

P/F < 240 được coi là một yếu tố lâm sàng để chẩn đoán viêm phổi [10]. Như vậy, các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng của VPTM là khá đầy đủ theo các tiêu chuẩn chẩn đoán ở các nghiên cứu. Các bác sĩ lâm sàng có thể dựa vào các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng để có thể chẩn đoán sớm VPTM và điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm sớm cho người bệnh trước khi có kết quả nuôi cấy vi sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lau, S.K., W.-N. Chow, C.-H. Foo, et al. (2016) Elizabethkingia anophelis bacteremia is associated with clinically significant infections and high mortality. Scientific reports. 6(1): p. 26045.
2. Singh Sr, N., A. Singh, P. Gupta, et al. (2022) Elizabethkingia anophelis Infections: a case series from a tertiary care hospital in Uttar Pradesh. Cureus. 14(11).
3. Choi, M.H., M. Kim, S.J. Jeong, et al. (2019) Risk factors for Elizabethkingia acquisition and clinical characteristics of patients, South Korea. Emerging infectious diseases. 25(1): p. 42.
4. Kalil, A.C., M.L. Metersky, M. Klompas, et al. (2016) Management of adults with hospital-acquired and ventilator-associated pneumonia: 2016 clinical practice guidelines by the Infectious

- Diseases Society of America and the American Thoracic Society. Clinical infectious diseases. 63(5): p. e61-e111.
5. Nguyễn Quỳnh Phương (2020) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm phổi thở máy do Klebsiella pneumoniae và tính kháng thuốc của vi khuẩn.
 6. Lee, Y.-L., K.-M. Liu, H.-L. Chang, et al. (2022) The evolutionary trend and genomic features of an emerging lineage of elizabethkingia anophelis strains in Taiwan. Microbiology Spectrum. 10(1): p. e01682-21.
 7. Li, Y., T. Liu, C. Shi, et al. (2022) Epidemiological, clinical, and laboratory features of patients infected with Elizabethkingia meningoseptica at a tertiary hospital in Hefei City, China. Frontiers in Public Health. 10: p. 964046.
 8. Nguyễn Văn Dũng. (2022) Nghiên cứu căn nguyên vi khuẩn và đặc điểm viêm phổi liên quan thở máy ở người bệnh điều trị tại khoa hồi sức tích cực, Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa.
 9. Gursel, G. and N. Demir (2006) Incidence and risk factors for the development of acute renal failure in patients with ventilator-associated pneumonia. Nephrology. 11(3): p. 159-164.
 10. Ferrer, M., T. Sequeira, C. Cilloniz, et al. (2019) Ventilator-associated pneumonia and PaO2/FiO2 diagnostic accuracy: changing the paradigm? Journal of clinical medicine. 8(8): p. 1217.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẠO HÌNH KHUYẾT HỔNG KHOANG MIỆNG BẰNG VẬT DƯỚI CẨM TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ LƯỠI VÀ SÀN MIỆNG TẠI BỆNH VIỆN K

Đình Xuân Cường¹, Ma Chính Lâm¹, Đàm Bảo Trung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tạo hình khuyết hồng khoang miệng bằng vật dưới cằm trong điều trị ung thư lưỡi, sàn miệng tại Bệnh viện K. **Đối tượng nghiên cứu:** 67 bệnh nhân ung thư lưỡi, sàn miệng được chẩn đoán và phẫu thuật tại Bệnh viện K trong thời gian từ T1/2018 – T01/ 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Trong 67 bệnh nhân có 52 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 77,6%; Giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất 40,3%; ung thư lưỡi chiếm 61,2%; 38,8% ung thư sàn miệng. Mô bệnh học với ung thư biểu mô vảy: độ sâu xâm nhập u > 5mm: 67,2%; 100% bệnh nhân cắt rộng u, vét hạch cổ chọn lọc kèm tạo hình bằng vật dưới cằm; Kết quả phẫu thuật tốt và trung bình 91,0%; **Kết luận:** Ung thư lưỡi, sàn miệng thường gặp nhiều ở nam giới. Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, bên cạnh đảm bảo diện cắt thì kết quả

tạo hình bằng vật tại chỗ hoặc vật tự do là mối quan tâm hàng đầu có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Vật dưới cằm để tạo hình khuyết hồng trong phẫu thuật ung thư lưỡi, sàn miệng là một lựa chọn hợp lý vì dễ thực hiện, an toàn, đảm bảo về mặt hình thái và chức năng. **Từ khóa:** Ung thư lưỡi, ung thư sàn miệng, ung thư khoang miệng, phẫu thuật, biến chứng phẫu thuật, vật dưới cằm.

SUMMARY

OUTCOMES OF SUBMENTAL FLAP RECONSTRUCTION FOR TONGUE AND FLOOR OF MOUTH CANCER TREATMENT AT K HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of submental flap reconstruction of oral cavity defects in the treatment of tongue and floor of mouth cancer at K Hospital. **Subjects and methods:** A retrospective cohort study followed up on 67 patients with tongue and floor of mouth cancer who were treated at K Hospital from January 2018 to January 2024. **Results:** Sixty-seven patients (52 men and 15 women) were enrolled in the study; 40.3% of the patients had a stage II; tongue cancer accounted for 61.2%; and 38.8% had floor of mouth cancer. Histopathology with squamous cell carcinoma:

¹Bệnh Viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đình Xuân Cường

Email: dinhxuancuongbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024

DOI>5mm: 67.2%; 100% of the patients underwent wide excision of the lesion with reconstruction by submental flap and selective neck dissection; 91.0% had good and fairly good surgical results. **Conclusion:** Cancer of the tongue and floor of the mouth occurs most commonly in men. Surgery was the mainstay of treatment for tongue and floor of mouth cancer. Besides the fact that negative surgical margins can be achieved, the results of pedicled flaps or free flap reconstruction are a top concern that affect the patient's quality of life. Submental flap reconstruction in tongue and floor of mouth cancer surgery is a reasonable choice because it is easy to perform, safe, and ensures both shape and function.

Keywords: Tongue cancer, floor of mouth cancer, oral cancer, surgery, complication, submental flap.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư lưỡi, sàn miệng chủ yếu là ung thư biểu mô vảy và là ung thư thường gặp nhất trong các ung thư vùng khoang miệng, chiếm khoảng 40-50% các trường hợp.¹ Theo GLOBOCAN 2020, hàng năm có khoảng 377.713 ca mắc mới và 177.757 ca tử vong do ung thư khoang miệng.² Tại Việt Nam, ung thư lưỡi sàn miệng có tỷ lệ mắc mới và tử vong ngày càng tăng. Ung thư lưỡi sàn miệng thường gặp ở lứa tuổi trung niên, và người lớn tuổi, nam giới gặp nhiều hơn nữ giới, ít gặp ở người trẻ tuổi.^{1,2}

Chẩn đoán ung thư lưỡi sàn miệng cần phải kết hợp nhiều phương pháp như hỏi kỹ tiền sử, bệnh sử, thăm khám lâm sàng một cách kỹ lưỡng, phối hợp với cận lâm sàng, đặc biệt là sinh thiết vùng rìa tổn thương để chẩn đoán mô bệnh học.¹ Điều trị ung thư lưỡi sàn miệng là điều trị đa mô thức, đòi hỏi sự phối hợp của nhiều phương pháp khác nhau. Trong đó, phẫu thuật đóng vai trò quan trọng nhất. Xạ trị, hóa chất thường có vai trò bổ trợ.¹

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, với nguyên tắc phẫu thuật cắt u rộng rãi, nạo vét hạch hệ thống kết hợp với phẫu thuật tạo hình lại khuyết hồng.⁴ Việc phục hồi các khiếm khuyết vùng miệng sau khi phẫu thuật cắt bỏ u cần đảm bảo cả về hình thái và chức năng. Vạt dưới cằm được mô tả lần đầu năm 1993 bởi Martin và ngày càng được sử dụng rộng rãi với nhiều ưu điểm: hình thái, màu sắc và tổ chức đồng điệu với mô cắt, vạt dài (có thể dài tới 8cm), cuống chắc sức sống tốt, sẹo nơi tạo vạt được che bởi bờ dưới cằm.⁵ Ngoài ra, nhiều nghiên cứu cho thấy vạt dưới cằm an toàn và hiệu quả khi tạo hình cho nhóm bệnh nhân ung thư khoang miệng^{6,7,8}.

Tại Việt Nam hiện chưa có nhiều báo cáo về an toàn và hiệu quả trong sử dụng kỹ thuật tạo hình vạt dưới cằm trong tái tạo các khuyết hồng sau phẫu thuật ung thư khoang miệng. Do đó,

chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả tạo hình bằng vạt dưới cằm trong phẫu thuật ung thư khoang miệng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bao gồm 67 bệnh nhân ung thư lưỡi, sàn miệng được chẩn đoán bằng mô bệnh học và được phẫu thuật cắt rộng u, vét hạch cổ và tạo hình lại khuyết hồng khoang miệng bằng vạt dưới cằm tại khoa Ngoại đầu cổ, Bệnh viện K giai đoạn từ tháng 01/2018 đến tháng 01/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Chẩn đoán xác định là ung thư biểu mô vảy của lưỡi, sàn miệng
- Được điều trị lần đầu, bệnh nhân được phẫu thuật cắt rộng u, vét hạch cổ và tạo hình lại khuyết hồng khoang miệng bằng vạt dưới cằm.
- Có hồ sơ theo dõi đầy đủ và có thông tin sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân mắc bệnh ung thư thứ 2.
- Bệnh nhân đã điều trị từ tuyến trước.
- Bệnh nhân bỏ điều trị vì lý do ngoài chuyên môn.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

2.2.1. Đánh giá trước mổ. Thăm khám lâm sàng bệnh nhân trước mổ để xác định: Thời gian mắc bệnh. Số lần phẫu thuật trước đó, phương pháp phẫu thuật, các phương pháp điều trị khác. Vị trí tổn thương: Lưỡi, sàn miệng, tổn thương bao gồm cả lưỡi và sàn miệng. Kích thước tổn thương: dài, rộng, sâu. Tình trạng tổn thương: sùi, loét, thâm nhiễm hay tổn thương phối hợp.

Cận lâm sàng: CT Scanner hoặc MRI để đánh giá mức độ xâm lấn mô, xương. Mô bệnh học để xác định loại ung thư, xác định độ sâu xâm lấn của khối u (DOI).

2.2.2. Phương pháp điều trị

- Phẫu thuật cắt rộng u: Điều trị ung thư lưỡi, sàn miệng bằng phẫu thuật cắt rộng tổn thương tại u bao gồm: cắt rộng u lưỡi, cắt một nửa lưỡi, cắt chày sàn miệng đảm bảo diện cắt âm tính. Kèm theo vét hạch cổ 1 bên hoặc 2 bên tùy theo giai đoạn u và hạch di căn.

- Tạo hình: tùy theo đặc điểm tổn thương của khuyết hồng tại vị trí cắt u sẽ lựa chọn kích thước vạt dưới cằm phù hợp.

2.2.3. Đánh giá kết quả gần sau mổ 3 tháng: dựa vào các chỉ số

*** Mức độ sống của vạt:**

- Vạt sống hoàn toàn: 3 điểm
- Hoại tử 1 phần: 2 điểm
- Hoại tử hoàn toàn: 1 điểm

*** Mức độ che phủ của vạt:**

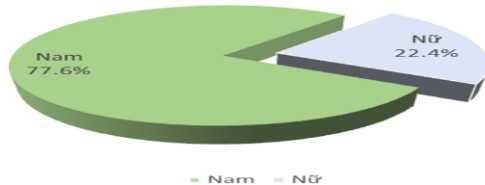
- Che phủ đủ và theo tiêu đơn vị: 3 điểm
- Che phủ đủ nhưng không theo tiêu đơn vị: 2 điểm
- Che phủ thiếu: 1 điểm
- * **Biến chứng:**
- Không biến chứng: 3 điểm
- Biến chứng xử trí kịp thời không ảnh hưởng kết quả điều trị: 2 điểm
- Biến chứng ảnh hưởng đến kết quả điều trị: 1 điểm
- * **Chức năng nói:**
- Nói bình thường: 3 điểm
- Nói ngọng (nghe và hiểu được): 2 điểm
- Nói khó (Nghe hiểu được 1 phần): 1 điểm
- * **Biến dạng:**
- Không gây biến dạng: 3 điểm
- Có biến dạng thứ phát nhưng bệnh nhân chấp nhận được: 2 điểm
- Có biến dạng nhiều: 1 điểm
- * **Đánh giá kết quả gần:**
- Tốt: 11 - 15 điểm
- Trung bình: 6 - 10 điểm
- Kém: ≤ 5 điểm

2.3. Thu thập và xử lý số liệu. Thu thập thông tin qua bệnh án mẫu, lấy thông tin sau điều trị qua tái khám và gọi điện thoại.

Thông tin được mã hóa và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

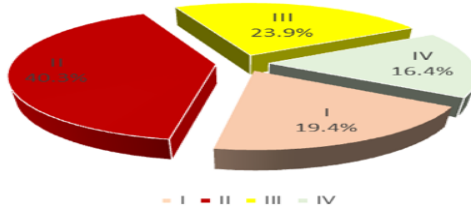
3.1. Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học Phân bố bệnh nhân theo giới



Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới

Nhận xét: Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn với 77,6% trong ung thư lưỡi, sàn miệng của nhóm nghiên cứu. Trong khi đó nữ giới chiếm tỷ lệ thấp với 22,4%.

Đánh giá giai đoạn theo TNM



Biểu đồ 3.2. Đánh giá giai đoạn theo TNM

Nhận xét: Sau phẫu thuật, tỷ lệ bệnh nhân ở giai đoạn II cao nhất 40,3%, giai đoạn I, III và IV ít hơn với 19,4%, 23,9%, 16,4%.

Độ sâu xâm nhập u trên mô bệnh học (DOI)

Bảng 3.1. Độ sâu xâm nhập

DOI	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
≤5mm	22	32,8
>5mm & ≤10mm	31	46,3
>10mm	14	20,9
Tổng	67	100

Nhận xét: Trong nhóm BN nghiên cứu, Các bệnh nhân được đánh giá độ sâu xâm nhập trên mô bệnh học. Trong đó, DOI >5mm hay gặp hơn (chiếm 67,2%), tỷ lệ DOI ≤5mm là 32,8%.

3.2. Kết quả điều trị phẫu thuật.

Phương pháp phẫu thuật

Bảng 3.2. Phương pháp phẫu thuật

	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Loại phẫu thuật u (n=67)		
Cắt rộng u lưỡi - tạo hình bằng vật dưới cằm	41	61,2
Cắt chậu sàn miệng - tạo hình vật dưới cằm	26	38,8
Vết hạch cổ (n=67)		
Không vết hạch cổ	0	0,00
Vết hạch cổ chọn lọc	67	100

Nhận xét: Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, ung thư lưỡi được cắt rộng u kèm tạo hình bằng vật dưới cằm chiếm tỷ lệ cao hơn với 61,2%. Trong đó cắt chậu sàn miệng kèm tạo hình vật dưới cằm chiếm tỷ lệ thấp hơn với 38,8%. 100% bệnh nhân được phẫu thuật vết hạch cổ chọn lọc một bên hoặc hai bên cổ.

Kết quả phẫu thuật vật tạo hình

Bảng 3.3. Kết quả phẫu thuật vật tạo hình

	n	%
Tốt	25	37,3
Trung bình	36	53,7
Kém	6	9,0
N	67	100

Nhận xét: Trong 67 bệnh nhân nghiên cứu, kết quả điều trị tạo hình tốt sau phẫu thuật chiếm tỷ lệ 37,3%, 36 bệnh nhân có kết quả trung bình chiếm tỷ lệ 53,7%, kết quả xấu chiếm tỷ lệ thấp với 9,0%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học

Giới. Trong số 67 bệnh nhân ung thư lưỡi, sàn miệng được nghiên cứu, Nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn với 77,6%. Trong khi đó nữ giới chiếm tỷ lệ thấp với 22,4%.

P. Sittitrai (2016) nghiên cứu trên 35 bệnh nhân ung thư khoang miệng có tạo hình bằng vật dưới cằm cho thấy giới nam chiếm tỷ lệ cao hơn với 62,8%, trong khi đó nữ chiếm tỷ lệ thấp hơn với 37,1%.⁶

Về giai đoạn bệnh. Trong nghiên cứu của

chúng tôi, các bệnh nhân đến viện gặp cả 4 giai đoạn, theo biểu đồ 3.2 cho thấy giai đoạn II chiếm tỷ lệ cao nhất với 40,3%, trong đó các giai đoạn I, III và IV chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 19,4%, 23,9% và 16,4%. Kết quả nghiên cứu của tác giả P. Sittitrai và cộng sự (2016) cho thấy giai đoạn III, IV của bệnh chiếm tỷ lệ cao hơn với 80,0%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương gặp ở cả hai vị trí là lưỡi và sàn miệng với tổn thương ung thư lưỡi chiếm tỷ lệ cao hơn với 61,2%, 26 bệnh nhân ung thư sàn miệng chiếm tỷ lệ 38,8%.

Mô bệnh học. Độ sâu xâm nhập của khối u (DOI) được xem là một yếu tố nguy cơ di căn hạch và tiên lượng sống thêm trong ung thư biểu mô vảy. Nhiều nghiên cứu trước đây đã chỉ ra trong ung thư lưỡi và sàn miệng, chỉ số DOI >5mm liên quan đến tăng nguy cơ tái phát hạch sau mổ, và được xem như một yếu tố tiên lượng xấu đến thời gian sống thêm không bệnh và toàn bộ của người bệnh.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 67 bệnh nhân đều được đánh giá tình trạng DOI trên mô bệnh học sau phẫu thuật, kết quả cho thấy đa phần DOI >5mm (chiếm 67,2%).

4.2. Kết quả điều trị phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật. Trong phẫu thuật ung thư lưỡi, sàn miệng hầu hết bệnh nhân sẽ được cắt rộng u đảm bảo diện cắt kèm theo tạo hình bằng vạt tại chỗ có cuống hoặc tạo hình bằng vạt tự do, có kèm theo vét hạch cổ chọn lọc, hoặc vét hạch cổ triệt căn cùng bên hoặc hai bên tùy theo đánh giá giai đoạn di căn hạch cổ trên lâm sàng trước phẫu thuật. Nghiên cứu của chúng tôi 100% bệnh nhân được cắt rộng đảm bảo diện cắt u, kết hợp tạo hình bằng vạt dưới cằm trong đó phẫu thuật cắt rộng u lưỡi kèm tạo hình bằng vạt dưới cằm (chiếm 61,2%), phẫu thuật cắt chấu sàn miệng kèm tạo hình bằng vạt dưới cằm chiếm 38,8%. 100% bệnh nhân được vét hạch cổ chọn lọc 1 bên hoặc 2 bên.

Kết quả điều trị phẫu thuật. Trong phẫu thuật ung thư nói chung và phẫu thuật niêm mạc má nói riêng, điều quan trọng nhất là phẫu thuật lấy bỏ hết khối u và phần nghi ngờ u xâm lấn, kiểm soát bệnh tại chỗ và vét hạch cổ chọn lọc.

Đánh giá kết quả phẫu thuật sớm sau ra viện 3 tháng dựa vào các tiêu chí là lấy được hết u, lấy được hết hạch trong trường hợp vét hạch cổ và các biến chứng sau phẫu thuật như chảy máu, nhiễm trùng, rò khoang miệng ra da. Đánh giá vạt tạo hình dưới cằm dựa vào các tiêu chí như: mức độ sống của vạt, mức độ che phủ, biến chứng của vạt, chức năng nói sau mổ và mức độ biến dạng tại vùng tạo hình khuyết hồng.

Trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi, Đánh giá kết quả tạo hình bằng vạt dưới cằm sau ra viện 3 tháng có 25/67 trường hợp kết quả tốt chiếm 37,3%, kết quả trung bình là 53,7% và 6/67 bệnh nhân (9,0%) trường hợp có kết quả kém. Trong số 6 trường hợp kết quả phẫu thuật vạt tạo hình không tốt thì có 2 trường hợp khuyết hồng ban đầu lớn hơn nhiều so với kích thước vạt nên sau mổ không cân đối về mặt giải phẫu khoang miệng, 4 trường hợp còn lại tổn thương hoại tử 1 phần da và hoại tử toàn bộ vạt do thiếu dưỡng, bệnh nhân được cắt lọc và tạo hình thì 2 bằng vạt tự do đối với 2 trường hợp hoại tử hoàn toàn vạt tạo hình.

V. KẾT LUẬN

Ung thư lưỡi, sàn miệng thường gặp nhiều ở nam giới, cùng với các yếu tố nguy cơ như rượu, thuốc lá hoặc nhai trầu.

Phẫu thuật là phương pháp điều trị chính, bên cạnh đảm bảo diện cắt thì kết quả tạo hình bằng vạt tại chỗ hoặc vạt tự do là mối quan tâm hàng đầu có ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân.

Vạt dưới cằm để tạo hình khuyết hồng sau phẫu thuật cắt u là một lựa chọn hợp lý vì dễ thực hiện, thời gian phẫu thuật ngắn và cho kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Quảng.** Ung thư đầu cổ. Nhà xuất bản Y học; 2020.
2. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(3): 209-249. doi:10.3322/caac.21660
3. **Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, Jemal A.** Cancer Statistics, 2021. CA: A Cancer Journal for Clinicians. 2021;71(1):7-33. doi: https://doi.org/10.3322/caac.21654
4. **DeVita V.T., Lawrence T.S., and Rosenberg S.A.** (2015). DeVita, Hellman, and Rosenberg's cancer: Principles & practice of oncology: Tenth edition. DeVita, Hellman, and Rosenberg's Cancer: Principles & Practice of Oncology: Tenth Edition, 1–2280.
5. **Martin D, Pascal J F, Baudet J, et al** (1993).Thesubmentalislandflap: a new donor site. Anatomy and clinical applications as a free or pedicled flap. Plast Reconstr Surg;92(5):867-873.
6. **Sittitrai P., Srivanitchapoom C., Reunmakkaew D., et al** (2017). Submental island flap reconstruction in oral cavity cancer patients with level I lymph node metastasis. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 55(3), 251-255.
7. **Howard B. E., Nagel T. H., Donald C. B., et al** (2014). Oncologic safety of the submental flap for reconstruction in oral cavity malignancies. Otolaryngology--Head and Neck Surgery, 150(4), 558-562.

ĐÁNH GIÁ CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ TÁI PHÁT ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO TẠI KHOA NỘI THẦN KINH BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

Mai Nhật Quang¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Đột quy thiếu máu não tái phát vẫn còn là một thách thức mặc dù đã có những cải thiện trong chiến lược phòng ngừa đột quy thứ phát. Vì vậy, việc xác định các yếu tố liên quan đến nguy cơ tái phát đột quy có ý nghĩa vô cùng quan trọng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định các yếu tố liên quan đến khả năng tái phát đột quy thiếu máu não cục bộ. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả được tiến hành trên 245 bệnh nhân điều trị tại Khoa Nội Thần kinh - Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang từ tháng 01/2022 đến tháng 08/2023. **Kết quả:** 245 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu (96 nữ và 149 nam), tuổi trung bình 69 ± 13 tuổi, tỷ lệ tái phát lần 1 là 75,1% và lần 2 là 24,9%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê với đột quy tái phát bao gồm: tuổi, sử dụng các thuốc chống huyết khối như kháng kết tập tiểu cầu, các statin điều trị rối loạn lipid máu. Các yếu tố nguy cơ như: tăng huyết áp, đái tháo đường, rung nhĩ, nghẽn tắc động mạch cảnh, tăng LDL-C. **Kết luận:** Tuổi, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường, rung nhĩ, nghẽn tắc động mạch cảnh, nồng độ LDL-C cao làm tăng nguy cơ đột quy não tái phát. **Từ khóa:** yếu tố nguy cơ, tái phát muện, liên quan, đột quy thiếu máu não cấp.

SUMMARY

RESEARCH ON RISK FACTORS FOR RECURRENT ISCHEMIC STROKE AT THE NEUROLOGY DEPARTMENT OF AN GIANG CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: Recurrent ischemic stroke remains a challenge in spite of the recent advances in secondary stroke prevention. Information regarding risk factors for recurrent ischemic stroke is limited. So we conducted this research. **Objective:** Clinical characteristics of recurrent ischemic stroke and identify the association between some independent risk factors and stroke recurrence. **Methods:** Cross-sectional study in January 2022 to August 2023 and recruited 245 patients at neurology department of An Giang Central General Hospital. **Result:** The mean age of the participants was 69 ± 13 years old, and 149 (60,8%) of the 245 patients were male. The first and second stroke recurrence rates were 75,1% and 24,9%. Recurrent ischemic stroke had a statistically significant association with: antiplatelet therapy, statin therapy, hypertension, diabetes, atrial fibrillation, extracranial internal carotid artery occlusion, high LDL-C. **Conclusion:** Age, hypertension, diabetes, atrial

fibrillation, extracranial internal carotid artery occlusion, high LDL-C were independently associated with increased risk of stroke recurrence.

Keywords: risk factors, late recurrent, associated, acute ischemic stroke.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy luôn là một vấn đề được quan tâm hàng đầu đối với các nền y học lớn trên thế giới bởi những di chứng nặng nề sau đó. Theo tổ chức y tế thế giới (WHO), đột quy là nguyên nhân đứng hàng thứ hai dẫn đến tử vong và đứng hàng thứ ba dẫn đến tàn phế. Tính riêng tại Việt Nam, theo thống kê của Bộ Y Tế năm 2008 và 2010 cho thấy đột quy là nguyên nhân tử vong hàng thứ nhất, ngoài ra còn là nguyên nhân gây tàn phế hàng đầu ở người lớn[4]. Một điều đáng lo ngại đó là đột quy không chỉ xảy ra một lần trong cuộc đời mà có nguy cơ tái phát rất cao, nhất là trong năm đầu tiên. Một số nghiên cứu chỉ ra rằng, tỉ lệ tái phát tích lũy đột quy tại thời điểm 1 năm lên tới 17,7%, gấp 15 lần so với dân số chung[10]. Hơn thế nữa, tỉ lệ tái phát ở các thời điểm 90 ngày và 6 tháng cũng rất đáng báo động với các tỉ lệ lần lượt là 10,4%[3] và 20,54%[2].

Hiện tại, đã có rất nhiều nghiên cứu và phác đồ về điều trị đột quy giai đoạn cấp cũng như dự phòng đột quy tái phát, nhưng nhìn chung, việc dự phòng này vẫn chưa thực sự mang lại hiệu quả tối ưu, bởi vẫn còn những yếu tố làm ảnh hưởng đến kết quả điều trị. Chính vì lẽ đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá các yếu tố nguy cơ tái phát đột quy thiếu máu não cục bộ tại khoa Nội thần kinh - Bệnh viện đa khoa trung tâm An Giang năm 2023" với mục tiêu xác định các yếu tố liên quan đến tái phát sau đột quy thiếu máu não cục bộ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán xác định đột quy thiếu máu não cục bộ tái phát điều trị tại khoa Nội thần kinh, Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang (BVĐKTT An Giang) từ tháng 01/2022 - tháng 08/2023. Có hình ảnh CLVT sọ não. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân không khảo sát được đầy đủ các yếu tố cần thiết cho nghiên cứu.

¹Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang

Chịu trách nhiệm chính: Mai Nhật Quang

Email: bsquangag@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.9.2024

Ngày duyệt bài: 17.10.2024