

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bướu tuyến nước bọt chiếm khoảng 3-6% bướu vùng đầu và cổ với tần suất là 0,4-13,5 ca trên 100.000 người mỗi năm. Khoảng 80% bướu tuyến nước bọt là lành tính, chủ yếu gặp ở các tuyến nước bọt chính; trong đó 81,7% ở tuyến mang tai, 19,3% ở tuyến dưới hàm, tuyến dưới lưỡi và các tuyến nước bọt phụ.¹

Bướu tuyến mang tai thường đa dạng và phức tạp. Theo Phân loại bướu tuyến nước bọt của Tổ chức Y tế Thế giới (2022), có 15 loại bướu lành tính và 22 loại bướu ác tính. Loại bướu lành tính thường gặp là bướu tuyến đa dạng và bướu tuyến đơn dạng (bướu Warthin); loại bướu ác tính thường gặp là carcinôm nhầy-bì. Triệu chứng, dấu chứng của bướu tuyến mang tai giai đoạn sớm thường nghèo nàn trong khi phân loại mô bệnh học của bướu tuyến nước bọt đa dạng và phức tạp nên gặp nhiều khó khăn trong việc phân biệt giữa các loại bướu lành tính cũng như giữa bướu lành tính và ác tính. Ngoài ra, nếu không được chẩn đoán và điều trị sớm, bướu tuyến nước bọt ở giai đoạn muộn có biến chứng hoặc thoái hóa ác gây nhiều khó khăn cho việc điều trị và tiên lượng cũng kém hơn.

Có nhiều cận lâm sàng để chẩn đoán bướu tuyến nước bọt. Siêu âm là một phương pháp ít tốn kém, an toàn và phổ biến rộng rãi để đánh giá bướu tuyến nước bọt mang tai. Ngoài ra siêu âm còn được dùng để hướng dẫn thực hiện FNA. CT Scan hay MRI cũng được sử dụng để chẩn đoán bướu tuyến mang tai được sử dụng để phát hiện bướu tuyến mang tai nằm ở thùy nông. Tuy nhiên, các cận lâm sàng này rất khó để chẩn đoán phân biệt giữa các bướu lành tính và ác tính.

FNA được chỉ định để đánh giá ban đầu khối u tuyến mang tai. Ưu điểm của kỹ thuật này là ít xâm lấn, kỹ thuật đơn giản, cho kết quả nhanh, có thể được thực hiện ở bệnh nhân ngoại trú và nguy cơ biến chứng thấp. Qua phân tích tổng hợp 70 nghiên cứu mô tả về FNA dưới hướng dẫn của siêu âm, Liu và cộng sự (2016)² ghi nhận FNA dưới hướng dẫn của siêu âm tuyến mang tai có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 88,2% và 99,5% và kết luận FNA có độ nhạy tương đối và độ đặc hiệu cao trong việc phân biệt bướu lành tính và ác tính ở tuyến mang tai. Nghiên cứu trong nước của tác giả Bùi Kim Ngân (2021)³ ghi nhận giá trị của FNA trong chẩn đoán bướu tuyến mang tai có độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 100% và 93,3%. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm Đánh giá giá trị

phương pháp chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) dưới hướng dẫn của siêu âm trong việc chẩn đoán phân biệt bướu tuyến nước bọt mang tai lành tính và ác tính.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả hồ sơ bệnh án của 252 bệnh nhân đến khám và điều trị tại Bệnh viện Ung Bướu TP.HCM từ tháng 01/2022 đến tháng 06/2023 có chẩn đoán bướu tuyến mang tai.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu

○ Bệnh nhân có đủ hồ sơ bệnh án tại bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2022 đến 06/2023;

○ Bệnh nhân có kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật là bướu tuyến mang tai;

○ Bệnh nhân có xét nghiệm FNA dưới hướng dẫn của siêu âm trước điều trị, có làm giải phẫu bệnh.

- Tiêu chuẩn loại trừ

○ Bệnh nhân đã từng điều trị ung thư đầu-cổ;

○ Bệnh nhân không đủ thông tin hồ sơ bệnh án, làm giải phẫu bệnh.

- Quy trình thực hiện

○ Chọn bệnh nhân phù hợp với tiêu chuẩn chọn bệnh;

○ Ghi nhận thông tin, đặc điểm lâm sàng, kết quả FNA trước phẫu thuật;

○ Đối chiếu kết quả FNA với kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật.

2.2 Biến số nghiên cứu: - Biến số nền: giới tính, tuổi, lý do nhập viện, tiền sử.

- Biến số kết quả: kết quả FNA, kết quả mô bệnh học.

2.3 Xử lý thống kê. Các kết quả thu thập được ghi vào phiếu thu thập thống nhất, nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 16.0. Tương quan được xem là có ý nghĩa thống kê khi phép kiểm có $p < 0,05$. Các thống kê được thực hiện với độ tin cậy 95%, với sai lầm loại 1 là 5%.

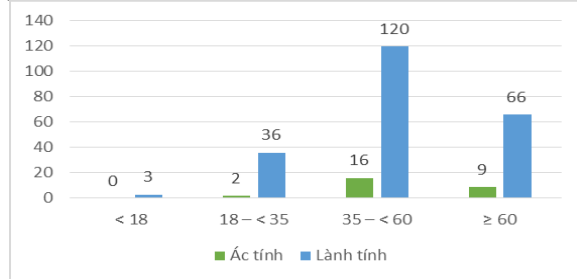
2.4 Ý đức. Nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu từ Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh số 671/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 20/07/2023 và Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Ung Bướu thành phố Hồ Chí Minh số 680/BVUB-HĐĐĐ ngày 13/10/2023

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi của bệnh nhân dao động từ 16-86 tuổi, trung bình là $50,5 \pm 14,6$ tuổi. Nhóm tuổi 35 đến dưới 60 tuổi chiếm tỷ lệ

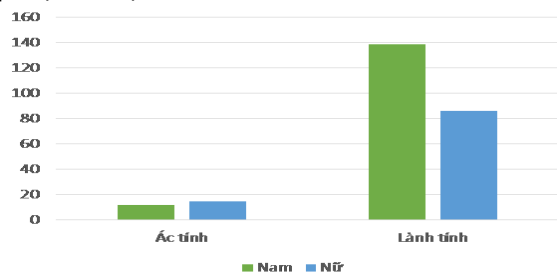
cao nhất (54,0%), thấp nhất là nhóm tuổi <18 tuổi với 1,2% (Biểu đồ 3.1).

*Kiểm định Fisher's chính xác, $p=0,690>0,05$.



Trong tổng số 252 trường hợp bướu tuyến mang tai, 60% phát hiện ở nam giới và 40% phát hiện ở nữ giới, tần suất nam:nữ là 1,5:1. Ở nam giới, bướu tuyến mang tai lành tính chiếm 92,1%, bướu tuyến mang tai ác tính chiếm 7,9%. Ở nữ giới, bướu tuyến mang tai lành tính chiếm 85,1%, bướu tuyến mang tai ác tính chiếm 14,9% (Biểu đồ 3.2).

*Kiểm định Fisher's chính xác, $p=0,082>0,05$.



Biểu đồ 3.2 Phân bố bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính theo giới

Bảng 3.1 Kết quả chẩn đoán bướu tuyến mang tai bằng FNA

Đặc điểm (n=261)	n	Tỷ lệ (%)
Lành tính		
Bướu tuyến đa dạng	127	53,4
Bướu Warthin	107	45
Bướu nhú trong ống	1	0,4
Bướu phồng bào	1	0,4
Bướu tuyến tế bào đáy	1	0,4
Bướu tuyến dạng nang	1	0,4
Tổng cộng	238	100
Âc tính		
Carcinôm nhầy-bì	15	68,2
Carcinôm tế bào túi tuyến	3	13,6
Carcinôm bọc dạng tuyến	2	9,0
Carcinôm tế bào gai	1	4,6
Bướu tuyến nước bọt ác tính dạng không xác định	1	4,6
Tổng cộng	22	100

Không xác định

Không có tế bào bất thường	1	100
----------------------------	---	-----

Trong 261 bướu (9 ca có bướu hai bên) được thực hiện FNA có 91,2% cho kết quả là lành tính, 8,4% cho kết quả ác tính và 0,4% không xác định được. Đối với nhóm bệnh nhân có kết quả FNA lành tính, bướu thường gặp nhất là bướu tuyến đa dạng (53,4%), tiếp đến là bướu Warthin (45%), các bướu còn lại hiếm gặp. Đối với các bướu tuyến mang tai có kết quả FNA ác tính, carcinôm nhầy-bì chiếm tỷ lệ cao nhất (68,2%) (Bảng 3.1).

Bảng 3.2 Đối chiếu chẩn đoán bướu lành và ác tính tuyến nước bọt giữa FNA và mô bệnh học

Kết quả FNA (n=260)	Mô bệnh học sau phẫu thuật n (%)			p
	Âc tính	Lành tính	Tổng	
Âc tính	20 (90,9)	2 (9,1)	22 (100,0)	p<0,001
Lành tính	7 (2,9)	231 (97,1)	238 (100,0)	

Kiểm định Fisher's chính xác

Trong số 260 bướu (loại trừ 1 bướu không xác định được do không đủ vật liệu từ FNA), mức độ tương hợp giữa chẩn đoán tế bào học và mô bệnh học ở nhóm lành tính là 97,1% và ở bướu ác tính là 90,9%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p<0,001$) (Bảng 3.2).

Bảng 3.3 Giá trị FNA trong chẩn đoán phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính

Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị chẩn đoán dương	Giá trị chẩn đoán âm	Độ chính xác
74,1%	99,1%	90,9%	97,1%	96,5%

Kết quả FNA trong chẩn đoán phân biệt bướu tuyến mang tai lành tính và ác tính có độ nhạy 74,1%, độ đặc hiệu 99,1%. Giá trị chẩn đoán dương là 90,9%, giá trị chẩn đoán âm là 97,1%. Độ chính xác đạt giá trị cao là 96,5% (Bảng 3.3).

IV. BÀN LUẬN

Bướu tuyến nước bọt thường phổ biến ở nam giới. Kết quả của các nghiên cứu trước đây về sự phân bố giới tính của bướu tuyến nước bọt rất khác nhau. Một số nghiên cứu cho thấy xuất độ ở nữ cao hơn nhưng một số nghiên cứu khác lại cho thấy nam giới cao hơn. Sự phân bố ở độ tuổi trong nghiên cứu này tương tự nghiên cứu tác giả Nguyễn Đức Tuấn (2024)⁴ cho kết quả độ tuổi trung bình là $47,1 \pm 17,3$ tuổi và của tác giả

Selcuk Yildiz (2021)⁵ với cỡ mẫu là 204 bệnh nhân trong độ tuổi từ 13-83 tuổi với độ tuổi trung bình của những người tham gia nghiên cứu là $49,14 \pm 14,47$. Kết quả này cũng gần giống như các nghiên cứu khác đưa ra trên thế giới, cũng cho thấy tần suất cao hơn ở người lớn và trung niên. Do bướu tuyến mang tai là loại bướu có diễn tiến lâm sàng lâu dài và không gây ra nhiều triệu chứng lâm sàng ảnh hưởng đến bệnh nhân nên bệnh nhân thường phát hiện bệnh muộn.

Nghiên cứu của chúng tôi sử dụng hệ thống phân loại bướu tuyến nước bọt của Tổ chức Y tế Thế giới năm 2022 và hệ thống Milan về việc quản lý bướu tuyến nước bọt. Trong trường hợp thực hiện FNA trên bướu tuyến mang tai trong nghiên cứu này cho kết quả bướu lành tính chiếm đa số 91,2%, bướu ác tính chiếm 8,4% và 0,4% không xác định được. Các tỷ lệ này phù hợp với các tài liệu nghiên cứu trước đó.

Trong nghiên cứu này, bướu tuyến đa dạng chiếm 55,0% các trường hợp bướu lành tính và chiếm 53,4% trong các trường hợp bướu tuyến mang tai. Tiếp đến là bướu Warthin chiếm 45,0%, mỗi loại bướu nhú trong ống, bướu phòng bào, bướu tuyến tế bào đáy, bướu tuyến dạng nang xuất hiện một trường hợp chiếm 0,4% mỗi loại. Điều này phù hợp với kết quả đặc điểm hình thái trong nghiên cứu của tác giả Bùi Kim Ngân (2021)³ bướu lành tính thường gặp nhất là bướu tuyến đa dạng chiếm 35,0% và bướu Warthin chiếm 21,6%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của Cunha (2023), đối với bướu lành tính, bướu tuyến đa dạng xuất hiện nhiều nhất với 70,9%, tiếp đến là bướu Warthin chiếm 15,4%.

Carcinôm nhầy-bì là bướu ác tính thường gặp nhất chiếm 68,2% các loại bướu ác tính, tiếp đến là carcinôm tế bào túi tuyến chiếm 13,6%, carcinôm bọc dạng tuyến chiếm 9% và carcinôm tế bào gai và tổn thương nghi ngờ ác tính chiếm 4,6%. Điều này tương tự với kết quả nghiên cứu của Takahama (2009) carcinôm nhầy-bì là bướu ác tính phổ biến nhất. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này bướu phổ biến tiếp theo là carcinôm bọc dạng tuyến và các loại bướu còn lại có tần suất xuất hiện thấp như nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đánh giá giá trị của FNA trong biệt chẩn đoán phân biệt giữa bướu lành tính và ác tính: độ nhạy của phương pháp là 74,1%; độ đặc hiệu 99,1%; giá trị tiên đoán âm 97,1%, giá trị tiên đoán dương 90,9% và độ chính xác 96,5%. So sánh với các nghiên cứu khác, giá trị của FNA trước phẫu thuật được các tác giả báo cáo có độ chênh lệch nhất định. Trong các báo cáo gần đây, độ nhạy và độ

đặc hiệu của các nghiên cứu dao động trong khoảng 59,09% đến 98,3% và 93,3% đến 99,5%. Theo nghiên cứu của Carrie Liu và cộng sự (2016) đánh giá hệ thống đã đưa ra 70 nghiên cứu đáp ứng tiêu chí và cho kết quả độ nhạy 88,2% và độ đặc hiệu 99,5%. Hanege và cộng sự (2020) cho rằng các giá trị chẩn đoán phân biệt bướu lành tính và bướu ác tính ở tuyến mang tai có độ đặc hiệu, độ nhạy, giá trị tiên đoán dương tính, giá trị tiên đoán âm tính và độ chính xác của FNA lần lượt là 98%, 90%, 86%, 98% và 97%. Trong nghiên cứu của Rahim Dhanani và cộng sự (2020) cho thấy độ nhạy 88,9%, độ đặc hiệu 97,9%, giá trị tiên đoán dương tính 93%, giá trị tiên đoán âm tính 96,7% và độ chính xác chẩn đoán 95,8%. Selcuk Yildiz và cộng sự (2021) thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá giá trị của FNA trong việc chẩn đoán bướu ác tính cho kết quả độ nhạy, độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị tiên đoán dương tính, âm tính tương ứng lần lượt là: 59,09%, 97,85%, 93,75%, 76,47% và 95,29%. Ashwag Alwagdani và cộng sự (2021) cho kết quả độ chính xác của FNA để phát hiện bệnh ác tính là độ nhạy 85,7%, độ đặc hiệu 93,8%, giá trị tiên đoán dương tính 75% và giá trị tiên đoán âm tính 96,7%. Với nghiên cứu của Mourouzis (2023) độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm và độ chính xác trong chẩn đoán bướu tuyến đa dạng lần lượt là: 98,3%, 87,5%, 98,3%, 87,5% và 97,1%. Ở Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Kim Chi và cộng sự (2012)⁶ cho thấy độ nhạy 50,6%, độ đặc hiệu 98,1%, giá trị tiên đoán dương 88,2%, giá trị tiên đoán âm 87,7% và độ chính xác 87,7%, các giá trị này thấp hơn các giá trị của chúng tôi do nghiên cứu của chúng tôi do trong vài năm gần đây, việc thực hiện FNA dưới hướng dẫn của siêu âm góp phần tăng tính chính xác của FNA.

V. KẾT LUẬN

Áp dụng FNA dưới hướng dẫn siêu âm như một quy trình thường quy trong chẩn đoán trước phẫu thuật bướu tuyến mang tai vì đây là một phương pháp an toàn, ít xâm lấn, chi phí thấp và có giá trị trong chẩn đoán bướu lành tính cũng như chẩn đoán phân biệt bướu lành tính và ác tính của tuyến mang tai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gontarz M, Bargiel J, Gąsiorowski K, et al. Epidemiology of Primary Epithelial Salivary Gland Tumors in Southern Poland-A 26-Year, Clinicopathologic, Retrospective Analysis. *J Clin Med*. Apr 13 2021;10(8):doi:10.3390/jcm10081663

2. Liu CC, Jethwa AR, Khariwala SS, Johnson J, Shin JJ. **Sensitivity, Specificity, and Posttest Probability of Parotid Fine-Needle Aspiration: A Systematic Review and Meta-analysis.** Otolaryngol Head Neck Surg. Jan 2016; 154(1):9-23. doi:10.1177/0194599815607841
3. Bùi KN. Tổng kết kết quả chọc hút bằng kim nhỏ (FNA) u tuyến mang tai đối chiếu với giải phẫu bệnh sau mổ tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM cơ sở 1 và cơ sở 2 năm 2020-2021. . Luận văn Thạc sĩ. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2021.
4. Tuấn ND, Hồng NT, Trường BX. DỊCH TỄ VÀ LÂM SÀNG UNG THƯ TUYẾN NƯỚC BỌT. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;536(1)
5. Yildiz S, Seneldir L, Karaca CT, Toros SZ. Fine-needle aspiration cytology of salivary gland tumors before the Milan system: ten years of experience at a tertiary Care Center in Turkey. Medeniyet Medical Journal. 2021;36(3):233.
6. Chi NTK. Giá trị của chọc hút bằng kim nhỏ và cắt lạnh trong chẩn đoán bướu tuyến nước bọt Tạp chí Ung thư học Việt Nam. 2012;4:125-130.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG CỦA UỐNG MALTODEXTRIN TRƯỚC MỔ LÊN THỂ TÍCH TỒN LƯU VÀ PH DỊCH DẠ DÀY Ở PHẪU THUẬT NỘI SOI PHỤ KHOA

Trần Thị Tươi^{1,2}, Nguyễn Đức Lam^{2,3},
Mai Trọng Hưng³, Đỗ Văn Lợi¹, Nguyễn Thị Sim¹

TÓM TẮT

Nghiên cứu can thiệp lâm sàng, ngẫu nhiên, có đối chứng được tiến hành trên 70 bệnh nhân mổ nội soi phụ khoa được chia thành hai nhóm: Nhóm CHO được uống 600 ml dung dịch maltodextrin 15% đêm trước phẫu thuật và thêm 300 ml dung dịch tương tự đến 2 giờ trước phẫu thuật và nhóm FAST nhịn ăn uống qua đêm theo phác đồ. Thể tích tồn lưu dịch dạ dày được đánh giá qua siêu âm hang vị trước gây mê và pH dịch dạ dày được đo qua bút thử PH8414 thương hiệu Total Meter sau gây mê. Kết quả: Thể tích tồn lưu dịch dạ dày không khác biệt nhau giữa 2 nhóm với $p=0,57$ (22,6 ml ở nhóm CHO so với 15,7 ml ở nhóm FAST); phân độ tồn lưu dịch dạ dày dưới siêu âm theo Perlas cũng không có sự khác biệt ($p=0,42$); không có bệnh nhân nào xảy ra tình trạng trào ngược khi khởi mê. PH dịch dạ dày của nhóm CHO sau khởi mê cao hơn nhóm FAST (3,34 so với 2,99), nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p=0,11$. Kết luận uống 300 ml dung dịch maltodextrin 15% trước khởi mê 2 giờ là an toàn, không làm tăng thể tích tồn lưu dịch dạ dày và không làm giảm pH dịch dạ dày ở các bệnh nhân phẫu thuật nội soi phụ khoa theo chương trình. **Từ khóa:** Maltodextrin, thể tích tồn lưu dạ dày, pH dịch dạ dày, nội soi phụ khoa.

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTS OF PREOPERATIVE MALTODEXTRIN INTAKE ON GASTRIC RESIDUAL VOLUME AND GASTRIC PH IN GYNECOLOGIC LAPAROSCOPIC SURGERY

A randomized, controlled clinical intervention

study was conducted on 70 patients undergoing gynecologic laparoscopic surgery. The patients were divided into two groups: the CHO group intaked 600 ml of a 15% maltodextrin solution the night before surgery and an additional 300 ml of the same solution up to 2 hours before surgery, while the FAST group fasted overnight according to standard protocol. Gastric residual volume (GRV) was assessed via antral ultrasound before anesthesia, and gastric pH was measured using the PH8414 pH meter (Total Meter brand) after anesthesia induction. Results: Gastric residual volume did not differ significantly between the two groups ($p = 0.57$; 22.6 ml in the CHO group vs. 15.7 ml in the FAST group). The Perlas ultrasound grading of gastric residual volume also showed no significant difference ($p = 0.42$). No patients experienced aspiration during anesthesia induction. The gastric pH in the CHO group was higher than in the FAST group (3.34 vs. 2.99), but the difference was not statistically significant ($p = 0.11$). Conclusion: Intaking 300 ml of a 15% maltodextrin solution 2 hours before anesthesia induction is safe, does not increase gastric residual volume, and does not significantly reduce gastric pH in patients undergoing gynecologic laparoscopic surgery.

Keywords: Maltodextrin, gastric residual volume, gastric pH, gynecologic laparoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, phác đồ uống carbohydrate trước phẫu thuật là khuyến cáo của hầu hết các Hiệp hội Gây mê trên thế giới và cả Hiệp hội Phục hồi sớm sau phẫu thuật. Có nhiều loại dung dịch carbohydrate khác nhau được sử dụng trên lâm sàng, trong đó dung dịch maltodextrin là loại được sử dụng phổ biến nhất. Maltodextrin là loại đường đa, không ngọt, có nguồn gốc từ thực vật. Việc tiêu hóa và hấp thu của maltodextrin là kéo dài hơn so với đường đơn khiến cho thời gian để hấp thu maltodextrin vào máu kéo dài hơn và do đó ít làm tăng đường huyết chu phẫu

¹Bệnh viện Đại học Phenikaa

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh Viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Tươi

Email: tuoiitt@phenikaamec.vn

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

hơn so với đường đơn. Ngoài ra việc uống dung dịch maltodextrin trước phẫu thuật còn mang lại nhiều lợi ích khác cho bệnh nhân như làm giảm đề kháng insulin sau phẫu thuật, duy trì khối lượng cơ và sức cơ của cơ thể, nhanh phục hồi chức năng ruột.

Tuy nhiên thực tế tại nhiều bệnh viện ở Việt Nam, bệnh nhân vẫn còn phải nhịn ăn uống kéo dài đến 10 đến 12 giờ, đồng thời chưa có sự thống nhất giữa các phác đồ nhịn ăn uống của các ổ sở y tế. Và một trong những rào cản đó là nỗi lo ngại về việc uống dung dịch maltodextrin trước gây mê sẽ làm tăng thể tích tồn lưu dạ dày và thay đổi pH dịch dạ dày dẫn đến nguy cơ cao hít sặc khi khởi mê. Những nghiên cứu đa trung tâm cho thấy việc uống maltodextrin là an toàn và chưa ghi nhận về biến chứng nguy hiểm này.

Đã có nhiều phương pháp đánh giá thể tích dịch dạ dày tồn lưu như đo lượng dịch qua sonde dạ dày, qua nội soi, qua siêu âm, CT, MRI... Trong đó phương pháp đo xạ hình dạ dày nhấp nháy là tiêu chuẩn vàng để đánh giá, tuy nhiên lại tốn kém, phức tạp và khó áp dụng rộng rãi. Siêu âm hang vị dạ dày là phương pháp có nhiều ưu điểm nổi trội như: thuận tiện, an toàn, dễ thực hiện, có thể áp dụng rộng rãi và có tính chính xác cao (tương quan với xạ hình dạ dày với $r=0,8$).

Cho đến nay, Việt Nam vẫn chưa có công trình nghiên cứu nào sử dụng siêu âm để khảo sát thể tích tồn lưu dạ dày và đo pH dạ dày trên các bệnh nhân phẫu thuật nội soi phụ khoa. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "*Đánh giá tác dụng của uống maltodextrin trước mổ lên thể tích tồn lưu và pH dịch dạ dày ở phẫu thuật nội soi phụ khoa*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 04/2024 - tháng 09/2024, tại khoa Gây mê hồi sức, Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội.

2.2. Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi lựa chọn được 70 bệnh nhân được phẫu thuật phụ khoa nội soi theo chương trình, có độ tuổi từ 18 – 80, phân độ ASA 1-2 chia làm 2 nhóm bằng bốc thăm ngẫu nhiên:

+ Nhóm CHO: Bệnh nhân được ăn bữa cuối trước 19 giờ ngày trước phẫu thuật. Sau đó bệnh nhân được cung cấp 600 ml dung dịch maltodextrin 15% (Tên thương mại: Nước uống Carberas, 1 chai chứa 45g maltodextrin trong 300ml dung dịch) sản xuất bởi công ty CP đầu tư và thương mại IAP, số đăng ký: 01/KLIFE/2023), bệnh nhân uống từ từ và phải uống hết trước 0h

ngày phẫu thuật. Thời điểm 2 giờ trước gây mê, bệnh nhân được cung cấp 300ml dung dịch maltodextrin 15%, bệnh nhân phải uống hết trong vòng 10 phút.

+ Nhóm FAST: Bệnh nhân thực hiện theo chế độ nhịn ăn uống thường quy trên 8 giờ trước phẫu thuật.

Chúng tôi loại trừ ra khỏi nghiên cứu các bệnh nhân: Tiền sử đái tháo đường, đang có thai, béo phì nặng ($BMI > 35 \text{ kg/m}^2$), đang điều trị corticosteroid trên 3 tháng, đang dùng các thuốc ảnh hưởng đến nhu động ruột và thuốc ảnh hưởng tới pH dạ dày trong vòng 3 ngày trước phẫu thuật, tiền sử trào ngược dạ dày thực quản hoặc đã phẫu thuật dạ dày- thực quản, phẫu thuật cấp cứu, không đặt được sonde dạ dày và các bệnh nhân không thể uống hết 300ml dung dịch maltodextrin trước 2 giờ phẫu thuật.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện 35 bệnh nhân cho mỗi nhóm.

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu. Tại thời điểm 30 phút trước gây mê, 1 bác sĩ gây mê tiến hành siêu âm hang vị dạ dày để đánh giá thể tích tồn lưu dạ dày ở 2 nhóm. Người thực hiện siêu âm là một bác sĩ Gây mê hồi sức có chứng chỉ siêu âm cơ bản. Tất cả bệnh nhân được gây mê theo phác đồ của Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. Nếu thể tích tồn lưu dạ dày khi siêu âm trên 1,5 ml/kg, ngưỡng nguy cơ cao dạ dày đầy, chúng tôi sẽ tạm ngưng phẫu thuật 30 phút, sau đó đánh giá lại cho tới khi thấy thể tích dưới ngưỡng nguy cơ thì mới khởi mê. Nếu bệnh nhân có thể tích tồn lưu dạ dày dưới ngưỡng nguy cơ, chúng tôi sẽ gây mê toàn thân. Khi khởi mê xong, tiến hành đặt 1 ống sonde dạ dày đường mũi hoặc đường miệng phù hợp. Hút dịch dạ dày và đo pH dạ dày bằng bút đo pH trong vòng 10 phút đầu tiên trong phẫu thuật.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu. Các số liệu được ghi nhận lại trong phiếu theo dõi nghiên cứu.

Các số liệu sẽ được phân tích và xử lý bằng chương trình SPSS 25.0.

Các biến định lượng được biểu thị kết quả trung bình, độ lệch chuẩn, trung vị. Các biến định tính biểu thị tần số, tỷ lệ phần trăm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	Nhóm	Nhóm	Nhóm	P
	CHO	FAST		

		(n=35)	(n=35)	
Tuổi (năm)	(X±SD)	37,6±12,9	39,2±11,7	0,74
	Min-Max	18-67	20-65	
Cân nặng (kg)	(X±SD)	51,5±8,9	53,1±8,4	0,45
	Min-Max	41-65	45-68	
Chiều cao (cm)	(X±SD)	157,7±5,8	155,2±6,2	0,21
	Min-Max	145-171	143-167	
BMI (kg/m²)	(X±SD)	20,9±2,9	22,1±2,7	0,19
	Min-Max	17,1-26,3	18-26,5	
ASA	I	23	20	0,52
	II	12	15	
Loại phẫu thuật	U buồng trứng	20(57%)	22(62,8%)	0,64
	Bóc u xơ tử cung	9(25,7%)	8(22,9%)	
	Cắt tử cung	6(17,3%)	5(14,3%)	

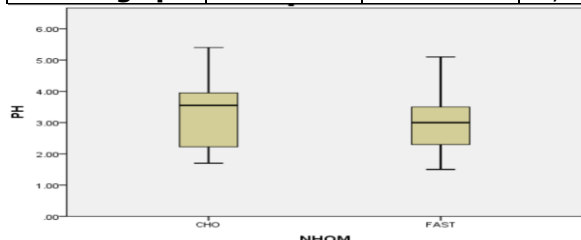
Bảng 2: Thể tích tồn lưu dịch dạ dày dưới siêu âm

	Nhóm can thiệp CHO (n=35)	Nhóm chứng FAST (n=35)	P
Diện tích ngang hang vị CSA (cm ²)*	4,5 (4-5,8)	4,2 (3,2-5,7)	0,34
Thể tích tồn lưu dịch dạ dày (ml) *	22,6 (6,1-38,2)	15,7 (2,5-35,4)	0,57
Thể tích tồn lưu dịch dạ dày theo (ml/kg) #	0,62±0,4	0,54±0,3	0,4
Thể tích tồn lưu dịch dạ dày (ml) (Min-Max)	0-86,4	0-130,2	

Chú thích: * là thể hiện số trung vị và khoảng tứ phân vị, # là thể hiện số trung bình

Bảng 3: Phân độ tồn lưu dịch dạ dày dưới siêu âm và nguy cơ hít sặc ở 2 nhóm bệnh nhân

Đặc điểm	Nhóm CHO (n=35)(%)	Nhóm FAST (n=35)(%)	P
Phân độ Perlas	Độ 0	13(37,1)	0,42
	Độ 1	22(62,9)	
	Độ 2	0(0)	
Thể tích dạ dày >1,5ml/kg	1(2,9)	1(2,9)	>0,05
Trào ngược	0	0	>0,05



Biểu đồ 1: Sự phân bố pH dịch dạ dày sau gây mê ở 2 nhóm bệnh nhân

Bảng 4: Độ PH dịch dạ dày sau khởi mê ở 2 nhóm

Đặc điểm		Nhóm CHO (n=35)	Nhóm FAST (n=35)	P
PH dịch dạ dày	(X±SD)	3,34±1,08	2,99±1,06	0,11
	Min- Max	1,7-5,4	1,5-5,1	

Nhận xét: pH dịch dạ dày sau khởi mê không bị giảm đi sau khi uống dung dịch maltodextrin tại thời điểm sau khởi mê.

Tại nhóm can thiệp CHO, pH dịch dạ dày sau gây mê trung bình là 3,34±1,08 cao hơn so với nhóm chứng FAST là 2,99±1,06, tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với p=0,11.

IV. BÀN LUẬN

Bảng 1 cho thấy các bệnh nhân ở 2 nhóm khá tương đồng nhau về các đặc điểm chung như tuổi, cân nặng, chiều cao, chỉ số BMI, phân độ ASA và loại phẫu thuật. Điều này giúp cho việc đánh giá thể tích tồn lưu dịch dạ dày và pH dịch dạ dày ở 2 nhóm bệnh nhân là khách quan và giảm được ảnh hưởng đến kết quả nghiên cứu. Trong các chỉ số này, chỉ số BMI có ảnh hưởng quan trọng đến thời gian làm rỗng dạ dày và thể tích tồn lưu dạ dày. Bệnh nhân càng béo phì thì thời gian làm rỗng dạ dày càng chậm. Nghiên cứu của Shiraishi T. đo thể tích tồn lưu dạ dày bằng MRI trên 20 bệnh nhân cho thấy có sự tương quan giữa thể tích tồn lưu dạ dày với chỉ số BMI với $r = 0,6$.¹ Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số BMI của 2 nhóm đa số nằm trong giới hạn bình thường và không có sự khác biệt với p=0,19.

Về đánh giá thể tích tồn lưu dịch dạ dày trước khởi mê qua siêu âm hang vị dạ dày ở 2 nhóm ta thấy: Thể tích tồn lưu dịch dạ dày ở nhóm CHO là 22,6 ml cao hơn nhóm FAST là 15,7 ml, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,57. Thể tích tồn lưu dịch dạ dày tính theo cân nặng cũng không có sự khác biệt nhau giữa 2 nhóm với p=0,4 (0,62 ml/kg ở nhóm CHO so với 0,54 ml/kg ở nhóm FAST). Kết quả này tương tự kết quả của các tác giả Lý Huyền Hòa², Đỗ Nguyễn Trọng Nhân³, Hà Ngọc Chi⁴.

Về phân độ tồn lưu dịch dạ dày dưới siêu âm (Perlas) và nguy cơ hít sặc cho thấy: không có bệnh nhân nào bị trào ngược hay hít sặc khi gây mê. Chúng tôi có 2 trường hợp cần chờ đợi làm giảm thể tích tồn lưu dịch dạ dày để khởi mê do thể tích tồn lưu dạ dày theo cân nặng > 1,5 ml/kg (1 bệnh nhân thuộc nhóm chứng FAST và 1 bệnh nhân thuộc nhóm can thiệp CHO). Ở cả 2 nhóm, đa số các bệnh nhân có phân độ theo Perlas mức độ 1, sau đó là độ 0. Không có bệnh

nhân nào nhóm CHO và 1 bệnh nhân nhóm FAST thuộc độ 2. Đây là bệnh nhân béo phì với BMI 26,5 kg/m². Không có sự khác biệt về phân độ tồn lưu dịch dạ dày dưới siêu âm giữa 2 nhóm với p=0,42. Kết quả này cũng tương tự các tác giả Lý Huyền Hòa², Đỗ Nguyễn Trọng Nhân³, Bisinotto⁵, Cho E.A. và CS⁶.

Uống maltodextrin 15% cũng không làm thay đổi pH dịch dạ dày sau khởi mê: ở nhóm can thiệp CHO có pH là 3,34±1,08 cao hơn nhóm chứng FAST là 2,99±1,06 nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với p=0,11. Việc nhịn đói kéo dài làm tăng bài tiết hormone Gastrin và làm tăng acid dạ dày, giảm pH dạ dày. Do đó việc bổ sung maltodextrin trước phẫu thuật giúp giảm thời gian nhịn ăn kéo dài, giúp giảm tính acid của dạ dày. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự kết quả nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới khác như Yagci⁷, Tudor-Drobjewski⁸.

V. KẾT LUẬN

Việc uống 600 ml dung dịch maltodextrin 15% đêm trước phẫu thuật và 300 ml dung dịch tại thời điểm 2 giờ trước phẫu thuật đối với các bệnh nhân phẫu thuật nội soi phụ khoa theo chương trình là an toàn, không làm tăng thể tích tồn lưu dịch dạ dày và không làm thay đổi pH dịch dạ dày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Shiraishi T., Kurosaki D., Nakamura M., et al (2017). "Gastric Fluid Volume Change After Oral

Rehydration Solution Intake in Morbidly Obese and Normal Controls: A Magnetic Resonance Imaging-Based Analysis". *Anesth Analg*, 124 (4), 1174-1178.

2. Lý Huyền Hòa, Nguyễn Thị Quý (2020). "Đánh giá thể tích tồn lưu dạ dày của dung dịch maltodextrin uống 2 giờ trước gây mê". *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 24 (3), trang 76 – 82
3. Đỗ Nguyễn Trọng Nhân, Nguyễn Thị Thanh (2020). "Đánh giá thể tích tồn lưu dạ dày của dung dịch maltodextrin 25% uống 2 giờ trước gây mê". *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 24 (3), trang 119 - 126.
4. Hà Ngọc Chi, Nguyễn Thị Thanh (2021). "Đánh giá thể tích tồn lưu dạ dày bằng siêu âm sau uống Maltodextrin 12,5% trước gây mê trên bệnh nhân phẫu thuật cắt đại tràng", *Thư viện đại học Y dược TP Hồ Chí Minh*
5. Bisinotto F.M.B., Naves Aline de Araújo, Peixoto Ana Cristina Abdu, et al, (2017), "Use of ultrasound for gastric volume evaluation after ingestion of different volumes of isotonic solution", *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*, 67 (4), pp. 376-382.
6. Cho E.A, Huh J., Lee S.H., Ryu K.H., et al, (2021), "Gastric Ultrasound Assessing Gastric Emptying of Preoperative Carbohydrate Drinks: A Randomized Controlled Noninferiority Study", *Anesthesia & Analgesia*, 133 (3), pp. 690-697.
7. Yagci G, Can M. F, Ozturk E, et al (2008). "Effects of preoperative Carbohydrate loading on glucose metabolism and gastric contents in patients undergoing moderate surgery: a randomized, controlled trial". *Nutrition*, 24 (3), 212-6
8. Tudor-Drobjewski BA, Marhofer P, Kimberger O, Huber WD, Roth G, Triffterer L. Randomised controlled trial comparing preoperative carbohydrate loading with standard fasting in paediatric anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2018 Sep;121(3):656-661

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG CỦA CÁC BỆNH NHÂN VÔ SINH DO VỎI TỬ CUNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thị Tâm Lý², Nguyễn Ngọc Chiến², Nguyễn Đức Thắng¹,
Đặng Thị Minh Nguyệt¹, Nguyễn Tuấn Minh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân vô sinh do tắc vòi tử cung tại bệnh viện phụ sản trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 212 bệnh nhân vô sinh do vòi tử cung điều trị tại Bệnh viện Phụ

sản Trung ương từ tháng 8/2023 đến tháng 4/2024.

Kết quả: Vô sinh thứ phát chiếm 57,5%, vô sinh nguyên phát chiếm 42,5% trong số các bệnh nhân tắc vòi tử cung. Độ tuổi trung bình ở nhóm vô sinh nguyên phát là 29,3 ± 4,2 tuổi, ở nhóm vô sinh thứ phát là 33,4 ± 5,3 tuổi. Tiền sử có phẫu thuật tiểu khung ở nhóm vô sinh thứ phát là 32%, nhóm vô sinh nguyên phát là 14,4%. Tỷ lệ tiền sử nhiễm chlamydia, tỷ lệ tắc 2 vòi ở nhóm vô sinh thứ phát lần lượt là 83,6% và 90,2%, tỷ lệ này ở nhóm vô sinh nguyên phát là 82,2% và 91,1%. Phần lớn các bệnh nhân không có dấu hiệu bất thường khi thăm khám lâm sàng. Loạ vòi tử cung là vị trí tần suất tắc gặp cao nhất với 70%, tắc đoạn bóng chiếm 13,2%, tắc ở eo và tắc kẽ lần lượt 8,9% và 7,9%. **Kết luận:** Tỷ lệ có tiền sử phẫu thuật tiểu khung ở nhóm vô sinh thứ phát cao hơn so với nhóm vô sinh nguyên phát trong

¹Bệnh viện Phụ Sản trung ương

²Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec

³Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Minh

Email: tuanminh0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

khí tỉ lệ tiền sử nhiễm chlamydia và tỉ lệ tắc cả 2 vòi trứng tương đương nhau ở 2 nhóm. Vị trí tắc vòi tử cung hay gặp nhất là ở đoạn loa vòi với tỉ lệ 70%.

Từ khóa: Vô sinh, tắc vòi tử cung, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

SOME CLINICAL CHARACTERISTICS OF INFERTILITY PATIENTS DUE TO TUBAL OBSTRUCTION TREATED AT NATIONAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

Objective: To describe the clinical characteristics of patients with infertility due to tubal obstruction at the National Obstetrics and Gynecology Hospital. **Subjects and Methods:** Cross-sectional description of 212 patients with infertility due to fallopian tubes treated at National hospital of obstetrics and gynecology from August 2023 to April 2024. **Results:** Secondary infertility accounted for 57.5%, while primary infertility accounted for 42.5% in infertile patients due to tubal reason. The average age in the primary infertility group was 29.3 ± 4.2 years old, and in the secondary infertility group, it was 33.4 ± 5.3 years old. A history of pelvic surgery was present in 32% of the secondary infertility group and 14.4% of the primary infertility group. The rate of Chlamydia infection and bilateral tubal obstruction in the secondary infertility group were 83.6% and 90.2%, respectively. These rates in the primary infertility group were 82.2% and 91.1%. Most patients show no abnormal signs during clinical examination. Blockage at the fimbriae of the fallopian tube was the most common location with 70%, blockage at the ampulla was 13.2%, the isthmus and interstitial blockage were 8.9% and 7.9%, respectively. **Conclusion:** The rate of a history of pelvic surgery was higher in the secondary infertility group compared to the primary infertility group, while the rates of Chlamydia infection and bilateral tubal obstruction were similar between the two groups. Most patients show no abnormal signs during clinical examination. Blockage at the fimbriae of the fallopian tube was the most common location with the rate of 70%. **Keywords:** Infertility, tubal obstruction, laparoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vô sinh là tình trạng một cặp vợ chồng không thể có thai sau một năm quan hệ tình dục đều đặn và không sử dụng biện pháp tránh thai. Vô sinh nguyên phát (vô sinh I) là tình trạng cặp vợ chồng chưa từng có thai, trong khi vô sinh thứ phát (vô sinh II) xảy ra khi cặp vợ chồng đã có con nhưng không thể mang thai lại trong 12 tháng. Tại Việt Nam, vô sinh đang trở thành vấn đề y tế đáng lo ngại, tỷ lệ vô sinh hiện nay là khoảng 7,7%. Tỷ lệ vô sinh thứ phát tăng 15-20% mỗi năm và chiếm hơn 50% tổng số trường hợp vô sinh [1]. Tắc vòi tử cung là nguyên nhân phổ biến gây vô sinh ở nữ, chiếm 75,4% trong vô sinh thứ phát và 20-25% tổng số vô sinh [2]. Tổn thương vòi tử cung có thể do các viêm

nhiễm đường sinh dục, tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung, lạc nội mạc tử cung,... Nhằm tìm hiểu sâu hơn về nhóm bệnh nhân này chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân vô sinh do tắc vòi tử cung tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhân được chẩn đoán vô sinh
- Có kết quả chụp TC-VTC có tổn thương ít nhất một vòi tử cung

- Được can thiệp mổ nội soi tại Bệnh viện PSTW

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, cắt ngang
- Cỡ mẫu. Tính cỡ mẫu dựa trên công thức ước lượng một tỷ lệ trên một quần thể:

$$\frac{p(1-p)}{d^2}$$

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

Trong đó: $Z_{(1-\alpha/2)}$: là giá trị từ phân bố chuẩn ở mức $\alpha/2$, được tính dựa trên mức ý nghĩa thống kê; $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$

+ d: độ chính xác tuyệt đối mong muốn với $d = 0,07$

+ p: tỷ lệ vô sinh do tắc vòi tử cung. Theo nghiên cứu của Nông Thị Hồng Lê năm 2013 tại Bệnh viện phụ sản Trung ương, tỷ lệ này là 40,7% [3] $\rightarrow p = 0,407$

Thay vào công thức ta có n tối thiểu 189. Trong nghiên cứu này, từ tháng 8/2023 đến tháng 4/2024 có 212 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân tắc vô sinh do tắc vòi tử cung.

3.1.1. Phân loại vô sinh ở các bệnh nhân tắc vòi tử cung



■ Vô sinh loại I ■ Vô sinh loại II

Biểu đồ 1. Phân loại vô sinh ở bệnh nhân tắc vòi tử cung

Nhận xét: Vô sinh thứ phát (vô sinh II) chiếm tỷ lệ 57,5%, cao hơn tỉ lệ vô sinh nguyên phát (vô sinh I) là 42,5%.

3.1.2. Đặc điểm về tuổi

Bảng 1. Tuổi trung bình các bệnh nhân vô sinh do tắc vòi tử cung

Đặc điểm	Vô sinh I (n=90) ⁽¹⁾		Vô sinh II (n=122) ⁽²⁾		Tổng số (n=212)		p ⁽¹⁻²⁾
	N	%	N	%	N	%	
Tuổi							
Trung bình (Min-Max)	29,3±4,2 20-40		33,4±5,3 21-47		31,7±5,3 20-47		<0,01

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 31,7 ± 5,3 tuổi, tuổi thấp nhất là 20 tuổi và cao tuổi nhất 47 tuổi. Nhóm tuổi 25 - 29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 34,0%, tiếp đến là các nhóm tuổi 30 - 34 với 32,5%, từ 35 - 39 tuổi 18,4%.

- Nhóm tuổi, vô sinh II, độ tuổi tập trung phân bố tương đối đồng đều từ 25 đến trên 40 tuổi; ngược lại vô sinh I chủ yếu tập trung độ tuổi từ 25 - 34.

3.1.3. Đặc điểm về tiền sử phẫu thuật tiểu khung và nhiễm chlamydia

Bảng 2. Tiền sử phẫu thuật vùng tiểu khung và nhiễm Chlamydia

Đặc điểm	Vô sinh I (n=90) ⁽¹⁾		Vô sinh II (n=122) ⁽²⁾		Tổng số (n=212)		p ⁽¹⁻²⁾
	N	%	N	%	n	%	
Tiền sử phẫu thuật tiểu khung							
Không	77	85,6	83	68,0	160	75,5	<0,05
Có	13	14,4	39	32,0	52	24,5	
Tiền sử nhiễm Chlamydia							
Không	74	82,2	102	83,6	176	83,0	>0,05
Có	16	17,8	20	16,4	36	17,0	

Nhận xét: - Đa số đối tượng nghiên cứu chưa từng phẫu thuật, can thiệp vào vùng tiểu khung với 75,5%, tỷ lệ đã từng phẫu thuật 24,5%. Nhóm VS II có tiền sử đã từng phẫu thuật can thiệp vào vùng tiểu khung 32,0%, cao hơn nhóm VS I, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

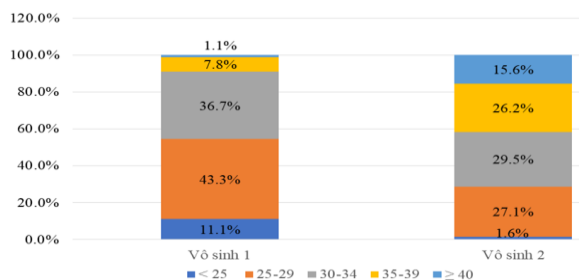
- Đa số bệnh nhân không có tiền sử nhiễm khuẩn phụ khoa do Chlamydia với 83,0%, có tiền sử chiếm 17,0%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa tiền sử nhiễm khuẩn phụ khoa do Chlamydia giữa 2 nhóm vô sinh (p>0,05).

3.1.4. Đặc điểm thăm khám lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm thăm khám lâm sàng

Đặc điểm		Số lượng (n=212)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng viêm đường sinh dục dưới	Không có triệu chứng	185	87,3
	Viêm lộ tuyến	21	9,9
	Viêm âm đạo	6	2,8
Kích thước tử cung	Bình thường	200	94,3
	Lớn hơn bình thường	12	5,7
Di động tử cung	Bình thường	165	77,8
	Di động hạn chế	47	22,2
Phản phụ	Bình thường	212	100,0

Nhận xét: Đa số đối tượng nghiên cứu không có triệu chứng viêm đường sinh dục chiếm 87,3%. Tỷ lệ viêm lộ tuyến 9,9%, viêm âm đạo 2,8%. Tử cung: Kích thước lớn hơn bình

**Biểu đồ 2. Phân bố tuổi của các bệnh nhân vô sinh do tắc vòi trứng**

Nhận xét: - Nhóm vô sinh II có tuổi trung bình cao hơn so với vô sinh I (p < 0,01).

thường 5,7% và di động hạn chế 22,2%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của các bệnh nhân vô sinh do tắc vòi tử cung.

3.2.1. Số vòi tử cung tắc trên phim chụp

Bảng 4. Kết quả chụp XQ tử cung - vòi tử cung

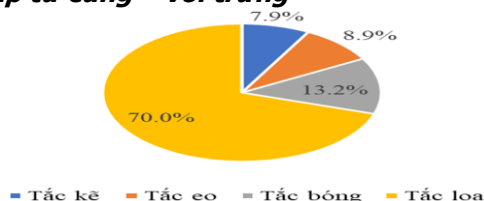
Đặc điểm	Vô sinh I (n=90) ⁽¹⁾		Vô sinh II (n=122) ⁽²⁾		Tổng số (n=212)		p ⁽¹⁻²⁾
	N	%	N	%	N	%	
Kết quả							
Vị trí tắc							
Một bên VTC	8	8,9	12	9,8	20	9,4	>0,05
Cả 2 bên VTC	82	91,1	110	90,2	192	90,6	

Nhận xét: - Phần lớn bệnh nhân có tổn thương cả hai bên vòi tử cung trên phim chụp XQ với 90,6%, tổn thương 1 bên chiếm 9,4%.

- Tổng số vòi tử cung bị tắc trên phim chụp XQ tử cung - vòi tử cung là 404.

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa vị trí tắc VTC (1 bên hoặc cả hai bên) trên phim chụp XQ tử cung - vòi tử cung giữa hai nhóm vô sinh (p > 0,05).

3.2.2. Vị trí tắc vòi tử cung trên phim chụp tử cung - vòi trứng

**Biểu đồ 3. Vị trí tắc vòi tử cung trên phim chụp**

Nhận xét: Tắc loa vòi tử cung là vị trí tắc sứt gặp cao nhất với 70,0%, tắc bóng 13,2%. Tắc ở eo và tắc kể lần lượt 8,9% và 7,9%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ vô sinh thứ phát ở các bệnh nhân tắc vòi trứng là 57,5%, cao hơn so với vô sinh nguyên phát (42,5%). Tỷ lệ này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác, như nghiên cứu của Hà Thị Hạnh (2016) với tỷ lệ vô sinh thứ phát là 56,2%, và nghiên cứu của Vũ Văn Du (2017) với tỷ lệ vô sinh thứ phát là 61,3% [4,5].

Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân thuộc nhóm vô sinh thứ phát cao hơn so với tuổi trung bình của các bệnh nhân vô sinh nguyên phát. Tuổi trung bình chung của các bệnh nhân trong nghiên cứu là $31,7 \pm 5,3$ tuổi, phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm tuổi dưới 35. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu trước đó của tác giả Hà Thị Hạnh (2016), với độ tuổi trung bình là $29,3 \pm 5,2$ tuổi, tác giả Lê Minh Tâm (2013) cũng cho thấy, phần lớn phụ nữ vô sinh có bất thường vòi tử cung thuộc nhóm tuổi dưới 35 (86,3%) [4,6]. Tuy nhiên độ tuổi này thấp hơn độ tuổi trung bình trong các nghiên cứu của các tác giả như Datta J, Wang Y thực hiện tại Anh và Mỹ [7,8]. Điều này có thể sự khác biệt về độ tuổi kết hôn trung bình ở Việt Nam và các nước phương Tây. Nhóm vô sinh nguyên phát có độ tuổi tập trung từ 25 – 34 tuổi với 80,0%; trong khi đó vô sinh thứ phát độ tuổi phân bố tương đối đồng đều từ 25 đến trên 40 tuổi, từ 35 -39 tuổi và trên 40 tuổi chiếm tỷ lệ lần lượt 26,2% và 15,6%. Nghiên cứu của Vũ Văn Du (2017) cũng ghi nhận một kết quả tương tự. Cụ thể: Tỷ lệ vô sinh nguyên phát giảm dần theo lứa tuổi, cao nhất ở nhóm tuổi 20 – 24 (71,4%) và thấp nhất ở nhóm tuổi 35 – 39 và nhóm tuổi 40 - 45. Ngược lại, tỷ lệ vô sinh thứ phát lại có xu hướng tăng dần theo nhóm tuổi [5]. Nghiên cứu Benksim, A (2018), bên cạnh các yếu tố thời gian kết hôn, điều kiện kinh tế xã hội, tuổi cao cũng là một trong yếu tố nguy cơ độc lập dẫn tới vô sinh thứ phát với OR = 1,268; 95% CI 1,038-1,549, $p < 0,05$ [9].

Các phẫu thuật can thiệp vào ổ bụng và đặc biệt vùng tiểu khung có thể làm tăng nguy cơ viêm nhiễm gây dính vùng tiểu khung, dính buồng trứng, hoặc gây viêm nhiễm gây dính vòi trứng thậm chí gây tắc vòi trứng. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi có tiền sử phẫu thuật tiểu khung chiếm 24,5%. Mặt khác, khi so sánh hai nhóm vô sinh, chúng tôi cũng ghi nhận VS

loại II có tiền sử phẫu thuật cao hơn so với VS I ($p < 0,05$). Theo nghiên cứu của Saraswat và cộng sự, tiền sử mổ lấy thai không phải là yếu tố nguy cơ gây vô sinh thứ phát do nguyên nhân VTC (OR=1,27; 95% KTC= 0,9-1,78; $p > 0,05$). Tuy nhiên, phụ nữ mổ lấy thai có tiền sử viêm nhiễm vùng tiểu khung có nguy cơ vô sinh do VTC cao hơn 17 lần so với nhóm không có viêm nhiễm (OR=17,3; 95% CI = 10,9-27,6) [10]. Nghiên cứu của Victoria Margaux (2019) chỉ ra rằng phụ nữ từng phẫu thuật ổ bụng có nguy cơ dính cơ quan trong ổ bụng cao gấp 3 lần, dẫn đến giảm khả năng thông thương vòi tử cung ($p = 0,05$). Riêng đối với những phụ nữ có tiền sử mổ lạc nội mạc tử cung, liệu rằng lạc nội mạc tử cung là nguyên nhân hay hậu quả của vô sinh vẫn còn tranh cãi. Các báo cáo y văn đều ghi nhận lạc nội mạc tử cung thường đi kèm với vô sinh và hiếm muộn. Do cơ chế bệnh sinh của lạc nội mạc tử cung còn chưa được sáng tỏ nên các khuyến cáo hiện nay tập trung vào các biện pháp sàng lọc, tăng cường khám phụ khoa đặc biệt cho các phụ nữ ở độ tuổi sinh đẻ để hạn chế được tình trạng tổn thương VTC do điều trị muộn.

Bên cạnh đó, nhiễm Chlamydia, một trong những nguyên nhân chính dẫn đến vô sinh do vòi tử cung, cũng được ghi nhận trong 17,0% trường hợp của chúng tôi.

Đa số các trường hợp trong nghiên cứu của chúng tôi không phát hiện bất thường trên hội bệnh và thăm khám lâm sàng. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Lê Minh Tâm (2013) [6]. Điều này cũng dễ hiểu do đa số các nguyên nhân gây tắc vòi tử cung đều diễn biến âm thầm và ít gây khó chịu cho người bệnh.

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Mặc dù để đánh giá độ thông của vòi, phương pháp chụp X-quang tử cung - vòi tử cung không chính xác bằng phương pháp phẫu thuật nội soi ổ bụng kiểm tra 2 vòi tử cung, nhưng đây là phương pháp không đòi hỏi kỹ thuật cao, không đòi hỏi gây mê, ít gây biến chứng, chi phí thấp, ít xâm lấn. Mặt khác phương pháp này còn cho các thông tin đánh giá về vòi tử cung và cả buồng tử cung, do vậy đây vẫn là phương pháp đầu tay trong thăm khám cho các bệnh nhân hiếm muộn.

Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tổn thương cả hai vòi tử cung (90,6%) và không có sự khác biệt về số vòi tử cung bị tổn thương giữa các bệnh nhân vô sinh nguyên phát và vô sinh thứ phát. Tỷ lệ này cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thùy Trang (2010), trong đó chỉ có 80% bệnh nhân bị tắc cả hai vòi. Sự khác biệt này có thể do sự phát triển

của các kỹ thuật hỗ trợ sinh sản hiện nay, dẫn đến tỉ lệ nội soi trong các trường hợp có tổn thương vòi tử cung trên phim chụp giảm xuống.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tắc vòi tử cung tại đoạn xa (bóng, loa) là phổ biến nhất chiếm tỉ lệ 83,2%, tỉ lệ tắc vòi tử cung đoạn gần (kể, eo) là 16,8%. Điều này có thể lí giải bởi với các tổn thương ở đoạn xa của vòi tử cung trong quá trình nội soi ổ bụng có thể phối hợp chẩn đoán và xử trí các tổn thương như gỡ dính vòi tử cung, buồng trứng, mở thông, tạo hình loa vòi, bệnh nhân sẽ có cơ hội có thai tự nhiên sau phẫu thuật. Với các tổn thương ở đoạn gần như eo, kể vòi tử cung thì ít khả năng can thiệp, phục hồi vòi tử cung qua phẫu thuật hơn và bệnh nhân thường được chỉ định thực hiện luân thụ tinh trong ống nghiệm để đạt tỉ lệ có thai cao và trong thời gian ngắn hơn.

V. KẾT LUẬN

Tắc vòi tử cung là một trong những nguyên nhân chính dẫn đến vô sinh ở nữ giới, trong đó vị trí tắc hay gặp nhất là ở loa vòi tử cung. Phần lớn các bệnh nhân có độ tuổi dưới 35 tuổi. Tỉ lệ có tiền sử phẫu thuật tiểu khung ở nhóm vô sinh thứ phát cao hơn so với nhóm vô sinh nguyên phát trong khi tỉ lệ tiền sử nhiễm chlamydia và tỉ lệ tắc cả 2 vòi trứng tương đương nhau ở 2 nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kim N. I., Chamchan C., Tangchonlatip K. (2022). Prevalence and Social Risk Factors of

- Infertility in Vietnam. 30 (4), 756-769.
2. Brugo-Olmedo S., Chillik C., Kopelman S. J. R. b. o. (2001). Definition and causes of infertility. Reproductive biomedicine online, 2 (1), 173-185.
3. Nông Hồng Lê, Nguyễn Ngọc Minh (2013). Nghiên cứu vô sinh do tắc vòi tử cung và tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương. Tạp chí Phụ sản, 02.
4. Hà Thị Hạnh (2016). Nghiên cứu tình trạng vòi tử cung trên bệnh nhân vô sinh được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Phụ sản Trung ương, Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
5. Vũ Văn Du, Đỗ Văn Căn (2017). Một số đặc điểm lâm sàng của vô sinh do tắc vòi tử cung. Tạp chí Y dược học Quân sự, 01, 157 - 163.
6. Lê Minh Tâm, Lê Thị Hồng Vũ (2013). Nghiên cứu giá trị của siêu âm bơm dịch trong chẩn đoán bất thường tử cung - vòi tử cung ở các trường hợp vô sinh. Điện Quang Việt Nam, 12, 546 - 550.
7. Datta J., Palmer M. J., Tanton C. et al. (2016). Prevalence of infertility and help seeking among 15 000 women and men. Human reproduction (Oxford, England), 31 (9), 2108-18.
8. Wang Y.-X., Farland L. V., Wang S. et al. (2022). Association of infertility with premature mortality among US women: Prospective cohort study. The Lancet Regional Health – Americas, 7.
9. Benksim A, Elkhoudri N, Addi RA, Baali A, Cherkaoui M (2018). Difference between Primary and Secondary Infertility in Morocco: Frequencies and Associated Factors. International journal of fertility & sterility, 12 (2), 142-146.
10. Saraswat L, Porter M, Bhattacharya S, Bhattacharya S (2008). Caesarean section and tubal infertility: is there an association? Reproductive biomedicine online, 17 (2), 259-64.

NHẬN XÉT MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CAN THIỆP TỐI THIỂU THOÁT VỊ ĐĨA ĐỆM CỘT SỐNG THẮT LƯNG QUA ỐNG BANH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG QUÂN ĐỘI 108

Nguyễn Xuân Phương¹, Phạm Ngọc Hào¹,
Nguyễn Hồng Dương², Đỗ Khắc Hậu³

TÓM TẮT

Mục đích: Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật can thiệp tối thiểu thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng qua ống banh tại bệnh viện trung ương quân đội 108. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả từ tháng 1/2019 –

tháng 7/2022, 81 trường hợp thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được phẫu thuật bằng phương pháp can thiệp tối thiểu qua ống banh tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Nhận xét một số yếu tố liên quan tới kết quả phẫu thuật. **Kết quả:** Kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Macnab ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi tốt hơn nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi; ở nhóm có thời gian theo dõi trên 12 tháng tốt hơn nhóm có thời gian theo dõi dưới 12 tháng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$). Kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Macnab ở nam giới tốt hơn nữ giới; ở nhóm bệnh nhân thừa và béo phì kém hơn so với nhóm bệnh nhân có BMI bình thường; ở nhóm thoái hóa đĩa đệm độ II và độ III kém hơn so với nhóm thoái hóa đĩa đệm độ IV và độ V. Tuy nhiên, sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0.05$). Kết quả phẫu

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Quân y 354

³Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Phương

Email: xuanphuong.pttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

thuật không có sự khác nhau ở nhóm phì đại dây chằng vàng và nhóm không có phì đại dây chằng vàng. **Kết luận:** Kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Macnab có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở độ tuổi và thời gian theo dõi sau phẫu thuật, có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ở giới tính, BMI và mức độ thoái hóa đĩa đệm.

Từ khóa: thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, ống nối ban hành, phẫu thuật can thiệp tối thiểu.

SUMMARY

REVIEW OF SOME FACTORS RELATED TO THE RESULTS OF MINIMAL INTERVENTION SURGERY THROUGH BALL TUBE FOR LUMBAR HERNIATED DISC AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: Review of some factors related to the results of minimal intervention surgery through ball tube for lumbar herniated disc at 108 military central hospital. **Subjects and Methods:** Retrospective description from January 2019 to July 2022, 81 cases of lumbar herniated disc treated with minimal invasive surgery through dilator tube at 108 Military Central Hospital. Evaluating some factors related to the results. **Results:** The surgical results according to Macnab criteria in the group of patients under 60 years old were better than those in the group over 60 years old; in the group with a follow-up time of over 12 months were better than those in the group with a follow-up time of under 12 months. This difference was statistically significant ($p < 0.05$). The surgical results according to Macnab criteria in men were better than those in women; in the group of overweight and obese patients were worse than those in the group of patients with normal BMI; in the group of degenerative disc disease of grade II and grade III were worse than those in the group of degenerative disc disease of grade IV and grade V. However, this difference was not statistically significant ($p > 0.05$). The surgical results were not different in the group of hypertrophied ligamentum flavum and the group without hypertrophied ligamentum flavum. **Conclusion:** Surgical results according to Macnab criteria had statistically significant differences in age and postoperative follow-up time, but no statistically significant differences in gender, BMI, and level of disc degeneration. **Keywords:** Lumbar herniated disc, dilator tube, minimal intervention surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, phẫu thuật ít xâm lấn thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng ngày càng phát triển hoàn thiện về đường mổ và kỹ thuật, nó là xu hướng phát triển của phẫu thuật can thiệp vào cột sống, các đường mổ và cách tiếp cận để tránh tổn thương thần kinh mạch máu. Phẫu thuật qua ống ban hành là phương pháp dựa trên cơ sở của phương pháp mổ mở, các thao tác tương tự như mổ mở nhưng được thực hiện trong ống ban hành vén cơ và dưới sự quan sát của kính hiển vi điện tử, hệ thống này đã chứng minh được

những ích lợi như giảm đau sau mổ, rút ngắn thời gian nằm viện và sớm trở lại với công việc [1]. Tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, phẫu thuật thoát vị đĩa đệm qua ống ban hành đã và đang triển khai thu được kết quả tốt. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "*Nhận xét một số yếu tố liên quan đến kết quả phẫu thuật can thiệp tối thiểu thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng qua ống ban hành tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được phẫu thuật bằng phương pháp can thiệp tối thiểu qua ống ban hành.

Phương pháp nghiên cứu

- Nghiên cứu mô tả, hồi cứu. Thời gian từ tháng 1/2019 – tháng 7/2022, tại khoa Phẫu thuật và Chỉnh hình cột sống Bệnh viện Trung ương Quân đội 108.

- Nhận xét mối liên quan của một số yếu tố với kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Macnab. Các yếu tố bao gồm:

- + Tuổi: Theo nhóm tuổi: <40, 40-59, ≥60 tuổi
- + Giới tính: Nam và nữ
- + BMI: Theo nhóm < 18,5, 18,5-<23, 23-<25, ≥25
- + Theo nhóm thời gian theo dõi: <6 tháng, 6-<12 tháng, 12 tháng-<24 tháng, 24-<36 tháng, ≥36 tháng.
- + Theo độ thoái hóa đĩa đệm 5 độ theo Pfirman.
- + Theo mức độ phì đại dây chằng vàng

Bảng 1. Kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Macnab [2]

Kết quả theo Macnab	Triệu chứng lâm sàng
Rất tốt	Hoạt động bình thường không hạn chế
Tốt	Hoạt động bình thường, thỉnh thoảng đau
Trung bình	Cải thiện hơn, hoạt động hạn chế ít, không mang các vật nặng
Kém	Cải thiện rất ít hoặc không cải thiện, hoạt động hạn chế, phải dùng thuốc theo định kỳ hoặc phẫu thuật lại

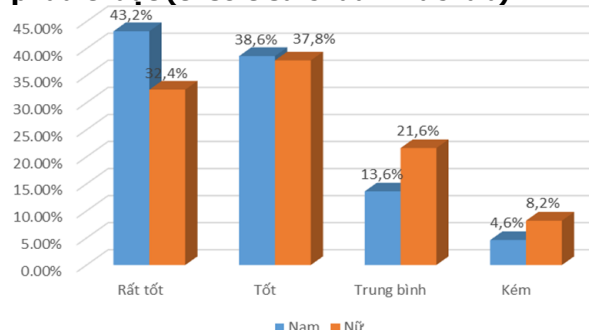
Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20, với các thuật toán thống kê thông thường.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 81 trường hợp thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng được phẫu thuật bằng phương pháp can thiệp tối thiểu qua ống ban hành,

chúng tôi đưa mối liên quan giữa một số yếu tố với kết quả phẫu thuật như sau.

Mối liên quan giữa giới tính và kết quả phẫu thuật (theo tiêu chuẩn Macnab)



Biểu đồ 1. KQPT theo giới tính

Kết quả phẫu thuật theo Macnab tỷ lệ tốt và rất tốt ở bệnh nhân nam là 81,8% cao hơn ở bệnh nhân nữ là 70,2%, tuy nhiên sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,62>0,05$.

Mối liên quan giữa độ tuổi và kết quả phẫu thuật (theo tiêu chuẩn Macnab)

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật theo nhóm tuổi

KQPT Tuổi	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém	Tổng
<40 tuổi	7 (53,8%)	5 (38,5%)	1 (7,7%)	0 (0%)	13 (100%)
40-59 tuổi	22 (44%)	20 (40%)	5 (10%)	3 (6%)	50 (100%)
≥60 tuổi	2 (11,1%)	6 (33,3%)	8 (44,5%)	2 (11,1%)	18 (100%)
Tổng	31 (38,3%)	31 (38,3%)	14 (17,3%)	5 (6,1%)	81 (100%)

Tỷ lệ tốt và rất tốt ở nhóm tuổi dưới 40 là 92,3%, ở nhóm tuổi từ 40-59 là 84%, ở nhóm tuổi trên 60 là 44,4%. Tỷ lệ rất tốt và tốt sau phẫu thuật giảm đi khi tuổi đời tăng lên, sự khác nhau giữa tỷ lệ rất tốt và tốt sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với $p=0,012<0,05$.

Mối liên quan giữa thời gian sau phẫu thuật và kết quả phẫu thuật (theo tiêu chuẩn Macnab)

Bảng 3. Kết quả phẫu thuật theo thời gian sau phẫu thuật

KQPT Thời gian	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém	Tổng
<6 tháng	5 (18,5%)	12 (44,4%)	6 (22,3%)	4 (14,8%)	27 (100%)
6-<12 tháng	2 (33,3%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	1 (16,7%)	6 (100%)
12-<24 tháng	9 (52,9%)	6 (35,3%)	2 (11,8%)	0 (0%)	17 (100%)

24-<36 tháng	8 (42,1%)	8 (42,1%)	3 (15,8%)	0 (0%)	19 (100%)
≥ 36 tháng	7 (58,3%)	3 (25,0%)	2 (16,7%)	0 (0%)	12 (100%)
Tổng	31 (38,3%)	31 (38,3%)	14 (17,3%)	5 (6,1%)	81 (100%)

Kết quả phẫu thuật (theo tiêu chuẩn Macnab) tỉ lệ rất tốt và tốt ở nhóm bệnh nhân theo dõi trên 12 tháng tốt hơn nhóm bệnh nhân theo dõi dưới 12 tháng với $p<0,05$, bệnh nhân ở các nhóm có thời gian theo dõi trên 12 tháng có tỉ lệ kết quả phẫu thuật rất tốt và tốt khác nhau không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Mối liên quan giữa BMI và kết quả phẫu thuật (theo tiêu chuẩn Macnab)

Bảng 4. Kết quả phẫu thuật theo chỉ số BMI

KQPT BMI	Rất tốt	Tốt	Trung bình	Kém	Tổng
< 18	0 (0%)	2 (100%)	0 (100%)	0 (100%)	2 (100%)
18-<23	18 (43,9%)	14 (34,1%)	7 (17,1%)	2 (4,9%)	41 (100%)
23-<25	9 (34,6%)	11 (42,3%)	4 (15,4%)	2 (7,7%)	26 (100%)
≥ 25	4 (33,3%)	4 (33,3%)	3 (25%)	1 (8,4%)	12 (100%)
Tổng	31 (38,3%)	31 (38,3%)	17 (17,3%)	5 (6,1%)	81 (100%)

Tỷ lệ rất tốt và tốt ở nhóm có chỉ số BMI bình thường là 78%, nhóm BMI từ 23-25 là 76,9%, của nhóm béo phì là 66,6%. Tuy nhiên sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,84>0,05$.

Mối liên quan giữa mức độ thoái hóa đĩa đệm và kết quả phẫu thuật (theo tiêu chuẩn Macnab)

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật theo độ thoái hóa đĩa đệm

ĐỘ THOÁI KQPT	II	II	IV	V	Tổng
Rất tốt (%)	5 (26,3%)	17 (38,6%)	8 (53,3%)	1 (33,3%)	31 (38,3%)
Tốt (%)	8 (42,1%)	17 (38,6%)	4 (26,7%)	2 (66,7%)	31 (38,3%)
Trung bình (%)	4 (21,1%)	9 (20,5%)	1 (6,7%)	0 (0%)	14 (17,3%)
Kém (%)	2 (10,5%)	1 (2,3%)	2 (13,3%)	0 (0%)	5 (6,1%)
Tổng (%)	19 (100%)	44 (100%)	15 (100%)	3 (100%)	81 (100%)

Bệnh nhân thoát vị đĩa đệm đều có đĩa đệm

thoái hóa. Kết quả phẫu thuật theo Macnab ở nhóm bệnh nhân thoái hóa đĩa đệm độ II và độ III có tỉ lệ rất tốt và tốt thấp hơn ở nhóm bệnh nhân có thoái hóa đĩa đệm độ IV và độ V. Tuy nhiên sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,55$.

Mối liên quan giữa phì đại dây chằng vàng và kết quả phẫu thuật (theo tiêu chuẩn Macnab)

Bảng 6. Kết quả phẫu thuật và phì đại dây chằng vàng

KQPT Dây DCV	Rất tốt (%)	Tốt (%)	Trung bình (%)	Kém (%)	Tổng
Có	5 (31,1%)	7 (43,8%)	3 (18,8%)	1 (6,2%)	16 (100%)
Không	26 (40,0%)	24 (36,9%)	11 (16,9%)	4 (6,2%)	65 (100%)
Tổng	31 (38,3%)	31 (38,3%)	14 (17,3%)	5 (6,1%)	81 (100%)

Kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Macnab ở nhóm bệnh nhân không có phì đại dây chằng vàng có tỉ lệ rất tốt và tốt cao hơn so với nhóm bệnh nhân có phì đại dây chằng vàng, tuy nhiên sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,93$

IV. BÀN LUẬN

Kết quả phẫu thuật và giới tính. Từ biểu đồ 1, sau phẫu thuật, kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Macnab có sự khác nhau ở hai giới, kết quả rất tốt và tốt ở nam giới là 36/45 (80%) bệnh nhân, ở nữ giới là 26/36 (72,22%) bệnh nhân. Tuy nhiên sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$.

Kết quả phẫu thuật và tuổi. Từ bảng 2, ta thấy kết quả sau phẫu thuật có sự khác nhau giữa nhóm tuổi, sự khác nhau này ý nghĩa thống kê với $p<0,05$. Điều này cũng phù hợp với các kết quả về sự phục hồi chức năng cột sống ở nhóm tuổi dưới 60 tốt hơn nhóm tuổi trên 60. Tuổi càng cao thì mức độ thoái hóa càng lớn, sự phục hồi kém hơn so với tuổi trẻ. Điều này cũng giải thích kết quả sau phẫu thuật trong nhóm nghiên cứu của tôi thấp hơn so với các nhóm khác, tuổi trung bình của bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của tôi là $51,38 \pm 12,83$ cao hơn so với các nghiên cứu của các tác giả khác như của Jiu-Ya Pang (2020) là $45,28 \pm 6,43$ tuổi [3].

Kết quả phẫu thuật và thời gian theo dõi sau phẫu thuật. Từ bảng 3, ta thấy kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Macnab ở nhóm có thời gian theo dõi trên 12 tháng tỉ lệ tốt và rất tốt cao hơn nhóm có thời gian theo dõi dưới 12 tháng với $p<0,05$, kết quả phẫu thuật tốt tăng

theo thời gian cũng được thấy qua các nghiên cứu của Z Chen (2018) [4].

Trong nghiên cứu của chúng tôi thấy các nhóm có thời gian theo dõi trên 12 tháng sự khác nhau về kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Macnab không có sự khác nhau với $p>0,05$. Điều này khả năng tình trạng bệnh nhân sau phẫu thuật 12 tháng đã ổn định, không còn có sự thay đổi do phẫu thuật nữa.

Kết quả phẫu thuật và chỉ số khối cơ thể. Những bệnh nhân béo phì thường là một khó khăn trong khi phẫu thuật do trường mổ thường sâu hơn, khó quan sát và thao tác hơn, thường phải sử dụng đường mổ dài hơn so với nhóm người không béo phì để đủ trường mổ thao tác.

Từ bảng 4, ta thấy đánh giá kết quả phẫu thuật của nhóm béo phì kém hơn so với các nhóm khác, tuy nhiên sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$, như vậy không có sự khác biệt lớn kết quả phẫu thuật của nhóm người thừa cân, béo phì so với nhóm khác. Điều này cũng tương tự như nhận xét trong nghiên cứu của Nguyễn Lê Bảo Tiến (2013) [5]. Các phẫu thuật viên thường thấy khó khăn hơn khi phẫu thuật với những người béo phì vì trường mổ thường sâu, phải mở rộng vết mổ nên nguy cơ chảy máu, nhiễm khuẩn nhiều hơn, trường mổ quan sát khó khăn dễ dẫn đến nguy cơ tai biến, nhưng khi thao tác qua ống banh thì những khó khăn này không còn, không có sự khác biệt về đường mổ và trường quan sát ở các nhóm bệnh nhân, đây là một ưu điểm của phẫu thuật qua ống banh.

Trong tác phẩm "Decision making for minimally invasive spine surgery" của A. Sandhu (2011) đã nói lên lợi ích của phẫu thuật thoát vị đĩa đệm qua ống banh, đặc biệt là thoát thể xa và ở những bệnh nhân béo phì và người già [6].

Kết quả phẫu thuật và độ thoái hóa đĩa đệm. Thoái hóa đĩa đệm độ II và III ít gây giảm chiều cao của đĩa đệm hơn độ IV và độ V, do đó khi thoát vị đĩa đệm trong phẫu thuật thường lấy được nhiều nhân nhày, sau phẫu thuật thường có giảm chiều cao của đĩa đệm so với trước phẫu thuật, điều này có thể gây nên tình trạng tăng áp lực lên khớp liên đốt. Các thành phần còn lại của đĩa đệm sau phẫu thuật có thể tiếp tục thoái hóa gây thoát vị tái phát.

Từ bảng 5, ta thấy kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Macnab khác nhau ở các nhóm bệnh nhân thoái hóa đĩa đệm. Tuy nhiên sự khác nhau này không có ý nghĩa thống kê với $p>0,05$

Kết quả phẫu thuật và dày dây chằng vàng. Phẫu thuật thoát vị đĩa đệm lõi sau phải

cắt bỏ dây chằng vàng để bộc lộ tủy sống. Khi có phì đại và viêm dính dây chằng vàng sẽ là một trở ngại cho phẫu thuật, nguy cơ tai biến trong quá trình bộc lộ và vén tủy sống và rễ thần kinh trong trường mổ chật hẹp. Dây chằng vàng nếu không được lấy hết, kết hợp với quá trình viêm sau phẫu thuật có thể sẽ gây chèn ép vào tủy sống, rễ thần kinh dẫn đến giảm kết quả phẫu thuật, kéo dài thời gian điều trị.

Từ bảng 6, ta thấy sự khác nhau về kết quả phẫu thuật giữa hai nhóm bệnh nhân có phì đại dây chằng vàng và không phì đại dây chằng vàng không có ý nghĩa thống kê. Điều này có thể do kỹ thuật của phẫu thuật viên thành thạo nên không gây tổn thương và sai sót trong quá trình thao tác.

V. KẾT LUẬN

Kết quả phẫu thuật theo tiêu chuẩn Macnab: nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi tốt hơn nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi, nam giới tốt hơn nữ giới, nhóm bệnh nhân thừa và béo phì kém hơn so với nhóm bệnh nhân có BMI bình thường. Kết quả phẫu thuật không có sự khác nhau ở nhóm phì đại dây chằng vàng và nhóm không có phì

đại dây chằng vàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Patil A., Chugh A., Gotecha S., et al.** (2018) Microendoscopic discectomy for lumbar disc herniations. J Craniovertebr Junction Spine. 9(3): 156-162.
2. **Özger Özkan, Kaplan Necati** (2020) Evaluation of clinical outcomes of 271 patients undergoing lumbar microdiscectomy in the light of literature. Annals of Medical Research. 27: 664.
3. **Pang J. Y., Tan F., Chen W. W., et al.** (2020) Comparison of microendoscopic discectomy and open discectomy for single-segment lumbar disc herniation. World J Clin Cases. 8(14): 2942-2949.
4. **Chen Z., Zhang L., Dong J., et al.** (2018) Percutaneous transforaminal endoscopic discectomy compared with microendoscopic discectomy for lumbar disc herniation: 1-year results of an ongoing randomized controlled trial. J Neurosurg Spine. 28(3): 300-310.
5. **Tiền N.L.B.** (2013) Nghiên cứu ứng dụng ống nong trong phẫu thuật thoát vị đĩa đệm đơn tần cột sống thắt lưng cùng tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức.
6. **Hentschel Stephen** (2012) Decision Making for Minimally Invasive Spine Surgery,. Thieme Medical Publishers. 39: 126-127.

VỊ TRÍ PHÂN BỐ CÁC ĐIỂM THẦN KINH CỦA THẦN KINH PHỤ VÀO CƠ THANG TRÊN XÁC NGƯỜI VIỆT TRƯỞNG THÀNH ỨNG DỤNG TRONG PHONG BẾ THẦN KINH CƠ

Hồ Nguyễn Anh Tuấn^{1*}, Nguyễn Thanh Tú¹,
Nguyễn Tiến Huy², Nguyễn Thanh Vân³, Lê Quang Tuyền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng đau mac cơ đang là một vấn đề sức khỏe cần được quan tâm. Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu nào được thực hiện về sự phân bố các điểm thần kinh của thần kinh phụ trong cơ thang. **Mục tiêu:** Mô tả vị trí phân bố các điểm thần kinh của thần kinh phụ vào cơ thang trên xác người Việt trưởng thành. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 18 cơ thang trên xác tươi của người Việt trưởng thành được bảo quản lạnh. **Kết quả:** Trên hệ trục tọa độ, các điểm thần kinh chủ yếu tập trung ở góc phần tư IV với tỉ lệ 68,3%. Khi chia trục hoành

thành 16 khoảng đơn vị, điểm thần kinh được giới hạn bởi một hình chữ nhật có chiều dài bằng 5 khoảng đơn vị của trục hoành (từ khoảng 11 đến khoảng 15) và chiều rộng bằng 1/4 trục tung. Khoảng 11 có sự phân bố các điểm thần kinh cao nhất với tỉ lệ là 26,47%. **Kết luận:** Nghiên cứu đã mô tả chi tiết vị trí phân bố các điểm thần kinh vào cơ thang của thần kinh phụ trên xác người Việt trưởng thành, góp phần cung cấp những dữ liệu quan trọng cho lĩnh vực giải phẫu và ứng dụng lâm sàng. **Từ khóa:** Điểm thần kinh, thần kinh phụ, cơ thang.

SUMMARY

THE DISTRIBUTION OF NERVE ENTRY POINTS OF THE ACCESSORY NERVE TO THE TRAPEZIUS MUSCLE IN ADULT VIETNAMESE CADAVERS AND ITS APPLICATION IN MUSCLE NERVE BLOCK

Introduction: Myofascial pain syndrome is an important health concern. In Vietnam, no studies have been conducted on the distribution of nerve entry points of the accessory nerve within the trapezius muscle. **Objective:** To describe the distribution of nerve entry points of the accessory nerve to the

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Phòng Khám Chuyên Khoa Phẫu thuật Thẩm mỹ Saigon Venus

³Trường Y Dược Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Nguyễn Anh Tuấn

Email: hnatt1503@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

trapezius muscle in adult Vietnamese cadavers. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 18 trapezius muscles from fresh cadavers of adult Vietnamese individuals preserved by refrigeration. **Results:** On the coordinate system, nerve entry points were predominantly concentrated in quadrant IV (68.3%). When the horizontal axis was divided into 16 units, the nerve entry points were confined within a rectangular area measuring five units along the horizontal axis (from unit 11 to unit 15) and one-fourth of the vertical axis in width. Unit 11 exhibited the highest concentration of nerve entry points, accounting for 26.47%. **Conclusion:** This study provides a detailed description of the distribution of nerve entry points of the accessory nerve to the trapezius muscle in adult Vietnamese cadavers, contributing valuable data to anatomical research and clinical applications.

Keywords: Nerve entry points, accessory nerve, trapezius muscle.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng đau cơ mạc được định nghĩa là tình trạng tăng kích ứng khu trú ở mô cơ [1]. Hội chứng này biểu hiện lâm sàng dưới dạng đau cục bộ và đau lan sau khi kích thích ở một số vùng cơ và mạc, được gọi là điểm kích hoạt [1]. Các phân tích điện sinh lý cho thấy các điểm kích hoạt có liên quan đến rối loạn chức năng bản thần kinh cơ giải phóng quá nhiều acetylcholine. Điều này được chứng minh bằng mô bệnh học bởi sự hiện diện của các đơn vị cơ cơ bị rút ngắn. Một phát hiện quan trọng qua các nghiên cứu gần đây chứng minh rằng có mối liên quan giữa vị trí điểm vào bụng cơ của các nhánh thần kinh vận động và vị trí điểm kích hoạt được mô tả trên lâm sàng [2].

Cơ thang là một trong những cơ dễ bị tổn thương nhất ở nhóm dân số trong độ tuổi lao động. Đây cũng là nơi chịu ảnh hưởng nhiều nhất bởi các điểm kích hoạt, đặc biệt là phần trên cơ thang [1]. Các điểm kích hoạt của cơ thang không chỉ gây đau vùng vai mà biểu hiện cơn đau còn lan đi xa đến nhiều vùng khác như gáy, đầu, lưng, cánh tay, hàm dưới do diện bám của cơ thang rộng [1].

Hiện nay, bên cạnh phương pháp điều trị không dùng thuốc, liệu pháp tiêm điểm kích hoạt với botulinum toxin A đã được chứng minh là một phương pháp giảm đau hiệu quả trong điều trị hội chứng đau cơ mạc [3], [4]. Các khuyến cáo cho thấy nếu cơ mục tiêu thuộc lớp cơ nông như cơ thang thì nên tiêm dựa vào các mốc giải phẫu bề mặt thay vì sử dụng điện cơ [5]. Do đó, việc mô tả chi tiết vị trí các điểm thần kinh vận động đi vào cơ trên bề mặt da không chỉ góp phần làm sáng tỏ cơ chế bệnh sinh của hội chứng đau cơ mạc mà còn cung cấp những dữ

liệu quan trọng hỗ trợ cho các ứng dụng chẩn đoán và điều trị trong thực hành lâm sàng. Trên thế giới, đã có một số nghiên cứu bước đầu về chủ đề này, tuy nhiên tập trung chủ yếu vào phần trên cơ thang mà chưa bao quát hết các vùng khác của cơ. Tại Việt Nam, hiện chưa có nghiên cứu nào được thực hiện về sự phân bố các điểm thần kinh của thần kinh phụ trong cơ thang. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục đích mô tả vị trí phân bố các điểm thần kinh của thần kinh phụ vào cơ thang trên xác người Việt trưởng thành.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện trên xác của người Việt trưởng thành được bảo quản lạnh.

Tiêu chuẩn chọn vào: Xác người Việt từ 18 tuổi trở lên được bảo quản đông lạnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Vùng cổ, vai và lưng bị biến dạng do chấn thương, dị tật bẩm sinh.

- Có sẹo mổ cũ hoặc đã phẫu tích ở vùng cổ, vai và lưng

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 05/2024 đến 10/2024.

Địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bộ môn Giải phẫu, Khoa Khoa học Cơ bản – Y học Cơ sở, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: Sử dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một số trung bình, với $\alpha = 0,05$, $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$, $\delta = 0,64$ (Theo nghiên cứu Peng Xie năm 2015 [6], độ dài trung bình đoạn thẳng AB là $17,86 \pm 0,64$ cm, với A là mỏm gai đốt sống cổ C7 và B là điểm giữa bờ ngoài mỏm cùng vai), và $d = 0,3$. Chúng tôi tính được cỡ mẫu tối thiểu cần cho nghiên cứu là 18 mẫu. Thực tế, chúng tôi đã thực hiện trên 18 cơ thang.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện trên các thi hài xử lý đông lạnh tại bộ môn Giải Phẫu trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch theo tiêu chí chọn mẫu cho đến khi đủ mẫu.

Biến số nghiên cứu:

- Đặc điểm mẫu nghiên cứu bao gồm: tuổi; giới tính (nam/nữ); bên cơ thang (bên trái/ bên phải); số nhánh sơ cấp của thần kinh phụ vào cơ thang; vị trí phân bố các nhánh thần kinh sơ cấp vào cơ theo các phần của cơ thang (phần trên/ phần giữa/ phần dưới).

- Để mô tả vị trí phân bố các điểm thần kinh trên bề mặt da, chúng tôi sử dụng một hệ trục

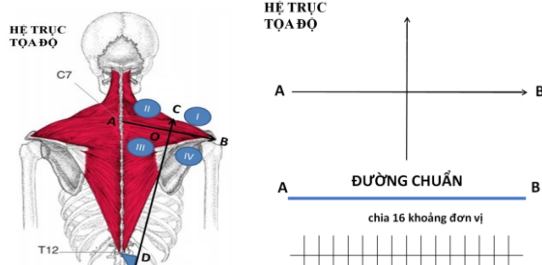
tọa độ (Hình 1), bao gồm: Trục hoành AB (với A là mỏm gai C7 và B là điểm giữa bờ ngoài mỏm cùng vai); Trục tung CD (với C là giao điểm của đường viền vai với đường thẳng vuông góc AB tại trung điểm O đoạn AB và D là hình chiếu vuông góc của mỏm gai T12 lên đường thẳng này); Gốc tọa độ O là trung điểm AB. Chúng tôi tiến hành xác định vị trí các điểm thần kinh bằng các xác định hoành độ và tung độ của điểm thần kinh trên hệ trục tọa độ:

+ Hoành độ điểm thần kinh: tỉ lệ độ dài từ gốc tọa độ O đến vị trí hình chiếu vuông góc của điểm nhánh sơ cấp vào cơ lên trục hoành chia cho độ dài đoạn OA hoặc OB (đơn vị phần trăm), là số âm nếu vị trí hình chiếu nằm bên trái trục tung.

+ Tung độ điểm thần kinh: tỉ lệ độ dài từ gốc tọa độ O đến vị trí hình chiếu vuông góc điểm nhánh sơ cấp vào cơ lên trục tung chia cho độ dài đoạn OC hoặc OD (đơn vị phần trăm), là số âm nếu vị trí hình chiếu nằm bên dưới trục hoành.

+ Phân bố vị trí điểm thần kinh vào cơ theo hệ trục tọa độ: góc phần tư I (giới hạn bởi OB và OC), góc phần tư II (giới hạn bởi OC và OA), góc phần tư III (giới hạn bởi OA và OD), góc phần tư IV (giới hạn bởi OD và OB).

+ Phân bố vị trí điểm thần kinh theo các khoảng đơn vị: chúng tôi chia đoạn AB thành 16 khoảng đơn vị (theo tác giả Bae JH)⁷ và xem tỉ lệ phân bố các điểm thần kinh trong từng khoảng.



Hình 1. Hệ trục tọa độ cơ thang và cách phân chia khoảng đơn vị trên hệ trục tọa độ

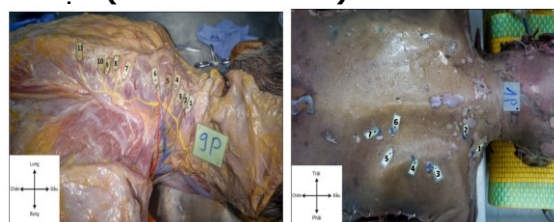
Quy trình tiến hành nghiên cứu:

- Giai đoạn 1: Thi hài thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu sau khi đã đông ở nhiệt độ phòng, được đặt ở tư thế nằm sấp trên bàn phẫu tích. Trên bề mặt da, lần lượt đánh dấu trục hoành, trục tung của hệ trục tọa độ bằng băng keo màu, và tiến hành đo các kích thước của trục tọa độ.

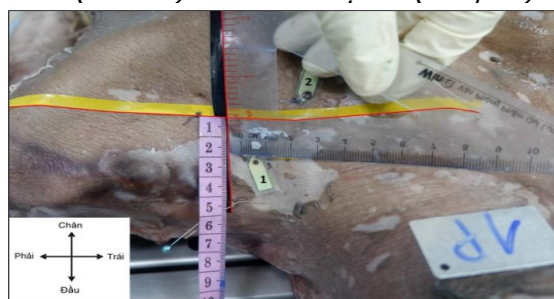
- Giai đoạn 2: Tiến hành phẫu tích theo đường rạch da phía trước (từ hõm ức đi theo đường giữa đến lồi cằm, chạy đến góc hàm và mỏm chũm; từ hõm ức đi theo xương đòn, chạy về phía phía khớp cùng đòn) và đường rạch da phía sau (chạy ngang từ mỏm gai T12, sau đó theo đường nách sau đi lên đến mỏm cùng vai,

về phía phía khớp cùng đòn). Khi hai đường rạch da gặp nhau, tiếp tục bóc tách da và mô dưới da cho đến khi thấy được bờ trước và bờ dưới cơ thang thì ngừng lại. Tiến hành cắt phần bám tận của cơ thang tại 1/3 bờ sau xương đòn, mỏm cùng vai, gai vai và lật cơ thang về phía đường giữa lưng.

- Giai đoạn 3: Xác định đường đi thân chính thần kinh phụ chạy trên mặt bụng cơ thang. Định vị các điểm thần kinh vào cơ là nơi nhánh sơ cấp tách ra từ thân chính, đi vào cơ. Tại các điểm này, dùng kim có xỏ chỉ, xuyên vuông góc từ mặt bụng cơ thang qua da. Sau khi xuyên qua, cố định hai đầu chỉ phía da và phía mặt bụng cơ thang vào thẻ đánh số. Lật úp cơ thang trở về vị trí ban đầu. Trên bề mặt da, với mỗi điểm đã đánh dấu bằng thẻ đánh số, dùng thước kẻ hạ vuông góc, lần lượt xác định hình chiếu trên trục hoành và trục tung. Tiến hành đo độ dài từ gốc tọa độ đến hình chiếu điểm đó trên các trục. (**Hình 2 và hình 3**)



Hình 2. Đánh dấu các nhánh sơ cấp trên bề mặt cơ (bên trái) và trên bề mặt da (bên phải)



Hình 3. Xác định tọa độ điểm thần kinh

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu sau khi thu thập được nhập bằng phần mềm Excel và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính (giới tính, bên cơ thang, vị trí phân bố các nhánh thần kinh sơ cấp vào cơ theo các phần của cơ thang, phân bố vị trí điểm thần kinh vào cơ theo hệ trục tọa độ và phân bố vị trí điểm thần kinh vào cơ theo các khoảng đơn vị) được mô tả bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng (tuổi và số nhánh sơ cấp của thần kinh phụ vào cơ thang) được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn.

Sử dụng điểm định Chi bình phương để so

sánh sự khác biệt giữa bên phải và bên trái, giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch thông qua theo Quyết định số 1079/TĐHYKPNT-HĐĐĐ ngày 12 tháng 03 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu đã khảo sát 18 cơ thang trên 9 xác. Trong đó, có 5 xác nam và 4 xác nữ. Tuổi trung bình tính đến lúc mất là $71,8 \pm 15,7$, dao động từ 53 đến 99 tuổi.

Nghiên cứu thấy rằng 100% trường hợp đều có sự hiện diện các nhánh sơ cấp tách ra từ thân chính của thần kinh phụ và đi vào mặt bụng của cơ thang. Số nhánh thần kinh sơ cấp trung bình là $7,9 \pm 2,5$.

Bảng 1. Vị trí phân bố các nhánh thần kinh sơ cấp

	Chung (n = 142) n (%)	Bên trái (n = 70) n (%)	Bên phải (n = 72) n (%)	Giá trị p
Phần trên cơ thang	35 (24,6)	23 (32,9)	12 (16,7)	0,040
Phần giữa cơ thang	78 (54,9)	37 (52,9)	41 (56,9)	
Phần dưới cơ thang	29 (20,4)	10 (14,3)	19 (26,4)	

Tổng cộng có 142 nhánh thần kinh sơ cấp vào cơ thang. Khi khảo sát vị trí phân bố theo các phần của cơ thang, kết quả ghi nhận các nhánh thần kinh sơ cấp đều đi vào cả 3 phần và phần giữa có tỉ lệ số nhánh thần kinh đi vào cao nhất với 54,9%. Nghiên cứu ghi nhận có sự khác biệt giữa bên phải và bên trái.

3.2. Vị trí phân bố các điểm thần kinh của thần kinh phụ vào cơ thang trên bề mặt da theo hệ trục tọa độ. Tổng số điểm thần kinh nghiên cứu xác định được là 142 điểm tương ứng với 142 nhánh thần kinh sơ cấp. Khi khảo sát vị trí phân bố các điểm này trên hệ tọa độ, chúng tôi ghi nhận có 6 điểm nằm bên ngoài hệ tọa độ. Sau khi bỏ 6 điểm này, tổng số điểm còn lại là 136 điểm.

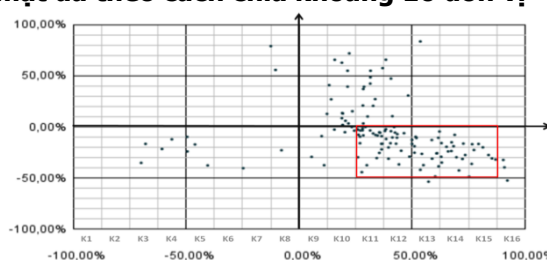
Bảng 2. Phân bố vị trí điểm thần kinh vào cơ thang theo hệ trục tọa độ

	Chung (n = 136) n (%)	Bên trái (n = 69) n (%)	Bên phải (n = 67) n (%)	Giá trị p
Góc phần tư I	31 (22,8)	19 (27,5)	12 (17,9)	0,239

tư I			
Góc phần tư II	2 (1,5)	0 (0,0)	2 (3,0)
Góc phần tư III	10 (7,4)	6 (8,7)	4 (6,0)
Góc phần tư IV	93 (68,3)	44 (63,8)	49 (73,1)

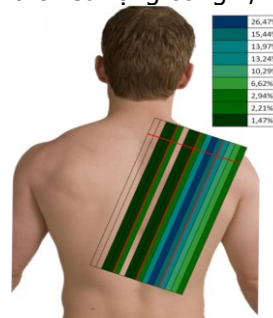
Vị trí phân bố các điểm thần kinh trên bề mặt da chủ yếu tập trung ở góc phần tư IV (được giới hạn bởi OD và OB) với tỉ lệ là 68,3% và không có sự khác biệt giữa bên phải và bên trái ($p = 0,239$).

3.3. Vị trí phân bố các điểm thần kinh của thần kinh phụ vào cơ thang trên bề mặt da theo cách chia khoảng 16 đơn vị



Biểu đồ 1. Vị trí phân bố các điểm thần kinh theo cách chia 16 khoảng đơn vị

Khi chia trục hoành AB thành 16 khoảng đơn vị, kết quả cho thấy xác điểm thần kinh tập trung chủ yếu ở góc phần tư IV, được giới hạn bởi một hình chữ nhật có chiều dài bằng 5 khoảng đơn vị của trục hoành (từ khoảng 11 đến khoảng 15) và chiều rộng bằng 1/4 trục tung.



Hình 4. Tỉ lệ các điểm thần kinh trong từng khoảng đơn vị

Trong 16 khoảng đơn vị, khoảng 11 có sự phân bố các điểm thần kinh cao nhất với tỉ lệ là 26,47%, tiếp theo là khoảng 12 với 15,44%.

IV. BÀN LUẬN

Cơ thang có dạng hình tam giác, là cơ thuộc lớp nông và lớn nhất trong số các cơ vùng vai. Cơ thang được chia làm 3 phần (trên, giữa và dưới), với các thớ cơ của mỗi phần có hướng chạy và chức năng khác nhau. Vì vậy, cơ thang thường được xem như ba cơ riêng biệt hoạt

động độc lập [1]. Cơ thang được chi phối vận động bởi nhánh ngoài của thần kinh phụ, kết hợp với các nhánh từ rễ trước của C3 và C4 thuộc đám rối cổ [8]. Khi nghiên cứu về sự phân bố các nhánh sơ cấp của thần kinh phụ vào cơ thang, chúng tôi ghi nhận 100% các trường hợp có các nhánh sơ cấp đi vào cơ thang tách ra từ thân chính thần kinh phụ. Số lượng nhánh sơ cấp trung bình trong nghiên cứu chúng tôi là $7,9 \pm 2,5$. Về vị trí phân bố các nhánh sơ cấp so với ba phần cơ thang, phần giữa chiếm tỉ lệ cao nhất (54,9%), phần trên (24,6%) và phần dưới (20,4%). Theo nghiên cứu của Wang JW và cộng sự (2022), số nhánh sơ cấp của thần kinh phụ phân bố vào phần trên, phần giữa và phần dưới của cơ thang lần lượt là 3,8; 2,6 và 2,2 nhánh [9].

Trong nghiên cứu này chúng tôi đã chọn một hệ trục tọa độ nhằm mô tả vị trí phân bố của các điểm thần kinh trên cơ thang. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận phần lớn các điểm thần kinh tập trung ở góc phần tư thứ IV (được giới hạn bởi OD và OB) với tỉ lệ 68,3%, tiếp theo là ở góc phần tư thứ I (được giới hạn bởi OB và OC) với tỉ lệ 22,8%. Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Barbero M và cộng sự cũng sử dụng hệ trục tọa độ tương tự, với trục x là đoạn thẳng nối từ mỏm gai đốt sống C7 đến mỏm cùng vai và trục y vuông góc tại trung điểm của đoạn thẳng này. Kết quả cho thấy các điểm kích hoạt cơ tập trung chủ yếu ở phần tư thứ III và khoảng cách trung bình giữa các điểm này với vùng tập trung dày đặc thần kinh bên trong cơ thang là 10 mm [10]. Sự khác biệt có thể là do sự khác nhau về chủng tộc và phương pháp thực hiện, nghiên cứu Barbero M xác định các điểm trên người sống thông qua điện cơ.

Dựa trên nghiên cứu của tác giả Bae JH, chúng tôi chia đoạn AB thành 16 khoảng đơn vị. Kết quả cho thấy các điểm thần kinh tập trung chủ yếu ở góc phần tư IV, được giới hạn bởi một hình chữ nhật có chiều dài bằng 5 khoảng đơn vị của trục hoành (từ khoảng 11 đến khoảng 15) và chiều rộng bằng 1/4 trục tung. Khi so sánh với tác giả Bae JH [7], kết quả có sự tương đồng khi các điểm thần kinh tập trung phía ngoài trục tung. Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi phân bố các điểm dàn trải hơn mặc dù tỉ lệ tại mỗi khoảng đơn vị có thể thấp hơn và các điểm có xu hướng lệch về phía mỏm cùng vai nhiều hơn (cụ thể khoảng đơn vị thứ 11 chiếm tỉ lệ cao nhất trong nghiên cứu chúng tôi và trong nghiên cứu của Bae JH là khoảng đơn vị thứ 8 và 9). Sự khác biệt có thể là do tác giả chỉ khảo sát phần

trên của cơ thang, còn nghiên cứu chúng tôi khảo sát cả ba phần cơ thang.

Ngoài ra, để giúp các bác sĩ dễ dàng ứng dụng trên lâm sàng, chúng tôi mô tả vùng tập trung phân bố các điểm này so với các mốc xương trên bề mặt da. Kết quả cho thấy các điểm thần kinh vận động tập trung tại hai khu vực chính là phía trên góc trên của xương vai khoảng 2 cm và vùng hố trên gai. Tuy nhiên, bởi các khu vực kể trên có sự chồng lấp về mặt không gian giữa cơ lớp nông là cơ thang và các cơ bên dưới như cơ trên gai, cơ nâng vai. Chính vì vậy, cần có thêm các nghiên cứu nhằm khảo sát mối liên quan giữa các điểm kích hoạt của các cơ này trên lâm sàng với vị trí các điểm thần kinh vận động vào cơ để phân biệt với hệ thống các điểm đau của cơ thang.

Đây là nghiên cứu đầu tiên tại Việt Nam khảo sát sự phân bố các điểm thần kinh bằng hệ trục tọa độ trên bề mặt da. Hiện nay, bên cạnh điều trị không dùng thuốc, liệu pháp tiêm điểm kích hoạt với botulinum toxin A là phương pháp giảm đau hiệu quả trong hội chứng đau cơ mạc. Các khuyến cáo cho thấy nếu cơ mục tiêu thuộc lớp cơ nông như cơ thang thì nên tiêm dựa vào các mốc giải phẫu bề mặt thay vì sử dụng điện cơ [5]. Do đó, việc mô tả chi tiết vị trí các điểm thần kinh vận động đi vào cơ trên bề mặt da là rất cần thiết, góp phần bổ sung dữ liệu cho lĩnh vực giải phẫu và ứng dụng lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chúng tôi đã cung cấp dữ liệu quan trọng về vị trí phân bố các điểm thần kinh vận động vào cơ thang của thần kinh phụ trên xác người Việt trưởng thành. Trên hệ trục tọa độ, các điểm thần kinh chủ yếu tập trung ở góc phần tư IV với tỉ lệ 68,3%, tiếp theo là góc phần tư thứ I với tỉ lệ 22,8%. Khi mô tả vùng tập trung phân bố các điểm này so với các mốc xương trên bề mặt da nhằm thuận tiện ứng dụng trên lâm sàng, kết quả cho thấy các điểm thần kinh nằm tập trung hai khu vực chính là cách góc trên xương vai khoảng 2 cm và tại vùng hố trên gai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Travell JG, Simons DG.** Myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. vol 2. Lippincott Williams & Wilkins; 1992.
2. **Ziembicki T.** Nerve entry points – The anatomy beneath trigger points. *Journal of Bodywork and Movement Therapies.* 2023/07/01/2023; 35:121-123. doi:https://doi.org/10.1016/j.jbmt.2023.04.083
3. **Urits I, Charipova K, Gress K, et al.** Treatment and management of myofascial pain syndrome. *Best*

- Practice & Research Clinical Anaesthesiology. 2020; 34(3):427-448. doi: 10.1016/j.bpa.2020.08.003
4. **Walker JW, Shah BJ.** Trigger point injections: a systematic, narrative review of the current literature. SN Comprehensive Clinical Medicine. 2020;2(6):746-752. doi:10.1007/s42399-020-00286-0
 5. **Schnitzler A, Roche N, Denormandie P, Lautridou C, Parratte B, Genet F.** Manual needle placement: accuracy of botulinum toxin A injections. Muscle & nerve. 2012; 46(4):531-534. doi: 10.1002/mus.23410
 6. **Xie P, Qin B, Yang F, et al.** Lidocaine injection in the intramuscular innervation zone can effectively treat chronic neck pain caused by MTrPs in the trapezius muscle. Pain Physician. 2015; 18(5):E815.
 7. **Bae J-H, Lee J-S, Choi D-Y, Suhk J, Kim ST.** Accessory nerve distribution for aesthetic botulinum toxin injections into the upper trapezius muscle: anatomical study and clinical trial: reproducible BoNT injection sites for upper trapezius. Surgical and Radiologic Anatomy. 2018; 40:1253-1259. doi: 10.1007/s00276-018-2059-4
 8. **Gavid M, Mayaud A, Timochenko A, Asanau A, Prades J.** Topographical and functional anatomy of trapezius muscle innervation by spinal accessory nerve and C2 to C4 nerves of cervical plexus. Surgical and Radiologic Anatomy. 2016; 38:917-922. doi: 10.1007/s00276-016-1658-1
 9. **Wang J-W, Zhang W-B, Li F, et al.** Anatomy and clinical application of suprascapular nerve to accessory nerve transfer. World Journal of Clinical Cases. 2022; 10(27):9628. doi: 10.12998/wjcc.v10.i27.9628
 10. **Barbero M, Cescon C, Tettamanti A, et al.** Myofascial trigger points and innervation zone locations in upper trapezius muscles. BMC musculoskeletal disorders. 2013; 14:1-9. doi: 10.1186/1471-2474-14-179

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU NGÓN TAY BẰNG TIÊM BOTULINUM TOXIN TYPE A Ở NGƯỜI BỆNH XƠ CỨNG BÌ CÓ HIỆN TƯỢNG RAYNAUD TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Nguyễn Văn Hồng Quân^{1,2}, Hoàng Thị Ngọc², Lê Thị Minh Trang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả điều trị hiện tượng Raynaud ở người bệnh xơ cứng bì bằng botulinum toxin type A (BTA) ở bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang, lựa chọn các bệnh nhân được điều trị bằng BTA, một bàn tay được tiêm BTA trước và bàn tay còn lại được tiêm sau 1 tháng; nghiên cứu so sánh hiệu quả điều trị ở tay được tiêm và tay chưa được tiêm ngay trước thời điểm bàn tay thứ 2 được tiêm. **Kết quả:** Có 30 bệnh nhân được điều trị bằng BTA. Sau 4 tuần từ lúc tiêm BTA ở tay không thuận, điểm đau VAS ở tay không thuận giảm trung bình $0,60 \pm 0,86$ ($p < 0,001$), điểm VAS ở tay thuận giảm $0,17 \pm 0,79$ ($p = 0,258$); nhiệt độ đầu ngón tay trung bình của nhóm bàn tay được tiêm BTA tăng thêm $1,28 \pm 0,77^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$), không có sự thay đổi về nhiệt độ nền ở nhóm không được tiêm ($p = 0,217$); ở nhóm bàn tay được tiêm BTA, biến thiên nhiệt độ sau kích thích lạnh đã tăng từ $2,43 \pm 0,58^\circ\text{C}$ lên $4,15 \pm 1,11^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$), ở nhóm bàn tay chưa được tiêm không có khác biệt sau 4 tuần ($p = 0,241$). Không ghi nhận các tác dụng phụ nghiêm trọng như nhiễm trùng, chảy máu, yếu cơ, dị ứng. **Kết luận:** Phương pháp tiêm BTA tại chỗ có thể có hiệu quả và an toàn để điều trị hiện tượng Raynaud ở

người bệnh xơ cứng bì.

Từ khóa: Raynaud, Botulinum, xơ cứng bì

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF TREATING FINGERTIP PAIN BY BOTULINUM TOXIN TYPE A IN PATIENTS WITH SCLERODERMA WITH RAYNAUD'S PHENOMENON AT THANH HOA PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the effectiveness of treating Raynaud's phenomenon in patients with scleroderma with botulinum toxin type A (BTA) at Thanh Hoa General Hospital. **Research method:** cross-sectional, selecting patients treated with BTA, one hand was injected with BTA first and the other hand was injected after 1 month; the study compared the treatment effectiveness in the injected hand and the hand that had not been injected immediately before the second hand was injected. **Results:** 30 patients were treated with BTA. After 4 weeks from BTA injection in the non-dominant hand, the VAS pain score in the non-dominant hand decreased by an average of 0.60 ± 0.86 ($p < 0.001$), the VAS score in the dominant hand decreased by 0.17 ± 0.79 ($p = 0.258$); The average fingertip temperature of the BTA-injected hand group increased by $1.28 \pm 0.77^\circ\text{C}$ ($p < 0.001$), there was no change in the baseline temperature in the non-injected group ($p = 0.217$); in the BTA-injected hand group, the temperature variation after cold stimulation increased from $2.43 \pm 0.58^\circ\text{C}$ to $4.15 \pm 1.11^\circ\text{C}$ ($p < 0.001$), in the uninjected hand group there was no difference after 4 weeks ($p = 0.241$). No serious side effects such as infection, bleeding, muscle

¹Phân hiệu trường Đại học Y Hà Nội tại tỉnh Thanh Hóa

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Hồng Quân

Email: nguyenvanhongquan@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

weakness, or allergy were recorded. **Conclusion:** Local BTA injection can be effective and safe for the treatment of Raynaud's phenomenon in patients with scleroderma.

Keywords: Raynaud, Botulinum, Scleroderma

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện tượng Raynaud là tình trạng co thắt mạch máu của động mạch ngón tay, ngón chân, dẫn đến các triệu chứng từ đau và dị cảm kéo dài, thiếu máu nuôi dưỡng. Hiện tượng Raynaud ở người bệnh xơ cứng bì thường nghiêm trọng hơn, gây đau đớn cho người bệnh và để lại nhiều biến chứng nghiêm trọng như loét hoại tử đầu chi, cắt cụt ngón. Các thuốc điều trị kinh điển như chẹn kênh canxi, thuốc ức chế phosphodiesterase-5 (PDE-5), thuốc đối kháng thụ thể endothelin (ET-1) và các chất đồng vận prostacyclin có hiệu quả không đồng nhất, cũng như có thể gây ra các tác dụng phụ toàn thân. Gần đây tiêm tại chỗ botulinum toxin loại A (BTX-A) là một hướng điều trị mới triển vọng trong điều trị hiện tượng Raynaud và loét đầu chi ở người bệnh xơ cứng bì hệ thống.¹ Đã có nhiều nghiên cứu cho thấy tiêm BTX-A có thể có hiệu quả điều trị đáng mong đợi. Bên cạnh đó cũng có những nghiên cứu cho thấy hiệu quả không thực sự rõ rệt, đặc biệt ở người bệnh xơ cứng bì hệ thống giai đoạn muộn.² Do còn thiếu những thử nghiệm lâm sàng chất lượng cao, cho đến nay đến nay vẫn chưa có kết luận về tác dụng điều trị của phương pháp này mặc dù là một biện pháp điều trị đầy tiềm năng. Ở Việt Nam, kỹ thuật này chưa được áp dụng nhiều cũng như không có nghiên cứu đánh giá. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Đánh giá hiệu quả điều trị đau đầu ngón tay bằng tiêm Botulinum toxin type A ở người bệnh xơ cứng bì có hiện tượng Raynaud tại bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thanh Hóa" với mục tiêu: "Đánh giá hiệu quả điều trị đau đầu ngón tay và các yếu tố liên quan bằng tiêm Botulinum toxin type A ở người bệnh xơ cứng bì hệ có hiện tượng Raynaud tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Thanh Hóa năm 2024".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân xơ cứng bì có hiện tượng Raynaud đáp ứng kém với điều trị kinh điển, được điều trị BTA tiêm dưới da gốc ngón tay tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 2/2024 đến tháng 10/2024, đã được điều trị bằng phương pháp tiêm độc tố Botulinum toxin type A theo phác đồ 2 giai đoạn (giai đoạn 1 tiêm BTA ở tay không thuận, giai đoạn 2 tiêm BTA ở tay thuận).

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có bệnh lý

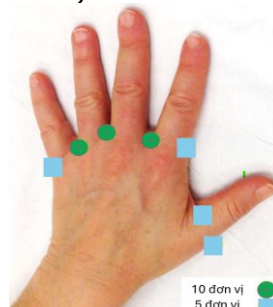
bàn tay khác hoặc chấn thương tại bàn tay ở thời điểm nghiên cứu.

Quy trình kỹ thuật tiêm BTA điều trị hiện tượng Raynaud:

- Chuẩn bị thuốc: 50 đơn vị BTX-A được hòa tan bằng dung dịch NaCl 0,9% vừa đủ 1 mL và cho vào bơm tiêm 1 mL với kim 30G.

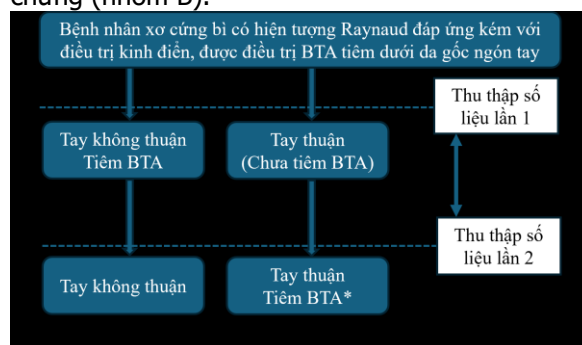
- Người bệnh được gây tê vị trí tiêm ở gốc các ngón tay bằng ủ kem tê bề mặt trong vòng tối thiểu 15 phút trước thủ thuật. Sau đó vị trí tiêm ở bàn tay sẽ được lau sạch bằng cồn 70 độ và để khô tự nhiên.

- Tiêm dưới da BTX-A vào bàn tay đã được lựa chọn của người bệnh; các vị trí gốc ngón giữa ngón 2 và ngón 3, giữa ngón 3 và ngón 4, giữa ngón 4 và ngón 5 sẽ được tiêm 10 đơn vị BTX-A; các vị trí 2 bên gốc ngón của ngón cái, mặt bên phía ngón cái của ngón 2, mặt bên ngón 5 phía ngoài sẽ được tiêm 5 đơn vị BTX-A mỗi vị trí (Hình 1.1)



Hình 2.1. Vị trí và liều tiêm BTA dưới da ở bàn tay

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu quan sát mô tả đánh giá hiệu quả sau điều trị, so sánh với nhóm chứng. Các bệnh nhân sẽ được thu thập thông tin ở thời điểm trước điều trị BTA và ở thời điểm sau tiêm BTA ở tay không thuận 4 tuần (tức là ngay trước khi tiêm BTA ở tay thuận), nhóm bàn tay không thuận được tiêm BTA là nhóm được điều trị (nhóm A), nhóm bàn tay thuận chưa được tiêm BTA là nhóm chứng (nhóm B).



Sơ đồ 2.1. Tóm tắt quy trình nghiên cứu

2.3. Các chỉ tiêu nghiên cứu chính. Mức độ đau VAS được đánh giá riêng cho mỗi bàn tay, theo thang điểm từ 0-10 điểm. Nhiệt độ nền T_b các đầu ngón tay được đo bằng camera nhiệt ảnh hồng ngoại, người bệnh được ở trong phòng được kiểm soát nhiệt độ trong khoảng 25 -27 độ C trong tối thiểu 15 phút trước khi đo. Sau đó người bệnh được ngâm cả 2 bàn tay trong nước lạnh 10 độ C trong vòng 30 giây rồi thấm khô nhẹ nhàng, đo nhiệt độ các đầu ngón tay mỗi bàn tay và tính trung bình thu được nhiệt độ T_0 . Sau 5 phút, quy trình đo nhiệt độ lặp lại thu được nhiệt độ trung bình T_5 cho mỗi bàn tay. Biến thiên $\Delta T = T_5 - T_0$ dùng để đánh giá khả năng phục hồi nhiệt độ sau test kích thích lạnh.

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS26, sử dụng kiểm định T-test ghép cặp để so sánh các chỉ số trước và sau điều trị, so sánh trung vị khi 2 dãy số phân bố không chuẩn. Kiểm định T-test độc lập được dùng để so sánh trung bình giữa 2 nhóm độc lập. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự cho phép của lãnh đạo bệnh viện và hội đồng khoa học sở y tế. Nghiên cứu không làm thay đổi phác đồ điều trị của người bệnh. Các thông tin cá nhân của đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng của nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3.1. Thay đổi điểm VAS sau 4 tuần ở 2 nhóm bàn tay

VAS trung bình	Nhóm A (N=30)	Nhóm B (N=30)
Trước điều trị	$A_0 = 3,23 \pm 1,36$	$B_0 = 3,20 \pm 1,42$
Sau 4 tuần	$A_1 = 2,63 \pm 1,03$	$B_1 = 3,03 \pm 1,25$
	$\Delta (A_0 - A_1) = 0,60 \pm 0,86$ $p < 0,001^*$	$\Delta (B_0 - B_1) = 0,17 \pm 0,79$ $p = 0,258^*$

**Kiểm định T-test ghép cặp*

Nhận xét: Điểm đau VAS ở nhóm bàn tay được tiêm BTA đã giảm từ $3,23 \pm 1,36$ xuống $2,63 \pm 1,03$, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; trong khi điểm VAS ở nhóm bàn tay không được tiêm BTA không có sự thay đổi đáng kể.

Bảng 3.2. Nhiệt độ trung bình các đầu ngón tay

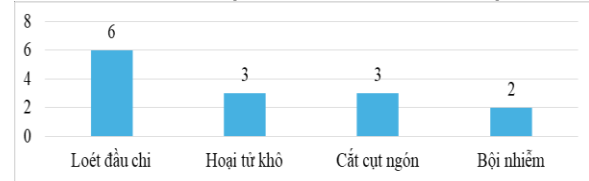
Nhiệt độ trung bình các đầu ngón tay (°C)	Nhóm A (N=30)	Nhóm B (N=30)
Trước điều trị	$A_0 = 27,94 \pm 1,44$	$B_0 = 28,0 \pm 1,49$
Sau 4 tuần	$A_1 = 29,21 \pm 1,71$	$B_1 = 28,09 \pm 1,48$
	$\Delta (A_0 - A_1) = -1,28 \pm 0,77$ $p < 0,001^*$	$\Delta (B_0 - B_1) = -0,09 \pm 0,39$ $p = 0,217^*$

**Kiểm định T-test ghép cặp*

Nhận xét: Nhiệt độ trung bình đầu ngón tay ở nhóm bàn tay được tiêm BTA đã tăng thêm $1,28 \pm 0,77^\circ\text{C}$, khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; ở nhóm bàn tay không được tiêm BTA, nhiệt độ trung bình các đầu ngón tay không có sự thay đổi đáng kể.

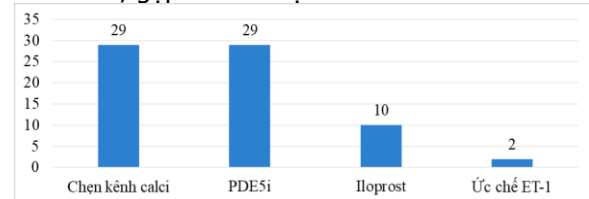
Bảng 3.3. Nhiệt độ trung bình các đầu ngón chi sau kích thích lạnh

Nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống có hiện tượng Raynaud đáp ứng kém với điều trị kinh điển, trong đó có 8 nam (26,7%) và 22 nữ (73,3%), chủ yếu trong độ tuổi từ 50-59 tuổi (20 bệnh nhân, 66,7%).



Biểu đồ 3.1. Số lượt biến chứng đã gặp do hiện tượng Raynaud ở nhóm đối tượng nghiên cứu trong vòng 12 tháng

Nhận xét: Loét đầu chi là biến chứng thường gặp nhất ở những bệnh nhân xơ cứng bì có hiện tượng Raynaud đáp ứng kém với điều trị kinh điển, gặp ở 20% bệnh nhân.



Biểu đồ 3.2. Các điều trị kinh điển đã sử dụng ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu trong 6 tháng trước khi tiêm BTA

Nhận xét: Chẹn kênh calci và ức chế phosphoesterase 5 là hai nhóm thuốc được dùng nhiều nhất trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu (96,67% số bệnh nhân).

3.2. Hiệu quả điều trị tiêm BTA

Nhiệt độ trung bình đầu ngón tay (°C)		Nhóm A (N=30)	Nhóm B (N=30)	p**
Trước điều trị	Ngay sau kích thích lạnh	23,19±1,05	23,15±0,99	0,880
	Sau 5 phút	25,62±1,39	25,66±1,33	0,917
Sau 4 tuần	Ngay sau kích thích lạnh	23,37±1,12	23,29±1,03	0,766
	Sau 5 phút	27,52±1,73	25,91±1,44	<0,001

**kiểm định T-test độc lập

Nhận xét: Có sự khác biệt trung bình nhiệt độ đầu ngón chỉ sau 5 phút từ lúc kích thích lạnh ở nhóm bàn tay được tiêm BTA và nhóm chưa được tiêm BTA sau 4 tuần.

Bảng 3.4. Khả năng phục hồi nhiệt độ các đầu ngón tay sau test kích thích lạnh

Trung bình biến thiên nhiệt độ đầu ngón tay sau test kích thích lạnh (°C)	Nhóm A (N=30)	Nhóm B (N=30)
Trước điều trị	A0=2,43±0,58	B0=2,51±0,52
Sau 4 tuần	A1=4,15±1,11	B1=2,62±0,78
	$\Delta (A0-A1)=-1,72\pm0,85$ p<0,001*	$\Delta (B0-B1)=-0,12\pm0,53$ p=0,241*

*Kiểm định T-test ghép cặp

Nhận xét: Ở nhóm bàn tay được tiêm BTA, biến thiên nhiệt độ sau test kích thích lạnh đã tăng từ 2,43±0,58°C lên 4,15±1,11°C, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001; trong khi không có sự khác biệt ở nhóm chưa được tiêm BTA.

3.3. Các tác dụng phụ liên quan đến điều trị bằng BTA. Đã có 2 trường hợp (6,67%) người bệnh đau mức độ nhẹ tại vị trí tiêm BTA kéo dài từ 30-60 phút, tuy nhiên sau đó các triệu chứng này tự thuyên giảm mà không cần điều trị gì; có 1 bệnh nhân báo cáo yếu cơ bàn ngón tay mức độ nhẹ sau tiêm BTA 8 giờ và phục hồi sau 48 giờ mà không để lại di chứng nào.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi tiến hành trên 30 bệnh nhân xơ cứng bì hệ thống có hiện tượng Raynaud đáp ứng kém với điều trị kinh điển, các bệnh nhân đều được kiểm tra và tối ưu điều trị trước khi quyết định điều trị bằng BTA. Theo phác đồ điều trị thông thường đang áp dụng tại bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thanh Hóa, người bệnh được tiêm BTA theo 2 giai đoạn, giai đoạn 1 tiêm ở tay không thuận, nếu không ghi nhận tác dụng phụ đáng kể sẽ tiếp tục giai đoạn 2 tiêm BTA ở tay thuận, với mục đích giảm thiểu mức độ ảnh hưởng nếu gặp tác dụng không mong muốn. Điều này tạo ra cơ hội để so sánh hiệu quả điều trị ở tay được tiêm BTA với tay chưa tiêm BTA như đối chứng tự thân.

Trong số 30 bệnh nhân nghiên cứu, đã có 6 bệnh nhân bị loét đầu chi, có 3 bệnh nhân bị hoại tử khô, 3 bệnh nhân đã từng phẫu thuật cắt cụt đốt ngón tay, 2 bệnh nhân bị bội nhiễm đầu ngón. Các biến chứng này xảy ra mặc dù các bệnh nhân đều được điều trị tích cực với tối thiểu 2 thuốc giãn mạch, cho thấy các phác đồ thường dùng hiện nay có hiệu quả chưa thực sự

nư mong đợi.

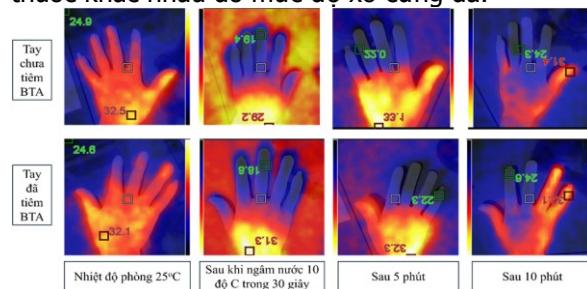
Điều trị hiện tượng Raynaud bằng BTA đã được thí điểm lần đầu cách đây khoảng 20 năm, tuy nhiên cho đến nay vẫn chưa có phác đồ thống nhất, cũng như thiếu các nghiên cứu chất lượng cao đánh giá hiệu quả điều trị. Trong nghiên cứu này chúng tôi áp dụng phác đồ của Bello và cộng sự³ với liều tiêm 50 đơn vị BTA cho mỗi bàn tay.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm đau VAS ở nhóm bàn tay được tiêm BTA (nhóm A – bàn tay không thuận) đã giảm từ 3,23±1,36 xuống 2,63±1,03, khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,001; trong khi điểm VAS ở nhóm bàn tay không được tiêm BTA (nhóm B – bàn tay thuận) không có sự thay đổi đáng kể. Đau là một triệu chứng liên quan mật thiết với hiện tượng Raynaud, ảnh hưởng nhiều đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, kiểm soát đau chính là một mục tiêu điều trị quan trọng. Liều pháp BTA mặt dù chỉ làm giảm 0,6±0,86 điểm nhưng cũng là dấu hiệu tích cực, vì nhóm bệnh nhân của chúng tôi được xem là nhóm “kháng trị”, gợi ý rằng nếu được sử dụng ở nhóm bệnh nhân có hiện tượng Raynaud thông thường, hiệu quả đạt được có thể đáng kì vọng hơn nữa trong khi gần như không dẫn đến các tác dụng phụ toàn thân như các thuốc giãn mạch trong điều trị kinh điển. Các sự thay đổi tích cực đã không được quan sát thấy ở nhóm bàn tay chưa được tiêm BTA đã ủng hộ việc tiêm BTA thực sự có vai trò trong điều trị hiện tượng Raynaud. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu TORCH.⁴ Đây là một phân tích tổng hợp bao gồm 18 công bố về hiệu quả của BTA, đưa ra kết luận rằng liệu pháp này có khả năng cải thiện điểm đau lên tới 81,95% số bệnh nhân (95% CI 74,12-87,81).

Sau khi điều trị bằng tiêm dưới da BTA gốc ngón tay, nhiệt độ trung bình ở các đầu ngón tay đã tăng thêm $1,28 \pm 0,77^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$). Không có sự thay đổi nhiệt độ trung bình đầu ngón tay ở nhóm chưa tiêm BTA. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Jenkins của cộng sự, với sự khác biệt về nhiệt độ trung bình đầu ngón tay giữa 2 nhóm là $1,30^\circ\text{C}$ (95% CI 0,23-2,36).⁵

Nghiên cứu của chúng tôi đánh giá khả năng phục hồi sau kích thích lạnh thông qua mức biến thiên nhiệt độ trung bình đầu ngón tay. Ở nhóm bàn tay được tiêm BTA, biến thiên nhiệt độ sau test kích thích lạnh đã tăng từ $2,43 \pm 0,58^\circ\text{C}$ lên $4,15 \pm 1,11^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$); trong khi không có sự khác biệt ở nhóm chưa được tiêm BTA. Trong nghiên cứu của Wei Du và cộng sự⁶ trên 16 bệnh nhân, kích thích lạnh được tiến hành bằng cách ngâm bàn tay trong nước đá 20 giây, đo nhiệt độ ngay sau đó và sau 3 phút và lấy hiệu số thu được độ biến thiên nhiệt độ, kết quả ở nhóm được điều trị BTA, mức khôi phục nhiệt độ sau 3 phút tăng từ $2,1 \pm 1,2^\circ\text{C}$ trước điều trị lên $4,5 \pm 2,5^\circ\text{C}$ ($p < 0,05$); ở nhóm không được điều trị BTA, vẫn có sự cải thiện mức khôi phục sau 4 tuần, từ $2,5 \pm 0,9$ lên $3,5 \pm 2,4$ ($p > 0,05$).

Để đảm bảo chính xác và trực quan nhất, chúng tôi đã sử dụng thiết bị máy ảnh nhiệt hồng ngoại để đánh giá các thông số nhiệt độ. Dựa vào máy ảnh nhiệt hồng ngoại, nhóm nghiên cứu cũng phát hiện ra tình trạng không đồng nhất về mức độ nặng của hiện tượng Raynaud giữa các ngón tay trên cùng một bàn tay, cũng như giữa các bàn tay trên cùng một bệnh nhân. Đáp ứng với BTA của các ngón tay cũng không hoàn toàn tương tự (Hình 4.1). Điều này có thể một phần do liều tiêm khác nhau ở các vị trí gốc ngón, kĩ thuật tiêm, khả năng thẩm thấu khác nhau do mức độ xơ cứng da.



Hình 4.1. Đánh giá nhiệt độ đầu ngón tay bằng máy ảnh nhiệt hồng ngoại

Nghiên cứu của chúng tôi đã ghi nhận một số tác dụng không mong muốn sau điều trị BTA nhưng đều ở mức độ nhẹ, thoáng qua và không cần điều trị, bao gồm 2 bệnh nhân đau mức độ nhẹ tại vị trí tiêm BTA kéo dài từ 30-60 phút và 1

bệnh nhân yếu cơ bàn ngón tay mức độ nhẹ sau tiêm BTA 8 giờ và tự phục hồi sau 48 giờ mà không để lại di chứng nào. Tổng quan tài liệu của Lawson và cộng sự⁷ cho thấy có 20,2% bệnh nhân được điều trị BTA gặp các biến chứng, thường xuyên nhất là yếu tay thoáng qua (44,2% số tác dụng phụ được báo cáo) và đau tại chỗ tiêm từ vài phút đến vài ngày (40,7% số tác dụng phụ được báo cáo). Mức độ an toàn của liệu pháp tiêm BTA tại chỗ để điều trị hiện tượng Raynaud đã được chứng minh khi không ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng.

Nghiên cứu của chúng tôi bước đầu đánh giá điểm đau VAS và các tiêu chí về nhiệt độ sau giai đoạn 1 của phác đồ điều trị BTA, nghiên cứu sẽ tiếp tục được mở rộng để đánh giá thêm các tiêu chí khách quan và chủ quan khác sau khi hoàn thành liệu trình tiêm BTA cho cả hai bàn tay.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu gồm 30 bệnh nhân được điều trị bằng BTA ở một bên bàn tay. Sau 4 tuần từ lúc tiêm BTA ở tay không thuận, điểm đau VAS ở tay không thuận giảm trung bình $0,60 \pm 0,86$ ($p < 0,001$), nhiệt độ đầu ngón tay trung bình của nhóm bàn tay được tiêm BTA tăng thêm $1,28 \pm 0,77^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$); ở nhóm bàn tay được tiêm BTA, biến thiên nhiệt độ sau kích thích lạnh đã tăng từ $2,43 \pm 0,58^\circ\text{C}$ lên $4,15 \pm 1,11^\circ\text{C}$ ($p < 0,001$). Ở nhóm bàn tay chưa được tiêm BTA, không ghi nhận các thay đổi đáng kể sau 4 tuần. Không ghi nhận các tác dụng phụ nghiêm trọng sau tiêm BTA.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, Bệnh viện Da liễu Trung ương. Hướng Dẫn Chẩn Đoán và Điều Trị Các Bệnh Da Liễu. Nhà Xuất bản Y Học; 2023.
2. **O'Donoghue P, McDonnell J, Wormald J, et al.** Botulinum Toxin for the Treatment of Raynaud's Conditions of the Hand: Clinical Practice Updates and Future Directions. *Toxins*. 2024;16(11):472. doi:10.3390/toxins16110472
3. **Bello RJ, Cooney CM, Melamed E, et al.** The Therapeutic Efficacy of Botulinum Toxin in Treating Scleroderma-Associated Raynaud's Phenomenon: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Clinical Trial. *Arthritis & Rheumatology*. 2017;69(8): 1661-1669. doi:10.1002/art.40123
4. **Geary E, Wormald JCR, Cronin KJ, et al.** Toxin for Treating Raynaud Conditions in Hands (The TORCH Study): A Systematic Review and Meta-analysis. *Plastic and Reconstructive Surgery – Global Open*. 2024;12(6):e5885. doi:10.1097/GOX.0000000000005885
5. **Jenkins SN, Neyman KM, Veledar E, Chen SC.** A pilot study evaluating the efficacy of botulinum toxin A in the treatment of Raynaud phenomenon. *J Am Acad Dermatol*. 2013;69(5):

- 834-835. doi:10.1016/j.jaad.2013.06.029
6. **Du W, Zhou M, Zhang C, Sun Q.** The efficacy of botulinum toxin A in the treatment of Raynaud's phenomenon in systemic sclerosis: A randomized self-controlled trial. *Dermatol Ther.* 2022;35(7):e15529. doi:10.1111/dth.15529
7. **Lawson O, Sisti A, Konofaos P.** The Use of Botulinum Toxin in Raynaud Phenomenon: A Comprehensive Literature Review. *Ann Plast Surg.* 2023;91(1): 159-186. doi:10.1097/SAP.0000000000003603

THÓI QUEN VẬN ĐỘNG THỂ CHẤT VÀ CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ Ở HỌC SINH TRUNG HỌC PHỔ THÔNG TẠI THÀNH PHỐ TÂN AN, TỈNH LONG AN

Trần Đức Sĩ¹, Nguyễn Thái Hằng¹, Mai Phương Dung^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hoạt động thể chất đóng vai trò quan trọng trong việc nâng cao chất lượng giấc ngủ, sức khỏe thể chất, tinh thần và khả năng nhận thức, đặc biệt là đối với thanh thiếu niên. Tuy nhiên, tại thành phố Tân An, tỉnh Long An, chưa có nghiên cứu tổng quan về các yếu tố này. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện từ tháng 1 đến tháng 3 năm 2024, với 360 học sinh trung học phổ thông tại thành phố Tân An. Thực trạng vận động được đánh giá theo khuyến nghị của WHO (ít nhất 60 phút/ngày). Dữ liệu về chất lượng giấc ngủ, các yếu tố có thể liên quan khác bao gồm tình trạng dinh dưỡng, thói quen dùng điện thoại và giờ học thêm cũng được khảo sát. **Kết quả:** Tỷ lệ học sinh đạt thời gian vận động tối thiểu là 38,7%. Học sinh không đạt khuyến nghị có nguy cơ cao hơn về chất lượng giấc ngủ kém (OR=2,1; p<0,05) và mức độ nghiện điện thoại thông minh cao hơn (OR=1,8; p<0,01). **Kết luận:** Vận động thể chất không đủ là một vấn đề đáng lo ngại ở học sinh trung học phổ thông tại thành phố Tân An, đi kèm với sự gia tăng sử dụng điện thoại di động và góp phần làm giảm chất lượng giấc ngủ. Cần có các giải pháp nhằm nâng cao nhận thức và cải thiện thói quen vận động của trẻ.

Từ khóa: Vận động thể chất, học sinh, chất lượng giấc ngủ, điện thoại thông minh.

SUMMARY

PHYSICAL EXERCISE HABIT AND SLEEP QUALITY AMONG HIGH SCHOOL STUDENTS IN TAN AN CITY, LONG AN PROVINCE

Background: Physical activity plays a crucial role in improving sleep quality, physical health, mental well-being, and cognitive function, especially for teenagers. However, in Tan An City, Long An Province, there is a lack of comprehensive research on these issues. **Subjects and Methods:** The cross-sectional study was conducted from January to March 2024, involving 360 high school students in Tan An City.

Physical activity was assessed based on the WHO recommendations (at least 60 minutes per day). Data on sleep quality and other potentially related factors, including nutritional status, phone usage habits, and after-school hours, were also surveyed. **Results:** The percentage of students meeting the minimum recommended physical activity duration was 38.7%. Students who did not meet the recommendation were at higher risk of poor sleep quality (OR=2.1; p<0.05) and higher levels of smartphone addiction (OR=1.8; p<0.01). **Conclusion:** Insufficient physical activity is a concerning issue among high school students in Tan An City, associated with increased smartphone usage and a decline in sleep quality. There is a need for solutions to raise awareness and improve students' physical activity habits. **Keywords:** Physical activity, students, sleep quality, smartphones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vận động thể chất (VĐTC) là một trong những yếu tố quan trọng trong việc duy trì sức khỏe toàn diện, đặc biệt ở lứa tuổi học sinh trung học phổ thông (THPT), khi các em đang trải qua giai đoạn phát triển mạnh mẽ cả về thể chất lẫn tinh thần. Theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), thanh thiếu niên cần tham gia ít nhất 60 phút VĐTC với cường độ trung bình đến cao mỗi ngày để đảm bảo sự phát triển khỏe mạnh và giảm nguy cơ mắc các vấn đề sức khỏe lâu dài. Tuy nhiên, thực trạng cho thấy, phần lớn học sinh không đạt được mức vận động này, dẫn đến nhiều hậu quả tiêu cực về sức khỏe như giảm chất lượng giấc ngủ (CLGN) và các hành vi ít vận động khác như nghiện điện thoại thông minh.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu đã chỉ ra rằng học sinh phổ thông đang đối mặt với áp lực học tập lớn, thời gian dành cho hoạt động thể chất bị thu hẹp đáng kể. Đồng thời, việc sử dụng điện thoại thông minh (ĐTTM) tăng cao, đặc biệt vào ban đêm, không chỉ làm giảm thời gian vận động mà còn ảnh hưởng xấu đến CLGN. Những thói quen này không chỉ làm suy giảm sức khỏe mà còn tác động tiêu cực đến kết quả học tập.

Nghiên cứu tìm hiểu mối liên quan giữa

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Đại học Y Tân Tạo

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Sĩ

Email: sitd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

VĐTC và các yếu tố sức khỏe trên lần đầu tiên được thực hiện tại thành phố Tân An, tỉnh Long An. Kết quả nghiên cứu không chỉ cung cấp cái nhìn sâu sắc về thực trạng này mà còn là cơ sở để xuất các chương trình can thiệp phù hợp nhằm cải thiện thói quen vận động và sức khỏe cho học sinh tại địa phương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Dân số đích: Học sinh THPT tại TP Tân An, tỉnh Long An.

Tiêu chí chọn mẫu:

- Học sinh đang theo học tại các trường THPT trong địa bàn thành phố.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu sau khi được cung cấp đầy đủ thông tin và ký vào phiếu đồng ý tham gia.

Tiêu chí loại trừ:

- Học sinh mắc các bệnh lý cấp tính mãn tính hoặc dị tật nghiêm trọng ảnh hưởng đến khả năng vận động (như chấn thương vận động, các bệnh lý cơ xương khớp)
- Không hoàn thành đầy đủ các phiếu khảo sát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang mô tả với cỡ mẫu tối thiểu được xác định là $n = 358$, được dựa trên công thức tính cỡ mẫu cho nghiên cứu cắt ngang ước lượng một tỷ lệ, trong đó, α là xác suất sai lầm loại I = 0,05; d là độ chính xác (sai số cho phép 0,05); và p là 0,34 (theo kết quả nghiên cứu tương tự tại Bến Tre) [3]. Thực tế, nghiên cứu tiến hành khảo sát 360 học sinh THPT.

Mẫu được chọn tại ba trong sáu trường THPT tại TP Tân An, bao gồm Trường THPT Chuyên Long An; bốc thăm ngẫu nhiên chọn một trong ba trường THPT công lập không chuyên (THPT Lê Quý Đôn); và bốc thăm ngẫu nhiên chọn một trong hai trường THPT tư thục (THPT Hà Long). Mẫu được phân bổ đều cho cả ba trường. Tại mỗi trường, số lượng mẫu được chia đều cho ba khối. Tại mỗi khối, danh sách học sinh toàn khối được sử dụng để làm khung chọn mẫu để chọn ngẫu nhiên người được phỏng vấn. Bất cứ em nào được chọn mà không đồng ý tham gia nghiên cứu thì em liền kề trong danh sách và đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được chọn thay thế.

Học sinh được chọn và đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được nghiên cứu viên phỏng vấn thông qua bảng câu hỏi. Mức độ vận động thể chất dựa trên khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO) ít nhất 60 phút vận động thể chất cường độ từ trung bình đến cao mỗi ngày.

Số liệu được thu thập và nhập liệu bằng

phần mềm Epidata. Sau đó, số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 25.0.

2.3. Ý đức. Đề cương nghiên cứu đã được chấp thuận về mặt y đức trong nghiên cứu thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch số 982/TĐHYKPNT-HĐĐĐ ngày 04 tháng 01 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu này, có tổng 360 học sinh thuộc ba trường THPT tham gia, số học sinh đến từ mỗi trường là 120 học sinh, chiếm 33,33%, số học sinh mỗi khối là 120 học sinh, tỷ lệ 33,33%, giới tính tham gia nghiên cứu là 150 học sinh nam, chiếm 41,70% và 210 học sinh nữ, chiếm tỷ lệ 58,30%.

Thói quen vận động của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Số học sinh có chơi thể thao ($n=360$)

Trường	Có chơi thể thao		Vận động thể lực đủ 60 phút mỗi ngày	
	Tần số	(%)	Tần số	(%)
THPT Chuyên Long An	68	56,67	43	35,83
THPT Lê Quý Đôn	66	55,00	46	38,33
TH-THCS-THPT Hà Long	67	55,83	58	48,33
Tổng	201	55,83	147	40,83

Có đến 44,17% học sinh không chơi môn thể thao nào. Tỷ lệ tương đối đồng nhất giữa các trường. Số học sinh tham gia nghiên cứu có VĐTC đủ 60 phút mỗi ngày chỉ chiếm 40,83%. Trong ba trường, số lượng học sinh vận động thể lực đủ 60 phút mỗi ngày cao nhất ở trường TH-THCS-THPT Hà Long, thấp nhất ở trường THPT Chuyên Long An.

Một số thói quen khác trong ngày

Bảng 2. Số giờ sử dụng ĐTTM trong một ngày của các học sinh ($n=360$)

Trường	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
THPT Chuyên Long An	4,81	1,62	1	8
THPT Lê Quý Đôn	5,72	2,27	1	10
TH-THCS-THPT Hà Long	4,28	1,76	0	8
Tổng	4,94	1,98	0	10

Số giờ sử dụng ĐTTM trung bình của học sinh trong nghiên cứu là $4,94 \pm 1,98$ giờ, cao nhất là 10 giờ, thấp nhất là 0 giờ. Học sinh trường THPT Lê Quý Đôn có số giờ sử dụng

ĐTTM trung bình cao nhất là 5,72 giờ, con số này thấp nhất ở học sinh trường TH-THCS-THPT Hà Long với 4,28 giờ. Học sinh vận động đủ thời gian khuyến nghị có chất lượng giấc ngủ tốt hơn, ít nguy cơ nghiện điện thoại thông minh (OR = 0,64; p = 0,037).

Bảng 3. Số tiết học thêm mỗi tuần của đối tượng tham gia nghiên cứu (n=360)

Trường	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
THPT Chuyên Long An	7,37	4,62	0	20
THPT Lê Quý Đôn	6,90	5,2	0	18
TH-THCS-THPT Hà Long	6,20	5,15	0	18

Tổng	6,82	5,01	0	20
-------------	-------------	-------------	----------	-----------

Số tiết học thêm trung bình trong một tuần của học sinh trong nghiên cứu là $6,82 \pm 5,01$ tiết, cao nhất là 20 tiết, thấp nhất là 0 tiết. Trong đó, học sinh trường THPT Chuyên Long An có số tiết học thêm trung bình cao nhất là $7,37 \pm 4,62$ tiết, thấp nhất là trường TH-THCS-THPT Hà Long với $6,82 \pm 5,01$ tiết.

Mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ và các yếu tố được khảo sát. Qua khảo sát bằng bảng câu hỏi, điểm trung bình PSQI là $5,49 \pm 2,61$ điểm, điểm PSQI nhỏ nhất là 0 điểm và lớn nhất là 14 điểm. Có 184 học sinh có tình trạng CLGN kém, chiếm tỷ lệ 51,11%.

Bảng 4. Liên quan giữa các thói quen vận động thể lực và các yếu tố khác với CLGN

Đặc điểm	Chất lượng giấc ngủ		Giá trị p	OR (KTC 95%)
	Kém (%)	Tốt (%)		
Béo phì: Không Có	154 (49,04) 30 (65,22)	160 (50,96) 16 (34,78)	0,04	1 1,95 (1,02-3,72)
Có bệnh mạn tính: Không Có	174 (49,86) 10 (90,91)	175 (50,14) 1 (9,09)	0,007	1 10,06 (1,27-79,41)
Chơi thể thao: Không Có	87 (54,72) 97 (48,26)	72 (45,28) 104 (51,74)	0,223	1 0,77 (0,51-1,17)
Vận động thể lực đủ 60 phút mỗi ngày Không Có	117 (54,93) 67 (45,58)	96 (45,07) 80 (54,42)	0,081	1 0,69 (0,45-1,05)
Sử dụng thiết bị điện tử trong 30 phút trước ngủ: Không Có	19 (38,78) 165 (53,05)	30 (61,22) 146 (46,95)	0,063	1 1,78 (0,96-3,31)

Các biến số vận động cho thấy sự liên quan đến CLGN nhưng chưa đủ ý nghĩa thống kê. Béo phì, mắc bệnh mạn tính có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ở ngưỡng p < 0,05 với CLGN.

Tương quan Spearman được dùng để kiểm định sự tương quan giữa tổng điểm PSQI và các biến số khác. Tổng điểm PSQI và thời gian sử dụng điện thoại thông minh có hệ số tương quan rho=0,102 với p=0,054. Số tiết học thêm mỗi tuần có sự tương quan kém hơn với rho=0,085 và p=0,109.

IV. BÀN LUẬN

Có đến 44,16% học sinh trả lời rằng không chơi bất kỳ một môn thể thao nào và chỉ có 147 học sinh tham gia nghiên cứu vận động đủ 60 phút mỗi ngày, chiếm 40,83%. Trong ba trường, số lượng học sinh có VĐTC đủ theo khuyến nghị cao nhất ở trường TH-THCS-THPT Hà Long (48,33%), thấp nhất ở trường THPT Chuyên Long An (35,83%). Điều này có thể lý giải vì ở trường TH-THCS-THPT Hà Long, học sinh được sắp xếp thời khóa biểu các buổi ngoại khóa, lao động công ích, dọn vệ sinh quanh trường xen kẽ

giờ học chính khóa, trường không có thang máy, học sinh khối THPT học ở lầu hai, lầu ba, phải di chuyển hoàn toàn bằng thang bộ nên có nhiều thời gian vận động thể lực. Ngược lại, học sinh trường THPT chuyên Long An có lối sống khá thụ động, chủ yếu thời gian dành cho việc học, ôn luyện thi và tại trường, học sinh được quyền di chuyển bằng thang máy. Riêng trường THPT Lê Quý Đôn, là trường công lập không chuyên, học sinh có thời lượng học tại trường ít hơn nên có thể gian cho VĐTC, ngược lại cũng không bị quản thúc như trường tư nên mức độ VĐTC trung bình có thể thấp hơn. Y vẫn cho thấy thời gian ngủ đủ dài quan trọng cho sức khỏe và thể lực ngày hôm sau dù mức độ VĐTC không tác động rõ đến thời lượng ngủ. [8]

Số giờ sử dụng ĐTTM trung bình của học sinh trong nghiên cứu là $4,94 \pm 1,98$ giờ, cao nhất là 10 giờ và cũng có học sinh báo cáo rằng mình không sử dụng ĐTTM. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Anh ở đối tượng sinh viên ngành điều dưỡng cho biết, có đến 42,3% sinh viên sử dụng ĐTTM trên 6 giờ mỗi ngày. [1] Một nghiên cứu khác của tác giả Lương Thị Thùy

Dung ở đối tượng học sinh THPT ở thành phố Hồ Chí Minh cho thấy, thời gian sử dụng màn hình trung vị là hơn 7,1 giờ mỗi ngày.[2] Với ảnh hưởng tiêu cực của màn hình điện tử cũng như ĐTTM lên thị giác, giấc ngủ và các trạng thái tâm thần kinh khác, những con số trong các nghiên cứu vừa được kể trên thật sự đáng báo động. Cần phải giáo dục, tuyên truyền để nâng cao ý thức cũng như có các biện pháp quản lý chặt chẽ để hạn chế thời gian sử dụng ĐTTM của học sinh.

So sánh giữa các trường, học sinh trường THPT Lê Quý Đôn có số giờ sử dụng ĐTTM trung bình cao nhất là 5,7 giờ, con số này thấp nhất ở học sinh trường TH-THCS-THPT Hà Long với 4,3 giờ. Điều này có thể lý giải là vì học sinh trường THPT Lê Quý Đôn chỉ phải đến trường một buổi sáng hoặc chiều nên có nhiều thời gian để sử dụng điện thoại. Còn đối với học sinh trường TH-THCS-THPT Hà Long, các em phải học cả ngày ở trường, một tỷ lệ lớn học sinh phải học phụ đạo vào buổi tối, nhà trường quản lý rất chặt chẽ, học sinh không được phép sử dụng ĐTTM trong trường với bất kỳ mục đích gì, thời gian chủ yếu các em sử dụng điện thoại là buổi tối trước khi đi ngủ, sáng sớm trước khi đến trường và vào cuối tuần. Có đến 311 học sinh trong nghiên cứu, chiếm tỷ lệ 86,39% có sử dụng ĐTTM trong vòng 30 phút trước khi ngủ. Tỷ lệ này cao nhất ở học sinh trường THPT Chuyên Long An, thấp nhất ở trường TH-THCS-THPT Hà Long. Chỉ có 49 học sinh trong nghiên cứu, không sử dụng thiết bị điện tử trong vòng 30 phút trước khi ngủ, chiếm tỷ lệ 13,61%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Carter chỉ ra rằng có 89% thanh thiếu niên giữ ít nhất một thiết bị điện tử trong phòng ngủ vào ban đêm.[4] Đây cũng là một tỷ lệ đáng báo động. Xem màn hình vào buổi tối muộn có thể góp phần gây ra các vấn đề về giấc ngủ.[4] Học viện Y học giấc ngủ Hoa Kỳ khuyến cáo nên tắt các thiết bị điện tử ít nhất 30 phút trước khi ngủ để đảm bảo CLGN.[6]

Số tiết học thêm trung bình trong một tuần của học sinh trong nghiên cứu là $6,82 \pm 5,01$ tiết, cao nhất là 20 tiết, thấp nhất là 0 tiết. Trong đó, học sinh trường THPT Chuyên Long An học thêm nhiều nhất, trung bình 7,37 tiết mỗi tuần, thấp nhất là trường TH-THCS-THPT Hà Long với 6,82 tiết. Mỗi ngày các em phải học chính khóa từ 5-8 tiết, 6 ngày trong tuần, lại thêm gần 7 tiết học thêm và thời gian tự học, giải quyết bài tập về nhà, chuẩn bị bài mới, nên thời gian dành cho giấc ngủ bị rút ngắn. Tuy vậy, việc thiếu ngủ có thể ảnh hưởng đến học tập, làm điểm trung bình của học sinh sẽ thấp hơn, tâm trạng suy sụp,

thậm chí làm tăng nguy cơ tai nạn giao thông. [5,7,8]

Kết quả cho thấy xu hướng tác động của VĐTC, cũng như việc sử dụng ĐTTM, học thêm,... lên CLGN nhưng chưa đủ rõ rệt để có ý nghĩa thống kê. Dù vậy một yếu tố khác có liên quan đó là béo phì. Một nghiên cứu trên 31,407 học sinh trung học Hàn Quốc cho thấy thời gian ngủ không đủ là một yếu tố kết hợp trong số các nguy cơ béo phì ở trẻ. [5] Hơn nữa, béo phì là một yếu tố liên quan đã được chứng minh của hội chứng ngưng thở khi ngủ. Và việc kém VĐTC là một trong những nguyên nhân của tình trạng béo phì. Có thể suy ra rằng kém vận động ở lứa tuổi học sinh gián tiếp tác động đến CLGN. Yếu tố mắc bệnh mạn tính có liên quan đến CLGN; tuy nhiên, với số lượng ca ít không tác động nhiều đến mối liên quan giữa 2 yếu tố nghiên cứu chính.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đã làm rõ thực trạng vận động thể chất ở học sinh THPT tại thành phố Tân An, tỉnh Long An. Chỉ có 40,83% học sinh đạt mức vận động thể chất tối thiểu theo khuyến nghị của Tổ chức Y tế Thế giới. Kết quả cho thấy học sinh ít vận động có xu hướng có CLGN kém nhưng mối liên quan chưa đủ rõ rệt. Sự liên quan có ý nghĩa thống kê mạnh nếu học sinh có béo phì.

Học sinh vận động đủ thời gian khuyến nghị có CLGN tốt hơn, ít nguy cơ nghiện ĐTTM. Các yếu tố độc lập khác như thời lượng dùng điện thoại, số giờ học thêm mỗi tuần cũng không có xu hướng tác động rõ đến CLGN, tương tự như vận động thể chất.

Nghiên cứu này khẳng định cần thiết phải triển khai các chương trình truyền thông và các hoạt động thể chất tại trường học, đặc biệt là cho những học sinh có béo phì. Việc thúc đẩy thói quen vận động đều đặn không chỉ giúp nâng cao sức khỏe thể chất mà còn cải thiện đáng kể sức khỏe tinh thần, hiệu quả học tập và chất lượng cuộc sống của học sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Anh NTH, Dung PTT, và Trang LQ.** Thực trạng lạm dụng điện thoại thông minh và mối liên quan đến tình trạng lo âu, trầm cảm ở sinh viên đại học ngành điều dưỡng. Tạp Chí Y học Việt Nam 2024. 534 (2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v534i2.8179>.
2. **Dung LTT, Anh HNV.** Thời gian sử dụng màn hình, stress và chất lượng giấc ngủ và các yếu tố liên quan ở trường THPT Gò Vấp, TP. HCM. Y học TP Hồ Chí Minh. 2019:260-267.
3. **Ngọc PN, Anh HNV, Kiên TG.** Nghiện điện thoại thông minh giảm chất lượng giấc ngủ: Nghiên cứu cắt ngang ở học sinh Trung học phổ thông

- tỉnh Bến Tre. Y Học TP Hồ Chí Minh. 2022;26(2)
4. **Carter B, Rees P, Hale L, Bhattacharjee D, Paradkar MS.** Association Between Portable Screen-Based Media Device Access or Use and Sleep Outcomes: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA pediatrics. 2016;170(12):1202-1208. doi:10.1001/jamapediatrics.2016.2341
 5. **Chen WL, Chen JH.** Consequences of inadequate sleep during the college years: Sleep deprivation, grade point average, and college graduation. Prev Med. 2019;124:23-28. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.04.017. Epub 2019 Apr 26. PMID: 31034864.
 6. **Hershner SD, Chervin RD.** Causes and consequences of sleepiness among college students. Nat Sci Sleep. 2014;6:73-84. doi: 10.2147/NSS.S62907. PMID: 25018659; PMCID: PMC4075951.
 7. **Lee J.** Sleep duration's association with diet, physical activity, mental status, and weight among Korean high school students. Asia Pac J Clin Nutr. 2017;26(5): 906-913. doi: 10.6133/apjcn.082016.04. PMID: 28802301.
 8. **Pesonen AK, Kahn M, Kuula L, Korhonen T, Leinonen L, Martinmäki K, Gradisar M, Lipsanen J.** Sleep and physical activity - the dynamics of bi-directional influences over a fortnight. BMC Public Health. 2022;22(1):1160. doi: 10.1186/s12889-022-13586-y. PMID: 35681198; PMCID: PMC9185923.

TỶ LỆ RỐI LOẠN TRẦM CẢM Ở THAI PHỤ CÓ TUỔI THAI TỪ 36 TUẦN ĐẾN 40 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN HÙNG VƯƠNG

Nguyễn Thị Tuyết¹, Hoàng Thị Diễm Tuyết¹, Đặng Ngọc Yến Dung¹,
Trần Thị Hằng¹, Hoàng Thị Tâm Hòa¹, Võ Thị Phương Hoa¹,
Trần Thị Quyền Nương¹, Nguyễn Thị Minh Trang^{2*}, Võ Ý Lan²

TÓM TẮT

Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện tại bệnh viện Hùng Vương từ 12/2020 đến 06/2021 nhằm xác định tỷ lệ rối loạn trầm cảm và các yếu tố liên quan ở thai phụ. Tổng cộng 250 thai phụ từ 36 đến 40 tuần tuổi thai tại bệnh viện Hùng Vương đã tham gia phỏng vấn có cấu trúc và hoàn thành bảng câu hỏi đánh giá trầm cảm sau sinh Edinburgh (EPDS). Kết quả cho thấy 5,6% thai phụ bị trầm cảm. Các yếu tố liên quan đến tình trạng này bao gồm mâu thuẫn với gia đình bên chồng, sự thiếu quan tâm từ chồng, người tâm sự không phải là chồng và việc khám thai định kỳ tại các cơ sở y tế tư nhân. Việc sàng lọc trầm cảm cho tất cả thai phụ tại các cơ sở khám thai là cần thiết để phát hiện sớm các trường hợp có biểu hiện từ lo âu đến trầm cảm, từ đó có thể cung cấp tư vấn, hỗ trợ, chăm sóc và điều trị kịp thời. Điều này không chỉ giúp thai phụ có sức khỏe tốt hơn mà còn nâng cao chất lượng cuộc sống, đảm bảo thế hệ tương lai khỏe mạnh về thể chất và tinh thần, đồng thời giảm gánh nặng bệnh tật cho ngành y tế.

Từ khóa: Trầm cảm, thai kỳ, thai phụ, EPDS

SUMMARY

RATE OF DEPRESSIVE DISORDERS IN PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL AGE FROM 36 WEEKS TO 40 WEEKS AT HUNG VUONG HOSPITAL

¹Bệnh viện Hùng Vương.

²Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Minh Trang

Email: ntmtrangytcc@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

A cross-sectional study was conducted at Hung Vuong Hospital from December 2020 to June 2021 to determine the prevalence of depression and related factors among pregnant women. A total of 250 pregnant women, between 36 and 40 weeks of gestation, participated in a structured interview and completed the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) questionnaire. The results showed that 5.6% of the participants experienced depression. Factors associated with depression included conflicts with the husband's family, lack of support from the husband, not confiding in the husband, and routine prenatal visits at private healthcare facilities. Screening for depression in all pregnant women at prenatal care facilities is essential for the early detection of symptoms ranging from anxiety to depression. This approach would allow for timely counseling, support, care, and treatment. Not only would this improve the health of pregnant women, but it would also enhance their quality of life, ensure a healthy future generation both physically and mentally, and reduce the healthcare burden. **Keywords:** Depression, pregnancy, pregnant women, EPDS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trầm cảm là một rối loạn tâm thần phổ biến ảnh hưởng đến mọi lứa tuổi trên toàn thế giới. Đến năm 2030, tỉ lệ trầm cảm được dự đoán gia tăng đáng kể, gây tăng gánh nặng bệnh tật toàn cầu.¹ Phụ nữ mang thai là nhóm đối tượng dễ mắc trầm cảm do những thay đổi về thể chất, tinh thần do thay đổi nội tiết trong thai kỳ và căng thẳng trong cuộc sống.² Trên thế giới, tỷ lệ trầm cảm ở thai phụ dao động từ 7% đến hơn 25%.³ Tại Việt Nam, tỷ lệ này chiếm khoảng 29,1%.⁴ Trầm cảm trước khi sinh có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và chất lượng

cuộc sống của cả bà mẹ và trẻ. Nếu không được phát hiện sớm và can thiệp kịp thời, trầm cảm trước sinh có thể dẫn đến trầm cảm sau sinh và là nguyên nhân hàng đầu làm tăng bệnh suất và tử suất chu sinh ở phụ nữ.⁵

Việc sàng lọc hiệu quả và can thiệp kịp thời, được hỗ trợ bởi các mạng lưới xã hội mạnh mẽ, có thể làm giảm đáng kể những rủi ro này.³ Tuy nhiên, việc chăm sóc sức khỏe tâm thần, đặc biệt là trầm cảm trước khi sinh, vẫn chưa được quan tâm đúng mức tại các cơ sở y tế. Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện nhằm mục đích xác định tỉ lệ rối loạn trầm cảm ở thai phụ thời kỳ trước sinh với tuổi thai từ 36 tuần đến 40 tuần. Kết quả nghiên cứu là cơ sở tham khảo cho các chiến lược chăm sóc sức khỏe tâm thần cho thai phụ, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc phát hiện và can thiệp sớm tình trạng trầm cảm.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Các thai phụ tuổi có tuổi thai từ 36 đến 40 tuần đến khám thai tại bệnh viện Hùng Vương.

Tiêu chí chọn vào: Các thai phụ từ 18 tuổi trở lên, có tuổi thai từ 36 tuần đến 40 tuần đến khám tại hai khoa Khám bệnh A và khoa Khám bệnh B, có khả năng giao tiếp bằng tiếng Việt. Thai phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chí loại ra: Các thai phụ được chẩn đoán rối loạn trầm cảm trước tuổi thai 36 tuần, đang trong tình trạng cần cấp cứu.

2.2 Địa điểm và thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện tại hai khoa Khám bệnh A và khoa Khám bệnh B, bệnh viện Hùng Vương từ 18/12/2020 đến 07/06/2021.

2.3 Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang.

2.4 Cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = Z^2_{(1-\frac{\alpha}{2})} \times \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: $p=0,19$ là tỷ lệ trầm cảm ở thai phụ theo nghiên cứu của Mohammad KI và cộng sự⁶ năm 2011, sai số biên $d = 0,05$. Cỡ mẫu cần thiết là 234 thai phụ.

2.5 Phương pháp chọn mẫu. Chọn tất cả các thai phụ thỏa tiêu chuẩn chọn vào tại các khoa Khám bệnh A và Khám bệnh B trong thời gian từ 18/12/2020 đến 07/06/2021.

2.6 Biến số nghiên cứu. Biến số phụ thuộc là biểu hiện trầm cảm ở thai phụ, được đánh giá dựa trên thang điểm đánh giá trầm cảm sau sinh Edinburgh (Edinburgh Postnatal Depression Scale-EPDS).⁷ Thai phụ được xác định có biểu

hiện trầm cảm khi điểm số EPDS từ 13 điểm trở lên. Các biến số độc lập bao gồm các yếu tố kinh tế, xã hội và gia đình, tiền căn sức khỏe sinh sản, tình trạng thai kỳ hiện tại.

2.7 Phương pháp thu thập số liệu. Nhóm nghiên cứu sử dụng bảng câu hỏi phỏng vấn có cấu trúc và thang điểm EPDS để thu thập số liệu từ thai phụ thông qua phỏng vấn trực tiếp và tự đánh giá. Mẫu được lấy từ hai khoa khám bệnh, với 190 mẫu từ khoa khám bệnh A và 67 mẫu từ khoa khám bệnh B tại các phòng khám thai cho đối tượng dịch vụ, thu phí và bảo hiểm y tế tại bệnh viện Hùng Vương. Thai phụ được sàng lọc theo tiêu chuẩn chọn mẫu và được cung cấp thông tin chi tiết về nghiên cứu. Nếu đồng ý tham gia, họ ký thỏa thuận và tham gia phỏng vấn trong phòng riêng, bao gồm các bước: phỏng vấn trực tiếp, hoàn tất bảng câu hỏi EPDS và đánh giá trầm cảm theo tiêu chuẩn chẩn đoán và xếp loại tâm thần phiên bản số 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5-DMS-V). Những thai phụ có điểm số EPDS từ 13 điểm trở lên sẽ được hỗ trợ tâm lý và giới thiệu đến chuyên khoa tâm thần.

2.8 Xử lý và phân tích dữ kiện. Dữ liệu được nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 2010 và phân tích bằng phần mềm R phiên bản 3.3.3. Các kết quả được trình bày dưới dạng tỉ lệ % cho các biến định tính, trung bình và độ lệch chuẩn cho các biến định lượng. Kiểm định mối liên quan giữa trầm cảm thai kỳ với các biến số về kinh tế, xã hội, gia đình, tiền căn sức khỏe sinh sản, tình trạng thai kỳ hiện tại bằng các phép kiểm định độc lập, ANOVA và hệ số tương quan Pearson. Mô hình hồi qui Poisson được sử dụng để ước tính tỉ số hiện mắc PR và khoảng tin cậy 95%. Ngưỡng ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.9 Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Hùng Vương, số 518/QĐ-BVHV.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thu nhận được 250 thai phụ có tuổi thai từ 36 tuần đến 40 tuần tham gia vào nghiên cứu. Đối tượng các thai phụ trong nghiên cứu của chúng tôi gồm thai phụ tuổi dưới 35 tuổi trở lên chiếm 74%, độ tuổi trung bình là 30,85 tuổi. Đa số thai phụ là dân tộc Kinh, có trình độ học vấn từ trung học cơ sở trở lên và có mức sống khá. Các thai phụ có nghề nghiệp ổn định chiếm tỉ lệ khá cao 71.6% (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm dân số xã hội của đối tượng nghiên cứu (N=250)

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Tuổi*	30.85 ± 5.12	
Nhóm tuổi		
< 35 tuổi	185	74,0
≥ 35 tuổi	65	26,0
Trình độ học vấn		
Tiểu học	21	8,4
Trung học phổ thông	62	24,8
Trung học cơ sở	71	28,4
Cao đẳng, đại học	96	38,4
Nghề nghiệp		
Nội trợ	57	22,8
Nghề nghiệp ổn định	179	5,6
Nghề nghiệp chưa ổn định	14	71,6
Dân tộc		
Kinh	238	95,2
Khác	12	4,8
Tôn giáo		
Có	85	34,0
Không	165	66,0
Kinh tế		
Mức sống khá	248	99,2
Khác	2	0,8

*Số liệu được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn

Về tình trạng hôn nhân của đối tượng nghiên cứu, hầu hết thai phụ sống chung với chồng, chiếm tỷ lệ 94,8%. Đa số các thai phụ không có mâu thuẫn với gia đình bên chồng. 86,8 thai phụ cho biết thường xuyên nhận được sự quan tâm của chồng. Chủ yếu chồng là người thai phụ tâm sự khi vui/ lo lắng, kể đến là cha mẹ ruột (Bảng 2).

Bảng 2. Đặc điểm tình trạng hôn nhân của đối tượng nghiên cứu (N=250)

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Tình trạng hôn nhân		
Đang sống chung với chồng	237	94,8
Không còn sống với chồng	1	0,4
Chưa kết hôn	12	4,8
Mâu thuẫn với gia đình chồng		
Có	19	7,6
Không	231	92,4
Sự quan tâm của chồng		
Thường xuyên	217	86,8
Ít quan tâm	30	12,0
Không quan tâm	3	2,8
Người tâm sự khi vui/lo lắng		
Chồng	160	64
Cha mẹ ruột	32	12,8

Bảng 5. Mô hình hồi quy đa biến giữa trầm cảm và các yếu tố liên quan*

Đặc điểm	Có trầm cảm n (%)	Không trầm cảm n (%)	PR hiệu chỉnh (KTC95%)	P hiệu chỉnh
Mâu thuẫn với gia đình bên chồng				
Không	10 (4,3)	221 (95,7)	1	1

Cha mẹ chồng	7	2,8
Bạn bè	23	9,2
Không có ai/ Khác	28	11,2

Về tiền sử sức khỏe sinh sản thai kỳ hiện tại của đối tượng nghiên cứu, thai phụ khám thai định kỳ ở bệnh viện công chiếm tỷ lệ cao nhất 46%. Phần lớn thai phụ khám thai dịch vụ. Đa số thai phụ có quan tâm đến sức khỏe, đi khám thai từ 2 lần trở lên và có thai kỳ bình thường (Bảng 3).

Bảng 3. Đặc điểm tiền sử sức khỏe sinh sản thai kỳ hiện tại (N=250)

Đặc điểm	Tần số	Tỉ lệ (%)
Nơi khám thai định kỳ		
Bệnh viện công	115	46,0
Bệnh viện/phòng khám tư	56	22,4
Cả hai	79	31,6
Đối tượng đăng kí khám thai		
Dịch vụ	170	68,0
Bảo hiểm y tế	80	32,0
Số lần đi khám thai định kỳ		
< 2 lần	4	1,6
≥ 2 lần	246	98,4
Thai kỳ bình thường		
Bình thường	163	65,2
Bệnh lý	87	34,8

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ thai phụ có trầm cảm ở thai phụ có tuổi thai từ 36 tuần đến 40 tuần khám thai tại bệnh viện Hùng Vương là 5,6% với ngưỡng cắt theo thang đo EPDS ≥ 13 điểm (Bảng 4).

Bảng 4. Tỉ lệ biểu hiện trầm cảm ở thai phụ (N=250)

Biểu hiện trầm cảm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Có	14	5,6
Không	236	94,4

Mô hình phân tích hồi quy đa biến về các yếu tố có liên quan đến trầm cảm của thai phụ được trình bày trong Bảng 5. Các yếu tố này bao gồm: có mâu thuẫn với gia đình bên chồng (PR= 3.04, KTC 95% [1.33-6.98], p=0,008); sự ít quan tâm của chồng trong lần mang thai này (PR=5.42, KTC 95% [2.01-14.58], p<0,001); tâm sự khi vui/lo lắng với bạn bè (PR=7.33, KTC 95% [1.56-34.47], p= 0,012), không có ai để tâm sự (PR=29.14, KTC 95% [6.6-128.6], p< 0.001) so với thai phụ tâm sự với chồng và nơi khám thai của thai phụ ở bệnh viện tư hoặc phòng khám tư (PR=12.42, KTC 95% [2.53-61], p= 0,002).

Có	4 (21,1)	15 (78,9)	3,04 (1,33-6,98)	0,008
Sự quan tâm của chồng lần mang thai này				
Quan tâm thường xuyên	8 (3,7)	209 (96,3)	1	1
Ít quan tâm	6 (20,0)	24 (80,0)	5,42 (2,01 – 14,58)	<0,001
Người tâm sự khi vui/lo lắng				
Chồng	3 (1,9)	157 (98,1)	1	1
Cha mẹ ruột	2 (6,3)	30 (93,7)	3,06 (0,49 – 18,85)	0,227
Cha mẹ chồng	1 (14,3)	6 (85,7)	0,29 (0,004-1,82)	<0,001
Bạn bè	5 (21,7)	18 (78,3)	7,33 (1,56-34,47)	0,012
Không có ai	3 (42,9)	7 (57,1)	29,14 (6,60-128,6)	<0,001
Nơi khám thai định kì				
Bệnh viện công	2 (1,7)	113 (98,3)	1	1
Bệnh viện, phòng khám tư	6 (10,7)	50 (89,3)	12,42 (2,53-61,0)	0,002
Cả hai	6 (7,5)	73 (92,5)	12,98 (2,43-69,36)	0,003

* Mô hình hồi quy đa biến Poisson được hiệu chỉnh với các yếu tố nghề nghiệp, thời gian kết hôn, sự mong đợi có thai, tâm trạng với thai kỳ lần này, các vấn đề cần tìm hiểu thêm

IV. BÀN LUẬN

Tỷ lệ trầm cảm ở thai phụ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ thai phụ có trầm cảm ở thai phụ có tuổi thai từ 36 tuần đến 40 tuần khám thai tại bệnh viện Hùng Vương là 5,6% với ngưỡng cắt theo thang đo EPDS ≥ 13 điểm và tỷ lệ lo lắng khá cao là 58% ở thai phụ có tuổi thai từ 36 tuần trở lên. Kết quả này tương tự với nghiên cứu trước đó.⁵

Các yếu tố liên quan đến trầm cảm ở thai phụ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố liên quan đến tình trạng này bao gồm mâu thuẫn với gia đình bên chồng, sự thiếu quan tâm từ chồng, người tâm sự không phải là chồng và việc khám thai định kỳ tại các cơ sở y tế tư nhân. Nơi đi khám thai ở ngoài bệnh viện công như bệnh viện tư, phòng khám tư có mối liên quan đáng kể đến trầm cảm của thai phụ, và thai phụ khám ngoài bệnh viện công có nguy cơ trầm cảm cao gấp 6,16 lần so với bệnh viện công. Kết quả cho thấy có thể thai phụ lo lắng về chi phí khám, chữa bệnh đi khám thai bên ngoài bệnh viện công.

Thai phụ có mâu thuẫn với gia đình chồng có nguy cơ trầm cảm cao gấp 4,84 lần so với các thai phụ không có mâu thuẫn với gia đình chồng tương tự như các nghiên cứu.⁸ Thai phụ có chồng ít quan tâm khi có thai có nguy cơ trầm cảm cao gấp 5 lần so với thai phụ được chồng quan tâm. Thai phụ không tâm sự được với chồng, phải tâm sự với bạn bè hoặc không có ai để tâm sự khi cần có liên quan đến trầm cảm.

Điểm mạnh và hạn chế. Do các nghiên cứu về tình trạng rối loạn trầm cảm ở thai phụ và một số yếu tố liên quan tại Việt Nam trong giai đoạn trước sinh còn khá hạn chế, nghiên cứu này đóng góp quan trọng vào việc

hiểu rõ hơn về tình trạng trầm cảm ở thai phụ trong bối cảnh Việt Nam. Thiết kế cắt ngang phù hợp với mục đích nghiên cứu là xác định tỷ lệ trầm cảm, sử dụng thang đo đánh giá trầm cảm EPDS đã được sử dụng rộng rãi trên thế giới và tại Việt Nam. Tuy nhiên, nghiên cứu chỉ tập trung vào nhóm thai phụ có tuổi thai từ 36 tuần đến 40 tuần, hạn chế khả năng tổng quát hóa kết quả cho các nhóm thai phụ khác. Bên cạnh đó, thiết kế cắt ngang cũng không cho phép xác định mối quan hệ nhân quả giữa các yếu tố có thể tác động đến trầm cảm.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang trên 250 thai phụ đến khám tại Bệnh viện Hùng Vương từ tháng 12/2020 đến tháng 6/2021. Kết quả cho thấy 5,6% thai phụ bị trầm cảm. Các yếu tố liên quan đến tình trạng này bao gồm mâu thuẫn với gia đình bên chồng, sự thiếu quan tâm từ chồng, người tâm sự không phải là chồng và việc khám thai định kỳ tại các cơ sở y tế tư nhân. Việc xác định tỷ lệ trầm cảm và các yếu tố liên quan có ý nghĩa quan trọng đối với sức khỏe cộng đồng, đặc biệt là phụ nữ mang thai. Sàng lọc trầm cảm cho thai phụ có thể giúp phát hiện sớm và cung cấp tư vấn, hỗ trợ, chăm sóc và điều trị phù hợp. Điều này góp phần làm giảm tỷ lệ trầm cảm, cải thiện sức khỏe và chất lượng cuộc sống của thai phụ, hướng đến mục đích tạo ra thế hệ tương lai khỏe mạnh, giảm gánh nặng bệnh tật cho ngành y tế và mang lại hạnh phúc cho gia đình và xã hội.

LỜI CẢM ƠN. Đề tài nhận được kinh phí tài trợ và nhận được sự hỗ trợ trong công tác thu thập dữ liệu của Bệnh viện Hùng Vương (Mã số quản lý CS/HV/21/03).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **World Health Organization.** Global burden of mental disorders and the need for a comprehensive, coordinated response from health and social sectors at the country level 2011. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/eb130/b130_9-en.pdf
2. **Fatoye FO, Adeyemi AB, Oladimeji BY.** Emotional distress and its correlates among Nigerian women in late pregnancy. *J Obstet Gynaecol.* Aug 2004;24(5):504-9. doi:10.1080/01443610410001722518
3. **Gelaye B, Rondon MB, Araya R, Williams MA.** Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry.* Oct 2016; 3(10): 973-982. doi:10.1016/s2215-0366(16)30284-x
4. **Nhi TT, Hạnh NTT, Gammeltoft TM.** Emotional violence and maternal mental health: a qualitative study among women in northern Vietnam. *BMC Womens Health.* Apr 24 2018;18(1):58. doi:10.1186/s12905-018-0553-9
5. **Bennett HA, Einarson A, Taddio A, Koren G, Einarson TR.** Prevalence of depression during pregnancy: systematic review. *Obstet Gynecol.* Apr 2004;103(4):698-709. doi:10.1097/01.AOG.0000116689.75396.5f
6. **Mohammad KI, Gamble J, Creedy DK.** Prevalence and factors associated with the development of antenatal and postnatal depression among Jordanian women. *Midwifery.* Dec 2011;27(6):e238-45. doi:10.1016/j.midw.2010.10.008
7. **Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO.** Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* Oct 2001;104(4):243-9. doi:10.1034/j.1600-0447.2001.00187.x
8. **Lau Y, Yin L, Wang Y.** Antenatal depressive symptomatology, family conflict and social support among Chengdu Chinese women. *Matern Child Health J.* Nov 2011;15(8):1416-26. doi:10.1007/s10995-010-0699-z

ĐẶC ĐIỂM CHỨC NĂNG HÔ HẤP VÀ HRCT NGỰC Ở BỆNH NHÂN XƠ CỨNG BÌ TOÀN THỂ VÀ VIÊM CƠ VÔ CĂN CÓ BỆNH PHỔI KẼ

Đào Ngọc Bằng¹, Trịnh Đình Thắng¹, Nguyễn Thị Bích Ngọc²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm chức năng hô hấp và HRCT ngực ở bệnh nhân xơ cứng bì toàn thể và viêm cơ vô căn có bệnh phổi kẽ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 26 bệnh nhân xơ cứng bì toàn thể (SSc) và 21 bệnh nhân viêm cơ vô căn (IIM) có tổn thương phổi kẽ, điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương và Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2024. Đánh giá đặc điểm lâm sàng, chức năng hô hấp và hình ảnh HRCT ngực. **Kết quả nghiên cứu:** Bệnh nhân thường gặp độ tuổi > 50, chủ yếu là nữ giới (80,77% và 71,43%). Triệu chứng hô hấp hay gặp nhất là ran nổ và khó thở. Suy hô hấp hay gặp hơn ở bệnh nhân IIM ($p < 0,05$). Đa số bệnh nhân có rối loạn thông khí hạn chế. Tổn thương cơ bản trên HRCT ngực hay gặp nhất là dạng lưới (96,25 và 85,72%). Tổn thương dạng kính mờ gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân SSc (88,46%), tổn thương đồng đặc gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân IIM (52,38%). Hình thái tổn thương NSIP gặp nhiều nhất (69,2% và 47,6%). **Kết luận:** Bệnh nhân thường là nữ, tuổi trung niên, có khó thở và ran nổ, rối loạn thông khí hạn chế, tổn thương lưới và hình thái NSIP trên HRCT ngực. Bệnh nhân IIM hay gặp suy hô hấp và đông đặc

phổi, tiên lượng xấu hơn. **Từ khóa:** Viêm cơ tự miễn; Xơ cứng bì toàn thể; Bệnh phổi kẽ.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF RESPIRATORY FUNCTION AND CHEST HRCT IN PATIENTS WITH SYSTEMIC SCLEROSIS AND IDIOPATHIC INFLAMMATORY MYOPATHIES HAVING INTERSTITIAL LUNG DISEASE

Objectives: To evaluate characteristics of respiratory function and chest HRCT in patients with systemic sclerosis and idiopathic inflammatory myopathies with interstitial lung disease. **Subjects and methods:** A descriptive, cross-sectional study on 26 patients with systemic sclerosis and 21 patients with idiopathic inflammatory myopathies having interstitial lung disease, treated at the National Lung Hospital and Military Hospital 103 from January 2022 to April 2024. Evaluate clinical characteristics, respiratory function and chest HRCT images. **Results:** Patients are usually over the age of 50, mainly women (80.77% and 71.43%). The majority of patients had restrictive ventilation disorder. The most common respiratory symptoms are fine crackle and dyspnea. Respiratory failure is more common in IIM patients ($p < 0.05$). The most common lesion on chest HRCT is reticular (96.25 and 85.72%). Ground-glass opacities are more common in SSc patients (88.46%), while consolidation lesions are more common in IIM patients (52.38%). NSIP lesion morphology is the most common (69.2% and 47.6%). **Conclusions:** Patients are usually female, middle-aged, and have dyspnea and fine crackle, restrictive ventilation disorder,

¹Bệnh viện Quân y 103

²Bệnh viện Phổi Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Đào Ngọc Bằng

Email: bsdaongocbang@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

reticular lesions and NSIP morphology on chest HRCT image. Patients with IIM often experience respiratory failure and lung consolidation, and have a worse prognosis. **Keywords:** Idiopathic inflammatory myopathies (IIM); Systemic sclerosis (SSc); Interstitial Lung Disease (ILD).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Các bệnh mô liên kết (Connective Tissue Disease - CTD) là nguyên nhân hàng đầu gây bệnh phổi kẽ (Interstitial Lung Disease - ILD), chiếm 9,0 - 24,1% tại một số nước châu Á, trong đó tổn thương phổi kẽ thường gặp ở 2 bệnh viêm cơ vô căn (Idiopathic inflammatory myopathies - IIM) và xơ cứng bì toàn thể (Systemic sclerosis - SSc), là một trong các nguyên nhân chính dẫn đến tử vong của bệnh nhân. Thông thường, tổn thương phổi kẽ xuất hiện trên bệnh nhân đã được chẩn đoán viêm cơ vô căn và xơ cứng bì toàn thể, nhưng có thể là biểu hiện đầu tiên và duy nhất của bệnh giai đoạn tiềm ẩn. Tổn thương phổi kẽ là yếu tố tiên lượng tình trạng nặng của người bệnh [1]. Chụp cắt lớp vi tính độ phân giải cao (High Resolution Computed Tomography - HRCT) sử dụng các lớp cắt mỏng kết hợp với tái tạo tần số khoảng cách cao, có thể cung cấp hình ảnh độ phân giải cao tương tự như giải phẫu bệnh, là một phương pháp có độ nhạy cao chẩn đoán tổn thương tổ chức kẽ của phổi. Khi có tổn thương tổ chức kẽ của phổi, bệnh nhân có sự suy giảm về chức năng hô hấp, đặc biệt chức năng thông khí phổi. Mức độ suy giảm chức năng hô hấp tăng dần theo tiến triển của tổn thương phổi kẽ [2]. Vì vậy, nghiên cứu được tiến hành nhằm mục tiêu: *Đánh giá đặc điểm chức năng hô hấp và HRCT ngực ở bệnh nhân xơ cứng bì toàn thể và viêm cơ vô căn có bệnh phổi kẽ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 26 bệnh nhân xơ cứng bì toàn thể (SSc) và 21 bệnh nhân viêm cơ vô căn (IIM) có bệnh phổi kẽ, điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương và Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2024.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân chẩn đoán xác định viêm cơ vô căn và xơ cứng bì và có bệnh phổi kẽ trên HRCT ngực. Tất cả các bệnh nhân được đưa ra hội chẩn đa chuyên khoa để chẩn đoán CTD-ILD:

+ Chẩn đoán xơ cứng bì hệ thống theo tiêu chuẩn của Hội Khớp học Mỹ - ACR và Hội Khớp học Châu Âu - EULAR 2013.

+ Chẩn đoán bệnh viêm cơ vô căn - IIM và phân loại viêm đa cơ - DM, viêm đa cơ - PM theo tiêu chuẩn của ACR/EULAR 2017.

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có tổn thương phổi kẽ do bệnh lý nhiễm trùng, bệnh lý ác tính, phù phổi cấp.

- Bệnh nhân không thực hiện được đầy đủ chỉ tiêu của nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn, không có tiêu chuẩn loại trừ được chọn vào nghiên cứu.

- Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân được khám lâm sàng theo mẫu bệnh án thống nhất được thu thập từ hồ sơ bệnh án và biên bản hội chẩn của hội đồng đa chuyên khoa về bệnh phổi kẽ, bao gồm: tiền sử, bệnh sử, triệu chứng lâm sàng, đo chức năng hô hấp và phim HRCT ngực được phân tích bởi nhóm nghiên cứu và bác sĩ chuyên khoa chẩn đoán hình ảnh.

- Các tiêu chuẩn đánh giá:

+ Đánh giá hình thái tổn thương theo hướng dẫn của Hội Lồng ngực Mỹ - ATS và Hội Hô hấp Châu Âu - ERS [2], chia ra 04 hình thái tổn thương trên HRCT ngực như sau: Viêm phổi kẽ thông thường (Usual Interstitial Pneumonia - UIP); Viêm phổi kẽ không đặc hiệu (Nonspecific Interstitial Pneumonia - NSIP); Viêm phổi tổ chức hóa (Organizing Pneumonia - OP) và Viêm phổi kẽ Lympho (Lymphoid Interstitial Pneumonia - LIP).

+ Đánh giá rối loạn thông khí hạn chế:

. Theo dõi rối loạn thông khí hạn chế khi FVC < 80% số lý thuyết và tỉ lệ FEV₁/FVC ≥ 0,7.

. Xác định rối loạn thông khí hạn chế khi TLC < 80% số lý thuyết và tỉ lệ FEV₁/FVC ≥ 0,7.

- Xử lý và phân tích số liệu: Thu thập và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Thực hiện đúng quy trình đạo đức nghiên cứu của Bộ y tế và được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Quân y 103 chấp thuận.

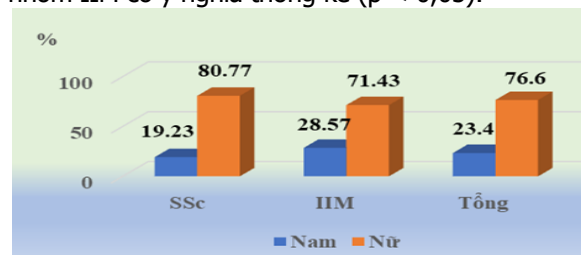
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm phân bố độ tuổi bệnh nhân nghiên cứu

Bệnh	SSc (N ₁ = 26)		IIM (N ₂ = 21)		p
	n ₁	%	n ₂	%	
Độ tuổi					
< 40	1	3,84	2	9,52	> 0,05
40 - 49	2	7,69	3	14,29	< 0,05
50 - 59	9	34,62	10	47,62	< 0,05
≥ 60	14	53,85	6	28,57	< 0,05

$\bar{X} \pm SD$	59,88 ± 7,95	54,09 ± 9,49	< 0,05
------------------	--------------	--------------	--------

Nhận xét: Bệnh nhân của cả hai nhóm đều thường gặp độ tuổi > 50. Trong khi nhóm bệnh nhân IIM thường gặp hơn ở độ tuổi 50 - 59, độ tuổi hay gặp hơn của nhóm SSc là ≥ 60 ($p < 0,05$). Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân SSc cao hơn nhóm IIM có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).



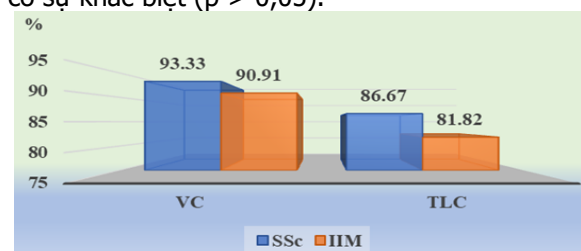
Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Bệnh nhân chủ yếu là nữ giới ở cả hai nhóm bệnh (80,77% và 71,43%). Không có sự khác biệt về giới giữa hai nhóm.

Bảng 3.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng cơ quan hô hấp

Triệu chứng	Bệnh SSc (N ₁ = 26)		IIM (N ₂ = 21)		p
	n ₁	%	n ₂	%	
Ho	20	76,92	16	76,19	> 0,05
Khạc đờm	11	42,31	9	42,86	> 0,05
Khó thở	23	88,46	20	95,23	> 0,05
Ran nổ	24	92,31	20	95,23	> 0,05
Suy hô hấp	4	15,38	6	28,57	< 0,05

Nhận xét: Triệu chứng hô hấp hay gặp nhất ở cả 2 nhóm là ran nổ và khó thở. Nhóm bệnh nhân IIM có tỷ lệ suy hô hấp cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Các triệu chứng khác không có sự khác biệt ($p > 0,05$).



Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ rối loạn thông khí hạn chế theo FVC và TLC

Nhận xét: Đa số bệnh nhân ở cả hai nhóm bệnh có rối loạn thông khí hạn chế. Tỷ lệ chẩn đoán rối loạn thông khí hạn chế thấp hơn khi bệnh nhân được đo TLC. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân ($p > 0,05$).

Bảng 3.3. Đặc điểm chức năng hô hấp

Triệu chứng	Bệnh SSc (N ₁ = 26)	IIM (N ₂ = 21)	p
-------------	--------------------------------	---------------------------	---

FVC ($\bar{X} \pm SD$) (%SLT)	63,07 ± 16,45	58,31 ± 16,33	> 0,05
FEV ₁ ($\bar{X} \pm SD$) (%SLT)	65,88 ± 16,19	61,55 ± 16,80	> 0,05
TLC (%SLT)	60,25 ± 13,62	67,03 ± 16,08	> 0,05

Nhận xét: Giá trị trung bình của FVC và TLC của cả hai nhóm bệnh nhân giảm, tương ứng với rối loạn thông khí hạn chế mức độ trung bình. Không có sự khác biệt về đặc điểm chức năng hô hấp của 2 nhóm bệnh nhân.

Bảng 3.4. Đặc điểm các loại tổn thương trên HRCT ngực

Tổn thương cơ bản	Bệnh SSc (N ₁ = 26)		IIM (N ₂ = 21)		p
	n ₁	%	n ₂	%	
Lưới	25	96,25	18	85,72	> 0,05
Kính mờ	23	88,46	15	71,43	< 0,05
Giãn phế quản co kéo	13	50,00	9	52,85	> 0,05
Đông đặc	5	19,23	11	52,38	< 0,05
Tổ ong	6	26,09	3	14,29	> 0,05
Kén	1	3,85	0	0	1

Nhận xét: Tổn thương cơ bản hay gặp nhất ở cả hai nhóm bệnh nhân là tổn thương dạng lưới (96,25% ở nhóm bệnh nhân SSc và 85,72% ở nhóm bệnh nhân IIM). Trong khi tổn thương dạng kính mờ gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân SSc (88,46%), tổn thương đông đặc gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân IIM (52,38%) có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 3.5. Đặc điểm hình thái tổn thương trên HRCT ngực

Hình thái	Bệnh SSc (N ₁ = 26)		IIM (N ₂ = 21)		p
	n ₁	%	n ₂	%	
NSIP	18	69,2	10	47,6	< 0,05
UIP	5	19,2	2	9,5	> 0,05
OP	3	11,6	9	42,9	< 0,05
LIP	0	0,0	0	0,0	1

Nhận xét: Hình thái tổn thương NSIP gặp nhiều nhất trong cả 2 bệnh (69,2% và 47,6%). Trong bệnh xơ cứng bì, hình thái NSIP chiếm tỷ lệ cao hơn, còn trong bệnh viêm cơ vô căn hình thái OP chiếm tỷ lệ cao hơn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi, giới nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Đặc điểm về độ tuổi bệnh nhân trong nghiên cứu này tương đồng với một số kết quả nghiên cứu trong nước và trên thế giới. Alhamad và cộng sự (2013) đã nghiên cứu 330 bệnh nhân ILD, kết quả nhóm CTD-ILD có tuổi trung bình là 55,3 ± 14,3 [3]. Nghiên cứu của Đào Phương Thúy và cộng sự (2023) trên

102 bệnh nhân CTD-ILD tại Trung tâm Hô hấp Bệnh viện Bạch Mai cũng cho kết quả tương đồng, với tuổi trung bình là $57,29 \pm 11,55$ tuổi [4]. Trong nghiên cứu này, số lượng bệnh nhân tăng lên dần theo nhóm tuổi. Trong khi nhóm bệnh nhân IIM thường gặp hơn ở độ tuổi 50 - 59, độ tuổi hay gặp hơn của nhóm SSc là ≥ 60 ($p < 0,05$). Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Trần Ngọc Anh (2022) với nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm 47,4%. Bên cạnh đó, các bệnh nhân mắc IIM có tổn thương phổi kẽ có độ tuổi trung bình thấp hơn so với nhóm bệnh nhân SSc, là một yếu tố tiên lượng xấu của bệnh nhân. Chính vì vậy, việc tầm soát tổn thương phổi kẽ cho nhóm bệnh nhân IIM là cần thiết, giúp cho việc tiên lượng và điều trị bệnh nhân. Tương tự các nghiên cứu trước đây, nhóm bệnh nhân mắc bệnh SSc và IIM trong nghiên cứu này cũng gặp nhiều ở nữ giới [3], [4].

4.2. Đặc điểm triệu chứng hô hấp. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Alhamad và cộng sự (2013) với triệu chứng cơ năng hay gặp nhất lần lượt là khó thở (86%), ho (77%), khạc đờm (50%) [3]. Nghiên cứu của Đào Phương Thúy và cộng sự (2023) cũng cho kết quả tương tự với các triệu chứng cơ năng thường gặp là khó thở (90,2%), ho khan (41,2%), ho đờm (44,1%) [4].

Ran nổ là triệu chứng phát hiện sớm tình trạng xơ phổi của bệnh phổi kẽ. Ran nổ trong bệnh phổi kẽ có tính chất nhỏ hạt, khô đanh cuối thì hít vào tập trung vùng đáy phổi và vùng lưng. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ bệnh nhân có nghe tiếng ran nổ cao ở cả 2 nhóm (92,31% và 95,23%), tương tự với kết quả của Đào Phương Thúy và cộng sự (2023) với 85,3% bệnh nhân có ran nổ tại phổi [4]. Kết quả này cho thấy các bệnh nhân nghiên cứu đã có tình trạng xơ phổi, thể hiện tình trạng tổn thương phổi kẽ đã có từ lâu.

Bệnh phổi kẽ có thể gây biến chứng suy hô hấp, ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân mắc SSc và IIM, là yếu tố tiên lượng nặng của bệnh, liên quan đến diện tích tổn thương. Nhóm bệnh nhân IIM có tỷ lệ suy hô hấp cao hơn có ý nghĩa thống kê (28,57% và 15,38%). Nghiên cứu của Nguyễn Minh Anh và cộng sự (2020) trên nhóm bệnh nhân viêm da cơ có viêm phổi kẽ cũng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân suy hô hấp là 25,0% [5]. Như vậy, các bệnh nhân mắc bệnh IMM thường có tổn thương có tổn thương rộng hơn, dễ dẫn đến tình trạng suy hô hấp, cần phải kiểm tra sớm mức độ tổn thương để điều trị, giúp cải thiện tiên lượng cho người bệnh.

4.3. Đặc điểm chức năng hô hấp. Thăm dò chức năng hô hấp là một phần quan trọng

trong đánh giá tình trạng tổn thương phổi kẽ nhằm đánh giá tình trạng ban đầu, theo dõi tiến triển và tiên lượng bệnh. Đặc điểm bất thường về chức năng hô hấp thường gặp trong bệnh phổi kẽ là rối loạn thông khí hạn chế biểu hiện bằng sự sụt giảm tổng dung tích phổi (TLC). Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có rối loạn thông khí hạn chế, không có bệnh nhân rối loạn thông khí tắc nghẽn. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của Alhamad và cộng sự (2013) có kết quả %TLC lần lượt là $60,6 \pm 16,9$ %SLT [3]. Ngoài ra, tỷ lệ chẩn đoán xác định rối loạn thông khí hạn chế khi đo TLC thấp hơn khi so với nhóm nghi ngờ khi đo bằng FVC. Như vậy, cần chú ý đo thể tích ký thân cho các bệnh nhân mắc SSc và IIM có tổn thương phổi kẽ để đánh giá chính xác tình trạng rối loạn thông khí của bệnh nhân, giúp cho việc điều trị vật lý trị liệu và hô hấp liệu pháp, giúp phục hồi chức năng hô hấp.

4.4. Đặc điểm hình ảnh cắt lớp vi tính ngực. Bệnh phổi kẽ trong giai đoạn đầu thường kín đáo, khó phát hiện trên lâm sàng vì vậy HRCT là một thăm dò giúp chẩn đoán chính xác, phát hiện sớm tổn thương phổi kẽ, đặc biệt những bệnh nhân không có biểu hiện triệu chứng ở phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tổn thương cơ bản hay gặp nhất ở cả hai nhóm bệnh nhân là tổn thương dạng lưới (96,25 và 85,72%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Hu Y. và cộng sự (2016) với tổn thương gặp nhiều nhất là tổn thương lưới (88,5%) [6]. Bên cạnh đó, tổn thương dạng kính mờ gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân SSc (88,46%) còn tổn thương đông đặc gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân IIM (52,38%), có thể liên quan đến tình trạng viêm phổi tổ chức hóa. Kết quả này phù hợp với kết quả lâm sàng, khi bệnh nhân IIM có tỷ lệ suy hô hấp cao hơn. Đặc điểm này phù hợp kết quả nghiên cứu của Vũ Thị Thúy (2022) [7].

Phân tích hình ảnh HRCT, kết quả thấy rằng NSIP là hình thái tổn thương gặp nhất trong cả 2 bệnh SSc và IIM. Hình thái NSIP gặp tỷ lệ cao hơn ở nhóm bệnh nhân SSc, trong khi bệnh nhân IIM có hình thái OP cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Vũ Thị Thúy (2022) với tỷ lệ NSIP, OP, UIP lần lượt là 67,5%, 12,5% và 15,0% [7]. Hình thái tổn thương trong nghiên cứu của này cũng phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới (Bảng 4.1).

Bảng 4.1. Hình thái tổn thương phổi kẽ trên phim HRCT ngực của các bệnh mô liên

kết trên thế giới

Biểu hiện	RA	SSC	SS	SLE	IIM	MC TD
ILD	++	+++	++	+	+++	++
NSIP	++	+++	++	++	+++	++
UIP	+++	+	+	+	+	+
OP	++	+	+	+	+++	+
LIP	+	-	++	+	-	-
Hình thái phổ biến	UIP > NSIP = OP	NSIP >> UIP	NSIP >> UIP	NSIP > UIP = OP	NSIP = OP > UIP	NSIP > OP = UIP

*Nguồn: Theo Ahuja và cộng sự (2016) [8]

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 26 bệnh nhân xơ cứng bì toàn thể (SSc) và 21 bệnh nhân viêm cơ vô căn (IIM) có tổn thương phổi kẽ điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương và Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2022 đến tháng 4/2024, chúng tôi rút ra một số kết luận như sau: Bệnh nhân thường là nữ, tuổi trung niên, có khó thở và ran nổ, rối loạn thông khí hạn chế, tổn thương lưới và hình thái NSIP trên HRCT ngực. Bệnh nhân IIM hay gặp

suy hô hấp và đông đặc phổi, tiên lượng xấu hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kaul B., Cottin V., Collard H.R., et al. (2021), "Variability in Global Prevalence of Interstitial Lung Disease", Front Med (Lausanne), 8:751181.
2. Meyer K.C. (2014), "Diagnosis and management of interstitial lung disease", Transl Respir Med, 2:4.
3. Alhamad E.H. (2013), "Interstitial lung diseases in Saudi Arabia: A single-center study", Ann Thorac Med, 8(1):33-7.
4. Đào Phương Thủy, Phan Thu Phương (2023), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh phổi mô kẽ liên quan đến một số bệnh của tổ chức liên kết", Tạp chí Y học Việt Nam, 522(2):102-107.
5. Nguyễn Minh Anh, Hoàng Thị Lâm (2020), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân viêm da cơ vô căn có viêm phổi kẽ tại Bệnh viện Bạch Mai, 2019-2020", Tạp chí Y học dự phòng, 30(6):170-176.
6. Hu Y., Wang L.S., Wei Y.R., et al (2016), "Clinical Characteristics of Connective Tissue Disease-Associated Interstitial Lung Disease in 1,044 Chinese Patients", Chest, 149(1):201-208.
7. Vũ Thị Thủy (2022), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của Krebs von den lungen-6 (KL-6) trong chẩn đoán viêm phổi kẽ tại Bệnh viện Phổi Trung ương từ năm 2020-2022", Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
8. Ahuja J., Arora D., Kanne J.P., et al (2016), "Imaging of Pulmonary Manifestations of Connective Tissue Diseases", Radiol Clin North Am, 54(6):1015-1031.

KẾT QUẢ CẤY GHÉP IMPLANT MUỘN BÁN PHẦN TRÊN BỆNH NHÂN THIẾU XƯƠNG CÓ SỬ DỤNG BỘ SANTA

Nguyễn Phú Thắng¹, Đàm Văn Việt²,
Nguyễn Thị Việt Thành^{1,3}, Nguyễn Thị Hạnh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả cấy ghép implant muộn với kỹ thuật tái tạo xương có hướng dẫn, sử dụng bộ SANTA trên bệnh nhân mất răng bán phần. **Đối tượng và phương pháp:** 23 người bệnh với 28 vị trí cấy ghép implant muộn đồng thời với kỹ thuật GBR và sử dụng bộ SANTA. Kích thước xương che phủ implant được đo trên phim Cone beam CT (CBCT) chụp tại hai thời điểm: ngay sau cấy ghép và sau 06 tháng lành thương. **Kết quả:** Sau ghép xương, kích

thước xương che phủ implant trên phim CBCT tăng, cụ thể theo chiều cao $4,43 \pm 1,57$ mm, theo chiều ngoài trong tại mặt phẳng platform của implant là $2,83 \pm 0,87$ mm và cách mặt platform 2,0 mm về phía chóp của implant là $3,53 \pm 1,13$ mm. **Kết luận:** Kết quả của nghiên cứu đã cho thấy kết quả về mặt lâm sàng sau cấy ghép xương đã được phục hồi tối ưu vùng thiếu xương để che phủ toàn bộ implant, chứng tỏ việc kết hợp giữa kỹ thuật GBR và SANTA là có hiệu quả. **Từ khóa:** Tái tạo xương có hướng dẫn, bộ SANTA.

SUMMARY

RESULTS OF LATE IMPLANTATION IN PATIENTS WITH ALVEOLAR DEFECT USING GUIDE REGENERATION BONE TECHNIQUE AND SANTA

Objective: To evaluate the effect of guided bone regeneration (GBR) combined with SANTA on patients with late implantation. **Subjects and methods:** 23 patients with 28 implant sites with GBR technique and

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

³Nha khoa Jet Dentist

⁴Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Thành

Email: drvietthanh303@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

SANTA usage. The size of bone covering implant was measured on Cone beam CT (CBCT) taken immediately after implantation and after six months of healing. **Results:** After the bone grafting, the size of the bone covering the implants on CBCT films was increased, the height dimension was 4.43 ± 1.57 mm, in the buccolingual dimension at the implant platform was 2.83 ± 0.87 mm and the distance from the implant platform 2.0 mm towards the apex was 3.53 ± 1.13 mm. **Conclusion:** The study results found that bone defect were optimally restored to cover the implant, proving that the combination of GBR technique and SANTA was effective.

Keywords: Guided bone regeneration, SANTA.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sau mất răng, kích thước xương ổ răng sẽ bị thay đổi, tình trạng giảm kích thước xương theo cả ba chiều là một thách thức trong cấy ghép implant nha khoa, có thể cần thực hiện phẫu thuật nhiều lần gây đau và sự khó chịu cho người bệnh. Để khắc phục tình trạng thiếu kích thước xương có ích tại vùng dự kiến cấy ghép implant, phương pháp tái tạo xương có hướng dẫn (GBR) thường được sử dụng với nhiều phương pháp, kỹ thuật khác nhau như ghép xương khối tự thân, cấy xương hoặc sử dụng cọc lều với vật liệu ghép xương có dùng màng tự tiêu hoặc màng không tiêu để tăng kích thước xương theo cả ba chiều¹⁻⁶. Phương pháp GBR sử dụng cọc lều và cấy implant đồng thời được chấp nhận rộng rãi do đã giảm được số lần thực hiện phẫu thuật, tuy nhiên vẫn cần có thêm một lần can thiệp để tháo minivis sử dụng để nâng đỡ và duy trì khoảng cho vật liệu ghép chờ quá trình lành thương. Sohn và cộng sự⁷⁻⁹ đã báo cáo loạt ca lâm sàng sử dụng bộ dụng cụ trụ lều SANTA cho thấy nhiều ưu điểm hơn so với kỹ thuật cọc lều trước đây. SANTA được sử dụng như một trụ lều duy trì khoảng cho vật liệu ghép, kỹ thuật đơn giản và giảm tối đa số lần can thiệp phẫu thuật trên người bệnh. Trên thế giới đã có một số nghiên cứu chứng minh hiệu quả của việc cấy ghép implant có GBR với SANTA nhưng mới chỉ dừng lại ở báo cáo loạt ca lâm sàng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: đánh giá kết quả cấy ghép implant muộn với kỹ thuật tái tạo xương có hướng dẫn, sử dụng bộ SANTA trên bệnh nhân mất răng bán phần.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Đại học Y Hà Nội và Khoa Cấy ghép implant – Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội từ tháng 07/2023 đến tháng 08/2024. Người bệnh được giải thích rõ về nghiên cứu và đồng ý ký giấy xác nhận tham gia

ngiên cứu.

Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh trên 18 tuổi, có nhu cầu phục hồi răng mất bằng điều trị cấy ghép implant nha khoa.

Tiêu chuẩn lựa chọn: người bệnh có mất răng bán phần ở hàm trên hoặc hàm dưới trên 06 tháng, Người bệnh có vùng sống hàm mất răng thiếu xương theo chiều ngoài trong bán ngoài, chiều rộng vùng xương có ích < 6mm, chiều cao xương có ích ≥ 5 mm theo phân loại Misch- Judy(1985), khoảng mất răng đủ để cấy implant và làm phục hình. Người bệnh đủ sức khỏe tham gia nghiên cứu, có khả năng hợp tác trong quá trình điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ: người bệnh hút thuốc lá trên 10 điếu/ ngày, phụ nữ đang mang thai hoặc dự định mang thai, tình trạng tại chỗ hoặc toàn thân ảnh hưởng đến quá trình phẫu thuật và lành thương.

Phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện có chủ đích. Những người bệnh đến khám và điều trị trong khoảng thời gian từ tháng 07/2023 đến tháng 08/2024 tại Viện Đào tạo Răng Hàm Mặt – Đại học Y Hà Nội hoặc Khoa Cấy ghép Implant – Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội, nếu đủ tiêu chuẩn lựa chọn đều được chọn vào mẫu nghiên cứu.

Tiến hành nghiên cứu

- **Khám và lập kế hoạch điều trị:** Khám lâm sàng tổng thể và khám vùng mất răng. Chụp ảnh trong miệng và chụp phim Conbeam CT (CBCT). Đo kích thước xương có ích tại vùng dự kiến cấy ghép implant: xác định chiều cao xương (từ mào xương đến các điểm giải phẫu như nền mũi, đáy xoang hàm trên, bờ dưới xương hàm dưới, bờ trên ống thần kinh răng dưới), kích thước ngoài trong xương hàm. Mô phỏng vị trí implant tương lai, từ đó xác định kích thước xương cần tăng thêm theo chiều đứng và chiều ngoài trong.

- **Giải đoạn phẫu thuật:** Lấy máu tĩnh mạch bằng xilanh tiệt trùng dung một lần, loại 5,0 ml.

Quy trình phẫu thuật: Sát trùng trong và ngoài miệng bằng dung dịch Povidine 10%. Gây tê tại chỗ vùng phẫu thuật bằng Lidocaine 2%. Tạo vạt toàn bộ để bộc lộ xương vùng cấy ghép với đường rạch giảm căng dạng hình thang. Sử dụng bộ mũi khoan tạo lỗ hình trụ trong xương tại vùng cấy ghép có vị trí và hướng phù hợp với yêu cầu phục hình và giải phẫu, luôn tưới mát trong quá trình khoan xương với nước muối sinh lý. Đặt implant vào lỗ khoan xương với độ ổn định sơ khởi 25 Ncm bằng tay khoan điện, sử dụng cây đo lực siết lực với mô men xoắn trung bình là từ 25 - 40 Ncm. Chọn SANTA (chiều cao

có ba loại: 1,0 mm, 2,0 mm và 3,0 mm; đường kính có hai loại là 5,0 mm và 6,0 mm) phù hợp đặt lên mặt platform của implant với lực xiết 10 Ncm. Xương dị loại Bone XB (hãng Medpark, Hàn Quốc) được trộn với máu toàn phần để tạo thành xương kết dính được đưa vào vị trí thiếu xương và tối thiểu ngang mức với bề mặt SANTA. Che phủ vùng phẫu thuật bằng màng collagen Aescular (hãng B.Braun, Đức). Khâu đóng vết tại chỗ bằng chỉ nylon 5.0. Người bệnh được kê đơn thuốc hậu phẫu: Augmentin 1g, uống trong 5 ngày, mỗi ngày 2 viên, chia 2 lần; Alphachymotripsin 4,2mg, uống trong 5 ngày, mỗi ngày 4 viên, chia 2 lần; Efferalgan 500mg x 4 viên, uống khi đau trong ngày đầu sau phẫu thuật. Hẹn tái khám sau 7 ngày để cắt chỉ và tái khám sau 6 tháng.

- Đánh giá kết quả ghép xương: Phim CBCT ngay sau phẫu thuật và sau phẫu thuật 6 tháng. Xác định trục trung tâm của implant trên các mặt phẳng theo ba chiều trên phim CBCT. Trên lát cắt theo chiều ngoài trong, đi qua trục trung tâm của implant xác định mặt phẳng H0 (mặt phẳng đi qua platform của implant vuông góc với trục trung tâm của implant); mặt phẳng H2 (song song với mặt phẳng H0 cách mặt phẳng H0 2,0 mm về phía chóp implant). Phim CBCT ngay sau cấy ghép: đo chiều dày vật liệu xương ghép trên mặt phẳng H0 và H2; đo chiều cao implant không có xương hàm che phủ (từ mặt platform tới điểm cao nhất của mào xương che phủ implant). Phim CBCT sau phẫu thuật 6 tháng: đo độ dày xương mới hình thành che phủ implant trên H0 và H2; đo chiều cao mới hình thành che phủ implant (từ ranh giới giữa xương hàm và xương mới tới viền xương mới về phía cổ implant).

- Xử lý số liệu: Số liệu được nhập và xử lý phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

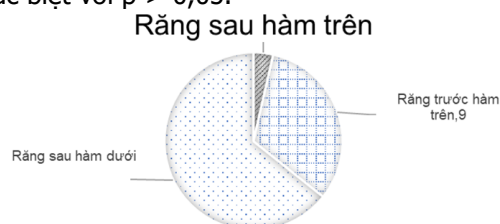
Nghiên cứu thực hiện trên 23 người bệnh (16 nữ, 7 nam) ở độ tuổi trung bình là $46,87 \pm 15,66$ tuổi. Bảng 1 thể hiện đặc điểm phân bố tuổi và giới của mẫu nghiên cứu.

Bảng 1: Phân bố tuổi và giới của mẫu nghiên cứu

	18-39 tuổi	40-59 tuổi	≥60 tuổi	Tổng
Nam	4(57,1%)	2(28,6%)	1(14,3%)	7(100%)
Nữ	5(31,2%)	7(43,8%)	4(25,0%)	16(100%)
Tổng	9(39,1%)	9(39,1%)	5(21,8%)	23(100%)

Đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu là dưới 60 tuổi. Sự phân bố độ tuổi của đối tượng nghiên cứu giữa giới nam và giới nữ không có sự

khác biệt với $p > 0,05$.



Hình 1: Phân bố vị trí nghiên cứu: vị trí mất răng được cấy ghép implant

Tỷ lệ mất răng tương ứng với vị trí cấy ghép implant ở vùng răng sau hàm dưới chiếm đa số (64,3%), vùng răng sau hàm trên chiếm tỷ lệ thấp nhất (3,6%). Tỷ lệ implant cấy ở vùng răng trước chiếm 32,1% chỉ gặp ở răng hàm trên, không có trường hợp nào ở vùng răng trước hàm dưới.

Bảng 1: Kích thước xương có ích tại vùng dự kiến cấy ghép implant nha khoa

Giá trị	Chiều ngoài trong (mm)	Chiều cao (mm)
$\bar{X} \pm SD$	$3,19 \pm 1,43$	$14,09 \pm 2,53$
Min	1,27	9,70
Max	6,50	19,60

Kích thước ngoài trong xương có ích trung bình là $3,19 \pm 1,43$ mm; giá trị nhỏ nhất là 1,27 mm; lớn nhất là 6,50 mm. Với đường kính implant $\geq 3,5$ mm, để đảm bảo có tối thiểu 1,0 mm xương ở phía trong và 1,0 mm xương phủ phía ngoài implant thì kích thước chiều ngoài trong tối thiểu cần có là 5,5 mm. Như vậy 100% các đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi thiếu kích thước xương che phủ implant theo chiều ngoài trong. Chiều cao xương có ích trung bình là $14,09 \pm 2,53$ mm; giá trị nhỏ nhất là 9,70 mm và lớn nhất là 19,6 mm. Với chiều cao này, theo lý thuyết chúng tôi có thể đặt implant ngắn nhất là 8,5 mm mà vẫn đảm bảo khoảng cách an toàn với các mốc giải phẫu quan trọng và không cần ghép xương để che phủ implant theo chiều cao. Tuy nhiên, vì tất cả các vị trí cấy ghép implant đều thiếu xương che phủ implant theo chiều ngoài trong nên tất cả các trường hợp đều có sự thiếu che phủ implant theo chiều cao tối đa là 3 thành, có 28/28 vị trí đều có thiếu xương che phủ ở thành ngoài.

Bảng 2: Sự che phủ implant theo chiều cao

Kích thước (mm)	$\bar{X} \pm SD$	Min	Max
Chiều cao implant không có xương phủ	$3,37 \pm 1,51$	2,0	7,0
Chiều cao xương mới che phủ implant	$4,43 \pm 1,57$	2,10	8,04

Kỹ thuật GBR được cải tiến với bộ SANTA của Sohn⁷⁻⁹, chúng tôi phủ vật liệu xương dị loại cao hơn mặt phẳng platform của implant. Sau 6

tháng lành thương, chúng tôi nhận thấy có sự gia tăng kích thước xương theo cả chiều ngoài trong và chiều cao. Cụ thể, chiều cao implant không có xương che phủ tại thời điểm ngay sau cấy ghép implant trung bình là $3,37 \pm 1,51$ mm, trong khi chiều cao xương mới đo được trên phim CBCT sau phẫu thuật 6 tháng là $4,43 \pm 1,57$ mm. Điều này cho thấy xương mới được tái tạo và che phủ toàn bộ implant theo chiều cao. Khác với chúng tôi, Cucchi và cộng sự¹¹ thực hiện nghiên cứu trên 40 trường hợp mất răng bán phần thiếu kích thước xương theo chiều cao với kích thước tối thiểu là 2,0 mm có GBR với vật liệu xương ghép hỗn hợp 50% xương tự thân và 50% xương đồng loại có sử dụng màng d-PTFE (nhóm A) và màng titan (nhóm B). Cucchi kết luận rằng chiều cao xương được hình thành ở hai nhóm là như nhau, che phủ được tối đa chiều cao implant nhưng vẫn có một phần implant không có xương che phủ với kích thước từ 0,2 ± 0,7 mm tới 0,6 ± 0,6 mm.

Bảng 3: Sự che phủ implant theo chiều ngoài trong

Kích thước (mm)	X±SD	Min	Max
Độ dày vật liệu xương che phủ implant tại H0	$3,87 \pm 1,00$	2,24	5,46
Độ dày vật liệu xương che phủ implant tại H2	$4,45 \pm 1,19$	2,60	7,00
Độ dày xương mới che phủ implant tại H0	$2,83 \pm 0,87$	1,47	4,66
Độ dày xương mới che phủ implant tại H2	$3,53 \pm 1,13$	1,70	5,90

Độ dày xương che phủ implant ở thành ngoài cũng có sự thay đổi rõ rệt. Tại thời điểm cấy ghép implant, tại mặt phẳng H0 và H2 đều không có xương có ích che phủ implant, chúng tôi ghép vật liệu xương dị loại che phủ toàn bộ implant. Sau phẫu thuật 6 tháng, độ dày xương che phủ implant đo trên phim tại H0 và H2 lần lượt là $2,83 \pm 0,87$ mm và $3,53 \pm 1,13$ mm. Levine và cộng sự (2022)¹² có báo cáo hiệu quả của việc ghép xương bản ngoài ở vùng răng cửa hàm trên với những trường hợp có GBR và cấy implant đồng thời sau 4 – 5 năm theo dõi sau quá trình thực hiện chức năng ăn nhai cũng cho thấy kết quả hình thành xương tại các vị trí ghép ổn định ở các mặt phẳng đánh giá tương tự của chúng tôi tại vị trí H0, H2. Tuy nhiên, xương phủ phía ngoài implant của chúng tôi có giá trị lớn hơn của Levine tại tất cả các vị trí H0, H2. Điều này có thể giải thích được do vị trí lựa chọn cấy ghép của hai nghiên cứu là khác nhau: chúng tôi chọn mẫu thuận tiện nên vị trí cấy ghép implant của chúng tôi có cả ở vùng răng trước và vùng răng sau trong khi Levine chỉ lựa chọn ở vùng

răng cửa hàm trên, kích thước ngoài trong xương có ích đã nhỏ hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi. Ngoài ra, vật liệu ghép xương trong nghiên cứu của Levine cũng bị giới hạn trong vùng xương vỏ ban đầu do tác giả thực hiện cấy ghép implant tức thì nên chiều dày xương cũng bị giới hạn ngay từ đầu. Tuy nhiên, trong cả hai trường hợp chúng tôi đều nhận thấy vật liệu xương ghép không chuyển hóa được toàn bộ thành xương mới sau khi lành thương.

Tương tự, Naini và cộng sự (2024)¹³ công bố kết quả thực nghiệm trên thỏ về khả năng hình thành xương mới từ hai nhóm vật liệu xương dị loại Bone +B và Inter Oss. Kết quả cho thấy vật liệu xương ghép không chuyển hóa toàn bộ thành xương mới sau quá trình lành thương bằng xét nghiệm giải phẫu bệnh. Cụ thể, xương Bone +B có sự hình thành xương mới với tỷ lệ từ 32 – 45%, giá trị trung bình là 37,8% ($\pm 5,64$); Inter Oss có tỷ lệ hình thành xương mới từ 61 – 75%, giá trị trung bình là 65,83% ($\pm 4,75$).

IV. KẾT LUẬN

Kết quả của nghiên cứu đã cho thấy kết quả về mặt lâm sàng sau cấy ghép xương đã được phục hồi tối ưu che phủ được toàn bộ vùng thiếu xương để che phủ toàn bộ implant được cấy ghép, chứng tỏ việc kết hợp giữa kỹ thuật GBR và SANTA là có hiệu quả.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kim YK, Ku JK. Guided bone regeneration. J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg. 2020;46(5): 361-366. doi:10.5125/jkaoms.2020.46.5.361
- Kim O, Choi J, Kim B, Seo D. Long-term success rates of implants with guided bone regeneration or bone grafting. Clin Oral Implants Res. 2020; 31(S20):230-230. doi:10.1111/clr.171_13644
- Wang X, Wang G, Zhao X, Feng Y, Liu H, Li F. Short-Term Evaluation of Guided Bone Reconstruction with Titanium Mesh Membranes and CGF Membranes in Immediate Implantation of Anterior Maxillary Tooth. BioMed Res Int. 2021;2021:4754078. doi:10.1155/2021/4754078
- Iglesias-Velázquez Ó, Zamora RS, López-Pintor RM, et al. Periosteal Pocket Flap technique for lateral ridge augmentation. A comparative pilot study versus guide bone regeneration. Ann Anat - Anat Anz. 2022;243: 151950. doi:10.1016/j.aanat.2022.151950
- Abdullrahman F, Assad M, Albash Z. Tent-pole technique for alveolar ridge width preservation with a compromised buccal plate: a prospective cohort study. Ann Med Surg. 2023; 85(11): 5344. doi:10.1097/MS9.0000000000001312
- Doan TL, Le LD. Efficacy of the Tent-Pole Technique in Horizontal Ridge Augmentation. Pesqui Bras Em Odontopediatria E Clínica Integrada. 2020;20: e5643. doi:10.1590/pboci.2020.109
- Woo RH, Kim HG, Kim G, Park WE, Sohn DS.

- Simplified 3-Dimensional Ridge Augmentation Using A Tenting Abutment. Adv Dent Oral Health. 2020;12(1): 0185-0205. doi:10.19080/ADOH.2019.22.55830
8. **Utilization of Tenting Pole Abutments for the Reconstruction of Severely Resorbed Alveolar Bone:** Technical Considerations and Case Series Reports. Accessed October 2, 2024. <https://www.mdpi.com/2077-0383/13/4/1156>
 9. **Tenting pole abutment technique for the easy reconstruction of severely resorbed alveolar ridges.** Accessed October 2, 2024. <http://ouci.dntb.gov.ua/en/works/7q3PQ0Jl/>
 10. **guidelines_Konsensus-Leitfaden-2013_engl.pdf.** Accessed October 4, 2024. https://bdizedi.org/wp-content/uploads/pdf/GuidelinesEuropeanConsensusConference/guidelines_Konsensus-Leitfaden-2013_engl.pdf

ĐÁNH GIÁ NHU CẦU CHĂM SÓC GIẢM NHẸ CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ PHỔI ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2024

Nguyễn Minh An¹, Nguyễn Phương Linh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của 204 bệnh nhân ung thư phổi được điều trị tại bệnh viện Đa khoa Tỉnh Nam Định năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 204 bệnh nhân ung thư phổi được điều trị tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư phổi về tài chính phúc lợi xã hội chiếm 94,1%; Nhu cầu về thông tin y tế chiếm 85,3%; Nhu cầu về thể chất chiếm 76%; Nhu cầu về tự làm chủ các hoạt động bản thân chiếm 90,2%; Nhu cầu về các hoạt động hàng ngày chiếm 87,3%; Nhu cầu về giao tiếp quan hệ xã hội chiếm 86,8%; Nhu cầu về tâm lý chiếm 74,5%; Nhu cầu về tâm linh chiếm 66,2%. **Kết luận:** Bệnh nhân ung thư phổi có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ cao, trong đó cao nhất là nhu cầu chăm sóc về tài chính và phúc lợi xã hội và thấp nhất là nhu cầu về tâm linh.

SUMMARY

ASSESSMENT THE PALLIATIVE CARE NEEDS OF LUNG CANCER PATIENTS AT NAM DINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objective: To assess the palliative care needs of 204 lung cancer patients at Nam Dinh Provincial General Hospital in 2024. **Method:** Cross-sectional descriptive study of 204 lung cancer patients at Nam Dinh Provincial General Hospital. **Results:** The rate of lung cancer patient's palliative care needs: Financial and social welfare need was 94.1%; Medical information need was 85.3; Physical need was 76%; Self-management need was 90.2%; Daily activity need was 87.3%; Social communication need was 86.8%; Psychological need was 74.5%; Spiritual need was 66.2%. **Conclusion:** Lung cancer patients had high palliative care needs, the highest need was financial

and social welfare care and the lowest need was spiritual care.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là loại ung thư phổ biến nhất trên thế giới trong nhiều thập kỷ qua. Số ca mới mắc và số ca tử vong không ngừng tăng lên qua các năm. Nó là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở nam giới và thứ 2 ở nữ giới sau ung thư vú [1], [2].

Người bệnh ung thư phổi thường gặp nhiều khó khăn trong quá trình điều trị. Một số nghiên cứu đã ghi nhận nhiều người bệnh ung thư phổi phải trải qua các vấn đề tâm lý như căng thẳng, lo lắng, trầm cảm và cô đơn, những phản ứng phụ do điều trị như mệt mỏi, buồn nôn, sụt cân làm suy nhược cơ thể, công việc bị gián đoạn, hạn chế các hoạt động xã hội và mối quan hệ trong gia đình bị ảnh hưởng [1], [2]. Vì vậy, việc phòng ngừa, chăm sóc giảm nhẹ những triệu chứng và tác dụng phụ của thuốc là một phần quan trọng trong quá trình điều trị ung thư phổi.

Tại Trung tâm Ung bướu - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định hàng ngày có khoảng 80 - 100 người bệnh tới khám và điều trị. Trong đó người bệnh ung thư phổi chiếm tỷ lệ khoảng nhất 21,7% [1]. Hiện tại Trung tâm đang quản lý và điều trị cho khoảng 400 người bệnh ung thư phổi. Để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe toàn diện cả về thể chất, tinh thần và xã hội, việc xác định các nhu cầu về chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư phổi là thực sự cần thiết. Qua đó, giúp nhà cung cấp dịch vụ đưa ra can thiệp chăm sóc một cách hiệu quả và phù hợp nhằm nâng cao chất lượng cuộc sống và đáp ứng sự hài lòng của người bệnh. Từ thực tế đó, chúng tôi thực hiện đề tài "*Đánh giá nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư phổi tại bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định năm 2024*".

¹Trường Cao đẳng Y tế Hà Nội

²Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh An
Email: dr_minhan413@yahoo.com

Ngày nhận bài: 15.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh được chẩn đoán ung thư phổi nguyên phát điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh từ 18 tuổi trở lên
- Người bệnh ung thư phổi có đủ sức khỏe để trả lời các câu hỏi phỏng vấn.

- Người bệnh tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Bệnh án đầy đủ thông tin, hợp lệ

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh ung thư phổi thứ phát sau một loại ung thư khác.

- Người bệnh mắc bệnh tâm thần nặng.

- Bệnh án thiếu thông tin

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian: Thời gian nghiên cứu từ tháng 02 năm đến tháng 10 năm 2024

- Thời gian thu thập số liệu: Từ tháng 01/04/2023 đến 05/09/2024 năm 2024.

- Địa điểm: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định.

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

2.4. Công cụ thu thập số liệu: Bộ công cụ được xây dựng dựa trên Quyết định Số183/QĐ-BYT9 (năm 2022) về việc ban hành "Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ" của Bộ y tế và nghiên cứu đánh giá nhu cầu CSGN của một số tác giả [3], [4].

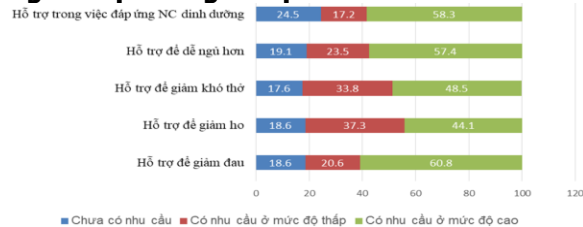
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- Về tuổi: Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm 75%.
- Về giới: nam giới chiếm tỷ lệ 72,5% và nữ giới chiếm 27,5%.

- Đối tượng thanh toán viện phí bằng hình thức bảo hiểm y tế chiếm tỷ lệ 98,5%, có 1,5% đối tượng thanh toán viện phí bằng hình thức tự chi trả.

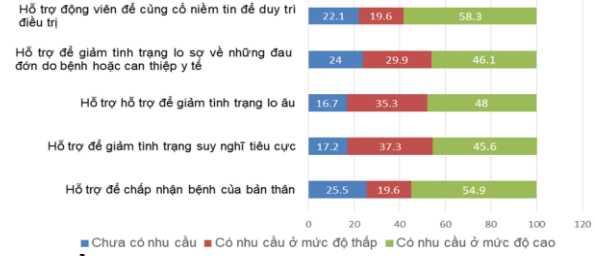
3.2. Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư phổi



Biểu đồ 3.1. Nhu cầu về chăm sóc thể chất

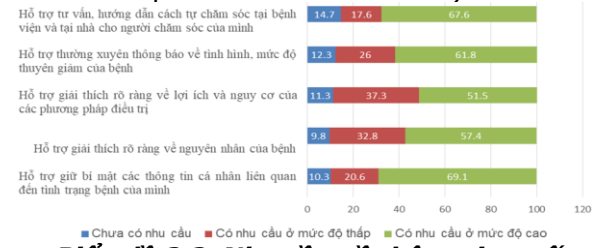
Nhận xét: Trong 5 tiêu mục hỗ trợ về thể chất, tỷ lệ bệnh nhân có nhu cầu cao nhất là "hỗ trợ để giảm khó thở" (82,3%). Bệnh nhân có nhu cầu thấp nhất trong "hỗ trợ trong việc đáp ứng nhu cầu dinh dưỡng" (17,2% có nhu cầu

thấp và 58,3% có nhu cầu cao).



Biểu đồ 3.2. Nhu cầu về chăm sóc tâm lý

Nhận xét: Về nhu cầu hỗ trợ tâm lý/tinh thần, phần lớn bệnh nhân đều có nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ (74,5%). Tỷ lệ bệnh nhân có nhu cầu cao nhất là "hỗ trợ để giảm lo âu" (35,3% có nhu cầu thấp và 48% có nhu cầu cao).



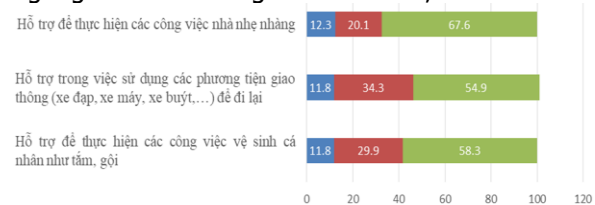
Biểu đồ 3.3. Nhu cầu về thông tin y tế

Nhận xét: Người bệnh có nhu cầu giải thích rõ về nguyên nhân của bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất với 90,2% tỷ lệ người bệnh có nhu cầu hỗ trợ tư vấn hướng dẫn cách tự chăm sóc tại nhà chiếm tỷ lệ thấp nhất 85,2%.



Biểu đồ 3.4. Nhu cầu về giao tiếp quan hệ xã hội

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có nhu cầu nói chuyện với những người có hoàn cảnh như mình và tỷ lệ nhu cầu điều dưỡng chăm sóc dành thời gian để thảo luận các vấn đề khó khăn ở mức ngang nhau và tương đối cao là 86,8%.



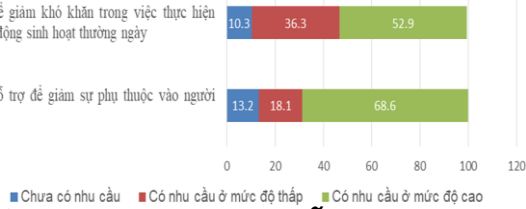
Biểu đồ 3.5. Nhu cầu về hỗ trợ các hoạt động hàng ngày

Nhận xét: Tỷ lệ người bệnh có nhu cầu hỗ trợ để thực hiện các công việc vệ sinh cá nhân và nhu cầu hỗ trợ trong việc sử dụng các

phương tiện giao thông để đi lại chiếm tỷ lệ cao nhất với 88,2% thấp nhất là nhu cầu hỗ trợ để thực hiện các công việc nhà nhẹ nhàng với 87,7%.

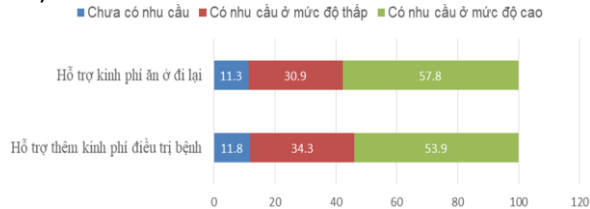
Hỗ trợ để giảm khó khăn trong việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt thường ngày

Hỗ trợ hỗ trợ để giảm sự phụ thuộc vào người khác



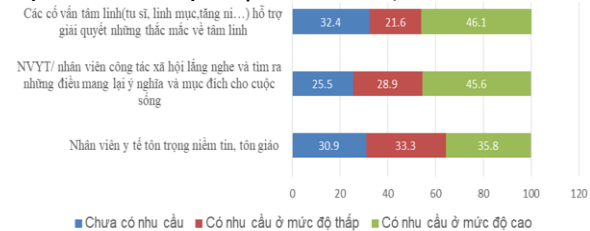
Biểu đồ 3.6. Nhu cầu về hỗ trợ tự làm chủ các hoạt động cá nhân

Nhận xét: Trong hai yếu tố thì nhu cầu hỗ trợ để giảm khó khăn trong việc thực hiện các hoạt động sinh hoạt thường ngày chiếm tỉ lệ cao hơn với 89,7% Nhu cầu hỗ trợ để giảm sự phụ thuộc vào người khác chiếm tỉ lệ thấp hơn với 86,8%.



Biểu đồ 3.7. Nhu cầu về tài chính phúc lợi xã hội

Nhận xét: Trong hai yếu tố thì nhu cầu hỗ trợ kinh phí ăn ở đi lại chiếm tỉ lệ cao hơn với 88,7%. Nhu cầu hỗ trợ thêm kinh phí điều trị bệnh chiếm tỉ lệ thấp hơn với 88,2%.



Biểu đồ 3.8. Nhu cầu về tâm linh

Nhận xét: Trong ba yếu tố thì nhu cầu nhân viên y tế hoặc công tác xã hội lắng nghe và tìm ra những điều mang lại ý nghĩa và mục đích cho cuộc sống chiếm tỉ lệ cao nhất mới 74,5% trong đó 28,9% người bệnh quá nhu cầu ở mức độ thấp và 45,6% người bệnh có nhu cầu ở mức độ cao.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Nhu cầu hỗ trợ thể chất. Đây là nhóm nhu cầu hỗ trợ về những vấn đề liên quan tới cuộc sống, công việc hàng ngày của người bệnh khi phải điều trị nội trú. Trong quá trình người bệnh nằm viện do ảnh hưởng tác dụng phụ thuốc gây mê sau phẫu thuật hay do các

can thiệp điều trị sau phẫu thuật nên tình trạng thể chất người bệnh suy giảm, xuất hiện các triệu chứng xấu ảnh hưởng tới quá trình vận động đi lại và kéo theo chất lượng cuộc sống của người bệnh giảm sút. Chính vì vậy NB rất cần sự hỗ trợ để giảm các triệu chứng đó và cần hỗ trợ trong việc chăm sóc bản thân từ người nhà chăm sóc và từ nhân viên y tế nếu không sẽ ảnh hưởng đến sức khỏe tổng thể của người bệnh [2], [4].

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ NB có nhu cầu với yếu tố này là 76%. Trong các tiểu mục của yếu tố này, tiểu mục cần được chăm sóc để giảm bớt những cơn đau chiếm tỷ lệ cao nhất (81,4%). Nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Thắm [5], cũng cho kết quả tương đồng về tỷ lệ này là 82,4%. Điều này có thể lý giải do đau là triệu chứng phổ biến ở NB ung thư, những nỗi sợ từ những cơn đau gây ra có thể gây ức chế các chức năng sinh lý bình thường của NB và ảnh hưởng tinh thần người bệnh. Do vậy hầu hết người bệnh đều có nhu cầu giảm bớt những cơn đau.

4.2. Nhu cầu về tâm lý, tinh thần. Nhu cầu tâm lý là những mong muốn, đòi hỏi của NB nhằm đáp ứng các nhu cầu tình cảm, tâm lý, xã hội của NB và gia đình NB. NB ung thư thường có các vấn đề tâm lý như trầm cảm, lo lắng, sợ hãi bệnh tật. Vì vậy, cần nhận biết được diễn biến tâm lý và nhu cầu cần hỗ trợ tâm lý của NB nhằm ổn định cảm xúc và tư vấn, hỗ trợ tinh thần cho phù hợp [2], [4], [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, những nhu cầu hàng đầu về tinh thần mà đối tượng nghiên cứu mong muốn là hỗ trợ để giảm tình trạng lo âu (83,3%), hỗ trợ để làm giảm tình trạng suy nghĩ tiêu cực (82,9%), động viên để củng cố niềm tin duy trì điều trị (77,9%).

4.3. Nhu cầu về thông tin y tế. Chiếm tỷ lệ cao nhất trong nhóm nhu cầu này là nhu cầu giải thích rõ ràng về nguyên nhân bệnh với 90,2%; tiếp theo là nhu cầu giữ bí mật thông tin liên quan đến tình trạng bệnh với 89,7%; nhu cầu được được giải thích rõ ràng về nguy cơ và lợi ích của các phương pháp điều trị (88,28%); nhu cầu được thường xuyên thông báo về tình hình, mức độ thuyên giảm của bệnh (87,8%). So sánh với nghiên cứu của và cộng sự, hầu hết NB mong muốn biết thật nhiều thông tin về tác dụng của thuốc mà họ đang sử dụng để điều trị và tác dụng phụ do thuốc gây ra (56%), muốn nắm các thông tin về các triệu chứng do UT gây ra mà họ hải đôi mắt (53%), muốn biết nguyên nhân của căn bệnh là 49% [5]. Chẩn đoán bệnh và tiên lượng với bất kỳ một loại bệnh nào đều là

một trong những nhu cầu thông tin hàng đầu của NB. Việc chẩn đoán và tiên lượng chính xác bệnh giúp đỡ rất nhiều cho quá trình điều trị sau này. Cùng với đó việc thảo luận và nắm được phương pháp điều trị đang áp dụng giúp NB có thể hoàn toàn đặt niềm tin vào việc điều trị, tránh những nghi ngờ không đáng có trong quá trình điều trị. Các nhóm nhu cầu liên quan đến thông tin khác như nhu cầu về tư vấn hướng dẫn cách tự chăm sóc tại bệnh viện và tại nhà, giữ bí mật các thông tin cá nhân liên quan đến tình trạng bệnh...đều là các nhóm nhu cầu chính đáng và hoàn toàn dễ hiểu của NB.

4.4. Nhu cầu về giao tiếp, quan hệ xã hội. Giao tiếp là cầu nối giữa con người với nhau. Giao tiếp hiệu quả cho NB ung thư và/hoặc người chăm sóc có thể đáp ứng nhu cầu thông tin, nhu cầu tâm lý nhằm giảm gánh nặng cho người chăm sóc, cải thiện sức khỏe thể chất và tinh thần và thúc đẩy sự thân mật [4], [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi nhu cầu giao tiếp, quan hệ cao nhất của NB là nhu cầu nhân viên y tế giành thời gian thảo luận tìm ra những khó khăn chiếm tỷ lệ 86,8%. Điều này có thể lý giải do người bệnh rất cần sự trao đổi chia sẻ của Điều dưỡng về những thông tin bệnh tật, tiến triển bệnh, kết quả điều trị kèm những sự động viên kịp thời để có thể tìm ra những khó khăn và khắc phục từ đó yên tâm điều trị. Giao tiếp hiệu quả giúp tăng kiến thức của NB và hiểu biết chung, tăng sự tuân thủ các khuyến nghị trong điều trị của NB. Nhu cầu cần nói chuyện với những người có hoàn cảnh như mình cũng chiếm tỷ lệ khá cao (85,8%). Kết quả này cũng tương tự với tác giả Trần Thị Liên (72,1%). Điều này cũng dễ hiểu vì khi có cùng hoàn cảnh NB sẽ dễ chia sẻ, giao tiếp và trao đổi các vấn đề dễ dàng hơn [4].

4.5. Nhu cầu về hỗ trợ các hoạt động thường ngày. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhu cầu hỗ trợ để thực hiện các công việc vệ sinh cá nhân như tắm gội chiếm 88,2%, Kết quả này có sự tương đồng so với nghiên cứu - Đánh giá nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ và các yếu tố liên quan của người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại tràng tại bệnh viện K trung ương năm 2018 của Đỗ Thị Thắm [5], khi kết quả của nghiên cứu chỉ ra rằng có 80,5% đối tượng có nhu cầu được chăm sóc hỗ trợ việc vệ sinh cá nhân hàng ngày. Các nhu cầu khác như nhu cầu hỗ trợ để thực hiện các công việc nhà nhẹ nhàng chiếm 87,7%, nhu cầu hỗ trợ sử dụng các phương tiện đi lại chiếm 89,2%. Như vậy có thể thấy nhu cầu hỗ trợ các hoạt động hàng ngày của người bệnh là rất lớn.

4.6. Nhu cầu về tự làm chủ các hoạt động của bản thân. Trong nghiên cứu này tỷ lệ người bệnh có nhu cầu hỗ trợ để tự làm chủ các hoạt động của bản thân chiếm tỷ lệ cao nhất 90,2%. So với nghiên cứu của Vũ Đình Sơn [6] tại trung tâm Ung Bướu Bệnh viện đa khoa Thái Nguyên năm 2021 chiếm 20% thì nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ cao hơn. Điều này có thể là do tỷ lệ người bệnh ở giai đoạn 3,4 trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nhiều so với nghiên cứu của Vũ Đình Sơn. Do càng những giai đoạn muộn triệu chứng của người bệnh ngày càng nhiều dẫn đến nhu cầu về tự làm chủ các hoạt động của bản thân sẽ xuất hiện nhiều hơn so với các giai đoạn trước.

4.7. Nhu cầu về tài chính, phúc lợi xã hội. Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy nhóm nhu cầu có tỉ lệ cần hỗ trợ cao nhất là nhu cầu về tài chính phúc lợi xã hội chiếm 90,2%. Theo thống kê của Bệnh viện K Hà Nội, chi phí điều trị đối với một bệnh nhân ung thư trung bình trên 176 triệu đồng/năm. Mặc dù tỷ lệ người bệnh có sử dụng thẻ bảo hiểm y tế khi khám chữa bệnh tại bệnh viện lên đến 99%, tuy nhiên thực trạng chung là chi trả tiền túi hộ gia đình vẫn còn ở mức khá cao (chiếm 43% trong tổng chi phí điều trị bệnh). Mức thu nhập của người bệnh thấp trong khi chi phí điều trị bệnh cao dẫn đến việc người bệnh ung thư tại Việt Nam có mong muốn được hỗ trợ thêm về kinh phí điều trị bệnh hoặc ít nhất là một phần chi phí ăn ở hay đi lại trong thời gian nhập viện điều trị. Trong tương lai, các nhà hoạt động chính sách cần xem xét bổ sung thêm danh mục thuốc và dịch vụ được hưởng bảo hiểm cho người bệnh ung thư hướng đến giảm bớt chi tiêu tiền túi của hộ gia đình. Ngoài ra, khoa Công tác xã hội tại Bệnh viện có vai trò quan trọng trong việc kết nối với các mạnh thường quân để hỗ trợ người. Tuy nhiên do nguồn lực hạn chế nên hiện tại bệnh viện mới chỉ hỗ trợ được cho một số ít những bệnh nhân có hoàn cảnh thật sự khó khăn [6], [7].

4.8. Nhu cầu và đáp ứng nhu cầu về tâm linh. Điểm mới của nghiên cứu này là chúng tôi đã khai thác thêm khía cạnh mới về nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ ở bệnh nhân ung thư phổi đó là nhu cầu về tâm linh. Tại Việt Nam thì chưa có nghiên cứu nào tìm hiểu về nhu cầu của người bệnh ung thư về khía cạnh này. Trong ba yếu tố thì yếu tố nhân viên y tế hoặc nhân viên công tác xã hội lắng nghe và tìm ra những điều mang lại ý nghĩa và mục đích cho cuộc sống chiếm nhu cầu cao nhất với 74,5%, nhu cầu nhân viên y tế tôn trọng niềm tin tôn giáo chiếm

69,1% và thấp nhất là nhu cầu các cố vấn tâm linh hỗ trợ giải quyết những thắc mắc về tâm linh chiếm 67,6%. Kết quả này của chúng tôi tương đồng với kết quả của trong nghiên cứu của Lalić đã chỉ ra rằng đối với những bệnh nhân giai đoạn 3-4 tỷ lệ nhu cầu hỗ trợ tâm linh là 71,1 đối với nữ và 24,4 đối với nam [8]. Từ kết quả trên cho thấy nhu cầu hỗ trợ tâm linh của người bệnh ung thư phổi chiếm tỷ lệ khá cao.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 204 người bệnh ung thư phổi được điều trị tại Trung tâm Ung bướu Bệnh viện đa khoa tỉnh Nam Định. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của NB ung thư về tài chính phúc lợi xã hội cao nhất chiếm 94,1%; về thông tin y tế chiếm 85,3%; về thể chất chiếm 76%; về tự làm chủ các hoạt động bản thân chiếm 90,2%; về các hoạt động hàng ngày chiếm 87,3%; về giai tiếp quan hệ xã hội chiếm 86,8%; về tâm lý chiếm 74,5%; thấp nhất là nhu cầu về tâm linh chiếm 66,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Báo cáo tổng kết năm 2023, Trung tâm Ung

2. **Nguyễn Bá Đức** (2006), Nghiên cứu dịch tễ học, chẩn đoán, điều trị, phòng chống một số bệnh ung thư ở Việt Nam (vú, gan, dạ dày, phổi, máu), in Báo cáo tổng kết khoa học kỹ thuật đề tài cấp nhà nước.
3. **Quyết định Số: 183/QĐ-BYT**, Hướng dẫn chăm sóc giảm nhẹ. 2022.
4. **Trần Thị Liên** (2019), "Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư điều trị nội trú tại Trung tâm Ung Bướu – Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình năm 2019". Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
5. **Đỗ Thị Thảo** (2018), "Đánh giá nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ và các yếu tố liên quan của người bệnh sau phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại bệnh viện K Trung ương năm 2018", Luận văn Thạc sĩ Điều dưỡng, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định.
6. **Vũ Đình Sơn** (2022), "Nhu cầu chăm sóc giảm nhẹ của người bệnh ung thư tại trung tâm ung bướu bệnh viện trung ương Thái Nguyên và một số yếu tố liên quan", tập 5 số 2. Khoa học Điều dưỡng,
7. **Health, R.C.f.R.P.a.**, Report on needs assessment for communication in community cancer control at Ha Noi, Hue and Ho Chi Minh City, Ha Noi. 2010.
8. **Lalić, N., et al.** "Hỗ trợ tinh thần như một phần của chăm sóc giảm nhẹ cho bệnh nhân ung thư phổi." Medicinski pregled 71.suppl. 1 (2018): 37-43.

CARCINOMA DẠNG TUYẾN NANG NGUYÊN PHÁT CỦA KHÍ QUẢN: CA LÂM SÀNG VÀ ĐIỂM LẠI Y VĂN

Mai Văn Tuấn¹, Nguyễn Khắc Kiềm¹, Nguyễn Văn Lợi¹
Vũ Minh Tuấn¹, Nguyễn Đình Đạt²

TÓM TẮT

Ung thư khí quản nguyên phát rất hiếm gặp, với tỷ lệ mắc hàng năm khoảng 1.4 trên 1.000.000 người, trong đó chỉ 16% là carcinoma dạng tuyến nang (ACC: Adenoid Cystic Carcinoma). Khoảng 80% các khối u xuất phát từ khí quản là ác tính, với tỷ lệ này cao hơn ở người trưởng thành. Chẩn đoán thường bị muộn do triệu chứng giống hen phế quản hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính (COPD). Biểu hiện lâm sàng có thể tiến triển nhanh chóng khi đường thở bị tắc nghẽn nghiêm trọng, yêu cầu can thiệp cấp cứu. Chẩn đoán chính xác dựa trên nội soi khí quản và chụp cắt lớp vi tính hoặc cộng hưởng từ. Điều trị triệt căn bao gồm phẫu thuật cắt đoạn khí quản, có thể kết hợp với xạ trị bổ trợ nếu cần thiết. Tuy nhiên, chỉ khoảng 40% bệnh nhân đạt được phẫu thuật triệt căn hoàn toàn do khối

u thường lan dưới lớp hạ niêm mạc. Xạ trị bổ trợ đặc biệt quan trọng ở những bệnh nhân có di căn cắt dương tính sau phẫu thuật. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng của một bệnh nhân nữ 36 tuổi được chẩn đoán carcinoma dạng tuyến nang nguyên phát khí quản, vào viện trong tình trạng cấp cứu do tắc nghẽn đường thở, và được phẫu thuật cắt đoạn khí quản với miệng nối tân-tân.

Từ khóa: Carcinoma dạng tuyến nang; ung thư khí quản nguyên phát; Phẫu thuật cắt khí quản.

SUMMARY

PRIMARY ADENOID CYSTIC CARCINOMA OF THE TRACHEA: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Primary tracheal malignancies are exceedingly rare, with an incidence of 1.4 per million people per year, and only 16% of these cases are adenoid cystic carcinoma (ACC). About 80% of tracheal tumors are malignant, with a higher incidence in adults. Diagnosis is typically delayed because symptoms often mimic those of asthma or chronic obstructive pulmonary disease (COPD). Clinical presentation can quickly become life-threatening due to airway obstruction, requiring emergency intervention. Diagnosis is

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Mai Văn Tuấn

Email: maituan115@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

confirmed via bronchoscopy, computed tomography (CT), or magnetic resonance imaging (MRI). Definitive treatment involves tracheal resection, sometimes combined with adjuvant radiation therapy. However, complete resection is only achieved in about 40% of cases due to submucosal tumor invasion. Adjuvant radiation therapy is particularly important in patients with positive surgical margins. We present a case of a 36-year-old female diagnosed with primary adenoid cystic carcinoma of the trachea, who presented in an emergency condition due to airway obstruction, and was treated with segmental tracheal resection and end-to-end anastomosis.

Keywords: adenoid cystic carcinoma; Trachea cancer; segment tracheal resection.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

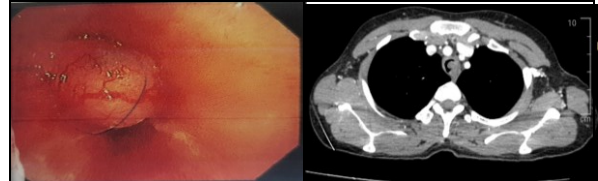
Ung thư khí quản nguyên phát là bệnh lý cực kỳ rất hiếm với tỷ lệ gặp hàng năm chỉ 1.4/1.000.000 và chỉ 16% trong số đó là carcinoma dạng tuyến nang.¹ Thể giải phẫu bệnh hay gặp nhất của ung thư khí quản là carcinoma tế bào vảy (SCC) và carcinoma dạng tuyến nang (ACC).^{1,2} Trong khi ung thư biểu mô tế bào vảy thường gặp ở đoạn xa của khí quản thì ACC thường ở đoạn gần của khí quản.³ ACC thường tiến triển chậm, với thời gian trung bình từ lúc xuất hiện triệu chứng đến khi được chẩn đoán là khoảng một năm. Phẫu thuật triệt căn là phương pháp điều trị chính cho ACC, tuy nhiên, do tính chất lan tràn dưới hạ niêm mạc của khối u, chỉ một số ít bệnh nhân có thể đạt được diện cắt âm tính sau phẫu thuật. Vai trò của xạ trị bổ trợ sau phẫu thuật, đặc biệt là với diện cắt dương tính, vẫn đang được nghiên cứu nhưng có thể đóng vai trò quan trọng trong việc kiểm soát bệnh tại chỗ và giảm nguy cơ tái phát.

Chúng tôi báo cáo một ca lâm sàng hiếm gặp của một bệnh nhân nữ 36 tuổi được chẩn đoán ACC nguyên phát của khí quản trong tình trạng cấp cứu do tắc nghẽn đường thở nghiêm trọng. Bệnh nhân đã được phẫu thuật cắt đoạn khí quản và nối tận-tận, sau đó tiếp tục được xạ trị bổ trợ do diện cắt dương tính. Trường hợp này cho thấy tầm quan trọng của việc phát hiện và điều trị kịp thời trong các bệnh lý ung thư khí quản hiếm gặp.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ, 36 tuổi, nhập viện trong tình trạng khó thở, thở rít liên tục. Trên nội soi khí quản thấy đoạn 1/3 giữa cổ tổn thương u sùi chiếm gần hết chu vi lòng khí quản (Hình 1). Cắt lớp vi tính lồng ngực: u kích thước 2cm dạng polyp, gây hẹp >50% khẩu kính khí quản, chưa xâm lấn ngoài thành (Hình 2). Bệnh nhân được xử trí cấp cứu: mở khí quản, cắt u qua nội soi khí quản, đặt T-Tube. Trên hình ảnh nội soi khí

quản, khối u cách carina 2cm, xâm lấn thành trái khí quản trên đoạn dài 2cm. Giải phẫu bệnh sau mổ là carcinoma dạng tuyến nang (ACC) nguyên phát của khí quản. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt đoạn khí quản chứa u dài 3cm, không kèm theo vết hạch với đường mổ cổ-ngực có cắt một phần xương ức (Hình 3-4). Diện cắt trên carina 1cm và thực hiện miện nối tận-tận. Giải phẫu bệnh sau mổ: carcinoma dạng tuyến nang độ II lan tràn dưới hạ niêm mạc, xâm nhập thần kinh, diện cắt dương tính. Miệng nối liền tốt trên nội soi khí quản 1 tuần sau mổ. Bệnh nhân ra viện sau mổ 10 ngày và đang được điều trị xạ trị bổ trợ.



Hình 1: U trên nội soi khí quản chiếm gần hết chu vi lòng khí quản

Hình 2: U trên CT ngực chiếm >50% chu vi lòng khí quản, chưa xâm lấn ngoài thành khí quản



Hình 3: Đường mổ có cắt một phần xương ức

Hình 4: Đoạn khí quản chứa u dài 3cm

III. BÀN LUẬN

Carcinoma tuyến nang (ACC) của khí quản là một dạng ung thư hiếm gặp, trước đây còn được gọi là ung thư biểu mô hình trụ (cylindroma carcinoma) hoặc carcinoma biểu mô tuyến nang. Tỷ lệ ung thư khí quản chỉ khoảng 1,4 ca trên 1.000.000 người mỗi năm, trong đó chỉ 16% là ACC.¹ Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc ACC không có khuynh hướng về giới tính, với độ tuổi trung bình gặp từ 40-50 tuổi, thuộc lá không phải yếu tố nguy cơ.^{1,2} Bệnh nhân thường biểu hiện các triệu chứng như ho, khó thở và thở rít, dễ bị chẩn đoán nhầm với hen suyễn trong thời gian dài trước khi được xác định đúng bệnh.³

ACC là khối u không có vỏ, lan tràn chủ yếu bằng cách xâm lấn trực tiếp ở lớp hạ niêm mạc hoặc thần kinh ngoại biên, lan theo chiều dọc của khí quản.⁴ Di căn hạch ít gặp trong ACC, nhưng di căn xa theo đường máu có thể xuất hiện ở khoảng 50% các trường hợp, trong đó phổi là vị trí di căn phổ biến nhất, sau đó là

xương, gan, và thương thận.⁵ Trên phim CT ngực, ACC thường xuất hiện dưới dạng một khối mô mềm trong lòng khí quản, lan dọc theo thành khí quản và gây dày thành do xâm lấn vào lớp hạ niêm mạc.³ MRI có thể tốt hơn CT trong đánh giá mức độ lan tràn ở lớp hạ niêm mạc cũng như xâm lấn ngoài thành khí quản, từ đó ảnh hưởng tới quyết định điều trị.

Phương pháp điều trị chính cho ACC là phẫu thuật cắt bỏ triệt căn phần khí quản bị ảnh hưởng và khâu nối tận-tận. Độ dài tối đa của đoạn khí quản có thể cắt bỏ phụ thuộc vào các yếu tố như tuổi, giới tính và thể trạng của bệnh nhân. Nhiều báo cáo công bố, chiều dài tối đa có thể lên tới 6cm (50% chiều dài khí quản) khi sử dụng các phương pháp như: cố định đầu, giải phóng dây chằng phổi và tĩnh mạch đến thùy trên và thùy giữa phổi, giải phóng cung động mạch chủ và cắt dây chằng Botalli, giải phóng carina, cắt các cơ trên móng,... giúp giảm thiểu tối đa tình trạng căng miệng nối. Để đảm bảo miệng nối liền tốt, ngoài việc đảm bảo miệng nối không căng thì bảo tồn được các nhánh cấp máu cho khí quản là vô cùng quan trọng. Có nhiều biến đổi giải phẫu trong động mạch nuôi khí quản, thông thường xuất phát từ 3 nhóm chính: động mạch giáp dưới, động mạch khí quản-thực quản và động mạch phế quản. Các nhánh động mạch đi vào thành khí quản vị trí sau bên và liên kết với nhau thành một mạng lưới dưới niêm mạc. Trong quá trình phẫu tích tránh làm tổn thương nhánh này để đảm bảo cấp máu cho miệng nối tốt nhất. Vết hạch hệ thống không được khuyến cáo để giảm nguy cơ tổn thương các nhánh mạch nuôi khí quản.¹ Cắt lạnh diện cắt trên và dưới nên được thực hiện đến khi âm tính trừ khi cắt thêm không an toàn khi làm miệng nối khí quản.

Giải phẫu bệnh cho thấy có tới 59% các trường hợp ACC không đạt được diện cắt âm tính trên đại thể và vi thể do sự lan tràn của khối u theo chiều dài khí quản.¹ Tuy nhiên, một số nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ sống thêm không có sự khác biệt rõ rệt giữa các trường hợp có và không đạt diện cắt âm tính. Tuy nhiên, một số nghiên cứu chỉ ra rằng tỷ lệ sống thêm không có sự khác biệt rõ rệt giữa các trường hợp có và không đạt diện cắt âm tính.⁶ Nghiên cứu khác của Gaissert lại cho thấy tỷ lệ sống không tiến triển (PFS) tốt hơn ở những trường hợp có diện cắt âm tính.⁷ Thời gian sống trung bình đối với ACC có xâm lấn hạch và thần kinh ngoại biên chỉ còn khoảng 6,1 năm.¹

Xạ trị được cân nhắc trong trường hợp khối u không thể phẫu thuật được do lan rộng tại

chỗ, liều xạ thường được áp dụng là 66G-70Gy với xạ 3D-CRT. Bởi vì tính chất của ACC thường lan tràn theo chiều dài nên tác giả Kaminski đã đề xuất mở rộng trường xạ trên và dưới khối u thô 4-5cm.⁸ Xạ trị có thể giúp kiểm soát tại chỗ từ 20-70%, nhưng hiệu quả của xạ trị hỗ trợ vẫn còn chưa rõ ràng. Nghiên cứu của Gaissert trên bệnh nhân ACC được xạ trị đơn thuần, tỷ lệ sống thêm lần lượt là 52% và 29% tại thời điểm 5 năm và 10 năm.⁷ Một số nghiên cứu cho thấy xạ trị hỗ trợ chỉ có lợi trong trường hợp diện cắt dương tính. Thời gian khuyến cáo để bắt đầu xạ trị hỗ trợ là từ 1-2 tháng sau phẫu thuật, sau khi đã nội soi khí quản để đánh giá tình trạng miệng nối. Liều xạ thông thường là 54 Gy với phương pháp xạ 3D, có thể cân nhắc tăng lên 60 Gy khi sử dụng kỹ thuật xạ điều biến liều (IMRT). Theo một số ít nghiên cứu thì điều trị hoá chất không có hiệu quả trong thể giải phẫu bệnh ACC của khí quản.

IV. KẾT LUẬN

ACC là một khối u ác tính hiếm gặp của khí quản với biểu hiện lâm sàng dễ nhầm lẫn với hen phế quản. Phẫu thuật triệt căn, kết hợp với xạ trị hỗ trợ khi cần, là phương pháp điều trị chính giúp cải thiện tỷ lệ sống sót của bệnh nhân. Đối với các trường hợp không thể phẫu thuật, xạ trị đơn thuần có thể giúp kiểm soát bệnh tại chỗ và kéo dài thời gian sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Madariaga MLL, Gaissert HA.** Overview of malignant tracheal tumors. *Ann Cardiothorac Surg.* 2018;7(2): 244-254. doi:10.21037/acs.2018.03.04
2. **Djaković Ž, Janevski Z, Cesarec V, Slobodnjak Z, Stančić-Rokotov D.** Adenoid cystic carcinoma of distal trachea: a case report. *Acta Clin Croat.* 2019;58(4):777-779. doi:10.20471/acc.2019.58.04.27
3. **Marjany ME, Arsalane A, Sifat H, et al.** Primary adenoid cystic carcinoma of the trachea: a report of two cases and literature review. *Pan Afr Med J.* 2014;19. doi:10.11604/pamj.2014.19.32.4878
4. **Le Péchoux C, Baldeyrou P, Ferreira I, Mahé M.** [Thoracic adenoid cystic carcinomas]. *Cancer Radiother J Soc Francaise Radiother Oncol.* 2005; 9(6-7): 358-361. doi:10.1016/j.canrad.2005.07.010
5. **Suemitsu R, Okamoto T, Maruyama R, Wataya H, Seto T, Ichinose Y.** A long-term survivor after aggressive treatment for tracheal adenoid cystic carcinoma: a case report. *Ann Thorac Cardiovasc Surg Off J Assoc Thorac Cardiovasc Surg Asia.* 2007;13(5):335-337.
6. **Maziak DE, Todd TR, Keshavjee SH, Winton TL, Van Nostrand P, Pearson FG.** Adenoid cystic carcinoma of the airway: thirty-two-year experience. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 1996; 112(6):1522-1531; discussion 1531-1532.

doi:10.1016/S0022-5223(96)70011-9

7. **Long-term survival after resection of primary adenoid cystic and squamous cell carcinoma of the trachea and carina - PubMed.** Accessed June 12, 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15560996/>

8. **Kaminski JM, Langer CJ, Movsas B.** The role of radiation therapy and chemotherapy in the management of airway tumors other than small-cell carcinoma and non-small-cell carcinoma. *Chest Surg Clin N Am.* 2003;13(1):149-167. doi:10.1016/s1052-3359(02)00040-6

KINH NGHIỆM BƯỚC ĐẦU GHÉP GAN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN CÓ HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH CỬA

Ninh Việt Khải¹, Hoàng Tuấn¹, Dương Đức Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kinh nghiệm bước đầu và đánh giá kết quả ghép gan ở bệnh nhân xơ gan có huyết khối tĩnh mạch (TM) cửa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu các bệnh nhân được ghép gan do xơ gan huyết khối TM cửa tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ 01/2021 – 6/2024. **Kết quả:** Có 2 bệnh nhân trong số 34 bệnh nhân được ghép gan trong thời gian nghiên cứu. Bệnh nhân số 1 là bệnh nhân nam, 54 tuổi được chẩn đoán là xơ gan do rượu có biến chứng tăng áp lực tĩnh cửa (Giãn TM thực quản độ II, lách to) – Huyết khối bán phần TM cửa la (loại 2 theo Yerdel và loại 1 theo Jamieson) với điểm MELD 7 điểm và Child-Pugh A (5 điểm) và bệnh nhân số 2 là bệnh nhân nam, 42t được chẩn đoán xơ gan do viêm gan B có biến chứng tăng áp lực TM cửa (Giãn TM thực quản độ II đã được thắt vòng cao su, lách to) – Huyết khối bán phần TM cửa (loại 1 theo cả Yerdel và Jamieson) với điểm MELD 10 điểm, Child-Pugh A (5 điểm). Cả 2 bệnh nhân được ghép gan từ người cho chết não, được lấy tối đa huyết khối TM cửa và được tái lưu thông TM cửa bằng miệng nối tận – tận. 2 bệnh nhân có diễn biến lâm sàng thuận lợi sau ghép, ra viện sau 28 ngày, không gặp bất kỳ biến chứng gì sau ghép. hiện tại ổn định tại thời điểm sau ghép lần lượt là 24 và 14 tháng. **Kết luận:** Ghép gan cho bệnh nhân xơ gan có huyết khối TM cửa có thể thực hiện an toàn với kết quả tốt. Tuy nhiên cần đánh giá đúng mức độ tổn thương để có kế hoạch điều trị trước mổ, trong mổ và sau mổ hợp lý giúp cải thiện kết quả lâu dài của bệnh nhân.

Từ khóa: Huyết khối TM cửa, ghép gan

SUMMARY

INITIAL EXPERIENCE OF LIVER TRANSPLANTATION FOR LIVER CIRRHOSIS PATIENTS WITH PORTAL VEIN THROMBOSIS

Objective: Describe clinical and paraclinical characteristics, initial experience and evaluate the results of liver transplantation in patients with cirrhosis

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Việt Khải

Email: drninhvietkhai@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

and portal vein thrombosis. **Methods:** Retrospective study of all patients who underwent liver transplantation due to cirrhosis with portal vein thrombosis at Viet Duc Hospital from January 2021 to June 2024. **Results:** There were 2 patients out of 34 patients who underwent liver transplantation during the study period. Patient 1 is a 54-year-old male diagnosed with alcoholic cirrhosis with complications of portal hypertension (grade II esophageal varices, splenomegaly) - Partial portal vein thrombosis (type 2 according to Yerdel classification, type 1 according to Jamieson classification) with MELD score of 7 points and Child-Pugh A (5 points) and patient 2 is a 42-year-old male diagnosed with hepatitis B cirrhosis with complications of portal hypertension (grade II esophageal varices with rubber band ligation, splenomegaly) - Partial portal vein thrombosis (type 1 according to both Yerdel and Jamieson classification) with MELD score of 10 points, Child-Pugh A (5 points). Both patients received liver transplants from brain-dead donors, portal vein thrombosis was removed and the portal vein was revascularized by end-to-end anastomosis. The two patients had a favorable clinical course after transplantation, were discharged after 28 days, and did not have any posttransplanted complications. currently stable at 24 and 14 months post-transplant, respectively. **Conclusion:** Liver transplantation for liver cirrhosis with portal vein thrombosis can be performed safely with good results. However, it is necessary to properly assess the extent of lesion to have a reasonable pre-operative, intra-operative and post-operative treatment strategies to improve the long-term results of patients.

Keywords: liver transplantation, portal vein thrombosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối TM cửa gặp ở bệnh nhân xơ gan tại thời điểm đánh giá ghép gan hoặc trong ghép gan khác nhau ở từng nghiên cứu, dao động từ 5%-26% [1]. Huyết khối TM cửa xuất hiện mới trong vòng 1 năm theo dõi ở bệnh nhân xơ gan từ 3,7% - 17,9% và tổn thương xơ gan và mức độ tăng áp lực TM cửa càng nặng thì tần suất gặp huyết khối TM cửa càng cao [2]. Trong cơ chế bệnh sinh của huyết khối TM cửa thì có 3 yếu tố chính thường được nói đến tạo ra 3 đỉnh của tam giác Virchow; sự ứ trệ, tổn thương

thành mạch và tình trạng tăng đông. Trước đây, huyết khối TM cửa được xem là chống chỉ định ghép gan. Tuy nhiên, năm 1985 Shaw lần đầu thông báo kết quả thành công khi thực hiện ghép gan cho bệnh nhân xơ gan có huyết khối TM cửa đã là dấu mốc để từ đó có nhiều nghiên cứu báo cáo thực hiện ghép gan cho dạng tổn thương này. Có nhiều phân loại về huyết khối TM cửa được đưa ra như Yerdel, Jamieson... và gần đây hơn là Bhangu, tuy nhiên phân loại của Yerdel với 4 dạng tổn thương huyết khối và cách thức xử lý và sau đó là sự bổ sung thêm tình trạng bàng hệ cửa chủ của Jamieson thường được nói đến [3],[4]. Tại Việt Nam, có rất ít nghiên cứu và thông báo về ghép gan cho bệnh nhân xơ gan có huyết khối TM cửa. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kinh nghiệm bước đầu thực hiện kỹ thuật và đánh giá kết quả ghép gan ở bệnh nhân xơ gan có huyết khối TM cửa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Các bệnh nhân được ghép gan do xơ gan huyết khối TM cửa tại Bệnh viện hữu nghị Việt Đức trong thời gian từ 01/2021 – 6/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, hồi cứu. Nghiên cứu mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kỹ thuật ghép gan và kết quả ở bệnh nhân xơ gan có huyết khối TM cửa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 01/2021 – 6/2024 có 34 ca ghép gan được thực hiện tại Bệnh viện Việt Đức, trong đó có 2 bệnh nhân xơ gan huyết khối TM cửa được ghép gan.

3.1. Bệnh nhân số 1

3.1.1. Lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ. Bệnh nhân nam, 54 tuổi, tiền sử xơ gan rượu cách vào viện 2 năm, điều trị không thường xuyên, đã bỏ rượu từ khi phát hiện xơ gan. Giãn TM thực quản độ II, chưa có biến chứng xuất huyết tiêu hóa. Khám lúc vào viện, bệnh nhân tỉnh, BMI 25,5 kg/m², không có dấu hiệu của xuất huyết tiêu hóa, bụng mềm, không có cổ trướng. Chụp cắt lớp vi tính và cộng hưởng từ có hình ảnh gan xơ, biến đổi hình thái, không có u, lách to 150mm nhiều tuần hoàn bàng hệ trên và dưới rốn, TM cửa giãn 17mm, huyết khối gần hoàn toàn thân chung TM cửa đến ngã ba TM cửa, phía dưới lan đến đoạn đầu TM mạc treo tràng trên, không có dịch tự do ổ bụng. Soi dạ dày có hình ảnh giãn TM thực quản độ II, viêm

niêm mạc dạ dày, loét hành tá tràng

Xét nghiệm HbsAg, anti-HCV âm tính. Bệnh nhân có chức năng gan Child-pugh A với các thông số sau: Sinh hóa máu có GOT/GPT: 55/59 U/l, Bilirubin TP/TT: 17,5/3,1 μ mol/l, Albumin 41,3g/l. Công thức máu: Hồng cầu 4,98T/l, Hematocrit 49,1%, Hb 163 g/l, Bạch cầu 6,69 G/l, Tiểu cầu 112G/l. Đông máu: tỷ lệ Prothrombin 100%, INR 1,00

Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ: Xơ gan do rượu child A – tăng áp lực TM cửa (Giãn TM thực quản độ II, lách to) – Huyết khối bán phần TM cửa (điểm MELD 7 điểm, Child-Pugh A 5 điểm)

3.1.2. Đặc điểm phẫu thuật ghép gan.

Bệnh nhân được ghép gan toàn bộ từ người cho chết não với mức độ hòa hợp HLA 4/6 (A02, A11, B15, DR12), độ chéo âm tính.

Trong mổ: ổ bụng có khoảng 500ml dịch tiết, gan xơ đầu dính toàn bộ, biến đổi hình thái, TM rốn giãn to, TM cửa giãn 2cm, trong có huyết khối tắc gần hoàn toàn phần trên thân TM cửa lan xuống đến vị trí dưới ngã ba TM mạc treo tràng trên – TM lách chiếm hơn 50% chu vi lòng TM cửa. Bệnh nhân được ghép gan toàn bộ đồng thời lấy huyết khối TM cửa xuống dưới tối đa qua vị trí miệng cắt TM cửa. Thời gian vô gan 80 phút, thời gian thiếu máu lạnh 2 giờ, thời gian mổ 10 giờ, lượng máu mất trong mổ 1000ml, truyền máu trong mổ 250ml khối hồng cầu, 1000ml huyết tương tươi đông lạnh, 0ml tiểu cầu máy.

3.1.3. Diễn biến sau mổ và tình trạng hiện tại

Về lâm sàng: bệnh nhân được rút ống nội khí quản ngày 1 sau mổ, nằm hồi sức tích cực 7 ngày, được rút hết dẫn lưu ổ bụng sau 10 ngày, ra viện sau 28 ngày

Về xét nghiệm: bệnh nhân có diễn biến xét nghiệm thuận lợi sau ghép

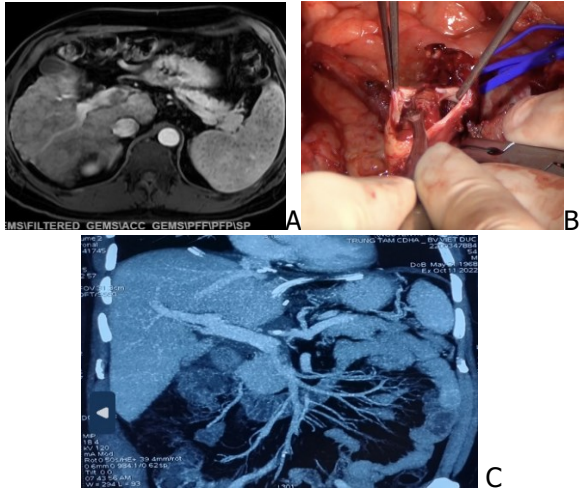
Bảng 1: Diễn biến xét nghiệm sau ghép bệnh nhân số 1

	Ngày 1	Ngày 3	Ngày 5	Ngày 7	Ngày 14	Ngày 21	Ngày 28
GOT/GPT	660/233	294/201	67/139	28/79	29/29	40/49	40/64
Bil TP/TT	33,7/19,3	28,3/16,7	33/15,7	26,9/11,2	14,6/5,7	14/4,1	11,1/2,6
Albumin	37,9	35,2	36,1	35,4	36,8	34,9	
Hồng cầu	3,89	3,45	4,33	4,50	4,25	4,04	4,20
Bạch cầu	11,7	9,7	13,2	17,0	18,9	8,4	11,4
Tiểu cầu	77	104	149	165	358	241	248
Prothrom	71	84	83	90	76	97	100

bìn							
INR	1,27	1,13	1,14	1,07	1,22	1,02	1,00
Nồng độ Tacrolimus	6,6	12,9	17,8	13,1	6,4	6,8	7,2

Về chẩn đoán hình ảnh: bệnh nhân được siêu âm doppler thường quy ngày 1 lần sau ghép cho kết quả các miện nổi mạch máu, đường mật thông tốt, không có huyết khối TM cửa. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng kiểm tra sau 1 tuần cho thấy các miện nổi động mạch gan, TM cửa, TM gan thông tốt, còn huyết khối bán phần ở TM mạc treo tràng trên lan vào hội lưu TM cửa và đoạn gốc TM lách.

Bệnh nhân được duy trì chống đông Heparin liều thấp 3000UI/ngày trong 1 tuần đầu sau mổ, sau đó chuyển sang duy trì lovenox 4000UI/ngày trong vòng 2 tuần và chuyển sang Aspirin 81mg/ngày cho đến khi ra viện và duy trì cho đến hiện tại



Hình 1: Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính bệnh nhân số 1

(Hình A: huyết khối TM cửa trước mổ, Hình B: huyết khối TM cửa trong mổ, Hình C: TM cửa sau ghép 1 tuần)

3.2. Bệnh nhân số 2

3.2.1. Lâm sàng và cận lâm sàng trước mổ. Bệnh nhân nam, 42 tuổi, tiền sử phát hiện viêm gan B 23 năm, điều trị thuốc thường xuyên Tenofovir Alafenamide 25mg/ngày. Xơ gan 5 năm này, điều trị nội khoa. Giãn TM thực quản độ II đã được thắt vòng cao su 2 lần, lần gần nhất cách vào viện 2 tháng. Khám lúc vào viện, bệnh nhân tỉnh, BMI 25,2 kg/m², không có dấu hiệu của xuất huyết tiêu hóa, bụng mềm. Chụp cắt lớp vi tính có hình ảnh gan xơ, biến đổi hình thái, không có u, lách to 157mm nhiều tuần hoàn bằng hệ trên và dưới rốn, TM cửa giãn

29mm, đoạn gốc có huyết khối bám thành trên một đoạn dài 26mm, TM lách giãn 16mm, sát đoạn hợp lưu có huyết khối bám thành trên một đoạn dài 22mm, không có dịch tự do ổ bụng. Soi dạ dày có hình ảnh giãn TM thực quản độ II đã được thắt vòng cao su

Xét nghiệm HbsAg dương tính, tải lượng HBV-DNA dưới ngưỡng, anti-HCV âm tính. Bệnh nhân có chức năng gan Child-pugh A với các thông số sau: Sinh hóa máu có GOT/GPT 33/40 U/l, Bilirubin TP/TT 24,4/7,2μmol/l, Albumin 41g/l. Công thức máu: Hồng cầu 4,53T/l, Hematocrit 41,9%, Hb 152g/l, Bạch cầu 3,16 G/l, Tiểu cầu 40G/l. Đông máu: tỷ lệ Prothrombin 71%, INR 1,28

Bệnh nhân được chẩn đoán trước mổ: Xơ gan do viêm gan B có biến chứng tăng áp lực TM cửa (Giãn TM thực quản độ II đã được thắt vòng cao su, lách to) – Huyết khối bán phần TM cửa (điểm MELD 10 điểm, Child-Pugh A 5 điểm)

3.2.2. Đặc điểm kỹ thuật ghép gan.

Bệnh nhân được ghép gan toàn bộ từ người cho chết não với mức độ hòa hợp HLA 2/6 (A02, B46), độ chéo âm tính.

Trong mổ: ổ bụng có ít dịch, gan xơ đầu đình toàn bộ, TM rốn giãn to, TM cửa giãn, sờ ngoài có huyết khối bán phần, đến sát TM lách. Bệnh nhân được lấy huyết khối TM cửa đến sát ngã ba với TM lách, lấy bỏ gan bệnh bảo tồn TM chủ dưới sau gan, ghép gan toàn bộ với tái lập lưu thông TM gan kiểu Piggyback, nối TM cửa tận – tận, nối động mạch gan. Thời gian vô gan 70 phút, thời gian thiếu máu lạnh 2 giờ, thời gian mổ 9 giờ, lượng máu mất trong mổ 2000ml, truyền máu trong mổ 500ml khối hồng cầu, 1350ml huyết tương tươi đông lạnh, 250ml tiểu cầu máy.

3.2.3. Diễn biến sau mổ và tình trạng hiện tại

- Về lâm sàng: bệnh nhân được rút ống nội khí quản ngày 1 sau mổ, nằm hồi sức tích cực 2 ngày, được rút dẫn lưu ổ bụng sau 7-10 ngày, ra viện sau 28 ngày

- Về xét nghiệm: bệnh nhân có diễn biến xét nghiệm thuận lợi sau ghép

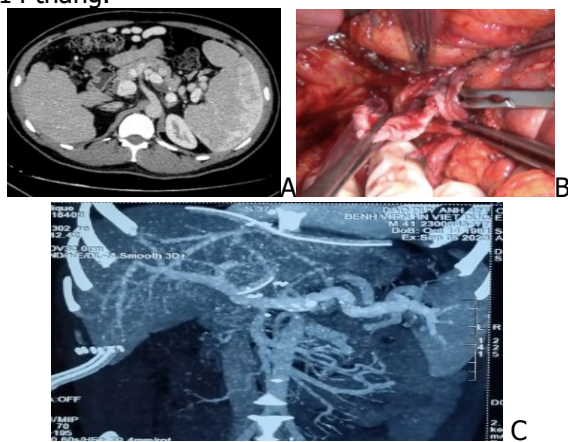
Bảng 2: Diễn biến xét nghiệm sau mổ bệnh nhân 2

	Ngày 1	Ngày 3	Ngày 5	Ngày 7	Ngày 14	Ngày 21	Ngày 28
GOT/GPT	315/412	57/219	36/144	22/86	23/62	20/48	27/65
Bil	60,7/330,1/15,6	30,1/112,8	33,8/111	31,5/8,6	16,4/3,4	12,4/4,3	9,7/2,2
Albumin	32,1	33,5	40	33,6	34,1	37,7	36,7
Hồng	3,64	3,58	3,99	3,57	3,36	3,37	3,79

cầu							
Bạch cầu	5,3	6,4	8,0	9,8	7,7	4,8	2,8
Tiểu cầu	34	36	52	95	140	127	98
Prothro mbin	81	75	78	85			
INR	0,96	1,23	1,19	1,12			
Nồng độ Tacrolimus	7,1	6,1	6,8	8,7	11,5	6,5	11,4

- Về chẩn đoán hình ảnh: bệnh nhân được siêu âm doppler thường quy ngày 1 lần sau ghép cho kết quả các miện nổi mạch máu, đường mật thông tốt, không có huyết khối TM cửa. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng kiểm tra sau 1 tuần cho thấy các miện nổi động mạch gan, TM cửa, TM gan thông tốt, còn ít huyết khối bám thành ở TM mạc treo tràng trên.

- Bệnh nhân được duy trì chống đông Heparin liều thấp 2500UI/ngày trong 2 ngày đầu sau mổ, sau đó chuyển sang duy trì lovenox 4000UI/ngày trong vòng 2 tuần và chuyển sang Aspirin 81mg/ngày cho đến khi ra viện và duy trì cho đến hiện tại với chức năng gan ổn định và các tình trạng miện nổi TM cửa thông tốt sau 14 tháng.



Hình 2: Hình ảnh bệnh nhân số 2

(Hình A: huyết khối TM cửa trước mổ, Hình B: Huyết khối TM cửa trong ổ, Hình C: TM cửa sau ghép 1 tuần)

IV. BÀN LUẬN

4.1. Điều trị huyết khối tĩnh mạch cửa và phân loại tổn thương. Huyết khối TM cửa khi xuất hiện ở bệnh nhân xơ gan sẽ làm tăng tình trạng tăng áp lực TM cửa. Nhiều nghiên cứu cho rằng việc sử dụng thuốc chống đông giúp cho huyết khối giảm, mất đi nhờ đó cải thiện được tình trạng tăng áp lực TM cửa hoặc huyết

khối ổn định và không tiến triển thêm giúp tránh được khó khăn cho quá trình ghép sau này, đồng thời nguy cơ chảy máu liên quan đến thuốc chống đông ở những bệnh nhân này không nhiều [5]. Tuy nhiên, trước khi dùng chống đông nên soi thực quản dạ dày đánh giá búi giãn TM và nên thắt dự phòng nếu giãn mức độ 2, 3, tránh dùng các thuốc giảm áp lực TM cửa nhóm chẹn beta giao cảm không chọn lọc do thuốc gây giảm vận tốc TM cửa, tăng nguy cơ hình thành huyết khối [6]. Các thuốc chống đông có thể là Heparin, Heparin trọng lượng phân tử thấp (Lovenox) khá hiệu quả trong việc kiểm soát hoặc làm thoái chuyển huyết khối và nhất là khi bệnh nhân cần can thiệp (chọc hút dịch ổ bụng ...), sau đó là các thuốc kháng Vitamin K, các thuốc chống đông đường uống tác dụng trực tiếp thường dùng khi bệnh nhân ổn định. Trong trường hợp xơ gan có huyết khối TM cửa kèm ascites kháng trị hoặc xuất huyết do tăng áp lực TM cửa thì có thể đặt TIPS (shunt cửa chủ trong gan qua tĩnh mạch) giúp điều trị các biến chứng này đồng thời giúp cải thiện huyết khối và tăng khả năng ghép gan sau đó [6], [7].

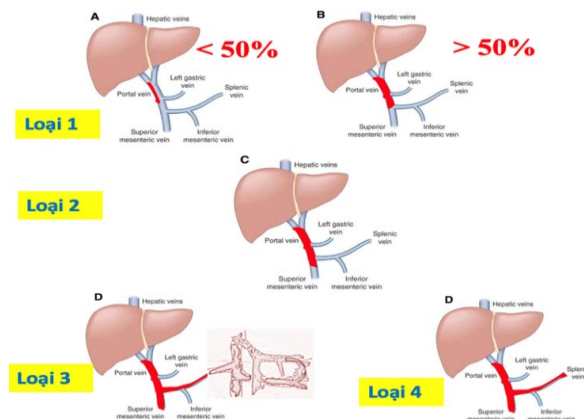
Huyết khối TM cửa gây ảnh hưởng đến lưu lượng máu TM cửa vào gan ghép nên trước đây được xem là chống chỉ định ghép gan do tỉ lệ tử vong cao. Tuy nhiên, Shaw đã lần đầu tiên thông báo những trường hợp xơ gan có huyết khối TM cửa được ghép gan thành công vào năm 1985. Từ đó đến nay, có nhiều nghiên cứu về cách thức xử trí, kết quả ghép gan và đặc biệt là phân loại huyết khối TM cửa dựa trên phạm vi và vị trí huyết khối trên hệ thống TM cửa (TM mạc treo tràng trên, TM lách và TM cửa). Phân loại huyết khối TM cửa hay được sử dụng là phân loại của Yerdel với 4 loại tổn thương và cách thức xử lý trong ghép gan, sau đó được Jamieson bổ sung thêm tổn thương shunt cửa chủ vào phân loại và gộp loại 1 và 2 của Yerdel thành 1 loại [3], [8]. Xin giới thiệu phân loại Yerdel – Jamieson, cụ thể gồm 4 độ

- Loại 1: Huyết khối hoàn toàn hoặc bán phần ở TM cửa, lan xuống hội lưu TM mạc treo tràng trên và TM lách

- Loại 2: Huyết khối hoàn toàn TM cửa, lan xuống đoạn đầu TM mạc treo tràng trên nhưng nhánh mạch dưới thông tốt

- Loại 3: Huyết khối hoàn toàn TM cửa và lan toả xuống toàn bộ hệ TM tạng nhưng có các nhánh bàng hệ cửa chủ có kích thước lớn

- Loại 4: Huyết khối lan toả TM cửa và toàn bộ TM mạc treo tràng trên, TM lách nhưng nhánh bàng hệ cửa chủ có kích thước nhỏ.



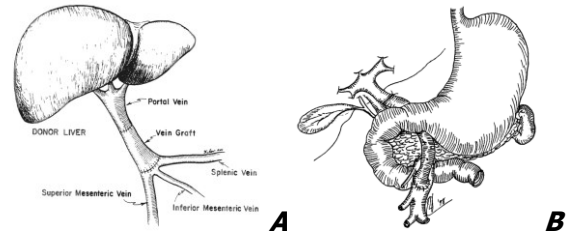
Hình 3: Phân loại huyết khối TM cửa theo Yerdell – Jamieson

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân 1 có huyết khối TM cửa > 50% chu vi, lan xuống đoạn đầu TM mạc treo tràng trên nên thuộc loại 2 của Yerdell nhưng là loại 1 theo Yerdell – Jamieson. Bệnh nhân 2 có huyết khối bám thành, < 50% chu vi TM cửa. Cả 2 bệnh nhân này đều được dùng Lovenox 0,4 ml ngày 2 bơm tiêm dưới da chia 2 và được nội soi thắt búi giãn TM thực quản dự phòng, không gặp biến chứng gì trong quá trình sử dụng.

4.2. Chiến lược xử trí huyết khối và tái lập lưu thông tĩnh mạch cửa trong ghép gan. Việc xử lý huyết khối và tái lập lưu thông TM cửa sẽ tùy thuộc vào loại hình huyết khối theo phân loại của Yerdell – Jamieson (dựa vào mức độ lan rộng, vị trí và tuần hoàn bàng hệ của chủ), việc nắm bắt được nguyên lý là rất quan trọng. Trong tái lập lưu thông TM cửa chúng ta cần phân biệt khái niệm tái lập theo giải phẫu (đúng theo giải phẫu cửa – cửa tận tận), không theo giải phẫu (mạch nhánh trong hệ cửa hoặc các mạch thuộc hệ chủ người nhận với – TM của gan ghép) cũng như khái niệm tái lập sinh lý và không sinh lý trong đó tái lập sinh lý là khi toàn bộ hoặc 1 phần dòng máu tạng phải được đi vào gan ghép nhờ đó mà tình trạng tăng áp lực TM cửa và cổ trướng sẽ cải thiện [4].

Huyết khối TM cửa loại 1, 2: Việc lấy bỏ huyết khối hoặc trong trường hợp huyết khối có xơ hẹp lòng TM cửa thì sẽ cắt đoạn TM cửa hẹp hoặc tạo hình làm rộng lòng TM cửa và tái lập lưu thông theo giải phẫu [3], [9]. Đối với loại 2, cần phẫu tích TM mạc treo tràng trên dưới huyết khối, lấy bỏ huyết khối và trong nhiều trường hợp khi TM cửa xơ hẹp cần thực hiện tái lập không theo giải phẫu kiểu “Jump graft” (bắc cầu), gần đây một số tác giả đã thực hiện tái lập theo giải phẫu cửa – cửa tận tận [3], [10]. Cả 2 trường hợp của chúng tôi, huyết khối TM cửa

thuộc loại 1 và 2 của Yerdell – Jamieson, đều được lấy huyết khối tối đa, đồng thời bảo vệ được lớp nội mạc của TM cửa. Việc thực hiện tái thông TM cửa được thực hiện theo giải phẫu bằng nối tận – tận với lưu lượng dòng cửa đáp ứng đủ tiêu chuẩn vào gan.



Hình 4: Tái lập lưu thông TM cửa theo giải phẫu với đoạn mạch trung gian (A), tái lập không theo giải phẫu kiểu Jump graft (B) [3], [9]

Huyết khối TM cửa loại 3: huyết khối TM cửa hoàn toàn và lan toả xuống các nhánh TM mạc treo tràng trên và lách, tuy nhiên do có tuần hoàn bàng hệ, shunt cửa – chủ nên việc tái lập lưu thông có thể thực hiện không theo giải phẫu nhưng vẫn đảm bảo sinh lý, bao gồm; TM thận trái - TM cửa tận tận khi có shunt lách thận, TM vị trái - TM cửa khi TM vị trái giãn tốc đường thông với TM lách, TM lớn trong đám rối TM quanh đường mật – TM cửa. Các báo cáo liên quan đến các thức xử lý trên cho kết quả khá tốt [4].

Huyết khối TM cửa loại 4: huyết khối TM cửa hoàn toàn, lan toả các nhánh TM nhưng tuần hoàn bàng hệ nhỏ, việc tái lập lưu thông TM cửa vừa không theo giải phẫu và không sinh lý bao gồm; chuyển vị bán phần chủ - cửa (tỉ lệ tử vong sớm sau ghép 15%, biến chứng huyết khối TM cửa gan ghép 12%...), TM thận T – TM cửa, động mạch hoá TM cửa (thêm vào dòng TM cửa đã có để tăng lưu lượng hoặc hoàn toàn là dòng động mạch mà không có dòng cửa), các báo cáo về những cách thức này đa phần là thông báo trường hợp và có kết quả hạn chế [4]. Cách thức tốt nhất để xử lý loại tổn thương này là ghép đa tạng gồm ghép cả khối gan, dạ dày, tá tụy, ruột non.

Có điểm rất cần lưu ý đó là khi tái lập lưu thông TM cửa, đặc biệt là khi có huyết khối TM cửa và tuần hoàn bàng hệ, shunt cửa – chủ, chúng ta cần thực hiện siêu âm ngay trong ghép để biết rõ lưu lượng cửa vào gan ghép đảm bảo đủ, nhiều nghiên cứu cho thấy lưu lượng cửa từ 1000 – 1300 ml/phút là phù hợp.

V. KẾT LUẬN

Huyết khối TM cửa ở bệnh nhân xơ gan không phải là chống chỉ định ghép gan. Ghép

gan cho bệnh nhân xơ gan có huyết khối TM của cơ thể thực hiện an toàn với kết quả tốt. Tuy nhiên cần đánh giá đúng mức độ tổn thương để có kế hoạch điều trị trước mổ, trong mổ và sau mổ hợp lý giúp cải thiện kết quả lâu dài của bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Francoz, C., D. Valla, and F. Durand. Portal vein thrombosis, cirrhosis, and liver transplantation. *J Hepatol.* Jul 2012;57(1):203-12. doi:10.1016/j.jhep.2011.12.034
2. Senzolo, M., G. Garcia-Tsao, and J.C. Garcia-Pagan. Current knowledge and management of portal vein thrombosis in cirrhosis. *J Hepatol.* Aug 2021;75(2): 442-453. doi:10.1016/j.jhep.2021.04.029
3. Yerdel, M.A., et al. Portal vein thrombosis in adults undergoing liver transplantation: risk factors, screening, management, and outcome. *Transplantation.* May 15 2000;69(9):1873-81. doi:10.1097/00007890-200005150-00023
4. Bhangu, P., et al. Novel classification of non-malignant portal vein thrombosis: A guide to surgical decision-making during liver transplantation. *J Hepatol.* Nov 2019;71(5):1038-1050. doi:10.1016/j.jhep.2019.08.012
5. Chen, H., et al. Nontumoral portal vein thrombosis in patients awaiting liver transplantation. *Liver Transpl.* Mar 2016;22(3):352-65. doi:10.1002/lt.24387
6. Odiozola, A., et al. Portal Vein Thrombosis in the Setting of Cirrhosis: A Comprehensive Review. *J Clin Med.* Oct 30 2022;11(21)doi:10.3390/jcm11216435
7. Rodrigues, S.G., et al. Systematic review with meta-analysis: portal vein recanalisation and transjugular intrahepatic portosystemic shunt for portal vein thrombosis. *Aliment Pharmacol Ther.* Jan 2019;49(1):20-30. doi:10.1111/apt.15044
8. Jamieson, N.V. Changing perspectives in portal vein thrombosis and liver transplantation. *Transplantation.* May 15 2000;69(9):1772-4. doi:10.1097/00007890-200005150-00006
9. Shaw, B.W., Jr., et al. Portal vein grafts in hepatic transplantation. *Surg Gynecol Obstet.* Jul 1985;161(1):66-8.
10. Kasahara, M., et al. Novel technique for pediatric living donor liver transplantation in patients with portal vein obstruction: The "pullout technique". *Pediatr Transplant.* Dec 2018;22(8): e13297. doi:10.1111/petr.13297

TÁC ĐỘNG CỦA CƯỜNG CẬN GIÁP THỨ PHÁT TRONG ĐIỀU TRỊ THIẾU MÁU Ở BỆNH NHÂN LỌC MÁU CHU KỲ: NGHIÊN CỨU BỆNH CHỨNG

Nguyễn Như Nghĩa¹, Nguyễn Thị Diễm Thúy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm đánh giá ảnh hưởng của tình trạng cường cận giáp thứ phát trong điều trị thiếu máu ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 120 bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 10 năm 2022 đến tháng 10 năm 2023, chia làm hai nhóm: nhóm 1 gồm những bệnh nhân có nồng độ PTH ≤ 300 pg/mL và nhóm 2 gồm những bệnh nhân có nồng độ PTH >300 pg/mL. **Kết quả:** Về đặc điểm chung của hai nhóm, kết quả cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, giới tính, tiền sử tăng huyết áp và đái tháo đường cũng như thời gian lọc máu ($p>0,05$). Đồng thời, nồng độ CRPhs, ferritin, albumin, Ca và liều EPO giữa 2 nhóm cũng không có sự khác biệt ($p>0,05$). Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân có tình trạng cường tuyến cận giáp thứ phát (PTH >300 pg/mL) có số lượng HC và nồng độ Hb thấp hơn so với nhóm có PTH ≤ 300 pg/mL ($p<0,05$). Đồng thời,

nhóm này cũng có nồng độ phospho, tích số canxi-phospho (Ca x P) và chỉ số kháng erythropoietin (ERI) cao hơn đáng kể so với nhóm còn lại ($p<0,05$). Nồng độ PTH máu có mối tương quan tuyến tính nghịch mức độ vừa với nồng độ Hb với $r = -0,528$, $p<0,001$.

Kết luận: Tình trạng cường cận giáp thứ phát làm trầm trọng thêm tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ và làm tăng đề kháng erythropoietin. Vì vậy, để quản lý hiệu quả tình trạng thiếu máu ở những bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối, việc kiểm soát nồng độ PTH máu là rất cần thiết.

Từ khóa: cường cận giáp thứ phát, điều trị thiếu máu, lọc máu chu kỳ.

SUMMARY

THE IMPACT OF SECONDARY HYPERPARATHYROIDISM ON THE TREATMENT OF ANEMIA IN PATIENTS UNDERGOING REGULAR HEMODIALYSIS: A CASE-CONTROL STUDY

Objective: The study aims to evaluate the effect of secondary hyperparathyroidism on the management of anemia in patients undergoing hemodialysis. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 120 end-stage renal disease patients undergoing hemodialysis at Can Tho City General Hospital from October 2022 to October 2023. The patients were divided into two groups: Group 1 consisted of patients with parathyroid hormone (PTH)

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Như Nghĩa

Email: nnnghia@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

levels ≤ 300 pg/mL, and group 2 consisted of patients with PTH levels > 300 pg/mL. **Result:** Regarding the general characteristics of the two groups, the results showed no statistically significant differences in age, gender, history of hypertension and diabetes as well as duration of dialysis. Simultaneously, the levels of CRPhs, ferritin, albumin, calcium and EPO dosage between the two groups showed no significant difference ($p > 0.05$). However, the group of patients with secondary hyperparathyroidism (PTH levels > 300 pg/mL) had significantly lower red blood cell counts and Hb concentrations compared to the group with PTH ≤ 300 pg/mL ($p < 0.05$). Additionally, this group exhibited significantly higher serum phosphate levels, calcium-phosphate product levels ($\text{Ca} \times \text{P}$), and erythropoietin resistance index (ERI) compared to patients without secondary hyperparathyroidism, with $p < 0.05$. Serum PTH levels had a moderate negative correlation with Hb levels ($r = -0.528$, $p < 0.001$). **Conclusions:** Secondary hyperparathyroidism exacerbates anemia in patients undergoing regular hemodialysis and increases resistance to erythropoietin. Therefore, to effectively manage anemia in patients with end-stage renal disease, it is essential to control serum parathyroid hormone (PTH) levels. **Keywords:** secondary hyperparathyroidism, anemia treatment, undergoing regular hemodialysis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu là một biến chứng phổ biến và nghiêm trọng ở bệnh nhân bệnh thận mạn (BTM), đặc biệt là những bệnh nhân lọc máu chu kỳ. Nguyên nhân chính gây thiếu máu ở những bệnh nhân này là do sự giảm sản xuất erythropoietin - một hormone đóng vai trò quan trọng trong quá trình tạo hồng cầu. Ngoài ra, nhiều yếu tố khác như tình trạng viêm, suy dinh dưỡng và đặc biệt là rối loạn chuyển hóa khoáng chất do cường cận giáp thứ phát cũng góp phần làm trầm trọng thêm tình trạng thiếu máu [1], [2]. Cường cận giáp thứ phát là tình trạng tuyến cận giáp sản xuất quá mức hormone parathyroid (PTH) do sự mất cân bằng khoáng chất, đặc biệt là sự tăng phosphate huyết thanh và giảm nồng độ canxi máu. PTH tăng cao không chỉ gây ảnh hưởng đến xương mà còn tác động tiêu cực lên quá trình tạo máu [2]. Cụ thể, PTH làm ức chế quá trình sản xuất EPO, rút ngắn thời gian sống của hồng cầu và gây ra xơ hóa tủy xương từ đó làm giảm khả năng sinh hồng cầu của cơ thể. Những biến chứng này khiến việc điều trị thiếu máu ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ trở nên phức tạp và khó khăn hơn.

Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng, việc kiểm soát tốt tình trạng cường cận giáp thứ phát thông qua các phương pháp như sử dụng nhóm thuốc calcimimetic, chất hoạt hóa thụ thể vitamin D hoặc cắt bỏ tuyến cận giáp có thể giúp cải thiện hiệu quả điều trị thiếu máu. Tuy nhiên,

mối liên hệ chính xác giữa mức độ cường cận giáp thứ phát và hiệu quả của các liệu pháp kích thích tạo hồng cầu vẫn còn là vấn đề chưa được hiểu rõ hoàn toàn. Một số nghiên cứu cho thấy mức PTH cao có thể làm giảm đáp ứng với EPO, làm tăng liều lượng EPO cần thiết, trong khi các nghiên cứu khác lại không tìm thấy mối liên quan rõ ràng. Do đó, việc nghiên cứu sâu hơn về ảnh hưởng của cường cận giáp lên quá trình điều trị thiếu máu ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ là vô cùng cần thiết. Hiểu rõ mối liên hệ này sẽ giúp tối ưu hóa các phương pháp điều trị, giảm thiểu biến chứng và cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối (BTMGĐC) đang lọc máu chu kỳ tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tiêu chuẩn chung: Bệnh nhân BTMGĐC đang lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo thường quy có tuổi ≥ 18 , thời gian lọc máu chu kỳ 3 lần/tuần, được sử dụng EPO ≥ 3 tháng và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những bệnh nhân mắc các bệnh lý huyết học, bệnh lý ác tính hoặc tiền sử bệnh ác tính.

Bệnh nhân đang mắc các bệnh lý cấp tính như: nhiễm trùng nặng, hội chứng vành cấp, suy tim cấp, nhồi máu não, xuất huyết não, xuất huyết tiêu hóa nặng...

Bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS.

Bệnh nhân mắc hoặc nghi ngờ bệnh lý ngoại khoa kèm theo.

Bệnh nhân mất máu cấp cần truyền máu như xuất huyết tiêu hóa, chấn thương...

Bệnh nhân mắc các bệnh lý khác gây ra cường cận giáp nguyên phát như: u tuyến cận giáp, hội chứng đa u nội tiết... và các nguyên nhân khác gây cường cận giáp thứ phát ngoài bệnh thận mạn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, thực tế chúng tôi chọn được 120 bệnh nhân BTMGĐC lọc máu chu kỳ thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

Nội dung nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu được chia làm hai nhóm: nhóm 1 gồm 50 bệnh nhân không có tình trạng cường cận giáp với nồng độ PTH ≤ 300 pg/mL, nhóm 2 gồm 70 bệnh nhân có tình trạng cường cận giáp với nồng độ PTH > 300 pg/mL [3].

Đặc điểm chung của hai nhóm bao gồm:

- Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi (năm, trung bình), giới (nam/nữ), tiền sử tăng huyết áp (có/không) và đái tháo đường (có/không), thời gian lọc máu (năm, trung bình).

- Các chỉ số sinh hóa máu: PTH (pg/mL, trung vị), CRPhs (mg/L, trung vị), ferritin (ng/mL, trung bình), albumin (g/dL, trung bình), Ca (mmol/L, trung vị), P (mmol/L, trung vị), Ca x P (mmol²/l², trung vị).

- Liều EPO (UI/kg/tuần, trung bình).

Đánh giá tác động của cường cận giáp thứ phát trong kết quả điều trị thiếu máu thông qua các chỉ số: HC (10¹²/L, trung bình), Hb (g/dL,

trung bình), chỉ số kháng erythropoietin (ERI) (UI/kg/tuần/g Hb, trung bình).

Công cụ thu thập số liệu. Phiếu thu thập số liệu, dụng cụ thăm khám lâm sàng, hồ sơ bệnh án, máy lọc máu HD tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Phương pháp xử lý số liệu. Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý trên máy vi tính, sử dụng phần mềm SPSS 26.0.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện sau khi được Hội Đồng Nghiên Cứu Khoa Học Trường Đại học Y được Cần Thơ thông qua, số 22.389.HV/PCT/HĐĐĐ. Các bước thực hiện tuân thủ theo các tiêu chí 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. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Nhóm 1 (N=50)	Nhóm 2 (N=70)	Tổng (N=120)	p
Tuổi	<40	7 (14%)	15 (21,4%)	22 (18,3%)	0,198*
	40-60	27 (54%)	42 (60%)	69 (57,5%)	
	>60	16 (32%)	13 (18,6%)	29 (24,2%)	
	TB±ĐLC	54,16±15,15	50,27±11,30	51,89±13,13	0,110**
Giới tính	Nam	22 (44%)	27 (38,6%)	49 (40,8%)	0,551*
	Nữ	28 (56%)	43 (61,4%)	71 (59,2%)	
Tiền sử tăng huyết áp	Có	31 (62%)	45 (64,3%)	76 (63,3%)	0,798*
	Không	19 (38%)	25 (35,7%)	44 (36,7%)	
Tiền sử đái tháo đường	Có	22 (44%)	27 (38,6%)	49 (40,8%)	0,551*
	Không	28 (56%)	43 (61,4%)	71 (59,2%)	
Thời gian lọc máu	≤5 năm	41 (82%)	55 (78,6%)	96 (80%)	0,643*
	>5 năm	9 (18%)	15 (21,4%)	24 (20%)	
	TB±ĐLC	4,20±2,81	3,49±2,46	3,78±2,63	0,142**
PTH (pg/mL)	TV±KTV	179,6±113,4	588±1262	401,75±1070,75	<0,001†
CRPhs (mg/L)	TV±KTV	3,89±3,91	3,5±3,57	3,52±3,62	0,732†
Ferritin (ng/mL)	TB±ĐLC	437,79±155,25	396,42±158,84	403,66±158,36	0,279**
Albumin (g/dL)	TB±ĐLC	33,67±3,58	35,08±2,71	34,83±2,92	0,191**
Ca (mmol/L)	TV±KTV	2,18±0,32	2,23±0,26	2,22±0,29	0,186†
P (mmol/L)	TV±KTV	2,1±0,8	2,45±0,8	2,3±0,9	0,048†
Ca x P (mmol ² /l ²)	TV±KTV	4,46±2,42	5,39±2,45	5,2±2,15	0,04†
Liều EPO (UI/kg/tuần)	TB±ĐLC	220,18±50,48	219,31±39,35	219,67±44,13	0,915**

*Chi-squared Test, ** Independent Samples T-Test, †Mann-Whitney U-Test

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về các đặc điểm nhân khẩu học như tuổi, giới tính, tiền sử tăng huyết áp, tiền sử đái tháo đường và thời gian lọc máu ($p>0,05$). Tuy nhiên, nồng độ PTH, P, Ca x P ở nhóm cường tuyến cận giáp cao hơn rõ rệt so với nhóm còn lại ($p<0,05$). Nồng độ CRPhs, Ferritin, Albumin, Ca, liều EPO giữa 2 nhóm không có sự khác biệt ($p>0,05$).

3.2. Ảnh hưởng của tình trạng cường tuyến cận giáp thứ phát lên kết quả điều trị thiếu máu

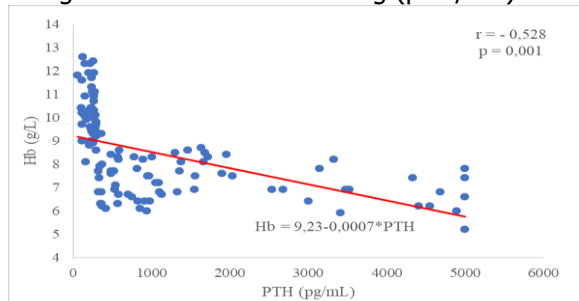
Bảng 2. Ảnh hưởng của cường cận giáp đến các chỉ số huyết học và chỉ số ERI

Chỉ số		Nhóm 1 (N=50)	Nhóm 2 (N=70)	p
HC (10 ¹² /L)	TB ± ĐLC	3,12 ± 0,72	2,78 ± 0,58	0,019*
Hb (g/dL)	TB ± ĐLC	10,19 ± 1,12	7,27 ± 0,87	<0,001*
ERI (UI/kg/tuần/g Hb)	TB ± ĐLC	22,09 ± 5,64	30,63 ± 6,94	<0,001*

* Independent Samples T-Test

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy

nhóm bệnh nhân cường cận giáp có số lượng HC và nồng độ Hb thấp hơn đáng kể so với nhóm không cường cận giáp ($p < 0,05$). Đồng thời, chỉ số kháng erythropoietin (ERI) của nhóm bệnh nhân này cũng cao hơn một cách có ý nghĩa thống kê so với nhóm đối chứng ($p < 0,001$).



Biểu đồ 1. Tương quan giữa Hb và PTH máu

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ PTH có mối tương quan tuyến tính nghịch mức độ vừa với nồng độ Hb với $r = -0,528$ và $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 120 bệnh nhân BTMGĐC đang lọc máu chu kỳ bằng thận nhân tạo trong đó có 50 bệnh nhân có nồng độ PTH ≤ 300 pg/mL được xếp vào nhóm 1 và 70 bệnh nhân có nồng độ PTH > 300 pg/mL được xếp vào nhóm 2. Kết quả nghiên cứu cho thấy, nhóm 1 và nhóm 2 có sự phân bố độ tuổi và giới tính tương đối đồng đều với $p > 0,05$. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp và đái tháo đường cũng như thời gian lọc máu không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với $p > 0,05$. Ở nhóm bệnh nhân cường cận giáp, nồng độ PTH cao hơn rõ rệt so với nhóm còn lại với $p < 0,001$. Kết quả này tương đồng với báo cáo của Neves và cộng sự (2002) [4], Ahmed Fadhil Idan và cộng sự (2023) [5]. Thực tế, bệnh nhân BTM thường có rối loạn chuyển hóa xương và chất khoáng bắt đầu sớm trong quá trình của bệnh và nặng dần theo sự tiến triển của bệnh. Trong giai đoạn cuối của BTM, sự tổng hợp và bài tiết hormone tuyến cận giáp liên tục bị kích thích gây ra cường cận giáp thứ phát.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhân cường cận giáp có mức độ thiếu máu nghiêm trọng hơn với số lượng HC và nồng độ Hb thấp hơn rõ rệt so với nhóm không cường cận giáp ($p < 0,05$). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Ahmed Fadhil Idan và cộng sự (2023) khi cho thấy sự khác biệt đáng kể về nồng độ Hb giữa nhóm có PTH máu ≥ 300 pg/mL và nhóm có PTH máu < 300 pg/mL

($8,6 \pm 1,73$ g/dL so với $10,55 \pm 1,12$ g/dL) với $p < 0,001$ [5]. Tương tự, Neves và cộng sự (2002) báo cáo rằng những bệnh nhân lọc máu mạn tính cao tuổi mắc cường cận giáp thứ phát có mức Hb và Hct thấp hơn so với nhóm còn lại mặc dù được điều trị với liều EPO tương tự ($p < 0,05$) [4]. Đồng thời, chúng tôi cũng phát hiện mối tương quan nghịch giữa nồng độ Hb và PTH máu với hệ số tương quan $r = -0,538$ và $p < 0,001$. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây như nghiên cứu của Azar Baradaran và Hamid Nasri (2001) với $r = -0,520$; $p = 0,001$ [6], Happy Chutia và cộng sự (2013) với $r = -0,545$; $p < 0,05$ [7]. Mặc dù chúng tôi không tìm thấy sự khác biệt về liều EPO ở cả 2 nhóm tuy nhiên chúng tôi ghi nhận rằng nhóm bệnh nhân cường cận giáp có chỉ số kháng erythropoietin (ERI) cao hơn đáng kể so với nhóm còn lại ($p < 0,001$). Tương tự, Y Fujita và cộng sự (1995) đã đưa ra kết luận rằng nồng độ hormone tuyến cận giáp tăng cao quá mức có thể gây ra sự giảm tác dụng của erythropoietin tái tổ hợp đối với bệnh thiếu máu do thận [8]. Thực tế, cơ chế bệnh sinh của thiếu máu và giảm đáp ứng với thuốc tạo máu ở những bệnh nhân cường cận giáp thứ phát vẫn chưa rõ ràng. Có nhiều giả thuyết khác nhau như PTH tác động trực tiếp lên quá trình tổng hợp EPO nội sinh, lên các tế bào tiền thân hồng cầu của tủy xương và lên sự sống còn của tế bào hồng cầu đồng thời còn tác động gián tiếp thông qua việc gây xơ hóa tủy xương. Ngoài ra, cường cận giáp thứ phát có liên quan đến sự gia tăng nồng độ yếu tố tăng trưởng nguyên bào sợi 23 (FGF23) đã được chứng minh là có ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình tạo hồng cầu thông qua việc ức chế sản xuất EPO và biểu hiện thụ thể EPO. Các nghiên cứu lâm sàng đã chỉ ra rằng nồng độ PTH tăng cao có liên quan độc lập với tình trạng giảm đáp ứng với EPO và việc điều trị cường cận giáp thứ phát bằng chất hoạt hóa thụ thể vitamin D, nhóm thuốc calcimimetic hoặc cắt tuyến cận giáp có thể cải thiện tình trạng thiếu máu. Sự tăng chỉ số ERI ở nhóm 2 có thể được giải thích bởi sự tăng cao nồng độ PTH máu ở nhóm này so với nhóm 1 đồng thời cũng cho thấy được vai trò quan trọng của việc kiểm soát nồng độ PTH trong điều trị thiếu máu ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ.

Vai trò tiềm tàng của cường cận giáp trong quá trình viêm và stress oxy hóa đã được chứng minh qua một vài nghiên cứu trước đây thông qua mối quan hệ trực tiếp giữa nồng độ PTH và các dấu hiệu viêm [9]. Trong đó, CRPhs được coi là một dấu ấn sinh học quan trọng của tình trạng viêm, sự gia tăng CRPhs có thể phản ánh sự hiện

diện của tình trạng viêm mạn tính và có liên quan đến sự đáp ứng kém với điều trị thiếu máu trong BTM. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nồng độ CRPhs ở cả 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này chứng tỏ rằng chúng tôi đã kiểm soát được yếu tố nhiễu do viêm nhiễm ảnh hưởng đến kết quả điều trị thiếu máu giữa hai nhóm, từ đó làm nổi bật tác động của cường cận giáp thứ phát trong cơ chế bệnh sinh gây ra tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân BTM.

Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy các yếu tố khác như tình trạng dự trữ sắt và tình trạng dinh dưỡng không ảnh hưởng đến kết quả điều trị thiếu máu giữa 2 nhóm. Bằng chứng là chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ ferritin máu và albumin máu giữa 2 nhóm bệnh nhân với $p > 0,05$. Nhìn chung, đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân có nồng độ ferritin đạt mục tiêu từ 200-500ng/ml và albumin máu trung bình ở mức bình thường. Điểm hạn chế trong nghiên cứu của chúng tôi là không xét nghiệm được độ bão hòa transferrin huyết thanh nên không thể loại trừ những trường hợp thiếu sắt chức năng. Tuy nhiên, kết quả này cho thấy rằng việc thiếu máu trong nhóm đối tượng nghiên cứu không phải do cạn kiệt dự trữ sắt, cũng như ít bị ảnh hưởng bởi tình trạng dinh dưỡng.

Mặt khác, chúng tôi cũng ghi nhận không có sự khác biệt về nồng độ Ca máu giữa 2 nhóm cường cận giáp và không. Tuy nhiên, nồng độ P và tích số $Ca \times P$ tăng cao ở nhóm cường cận giáp thứ phát với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của João M Frazão và cộng sự (2012) [10]. Điều này hoàn toàn phù hợp với cơ chế rối loạn khoáng xương xảy ra ở bệnh nhân BTM. Khi độ lọc cầu thận giảm, khả năng đào thải phosphate của thận cũng bị hạn chế. Đặc biệt, ở những bệnh nhân BTMGĐC, nồng độ P máu thường tăng cao và gây ra nhiều hậu quả nghiêm trọng. Một trong những tác động đáng chú ý là việc giảm nồng độ canxi ion hóa, do lượng P dư thừa sẽ phản ứng với Ca^{2+} tạo phức hợp $CaHPO_4$. Hơn nữa, nồng độ P trong máu tăng cao cũng làm giảm quá trình giải phóng canxi từ xương. Ca máu càng giảm thì càng kích thích tuyến cận giáp sản sinh ra nhiều hormone PTH. Rõ ràng, nồng độ P máu vừa có ảnh hưởng trực tiếp vừa có ảnh hưởng gián tiếp đến tình trạng cường tuyến cận giáp thứ phát. Sự tương tác này nếu không được kiểm soát tốt sẽ làm trầm trọng thêm các rối loạn khoáng chất và xương cũng như ảnh hưởng tiêu cực đến kết quả điều trị thiếu máu ở bệnh nhân BTM.

V. KẾT LUẬN

Tình trạng cường cận giáp thứ phát làm trầm trọng thêm tình trạng thiếu máu ở bệnh nhân lọc máu chu kỳ và làm tăng đề kháng erythropoietin. Vì vậy, để quản lý hiệu quả tình trạng thiếu máu ở những bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối, việc kiểm soát nồng độ PTH máu là rất cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Drüeke T.B., Eckardt K.U.** Role of secondary hyperparathyroidism in erythropoietin resistance of chronic renal failure patients. *Nephrology, dialysis, transplantation: official publication of the European Dialysis and Transplant Association - European Renal Association*. 2002; 17 Suppl 5. 28-31. doi:10.1093/ndt/17.suppl_5.28.
2. **Tanaka M., Komaba H., Fukagawa M.** Emerging Association Between Parathyroid Hormone and Anemia in Hemodialysis Patients. *Therapeutic Apheresis and Dialysis*. 2018; 22(3). 242-245. doi: <https://doi.org/10.1111/1744-9987.12685>.
3. **KDIGO** 2017. Clinical Practice Guideline Update for the Diagnosis, Evaluation, Prevention, and Treatment of Chronic Kidney Disease-Mineral and Bone Disorder (CKD-MBD). *Kidney Int Suppl* (2011). 2017; 7(1). 1-59. doi:10.1016/j.kisu.2017.04.001.
4. **Neves P.L., Triviño J., Casaubon F., Romão P., Mendes P., et al.** Elderly patients on chronic hemodialysis: effect of the secondary hyperparathyroidism on the hemoglobin level. *International urology and nephrology*. 2002; 34(1). 147-9. doi:10.1023/a:1021380609993.
5. **Idan A.F., Abdalrahman M.A.** Effect of hyperparathyroidism on anemia management in patients with hemodialysis dependent end stage renal disease. *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*. 2023; 30(1). e293–e300. doi:10.47750/jptcp.2023.1062.
6. **Baradaran A., Nasri H.** Intensification of anemia by secondary hyperparathyroidism in hemodialysis patients. *Medical Journal of Islamic Academy of Sciences*. 2001; 14(4). 161–166.
7. **Chutia H., Ruram A.A., Bhattacharyya H., Boruah P., Nath C.** Association of secondary hyperparathyroidism with hemoglobin level in patients with chronic kidney disease. *Journal of laboratory physicians*. 2013; 5(1). 51-4. doi:10.4103/0974-2727.115935.
8. **Fujita Y., Inoue S., Horiguchi S., Kuki A.** Excessive level of parathyroid hormone may induce the reduction of recombinant human erythropoietin effect on renal anemia. *Mineral and electrolyte metabolism*. 1995; 21(1-3). 50-4.
9. **Dudar I.O., Loboda O.M., Dudar S.L., Savchuk V.M.** Chronic inflammation in hemodialysis patients with secondary hyperparathyroidism. *Ukrainian Journal of Nephrology and Dialysis*. 2022; 0(2(74)). doi:10.31450/ukrjnd.2(74).2022.08.
10. **Frazão J.M., Braun J., Messa P., Dehmel B., Mattin C., et al.** Is serum phosphorus control related to parathyroid hormone control in dialysis patients with secondary hyperparathyroidism? *BMC nephrology*. 2012; 13. 76. doi:10.1186/1471-2369-13-76.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN GLÔCÔM GÓC ĐÓNG NGUYÊN PHÁT

Hoàng Quang Vinh¹, Nguyễn Đình Ngân¹, Nguyễn Linh Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân glôcôm góc đóng nguyên phát. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Phương pháp mô tả lâm sàng, thực hiện nghiên cứu trên 101 bệnh nhân bệnh nhân Glôcôm góc đóng nguyên phát tại Bệnh viện Quân Y 103, Bệnh viện mắt Hà Nội và Bệnh viện mắt Hà Đông từ 01/01/2023 đến 31/8/2024. **Kết quả:** Các triệu chứng chính: nhìn mờ (100%), đau nhức mắt (83,2%), đỏ mắt (76,2%), và nhức đầu (77,2%), nhóm thị lực kém chiếm tỷ lệ cao nhất (44,6%). Nhãn áp trung bình: $46,1 \pm 12,4$ mmHg. Phần lớn bệnh nhân có nhãn áp >35 mmHg (67,3%). Tiền phòng nông được ghi nhận ở 100% bệnh nhân, cương tụ kết mạc (80,2%), phù giác mạc (63,4%), và góc tiền phòng đóng hoàn toàn (68,3%). Độ sâu tiền phòng: $2,31 \pm 0,29$ mm. Chiều dài trục nhãn cầu: $22,50 \pm 0,73$ mm. Độ dày thể thủy tinh: $5,10 \pm 0,48$ mm. **Kết luận:** Bệnh nhân glôcôm góc đóng nguyên phát chủ yếu gặp ở nhóm người cao tuổi, đặc biệt là nữ giới, với tỷ lệ mắc cao hơn nam giới. Glôcôm cấp tính chiếm ưu thế hơn so với thể mạn tính, thường đi kèm với triệu chứng nhìn mờ, đau nhức mắt và nhãn áp tăng cao. **Từ khóa:** đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Glôcôm góc đóng nguyên phát.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PRIMARY ANGLE-CLOSURE GLAUCOMA PATIENTS

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of primary angle-closure glaucoma patients. **Subjects and Methods:** A descriptive clinical study was conducted on 101 primary angle-closure glaucoma patients at Military Hospital 103, Hanoi Eye Hospital, and Ha Dong Eye Hospital from January 1, 2023, to August 31, 2024. **Results:** The main symptoms included blurred vision (100%), eye pain (83.2%), redness (76.2%), and headache (77.2%). Patients with poor visual acuity made up the largest group (44.6%). The mean intraocular pressure (IOP) was 46.1 ± 12.4 mmHg, with most patients (67.3%) having an IOP >35 mmHg. Shallow anterior chambers were observed in 100% of patients, along with conjunctival injection (80.2%), corneal edema (63.4%), and complete anterior angle closure (68.3%). The anterior chamber depth was 2.31 ± 0.29 mm, axial length was 22.50 ± 0.73 mm, and lens thickness was 5.10 ± 0.48 mm. **Conclusion:** Primary angle-closure glaucoma

predominantly affects elderly individuals, particularly females, with a higher incidence than in males. Acute glaucoma was more prevalent than the chronic form, commonly presenting with symptoms of blurred vision, eye pain, and elevated intraocular pressure.

Keywords: clinical characteristics, paraclinical characteristics, primary angle-closure glaucoma.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Glôcôm là một nhóm các bệnh thần kinh thị giác liên quan đến những thay đổi cấu trúc đặc trưng ở đầu dây thần kinh thị giác gây ra chết các tế bào hạch võng mạc và sợi trục của chúng, dẫn đến mất thị lực và mù lòa [1]. Đặc điểm chung của bệnh glôcôm khi toàn phát là nhãn áp tăng quá mức chịu đựng của mắt bình thường, lõm, teo thị thần kinh và tổn hại chức năng thị giác (thị trường).

Glôcôm góc đóng nguyên phát (GGĐNP) là hình thái bệnh glôcôm có tỷ lệ cao nhất ở Châu Á [2]. Ước tính đến năm 2040, toàn thế giới có 111,8 triệu người mắc bệnh glôcôm, trong đó riêng GGĐNP chiếm hơn 30 triệu người [2]. Tại Việt Nam, theo điều tra RAAB (Rapid Assessment of Avoidable Blindness) 2015, glôcôm là nguyên nhân thứ 3 gây mù sau đục thể thủy tinh và các bệnh lý đáy mắt với tỷ lệ 4%. Tỷ lệ người mắc bệnh glôcôm là 2.1% dân số >40 tuổi, hình thái glôcôm góc đóng cấp tính gặp rất cao chưa rõ lý do, vì vậy căn bệnh này là mối đe dọa nguy hiểm đối với sức khỏe cộng đồng [3].

Glôcôm góc đóng nguyên phát là một nhóm bệnh lý nhãn khoa nghiêm trọng, có thể gây mất thị lực không hồi phục nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời. Trong đó, thể cấp và thể mạn tính là hai dạng biểu hiện lâm sàng quan trọng nhưng có cơ chế bệnh sinh, tiến triển và cách xử trí khác nhau. Đến nay chưa có nghiên cứu mô tả nhóm bệnh nhân này với số lượng đủ lớn tại Việt Nam, vì vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân glôcôm góc đóng nguyên phát tại một số trung tâm nhãn khoa trong khu vực Hà Nội.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

*** Đối tượng nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu gồm các bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm góc đóng nguyên phát nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Quân Y 103, Bệnh viện mắt Hà Nội và Bệnh viện mắt Hà Đông.

¹Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Quang Vinh

Email: vinh050681@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

- **Tiêu chuẩn chọn:** Bệnh nhân được bệnh nhân được chẩn đoán glôcôm góc đóng nguyên phát, tuổi ≥ 18 , tình nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chẩn đoán glôcôm góc đóng nguyên phát cấp tính [4]:

- Nhấn áp cao trên 21 mmHg kèm theo 3 hoặc nhiều hơn dấu hiệu lâm sàng sau: cương tụ kết mạc, mống mắt vòng, phù biểu mô giác mạc, đồng tử không phản xạ, giãn nửa võng và tiền phòng nông.

- Bệnh nhân trải qua ít nhất 2 trong số các triệu chứng cơ năng sau: đau nhãn cầu (nên sửa là đau nhức mắt), buồn nôn và/hoặc nôn, nhìn mờ và thấy vòng nhiều màu sắc.

- Góc đóng $\geq 180^\circ$ ở mắt lên cơn trên soi góc.

Tiêu chuẩn chẩn đoán glôcôm góc đóng nguyên phát mạn tính [5]:

- Nhấn áp > 21 mmHg.

- Góc tiền phòng: đóng ít nhất 180° , không quan sát được vùng bề sắc tố khi soi góc ở vị trí nguyên phát.

- Tổn thương đĩa thị kiểu glôcôm xác định khi: mất viền võng mạc thần kinh với tỷ lệ lõm/ đĩa theo chiều đứng $\geq 0,3$ hoặc tỷ lệ lõm/ đĩa theo chiều đứng chênh lệch giữa hai mắt $> 0,2$ và/ hoặc tổn thương thị trường glôcôm tương ứng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân được phát hiện có nguyên nhân khác gây tăng nhãn áp. Bệnh nhân có bệnh toàn thân nặng, bệnh tại mắt không cho phép khám và đánh giá các chỉ số nghiên cứu. Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

*Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Thu thập số liệu nghiên cứu từ 01/01/2023 đến 31/8/2024

- Địa điểm nghiên cứu: Tiến hành lựa chọn đối tượng nghiên cứu, thu thập mẫu máu, thu thập dữ liệu cho bệnh án nghiên cứu tại Bệnh viện Quân y 103, Bệnh viện mắt Hà Nội, Bệnh viện mắt Hà Đông trong thời gian nghiên cứu.

*Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu nghiên cứu. Chọn cỡ mẫu thuận tiện trong nghiên cứu y sinh học. Trong quá trình nghiên cứu chúng tôi đã lựa chọn được 101 đối tượng nghiên cứu (101 mắt) thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

*Các biến số nghiên cứu

- Đặc điểm chung về đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới.

- Đặc điểm lâm sàng:

+ Đánh giá mắt bị bệnh và thể bệnh.

+ Thử thị lực không kính và thử kính tối đa bằng bảng thị lực Snellen.

+ Nhấn áp đo bằng nhấn áp kế Goldmann hoặc phụt hơi

+ Giác mạc: đánh giá tình trạng trong suốt, các tổn thương kèm theo.

+ Tình trạng tiền phòng: xác định độ sâu, tua viêm, sắc tố.

+ Đồng tử: đánh giá hình dạng, kích thước, phản xạ của đồng tử.

+ Mống mắt: đánh giá màu sắc, tình trạng thoái hóa.

+ Thể thủy tinh: đánh giá hình thái đục và độ cứng theo LOIC.

+ Soi góc tiền phòng: xác định độ mở của các góc phần tư, có dính góc, dấu hiệu "lạc đà 2 bướu". Làm nghiệm pháp Forbes để đánh giá góc tiền phòng đóng cơ năng hay thực thể.

+ Soi đáy mắt: đánh giá tình trạng lõm đĩa, viền gai thị, xuất huyết cạnh gai thị và tình trạng dịch kính võng mạc (có thể thực hiện sau điều trị).

- Đặc điểm cận lâm sàng

+ Siêu âm A: đo trục nhãn cầu, độ sâu tiền phòng, độ dày thể thủy tinh.

***Xử lý số liệu:** Nhập số liệu bằng phần mềm Excel 2016, xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được tính tỷ lệ phần trăm và kiểm định χ^2 hoặc kiểm định Fisher's exact test để tìm sự khác biệt. Biến định lượng được kiểm tra sự khác biệt giữa 2 nhóm bằng kiểm định Paired sample T-test. Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

***Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh của Học viện Quân Y. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ tình trạng bệnh, tiền lượng, hướng điều trị và các thuốc điều trị trong quá trình nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

*Đặc điểm về tuổi và giới

Bảng 3.1. Phân bố theo tuổi và giới

Đặc điểm	Số lượng(n=101)	Tỉ lệ (%)
Giới tính		
Nam	20	19,8
Nữ	81	80,2
Nhóm tuổi		
< 40	0	0,0
40 – 49	1	1,0
50 – 59	11	10,9
60- 69	46	45,5
≥ 70	43	42,6
Tổng	101	100,0
$\bar{x} \pm SD$	67,4 $\pm$ 7,1	

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 67,4 $\pm$ 7,1. Lựa tuổi chủ yếu ở nhóm nghiên cứu là > 60 . Nhóm tuổi dưới 60 gặp với tỷ lệ thấp, phần lớn đối tượng nghiên cứu đều là nữ giới (80,2%).

***Đặc điểm hình thái lâm sàng glôcôm.**

Trong số các bệnh nhân mắc glôcôm, có 77/101 (76,2%) bệnh nhân mắc glôcôm cấp tính, 24/101 (23,8%) bệnh nhân mắc glôcôm mạn tính.

***Đặc điểm về vị trí mắt bệnh lý.** Kết quả khảo sát về vị trí mắt bệnh lý ở bệnh nhân mắc glôcôm cho thấy, tỷ lệ mắt bị bệnh lý một bên chiếm chủ yếu trong đó vị trí bên phải chiếm tỷ lệ cao nhất với 38,6% và bên trái chiếm tỷ lệ 33,7%. Có 28/101 bệnh nhân (27,7%) bị bệnh ở cả hai mắt. Bệnh nhân mắc thể cấp tính phần lớn thường bị ở một mắt, nhóm mạn tính có tỷ lệ bệnh lý ở cả 2 mắt chiếm chủ yếu (58,4%). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

***Đặc điểm về triệu chứng cơ năng**

Bảng 2. Đặc điểm về triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Thể cấp n (%)	Thể mạn n (%)
Đau nhức mắt	77 (100,0)	7 (29,2)
Nhìn mờ	77 (100,0)	24 (100,0)
Đỏ mắt	74 (96,1)	3 (12,5)
Nhức đầu	73 (94,8)	5 (20,8)
Buồn nôn	35 (45,5)	1 (4,2)
Khác		
Chảy nước mắt	2 (2,6)	0 (0,0)
Nôn	3 (3,9)	0 (0,0)
Quầng màu sắc	6 (7,8)	0 (0,0)
Sợ ánh sáng	10 (13,0)	1 (4,2)
Sợ ánh sáng và quầng màu sắc	2 (2,6)	0 (0,0)
Sương mù	7 (9,1)	1 (4,2)

Triệu chứng cơ năng nổi bật ở glôcôm thể cấp bao gồm đau nhức mắt và nhìn mờ, chiếm 100%. Đỏ mắt chiếm tỷ lệ 96,1%, nhức đầu là 94,8% và buồn nôn chiếm 45,5%. Một số triệu chứng ít gặp hơn là chảy nước mắt (2,6%), nôn (3,9%) và quầng màu sắc (7,8%). Ở thể mạn, triệu chứng nhìn mờ vẫn chiếm tỷ lệ 100% nhưng các triệu chứng còn lại như đau nhức mắt (29,2%), đỏ mắt (12,5%), nhức đầu (20,8%) và buồn nôn (4,2%) có tỷ lệ thấp hơn đáng kể.

***Đặc điểm thị lực**

Bảng 3. Đặc điểm thị lực

Thị lực	Thể cấp n (%)	Thể mạn n (%)	Chung n (%)
< ĐNT 1m	27 (35,1)	2 (8,3)	29 (28,7)
ĐNT 1m – < 20/400	4 (5,2)	1 (4,2)	5 (5,0)
20/400 – 20/200	15 (19,5)	4 (16,7)	19 (18,8)
> 20/200 – 20/70	16 (20,8)	10 (41,7)	26 (25,7)
20/60– 20/30	14 (18,2)	5 (20,8)	19 (18,8)
≥ 20/25	1 (1,3)	2 (8,3)	3 (3,0)
Tổng	77 (100,0)	24 (100,0)	101(100,0)
Thị lực LogMar quy	1,31 ± 0,89	0,72 ± 0,53	1,17 ± 0,85

đôi		
p*	0,003	-

* Paired sample T-test

Thị lực mắt bị glôcôm ở thể cấp cho thấy 35,1% có thị lực < ĐNT 1m, đây là tỷ lệ cao nhất, phản ánh tổn thương thị lực nghiêm trọng. Các mức thị lực từ 20/400 đến 20/200 chiếm 19,5% và từ >20/200 đến 20/70 chiếm 20,8%, cho thấy mức độ suy giảm vừa phải. Thị lực tốt hơn (20/60 – 20/30) chiếm 18,2%, trong khi chỉ 1,3% đạt thị lực ≥ 20/25. Ở thể mạn, tỷ lệ mắt có thị lực < ĐNT 1m giảm xuống 8,3%, thể hiện ít tổn thương nghiêm trọng hơn. Thị lực từ >20/200 đến 20/70 chiếm 41,7%, là tỷ lệ cao nhất, trong khi thị lực 20/60 – 20/30 chiếm 20,8% và 8,3% đạt ≥ 20/25.

Thị lực LogMar quy đổi trung bình ở thể cấp cao hơn (1,31 ± 0,89) so với thể mạn (0,72 ± 0,53), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,003$).

***Đặc điểm nhãn áp**

Bảng 4. Đặc điểm nhãn áp

Nhãn áp (mmHg)	Thể cấp n (%)	Thể mạn n (%)	Chung n (%)
≤ 21	9 (11,7)	4 (16,7)	13 (12,9)
22 – 25	3 (3,0)	3 (3,0)	3 (3,0)
26 – 35	17 (16,8)	17 (16,8)	17 (16,8)
> 35	68 (67,3)	68 (67,3)	68 (67,3)
Tổng	77 (100,0)	24 (100,0)	101(100,0)
$\bar{x} \pm SD$	45,6 ± 15,3	34,9 ± 10,9	43,1 ± 15,0
p*	0,002	-	

*Paired sample T-test

Bảng trên cho thấy sự khác biệt rõ rệt về mức nhãn áp giữa bệnh nhân glôcôm thể cấp và thể mạn. Ở thể cấp, 67,3% bệnh nhân có nhãn áp > 35 mmHg, trong khi ở thể mạn, tỷ lệ này tương tự cũng là 67,3%. Nhãn áp trung bình ở thể cấp cao hơn (45,6 ± 15,3 mmHg) so với thể mạn (34,9 ± 10,9 mmHg). Có 12,9% số bệnh nhân có nhãn áp ≤ 21mmHg, đây là những bệnh nhân đã được dùng thuốc hạ nhãn áp. Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân có nhãn ≤ 21 mmHg cao hơn ở thể mạn (16,7%) so với thể cấp (11,7%), cho thấy nhãn áp ở thể mạn có xu hướng thấp hơn và ổn định hơn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với giá trị $p = 0,002$.

***Đặc điểm một số dấu hiệu thực thể:**

Bảng 5. Đặc điểm triệu chứng thực thể ở mắt glôcôm

Triệu chứng	Thể cấp n (%)	Thể mạn n (%)	Chung n (%)
Cương tụ kết mạc			
Có	75 (97,4)	6 (25,0)	81 (80,2)
Không	2 (2,6)	18 (75,0)	20 (19,8)

p	<0,001*		
Giác mạc phù			
Trong	63 (81,8)	1 (4,2)	64 (63,4)
Phù	14 (18,2)	23 (95,8)	37 (36,6)
p	<0,001*		
Van Herick			
Độ 1	74 (96,1)	19 (79,2)	93 (92,1)
Độ 2	3 (3,9)	5 (20,8)	8 (7,9)
p	0,017*		
Tiền phòng			
Bình thường	0 (0,0)	1 (4,2)	1 (1,0)
Nông	77 (100,0)	23 (95,8)	100(99,0)
p	0,238*		
Đồng tử giãn méo			
Có	67 (87,0)	7 (29,2)	74 (73,3)
Không	10 (13,0)	17 (70,8)	27 (26,7)
p	<0,001*		
Mỏng mắt			
Bình thường	70 (90,9)	23 (95,8)	93 (92,1)
Dính sau	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,0)
Mất viền sắc tố	1 (1,3)	0 (0,0)	1 (1,0)
Thoái hóa	5 (6,5)	1 (4,2)	6 (5,9)
p	1,0*		
Góc tiền phòng			
Đóng 2/4 góc	8 (10,4)	5 (20,8)	13 (12,9)
Đóng 3/4 góc	10 (13,0)	9 (37,5)	19 (18,8)
Đóng hoàn toàn	59 (76,6)	10 (41,7)	69 (68,3)
p	0,004*		
Độ mở góc trung bình	0,23 ± 0,28	0,32 ± 0,30	0,25 ± 0,29
p	0,155**		
Dính góc			
Có	2 (2,6)	3 (12,5)	5 (5,0)
Không	75 (97,4)	21 (87,5)	96 (95,0)
p	0,086*		
Vấn đục dịch kính			
Có	29 (37,7)	14 (58,3)	43 (42,6)
Không	48 (62,3)	10 (41,7)	58 (57,4)
p	0,098***		

* Fisher's exact test; ** Paired sample T-test; *** Chi-square test

Bảng trên cho thấy các chỉ tiêu có ý nghĩa khác biệt giữa thể cấp và thể mạn. Tỷ lệ cương tụ kết mạc ở thể cấp cao hơn nhiều (97,4%) so với thể mạn (25,0%, $p < 0,001$). Giác mạc phù phổ biến hơn ở thể cấp (18,2%) so với thể mạn (4,2%, $p < 0,001$). Trừ một số trường hợp đã được điều trị thuốc co đồng tử ở những bệnh nhân thể cấp tính, vẫn còn 87,0% đồng tử giãn méo và cao hơn đáng kể so với thể mạn (29,2%, $p < 0,001$). Tỷ lệ góc tiền phòng đóng hoàn toàn ở thể cấp (76,6%) cũng cao hơn so với thể mạn

(41,7%, $p = 0,004$). Các kết quả này phản ánh sự nghiêm trọng hơn của triệu chứng thực thể ở thể cấp so với thể mạn.

***Độ sâu tiền phòng và độ dài trục nhãn cầu**

Bảng 6. Độ sâu tiền phòng và độ dài trục nhãn cầu

Chi số	Thể cấp $\bar{x} \pm SD$	Thể mạn $\bar{x} \pm SD$	Chung $\bar{x} \pm SD$	p*
Độ sâu tiền phòng (mm)	2,26 ± 0,24	2,47 ± 0,35	2,31 ± 0,29	0,001
Độ dài trục nhãn cầu (mm)	22,41 ± 0,75	22,78 ± 0,59	22,50 ± 0,73	0,027
Độ dày thể thủy tinh (mm)	5,14 ± 0,48	4,98 ± 0,49	5,10 ± 0,48	0,154

* Paired sample T-test

Bảng trên cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa thể cấp và thể mạn của bệnh glôcôm ở một số chỉ số. Độ sâu tiền phòng ở thể cấp thấp hơn (2,26 ± 0,24 mm) so với thể mạn (2,47 ± 0,35 mm), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$). Độ dài trục nhãn cầu ở thể cấp (22,41 ± 0,75 mm) ngắn hơn so với thể mạn (22,78 ± 0,59 mm), cũng có ý nghĩa thống kê ($p = 0,027$). Tuy nhiên, độ dày thể thủy tinh giữa hai thể bệnh không có sự khác biệt đáng kể ở hai nhóm bệnh nhân thể cấp tính và mạn tính ($p = 0,154$).

IV. BÀN LUẬN

***Triệu chứng lâm sàng.** Nghiên cứu cho thấy các trường hợp bị bệnh ở một bên mắt chiếm đa số, với mắt phải bị ảnh hưởng nhiều nhất (38,6%). Bệnh lý hai mắt chủ yếu gặp ở thể mạn tính (58,4%), một sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với tính chất tiến triển của glôcôm mạn tính, thường ảnh hưởng đến cả hai mắt theo thời gian, không giống như các thể cấp tính [6].

Kết quả từ bảng 2 cho thấy các triệu chứng cơ năng của bệnh glôcôm ở thể cấp có mức độ nghiêm trọng rõ rệt so với thể mạn. Đau nhức mắt và nhìn mờ đều xuất hiện ở 100% bệnh nhân thể cấp, trong khi tỷ lệ này giảm mạnh ở thể mạn, với đau nhức mắt chỉ còn 29,2%. Tương tự, đỏ mắt giảm từ 96,1% ở thể cấp xuống 12,5% ở thể mạn. Một số triệu chứng như buồn nôn và nhức đầu, đặc trưng cho tình trạng tăng nhãn áp cấp tính, cũng giảm đáng kể ở thể mạn (từ 45,5% và 94,8% xuống 4,2% và 20,8%). Những triệu chứng như chảy nước mắt, quầng

màu sắc và sợ ánh sáng xuất hiện với tần suất thấp ở cả hai thể. Sự khác biệt này có thể được giải thích bởi cơ chế bệnh sinh. Ở thể cấp, sự tăng nhãn áp đột ngột gây áp lực mạnh lên các cấu trúc trong mắt, dẫn đến các triệu chứng rõ ràng hơn như đau nhức mắt và buồn nôn. Trong khi đó, ở thể mạn, tình trạng tăng nhãn áp diễn ra từ từ, ít triệu chứng lâm sàng nhưng có thể gây tổn thương kéo dài đến thần kinh thị giác. Quigley và cộng sự (2006) cũng ghi nhận rằng đau nhức mắt và nhìn mờ là hai triệu chứng phổ biến nhất trong glôcôm cấp tính, với tỷ lệ lần lượt là 95% và 100% [7]. Kết quả này khẳng định vai trò của việc phát hiện sớm các triệu chứng cấp tính để ngăn ngừa tổn thương nghiêm trọng.

Các triệu chứng chính bao gồm nhìn mờ (100%), đau nhức mắt (83,2%) và đỏ mắt (76,2%), đây là những dấu hiệu điển hình của glôcôm cấp tính. Các triệu chứng khác như sợ ánh sáng (10,9%) và quầng màu sắc (5,9%) ít gặp hơn, có thể do sự khác biệt trong cách bệnh nhân báo cáo triệu chứng hoặc do giai đoạn bệnh. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy nhìn mờ và khó chịu ở mắt là những triệu chứng chính của bệnh glôcôm [8].

Kết quả về tổn thương thị lực ở mắt glôcôm khác biệt giữa thể cấp và thể mạn. Ở thể cấp, 35,1% mắt có thị lực < ĐNT 1m, trong khi tỷ lệ này giảm xuống 8,3% ở thể mạn. Thể cấp cũng ghi nhận tỷ lệ cao mắt có thị lực rất kém (20/400 – 20/200: 19,5%). Ngược lại, ở thể mạn, thị lực trung bình và tốt hơn (từ >20/200 đến ≥20/25) phổ biến hơn, với tỷ lệ cao nhất là >20/200 – 20/70 (41,7%). Sự khác biệt này phản ánh tiến triển bệnh lý khác nhau giữa hai thể. Ở thể cấp, tổn thương thị lực do tăng nhãn áp đột ngột gây phù giác mạc và chèn ép thần kinh thị giác dẫn đến suy giảm nghiêm trọng thị lực. Ngược lại ở thể mạn, tổn thương thị thần kinh tiến triển chậm dần, chức năng thị lực chưa bị suy giảm ở giai đoạn đầu, nên thị lực ở mức trung bình hoặc tốt hơn. Nghiên cứu của Foster và cộng sự (2002) về glôcôm ở người châu Á cho thấy tỷ lệ bệnh nhân có thị lực < ĐNT 1m ở thể cấp là khoảng 30-40%, tỷ lệ thị lực trung bình ở thể mạn (từ >20/200 đến 20/70) cũng được ghi nhận ở mức cao tương tự trong nghiên cứu của họ, chứng minh tính nhất quán về biểu hiện thị lực ở bệnh nhân glôcôm giữa các nghiên cứu khác nhau.

Nhãn áp tăng cao (>35 mmHg) được ghi nhận ở 67,3% mắt, với nhãn áp trung bình là $46,1 \pm 12,4$ mmHg. Quan sát này phù hợp với vai trò bệnh sinh của nhãn áp tăng trong bệnh lý tổn thương thần kinh thị giác [10].

Các dấu hiệu đáng chú ý bao gồm cương tụ kết mạc (80,2%), phù giác mạc (63,4%) và tiền phòng nông (100%), đây là các biểu hiện đặc trưng của glôcôm góc đóng cấp tính. Góc tiền phòng đóng hoàn toàn là phát hiện phổ biến nhất qua soi góc góc tiền phòng (68,3%), trong khi chỉ có 5 trường hợp dính góc. Những kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu mô tả về tỷ lệ phổ biến của góc đóng trong glôcôm cấp tính [2].

***Độ sâu tiền phòng và chiều dài trục nhãn cầu.** Kết quả cho thấy độ sâu tiền phòng và độ dài trục nhãn cầu có sự khác biệt rõ rệt giữa thể cấp và thể mạn của mắt glôcôm. Độ sâu tiền phòng thấp hơn ở thể cấp phản ánh tình trạng đóng góc tiền phòng do mống mắt dày lên và áp sát vào giác mạc, gây tắc nghẽn thủy dịch. Điều này thường gặp ở thể cấp và dẫn đến triệu chứng cấp tính. Ở thể mạn, mặc dù đóng góc tiền phòng chậm hơn, độ sâu tiền phòng vẫn có xu hướng lớn hơn so với thể cấp cho phép thủy dịch lưu thông tốt hơn, dù có hạn chế. Độ dài trục nhãn cầu ngắn hơn ở thể cấp có thể liên quan đến cấu trúc nhãn cầu nhỏ hơn làm tăng nguy cơ đóng góc, trong khi ở thể mạn, trục nhãn cầu dài hơn thường không tạo ra tình trạng đóng góc nghiêm trọng ngay lập tức. Kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Foster và cộng sự (2002) khi ghi nhận rằng độ sâu tiền phòng thấp hơn là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với glôcôm góc đóng cấp tính, với trung bình khoảng 2,3 mm [9].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 101 bệnh nhân (101 mắt) glôcôm góc đóng nguyên phát thỏa mãn các tiêu chí đưa vào nghiên cứu trong thời gian từ 01/01/2023 đến 31/8/2024, chúng tôi nhận thấy bệnh nhân glôcôm chủ yếu gặp ở nhóm người cao tuổi, đặc biệt là nữ giới với tỷ lệ mắc cao hơn nam giới. Glôcôm góc đóng cấp tính chiếm ưu thế hơn so với thể mạn tính, thường đi kèm với triệu chứng nhìn mờ, đau nhức mắt và nhãn áp tăng cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gupta D., Chen P. P. (2016). Glaucoma. Am Fam Physician, 93(8): 668-74.
2. Tham Y.C, Li, X, Wong, T.Y, Quigley, H.A, Aung, T, Cheng, C.Y (2014). Global prevalence of glaucoma and projections of glaucoma burden through 2040: a systematic review and meta-analysis. Ophthalmology, 121: 2081-90.
3. Limburg Hans (2015). Result of National Survey on Avoidable Blindness in Viet Nam using RAAB methodology. Medical Service Administration of Viet Nam Ministry of Health and Viet Nam National Institute of Ophthalmology 10/2015.
4. Seah Steve KL, Foster Paul J, Chew Paul TK,

- et al. (1997). Incidence of acute primary angle-closure glaucoma in Singapore: an island-wide survey. *Archives of ophthalmology*, 115(11): 1436-1440.
5. **Prum Bruce E, Herndon Leon W, Moroi Sayoko E, et al. (2016).** Primary angle closure preferred practice pattern® guidelines. *Ophthalmology*, 123(1): P1-P40.
 6. **Wang Ya Xing, Xu Liang, Yang Hua, et al. (2010).** Prevalence of glaucoma in North China: the Beijing eye study. *American journal of ophthalmology*, 150(6): 917-924.
 7. **Quigley Harry A, Broman Aimee T (2006).** The number of people with glaucoma worldwide in 2010 and 2020. *British journal of ophthalmology*, 90(3): 262-267.
 8. **He Mingguang, Foster Paul J, Ge Jian, et al. (2006).** Prevalence and clinical characteristics of glaucoma in adult Chinese: a population-based study in Liwan District, Guangzhou. *Investigative ophthalmology visual science*, 47(7): 2782-2788.
 9. **Foster P. J., Buhrmann R., Quigley H. A., et al. (2002).** The definition and classification of glaucoma in prevalence surveys. *British journal of ophthalmology*, 86(2): 238-242.
 10. **Weinreb Robert N, Khaw Peng Tee (2004).** Primary open-angle glaucoma. *The lancet*, 363 (9422): 1711-1720.

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA TIÊU HUYẾT KHỐI KẾT HỢP PHẪU THUẬT XÂM LẤN TỐI THIỂU ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU NÃO NGUYÊN PHÁT TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Lê Văn Dẫn¹, Nguyễn Thế Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của dùng thuốc tiêu huyết khối kết hợp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu trong điều trị chảy máu não nguyên phát tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 6/2021 đến tháng 12/2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp trên 35 bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu não nguyên phát điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 12 năm 2024, các bệnh nhân được can thiệp đặt catheter dẫn lưu ổ máu tụ kết hợp thuốc tiêu sợi huyết. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu có 35 bệnh nhân, trong đó có 43% bệnh nhân nam, 57% bệnh nhân nữ, bệnh nhân trong nhóm chủ yếu có tiền sử tăng huyết áp (77%), đái tháo đường (45%), điểm Glasgow (GCS) lúc vào viện chủ yếu: 13- 15 điểm: 45,7%; 5-8: 34,3%. Bệnh nhân không thở máy lúc vào viện: 60%, bệnh nhân được can thiệp sớm dưới 12h chiếm 86%, thể tích khối máu tụ lớn nhất trước điều trị: $98 \pm 30,5$, thể tích nhỏ nhất sau điều trị: $8 \pm 2,5$. Tổng liều tiêu sợi huyết: 9 liều chiếm 68,6%. Mức độ hồi phục theo mRS lúc ra viện: 0-3: 31%, 4-6: 69%; 1 tháng: 0-3: 55%, 4-6: 45%; 3 tháng: 0-3: 73%, 4-6: 27%. Trong số 35 bệnh nhân nghiên cứu: 22 bệnh nhân ra viện chiếm 63%, thời gian nằm viện (ngày): $15,68 \pm 8,13$. Biến chứng của dẫn lưu ổ máu tụ chủ yếu viêm phổi sau chảy máu não chiếm 28,5%, không có viêm não. **Kết luận:** Áp dụng dùng thuốc tiêu huyết khối kết hợp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu trong điều trị chảy máu não nguyên phát cải thiện đáng kể kết cục thần kinh của bệnh nhân. **Từ khóa:** Chảy máu não nguyên phát, phẫu thuật xâm lấn tối thiểu, tiêu sợi huyết.

SUMMARY

STUDY ON THE EFFECTIVENESS AND SAFETY OF THROMBOLYSIS COMBINED WITH MINIMALLY INVASIVE SURGERY IN THE TREATMENT OF PRIMARY BRAIN HEMORRHAGE AT THE INTENSIVE CARE DEPARTMENT OF THANH NHAN HOSPITAL

Background: Evaluating the effectiveness and safety of using thrombolytic drugs combined with minimally invasive surgery in the treatment of primary cerebral hemorrhage at the Intensive Care Department of Thanh Nhan Hospital from June 2021 to December 2024. **Methods:** Descriptive study on 35 patients diagnosed with primary cerebral hemorrhage treated at the Intensive Care Unit of Thanh Nhan Hospital from June 2021 to December 2024, patients were treated with catheter placement to drain the hematoma combined with thrombolytic drugs. **Result:** The study group had 35 patients, of which 43% were male, 57% were female, the patients in the group mainly had a history of hypertension (77%), diabetes (45%), GCS at admission mainly: 13-15 points: 45.7%; 5-8: 34.3%. Patients without mechanical ventilation at admission: 60%, patients who received early intervention within 12 hours accounted for 86%, the largest hematoma volume before treatment: $98 \pm 30,5$, the smallest volume after treatment: $8 \pm 2,5$. Total dose of thrombolytic: 9 doses accounted for 68.6%. Recovery level according to mRS at discharge: 0-3: 31%, 4-6: 69%; 1 month: 0-3: 55%, 4-6: 45%; 3 months: 0-3: 73%, 4-6: 27%. Of the 35 patients studied: 22 patients were discharged, accounting for 63%, length of hospital stay (days): $15,68 \pm 8,13$. Complications of hematoma drainage were mainly posterior inflammation after cerebral hemorrhage, accounting for 28.5%, without encephalitis. **Conclusion:** Applying thrombolytic drugs combined with minimally invasive surgery in the treatment of primary cerebral hemorrhage significantly improves

¹Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Dẫn
Email: doctorkeryledan86@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.11.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024
Ngày duyệt bài: 23.01.2025

the patient's neurological outcome

Key words: Primary cerebral hemorrhage, minimally invasive surgery, thrombolysis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu não là tình trạng khối máu tụ hình thành trong nhu mô não, có hoặc không có chảy vào trong não thất, chảy máu não nguyên phát chiếm 85% chảy máu não nói chung, thường hay gặp trong bệnh cảnh tăng huyết áp[1], [2]. Vị trí chảy máu não hay gặp là trong nhu mô não sâu bao gồm: nhân nền, thân não và tiểu não [2], [3].

Điều trị chảy máu não chia thành hai phương pháp: Nội khoa và phẫu thuật, điều trị nội khoa bao gồm tối ưu hóa tim phổi, kiểm soát huyết áp, giảm áp lực nội sọ, trong đó điều trị phẫu thuật bao gồm: mở sọ, phẫu thuật định vị dẫn lưu ổ máu tụ có thể kèm dẫn lưu não thất...

Khoa HSTC BV Thanh Nhàn đã triển khai đặt catheter dẫn lưu ổ máu tụ kết hợp với tiêu huyết khối trong chảy máu não nguyên phát theo nghiên cứu MISTIE (Minimally invasive surgery with thrombolysis in intracerebral haemorrhage evacuation) [6]. Chính vì vậy, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài với mục tiêu: *"Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của dùng thuốc tiêu huyết khối kết hợp phẫu thuật xâm lấn tối thiểu trong điều trị chảy máu não nguyên phát tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 12 năm 2024"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

a. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tuổi ≥ 18
- Chẩn đoán chảy máu não nguyên phát, trên lâm
- Thể tích khối máu tụ ≥ 30 .
- GCS: 6-13 điểm.
- CT ít nhất 6h sau CT chẩn đoán, ổn định cục máu đông (Kích thước tăng $< 5\text{cm}^3$)

b. Tiêu chuẩn loại trừ.

- GCS < 5 .
- Dị dạng mạch não, xuất huyết não thất
- Rối loạn đông máu: tiểu cầu < 100 . INR > 1.4
- Thai kỳ
- Đang có chảy máu cơ quan khác

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

a. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng.
- Cỡ mẫu 35 bệnh nhân.
- Địa điểm: Khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Thanh Nhàn

- Thời gian: 06/2021 – 12/2024

b. Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân được

đưa vào nghiên cứu được tiến hành can thiệp và theo dõi theo 5 bước. Điều trị kết hợp điều trị tối ưu nội khoa và can thiệp dẫn lưu ổ máu tụ kết hợp tiêu sợi huyết theo hướng dẫn đột quy 2015, 2021 và MISTIE.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Các thời điểm nghiên cứu: thể tích khối máu tụ lúc nhập viện, sau 1 ngày, 2 ngày, 3 ngày, ra viện.

- Tuổi, giới, tiền sử bệnh, mạch, huyết áp trung bình, thời gian can thiệp (từ khi chảy máu não đến khi được can thiệp dẫn lưu), GCS, GOS(nhập viện, ra viện, 1 tháng, 3 tháng), thời gian thở máy, thời gian nằm viện

- Tỷ lệ tử vong.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Quy trình nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo khoa phòng, người nhà bệnh nhân và nghiên cứu mục đích nâng cao sức khỏe cộng đồng, quá trình nghiên cứu không ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: trong nghiên cứu này có 35 bệnh nhân trong đó có 15 bệnh nhân nam (43%), 20 bệnh nhân nữ (57%)

Bảng 1: Các yếu tố nguy cơ chảy máu não

Yếu tố nguy cơ	N	Tỉ lệ %
Tăng huyết áp	27	77
Đái tháo đường	16	45
Hút thuốc lá	15	42
Dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu	0	0
Nghiện rượu	15	42
Có giập	0	0
Bệnh lý gan	0	0
Bệnh lý thận	0	0

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu chủ yếu tiền sử liên quan tăng huyết áp chiếm 77%.

Bảng 2: Đặc điểm triệu chứng nhập viện của nhóm nghiên cứu

Triệu chứng	N	Tỉ lệ %
Đau đầu	19	54
Buồn nôn, nôn	12	34
Hành vi bất thường	7	20
Rối loạn chức năng vận động/cảm giác nửa thân	30	86
Thay đổi trạng thái tâm thần, hôn mê	30	86

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng chủ yếu liên quan đến rối loạn ý thức, liệt nửa người..

3.2. Hiệu quả và tính an toàn của can thiệp trong nhóm nghiên cứu.

Bảng 3. Thời gian khởi phát đột quy đến khi can thiệp

Thời gian	N	Tỉ lệ %
Từ khi khởi phát đến lúc nhập viện		
< 6h	24	68.6
6h -< 12h	6	17.1
12h -<24h	5	14.3
Từ khi khởi phát đến lúc đặt dẫn lưu		
< 12h	30	86
12h-<24h	3	9
24h-<72h	2	5

Nhận xét: Thời gian can thiệp chủ yếu < 12h từ khởi phát triệu chứng chiếm 86%.

Bảng 4. Thay đổi thể tích khối máu tụ trước và sau can thiệp

	Trước điều trị X±SD	Sau điều trị X±SD
Thể tích lớn nhất (cm ³)	98±30.5	25±10.5
Thể tích nhỏ nhất (cm ³)	30.2±10.3	8±2.5
Thể tích trung bình (cm ³)	50.1±27.6	15.9±20.8

Nhận xét: Có sự thay đổi thể tích khối máu tụ sau can thiệp.

Bảng 5. Liều thuốc tiêu sợi huyết.

Tổng liều	N	Tỉ lệ %
1	0	0
2	3	8.6
3	5	14.3
4	0	0
5	1	2.9
6	2	5.7
7	0	0
8	0	0
9	24	68.6
Liều trung bình	7.3±2.7	

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu hầu hết dùng đủ 9 liều tiêu sợi huyết chiếm 68.6%.

Bảng 6. Mức độ hồi phục chức năng thần kinh theo mRS.

mRS	Điểm	N	%
Vào viện	0-3	8	23
	4-6	27	77
Ra viện	0-3	11	31
	4-6	24	69
1 tháng	0-3	15	55
	4-6	12	45
3 tháng	0-3	19	73
	4-6	7	27

Nhận xét: Bệnh nhân sau 3 tháng còn 26 bệnh nhân, cải thiện rõ mRS 0-3 chiếm 73%.

Bảng 7. Kết quả điều trị

	N	Tỉ lệ %
Ra viện	22	63
Tử vong	1	2.9
Xin về	9	25.7
Chuyển tuyến	3	8.6
Thời gian nằm tại viện (ngày)	15.68±8.13	

Nhận xét: Bệnh nhân ra viện 53%

Bảng 8. Biến chứng liên quan đến dẫn lưu ổ máu tụ và tiêu sợi huyết

Biến chứng	N	Tỉ lệ %
Chảy máu tái phát	2	5.7
Chảy máu xung quanh dẫn lưu	2	5.7
Tắc dẫn lưu	4	11.4
Viêm não, màng não	0	0
Viêm phổi	10	28.5
Xuất huyết tiêu hóa	0	0
Huyết khối tĩnh mạch sâu	0	0
Loét do tì đè	3	8.6

Nhận xét: Liên quan chủ yếu đến viêm phổi là biến chứng chung của bệnh nhân sau xuất huyết não.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu: 35 bệnh nhân có 15 bệnh nhân nam chiếm 43% và 20 bệnh nhân nữ chiếm 57%, Tỷ lệ giới (nam, nữ) tương đồng với các nghiên cứu về chảy máu não nguyên phát của Krishnamurthi (2013): 46%(nam) [4], thấp hơn Hanley (2017): 68% (nam) [5]. Yếu tố nguy cơ của nhóm nghiên cứu: Tăng huyết áp, tương đồng với nhóm nghiên cứu của Krishnamurthi (2013) [4] và Hanley (2017) [5]. GCS của nhóm nghiên cứu chúng tôi chủ yếu 13-15 điểm: 45.7%, 5-8 điểm: 34.3%, tương đồng nghiên cứu của Hanley (2019) [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian khởi phát đột quỵ đến khi được can thiệp đặt dẫn lưu ổ máu tụ kết hợp với tiêu sợi huyết chủ yếu < 12h chiếm 86%, tương đồng nghiên cứu của Hanley (2019) [6].

Thể tích khối máu tụ trước can thiệp của chúng tôi lớn nhất 98±30.5, nhỏ nhất: 30.2±10.3. Thể tích sau can thiệp, lớn nhất: 25±10.5, nhỏ nhất: 8±2.5. Nghiên cứu của chúng tôi thể tích khối máu tụ lớn nhất nhỏ hơn nghiên cứu của Wendy C Ziai (2019) [7], thể tích nhỏ hơn tương đồng nghiên cứu của Hanley (2019) [6].

Tổng số liều tiêu sợi huyết của chúng tôi hầu hết là đủ 9 liều chiếm 68.6% tương đồng với nghiên cứu của Lương Quốc Chính (2017) [8].

Mức độ hồi phục chức năng thần kinh theo mRS sau 3 tháng còn 26 bệnh nhân trong đó chiếm 73% bệnh nhân cải thiện hồi phục thần kinh 0-3 cao hơn nghiên cứu của Wendy C Ziai (2019) chiếm 54% [7].

Tỉ lệ ra viện trong nhóm nghiên cứu có 22 bệnh nhân chiếm 63%, tử vong 1 bệnh nhân, xin về 9 bệnh nhân, chuyển tuyến dưới 3 bệnh nhân. Thời gian nằm viện (ngày) trung bình: 15.68±8.13 tương đồng nhóm nghiên cứu

Hanley (2019) [6]

Biến chứng liên quan đến dẫn lưu ổ máu và tiêu sợi huyết chủ yếu viêm phổi chiếm 28.5 %, không có biến chứng viêm não thấp hơn nghiên cứu của Lương Quốc Chính (2017): 11% [8]

V. KẾT LUẬN

Việc nghiên cứu hiệu quả và an toàn của biện pháp dẫn lưu ổ máu tụ kết hợp với tiêu sợi huyết cải thiện kết cục thần kinh của bệnh nhân. Góp phần cải thiện tỉ lệ tử vong, giảm thiểu di chứng tàn phế, giảm gánh nặng cho bệnh nhân, gia đình và xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lovelock CE, Molyneux AJ, Rothwell PM; Oxford Vascular Study. Change in incidence and aetiology of intracerebral haemorrhage in Oxfordshire, UK, between 1981 and 2006: a population-based study. *Lancet Neurol.* 2007;6:487–493. doi: 10.1016/S1474-4422(07)70107-2.
2. Cordonnier C, Demchuk A, Ziai W, Anderson CS. Intracerebral haemorrhage: current approaches to acute management. *Lancet.* 2018;392:1257–1268. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31878-6.
3. Mendelow AD, Gregson BA, Rowan EN, Murray GD, Gholkar A, Mitchell PM; STICH II Investigators. Early surgery versus initial conservative treatment in patients with spontaneous supratentorial lobar intracerebral haematomas (STICH II): a randomized trial. *Lancet.* 2013;382:397–408. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60986-1.
4. Krishnamurthi, RV · Feigin, VL · Forouzanfar, MH · et al (2013). Global and regional burden of first-ever ischemic and haemorrhagic stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet Glob Health.* 2013; 1:e259–e281.
5. Hanley, D.F. · Lane, K · McBee, N · et al (2017). Thrombolytic removal of intraventricular haemorrhage in treatment of severe stroke: results of the randomized, multicentre, multiregion, placebo-controlled CLEAR III trial. *Lancet.* 2017; 389:603–611.
6. Hanley, Richard E Thompson et al (2019). Efficacy and safety of minimally invasive surgery with thrombolysis in intracerebral haemorrhage evacuation (MISTIE III): a randomized, controlled, open-label, blinded endpoint phase 3 trial. *The Lancet*, p1021–1032.
7. Wendy C Ziai, Nichol McBee et al (2019). A randomized 500-subject open-label phase 3 clinical trial of minimally invasive surgery plus alteplase in intracerebral hemorrhage evacuation (MISTIE III). *Int J Stroke*; 14(5):548–554.
8. Lương Quốc Chính (2017). Nghiên cứu hiệu quả kết hợp dẫn lưu và sử dụng Ateplase não thất trong điều trị chảy máu não thất có giãn não thất cấp, Luận văn tiến sĩ, Đại học y Hà Nội.

PHÂN TÍCH CHI PHÍ – HIỆU QUẢ CỦA CÁC THUỐC KHÁNG SINH TRONG ĐIỀU TRỊ NHIỄM KHUẨN HUYẾT VÀ VIÊM PHỔI MẮC PHẢI BỆNH VIỆN/VIÊM PHỔI LIÊN QUAN ĐẾN THỞ MÁT THEO QUAN ĐIỂM CƠ QUAN CHI TRẢ TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Tô Huệ Nghi², Nguyễn Cao Đức Huy³,
Võ Ngọc Yến Nhi¹, Lê Đỗ Thành Đạt⁴, Nguyễn Trần Như Ý¹, Phan Thanh Dũng⁵

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn gram âm đa kháng là nguyên nhân chủ yếu của các bệnh lý nghiêm trọng, trong đó có viêm phổi mắc phải bệnh viện/viêm phổi liên quan đến thở máy (HAP/VAP) và nhiễm khuẩn huyết (NKH). Phác đồ ceftazidime/avibactam

(CEF/AVI) được chứng minh đạt hiệu quả và an toàn trong điều trị NKH và HAP/VAP, tuy nhiên chi phí (CP) điều trị cao làm hạn chế sự lựa chọn thuốc trên thực tế lâm sàng. Do đó, phân tích chi phí – hiệu quả (CP-HQ) của CEF/AVI so với các phác đồ kháng sinh (PDKS) khác trong điều trị NKH và HAP/VAP là cần thiết, nhằm tạo cơ sở khoa học cho quyết định chi trả bồi hoàn thuốc tại Việt Nam. **Phương pháp nghiên cứu:** Phân tích chi phí – thỏa dụng bằng mô hình mô phỏng tuần tự bệnh nhiễm khuẩn gram âm đa kháng, dựa theo quan điểm của cơ quan chi trả bảo hiểm y tế với các tham số đầu từ nghiên cứu lâm sàng, phân tích tổng quan hệ thống và tham vấn ý kiến chuyên gia lâm sàng. **Kết quả:** ICER/QALY của CEF/AVI có giá trị từ 65,22 triệu VND đến 114,17 triệu VND trong điều trị HAP/VAP và từ 39,97 triệu VND đến 83,22 triệu VND trong điều trị NKH so với các can thiệp so sánh. **Kết luận:** Dựa theo quan điểm cơ quan chi trả thứ ba, so với ngưỡng chi trả 3 lần GDP bình quân

¹Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng,

²Đại học National Cheng Kung,

³Trường Đại học Khoa học Tự nhiên,

⁴Đại học Paris-Saclay,

⁵Trung tâm Khoa học Công nghệ Dược Sài Gòn

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: thuyntt1@hiu.vn

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

đầu người năm 2023 (305,7 triệu VND), CEF/AVI đạt CP-HQ quả so với meropenem, imipenem, piperacillin/tazobactam và colistin+carbapenem liều cao được sử dụng trong điều trị HAP/VAP và đạt CP-HQ so với amikacin+carbapenem liều cao, colistin+carbapenem liều cao trong điều trị NKH. Nghiên cứu này có thể hỗ trợ cho các nhà hoạch định chính sách trong việc xem xét chi trả cho CEF/AVI trong điều trị NKH và HAP/VAP tại Việt Nam. **Từ khóa:** chi phí – hiệu quả, kháng sinh, nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi bệnh viện, viêm phổi thở máy, Việt Nam

SUMMARY

COST-EFFECTIVENESS ANALYSIS OF ANTIBIOTICS IN THE TREATMENT OF SEPSIS AND HOSPITAL – ACQUIRED PNEUMONIA/ VENTILATOR – ASSOCIATED PNEUMONIA IN VIETNAM

Introduction: Multidrug-resistant gram-negative infections are the primary cause of severe diseases, including hospital-acquired pneumonia/ventilator-associated pneumonia (HAP/VAP) and sepsis. The ceftazidime/avibactam (CEF/AVI) regimen has been proven effective and safe in treating sepsis and HAP/VAP. However, the high treatment cost limits its selection in clinical practice. Therefore, a cost-effectiveness analysis (CEA) of CEF/AVI compared to other antibiotic regimens in treating sepsis and HAP/VAP is necessary to provide a scientific basis for reimbursement decisions in Vietnam. **Research methods:** Cost-utility analysis was conducted using a sequential simulation model of multidrug-resistant gram-negative infections from the perspective of the health insurance payer. Input parameters were sourced from clinical studies, systematic reviews, and expert clinical opinions. **Results:** The ICER/QALY of CEF/AVI ranged from 65.22 million VND to 114.17 million VND for HAP/VAP treatment and from 39.97 million VND to 83.22 million VND for sepsis treatment compared to the comparator interventions. **Conclusion:** From the perspective of third-party payers, compared to the willingness-to-pay threshold of three times the GDP per capita in 2023 (305.7 million VND), CEF/AVI was cost-effective compared to meropenem, imipenem, piperacillin/tazobactam, and colistin+high-dose carbapenem for treating HAP/VAP and cost-effective compared to amikacin+high-dose carbapenem and colistin+high-dose carbapenem for treating sepsis. This study may support policymakers in considering reimbursement for CEF/AVI in treating sepsis and HAP/VAP in Vietnam.

Keywords: Cost-effectiveness, antibiotics, sepsis, hospital-acquired pneumonia, ventilator-associated pneumonia, Vietnam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi khuẩn gram âm đa kháng là nguyên nhân chủ yếu của các bệnh lý nghiêm trọng, trong đó viêm phổi mắc phải tại bệnh viện/viêm phổi liên quan đến thở máy (HAP/VAP) và nhiễm khuẩn huyết (NKH) chiếm tỉ lệ khá cao (92,50% và 17,00%, tương ứng) [1, 2]. Với nguy cơ đề

kháng kháng sinh ngày càng tăng, việc lựa chọn thuốc trong điều trị NKH, HAP/VAP ngày càng khó khăn hơn. Ceftazidime/avibactam (CEF/AVI) được chứng minh đạt hiệu quả (HQ) và an toàn trong điều trị NKH và HAP/VAP, với tỉ lệ đáp ứng điều trị cao (85,0%), tỉ lệ người khỏi bệnh chiếm 92,0% [3]. Tuy nhiên, giá thành thuốc cao làm hạn chế chỉ định thuốc trong thực hành lâm sàng, đặc biệt là đối với các quốc gia có ngân sách y tế hạn chế như Việt Nam (VN). Với dữ liệu y văn về HQ kinh tế của CEF/AVI tại VN còn hạn chế mặc dù trên thế giới đã có nghiên cứu được thực hiện [4, 5], nghiên cứu này được tiến hành nhằm phân tích chi phí – hiệu quả (CP-HQ) của CEF/AVI trong điều trị HAP/VAP và NKH dựa theo quan điểm của cơ quan chi trả bảo hiểm y tế (BHYT) với các mục tiêu cụ thể sau:

1. Xây dựng mô hình đánh giá tính CP-HQ của các thuốc kháng sinh trong điều trị HAP/VAP và NKH.

2. Phân tích CP-HQ của các thuốc kháng sinh trong điều trị HAP/VAP và NKH tại VN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Tính CP-HQ của các thuốc kháng sinh trong điều trị NKH, HAP/VAP tại VN.

Phương pháp nghiên cứu

Dân số mục tiêu: Người bệnh (NB) NKH và HAP/VAP do vi khuẩn gram âm đa kháng.

Khung thời gian nghiên cứu và chiết khấu: Từ lúc chẩn đoán cho đến khi NB hoàn toàn khỏi bệnh hoặc tử vong trên lâm sàng khi khởi trị theo phác đồ (PD) kinh nghiệm (thường 5 năm). Chiết khấu 3,0% được áp dụng cho cả CP lẫn HQ.

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô hình hóa, theo đó CP và HQ của các phác đồ so sánh (PDSS) được đánh giá dựa trên mô hình mô phỏng tuần tự diễn tiến lâm sàng của nhiễm khuẩn gram âm đa kháng (Hình 1).



Hình 1. Mô hình mô phỏng tuần tự nhiễm khuẩn gram âm đa kháng

Giả định của mô hình

- Sau thời điểm kết thúc điều trị, những NB có đáp ứng sẽ được ngừng điều trị nhiễm khuẩn.

- Đáp ứng điều trị của từng thuốc là tương đương nhau không phụ thuộc vào bước điều trị.

- Hệ số thỏa dụng không đổi từ cuối giai đoạn nhiễm trùng cho đến cuối khoảng thời gian đánh giá.

- Carbapenem liều cao được giả định tương đương meropenem với liều 6mg/ngày.

Phương pháp đánh giá kinh tế: Tính CP-HQ của các thuốc được đánh giá thông qua chỉ số gia tăng CP-HQ (ICER) (công thức 1) và được so sánh với ngưỡng chi trả (WTP) để đánh giá tính khả thi của sử dụng thuốc trên thực tế. Theo đó, WTP được áp dụng 1-3 lần giá trị thu nhập bình quân đầu người (GDP) (theo hướng dẫn của WHO [6]), tương ứng 305,70 triệu VND năm 2023 (theo Tổng cục thống kê).

$$ICER = \frac{\text{Chi phí can thiệp} - \text{Chi phí can thiệp so sánh}}{\text{Hiệu quả can thiệp} - \text{Hiệu quả can thiệp so sánh}}$$

(công thức 1) [7]

Để đánh giá tính bất định của thông số đầu vào của mô hình, nghiên cứu thực hiện phân tích độ nhạy xác định (DSA) và độ nhạy xác suất (PSA). Theo đó, DSA được thực hiện bằng cách thay đổi giá trị của thông số đầu vào trong khoảng $\pm 20\%$ và tỉ lệ chiết khấu từ 0% đến 6%. PSA ghi nhận sự thay đổi chỉ số ICER dựa trên sự phân phối giá trị của tất cả các thông số đầu vào của mô hình với 1000 vòng lặp. Các hàm phân phối được áp dụng: beta (tỉ lệ HQ và hệ số thỏa dụng), gamma (CP biến cố). Các tham số cho phân phối được tính toán với sai số chuẩn và khoảng tin cậy cho từng tham số.

Dữ liệu đầu vào của mô hình

Hiệu quả: Dữ liệu lâm sàng được thu thập chủ yếu từ các nghiên cứu lâm sàng, tổng quan y văn và tham vấn ý kiến chuyên gia.

Chi phí: Dữ liệu CP lấy từ các danh mục trong thông tư do Bộ Y tế ban hành, tổng quan y văn và tham vấn ý kiến chuyên gia lâm sàng. Giá thuốc căn cứ vào kết quả trúng thầu được công bố từ 01/01/2023 đến 28/09/2023; thời gian sử dụng được tham khảo từ hướng dẫn sử dụng thuốc. CP sử dụng đơn vị tiền tệ VND năm 2023. Các dữ liệu CP từ nghiên cứu thực hiện các năm trước được quy đổi dựa trên chỉ số giá tiêu dùng và tỉ giá hối đoái theo công thức: $CP_{2023} = CP_{\text{năm nghiên cứu}} * (CPI_{2023} / CPI_{\text{năm nghiên cứu}}) * \text{Tỉ giá hối đoái}$

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu không làm gián đoạn quá trình điều trị của NB vì vậy khía cạnh đạo đức nghiên cứu không được xem xét cho nghiên cứu này.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Xây dựng mô hình. Dựa trên tham vấn ý

kiến chuyên gia lâm sàng, nghiên cứu ghi nhận 3 chủng vi khuẩn thường gặp nhất trong NKH là E. coli (9%), P. aeruginosa (10%), và K. pneumonia (35%); và trong HAP/VAP là K. pneumonia (28%), P. aeruginosa (13%) và E. coli (5%).

Dữ liệu đầu vào. Dữ liệu HQ đầu vào của nhiễm NKH và HAP/VAP được trình bày trong

Bảng 1. Thông số đầu vào

Hiệu quả kháng sinh điều trị				
PD điều trị		% khi kết thúc điều trị	% người khỏi bệnh	% tái nhiễm khi theo dõi dài hạn
NKH*	CEF/AVI1	85,0%	92,0%	15,0%
	Amikacin+carbapenem liều cao1	48,0%	68,0%	20,0%
	Colistin+carbapenem liều cao1	40,0%	70,0%	10,0%
HAP/VAP	CEF/AVI2	86,9%	77,4%	-
	Meropenem2	87,6%	78,2%	-
	Imipenem ³	87,6%	75%	-
	Piperacillin/tazobactam ⁴	80,6%	80,1%	-
	Colistin+carbapenem liều cao ^{5,b}	51,3%	51,3%	-
Tỉ lệ đề kháng kháng sinh				
PD điều trị		E.coli	K.pneumonia	P.aeruginosa
CEF/AVI6		0,1%	5,2%	10,5%
Amikacin+carbapenem liều cao ^c		0,4%	16,0%	34,2%
Colistin+carbapenem liều cao ^c		0,2%	15,0%	6,0%
Meropenem ^{7,8}		0,6%	54,0%	60,7%
Imipenem/cilastin ^{7,8}		0,6%	57,0%	67,3%
Piperacillin/tazobactam ^{7,8}		10,0%	63,0%	28,6%
Tỉ lệ tử vong dựa trên đáp ứng điều trị				
PD điều trị			RR	Tỉ lệ(%)
PD kinh nghiệm phù hợp ⁹				14,0%
PD kinh nghiệm không phù hợp	Không có chủng đề kháng ⁹		1,9	26,4%
	Có chủng đề kháng ^c		2,3	31,6%
Hệ số thỏa dụng của NB NKH và HAP/VAP				
Mức độ đáp ứng		GTTB (ĐLC)		
Không đáp ứng ¹⁰		0,6 (0,3)		
Đáp ứng/khỏi bệnh ¹¹		0,9 (0,1)		

Ghi chú: PD: phác đồ, NKH: Nhiễm khuẩn huyết; CEF/AVI: ceftazidim/avibactam; HAP/VAP: Viêm phổi mắc phải ở bệnh viện/Viêm phổi liên quan đến thở máy; GTTB: Giá trị trung bình;

ĐLC: Độ lệch chuẩn

* Tỷ lệ đáp ứng ở thời điểm EOT giả định tương tự tỷ lệ đáp ứng lâm sàng trong NC; tỷ lệ khỏi bệnh giả định tương đương tỷ lệ sống còn trong vòng 30 ngày

a- Tỷ lệ đáp ứng khi kết thúc điều trị được giả định tương đương meropenem

b- Tỷ lệ người bệnh khỏi bệnh được giả định tương đương tại thời điểm EOT

c- Tham vấn ý kiến chuyên gia

Bảng 2. Thông số chi phí

CP thuốc					
Phác đồ điều trị	Đơn giá (VND)	Hàm lượng (mg)	Liều lượng/ ngày (mg)	CP/ ngày (VND)	Thời gian sử dụng GTTB (ĐLC) [#]
CEF/AVI	2.772.000	2.500	7.500	8.316.000	10,5 (2,1)
Amikacin+carbapenem liều cao				3.530.295	10,0 (1,9)
Amikacin	31.223	250	780	97.396	
Carbapenem liều cao	572.150	1000	6000	3.432.899	
Colistin+carbapenem liều cao				3.473.667	9,5 (1,9)
Colistin	1.358.929	150	300	2.717.857	
Carbapenem	572.150	1.000	6.000	3.432.899	
Meropenem	572.150	1.000	3.000	1.716.449	12,0 (2,4)
Imipenem	247.340	1.000	2.000	494.680	12,0 (2,4)
Piperacillin/tazobactam	223.700	4.500	18.000	894.800	9,5 (1,9)
CP quản lý bệnh					
				Số ngày ^a	
Loại CP			Đơn giá* (VND)	Nhóm đáp ứng điều trị	Nhóm thất bại điều trị
Ngày giường tại ICU			775.900	7,0	14,0
Ngày giường tại khoa nội trú		NKH	223.180	14,0	25,5
		HAP/VAP	223.180	14,0	11,5
CP điều trị biến cố					
NKH	Loại CP (VND)		Tổn thương thận cấp		Nguồn
	CP điều trị/đợt		37.500.000		a
	CEF/AVI		18,0%		[3]
	Amikacin+carbapenem liều cao		44,0%		
	Colistin+carbapenem liều cao		57,0%		
HAP/VAP	Loại CP (VND)		Biến cố bất lợi mức độ nghiêm trọng		Nguồn
	CP điều trị/đợt		27.500.000		a
	CEF/AVI		18,5%		[8]
	Meropenem		13,4%		
	Imipenem		13,4%		
	Piperacillin/tazobactam		13,4%		b
	Colistin+carbapenem liều cao		13,4%		

Ghi chú: CP: chi phí; GTTB: Giá trị trung bình; ĐLC: Độ lệch chuẩn; CEF/AVI: ceftazidim/avibactam; NKH: Nhiễm khuẩn huyết; HAP/VAP: Viêm phổi mắc phải ở bệnh viện/Viêm phổi liên quan đến thở máy; ICU: Khoa hồi sức cấp cứu; [#]Tờ hướng dẫn sử dụng thuốc; *Thông tư 22/2023-TT BYT; a: Tham vấn chuyên gia; b: Giả định bằng meropenem.

Kết quả phân tích chi phí – hiệu quả. Kết quả phân tích CP-HQ của các thuốc kháng sinh trong điều trị NKH và HAP/VAP được đánh giá và trình bày trong **Bảng 3** và **Bảng 4**.

Bảng 3. Kết quả phân tích chi phí – hiệu quả trong điều trị nhiễm khuẩn huyết

	CEF/AVI	Colistin +A	Amikacin +A
QALY (năm)	3,37	2,71	2,80
Tổng chi phí (VND)	93.895.146	67.753.978	46.581.913
ICER/QALY (VND/năm)			
vs Amikacin +A	83.216.710	Bị vượt trội	-
vs Colistin+A	39.969.059	-	-

Ghi chú: CEF/AVI: Ceftazidim/avibactam; LYG: Số năm sống; QALY: Số năm sống có chất lượng; ICER: Chỉ số gia tăng chi phí – hiệu quả; A: carbapenem liều cao

Theo **Bảng 3**, chỉ số ICER/QALY của

CEF/AVI đạt giá trị lần lượt 83,22 triệu và 39,97 triệu VND so với amikacin+carbapenem liều cao và colistin+carbapenem liều cao. So với WTP có giá trị 305,70 triệu VND, CEF/AVI đạt CP-HQ so

với các PDSS trong điều trị NKH. Phác đồ colistin+carbapenem liều cao bị vượt trội bởi phác đồ amikacin+carbapenem liều cao.

Bảng 4. Kết quả phân tích chi phí – hiệu quả trong điều trị viêm phổi mắc phải tại bệnh viện/viêm phổi liên quan đến thở máy

	CEF/AVI	Colistin+ carbapenem liều cao	Meropenem	Piperacillin/ tazobactam	Imipenem
QALY (năm)	3,38	2,84	2,80	3,06	2,67
Tổng chi phí (VND)	94.226.391	59.027.607	28.605.633	24.282.305	21.587.071
ICER/QALY (VND/năm)					
vs Colistin+ carbapenem liều cao	65.221.240	-	-	-	-
vs Meropenem	114.174.011	867.698.076	-	-	-
vs Piperacillin/ tazobactam	93.945.490	169.625.867	25.465.140	-	-
vs Imipenem	102.308.777	219.827.200	51.890.382	Bị vượt trội	-

Ghi chú: CEF/AVI: Ceftazidime/avibactam; LYG: Số năm sống; QALY: Số năm sống có chất lượng; ICER: Chỉ số gia tăng chi phí – hiệu quả

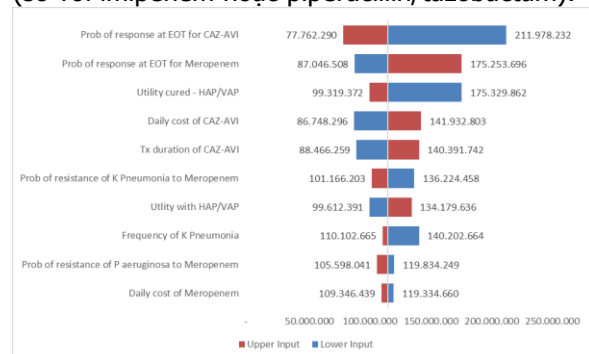
Theo **Bảng 4**, ICER/QALY của CEF/AVI đạt giá trị 114,17; 102,31; 93,95 và 65,22 triệu VND so với meropenem, imipenem; piperacillin/tazobactam và colistin+carbapenem liều cao, tương ứng. Như vậy, so với WTP có giá trị 305,70 triệu VND, CEF/AVI đạt CP-HQ so với tất cả các PDSS trong điều trị HAP/VAP. Phác đồ phối hợp colistin đạt CP-HQ so với piperacillin/tazobactam và imipenem, không đạt CP-HQ so với meropenem khi giá trị ICER so với WTP.

Kết quả phân tích độ nhạy. Kết quả phân tích độ nhạy xác định

NKH: DSA ghi nhận khi thay lần lượt các giá trị thông số đầu vào, giá trị ICER của CEF/AVI so với amikacin+carbapenem liều cao và colistin+carbapenem liều cao lần lượt dao động trong khoảng 50,40 triệu – 155,39 triệu VND/QALY, 23,86 triệu – 67,62 triệu VND/QALY. Kết quả cho thấy dù thay đổi tham số nào thì ICER của CEF/AVI với hai PDSS đều dưới 3 GDP bình quân dân người (2023) hay CEF/AVI đều đạt CP-HQ so với cả hai PDSS. Các thông số ảnh hưởng nhiều nhất đến giá trị ICER giữa CEF/AVI và PDSS trong điều trị NKH bao gồm: tỉ lệ đáp ứng của CEF/AVI, hệ số thoả dụng của NB NKH được chữa khỏi, CP thuốc CEF/AVI.

HAP/VAP: DSA ghi nhận khi thay lần lượt các giá trị thông số đầu vào, giá trị ICER của CEF/AVI so với meropenem, imipenem, piperacillin/tazobactam, colistin + carbapenem liều cao lần lượt dao động trong khoảng 77,76 triệu – 211,98 triệu VND/QALY, 69,58 triệu – 189,67 triệu VND/QALY, 68,62 triệu – 147,09 triệu VND/QALY, 35,29 triệu – 340,31 triệu

VND/QALY. Kết quả cho thấy dù thay đổi tham số nào thì CEF/AVI đều đạt CP-HQ so với meropenem, imipenem, piperacillin/tazobactam. Các thông số ảnh hưởng nhiều nhất đến giá trị ICER giữa CEF/AVI và PDSS trong điều trị HAP/VAP bao gồm: tỉ lệ đáp ứng của CEF/AVI và hệ số thoả dụng của NB HAP/VAP được chữa khỏi, cùng với tỉ lệ đáp ứng của meropenem (so với meropenem), tỉ lệ đáp ứng của colistin+carbapenem liều cao (so với colistin+carbapenem liều cao), CP thuốc CEF/AVI (so với imipenem hoặc piperacillin/tazobactam).

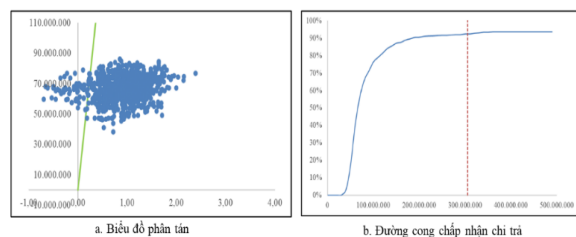


Hình 2. Kết quả phân tích độ nhạy xác định giữa ceftazidime/avibactam với meropenem trong điều trị viêm phổi mắc phải tại bệnh viện/viêm phổi liên quan đến thở máy

Kết quả phân tích độ nhạy xác suất

Kết quả PSA ghi nhận CEF/AVI đạt CP-HQ trong điều trị NKH so với amikacin+carbapenem liều cao và colistin+carbapenem liều cao lần lượt với xác suất 75,5% và 78,2% tại WTP nền.

CEF/AVI đạt CP-HQ trong điều trị HAP/VAP so với meropenem, imipenem, piperacillin/tazobactam và colistin+carbapenem liều cao lần lượt với xác suất 92,4%; 97%; 67,5% và 66,7% tại WTP nền.



Hình 3. Phân tích độ nhạy xác suất của ceftazidime/avibactam so với meropenem trong viêm phổi mắc phải tại bệnh viện/viêm phổi liên quan đến thở máy

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu tiến hành đánh giá CP-HQ của CEF/AVI với các PD điều trị kinh nghiệm nhiễm khuẩn gram âm đa kháng khác trong điều trị NKH và HAP/VAP. Kết quả ghi nhận việc sử dụng CEF/AVI giúp tăng tỉ lệ chữa khỏi bệnh, rút ngắn thời gian nằm viện, tăng LYG và QALY so với các PD khác. CEF/AVI làm gia tăng CP từ 35,20 triệu VND đến 72,64 triệu VND trong điều trị HAP/VAP và từ 27,88 triệu VND đến 47,31 triệu VND trong điều trị NKH. ICER/QALY của CEF/AVI so với các PDSS có giá trị từ 65,22 đến 114,17 triệu VND trong điều trị HAP/VAP và từ 39,97 đến 83,22 triệu VND trong điều trị NKH. Với WTP có giá trị 3 lần GDP VN năm 2023, CEF/AVI đạt CP-HQ so với meropenem, imipenem, piperacillin/tazobactam và colistin+carbapenem liều cao trong điều trị HAP/VAP; và đạt CP-HQ so với amikacin+ carbapenem liều cao và colistin+ carbapenem liều cao trong điều trị NKH. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Rafael Bolaños-Díaz và cộng sự (2022) [9]; nghiên cứu của Matthew S.Simon và cộng sự (2019) [10] và nghiên cứu của Eszter Tichy, MSc và cộng sự (2020) [4]. Điều này có thể giải thích bởi CP điều trị trong ngày của CEF/AVI cao hơn (1,39 - 2,02 lần đối với NKH), (1,60 - 4,36 lần đối với HAP/VAP) nhưng HQ đạt được từ CEF/AVI trên NB cao hơn đáng kể so với các PD khác. Cụ thể, trong điều trị NKH, tỉ lệ khỏi bệnh của CEF/AVI có giá trị 61%, trong khi của PDSS dao động từ 30,5% đến 31%; trong điều trị HAP/VAP, tỉ lệ khỏi bệnh của CEF/AVI có giá trị 55%, trong khi của PDSS dao động từ 25% đến 37%.

Hiện tại nghiên cứu CP-HQ của CEF/AVI trên NKH và HAP/VAP rất hạn chế và chưa có nghiên cứu tại Châu Á, vì vậy nghiên cứu này được xem là một trong những nghiên cứu đầu tiên mô hình hóa và phân tích CP-HQ của CEF/AVI cho những NB NKH và HAP/VAP tại VN. Nghiên cứu đã cập nhật dữ liệu đầu vào tại VN bao gồm dữ liệu CP, lâm sàng và dữ liệu HQ được rút ra từ một thử

nghiệm ngẫu nhiên theo cụm, đảm bảo ước tính không thiên vị giữa người tham gia nhóm can thiệp và nhóm chứng. REPROVE là thử nghiệm lớn nhất và dài nhất về so sánh CEF/AVI với các PD khác trong điều trị HAP/VAP cho đến nay.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận CEF/AVI đạt CP-HQ so với meropenem, imipenem, piperacillin/tazobactam và colistin+carbapenem liều cao được sử dụng trong điều trị HAP/VAP và đạt CP-HQ so với amikacin+carbapenem liều cao, colistin+carbapenem liều cao trong điều trị NKH. Kết quả của nghiên cứu hỗ trợ các chuyên gia, nhà hoạch định chính sách cùng các cán bộ y tế đưa ra những giải pháp kịp thời, phù hợp với ngân sách chi trả cho NB khi điều trị NKH và HAP/VAP.

Mâu thuẫn lợi ích. Nghiên cứu này được tài trợ bởi pfizer. Nhóm tác giả chịu trách nhiệm đảm bảo các quy trình khoa học được thực thi từ khi lên kế hoạch, thực thi, viết báo cáo, kiểm tra, biên tập và xuất bản công trình khoa học tuân theo tiêu chuẩn hướng dẫn icmje dành cho tác giả bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **N. Capsoni et al.**, "Prevalence, risk factors and outcomes of patients coming from the community with sepsis due to multidrug resistant bacteria," (in B), *Multidiscip Respir Med*, vol. 14, p. 23, 2019, doi: 10.1186/s40248-019-0185-4.
2. **K. T. N. Thao T.B. Nguyen, Suol T. Pham, Xuan D. Pham, Thang Nguyen,** "Hospital-acquired pneumonia in an intensive care unit in Vietnam: clinical characteristics and pathogenicbacteria," (in B), *Pharmaceutical Sciences Asia*, vol. 47, no. 4, pp. 387 - 398, 2020.
3. **R. K. Shields et al.**, "Ceftazidime-Avibactam Is Superior to Other Treatment Regimens against Carbapenem-Resistant Klebsiella pneumoniae Bacteremia," (in B), *Antimicrob Agents Chemother*, vol. 61, no. 8, Aug 2017, doi: 10.1128/aac.00883-17.
4. **E. Tichy et al.**, "Cost-effectiveness Comparison of Ceftazidime/Avibactam Versus Meropenem in the Empirical Treatment of Hospital-acquired Pneumonia, Including Ventilator-associated Pneumonia, in Italy," (in B), *Clin Ther*, vol. 42, no. 5, pp. 802-817, May 2020, doi: 10.1016/j.clinthera.2020.03.014.
5. **W. Kong, X. Yang, Y. Shu, S. Li, B. Song, and K. Yang,** "Cost-effectiveness analysis of ceftazidime-avibactam as definitive treatment for treatment of carbapenem-resistant Klebsiella pneumoniae bloodstream infection," (in B), *Front Public Health*, vol. 11, p. 1118307, 2023, doi: 10.3389/fpubh.2023.1118307.
6. **R. Hutubessy, D. Chisholm, and T. T. Edejer,** "Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector," (in B), *Cost Eff Resour Alloc*, vol. 1, no. 1, p. 8, Dec 19 2003, doi: 10.1186/1478-7547-1-8.

7. M. F. Drummond, M. J. Sculpher, K. Claxton, G. L. Stoddart, and G. W. Torrance, Methods for the economic evaluation of health care programmes. Oxford university press (in B), 2015.
8. A. Torres et al., "Ceftazidime-avibactam versus meropenem in nosocomial pneumonia, including

ventilator-associated pneumonia (REPROVE): a randomised, double-blind, phase 3 non-inferiority trial," (in B), Lancet Infect Dis, vol. 18, no. 3, pp. 285-295, Mar 2018, doi: 10.1016/s1473-3099 (17) 30747-8.

TỶ LỆ BỆNH SỞI CÓ BIẾN CHỨNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI TỈNH CÀ MAU NĂM 2024

Huỳnh Ngọc Linh¹, Trương Minh Kiểng^{1,2}, Trần Việt Trí²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính thường lành tính. Tuy nhiên, một số trường hợp xuất hiện các biến chứng thậm chí gây tử vong. Vì vậy nghiên cứu tỷ lệ biến chứng bệnh sởi và các yếu tố liên quan là cần thiết. **Mục tiêu nghiên cứu:** 1) Xác định tỷ lệ mắc biến chứng của bệnh sởi ở trẻ em và các yếu tố liên quan tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 753 trẻ được chẩn đoán mắc sởi từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2024 tại bệnh viện Sản Nhi Cà Mau. **Kết quả:** Tỷ lệ có biến chứng ở trẻ mắc sởi tại bệnh viện Sản Nhi Cà Mau là 54,58%. Những trẻ chưa được tiêm ngừa sởi có biến chứng cao hơn so với nhóm đã tiêm ngừa với tỷ lệ mắc lần lượt là 63,33% so với 29,38%, trẻ có tiếp xúc với người bệnh sởi có biến chứng cao hơn so với nhóm không tiếp xúc với tỷ lệ là thời gian phát bệnh càng lâu tỷ lệ biến chứng càng cao, trẻ nhập viện sau 1 ngày phát bệnh có tỷ lệ mắc biến chứng 50,77% sau 2 ngày là 55,79% và sau 3 ngày trở lên là 5,66%. Ngược lại, trẻ càng lớn tỷ lệ có biến chứng càng giảm với các tỷ lệ lần lượt là nhóm dưới 9 tháng 73,81% từ 9 đến dưới 24 tháng 61,01%, 2 đến dưới 5 tuổi là 51,27% và từ 5 tuổi trở lên là 46,89%. **Kết luận:** Tỷ lệ có biến chứng khi mắc sởi tại bệnh viện Sản Nhi tương đối cao. Trẻ chưa tiêm ngừa, có tiếp xúc với người mắc sởi, nhập viện muộn làm tăng chênh lệch mắc biến chứng. Ngược lại trẻ lớn, không suy dinh dưỡng, không tiếp xúc với người mắc sởi làm giảm tỷ lệ có biến chứng. **Từ khóa:** trẻ em, bệnh sởi, biến chứng của bệnh sởi.

SUMMARY

RATE OF MEASLES WITH COMPLICATIONS AND RELATED FACTORS AT CA MAU OBSTETRICS AND PEDIATRICS HOSPITAL IN 2024

Background: Measles is an acute infectious disease that is usually benign. However, in some

cases, complications may arise, even leading to death. Therefore, studying the complication rate of measles and its associated factors is necessary. **Objective:** To determine the complication rate of measles in children and the associated factors at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 753 children diagnosed with measles from January to December 2024 at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital. **Results:** The complication rate for children with measles at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital was 54.58%. Children who were not vaccinated against measles had a higher complication rate compared to those who were vaccinated, with a complication rate of 63.33% versus 29.38%, respectively. Children exposed to measles-infected individuals had a higher complication rate compared to those not exposed, with increasing time from onset of illness leading to higher complication rates. Children hospitalized after 1 day of illness had a complication rate of 50.77%, after 2 days it was 55.79%, and after 3 or more days it was 5.66%. Conversely, older children had a lower complication rate, with rates of 73.81% in children under 9 months, 61.01% in those aged 9 months to under 24 months, 51.27% in children aged 2 to under 5 years, and 46.89% in children aged 5 years and older. **Conclusion:** The complication rate for measles at Ca Mau Obstetrics and Pediatrics Hospital is relatively high. Unvaccinated children, those exposed to infected individuals, and those hospitalized late have a higher risk of complications. Conversely, older children have a lower complication rate. **Keywords:** children, measles, measles complications.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sởi là bệnh truyền nhiễm cấp tính phần lớn khỏi hẳn không để lại di chứng. Tuy nhiên một số người bệnh có biến chứng trong thời gian mắc bệnh hoặc sau thời kỳ phát ban. Các biến chứng thường gặp là viêm não, viêm phổi, viêm tai giữa, tiêu chảy... Hầu hết các trường hợp tử vong liên quan đến bệnh sởi là do biến chứng liên quan đến bệnh [5]. Virus sởi có các yếu tố miễn dịch thú vị vì nó gây miễn dịch thoáng qua nhưng ức chế rất mạnh, dẫn đến tăng tính nhạy cảm với nhiễm trùng cơ hội [6]. Vì vậy người bệnh đặc biệt là trẻ nhỏ và người bị suy giảm

¹Trường Cao đẳng Y tế Cà Mau

²Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Ngọc Linh

Email: drlinhcm78@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

miễn dịch có thể bị biến chứng nghiêm trọng [4]. Cần có các bằng chứng về mối liên quan giữa tình trạng biến chứng của bệnh sởi và các yếu tố ở trẻ em. Nhằm cung cấp thông tin về vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Tỷ lệ bệnh sởi có biến chứng và các yếu tố liên quan tại bệnh viện sản nhi tỉnh Cà Mau năm 2024" được thực hiện với 2 mục tiêu sau:

1) *Xác định tỷ lệ mắc biến chứng của bệnh sởi ở trẻ em tại bệnh viện Sản Nhi tỉnh Cà Mau;*

2) *Tìm hiểu mối liên quan giữa mắc biến chứng của bệnh sởi với một số yếu tố tại Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** trẻ em được chẩn đoán mắc sởi điều trị tại Bệnh viện Sản-Nhi Cà Mau năm 2024.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:**

+ Trẻ và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu;

+ Hồ sơ bệnh án không đầy đủ dữ liệu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu: lấy trọn mẫu từ tháng 01 đến tháng 12 năm 2024

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, khảo sát tất cả các trẻ đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

- Nội dung nghiên cứu:

+ Chẩn đoán bệnh sởi dựa trên lâm sàng gồm sốt, phát ban dạng sởi, có triệu chứng viêm long: ho, chảy mũi, viêm kết mạc và dấu Koplik hoặc bằng xét nghiệm Mac-Elisa tìm kháng thể IgM dương tính.

+ Chẩn đoán biến chứng bệnh sởi: các triệu chứng của bệnh xảy ra sau giai đoạn toàn phát

+ Đặc điểm mẫu nghiên cứu: thu thập các biến số tuổi, giới tính, địa chỉ, tình trạng dinh dưỡng, tình trạng tiêm ngừa, tiếp xúc với người bệnh sởi trước khi mắc bệnh.

+ Các yếu tố liên quan như tình trạng dinh dưỡng, giới tính, địa chỉ cư trú, tiền sử nhập viện, tình trạng tiêm ngừa sởi, nhóm tuổi, thời gian nhập viện sau phát bệnh.

- **Xử lý và phân tích số liệu:** Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata 3.02 và thống kê số liệu bằng phần mềm STATA 18.0; Đo lường mối liên quan bằng chỉ số OR, phân tích đa biến bằng hồi qui logistic, các thống kê có ý nghĩa khi giá trị $p \leq 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung mẫu nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng(n)	Tỷ lệ(%)
Địa chỉ		
Nông thôn	492	65,34
Thành thị	261	34,66
Giới tính		
Nam	415	55,11
Nữ	338	44,89
Nhóm tuổi		
Dưới 9 tháng	42	5,58
9 đến 24 tháng	218	28,95
2 đến dưới 5 tuổi	316	41,97
≥ 5 tuổi	177	23,51
Tình trạng dinh dưỡng của trẻ		
Suy dinh dưỡng	56	7,43
Không suy dinh dưỡng	697	92,57
Thời gian phát bệnh trước khi nhập viện		
1 ngày	65	8,63
2 ngày	423	56,18
≥ 3 ngày	265	35,19
Tiêm ngừa vaccin sởi		
Có	194	25,76
Không	559	74,23
Tiếp xúc với người bệnh sởi		
Có	182	24,17
Không	571	75,83

Nhận xét: trẻ đến từ nông thôn chiếm đa số (65,34%); tỷ lệ nam và nữ tương đương nhau trong nghiên cứu, trẻ sinh dinh dưỡng, tiêm ngừa sởi tương đối thấp với tỷ lệ lần lượt là 7,43% và 25,76%.

3.2. Tỷ lệ trẻ mắc sởi có biến chứng và các yếu tố liên quan

3.2.1. Tỷ lệ trẻ mắc HCSNCV-19

Bảng 3.2. Tỷ lệ có biến chứng của trẻ mắc sởi

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	411	54,58
Không	342	45,42
Tổng	753	100

Nhận xét: tỷ lệ trẻ mắc biến chứng sau sởi là 54,58% với 411 trẻ trong tổng số 753 trẻ được nghiên cứu.

Bảng 3.3. Các biến chứng của trẻ mắc sởi

Biến chứng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm phổi	257	62,54
Viêm tai giữa	24	5,84
Tiêu chảy	108	26,27
Khác	22	5,35
Tổng	411	100

Nhận xét: Tỷ lệ trẻ có biến chứng viêm phổi với tỷ lệ cao nhất với 257 trẻ chiếm 62,54%.

3.2.2. Mối liên quan giữa một số yếu tố của trẻ mắc sởi có biến chứng

Bảng 3.4. Môi liên quan giữa một số yếu tố của trẻ và sỏi có biến chứng

Đặc điểm	BIẾN CHỨNG		OR [KTC95%]	p	OR _{HC} [KTC95%]	p*
	Không	Có				
Địa chỉ						
Nông thôn	229(46,64)	262(53,36)	-	0,35	-	-
Thành thị	113(43,13)	149(56,87)				
Giới tính						
Nữ	157(46,45)	181(53,55)	-	0,6	-	-
Nam	185(44,58)	230(55,42)				
Nhóm tuổi						
Dưới 9 tháng	11(26,19)	31(73,81)	1			
9 đến 24 tháng	85(38,99)	133(61,01)	0,55(0,23-1,21)	0,11		
2 đến < 5 tuổi	154(48,73)	162(51,27)	0,37(0,16-0,79)	0,006		
≥ 5 tuổi	94(53,11)	83(46,89)	0,31(0,13-0,69)	0,001		
Tổng			0,61(0,21-0,84)	0,002	0,74(0,32-0,97)	0,01
Tình trạng dinh dưỡng của trẻ						
Suy dinh dưỡng	18(32,14)	38(67,86)	0,56	0,04	0,61	0,03
Không suy dinh dưỡng	319 (45,77)	378(54,23)	(0,29-0,93)		(0,37-0,83)	
Thời gian phát bệnh đến khi nhập viện						
1 ngày	32(49,23)	33(50,77)	1	0,015		
2 ngày	187(44,21)	236(55,79)	1,22(0,70-2,13)			
≥ 3 ngày	91(34,34)	174(5,66)	1,85(1,03-3,32)			
Tổng			1,32(1,04-2,98)	0,01	1,26(1,09-2,75)	0,02
Tình trạng tiêm ngừa sỏi						
Có	137(70,62)	57(29,38)	4,15	<0,001	4,36	<0,001
Không	205(36,67)	354(63,33)	(2,87-6,02)		(2,54-7,13)	
Tiếp xúc với người mắc sỏi trong 2 tuần qua						
Có	58(31,87)	124(68,13)	0,47	<0,001	0,49	<0,001
Không	284(49,74)	287(50,26)	(0,32-0,68)		(0,27-0,71)	

p*: giá trị p sau khi phân tích hồi quy đa biến; OR_{HC}: giá trị tỷ số chênh sau khi phân tích hồi quy đa biến.

Nhận xét: Sau khi phân tích hồi quy đa biến cho thấy các yếu tố làm giảm chênh lệch biến chứng sau mắc sỏi là trẻ lớn, không bị suy dinh dưỡng, không tiếp xúc với người mắc sỏi; yếu tố làm tăng chênh lệch mắc biến chứng là không tiêm ngừa sỏi, thời gian nhập viện muộn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của trẻ trong nghiên cứu. Trong 753 trẻ được khảo sát, có 415 trẻ là nam chiếm 55,11% nhiều hơn so với nữ là 338 (44,89%) về nơi cư trú nông thôn là 492/753 chiếm 65,34% nhiều hơn thành thị là 261 trẻ chiếm 34,66%. Kết quả này tương tự như kết quả của các tác giả Nguyễn Ngọc Rạng, trong 144 trường hợp trẻ em có sỏi bệnh nhân nam là 59,02% (85/144) nhiều hơn so với nữ là 49,98% (59/144) [2], nghiên cứu trên 719 trẻ của Nguyễn Văn Sâm sỏi trẻ nam là 437 chiếm 60,78% sỏi trẻ nữ là 282 chiếm 39,22% [3]. Trong các nghiên cứu này tiêu chí chọn mẫu, địa điểm lấy mẫu tại các bệnh viện giống như

ngiên cứu của chúng tôi.

4.2. Tỷ lệ trẻ mắc hội chứng sau nhiễm COVID-19 và các yếu tố liên quan

4.2.1. Tỷ lệ trẻ mắc hội chứng sau nhiễm COVID-19. Bảng 3 cho kết quả có 411/753 (54,48%) trẻ mắc sỏi có biến chứng kết quả này cao hơn nghiên cứu của Phan Đăng Trang Đài nghiên cứu trên 158 trẻ nhập viện tỷ lệ có biến chứng là 45,6% sự khác biệt có thể do cỡ mẫu nghiên cứu trên tương đối nhỏ [1]. Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của Nguyễn Văn Sâm tại Viện Nhi trung ương với tỷ lệ 82,48% (593/719) [3] có thể đây là nơi phân tuyến điều trị cao nhất nên hầu hết các bệnh nhân nặng với nhiều biến chứng được đưa từ các tỉnh đến nên tỷ lệ có biến chứng rất cao. Tỷ lệ các loại biến chứng bao gồm viêm phổi 62,54% viêm tai giữa 5,84% tiêu chảy 26,27%, biến chứng khác 5,35% các tỷ lệ này cũng tương tự như các nghiên cứu tại các tỉnh thành của Việt Nam với biến chứng viêm phổi là thường gặp nhất đều chiếm tỷ lệ trên 50% [2], [3].

4.2.2. Môi liên quan giữa đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và bệnh sỏi có biến chứng. Từ

kết quả nghiên cứu chúng tôi nhận thấy tỷ lệ sỏi có biến chứng ở nông thôn là 53,36%, ở thành thị là 56,87% tỷ lệ ở thành thị cao hơn nông thôn một ít tuy nhiên sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê, $p=0,35$. Về giới tính, tỷ lệ có biến chứng ở nam là 55,42%, ở nữ là 53,55%, sự khác biệt giữa hai nhóm vẫn không có ý nghĩa thống kê, $p=0,6$. Nghiên cứu cho kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Rạng cho thấy tỷ lệ có biến chứng ở nam và nữ không có sự khác biệt với $p=0,32$ [3]. Nghiên cứu của Phan Đăng Trang Đài với kết quả tỷ lệ có biến chứng ở nam là 49% ở nữ là 40,3% và không có sự khác biệt giữa hai nhóm [1], nghiên cứu của Nguyễn Văn Sâm cũng cho kết quả tương tự [3].

Về nhóm tuổi ở đây chúng tôi chia làm bốn nhóm, chúng tôi nhận thấy nhóm dưới 9 tháng tuy số trẻ mắc không nhiều nhưng tỷ lệ có biến chứng cao nhất (73,81%) so với các nhóm tuổi còn lại, từ 9 tháng đến 24 tháng 61,01%, từ 2 tuổi đến dưới 5 tuổi có tỷ lệ là 51,27% và nhóm trên 5 tuổi là 46,89% với $p=0,012$; OR khuynh hướng=0,61[0,21-0,84] sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, và với OR khuynh hướng =0,61 cho thấy tăng lên một bậc của nhóm tuổi thì mức chênh lệch có biến chứng giảm khoảng 39% hay nói khác hơn lứa tuổi càng lớn thì tỷ lệ có biến chứng có khuynh hướng giảm. Thông qua việc từng mắc hay được tiêm phòng trước đó, hệ miễn dịch trẻ lớn sẽ đáp ứng tốt với các mầm bệnh. Hơn nữa, mặc dù trẻ dưới 9 tháng tuổi được thừa hưởng kháng thể của mẹ truyền qua. Tuy nhiên, những bà mẹ trong độ tuổi hiện nay hầu hết đều được tiêm ngừa sởi đã lâu và tỷ lệ đã từng mắc bệnh sởi cũng thấp cho nên nồng độ kháng thể có thể ít nên ảnh hưởng đến lượng kháng thể truyền cho con không đủ mạnh. Điều này cần được nghiên cứu thêm để khẳng định.

Xét về mối liên quan của tình trạng dinh dưỡng và tỷ lệ có biến chứng bảng 3.4 cho thấy trẻ SDD có tỷ lệ biến chứng là 67,86% cao hơn so với trẻ không suy dinh dưỡng là 54,23% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p=0,04$ và OR=0,56 KTC95%(0,29-0,93) cho thấy nhóm trẻ không suy dinh dưỡng sẽ giảm chênh lệch có biến chứng khoảng 44% so với nhóm trẻ có suy dinh dưỡng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Phan Đăng Trang Đài cho thấy trẻ SDD tỷ lệ có biến chứng là 68,4% cao hơn so với nhóm không suy dinh dưỡng là 42,4% [1].

4.2.3. Mối liên quan giữa tiền sử bệnh và sởi có biến chứng. Số trẻ được tiêm ngừa mắc sởi có biến chứng là 57/194 (29,38%) ít hơn

so với nhóm chưa được tiêm ngừa là 354/559 (63,33%), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p<0,001$; OR= 4,15. Kết quả này cho thấy tiêm ngừa là một yếu tố bảo vệ, bệnh nhân nếu được tiêm ngừa sởi trước đó thì tỷ lệ mắc sởi cũng như nguy cơ có biến chứng giảm đáng kể. So với nhóm tiêm ngừa sởi, nhóm chưa được tiêm ngừa vắc xin tăng chênh lệch mắc biến chứng cao gấp 4,15 lần KTC 95% (2,87-6,02). Nghiên cứu của Nguyễn Văn Sâm cũng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ biến chứng ở những người đã hoặc chưa được tiêm chủng: nhóm chưa được tiêm chủng có tỷ lệ biến chứng cao hơn 85,96% so với nhóm được tiêm chủng 53,13%. Các nghiên cứu cũng chỉ ra rằng ở những bệnh nhân đã được chủng ngừa chống lại bệnh sởi, nếu có biến chứng, có triệu chứng cũng sẽ nhẹ hơn so với bệnh nhân những người chưa được tiêm phòng. Kết quả nghiên cứu còn cho thấy tỷ lệ có biến chứng ở nhóm không có tiếp xúc với người bệnh sởi trong 2 tuần qua là 68,13% thấp hơn rất nhiều so với nhóm có tiếp xúc là 50,26% với OR=0,47(0,32-0,68) cho thấy trẻ không tiếp xúc với người bệnh sởi có chênh lệch có biến chứng thấp hơn 0,47 lần hay giảm 53% so với nhóm có tiếp xúc.

4.2.4. Phân tích hồi quy logistic giữa mắc biến chứng và các yếu tố liên quan. Do các yếu tố liên quan đến bệnh sởi có biến chứng trong nghiên cứu này tương đối ít và độc lập với nhau nên chúng tôi đưa tất cả các biến số có ý nghĩa vào phân tích hồi quy logistic. Kết quả cho thấy kiểm định Hosmer có sự phù hợp tốt với dữ liệu. Hơn nữa, kết quả các biến số đều có ý nghĩa thống kê. Như vậy sau khi phân tích đa biến mỗi nhóm tuổi tăng lên 1 bậc thì chênh lệch biến chứng giảm 0,74 lần KTC95%(0,32-0,97) nhóm trẻ không suy dinh dưỡng có chênh lệch mắc biến chứng giảm so với nhóm suy dinh dưỡng với OR=0,61 KTC95% (0,37-0,83). Trẻ không tiếp xúc với người mắc sởi giảm chênh lệch 0,49 lần KTC95% (0,27-0,71) so với nhóm có tiếp xúc. Các yếu tố làm tăng chênh lệch có biến chứng bao gồm thời gian đến cơ sở y tế muộn, không tiêm ngừa vắc xin sởi. Trẻ đến muộn một ngày làm tăng chênh lệch 1,26 lần KTC95% (1,09-2,75), trẻ không tiêm ngừa sởi tăng chênh lệch có biến chứng là 4,36 lần KTC95% (2,54-7,13). Các biến số này đã mô tả dữ liệu tương đối đầy đủ và đều có ý nghĩa thực tế lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về biến chứng của trẻ mắc sởi tại Bệnh viện Sản Nhi Cà Mau năm 2024,

chúng tôi rút ra một số kết luận sau: Tỷ lệ trẻ mắc sởi có biến chứng là 54,58%. Các yếu tố làm tăng tỷ lệ mắc là: thời gian đến cơ sở y tế muộn (OR=1,26; p=0,02); không tiêm ngừa sởi (OR=4,36; p<0,001). Các yếu tố làm giảm tỷ lệ mắc là: nhóm tuổi lớn (OR=0,74; P=0,01); trẻ không bị suy dinh dưỡng (OR=0,61; p=0,03); không tiếp xúc với người mắc sởi (OR=0,49; p<0,001).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan Thị Trang Đài, Nguyễn Ngọc Rạng, Nguyễn Thị Thu Ba, (2021) "Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng, biến chứng và một số yếu tố liên quan đến biến chứng của bệnh sởi ở trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ", Tạp chí y Dược Cần Thơ, 39, tr:77-84.
2. Nguyễn Ngọc Rạng và cộng sự (2021), "Đặc điểm lâm sàng và các yếu tố liên quan đến sởi có biến chứng ở trẻ em tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ", Tạp chí y học Việt Nam, 503(1), tr: 64-67.
3. Nguyen Van Sam, Pham Nhat An, (2020), "Measles complications in children at the Viet Nam national children's hospital 2019 and some related factors", Vietnam journal of pediatrics 13(6), pp: 55-62.
4. Dardis MR, (2012) "A review of Measles", J Sch Nurs, 28, pp:9-12.
5. Farhana Rahat, AFM Abiduzzaman, Morsheda Khanam, Ahmed Murtaza Choudhury, (2022), "Socio-demographic Profile and Complications of Measles in Children: A Hospital Based Study", DS (Child) H J, 38(2), pp: 84-88.
6. Kobaidze K, Wallace G, (2017) "Forgotten but not gone: Update of measles infection for hospitals", Journal of Hospital Medicine, 2, pp: 472-76.

KHẢO SÁT HUYẾT KHỐI MỐI TĨNH MẠCH SÂU CHI DƯỚI Ở BỆNH NHÂN CÓ BỆNH NỘI KHOA CẤP TÍNH

Đỗ Thị Thanh Bình^{1,2}, Đinh Thị Thu Hương², Đỗ Doãn Lợi²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) là vấn đề lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân (BN) có bệnh nội khoa cấp tính, triệu chứng lâm sàng không điển hình và có liên quan với một số yếu tố nguy cơ. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ của HKTMSCD ở bệnh nhân có bệnh nội khoa cấp tính tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả. **Kết quả:** Phần lớn các trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở BN nội khoa cấp tính không có triệu chứng lâm sàng. Trong nhóm có triệu chứng lâm sàng, triệu chứng đau chân [Dấu hiệu Homans (+)] hay gặp nhất. HKTMSCD xuất hiện nhiều nhất ở đoạn gần (62,5%); hầu hết là huyết khối bám ở chân van tĩnh mạch (76,8%), huyết khối gây tắc không hoàn toàn (82,1%). Các yếu tố nguy cơ độc lập của HKTMSCD ở bệnh nhân có bệnh nội khoa cấp tính là: Bất động OR: 5,2; (95%CI: 1,2-8,9); Suy tim NYHA IV OR: 2,3; (95%CI: 1,2-5,4); Suy hô hấp: OR: 3,5; (95%CI: 2,3-5,9). **Kết luận:** Phần lớn các trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở BN nội khoa cấp tính không có triệu chứng lâm sàng. Trong nhóm có triệu chứng lâm sàng, hay gặp nhất là triệu chứng đau chân [Dấu hiệu Homans (+)]. HKTMSCD xuất hiện nhiều nhất ở đoạn gần, hầu hết là huyết khối bám ở chân van tĩnh mạch, gây tắc không hoàn toàn. Các yếu

tố nguy cơ độc lập của HKTMSCD ở bệnh nhân nội khoa cấp tính là: Bất động, suy tim NYHA IV, suy hô hấp. **Từ khóa:** Huyết khối tĩnh mạch sâu, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

STUDYING DEEP VEIN THROMBOSIS IN ACUTE MEDICAL INPATIENTS

Background: Deep vein thrombosis (DVT) is frequent clinical problem in acute medical inpatients, clinical symptoms atypical, association with risk factors. **Objectives:** Studying the clinical and paraclinical characteristics of deep vein thrombosis and risk factors for DVT in acute medical diseases. **Methods:** A descriptive study was performed in Hải Dương Province General Hospital between August 2023 and August 2024. **Results:** The majority of cases of deep vein thrombosis in acute medical inpatients is asymptomatic. A positive Homans's sign is the most common clinical symptoms of symptomatic deep vein thrombosis. Location of thrombi: 62,5% of thrombi was at proximal, thrombi at the root of valve accounted for 76,8%, most of deep vein thrombosis was blocked incompletely (82,1%). The immobility, congestive heart failure NYHA IV, respiratory failure was associated with DVT in acute medical diseases with OR: 5,2; (95%CI: 1,2-8,9); OR: 2,3; (95%CI: 1,2-5,4); OR: 3,5; (95%CI: 2,3 -5,9). **Conclusion:** The majority of cases of deep vein thrombosis in acute medical inpatients is asymptomatic. A positive Homans's sign is the most common clinical symptoms of symptomatic deep vein thrombosis. The characteristic of deep vein thrombosis was common in proximal and blocked incompletely. The immobility, congestive heart failure NYHA IV, respiratory failure was associated with DVT in acute medical inpatients.

Keywords: Deep vein thrombosis, DVT, Risk factors

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thanh Bình

Email: dr.thanhbinh86@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới (HKTMSCD) là tình trạng bệnh lý liên quan đến việc hình thành cục máu đông trong lòng các tĩnh mạch sâu gây tắc nghẽn một phần hoặc hoàn toàn dòng máu trong lòng tĩnh mạch. Bệnh có thể dẫn đến các biến chứng cấp tính đe dọa tính mạng như thuyên tắc phổi hay để lại những di chứng nặng nề như hội chứng hậu huyết khối gây loét chân mạn tính, ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tại Mỹ, ước tính có khoảng 900.000 ca mắc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới mỗi năm, trong đó 50-60% các trường hợp mắc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới trong thời nằm viện, và cứ mỗi 37s có 1 bệnh nhân tử vong do thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch¹ (TTHKTM). Triệu chứng điển hình nhất của bệnh là sưng đau một bên chân chỉ có ở khoảng 20 - 50% số bệnh nhân². Ở bệnh nhân có bệnh nội khoa cấp tính, tỷ lệ được phát hiện triệu chứng này còn thấp hơn nhiều do bị lu mờ bởi bệnh cấp tính đi kèm. Do đó, việc xác định các yếu tố nguy cơ và tầm soát để phát hiện sớm, dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân nội khoa cấp tính là vấn đề thực sự quan trọng.

Mục tiêu nghiên cứu. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới và tìm hiểu một số yếu tố nguy cơ của HKTMSCD trên bệnh nhân có bệnh nội khoa cấp tính tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: BN nhập viện vào các khoa nội: Tim mạch, Hô hấp, Tiêu hóa, Đột quỵ, Lão khoa, Thận, Hồi sức tích cực – Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương trong thời gian từ tháng 08/2023 đến tháng 08/2024 vì bệnh lý nội khoa cấp tính và dự kiến phải nằm viện ít nhất 7 ngày.

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán một trong các bệnh nội khoa cấp tính sau: Suy tim NYHA III/IV; Đột cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; Nhiễm trùng cấp (Viêm phổi, Nhiễm khuẩn tiêu hóa); Nhồi máu não; Hội chứng thận hư; Viêm khớp dạng thấp.

- Dự kiến nằm điều trị ≥ 7 ngày.

- Bệnh nhân hoặc người nhà đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Tiền sử huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới hoặc thuyên tắc phổi trong vòng 12 tháng trước.

- Đang sử dụng hoặc dự kiến sử dụng các biện pháp dự phòng huyết khối tĩnh mạch sâu

chi dưới bằng thuốc như: Heparin không phân đoạn, Heparin trọng lượng phân tử thấp, hay thuốc chống đông đường uống.

- Đang sử dụng thuốc chống đông (heparin không phân đoạn, heparin trọng lượng phân tử thấp, thuốc chống đông kháng vitamin K, thuốc chống đông đường uống không kháng Vitamin K) để điều trị bệnh nội khoa không phải huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới.

- Vừa trải qua phẫu thuật lớn hay chấn thương nặng trong vòng 3 tháng trước và phải nhập viện.

Tiêu chuẩn chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới. Siêu âm doppler hệ tĩnh mạch sâu chi dưới: có huyết khối mới trong lòng tĩnh mạch.

Quy trình nghiên cứu: Thực hiện siêu âm Doppler tĩnh mạch chi dưới lần 1 vào ngày thứ 3 sau nhập viện, ghi nhận các bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới. Những bệnh nhân không phát hiện HKTMSCD được siêu âm lần 2 vào ngày thứ 7 $\pm$ 1 sau nhập viện, ghi nhận các bệnh nhân có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới. Mô tả đặc điểm lâm sàng, vị trí của huyết khối, các yếu tố nguy cơ HKTMSCD.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong quá trình nghiên cứu từ tháng 8/2023 đến tháng 8/2024, chúng tôi đã phát hiện được 56 bệnh nhân nội khoa cấp tính có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới.

Đặc điểm sinh trắc học

Giới tính: Nam 62,5%; Nữ 37,5%.

Tuổi trung bình: 72,06 $\pm$ 8,65 tuổi.

Đặc điểm chỉ số khối cơ thể BMI (kg/m²): BMI trung bình là 21,59 $\pm$ 3,38. Hơn một nửa số BN có BMI bình thường (57,1%). BN béo phì BMI ≥ 25 chiếm 10,7%.

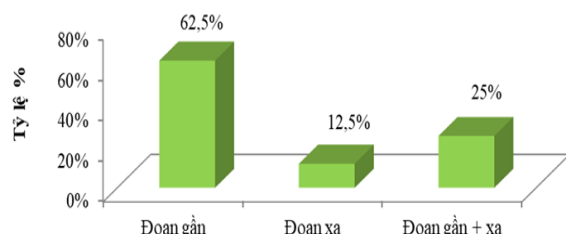
Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân nội khoa cấp tính

Triệu chứng lâm sàng		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Biểu hiện triệu chứng (n=56)	Có	16	28,6
	Không	40	71,4
Đau chân [Dấu hiệu Homans(+), (n=56)]		10	17,9
Triệu chứng	Sưng chân (n=56)	5	8,9
	Tăng nhiệt độ da (n=56)	8	14,3

Bảng 2: Phân bố theo vị trí bầm và mức độ gây tắc mạch của huyết khối trên siêu âm

Đặc điểm		Số lượng (n=56)	Tỷ lệ (%)
Vị trí bầm	Chân van	43	76,8%

	Bám thành	13	23,2%
Mức độ gây tắc mạch	Tắc hoàn toàn	10	17,9%
	Tắc không hoàn toàn	46	82,1%



Biểu đồ 2: Phân đoạn tĩnh mạch bị huyết khối

Bảng 3: Phân tích hồi quy logistic đa biến liên quan giữa các yếu tố nguy cơ và huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân có bệnh nội khoa cấp tính

Yếu tố nguy cơ	OR	95% CI	p
Tuổi ≥ 70	0,8	0,5-2,6	$> 0,05$
Bất động	5,2	1,2-8,9	$< 0,05$
Ung thư	4,1	0,9 - 8,3	$> 0,05$
Hút thuốc lá	2,6	1,1-7,8	$> 0,05$
Suy tim NYHA IV	2,3	1,2 - 5,4	$< 0,05$
Đợt cấp COPD	1,02	0,6 - 5,8	$> 0,05$
Suy hô hấp	3,5	2,3 - 5,9	$< 0,05$
Nhiễm trùng cấp	1,5	0,9 - 6,2	$> 0,05$
Nhồi máu não	0,9	0,5 - 2,8	$> 0,05$
Hội chứng thận hư	1,9	0,8 - 6,2	$> 0,05$
Viêm khớp dạng thấp	0,5	0,2 - 3,6	$> 0,05$

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở bệnh nhân nội khoa cấp tính. Trong số 56 BN mắc huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới, chỉ có 16 BN có biểu hiện lâm sàng (chiếm 28,6%). Trong đó, triệu chứng đau chân [Dấu hiệu Homans (+)] chiếm tỷ lệ cao nhất 17,9%. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của nhiều tác giả khác trong và ngoài nước thấy tỷ lệ BN có triệu chứng lâm sàng thấp. Thêm vào đó, các triệu chứng lâm sàng này rất kín đáo, dễ trùng lặp với triệu chứng của các bệnh lý nội khoa cấp tính nên rất dễ bị bỏ sót. Nghiên cứu của Raskob và cs trên BN nội khoa cấp tính nhận thấy ở nhóm có HKTMSCD, tỷ lệ BN không triệu chứng chiếm tới 90,8% và có liên quan rõ rệt với tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân³.

Phân đoạn tĩnh mạch bị huyết khối.

Phần lớn BN có huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới đoạn gần (62,5%). Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của các tác giả: Đặng Văn Phước⁴, Nguyễn Văn Trí⁵. Song trái ngược với nghiên cứu của một số tác giả nước

ngoài như: Teruel thấy đa số là HKTMSCD đoạn xa⁶. Sở dĩ có sự khác biệt là do thời điểm siêu âm trong nghiên cứu của các tác giả này là 72h sau nhập viện, trong khi nghiên cứu của chúng tôi phần lớn bệnh nhân được phát hiện HKTMSCD ở lần siêu âm thứ 2 sau nhập viện 7 ngày. Theo tác giả Kearon huyết khối ban đầu được hình thành ở vùng bắp chân nếu không được điều trị 25% di chuyển đến tĩnh mạch đoạn gần trong 1 tuần⁷.

Phân bố theo vị trí bám và mức độ gây tắc mạch của huyết khối trên siêu âm. Hầu hết các trường hợp là huyết khối mới bám ở chân van tĩnh mạch (chiếm tỷ lệ 76,8%). Huyết khối gây tắc không hoàn toàn chiếm đa số (82,1%), chỉ có 10/56 BN (chiếm 17,9%) huyết khối gây tắc hoàn toàn, đều là những BN có huyết khối đoạn xa. Vị trí bám của huyết khối chủ yếu tại chân van tĩnh mạch và tỷ lệ huyết khối gây tắc hoàn toàn thấp cũng đã giải thích phần nào cho việc ít xuất hiện triệu chứng lâm sàng của HKTMSCD ở BN nội khoa cấp tính. Điều này một lần nữa nhấn mạnh vai trò của siêu âm tầm soát và dự phòng HKTMSCD ở bệnh nhân nguy cơ cao.

Liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ và HKTMSCD ở bệnh nhân nội khoa cấp tính

Bất động. Phân tích đa biến cho thấy bất động là yếu tố nguy cơ độc lập của HKTMSCD với OR: 5,2; (95%CI: 1,2-8,9); $p < 0,05$. Kết quả của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Sartori và cộng sự ghi nhận bất động là yếu tố nguy cơ độc lập, làm tăng nguy cơ HKTMSCD ở BN nội khoa cấp tính lên 2,4 lần⁸. Bất động kéo dài gây ra tình trạng ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch, khi máu chảy rất chậm trong lòng mạch, ứ trệ tại các xoang van tĩnh mạch, thrombin và các yếu tố đông máu vẫn được tạo ra thường xuyên. Khi số lượng các yếu tố này đủ lớn, quá trình đông máu sẽ được khởi động tạo thành huyết khối.

Suy tim NYHA III/IV. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy suy tim NYHA IV là yếu tố nguy cơ độc lập của HKTMSCD với OR: 2,3; (95%CI: 1,2-5,4); $p < 0,05$. Nghiên cứu của Zhu và cs tại Trung Quốc cũng nhận thấy tỷ lệ HKTMSCD cao nhất ở bệnh nhân suy tim NYHA IV và nguy cơ HKTM tương quan với mức độ nghiêm trọng của suy tim⁹. Tình trạng giảm cung lượng tim, suy thất phải, bất động do khó thở ở bệnh nhân suy tim nặng NYHA III/IV gây ứ trệ máu tĩnh mạch ở tuần hoàn ngoại vi, làm tăng áp lực tĩnh mạch, căng giãn thành tĩnh mạch giảm oxy mô tại chỗ kết hợp với tình trạng thiếu oxy cấp tính ở bệnh nhân suy tim nặng gây hoạt

hóa hệ thống thần kinh thể dịch dẫn đến hoạt hóa tế bào nội mô, đẩy mạnh hoạt hóa và kết dính tiểu cầu/bạch cầu đơn nhân, hoạt hóa hệ thống đông máu, hình thành fibrin.

Suy hô hấp. Theo nghiên cứu của chúng tôi suy hô hấp là yếu tố nguy cơ độc lập của HKTMSCD với OR: 3,5; (95%CI: 2,3 – 5,9); $p < 0,05$. So sánh với các tác giả khác trên thế giới, kết quả chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của tác giả Bovik và cs trên bệnh nhân đợt cấp COPD thấy COPD có suy hô hấp làm tăng nguy cơ HKTMSCD lên 2 lần¹⁰. Bệnh nhân nhập viện vì đợt cấp bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính có suy hô hấp có nguy cơ cao bị HKTMSCD do có nhiều yếu tố nguy cơ khác đi kèm như: tình trạng bất động, tuổi cao, hút thuốc lá, nhiễm trùng, bệnh lý ác tính nền, suy thất phải.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn các trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới ở BN nội khoa cấp tính không có triệu chứng lâm sàng. Trong nhóm có triệu chứng lâm sàng, hay gặp nhất là triệu chứng đau chân [Dấu hiệu Homans (+)]. HKTMSCD xuất hiện nhiều nhất ở đoạn gần, hầu hết là huyết khối bám ở chân van tĩnh mạch, gây tắc không hoàn toàn. Các yếu tố nguy cơ độc lập của HKTMSCD ở BN có bệnh nội khoa cấp tính là: Bất động (OR; 5,2); Suy tim NYHA IV (OR: 2,3); Suy hô hấp (OR: 3,5).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. CDC. Data and Statistics on Venous Thromboembolism. Venous Thromboembolism

- (Blood Clots). May 22, 2024.
2. Lutsey PL, Zakai NA (2023). Epidemiology and prevention of venous thromboembolism. *Nat Rev Cardiol*; 20(4):248-262.
3. Raskob GE, Spyropoulos AC, Cohen AT, et al (2021). Association Between Asymptomatic Proximal Deep Vein Thrombosis and Mortality in Acutely Ill Medical Patients. *Journal of the American Heart Association*;10(5)
4. Đặng Văn Phước, Phạm Gia Khải, Nguyễn Lân Việt, Nguyễn Văn Trí, Đinh Thị Thu Hương (2010). Huyết khối tĩnh mạch sâu: Chẩn đoán bằng siêu âm Duplex trên bệnh nhân nội khoa nhập viện, *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, Số 55 Tr.24-36
5. Nguyễn Văn Trí (2016). Khảo sát huyết khối tĩnh mạch sâu chi dưới không triệu chứng trên bệnh nhân nhồi máu não nằm viện, *Tạp chí Tim mạch học*, Hội Tim mạch học thành phố Hồ Chí Minh.
6. Teruel SY, Oviedo JC, Fuciños LC, et al (2012). Proximal and distal deep venous thrombosis in critically ill patients: incidence and prevalence. *Critical Care*;16(Suppl 1):P418
7. Kearon C, Julian JA, Newman TE, Ginsberg JS (1998). Noninvasive diagnosis of deep venous thrombosis. In: Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-Assessed Reviews, Centre for Reviews and Dissemination
8. Sartori M, Favaretto E, Cosmi B (2021). Relevance of immobility as a risk factor for symptomatic proximal and isolated distal deep vein thrombosis in acutely ill medical inpatients. *Vasc Med*;26(5):542-548.
9. Zhu R, Hu Y, Tang L (2017). Reduced cardiac function and risk of venous thromboembolism in Asian countries. *Thrombosis Journal*;15(1):12.
10. Børvik T, Brækkan SK, Enga K (2016). COPD and risk of venous thromboembolism and mortality in a general population. *European Respiratory Journal*;47(2):473-481.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, X-QUANG VÀ MÔ BỆNH HỌC TỔN THƯƠNG XƯƠNG – SỢI Ở XƯƠNG HÀM

Nguyễn Thị Anh Tú¹, Võ Đắc Tuyên¹,
Nguyễn Thị Kim Chi¹, Lê Trung Chánh²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tổn thương xương – sợi ở xương hàm là những tổn thương lành tính đặc trưng bởi mô xương bình thường được thay thế bởi mô đệm sợi và các chất khoáng hóa. Hiểu rõ các triệu chứng lâm sàng, X-quang và mô bệnh học của các tổn thương

này góp phần quan trọng trong chẩn đoán cũng như đưa ra phương pháp điều trị thích hợp cho bệnh nhân.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, X-quang và mô bệnh học của bệnh nhân có tổn thương xương – sợi ở xương hàm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu, cắt ngang mô tả được thực hiện trên bệnh nhân có tổn thương xương – sợi ở xương hàm đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2024. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 22 bệnh nhân loạn sản sợi (LSS) và 11 bệnh nhân u sợi sinh xương (USSX). Tuổi khởi phát trung bình ở nhóm LSS ($17,2 \pm 8,1$ tuổi) thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm USSX ($25,3 \pm 12,3$ tuổi) ($p < 0,05$). Tất cả bệnh nhân đều có biểu hiện sưng mặt, trong khi đi

¹Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt TW Tp. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Kim Chi

Email: drnguyenchifos@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

lệch mũi thường gặp hơn ở nhóm LSS ($p<0,05$). Về hình ảnh X-quang, LSS thường có vùng cản quang dạng kính mờ với giới hạn không rõ, trong khi USSX thường có giới hạn rõ và có thể có viền thấu quang ($p<0,05$). Mô bệnh học cho thấy viền nguyên bào xương phổ biến hơn ở USSX, các bề xương trong LSS chủ yếu ở dạng xương non, trong khi chất dạng xê măng được ghi nhận ở hầu hết các trường hợp USSX nhưng không hiện diện ở LSS ($p<0,05$). **Kết luận:** Cần kết hợp các đặc điểm lâm sàng, X-quang, mô bệnh học để đưa ra chẩn đoán và điều trị phù hợp cho các tổn thương xương – sợi ở xương hàm.

Từ khóa: tổn thương xương-sợi, loạn sản sợi, u sợi sinh xương, lâm sàng, X-quang, mô bệnh học.

SUMMARY

THE CLINICAL, RADIOGRAPHIC AND HISTOLOGICAL FEATURES OF FIBRO- OSSEOUS LESIONS OF THE JAWS

Background: Fibro-osseous lesions of the jaws are benign lesions characterized by the replacement of normal bone tissue with fibrous connective tissue and mineralized substances. A comprehensive understanding of the clinical, radiographic, and histopathological features of these lesions is crucial for accurate diagnosis and effective treatment. **Objective:** To describe the clinical, radiographic, and histopathological characteristics of fibro-osseous lesions of the jaws. **Materials and Methods:** A prospective, cross-sectional descriptive study was conducted at the National Hospital of Odontostomatology in Ho Chi Minh City. The study included patients diagnosed with fibro-osseous lesions of the jaw who received treatment between January 2023 and August 2024. **Results:** The study consisted of 22 patients with fibrous dysplasia (FD) and 11 patients with ossifying fibroma (OF). The mean age at onset of the FD group (17.2 ± 8.1 years) was lower than that of the OF group (25.3 ± 12.3 years) ($p<0,05$). All patients presented with facial swelling; with nasal deviation being more frequent in the FD group than in the OF group ($p<0,05$). Radiographically, ground-glass opacity was the most common finding in FD, with poorly defined borders from the surrounding bone. In contrast, OF lesions typically exhibited well-defined borders, with radiolucent rims being more prevalent in OF than in FD ($p<0,05$). Histological examination revealed osteoblastic rimming to be more commonly associated with OF, while FD exhibited a predominantly immature trabecular bone pattern. Cementum-like material was present in nearly all OF cases but absent in FD ($p<0,05$). **Conclusion:** The accurate diagnosis and management of fibro-osseous lesions of the jaws require the integration of clinical, radiographic, and histopathological findings. **Keywords:** fibro-osseous lesions, fibrous dysplasia, ossifying fibroma, clinical, radiography, histology.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương xương-sợi ở xương hàm là nhóm gồm các tổn thương lành tính, đặc trưng bởi sự thay thế mô xương bình thường bằng mô đệm sợi và các chất khoáng hóa. Theo phân loại của

WHO (2017), tổn thương xương-sợi ở xương hàm gồm: loạn sản sợi, u sợi sinh xương, loạn sản xương-xê măng, u xê măng khổng lồ có tính gia đình.⁸ Các tổn thương này mặc dù lành tính nhưng có thể gây ra biến dạng mặt lớn và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. Vì vậy, việc chẩn đoán và điều trị sớm là rất quan trọng để ngăn chặn sự tiến triển của bệnh và cải thiện kết quả điều trị. Tuy nhiên, việc chẩn đoán các tổn thương xương-sợi ở xương hàm vẫn còn gặp nhiều khó khăn do sự đa dạng của các triệu chứng lâm sàng, X-quang và một số trường hợp khó phân biệt ngay cả trên mô bệnh học. Nghiên cứu này khảo sát đặc điểm lâm sàng, X-quang và mô bệnh học của các tổn thương xương-sợi ở xương hàm, nhằm hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng có thể chẩn đoán, điều trị sớm và hiệu quả hơn cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân (BN) đến khám và điều trị tại khoa Phẫu thuật hàm mặt, Bệnh viện (BV) Răng Hàm Mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM) từ 01/2023 – 08/2024 được chẩn đoán tổn thương xương – sợi ở xương hàm dựa vào các đặc điểm lâm sàng và X-quang.

Tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ. BN/ thân nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, có đầy đủ hồ sơ bệnh án, dữ liệu chụp cắt lớp điện toán (CT – Scans) và/hoặc phim toàn cảnh, có kết quả chẩn đoán giải phẫu bệnh là các tổn thương xương – sợi ở xương hàm. Những BN có mẫu mô bệnh phẩm không thực hiện được giải trình tự gen GNAS, tổn thương LSS kèm theo các tổn thương khác ở xương hàm sẽ được loại khỏi mẫu nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, cắt ngang mô tả

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

Tiến trình nghiên cứu: Bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn được đưa vào nghiên cứu. Khảo sát các đặc điểm lâm sàng dựa trên hỏi bệnh sử, khám lâm sàng hoặc ghi nhận từ bệnh án. Dữ liệu X-quang được khảo sát dựa trên CT – Scans và/hoặc phim toàn cảnh. Dữ liệu loại tổn thương xương – sợi được ghi nhận dựa trên kết quả GPB của bộ môn Mô phôi – Giải phẫu bệnh, Đại học Y dược TP.HCM, các đặc điểm mô bệnh học được khảo sát và ghi nhận tại Labo Giải phẫu bệnh Răng Hàm Mặt.

Phân tích và xử lý số liệu: Nhập dữ liệu bằng phần mềm Microsoft Excel 365. Xử lý và

phân tích số liệu bằng phần mềm JASP phiên bản 0.18.3.0.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược TP.HCM thông qua theo quyết định số 1080/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 22/12/2022 và số 180/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 18/01/2024, cũng như được sự đồng ý cho phép tiến hành của Hội đồng Y đức Bệnh viện Răng hàm mặt Trung ương Thành phố Hồ Chí Minh theo quyết định 700/QĐ-RHMTW ngày 08/09/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu ghi nhận 22 ca LSS và 11 ca USSX, không có trường hợp nào thuộc nhóm loạn sản xương – xê măng, u xê măng khổng lồ có tính gia đình và u xương sụn.

Tỉ lệ nữ:nam ở 2 nhóm LSS và USSX lần lượt khoảng 2:1 và 3:1. Tuổi khởi phát trung bình của nhóm LSS là $17,2 \pm 8,1$ tuổi (7-39 tuổi), thấp hơn tuổi khởi phát của nhóm u sợi sinh xương là $25,3 \pm 12,3$ tuổi (4-47 tuổi).

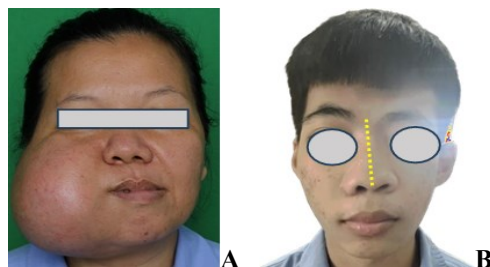
Sưng mặt là lý do đến khám phổ biến nhất với 19/22 (86,4%) bệnh nhân LSS và 10/11 (90,9%) bệnh nhân USSX. Chỉ có 2 bệnh nhân LSS (chiếm 9,1%) và 1 bệnh nhân USSX (chiếm 9,1%) đến khám vì đau, 1 trường hợp LSS đến khám với lý do nghẹt mũi (chiếm 4,6%).

Đặc điểm lâm sàng mẫu nghiên cứu. Các đặc điểm lâm sàng của 2 nhóm LSS và USSX được mô tả trong Bảng 1. Một số hình ảnh minh họa cho đặc điểm lâm sàng được thể hiện ở Hình 1.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng mẫu nghiên cứu

	Tổng (n=33)	LSS (n=22)	USSX (n=11)	p
Sưng				
Không	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,999 ^a
Có	33 (100)	22 (100)	11 (100)	
Đau				
Không đau	27(81,8)	19 (86,4)	8 (72,7)	0,375 ^a
Đau	6 (18,2)	3 (13,6)	3 (27,3)	
Di lệch răng				
Không	28(84,8)	18 (81,8)	9 (81,8)	0,999 ^a
Có	5 (15,2)	4 (18,2)	2 (18,2)	
Dị cảm				
Không	31(93,9)	20 (90,9)	11 (100)	0,542 ^a
Có	2 (6,1)	2 (9,1)	0 (0)	
Di lệch mũi				
Không	20(60,6)	10 (45,5)	10 (90,9)	0,022 ^a
Có	13(39,4)	12 (54,5)	1 (9,1)	

^aPhép kiểm chính xác Fisher



Hình 1. (A) Bệnh nhân USSX có biến dạng mặt nhiều; (B) Di lệch mũi ở bệnh nhân LSS

Đặc điểm X-quang mẫu nghiên cứu. Đặc điểm X-quang của các bệnh nhân được khảo sát dựa trên CT-Scans và/hoặc phim toàn cảnh được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm X-quang mẫu nghiên cứu

	Tổng (n=33)	LSS (n=22)	USSX (n=11)	p
Vị trí				
Hàm trên	20(60,6)	16 (72,7)	4 (36,4)	0,072 ^a
Hàm dưới	10(30,3)	4 (18,2)	6 (54,5)	
Cả hàm trên và hàm dưới	3 (9,1)	2 (9,1)	1 (9,1)	
Có tổn thương ngoài xương hàm				
Không	17(51,5)	6 (27,3)	11 (100)	<0,001 ^a
Có	16(48,5)	16 (72,7)	0 (0)	
Đậm độ				
Thấu quang xen lẫn cản quang	25 (75,8)	14 (63,6)	11 (100)	0,031 ^a
Cản quang	8 (24,2)	8 (36,4)	0 (0)	
Dạng cản quang				
Dạng kính mờ	14 (42,4)	14(63,6)	0 (0)	<0,001 ^a
Dạng vỏ cam	5 (15,2)	2 (9,1)	3 (27,3)	
Dạng bông gòn	1 (3,0)	1 (4,5)	0 (0)	
Không xác định	13 (39,4)	5 (22,7)	8 (72,7)	
Giới hạn				
Không rõ	20(60,6)	18 (81,8)	2 (18,2)	<0,001 ^a
Rõ	13(39,4)	4 (18,2)	9 (81,8)	
Viên thấu quang				
Không	28(84,8)	22 (100)	6 (54,5)	<0,001 ^a
Có	5 (15,2)	0 (0)	5 (45,5)	
Phòng xương				
Không	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0,999 ^a
Có	33(100)	22(100)	11(100)	
Di lệch răng trên X-quang				
Không	29(87,9)	20(90,9)	9 (81,8)	0,586 ^a
Có	4 (12,1)	2 (9,1)	2 (18,2)	

Tiêu ngót chân Răng				
Không	30(90,9)	20 (90,9)	10 (90,9)	0,999 ^a
Có	3 (9,1)	2 (9,1)	1 (9,1)	
Mất phiến cứng				
Không	19(57,6)	10 (45,5)	9 (81,8)	0,067 ^a
Có	14(42,4)	12 (54,5)	2 (18,2)	
Phản ứng màng Xương				
Không	30(90,9)	20 (90,9)	10 (90,9)	0,999 ^a
Có	3 (9,1)	2 (9,1)	1 (9,1)	

^aPhép kiểm chính xác Fisher

Hình 2. Tốn thương dạng kính mở trong 1 trường hợp LSS xương hàm dưới trái



Hình 3. Tốn thương thấu quang xen lẫn cản quang, giới hạn rõ, có đường viền thấu quang bao quanh ở một trường hợp USSX xương hàm dưới bên trái

Đặc điểm mô bệnh học. Nghiên cứu này đã khảo sát các đặc điểm mô bệnh học của các tổn thương xương-sợi ở xương hàm trên các tiêu bản nhuộm hematoxylin-eosin (HE) (Bảng 3).

Bảng 3. Đặc điểm mô bệnh học

	Tổng (n=33)	LSS (n=22)	USSX (n=11)	p
Viền nguyên bào xương				
Không	16(48,5)	16(72,7)	0 (0)	<0,001 ^a
Có	17(51,5)	6 (27,3)	11(100)	
Mô đệm sợi				
Ít tế bào	17(51,5)	17 (77,3)	0 (0)	<0,001 ^a
Nhiều tế bào	16 (48,5)	5 (22,7)	11 (100)	
Khoảng trống quanh bề xương				
Không	10(84,8)	3 (13,6)	7(63,6)	0,006 ^a
Có	23(15,2)	19(86,4)	4(36,4)	
Dạng bề xương				
Xương non	17(51,5)	15(68,2)	2(18,2)	0,001 ^a
Xương trưởng thành	12(36,2)	3 (13,6)	0 (0)	
Hỗn hợp	4 (12,1)	4 (18,2)	9 (81,8)	

^aPhép kiểm chính xác Fisher

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu này gồm 22 bệnh nhân LSS và 11 bệnh nhân USSX, không ghi nhận trường hợp nào thuộc 2 bệnh lý hiếm gặp là u xê măng khổng lồ có tính gia đình và u xương sụn. Loạn sản xương – xê măng thường được chẩn đoán dựa trên lâm sàng và X-quang, thường chỉ cần theo dõi và không cần điều trị phẫu thuật, vì vậy nghiên cứu của chúng tôi cũng không ghi nhận trường hợp nào.

Về giới tính, nhóm LSS có tỉ lệ nữ:nam khoảng 2:1, tỉ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Davidova và cộng sự² (2019). Đối với USSX, nghiên cứu ghi nhận số bệnh nhân nữ chiếm ưu thế (tỉ lệ nữ:nam=2,7:1), phù hợp với ý văn hiện nay.⁴

Nghiên cứu ghi nhận độ tuổi khởi phát của nhóm LSS dao động trong khoảng 7-39 tuổi, trung bình là 17,2±8,1 tuổi, cao hơn độ tuổi khởi phát trung bình trong nghiên cứu của Shi và cộng sự⁷ (2013) là 12,1±6,9 tuổi. Độ tuổi khởi phát được xác định bằng cách hỏi bệnh nhân lúc phát hiện triệu chứng đầu tiên (thường là sưng mặt), do tổn thương thường phát triển chậm nên bệnh nhân có thể khó phát hiện khi tổn thương chưa gây ra sự bất cân xứng đáng kể, nhất là những tổn thương ở xương hàm. Nghiên cứu ghi nhận tuổi khởi phát trung bình của nhóm USSX là 25,3±12,3 tuổi với khoảng tuổi từ 4-47 tuổi, phù hợp với ghi nhận trong ý văn là bệnh lý này có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi. Kết quả của chúng tôi cũng khá tương đồng với kết quả nghiên cứu của Shi và cộng sự⁷ (2013) với độ tuổi khởi phát trung bình là 23,7±14,9 tuổi với phạm vi từ 1-47 tuổi.

Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu này, tất cả các bệnh nhân thuộc 2 nhóm đều có triệu chứng sưng mặt, phù hợp với ghi nhận trong ý văn đây là triệu chứng thường gặp nhất trong cả 2 bệnh lý. Chỉ 3/22 (chiếm 13,3%) trường hợp LSS có đau trong nghiên cứu này. Nhìn chung tỉ lệ cũng như mức độ đau của LSS ở xương sọ mặt thấp hơn các vị trí khác và có thể được giải thích do xương sọ mặt là xương không chịu lực. Dị cảm ít gặp ở cả 2 nhóm LSS và USSX trong nghiên cứu này với tỉ lệ <10%. Tuy nhiên cần lưu ý rằng, các bệnh nhân có dấu chứng này đều từng có phẫu thuật ở vùng hiện diện tổn thương và dị cảm chỉ xuất hiện từ sau phẫu thuật nên có thể không phải là ảnh hưởng thật sự của bệnh lý gây ra. Dị lệch răng là dấu chứng ít gặp ở cả 2 nhóm. Trong nghiên cứu này, ghi nhận có sự khác biệt về dấu chứng dị lệch mũi ở LSS và USSX, cụ thể dấu chứng này thường gặp hơn ở các bệnh nhân LSS. Tuy nhiên cũng cần lưu ý yếu tố này có thể bị nhiễu do vị trí của LSS

thường ở xương hàm trên kết hợp với các xương sọ mặt khác. Vì vậy, trong tương lai, cần có nhiều nghiên cứu hơn đánh giá về dấu chứng này cũng như phương án khắc phục cho bệnh nhân như phẫu thuật tạo hình mũi.

Đặc điểm X-quang. Kết quả nghiên cứu cho thấy tổn thương LSS thường xảy ra ở xương hàm trên, trong khi USSX thường xảy ra ở xương hàm dưới, tương tự như nghiên cứu của Shi và cộng sự⁷ (2013) và nghiên cứu của Collins và cộng sự (2023).¹

Nghiên cứu này ghi nhận có 70% các trường hợp LSS có tổn thương ngoài xương hàm. Các trường hợp này đều có tổn thương ở xương hàm trên và vị trí tổn thương ngoài xương hàm là các xương ở vùng sọ mặt như xương gò má (15/16 trường hợp), 1 trường hợp xảy ra ở xương gò má, xương sọ; không có trường hợp nào có tổn thương ở các xương dài. Y văn cũng ghi nhận tổn thương ở xương hàm trên có thể lan đến các cấu trúc khác ở vùng sọ mặt như xương bướm, xương gò má, ổ mắt, xoang cận mũi. Lee³ (2012) cũng ghi nhận phức hợp hàm trên – gò má là vị trí phổ biến nhất trong LSS thể một xương. Nghiên cứu này không ghi nhận trường hợp USSX nào xảy ra ngoài xương hàm, phù hợp với ghi nhận trong y văn là tổn thương này xảy ra ở vùng cổ răng do có nguồn gốc từ dây chằng nha chu. (Nghiên cứu này không bao gồm USSX không do răng như thể bẹ và thể cát).

Đặc điểm X-quang của LSS bao gồm dạng kính mờ, giới hạn không rõ, và không có viền thấu quang, phù hợp với ghi nhận trong y văn.^{4,8} Ngược lại, USSX thường có dạng thấu quang xen lẫn cản quang, giới hạn rõ, và có viền thấu quang, tương tự như nghiên cứu của Prabhu và cộng sự (2013).

Phòng xương là dấu chứng thường gặp trên X-quang của cả LSS và USSX, phù hợp với ghi nhận trong y văn.^{4,8} Tiêu ngót chân răng và mất phiến cứng ít gặp ở cả 2 nhóm LSS và USSX.

Kết quả của nghiên cứu này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đó, củng cố thêm giá trị của việc sử dụng X-quang để chẩn đoán và phân biệt hai loại bệnh lý này.

Đặc điểm mô bệnh học. Nghiên cứu ghi nhận 90% các trường hợp USSX có viền nguyên bào xương trong khi chỉ có 27,3% các trường hợp LSS có đặc điểm này. Kết quả của nghiên cứu này tương tự với kết quả của Davidova và cộng sự (2020).² Do đó, có viền nguyên bào xương vẫn là một đặc điểm mô bệnh học quan trọng để phân biệt LSS và USSX, tuy nhiên cần phải kết hợp thêm nhiều yếu tố khác do viền nguyên bào xương vẫn có thể xuất hiện ở LSS

dù tỉ lệ thấp hơn ở USSX.

Về dạng bề xương, dạng bề xương non là đặc điểm thường gặp trong LSS, trong khi USSX thường có dạng hỗn hợp giữa xương non và xương trưởng thành. Nghiên cứu của Davidova và cộng sự² (2020) cũng ghi nhận khoảng 52,5% các trường hợp LSS có dạng bề xương non.

Mô đệm sợi trong LSS thường có ít tế bào, trong khi USSX thường có mô đệm sợi giàu tế bào, phù hợp với ghi nhận trong y văn hiện nay.⁸

Nghiên cứu này ghi nhận 86,4% các trường hợp LSS và chỉ 36,4% trường hợp USSX có khoảng trống quanh bề xương. Nghiên cứu của Soyele và cộng sự⁵ (2018) cho rằng đây có thể do hiện tượng co rút khi thực hiện khử khoáng mẫu bệnh phẩm khi có 16/24 bệnh nhân LSS và 22/40 bệnh nhân USSX có đặc điểm này. Do đó, chúng tôi cho rằng đây không phải là một đặc trưng để phân biệt giữa hai nhóm bệnh lý này do khó loại trừ được yếu tố gây nhiễu cũng như cần nhiều nghiên cứu hơn để có thể đưa đến kết luận.

Chất dạng xê măng là một đặc trưng của USSX, trong khi LSS thường không có đặc điểm này. Nghiên cứu của Ojo và cộng sự⁶ (2014) ghi nhận khoảng 64,3% các trường hợp USSX có chất dạng xê măng. Vì vậy, xuất hiện chất dạng xê măng trên tiêu bản HE gợi ý nhiều đến u sợi sinh xương khi cần phân biệt giữa u sợi sinh xương và loạn sản sợi.

V. KẾT LUẬN

Cần kết hợp các đặc điểm lâm sàng, X-quang và mô bệnh học để có thể đưa ra chẩn đoán chính xác các thể lâm sàng cũng như nâng cao hiệu quả điều trị các tổn thương xương – sợi ở xương hàm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Collins LHC, Zeghalie NFT, Sassoon I, Speight PM. A Clinical, Radiological and Histopathological Review of 74 Ossifying Fibromas. *Head Neck Pathol.* 2023;17(2):433-446. doi:10.1007/s12105-022-01522-w
2. Davidova LA, Bhattacharyya I, Islam MN, Cohen DM, Fitzpatrick SG. An Analysis of Clinical and Histopathologic Features of Fibrous Dysplasia of the Jaws: A Series of 40 Cases and Review of Literature. *Head Neck Pathol.* 2019;14(2):353-361. doi:10.1007/s12105-019-01039-9
3. Lee J, FitzGibbon E, Chen Y, et al. Clinical guidelines for the management of craniofacial fibrous dysplasia. *Orphanet J Rare Dis.* 2012;7(1):S2. doi:10.1186/1750-1172-7-S1-S2
4. Neville BW, Damm DD, Allen CM, Chi AC. *Oral and Maxillofacial Pathology.* Elsevier Health Sciences; 2015.
5. Soyele O. Patterns of fibro-osseous lesions of the oral and maxillofacial region seen in a tertiary hospital at ile-ife, nigeria. Published online

- November 30, 2018.
6. **Ojo MA, Omoregie OF, Altini M, Coleman H.** A clinico-pathologic review of 56 cases of ossifying fibroma of the jaws with emphasis on the histomorphologic variations. *Niger J Clin Pract.* 2014;17(5):619-623. doi:10.4103/1119-3077.141429
 7. **Shi RR, Li XF, Zhang R, Chen Y, Li TJ.** GNAS mutational analysis in differentiating fibrous dysplasia and ossifying fibroma of the jaw. *Mod Pathol.* 2013;26(8):1023-1031. doi:10.1038/modpathol.2013.31
 8. **Wright JM, Vered M.** Update from the 4th Edition of the World Health Organization Classification of Head and Neck Tumours: Odontogenic and Maxillofacial Bone Tumors. *Head Neck Pathol.* 2017;11(1):68-77. doi:10.1007/s12105-017-0794-1

KẾT QUẢ DÀI HẠN PHẪU THUẬT BÓC NỘI MẠC CÓ DÙNG MIẾNG VÁ MẠCH MÁU ĐIỀU TRỊ TẮC ĐỘNG MẠCH CẢNH

Lê Đức Tín¹, Phan Quốc Cường¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Hiện vẫn còn ít công trình nghiên cứu về kết quả dài hạn phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch máu điều trị hẹp động mạch cảnh trong. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả dài hạn phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch máu điều trị hẹp động mạch cảnh trong. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca, từ 01/03/2012 đến 30/12/2023, tại khoa Phẫu thuật Mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Trong thời gian từ năm 2012 đến 2023, chúng tôi đã thực hiện 46 ca phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch máu được theo dõi dài hạn. Tuổi trung bình là 69,6 ± (58 – 82). Tỷ lệ nam/ nữ là 6,7/1. Có 87% bệnh nhân có triệu chứng hẹp động mạch cảnh lúc nhập viện. Đa phần bệnh nhân được gây mê toàn thân (89,1%), đặt shunt động mạch cảnh (91,3%) trong phẫu thuật. Tất cả các bệnh nhân đều được dùng miếng vá mạch máu bằng vật liệu màng tim bò. Thời gian theo dõi dài hạn trung bình là 59 ± 9,8 tháng. Có 1 trường hợp (2,2%) tái hẹp động mạch cảnh, không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng nhồi máu cơ tim (NMCT), tai biến mạch máu não (TBMMN), tử vong trong thời gian theo dõi dài hạn. **Kết luận:** phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch máu là phương pháp an toàn và hiệu quả, cho kết quả dài hạn khả quan trong điều trị hẹp động mạch cảnh trong. **Từ khóa:** bóc nội mạc động mạch cảnh, yếu tố nguy cơ cao.

SUMMARY

LONG-TERM OUTCOMES OF ENDARTERECTOMY USING VASCULAR PATCH TO TREAT CAROTID ARTERY STENOSIS

Background: There are still few studies on the long-term outcome of endarterectomy using vascular patch to treat carotid artery stenosis. **Objective:** Evaluation of long-term outcome of carotid endarterectomy using vascular patch to treat carotid

artery stenosis. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive case series was conducted from March 1, 2012 to December 30, 2023 at the Vascular Surgery Department of Cho Ray Hospital. **Results:** During the period from 2012 to 2023, we performed 46 cases of endarterectomy with vascular patch with long-term follow-up. The mean age was 69.6 (58-82). The male/female ratio was 6.7/1. 87% of patients had symptoms of carotid artery stenosis at admission. Most patients received general anesthesia (89.1%) and carotid artery shunt (91.3%) during surgery. All patients received vascular patches made of bovine pericardial material. The mean long-term follow-up time was 46 ± 9.8 months. There was 1 case (2.2%) of carotid artery restenosis, no cases of myocardial infarction (MI), cerebrovascular accident (CVA), or death were recorded during long-term follow-up. **Conclusion:** Treatment of carotid artery stenosis by endarterectomy in a group of patients with high-risk factors has good mid-term results and should be considered in experienced centers.

Keywords: carotid endarterectomy, vascular.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là nguyên nhân gây tử vong và tàn phế đứng hàng thứ hai trên toàn thế giới, trong đó nhồi máu não chiếm 87%. Hẹp động mạch cảnh trong đoạn ngoài sọ do xơ vữa mạch máu là nguyên nhân phổ biến ở những bệnh nhân lớn tuổi, chiếm 18% - 25% các trường hợp nhồi máu não.¹ Phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh (Carotid endarterectomy CEA) được thực hiện đầu tiên vào năm 1950 bởi De Bakey, cho đến nay CEA vẫn giữ vai trò quan trọng trong phòng ngừa tai biến mạch máu não, đã được chứng minh từ nhiều năm trên thế giới đây là phương pháp điều trị an toàn, hiệu quả. Có 2 kỹ thuật để phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh: kỹ thuật cổ điển (Conventional – CEA), được thực hiện bằng cách bóc động mạch cảnh trong lấy màng xơ vữa, sau đó động mạch cảnh được khâu lại trực tiếp hoặc phục hồi bằng miếng vá mạch máu; kỹ thuật lộn ngược nội mạc (Eversion – CEA) được

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Tín

Email: dr.ductin@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 22.01.2025

thực hiện bằng cách cắt ngang động mạch cảnh trong tại gốc và lộn ngược nội mạc để lấy mảng xơ vữa. Trong đó, kỹ thuật cổ điển thích hợp với các trường hợp thương tổn mảng xơ vữa kéo dài và dễ dàng thao tác đặt shunt tạm khi cần. Việc dùng miếng vá mạch máu cho thấy giảm tỷ lệ tái biến mạch máu não, tử vong chu phẫu cũng như tái hẹp sau phẫu thuật.^{2,3} Tại khoa Phẫu thuật Mạch Máu bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi đã phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch điều trị hẹp động mạch cảnh trong. Hiện vẫn còn ít công trình nghiên cứu về kết quả dài hạn phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch máu điều trị hẹp động mạch cảnh trong; do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: đánh giá kết quả dài hạn phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch máu điều trị hẹp động mạch cảnh trong.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân có hẹp động mạch cảnh trong được phẫu thuật bóc nội mạc tại khoa Phẫu thuật mạch máu, Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/03/2012 đến 30/12/2023.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân được phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch máu điều trị hẹp động mạch cảnh trong.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hẹp động mạch cảnh trong không do nguyên nhân xơ vữa mạch máu. Hồ sơ không đủ dữ liệu nghiên cứu.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu các trường hợp phù hợp với tiêu chuẩn chọn mẫu.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả hàng loạt ca được tiến hành tại Khoa Phẫu thuật Mạch Máu, Bệnh viện Chợ Rẫy. Sử dụng bệnh án của bệnh viện, thu thập các dữ liệu về lâm sàng, cận lâm sàng, phương pháp phẫu thuật, giải phẫu bệnh lý, các thông tin về điều trị và theo dõi từ lúc bệnh nhân nhập viện để phẫu thuật cho đến khi bệnh nhân xuất viện. Liên lạc với thân nhân và bệnh nhân qua điện thoại để thu thập số liệu sau khi tái khám.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dịch tễ nhóm nghiên cứu: Trong thời gian từ 01/03/2012 đến 30/12/2023, chúng tôi đã thực hiện bóc nội mạc động mạch cảnh trong có dùng miếng vá mạch máu cho 46 trường hợp trong đó 40 bệnh nhân là nam giới, tỷ lệ nam/ nữ là 6,7/1. Tuổi trung bình: 68,6 ± 8,3 tuổi, trong đó nhỏ nhất là 59 tuổi và lớn nhất là 80 tuổi.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ %
-------------------	--------------------	---------

Hẹp động mạch cảnh có triệu chứng	37	80,4
Tiền sử bệnh lý mạch máu não	35	76,1
Bệnh mạch vành	9	19,6
Bệnh mạch máu ngoại biên	6	13
Tăng huyết áp	38	82,6
Đái tháo đường	10	21,7
Hút thuốc lá	25	54,3
Rối loạn chuyển hoá lipid máu	21	45,7

Tổn thương trên hình ảnh học: Trong 46 trường hợp trong nghiên cứu, tất cả đều được siêu âm Doppler và chụp CTA động mạch cảnh.

Bảng 2: Mức độ hẹp động mạch cảnh bên phẫu thuật

Mức độ hẹp động mạch cảnh Cận lâm sàng	Trung bình (50% - <70%)	Nặng (70% - 99%)	Giá trị p
Siêu âm n (%)	10(21,7%)	36 (78,3%)	1*
CTA n (%)	11 (23,9%)	35 (76,1%)	

(*) Kiểm định chính xác Fisher

Đa phần bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi bị hẹp nặng động mạch cảnh bên phẫu thuật trên siêu âm và CTA. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ hẹp động mạch cảnh trong giữa CTA và siêu âm doppler.

Đặc điểm trong phẫu thuật: Đa phần bệnh nhân được gây mê toàn thân (89,1%), đặt shunt động mạch cảnh (91,3%) trong phẫu thuật, 100% bệnh nhân trong nghiên cứu được phục hồi mạch máu bằng miếng vá màng tim bò.

Bảng 3: Đặc điểm trong phẫu thuật

Đặc điểm	N (%)
Vị trí phẫu thuật: bên phải	22 (47,8%)
Gây mê toàn thân	41 (89,1%)
Gây tê tại chỗ	5 (10,9%)
Shunt động mạch cảnh	42 (91,3%)
Thời gian kẹp ĐMC trung bình (phút)	17,27± 3,15
Thời gian phẫu thuật trung bình (phút)	116,13± 10,76
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	3,1±1,5

Kết quả sớm: Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 3,1± 1,5 ngày ; có 1 trường hợp TBMMN trong thời gian hậu phẫu, chiếm tỷ lệ 2,2%, không ghi nhận trường hợp nào có chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, tổn thương các dây thần kinh sọ, NMCT hay tử vong.

Kết quả dài hạn: Thời gian theo dõi lâu nhất là 71 tháng, ngắn nhất là 48 tháng. Thời gian theo dõi trung bình là $59 \pm 9,8$ tháng. Các trường hợp theo dõi được đánh giá bằng siêu âm động mạch cảnh, ghi nhận: 39 trường hợp (84,8%) không thấy hẹp lại động mạch cảnh, 6 trường hợp (13%) có hẹp dưới 50% động mạch cảnh cùng bên phẫu thuật và 1 trường hợp (2,2%) tái hẹp động mạch cảnh, hẹp 60% cùng bên phẫu thuật trước đó; không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng NMCT, TBMMN, tử vong trong thời gian theo dõi dài hạn.

Bảng 4. Kết quả theo dõi dài hạn

Đặc điểm	N= 46	Tỷ lệ (%)
Không hẹp ĐMC bên phẫu thuật	39	84,8
Hẹp ĐMC bên phẫu thuật < 50%	6	13
Hẹp ĐMC bên phẫu thuật $\geq$ 50%	1	2,2
TBMMN	0	0
NMCT	0	0
Tử vong	0	0

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có tuổi trung bình là 69,6 tuổi; tỷ lệ nam/nữ: 6,7/1; 87% các bệnh nhân có tiền sử bệnh lý mạch máu não trước đó; các yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỷ lệ cao, trong đó tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất là 82,6%. Điều này cũng tương tự các nghiên cứu khác trong y văn khi hẹp động mạch cảnh trong thường thấy ở bệnh nhân nam giới, lớn tuổi, có tiền sử bệnh lý mạch máu não và yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân chủ yếu là hẹp động mạch cảnh có triệu chứng chiếm tỷ lệ 87%. Như vậy, đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là có triệu chứng và tỷ lệ này trái ngược khi so sánh với các nghiên cứu khác ngoài nước khi mà bệnh nhân không triệu chứng chiếm tỷ lệ chủ yếu trong các nghiên cứu này. Có thể thấy rằng, việc tầm soát bệnh lý hẹp động mạch cảnh cần được quan tâm hơn khi mà các bệnh nhân thường chỉ đến khám khi có triệu chứng lâm sàng.

Siêu âm Doppler là phương pháp chẩn đoán hình ảnh rất có giá trị trong chẩn đoán hẹp động mạch cảnh. Tất cả các trường hợp hẹp động mạch cảnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều được làm siêu âm Doppler động mạch cảnh và động mạch đốt sống. Tuy nhiên độ nhạy và độ chuyên biệt của phương pháp này tùy thuộc rất nhiều vào tay nghề của bác sĩ siêu âm. Ngoài ra siêu âm còn có vai trò rất lớn trong tầm soát

bệnh lý động mạch cảnh trên các đối tượng bệnh nhân nguy cơ cao như: giới nam, trên 50 tuổi, hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu. Chụp cắt lớp điện toán đa lát cắt dựng hình hệ động mạch cảnh (MSCT) là một phương pháp chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn có độ nhạy và độ đặc hiệu cao, cho phép xác định tổn thương động mạch trong sọ, phình động mạch đi kèm hoặc các tổn thương khác của não. Chúng tôi chỉ định chụp cắt lớp điện toán cho tất cả các trường hợp (100%) và chỉ định phẫu thuật dựa trên mức độ hẹp trên MSCT đo theo tiêu chuẩn Bắc Mỹ (NASCET). Đa phần bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi bị hẹp nặng động mạch cảnh bên phẫu thuật trên siêu âm và CTA. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ hẹp động mạch cảnh trong giữa CTA và siêu âm doppler. Những bệnh nhân này cũng được phẫu thuật viên ghi nhận hẹp động mạch cảnh trong mức độ nặng trong phẫu thuật.

Về phương pháp vô cảm để phẫu thuật: trong nghiên cứu của chúng tôi, 89,1% bệnh nhân được gây mê toàn thân, chỉ 10,9% số bệnh nhân được gây tê tại chỗ. Nhìn chung, giữa 2 phương pháp vô cảm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tử vong và biến chứng khi phẫu thuật. Tuy nhiên, đa phần các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch máu nhân tạo có thời gian mổ kéo dài, do đó việc gây mê toàn thân giúp tránh các trường hợp bệnh nhân không hợp tác đồng thời giúp thuận tiện cho việc đặt shunt động mạch cảnh trong phẫu thuật.

Về shunt động mạch cảnh được dùng trong phẫu thuật, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ này chiếm đến 91,3%. Do việc dùng miếng vá mạch máu nhân tạo làm tăng thời gian phẫu thuật do đó việc dùng shunt động mạch cảnh trong phẫu thuật giúp giảm nguy cơ thiếu máu não. Tuy nhiên sử dụng shunt tạm sẽ có nguy cơ gây vi huyết khối làm tăng nguy cơ tai biến mạch máu não. Việc sử dụng shunt tạm thường quy hay có chọn lọc vẫn còn là vấn đề còn bàn cãi. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trong y văn cho thấy sử dụng shunt chọn lọc được đa số phẫu thuật viên chấp nhận.⁴

Có 2 kỹ thuật để phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh: kỹ thuật cổ điển (Conventional – CEA), được thực hiện bằng cách xẻ dọc động mạch cảnh trong lấy mảnh xơ vữa, sau đó động mạch cảnh được khâu lại trực tiếp hoặc bằng miếng vá mạch máu để tránh gây hẹp động mạch; kỹ thuật lộn ngược nội mạc (Eversion – CEA) được thực hiện bằng cách cắt ngang động

mạch cảnh trong tại gốc và lộn ngược nội mạc để lấy màng xơ vữa. Lợi điểm của kỹ thuật lộn ngược nội mạc động cảnh là giúp rút ngắn thời gian phẫu thuật, tránh nguy cơ nhiễm trùng miếng vá nhân tạo, giữ được đặc tính giải phẫu động mạch cảnh. Trong khi đó, phẫu thuật bằng kỹ thuật cổ điển xẻ dọc động mạch thích hợp với các trường hợp thương tổn màng xơ vữa kéo dài và dễ dàng thao tác đặt shunt tạm khi cần. Theo 1 phân tích gộp dựa trên 23 nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng, việc dùng miếng vá mạch máu làm giảm có ý nghĩa tỷ lệ tai biến mạch máu não, tử vong chu phẫu cũng như giảm tỷ lệ tái hẹp sau phẫu thuật so với việc khâu trực tiếp mạch máu.^{2,3} Phân tích của tác giả Paraskevas dựa trên 5 nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng, 20 nghiên cứu quan sát cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ tử vong và biến chứng chu phẫu, tái hẹp khi theo dõi dài hạn giữa kỹ thuật lộn ngược nội mạc và phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh có dùng miếng vá mạch máu, ngoại trừ biến chứng tụ máu vết mổ cho kết quả tốt hơn với kỹ thuật lộn ngược nội mạc.⁵ Theo khuyến cáo của Hội Phẫu Thuật Mạch Máu Châu Âu 2023, việc lựa chọn kỹ thuật phẫu thuật vụ thuộc vào sự lựa chọn của phẫu thuật viên, đặc tính giải phẫu động mạch cảnh.⁶

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 100% bệnh nhân được dùng miếng vá mạch máu bằng màng tim bò. Hiện nay, việc lựa chọn vật liệu dùng làm miếng vá mạch máu vẫn là vấn đề đang còn tranh luận, việc lựa chọn vật liệu làm miếng vá mạch máu phụ thuộc vào lựa chọn của phẫu thuật viên cũng như điều kiện cụ thể từng nơi. Trước đây, miếng má mạch máu bằng tĩnh mạch tự thân thường được sử dụng, tuy nhiên việc dùng tĩnh mạch tự thân cũng đi kèm các bất lợi như nhiễm trùng tại vị trí phẫu tích mạch máu và kéo dài thời gian phẫu thuật. Theo nghiên cứu của tác giả David J. Liesker và cộng sự trên 417 bệnh nhân phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh cho thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ, tai biến mạch máu não, tử vong và tái hẹp giữa miếng vá mạch máu bằng màng tim bò và miếng vá bằng polyester.⁷ Nhìn chung, tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ do miếng vá mạch máu theo các nghiên cứu trên thế giới là 0.2%.⁶

Về kết quả dài hạn, nghiên cứu của chúng tôi có 1 trường hợp (2,2%) tái hẹp động mạch cảnh, không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng nhồi máu cơ tim (NMCT), tai biến mạch máu não (TBMMN), tử vong trong thời gian theo dõi dài hạn. Nghiên cứu của tác giả Toshiyuki Okazaki và cộng sự trên 134 bệnh nhân phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh dùng miếng

vá mạch máu, cho tỷ lệ tái hẹp >50% sau 5 năm và 10 năm lần lượt là 1% và 6,1%, tỷ lệ TBMMN sau 5 năm và 10 năm lần lượt là 2,9% và 6,1%.⁸ Một nghiên cứu khác của tác giả Avgerinos, cho tỷ lệ tái hẹp >50% sau 5 năm và 10 năm lần lượt là 15,4% và 24,3%, tỷ lệ TBMMN sau 5 năm và 10 năm lần lượt là 4,5% và 8,5%.⁹ Trong khi đó, nghiên cứu của tác giả Lamba, tỷ lệ tái hẹp >70% sau 5 năm và 10 năm lần lượt là 2,1% và 3,2%, tỷ lệ TBMMN sau 5 năm và 10 năm lần lượt là 1,6% và 2,1%.¹⁰ Theo nghiên cứu của tác giả Tomas Garzon-Muvdi, các bệnh nhân có rối loạn lipid máu, tuổi cao và tiền sử gia đình có tai biến mạch máu não làm tăng tỷ lệ tái hẹp sau phẫu thuật bóc nội mạc động mạch cảnh. Nhìn chung, nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả khả quan khi so sánh với kết quả từ các nghiên cứu trên thế giới; đồng thời cho thấy phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch máu là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả. Tuy nhiên, số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi ít chỉ 46 trường hợp, nghiên cứu hồi cứu mô tả hàng loạt ca nên giá trị của nghiên cứu không cao, do đó cần nghiên cứu với số lượng bệnh nhân nhiều hơn.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 46 trường hợp, chúng tôi nhận thấy rằng, phẫu thuật bóc nội mạc có dùng miếng vá mạch máu là phương pháp an toàn và hiệu quả, cho kết quả dài hạn khả quan trong điều trị hẹp động mạch cảnh trong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Saini V, Guada L, Yavagal DR.** Global Epidemiology of Stroke and Access to Acute Ischemic Stroke Interventions. *Neurology*. Nov 16 2021;97(20 Suppl 2):S6-s16. doi:10.1212/wnl.00000000000012781
2. **Rerkasem K, Rothwell PM.** Systematic review of randomized controlled trials of patch angioplasty versus primary closure and different types of patch materials during carotid endarterectomy. *Asian J Surg*. Jan 2011;34(1):32-40. doi:10.1016/s1015-9584(11)60016-x
3. **Lazarides MK, Christaina E, Argyriou C, Georgakarakos E, Tripsianis G, Georgiadis GS.** Editor's Choice - Network Meta-Analysis of Carotid Endarterectomy Closure Techniques. *Eur J Vasc Endovasc Surg*. Feb 2021;61(2):181-190. doi:10.1016/j.ejvs.2020.10.009
4. **Aburahma AF, Mousa AY, Stone PA.** Shunting during carotid endarterectomy. *J Vasc Surg*. Nov 2011; 54(5):1502-10. doi:10.1016/j.jvs.2011.06.020
5. **Paraskevas KI, Robertson V, Saratzis AN, Naylor AR.** Editor's Choice - An Updated Systematic Review and Meta-analysis of Outcomes Following Everson vs. Conventional Carotid Endarterectomy in Randomised Controlled

- Trials and Observational Studies. Eur J Vasc Endovasc Surg. Apr 2018;55(4):465-473. doi:10.1016/j.ejvs.2017.12.025
6. **Naylor R, Rantner B, Ancetti S, et al.** Editor's Choice - European Society for Vascular Surgery (ESVS) 2023 Clinical Practice Guidelines on the Management of Atherosclerotic Carotid and Vertebral Artery Disease. Eur J Vasc Endovasc Surg. Jan 2023;65(1):7-111. doi:10.1016/j.ejvs.2022.04.011
 7. **Liesker DJ, Gareb B, Looman RS, et al.** Patch angioplasty during carotid endarterectomy using different materials has similar clinical outcomes. J Vasc Surg. Feb 2023;77(2):559-566.e1. doi:10.1016/j.jvs.2022.09.027
 8. **Okazaki T, Kanematsu Y, Shimada K, et al.** A Single-center Retrospective Study with 5- and 10-year Follow-up of Carotid Endarterectomy with Patch Graft. Neurol Med Chir (Tokyo). Jun 15 2019; 59(6):231-237. doi:10.2176/nmc.2018-0309
 9. **Avgerinos ED, Chaer RA, Naddaf A, El-Shazly OM, Marone L, Makaroun MS.** Primary closure after carotid endarterectomy is not inferior to other closure techniques. J Vasc Surg. Sep 2016;64(3):678-683.e1. doi:10.1016/j.jvs.2016.03.41
 10. **Lamba N, Zenonos GA, Igami Nakassa AC, Du R, Friedlander RM.** Long-Term Outcomes After Carotid Endarterectomy: The Experience of an Average-Volume Surgeon. World Neurosurg. Oct 2018;118:e52-e58. doi:10.1016/j.wneu.2018.06.120

NGHIÊN CỨU HIỆU QUẢ VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA PHẪU THUẬT ĐẶT CATHETER DẪN LƯU KHỐI MÁU TỤ ĐIỀU TRỊ CHẢY MÁU NÃO NGUYÊN PHÁT TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Lê Văn Dẫn*, Nguyễn Thế Anh*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật đặt catheter dẫn lưu khối máu tụ điều trị chảy máu não nguyên phát tại khoa hồi sức tích cực bệnh viện thanh nhàn từ T6/2021 đến T12/2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp trên 35 bệnh nhân được chẩn đoán chảy máu não nguyên phát điều trị tại khoa Hồi sức tích cực Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 6 năm 2021 đến tháng 12 năm 2024, các bệnh nhân được can thiệp đặt catheter dẫn lưu ổ máu tụ kết hợp với thuốc tiêu sợi huyết. **Kết quả:** Nhóm nghiên cứu có 35 bệnh nhân, trong đó có 43% bệnh nhân nam, 57% bệnh nhân nữ, bệnh nhân trong nhóm chủ yếu có tiền sử tăng huyết áp (77%), đái tháo đường (45%), điểm Glasgow (GCS) lúc vào viện chủ yếu: 13- 15 điểm: 45,7%; 5-8: 34,3%. Bệnh nhân không thở máy lúc vào viện: 60%, bệnh nhân được can thiệp sớm dưới 12h chiếm 86%, thể tích khối máu tụ lớn nhất trước điều trị: 98 ± 30.5 , thể tích nhỏ nhất sau điều trị: 8 ± 2.5 . Mức độ hồi phục theo mRS lúc ra viện: 0-3: 31%, 4-6: 69%; 1 tháng: 0-3: 55%, 4-6: 45%; 3 tháng: 0-3: 73%, 4-6: 27%. Trong số 35 bệnh nhân nghiên cứu: 22 bệnh nhân ra viện chiếm 63%, thời gian nằm viện (ngày): 15.68 ± 8.13 . Biến chứng của dẫn lưu ổ máu tụ chủ yếu viêm phổi sau chảy máu não chiếm 28.5%, không có viêm não. **Kết luận:** Áp dụng phẫu thuật dẫn lưu ổ máu tụ qua catheter trong chảy máu não nguyên phát kết hợp tiêu sợi huyết cải thiện đáng kể kết cục thần kinh của bệnh nhân. **Từ khóa:** Chảy máu não nguyên phát, phẫu thuật đặt catheter.

*Bệnh viện Thanh Nhàn

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Dẫn
Email: doctorkeryledan86@gmail.com
Ngày nhận bài: 20.11.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024
Ngày duyệt bài: 23.01.2025

SUMMARY

RESEARCH ON THE EFFECTIVENESS AND SAFETY OF SURGICAL CATHETER PLACEMENT FOR HEMATOMA DRAINAGE IN THE TREATMENT OF PRIMARY CEREBRAL HEMORRHAGE AT THE INTENSIVE CARE DEPARTMENT OF THANH NHAN HOSPITAL

Background: Evaluation of the efficacy and safety of surgical catheter placement for hematoma drainage in the treatment of primary cerebral hemorrhage at the Intensive Care Unit of Thanh Nhan Hospital from June 2021 to December 2024. **Methods:** Descriptive study on 35 patients diagnosed with primary cerebral hemorrhage treated at the Intensive Care Unit of Thanh Nhan Hospital from June 2021 to December 2024, patients were treated with catheter placement to drain the hematoma combined with thrombolysis. **Result:** The study group had 35 patients, of which 43% were male, 57% were female, the patients in the group mainly had a history of hypertension (77%), diabetes (45%), GCS at admission mainly: 13-15 points: 45.7%; 5-8: 34.3%. Patients without mechanical ventilation at admission: 60%, patients who received early intervention within 12 hours accounted for 86%, the largest hematoma volume before treatment: 98 ± 30.5 , the smallest volume after treatment: 8 ± 2.5 . Recovery level according to mRS at discharge: 0-3: 31%, 4-6: 69%; 1 month: 0-3: 55%, 4-6: 45%; 3 months: 0-3: 73%, 4-6: 27%. Of the 35 patients studied: 22 patients were discharged, accounting for 63%, length of hospital stay (days): 15.68 ± 8.13 . Complications of hematoma drainage were mainly posterior inflammation after cerebral hemorrhage, accounting for 28.5%, without encephalitis. **Conclusion:** Applying surgical catheter drainage of hematoma combined with thrombolysis in primary cerebral

hemorrhage significantly improves the patient's neurological outcome. **Key words:** Primary cerebral hemorrhage, surgical catheter placement

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu não là tình trạng khối máu tụ hình thành trong nhu mô não, có hoặc không có chảy vào trong não thất, chảy máu não nguyên phát chiếm 85% chảy máu não nói chung, thường hay gặp trong bệnh cảnh tăng huyết áp[1], [2]. Vị trí chảy máu não hay gặp là trong nhu mô não sâu bao gồm: nhân nền, thân não và tiểu não [2], [3].

Điều trị chảy máu não chia thành hai phương pháp: Nội khoa và phẫu thuật, điều trị nội khoa bao gồm tối ưu hóa tim phổi, kiểm soát huyết áp, giảm áp lực nội sọ, trong đó điều trị phẫu thuật bao gồm: mở sọ, phẫu thuật định vị dẫn lưu ổ máu tụ có thể kèm dẫn lưu não thất...

Khoa HSTC BV Thanh Nhàn đã triển khai phẫu thuật đặt catheter đặt vào 2/3 đường kính khối xuất huyết não, kết hợp với tiêu sợi huyết trong chảy máu não nguyên phát theo nghiên cứu MISTIE (Minimally invasive surgery with thrombolysis in intracerebral haemorrhage evacuation) [6]. Chính vì vậy, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài với mục tiêu: "Đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phẫu thuật đặt catheter dẫn lưu khối máu tụ điều trị chảy máu não nguyên phát tại khoa Hồi sức tích cực bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 6/2021 đến tháng 12/2024".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

a. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Tuổi ≥ 18
- Chẩn đoán chảy máu não nguyên phát, trên lâm
- Thể tích khối máu tụ ≥ 30 .
- GCS: 6-13 điểm.
- CT ít nhất 6h sau CT chẩn đoán, ổn định cục máu đông (Kích thước tăng $< 5\text{cm}^3$)

b. Tiêu chuẩn loại trừ.

- GCS < 5 .
- Dị dạng mạch não, xuất huyết não thất
- Rối loạn đông máu: tiểu cầu < 100 . INR > 1.4
- Thai kỳ
- Đang có chảy máu cơ quan khác

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

a. Thiết kế nghiên cứu

- Nghiên cứu can thiệp không nhóm chứng.
- Cỡ mẫu 35 bệnh nhân.
- Địa điểm: Khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Thanh Nhàn
- Thời gian: 06/2021 – 12/2024

b. Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân được

đưa vào nghiên cứu được tiến hành can thiệp và theo dõi theo 5 bước. Điều trị kết hợp điều trị tối ưu nội khoa và can thiệp đặt catheter vào 2/3 đường kính khối xuất huyết não, dẫn lưu ổ máu tụ kết hợp tiêu sợi huyết theo hướng dẫn đột quy 2015, 2021 và MISTIE.

Các chỉ tiêu nghiên cứu:

- Các thời điểm nghiên cứu: thể tích khối máu tụ lúc nhập viện, sau 1 ngày, 2 ngày, 3 ngày, ra viện.
- Tuổi, giới, tiền sử bệnh, mạch, huyết áp trung bình, thời gian can thiệp (từ khi chảy máu não đến khi được can thiệp dẫn lưu), GCS, GOS(nhập viện, ra viện, 1 tháng, 3 tháng), thời gian thở máy, thời gian nằm viện
- Tỷ lệ tử vong.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Quy trình nghiên cứu được sự đồng ý của lãnh đạo khoa phòng, người nhà bệnh nhân và nghiên cứu mục đích nâng cao sức khỏe cộng đồng, quá trình nghiên cứu không ảnh hưởng đến kết quả điều trị bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung: trong nghiên cứu này có 35 bệnh nhân trong đó có 15 bệnh nhân nam (43%), 20 bệnh nhân nữ (57%)

Bảng 1: Các yếu tố nguy cơ chảy máu não

Yếu tố nguy cơ	N	Tỉ lệ %
Tăng huyết áp	27	77
Đái tháo đường	16	45
Hút thuốc lá	15	42
Dùng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu	0	0
Nghiện rượu	15	42
Có giập	0	0
Bệnh lý gan	0	0
Bệnh lý thận	0	0

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu chủ yếu tiền sử liên quan tăng huyết áp chiếm 77%.

Bảng 2: Đặc điểm triệu chứng nhập viện của nhóm nghiên cứu

Triệu chứng	N	Tỉ lệ %
Đau đầu	19	54
Buồn nôn, nôn	12	34
Hành vi bất thường	7	20
Rối loạn chức năng vận động/cảm giác nửa thân	30	86
Thay đổi trạng thái tâm thần, hôn mê	30	86

Nhận xét: Triệu chứng lâm sàng chủ yếu liên quan đến rối loạn ý thức, liệt nửa người..

3.2. Hiệu quả và tính an toàn của can thiệp trong nhóm nghiên cứu.

Bảng 3. Thời gian khởi phát đột quỵ đến khi can thiệp

Thời gian	N	Tỉ lệ %
Từ khi khởi phát đến lúc nhập viện		
< 6h	24	68.6
6h -< 12h	6	17.1
12h -<24h	5	14.3
Từ khi khởi phát đến lúc đặt dẫn lưu		
< 12h	30	86
12-<24h	3	9
24h-<72h	2	5

Nhận xét: Thời gian can thiệp chủ yếu < 12h từ khởi phát triệu chứng chiếm 86%.

Bảng 4. Thay đổi thể tích khối máu tụ trước và sau can thiệp

	Trước điều trị X±SD	Sau điều trị X±SD
Thể tích lớn nhất (cm ³)	98±30.5	25±10.5
Thể tích nhỏ nhất (cm ³)	30.2±10.3	8±2.5
Thể tích trung bình (cm ³)	50.1±27.6	15.9±20.8

Nhận xét: Có sự thay đổi thể tích khối máu tụ sau can thiệp.

Bảng 5. Mức độ hồi phục chức năng thần kinh theo mRS.

mRS	Điểm	N	%
Vào viện	0-3	8	23
	4-6	27	77
Ra viện	0-3	11	31
	4-6	24	69
1 tháng	0-3	15	55
	4-6	12	45
3 tháng	0-3	19	73
	4-6	7	27

Nhận xét: Bệnh nhân sau 3 tháng còn 26 bệnh nhân, cải thiện rõ mRS 0-3 chiếm 73%.

Bảng 6. Kết quả điều trị

	N	Tỉ lệ %
Ra viện	22	63
Tử vong	1	2.9
Xin về	9	25.7
Chuyển tuyến	3	8.6
Thời gian nằm tại viện (ngày)	15.68±8.13	

Nhận xét: Bệnh nhân ra viện 53%

Bảng 7. Biến chứng nhiễm khuẩn

Vị trí	Nuôi cấy	Kết quả	N	%
Máu	Dương tính		2	7.1
	Âm tính		33	92.9
Phổi	Dương tính		3	8.5
	Âm tính		32	91.5
Dịch não tủy	Dương tính		0	0

Catheter Dẫn lưu	Âm tính	0	0
	Dương tính	0	0
	Âm tính	0	0

Nhận xét: Không thấy nhiễm khuẩn ở dịch não tủy và catheter dẫn lưu

Bảng 8. Biến chứng liên quan đến dẫn lưu ổ máu tụ

Biến chứng	N	Tỉ lệ %
Chảy máu tái phát	2	5.7
Chảy máu xung quanh dẫn lưu	2	5.7
Tắc dẫn lưu	4	11.4
Huyết khối tĩnh mạch sâu	0	0
Loét do tì đè	3	8.6

Nhận xét: Liên quan chủ yếu đến viêm phổi là biến chứng chung của bệnh nhân sau xuất huyết não.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu: 35 bệnh nhân có 15 bệnh nhân nam chiếm 43% và 20 bệnh nhân nữ chiếm 57%, Tỷ lệ giới(nam, nữ) tương đồng với các nghiên cứu về chảy máu não nguyên phát của Krishnamurthi (2013): 46%(nam) [4], thấp hơn Hanley (2017): 68% (nam) [5]. Yếu tố nguy cơ của nhóm nghiên cứu: Tăng huyết áp, tương đồng với nhóm nghiên cứu của Krishnamurthi (2013) [4] và Hanley (2017) [5]. GCS của nhóm nghiên cứu chúng tôi chủ yếu 13-15 điểm: 45.7%, 5-8 điểm: 34.3%, tương đồng nghiên cứu của Hanley (2019) [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian khởi phát đột quỵ đến khi được can thiệp đặt dẫn lưu ổ máu tụ kết hợp với tiêu sợi huyết chủ yếu < 12h chiếm 86%, tương đồng nghiên cứu của Hanley (2019) [6].

Thể tích khối máu tụ trước can thiệp của chúng tôi lớn nhất 98±30.5, nhỏ nhất: 30.2±10.3. Thể tích sau can thiệp, lớn nhất: 25±10.5, nhỏ nhất: 8±2.5. Nghiên cứu của chúng tôi thể tích khối máu tụ lớn nhất nhỏ hơn nghiên cứu của Wendy C Ziai (2019) [7], thể tích nhỏ hơn tương đồng nghiên cứu của Hanley (2019) [6].

Mức độ hồi phục chức năng thần kinh theo mRS sau 3 tháng còn 26 bệnh nhân trong đó chiếm 73% bệnh nhân cải thiện hồi phục thần kinh 0-3 cao hơn nghiên cứu của Wendy C Ziai (2019) chiếm 54% [7]

Tỉ lệ ra viện trong nhóm nghiên cứu có 22 bệnh nhân chiếm 63%, tử vong 1 bệnh nhân, xin về 9 bệnh nhân, chuyển tuyến dưới 3 bệnh nhân. Thời gian nằm viện (ngày) trung bình: 15.68±8.13 tương đồng nhóm nghiên cứu Hanley (2019) [6]

Biến chứng liên quan đến dẫn lưu ổ máu và

tiêu sợi huyết chủ yếu viêm phổi chiếm 28.5%, không có biến chứng viêm não, và catheter dẫn lưu thấp hơn nghiên cứu của Lương Quốc Chính (2017): 11% [8]

V. KẾT LUẬN

Việc nghiên cứu hiệu quả và an toàn của biện pháp dẫn lưu ổ máu tụ kết hợp với tiêu sợi huyết cải thiện kết cục thần kinh của bệnh nhân. Góp phần cải thiện tỉ lệ tử vong, giảm thiểu di chứng tàn phế, giảm gánh nặng cho bệnh nhân, gia đình và xã hội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lovelock CE, Molyneux AJ, Rothwell PM; Oxford Vascular Study. Change in incidence and aetiology of intracerebral haemorrhage in Oxfordshire, UK, between 1981 and 2006: a population-based study. *Lancet Neurol*. 2007; 6: 487–493. doi: 10.1016/S1474-4422(07)70107-2.
2. Cordonnier C, Demchuk A, Ziai W, Anderson CS. Intracerebral haemorrhage: current approaches to acute management. *Lancet*. 2018;392:1257–1268. doi: 10.1016/S0140-6736(18)31878-6.
3. Mendelow AD, Gregson BA, Rowan EN, Murray GD, Gholkar A, Mitchell PM; STICH II Investigators. Early surgery versus initial conservative treatment in patients with spontaneous supratentorial lobar intracerebral haematomas (STICH II): a randomized trial. *Lancet*. 2013;382:397–408. doi: 10.1016/S0140-6736(13)60986-1.
4. Krishnamurthi, RV · Feigin, VL · Forouzanfar, MH · et al (2013). Global and regional burden of first-ever ischemic and haemorrhagic stroke during 1990–2010: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet Glob Health*. 2013; 1:e259–e281.
5. Hanley, D.F. · Lane, K · McBee, N · et al (2017). Thrombolytic removal of intraventricular haemorrhage in treatment of severe stroke: results of the randomized, multicentre, multiregion, placebo-controlled CLEAR III trial. *Lancet*. 2017; 389:603–611.
6. Hanley, Richard E Thompson et al (2019). Efficacy and safety of minimally invasive surgery with thrombolysis in intracerebral haemorrhage evacuation (MISTIE III): a randomized, controlled, open-label, blinded endpoint phase 3 trial. *The Lancet*, p1021–1032.
7. Wendy C Ziai, Nichol McBee et al (2019). A randomized 500-subject open-label phase 3 clinical trial of minimally invasive surgery plus alteplase in intracerebral hemorrhage evacuation (MISTIE III). *Int J Stroke*; 14(5):548–554.
8. Lương Quốc Chính (2017). Nghiên cứu hiệu quả kết hợp dẫn lưu và sử dụng Ateplase não thất trong điều trị chảy máu não thất có giãn não thất cấp, Luận văn tiến sĩ, Đại học y Hà Nội.

TUÂN THỦ DÙNG THUỐC Ở NGƯỜI CAO TUỔI BỊ TĂNG HUYẾT ÁP: TỔNG QUAN HỆ THỐNG VÀ PHÂN TÍCH GỘP

Nguyễn Thị Tố Vân^{1,2}, Nguyễn Thị Kim Ngân²,
Nguyễn Thanh Giang^{1,2}, Nguyễn Thị Thu Thủy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng huyết áp (THA) là vấn đề bệnh lý phổ biến và điều trị THA kịp thời góp phần giảm các biến chứng nguy hiểm. Tuân thủ điều trị thuốc được xem là rào cản lớn để đạt được kiểm soát huyết áp tối ưu ở bệnh nhân cao tuổi. Do đó, nghiên cứu này tiến hành nhằm mục đích cung cấp cái nhìn tổng quan về tỉ lệ tuân thủ dùng thuốc và các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị ở người cao tuổi. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ tuân thủ điều trị và các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị của bệnh nhân THA ở người cao tuổi thông qua tổng quan hệ thống và phân tích gộp. **Phương pháp:** Việc tìm kiếm và tổng hợp tài liệu dựa vào hướng dẫn PRISMA và được tiến hành trên hai cơ sở dữ liệu Pubmed và

Google Scholar. Việc tìm kiếm được thực hiện từ tháng 04/2024, các bài báo được lựa chọn dựa theo các tiêu chí đã được xác định trước và được đánh giá chất lượng trước khi đưa vào phân tích gộp. **Kết quả:** Trong 717 nghiên cứu tìm được có 12 nghiên cứu đáp ứng các tiêu chí và chất đưa vào phân tích hệ thống với 9420 bệnh nhân, nữ giới chiếm (53,41%) ≥ 60 tuổi. Kết quả phân tích cho thấy tỉ lệ tuân thủ chung gộp của các nghiên cứu là 48% (KTC 95%: 33–63%). Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tuân thủ ở thành thị và nông thôn. **Kết luận:** Tỉ lệ tuân thủ điều trị còn khá thấp, điều này đặt ra nhu cầu cấp thiết về các biện pháp can thiệp phù hợp để góp phần cải thiện việc tuân thủ dùng thuốc và ngăn ngừa các biến chứng sức khỏe trong tương lai. **Từ khóa:** Tuân thủ, tăng huyết áp, người cao tuổi

SUMMARY

MEDICATION ADHERENCE IN ELDERLY HYPERTENSION PATIENTS: ASYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

Introduction: Hypertension (HTN) is a prevalent medical condition, and timely treatment of HTN plays

¹Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng TPHCM

²Trung tâm Y tế Quận 5

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: thuyntt1@hiu.vn

Ngày nhận bài: 19.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025

a crucial role in reducing dangerous complications. Medication adherence is considered a significant barrier to achieving optimal blood pressure control in elderly patients. Therefore, this study was conducted to provide an overview of the rate of medication adherence and the factors related to treatment adherence in the elderly. **Objectives:** To determine the rate of treatment adherence and the related factors influencing treatment adherence in elderly hypertensive patients through a systematic review and meta-analysis. **Methods:** A PRISMA-guided search was conducted on two databases Pubmed and Google Scholar. The search was performed from April 2024, and articles were selected based on predetermined criteria and assessed for quality before being included in the meta-analysis. **Results:** Out of 717 studies identified, 12 met the criteria and were included in the systematic review, encompassing 9,420 patients, with females comprising 53.41% aged ≥ 60 years. The meta-analysis showed that the pooled overall adherence rate across the studies was 48% (95% CI: 33-63%). There was significant difference in medication adherence between studies in rural areas and those in urban areas. **Conclusion:** The adherence rate to treatment remains relatively low, highlighting the urgent need for appropriate interventions to help improve medication adherence and prevent future health complications.

Keywords: Adherence, Hypertension, Elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là vấn đề sức khỏe phổ biến trên toàn thế giới và là nguyên nhân gây tử vong, đặc biệt là ở người cao tuổi. THA được mệnh danh là 'kẻ giết người thầm lặng' và là nguyên nhân hàng đầu gây ra các biến chứng tim mạch và mạch máu não, dẫn đến tử vong liên quan bệnh lý tim mạch và tàn tật sau đột quỵ ở nhiều quốc gia với tỉ lệ lên tới 31,1% (1,39 tỷ).¹ Do đó, điều trị THA có vai trò quan trọng trong việc kiểm soát bệnh và ngăn ngừa các biến chứng nguy hiểm. Các nghiên cứu đã chứng minh hiệu quả kiểm soát huyết áp bằng cả phương pháp điều trị không dùng thuốc và dùng thuốc.²

Cách tiếp cận để kiểm soát huyết áp tốt phụ thuộc vào nhiều yếu tố, bao gồm các khía cạnh bệnh lý và dược lý, mức độ tuân thủ điều trị. Tuy nhiên, không dùng thuốc theo toa vẫn được xem là nguyên nhân chính gây ra tình trạng thiếu kiểm soát huyết áp ở nhiều cá nhân và tuân thủ điều trị thuốc là rào cản lớn để đạt được kiểm soát huyết áp tối ưu ở bệnh nhân cao tuổi.³ Bất chấp những nỗ lực của các cơ quan y tế nhằm nâng cao nhận thức và các biện pháp kiểm soát THA, vẫn tồn tại những thách thức trong việc đảm bảo tuân thủ điều trị ở bệnh nhân cao tuổi. Những khó khăn này thường dẫn đến sự không tuân thủ kịp thời hoặc không đúng liều lượng của thuốc, gây ra các biến chứng và tăng nguy cơ

cho sự suy giảm sức khỏe ở người cao tuổi.

Do tầm quan trọng của việc tuân thủ dùng thuốc trong việc kiểm soát huyết áp và ảnh hưởng của các yếu tố khác nhau trong việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân, nghiên cứu này tiến hành nhằm mục đích cung cấp cái nhìn tổng quan, thông qua phương pháp tiếp cận có hệ thống và phân tích gộp về tỉ lệ tuân thủ dùng thuốc và các yếu tố ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị của bệnh nhân THA.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp: Nghiên cứu này được thực hiện theo hướng dẫn PRISMA.⁴ Nghiên cứu đánh giá chất lượng các bài báo theo bảng kiểm STROBE. Tiêu chí chọn vào là tất cả các nghiên cứu về tuân thủ điều trị của bệnh nhân THA ở người cao tuổi từ năm 2019 đến năm 2024, được tìm kiếm cho đến tháng 04/2024. Tiêu chí loại ra là các bài báo không phải là tiếng Việt hoặc tiếng Anh; các bài báo không tiếp cận được toàn văn hoặc không trích xuất được dữ liệu; các bài báo là bài bình luận, trả lời phỏng vấn hoặc bài tóm tắt.

Tìm kiếm dữ liệu và quy trình chọn nghiên cứu: Việc tìm kiếm thực hiện trên hai nguồn dữ liệu là Pubmed và Google Scholar. Chọn lọc nghiên cứu tuân theo quy trình PRISMA.⁴ Chiến lược tìm kiếm gồm các từ khóa được tìm kiếm trên MeSH như sau: Adherence, Hypertension, Elderly, high blood pressure.

Đánh giá chất lượng nghiên cứu: Bảng kiểm STROBE⁵ gồm 22 mục và các hướng dẫn cập nhật được đưa vào đánh giá chất lượng các nghiên cứu. Tổng điểm của mỗi bài báo được phân thành hai nhóm $\geq 70\%$ (nhóm chất lượng cao) và $< 70\%$ (chất lượng thấp).

Trích xuất dữ liệu nghiên cứu: Sau quá trình chọn lọc thỏa tiêu chí chọn vào và loại ra, dữ liệu được trích xuất gồm các thông tin cơ bản của các nghiên cứu (tên tác giả, năm xuất bản, quốc gia, thiết kế nghiên cứu, cỡ mẫu), đặc điểm dân số (tuổi, giới tính, trình độ học vấn, tình trạng hôn nhân, khu vực sinh sống, uống bia rượu, hút thuốc lá, tình trạng sống chung), các công cụ đo lường tuân thủ điều trị và tỉ lệ tuân thủ điều trị.

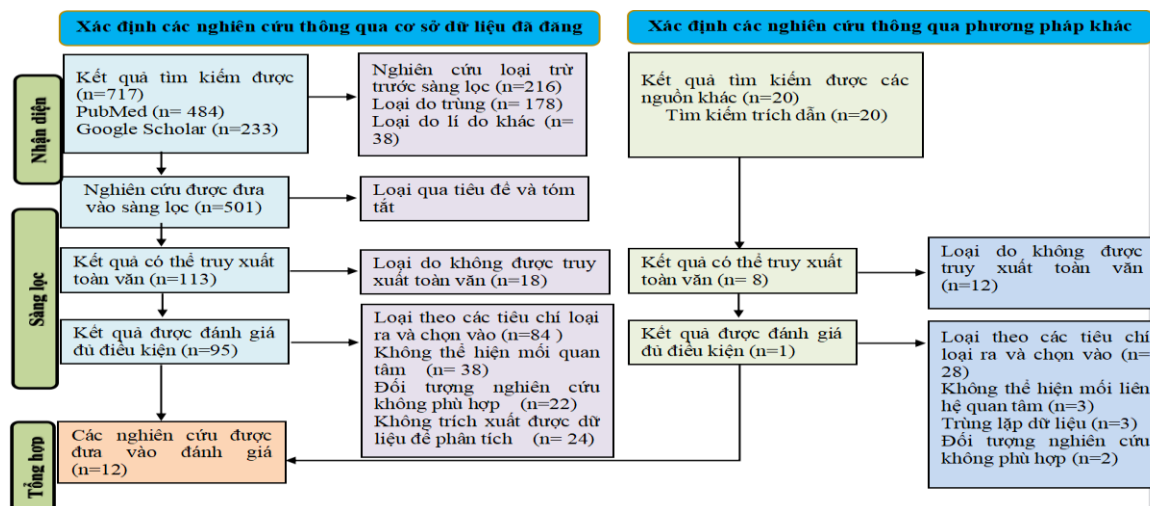
Đạo đức nghiên cứu: Các nghiên cứu đưa vào là những bài báo nghiên cứu khoa học được công bố và lấy dữ liệu từ cơ sở dữ liệu mở, hoàn toàn không ảnh hưởng đến quyền lợi của bất kỳ tổ chức hay cá nhân nào.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm các nghiên cứu và người tham gia. Quy trình chọn lọc theo nghiên cứu

PRISMA (Hình 1) gồm 11 nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn đưa vào (dữ liệu được chọn từ hai nguồn Pubmed và Google Scholar) và 1 nghiên cứu (tìm kiếm từ các tài liệu tham khảo) thỏa các tiêu chí và đánh giá chất lượng được đưa vào tổng quan hệ thống và phân tích gộp. Trong 12 nghiên cứu

lựa chọn để đưa vào phân tích, nhiều nhất là của Việt Nam có 4 nghiên cứu, 2 Trung Quốc, 2 Ấn Độ, 1 Nhật Bản, 1 Pakistan, 1 Lavita và 1 Bồ Đào Nha. Tổng cộng có 9420 đối tượng ≥ 60 tuổi và nữ giới chiếm 53,41%.

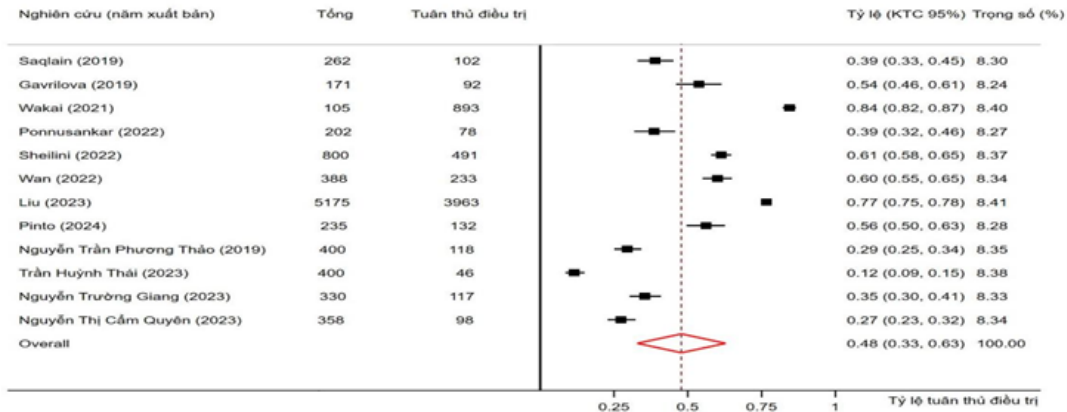


Hình 1. Sơ đồ PRISMA quy trình tìm kiếm tài liệu (2020)

3.2 Công cụ sử dụng trong nghiên cứu tuân thủ điều trị tăng huyết áp ở người cao tuổi. Phần lớn các nghiên cứu sử dụng thang đo Morisky-8 (6 nghiên cứu),⁶ có 3 nghiên cứu sử dụng thang đo Morisky-4,⁷ có 3 nghiên cứu sử dụng bảng câu hỏi tự phát triển.

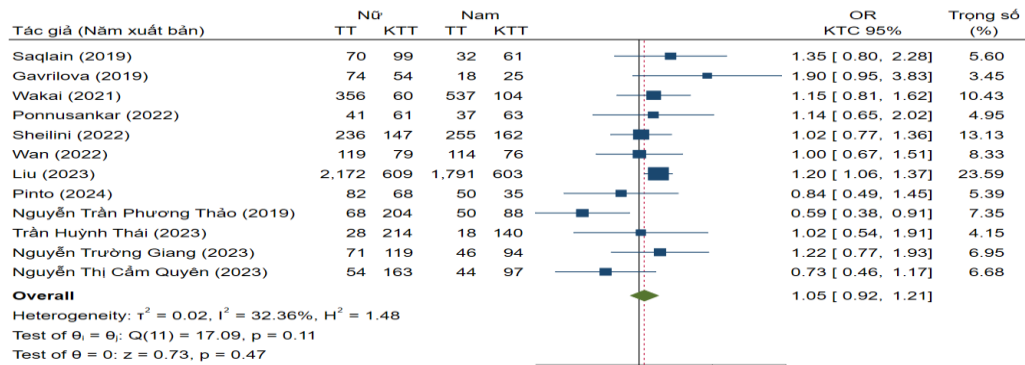
Bảng 1. Đặc điểm các nghiên cứu đưa vào phân tích (n=12)

Tác giả (năm)	Quốc gia	Độ tuổi	Phương pháp nghiên cứu	Đo lường tuân thủ	Cỡ mẫu		
					Cỡ mẫu	Nam	Nữ
Saqlain et al 2019	Pakistan	≥ 65 tuổi	Nghiên cứu mô tả cắt ngang	MMA 4	262	32	70
Gavrilova et al 2019	Lavita	≥ 60 tuổi	Nghiên cứu mô tả cắt ngang	MMAS-8	171	18	74
Wakai et al 2021	Nhật Bản	≥ 60 tuổi	Mô tả cắt ngang hồi cứu hồi cứu	Bảng câu hỏi	1057	537	356
Ponnusankar et al 2022	Ấn Độ	≥ 60 tuổi	Nghiên cứu mô tả quan sát	MMAS-8	202	37	41
Sheilini et al 2022	Ấn Độ	≥ 60 tuổi	Nghiên cứu cắt ngang	MMAS-8	800	255	236
Wan et al 2022	Trung Quốc	≥ 60 tuổi	Nghiên cứu cắt ngang	MMA 4	388	114	119
Liu et al 2023	Trung Quốc	≥ 60 tuổi	Nghiên cứu cắt ngang	Bảng câu hỏi	5175	1791	2172
Pinto et al 2024	Bồ Đào Nha	≥ 60 tuổi	Nghiên cứu cắt ngang phân tích	MMA 4	235		
Nguyễn Trần Phương Thảo 2019	Việt Nam	≥ 60 tuổi	Nghiên cứu cắt ngang	Bảng câu hỏi	400		
Trần Huỳnh Thái et al 2023	Việt Nam	≥ 60 tuổi	Nghiên cứu cắt ngang	MMAS-8	400		
Nguyễn Trường Giang et al 2023	Việt Nam	≥ 60 tuổi	Nghiên cứu mô tả cắt ngang	MMAS-8	330		
Nguyễn Thị Cẩm Quyên et al 2023	Việt Nam	≥ 60 tuổi	Nghiên cứu cắt ngang	MMAS-8	358		



Biểu đồ 1. Biểu đồ rừng thể hiện tỉ lệ gộp tuân thủ điều trị của các nghiên cứu

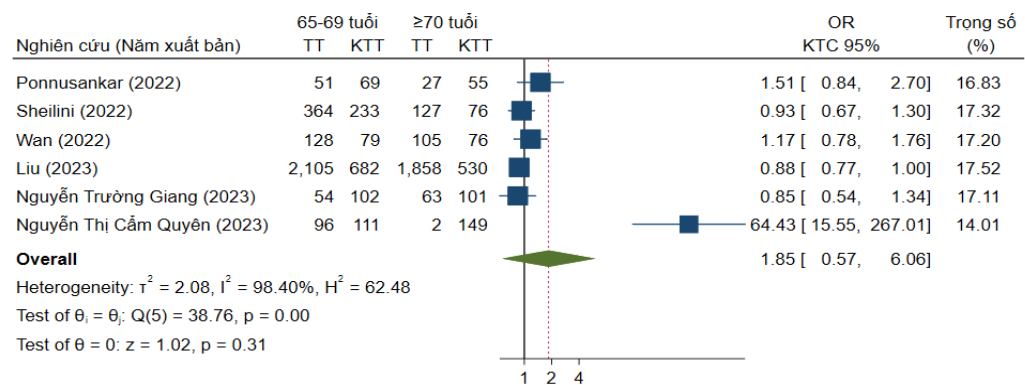
Biểu đồ rừng (Biểu đồ 1) cho thấy tỉ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân THA dựa trên 12 nghiên cứu được chọn là 48% với KTC 95% 33% - 63%. Nghiên cứu có tỉ lệ tuân thủ điều trị cao nhất là 84% của Wakai (2021), nghiên cứu Trần Huỳnh Thái (2023) báo cáo tỉ lệ tuân thủ điều trị thấp nhất là 12%.



Mô hình tác động ngẫu nhiên - Phương pháp nghịch đảo phương sai

Biểu đồ 2. Sự khác biệt về số chênh tuân thủ điều trị ở nữ giới so với nam giới

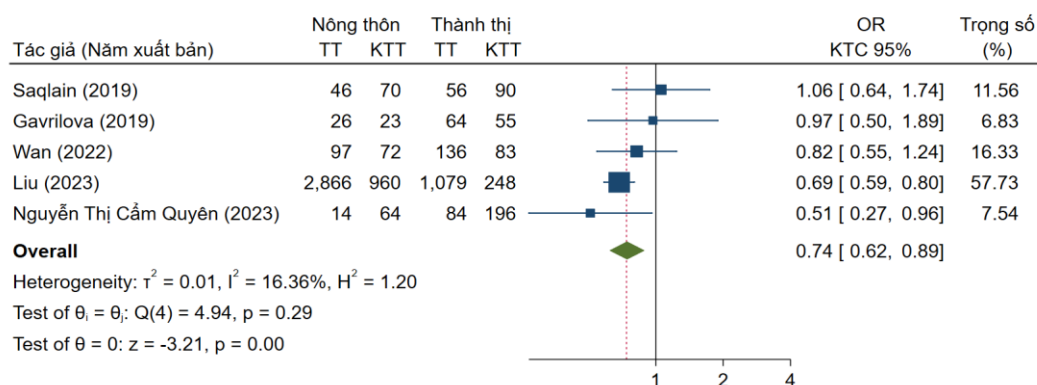
Tổng số 12 nghiên cứu được đưa vào phân tích có báo cáo tuân thủ điều trị theo giới (Biểu đồ 2). Kết quả ghi nhận số chênh tuân thủ điều trị ở nữ gấp 1,05 lần so với nam giới, tuy nhiên kết quả không có ý nghĩa thống kê, với khoảng tin cậy 95% là 0,92 - 1,21.



Mô hình tác động ngẫu nhiên - Phương pháp nghịch đảo phương sai

Biểu đồ 3. Sự khác biệt về số chênh tuân thủ điều trị ở nhóm bệnh nhân độ tuổi 65-69 so với >70

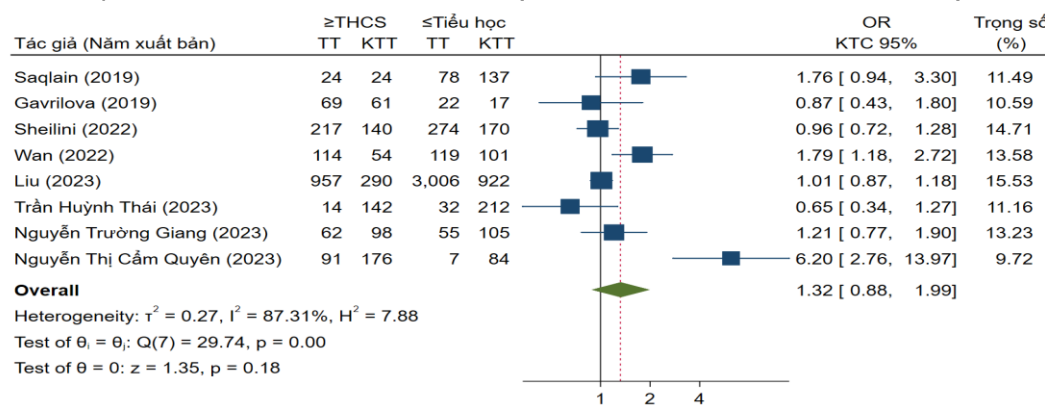
Biểu đồ rừng (Biểu đồ 3) thể hiện kết quả phân tích tổng hợp tuân thủ điều trị bệnh nhân THA theo nhóm tuổi. Kết quả cho thấy số chênh tuân thủ điều trị ở nhóm tuổi 65 - 69 cao gấp 1,85 lần so với nhóm tuổi ≥ 70 , sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với khoảng tin cậy 95% là 0,57 - 6,06).



Mô hình tác động ngẫu nhiên – Phương pháp nghịch đảo phương sai

Biểu đồ 4. Sự khác biệt về số chênh tuân thủ điều trị ở nhóm bệnh nhân sống ở nông thôn so với thành thị

Biểu đồ rừng (Biểu đồ 4) báo cáo tỉ lệ tuân thủ điều trị theo khu vực sinh sống cho thấy có sự khác biệt về tuân thủ điều trị khu vực nông thôn và thành thị, cụ thể nhóm bệnh nhân sống ở nông thôn tuân thủ điều trị thấp hơn so với khu vực thành thị 26% (OR = 0,74 và KTC 95% từ 0,62 - 0,89).



Mô hình tác động ngẫu nhiên – Phương pháp nghịch đảo phương sai

Biểu đồ 5. Sự khác biệt về số chênh tuân thủ điều trị ở nhóm bệnh nhân có trình độ học vấn ≥THCS trở lên với ≤TH trở xuống

Biểu đồ 5 cho kết quả không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuân thủ điều trị giữa hai nhóm trình độ học vấn (OR = 1,32; KTC 95%: 0,88-1,99).

IV. BÀN LUẬN

Đây là nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích gộp đánh giá tình hình tuân thủ điều trị của bệnh nhân cao tuổi THA phân tích và đánh giá từ nhiều nghiên cứu riêng lẻ và dữ liệu y văn trên thế giới về quản lý bệnh nhân cao tuổi THA. Tỉ lệ gộp tuân thủ điều trị của bệnh nhân THA ở người cao tuổi được báo cáo trong kết quả này là 48%, kết quả thấp hơn so với nghiên cứu về phân tích gộp trước đó của Abegar (2017)⁸ được tiến hành trên 12.603 bệnh nhân với tỉ lệ tuân thủ điều trị là 54,8%. Tuy nhiên, kết quả trong nghiên cứu này cao hơn so với nghiên cứu của Nielsen (2017) với tỉ lệ tuân thủ điều trị là 36,65%. Lý giải sự khác biệt này có thể do dân số chọn vào giữa các nghiên cứu

khác nhau. Nghiên cứu này chỉ lựa chọn các nghiên cứu trên người cao tuổi, trong khi nghiên cứu của Abegaz (2017)⁸ bao gồm cả người trẻ và trung niên.

Kết quả phân tích tuân thủ điều trị giữa 2 nhóm nam và nữ cho thấy số chênh tuân thủ điều trị ở nữ cao hơn so với nam giới, tuy nhiên kết quả không có ý nghĩa thống kê. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Özdemir (2021) phân tích gộp về các yếu tố quyết định tuân thủ ở bệnh nhân ≥ 60 tuổi cũng cho thấy rằng giới tính không phải là yếu tố ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị. Phân tích gộp cho thấy không có sự tương quan rõ ràng giữa nhóm tuổi với tuân thủ điều trị thuốc trong dân số người cao tuổi. Kết quả này tương đồng với Macquart

(2019) nghiên cứu các yếu tố liên quan đến việc tuân thủ điều trị kém ở bệnh nhân THA ở 12 quốc gia vùng cận Sahara có thu nhập thấp và trung bình.⁹ Do lối sống đa dạng ở người cao tuổi từ người già khỏe mạnh, độc lập đến người già yếu đuối, phụ thuộc. Điều này dẫn đến sự khác biệt trong cách họ tuân thủ điều trị thuốc. Mức độ hiểu biết, ảnh hưởng các bệnh lý khác, sự hỗ trợ từ gia đình và xã hội ảnh hưởng đến việc tuân thủ điều trị khác nhau giữa các nhóm tuổi.

Số chênh tuân thủ điều trị THA ở người cao tuổi ở khu vực nông thôn thấp hơn so với khu vực thành thị. Özdemir (2021)¹⁰ cũng cho kết quả tương đồng với kết quả hiện tại cho thấy bệnh nhân sống ở khu vực thành thị có tỉ lệ tuân thủ điều trị cao hơn. Lý giải kết quả này có thể do người dân sống ở khu vực thành thị có thể tiếp cận thuận tiện hơn với các cơ sở y tế, nhiều bác sĩ chuyên khoa và dịch vụ hỗ trợ chương trình giáo dục cộng đồng, dễ dàng tiếp cận với thông tin y tế qua bản tin khu phố, bản tin phường, qua internet, sách báo. Họ có xu hướng hiểu rõ hơn về tầm quan trọng của việc tuân thủ điều trị. Điều này giúp bệnh nhân được kiểm tra sức khỏe thường xuyên hơn và nhận được sự tư vấn cần thiết. Khu vực nông thôn, cơ sở y tế thường thưa thớt, thiếu thốn về trang thiết bị và nhân lực y tế. Bệnh nhân có thể phải di chuyển xa để đến bệnh viện hoặc phòng khám, làm giảm sự thuận tiện và khả năng tuân thủ điều trị.

Trình độ học vấn cũng là một trong những yếu tố được xem là có ảnh hưởng đến tuân thủ điều trị, tuy nhiên kết quả cho thấy rằng không có mối liên quan giữa trình độ học vấn và tuân thủ điều trị. Nghiên cứu của Akbar (2021) cũng thể hiện kết quả tương và các kết quả này củng cố thêm kết quả từ phân tích gộp, cho thấy rằng trình độ học vấn không phải là yếu tố quyết định duy nhất ảnh hưởng đến sự tuân thủ điều trị. Từ đó nhận thấy các chương trình can thiệp hướng đến đạt tỉ lệ tuân thủ điều trị cao cần chú trọng cho cả bệnh nhân có trình độ học vấn cao.

V. KẾT LUẬN

Tuân thủ điều trị là chìa khóa quan trọng trong việc kiểm soát bệnh lý tăng huyết áp THA ở người cao tuổi. Báo cáo tổng quan và phân tích gộp cho thấy tỉ lệ tuân thủ điều trị thuốc còn rất thấp. Ngoài sự khác biệt giữa thành thị và nông thôn thì các yếu tố như giới tính, tuổi, và trình độ học vấn không tìm thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với tuân thủ điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Roth GA, Mensah GA, Fuster V.** The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risks: A Compass for Global Action. *Journal of the American College of Cardiology*. Dec 22 2020;76(25):2980-2981. doi:10.1016/j.jacc.2020.11.021
2. **United Nations DoEaSA,** Population Division World Population Ageing 2019: Highlights. 2019 2019:5. doi:https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf
3. **Van Minh H, Van Huy T, Long DPP, Tien HA.** Highlights of the 2022 Vietnamese Society of Hypertension guidelines for the diagnosis and treatment of arterial hypertension: The collaboration of the Vietnamese Society of Hypertension (VSH) task force with the contribution of the Vietnam National Heart Association (VNHA): The collaboration of the Vietnamese Society of Hypertension (VSH) task force with the contribution of the Vietnam National Heart Association (VNHA). *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn)*. Sep 2022;24(9):1121-1138. doi:10.1111/jch.14580
4. **Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, et al.** The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ (Clinical research ed)*. Mar 29 2021;372:n71. doi:10.1136/bmj.n71
5. **von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP.** The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *Journal of clinical epidemiology*. Apr 2008;61(4):344-9. doi:10.1016/j.jclinepi.2007.11.008
6. **Morisky DE, Ang A, Krousel-Wood M, Ward HJ.** Predictive validity of a medication adherence measure in an outpatient setting. *Journal of clinical hypertension (Greenwich, Conn)*. May 2008;10(5):348-54. doi:10.1111/j.1751-7176.2008.07572.x
7. **Morisky DE, Green LW, Levine DM.** Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Medical care*. Jan 1986;24(1):67-74. doi:10.1097/00005650-198601000-00007
8. **Abegaz TM, Shehab A, Gebreyohannes EA, Bhagavathula AS, Elnour AA.** Nonadherence to antihypertensive drugs: A systematic review and meta-analysis. *Medicine*. Jan 2017;96(4):e5641. doi:10.1097/md.00000000000005641
9. **Macquart de Terline D, Kane A, Kramoh KE, et al.** Factors associated with poor adherence to medication among hypertensive patients in twelve low and middle income Sub-Saharan countries. *PloS one*. 2019;14(7):e0219266. doi:10.1371/journal.pone.0219266
10. **Özdemir Aslan E, Cinar F, Aslan F.** Adherence to Anti-hypertensive Treatment in Geriatric Patients: A Systematic Review and Meta-analysis. *Turkiye Klinikleri Cardiovascular Sciences*. 01/01 2021;33:61-70. doi:10.5336/cardiosci.2021-81580.

KẾT QUẢ VI PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TÚI PHÌNH ĐỘNG MẠCH NÃO VỠ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Trần Thiện Khiêm¹, Nguyễn Hữu Tài², Trần Văn Minh³
Nguyễn Duy Linh², Hà Thoại Kỳ²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Vi phẫu thuật túi phình động mạch não là kỹ thuật đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới và các trung tâm phẫu thuật thần kinh lớn tại Việt Nam. Tuy nhiên, kỹ thuật này chỉ mới được chúng tôi triển khai gần đây trong điều kiện hạn chế về trang thiết bị cũng như nhân lực y tế. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu 40 bệnh nhân có túi phình động mạch não vỡ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 04/2022 đến tháng 2/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $58,85 \pm 9,37$ tuổi, tỉ lệ nam/nữ là 1/1, kết cục GOS khi xuất viện kết quả tốt 80%, trung bình 17,5%, chỉ có 2,5% kết quả xấu. **Kết luận:** Vi phẫu thuật điều trị túi phình động mạch não vỡ là phương pháp điều trị hiệu quả, an toàn đã được thực hiện thường quy tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Từ khóa: Phình mạch, vi phẫu thuật, bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

SUMMARY

OUTCOMES OF MICROSURGICAL TREATMENT FOR RUPTURED INTRACRANIAL ANEURYSMS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Introduction: Microsurgical treatment for intracranial aneurysms has been widely adopted worldwide and in major neurosurgical centers in Vietnam. However, this technique has only recently been implemented at our hospital under conditions of limited equipment and medical personnel. **Subjects and Methods:** A retrospective study was conducted on 40 patients with ruptured intracranial aneurysms treated at Can Tho Central General Hospital from April 2022 to February 2024. **Results:** The average age was 58.85 ± 9.37 years, with a male-to-female ratio of 1:1. The Glasgow Outcome Scale (GOS) at discharge showed good outcomes in 80% of cases, moderate outcomes in 17.5%, and poor outcomes in only 2.5%. **Conclusion:** Microsurgical treatment of ruptured cerebral aneurysms is an effective and safe method, routinely performed at Can Tho Central General Hospital. **Keywords:** Aneurysm, microsurgery, Can Tho Central General Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ phình động mạch não là nguyên nhân

hàng đầu gây ra chảy máu dưới nhện với tỉ lệ tử vong và di chứng cao. Điều trị phình động mạch não bao gồm: điều trị phẫu thuật, điều trị can thiệp nội mạch và điều trị nội khoa. Trong đó, phẫu thuật loại bỏ hoàn toàn túi phình động mạch não khỏi vòng tuần hoàn đóng vai trò quan trọng nhằm giải quyết nguyên nhân, tránh biến chứng chảy máu tái phát, đồng thời giải quyết các biến chứng như giãn não thất, khối máu tụ trong não...[1]

Trong điều kiện hạn chế về kỹ thuật và trang thiết bị, phẫu thuật điều trị túi phình động mạch não vỡ là một thách thức với các bác sĩ Ngoại thần kinh. Tuy nhiên, các nghiên cứu hiện nay đều ủng hộ phẫu thuật sớm so với phẫu thuật trì hoãn.[7] Với mong muốn rút ngắn thời điểm phẫu thuật cho bệnh nhân, nâng cao hiệu quả điều trị cũng như giảm chi phí điều trị, chúng tôi đã thực hiện phẫu thuật điều trị túi phình động mạch não vỡ tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ và để đánh giá kết quả của phương pháp điều trị này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kết quả vi phẫu thuật điều trị túi phình động mạch não vỡ tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu:

- Tất cả bệnh nhân chẩn đoán túi phình động mạch não vỡ dựa trên lâm sàng và thông qua các phương tiện chẩn đoán hình ảnh học mạch máu não như chụp CTA, cộng hưởng từ hoặc chụp mạch máu số hóa xóa nền (DSA).
- Bệnh nhân được điều trị vi phẫu thuật tại bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ
- Tuổi từ 18 tuổi trở lên.
- Phân độ Hunt-Hess I đến IV.
- Gia đình bệnh nhân đồng ý tham gia vào nhóm nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Túi phình tuần hoàn sau. Bệnh nhân không được đánh giá kiểm tra sau mổ bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh mạch máu não. Bệnh nhân có tiền sử bệnh lý nội khoa nặng nề gây ảnh hưởng đến kết quả điều trị.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Thời gian nghiên cứu: 04/2022 đến tháng 2/2024.

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thiện Khiêm

Email: thienkhiembvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 23.01.2025