Rheum Dis, **16**(**4**), 494–502.
4. **Fraser J.R.E., Laurent T.C., và Laurent U.B.G. (1997).** Hyaluronan: its nature, distribution, functions and turnover. Journal of Internal Medicine, **242**(**1**), 27–33.
5. **"The use of hyalodronic acid in chondral diorders of the knee"** 2014Author: Dr.I.Capparucci, Dr.C.Bartolucci, Prof.A.Federici, Prof.ass Valentini, Dott.V.VitaDepartment of Biological Science, Faculty of Sport Medicine, University of Urbino, Italy.
6. **N. V. Pho (2007).** Đánh giá hiệu quả của tiêm chất nhầy sodium-hyaluronate (Go-on) vào ổ khớp trong điều trị thoái hóa khớp gối. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II.
7. **Phạm Thị Bích Ngọc (2019)** Đánh giá tác dụng điều trị của liệu pháp tiêm nội khớp bằng acid hyaluronic (Regenflex Bio-Plus) trong điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA BIẾN THỂ ADIPOQ rs1501299 VÀ BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2 Ở NGƯỜI VIỆT NAM

Trần Quang Nam[1], Steven Truong[2], Hoàng Khánh Chi[3], Lê Hoàng Bảo[3], Đinh Ngô Tất Thắng[3], Trần Viết Thắng[1], Trần Văn Lượng[3], Mã Tùng Phát[1], Mai Phương Thảo[1], Đỗ Đức Minh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Yếu tố di truyền đóng vai trò quan trọng trong sinh bệnh học của bệnh lý đái tháo đường. Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát mối liên quan giữa đểm đa hình đơn nucleotide rs1501299 ADIPOQ và bệnh lý đái tháo đường típ 2 ở người Việt Nam. **Đối tượng và phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang mô tả, 376 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và 392 đối tượng chứng được khảo sát điểm đa hình đơn rs1501299 bằng phương pháp realtime PCR. **Kết quả:** Điểm đa hình rs1501299 không cho thấy có sự liên quan với tình trạng bệnh đái tháo đường típ 2 ở người Việt Nam trên nhiều mô hình phân tích. Người mang điểm đa hình này không gia tăng nguy cơ mắc đái tháo đường típ 2. **Kết luận:** Điểm đa hình đơn rs1501299 không liên quan với tình trạng đái tháo đường típ 2 ở người Việt Nam.

Từ khóa: đái tháo đường típ 2, điểm đa hình đơn nucleotide, gen ADIPOQ

SUMMARY

THE ASSOCIATION BETWEEN ADIPOQ rs1501299 AND TYPE 2 DIABETES IN VIETNAMESE POPULATION

Background: Genetic factor plays an important role in pathophysiology of type 2 diabetes. In this study, we evaluated the association between ADIPOQ rs1501299 and type 2 diabetes in Vietnamese population. **Objectives and methods:** In this cross sectional study, 376 type 2 diabetic patients and 392 controls were recruited and genotyped for ADIPOQ rs1501299 by real-time PCR. **Results:** ADIPOQ rs1501299 was not statistically associated with type 2 diabetes in Vietnamese population by different statistical models. The rs1501299 carriers do not increase the risk of developing type 2 diabetes. **Conclusion:** ADIPOQ rs1501299 is not associated with type 2 diabetes mellitus in Vietnamese population.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, single nucleotide polymorphism, ADIPOQ gene

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường típ 2 hiện được xem là một trong những bệnh lý không lây nhiễm phổ biến nhất và là gánh nặng y tế của nhiều quốc gia trên thế giới, trong đó số lượng bệnh nhân chưa được chẩn đoán chiếm gần một nửa[1,2]. Bên cạnh các yếu tố môi trường, yếu tố di truyền đóng vai trò hết sức quan trọng trong sinh bệnh học của đái tháo đường típ 2. Các nghiên cứu gần đây cho thấy bệnh nhân đái tháo đường típ 2 người châu Á thường có kiểu hình suy giảm chức năng tế bào beta tuỵ nổi trội hơn là tình trạng đề kháng insulin[3].

Adiponectin được mã hóa từ gen ADIPOQ nằm trên nhiễm sắc thể số 3, được xem là một loại hormone chế tiết từ tế bào mỡ tham gia vào quá trình chuyển hoá đường và chất béo trong cơ thể. Các nghiên cứu gần đây cho thấy nồng độ adiponectin thấp có liên quan đến nguy cơ xuất hiện đái tháo đường típ 2 ở cả người da trắng và châu Á[4,5]. Một số biến thể đa hình đơn nucleotide trên gen ADIPOQ cho thấy có thể làm ảnh hưởng đến nồng độ adiponectin của các đối tượng tham gia nghiên cứu mà cụ thể là có liên quan với tình trạng giảm thấp có ý nghĩa thống kê nồng độ adiponectin và do đó có thể liên quan mật thiết với nguy cơ mắc bệnh đái tháo đường típ 2[6]. Trong số các biến thể gen này, rs1501299 đã được chứng minh có liên quan

[1]Đại học Y Dược TPHCM
[2]Khoa Kỹ thuật Sinh học, Viện Công nghệ Massachusetts
[3]Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Minh
Email: ducminh@ump.edu.vn
Ngày nhận bài: 23.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021
Ngày duyệt bài: 27.8.2021

chặt chẽ với bệnh lý đái tháo đường típ 2 trên dân số người Châu Á[7,8]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát mối liên quan giữa biến thể gen ADIPOQ rs1501299 và bệnh lý đái tháo đường típ 2 tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Các đối tượng được chọn tham gia vào nghiên cứu ở 2 nhóm là nhóm bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và nhóm chứng với các tiêu chuẩn cụ thể như sau:

Nhóm đái tháo đường típ 2:

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán đái tháo đường típ 2 theo tiêu chuẩn của Hiệp hội đái tháo đường Hoa Kỳ 2020[9]

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đái tháo đường típ 1
- Rối loạn chức năng gan
- Sử dụng các thuốc có khả năng làm tăng đường huyết
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

Nhóm chứng:

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Chưa từng được chẩn đoán đái tháo đường
- Đường huyết đo được tại thời điểm hiện tại < 100 mg/dL
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Sử dụng thuốc hoặc có các bệnh lý có thể ảnh hưởng đến đường huyết

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1 Thiết kế nghiên cứu: bệnh chứng

2.2 Cỡ mẫu: 768 đối tượng bao gồm 376 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và 392 đối tượng chứng

2.3 Phương pháp thực hiện. Tất cả các đối tượng tham gia nghiên cứu sẽ được thu thập đầy đủ các thông tin lâm sàng và cận lâm sàng liên quan đến bệnh lý đái tháo đường típ 2. Mỗi bệnh nhân sẽ được thu thập 2 ml máu ngoại biên để xác định điểm đa hình rs1501299. DNA từ máu ngoại biên sẽ được tách chiết sử dụng bộ kit QiAmp DNA Blood Mini Kit (QIAGEN, Đức). Điểm đa hình rs1501299 sẽ được xác định bằng kỹ thuật realtime PCR với bộ mồi Tagman (Thermo Fisher Scientific, Waltham, MA, Hoa Kỳ) được thiết kế sẵn cho điểm đa hình này. Phản ứng PCR được thực hiện với 5 µL dung dịch có chứa DNA hòa tan trong dung dịch Tris-EDTA pH 8.0, TaqMan Genotyping Master Mix và bộ mồi.

2.4 Phân tích thống kê: T-test và $\chi 2$ test được sử dụng lần lượt cho các biến định lượng và định tính. Phần mềm SNPstats được sử dụng để đánh giá mối liên quan giữa điểm đa hình rs1501299 và tình trạng đái tháo đường típ 2 theo các mô hình di truyền: đồng trội, trội, lặn[10]. Khác biệt được xem là có ý nghĩa thống kê khi trị số $p \leq 0,05$

2.5 Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu đã được sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh với quyết định số 350/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 26 tháng 5 năm 2020 và được tài trợ bởi quỹ Nafosted (mã số tài trợ 108.01-2019.319).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu. Nhóm bệnh nhân đái tháo đường típ 2 và nhóm chứng có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các trị số như tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), tỉ lệ vòng eo-hông, đường huyết đói và các thông số lipid máu (p<0.05).

	Đái tháo đường	Chứng	Trị số P
Tổng số	376	392	
Nam/nữ	150/226	159/233	0.908*
Thời gian đái tháo đường (năm)	5.71 ± 6.00	0	
Tuổi (năm)	55.07 ± 11.90	45.56 ± 12.64	<0.0001
BMI (kg/m^2)	24.84 ± 3.59	23.21 ± 3.38	<0.0001
Chỉ số eo-hông	0.92 ± 0.07	0.89 ± 0.07	<0.0001
HbA1c (%)	8.25 ±2.10	5.69 ± 0.47	<0.0001
Đường huyết đói (mmol/L)	8.59 ± 3.05	5.52 ± 0.90	<0.0001
HA tâm thu (mmHg)	130.77 ± 17.93	126.2 ± 16.3	<0.001
HA tâm trương (mmHg)	78.2 ± 10.7	80.0 ± 11.1	0.188
Triglycerides (mmol/L)	2.48 ± 1.93	2.05 ± 2.05	<0.01
Cholesterol (mmol/L)	4.72 ± 1.44	5.37 ± 1.33	<0.0001
HDL-cholesterol (mmol/L)	1.12 ± 0.28	1.27 ± 0.44	<0.0001
LDL-cholesterol (mmol/L)	2.97 ± 1.06	3.48 ± 0.89	<0.0001
Creatinine (mg/dL)	0.87 ± 0.24	0.88 ± 0.54	0.895

2. Mối liên quan giữa biến thể rs1501299 và đái tháo đường típ 2

Phân bố của biến thể gen rs1501299 tuân theo định luật cân bằng di truyền Hardy-Weinberg (p> 0.05). Các mô hình di truyền được phân tích bao gồm đồng trội, trội, lặn. Tỉ số chênh (OR) được tính toán với 95% khoảng tin cậy (KTC). Bên cạnh kết quả OR nguyên bản, chỉ số OR này còn được hiệu chỉnh theo các biến số như tuổi, giới và BMI.

Rs1501299	Kiểu gen	Chứng (n)	Đái tháo đường(n)	OR (95% KTC)	P	OR hiệu chỉnh (95% KTC)	P hiệu chỉnh
Đồng trội	G/G	210	184	1	0,41	1	0,2
	G/T	156	162	1,19 (0,88-1,59)		1,34 (0,97-1,86)	
	T/T	26	30	1,32 (0,75-2,31)		1,05 (0,57-1,93)	
Trội	G/G	210	184	1	0,2	1	0,11
	G/T, T/T	182	192	1,20 (0,91-1,60)		1,29 (0,95-1,76)	
Lặn	G/G, G/T	366	346	1	0,47	1	0,79
	T/T	26	30	1,22 (0,71-2,11)		0,92 (0,51-1,67)	

Có thể thấy trong cả 3 mô hình phân tích, điểm đa hình rs1501299 hoàn toàn không có liên quan với bệnh lý đái tháo đường típ 2 có ý nghĩa thống kê với các chỉ số OR trước và sau hiệu chỉnh dao động quanh giá trị 1.

IV. BÀN LUẬN

Các nghiên cứu trước đây cho thấy mối liên quan giữa các đặc điểm di truyền và tình trạng bệnh lý cũng như đáp ứng thuốc ở người Việt Nam khá tương đồng với các dân số Châu Á lân cận. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này, chúng tôi đã phát hiện điểm đa hình ADIPOQ rs1501299 hoàn toàn không có liên quan đến nguy cơ đái tháo đường típ 2 ở người Việt Nam. Kết quả này một lần nữa cho thấy dù có nhiều đặc điểm tương đồng nhưng dân số người Việt Nam vẫn có những đặc điểm di truyền đặc trưng riêng so với các dân số châu Á còn lại.

Một trong những hạn chế của nghiên cứu này là chúng tôi không đo nồng độ adiponectin máu. Việc khảo sát nồng độ adiponectin sẽ giúp xác định rõ hơn có hay không mối liên quan giữa biến thể rs1501299 với tình trạng đái tháo đường thông qua việc giảm nồng độ adiponectin máu. Các bằng chứng này sẽ làm rõ thêm ảnh hưởng của biến thể gen này trong sinh bệnh học của đái tháo đường típ 2 tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Không có mối liên hệ giữa biến thể rs1501299 và tình trạng đái tháo đường típ 2 tại Việt Nam. Cần có các nghiên cứu về mối liên quan giữa các điểm đa hình khác trên gen ADIPOQ với tình trạng đái tháo đường típ 2 tại Việt Nam để chúng ta có thể hiểu biết rõ hơn về vai trò của gen ADIPOQ trong sinh bệnh học của bệnh lý này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ogurtsova K, Fernandes JD da R, Huang Y, et al. IDF Diabetes Atlas:** Global estimates for the prevalence of diabetes for 2015 and 2040. Diabetes Res Clin Pract. 2017;128:40-50. doi:10.1016/j.diabres.2017.03.024
2. **Phan HH, Lam HV, Le NT, et al.** Prevalence and clinical profile of undiagnosed diabetes mellitus: data from a tertiary hospital. Endocr Metab Immune Disord Drug Targets. October 2020. doi:10.2174/1871530320666201014151408
3. **Fukushima M, Usami M, Ikeda M, et al.** Insulin secretion and insulin sensitivity at different stages of glucose tolerance: a cross-sectional study of Japanese type 2 diabetes. Metabolism. 2004;53(7): 831-835. doi:10.1016/j.metabol.2004.02.012
4. **Duncan BB, Schmidt MI, Pankow JS, et al**. Adiponectin and the Development of Type 2 Diabetes: The Atherosclerosis Risk in Communities Study. Diabetes. 2004;53(9):2473-2478. doi:10.2337/diabetes.53.9.2473
5. **Wang Y, Meng R-W, Kunutsor SK, et al.** Plasma adiponectin levels and type 2 diabetes risk: a nested case-control study in a Chinese population and an updated meta-analysis. Sci Rep. 2018;8. doi:10.1038/s41598-017-18709-9
6. **Ong KL, Li M, Tso AWK, et al.** Association of genetic variants in the adiponectin gene with adiponectin level and hypertension in Hong Kong Chinese. Eur J Endocrinol. 2010;163(2):251-257. doi:10.1530/EJE-10-0251
7. **Tsai M-K, Wang H-MD, Shiang J-C, et al.** Sequence Variants of ADIPOQ and Association with Type 2 Diabetes Mellitus in Taiwan Chinese Han Population. Sci World J. 2014;2014:e650393. doi:10.1155/2014/650393
8. **Cui M, Gao Y, Zhao Y, et al.** Association between Adiponectin Gene Polymorphism and Environmental Risk Factors of Type 2 Diabetes Mellitus among the Chinese Population in Hohhot. BioMed Res Int. 2020;2020:e6383906. doi:10.1155/2020/6383906
9. **American Diabetes Association. 2**. Classification and Diagnosis of Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care. 2020;43(Suppl 1):S14-S31. doi:10.2337/dc20-S002
10. **Solé X, Guinó E, Valls J, Iniesta R, Moreno V**. SNPStats: a web tool for the analysis of association studies. Bioinforma Oxf Engl. 2006;22(15):1928-1929. doi:10.1093/ bioinformatics/ btl268

NHẬN XÉT TÌNH TRẠNG NHIỄM KHUẨN KHỚP VÀ PHẦN MỀM CẠNH KHỚP TẠI KHOA CƠ XƯƠNG KHỚP - BỆNH VIỆN BẠCH MAI GIAI ĐOẠN 2020 - 2021

Nguyễn Thị Hương[1], Trần Huyền Trang[1,2], Nguyễn Văn Hùng[1,2]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Trong những năm gần đây, nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp ngày càng phổ biến trong nhóm bệnh nhân điều trị nội trú tại khoa Cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai [2]. Nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ gây bệnh là vấn đề cần được quan tâm. **Mục tiêu nghiên cứu**: Nhận xét nguyên nhân gây bệnh và một số yếu tố liên quan đến tình trạng nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2020- 2021. **Đối tượng nghiên cứu:** 194 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp, điều trị nội trú tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 8/2020 đến tháng 6/2021. **Phương pháp nghiên cứu**: Tiến cứu, mô tả cắt ngang. **Kết quả**: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 55,7 ± 14,4, giới nam chiếm 68%, chủ yếu đến từ khu vực nông thôn. Trong đó có 25,7% bệnh nhân nhiễm khuẩn khớp; 34,9% nhiễm khuẩn phần mềm cạnh khớp; 39,4% bệnh nhân có nhiễm khuẩn cả khớp và phần mềm cạnh khớp. Tỷ lệ phân lập ra vi khuẩn trong dịch khớp, phần mềm cạnh khớp và máu lần lượt là: 49,5% và 43,3% và 24,5%. Tụ cầu vàng kháng methicilin (MRSA) là căn nguyên gây bệnh chủ yếu, với 60% tìm thấy trong dịch khớp, 63,4% tìm thấy trong dịch ổ áp xe và 72% tìm thấy trong máu. 81,4% các bệnh nhân nghiên cứu tìm thấy đường vào rõ ràng. Các yếu tố nguy cơ quan trọng gây nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp là: Có nhiễm trùng da, mô mềm trước đó (39,2%); sau thủ thuật cơ xương khớp (34,5%); có tiền sử mắc một số bệnh như: suy giảm miễn dịch và dùng các thuốc ức chế miễn dịch, gút, đái tháo đường, nghiện rượu, thoái hóa khớp, xơ gan... **Kết luận**: Nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp chủ yếu gặp ở những bệnh nhân nam giới, tuổi cao, sống ở khu vực nông thôn. MRSA là căn nguyên gây bệnh phổ biến nhất. Nhiễm trùng da, mô mềm trước đó và sau các thủ thuật cơ xương khớp là 2 trong số các yếu tố nguy cơ gây bệnh thường gặp nhất.

Từ khóa: Nhiễm khuẩn khớp, nhiễm khuẩn phần mềm; yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

PRELIMENARY ASSESSMENT OF SEPTIC ARTHRITIS AND SOFT TISSUE INFECTION IN THE DEPARTEMENT OF RHEUMATOLOGY, BACH MAI HOSPITAL FROM 2020 – TO 2021

Background: In recent years, the rate of septic arthritis and soft tissues infection has been increasing among inpatients group, treated at the Departement of Rheumatogogy, Bach Mai Hospital. The causes and risk factors of joint and soft tissue infections are a matters of great concern for clinicans in order to give patients, the best treatment and prevention strategies. **Objective:** To assesse the causes risk factors related to the joint and soft tissue infections. **Methods:** A cross- sectional study. The causes and risk factors were evalated on 194 patient with septic arthritis and soft tissue infection who were diagnosed and treated in the departement of Rheumatology, Bach Mai hospital from August, 2020 to June, 2021.**Results:** 194 patients with mean age 55,7 ± 14,6,male accounted for 68%, mainly from rural areas. The proprortion of septic arthritis was 25.7%, soft tissue infection was 34,9% and 39,4% patients with both two of two disorders. The rate of positive bacterial culture in joint fluid and pus from abscess was 49,5% and 43,3% respectively and the rate of positive bacterial culture in the blood was 24,5%. MRSA was the predominant pathogen, with 60% in joint fluid, 63,4% in the pus from abscess and 72% in blood culture. The majority of patients had obvious risk factors for access, accounted for 81,4% (n=158). Significant risk factors of joint and soft tissue infections included: skin and soft tissue infections (39,4%); post intra-articular and soft tissue injection (25.2%); Intra-articular and soft tissue injection (13,3%); a history of certain comorbidities such as: immunodeficiency and use of immunosuppressive drugs, gout, diabetes, alcoholism, osteoarthritis, cirrhosi... **Conclusion**: Septic arthritis and soft tissue infections mainly occur in men, elderl, patients who live rural areas. MRSA is the most common pathogen. Previous adjacent infections and post medical procedures in reumatology are two of the most common facrors.

Keyword: Septic arthritis, soft tissue infection, risk factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn cơ xương khớp là nhóm các bệnh lý có tổn thương do vi khuẩn gây ra ở các tổ chức thuộc hệ thống cơ xương khớp, bao gồm: Nhiễm khuẩn khớp, viêm xương tủy xương, viêm phần mềm và cơ do vi khuẩn [1]. Trong những năm gần đây, tỷ lệ bệnh nhân nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp phải vào điều trị nội trú ngày càng phổ biến ở bệnh viện

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hương
Email: doctorhuonga7@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 19.8.2021
Ngày duyệt bài: 25.8.2021

Bạch Mai. Một nghiên cứu tiến hành tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai trong 6 tháng đầu năm 2018, cho thấy số lượng bệnh nhân nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp do tai biến sau các thủ thuật tại chuyên khoa cơ xương khớp chiếm khoảng hơn 3% số bệnh nhân nhập viện điều trị nội trú [2]. Nhiễm khuẩn cơ xương khớp nếu không được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời có thể gây nhiều di chứng, thậm chí tử vong cho người bệnh. Do tình trạng sử dụng các thủ thuật chuyên khoa cơ xương khớp, việc điều trị thuốc đặc biệt là kháng sinh trong mỗi giai đoạn là khác nhau, do vậy cần nghiên cứu đặc điểm của mỗi giai đoạn nhằm điều chỉnh các yếu tố nguy cơ, phác đồ điều trị kháng sinh cho phù hợp. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu*: Nhận xét nguyên nhân gây bệnh và các yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2020 – 2021.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 194 bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp, điều trị nội trú tại khoa cơ xương khớp bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 8/2020 đến tháng 6/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp theo tiêu chuẩn sau:

+ Tiêu chuẩn Newman chẩn đoán nhiễm khuẩn khớp khi có một trong 4 tiêu chí sau: 1) Tìm thấy vi khuẩn trong dịch khớp. 2) Tìm thấy vi khuẩn trong máu kết hợp với biểu hiện lâm sàng điển hình cho nhiễm khuẩn khớp. 3) Chọc dịch khớp có mủ kết hợp với biểu hiện lâm sàng điển hình cho nhiễm khuẩn khớp khi đã sử dụng kháng sinh điều trị trước đó, không có tinh thể và không có chẩn đoán phù hợp khác. 4) Có bằng chứng về mô bệnh học hoặc Xquang của nhiễm khuẩn khớp [3] [4].

+ Chẩn đoán nhiễm khuẩn phần mềm dựa vào hội chứng nhiễm trùng, sốt, xét nghiệm chỉ số viêm dương tính (số lượng bạch cầu tăng >= 12G/L; tỷ lệ bạch cầu đa nhân trung tính tăng > 75%; CRP.hs tăng và procalcitonin cao > 0,5 ng/ml (là ngưỡng procalcitonin được khuyến cáo là có giá trị trong chẩn đoán tình trạng nhiễm khuẩn), có bạch cầu đa nhân trung tính thoái hóa trên xé nghiệm tế bào học hoặc xác định được vi khuẩn gây bệnh bằng nhuộm soi hoặc nuôi cấy dịch, bệnh phẩm lấy từ tổn thương.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Phương pháp. Tiến cứu, mô tả cắt ngang.

2.2. Tiến hành nghiên cứu. Mỗi đối tượng nghiên cứu đều được hỏi bệnh, khám bệnh theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Hỏi bệnh và khai thác các triệu chứng lâm sàng và các yếu tố nguy cơ gây bệnh
- Khai thác thông tin cận lâm sàng từ bệnh án của bệnh nhân
- Các xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, sinh hóa máu được thực hiện tại Trung tâm huyết học và khoa Hóa sinh bệnh viện Bạch Mai, các giá trị tham chiếu chuẩn theo khuyến cáo.
- Các xét nghiệm nhuộm soi, nuôi cấy dịch khớp, dịch ổ áp xe và máu được thực hiện tại khoa Vi sinh bệnh viện Bạch Mai với giá trị tham chiếu như đã công bố.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0 với các test thống kê thường dùng trong y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu trên 194 bệnh nhân nhân nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp điều trị nội trú tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2020 - tháng 6/2021.

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (N=194)

Đặc điểm bệnh nhân		N	Trung bình	Tỷ lệ (%)
Tuổi (Năm)		194	55,7± 14,4	
Phân nhóm tuổi bệnh nhân nghiên cứu	16 - 45	38		19,6
	45 - 60	75		38,7
	>60	81		41,8
Giới	Nam	132		68
	Nữ	62		32
Đặc điểm địa dư	Thành thị	51		27,3
	Nông thôn	143		73,7
Nơi tiếp nhận bệnh nhân ban đầu	Từ phòng khám	102		52,6
	Từ khoa cấp cứu	92		47,4
Số ngày điều trị nội trú trung bình (ngày)			15,5±12,8	

Phân nhóm số ngày điều trị	=< 7 ngày	36		18,6
	8 - 21 ngày	123		63,4
	>21 ngày	35		18,0
Số lượng Bạch cầu (G/L)		194	13,9 ± 6.8	
CRP.hs (mg/dL)		194	13,2 ± 12,7	

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 55,7 tuổi; trong đó nhóm tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (41,8%). Tỷ lệ bệnh nhân nam gấp đôi nữ. Bệnh nhân đến từ khu vực nông thôn chiếm 73,7%; Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện từ phòng khám và khoa cấp cứu gần tương đương nhau. Số ngày nằm viện điều trị nội trú trung bình tại bệnh viện Bạch Mai là 15,5 ngày với phần lớn bệnh nhân có số ngày nằm viện từ 8 – 21 ngày, chiếm 63,4%. Số lượng bạch cầu trung bình và CRP.hs trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu làn lượt là 13,86 G/L; 13,2 mg/dL

Bảng 2: Phân loại tình trạng bệnh nhân theo chẩn đoán bệnh (N = 194)

	Số bệnh nhân (N)	**Tỷ lệ (%)**
Nhiêm khuẩn khớp	50	25,7
Nhiêm khuẩn phần mềm cạnh khớp	68	34,9
Nhiêm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp	76	39,4

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân bị đồng thời cả nhiêm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp chiếm tỷ lệ cao nhất 39,4% (n= 76).

2. Nhận xét nguyên nhân gây bệnh và một số yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2020- 2021

2.1. Nguyên nhân gây bệnh

Bảng 3: Căn nguyên gây bệnh của nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp

Đặc điểm			**N**	**Tỷ lệ % trong phân nhóm**
Nuôi cấy vi khuẩn dịch khớp (N= 101)	Âm tính		51	50,5
	Dương tính	MRSA	30	60
		MSSA	4	8
		P.Aeruginosa	1	2
		A.Baumanii	1	2
		K.Pneumoniae	1	2
		E.Coli	1	2
		Withmore	3	6
		Vi khuẩn không điển hình	9	18
		Tổng	**50**	**49,5**
Nhuộm BK hoặc PCR lao dịch khớp (N= 101)	Âm tính		99	98
	Dương tính		2	2
Dịch ổ áp xe (N= 120)	Âm tính		68	56,7
	Dương tính	MRSA	33	63,4
		MSSA	4	7,7
		E.coli	3	5,8
		P.Aeruginosa	2	3,9
		A.Baumanii	1	1,9
		K.pneumoniae	2	3,9
		Withmore	3	5,8
		Vi khuẩn không điển hình	4	7,6
		Tổng	**52**	**43,3**
Nhuộm BK hoặc PCR lao dịch ổ áp xe (N = 120)	Âm tính		118	98,3
	Dương tính		2	1,7
Cấy máu (N= 102)	Âm tính		77	75,5
	Dương tính	MRSA	18	72
		MSSA	3	12
		E.coli	1	4
		P.Aeruginosa	0	0
		A.Baumanii	0	0

		Withmore	2	8
		Vi khuẩn không điển hình	1	4
		Tổng	**25**	**24,5**

Nhận xét: Tỷ lệ phân lập được vi khuẩn trong dịch khớp, dịch ổ áp xe và trong máu lần lượt là 49,5% và 43,3%, 24,5%. Căn nguyên chủ yếu do tụ cầu vàng đa kháng với tỷ lệ trong dịch khớp 60%; dịch ổ áp xe 63,5%; trong máu 72%

3.2.3 Các yếu tố nguy cơ gây nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp

Bảng 4: Phân loại đường vào của căn nguyên gây nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp (N= 194)

Đường vào vi khuẩn			**n**	**Tỷ lệ % trong phân nhóm**	**Tỷ lệ (%) chung**
Tìm thấy đường vào rõ ràng	Sau nhiễm trùng da, mô mềm		76	48,1	39,2
	Sau các thủ thuật chuyên khoa cơ xương khớp		67	42,4	34,5
	Có yếu tố đường vào kế cận		41	25,9	21,1
	Sau phẫu thuật thay khớp		15	9,5	7,7
	Sau chấn thương khớp		8	5,1	4,1
	Sau thủ thuật can thiệp y học cổ truyền		5	3,2	2,6
	Có yếu tố nguy cơ bệnh nền liên quan		118	74,7	60,8
	Tổng		158	100	81,4
Không rõ đường vào	Có yếu tố nguy cơ bệnh nền liên quan	Suy giảm miễn dịch hoặc sử dụng các thuốc ƯCMD	14	38,9	7,2
		Đái tháo đường	11	30,6	15,8
		Nghiện rượu	11	30,6	5,6
		Gút	10	27,8	5,2
		Xơ gan	7	19,4	3,6
		Tiền sử nhiễm khuẩn khớp	5	13,9	2,6
		Thoái hóa khớp	4	11,1	2,1
		Viêm khớp dạng thấp	2	5,6	1,0
		Suy thận giai đoạn cuối	2	5,6	1,0
	Không tìm thấy bất kì yếu tố nguy cơ nào		5	13,9	2,6
	Tổng		36	100	18,6

Nhận xét: Đa phần các bệnh nhân nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp đều có yếu tố nguy cơ đường vào rõ ràng, chiếm 81,44% (n= 158), trong đó sau nhiễm trùng da mô mềm chiếm tỷ lệ cao nhất 48,1% (n= 76). Trong nhóm bệnh nhân không rõ yếu tố đường vào, đa phần các bệnh nhân có yếu tố bệnh nền liên quan.

Bảng 5: Tỷ lệ các bệnh lý nền trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu (N= 194)

Bệnh lý	**Số bệnh nhân (N)**	**Tỷ lệ (%)**
Suy giảm miễn dịch hoặc dùng thuốc ức chế miễn dịch	69	35,6
Gút	64	33,0
Đái tháo đường	62	32,0
Nghiện rượu	29	20,1
Thoái hóa khớp	26	13,4
Xơ gan	20	10,3
Tiền sử nhiễm khuẩn khớp	14	7,2
Suy thận giai đoạn cuối	6	3,1
Viêm khớp dạng thấp	10	5,2
Lupus ban đỏ hệ thống	5	2,3
Ung thư	4	2,1
Bệnh mô liên kết hỗn hợp	2	1,0
Viêm khớp cột sống	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm miễn dịch trên bệnh nhân nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp chiếm tỷ lệ cao nhất với 35,6% (n= 69).

IV. BÀN LUẬN

1 Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu. Số lượng bệnh nhân nhập viện bị nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai trong thời gian 10 tháng (8/2020-6/2021) là 194 bệnh nhân. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 55,7 với số lượng bệnh nhân > 60 tuổi chiếm tới 41,8%, cao hơn so với nghiên cứu của Stephen McBride và cộng sự vào năm 2020 với độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 49 tuổi[5], chủ yếu ở giới nam (68%) cho thấy tuổi, giới nằm trong số các yếu tố nguy cơ quan trọng của nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp. Tỷ lệ bệnh nhân đến từ vùng nông thôn là 73,7%. Điều này có

thể liên quan đến tình trạng hạn chế khả năng được tiếp cận với hệ thống y tế chuyên khoa, tâm lý ngại đi khám bệnh và mức độ lạm dụng các thủ thuật can thiệp có tính chuyên khoa như tiêm khớp và phần mềm cạnh khớp cũng như tình trạng lạm dụng corticoid ở các cơ sở và dịch vụ y tế tại địa phương. Vì vậy yếu tố địa lý, xã hội có thể là các nhân tố có mức độ ảnh hưởng quan trọng, góp phần làm tăng nguy cơ nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp. Số ngày nằm viện trung bình của bệnn của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 15,54 ngày với phần lớn bệnh nhân có số ngày điều trị trong nhóm từ 15 – 21 ngày, chiếm tới 62,8%. Kết quả này cho thấy thời gian nằm viện của bệnh nhân nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp là khá dài, đồng nghĩa với việc tăng gánh nặng cho bệnh nhân cũng như hệ thống y tế. Phần lớn các bệnh nhân nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp đều có các xét nghiệm về nhiễm trùng tăng với số lượng bạch cầu trung bình là 13,9 G/L (> 12G/L) và CRP.hs trung bình là 13,2 mg/dl (> 0,5 mg/dL). Các kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Phùng Đức Tâm và cộng sự, được công bố năm 2018 về đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp [2].

2 Nhận xét nguyên nhân và một số yếu tố nguy cơ của nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp tại khoa Cơ xương khớp tại bệnh viện Bạch Mai. Qua nghiên cứu 194 bệnh nhân nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai chúng tôi nhận thấy đa phần các bệnh nhân nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp đều có yếu tố nguy cơ đường vào tương đối rõ ràng, những bệnh nhân không xã định được đường vào rõ ràng phần lớn xảy ra trên những bệnh nhân có bệnh nền, được xem là có nguy cơ nhiễm khuẩn cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2,6% (n=5) bệnh nhân không tìm thấy bất kỳ một yếu tố nguy cơ nào.

Trong nhóm bệnh nhân xác định được yếu tố nguy cơ đường vào, tỷ lệ bệnh nhân có nhiễm trùng da mô mềm trước đó chiếm tỷ lệ cao nhất 39,2% (n= 76). Nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp trên bệnh nhân gút mạn phần lớn là do vỡ hạt tophi chiếm tới 33% (n= 64) trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả này khác biệt rất lớn so với một nghiên cứu của M.Favero và cộng sự được tiến hành năm 2008 trên 49 bệnh nhân nhiễm khuẩn khớp, cho thấy bệnh nhân gút chỉ chiếm 4% [6]. Những phát hiện trong nghiên cứu của chúng tôi có thể gợi ý việc kiểm soát biến chứng nhiễm khuẩn trên bệnh nhân gút mạn ở nước ta là vấn đề cần được quan tâm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 64 bệnh nhân nhiễm khuẩn sau các thủ thuật chuyên khoa cơ xương khớp, chiếm 41,8%, trong đó phần lớn (63/64 trường hợp tương đương với 98,4%) các thủ thuật được thực hiện tại các cơ sở y tế tuyến dưới và y tế tư nhân, so sánh với nghiên cứu năm 2018 của Phùng Đức Tâm và cộng sự với 93,3% các trường hợp nhiễm khuẩn khớp sau thủ thuật chuyên khoa cơ xương khớp được thực hiện tại tuyến y tế cơ sở và y tế tư nhân [2] thì mức độ phổ biến của tình trạng này đã tăng lên. Điều này cho thấy những bất cập liên quan đến các thủ thuật chuyên khoa cơ xương khớp ở các khu vực này vẫn chưa được cải thiện nếu không muốn nói là trầm trọng hơn.

Tỷ lệ bệnh nhân suy giảm miễn dịch và sử dụng các thuốc ức chế miễn dịch, mà phần lớn là corticoid chiếm tỷ lệ cao, 38,9% (n= 14) trong nhóm bệnh nhân không xác định rõ đường vào và 35,6% (n= 69) trong tổng số bệnh nhân nghiên cứu cho thấy đây là một yếu tố nguy cơ quan trọng dẫn đến nhiễm khuẩn. Việc tư vấn giáo dục bệnh nhân tránh lạm dụng thuốc và hạn chế sử dụng glucocorticoid trong điều trị bệnh có thể giúp cải thiện tỷ lệ bệnh nhân nhiễm khuẩn cơ xương khớp liên quan đến nguy cơ này. Đái tháo đường chiếm một tỷ lệ lớn trong nghiên cứu của chúng tôi với 32,0% (n= 62) điều này cũng phù hợp với những khuyến cáo về nguy cơ nhiễm trùng cao ở những bệnh nhân đái tháo đường trong các nghiên cứu trước đây[7]. Mặc dù tỷ lệ thấp hơn, xơ gan và nghiện rượu cũng là các yếu tố được tìm thấy trong nghiên cứu của chúng tôi với tỷ lệ lần lượt là 10,3% (n=24); 20,1% (n=47). Do đó việc hạn chế lạm dụng rượu bia cũng góp phần cải thiện tình trạng nhiễm khuẩn khớp và phần mềm quanh khớp.

V. KẾT LUẬN

Nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp chủ yếu gặp ở những bệnh nhân nam giới, tuổi cao, ở khu vực nông thôn. MRSA là căn nguyên gây bệnh phổ biến nhất. 2 yếu tố nguy cơ quan trọng nhất gây nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp là: Có nhiễm trùng da, mô mềm trước đó; sau thủ thuật chuyên khoa cơ xương khớp. Ngoài ra, tình trạng suy giảm miễn dịch và dùng các thuốc ức chế miễn dịch, gút, đái tháo đường, nghiện rượu, thoái hóa khớp, xơ gan cũng là những yếu tố có thể làm tăng tỷ lệ nhiễm khuẩn khớp và phần mềm cạnh khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ngô Quý Châu (2018)**, Bệnh Học Nội Khoa Tập 2, Nhà xuất bản Y học , 232-242
2. **Phùng Đức Tâm (2019)**, Biến chứng nhiễm khuẩn do tiêm khớp và tiêm phần mềm cạnh khớp tại tuyến dưới được chẩn đoán và điều trị tại khoa Cơ Xương Khớp bệnh viện Bạch Mai, Tạp Chí Học Việt Nam Tháng 5. 2019;478(Số đặc biệt), 191-197.
3. **Mathews CJ, Weston VC, Jones A, Field M, Coakley G (2010)**, Bacterial septic arthritis in adults, The Lancet, 375(9717), 846-855. doi:10.1016/S0140-6736(09)61595-6
4. **Newman JH (1976)**, Review of septic arthritis throughout the antibiotic era, Ann Rheum Dis, 35(3), 198-205. doi:10.1136/ard.35.3.198
5. **McBride S, Mowbray J, Caughey W, et al. Epidemiology (2020)**. Management, and Outcomes of Large and Small Native Joint Septic Arthritis in Adults, Clin Infect Dis;70(2), 271-279. doi:10.1093/cid/ciz265
6. **Favero M, Schiavon F, Riato L, Carraro V, Punzi L (2008),** Rheumatoid arthritis is the major risk factor for septic arthritis in rheumatological settings, Autoimmun Rev,2008;8(1), 59-61. doi:10.1016/j. autrev.2008.07.018
7. **Eun Jin Kim, Kyoung Hwa Ha, Dae Jung Kim, Young Hwa Choi (2019)**, Diabetes and the Risk of Infection, A National Cohort Study, Diabetes Metab J, 43(6). doi:10.4093/dmj.2019.0071

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT BÁN PHẦN CỰC DƯỚI VÀ PHỤC HỒI LƯU THÔNG DẠ DÀY – RUỘT THEO ROUX EN Y TRONG UNG THƯ HANG MÔN VỊ DẠ DÀY

Nguyễn Thanh Thông*, Kim Văn Vụ*

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt bán phần cực dưới và phục hồi lưu thông dạ dày – ruột theo Roux en Y trong ung thư hang môn vị dạ dày tại bệnh viện K từ 6/2019 đến 6/2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả trên 55 bệnh nhân chẩn đoán ung thư hang môn vị tại bệnh viện K từ 6/2019 đến 6/2021 được phẫu thuật cắt bán phần cực dưới và phục hồi lưu thông dạ dày – ruột theo Roux en Y. **Kết quả**: Thời gian nằm viện trung bình là 8,65 ± 2,30 ngày, trong đó thời gian nằm viện của nhóm phẫu thuật nội soi (trung bình 7,36±1,21 ngày) ngắn hơn nhóm mổ mở (trung bình 8,98±2,41 ngày), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0.004). Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ 5,45% (đều là nhiễm trùng vết mổ). Tại thời điểm 6 tháng sau mổ, tỷ lệ viêm miệng nối là 25,45%, tỷ lệ trào ngược là 12,73%, hội chứng Dumping gặp 3,64%, không có trường hợp nào mắc hội chứng Roux. Tỷ lệ bệnh nhân tăng cân trở lại là 83,64%, chất lượng cuộc sống theo thang điểm Spitzer đạt từ 8 điểm trở lên là 90.91%. **Kết luận**: Phục hồi lưu thông dạ dày – ruột theo Roux en Y sau phẫu thuật cắt bán phần cực dưới dạ dày mang lại nhiều lợi ích sau mổ với tỷ lệ biến chứng sớm, biến chứng tại thời điểm 6 tháng sau mổ thấp và chất lượng cuộc sống tốt cho bệnh nhân.

Từ khoá: Ung thư dạ dày, cắt bán phần cực dưới dạ dày, Roux en Y.

**Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Thông
Email: Thongnthmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 21.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 18.8.2021
Ngày duyệt bài: 24.8.2021

SUMMARY

EARLY RESULT OF DISTAL SUBTOTAL GASTRECTOMY AND ROUX EN Y RECONSTRUCTION FOR PYLORICCANCER OF GASTRIC ANTRUM

Objective: To evaluate theearly results of patients who underwent distal subtotal gastrectomy and Roux en Y reconstruction for cancer of gastric antrum. **Patients and methods:** Description study of 55 patientsunderwent distal subtotal gastrectomy and Roux en Y reconstruction for cancer of gastric antrum in Vietnam's National Cancer Hospital from 6/2019 to 6/2021. **Results:** Median length of hospital stay was8,65 ± 2,30 days, with statistically significant shorter in the laparoscopic surgery group (average) is shorter thanopen surgery group (7,36±1,21 days vs 8,98±2,41 days; p=0,004). Three patients (5.45%) experienced early complications,of are wound infections). About late complications at 6 months after surgery, the incidence of remnant gastritis was 25,45%, reflux symptoms was 12,73%, dumping syndrome was 3,64% and there are no cases of Roux syndrome. Fourty-six patients (83.64%)gained weight. 90,91%of patients scored 8 or higher on a 10-point forthe Spitzer Quality of life Index. **Conclusions:** Roux en Y reconstruction after distal subtotal gastrectomy has bringed benefits to patients with low rate of early complications or late complications at 6 months after surgery and good quality of life.

Keywords: Gastric cancer, distal subtotal gastrectomy, Roux en Y.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư dạ dày là một trong các loại ung thư phổ biến trên thế giới cũng như ở Việt Nam và đứng hàng đầu trong ung thư đường tiêu hóa. Theo Globocan 2020, tại Việt Nam, ung thư dạ

dày là nguyên nhân gây tử vong thứ 3 (11,9%) sau ung thư gan,phổi và đứng thứ 4 (9,8%) trong số các trường hợp mới mắc, sau ung thư gan, phổi, vú[1]. Vị trí hay gặp nhất của ung thư dạ dày là 1/3 dưới, tức vùng hang môn vị. Tỷ lệ này ở Mỹ là 45% và ở Việt Nam theo nhiều thống kê có hơn 80%[2]. Cho tới nay, điều trị ung thư dạ dày bằng phẫu thuật vẫn là lựa chọn hàng đầu khi khối u vẫn còn khả năng cắt bỏ. Các phương pháp khác như hóa chất, miễn dịch, xạ trị chỉ được coi là điều trị hỗ trợ tùy thuộc vào tình trạng bệnh nhân và giai đoạn bệnh.

Phục hồi lưu thông tiêu hoá dạ dày-ruột sau phẫu thuật cắt bán phần dạ dày được thực hện bằng nhiều phương pháp khác nhau như Billroth I, Billroth II (Polya hoặc Finsterer), hoặc Roux en Y. Trong khi Billroth I là phương pháp đơn giản và phù hợp sinh lý, thì Billroth II và Roux en Y là sự lựa chọn thay thế khi Billroth I không được chỉ định. Tuy nhiên trong những năm gần đây, đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy sự ảnh hưởng các phương pháp phục hồi lưu thông dạ dày – ruột sau phẫu thuật cắt bán phần cực dưới trong ung thư hang môn vị đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Tại bệnh viện K Trung ương cũng như Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá kết quả của phương pháp phục hồi lưu thông dạ dày-ruột theo kiểu Roux en Y sau phẫu thuật cắt bán phần cực dưới dạ dày chưa được công bố nhiều.

Trên cơ sở lý luận và thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *"Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật cắt bán phần cực dưới và phục hồi lưu thông dạ dày – ruột theo Roux en Y trong ung thư hang môn vị dạ dày tại bệnh viện K từ 6/2019 đến 6/2021".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm. Bệnh nhân chẩn đoán ung thư hang môn vị từ 6/2019đến6/2021 được phẫu thuật cắt bán phần cực dưới và phục hồi lưu thông dạ dày-ruột theo Roux en Ytại bệnh viện K.

2.2. Đối tượng nghiên cứu

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư hang môn vị và phẫu thuật triệt căn theo tiêu chuẩn Hiệp hội Ung thư dạ dày Nhật Bản được phục hồi lưu thông dạ dày ruột theo Roux en Y.

Bệnh nhân được theo dõi sát, đánh giá biến chứng sớm sau mổ và tại thời điểm 6 tháng.

Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đầy đủ.

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Vị trí khối u không thuộc vùng hang môn vị.

Phương pháp phục hồi lưu thông dạ dày – ruột không phải Roux en Y.

Giai đoạn bệnh không thể phẫu thuật triệt căn.

Bệnh nhân có bệnh nền nặng (tim, phổi, gan, thận) hoặc nhóm phẫu thuật cấp cứu

Bệnh nhân hồ sơ không rõ ràng, mất liên lạc hoặc tử vong.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu mô tả, theo dõi dọc và không so sánh.

2.4. Các bước tiến hành

Bước 1: Chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn lựa chọn

Bước 2: Thu thập thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu

-Ghi nhận đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ

-Đánh giá biến chứng sớm sau mổ

-Đánh giá tại thời điểm 6 tháng sau mổ: biến chứng, chất lượng cuộc sống

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Tuổi mắc bệnh trung bình trong nghiên cứu là 57,55 ± 11,12 tuổi, cao tuổi nhất là 85, thấp nhất là 29 tuổi. Bệnh nhân trong độ tuổi 40-60 chiếm tỷ lệ cao nhất (63,64%).

Tỷ lệ nam/nữ= 2,06/1 (chiếm lần lượt 67,27% và 32,73%).

3.2. Thời gian nằm viện. Thời gian nằm viện trung bình là 8,65 ± 2,30 ngày, chủ yếu từ 7-9 ngày (78,18%).

Bảng 3.1. Liên quan thời gian nằm viện và phương pháp phẫu thuật.

PP phẫu thuật	N	Thời gian TB±SD	p
Phẫu thuật nội soi	11	7,36±1,21	0,004 (t-test)
Mổ mở	44	8,98±2,41	
Tổng	**55**		

Nhận xét: Thời gian nằm viện nhóm phẫu thuật nội soi ngắn hơn nhóm mổ mở với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,004).

3.3. Biến chứng sớm sau mổ

Bảng 3.2. Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ

Biến chứng	n	%
Chảy máu	0	0
Rò (miệng nối, mỏm tá)	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	3	5,45
Viêm phổi, nhiễm khuẩn tiết niệu	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng sau mổ gặp 3/55 bệnh nhân (5,45%), tất cả đều là nhiễm trùng vết mổ.

3.4. Đánh giá tại thời điểm 6 tháng sau mổ

Bảng 3.3. Một số biến chứng thường gặp

sau 6 tháng phẫu thuật

Biến chứng	n	%
Trào ngược	7	12,73
Viêm miệng nối	14	25,45
Hội chứng Dumping	2	3,64
Hội chứng Roux	0	0

Nhận xét: Một số biến chứng gặp phải: viêm miệng nối (25,45%), trào ngược 12,73%, hội chứng Dumping (3,64%). Không có bệnh nhân nào mắc hội chứng Roux.

Bảng 3.4. Cân nặng và Chất lượng cuộc sống sau phẫu thuật

Đặc Điểm	n	%
Cân nặng: Tăng	46	83,64
Ổn định	7	12,73
Giảm	2	3,63
Chỉ số Spitzer: 0-5	0	0
5-7	5	9,09
8-10	50	90.91

Nhận xét: Đa số bệnh nhân phục hồi cân nặng tốt sau mổ (83,64%) và đạt chất lượng cuộc sống theo thang điểm Spitzer cao (8-10 điểm) chiếm tỷ lệ 90,91%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 57,55 ± 11,12. Tỷ lệ nam/nữ = 2,06/1. Kết quả này tương tự với các tác giả Nguyễn Văn Lượng, Chang In Choi[3, 4].

Thời gian nằm viện trung bình là 8,65 ± 2,30 ngày. So sánh với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi là tương đương[2,3, 4, 5]. Khi phân tích liên quan thời gian nằm viện và phương pháp phẫu thuật chúng tôi nhận thấy, nhóm bệnh nhân được phẫu thuật nội soi có thời gian nằm viện trung bình (7,36±1,21 ngày) ngắn hơn nhóm mổ mở (8,98±2,41 ngày), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với p=0.004). Tỷ lệ biến chứng sớm sau mổ là 5,45%. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Lượng (4,8%), Chang In Choi và cộng sự (2,5%)[3, 4].

Tỷ lệ viêm miệng nối sau mổ gặp 25,45% là cao hơn ở nhóm Roux en Y củacác nghiên cứu Đặng Vĩnh Dũng, Nguyễn Văn Lượng, Jimmy Bok-Yan So17,2%, 18,9%, 16,05%[2,3,6]. Hội chứng Dumping gặp 3,64%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Đặng Vĩnh Dũng (5.2%), Long Hai Cui (3.2%) và thấp hơn so với y văn kinh điển trước đây. Tỷ lệ trào ngược là 12,73%. Không có trường hợp nào biểu hiện của hội chứng Roux. Tỷ lệ trào ngược và hội chứng Roux ở nhóm Roux en Y lần lượt trong các nghiên cứu Đặng Vĩnh Dũnglà 5,2% và 17,2% (quai Roux 50cm), Nguyễn Văn Lượnglà 13,2% và 7,5% (quai Roux 40-45cm), Chang In Choi là 30% và 0% (quai Roux 35cm), Jimmy Bok-Yan So là 2,47% và 13,58% (quai Roux 40cm) và của Long Hai Cui với trào ngược là 17,2%[2, 3,4,5,6]. Khi so sánh các kết quả trên chúng tôi thấy rằng tỷ lệ gặp biến chứng trào ngược và hội chứng Roux giữa các nghiên cứu là không giống nhau. Sự khác biệt này có thể là do chiều dài quai Roux được mỗi tác giả lựa chọn trong kỹ thuật phục hồi lưu thông dạ dày-ruột ở các nghiên cứu là khác nhau, với quai Roux càng dài, tỷ lệ gặp trào ngược thấp hơn đồng thời tỷ lệ mắc hội chứng Roux sẽ cao hơn. Kết quả này phù hợp với tổng kết Y văn thế giới của Gustavson, chiều dài trung bình của quai Roux ở những bệnh nhân có hội chứng Roux sau mổ là 41-50cm, so với 38-40cm ở những bệnh nhân không có hội chứng ứ đọng Roux[7].

Đa số bệnh nhân phục hồi cân nặng tốt sau mổ (83,64%). Mặc dùtrào ngược gặp 12,73% nhưng chủ yếu biểu hiện nhẹ, ít ảnh hưởngđến ăn uống của bệnh nhân. Kết quả này tương tự với nghiên cứu Đặng Vĩnh Dũng (92,3%), Long Hai Cui (90,3%)[2,5]. Chấtl ượng cuộc sống sau mổ theo thang điểm Spitzer cao (8-10 điểm) chiếm 90,91%. Chỉ số Spitzer càng cao thì chất lượng cuộc sống càng cải thiện. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Đặng Vĩnh Dũng (89,6%), Nguyễn Văn Lượng (90,2%) và các nghiên cứu nước ngoài khác như Long Hai Cui (90,3%)[2, 3, 5].

V. KẾT LUẬN

Phục hồi lưu thông dạ dày – ruột theo Roux en Y sau phẫu thuật cắt bán phần cực dưới dạ dày mang lại nhiều lợi ích sau mổ cho bệnh nhân, đặc biệt nhóm được phẫu thuật nội soi với thời gian nằm viện ngắn, tỷ lệ biến chứng sớm, biến chứng tại thời điểm 6 tháng sau mổ thấp và chất lượng cuộc sống tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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.
2. **Đặng Vĩnh Dũng.** Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp phục hồi lưu thông dạ dày - ruột theo Roux en Y & Billroth II trong phẫu thuật cắt đoạn dạ dày ung thư. Luận án Tiến sỹ y học. Thư viện Quốc Gia. 2011; 3; 6-15.
3. **Nguyễn Văn Lượng.** Nghiên cứu ứng dụng miệng nối Roux-en-y cải tiến sau cắt đoạn dạ dày cực dưới để điều trị loét dạ dày - tá tràng và ung thư dạ dày. Luận án Tiến sỹ y học. Thư viện Quốc

Gia. 2007; 4: 15-24.
4. **In Choi C, Baek DH, Lee SH, et al.** Comparison Between Billroth-II with Braun and Roux-en-Y Reconstruction After Laparoscopic Distal Gastrectomy. J Gastrointest Surg. 2016;20(6): 1083-1090. doi:10.1007/s11605-016-3138-7.
5. **Cui L-H, Son S-Y, Shin H-J, et al**. Billroth II with Braun Enteroenterostomy Is a Good Alternative Reconstruction to Roux-en-Y Gastrojejunostomy in Laparoscopic Distal Gastrectomy. Gastroenterol Res Pract. 2017;27(7):1803851. doi:10.1155/2017/1803851.
6. **So JB-Y, Rao J, Wong AS-Y, et al.** Roux-en-Y or Billroth II Reconstruction After Radical Distal Gastrectomy for Gastric Cancer: A Multicenter Randomized Controlled Trial. Ann Surg. 2018;267(2):236-242. doi:10.1097/SLA.0000000000002229.
7. **Gustavsson S, Ilstrup DM, Morrison P, Kelly KA.** Roux-Y stasis syndrome after gastrectomy. Am J Surg. 1988;155(3):490-494. doi:10.1016/s0002-9610(88)80120-x.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐƯỜNG NÁCH VÚ TRONG ĐIỀU TRỊ U TUYẾN GIÁP LÀNH TÍNH TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Xuân Hậu*, Nguyễn Xuân Hiền*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đường nách vú trong điều trị u tuyến giáp lành tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp**: Nghiên cứu mô tả hồi cứu - tiến cứu trên 33 bệnh nhân chẩn đoán u tuyến giáp lành tính được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 06/2020 đến 06/2021**. Kết quả:** Trung bình là 33,8± 9,8 tuổi, 100% nữ giới; tỷ lệ 1 u trên lâm sàng 84,8%, u thùy phải 59,0%, kích thước u trung bình 25,4±12,3mm. Trên siêu âm, u TIRADS 3 chiếm 66,7%. Giải phẫu bệnh sau mổ bướu giáp keo chiếm 72,7%. Cắt thuỳ tuyến giáp ở 97% trường hợp. Thời gian mổ trung bình 45±7 phút; thời gian hậu phẫu 5±0,9 ngày. Nói khàn tạm thời chiếm 3%; tê bì, giảm cảm giác da chiếm 12,1%. 94% phẫu thuật được xếp loại tốt, 97% bệnh nhân đánh giá hài lòng về kết quả phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi đường nách vú trong điều trị u tuyến giáp lành tính tương đối an toàn, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp và đạt thẩm mỹ cao.

Từ khóa: U giáp trạng, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

RESULTS OF ENDOSCOPIC THYROIDECTOMY VIA UNILATERAL AXILLO-BREAST APPROACH IN TREATMENT OF BENIGN THYROID NODULE AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Evaluate the early results of endoscopic thyroidectomy via unilateral axillo-breast approach (UABA) in the treatment of benign thyroid tumor at Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and Methods:** Descriptive retrospective studies 33 patients with benign thyroid tumors were treated by UABA at Hanoi Medical University Hospital from 6/2020 to 06/2021. **Results:** Mean of age was 38.2±9.8 years. All patients were female. The solitary tumor occults 93.3%, the thyroid tumors in the right lobe were 59,0%, the average tumor size was 25.4±12.3mm. The tumors classified into TIRADS 3 by ultrasound was 66,7%. Most common pathology was colloid goitre accounting for 72,7%. Lobectomy was applied in 97% cases. The mean operating time was 45±7 minutes, the mean hospitalization was 5±0.9 days. The hoarseness was presented in 1 patient (3%). A patient developed numbness in the anterior cervical region which occults 3%. 94% cases were calssified into good group and 97% patients were satisfied with cosmetic outcomes of UABA. **Conclusions:** Endoscopic thyroidectomy via unilateral axillo-breast approach was safe, and achived good cosmetic outcomes.

Key words: Thyroid nodule, endoscopy thyroidectomy, UABA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U giáp trạng là bệnh lý phổ biến nhất của tuyến nội tiết. Theo tổ chức y tế thế giới, tỷ lệ mắc u giáp trạng là 12%. Nữ giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn nam giới, tỷ lệ nữ/ nam là 4/1. Chẩn đoán dựa vào lâm sàng kết hợp với siêu âm vùng cổ và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ khối u.

Phẫu thuật là phương pháp quan trọng nhất điều trị khối u giáp trạng. Hiện nay có hai phương pháp phẫu thuật là mổ mở và mổ nội soi. Trong đó, phẫu thuật nội soi ngày càng được áp dụng rộng rãi.

Tại Việt Nam, nhiều phương pháp phẫu thuật nội soi đã được áp dụng như phẫu thuật nội soi đường miệng, phẫu thuật nội soi đường nách – vú. Phẫu thuật nội soi đường nách – vú với những ưu điểm riêng do đó ngày nay vẫn được áp dụng trong điều trị bệnh lý u tuyến giáp. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi đường nách vú trong điều trị u tuyến giáp lành tính tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

**Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu
Email: nguyenxuanhau@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 18.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 16.8.2021
Ngày duyệt bài: 23.8.2021

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 33 bệnh nhân chẩn đoán u giáp trạng lành tính được phẫu thuật nội soi tuyến giáp tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Thời gian thực hiện nghiên cứu từ tháng 6/2020 đến tháng 6 năm 2021.

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.

• Bệnh nhân u tuyến giáp chẩn đoán trước mổ lành tính dựa vào siêu âm vùng cổ và tế bào học qua chọc hút bằng kim nhỏ (Chọc 2 lần, cách nhau ít nhất 1 tháng)

• Chọn u:

✓ Trường hợp một u: Kích thước lớn nhất của u ≤5 cm.

✓ Trường hợp nhiều u: Các u ở một thùy hoặc một thùy và eo giáp, kích thước thùy giáp < 6 cm.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

• Tiền sử phẫu thuật, xạ trị vùng cổ.

• Tình trạng viêm cấp tính toàn thân hoặc tại tuyến giáp, tuyến vú bên phẫu thuật.

• Có chống chỉ định chung của phẫu thuật, gây mê hồi sức: bất thường chức năng đông máu, bệnh mạn tính toàn thân, thể trạng kém.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

3. Phương pháp thu thập số liệu

3.1. Đặc điểm lâm sàng: Tuổi; giới; lý do vào viện; khám u: vị trí u (thùy phải, thùy trái, eo), số lượng u, kích thước u (cm), mật độ u (mềm hay cứng, chắc), ranh giới u (rõ hay không rõ), di động u (có hay không có di động).

3.2. Cận lâm sàng: Siêu âm tuyến giáp đánh giá: số lượng u, phân loại TIRADS; vị trí u (thùy phải, thùy trái, eo), kích thước u.

3.3. Phương pháp phẫu thuật nội soi tuyến giáp đường nách vú 1 bên

✓ Phương pháp vô cảm: mê nội khí quản

✓ Dụng cụ phẫu thuật: Dàn máy nội soi, dụng cụ nội soi, dao siêu âm nội soi, dao điện.

✓ Tư thế bệnh nhân: Bệnh nhân nằm ngửa, kê gối vai ngửa cổ tối đa, cổ quay về phía thùy giáp lành. Tay cùng bên dạng tối đa để bộc lộ rõ vùng hố nách, tay đối diện dạng vuông góc thân mình.

✓ Các bước phẫu thuật:

• Đặt troca: Troca 10 được đặt tại đường nách giữa mang với bờ trên tuyến vú, 1 troca 5 đặt ở rãnh delta ngực cùng bên, 1 troca 5 đặt ở quầng vú cùng bên.

• Tạo khoang phẫu thuật: Dùng đơn cực bóc tách lớp dưới da vùng ngực đến vùng cổ đến ngang sụn giáp, sang hai bên đến cơ ức đòn chũm.

• Tách cơ vào tuyến giáp: Tách bờ trước cơ ức đòn chũm ra ngoài, cơ vai móng lên trên ra ngoài, tách dọc cơ ức giáp để vào tuyến giáp.

• Đánh giá tổn thương để đưa ra hướng phẫu thuật: Cắt thùy giáp, lấy u giáp trạng, cắt thuỳ và eo tuyến giáp.

• Chú ý trước khi cắt thùy giáp bộc lộ rõ thần kinh quặt ngược và tuyến cận giáp để bảo tồn.

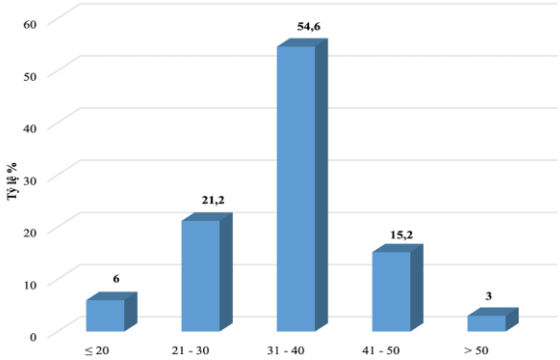
• Kiểm tra và lấy bệnh phẩm

✓ Các chỉ số phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật, thời gian hậu phẫu, số ngày rút dẫn lưu; tai biến, biến chứng: khàn tiếng, chảy máu, tê bì vùng ngực, nhiễm trùng. Đánh giá kết quả sau 1 tháng.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

Tuổi



Biểu đồ 1. Phân chia nhóm tuổi

Tuổi trung bình là 34,5±9,8 tuổi, nhóm 31 – 40 tuổi hay gặp nhất chiếm 54,6%

Giới: Tất cả bệnh nhân đều là nữ giới

Lý do vào viện: Sờ thấy u hay gặp nhất 69,7%.

Đặc điểm u trên lâm sàng: 93,9% số bệnh nhân khám có thể sờ thấy u trên lâm sàng. Trong số các bệnh nhân này, tất cả các u sờ thấy đều có mật độ mềm, ranh giới rõ với xung quanh và di động theo nhịp nuốt.

Siêu âm

Bảng 1. Đặc điểm u qua siêu âm

Đặc điểm u		Số u	Tỷ lệ %
Vị trí	Thùy trái	15	38,5
	Thùy Phải	23	59,0
	Eo	1	2,5
Tổng		**39**	**100**
Thành phần	Dịch	11	28,2
	Hỗn hợp	20	51,3
	Đặc	8	20,5
Tổng		**39**	**100**

Về số lượng u: số bệnh nhân có một u chiếm 84,8%, trái lại, bệnh nhân đa u chiếm 15,2%. Về phân loại TIRADS 2011, các khối u xếp loại TIRADS 3 chiếm tỷ lệ 66,7%; các khối u xếp loại

TIRADS 4a chiếm 24,2%. Về kích thước u: kích thước u trung bình là 25,4±12,3 (7-52)mm; nhóm u có kích thước từ 2 đến 4 cm chiếm tỷ lệ cao nhất 19/39, chiếm 48,7%.

3.2. Điều trị

Thời gian và phương pháp phẫu thuật. Thời gian mổ trung bình là 45,5±7 (40-65) phút

Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật

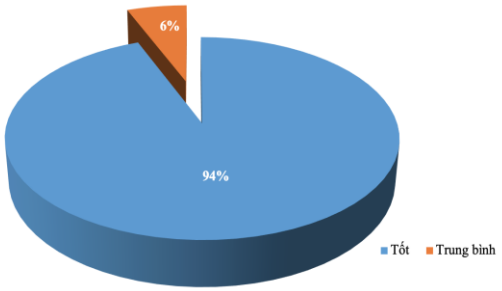
		n	Tỷ lệ (%)
PPPT	Cắt thùy	32	97
	Cắt thùy và eo	1	3

Thời gian nằm viện và rút dẫn lưu

Bảng 3. Thời gian rút dẫn lưu và nằm viện

Tham số	Trung bình	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
Ngày dẫn lưu	4,8 ± 0,9	3	7
Ngày nằm viện	5,0 ± 0,9	3	7

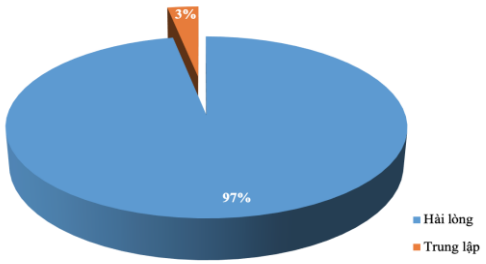
Kết quả phẫu thuật



Biểu đồ 2. Kết quả phẫu thuật

Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Khàn tiếng tạm thời	01	3
Hạ canxi huyết	0	0
Nuốt vướng	01	3
Tê bì, giảm cảm giác da	4	12,1



Biểu đồ 3. *Mức độ hài lòng thẩm mỹ sau mổ*

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi, giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình 34,46±9,8 tuổi, nhỏ nhất là 20 tuổi và cao nhất là 54 tuổi. Kết quả này thấp hơn với nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2001), lứa tuổi 21-60 tuổi là 76,6% [1]. Có thể giải thích cho sự khác nhau này là do trong nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn bệnh nhân trẻ tuổi, nhu cầu thẩm mỹ cao đảm bảo vai trò nổi trội của phẫu thuật nội soi.

Tỷ lệ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả bệnh nhân đều là nữ giới. Kết quả này cũng giống nghiên cứu của Nguyễn Quốc Bảo (2010), tỉ lệ ung thư giáp trạng ở nam giới khoảng 1,8/100.000 dân, ở nữ khoảng 5,6/100.000 dân [2]. Nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2002), tỷ lệ nữ/nam là 2,5/1[1]. Các nghiên cứu nước ngoài cũng cho thấy tỷ lệ nữ mắc bệnh cao hơn như tại Hàn Quốc trên 1616 trường hợp chỉ có 71 trường hợp là nam giới [3]. Trong 173 trường hợp mổ nội soi tuyến giáp đầu tiên tại bệnh viện nội tiết trung ương chỉ có 10 bệnh nhân nam [4].

Triệu chứng lâm sàng. Đa số bệnh nhân đến viện với lý do xuất hiện u giáp đơn thuần chiếm tỷ lệ cao nhất (69,7%), kết quả này tương tự nghiên cứu của Lê Văn Quảng (2002) trên 308 bệnh nhân ung thư giáp trạng được điều trị tại Bệnh viện K, có 68,5% trường hợp là triệu chứng u giáp. Theo tác giả Hershman và Blahd (2005), tỉ lệ bệnh nhân đến viện có tới 15,2% là chỉ tình cờ phát hiện qua khám sức khỏe.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 93,9% bệnh nhân có u giáp trên lâm sàng. Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của tác giả Đinh Xuân Cường (2010) là 96,4% [5].

Siêu âm tuyến giáp. Trong nghiên cứu của chúng tôi siêu âm phát hiện được 100% có u tuyến giáp, trong đó tỷ lệ một u đơn độc là 84,8%. Tỷ lệ gặp u ở thùy phải nhiều nhất chiếm 59%. Kích thước u trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,4±12,3mm. Hiện nay, tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội đang áp dụng phương pháp đánh giá kết quả siêu âm tuyến giáp theo TIRADS, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ gặp nhiều nhất là TIRADS 3 với 66,7%. Dựa vào phân loại theo TIRADS, người ta ước tính được nguy cơ ác tính của khối u tuyến giáp (ví dụ: TIRADS 4a là 20%, 4b là 40%, 4c là 60%...).

4.2. Kết quả điều trị

Phương pháp phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật cắt thùy giáp chứa khối u chiếm 97,0%. Có 1 bệnh nhân được cắt thùy và eo giáp trạng. Sở dĩ chúng tôi phẫu thuật cắt cả eo tuyến giáp là do trong một số trường hợp u nằm ở vị trí sát eo giáp trạng.

Thời gian phẫu thuật và thời gian hậu phẫu, thời gian rút dẫn lưu. Thời gian phẫu

thuật trung bình là 45,5±7 phút, thời gian hậu phẫu trung bình là 4,8±0,9 ngày. Thời gian nằm viện trung bình 5,0±0,9 ngày. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của Trần Ngọc Lương [6] là 40 phút.

Biến chứng sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3% bệnh nhân bị khàn tiếng tạm thời sau mổ. Ngoài ra có 1 bệnh nhân xuất hiện nuốt vướng sau mổ. 12,1% bệnh nhân xuất hiện tê bì, giảm cảm giác da vùng cổ. Kết quả phẫu thuật tốt ở 94% trường hợp, 97% bệnh nhân hài lòng về kết quả thẩm mỹ sau mổ. Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu trước đó của Trần Ngọc Lương [6], Nguyễn Xuân Hậu [7].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi đường nách vú trong điều trị u tuyến giáp lành tính tương đối an toàn, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp và đạt thẩm mỹ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Văn Quảng (2002).** "Nhận xét đặc điểm lâm sàng và các phương pháp điều trị ung thư tuyến giáp tại Bệnh viện K từ năm 1992 - 2000". Tạp chí Y học, số (431), 323 - 326.
2. **Nguyễn Quốc Bảo (2010).** Ung thư tuyến giáp. Điều trị phẫu thuật bệnh ung thư 2010. Nhà xuất bản y học, trang 92-113.
3. **Bae, Gia Seong MD; Cho, Young Up MD, Sung, Gi Young MD et al (2008).** The current status of endoscopic Thyroidectomy in Korea. Surgical laparoscopy, endoscopy and percutaneous techniques: June 2008 – Volume 18- Issue 3- pp231-235.
4. **Trần Ngọc Lương, Trần Đoàn Kết, Tạ Văn Bình (2004).** Phẫu thuật tuyến giáp bằng kỹ thuật nội soi: một số nhận xét về kỹ thuật và chỉ định mổ. Tạp chí y học thực hành số 491/2004, trang 366-373.
5. **Đinh Xuân Cường (2004).** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và kết quả điều trị phẫu thuật ung thư tuyến giáp tại bệnh viện K". Luận văn thạc sĩ y học, Hà Nội, 33 – 48.
6. **Trần Ngọc Lương (2011).** Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị bướu giáp lành tính. Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt Nam – tập 1 năm 2011, số 2 trang 20-24.
7. **Nguyen X.H., Nguyen X.H., Mai T.K.N. và cộng sự. (2019).** Feasibility and Safety of Endoscopic Thyroidectomy Via a Unilateral Axillobreast Approach for Unilateral Benign Thyroid Tumor in Vietnam. Surg Laparosc Endosc Percutan Tech, 29(6), 447–450.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HÓA TRỊ PHÁC ĐỒ CÓ PEMETREXED TRONG UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIB-IV TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Lê Viết Nam*, Phạm Cẩm Phương*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả hóa trị phác đồ có Pemetrexed ở bệnh nhân ung phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 63 bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn IIIB-IV được điều trị hóa chất phác đồ có pemetrexed tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 61,5 ±7,2; tuổi lớn nhất: 74; Tỷ lệ nam/nữ: 1,75/1; 76,3% bệnh nhân đạt được đáp ứng cơ năng; trong đó có 16,9% đáp ứng hoàn toàn; Đáp ứng thực thể: 38,1% đáp ứng một phần, 39,1% bệnh ổn định, 20,6% bệnh tiến triển và có 1 bệnh nhân đáp ứng hoàn toàn; Trung vị thời gian sống không bệnh tiến triển là 8,2 tháng (CI 95%: 7,1-9,5); trung vị thời gian sống thêm toàn bộ là 16,0 tháng; (CI 95%: 14,2 – 17,8); Tình trạng toàn thân theo ECOG tốt cải thiện tỷ lệ đáp ứng, kéo dài thời gian sống thêm không bệnh tiến triển và thời gian sống thêm toàn bộ. **Kết luận:** Điều trị ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB-IV bằng phác đồ hóa chất có pemetrexed giúp cải thiện tỷ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm.

Từ khóa: Pemetrexed, ung thư phổi không tế bào nhỏ

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF CHEMOTHERAPY WITH PEMETREXED REGIME IN STAGE IIIB-IV NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of chemotherapy with pemetrexed in stage IIIB-IV non-small cell lung cancer at Bach Mai Hospital. **Subjects and Methods:** A retrospective and prospective descriptive study on 63 adenocarcinoma lung cancer patients with stage IIIB-IV who received chemotherapy with pemetrexed at Bach Mai Hospital since June 2018 to June 2021. **Results:** Mean age: 61.5 ±7.2; the oldest patient: 74; male/female ratio: 1.75/1; 76,3% of patients achieve clinical symptoms response; of which 16,9% respond completely; Ratio

**Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Viết Nam
Email: vietnamhmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 17.8.2021
Ngày duyệt bài: 24.8.2021

response: 38.1% partial response, 39.1% stable disease, 20.6% progressive disease and 1 patient complete response; Median progression-free survival was 8.2 months (CI 95%: 7.1-9.5); median overall survival was 16,0 months; (CI 95%: 14.2 17.8); Good performance status (ECOG) improves response rates, prolongs progression-free survival and overall survival. **Conclusion:** Treatment of stage IIIB-IV adenocarcinoma lung cancer with chemotherapy with pemetrexed improves response rate and survival time.

Keyword: pemetrexed, non-small cell lung cancer.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi (UTP) là loại ung thư phổ biến và là nguyên nhân gây tử vong do ung thư thường gặp nhất. Theo GLOBOCAN 2020, năm 2020 có 2.206.771 người mắc mới (chiếm 11,4%) và 1.796.144 người tử vong do ung thư phổi (chiếm 18%) [1]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị nhưng tỷ lệ sống thêm 5 năm với bệnh nhân ung thư phổi chỉ chiếm 4-17% tùy theo giai đoạn và sự khác biệt khu vực. Tại Việt Nam, tỷ lệ tử vong hàng năm do UTP là 23.797 ca chiếm 19,4% số ca tử vong do ung thư nói chung [1]. Triệu chứng sớm của UTP rất nghèo nàn và ít đặc hiệu, khi có biểu hiện lâm sàng thì đa số bệnh đã ở giai đoạn muộn không còn khả năng điều trị triệt căn. Cho đến nay, mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị nhóm bệnh nhân này nhưng hóa chất vẫn đóng vai trò quan trọng trong điều trị UTP, đặc biệt ở những bệnh nhân không biết hoặc có tình trạng đột biến gen EGFR âm tính, ALK âm tính, ROS 1 âm tính và PD-L1 âm tính. Hóa trị với bộ đôi có platunim kết hợp với 1 một tác nhân thế hệ thứ 3 (pemetrexed, docetacel, gemcitabine, vinorenbine) được coi là phác đồ tiêu chuẩn [2]. Pemetrexed là một thuốc kháng folate thế hệ sau, có hiệu lực mạnh hơn và hoạt tính chống khối u mạnh hơn 5-FU, metrotrexate hoặc raltitrexed. Tại Bệnh viện Bạch Mai, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về kết quả cũng như mức độ an toàn của phác đồ có pemetrexed trong điều trị bước 1 ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn muộn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành làm đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả hóa trị phác đồ có Pemetrexed ở bệnh nhân ung phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV tại Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 63 bệnh nhân được chẩn đoán là ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn IIIB-IV được điều trị hóa chất phác đồ có Pemetrexed tại Trung tâm Y học hạt nhân & Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 6/2018 đến tháng 6/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: - Chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB-IV (Theo phân loại của AJCC năm 2017) [3].

- Có kết quả mô bệnh học là ung thư phổi loại biểu mô tuyến
- Không có đột biến gen EGFR, ALK, ROS 1, BRAF hoặc không biết hoặc dương tính nhưng bệnh nhân từ chối điều trị đích
- Chỉ số toàn trạng (PS: Performance Status) ≤ 2
- Có các tổn thương đích để có thể đánh giá đáp ứng theo tiêu chuẩn RECIST
- Chức năng tủy xương, gan, thận trong giới hạn bình thường
- Không mắc các bệnh cấp tính, mạn tính trầm trọng trong thời gian gần
- Điều trị tối thiểu 3 đợt hóa chất có pemetrexed

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân chẩn đoán ung thư biểu mô tế bào vảy, ung thư biểu mô tế bào nhỏ.
- Dị ứng với các thuốc điều trị: pemetrexed, carboplatin, cisplatin
- Mắc các bệnh lý cấp tính trầm trọng đe dọa tính mạng

Các bước tiến hành nghiên cứu:

- Thu nhân các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ tham gia nghiên cứu
- Thu thập các thông tin lâm sàng, cận lâm sàng trước điều trị: Tuổi, giới, Tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào, lí do vào viện, các triệu chứng lâm sàng, chỉ số toàn trạng theo ECOG, đặc điểm về khối u nguyên phát, hạch vùng, di căn, các chất chỉ điểm khối u: CEA, Cyfra 21-1 trong huyết thanh.
- Tiến hành điều trị hóa chất một trong hai loại phác đồ: Phác đồ pemetrexed–carboplatin: Pemetrexed 500 mg/m^2 da truyền tĩnh mạch ngày 1; Carboplatin AUC = 5 truyền tĩnh mạch ngày 1; Chu kỳ 21 ngày.

Phác đồ pemetrexed – cisplatin: Pemetrexed 500 mg/m^2 da truyền tĩnh mạch ngày 1; Cisplatin 75 mg/m^2 da truyền tĩnh mạch ngày 1; Chu kỳ 21 ngày.

- Đánh giá kết quả điều trị sau 3 đợt và 6 đợt điều trj:

+ Đáp ứng cơ năng: đánh giá theo tiêu chuẩn của WHO.

+ Đáp ứng thực thể: đánh giá theo tiêu chuẩn RECIST 1.1

+ Đánh giá thời gian sống thêm: thời gian sống không bệnh tiến triển, thời gian sống thêm toàn bộ

+ Đánh giá tác dụng không mong muốn của phác đồ theo tiêu chuẩn đánh giá độc tính

CTCAE 5.0

- Phân tích và xử lý số liệu bằng phân mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

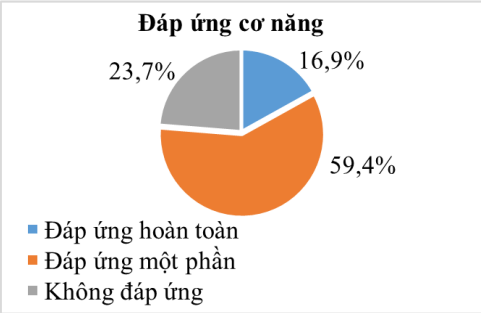
3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân (n=63)		Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Tuổi	Trung bình: 61,5 ±7,2; lớn nhất: 74; thấp nhất: 47		
Giới	Nam	40	63,5
	Nữ	23	36,5
Hút thuốc	Có	30	47,6
	Không	33	52,4
Điểm ECOG	0	23	36,5
	1	31	49,2
	2	9	14,3
Số chu kỳ hóa chất	3	1	1,6
	4	18	28,6
	6	44	69,8
CEA (ng/ml)	≤ 5,0 ng/ml	21	33,3
	>5,0 ng/ml	42	66,7

Nhận xét: Tuổi trung bình 61,5; tỷ lệ nam/nữ: 1,75/1; Đa số bệnh nhân có thể trạng tốt: ECOG≤1 (85,7%); 66,7% bệnh nhân có tăng CEA huyết thanh

3.2. Đánh giá đáp ứng cơ năng



Biểu đồ 1: Tỷ lệ đáp ứng cơ năng

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân cải thiện triệu chứng cơ năng là 76,3% trong đó có 16,9% bệnh nhân hết hoàn toàn các triệu chứng lâm sang.

3.3. Đáp ứng thực thể theo tiêu chuẩn RECIST 1.1

Bảng 2: Tỷ lệ đáp ứng thực thể

Đáp ứng thực thể	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Đáp ứng hoàn toàn	1	1,6
Đáp ứng một phần	24	38,1
Bệnh ổn định	25	39,7
Bệnh tiến triển	13	20,6
Tổng số	**63**	**100**

Nhận xét: 25/63 bệnh nhân đạt đáp ứng toàn bộ theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, trong đó có 1 bệnh nhân đạt được đáp ứng hoàn toàn. Có 20,6% bệnh nhân tiến triển sau điều trị.

Bảng 3: Đánh giá đáp ứng thực thể với một số yếu tố liên quan

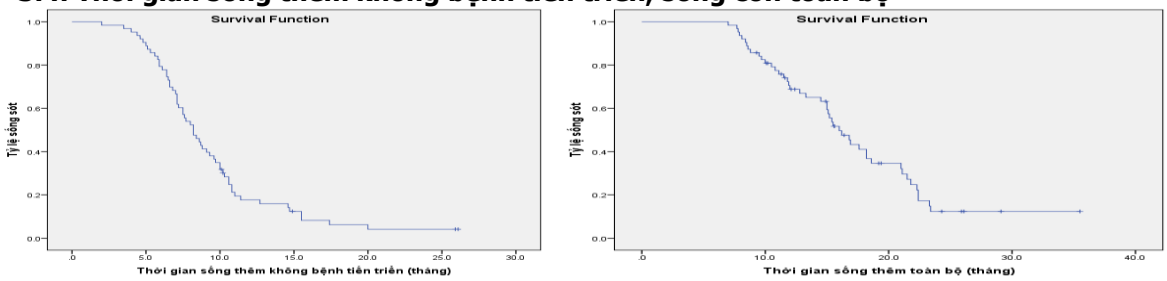
		Đáp ứng		Bệnh ổn định		Bệnh tiến tiến		Tổng (n)	p
		n	%	n	%	n	%		
Giới tính	Nam	18	45,0	14	35,0	8	20,0	40	0,495
	Nữ	7	30,4	11	47,8	5	21,8	23	
ECOG	0	15	65,2	8	34,8	0	0	23	< 0,001
	1	8	25,8	16	51,6	7	22,6	31	
	2	2	22,2	1	11,1	6	66,7	9	
Tuổi	< 60 tuổi	10	34,5	12	41,4	7	24,1	29	0,696
	>60 tuổi	15	44,1	13	38,2	6	17,7	34	

Nhận xét: Tỷ lệ đáp ứng của nam cao hơn ở nữ (45,0% so với 30,4%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p=0,495)

Bệnh nhân có chỉ số toàn trạng tốt có tỷ lệ đáp ứng cao hơn, với điểm chỉ số toàn trạng ECOG 0,1,2 tương ứng là: 65,2%; 25,8%; 22,2% (p<0,001)

Không có sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng khách quan theo tuổi bệnh nhân.

3.4. Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển, sống còn toàn bộ

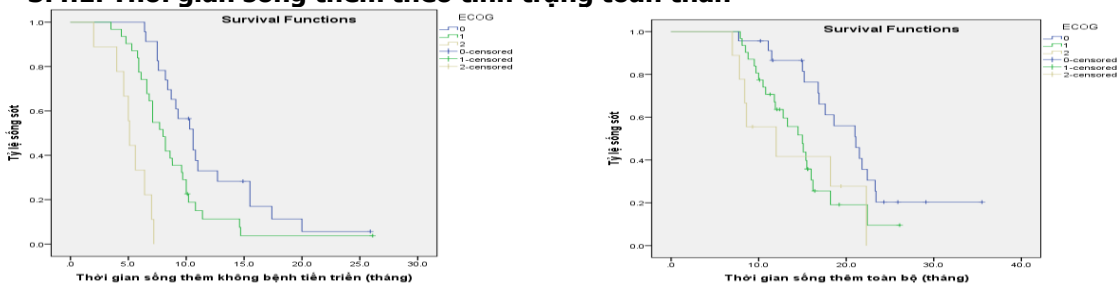


Biểu đồ 2: Thời gian sống thêm

- Thời gian sống không bệnh tiến triển trung bình là: 9,4±0,6 tháng, trung vị là 8,2 tháng (CI 95%: 7,1-9,5). Tỷ lệ sống không bệnh tiến triển sau 6 tháng là: 77,8%; sau 12 tháng là: 17,7%

- Thời gian sống thêm toàn bộ trung bình: 17,8 ± 1,1 tháng; trung vị là 16,0 tháng; (CI 95%: 14,2 – 17,8). Tỷ lệ sống còn sau 12 tháng là 68,8%; sau 24 tháng là 12,4%.

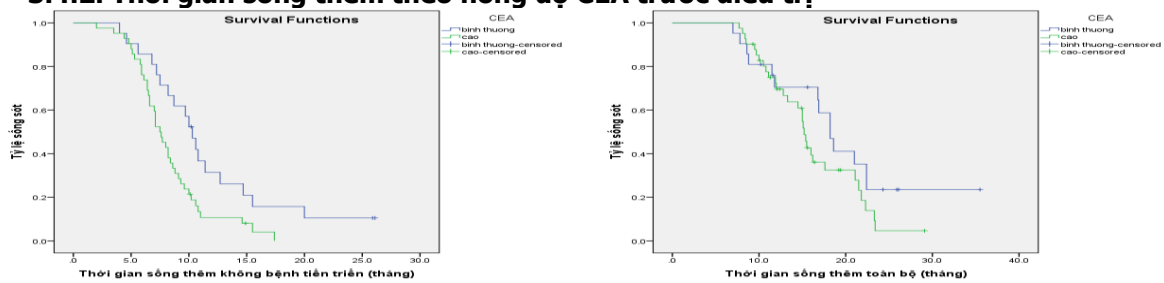
3.4.1. Thời gian sống thêm theo tình trạng toàn thân



Biểu đồ 3: Thời gian sống thêm theo chỉ số toàn trạng

Cả thời gian sống không bệnh tiến triển và sống thêm toàn bộ ở nhóm thể trạng tốt (ECOG ≤1) cao hơn ở nhóm thể trạng kém có ý nghĩa thống kê với p<0,05

3.4.2. Thời gian sống thêm theo nồng độ CEA trước điều trị

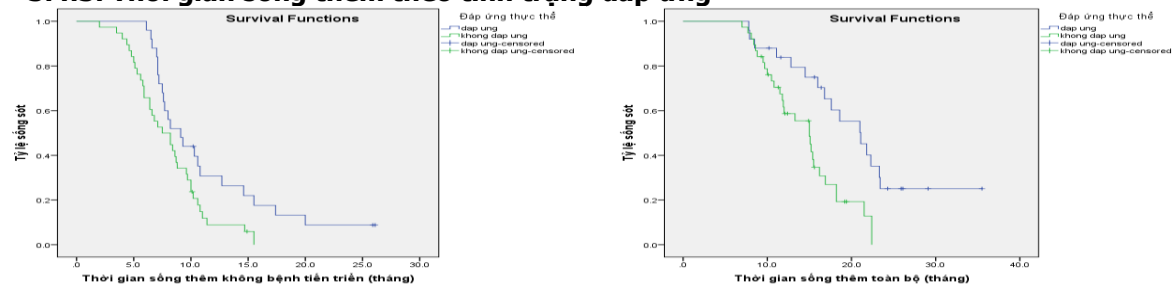


Biểu đồ 4: Thời gian sống thêm theo nồng độ CEA trước điều trị

Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển ở nhóm CEA bình thường là 11,7 tháng cao hơn ở nhóm có CEA tăng là 8,2 tháng (p<0,001)

Thời gian sống thêm toàn bộ ở nhóm CEA bình thường cao hơn ở nhóm có CEA tăng (20,2 so với 16,2 tháng), tuy nhiên khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,126

3.4.3. Thời gian sống thêm theo tình trạng đáp ứng



Biểu đồ 5: Thời gian sống thêm theo tình trạng đáp ứng

Thời gian sống thêm không bệnh tiến triển ở nhóm bệnh nhân đạt được đáp ứng thực thể cao hơn ở nhóm không đáp ứng (11,4 tháng so với 8,0 tháng) với p=0,022

Thời gian sống thêm toàn bộ cũng cao hơn ở nhóm đạt được đáp ứng thực thể (21,6 so với 14,6 tháng) với p=0,002.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn đa số có biểu hiện lâm sàng: đau ngực, ho, khó thở, triệu chứng cơ quan di căn… ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và kết quả điều trị. Mục tiêu điều trị ung thư phổi giai đoạn muộn nhằm cải thiện triệu chứng, nâng cao chất lượng cuộc sống và kéo dài thời gian sống thêm. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 76,3% bệnh nhân thuyên giảm triệu chứng lâm sàng, trong đó có

16,9% bệnh nhân hết hoàn toàn các triệu chứng. Một số tác giả cũng đã nghiên cứu tỷ lệ cải thiện triệu chứng cơ năng ở bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn muộn. Theo Trương Văn Sáng (2019), tỷ lệ đáp ứng cơ năng là 71,1% [4]. Nghiên cứu Đinh Ngọc Việt (2014), điều trị phác đồ Docetaxel- Carboplatin cho tỷ lệ đáp ứng cơ năng là 66% [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ kiểm soát bệnh đạt 79,4% trong đó có 1 trường hợp đạt được đáp ứng hoàn toàn, 38,1% đạt đáp ứng một phần, 39,1% đạt ổn định bệnh. Tỷ lệ đáp ứng trong một số nghiên cứu trong nước như Trương Văn Sáng (2019) khi điều trị Pemetrexed-carboplatin là 32,2%; Nguyễn Trọng Hiếu (2012), điều trị phác đồ nab-Paclitaxel – carboplatin đối với bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ cho tỷ lệ đáp ứng là 40,9% [4]. Nghiên cứu của Masaru Ito, Nobuyuki Horita và cộng sự (2018) trên 285 bệnh nhân cho tỷ lệ đáp ứng toàn bộ là 34,0% (CI 95%, 27,5-40,5) [6]. Scagliotti và cộng sự (2005) khi so sánh kết quả điều trị của Pemetrexed phối hợp lần lượt với Oxaliplatin và Carboplatin đã cho tỷ lệ đáp ứng tương xứng là 26,% và 31,6% [7]. Metro G, Chiari R (2011) nghiên cứu 80 bệnh nhân cho tỷ lệ đáp ứng toàn bộ 42,5%, tỷ lệ kiểm soát bệnh là 77,5% [8].

Hầu hết các bệnh nhân trong nghiên cứu đạt được kiểm soát bệnh (đáp ứng toàn bộ và bệnh ổn định) đều được điều trị duy trì tiếp theo (duy trì liên tục hoặc duy trì chuyển đổi). Trung vị thời gian sống thêm không bệnh tiến triển trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,2 tháng (dao động từ 7,1 – 9,5 tháng), tỷ lệ sống thêm sau 6 tháng, 12 tháng lần lượt là 77,8% và 17,7%. Nghiên cứu của Trương Văn Sáng (2019) thời gian sống thêm không bệnh là 5,8 tháng, nghiên cứu của Lã Duy Tuyến (2019) là 7,8 tháng [4]. Nghiên cứu Hàn Thị Thanh Bình (2018) sử dụng phác đồ Paclitacel-carboplatin, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển là 7,05 tháng [9]. Trong nghiên cứu của Metro G, Chiari R (2011) là 5,8 tháng [8], nghiên cứu của Zinner và CS (2009) là 7,3 tháng [10].

Có rất nhiều tiến bộ trong điều trị bước sau như điều trị miễn dịch đã cải thiện đáng kể thời gian sống thêm toàn bộ ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn muộn. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, có 45 bệnh nhân tử vong. Thời gian sống thêm toàn bộ trong nghiên cứu của chúng tôi trung bình: 17,8 ± 1,1 tháng; trung vị là 16,0 tháng; (CI 95%: 14,2 – 17,8). Tỷ lệ sống còn sau 12 tháng là 68,8%; sau 24 tháng là 12,4%. Thời gian sống thêm toàn bộ trong nghiên cứu của Trương Văn Sáng là 14,0 tháng, nghiên cứu Lã Duy Tuyến là 16,8 tháng [4]. Nghiên cứu của Karayama và cộng sự (2013) điều trị phác đồ pemetrexed-cisplatin sau đó duy trì bằng pemetrexed có thời gian sống thêm toàn bộ là 25,0 tháng.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tình trạng đáp ứng và thể trạng bệnh nhân theo điểm ECOG giúp cải thiện thời gian sống thêm (cả PFS và OS). Một số yếu tố không ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ như tuổi, giới, nồng độ CEA trước điều trị. Kết quả này cũng tương tự như các nghiên cứu khác trong và ngoài nước.

V. KẾT LUẬN

Điều trị ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB-IV bằng phác đồ hóa chất có pemetrexed giúp cải thiện tỷ lệ đáp ứng và thời gian sống thêm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2021 May;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33538338.
2. **Joshi A., Noronha V., Patil V.M. et al. (2017).** Efficacy of Second Line Pemetrexed - carboplatin in the treatment of metastasis nonsmall cell lung cancer . Chemother Res Pract.
3. **Lung Cancer TNM 8th edition.** www.nccn.org/physician_gls/nscl.pdf
4. **Trương Văn Sáng (2019).** Đánh giá kết quả điều trị phác đồ pemetrexed – carboplatin trên bệnh nhân ung thư biểu mô tuyến của phổi giai đoạn IV. Luận văn thạc sĩ y học. Trường Đại Học Y Hà Nội.
5. **Đinh Ngọc Việt (2014).** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV bằng phác đồ docetaxel và carboplatin, Luận văn thạc sỹ y học, Đại học Y Hà Nội
6. **Ito M., Horita N., Nagashima A. et al. (2018).** Carboplatin plus pemetrexed for the elderly incurable chemo-naive nonsquamous non small cell lung cancer: Meta analysis. Asia Pac J Clin Oncol
7. **Scagliotti G.V. (2005).** Pemetrexed plus carboplatin or oxaliplatin in advanced non small cell lung cancer. Semin Oncol, 32(2 Suppl 2), S5-8
8. **Metro G., Chiari R., Mare M.et al. (2011).** Carboplatin plus pemetrexed for platinum pretreated, advanced non-small cell lung cancer: a retrospective study with pharmacogenetic evaluation. Cancer Chemother Pharmacol, 68(6), 1405–1412.
9. **Hàn Thị Thanh Bình (2018).** Nghiên cứu điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIB,IV bằng hóa trị phác đồ cisplatin kết hợp với paclitaxel hoặc etoposide. Luận án tiến sĩ y học. Trường Đại học Y Hà Nội
10. **Zinner R.G., Fossella F.V., et al. (2005).** Phase II study of pemetrexed in combination with carboplatin in the first-line treatment of advanced nonsmall cell lung cancer. Cancer, 104(11), 2449–2456.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG MẮT Ở BỆNH NHÂN VIÊM KHỚP DẠNG THẤP

Lê Thị Dương[1], Nguyễn Văn Hùng[1,2], Trần Huyền Trang[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương mắt ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. **Đối tượng nghiên cứu**: 52 bệnh nhân viêm khớp dạng thấp được chẩn đoán theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010, điều trị nội trú tại khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 10/2020 đến tháng 5/2021. **Phương pháp**: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang. **Kết quả**: Tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng cơ năng ở mắt là 65,4%, trong đó triệu chứng nhìn mờ là phổ biến nhất với tỉ lệ là 57,7%, ngứa là 25%, cảm giác khô rát là 19,2%, cảm giác có vật lạ trong mắt là 15,4%. Các triệu chứng đau mắt, đỏ mắt, ruồi bay ít gặp hơn. Có 86,5% số bệnh nhân có tổn thương mắt phát hiện qua khám mắt. Các dạng tổn thương mắt thường gặp trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là khô mắt (53,8%), đục thủy tinh thể (51,9%), thoái hóa võng mạc (15%), viêm kết mạc (11,5%). Các tổn thương khác chiếm 19,1%. Tỉ lệ bệnh nhân có giảm thị lực là 61,5%. **Kết luận:** Các bệnh nhân viêm khớp dạng thấp cần được khám mắt do có gần 90% có tổn thương mắt với biểu hiện đa dạng, trong đó có trên 30% không có biểu hiện lâm sàng.

Từ khóa: Viêm khớp dạng thấp, tổn thương mắt.

SUMMARY

CHARACTERISTS OF OCULAR INVOLEMENT IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

Objective: To describe the characteristics of ocular involement in patients with rheumatoid arthritis. **Subjects**: 52 patients diagnosed with rheumatoid arthritis according to ACR/EULAR 2010 criteria, treated in the Department of Rheumatology, Bach Mai hospital from October 2020 to May 2021. **Methods**: Cross-sectional, descriptive study. **Results:** 65,4% of patients complained of eye symptoms, the most common sign was blurred vision (57,7%), followed by itchy eyes (25%), burning eyes (19.2%), and foreign body sensation (15.4%). Eye floaters, hot eyes, and pain in the eyes were less prevalent symptoms. Eyes examinations showed 86,5% of patients had eye involvements. Common eye problems in the patients with rheumatoid arthritis included dry eye (53,8%), cataract (51,9%), retinal degeneration (15%) and conjunctivitis (11,5%). Other abnormalitis accounted for 19,1%. The proportion of patients with impaired vision was 61,5%. **Conclusion**: Patients with rheumatoid arthritis should have their eyes examined because approximately 90% of them have ocular involements with varying manifestations and more than 30% having no clinical symptoms.

Keywords: rheumatoid arthritis, ocular involement.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm khớp dạng thấp (VKDT) là bệnh lý viêm khớp tự miễn dịch phổ biến, ảnh hưởng đến khoảng 1% dân số thế giới [1]. Mặc dù biểu hiện tại khớp là chủ yếu nhưng các tổn thương ngoài khớp cũng rất phong phú, trong đó tổn thương mắt là khá đáng kể [2].

Tổn thương mắt gặp ở khoảng 27,2-39% bệnh nhân VKDT với nhiều hình thái tổn thương khác nhau như khô mắt, viêm thượng củng mạc, viêm củng mạc, viêm loét giác mạc, viêm màng bồ đào, đục thủy tinh thể [3], [4]. Những tổn thương này có thể chỉ gây khó chịu nhẹ cho bệnh nhân nhưng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời bệnh có thể diễn biến nặng gây mất thị lực vĩnh viễn, ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Do đó, chẩn đoán sớm các tổn thương mắt ở bệnh nhân viêm khớp dạng thấp góp phần quan trọng trong việc xây dựng kế hoạch điều trị, nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống và giảm tỉ lệ tàn phế ở người bệnh. Ở Việt Nam hiện nay, các nghiên cứu về tổn thương mắt ở bệnh nhân VKDT còn hạn chế. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm tổn thương mắt ở bệnh nhân VKDT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu tiến hành trên 52 bệnh nhân được chẩn đoán xác định VKDT, điều trị nội trú tại Khoa Cơ xương khớp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 10/2020 đến tháng 5/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định VKDT theo tiêu chuẩn ACR/EULAR 2010. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử bỏng mắt, chấn thương mắt, có các dị tật bẩm sinh tại mắt.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả cắt ngang.
- Tất cả các bệnh nhân VKDT đủ tiêu chuẩn được hỏi bệnh, khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cần thiết.

Bệnh nhân được tiến hành khám mắt, do bác

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Dương
Email: leduong95.hmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 18.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 16.8.2021
Ngày duyệt bài: 24.8.2021

sĩ chuyên khoa mắt thực hiện, tại Khoa Mắt Bệnh viện Bạch Mai. Tất cả các bệnh nhân đều được khám mắt theo quy trình chuẩn và làm các thăm dò:

+ Đo thị lực

+ Đo nhãn áp

+ Soi đáy mắt đánh giá tình trạng thủy tinh thể, dịch kính, võng mạc.

+ Khám sinh hiển vi đánh giá tổn thương củng mạc, giác mạc, tiền phòng, góc tiền phòng, dịch kính, thủy tinh thể.

- Các xét nghiệm công thức máu, sinh hoá máu được làm tại Khoa Huyết học và Khoa Hoá sinh Bệnh viện Bạch Mai, với các giá trị tham chiếu chuẩn theo khuyến cáo.

Số liệu thu thập được thu thập theo một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

- Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 20.0 với các thuật toán thống kê thường dùng trong y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (N=52)

Đặc điểm		$\bar{x}$ ± Sd	n (tỉ lệ %)
Tuổi trung bình (năm)		57,77±11,11	
Thời gian mắc bệnh trung bình (năm)		7,24±7,66	
CRPhs (mg/dL)		3,73 ± 4,56	
DAS28-CRP		3,68 ± 2,13	
Giới tính	Nam		6(11,5%)
	Nữ		46(88,5%)
Mức độ hoạt động bệnh	Không hoạt động		21(40,4%)
	Hoạt động thấp		2(3,8%)
	Hoạt động trung bình		13(25%)
	Hoạt động cao		16(30,8%)
RF	RF dương tính		48(92,3%)
	RF âm tính		4 (7,7%)

Nhận xét: Tuổi trung bình là 58 tuổi; chủ yếu là nữ giới (88,5%); thời gian mắc bệnh dao động lớn (từ 6 tháng đến 35 năm); có 55,8% số bệnh nhân ở giai đoạn bệnh hoạt động và 92,3% là RF dương tính.

Bảng 2: Phác đồ điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu (N=52)

Phác đồ	n	%
DMARDs kinh điển và corticoid	10	19,2
Thuốc sinh học và Methotrexate	8	15,4
Thuốc sinh học, Methotrexate và corticoid	20	38,5
Chưa điều trị cơ bản	14	26,9
Tổng	**52**	**100**

Nhận xét: Trong 52 bệnh nhân, có 14 bệnh nhân chưa được điều trị cơ bản, chiếm 26,9%; số lượng bệnh nhân sử dụng thuốc sinh học chiếm tỉ lệ 53,9%; có 19,2% bệnh nhân duy trì phác đồ điều trị với DMARDs kinh điển; có 30 bệnh nhân (57,7%) dùng corticoid.

2.3 Đặc điểm tổn thương mắt ở bệnh nhân VKDT

Bảng 3: Các triệu chứng cơ năng mắt gặp ở nhóm bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu

	n	%
Có triệu chứng cơ năng ở mắt	34	65,4
Cảm giác có vật lạ trong mắt	8	15,4
Khô rát	10	19,2
Đau mắt	3	5,8
Đỏ mắt	5	9,6
Ngứa	13	25
Tăng xuất tiết	7	13,5
Nhìn mờ	30	57,7
Ruối bay	3	5,8
Tiền sử có bệnh mắt	5	9,61

Ghi chú: một bệnh nhân có thể đồng thời có nhiều triệu chứng.

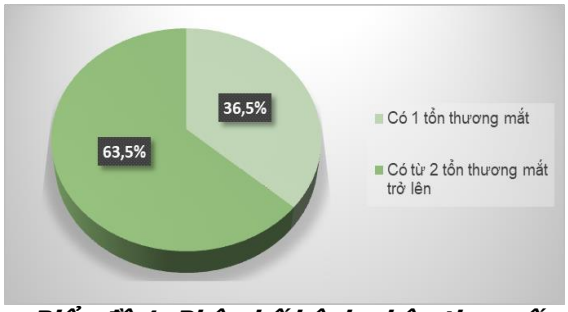
Nhận xét: Có 65,4% bệnh nhân có triệu chứng cơ năng tại mắt. Trong đó, triệu chứng nhìn mờ là phổ biến nhất với tỉ lệ là 57,7%, tiếp theo là các biểu hiện ngứa mắt (25%), khô rát (19,2%), cảm giác có vật lạ trong mắt (15,4%).

Bảng 4: Các tổn thương thực thể ở mắt trong nhóm bệnh nhân tại thời điểm nghiên cứu

	n	%
Có tổn thương mắt	45	86,5
Giảm thị lực	32	61,5
Glocom góc đóng	1	1,9
Viêm kết mạc	6	11,5
Viêm loét giác mạc	1	1,9
Đục thủy tinh thể	27	51,9
Đục dịch kính	3	5,8
Thoái hóa võng mạc	15	28,8
Màng xơ võng mạc	2	3,8
Lỗ hoàng điểm	1	1,9
Khô mắt	28	53,8
Mộng mắt	1	1,9
Xuất tiết võng mạc	1	1,9

Ghi chú: một bệnh nhân có thể đồng thời có nhiều tổn thương.

Nhận xét: Gần 90% bệnh nhân có tổn thương thực thể tại mắt ở thời điểm nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân có giảm thị lực là 61,5%. Một số dạng tổn thương mắt thường gặp là khô mắt (53,8%), đục thủy tinh thể (51,9%), thoái hóa võng mạc (15%), viêm kết mạc (11,5%).



Biểu đồ 1: Phân bố bệnh nhân theo số lượng tổn thương tại mắt

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có từ 2 tổn thương mắt trở lên, chiếm tỉ lệ là 63,5%.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Đặc điểm chung của nhóm đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi trên 52 bệnh nhân VKDT có độ tuổi trung bình là 57,77± 11,11 tuổi và chủ yếu là nữ giới, chiếm tỉ lệ 88,5%, phù hợp với các kết quả nghiên cứu trước đây cho thấy VKDT thường gặp ở nữ giới, độ tuổi trung niên.

Thời gian mắc bệnh trung bình là 7,24 ± 7,66 năm, trong đó bệnh nhân có thời gian mắc bệnh ngắn nhất là 6 tháng, dài nhất là 35 năm. Tại thời điểm nghiên cứu, đánh giá theo thang điểm DAS28-CRP, 23 bệnh nhân (44,2%) ở giai đoạn lui bệnh và hoạt động bệnh thấp, 29 bệnh nhân (55,8%) có mức độ hoạt động bệnh trung bình và cao, với nồng độ CRPhs trung bình của nhóm đối tượng nghiên cứu là 3,73 ± 4,56 mg/dL. Phần lớn các bệnh nhân dương tính với yếu tố dạng thấp RF (92,3%). Các kết quả này phù hợp với đặc điểm của bệnh viêm khớp dạng thấp là một bệnh diễn biến mạn tính với các đợt tiến triển, sự xuất hiện của yếu tố dạng thấp và các chỉ số viêm thường tăng cao vào các giai đoạn hoạt động của bệnh.

4.2 Đặc điểm tổn thương mắt ở bệnh nhân VKDT. Viêm khớp dạng thấp là bệnh viêm khớp tự miễn dịch phổ biến, với biểu hiện chủ yếu tại các khớp nhưng có nhiều trường hợp có các tổn thương ngoài khớp nặng và nghiêm trọng, trong đó có biểu hiện tại mắt. Tỉ lệ tổn thương mắt ở bệnh nhân VKDT được báo cáo thay đổi trong các nghiên cứu. Theo nghiên cứu của Eldaly và cộng sự trên 70 bệnh nhân VKDT, các tổn thương mắt được phát hiện ở 70% số bệnh nhân [5]. Tuy nhiên, trong các nghiên cứu trước đó, tỉ lệ này được báo cáo chỉ vào khoảng 27,2-39% [3], [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 65,4% bệnh nhân báo cáo có các biểu hiện ở mắt cho thấy đây là một trong các nhóm triệu chứng khá thường gặp ở các bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Bất thường phổ biến nhất là tình trạng nhìn mờ, chiếm 57,7%, sau đó là các triệu chứng như ngứa mắt, cảm giác khô rát ở mắt, có vật lạ trong mắt. Các triệu chứng đau mắt, đỏ mắt, ruồi bay ít gặp hơn. Tuy nhiên, đánh giá thị lực bằng máy cho thấy 32/52 bệnh nhân, chiếm 61,5% có giảm thị lực thực sự, cao hơn số lượng bệnh nhân có biểu hiện nhìn mờ. Giảm thị lực có thể là biểu hiện mới xuất hiện nhưng có thể là tổn thương xuất hiện sớm trong quá trình tiến triển của bệnh VKDT và người bệnh có thể thích nghi với tình trạng giảm thị lực kéo dài do đó ít được người bệnh để ý và đi khám ở giai đoạn sớm. Việc thăm khám mắt nếu không được đưa vào quy trình khám bệnh thường quy có thể khiến người bệnh được phát hiện tổn thương ở giai đoạn muộn, gây khó khăn cho quá trình điều trị và phục hồi tổn thương.

Tại thời điểm được lựa chọn vào nghiên cứu, có 45/52 bệnh nhân có vấn đề về mắt, được phát hiện qua khám chuyên khoa mắt, chiếm 86,5%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các tổn thương về mắt được phát hiện lần đầu ở phần lớn các trường hợp. Chỉ có 5/52 (9,61%) bệnh nhân đã được chẩn đoán và điều trị bệnh mắt trước đó. Điều này cho thấy các tổn thương mắt chưa thực sự được chú trọng trong quá trình khám, theo dõi và điều trị bệnh VKDT. Các biểu hiện bệnh lý ở mắt có thể liên quan tới nhiều yếu tố như tuổi, tiền sử bệnh mắt, tiền sử dùng thuốc, và là triệu chứng của bệnh VKDT. VKDT là một bệnh tự miễn, có ảnh hưởng lên nhiều cơ quan trong cơ thể [2]. Theo một số tác giả, các thành phần nhãn cầu có chứa proteoglycans và collagen, giống như cấu trúc của khớp. Sự tương tự về cấu trúc mô học này có thể là nguyên nhân dẫn đến các biểu hiện tại mắt ở bệnh nhân VKDT [6]. Thêm vào đó, một số thuốc điều trị VKDT như Hydroxychloroquine (HCQ) có thể lắng đọng ở võng mạc gây tổn thương võng mạc, làm giảm thị lực. Việc sử dụng glucocorticoid liều cao, kéo dài cũng làm tăng nguy cơ đục thủy tinh thể và tăng nhãn áp [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, 57,7% bệnh nhân vẫn cần corticoid để kiểm soát triệu chứng bệnh, 55,8% bệnh nhân đang ở mức độ hoạt động trung bình và mạnh tại thời điểm nghiên cứu.

Các dạng bệnh lý mắt thường gặp nhất ở các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm khô mắt, đục thủy tinh thể, thoái hóa võng mạc, viêm kết mạc (tỉ lệ tương ứng là 53,8%, 51,9%, 15% và 11,5%). Đa số bệnh nhân

(33/52, chiếm 63,5%) có từ 2 tổn thương mắt trở lên. Tất cả các tổn thương bệnh lý ở trên có thể là các yếu tố chủ yếu dẫn đến tình trạng giảm thị lực gặp ở đa số bệnh nhân VKDT (chiếm 61,5%) trong nghiên cứu. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Vĩnh Ngọc và cộng sự trên 160 bệnh nhân VKDT, trong đó có 100 bệnh nhân VKDT đơn thuần và 60 bệnh nhân VKDT có hội chứng Sjogren [8]. Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy tổn thương mắt liên quan đến bệnh VKDT bao gồm khô mắt, viêm thượng củng mạc, viêm củng mạc, viêm màng bồ đào, tổn thương giác mạc, võng mạc…, trong đó khô mắt là biểu hiện thường gặp nhất nhưng cũng dễ bị bỏ sót nhất. Khô mắt nếu không được điều trị có thể dẫn tới viêm loét thậm chí nhuyễn giác mạc [6]. Các bệnh lý mắt khác gặp với tỉ lệ không cao nhưng nó có thể là gợi ý để bác sĩ tầm soát các bệnh lý toàn thân hoặc có thể coi là một yếu tố tiên lượng của bệnh VKDT cùng với các biểu hiện ngoài khớp khác [2].

V. KẾT LUẬN

Gần 90% bệnh nhân có tổn thương mắt phát hiện qua khám mắt, trong đó có trên 30% bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng. Các tổn thương mắt khá đa dạng, thường gặp nhất là khô mắt, đục thủy tinh thể.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Widdifield J, Paterson JM, Bernatsky S và cộng sự.** The epidemiology of rheumatoid arthritis in Ontario, Canada. Arthritis Rheumatol Hoboken NJ, 2014, 66(4): p786-793.
2. **Prete M., Racanelli V., Digiglio L. và cộng sự.** Extra-articular manifestations of rheumatoid arthritis: An update. Autoimmun Rev, 2011, 11(2): p123–131.
3. **Zlatanović G, Veselinović D, Cekić S, Živković M, Đorđević-Jocić J, Zlatanović M.** Ocular manifestation of rheumatoid arthritis-different forms and frequency. Bosn J Basic Med Sci, 2010, 10(4): p323-327.
4. **Vignesh APP, Srinivasan R.** Ocular manifestations of rheumatoid arthritis and their correlation with anti-cyclic citrullinated peptide antibodies. Clinical Ophthalmology, 2015, 9: p393-397.
5. **Eldaly ZH, Saad SA, Hammam N**. Ocular surface involvement in patients with rheumatoid arthritis: Relation with disease activity and duration. Egypt Rheumatol, 2020, 42(1): p5-9.
6. **Artifoni M., Rothschild P.-R., Brézin A. và cộng sự.** Ocular inflammatory diseases associated with rheumatoid arthritis. Nat Rev Rheumatol, 2014, 10(2): p108–116.
7. **Fel A., Aslangul E., và Le Jeunne C.** Indications et complications des corticoïdes en ophtalmologie. Presse Médicale, 2012, 41(4): p414–421.
8. **Nguyễn Vĩnh Ngọc.** Nghiên cứu hội chứng Gouregot- Sjogren trong bệnh viêm khớp dạng thấp và luput ban đỏ hệ thống, Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội, 2004.

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH TRÊN BỆNH NHÂN VẢY NẾN TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU TRUNG ƯƠNG

Đỗ Thu Thảo[1], Phạm Thị Lan[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá nguy cơ tim mạch trên bệnh nhân vảy nến thông qua thực trạng các yếu tố nguy cơ và ước lượng nguy cơ tim mạch trong 10 năm bằng thang điểm Framingham. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên nhóm nghiên cứu gồm 306 bệnh nhân vảy nến và nhóm đối chứng gồm 306 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh da thông thường, thời gian từ tháng 8/2020 đến tháng 8/2021. Cả 2 nhóm đượcmô thả thực trạng các yếu tố nguy cơ tim mạch như: hút thuốc lá, uống rượu bia, stress, thiếu hoạt động thể lực, thừa cân – béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu. Sau đó tính nguy cơ tim mạch dựa trên các yếu tố là tuổi, giới, tình trạng hút thuốc lá, đái tháo đường, HATT (mmHg), nồng độ Cholesterol TP và HDL-C (mmol/L). Điểmnguy cơ tim mạch được tính dựa trên chương trình Framingham Heartwebsite: https://framinghamheartstudy.org/fhs-risk-functions/cardiovascular-disease-10-year-risk. **Kết quả:** Bệnh nhân vảy nến có các yếu tố nguy cơ tim mạch cao hơn cóý nghĩa so với nhóm đối chứng là hút thuốc lá (26,1% so với 19%; p = 0,033), stress (46,1% so với 19%; p < 0,01), thừa cân – béo phì (38,6% so với 28,4%; p = 0,008), tăng huyếtáp (32,4% so với 11,8%; p < 0,01), đái tháo đường (17,3% so với 7,5%; p < 0,01), rối loạn lipid máu (55,9% so với 35,3%; p < 0,01). Tình trạng uống rượu bia và thiếu hoạt động thể lực khác biệt không có ý nghĩa thống kê (kết quả lần lượt là 36,6% so với 32,4%; p = 0,269 và 58,2% so với 56,2%; p = 0,624). Nguy cơ tim mạch trong 10 năm tớiở nhóm vảy nến cao hơn nhómđối chứng (12,7 ± 9,5% so với 9,1 ± 6,9%; p < 0,01). Nhóm vảy nến có tỷ lệ bệnh nhân nguy cơ cao nhiều hơn nhóm đối chứng (23,9% so với 13,1%; p < 0,01). Đặc biệt, thông qua mô hình

[1]*Trường đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Da liễu Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thu Thảo
Email: bsthao2591@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021
Ngày duyệt bài: 27.8.2021

hồi quy tuyến tínhđa biến cho thấy bệnh vảy nến là yếu tố làm tăng nguy cơ tim mạch (hệ số hồi quy 1,79; p < 0,01). **Kết luận:** Bệnh nhân vảy nến có nguy cơ tim mạch cao hơn nhómbệnh da thông thường. Thể hiện qua thực trạngnhóm vảy nến có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch cao hơn như: hút thuốc lá, stress, thừa cân – béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu. Nguy cơ tim mạchtrong 10 năm dựđoántheo thang điểm Framingham ởnhóm vảy nến cao hơn nhómđối chứng (12,7% so với 9,1%; 0 < 0,01). Trong mô hình hồi quy tuyến tínhđa biến, bệnh vảy nến là yếu tố làm tăng nguy cơ tim mạch (hệ số hồi quy 1,79; p <0,01).

Từ khóa: vảy nến, nguy cơ tim mạch, điểm Framingham

SUMMARY

ASSESSMENT OF CARDIOVASCULAR RISK IN PSORIASIS PATIENTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF DERMATOLOGY AND VENEREOLOGY

Objectives: To assesscardiovascular riskin psoriasis patients by describing current risk factors and estimating 10 year risk of cardiovascular disease (CVD) by using the Framingham risk score (FRS). **Subjects and methods:** A descriptive cross – sectional study was carried out among 306 psoriasis patients and 306 patients diagnosed with common skin diseases, from 8/2020 to 8/2021 at the National hospital of Dermatology and Venereology. Risk factors of CVD such as smoking, alcohol consumtion, stress, lack of physical activity, overweight/obersity, hypertension, diabetes, dyslipidemia were described and compared between the two groups. Age, sex, smoking, systolic blood pressure (mmHg), diabetes, cholesterol and HDL-C (mmol/L) were calculated for FRS using the Framingham Heart program, available at: https://framinghamheartstudy.org/fhs-risk-functions/cardiovascular-disease-10-year-risk.

Results: Psoriasis grouphad higher CVD risk factors than the common skin disease group such as smoking (26,1% vs 19%; p = 0,033), stress (46,1% vs 19%; p < 0,01),overweight/obesity (38,6% vs 28,4%; p = 0,008), hypertension (32,4% vs 11,8%; p < 0,01), diabetes (17,3% vs 7,5%; p < 0,01), dyslipidemia (55,9% vs 35,3%; p < 0,01). Alcohol consumption and lack of physical activity were not significantly different between the psoriasis group and the control group (36,6% vs 32,4%; p = 0,269 and 58,2% vs 56,2%; p = 0,624; respectively). Psoriasis group had a higher FRS in the next 10 years than the control group (12,7 ± 9,5%vs 9,1 ± 6,9%; p < 0,01). The proportion of patients at high risk of CVD was significantly higher among the psoriasis group compared to those among the control group (23,9% vs 13,1%; p < 0,01). Multiple linear regression analysis showed that psoriasis was a factor that increases cardiovascular risk (regression coefficient 1.79; p < 0.01). **Conclusion:** Psoriasis patients had higher cardiovascular risk factors than the control group, including smoking, stress, overweight/obesity, hypertension, diabetes, dyslipidemia. The cardiovascular disease 10 year risk estimated by the Framingham risk score was higher in the psoriasis group than in the control group (12.7% vs 9.1%;p< 0.01). In the multiple linear regression model, psoriasis was the factor that increase cardiovascular risk (regression coefficient 1.79; p < 0.01).

Key words: psoriasis, cardiovascular disease 10 year risk, Framingham risk score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trước đây, bệnh vảy nến chỉ được xem là tình trạng viêm da nhưng ngày nay được biết đến là một bệnh lý hệ thống do có liên quan đến các hội chứng chuyển hóa và bệnh lý tim mạch. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy bệnh nhân vảy nến có khuynh hướng gia tăng các yếu tố nguy cơ tim mạch như: như hút thuốc lá, uống rượu bia, stress, thiếu hoạt động thể lực, thừa cân - béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu. Đây đều lànhững yếu tố có thể thay đổi được, đóng vai trò quan trọng trong chiến lược phòng ngừa.

Trong chuyên ngành tim mạch, thang điểm Framingham là thang điểm được sử dụng rộng rãi trong cộng đồng, giúp ước lượng nguy cơ tim mạch. Đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới áp dụng thang điểm Framingham trên bệnh nhân vảy nến như tại Tây Ban Nha,[1]Italia,[2] Hoa Kỳ.[3] Nhiều tổ chức quốc tế như AAD – NPF, EULAR, ESC cũng áp dụng những thang điểm nguy cơ như là bước đầu tiên để xác định phương pháp điều trị. Tại Việt Nam, chưa có nghiên cứu nào về nguy cơ tim mạch cho đối tượng là bệnh nhân vảy nến. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu đánh giá nguy cơ tim mạch trên bệnh nhân vảy nến thông qua thực trạng các yếu tố nguy cơ tim mạch và ước lượng nguy cơ tim mạch trong 10 năm bằng thang điểm Framingham.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nhóm nghiên cứu gồm bệnh nhân vảy nến. Nhóm đối chứng gồm những bệnh nhân được chẩn đoán bệnh da thông thường (viêm da cơ địa, viêm da tiếp xúc, mày đay, trứng cá, nấm da…).

Tiêu chuẩn lựa chọn: Độ tuổi từ 30 – 74 (theo phạm vi áp dụng của thang điểm Framingham), đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh lý tim mạch đã được phát hiện hoặc bệnh lý nặng ảnh hưởng tới việc trả lời phỏng vấn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.2.2. Cỡ mẫu: Nhóm nghiên cứu: chọn mẫu thuận tiện đến khi đủ số lượng dự kiến**.** Nhóm đối chứng: chọn mẫu có mục đích dựa

trên số lượng và đặc điểm về tuổi và giới tính của nhóm nghiên cứu

2.2.3. Các bước tiến hành nghiên cứu

– Chọn những bệnh nhân không có biểu hiện bệnh lý tim mạch thông qua tiền sử và khám sàng lọc.

– Ghi nhận thông tin hành chính; tình trạng hút thuốc lá, uống rượu bia, stress, thiếu hoạtđộng thể lực (HĐTL).Đo huyết áp, chiều cao, cân nặng. Xét nghiệm các chỉ số sinh hóa như: glucose lúc đói, cholesterol TP, triglycerid, LDL-C, HDL-C. Tính điểm nguy cơ tim mạch10 nămdựa trên các yếu tố: tuổi, giới tính, tình trạng hút thuốc lá, đái tháo đường, HATT (mmHg), nồng độ Cholesterol TP và HDL-C (mmol/L). Bảng tính điểm có trên website của chương trình Framingham Heart: https:// framinghamheartstudy.org/ fhs-risk-functions/ cardiovascular-disease-10-year-risk/

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các yếu tố nguy cơ tim mạch giữa nhóm vảy nến và nhóm đối chứng

Bảng 3.1. Đặc điểm chung giữa 2 nhóm

Đặc điểm	Nhóm vảy nến (n = 306)	Nhóm đối chứng (n = 306)	Giá trị p
Nhóm tuổi 30 - 39 40 - 49 50 - 59 60 - 74	 79 (25,8%) 63 (20,6%) 77 (25,2%) 87 (28,4)	 78 (25,5%) 60 (19,6%) 81 (26,5%) 87 (28,4%)	0,981*
Tuổi trung vị Min - Max	 50,5 30 - 74	 52 30 - 74	0,671**
Giới tính Nam Nữ	 203 (66,3%) 103 (33,7%)	 208 (68%) 98 (32%)	0,667*

Nhận xét: Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tuổi, nhóm tuổi và giới tính giữa 2 nhóm

Bảng 3.2. Các yếu tố nguy cơ tim mạch

Yếu tố nguy cơ	Nhóm vảy nến (n = 306)	Nhóm đối chứng (n = 306)	Giá trị p
Hút thuốc lá	80(26,1%)	58(19%)	0,033
Uống rượu bia	112(36,6%)	99(32,4%)	0,269
Stress	141(46,1%)	58 (19%)	< 0,01
Thiếu HĐTL	178(58,2%)	172 (56,2%)	0,624
Thừa cân – béo phì	118(38,6%)	87(28,4%)	0,008
Tăng huyết áp	99(32,4%)	36(11,8%)	< 0,01
Đái tháo đường	53(17,3%)	23(7,5%)	< 0,01
Rối loạn lipid máu	171 (55,9%)	108 (35,3%)	< 0,01

Nhận xét: Nhóm vảy nến có tỷ lệ hút thuốc lá, stress, thừa cân – béo phì, THA, ĐTĐ, rối loạn lipid máu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng.

3.2. Nguy cơ tim mạch dự đoán theo thang điểm Framingham

Bảng 3.3. So sánh nguy cơ tim mạch giữanhóm vảy nến và nhóm đối chứng

Nguy cơ tim mạch	Nhóm vảy nến (n=306)	Nhóm đối chứng (n=306)	Giá trị p
Nguy cơ tim mạch (%) TB (± ĐLC)	12,7 (± 9,5)	9,1 (± 6,9)	< 0,01
Phân tầng nguy cơ tim mạch **Nguy cơ thấp** (FRS% < 10%) **Nguy cơ trung bình** (10% ≤ FRS% ≤ 20%) **Nguy cơ cao** (FRS% > 20%)	 152 (49,7%) 81 (26,4%) 73 (23,9%)	 205 (67,0%) 61 (19,9%) 40 (13,1%)	< 0,01

Nhận xét: Nguy cơ tim mạch trung bình của nhóm vảy nến cao hơn nhóm đối chứng (12,7 ± 9,5% so với 9,1 ± 6,9%; p < 0,01). Nhóm vảy nến có tỷ lệ bệnh nhân nguy cơ cao nhiều hơn nhóm đối chứng, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01.

Bảng 3.4. Ảnh hưởng của các yếu tố đến nguy cơ tim mạch

Yếu tố	Hệ số hồi quy	Giá trị p
Đối tượng Bệnh vảy nến Bệnh da thông thường	 1,79 0	 **< 0,01** Tham chiếu
Nhóm tuổi: 30 – 39 40 – 49 50 – 59 60 – 74	0 3,44 8,70 13,46	Tham chiếu **< 0,01** **< 0,01** **< 0,01**
Giới tính: Nam Nữ	3,35 0	**< 0,01** Tham chiếu
Hút thuốc lá: Có Không	5,59 0	**< 0,01** Tham chiếu
Uống rượu bia: Có Không	- 0,20 0	0,60 Tham chiếu
Stress: Có Không	- 0,54 0	0,161 Tham chiếu
Thiếu hoạt động thể lực: Có Không	0,45 0	0,190 Tham chiếu

Thừa cân béo phì: Có Không	0,75 0	**0,042** Tham chiếu
Tăng huyết áp: Có Không	2,56 0	**< 0,01** Tham chiếu
Đái tháo đường: Có Không	5,16 0	**< 0,01** Tham chiếu
Rối loạn lipid máu: Có Không	2,83 0	**< 0,01** Tham chiếu

Ghi chú: R^2 hiệu chỉnh = 0,77

Nhận xét: Thông qua mô hình hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy yếu tố bệnh vảy nến; nhóm tuổi 40 – 49, 50 -59, 60 – 74; nam giới, hút thuốc lá, thừa cân béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu là những yếu tố làm tăng nguy cơ tim mạch.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các yếu tố nguy cơ tim mạch giữa nhóm vảy nến và nhóm đối chứng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 306 bệnh nhân vảy nến và 306 bệnh nhân nhóm đối chứng (được chẩn đoán là bệnh da thông thường như VDCĐ, VDTX, mày đay, trứng cá, nấm da…) có độ tuổi từ 30 – 74 và được lựa chọn sao cho sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tuổi, nhóm tuổi và giới tính (bảng 3.1).

Khi so sánh các yếu tố nguy cơ tim mạch, chúng tôi nhận thấy nhóm vảy nến có tỷ lệ hút thuốc lá cao hơn nhóm đối chứng (26,1% so với 19%; p = 0,033; bảng 3.2). Hầu hết những nghiên cứu mà chúng tôi tìm hiểu được đều cho kết quả tương tự. Hút thuốc lá dù chỉ một vàiđiếu mỗi ngày hoặc thỉnh thoảng mới hút một lần cũng đều có hại cho sức khỏe và làm tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch.[4] Có thể nói trong hút thuốc lá không có cái gọi là "ngưỡng an toàn".

Căng thẳng kéo dài có thể gây ảnh hưởng lớn đến sức khỏe. Stress không chỉ là yếu tố khởi động bệnh vảy nến mà trên thực tế, bệnh nhân vảy nến thường bị ảnh hưởng nặng nề về mặt tâm lý xã hội với mặc cảm "bệnh xấu xí". Kết quả của chúng tôi cho thấy tỷ lệ stress ở nhóm vảy nến cao hơn nhóm đối chứng (46,1% so với 19%; p <0,01; bảng 3.2). Stress liên quan đến tăng nguy cơ tim mạch bằng cách kích hoạt hệ thống renin-angiotensin gây co mạch, tăng huyếtáp, xơ cứng động mạch, kích thích các phảnứng viêm, kích hoạt con đường đông máu, góp phần gia tăng các rối loạn nhịp tim.

Thừa cân – béo phì xảy ra khi mỡ được tích lũy trong cơ thể một cách quá mức gây ảnh hưởng xấu đến sức khỏe. Kết quả của chúng tôi cho thấy nhóm vảy nến có tỷ lệ thừa cân - béo phì cao hơn nhóm đối chứng (38,6% so với 28,4%; p = 0,008, bảng 3.2). Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu của Mehta.[3] Béo phì không những gây khó khăn trong sinh hoạt hàng ngày mà còn kéo theo nguy cơ tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, xơ vữa mạch vành và đột quỵ.

Tăng huyết áp rất nguy hiểm và được coi là "kẻ giết người thầm lặng" bởi diễn biếnâm thầm gây tổn thương các cơ quan đích bằng nhiều cách như tăng gánh nặng cho tim gây suy tim, thúc đẩy hình thành và phát triển mảng xơ vữa. Chính vì vậy mà nghiên cứu về mối liên quan giữa vảy nến và tăng huyết áp đã là một chủ đề nóng trong da liễu và nội khoa những năm gầnđây. Khi khảo sát tình trạng tăng huyếtáp, kết quả ghi nhận nhóm vảy nến có tỷ lệ tăng huyết áp cao hơn nhóm đối chứng (32,4% so với 11,8%; p <0,01; bảng 3.2). Kết quả của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Mehta[3] và Choi.[5]

Đái tháo đường là một trong những nguyên nhân gây tử vong tim mạch hàngđầu. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tỷ lệđái tháo đường của nhóm vảy nến cao hơn nhóm đối chứng (17,3% so với 7,5%; p < 0,01; bảng 3.2). Kết quả này tương tự như nghiên cứu của Gisondi[2] và Mehta.[3] Nghiên cứu của Choi[5] lại nhận thấy tình trạng này giữa nhóm vảy nến và đối chứng không có khác biệt. Lý do có lẽ đến từ sự khác biệt về gen, điều kiện kinh tế, chế độ dinh dưỡng vận động khác nhau dẫn tới sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu.

Vai trò quan trọng của rối loạn lipid máu làm tăng nguy cơ tim mạchđã được chứng minh bởi các nghiên cứu di truyền, bệnh lý, quan sát và can thiệp từ nhiều năm nay với cơ chế chủ yếu là hình thành mảng xơ vữa. Nghiên cứu của chúng tôi nhận thấy tỷ lệ rối loạn lipid của nhóm vảy nến cao hơn nhóm đối chứng (55,9% so với 35,3%; p < 0,01; bảng 3.2). Nghiên cứu của Nguyễn Trọng Hào,[6] Choi[5] và đa số nghiên cứu chúng tôi tìm hiểu được đều có cùng kết luận này. Một tố nghiên cứu cho kết quả trái ngược có thể do khác biệt về thiết kế nghiên cứu và tiêu chuẩn đánh giá rối loạn lipid máu.

Tình trạng uống rượu bia và thiếu hoạt động thể lực giữa 2 nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tuy nhiên việc hạn chế uống rượu bia và tăng cường hoạt động thể lực là rất cần thiết trong việc bảo vệ sức khỏe và giảm nguy cơ tim mạch.

4.2. Nguy cơ tim mạchdựđoántheo thang điểm Framingham. Framingham là thang đo ước lượng nguy cơ tim mạch tương đối

tốt, đã được kiểm chứngở nhiều vùng và sắc tộc khác nhau. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nguy cơ tim mạch rung bình của nhóm vảy nến cao hơn nhóm đối chứng (12,7 ± 9,5% so với 9,1 ± 6,9%; p < 0,01; bảng 3.3). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Gisondi. [2]Khi phân tầng nguy cơ tim mạch, chúng tôi nhận thấy nhóm vảy nến có tỷ lệ bệnh nhân ở mức nguy cơ cao nhiều hơn nhóm đối chứng (23,9% so với 13,1%; p < 0,01).

Để làm rõ sự khác biệt này, chúng tôi tiến hànhphân tích hồi quy tuyến tínhđa biến để xem xétảnh hưởng của các yếu tố lên nguy cơ tim mạch. Kết quả từ bảng 3.4 cho thấy: tuổi càng cao càng làm tăng nguy cơ tim mạch, thể hiện qua hệ số hồi quy tăng cao dầncủa các nhóm tuổi 40 -49; 50 – 59 và 60 – 74 so với 30 – 39 (hệ số hồi quy lần lượt là 3,44; 8,70; 13,46; giá trị p lần lượt là<0,01; <0,01và<0,01). Các yếu tố nhưnam giới, hút thuốc lá, thừa – cân béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu là yếu tố làm nguy cơ tim mạch tăng cóý nghĩa thống kê. (hệ số hồi quy lần lượt là 3,35; 5,59; 0,75; 2,56; 5,16; 2,83; giá trị p lần lượt là<0,01; <0,01; 0,042; <0,01 và<0,01). Đặc biệt, yếu tố bệnh vảy nến là yếu tố làm tăng đáng kể nguy cơ tim mạchso với nhóm đối chứng (hệ số hồi quy 1,79; p <0,01). Sự thay đổi của tất cả yếu tốkể trên giải thích được cho 77% thay đổi của nguy cơ tim mạch (R^2 = 0,77). Kết quả của chúng tôi phù hợp với kết quả của Gisondi với phát hiện bệnh vảy nến là yếu tố độc lập làm tăng nguy cơ tim mạch (hệ số hồi quy 1,6; p = 0,001).[2]

Đa số nghiên cứu chúng tôi tìm hiểu được đều ủng hộ mối liên quan giữa bệnhvảy nến làm tăng nguy cơ tim mạch. Tiêu biểu là nghiên cứu của Myasoedova, là nghiên cứu đầu tiên chứng minh rằng thang điểm Framingham ước tính chính xác nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân vảy nến với kết quả theo dõi 10 năm, số bệnh nhân mắc bệnh tim mạch khác biệt không cóý nghĩa thống kê với kết quả dự đoán ban đầu.[7]

Lý giải cho điều này, có thể kể tới những lý do sau: nguyên nhân đầu tiên đó làquá trình viêm mạn tính trong bệnh vảy nến có liên quan đến rối loạn chức năng mô mỡ, thể hiện bởi tất cả các con đường của tế bào Lympho T liên quan đến sinh bệnh học vảy nến cũng đều liên quan đến xơ vữa động mạch, với hậu quả làm tổn thương rất sớm nội mạc mạch máu, tạo điều kiện cho sự lắng đọng lipid, hình thành vệt mỡ và xuất hiện mảng vữa xơ. Nguyên nhân tiếp theo thể hiện trong phần bàn luận trên của chúng tôi về các yếu tố nguy cơ tim mach với kết quả là bệnh nhân vảy nến có nhiều yếu tố nguy cơ cao hơn nhóm đối chứng. Ngoài ra, một số thuốc điều trị vảy nến cũng ảnh hưởng đến tình trạng tim mạch của bệnh nhân như methotrexate làm tăng nồng độ homocystein trong máu - một yếu tố nguy cơ độc lập cho bệnh tim mạch; cyclosporine gây tăng huyếtáp, acitretin và cyclosporine gây rối loạn lipid máu.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm vảy nến có các yếu tố nguy cơ tim mạch cao hơn nhóm đối chứng là hút thuốc lá, stress, thừa cân – béo phì, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu. Tình trạng uống rượu bia và thiếu hoạt động thể lực khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Bệnh nhân vảy nến có nguy cơ mắc bệnh tim mạch trong 10 năm tới cao hơn nhóm đối chứng (12,7% so với 9,1%, p <0,01). Thông qua mô hình hồi quy tuyến tính đa biến, bệnh vảy nến là yếu tố làm tăng nguy cơ tim mạch (hệ số hồi quy 1,79; p < 0,01).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fernández-Torres R, Pita-Fernández S, Fonseca E.** Psoriasis and cardiovascular risk. Assessment by different cardiovascular risk scores. J Eur Acad Dermatol Venereol. 2013;27(12):1566-1570. doi:10.1111/j.1468-3083.2012.04618.x
2. **Gisondi P, Farina S, Giordano MV, Girolomoni G.** Usefulness of the framingham risk score in patients with chronic psoriasis. Am J Cardiol. 2010;106(12):1754-1757. doi:10.1016/j.amjcard.2010.08.016
3. **Mehta NN, Yu Y, Pinnelas R, et al.** Attributable risk estimate of severe psoriasis on major cardiovascular events. Am J Med. 2011;124(8): 775.e1-6. doi:10.1016/j.amjmed.2011.03.028
4. **Bjartveit K, Tverdal A.** Health consequences of smoking 1-4 cigarettes per day. Tob Control. **2005;14(5):315-320. doi:10.1136/tc.2005.011932**
5. **Choi WJ, Park EJ, Kwon IH, Kim KH, Kim KJ.** Association between Psoriasis and Cardiovascular Risk Factors in Korean Patients. Ann Dermatol. 2010;22(3):300-306. doi:10.5021/ad.2010.22.3.300
6. **Hào NT.** Nghiên cứu rối loạn lipid máu ở bệnh nhân vảy nến và hiệu quả điều trị hỗ trợ của simvastatin trên bệnh nhân vảy nến thông thường. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại Học Y Hà Nội. Published online 2016.
7. **Myasoedova E, Akkara Veetil BM, Matteson EL, Kremers HM, McEvoy MT,** Crowson CS. Cardiovascular risk in psoriasis: a population-based analysis with assessment of the framingham risk score. Scientifica (Cairo). 2013;2013:371569. doi:10.1155/2013/371569

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ HORMONE TUYẾN CẬN GIÁP Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN LỌC MÁU CHU KỲ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Ngô Đức Kỷ*

TÓM TẮT

Bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối phải lọc máu chu kỳ có rất nhiều các biến đổi về các chất như canxi, phospho và đặc biệt có tình trạng cường tuyến cận giáp làm tăng nồng độ hormone tuyến cận giáp PTH (Parathyroid hormone). **Mục tiêu**: khảo sát nồng độ hormone tuyến cận giáp ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu mô tả cắt ngang tất cả 80 bệnh nhân được chẩn đoán suy thận giai đoạn cuối có eGFR (mức lọc cầu thận ước tính) < 15 ml/ph/1,73m² được lọc máu chu kỳ, thời gian từ tháng 1/2021 – 6/2021, tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Kết quả**: Tuổi trung bình là 50,31 ± 17,031 tuổi, trong đó tuổi thấp nhất là 17 và cao nhất 93 tuổi. Nam có 49 bệnh nhân chiếm tỷ lệ 61,3% và 31 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 38,7%. Đa số bệnh nhân có thiếu máu (88,8%). Mức lọc cầu thận trung bình 13,42 ± 9,03 ml/ph/1,73m². Nồng độ canxi máu là 2,12 ± 0,29 mmol/l và PTH là 569,06 ± 608,19 pg/ml. Tỷ lệ tăng nồng độ hormone PTH là 57,4% và PTH trong giới hạn bình thường chiếm 21,3%. Tỷ lệ giảm canxi máu là 37,5%. Có mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ hormone PTH với eGFR (r = - 0,409; p < 0,05). **Kết luận**: Cường cận giáp thứ phát thường gặp ở những bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ và tăng lên theo sự suy giảm của mức lọc cầu thận.

Từ khóa: Bệnh thận mạn, Lọc máu chu kỳ, PTH.

SUMMARY

SURVEY OF PARATHYROID HORMONE LEVELS IN PATIENTS WITH CHRONIC KIDNEY DISEASE ON DIALYSIS AT NGHE AN GENERAL FREINDSHIP HOSPITAL

End stage chronic kidney disease (ECKD) has many changes in substances such as calcium, phosphorus and especially hyperparathyroidism, which increases the level of parathyroid hormone (PTH). **Objective**: to investigate parathyroid hormone levels in patients with chronic renal failure on dialysis. Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study. Total 80 participating patients diagnosed with ECKD with eGFR (estimated glomerular filtration rate) < 15 ml/min/1.73m² undergoing dialysis period, from January 2021 to June 2021, at Nghe An General freindship Hospital. **Results**: The mean age was 50.31 ± 17,031 years old, in which the lowest age was 17 years old and the highest age was 93 years old. There were 49 male patients, 61.3%, and 31 female patients, 38.7%. Most of the patients had anemia (88.8%). eGFR was 13.42 ± 9.03ml/min/1.73m². Blood calcium concentration was 2.12 ± 0.29 mmol/l and PTH was 569.06 ± 608.19 pg/ml. The rate of increase in PTH hormone levels was 57.4% and PTH within normal limits accounted for 21.3%. The rate of hypocalcemia was 37.5%. There was a statistically significant negative correlation between PTH hormone levels and eGFR (r = - 0.409; p < 0.05). **Conclusion**: Secondary hyperparathyroidism is common in hemodialysis patients and increases with the decline of eGFR.

Keywords: Chronic kidney disease, dialysis, PTH.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) hiện nay là một vấn đề sức khỏe của toàn cầu, ảnh hưởng đến 5-10% dân số thế giới, là hậu quả cuối cùng của nhiều bệnh thận, diễn tiến kéo dài qua nhiều năm tháng làm giảm mức lọc cầu thận một cách từ từ và không hồi phục, gây ảnh hưởng đến chất lượng, tỷ lệ sống còn của bệnh nhân và làm tiêu tốn ngân sách y tế của nhiều quốc gia [1]. Bệnh nhân bị bệnh thận mạn giai đoạn cuối sẽ có nhiều các biến chứng như bệnh lí tim mạch, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, loạn dưỡng xương do thận,… và biện pháp cuối cùng điều trị là lọc máu chu kỳ hoặc ghép thận. Ở bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối phải lọc máu có rất nhiều các biến đổi về các chất như canxi, phốt pho và đặc biệt có tình trạng cường tuyến cận giáp làm tăng nồng độ hormone tuyến cận giáp PTH (Parathyroid hormone)[2]. Phát hiện và điều chỉnh sớm các rối loạn cân bằng Ca-P-PTH giúp cải thiện các triệu chứng tăng urê huyết, làm chậm diễn tiến của suy thận mạn và làm giảm nguy cơ tử vong do các biến chứng tim mạch và loạn dưỡng xương do thận của cường tuyến cận giáp thứ phát. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về rối loạn Ca, Phospho, PTH. Ở Việt Nam đã có các nghiên cứu về rối loạn Ca, Phospho, PTH ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối [3],[4],[5], nhưng tại khu vực Nghệ An chưa có nghiên cứu đánh giá về các rối loạn này. Vì vậy, tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục đích: khảo sát nồng độ hormone tuyến cận giáp ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu chu kỳ để phát hiện sớm các rối loạn về chức năng tuyến cận giáp.

*Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Kỷ
Email: ngoduckyna@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 19.8.2021
Ngày duyệt bài: 26.8.2021

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả 80 bệnh nhân được chẩn đoán suy thận giai đoạn cuối có eGFR (mức lọc cầu thận ước tính) < 15 ml/ph/1,73m² được lọc máu chu kỳ, thời gian từ tháng 1/2021 – 6/2021, tại Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân suy thận cấp, đang trong tình trạng viêm hoặc nhiễm trùng khác.
- Bệnh lý tuyến giáp – tuyến cận giáp.
- Bệnh nhân sử dụng các chế phẩm ảnh hưởng đến chu chuyển xương trong vòng 1 tháng trở lại đây.
- Bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối với các bệnh lí gan mật, men gan tăng.
- Ung thư di căn xương, bệnh lý xương khớp.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang, cỡ mẫu thuận tiện.

-Thu thập số liệu theo mẫu bệnh án thống nhất, khai thác và khám lâm sàng: giới tính, tuổi, đo huyết áp, BMI. Các xét nghiệm công thức máu, glucose, ure, cretinin, acid uric, lipid máu, GOT, GPT, Điện giải đồ, Canxi và PTH máu.

-Xét nghiệm PTH bằng máy Cobas 6000 của hãng Roche, nguyên lý miễn dịch điện hóa phát quang theo nguyên tắc Sandwich.

-Tiêu chuẩn đánh giá trong nghiên cứu: sử dụng tiêu chuẩn của KDIGO 2012 về nồng độ Ca, PTH cần đạt của bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối trong nghiên cứu [1].

Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.11.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1.Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Bảng 1.Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Giá trị
Giới	Nam	61,3%
	Nữ	38,7%
Tuổi (năm)	Chung	50,31± 17,031
	Nam	52,24±18,307
	Nữ	47,26±14,55
BMI (kg/m²)	Chung	20,6 ± 2,0
	Nam	20,9 ± 2,1
	Nữ	20,2 ± 1,7
	< 18,5	17,3%
	18,5 – 22,9	73,1%
	≥ 23	9,6%
Huyết áp tâm thu (mmHg)		137,9 ±24,1
Huyết áp tâm trương (mmHg)		81,7± 8,7
Phù		70%
Khó thở		43,8%
Suy tim		41,3%
Thiếu máu		88,8%

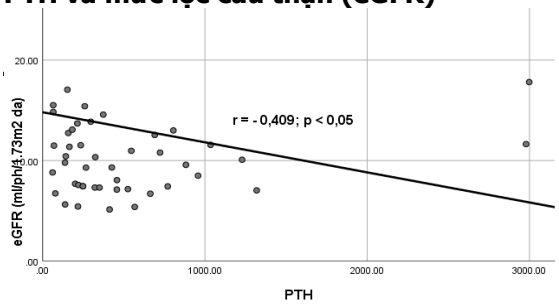
Nhận xét: có 49 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 61,3% và 31 bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 38,7%. Tuổi trung bình của nghiên cứu là 50,31± 17,031 tuổi trong đó tuổi thấp nhất là 17 và cao nhất 93 tuổi. Đa số bệnh nhân có BMI ở giới hạn bình thường (73,1%) và lâm sàng có thiếu máu (88,8%).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng

Chỉ số	Giá trị
Hồng cầu (T/l)	3,2 ± 0,5
Hb (g/l)	90,8 ± 21,1
HCT (g/l)	0,27 ± 0,04
BC (G/l)	7,4 ± 3,3
TC (T/l)	202,2 ± 74,7
Glucose (mmol/l)	7,0 ± 2,3
Ure (mmol/l)	23,7 ± 9,6
Creatinin (µmol/l)	808,2 ± 324,5
Acid uric (µmol/l)	496,4 ± 122,4
Albumin (g/l)	43,7 ± 48,2
eGFR (ml/ph/1,73m²)	13,42 ± 9,03
Ca (mmo/l)	2,12 ± 0,29
PTH (pg/ml)	569,06 ± 608,19

Nhận xét: Trung bình số lượng hồng cầu là 3,2 ± 0,5 T/l và hemoglobin là 90,8 ± 21,1 g/l. Mức lọc cầu thận trung bình 13,42 ± 9,03 ml/ph/1,73m². Nồng độ canxi máu là 2,12 ± 0,29 mmol/l và PTH là 569,06 ± 608,19 pg/ml.

3.2.Mối liên quan giữa nồng độ hormone PTH và mức lọc cầu thận (eGFR)



Biểu đồ 1. Mối liên quan giữa PTH và eGFR

Nhận xét: có mối tương quan nghịch có ý nghĩa thống kê giữa nồng độ hormone PTH và eGFR (r = - 0,409; p < 0,05).

3.3. Tỷ lệ thay đổi nồng độ PTH và canxi máu

Bảng 3.Tỷ lệ thay đổi nồng độ PTH và canxi máu

Giá trị		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
PTH	< 150	17	21,3
	150 – 300	17	21,3
	>300	46	57,4
Canxi	< 2,1	30	37,5
	2,1 – 2,5	40	50
	>2,5	10	12,5

Nhận xét: Có 46 bệnh nhân tăng nồng độ hormone PTH chiếm tỷ lệ 57,4% và 17 bệnh nhân có PTH trong giới hạn bình thường chiếm 21,3%. Có 30 bệnh nhân giảm canxi máu chiếm tỷ lệ 37,5%.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nghiên cứu là 50,31 ± 17,031 tuổi trong đó tuổi thấp nhất là 17 và cao nhất 93 tuổi. Tỷ lệ nam chiếm tỷ lệ 61,3% và bệnh nhân nữ chiếm tỷ lệ 38,7%. Không có sự khác biệt về tuổi giữa nam và nữ giới. Tác giả Nguyễn Minh Tuấn [4], là 51,55 ± 16,44 tuổi, trong đó nhóm bệnh nhân nữ có tuổi trung bình cao hơn nam giới tuy nhiên không khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tác giả Lê Thị Đan Thùy [5] nghiên cứu tại Bệnh viện nhân dân 115, tuổi trung bình 49,16 ± 13,76, lớn nhất là 82 tuổi, nhỏ nhất là 22 tuổi. Tương tự như vậy, các tác giả khác trong nước hay nước ngoài đề có độ tuổi xung quanh 50 tuổi [6],[7],[8],[9]. Trung bình chỉ số BMI là 20,6 kg/m². Đa số bệnh nhân có BMI ở giới hạn bình thường (73,1%) và lâm sàng có thiếu máu (88,8%). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng như các nghiên cứu trong nước [4],[6],[7].

Sự thiếu hụt men 1α hydroxylase (của tế bào biểu mô ống thận) ở bệnh nhân bệnh thận mạn dẫn đến giảm tổng hợp 1,25 dihydroxy vitamin D, gây giảm hấp thu canxi từ ruột, hậu quả là giảm canxi trong máu. Nồng độ canxi toàn phần trung bình trong nghiên cứu này là 2,12 ± 0,29 mmol/l và có tỷ lệ giảm canxi máu (<2,1 mmol/l) là 37,5%. Kết quả này tương đương với tác giả Ana P năm 2017 trên 2507 bệnh nhân bệnh thận mạn, nồng độ canxi máu trung bình là 2,27 ±0,15 mmol/l[10]. Tuy nhiên thấp hơn so với một số công bố trong nước. Nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Thanh Vân tại Huế năm 2015 cho kết quả là 2,40 ± 0,27mmol/l [6]. Tác giả Lê Thị Thùy Đan năm 2019 tại Bệnh viện Bình Dân là 2,69±0,37 mmol/l [5]. Sự khác biệt này có thể do khác nhau về thời gian bị bệnh, thời gian lọc máu, phương pháp điều trị hoặc sự khác nhau về chế độ ăn, chế độ dinh dưỡng từng vùng miền.

Bệnh thận mạn đặc trưng bởi sự giảm số lượng nephron dẫn đến giảm chức năng nội tiết và bài tiết của thận. Chức năng bài tiết giảm, gây ứ các chất chuyển hóa có hại, toan chuyển hóa và tăng ứ đọng phospho máu. Điều này gây suy dinh dưỡng, giảm đáp ứng của xương đối với vitamin D, hủy chất đệm của xương, hạ canxi máu và tăng chỉ số Ca x P. Cuối cùng sẽ kích thích tế bào tuyến cận giáp tăng tiết PTH thứ phát. Tăng sản tuyến cận giáp là một biểu hiện chính của cường tuyến cận giáp thứ phát do thận, và một yếu tố quan trọng phản ánh độ nặng cũng như sự tiến triển của bệnh. Quá trình tăng sản PTH kéo dài, không kiểm soát làm tăng canxi máu, rối loạn chu chuyển xương với tăng quá trình hủy xương và viêm xương nang xơ. Trong nghiên cứu này, trung bình PTH 569,06 ± 608,19 pg/ml. Kết quả này cao hơn một số các nghiên cứu trong nước [3],[6],[7] hay Kirti A nghiên cứu 60 bệnh nhân bệnh thận giai đoạn cuối là 173,93 ± 62,62 pg/mL nhưng thấp hơn tác giả Lê Thị Đan Thùy là 651,74 ± 413,191pg/l [5]. Khi so sánh về tỷ lệ tăng PTH, tỉ lệ tăng PTH là 57,4% và tỷ lệ PTH trong giới hạn bình thường là 21,3% tỷ. Kết quả của tôi tương đồng với Nguyễn Minh Tuấn năm 2020 là 59,3% [4]. Theo nghiên cứu của Waziri B thì tỷ lệ tăng PTH là 49,3% và trong giới hạn bình thường là 26,1% [8]. Như vậy so với các nghiên cứu khác nhau của các tác giả trong và ngoài nước nồng độ và tỷ lệ tăng PTH có khác với nghiên cứu của tôi điều này có thể lý giải do đối tượng nghiên cứu khác nhau, số lượng mẫu nghiên cứu, chủng tộc, thời gian mắc bệnh, thời gian lọc máu chu kỳ, và điều kiện điều trị nội khoa bảo tồn khác nhau.

Ở nghiên cứu này, chúng tôi tìm thấy mối tương quan nghịch giữa nồng độ PTH với mức lọc cầu thận ($r = -0,409$; $p < 0,05$). Kirti A năm 2017 cũng cho kết quả là có mối tương quan nghịch giữa nồng độ PTH với mức lọc cầu thận ($p \leq 0,001$; $r = -0,525$). Choi SW nghiên cứu 9162 người cho kết luận nồng độ PTH giảm có ý nghĩa với tăng mức lọc cầu thận (eGRF) ở những người ≥ 50 tuổi tại Hàn Quốc. Như vậy, nồng độ PTH có liên quan đến mức lọc cầu thận đặc diệt ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu ký.

V. KẾT LUẬN

Cường cận giáp thứ phát thường gặp ở những bệnh nhân chạy thận nhân tạo chu kỳ và tăng lên theo sự suy giảm của mức lọc cầu thận.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **KDIGO 2012,** "Clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease", Kidney International Supplements, 3(1), pp. 19-62.
2. **Pieter E, Jordi B and Pablo UT**, "Parathyroid hormone metabolism and signaling in health and chronic kidney disease", Kidney International, 2016, 90: 1184–1190.
3. **Nguyễn Duy Cường, Doãn Thị Nghĩa,** "Nghiên cứu tình trạng cường cận giáp trạng thứ phát ở bệnh nhân thận nhân tạo chu kỳ tại Thái Bình", Y học thực hành (914) – Số 4/2014, Tr 19 -21.
4. **Nguyễn Minh Tuấn,** "Nghiên cứu nồng độ osteoprogetin, parathyroid hormone huyết tương,

tổn thương động mạch cành và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ", Luận án tiến sĩ, Trường đại học Y Dược Huế 2020.
5. **Lê Thị Đan Thùy, Phạm Văn Bùi,** "Khảo sát nồng độ canxi, phospho, hormone tuyến cận giáp ở bệnh nhân bệnh thận mạn lọc máu chu kỳ và lọc màng bụng liên tục ngoại trú tại Bệnh viện Bình Dân", 2019, Y Học TP. Hồ Chí Minh, Phụ Bản Tập 23, Số 3, 2019, tr 234 – 240.
6. **Nguyễn Hoàng Thanh Vân,** "Nghiên cứu nồng độ Beta-crosslaps, hormone tuyến cận giáp huyết thanh ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối", Luận án tiến sĩ, Trường đại học Y Dược Huế 2015.
7. **Nguyễn Hữu Vũ Quang,** "Nghiên cứu nồng độ FGF-23 huyết thanh và mối liên quuan với một số rối loạn khoáng xương ở bệnh nhân bệnh thận mạn", Luận án tiến sĩ, Trường đại học Y Dược Huế 2020.
8. **Waziri B, Duarte R, Naicker S,** "Biochemical markers of mineral bone disorder in South African patients on maintenance haemodialysis", African Health Sciences Vol 17 Issue 2, June, 2017: 445 – 452.
9. **Wang WH, Chen LW, Lee CC, et al,** "Association between Parathyroid Hormone, 25 (OH) Vitamin D, and Chronic Kidney Disease: A Population-Based Study", BioMed Research International, Volume 2017, Article ID 7435657, 9 pages.
10. **Ana P, Luís S, Hugo GF,** "The calcium/ phosphous homeostasis in chronic kidney disease: from clinical epidemiology to pathophysiology", Acta Med Port,2017, 30(6): 485-49.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ THANG ĐIỂM YMRS Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN LƯỠNG CỰC

Đinh Việt Hùng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng rối loạn lưỡng cực bằng thang điểm YMRS. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: 51 bệnh nhân rối loạn lưỡng cực được điều trị nội trú tại Khoa Tâm thần, Bệnh viện Quân y 103. **Kết quả**: Hoang tưởng tự cao gặp nhiều nhất chiếm 84,21% và tăng khí sắc gặp 92,16%. Có 88,24% bệnh nhân tăng hoạt động và sự chi phối hành vi chiếm 71,05%. Khi bệnh nhân vào viện thì điểm trung bình YMRS 34,18 ± 11,25 điểm; sau 3 tuần điều trị thì điểm trung bình YMRS 13,63 ± 5,74 điểm. Kết quả điều trị bệnh nhân dùng kết hợp olanzapin và encorate là 9,16 ± 2,94 điểm. **Kết luận**: Lâm sàng ở bệnh nhân rối loạn lưỡng cực rất đa dạng và phong phú. Thang điểm YMRS là một công cụ khách quan để đánh giá giá tri các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân rối loạn lưỡng cực.

Từ khóa: Rối loạn lưỡng cực, thang điểm YMRS

SUMMARY

STUDY CLINICAL FEATURES AND RESULT OF YMRS SCORE IN BIPOLAR DISORDER PATIENTS

Objective: To study clinical features of bipolar disorder patients by YMRS score. **Method**: The sample was composed by 51 bipolar disorder patients admitted as in-patients to Psychiatry Department, 103 Military Hospital. **Results**: Grandiose delusion and elevated mood are the most popular symptoms, accounting for 84.21% and 92.16% in sequence. There are 88.24% patients who had increased goal-directed activity and the number of patients whose behaviors had been controlled is 71.05%. When the patients were admitted to the hospital, average YMRS score was 34.18 ± 11.25 point and after 3 weeks of treatment, the score was 13.63 ± 5.74 point. In patients who were treated by olanzapin and encorate, the score was 9.16 ± 2.94 point. **Conlusion**: Clinical feartures in bipolar disorder patients are very diverse. YMRS score is objective tool to evaluate the worth of clinical symptoms of bipolar disorder patients

Key words: Bipolar disorder, YMRS score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lưỡng cực là rối loạn tâm thần được đặc trưng bằng giai đoạn hưng cảm hoặc giai đoạn hưng cảm nhẹ, có phối hợp với giai đoạn trầm cảm trong quá trình phát triển của bệnh. Đây là rối loạn tâm thần nặng, bệnh sinh rất đa dạng và phức tạp gồm các yếu tố sinh học, yếu tố tâm lý, yếu tố môi trường và yếu tố nhân cách. Tỷ lệ mắc rối loạn lưỡng cực vào khoảng 0,4-1,6% với các rối loạn lưỡng cực I, rối loạn lưỡng cực II, khí sắc chu kỳ và hưng cảm nhẹ. Đến nay, nghiên cứu về rối loạn lưỡng cực, đặc biệt là giai đoạn hưng cảm, mới chỉ dừng lại ở phân tích các đặc điểm lâm sàng. Chưa có nhiều nghiên cứu đề cập kĩ về các thang điểm trong đánh giá lâm sàng. Để góp phần tìm hiểu kỹ hơn bệnh cảnh lâm sàng trong rối loạn lưỡng cực, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả thang điểm YMRS ở bệnh nhân rối loạn lưỡng cực.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 51 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lưỡng cực theo ICD-10 điều trị nội trú tại Khoa Tâm thần-Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 5/2020 đến tháng 5/2021.

[1]*Bệnh viện Quân y 103-Học viện Quân y*
Chịu trách nhiệm chính: Đinh Việt Hùng
Email: bshunga6@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021
Ngày duyệt bài: 26.8.2021

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Sử dụng phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang, phân tích đánh giá từng trường hợp cụ thể, các triệu chứng lâm sàng được đánh giá trong ngày đầu bệnh nhân vào viện.

Thang điểm đánh giá YMRS (Young Manic Rating Scale) được đánh giá 11 đề mục, trong đó có 7 đề mục đầu có điểm từ 0-4 và 4 đề mục còn lại có điểm từ 0-8. Kết quả: Điểm YMRS 0-2 điểm: Bình thường, YMRS 3-11 điểm: Trầm cảm, YMRS 12-19 điểm: Hưng cảm nhẹ, YMRS ≥ 20 điểm: Rối loạn lưỡng cực.

2.3. Phân tích số liệu. Phân tích số liệu được tiến hành trên phần mềm phân tích số liệu SPSS 20.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê được xác định cho các kiểm định với mức p < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. *Đặc điểm nhóm tuổi ở bệnh nhân nghiên cứu*

Chỉ số thống kê / Nhóm tuổi	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 20 tuổi	2	3,92
21-30	22	43,14
31-40	8	15,69
41-50	13	25,49
> 50 tuổi	6	11,76
Tuổi trung bình	27,17 ± 10,31	

Kết quả tại biểu đồ 3.1 cho thấy nhóm tuổi 21-30 là cao nhất (43,14%), tiếp theo là nhóm tuổi 41-50 (22,58%), thấp nhất là lứa tuổi ≤ 20 tuổi chỉ chiếm có 3,92% và tuổi trung bình là 27,17 ± 10,31 tuổi. Theo Cazorla P. (2013) nghiên cứu ở 977 bệnh nhân rối loạn lưỡng cực thấy nhóm tuổi bệnh nhân hay gặp là nhóm tuổi 35-45 tuổi, với tuổi trung bình là 38,8 ± 12,1 tuổi. Như vậy nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khác biệt bởi số liệu thu thập tại đơn vị điều trị tuyến cuối về tâm thần, bệnh nhân vào viện đa số là cấp tính, nặng nề và lần đầu, điều đó ảnh hưởng đến tần suất nhóm tuổi bệnh nhân [1].

Bảng 3.2. *Đặc điểm giới tính ở bệnh nhân nghiên cứu*

Chỉ số thống kê / Giới tính	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Nam	20	39,22
Nữ	31	60,78

Kết quả Bảng 3.2 cho thấy: Nam giới chiếm tỷ lệ 39,22%, nữ giới chiếm tỷ lệ là 60,78% và tỷ lệ phân bố theo giới tính ở nữ và nam là 1,55. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nhận định của Prisciandaro J.J. (2016) trong nghiên cứu ở bệnh nhân rối loạn lưỡng cực thấy nữ giới chiếm tỷ lệ 57,8%, nam giới chiếm 42,2%. Tác giả nhận thấy tỷ lệ nữ giới mắc tỷ cao hơn nam giới bởi phụ nữ có nhiều giai đoạn bất lợi như sinh đẻ, tiền mãn kinh và tuổi thọ kéo dài. Hơn nữa trong cuộc sống phụ nữ bị chi phối nhiều các hoàn cảnh khách quan của cuộc sống như tín ngưỡng, tôn giáo, công việc và thiên chức người mẹ, người vợ [2].

Bảng 3.3. *Đặc điểm tiền sử gia đình ở bệnh nhân nghiên cứu*

Chỉ số thống kê / Tiền sử gia đình	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có người bị rối loạn tâm thần	9	17,65
Không có ai bị rối loạn tâm thần	42	82,35

Kết quả tại Bảng 3.3 về tiền sử gia đình của đối tượng nghiên cứu, qua đó ta thấy: bệnh nhân có người trong gia đình bị rối loạn tâm thần chiếm tỷ lệ 27,42%. Gia đình không có ai bị rối loạn tâm thần chiếm tỷ lệ 72,58%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với nhận xét của Hui T.P. (2019) trong gia đình có người mắc bệnh tâm thần thì tỷ lệ con cháu của họ mắcbệnh dao động từ 11-21%, trong đó trẻ em có cha hoặc mẹ mắc chứng rối loạn này có khoảng 10-25% khả năng tự phát triển rối loạn. Trẻ em có cả cha và mẹ bị rối loạn có cơ hội 10-50%. (0,036), điều này chứng tỏ các vai trò của các gen di truyền như INPP1, GSK3B, NR1D1, SLC6A4, COMT, DRD1, BDNF và NTRK2 trong bệnh sinh rối loạn lưỡng cực [3].

3.2. Đặc điểm lâm sàng rối loạn lưỡng cực

Bảng 3.4. *Đặc điểm thời gian bị bệnh ở bệnh nhân nghiên cứu*

Chỉ số thống kê / Thời gian bị bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 5 năm	25	49,02
6-10 năm	18	35,29
11- 15 năm	7	13,73
> 15 năm	1	1,96
Trung bình	4,57 ± 2,49	

Nghiên cứu của chúng tôi thấy rằng thời gian bị bệnh ≤ 5 năm chiếm tỷ lệ cao (49,02%), tiếp theo là 6 -10 năm (35,29%), >15 năm thấp nhất (1,96%) và thời gian mang bệnh trung bình là 4,57±2,49 năm. Điều này cho thấy rằng đa số bệnh nhân bị bệnh đã được đưa sớm tới bệnh viện bởi các triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân ảnh hưởng lớn tới gia đình họ và xã hội như kích động, nói nhiều, đi lại nhiều, tiêu nhiều tiền…kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Vidal-Rubio S.L. (2018) thấy rằng thời gian bị bệnh

của bệnh nhân rối loạn lưỡng cực là 3,38 ± 1,25 năm [4].

Bảng 3.5. *Số lần điều trị ở bệnh nhân nghiên cứu*

Chỉ số thống kê / Số lần điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1 lần	3	5,88
2-4 lần	27	52,95
5-7 lần	16	31,37
> 7 lần	5	9,80
Trung bình	4,35 ± 2,38	

Số lần điều trị bệnh nhân nhiều nhất là 2-4 lần chiếm 52,95%; số lần điều trị thấp nhất là 1 lần chiếm 5,88% và số lần điều trị trung bình là 4,35 ± 2,38 lần. Điều này được giả thích bởi các bằng chứng lâm sàng đã chỉ ra rằng bệnh nhân rối loạn lưỡng cực phải điều trị suốt đời, cơn thứ 3 trở đi bệnh nhân bước vào chu kỳ tái phát bệnh. Hơn nữa bệnh nhân rối loạn lưỡng cực sẽ có nhiều giai đoạn bệnh từ hưng cảm, hỗn hợp xen kẽ giai đoạn trầm cảm, chính quá trình lâm sàng này làm quá trình tái phát bệnh nhiều lần dẫn đến bệnh nhân phải số lần điều trị tại bệnh viện tăng lên.

Bảng 3.5. *Đặc điểm yếu tố liên quan ở bệnh nhân nghiên cứu*

Chỉ số thống kê / Số lần điều trị	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Sau sang chấn	7	13,73
Lạm dụng chất	13	25,49
Không chấp hành điều trị	31	60,78

Các yếu tố liên quan đến bệnh nhân chủ yếu là không chấp hành phác đồ điều trị (74,19%), có khoảng (13,73%) bệnh nhân liên quan tới sang chấn. Điều này cho thấy quá trình điều trị bệnh kéo dài suốt cuộc đời nên dẫn đến việc chán trường khi phải dùng thuốc lâu dài, đơn thuốc chưa phù hợp với kinh tế của bệnh nhân, sự phủ định bệnh của bệnh nhân là những nguyên nhân chính để bệnh nhân không chấp hành phác đồ điều trị. Ngoài ra có 13 bệnh nhân lạm dụng chất (ma túy đá, thuốc lắc, rượu…) yếu tố này làm cho quá trình tái phát bệnh cao hơn, hiệu quả điều trị thấp. Số ít bệnh nhân không có sự chia sẻ động viên của gia đình, bạn bè, không có công ăn việc làm, chất lượng của sống kém…đó là các tác nhân sang chấn của bệnh nhân rối loạn lưỡng cực.

Bảng 3.6. *Đặc điểm rối loạn hình thức tư duy ở bệnh nhân nghiên cứu*

Chỉ số thống kê / Hình thức tư duy	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tư duy tốc độ nhanh	42	82,35
Tư duy dồn dập	16	31,37
Tư duy không liên quan	5	9,80
Tư duy ngắt quãng	2	3,92

Rối loạn hình thức tư duy là biểu hiện hay gặp nhất và dễ phát hiện nhất ở bệnh nhân trong đó tư duy tốc độ nhanh chiếm 82,35%; tư duy ngắt quãng chiếm 3,92%. Bệnh nhân tư duy tốc độ nhanh đó là người đối thoại chưa nói hết câu đối thoại, chủ đề chưa rõ ràng nhưng bệnh nhân đối đáp lại bằng nhiều chủ đề, tốc độ nhanh, các chủ đề liên quan, gắn kết ít, thậm chí có chủ đề không liên quan. Tốc độ tư duy này nhanh đến mức nhiều bệnh nhân như là độc thoại. Trong rối loạn lưỡng cực có số ít bệnh nhân có tư duy ngắt quãng điều này có thể do sự thiếu hụt serotonin, lo âu tạo ra. Chủ điểm của của bệnh nhân không liên mạch, có nhiều khoảng nghỉ, mất nhiều thời gian để gắn kết lại, có những bệnh nhân người đối thoại còn phải gợi ý, mớm lời giúp [5].

Bảng 3.7. Đặc điểm các hoang tưởng ở bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số thống kê / Hoang tưởng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Hoang tưởng tự cao	32	84,21
Hoang tưởng ghen tuông	9	23,68
Hoang tưởng bị hại	5	13,16
Hoang tưởng kỳ quái	2	5,26

Ngoài rối loạn hình thức tư duy thì rối loạn nội dung tư duy cũng thường gặp ở bệnh nhân rối loạn lưỡng cực. Nội dung tư duy thể hiện ở bốn hoang tưởng sau: hoang tưởng tự cao (84,21%), hoang tưởng ghen tuông (23,68%), hoang tưởng bị hại (13,16%) và hoang tưởng kỳ quái (5,26%). Hoang tưởng hay gặp nhất là hoang tưởng tự cao đây chính là nguyên nhân của các hành vi tiêu pha quá mức, ngoài khả năng kinh tế của bệnh nhân và gia đình bệnh nhân. Bệnh nhân luôn cho rằng mình là thần thánh, là người có quyền cao chức trọng, nói chuyện được với thần thánh, thậm chí có cả hội chứng xâm nhập, họ thể giúp đỡ nhiều nhiều người. Có những bệnh nhân ảo tưởng về kinh tế luôn cho rằng mình nhiều tiền của, có thể ban phát, giúp đỡ những người khó khăn trong khi bản thân mình không có việc làm, làm xe ôm, công nhân…Một số ít bệnh nhân luôn cho rằng mình có khả năng điều khiển thời tiết, hô mưa gọi gió, có khả năng thay đổi số phận con người [6].

Bảng 3.8. *Đặc điểm rối loạn cảm xúc ở bệnh nhân nghiên cứu*

Chỉ số thống kê / Rối loạn cảm xúc	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng khí sắc	47	92,16

Cảm xúc bùng nổ	27	52,94
Cảm xúc căng thẳng	15	29,41
Cảm xúc không ổn định	11	21,57

Rối loạn hay gặp và thể hiện rõ ra bên ngoài là rối loạn cảm xúc, triệu chứng tăng khí sắc gặp ở 92,16%; tiếp đến là cảm xúc bùng nổ (52,94%), cảm xúc căng thẳng (29,41%) và cảm xúc không ổn định (21,57%). Theo tiêu chuẩn chẩn đoán rối loạn lưỡng cực thì tiêu chuẩn trưởng có khí sắc tăng, triệu chứng này thể hiện rõ trên khuôn mặt được đánh giá bởi các chuyên gia tâm thần, triệu chứng này không chịu sự chi phối của các yếu tố chủ quan của bệnh nhân hay người thăm khám. Khí sắc tăng bền vững trong này và mất khả năng tự phê phán trong các hoạt động giao tiếp của bệnh nhân. Cảm xúc của bệnh nhân rất đa dạng từ bùng nổ cảm xúc đến cảm xúc căng thẳng và cảm xúc không ổn định. Cảm xúc bệnh nhân thể hiện ở mọi lúc mọi nơi không phù hợp với hoàn cảnh, họ nói cười hát hò liên tục. Theo Bùi Quang Huy (2018), cảm xúc bệnh nhân thay đổi liên tục từ bùng nổ, vui vẻ có thể nhanh chóng chuyển sang nổi cáu, gây sự với người xung quanh [5].

Bảng 3.9. *Đặc điểm rối loạn hoạt động có ý chí ở bệnh nhân nghiên cứu*

Chỉ số thống kê / Rối loạn hoạt động	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng hoạt động, đi lại nhiều	45	88,24
Thích can thiệp vào mọi việc	39	76,47
Tiêu tiền nhiều	29	56,86
Kích động vận động	17	33,33
Chống đối điều trị	7	13,73

Các triệu chứng rối loạn hoạt động có ý chí là đặc điểm nổi bật của bệnh nhân rối loạn lưỡng cực ở giai đoạn hưng cảm. Ở nghiên cứu của chúng tôi có 88,24% bệnh nhân tăng hoạt động, tiếp đến là thích can thiệp vào mọi việc (76,47%), tiêu tiền nhiều (56,86%), kích động vận động (33,33%) và chống đối điều trị (13,73%). Lâm sàng thể hiện bệnh nhân hoạt động liên tục, không biết mệt mỏi, bệnh nhân làm nhiều việc, nhiều mục đích cùng lúc. Họ thích tham gia vào công việc của người khác, luôn đưa ra ý kiến của mình dù không phù hợp nhưng bắt người khác phải tuân theo. Số ít bệnh nhân chống đối và kích động, chính những hành vi này gây nguy hiểm cho chính bệnh nhân và những người xung quanh. Kết quả này phù hợp với nhận định của Cao Tiến Đức (2017) trong rối loạn lưỡng cực bệnh nhân thường tăng hoạt động quá mức, họ luôn cho rằng mình lắm tiền nên các hoạt hoạt mua sắm vô tội vạ thường hiện hữu ở bệnh nhân [6].

Bảng 3.10. *Đặc điểm rối loạn hoạt động bản năng ở bệnh nhân nghiên cứu*

Chỉ số thống kê / Rối loạn hoạt động	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ăn uống kém	33	64,71
Tăng ham muốn tình dục	24	47,06
Giảm ham muốn tình dục	13	25,49
Ý tưởng tự sát	6	11,76
Cơn xung động vận động	4	7,84
Hành vi tự sát	1	1,96

Bảng 3.10 cho thấy rối loạn hoạt động bản năng ở bệnh nhân hay gặp nhất là ăn uống kém (64,71%) và hành vi tự sát (1,96%). Sự rối loạn các chất dopamin, acetylcholin, gamma aminobutyric acid cùng các hormon thyroid và prolactin làm cho hoạt động bản năng của bệnh nhân bị rối loạn. Nổi bật đầu tiên là ăn uống kém dù bệnh nhân hoạt động rất nhiều nhưng nhu cầu bổ xung năng lượng lại không tương đồng. Rối loạn bản năng tình dục cũng là triệu chứng hay gặp, đa số bệnh nhân tăng nhu cầu tình dục về cả số lần quan hệ, thời gian quan hệ cũng như hình thức quan hệ, có những bệnh nhân còn có sở thích khoe các bộ phận sinh dục nơi công cộng. Dù có ít bệnh nhân có ý tưởng và hành vi tự sát, nhưng khi đã có những triệu chứng này thì tính mạng của bệnh nhân sẽ bị đe dọa [6].

Bảng 3.11. *Đặc điểm các rối loạn khác ở bệnh nhân nghiên cứu*

Chỉ số thống kê / Rối loạn khác	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giảm nhu cầu ngủ	26	50,98
Giảm sự tập trung chú ý	14	27,45
Lo âu	9	17,65

Ngoài các rối loạn cảm xúc, tư duy, khí sắc…bệnh nhân rối loạn lưỡng cực còn rối loạn giấc ngủ (mất ngủ, giảm nhu cầu ngủ, mất cảm giác giấc ngủ) chiếm 50,98%; giảm tập trung chú ý chiếm 27,45% và lo âu chiếm 17,65%. Cơ chế bệnh sinh của rối loạn lưỡng cực ngoài cơ chế gen các nhà nghiên cứu đề cập nhiều về rối loạn các chất dẫn truyền thần kinh như dopamin và serotonin. Chính sự tăng dopamin ở khe sinap dẫn đến giảm nhu cầu ngủ, giảm serotoni ở khe sinap dẫn đến giảm sự tập trung chú ý và lo âu. Chính các triệu chứng trên làm cho chất lượng cuộc sống bệnh nhân kém, sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân giảm. Trong đó lo âu là nguyên nhân chính dẫn đến sự tăng hoạt động của bệnh nhân và góp phần không nhỏ tạo nên ý tưởng và hành vi tự sát ở bệnh nhân. Kết quả này tương đồng với nhận định của Bùi Quang Huy (2018), giảm nhu cầu ngủ hay gặp bệnh nhân rối loạn

lưỡng cực (bệnh nhân ngủ ít từ 2-4 tiếng, sáng dậy không mệt, không có cảm giác thèm ngủ), biểu hiện của sự mất tập trung chú ý là hiệu quả công việc không cao, lơ đãng trong sinh hoạt [5].

Bảng 3.12. *Đặc điểm sự chi phối hành vi ở bệnh nhân nghiên cứu*

Chỉ số thống kê / Sự chi phối	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có chi phối hành vi	27	71,05
Không chi phối hành vi	11	28,95

Bảng 3.12. cho thấy có 27 bệnh nhân bị chi phối hành vi (71,05%), chỉ có 11 bệnh nhân không bị chi phối hành vi (28,95%). Sự chi phối hành vi chủ yếu diễn ra ở 38 bệnh nhân có hoang tưởng đi kèm, đặc biệt là những bệnh nhân có hoang tưởng bị hại, hoang tưởng kỳ quái. Sự chi phối hành vi của bệnh nhân càng mãnh liệt hơn khi các hoang tưởng này đi kèm với bùng nổ khí sắc, kích động. Kết quả này cho thấy rằng bệnh nhân lưỡng cực có các hành vi kích động được chi phối bởi sự mất hài hòa trong nhận thức, cùng với các hoạt động cá nhân thay đổi [6].

3.3. Kết quả thang điểm YMRS ở rối loạn lưỡng cực

Bảng 3.13. *Điểm số YMRS ở bệnh nhân nghiên cứu*

Chỉ số thống kê / Điểm YMRS	Số điểm	p
Khám lần 1	34,18±11,25	< 0,05
Khám lần 2	13,63 ±5,74	

Bảng 3.13 cho thấy khi khám lần 1 khi bệnh nhân vào viện thì điểm trung bình YMRS là 34,18 ± 11,25 điểm; sau 3 tuần điều trị thì điểm trung bình YMRS là 13,63 ± 5,74 điểm. Như vậy kết quả trên đã phản ánh hiệu quả điều trị bệnh nhân, lúc vào viện đa số bệnh nhân được chẩn đoán mức độ vừa và nặng (với 6-8 triệu chứng), sau quá trình điều trị 3 tuần số bệnh nhân có 1-2 triệu chứng chiếm tới 78,12%; còn lại số ít bệnh nhân có 3-4 triệu chứng rối loạn, đặt biệt có 2 bệnh nhân phải điều trị bằng liệu pháp sốc điện. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Quested D.J. (2021) thấy rằng điểm số trung bình YMRS giảm sau 4 tuần điều trị [7].

Bảng 3.14. Kết quả điều trị ở bệnh nhân nghiên cứu

Chỉ số thống kê / Sự chi phối	Lần 1	Lần 2
Nhóm 1	33,25 ± 11,31	17,56 ± 7,48
Nhóm 2	36,47 ± 10,29	15,52 ± 6,17
Nhóm 3	35,18 ± 11,74	9,16 ± 2,94

Bảng 3.14 thể hiện kết quả điều trị bệnh nhân nhóm 1 (dùng thuốc olanzapin) 17,56 ± 7,48 điểm, nhóm 2 (dùng thuốc encorate) 15,52 ± 6,17 điểm, nhóm 3 (dùng kết hợp thuốc olanzapin và encorate) 9,16 ± 2,94 điểm. Kết quả này thể hiện hiệu quả điều trị rối loạn lưỡng cực bằng thuốc chỉnh khí sắc, đặc biệt là nhóm thuốc valproat acid, ngoài ra cũng minh chứng vai trò của các thuốc an thần thế hệ mới như olanzapin, risperidol... cũng có vai trò nhất định trong điều trị. Hơn nữa kết quả điều trị phản ánh sự kết hợp giữa thuốc an thần và thuốc chỉnh khí sắc trong hoàn cảnh không có điều kiện dùng nhóm thuốc lithium bởi giá thành đắt, không có xét nghiệm định lượng hàng ngày... Kết quả này tương tự nghiên cứu của Xu L. (2015) khi thấy hiệu quả điều trị ở nhóm dùng thuốc chỉnh khí sắc và thuốc an thần là 12,45 ± 7,03 điểm, nhóm dùng thuốc chỉnh khí sắc là 19,15 ± 6,48 điểm và nhóm dùng thuốc an thần là 21,80 ± 11,72 điểm [8].

IV. KẾT LUẬN

Rối loạn tư duy bao gồm rối loạn hình thức và nội dung tư duy, với nội dung tư duy thì hoang tưởng tự cao (84,21%), hoang tưởng ghen tuông (23,68%) nổi bật. Các rối loạn cảm xúc hay gặp triệu chứng tăng khí sắc (92,16%), tiếp đến là cảm xúc bùng nổ (52,94%).

Rối loạn hoạt động có ý chí và bản năng có 88,24% bệnh nhân tăng hoạt động, 64,71% ăn uống kém và 1,96% hành vi tự sát. Sự chi phối hành vi có 27 bệnh nhân chiếm 71,05%.

Khi bệnh nhân vào viện thì điểm trung bình YMRS 34,18 ± 11,25 điểm; sau 3 tuần điều trị thì điểm trung bình YMRS 13,63 ± 5,74 điểm. Kết quả điều trị bệnh nhân nhóm dùng olanzapin là 17,56 ± 7,48 điểm, nhóm dùng encorate là 15,52 ± 6,17 điểm và nhóm dùng kết hợp olanzapin và encorate là 9,16 ± 2,94 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cazorla P., Zhao J., Mackle M. et al. (2013),** "Asenapine effects on individual Young Mania Rating Scale items in bipolar disorder patients with acute manic or mixed episodes: a pooled analysis", Neuropsychiatr Dis Treat; 9: 409-413.
2. **Prisciandaro J.J. and Tolliver K.B. (2016),** "An item response theory evaluation of the young mania rating scale and the montgomery-asberg depression rating scale in the systematic treatment enhancement program for bipolar disorder (STEP-BD)", J Affect Disord; 205: 73-80.
3. **Hui T.P., Kandola A., Shen L. et al. (2019),** "A systematic review and meta-analysis of clinical predictors of lithium response in bipolar disorder", Acta Psychiatr Scand; 140(2): 94-115.

4. **Vidal-Rubio S.L., Balanzá-Martínez V., Cuenca M, et al. (2018),** "Duration of euthymia and predominant polarity in bipolar disorder", J Affect Disord; 241: 356-359.
5. **Bùi Quang Huy (2018),** Rối loạn cảm xúc lưỡng cực chẩn đoán và điều trị, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, trang 7-84.
6. **Cao Tiến Đức (2017**), Rối loạn khí sắc. Giáo trình Tâm thần học, Nhà xuất bản Quân đội Nhân dân, Hà Nội, trang 201-219.
7. **Quested D.J., Gibson J.C., Sharpley A.L et al., (2021),** "Melatonin In Acute Mania Investigation (MIAMI-UK). A randomized controlled trial of add-on melatonin in bipolar disorder", Bipolar Disord; 23(2): 176-185.
8. **Xu L., Lu Y., Yang Y. et al. (2015),** "Olanzapine-valproate combination versus olanzapine or valproate monotherapy in the treatment of bipolar I mania: a randomized controlled study in a Chinese population group", Neuropsychiatr Dis Treat; 11: 1265-1271.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BẢO TỒN VIÊM TUYẾN NƯỚC BỌT MANG TAI MẠN TÍNH

Đặng Thị Hường[1], Đặng Triệu Hùng[1], Đinh Diệu Hồng[2]

TÓM TẮT

Các phương pháp điều trị bảo tồn viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính ngày càng được quan tâm do điều trị phẫu thuật cắt tuyến nước bọt có chi phí cao, nhiều biến chứng; bên cạnh đó, khả năng của các tuyến phục hồi chức năng hoặc không có triệu chứng sau khi loại bỏ tắc nghẽn đã được chứng minh bằng thực nghiệm và lâm sàng. **Mục tiêu:** Mô tả kết quả điều trị bảo tồn viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính trong một số tài liệu đã công bố. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tổng quan và phân tích dữ liệu về kết quả điều trị bảo tồn viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính từ các bài báo, luận văn, luận án trên trang cơ sở dữ liệu Pubmed, Google Scholar, EBSCOhost Research Databases. **Kết quả:** Tổng hợp trong 155 nghiên cứu lọc tên bài và phần giới thiệu trên 3 trang cơ sở dữ liệu: Pubmed, Google Scholar, ESBCO host Research Databases được 32 nghiên cứu. Tiếp tục đánh giá chi tiết các tài liệu chọn được 5 tài liệu đạt tiêu chuẩn đưa vào phân tích: 3 nghiên cứu tiến cứu và 2 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Kết quả phân tích cho thấy: điều trị bảo tồn viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính bằng bơm rửa hệ thống ống tuyến, có kết hợp với các chất chống viêm, kháng khuẩn có hiệu quả cao, với kết quả cải thiện chỉ số VAS rõ rệt so với trước điều trị và tỷ lệ tái phát thấp. Bệnh nhân được bơm rửa hệ thống ống tuyến bằng penicillin có kết quả điều trị ổn định, không tái phát sau 8 năm. Kết hợp nội soi và bơm rửa hệ thống ống tuyến với betamethason cải thiện chỉ số VAS tốt hơn so với chỉ nội soi ống tuyến. **Kết luận:** Điều trị bảo tồn viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính bằng bơm rửa hệ thống ống tuyến, có kết hợp với các chất chống viêm, kháng khuẩn có hiệu quả cao, với kết quả cải thiện chỉ số VAS rõ rệt so với trước điều trị và tỷ lệ tái phát thấp.

Từ khóa: kết quả, điều trị bảo tồn, viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính.

SUMMARY

RESULTS OF CONSERVATIVE TREATMENT OF CHRONIC RECURRENT PAROTITIS

The conservative treatment methods for chronic recurrent parotitis are increasingly interested due to the high cost and complications of surgical treatment; In addition, the ability of the glands to restore function or be asymptomatic after removal of the obstruction has been demonstrated experimentally and clinically. **Objectives:** Describe the results of conservative treatment of chronic recurrent parotitis. **Materials and methods:** Review and analysis of data on conservative treatment of chronic recurrent parotitis from articles, theses and dissertations on Pubmed database, Google Scholar , EBSCOhost Research Databases. **Results:** Synthesized in 155 studies filtering the title and introduction on 3 databases: Pubmed, Google Scholar, ESBCO host Research Databases were 32 studies. Continuing to evaluate the literature in detail, 5 documents met the criteria for analysis: 3 prospective studies and 2 randomized controlled clinical trials. The results of the analysis showed that: conservative treatment of chronic recurrent parotitis with ductal irrigation, in combination with anti-inflammatory and antibacterial agents, is highly effective, with improved VAS index was markedly compared to before treatment and the recurrence rate was low. The patient was irrigated with penicillin with stable treatment results, no recurrence after 8 years. Combining sialendoscopy and irrigation of the ductal system with betamethasone improves VAS better than sialendoscopy alone. **Conclusion:** Conservative treatment of chronic parotitis with ductal irrigation, combined with anti-inflammatory and antibacterial agents is highly effective, with significant improvement in VAS index compared with with pre-treatment and low recurrence rate.

Keywords: outcome, conservative treatment, chronic recurrent parotitis.

[1]Viện Đào tạo Răng hàm mặt, Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc Gia Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thị Hường
Email: huong03111982@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021
Ngày duyệt bài: 27.8.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính là một tình trạng viêm đặc trưng bởi sưng một bên hoặc hai bên tuyến nước bọt mang tai định kỳ hoặc dai dẳng kèm theo đau vùng tuyến nước bọt mang tai, là một tình trạng lâm sàng khó chịu, ảnh hưởng đến bệnh nhân ở nhiều độ tuổi.

Nguyên nhân nguyên phát của viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính được cho là do giảm tiết nước bọt hoặc ứ đọng, tắc nghẽn nước bọt, do đó mục tiêu điều trị đầu tiên là làm tăng tiết nước bọt, loại bỏ các tắc nghẽn, ứ đọng trong hệ thống ống tuyến. Các phương pháp điều trị bảo tồn luôn được lựa chọn là phương pháp điều trị đầu tiên đối với bệnh nhân viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính do đáp ứng được mục tiêu điều trị, có hiệu quả bước đầu cao, nguy cơ biến chứng thấp, chi phí điều trị thấp, dễ chấp nhận đối với cả bệnh nhân và bác sĩ. Tuy nhiên, hiệu quả của điều trị bảo tồn viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính hiện vẫn chưa được đánh giá chính xác và còn nhiều tranh cãi.

Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Mô tả kết quả điều trị bảo tồn viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính trong một số tài liệu đã công bố.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 . Đối tượng: Các bài báo, luận văn, luận án trên trang cơ sở dữ liệu Pubmed, Google Scholar, EBSCOhost Research Databases.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

❖ Theo tiêu chí PICO:

- **P**opulation/Patient (Đối tượng): Bệnh nhân viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính.
- **I**ntervention (can thiệp): Điều trị bảo tồn không phẫu thuật.
- **C**ontrol/Comparison: Sự thay đổi các triệu chứng, tỷ lệ tái phát sau điều trị so với trước điều trị.
- **O**utcome: Kết quả điều trị bảo tồn viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Các bài báo không cung cấp đủ thông tin phục vụ cho nghiên cứu.
- Các bài dạng tổng quan.

2.2 . Phương pháp nghiên cứu:

Các bước tiến hành nghiên cứu:

Bước 1: Xác định câu hỏi nghiên cứu: Điều trị bảo tồn viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính có thể có kết quả như thế nào?

Bước 2: Xây dựng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ đối tượng.

Bước 3: Phương pháp, chiến lược tìm kiếm và nguồn dữ liệu

- Nguồn thông tin tìm kiếm: trang cơ sở dữ liệu Pubmed, Google Scholar, EBSCOhost Research Databases.
- Từ khóa tìm kiếm online: Conservative treatment of chronic parotitis, Conservative treatment of chronic recurrent parotitis, treatment of chronic parotitis, treatment of chronic recurrent parotitis.

Bước 4: Lựa chọn nghiên cứu

Bước 5: Đánh giá chất lượng nghiên cứu

Bước 6: Trích xuất dữ liệu, đo lường kết quả

Hình 1: *Hình ảnh nội soi hệ thống ống tuyến mang tai cho thấy tắc ống tuyến*

Hình 2: *Nội soi hệ thống ống tuyến mang tai sau điều trị: vị trí tắc nghẽn đã được nong rộng*

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Tìm trên 3 trang cơ sở dữ liệu: Pubmed, Google Scholar, ESBCO host Research Databases được 155 tài liệu tham khảo. Sau khi loại bỏ các tài liệu trùng lặp, tiếp tục đánh giá chi tiết tiêu đề và tóm tắt của các tài liệu, có 32 tài liệu đủ điều kiện đọc toàn văn. Sau khi đọc toàn bộ tài liệu, chọn được 5 tài liệu đạt tiêu chuẩn đưa vào phân tích.

3.1 Đặc điểm nghiên cứu. Đặc điểm của các bài báo được đưa vào tổng quan này được trình bày trong bảng 1. Tổng số 80 bệnh nhân viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính được điều trị bảo tồn được phân tích trong 3 nghiên cứu tiến cứu và 2 nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

Bảng 1: Các nghiên cứu đủ tiêu chuẩn

Tác giả	Thiết kế nghiên cứu	Số lượng bệnh nhân	Tuổi	Giới	Thời gian theo dõi
Antoniades D. et al., 2004 [1]	Tiến cứu	27	8 – 65	16 nam, 11 nữ	12 năm
Shacham R. et al., 2011 [2]	Tiến cứu	10	31 – 79	0 nam, 10 nữ	30 tháng
Roby BB et al., 2015 [3]	Tiến cứu	12	6,7 (3,5 – 16)	58% nam, 42% nữ	12 tháng
Jokela J. et al., 2017 [4]	Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng	49	53 (21 – 75)	33% nam, 67% nữ	12 tháng
Capaccio P. et al., 2018 [5]	Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng	22	69,4 ± 10,2	13,6% nam, 86,4% nữ	6 tháng

3.2. Kết quả điều trị bảo tồn viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính trong các tài liệu đã công bố

Bảng 2: Dữ liệu về kết quả điều trị bảo tồn viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính

Tác giả	Số lượng bệnh nhân	Phương pháp điều trị	Trước điều trị (VAS)	Số lượng bệnh nhân tái phát	Thời điểm tái phát	Sau điều trị (VAS)
Antoniades D. et al., 2004 [1]	27	18 bệnh nhân bơm rửa tuyến với penicillin	NR*	1	8 năm	NR*
		8 bệnh nhân bơm rửa tuyến bằng nước muối sinh lý		1	18tháng	
		1 bệnh nhân bơm rửa tuyến bằng nước muối sinh lý và penicillin		0		
Shacham R. et al., 2011 [2]	10	Nội soi + bơm rửa tuyến bằng nước muối sinh lý và hydrocortison 100mg		0		
Roby BB et al., 2015 [3]	12	Bơm rửa tuyến bằng hydrocortison 100mg	NR*	5	4 tháng	NR*
Jokela J. et al., 2017 [4]	49	Nội soi + bơm rửa tuyến bằng 1mL nước muối sinh lý (n = 24)	5.6	NR*	NR*	3 tháng: 2.9 6 tháng: 3.0 12 tháng:2.7
		Nội soi + bơm rửa tuyến bằng 1mL hydrocortison 125mg/mL (n = 25)				
Capaccio P. et al., 2018 [5]	22	Nội soi + bơm rửa tuyến bằng 2mL betamethasone 4mg/mL (n = 12)	8 ± 1,3	NR*	NR*	1,8 ± 1,8
		Chỉ nội soi (n = 10)	8,9±0,9			4,6 ± 3,3

NR*: Không báo cáo

Tổng quan này đã đánh giá một số tài liệu liên quan đến kết quả điều trị bảo tồn viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính. Các nghiên cứu của các tác giả đều cho kết quả rằng điều trị bảo tồn viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính bằng bơm rửa hệ thống ống tuyến, có kết hợp với các chất chống viêm, kháng khuẩn có hiệu quả cao, với kết quả cải thiện chỉ số VAS rõ rệt so với trước điều trị và tỷ lệ tái phát thấp. Bệnh nhân được bơm rửa hệ thống ống tuyến bằng penicillin có kết quả điều trị ổn định, không tái phát sau 8 năm. Kết hợp nội soi và bơm rửa hệ thống ống tuyến với betamethason cải thiện chỉ số VAS tốt hơn so với chỉ nội soi ống tuyến.

Baurmash (2004) đề xuất rằng việc điều trị viêm tuyến mang tai mạn tính nên được hướng tới chống lại cả viêm tuyến bằng steroid cũng như protein huyết thanh kết tủa bằng cách loại bỏ nhanh chóng và hoàn toàn thông qua việc làm giãn nở, bơm rửa hệ thống ống tuyến và xoa bóp tuyến [6].

Antoniades và Harrison (2004), trong nghiên cứu so sánh tác dụng của bơm rửa ống tuyến bằng nước muối và penicillin với nước muối đơn thuần trong điều trị viêm tuyến mang tai mạn tính, đã kết luận rằng bơm rửa là yếu tố quan trọng hơn trong điều trị viêm tuyến mang tai mạn tính [1].

Capaccio và cộng sự (2018) kết luận rằng sự kết hợp của nội soi ống tuyến sau đó bơm rửa

steroid lặp đi lặp lại tại phòng khám ngoại trú đã mang lại kết quả tốt hơn so với nội soi ống tuyến đơn độc trong điều trị viêm tuyến nước bọt không rõ nguyên nhân tái phát [7]. Cùng một loại kết quả sơ bộ đã được tìm thấy trong một nghiên cứu trên 22 bệnh nhân mắc hội chứng Sjögren và sưng các tuyến nước bọt chính [5]. Sử dụng Steroid trong ống tuyến cũng được đánh giá và nhận thấy có hiệu quả ở những bệnh nhân bị viêm tuyến mang tai tái phát ở tuổi vị thành niên được điều trị bằng truyền dịch hydrocortisone qua ống thông được đặt trong ống tuyến mang tai [3], và trong một nghiên cứu về tuyến nước bọt bị ảnh hưởng bởi bệnh tự miễn được điều trị bằng nội soi ống tuyến và tiêm hydrocortisone trong ống tuyến [2]. Delagnes và cộng sự (2016) quan sát thấy rằng việc sử dụng triamcinolone bơm rửa đồng thời với nội soi ống tuyến có liên quan đến việc giải quyết triệu chứng tốt hơn ở những bệnh nhân bị viêm tuyến nước bọt mà không có sỏi nước bọt [8].

V. KẾT LUẬN

Điều trị bảo tồn viêm tuyến nước bọt mang tai mạn tính bằng bơm rửa hệ thống ống tuyến, có kết hợp với các chất chống viêm, kháng khuẩn có hiệu quả cao, với kết quả cái thiện chỉ số VAS rõ rệt so với trước điều trị và tỷ lệ tái phát thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Antoniades D, Harrison JD, Papanayotou P, et al.** Treatment of chronic sialadenitis by intraductal penicillin or saline. J Oral Maxillofac Surg. 2004;62 (4):431-4. doi: 10.1016/j.joms.2003.07.007
2. **Shacham R, Puterman MB, Ohana N, et al**. Endoscopic treatment of salivary glands affected by autoimmune diseases. J Oral Maxillofac Surg. 2011; 69(2):476–481. doi: 10.1016/ j.joms.2010.10.002
3. **Roby BB, Mattingly J, Jensen EL, et al.** Treatment of juvenile recurrent parotitis of childhood: an analysis of effectiveness. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. 2015;141(2):126-9. doi: 10.1001/jamaoto.2014.3036
4. **Johanna Jokela, Aaro Haapaniemi, Antti Mäkitie, Riitta Saarinen.** Sialendoscopy in treatment of adult chronic recurrent parotitis without sialolithiasis. European Archives of Oto-Rhino-Laryngology. 2018; 275 (3):775-781. doi: 10.1007/s00405-017-4854-7
5. **Capaccio P, Canzi P, Torretta S, et al.** Combined interventional sialendoscopy and intraductal steroid therapy for recurrent sialadenitis in Sjogren's syndrome: results of a pilot monocentric trial. Clin Otolaryngol. 2018;43(1):96-102. doi: 10.1111/coa.12911
6. **Baurmash HD.** Chronic recurrent parotitis: a closer look at its origin, diagnosis, and management. J Oral Maxillofac Surg. 2004; 62 (8):1010–1018. doi: 10.1016/j.joms.2003.08.041
7. **Capaccio P, Torretta S, Di Pasquale D, Rossi V, Pignataro L.** The role of interventional sialendoscopy and intraductal steroid therapy in patients with recurrent sine causa sialadenitis: a prospective cross-sectional study. Clin Otolaryngol. 2017;42(1):148-155. doi: 10.1111/coa.12681
8. **Delagnes EA, Aubin-Pouliot A, Zheng M, et al.** Sialadenitis without sialolithiasis: prospective outcomes after sialendoscopy-assisted salivary duct surgery. Laryngoscope. 2017;127(5):1073-1079. doi: 10.1002/lary.26308

PHÂN LOẠI MÔ BỆNH HỌC SARCOM XƯƠNG NGUYÊN PHÁT THEO PHÂN LOẠI CỦA TỔ CHỨC Y TẾ THẾ GIỚI (WHO) NĂM 2013 VÀ TÌM HIỂU MỐI LIÊN QUAN VỚI TIÊN LƯỢNG BỆNH

Phạm Thị Hân[1], Tạ Văn Tờ[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân loại mô bệnh học sarcom xương nguyên phát và tìm hiểu mối liên quan với tiên lượng bệnh trên các bệnh nhân sarcom xương tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Kết hợp hồi cứu và tiến cứu trên 123 bệnh nhân được chẩn đoán sarcom xương và điều trị tại bệnh viện K. **Kết quả**: Trong 123 trường hợp, các típ mô bệnh học độ cao chiếm chủ yếu với 98,37% số ca. Trong số đó, dưới típ nguyên bào xương chiếm tỷ lệ cao nhất là 54,47%. Tiếp đến là típ nguyên bào xơ, nguyên bào sụn và các típ mô học độ cao khác. Các típ mô học độ thấp chỉ chiếm 1,63%. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với p <<0,05. Xác suất sống sót chung sau 5 năm là 41,7% (95%CI = 0,33 – 0,54). Phân típ mô bệnh học không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê với xác suất sống sót (p>0,05).

Từ khóa: Sarcom xương nguyên phát, típ mô bệnh học, xác suất sống sót.

[1]*Bệnh viện K*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hân
Email: phamthihan.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 23.8.2021
Ngày duyệt bài: 27.8.2021

SUMMARY

CLASSIFYING PRIMARY OSTEOSARCOMAS ACCORDING TO 2013 WORLD HEALTH

ORGANISATION'S CLASSIFICATION OF TUMOURS OF SOFT TISSUE AND BONE AND EVALUATING RELATIONSHIPS WITH SURVIVAL PROBABILITY

Objectives: Classifying primary osteosarcomas according to the 2013 World Health Organisation classification of tumours of soft tissue and bone and evaluating relationships with survival probability. **Subjects and methods:** A retrospective and prospective study was performed in 123 patients with primary osteosarcoma and treated in K hospital. **Results:** 123 patients with primary osteosarcomas: high-grade subtypes were prominent with the percentage of 98.37% of all. In this group, osteoblastic osteosarcoma was highest with 54.47%. Following by chondroblastic osteosarcoma, fibroblastic osteosarcoma. Low grade osteosarcoma confined to 1,63% (p<0,05). 5 year survival rate was 41,7% (95%CI = 0,33 – 0,54). The relationship between histologic subtypes and survival rates was not statistical significant (p>0,05).

Keywords: Primary osteosarcoma, histology subtypes, survival rate.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư hiện đang là một vấn đề thời sự, không chỉ ở Việt Nam mà trên toàn thế giới. Theo ghi nhận ung thư toàn cầu, số ca ung thư mới mắc hiện đang tăng nhanh ở cả hai giới. Tần suất mới mắc trung bình ở nữ năm 2018 là 182,6/100 000 dân, cao hơn năm 2012 là hơn 35% (so với 134,9/100 000 dân) và cao hơn gần gấp đôi so với số lượng thống kê năm 2000 (101,6/100 000 dân). Ở nam giới, tình trạng bệnh cũng tương tự. Số lượng mới mắc thống kê được năm 2018 là 218.6/100 000 dân so với năm 2012 là 181,3/100 000 và so với 141,6/100 000 trong năm 2000. Trong số này, các sarcom xương không phải là những ung thư hay gặp, chỉ chiếm 0,2% số trường hợp ung thư [1]. Tuy vậy, sarcom xương lại là ung thư phổ biến thứ 3 ở tuổi vị thành niên và chiếm khoảng 56% các u xương [2].

Số lượng bệnh nhân sarcom xương sống sót tăng đáng kể trong vòng 30 năm trở lại đây, phần lớn do những tiến bộ trong hóa trị liệu. Trước kỷ nguyên của liệu pháp hóa trị, 80 - 90% bệnh nhân sarcom xương có di căn và chết do bệnh mặc dù đã phẫu thuật kiểm soát tốt tổn thương tại chỗ. Tuy nhiên, trong liệu pháp điều trị đa mô thức, phẫu thuật vẫn giữ vai trò trung tâm. Các sarcom xương độ thấp như sarcom xương típ cận vỏ không dùng hóa trị một cách thường quy do u ít có nguy cơ di căn xa. Bằng liệu pháp điều trị hiện đại ngày nay, khoảng 2/3 bệnh nhân sarcom xương ở chi không di căn tại thời điểm chẩn đoán có thời gian sống thêm dài. Khoảng 50% bệnh nhân có di căn giới hạn ở phổi có thể chữa khỏi bệnh. Thời gian sống thêm không tái phát dài có thể lên đến 25% trên tổng số đối với những bệnh nhân sarcom xương di căn [3].

Để xem xét phân bố các loại sarcom xương cũng như mối liên quan giữa các típ mô bệnh học với khả năng sống còn sau điều trị, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích: *(1) Phân loại mô bệnh học sarcom xương nguyên phát theo phân loại của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) năm 2013; (2) Đánh giá mối liên quan giữa mô bệnh học và tiên lượng bệnh.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 123 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán là sarcom xương nguyên phát tại Bệnh viện K từ tháng 1/2015 đến 12/2018

2.2 Phương pháp nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu là mô tả cắt ngang, kết hợp hồi cứu và tiến cứu. Khai thác hồ sơ, bệnh án; đọc và phân loại các bệnh phẩm theo phân loại về u mô mềm và xương của WHO năm 2013; Phân loại giai đoạn theo Enneking 1983. Tất cả các ca bệnh trong nghiên cứu đều lấy lại phim để đọc. Trước tiên là phim XQ, kết hợp thêm phim CT và MRI. Những ca không tìm thấy phim XQ sẽ dùng hình ảnh của CT và MRI kết hợp. Chúng tôi ghi lại thông tin điều trị của bệnh nhân và tình trạng sống còn tại thời điểm tính đến tháng 12 năm 2020.

Tiếp đến, chúng tôi phân tích tỉ lệ sống còn của bệnh nhân. Phân tích đơn biến và đa biến nhằm tìm mối liên quan giữa xác suất sống sót với các biến số, từ đó làm rõ mối liên quan giữa xác suất sống sót với phân típ mô bệnh học.

2.3 Phân tích và xử lý số liệu. Số liệu được phân tích bằng ngôn ngữ thông kê R 4.0.2

- Thống kê tần số, tần suất
- Các phương pháp kiểm định bao gồm: so sánh một hoặc nhiều tỉ lệ, Fisher exact, t-test với mức ý nghĩa thống kê 0,05
- Phân tích tiên lượng sống còn bằng phương pháp Kaplan – Meier

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. 123 bệnh nhân trong nghiên cứu có những đặc điểm chung sau

Bảng 3.1 Một số đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

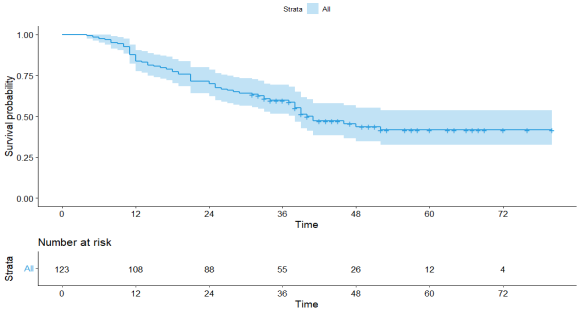
Giá trị	Đặc điểm	Số trường hợp	%	P overall
Tuổi trung bình: 21,4 (12,9) tuổi. Tuổi nhỏ nhất: 6 tuổi; Tuổi lớn nhất: 68 tuổi				

Giới	Nam	69	57,0	0,18
	Nữ	54	43,0	
T/gian biểu hiện t/chứng: 5.9 (22.7) tháng		Min: 1 tháng;	Max: 224 tháng	
Kích thước u	KTTB: 11,8 (6.20) cm	Min: 1,00 cm	Max: 36 cm	
	≤ 8 cm	38	30,89	3,02036E-07
	> 8 cm	95	69,11	
Vị trí u	X. cánh tay	13	10,57	7,08725E-12
	X. đùi	64	52,03	
	X. chày	32	26,02	
	Các xương khác	14	11,38	
Típ mô bệnh học	Nguyên bào xương	67	54,47	9,45834E-21
	Nguyên bào sụn	12	9,76	
	Nguyên bào xơ	19	15,45	
	Các típ mô học độ cao khác	23	18,70	
	Các típ mô học độ thấp	2	1,63	
Giai đoạn Enneking	IA	0	0	< 2.2e-16
	IB	2	1,6	
	IIA	0	0	
	IIB	100	81,3	
	III	21	17,1	

Nhận xét: Theo số liệu tại bảng 3.1 ta thấy tuổi trung bình trong nghiên cứu là 21,4 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 6 tuổi, tuổi lớn nhất là 68 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ ≈ 1,28/1 (p>0,05). Thời gian biểu hiện triệu chứng trung bình là 5,9 tháng. Kích thước u trung bình là 11,8cm. Trong đó kích thước u > 8 cm là 69,11% và nhóm ≤ 8 cm là 30,89% (p<0,05). Xương đùi hay gặp nhất với 52,03% bệnh nhân, tiếp đến là xương chày (26,02%) và xương cánh tay (10,57%). Các típ mô bệnh học độ cao chiếm 98,27% với các típ phổ biến là nguyên bào xương (54,47%), nguyên bào xơ (15,45%) và nguyên bào sụn (9,76%). Các bệnh nhân nhập viện ở giai đoạn xâm lấn tại chỗ và tiến xa (IB, IIB và III) (100%).

3.2 Mối liên quan giữa phân loại mô bệnh học với xác suất sống sót

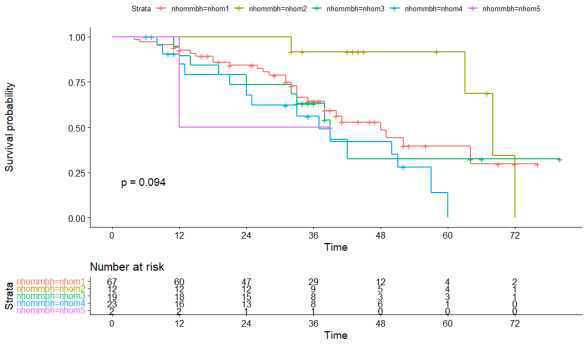
3.3.1 Xác suất sống sót chung của các bệnh nhân trong nghiên cứu



Biểu đồ 3.1: Xác suất sống sót chung của các bệnh nhân trong nghiên cứu

Nhận xét: Biểu đồ 3.1 cho chúng ta thấy bệnh nhân sống sót chung sau 5 năm là 41,7%. Theo biểu đồ 3.3, khoảng thời gian tỷ lệ sống sót giảm mạnh nhất vào khảng năm thứ 2 (từ 12 đến 24 tháng), trong đó thời gian tỷ lệ sống sót giảm ½ ở khoảng 24 tháng. Từ năm thứ 4 trở đi, số bệnh nhân tử vong chậm lại và khả năng sống sót của bệnh nhân duy trì ổn định ở mức khoảng 40%.

3.3.2 Mối liên quan phân loại típ mô bệnh học với xác suất sống sót

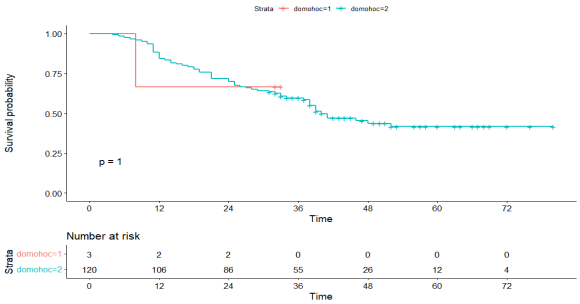


Biểu đồ 3.2. Mối liên quan giữa xác suất sống sót với phân típ mô bệnh học

Nhận xét: Biểu đồ 3.2 so sánh xác suất sống còn giữa các nhóm mô bệnh học theo thời gian. Theo đó, xác suất sống còn của sarcom xương nguyên bào sụn cao hơn so với nhóm còn lại và sarcom xương nguyên bào xơ có xác suất sống còn về lâu dài thấp hơn. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Theo biến đổi của thời gian, xác suất sống sót của các nhóm mô bệnh học giảm mạnh nhất vào khoảng từ 1 đến 4 năm. Thời điểm xác suất sống sót còn 50% ở các nhóm nguyên bào xương, nguyên

bào xơ, các típ độ cao khác ở khoảng thời gian 3,5 năm. Tại thời điểm 5 năm, xác suất sống sót của týp nguyên bào sụn là 62%, týp nguyên bào xương là 45%, típ nguyên bào xơ là 35%, các týp độ cao khác là 40%, với sarcom xương độ thấp là 50%.

3.3 Mối liên quan giữa độ mô học với xác suất sống sót



Biểu đồ 3.3: Mối liên quan giữa xác suất sống sót với độ mô học

Nhận xét: Mặc dù các dưới típ mô bệnh học đã ngầm phân độ mô học nhưng chúng tôi muốn làm rõ hơn mối liên quan giữa độ mô học và xác suất sống sót. Biểu đồ 3.3 so sánh xác suất sống còn giữa hai nhóm có độ mô học thấp và cao. Nhìn chung, nhóm có độ mô học thấp có xác suất sống còn cao hơn so với nhóm có độ mô học cao. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Thêm vào đó, số lượng bệnh nhân sacôm xương độ thấp ít (2 bệnh nhân) và cỡ mẫu ít (123 bệnh nhân) nên biểu đồ so sánh này có thể không đại diện. Dù vậy, theo biểu đồ dự đoán thì xác suất sống sót của cả hai nhóm giảm mạnh từ sau năm thứ nhất đến năm thứ 3. Thời điểm xác suất sống sót của nhóm độ mô học cao còn lại 50% vào khoảng 3,5 năm. Tại thời điểm 5 năm, xác suất sống sót của nhóm độ mô học cao vào khoảng 40%.

IV. BÀN LUẬN

Sarcom xương là u ác tính nguyên phát hay gặp nhất của xương. U đặc trưng bởi mô dạng xương (xương chưa trưởng thành) tạo thành từ các tế bào ác tính [2]. Sarcom xương hiếm gặp hơn so với ung thư biểu mô, với khoảng 900 ca mỗi năm tại Mỹ [4]. Phần lớn những bệnh nhân này là trẻ nhỏ và vị thành niên. Trong lứa tuổi từ 15 - 29 tuổi. U xương chiếm khoảng 3% tất cả các loại u và sarcom xương chiếm 1/2 trong số đó.

Hầu hết sarcom xương có độ ác tính cao và thường gặp ở các chi dài. Những vị trí hay gặp nhất là xương đùi với 52,03% số ca, xương chày 26,02% ca và xương cánh tay 10,57% ca (p<0,05). Các nghiên cứu cũng thống nhất ở thứ tự thường gặp của sarcom (theo thứ tự giảm dần) là xương đùi, xương chày, xương cánh tay. Như vậy u thường xuất hiện ở những xương tăng trưởng mạnh về chiều dài. Do sarcom xuất hiện nhiều nhất ở lứa tuổi vị thành niên, khi đĩa phát triển tăng trưởng mạnh do đó những xương dài dễ gặp sarcom hơn những vị trí khác.

Số liệu bảng 3.1 cho thấy 98,37% bệnh nhân là sarcom xương độ cao. Trong số sarcom độ cao, các típ phổ biến nhất là nguyên bào xương với 54,47% số ca. Típ nguyên bào xơ chiếm 15,45% và nguyên bào sụn với 9,76% bệnh nhân. Những típ sarcom xương độ cao khác cũng gặp trong nghiên cứu gồm sarcom xương tế bào nhỏ, típ dãn mạch, giống nguyên bào xơ, giàu tế bào khổng lồ hủy cốt bào, sarcom thông thường độ cao không xếp loại. 2/123 ca là sarcom xương trung tâm độ thấp, chiếm 1,63%.

Tổng hợp mô hình sarcom xương trong 30 năm, Mirabello [5] cũng thấy mô hình phân bố tương tự. Tuy nhiên, trong nhiều phiếu kết quả hiện nay, các bác sĩ giải phẫu bệnh chỉ đề kết quả là "sarcom xương", điều này chưa phản ánh được bản chất của u, mức độ nghiêm trọng, tiên lượng và chưa thể hiện được sự cập nhật trong phân loại chẩn đoán u.

Tính kết quả sống thêm bằng phương pháp ước lượng sống thêm theo Kaplan-Meier. Thời gian sống thêm tính từ thời điểm bắt đầu can thiệp điều trị đến khi bệnh nhân tử vong hoặc có thông tin cuối cùng. Do đây là nghiên cứu về giải phẫu bệnh nên chúng tôi chỉ đánh giá xác suất sống sót chung, không đánh giá sống thêm không bệnh hay sống thêm không biến cố.

Xác suất sống thêm sau 5 năm của nghiên cứu là 41,7%. So với kết quả của Võ Tiến Minh [6] nghiên cứu trên những bệnh nhân chỉ phẫu thuật đơn thuần có xác suất là 34,3%. Tác giả Trần Văn Công [7] nghiên cứu về hóa trị bổ trợ nên xác suất sống sót cao với 62,6%, tương đương với các nghiên cứu về hóa trị của các tác giả nước ngoài như Bielack [8] và Bacci [3].

Nhìn lại nghiên cứu này, do chúng tôi thống kê tất cả các nhóm bệnh nhân (nhiều giai đoạn bệnh, điều trị hoặc không, nhiều phương pháp điều trị khác nhau) nên tỷ lệ sống sót sau 5 năm của các bệnh nhân trong nghiên cứu có thấp hơn so với những nghiên cứu trên các bệnh nhân có hóa trị [3, 7, 8] nhưng cao hơn so với nghiên cứu chỉ có phẫu thuật đơn thuần [6].

Tìm hiểu sâu hơn về mối liên quan giữa xác suất sống sót và típ mô bệnh học, chúng tôi thấy rằng tại thời điểm 5 năm, xác suất sống sót của týp nguyên bào sụn là 62%, týp nguyên bào

xương là 45%, típ nguyên bào xơ là 35%, các týp độ cao khác là 40%, với sarcom xương độ thấp là 50% (p > 0,05). Kết quả nghiên cứu này tương tự nhận xét của Hauben [9] khi nghiên cứu trên 570 bệnh nhân sarcom xương trong một thử nghiệm lâm sàng lớn ở Châu Âu.

Số bệnh nhân sarcom xương độ thấp của chúng tôi chỉ có 2 bệnh nhân nên không đủ số lượng để có thể đưa ra nhận xét. Nhưng tham chiếu với y văn thì có thể nhận thấy rằng các sarcom xương độ thấp có tỷ lệ sống sót cao hơn so với các sarcom xương độ cao.

V. KẾT LUẬN

Với 123 bệnh nhân trong nghiên cứu, các típ mô học độ cao chiếm tỉ lệ 98,37%. Thứ tự các típ mô bệnh học phổ biến nhất, theo chiều giảm dần, là típ nguyên bào xương (54,47%), nguyên bào xơ (154,5%) và nguyên bào sụn (9,76%) (p<0,05). Các típ mô học có mối liên quan đến xác suất sống còn, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ferlay J, Colombet M, Soerjomataram I, Mathers C, Parkin D, Piñeros M, et al**. Estimating the global cancer incidence and mortality in 2018: GLOBOCAN sources and methods. International journal of cancer. 2019;144(8):1941-53.
2. **Bridge J, Hogendoorn P, DM C, Bridge JA, CW P, Fletcher CD.** WHO classification of tumours of soft tissue and bone: International Agency for Research on Cancer; 2013.
3. **Bacci G, Longhi A, Versari M, Mercuri M, Briccoli A, Picci P.** Prognostic factors for osteosarcoma of the extremity treated with neoadjuvant chemotherapy: 15-year experience in 789 patients treated at a single institution. Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society. 2006;106(5):1154-61.
4. **Ries L. SEER cancer statistics review, 1975-2002**. http://seer cancer gov/csr/1975_2002/. 2002.
5. **Mirabello L, Troisi RJ, Savage SA.** Osteosarcoma incidence and survival rates from 1973 to 2004: data from the Surveillance, Epidemiology, and End Results Program. Cancer: Interdisciplinary International Journal of the American Cancer Society. 2009;115(7):1531-43.
6. **Minh VT.** Nhận xét về đặc điểm lâm sàng, X quang, mô bệnh học và kết quả điều trị ung thư xương nguyên phát tại bệnh viện K. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2000.
7. **Công TV.** Nghên cứu điều trị sacôm tạo xương giai đoạn II bằng phẫu thuật và hóa chất phác đồ doxorubicin, cisplatin tại Bệnh viện K. Hà Nội: Đại học Y Hà Nội; 2009.
8. **Bielack SS, Kempf-Bielack B, Delling Gn, Exner GU, Flege S, Helmke K, et al**. Prognostic factors in high-grade osteosarcoma of the extremities or trunk: an analysis of 1,702 patients treated on neoadjuvant cooperative osteosarcoma study group protocols. Journal of clinical oncology. 2002;20(3):776-90.
9. **Hauben E, Weeden S, Pringle J, Van Marck E, Hogendoorn P**. Does the histological subtype of high-grade central osteosarcoma influence the response to treatment with chemotherapy and does it affect overall survival? A study on 570 patients of two consecutive trials of the European Osteosarcoma Intergroup. European Journal of Cancer. 2002;38(9):1218-25.

ĐẶC ĐIỂM SANG CHẤN TÂM LÝ Ở NGƯỜI BỆNH RỐI LOẠN LOẠN THẦN CẤP VÀ NHẤT THỜI

Đoàn Thị Huệ[1], Dương Minh Tâm[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm sang chấn tâm lý ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời. **Đối tượng và phương pháp:** Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, phân tích đặc điểm sang chấn tâm lý bằng phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân và người nhà bệnh nhân được điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần- Bệnh viện Bạch Mai. Kết quả: 57 bệnh nhân có sang chấn tâm lý trong số 81 bệnh nhân rối loạn loạn thần cấp và nhất thời chiếm tỷ lệ 70,4%. Phân tích 57 bệnh nhân có sang chấn tâm lý chúng tôi thấy: khó khăn về kinh tế là sang chấn tâm lý gặp nhiều nhất, chiếm 29,6%, không có bệnh nhân nào mà nghỉ hưu là sang chấn tâm lý. Chủ yếu sang chấn tâm lý xảy ra trước khi bị bệnh trên 2 tuần, chiếm 54,3%. Phần lớn sang chấn tâm lý có cường độ và ý nghĩa ở mức độ vừa (50,6% và 58,0%). **Kết luận:** Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời có tỷ lệ cao các sang chấn tâm lý, phần lớn là các sang chấn về vấn đề kinh tế khó khăn, cường độ và ý nghĩa sang chấn chủ yếu ở mức độ vừa phải.

Từ khóa: Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời, sang chấn tâm lý

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PSYCHOLOGICAL TRAUMA IN PATIENTS WITH ACUTE AND TRANSIENT PSYCHOSIS

[1]Viện Sức khoẻ Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai,
[2]Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Huệ
Email: doanthihue@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 23.8.2021
Ngày duyệt bài: 30.8.2021

Objective: To describe the characteristics of psychological trauma in patients with acute and transient psychosis. **Subjects and methods:** Using a cross-sectional study, to analyze psychological trauma characteristics by directly interviewing patients and their family members who were treated as inpatients at the National Institute of Mental Health - Bach Mai Hospital. **Results:** 57 patients had psychological trauma out of 81 patients with acute and transient psychosis, accounting for 70.4%. Analysis of 57 patients with psychological trauma, we found: economic difficulties are the most common psychological trauma, accounting for 29.6%, there is no patient whose retirement is psychological trauma. Mainly psychological trauma occurred more than 2 weeks before the illness, accounting for 54.3%. Most psychological trauma was of moderate intensity and significance (50.6% and 58.0%). **Conclusions:** Acute and transient psychotic disorders have a high rate of psychological trauma, most of which are economic hardships, and the intensity and significance of the trauma are mostly moderate.

Keywords: Acute and transient psychotic disorder, psychological trauma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời là những rối loạn khởi phát cấp tính, không đáp ứng tiêu chuẩn chẩn đoán của tâm thần phân liệt. Các rối loạn này có những đặc điểm chung như khởi phát đột ngột, cấp tính từ trạng thái tâm thần bình thường sang trạng thái loạn thần hoàn toàn trong vòng một vài tuần, thậm chí vài ngày, bệnh có thể xảy ra sau sang chấn tâm lý,...[1].

Bảng phân loại bệnh Quốc tế lần thứ 10 về rối loạn tâm thần và hành vi (ICD-10) cho thấy có một tỷ lệ nhất định các rối loạn loạn thần cấp và nhất thời kết hợp với sang chấn tâm lý. Các sự kiện gây sang chấn tâm lý có thể là tang tóc, mất mát tài sản lớn, sang chấn trong chiến đấu bị khủng bố bị tra tấn, cùng có thể sự thất vọng trong cuộc sống lứa đôi. Các triệu chứng loạn thần đầu tiên phải xuất hiện trong vòng hai tuần sau một hay nhiều sự kiện được xem như là sang chấn [2]. Theo Marija Rusaka và cộng sự (2014), khi tiến hành nghiên cứu về rối loạn loạn thần cấp và nhất thời cho thấy có tới 43,8% bệnh nhân có các sự kiện căng thẳng trong cuộc sống kéo dài trong sáu tháng trước khi xuất hiện các triệu chứng rối loạn tâm thần [3].

Ở Việt Nam chưa có công trình nào nghiên cứu về đặc điểm sang chấn tâm lý của Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời, để giúp cho các thầy thuốc chẩn đoán đúng, sớm hơn, nâng cao hiệu quả điều trị và tiên lượng bệnh. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm yếu tố sang chấn tâm lý ở người bệnh rối loạn loạn thần cấp và nhất thời.*

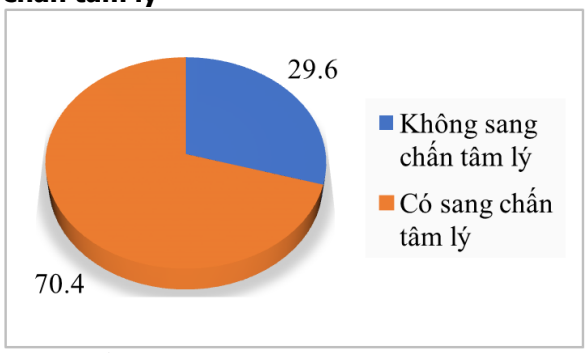
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 81 bệnh nhân, trong đó có 57 bệnh nhân có sang chấn tâm lý điều trị nội trú tại Viện Sức khoẻ Tâm thần, thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán (ICD-10F) 1992 của Tổ chức Y tế Thế giới. Thời gian nghiên cứu: 07/2020 - 03/2021.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, phân tích đặc điểm sang chấn tâm lý thông qua phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân và người nhà khi nằm viện. Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 25.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tỷ lệ và phân bố nội dung của sang chấn tâm lý



Biểu đồ 3.1: Tỷ lệ sang chấn tâm lý

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có sang chấn tâm lý chiếm tỷ lệ cao (70,4%)

Bảng 3.1: Phân bố nội dung các sang chấn tâm lý

	n	%
Người thân mất	2	2,5
Ly hôn	2	2,5
Mâu thuẫn trong gia đình	15	18,5
Khó khăn về kinh tế	24	29,6
Về hưu	0	0
Mâu thuẫn trong xã hội	6	7,4
Tan vỡ trong tình cảm	9	11,1
Khác	14	17,3

Nhận xét: Khó khăn kinh tế là sang chấn tâm lý chiếm tỷ lệ cao nhất là 29,6%, sau đó là các sang chấn tâm lý về mâu thuẫn trong gia đình chiếm 18,5%. Các sang chấn tâm lý như tan vỡ tình cảm, mâu thuẫn trong xã hội chiếm tỷ lệ thấp hơn lần lượt là 11,2% và 7,4%.

2. Đặc điểm của sang chấn tâm lý

Bảng 3.2. Thời gian xuất hiện sang chấn tâm lý

	<= 48h		48h - 2 tuần		> 2 tuần		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Người thân mất	0	0	0	0	2	2,5	2	2,5
Ly hôn	0	0	0	0	2	2,5	2	2,5
Mâu thuân trong gia đình	0	0	5	6,2	10	12,3	15	18,5
Khó khăn về kinh tế	1	1,2	8	9,9	15	18,5	24	29,6
Về hưu	0	0	0	0	0	0	0	0
Mâu thuẫn trong xã hội	0	0	2	2.5	4	4,9	6	7,4
Tan vỡ trong tình cảm	2	2,5	2	2,5	5	6,2	9	11,1
Khác	0	0	8	9,9	6	7,4	14	17,3
Tổng	**3**	**3,7**	**25**	**30,9**	**44**	**54,3**	**72**	

Nhận xét: Chủ yếu bệnh nhân gặp sang chấn tâm lý trên 2 tuần trước khi có các triệu chứng loạn thần chiếm 54,3%, 48h-2 tuần trước khi xuất hiện các triệu chứng loạn thần chiếm tỷ lệ thấp hơn là 30,9%, < = 48h trước khi có triệu chứng loạn thần chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,7%.

Bảng 3.3: Cường độ sang chấn tâm lý

	Mạnh		Vừa phải		Nhẹ		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Người thân mất	1	1,2	1	1,2	0	0	2	2,5
Ly hôn	0	0	1	1,2	1	1,2	2	2,5
Mâu thuân trong gia đình	4	4,9	10	12,3	1	1,2	15	18,5
Khó khăn về kinh tế	5	6,2	14	17,3	5	6,2	24	29,6
Về hưu	0	0	0	0	0	0	0	0
Mâu thuân trong xã hội	2	2,5	4	4,9	0	0	6	7,4
Tan vỡ trong tình cảm	2	2,5	5	6,2	2	2,5	9	11,1
Khác	6	7,4	6	7,4	2	2,5	14	17,3
Tổng	**20**	**24,7**	**41**	**50,6**	**11**	**13,6**	**72**	

Nhận xét: Phần lớn cường độ sang chấn tâm lý ở mức độ vừa phải, chiếm 50,6%, tiếp đến là nhóm sang chấn tâm lý cường độ mạnh chiếm tỷ lệ thấp hơn là 24,7%. Nhóm sang chấn tâm lý có cường độ nhẹ chiềm tỷ lệ thấp nhất 13,6%.

Bảng 3.4: Ý nghĩa sang chấn

	Nhiều		Vừa phải		Ít		Tổng	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Người thân mất	2	2,5	0	0	0	0	2	2,5
Ly hôn	0	0	1	1,2	1	1,2	2	2,5
Mâu thuân trong gia đình	4	4,9	10	12,3	1	1,2	15	18,5
Khó khăn về kinh tế	2	2,5	20	24,5	2	2,5	24	29,6
Về hưu	0	0	0	0	0	0	0	0
Mâu thuân trong xã hội	0	0	6	7,4	0	0	6	7,4
Tan vỡ trong tình cảm	2	2,5	4	4,9	3	3,7	9	11,1
Khác	7	8,6	6	7,4	1	1,2	14	17,3
Tổng	**17**	**21,0**	**47**	**58,0**	**8**	**9,9**	**72**	

Nhận xét: Chủ yếu bệnh nhân đánh giá sang chấn tâm lý của mình là có ý nghĩa vừa phải, chiếm 58,0%. Nhóm sang chấn tâm lý có ý nghĩa nhiều chiếm tỷ lệ thấp hơn (21,0%). Nhóm sang chấn tâm lý có ý nghĩa rất ít chiếm tỷ lệ thấp nhất (9,9%).

IV. BÀN LUẬN

1. Tỷ lệ và phân bố nội dung của sang chấn tâm lý

****Tỷ lệ sang chấn tâm lý.*** Trong nghiên cứu của chúng tôi (biểu đồ 3.1), cho thấy bệnh nhân có sang chấn tâm lý chiếm tỷ lệ khá cao 70,4%. Kết quả của chúng tôi là khác với nhiều nghiên cứu khác như: theo Vương Đình Thuỷ (2017) khi nghiên cứu trên 75 bệnh nhân rối loạn loạn thần cấp cho thấy có 16% bệnh nhân có sang chấn tâm lý [4]. Điều này có thể lý giải là các sang chấn tâm lý mà bệnh nhân có là tất cả các sang chấn tâm lý mà bệnh nhân gặp trước khi xuất hiện các triệu chứng rối loạn tâm thần, còn các sang chấn tâm lý trong nghiên cứu trên chỉ tính trong thời gian dưới hai tuần. Chính vì thế nên sự khác biệt này có thể chấp nhận được. Tuy nhiện, kết quả của chúng tôi cũng thấp hơn

nhiều nghiện cứu trên thế giới, theo Rusaka (2014) khi nghiên cứu trên 314 bệnh nhân rối loạn loạn thần cấp cho thấy có 3,4% (n=10) bệnh nhân có sang chấn tâm lý theo đúng tiêu chuẩn ICD 10 (sang chấn tâm lý xuất hiện trong vòng 2 tuần trước khi có các rối loạn loạn thần) và 43,8% bệnh nhân có sang chấn tâm lý trong vòng 6 tháng trước khi được chẩn đoán rối loạn loạn thần cấp và nhất thời. Tương tự, theo Castagnini (2015) khi tiến hành so sánh các rối loạn tâm thần cấp tính cũng cho thấy, các sang chấn tâm lý được báo cáo trong 21 trường hợp (44,7%) với rối loạn loạn thần cấp và nhất thời và 8 (17,0%) ở nhóm bệnh nhân rối loạn cấp tính khác, có liên quan đến căng thẳng cấp tính trong vòng 2 tuần sau khi khởi phát triệu chứng [5] . Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu và phương pháp nghiên cứu không giống nhau, cùng với nền văn hoá khác nhau có thể tạo nên sự khác biệt này.

Nội dung của sang chấn tâm lý. Theo bảng 3.1, cho thấy nội dung của sang chấn tâm lý hay gặp nhất là khó khăn về kinh tế (29,6%) và mâu thuẫn trong gia đình (18,5%). Còn lại mâu thuẫn trong xã hội (7,4%), tan vỡ trong tình cảm (11,1%), người thân mất (2,5%) và ly hôn (2,5%). Theo Vương Đình Thuỷ (2017) cũng cho kết quả tương tự, mâu thuẫn trong gia đình (32,0%) và khó khăn thiệt hại về kinh tế (28,0%). Còn lại mâu thuẫn trong xã hội (16,0%), tan vỡ trong tình cảm (12,0%), người thân mất (8,0%) và vấn đề về con cháu (4,0%). Tuy nhiên, theo nghiên cứu của Marija Rusaka (2015) có sự khác biệt ở sang chấn hay gặp nhất liên quan đến xã hội (thay đổi công việc, vấn đề nặng nề trong công việc) (29,4% và 17,0%), còn lại kết quả khá tương đồng như sự mất mát người thân (13,1%), vấn đề nghiêm trọng trong gia đình (20,1%), sự chia ly (16,2%) [6]. Sự khác biệt này có lẽ do đặc điểm về văn hóa, lối sống của người Việt Nam thường sống trong gia đình với mối quan hệ mật thiết với nhau và quan điểm sống vì gia đình.

2. Đặc điểm của sang chấn tâm lý

Đặc điểm về tính chất xuất hiện của sang chấn tâm lý. Theo bảng 3.2, cho thấy phần lớn các bệnh nhân nghiên cứu có thời gian xuất hiện sang chấn tâm lý là trên 2 tuần trước khi có các triệu chứng loạn thần chiêm 54,3%. Nhóm bệnh nhân có thời gian xuất hiện sang chấn tâm lý từ 48h đến 2 tuần trước khi có triệu chứng loạn thần chiếm tỷ lệ thấp hơn (30,9). Chỉ có 3 bệnh nhân có thời gian xuất hiện sang chấn tâm lý <= 48h trước khi có triệu chứng loạn thần (3,7%). Teo Castagnini (2015) [5] khi tiến hành nghiên cứu trên 47 bệnh nhân rối loạn loạn thần cấp và nhất thời cho kết quả 17,0% bệnh nhân có sang chấn tâm lý <=2 tuần trước khi có các triệu chứng loạn thần và 27,7% bệnh nhân có sang chấn tâm lý <= 3 tháng trước khi có triệu chứng loạn thần. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi là khác so với nghiên cứu trên. Điều này có thể được giải thích là do cỡ mẫu, thiết kế nghiên cứu là không giống nhau và hai quốc gia với nền văn hoá, phong tục tập quán, tôn giáo, kinh tế khác nhau. Chính vì lý do trên có thể tạo ra sự khác biệt này.

Đặc điểm về cường độ và ý nghĩa của sang chấn tâm lý. Theo bảng 3.3, cho thấy phần lớn các sang chấn tâm lý được bệnh nhân nhận định là có cường độ vừa phải chiếm 50,6%. Các sang chấn tâm lý được bệnh nhân cho là mức độ mạnh chiếm tỷ lệ thấp hơn 24,7% và sang chấn tâm lý được cho là mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ thấp nhất 13,6%. Tuy nhiên nhóm sang chấn tâm lý là ly hôn thì không có bệnh nhân nhân nào nhận thấy đây là một sang chấn tâm lý mạnh. Điều này có thể do số lượng bệnh nhân ly hôn trong mẫu nghiên cứu là quá thấp (2 bệnh nhân) nên tỷ lệ trên cũng là phù hợp. Hơn nữa, trong xã hội hiện đại, việc bình đẳng nam nữ, việc kết hôn hay ly hôn không còn là vấn đề quá quan trọng và căng thẳng. Có thể vì thế mà việc ly hôn không phải là sang chấn quá mạnh đối với bệnh nhân nói riêng và mọi người nói chung.

Trong nghiên cứu của chúng tôi (bảng 3.4), phần lớn các sang chấn tâm lý được bệnh nhân cho là có ý nghĩa vừa phải với mình, chiếm 58,0%. Sang chấn tâm lý được bệnh nhân cho là có ý nghĩa rất lớn với bản thân mình chiếm tỷ lệ thấp hơn (21,0%). Thấp nhất là nhóm sang chấn tâm lý mà bệnh nhân thấy có ít có ý nghĩa với mình chiếm 9,9%. Tuy nhiên, khi xét riêng từng sang chấn tâm lý thì thấy rằng, chỉ có nhóm sang chấn tâm lý là mất người thân và sang chấn tâm lý khác là bệnh nhân cho là chúng có ý nghĩa rất lớn với mình, chiềm tỷ lệ lần lượt là 2,5% và 8,6%. Điều này có thể là phù hợp. Vì sang chấn tâm lý là mất người thân thường là sang chấn mạnh, cấp diễn, xảy ra lần đầu nên nó có ý nghĩa quan trọng đối với bệnh nhân.

Có thể nói, sang chấn tâm lý có thể gây bệnh thường là những sang chấn tâm lý mạnh và cấp diễn (người thân chết đột ngột, tổn thất nặng nề về kinh tế…). Những sang chấn tâm lý không mạnh nhưng lặp đi, lặp lại nhiều lần gây căng thẳng tâm lý (những căng thẳng, mâu thuẫn trong cuộc sống, bất hòa vợ chồng…) cũng có

khả năng gây bệnh nếu cá thể phòng vệ và đối phó kém. Tuy nhiên, thành phần gây bệnh của sang chấn tâm lý là ý nghĩa thông tin chứ không chỉ là cường độ của sang chấn và ý nghĩa thông tin đóng vai trò quan trọng hơn.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân rối loạn loạn thần cấp và nhất thời có tỷ lệ cao có sang chấn tâm lý

Phần lớn sang chấn tâm lý là khó khăn về kinh tế và xuất hiện trên 2 tuần trước khi bị bệnh, có cường độ, ý nghĩa ở mức vừa phải.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Hữu Bình (2001).** Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời. Bệnh học tâm thần. Bộ môn tâm thần Đại học Y Hà Nội, 38–43.
2. **Tổ chức y tế thế giới (WHO) (1992),** Rối loạn loạn thần cấp và nhất thời, Phân loại các rối loạn tâm thần và hành vi ICD-10, World Health Organization, Geneva, 91–94.
3. **Rusaka M. and Rancāns E. (2014).** A prospective follow-up study of first-episode acute transient psychotic disorder in Latvia. Ann Gen Psychiatry, **13**(**1**), 4.
4. **Vương Đình Thuỷ (2018),** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến rối loạn loạn thần cấp và nhất thời, luận văn cao học, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội., .
5. **Castagnini A.C., Munk-Jørgensen P., and Bertelsen A. (2016**). Short-term course and outcome of acute and transient psychotic disorders: Differences from other types of psychosis with acute onset. Int J Soc Psychiatry, **62**(**1**), 51–56.
6. **Marija R. (2015),** Acute and Transient Psychotic Disorder (ATPD) Dynamic Development and Particularities in Diagnostics and Treatment in Latvia. Summary of the Doctoral Thesis, Dr. med., Rīga Stradiņš University.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ DI CĂN NÃO CÓ ĐỘT BIẾN EGFR TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Kiên[1], Phạm Cẩm Phương[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não có đột biến EGFR tại Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu hồi cứu, mô tả, cắt ngang trên 53 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não có đột biến gen EGFR được điều trị thuốc ức chế tyrosine kinase kết hợp xạ phẫu dao gamma quay tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai thời gian từ 01/2016 đến 12/2020. **Kết quả:** 50,9% nam, tỷ lệ nam/nữ: 1,04/1, chủ yếu ở độ tuổi 50-69 (73,6%). 43,4% bệnh nhân hút thuốc lá, chỉ gặp ở nam giới. Triệu chứng hay gặp là triệu chứng hô hấp 54,7%, tiếp đến là chứng thần kinh 39,6%. Đa số bệnh nhân có chỉ số toàn trạng PS ECOG từ 0-1 (81,1%). Giai đoạn T1-2 gặp 64,2%, di căn hạch 58,5%, di căn não thường kết hợp di căn vị trí khác (64,2%) trong đó hay gặp nhất là di căn xương 49,1%, tiếp đến là di căn phổi, màng phổi 28,3%, tuyến thượng thận 5,7%, gan 3,7%. Đặc diểm u di căn não: Di căn 1 ổ gặp 47%, vị trí hay di căn là bán cầu đại não (79,2%), kích thước từ 1-20mm chiếm tỷ lệ cao nhất (69,9%), kích thước nhỏ 1-10mm chiếm 20,1%. Tỷ lệ bệnh nhân có đột biến Del19 chiếm đa số (67,9%), Del 19/L858R= 2,77/1. So với đột biến exon 21, đột biến Del 19 gặp nhiều ở nhóm nữ hơn (63,9%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p= 0,005. Đa số bệnh nhân có nồng độ CEA, cyfra 21-1 đều cao hơn ngưỡng bình thường (81,8% và 70,3%). Di căn xương có mối liên hệ chặt chẽ với tình trạng tăng CEA bất thường với p=0,047. **Kết luận:** Bệnh nhân ung thư phổi di căn não có đột biến EGFR có tỷ lệ nam/ nữ cân bằng, đột biến Del 19 chiếm đa số, gặp nhiều ở nữ. CEA có độ nhạy cao trong dự báo tình trạng di căn toàn thân, đặc biệt là di căn xương.

Từ khóa: ung thư phổi di căn não, đột biến EGFR, đặc điểm bệnh nhân, CEA

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CLINICAL AND PARACLINICAL OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER PATIENTS WITH EPIDERMAL GROWTH FACTOR RECEPTOR MUTANT AND BRAIN METASTASIS TREATED AT BACH MAI HOSPITAL

Object: Characterizing of non-small cell lung cancer patients with epidermal growth factor receptor mutant and brain metastasis treated at Bach Mai Hospital. **Patient and Methods:** Retrospective, descriptive, cross-sectional, studying on 53 epidermal growth factor receptor, brain metastasis of mutant non-small cell lung cancer patients treated with tyrosine kinase inhibitors plus Rotating Gamma System Radiosurgery at the Nuclear Medicine and Oncology Center of Bach Mai Hospital from January 2016 to December 2020. Results: 50.9% male, male/female

[1]*Bệnh viện quân y 110*

[2]*Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai*

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Kiên

Email: Dr.Kien39A@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2021

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2021

Ngày duyệt bài: 30.8.2021

ratio: 1.04/1, mainly aged 50-69 (73.6%). 43.4% of patients smoked, only found in men. Common symptoms were respiratory symptoms (54.7%), followed by neurological symptoms (39.6%). Most of the patients had a PS ECOG score from 0 to 1 (81.1%). Stage T1-2 saw 64.2%, lymph node metastasis (58.5%), brain metastases often combined with other organs (64.2%) of which bone metastases most commonly (49.1%), followed by metastases in lung, pleura (28.3%), adrenal gland (5.7%), liver (3.7%). Characteristics of brain metastases: Single-focal metastasis occurred in 47%, the location or metastasis was in the cerebral hemisphere (79.2%), size from 1-20mm accounted for the highest rate (69.9%), small size 1-10mm accounted for 20.1%. The majority of patients with Del19 mutant (67.9%), Del 19/L858R = 2.77/1. Compared with the exon 21 mutation, the Del 19 mutation was more common in the female group (63.9%) the difference was statistically significant with p=0.005. Most of the patients had abnormal CEA, cyfra 21-1 concentration (81.8% and 70.3%). Bone metastasis was closely associated with abnormally elevated CEA with p=0.047. Conclusion: non-small cell lung cancer patients with epidermal growth factor receptor mutant and brain metastasis had a balanced male/female ratio, Del 19 mutations were the majority and more common in women than men. CEA has high sensitivity in predicting systemic metastases, especially bone metastases.

Keywords: brain metastasis, lung cancer, EGFR mutation, patient characteristics, CEA

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2020, ung thư phổi vẫn là bệnh lý ác tính hàng đầu trên thế giới về tỷ lệ mới mắc và tỷ lệ tử vong lần lượt là 11,4% và 18,0% [1]. Di căn não nguồn gốc từ ung thư phổi là bệnh cảnh hay gặp trên lâm sàng làm tiên lượng sống còn của bệnh nhân trở nên nghèo nàn. Có khoảng 10- 22% bệnh nhân ung thư phổi bị di căn não ở thời điểm chẩn đoán ban đầu và tỷ lệ di căn não sẽ tăng dần theo thời gian phát triển của bệnh [2]. Ung thư phổi di căn não không gặp đều ở các typ mô bệnh học mà có xu hướng gặp nhiều hơn ở typ ung thư biểu mô tuyến có đột biến gen EGFR. Điều trị toàn thân bằng các thuốc ức chế tyrosine kinase kết hợp điều trị tại chỗ u di căn não bằng xạ trị được xem là phác đồ điều trị chuẩn đối với nhóm bệnh nhân này. Trong đó, xạ phẫu an toàn, hiệu quả cao trong điều trị u di căn não số lượng hạn chế, được chỉ định cho bệnh nhân di căn não từ 1-3 u, kích thước u não < 5cm. Di căn não đa ổ thì xạ trị toàn não lại được chỉ định nhờ khả năng kiểm soát u di căn não tốt hơn, tuy vậy bệnh nhân phải chịu di chứng suy giảm nhận thức ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống [3]. Vì vậy, lý tưởng nhất là bệnh nhân được phát hiện di căn não sớm, số lượng u di căn não hạn chế, điều trị bằng phác đồ kết hợp thuốc thuốc ức chế tyrosine kinase và xạ phẫu u di căn não. Phác đồ đã được áp dụng trong điều trị nhóm bệnh nhân này ở nhiều trung tâm ung bướu lớn trên thế giới. Tuy nhiên, đặc điểm khác biệt của nhóm bệnh nhân so với bệnh cảnh ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn lan tràn nói chung, hiệu quả và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của sự kết hợp giữa thuốc thuốc ức chế tyrosine kinase và xạ phẫu điều trị nhóm bệnh nhân này còn nhiều vấn đề chưa rõ ràng, kết quả của một số nghiên cứu còn có nhiều khác biệt. Ở Việt Nam, phác đồ thuốc thuốc ức chế tyrosine kinase kết hợp xạ phẫu được áp dụng tại một số Bệnh viện điều trị nhóm bệnh nhân này. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào mô tả đặc điểm của nhóm bệnh nhân này và khả năng vận dụng vào chẩn đoán và điều trị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm nhóm bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não có đột biến EGFR điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: 53 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến gen EGFR, được điều trị bằng thuốc ức chế tyrosine kinase kết hợp xạ phẫu dao gamma quay tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai thời gian từ 01/2016 đến 12/2020.

- Tiêu chuẩn lựa chọn là bệnh nhân có chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến, có đột biến EGFR nhạy thuốc thuốc ức chế tyrosine kinase thế hệ 1,2. U di căn não số lượng từ 1-3 u, kích thước u <5cm. Không có tiền sử điều trị trước đó ung thư phổi bằng hóa chất, phẫu thuật, xạ trị, không mắc các bệnh lý thần kinh như rối loạn tâm thần, thiểu năng trí tuệ, động kinh.

- Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả, cắt ngang

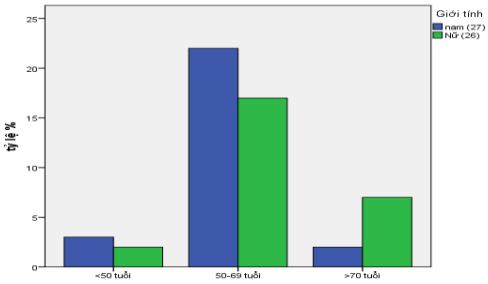
- Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, kết hợp phỏng vấn bệnh nhân, người nhà. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Đạo đức nghiên cứu: Thông tin của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

- Quy trình điều trị: Bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được chỉ định điều trị toàn thân bằng thuốc thuốc ức chế tyrosine kinase, hội chẩn xác định kế hoạch xạ phẫu. Sau xạ phẫu điều trị chống phù não, duy trì tiếp thuốc thuốc ức chế tyrosine kinase, định kỳ sau mỗi 3 tháng theo dõi đáp ứng điều trị và tình trạng tiến

triển. Các thông tin thời điểm bắt đầu điều trị được ghi nhận qua hồ sơ bệnh án và phỏng vấn bệnh nhân, người nhà.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



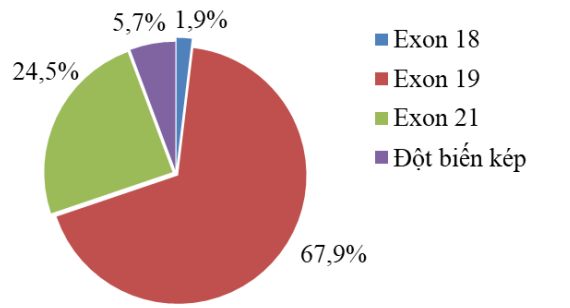
Biểu đồ 1. Phân bố theo tuổi, giới

Nhận xét: Tuổi trung bình là 61±9,0 tuổi, bệnh nhân trẻ nhất là 38 tuổi, bệnh nhân lớn nhất là 84 tuổi. Nhóm tuổi từ 50-69 chiếm tỷ lệ nhiều nhất (73,6%). Nam gặp 50,9%, tỷ lệ nam/nữ ngang nhau (1,04/1).

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng chính

Triệu chứng		n	Tỷ lệ %
Thần kinh (n=21)	**Đau đầu**	**15**	**28,3**
	Yếu liệt	8	15,1
	Co giật động kinh	1	1,9
	Rối loạn ngôn ngữ	1	1,9
Hô hấp (n=29)	**Ho kéo dài**	**20**	**37,7**
	Ho máu	3	5,7
	Đau ngực	**14**	**26,4**
	Khó thở	3	5,7
Chèn ép (n=12)	**Đau xương**	**11**	**20,8**
	Phù chân	1	1,9
Khác	Khám định kỳ	1	1,9
	Bệnh khác	2	3,7

Nhận xét: Triệu chứng hay gặp nhất là triệu chứng hô hấp (54,9%), tiếp theo là triệu chứng thần kinh (39,6%).



Biểu đồ 2. Phân bố đột biến gen EGFR

Bảng 2. Tình trạng đột biến theo một số yếu tố

Yếu tố		Exon 19 (36)	Exon 21 (13)	Đột biến khác (4)	Tổng	Tỉ lệ %	p
Giới	Nữ	23	2	1	26	49,1	0,005
	Nam	13	11	3	27	50,9	
Nhóm tuổi	<50	3	1	**1**	5	9,4	0,96
	50-69	26	10	**2**	38	71,7	
	≥70	7	2	**1**	10	18,9	
Tiền sử hút thuốc	Không	23	5	1	29	54,7	0,19
	Có	13	8	3	24	**45,3**	
Giai đoạn T	T1-2	23	9	2	34	**64,2**	0,80
	T3-4	13	4	2	19	35,8	
Giai đoạn N	N0	18	3	1	22	41,5	0,29
	N1-3	18	10	3	31	**58,5**	
Số u di căn não	1	18	8	1	27	**50,9**	0,75
	2-3	18	5	3	26	49,1	
Kích thước u di căn não (mm)	1-10	7	4	0	11	20,7	0,16
	11-30	28	8	3	39	**73,6**	
	31-40	2	0	1	3	5,7	
Di căn cơ quan	1	10	5	2	17	32,1	0,5
	2-4	26	8	2	36	67,9	
CEA trước điều trị (n=44)	≤ 5,0	5	3	0	8	18,2	0,86
	>5,0	23	9	4	36	81,8	
Cyfra 21-1 trước điều trị (n=37)	< 3,3	7	3	1	11	29,7	1,00
	≥3,3	17	6	3	26	70,3	

Nhận xét: So với đột biến exon 21, đột biến exon 19 gặp nhiều ở nhóm nữ hơn (63,9%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p= 0,005. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn T1-T2 (64,2%), và đã di căn hạch (58,5%). Tỷ lệ bệnh nhân di căn cơ quan khác đồng thời với di căn não cao (67,9%), kích thước u não từ 11-30mm nhiều nhất (73,6%).

Bảng 3. Thay đổi nồng độ CEA theo một số yếu tố

Yếu tố		CEA ≤ 5,0	CEA > 5,0	Tổng	Tỉ lệ %	p
Giới	Nữ	3	19	22	50,0	0,70
	Nam	5	17	22	50,0	
Nhóm tuổi	<50	1	3	4	9,1	0,54
	50-69	5	27	29	72,7	
	≥70	2	6	8	18,2	
Tiền sử hút thuốc	Không	4	21	25	56,8	0,71
	Có	4	15	19	43,2	
Giai đoạn u phổi	T1-2	5	23	34	**63,6**	1,00
	T3-4	3	13	19	36,4	
Di căn hạch vùng	N0	2	16	18	40,9	0,44
	N1-3	6	20	26	**59,1**	
Di căn xương	Không	7	15	22	50,0	**0,047**
	Có	1	21	22	50,0	
Di căn phổi/ màng phổi	Không	3	27	30	68,2	0,09
	Có	5	9	14	31,8	

Nhận xét: Di căn xương có tỷ lệ tăng CEA cao hơn nhóm không di căn xương, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p< 0,05. Không có sự khác biệt về nồng độ CEA ở giai đoạn u, hạch vùng, di căn phổi, màng phổi, tuổi, giới, tiền sử hút thuốc, với p> 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ nam giới là 50,9% xấp xỉ bằng tỷ lệ nữ giới, nam/nữ=1,04/1. Đa số bệnh nhân độ tuổi từ 50 - 69 tuổi (73,6%) (Biểu đồ 1). Ung thư phổi nói chung gặp ở nam nhiều hơn, nghiên cứu của Reza Pakzad và cs trên người Châu Á (n= 1,033,881 ca mới mắc) tỷ lệ nam/nữ= 2,46 [4]. Lý giải điều này, nhóm bệnh nhân chúng tôi lựa chọn là nhóm ung thư biểu mô tuyến, có đột biến gen EGFR, nhóm bệnh nhân này thường gặp nhiều hơn ở phụ nữ, người không hút thuốc. Trên nhóm bệnh nhân tương đồng, nghiên cứu của Magnuson và cộng sự (n=351), xu hướng gặp nhiều ở nữ thể hiện rõ rệt hơn với tỷ lệ nam/nữ= 0,48 [5]. Triệu chứng lâm sàng chính là hô hấp (54,7%) và thần kinh (39,6%), tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của Phạm Văn Thái, triệu chứng hô hấp gặp 90,1% và thần kinh gặp 85,2% [6] (Bảng 1). Lý giải điều này, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ u phổi giai đoạn sớm T1-2 nhiều hơn (64,2% so với 43,2%), có tỷ lệ u di căn não kích thước <10mm nhiều hơn (20,8% so với 3,7%). Kích thước u < 15mm thường khó phát hiện hơn trên chụp cắt lớp vi tính sọ não, các bệnh nhân di căn não kích thước nhỏ thường không có triệu chứng và đều được phát hiện nhờ tầm soát bằng chụp cộng hưởng từ sọ não. Tương tự với triệu chứng đau xương, tỷ lệ bệnh nhân có triệu chứng thấp hơn nhiều so với tỷ lệ phát hiện (20,6% so với 49,1%) nhờ tầm soát bằng xạ hình xương. Phát hiện sớm khi kích thước tổn thương còn nhỏ, chưa có triệu chứng tại chỗ và thể trạng bệnh nhân còn tốt là yếu tố thuận lợi cho tuân thủ phác đồ và hiệu quả điều trị. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân có đột biến exon 19 chiếm đa số (67,9%), tỷ lệ exon 19/exon 21 = 2,77/1. Tỷ lệ đột biến gen cũng khác nhau tùy từng vùng, chủng tộc, với người châu Âu đột biến gen Del 19 gặp nhiều hơn L858R trên exon 21, trong khi đó ở người châu Á, 2 đột biến có xu hướng chia sẻ tỷ lệ tương đương nhau. Tỷ lệ phân bố đột biến gen ở nhóm bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Magnuson (n=100), tỷ lệ Del19/L858R =1,74 [5]. So với các đột biến khác, bệnh nhân có đột biến exon 19 đa số gặp ở nữ giới (63,9%), tỷ lệ nữ/nam=1,76/1, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p <0,01. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu thế giới, tỷ lệ đột biến gen del 19 gặp nhiều hơn ở nữ giới[7]. Đột biến del 19 cho tiên lượng đáp ứng và duy trì đáp ứng tốt hơn khi điều trị bằng erlotinib. Tỷ lệ bệnh nhân có nồng độ CEA, cyfra 21-1 vượt ngưỡng đều cao hơn >70%, đặc biệt là nồng độ CEA (81,8%). Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Phạm Văn Thái, CEA vượt ngưỡng chỉ chiếm 69,1%, Cyfra 21-1 là 50,6%. Điều này được giải thích là nhóm bệnh nhân nghiên cứu đều là ung thư biểu mô tuyến, tỷ lệ di căn xương cao (49,1%), trong khi nghiên cứu của Phạm Văn Thái có cả các bệnh nhân ung thư biểu mô vảy và đã chủ động loại trừ các bệnh nhân di căn xương. Nghiên cứu của Dong Soo Lee và cs chỉ ra CEA tăng cao liên quan chặt chẽ đến một số yếu tố: typ mô học ung thư biểu mô không vảy (p=0,002), tình trạng di căn não (p=0,005), di

căn xương (p=0,001), trong khi đó là các yếu tố tiến triển u phổi, hạch vùng, di căn phổi, màng phổi mối liên quan chưa có ý nghĩa thống kê với p> 0,05[8]. Nghiên cứu của chúng tôi, nhóm bệnh nhân đã là tuýp UTBM tuyến, di căn não, nên chúng tôi chỉ phát hiện di căn xương có mối liên hệ chặt chẽ đến tình trạng tăng CEA vượt ngưỡng với p < 0,05. CEA tăng cao là yếu tố tiên lượng tình trạng di căn toàn thân kết hợp, vì vậy trên lâm sàng cần khám xét đánh giá tỷ mỉ phát hiện các tổn thương di căn khác.

V. KẾT LUẬN

- Nam gặp 50,9%, tỷ lệ nam/nữ ngang nhau (1,04/1), nhóm tuổi 50-69 gặp nhiều nhất (73,6%). Hút thuốc lá chỉ gặp ở nam, tỷ lệ hút thuốc chung (45,3%).
- Triệu chứng lâm sàng thường gặp: hô hấp (54,7%), triệu chứng thần kinh (39,6%)
- Giai đoạn T1-2 chiếm đa số 64,2%, di căn hạch chiếm 58,5%, di căn não kết hợp di căn cơ quan khác chiếm 67,9%, hay gặp nhất là di căn xương (49,1%) và di căn phổi màng phổi (28,3%).
- Đột biến Del19 chiếm đa số (67,9%). Đột biến del 19 gặp nhiều ở nữ hơn, p< 0,01.
- CEA tăng cao là yếu tố tiên lượng tình trạng di căn toàn thân, đặc biệt tình trạng di căn xương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel R L (2021).** "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries". **71 (3)**, 209-249.
2. **Davis F G, Dolecek T A, McCarthy B J, et al (2012).** "Toward determining the lifetime occurrence of metastatic brain tumors estimated from 2007 United States cancer incidence data". Neuro Oncol, **14 (9)**, 1171-1177.
3. **Mai Trọng Khoa (2020).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý ung bướu, Nhà xuất bản Y học,
4. **Pakzad R, Mohammadian-Hafshejani A,** Ghoncheh M, et al (2015). "The incidence and mortality of lung cancer and their relationship to development in Asia". Transl Lung Cancer Res, **4 (6)**, 763-774.
5. **Magnuson W J, Lester-Coll N H, Wu A J, et al (2017).** "Management of Brain Metastases in Tyrosine Kinase Inhibitor-Naïve Epidermal Growth Factor Receptor-Mutant Non-Small-Cell Lung Cancer: A Retrospective Multi-Institutional Analysis". J Clin Oncol, **35 (10)**, 1070-1077.
6. **Phạm Văn Thái (2014).** Nghiên cứu điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não bằng hoá xạ trị, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học y Hà Nội.
7. **Kelly W J, Shah N J, Subramaniam D S (2018).** "Management of Brain Metastases in Epidermal Growth Factor Receptor Mutant Non-Small-Cell Lung Cancer". Front Oncol, **8** 208.
8. **Lee D S, Kim S J, Kang J H, et al (2014).** "Serum Carcinoembryonic Antigen Levels and the Risk of Whole-body Metastatic Potential in Advanced Non-small Cell Lung Cancer". J Cancer, **5 (8)**, 663-669.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU Ở GIAI ĐOẠN TRẦM CẢM NGƯỜI GIÀ

Vũ Thị Lan[1,2], Nguyễn Văn Tuấn[1,2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị đau ở giai đoạn trầm cảm người già. **Đối tượng và phương pháp**: Sử dụng phương pháp mô tả cắt ngang, phân tích hiệu quả điều trị đau bằng phỏng vấn trực tiếp kết hợp đánh giá mức độ đau trên thang VAS, mức độ trầm cảm trên thang GDS, tham khảo hồ sơ bệnh án của 50 bệnh nhân người già ở giai đoạn trầm cảm có đau điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần,- Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** 84,0% bệnh nhân sử dụng phối hợp thuốc chống trầm cảm, an thần kinh và bình thần, số lượng vị trí đau thuyên giảm 2,26 ± 1,45, mức độ đau VAS giảm 3,2 ± 0,99 điểm, mức độ trầm cảm trên thang GDS thuyên giảm 7,3 ± 7,21 điểm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, không có sự khác biệt thuyên giảm đau ở các mức độ trầm cảm, kháng cholinergic là tác dụng không mong muốn hay gặp nhất 52,0%. **Kết luận:** phần lớn bệnh nhân dùng phối hợp thuốc, triệu chứng đau cải thiện đáng kể cùng thuyên giảm trầm cảm. Tuy nhiên không có sự khác biệt thuyên giảm đau ở các mức độ trầm cảm. Tác dụng không mong muốn của thuốc hay gặp ở trầm cảm người già là kháng cholinergic.

Từ khóa: người già, trầm cảm, đau, thuyên giảm.

SUMMARY

EFFICACY OF TREATMENT FOR PAINFUL SYMPTOMS AMONG HOSPITALIZED ELDERLY DEPRESSION

Objective: To evaluate the effectiveness of treatment for elderly depression with pain. **Subjects and methods:** Using a cross-sectional descriptive method, analyzing the effectiveness of treatment for pain by directly interviewing and testing VAS, GDS on 50 the elderly in-patients diagnosed major depressive

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Viện Sức khoẻ Tâm thần – Bệnh viện Bạch Mai*
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Lan
Email: lanthudrnd1988@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021
Ngày duyệt bài: 27.8.2021

disorder having pain at the National Institute of Mental Health –Bachmai Hospital, using VAS, GDS for these patients, and checking records of patients. **Results:** 84.0% of patients used a combination of antidepressants, neuroleptics and tranquilizers; the number of pain sites reduced by 2.26 ± 1.45, the VAS pain level decreased by 3.2 ± 0.99 points, the level of depression on the GDS scale reduced by 7.3 ± 7.21 points, there was a statistically significant difference. there was no difference bettwen pain relief in the levels of depression, anticholinergic was the most common side effects (52.0%). **Conclusion:** Majority of patients used the combination of drugs, pain symptoms improved significantly and depression was reduced together. However, there was no difference bettwen pain relief in the degrees of depression. The most common adverse drug reaction in elderly depression is anticholinergic.

Key words: elderly, depression, pain, relief.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Với sự già hóa dân số, tỷ lệ người già trên thế giới ngày càng tăng. Tuổi già gắn liền với nhiều vấn đề sức khỏe thể chất cũng như sức khỏe tâm thần trong đó trầm cảm là rối loạn thường gặp trong các bệnh lý của người già và làm tăng nguy cơ tự sát, suy giảm chức năng cơ thể, nhận thức, xã hội và nguy cơ tử vong chung, gia tăng gánh nặng bệnh tật lên kinh tế, y tế và người chăm sóc[1,2]. Tuy nhiên trầm cảm dưới lâm sàng thường phổ biến ở người già hơn là trầm cảm điển hình với nhiều triệu chứng cơ thể, sự biểu hiện các triệu chứng đau càng thường gặp[3].

Mức độ nặng của các triệu chứng đau làm tăng mức độ nghiêm trọng của trầm cảm, và kéo dài trầm cảm. Do đó việc điều trị trầm cảm ở người già có các triệu chứng đau là rất quan trọng. Các nghiên cứu chỉ ra liệu pháp hóa dược tập trung điều trị cả trầm cảm và đau ở người già mang lại hiệu quả hơn khi chỉ điều trị một trong hai[4]. Nhóm huốc chống trầm cảm ức chế tái hấp thu serotonin và norepinephrin có nhiều bằng chứng cho thấy được cân nhắc như lựa chọn hàng đầu trong điều trị bệnh nhân trầm cảm có đau, thuốc chống trầm cảm 3 vòng có tác dụng giảm đau nhiều hơn so với nhóm tác động kép (duloxetin, venlafaxin), giảm nhạy cảm đau tuy nhiên có thể gặp nhiều tác dụng phụ đặc biệt ở người già[5]

Tại Việt Nam cho đến nay đã có nhiều nghiên cứu về trầm cảm cũng như các triệu chứng cơ thể của trầm cảm người già, tuy nhiên việc tiếp cận triệu chứng đau và đánh giá hiệu quả điều trị đau trên quần thể này còn rất hạn chế và chưa hệ thống. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài " Đánh giá hiệu quả điều trị đau ở giai đoạn trầm cảm người già" với mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả điều trị đau ở giai đoạn trầm cảm người già.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu gồm 50 bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên với chẩn đoán có giai đoạn trầm cảm kèm triệu chứng đau điều trị nội trú tại Viện Sức khỏe Tâm thần Quốc gia từ tháng 8/2020 đến tháng 10/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân có giai đoạn trầm cảm hiện tại ở một trong các mức độ nhẹ, vừa, và nặng theo tiêu chuẩn chẩn đoán theo ICD – 10 kèm theo triệu chứng đau
- Bệnh nhân có một trong các mã chẩn đoán F32.xx, F31.3, F31.4, F31.5, F33.xx.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân có bệnh thực thể: các bệnh lý thần kinh ,ung thư, miễn dịch, bệnh lý nhiễm trùng,… gây ra đau.
- Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn của rối loạn đau dai dẳng dạng cơ thể (F45.4).

2. Phương pháp nghiên cứu

- ***Thiết kế nghiên cứu:*** Nghiên cứu mô tả cắt ngang,
- ***Công cụ nghiên cứu:*** tiêu chuẩn chẩn đoán ICD 10, bệnh án nghiên cứu,hồ sơ bệnh án, thang đánh giá trầm cảm người già GDS, thang điểm đánh giá đau VAS
- ***Các bước tiến hành:*** lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn, phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân, khám lâm sàng, đánh giá thang VAS, GDS
- ***Xử lý số liệu:*** nhập số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0, xử lý số liệu bằng thuật toán tính tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, T-test, Chi-square.

3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được hội đồng đạo đức trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt (Quyết định số 3619/QĐ- ĐHYHN, mã số IRB00003121)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình	$\overline{X} \pm$ SD	65,9± 5,52 tuổi	
Giai đoạn bệnh	Giai đoạn trầm cảm vừa	10	20,0
	Giai đoạn trầm cảm nặng	40	80,0
Liệu pháp hóa dược	Đơn trị liệu với CTC	0	0
	CTC + ATK	7	14,0
	CTC + bình thần	1	2,0

	CTC + ATK + bình thần	42	84,0

Nhận xét: - Tuổi trung bình nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 65,9± 5,52 tuổi

- Giai đoạn trầm cảm nặng là chủ yếu chiếm 80,0%.

- Liệu pháp hóa dược: Tất cả bệnh nhân được sử dụng kết hợp nhiều nhóm thuốc, trong đó tỷ lệ kết hợp giữa CTC + ATK + bình thần là 84,0%.

3.2. Sự thuyên giảm đau

3.2.1. Hiệu quả thuyên giảm số lượng vị trí đau, mức độ đau trên thang VAS, mức độ trầm cảm trên thang GDS

Bảng 3.2. Hiệu quả thuyên giảm số lượng vị trí đau,mức độ đau trên thang VAS, mức độ trầm cảm trên thang GDS

Thời điểm		X ± SD	p
Số lượng vị trí	T0	3, 26 ±1,64	0,000
	T1	1,0 ± 1,05	
	T0-T1	2,26 ± 1,45	
Mức độ đau VAS	T0	4,8 ±1,38	
	T1	1,6 ± 1,47	
	T0-T1	3,2 ± 0,99	
Mức độ trầm cảm GDS	T0	19,8 ± 7,64	
	T1	12,5 ± 6,54	
	T0-T1	7,3 ± 7,21	

Nhận xét: Số lượng vị trí đau giảm 2,26 ± 1,45 vị trí, mức độ đau trên thang VAS giảm 3,2 ± 0,99 điểm, mức độ trầm cảm trên thang GDS giảm 7,3 ± 7,21 điểm sau khi điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p= 0,000.

3.2.2. Hiệu quả thuyên giảm đau ở các mức độ trầm cảm

Bảng 3.3. Hiệu quả thuyên giảm đau ở các mức độ trầm cảm

Thuyên giảm đau / Mức độ trầm cảm		Trên 50%	Dưới 50%	Tổng	p
Mức độ vừa	N	10	0	10	0,571
	%	100,0	0	100,0	
Mức độ nặng	n	36	4	40	
	%	90,0	10,0	100,0	
Tổng	**n**	**46**	**4**	**50**	
	%	**92,0**	**8,0**	**100,0**	

Nhận xét: - Tất cả bệnh nhân đều có sự thuyên giảm đau sau khi điều trị.

- Tỷ lệ thuyên giảm đau trên 50,0% của nhóm bệnh nhân mức độ trầm cảm nặng thấp hơn của nhóm có mức độ trầm cảm vừa. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p= 0,571.

3.3. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.4. Tác dụng không mong muốn

Tác dụng không mong muốn	Số lượng	Tỷ lệ %
Ngoại tháp	11	22,0
Kháng cholinergic	26	52,0
Chuyển hóa	7	14,0
Tim mạch	4	8,0
Tiêu hóa	2	4,0

Nhận xét: Có sự đa dạng các tác dụng không mong muốn khi dùng thuốc, tác dụng kháng cholinergic hay gặp hơn cả ở 52% bệnh nhân nghiên cứu, tiếp theo các tác dụng phụ ngoại tháp với 22%, tác dụng trên chuyển hóa 14,0%.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 3.2 chỉ ra số lượng vị trí đau, mức độ đau trên thang VAS, mức độ trầm cảm trên thang GDS đều cải thiện đáng kể sau khi điều trị. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p= 0,000. Điều này cho thấy triệu chứng đau của nhóm bệnh nhân được thuyên giảm cùng với sự thuyên giảm của triệu chứng trầm cảm. Theo K. Demyttenaere và cộng sự (2010), với các bệnh nhân có mức độ trầm cảm càng nặng thì kết quả sau 6 tháng điều trị trầm cảm, mức độ đau giảm càng được thấy rõ rệt hơn, tỷ lệ bệnh nhân với đau mức độ vừa/nặng ảnh hưởng đến chức năng giảm từ 56,3% xuống 32,5%. Điều này được giả thuyết do phần lớn mức độ đau do có liên quan tới với trầm cảm[6]

Theo bảng 3.3, tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có sự thuyên giảm đau, tuy nhiên tỷ lệ thuyên giảm đau trên 50,0% của nhóm bệnh nhân mức độ trầm cảm nặng thấp hơn của nhóm có mức độ trầm cảm vừa. Nhiều nghiên cứu cũng chỉ ra giữa đau và trầm cảm có mối quan hệ hai chiều. trầm cảm nghiêm trọng liên quan chặt với mức dộ ảnh hưởng của đau lớn hơn. Mức độ đau khởi đầu là yếu tố nguy cơ làm trầm trọng và làm giảm đáp ứng với liệu pháp điều trị trầm cảm. Mức độ đau ban đầu và mức độ cải thiện đau qua thời gian liên quan chặt chẽ với đáp ứng điều trị trầm cảm. Theo K. Demyttenaere và cộng sự (2010), với các bệnh nhân có mức độ trầm cảm càng nặng thì kết quả sau 6 tháng điều trị trầm cảm, mức độ đau giảm được thấy rõ rệt hơn. Điều này được giả thuyết do phần lớn mức độ đau do có liên quan tới với trầm cảm[6].

Trên nhóm bệnh nhân nghiên cứu tác dụng không mong muốn có thể gặp nhiều loại khác nhau trong đó tác dụng kháng cholinergic hay gặp hơn cả ở 52% bệnh nhân nghiên cứu, tiếp theo các tác dụng phụ ngoại tháp với 22%, tác dụng trên chuyển hóa 14,0%, Ít gặp nhất nhóm

tác dụng phụ trên tim mạch 8% và tiêu hóa 4%. Điều này cũng phù hợp với các tài liệu trong y văn chỉ ra những thay đổi dược động học của thuốc ở người già đặc biệt với nhóm thuốc hướng thần trong đó có nhóm an thần kinh, chống trầm cảm tác động không chọn lọc trên serotonin dễ tăng nguy cơ tác dụng phụ kháng cholinergic[7]. Do đó khi lựa chọn thuốc hướng thần trên đối tượng người già cần cân nhắc, thận trọng và theo dõi phát hiện sớm các tác dụng không mong muốn.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng đau cải thiện rõ rệt về số lượng vị trí và mức độ đau cùng với sự cải thiện trầm cảm khi được điều trị liệu pháp hóa dược phối hợp CTC, ATK yên dịu liều thấp, bình thần có thể dùng ngắn ngày. Chưa thấy sự khác biệt thuyên giảm đau giữa các mức độ trầm cảm. Tác dụng không mong muốn kháng cholinergic hay gặp ở nhóm bệnh nhân trầm cảm người già hơn so với các tác dụng không mong muốn khác.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Zivin K, Wharton T, Rostant O (2013).** The Economic, Public Health, and Caregiver Burden of Late-life Depression. Psychiatric Clinics of North America, 36(4), 631-649.
2. **Fiske A, Wetherell JL, Gatz M (2009).** Depression in Older Adults. Annu Rev Clin Psychol, 5(1), 363-389.
3. **Silva MR da, Ferretti F, Pinto S da S et al (2018).** Depressive symptoms in the elderly and its relationship with chronic pain, chronic diseases, sleep quality and physical activity level. Brazilian Journal Of Pain, 1(4).
4. **Zis P, Daskalaki A, Bountouni I, et al (2017).** Depression and chronic pain in the elderly: links and management challenges. Clin Interv Aging, 12:709-720.
5. **Raskin J, Wiltse CG, Siegal A, et al (2007).** Efficacy of duloxetine on cognition, depression, and pain in elderly patients with major depressive disorder: an 8-week, double-blind, placebo-controlled trial. Am J Psychiatry, 164(6).
6. **Demyttenaere K, Reed C, Quail D, et al (1981).** Presence and predictors of pain in depression: Results from the FINDER study. Journal of Affective Disorders, 125(1-3):53-60.
7. **Boss GR, Seegmiller JE(2021).** Age-Related Physiological Changes and Their Clinical Significance. West J Med. 135(6):434-440.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT KHÂU BÍT TÚI SA TRỰC TRÀNG CẢI TIẾN ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG TẮC NGHẼN ĐƯỜNG RA DO SA TRỰC TRÀNG KIỂU TÚI TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC HÀ NỘI

Nguyễn Thị Thu Vinh*, Nguyễn Xuân Hùng, Trần Ngọc Dũng*, Lưu Quang Dũng*, Hoàng Đình Âu***

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng tức nghẽn đường ra (Osbtructed defecation syndrome-ODS) có nguyên nhân là những tổn thương cơ học tại vùng hậu môn trực tràng; trong đó sa trực tràng kiểu túi (Rectocel) là nguyên nhân thường gặp. Để xác định thương tổn này cần phải có phương tiện chẩn đoán hình ảnh là chụp cộng hưởng từ động học tống phân (MRI Defecography). Về điều trị, cần đánh giá kết quả điều trị bằng phẫu thuật. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu bít túi sa trực tràng cải tiến điều trị hội chứng tắc nghiễn đường ra do sa trực tràng kiểu túi tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân có hội chứng tắc nghẽn đường ra do sa trực tràng kiểu túi theo thang điểm Rome IV (2016) và thang điểm 5 tiêu chí của Adofo Renzi (2012); có kèm/ không kèm sa niêm trong trực tràng trên MRI defecography. Đánh giá kết quả điều trị dựa trên sự cải thiện của triệu chứng theo Rome IV và thang điểm 5 tiêu chí của Adolfo Renzi. Phương pháp nghiên cứu mô tả loạt bệnh. **Kết quả:** Từ 01/2018 đến 12/2020, 30 ca được chẩn đoán và phẫu thuật khâu treo cải tiến tại Bệnh viện Đại học Y. Kết quả sau mổ rất tốt và tốt 80%, cải thiện 100% triệu chứng đại tiện khó phải rặn. Biến chứng sau mổ có 5/30 (16,7%) bệnh nhân bí tiểu sau mổ. **Kết luận:** Chụp cộng hưởng từ động học tống phân là phương pháp chẩn đoán chính xác thương tổn sa trực tràng kiểu túi. Phẫu thuật khâu bít túi sa trực tràng cải tiến cho kết quả tốt, ít biến chứng.

Từ khóa: Hội chứng đại tiện tắc nghẽn; Túi sa trực tràng; Sa niêm trong trực tràng; Phẫu thuật STARR; Phẫu thuật khâu treo NTV.

**Bệnh viện Đại học Y Hà Nội*
***Bệnh viện Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Vinh
Email: nguyenthuvinh86@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021
Ngày duyệt bài: 27.8.2021

SUMMARY

THE RESULTS OF SURGICAL TO TREAT THE OBSTRUCTED DEFECATION SYNDROME CAUSED BY RECTOCELE AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: Evaluate the diagnosis and

treatment outcomes for constipations due to Obstructed defecation syndrome (ODS). Rectocele is hernia of the anterior rectal wall into the vagina. Defecography is the Xray method to evaluate this defect. **Purpoes:** Describing results of surgical to treat the obstructed defecation syndrome (ODS) caused by rectocele at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** Female patients: Obstructed defecation syndrome standard by Rome IV criteria and Adolfo Renzi. Rectocele and/ or not mucosal prolapse syndrome (MRI defecography). Results of Surgery: Assessing functions of defecation by Rome IV criteria (2016), Five-Item Score for ODS by Adolfo Renzi (2012). **Results:** For 2 years, there were 30 patients who had rectocele were evaluated by defecography and surgical repaired 80% excellent result, 100% improve the symptoms difficult to defecate. 5 patient (16,7%) who had urinary retention. **Conclusion:** Surgical repair of rectocele improve the difficult evacuation, good result and less complications

Keywords: Obstructed defecation syndrome, Rectocele, Internal rectal prolapse, STARR procedure, Circular lifting suture (NTV's procedure).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng tắc nghẽn đường ra (ODS) có nguyên nhân là những tổn thương cơ học tại vùng hậu môn trực tràng; trong đó sa trực tràng kiểu túi là nguyên nhân thường gặp [7]. Phần lớn bệnh nhân đến khám thường không triệu chứng hoặc chỉ đại tiện khó gây ảnh hưởng đời sống sinh hoạt, thường kèm sa các tạng chậu, dễ chẩn đoán nhầm hoặc không đầy đủ nếu chỉ dựa vào khám lâm sàng. Chụp cộng hưởng từ động học tống phân giúp chẩn đoán rõ thương tổn sa trực tràng kiểu túi kèm tổn thương phối hợp như sa niêm trong, lồng trực tràng – trực tràng [3]. Có nhiều phương pháp điều trị sa trực tràng kiểu túi có tỷ lệ khỏi bệnh và tái phát khác nhau [2].

Mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật khâu bít túi sa trực tràng cải tiến điều trị hội chứng tắc nghiẽn đường ra do sa trực tràng kiểu túi tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân có hội chứng tắc nghẽn đường ra do sa trực tràng kiểu túi được phẫu thuật tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Đại học Y.

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả loạt bệnh. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân có hội chứng tắc nghẽn đường ra do sa trực tràng kiểu túi theo tiêu chuẩn Rome IV (2016) và thang điểm 5 tiêu chí của Adolfo Renzi (2012); kích thước túi sa vừa (R ≤ 4 cm), có kèm/ không kèm sa niêm trong trực tràng trên MRI Defecography. Đánh giá kết quả phẫu thuật dựa trên sự cải thiện triệu chứng theo tiêu chuẩn Rome IV[6] và thang điểm 5 tiêu chí của Adolfo Renzi[4].

Bảng 1: Thang điểm đánh giá hội chứng đại tiện tắc nghẽn 5 tiêu chí của Adolfo Renzi

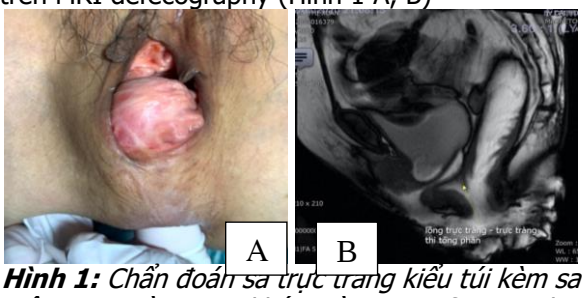
Triệu chứng	Không	Hiếm	Thỉnh thoảng	Thường xuyên	Luôn luôn
Rặn nhiều	0	1	2	3	4
Trực tràng tồng xuất không hoàn toàn	0	1	2	3	4
Dùng thuốc nhuận trường/thụt tháo	0	1	2	3	4
Dùng tay ấn âm đạo/tầng sinh môn	0	1	2	3	4
Khó chịu/đau bụng	0	1	2	3	4

Bảng 2: Tiêu chuẩn chẩn đoán Rome IV cho táo bón [6]

1. Phải có ≥ 2 triệu chứng sau:
a. Rặn, gắng sức ít nhất 25% các lần đại tiện.
b. Phân vón cục ổn nhổn và/hoặc cứng ít nhất 25% các lần đại tiện.
c. Cảm giác đại tiện không hết phân ít nhất 25% các lần đại tiện.
d. Cảm giác tắc nghẽn ở hậu môn trực tràng ít nhất 25% các lần đại tiện.
e. Hỗ trợ bằng tay ít nhất 25% các lần đại tiện (dùng tay móc phân).
f. Đại tiện ít hơn 3 lần / tuần.
2. Các tiêu chuẩn này kéo dài trong 3 tháng vừa qua với triệu chứng khởi phát ít nhất 6 tháng trước khi chẩn đoán (Rome IV)

- Quy trình nghiên cứu

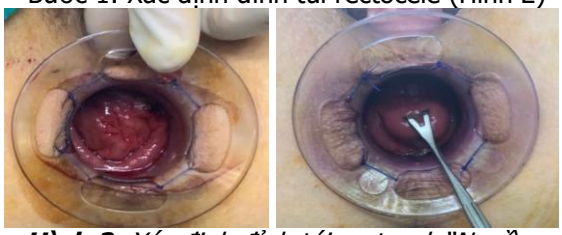
Tuyển chọn bệnh nhân: Thăm khám lâm sàng: phát hiện STTKT có triệu chứng theo Rome IV. Cận lâm sàng: hình ảnh STTKT dựa trên MRI defecography (Hình 1 A, B)



Hình 1: *Chẩn đoán sa trực tràng kiểu túi kèm sa niêm trực tràng qua khám và MRI Defecography.*
"Nguồn: Bệnh viện Đại học Y,BN Nguyễn Thị X. 60T"

Các bước phẫu thuật khâu bít túi sa trực tràng cải tiến:

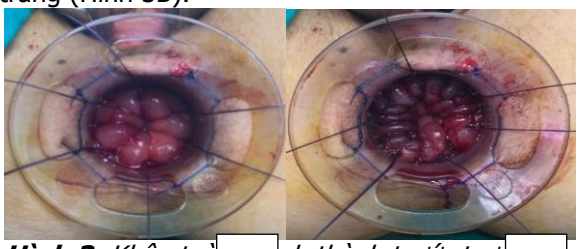
Bước 1: Xác định đỉnh túi rectocele (Hình 2)



Hình 2: *Xác định đỉnh túi rectocele"Nguồn: Bệnh viện Đại học Y – BN Nguyễn Thị X. 60T"*

Bước 2: Khâu bít toàn thành thành trước trực tràng (Hình 3A.)

Bước 3: Khâu gấp niêm mạc thành sau trực tràng (Hình 3B).



Hình 3: *Khâu toà nh thành trước trực g và khâu gấp nếp niêm mạc thành sau trực tràng.* "Nguồn: Bệnh viện Đại học Y, BN Nguyễn Thị X. 60T"

- Đánh giá kết quả điều trị

+ Giảm bệnh: tổng số điểm theo Adolfo từ 7 - 9 điểm. MRI Defecpgraphy còn STTKT độ I theo Yang. Không giảm bệnh khi không đạt tiêu chuẩn trên.

+ Khỏi bệnh: tổng số điểm theo Adolfo < 7 điểm. MRI Defecpgraphy giảm kích thước độ sâu của túi sa về giới hạn gần bình thường. Không khỏi bệnh khi không đạt tiêu chuẩn trên.

- Đánh giá kết quả điều trị rất tốt, tốt, trung bình, kén dựa trên cải thiện triệu chứng theo tiêu chuẩn Rome IV

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2020, chúng tôi tiến hành phẫu thuật 30 ca đại tiện tắc nghẽn do sa trực tràng kiểu túi, kết quả như sau: Triệu chứng thường gặp là đại tiện khó phải rặn, đại tiện không hết phân. Khám lâm sàng thấy đa số STTKT mức DeLancey II 28 (93,3%), 100% độ II theo Yang (độ sâu túi sa thấp nhất là 2,1 cm; cao nhất là 4 cm). Thời gian phẫu thuật và hậu phẫu ngắn, ít đau sau mổ. Chỉ có biến chứng bí tiểu sau mổ 5/ 30 (16,7%) bệnh nhân.

Bảng 3: *Cải thiện triệu chứng táo bón theo tiêu chuẩn Rome IV*

Tiêu chuẩn rome iv	Trước mổ	Cải thiện sau mổ	Tỷ lệ
Rặn nhiều khi đại tiện*	30	30	100%
Phân cứng/ Phân cục*	30	28	93,3%
Đại tiện không hết phân*	30	27	90%
Tắc nghẽn ở hậu môn trực tràng*	19	16	84,2%
Hỗ trợ đại tiện bằng tay / thụt tháo*	25	24	96%
Đại tiện <3 lần/ tuần*	5	5	100%

*≥ 25% số lần đại tiện

Nhận xét: Sau mổ cải thiện hoàn toàn triệu chứng phải rặn nhiều khi đại tiện. Kết quả sau mổ rất tốt và tốt là 24/30 (80%).

Bảng 4: *Cải thiện phân bố các nhóm bệnh theo thang điểm 5 tiêu chí của Adolfo*

Điểm 5 tiêu chí theo Adolfo	Nhóm < 7 điểm		Nhóm 7 – 9 điểm		Nhóm > 9 điểm	
	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %	Số BN	Tỷ lệ %
Trước mổ	0	0	0	0	30	100
Sau mổ 1 tháng	29	96,7	1	3,3	0	0
Sau mổ 3 tháng	27	90	3	10	0	0
Sau mổ 6 tháng	24	80	4	13,3	2	6,7

Nhận xét: Trước mổ: 100% bệnh nhân thuộc nhóm > 9 điểm. Sau mổ 1 tháng: Nhóm có điểm < 7 điểm (khỏi bệnh) chiếm 96,7%. Nhóm từ 7 – 9 điểm (giảm bệnh) chiếm 3,3%. Nhóm trên 9 điểm 0%. Tuy nhiên tỷ lệ khỏi bệnh giảm dần sau 3 tháng, 6 tháng, tỷ lệ giảm bệnh tăng dần sau 3 tháng, 6 tháng. Chúng tôi chỉ định chụp lại MRI Defecography sau mổ 1 tháng được 16/30 ca, trong đó có 14/16 (87,5%) ca không còn túi sa thành trước trực tràng, 2/16 (12,5%) ca có túi sa độ I theo Yang.

IV. BÀN LUẬN

Theo Anthony Lembo (2003) [7] hội chứng tắc nghẽn đường ra gồm 2 loại: (1) Tắc nghẽn đường ra vật lý: bất đồng vận cơ sàn chậu (Anismus), phì đại cơ thắt trong hậu môn (Achalasia), phình giãn đại tràng bẩm sinh hoặc mắc phải... (2) Tắc nghẽn đường ra giải phẫu: sa trực tràng kiểu túi (STTKT - Rectocele), các túi sa vùng đỉnh gồm sa tử cung, sa ruột non (enterocele)/đại tràng sigma (sigmoidocele)/mỡ

mạc nối (peritoneocele), sa trong (lồng) trực tràng hậu môn (rectoanal intussusceptions) và sa ngoài trực tràng (rectal prolapse). Trong đó STTKT là thường gặp nhất, có thể do bẩm sinh hoặc mắc phải. Ở nữ trưởng thành, tỷ lệ khám thấy STTKT khoảng 20 – 80% và thường không triệu chứng trừ khi kích thước lớn (R > 3cm) và/hoặc đi kèm với sa trong trực tràng. Chụp cộng hưởng từ động học tống phân giúp chẩn đoán rõ thương tổn STTKT kèm tổn thương phối hợp như sa niêm trong, lồng trực tràng – trực tràng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng đại tiện khó phải rặn nhiều, phân vón cục lổn nhổn và/hoặc cứng, cảm giác đại tiện không hết phân có trên tất cả các trường hợp (100%), 25/30 (83,3%) trường hợp phải dùng tay để hỗ trợ đại tiện. Các triệu chứng này đều cao hơn kết quả nghiên cứu của Nguyễn Đình Hối và cs (2005) [1]: rặn nhiều khi đại tiện (93%), cảm giác đại tiện không hết phân (94%).

Trong số 30 ca phẫu thuật thì 100% các bệnh nhân có mức độ túi sa độ II theo Yang. Kích thước túi sa trực tràng trước mổ trung bình là 3,34 ± 0,53 cm**,** kích thước túi sa lớn nhất là 4 cm. Theo Renzi A. và cộng sự (2008) [5] kích thước túi sa thành trước trực tràng trước mổ trung bình là 3,4 ± 1,5 cm.

Sau mổ sự cải thiện 3 triệu chứng theo Rome IV: rặn nhiều, phân cứng, đại tiện không hết phân thường gặp nhất trong hội chứng đại tiện tắc nghẽn 100%. Kết quả sau mổ rất tốt và tốt là 24/30 (80%). Theo Nguyễn Đình Hối [1], tỷ lệ cải thiện triệu chứng theo Rome IV là 79,1%.

Trước mổ, điểm Adolfo trung bình là 15,93; thấp nhất là 11điểm, cao nhất là 19 điểm. Sau mổ 6 tháng điểm 5 tiêu chí trung bình là 4,06 điểm; thấp nhất 1 điểm, cao nhất 10 điểm.Có 2/30 (6,7%) trường hợp kết quả sau mổ kém dần tiếp tục tập vật lý sàn chậu và theo dõi tiếp kết quả dài hạn.

V. KẾT LUẬN

- Với những bệnh nhân táo bón trên 1 năm và có triệu chứng của hội chứng đại tiện tắc nghẽn cần chụp cộng hưởng từ động học tống phân để tìm nguyên nhân.
- Phẫu thuật khâu bít túi sa trực tràng cải tiến cho kết quả tốt, an toàn, hiệu quả, ít biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đình Hối, Dương Phước Hưng, Nguyễn Vặn Hậu và cộng sự (2005).** Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị chứng táo bón do sa trực tràng kiểu túi. Tạp Chí Học TP Hồ Chí Minh, **9**, 10-16.
2. **Nguyễn Trung Vinh (2015)**, Sàn chậu học, Nhà xuất bản Y học.
3. **López A., Zetterström J., và Mellgren A.F. (2005).** Defecography: A Swedish Perspective. Complex Anorectal Disorders: Investigation and Management. Springer, London, 199–216.
4. **Renzi A., Brillantino A., Di Sarno G. và cộng sự. (2013)**. Five-Item Score for Obstructed Defecation Syndrome: Study of Validation. Surg Innov, **20**(**2**), 119–125.
5. **Renzi A., Talento P., Giardiello C. và cộng sự. (2008).** Stapled trans-anal rectal resection (STARR) by a new dedicated device for the surgical treatment of obstructed defaecation syndrome caused by rectal intussusception and rectocele: early results of a multicenter prospective study. Int J Colorectal Dis, **23**(**10**), 999–1005.
6. **Simren M., Palsson O.S., và Whitehead W.E. (2017).** Update on Rome IV Criteria for Colorectal Disorders: Implications for Clinical Practice. Curr Gastroenterol Rep, **19**(**4**), 15.
7. **Lembo A.và Camilleri M. (2003).** Chronic Constipation. NEngl J Med, **349**(**14**), 1360–1368.

MÔ HÌNH TẬT KHÚC XẠ Ở TRẺ 6 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Nga[1], Nguyễn Thị Thu Hiền[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mô hình tật khúc xạ ở trẻ 6 tuổi tại Bệnh viện Mắt Trung Ương và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 117 trẻ 6 tuổi với 228 mắt được chẩn đoán tật khúc xạ tại khoa Khúc xạ Bệnh Viện Mắt Trung Ương từ tháng 9/2020 đến 7/2021. **Kết quả**: Hình thái tật khúc xạ phổ biến nhất là loạn thị (74,1%), tiếp theo đó là viễn thị (19,3%) và cận thị (6,6%). Mức độ tật khúc xạ cao trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng cao hơn các nghiên cứu trong cộng đồng. Nhược thị chiếm tỷ lệ cao 42,1% trẻ mắc tật khúc xạ. Không có mối liên quan giữa tật khúc xạ và giới tính (p>0,05). Hình thái tật khúc xạ có mối liên quan tới mức độ nhược thị.

[1]Bệnh viện Mắt Sài Gòn Vinh
[2]Bệnh viện Mắt Trung Ương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nga
Email: Drnganguyen37@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 18.8.2021
Ngày duyệt bài: 25.8.2021

Kết luận: Ở trẻ 6 tuổi mắc tật khúc xạ khám tại bệnh viện Mắt trung ương: tật loạn thị chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến tật viễn thị và thấp nhất là tật cận thị.

Từ khóa: tật khúc xạ, trẻ em.

SUMMARY

PATTERN OF REFRACTIVE ERROR AMONG PRE-SCHOOL CHILDREN ATTENDING VIETNAM NATIONAL EYE HOSPITAL

Purpose. To evaluate the pattern of refractive errors among pre-school children attending to Eye Hospital. **Research methods**: descriptive study, the study was conducted in 117 six years old children (228 eyes) were diagnosed refractive error entering to Eye Hospital. **Results**. The commonest types of refractive error was Astigmatism (74,1%) followed by Hyperopia (19,3%) and Myopia (6,6%). The prevalence of high refractive error among children attending to Center Eye Hospital is different from research in community. Amblyopia was present in 42,1% children having refractive error. There was no statistically signicant association of type of refractive error with sex (p>0,05). **Conclusion:** The prevalence refractive error among children attending to Eye Hospital astigmatism was the most common, followed by hyperopia and myopia.

Key words: refractive error, children.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật khúc xạ (TKX) bao gồm các tật cận thị, viễn thị và loạn thị là vấn đề sức khỏe đã và đang được quan tâm trên toàn thế giới. Chương trình "Thị giác năm 2020" đã xếp tật khúc xạ là một trong năm nguyên nhân hàng đầu gây giảm thị lực có thể phòng chống được.[1] Ở Việt Nam, tật khúc xạ là một trong những trọng tâm được ưu tiên trong chương trình phòng chống mù lòa quốc gia.

Tật khúc xạ ở trẻ em nếu không được phát hiện và điều chỉnh sớm có thể dẫn đến những biến chứng như: nhược thị, lác… ảnh hưởng đến thị giác của trẻ. Trên thế giới cũng như ở Việt nam, đã có nhiều nghiên cứu trong cộng đồng về tỷ lệ tật khúc xạ ở trẻ em, tuy nhiên rất ít những nghiên cứu về mô hình tật khúc xạ tại bệnh viện cũng như các nghiên cứu đánh giá mức độ ảnh hưởng của từng loại tật khúc xạ tới chức năng thị giác, sự quan tâm tới vấn đề tật khúc xạ của gia đình… Với trẻ 6 tuổi là lứa tuổi trẻ chuẩn bị bước vào lớp một, là thời điểm cần thiết kiểm tra thị lực cho trẻ, từ đó giúp phát hiện và điều trị sớm các tật khúc xạ, đồng thời phát hiện và điều trị sớm các biến chứng của tật khúc xạ trước khi trẻ đi học. Từ những luận điểm trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: Mô hình tật khúc xạ ở trẻ 6 tuổi tại Bệnh viện Mắt Trung Ương với 2 mục tiêu sau:

1. Tìm hiểu mô hình tật khúc xạ ở trẻ 6 tuổi tại bệnh viện Mắt Trung Ương.

2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tật khúc xạ ở trẻ 6 tuổi tại bệnh viện Mắt Trung Ương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi bao gồm những bệnh nhân 6 tuổi chuẩn bị bước vào lớp 1 được chẩn đoán là tật khúc xạ tại Bệnh viện mắt Trung ương với các tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân 6 tuổi được chẩn đoán là tật khúc xạ ở 1 hoặc 2 mắt (cận, viễn hoặc loạn thị); Hợp tác trong quá trình thăm khám; Bệnh nhân và người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Trẻ có tổn thương thực thể tại mắt (sụp mi bẩm sinh, lác bẩm sinh,..); Trẻ có bệnh toàn thân nặng hoặc bệnh cấp tính tại mắt.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 228 mắt của 117 trẻ 6 tuổi đáp ứng các tiêu chuẩn.

2.3 Phương tiện nghiên cứu: Máy chiếu thị lực, hộp thử kính, máy đo khúc xạ tự động, máy soi bóng đồng tử, máy soi đáy mắt, thuốc Cyclogyl 1%, bệnh án nghiên cứu.

2.4 Các bước tiến hành nghiên cứu:

✓ Hỏi bệnh: thu thập các thông tin cần thiết như: tên, tuổi, giới tính, địa chỉ. Khai thác bệnh sử, tiền sử.

✓ Thử thị lực bằng bảng thị lực Snellen.

✓ Đo khúc xạ bằng khúc xạ kế tự động.

✓ Đo khúc xạ soi bóng đồng tử sau tra thuốc Cyclogyl 1%.

✓ Thử kính cầu tối ưu và kính trụ Jackson, cấp đơn kính, hướng dẫn đeo kính.

Tật khúc xạ được chẩn đoán xác định khi khúc xạ soi bóng đồng tử sau tra Cyclogyl 1% cho kết quả: cận thị ≥ -0,50D, viễn thị ≥ +1,50D, loạn thị ≥- 0,75D.[2]

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1 Đặc điểm chung nhóm đối tượng nghiên cứu

3.1.1 Đặc điểm về giới tính. Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 228 mắt của 117 trẻ 6 tuổi đến khám tại Bệnh viện Mắt Trung ương. Trong đó, có 61 trẻ nam chiếm tỷ lệ 51,3% và 56 trẻ nữ chiếm tỷ lệ 48,7%.

3.1.2 Tiền sử gia đình. Trên 228 mắt chỉ có 79 mắt (34,6%) có tiền sử gia đình bố hoặc mẹ hoặc cả bố và mẹ mắc tật khúc xạ. Trong đó, tỷ lệ mắc cận thị là cao nhất chiếm 24,6%; tiếp đó là loạn thị 8,3%; thấp nhất là viễn thị 1,8%.

3.2 Mô hình tật khúc xạ ở trẻ 6 tuổi

3.2.1 Hình thái tật khúc xạ

Bảng 1. Hình thái tật khúc xạ

Phân loại TKX	n (%)	p
Cận thị	15(6,6)	p<0,05
Viễn thị	44(19,3)	
Loạn thị	**169(74,1)**	
Tổng	**228(100)**	

Trong các tật khúc xạ, chúng tôi thấy rằng tật loạn thị chiếm tỷ lệ cao nhất với 169 mắt (74,1%); tiếp đó là viễn thị với 44 mắt (19,3%); cận thị chiếm tỷ lệ thấp nhất với 15 mắt (6,6%). Tật khúc xạ loạn thị chiếm tỷ lệ 74,1% cao hơn tật khúc xạ cầu với tỷ lệ 25,9%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05).

Mô hình tật khúc xạ trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự các nghiên cứu trước đó cùng nhóm tuổi. Cụ thể, nghiên cứu của Jamali P. (2009)[3] trên 815 trẻ 6 tuổi mắc tật khúc xạ ở Iran, trong đó tỷ lệ tật loạn thị là cao nhất với 77,6%; tiếp đó là viễn thị 20,7%; thấp nhất là cận thị 1,7%. Nghiên cứu của He M.(2004)[4] tại Trung quốc thấy rằng ở nhóm tuổi 6 tuổi, tỷ lệ cận thị, viễn thị, loạn thị lần lượt là 2,7%; 14,6%; 82,7%. Qua đó nhận thấy được mô hình tật khúc xạ chung của lứa tuổi này trong bệnh viện mắt: cao nhất là tật loạn thị, tiếp đến viễn thị và thấp nhất là cận thị. Tỷ lệ cận thấp do lứa tuổi này chưa tiếp xúc nhiều với các yếu tố gây cận thị học đường như: thời gian nhìn gần chưa quá tải, chưa quá tải do áp lực học tập… điều này phù hợp với hầu hết các nghiên cứu thấy rằng sau 6 tuổi tỷ lệ cận thị tăng dần. Tật khúc xạ ở 6 tuổi chủ yếu liên quan đến yếu tố gia đình và di truyền mà chưa liên quan nhiều đến yếu tố môi trường. Ngoài ra lý do cha mẹ đưa trẻ đi khám chủ yếu do trẻ được khám sàng lọc ở trường mẫu giáo hoặc có dấu hiệu chủ quan như: nháy mắt, mỏi mắt, nhìn mờ… rất ít trường hợp cha mẹ chủ động cho con đến bệnh viện để kiểm tra thị lực và sàng lọc tật khúc xạ.

Bảng 2. Hình thái loạn thị

Hình thái loạn thị	n,%	p
Loạn cận kép	37(21,9)	p < 0,05
Loạn viễn kép	25(14,8)	
Loạn hỗn hợp	37(21,9)	
Loạn cận đơn	**53(31,3)**	
Loạn viễn đơn	17(10,1)	
Tổng	**169(100)**	

Trong 5 hình thái loạn thị, hình thái loạn cận đơn chiếm tỷ lệ cao nhất (31,3%); tiếp đó là loạn cận kép và loạn hỗn hợp. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Pankaj R.A. và cộng sự (2020).

3.2.2 Mức độ tật khúc xạ

Bảng 3. Mức độ tật khúc xạ

Hình thái KX	Mức độ	n,%
Cận thị	<-3,00D	**7(46,7)**
	-3,00D đến<-6,00D	5(33,3)
	≥ -6,00D	3(20)
Viễn thị	<+3,00D	**29(65,9)**
	+3,00D đến<+5,00D	6(13,6)
	≥ +5,00D	9(20,5)
Loạn thị	<1,00D	22(13)
	1,00D đến 2,00D	**87(51,5)**
	≥ 2,00D	60(35,5)

Đối với tật cận thị, công suất cận thị trung bình: -3,31D ± 3,04; chủ yếu cận thị mức độ nhẹ (46,7%). So với nghiên cứu trong cộng đồng của tác giả Mohammad A.[5] (2010) thì công suất cận thị trung bình của chúng tôi cao hơn, điều này có thể do hầu hết các trường hợp được cha mẹ đưa đến bệnh viện khám khi đã có các dấu hiệu ảnh hưởng đến khả năng nhìn của trẻ. So với nghiên cứu tại bệnh viện Biratnagar của tác giả Pankaj R.A[6] (2020), tỷ lệ mức độ cận thị nhẹ và nặng của chúng tôi thấp hơn trong khi tỷ lệ mức độ cận trung bình lại cao hơn, điều này có thể do khu vực sống, đối tượng nghiên cứu khác nhau.

Đối với tật viễn thị, công suất viễn thị trung bình: +2,95D ± 2,49; chủ yếu viễn thị mức độ nhẹ (65,9%). Tương tự với tật cận thị, so với nghiên cứu trong cộng đồng thì công suất viễn thị trung bình của chúng tôi cao hơn, điều này có thể do hầu hết các trường hợp được cha mẹ đưa đến bệnh viện khám khi đã có các dấu hiệu ảnh hưởng đến khả năng nhìn của trẻ. So với nghiên cứu tại bệnh viện Biratnagar của tác giả Pankaj R.A[6] (2020), tỷ lệ mức độ viễn thị nhẹ của chúng tôi cao hơn trong khi mức độ viễn trung bình và nặng lại thấp hơn điều này có thể do đối tượng của tác giả Pankaj là trẻ lớn, chủ yếu những trường hợp viễn thị nặng mới đến khám tại bệnh viện.

Nhìn chung, với tật khúc xạ cầu, có sự khác biệt trong mô hình khúc xạ của trẻ nhỏ trong bệnh viện và ngoài cộng đồng. Mức độ tật khúc xạ cầu của trẻ đến khám tại bệnh viện có xu hướng cao hơn trong cộng đồng.

Đối với tật loạn thị: tỷ lệ loạn thị nặng trên 2,00D khá cao chiếm 35,5%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu trong bệnh viên của tác giả Nguyễn Duy Bích[7] năm 2011 (32,9%). So với nghiên cứu trong cộng đồng của tác giả Fan et al (2004)[8] trên nhóm trẻ 6 tuổi, công suất loạn thị trung bình (1,92D ± 0,88) của chúng tôi cao hơn. Nguyên do là những trường hợp loạn thị nặng biểu hiện triệu chứng mới được đưa đi khám tại bệnh viện.

3.2.3 Tình trạng nhược thị ở trẻ. Trong số 228 mắt mắc tật khúc xạ, sau chỉnh kính tối ưu có 132 mắt (57,9%) đạt thị lực >20/25 và 96 mắt (42,1%) đạt thị lực <20/30.

Bảng 4. Tình trạng nhược thị

Mức độ nhược thị	n,%	p
Nhược thị nhẹ(20/30-20/40)	54(23,7)	p<0,01
Nhược thị trung bình (20/50-20/160)	30(13,2)	
Nhược thị nặng (≥ 20/200)	12(5,3)	
Không nhược thị (>20/25)	132(57,9)	

Tỷ lệ nhược thị ở trẻ 6 tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tới 42,1% cao hơn so với nghiên cứu của Pankaj R.A.[6] (2020) là 38%. Sự khác biệt trên có thể do khác nhau ở nhóm tuổi, các nghiên cứu trên được thực hiện trên trẻ từ 6 đến 10 tuổi, trẻ có nhận thức và hợp tác tốt hơn so với lứa tuổi nghiên cứu của chúng tôi.

3.3 Một số yếu tố liên quan tới tật khúc xạ của trẻ

3.3.1 Liên quan giữa tật khúc xạ và giới tính

Bảng 5. Liên quan giữa tật khúc xạ và giới tính

Giới tính		Hình thái TKX			Tổng
		Cận thị	Viễn thị	Loạn thị	
Nam	n,%	12(10,3)	22(18,8)	83(70,9)	117 (100)
Nữ	n,%	3(2,7)	22(19,8)	86(77,5)	111 (100)
p = 0,07					

Nghiên cứu trên 228 mắt trẻ nam và nữ, nhận thấy tỷ lệ loạn thị chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả nam lẫn nữ. Kết quả này tương tự với một nghiên cứu trong bệnh viện của Pankaj R.A.[6] (2020), tuy nhiên, tỷ lệ loạn thị của chúng tôi cao hơn so với Pankaj R.A.[6] có thể do nhóm tuổi nghiên cứu khác nhau. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

3.3.2 Liên quan giữa tật khúc xạ và nhược thị ở trẻ

Bảng 6. Liên quan giữa tật khúc xạ và nhược thị

Mức độ nhược thị	Hình thái TKX			p
	Cận thị	Viễn thị	Loạn thị	
Không	10(66,7)	26(59,1)	96(56,8)	p<0,05
Nhẹ	2(13,3)	6(13,6)	46(27,2)	
Trung bình	3(20)	5(11,4)	22(13)	
Nặng	0	7(15,9)	5(3)	
Tổng	15(100)	44(100)	169(100)	

Đối với tật cận thị: không có trường hợp nào nhược thị nặng, chỉ có nhược thị nhẹ và trung bình.

Đối với tật viễn thị: nhược thị nặng chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhược thị nhẹ và trung bình.

Đối với tật loạn thị: nhược thị nhẹ chiếm tỷ lệ cao hơn so với nhược thị nặng và trung bình.

Nhìn chung, tật viễn thị gây nhược thị mức độ nặng nề hơn so với tật cận thị và loạn thị. Hình thái tật khúc xạ có mối liên quan tới mức độ nhược thị (p<0,05); nhược thị nặng nhất do tật viễn thị.

IV. KẾT LUẬN

- Ở trẻ 6 tuổi mắc tật khúc xạ khám tại bệnh viện Mắt trung ương: tật loạn thị chiếm tỷ lệ cao nhất, tiếp đến tật viễn thị và thấp nhất là tật cận thị, tỷ lệ lần lượt như sau: 74,1%; 19,3%; 6,6%.

- Trong các hình thái loạn thị, loạn cận đơn (31,3%) chiếm tỷ lệ cao nhất rồi tới loạn cận kép và loạn hỗn hợp (21,9% và 21,9%)

- Trong nhóm khúc xạ cầu, mức độ nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (cận thị: 46,7%, viễn thị: 65,9%).

- Tỷ lệ nhược thị do tật khúc xạ ở trẻ 6 tuổi cao (42,1%)

- Không thấy mối liên quan giữa tật khúc xạ và giới tính (p>0,05).

- Hình thái tật khúc xạ có mối liên quan tới mức độ nhược thị, nhược thị nặng nhất do tật viễn thị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Blindness and Visual Impairment:** Global Facts. 2015; https://www.iapb.org/vision-2020/who-facts/. Accessed 15/5, 2020.
2. **Wright K.W, Spiegel P.H.** Pediatric Ophthalmology and Strabismus. Springer Science & Business Media. 2013.
3. **Jamali P, Fotouhi A, Hashemi H, Younesian M, Jafari A.** Refractive errors and amblyopia in children entering school: Shahrood, Iran. Optom Vis Sci. Apr 2009;86(4):364-369.
4. **He M, Zeng J, Liu Y, Xu J, Pokharel GP, Ellwein LB.** Refractive error and visual impairment in urban children in southern china. Invest Ophthalmol Vis Sci. Mar 2004;45(3):793-799.
5. **Mohammad A.** Prevalence of refractive errors among pre-school children at King Abdulaziz Medical City, Riyadh, Saudi Arabia. Saudi J Ophthalmol. 2010;24(2):45-48.
6. **Pankaj Ray Adhikari, Rajiv Karna.** Pattern of refractive Error among children attending Biratnagar Eye Hospital, . Feb, 2020.
7. **Nguyễn Duy Bích.** Nghiên cứu đặc điểm của tật loạn thị ở trẻ em khám tại bệnh viện mắt trung ương. luận án thạc sĩ y học, ĐH y Hà Nội. 2011.
8. **Fan DS, Rao SK, Cheung EY, Islam M, Chew S, Lam DS.** Astigmatism in Chinese preschool children: prevalence, change, and effect on refractive development. Br J Ophthalmol. Jul 2004;88(7):938-941.

TÁC DỤNG PHỤ CỦA THUỐC CẤY TRÁNH THAI IMPLANON NXT

Phan Thành Nam[2], Phạm Thị Thanh Hiền[1,2], Nguyễn Thị Hồng Phượng[2], Bùi Thuỳ Dương[2]

TÓM TẮT

Implanon NXT® là một biện pháp tránh thai có hiệu quả cao, thời gian tác dụng kéo dài, hồi phục nhanh sau khi tháo. Tuy nhiên, trong quá trình sử dụng cũng xuất hiện những tác dụng phụ ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của người sử dụng. **Mục tiêu:** đánh giá một số tác dụng phụ của thuốc cấy tránh thai Implanon NXT® sau 3 năm sử dụng. **Đối tượng nghiên cứu:** 310 phụ nữ đến cấy thuốc tránh thai tại Trung tâm Tư vấn sức khoẻ sinh sản và Kế hoạch hoá gia đình Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. **Phương pháp nghiên cứu**: nghiên cứu mô tả theo dõi dọc. **Kết quả:** thay đổi về kinh nguyệt, hay gặp nhất là vô kinh (39,0%), giảm còn 20,9% ở cuối năm thứ 3, tỷ lệ rong kinh rong huyết là 26,1%, giảm dần đến cuối năm thứ 2 (13,7%) và tăng dần ở năm thứ 3 (23,8%). Các tác dụng phụ khác thường gặp là tăng cân (50%), khô âm đạo và giảm ham muốn tình dục (30%), rối loạn tinh thần (13,8%), nổi mụn (11,9%), đau ngực (8,2%). Tỷ lệ tháo thuốc cấy tránh thai do tác dụng phụ là 29%, trong đó do rong kinh rong huyết là 44,4%. **Kết luận:** tỷ lệ rối loạn kinh nguyệt có xu hướng giảm dần. Tác dụng phụ ngoài kinh nguyệt chiếm tỷ lệ cao nhất là tăng cân. Tỷ lệ tháo thuốc cấy tránh thai do rối loạn kinh nguyệt chiếm nhiều nhất.

Từ khoá: thuốc cấy tránh thai, Implanon NXT®, tác dụng phụ.

SUMMARY

SIDE EFFECTS OF SUBDERMAL CONTRACEPTIVE IMPLANON NXT®

Implanon NXT® is a high-effective, long-acting duration of action, quickly reversible after removal contraception. However, there are some side effects. **Objective:** to determine the side effects of Implanon NXT® for 3-years-used contraception. **Method:** A follow-up descriptive study of 310 clients who inserted Implanon NXT® for contraception from June 2017 to May 2018, followed to May 2021 at Center for reproductive health and Family planning – National Hospital for Obstetrics and Gynaecology. Side effects and removals were recorded. **Result:** Menstrual side effect: Amenorrhoea and spotted bleeding, menorrhagia and frequent bleeding, normal menstruation were reported by 39.0%, 26.1% and 14.8% clients respectively in the first 6 months, and changed to 20.9%, 23.8% and 24.8% clients after 3 years. Non-menstrual side effects comprised weight gain (50%), vaginal dryness and loss of libido (30%), mood swings (13.8%), acne (11.9%), breast tenderness (8.2%). The rate of Implanon NXT® removal was 29%. The main reason is mentrual disorder, 44.4%. **Conclusion:** the rate of menstrual disorders decreased gradually over time. The highest of non-menstrual side effect rate was weight gain. The Implanon NXT® discontinuation rate due to menstrual disorders accounted for the most.

Keywords: Implant contraception, Implanon NXT®, side effect.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Công tác dân số - kế hoạch hoá gia đình là một phần quan trọng trong đối với sức khoẻ phụ nữ nhằm mục đích giảm tỷ lệ tử vong do phá thai không an toàn và mang thai ngoài ý muốn. Ngày nay, các biện pháp tránh thai được áp dụng ngày càng đa dạng, giúp cho phụ nữ có nhiều lựa chọn phù hợp. Thuốc cấy tránh thai Implanon NXT® - loại thuốc cấy có một nang mềm hình trụ, có tác dụng tránh thai trong 3 năm, chứa 68mg etonogestrel - là một biện pháp tránh thai tạm thời có chứa progestin, thời gian tác dụng kéo dài, khả năng hồi phục nhanh sau khi tháo (1). Đây là một biện pháp tránh thai có hiệu quả cao, thủ thuật cấy thuốc đơn giản và có nhiều ưu điểm. Tuy nhiên, trong quá trình sử dụng thuốc cấy, một số tác dụng phụ cũng xuất hiện và ảnh hưởng đến phụ nữ ở nhiều mức độ khác nhau. Một số tác dụng phụ có thể gặp là rối loạn kinh nguyệt, thay đổi cân nặng, nổi mụn, khô âm đạo, giảm ham muốn tình dục, nám da (1).

Các nghiên cứu về Implanon NXT® ở nước ngoài đều cho thấy hiệu quả tránh thai rất cao (> 99%) (3,4). Tác dụng phụ về kinh nguyệt chiếm tỷ lệ cao nhất và cũng là nguyên nhân chính khiến phụ nữ phải tháo thuốc cấy trước thời hạn. Các tác dụng phụ khác có thể gặp bao gồm đau đầu, nổi mụn, nám da, khô âm đạo và giảm ham muốn tình dục, đau ngực, tăng cân và một số tác dụng khác ít gặp hơn (2,3,4).

Tại Việt Nam, vào năm 2000, Vụ Bảo vệ Bà mẹ - Trẻ em & Kế Hoạch Hoá Gia Đình, Bộ Y Tế đã tiến hành nghiên cứu đánh giá hiệu quả tránh thai, tính an toàn và mức độ chấp nhận của cộng đồng với loại thuốc cấy tránh thai. Kết quả cho thấy hiệu quả tránh thai là 100% (5). Tỷ lệ các hình thái kinh nguyệt là: bình thường (38%), thưa (36%) và vô kinh (20%), ra máu dày

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương
Chịu trách nhiệm chính: Phan Thành Nam
Email: thanhnam030882@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 23.8.2021
Ngày duyệt bài: 30.8.2021

(16%) (5). Từ đó đến nay, các nghiên cứu về thuốc cấy tránh thai tại Việt Nam đều chỉ được thực hiện trong thời gian ngắn mà chưa có nghiên cứu nào đánh giá thuốc cấy tránh thai trong suốt thời gian 3 năm sử dụng.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài *"Tác dụng phụ của thuốc cấy tránh thai Implanon NXT"* nhằm mục tiêu: *Đánh giá một số tác dụng phụ của thuốc cấy tránh thai Implanon NXT sau 3 năm sử dụng.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 310 phụ nữ đến cấy thuốc tránh thai Implanon NXT® tại Trung tâm Tư vấn sức khoẻ sinh sản và kế hoạch hoá gia đình bệnh viện Phụ sản Trung Ương trong thời gian từ 01/6/2017 đến 31/5/2018 thoả mãn tiêu chuẩn nghiên cứu, theo dõi trong thời gian 3 năm sử dụng hoặc đến khi tháo thuốc cấy.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

– Cấy thuốc tránh thai Implanon NXT tại Trung tâm vì mục đích tránh thai.

– Đồng ý tham gia nghiên cứu

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

– Cấy thuốc tránh thai Implanon NXT vì mục đích khác: điều trị lạc nội mạc tử cung, u xơ tử cung, cường kinh.

– Những phụ nữ có chống chỉ định cấy thuốc tránh thai.

– Những phụ nữ theo dõi không theo hẹn, mất dấu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả theo dõi dọc.

2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu

Áp dụng công thức cỡ mẫu dựa theo ước lượng một tỷ lệ

$$n = Z^2_{1-\alpha/2} \frac{p(1-p)}{(p.\varepsilon)^2}$$

Chúng tôi lấy p = 0,167 (3), ε = 0,25, α = 0,05. Từ đó tính ra n ≈ 306,59. Vậy chúng tôi lấy n = 310 phụ nữ cấy thuốc tránh thai.

2.2.3. Biến số nghiên cứu

– Rối loạn kinh nguyệt: rong kinh rong huyết; kinh ít; kinh thưa; vô kinh, ra máu thấm giọt.

– Thay đổi cân nặng: cân nặng tăng hoặc giảm so với trước khi cấy thuốc.

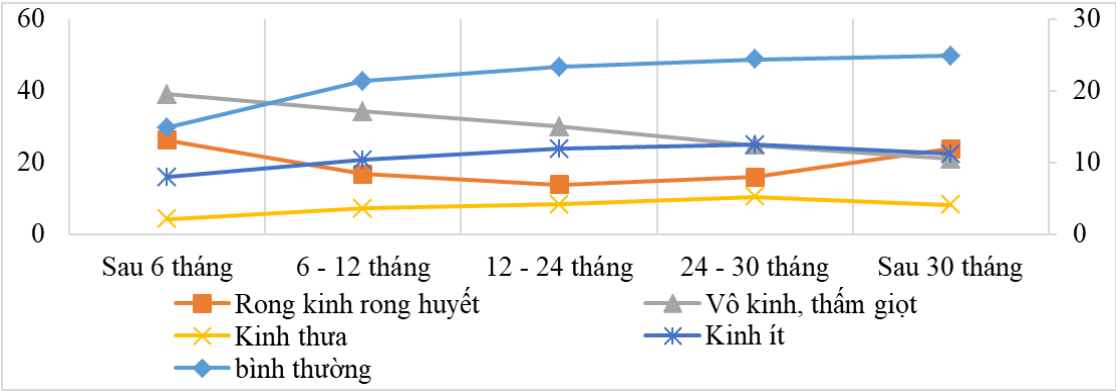
– Một số tác dụng phụ khác: khô âm đạo và giảm ham muốn tình dục, nổi mụn, nám da, đau đầu, đau ngực, rối loạn tâm thần.

2.2.4. Cách tiến hành nghiên cứu. Tất cả các phụ nữ trong nhóm nghiên cứu sẽ được theo dõi trong thời gian 03 năm sự xuất hiện của các tác dụng phụ và xử trí các tác dụng phụ này.

2.2.5. Xử lý số liệu: Các số liệu sẽ được làm sạch, mã hoá, lưu trữ và xử lý trên phần mềm SPSS 20.0 dựa trên các thuật toán thống kê trong y học. Trên cơ sở đó đưa ra những kết quả, kết luận dựa theo mục tiêu nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thay đổi về kinh nguyệt sau khi cấy thuốc



Biểu đồ 1: Kinh nguyệt phụ nữ sau khi cấy thuốc

Tỷ lệ vô kinh là cao nhất (39,0%). Tỷ lệ rong kinh rong huyết là 26,1%. Tỷ lệ này giảm dần theo thời gian.

3.2. Thay đổi về cân nặng

Bảng 1. Thay đổi về cân nặng

Thời gian / Cân nặng	Trước cấy		Sau 1 năm		Sau 2 năm		Sau 3 năm	
	n	%	n	%	n	%	N	%
≤ 45 kg	28	9,0	19	6,1	7	2,9	7	3,3

46 – 50 kg	121	39,1	105	34,9	77	32,1	61	29,0
51 – 55 kg	95	30,6	106	33,2	85	35,4	77	36,7
> 55 kg	66	21,3	80	25,8	71	29,6	65	31,0
Tổng	310	100,0	310	100,0	240	100,0	210	100,0
Trung bình (kg)	51,6 ± 5,1		52,49 ± 5,31		53,37 ± 5,82		53,56 ± 5,76	

Cân nặng trung bình khi sử dụng thuốc cấy tránh thai có xu hướng tăng dần. Sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê với p < 0,001. Sự tăng cân gặp trong khoảng 50% trường hợp, chủ yếu là từ 1 – 3 kg (68,0% - 62,9%).

3.3. Một số tác dụng phụ khác

Bảng 2. Một số tác dụng phụ khác

Tác dụng phụ	Sau 1 năm		Sau 2 năm		Sau 3 năm	
	n	%	n	%	n	%
Giảm ham muốn tình dục	101	32,6	74	30,7	63	30,0
Khô âm đạo	100	32,2	71	29,4	61	29,0
Nổi mụn	61	19,7	32	13,3	25	11,9
Nhức đầu	54	17,4	26	10,8	22	9,5
Rối loạn tâm thần (bốc hoả, cáu gắt, choáng váng)	50	16,1	34	14,1	29	13,8
Đau ngực	25	8,0	20	8,3	22	10,0
Số phụ nữ	310		240		210	

Tác dụng phụ thường gặp là khô âm đạo và giảm ham muốn tình dục, tỷ lệ 30%. Tỷ lệ nổi mụn là 11,9%. Đa số giảm dần theo thời gian.

3.4. Số phụ nữ tháo thuốc do tác dụng phụ

Bảng 3. Các tác dụng phụ khiến phụ nữ tháo thuốc

Tác dụng phụ	Số lượng	Tỷ lệ %
Rối loạn kinh nguyệt	40	44,4
Thay đổi cân nặng	13	14,4
Nhiều tác dụng phụ phối hợp	10	11,2
Nổi mụn	9	10,0
Khô âm đạo, giảm ham muốn	7	7,8
Tác dụng phụ khác	5	5,6
Đau ngực	3	3,3
Đau đầu	3	3,3
Tổng	90	100,0

90/310 trường hợp tháo thuốc cấy vì tác dụng phụ như rối loạn kinh nguyệt, thay đổi về cân nặng, nổi mụn, khô âm đạo và giảm ham muốn tình dục …, chiếm tỷ lệ 29,0%; cao nhất là do rong kinh, 44,4%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thay đổi về kinh nguyệt sau khi cấy thuốc. Nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phụ nữ vô kinh chiếm tỷ lệ cao nhất (39,0%) trong năm đầu tiên, giảm dần xuống 20,9% cuối năm thứ 3. Tiếp đến là rong kinh, rong huyết (26,1%); giảm dần đến hết 2 năm đầu (13,7%) rồi lại tăng lên ở năm thứ 3, tỷ lệ này là 23,8%. Tỷ lệ phụ nữ có kinh nguyệt bình thường là 14,8%, theo thời gian tỷ lệ này tăng dần lên 24,8%. Nghiên cứu của Đào Văn Thụ cho thấy sau 6 tháng sử dụng thuốc cấy, tỷ lệ phụ nữ vô kinh là cao nhất (42,9%), rong kinh rong huyết (23,5%), gần tương đương với kết quả của chúng tôi (6). Nghiên cứu của Đoàn Thị Ái cho thấy tỷ lệ vô kinh chiếm 29,2%, rong kinh 10,1%, có kinh bình thường chiếm tỷ lệ 60,7% và tỷ lệ này gần như không thay đổi sau 1 năm sử dụng (8). Kết quả của chúng tôi tương tự như nghiên cứu của Arribas sau 3 năm về vô kinh và rong kinh rong huyết (17,4% và 23,6%), trong khi tỷ lệ kinh nguyệt bình thường thấp hơn (24,8% và 34%) (4). Sự thay đổi này có lẽ là do sự thay đổi của nồng độ etonogestrel được phóng thích từ trong thuốc cấy vào máu. Sau khi cấy, etonogestrel nhanh chóng được hấp thu vào hệ tuần hoàn. Nồng độ ức chế đạt được trong vòng 1 ngày. Nồng độ tối đa trong huyết thanh (từ 472 đến 1270 pg/ml) đạt được từ 1 đến 13 ngày. Tốc độ phóng thích của que cấy giảm dần theo thời gian. Kết quả là nồng độ thuốc trong huyết thanh giảm nhanh trong vài tháng đầu. Đến cuối năm đầu sử dụng, nồng độ trung bình đo được khoảng 200 pg/ml (thay đổi từ 150-261 pg/ml) rồi giảm chậm còn 156 pg/ml (từ 111 – 202 pg/ml) vào cuối năm thứ ba. Sự thay đổi nồng độ thuốc trong huyết thanh có thể do sự khác nhau về thể trọng (2). Với phụ nữ vô kinh, hầu hết không phải điều trị hoặc chỉ cần tư vấn cho phụ nữ, sau đó phụ nữ tiếp tục sử dụng thuốc (94,7%). Chỉ có 2 trường hợp tháo thuốc vì vô kinh. Những trường hợp rong kinh rong huyết được điều trị bằng thuốc tránh thai kết hợp hoặc estrogen liều cao trong 21 ngày cùng với transamin. Lượt điều trị chủ yếu 1 – 3 đợt,

nhiều nhất là 7 đợt thuốc. Tỷ lệ tháo thuốc cấy do rong kinh rong huyết là 4,2% sau 6 tháng, giảm còn 0,5% cuối năm thứ 3.

4.2. Thay đổi về cân nặng. Qua bảng 1, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt về cân nặng sau thời gian sử dụng thuốc cấy tránh thai theo xu hướng tăng dần. Nghiên cứu của Trần Thị Phương Mai cho thấy cân nặng trung bình trước cấy là 48 kg, sau cấy là 48,5 kg, gần như không có sự thay đổi (5). Theo Đoàn Thị Ái, cân nặng trung bình sau khi cấy thuốc không tăng (47,69 kg xuống 47,55 kg) (7). Nghiên cứu của Olayinka và cs. cho thấy cân nặng của người dùng thuốc cấy tăng lên theo thời gian, có ý nghĩa thống kê (8). Tuy nhiên, nguyên nhân của sự tăng cân cho đến nay vẫn chưa rõ ràng. Đã có một vài nghiên cứu về sự thay đổi cân nặng này và cho kết luận là chưa có bằng chứng về mối liên quan giữa cấy thuốc và tăng cân. Tăng cân có thể do giữ nước trong cơ thể, có thể do sự thay đổi về lối sống, ít vận động hay do bệnh lý nào khác (9).

4.3. Một số tác dụng phụ khác. Tác dụng phụ thường gặp là khô âm đạo và giảm ham muốn tình dục, tỷ lệ 30%. Nguyên nhân có thể do thuốc cấy tránh thai làm cho nồng độ progesteron trong máu tăng cao và kéo dài, ức chế estrogen trong máu. Vì vậy, âm đạo giảm tiết dịch và bị khô, gây nên khó khăn trong khi giao hợp và làm giảm nhu cầu tình dục của người phụ nữ. Điều này cũng ảnh hưởng đến cuộc sống gia đình và khiến cho phụ nữ phải đi tháo thuốc. Tỷ lệ tháo thuốc cấy tránh thai do tác dụng phụ này là 7,8% (bảng 3). Tỷ lệ nổi mụn là 11,9%, tác dụng phụ này ảnh hưởng đến thẩm mỹ của người sử dụng cũng như kinh tế khi phải mất nhiều tiền và thời gian để đi điều trị. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Đào Văn Thụ nổi mụn là 15,9% (6); và của Luis Bahamondes (2015) là 17,3% (2) và cao hơn của Đoàn Thị Ái sau 1 năm cho kết quả là 2,4% (7). Ngoài ra, một số tác dụng phụ khác có thể gặp như: rậm lông, đau mỏi lưng, buồn nôn, ngực bé, ngứa tại vị trí cấy thuốc, có u buồng trứng. Một số phụ nữ gặp vài tác dụng phụ cùng xuất hiện, gây khó chịu khi sử dụng.

4.4. Tháo thuốc cấy. Tỷ lệ tháo thuốc cấy sớm do tác dụng phụ là 29%, cao hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Phương Mai (20%) (5) và nghiên cứu của Arribas và cs. có 19,3% trường hợp tháo thuốc cấy do tác dụng phụ (3). Tỷ lệ tháo thuốc cấy chủ yếu do tình trạng rối loạn kinh nguyệt (44,4%). Nghiên cứu của Trần Thị Phương Mai cho kết quả 50% phụ nữ tháo que sau 3 năm sử dụng là do rong kinh rong huyết (5). Theo tác giả Laura Obijuru: 52% tháo thuốc cấy do rong kinh rong huyết. Vô kinh, rụng tóc, tăng cân, thay đổi về vú 3 – 6% (10). Những nghiên cứu này đều cho thấy nguyên nhân chính để tháo thuốc cấy tránh thai trước thời hạn là do rong kinh rong huyết.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 310 trường hợp sử dụng thuốc cấy tránh thai tại trung tâm Tư vấn sức khoẻ sinh sản và kế hoạch hoá gia đình Bệnh viện Phụ Sản Trung Ương trong thời gian từ 2017 đến 2021, tác dụng phụ của thuốc cấy là:

– Sự thay đổi về kinh nguyệt: vô kinh chiếm tỷ lệ cao nhất (39,0%), rong kinh, rong huyết (26,1%), có xu hướng giảm dần. Tỷ lệ kinh nguyệt bình thường là 14,8%, tăng dần lên 24,8%.

– Các tác dụng phụ khác: thường gặp nhất là tăng cân, chiếm tỷ lệ khoảng 50% so với trước khi cấy thuốc. Đa phần chỉ tăng 1-3kg nên không ảnh hưởng nhiều đến người sử dụng. Tiếp đó là khô âm đạo và giảm ham muốn tình dục (30%).

– Tỷ lệ tháo thuốc cấy vì tác dụng phụ là 29,0%. Trong đó, do rối loạn kinh nguyệt là 44,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế. Thuốc cấy tránh thai** - Hướng dẫn chuẩn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khoẻ sinh sản - Phần kế hoạch hoá gia đình và phá thai an toàn. 2017.
2. **Luis Bahamondes VBea.** A 3-year multi centre randomized controlled trial of etonogestrel- and levonorgestrel-releasing contraceptive implants, with non-randomized matched copper-intrauterine device controls. Human Reproduction. 2015;**30**(11):2527-2538.
3. **Lorenzo Arribas-Mir,** Dolores Rueda-Lozanoa, María Agrela-Cardona et al. Insertion and 3-year follow-up experience of 372 etonogestrel subdermal contraceptive implants by family physicians in Granada, Spain. Contraception. 2009 Nov;**80**(5):457-62
4. **Anna Maria Teunissen, Bernd Grimm and Frans J.M.E. Roumen.** Continuation rates of the subdermal contraceptive Implanon and associated influencing factors. The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2014; **19**: 15–21
5. **Trần Thị Phương Mai.** Nghiên cứu hiệu quả tránh thai độ an toàn và sự chấp nhận sử dụng thuốc cấy tránh thai Implanon ở phụ nữ Việt Nam. Tạp chí Y học thực hành. 2004;**2**(472):70-72.
6. **Đào Văn Thụ.** Bước đầu đánh giá tác dụng không mong muốn của thuốc cấy tránh thai Implanon tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Luận văn chuyên khoa II Trường Đại học Y Hà Nội; 2018.
7. **Đoàn Thị Ái**. Nghiên cứu khả năng chấp nhận - Hiệu quả và tác dụng phụ của thuốc cấy tránh thai Implanon tại tỉnh Thừa Thiên - Huế. Tạp chí Y học thực hành. 2008;596-602.
8. **Olayinka R Balogun, Abiodun S Adeniran and**

Adebayo A Adewole. Haematological and biochemical effects of etonogestrel subdermal implant (Implanon) in Ilorin Nigeria. International Journal of Health Science, Qassim University. 2016 Oct; **10**(4): 499–506.

9. **Perez, M. J., Squires, K. J., Parks, L., & Peipert, J. F**. Perceived weight gain among adolescents using contraception. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2015 Apr **28**(2), e70.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH VÀ GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ ĐƯỜNG MẬT RỐN GAN

Lê Thanh Dũng[1], Nguyễn Thanh Vân Anh[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của ung thư đường mật rốn gan, giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán xác định và chẩn đoán giai đoạn bệnh. **Đối tượng nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu gồm 35 bệnh nhân với chẩn đoán lâm sàng ung thư đường mật rốn gan và được chụp cộng hưởng từ tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 7 năm 2019 đến tháng 7 năm 2021. **Kết quả:** Kích thước trung bình của thể khối và thể phát triển trong lòng đường mật 3,86±1,77cm; với thể thâm nhiễm, độ dày thành đường mật trung bình 6,53±4,04mm, chiều dài đoạn dày là 25,47±6,87mm. Trên chuỗi xung T1W, phần lớn u giảm hoặc đồng tín hiệu (93,8%), tín hiệu trên chuỗi xung T2W thay đổi. 96,8% trường hợp u hạn chế khuếch tán trên DWI. CHT có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 25%, giá trị dự báo dương tính 91,2%, giá trị dự báo âm tính 100%, độ chính xác 91,4% trong chẩn đoán ung thư đường mật rốn gan. CHT chẩn đoán đúng giai đoạn 83,9% trường hợp. **Kết luận:** Ung thư đường mật rốn gan thường giảm hoặc đồng tín hiệu trên chuỗi xung T1W, tín hiệu thay đổi trên chuỗi xung T2W, hạn chế khuếch tán trên DWI. Cộng hưởng từ là phương pháp rất có giá trị trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn của ung thư đường mật rốn gan.

Từ khóa: ung thư đường mật rốn gan, cộng hưởng từ, chẩn đoán giai đoạn.

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS AND VALUES OF MAGNETIC REASONANCE IMAGING IN THE DIAGNOSIS OF HILAR CHOLANGIOCARCINOMA

Objectives: Describing imaging characteristics, assessing values of MRI in the diagnosis and staging of hilar cholangiocarcinoma. **Patients and methods:** 35 patients suspected of hilar cholangiocarcinoma who had undergone MRI in Viet Duc Hopital were selected to be in a descriptive study from July 2019 to July 2021. **Results:** Average size of mass-forming and intraductal growing type was 3,86±1,77cm. With periductal infiltrating type, average wall thickness was 6,53±4,04mm; average segment involvement was 25,47±6,87mm. On T1W imaging, majority of tumors were hypointense or isointense (93,8%), the signal intensity was variable on T2W imaging. 96,8% tumors showed restricted diffusion. MRI had sensitivity 100%, specificity 25%, positive predicted value 91,2 %, negative predicted value 100%, accuracy 91,4% in the diagnosis of hilar cholangiocarcinoma. Accuracy for ductal extent for MRI was 83,9%. **Conclusion:** Hilar cholangiocarcinoma is typically hypointense or isointense on T1W, restricted diffusion on DWI, the signal intensity is variable on T2W. MRI is a valuable method in diagnosis and staging hilar cholangiocarcinoma.

Key words: hilar cholangiocarcinoma, magnetic reasonance imaging, diagonis.

[1]Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức
[2]Trường đại học Y Hà nội
Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Dũng
Email: drdung74@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021
Ngày duyệt bài: 27.8.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đường mật (UTĐM) rốn gan hay u Klatskin, lần đầu tiên được mô tả năm 1965 [1] là bệnh lý ác tính xuất phát từ biểu mô của đường mật từ chỗ ống gan phải và trái hợp lại thành ống gan chung đến chỗ ống túi mật đổ vào ống gan chung. Đây là vị trí hay gặp nhất trong ung thư đường mật, đứng thứ 2 sau ung thư gan nguyên phát, tiên lượng xấu.

Nhóm nghiên cứu ung thư gan Nhật Bản phân loại UTĐM làm 3 thể: thể khối, thể thâm nhiễm quanh đường mật và thể phát triển trong đường mật [2]. Siêu âm và chụp cắt lớp vi tính được sử dụng phổ biến nhưng khó đánh giá được toàn bộ hệ thống đường mật. Hiện tại, cộng hưởng từ (CHT) được đánh giá là phương pháp chẩn đoán hình ảnh tối ưu cho các bệnh lý gan mật tụy nói chung cũng như ở bệnh nhân ung thư đường mật nói riêng. Sự kết hợp các chuỗi xung CHT quy ước (conventional MRI) và CHT mật tụy (MRCP) cho phép khảo sát toàn bộ cây đường mật, ống tụy, nhu mô gan, đánh giá mức độ lan rộng của u, mức độ xâm lấn mạch máu, di căn hạch, di căn gan và di căn các cơ quan lân cận trên bệnh nhân ung thư đường mật [3]. Tại Việt Nam đã có đề tài nghiên cứu về giá trị CHT trong chẩn đoán UTĐM rốn gan tuy

nhiên thực hiện trên máy có cường độ từ trường thấp 0.3 Tesla. Vì vậy, nhân 35 trường hợp UTĐM rốn gan được chụp CHT tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: " Đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán ung thư đường mật rốn gan".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu: 35 bệnh nhân với chẩn đoán lâm sàng UTĐM rốn gan được chụp CHT tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ tháng 7/2019 đến tháng 7/2021.

2.2 Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm nghi ngờ UTĐM rốn gan đến khám tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức; được chụp CHT ở máy có cường độ từ trường 1.5Tesla, sau đó sinh thiết hoặc phẫu thuật (có kết quả giải phẫu bệnh) là UTĐM rốn gan, đồng ý tham gia nghiên cứu, có hồ sơ lưu trữ đầy đủ.

2.3 Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chẩn đoán là UTĐM rốn gan nhưng không được chụp CHT hoặc không có kết quả giải phẫu bệnh, hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu, không có hồ sơ bệnh án đầy đủ

2.4 Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang

2.5 Phương tiện và kỹ thuật chụp cộng hưởng từ: Bệnh nhân cần nhịn ăn trước khi chụp khoảng 4-6 giờ để giảm bớt hơi trong đường tiêu hóa và đề phòng trào ngược vào đường hô hấp trong trường hợp di ứng với thuốc đối quang từ, chống chỉ định CHT với bệnh nhân có dị vật và thiết bị kim loại đặt trong cơ thể.

Kỹ thuật: Thực hiện chụp trên máy CHT 1.5 Tesla. Các chuỗi xung sử dụng: T1W GRE: axial. T2W TSE: axial và coronal. Chuỗi xung đường mật MRCP lát cắt mỏng và dày, chuỗi xung khuếch tán (DWI). T1W 3Dfs, cắt lát mỏng 2mm axial, trước và sau tiêm Gadolinium đường tĩnh mạch, liều 0,2ml/kg, tốc độ tiêm 3ml/s, động học 3 thì động mạch giây thứ 30 sau khi bắt đầu tiêm, thì tĩnh mạch ở giây thứ 60 và thì muộn ở phút thứ 3.

2.6. Quy trình và phương pháp thu thập số liệu: Thu thập các thông tin về đặc điểm mẫu nghiên cứu như tuổi, giới, tiền sử các bệnh lý gan mật. Hình ảnh CHT được mô tả bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh, đọc độc lập và không biết kết quả giải phẫu bệnh trước khi đối chiếu. Các đặc điểm CHT gồm: hình thái và kích thước u, với thể thâm nhiễm, đo độ dày và chiều dài của đoạn đường mật hẹp. Đặc điểm tín hiệu u, đặc điểm hạn chế khuếch tán trên DWI/ADC. Đánh giá giai đoạn theo phân loại của Bismuth – Corlette: loại I u dưới vị trí hợp lưu, loại II u tiếp giáp với hợp lưu, loại IIIA u phát triển vào ống gan phải, loại IIIB u phát triển vào ống gan trái, loại IV u phát triển vào cả hai ống gan phải và trái [4]. Kết quả đối chiếu với giải phẫu bệnh sau khi được sinh thiết hoặc phẫu thuật.

2.7. Xử lý và phân tích số liệu: nhập, phân tích bởi phần mềm SPSS 16.

2.8. Đạo đức nghiên cứu: Các số liệu, thông tin thu được từ bệnh nhân có sự đồng ý của Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm hình ảnh của ung thư đường mật rốn gan trên cộng hưởng từ:

Trong thời gian từ 07/2019 đến 07/2021, chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 35 bệnh nhân với chẩn đoán lâm sàng UTĐM rốn gan, được chụp CHT tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Trong đó, có 31 bệnh nhân được chẩn đoán xác định với kết quả giải phẫu bệnh UTĐM rốn gan, 04 bệnh nhân không phải UTĐM rốn gan. Đặc điểm hình ảnh CHT được phân tích trên 31 bệnh nhân UTĐM rốn gan.

3.1.1. Đặc điểm chung: Tuổi trung bình của các BN là 59,26±12,5. Nam chiếm 71% và nữ chiếm 29%. 22,6% bệnh nhân có tiền sử sỏi mật; 19,4% bệnh nhân có bệnh lý kết hợp khác ngoài sỏi mật.

3.1.2. Đặc điểm hình thái và kích thước u:

Trong 31 trường hợp UTĐM rốn gan, thể thâm nhiễm chiếm tỷ lệ cao nhất với 15 bệnh nhân (chiếm 48,4%), thể khối gặp 13 bệnh nhân (chiếm 41,9%), thể phát triển trong lòng đường mật có tỷ lệ thấp nhất với 3 bệnh nhân (9,7%).

Với các u Klatskin thể khối và thể phát triển trong lòng đường mật, kích thước trung bình u là 3,86±1,77cm. 50% các u có kích thước < 3cm.

Ở 15 trường hợp thể thâm nhiễm, độ dày thành đường mật là 6,53±4,04mm (3,5-20,0mm). Chiều dài trung bình đoạn dày 25,47±6,87mm (17-36mm).

3.1.3. Đặc điểm tín hiệu u trên CHT: Trên CHT quy ước: Trên xung T1W, u giảm tín hiệu chiếm tỷ lệ cao nhất (56,3%), đồng tín hiệu chiếm 37,5% và tăng tín hiệu chiếm tỷ lệ ít nhất (6,2%). Trên xung T2W, ung thư đường mật rốn gan giảm tín hiệu trong 31,2% trường hợp, đồng tín hiệu chiếm 12,5% và tăng tín hiệu chiếm tỷ lệ cao nhất 56,2% trường hợp. Trên CHT khuếch tán: Trong 31 u Klatskin, có 30 trường hợp hạn chế khuếch tán (chiếm 96,8%). Chỉ 1 trường hợp còn lại không hạn chế khuếch tán (3,2%).

3.2. Giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán xác định và đánh giá giai đoạn ung thư đường mật rốn gan:

3.2.1. Giá trị của CHT trong chẩn đoán xác định UTĐM rốn gan:

Bảng 1. Giá trị của CHT trong chẩn đoán xác định UTĐM rốn gan

PT/GPB CHT	UTĐM rốn gan	Không phải UTĐM rốn gan	Tổng số
UTĐM rốn gan	31	3	34
Không phải UTĐM rốn gan	0	1	1
Tổng số	**31**	**4**	**35**

Từ bảng ta tính các giá trị: Độ nhạy Se = 31/31 = 100 %, độ đặc hiệu Sp = 1/4 = 25%, giá trị dự báo dương tính PPV = 31/34 = 91,2 %**,** giá trị dự báo âm tính NPV = 1/1 = 100 %, độ chính xác = (31+1)/35 = 91,4%.

Nhận xét: Trong 35 đối tượng nghiên cứu, có 34 bệnh nhân được chẩn đoán UTĐM rốn gan trên CHT. Trong đó có 03 trường hợp dương tính giả. Hình ảnh cộng hưởng từ chẩn đoán là u Klatskin. Tuy nhiên, kết quả sau phẫu thuật và giải phẫu bệnh lần lượt là: ung thư túi mật xâm lấn rốn gan; viêm liên quan đến đường mật xơ hóa liên quan đến IgG4 và viêm chít hẹp ngã ba đường mật. Ở bệnh nhân viêm đường mật xơ hóa liên quan đến IgG4, hình ảnh CHT gợi ý nguyên nhân ác tính: đường mật dày thành không đều 4,5mm trên đoạn dài 34mm, hạn chế khuếch tán trên Diffusion kèm ngấm thuốc mạnh sau tiêm. Tuy nhiên, kết quả giải phẫu bệnh trả lời viêm đường mật xơ hóa liên quan đến IgG4. Âm tính thật trong 1 trường hợp do viêm chít hẹp ngã ba đường mật.

3.2.2. Giá trị của CHT trong chẩn đoán giai đoạn UTĐM rốn gan theo phân loại của Bismuth – Corlette

Bảng 2. Giá trị của CHT trong chẩn đoán giai đoạn UTĐM rốn gan so sánh với phẫu thuật – giải phẫu bệnh

Phẫu thuật CHT	Loại I	Loại II	Loại IIIA	Loại IIIB	Loại IV	Tổng số
Loại I	3	1	0	0	0	4
Loại II	0	4	1	1	0	6
Loại IIIA	0	0	5	0	1	6
Loại IIIB	0	0	0	4	0	4
Loại IV	0	0	0	1	10	11
Tổng số	**3**	**5**	**6**	**6**	**11**	**31**

Nhận xét: Tỷ lệ chẩn đoán đúng loại I 100%. Có 5 bệnh nhân loại II, trong đó 4 trường hợp chẩn đoán đúng trước mổ với tỷ lệ 80%, 1 trường hợp chẩn đoán trước mổ giai đoạn I. Có 6 trường hợp loại IIIA, trong đó 5 trường hợp chẩn đoán đúng với tỷ lệ 83,3%, 1 trường hợp chẩn đoán trước mổ giai đoạn II. Trong 6 trường hợp loại IIIB, có 4 trường hợp chẩn đoán đúng với tỷ lệ 66,7%, 1 trường hợp chẩn đoán trước mổ giai đoạn II và 1 trường hợp giai đoạn IV. Trong 11 trường hợp loại IV, 10/11 trường hợp chẩn đoán đúng trước mổ chiếm tỷ lệ 90,9%. 1 trường hợp chẩn đoán trước mổ ở giai đoạn IIIA. Như vậy trong tổng có 26/31 bệnh nhân được phân loại đúng giai đoạn trên MRI theo Bismuth Corlette, chiếm 83,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của ung thư đường mật rốn gan

Hình thái u: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thể thâm nhiễm chiếm tỷ lệ cao nhất 48,4%, tiếp theo là thể khối chiếm 41,9%, thể phát triển trong lòng đường mật có tỷ lệ thấp nhất 9,7%. Theo các nghiên cứu trên thế giới, thể thâm nhiễm là thể hay gặp nhất, chiếm hơn 70% các trường hợp trong ung thư đường mật rốn gan, tiên lượng thường kém. Ngược lại, thể phát triển trong lòng đường mật ít gặp nhất nhưng lại là thể ít xâm lấn và có tiên lượng tốt nhất.

Kích thước u: Kích thước trung bình u Klatskin thể khối và thể phát triển trong lòng đường mật là 3,86 ±1,77cm. Với thể thâm nhiễm, độ dày thành đường mật trung bình là 6,53±4,04mm. Chiều dài trung bình đoạn dày là 25,47±6,87mm. Tác giả Yu nghiên cứu trên 28 BN UTĐM thể thâm nhiễm, độ dày trung bình là 4,4±1,2mm; chiều dài trung bình đoạn đường mật chít hẹp là 16,7±7,7mm [5]. Trong khi đó ở 23 BN dày thành đường mật lành tính, độ dày trung bình là 2,4±0,8mm và chiều dài trung bình là 11,7±6,7mm. Nghiên cứu cũng chỉ ra đường mật dày ≥ 3,4mm có độ nhạy và độ đặc hiệu 85,7% và 82,6% trong chẩn đoán dày đường

mật ác tính [5].

Đặc điểm tín hiệu u trên CHT: U giảm hoặc đồng tín hiệu trên chuỗi xung T1W chiếm 93,7%, chỉ tỷ lệ nhỏ u tăng tín hiệu trên chuỗi xung T1W. Tín hiệu trên chuỗi xung T2W thay đổi nhưng tỷ lệ tăng tín hiệu vẫn là cao nhất 56,2%. Theo Vũ Mạnh Hùng, 92,1% UTĐM rốn gan giảm tín hiệu trên chuỗi xung T1W. Trên chuỗi xung T2W, các khối u đường mật thay đổi tín hiệu: tăng tín hiệu 48,6%, đồng tín hiệu 42,8% và giảm tín hiệu 8,6% **[6]**.Tín hiệu trên xung T2W của u đường mật thay đổi tùy thuộc mức độ xơ hóa, hoại tử và thành phần nhầy; u càng giàu xơ, ít thành phần nhầy và hoại tử thì tín hiệu trên xung T2W càng giảm **[3]**.

Đặc điểm hạn chế khuếch tán: 96,8% u Klastskin hạn chế khuếch tán (chiếm 96,8%). Chỉ 3,2% trường hợp còn lại không hạn chế khuếch tán. Theo Park và cộng sự, 100% trường hợp ung thư đường mật thể thâm nhiễm tăng tín hiệu trên DWI với giá trị B cao, kèm giảm tín hiệu trên ADC map chiếm 92,9% và đồng tín hiệu 7,1%. Kết hợp DWI/ADC với các chuỗi xung CHT thường quy giúp tăng giá trị chẩn đoán chính xác ung thư đường mật từ 78-81% lên 91-94%**[7]**.

4.2. Giá trị của CHT trong chẩn đoán và phân chia giai đoạn UTĐM rốn gan:

4.2.1. Giá trị của CHT trong chẩn đoán xác định UTĐM rốn gan: Trong nghiên cứu của chúng tôi, cộng hưởng từ có độ nhạy = 31/31 (100%), độ đặc hiệu = 1/4 (25%), giá trị dự báo dương tính 91,2 %, giá trị dự báo âm tính = 100 %, độ chính xác 91,4%. Theo Vanderveen và cộng sự, độ nhạy và độ đặc hiệu của MRCP trong chẩn đoán ung thư đường mật là 81% và 100% [3].Theo Park và cộng sự, độ chính xác của cộng hưởng từ trong chẩn đoán phân biệt tắc mật ác tính và lành tính là 91,3 % đến 94,2% [7]. Theo Yu và cộng sự, cộng hưởng từ chẩn đoán đúng 92,9% ung thư đường mật, 91,3% hẹp đường mật lành tính, độ chính xác 92,2% [5]. Theo Vũ Mạnh Hùng, CHT có độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 33,3%, độ chính xác 96,1% trong chẩn đoán ung thư đường mật rốn gan [6]So sánh với các tác giả khác, độ nhạy, giá trị dự báo dương tính và giá trị dự báo âm tính trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung tương đương hoặc cao hơn; trong khi đó độ đặc hiệu thấp hơn. Vì là bệnh viện tuyến cuối, các bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ khi đến với chúng tôi thường đã có kết quả xét nghiệm, siêu âm hoặc chụp CLVT/CHT ở tuyến trước, vì vậy độ nhạy trong chẩn đoán rất cao. Hầu hết bệnh nhân ung thư đường mật không bị bỏ sót trên cộng hưởng từ (độ nhạy 100%). Tuy nhiên độ đặc hiệu thấp. Chúng tôi có 03 trường hợp chẩn đoán nhầm (dương tính giả). Trường hợp dương tính giả, hình ảnh CHT gợi ý nguyên nhân ác tính, tuy nhiên kết quả giải phẫu bệnh là viêm đường mật xơ hóa liên quan đến IgG4. Dày thành, ngấm thuốc mạnh cũng như hạn chế khuếch tán của đường mật ở đây được giải thích bởi sự xâm nhập lan tỏa của lympho tương bào từ lớp niêm mạc ra lớp thanh mạc, quá trình viêm mạn tính và xơ hóa. Viêm đường mật xơ hóa liên quan đến IgG4 thể đơn độc không kèm theo tổn thương cơ quan khác có các đặc điểm rất giống và khó phân biệt trên cộng hưởng từ với ung thư đường mật thể thâm nhiễm [7]. Chẩn đoán dựa trên chẩn đoán hình ảnh, giải phẫu bệnh, tăng nồng độ IgG4 trong huyết thanh và đáp ứng điều trị với corticoid.

4.2.1. Giá trị của CHT trong đánh giá giai đoạn UTĐM rốn gan: Trong tổng số 31 bệnh nhân, 83,9% được chẩn đoán đúng giai đoạn trên MRI theo phân loại của tác giả Bismuth Corlette, 5 bệnh nhân chẩn đoán chưa đúng giai đoạn, chiếm 16,1%. Giai đoạn Bismuth – Corlette có ý nghĩa đánh giá mức lan rộng của ung thư đường mật rốn gan lên ống gan hai bên. Theo nghiên cứu tổng hợp của tác giả Ruys và cộng sự, độ chính xác của cộng hưởng từ trong chẩn đoán giai đoạn ung thư đường mật rốn gan từ 71% đến 80%. Trong khi đó, độ chính xác trung bình của CT cao hơn 86% (77-92%), của siêu âm là 59% - 82% [8]. Tỷ lệ chẩn đoán đúng giai đoạn của u Klatskin trong nghiên cứu của chúng tôi là cao hơn các nghiên cứu trước đó. Sự kết hợp của nhiều chuỗi xung đặc biệt là chuỗi xung khuếch tán và kết hợp tiêm thuốc đối quang từ giúp chẩn đoán tương đối chính xác mức độ lan rộng của u. Ở các trường hợp chẩn đoán sai, giai đoạn được chẩn đoán thường thấp hơn so với giai đoạn trong phẫu thuật và giải phẫu bệnh do chưa đánh giá hết sự lan rộng của u, nhất là khi u mới lan vào đầu ngã ba hợp lưu hoặc đầu ống gan hai bên.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu chúng tôi thấy cộng hưởng từ có độ nhạy, giá trị dự báo dương tính, giá trị dự báo âm tính, độ chính xác cao trong chẩn đoán xác định ung thư đường mật rốn gan. Cộng hưởng từ cũng giúp đánh giá chính xác giai đoạn u theo phân loại Bismuth – Corlette, đưa ra thông tin quan trọng cho lâm sàng để có kế hoạch điều trị thích hợp. Cộng hưởng từ là phương pháp rất có giá trị trong chẩn đoán và

đánh giá giai đoạn ở bệnh nhân ung thư đường mật rốn gan.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Klatskin G. (1965).** Adenocarcinoma of the hepatic duct at its bifurcation within the porta hepatis. The American Journal of Medicine, **38**(**2**), 241–256.
2. **Lim J.H. (2012).** Cholangiocarcinoma: Morphologic Classification According to Growth Pattern and Imaging Findings. American Journal of Roentgenology.
3. **Vanderveen K.A.** and Hussain H.K. (2004). Magnetic resonance imaging of cholangiocarcinoma. Cancer Imaging, **4**(**2**), 104–115.
4. **Bismuth H. and Corlette M.B. (1975).** Intrahepatic cholangioenteric anastomosis in carcinoma of the hilus of the liver. Surg Gynecol Obstet, **140**(**2**), 170–178.
5. **Yu X.-R., Huang W.-Y., Zhang B.-Y., et al. (2014).** Differentiation of infiltrative cholangiocarcinoma from benign common bile duct stricture using three-dimensional dynamic contrast-enhanced MRI with MRCP. Clin Radiol, **69**(**6**), 567–573.
6. **Vũ Mạnh Hùng (2007),** Đặc điểm hình ảnh và giá trị của cộng hưởng từ trong chẩn đoán ung thư đường mật rốn gan, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú bệnh viện, Đại học Y Hà Nội.
7. **Park M.J., Kim Y.K., Lim S., et al. (2014)**. Hilar cholangiocarcinoma: value of adding DW imaging to gadoxetic acid-enhanced MR imaging with MR cholangiopancreatography for preoperative evaluation. Radiology, **270**(**3**), 768–776.
8. **Ruys A.T., Van Beem B.E., Engelbrecht M.R.W., et al. (2012).** Radiological staging in patients with hilar cholangiocarcinoma: a systematic review and meta-analysis. Br J Radiol, **85**(**1017**), 1255–1262.

ĐẶC ĐIỂM MÔ CỨNG TRÊN PHIM SỌ NGHIÊNG TỪ XA TRƯỚC ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN SAI KHỚP CẮN LOẠI II TIỂU LOẠI 1 CÓ NHỔ BỐN RĂNG HÀM NHỎ

Đỗ Lê Phương Thảo[1], Võ Thị Thúy Hồng[2], Nguyễn Thị Thu Phương[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét đặc điểm mô cứng trên phim sọ nghiêng từ xa trước điều trị của bệnh nhân sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 có nhổ bốn răng hàm nhỏ**. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả dựa trên đo đạc phim sọ nghiêng từ xa trước điều trị của 31 bệnh nhân (21 nữ, 10 nam) sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 có nhổ bốn răng hàm nhỏ tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội đến tháng 6/2021. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi trung bình 18,65 (11- 34). Tương quan xương hàm trên với nền sọ bình thường: góc SNA 83,74 ± 3,40^0. Xương hàm dưới lùi: góc SNB 77,13 ± 3,71^0, cằm lùi: góc NPog- FH 85,23 ± 3,75^0. Góc mặt phẳng hàm dưới lớn hơn bình thường, bệnh nhân có hướng phát triển theo chiều dọc. Góc ANB 6,58^0, chỉ số Wits 2,73 mm lớn hơn bình thường chứng tỏ có sự bất cân xứng hai xương hàm theo chiều trước sau. Răng cửa trên và dưới ngả ra trước rất nhiều so với nền sọ, mặt phẳng hàm trên và hàm dưới. Góc liên trục răng cửa 109,79 ± 8,08^0 nhỏ hơn bình thường cho cho thấy vẩu răng cửa hai hàm. Độ cắn chìa lớn 5,75 ± 3,08mm. **Kết luận:** Bệnh nhân sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 có nhổ bốn răng hàm nhỏ có góc SNA bình thường, góc SNB nhỏ hơn bình thường, cằm lùi, góc ANB và chỉ số Wits tăng. Xu hướng phát triển theo hướng mở. Răng cửa hai hàm ngả trước và nằm ở vị trí ra trước, vẩu răng cửa hai hàm. Độ cắn chìa lớn.

***Từ khóa*:** mô cứng, khớp cắn loại II tiểu loại 1, phim sọ nghiêng, răng hàm nhỏ, nhổ răng

SUMMARY

HARD TISSUE CHARACTERISTICS OF CLASS II DIVISION 1 MALOCCLUSIONS WITH FOUR PREMOLARS EXTRACTION BY EVALUATE PRE-TREATMENT LATERAL CEPHALOMETRIC RADIOGRAPHY

Objectives: To evaluate the pre- treatment cephalometric characteristics of hard tissue of class II division 1 malocclusions with four premolars extraction. **Materials and method:** Descriptive study of 31 patients (21 females, 10 males) diagnosed with class II division 1 malocclusion with four premolars extraction in School of Odonto- Stomatology and National Hospital Of Odonto- Stomatology to June 2021 were recruited. **Results:** The average of age was 18,65 (range in 11 to 34). Normal SNA angle 83,74 ± 3,40^0. Retruded mandibular and Pogonion point with SNB angle 77,13 ± 3,71^0 and NPog- FH angle 85,23 ± 3,75^0 were less than normal range. Mandible angle was greater showed a generalized tendency towards a more vertical skeletal growth pattern. The greater ANB angle 6,58^0 and Wits appraisal 2,73 mm. Severe bimaxillary proclination in relation to anterior cranial base, palatal plane and mandible plane. Interincisal angle 109,79 ± 8,08^0 was less than normal. Large overjet was 5,75 ± 3,08 mm.

[1]Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Lê Phương Thảo
Email: Dolephuongthaorhm@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 24.8.2021
Ngày duyệt bài: 30.8.2021

Conclusions: In this study, class II division 1 malocclusions with four premolars extraction have normal maxillary- cranial base relationship with normal SNA angle, retruded mandibular and chin with less SNB and NPog- FH angles. The sample showed a generalized tendency towards a more vertical skeletal growth pattern. Greater ANB angle and Wits appraisal showed anterior- posterior discrepancy. Bimaxillary proclination with smaller interincisal angle and large overjet.

Key words: hard tissue, class II division 1 malocclusion, cephalometric, premolar, extract

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 là loại sai khớp cắn thường gặp trong cộng đồng. Việc hiểu rõ các đặc điểm về xương- răng của bệnh nhân sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 giúp chúng ta xác định được kiểu hình chung và sự biến thiên của nhóm bệnh nhân này. Phim sọ nghiêng từ xa đã được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng chỉnh nha để cung cấp thông tin về nguyên nhân, đặc điểm về tương quan xương, răng của bệnh nhân giúp bác sĩ chẩn đoán và lên kế hoạch điều trị hiệu quả.

Hiện nay, điều trị chỉnh nha có nhổ răng hàm nhỏ trên bệnh nhân khớp cắn loại II tiểu loại 1 không còn là điều xa lạ. Tuy nhiên ở Việt Nam, chúng tôi thấy nghiên cứu về vấn đề này còn ít. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm mô cứng trên phim sọ nghiêng từ xa trước điều trị của bệnh nhân sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 có nhổ bốn răng hàm nhỏ. Kết quả nghiên cứu sẽ bước đầu đưa ra nhận định về đặc điểm sọ mặt- răng của nhóm bệnh nhân người Việt Nam, nhằm giúp ích cho các bác sĩ có cái nhìn toàn diện hơn trong nghiên cứu khoa học và thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Gồm 31 bệnh nhân đến khám và điều trị tại các cơ sở khám chữa bệnh của Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt và Bệnh Viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội tới tháng 6/2021, thoả mãn các điều kiện sau:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân là người Việt Nam; có hàm răng vĩnh viễn, được chẩn đoán sai khớp cắn Angle II tiểu loại 1, được điều trị chỉnh nha bằng mắc cài cố định hai hàm có chỉ định nhổ 4 răng hàm nhỏ với: tương quan răng hàm lớn vĩnh viễn thứ nhất và tương quan răng nanh loại II; độ cắn chìa > 3 mm; bệnh nhân có phim sọ nghiêng từ xa trước điều trị, mẫu hàm trên và hàm dưới, hồ sơ điều trị.

Tiêu chuẩn đánh giá phim: Chất lượng phim chụp tốt (đánh giá về độ sáng, tối và độ phân giải); thấy rõ được đầy đủ phần xương và phần mềm sọ mặt; hai lỗ tai và đường cành ngang xương hàm dưới trùng nhau.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bị dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt; có tiền sử chấn thương hàm mặt; thiếu răng vĩnh viễn vì bất kỳ lý do nào (không kể răng hàm lớn thứ ba); bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật chỉnh hình xương; các bệnh nhân không đủ các tiêu chuẩn lựa chọn trên.

2.1 Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Chọn mẫu chủ đích 31 bệnh nhân đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ, đồng ý tham gia nghiên cứu cho đến khi đủ cỡ mẫu nghiên cứu.

2.3 Thu thập số liệu. Tiến hành vẽ nét trên phim sọ nghiêng từ xa trước điều trị: Vẽ các nét, xác định các điểm mốc ở mô mềm và mô cứng; kẻ các đường giải phẫu; các phim có hai nét vẽ thì vẽ hai đường sau đó lấy đường giữa; độ phóng đại trên phim được xử lý trong quá trình xử lý số liệu để đảm bảo các giá trị đo trên phim sọ nghiêng cuối cùng đều giống nhau theo tỉ lệ 1:1. Số liệu sau khi đo đạc ghi vào bệnh án nghiên cứu.

2.4 Xử lý số liệu. Số liệu được nhập liệu và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định lượng được kiểm định bằng phép kiểm định T và Wilcoxon. Các biến định tính được kiểm định Khi bình phương hoặc Fisher. Giá trị p< 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.5 Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự chấp thuận của Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội và Trung tâm Kỹ thuật cao khám chữa bệnh Viện đào tạo Răng Hàm Mặt.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu có 31 bệnh nhân, trong đó có 21 nữ (67,7%) và 10 nam (32,3%), sự khác biệt về giới có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tuổi trung bình là 18,65, lớn nhất 34 tuổi và nhỏ nhất 11 tuổi, trong đó tỉ lệ bệnh nhân dưới 18 tuổi chiếm 51,6%.

3.2. Đặc điểm về xương hàm trên phim sọ nghiêng trước điều trị

Bảng 3.1. Chỉ số đánh giá kích thước và vị trí xương hàm

Chỉ số	$\bar{X}$ ± SD	GTLN	GTNN	GTBT ($\bar{X}$ ± SD)	p
SNA (^{0})	83,74±3,40	90,00	76,00	83,50±3,90	0,695
(A⊥FH)→(N⊥FH) (mm)	1,45±3,80	7,50	-7,00	-1,96±4,76	0,000

SNB (^{0})	77,13±3,71	82,50	69,00	79,90±4,20	0,012
(B⊥FH)→(N⊥FH) (mm)	-7,25±9,16	20,00	-28,24	-5,30±6,70	0,245
N-Pog-FH (^{0})	85,23±3,75	90,00	75,50	89,3±3,0	0,000*
SN-GoGn (^{0})	34,61±5,42	47,50	25,00	27,91	0,000
PP-MP (^{0})	27,32±4,31	36,00	20,00	27,6±4,6	0,723
GoMe-FH (^{0})	29,61±4,67	43,00	20,50	26,0±4,0	0,000

(Giá trị bình thường từ nghiên cứu của Peak [1]; *: Wilcoxon signrank-test)

- Góc SNA 83,74 ± 3,40^0 trong giới hạn bình thường do đó không có vẩu xương hàm trên. Tuy nhiên điểm A đưa ra trước do khoảng cách từ đường vuông góc hạ từ A tới đường vuông góc hạ từ N lên mặt phẳng Frankfort lớn hơn so với trung bình với p<0,001.

- Góc SNB 77,13 ± 3,71^0; góc mặt N-Pog-FH 85,23 ± 3,75^0 nhỏ hơn bình thường với p<0,05 do vậy cả vị trí xương hàm dưới và cằm đều lùi sau.

- Chiều dài cành ngang xương hàm dưới Go-Pog là 75,40 ± 9,30mm cũng nhỏ hơn giá trị bình thường với p<0,05.

- Góc mặt phẳng hàm dưới theo phân tích Steiner SN-GoGn là 34,61 ± 5,42^0, theo phân tích Tweed là 29,61 ± 4,67^0, đều lớn hơn giá trị bình thường với p<0,001, cho thấy bệnh nhân có kiểu mặt mở.

Bảng 3.2. Chỉ số đánh giá tương quan xương hàm và răng theo chiều trước sau

Chỉ số	$\bar{X}$ ± SD	GTLN	GTNN	GTBT ($\bar{X}$ ± SD)	p
ANB (^{0})	6,58±1,61	9,50	4,50	3,60±2,50	0,000*
N-A-Pog (^{0})	13,11±4,31	6,00	22,50	4,24±5,36	0,000
(A⊥FH)→(B⊥FH) (mm)	10,49±4,17	22,35	4,71		
Chỉ số Wits (mm)	2,73±3,82	10,60	-5,00	-1,1±2,9	0,000

(Giá trị bình thường từ nghiên cứu của Peak [1]; *: Wilcoxon signrank-test)

- Góc ANB 6,58 ± 1,61^0, chỉ số Wits 2,73 ± 3,82mm, góc lồi mặt N-A-Pog 13,11 ± 4,31^0 lớn hơn giá trị bình thường với p<0,001 chứng tỏ sự bất cân xứng giữa xương hàm trên và xương hàm dưới theo chiều trước sau rất lớn và tương quan xương giữa hai hàm là tương quan xương loại II.

Bảng 3.3. Các chỉ số đánh giá về răng- xương ổ răng

Chỉ số	$\bar{X}$ ± SD	GTLN	GTNN	GTBT ($\bar{X}$ ± SD)	p
U1-SN (^{0})	110,36±8,21	126,00	96,00	104,5±8,1	0,000
U1-PP (^{0})	120,57±8,14	115,00	89,00	110,0±5,0	0,000
U1-NA (^{0})	27,92±7,15	40,00	16,50	22,6±5,1	0,000
IsAPog (mm)	12,26±2,70	17,50	7,65	6,0±2,2	0,000
L1-MP (^{0})	102,10±5,62	115,00	89,00	95,09±6,67	0,000
L1-NB (^{0})	37,39±4,02	44,00	29,00	26,7±4,9	0,000
IiAPog (mm)	6,40±2,57	12,50	-0,45	2,7±1,7	0,000
U1-L1 (^{0})	109,79±8,08	131,00	95,00	128,2±7,3	0,000
Độ cắn chìa (mm)	5,75±3,08	12,70	4,20		

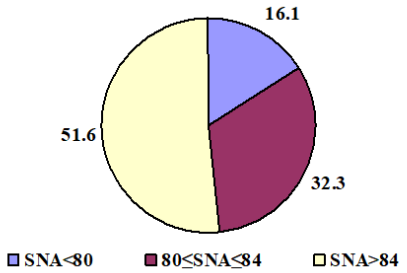
(Giá trị bình thường từ nghiên cứu của Peak [1]; *: Wilcoxon signrank-test)

- Trục răng cửa trên so với hàm trên (U1-NA), trục răng cửa trên so với nền sọ (U1-SN) và trục răng cửa trên so với mặt phẳng hàm trên lớn hơn so với giá trị trung bình với p<0,001 chứng tỏ răng cửa hàm trên ngả ra trước nhiều.

- Khoảng cách từ rìa cắn răng cửa trên và răng cửa dưới đến mặt phẳng APog lớn hơn giá trị trung bình lần lượt 6,26mm và 3,7mm rất có ý nghĩa thống kê với p<0,001, chứng tỏ răng cửa trên và dưới nằm ở vị trí ra trước.

- Góc trục răng cửa dưới so với mặt phẳng hàm dưới 102,10 ± 5,62^0 lớn hơn giá trị bình thường 7,01^0 và so với NB 37,39 ± 4,02^0 lớn hơn giá trị bình thường 10,69^0 với p<0,001 chứng tỏ răng cửa hàm dưới ngả ra trước nhiều.

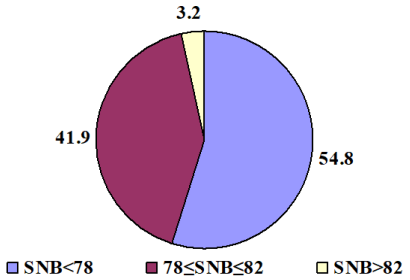
- Góc liên trục răng cửa 109,79 ± 8,08^0 nhỏ hơn 18,41^0 so với giá trị bình thường với p<0,001 do vậy bệnh nhân có vẩu răng nặng, khuôn mặt rất lồi khi nhìn nghiêng.



Biểu đồ 3.1. *Tỉ lệ phân bố góc SNA theo Steiner*

- Có 51,6% bệnh nhân có vẩu xương hàm trên, chiếm tỷ lệ cao nhất; 32,3% bệnh nhân có

xương hàm trên bình thường; 16,1% bệnh nhân có lùi xương hàm trên.



Biểu đồ 3.2. *Tỉ lệ phân bố góc SNB theo Steiner*

- Tỷ lệ bệnh nhân có lùi xương hàm dưới cao nhất, chiếm 54,8%; 41,9% bệnh nhân có xương hàm dưới bình thường; 3,2% bệnh nhân có vẩu xương hàm dưới.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu có 21 nữ và 10 nam chiếm tỷ lệ lần lượt là 67,7% và 32,3%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05, chứng tỏ tỷ lệ sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 ở nữ cao hơn nam trong nhóm đối tượng nghiên cứu. Tuổi bệnh nhân bắt đầu điều trị trung bình 18,65 tuổi, lớn nhất 34 tuổi và nhỏ nhất 11 tuổi, trong đó tỉ lệ bệnh nhân dưới 18 tuổi chiếm 51,6%. Như vậy có thể thấy đối tượng nắn chỉnh răng ngày nay có nhu cầu chỉnh nha sớm ở lứa tuổi trẻ và ngày càng có nhiều người lớn tìm kiếm điều trị. Lứa tuổi này cũng là độ tuổi trong nghiên cứu của rất nhiều tác giả khác khi nghiên cứu hiệu quả của điều trị sai lệch khớp cắn Angle II tiểu loại 1.[2–4]

Góc SNA nằm trong giới hạn bình thường nên vị trí xương hàm trên bình thường (Bảng 3.1). Trong nghiên cứu của chúng tôi có hơn 50% bệnh nhân vẩu xương hàm trên, 1/3 nằm trong giới hạn bình thường và 16,1% bệnh nhân có lùi xương hàm trên (Biểu đồ 3.1). Xương hàm dưới và cằm lùi ra sau tạo nên sự bất cân xứng theo chiều trước sau giữa xương hàm trên và xương hàm dưới, thể hiện qua góc ANB (6,58 ± 1,61^0), chỉ số Wits (2,73 ± 3,82mm) và góc lồi mặt 13,11 ± 4,31^0 lớn hơn giá trị bình thường. Như vậy, giảm bớt sự bất cân xứng về xương hàm theo chiều trước sau là một trong những mục tiêu quan trọng trong việc điều trị các trường hợp sai khớp cắn loại II. Kết quả về đặc điểm giải phẫu sọ mặt này tương tự như nghiên cứu của Fushima trên người Nhật Bản. [5,6] Góc mặt phẳng hàm dưới mở thể hiện trên phim theo phân tích Steiner SN-GoGn là 34,61 ± 5,42^0, theo phân tích Tweed là 29,61 ± 4,67^0, đều lớn hơn giá trị bình thường, tương tự như với kết luận của Sivakumar trên nhóm bệnh nhân người Việt Nam[5] và nhưng lớn hơn kết quả của Staley trên bệnh nhân sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 người Mỹ.[7] Kết quả của chúng tôi ủng hộ kết luận của Sivakumar trên nhóm người Việt là các bệnh nhân này có hướng phát triển theo chiều dọc với góc hàm mở. [5] Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đều có các chỉ số đánh giá trục của răng cửa lớn hơn so với giá trị bình thường có ý nghĩa với p< 0,001. Đa số bệnh nhân sai khớp cắn loại II đều có đặc điểm là các răng trên di ra trước nên các răng trước có xu hướng ngả trước tạo nên khớp cắn loại II vùng răng hàm và độ cắn chìa lớn vùng răng cửa. Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn bệnh nhân có chỉ định nhổ răng nên góc răng cửa hàm trên lớn hơn nhiều so với giá trị bình thường. Độ vẩu của răng cửa trên cao hơn so với độ vẩu của người Mỹ da trắng. [8] Trục răng cửa trên ngả ra trước rất nhiều dẫn tới môi trên nhô ra trước ảnh hưởng đến thẩm mỹ nghiêm trọng. Góc trục răng cửa dưới so với mặt phẳng hàm dưới 102,1 ± 5,62^0 lớn hơn trung bình 7,01^0 và so với NB 37,39 ± 4,02^0 lớn hơn bình thường 10,69^0 do vậy răng cửa dưới cũng vẩu nặng làm môi dưới nhô ra trước nhiều so với đường thẩm mỹ mặc dù đa số bệnh nhân có xương hàm dưới lùi (Bảng 3.5). Sự ngả môi của răng cửa dưới trong các trường hợp sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 có thể do sự bù trừ của xương ổ răng để cố gắng duy trì mối tương quan bình thường của các răng cửa trên và dưới trong khi có sự bất cân xứng của xương. Một lý giải khác là cơ chế bù trừ xương ổ răng tăng theo tuổi, tuổi càng tăng thì mức độ bù trừ xương ổ răng với sai lệch tương quan xương hàm càng nhiều.

Bệnh nhân sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 có góc liên trục răng cửa nhỏ hơn 18,41^0 so với bình thường, đặc điểm tương đồng với nhóm bệnh nhân người châu Á như người Trung Quốc và Nhật Bản.[3,6] Góc liên trục răng cửa có giá trị nhỏ hơn bình thường tạo nên vẻ mặt lồi đặc trưng của các bệnh nhân trước điều trị, ảnh hưởng đến thẩm mĩ khuôn mặt. Do vậy một trong những mục tiêu điều trị quan trọng trong các trường hợp sai khớp cắn loại II là giảm bớt độ lồi khuôn mặt, cải thiện thẩm mĩ nhất là khi nhìn nghiêng.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân sai khớp cắn loại II tiểu loại 1 có nhổ bốn răng hàm nhỏ có xương hàm trên ở vị trí bình thường, xương hàm dưới và cằm lùi sau; góc ANB, chỉ số Wits tăng và hướng phát triển theo chiều dọc, góc hàm mở. Răng cửa trên và dưới ngả trước và nằm ở vị trí ra trước. Góc liên

răng cửa nhỏ hơn giới hạn bình thường cho thấy vẩu răng cửa hai hàm. Độ cắn chìa lớn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Park IC, Bowman D, Klapper L**. A cephalometric study of Korean adults. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 1989;96(1):54-59. doi:10.1016/0889-5406(89)90229-1
2. **Lim H-J, Ko K-T, Hwang H-S.** Esthetic impact of premolar extraction and nonextraction treatments on Korean borderline patients. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2008;133(4):524-531.
3. **Guo Y, Han X, Xu H, Ai D, Zeng H, Bai D.** Morphological characteristics influencing the orthodontic extraction strategies for Angle's class II division 1 malocclusions. Progress in orthodontics. 2014;15(1):1-7.
4. **Kuroda S, Yamada K, Deguchi T, Kyung H-M, Takano-Yamamoto T.** Class II malocclusion treated with miniscrew anchorage: comparison with traditional orthodontic mechanics outcomes. American journal of orthodontics and dentofacial orthopedics. 2009;135(3):302-309.
5. **Sivakumar A, Nalabothu P, Thanh HN, Antonarakis GS.** A Comparison of Craniofacial Characteristics between Two Different Adult Populations with Class II Malocclusion-A Cross-Sectional Retrospective Study. Biology (Basel). 2021;10(5):438. doi:10.3390/biology10050438
6. **Fushima K, Kitamura Y, Mita H, et al.** Significance of the cant of the posterior occlusal plane in Class II division I malocclusions. The European Journal of Orthodontics. 1996;18(1):27-40.
7. **Staley RN, Stuntz WR, Peterson LC.** A comparison of arch widths in adults with normal occlusion and adults with Class II, Division 1 malocclusion. American journal of orthodontics. 1985;88(2):163-169.
8. **Pancherz H, Zieber K, Hoyer B.** Cephalometric characteristics of Class II division 1 and Class II division 2 malocclusions: a comparative study in children. The Angle Orthodontist. 1997;67(2):111-120.

VIÊM MŨI XOANG DO NẤM XÂM LẤN CẤP TÍNH Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Đoàn Thị Hồng Hoa*, Chu Thị Kim Anh, Nguyễn Như Đua*, Nguyễn Lê Hoa***

TÓM TẮT

Viêm mũi xoang do nấm có nhiều thể lâm sàng khác nhau, trong đó thể nấm xâm lấn cấp tính hiếm gặp nên dễ chẩn đoán nhầm với các bệnh lý ác tính. **Ca lâm sàng:** bệnh nhân nữ 68 tuổi, tiền sử đái tháo đường có biểu hiện sốt và đau nhức vùng xoang hàm trái. Chẩn đoán ban đầu là viêm xoang cấp có bội nhiễm nấm Aspergillus và được phẫu thuật nội soi mũi xoang. Sau phẫu thuật bệnh nhân được dùng kháng sinh liều cao và uống thuốc chống nấm, tuy nhiên bệnh tiến triển xấu hơn, xuất hiện liệt các dây thần kinh sọ và đau đầu dữ dội, Chẩn đoán hình ảnh nghi ngờ K vòm, tuy nhiên sau đó khẳng định chẩn đoán Viêm xoang do nấm xâm lấn cấp tính qua bấm sinh thiết vòm. Mặc dù đã dùng Amphotericin B nhưng bệnh nhân vẫn tử vong do nấm xâm lấn nền sọ và giảm bạch cầu do ức chế tủy xương. **Kết luận:** Nắm vững các triệu chứng, dấu hiệu lâm sàng và tiêu chuẩn chẩn đoán giúp cho các nhà lâm sàng chẩn đoán nhanh chóng và điều trị kịp thời, giảm tỉ lệ tử vong đáng kể.

***Từ khóa**:* viêm mũi xoang, Aspergillus, cấp tính, xâm lấn, đái đường.

**Trường Đại học Y Dược, ĐHQG Hà Nội,*
***Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An*
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Hồng Hoa
Email: dhhoa63@yahoo.fr
Ngày nhận bài: 22.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021
Ngày duyệt bài: 27.8.2021

SUMMARY

ACUTE INVASIVE FUNGAL SINUSITIS IN PATIENTS WITH DIABETES MELLITUS

Fungal rhinosinusitis has many different clinical forms, in which acute invasive fungal form is rare, so it is easy to misdiagnose with malignancies. **Clinical case**: A 68-year-old female patient with a history of diabetes presents with fever and pain in the left maxillary sinus. Initial diagnosis was acute sinusitis with Aspergillus superinfection and endoscopic sinus surgery. After surgery, the patient was given high-dose antibiotics and anti-fungal drugs, but the disease progressed worse, appeared symptoms of cranial nerve paralysis and severe headache. Imaging tests suspected nasopharyngeal cancer, but the final diagnosis was acute invasive fungal sinusitis by nasopharyngeal biopsy. Despite taking Amphotericin B, the patient still died from fungi invading the skull base and leukopenia due to bone marrow suppression. **Conclusion**: Mastering the symptoms, clinical signs and diagnostic criteria helps clinicians make a quick diagnosis and timely treatment, significantly reducing mortality.

Keywords: rhinosinusitis, Aspergillus, acute, invasive, diabetes.

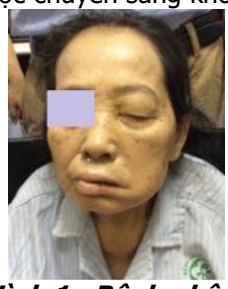
I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang do nấm có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây cùng với sự đô thị hóa, ô nhiễm môi trường và sự gia tăng của các bệnh nhân suy giảm miễn dịch như đái tháo

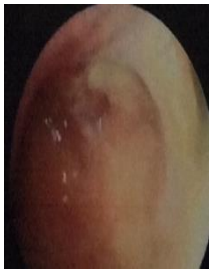
đường, những bệnh nhân phải điều trị hóa chất hay thuốc ức chế miễn dịch. Có 2 loại nấm chính gây viêm mũi xoang đó là Aspergillus và Mucoracea, chúng đều là thực vật hoại sinh tìm thấy trong đất và bụi ở trên toàn thế giới. Chính vì vậy, tùy theo hệ thống miễn dịch của mỗi cá thể nên có nhiều thể lâm sàng khác nhau. Phần lớn gặp các thể viêm mũi xoang không xâm lấn bao gồm nấm mũi xoang bề mặt, viêm mũi xoang dị ứng do nấm và nhiễm nấm cầu. Tuy nhiên, ở những người suy giảm miễn dịch, nấm này có thể xâm lấn vào mạch máu, gây tắc mạch và thiếu máu niêm mạc mũi. Từ đó có thể xâm lấn phá hủy xương và tổ chức xung quanh đặc biệt là tổn thương hốc mắt và nội sọ và đôi khi lan đến các cơ quan khác của cơ thể. Các triệu chứng lâm sàng và các dữ liệu về chẩn đoán hình ảnh đôi khi giống như u ác tính hay bệnh u hạt. Cần phải làm xét nghiệm mô bệnh học để chẩn đoán chính xác và lựa chọn điều trị thích hợp cho viêm mũi xoang xâm lấn do nấm. Tuy nhiên chẩn đoán có thể gặp nhiều khó khăn ngay cả khi có kết quả mô bệnh học. Trong báo cáo này, chúng tôi mô tả một trường hợp nấm mũi xoang xâm lấn tối cấp ở bệnh nhân đái tháo đường có lan tràn vào nền sọ biểu hiện tương tự như ung thư vòm họng trên chẩn đoán hình ảnh.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 68 tuổi có tiền sử đái tháo đường typs II được chuyển đến vì liệt mặt và sụp mi xuất hiện sau phẫu thuật mũi xoang 1 tuần với chẩn đoán viêm mũi xoang do nấm aspergillus. Khởi đầu bệnh nhân bị sốt đau nhức vùng xoang hàm trái lan ra ½ đầu kèm theo chảy mũi mủ. Bệnh nhân đã được chẩn đoán là viêm mũi xoang cấp và dùng kháng sinh nhóm quinolon (Tavanic) 1 tuần, bệnh nhân đỡ sốt và đau nhức. Sau đó, bệnh nhân được tiến hành phẫu thuật nội soi mũi xoang bên trái, phát hiện cuốn dưới niêm mạc nhợt mủn nát, hoại tử một phần và thành bên mũi bị phá hủy, trong lòng xoang hàm đầy mủ đặc trắng với nhiều tổ chức lổn nhổn màu xám. Bệnh phẩm được lấy làm giải phẫu bệnh. Phẫu thuật viên đã tiến hành nạo vét cả xoang sàng, trán, bướm bên trái và bơm rửa hốc mổ bằng betadin. Sau 3 ngày, kết quả giải phẫu bệnh là tổn thương viêm loét kèm nhiễm nấm Aspergillus. Bệnh nhân được điều trị bằng kháng sinh Fortum tiêm tĩnh mạch kèm Itraconazol 200 mg x 2 viên/ngày và rửa mũi hàng ngày. Tuy nhiên bệnh nhân vẫn đau nhức ½ mặt đặc biệt hốc mắt, đến ngày thứ 7 sau mổ bệnh nhân xuất hiện liệt mặt, sụp mi. Bệnh nhân được chụp cắt lớp sọ não : thấy có hình ảnh viêm đa xoang và nhồi máu ổ khuyết, teo não tuổi già nên được chuyển sang viện lão khoa. Tại đây bệnh nhân được truyền Rocephin, Metronidazol, và thuốc tăng cường mạch máu não nhưng tình trạng bệnh nhân xấu hơn, đau đầu nhiều, ăn uống kém, không đi lại được. Tại đây, bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ phát hiện thấy tổn thương vùng vòm trái kích thước 36x27 mm, tăng tín hiệu trên T2W, FLAIR đồng tín hiệu trên T1W trước tiêm, ngấm thuốc mạnh sau tiêm, tổn thương thâm nhiễm rộng xung quanh vùng vòm, thâm nhiễm hầu họng hố cơ cắn, xương bướm bên trái, gây tắc vòi nhĩ và ứ dịch tai giữa trái nghi ngờ K vòm. Bênh nhân được chuyển sang khoa hồi sức.



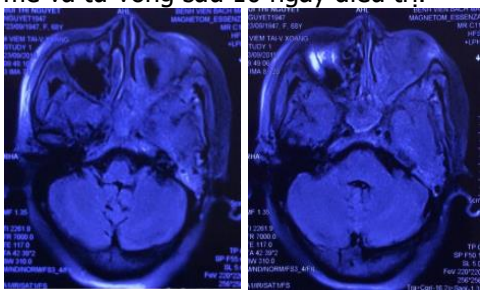
Hình 1. Bệnh nhân sau mổ xoang 2 tuần: liệt mặt, sụp mi và lồi mắt trái



Hình 2. Nội soi trần vòm trái nề nhợt mầu, dấu hiệu hoại tử nền sọ

Khám lúc vào khoa hồi sức, bệnh nhân tỉnh, nhợt nhạt, không đi lại được, không sốt, đau nhức hốc mắt trái, liệt mặt trái hoàn toàn, sụp mi, lồi mắt trái. Nội soi hốc mũi có nhiều vẩy máu trong hốc mũi trái. cuốn mũi dưới trái đã bị cắt, khe giữa và ngách bướm sàng, niêm mạc nề dày có nhiều giả mạc dễ chảy máu. Vòm mũi họng niêm mạc viêm nề nhợt màu. Công thức máu thấy tình trạng thiếu máu hồng cầu dao động 3.20 đến 2.55 T/L, HCT 0,28 – 0,23 L/L, Bạch cầu 5,9 – 3,42 G/L, tiểu cầu 142-179 G/L, đường huyết dao động 9,8-12,2 mmol/L, tình trạng protein toàn phần và albumin đều giảm, creatinin 35-37 umol/L. Chụp cộng hưởng từ lần 2 thấy hình ảnh tổn thương vòm bên trái không rõ bờ và ranh giới, thâm nhiễm tổ chức xung quanh dọc theo vòi nhĩ, lan vào ống động mạch cảnh trong trái và thâm nhiễm cả vào khoang cơ cắn phía trước. Bệnh nhân được hội chẩn liên chuyên khoa với chẩn đoán cốt tủy viêm nền sọ nghi do nấm chưa loại trừ K vòm. Tiến hành sinh thiết ở 2 vị trí ngách bướm, nẹp sau loa vòi trái và ngách bướm sàng trái, thấy nhiều vùng hoại tử và xâm nhập nhiều bạch cầu ái toan, lẫn trong tổ chức hoại tử có nhiều hình ảnh nấm

Aspergilus, không có tế bào ác tính. Bệnh nhân đã được điều trị bằng Amphotericin B bằng đường tĩnh mạch nhưng toàn trạng diễn biến xấu và thiếu máu nặng mặc dù được truyền máu, rồi hôn mê và tử vong sau 10 ngày điều trị.



Hình 3: Mất độ tăng tương phản nền sọ trên MRI có tiêm thuốc cản quang kèm xâm lấn đỉnh hốc mắt.

III. BÀN LUẬN

Viêm mũi xoang do nấm chiếm khoảng 5-50% các trường hợp đặc biệt là viêm mũi xoang mạn không thuyên giảm. Có nhiều thể lâm sàng, vì vậy bệnh lý này thường dễ bị chẩn đoán nhầm. Nó có thể có triệu chứng hoặc không triệu chứng cũng như là cấp tính hay mạn tính. Nhiễm nấm mũi xoang cần được nhận biết để tránh tỉ lệ tử vong đáng kể. Trong trường hợp viêm mũi xoang mủ không đáp ứng với trên 2 đợt kháng sinh và các dữ liệu điện quang phải nghi ngờ nấm xoang. Các yếu tố thúc đẩy nhiễm nấm trong các xoang là polyp, ứ đọng dịch tiết với các yếu tố khác như giảm bạch cầu, sử dụng kháng sinh không hợp lý, các thuốc ức chế miễn dịch, corticoid, đái tháo đường không kiểm soát, HIV, chấn thương, tia xạ (1). Tuy nhiên, trong một số trường hợp cần phải phân biệt ngay nấm xâm lấn và nấm không xâm lấn vì chẩn đoán và điều trị sớm là chìa khóa thành công. Chẩn đoán nấm mũi xoang xâm lấn cấp tính trước tiên dựa vào lâm sàng, ngoài ra các dữ liệu hình ảnh và mô bệnh học là minh chứng của viêm mũi xoang xâm lấn cấp tính này.

Tiêu chuẩn chẩn đoán nấm xâm lấn hiện nay chưa thống nhất, nhưng phần lớn các tác giả vẫn đồng thuận theo cách phân chia của deShazo năm 1997 (2). Tác giả đã đưa ra tiêu chuẩn của chẩn đoán viêm mũi xoang xâm lấn gồm:

- Dày niêm mạc hay mức nước hơi tương ứng với xoang viêm trên hình ảnh X quang.
- Có bằng chứng về mô bệnh học về các dạng sợi nấm trong niêm mạc, dưới niêm mạc, các mạch máu hay xương của xoang.
- Đề chẩn đoán viêm xoang do nấm xâm lấn nụ hạt, bằng chứng về mô bệnh học của các dạng sợi nấm trong niêm mạc, dưới niêm mạc, các mạch máu hay xương của xoang phối hợp với nụ hạt chứa các tế bào không lồ, và phải âm tính đối với mycobacteria.
- Biểu hiện lâm sàng thường gặp nhất của nấm xoang cấp tính là đau đầu, cương tụ hốc mũi, sốt, đau mặt và đau quanh hốc mắt. Khi nghi ngờ, nội soi mũi xoang là cơ bản để đánh giá dấu hiệu tổn thương nấm. Niêm mạc nhợt, loét và nụ hạt chiếm trên 75% các trường hợp (3). Các dấu hiệu khác như thiếu máu cục bộ hay hoại tử tổ chức quan sát thấy trong trường hợp nấm xoang xâm lấn nặng hơn. Sinh thiết cuốn giữa được đề xuất để chẩn đoán trước khi bệnh rõ ràng (1,4). Gợi ý này dựa trên quan sát thấy cuốn giữa là vị trí nấm xâm nhập phổ biến nhất trong hốc mũi ở bệnh nhân nấm xoang xâm lấn cấp.
- Về chẩn đoán hình ảnh, độ nhạy của CT Scanner còn hạn chế trong chẩn đoán giai đoạn đầu. Ăn mòn xương là dấu hiệu rõ ràng nhưng thường gặp ở giai đoạn muộn. Một số dấu hiệu khác được gợi ý nấm xâm lấn cấp tính là tổn thương một bên, thâm nhiễm mỡ quanh xoang và phù nề niêm mạc nặng. Ngày nay, người ta đã chỉ ra rằng các thông tin về chụp cộng hưởng từ có tiêm thuốc cản quang có thể hữu ích trong chẩn đoán tiên lượng (6). Mất độ tăng tương phản trên chụp cộng hưởng từ biểu hiện nhồi máu tổ chức thứ phát do nấm xâm nhập vào mạch máu, nên các thuốc chống nấm không thể thâm nhiễm vào và đòi hỏi phẫu thuật cắt bỏ. Tuy nhiên, phẫu thuật viên có thể do dự khi lấy bỏ tổn thương ngoài mũi xoang nếu có tổn thương ở vị trí mà khi lấy bỏ, có khả năng gây các biến chứng nguy hiểm sau mổ như rò dịch não tủy và tổn thương mạch máu lớn. Do vậy, phân tích mối liên quan giữa vị trí tổn thương cụ thể ở vùng ngoài mũi xoang và tỉ lệ tổ chức sống sót là rất quan trọng trong việc dự đoán tiên lượng của bệnh nhân. Các nghiên cứu gần đây đã xác nhận rằng mất độ tăng tương phản ngoài vùng mũi xoang phản ánh tổn thương hoại tử, đặc biệt ở nền sọ, là một yếu tố tiên lượng xấu. Trên lâm sàng, khi viêm mũi xoang do nấm xâm lấn cấp tính được chẩn đoán, điều trị nội khoa và phẫu thuật phải được nhanh chóng, kịp thời. Thuốc chống nấm được sử dụng nhiều nhất là Amphotericin B và ngày nay là Voricorazole. Theo hướng dẫn điều trị của hiệp hội bệnh Hoa Kỳ năm 2008 đối với bệnh Aspergillus xâm lấn, Voricorazole (phổ rộng triazol) là thuốc lựa chọn cho điều trị bệnh Aspergillus xâm lấn vì khả năng dung nạp tốt hơn, tăng hiệu quả, cải thiện tỉ lệ sống và giảm độc tính hơn so với Amphotericin B (7,8).

Đồng thời tiến hành cắt bỏ các tổ chức hoại tử là quan trọng ở bệnh nhân nấm xâm lấn này vì việc loại bỏ các tổ chức bị tàn phá làm tăng khả năng thuốc chống nấm tiếp cận các khu vực bị nhiễm bệnh, làn giảm gách nặng về nấm và làm chậm sự tiến triển của bệnh. Ngoài ra, tác động này không chỉ tại chỗ mà từ đó làm giảm căng thẳng đối với sự tăng bạch cầu trung tính, tạo điều kiện phục hồi tủy xương.

Ở bệnh nhân của chúng tôi, phân tích các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng khẳng định chẩn đoán viêm mũi xoang do Aspergillus xâm lấn tối cấp ở bệnh nhân đái tháo đường mặc dù có kết quả về chẩn đoán hình ảnh nghi ngờ K vòm. Bệnh nhân tử vong do bệnh tiến triển xâm lấn vào nền sọ và hốc mắt với rối loạn sinh tủy gây giảm cả ba dòng tế bào. Bằng chứng trên lâm sàng, bênh tiến triển cấp tính với đau nhức vùng mặt trái, sốt khởi đầu, sau 1 tuần phẫu thuật đã thấy cuốn dưới và thành bên hốc mũi hoại tử, khi làm xét nghiện mô học có nấm Aspergillus. Sau khi điều trị như viêm xoang cấp có bội nhiễm nấm, bệnh tiến triển xâm lấn vào nền sọ biểu hiện trần vòm trái niêm mạc nhợt, sinh thiết có tổn thương viêm hoại tử với nhiễm nấm Aspergillus. Trên chẩn đoán hình ảnh với chụp cộng hưởng từ có tiêm thuốc cản quang, xuất hiện dấu hiệu điển hình mất độ tăng tương phản biểu hiện hoại tử ở vùng cánh bướm lớn bên trái, thân bướm, hố dưới xương thái dương trái mà kết quả chỉ rõ hình ảnh tổ chức bất thường vùng nền sọ không rõ bờ và ranh giới. Tổ chức viêm mềm được xác định trong xoang bướm, đỉnh hốc mắt trái, xoang hang trái với hẹp động mạch cảnh trong và thâm nhiễm vào khoang cơ cắn trước. Bệnh nhân tử vong vì cốt tủy viêm nền sọ do nấm xâm lấn kèm rối loạn sinh tủy với giảm thiểu cả 3 dòng. Đây là bệnh lý hiếm gặp, phẫu thuật viên đầu tiên khi tiếp nhân bệnh nhân đã nghĩ đến nấm xoang cấp ở bệnh nhân đái tháo đường, đã tiến hành phẫu thuật lấy bỏ tổ chức hoại tử ở mũi xoang và sử dụng thuốc nấm Itraconazol như trong viêm mũi xoang thể không xâm lấn. Tiến triển vào nền sọ nhanh chóng, chỉ sau 1 tuần đã có tổn thương hốc mắt và liệt các dây thần kinh sọ. Mặc dù đã chẩn đoán được loại nấm khi sinh thiết tổ chức, nhưng nhà giải phẫu bệnh thường kết luận: trong tổ chức hoại tử có nhiều hình ảnh nấm Aspergilus, không có tế bào ác tính, không ghi rõ mức độ xâm nhập qua niêm mạc hay xương để hướng các nhà lâm sàng nghĩ đến nấm xâm lấn.

Tóm lại, cần chẩn đoán và điều trị sớm nấm xâm lấn để giảm thiểu tỉ lệ tử vong. Ở những bệnh nhân suy giảm miễn dịch xuất hiện các triệu chứng viêm mũi xoang cấp bất thường như đau đầu, sốt… không đáp ứng với kháng sinh phổ rộng với tổn thương viêm nhợt màu phải nghĩ đến nấm xâm lấn. Sinh thiết kèm theo các thông tin về hình ảnh giúp khẳng định chẩn đoán.

IV. KẾT LUẬN

Cần cập nhật các thể lâm sàng của nấm mũi xoang để phát hiện và điều trị sớm, đặc biệt là thể nấm xâm lấn cấp tính. Ngoài triệu chứng như viêm xoang cấp, kèm niêm mạc nhợt màu hay vảy đen ở cuốn giữa, khe giữa, cuốn dưới với dấu hiệu mất độ tăng tương phản trên phim chụp MRI có tiêm thuốc cản quang ở bệnh nhân suy giảm miễn dịch là dấu hiệu gợi ý. Sinh thiết sớm để đưa ra chẩn đoán. Điều trị nội khoa bằng Voricorazole và phẫu thuật lấy bỏ tổ chức hoại tử là cách thức lựa chọn điều trị cho nấm cấp tính mũi xoang hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Singh N, Siddaraju N, Kumar S, Muniraj F, Bakshi S, Gopalakrishnan S.** Fine-needle aspiration biopsy as an initial diagnostic modality in a clinically unsuspected case of invasive maxillary fungal sinusitis. A case report. Diagn Cytopathol. 2010; 38:220-3
2. **Richard D. deShazo, Margaret O'Brien, Kimberle Chapin, Maria Soto-Aguilar, Lloyd Gardner, Ronnie Swain. A** New Classification and Diagnostic Criteria for Invasive Fungal Sinusitis. Arch Otolaryngol Head Neck Surg. 1997;123:1181-1188.
3. **Sharma RR and Sharma A.** Paranasal Invasive Fungal Sinusitis and its Central Nervous System Complications: Current Understanding and their Management. Austin J Otolaryngol.2016: 3 (2) : 1077.
4. **Fabiana C.P.Valera, Tassiana de Lago, Edwin Tamashiro, Camila Carrara Yassuda, Flavia Silveira, Wilma T.** Anselmo- Lima. Prognosis of acute invasive fungal shinosinusitis related to underlying disease. International Journal of Infectious Diseases 15 (2011) e 841-e844.
5. **Turner, J. H., Soudry, E., Nayak, J. V. & Hwang, P. H**. Survival outcomes in acute invasive fungal sinusitis: a systematic review and quantitative synthesis of published evidence. Laryngoscope. 123, 1112–1118 (2013).
6. **Seo, J. et al.** Cervicofacial tissue infarction in patients with acute invasive fungal sinusitis: prevalence and characteristic MR imaging findings. Neuroradiology. 55, 467–473 (2013).
7. **Fernandez, I. J. et al.** Acute Invasive Fungal Rhinosinusitis in immunocompromised Patients: Role of an Early Diagnosis. Otolaryngol. Head. Neck Surg. 159, 386–393 (2018).
8. **Beatriz Paral- Cagigal**, Luis-Miguel Redondo-Gonzalez, Alberto Verrier- Hernandez. Invasive maxillary sinus aspergillosis: A case report successfully treated with voriconazole and surgical debridement. J Clin Exp Dent. 2014; 6 (4) e 448-51.

KẾT QUẢ CỦA CAN THIỆP TRUYỀN THÔNG BẰNG HÌNH ẢNH LÊN KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ, THỰC HÀNH VỆ SINH RĂNG MIỆNG CỦA HỌC SINH LỚP 6 TRƯỜNG THCS CỔ BI, GIA LÂM, HÀ NỘI NĂM 2020

Hoàng Hồng Xiêm[1], Trần Thị Mỹ Hạnh[1], Nguyễn Thị Châu[1], Đào Thị Hằng Nga[1], Đàm Văn Việt[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét kết quả của can thiệp truyền thông bằng hình ảnh lên kiến thức, thái độ, thực hành VSRM của học sinh lớp 6 trường THCS Cổ Bi, Gia Lâm, Hà Nội. **Đối tượng:** Học sinh lớp 6 trường THCS Cổ Bi, Gia Lâm, Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** can thiệp cộng đồng không đối chứng, đánh giá hiệu quả trước sau. **Kết quả:** sau can thiệp điểm trung bình kiến thức tăng từ 7,01 lên 9,38, điểm trung bình thái độ tăng từ 6,99 lên 8,88, điểm trung bình thực hành tăng từ 5,00 lên 7,53. Tỉ lệ học sinh có kiến thức VSRM tốt tăng từ 27,91% lên 93,02%, tỉ lệ học sinh có thái độ VSRM tốt tăng từ 22,48% lên 52,71%, tỉ lệ học sinh thực hành VSRM tốt tăng từ 3,10% lên 41,86%. **Kết luận:** truyền thông bằng hình ảnh có hiệu quả làm tăng kiến thức, thái độ, thực hành VSRM của học sinh.

Từ khóa: truyền thông bằng hình ảnh, kiến thức, thái độ, thực hành, vệ sinh răng miệng, học sinh lớp 6.

SUMMARY

THE EFFECT OF VISUAL COMMUNICATION ON KNOWLEDGE, ATTITUDE AND PRACTICE OF ORAL HYGIENE OF 6TH GRADERS FROM CO BI SECONDARY SCHOOL, GIA LAM, HA NOI 2020

Objective: evaluate the result of visual communication on knowledge, attitude and practice of oral hygiene of 6th graders from Co Bi secondary school, Gia Lam, Ha Noi. **Subjects:** 6th graders from Co Bi, Gia Lam, Ha Noi. **Method:** uncontrolled community intervention trials, comparision of the effect before and after. **Results:** the average knowledge, attitude and practice point increased from 7,01 to 9,38, 6,99 to 8.,88 and 5.,00 to 7,53, respectively. The number of students with excellent knowledge about oral hygiene practice reached up to 93,02% (before study was 27,91% only). The number of students with excellent attitude toward oral hygiene increased from 22,48% to 52,71%. The number of students practicing excellent oral hygiene was also raised, from 3,10% to 42,86. **Conclusion:** visual communication is effective in raising knowledge, attitude and practice toward oral hygiene among students.

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Mỹ Hạnh
Email: tranmyhanh@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 21.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 19.8.2021
Ngày duyệt bài: 26.8.2021

Keywords: visual communication, knowledge, attitude, practice, oral hygiene, 6th graders.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Giáo dục nha khoa là biện pháp đơn giản và hiệu quả để dự phòng bệnh răng miệng. Tại Việt Nam, tỉ lệ học sinh mắc bệnh răng miệng khoảng 85%[1]. Các bệnh răng miệng này không những ảnh hưởng tới chức năng ăn nhai, thẩm mỹ mà còn gây những biến chứng tại chỗ và toàn thân. Việc hiểu biết và thực hành chăm sóc răng miệng đúng cách, hiệu quả đóng vai trò quyết định trong dự phòng các bệnh răng miệng. Ngày nay, vấn đề chăm sóc răng miệng ở trẻ em đã được quan tâm nhiều, tuy nhiên tỷ lệ trẻ em bị mắc các bệnh lý răng miệng vẫn còn cao. Theo kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001[2], ở trẻ 12 tuổi tỉ lệ sâu răng là 56,6% và tỉ lệ viêm lợi là 92,6%. Học sinh lớp 6 là lứa tuổi bắt đầu của bộ răng vĩnh viễn. Đây cũng là giai đoạn quan trọng nhất trẻ cần được cung cấp những kiến thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng. Có nhiều phương pháp giáo dục nha khoa trong đó truyền thông là phương pháp hiệu quả và dễ áp dụng, việc sử dụng hình ảnh trong truyền thông giúp tăng cường tính trực quan và kích thích sự say mê lý thú của học sinh trong quá trình học tập[3]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích: Nhận xét kết quả của can thiệp truyền thông bằng hình ảnh lên kiến thức, thái độ, thực hành VSRM của học sinh lớp 6 trường THCS Cổ Bi, Gia Lâm, Hà Nội năm 2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: học sinh lớp 6 trường THCS Cổ Bi, Gia Lâm, Hà Nội

Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: can thiệp cộng đồng không đối chứng, đánh giá hiệu quả trước sau.
- Cỡ mẫu: theo công thức tính cỡ mẫu: $n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{\Delta^2}$

p: tỉ lệ học sinh có kiến thức VSRM đúng, chọn p = 0,624 theo nghiên cứu của Bùi Thị Thu Hiền 2019[4], Δ = 0,09, $Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96. Tính được n = 112, cộng thêm 15% ta được n=129 học sinh. Thực tế chúng tôi phỏng vấn được 129 học sinh.

- Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên, lập danh sách tất cả học sinh lớp 6 trường THCS Cổ Bi, sau đó chọn ngẫu nhiên 129 học sinh bằng phần mềm simple random.

- Phương pháp thu thập thông tin: phỏng vấn kiến thức, thái độ, thực hành VSRM của học sinh trước can thiệp. Truyền thông bằng hình ảnh cho học sinh trong 3 tuần liên tiếp, mỗi tuần 1 buổi, mỗi buổi 45 phút. Phỏng vấn lại kiến thưc, thái độ, thực hành VSRM của học sinh sau can thiệp. Sử dụng cùng bộ câu hỏi và phương pháp đánh giá.

• Chấm điểm kiến thức, thái độ, thực hành VSRM của học sinh, mỗi câu trả lời đúng được tính điểm, trả lời sai không bị trừ điểm.

• Xếp loại kiến thức, thái độ, thực hành VSRM của học sinh: học sinh trả lời đúng từ 80% trở lên số câu hỏi xếp loại tốt, từ 65-80% xếp loại khá, từ 50-65% xếp loại trung bình và dưới 50% xếp loại kém.

- ***Xử lý số liệu:*** bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. điểm số trung bình kiến thức của học sinh trước và sau can thiệp

Thời điểm / Điểm số	Trước CT $\bar{X}$ ± SD	Sau CT $\bar{X}$ ± SD	P
Kiến thức	7,01±2,16	9,38±1,91	< 0,001

Nhận xét: điểm trung bình kiến thức của học sinh trước can thiệp là 7,01, sau can thiệp là 9,38. Sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 2. phân loại kiến thức VSRM của học sinh trước và sau can thiệp

Phân loại kiến thức VSRM	Thời điểm				P
	Trước CT		Sau CT		
	n	%	n	%	
Tốt	36	27,91	120	93,02	< 0,05
Khá	67	51,94	7	5,42	
Trung bình	12	9,30	1	0,78	
Kém	14	10,85	1	0,78	
Tổng	129	100	129	100	

Nhận xét: sau can thiệp tỉ lệ học sinh có kiến thức tốt tăng từ 27,91% lên 93,02%, tỉ lệ học sinh có kiến thức kém giảm từ 10,85% xuống 0,78%. Sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 3. điểm số trung bình thái độ của học sinh trước và sau can thiệp

Thời điểm / Điểm số	Trước CT $\bar{X}$ ± SD	Sau CT $\bar{X}$ ± SD	P
Thái độ	6,99 ± 2,09	8,88 ± 1,83	< 0,001

Nhận xét: điểm trung bình thái độ của học sinh trước can thiệp là 6,99, sau can thiệp là 8,88. Sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 4. phân loại thái độ VSRM của học sinh trước và sau can thiệp

Phân loại thái độ VSRM	Thời điểm				P
	Trước CT		Sau CT		
	n	%	n	%	
Tốt	29	22,48	68	52,71	<0,05
Khá	74	57,36	47	36,43	
Trung bình	9	6,98	7	5,43	
Kém	17	13,18	7	5,43	
Tổng	129	100	129	100	

Nhận xét: sau can thiệp tỉ lệ học sinh có thái độ tốt tăng từ 22,48% lên 52,71%%, tỉ lệ học sinh có thái độ kém giảm từ 13,18% xuống 5,43%. Sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Bảng 5. điểm số trung bình thực hành của học sinh trước và sau can thiệp

Thời điểm / Điểm số	Trước CT $\bar{X}$ ± SD	Sau CT $\bar{X}$ ± SD	P
Thực hành	5,00±1,99	7,53±1,71	<0,001

Nhận xét: điểm trung bình thực hành của học sinh trước can thiệp là 5,00, sau can thiệp là 7,53. Sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

Bảng 6. phân loại thực hành VSRM của học sinh trước và sau can thiệp

Phân loại thực hànhVSRM	Thời điểm				P
	Trước CT		Sau CT		
	n	%	n	%	
Tốt	4	3,10	54	41,86	<0,05
Khá	16	12,40	15	11,63	
Trung bình	77	59,69	48	37,21	
Kém	32	24,81	12	9,30	

Nhận xét: sau can thiệp tỉ lệ học sinh thực hành tốt tăng từ 3,10% lên 41,86%, tỉ lệ học sinh thực hành kém giảm từ 24,81% xuống 9,30%. Sự khác biệt trước và sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả của truyền thông bằng hình ảnh lên kiến thức VSRM của học sinh: Giáo dục nha khoa là một trong 4 nội dung cơ bản của chương trình nha học đường. Trước can thiệp, kiến thức về VSRM của học sinh ở mức khá: điểm trung bình kiến thức là 7,01. Các học sinh trong nghiên cứu của chúng tôi sinh sống tại Hà Nội, đã có cơ hội được tiếp cận với chương trình chăm sóc răng miệng, tuy nhiên hiểu biết về chăm sóc răng miệng của các em còn hạn chế. Sau khi được truyền thông giáo dục nha khoa, điểm kiến thức của các em đã tăng từ 7,01 lên 9,38, tỉ lệ học sinh có kiến thức tốt tăng từ 27,91% lên 93,02% có ý nghĩa thống kê. Đây là tín hiệu đáng mừng cho thấy truyền thông bằng hình ảnh có tác động tốt làm tăng kiến thức chăm sóc răng miệng của học sinh. Kết quả này trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Đào Thị Dung 2007[5] trên học sinh tiểu học (sau khi giáo dục tỉ lệ học sinh có kiến thức CSRM đúng tăng từ 58,15 lên 92,88%), cao hơn so với nghiên cứu của Tạ Quốc Đại[6] trên học sinh 12 tuổi (sau khi giáo dục tỉ lệ học sinh có kiến thức CSRM tốt tăng từ 18% lên 41,4%).

Hiệu quả của truyền thông tác động lên kiến thức cũng được nhiều tác giả trong và ngoài nước đề cập đến: Angelopoulou MV và cộng sự (2014)[7] nghiên cứu trên học sinh 13 tuổi tại Hy Lạp cho thấy điểm kiến thức tăng từ 51,5 lên 77,2 sau can thiệp. Blake H và cộng sự (2015)[8] nghiên cứu trên học sinh 9-12 tuổi tại Anh cho thấy điểm số kiến thức của học sinh tăng từ 7,01 lên 7,99 ngay sau khi giáo dục nha khoa. Al Bardaweel S và cộng sự (2018)[9] trên học sinh 10-11 tuổi tại Syria cho thấy giáo dục bằng hình ảnh làm tăng điểm kiến thức của học sinh từ 54,94 lên 82,87 sau 6 tuần. Tại Việt Nam, Nguyễn Anh Sơn 2019[10] nghiên cứu trên học sinh 11-12 tuổi tại Vĩnh Phúc cũng cho thấy tỉ lệ học sinh có kiến thức đạt tăng từ 47,52% lên 71,99% sau giáo dục. Như vậy, các nghiên cứu trên đều cho thấy truyền thông có hiệu quả nâng cao kiến thức CSRM của học sinh.

Kết quả của truyền thông bằng hình ảnh lên thái độ và thực hành VSRM của học sinh: Sau khi can thiệp truyền thông, điểm trung bình thái độ của học sinh tăng từ 6,99 lên 8,88 có ý nghĩa thống kê. Cũng giống như kiến thức, truyền thông làm tăng đáng kể thái độ tích cực của học sinh đối với CSRM. Tỉ lệ học sinh có thái độ tốt tăng từ 22,48% lên 52,71%, tỉ lệ học sinh có thái độ kém cũng giảm từ 13,18% xuống 5,43%. Ở lứa tuổi 11-12, các em đã có những suy nghĩ và quan điểm. Sau can thiệp, các em có kiến thức tốt hơn, từ đó có ý thức hơn trong chăm sóc sức khỏe răng miệng.

Truyền thông giáo dục làm tăng điểm thực hành VSRM của học sinh từ 5,00 lên 7,53. Tỉ lệ học sinh thực hành VSRM tốt cũng tăng thêm 38,76%. Kết quả này của chúng tôi tương tự với kết quả trong nghiên cứu của Đào Thị Dung 2007 tại một số trường tiểu học Hà Nội[5] (sau can thiệp tỉ lệ học sinh thực hành CSRM đúng tăng thêm 38,33%), cao hơn trong nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Nghĩa 2014 tại một số trường tiểu học Yên Bái[11] (sau can thiệp tỉ lệ học sinh thực hành đúng tăng thêm 23%), điều này phù hợp với đặc điểm địa lý khi so sánh giữa học sinh sinh sống tại Hà Nội với học sinh tại các vùng nông thôn, miền núi. Nếu so sánh với kiến thức, thái độ thì sau can thiệp điểm thực hành và tỉ lệ học sinh thực hành CSRM tốt tăng ít hơn. Điều này cho thấy hành vi còn chịu ảnh hưởng của rất nhiều yếu tố bên ngoài và bên trong, chủ quan và khách quan. Tuy nhiên kiến thức đúng là cơ sở cho thái độ đúng và thực hành đúng.

V. KẾT LUẬN

Điểm trung bình kiến thức tăng từ 7,01 lên 9,38, điểm trung bình thái độ tăng từ 6,99 lên 8,88, điểm trung bình thực hành tăng từ 5,00 lên 7,53 sau can thiệp.

Tỉ lệ học sinh có kiến thức VSRM tốt tăng từ 27,91% lên 93,02%, tỉ lệ học sinh có thái độ VSRM tốt tăng từ 22,48% lên 52,71%, tỉ lệ học sinh thực hành VSRM tốt tăng từ 3,10% lên 41,86% sau can thiệp.

Truyền thông bằng hình ảnh có hiệu quả làm tăng kiến thức, thái độ, thực hành VSRM của học sinh.

KHUYẾN NGHỊ

Cần đẩy mạnh các hoạt động truyền thông chăm sóc sức khỏe răng miệng cho học sinh tại trường học, tại nhà và cộng đồng để nâng cao kiến thức, thái độ, thực hành VSRM cho học sinh.

Bên cạnh đó, cần phải tăng cường hướng dẫn, giảng dạy các bài học trên lớp và hoạt động ngoại khóa để học sinh duy trì, nâng cao kiến thức, thái độ và có kỹ năng thực hành VSRM hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Đình Hải.** Báo cáo tóm tắt kết quả điều tra chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng ở học sinh tiểu học tại Việt Nam năm 2011. Hội nghị Châu Á-Thái Bình Dương lần thứ 6 về sức khỏe răng miệng cho học sinh các trường phổ thông năm 2011 tại Việt Nam;96.
2. **Trần Văn Trường và CS (2001),** Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Lan Anh, Trần Huy Hoàng.** Hình ảnh và vai trò của hình ảnh trong dạy học. Tạp chí thiết bị giáo dục. 2011;(71):8-9.
4. **Bùi Thị Thu Hiền, Lê Long Nghĩa, Đinh Xuân Thành**. Kiến thức, thái độ, thực hành chăm sóc răng miệng của học sinh tại Trường Trung học cơ sở Bồng Sơn, huyện Hoài Nhơn, tỉnh Bình Định năm 2019. Tạp chí y dược lâm sàng 108. 2020;(7):15.
5. **Đào Thị Dung.** Đánh giá hiệu quả can thiệp chương trình Nha học đường tại một số trường tiểu học quận Đống Đa-Hà Nội. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2007:45-53, 63,77.
6. **Tạ Quốc Đại, Trịnh Đình Hải, Đào Thị Dung, Nguyễn Thị Thùy Dương,.** Hiệu quả kiểm soát mảng bám răng trong dự phòng sâu răng, viêm lợi của học sinh 12 tuổi tại huyện Quốc Oai, Gia Lâm, Hà Nội năm 2010-2011. Tạp chí y học thực hành, 798. 2011;12/2011:18-22.
7. **Angelopoulou MV, Oulis CJ, Kavvadia K.** School-based oral health-education program using experiential learning or traditional lecturing in adolescents: a clinical trial. Int Dent J. 2014;64(5):278-284. doi:10.1111/idj.12123.
8. **Blake H, Dawett B, Leighton P, Rose-Brady L, Deery C.** School-Based Educational Intervention to Improve Children's Oral Health-Related Knowledge. Health Promot Pract. 2015;16(4):571-582. doi:10.1177/1524839914560568
9. **Al Bardaweel S, Dashash M.** E-learning or educational leaflet: does it make a difference in oral health promotion? A clustered randomized trial. BMC Oral Health. 2018;18(1):81. doi:10.1186/s12903-018-0540-4
10. **Nguyễn Anh Sơn.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng, viêm lợi, hiệu quả can thiệp ở học sinh lớp 6 một số trường trung học cơ sở huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh Phúc. Luận ánTiến sĩ Y tế công cộng, Viện vệ sinh dịch tễ Trung Ương. Published online 2019:51-56. 81-85.

KHẢO SÁT TỶ LỆ XUẤT HIỆN VÀ ĐẶC ĐIỂM LỖ CẰM PHỤ TRÊN PHIM CẮT LỚP VI TÍNH CHÙM TIA HÌNH NÓN (CT CONEBEAM)

Vũ Ngọc Quyết[1], Trần Cao Bính[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu về tỷ lệ xuất hiện và đặc điểm lỗ cằm phụ trên phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón CT Conebeam. **Đối tượng và phương pháp:** Đối tượng nghiên cứu gồm 150 phim CT Conebeam đáp ứng được các tiêu chuẩn lựa chọn. Sử dụng thống kê toán học để phân tích số liệu thu thập được. **Kết quả**: Lỗ cằm phụ được ghi nhận ở 16 trên 150 (11,6%) bệnh nhân chụp phim CTCB. Đường kính trung bình của lỗ cằm phụ là 1,02 ±0,13mm. Khoảng cách giữa lỗ cằm phụ và lỗ cằm được ghi nhận trung bình là 4,85 ±1,24 mm. Vị trí thường gặp nhất của lỗ cằm phụ là phía sau so với lỗ cằm với tỷ lệ 62,5%. **Kết luận**: Trên phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón CT Conebeam, lỗ cằm phụ xuất hiện ở 11,6% bệnh nhân.

Từ khoá: lỗ cằm phụ, CT Conebeam.

SUMMARY

THE ASSESSMENT OF ACCESSORY MENTAL FORAMEN USING CONEBEAM COMPUTED TOMOGRAPHY

Objective: This study is aimed at assessing the characteristics of accessory mental foramen using conbeam computed tomography. **Material and method**: A sample of 150 CBCTs was selected and assessed. Descriptive statistics were used to analyze the data. **Result**: The accessory mental foramen was observed in 11,6% of patients. The mean distance between the mental and accessory mental foramina was 4,85±1,24mm. **Conclusion**: The accessory mental foramen, which shows continuity with the mandibular canal, could be observed in 11,6% of the subjects using CBCT.

Keywords: accessory mental foramen, CBCT.

[1]Viện đào tạo Răng Hàm Mặt – Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Quyết
Email: vnq1192@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 19.8.2021
Ngày duyệt bài: 27.8.2021

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vị trí và đường đi của ống thần kinh răng dưới cũng như vị trí và số lượng lỗ cằm đóng vai trò quan trọng trong việc cấy ghép Implant nha khoa và các phẫu thuật liên quan tới các răng hàm dưới.

Gần đây, các công trình nghiên cứu về ống thần kinh răng dưới như đường đi, đường phân nhánh và quai trước, ống răng cửa hàm dưới cũng đã được đánh giá bằng cách sử dụng hình ảnh cắt lớp vi tính (CT Scanner) và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính chùm tia hình nón (CT Conebeam).

Sự hiện diện của nhiều lỗ cằm đã được các nghiên cứu thực hiện. Tuy nhiên, các mô tả về lỗ cằm phụ không được đề cập trong các nghiên cứu đó.Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu về hình thái và vị trí lỗ cằm phụ trên phim cắt lớp vi tính chùm tia hình nón (CT Conebeam).

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 150 phim CT Conebeam được lựa chọn theo tiêu chuẩn: Phim cân đối, các cấu trúc hàm dưới trên phim rõ ràng; Còn đầy đủ răng hàm dưới 2 bên; bệnh nhân trên 18 tuổi; không có hình ảnh tổn thương như u, nang,… vùng hàm dưới trên phim.

2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm các bước:

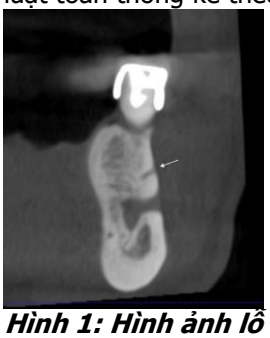
Bước 1: Thu thập phim CT Conebeam đúng tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ: 150 phim

Bước 2: Đo đạc và xem xét trên phần mềm các đặc điểm và chỉ số theo mẫu nghiên cứu

Bước 3: Nhập và xử lý số liệu

Bước 4: Tổng hợp số liệu và viết báo cáo

3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê theo chương trình SPSS 20.

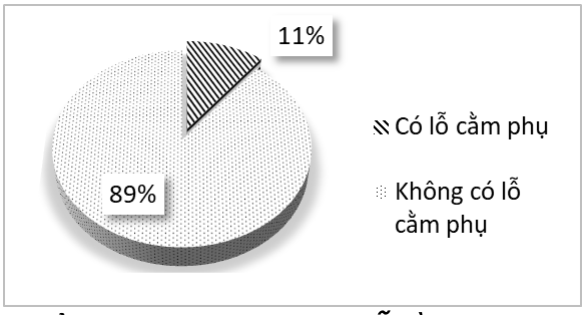


Hình 1: Hình ảnh lỗ cằm phụ trên lát cắt Coronal phim CTCB (mũi tên)

Hình 2: Hình ảnh lỗ cằm phụ trên lát cắt Axial phim CTCB(mũi tên)

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Tỷ lệ xuất hiện lỗ cằm phụ



Biểu đồ 1. Tỷ lệ xuất hiện lỗ cằm phụ trên phim CT Conebeam

Trong tổng số 150 phim CT Conebeam được đánh giá, có 16 phim có hình ảnh lỗ cằm phụ chiếm 11% tổng số phim nghiên cứu (Biểu đồ 1).

2. Thông tin chung của người bệnh có lỗ cằm phụ

Bảng 1. Thông tin chung của của người bệnh có lỗ cằm phụ

Đặc điểm	n	%
Giới tính		
Nam	10	62,5
Nữ	6	37,5
Tuổi ($\bar{x} \pm$ SD)	42,6 ± 15,8 (min=19, max=72)	

Trong 16 bệnh nhân có lỗ cằm phụ trên phim CT Conebeam, nam giới chiếm tỷ lệ 62,5% (tương ứng với 10 người). Nữ giới có 6 người chiếm 37,5%. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 42,6 tuổi, người cao nhất 72 tuổi, người thấp nhất 19 tuổi (Bảng 1).

Bảng 2. Đường kính lỗ cằm phụ theo giới và phần hàm

Đặc điểm		Chiều dài (mm) $\bar{x} \pm$ SD	p-value
Giới	Nam	1,02 ± 0,12	0,870
	Nữ	1,02 ± 0,17	
Phần hàm	Phải	1,03 ± 0,12	0,524
	Trái	1,00 ± 0,15	
Chung		1,02 ± 0,13	

Bảng 2 mô tả đường kính lỗ cằm phụ theo giới và phần hàm. Đường kính lỗ cằm phụ trung bình trên phim CT Conebeam là 1,02 ±0,13mm. Trong đó đường kính lỗ cằm phụ giữa nam và nữ tương đương nhau, là 1,02mm. Đường kính lỗ cằm phụ xuất hiện ở hàm phải là 1,03 mm, lớn hơn ở hàm trái là 1,00 mm. Tuy nhiên sự khác biệt về đường kính lỗ cằm phụ giữa hai giới và vị trí hàm không có ý nghĩa thống kê với p>0,05 (Mann-whitney U test).

Bảng 3. Chiều dài đường đi lỗ cằm phụ theo giới và phần hàm

Đặc điểm	Chiều dài (mm) $\bar{x} \pm$ SD	p-value

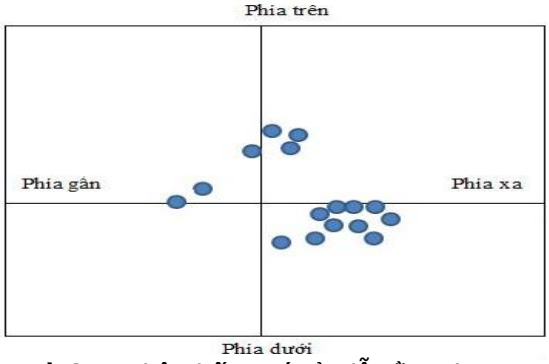
Giới	Nam	5,67 ± 1,52	**0,039**
	Nữ	4,03 ± 0,93	
Phần hàm	Phải	5,23 ± 1,74	0,711
	Trái	4,82 ± 1,32	
Chung		5,05 ± 1,53	

Chiều dài lỗ cằm phụ trung bình trên phim CT Conebeam là 5,05 ± 1,53mm (Bảng 3). Trong đó chiều dài lỗ cằm phụ ở nam là 5,67mm, dài hơn lỗ cằm phụ ở nữ là 4,03mm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p=0,039. Chiều dài lỗ cằm phụ xuất hiện ở hàm phải là 5,23 mm, dài hơn lỗ cằm ở hàm trái là 4,82mm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05 (Mann-whitney U test).

Bảng 4. Khoảng cách trung bình từ lỗ cằm phụ tới lỗ cằm theo giới và phần hàm

Đặc điểm		Khoảng cách (mm) $\bar{x} \pm$ SD	p-value
Giới	Nam	5,31 ± 1,28	0,073
	Nữ	4,08 ± 0,74	
Phần hàm	Phải	5,11 ± 1,52	0,958
	Trái	4,52 ± 0,75	
Chung		4,85 ± 1,24	

Bảng 4 mô tả khoảng cách từ lỗ cằm phụ tới lỗ cằm theo giới và phần hàm. Khoảng cách trung bình trên phim CT Conebeam là 4,85 ± 1,24 mm. Trong đó khoảng cách từ lỗ cằm phụ tới lỗ cằm ở nam là 5,31 mm, ở nữ là 4,08 mm, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05. Nghiên cứu cũng không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữ hoảng cách khoảng cách từ lỗ cằm phụ tới lỗ cằm ở hàm (5,11 mm) phải so với ở hàm trái (4,52 mm) (Mann-whitney U test).



Hình 3: Phân bố vị trí của lỗ cằm phụ so với lỗ cằm. Điểm giao cắt ở trung tâm là vị trí lỗ cằm

Vị trí của lỗ cằm phụ được ghi nhận trong nghiên cứu thường nằm ở 3 vị trí so với lỗ cằm: trước, sau và trên lỗ cằm. Trong đó vị trí sau và sau dưới chiếm tỷ lệ cao nhất với 10/16 lỗ cằm phụ (62,5%) được ghi nhận.

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ lỗ cằm phụ: Nghiên cứu ghi nhận 16 bệnh nhân có xuất hiện lỗ cằm phụ trên tổng số 150 bệnh nhân chụp phim CT Conebeam chiếm tỷ lệ 11,6%. Trong đó lỗ cằm phụ bên phải nhiều hơn bên trái (10 trường hợp bên phải (62,5%) so với 6 trường hợp bên trái (37,5%). Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Trần Việt Hà (2014) [1] trên phim CT Conebeam với tỷ lệ ghi nhận 2,9%, nghiên cứu của Naitoh (2009) [7] trên người Nhật với 7%, Kalender (2012) [3] trên người Thổ Nhĩ Kỳ với 6,5%. Tuy nhiên kết quả này tương đương với nghiên cứu của Naitoh (2011) [5] và Katakami trên người Nhật với tỷ lệ lần lượt là 10% và 11,3%. Có nghiên cứu chỉ ra rằng sự xuất hiện của lỗ cằm phụ có tính chủng tộc, người châu Phi thì xuất hiện nhiều hơn, tiếp theo là người châu Á và người châu Âu gặp tỷ lệ thấp nhất. Lỗ cằm phụ xuất hiện ở cả hai bên cung hàm với 9 trường hợp xuất hiện bên phải hài dưới (56,25%) và 7 trường hợp xuất hiện bên trái (43,75%).

Về đường kính lỗ cằm phụ: Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận đường kính trung bình của lỗ cằm phụ là 1,02 ± 0,13 mm. Kết quả này tương đương với kết quả của Paraskevas (2014) [6] và nhỏ hơn kết quả của Kalender (2012) là 1,4 mm.

Nghiên cứu ghi nhận chiều dài trung bình của đường đi lỗ cằm phụ tính từ lỗ cằm là 5,05 ± 1,53 mm, lớn hơn so với các nghiên cứu của Naitoh (2009) là 1,9mm. Nghiên cứu ghi nhận khoảng cách trung bình từ lỗ cằm phụ tới lỗ cằm là 4,85 ± 1,24 nằm trong khoảng từ 3,4mm đến 8,1 mm. Kết quả nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Naitoh (2009) [7] là nằm trong khoảng 4,5 đến 9,6mm.

Nghiên cứu ghi nhận kết quả của vị trí của lỗ cằm phụ so với lỗ cằm được phân bổ ở các vị trí sau, trên và trước. Như hình vẽ về vị trí lỗ cằm phụ cho chúng ta thấy vị trí thường gặp nhất của lỗ cằm phụ là về phía sau so với lỗ cằm. Hai vị trí trên và trước có tỷ lệ tương đương nhau và không thấy lỗ cằm phụ ở vị trí dưới lỗ cằm. Trong khi đó, lỗ cằm phụ theo nghiên cứu của Katakami cũng thường ở vị trí sau (41%), tiếp theo là phía dưới (29%) và không có lỗ cằm phụ nào ở phía trước và trước trên. Việc khảo sát vị trí lỗ cằm phụ đặc biệt lỗ cằm phụ phía trên lỗ cằm giúp bác sĩ lâm sàng tránh gây tổn thương lỗ cằm phụ có thể xảy ra các biến chứng rối loạn cảm giác.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ lỗ cằm phụ được ghi nhận trên phim

CT Conebeam là 11,6%

- Đường kính trung bình của lỗ cằm phụ là 1,02 ± 0,13 mm
- Khoảng cách trung bình từ lỗ cằm phụ tới lỗ cằm là 4,85 ± 1,24mm
- Chiều dài trung bình của đường đi lỗ cằm phụ là 5,05 ± 1,53mm
- Vị trí lỗ cằm phụ thường gặp nhất là vị trí sau lỗ cằm với tỷ lệ 62,5%

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Việt Hà,** Nghiên cứu giải phẫu ống răng dưới trên phim CT Conebeam ở người trưởng thành, Đại học Y Hà Nội, 2014
2. **Đồng Thanh Thiện,** Nhận xét hình thái ống răng dưới theo ba chiều không gian và mối liên quan với các chân răng hàm dưới trên phim CT Conebeam, Đại học Y Hà Nội, 2013
3. **Kalender A., Orhan K., Aksoy U.,** "Evaluation of the mental foramen and accessory mental foramen in Turkish patients using cone-beam computed tomography images reconstructed from a volumetric rendering program", Clinical Anatomy, 2012
4. **Katakami K., Mishima A., Shiozaki K., Shimoda S., Hamada Y., et al.,** "Characteristics of accessory mental foramina observed on limited cone-beam computed tomography images", Journal of Endodontics, 2008
5. **Naitoh M., Yoshida K.,Nakahara K., Gotoh K., Ariji E.,** "Demonstration of accessory mental foramen using rotational panoramic radiography compared with cone-beam computed tomography", Clinical Oral Implants Research Journal, 2011
6. **Paraskevas G., Mavrodi A., Natsis K.,** "Accessory mental foramen: an anatomical study on dry mandibles and review of the literature", The Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2015
7. **Naitoh M., Hiraiwa Y., Aimiya H., Gotoh K., Ariji E.,** "Accessory mental foramen assessment using cone-beam computed tomography", Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontology, 2009

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP U MỠ TUỶ LỚN VÙNG CỔ PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

Trần Sơn Tùng[1], Ngô Mạnh Hùng[1], Vũ Quang Hiếu[1]

TÓM TẮT

Tổng quan: Hầu hết các u mỡ tủy sống được báo cáo trong y văn là u dưới màng cứng, ngoài tủy, và u mỡ nội tủy thực sự là rất hiếm. Chúng tôi trình bày một trường hợp u mỡ trong tủy sống của vùng cổ với phần mở rộng trên nhiều đoạn tủy sống. Trên phim cộng hưởng từ (MRI) cho thấy một u mỡ nội tủy của tủy sống cổ với cường độ tín hiệu T1 và T2 cao. Đánh giá hình ảnh MRI rất quan trọng trong việc phát hiện các u mỡ nội tủy có thể xuất hiện mà không có bất kỳ thiếu hụt thần kinh nào ở giai đoạn đầu. Chẩn đoán sớm có thể dẫn đến việc ngăn ngừa sự suy giảm không thể phục hồi của các chức năng thần kinh. **Mô tả trường hợp:** Bệnh nhân nam 29 tuổi, không có tiền sử rối loạn chức năng cột sống, có biểu hiện liệt cứng tứ chi tiến triển. Cộng hưởng từ ghi nhận u mỡ nội tủy lớn vùng cổ. Sau phẫu thuật cắt bỏ một phần tổn thương nội tủy, bệnh nhân đã cải thiện về mặt thần kinh.

SUMMARY

HUGE CERVICAL INTRAMEDULLARY LIPOMA SURGERY AT VIET DUC HOSPITAL: CASE REPORT

Background: Most of the spinal cord lipomas reported in the literature are intradural extramedullary, and true intramedullary lipomas are very rare. We present a case of intramedullary spinal cord lipoma of the cervical region with extensions over many spinal segments. Magnetic resonance (MR) examination showed an intramedullary lipoma of the cervical spinal cord of both high T1 and T2-weighted signal intensity and suppression on fat saturation sequence. MR imaging assessment is critical in the detection of intramedullary lipomas which may present without any neurological deficit at an early stage. Early diagnosis may lead to prevention of the irreversible deterioration of neurological functions. **Case description:** A 29-year-old male, without a history of spinal dysraphism, presented with a progressive spastic quadriparesis. This was attributed to magnetic resonance documented large intramedullary cervical lipoma. Following partial intramedullary surgical debulking of the lesion, the patient neurologically improved.

Key-words: Spinal cord tumor, Lipoma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U mỡ tại tuỷ sống thường xuất hiện bên ngoài tuỷ, hay gặp nhất ở đoạn tuỷ thắt lưng-cùng ở các bệnh nhân có dị tật ống sống. Những tổ chức u mỡ nằm hoàn toàn bên trong tuỷ sống cực kì hiếm gặp, chiếm dưới 1%[3] trong tổng số tất cả các tổn thương tuỷ sống. Do những trường hợp này u nằm trong tuỷ sống, nên sau phẫu thuật loại bỏ u, bệnh nhân có thể chỉ phục

[1]*Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Sơn Tùng
Email: trantung.hmu@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 18.8.2021
Ngày duyệt bài: 25.8.2021

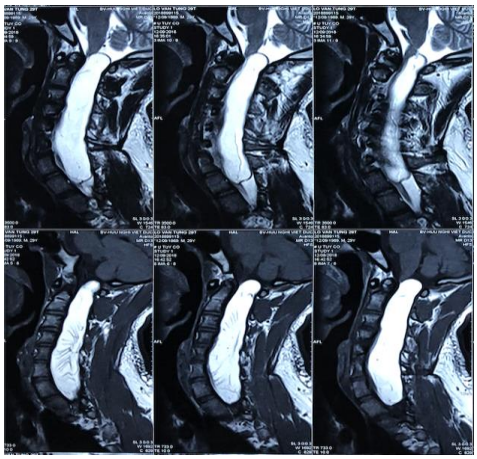
hồi một phần chức năng thần kinh [6].

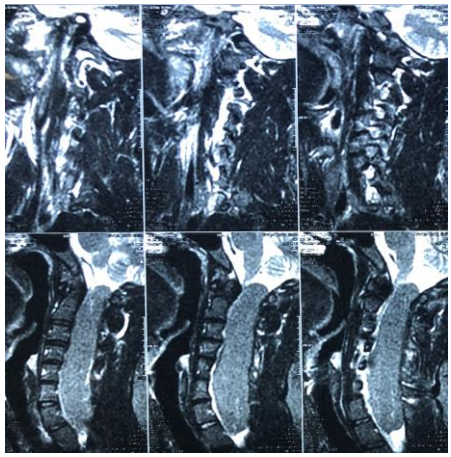
Trong bài viết này, chúng tôi báo cáo về một bệnh nhân nam 29 tuổi, được chẩn đoán u mỡ nội tuỷ đoạn tuỷ cổ, sau mổ loại bỏ bán phần khối u có cải thiện chức năng.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 29 tuổi, đau cổ, tê tay chân 6 tháng, 1 tháng gần đây triệu chứng đau tăng dần, kèm theo yếu tứ chi. Bệnh nhân đến khám trong tình trạng mất cảm giác từ nền cổ trở xuống, giảm và mất vận động tứ chi. Cơ lực 2 tay là 3/5, chân là 2/5, đi lại cần có xe lăn hỗ trợ.

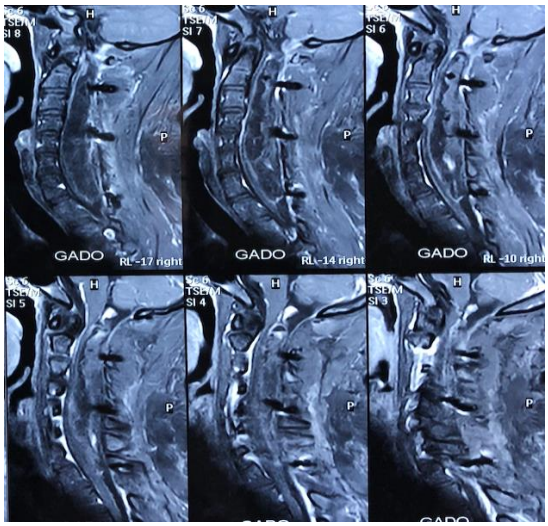
Cộng hưởng từ thấy hình ảnh khối nằm trong ống sống bắt đầu từ C0 đến D1, kích thước 13*3cm, tăng tín hiệu đồng nhất trên T1W và T2W, giảm tín hiệu hoàn toàn trên chuỗi xung xoá mỡ, sau tiêm không ngấm thuốc. Khối chiếm chỗ và đè đẩy cấu trúc tuỷ cổ tương ứng không quan sát rõ hình thái tuỷ. Các đặc điểm này phù hợp với tính chất khối u mỡ.

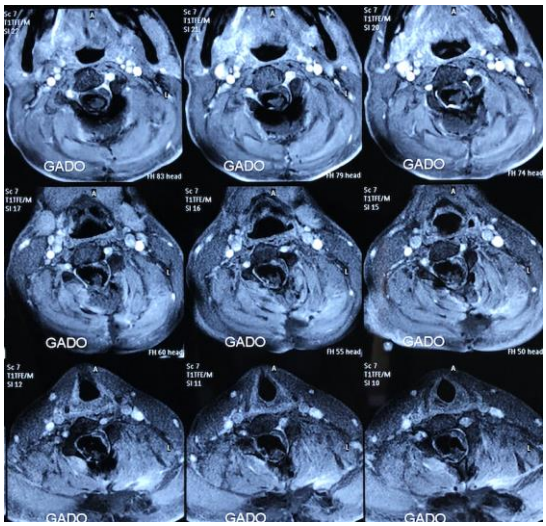




Chúng tôi tiến hành phẫu thuật cột sống cổ lối sau. Rạch da rộng rãi từ ụ chẩm ngoài đến ngang mức D2. Bóc tách và bộc lộ toàn bộ phần gai và cung sau C1 đến D1. Kiểm tra thấy hình thái cột sống vẹo nhiều sang bên phải (Đã được phát hiện trên phim chụp cộng hưởng từ trước đó). Cung sau C1 đến D1 được tiến hành mở rộng rãi, thành một khối nhờ sự hỗ trợ của khoan cắt cung sau. Đánh giá trong mổ khối u tương xứng với hình ảnh chụp cộng hưởng từ, khối u kích thước 13 cm, màu vàng nhạt, mật độ u mềm và tăng sinh mạch ít. Khối u nằm dưới màng nhện, dính chặt và đẩy toàn bộ tổ chức tuỷ sống ra trước, do không có mặt cắt ranh giới rõ ràng giữa khối u và mô lành nên chúng tôi chỉ tiến hành cắt bỏ u tối đa (có sử dụng dao cắt siêu âm), cùng với tạo hình màng cứng. Phần cung sau cắt ra được chúng tôi tạo hình lại bằng nẹp và vis nhằm khôi phục lại giải phẫu phần ống tuỷ mà vẫn đạt hiệu quả giải ép.

Bệnh nhân sau mổ diễn biến tốt và được xuất viện sau mổ 07 ngày với sự cải thiện rõ rệt về triệu chứng lâm sàng, bệnh nhân có thể đứng và đi lại với nạng hoặc người dìu. Cảm giác được phục hồi ngay ngày thứ 3 sau mổ. Trên phim chụp kiểm tra cho thấy phần lớn khối u được lấy bỏ, phần tồn dư dính vào mặt sau tuỷ không đáng kể và nhìn thấy được hình thái tuỷ sống trên phim chụp.





III. BÀN LUẬN

U mỡ tại tuỷ sống là tổn thương tương đối hiếm gặp và chiếm tỷ lệ thấp trong số u tuỷ sống nói chung và u tuỷ cổ nói riêng[1][3]. Trong các nghiên cứu cho thấy đa số các khối u mỡ xuất hiện tại vị trí ngoài màng tuỷ và hay gặp nhất ở đoạn tuỷ cùng/thắt lưng. Các khối u phát sinh ở đoạn tuỷ cổ đặc biệt là các khối u dưới màng tuỷ thường ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng tuỷ và do vậy tiên lượng tương đối nghèo nàn[2]. Bên cạnh đó trong trường hợp này bệnh nhân là người dân tộc thiểu số, việc khám và phát hiện bệnh sớm không được thực hiện, tình trạng bệnh nhân khi đến với chúng tôi đã ở giai đoạn nặng.

Phôi thai học. Hầu hết các trường hợp u mỡ tuỷ sống được báo cáo trong y văn đều là tổn thương ngoài tuỷ[1][3]. Chúng thường bắt đầu do sự di chuyển của các tế bào có nguồn gốc trung mô đến ống sống nguyên thuỷ trước khi ống sống kịp đóng kín trong quá trình phát triển phôi[1]. Triệu chứng của các u này thường biểu hiện từ rất sớm và gồm hai pha chính: pha đầu tiên bắt đầu trước khi trẻ 5 tuổi, biểu hiện liệt tứ chi hoặc hội chứng yếu chi ở trẻ nhỏ do chấn thương tuỷ sống ngay lúc sinh. Giai đoạn 2 xảy ra do tăng sinh mô mỡ trong quá trình phát triển, trong khoảng những năm 11-50 tuổi[3].

Biểu hiện lâm sang. Trên lâm sàng, các khối u mỡ nội tuỷ đoạn tuỷ cổ biểu hiện mất phối hợp vận động, đau cổ, mất cảm giác, yếu liệt tăng dần; điển hình như ca bệnh được báo cáo. Ở bệnh nhân lớn tuổi, các triệu chứng có xu hướng biểu hiện không quá dữ dội, gợi ý đến bệnh lý tuỷ tiến triển chậm, đôi khi các triệu chứng này hay bị bỏ qua, càng làm chậm trễ cho quá trình phát hiện và điều trị bệnh [4]. Khi chèn ép đạt đến mức độ cực đại, bệnh lý tuỷ mới bắt đầu biểu hiện rõ rệt dần trên bệnh nhân. Ở giai đoạn này, cấu trúc tuỷ bị thoái hoá do chèn ép, giảm tưới máu, gây nhiều khó khăn trong điều trị nhất là phục hồi chức năng sau phẫu thuật.

Chẩn đoán và điều trị. Chẩn đoán và điều trị sớm là yếu tố tối quan trọng và mang tính chất quyết định nhằm giảm thiểu những hậu quả không khắc phục được khi chèn ép tuỷ cổ diễn ra lâu dài.

Trên ảnh cộng hưởng từ, u mỡ biểu hiện tăng tín hiệu trên ảnh T1W và giảm tín hiệu trên T2W, với hiện tượng đảo tín hiệu nhẹ dưới chuỗi xung phục hồi đảo nghịch T1 ngắn; các đặc điểm này gợi ý đến tổ chức giàu chất béo[1][3]. Biện pháp tối ưu được lựa chọn trong đa số trường hợp là giải ép nhưng không cắt hết u nhằm tránh sự suy yếu chức năng thần kinh sau này, do những khối u này phần ranh giới với mô lành rất mờ nhạt[4]. Siêu âm trong mổ cũng là một phương pháp hiệu quả giúp xác định độ thâm nhiễm của khối u, điện thế kích thích cảm giác tương đương giúp tránh gây tổn thương cho các cấu trúc thần kinh[5]. Điện thế kích thích vận động cũng có thể được sử dụng thường xuyên nếu cần cắt lại khối u, tuy nhiên trong điều kiện thực tế việc triển khai những phương pháp trên còn nhiều hạn chế, do vật tư trang thiết bị hiện còn thiếu thốn. Việc cắt bỏ phần lớn khối u, cùng với giải ép giúp giảm nhẹ triệu chứng một cách lâu dài.

Một số phẫu thuật viên đề xuất dùng laser CO_2 nhằm gây bốc hơi các tổ chức thương tổn mà không ảnh hưởng trực tiếp tới tuỷ sống[5]. Tuy nhiên hiện chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về hiệu quả cũng như mức độ an toàn của phương pháp này.

IV. KẾT LUẬN

U mỡ nội tuỷ đoạn tuỷ cổ là bệnh tương đối hiếm gặp, biểu hiện điển hình với tình trạng yếu liệt tứ chi tăng dần, có thể kèm theo các rối loạn về cảm giác. Chụp cộng hưởng từ là phương pháp chủ yếu để chẩn đoán bệnh. Về phương pháp điều trị, việc cắt bán phần u được ưu tiên hơn là cắt toàn bộ mô u nhằm tránh tổn thương chức năng thần kinh. Tạo hình màng cứng giúp tăng hiệu quả giải ép lâu dài.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ammerman BJ, Henry JM, De Girolami U, Earle KM**. Intradural lipomas of the spinal cord. A clinicopathological correlation. J Neurosurg 1976; 44: 331-336.
2. **Bhatoe HS, Singh P, Chaturvedi A, Sahai K, Dutta V, Sahoo PK**. Nondysraphic intramedullary spinal cord lipomas: A review. Neurosurg Focus. 2005;18:EC P1.
3. **Lee M, Rezai AR, Abbott R, Coelho DH, Epstein FJ.** Intramedullary spinal cord lipomas. J Neurosurg. 1995;82:394–400.
4. **Naim Ur R, Salih MA, Jamjoom AH, Jamjoom ZA**. Congenital intramedullary lipoma of the dorsocervical spinal cord with intracranial extension: Case report. Neurosurgery. 1994; 34:1081–3.discussion 1084.
5. **Pathi R, Kiley M, Sage M.** Isolated spinal cord lipoma . J Clin Neurosci 2003; 10:692-694.
6. **Sanli AM, Türkog˘lu E, Kahveci R, Sekerci Z.** Intradural lipoma of the cervicothoracic spinal cord with intracranial extension. Childs Nerv Syst 2010; 26:847-852.

CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở TRẺ VỊ THÀNH NIÊN 10-15 TUỔI ĐIỀU TRỊ ARV NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Hiền[1], Nguyễn Văn Lâm[2], Mattias Larsson[3], Linus Olson[3], Nguyễn Thị Kim Chúc[4], Trần Khánh Toàn[4]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng cuộc sống (CLCS) và một số yếu tố liên quan ở trẻ vị thành niên 10-15 tuổi nhiễm HIV đang điều trị ARV ngoại trú tại Bệnh viện Nhi trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên 190 trẻ từ 10-15 tuổi nhiễm HIV đang được quản lý điều trị ARV ngoại trú tại Bệnh viện Nhi trung ương từ 6-12/2020. CLCS được đánh giá bằng công cụ PedsQL 4.0 với 23 câu hỏi liên quan đến 4 lĩnh vực về thể chất, tình cảm, xã hội và học tập. Điểm số càng cao tương ứng với CLCS càng tốt. **Kết quả:** Điểm trung bình CLCS chung 72,2; về sức khỏe thể chất 80,3; sức khỏe tâm lý xã hội 75,6; xã hội 82,2; cảm xúc 76,3; và học tập 68,3. Tỷ lệ CLCS tốt tính chung là 56,8%; về sức khỏe thể chất 67,9%; sức khỏe tâm lý xã hội 57,4%; về xã hội 73,2%, cảm xúc 57,9% và học tập 45,3%. Trẻ thuộc các hộ gia đình nghèo, trẻ có NCS có học vấn thấp (từ THCS trở xuống) và trẻ có thời gian từ nhà đến phòng khám từ 60 phút trở lên có CLCS thấp hơn (p<0,05). **Kết luận:** Trẻ vị thành niên nhiễm HIV đang điều trị ARV có CLCS cao ở hầu hết các lĩnh vực, trừ lĩnh vực học tập. Hộ gia đình nghèo, học vấn của NCS thấp và thời gian tiếp cận phòng khám dài là những yếu tố liên quan đến CLCS thấp ở trẻ vị thành niên.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, vị thành niên, HIV, ARV, PedsQL.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE AND RELATED FACTORS IN HIV-INFECTED ADOLESCENTS AGED 10-15 YEARS ON ANTIRETROVIRAL TREATMENT AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL IN 2020

Objectives: To describe the quality of life (QoL) and its related factors in HIV-positive adolescents aged 10-15 years on antiretroviral treatment (ART) at the National Children's Hospital**. Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study of 190 HIV-infected children aged 10-15 years taking ART at the National Children's Hospital from June to December 2020. The 23-item PedsQL™ Generic Core Scales were used to measure 4 core dimensions of health: physical, emotional, social and school functions. **Results:** The average scores were 72.2 for total QoL; 80.3 for physical health; 75.6 for psychosocial health; 76.3 for emotional function; 82.2 for social function; and 68.3 for school function. The rates of good QoL were 56.8% in total; 67.9% for physical function; 57.4% for psychosocial health; 57.9% for emotional function; 73.2% for social function; and 45.3% for school function. Children living in poor families, who having caregivers with low education (from lower secondary school) and those who need at least 60 minutes to reach the clinic had lower QoL(p<0.05)**. Conclusion:** HIV-infected

[1]*Trường Đại học Y Dược - ĐH Thái Nguyên*
[2]*Bệnh viện Nhi Trung Ương*
[3]*Viện Karolinska, Thụy Điển,* [4] *Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hiền
Email: Hiennguyentn92@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 17.8.2021
Ngày duyệt bài: 24.8.2021

adolescents on ART have a relatively good QoL in almost all domains, except for school function. Low household economic condition, low educational level of caregiver and longer time to access the clinic are associated with low QoL in adolescents on ART.

Keywords: Quality of life, adolescents, HIV, ARVs, PedsQL™.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV/AIDS vẫn đang là một vấn đề sức khỏe quan trọng, để lại gánh nặng bệnh tật lâu dài cho trẻ em, đặc biệt ở các nước đang phát triển. Năm 2019, ước tính có khoảng 2,8 triệu trẻ em và trẻ vị thành niên nhiễm HIV trên toàn cầu với 320.000 trẻ mắc mới [1]. Tại Việt Nam, tính đến quý 3 năm 2017, nhóm tuổi từ 14 – 19 tuổi chiếm 3% trong những người mới phát hiện nhiễm HIV [2]. Ước tính hiện nay cả nước có khoảng 5000 trẻ em và trẻ vị thành niên đang được điều trị thuốc kháng vi rút (ARV) [3]. Trẻ mang HIV gặp nhiều thách thức ở các lĩnh vực khác nhau, nhất là trong giai đoạn chuyển tiếp của tuổi vị thành niên [4].

Vị thành niên là một giai đoạn đặc biệt trong cuộc đời với những đặc trưng riêng về tâm sinh lý. Các vấn đề thường xảy ra ở trẻ em nhiễm HIV là bị xã hội kỳ thị, tự ti, ức chế sự phát triển tâm sinh lý bình thường, phải điều trị ARV kéo dài, tái khám thường xuyên, và nghỉ học nhiều lần [5]. Trẻ em và trẻ vị thành niên có HIV đang điều trị ARV cũng thường có tỷ lệ thất bại điều trị virut gấp 2 lần so với người lớn.

Với những tiến bộ gần đây trong điều trị ARV, thời gian sống của người nhiễm HIV đã được tăng lên rõ rệt; CLCS của người bệnh ngày càng được quan tâm. Tuy nhiên, ở Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về CLCS của trẻ nhiễm HIV ở độ tuổi vị thành niên. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá CLCS và một số yếu tố liên quan ở trẻ vị thành niên nhiễm HIV đang điều trị ARV tại Bệnh viện Nhi trung ương năm 2020. Những thông tin này sẽ là cơ sở cho các can thiệp nhằm cải thiện CLCS và hiệu quả điều trị của trẻ nhiễm HIV.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên đối tượng trẻ nhiễm HIV đang được quản lý điều trị ARV thường xuyên tại phòng khám ngoại trú (OPC) của Bệnh viện Nhi trung ương từ tháng 6/2020 đến tháng 12/2020. Đây là một phần kết quả điều tra ban đầu của một Dự án can thiệp về hỗ trợ tuân thủ điều trị (HIVCHI-2) nên nghiên cứu loại trừ những trường hợp trẻ do các cơ sở điều trị ARV khác giới thiệu đến điều trị tạm thời tại Bệnh viện Nhi trung ương; trẻ sống trong các cơ sở chăm sóc tập trung, trẻ đang tham gia các nghiên cứu can thiệp khác về - tuân thủ điều trị ARV. Tổng cộng có 190/196 trẻ thoả mãn tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang thông qua phỏng vấn trẻ và người chăm sóc (NCS) về CLCS của trẻ bằng công cụ PedsQL 4.0. Công cụ PedsQL 4.0 với 23 câu hỏi về 4 lĩnh vực về thể chất, tình cảm, xã hội và học tập, phù hợp để đo lường CLCS liên quan đến sức khỏe ở trẻ em và trẻ vị thành niên từ 2-18 tuổi với giá trị và độ tin cậy cao. Điểm CLCS ở từng lĩnh vực được tính bằng cách lấy tổng số điểm các câu trả lời ở từng lĩnh vực chia cho số câu đã trả lời trong lĩnh vực đó. Từ đó, tính được điểm trung bình CLCS chung và điểm trung bình riêng cho sức khoẻ thể chất và sức khoẻ tâm lý xã hội. Điểm trung bình càng cao có nghĩa là CLCS của trẻ càng tốt và ngược lại. Trên cơ sở phổ điểm, trong nghiên cứu này, trẻ được coi là CLCS tốt khi điểm trung bình CLCS ≥75. Thông tin về tiền sử, bệnh sử, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị được thu thập từ hồ sơ bệnh án ngoại trú và phỏng vấn bổ sung NCS bằng một bộ câu hỏi cấu trúc. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0. Nghiên cứu nằm trong khuôn khổ Dự án HIVCHI-2 đã được Hội đồng đạo đức của trường Đại học Y Hà Nội phê duyệt, bảo đảm các yêu cầu về đạo đức trong nghiên cứu y sinh học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Thông tin nhân chung của trẻ nhiễm HIV

Thông tin của đối tượng		Số lượng (%)
Tuổi (năm) 12,1±1,7		
Giới tính	Nam	107(56,3%)
	Nữ	83(43,7%)
Địa bàn sinh sống	Hà Nội	91(47,9%)
	Tỉnh khác	99(52,1%)
Thời gian từ nơi ở đến phòng khám	30-<60 phút	51(26,84%)
	60-<120 phút	56(29,5%)
	≥120 phút	83(43,7%)
Trẻ dân tộc thiểu số		6(3,2%)
Gia đình trẻ thuộc hộ nghèo		62(32,6%)
Trẻ có bảo hiểm y tế		187(98,4%)
Trẻ có được đến trường học		185(99,5%)

Trong bảng 1, trẻ nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (56,3% và 43,7%); độ tuổi trung bình là 12,1±1,7. Hầu hết trẻ là người dân tộc Kinh 96,8%, có bảo hiểm y tế (98,4%), sống chủ yếu ở các tỉnh ngoài Hà Nội (52,1%), gia đình chủ

yếu 3-4 người (56,3%) và được đến trường (99,5%). Khoảng 1/3 số trẻ thuộc các hộ gia đình nghèo.

Bảng 2. Thông tin đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị ARV

Thông tin		Số lượng (%)
Tuổi trung bình khi được chẩn đoán nhiễm HIV (tháng)		37,2±28,3
Thời gian trung bình được điều trị sau khi chẩn đoán (tháng)		13,2±19,1
Thời gian điều trị ARV trung bình (năm)		8,2±2,8
BMI hiện tại	Suy dinh dưỡng	29(15,3%)
	Bình thường	156(82,1%)
	Thừa cân, béo phì	5(2,6%)
Nhiễm trùng cơ hội lúc bắt đầu điều trị	Không	91(47,9%)
	Có	99 (52,1%)
GĐLS lúc bắt đầu điều trị	Giai đoạn I	106(56,4%)
	Giai đoạn II	33(17,6%)
	Giai đoạn III	30(15,9%)
	Giai đoạn IV	19(10,1%)
Giai đoạn lâm sàng hiện tại	Giai đoạn I	182(97,9%)
	Giai đoạn II	4(2,1%)
Tải lượng vi rút gần nhất	Trên ngưỡng	37(19,9%)
	Dưới ngưỡng	149(80,1%)
Nồng độ CD4 gần nhất	CD4 < 500	33(17,6%)
	500≤CD4<1000	109(58,3%)
	CD4≥1000	45(24,1%)
Đã từng gặp thất bại điều trị	Có	44(23,2%)
	Không	146(76,8%)
Tuân thủ điều trị ARV hiện tại	Tốt	173(91,1%)
	Chưa	17(8,9%)

Trung bình trẻ được chẩn đoán vào khoảng 37 tháng tuổi, được điều trị arv sau đó khoảng 13 tháng và thời gian điều trị trung bình 8,2 năm. Thời gian nhiễm HIV dưới 10 năm 52,6%, có 95,2% trẻ được xác định lây nhiễm HIV theo đường mẹ con. NTCH khi bắt đầu điều trị 52,1% và 43,6% ở giai giai đoạn lâm sàng II trở lên. Sau thời gian điều trị bằng ARV, đại đa số trẻ ở GĐLS I (97,9%), với 80,1% có tải lượng virus dưới ngưỡng, và 17,6% có CD4 dưới 500. Hiện tại 15,3% trẻ suy dinh dưỡng và 5,6% trẻ thừa cân, béo phì. Có 23,2% trẻ từng gặp thất bại điều trị ARV về lâm sàng, miễn dịch và hoặc vi rút học, phần lớn trẻ tuân thủ điều trị ARV (91,1%) (bảng 2).

Bảng 3. Thông tin chung NCS chính

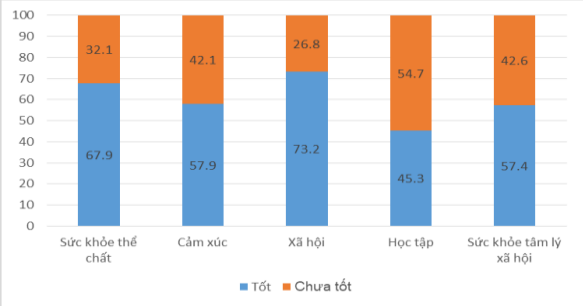
Thông tin của đối tượng		Số lượng (%)
NCS chính	Bố	37(19,5%)
	Mẹ	114(60,00%)
	Ông, bà	29,26(15,3%)
	Khác	10 (5,2%)
Tuổi trung bình NCS (năm) 43,7±11,2		
Học vấn NCS	Từ PTTH trở lên	88 (46,3%)
	Từ THCS trở xuống	102 (53,7%)
Nghề nghiệp NCS	Lao động phổ thông	111 (58,4%)
	Khác	79 (41,6%)
Tình trạng nhiễm HIV của người chăm sóc	Có	137 (72,1%)
	Không	37 (19,5%)
	Không rõ	16 (8,4%)

Bảng 3 cho thấy NCS chính chủ yếu là bố, mẹ (79,5%) với tuổi trung bình 43,7±11,2 và phần lớn có học vấn NCS từ THCS trở xuống (53,7%). Hầu hết NCS là lao động phổ thông (58,4%). Tỷ lệ nhiễm HIV của NCS cao 72,1%.

Bảng 4: Điểm trung bình CLCS của trẻ theo từng lĩnh vực, khía cạnh

CLCS / Lĩnh vực	Q1	Q2	Q3	Min	Max
Sức khỏe thể chất	65,3	87,5	100	25	100
Cảm xúc	60,0	80,0	100	15	100
Xã hội	70,0	90,0	100	0	100
Học tập	55,0	70,0	85	0	100
Sức khỏe tâm lý xã hội	65,0	77,6	90	8,3	100
CLCS chung	66,3	79,3	91,3	14,1	100

Trong bảng 4 ĐTB CLCS chung và các lĩnh vực tương đối cao: CLCS chung 72,2; lĩnh vực sức khỏe thể chất 80,3; sức khỏe tâm lý xã hội 75,6. Trong lĩnh vực sức khỏe tâm lý xã hội: ĐTB khía cạnh xã hội là cao nhất: 82,2 thấp nhất học tập: 68,3.



Biểu đồ 1: Phân loại CLCS của từng lĩnh vực, khía cạnh

Nhận xét: Phân loại CLCS của trẻ ở các lĩnh vực là tương đối tốt. Tỷ lệ CLCS chung tốt 56,8%; lĩnh vực sức khỏe thể chất 67,9%; sức khỏe tâm lý xã hội 57,4% trong đó khía cạnh xã hội phân loại tốt cao nhất 73,2% khía cạnh học tập phân loại CLCS tốt chiếm tỷ lệ thấp nhất 45,3% tiếp đến khía cạnh cảm xúc 57,9% (biểu đồ 1).

Bảng 5: Mối liên quan giữa CLCS và đặc điểm của trẻ nhiễm

Thông tin của đối tượng		Tốt		Chưa tốt		OR 95%CI
		n	%	n	%	
Giới tính	Nam	63	58,9	44	41,1	1,0
	Nữ	45	54,2	38	45,8	1,2 (0,7-2,2)
Nhóm tuổi	13-15	62	56,4	38	43,6	1,0
	10-12	46	57,5	34	42,5	1,0 (0,5-1,7)
Hộ nghèo	Không	80	62,5	48	37,5	1,0
	Có	28	45,2	34	54,8	2,0(1,1-3,7)*
Thời gian đến phòng khám	Dưới 60 phút	36	70,6	15	29,4	1,0
	Từ 60 phút trở lên	72	51,8	67	48,2	2,2(1,1-4,4)*
Nhóm tuổi NCS	Trên 45 tuổi	29	63,0	17	37,0	1,0
	Từ 45 tuổi trở xuống	79	54,9	65	45,1	1,4(0,7-2,8)
NCS nhiễm HIV	Không	25	67,6	12	32,4	1,0
	Có	74	54,0	63	46,0	1,8 (0,8-3,8)
Trình độ NCS	Từ PTTH trở lên	58	65,9	30	34,1	1,0
	Từ THCS trở xuống	50	49,0	52	51,0	2,0(1,1-3,6)*
Thời gian nhiễm HIV	Dưới 10 năm	62	62,0	38	38,0	1,0
	10 năm trở lên	46	51,1	44	48,9	1,6(0,9-2,8)
Thời gian điều trị ARV sau chẩn đoán(tháng)	Trong vòng 6 tháng	64	59,3	44	40,7	1,0
	Trên 6 tháng	44	53,7	38	56,3	1,3(0,7-2,2)
Trẻ bị suy dinh dưỡng	Không	94	58,4	67	41,6	1,0
	Có	14	48,3	15	51,7	1,5(0,7-3,2)
Giai đoạn lâm sàng hiện tại	I	104	57,1	78	42,9	1,0
	II	2	50,0	2	50,0	1,3 (0,2-9,7)
Kết quả CD4 gần nhất	Dưới 500	23	67,6	11	32,4	1,0
	Từ 500 trở lên	85	54,5	71	45,5	1,7(0,8-3,8)
Tải lượng vi rút gần nhất	Dưới ngưỡng	89	58,2	64	41,8	1,0
	Trên ngưỡng	19	51,4	18	48,6	1,3 (0,6-2,7)
Tiền sử thất bại điều trị	Không	87	59,6	59	40,4	1,0
	Có	21	47,7	23	52,3	1,6 (0,8-3,2)

(* có ý nghĩa thống kê với p <0,05)

Nhận xét: Hộ gia đình nghèo, học vấn của NCS thấp và thời gian tiếp cận phòng khám dài là những yếu tố liên quan đến CLCS thấp ở trẻ vị thành niên Không có mối liên quan giữa CLCS và một số đặc điểm kinh tế xã hội khác (giới tính, nhóm tuổi), các đặc điểm NCS (nhóm tuổi, tình trạng nhiễm HIV của NCS) và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thông tin điều trị ARV của trẻ (bảng 5).

IV. BÀN LUẬN

Trong 190 trẻ đủ tiêu chuẩn được thu nhận vào nghiên cứu, tuổi trung bình là 12,1±1,7 (năm), tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1. Tuổi trung bình được chẩn đoán nhiễm HIV 37,2±28,3 (tháng). Trong nghiên cứu của AC Ubesie và công sự; Brown và cộng sự ở Ibadan cũng cho thấy tuổi trung bình được chẩn đoán nhiễm HIV là 3 tuổi. Tuổi để chẩn đoán nhiễm HIV là khá muộn. Trong nghiên cứu này, thời gian trung bình được điều trị sau chẩn đoán là 13,2 ±19,1 (tháng), sớm hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Desmonde và cộng sự (2018) trên 135.479 trẻ từ 1-19 tuổi điều trị ARV thấy 68% trong tổng số được điều trị ARV sau 24 tháng phát hiện nhiễm HIV. Với việc khả năng tiếp cận với điều trị ARV ngày một tốt hơn, hy vọng trẻ sẽ có nhiều cơ hội để được điều trị sớm hơn. Tăng cường tiếp cận với ARV đã cho phép trẻ em nhiễm HIV giai đoạn đầu có thể sống sót khi trở thành trẻ vị thành niên. Trong nghiên cứu này, CLCS tổng thể của trẻ nhiễm HIV ở giai đoạn này là tương đối tốt, tỷ lệ CLCS chung tốt 56,8%; lĩnh vực sức khỏe thể chất 67,9%; sức khỏe tâm lý xã hội 57,4% trong đó khía cạnh xã hội phân loại tốt cao nhất 73,2% khía cạnh học tập phân loại CLCS tốt chiếm tỷ lệ thấp nhất 45,3%. CLCS trong nghiên cứu này tốt có thể do bệnh nhân đã điều trị từ lâu thời gian điều trị ARV trung bình 8,2±2,8 nên trẻ ổn định về lâm sàng, cận lâm sàng hơn nữa trẻ đã nhận thức được về bệnh và xác định điều trị lâu dài. Ảnh hưởng tiêu cực của trình trạng HIV trong gia đình chủ yếu thể hiện ở sức khỏe tâm lý xã hội của trẻ nhất là ở khía cạnh học tập

với điểm trung bình 68,3 tỉ lệ CLCS tốt ở khía cạnh này thấp nhất trong 4 khía cạnh. Điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu về tác động của HIV đối với CLCS ở trẻ em của Sebi Das và cộng sự năm 2010 thì điểm học tập thấp nhất trong 4 khía cạnh với ĐTB là 69,23.

Trong nghiên cứu, sức khỏe thể chất tương đối cao có thể giải thích rằng trong nghiên cứu với hầu hết trẻ có BMI bình thường (82,1%) có tổng số lượng CD4 trên 500 tế bào/mm^3(82,4%) cao và hầu hết trẻ ở giai đoạn lâm sàng I (97,9%), trẻ không có nhiễm trùng cơ hội cũng cho thấy việc duy trì chăm sóc sức khỏe hiện tại phù hợp. Ở lĩnh vực sức khỏe tâm lý xã hội khía cạnh học tập và cảm xúc có ĐTB, tỷ lệ CLCS tốt thấp hơn các khía cạnh còn lại có thể là do nhiễm HIV ảnh hưởng trực tiếp đến hệ thần kinh trung ương, gây tổn thương thần kinh và bệnh não [6]. Hơn nữa, trẻ nhiễm HIV giai đoạn đầu cũng có nguy cơ gặp các vấn đề về chức năng nhận thức, hành vi và cảm xúc. Những vấn đề về sự thiếu hụt trong chức năng điều hành hoặc tốc độ xử lý, rất có thể ảnh hưởng đến kết quả hoạt động của trường học [7]. Ngoài ra, có hai yếu tố quan trọng giúp phân biệt HIV với hầu hết các bệnh mãn tính khác liên quan đến hoạt động của học tập. Một là sự kỳ thị của xã hội liên quan đến HIV, hai là liên quan đến ảnh hưởng của NTCH.

Kết quả nghiên cứu cho thấy CLCS của trẻ bị ảnh hưởng nhiều bởi các yếu tố kinh tế xã hội như điều kiện kinh tế gia đình, học vấn của NCS, thời gian từ nhà đến phòng khám hơn là các đặc điểm tiền sử, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị. Trẻ sống trong hộ gia đình nghèo có CLCS chưa tốt cao hơn trẻ sống trong gia đình là hộ nghèo. Kết quả này trái ngược với nghiên cứu của Chalermkwan Kuntawee trẻ sống trong gia đình có thu nhập ≤5000 Baht thì có CLCS cao hơn [8]. Việc sống trong gia đình có điều kiện kinh tế tốt sẽ tạo điều kiện cho trẻ tham gia điều trị theo dõi tình trạng bệnh sẽ tốt hơn nhóm trẻ còn lại, thêm vào đó trẻ có thể được hưởng những gì tốt nhất góp phần vào phát triển sức khỏe thể chất và tinh thần. Trình độ học vấn của NCS càng thấp thì CLCS càng thấp. Kết quả này khác so với nghiên cứu của Chalermkwan Kuntawee và cộng sự năm 2010 thì trình độ NCS không ảnh hưởng đến CLCS của trẻ [8]. NCS ảnh hưởng rất lớn đến trẻ nhiễm HIV, việc trẻ có được tiếp cận với chẩn đoán và điều trị sớm phụ thuộc nhiều vào hiểu biết của NCS. NCS càng có kiến thức sẽ càng có những hiểu biết thêm về bệnh và từ đó có thể chăm sóc trẻ tốt hơn. Thời gian từ nhà đến nơi khám bệnh càng lâu thì CLCS của trẻ càng thấp. Điều này có thể lý giải rằng việc đến phòng khám định kì và tốn thời gian quá lâu ảnh hưởng đến công việc của NCS, NCS sẽ không sắp xếp được thời gian đưa trẻ đi khám ảnh hưởng đến điều trị của trẻ dẫn đến giảm CLCS.

Trong nghiên cứu này, các đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng không có mối liên quan với CLCS như các nghiên cứu trước đây của các tác giả khác. Chẳng hạn, các nghiên cứu trước đây các tác giả có chỉ ra rằng số lượng tế bào CD4 thấp là các yếu tố dự báo chất lượng cuộc sống thấp hay tỉ lệ thất bại điều trị cao dẫn đến CLCS thấp. Trong nghiên cứu của Behailu Tariku Derseh năm 2020 những trẻ có CLCS kém có nguy cơ thất bại về vi rút học cao hơn 2,6 lần so với những trẻ có CLCS tốt.

V. KẾT LUẬN

Trẻ vị thành niên nhiễm HIV đang điều trị ARV có CLCS tương đối tốt, nhưng cần quan tâm nhiều hơn đến sức khoẻ tâm lý xã hội, nhất là vấn đề học tập. Hộ gia đình nghèo, học vấn của NCS thấp và thời gian tiếp cận phòng khám dài là những yếu tố liên quan đến CLCS thấp ở trẻ vị thành niên. -

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **UNICEF (2019).** The AIDS epidemic continues to take a staggering toll, but progress is possible, accessed 7/2019-2019, from https:// data. unicef.org/topic/hivaids/global-regional-trends/.
2. **Bộ Y tế (2017).** Báo cáo công tác phòng chống HIV/AIDS năm 2017 và nhiệm vụ trọng tâm năm 2018.
3. **Cục phòng chống HIV/AIDS-Bộ Y tế (2013).** HIV/AIDS tại Việt Nam ước tính và dự báo giai đoạn 2011-2015, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
4. **AL Agwu, L Fairlie (2013).** Antiretroviral treatment, management challenges and outcomes in perinatally HIV-infected adolescents. J Int AIDS Soc 2013, **16(18579)**.
5. **S Cohen, JA Ter Stege, AM Weijsenfeld, et al. (2015).** Health-related quality of life in perinatally HIV-infected children in the Netherlands. AIDS Care, **27(10)**, 1279–1288.
6. **Scharko AM (2006).** DSM psychiatric disorders in the context of pediatric HIV/AIDS. AIDS Care, **18(5)**, 441-445.
7. **Nicole Phillips, MSocSci, Amos Taryn (2016).** HIV-Associated Cognitive Impairment in Perinatally Infected Children: A Meta-analysis. Pediatrics, **138(5)**, e20160893.
8. **Kuntawee Chalermkwan, Fungladda Wijitr, Kaewkungwal Jaranit, et al. (2010).** Social factors related to quality of life among HIV infected children in ubon Ratchathani Province, Thailand. Southeast Asian J Trop Med Public Health, **41(5)**, 1136-1144.

NGHIÊN CỨU NỒNG ĐỘ NT-pro BNP Ở BỆNH NHÂN SUY TIM DO TĂNG HUYẾT ÁP

Nguyễn Văn Tuấn[1], Trần Thị Kiều Anh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định sự biến đổi nồng độ NT-pro BNP huyết thanh và mối liên quan giữa nồng độ NT-pro BNP huyết thanh với một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân suy tim do tăng huyết áp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 120 bệnh nhân suy tim do tăng huyết áp để khảo sát nồng độ NT-pro BNP. **Kết quả:** (1) Giá trị trung bình nồng độ NT-pro BNP huyết thanh của bệnh nhân suy tim do tăng huyết áp ở nhóm giai đoạn A là 2168,92 ±2884,87pg/ml, giai đoạn B là 2826,2 ±1743 pg/ml, giai đoạn C là 11137,83 ± 8058 pg/ml, giai đoạn D là 16213,51 ±10944,03 pg/ml (p < 0,05); (2) Nồng độ NT-pro BNP huyết thanh có mối tương quan thuận chặt chẽ với các giai đoạn suy tim theo AHA/ACC-2008 (r =0,63; p<0,05); (3) Có mối tương quan giữa nồng độ NT-pro BNP huyết thanh với phân độ suy tim theo NYHA (r= 0,53; p < 0,05) và (4) Chưa thấy có sự tương quan giữa nồng độ NT-pro BNP huyết thanh với: chỉ số khối cơ thể, mức lọc cầu thận, hematocit ở bệnh nhân suy tim do tăng huyết áp. **Kết luận:** Nồng độ NT-pro BNP huyết thanh tăng cao ở bệnh nhân suy tim do tăng huyết áp và nồng độ chất này trong huyết thanh tương quan thuận với giai đoạn suy tim theo AHA/ACC-2008 và mức độ suy tim theo NYHA.

Từ khóa: NT-pro BNP huyết thanh, suy tim, tăng huyết áp

SUMMARY

SERUM NT-pro BNP CONCENTRATIONS IN PATIENTS WITH HEART FAILURE DUE TO HYPERTENSION

Research objectives: To determine the variation in serum NT-pro BNP concentrations and the relationship between serum NT-pro BNP concentrations with some clinical and subclinical indicators in patients with heart failure due to hypertension. **Subjects and research methods:** Cross-sectional descriptive studies that were performed on 120 patients with heart failure due to hypertension to survey the concentration of serum NT-pro BNP. **Results:** (1) The mean concentration of serum NT-pro BNP of patients with heart failure due to hypertension in the stage A group was 2168,92 ± 2884.87pg/ml, the stage B group was 2826,2 ± 1743 pg/ml, the stage C group is 11137,83 ± 8058 pg/ml, the stage D group is 16213,51 ± 10944,03 pg/ml (p <0,05); (2) the concentration of serum NT-pro BNP has a strong positive correlation with heart failure stages (according to AHA/ACC-2008) (r = 0.63; p <0.05); (3) There was a correlation between the concentration of serum NT-pro BNP with NYHA degree of heart failure (r = 0.53; p <0.05)and (4) There has been no correlation between the concentration of serum NT-pro BNP with: BMI, GFR and Hematocrit. **Conclusion:** The concentration of serum NT-pro BNP were elevated in patients with heart failure due to hypertension and it positively correlate with the stage of heart failure according to AHA/ACC-2008 and degree of heart failure according to NYHA.

Keywords: serum NT-pro BNP, heart failure, hypertension

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp là bệnh lý thường gặp với tỷ lệ mắc bênh cao. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ độc lập đối với tổn thương tim mạch và là nguyên nhân hàng đầu gây suy tim. Để chẩn đoán suy tim do tăng huyết áp ngoài các biểu hiện lâm sàng và cận lâm sàng như điện tâm đồ, siêu âm tim,… thì hiện nay vai trò của N-terminal pro B-type natriuretic peptide (NT-pro BNP) cũng được nghiên cứu nhiều với vai trò là một dấu ấn trong chẩn đoán và theo dõi tình trạng suy tim của bệnh nhân. NT-pro BNP là một peptid được tiết 70% từ cơ thất và một lượng nhỏ từ cơ nhĩ. Các nghiên cứu đã cho thấy có sự liên quan giữa áp lực cuối tâm trương thất trái với nồng độ NT-pro BNP huyết thanh. Sự phóng thích NT-pro BNP huyết thanh được điều tiết bởi cả áp lực và thể tích thất trái. Tình trạng gia tăng sức căng thành cơ tim là yếu tố kích thích mạnh mẽ sự phóng thích NT-pro BNP[2]. Với mục đích tìm hiểu sự biến đổi nồng độ NT-pro BNP ở bệnh nhân suy tim do tăng huyết áp và sự liên quan của nồng độ NT-pro BNP với mức độ suy tim, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Xác định sự biến đổi nồng độ NT-pro BNP huyết thanh và mối liên quan giữa nồng độ NT-pro BNP huyết thanh với một số chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân suy tim do tăng huyết áp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2. 1. Đối tượng nghiên cứu

1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim do tăng huyết áp theo Tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim của Hội Tim mạch Châu Âu 2008 [5].

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

[1]*Trường Đại học Y khoa Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn
Email: tuanminh1975@gmail.com
Ngày nhận bài: 15.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 17.8.2021
Ngày duyệt bài: 23.8.2021

- Bệnh nhân bị suy tim do THA thứ phát.
- Bệnh nhân bị đái tháo đường.
- Bệnh nhân bị phù toàn do xơ gan, do bệnh thận.
- Bệnh nhân có dấu hiệu suy tim do các nguyên nhân khác ngoài tăng huyết áp.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Địa điểm nghiên cứu: Khoa Tim mạch – Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An.

2.2.2. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu: 120 bệnh nhân suy tim do tăng huyết áp khám, điều trị tại khoa Tim mạch, Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An được đưa vào nghiên cứu, trong đó: suy tim giai đoạn A: 30 bệnh nhân; suy tim giai đoạn B: 30 bệnh nhân; suy tim giai đoạn C: 30 bệnh nhân và suy tim giai đoạn D: 30 bệnh nhân
- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn những bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu để đưa vào nghiên cứu.

2.2.4. Các tiêu chuẩn và công thức áp dụng trong nghiên cứu

2.2.4.1. Tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim [5]

Chẩn đoán suy tim theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Châu Âu 2008:

- Bệnh nhân có triệu chứng đặc hiệu của suy tim (khó thở khi gắng sức, mệt mỏi, phù,…) và
- Có các dấu hiệu thực thể của suy tim (nhịp nhanh, thở nhanh, có ran ở phổi, tĩnh mạch cổ nổi, phù ngoại biên, gan to,…) và
- Có bằng chứng khách quan của tổn thương cấu trúc, chức năng tim khi nghỉ (tim to, tiếng thứ 3, tiếng thổi tâm thu, bất thường trên siêu âm tim, tăng BNP).

2.2.4.2. Phân loại mức độ suy tim theo NYHA

Độ	Biểu hiện
I	Bệnh nhân có bệnh tim nhưng không có triệu chứng cơ năng nào, vẫn sinh hoạt và hoạt động thể lực gần như bình thường.
II	Các triệu chứng cơ năng chỉ xuất hiện khi gắng sức nhiều. Bệnh nhân bị giảm nhẹ các hoạt động về thể lực.
III	Các triệu chứng cơ năng xuất hiện kể cả khi gắng sức rất ít, làm hạn chế nhiều các hoạt động thể lực.
IV	Các triệu chứng cơ năng tồn tại một cách thường xuyên, kể cả lúc bệnh nhân nghỉ ngơi.

2.2.4.3. Phân giai đoạn suy tim theo AHA/ACC 2008 [5]

Giai đoạn	Đặc điểm
A	Bệnh nhân có các nguy cơ cao của suy tim nhưng chưa có các bệnh lý tổn thương cấu trúc tim.
B	Bệnh nhân đã có các bệnh lý ảnh hưởng cấu trúc tim nhưng chưa có triệu chứng và biểu hiện của suy tim.
C	Bệnh nhân đã có triệu chứng của suy tim hoặc đang có triệu chứng và có liên quan bệnh gây tổn thương cấu trúc tim.
D	Bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối cần các biện pháp điều trị đặc biệt.

2.2.4.4. Công thức tính chỉ số khối cơ thể (BMI)

$$\text{BMI (kg/m}^2) = \frac{\text{Cân nặng (kg)}}{(\text{Chiều cao})^2\ (\text{m}^2)}$$

Nhận định kết quả:

Thấp cân: BMI < 18,5
Bình thường: BMI từ 18,5 – 22,9
Thừa cân: BMI từ 23 – 24,9
Béo phì độ I: BMI từ 25 – 29,9
Béo phì độ II: BMI ≥ 30.

2.2.4.5. Công thức tính mức lọc cầu thận (MLCT). Trong nghiên cứu này chúng tôi ước tính MLCT dựa vào công thức CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration):

MLCT (ml/ph/1,73m^2) = 141 x min (Scr/k, 1)$^{\alpha}$ x max (Scr/k, 1)$^{-1,209}$ x 0,993^{tuổi} x 1,018 (nếu là nữ) x 1,159 (nếu là người da đen).

Trong đó: Scr: nồng độ creatinin huyết thanh (mg/dL); k: nữ = 0,7; nam = 0,9

α: nữ = - 0,329;nam = - 0,411
min: số nhỏ nhất của Scr/k hoặc = 1
max: số lớn nhất của Scr/k hoặc = 1
Tuổi: tính theo năm

2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu: - Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Nồng độ NT-pro BNP được biểu thị bằng Trung bình (TB) ± độ lệch chuẩn (SD).
- Sử dụng ANOVA test để so sánh trung bình các quan sát và sử dụng test χ2 để so sánh sự khác biệt về tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Nồng độ NT-pro BNP huyết thanh theo từng giai đoạn suy tim do tăng huyết áp

Chỉ số	Giai đoạn suy tim				p
	A(n=30)	B(n=30)	C(n=30)	D(n=30)	
NT-pro BNP (pg/ml)	2168,92± 2884,87	2826,2± 1743,56	11137,83± 8058,43	16213,51± 10944,03	<0,005

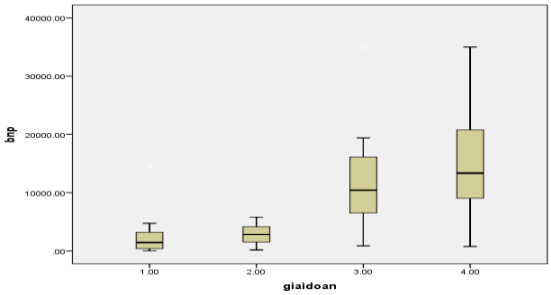
Ln	1447,97±987,76	2807±2134,02	10422,49±8081,98	13350±12139,42	<0,05
r	r =0,63				<0,001

Nhận xét: Nồng độ NT-pro BNP ở nhóm bệnh nhân giai đoạn suy tim nặng hơn cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân giai đoạn suy tim nhẹ hơn (p < 0,05).

Bảng 2. Giá trị điểm cắt nồng độ NT-pro BNP huyết thanh trong chẩn đoán suy tim theo các giai đoạn theo ACC/AHA

Giai đoạn suy tim	Điểm cắt giới hạn (pg/ml)	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Diện tích dưới đường cong ROC
A	≤ 2489	75,00%	82,26%	0,849
B	≤ 3759	73,68%	63,38%	0,675
C	> 5265	77,78%	70,83%	0,708
D	> 5799	84,00%	75,38%	0,852

Nhận xét: Nồng độ NT-pro BNP của các giai đoạn A, B, C và D lần lượt có điểm cắt là 2489 pg/ml, 3759 pg/ml, 5265 pg/ml và 5799pg/ml.



Biểu đồ 1. Mối tương quan giữa NT-pro BNP với các giai đoạn trong quá trình tiến triển của suy tim theo ACC/AHA

Nhận xét: Hệ số tương quan r= 0,63 ; p < 0,005. Có mối tương quan thuận giữa nồng độ NT-pro BNP huyết thanh với các giai đoạn A,B,C,D trong quá trình tiến triển của suy tim do tăng huyết áp.

Bảng 3. Mối liên giữa NT-pro BNP với phân độ suy tim theo NYHA

Phân độ suy tim theo NYHA	Nồng độ NT-pro BNP (pg/ml)	
	X ± SD	Ln X ± SD
NYHA I	3412,00 ± 5329,00	987,76 ± 1447,97
NYHA II	6894,74 ± 10465,02	2134,02 ± 2807,00
NYHA III	8189,63 ± 8089,12	8081,89 ± 10422,49
NYHA IV	12648,85 ± 10318.21	12139,42 ± 13350,00
p	< 0,05	

Nhận xét: Có mối liên quan giữa mức độ nặng của suy tim theo phân độ NYHA với nồng độ NT-pro BNP huyết thanh ở bệnh nhân suy tim do tăng huyết áp (p< 0,05).

Bảng 4. Mối liên quan giữa nồng độ NT-pro BNP huyết thanh với một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng ở từng giai đoạn A, B, C và D

Chỉ số	Giai đoạn suy tim							
	A		B		C		D	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Tuổi	**0,33**	**0,01**	0,30	0,90	0,01	0,20	0,17	0,098
Giới	0,30	0,01	0,10	0,013	0,28	0,013	0,2	0,003
BMI (kg/m^2)	-0,02	0,18	0,15	0,006	0,26	0,48	0,23	0,78
MLCT (ml/ph/1,73m^2 da)	-0,14	0,20	**0,37**	**0,043**	0,08	0,48	0,06	0,89
Hematocrit (l/l)	-0,09	0,46	0,14	0,012	0,03	0,63	0,15	0,0001

Nhận xét: Chưa thấy có mối tương quan giữa nồng độ NT-pro BNP huyết thanh với chỉ số BMI, MLCT và Hematocrit ở từng giai đoạn suy tim.

Bảng 5. Liên quan giữa nồng độ NT-pro BNP huyết thanh với các giai đoạn A, B, C, D theo phân nhóm: mức lọc cầu thận, Hematocrit

Hệ số tương quan	Phân nhóm MLCT (ml/ph/1,73m^2 da)		Phân nhóm Hematocrit (l/l)	
	30-59,9	>60	30-39 %	>40 %
r	0,54	0,63	0,71	0,68
p	< 0,005	< 0,01	<0,05	<0,005

Nhận xét: Có mối tương quan giữa nồng độ NT-pro BNP huyết thanh với các giai đoạn suy tim A, B, C và D theo từng phân nhóm mức lọc cầu thận và Hematocrit (p < 0,01).

IV. BÀN LUẬN

Nồng độ NT-pro BNP huyết thanh trung bình ở nhóm bệnh nhân nguy cơ suy tim chưa có tổn thương thực thể tại tim giai đoạn A là 2168,92 ± 2884,87 pg/ml. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của A M Abudulle và cộng sự [3] với 128 bệnh nhân. Chỉ hơi khác Bayés A và cộng sự [4] nghiên cứu trên 27 bệnh nhân đái tháo đường type 2 chưa biến chứng mạch máu lớn và nhỏ có giá trị nồng độ NT-pro BNP huyết thanh trung bình là 46 ± 37 pg/ml. Sở dĩ nồng độ NT-pro BNP huyết thanh trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các nghiên cứu khác liên quan đến các yếu tố tuổi, giới và bệnh kèm theo.

Nồng độ NT-pro BNP huyết thanh trung bình của nhóm bệnh nhân suy tim giai đoạn C trong nghiên cứu này là 11137,83 ± 8058,43pg/ml. Nghiên cứu này cho thấy khi bệnh nhân có triệu chứng của suy tim thì nồng độ NT-pro BNP huyết thanh tăng rất cao so với nhóm A, B. Trong nghiên cứu của chúng tôi nồng độ NT-pro BNP huyết thanh trung bình của nhóm bệnh nhân suy tim giai đoạn D là 16213,51±10944,03 pg/ml, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Kết quả chúng tôi cao hơn các nghiên cứu khác rất nhiều như của Zaphiriou A và cộng sự [8] là 1537 pg/ml, của Vũ Hoàng Vũ [1] là 2677 ± 957pg/ml cao hơn Valle R với 101 bệnh nhân, giá trị trung bình là 2806 pg/ml. Nhìn chung việc so sánh giữa các nghiên cứu khó khăn vì chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau.

Nghiên cứu chúng tôi nhận thấy có sự tương quan giữa NT-pro BNP huyết thanh với các giai đoạn A, B, C và D trong quá trình tiến triển của suy tim theo ACC/ AHA với hệ số tương quan r = 0,63 ; p < 0,005. Có mối tương quan giữa NT-pro BNP huyết thanh với các giai đoạn trong quá trình tiến triển của suy tim có ý nghĩa thống kê với p < 0,005, r = 0,63 chứng tỏ mối tương quan thuận rất chặt, nồng độ NT-pro BNP huyết thanh tăng theo sự tiến triển của bệnh, từ giai đoạn nguy cơ suy tim chưa tổn thương cấu trúc và tăng cao nhất ở nhóm suy tim giai đoạn cuối.

NT-pro BNP huyết thanh tăng theo quá trình tiến triển của suy tim từ giai đoạn A đến giai đoạn B, tăng mạnh mẽ nhất là giai đoạn D . Suy tim càng nặng thì nồng độ NT-pro BNP huyết thanh càng cao.

Qua nghiên cứu thấy rõ có mối tương quan giữa nồng độ NT-pro BNP huyết thanh và phân độ suy tim theo NYHA với r = 0,53; p < 0,05. Nghĩa là triệu chứng suy tim càng nặng thì nồng độ NT-pro BNP càng cao.

Phép so sánh nồng độ NT-pro BNP huyết thanh trung bình cho thấy nồng độ NT-pro BNP huyết thanh ở phân nhóm NYHA II lớn hơn NYHA I có ý nghĩa thống kê p < 0,05. NYHA III lớn hơn NYHA I có ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự như các nghiên cứu khác: Vũ hoàng Vũ và Januzzi JL, Cao Huy Thông. Kết quả này cũng khác so với một sô công trình nghiên cứu khác do đôi khi khó phân biệt một các rõ ràng bệnh nhân ở NYHA I, NYHAII... phụ thuộc vào nhiều yếu tố như: cảm giác chủ quan của người bệnh, lời khai khi nhập viên.

Theo Clerio và Raymod nồng độ NT-pro BNP huyết thanh tăng ở nữ nhiều hơn nam. Nghiên cứu của Nielsen OW và cộng sự [6] thực hiện trên 2224 bệnh nhân cung nhận thấy nồng độ NT-pro BNP huyết thanh tăng ở nữ nhiều hơn nam. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm bệnh nhân nguy cơ suy tim chưa tổn thương thực thể tim có hệ số tương quan giữa NT-pro BNP huyết thanh với r= 0,3; p= 0,01 đây là tương quan thuận yếu. Nhóm bệnh nhân suy tim giai đoạn C, D không có sự tương quan NT-pro BNP huyết thanh giữa nam và nữ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có nhóm A có sự tương quan nhẹ NT-pro BNP huyết thanh với tuổi với hệ số tương quan r = 0,33; p = 0,01. Đây là mối tương quan thuận yếu. Bệnh nhân trong cùng giai đoạn B, C, D không có sự tương quan NT-pro BNP huyết thanh với tuổi. Kết quả này tương tự Hogenhusia J thực hiện 311 bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm cho thấy tuổi là yếu tố ảnh hưởng đến nồng độ NT-pro BNP huyết thanh. Nghiên cứu của Vũ hoàng Vũ cho thấy có sự tương quan giữa nồng độ NT-pro BNP huyết thanh và tuổi trong nhóm bệnh nhân suy tim với hệ số tương quan r = 0,193; p = 0,019 [1].

Trong nghiên cứu này giữa các nhóm không có sự tương quan giữa nồng độ NT-pro BNP huyết thanh và chỉ số khối cơ thể. Theo nghiên cứu của Krauser DG cho thấy nồng độ NT-pro BNP huyết thanh thấp có ý nghĩa ở người quá cân và béo phì. Nghiên cứu của chúng tôi không phản ánh rõ điều này.

Nghiên cứu của chúng tôi không nhận thấy sự tương quan giữa nồng NT-pro BNP huyết thanh với MLCT ở cả bốn nhóm giai đoạn suy tim, bằng phương pháp hồi quy tuyến tính cho biết hệ số tương quan lần lượt là r = -0,14; 0,37; 0,08; 0,06. Bằng phép so sánh trung bình cho thấy không có sự khác biệt nồng độ NT-pro BNP huyết thanh giữa các phân nhóm MLCT. Kết quả này tương tự của Vũ hoàng Vũ và Januzzi JL. Trong nghiên cứu của Januzzi JL và cộng sự

trên 599 bệnh nhân cho thấy phân nhóm creatinin máu không ảnh hưởng đến độ chính xác của nồng độ NT-pro BNP huyết thanh trong chẩn đoán suy tim [7].

V. KẾT LUẬN

Giá trị trung bình nồng độ NT-pro BNP huyết thanh của bệnh nhân suy tim do tăng huyết áp ở nhóm giai đoạn A là 2168,92 ±2884,87pg/ml, giai đoạn B là 2826,20 ±1743,56 pg/ml, giai đoạn C là 11137,83 ± 8058,43 pg/ml và giai đoạn D là 16213,51 ±10944,03 pg/ml (p < 0,05).

Nồng độ NT-pro BNP huyết thanh có mối tương quan thuận chặt chẽ với các giai đoạn của suy tim theo AHA/ACC-2008 (r =0,63; p<0,05) và với phân độ suy tim theo NYHA (r= 0,53 ; p < 0,05).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Hoàng Vũ (2008),** "Giá trị của NT-pro BNP trong chẩn đoán suy tim", Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
2. **Austin W., Bhala V. (2015),** "Correlation and prognostic utility of BNP and its amino-terminal fragment in patients with chronic kidney disease", American J Clin Pathol. **126**: p. 506-512.
3. **Abdulle, A.M., et al. (2007),** "Plasma N terminal pro-brain natriuretic peptide levels and its determinants in a multi-ethnic population", J Hum Hypertens. **21**: p. 647-653.
4. **Bayés, A., G.M. Santaló, B.E. Zapico (2004),** "N-terminal probrain natriuretic peptide in the emergency diagnosis and in-hospital monitoring of patients with dysapnea and ventricualar dysfuntion", European Journal of Heart Failure, p. 301-308.
5. **Dickstein, K., A. Cohen-Solal, G. Filippatos (2008),** "ESC guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008", Eur J Heart Fail. **10**: p. 933-989.
6. **Nielsen, O.W., et al. (2003),** "Retrospective analysis of the cost-effectiveness of using plasma brain natriuretic peptide in screening for left ventricular systolic dysfunction in the general population", J Am Coll Cardiol. **41**: p. 113-120.
7. **Januzzi, J.L., et al. (2015),** "The N-terminal NT-pro BNP investigation of dyspnea in the emergency department (PRIDE) study", Am J Cardiol. **95**: p. 948-954.
8. **Zaphiriou A, R.S., Murray-Thomas T, Mendez G, (2005),** "The diagnostic accuracy of plasma BNP and NTproBNP in patients referred from primary care with suspected heart failure: results of the UK natriuretic peptide study", Eur J Heart Fail. **7**: p. 537-541.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM HÌNH THÁI KHỚP CẮN HỞ NGƯỜI VIỆT NAM TRÊN PHIM SỌ NGHIÊNG TELE TỪ XA (CEPHALOMETRICS)

Đỗ Thị Bình[1], Nguyễn Thị Bích Ngọc[1], Nguyễn Thanh Huyền[2]

TÓM TẮT

Khớp cắn hở phía trước là tình trạng sai khớp cắn ảnh hưởng nhiều đến hoạt động chức năng và thẩm mỹ. Đồng thời, sự ổn định sau điều trị của loại sai khớp cắn này luôn là thách thức cho bác sĩ chỉnh nha. Nghiên cứu nhằm mục đích mô tả một số đặc điểm hình thái 36 bệnh nhân người Việt Nam, độ tuổi từ 10-18 tuổi, có khớp cắn hở phía trước trên phim sọ nghiêng tele từ xa Cephalometric đến khám tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương và Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt. Kết quả nghiên cứu cho thấy khớp cắn hở là loại hình sai khớp cắn ít gặp, xuất hiện nhiều ở nữ hơn, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới. Phần lớn cắn hở ở mức độ trung bình (-1,39±0,499mm). Chiếm tỉ lệ nhiều nhất là sai khớp cắn hạng III xương (n=15; 41,7%), Chiều cao tầng mặt dưới (LAFH) trung bình là 63,41±6,185mm (nữ) và 68,29±5,341 mm (nam). Tỉ lệ chiều cao tầng mặt sau/chiều cao tầng mặt trước (PFH/AFH) = 0,651 ± 0,057. Chỉ số cắn sâu (ODI) là 61,25±9,241, chỉ số loạn sản trước sau (APDI) là 86,97±11,597, chỉ số kết hợp (CF) là 148,22±8,642. Chiều cao răng hàm lớn thứ nhất hàm trên và hàm dưới lần lượt so với mặt phẳng khẩu cái và mặt phẳng hàm dưới là d (U6,PP) =21,83±2,22 và d(L6,MP) 29,33±3,341. Kết luận: Khớp cắn hở phía trước ở bệnh nhân có hàm răng vĩnh viễn (10-18 tuổi) xuất hiện nhiều ở đối tượng khớp cắn hạng III xương và chiếm phần lớn cắn hở ở mức độ cắn hở mức độ trung bình. Đối tượng này có đặc điểm tăng chiều cao tầng mặt dưới và có kiểu mặt phân ly.

Từ khóa: khớp cắn hở phía trước, cephalometric, người Việt Nam

SUMMARY

CEPHALOMETRIC CHARACTERISTIC OF ANTERIOR OPEN BITE IN VIETNAMESE PEOPLE

Anterior open bite (AOB) is a malocclusion that greatly affects function and aesthetics. Besides, long-term stability of AOB malocclusion is considered challenge for orthodontists. This study aims to describe some morphological characteristics of 36 Vietnamese subjects with anterior open bite between the ages of 10 and 18 years old who had presented the Hanoi Central Odonto-Stomatology Hospital and School of Odonto - Stomatology, Hanoi Medical University. The results of research showed that

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương*
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Bình
Email: drbee712@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 18.8.2021
Ngày duyệt bài: 25.8.2021

anterior open bite in Vietnamese people is a rare type of malocclusion. It is more common in women, but no statistically significant difference was found between the genders. Most of the subjects had moderate anterior open bite (-1.39±0.499 mm). The largest proportion is class III skeletal (n=15; 41.7%), the lower anterior facial height (LAFH) is 63.41±6.185mm (female) and 68.29±5,341mm (male). The posterior/anterior facial height ratio (PFH/AFH) = 0.651±0.057. The overbite depth indicator (ODI) is 61.25±9,241, the antero-posterior dysplasia indicator (APDI) is 86.97±11,597, the combined factor (CF) is 148.22±8.642. The height of the maxillary and mandibular first molars relative to the palatal plane and mandibular plane, respectively, is d(U6,PP) = 21.83±2.22 and d(L6,MP) 29.33 ±3,341. Conclusion: Anterior open bite in subjects with permanent teeth (10-18 years old) occurs more frequently in skeletal class III pattern. The majority of subjects had moderate degree of open bite. They showed the characteristics of increasing the anterior facial height and has a hyperdivergent skeletal pattern.

Keywords: anterior open bite, cephalometric, Vietnamese

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khớp cắn hở phía trước là tình trạng sai khớp cắn, trong đó không có sự phủ các răng phía trước hàm trên và hàm dưới ở tư thế cắn khít trung tâm. Loại khớp cắn này không chỉ ảnh hưởng thẩm mỹ mà còn ảnh hưởng chức năng nhai, phát âm. Đặc biệt, khớp cắn hở phía trước là một trong năm yếu tố chính thuộc khớp cắn được cho là liên quan đến rối loạn khớp thái dương hàm.

X-quang sọ nghiêng tele từ xa (cephalometrics) vẫn được sử dụng rộng rãi trong thực hành chỉnh nha, chúng đóng vai trò quan trọng trong việc lập kế hoạch và chẩn đoán kế hoạch chỉnh nha kể từ khi được giới thiệu bởi Broadbent giới thiệu vào năm 1931.

Trên thế giới, những nghiên cứu đầu tiên về khớp cắn hở được thực hiện từ khoảng giữa thế kỉ 20. Các nhà khoa học đã đưa ra phân loại, dịch tễ, bệnh sinh, căn nguyên, hình thái, điều trị và sự ổn định sau điều trị nhưng khớp cắn hở vẫn tỏ ra một loại sai khớp cắn khó kiểm soát và dễ tái phát.

Hiện chưa có nghiên cứu nào về đặc điểm hình thái người Việt Nam có khớp cắn hở được công bố. Xuất phát từ thực trạng này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: *"Một số đặc điểm hình thái khớp cắn hở người Việt Nam trên phim sọ nghiêng tele từ xa (Cephalometrics)"* với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm mô cứng của bệnh nhân có khớp cắn hở trên phim Cephalometrics tại bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương và Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng

Tiêu chuẩn lựa chọn: Phim Cephalometrics của bệnh nhân nhỏ hơn 18 tuổi lưu trữ tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương thỏa mãn các: độ cắn chùm âm, quốc tịch Việt Nam, hàm răng vĩnh viễn và các răng trước có chân răng đang hình thành ít nhất ở giai đoạn 8 theo phân loại Nolla, độ cắn chùm âm, có đủ phim cephalometrics, phim toàn cảnh và bệnh án, phim đảm bảo thấy được cả mô cứng và mô mềm, nút định vị lỗ ống tai ngoài hai bên trùng nhau, xác định rõ được các điểm chuẩn trên phim.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử chỉnh hình răng mặt, phẫu thuật chỉnh hình xương, mất răng phía trước, hiện đang có chụp răng, cầu răng.

2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu nghiên cứu: Trước đây chưa có nghiên cứu tỉ lệ bệnh nhân có khớp cắn hở tại Việt Nam, đồng thời tỉ lệ loại khớp cắn này ít gặp, thay đổi từ 1,5-11% nên chúng tôi lựa chọn tất cả bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn. Thực tế, chúng tôi chọn được 36 bệnh nhân.

Biến số nghiên cứu:

+ Các biến số về đặc trưng của nhóm đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới.

+ Các biến số về đặc điểm hình thái mô cứng trên phim Cephalometrics: các biến số OB, SNA, SNB, ANB, d(U6,PP), d(L6,MP), (GoGn,SN), PFH/AFH, LAFH, Góc Gonion, ODI, APDI, CF.

Kí hiệu và xác định đường thẳng, các góc, chỉ số được sử dụng

OB Độ cắn chùm, đo bằng mm, tính khoảng cách từ rìa cắn răng cửa hàm trên đến hình chiếu của nó trên mặt phẳng đi qua đỉnh múi răng hàm lớn thứ nhất hàm dưới (L6) và rìa cắn răng cửa hàm dưới.

d(U6,PP) Khoảng cách từ đỉnh múi gần của răng hàm lớn thứ nhất hàm trên đến PP.

d(L6,MP) Khoảng cách từ đỉnh múi gần của L6 đến MP

PP Đường thẳng qua ANS, PNS

MP Đường thẳng qua Me và điểm thấp nhất của góc xương hàm dưới

(GoGn,SN) Góc giữa GoGn với SN

PFH Chiều cao tầng mặt sau (S đến điểm thấp nhất của góc hàm dưới)

AFH Chiều cao tầng mặt trước, (từ N đến Me)

LAFH Chiều cao tầng mặt dưới (từ Me đến hình chiếu của ANS trên N-Me)

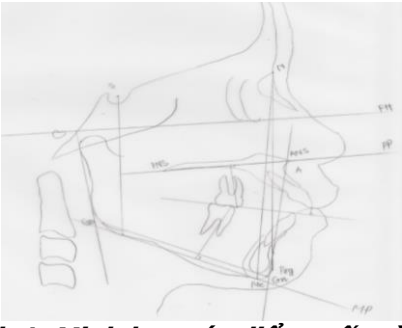
Góc Gonion Góc giữa MP và tiếp tuyến của cành cao xương hàm dưới

ODI Chỉ số cắn sâu ODI (Overbite Depth Indicator), bằng tổng góc giữa **hai góc**: góc giữa **AB,MP** và **PP,FH**. Trong đó góc (PP,FH) đổi dấu phụ thuộc độ dốc mặt phẳng khẩu cái. Nếu ANS cao hơn PNS thì (PP,FH) âm và ngược lại, Nếu PP//FH, thì ODI=(AB,MP)

APDI Chỉ số loạn sản trước sau (Antero-posterior Dysplasia Indicator), bằng **tổng 3 góc:**

Góc mặt: Góc giữa **FH và N-Pog**. Góc **PP,FH**: dấu thay đổi theo độ dốc PP như trên. Góc giữa **AB và N-Pog**: dấu (+) nếu A ở sau N-Pog và ngược lại

CF Chỉ số kết hợp (Combined factor), bằng **tổng APDI và ODI**



Hình 1: Minh họa các điểm mốc và các đường thẳng được sử dụng trên giấy actetat chuyên dụng

Quy trình tiến hành nghiên cứu

Bước 1: Những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn. **Bước 2**: Vẽ phim Cephalometrics trên giấy acetate chuyên dụng và đo đạc. **Bước 3:** Nhập và xử lý số liệu. **Bước 4**: Tổng hợp số liệu và viết báo cáo.

3. Xử lý số liệu: Các số liệu sẽ được nhập, xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.

4. Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu quan sát trên phim Cephalometric, nguy cơ đối với đối tượng nghiên cứu và tối thiểu hoặc gần như không có. Khách quan trong đánh giá, phân loại, trung thực trong xử lý số liệu. Đảm bảo quyền riêng tư của đối tượng nghiên cứu, thông tin thu thập chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu và giúp công tác dự phòng, điều trị đạt kết quả tốt hơn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên phim Cephalometrics ở 36 bệnh nhân (tuổi trung bình 14,5±2,47, median = 14), trong đó có 22 nữ (61,1%) và 14 nam (38,9%). Tuy nhiên, tỉ lệ xuất hiện ở nam và nữ khác biệt không có ý nghĩa thống kê (Chi-square = 1,778, tương ứng với p=0,182 với độ tin cậy 95%).

Bảng 1: Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Tuổi	<14	19	52,8
	>14	17	47,2
	Tổng	36	100
Giới	Nam	14	38,9
	Nữ	22	61,1
	Tổng	**36**	**100**

Nhận xét: Tỉ lệ cắn hở không có sự khác biệt giữa hai nhóm giới tính và nhóm tuổi trên.

2. Đặc điểm mô cứng bệnh nhân khớp cắn hở trên phim sọ nghiêng Tele từ xa Cephalometric.

Bảng 2: Một số chỉ số về mô cứng bệnh nhân khớp cắn hở trên phim Cephalometric

	N	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất	Trung bình	Độ lệch chuẩn
OB	36	-5	-1	-2.17	1.207
SNA	36	74	92	82.28	4.096
SNB	36	70	94	81.39	5.602
ANB	36	-8	9	.89	5.013
U6PP	36	18	26	21.83	2.223
L6MP	36	23	37	29.33	3.431
(GoGn,SN)	36	24	48	37.39	5.939
LAFH	36	53	77	65.31	6.274
PFH/AFH	36	.48	.77	.6511	.05687
Góc Go	36	109	138	127.83	6.544
ODI	36	43	76	61.25	9.241
APDI	36	58	107	86.97	11.597
CF	36	117	161	148.22	8.642

Bảng 3*: Tỉ lệ phân loại tương quan vị trí giữa xương hàm trên và xương hàm dưới theo ANB*

ANB (độ)	Nam		Nữ		Tổng	
	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số	Tỉ lệ (%)	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
<0 (Class III)	5	13,9	10	27,7	15	41,7

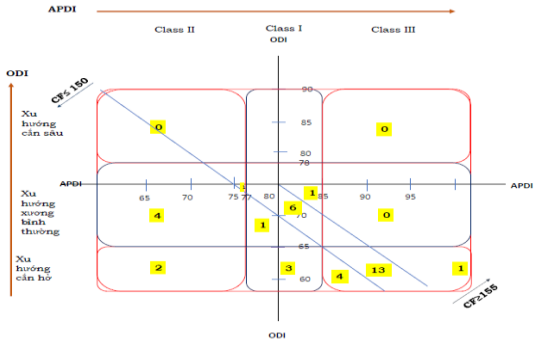
0-4 (Class I)	5	13,9	6	16,7	11	30,6
>4 (Class II)	4	11,1	6	16,7	10	27,8
Tổng	14	38,9	22	61,1	36	100

Nhận xét: Trong 36 bệnh nhân có: 15 người Class III, 11 người Class I, 10 người Class III, sử dụng test Chi-square cho kết quả bằng 0,088 tương ứng p=0,957 khi so sánh với tỉ lệ 4:3:3, như vậy không có sự khác biệt phân bố 3 loại class với tỉ lệ trên. Điều này cho thấy tỉ lệ xương class III hay gặp nhất trên bệnh nhân có khớp cắn hở.

Bảng 4: Phân loại mức độ cắn hở theo giới tính

OB	Trung bình (OB≥-2)		Nặng (-3≤OB≤-2)		Rất nặng (OB≤-4)		Tổng (%)
	Tần suất	Tỉ lệ (%)	Tần suất	Tỉ lệ (%)	Tần suất	Tỉ lệ(%)	
TB±SD (mm)	-1,39±0,499		-3,27±467		-5,00±0,000		
Nam	9	25,0	3	8,3	2	5,6	38,9
Nữ	14	38,9	8	22,2	0	0	61,1
Tổng	23	63,9	11	30,5	2	5,6	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân cắn hở mức độ trung bình. Tỉ lệ nữ cắn hở mức độ trung bình chiếm tỉ lệ nhiều nhất (n=14, tương đương 38,9%).



Hình 2: Sơ đồ phân bố các đối tượng theo ODI, APDI, CF

Nhận xét: Không có bệnh nhân nào có ODI >78. Phần lớn thuộc nhóm ODI ≤65 và APDI ≥ 85.

Trong 2 bệnh nhân thuộc nhóm CF>155, một bệnh nhân có ODI=54, APDI=107 (Class III, góc cao) và một bệnh nhân có ODI =73 và APDI =83 (Class I, góc thấp).

IV. BÀN LUẬN

Khớp cắn hở phía trước là một vấn đề khó tiên lượng trong điều trị chỉnh hình răng mặt do nguy cơ tái phát cao, ngay cả khi chỉnh nha và phẫu thuật chỉnh hình xương[1]. Trong nghiên cứu này của chúng tôi cho thấy tỉ lệ trẻ nữ tham gia nghiên cứu cao hơn so với trẻ nam (tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, có thể giải thích do mẫu nhỏ). Vì không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giá trị các biến giữa hai nhóm giới tính nên nam và nữ được gộp lại để phân tích.

Chiều trước sau: Sai khớp cắn hạng III xương chiếm tỉ lệ cao (n=15; 41,7%), khác biệt có ý nghĩa thống kê so với hai nhóm sai khớp cắn còn lại. Điều này có thể do kiểu mặt lõm thường gặp ở hạng III xương gây ảnh hưởng tâm lý cho trẻ và bố mẹ nhiều hơn so với kiểu mặt lồi hoặc phẳng nên trẻ được đi khám nhiều hơn.

Khi xét mối liên hệ giữa mức độ cắn hở với các loại hình sai lệch về xương class I, II, III (phân loại theo ANB) chưa cho thấy mối liên hệ, có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi chưa đủ lớn để đánh giá tốt.

Chiều trên dưới: Phần lớn trẻ cắn hở mức độ trung bình (23 đối tượng), trong đó có 14 nữ. Điều này có thể giải thích do trẻ nữ quan tâm ngoại hình nhiều hơn và ở mức độ chi tiết hơn so với trẻ nam. Và có thể đối tượng cắn hở nặng được tiên lượng phẫu thuật quay lại điều trị khi hết tăng trưởng (≥18 tuổi)

Góc giữa mặt phẳng khẩu cái và mặt phẳng Frankfort: 17 đối tượng có (FH,PP) ≤0, chúng chỉ ra xu hướng xoay ra trước và lên trên của xương hàm trên. Hiện tượng này cũng được ghi lại trong các nghiên cứu trên đối tượng người da trắng[2].

Góc mặt phẳng hàm dưới (GoGn, SN) tăng có ý nghĩa thống kê so với chỉ số bình thường của người Việt Nam (29,6±4,3) với p=0,000. Phát hiện này phù hợp với các nghiên cứu trước của Sassouni và Nanda[2].

Chiều cao tầng mặt dưới (LAFH) của đối tượng nghiên cứu là 63,41±6,185mm (nữ) và 68,29±5,341mm (nam) cao hơn có ý nghĩa thống kê với kết quả trong nghiên cứu của Nguyễn Thị Trang[3] và cộng sự trên 168 đối tượng 18-25 tuổi có khớp cắn hạng I và xương hạng I, cho kết quả là 61,04 ± 4,04 mm (nữ) và 65,78 ± 4,80 mm (nam), và nghiên cứu trên người miền Nam[4] (p=0,000) (năm 2021). Điều này phù hợp với kiểu hình tăng chiều cao tầng mặt dưới trên đối tượng có khớp cắn hở.

PFH/AFH trung bình cho kết quả 65,11±5,687, chỉ số này thấp hơn có ý nghĩa

thống kê khi so sánh với chỉ số bình thường của người miền Nam Việt Nam (68,87±3,98) với p=0,003 cho thấy kiểu mặt tăng phân ly ở đối tượng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu của Kim[5], giá trị ODI và APDI trung bình được đánh giá ở những bệnh nhân từ 7 đến 14 tuổi với độ tuổi trung bình 10,67 tuổi. Người ta đã đưa ra những báo cáo rằng những thay đổi về tăng trưởng xương sọ xảy ra ở độ tuổi từ 13 đến 17 tuổi ảnh hưởng đến hàm trên ở mức độ ít. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng những thay đổi nhỏ về phía trước và theo chiều dọc ở hình thái sọ có thể tiếp tục trong suốt quá trình trưởng thành. Do đó, người ta giả thuyết rằng ODI, APDI trung bình có sự khác biệt đáng kể giữa các bệnh nhân dưới 7 tuổi, từ 7 đến 14 tuổi và trên 14 tuổi (cuối tuổi thanh thiếu niên và người lớn). Cần các nghiên cứu sâu hơn để kiểm tra giả thuyết này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có đối tượng nào có chỉ số cắn sâu ODI cao trên 78, và có 23/36 bệnh nhân có ODI ≤65. Kết quả này phù hợp với các mốc phân loại trong nghiên cứu của Kim và cộng sự[5], trong nghiên cứu Kim cho thấy sai khớp cắn hạng III có tần suất liên quan cắn hở cao hơn, ở nghiên cứu chúng tôi tìm thấy 18 đối tượng (tỉ lệ cao nhất 50%) có ODI ≤65 và APDI ≥85 (cắn hở hạng III). Trong 18 đối tượng này, có 17 đối tượng có giá trị CF<155 được phân loại vào nhóm cắn hở hạng III xương góc cao. Đối tượng này chiếm tỉ lệ lớn, đồng thời họ có xu hướng phát triển theo chiều đứng và chủ yếu do quá phát xương hàm dưới (xét trong nhóm này SNA=81,78±4,697, SNB = 85,22 ± 4,333), điều này có lẽ trở thành thách thức lớn cho chỉnh hình răng mặt và có nguy cơ tái phát cao.

Khi so sánh kết quả thu được từ đối tượng nghiên cứu với các chỉ số trên 23 đối tượng cắn hở phía trước người Nhật Bản[6] (ODI = 69,1±8,4; APDI=79,3±7) và 18 đối tượng cắn hở người châu Âu (ODI=66,2±9,5; APDI=79,8±8,5)[6] đều cho kết quả khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu, so sánh giá trị ODI, APDI giữa đối tượng cắn hở người Nhật và châu Âu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, trừ chỉ số APDI ở class II.

Có thể thấy đối tượng nghiên cứu người Việt Nam của chúng tôi có giá trị ODI thấp và APDI cao, tương đương với xu hướng phát triển theo chiều dọc và khớp cắn hạng III (chiếm tỉ lệ cao nhất), CF ≤ 155 chiếm phần lớn, cho thấy tiên lượng sẽ cần nhổ răng khi điều trị và dễ tái phát (theo Kim, APDI quanh giá trị 80 kết quả điều trị ổn định hơn)[7]. Hạn chế của nghiên cứu là chưa có nhóm chứng người Việt Nam cùng độ tuổi, cần thực hiện thêm các nghiên cứu để làm rõ sự khác biệt với người không có khớp cắn hở.

Đặc điểm về răng: Chiều cao răng hàm so với mặt phẳng khẩu cái d(U6,PP) =21,83±2,223 và mặt phẳng hàm dưới d(L6,MP) 29,33±3,341 cho kết quả khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nghiên cứu Brazil[8] 80 trẻ từ 11-13 tuổi, class I xương, răng bình thường, thấy trên đối tượng có 3 tầng mặt bình thường (LAFH/AFH=54-56%) cho kết quả d(U6,PP) là 27,66± 1,58 và d(L6,MP)= 40,1±2,49. Có thể giải thích do người Việt Nam có kích thước xương và răng nhỏ hơn người da trắng và cần thêm các nghiên cứu so sánh với người Việt Nam bình thường để tìm căn nguyên từ răng và xương ổ răng nếu có.

V. KẾT LUẬN

Khớp cắn hở răng trước của đối tượng có bộ răng vĩnh viễn chưa đến tuổi trưởng thành đến khám ở Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt và Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội là loại hình sai khớp cắn ít gặp. Trên tổng số 36 bệnh nhân, cho thấy sự phân bố nhiều hơn ở nữ (22/36), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai giới. Phần lớn (n=23) đối tượng cắn hở mức độ trung bình (OB trung bình là -1,39±0,499) và chỉ có 2 đối tượng thuộc nhóm cắn hở rất nặng. Chiếm tỉ lệ nhiều nhất là sai hạng III xương (n=15; 41,7%). Chiều cao tầng mặt dưới (LAFH) trung bình là 63,41±6,185mm (nữ) và 68,29±5,341 mm (nam). Tỉ lệ chiều cao tầng mặt sau/chiều cao tầng mặt trước (PFH/AFH) =0,651±0,057. Chỉ số cắn sâu (ODI) là 61,25±9,241, chỉ số loạn sản trước sau (APDI) là 86,97±11,597, chỉ số kết hợp (CF) là 148,22±8,642. Chiều cao răng hàm lớn thứ nhất hàm trên và hàm dưới lần lượt so với mặt phẳng khẩu cái và mặt phẳng hàm dưới là d (U6,PP) = 21,83±2,22 và d (L6,MP) 29,33± 3,341.

Lời cảm ơn. Nhóm nghiên cứu xin bày tỏ lời cảm ơn tới các bệnh nhân đã tham gia nghiên cứu và Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Trường Đại học Y Hà Nội, Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội đã hỗ trợ để thực hiện nghiên cứu này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Miller JR.** Treatment of a twice-relapsed anterior open bite using temporary anchorage devices, myofunctional therapy, and fixed passive self-ligating appliances. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. 2020;157(6):832-842. doi:10.1016/j.ajodo.2019.03.031
2. **Sassouni V, Nanda S.** Analysis of dentofacial

vertical proportions. American Journal of Orthodontics. 1964;50(11): 801-823. doi:10.1016/ 0002-9416(64) 90039-9
3. **Trang NT, Phương NTT, Dũng TM, Hải HV.** Đặc điểm mô cứng trên phim sọ - mặt nghiêng ở Việt trưởng thành có sai khớp cắn loại I. Accessed September 9, 2021. http:// hocvienquany.edu.vn/ Tapchi_YDHQS/Portal/Default.aspx?MaAbstract=52257
4. **Ho TTT, Luong QT.** Dental-craniofacial Characteristics of Southern Vietnamese People with Well-balanced Face on Cephalometric Films and Its Comparison with Caucasians and Northern Vietnamese Population. J Int Soc Prev Community Dent. 2021;11(3):316-323. doi:10.4103/ jispcd.JISPCD_13_21
5. **Kim YH.** Overbite depth indicator with particular reference to anterior open-bite. Am J Orthod. 1974;65(6):586-611. doi:10.1016/0002-9416(74) 90255-3
6. **Freudenthaler J, Celar A, Kubota M, Akimoto S, Sato S, Schneider B**. Comparison of Japanese and European overbite depth indicator and antero-posterior dysplasia indicator values. Eur J Orthod. 2012;34(1):114-118. doi:10.1093/ejo/cjq177
7. **MEAW Multi-loop Edgewise Archwire.** Dental Library. Published May 14, 2019. Accessed September 6, 2021. https://dental-library.com/ meaw-multi-loop-edgewise-archwire/
8. **Enoki C, Telles C de S, Matsumoto MAN.** Dental-skeletal dimensions in growing individuals with variations in the lower facial height. Braz Dent J. 2004;15:68-74. doi:10.1590/ S0103-64402004000100013

ĐÁNH GIÁ SỰ CÂN XỨNG MẶT CỦA BỆNH NHÂN SAI KHỚP CẮN LOẠI III TRÊN PHIM CẮT LỚP VI TÍNH 3D

Dương Chí Hiếu[1], Nguyễn Khánh Long[3], Nguyễn Trường Minh[1,2]

TÓM TẮT

Giới thiệu: Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá sự cân xứng mặt của bệnh nhân sai khớp cắn loại III trên phim cắt lớp vi tính 3D. **Phương pháp**: Nghiên cứu trên phim cắt lớp vi tính 3 chiều của 20 bệnh nhân có sai khớp cắn loại III xương được chia làm 2 nhóm là nhóm bất cân xứng (n=13) và nhóm cân xứng (n=7) theo độ lệch của điểm Menton (Me) mô mềm đến mặt phẳng dọc giữa. **Kết quả**: Bệnh nhân nhóm bất cân xứng có độ lệch của điểm Me trên xương và mô mềm lớn hơn có ý nghĩa so với nhóm cân xứng (p<0,05). Trong nhóm bất cân xứng, chiều dài cành lên và thân xương hàm dưới ở bên không lệch lớn hơn bên lệch cùng phía với Me. Độ chênh lệch giữa chiều dài cành lên và thân xương hàm dưới 2 bên trong nhóm bất cân xứng lớn hơn nhóm cân xứng có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Khoảng cách từ điểm Gonion và Jugale bên lệch cùng phía với Me đến các mặt phẳng dọc giữa và mặt phẳng đứng ngang lớn hơn bên không lệch. **Kết luận**: Bất cân xứng mặt thể hiện chủ yếu tại các vùng thuộc xương hàm dưới ở cành lên và thân xương hàm dưới. Trong nhóm bất cân xứng điểm Gonion và Jugale bên không lệch nằm ở phía trước và gần đường giữa hơn bên lệch cho thấy phức hợp xương hàm trên và hàm dưới có xu hướng xoay về cùng phía bên lệch. Do vậy cần đánh giá chính xác sự cân xứng và bất cân xứng để lên kế hoạch phẫu thuật phù hợp.

[1]Viện Đào Tạo Răng Hàm Mặt, Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Đại học Y Hà Nội
[3]Bệnh viện Việt Nam- Cu Ba
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Minh
Email: nguyentruongminh@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 24.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 23.8.2021
Ngày duyệt bài: 30.8.2021

Từ khóa: Bất cân xứng mặt, sai khớp cắn loại III, phim cắt lớp vi tính 3D.

SUMMARY

ASSESSMENT OF FACIAL SYMMETRY IN SKELETAL CLASS III ON THREE-DIMENSIONAL COMPUTED TOMOGRAPHY

Introduction: The purpose of this study was to assess facial symmetry in patients with skeletal Class III. **Methods:** The patients consisted of 20 adults with skeleton class III, divided into the asymmetry group (n=13) and the symmetry group (n=7) according to the degree of soft-menton deviation. Three-dimensional computed tomography scans were obtained with a spiral computed tomography scanner. Landmarks were designated on the reconstructed 3-dimensional surface models. **Results**: In the asymmetry group, patients showed large shift of menton, mandibular ramus and body lengths were significantly longer on the nondeviated side than on the deviated side (P <0,05). The distance between Gonion and Jugale to Mid-Sagital plane and Coronal Plane were longer on the deviated side than on the nondeviated side. **Conclusions**: Both ramus and body appeared to contribute to mandibular asymmetry. Maxillomandibular complex had roll and yaw rotations to the menton-deviation. Therefore, it is necessary to carefully evaluate these skeletal units when planning a treatment strategy of facial asymmetry.

Keywords: Facial asymmetry, skeleton class III, three-dimensional computed tomography.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

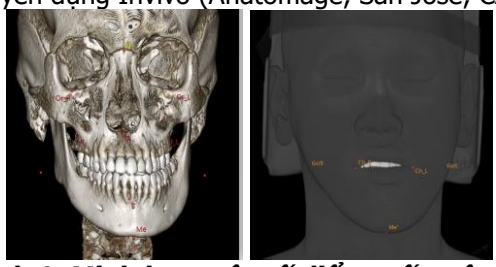
Sự bất đối xứng trên khuôn mặt thường thấy ở những bệnh nhân bị sai hình xương, đặc biệt là những người bị dị dạng xương loại III[1,2]. Cằm lệch sang một bên là đặc điểm dễ nhận thấy nhất ở những bệnh nhân có khuôn mặt không

đối xứng, có thể do dịch chuyển vị trí hoặc thay đổi hình thái của cấu trúc hàm dưới[3]. Phim X-quang 2 chiều (2D) thường được sử dụng để đánh giá sự sai hình của xương hàm mặt. Tuy nhiên, độ tin cậy của các phép đo trên phim 2D bị hạn chế do sự chồng hình của các cấu trúc quan trọng và khó khăn trong việc xác định các điểm mốc giải phẫu[4]. Hơn nữa, phim chụp 2D không đem lại thông tin một cách chính xác cũng như đầy đủ về khuôn mặt thực tế là các cấu trúc 3D. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ba chiều (3D) được đề xuất để giải quyết những vấn đề như vậy, vì nó rất quan trọng trong việc chẩn đoán và lập kế hoạch điều trị cho bệnh nhân bị dị dạng xương hàm mặt[5]. Hwang và cộng sự đã phát hiện ra rằng sự khác biệt về độ nghiêng của cành lên xương hàm dưới che đi sự khác biệt về chiều dài cành lên xương hàm dưới trong các hình ảnh phim chụp Cephalometric và báo cáo rằng hình ảnh 3D hữu ích trong việc tìm hiểu các cấu trúc không đối xứng trên khuôn mặt[4]. Hiện nay trên thế giới chưa có nhiều nghiên cứu về hình thái bất cân xứng khuôn mặt của bệnh nhân dị dạng xương hàm loại III trên phim 3D-CT. Tại Việt Nam cũng chưa có nghiên cứu nào về vấn đề này trên phim 3D-CT. Mục đính của chúng tôi khi thực hiện nghiên cứu này là mô tả một số đặc điểm hình thái cân xứng và bất cân xứng của bệnh nhân dị dạng xương hàm loại III trên phim 3D-CT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được tiến hành trên 20 phim cắt lớp vi tính hàm mặt của các bệnh nhân đến khám tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội được chẩn đoán sai khớp cắn loại III có chỉ định kết hợp chỉnh nha- phẫu thuật trong khoảng thời gian từ 7/2019-7/2021. Các tiêu chí lựa chọn bệnh nhân vào nghiên cứu bao gồm: 1. Bệnh nhân trưởng thành có sai khớp cắn hạng III do xương có góc ANB<0°; 2. Bệnh nhân chưa từng điều trị chỉnh nha hay phẫu thuật trước đó. Tiêu chí loại trừ ra khỏi nghiên cứu bao gồm: bệnh nhân rối loạn tâm thần, bệnh nhân không hợp tác, bệnh nhân mắc các dị tật bẩm sinh, hội chứng teo nửa mặt hay có tiền sử chấn thương vùng hàm mặt.

Các chỉ số đo lường trong nghiên cứu được thu thập trên phim cắt lớp vi tính hàm mặt được chụp bằng máy chụp phim CT 128 lát cắt Optima CT660 GE tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội và được phân tích bằng phần mềm phân tích 3D chuyên dụng Invivo (Anatomage, San Jose, CA).



Hình 1. Minh họa một số điểm mốc trên mô cứng và mô mềm trên phim 3D[6]

Các mặt phẳng tham chiếu: Mặt phẳng dọc giữa (MSP) được xác định đi qua 3 điểm Na, Ba, S; mặt phẳng ngang Frankfort (FH) đi qua 2 điểm Or, Po bên phải và vuông góc với mặt phẳng dọc giữa; mặt phẳng đứng ngang (CP) đi qua điểm N và vuông góc với 2 mặt phẳng MSP và FH. Đối tượng nghiên cứu được chia làm 2 nhóm dựa vào độ lệch của Me' mô mềm so với mặt phẳng dọc giữa. Nhóm bất cân xứng (nhóm 1): bệnh nhân có Me'-MSP≥ 3mm, nhóm cân xứng (nhóm 2): bệnh nhân có Me'-MSP<3mm[4].

Bảng 1. *Các phép đo trên 3D*

Kí hiệu	Định nghĩa	Kí hiệu	Định nghĩa
Me-S	Khoảng cách từ Me đến MSP	Co-Go	Chiều dài cành lên xương hàm dưới
Co-S	Khoảng cách từ Co đến MSP	Go-Me	Chiều dài cành ngang xương hàm dưới
Go-S	Khoảng cách từ Go đến MSP	U6MB-S	Khoảng cách từ U6MB đến MSP
Go-H	Khoảng cách từ Go đến FH	U6MB-H	Khoảng cách từ U6MB đến FH
Go-C	Khoảng cách từ Go đến CP	Me'-S	Khoảng cách từ Me' đến MSP
J-S	Khoảng cách từ J đến MSP	Ch-H	Khoảng cách từ Ch đến FH
J-H	Khoảng cách từ J đến FH	Go'-S	Khoảng cách từ Go' đến MSP

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu có 20 bệnh nhân sai khớp cắn loại III có chỉ định phẫu thuật, trong đó có 10 bệnh nhân nam và 10 bệnh nhân nữ, số bệnh nhân thuộc nhóm bất cân xứng là 13 bệnh nhân, số bệnh nhân thuộc nhóm cân xứng là 7 bệnh nhân.

Bảng 2. *Đặc điểm nhóm nghiên cứu*

Giá trị	Bất cân xứng (Nhóm 1)	Cân xứng (Nhóm 2)	Trung bình	P(1)(2)
ANB(°)	-3,88±2,27	-3,37±2,55	-3,7±2,32	0,588

ANS-MSP(mm)	1,47±0,94	1,06±0,56	1,32±0,84	0,135
Me-MSP(mm)	7,21±3,62	1,06±0,58	5,06±4,18	0,000*
Me'-MSP(mm)	7,35±3,52	1,05±0,76	5,15±4,19	0,000*

*p<0,05 Khác biệt có ý nghĩa thống kê

Khoảng cách từ điểm Me và Me' đến MSP tại nhóm bất cân xứng lớn hơn nhóm cân xứng có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

Giá trị ANB trung bình là -3,7±2,32(°). Khoảng cách từ ANS đến mặt phẳng dọc giữa (MSP) trung bình là 1,32±0,84mm, không có sự khác biệt giữa 2 nhóm (p>0,05).

2. Sự khác nhau một số chỉ số trên xương của các bệnh nhân sai khớp cắn hạng III do xương

Bảng 3. *So sánh số đo trên xương nhóm nghiên cứu*

	Bất cân xứng (Nhóm 1)			**Cân xứng (Nhóm 2)**			
Xương	Bên lệch (mm)	Bên không lệch (mm)	Khác nhau (1)(mm)	Bên phải (mm)	Bên trái (mm)	Khác nhau (2)(mm)	P (1,2)
Co-Go	57,96±5,54	60,26±5,19	3,54±3,08	58,99±3,34	58,12±3,38	1,36±0,85	0,046*
Go-Me	87,82±4,72	89,47±4,30	3,23±1,57	88,12±3,32	88,34±3,39	1,43±1,18	0,019*
Co-S	51,08±3,25	51,51±1,52	2,87±2,09	51,06±2,64	50,93±2,98	1,74±1,18	0,311
Go-S	49,42±3,64	45,16±2,40	4,57±2,47	45,91±5,20	44,85±3,58	4,35±2,67	0,938
Go-H	59,51±4,65	60,26±4,34	2,62±1,98	59,83±3,62	59,04±6,02	2,93±2,08	0,757
Go-C	69,29±5,95	65,57±4,62	3,82±2,95	64,73±5,17	64,89±5,75	1,75±1,72	0,097
J-S	32,81±2,09	29,78±2,85	3,18±2,00	32,67±3,07	31,67±1,67	2,2±2,05	0,183
J-H	28,82±2,14	28,83±1,95	1,45±1,18	29,48±3,48	29,86±3,67	1,23±1,04	0,757
J-C	23,3±3,15	21,92±3,63	2,1±1,67	21,63±5,15	21,47±2,38	2,82±1,96	0,393

Bên lệch: bên cùng phía với bên lệch Me, Bên không lệch: bên lệch khác phía với Me, Khác nhau= Bên lệch- Bên không lệch, *p<0,05 Khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Nhóm bất cân xứng có sự khác nhau giữa chiều dài cành lên và thân xương hàm dưới lớn hơn có ý nghĩa so với nhóm cân xứng (p<0,05). Độ dài cành lên xương hàm dưới

của bên lệch (57,96±5,54mm) nhỏ hơn bên không lệch (60,26±5,19mm) và độ dài thân xương hàm dưới bên lệch (87,82±4,72mm) cũng nhỏ hơn bên không lệch (89,47±4,30mm). Sự khác nhau của khoảng cách điểm Gonion và Jugale đến 3 mặt phẳng (MSP, FH, CP) giữa 2 nhóm cân xứng và không cân xứng không có ý nghĩa (p>0,05). Khoảng cách điểm Gonion và Jugale mặt phẳng dọc giữa và mặt phẳng trán ở bên lệch lớn hơn bên không lệch tại nhóm bất cân xứng. Khoảng cách từ điểm Codylion đến mặt phẳng dọc giữa ở hai bên giữa hai nhóm là tương đương nhau.

3. Sự khác nhau một số chỉ số trên răng và mô mềm của các bệnh nhân sai khớp cắn hạng III do xương.

Bảng 4. *So sánh số đo trên răng và mô mềm nhóm nghiên cứu*

	Bất cân xứng (Nhóm 1)			**Cân xứng (Nhóm 2)**			
	Bên lệch (mm)	**Bên không lệch (mm)**	**Khác nhau (1) (mm)**	**Bên phải (mm)**	**Bên trái (mm)**	**Khác nhau (2) (mm)**	**P (1,2)**
Răng							
U6 MB-S	29,13±2,22	24,42±2,26	4,72±2,13	27,37±2,29	26,8±1,86	3,16±2,38	0,081
U6 MB-H	49,39±2,96	50,15±3,76	1,46±1,07	50,32±3,00	49,85±3,53	0,97±1,11	0,311
Mô mềm							
Ch-H	52,59±4,38	53,96±3,85	2,19±2,01	52,47±2,50	52,62±3,12	1,02±0,84	0,536
Go'-S	63,53±6,44	60,15±7,77	4,02±3,33	62,49±7,05	61,34±4,59	5,08±3,22	0,438

Khoảng cách từ đỉnh múi ngoài gần răng hàm lớn thứ nhất hàm trên đến mặt phẳng dọc giữa ở bên lệch lớn hơn bên không lệch tại nhóm bất cân xứng. Khoảng cách này là tương đương nhau ở nhóm cân xứng. Khoảng cách từ đỉnh múi ngoài gần răng hàm lớn thứ nhất hàm trên đến FH ở 2 bên của 2 nhóm là tương đương nhau, cho thấy chiều cao của xương hàm trên 2 bên là tương tự nhau. Khoảng cách của điểm khóe môi của 2 nhóm (Chelion) đến mặt phẳng FH ở 2 bên là như nhau. Khoảng cách từ điểm Gonion mô mềm đến mặt phẳng dọc giữa ở nhóm bất cân xứng ở bên lệch lớn hơn bên không lệch tại nhóm bất cân xứng. Khoảng cách này ở nhóm cân xứng là tương đương nhau. Tuy nhiên, sự chênh lệch 2 bên giữa 2 nhóm nghiên

cứu không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

IV. BÀN LUẬN

Trong số 20 bệnh nhân nghiên cứu bệnh nhân sai khớp cắn loại III xương có chỉ định phẫu thuật thì số bệnh nhân thuộc nhóm bất cân xứng là 13 cho thấy tỉ lệ bệnh nhân sai khớp cắn loại III tìm đến phương pháp chỉnh nha kết hợp phẫu thuật kèm bất cân xứng về khuôn mặt là khá lớn, tỷ lệ này cũng tương tự như trong nghiên cứu của Kug-Ho You và cộng sự năm 2010[7] có tỉ lệ bệnh nhân thuộc nhóm bất cân xứng chiếm 66,67% tổng số bệnh nhân nghiên cứu. Khoảng cách Menton đến MSP giữa 2 nhóm bất cân xứng và cân xứng (7,21±3,62mm và 1,06±0,58mm) tương tự như trong nghiên cứu của Kug-Ho You và cộng sự năm 2010[7] có khoảng cách của nhóm bất cân xứng và cân xứng lần lượt là (7,7±3,4mm và 1,2±0,5mm). Trong nghiên cứu, nhóm bất cân xứng có độ dài thân xương hàm dưới và cành lên xương hàm dưới ở bên lệch của nhỏ hơn bên không lệch. Điều này tương tự như trong nghiên cứu của Kug-Ho You và cộng sự năm 2010[7] và HyoYeon Lee và cộng sự năm 2012[4]. So sánh với nghiên cứu của Rouh Hwai Wang và cộng sự năm 2020[8] đánh giá các chỉ số xương và mô mềm của 60 người Trung Quốc có khuôn mặt và khớp cắn hài hòa thì nghiên cứu của chúng tôi cho thấy độ dài thân xương hàm dưới tại bên lệch tương đương như trong nghiên cứu của Wang và độ dài thân xương hàm dưới bên không lệch dài hơn trong nghiên cứu của Wang cho thấy quá phát thân xương hàm dưới một bên có thể là một trong các nguyên nhân gây lệch mặt ở nhóm bệnh nhân bất cân xứng.

Trong nhóm bất cân xứng, khoảng cách từ điểm Gonion và Jugale đến MSP và CP của bên lệch lớn hơn bên đối diện cho thấy điểm Gonion và Jugale bên không lệch nằm ở phía trước và gần đường giữa hơn bên lệch. Điều này cho thấy phức hợp xương hàm trên và hàm dưới có xu hướng xoay về phía bên lệch của nhóm bất cân xứng.

Nghiên cứu các bệnh nhân loại III có chỉ định phẫu thuật chỉnh hình xương hàm là vô cùng quan trọng do đó là cơ sở để có các kế hoạch điều trị phẫu thuật cho bệnh nhân. Trước đây, nghiên cứu chủ yếu dựa trên các phim 2D như cephalometric nên chưa đạt được độ chính xác cũng như có nhiều nguy cơ sai số. Đây là một trong những nghiên cứu đầu tiên ở Việt Nam sử dụng phim 3D để nghiên cứu cấu trúc khuôn mặt ở bệnh nhân loại III xương có chỉ định phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 20 bệnh nhân sai khớp cắn loại III xương đến khám tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội có chỉ định kết hợp chỉnh nha- phẫu thuật, số bệnh nhân sai khớp cắn loại III do xương có bất cân xứng là 13. Nghiên cứu thực hiện trên phim cắt lớp vi tính 3 chiều cho ta thấy đánh giá tổng quan và đầy đủ hơn đặc điểm khuôn mặt của các bệnh nhân mà khi chụp phim 2 chiều không thấy rõ được. Bệnh nhân nhóm bất cân xứng có độ lệch của điểm Me trên xương và mô mềm lớn hơn có ý nghĩa so với nhóm cân xứng. Trong nhóm bất cân xứng, chiều dài cành lên và thân xương hàm dưới ở bên không lệch lớn hơn bên lệch cùng phía với Me. Nghiên cứu cho thấy vị trí có sự bất cân xứng mặt thường là các vùng thuộc xương hàm dưới như vùng cằm, vùng cành ngang, cành lên xương hàm dưới. Phức hợp xương hàm trên và hàm dưới có xu hướng xoay về phía bên lệch của những bệnh nhân sai khớp cắn loại III xương kèm bất cân xứng mặt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Haraguchi S, Iguchi Y, Takada K.** Asymmetry of the face in orthodontic patients. Angle Orthod. 2008; 78(3):421-426.
2. **Severt TR, Proffit WR.** The prevalence of facial asymmetry in the dentofacial deformities population at the University of North Carolina. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg. 1997; 12(3):171-176.
3. **Chen Y-J, Yao C-C, Chang Z-C và cộng sự.** Characterization of facial asymmetry in skeletal Class III malocclusion and its implications for treatment. Int J Oral Maxillofac Surg. 2019; 48(12):1533-1541.
4. **Lee H, Bayome M, Kim S-H và cộng sự.** Mandibular dimensions of subjects with asymmetric skeletal class III malocclusion and normal occlusion compared with cone-beam computed tomography. Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod. 2012; 142(2):179-185.
5. **Minh NT, Nguyên TM, Hùng ĐT và cộng sự**. Ứng dụng công nghệ số trong phẫu thuật chỉnh hình xương hàm. Tạp Chí Học Việt Nam. 2021; 498(2).
6. **Swennen GRJ, Schutyser FAC, Hausamen J-E.** Three-Dimensional Cephalometry: A Color Atlas and Manual. Springer-Verlag; 2006.
7. **You K-H, Lee K-J, Lee S-H.** Three-dimensional computed tomography analysis of mandibular morphology in patients with facial asymmetry and mandibular prognathism. Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod. 2010; 138(5):540.e1-8.
8. **Wang RH, Ho C-T, Lin H-H.** Three-dimensional cephalometry for orthognathic planning: Normative data and analyses. J Formos Med Assoc Taiwan Yi Zhi. 2020; 119(1 Pt 2):191-203.

HÌNH THÁI LÂM SÀNG CỦA VIÊM TẮC TĨNH MẠCH BÊN DO CHOLESTEATOMA HIỆN NAY

Đoàn Thị Hồng Hoa[1], Nguyễn Quang Hùng[2], Nguyễn Ngọc Hà[2]

TÓM TẮT

Viêm tắc tĩnh mạch bên là một trong những biến chứng nội sọ do VTG có cholesteatoma gây ra, hiện nay hiếm gặp nhưng nó diễn biến nặng. Biến chứng này thường được nghĩ đến ở những bệnh nhân có thủng màng nhĩ với biểu hiện chảy tai, sốt rét run và có triệu chứng thần kinh. CT-scan và MRI cho phép chẩn đoán sớm và có vai trò trong việc phát hiện các biến chứng nội sọ. Cần phải can thiệp phẫu thuật kịp thời và xem xét đến việc dùng thuốc chống đông. Tuy nhiên, hình thái lâm sàng ngày nay của viêm tai thay đổi theo thời gian. Nhân trường hợp biến chứng viêm tắc tĩnh mạch bên tĩnh mạch bên lan rộng do VTG mạn có cholesteatome với màng nhĩ đóng kín biểu hiện như VTG cấp ở nam thanh niên khỏe mạnh, chúng tôi muốn cập nhật chẩn đoán và phương hướng điều trị cholesteatoma với biến chứng VTTMB hiện nay.

Từ khóa: Viêm tắc tĩnh mạch bên; cholesteatoma tai giữa; biến chứng nội sọ.

SUMMARY

THE CURRENT CLINICAL PRESENTATION OF LATERAL SINUS THROMBOPHLEBITIS DUE TO MIDDLE EAR CHOLESTEATOMA

Lateral sinus thrombophlebitis is a rare but severe intracranial complication of middle ear cholesteatoma. This complication is commonly suspected in patients with perforated tympanic membrane associated with otorrhea, fever, and neurological symptoms. CT-scan and MRI allow early diagnosis and play a role in detecting intracranial complications. Surgical intervention should be early and anticoagulation should be considered. However, clinical manifestations of chronic otitis media varies over time. In the case of complicated lateral vein thrombosis due to chronic otitis media with cholesteatoma with closed tympanic membrane presenting as acute otitis media in healthy young men, we would like to update the current diagnosis and treatment of middle ear cholesteatoma with lateral sinus thrombophlebitis.

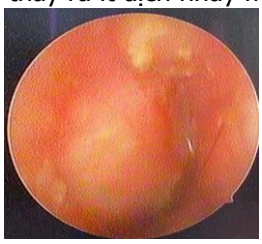
Key words: Lateral sinus thrombophlebitis; middle ear cholesteatoma; intracranial complication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

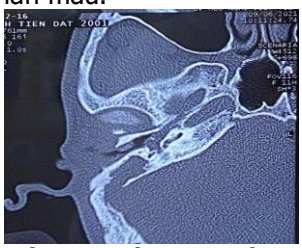
Các thông bào xương chũm liên quan chặt chẽ với tĩnh mạch bên và màng tiểu não kế cận. Những viêm nhiễm của tai giữa có thể lan tràn vào xoang tĩnh mạch bên và màng não gây ra viêm tắc tĩnh mạch bên (VTTMB) và viêm dày màng tiểu não khu trú, thậm trí gây áp xe tiểu não. Đây là biến chứng nặng, tỉ lệ tử vong cao, có thể lên đến 25%, mặc dù đã có kháng sinh phổ rộng [1]. Chính vì vậy, chẩn đoán sớm đóng vai trò quan trọng trong vấn đề tiên lượng cho người bệnh. Tuy nhiên, hình thái lâm sàng ngày nay của viêm tai thay đổi theo thời gian, sự lạm dụng kháng sinh làm cho các viêm tai không biểu hiện rõ các triệu chứng kinh điển, tỉ lệ biến chứng giảm nhưng biến chứng nặng, nguy hiểm đến tính mạng vẫn gặp nhưng khó phát hiện. Nhân trường hợp biến chứng viêm tắc tĩnh mạch bên lan tràn trên bệnh nhân viêm tai giữa (VTG) có cholesteatoma màng tai đóng kín, chúng tôi muốn cập nhật chẩn đoán và phương hướng điều trị VTG có cholesteatoma với biến chứng VTTMB hiện nay.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 20 tuổi, vào viện vì sốt rét run và đau nhức tai phải dữ dội. Bệnh nhân có tiền sử viêm tai lúc bé, sau hoàn toàn không có biểu hiện gì, chỉ nghe kém nhẹ ở tai phải. Cách lúc vào viện một tháng, bệnh nhân tự nhiên thấy đau nhức tai phải kèm theo rỉ nước vàng sau khi đi tắm biển về. Bệnh nhân đã được khám tại bệnh viện huyện, chẩn đoán là VTG cấp và điều trị tiêm kháng sinh 2 tuần không đỡ, tai vẫn đau nhức. Bệnh nhân được chuyển lên bệnh viện tỉnh, khám thấy vùng sau tai phải không sưng nề, rãnh sau tai còn, màng tai phồng đỏ, dầy đục, không rõ có lỗ thủng; đã được dùng tiếp kháng sinh liều cao nhưng bệnh nhân xuất hiện sốt cao, rét run 39-400, trích rạch màng tai chỉ thấy ra ít dịch nhầy mủ lẫn máu.



Hình 1: màng tai dày phồng không rõ lỗ thủng



Hình 2: hòm nhĩ và XC mờ, mất liên tục vách xương giữa XC và TMB

Đo thính lực: điếc dẫn truyền với khoảng rinne là 40 dB. Chụp cắt lớp thấy mờ toàn bộ tai

[1]*Trường đại học Y Dược, ĐHQG Hà Nội,*
[2]*Bệnh viện Hữu nghị Việt- Tiệp Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Hồng Hoa
Email: dhhoa63@yahoo.fr
Ngày nhận bài: 23.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021
Ngày duyệt bài: 27.8.2021

giữa phải, các vách thông bào mất, đặc biệt là vách xương giữa tĩnh mạch bên và xương chũm mất liên tục, tường thượng nhĩ có chỗ tăng sinh nhưng có một điểm khuyết nhỏ, đầu xương búa, xương bàn đạp và xương đe bị tiêu.

Hình 3 : cốt hóa tường thượng nhĩ dấu

Hình 4 : mất 1 phần tường thượng nhĩ, hiệu Choles

Chẩn đoán sơ bộ: VTG mạn tính phải có cholesteatoma, tiêu hủy xương con, biến chứng viêm tắc tĩnh mạch bên. Chụp cộng hưởng từ thấy màng tiểu não viêm dày khu trú, tĩnh mạch bên bên phải bị viêm tắc lan lên vùng xoang ngang và xuống phần trên tĩnh mạch cảnh trong phải với không có dòng chảy qua và khẳng định tổn thương là cholesteatoma với tăng tín hiệu thì Diffusion. Sau khi khảo sát bằng siêu âm, tình trạng thông thương của xoang tĩnh mạch bên bên trái thông và dẫn lưu tốt, tình trạng viêm tắc tĩnh mạch bên lan rộng bên bệnh. Khoa Tai Mũi Họng đã tiến hành hội chẩn với chuyên khoa Chẩn đoán hình ảnh và Phẫu thuật Tim mạch-Lồng ngực, quyết định mổ cấp cứu với kế hoạch: thắt tĩnh mạch cảnh trong bên phải đề phòng huyết khối đi chuyển và mổ tiệt căn xương chũm phải, không dùng biện pháp thuốc chống đông.

Bệnh nhân đã được gây mê toàn thân, rạch da dọc theo bờ trước cơ ức đòn chũm, bộc lộ máng cảnh, bóc tách tĩnh mạch cảnh trong và thắt ở đoạn phía trên nhánh giáp lưỡi mặt để để phòng cục máu đông di cư xa và điều trị tình trạng nhiễm khuẩn huyết.

Hình 5: hình ảnh huyết khối tĩnh mạch bên P trên phim MRI

Hình 6: sùi toàn bộ tĩnh mạch bên và màng tiểu não trước tĩnh mạch bên

Tiếp theo, tiến hành mổ tiệt căn xương chũm. Rạch da sau tai, bóc tách cốt mạc, bộc mộ mặt ngoài xương chũm, không có lỗ rò xương. Rạch da ống tai, bóc tách bộc lộ hòm nhĩ, thấy trong hòm nhĩ đầy tổ chức cholesteatoma được bao bọc trong tổ chức niêm mạc viêm dày dễ chảy máu. Quyết định mổ tiệt căn xương chũm, thấy vỏ xương chũm đặc ngà, khi khoan mở sào bào thì thấy mủ đặc trắng trào ra ở nhóm thông bào dưới sào bào, hút ra khoảng 5 ml mủ lẫn máu (thử vi khuẩn học: Providencia rettgeri), trong sào bào đầy tổ chức cholesteatoma, tĩnh mạch bên và màng tiểu não trước tĩnh mạch bên dầy sùi, không phân biệt được lòng tĩnh mạch bên. Tiệt căn xương chũm từ sau ra trước, thấy mỏm tường thượng nhĩ ra trước nên chặt cầu xương khó khăn. Khi bóc tách lấy cholesteatoma thấy có túi co kéo thượng nhĩ rất nhỏ ở phía sau liên tiếp với khối cholesteatoma. Đầu xương búa, xương đe và xương bàn đạp mất hết, chỉ còn cán búa. Kiểm soát lấy sạch tổ chức cholesteatoma. Lấy 1 miếng sụn đặt trên cửa sổ bầu dục làm trụ dẫn, phủ lại vạt da vào hốc mổ, không phủ cân cơ. Chỉnh hình cửa tai, đặt mèche dầu kháng sinh. Khâu đóng da theo bình diện. Băng ép. Tiến triển sau mổ, bệnh nhân hết sốt, tỉnh táo, mặt không sưng nề, đỡ đau đầu, không liệt mặt và không có chóng mặt. Bệnh nhân xuất viện ngày thứ 7 sau phẫu thuật xương chũm.

IV. BÀN LUẬN

VTG mạn tính là một bệnh rất thường gặp, theo ước tính của Tổ chức y tế thế giới, có trên 20 triệu người mắc viêm tai. Trong số đó, cholesteatoma chiếm khoảng ¼ (tương ứng với 5 triệu người) [2] mặc dù số ca cholesteatoma mắc phải có xu hướng giảm [3]. Tỉ lệ cholesteatoma hàng năm ở trẻ em là 3/100 000 em và ở người lớn là 9,2/100 000 dân. Tần xuất mắc cholesteatoma ở mỗi quốc gia khác nhau. Kinh điển, người ta phân cholesteatoma thành 3 loại, đó là thể cholesteatoma bẩm sinh đặc trưng cho trẻ em, loại mắc phải gặp cả ở người lớn và trẻ em và loại không thể xác định nguồn gốc của nó. Tuy nhiên, tại Hội nghị Quốc tế lần thứ 10 về Cholesteatoma và Phẫu thuật Tai ở Edinburgh, vào năm 2016, Viện Hàn lâm Tai và Thần kinh học châu Âu (The European Academy of Otology and Neurotology-EAONO) phối hợp với Hội Tai học Nhật bản (The Japanese Otological Society-JOS) đã đưa ra đồng thuận chung về "Định nghĩa, Phân loại và Phân giai đoạn Cholesteatoma tai giữa". Hệ thống phân loại này nhằm chuẩn hóa cách phân loại cũng như tiêu chuẩn hóa trong việc báo cáo kết quả phẫu thuật trong cộng đồng các nhà Tai học. Thêm vào đó,

hệ thống phân loại này có thể giúp điều chỉnh mức độ nghiêm trọng của bệnh trong khi đánh giá kết quả cũng như cung cấp thông tin hữu ích cho việc tư vấn bệnh nhân [4]. Nhóm nghiên cứu này phân cholesteatoma tai giữa thành 4 loại khác nhau tùy theo vị trí bắt nguồn với 4 giai đoạn khác nhau:

- Giai đoạn I: cholesteatoma khu trú, đó là vị trí bắt nguồn của cholesteatoma như thượng nhĩ đối với cholesteatoma màng trùng, hòm nhĩ đối với cholesteatoma màng căng, cholesteatoma bẩm sinh và cholesteatoma thứ phát sau lỗ thủng màng căng.
- Giai đoạn II: cholesteatoma liên quan đến 2 hoặc trên 2 vị trí.
- Giai đoạn III: cholesteatoma với biến chứng ngoài sọ hoặc các tình trạng khác, bao gồm liệt mặt, rò mê nhĩ, viêm mê nhĩ, áp xe hay rò sau tai, áp xe mỏm tiếp, áp xe cổ, phá hủy trên nửa chiều dài ống tai xương, phá hủy trần nhĩ với khuyết xương đòi hỏi phải tái tạo và viêm tai dính với dính toàn bộ màng căng.
- Giai đoạn IV: cholesteatoma với biến chứng nội sọ như viêm màng não mủ, áp xe ngoài màng cứng, áp xe dưới màng cứng, viêm tắc tĩnh mạch bên và áp xe não.

Viêm tắc tĩnh mạch bên là giai đoạn cuối của cholesteatoma tai giữa. Căn nguyên của VTTMB liên quan đến xương chũm bị ăn mòn do cholesteatoma hoặc do các tổ chức hạt gây ra sự hình thành các áp xe quanh xoang tĩnh mạch bên. Các tổ chức hay ổ áp xe này sẽ gây áp lực lên thành màng cứng bên ngoài của xoang tĩnh mạch bên, trong khi các fibrin, tế bào máu và tiểu cầu kết dính tạo huyết khối ở thành trong của xoang tĩnh mạch bên. Huyết khối tạo ra có thể trở nên nhiễm khuẩn và lan tràn bởi viêm tắc tĩnh mạch thông qua tĩnh mạch thoát liên kết xương chũm với xoang tĩnh mạch bên hay lây lan trực tiếp.

Viêm tắc tĩnh mạch bên được đặc trưng bởi sốt cao thường kèm theo rét run, với triệu chứng và các dấu hiệu của tai như: đau tai, chảy mủ tai, sưng nề sau tai và các dấu hiệu, triệu chứng thần kinh như: đau đầu, thay đổi trạng thái tâm thần và cứng cổ, buồn nôn, nôn, phù gai thị, liệt dây thần kinh vận nhãn, nhìn mờ và nhìn đôi được báo cáo do tăng áp lực nội sọ hay còn gọi là não úng thủy. Test Queckenstedt có thể dương tính biểu hiện áp lực dịch não tủy không tăng khi ép vào tĩnh mạch cảnh trong bên bệnh, gợi ý viêm tắc xoang tĩnh mạch bên. Ngày nay, chụp tĩnh mạch cộng hưởng từ được coi là tiêu chuẩn vàng để đánh giá VTTMB. Đây là biện pháp không xâm lấn, có độ chính xác cao để đánh giá sự hiện diện của máu trong lòng mạch. Tuy nhiên, chụp cộng hưởng từ mạch não trong pha tĩnh mạch không còn được khuyên dùng vì nguy cơ đột quị do tắc mạch.

Khi xác định tĩnh mạch bên bị tổn thương do VTG mạn có cholesteatoma, điều trị kháng sinh phổ rộng kết hợp với phẫu thuật xương chũm để kiểm soát nhiễm khuẩn là phương pháp điều trị lựa chọn, nhưng thái độ xử lý VTTMB còn nhiều điểm không thống nhất. Một số tác giả đề nghị mở xoang tĩnh mạch bên, lấy máu đông và thắt tĩnh mạch cảnh [5,6], trong khi một số tác giả khác đề xuất chỉ phẫu thuật thăm rò thành xoang và vùng lân cận trong quá trình tiến hành khoét xương chũm để điều trị ổ nhiễm trùng ban đầu [7], kèm theo có thể dùng thuốc chống đông. Quan điểm dùng thuốc chống đông bằng Heparin và các thuốc chống đông theo đường uống không thống nhất, đôi khi có hại hơn vì nguy cơ giải phóng các cục máu nhiễm khuẩn hoặc chảy máu sau mổ và đặc biệt gây biến chứng xuất huyết não. Tuy nhiên, một số nghiên cứu lại thấy rằng tái thông xoang tĩnh mạch bên rất hiếm xảy ra dù điều trị theo cách nào như lấy cục máu đông hay dùng thuốc chống đông [8,9]. Chính vì vậy, chỉ định thắt tĩnh mạch cảnh trong ngày nay tuy không còn được sử dụng thường qui do sự ra đời của kháng sinh, làm cho biến chứng tắc mạch nhiễm khuẩn hiếm gặp, nó vẫn được dành cho các trường hợp nhiễm khuẩn huyết khó chữa, tắc mạch phổi nhiễm khuẩn hoặc VTTMB mà không có bất kỳ huyết khối nào trong vùng xương chũm khi thăm dò xoang bên và thậm chí khi tiếp cận nó một cách thận trọng.

Trong ca lâm sàng của chúng tôi, bệnh nhân được điều trị muộn sau khi có dấu hiệu đau nhức tai 1 tháng vì bệnh nhân không có biểu hiện lâm sàng cholesteatoma kinh điển. Bệnh nhân chỉ có tiền sử viêm tai lúc nhỏ, sau đó hoàn toàn không có triệu chứng. Sau khi đi bơi bệnh nhân thấy đau nhức tai, ra ít nước vàng và khám tai thấy màng tai căng phồng, dầy đỏ, không rõ lỗ thủng, đặc biệt là khi chính nhĩ lại ra ít mủ lẫn máu nên được chẩn đoán là viêm tai giữa cấp. Nhưng có điểm không logic là bệnh nhân không phải trẻ em, thể trạng tốt, không có bệnh nền, nên biến chứng của viêm tai giữa cấp rất khó xảy ra; hơn nữa, mặc dù điều trị kháng sinh tiêm phổ rộng và chích nhĩ, tình trạng bệnh nhân vẫn xấu đi, sốt cao rét run kèm đau đầu và đau tai nhiều. Trên hình ảnh chụp cắt lớp thấy mờ toàn bộ xương chũm và tai giữa, mất vách ngăn giữa xương chũm và tĩnh mạch bên, mỏm tường

thượng nhĩ phần lớn là tái tạo, chỉ có một chỗ khuyết ra nhỏ, thể hiện có túi có kéo và xương con bị ăn mòn. Với tình trạng đó nghi ngờ biến chứng VTTMB do VTG mạn có cholesteatoma là hợp lý. Do tĩnh mạch bên liên quan chặt chẽ với màng tiểu não và tiểu não, khi bệnh nhân có dấu hiệu tổn thương tĩnh mạch bên kèm đau đầu, chụp cộng hưởng từ là cần thiết để khẳng định cholesteatoma, đánh giá tình trạng VTTMB và loại trừ áp xe tiểu não.

Về điều trị, đối với VTTMB trong trường hợp này, sau khi đánh giá tình trạng VTTMB với nhiễm trùng huyết của bệnh nhân, đồng thời khảo sát tình trạng tĩnh mạch cảnh đối bên, chỉ định thắt tĩnh mạch cảnh trong đã được đề ra để tránh huyết khối tiếp tục di cư, chỉ định phẫu thuật hợp lý đồng thời tiến hành phẫu thuật xương chũm kiểm soát tốt cholesteatome, với sử dụng tiêm truyền kháng sinh liều cao phổ rộng. Sau mổ, bệnh nhân phục hồi nhanh chóng, hết sốt và không có bất kỳ dấu hiệu nào biểu hiện của ảnh hưởng toàn trạng sau thắt tĩnh mạch cảnh trong.

V. KẾT LUẬN

Ngày nay, biểu hiện lâm sàng của VTG mạn tính có cholesteatoma có nhiều thay đổi, cholesteatoma do thủng màng căng rộng sát xương hiếm gặp mà phần lớn là cholesteatoma xuất phát từ túi co kéo hay cholesteatoma bẩm sinh. Trong VTG mạn có hay không có cholesteatoma, các bệnh tích trong tai cũng rất đa dạng, có chỗ hủy xương, có chỗ tạo xương và vôi hóa. Cholesteatoma có thể biểu hiện dưới dạng màng tai đóng kín, trong đợt hồi viêm dễ nhầm với VTG cấp và khi đó khó phân biệt cholesatome bẩm sinh hay mắc phải. Chính vì vậy, việc hỏi bệnh, thăm khám tỉ mỉ kết hợp với chẩn đoán hình ảnh để phát hiện sớm và điều trị kịp thời là cần thiết, tránh những biến chứng đáng tiếc có thể xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Au JK, Adam SI, Michaelides EM.** Contemporary management of pediatric lateral sinus thrombosis: a twenty year review. Am J Otolaryngol. 2013; 34: 145-150. Ref.: https://goo.gl/TUPPjj.
2. **Aquino JE, Cruz Filho NA, de Aquino JN**. Epidermiology of middle ear and mastoide cholesteatoma: study of 1146 cases. Braz J Otorhinolaryngolol. 2011; 77 :341-7.
3. **Shohet JA, De Jong AI**. The management of pediatric cholesteatoma. Otolaryngol Clin N Am. 2002; 35: 841-51.
4. **Matthew Yung, Tetsuya Tono, Ewa Olszewska, Yutaka Yamamoto, Holger Sudhoff, Masafumi Sakagami, Jef Mulder, Hiromi Kojima, Armağan İncesulu, Franco Trabalzini, Nuri Özgirgin**. EAONO/JOS Joint Consensus Statements on the Definitions, Classification and Staging of Middle Ear Cholesteatoma. J Int Adv Otol 2017; 13: 1-8.
5. **Holzmann D, Huisman TAGM, Linder TE.** Lateral dural sinus thrombosis in childhood. Laryngoscope 1999;109: 645 51.
6. **Amirmajdi NM.** Sigmoid sinus involvement in middle-ear infection. Laryngoscope 1988; 98: 310 2.
7. Agarwal A, Lowry P, Isaacson G. Natural history of sigmoid sinus thrombosis. Ann Otol Rhinol Laryngol 2003;112: 191.
8. **N. de O. Penido, J.R.G. Testa, D.P.Inoue & O.L.M, Cruz** .Presentation, treatment, and clinical course of otogenic lateral sinus thrombosis. Acta Oto-Laryngologica, 2009; 129: 729 734.
9. **Manolidis S, Kutz J.W Jr.** Diagnosis and management of lateral sinus thrombosis. Otol. Neurotol 2005; 26: 1045-51.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ HOẠT ĐỘNG TRỊ LIỆU TRONG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG SINH HOẠT HÀNG NGÀY Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO TRÊN LỀU

Nguyễn Thị Thanh Thư*, Nguyễn Thị Kim Liên**

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đột quỵ não để lại nhiều di chứng nặng nề, trong đó sự giảm hoặc mất chức năng sinh hoạt hàng ngày là bước trở ngại đầu tiên trong việc người bệnh hòa nhập cộng đồng. **Mục tiêu:** cải thiện sự độc lập trong sinh hoạt hàng ngày. **Đối tượng và phương pháp:** Gồm 30 bệnh nhân (BN) đột quỵ nhồi máu não trên lều tại Trung tâm Phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai teo chương trình hoạt động trị liệu về sinh hoạt hàng ngày. **Kết quả:** Tuổi trung bình 65,77 ± 10,15. Điểm Barthel trung bình trước điều trị 29,17 ± 8,62, điểm Barthel trung bình sau điều trị 1 tháng 62,83 ± 13,18, tăng 33,67 điểm. Về mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày: Khi vào viện, trong sinh hoạt hàng ngày có tỉ lệ bệnh nhân cần trợ giúp trung bình 80%, phụ thuộc hoàn toàn 20%, 0 bệnh nhân nào thuộc nhóm trợ giúp ít và độc lập hoàn toàn. Sau 1 tháng, 0 bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn, trợ giúp trung bình 36,7%, trợ giúp ít 60% và độc lập

**Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên*
***Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thanh Thư
Email: nguyenthanhthu244@gmail.com
Ngày nhận bài: 23.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021
Ngày duyệt bài: 27.8.2021

hoàn toàn 3,3%. Cụ thể trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày: Mức độ độc lập hoạt động ăn, tắm, vệ sinh đầu mặt, mặc quần áo dịch chuyển, di chuyển, lên xuống cầu thang lúc vào viện lần lượt là 23,3%, 0%, 23,3%, 0%, 0%, 0%, 0% sau 1 tháng can thiệp tỷ lệ độc lập trong hoạt động trên lần lượt là 70%, 13,3%, 86,7%, 13,3%, 3,3%, 6,7%, 3,3%. **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân có cải thiện về điểm Barthel và mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày.

Từ khóa: hoạt động trị liệu, phục hồi chức năng, sinh hoạt hàng ngày.

SUMMARY

THE RESULTS OF OCCUPATIONAL THERAPY IN THE ACTIVITIES OF DAILY LIVING FOR CEREBRAL INFARCTION ON TENT PATIENTS

Background: A stroke leaves many serious sequelae, in which the reduction or loss of daily living function is the first obstacle in the patient's integration into the community. **Objectives:** improve independence in daily living. **Objects and research methods:** Including 30 patients with ischemic stroke on tents at the Rehabilitation Center of Bach Mai hospital with a program of therapeutic activities on daily living. **Results:** Mean age 65.77 ± 10.15. The average Barthel score before treatment was 29.17 ± 8.62, the average Barthel score after 1 month of treatment was 62.83 ± 13.18, an increase of 33.67 points. About the degree of independence in daily life: When admitted to the hospital, in daily activities, the average rate of patients in need of assistance was 80%, completely dependent 20%, 0 patients were in the group with little help and completely independent. After 1 month, 0 patients were completely dependent, average help 36.7%, little help 60% and completely independent 3.3%. Specifically in daily activities: The degree of independence in eating, bathing, facial hygiene, dressing, moving, moving, going up and down stairs at hospital admission was 23.3%, respectively. 0%, 23.3%, 0%, 0%, 0%, 0% after 1 month of intervention, the independent rates in the above activities were 70%, 13.3%, 86.7%, 13, respectively. 3%, 3.3%, 6.7%, 3.3%. **Conclusion:** The majority of patients improved in Barthel score and independence in daily activities.

Keywords: Occupational therapy, rehabilitation, activities of daily living.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là bệnh phổ biến trên thế giới, là vấn đề lớn của y học, đứng hàng thứ ba sau ung thư và các bệnh tim mạch. Đột quỵ não là nguyên nhân quan trọng gây nhiều di chứng tàn phế cho người bệnh. Có gần 1/3 đến 2/3 người bệnh sống sót sau tai biến, mang di chứng vĩnh viễn [5]. Sau đột quỵ não người bệnh có thể độc lập chức năng vận động nhưng chưa hẳn độc lập trong các hoạt động sinh hoạt hàng ngày nếu như không được tập luyện. Vì vậy phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày là một trong những mục tiêu cơ bản và quan trọng giúp người bệnh có thể hội nhập và tái hội nhập xã hội. Theo Burn và cộng sự chứng minh rằng gần 70% bệnh nhân có thể tự mình thực hiện các kỹ năng và các hoạt động hàng ngày nếu được hướng dẫn phục hồi [6]. Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài: *"Đánh giá kết quả hoạt động trị liệu trong phục hồi chức năng sinh hoạt hàng ngày ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều".*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

a) Đối tượng nghiên cứu. Là những bệnh nhân liệt nửa người do tai biến nhồi máu não vùng trên lều đã được khám, chẩn đoán xác định và điều trị tại Trung tâm phục hồi chức năng Bệnh viên Bạch Mai từ tháng 09/2020 đến tháng 03/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân:

- Bệnh nhân liệt nửa người một bên do tai biến nhồi máu não trên lều, có 1 ổ nhồi máu đã được xác định trên CT hoặc MRI.
- Bệnh nhân bị đột quỵ não lần thứ nhất.
- Tuổi từ 45 đến 80.
- Thời gian mắc tai biến nhồi máu não máu não trong vòng ba tháng.
- Tình trạng nhận thức theo thang điểm MOCA >= 26 điểm
- Bệnh nhân có điểm Barthel lúc vào viện <95 điểm
- Không có dấu hiệu màng não
- Đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không giao tiếp được.
- Bệnh nhân yếu tay bên liệt trước khi mắc đột quỵ não (bệnh cơ - xương - khớp, di chứng chấn thương…).
- Bệnh nhân bị tổn thương khớp vai trước đó (bệnh lý khớp vai, phần mềm quanh vai, chấn thương vai…)
- Bán trật khớp vai.
- Bệnh nhân tái phát đột quỵ não trong thời gian nghiên cứu.

Những bệnh nhân bị tử vong trong thời gian nghiên cứu bị loại khỏi nhóm nghiên cứu.

b) Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: Tiến cứu có can thiệp, đánh giá trước và sau, không có nhóm chứng.

Địa điểm: Trung tâm Phục hồi chức năng, bệnh viện Bạch Mai.

Thời gian: 9/2020 – 7/2021.

Phương pháp lấy mẫu: lấy mẫu thuận tiện

Tiêu chuẩn đánh giá: Lượng giá chức năng sinh hoạt hàng ngày theo Barthel với các mức độ độc lập hoàn toàn, trợ giúp ít, trợ giúp trung bình và phụ thuộc hoàn toàn.

Phương pháp đánh giá kết quả: So sánh tại

thời điểm 1 tháng sau can thiệp với lúc nhập viện, tự đối chứng.

Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý theo phần mềm SPSS16.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Sự phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi nhóm tuổi

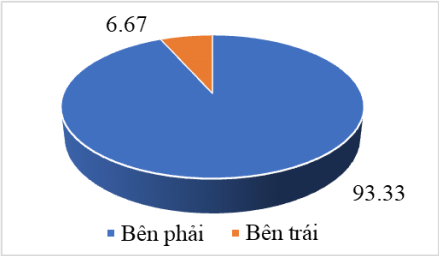
Nhóm tuổi	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
40 - 54	5	16,7%
55 - 64	8	26,7%
65 - 74	11	36,7%
>=75	6	20%
Tổng	**30**	**100%**

Nhận xét: Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là 65 – 74 tuổi, chiếm 36,7% (tương đương 11 bệnh nhân), xếp thứ 2 và 3 lần lượt là nhóm tuổi 55 – 64 (chiếm 26,7%) và nhóm tuổi ≥ 75 (chiếm 20%). Nhóm tuổi 40 – 54 chiếm 16,7%. Không có bệnh nhân nào dưới 40 tuổi.

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo bên liệt

Bên liệt	Số bệnh nhân	Tỷ lệ
Bên Phải	18	60%
Bên Trái	12	40%
Tổng	**30**	**100%**

Nhận xét: Số bệnh nhân bị liệt bên phải 18 bệnh nhân chiếm 60%, số bệnh nhân bị liệt bên trái 12 bệnh nhân chiếm 40%.



Biểu đồ 1: *Phân bố bệnh nhân theo bên thuận*

Nhận xét: Có 93,33% bệnh nhân thuận tay P; 6,67% bệnh nhân thuận tay T.

Mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày

Bảng 3.3 Điểm Barthel tại các thời điểm

Chỉ số	Giá trị (điểm)	t	p
Điểm trung bình chỉ số Barthel lúc vào viện	29,17 ± 8,62	-15,807	0,000 < 0,01
Điểm trung bình chỉ số Barthel sau 1 tháng	62,83 ± 13,18		
Mức chênh lệch	33,67		
Điểm chỉ số Barthel nhỏ nhất	20		
Điểm chỉ số Barthel lớn nhất	95		

Nhận xét: Trung bình điểm Barthel của bệnh nhân ở thời điểm vào viện là 29,17, sau khi điều trị 1 tháng là 62,83, điểm Barthel trung bình tăng 33,67, sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê p< 0,01.

Bảng 3.4. Kết quả mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày theo thời gian

Mức độđộc lập / Thời gian	Độc lập hoàn toàn		Trợ giúp ít		Trợ giúp trung bình		Phụ thuộc hoàn toàn	
	N	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ	n	Tỷ lệ
Khi vào viện	0	0%	0	0%	24	80%	6	20%
Sau 1 tháng	1	3,3%	18	60%	11	36,7%	0	0%

Nhận xét: Sau 1 tháng, 0 bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn, 36,7% bệnh nhân cần trợ giúp trung bình (n= 11), 60% bệnh nhân trợ giúp ít (n= 18) và 3,3% bệnh nhân độc lập hoàn toàn (n= 1).

Bảng 3.5. Sự cải thiện mức độ độc lập trong từng hoạt động sinh hoạt hàng ngày

Hoạt động	Mức độ độc lập	Lúc vào viện		Sau 1 tháng	
		n	Phần trăm	n	Phần trăm
Ăn	Không thể ăn	5	16,7%	1	3,3%
	Cần trợ giúp	18	60%	8	26,7%
	Độc lập	7	23,3%	21	70%
Tắm	Cần trợ giúp	30	100%	26	86,7%
	Độc lập	0	0%	4	13,3%
Vệ sinh đầu mặt	Phụ thuộc	27	90%	4	13,3%
	Độc lập	3	10%	26	86,7%
Mặc quần áo	Phụ thuộc	28	93,3%	0	0%
	Cần trợ giúp	2	6,7%	26	86,7%
	Độc lập	0	0	4	13,3%
Đại tiện	Không tự chủ	2	6,7%	0	0%
	Đôi lúc không tự chủ	2	6,7%	0	0%

	Tự chủ	26	86,7%	30	30%
Tiểu tiện	Không tự chủ	1	3,3%	1	3,3%
	Đôi lúc không tự chủ	1	3,3%	0	0%
	Tự chủ	28	93,3%	29	96,7%
Sử dụng TOILET	Phụ thuộc	25	83,3%	3	10%
	Cần trợ giúp	5	16,7%	27	90%
	Độc lập	0	0%	0	0%
Dịch chuyển	Không thể dịch chuyển < 50m	16	53,3%	0	0%
	Trợ giúp nhiều	14	46,7%	7	23,3%
	Trợ giúp ít	0	0%	22	73,3%
	Độc lập	0	0%	1	3,3%
Di chuyển	Không thể di chuyển < 50m	24	80%	4	13,3%
	Độc lập với xe lăn	6	20%	9	30%
	Có trợ giúp	0	0%	15	59%
	Độc lập	0	0%	2	6,7%
Lên xuống cầu thang	Không thể được	28	93,3%	12	40%
	Trợ giúp	2	6,7%	17	56,7%
	Độc lập	0	0%	1	3,3%

Nhận xét: Mức độ độc lập hoạt động ăn, tắm, vệ sinh đầu mặt, mặc quần áo dịch chuyển, di chuyển, lên xuống cầu thang lúc vào viện lần lượt là 23,3%, 0%, 23,3%, 0%, 0%, 0%, 0% sau 1 tháng can thiệp tỷ lệ độc lập trong hoạt động trên lần lượt là 70%, 13,3%, 86,7%, 13,3%, 3,3%, 6,7%, 3,3%.

Bảng 3.6. Điểm trung bình các hoạt động hàng ngày ở các thời điểm

Hoạt động	**Lúc vào viện**		**Sau 1 tháng**		**t**	**p**
	Trung bình	SD	Trung bình	SD		
Ăn	5,33	3,198	8,33	2,73	-5,835	0,000< 0,01
Tắm	0		0,67	1,73	-2,112	0,43> 0,05
Vệ sinh đầu mặt	0,5	1,526	4,33	1,73	-9,761	0,000< 0,01
Mặc quần áo	0,33	1,269	5,67	1,73	-16,000	0,000< 0,01
Đại tiện	9	2,754	10		-1,989	0,056>0,05
Tiểu tiện	9,5	2,013	9,67	1,83	-1,000	0,326> 0,05
Sử dụng TOILET	0,83	1,9	4,5	1,53	-8,930	0,000< 0,01
Dịch chuyển	2,33	2,54	9	2,42	-13,359	0,000< 0,01
Di chuyển	1	2,034	7,5	4,1	-10,140	0,000< 0,01
Lên xuống cầu thang	0,33	1,269	3,17	2,78	-5,461	0,000< 0,01

Nhận xét: Sự cải thiện hoạt động ăn, vệ sinh đầu mặt, mặc quần áo, sử dụng Toilet, dịch chuyển, di chuyển, lên xuống cầu thang đều có ý nghĩa thống kê p < 0,01.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 30 đối tượng nhồi máu não trên lều tại Trung tâm PHCN, bệnh viện Bạch Mai đưa ra, sau 1 tháng can thiệp điểm Barthel trung bình tăng 33,67. Mức cải thiện này có ý nghĩa về mặt lâm sàng sàng cũng như về mặt thống kê bằng kiểm định ttest trước và sau can thiệp với p=0,000 (p < 0,01). Kết quả trên cũng tương đồng với tác giả Kamarul Imran và Thomas nghiên cứu sự thay đổi điểm Barthel Index trên 98 bệnh nhân đột quỵ não cấp tính ở Malaysia điểm Barthel lúc vào viện 35,1, sau can thiệp 1 tháng 62,44 và sau 3 tháng 68,82 điểm [4]. Ở mức độ độc lập trong sinh hoạt hàng ngày, sau 1 tháng, 0 bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn, 36,7% bệnh nhân cần trợ giúp trung bình (n= 11), 60% bệnh nhân trợ giúp ít (n= 18) và 3,3% bệnh nhân độc lập hoàn toàn (n= 1). Phân bố và sự cải thiện này tương đồng với tác giả Lâm Thùy Mai và cộng sự ghi nhận nhóm can thiệp gồm 30 bệnh nhân sau 1 tháng có 30% bệnh nhân trợ giúp trung bình, 66,7% trợ giúp ít và 3,3% độc lập hoàn toàn [1].

Tác giả Nguyễn Thị Kim Liên (2011) cho thấy chức năng sinh hoạt hàng ngày được cải thiện sau 1 tháng với độ tin cậy > 95%, sau 3 và 6 tháng độ tin cậy >99%[3]. Lê Huy Cường (2008) khi đánh giá kết quả PHCN vận động bàn tay bằng chỉ số Barthel sau 1 tháng mặc dù có cải thiện nhưng không có ý nghĩa thống kê (p > 0,05), sau 3 tháng hầu hết các hoạt động sinh hoạt hàng ngày đều cải thiện rõ (p < 0,05), tỷ lệ người bệnh độc lập trong sinh hoạt hàng ngày là 60% [2].

Có sự khác biệt này giữa nghiên cứu của chúng tôi và một số nghiên cứu khác có thể là do nghiên cứu của chúng tôi có cỡ mẫu nhỏ nên tính đại diện chưa cao.

Sự cải thiện hoạt động ăn, vệ sinh đầu mặt, mặc quần áo, sử dụng Toilet, dịch chuyển, di chuyển, lên xuống cầu thang đều có ý nghĩa thống kê p < 0,01. Có được sự cải thiện trên là dựa vào các chiến thuật của hoạt động trị liệu không những tạo thuận, tăng sức mạnh cơ cho bên liệt mà còn có các chiến thuật bù trừ. Cho người bệnh sử dụng dụng cụ thích nghi, định hướng vào các hoạt động chức năng để cải thiện khả năng độc lập trong các sinh hoạt cá nhân và dịch chuyển, di chuyển, lên xuống cầu thang.

V. KẾT LUẬN

Sau can thiệp 1 tháng, điểm Barthel trung bình tăng 33,67, có 36,7% bệnh nhân cần trợ giúp trung bình, 60% bệnh nhân trợ giúp ít và 3,3% bệnh nhân độc lập hoàn toàn, 0 bệnh nhân phụ thuộc hoàn toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lâm Thùy Mai (2019),** "Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng chi trên ở bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não", Tạp chí Y học Việt Nam, 8.
2. **Lê Huy Cường (2008),** "Đánh giá kết quả hoạt động trị liệu trong phục hồi chức năng vận động chi trên ở bệnh nhân tai biến chảy máu não trên lều", Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Y khoa, trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Nguyễn Thị Kim Liên (2011),** " Nghiên cứu PHCN bàn tay trên bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não", Luận án tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Kamarul Imran, Thomas J. Keegan (2020),** "The change of Barthel Index scores from thetime of discharge until 3-month postdischargeamong acute stroke patients inMalaysia: A random intercept model", PMCID: PMC6301695.
5. **Smith J.C.F., Walker M.F., Sunderland A., at el. (2010),** An interrater reliability study of the Nottingham stroke Dressing Assessment, British Journal of Occupational Therapy, 1 – 2.
6. **Adams R.D, Victor.M (1993),** "Discases of the spinal cord, Principles of neurology", New York , 1078 - 1116.

TỔNG QUAN VỀ HIỆU QUẢ ĐÓNG CHÓP RĂNG VĨNH VIỄN BẰNG MINERAL TRIOXYDE AGGREGATE

Đỗ Thị Thanh Tâm[1], Trịnh Thị Thái Hà[1], Lê Hồng Vân[1], Cao Thị Nhung[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng kết hiệu quả điều trị đóng chóp răng vĩnh viễn bằng Mineral Trioxyde Aggregate (MTA) theo phương pháp tổng quan có hệ thống. **Phương pháp**: Tổng quan nghiên cứu có hệ thống với nhóm can thiệp sử dụng MTA, nhóm đối chứng sử dụng calcium hydroxide ($Ca(OH)_2$). Trên đối tượng có răng vĩnh viễn chưa đóng chóp vì bệnh lý tủy hoại tử hoặc viêm quanh chóp mạn tính. **Kết quả**: Thời gian đóng chóp trung bình của nhóm chứng dao động trong khoảng từ 1,35 ± 0,275 tháng đến 3,0 ± 2,9 tháng, trong khi thời gian đóng chóp của nhóm đối chứng dao động từ 1,95 ± 0,45 tháng đến 7,93 ± 2,53 tháng. Số răng hình thành hàng rào tổ chức cứng quanh chóp ở nhóm chứng từ 7 - 29 răng, ở nhóm đối chứng từ 9 - 27 răng. Tỷ lệ đóng chóp thành công trên lâm sàng của các răng ở nhóm MTA dao động trong khoảng từ 90% đến 100%. Tỷ lệ đóng chóp thành công trên lâm sàng của các răng ở các nhóm đối chứng dao động trong khoảng từ 73,30% đến 93,33%. Tỷ lệ đóng chóp thành công trên X-quang của các răng ở nhóm MTA dao động trong khoảng từ 82,4% đến 100%. Tỷ lệ đóng chóp thành công trên X-quang của các răng ở các nhóm đối chứng dao động trong khoảng từ 75% đến 93,33%. **Kết luận**: Cả hai vật liệu MTA và $Ca(OH)_2$ đều có tỷ lệ đóng chóp thành công trên lâm sàng, tỷ lệ thành công trên X-quang tương tự nhau. Tuy nhiên, về thời gian hình thành hàng rào tổ chức cứng (HRTCC) quanh chóp ở nghiên cứu này của MTA ngắn hơn rõ rệt so với $Ca(OH)_2$.

Từ khóa: Răng vĩnh viễn chưa đóng chóp, MTA, Apexification

SUMMARY

APEXIFICATION OF IMMATURE PERMANENT TEETH WITH MINERAL TRIOXYDE AGGREGATE: SYSTEMATIC REVIEW

Objectives: The aim of this study was to conduct a quantitative systematic review, including published data, comparing the efficacy of mineral trioxide aggregate as material used for the endodontic management of immature teeth. **Methods: A** systematic review of the intervention group using MTA, the control group using calcium hydroxide ($Ca(OH)_2$). In subjects with imature permanent teeth because of necrotizing pulp disease or chronic apical periodontitis. **Results:** The time required for apical

[1]Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt, Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Dệt May Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thanh Tâm
Email: Bacsynhakhoathanhtam@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021
Ngày duyệt bài: 26.8.2021

barrier formation of MTA group range from 1,35 ± 0,275 months to 3,0 ± 2,9 months while $Ca(OH)_2$ group ranged from 1.95 ± 0.45 months to 7.93 ± 2.53 months. Apical barrier formation rate in the MTA group ranged from 7 to 29 teeth, in the $Ca(OH)_2$ group range from 9 to 27 teeth. The clinical success rate of apical closure of teeth in the MTA group ranged from 90% to 100%. The clinical success rate in the control groups ranged from 73.30% to 93.33%. The radiographic success rate in the MTA group ranged from 82.4% to 100% but in the $Ca(OH)_2$ groups ranged from 75% to 93.33%. Conclusion: both MTA and $Ca(OH)_2$ materials have similar clinical success rate and radiographic success rates. However, the time required for apical barrier formation in this study of MTA was significantly shorter than that of $Ca(OH)_2$.

Keywords: Immature permanent teeth, MTA, Apexification

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các trường hợp răng vĩnh viễn chưa đóng cuống chiếm tỷ lệ khoảng 5- 10% trong lĩnh vực nội nha và thường do các nguyên nhân chấn thương, bất thường cấu trúc răng (núm phụ), sâu răng[7],[3]. Quy trình điều trị các răng vĩnh viễn chưa đóng cuống tủy hoại tử hoặc viêm tủy không hồi phục việc điều trị luôn gặp nhiều thách thức. Hiện nay, trên thế giới đã có rất nhiều nghiên cứu sử dụng các loại vật liệu và phương pháp khác nhau để giải quyết những khó khăn trong điều trị. Calcium hydroxide ($Ca(OH)_2$) là vật liệu được áp dụng phổ biến trong điều trị các răng chưa đóng kín cuống nhằm kích thích tạo hàng rào tổ chức cứng (HRTCC) giúp đóng cuống chân răng[3]. Quá trình điều trị kéo dài làm mất nhiều thời gian nên bệnh nhân dễ bỏ cuộc, nguy cơ gãy vỡ răng rất cao làm tăng chi phí cho các điều trị sau này. Đó là lý do cho việc tìm kiếm một loại vật liệu mới tốt hơn. Minera trioxide aggregate (MTA) có tính tương hợp sinh học cao, cho phép tạo được hàng rào chặn cuống tức thì, sau đó có thể hàn ống tủy ngay, đồng thời kích thích quá trình lành thương tốt và tạo HRTCC quanh cuống[6]. Do đó, MTA có thể giải quyết được các vấn đề mà việc sử dụng Ca $(OH)_2$ gặp phải.

Ở Việt Nam hiện nay, mới có rất ít nghiên cứu sử dụng MTA trong điều trị răng chưa đóng cuống và chưa có nghiên cứu nào tổng hợp các tài liệu về hiệu quả của MTA. Từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu: Tổng quan về hiệu quả đóng chóp răng vĩnh viễn bằng Mineral Trioxyde Aggregate với mục tiêu: Tổng kết hiệu quả điều trị đóng chóp răng vĩnh viễn bằng Mineral Trioxyde Aggregate theo phương pháp tổng quan có hệ thống.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là những bài bào tìm được trên các cơ sở dữ liệu y học, có liên quan đến mục tiêu nghiên cứu, được tìm kiếm, thu thập và chọn lọc dựa trên trình tự mô tả trong phương pháp nghiên cứu.

2.2 Thời gian thực hiện nghiên cứu: từ 8/2020 đến tháng 5/2021.

2.3. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo chuẩn nghiên cứu Systematic Reviews theo hướng dẫn của Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions[4] và tổng quan y văn PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Review and Meta-analysis)[2].

2.4. Phương pháp thu thập thông tin

Khung PICOTS. Các tiêu chí sau đây được sử dụng để xác định liệu một nghiên cứu có được đưa vào tổng quan để đánh giá hiệu quả sử dụng MTA ở răng vĩnh viễn chưa đóng cuống (PICOTS)

P-Population (Đối tượng nghiên cứu): Người có răng vĩnh viễn chưa đóng cuống; I-Intervention (Can thiệp): Các đối tượng trong các nghiên cứu phải được điều trị nội nha sử dụng MTA; C-Comparison (So sánh): Nhóm so sánh sử dụng Ca $(OH)_2$ trong nghiên cứu; O-Outcome (Kết quả): Hiệu quả kích thích đóng cuống của MTA; T -Time (Thời gian): Tất cả các nghiên cứu được thực hiện và công bố từ tháng 01 năm 2006 cho đến tháng 12 năm 2020; S-Study design (Thiết kế nghiên cứu): Nghiên cứu can thiệp

Ngoài ra, một số tiêu chí lựa chọn bổ sung như sau: Răng vĩnh viễn chưa trưởng thành không đóng chóp vì bệnh lý tủy hoại tử hoặc viêm quanh cuống mãn tính. Các nghiên cứu được viết bằng tiếng anh và toàn văn. Xuất bản dưới dạng một bài báo gốc không phải tóm tắt. Kết quả được đánh giá bằng các triệu chứng lâm sàng và bằng chứng chụp Xquang

Tiêu chuẩn lựa chọn. Theo các tiêu chí lựa chọn từ PICOST đối với các nghiên cứu. Các nghiên cứu phải được trình bày bằng ngôn ngữ tiếng Anh.

Tiêu chí loại trừ. Các bài báo không đáp ứng tiêu chí PICO**;** Các bài dạng tổng quan**;** Các nghiên cứu được thực hiện trong ống nghiệm và trên động vật**;** Các nghiên cứu mà không có sự so sánh của 2 vật liệu

Định nghĩa thành công và thất bại; Biện pháp chính là lâm sàng và kết quả chụp X-quang; Biện pháp thứ hai là đánh giá sự hình thành hàng rào tổ chức cứng quanh cuống.

Các thông số sau được sử dụng để đánh giá mức độ thành công:

1. Về lâm sàng: răng không đau nhức, không có lỗ rò, gõ không đau.

2. X quang: Vùng quanh cuống bình thường và hoàn thiện chóp chân răng.

Một kết quả thuận lợi khi răng không có triệu chứng lâm sàng và vùng quanh chóp bình thường.

1. Không có sự khác biệt về tỷ lệ các răng biểu hiện các dấu hiệu thất bại trên lâm sàng và X quang sau khi điều trị 2 loại.

2. Hàng rào TCCQC của MTA có thể đạt được kết quả tương tự như dùng $Ca(OH)_2$ dài hạn để tạo chóp.

Câu hỏi nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả đóng chóp răng vĩnh viễn bằng MTA

2.6. Chiến lược tìm kiếm và nguồn dữ liệu

- Quá trình tìm kiếm được thực hiện từ 08/2020 đến 05/2021.

Cơ sở dữ liệu tra cứu: PubMed; Cochrane Library và Science Direct

Từ khóa: (((apexification) OR (root end closure)) AND ((permanent teeth) OR (permanent tooth))) OR ((immature permanent teeth) OR (immature permanent tooth)) AND ((MTA) OR (Mineral trioxide aggregate) OR (mineral tri-oxide aggregate))

2.7. Đánh giá chất lượng nghiên cứu. Đánh giá tài liệu được thực hiện bởi hai nhà kiểm duyệt. Sử dụng thang điểm của Jadad và cộng sự[8] để đánh giá chất lượng của các tài liệu nghiên cứu. Thang đo gồm 5 tiêu chí, 3 khía cạnh. Đánh giá điểm số từ 0-5 điểm, nếu tài liệu đạt <=2 được cho là kém giá trị.

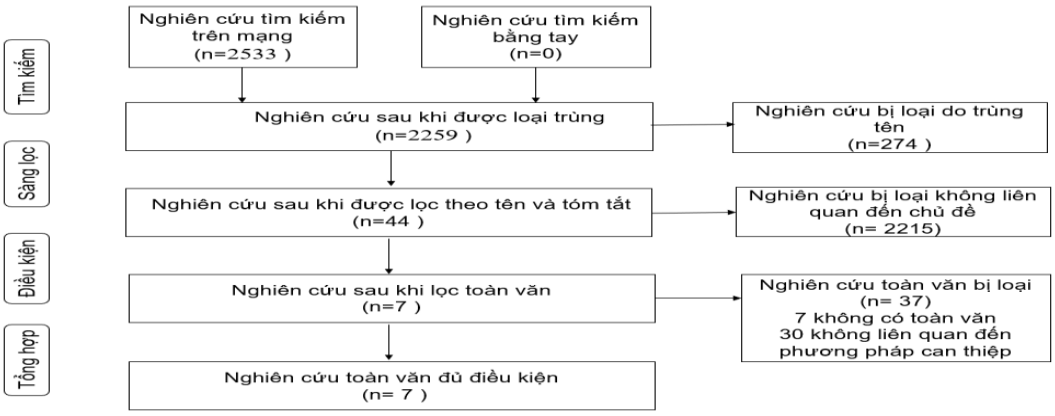
2.8. Trích xuất dữ liệu. Hai nhà kiểm duyệt độc lập đã sàng lọc tất cả các bài viết (theo tiêu đề và tóm tắt) dựa vào các các tiêu chí lựa chọn của khung PICOST. Sau đó, cả 2 đọc toàn văn các nghiên cứu. Các nghiên cứu được đánh giá độc lập bởi cùng hai nhà kiểm duyệt theo các tiêu chí lựa chọn và loại trừ. Sự khác biệt được giải quyết bằng thảo luận và đồng thuận.

Trích xuất dữ liệu: được đánh giá bởi hai nhà kiểm duyệt từ mỗi nghiên cứu theo mẫu trích xuất dữ liệu Excel được tự thiết kế. Thông tin được trích xuất từ mỗi nghiên cứu gồm: tên tài liệu, tên tác giả, năm xuất bản và địa điểm nghiên cứu, thiết kế nghiên cứu, đặc điểm của người tham gia nghiên cứu (bao gồm: tuổi, giới, cơ mẫu và phương pháp chọn mẫu).

2.9. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên đối tượng là các dữ liệu nghiên cứu đã công bố đảm bảo các yêu cầu về đạo đức nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Kết quả tìm kiếm tài liệu lọc. Từ các nguồn tìm kiếm, chúng tôi đã xác định được 2533 tài liệu qua tìm kiếm trực tuyến (Hình 3.1). Sau khi loại 274 tài liệu trùng lặp, số tài liệu được giữ lại là 2259 tài liệu. Nhóm nghiên cứu đã sàng lọc và loại đi 2215 tài liệu không liên quan theo tên đề tài và tóm tắt. Còn lại 44 tài liệu còn lại được đưa vào khâu sàng lọc thông tin toàn văn. Đã có 37 tài liệu bị loại ra do không có toàn văn (7 tài liệu) và không liên quan đến phương pháp can thiệp (30 tài liệu). 7 tài liệu toàn văn được giữ lại để trích xuất các thông tin cho nghiên cứu.



Hình 3.1 . Sơ đồ PRISMA

3.2. Đánh giá chất lượng của các nghiên cứu. Có 3 nghiên cứu đạt 2 điểm, có 2 nghiên cứu đạt 3 điểm và có 1 nghiên cứu của G Kandemir Demirci đạt điểm tối đa là 5 điểm. Tất cả các nghiên cứu đều có điểm số cho tính ngẫu nhiên, đa số đều có điểm số cho phần mô tả về bỏ cuộc và mất đối tượng nghiên cứu, còn điểm số cho làm mù thì chỉ có 2 nghiên cứu.

Bảng 3.1. Bảng đánh giá chất lượng của các nghiên cứu

Tác giả và năm công bố	Mô tả ngẫu nhiên	Mô tả làm mù	Mô tả đối tượng bỏ cuộc	Tổng điểm
EL-Emyli and Avery, 2006	1	1	1	3
DP.Pradhan, 2006			1	1
S.Damle, 2012	2	0	1	3
Li-Wan Lee, 2014	1	0	1	2
Eric Bontem, 2014	1	0	1	2
SG.Damle, 2016	2	0	0	2
G.Kandemir Demirci, 2020	2	2	1	5

3.3. Đặc điểm của các tài liệu nghiên cứu. Trong tổng số 6 tài liệu được chọn đều nằm trong khoảng thời gian từ năm 2006-2020. Có 3 tài liệu nghiên cứu đều được thực hiện ở Ấn Độ, còn tại Ai Cập, Trung Quốc, Pháp và Thổ Nhĩ Kỳ. Cỡ mẫu trước can thiệp nằm trong khoảng từ 15-90, cỡ mẫu sau can thiệp từ 15-73. Đa phần các đối tượng đều là trẻ em có độ tuổi trong khoảng từ 6-18 tuổi. Các răng được chọn ở đây là các răng bị hoại tử, tổng số răng trong các nghiên cứu là 182 răng dao động từ 20-90 răng. Các nhóm can thiệp đều thực hiện MTA. Nhóm đối chứng thực hiện loại hình can thiệp là $Ca(OH)_2$.

Bảng 3.3 Đặc điểm các can thiệp

Tác giả và năm công bố	Địa điểm	Thiết kế	Cỡ mẫu		Đối tượng	Số răng	Loại hình can thiệp	
			Trước can thiệp	Sau can thiệp			Nhóm can thiệp	Nhóm đối chứng
EL-Emyli and Avery, 2006	Ai Cập	RCT	15	15	Trẻ 6-12 tuổi có răng vĩnh viễn chưa trưởng thành bị chấn thương hoặc hoại tử nghiêm trọng	30 răng: 24 răng cửa hàm trên và 6 răng cửa bên hàm trên	MTA	$Ca(OH)_2$
DP.Pradhan, 2006	Ấn Độ	RCT	16	16	Trẻ em từ 8 đến 15 tuổi có răng vĩnh viễn, chưa trưởng thành, vĩnh viễn	20 răng cửa hàm trên: 19 răng cửa ở giữa và 1 răng cửa bên	MTA	$Ca(OH)_2$
S.Damle, 2012	Ấn Độ	RCT	20	20	Trẻ từ 8-12 tuổi có vĩnh viễn cuống hoại tử và chóp hở	30 răng, 10 trẻ bị gãy một chiếc răng và 10 trẻ khác bị gãy hai răng (hai răng cửa giữa hoặc gãy 1 răng của giữa và 1 răng của bên	MTA	$Ca(OH)_2$
Li-Wan Lee, 2014	Trung Quốc	RCT	40	40	Trẻ 6,5-10 tuổi có răng cửa hở chóp hoại tử	40 răng, 32 răng cửa trung tâm hàm trên, 4 răng cửa bên hàm trên và 4 răng cửa trung tâm hàm dưới. 20 răng cửa có đỉnh chân răng <2 mm, 20 răng cửa có đỉnh từ 2-3,5 mm	Máy nội nha dung rửa siêu âm và MTA	Máy nội nha dung rửa siêu âm và $Ca(OH)_2$; Dùng tay và MTA; Dùng tay và thuốc $Ca(OH)_2$
Eric Bontem,	Pháp	RCT	30	30	Trẻ từ 6-18 tuổi có răng cửa vĩnh viễn	30 răng cửa	MTA	$Ca(OH)_2$

2014					chưa trưởng thành bị hoại tử			
SG.Damle, 2016	Ấn Độ	RCT	22	22	Trẻ 8-13 tuổi gãy răng cửa răng vĩnh viễn hàm trên	22 răng cửa, 20 răng cửa trung tâm, răng cửa bên chỉ có 2 trẻ.	MTA	$Ca(OH)_2$
G.Kandemir Demirci, 2020	Thổ Nhĩ Kỳ	RCT	90	73	Bệnh nhân từ 18-40 tuổi có răng chưa trưởng thành có vết hoại tử và tổn thương quanh răng	90 răng trước hàm trên	MTA	$Ca(OH)_2$

3.5 Hiệu quả đóng chop. Thời gian đóng cuống trung bình của nhóm chứng dao động trong khoảng từ 1,35 ± 0,275 tháng đến 3,0 ± 2,9 tháng, trong khi thời gian đóng cuống của nhóm đối chứng dao động từ 1,95 ± 0,45 tháng đến 7,93 ± 2,53 tháng. Số răng hình thành hàng rào mô cứng ở đỉnh ở nhóm chứng từ 7-29 răng, ở nhóm đối chứng từ 9-27 răng. ở nhóm chứng có Số răng hình thành hàng rào mô cứng ở đỉnh cao hơn hoặc bằng nhóm đối chứng, chỉ có một nghiên cứu của DP.Pradhan là nhóm MTA có số răng ít hơn. Đa phần thời gian thời gian theo dõi để đạt được tỷ lệ đóng cuống thành công là 12 tháng, chỉ có 1 nghiên cứu 9 tháng và 1 nghiên cứu 12 tháng. Tỷ lệ đóng cuống thành công trên lâm sàng của các răng ở nhóm MTA dao động trong khoảng từ 90% đến 100%. Tỷ lệ đóng cuống thành công trên lâm sàng của các răng ở các nhóm chứng dao động trong khoảng từ 73,3% đến 93,33%. Tỷ lệ đóng cuống thành công trên X-quang của các răng ở nhóm MTA dao động trong khoảng từ 82,4% đến 100%. Tỷ lệ đóng cuống thành công trên X-quang của các răng ở các nhóm chứng dao động trong khoảng từ 75% đến 93,33%. Tóm lại, tỷ lệ đóng cuống thành công trên lâm sàng và trên X-quang của nhóm sử dụng MTA đều cao hơn so với các nhóm sử dụng vật liệu là Ca $(OH)_2$ nhưng không chênh lệch quá nhiều, chỉ có một nghiên cứu của DP.Pradhan là có tỷ lệ đóng cuống của nhóm MTA thấp hơn nhóm $Ca(OH)_2$.

Bảng 3.4 Hiệu quả đóng chóp răng vĩnh viễn

Tác giả và năm công bố	**Thời gian hình thành HRTCC (tháng)**		**Hình thành HRTCC (răng)**		**Thời gian theo dõi**	**Tỷ lệ thành công trên lâm sàng (%)**		**Tỷ lệ thành công trên x-quang (%)**	
	Nhóm chứng	**Nhóm đối chứng**	**Nhóm chứng**	**Nhóm đối chứng**		**Nhóm chứng**	**Nhóm đối chứng**	**Nhóm chứng**	**Nhóm đối chứng**
EL-Emyli and Avery, 2006			15 răng	13 răng	12 tháng	100%	86,67%	100%	86,67%
DP.Pradhan, 2006	3,0 ± 2,9	7,0 ± 2,5	7 răng	10 răng		100%	100%		
S.Damle, 2012	4,5 ± 1,56	7,93±2,53	15 răng	14 răng	12 tháng	100%	93,33%	100%	93,33%
Li-Wan Lee, 2014	1,35 ± 0,275	Nhóm 1: 2,825± 0,325; Nhóm 2: 1,95 ± 0,45;nhóm 3: 3,275±0,375							
Eric Bontem, 2014			13 răng	8 răng	12 tháng	100%	73,3%	82,4%	75%
SG.Damle, 2016	4,9	5,33	10 răng	9 răng	9 tháng	90,90%	81,81%	90,90%	81,81%
G.Kandemir Demirci, 2020			29 răng	27 răng	48 tháng	90%	91%	90%	91%

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện bằng phương pháp tổng quan hệ thống hệ thống với 6 tài liệu RCT từ năm 2006-2020. Nghiên cứu được thực hiện chủ yếu ở đối tượng từ 6-18 tuổi. Trong nghiên cứu này chúng tôi đã tổng kết hiệu quả điều trị đóng chóp răng vĩnh viễn bằng MTA so với $Ca(OH)_2$. Kết quả cho thấy cả hai vật liệu đều có hiệu quả đóng chóp cả trên lâm sàng và trên X-quang. Nhưng MTA cho thấy hiệu quả đóng chóp răng vĩnh viễn cao hơn hẳn so với $Ca(OH)_2$. Thời gian đóng cuống của MTA cũng ngắn hơn so với $Ca(OH)_2$.

Trên thế giới, đến thời điểm hiện tại có một số nghiên cứu tổng quan hệ thống đánh giá về hiệu quả đóng chóp ở răng vĩnh viễn chưa trưởng thành. Tuy nhiên, các nghiên cứu được thực hiện ở thời gian trong khoảng từ năm 2011-2019, do đó các tài liệu mới nhất về hiệu quả đóng chóp răng ở MTA chưa được cập nhật mới nhất. Một nghiên cứu của Jia-Cheng Lin[5] được thực hiện tại Hàn Quốc với kết quả là 4 tài liệu RCT được chọn lọc vào nghiên cứu, nghiên cứu này cũng chỉ ít hơn nghiên cứu của chúng tôi 3 tài liệu. Điều này có thể giải thích là do nghiên cứu của Jia-Cheng Lin được thực hiện từ đầu năm 2016 nên có 2 nghiên cứu được chúng tôi cập nhật hơn vào năm 2016 và năm 2020.

Nghiên cứu của chúng tôi trên trẻ em có độ tuổi từ 6-18 tuổi, còn nghiên cứu của Jia-Cheng Lin[5] cũng có đối tượng là trẻ em từ 6-12 tuổi, một nghiên cứu khác cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện ở trẻ 6-14 tuổi[1]. Số lượng răng trong nghiên cứu này (182 răng) cũng lớn hơn nhiều so với nghiên cúa của Jia-Cheng Lin (80 răng)[5] và nghiên cứu của Sanaa Chala (50 răng)[9], nhưng lại ít hơn số răng trong nghiên cứu được thực hiện vào năm 2019 (232 răng)[1].

Tỷ lệ đóng cuống thành công trên lâm sàng của các răng ở nhóm MTA dao động trong khoảng từ 90% đến 100%, của $Ca(OH)_2$ từ 73,3% đến 93,33%. Tỷ lệ đóng cuống thành công trên X-quang của các răng ở nhóm MTA dao động trong khoảng từ 82,4% đến 100% $Ca(OH)_2$ từ 75% đến 93,33%. Cả MTA và $Ca(OH)_2$ đều có tỷ lệ đóng cuống thành công trên lâm sàng, tỷ lệ thành công trên X quang tương tự nhau. Điều này tương tự với kết quả của một nghiên cứu tổng quan tài liệu của một tác giả Sanaa Chala[9]. Tương tự, nghiên cứu của Jia-Cheng Lin[5] chỉ ra tỷ lệ thành công trên lâm sàng của MTA từ 93% đến 100% và $Ca(OH)_2$ là từ 87% đến 100%. Còn tỷ lệ thành công trên phim Xquang của nhóm MTA là 100% còn nhóm $Ca(OH)_2$ là từ 87 % đến 93%. Về thời gian hình thành HRTCC ở nghiên cứu này của MTA (1,35 ± 0,275 tháng đến 3,0 ± 2,9 tháng) ngắn hơn so với $Ca(OH)_2$ (1,95 ± 0,45 tháng đến 7,93 ± 2,53 tháng) kết quả này phù hợp với kết quả trong nghiên cứu của Jia-Cheng Lin[5] và tác giả Sanaa Chala[9].

Thời gian đóng cuống trung bình của nhóm chứng dao động trong khoảng từ 1,35 ± 0,275 tháng đến 3,0 ± 2,9 tháng, trong khi thời gian đóng cuống của nhóm đối chứng dao động từ 1,95 ± 0,45 tháng đến 7,93 ± 2,53 tháng.

V. KẾT LUẬN

Cả hai vật liệu MTA và $Ca(OH)_2$ đều có tỷ lệ đóng cuống thành công trên lâm sàng, tỷ lệ thành công trên X quang tương tự nhau. Tuy nhiên, Về thời gian hình thành HRTCC ở nghiên cứu này của MTA (1,35 ± 0,275 tháng đến 3,0 ± 2,9 tháng) ngắn hơn rõ rệt so với $Ca(OH)_2$ (1,95 ± 0,45 tháng đến 7,93 ± 2,53 tháng).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yuan Chen.** Materials for pulpotomy in immature permanent teeth: a systematic review and meta-analysis - PubMed. Accessed August 20, 2021. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31647004/
2. **Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, PRISMA Group.** Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. Int J Surg Lond Engl. 2010;8(5):336-341. doi:10.1016/j.ijsu.2010.02.007
3. **Plascencia H, Díaz M, Gascón G, et al.** Management of permanent teeth with necrotic pulps and open apices according to the stage of root development. J Clin Exp Dent. 2017;9(11):e1329-e1339. doi:10.4317/jced.54287
4. **Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, et al.** Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions. John Wiley & Sons; 2019.
5. **Jia-Cheng Lin.** Comparison of mineral trioxide aggregate and calcium hydroxide for apexification of immature permanent teeth: A systematic review and meta-analysis - PubMed. Accessed August 20, 2021. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26911724/
6. **Torabinejad M, Hong CU, McDonald F, Pitt Ford TR.** Physical and chemical properties of a new root-end filling material. J Endod. 1995; 21(7): 349-353. doi:10.1016/S0099-2399(06) 80967-2
7. **Rafter M. Apexification: a review.** Dent Traumatol Off Publ Int Assoc Dent Traumatol. 2005;21(1):1-8. doi:10.1111/j.1600-9657.2004.00284.x
8. **No Authour. Appendix:** Jadad Scale for Reporting Randomized Controlled Trials. In: Evidence-Based Obstetric Anesthesia. John Wiley & Sons, Ltd; 2005:237-238. doi:10.1002/ 9780470988343.app1
9. **Chala S, Abouqal R, Rida S.** Apexification of immature teeth with calcium hydroxide or mineral trioxide aggregate: systematic review and meta-analysis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2011;112(4):e36-42. doi:10.1016/j.tripleo.2011.03.047

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ DI CĂN NÃO CÓ ĐỘT BIẾN EGFR BẰNG THUỐC ỨC CHẾ TYROSINE KINASE KẾT HỢP XẠ PHẪU DAO GAMMA QUAY TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Văn Kiên[1], Phạm Cẩm Phương[2], Nguyễn Thị Phương Thảo[3]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và độc tính của phác đồ kết hợp thuốc ức chế tyrosine kinase và xạ phẫu dao gamma quay điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não có đột biến EGFR tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 53 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ có đột biến gen EGFR, được điều trị bằng thuốc ức chế tyrosine kinase (TKI) kết hợp xạ phẫu dao gamma quay tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai từ 01/2016 đến 12/2020. **Kết quả:** 50,9% nam, tỷ lệ nam/nữ: 1,04/1, chủ yếu ở độ tuổi 50-69 (73,6%). Thể trạng theo ECOG từ 0-2, chủ yếu là 0-1 (81,1%). Di căn não thường kết hợp di căn các cơ quan khác (64,2%), nhiều nhất là di căn xương (49,1%), di căn phổi, màng phổi (28,3%). Các thuốc TKI được sử dụng: Erlotinib (47,2%), Gefitinib (43,4%), Afatinib (9,4%). Triệu chứng cơ năng cải thiện ở 88,7% bệnh nhân. Tỷ lệ đáp ứng khách quan đạt 69,0%, chủ yếu là đáp ứng một phần (66,7%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thuốc TKI với p >0,05. Thời gian sống thêm được tính theo phương pháp Kaplan-Meyer. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển đạt trung vị 14,0 tháng (khoảng tin cậy 95%: 11,6-16,4 tháng). Đáp ứng khách quan sau 3 tháng là yếu tố tiên lượng thời gian sống thêm bệnh không tiến triển với p<0,01. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển tại não đạt 22,0 tháng (khoảng tin cậy 95%: 18,2-25,8 tháng). Điều trị toàn thân bằng Erlotinib cho thời gian sống thêm bệnh không tiến triển tại não dài hơn Gefitinib và Afatinib khi phân tích đa biến với p < 0,05. Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ đạt 25,0 tháng (khoảng tin cậy 95%: 11,0-39,0 tháng), tỷ lệ sống 1 năm đạt 85,7%, 2 năm đạt 52,0%. Phân tích đa biến, điều trị toàn thân bước 2 bằng thuốc TKI bước 2 cho trung vị thời gian sống thêm toàn bộ dài hơn hóa chất và không điều trị lần lượt là 39 tháng, 20 tháng, 14 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Tác dụng phụ hay gặp của phác đồ là ban da (52,8%), tiêu chảy (16,9%), tăng men gan (11,3%), đều mức độ nhẹ đến vừa. Không có biến chứng giãn não thất, hoại tử mô não lành sau xạ phẫu. Tiêu chảy gặp nhiều ở nhóm điều trị bằng Afatinib hơn Erlotinib và Gefitinib, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Đa số bệnh nhân tuân thủ phác đồ, độc tính mức độ vừa làm 2 bệnh nhân phải tạm dừng thời gian ngắn, 2 bệnh nhân giảm liều. **Kết luận:** Điều trị bệnh nhân ung thư phổi di căn não có đột biến EGFR bằng thuốc ức chế tyrosine kinase kết hợp xạ phẫu dao gamma quay là phương pháp hiệu quả và an toàn.

Từ khóa: thuốc ức chế tyrosine kinase, xạ phẫu bằng dao gamma quay, ung thư phổi di căn não, đột biến EGFR.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF TREATMENT EPIDERMAL GROWTH FACTOR RECEPTOR MUTANT NON-SMALL CELL LUNG CANCER METASTASIS BRAIN WITH TYROSINE KINASE INHIBITORS COMBINED WITH ROTATING GAMMA SYSTEM AT BACH MAI HOSPITAL

Object: Evaluating the efficacy and toxicity of treatment epidermal growth factor receptor mutant non small cell lung cancer metastasis brain with tyrosine kinase inhibitors combined with Rotating gamma System at the Nuclear Medicine and Oncology Center, Bach Mai Hospital. **Patient and Methods:** A retrospective combined prospective study on 53 patients diagnosed with epidermal growth factor receptor mutant non small cell lung cancer metastasis brain, treated with tyrosine kinase inhibitors combined with Rotating gamma System at the Nuclear Medicine and Oncology Center, Bach Mai Hospital. **Results**: 50.9% men, the male/female ratio is equal (1.04/1), mainly in the age group 50-69 (73.6%). PS ECOG from 0 to 2, mainly 0-1 (81.1%). Brain metastasis often combine with metastasis to other organs (64.2%), most of which was bone metastasis (49.1%), followed by metastases in lung, pleura (28.3%). The TKIs contained: Erlotinib (47.2%), Gefitinib (43.4%), Afatinib (9.4%). The rate of patients improved functional symptoms in 88.7%. The objective response rate was 69.0%, mainly partial response (66.7%), there was no statistically significant difference between the TKIs with p > 0.05. Survival time was calculated according to the Kaplan-Meyer method. The median progression-free survival (PFS) time was 14.0 months (95% CI: 11.6-16.4 months). Objective response was a predictor of PFS longer with p<0.01. The median intracranial PFS time was 22.0 months (95% CI: 18.2-25.8 months). Systemic treatment with Erlotinib resulted in a longer duration of intracranial PFS time than Gefitinib and Afatinib in multivariate analysis with p < 0.05. The median

[1]Bệnh viện quân y 110
[2]Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu, Bệnh viện Bạch Mai
[3]Viện ung thư, Bệnh viện Trung ương quân đội 108
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Kiên
Email: Dr.Kien39A@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 19.8.2021
Ngày duyệt bài: 26.8.2021

overall survival (OS) time was 25.0 months (95% CI: 11.0-39.0 months), the 1-year survival rate was 85.7%, and the 2-year survival rate was 52.0%. Multivariate analysis, second-line systemic treatment with tyrosine kinase drugs (Afatinib, osimertinib) for median overall survival time was longer than chemotherapy and no treatment was 39 months, 20 months, 14 months, respectively, the difference was statistically significant with p< 0.05. Common side effects of the regimen were skin rash (52.8%), diarrhea (16.9%), increased liver enzymes (11.3%), all mild. to medium. There were no complications of ventricular dilatation, necrosis of brain tissue after radiosurgery. Diarrhea was more common in the Afatinib group than Erlotinib and Gefitinib, the difference was statistically significant with p < 0.05. The majority of patients adhered to the regimen, moderate toxicity caused 2 patients to stop for a short time, 2 patients to reduce the dose. **Conclusion:** Treatment of patients with brain metastatic lung cancer with EGFR mutations with tyrosine kinase inhibitors combined with rotary gamma knife radiosurgery is an effective and safe method.

Keywords: tyrosine kinase inhibitors, rotating gamma knife, brain metastatic lung cancer, EGFR mutation

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là bệnh lý ác tính có tỷ lệ mắc và tử vong cao nhất toàn cầu hiện nay. Theo GLOBOCAN 2020, tỷ lệ mới mắc và tỷ lệ tử vong của ung thư phổi trên thế giới lần lượt là 11,4% và 18,0% [1]. Di căn não nguồn gốc từ ung thư phổi cũng chiếm tỷ lệ cao nhất và là nguyên nhân chính dẫn đến tử vong ở nhóm bệnh nhân (BN) này. Một nghiên cứu gần đây tại Hoa Kỳ cho thấy 22% BN ung thư phổi bị di căn não ở thời điểm chẩn đoán ban đầu và di căn não sẽ xuất hiện ở khoảng 40% BN trong quá trình phát triển của bệnh [2]. Từ khi xạ trị được ứng dụng vào điều trị u não những năm 1950 xạ trị toàn não và về sau có xạ phẫu là giải pháp chủ yếu kiểm soát u não. Trong đó, xạ phẫu hiệu quả cao ở các trường hợp di căn não số lượng hạn chế, được chỉ định cho các trường hợp u di căn não <4 u, kích thước u não < 5cm, các trường hợp di căn não đa ổ thì xạ trị toàn não lại được chỉ định nhờ khả năng kiểm soát u di căn não tốt hơn [3]. Những năm đầu thế kỷ 21, người ta đã biết đến nhiều loại đột biến gen thúc đẩy quá trình tăng sinh của tế bào ung thư phổi như EGFR, ALK, RET, MET, ROS 1, BRAF... Những phát hiện này đã mở ra một liệu pháp điều trị mới là điều trị nhắm trúng đích. Ban đầu là sự ra đời các thuốc ức chế tyrosin kinase (TKI) của EGFR, những thuốc này cho tỷ lệ đáp ứng cao lên đến khoảng 70%, vượt trội so với hóa chất (khoảng 28-30% với hóa chất bộ đôi) [4]. Đặc biệt, những thuốc này có thể kiểm soát được u di căn não, tỷ lệ đáp ứng u nội sọ gần tương đương với ngoại sọ, mở ra một liệu pháp mới trong điều trị tổn thương di căn não. Phác đồ kết hợp thuốc TKI với xạ phẫu đã được áp dụng trong điều trị nhóm BN ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) di căn não ở nhiều trung tâm ung bướu lớn trên thế giới. Tuy nhiên, hiệu quả và các yếu tố ảnh hưởng đến kết quả của sự kết hợp giữa thuốc TKI và xạ phẫu đối với BN UTPKTBN di căn não còn nhiều vấn đề chưa rõ ràng, kết quả của một số nghiên cứu còn có nhiều khác biệt. Ở Việt Nam, thuốc TKI kết hợp xạ phẫu được áp dụng tại một số Bệnh viện tuy nhiên chưa có nghiên cứu báo cáo về kết quả điều trị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá hiệu quả và độc tính của phác đồ kết hợp thuốc ức chế tyrosine kinase và xạ phẫu dao gamma quay điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não có đột biến gen EGFR tại Bệnh viện Bạch Mai.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu: 53 BN được chẩn đoán UTPKTBN có đột biến gen EGFR, được điều trị bằng thuốc ức chế tyrosine kinase kết hợp xạ phẫu dao gamma quay tại Trung tâm Y học hạt nhân và Ung bướu Bệnh viện Bạch Mai thời gian từ 01/2016 đến 12/2020.

- Tiêu chuẩn lựa chọn là BN có chẩn đoán mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến, có đột biến EGFR nhạy thuốc TKI thế hệ 1,2. U di căn não số lượng từ 1-3 u, kích thước u <5cm. Không có tiền sử điều trị ung thư phổi trước đó bằng hóa chất, phẫu thuật, xạ trị, không mắc các bệnh lý thần kinh như rối loạn tâm thần, thiểu năng trí tuệ, động kinh.

- Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu kết hợp tiến cứu.

- Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập thông tin từ hồ sơ bệnh án, kết hợp phỏng vấn bệnh nhân, người nhà. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Đạo đức nghiên cứu: Thông tin của đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật và chỉ dùng cho mục đích nghiên cứu.

- Thiết bị: Hệ thống dao Gamma quay ART-6000^{TM}, thuốc TKI thế hệ 1: Gefitinib (Iressa 250mg), Erlotinib (Tarceva 150mg), thế hệ 2: Afatinib (Giotrif 30mg, 40mg).

- Quy trình điều trị: BN thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn được chỉ định điều trị toàn thân bằng thuốc TKI, hội chẩn xác định kế hoạch xạ phẫu. Sau xạ phẫu điều trị chống phù não, duy trì thuốc TKI, định kỳ đánh giá đáp ứng, theo

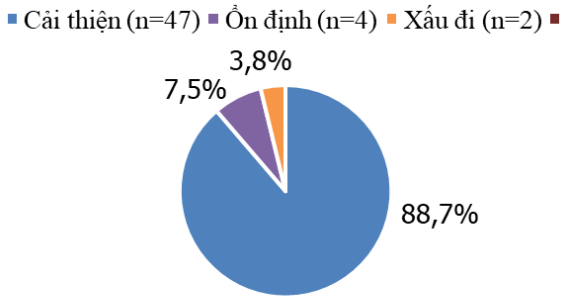
dõi tiến triển, tử vong. Các thông tin trong quá trình điều trị được ghi nhận qua hồ sơ bệnh án và phỏng vấn bệnh nhân, người nhà.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

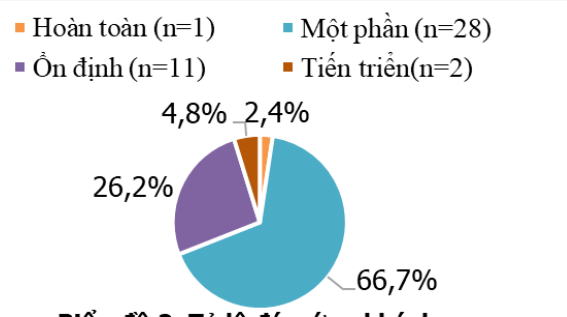
1. Một số đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	27	50,9
	Nữ	26	49,1
Nhóm tuổi	<50 tuổi	5	9,4
	50-69 tuổi	39	**73,6**
	≥70 tuổi	9	17,0
PS ECOG	0-1	43	**81,1**
	2	10	18,9
Số cơ quan di căn khác	1	19	35,8
	2-4	**34**	**64,2**
Vị trí di căn	Xương	**26**	**49,1**
	Phổi, màng phổi	15	28,3
	Khác	8	15,1
Thuốc đích	Erlotinib	**25**	**47,2**
	Gefitinib	**23**	**43,4**
	Afatinib	5	9,4

Nhận xét: Nhóm tuổi từ 50-69 chiếm tỷ lệ nhiều nhất (73,6%), tỷ lệ nam/nữ ngang nhau (1,04/1). PS ECOG chủ yếu là 0-1 (81,1%). Di căn não thường kết hợp di căn các cơ quan khác (64,2%), nhiều nhất là di căn xương (49,1%), di căn phổi, màng phổi (28,3%). Các BN được điều trị toàn thân chủ yếu bằng Erlotinib (47,2%), Gefitinib (43,4%), tỷ lệ ngang nhau.

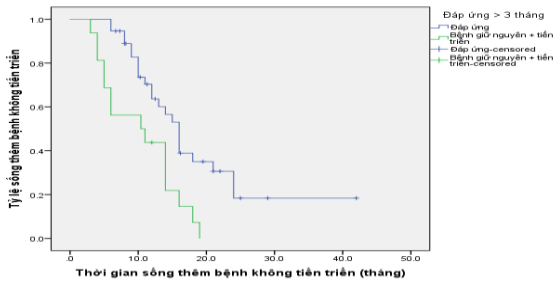


Biểu đồ 1. Tỷ lệ đáp ứng chủ quan sau 2 tháng điều trị



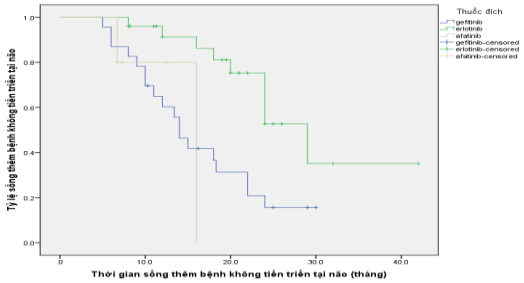
Biểu đồ 2. Tỷ lệ đáp ứng khách quan sau điều trị > 3 tháng

Nhận xét: Đánh giá chung, đa số BN đều có cải thiện triệu chứng (88,7%), đáp ứng cao nhất là đau đầu, yếu liệt, đau ngực, ho (>85%), thấp nhất là đau xương (73,7%). Tỷ lệ đáp ứng khách quan đạt 69,0%. Tỷ lệ kiểm soát bệnh sau >3 tháng đạt 95,2%.



Trung vị STBKTT: 14,0 (khoảng tin cậy 95%: 11,6-16,4); Đáp ứng: 16,0 (14,1-17,9); Không đáp ứng: 10,4 (0,6-20,2) HR: 0,39(0,20-0,76); Log-Rank P = 0,005

Biểu đồ 2. Liên quan thời gian sống thêm bệnh không tiến triển theo đáp ứng



Erlotinib Afatinib Gefitinib Trung vị STBKTT tại não: 22,0 (khoảng tin cậy 95%: 18,2-25,8); Erlotinib – Gefitinib: p=0,01 Erlotinib – Afatinib: p=0,02; Gefitinib – Afatinib: p= 0,63

Biểu đồ 4. Liên quan thời gian sống thêm bệnh không tiến triển tại não theo thuốc TKI

Nhận xét: Điều trị toàn thân bằng Erlotinib là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến thời gian sống thêm bệnh không tiến triển tại não khi phân tích đa biến (với p<0,05)

Bảng 2. Đáp ứng khách quan theo kích thước u phổi, u não, chỉ điểm u sau 3 tháng

Yếu tố		Trung bình	Min	Max	Số lượng	p
Kích thước u phổi (mm)	Ban đầu	41,3±11,7	22,0	65,0	42	<0,001
	Sau 3 tháng	30,0±15,6	0	72		

Kích thước u não (mm)	Ban đầu	17,1± 7,7	5,0	34,0	42	<0,001
	Sau 3 tháng	7,8±7,5	0	24		
CEA (ng/ml)	Ban đầu	80,7±27,2	1,4	497	31	0,003
	Sau 3 tháng	36,7±19,1	1,9	667		
Cyfra 21-1 (ng/ml)	Ban đầu	5,2±1,0	1,5	19,9	25	0,38
	Sau 3 tháng	4,3±1,2	0,9	29,9		

Nhận xét: Kích thước u phổi, u não, nồng độ chất chỉ điểm u CEA sau điều trị 3 tháng đều giảm so với trước điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,01. Sự khác biệt về nồng độ Cyfra 21-1 trước và sau điều trị không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05.

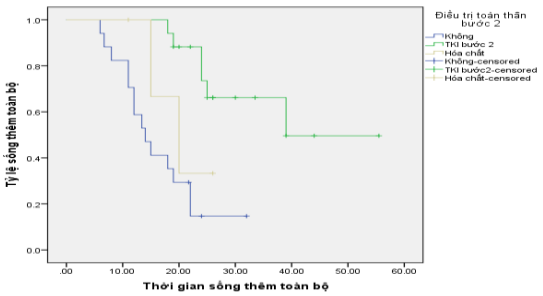
Bảng 3. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan sống thêm toàn bộ

Yếu tố		p đơn biến	p đa biến	Tỷ số nguy cơ	Khoảng tin cậy 95%
PS (0-1, 2)		**0,03**	0,72	0,84	0,32-2,21
Giai đoạn T (1-2, 3-4)		**0,02**	0,05	0,38	0,14-1,00
Thuốc đích	Erlotinib, Gefitinib	**0,01**	0,11	2,46	0,81-7,45
	Erlotinib, Afatinib		0,13	0,06	0,00-2,01
	Gefitinib, Afatinib		0,91	1,14	0,13-10,22
Điều trị Bước 2	Không,TKI bước2	**0,001**	**0,004**	5,42	1,73-16,97
	Không, hóa chất		0,17	2,94	0,62-13,98
	TKI bước 2, hóa chất		**0,02**	0,07	0,007-0,67
Xạ trị não lần 2 (không, có)		**0,03**	0,22	0,37	0,08-1,83

Bảng 4. Mối liên quan giữa các tác dụng hay gặp và thuốc điều trị đích

Độc tính		Gefitinib		Erlotinib		Afatinib		p
		n	%	N	%	n	%	
Ban da	không	14	26,4	**8**	15,1	3	5,7	0,12
	Độ 1-2	9	17,0	**17**	32,1	2	3,8	
Tiêu chảy	không	21	39,6	21	39,6	**2**	3,8	**0,046**
	Độ 1-2	2	3,8	4	7,5	**3**	5,7	
Tăng men gan	không	18	34,0	24	45,3	5	9,4	0,16
	Độ 1-2	5	9,4	1	1,9	0	0	

Nhận xét: Tác dụng phụ hay gặp nhất là ban da (52,8%), tiêu chảy (16,9%), các độc tính huyết học, chức năng gan thận ít gặp, đều mức độ nhẹ và vừa. Tiêu chảy gặp nhiều hơn ở nhóm điều trị bằng Afatinib (60%) so với Erlotinib và Gefitinib, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Ban da có xu hướng gặp nhiều hơn ở nhóm điều trị bằng Erlotinib (68%), tăng không có ý nghĩa thống kê với p > 0,05. Đa số BN tuân thủ phác đồ, độc tính mức độ vừa làm 2 BN phải tạm dừng thời gian ngắn (1 BN dùng Erlotinib do ban da độ 2, 1 BN dùng Gefitinib do tăng creatinin độ 2), 2 BN giảm liều Afatinib do ban da và tiêu chảy độ 2.



TKI bước 2(17) Hóa chất (4) Không (17); Trung vị STTB: 25,0 (khoảng tin cậy 95%: 11,0-39,0); TKI bước 2 – Hóa chất: p=0,02; TKI bước 2 - Không: p=0,004; Hóa chất – Không: p= 0,17

Biểu đồ 5. Liên quan thời gian sống thêm toàn bộ theo điều trị toàn thân bước 2.

Nhận xét: Phân tích đa biến điều trị toàn thân bước 2 bằng thuốc TKI bước 2 (Afatinib, Osimertinib) so với hóa chất và không điều trị là yếu tố tiên lượng độc lập ảnh hưởng đến thời gian sống thêm toàn bộ (với p<0,05).

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ cải thiện triệu chứng sau 3 tháng đạt 88,7%, chủ yếu cải thiện triệu chứng hô hấp, thần kinh (>85%), thấp nhất là đau xương (73,7%). Kết quả của chúng tôi cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu điều trị thuốc TKI đơn thuần cho UTPKTBN giai đoạn lan tràn (77%) [5]. Mặc dù hóa chất có tỷ lệ đáp ứng khách quan thấp hơn thuốc TKI, nhưng kết quả của chúng tôi cao hơn ít so với kết quả nghiên cứu của Phạm Văn Thái điều trị BN UTPKTBN di căn não bằng phác đồ Paclitaxel-carboplatin kết hợp xạ phẫu dao gamma quay (82,6%)[6]. Điều này

chứng tỏ cải thiện triệu chứng thần kinh chủ yếu nhờ vai trò của dao gamma quay điều trị tổn thương u não. Mặt khác, triệu chứng đau xương khó cải thiện hơn khi đã có tổn thương phá hủy xương, nghiên cứu của chúng tôi không loại trừ các BN di căn xương như nghiên cứu của Phạm Văn Thái. Đáp ứng khách quan trong nghiên cứu của chúng tôi là 69%, chủ yếu đáp ứng một phần (66,7%). Tỷ lệ đáp ứng chung của các thuốc TKI thế hệ 1,2 đối với UTPKTBN giai đoạn lan tràn là khoảng 56-70% [7]. Phối hợp với vai trò của xạ phẫu u di căn não, tỷ lệ đáp ứng của phác đồ cũng được cải thiện hơn so với điều trị thuốc TKI đơn thuần. So với trước điều trị, kích thước u phổi, u di căn não, nồng độ CEA sau điều trị đều giảm có ý nghĩa thống kê, với p< 0,01. Marker CEA là một chất chỉ điểm tốt để theo dõi đáp ứng và dự báo tiến triển (bảng 2). Thời gian STBKTT đạt trung vị 14,0 tháng (KTC 95%: 11,0-16,3 tháng), kết quả này dài hơn so với điều trị TKI thế hệ 1,2 đơn thuần đối với UTPKTBN giai đoạn lan tràn, thời gian trung vị STBKTT được báo cáo khoảng 10,4-13,0 tháng [8]. Đáp ứng khách quan sau 3 tháng là yếu tố tiên lượng độc lập thời gian STBKTT. Đột biến Del 19 là tiên lượng thuận lợi kéo dài thời gian STBKTT khi điều trị bằng Erlotinib, trong nghiên cứu đột biến gen không ảnh hưởng đến thời gian STBKTT. Lý giải điều này, BN được điều trị với cả các thuốc Gefitinib, Afatinib, đột biến gen Del 19 không có lợi thế đáp ứng và STBKTT khi dùng các thuốc này. Trung vị thời gian STKTT tại não đạt 22,0 tháng (KTC 95%: 18,2-25,8 tháng). Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Magnuson là 23,0 tháng (KTC 95%: 18-28 tháng), dài hơn nghiên cứu của Seung- Hyeon Yang, Limin Chen lần lượt là 19,0 tháng và 14,7 tháng [9]. Xạ phẫu đảm bảo liều sinh học tại khối u di căn não phối hợp với thuốc TKI tiêu diệt các tổn thương u mức vi thể làm tăng khả năng triệt căn u di căn não, tiên lượng ở các BN di căn não đơn độc sẽ tốt hơn rất nhiều. Phân tích đa biến, trung vị thời gian STTB ở nhóm có chỉ định điều trị toàn thân (n=38), điều trị thuốc đích bước 2 (Afatinib, Osimertinib) có trung vị STTB dài hơn có ý nghĩa thống kê so với điều trị hóa chất và không điều trị lần lượt là 39,0 tháng, 20,0 tháng, 14,0 tháng, với p <0,05. Nghiên cứu của Magnuson, trung vị thời gian STTB đạt 45 tháng dài hơn của chúng tôi. Lý giải cho điều này, nghiên cứu của chúng tôi thời gian theo dõi còn ngắn, số sự kiện tiến triển chưa quan sát đầy đủ, tỷ lệ BN điều trị bằng Erlotinib chỉ khoảng 50%, tỷ lệ BN điều trị bước 2 chỉ đạt khoảng 1/2 (21/38BN). Trong khi đó nghiên cứu của Magnuson các quan sát đã hoàn thành, 78% BN đã tiến triển và đều được điều trị bước 2 bằng các phác đồ toàn thân cá thể hóa phù hợp cho từng BN như thuốc TKI bước 2, hóa chất. Độc tính của phác đồ hay gặp nhất là ban da, tiêu chảy, các độc tính huyết học, chức năng gan thận ít gặp, đều mức độ nhẹ đến vừa. Điều trị bằng Afatinib cho tỷ lệ tiêu chảy cao hơn có ý nghĩa thống kê so với điều trị bằng Gefitinib và Erlotinib, p<0,05. Trong khi đó, tăng men gan có xu hướng gặp nhiều hơn ở nhóm điều trị bằng Gefitinib, ban da có xu hướng gặp nhiều ở nhóm điều trị bằng Erlotinib, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, với p>0,05. Các phân tích gộp trên số lượng lớn BN cho thấy điều trị bằng Afatinib, Erlotinib có nguy cơ bị phát ban nhiều hơn Gefitinib, tiêu chảy gặp nhiều ở nhóm điều trị bằng Afatinib hơn, tăng men gan lại gặp nhiều ở nhóm điều trị bằng Gefitinib hơn, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,01. Nghiên cứu của chúng tôi phân nhóm điều trị các thuốc đích khác nhau có số lượng còn ít, nên sự khác biệt về độc tính giữa các nhóm còn chưa rõ.

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ cải thiện triệu chứng chủ quan cao (88,7%). Tỷ lệ đáp ứng khách quan là 69,0% chủ yếu là đáp ứng 1 phần (66,7%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thuốc đích với p >0,05. So sánh trước và sau điều trị 3 tháng, kích thước u phổi, u di căn não, nồng độ CEA đều giảm có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

- Thời gian sống thêm được tính theo phương pháp Kaplan-Meyer. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển đạt trung vị 14,0 tháng (khoảng tin cậy 95%: 11,6-16,4 tháng). Đáp ứng khách quan là yếu tố tiên lượng thời gian sống thêm bệnh không tiến triển với p<0,01. Trung vị thời gian sống thêm bệnh không tiến triển tại não đạt 22,0 tháng (khoảng tin cậy 95%: 18,2-25,8 tháng). Điều trị toàn thân bằng Erlotinib cho thời gian sống thêm bệnh không tiến triển tại não dài hơn Gefitinib và Afatinib khi phân tích đa biến với p < 0,05. Trung vị thời gian sống thêm toàn bộ đạt 25,0 tháng (khoảng tin cậy 95%: 11,0-39,0 tháng), tỷ lệ sống 1 năm đạt 85,7%, 2 năm đạt 52,0%. Phân tích đa biến, điều trị toàn thân bước 2 bằng thuốc đích bước 2 cho trung vị thời gian sống thêm toàn bộ dài hơn hóa chất và không điều trị lần lượt là 39 tháng, 20 tháng, 14 tháng, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

- Tác dụng phụ hay gặp của phác đồ là ban da (52,8%), tiêu chảy (16,9%), thay đổi móng

(15%), tăng men gan (11,3%), đều mức độ nhẹ đến vừa. Không có biến chứng giãn não thất, hoại tử mô não lành sau xạ phẫu. Tiêu chảy gặp nhiều ở nhóm điều trị bằng Afatinib hơn Erlotinib và Gefitinib, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Đa số bệnh nhân tuân thủ phác đồ, độc tính mức độ vừa làm 2 bệnh nhân phải tạm dừng thời gian ngắn, 2 bệnh nhân giảm liều.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel R L (2021).** "Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries". **71 (3)**, 209-249.
2. **Davis F G, Dolecek T A, McCarthy B J, et al (2012).** "Toward determining the lifetime occurrence of metastatic brain tumors estimated from 2007 United States cancer incidence data". Neuro Oncol, **14 (9)**, 1171-1177.
3. **Mai Trọng Khoa (2020).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý ung bướu, Nhà xuất bản Y học,
4. **Mok T S, Wu Y L, Thongprasert S, et al (2009).** "Gefitinib or carboplatin-paclitaxel in pulmonary adenocarcinoma". N Engl J Med, **361 (10)**, 947-957.
5. **Lê Thu Hà (2017).** Đánh giá hiệu quả thuốc Erlotinib trong điều trị ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn muộn, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học y Hà Nội.
6. **Phạm Văn Thái (2014)**. Nghiên cứu điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não bằng hoá xạ trị, Luận án Tiến sỹ y học, Trường Đại học y Hà Nội.
7. **Park K, Tan E H, O'Byrne K, et al (2016)**. "Afatinib versus gefitinib as first-line treatment of patients with EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer (LUX-Lung 7): a phase 2B, open-label, randomised controlled trial". Lancet Oncol, **17 (5)**, 577-589.
8. **Nan X, Xie C, Yu X, et al (2017).** "EGFR TKI as first-line treatment for patients with advanced EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer". Oncotarget, **8 (43)**, 75712-75726.
9. **Yang S H, Kim H Y (2020).** "The Effect of Epidermal Growth Factor Receptor Mutation on Intracranial Progression-Free Survival of Non-Small Cell Lung Cancer Patients with Brain Metastasis Underwent Gamma Knife Radiosurgery". **8 (2)**, 103-108.

THIẾT LẬP KHOẢNG NỒNG ĐỘ CỦA SÁU THÔNG SỐ THƯỜNG QUY AST, ALT, CHOLESTEROL, TRIGLYCERIDE, GLUCOSE VÀ PROTEIN TRONG CHẾ TẠO MẪU NGOẠI KIỂM HÓA SINH

Trần Hữu Tâm*, Trương Quân Thụy*, Vũ Đình Dũng*, Nguyễn Thị Hồng Phương*, Nguyễn Thị Ngọc Vân*, Vũ Thị Như Oanh*, Nguyễn Đàm Châu Bảo*

TÓM TẮT

Xét nghiệm hóa sinh là một trong những chỉ định cận lâm sàng thường quy nhất tại các đơn vị y tế, các xét nghiệm này là căn cứ góp phần giúp các nhà lâm sàng đưa ra quyết định quan trọng cho công tác điều trị, chẩn đoán sớm và dự phòng bệnh, nghiên cứu khoa học trong y học,... Một trong những công tác nhằm đảm bảo độ tin cậy và chất lượng của xét nghiệm hóa sinh là ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm [1,2,3]. Để chế tạo mẫu ngoại kiểm cần có khoảng nồng độ cao, thấp, bình thường của các thông số để sử dụng trong quá trình pha chế mẫu. Sáu thông số hóa sinh thường quy được khảo sát gồm protein, glucose, cholesterol, triglyceride, AST, ALT. Kết quả thu được khoảng nồng độ cao của glucose là 9,50 – 24,00mmol/L, protein là 95-115 g/L, cholesterol là 6,20–9,00mmol/L, triglyceride là 2,70 – 9,50mmol/L, AST là 95 - 350 U/L, ALT là 95 - 300 U/L; khoảng nồng độ thấp của glucose là 2,49 - 3,90 mmol/L, protein là 10 - 40 g/L, cholesterol là 2,50 – 3,70 mmol/L, triglyceride là 0,20 – 1,00 mmol/L, AST là 7 - 24 U/L, ALT là 7 - 24 U/L; khoảng nồng độ bình thường của glucose là 4,00 – 9,00 mmol/L, protein là 45-90g/L, cholesterol là 3,80–6,10 mmol/L, triglyceride là 1,10-2,60mmol/L, AST là 25-94U/L, ALT là 25-94 U/L.

Từ khóa: ngoại kiểm tra, nội kiểm tra.

SUMMARY

CONCENTRATION RANGES OF SIX ROUTINE PARAMETERS AST, ALT, CHOLESTEROL, TRIGLYCERIDE, GLUCOSE AND PROTEIN FOR CREATING CLINICAL CHEMISTRY EXTERNAL QUALITY ASSESSMENT SAMPLES

Clinical chemistry test is one of the most routine indications in medical units, it is basic in helping clinicians make important decisions for treatment, early diagnosis and disease prevention, scientific research in medicine,... One of the tasks to ensure the reliability and quality of biochemical tests is external quality assessment [1,2,3]. To make an external quality assessment sample, the level of high, low and normal concentration range of the parameters is required for using in the sample preparation process. Six routine clinical chemistry parameters were

**Trung tâm Kiểm chuẩn Xét nghiệm TP.HCM*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Hữu Tâm
Email: trhuutam@yahoo.com
Ngày nhận bài: 23.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021
Ngày duyệt bài: 26.8.2021

investigated including protein, glucose, cholesterol, triglyceride, AST, ALT. The results, high concentration range of glucose is 9,50 – 24,00 mmol/L, protein is 95 - 115 g/L, cholesterol is 6,20 – 9,00 mmol/L, triglyceride is 2,70 – 9,50 mmol/L, AST is 95 - 350 U/L, ALT is 95 - 300 U/L; The low concentration range of glucose is 2,49 – 3,90 mmol/L, protein is 10 - 40 g/L, cholesterol is 2,50 – 3,70 mmol/L, triglyceride is 0,20 – 1,00 mmol /L, AST is 7 - 24 U/L, ALT is 7 - 24 U/L; The normal concentration range of glucose is 4,00 – 9,00 mmol/L, protein is 45 – 90 g/L, cholesterol is 3,80 – 6,10 mmol/L, triglyceride is 1,10 – 2,60 mmol/L, AST is 25 - 94 U/L, ALT is 25 - 94 U/L.

Keywords: external quality assessment, internal quality control

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các thông số hóa sinh lâm sàng khác nhau về tuổi tác, giới tính, lối sống, môi trường và yếu tố di truyền.Việc nghiên cứu và đưa ra các khoảng tham chiếu được thực hiện trên một quần thể nhất định trên quốc gia hoặc vùng lãnh thổ. Do đó, các giá trị ngưỡng cao và thấp dùng để phát hiện và chẩn đoán bệnh ở các nước và vùng lãnh thổ sẽ khác nhau [4]. Khoảng tham chiếu khác nhau đáng kể giữa các phòng xét nghiệm khác nhau, phụ thuộc vào phương pháp và thiết bị sử dụng. Điều này đặc biệt đúng đối với các enzyme trong huyết thanh vì các phương pháp có thể thay đổi về pH, nhiệt độ, chất gắn kết enzyme đặc hiệu và cơ chất sử dụng trong phản ứng [5].

Hiện nay, trên thế giới các khoảng tham chiếu, ngưỡng cao và thấp của các thông số Hoá sinh đã được các tổ chức cập nhật và tổng hợp, điển hình như tổ chức ABIM (American Board of International Medicine) ở Mỹ, tổ chức NHS (National Health Service) ở Anh, CLSI (Clinical & Laboratory Standards Insititue) ở Mỹ, Nordic Reference Interval Project 2000 (NORIP), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), American Diabetes Association (ADA), WHO….Ở nước ta, Bộ y tế cũng đưa ra các khoảng tham chiếu cho từng thông số Hoá sinh và Huyết học dựa trên thể trạng đặc trưng của người Việt Nam (quyết định số 320/QĐ-BYT). Chúng tôi sẽ dựa trên các khoảng tham chiếu trên thế giới và Việt Nam, ngưỡng giá trị cao và thấp tham khảo từ mẫu nội kiểm Randox và khoảng giá trị đo phân tích (Analytical Measurement Range – AMR) của các dòng máy hoá sinh tự động (Beckman Coulter, Abbott, Mindray, Erba,…) để lựa chọn khoảng nồng độ bình thường, cao và thấp cho 6 thông số hoá sinh: glucose, protein, cholesterol, triglyceride, AST, ALT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng

- Các tài liệu y văn về khoảng tham chiếu của các tổ chức CLSI, CDC, WHO, NHS, ADA, Bộ y tế…
- 5 phòng xét nghiệm hóa sinh lâm sàng sử dụng các dòng máy của Beckman Coulter, Abbott Architect, Mindray, Roche, Erba.

2.2. Phương pháp

- Thu thập các số liệu về các khoảng nồng độ cao, thấp, bình thường trên các tài liệu của CLSI, CDC, WHO, ABIM, NHS, ADA, NORIP, Bộ y tế cho 6 thông số hóa sinh AST, ALT, glucose, protein, cholesterol, triglyceride.
- Điều chế 5 bộ mẫu với các nồng độ cao, thấp, bình thường để phân tích ở 5 phòng xét nghiệm chạy các dòng máy Beckman Coulter, Abbott Architect, Mindray, Roche, Erba
- Tổng hợp và phân tích kết quả chạy mẫu
- Tính toán số liệu dựa trên phần mềm Excel 2010.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Xác định ngưỡng nồng độ cao, thấp, bình thường của 6 thông số hóa sinh. Chúng tôi thu thập và tham khảo các dữ liệu về khoảng tham chiếu của các thông số hoá sinh dựa trên các dữ liệu tổng hợp của ADA, ABIM, NORIP, CLSI EP7-A2, NHS, CDC và quyết định 320/QĐ-BYT của Bộ y tế về việc Ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hoá sinh".

Đối với thông số glucose, nồng độ glucose bình thường trong máu ổn định từ 80-120 mg/dL (4,44 - 6,66 mmol/L). Theo CDC, khoảng trị số bình thường với glucose máu khi đói là 74 - 109 mg/dL (4,10 - 6,05 mmol/L). Ngưỡng cao theo CDC là của glucose máu khi đói là > 125 mg/dL (6,94mmol/L), glucose máu bất kì là >140 mg/dL (7,77 mmol/L). Ngưỡng giá trị cao theo Hiệp Hội Đái tháo đường Mỹ – ADA khuyến cáo với nồng độ glucose máu khi đói là 100 - 125 mg/dL (5,55 - 6,95 mmol/L) (tiền tiểu đường) và ≥ 126 mg/dL (6,99 mmol/L) (tiểu đường). Glucose máu bất kì ở ngưỡng cao là ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) áp dụng không phân biệt độ tuổi và giới tính. Ngưỡng glucose máu thấp để xác định hạ đường huyết theo WHO khuyến cáo là dưới 45 mg/dL (2,50 mmol/L) ở người trưởng thành.

Đối với thông số AST và ALT, khoảng giá trị bình thường của ALT theo CDC khuyến cáo là 20 - 65 U/L, của AST là 15 - 37 U/L. Trong hầu hết các loại bệnh gan mức ALT thường cao hơn so với AST. Tuy nhiên cũng có một vài trường hợp ngoại lệ như viêm gan do rượu, xơ gan, chấn thương do tắc nghẽn ống mật, chấn thương tim hoặc cơ. Trong viêm gan mạn tính, mức AST thường thấp hơn 4 lần so với giá trị bình thường.

Chỉ số AST và ALT thấp thường gặp trong bệnh thận mãn tính, hoặc là dấu hiệu cảnh báo thiếy vitamin B6. Bảng 3.5, 3.6 thể hiện ngưỡng giá trị thay đổi của thông số ALT.

Khoảng giá trị bình thường của protein toàn phần theo CDC khuyến cáo là 64 - 82 g/L. Khoảng tham khảo theo Tổ chức Hóa sinh lâm sàng và Xét nghiệm y khoa Anh (ACB - The Association for Clinical Biochemistry and Laboratory Medicine) là 60-80 g/L ở người trưởng thành. Nồng độ cao hơn ngưỡng bình thường là chỉ dấu của tình trạng mất nước, nhiễm trùng mạn tính, rối loạn miễn dịch, u tủy. Nồng độ thấp hơn ngưỡng bình thường là kết quả của giảm một yếu tố protein cụ thể như albumin, kháng thể miễn dịch…

Theo CDC, ngưỡng nồng độ cholesterol bình thường ở người lớn dưới 200 mg/dl (5,17 mmol/L) và dưới 170 mg/dl (4,40 mmol/l) ở trẻ em. Theo WHO, ngưỡng bình thường (< 200 mg/dL), khoảng ranh giới cao từ 200 - 239 mg/dL (5,17 – 6,18 mmol/L) và khoảng cao (> 239 mg/dL).

Đối với triglyceride, CDC công bố nồng độ triglyceride bình thường ở mức dưới 200 mg/dl (2,26 mmol/L), ngưỡng ranh giới cao là 200 - 400 mg/dl (2,26 – 4,52 mmol/L), mức nồng độ cao từ 400 - 1000 mg/dl (4,52 – 11,29 mmol/L), mức rất cao trên 1000 mg/dl (11,29 mmol/L). Ngưỡng nồng độ triglyceride rất cao được xác định là viêm tụy cấp và cần tiếp nhận điều trị ngay.

Dựa vào các khoảng giá trị được tham khảo từ các công bố của các tổ chức uy tín trên thế giới, quyết định của Bộ Y tế, tờ LIQ CHEM ASY PREMIUM PLUS 1, 2, 3 của mẫu nội kiểm Randox và khoảng đo phân tích (AMR) trên 5 dòng máy phổ biến là Beckman Coulter, Abbott Architect, Mindray, Roche, Erba, nhóm nghiên cứu sẽ lựa chọn các ngưỡng giá trị cao, thấp và bình thường cho 6 thông số hoá sinh. Các khoảng nồng độ mà nhóm nghiên cứu lựa chọn được thể hiện qua bảng 1.

Bảng 1. *Các khoảng nồng độ cao, thấp, bình thường của 6 thông số hoá sinh*

Thông số	Mức nồng độ	Khoảng nồng độ theo y văn	Khoảng nồng độ theo mẫu nội kiểm Randox	Thiết bị và khoảng đo phân tích AMR					Khoảng nồng độ lựa chọn thí nghiệm
				Beckman Coulter	Roche	Erba	Abbott	Min dray	
Glucose (mmol/L)	L	< 3,90	2,46-3,32	0,3-38,8	0,1-83,3	0,1-25,0	0,17-71,5	0-27,8	2,49-3,90
	N	2,50-7,00	6,37-8,61						4,00-9,00
	H	> 7,70	16,8-22,7						9,50-24,00
ALT (U/L)	L	< 7	45-67	9-1000	5-700	4,4-360	1-1695	0-440	7-24
	N	7-68	88-132						25-94
	H	> 90	191-287						95-300
AST (U/L)	L	< 3	46-70	5-400	5-700	3,8-390	1-2092	0-40	7-24
	N	5-46,9	123-185						25-94
	H	> 80	228-342						95-350
Protein (g/L)	L	< 30	32,8-49,2	30-120	4-200	3,7-150	7,6-184	0-120	10-40
	N	55-90	59,4-89,0						45-90
	H	> 95	72,8-109						95-115
Cholesterol (mmol/L)	L	< 4,00	2,81-3,65	0,13-19,43	0,10-20,69	0,1-17,97	1,08-9,51	0-18,10	2,50-3,70
	N	2,89-6,47	4,45-5,77						3,80-6,10
	H	> 6,20	6,57-8,53						6,20-9,00
Triglyceride (mmol/L)	L	-	1,35-1,87	0,10-11,30	0,10-9,99	0,10-11,99	0,10-10,80	0,00-11,29	0,20-1,00
	N	0,46-5,60	2,48-3,42						1,10-2,60
	H	1,69-11,29	3,40-4,70						2,70-9,50

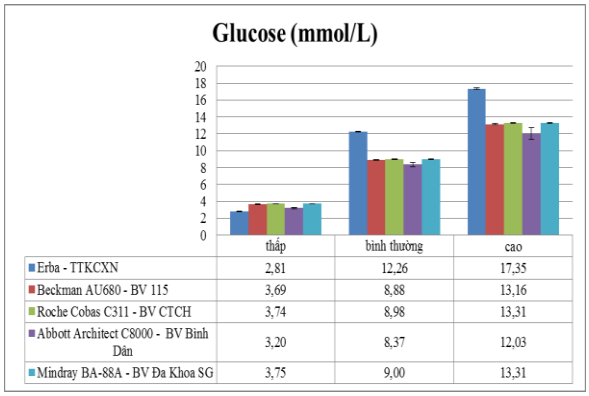
Ghi chú: L: Nồng độ thấp; N: Nồng độ bình thường; H: Nồng độ cao

3.2. Kết quả khảo sát các ngưỡng nồng độ của 6 thông số hóa sinh trên các dòng máy xét nghiệm. Sau khi đã xác định được các giá trị ngưỡng nồng độ cho 6 thông số hoá sinh, chúng tôi tiến hành pha 5 bộ mẫu, mỗi bộ gồm 3 mức nồng độ thấp, cao, bình thường để gửi cho 4 phòng xét nghiệm chạy trên 4 dòng máy Beckman AU680, Abbott Architect c8000, Mindray BA-88A, Roche Cobas c311 và 1 bộ mẫu chạy trên máy sinh hóa bán tự động dùng kit Erba ở phòng xét nghiệm Trung tâm Kiểm chuẩn xét nghiệm thành phố. Mỗi thông số chạy lặp lại 3 lần. Sử dụng kết quả của Trung tâm để làm giá trị ấn định cho mẫu pha chế, cụ thể như sau:

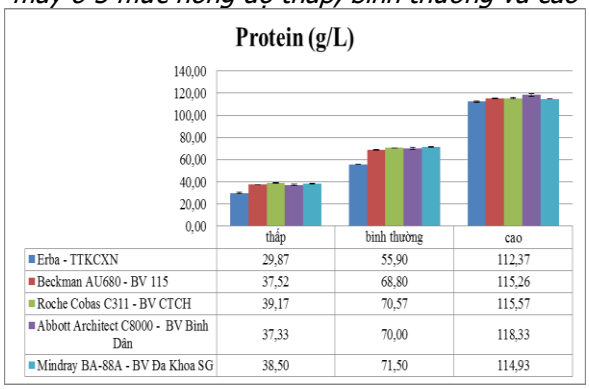
Bảng 2. *Giá trị ấn định của mẫu hoá sinh 6 thông số ở các nồng độ cao, thấp và bình thường*

	Glucose (mmol/L)	Protein toàn phần (g/L)	Cholesterol (mmol/L)	Triglyceride (mmol/L)	AST (U/L)	ALT (U/L)
L (M ± SD) (n = 3)	2,81± 0,01	29,87± 0,67	2,49± 0,02	0,58± 0,01	21,20± 0,30	19,13± 0,35
N (M ± SD) (n = 3)	12,26± 0,04	55,9± 0,20	4,06± 0,02	1,69± 0,02	71,60± 0,46	53,73± 0,40
H (M ± SD) (n = 3)	17,35± 0,06	112,37± 0,74	6,82± 0,09	2,94± 0,09	136,03± 0,25	116,87± 0,65

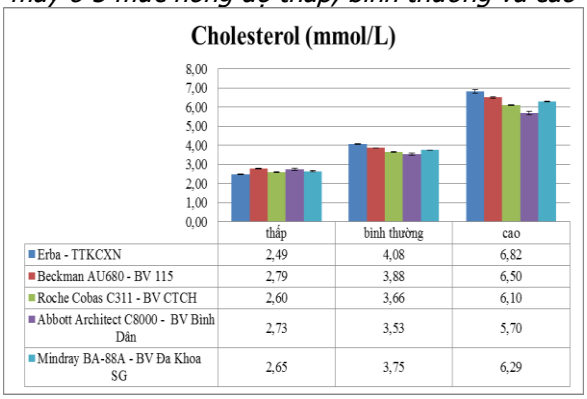
Kết quả phân tích 6 thông số hoá sinh trên 4 dòng máy thể hiện trong hình 1, 2, 3, 4, 5, 6.



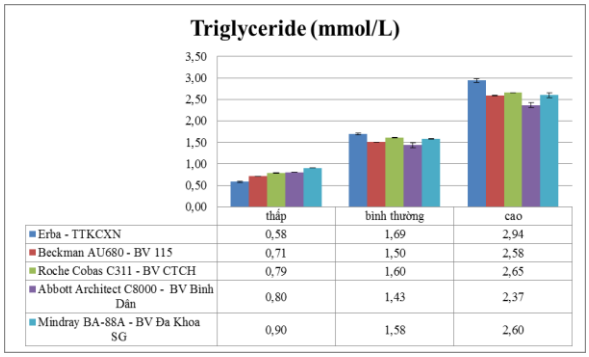
Hình 1. *Kết quả phân tích glucose trên 5 dòng máy ở 3 mức nồng độ thấp, bình thường và cao*



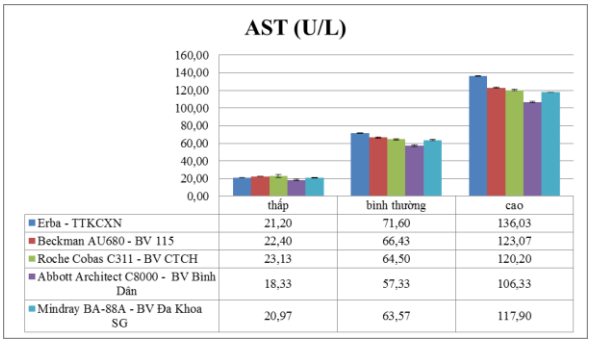
Hình 2. *Kết quả phân tích protein trên 5 dòng máy ở 3 mức nồng độ thấp, bình thường và cao*



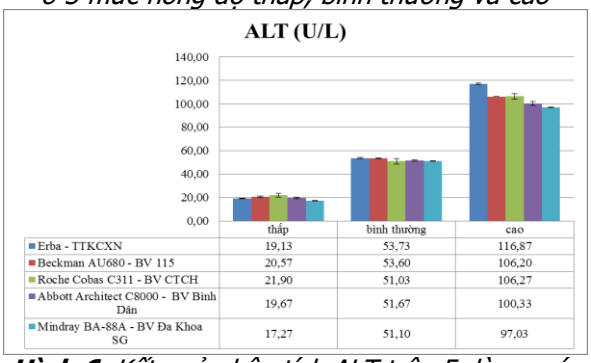
Hình 3. *Kết quả phân tích cholesterol trên 5 dòng máy ở 3 mức nồng độ thấp, bình thường và cao*



Hình 4. *Kết quả phân tích triglyceride trên 5 dòng máy ở 3 mức nồng độ thấp, bình thường và cao*



Hình 5. *Kết quả phân tích AST trên 5 dòng máy ở 3 mức nồng độ thấp, bình thường và cao*



Hình 6. *Kết quả phân tích ALT trên 5 dòng máy ở 3 mức nồng độ thấp, bình thường và cao*

Kết quả từ 5 phòng xét nghiệm cho thấy 5 dòng máy đều có thể đọc được các mẫu ở các ngưỡng giá trị cao, thấp, bình thường và các giá trị đọc được không có sự sai khác nhiều. Giá trị

CV% của 6 thông số ở 3 mức nồng độ đều nhỏ hơn 0,1%. Như vậy, các ngưỡng giá trị mà nhóm nghiên cứu đưa ra là phù hợp và sẽ được sử dụng làm khoảng biến thiên của 6 thông số trong phương pháp tối ưu hoá các thành phần môi trường bảo quản mẫu.

V. KẾT LUẬN

Nhóm nghiên cứu đã tiến hành khảo sát các giá trị ngưỡng thay đổi của 6 thông số thông qua các tài liệu y văn về ngưỡng bệnh lý, khoảng đo phân tích của thiết bị xét nghiệm để xác định các mức nồng độ cao, bình thường, thấp dùng trong pha chế mẫu. Kết quả thu được khoảng nồng độ cao của glucose là 9,50 – 24,00 mmol/L, protein là 95 - 115 g/L, cholesterol là 6,20 – 9,00 mmol/L, triglyceride là 2,70 – 9,50 mmol/L, AST là 95 - 350 U/L, ALT là 95 - 300 U/L; khoảng nồng độ thấp của glucose là 2,49 - 3,90 mmol/L, protein là 10 - 40 g/L, cholesterol là 2,50 – 3,70 mmol/L, triglyceride là 0,20 – 1,00 mmol/L, AST là 7 - 24 U/L, ALT là 7 - 24 U/L; khoảng nồng độ bình thường của glucose là 4,00 – 9,00 mmol/L, protein là 45 - 90 g/L, cholesterol là 3,80 – 6,10 mmol/L, triglyceride là 1,10 – 2,60 mmol/L, AST là 25 - 94 U/L, ALT là 25 - 94 U/L. Để kiểm chứng kết quả thu được, 4 bộ mẫu được gửi đến 4 phòng xét nghiệm để phân tích. Kết quả thu được là các dòng máy lựa chọn đều đọc được mẫu ở 3 mức nồng độ và kết quả giữa các dòng máy không có sự khác biệt nhiều.

KIẾN NGHỊ. Sử dụng kết quả nghiên cứu để pha chế mẫu ngoại kiểm hóa sinh theo các tình trạng bệnh lý khác nhau, từ đó góp phần đảm bảo chất lượng xét nghiệm và nâng cao năng lực của các phòng xét nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y Tế (2014),** Quyết định về việc ban hành tài liệu "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành Hóa sinh, Hà Nội.
2. **Trần Hữu Tâm và Lê Thị Thùy Như (2019),** Nội kiểm tra chất lượng xét nghiệm, xuất bản lần 5, Nhà xuất bản y học, TP.HCM.
3. **Trần Hữu Tâm và cộng sự (2020),** Ngoại kiểm tra chất lượng xét nghiệm, xuất bản lần 4, Nhà xuất bản y học, TP.HCM.
4. **Solberg HE. Dybkaer R (1987),** Approved recommendation on the theory of reference values, Part 6: Presentation of observed values related to reference values, International Federation of Clinical Chemistry (IFCC) - Clin Chim Acta, 170(S33-42).
5. **Antony Barker Graham Jones (2008)**, Reference Intervals, Clin Biochem Rev, 29, 93-97. CraigJackson

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG Ở CÁC TRƯỜNG HỢP CHẤN THƯƠNG MŨI, XOANG QUA GIÁM ĐỊNH PHÁP Y THƯƠNG TÍCH

Nguyễn Đức Nhự, Trần Anh Tuấn

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm tổn thương ở các trường hợp chấn thương mũi, xoang qua giám định pháp y thương tích. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 98 trường hợp chấn thương mũi, xoang được giám định xác định tỷ lệ thương tích tại Viện Pháp y quốc gia từ tháng 01/2016 đến tháng 10/2020. **Kết quả nghiên cứu:** Gãy xương mũi chiếm tỷ lệ cao nhất 56,12%, tổn thương xoang chiếm 35,71%, sẹo phần mềm chiếm 25,51%, vẹo vách ngăn mũi chiếm 14,29%, kết hợp sẹo và tổn thương mũi xoang 4,08%, tổn thương mũi, xoang với các tổn thương khác 21,43%. Có 85,71% không có di chứng liên quan đến chức năng mũi, xoang chiếm tỷ lệ cao nhất, ảnh hưởng đến hạn chế mức độ thở là 3,06%, viêm mũi xoang 6,12%, di chứng khác là 5,10%. Kết quả phát hiện tổn thương trùng hợp với chẩn đoán của bệnh viện là 84,69%, không trùng hợp là 15,31%. Vật gây thương tích do vật tày chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,92%, vật sắc, nhọn chiếm 13,27%, hỏa khí 1,02%, không rõ vật gây thương tích là 3,06%, không yêu cầu giám định vật gây thương tích là 36,73%.

Từ khóa: Chấn thương mũi, xoang, giám định pháp y thương tích.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF INJURY IN CASES OF NASAL AND SINUS TRAUMA THROUGH FORENSIC MEDICINE EXAMINATION

Objectives: To describe the characteristics of injuries in cases of nasal and sinus trauma through forensic medicine examination. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 98 cases of nasal and sinus trauma assessed to determine the rate of injury at the National Institute of Forensic Medicine from January 2016 to October 2020. **Research results:** Nose fractures accounted for the highest rate of 56.12%, sinus lesions accounted for 35.71%, soft tissue scars accounted for 25.51%,

**Viện Pháp y quốc gia*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Nhự
Email: nhund76@gmail.com
Ngày nhận bài: 21.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021
Ngày duyệt bài: 27.8.2021

deviated nasal septum accounted for 14.29%, combined scarring and nasal, sinus injury 4.08%, nasal, sinus injury with other lesions 21.43%. There were 85.71% no sequelae related to nasal function, sinus accounted for the highest percentage, affecting the breathing level was 3.06%, sinusitis 6.12%, other sequelae were 5.10%. The result of finding lesions coincided with the hospital's diagnosis was 84.69%, 15.31% did not coincide. Objects causing injuries due to blunt objects accounted for the highest rate was 45.92%, sharp and pointed objects accounted for 13.27%, firearms accounted for 1.02%, unknown injuries were 3.06%, not required assessment of injured objects was 36.73%.

Key words: nasal and sinus trauma, forensic medicine examination.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong chấn thương tai mũi họng, chấn thương mũi, xoang gặp nhiều nhất, chiếm tỷ lệ 78% [1]. Chấn thương gặp phổ biến trong tai mũi họng, có thể chấn thương đơn thuần hoặc phối hợp với chấn thương của các chuyên khoa khác và ảnh hưởng đến chức năng, thẩm mỹ, có thể ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân. Trong giám định pháp y, việc xác định tỷ lệ tổn thương cơ thể (TTCT) do chấn thương vùng mũi, xoang thường khá phức tạp do có liên quan đến nhiều tổn thương như mũi, hệ thống các xoang vùng mặt hoặc tổn thương các vùng lân cận như cơ quan thị giác, răng hàm mặt, tai mũi họng, thậm chí có thể kèm theo chấn thương sọ não. Việc xác định di chứng chấn thương vùng mũi xoang đôi khi cũng rất khó khăn do phải chứng minh được các di chứng đó có phải là hậu quả của chấn thương gây ra hay không như vẹo vách ngăn mũi, ảnh hưởng đến chức năng thở, ngửi như thế nào hoặc đánh giá tình trạng viêm mũi, viêm xoang có phải xảy ra sau chấn thương hay không? Bên cạnh đó, chấn thương mũi, xoang có nhiều nguyên nhân gây ra, trong đó phải kể đến nguyên nhân do tai nạn hay do bị đánh vào vùng mũi xoang gây ra. Chấn thương do vật gì tác động cũng là một trong những câu hỏi mà các GĐV thường phải trả lời chính xác để các cơ quan tiến hành tố tụng căn cứ để xử lý vụ án, vụ việc một cách chính xác, khách quan. Để giải quyết được những vấn đề khó khăn trên, các GĐV cần phải có kinh nghiệm, kết hợp với chỉ định cận lâm sàng đúng đắn và có thể phải tiến hành hội chẩn với các chuyên gia chuyên ngành tai mũi họng, chẩn đoán hình ảnh,... Do đó, chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm tổn thương ở các trường hợp chấn thương mũi xoang qua giám định tỷ lệ TTCT.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tổng số 98 trường hợp chấn thương mũi, xoang được giám định xác định tỷ lệ TTCT tại Viện Pháp y quốc gia (47 trường hợp) và Phân Viện tại TP. Hồ chí Minh (51 trường hợp) trong thời gian từ tháng 01 năm 2016 đến tháng 10 năm 2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang mô tả: Hồi cứu và tiến cứu.

Tiêu chí lựa chọn: Các trường hợp được giám định tỷ lệ TTCT liên quan đến tổn thương mũi, xoang.

Tiêu chí loại trừ: Các trường hợp bệnh lý vùng mũi xoang không liên quan đến chấn thương; Các trường hợp đang trong giai đoạn điều tra.

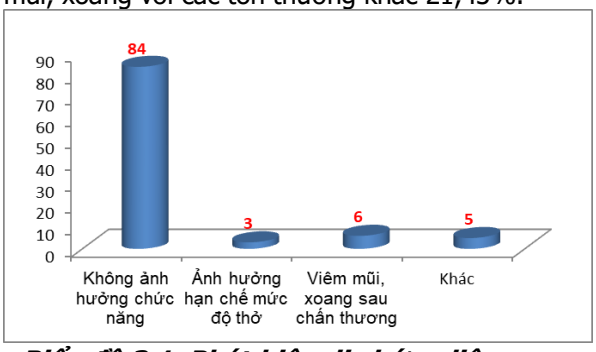
2.3. Xử lý thống kê số liệu: Phần mềm Excell 2013 để thống kê và tính tỷ lệ %.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm di chứng chấn thương khi giám định

Phát hiện di chứng chấn thương	Số lượng	Tỷ lệ %
Sẹo phần mềm	25/98	25,51
Gãy xương mũi	55/98	56,12
Vẹo vách ngăn mũi	14/98	14,29
Tổn thương xoang	35/98	35,71
Kết hợp sẹo và tổn thương mũi xoang	4/98	4,08
Kết hợp mũi, xoang và các tổn thương khác	21/98	21,43

Nhận xét: Di chứng gãy xương mũi chiếm tỷ lệ cao nhất 56,12%. Di chứng tổn thương xoang chiếm 35,71%. Di chứng sẹo phần mềm 25,51%, vẹo vách ngăn mũi 14,29%, kết hợp sẹo và tổn thương mũi xoang 4,08%, di chứng tổn thương mũi, xoang với các tổn thương khác 21,43%.



Biểu đồ 3.1. Phát hiện di chứng liên quan đến chức năng mũi, xoang

Nhận xét: Có 85,71% không có di chứng liên quan đến chức năng mũi, xoang chiếm tỷ lệ

cao nhất, di chứng ảnh hưởng đến hạn chế mức độ thở là 3,06% và viêm mũi xoang 6,12%, di chứng khác là 5,10%.

Bảng 3.2. Chỉ định cận lâm sàng khi giám định

Chỉ định cận lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %
Xquang thường	15/98	15,31
CT Scanner	87/98	88,78
MRI	15/98	15,31
EEG	31/98	31,63
Siêu âm, nội soi	2/98	2,04

Nhận xét: Chỉ định chụp CT scanner chiếm tỷ lệ cao nhất 88,78%, EEG chiếm 31,63%, Xquang và MRI đều chiếm 15,31%, siêu âm, nội soi chỉ chiếm 2,04%.

Bảng 3.3. Chỉ định khám chuyên khoa khi giám định

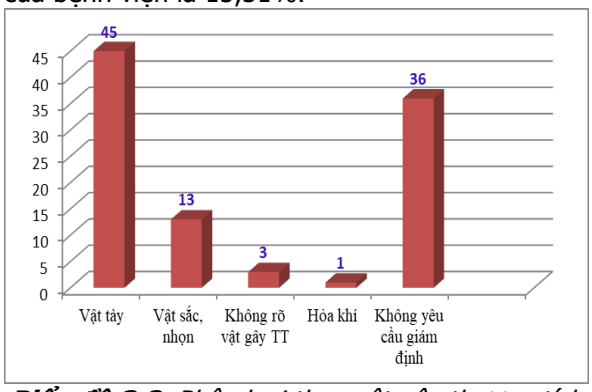
Chỉ định khám chuyên khoa	Số lượng	Tỷ lệ %
Răng hàm mặt	6/98	6,12
Tai Mũi Họng	18/98	18,37
Mắt	10/98	10,20
Thần kinh	7/98	7,14

Nhận xét: Chỉ định khám chuyên khoa Tai mũi họng chiếm tỷ lệ cao nhất là 18,37%, chuyên khoa mắt 10,20%, chuyên khoa thần kinh 7,14% và chuyên khoa Răng hàm mặt 6,12%.

Bảng 3.4. Đối chiếu kết quả giám định và chẩn đoán của bệnh viện

Kết quả	Số lượng	Tỷ lệ %
Trùng hợp	83	84,69
Không trùng hợp	15	15,31
Tổng số	**98**	**100**

Nhận xét: Kết quả phát hiện tổn thương trùng hợp với chẩn đoán của bệnh viện là 84,69%, kết quả không trùng hợp với chẩn đoán của bệnh viện là 15,31%.



Biểu đồ 3.2. *Phân loại theo vật gây thương tích*

Nhận xét: Vật gây thương tích là vật tày chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,92%, vật sắc, nhọn chiếm 13,27%, hỏa khí 1,02%, không rõ vật gây thương tích là 3,06%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm di chứng chấn thương khi giám định. Kết quả nghiên cứu cho thấy di chứng chấn thương vùng mũi, xoang khá đa dạng bao gồm: Sẹo phần mềm; gãy xương mũi; vẹo vách ngăn; gãy xương vùng xoang; kết hợp tổn thương mũi xoang và phối hợp các tổn thương khác. Trong đó, di chứng chấn thương gãy xương mũi chiếm tỷ lệ cao nhất 56,12%. Di chứng tổn thương xoang chiếm 35,71%. Di chứng sẹo phần mềm chiếm 25,51%, vẹo vách ngăn mũi chiếm 14,29%, kết hợp sẹo và tổn thương mũi xoang 4,08%, di chứng tổn thương mũi xoang với các tổn thương khác 21,43%. Kết quả này cũng tương đối phù hợp với kết quả chẩn đoán lâm sàng khi điều trị tại bệnh viện cho thấy tổn thương gãy xương mũi, xoang cũng chiếm tỷ lệ cao nhất so với tổn thương vẹo vách ngăn mũi, tổn thương phần mềm và các tổn thương khác.

4.2. Phát hiện di chứng liên quan đến chức năng mũi, xoang. Trong khi giám định, ngoài việc chẩn đoán tổn thương chính thì các GĐV còn phải phát hiện xem có di chứng tổn thương có liên quan hay không để xác định tỷ lệ TTCT được chính xác. Kết quả nghiên cứu cho thấy, có 85,71% không có di chứng liên quan đến chức năng mũi, xoang chiếm tỷ lệ cao nhất, di chứng ảnh hưởng đến hạn chế mức độ thở là 3,06% và viêm mũi xoang 6,12%, di chứng khác là 5,10%. Kết quả này cũng hoàn toàn phù hợp, vì các trường hợp trong nghiên cứu này chúng tôi thấy nạn nhân bị chấn thương vùng mũi xoang, chủ yếu bị tổn thương xương mũi, xương vùng xoang đơn thuần. Do vậy, ít để lại các di chứng khác như ảnh hưởng đến chức năng thở, ngửi cũng như di chứng viêm nhiễm… Ngoài ra, việc xác định di chứng ảnh hưởng đến chức năng thở và ngửi cũng không phải dễ dàng, nhất là ở những cơ sở y tế tuyến dưới. Khi chẩn đoán có hạn chế thở và ngửi thì các GĐV còn phải xác định di chứng đó có liên quan đến hậu quả của chấn thương mũi xoang hay không để xếp tỷ lệ TCTT. Đây cũng là một trong những vấn đề khó khăn khi giám định.

4.3. Chỉ định cận lâm sàng khi giám định. Khi giám định, các GĐV sẽ căn cứ vào tổn thương vùng mũi, xoang và các tổn thương liên quan để chỉ định cận lâm sàng cho phù hợp. Trong đó, các GĐV sẽ chỉ định những cận lâm sàng tốt nhất, cần thiết để phát hiện tổn thương và các di chứng nếu có. Kết quả nghiên cứu cho thấy chỉ định chụp CT scanner chiếm tỷ lệ cao nhất là 88,78%. Khi chỉ định cận lâm sàng, các

GĐV cũng cần chỉ định CT scanner để còn đối chiếu kết quả tương ứng. Bên cạnh đó, các trường hợp chấn thương vùng mũi, xoang có liên quan đến chấn thương sọ não và tầng trên của hàm mặt nên chỉ định đo điện não (EEG) cũng chiếm tỷ lệ khá cao là 31,63%. Một số chỉ định khác chiếm tỷ lệ ít hơn như chụp Xquang và MRI đều chiếm 15,31%, siêu âm, nội soi chỉ chiếm 2,04%.

4.4. Chỉ định khám chuyên khoa khi giám định. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Chỉ định khám chuyên khoa Tai mũi họng chiếm tỷ lệ cao nhất là 18,37%, khám chuyên khoa mắt 10,20%, khám chuyên khoa thần kinh 7,14% và khám chuyên khoa Răng hàm mặt 6,12%. Kết quả này chúng tôi thấy phù hợp với thực tế vì chấn thương mũi chiếm tỷ lệ cao nhất, do vậy chỉ định khám chuyên khoa Tai mũi họng cũng chiếm tỷ lệ cao nhất. Mục đích chủ yếu là xác định các di chứng chấn thương vùng mũi có ảnh hưởng đến chức năng thở hoặc ngửi hay không để còn xác định tỷ lệ TTCT cho phù hợp. Tuy nhiên, hiện nay ở Việt Nam, việc đánh xác định ảnh hưởng chức năng ngửi của bệnh nhân liên quan đến chấn thương hay không là rất khó khăn và hầu hết các cơ sở chuyên khoa không đánh giá được. Chính vì vậy, Thông tư số 22/2019/TT-BYT ngày 28/8/2019 của Bộ Y tế hiện nay chỉ có mục ảnh hưởng đến chức năng thở mà chưa có tỷ lệ TTCT với di chứng chấn thương ảnh hưởng đến chức năng ngửi [2].

4.5. Đối chiếu kết quả giám định và chẩn đoán của bệnh viện. Kết quả đối chiếu giữa giám định và chẩn đoán tại bệnh viện cho thấy: Kết quả phát hiện tổn thương trùng hợp với chẩn đoán của bệnh viện là 84,69%, kết quả không trùng hợp với chẩn đoán của bệnh viện là 15,31%. Như vậy, có một tỷ lệ khác nhau về chẩn đoán chấn thương ban đầu và khi giám định không trùng hợp nhau chiếm tỷ lệ khá cao. Theo chúng tôi có một số nguyên nhân cơ bản như sau: Một là, có những trường hợp bệnh nhân có tổn thương gẫy xương chính mũi hoặc tổn thương xoang nhưng bệnh viện không chẩn đoán được do kỹ thuật cận lâm sàng chưa tốt hoặc trình độ đọc kết quả và chẩn đoán của bác sĩ điều trị chưa đúng. Ví dụ gãy xương chính mũi, tổn thương các xoang… đã bị bỏ sót. Hai là, một số tổn thương ban đầu chụp thấy có gẫy xương nhưng khi giám định không còn phát hiện thấy gãy xương. Ví dụ 02 trường hợp giám định khi chỉ định chụp CT Scanner sọ não: không thấy dấu hiệu tổn thương xương chính mũi. Tuy nhiên, khi hội chẩn đọc lại X-quang xương chính mũi chụp ngày 27/10/2018 tại Bệnh viện đa khoa tỉnh thấy mất liên tục đoạn 1/3 xa xương chính mũi do gãy xương chính mũi di lệch ít. Ba là, có sự khác biệt về chẩn đoán tổn thương. Có trường hợp bệnh viện chẩn đoán là vỡ xương trán nhưng khi giám định thì chẩn đoán là vỡ xoang trán. Vì kết luận giám định cần phải chuẩn theo vị trí cụ thể của tổn thương để xếp tỷ lệ TTCT cho đúng khung tỷ lệ. Bốn là, có sự khác biệt về di chứng tổn thương liên quan. Chẳng hạn, ban đầu bệnh viện có chẩn đoán là mất ngửi nhưng khi giám định ở tuyến trên thì chuyên khoa không thể xác định được mất ngửi… và ngược lại. Tổn thương ban đầu ở bệnh viện có thể mới nên ảnh hưởng đến chức năng thở nhưng khi tổn thương ổn định không còn di chứng hoặc khi điều trị ban đầu chưa ảnh hưởng đến thở nhưng di chứng chấn thương vẹo vách ngăn mũi về sau ảnh hưởng đến ngửi.

4.6. Phân loại theo vật gây thương tích. Kết quả nghiên cứu cho thấy: Vật gây thương tích do vật tày chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,92%, vật sắc, nhọn chiếm 13,27%, hỏa khí 1,02%, không rõ vật gây thương tích là 3,06%. Có 36,73% các trường hợp không yêu cầu giám định vật gây thương tích. Nguyên nhân chấn thương liên quan đến bạo lực, đả thương gây thương tích cho người khác chiếm tỷ lệ cao nhất 78,57%, chủ yếu là liên quan đến vật tày, vật sắc, sắc nhọn. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy vật gây thương tích là vật tày khá đa dạng như: chủ yếu là đối tượng dùng tay, chân đánh vào vùng đầu mặt, dùng đá, gạch, thanh sắt, gậy, điếu cày, mũ bảo hiểm tác động vào vùng mặt, mũi xoang gây thương tích. Vật sắc, nhọn gây thương tích như dao, kiếm, bồ cào, vv. Chỉ có 01 trường hợp vật gây thương tích là hỏa khí trong nghiên cứu này là do đạn bắn. Có 3,06% trường hợp chúng tôi không xác định được vật gây thương tích cụ thể là vật gì do tổn thương khá phức tạp hoặc không được mô tả kỹ tổn thương ban đầu, đến thời điểm hiện tại không rõ dấu vết. Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Hữu Khôi trên 129 trường hợp chấn thương gẫy xương mũi ở người lớn tại Bệnh viên Nhân dân Gia Định cho thấy trong năm nhóm nguyên nhân chấn thương mũi thì tai nạn giao thông đứng đầu với tỷ lệ 52%, tiếp theo là do đả thương chiếm 33%...[4]. Vì hai nhóm đối tượng nghiên cứu khác nhau, đối tượng điều trị ở bệnh viện chủ yếu liên quan đến tai nạn, còn đối tượng giám định chủ yếu liên quan đến bạo lực, đả thương.

V. KẾT LUẬN

- Gãy xương mũi chiếm tỷ lệ cao nhất 56,12%, tổn thương xoang chiếm 35,71%, sẹo

phần mềm 25,51%, vẹo vách ngăn mũi 14,29%, kết hợp sẹo và tổn thương mũi xoang 4,08%, di chứng tổn thương mũi, xoang với các tổn thương khác 21,43%.

- Có 85,71% không có di chứng liên quan đến chức năng mũi, xoang chiếm tỷ lệ cao nhất, di chứng ảnh hưởng đến hạn chế mức độ thở là 3,06% và viêm mũi xoang 6,12%, di chứng khác là 5,10%.

- Chỉ định chụp CTscanner chiếm tỷ lệ cao nhất 88,78%, EEG chiếm 31,63%, Xquang và MRI đều chiếm 15,31%, siêu âm, nội soi 2,04%. Chỉ định khám chuyên khoa Tai mũi họng chiếm tỷ lệ cao nhất là 18,37%, chuyên khoa Mắt 10,20%, chuyên khoa thần kinh 7,14% và chuyên khoa Răng hàm mặt 6,12%.

- Kết quả phát hiện tổn thương trùng hợp với chẩn đoán của bệnh viện là 84,69%, kết quả không trùng hợp với chẩn đoán của bệnh viện là 15,31%.

- Vật gây thương tích do vật tày chiếm tỷ lệ cao nhất là 45,92%, vật sắc, nhọn chiếm 13,27%, hỏa khí 1,02%, không rõ vật gây thương tích là 3,06%. Có 36,73% các trường hợp không yêu cầu giám định vật gây thương tích.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thanh (2012).** Nghiên cứu đặc điểm dịch tễ và lâm sàng chấn thương tai mũi họng tại bệnh viện Trung ương Huế. Tạp chí Y dược học Quân sự, 153-160, số 2-2012.
2. **Thông tư số 20/2014/TT- BYT** ngày 12/6/2014 của Bộ Y tế.
3. **Thông tư số 22/2019/TT- BYT** ngày 28/8/2019 của Bộ Y tế.
4. **Nguyễn Hữu Khôi (2005).** Nghiên cứu một số yếu tố dịch tễ của gãy xương chính mũi do chấn thương. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. Tập 9, (1), 2005.

THỰC TRẠNG BỆNH VIÊM LỢI VÀ VỆ SINH RĂNG MIỆNG CỦA HỌC SINH LỚP 6 TRƯỜNG THCS CỔ BI, GIA LÂM, HÀ NỘI NĂM 2020

Trần Thị Mỹ Hạnh[1], Hoàng Hồng Xiêm[1], Vũ Mạnh Tuấn[1], Nguyễn Phú Thắng[1], Đàm Văn Việt[2], Phạm Thị Tuyết Nga[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: nhận xét thực trạng bệnh viêm lợi và vệ sinh răng miệng của học sinh lớp 6 trường THCS Cổ Bi, Gia Lâm, Hà Nội. **Đối tượng:** Học sinh lớp 6 trường THCS Cổ Bi, Gia Lâm, Hà Nội. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang. **Kết quả**: tỉ lệ học sinh bị viêm lợi là 78,29%. Tỉ lệ học sinh viêm lợi nhẹ chiếm 31,01%, viêm trung bình chiếm 29,46% và viêm nặng chiếm 17,83%. Tỉ lệ học sinh có xếp loại OHI-S rất tốt chiếm 0%, tốt chiếm 41,09%, trung bình chiếm 56,59% và kém chiếm 2,32%. **Kết luận:** tỉ lệ học sinh bị viêm lợi còn cao, tình trạng vệ sinh răng miệng của học sinh ở mức trung bình.

Từ khóa: viêm lợi, vệ sinh răng miệng, học sinh lớp 6.

SUMMARY

THE SEVERITY OF GINGIVITIS AND ORAL HYGIENE PRACTICE AMONG 6TH GRADERS FROM CO BI SECONDARY SCHOOL, GIA LAM, HA NOI 2020

Objective: assess the severity of gingivitis and oral hygiene practice among 6th graders from Co Bi, Gia Lam, Ha Noi. **Subjects:** 6th graders from Co Bi, Gia Lam, Ha Noi. **Method:** cross sectional study. **Results:** the number of student with gingivitis accounts for 78,29%. The number of students with mild, moderate and severe gingivitis is 31,01%, 29,46% and 17,83%, respectively. When it comes to simplified oral hygiene index (OHI-S), student with excellent, good, fair and poor score account for 0%, 41,09%, 56,59% and 2,32%. **Conclusion:** the presence of gingivitis among students is at high incidence and oral hygiene is still and at fair level.

Keyword: gingivitis, oral hygiene, 6th graders.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sâu răng, viêm lợi là những bệnh lý răng miệng phổ biến ở trẻ em. Tại Việt Nam, tỉ lệ học sinh mắc bệnh răng miệng khoảng 85%[1]. Các bệnh răng miệng này không những ảnh hưởng tới chức năng ăn nhai, thẩm mỹ mà còn gây những biến chứng tại chỗ và toàn thân. Việc hiểu biết và thực hành chăm sóc răng miệng đúng cách, hiệu quả đóng vai trò quyết định trong dự phòng các bệnh răng miệng. Ngày nay, vấn đề chăm sóc răng miệng ở trẻ em đã được quan tâm nhiều, chương trình nha học đường đã được triển khai rộng khắp 58/63 tỉnh thành và đạt được những thành tựu đáng kể[2], tuy nhiên tỷ lệ trẻ em bị mắc các bệnh lý răng miệng vẫn còn cao. Theo kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc năm 2001, tỉ lệ viêm lợi ở trẻ em 12

[1]Trường Đại học Y Hà Nội
[2]Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung Ương Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Mỹ Hạnh
Email: tranmyhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 19.8.2021
Ngày duyệt bài: 26.8.2021

tuổi là 92,6%[3]. Học sinh lớp 6 là lứa tuổi bắt đầu của bộ răng vĩnh viễn, ở lứa tuổi 11-12 này trẻ cần được trang bị kiến thức chăm sóc sức khỏe răng miệng, đây cũng là thời điểm quan trọng nhất để tìm hiểu và đưa ra các biện pháp dự phòng bệnh răng miệng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích: *Nhận xét tình trạng bệnh viêm lợi và vệ sinh răng miệng của học sinh lớp 6 trường THCS Cổ Bi, Gia Lâm, Hà Nội năm 2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: học sinh lớp 6 trường THCS Cổ Bi, Gia Lâm, Hà Nội

Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.
- Cỡ mẫu: theo công thức tính cỡ mẫu[4]:

$$n = Z^2_{(1-\alpha/2)} \frac{p(1-p)}{\Delta^2}$$

p: tỉ lệ học sinh viêm lợi, chọn p = 0,518 theo nghiên cứu của Vũ Thị Sao Chi 2015[5], $Z_{(1-\alpha/2)}$ = 1,96, Δ = 0,09. Tính được n = 119, cộng thêm 10 % ta được n=131 học sinh. Thực tế chúng tôi khám được 129 học sinh.

- Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu ngẫu nhiên, lập danh sách tất cả học sinh lớp 6 trường THCS Cổ Bi, sau đó chọn ngẫu nhiên 131 học sinh bằng phần mềm simple random.
- Phương pháp thu thập thông tin: khám chỉ số GI, OHI-S, PI của học sinh:

• Khám và đánh giá chỉ số GI: khám 6 răng đại diện: 16,12,24,36,32,44. Mỗi răng khám 4 mặt: ngoài, trong, gần,xa.

Xếp loại GI: rất tốt (0), tốt (0,1-0,9), trung bình (1,0-1,9), kém (2,0-3,0).

• Khám và đánh giá chỉ số OHI-S: khám chỉ số DI-S và CI-S cho 6 mặt răng đại diện: mặt ngoài răng 16,11,26,31 và mặt trong răng 36,46. OHI-S = DI-S + CI-S

Xếp loại DI-S, CI-S: rất tốt (0), tốt (0,1-0,6), trung bình (0,7-1,8), kém (1,9-3,0).

Xếp loại OHI-S: rất tốt (0), tốt (0,1-1,2), trung bình (1,3-3,0), kém (3,1-6,0).

• Khám và đánh giá chỉ số PI: khám các răng đại diện: 16,12,24,36,32,44. Mỗi răng khám 4 mặt: ngoài, trong, gần,xa.

Xếp loại PI: rất tốt (0), tốt (0,1-0,9), trung bình (1,0-1,9), kém (2,0-3,0).

- ***Xử lý số liệu:*** bằng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 129 học sinh tham gia nghiên cứu có 71 nam (55,04%) và 58 nữ (44,96%).

Bảng 1: Tỉ lệ viêm lợi của học sinh

Viêm lợi	Nam n(%)	Nữ n(%)	Chung n(%)	p
Có	56 (78,87%)	45 (77,59%)	101 (78,29%)	0,247
Không	15 (21,13%)	13 (22,41%)	28 (21,71%)	
Tổng	71 (100%)	58 (100%)	129 (100%)	

Nhận xét: tỉ lệ viêm lợi ở nam là 78,87%, nữ là 77,59%, tỉ lệ chung là 78,29%. Sự khác biệt về tỉ lệ viêm lợi giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với p = 0,247.

Bảng 2: Trung bình chỉ số GI của học sinh

GI	$\bar{X}$ ± SD	p
Nam	0,89±0,72	0,216
Nữ	0,73±0,69	
Chung	0,82±0,71	

Nhận xét: chỉ số GI trung bình ở nam là 0,89 cao hơn nữ 0,73. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p = 0,216.

Bảng 3: Phân loại mức độ viêm lợi của học sinh

Phân loại viêm lợi	Nam n(%)	Nữ n(%)	Chung n(%)	p
Không viêm GI=0	15(21,13%)	13(22,41%)	28(21,70%)	0,104
Viêm nhẹ GI= 0,1-1,0	17(23,94%)	23(39,66%)	40(31,01%)	
Viêm trung bình GI=1,1-2,0	26(36,62%)	12(20,69%)	38(29,46%)	
Viêm nặng GI=2,1-3,0	13(18,31%)	10(17,24%)	23(17,83%)	
Tổng	71(100%)	58 (100%)	129(100%)	

Nhận xét: tỉ lệ học sinh bị viêm lợi nhẹ là 31,01%, viêm trung bình là 29,46% và viêm nặng là 17,83%. Sự khác biệt về các mức độ viêm lợi giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với p = 0,104.

Bảng 4. Trung bình chỉ số DI – S, CI – S, OHI – S của học sinh

Chỉ số	Nam	Nữ	Chung	p
DI-S	1,07±0,52	1,05±0,50	1,06±0,51	0,857
CI-S	0,38±0,36	0,37±0,36	0,37±0,36	0,910
OHI-S	1,45±0,79	1,42±0,76	1,44±0,77	0,864

Nhận xét: trung bình chỉ số DI-S ở nam là 1,07 cao hơn nữ 1,05, sự khác biệt này không có ý

nghĩa thống kê với p = 0,857. Trung bình chỉ số CI-S ở nam là 0,38 cao hơn nữ 0,37, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p = 0,910. Trung bình chỉ số OHI-S ở nam là 1,45 cao hơn nữ 1,42, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p = 0,864.

Bảng 5: Phân loại chỉ số DI-S của học sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ trẻ có chỉ số DI-S rất tốt là 0%.

Phân loại DI-S	Nam n(%)	Nữ n(%)	Chung n(%)	p
Tốt	12(16,90%)	5(8,62%)	17(13,18%)	0,621
Trung bình	53(74,65%)	50(86,21%)	103(79,84%)	
Kém	6(8,45%)	3(5,17%)	9(6,98%)	
Tổng	71(100%)	58(100%)	129(100%)	

Nhận xét: tỉ lệ học sinh xếp loại cặn bám tốt là 13,18%, trung bình là 79,84% và kém là 6,98%. Sự khác biệt về các mức độ cặn bám giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với p = 0,621

Bảng 6: Phân loại chỉ số CI-S của học sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ trẻ có chỉ số CI-S kém là 0%.

Phân loại CI-S	Nam n(%)	Nữ n(%)	Chung n(%)	p
Rất tốt	26(36,62%)	21(36,21%)	47(36,43%)	0,907
Tốt	20(28,17%)	16(27,58%)	36(27,91%)	
Trung bình	25(35,21%)	21(36,21%)	46(35,66%)	
Tổng	71(100%)	58(100%)	129(100%)	

Nhận xét: tỉ lệ học sinh xếp loại cao răng rất tốt là 36,43%, tốt là 27,91% và trung bình là 35,66%. Sự khác biệt về các mức độ cao răng giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với p = 0,907.

Bảng 7: Phân loại chỉ số OHI-S của học sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ trẻ có chỉ số OHI-S rất tốt là 0%.

Phân loại OHI-S	Nam n(%)	Nữ n(%)	Chung n(%)	p
Tốt	29(40,84%)	24(41,38%)	53(41,09%)	0,737
Trung bình	41(57,75%)	32(55,17%)	73(56,59%)	
Kém	1(1,41%)	2(3,45%)	3(2,32%)	
Tổng	71(100%)	58(100%)	129(100%)	

Nhận xét: tỉ lệ học sinh xếp loại OHI-S tốt là 41,09%, trung bình là 56,59%, kém là 2,32%. Sự khác biệt về các mức độ xếp loại OHI-S giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với p = 0,737.

Bảng 8: Phân loại chỉ số PI của học sinh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ trẻ có chỉ số PI-S rất tốt là 0%.

Phân loại PI	Nam n(%)	Nữ n(%)	Chung n(%)	P
Tốt	6(8,45%)	7(12,07%)	13(10,08%)	0,414
Trung bình	42(59,15%)	38(65,52%)	80(62,01%)	
Kém	23(32,40%)	13(22,41%)	36(27,91%)	
Tổng	71(100%)	58(100%)	129(100%)	

Nhận xét: tỉ lệ học sinh xếp loại mảng bám tốt là 10,08%, trung bình là 62,01% và kém là 27,91%. Sự khác biệt về các mức độ mảng bám giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê với p = 0,414

Bảng 9: Trung bình chỉ số PI của học sinh

PI	$\bar{X}$ ± SD	p
Nam	1,99 ±0,64	0,099
Nữ	1,82±0,49	
Chung	1,91 ±0,58	

Nhận xét: chỉ số PI trung bình ở nam là 1,99 cao hơn ở nữ 1,82, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với p = 0,099.

IV. BÀN LUẬN

Về thực trạng bệnh viêm lợi của học sinh: Cùng với sâu răng, viêm lợi là một trong hai bệnh răng miệng phổ biến nhất ở học sinh. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ mắc viêm lợi của học sinh lớp 6 trường THCS Cổ Bi khá cao 78,29%. Tỉ lệ viêm lợi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với kết quả điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc của Trần Văn Trường và cộng sự 2001[3] (tỉ lệ viêm lợi ở trẻ em 12 tuổi là 92,6%), tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Anh Sơn 2019 tại Vĩnh Phúc[6] (tỉ lệ học sinh bị viêm lợi là 81,1%), cao hơn so với các tác giả khác như Quách Huy Chức 2013 tại Gia Lâm[7] (tỉ lệ viêm lợi là 41,9%), Vũ Thị Sao Chi 2015 tại Hải Dương[5] (tỉ lệ viêm ợi là 51,8%), Trương Mạnh Dũng 2011 tại Hà Nội[8] (tỉ lệ viêm lợi chung là 64,74%). Sự khác nhau này là do nghiên cứu được thực hiện tại các thời điểm khác nhau và ở các vùng địa lý khác nhau. Tuy nhiên các kết quả đều cho thấy tỉ lệ viêm lợi ở học sinh vẫn còn cao.

Mặc dù tỉ lệ viêm lợi trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao nhưng chủ yếu là viêm lợi nhẹ 31,01% và viêm lợi trung bình 29,46%, chỉ có 17,83% học sinh bị viêm lợi nặng. Kết quả viêm lợi nhẹ và trung bình chiếm tỉ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với kết quả của các tác giả khác như: Bùi Thị Thu Hiền 2019[9] nghiên cứu tại Bình Định (ở lứa tuổi 11-12 tỉ lệ viêm nhẹ và viêm trung bình đều chiếm gần 50%), Nguyễn Anh Sơn 2019[6] nghiên cứu tại Vĩnh Phúc (trong số học sinh bị viêm lợi thì viêm lợi nhẹ chiếm 70,7%, viêm lợi trung bình chiếm 26,1%). Các nghiên cứu trên tuy thực hiện tại các vùng địa lý khác nhau nhưng cho kết quả tương đồng nhau về mức độ viêm lợi. Điều này cho thấy để giảm tình trạng viêm lợi ở học sinh không quá phức tạp, chỉ cần tập trung vào giáo dục chăm sóc răng miệng cho học sinh là đủ.

Về tình trạng vệ sinh răng miệng của học sinh: Từ kết quả ở bảng 4 và bảng 5 cho thấy tình trạng cặn bám của học sinh ở mức trung bình. Trung bình điểm số cặn bám là 1,06, sự khác biệt chỉ số cặn bám ở nam 1,07 và nữ 1,05 không có ý nghĩa thống kê. Không có học sinh nào có xếp loại cặn bám rất tốt, số học sinh có xếp loại cặn bám tốt rất thấp 13,18%, đa số là xếp loại trung bình 79,84% và kém là 6,98%. Điều này cho thấy việc thực hành VSRM của các em vẫn còn chưa đầy đủ và cần được củng cố thêm nữa. Nếu so sánh với kết quả của các tác giả khác như: Trần Thị Mỹ Hạnh 2012[10] nghiên cứu tại Hà Nội (điểm trung bình cặn bám ở nhóm 11 tuổi là 0,80), Bùi Quang Tuấn 2012[11] nghiên cứu tại Ninh Thuận (điểm trung bình cặn bám ở nhóm 12 tuổi là 0,65) thì điểm số cặn bám trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, điều này có thể là do học sinh trường THCS Cổ Bi chưa được tiếp cận với chương trình nha học đường nên kiến thức và thực hành CSRM của các em kém hơn. Kết quả ở bảng 4 và bảng 6 cho thấy tình trạng cao răng của học sinh ở mức tốt: trung bình điểm số cao răng của học sinh là 0,37, tỉ lệ học sinh có cao răng ở mức độ rất tốt (36,43%) và tốt (27,91%) khá cao, tỉ lệ học sinh có xếp loại cao răng ở mức trung bình là 35,66% và không có học sinh nào xếp loại kém. Học sinh trong nghiên cứu của chúng tôi nằm trong độ tuổi 11-12, là lứa tuổi các răng vĩnh viễn mới mọc lên nên sự tích tụ cao răng chưa nhiều.

Điểm trung bình chỉ số OHI-S của học sinh là 1,44. Sự khác biệt về điểm số OHI-S giữa nam và nữ không có ý nghĩa thống kê. Tỉ lệ học sinh có tình trạng VSRM trung bình là cao nhất 56,59%, tiếp đến là tình trạng VSRM tốt 41,09%, kém 2,32%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự với kết quả nghiên cứu của Tạ Quốc Đại (2012) trên học sinh 12 tuổi tại Hà Nội (43,9% học sinh có tình trạng vệ sinh răng miệng tốt), thấp hơn kết quả nghiên cứu của Lê Bá Nghĩa tại trường THCS Tân Mai, Hà Nội (60,7% học sinh có tình trạng VSRM tốt). Tỉ lệ học sinh có tình trạng VSRM trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao 56,59%, điều này cho thấy kỹ năng thực hành CSRM của học sinh còn chưa tốt, cần có các chương trình can thiệp kịp thời, hiệu quả để cải thiện tình trạng VSRM của học sinh.

Kết quả ở bảng 8 và bảng 9 cho thấy tình trạng mảng bám ở học sinh còn cao. Điểm trung bình mảng bám là 1,91. Tỉ lệ học sinh có mức độ mảng bám tốt rất thấp 10,08%, đa số ở mức trung bình 62,01% và kém 27,91%. Mức độ mảng bám phản ảnh trực tiếp tình trạng VSRM, mức độ mảng bám cao là điều đáng báo động và cấp thiết phải có các biện pháp can thiệp làm giảm tình trạng mảng bám cho học sinh.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ viêm lợi ở học sinh là 78,29%, chủ yếu là viêm lợi nhẹ và trung bình.

Điểm trung bình chỉ số cặn bám là 1,06. Số học sinh có xếp loại cặn bám rất tốt là 0%, tốt là 13,18%, trung bình 79,84%, kém 6,98%.

Điểm trung bình chỉ số cao răng là 0,37. Số học sinh có xếp loại cao răng rất tốt là 36,43%, tốt là 27,91%, trung bình 35,66%, kém 0%.

Điểm trung bình chỉ số OHI-S là 1,44. Số học sinh có xếp loại OHI-S rất tốt là 0%, tốt là 41,09%, trung bình 56,59%, kém 2,32%.

Điểm trung bình chỉ số mảng bám là 1,91. Số học sinh có xếp loại mảng bám bám rất tốt là 0%, tốt là 10,08%, trung bình 62,01%, kém 27,91%.

KHUYẾN NGHỊ

- Cần đẩy mạnh công tác giáo dục nha khoa tại trường học, cung cấp cho học sinh kiến thức về chăm sóc sức khỏe răng miệng, hướng dẫn cho học sinh cách tự chăm sóc răng miệng.
- Tuyên truyền cho học sinh và phụ huynh cách nhận biết sớm bệnh răng miệng và cần khám răng miệng định kỳ để dự phòng bệnh răng miệng hiệu quả.
- Bên cạnh đó, cần khám răng miệng định kỳ cho học sinh, đánh giá tình trạng vệ sinh răng miệng, đánh giá hiệu quả của các chương trình chăm sóc răng miệng,…

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Đình Hải.** Báo cáo tóm tắt kết quả điều tra chương trình chăm sóc sức khỏe răng miệng ở học

sinh tiểu học tại Việt Nam 2011. Hội nghị Châu Á-Thái Bình Dương lần thứ 6 về sức khỏe răng miệng cho học sinh các trường phổ thông năm 2011 tại Việt Nam:96.
2. **Trương Mạnh Dũng, Ngô Văn Toàn.** Nha cộng đồng tập 1. In: Nhà xuất bản Y học; 2013:160.
3. **Trần Văn Trường và CS.** Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2001.
4. **Lưu Ngọc Hoạt.** Phương pháp nghiên cứu sức khỏe cộng đồng. In: Nhà xuất bản Y học; 2013:188.
5. **Vũ Thị Sao Chi, Nguyễn Thị Trang Nhung, Thẩm Chí Dũng.** Thực trạng sâu răng, viêm lợi và một số yếu tố liên quan ở học sinh trường Trung học cơ sở Tân Bình, thành phố Hải Dương năm 2015. Hội nghị khoa học-công nghệ tuổi trẻ các trường đại học, cao đẳng Y-dược Việt Nam lần thứ XVIII, 2016.
6. **Nguyễn Anh Sơn.** Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến bệnh sâu răng, viêm lợi, hiệu quả can thiệp ở học sinh lớp 6 một số trường trung học cơ sở huyện Bình Xuyên, tỉnh Vĩnh Phúc. Luận án tiến sĩ y tế công cộng, viện vệ sinh dịch tễ Trung Ương,2019:52.
7. **Quách Huy Chức.** Thực trạng bệnh sâu răng, viêm lợi ở học sinh trường trung học cơ sở Bát Tràng, Gia Lâm, Hà Nội năm 2012-2013. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội;2013:40.
8. **Trương Mạnh Dũng.** Thực trạng viêm lợi ở học sinh lứa tuổi 11-14 tại trường Trung học cơ sở Hoàng Liệt-Quận Hoàng Mai-Hà Nội. Tạp chí y học dự phòng.2008;3(102)(2009):33-39.

KHẢO SÁT NỒNG ĐỘ ASYMETRIC DIMETHYLARGININE HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN BỆNH THẬN MẠN TÍNH GIAI ĐOẠN CUỐI

Nguyễn Thị Thúy[1], Lê Việt Thắng[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ ADMA huyết tương ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMGĐC) có chỉ định ghép thận và tìm hiểu mối liên quan với một số yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM). **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang có đối chứng 118 bệnh nhân có BTMGĐC có chỉ định ghép thận và 83 người khỏe mạnh tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 3/2018- 4/2020. **Kết quả:** Nồng độ ADMA trung bình nhóm bệnh: 0,61 µmol/l cao hơn nhóm chứng: 0,32µmol/l với p < 0,001. Có 75,4% bệnh nhân tăng ADMA huyết tương. Tăng nồng độ ADMA liên quan với một số YTNCTM như RLLP máu (OR = 6,19), thừa cân béo phì (OR = 4,71), hút thuốc lá (OR =3,58). **Kết luận:** Tăng nồng độ ADMA huyết tương là phổ biến và có mối liên quan với một số YTNCTM ở bệnh nhân BTMTGĐC.

Từ khóa: Huyết tương asymetric dimethylarginin, Bệnh thận mạn giai đoạn cuối, Yếu tố nguy cơ tim mạch.

SUMMARY

SURVEYING ON LEVEL OF PLASMA ASYMETRIC DIMETHYLARGININE IN END-STAGE RENAL DISEASE PATIENTS

Objectives: Surveying on plasma asymmetric dimethylarginine in end-stage renal disease patients who were indicated kidney transplantation and association with cardiovascular risk factors. **Subjects and Methods:** A controlled cross-sectional study in 118 end-stage renal disease (ESRD) patients who have indication kidney transplantation and 83 controlled healthy people at 103 Military hospital from March/2018 to April/2020. **Results:** The median concentration of plasma ADMA in the patient group: 0.61 µmol/l was higher than the control group: 0.32 µmol/l with p < 0.001. There were 75.4% of patients increased plasma ADMA. There were correlation between ADMA level and dislipidemia (OR= 6.19), overweight or obesity (OR = 4.71), smoke (OR = 3.58). **Conclusion:** Elevated plasma ADMA concentrations are common and associated with some cardiovascular risk factors in ESRD patients.

Keywords: Asymetric dimethylarginin (ADMA), End stage renal disease (ESRD), Kidney transplantation, cardiovascular risk factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh thận mạn (BTM) ngày một gia tăng ở Việt Nam cũng như trên thế giới, là một trong nhưng bệnh mạn tính không lây gây tử vong đáng kể. Theo nghiên cứu đăng trên tạp chí Lancet, BTMT chiếm tỷ lệ 9,1% trong đó có tới 7,6% bệnh nhân BTM tử vong do nguyên nhân tim mạch [1]. Khi BTMT tiến triển thì các yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM) đặc hiệu của thận cũng xuất hiện. Tần suất và mức độ xuất hiện các biến chứng tim mạch liên quan đến nhiều YTNC truyền thống như: tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, béo phì, đái tháo đường, hút thuốc lá… Ngày nay, một số YTNCTM khác hay YTNCTM phi truyền thống như: protein niệu, homocystein, asymmetric dimethylarginine (ADMA)… cũng cho thấy những đóng góp trong việc xuất hiện các biến cố tim mạch [2], [3]. ADMA có khả năng ức chế sinh tổng hợp chất Nitric Oxide (NO), dẫn tới rối loạn chức năng nội mạc, co mạch, tăng huyết áp và xơ vữa động mạch [4]. Vì vậy, ADMA được

[1]*Bệnh viện Trung Ương Quân đội 108*
[2]*Bệnh viện Quân y 103-Học viện Quân Y*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thúy
Email: thuys0401@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 23.8.2021
Ngày duyệt bài: 31.8.2021

xem là chất chỉ điểm độc lập cho nguy cơ tim mạch và tử vong do tim mạch. Ở Việt Nam, cho đến hiện tại mới chỉ có 1 nghiên cứu về nồng độ ADMA ở bệnh nhân BTM nhưng chưa có nghiên cứu nào trên bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMGĐC) có chỉ định ghép thận. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Khảo sát nồng độ ADMA huyết tương ở bệnh nhân BTMTGĐC có chỉ định ghép thận và tìm hiểu mối liên quan với một số YTNCTM.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng là 201 người được chia làm 2 nhóm:

- Nhóm bệnh: 118 bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán bệnh thận giai đoạn cuối tại Bệnh viện Quân y 103.
- Nhóm chứng: 83 người khỏe mạnh có độ tuổi tương đương nhóm bệnh.
- Thời gian nghiên cứu: từ tháng 3/2018-4/2020.
- Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

+ Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối, đã hoàn thiện hồ sơ ghép thận.

+ Tuổi từ 18 trở lên

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu

- ***Tiêu chuẩn loại trừ:***

+ BN tại thời điểm nghiên cứu nghi ngờ mắc bệnh ngoại khoa; mắc bệnh lý cấp tính.

+ BN không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

- ***Tiêu chuẩn chọn nhóm chứng:***

+ Những người đi khám sức khoẻ được kết luận bình thường

+ Tuổi và giới tương đồng nhóm bệnh

+ Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu:

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, so sánh bệnh chứng.
- Tính cỡ mẫu theo công thức:

$$N = \frac{(Z_{1-\alpha/2})^2 \times p(1-p)}{D^2}$$

Trong đó: Z = 1,96, với độ tin cậy là 95%

p = 0,45 (giá trị thấp nhất tỷ lệ ở các nghiên cứu trước); D = 0,1, độ chính xác mong muốn.

Theo cách tính, tối thiểu nghiên cứu phải có 96 bệnh nhân. Trong nghiên cứu chúng tôi có 118 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Bệnh nhân được hỏi bệnh, khám bệnh phát hiện các triệu chứng lâm sàng.
- Các xét nghiệm cận lâm sàng gồm: huyết học, sinh hóa máu, sinh hoá nước tiểu. Tính toán chỉ số sinh xơ vữa: Dựa vào nồng độ Triglycerid và HDL-C huyết tương, tính tự động theo trang web sau: http:// www.biomed.cas.cz/ fgu/aip/calculator.php
- Khai thác và thống kê các yếu tố nguy cơ tim mạch bao gồm: THA, ĐTĐ, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá…
- Định lượng nồng độ ADMA: Theo phương pháp ELISA tại Bộ môn Sinh lý- Học viện Quân Y. Đánh giá tăng/giảm nồng độ dựa vào kết quả nhóm chứng.
- **Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý bằng thuật toán thống kê y sinh học theo chương trình SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm tuổi, giới giữa nhóm bệnh và chứng

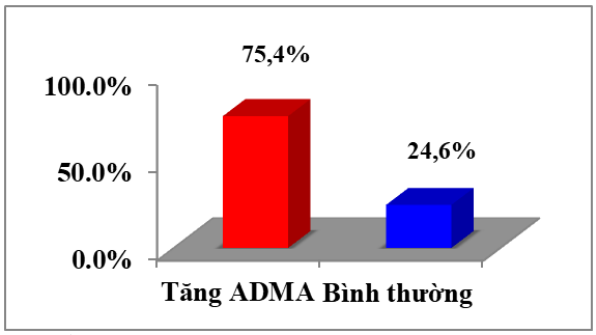
Nhóm		Nam		Nữ		Chung	
		N	%	N	%	n	%
Nhóm chứng (1)	Tỷ lệ	52	62,7	31	37,3	83	100
	Tuổi trung bình (năm), ($\bar{X}$ ± SD)	36,58 ± 7,93		36,68 ± 6,77		36,61 ± 7,48	
Nhóm bệnh nhân (2)	Tỷ lệ	86	72,9	32	27,1	118	100
	Tuổi trung bình (năm) ($\bar{X}$ ± SD)	37,6 ± 10,87		38,38 ± 9,85		37,81 ± 10,56	
P		p (1), p (2) > 0,05				p (1)(2) > 0,05	

Không có sự khác biệt về tuổi trung bình giữa nhóm bệnh và chứng, tỷ lệ nam và nữ ở hai nhóm.

Bảng 2. Đặc điểm một số yếu tố nguy cơ tim mạch nhóm bệnh

Yếu tố nguy cơ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	107	90,7
ĐTĐ	5	4,2
Thừa cân và béo phì	25	21,2
Rối loạn lipid máu	99	83,9
Chỉ số sinh vữa xơ > 0,11	77	65,3
Tăng hs-CRP máu >5mg/l	23	19,5
Thiếu máu	110	94
Hút thuốc lá	29	24,6
Tăng acid uric máu	72	61

Phân bố bệnh nhân theo các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân ghép thận không đều, chiếm cao nhất là thiếu máu, THA và RLLP máu. Bệnh nhân ĐTĐ chiếm thấp nhất.



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân tăng nồng độ ADMA ở nhóm bệnh (n=118)

Nhận xét: So sánh với nồng độ ADMA của nhóm chứng, chỉ có 24,6% số bệnh nhân có nồng độ ADMA huyết tương bình thường so với nhóm chứng, trong khi đó có tới 75,4% số bệnh nhân có biểu hiện tăng nồng độ ADMA huyết tương.

Bảng 3. Nồng độ ADMA huyết tương ở nhóm bệnh và chứng

Chỉ tiêu	Nhóm bệnh (n=118)	Nhóm chứng (n=83)	P
ADMA (µmol/L) Trung vị (Tứ phân vị)	0,61 (0,44-0,76)	0,32 (0,24-0,37)	< 0,001
Min	0,18	0,11	
Max	1,17	0,45	

Nhóm bệnh có nồng độ ADMA trung bình cao hơn nhóm chứng có ý nghĩa, p< 0,001. Nồng độ ADMA nhỏ nhất và cao nhất nhóm bệnh đều cao hơn nhóm chứng.

Bảng 4. Liên quan nồng độ ADMA với một số yếu tố nguy cơ tim mạch

Đặc điểm		Tỷ lệ tăng ADMA n (%)	ADMA (µmol/L) Trung vị (Tứ phân vị)
Rối loạn lipid máu	Có (n=99)	81 (81,8)	0,67 (0,46 – 0,78)
	Không (n=19)	8 (42,1)	0,40 (0,32 – 0,56)
	OR, p	p < 0,005 [e] ; OR = 6,19	< 0,005 [b]
Thừa cân, béo phì	Có (n=25)	23 (92)	0,85 (0,62 – 0,88)
	Không (n=93)	66 (71)	0,57 (0,42 – 0,72)
	OR, p	p < 0,05 [e] ; OR = 4,71	< 0,001 [b]
Thiếu máu	Có (n=110)	84 (76,4)	0,61 (0,44 – 0,76)
	Không (n=7)	4 (57,1)	0,61 (0,42 – 0,87)
	OR, p	p > 0,05 [e]; OR = 2,42	> 0,05 [b]
Tăng hs-CRP máu	Có (n=23)	23 (100)	0,82 (0,72 – 0,89)
	Không (n=95)	66 (69,5)	0,56 (0,42 – 0,70)
	OR, p	p < 0,005 [e] ; OR = N/A	< 0,001 [b]
Hút thuốc lá	Có (n=29)	26 (89,7)	0,70 (0,54 – 0,85)
	Không (n=89)	63 (70,8)	0,575 (0,42 – 0,74)
	OR, p	p < 0,05 [e] ; OR = 3,58	< 0,01 [b]
Chỉ số AIP	< 0,11 (n=41)	20 (48,8)	0,42 (0,33 – 0,59)
	0,11-0,21 (n=22)	16 (72,7)	0,65 (0,43 – 0,75)
	> 0,21 (n=55)	53 (96,4)	0,70 (0,59 – 0,87)
	P	< 0,001 [e]	< 0,001 [b]

[b] Mann-Whitney U test; [e] Chi-square test

Có mối liên quan giữa nồng độ ADMA với: RLLP máu, thừa cân béo phì, tăng hs-CRP, hút thuốc lá và chỉ số sinh xơ vữa động mạch có ý nghĩa, p< 0,01.

IV. BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân và các yếu tố nguy cơ tim mạch: Tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi là 37,81 ± 10,56 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi trẻ hơn so với nghiên cứu của Hoàng Trọng Ái Quốc (tuổi trung bình: 60,2± 15,54) [5] và các nghiên cứu khác. Điều này được lý giải là do sự khác biệt trong việc lựa chọn đối tượng trong nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các YTNT tim mạch chiếm tỷ lệ cao: 90,7% bệnh nhân có THA, 83,6% bệnh nhân có rối loạn lipid máu, 65,3% bệnh nhân có chỉ số sinh vữa xơ > 0,11; 21,2% bệnh nhân thừa cân và béo phì. Kết quả tương tự như nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thịnh và cộng sự thực hiện trên bệnh nhân BTMGĐC chờ ghép thận: THA chiếm 98,2%, rối loạn lipid máu 40,4%, đái tháo đường 12,3% [6].

2. Nồng độ ADMA và liên quan với một số yếu tố nguy cơ tim mạch: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nồng độ ADMA huyết tương của bệnh nhân BTMGĐC có chỉ định ghép thận là 0,61 µmol/l, cao hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm chứng (ADMA: 0,32 µmol/l) với p < 0,001, có tới 75,4% bệnh nhân tăng ADMA so với nhóm chứng. Eiselt J và cộng sự theo dõi biến đổi nồng

độ ADMA sau 1 năm ở nhóm bệnh nhân BTM giai đoạn 3-5 thấy nồng độ ADMA trung bình nhóm bệnh là 0,87 µmol/l (0,79-0,98) so với nhóm chứng là 0,77 µmol/l (0,69-0,86) [8]. Nghiên cứu của Hoàng Quốc Trọng Ái, nồng độ ADMA trung bình trong nhóm nghiên cứu là 0,88 ± 0,27 µmol/l so với nhóm chứng là 0,49 ± 0,13 µmol/l. Tse-Min Lu và cộng sự nghiên cứu 298 bệnh nhân BTMT giai đoạn III-IV có chụp mạch vành vì đau ngực và/hoặc nghi ngờ bệnh mạch vành cho thấy nồng độ trung bình ADMA là 0,49 ± 0,11 µmol/l, và không có sự khác biệt ở nhóm đái tháo đường và nhóm không đái tháo đường [9]. Từ các kết quả trên cho thấy nồng độ ADMA trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trong và ngoài nước. Nồng độ ADMA tăng được mô tả trong một số bệnh lý như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, tăng áp động mạch phổi, tăng phospho máu, tiền sản giật, đái tháo đường, tắc mạch ngoại vi, BTM và đặc biệt là BTMGĐC. Các bằng chứng thí nghiệm thuyết phục đã cho thấy ADMA ức chế các enzyme nitric oxide synthase sinh tổng hợp nitric oxide dẫn tới gia tăng giải phóng lượng hormone norepinephrine từ hệ thần kinh giao cảm. Kích hoạt hệ thần kinh giao cảm làm suy giảm khả năng giản nở nội mạch, trong khi đó chất nitric oxide có tác dụng làm giãn mạch ở người khỏe mạnh. Nhiều nghiên cứu đã xác định ADMA huyết tương là yếu tố dự báo tử vong về bệnh tim mạch mạnh thứ hai ở bệnh nhân BTM. Có mối tương quan nghịch giữa mức lọc cầu thận và nồng độ ADMA huyết tương ở bệnh nhân mắc bệnh tim mạch và làm gia tăng biến cố tim mạch. Các nghiên cứu cho thấy tần suất gặp các biến cố tim mạch sẽ tăng lên liên quan đến giảm mức lọc cầu thận, tăng huyết áp, đái tháo đường [4].

Nồng độ ADMA tăng cao có ý nghĩa thống kê ở nhóm bệnh nhân rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, thừa cân béo phì, tăng hs- CRP máu, tăng chỉ số sinh xơ vữa so với nhóm không có các YTNC trên. ADMA tham gia vào quá trình ức chế sinh tổng hợp NO- một chất gây giãn mạch, do đó ADMA sẽ thúc đẩy quá trình sinh xơ vữa. Kết quả của chúng tôi cho thấy những bệnh nhân rối loạn lipid máu có nồng độ ADMA là 0,67 µmol/l, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không rối loạn lipid máu là 0,40 µmol/l. Nghiên cứu của Hoàng Quốc Trọng Ái cũng kết luận có mối tương quan giữa triglyceride với nồng độ ADMA. Thừa cân béo phì là một trong những yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng liên quan đến tiến triển BTM và BTMGĐC do hoạt hóa endocrine để tổng hợp mỡ trắng, qua đó thúc đẩy phản ứng viêm, stress oxy hóa, rối loạn chuyển hóa lipid, kích hoạt hệ thống rennin-angiotensin-aldosterone, đề kháng insulin, dễ trở thành đái tháo đường típ 2. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy bệnh nhân thừa cân béo phì có nồng độ ADMA là 0,85 µmol/l, cao hơn có ý nghĩa thống kê với bệnh nhân không thừa cân béo phì (0,57 µmol/l). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của một số nghiên cứu của nước ngoài. Yếu tố viêm xuất hiện sớm trong BTM và thúc đẩy hình thành xơ vữa động mạch, tăng tình stress oxy hóa và tích lũy các sản phẩm chuyển hóa đầu cuối, nồng độ CRP tăng theo mức độ tiến triển bệnh thận. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nồng độ ADMA cao hơn (0,82 µmol/l) ở nhóm có tăng CRP so với nhóm không tăng CRP (0,56 µmol/l). Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu khác ở trong nước cũng như trên thế giới như nghiên cứu của M. Yusof Said và cộng sự cũng ghi nhận mối tương quan giữa nồng độ CRP và ADMA nước tiểu [7].

V. KẾT LUẬN

Nồng độ ADMA ở bệnh nhân BTMGĐC có chỉ định ghép thận là 0,61 µmol/l, cao hơn so với người khỏe mạnh 0,32 µmol/l, với $p < 0,001$. Có tới 75,4% bệnh nhân có tăng nồng độ ADMA so nhóm chứng. Các YTNC tim mạch như THA, rối loạn lipid máu, tăng chỉ số sinh xơ, thừa cân béo phì, tăng CRP chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân BTMGĐC và có liên quan đến tăng nồng độ ADMA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. B. D. Chronic Kidney Disease Collaboration (2020),** "Global, regional, and national burden of chronic kidney disease, 1990-2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017", Lancet, **395(10225)**, tr. 709-733.
2. **C. L. Gopu, P. R. Hari, R. George và các cộng sự. (2013),** "Simultaneous determination of homocysteine and asymmetric dimethylarginine in human urine by liquid chromatography-tandem mass spectrometry", J Chromatogr B Analyt Technol Biomed Life Sci, **939**, tr. 32-7.
3. **X. Liu, X. Xu, R. Shang và các cộng sự. (2018),** "Asymmetric dimethylarginine (ADMA) as an important risk factor for the increased cardiovascular diseases and heart failure in chronic kidney disease", Nitric Oxide, **78**, tr. 113-120.
4. **A. D. Dobrian (2012),** "ADMA and NOS regulation in chronic renal disease: beyond the old rivalry for l-arginine", Kidney Int, **81(8)**, tr. 722-4.
5. **Võ Tam Hoàng Trọng Ái Quốc, Hoàng Viết Thắng (2015)**, "Nghiên cứu nồng độ Asymetric Dimethylarginine huyết tương và mối liên quan với một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối", Tạp chí Y dược

học- Trường Đại học Y dược Huế, **Tập 6 (02) - Số 32/2016; Trang: 51**.
6. **Nguyễn Thị Thúy Hằng Nguyễn Hữu Thịnh, Hoàng Bùi Bảo (2014),** "Khảo sát một số yếu tố nguy cơ tim mạch và bất thường điện tim, siêu âm tim ở bệnh nhân đang chờ ghép thận", Tại chí y dược học.
7. **M. Y. Said, R. M. Douwes, M. van Londen và các cộng sự. (2019),** "Effect of renal function on homeostasis of asymmetric dimethylarginine (ADMA): studies in donors and recipients of renal transplants", Amino Acids, **51(3)**, tr. 565-575.
8. **J. Eiselt, D. Rajdl, J. Racek và các cộng sự. (2014),** "Asymmetric dimethylarginine and progression of chronic kidney disease: a one-year follow-up study", Kidney Blood Press Res, **39(1)**, tr. 50-7.
9. **T. M. Lu, M. Y. Chung, C. C. Lin và các cộng sự. (2011)**, "Asymmetric dimethylarginine and clinical outcomes in chronic kidney disease", Clin J Am Soc Nephrol, **6(7)**, tr. 1566-72.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHỐI HỢP MỞ KHE GIỮA VÀ KHE DƯỚI QUA NỘI SOI MŨI TRONG ĐIỀU TRỊ VIÊM XOANG HÀM DO NẤM TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Ngô Văn Công*

TÓM TẮT

Giới thiệu: Viêm xoang hàm do nấm hầu hết các chuyên gia TMH đều gặp khi khám lâm sàng. Tỷ lệ tái phát cao, phát hiện tái phát khó và thậm chí có thể phẫu thuật lại. Để hạn chế điều này, chúng tôi thực hiện kết hợp mở khe giữa và khe dưới qua nội soi mũi để điều trị viêm xoang hàm do nấm. **Phương pháp:** Với nghiên cứu mô tả cắt ngang từ 9/ 2018 đến 3/2021, chúng tôi đã thực hiện được 55 ca phẫu thuật viêm xoang hàm do nấm với kỹ thuật mở khe giữa và mở khe dưới qua nội soi mũi tại Khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Qua 55 trường hợp viêm xoang hàm do nấm, thì tỷ lệ nữ chiếm 60%. Các triệu chứng thường gặp của viêm xoang hàm do nấm lần lượt chảy dịch mũi (90,9%), nghẹt mũi (85,6%), đau đầu/ căng tức vùng mặt (81,8%), thở hôi (45,5%). Sau phẫu thuật thì tình trạng cải thiện các triệu chứng đáng kể. Tuy nhiên, vẫn có tỷ lệ hẹp lổ mở khe dưới chiếm 16% tại thời điểm 6 tháng và bít hoàn toàn 7,2%. **Kết luận:** Việc phối hợp mở khe dưới qua nội soi giúp kiểm soát tốt lòng xoang hàm trong lúc phẫu thuật, đảm bảo lấy sạch bệnh tích. Bên cạnh đó, Việc mở khe dưới trong điều trị nấm xoang hàm còn giúp theo dõi, phát hiện sớm tái phát nấm và xử trí kịp thời hạn chế phải phẫu thuật lại cho bệnh nhân.

Từ khóa: mở khe dưới, mở khe giữa, viêm xoang hàm do nấm.

SUMMARY

TO EVALUATE EFFECT OF ENDOSCOPIC COMBINED MIDDLE AND INFERIOR MEATAL ANTROSTOMY TO CURE FUNGAL MAXILLARY SINUSITIS AT CHO RAY HOSPITAL

Introduce: Fungal maxillary sinusitis is commonly in ENT clinic. Recurrence rates arc high after surgery. It is difficult to diagnosis when fungal maxillary sinusitis recur. Recurrence case may be reoperated. We performed a combination inferior and middle meatotomy to treat fungal maxillary sinusitis and improve ones. **Methods:** We performed a cross-sectional descriptive study from September 2018 to March 2021. There 55 fungal maxillary sinusitis cases were operated a combination nasal endoscopic inferior and middle meatotomy at Cho Ray hospital. **Results:** There arc 55 fungal maxillary sinusitis cases which female rate is 60%. Common symptoms arc nasal discharges 90.9%, nasal congestion 85,6%, headache 81.8%. Almost of symptoms were improved after surgery. However, there was still rate of inferior meatus opening narrow (16%) at 6th month and completely narrow (7.2%). **Conclusion:** The combination nasal endoscopic inferior and middle meatotomy control inside of maxillary sinus clearly at operative time, to sure removing fungus in maxillary sinus. In addition, these help following, detect recurring fungus early in maxillary sinus. So, we can cure appreciate treatment to limit reoperation.

Keywords: inferior meatal antrostomy, middle meatal antrostomy, fungal maxillary sinusitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang là một trong những bệnh lý thường gặp nhất trong Tai Mũi Họng chiếm tỷ lệ 13 - 16% dân số [10]. Trong đó, viêm xoang do nấm chiếm khoảng 10% các trường hợp viêm xoang mạn tính, tỷ lệ viêm xoang hàm do nấm chiếm tỷ lệ cao nhất [2]. Với kỹ thuật nội soi mũi xoang đã hỗ trợ rất nhiều trong việc phẫu thuật nội soi loại bỏ bệnh tích trong xoang mà bảo tồn được nhiều cấu trúc, cho tỷ lệ thành công cao từ 80.5 - 98.4% [7],[8]. Tuy nhiên, vẫn còn tỉ lệ thất bại hoặc tái phát sau phẫu thuật từ 4.1 - 18% tùy vào nghiên cứu [7]. Trong các nguyên nhân dẫn đến thất bại thì tắc lỗ thông xoang hàm được nhiều tác giả đề cập và chiếm tỉ lệ cao như Ramadan HH 27% [5], Musy và Kountakis

*Bệnh viện Chợ Rẫy
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công
Email: congtmh@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 24.8.2021
Ngày duyệt bài: 31.8.2021

39% [3], GS Phạm Kiên Hữu 79.6%. Ngoài ra, việc bỏ sót bệnh tích như nấm thường khu trú ở thành trước xoang hàm cũng được các tác giả ghi nhận như GS Phạm Kiên Hữu 3.7% [11].

Thêm vào đó, việc theo dõi, chăm sóc và phát hiện tái phát nấm trong xoang hàm khó khăn và phát hiện muộn. Phải phụ thuộc nhiều vào CT scan để khảo sát mô nấm tái phát trong xoang hàm. Do đó, để mang lại hiệu quả điều trị và hạn chế các khó khăn trên. Chúng tôi thực hiện kết hợp phẫu thuật mở khe giữa và khe dưới qua nội soi mũi để điều trị viêm xoang hàm do nấm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện trên 55 trường hợp viêm xoang hàm do nấm từ 8/ 2018 đến 5/ 2021 được chẩn đoán viêm xoang hàm do nấm và được điều trị phẫu thuật nội soi mũi xoang tại Khoa Tai Mũi Họng – Bệnh viện Chợ Rẫy. Các bệnh nhân đủ từ 18 tuổi trở lên, đã được xét nghiệm, nội soi, chụp CT scan đánh giá trước mổ và cấy mô bệnh phẩm có kết quả là nấm sau phẫu thuật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	≤ 20	21- ≤ 40	41- ≤ 60	> 60
Nam	0	3(5,5%)	12(21,8%)	7(12,7%)
Nữ	2(3,6%)	6(11%)	18(32,7%)	7(12,7%)
N(%)	2(3,6%)	9(16,4%)	30(54,5%)	14(23,3%)

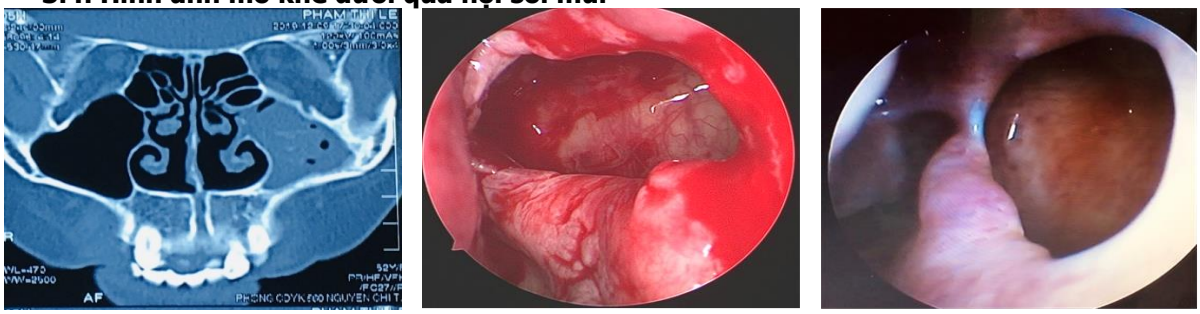
3.2. Phân bố triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân

	Trước mổ	3 tháng	6 tháng
Chảy mũi	50(90,9%)	3(5,5%)	2(3,6%)
Nghẹt mũi	47(85,5%)	2(3,6%)	1(1,8%)
Giảm khứu	12(21,8%)	0	0
Nặng/căng đau vùng mặt	45 (81,8%)	3 (5,5%)	1 (1,8%)
Hắc hơi	18(32,7%)	3(5,5%)	3(5,5%)
Ngứa mũi	15(27,3%)	2(3,6%)	2(3,6%)
Ngứa mắt/chảy nước mắt/sung huyết	10 (18,2%)	2 (3,6%)	2 (3,6%)
Ngứa tai/ ù tai	3(5,5%)	1(1,8%)	1(1,8%)
Thở hôi	25(45,5%)	0	0

3.3. Tỷ lệ tái phát và hẹp

	3 tháng	6 tháng
Tái phát	1(1,8%%)	3 (5,4%)
Hẹp lổ mở khe dưới	4(7,2%)	9(16%)
Bít hoàn toàn khe dưới	2(3,6%)	4(7,2%)

3.4. Hình ảnh mở khe dưới qua nội soi mũi



Viêm xoang hàm trái do nấm ***Mở khe dưới qua nội soi*** ***Mở khe dưới sau 6 tháng***

Hình 1: hình ảnh mở khe dưới qua các thời điểm

IV. BÀN LUẬN

1. Triệu chứng lâm sàng. Qua khảo sát 55 trường hợp viêm xoang hàm do nấm, tuổi thường gặp 40 - 60 tuổi chiếm 54,5% các trường hợp, và nữ chiếm 60% các trường hợp.

Các triệu chứng viêm xoang hàm do nấm biểu hiện hầu hết các triệu chứng của mũi xoang, trong đó thường gặp nhất là chảy dịch mũi (90,9%), nghẹt mũi (85,6%), đau đầu/ căng tức vùng mặt (81,8%), thở hôi (45,5%) và hắc hơi (32,7%) và có một số trường hợp giảm khứu (21,8%), ngứa mũi (27,3%) và triệu chứng mắt (18,2%). Đây là nhóm biểu hiện triệu chứng mắt hay là triệu chứng của viêm mũi dị ứng. Sau phẫu thuật thì hầu hết các triệu chứng giảm đáng kể như triệu chứng thở hôi, giảm khứu gần như bớt hoàn toàn, các triệu chứng còn lại giảm đáng kể. Chỉ còn một số triệu chứng ngứa mũi, chảy mũi và hắc hơi vẫn còn ở một số trường hợp. Có thể đây là các triệu chứng của viêm mũi dị ứng trên bệnh nhân viêm xoang hàm do nấm. Tuy nhiên, các triệu chứng dễ chịu hơn rất nhiều so với trước phẫu thuật, mức độ và tần suất bi cải thiện rõ rệt hơn. Và các triệu chứng dị ứng cải thiện nhiều, có thể do một phần tác nhân nấm trong xoang hàm ảnh hưởng lên các triệu chứng dị ứng của bệnh nhân. Sau khi phẫu thuật lấy hết bệnh tích, thì các triệu chứng cải thiện tốt.

2. Đặc điểm xoang hàm qua nội soi. Trong quá trình phẫu thuật nội soi lấy bệnh phẩm

nấm trong xoang hàm, chúng tôi kết hợp mở khe dưới qua nội soi. Với việc mở khe dưới giúp quan sát, đánh giá tình trạng của lòng xoang hàm trong và sau phẫu thuật rõ ràng, chính xác qua nội soi lỗ mở khe dưới. Điều này khó thực hiện tốt khi khảo sát qua lỗ mở khe giữa. Quan sát tốt lòng xoang hàm sau phẫu thuật giúp cho việc theo dõi bệnh tốt hơn, phát hiện sớm mà không cần phải chụp CT scan để đánh giá, khi bệnh tái phát cũng có thể điều trị dễ dàng chăm sóc qua lỗ mở khe dưới, hạn chế việc phải phẫu thuật lại cho bệnh nhân.

Nhìn chung, các dấu hiệu về tình trạng của xoang hàm sau phẫu thuật đạt kết quả cao, có thể do bệnh nhân được giải quyết triệt để bệnh tích trong xoang, được dặn dò chu đáo về chế độ chăm sóc trước khi xuất viện và tái khám đúng hẹn. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ hẹp lổ mở khe dưới chiếm 16% tại thời điểm 6 tháng và bít hoàn toàn 7,2%, tương tự với các nghiên cứu của Ramadan HH 27%[5], Musy và Kountakis [3]. Do đó, để hạn chế việc này, chúng tôi sử dụng vạt niêm mạc vách mũi xoang phủ lại vào trong lòng xoang hàm qua lổ mở khe dưới để hạn chế việc hẹp và tắc. Một số nghiên cứu nước ngoài về phẫu thuật này bước đầu cho kết quả khả quan, cho thấy sự hiệu quả cao trong điều trị bệnh lý xoang hàm nói chung và viêm xoang hàm do nấm nói riêng, đặc biệt hiệu quả cao trong bệnh lý viêm xoang hàm do nấm [6]; Landsberg R [12] và Ochi K [4] đã ghi nhận không có hiện tượng dẫn lưu vòng xảy ra, tất cả đều được dẫn lưu qua lỗ mở khe giữa và một số có dẫn lưu thêm qua lỗ mở khe dưới; Albu S [1]cho rằng phương pháp này giúp cho sự thoát dịch và thông khí xoang hàm được tốt hơn; Suzuki M [9] cho rằng việc tạo vạt niêm mạc đã góp phần quan trọng cho sự thành công của phẫu thuật, hạn chế lỗ mở khe dưới bị hẹp hoặc bít lại.

Khi bệnh nhân tái khám và than phiền có triệu chứng xuất tiết qua mũi nhiều hơn và có từng đau đầu nhẹ từng cơn. Chúng tôi nội soi thì có xuất hiện nấm trong xoang hàm đã phẫu thuật chiếm khoảng 1,8% - 5,4%. Các trường hợp này, chúng tôi phát hiện sớm qua nội soi khe dưới mà không cần chụp CT scan để khảo sát. Chúng tôi bơm rửa và hút sạch mô nấm, màu xanh ở trong lòng xoang ra toàn bộ, mà không cần phải phẫu thuật lại. Bệnh nhân được theo dõi, ổn định cho đến hiện tại.

3. Đặc điểm biến chứng sau phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào có tổn thương ống lệ tỵ. Việc xác định lỗ đổ ống lệ tỵ trong khe dưới trước khi thực hiện mở khe dưới là rất quan trọng nhằm tránh biến chứng này. Và tỷ lệ chảy máu sau mổ không xảy ra.

V. KẾT LUẬN

Việc phối hợp mở khe giữa và khe dưới qua nội soi mũi trong điều trị viêm xoang hàm do nấm cho kết quả khả quan. Việc phối hợp mở khe dưới qua nội soi giúp kiểm soát tốt lòng xoang hàm trong lúc phẫu thuật, đảm bảo lấy sạch bệnh tích. Bên cạnh đó, Việc mở khe dưới trong điều trị nấm xoang hàm còn giúp theo dõi, phát hiện sớm tái phát nấm và xử trí kịp thời hạn chế phải phẫu thuật lại cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Albu S., Gocea A., Necula S. (2011),** Simultaneous inferior and middle meatus antrostomies in the treatment of the severely diseased maxillary sinus. Am J Rhinol Allergy, 25 (2), e80-5.
2. **Karthikeyan P., Nirmal Coumare V. (2010),** Incidence and presentation of fungal sinusitis in patient diagnosed with chronic rhinosinusitis. Indian journal of otolaryngology and head and neck surgery : official publication of the Association of Otolaryngologists of India, 62 (4), 381-385.
3. **Musy P. Y., Kountakis S. E. (2004),** Anatomic findings in patients undergoing revision endoscopic sinus surgery. Am J Otolaryngol, 25 (6), 418-22.
4. **Ochi K., Sugiura N., Komatsuzaki Y., Nishino H., Ohashi T. (2003),** Patency of inferior meatal antrostomy. Auris Nasus Larynx, 30 Suppl, S57-60.
5. **Ramadan H. H. (1999),** Surgical causes of failure in endoscopic sinus surgery. Laryngoscope, 109 (1), 27-9.
6. **Sawatsubashi M., Murakami D., Umezaki T., Komune S. (2015),** Endonasal endoscopic surgery with combined middle and inferior meatal antrostomies for fungal maxillary sinusitis. J Laryngol Otol, 129 Suppl 2, S52-5.
7. **Senior B. A., Kennedy D. W., Tanabodee J., Kroger H., Hassab M., Lanza D. (1998)**, Long-term results of functional endoscopic sinus surgery. Laryngoscope, 108 (2), 151-7.
8. **Sobol S. E., Wright E. D., Frenkiel S. (1998),** One-year outcome analysis of functional endoscopic sinus surgery for chronic sinusitis. J Otolaryngol, 27 (5), 252-7.
9. **Suzuki M., Matsumoto T., Yokota M., Toyoda K., Nakamura Y. (2019),** Transnasal inferior meatal antrostomy with a mucosal flap for post-Caldwell-Luc mucoceles in the maxillary sinus. J Laryngol Otol, 133 (8), 674-677.
10. **Hoàn Mai Quang,** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị viêm mũi xoang do nấm tại bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 7/2017 đến tháng 5/2018, in Luận văn Thạc sĩ Y học2018.
11. **Hữu, Phạm Kiên (2008)**, Nghiên cứu bệnh học 27 trường hợp viêm xoang tái phát sau mổ tại bệnh viện đại học Y dược. Y Học TP. Hồ Chí Minh,12,19-22.
12. **Landsberg R., Warman M., Margulis A., Masalha M. (2019),** The Rationale for Endoscopic Inferior Meatal Antrostomy. ORL, 81 (1), 41-47.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SUY GIẢM NHẬN THỨC Ở BỆNH NHÂN TÂM THẦN PHÂN LIỆT

Đoàn Văn Sỹ[1,3], Nguyễn Văn Tuấn[1,2], Nguyễn Thành Long[1,2]

TÓM TẮT

Bệnh tâm thần phân liệt là một bệnh loạn thần nặng, có khuynh hướng tiến triển mạn tính và hay tái phát, ảnh hưởng đến chức năng nhận thức của bệnh nhân. Việc đánh giá các yếu tố nguy cơ giúp tiên lượng và lên kế hoạch điều trị. **Mục tiêu:** Tìm hiểu yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt tại trung tâm chăm sóc và nuôi dưỡng người tâm thần Hà Nội**. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 300 bệnh nhân được chẩn đoán TTPL, điều trị tại trung tâm chăm sóc và nuôi dưỡng người tâm thần Hà Nội từ tháng 10/2020 đến tháng 03/2021, có sử dụng đánh giá lâm sàng và thang điểm đánh giá tâm thần tối thiểu (MMSE). **Kết quả:** Tỷ lệ suy giảm nhận thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt là 87,3%, chủ yếu ở mức độ nhẹ. Các yếu tố giới tính nữ, trình độ học vấn dưới TPHT, không có gia đình riêng là các yếu tố liên quan đến SGNT ở bệnh nhân TTPL. **Kết luận**: Suy giảm nhận thức ở bệnh nhân TTPL chiếm tỷ lệ cao, cần có kế hoạch can thiệp sớm để giảm gánh nặng cho gia đình bệnh nhân và xã hội.

Từ khóa: tâm thần phân liệt, suy giảm nhận thức, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

FACTORS RELATED TO COGNITIVE DEFICIT IN SCHIZOPHRENIA PATIENTS

Schizophrenia is a severe, chronic and relapsing psychotic disorder that affects patients' cognitive function. The assessment of risk factors helps in prognosis and treatment planning. **Objective:** To study the factors related to cognitive decline in schizophrenic patients at Hanoi psychiatric care and nurturing center. Subjects and research methods: A cross-sectional descriptive study on 300 patients diagnosed with schizophrenia, treated at the Hanoi psychiatric care and nurturing center from October 2020 to March 2021. using clinical assessment and the minimal psychiatric evaluation scale (MMSE). **Results:** The rate of cognitive decline in schizophrenic patients was 87.3%, mainly at mild level. Female gender factors, education level below schizophrenia, no family of their own are factors related to schizophrenia in schizophrenic patients. **Conclusion:** Cognitive decline in schizophrenic patients accounts for a high rate, it is necessary to have an early intervention plan to reduce the burden on the patient's family and society.

Keywords: schizophrenia, cognitive deficit, risk factor

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tâm thần phân liệt là một bệnh loạn thần nặng ảnh hưởng đến hơn 20 triệu người trên thế giới với tỷ lệ mắc mới mỗi năm là 1,5/10.000 người [1]. Theo báo cáo gánh nặng bệnh tật toàn cầu (the global burden of disease) năm 2016 của Tổ chức Y tế Thế giới, bệnh tâm thần phân liệt tuy chiếm tỷ lệ thấp so với nhiều mặt bệnh khác nhưng đứng thứ 12 về gánh nặng bệnh tật toàn cầu [2]

Đa số các nhà khoa học đều đã công nhận rằng có sự suy giảm nhận thức nhiều mức độ ở những bệnh nhân TTPL và suy giảm nhận thức được coi là một đặc điểm chính của bệnh và là gánh nặng lớn cho bản thân bệnh nhân và gia đình. Năm 1998, Heinrichs và Zakzanis đã tiến hành một nghiên cứu tổng quan bao gồm 204 nghiên cứu về nhận thức trong TTPL, cho biết 70 - 80% bệnh nhân TTPL có ít nhất là suy giảm nhận thức nhẹ [3], [4]. Không có mẫu hình suy giảm nhận thức chung duy nhất cho tất cả các bệnh nhân TTPL, nhưng những chức năng bị suy giảm thường gặp nhất là chú ý, trí nhớ công việc, học hình ảnh và lời nói, tốc độ tâm thần vận động, và khả năng thực hiện nhiệm vụ.

Việc tìm hiểu các yếu tố nguy cơ của suy giảm nhận thức ở bệnh nhân TTPL có giá trị trong quá trình điều trị, tiên lượng từ đó có các biện pháp chăm sóc phug hợp. Chính vì những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu sau: Tìm hiểu yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt tại trung tâm chăm sóc và nuôi dưỡng người tâm thần Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng.Tất cả bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn chẩn đoán xác định là Tâm thần phân liệt theo ICD-10 đang điều trị tại Trung tâm chăm sóc và nuôi dưỡng người tâm thần Hà Nội

2. Phương pháp: mô tả cắt ngang, lấy mẫu toàn bộ.

2.1. ***Công cụ nghiên cứu.*** Bệnh án nghiên cứu thăm khám các đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân.

Sử dụng bảng câu hỏi MMSE đánh giá mức độ suy giảm nhận thức trên bệnh nhân.

[1]Đại học Y hà Nội
[2]Viện Sức khỏe Tâm thần, Bệnh viện Bạch Mai
[3]Trung tâm chăm sóc và nuôi dưỡng người tâm thần Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Văn Sỹ
Email: doanvansy690@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2021
Ngày duyệt bài: 27.8.2021

Các yếu tố nhân khẩu học, tiền sử bệnh và tình trạng bệnh nhân được khai thác theo mẫu bệnh án được thiết kế.

2.2. ***Phương pháp thu thập thông tin.*** Người chăm sóc và bệnh nhân được phỏng vấn và khám bởi nghiên cứu viên là bác sĩ chuyên khoa Tâm thần theo bệnh án mẫu. Thời gian thu thập từ tháng 9 năm 2020 đến tháng 3 năm 2021.

3. Xử lý số liệu. Số liệu được thu thập và xử lý trên phần mềm thống kê SPSS 25.0.

4. Đạo đức nghiên cứu. Chúng tôi thông báo mục đích nghiên cứu với gia đình bệnh nhân và chỉ đưa vào danh sách nghiên cứu khi được sự đồng ý của họ. Tất cả các thông tin cá nhân và bệnh tật được giữ bí mật. Nghiên cứu không can thiệp vào quá trình điều trị của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm nhân khẩu học

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân

Đặc điểm	n	Tỷ lệ
Giới tính: Nam	220	73,3
Nữ	80	26,7
Nhóm tuổi: <30	10	3,3
30-39	50	16,7
40-49	88	29,3
50-59	109	36,3
≥60	43	14,3
Khu vực sống: Nông thôn	172	57,3
Thành thị	127	42,3
Khác	1	0,3
Trình độ học vấn: Thất học	25	8,3
Tiểu học	71	23,7
THCS	110	36,7
THPT	86	28,7
Đại học và sau đại học	8	2,7
Tình trạng hôn nhân		
Độc thân	227	75,7
Có gia đình	48	16,0
Sống cùng: Bố mẹ	226	75,3
Gia đình riêng	52	17,3
Người quen	17	5,7
Một mình	5	1,7
Hỗ trợ nhà nước: Không	65	21,7
Có	235	78,3
Kinh tế gia đình: Nghèo	136	45,3
Trung bình	157	52,3
Khá giả	7	2,3

Nhận xét:

- Giới: Trong số đối tượng tham gia nghiên cứu, đối tượng chủ yếu là nam, chiếm 73,3%.

- Tuổi: Nhóm tuổi phổ biến trong nghiên cứu là 50-50 với 36,3%, tiếp theo là nhóm 40-49 tuổi với tỷ lệ 29,3%, nhóm ít nhất là dưới 30 tuổi.

- Khu vực sống: đối tượng nghiên cứu chủ yếu ở nông thôn chiếm 57,3%.

- Trình độ học vấn: đa số ở mức THCS chiếm 36,7%, sau đó là THPT chiếm 28,7%, tiểu học chiếm 23,7%, nhóm học Đại học và Sau đại học chiếm ít nhất với 2,7%.

- Tình trạng hôn nhân: nhóm có gia đình chỉ chiếm 16% trong khi nhóm độc thân chiếm tỷ lệ cao với 75,7%. Phần lớn đang sống cùng bố mẹ với tỷ lệ 75,3%, số bệnh nhân sống cùng gia đình riêng chỉ chiếm 17,3, số lượng sống cùng người quen chiếm 5,7%, sống một mình chiếm 1,7%.

- Hỗ trợ của nhà nước. Trong nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu tại trung tâm có tới 78,3% nhận được sự hỗ trợ từ nhà nước. Cũng trong nhóm này tỷ lệ bệnh nhân nghèo chiếm 45,3%, trung bình chiếm 52,3%, nhóm khá giả chỉ chiếm 2,3%.

2. Đặc điểm lâm sàng chung bệnh TTPL

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng chung bệnh TTPL

Đặc điểm	n	Tỷ lệ
Thể bệnh hiện tại: F20.0	59	19,7
F20.1	1	0,3
F20.3	6	2,0
F20.5	230	76,7
F20.6	4	1,3
Ảo giác: Không có	276	92,0
Ảo thanh	23	7,7
Ảo thị	1	0,3
Hoang tưởng: Không	276	92,0
HT bị hại	6	2,0
HT bị tội	2	0,7
HT bị theo dõi	3	1,0
HT liền hệ	11	3,7
HT bị chi phối	2	0,7
Khí sắc: Bình thần	177	59,0
Tăng	17	5,7
Giảm	106	35,3
Lo âu: Không	279	93,0
Có	21	7,0
Hoạt động có ý chí: Bình thường	87	29,0
Tăng	2	0,7
Giảm	211	70,3
Rối loạn ăn uống: Không	17	5,7
Có	283	94,3
Rối loạn giấc ngủ: Không	18	6,0
Có	282	94,0

Nhận xét: Trong số 300 bệnh nhân tâm thần phân liệt tham gia nghiên cứu, mã bệnh chẩn đoán chính là F20.5 với 230 bệnh nhân chiếm 76,7%, sau đó là mã F20.0 chiếm 19,7%. 11

bệnh nhân còn lại được chẩn đoán với các mã F20.1, F20.3, F20.6 chiếm tỷ lệ thấp.

Số bệnh nhân có ảo giác tại thời điểm thăm khám là 24 bệnh nhân chiếm 8%, trong đó 7,7% có ảo thanh và 0,3% có ảo thị.

Số bệnh nhân có hoang tưởng tại thời điểm thăm khám là 24 bệnh nhân chiếm 8%, trong đó phổ biến lần lượt là là hoang tưởng liên hệ (3,7%), hoang tưởng bị hại (2%), hoang tưởng bị theo dõi (1,0%), hoang tưởng bị chi phối (0,7%) và hoang tưởng bị tội (0,7%).

3. Một số yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức ở bệnh nhân TTPL

Bảng 3. Phân loại đánh giá rối loạn nhận thức theo MMSE

Mức độ	n	%
Không có	52	17,3
Nhẹ	138	46,0
Vừa	73	24,3
Nặng	37	12,3

Nhận xét: Theo thang MMSE, phần lớn nhóm tham gia nghiên cứu có rối loạn nhận thức các mức độ nhẹ, vừa, nặng chiếm tổng số 82,67%. Trong đó nhóm suy giảm nhận thức mức độ nhẹ chiếm 46%, nhóm suy giảm nhận thức vừa chiếm 24,3%, nhóm suy giảm nhận thức nặng chiếm 12,3%.

Bảng 4: Một số yếu tố liên quan đến suy giảm nhận thức ở bệnh nhân TTPL

Đặc điểm	SGNT		Không SGNT		p	OR CI95%
	n	%	n	%		
Giới tính: Nữ	77	96,3	3	3,8	0,000	7,355
Nam	171	77,7	49	22,3		2,223-24,330
Trình độ học vấn: < THPT	182	88,3	24	11,7	0,000	0,311
≥THPT	66	70,2	28	29,8		0,168-0,574
Tình trạng hôn nhân						
Không có gia đình riêng	214	84,9	38	15,1	0,023	0,431
Có gia đình	34	70,8	14	29,2		(0,212-0,878)
Thể bệnh: Thể di chứng	194	84,3	36	15,7	0,206	-
Các thể còn lại	54	77,1	16	22,9		
Trạng thái loạn thần: Có	29	78,4	8	21,6	0,487	-
Không	219	83,3	44	16,7		

Nhận xét: **-** Bệnh nhân nữ có tỷ lệ suy giảm nhận thức cao hơn với ý nghĩa thống kê p=0,000, OR=7,355.

- Bệnh nhân có trình độ học vấn từ THPT trở lên có tỷ lệ suy giảm nhận thức thấp hơn nhóm có trình độ học vấn dưới THPT với p=0,000, OR=0,311.

- bệnh nhân có gia đình có tỷ lệ suy giảm nhận thức thấp hơn nhóm còn lại (bao gồm độc thân, li dị/li thân, góa) có ý nghĩa thống kê với p=0,023, OR=0,431

- Thể di chứng có tỷ lệ suy giảm nhận thức coa hơn các thể còn lại nhưng không có ý nghĩa thống kê.

- Bệnh nhân không có trạng thái loạn thần có tỷ lệ suy giảm nhận thức cao hơn, tuy nhiên mức cao hơn này không có ý nghĩa thống kê với p=0,487.

IV. BÀN LUẬN

Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi cóa lưa tuổi trung bình 48,7±9,8 với tỷ lệ giưới nam/nữ =2,75, trình độ học vấn chủ yếu dưới THPT. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy đặc điểm các triệu chứng SGNT đối tượng bệnh nhân TTPL ở trung tâm chăm sóc và nuôi dưỡng Hà Nội, trong đó với tỷ lệ suy giảm nhận thức cao, chiếm 82,7%, chủ yếu ở mức độ nhẹ. Trong đó chúng tôi đã tìm được một số yếu tố liên quan:

- **Giới tính**: Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nữ có tỷ lệ suy giảm nhận thức cao hơn gấp 7,355 lần với p=0,000. Nghiên cứ của Han và cs (2012) cho thấy bệnh nhân tâm thần phân liệt nam có suy giảm nhận thức nghiêm trọng hơn bệnh nhân nữ về trí nhớ tức thời và trí nhớ gần, nhưng không có sự khác biệt về ngôn ngữ, không gian thị giác và các chỉ số chú ý [5]. Khi nghiên cứu về sự suy giảm nhận thức trong TTPL có những đặc điểm khác biệt về giới, ví dụ như Talreja và cs (2013) kết luận bệnh nhân nam có liên quan đến suy giảm ngôn ngữ và trí nhớ hơn phụ nữ [6].

- **Trình độ học vấn**: Bệnh nhân có trình độ học vấn từ THPT trở lên có tỷ lệ suy giảm nhận thức ít hơn với ý nghĩa thống kê p=0,000, OR=0,311. Nghiên cứu của Noel và cs (2020) cũng cho rằng số năm học càng nhiều thì khả năng suy giảm nhận thức càng ít hơn ở nhóm bệnh nhân tâm thần phân liệt [7].

- Tình trạng hôn nhân: Bệnh nhân có gia đình riêng có tỷ lệ suy giảm nhận thức ít hơn với p=0,023, OR= 0,431. Nghiên cứu của Talreja (2013) cũng chỉ ra rằng những người không kết

hôn có điểm số MMSE thấp hơn [6].

- **Quá trình phát triển tâm thần**: Bệnh nhân chậm phát triển tâm thần có tỷ lệ rối loạn nhận thức cao hơn, tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi không nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- **Triệu chứng loạn thần hiện tại**: Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân ở trạng thái loạn thần (tức là có hoang tưởng, ảo giác) có tỷ lệ suy giảm nhận thức cao hơn, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Talreja (2013) cũng chỉ ra mối liên quan giữa các triệu chứng dương tính và suy giảm trí nhớ được tìm thấy là có ý nghĩa thống kê. Suy giảm khả năng chú ý cũng có liên quan đến các triệu chứng dương tính [6].

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ suy giảm nhận thức ở bệnh nhân tâm thần phân liệt tương đối cao
- Bệnh nhân nữ, trình độ học vấn dưới THPT, không có gia đình riêng là các yếu tố nguy cơ của SGNT ở bệnh nhân TTPL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McGrath J., Saha S., Chant D. và cộng sự. (2008).** Schizophrenia: a concise overview of incidence, prevalence, and mortality. Epidemiol Rev, **30**, 67–76.
2. **James S.L., Abate D., Abate K.H. và cộng sự. (2018)**. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. The Lancet, **392**(**10159**), 1789–1858.
3. **Vuong D.A., Van Ginneken E., Morris J., et al. (2011).** Mental health in Vietnam: Burden of disease and availability of services. Asian J Psychiatry, 4(1), 65-70. .
4. **Charlson F.J., Ferrari A.J., Santomauro D.F. và cộng sự. (2018).** Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. Schizophr Bull, **44**(**6**), 1195–1203.
5. **Han M., Huang X.-F., Chen D.C. và cộng sự. (2012).** Gender differences in cognitive function of patients with chronic schizophrenia. Prog Neuropsy chopharmacol Biol Psychiatry, **39**(**2**), 358–363.
6. **Talreja B.T., Shah S., và Kataria L. (2013)**. Cognitive function in schizophrenia and its association with socio-demographics factors. Ind Psychiatry J, **22**(**1**), 47–53.
7. **Noel J., Viswanathan S.A., và Kuruvilla A. (2021).** Nature and Correlates of Executive Dysfunction in Schizophrenia: An Exploratory Study. Indian J Psychol Med, **43**(**1**), 16–23.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẮC CẦU CHỦ VÀNH Ở BỆNH NHÂN TỪ 75 TUỔI TRỞ LÊN TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI

Nguyễn Minh Ngọc*, Nguyễn Sinh Hiền*, Nguyễn Thái Minh*, Nguyễn Hoàng Hà*, Hà Đức Linh*

TÓM TẮT

63 bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên được phẫu thuật bắc cầu chủ vành (BCCV) tại bệnh viện Tim Hà Nội trong giai đoạn 2019-2020. Tuổi trung bình 78,13 ± 3,42 tuổi (lớn nhất 88 tuổi). Nam giới chiếm 73,1%. Euroscore II trung bình là 6,36%. 38,1% có triệu chứng đau ngực nặng, 20,6% có EF < 40%. Số cầu nối trung bình là 3,38, trong đó cầu nối bằng động mạch trung bình 1,41. Tỉ lệ tử vong sớm là 4,7%. Thời gian theo dõi trung bình là 15,78 ± 6,22 tháng (6 – 29 tháng), trong thời gian theo dõi có 5% bệnh nhân tử vong là 6,7% có các biến cố tim mạch.

SUMMARY

RESULTS OF CORONARY ARTERY BYPASS GRAFT SURGERY IN 75 YEARS AND OLDER PATIENTS IN HANOI HEART HOSPITAL

In the period of 2019-2020, 63 patients from 75 years old underwent coronary bypass grafting (CABG) surgery in Hanoi Heart Hospital. Mean age 78,13 ± 3,42 years (oldest patient was 88 years). 73,1% of case was male. Mean Euroscore II was 6,36%. 38,1% of patients had severe angina, 20,6% had low EF% (<40%). Mean number of grafts was 3,38, and mean arterial graft was 1,41. Early mortality rate was 4,7%. Mean follow-up time was 15,78 ± 6,22 months (6-29). Mortality and cardiovascular events rate in follow-up time were 5% and 6,7%.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đối với những bệnh nhân cần được phẫu thuật tim mạch nói chung và phẫu thuật bắc cầu chủ vành (BCCV) nói riêng, mốc tuổi 75 được coi là điểm "cut-off" hợp lý để phân loại những bệnh nhân lớn tuổi, đi kèm với sự gia tăng các yếu tố nguy cơ và cần được đánh giá kỹ trước phẫu thuật[1]. Theo thống kê của Hội Tim Mạch Hoa Kỳ, 25% bệnh nhân được phẫu thuật BCCV ở độ tuổi

**Bệnh viện Tim Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Ngọc
Email: ngocnguyen89@hotmail.com
Ngày nhận bài: 28.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 23.8.2021
Ngày duyệt bài: 30.8.2021

≥75 tuổi[2]. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân này là tuổi cao, thể trạng yếu đi kèm nhiều bệnh lý nền và yếu tố nguy cơ, bên cạnh đó chức năng tim và mạch máu suy giảm theo thời gian, do đó tỉ lệ tử vong và biến chứng ở nhóm bệnh nhân này cũng cao hơn nhóm bệnh nhân dưới 75 tuổi. Tuy nhiên những nghiên cứu gần đây cho thấy kết quả phẫu thuật khả quan, với tỉ lệ tử vong và biến chứng thấp[2,3]. Tại Việt Nam, tỉ lệ những bệnh nhân trong nhóm tuổi này được phẫu thuật BCCV cũng ngày càng tăng do những tiến bộ trong chăm sóc y tế và tăng tuổi thọ trung bình. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật của nhóm bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, lấy số liệu hồi cứu từ 01/2019 đến 12/2020. Liên hệ khám lại vào 06/2021. Các BN được lựa chọn có tuổi từ 75 tuổi trở lên, được phẫu thuật BCCV đơn thuần (cả mổ theo chương trình và mổ cấp cứu) tại Bệnh viện Tim Hà Nội. Số liệu được thu thập dựa theo bệnh án mẫu. Tính trị số trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến liên tục. Tính tần số và tỷ lệ phần trăm (%) cho các biến rời rạc. Số liệu được xử lý bằng phần mềm IBM SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 63 bệnh nhân. Tuổi trung bình là 78,13 ± 3,42 tuổi, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 88 tuổi. Nam giới chiếm 73,1%. Các yếu tố nguy cơ và đặc điểm lâm sàng trước phẫu thuật của bệnh nhân được thể hiện theo bảng 1

Bảng 1: Đặc điểm trước phẫu thuật

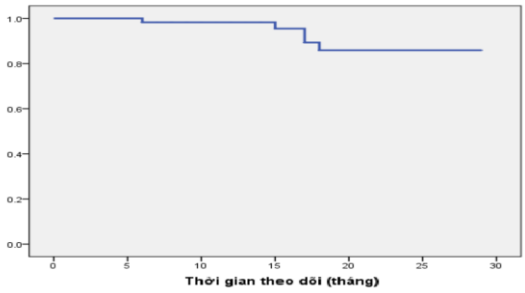
Các yếu tố	n	%
ĐTĐ type II	16	25,4
THA	56	88,9
Hút thuốc lá	18	28,6
Rối loạn lipid	22	34,9
TBMMN	5	7,9
NMCT	3	4,8
Béo phì (BMI >25)	8	12.7
Bệnh phổi mạn tính	12	19
Tiền sử can thiệp mạch vành	10	15.9
Bệnh mạch máu ngoại vi	26	38,1
NYHA 3-4	21	33,3
CCS 3-4	24	38,1
NMCT cấp ST chênh	14	22,2
Mổ cấp cứu	16	25,0

Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, bệnh phổi mạn tính và bệnh mạch máu ngoại vi là những yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. Hơn 1/3 bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng ở mức độ nặng. Điểm Euroscore trung bình là 6,36 ± 5,19 %, bệnh nhân có điểm cao nhất là 22,93%.

Về kết quả cận lâm sàng: có 20,6% bệnh nhân có EF thấp <40%, tổn thương mạch vành chủ yếu là bệnh 3 thân với 85,7%, 46% bệnh nhân có tổn thương thân chung.

Hầu hết các bệnh nhân được phẫu thuật dưới tuần hoàn ngoài cơ thể, chỉ có 1 bệnh nhân có xơ vữa mạch hệ thống nặng được phẫu thuật không THNCT. Thời gian cặp ĐMC trung bình 61,54 ± 18,83 phút (34-117 phút), thời gian chạy THNCT trung bình 86,06 ± 26,18 (49-178 phút). Số cầu nối trung bình là 3,38 ± 0,91 cầu nối, Hầu hết các bệnh nhân đều được sử dụng ĐM ngực trong (98,4%), trong đó có 8 bệnh nhân (12,7%) được sử dụng 2 ĐM ngực trong. Số cầu nối động mạch trung bình trên 1 bệnh nhân: 1,41 ± 0,87. Chỉ 1 bệnh nhân 88 tuổi (lớn tuổi nhất trong nghiên cứu) được sử dụng mạch ghép hoàn toàn bằng tĩnh mạch.

Có 3 trường hợp tử vong sớm, 1 trường hợp do suy tim nặng và 2 trường hợp shock nhiễm khuẩn. Thời gian thở máy trung bình là 43,45± 44,33, thời gian hồi sức trung bình 4,82 ± 2,20 và thời gian nằm viện trung bình là 13,93 ± 6,11.



Hình 1: Biểu đồ Kaplan-meier biểu hiện sống còn

Các biến chứng khác được thể hiện trong bảng 2

Bảng 2: Biến chứng sớm sau phẫu thuật (n=63)

Biến chứng	n	%
Phẫu thuật lại do chảy máu	4	6,4
Suy thận lọc máu	4	6,4
Nhiễm khuẩn huyết	5	7,9
Viêm phổi	8	12,7
Tai biến mạch máu não	1	1,6
Bung xương ức	1	1,6
Tử vong	3	4,8

Thời gian theo dõi sau mổ trung bình 15,78 ± 6,22 tháng (06 – 29 tháng). Có 3 trường hợp tử vong muộn, 1 do ung thư, 1 do xuất huyết não và 1 do NMCT. Có 05 bệnh nhân có biến cố tim mạch trong thời gian theo dõi, các biến cố tim mạch bao gồm tai biến mạch não, nhồi máu cơ tim, đau ngực phải can thiệp lại. Đường Kaplan-

Meier thể hiện tỉ lệ sống còn thực tế thể hiện trong hình 1. Lâm sàng tại thời điểm khám lại không còn bệnh nhân nào có NYHA 3-4, có 7 bệnh nhân đau ngực tái phát (17,2%), tất cả đều ở mức độ CCS1-2.

IV. BÀN LUẬN

Về tuổi phẫu thuật, so sánh với một số nghiên cứu khác trên nhóm bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên theo bảng 3.

Bảng 3: Độ tuổi trong một số nghiên cứu

Tác giả	Tuổi trung bình	Năm	Tuổi lớn nhất
Christenson[4]	77,7	1994	83
Diegeler[3]	78,5	2013	95
Anderson[5]	79,2	2020	96
Chúng tôi	78,13	2020	88

Có thể thấy theo thời gian, độ tuổi được phẫu thuật của bệnh nhân càng tăng lên. Điều này cho thấy sự tiến bộ về kỹ thuật, về gây mê hồi sức dẫn đến cải thiện tiên lượng sống của nhóm bệnh nhân lớn tuổi được phẫu thuật BCCV, qua đó mở rộng chỉ định cho những bệnh nhân có tuổi rất cao. Các tác giả đều thống nhất độ tuổi hiện nay không còn là một chống chỉ định đối với phẫu thuật BCCV.

Độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với các nghiên cứu kể trên, với bệnh nhân lớn tuổi nhất là 88 tuổi. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Văn Hùng Dũng và cs trên nhóm bệnh nhân trên 70 tuổi (n=117), với độ tuổi trung bình là 75,4, tuổi lớn nhất là 83[6]. Tuổi thọ trung bình của người Việt Nam tăng dần qua các năm sẽ dẫn đến sự gia tăng số bệnh nhân lớn tuổi có chỉ định phẫu thuật BCCV.

Các yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành như THA, ĐTĐ type II, rối loạn lipid máu ở những bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên đều cao hơn nhóm dưới 75 tuổi. Theo Christenson và cs tỉ lệ tăng huyết áp và rối loạn lipid máu tăng gấp đôi ở nhóm bệnh nhân ≥75 tuổi so với nhóm dưới 75 tuổi, còn tỉ lệ ĐTĐ type II tăng gấp 2,5 lần (51%,42% và 22% so với 26%,23% và 9%)[4]. Sự lão hóa ở hệ mạch máu dẫn đến giảm đàn hồi thành mạch và tăng khả năng lắng đọng xơ vữa ở người già dẫn đến tỉ lệ THA cao, bên cạnh đó là bệnh lý mạch máu ngoại vi, tiền sử TBMN,... các tổn thương do xơ vữa mạch máu gây ra nhiều khó khăn trong việc điều trị: kém đáp ứng với các thuốc trợ tim, vận mạch trong quá trình gây mê, hồi sức, khó khăn về mặt thiết lập THNCT đối với những bệnh nhân xơ vữa vôi hóa động mạch chủ và mạch máu hệ thống, và khó khăn trong việc làm miệng nối đối với những nhánh mạch vành xơ vữa nặng. 19% số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có bệnh lý phổi mạn tính. Bệnh phổi mạn tính với tỉ lệ cao ở người già gây ra những khó khăn trong quá trình gây mê hồi sức, làm tăng nguy cơ thở máy kéo dài và nhiễm khuẩn huyết[2].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng nặng khó thở NYHA 3-4 và đau ngực CCS 3-4 lần lượt là 33,3% và 38,1%. Tỉ lệ suy giảm chức năng thất trái EF dưới 40% trong nghiên cứu của chúng tôi là 20,6%. 85,7% có tổn thương mạch vành lan tỏa cả 3 thân ĐM vành. Các bệnh nhân thuộc nhóm tuổi ≥75 tuổi có những triệu chứng của suy tim và đau ngực nặng hơn so với nhóm bệnh nhân trẻ tuổi, do thể trạng đi xuống cũng như dự trữ co bóp cơ tim suy giảm[7].

Tỉ lệ mổ cấp cứu và khẩn cấp trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,4%. Tỉ lệ này tương đương với các tác giả khác. Nhìn chung biểu hiện lâm sàng nặng hơn ở nhóm bệnh nhân cao tuổi dẫn đến tỉ lệ mổ cấp cứu cao hơn ở nhóm này so với những bệnh nhân trẻ tuổi hơn[2,3,8].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Euroscore trung bình là 6,36%, còn tỷ lệ tử vong sớm thực tế là 4,76%. Điểm Euroscore trung bình của nhóm bệnh nhân ≥75 tuổi theo các tác giả đều cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm dưới 75 tuổi[2,8].

Chỉ định phẫu thuật. Phẫu thuật BCCV đang ngày càng trở nên an toàn hơn đối với những bệnh nhân cao tuổi. Theo Natarajan, nên lựa chọn phương án tái tưới máu thích hợp dựa trên những đặc điểm của bệnh nhân. Một bệnh nhân lớn tuổi có ít bệnh lý nền, thể trạng tốt và có kỳ vọng sống nhiều năm sẽ hưởng lợi nhiều nhất từ phẫu thuật BCCV. Thực tế là ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, bệnh nhân và người nhà vẫn có xu hướng nghiêng về lựa chọn phương pháp tái tưới máu ít xâm lấn hơn. Tuy nhiên Gimbel và cs trong nghiên cứu trên 597 bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên, trong đó 346 bệnh nhân được can thiệp qua da và 251 bệnh nhân được phẫu thuật BCCV, đưa ra kết luận tỉ lệ tử vong và biến cố tim mạch thấp hơn có ý nghĩa ở nhóm phẫu thuật BCCV sau 5 năm[9]. Phẫu thuật BCCV không chỉ giảm tỉ lệ tử vong mà còn đảm bảo chất lượng cuộc sống của bệnh nhân cao tuổi. Theo Anderson, các chỉ số về chất lượng cuộc sống của bệnh nhân ≥75 tuổi sau phẫu thuật và trong thời gian theo dõi đều cải thiện so với trước phẫu thuật[5].

Phẫu thuật BCCV không dùng THNCT (Off-pump CABG) là phương pháp phẫu thuật được

áp dụng rộng rãi hiện nay ở các trung tâm trên thế giới. Tuy nhiên, để thực hiện phẫu thuật BCCV không dùng THNCT yêu cầu có sự chuẩn bị đầy đủ về cơ sở vật chất, dụng cụ chuyên dụng cũng như sự kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu của chúng tôi hầu hết các bệnh nhân đều được phẫu thuật theo phương pháp có sử dụng THNCT và cặp ĐMC (96,8%). Trong điều kiện không có đầy đủ cơ sở vật chất, dụng cụ chuyên dụng phục vụ phẫu thuật OPCAB còn có giá thành cao, chúng tôi vẫn ưu tiên tiến hành phương pháp phẫu thuật BCCV truyền thống trên nhóm bệnh nhân cao tuổi nhiều nguy cơ. Theo Diegeler không có sự khác biệt về tỉ lệ tử vong cũng như các biến cố tim mạch giữa phẫu thuật BCCV truyền thống và BCCV không dùng THNCT trên nhóm bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên[3].

Mảnh ghép bằng ĐM ngực trong đã được chứng minh là có tỉ lệ hẹp tắc trên thời gian thấp nhất so với các loại mảnh ghép khác và ngày càng nhiều bệnh nhân được phẫu thuật BCCV với 2 ĐM ngực trong. Tuy nhiên đối với nhóm bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên, sử dụng 2 ĐM ngực trong cần được cân nhắc do bên cạnh lợi ích cũng đi kèm nguy cơ nhiễm trùng xương ức, đặc biệt nhóm bệnh nhân có ĐTĐ type II. Xu hướng hiện nay các tác giả vẫn ủng hộ việc sử dụng 2 ĐM ngực trong cho nhóm bệnh nhân lớn tuổi[2,3]. Theo chúng tôi, lựa chọn mạch ghép trên nhóm bệnh nhân lớn tuổi cần dựa vào nhiều yếu tố như thể trạng bệnh nhân, bệnh cảnh cấp cứu hay không cấp cứu, mổ có THNCT hay không THNCT, kì vọng sống còn lại của bệnh nhân, kinh nghiệm và trình độ của phẫu thuật viên.

Kết quả phẫu thuật. Nhìn chung tỉ lệ tử vong và biến chứng sớm vẫn còn cao ở nhóm bệnh nhân ≥75 tuổi. Tuy nhiên kết quả phẫu thuật được cải thiện dần theo thời gian do những tiến bộ về kỹ thuật, về gây mê hồi sức. Tỉ lệ tử vong trong các nghiên cứu gần đây hầu hết dưới 5%[2,3,8], kết quả tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi (4,7%). Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ các biến chứng sau mổ nhìn chung đều ở mức chấp nhận được, và tương đồng với các nghiên cứu khác. Các triệu chứng lâm sàng sau mổ nhìn chung đều cải thiện. Tại thời điểm khám lại, không còn bệnh nhân nào có triệu chứng khó thở NYHA 3-4 hoặc đau ngực CCS 3-4. 51 bệnh nhân (87,9%) không có đau ngực tái phát. Tỉ lệ tử vong và các biến cố tim mạch trong 1 năm theo các tác giả đều dưới 10%[2,3,8]. Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ tương ứng là 5 và 6,7%. Dù vậy thời gian theo dõi của chúng tôi chưa được dài. Các nghiên cứu có thời gian theo dõi xa hơn cho thấy những kết quả tốt với tỉ lệ sống sau 5 năm đều trên 75%. Theo Gjielo, mặc dù tỉ lệ tử vong sau 5 năm của nhóm bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên cao hơn so với nhóm dưới 75 tuổi, nhưng chỉ số chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân lớn tuổi này trong thời gian theo dõi 5 năm đều cao hơn so với chỉ số chất lượng cuộc sống trước mổ[10]. Với tiên lượng xa tốt và sự cải thiện rõ ràng về chất lượng cuộc sống, phẫu thuật BCCV là một lựa chọn hợp lý trên những bệnh nhân cao tuổi, cụ thể là nhóm bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy kết quả tích cực của phẫu thuật BCCV ở nhóm bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên về ngắn hạn và trung hạn. Tình trạng của BN trước phẫu thuật (các yếu tố nguy cơ, chức năng tim và tổn thương thực thể trên mạch vành) là những yếu tố cần cân nhắc trước khi đưa ra chỉ định phẫu thuật. Và kể cả trên những bệnh nhân lớn tuổi, vẫn nên làm nhiều cầu nối và sử dụng các cầu nối bằng mảnh ghép động mạch. Nhìn chung BCCV vẫn là lựa chọn tốt và mang lại lợi ích về lâu dài đối với các bệnh nhân cao tuổi và có chỉ định phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Afilalo J, Steele R, Manning WJ, et al.** Derivation and Validation of Prognosis-Based Age Cutoffs to Define Elderly in Cardiac Surgery. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2016;9(4):424-431.
2. **Li Z, Amsterdam EA, Yeo KK, et al**. Coronary artery bypass operations for elderly patients in California, 2003 to 2008. Ann Thorac Surg. 2012;93(4):1167-1172.
3. **Diegeler A, Borgermann J, Kappert U, et al**. Off-pump versus on-pump coronary-artery bypass grafting in elderly patients. N Engl J Med. 2013;368(13):1189-1198.
4. **Christenson JT, Schmuziger M, Maurice J, Simonet F, Velebit V.** How safe is coronary bypass surgery in the elderly patient? Analysis of 111 patients aged 75 years or more and 2939 patients younger than 75 years undergoing coronary artery bypass grafting in a private hospital. Coron Artery Dis. 1994;5(2):169-174.
5. **Anderson M, Parke R, Jull A.** Effect of Cardiac Surgery on Health-Related Quality of Life in Patients Aged 75 Years or Older: A Prospective Study. Heart Lung Circ. 2021;30(2):282-287.
6. **Văn Hùng Dũng, Nguyễn Văn Phan, Phan Kim Phương.** Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành cho người già trên 70 tuổi. Phẫu thuật tim mạch và lồng ngực việt nam. 2018;20:129-135.
7. **Maruyama Y.** Aging and arterial-cardiac interactions in the elderly. Int J Cardiol. 2012;155(1):14-19.
8. **Al-Alao BS, Parissis H, McGovern E, Tolan M, Young VK.** Propensity analysis of outcome in

coronary artery bypass graft surgery patients >75 years old. Gen Thorac Cardiovasc Surg. 2012;60(4):217-224.
9. **Gimbel ME, Willemsen LM, Daggelders MC, et al.** Long-term follow-up after bypass surgery or coronary stenting in elderly with multivessel disease. Neth Heart J. 2020;28(9):467-477.
10. **Gjeilo KH, Wahba A, Klepstad P, Lydersen S, Stenseth R.** Survival and quality of life in an elderly cardiac surgery population: 5-year follow-up. Eur J Cardiothorac Surg. 2013;44(3):e182-188.

CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ HAI TRƯỜNG HỢP ÁP XE NÃO DO TAI TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Ngô Văn Công*

TÓM TẮT

Qua hai trường hợp áp xe não do tai, bệnh nhân đều có hội chứng tăng áp lực nội sọ (đau đầu, nôn ói và rối loạn tri giác), hội chứng nhiễm trùng (sốt lạnh run,..) và các triệu chứng của tai (chảy dịch tai). Hai trường hợp trên đều xác định chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng và CT scan/ MRI. Một trường hợp điều trị phối hợp nội khoa và ngoại khoa (mở sọ bóc ổ áp xe + khoét rỗng đá chũm). Trường hợp còn lại điều trị nội khoa kết hợp khoét rộng đá chũm. Kết quả thành công tốt cả hai ca. Hai trường hợp phục hồi tốt và xuất viện.

Từ khóa: áp xe não do tai, viêm tai xương chũm biến chứng áp xe não.

SUMMARY

DIAGNOSIS & TREATMENT OF TWO CASE WITH OTOGENIC BRAIN ABCESS AT CHO RAY HOSPITAL

The patients have high intracranial pressure syndrome (headache, vomit and metal disoder), infectious syndrome (fever with chill, increasing white blood cell,…) and ear problems (ear pain, discharge, pus in mdiddle ear). Two cases were diagnosed to base on clinical symptoms and images (CT scan/ MRI). After diagnosing, the first case have been combined medical treatment and craniotomy to remove total brain abcess. We performed radical mastoidectomy after craniotomy about 1 week. The second case only cure by medical treatment and radical mastoidectomy. Therc arc nice result with two cases. They can go to their home.

Keywords: otogenic brain abcess, mastoid otoginitis with brain abcess.

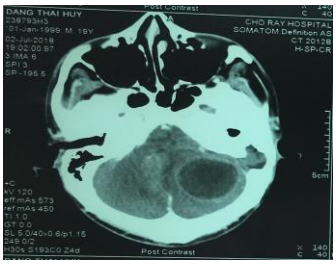
I. GIỚI THIỆU

Áp xe não là một tình trạng nhiễm trùng và viêm của nhu mô não. Tình trạng áp xe não thì không phổ biến, nhưng khi bị áp xe não thì tình trạng bệnh sẽ nghiêm trọng và có thể đe dọa đến tính mạng; và cần được can thiệp sớm để giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong [7]. Các nghiên cứu cho thấy áp xe não không phân biệt độ tuổi, nhưng hơn ¼ áp xe não được chẩn đoán ở trẻ em và người già [1]. Những năm gần đây, qua các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ áp xe não có khuynh hướng giảm do tăng sử dụng kháng sinh [5]. Hiện nay, áp xe não được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời do sự phát triển của CT/ MRI. Do đó, việc hiểu biết về biểu hiện lâm sàng, chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời áp xe não giúp cứu sống bệnh nhân. Chính vì vậy, qua ca lâm sàng này, giúp cho các Bác sĩ lâm sàng Tai Mũi Họng tổng quan lại bệnh lý áp xe não do tai.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Trường hợp 1: Ngày 1 tháng 8 năm 2018 với bệnh nhân nam, 19 tuổi vào viện vì đau đầu, nôn ói. Với bệnh sử là sốt lạnh run, kèm đau đầu nhiều, nôn ói và thay đổi tri giác khoảng 2 tuần. Bên cạnh đó, bệnh nhân còn chảy mủ tai trái, dịch hôi và đau tai trái khoảng 3 tuần. Tiền sử: bệnh nhân thường có những đợt chảy mủ tai trái từ nhỏ và kèm theo nghe kém. Được điều trị viêm tai giữa ở phòng mạch địa phương. Khám lâm sàng tại thời điểm nhập viện: bệnh nhân vẫn còn sốt và ớn lạnh, mạch 105 lần/ phút, huyết áp 110/ 70mmHg và Glasgow 11 điểm ($E_3V_4M_4$). Khám tai trái: chảy nhiều dịch hôi, thủng ¼ sau trên thượng nhĩ, nhiều mủ thoát ra khi hút. Các cơ quan khác chưa ghi nhận bất thường. Kết quả CT scan: có khối giảm đậm độ rõ ở vùng thái dương trái, kích thước 4*3,5 cm, tròn, có vỏ bao cản quang, và có thông với xương chũm. Có hình ảnh giảm đậm độ trên xương chũm và tiêu mất chuỗi xương con, có hình ảnh mòn xương chũm. Được chẩn đoán áp xe não do tai/ viêm tai xương chũm trái cholesteatoma. Bệnh nhân được điều trị nội khoa với kháng sinh, chống phù não, được phẫu thuật mở sọ thái dương bóc trọn áp xe + kết hợp khoét rộng đá chũm trái và chỉnh hình ống tai sau 1 tuần. Sau phẫu thuật tình trạng bệnh nhân ổn định, hồi phục và xuất viện.

*Bệnh viện Chợ Rẫy
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Công
Email: congtmh@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 24.8.2021
Ngày duyệt bài: 30.8.2021

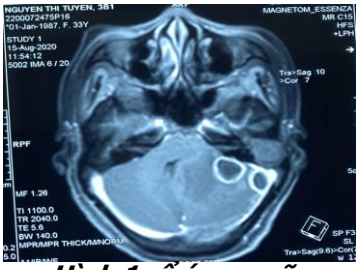


Hình 1: áp xe não

Hình 2: *áp xe não có vỏ bao rõ*

Hình 3: *tổn thương xương chũm (T)*

Trường hợp 2: Ngày 15 tháng 8 năm 2020 với bệnh nhân nữ 33 tuổi vào viện vì đau đầu và nôn ói nhiều. Bệnh sử: cách nhập viện 1 tuần, bệnh nhân bi sốt lạnh run, kèm chảy mủ tai trái nhiều, hôi. Được uống thuốc điều trị tại bệnh viện địa phương với chẩn đoán viêm tai giữa trái, nhưng tình trạng bệnh không giảm, và nặng hơn. Cách nhập viện 2 ngày bệnh nhân đau đầu nhiều và nôn ói, nên được chuyển viện. Với kết quả CT: có hình ảnh áp xe não vùng thái dương trái, với 2 ổ áp xe, kích thước 2*2 cm; 1*1cm kế vùng thượng nhĩ; hình ảnh tổn thương toàn bộ vùng xương chũm trái, hủy toàn bộ xương con đến ốc tai. Chẩn đoán áp xe não vùng thái dương do tai/ Viêm tai xương chũm trái do cholesteatoma. Bệnh nhân được điều trị nội khoa 3 tuần, sau đó phẫu thuật khoét rỗng đá chũm trái, được tiếp tục điều trị nội khoa 2 tuần nữa. Sau đó tình trạng bệnh ổn và xuất viện.



Hình 1: ổ áp xe não trên MRI

Hình 2: 2 ổ áp xe thái dương trên CT scan

Hình 3: tổn thương xương chũm trái

III. BÀN LUẬN

3.1. Dấu hiệu lâm sàng: Triệu chứng lâm sàng trong quá trình áp xe não tùy thuộc vào phân loại, vị trí tổn thương, sự lan rộng của nhiễm trùng, loại vi khuẩn gây bệnh, tình trạng miễn dịch của bệnh nhân. Qua 2 trường hợp, triệu chứng đau đầu và sốt lạnh run là triệu chứng nổi trội nhất. Trong đó, triệu chứng đau đầu là triệu chứng phổ biến nhất của áp xe não và làm bệnh nhân phải nhập viện. Bên cạnh đó, bệnh nhân có thể biểu hiện các triệu chứng khác như sốt, buồn nôn, ói, thay đổi tri giác và hôn mê. Các bệnh nhân cũng có thể biểu hiện dấu hiệu thần kinh trung ương như liệt ½ người, nói khó, mất ngôn ngữ, phù gai thị và mất thị trường. Sự lan rộng nhiễm trùng đến màng não có thể dẫn đến các triệu chứng như cứng cổ hoặc tai biến mạch máu não. Bao gồm tổn thương tiểu não cũng phổ biến trong áp xe não do tai; triệu chứng lâm sàng bao gồm thất điều, rối loạn vận động và động mắt [7],[10]. Ngoài ra, áp xe não nguyên nhân từ tai thường kèm các triệu chứng tai xảy ra trước hoặc đồng thời. Thường bệnh lý tai có trước đó, tái đi tái lại; và có đợt hồi viêm. Như vậy, về lâm sàng của áp xe não do tai thường biểu hiện hội chứng tăng áp lực nội sọ (đau đầu, buồn nôn, mạch chậm và rối loạn tri giác), kèm theo hội chứng nhiễm trùng và triệu chứng của tai.

Áp xe não bao gồm 4 giai đoạn, giai đoạn đầu vi khuẩn xâm nhập vào não qua các tế bào bạch cầu trung tính, hoạt hóa tế bào thần kinh đệm, phù nề và mô hoại tử. Giai đoạn thứ 2 bao gồm sự lan rộng nhiễm trùng đến nhu mô não lân cận và xâm lấn hơn nữa vào đại thực bào, lymphocyte và các mô hoại tử. Giai đoạn 3 đặc trưng bởi sự phát triển của võ bao mạch máu bao quanh tổn thương mà tổn thương này biểu hiện trên CT như một vòng tăng quang. Giai đoạn cuối của áp xe là phản ứng miễn dịch gây ra tiêu hủy võ bao và hơn nữa tiêu hủy các tế bào mô não xung quanh.

3.2. Sinh bệnh học của áp xe não: thì phức tạp, nó có thể bị đơn khuẩn (vi khuẩn, nấm, ký sinh trùng), hoặc đa khuẩn và bao gồm vi khuẩn kỵ khí. Các yếu tố nguy cơ cho bệnh

nhân áp xe não bao gồm nhiễm trùng hô hấp trên lập đi lập lại, viêm xoang, viêm tai giữa mạn, chấn thương, người nhận ghép tạng, nhiễm trùng răng, AIDS và hậu phẫu ngoại thần kinh. Phụ thuộc vào vị trí nhiễm trùng ban đầu, loại hệ thần kinh trung ương bị tổn thương. Viêm xoang sàng, xoang bướm dẫn đến nhiễm trùng thùy trán hoặc thùy thái dương của não, đáng kể. Nhiễm trùng tai giữa và xương chũm có thể lan đến hệ thần kinh trung ương bao gồm hầu hết đại não và thùy thái dương. Sự lan truyền đường máu từ vị trí nguyên phát đến hệ thần kinh trung ương như nhiễm trùng răng, áp xe phổi, và nhiễm trùng các cơ quan khác [10]. Bệnh học của áp xe não phụ thuộc vào tình trạng miễn dịch của bệnh nhân, tác nhân vi khuẩn và tình trạng sử dụng kháng sinh [10].

Tác nhân gây bệnh của áp xe não tùy thuộc vào vị trí xuất phát nhiễm trùng: trực tiếp (nhiễm trùng tai, xoang) thường xảy ra và thường do vi khuẩn tại chổ ở khoang họng (Fusobacterium spp, Bacteroides spp, Prevotella spp, và Streptococci kỵ khí). Staphylococcus aureus, coagulase – negative Staphylococci, Pseudomonas spp, vi khuẩn đường ruột, Streptococcus spp, và Clostridium sppp là phổ biến nhất ở bệnh nhân viêm xoang và chấn thương. Vi khuẩn lan qua đường máu đến não bao gồm Streptococci viridians, Haemophilus, và Enterococci có thể xảy ra ở những bệnh nhân có bệnh tim bẩm sinh. Nấm (Cryptococcus spp, Aspergillus spp, họ Zygomycetes, Histoplasma capsulatum, Blastomyces dermatitidis) và ký sinh trùng (Emtamoeba histolytica, Angiostrongylus spp, Tinea spp) gây ra áp xe não không phổ biến và thường nhìn thấy trong cơ địa ức chế miễn dịch và suy yếu [4],[6].

3.3. Cận lâm sàng chẩn đoán áp xe não: Chẩn đoán áp xe não qua 2 trường hợp bên cạnh lâm sàng thì việc xác định trên hình ảnh CT/ MRI giúp đánh giá chính xác vị trí, kích thước, và các cấu trúc xung quanh giúp rất nhiều trong việc chẩn đoán, điều trị và tiên lượng. Cũng tương tự với các nghiên cứu, hình ảnh CT có cản quang / MRI cản từ có giá trị cao trong chẩn đoán, điều trị và theo dõi bệnh.

Bên cạnh đó, trong những trường hợp nhiễm trùng qua đường máu cần cấy máu làm kháng sinh đồ. Một số trường hợp phải dẫn lưu dịch não tủy thắt lưng để cấy dịch tìm tác nhân gây bệnh và xét nghiệm tế bào trong dịch não tủy. Giúp xác định tác nhân gây bệnh và cho kháng sinh phù hợp trong những trường hợp không đáp ứng với điều trị kháng sinh theo kinh nghiệm.

3.4. Điều trị áp xe não do tai: Áp xe não do tai có thể gây ra biến chứng nặng và tỷ lệ tử vong cao ở các nước đang phát triển. Tốn kém cho việc chẩn đoán, điều trị và quản lý các biến chứng nội sọ của áp xe não do tai. Chẩn đoán áp xe não dựa vào lâm sàng và hình ảnh học CT scan/ MRI. Thông thường, điều trị áp xe não do tai bao gồm chọc hút mủ từ ổ áp xe, xác định vi khuẩn, tế bào và mô bệnh học. Kháng sinh thích hợp khởi đầu, quyết định phẫu thuật khi cần thiết. Phụ thuộc vào sự lan rộng vào các thành phần mô não, kích thước và số lượng ổ áp xe, dẫn lưu ổ mủ được thực hiện hoặc qua mở sọ và dẫn lưu hoặc xuyên qua 1 lổ khoan. Một số trường hợp bóc trọn bao ổ áp xe. Sau dẫn lưu ổ mủ, mở xương chủm có thể được thực hiện để tránh tái phát và giải quyết triệt để ổ nhiễm trùng. Xác định vi khuẩn gây bệnh và phổ kháng sinh thích hợp truyền tĩnh mạch sẽ cho tiên lượng tốt cho bệnh nhân [9].

3.5. Tiên lượng: Tỷ lệ tử vong của áp xe não cao hơn 25%, nếu bệnh nhân không được điều trị thích hợp, có thể dẫn đến biến chứng đến 70% [8]. Nhiễm trùng hệ thần kinh trung ương do tai có thể do cà 2 nguyên nhân viêm tai giữa cấp hoặc mạn [2].

Một nghiên cứu cho kết quả 56,3% có biến chứng nội sọ tổn thương đơn lẻ và 43,7% biến chứng nội sọ biến chứng nội sọ tổn thương đa ổ. Viêm màng não là biến chứng nội sọ phổ biến nhất 43,7%, kế đến là thuyên tắc xoang tĩnh mạch bên 31,2%, áp xe tiểu não 18,7%...[3].

IV. KẾT LUẬN

Áp xe não là một tình trạng lâm sàng nặng nề, nếu không chẩn đoán kịp thời có thể gây biến chứng nặng nề và có thể tử vong. Xác định các yếu tố nguy cơ và điều trị hiệu quả là chính yếu cho tiên lượng tốt cho bệnh nhân. Hầu hết các áp xe não do tai đều có ổ nhiễm trùng nguyên phát ở tai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bartnik W., Bartnik-Krystalska A. (2000),** [Results of the therapy in otogenic intracranial complication in ENT Department of Voivodeship Hospital in Kalisz]. Otolaryngol Pol, 54 (4), 383-8.
2. **Chew Y. K., Cheong J. P., Khir A., Brito-Mutunayagam S., Prepageran N. (2012)**, Complications of chronic suppurative otitis media: a left otogenic brain abscess and a right mastoid fistula. Ear Nose Throat J, 91 (10), 428, 430.
3. **Dubey S. P., Larawin V., Molumi C. P. (2010),** Intracranial spread of chronic middle ear suppuration. Am J Otolaryngol, 31 (2), 73-7.
4. **Grigoriadis E., Gold W. L. (1997),** Pyogenic brain abscess caused by Streptococcus

pneumoniae: case report and review. Clin Infect Dis, 25 (5), 1108-12.
5. **Hafidh M. A., Keogh I., Walsh R. M., Walsh M., Rawluk D. (2006),** Otogenic intracranial complications. a 7-year retrospective review. Am J Otolaryngol, 27 (6), 390-5.
6. **Ionita C., Wasay M., Balos L., Bakshi R. (2004)**, MR imaging in toxoplasmosis encephalitis after bone marrow transplantation: paucity of enhancement despite fulminant disease. AJNR Am J Neuroradiol, 25 (2), 270-3.
7. **Lu C. H., Chang W. N., Lin Y. C., Tsai N. W., Liliang P. C., Su T. M., Rau C. S., Tsai Y. D., Liang C. L., Chang C. J., Lee P. Y., Chang H. W., Wu J. J. (2002),** Bacterial brain abscess: microbiological features, epidemiological trends and therapeutic outcomes. Qjm, 95 (8), 501-9.
8. **Osma U., Cureoglu S., Hosoglu S. (2000)**, The complications of chronic otitis media: report of 93 cases. J Laryngol Otol, 114 (2), 97-100.
9. **Sennaroglu L., Sozeri B. (2000)**, Otogenic brain abscess: review of 41 cases. Otolaryngol Head Neck Surg, 123 (6), 751-5.
10. **Tonon E., Scotton P. G., Gallucci M., Vaglia A. (2006),** Brain abscess: clinical aspects of 100 patients. Int J Infect Dis, 10 (2), 103-9.

THỰC TRẠNG TRẦM CẢM CỦA NGƯỜI NHIỄM HIV/AIDS ĐANG ĐIỀU TRỊ ARV TẠI 2 PHÒNG KHÁM NGOẠI TRÚ TỈNH THÁI BÌNH

Ngô Văn Mạnh[1], Bùi Thị Hồng Vân[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng trầm cảm của người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại 2 phòng khám ngoại trú tỉnh Thái Bình năm 2019. **Đối tượng nghiên cứu:** bệnh nhân HIV/AIDS người lớn ≥ 18 tuổi đang điều trị ARV. **Phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh điều trị ARV là 36,3%. Người bệnh nam có tỷ lệ trầm cảm thấp hơn người bệnh nữ (35,5% và 37,3%, p>0,05), nhóm tuổi có tỷ lệ trầm cảm cao nhất là từ 50 tuổi trở lên (75,4%), tỷ lệ thấp nhất ở nhóm 30-39 tuổi chiếm 18,6%. Trong số những người bệnh ARV 82,8% người thất nghiệp; 65,8% nông dân; 26,1% người làm lao động tự do có dấu hiệu trầm cảm. 59,5% những người nhiễm HIV/AIDS sử dụng ma túy có dấu hiệu trầm cảm.

Từ khóa: Trầm cảm; HIV/AIDS; Thái Bình.

SUMMARY

DEPRESSION SITUATION OF HIV/AIDS PATIENTS WHO TREATED HIV/AIDS WITH ARV AT 2 OUTPATIENT CLINICS IN THAI BINH PROVINCE

Objectives: Describe the depression situation of HIV / AIDS patients who treated HIV/AIDS with ARV at 2 outpatient clinics in Thai Binh province in 2019. **Subjects**: HIV / AIDS patients adults ≥ 18 years old being treated with ARV. **Method**: Descriptive method through cross-sectional survey. **Results:** The prevalence of depression in HIV patients was 36,3%. Male patients had a lower rate of depression than female patients (35,5% and 37,3%, p> 0.05). Patients 50 years of age and older had the highest rates of depression, the lowest rate in the group of 30-39 years old accounted for 18.6%. Among patients, 82,8% were unemployed; 65,8% of farmers; 26,1% of self-employed workers showed signs of depression (p<0,05); 59,5% of HIV patient used drug had signs of depression.

Keywords: Depression; HIV/AIDS; Thai Binh

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

HIV là một bệnh lây nhiễm đại dịch có tác động tới xã hội lớn nhất từ trước đến nay. Bệnh gây suy giảm miễn dịch và nhạy cảm với một loạt các loại nhiễm trùng cơ hội và nhiễm trùng khác cũng như sự phát triển của các bệnh ác tính nhất định [1]. Cùng với sự điều trị nhằm ức chế sự sản sinh của virus HIV bằng thuốc ARV và điều trị các bệnh thực thể liên quan đến HIV, người bệnh HIV cũng được chăm sóc, hỗ trợ nhằm tăng cường sức khỏe thể chất. Tuy nhiên, khi sức khỏe thể chất được đảm bảo thì sức khỏe tâm thần của người nhiễm HIV cũng là một trong những vấn đề cần được quan tâm và can thiệp nhằm nâng cao hiệu quả điều trị cho họ. Người bệnh nhiễm HIV có thể gặp phải những ảnh hưởng tâm lý xã hội, các vấn đề sức khỏe tâm thần bắt đầu từ rất sớm ngay khi có chẩn đoán ban đầu và có thể phát sinh trong cả thời gian điều trị bệnh. Các vấn đề phổ biến thường gặp phải là trầm cảm, lo âu và làm dụng các chất gây nghiện. Trong đó, trầm cảm là biến chứng thần kinh phổ biến nhất ở bệnh nhân nhiễm HIV và hạn chế đáng kể chất lượng cuộc sống của bệnh nhân HIV/AIDS [8].

Các nghiên cứu trên thế giới cũng cho thấy việc điều trị những người bệnh trầm cảm cũng thực sự khó khăn nếu như họ không tự nhận thức được vấn đề họ gặp phải. Các nhà nghiên

[1]*Trường Đại học Y Dược Thái Bình*
[2]*Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Thái Bình*
Chịu trách nhiệm chính: Ngô Văn Mạnh
Email: manhsdh@gmail.com
Ngày nhận bài: 22.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 23.8.2021
Ngày duyệt bài: 30.8.2021

cứu đã chỉ ra rằng nhận thức thấp về bệnh không những liên quan đến việc bệnh nhân trầm cảm không đến cơ sở chăm sóc y tế cho đến khi bệnh kéo dài, trở nên trầm trọng hơn [9] mà còn ảnh hưởng lớn đối với việc tìm kiếm sự giúp đỡ và cam kết với những can thiệp được đề nghị và cả phòng ngừa [10].

Tại Việt Nam, các nghiên cứu đánh giá về tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh nhiễm HIV đã được triển khai tại một số tỉnh nhưng hầu hết là các tỉnh thành lớn. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: *Mô tả thực trạng mắc trầm cảm ở người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại 2 phòng khám ngoại trú tỉnh Thái Bình năm 2019.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: 02 phòng khám ngoại trú gồm: Phòng khám ngoại trú Bệnh viện Đa khoa thành phố Thái Bình và Phòng khám ngoại trú Bệnh viện Đa khoa huyện Kiến Xương

- Đối tượng nghiên cứu: Là bệnh nhân HIV/ AIDS người lớn ≥ 18 tuổi (gọi tắt là người bệnh) đang điều trị ARV tại 2 phòng khám nghiên cứu.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 10/2019 – 5/2020

2.2. Phương pháp nghiên cứu

***2.2.1.* Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả thông qua cuộc điều tra cắt ngang.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

a/ Cỡ mẫu

Áp dụng công thức tính cỡ mẫu cho ước lượng một tỷ lệ:

$$n = Z^2_{1-\alpha/2}\frac{p.(1-p)}{d^2}$$

Với Z = 1,96; p=0,392 (Theo nghiên cứu của Phạm Đình Quyết năm 2017, tỷ lệ người nhiễm HIV/AIDS mắc trầm cảm tại PKNT Gò Vấp là 39,2% [5]; d = 0,05; Với các dữ liệu trên tính được n = 366 bệnh nhân

Thực tế điều tra được 386 người bệnh đang điều trị ARV.

b/ Phương pháp chọn mẫu: Tiến hành chọn chủ đích 02 phòng khám ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Thái Bình và Bệnh viện Đa khoa huyện Kiến Xương.

Tiến hành điều tra toàn bộ bệnh nhân điều trị tại 2 phòng khám đã chọn tại thời điểm nghiên cứu. Thực tế tổng 2 phòng khám có 386 bệnh nhân đang đăng ký điều trị

2.3. Phương pháp thu thập thông tin. Thông tin thu thập qua hồ sơ, bệnh án gồm các thông tin về tuân thủ điều trị, kết quả xét nghiệm T-CD4 lần gần nhất, tác dụng phụ của thuốc, bệnh lâm sàng kèm theo, giai đoạn lâm sàng hiện tại. Thông tin định lượng được thu thập thông qua: phiếu phỏng vấn trực tiếp người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV tại địa bàn nghiên cứu được chọn để xác định tỷ lệ trầm cảm

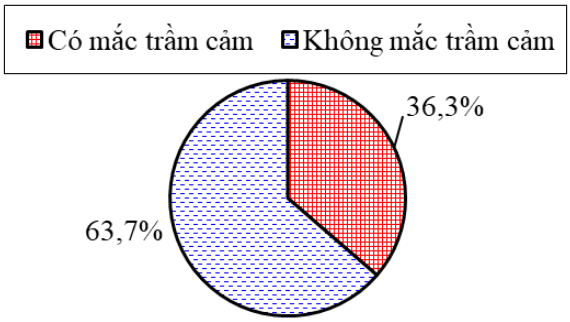
2.4. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu. Đánh giá trầm cảm sử dụng thang đo Center for epidemiologic study depression scale (CES-D):

+ Trong từng câu hỏi, dấu hiệu hành vi được coi là "Có" nếu xuất hiện với tần suất từ "Đôi khi" đến "Rất hay xảy ra".

+ Phân loại dấu hiệu trầm cảm dựa theo tổng điểm của bộ câu hỏi CES-D20: Tổng điểm <16: không có dấu hiệu trầm cảm. Tổng điểm ≥16: có dấu hiệu trầm cảm.

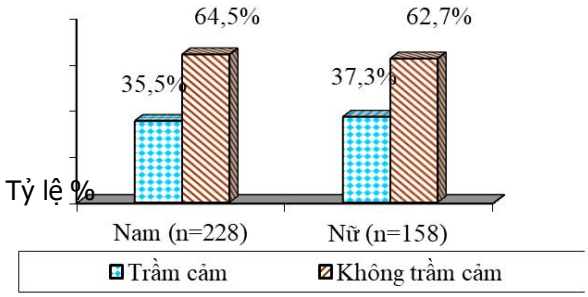
2.5. Xử lý số liệu. Số liệu sau khi điều tra được làm sạch thô và nhập vào máy vi tính bằng phần mềm EPI-DATA, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 20.0 để xử lý với các test thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ mắc trầm cảm của đối tượng nghiên cứu (n = 386)

Trong tổng số 386 bệnh nhân đang điều trị ARV được đưa vào nghiên cứu có 140 bệnh nhân có dấu hiệu trầm cảm chiếm 36,3%.



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ mắc trầm cảm của đối tượng theo giới (n=386)

Kết quả biểu đồ 3.2 cho thấy, tỷ lệ nam giới mắc trầm cảm là 35,5%, nữ giới là 37,3%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p>0,05

Bảng 3.1. Tỷ lệ mắc trầm cảm của đối tượng theo nhóm tuổi (n=386)

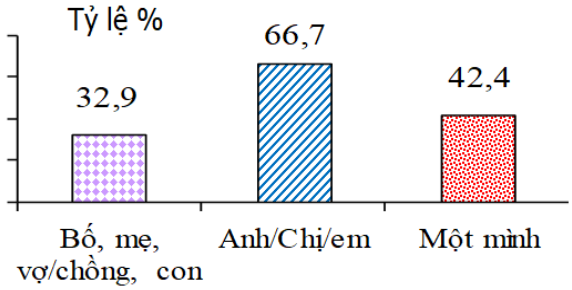
Nhóm tuổi	Số điều tra	Số lượng	Tỷ lệ (%)	p
18-29	15	4	26,7	<0,05
30-39	118	22	18,6	
40-49	196	71	36,2	
≥ 50	57	43	75,4	

Bảng 3.1 cho thấy nhóm tuổi từ 50 tuổi trở lên có tỷ lệ mắc trầm cảm cao nhất (75,4%), tiếp đó là nhóm tuổi 40-49 là 36,2%, nhóm tuổi 18 - 29 tuổi có tỷ lệ trầm cảm chiếm 26,7%; tỷ lệ trầm cảm gặp ở nhóm tuổi từ 30-39 là thấp nhất (18,6%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05

Bảng 3.2. Tỷ lệ mắc trầm cảm của đối tượng theo nghề nghiệp (n=386)

Nghề nghiệp	Số điều tra	Số lượng	Tỷ lệ %	p
Nông dân	73	48	65,8	<0,05
Công nhân	59	5	8,5	
Công chức/Viên chức	5	4	80,0	
Thất nghiệp	29	24	82,8	
Học sinh/Sinh viên	2	2	100	
Lao động tự do	218	57	26,1	

Qua bảng 3.2 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân ARV bị trầm cảm trong nhóm nông dân là 65,8%; nhóm công nhân có 8,5%; nhóm công chức, viên chức có 80%; lao động tự do có 26,1% bị trầm cảm. Có 82,8% người bệnh ARV bị thất nghiệp mắc trầm cảm. 100% người bệnh là học sinh/sinh viên có dấu hiệu trầm cảm.



Biểu đồ 3.3. Tỷ lệ mắc trầm cảm của đối tượng nghiên cứu theo tình trạng sống chung với người khác (n=386)

Qua biểu đồ 3.3 ta thấy tỷ lệ trầm cảm ở nhóm sống chung với anh/chị/em là cao nhất chiếm 66,7%, ở nhóm người bệnh sống 1 mình có 42,4%, nhóm sống chung với bố, mẹ, vợ/chồng, con cái có 32,9% bị trầm cảm. Tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa với p>0,05.

Bảng 3.3. Tỷ lệ mắc trầm cảm theo số năm điều trị ARV và đường lây nhiễm HIV (n=386)

Biến số	Yếu tố	Số điều tra	Số lượng (n=386)	Tỷ lệ (%)	p
Số năm điều trị	Điều trị ≤ 5 năm	80	29	36,2	>0,05
	Điều trị > 5 năm	306	111	36,3	
Đường lây	Lây qua đường máu	96	36	37,5	>0,05
	Lây qua đường tình dục	233	86	36,9	
	Không rõ đường lây	57	18	31,6	

Bảng 3.3 cho thấy tỷ lệ bệnh nhân điều trị trên 5 năm có dấu hiệu trầm cảm chiếm 36,2% ; tỷ lệ ĐTNC điều trị từ 5 năm trở xuống bị trầm cảm chiếm 36,3%. Trong nhóm người bệnh lây nhiễm HIV qua quan hệ tình dục có 36,9% mắc trầm cảm; lây qua đường máu có 37,5% người mắc trầm cảm và không rõ đường lây truyền có 31,6% mắc trầm cảm.

Bảng 3.4. Tỷ lệ mắc trầm cảm của đối tượng theo thu nhập hàng tháng (n=386)

Thu nhập	Số điều tra	Số lượng (n=386)	Tỷ lệ (%)	p
< 1 triệu	65	47	72,3	<0,05
1 đến < 3 triệu	107	61	57,0	
3 đến < 5 triệu	113	19	16,8	
5 đến < 8 triệu	90	11	12,2	
≥ 8 triệu	11	2	18,2	

Kết quả bảng 3.4 cho thấy nhóm đối tượng có mức thu nhập dưới 1 triệu đồng có tỷ lệ mắc trầm cảm cao nhất (72,3%), sau đó đến nhóm từ 1 - dưới 3triệu đồng (57%). Các nhóm 3 - dưới 5 triệu có 16,8%; nhóm từ 5 - dưới 8 triệu là 12,2% và nhóm từ 8 triệu trở lên là 18,2% bị trầm cảm. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05

Bảng 3.5. Tỷ lệ mắc trầm cảm của đối tượng nghiên cứu theo hành vi sử dụng ma túy

Sử dụng ma túy	**Số điều tra**	**Số lượng** (n=386)	**Tỷ lệ %**	**p**
Có sử dụng ma túy	42	25	59,5	<0,05
Không sử dụng ma túy	344	115	33,4	

Bảng 3.5 cho thấy: tỷ lệ trầm cảm ở nhóm không sử dụng ma túy chiếm 33,4%, nhóm có sử dụng ma túy 59,5%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này của chúng tôi là nghiên cứu đầu tiên đánh giá về rối loạn trầm cảm ở người nhiễm HIV đang điều trị ARV được thực hiện tại Thái Bình. Kết quả thu được trong số 386 đối tượng nghiên cứu, qua phỏng vấn bằng thang đánh giá trầm cảm CES-D chúng tôi phát hiện có 140 ĐTNC có dấu hiệu trầm cảm, chiếm tỷ lệ 36,3%. Tỷ lệ này tương đồng với tỷ lệ trầm cảm trong nghiên cứu của Phạm Đình Quyết là 39,2% [5] và một số nghiên cứu khác, 40% ĐTNC có dấu hiệu trầm cảm trong nghiên cứu của Green [7]. Kết quả này cho tỷ lệ trầm cảm trong nhóm bệnh nhân đang điều trị ARV cao hơn nhiều lần so với tỷ lệ trầm cảm chung của cộng đồng trên toàn cầu là 4,4%, tại Việt Nam là 4% theo báo cáo của WHO năm 2017 [11]. Điều này cho thấy việc cần thiết phải thường xuyên sàng lọc các triệu chứng trầm cảm và giới thiệu tới các cơ sở chăm sóc sức khỏe tâm thần cho bệnh nhân ARV tại các cơ sở điều trị HIV/AIDS nhằm làm giảm tác hại của bệnh gây ra.

Tỷ lệ trầm cảm trong nghiên cứu này thấp hơn hẳn so với tỷ lệ trầm cảm sau sinh ở nhóm phụ nữ nhiễm HIV tại nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hoan năm 2016 là 61,8% [4]. Có sự khác biệt này là do nghiên cứu của tác giả chỉ thực hiện trên nhóm phụ nữ nhiễm HIV. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng nhóm phụ nữ nhiễm HIV có nguy cơ mắc trầm cảm sau sinh cao hơn 5 lần so với phụ nữ không nhiễm HIV. Rất tiếc trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự xuất hiện của đối tượng nghiên cứu là phụ nữ sau sinh nên không có sự đánh giá về tỷ lệ mắc trầm cảm của nhóm bệnh nhân này. Tuy nhiên, đây cũng là một điểm cần lưu ý đối với các cơ sở điều trị để chú ý sàng lọc đánh giá trầm cảm đối với các sản phụ nhiễm HIV khi họ tái khám.

Ở nhóm nam giới nhiễm HIV, nghiên cứu của tác giả Catherine Anne Esposito tại 2 thành phố Hà Nội và Thành phố Hồ Chí Minh cho kết quả chỉ có 18,7% đối tượng nghiên cứu có dấu hiệu trầm cảm [6]. Tỷ lệ này cao hơn tỷ lệ trầm cảm ở nam giới Việt Nam nói chung (0,9%) nhưng thấp hơn nhiều so với kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như nghiên cứu của Nguyễn Mạnh Hoan phía trên. Cũng dễ hiểu do nghiên cứu này chỉ thực hiện trên nhóm đối tượng bệnh nhân là nam giới, mà trên thực tế nhiều nghiên cứu và báo cáo trước đây cũng đã chỉ ra tỷ lệ nữ giới mắc trầm cảm phổ biến hơn ở nam giới [11] do nữ giới luôn luôn lo lắng về bệnh tật, sức chịu đựng kém, gánh nặng chăm sóc gia đình, con cái; và một vài yếu tố quan trọng không kém đó là do nội tiết tố chi phối như tiền mãn kinh, mãn kinh khiến cho tỷ lệ trầm cảm của nữ giới luôn có xu hướng cao hơn nam giới.

Về giới tính, trong 140 bệnh nhân có dấu hiệu trầm cảm có 57,9% số đó là nam giới còn lại 42,15 là nữ giới. Nếu chỉ xét theo tỷ lệ này ta sẽ thấy số lượng nam giới trầm cảm nhiều hơn nữ giới. Tuy nhiên, khi xét tỷ lệ trầm theo giới thì nữ giới có 59/158 bệnh nhân nữ có triệu chứng trầm cảm chiếm 37,3% cao hơn so với 81/228 bệnh nhân nam có triệu chứng trầm cảm (35,5%). Kết quả này phù hợp với tỷ lệ mắc theo giới của cộng đồng nói chung và hầu hết các nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân HIV nói riêng. Tác giả Nguyễn Thanh Cao trong Luận án chuyên khoa cấp II của mình khi nghiên cứu về trầm cảm ở người trưởng thành cũng chỉ ra tỷ lệ nữ giới mắc trầm cảm (8,3%) cao hơn ở nam giới chỉ có 1,6% [2].

Trong các nghiên cứu về trầm cảm ở người bệnh HIV, tỷ lệ nữ giới mắc trầm cảm cũng cao hơn nam giới tại nghiên cứu của Trương Thị Hòa [3]. Điều này như đã được lý giải ở trên, nguyên nhân là do phụ nữ thường xuyên lo lắng về sức khỏe, bệnh tật của mình, kèm theo đó là sự ảnh hưởng nội tiết tố trong các giai đoạn tuổi tác và cơ thể gây ra. Tuy nhiên, các kết quả về sự chênh lệch tỷ lệ này cùng với kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Về nhóm tuổi, nghiên cứu của chúng tôi cho tỷ lệ mắc trầm cảm cao nhất ở nhóm tuổi 50 tuổi trở lên với 75,4%. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thanh Cao khi nghiên cứu về thực trạng trầm cảm trong cộng đồng tại Bắc Kạn với tỷ lệ mắc trầm cảm cao gặp ở các nhóm tuổi từ 51 tuổi trở lên [2]. Tuy nhiên nó lại khác biệt khi so sánh với các nghiên của Trương Thị Hòa, độ tuổi mắc trầm cảm chủ yếu là dưới 35 tuổi chiếm 35,89% [3]. Có thể sự khác biệt này do nghiên cứu của tác giả trên

thực hiện tại các tỉnh phía Nam dẫn đến sự khác biệt về mô hình trầm cảm theo nhóm tuổi là khác nhau. Bên cạnh đó, tỷ lệ trầm cảm tăng cao theo nhóm tuổi cũng phù hợp với mô hình trầm cảm chung trong cộng đồng. Hơn nữa, ở những người trẻ tuổi đã điều trị thời gian dài, họ có nhiều bận tâm về công việc và dễ bỏ qua cái nhìn của người xung quanh hơn so với những người bệnh lớn tuổi, nhiều thời gian rảnh, dễ mắc bệnh khác và dễ ảnh hưởng tâm lý hơn. Trong nghiên cứu này sự khác biệt về tỷ lệ trầm cảm giữa các nhóm tuổi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy những người bệnh có thu nhập thấp dưới 1 triệu đồng/tháng và từ 1 -3triệu/tháng hay những người có công việc không ổn định như nông dân, những người thất nghiệp có tỷ lệ mắc trầm cảm cao hơn những nhóm còn lại. Tỷ lệ trầm cảm ở các nhóm này lần lượt là 72,3%, 57%, 65,8%, 82,8%. Cũng dễ hiểu tại sao có tỷ lệ như vậy là do người bệnh công việc không ổn định, tỷ lệ thất nghiệp cao, người có thu nhập thấp có nhiều mối lo lắng đặc biệt là về kinh tế gia đình khiến họ có tâm lý bất ổn, dễ gặp phải những rối loạn trầm cảm. Giống như trong nghiên cứu tại Sông Cầu, tỷ lệ trầm cảm trong nhóm đối tượng không nghề nghiệp chiếm tỷ lệ cao nhất với 18,1% [2]. Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận tỷ lệ trầm cảm cao ở nhóm người bệnh là cán bộ công chức, viên chức với 80%, học sinh/sinh viên là 100%, những người này đa phần giữ kín tình trạng nhiễm của mình với gia đình và xã hội, họ lo sợ ảnh hưởng tới công việc của mình, đặc biệt là khi họ là những cán bộ nhà nước, điều này dẫn tới tâm lý lo lắng, cảm giác thất bại của họ khiến tình trạng trầm cảm có thể xuất hiện. Mặt khác nhóm người bệnh đang làm công chức hay viên chức cũng chiếm số lượng ít, cỡ mẫu nhỏ có thể dẫn tới sự sai lệch về tỷ lệ này. Sự khác biệt về tình trạng trầm cảm giữa các nhóm nghề nghiệp hay giữa các nhóm thu nhập đều là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Trong số 140 bệnh nhân có dấu hiệu trầm cảm, có 17,9% người bệnh có hành vi sử dụng ma túy bao gồm cả điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện bằng methadone. Hầu hết các nghiên cứu trước đây chưa ghi nhận về sự khác biệt về tình trạng trầm cảm giữa 2 nhóm bệnh nhân có sử dụng và không sử dụng ma túy. Có thể do lo ngại việc khai thác thông tin từ đối tượng về việc sử dụng các chất gây nghiện sẽ ảnh hưởng đến sự hợp tác của người bệnh, cũng như sự sai lệch thông tin về kết quả nghiên cứu. Trong nghiên cứu này chúng tôi đã vẫn dụng tối đa những kỹ năng về phỏng vấn, sự tin tưởng của bệnh nhân đối với cán bộ y tế - đa phần là những người đã chăm sóc, hỗ trợ và điều trị cho bệnh nhân trong thời gian dài, cũng như đảm bảo tính bí mật về thông tin khai báo của bệnh nhân. Kết quả cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng trầm cảm giữa những bệnh nhân có sử dụng ma túy và không sử dụng bất kỳ loại ma túy nào. Tuy nhiên cũng không thể loại trừ còn số ít trường hợp chưa khai báo thật sự trung thực về thông tin này.

Với yếu tố đường lây truyền, tỷ lệ trầm cảm trong các nhóm chia theo đường lây cũng tương đương giữa các nhóm với 37,5% ở người bệnh lây qua đường máu, 36,9% ở người lây qua đường tình dục và 31,6% ở nhũng người không rõ đường lây. Tuy nhiên sự khác biệt về tình trạng trầm cảm giữa các nhóm bệnh nhân chia theo đường lây nhiễm HIV này cũng không có ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm ở người bệnh điều trị ARV là 36,3%. Người bệnh nam có tỷ lệ trầm cảm thấp hơn người bệnh nữ (35,5% và 37,3%, p>0,05), nhóm tuổi có tỷ lệ trầm cảm cao nhất là từ 50 tuổi trở lên (75,4%), tỷ lệ thấp nhất ở nhóm 30-39 tuổi chiếm 18,6%. Trong số những người bệnh ARV 82,8% người thất nghiệp; 65,8% nông dân; 26,1% người làm lao động tự do có dấu hiệu trầm cảm. 72,3% có thu nhập dưới 1 triệu; 59,5% những người sử dụng ma túy có dấu hiệu trầm cảm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **BMJ Publishing Group (2018),** Tổng quan về HIV, BMJ Best Practice.
2. **Nguyễn Thanh Cao (2012),** Thực trạng trầm cảm và một số yếu tố nguy cơ đến trầm cảm ở người trưởng thành tại Phường Sông Cầu, thị xã Bắc Kạn năm 2011 và đề xuất một số giải pháp, Bộ Y tế, Đại học Y dược Thái Nguyên.
3. **Trương Thị Hòa (2018),** Rối loạn trầm cảm trên người nhiễm HIV/AIDS ở phòng khám ngoại trú huyện Hóc Môn tại Thành phố Hồ Chí Minh, Viện hàn lâm khoa học quốc gia, Học viện khoa học xã hội.
4. **Nguyễn Mạnh Hoan và Cao Ngọc Thành (2017),** "Sàng lọc trầm cảm sau sinh ở phụ nữ nhiễm HIV tại Việt Nam", Tạp chí Phụ Sản. 15(3), pp. 100-108.
5. **Phạm Đình Quyết, Võ Thị Duyên, Huỳnh Ngọc Vân Anh (2018),** "Trầm cảm và các yếu tố liên quan ở người nhiễm HIV/AIDS đang điều trị ARV", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 22(1), pp. 285-292.
6. **C. A. Esposito, Steel, Z., Gioi, T. M.,, T. T. Huyen và D Tarantola (2009),** "The Prevalence of Depression Among Men Living With HIV

Infection in Vietnam", Am J Public Health. 99(2), pp. 439-444.
7. **Kimberly Green và các cộng sự (2010),** "Integrating Palliative Care Into HIV Outpatient Clinical Settings: Preliminary Findings From an Intervention Study in Vietnam", Journal of Pain and Symptom Management. 40(1), pp. 31-34.
8. **Maria Giulia Nanni và các cộng sự (2015),** "Depression in HIV infected patients: a review", Current psychiatry reports. 17(1), pp. 530.
9. **Jacob K Saravanan B, Jonhson S, et al (2007),** "Belief models in first episode schizophrenia in South India", Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 42(6), pp. 446-451.
10. **Cohen N. L Srinivasan J, Parikh S. V. (2003),** "Patient attitudes regarding causes of depression: implications for psychoeducation", Canadian Journal of Psychiatry. 48(7), pp. 493-495.

ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG BẰNG THANG ĐIỂM HEARTQOL CHO BỆNH NHÂN CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH QUA DA

Phan Thị May*, Phạm Như Hùng* và cs.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định đặc điểm và một số yếu tố liên quan đến chất lượng sống của người bệnh sau can thiệp động mạch vành (ĐMV) qua da bằng thang điểm HeartQoL tại Bệnh Viện Tim Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** mô tả tiến cứu theo dõi dọc 150 người bệnh can thiệp ĐMV qua da tại Bệnh Viện Tim Hà Nội từ 1/6/2020 đến 28/2/2021, sử dụng thang điểm HeartQoL để đánh giá chất lượng cuộc sống (CLCS) tại các thời điểm nghiên cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 63.7 ± 10 tuổi. Tỉ lệ giới nam (66.7%). Điểm trung bình CLCS theo thang điểm HeartQoL tại các thời điểm sau can thiệp (từ 2.1 ± 0.4 đến 2.5 ± 0.3) cao hơn, có sự khác biệt so với trước can thiệp (1.9 ± 0.5) p<0.001. Điểm CLCS thuộc lĩnh vực thể chất (1.9 ± 0.4 đến 2.4 ± 0.4) p< 0.05, điểm thuộc lĩnh vực cảm xúc (2.7 ± 0.4 đến 2.8 ± 0.3) cao hơn lĩnh vực thể chất và cải thiện theo thời gian p<0.05. Còn đau ngực sau can thiệp ảnh hưởng đến chất lượng cuộc của người bệnh. Tình trạng suy tim khó thở theo NYHA có điểm CLCS thấp hơn bệnh nhân không có triệu chứng, nữ giới thấp hơn nam giới. Tuổi < 60 tuổi, bệnh nhân có trình độ học vấn cao có điểm CLCS cao hơn (p<0,05). **Kết luận:** CLCS của người bệnh tốt nhất sau sáu tháng can thiệp ĐMV qua da. Các yếu tố ảnh hưởng đến CLCS bao gồm: giới tính, trình độ học vấn, nhóm tuổi, còn tình trạng đau ngực và suy tim sau can thiệp.

Từ khóa: Chất lượng cuộc sống, HeartQoL, can thiệp động mạch vành qua da

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE IN PATIENTS AFTER PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION BY THE HEARTQOL SCALE

Objectives: The goal of the study was investigated the quality of life for patients after Percutaneous Coronary Intervention (PCI) by HeartQol questionnaire. **Methods & Results**: From June 2020 to February 2021, we prospectively enrolled 150 patients after percutaneous coronary intervention, aged 63.7 ± 10.3 years (66,7% male) were measured by HeartQoL score. The average score of overall quality of life after PCI is singnificantly improved before intervention (2.1 ± 0.4 to 2.5 ± 0.3; p< 0.001). Quality of life score in the physical domain aspects singnificantly improves from 1.9 ± 0.4 before PCI to 2.4 ± 0.4 after PCI (p < 0.05). The sex characteristics, education level, age, chest pain after PCI and NYHA are related to the quality of life of patients after PCI (p < 0.05). **Conclusion :** Our study shows that the majority of patients had improved quality of life after six months of PCI. Sex characteristics, education level, age, chest pain after PCI and NYHA are related to the quality of life of patients.

Keywords: HeartQol, Percutaneous Coronary Intervention, Cardiovascular

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cùng với sự phát triển kinh tế xã hội, vấn đề CLCS được quan tâm nhiều hơn. Hiện nay, xu thế chăm sóc và điều trị chung trên thế giới không chỉ giải quyết vấn đề về bệnh lý mạch vành mà cần quan tâm giải quyết tổng thể các yếu tố tác động, ảnh hưởng lên chất lượng sống của người bệnh. Hiện nay có khá nhiều thang điểm, bộ công cụ đánh giá CLCS như bộ câu hỏi SF-36, Macnew, Seattle Angina, thang điểm HeartQoL. Bộ câu hỏi HeartQoL đánh giá mức độ ảnh hưởng của bệnh lý mạch vành sau can thiệp lên các lĩnh vực hoạt động thể chất, lĩnh vực cảm xúc của người bệnh. Đánh giá CLCS của người bệnh sau can thiệp ĐMV qua da là cần thiết, quan trọng, qua đó giúp nhân viên y tế có cách nhìn tổng quát hơn, giúp người bệnh có CLCS tốt hơn cả về thể chất lẫn tinh thần. Tại Việt Nam, việc sử dụng thang điểm HeartQoL để đánh giá CLCS của người bệnh sau can thiệp ĐMV qua da chưa được áp dụng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu là xác định đặc điểm CLCS ở người bệnh sau can thiệp

**Bệnh viện Tim Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị May
Email: maypt.vthn@gmail.com
Ngày nhận bài: 28.6.2021
Ngày phản biện khoa học: 23.8.2021
Ngày duyệt bài: 30.8.2021

ĐMV qua da bằng thang điểm HeartQoL và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến CLCS của những người bệnh này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: bệnh nhân được can thiệp ĐMV qua da tại Bệnh Viện Tim Hà Nội từ tháng 6/2020 đến hết tháng 2/2021.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, bệnh nhân bị các tình trạng nặng phải điều trị Hồi sức, tử vong và không được theo dõi đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu và cách tiến hành. Nghiên cứu mô tả tiến cứu có so sánh trước sau can thiệp, cỡ mẫu thuận tiện.

Công cụ nghiên cứu: Bộ câu hỏi theo thang điểm HeartQoL.

Các bước tiến hành: Phỏng vấn và lập phiếu đồng thuận tham gia nghiên cứu trước can thiệp. Thời gian phỏng vấn sau can thiệp (1 tháng, 3 tháng và 6 tháng).

Các chỉ tiêu nghiên cứu và đánh giá: 10 câu đánh giá CLCS thuộc lĩnh vực thể chất, 4 câu đánh giá CLCS thuộc lĩnh vực cảm xúc. Điểm đánh giá câu hỏi theo các mức từ 0 đến 3. Mức 0 (ảnh hưởng rất nhiều), mức 1 (ảnh hưởng nhiều), 2 (ảnh hưởng rất ít), 3 (không ảnh hưởng). Điểm càng cao tương ứng với mức độ ảnh hưởng ít tương ứng với chất lượng sống càng tốt.

Xử lý thống kê bằng chương trình SPSS phiên bản 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		**Đối tượng nghiên cứu** (n=150)	
		Số lượng (n)	**Tỷ lệ (%)**
Tuổi	Nhóm <60	44	29.3
	Nhóm 60-80	98	65.3
	Nhóm >80	8	5.3
	Tuổi trung bình (± SD)	63.7 ± 10	
Giới	Nam	100	66.7
	Nữ	50	33.3
Trình độ học vấn	Cấp 3 trở xuống	122	81.3
	Trung cấp trở lên	28	18.7

Tuổi trung bình là 63.7 ±10 tuổi, tuổi từ 60-80 tuổi có tỉ lệ cao nhất chiếm 66%. Trình độ học vấn cấp 3 trở xuống có tỉ lệ 81,3%. Nam (66.7%) nhiều hơn nữ (33.3%).

3.2. Điểm chất lượng cuộc sống của người bệnh can thiệp mạch vành

Bảng 2. Sự thay đổi điểm chất lượng cuộc sống theo thang điểm HeartQoL của người bệnh trước và sau can thiệp tại thời điểm nghiên cứu

Điểm CLCS \ **Thời điểm**		**Trước Can thiệp(1)** (n = 150)	**Sau 1 tháng(2)** (n = 150)	**Sau 3 tháng(3)** (n = 150)	**Sau 6 tháng(4)** (n = 150)
HeartQoL ($\bar{X}$ ±SD) max,min	Theo thể chất	1.6 ± 0.6 (0.3 – 3.0)	1.9±0.4(0.6-2.7)	2.2 ± 0.5(0.6-3)	2.4±0.4(1.3-3)
			p (1-2)<0.001	**p (1-3)<0.001**	**p (1-4)<0.001**
	Theo cảm xúc	2.4 ± 0.3 (1.5 – 3.0)	2.7±0.4(1- 3)	2.7 ± 0.4(1-3)	2.8 ± 0.3(1-3)
			p (1-2)< 0.001	**p (1-3)< 0.001**	**p(1-4) <0.001**
	Tổng điểm	1.9 ± 0.5 (0.6 – 3.0)	2.17±0.4(1.0-2.8)	2.3±0.4(1-3)	2.5±0.3(1.2-3)
			p(1-2)< 0.001	**p (1-3)< 0.001**	**p (1-4)< 0.001**

p*: Paired Samples T Test

Điểm trung bình CLCS theo HeartQoL tại các thời điểm nghiên cứu sau can thiệp (2.1 ± 0.4 đến 2.5 ± 0.3) cao hơn và có sự khác biệt so với trước can thiệp (p<0.001). Điểm CLCS thuộc lĩnh vực thể chất sau can thiệp cải thiện tăng dần theo thời gian (1.9 ± 0.4 đến 2.4 ± 0.4), điểm cảm xúc (2.7 ± 0.4 đến 2.8 ± 0.3) tăng cao ngay sau 1 tháng sau đó ổn định ở tháng thứ 3 và tháng thứ 6 (p<0,001). Điểm CLCS thuộc lĩnh vực thể chất thấp hơn điểm CLCS thuộc lĩnh vực cảm xúc.

3.3. Các yếu tố liên quan đến chất lượng sống của người bệnh sau can thiệp động mạch vành qua da

Bảng 3. Mối liên quan giữa điểm HeartQoL với tuổi, giới tính và học vấn

Yếu tố \ **Thời điểm**		**Điểm HeartQoL** (n=150)			
		Trước Can thiệp (n = 150)	**Sau can thiệp 1 tháng** (n = 150)	**Sau can thiệp 3 tháng** (n = 150)	**Sau can thiệp 6 tháng** (n = 150)
Độ tuổi	< 60(1) (n=44)	2.0±0.4(1.2-2.6)	2.3±0.4(1.1-2.8)	2.5±0.4(1.5-3)	2.7±0.4(1.2-3)
	60-80(2)(n=98)	1.9±0.5(0.6-3.0)	2.1±0.3(1-2.8)	2.3±0.4(1-3)	2.5±0.3(1.4-3)

	>80(3) (n=8)	1.4±0.4(0.7-2.0)	2.0±0.3(1.2-2.4)	2.1±0.5(1-2.7)	2.4±0.2(2-2.7)
	p*	**$p_{(1-2-3)}$ =0.01**	**$p_{(1-2-3)}$ =0.03**	**$p_{(1-2-3)}$ =0.02**	**$p_{(1-2-3)}$ =0.03**
	p**	$p_{(1-2)}$ = 0.07	**$p_{(1-2)}$ = 0.004**	**$p_{(1-2)}$ = 0.006**	**$p_{(1-2)}$ = 0.001**
Giới	Nam(1)(n=100)	1.9±0.5(0.6-3.0)	2.2±0.3(1.0-2.8)	2.4±0.5(1.0-3.0)	2.6±0.3(1.4-3.0)
	Nữ(2) (n = 50)	1.8±0.4(0.6-2.6)	2.0±0.3(1.1-2.6)	2.3±0.4(1.3-3.0)	2.4±0.4(1.3-2.9)
	p*	$p_{(1-2)}$ = 0.6	**$p_{(1-2)}$ < 0.001**	$p_{(1-2)}$ = 0.2	**$p_{(1-2)}$ <0.001**
	p**	$p_{(1-2)}$ = 0.4	**$p_{(1-2)}$<0.001**	$p_{(1-2)}$ = 0.08	**$p_{(1-2)}$ = 0.001**
Trình độ học vấn	Cấp 3 trở xuống(1)	1.8±0.5(0.6-2.7)	2.1±0.4(1.0-2.8)	2.3±0.4(1.0-3.0)	2.5±0.3(1.3-3.0)
	Trung cấp trở lên(2)	2.0±0.4(1.4-3.0)	2.3±0.3(1.6-2.8)	2.5±0.4(1.4-3.0)	2.7±0.2(2.2-3.0)
	p*	**$p_{(1-2)}$ = 0.04**	**$p_{(1-2)}$ = 0.008**	**$p_{(1-2)}$ = 0.03**	**$p_{(1-2)}$ = 0.02**
	p**	$p_{(1-2)}$ =0.08	**$p_{(1-2)}$ = 0.007**	**$p_{(1-2)}$ = 0.03**	**$p_{(1-2)}$ = 0.02**

p*: One Way – ANOVA, independent sample T-Test, ; p**: Correlate.

Điểm HeartQoL có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi (p<0.05), bệnh nhân dưới 60 tuổi có điểm HeartQoL cao nhất (từ 2.0 ± 0.4 lên 2.7±0.4).

Điểm HeartQoL theo giới tính có sự khác biệt ở thời điểm sau can thiệp 1 tháng và 6 tháng (p <0.001). Điểm CLCS của nữ (từ 1.8 ± 0.4 đến 2.4 ± 0.4) thấp hơn nam (từ 1.9 ± 0.5 đến 2.6 ± 0.3). Giới tính có liên quan đến điểm HeartQoL của người bệnh sau can thiệp 1 tháng và 6 tháng (p<0.05). Tại thời điểm 3 tháng, đặc điểm giới tính không liên quan đến điểm HeartQoL của người bệnh (p>0.05).

Trình độ học vấn từ cấp ba trở xuống có điểm HeartQoL (1.8 ± 0.4 đến 2.5 ± 0.3) thấp hơn so với người bệnh có trình độ học vấn cao hơn (2.0 ± 0.3 đến 2.7 ± 0.2) p < 0.05.

Bảng 4. Mối liên quan giữa điểm HeartQoL với tình trạng đau ngực, suy tim theo NYHA và tình trạng sức khỏe

Yếu tố \ Thời điểm		**Điểm HeartQoL** (n=150)			
		Trước Can thiệp	**Sau can thiệp 1 tháng**	**Sau can thiệp 3 tháng**	**Sau can thiệp 6 tháng**
Đau ngực	Không đau(1)	2.2±0.5(1.2-3.0)	2.2±0.3(1.0-2.8)	2.5±0.4(1.0-3.0)	2.6±0.3(1.5-3.0)
	Có đau(2	1.8±0.5(0.6-2.6)	2.0±0.3(1.1-2.8)	2.0±0.5(1.0-3.0)	2.3±0.4(1.2-3.0)
	p*	**$p_{(1-2)}$ =0.01**	**$p_{(1-2)}$ < 0.001**	**$p_{(1-2)}$ < 0.001**	**$p_{(1-2)}$ < 0.001**
	p**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Theo NYHA	Không suy tim(1)	2.2±0.3(1.4-3)	2.2±0.3(1.0-2.8)	2.4±0.4(1.2-3.0)	2.6±0.3(1.4-3.0)
	I (2)	1.8±0.1(1.6-2.1)	2.0±0.3(1.5-2.5)	2.2±0.5(1.0-2.8)	2.3±0.4(1.7-2.8)
	II (3)	1.5±0.1(1.3-2.1)	1.9±0.3(1.1-2.5)	2.0±0.4(1.1-2.9)	2.2±0.4(1.2-2.8)
	III (4)	0.9±0.2(0.6-1.4)	1.9±0.1(1.7-2.0)	1.7±0.6(1.0-2.2)	1.9±0.2(1.6-2.2)
	p*	**$p_{(1-2-3-4)}$< 0.001**	**$p_{(1-2-3-4)}$ =0.004**	**$p_{(1-2-3-4)}$< 0.001**	**$p_{(1-2-3-4)}$< 0.001**
	p**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**	**<0.001**
Theo cảm nhận sức khỏe	Tệ (1)	1.7±0.1(1.5-1.8)	1.2±0.3(0.6-1.7)	1.6±0.3(1.2-2.5)	2.6± 0
	Bình thường(2)	1.8 ±0.5(0.6-2.7)	1.9±0.4(0.8-2.7)	2.3±0.4(1.0-3.0)	2.5±0.3(1.2-3.0)
	Tốt(3)	2.1±0.3(1.4-2.7)	2.3±0.3(1.7-2.7)	2.7±0.2(2.0-3.0)	2.7±0.2(2.3-3.0)
	p*	**$p_{(1-2-3)}$ =0.07**	**$p_{(1-2-3)}$< 0.001**	**$p_{(1-2-3)}$<0.001**	**$p_{(1-2-3)}$< 0.001**
	p**	**0.03**	**<0.001**	**<0.001**	**0.007**

p*: One Way – ANOVA, independent sample T-Test ; p** : Correlate

Điểm HeartQoL có sự khác biệt giữa có triệu chứng đau ngực và không đau ngực tại các thời điểm trước và sau can thiệp (p<0.05), không đau ngực có điểm CLCS (2.2 ± 0.3 đến 2.6 ± 0.3) cao hơn nhóm đau ngực (2.0 ± 0.3 đến 2.3 ± 0.4).

Tình trạng suy tim theo NYHA có sự khác biệt (p< 0.05) tại các thời điểm trước và sau can thiệp, không có triệu chứng suy tim sau can thiệp có điểm CLCS (2.2 ± 0.3 đến 2.6 ± 0.3), NYHA độ III có điểm CLCS thấp (1.7 ± 0.6 đến 1.9 ± 0.1).

Điểm CLCS về tình trạng sức khỏe giữa các nhóm trước can thiệp không có sự khác biệt (p>0.05), có sự khác biệt giữa các nhóm sau can thiệp (p< 0.001).

Bảng 5. Đặc điểm lâm sàng liên quan đến chất lượng cuộc sống

Đặc điểm \ Thời điểm		**Trước can thiệp(1) (**n = 150)	**Sau 1 tháng(2)** (n = 150)	**Sau 3 tháng(3)** (n = 150)	**Sau 6 tháng(4)** (n = 150)
NYHA (n,%)	Không	91(60.7)	109(72.7)	114 (76)	117 (78)
	Độ I	12 (8)	14 (9.3)	10 (6.7)	10 (6.7)

	Độ II	30 (20)	23 (15.3)	23 (15.3)	20 (13.3)
	Độ III - IV	17 (11.4)	4 (2.7)	3 (2.0)	3 (2.0)
	p	--	**$p_{(1-2)}$ <0.001**	**$p_{(1-3)}$ <0.001**	**$p_{(1-4)}$ < 0.001**
Đau ngực (n,%)	Có	29 (10.7)	52 (34.7)	47 (31.3)	34 (22.7)
	không	121 (89.3)	98 (65.3)	103 (68.7)	116 (77.3)
	p	--	**$p_{(1-2)}$ <0.001**	**$p_{(1-3)}$ 0.003**	$p_{(1-4)}$ 0.38
Theo cảm nhận sức khỏe (n,%)	Tệ	8 (5.3)	14 (9.3)	10(6.7)	1 (0.7)
	Bình thường	128 (85.3)	115 (76.7)	115(76.7)	127 (84.7)
	Tốt	14 (9.4)	21 (14)	25(16.6)	22 (21)
	p*	--	$p_{(1-2}$ =0.8	$p_{(1-3)}$ =0.15	**$p_{(1-4)}$ =0.01**

p*: Paired Samples T Test.

Tình trạng suy tim phân độ theo NYHA sau can thiệp có sự khác biệt so với thời điểm trước can thiệp (p<0.001). Tình trạng đau ngực sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng có sự khác biệt so với trước can thiệp (p<0.05). Tình trạng sức khỏe sau can thiệp 6 tháng có sự khác biệt so với trước can thiệp (p<0.05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Kết quả (bảng 1) cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là 63.7 ± 10 tuổi. kết quả này tương tự một số nghiên cứu trên thang điểm khác, Nguyễn Thị Kim Sáng - Trung tâm MEDIC nghiên cứu "Chất lượng cuộc sống sau can thiệp ĐMV trên bệnh nhân hội chứng vành cấp hoặc bệnh tim thiếu máu cục bộ dựa trên bộ câu hỏi Seattle Angina" năm 2019, độ tuổi trung bình là 65 ± 11.6 [1]. Như vậy phân bố tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi là phù hợp. Bệnh nhân có trình độ học vấn cấp 3 trở xuống chiếm tỉ lệ cao 81,3%, trình độ trung cấp trở lên chiếm 18.7%. Giới nam (66.7%) nhiều hơn gấp 2 lần so với nữ giới (p<0.001).

4.2. Chất lượng cuộc sống của người bệnh sau can thiệp mạch vành qua da. Kết quả (bảng 2), điểm HeartQoL tại thời điểm sau can thiệp (2.1 ± 0.4 đến 2.5 ± 0.3) cao hơn so với trước can thiệp (1.9 ± 0.5). Điểm CLCS lĩnh vực thể chất sau can thiệp (1.9 ± 0.4 đến 2.4 ± 0.4) có sự khác biệt giữa các thời điểm (p<0.001). Điểm CLCS lĩnh vực cảm xúc (2.7 ± 0.4 đến 2.8 ± 0.3), có sự khác biệt tại các thời điểm sau can thiệp (p<0.001). Như vậy, CLCS của người bệnh hồi phục dần và tốt nhất tại thời điểm 6 tháng sau can thiệp. Các yếu tố liên quan đến bệnh và can thiệp ảnh hưởng nặng nề nhất từ lúc nhập viện đến sau 1 tháng, thời điểm 3 tháng trở đi các yếu tố này giảm dần. Kết quả này của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu khác, Darvispour cho thấy CLCS của người bệnh trước và sau can thiệp 3 tháng có sự khác biệt (p< 0.001) [2].

4.3. Các yếu tố liên quan đến chất lượng cuộc sống của người bệnh sau can thiệp động mạch vành qua da. Kết quả (bảng 3) cho thấy điểm HeartQoL giữa các nhóm tuổi trước và sau can thiệp có sự khác biệt (p< 0.05), bệnh nhân dưới 60 tuổi có điểm HeartQoL cao nhất (từ 2.0 ± 0.4 lên 2.7 ± 0.4). Nhóm bệnh >80 tuổi có điểm HeartQoL thấp nhất. Như vậy, nhóm tuổi có liên quan chặt chẽ tới điểm HeartQoL của người bệnh tại các thời điểm sau can thiệp p<0.05. Kết quả này cũng phù hợp với các nghiên cứu khác, Ruijie Li cho thấy CLCS của người bệnh sau can thiệp ĐMV qua da giảm theo tuổi với giá trị p< 0.001 [5]. Can thiệp ĐMV qua da giúp người bệnh cao tuổi cải thiện đáng kể về bệnh tuy nhiên sự phục hồi về hoạt động thể chất thường chậm hơn so với những bệnh nhân trẻ tuổi có can thiệp ĐMV qua da [6].

Kết quả (bảng 3), điểm HeartQoL theo giới tính có sự khác biệt ở thời điểm sau can thiệp 1 tháng và 6 tháng (p<0.001). Điểm HeartQoL của nữ (từ 1.8 ± 0.4 đến 2.4 ± 0.4) thấp hơn nam (1.9 ± 0.5 đến 2.6 ± 0.3), sau can thiệp 1 tháng và 6 tháng có sự khác biệt (p<0.05). Tại thời điểm 3 tháng, đặc điểm giới tính không liên quan đến điểm CLCS của người bệnh (p>0.05). Như vậy, giới tính có liên quan đến CLCS của người bệnh. Nữ giới có điểm HeartQoL thấp hơn nam giới đặc biệt ở lĩnh vực thể chất. Bệnh nhân nữ trẻ mắc bệnh ĐMV cấp tính có điểm CLCS thuộc lĩnh vực thể chất và tinh thần kém hơn so với nam giới [3]. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy CLCS của nữ giới thấp hơn so với nam giới ở các lĩnh vực thể chất, cảm xúc và mối quan hệ xã hội trong vòng 6 tháng đầu sau can thiệp [4]. Điều này thường do phụ nữ ít được hỗ trợ xã hội, phải đảm nhận nhiều vai trò hơn ở nơi làm việc và ở nhà so với nam giới.

Kết quả (bảng 3), trình độ học vấn từ cấp ba trở xuống có điểm HeartQoL (1.8 ± 0.4 đến 2.5 ± 0.3) thấp hơn so với người bệnh có trình độ học vấn cao hơn (2.0 ± 0.3 đến 2.7 ± 0.2) p < 0.05. Đặc điểm trình độ học vấn của đối tượng nghiên cứu có liên quan, ảnh hưởng đến điểm

CLCS của người bệnh sau can thiệp ĐMV qua da, người có trình độ học vấn cao hơn có điểm CLCS cao hơn. Mối quan hệ này đã chỉ ra trong nhiều nghiên cứu [7]. Như vậy, giáo dục thay đổi thái độ và kiến thức của con người đối với sức khỏe và có thể dẫn đến cải thiện CLCS.

Kết quả (bảng 4 và 5) cho thấy điểm CLCS có sự khác biệt giữa có triệu chứng đau ngực và không đau ngực tại các thời điểm trước và sau can thiệp (p<0.05). Nhóm không đau ngực tại mỗi thời điểm nghiên cứu có điểm HeartQoL (2.2 ± 0.3 đến 2.6 ± 0.3) cao hơn nhóm đau ngực (2.0 ± 0.3 đến 2.3 ± 0.4). Tình trạng đau ngực sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng có sự khác biệt so với trước can thiệp với giá trị p<0.05. Không có sự khác biệt so với thời điểm sau can thiệp 6 tháng. Như vậy, triệu chứng đau ngực sau can thiệp có ảnh hưởng đến CLCS của người bệnh. Một số nghiên cứu cho thấy nữ giới có tình trạng đau ngực tái phát nhiều hơn so với nam giới. Triệu chứng đau thắt ngực kéo dài sẽ ảnh hưởng rất lớn đến CLCS của người bệnh đặc biệt trong lĩnh vực thể chất [8]. Một nghiên cứu khác cũng cho thấy chi phí điều trị cho bệnh nhân đau thắt ngực sau can thiệp gấp 1,8 lần so với chi phí điều trị cho bệnh nhân không có triệu chứng đau thắt ngực sau can thiệp với giá trị p<0.001 [9]. Đau ngực sẽ khiến người bệnh hoạt động thể chất giảm sút, chi phí điều trị tăng cao, nguy cơ tái hẹp trong stent, tinh thần người bệnh lo lắng,... Chính vì vậy làm cho CLCS của người bệnh giảm sút.

Kết quả (bảng 4 và 5), tình trạng suy tim phân độ theo NYHA có sự khác biệt giữa các nhóm (p< 0.05) tại các thời điểm trước và sau can thiệp. Điểm CLCS của nhóm không có triệu chứng suy tim sau can thiệp có điểm CLCS (2.2 ± 0.3 đến 2.6 ± 0.3), NYHA độ III có điểm CLCS thấp (1.7 ± 0.6 đến 1.9 ± 0.1). Như vậy, tình trạng suy tim phân độ theo NYHA có liên quan đến CLCS của người bệnh sau can thiệp ĐMV qua da.

Kết quả (bảng 4 và 5), điểm CLCS về tình trạng sức khỏe giữa các nhóm trước can thiệp không có sự khác biệt (p>0.05), có sự khác biệt giữa các nhóm sau can thiệp (p< 0.001). Tình trạng sức khỏe sau can thiệp 6 tháng có sự khác biệt so với trước can thiệp (p<0.05). Không có sự khác biệt ở thời điểm 1 tháng và 3 tháng sau can thiệp với p>0.05. Điểm CLCS giữa các nhóm có tình trạng sức khỏe tệ, bình thường và tốt tại các thời điểm sau can thiệp 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng có sự khác nhau (p< 0.05). Nhóm sức khỏe tệ có điểm HeartQoL (1.2 ± 0.3 đến 2.6) thấp hơn các nhóm khác. Staniute nhận thấy tình trạng sức khỏe người bệnh cảm thấy mệt mỏi (tệ, rất tệ) là yếu tố quan trọng, quyết định đến CLCS của bệnh nhân mắc bệnh lý ĐMV [10]. Nghiên cứu này của chúng tôi một lần nữa nói lên tình trạng sức khỏe của người bệnh là yếu tố quyết định quan trọng nhất đối với điểm HeartQoL hay nói cách khác sức khỏe ảnh hưởng lớn tới chất lượng cuộc sống của người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân sau sáu tháng can thiệp ĐMV qua da có CLCS tốt theo thang điểm HeartQoL, giai đoạn này ít bị ảnh hưởng của quá trình can thiệp. Các yếu tố còn tồn tại của bệnh như đau ngực, suy tim khó thở theo NYHA, và các yếu tố không do bệnh như tình trạng sức khỏe, đặc điểm giới tính và trình độ học vấn có liên quan đến CLCS của người bệnh sau can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Kim Sáng (2019),** Nghiên cứu Chất lượng cuộc sống của bệnh nhân sau can thiệp mạch vành trên bệnh nhân hội chứng vành cấp hoặc bệnh tim thiếu máu cục bộ dựa trên bộ câu hỏi SeatAngina. Tạp chí tim mạch học.
2. **Darvishpour, A., et al.(2017),** Factors associated with quality of life in patients undergoing coronary angioplasty. Int J Health Sci (Qassim). **11**(4): p. 35-41.
3. **Yinko, S.S.L.L., et al.(2014),** Health&#x 2010; Related Quality of Life in Premature Acute Coronary Syndrome: Does Patient Sex or Gender Really Matter? **3**(4): p. e000901.
4. **Jankowska-Polańska, B., et al.(2016),** Sex differences in the quality of life of patients with acute coronary syndrome treated with percutaneous coronary intervention after a 3-year follow-up. Patient Prefer Adherence, **10**: p. 1279-87.
5. **Li, R., et al.(2012),** Quality of life after percutaneous coronary intervention in the elderly with acute coronary syndrome. International Journal of Cardiology, **155**(1): p. 90-96.
6. **Shan, L., A. Saxena, and R. McMahon (2014),** A systematic review on the quality of life benefits after percutaneous coronary intervention in the elderly. Cardiology, **129**(1): p. 46-54.
7. **Yazdani-Bakhsh, R., et al. (2016),** Comparison of health-related quality of life after percutaneous coronary intervention and coronary artery bypass surgery. ARYA Atheroscler, **12**(3): p. 124-131.
8. **Holubkov, R., et al.(2002)** Angina 1 year after percutaneous coronary intervention: A report from the NHLBI Dynamic Registry. American Heart Journal, **144**(5): p. 826-833.
9. **Ben-Yehuda, O., et al.(2016),** Angina and associated healthcare costs following percutaneous coronary intervention: a real-world analysis from a multi-payer database. **88**(7): p. 1017-1024.