

Về phân bố các tác nhân phân lập được trong dịch hô hấp, vi khuẩn là tác nhân nhiều thứ 2, chiếm 47,9%, tương tự nghiên cứu trước (42,2%).⁴ Phần lớn VK phân lập được là VK thường trú (73,5%). Các tác nhân như *P.jirovecii*, VK, VK lao, vi nấm là đều gây ảnh hưởng đến độ nặng của viêm phổi. Cụ thể, *P.jirovecii* gây viêm phổi nặng hơn các tác nhân khác gấp 5,3 lần (KTC 95%: 2,2 – 12,8), vi khuẩn và vi nấm cũng làm tăng nguy cơ viêm phổi nặng ở bệnh nhân HIV/AIDS tương ứng 3,7 lần (KTC 95%: 1,6 – 8,6) và 24,4 lần (KTC 95%: 3,1 – 193). Ngược lại, VK lao gây viêm phổi nặng thấp hơn 80% so với các tác nhân khác (KTC 95%: 0,09 – 0,6). Tuy nhiên kết luận này có thể không hoàn toàn chính xác do sai lệch chọn lựa: không phải tất cả BN trong nghiên cứu đều cung cấp được mẫu đàm đạt chuẩn để đem cấy tìm vi khuẩn, vi nấm.

Về điều trị, phần lớn bệnh nhân được sử dụng kháng sinh theo kinh nghiệm để điều trị PCP có thể kết hợp hoặc không kết hợp với kháng sinh khác. Khoảng 62,5% bệnh nhân được sử dụng Cotrimoxazole kết hợp với kháng sinh ngay từ đầu, trong khi 23,9% dùng Cotrimoxazole đơn thuần và 6,3% dùng kháng sinh đơn thuần. Tỷ lệ bệnh nhân được đổi kháng sinh trong quá trình điều trị là 29,1%, tùy thuộc nhiều vào tác nhân gây bệnh, hoặc kháng sinh theo kinh nghiệm được dựa vào phổ tác nhân của từng địa phương.

Hạn chế của nghiên cứu. Chưa có phương tiện phân lập các tác nhân vi khuẩn không điển hình và tác nhân virus.

V. KẾT LUẬN

Viêm phổi ở bệnh nhân HIV/AIDS HIV liên quan đến nhiều tác nhân khác nhau và các tác nhân này ảnh hưởng đến độ nặng của bệnh. Bệnh nhân thường có những triệu chứng điển hình của viêm phổi như sốt, ho và hơn 50% có suy hô hấp, đa số được sử dụng Cotrimoxazole kết hợp với kháng sinh ngay từ đầu và có đáp ứng với điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wolff A. J., O'Donnell A. E.** (2001), "Pulmonary manifestations of HIV infection in the era of highly active antiretroviral therapy". *Chest*, 120 (6), pp. 1888-93.
2. **Huang L., Crothers K.** (2009), "HIV-associated opportunistic pneumonias". *Respirology*, 14 (4), pp. 474-85.
3. **Buchacz K., Baker R. K., Palella F. J., Jr., et al.** (2010), "AIDS-defining opportunistic illnesses in US patients, 1994-2007: a cohort study". *AIDS*, 24 (10), pp. 1549-59.
4. **Lê Mạnh Hùng** (2008), Viêm phổi nhiễm trùng trên người nhiễm HIV/AIDS nhập viện tại thành phố Hồ Chí Minh.
5. **Mandell L. A., Wunderink R. G., Anzueto A., et al.** (2007), "Infectious Diseases Society of America/American Thoracic Society consensus guidelines on the management of community-acquired pneumonia in adults". *Clin Infect Dis*, 44 Suppl 2, pp. S27-72.
6. **Ganguangco LMA, Sawada I T. N., Do CD, et al.** (2017), "Regional Differences in the Prevalence of Major Opportunistic Infections among Antiretroviral - Naïve Human Immunodeficiency Virus Patients in Japan, Northern Thailand, Northern Vietnam, and the Philippines.". *The American Society of Tropical Medicine and Hygiene*, 97 (1), pp. 49-56.

TẦN SUẤT BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN BẰNG CHỈ SỐ HUYẾT ÁP CỔ CHÂN – CÁNH TAY TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP

Trương Phi Hùng^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Bệnh động mạch chi dưới (BĐMCD) là một biểu hiện của xơ vữa động mạch thường đi kèm với bệnh mạch vành và làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch. Chỉ số ABI là công cụ đơn giản, không xâm lấn,

giúp phát hiện sớm BĐMCD. Tuy nhiên còn ít nghiên cứu đánh giá đặc điểm, tần suất bệnh động mạch chi dưới trên nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này được tiến hành để đánh giá tần suất bệnh động mạch chi dưới được chẩn đoán bằng chỉ số huyết áp cổ chân – cánh tay trên bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. **Đối tượng:** Bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp lần đầu được điều trị tại khoa Nội Tim mạch và Tim mạch can thiệp Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2024 đến tháng 07/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Có 78 đối tượng được nghiên cứu, trong đó có 43 bệnh nhân có hội chứng mạch vành cấp là nhóm

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trương Phi Hùng

Email: truongphihung2007@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 20.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.01.2025

Ngày duyệt bài: 26.2.2025

bệnh và 35 người làm nhóm chứng. Nhóm bệnh lý có độ tuổi trung bình là $65 \pm 8,4$ tuổi, trong đó tỉ lệ nam giới là 65,1%. Bệnh đồng mắc thường gặp trong nhóm bệnh lý là rối loạn lipid máu (93,0%), tăng huyết áp (81,4%), đái tháo đường típ 2 (34,9%). Nhóm bệnh lý có tỉ lệ bệnh động mạch ngoại biên chi dưới theo tiêu chuẩn ABI $\leq 0,9$ là 32,6% cao hơn ý nghĩa so với nhóm chứng (2,9%). Phần lớn bệnh nhân có bệnh động mạch ngoại biên chi dưới có phân độ I theo Fontaine và chỉ có 35,7% bệnh nhân có triệu chứng đau cách hồi (IIA và IIB). **Kết luận:** Bệnh động mạch chi dưới gặp trong 32,6% bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. Đa số bệnh nhân nằm trong nhóm phân độ Fontaine I và chỉ có 35,7% bệnh nhân có triệu chứng đau cách hồi.

Từ khóa: Hội chứng mạch vành cấp, bệnh động mạch chi dưới, chỉ số huyết áp cổ chân – cánh tay

SUMMARY

THE PREVALENCE OF PERIPHERAL ARTERY DISEASE DIAGNOSED BY THE ANKLE-BRACHIAL INDEX IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Introduction: Peripheral artery disease (PAD) is a manifestation of atherosclerosis commonly associated with coronary artery disease, increasing the risk of cardiovascular events. The ankle-brachial index (ABI) is a simple, non-invasive tool to detect PAD early. However, there are limited studies evaluating the characteristics and prevalence of PAD in patients with acute coronary syndrome (ACS). Therefore, we conducted this study. **Objective:** This study was conducted to assess the prevalence of PAD diagnosed by the ankle-brachial index in patients with acute coronary syndrome. **Subjects:** Patients with first-time acute coronary syndrome treated at the Department of Cardiology and Interventional Cardiology, Cho Ray Hospital, from January 2024 to July 2024. **Study design:** A cross-sectional descriptive study. **Results:** A total of 78 subjects were included, of which 43 patients with acute coronary syndrome formed the disease group, and 35 served as the control group. The disease group had a mean age of 65 ± 8.4 years, with a male proportion of 65.1%. Common comorbidities in the disease group included dyslipidemia (93.0%), hypertension (81.4%), and type 2 diabetes mellitus (34.9%). The prevalence of PAD based on ABI ≤ 0.9 in the disease group was 32.6%, significantly higher than in the control group (2.9%). Most PAD patients were in Fontaine stage I, with only 35.7% presenting with intermittent claudication symptoms (stages IIA and IIB). **Conclusion:** PAD was observed in 32.6% of patients with acute coronary syndrome. Most patients were classified as Fontaine stage I, with only 35.7% reporting intermittent claudication symptoms.

Keywords: Acute coronary syndrome, peripheral artery disease, ankle-brachial index.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch chi dưới (BĐMCD) ảnh hưởng đến 10-15% dân số trên 50 tuổi trên toàn thế giới, với biểu hiện lâm sàng đa dạng, từ

không có triệu chứng đến bệnh nặng gây tàn phế, kèm theo gánh nặng kinh tế cao và giảm chất lượng cuộc sống.¹ BĐMCD làm tăng nguy cơ cao mắc bệnh tim mạch với nguy cơ nhồi máu cơ tim (NMCT) ở bệnh nhân BĐMCD tăng từ 20-60% và tăng nguy cơ tử vong bệnh mạch vành 2-6 lần.²

Chỉ số ABI (Ankle-Brachial Index) là tỉ số giữa huyết áp tâm thu tại cổ chân và cánh tay. Đồng thời, chỉ số ABI cũng có khả năng phát hiện BĐMCD đáng kể ở những bệnh nhân không có triệu chứng.³ Theo đó, các nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng ABI là một chỉ dấu tiên lượng độc lập cho các biến cố tim mạch ở bệnh nhân mắc hội chứng mạch vành mạn.⁴ Hơn nữa, việc phát hiện sớm và điều trị BĐMCD có thể giúp giảm tỷ lệ mắc bệnh, tử vong và ngăn ngừa các biến cố tim mạch.⁵

Ngược lại, dữ liệu về tầm quan trọng của việc phát hiện BĐMCD ở bệnh nhân mắc hội chứng mạch vành cấp còn hạn chế, đặc biệt ở những bệnh nhân HCVC có BĐMCD không triệu chứng được phát hiện qua ABI, trong đó hầu hết chưa đưa ra kết luận rõ ràng. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về khảo sát đặc điểm BĐMCD trên bệnh nhân HCVC. Do đó chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu này để đánh giá tỉ lệ và đặc điểm bệnh động mạch chi dưới được chẩn đoán bằng chỉ số huyết áp cổ chân – cánh tay trên bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu được tiến hành tại khoa Nội Tim mạch và Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 07/2024. Dân số nghiên cứu bao gồm nhóm bệnh lý là những bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp lần đầu tiên.

Tiêu chuẩn nhận vào của nhóm bệnh lý:

(1) Bệnh nhân nam hoặc nữ ≥ 18 tuổi (2) được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp lần đầu và (3) có kết quả chụp mạch vành. Tiêu chuẩn nhận vào của nhóm chứng: (1) Bệnh nhân nam hoặc nữ ≥ 18 tuổi (2) được chỉ định chụp mạch vành và có kết quả không hẹp ý nghĩa. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y Sinh học tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Trong nghiên cứu này, chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Tất cả người bệnh hội chứng vành cấp trong thời gian nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn nhận bệnh sẽ được đưa vào nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu. Các biến số nghiên cứu chính gồm hành chính (tên, tuổi, giới tính), đặc điểm tiền căn (các bệnh lý đồng mắc), đặc điểm lâm sàng (cân nặng, chiều cao, chỉ số BMI, triệu chứng đau cách hồi, phân độ Fontaine, thể lâm sàng hội chứng vành cấp), kết quả chụp mạch vành, chỉ số ABI.

Xác định chỉ số ABI, chúng tôi đánh giá huyết áp tâm thu cổ chân bên trái, bên phải, cánh tay trái và cánh tay phải. Khi tính tỉ số ABI, ở mẫu số chúng tôi chọn huyết áp tâm thu cánh tay bên cao hơn và ở tử số chúng tôi chọn huyết áp tâm thu ở động mạch chày sau hoặc mu chân sao hơn. Chúng tôi dùng máy Facelake Fetal Doppler với đầu dò doppler mạch máu 8mHz là phương tiện chúng tôi sử dụng khi tiến hành nghiên cứu này. Khi có chỉ số ABI, chúng tôi phân loại theo ACC/AHA 2024 như sau: ABI gợi ý xơ cứng thành mạch ($ABI > 1,4$), ABI bình thường ($1,0 - 1,4$), ABI giai đoạn ranh giới ($0,91 - 0,99$), động mạch bị tắc nghẽn mức độ nhẹ và vừa ($0,41 - 0,9$) và xơ vữa động mạch nặng ($ABI < 0,4$).

Xử lý thống kê. Dữ liệu được nhập liệu và xử lý số liệu bằng Stata 14.5. Thống kê mô tả: các biến số định lượng sẽ được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến định tính sẽ được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$. Thống kê phân tích: kiểm tra biến định lượng có phân phối chuẩn hay không. Chúng tôi dựa vào giá trị trung bình, trung vị gần bằng nhau, biểu đồ phân phối chuẩn có dạng hình chuông và Skewness gần bằng 0. Được coi là phân phối chuẩn khi mức ý nghĩa $p > 0,05$. Nếu không phân phối chuẩn chúng tôi dùng phép kiểm Mann Whitney để so sánh trung vị của 2 nhóm.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu.

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận được 78 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu trong đó nhóm bệnh lý có 43 bệnh nhân và nhóm chứng có 35 bệnh nhân. Trong nhóm bệnh lý, độ tuổi trung bình là $65,0 \pm 8,4$, trong đó tỉ lệ nam giới chiếm ưu thế với 65,1% và đa số bệnh nhân ≥ 65 tuổi (58,1%) (Bảng 1). Trong nhóm bệnh lý, có 41,9% bệnh nhân có chỉ số khối cơ thể ở mức thừa cân và béo phì. Rối loạn lipid máu và tăng huyết áp ở bệnh nhân HCMVC chiếm tỉ lệ cao nhất lần lượt (93,0% và 81,4%) theo sau là hút thuốc lá (53,5%), đái tháo đường (34,9%) và béo phì (27,9%) (Bảng 2).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng cơ bản của

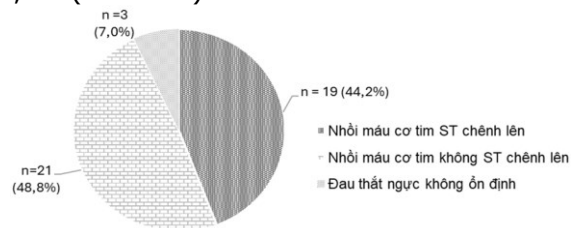
nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp

Đặc điểm	Nhóm bệnh lý (n=43)
Giới tính	
Nam, n (%)	28 (65,1)
Nữ, n (%)	15 (34,9)
Tuổi, TB $\pm$ ĐLC	$65,0 \pm 8,4$
Nhóm tuổi	
< 50, n (%)	1 (2,3)
50 – 64, n (%)	17 (39,5)
≥ 65 , n (%)	25 (58,1)
Chỉ số khối cơ thể	
< 18,5, n (%)	6 (14,0)
18,5 – 22,9, n (%)	19 (44,2)
23 – 24,9, n (%)	6 (14,0)
≥ 25 , n (%)	12 (27,9)

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ bệnh xơ vữa động mạch ở nhóm bệnh lý (n=43)

Đặc điểm lâm sàng	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Béo phì ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$)	12	27,9
Tăng huyết áp	35	81,4
Đái tháo đường	15	34,9
Hút thuốc lá	23	53,5
Rối loạn lipid máu	40	93,0

Đặc điểm lâm sàng của dân số nghiên cứu. Trong nhóm hội chứng vành cấp, tỉ lệ bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên là 19 trường hợp chiếm 44,2%, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên là 21 trường hợp chiếm 48,8% và đau thắt ngực không ổn định là 3 trường hợp chiếm 7,0% (Biểu đồ 1).



Biểu đồ 1. Thể lâm sàng trong nhóm bệnh lý (n=43)

Chỉ số ABI trong nghiên cứu

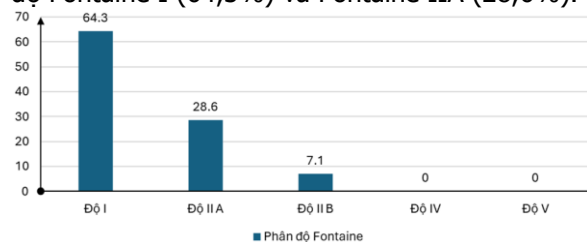
Bảng 3. Chỉ số ABI trong nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm bệnh lý (n=43)	Nhóm chứng (n=35)	Giá trị p
Phân nhóm ABI			
$ABI \leq 0,9$, n (%)	14 (32,6)	1 (2,9)	< 0,001
$ABI 0,91 - 0,99$, n (%)	10 (23,3)	0 (0)	
$ABI 1,0 - 1,4$, n (%)	19 (44,2)	34 (97,1)	
$ABI > 1,4$, n (%)	0 (0)	0 (0)	

Chỉ số ABI ở nhóm bệnh lý có sự khác biệt ý nghĩa với nhóm chứng, nhóm bệnh lý có chỉ số ABI $\leq 0,9$ và ABI từ $0,91 - 0,99$ cao hơn nhóm chứng.

Trong nhóm bệnh lý, đa số bệnh lý động

mạch chi dưới dựa theo chỉ số ABI $\leq 0,9$ có phân độ Fontaine I (64,3%) và Fontaine IIA (28,6%).



Biểu đồ 2. Phân độ Fontaine trong nhóm có chỉ số ABI $\leq 0,9$ trong nhóm bệnh lý ($n=14$)

IV. BÀN LUẬN

Nhóm bệnh lý trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung bình là $65,0 \pm 8,4$, với độ tuổi ≥ 65 chiếm 58,1% và tỉ lệ nam giới chiếm ưu thế với 65,1%, tỉ lệ nam:nữ là 1,87:1. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả tương tự với một số nghiên cứu khác như Châu Ngọc Hoa, Nguyễn Vĩnh Trinh⁶ nam: nữ = 1,91, tuổi trung bình $64,52 \pm 11,54$. Điều này phù hợp với xu hướng tăng tỷ lệ mắc bệnh mạch vành, đặc biệt là nhồi máu cơ tim cấp (NMCT cấp), ở nhóm người lớn tuổi. Theo lý thuyết, quá trình lão hóa góp phần làm gia tăng xơ vữa động mạch, rối loạn chức năng nội mạc, và các bệnh đồng mắc như tăng huyết áp và đái tháo đường, vốn là những yếu tố nguy cơ quan trọng của NMCT cấp. Về giới tính cũng như nhiều nghiên cứu khác, cho thấy nam giới thường có nguy cơ mắc NMCT cao hơn nữ giới, đặc biệt ở độ tuổi trước mãn kinh. Hormone estrogen ở phụ nữ được cho là có vai trò bảo vệ tim mạch, nhưng vai trò này giảm dần sau mãn kinh, làm tăng nguy cơ ở nhóm nữ giới lớn tuổi. Sự khác biệt về giới tính cũng có thể liên quan đến yếu tố hành vi, chẳng hạn như tỷ lệ hút thuốc lá, sử dụng rượu bia, và mức độ tiếp cận chăm sóc y tế thường cao hơn ở nam giới, góp phần lý giải sự chênh lệch về tỷ lệ mắc NMCT cấp giữa hai giới.

Trong nhóm bệnh lý, các bệnh đồng mắc thường gặp nhất là rối loạn lipid máu (93,0%) và tăng huyết áp (81,4%) theo sau là hút thuốc lá (HTL) (53,5%), đái tháo đường (34,9%) và béo phì (27,9%). Kết quả tương tự với tác giả Nguyễn Đình Linh với rối loạn lipid máu (90%), tăng huyết áp (66,7%) sau đó là hút thuốc lá, đái tháo đường.⁷ Các kết quả này phản ánh gánh nặng dịch tễ của các yếu tố nguy cơ tim mạch tại Việt Nam. Theo xu hướng toàn cầu, sự gia tăng tuổi thọ, lối sống ít vận động, chế độ ăn giàu chất béo bão hòa, và tỷ lệ hút thuốc lá cao ở nam giới góp phần làm tăng đáng kể tỷ lệ các yếu tố nguy cơ này trong dân số.

Chỉ số ABI trong nhóm bệnh lý có phân bố như sau với ABI $\leq 0,9$ là 32,6%, ABI từ 0,91 – 0,99 là 23,3%, ABI từ 1,0 – 1,4 là 44,2%. Tương tự tại nhóm chứng, chỉ ABI $\leq 0,9$ là 2,9%, không có bệnh nhân nào có ABI từ 0,91-0,99 và ABI từ 1,0 – 1,4 là 97,1%. Qua đó chúng ta nhận thấy nhóm bệnh nhân có hội chứng vành cấp có chỉ số ABI thấp $\leq 0,9$ và ABI từ 0,91 – 0,99 đều lớn hơn có ý nghĩa thống kê với nhóm chứng ($p < 0,001$). Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Javier Elduayen Gragera,⁸ HCMVC có nhóm ABI $\leq 0,9$ chiếm 27,2% cao hơn so với nhóm chứng lần lượt là 9,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Trong nhóm bệnh lý tỉ lệ bệnh nhân được chẩn đoán BDMCD bằng chỉ số ABI $\leq 0,9$ là 32,6%, kết quả chúng tôi tương đồng với tác giả Andrea Mabilde Petracco (32,7%).⁹ Trong nhóm bệnh lý, những bệnh nhân có chỉ số ABI $\leq 0,9$ lại đa số không có triệu chứng với phân loại Fontaine I chiếm ưu thế. Điều này chứng tỏ tình trạng bệnh lý động mạch chi dưới khá thường gặp trên những bệnh nhân hội chứng vành cấp và dễ dàng bị bỏ sót do bệnh nhân thường không có triệu chứng của chi dưới. Những kết quả trên nhấn mạnh vai trò của việc đánh giá chỉ số ABI thường quy trong nhóm bệnh nhân HCMVC để phát hiện sớm BDMCD, từ đó cải thiện tiên lượng và giảm nguy cơ biến cố tim mạch toàn thân.

Nghiên cứu chúng tôi có một số hạn chế sau. Đầu tiên, nghiên cứu chỉ thực hiện tại một trung tâm với cỡ mẫu còn khá nhỏ do đó chưa có tính đại diện cho dân số chung, cần có các nghiên cứu lớn hơn đa trung tâm với cỡ mẫu nhỏ hơn. Thứ hai, chưa đánh giá mối liên quan giữa chỉ số ABI hay bệnh động mạch chi dưới với kết cục trên những bệnh nhân có hội chứng vành cấp.

V. KẾT LUẬN

Trên nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp, tỉ lệ bệnh nhân có bệnh động mạch chi dưới kèm theo khá cao với tỉ lệ 32,6% và đa số không triệu chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hussein AA, Uno K, Wolski K, et al. Peripheral arterial disease and progression of coronary atherosclerosis. Journal of the American College of Cardiology. Mar 8 2011;57(10):1220-5. doi:10.1016/j.jacc.2010.10.034
2. Kang YP, Chen LY, Kang TD, Liu WX. Clinical Characteristics and Adverse Events in Acute Coronary Syndrome Patients with a History of Peripheral Arterial Disease. Arquivos brasileiros de cardiologia. 2019;113(3): 367-372. doi:10.5935/abc.20190150
3. Aboyans V, Ricco JB, Bartelink MEL, et al.

- 2017 ESC Guidelines on the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases, in collaboration with the European Society for Vascular Surgery (ESVS): Document covering atherosclerotic disease of extracranial carotid and vertebral, mesenteric, renal, upper and lower extremity arteries Endorsed by: the European Stroke Organization (ESO) The Task Force for the Diagnosis and Treatment of Peripheral Arterial Diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Society for Vascular Surgery (ESVS). European heart journal. Mar 1 2018; 39(9): 763-816. doi:10.1093/eurheartj/ehx095
4. **Myslinski W, Stanek A, Feldo M, Mosiewicz J.** Ankle-Brachial Index as the Best Predictor of First Acute Coronary Syndrome in Patients with Treated Systemic Hypertension. BioMed research international. 2020;2020: 6471098. doi:10.1155/2020/6471098
 5. **Sun J, Deng Q, Wang J, et al.** Novel Insight Into Long-Term Risk of Major Adverse Cardiovascular and Cerebrovascular Events Following Lower Extremity Arteriosclerosis Obliterans. Frontiers in cardiovascular medicine. 2022;9:853583. doi:10.3389/fcvm.2022.853583
 6. **Trinh NnV.** Khảo sát tình hình điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Luận văn Thạc sĩ Y học; 2016.
 7. **Đinh Linh N, Thị Kim Ngân H, Đức Hùng T.** Nghiên cứu mối liên quan giữa chỉ số ABI, tốc độ lan truyền sóng mạch với mức độ tổn thương động mạch vành theo thang điểm syntax II ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Tạp chí Y học Việt Nam. 01/13 2022;509(2) doi:10.51298/vmj.v509i2.1838
 8. **Elduayen Gragera J, Muñoz Santos L, Nogales Asensio JM, Giménez Sáez F, López Mínguez JR, Merchán Herrera A.** [Ankle-brachial index in patients with chest pain and suspected acute coronary syndrome]. Medicina clinica. Feb 20 2010;134(5):202-5. Determinación del índice tobillo-brazo en pacientes con dolor torácico agudo de posible origen coronario. doi:10.1016/j.medcli.2009.07.045
 9. **Petracco AM, Bodanese LC, Porciúncula GF, et al.** Assessment of the Relationship of Ankle-Brachial Index With Coronary Artery Disease Severity. %J International Journal of Cardiovascular Sciences. 2018;31(1):47-55. doi:10.5935/2359-4802.20170094

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THOÁI HÓA KHỚP GỐI BẰNG PHƯƠNG PHÁP TIÊM NỘI KHỚP THUỐC METHYL PRESNISOLONE ACETATE TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Đinh Thị Hoa¹, Nguyễn Thị Phương², Dương Văn Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả của phương pháp tiêm nội khớp trong điều trị thoái hóa khớp gối nguyên phát tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu can thiệp, tiền cứu, không đối chứng. Gồm 45 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu. Cách chọn mẫu thuận tiện. Sử dụng thang điểm VAS, Lequesne và WOMAC đánh giá. Quy trình NC: BN tiêm 01 ống Depo-Medrol 40 mg/ 1 ml x 1 lần duy nhất vào khớp gối thoái hóa (T0). Sau đó BN được theo dõi, hẹn khám lại các thời điểm: Khám cuối tuần thứ 1 (T1), tuần thứ 4 (T4), tuần thứ 8 (T8), tuần thứ 12 (T12). **Kết quả:** Trong 45 BN có 62,2 % là nữ, nam chiếm 37,8%. Độ tuổi trung bình 60,47 ± 6,71, độ tuổi hay gặp nhất 61-70 chiếm 36,6%. BN có nghề nghiệp lao động chân tay chiếm tỷ lệ cao là 66,7%. Tỷ lệ BN thể trạng béo chiếm 60%, BMI trung bình NC là 23,15 ± 2,16. Triệu chứng cơ năng hay gặp: Đau kiểu cơ học (86,7%), đau khi leo cầu thang (88,9 %), và đau khi chuyển tư

thế (93,3%), dấu hiệu phá rĩ khớp (86,7%), dấu hiệu bào gổ (71,1%). Điểm VAS, Lequesne, WOMAC trung bình trước và sau điều trị các thời điểm khảo sát có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, p < 0,05. **Kết luận:** 100% bệnh nhân tiêm corticoid nội khớp gối có cải thiện các triệu chứng lâm sàng thể hiện qua sự giảm điểm các chỉ số VAS, Lequesne, WOMAC tại các thời điểm khảo sát theo dõi sau điều trị, p < 0,05. **Kiến nghị:** Với hiệu quả điều trị bệnh tốt, tương đối an toàn và có chi phí thấp, tiêm corticoid nội khớp gối nên được áp dụng một cách thường qui với thoái hóa khớp gối nguyên phát để đạt hiệu quả cao hơn trên thực hành lâm sàng tại bệnh viện.

Từ khóa: thoái hóa khớp gối, tiêm nội khớp

SUMMARY

FINDING OUT OF THE RESULTS OF INTRA-ARTICULAR INJECTION METHOD ON THE PATIENTS WITH KNEE OSTEOARTHRITIS AT HAI DUONG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: Finding out of the results of intra-articular injection method in the treatment of primary knee osteoarthritis at Hai Duong Provincial General Hospital. **Methods:** The research design uses an interventional, prospective, non-controlled research method. Including 45 patients who met the criteria for selection into the study. Convenient way to choose samples. Using VAS, Lequesne and WOMAC scales for evaluation. Research procedure: The patient only

¹Trường Đại học kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Hoa

Email: hoadinghua@hmtu.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2025

Ngày duyệt bài: 26.2.2025