

- Med. Tháng Chạp 2020; 41(6):851–61.
- De Pauw B, Walsh TJ, Donnelly JP, Stevens DA, Edwards JE, Calandra T, và c.s.** Revised definitions of invasive fungal disease from the European Organization for Research and Treatment of Cancer/Invasive Fungal Infections Cooperative Group and the National Institute of Allergy and Infectious Diseases Mycoses Study Group (EORTC/MSG) Consensus Group. Clin Infect Dis. 15 Tháng Sáu 2008;46(12):1813–21.
 - Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm xâm lấn. Quyết định số 3429/QĐ-BYT. 2021.
 - Duong TN, Le M, Beardsley J, Denning DW, Le N, Nguyen BT.** Updated estimation of the burden of fungal disease in Vietnam. Mycoses. Tháng Tư 2023;66(4):346–53.
 - Guinea J, Torres-Narbona M, Gijón P, Muñoz P, Pozo F, Peláez T, và c.s.** Pulmonary aspergillosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease: incidence, risk factors, and outcome. Clin Microbiol Infect. Tháng Bảy 2010;16(7):870–7.
 - Xu H, Li L, Huang WJ, Wang LX, Li WF, Yuan WF.** Invasive pulmonary aspergillosis in patients with chronic obstructive pulmonary disease: a case control study from China. Clinical Microbiology and Infection. 1 Tháng Tư 2012; 18(4):403–8.
 - Ahmed J, Singh G, Mohan A, Agarwal R, Sachdev J, Khullar S, và c.s.** Invasive pulmonary aspergillosis infection in severely ill COPD patients in pulmonary ward and ICU. Indian Journal of Medical Microbiology. 1 Tháng Tư 2022;40(2):223–7.
 - Huang L, He H, Ding Y, Jin J, Zhan Q.** Values of radiological examinations for the diagnosis and prognosis of invasive bronchial-pulmonary aspergillosis in critically ill patients with chronic obstructive pulmonary diseases. Clin Respir J. Tháng Hai 2018;12(2):499–509.
 - Mai Thủy Trang.** Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và kết quả điều trị nấm phổi aspergillus xâm lấn tại bệnh viện Bạch Mai [Luận án thạc sỹ y học]. Đại học Y Hà Nội; 2023.
 - Gu Y, Ye X, Liu Y, Wang Y, Shen K, Zhong J, và c.s.** A risk-predictive model for invasive pulmonary aspergillosis in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Respir Res. 2021;22:176.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH THOÁI HOÁ DẠNG BỘT TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Đinh Thị Lê Thành^{1,2}, Nguyễn Hữu Sáu^{2,3},
Lê Thị Thu Minh¹, Nguyễn Thị Kim Tiên^{1,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh thoái hóa dạng bột tại Bệnh viện Da liễu Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến hành trên 141 bệnh nhân thoái hóa dạng bột tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2023 đến tháng 7/2024. Các thông tin thu thập bao gồm: tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh, vị trí tổn thương, loại tổn thương, diện tích tổn thương, triệu chứng lâm sàng, đặc điểm dermoscopy và mô bệnh học. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 48,0±14,7, trong đó nữ giới chiếm 58,9%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 58,9±49,2 tháng. 85,1% bệnh nhân có diện tích tổn thương dưới 10%. Vị trí tổn thương hay gặp nhất là mặt dưới cẳng chân (85,1%) và mặt dưới cẳng tay (67,4%). 73,0% bệnh nhân có ngứa chiếm trong đó đa số là ngứa trung bình (42,7%) và ngứa nhiều (35,0%). Điểm chất

lượng cuộc sống trung bình là 14,7±3,6. Tổn thương chủ yếu là sẩn (81,6%) và dát (62,4%), chỉ 9,9% có tổn thương cục. Các đặc điểm hay gặp nhất trên dermoscopy là chấm nâu (95,7%) và tiểu phần với trung tâm nâu (91,5%). Biến đổi thương bì hay gặp nhất là tăng sắc tố lan tỏa lớp đáy (91,5%), theo sau lần lượt là tăng sinh lớp sừng (90,8%) và tăng sinh lớp gai (78,7%). Biến đổi trung bì hay gặp nhất là lắng đọng amyloid ở nhú trung bì (100%), và ít gặp nhất là lắng đọng amyloid quanh thành mạch (7,8%). **Kết luận:** Thoái hóa dạng bột gặp chủ yếu ở nữ, tuổi trên 30, tổn thương chủ yếu là dát sẩn có ngứa ở mặt dưới chi Các đặc điểm thường gặp trên dermscopy là chấm nâu và tiểu phần với trung tâm nâu. Các đặc điểm thường gặp trên mô bệnh học là lắng đọng amyloid ở nhú trung bì, tăng sắc tố lan tỏa lớp đáy và tăng sinh thương bì.

Từ khóa: thoái hóa dạng bột, dát, sẩn, cục

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF CUTANEOUS AMYLOIDOSIS AT NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLGY

Objectives: To describe the clinical and subclinical characteristics of cutaneous amyloidosis at the National Hospital of Dermatology. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 141 patients with cutaneous amyloidosis at the

¹Bệnh viện E

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Da liễu Trung ương

⁴Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Lê Thành

Email: thanhbsdk@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024

National Hospital of Dermatology and Venereology from August 2023 to July 2024. Outcomes included age, gender, duration of disease, location of lesions, type of lesions, area of lesions, clinical symptoms, dermoscopy and histopathological characteristics. **Results:** Patients had an average age of $48,0 \pm 14,7$ years, of whom 58,9% were women. The average duration of disease was $58,9 \pm 49,2$ months. 85,1% of patients had a lesion area of less than 10%. The most common locations of lesions were the extensor surface of the lower leg (85,1%) and forearm (67,4%). 73,0% of patients had pruritus, of which the majority were moderate (42,7%) and severe (35,0%). The mean quality of life score was $14,7 \pm 3,6$. Lesions were mainly papules (81,6%) and macules (62,4%), with only 9,9% of patient having nodular lesions. The most common features on dermoscopy were brown spots (95,7%) and pattern with brown centers (91,5%). The most common epidermal change was diffuse basal layer hyperpigmentation (91,5%), followed by hyperkeratosis (90,8%) and acanthosis (78,7%), respectively. The most common dermal change was amyloid deposition in the papillary dermis (100%), and the least common was perivascular amyloid deposition (7,8%). **Conclusion:** Cutaneous amyloidosis occurs mainly in women, over 30 years old with itchy macules and papules on the extensor surfaces of the limbs. Common dermscopy features are brown spots and pattern with brown centers. Common histopathological features are amyloid deposition in the dermal papilla, diffuse hyperpigmentation of the basal layer and epidermal proliferation. **Keywords:** cutaneous amyloidosis, macules, papules, nodules

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa dạng bột là nhóm bệnh lý tổn thương đa cơ quan do lắng đọng ngoại bào các protein amyloid bắt màu xanh khi nhuộm iodin giống tinh bột. Các cơ quan thường bị tổn thương là da, tim, thần kinh, tiêu hóa và thận, dẫn đến rối loạn chức năng và có thể gây tử vong¹.

Thoái hóa dạng bột bao gồm thể hệ thống với tổn thương đa cơ quan và thể khu trú, có tổn thương một cơ quan duy nhất, mà hay gặp nhất là da. Thoái hóa dạng bột khu trú ở da được chia thành 4 loại dựa vào lâm sàng và mô bệnh học: thể lichen, thể dát, thể hỗn hợp và thể cục. Trong đó, thể lichen là thể hay gặp nhất, đặc biệt là khu vực Đông Nam Á^{1,2}.

Triệu chứng ở da mặc dù không nguy hiểm nhưng thường gây ngứa, đặc biệt là thể lichen và gây mất thẩm mỹ^{1,2}. Thoái hóa dạng bột được coi là bệnh lý không thường gặp. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng thoái hóa dạng bột tại bệnh viện Da liễu Trung ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 141 bệnh nhân thoái hóa dạng bột khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 8/2023 đến tháng 7/2024.

Các chỉ số nghiên cứu gồm: thông tin chung (tuổi, giới), thời gian bị bệnh, triệu chứng cơ năng: mức độ ngứa, DLQI. Khám bệnh đánh giá vị trí tổn thương, loại tổn thương, diện tích tổn thương. Đánh giá các đặc điểm trên dermoscopy và mô bệnh học. Chụp ảnh tổn thương. Ghi vào bệnh án nghiên cứu.

Số liệu được mã hóa và xử lý theo chương trình SPSS 20.0. Các biến rời rạc được mô tả bằng tần suất, tỷ lệ %. Các biến liên tục được mô tả bằng giá trị trung bình, độ lệch.

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng đạo đức và Hội đồng khoa học của Bệnh viện Da liễu Trung ương. Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu đều được giải thích cụ thể về mục đích, nội dung, các lợi ích cũng như nguy cơ khi tham gia nghiên cứu để đối tượng tự nguyện tham gia. Các thông tin của bệnh nhân được giữ kín và có hồ sơ lưu trữ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân (n=141)

| Đặc điểm tuổi | Giá trị |
|---------------------------------|-----------------|
| Đặc điểm giới | |
| Nữ - n (%) | 83 (58,9) |
| Nam - n (%) | 58 (41,1) |
| Nhóm tuổi | |
| <30 tuổi - n (%) | 13 (9,2) |
| 30-49 tuổi - n (%) | 69 (48,9) |
| >50 tuổi - n (%) | 59 (41,8) |
| Tuổi cao nhất (năm) | 87 |
| Tuổi thấp nhất (năm) | 19 |
| Tuổi trung bình | $48,0 \pm 14,7$ |
| Thời gian mắc bệnh | |
| Dài nhất (tháng) | 360 |
| Ngắn nhất (tháng) | 3 |
| Trung bình (tháng) | $58,9 \pm 49,2$ |
| Phân loại diện tích | |
| <10% - n (%) | 120 (85,1) |
| 10-30% - n (%) | 20 (14,2) |
| >30% - n (%) | 1 (0,7) |
| Diện tích tổn thương trung bình | $5,6 \pm 7,5$ |

Bệnh nhân nữ chiếm đa số bệnh nhân nghiên cứu với 58,9%. Bệnh nhân chủ yếu thuộc nhóm tuổi từ 30-49 (48,9%) và >50 tuổi (41,8%), trong đó tuổi cao nhất là 87, tuổi thấp nhất là 19 và tuổi trung bình là $48,0 \pm 14,7$. Thời

gian mắc bệnh trung bình là 58,9±49,2 tháng, dài nhất là 360 tháng và ngắn nhất là 3 tháng. Hầu hết bệnh nhân có diện tích tổn thương dưới 10% chiếm 85,1%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm vị trí tổn thương và triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân (n=141)

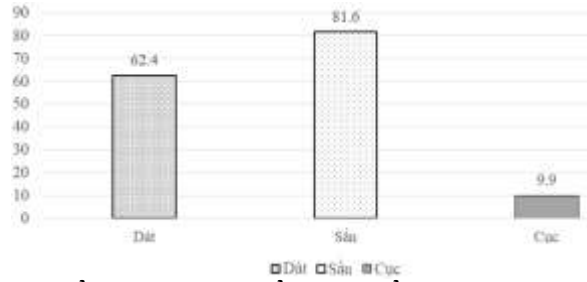
| Đặc điểm | n | % |
|-----------------------------|----------|------|
| Vị trí tổn thương | | |
| Mặt duỗi cẳng chân – n (%) | 120 | 85,1 |
| Mặt duỗi cẳng tay – n (%) | 95 | 67,4 |
| Lưng – n (%) | 85 | 60,3 |
| Ngực – n (%) | 0 | 0,0 |
| Đầu mặt – n (%) | 0 | 0,0 |
| Vai – n (%) | 15 | 10,6 |
| Cùng cụt – n (%) | 0 | 0,0 |
| Triệu chứng lâm sàng | | |
| Ngứa | | |
| Có – n (%) | 103 | 73,0 |
| Không – n (%) | 38 | 27,0 |
| Mức độ ngứa | | |
| Ít – n (%) | 31 | 30,1 |
| Trung bình – n (%) | 44 | 42,7 |
| Nhiều – n (%) | 36 | 35,0 |
| Rất nhiều – n (%) | 2 | 1,9 |
| DLQI trung bình | 14,7±3,6 | |

Mặt duỗi cẳng chân là vị trí tổn thương thường gặp nhất với 85,1%, theo sau lần lượt là mặt duỗi cẳng tay (67,4%), lưng (60,3%) và vai (10,6%). Không có bệnh nhân nào có tổn thương đầu mặt, ngực và cùng cụt. 73,0% bệnh nhân có ngứa chiếm, trong đó đa số là ngứa trung bình (42,7%) và ngứa nhiều (35,0%). Điểm chất lượng cuộc sống trung bình là 14,7±3,6.



Hình 1. Hình ảnh lâm sàng và dermoscopy của tổn thương

A. Tổn thương dát B. Tổn thương sần C. Tổn thương cục. D. Tiểu phần với trung tâm trắng E. Tiểu phần với trung tâm nâu F. Chấm nâu G. Mô hình sắc tố dạng gợn sóng H. Hình ảnh dạng sọc trắng I. Vùng không cấu trúc.



Biểu đồ 1. Đặc điểm loại tổn thương của bệnh nhân (n=141)

Đa số bệnh nhân có tổn thương sần (81,6%) và dát (62,4%). Chỉ 9,9% bệnh nhân có tổn thương cục.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3. Đặc điểm tổn thương trên dermoscopy của bệnh nhân (n=141)

| Đặc điểm | n | % |
|-------------------------------|-----|------|
| Tiểu phần với trung tâm trắng | 105 | 74,5 |
| Tiểu phần với trung tâm nâu | 129 | 91,5 |
| Chấm nâu | 135 | 95,7 |
| Mô hình sắc tố dạng gợn sóng | 81 | 57,4 |
| Hình ảnh dạng sọc trắng | 86 | 61,0 |
| Vùng không cấu trúc | 78 | 55,3 |

Chấm nâu và tiểu phần với trung tâm nâu là các đặc điểm hay gặp nhất trên dermoscopy với tỷ lệ lần lượt là 95,7% và 91,5%. Theo sau lần lượt là tiểu phần với trung tâm trắng (75,5%), hình ảnh dạng sọc trắng (61,0%), mô hình dạng gợn sóng (57,4%) và vùng không cấu trúc (55,3%).

Bảng 4. Đặc điểm mô bệnh học tổn thương của bệnh nhân (n=141)

| Đặc điểm | n | % |
|---|-----|-------|
| Thay đổi ở thượng bì | | |
| Tăng sinh lớp sừng-n(%) | 128 | 90,8 |
| Tăng sinh lớp gai-n(%) | 111 | 78,7 |
| Tăng sắc tố lan tỏa lớp đáy-n(%) | 129 | 91,5 |
| Thay đổi ở trung bì và hạ bì | | |
| Lắng đọng amyloid nhú trung bì-n(%) | 141 | 100,0 |
| Lắng đọng amyloid toàn bộ trung bì-n(%) | 100 | 70,9 |
| Lắng đọng amyloid hạ bì-n(%) | 15 | 10,6 |
| Lắng đọng amyloid quanh thành mạch-n(%) | 11 | 7,8 |
| Tập hợp nhiều bạch cầu ái toan-n(%) | 98 | 69,5 |
| Tế bào thực bào sắc tố-n(%) | 111 | 78,7 |

Biến đổi thượng bì hay gặp nhất là tăng sắc tố lan tỏa lớp đáy (91,5%), theo sau lần lượt là tăng sinh lớp sừng (90,8%) và tăng sinh lớp gai (78,7%). Biến đổi trung bì hay gặp nhất là lắng đọng amyloid ở nhú trung bì (100%), theo sau lần lượt là tế bào thực bào sắc tố (78,7%), lắng đọng amyloid toàn bộ nhú trung bì (70,9%), tập

hợp nhiều bạch cầu ái toan (69,5%), lắng đọng amyloid hạ bì (10,6%) và lắng đọng amyloid quanh thành mạch (7,8%).

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân nữ chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi với 58,9%, kết quả nghiên cứu của Nguyễn Trọng Nghĩa 2021 trên 51 bệnh nhân cũng ghi nhận tỷ lệ 72,5% nữ giới³. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là $48,0 \pm 14,7$ tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Nghĩa 2021 với $45,2 \pm 12,6$. Hầu hết bệnh nhân có diện tích tổn thương dưới 10%, kết quả này cũng phù hợp với kết quả vị trí tổn thương chủ yếu ở mặt dưới cẳng chân và cẳng tay. 14,2% bệnh nhân có diện tích tổn thương từ 10-30%, đây là nhóm bệnh nhân có thêm các tổn thương ở lưng và vị trí khác.

Vị trí tổn thương hay gặp nhất là mặt dưới cẳng chân, theo sau là mặt dưới cẳng tay và lưng, ít gặp tổn thương ở các vị trí khác như đầu mặt, vai, cùi chỏ. Kết quả này phù hợp với y văn cũng như kết quả của các nghiên cứu trong và ngoài nước khác^{3,4}.

Đa số bệnh nhân có ngứa chiếm 73,0%, trong đó đa số là ngứa trung bình và ngứa nhiều. Điểm chất lượng cuộc sống trung bình là $14,7 \pm 3,6$. Kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Trọng Nghĩa năm 2021 cũng ghi nhận tỷ lệ ngứa là 65,8% và nghiên cứu của Behera năm 2021 với tỷ lệ ngứa là 66,7%^{3,5}. Thời gian mắc bệnh đến trong nghiên cứu của chúng tôi là $4,9 \pm 4,1$ năm, dài hơn so với $2,7 \pm 2,0$ năm trong nghiên cứu của Nguyễn Trọng Nghĩa³. Thời gian bị bệnh dài làm triệu chứng rõ hơn khiến bệnh nhân phải đi khám bệnh.

Đa số bệnh nhân có tổn thương sẩn, theo sau là tổn thương dát, rất ít bệnh nhân có tổn thương cục. Loại tổn thương phụ thuộc nhiều vào thể bệnh, trong đó các nghiên cứu trên thế giới có phân bố thể bệnh khá khác nhau, trong đó khu vực châu Á chủ yếu có tổn thương thể dát và thể lichen (với tổn thương sẩn). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Nghĩa năm 2021 và Wang năm 2022 trong đó thể sẩn hay gặp nhất, theo sau là thể dát^{3,6}.

Các đặc điểm hay gặp nhất trên dermoscopy là chấm nâu (95,7%) và tiểu phần với trung tâm (nâu hoặc trắng với tỷ lệ lần lượt là 74,5% và 91,5%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Nghĩa với các tỷ lệ lần lượt là 98% và 78,4%³. Kết quả này cũng có điểm tương đồng cũng như không tương đồng với nghiên cứu của Dincy năm 2022 trên 44 bệnh nhân với tỷ lệ chấm nâu là 95,5%, tiểu phần

trung tâm nâu chỉ chiếm 24,3%, mô hình dạng gợn sóng chiếm 61,4%, và vùng không cấu trúc chiếm 20,5%⁷. Sự khác biệt về kết quả nghiên cứu có thể đến từ tuýp da khác nhau. Ngoài ra, trong các một số nghiên cứu, các tác giả lại có mô tả một số đặc điểm mà ở những nghiên cứu khác không thấy hoặc không được mô tả đầy đủ.

Biến đổi thương bì hay gặp nhất là tăng sắc tố lan tỏa lớp đáy (91,5%), theo sau lần lượt là tăng sinh lớp sừng (90,8%) và tăng sinh lớp gai (78,7%). Kết quả này có điểm tương đồng và không tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Trọng Nghĩa với các tỷ lệ trên lần lượt là 84,3%, 90,2% và 56,9%³. Các tỷ lệ này trong nghiên cứu của Kulkarni năm 2019 là 76,5%, 75,3% và 64,6%⁸. Sự khác biệt có thể đến từ màu da, thời gian bị bệnh và mức độ ngứa khác biệt. Biến đổi trung bì hay gặp nhất là lắng đọng amyloid ở nhú trung bì, đây cũng chính là tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh. Tế bào thực bào sắc tố (78,7%) tương đồng với tỷ lệ 76,5% trong nghiên cứu của Nguyễn Trọng Nghĩa³. Các đặc điểm khác như lắng đọng amyloid toàn bộ nhú trung bì, tập hợp nhiều bạch cầu ái toan, lắng đọng amyloid hạ bì và lắng đọng amyloid quanh thành mạch ít được đánh giá trong các nghiên cứu khác.

V. KẾT LUẬN

Thoái hóa dạng bột gặp chủ yếu ở nữ, tuổi trên 30, tổn thương chủ yếu là dát sẩn có ngứa ở mặt dưới chi. Các đặc điểm thường gặp trên dermoscopy là chấm nâu và tiểu phần với trung tâm nâu. Các đặc điểm thường gặp trên mô bệnh học là lắng đọng amyloid ở nhú trung bì, tăng sắc tố lan tỏa lớp đáy và tăng sinh thượng bì.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Văn Thường. Bệnh học da liễu. Vol 3. Nhà xuất bản y học; 2017.
2. Mehrotra K, Dewan R, Kumar JV, Dewan A. Primary Cutaneous Amyloidosis: A Clinical, Histopathological and Immunofluorescence Study. J Clin Diagn Res. 2017 Aug;11(8):WC01-WC05
3. Nguyễn Trọng Nghĩa (2023), chẩn đoán bệnh amyloidosis khu trú ở da bằng dermoscopy tại bệnh viện da liễu trung ương, Luận văn thạc sĩ y học, Đại học Y Hà Nội
4. Mehrotra K. Primary Cutaneous Amyloidosis: A Clinical, Histopathological and Immunofluorescence Study. JCDR. Published online 2017
5. Behera B, Kumari R, Mohan Thappa D, Gochhait D, Hanuman Srinivas B, Ayyanar P. Dermoscopic features of primary cutaneous amyloidosis in skin of colour: A retrospective analysis of 48 patients from South India
6. Lei W, Ai-E X. Diagnosing of primary cutaneous amyloidosis using dermoscopy and reflectance

confocal microscopy. Skin Research and Technology. 2022;28(3):433-438.

7. **Dincy Peter CV, Agarwala MK, George L, Balakrishnan N, George AA, Mahabal GD.** Dermoscopy in Cutaneous Amyloidosis. - A

Prospective Study from India. Indian J Dermatol. 2022 Jan-Feb;67(1):94.

8. **Kulkarni M. A, Patil T, Solanki P.S.** A clinicopathological study of primary cutaneous amyloidosis. Trop J Path Micro 2019;5(6):396-402.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ VÀ ĐA KÝ HỒ HẤP Ở NGƯỜI BỆNH MẮC HỘI CHỨNG NGỪNG THỞ TẮC NGHẼN KHI NGỦ TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Minh Sang¹, Nguyễn Huy Bình^{1,2},
Trần Hoàng Hà², Phạm Văn Lưu¹, Đinh Văn Lượng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả và nhận xét mối liên quan giữa một số đặc điểm lâm sàng và kết quả đo đa ký hô hấp ở người bệnh có nguy cơ cao mắc hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 70 người bệnh nghi ngờ mắc hội chứng ngưng thở khi ngủ do tắc nghẽn tại Bệnh viện Phổi Trung Ương. **Kết quả:** 67,1% người bệnh tham gia nghiên cứu là nam giới, 81,4% là từ 40 tuổi trở lên, 54,3% có tình trạng thừa cân, béo phì; 78,6% người bệnh mắc hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (HCNTTNKN). Tỷ lệ bệnh nhân mắc HCNTTNKN trung bình trở lên ở nhóm thừa cân, béo phì lớn hơn ở nhóm thiếu cân, bình thường (40% so với 70%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, $p=0,01$. **Kết luận:** Thừa cân-béo phì gặp nhiều ở bệnh nhân ngưng thở khi ngủ mức độ trung bình đến nặng. **Từ khóa:** đa ký hô hấp, nguy cơ cao, ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ

SUMMARY

CLINICAL FEATURES AND RESPIRATORY POLYGRAPHY IN PATIENTS WITH OBSTRUCTIVE SLEEP APNEA SYNDROME

Objective: Describe and comment on the relationship between some clinical characteristics and spirometry results in patients at high risk of obstructive sleep apnea syndrome. **Research subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 70 patients examined or inpatients suspected of having obstructive sleep apnea syndrome at National Lung Hospital. **Results:** 67,1% of patients participating in the study were men, 81,4% were over 40 years old, 54,3% were overweight or obese. There were 78,6% of patients have obstructive sleep apnea. The proportion of patients with moderate or severe obstructive sleep apnea in the overweight and obese group was higher than in the underweight and normal

group (40% vs. 70%), a statistically significant difference, $p=0.01$. **Conclusion:** overweight-obesity were common in patients with moderate to severe obstructive sleep apnea. **Keywords:** respiratory polygraphy, obstructive sleep apnea

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ (HCNTTNKN) là một rối loạn hô hấp liên quan đến giấc ngủ, được đặc trưng bởi sự xuất hiện các cơn ngưng thở, giảm thở lặp đi lặp lại do tắc nghẽn đường hô hấp trên trong khi ngủ mặc dù vẫn có gắng sức hô hấp. Hội chứng này rất thường gặp và đang có xu hướng tăng lên¹, ở Việt Nam ước tính có khoảng 9,5% dân số từ 30 tuổi đến 69 tuổi mắc ngưng thở khi ngủ². Các số liệu hiện tại cho thấy nhiều bệnh nhân mắc HCNTTNKN còn chưa được chẩn đoán và chưa được điều trị, đặc biệt ở những nước đang phát triển³.

Người bệnh mắc HCNTTNKN sẽ có nguy cơ gặp nhiều vấn đề về sức khỏe đã được chứng minh, đặc biệt là các rối loạn chuyển hóa đường, lipid, các bệnh tim mạch, đột quỵ và nhiều bệnh nội khoa khác. Bên cạnh đó HCNTTNKN còn gây ra sự suy giảm về chất lượng giấc ngủ, chất lượng cuộc sống và một số rối loạn tâm thần kinh. Bệnh nhân mắc HCNTTNKN thường có triệu chứng buồn ngủ quá nhiều ban ngày dẫn đến tăng nguy cơ xảy ra tai nạn giao thông, tai nạn lao động⁴.

Các yếu tố nguy cơ chính của hội chứng ngưng thở khi ngủ bao gồm: tuổi cao, giới nam, béo phì, bất thường cấu trúc sọ mặt, bất thường mô mềm vùng hầu họng¹. Nhận biết được các yếu tố nguy cơ có vai trò quan trọng trong việc sàng lọc hội chứng ngưng thở khi ngủ. Hiện nay ở Việt Nam các nghiên cứu về các yếu tố nguy cơ với hội chứng ngưng thở tắc nghẽn khi ngủ còn chưa nhiều. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả và nhận xét mối liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và kết quả đo đa ký hô hấp ở người bệnh nghi mắc

¹Bệnh viện Phổi Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Sang

Email: sangmedi@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024