời điểm T3 của bệnh nhân trong nghiên cứu là $7,46 \pm 1,75$ mmol/L. Trong đó có BN cao nhất là 17,64 mmol/L, chỉ số thấp nhất là 3,70 mmol/L. Tại thời điểm T6, chỉ số đường huyết trung bình của bệnh nhân là $7,24 \pm 2,03$ mmol/L, cao nhất là 26,91 mmol/L và thấp nhất là 3,80 mmol/L.

Các chỉ số cận lâm sàng khác

Tại thời điểm T6, có 67,2% BN đạt mục tiêu kiểm soát huyết áp. Chỉ số HA trung bình là 131/72 mmHg. Huyết áp tâm thu thấp

nhất là 98 mmHg, cao nhất là 176 mmHg, huyết áp tâm trương thấp nhất là 50 mmHg, cao nhất là 100 mmHg.

Yếu tố ảnh hưởng tới hiệu quả điều trị đái tháo đường týp 2

Phân tích các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị bao gồm: nhóm yếu tố liên quan đến kiến thức, lối sống của BN, đặc điểm điều trị, các chỉ số cận lâm sàng và đến phòng tư vấn sử dụng thuốc tại bệnh viện. Kết quả được trình bày như sau:

Bảng 3.4. Các yếu tố ảnh hưởng tới kiểm soát đường huyết của mẫu nghiên cứu (n=177)

Yếu tố	Không KS đường huyết		KS đường huyết		P
	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)	
Tần suất đo đường huyết					
Không đo	19	10,73%	52	29,38%	0,798
Mỗi ngày	6	3,39%	16	9,04%	
Mỗi tuần	13	7,34%	37	20,9%	
Mỗi tháng	12	6,78%	22	12,43%	
Hoạt động thể lực					
Ít/ không có	20	11,3%	57	32,2%	0,615
Thường xuyên	30	16,95%	70	39,55%	
Chỉ số khối cơ thể (BMI)					
Bình thường	12	6,78%	62	35,03%	0,000
Thừa cân	9	5,08%	32	18,08%	
Béo phì	29	16,38	33	18,64%	
Chế độ ăn đồ ngọt					
Thường xuyên	3	1,69%	10	5,65%	1,000
Hạn chế	47	26,55%	117	66,1%	

Thời gian ăn bữa ăn cuối cùng					
Trước 17 giờ	36	20,34%	109	61,58%	0,049
Sau 17 giờ	14	9,6%	18	10,17%	
Tuân thủ sử dụng thuốc					
Không tuân thủ	14	7,91%	31	17,51%	0,702
Tuân thủ tốt	36	20,34%	96	54,24%	
Được tư vấn tại phòng tư vấn					
Chưa từng	47	26,55%	120	67,8%	1,000
Đã từng	3	1,69%	7	3,95%	
Thời gian mắc bệnh đái tháo đường týp 2					
Dưới 5 năm	13	7,34%	38	21,47%	0,827
Từ 5-10 năm	17	9,6%	43	24,3%	
Trên 10 năm	20	11,3%	56	31,64%	
Xét nghiệm HbA1c					
Có thực hiện	29	16,38%	58	32,77%	0,181
Không thực hiện	21	11,86%	69	38,98%	
Xét nghiệm Creatinine					
Có thực hiện	26	14,69%	48	27,12%	0,093
Không thực hiện	24	13,56%	79	44,63%	
Xét nghiệm Cholesterol					
Có thực hiện	18	10,17%	30	16,95%	0,132
Không thực hiện	32	18,08%	97	54,8%	
Xét nghiệm Triglycerid					
Có thực hiện	23	12,99%	40	22,6%	0,082
Không thực hiện	27	15,25%	87	49,15%	
Xét nghiệm HDL-C					
Có thực hiện	17	9,6%	29	16,38%	0,133
Không thực hiện	33	18,64%	98	55,38%	
Xét nghiệm LDL-C					
Có thực hiện	25	14,12%	42	23,73%	0,041
Không thực hiện	25	14,12%	85	48,02%	
Xét nghiệm chức năng gan					
Có thực hiện	24	13,56%	37	20,9%	0,022
Không thực hiện	26	14,69%	90	50,85%	

Kết quả phân tích hồi quy cho thấy yếu tố chính ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị đái tháo đường týp 2 trong nghiên cứu là chỉ số BMI. Những yếu tố liên quan khác bao gồm xét nghiệm chức năng gan, xét nghiệm LDL - C và thời gian ăn tối trước và sau 17 giờ ($P < 0,05$).

Các yếu tố khác bao gồm tần suất đo đường huyết tại nhà, hoạt động thể lực, chế độ ăn của BN, thời gian bữa ăn cuối cùng, tình trạng sử dụng rượu, thuốc lá, tình trạng tuân thủ sử dụng thuốc, được tư vấn tại phòng tư vấn bệnh viện Nhân dân Gia Định, thời gian mắc bệnh ĐTĐ type 2, thực hiện đo HbA1c, Cholesterol, triglycerid, và HDL-C chưa tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$).

Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy, yếu tố ảnh hưởng chính tới hiệu quả điều trị đái tháo đường týp 2 trong nghiên cứu này là chỉ số BMI.

IV. BÀN LUẬN

ĐTĐ là bệnh rối loạn chuyển hóa, có đặc điểm tăng glucose huyết mạn tính do khiếm khuyết về việc tiết insulin, tác động của insulin, hoặc cả hai. Đa số BN ĐTĐ có béo phì hoặc thừa cân và/hoặc béo phì vùng bụng với vòng eo to^[1]. Mục tiêu điều trị ĐTĐ ở các cá nhân có thể khác nhau vì còn dựa vào thời gian mắc bệnh, kỳ vọng sống, các bệnh nặng kèm theo, các biến chứng mạn máu, mong muốn của bệnh nhân và nguồn lực có sẵn và cần đánh giá lại chiến lược điều trị mỗi 3 tháng và điều chỉnh nếu cần^[1,7].

Kết quả nghiên cứu cho thấy, BN nữ chiếm phần lớn (63,28%). Số tuổi trung bình

trong nghiên cứu là $63,91 \pm 9,64$. Trong đó, nhóm tuổi cao nhất là trên 65 tuổi (50,85%), tương đồng với nghiên cứu của Bellary và cộng sự (2021)^[6]. Chỉ số BMI trung bình là $24,44 \pm 2,82$ kg/m² thuộc nhóm thừa cân. Trong đó, thấp nhất là 18,26 và cao nhất là 34,63 (béo phì độ 2). Có sự tương đồng với nghiên cứu của Võ Thị Ngọc Dung (2021) tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn^[5].

Đa số bệnh nhân đều có bệnh mắc kèm rối loạn lipid máu (RLLP) và tăng huyết áp (THA) (99,43% và 97,74%). Kết quả cao hơn so với nghiên cứu của Thạch Thị Phola (2021) có 77,5% RLLP và 50% THA [3]. Phần lớn, ĐTNC có thời gian mắc bệnh ĐTĐ týp 2 trên 10 năm và nhóm 5 – 10 (42,9% và 33,9%). Tỷ lệ BN kiểm soát đường huyết của nhóm trên 10 năm là 31,64%, nhóm 5 – 10 năm 24,3% và < 5 năm 21,47%. Thời gian mắc bệnh có thể ảnh hưởng tới quyết định lựa chọn phác đồ điều trị cũng như nguy cơ mắc biến chứng và có mối liên hệ giữa tuổi, thời gian mắc bệnh, tình trạng kiểm soát đường huyết với nguy cơ tử vong trên bệnh nhân ĐTĐ^[6,7].

Có 7 nhóm thuốc điều trị đái tháo đường týp 2 (1 thuốc đường tiêm và 6 thuốc đường uống), trong đó metformin là thuốc có tỷ lệ sử dụng cao nhất trong cả phác đồ đơn trị và phác đồ phối hợp. Đơn thuốc trung bình có sử dụng 2 hoạt chất (phối hợp) trong điều trị ĐTĐ. Có tổng cộng 26 phác đồ khác nhau, trong đó 6 phác đồ đơn trị, còn lại là phác đồ phối hợp, phác đồ Metformin + Gliclazid chiếm tỷ lệ cao nhất. Đây là những phác đồ phù hợp với Hướng dẫn điều trị của Bộ Y Tế

(2020)^[1]. Có sự tương đồng về thứ tự các phác đồ khi so sánh với nghiên cứu của Trương Lê Thuỳ Nguyên (2022)^[4]. Tuy nhiên có sự khác biệt với phác đồ được sử dụng với một số nghiên cứu khác có thể vì các nghiên cứu được thực hiện tại các bệnh viện chuyên khoa về bệnh nội tiết và chuyển hoá nên danh mục thuốc sẽ được tập trung cập nhật về bệnh tốt hơn.

Bệnh nhân đái tháo đường type 2 được khuyến cáo xét nghiệm glucose, chức năng gan (AST, ALT) vào mỗi lần tái khám, HbA1c vào mỗi 3 tháng, các chỉ số lipid (cholesterol, triglycerid, LDL-C, HDL-C) 1-2 tháng/ lần, creatinine và huyết áp. Tuy nhiên tỷ lệ thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng vẫn chưa cao, điều này có thể gây ảnh hưởng tới hiệu quả kiểm soát đường huyết chung, cũng như các bệnh liên quan. Tỷ lệ BN đạt FPG mục tiêu sau 3 và 6 tháng là 67,2% và 71,8%. Đây là kết quả khả quan hơn so với một vài nghiên cứu trước đó như nghiên cứu của Lê Thị Thuý Quỳnh (2022) cho thấy tỷ lệ BN kiểm soát HbA1c và đường huyết đói sau 3 tháng điều trị dưới 50%, tuy nhiên nghiên cứu này đánh giá hiệu quả điều trị dựa trên chỉ số HbA1c sau 3 tháng^[2]. Hiệu quả điều trị có thể bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố. Vì mỗi nghiên cứu tiến hành trên đối tượng, đặc điểm BN khác nhau về độ tuổi, giới tính, tình trạng bệnh mắc kèm bên cạnh đó là phương pháp điều trị khác nhau và cách thức đánh giá khác nhau. Bên cạnh đó, những yếu tố trong lối sống cũng gây ảnh hưởng tới hiệu quả điều trị

Có 4 yếu tố trong nghiên cứu là BMI, thời gian ăn tối trước 17 giờ, thực hiện xét nghiệm LDL - C và xét nghiệm men gan ảnh hưởng đến hiệu quả kiểm soát đường huyết có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Trong nghiên cứu của Thạch Thị Phola (2021), một số yếu tố liên quan gồm nhóm tuổi, tuân thủ chế độ ăn và HbA1c^[3]. Yếu tố về chỉ số BMI bình thường có hiệu quả kiểm soát đường huyết cao gấp 1,93 lần so với BN thừa cân và 1,87 lần so với BN béo phì ($p = 0,000$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Võ Thị Ngọc Dung với $p = 0,01$ ^[5]. Ảnh hưởng của thời gian ăn tối trước 17 giờ trong nghiên cứu, cho thấy tỷ lệ BN ăn trước 17 giờ cao gấp 6 lần những BN ăn bữa ăn cuối sau 17 giờ ($p = 0,049$). Tương đồng với nghiên cứu của Wang và cộng sự (2014) nhóm người dùng bữa vào khoảng 11– 17 giờ có nguy cơ thừa cân/béo phì thấp hơn ở nhóm 17 – 24 giờ^[8]. Ngoài ra, các chỉ số xét nghiệm LDL-C và theo dõi men gan trong nghiên cứu này, có ảnh hưởng tới hiệu quả điều trị ĐTĐ type 2 với mức ý nghĩa thống kê $p = 0,041$ và $p = 0,022$. Vì vậy cần tăng cường khuyến khích BN ĐTĐ type 2 thực hiện các xét nghiệm LDL - C và chức năng gan thường xuyên.

Các thuốc điều trị ĐTĐ type 2 đa dạng, gần như đầy đủ so với hướng dẫn điều trị của Bộ Y Tế. Metformin vẫn là nhóm thuốc được sử dụng nhiều nhất (87%). Có 67,2% và 71,8 BN đạt được mức đường huyết mao mạch mục tiêu sau 3 và 6 tháng điều trị. Yếu tố có liên quan tới hiệu quả kiểm soát đường huyết: BMI, xét nghiệm chức năng gan, thời

gian bữa ăn cuối cùng và xét nghiệm LDL-C. Trong đó, BMI là yếu tố chính.

V. KẾT LUẬN

Kiểm soát đường huyết của bệnh nhân ở mức trung bình – cao (trên 65%), có nhiều yếu tố khác ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị bên cạnh việc điều trị thuốc. Cần nâng cao hiểu biết của BN về tầm quan trọng của các xét nghiệm cận lâm sàng liên quan đến bệnh như HbA1c, creatinine, các xét nghiệm lipid máu (Cholesterol, Triglycerid, HDL-C, LDL-C) cũng như vấn đề về tuân thủ sử dụng thuốc và thời gian ăn bữa cuối cùng trước 17 giờ cùng với kiểm soát chỉ số khối của cơ thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế** (2020), Quyết định số 5481/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường típ 2".
2. **Lê Thị Thúy Quỳnh** (2022), "Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị đái tháo đường type 2 tại khoa khám bệnh - Trung tâm y tế huyện Lâm Thao, tỉnh Phú Thọ".
3. **Thạch Thị Phola** (2021), "Tỷ lệ đạt mục tiêu kiểm soát đường huyết trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Phòng khám nội tiết Bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long", Vietnam Journal of Diabetes Endocrinology (45), tr. 24-31.
4. **Trương Lê Thuỳ Nguyên** (2022), "Khảo sát tình hình sử dụng thuốc hạ đường huyết và mức độ tuân thủ sử dụng thuốc trên bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh", Health Sciences. 3(1).
5. **Võ Thị Ngọc Dung** (2021), "Khảo sát tình hình kiểm soát bệnh nhân đái tháo đường típ 2 tại Bệnh viện Đa khoa Sài Gòn thành phố Hồ Chí Minh", Vietnam Journal of Diabetes Endocrinology(46), tr. 226-231.
6. **Bellary, Srikanth et al.** (2021), "Type 2 diabetes mellitus in older adults: clinical considerations and management", Nature Reviews Endocrinology. 17(9), tr. 534-548.
7. **International Diabetes Federation** (2021), IDF Diabetes Atlas, 10th edition.
8. **Wang, Julie B et al.** (2014), "Timing of energy intake during the day is associated with the risk of obesity in adults", Journal of human nutrition dietetics. 27, tr. 255-262.

HIỆU QUẢ CỦA PHÁC ĐỒ CARBOPLATIN/ PACLITAXEL CÓ HOẶC KHÔNG CÓ BEVACIZUMAB TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN TIẾN XA

Vũ Hải Hằng¹, Hồ Hữu Hào¹, Đào Đức Tiến¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả của phác đồ Carboplatin – Paclitaxel có hoặc không có Bevacizumab trong điều trị ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn tiến xa tại Viện Ung Bướu & Y Học Hạt Nhân – Bệnh viện Quân y 175.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu trên 37 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn tiến xa điều trị tại Viện Ung Bướu & Y Học Hạt Nhân – Bệnh viện Quân y 175 từ 1/2019 đến 10/2022.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân đáp ứng điều trị chung là 75,6%. Trong đó có 37,8% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 37,8% bệnh nhân đáp ứng một phần, 10,8% bệnh ổn định, 10,8% bệnh tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh 86,4%. Phác đồ có độc tính thấp. Trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là 18,3 tháng.

Kết luận: Phác đồ Carboplatin – Paclitaxel có hoặc không có Bevacizumab là phác đồ phù hợp, hiệu quả và an toàn trong điều trị ung thư biểu mô buồng trứng.

Từ khóa: ung thư buồng trứng, Carboplatin, Paclitaxel, Bevacizumab.

SUMMARY

EFFICACY OF CARBOPLATIN/ PACLITAXEL WITH OR WITHOUT BEVACIZUMAB IN TREATING PATIENTS WITH ADVANCED EPITHELIAL OVARIAN CANCER

Objective: To evaluate the effectiveness of Carboplatin/ Paclitaxel with or without Bevacizumab in treating patients with advanced epithelial ovarian cancer at The Institute of Oncology and Nuclear Medicine, 175 Military Hospital.

Subject and methods: A retrospective descriptive study of 37 patients were diagnosed of advanced epithelial ovarian cancer from 1/2019 to 10/2022 at The Institute of Oncology and Nuclear Medicine, 175 Military Hospital.

Result: The overall response rate was 75.6%. In which there were 37.8% complete responses, 37.8% partial responses, 10.8% stable disease, 10.8% progressive diseases, 86.4% diseases control rate. The therapy had low toxicity. The median progression-free survival was 18.3 months.

Conclusion: The therapy of Carboplatin/ Paclitaxel with or without Bevacizumab was an appropriate therapy with high efficacy and safety in treating patients with advanced epithelial ovarian cancer.

Keywords: ovarian cancer, Carboplatin, Paclitaxel, Bevacizumab.

¹Khoa Khám bệnh & Điều trị ngoại trú – Viện Ung Bướu & Y Học Hạt Nhân – Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Đào Đức Tiến

SĐT: 0909499949

Email: ddtien1101@gmail.com

Ngày nhận bài: 02/01/2024

Ngày phản biện khoa học: 19/01/2024

Ngày duyệt bài: 21/02/2024

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là một bệnh ung thư phụ khoa thường gặp ở phụ nữ Việt Nam và thế giới. Năm 2020 trên toàn thế giới có gần 314.000 phụ nữ được chẩn đoán mắc UTBT và hơn 207.000 người tử vong vì căn bệnh này. Tại Việt Nam, năm 2020 có khoảng 1404 trường hợp mới mắc và khoảng 923 ca tử vong do UTBT, là bệnh phổ biến thứ 3 trong các bệnh ung thư phụ khoa và thứ 7 trong các bệnh ung thư ở phụ nữ^[9].

UTBT có mô bệnh học rất đa dạng, chủ yếu là loại biểu mô chiếm 80 - 90%. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, nhưng có tới 87% bệnh nhân đã ở giai đoạn tiến xa tại thời điểm chẩn đoán. Thời gian sống thêm sau điều trị phụ thuộc nhiều vào giai đoạn bệnh^[1].

Điều trị ban đầu của ung thư biểu mô buồng trứng (UTBMBT) chủ yếu là phẫu thuật kết hợp hóa trị, phác đồ hóa trị có platinum được xem là phác đồ tiêu chuẩn. Tỷ lệ tái phát chung của bệnh nhân UTBMBT tất cả các giai đoạn khoảng 62% và tăng đến 80 - 85% ở bệnh nhân giai đoạn III, IV. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy phác đồ Carboplatin – Paclitaxel sử dụng bước 1 trong UTBMBT giai đoạn tiến xa cho tỷ lệ đáp ứng tốt, kéo dài thời gian sống thêm không bệnh tiến triển^[2].

Bevacizumab là một kháng thể đơn dòng kháng yếu tố tăng trưởng nội mô mạch máu có khả năng gắn kết với tất cả đồng dạng VEGF-A, do đó sẽ ức chế quá trình tăng sinh mạch và hoạt hóa tế bào ung thư. Nhiều nghiên cứu lâm sàng đã chứng minh tác dụng của Bevacizumab trong điều trị khởi đầu cũng như trong điều trị tái phát di căn cho bệnh nhân UTBMBT. Tại Việt Nam đã bắt đầu sử dụng thuốc này kết hợp hóa chất từ

2014 nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá hiệu quả của phác đồ^[6, 7].

Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: “*Đánh giá hiệu quả của phác đồ Carboplatin – Paclitaxel có hoặc không có Bevacizumab trong điều trị bệnh nhân UTBMBT giai đoạn tiến xa tại Viện Ung Bướu & Y Học Hạt Nhân – Bệnh viện Quân y 175*”.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian, địa điểm nghiên cứu:

Các bệnh nhân UTBMBT khám và điều trị tại Viện Ung Bướu & Y Học Hạt Nhân – Bệnh viện quân y 175 trong thời gian từ 1/2019 đến 10/2022, theo dõi bệnh nhân đến hết 10/2023

2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nữ từ 18 tuổi trở lên
- Có chẩn đoán mô bệnh học ung thư biểu mô buồng trứng
- Giai đoạn III – IV (AJCC 8)
- Phải xác định được các tổn thương đích để đánh giá đáp ứng
- Bệnh nhân được điều trị bằng phác đồ Carboplatin – Paclitaxel có hoặc không có Bevacizumab, chu kỳ 21 ngày, điều trị ít nhất 3 chu kỳ.
- Điểm toàn trạng PS = 0, 1, 2
- Đầy đủ xét nghiệm đánh giá chức năng gan, thận, huyết học trước điều trị ở giới hạn cho phép hóa trị: Bạch cầu $\geq 3 \times 10^3/\mu\text{L}$, bạch cầu trung tính $\geq 1.5 \times 10^3/\mu\text{L}$, tiểu cầu $\geq 100 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobin $\geq 9 \text{ g/dL}$, bilirubin toàn phần $\leq 1.5 \text{ ULN}$, AST, ALT $\leq 3 \text{ ULN}$, creatinine $\leq 1.5 \text{ ULN}$

- Có hồ sơ ghi nhận thông tin đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ

- Có bệnh cấp và mãn tính trầm trọng có nguy cơ gây tử vong gần

- Có bệnh ung thư khác kèm theo

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu và chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Tất cả các bệnh nhân đảm bảo các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Chúng tôi thu thập được 37 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn.

Các bước tiến hành:

Lựa chọn đánh giá bệnh nhân theo đúng các tiêu chuẩn lựa chọn.

Bệnh nhân được điều trị theo một trong hai phác đồ dưới đây:

- Paclitaxel 175 mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1, Carboplatin AUC 5-6 truyền tĩnh mạch ngày 1, chu kỳ mỗi 21 ngày × 6 chu kỳ.

- Paclitaxel 175 mg/m² truyền tĩnh mạch ngày 1, Carboplatin AUC 5-6 truyền tĩnh mạch ngày 1, chu kỳ mỗi 21 ngày × 6 chu kỳ, Bevacizumab 7.5mg/kg truyền tĩnh mạch ngày 1, chu kỳ mỗi 21 ngày × 17 chu kỳ.

Đánh giá công thức máu, chức năng gan, thận để đánh giá độc tính theo tiêu chuẩn CTCAE 5.0 trước mỗi đợt điều trị.

Đánh giá đáp ứng sau mỗi 3 chu kỳ điều trị hoặc nếu lâm sàng có chỉ định (nghi ngờ bệnh tiến triển) bằng các triệu chứng lâm sàng, hình ảnh học (siêu âm, CT, MRI) theo tiêu chuẩn RECIST 1.1.

Đánh giá thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là khoảng thời gian tính từ thời điểm bắt đầu điều trị cho đến khi phát hiện bệnh tiến triển bằng khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng tính đến thời điểm dừng nghiên cứu.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu: Các thông tin được mã hóa và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20. Thống kê mô tả: trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị. So sánh tỷ lệ: kiểm định chi bình phương, kiểm định Wilcoxon ($p < 0.05$). Đánh giá sống còn bằng phương pháp Kaplan Meier.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng bệnh nhân	
		n	%
Tuổi trung bình 61,1 ± 9,9, (nhỏ nhất 30 tuổi, lớn nhất 81 tuổi)			
Mô bệnh học	UTBM thanh dịch grad cao	12	46,2
	UTBM thanh dịch grad thấp	1	3,8
	UTBM dạng nội mạc tử cung	3	11,6
	UTBM tế bào sáng	1	3,8
	UTBM tế bào nhầy	4	15,4
	UTBM kém biệt hóa	5	19,2
Giai đoạn	IIIA	3	8,1
	IIIB	3	8,1
	IIIC	14	37,8
	IVA	4	10,8
	IVB	13	35,2

Phác đồ	PC*	8	21,6
	PC + Bevacizumab	29	78,4
Phẫu thuật kết hợp	Có	24	64,9
	Không	13	34,1

*PC: Paclitaxel + Carboplatin

Tuổi trung bình của nghiên cứu là $61,1 \pm 9,9$, tuổi nhỏ nhất là 30, tuổi lớn nhất là 81. Đa số bệnh nhân thuộc nhóm tuổi từ 55 – 65 tuổi, chiếm tỷ lệ 51,4%.

Mô bệnh học thường gặp nhất là ung thư biểu mô thanh dịch grad cao (46,2%).

Giai đoạn III chiếm 54%, giai đoạn IV chiếm 46%.

21,6% bệnh nhân sử dụng phác đồ Carboplatin + Paclitaxel, 78,4% bệnh nhân sử dụng phác đồ Carboplatin + Paclitaxel + Bevacizumab.

64,9% bệnh nhân có phẫu thuật, 34,1% bệnh nhân không thể phẫu thuật được dù đã có hóa trị trước đó.

Kết quả điều trị

Bảng 2: Đáp ứng điều trị

Đáp ứng	Sau 3 chu kỳ		Sau 6 chu kỳ	
Đáp ứng hoàn toàn	10	27,0	14	37,8
Đáp ứng 1 phần	19	51,4	14	37,8
Bệnh ổn định	7	18,9	4	10,8
Bệnh tiến triển	1	2,7	4	10,8
Tổng	37	100	36	97,2

Tỷ lệ đáp ứng chung là 75,6%. Trong đó có 37,8% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 37,8% bệnh nhân đáp ứng một phần, 10,8% bệnh ổn định, 10,8% bệnh tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh là 86,4%.

Bảng 3: Độc tính điều trị

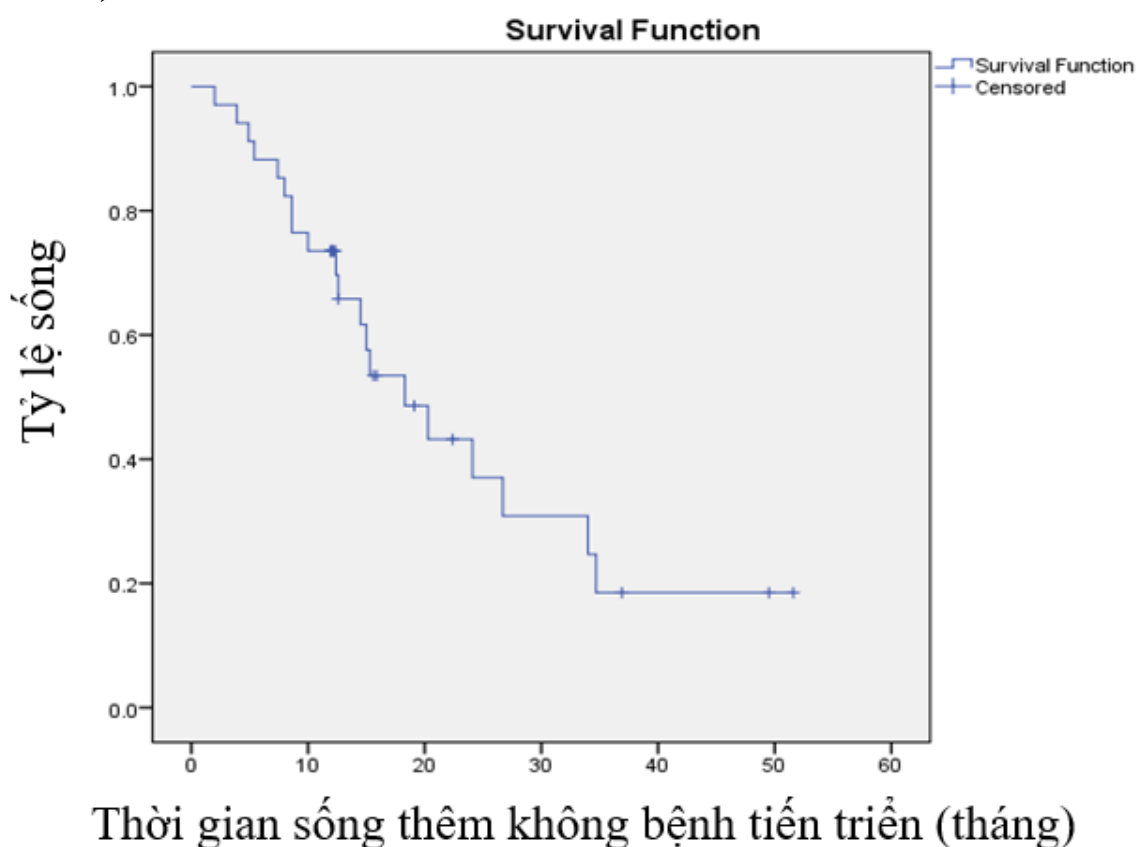
Độc	1	2	3	4	5
Giảm bạch cầu	23 (11,4%)	14 (7,0%)	0	0	0
Giảm bạch cầu hạt	41 (20,4%)	19 (9,5%)	6 (3,0%)	3 (1,5%)	0
Giảm hemoglobin	75 (37,3%)	27 (13,4%)	3 (1,5%)	0	0
Giảm tiểu cầu	13 (6,5%)	0	0	0	1 (0,5%)
Tăng AST	16 (8,0%)	0	0	0	0
Tăng ALT	10 (5,0%)	0	0	0	0
Tăng creatinine	0	0	0	0	0

Có tổng 201 chu kỳ hóa trị. Các độc tính thường gặp là giảm bạch cầu, giảm bạch cầu hạt, giảm hemoglobin, đa số là độc tính độ 1, 2. Có 4,5% giảm bạch cầu hạt độ 3, 4; 1,5% giảm hemoglobin độ 3. Độc tính giảm tiểu cầu, tăng AST, ALT chỉ gặp độ 1 với tỷ lệ thấp. Có 1 bệnh nhân (0,5%) tử vong do xuất huyết giảm tiểu cầu. Không có độc tính tăng creatinine.

Bảng 4: Đáp ứng sinh hóa miễn dịch (CA-125)

Trước điều trị	Nồng độ CA-125	
	Trung bình	Min – max
	859,8 ± 1172,8	9 – 5204
Sau điều trị	93,4 ± 136,8	4,4 – 516,2
Thay đổi	904,2 ± 1208,0	0,42 – 4984,9

Có 2 ca tăng nồng độ CA125 sau điều trị (6,7%), 28 ca giảm nồng độ CA125 sau điều trị (93,3%). Có sự khác biệt nồng độ CA125 trước và sau điều trị ($p < 0.001$, kiểm định Wilcoxon).

**Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển**

Trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là 18,3 tháng, KTC95% 11,3 – 25,3. Bệnh tiến triển sớm nhất là 2,0 tháng và muộn nhất là 51,6 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $61,1 \pm 9,9$, tuổi nhỏ nhất là 30 và lớn nhất là 81, gặp nhiều nhất từ 55

– 65 tuổi. Kết quả phù hợp với y văn và các nghiên cứu trong và ngoài nước, UTBMBT có độ tuổi trung bình từ 50 – 60 tuổi. Về mô bệnh học, trong nghiên cứu của chúng tôi UTBM thanh dịch grad cao chiếm tỷ lệ cao nhất 46,2%, các thể bệnh học khác bao gồm UTBM thanh dịch grad thấp 3,8%, UTBM dạng nội mạc tử cung 11,6%, UTBM tế bào

sáng 3,8%, UTBM tế bào nhầy 15,4%, UTBM kém biệt hóa 19,2%. Nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Diệu Hà (2021), Vũ Bá Quyết (2011), Köbel M et al (2010)^[3,4,5] cũng cho kết quả tương tự, với UTBM thanh dịch và UTBM dạng nội mạc tử cung là những thể mô bệnh học thường gặp nhất.

Khi đánh giá đáp ứng điều trị chúng tôi thấy rằng: Tỷ lệ đáp ứng chung là 75,6%. Trong đó có 37,8% bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn, 37,8% bệnh nhân đáp ứng một phần, 10,8% bệnh ổn định, 10,8% bệnh tiến triển. Tỷ lệ kiểm soát bệnh (tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn, đáp ứng một phần, bệnh ổn định) là 86,4%. Nghiên cứu ICON7 cho tỷ lệ đáp ứng chung là 48% ở nhóm sử dụng phác đồ Carboplatin + Paclitaxel và 67% ở nhóm điều trị với Carboplatin + Paclitaxel + Bevacizumab (95% CI 11-28, $p < 0.001$)^[6].

Các độc tính thường gặp là giảm bạch cầu, giảm bạch cầu hạt, giảm hemoglobin, đa số là độc tính độ 1, 2. Có 4,5% giảm bạch cầu hạt độ 3, 4; 1,5% giảm hemoglobin độ 3. Độc tính giảm tiểu cầu, tăng AST, ALT chỉ gặp độ 1 với tỷ lệ thấp. Có 1 bệnh nhân (0,5%) tử vong do xuất huyết giảm tiểu cầu. Trong nghiên cứu ICON8^[8], các độc tính thường gặp là giảm bạch cầu hạt, giảm hemoglobin, giảm tiểu cầu, rụng tóc, nôn ói, yếu cơ, đau do thần kinh với độc tính độ 1,2 xảy ra ở > 50% trường hợp, độ 3,4 khoảng 5-7%. Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ độc tính thấp do liều thuốc điều trị thường sẽ thấp hơn liều chuẩn, và các bệnh nhân khi hóa trị sẽ được theo dõi sát, cũng như sử dụng các thuốc hỗ trợ nhằm hạn chế tác dụng

phụ cho bệnh nhân. Ngoài ra khi sử dụng Bevacizumab cũng có thêm các tác dụng phụ như tăng chảy máu, tăng huyết áp, huyết khối. Do là nghiên cứu hồi cứu, nên các tác dụng phụ này không được ghi nhận đầy đủ trong hồ sơ.

Đáp ứng về miễn dịch học cũng là một tiêu chí trong đánh giá đáp ứng điều trị. CA125 là chất chỉ điểm u rất có giá trị trong theo dõi điều trị UTBMBT tiến xa. Dựa vào chỉ số CA125 tăng hay giảm có thể đánh giá bệnh nhân đáp ứng hay không đáp ứng điều trị. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ CA125 trước điều trị trung bình là $859,8 \pm 1172,8$ U/mL, dao động từ 9 – 5204 U/mL, sau điều trị là $93,4 \pm 136,8$ U/mL, dao động từ 4,4 – 516,2 U/mL. Sự thay đổi nồng độ CA125 trước và sau điều trị có sự khác biệt ($p < 0.001$), cho thấy sự đáp ứng của khối bướu về mặt sinh học khi điều trị với phác đồ Carboplatin + Paclitaxel có hoặc không có Bevacizumab trong nhóm bệnh nhân giai đoạn tiến xa chưa được điều trị với hóa chất trước đó.

Trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là 18,3 tháng. Kết quả này của thử nghiệm ICON7 với phác đồ Carboplatin + Paclitaxel là 20,3 tháng và với phác đồ Carboplatin + Paclitaxel + Bevacizumab là 21,8 tháng (95% CI 0,7 – 0,94, $p = 0,004$). Trong thử nghiệm ICON8, trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển ở nhóm bệnh nhân điều trị với phác đồ Carboplatin + Paclitaxel chu kỳ mỗi 3 tuần là 13,2 tháng. Thử nghiệm ICON7 lấy tất cả các bệnh nhân ở giai đoạn sớm và tiến xa, nên cho kết quả

tốt hơn nghiên cứu này. So với ICON8, thời gian sống thêm không bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi kéo dài hơn do có tới 78,4% bệnh nhân được điều trị với phác đồ có thêm Bevacizumab^[6, 8].

V. KẾT LUẬN

Phác đồ Carboplatin – Paclitaxel có hoặc không có Bevacizumab là phác đồ có hiệu quả trong điều trị ung thư biểu mô buồng trứng với tỷ lệ đáp ứng điều trị tương đối cao (tỷ lệ đáp ứng chung là 75,6%, tỷ lệ kiểm soát bệnh 86,4%), giúp bệnh nhân có trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là 18.3 tháng. Phác đồ có độc tính thấp, đa số bệnh nhân dung nạp được phác đồ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Bá Đức, Trần Văn Thuấn, Nguyễn Tuyết Mai** (2010), "Ung thư buồng trứng", Điều trị nội khoa bệnh ung thư. Nhà xuất bản Y học, 189-99
2. **Trần Văn Thuấn, Bùi Diệu, Nguyễn Văn Tuyên** (2007), "Chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư", Nhà xuất bản Y học, 339-351.
3. **Phạm Thị Diệu Hà** (2021), "Nghiên cứu giá trị của chất chỉ điểm u CA125 và HE4 trong chẩn đoán giai đoạn và theo dõi điều trị bệnh ung thư buồng trứng", Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Vũ Bá Quyết** (2011), "Nghiên cứu giá trị của CA125 trong chẩn đoán và theo dõi điều trị bệnh ung thư biểu mô buồng trứng", Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. **Köbel M., et al.** (2010), "Differences in tumor type in low-stage versus high-stage ovarian carcinomas", Int J Gynecol Pathol, 29(3), 203-11.
6. **Perren T. J., et al.** (2011), "A phase 3 trial of bevacizumab in ovarian cancer", N Engl J Med, 365(26), 2484-96.
7. **Pujade-Lauraine E., et al.** (2014), "Bevacizumab combined with chemotherapy for platinum-resistant recurrent ovarian cancer: The AURELIA open-label randomized phase III trial", J Clin Oncol, 32(13), 1302-8.
8. **Safra T., et al.** (2021), "Weekly Carboplatin and Paclitaxel: A Retrospective Comparison with the Three-Weekly Schedule in First-Line Treatment of Ovarian Cancer", Oncologist, 26(1), 30-39.
9. **WHO** (2020), Global Cancer Observatory, GLOBOCAN.