

nền nặng, hội chứng bầm sinh phức tạp.⁷ Ngoài ra, chúng tôi không ghi nhận các rối loạn nhịp thất, block nhĩ thất, hở van ĐMC, thiếu máu cơ tim, gãy stent trong suốt thời gian theo dõi.

V. KẾT LUẬN

Đặt stent ĐTTP là phương pháp có tỷ lệ thành công cao trong điều trị tạm thời các BN TBS có tắc nghẽn ĐTTP. Chỉ định ở BN chưa đủ điều kiện phẫu thuật, có nguy cơ cao, bệnh đồng mắc nặng. Các biến chứng có thể được giảm thiểu với sự hiểu biết về giải phẫu bệnh và tích lũy kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Myung K. Park.** Chap 13: Obstructive lesions. Park's Pediatric Cardiology for Practitioners 6th ed. Elsevier, Philadelphia; 2014:184-205.
2. **Dearani J. A., G. K. Danielson, F. J. Puga, et al.** Late follow-up of 1095 patients undergoing operation for complex congenital heart disease utilizing pulmonary ventricle to pulmonary artery conduits. The Annals of thoracic surgery. Feb 2003;75(2):399-410; discussion 410-1. doi:10.1016/s0003-4975(02)04547-2
3. **Petrucchi O., S. M. O'Brien, M. L. Jacobs, et al.** Risk factors for mortality and morbidity after the neonatal Blalock-Taussig shunt procedure. The Annals of thoracic surgery. Aug 2011;92(2):642-51; discussion 651-2. doi:10.1016/j.athoracsur.2011.02.030
4. **Lemler MS, Ramaciotti C.** Anomalies of the Right Ventricular Outflow Tract and Pulmonary

- Valve. Echocardiography in Pediatric and Congenital Heart Disease From Fetus to Adult. Wiley-Blackwell; 2014:281-296.
5. **Castleberry C. D., T. M. Gudausky, S. Berger, J. S. Tweddell, A. N. Pelech.** Stenting of the right ventricular outflow tract in the high-risk infant with cyanotic teratology of Fallot. Pediatric cardiology. Mar 2014;35(3):423-30. doi:10.1007/s00246-013-0796-z
 6. **Dohlen G., R. R. Chaturvedi, L. N. Benson, et al.** Stenting of the right ventricular outflow tract in the symptomatic infant with tetralogy of Fallot. Heart (British Cardiac Society). Feb 2009;95(2):142-7. doi:10.1136/hrt.2007.135723
 7. **Tanidir İ C., M. O. Bulut, H. Kamali, et al.** Right ventricular outflow tract stenting during neonatal and infancy periods: A multi-center, retrospective study. Turk gogus kalp damar cerrahisi dergisi. Jul 2020;28(3):442-449. doi:10.5606/tgkdc.dergisi.2020.18970
 8. **Stumper O., B. Ramchandani, P. Noonan, et al.** Stenting of the right ventricular outflow tract. Heart (British Cardiac Society). Nov 2013;99(21):1603-8. doi:10.1136/heartjnl-2013-304155
 9. **Nguyễn Kinh Bang, Nguyễn Hải Âu, Nguyễn Quang Thiện, et al.** Đánh giá kết quả ngắn hạn phẫu thuật sửa chữa triệt để tứ chứng Fallot tuổi nhũ nhi. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2018;1(22):tr. 360-366.
 10. **Bertram H., M. Emmel, P. Ewert, et al.** Stenting of Native Right Ventricular Outflow Tract Obstructions in Symptomatic Infants. Journal of interventional cardiology. Jun 2015;28(3):279-87. doi:10.1111/joic.12198

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU XẠ PHẪU GAMMA KNIFE KẾT HỢP THUỐC TKIS ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ DI CĂN NÃO

Trần Đức Linh^{1,2}, Nguyễn Đức Liên^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả bước đầu điều trị bệnh nhân (BN) ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) di căn não bằng xạ phẫu Gamma Knife kết hợp thuốc TKIs. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, 65 BN UTPKTBN được xạ phẫu Gamma Knife kết hợp thuốc TKIs từ 1/2022-12/2024. **Kết quả:** Tại thời điểm 6 tháng, tỷ lệ kiểm soát bệnh tại não là 95,4%, đáp ứng hoàn toàn (ĐUHT) 38,5%, tỷ lệ kiểm soát bệnh ngoài não là

89,2%. Tổng thể tích khối u và triệu chứng thần kinh khu trú (TKKT) trước điều trị có liên quan đến đáp ứng tại não. **Kết luận:** Xạ phẫu Gamma Knife kết hợp thuốc TKIs có hiệu quả soát di căn não, cải thiện triệu chứng lâm sàng ở BN UTPKTBN di căn não.

Từ khóa: ung thư phổi không tế bào nhỏ, di căn não, Gamma Knife, TKIs

SUMMARY

THE EARLY OUTCOMES OF GAMMA KNIFE RADIOSURGERY COMBINED WITH TKIS IN THE TREATMENT OF NON-SMALL CELL LUNG CANCER WITH BRAIN METASTASES

Objectives: Evaluate the early outcomes of non-small cell lung cancer (NSCLC) patients with brain metastases treating by Gamma Knife radiosurgery combined with TKIs. **Methods:** Cross-sectional descriptive study, 65 patients who received Gamma Knife radiosurgery combined with EGFR TKIs from January 2022 to December 2024. **Results:** At 6 months, the intracranial disease control rate was

¹Học viện Quân y

²Bệnh viện Quân y 175

³Bệnh viện K

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

95,4%, complete response was 38,5%, and the extracranial disease control rate was 89,2%. The pretreatment total tumor volume and localized neurological symptoms relate to intracranial response.

Conclusion: Gamma Knife radiosurgery combined with TKIs is effective in controlling brain metastases and improving clinical symptoms in NSCLC patients with brain metastases.

Keywords: non small cell lung cancer, brain metastases, Gamma Knife, TKIs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một bệnh ung thư phổ biến trên thế giới với hơn 2,4 triệu ca mắc mới và 1,8 triệu ca tử vong trên toàn cầu năm 2022¹. Não là vị trí di căn thường gặp, di căn não được biết đến là yếu tố tiên lượng xấu, là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở BN UTPKTBN. Trên nhóm BN có đột biến EGFR, điều trị với các thuốc ức chế tyrosine kinase (TKIs) đã cải thiện đáng kể tiên lượng bệnh, trung vị thời gian sống thêm toàn bộ lên đến 19 - 38,6 tháng². Tuy vậy, do những đặc điểm riêng về giải phẫu và sinh lý của hàng rào máu não, các thuốc TKIs có hiệu quả hạn chế trên các tổn thương di căn não, thời gian sống thêm không bệnh tiến triển não từ 8 -10 tháng². Do đó, điều trị thuốc TKI phải kết hợp với các phương pháp điều trị tại não. Xạ phẫu Gamma Knife là phương pháp điều trị tại não có ưu điểm cung cấp liều xạ cao, chính xác vào u trong khi chỉ một liều lượng nhỏ vào nhu mô não lành xung quanh. Một số nghiên cứu trên thế giới đã cho thấy sự cải thiện kết quả điều trị ở bệnh nhân ung thư phổi di căn não bằng kết hợp xạ phẫu Gamma Knife và thuốc TKIs^{3,4}. Tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này, đặc biệt trên nhóm di căn não đa ổ. Chính vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả bước đầu xạ phẫu Gamma Knife kết hợp thuốc TKIs điều trị UTPKTBN di căn não.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Các bệnh nhân được chẩn đoán ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não, được điều trị bằng xạ phẫu gamma knife kết hợp với thuốc TKI tại bệnh viện K từ 1/2022 đến 12/2024

- Có đột biến gen EGFR.

- Có chỉ số KPS $\geq$ 70.

- Chẩn đoán di căn não trên phim MRI với số ổ di căn 1 - 10 ổ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Đã xạ trị não trước đó, hoặc điều trị hóa trị tổng hợp trước đó

- Có các bệnh ung thư khác kết hợp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu mô tả cắt ngang

- Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

- Các bước tiến hành: tuyển chọn đối tượng nghiên cứu, ghi nhận các thông tin lâm sàng và cận lâm sàng. Điều trị xạ phẫu bằng hệ thống Gamma Knife Icon, liều xạ phẫu được tính dựa vào kích thước khối u. Thuốc TKIs bao gồm cả thế hệ 1,2,3 (gefitinib, erlotinib, afatinib và osimertinib). Đánh giá hiệu quả điều trị tại thời điểm 6 tháng bằng khám lâm sàng, chụp CT, MRI. Đánh giá đáp ứng ngoài não theo tiêu chuẩn RECIST 1.1, đáp ứng tại não theo tiêu chuẩn RANO-BM.

- **Xử lý số liệu:** xử dụng thuật toán thống kê thường quy.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng và điều trị. Tổng số 65 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu này.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng (n=65)

Đặc điểm chung	N	%
Tuổi	<65	39
	$\geq$ 65	26
Giới tính	Nam	32
	Nữ	33
Điểm KPS	70-80	32
	90-100	33
Triệu chứng thần kinh khu trú (TKKT)	Không	38
	Có	27
Di căn ngoài não	Không	25
	Có	40

Nhận xét: Đa số các BN dưới 65 tuổi, tỷ lệ nam/nữ (0,97/1), BN có triệu chứng TKKT chiếm 41,5% và di căn não thường kết hợp di căn các cơ quan khác.

Bảng 2. Một số đặc điểm cận lâm sàng và điều trị (n=65)

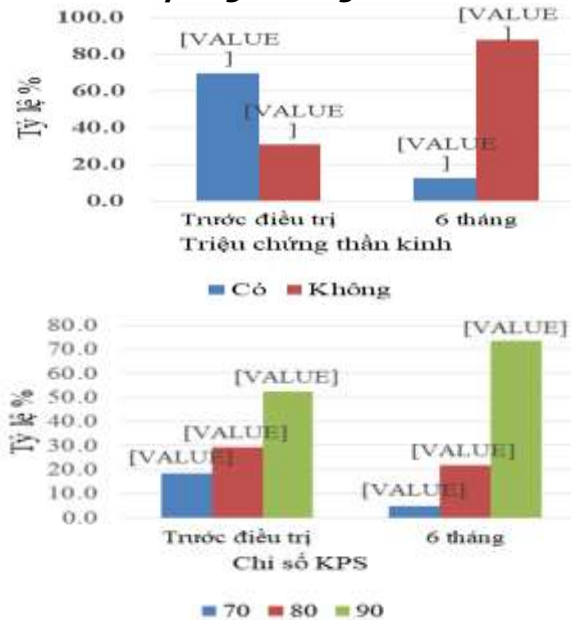
Đặc điểm	N	%
Mô bệnh học	Carcinoma tuyến	62
	Khác	3
Đột biến gen	Thường gặp	47
	Khác	18
Số u di căn não	1 - 4	40
	5 - 10	25
Tổng thể tích u	< 7 cm ³	42
	$\geq$ 7 cm ³	23
Loại TKIs	Thế hệ 1,2	51
	Thế hệ 3	14

Nhận xét: Đột biến gen thường gặp như del19 hoặc L858R chiếm 72,3%, BN có từ 5-10 ổ

di căn não chiếm 38,5%, và tổng thể tích u dưới 7 cm³ chiếm 64,6%, phần lớn được điều trị bằng TKI thế hệ 1, 2.

3.2. Kết quả điều trị

3.2.1. Đáp ứng cơ năng



Biểu đồ 1: Triệu chứng thần kinh và KPS trước và sau điều trị 6 tháng

Nhận xét: Sau điều trị 6 tháng, 87,5% bệnh nhân không còn triệu chứng thần kinh và

Bảng 3. Đáp ứng tại não giữa các nhóm điều trị

Đặc điểm		Số lượng bệnh nhân (%)				p
		ĐƯHT	ĐUMP	BOD	BTT	
Tuổi	< 65	16 (41)	18 (46,2)	4 (10,2)	1 (2,6)	0,524
	≥ 65	9 (34,6)	10 (38,5)	5 (19,2)	2 (7,7)	
Giới	Nữ	12 (36,4)	13 (39,4)	6 (18,2)	2 (6,1)	0,708
	Nam	13 (40,6)	15 (46,9)	3 (9,4)	1 (3,1)	
Triệu chứng TKKT	Không	20 (52,6)	12 (31,6)	4 (10,5)	2 (5,3)	0,026
	Có	5 (18,5)	16 (59,3)	5 (18,5)	1 (3,7)	
KPS	70-80	9 (28,1)	16 (50)	5 (15,6)	2 (6,3)	0,418
	90-100	16 (48,5)	12 (36,4)	4 (12,1)	1 (3)	
Di căn ngoài não	Không	9 (36)	12 (48)	2 (8)	2 (8)	0,527
	Có	16 (40)	16 (40)	7 (17,5)	1 (2,5)	
Thế hệ TKI	1,2	18 (35,3)	22 (43,1)	8 (15,7)	3 (5,9)	0,713
	3	7 (50)	6 (42,9)	1 (7,1)	0	
Số u	1-4	14 (35)	17 (42,5)	7 (17,5)	2 (5)	0,789
	5-10	11 (44)	11 (44)	2 (8)	1 (4)	
Tổng thể tích u	< 7 cm ³	23 (54,8)	13 (31)	4 (9,4)	2 (4,8)	0,001
	≥ 7 cm ³	2 (8,7)	15 (65,2)	5 (21,7)	1 (4,3)	

Triệu chứng TKKT và tổng thể tích u trước điều trị có liên quan đến đáp ứng tại não.

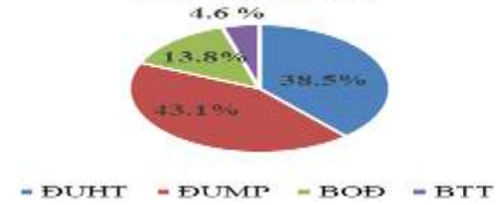
Bảng 4. Đáp ứng ngoài não giữa các nhóm điều trị

Đặc điểm		Đáp ứng ngoài não			p
		BOD	BTT	ĐUMP	
Tuổi	< 65	9 (23,1)	4 (10,3)	26 (66,7)	0,114
	≥ 65	12 (46,2)	3 (11,5)	11 (42,3)	

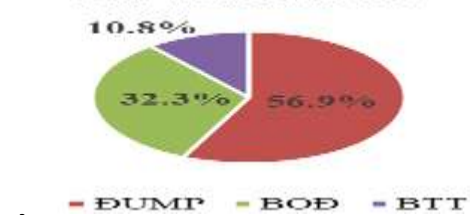
73,4% có điểm số KPS trên 90, sự khác biệt có ý nghĩa so với trước điều trị với $p < 0,01$.

3.2.2. Đáp ứng khách quan

Đáp ứng tại não



Đáp ứng ngoài não



Biểu đồ 2: Đáp ứng khách quan tại não và ngoài não

Viết tắt: ĐƯHT: đáp ứng hoàn toàn, ĐUMP: đáp ứng một phần, BOD: bệnh ổn định, BTT: bệnh tiến triển.

Nhận xét: Tại thời điểm 6 tháng, tỷ lệ kiểm soát bệnh tại não là 95,4%, trong đó 38,5% ĐƯHT, tỷ lệ kiểm soát bệnh ngoài não 89,2.

Giới	Nữ	8 (24,2)	3 (9,1)	22 (66,7)	0,254
	Nam	13 (40,6)	4 (12,5)	15 (46,9)	
KPS	70-80	8 (25)	5 (15,6)	19 (59,4)	0,294
	90-100	13 (39,4)	2 (6,1)	18 (54,5)	
Số cơ quan di căn	1	11 (44)	5 (20)	9 (36)	0,017
	≥ 1	10 (25)	2 (5)	28 (70)	
Loại đột biến	Khác	7 (38,9)	2 (11,1)	9 (50)	0,782
	Thường gặp	14 (29,8)	5 (10,6)	28 (59,6)	
Loại TKI	Thế hệ 1, 2	19 (37,3)	5 (9,8)	27 (52,9)	0,222
	Thế hệ 3	2 (14,3)	2 (14,3)	10 (71,4)	

Số cơ quan di căn có liên quan đến kết quả đáp ứng ngoài não.

IV. BÀN LUẬN

Cải thiện triệu chứng thần kinh là mục tiêu quan trọng của điều trị xạ phẫu di căn não. Nghiên cứu của một số tác giả về xạ phẫu Gamma di căn não ở bệnh nhân UTPKTBN cho thấy trên 85% trường hợp cải thiện về triệu chứng thần kinh và chỉ số KPS sau 3-6 tháng điều trị^{5,6}. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sau điều trị 6 tháng đa số các trường hợp đều cải thiện triệu chứng thần kinh, với 87,5% các trường hợp không còn triệu chứng lâm sàng của di căn não. Tình trạng toàn thân được cải thiện rõ so với trước điều trị, với 73,4% có điểm KPS từ 90 trở lên so với chỉ 52,3% trước điều trị.

Đáp ứng tại não là sự kết hợp giữa hiệu quả của xạ phẫu và duy trì thuốc TKI. Bên cạnh tác động trực tiếp lên tế bào ung thư, xạ phẫu còn có tác dụng phá vỡ hàng rào máu não giúp tăng mức độ thâm nhập của thuốc TKI. Ngoài ra, các TKI còn có tính thấm vào não tốt hơn so với các hóa chất, việc duy trì TKI góp phần kiểm soát sự phát triển của các tổn thương di căn mới ở não. Nghiên cứu điều trị UTPKTBN di căn não bằng xạ phẫu Gamma kết hợp với hóa chất của Phan Thanh Dương cho thấy đáp ứng tại não 70,7%, kiểm soát bệnh tại não 90,7%⁶. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ này cao hơn, 81,6% trường hợp có đáp ứng tại não, kiểm soát bệnh tại não đạt 95,4%. Tỷ lệ này tương đương với những nghiên cứu điều trị xạ phẫu Gamma kết hợp thuốc TKI khác trong và ngoài nước^{4,5}. Như vậy, so với điều trị hóa chất, thuốc TKI kết hợp với xạ phẫu Gamma cho hiệu quả đáp ứng tại não tốt hơn.

Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy tỷ lệ đáp ứng tại não phụ thuộc vào kích thước hay thể tích u. Nghiên cứu của Pan trên bệnh nhân ung thư phổi di căn não cho thấy tỷ lệ kiểm soát u là 94%, 89,1%, 93,4% và 85,7% với các khối u có kích thước lần lượt là 0,5-2 cm³, 2-4cm³, 4-8 cm³ và 8-14 cm^{3,7}. Nghiên cứu của Phan Thanh Dương cũng cho thấy tỷ lệ đáp ứng tại não tốt

hơn ở những trường hợp có tổng thể tích u < 7cm^{3,6}. Nghiên cứu của chúng tôi cũng nhận thấy tổng thể tích u có liên quan đến đáp ứng tại não. Điều này có thể được giải thích do mối liên quan giữa kích thước u và liều xạ phẫu, những u có kích thước nhỏ có thể nhận liều điều trị cao hơn, do đó hiệu quả kiểm soát u tốt hơn. Trong nghiên cứu này, chúng tôi đánh giá đáp ứng tại não theo tiêu chuẩn RANO-BM, tiêu chuẩn này ngoài đánh giá về hình ảnh học tại não còn tính đến mức độ sử dụng steroid và sự cải thiện triệu chứng thần kinh của bệnh nhân. Đánh giá theo tiêu chuẩn này, chúng tôi thấy rằng triệu chứng TKKT trước điều trị có liên quan đến mức độ đáp ứng tại não. Những bệnh nhân có triệu chứng thần kinh khu trú nặng mức độ phục hồi kém hơn. Về số ổ di căn, tình trạng di căn nhiều ổ thường đại diện cho gánh nặng ung thư lớn tại não và có thể đã có di căn vi thể tại thời điểm chẩn đoán. Từ đó có những lo ngại về việc chỉ định xạ phẫu cho những trường hợp di căn từ 5-10 ổ. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thấy không có sự khác biệt về đáp ứng tại não giữa nhóm di căn 1-4 ổ và di căn 5-10 ổ tại thời điểm 6 tháng. Hướng dẫn của hiệp hội xạ trị ung thư Hoa Kỳ hiện nay cũng khuyến cáo xạ phẫu là phương pháp phù hợp cho những trường hợp di căn não từ 5-10 ổ và có phương pháp điều trị toàn thân khả thi⁸.

Tại thời điểm 6 tháng, tỷ lệ kiểm soát bệnh ngoài não đạt 89,2%, trong đó có 56,9% đáp ứng một phần, không có trường hợp đáp ứng hoàn toàn. Kết quả này tương tự như các nghiên cứu khác trước đây về TKI trong và ngoài nước^{2,5}. Phân tích các yếu tố ảnh hưởng cho thấy không có sự khác biệt về đáp ứng giữa nhóm có đột biến thường gặp hay hiếm gặp, cũng như việc sử dụng TKI thế hệ 1,2 hay thế hệ 3. Trong khi đó tình trạng di căn các cơ quan có liên quan đến đáp ứng ngoài não, những trường hợp có nhiều di căn các cơ quan có tỷ lệ đáp ứng thấp hơn so với chỉ có di căn một cơ quan duy nhất là não. Các nghiên cứu khác cũng cho thấy có những trường hợp gánh nặng bệnh ung thư cao thường có kết quả điều trị kém hơn^{4,5}.

V. KẾT LUẬN

Tại thời điểm 6 tháng, xạ phẫu Gamma Knife kết hợp thuốc TKI cho thấy hiệu quả kiểm soát bệnh tại não đạt 95,5%, kiểm soát bên ngoài não đạt 89,2%. Tổng thể tích u di căn não và tình trạng triệu chứng TKKT trước điều trị có liên quan tới đáp ứng tại não.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Freddie Bray, Mathieu Laversanne et al.** Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. CA Cancer J Clin. 2024;71 (3), 209-249.
2. **Reungwetwattana T., Nakagawa K., Cho B. C., et al.** CNS response to osimertinib versus standard epidermal growth factor receptor tyrosine kinase inhibitors in patients with untreated EGFR-mutated advanced non-small-cell lung cancer. Journal of clinical oncology. 2018;36 (33), 3290.
3. **Magnuson W. J., Lester-Coll N. H., Wu A. J., et al.** Management of brain metastases in tyrosine kinase inhibitor-naïve epidermal growth factor receptor-mutant non-small-cell lung cancer: a

retrospective multi-institutional analysis. Journal of clinical oncology. 2017;35 (10), 1070-1077.

4. **Chiou G.Y., Chiang C.-L., Yang H.-C., et al.** Combined stereotactic radiosurgery and tyrosine kinase inhibitor therapy versus tyrosine kinase inhibitor therapy alone for the treatment of non-small cell lung cancer patients with brain metastases. Journal of Neurosurgery. 2021;1 (aop), 1-8.
5. **Nguyễn Văn Kiên, Phạm Cẩm Phương và cộng sự.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não có đột biến EGFR bằng thuốc ức chế Tyrosine Kinase kết hợp xạ phẫu dao Gamma quay tại bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;506 (502).
6. **Phan Thanh Dương.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ di căn não bằng xạ phẫu Gamma. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Đại học y Hà Nội. 2020.
7. **Pan HC, Sheehan J, Stroila M, et al.** Gamma knife surgery for brain metastases from lung cancer. Journal of neurosurgery. Jan 2005;102 Suppl:128-33.
8. **Vogelbaum MA, Brown PD, Messersmith H, et al.** Treatment for Brain Metastases: ASCO-SNO-ASTRO Guideline. J Clin Oncol. Feb 2022;40(5):492-516.

KẾT QUẢ SAU PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ HẸP NIỆU QUẢN TẠI KHOA NGOẠI TIẾT NIỆU BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Đoàn Thị Huệ¹, Nguyễn Mạnh Hải¹, Trần Văn Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả ban đầu sau 01 tháng ở bệnh nhân được phẫu thuật điều trị hẹp niệu quản tại khoa Ngoại Tiết niệu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc không đối chứng, kết hợp tiền cứu và hồi cứu, số liệu thu thập được 99 trường hợp được phẫu thuật điều trị hẹp niệu quản từ tháng 06/2021 đến tháng 06/2022, kết quả chính bao gồm khả năng cải thiện triệu chứng lâm sàng cũng như trên hình ảnh học và ghi nhận tỉ lệ tai biến-biến chứng sau phẫu thuật. **Kết quả:** tỷ lệ nam/nữ:1,2/1. Đặc điểm lâm sàng thường gặp đau thắt lưng (78,8%), cơn đau quặn thận là 10,1%, dấu hiệu thận to 1 bên là 2,0%. Siêu âm trước mổ có 97% có thận ứ nước cùng bên tổn thương, trong đó độ I là 70,7%, độ II là 21,2%, độ III là 5,1%. Trên phim chụp cắt lớp điện toán đa lát cắt có 43,6% vị trí tắc nghẽn chủ yếu là đoạn 1/3 trên của niệu quản. Kết quả điều trị cho thấy thời gian phẫu thuật mổ mở là 153 phút, nội soi Hồng-Lưng là 111 phút, nội soi ngược dòng ngắn nhất là 83,23 phút. Trong và theo dõi sau phẫu thuật không

gặp tai biến, biến chứng nặng nề. Mức độ ứ nước trên siêu âm khi khám lại có sự thay đổi so với trước mổ (trước mổ có 3% bệnh nhân không ứ nước, sau mổ là 65,7%). Thời gian nằm viện trung bình của phẫu thuật mổ ở là 11,60±5,55 ngày và mổ nội soi là 8,84 ± 4,44 ngày. Kết quả sau 1 tháng: 97% khá; 3,0% là bình thường. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi trong điều trị hẹp niệu quản có tỷ lệ thành công cao và hầu hết không có biến chứng sau điều trị.

Từ khóa: hẹp niệu quản, phẫu thuật điều trị hẹp niệu quản, phẫu thuật nội soi hẹp niệu quản.

SUMMARY

RESULTS AFTER SURGICAL TREATMENT OF URETERAL STRICTURES AT THE DEPARTMENT OF UROLOGY, THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objectives: The study to evaluate the initial results after 1 month in patients undergoing surgery to treat ureteral stenosis at the Department of Urology, Thai Nguyen National Hospital. **Material and Methods:** A descriptive study method, longitudinal follow-up without control, and a combination of prospective and retrospective, data was collected 99 cases of surgical treatment of ureteral stenosis from June 2021 to June 2022, the main outcomes included the ability to improve clinical symptoms as well as on imaging and record the rate of complications - complications after surgery. **Results:** The research results show that the male/female ratio was 1.2/1,

¹Trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Huệ

Email: huedtdn@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025

common clinical features were low back pain (78.8%), renal colic were 10.1%, and one-sided enlarged kidney signs was 2.0% patients. Preoperatively 96 patients (77%) had ipsilateral hydronephrosis grade I was 70.7%, grade II was 21.2%, and grade III was 5.1%. Abdomen and pelvis multislice computed tomography (MSCT) was show that 43.6% of the major obstruction sites were in the upper third of the ureter. The longest time for open surgery (153 minutes), followed by Hip-Back endoscopy (111 minutes), and the shortest retrograde endoscopic surgery (83.23 minutes). There were no intraoperative complications in the early postoperative period and after. The degree of fluid retention on ultrasound at re-examination has changed compared to before surgery. The average length of hospitalization operating surgery was $11,60 \pm 5,55$ days and endoscopic surgery was $8,84 \pm 4,44$ days. Results after 1 month: 97% was good; 3,0% was normal.

Conclusions: Laparoscopic surgery in the treatment of ureteral stenosis has a high success rate and most patients have no complications after treatment.

Keywords: ureteral stenosis, ureteral endoscopic surgery, ureteral stricture treatment surgery, endoscopic ureteral stricture surgery, treatment for ureteral stenosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp niệu quản là một bệnh lý làm cản trở sự lưu thông bình thường của dòng nước tiểu từ thận xuống bàng quang và gây nên nhiều biến chứng nguy hiểm như đau mỏi thắt lưng kéo dài, viêm đài bể thận, ứ nước ứ mủ thận, cuối cùng là gây nên suy thận [1],[2]. Trước đây, điều trị chủ yếu là mổ mở cắt đoạn hẹp, tạo hình niệu quản, hoặc cắt bỏ thận cùng bên với niệu quản hẹp nếu thận mất chức năng hoàn toàn và thận còn lại có chức năng tốt [3], [4]. Ngày nay, nhờ những tiến bộ vượt bậc của khoa học kỹ thuật trong y học, sự ứng dụng rộng rãi kỹ thuật nội soi trong chuyên ngành tiết niệu đã cho phép điều trị hẹp niệu quản bằng các phương pháp ít xâm hại như phẫu thuật nội soi qua ổ phúc mạc, nội soi qua khoang sau phúc mạc, nội soi niệu quản - bể thận ngược dòng để cắt lạnh hoặc nong bằng bóng, đặt thông JJ để nong niệu quản hẹp và dẫn lưu nước tiểu cũng là một phương pháp được lựa chọn [5],[6]. Tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, khoa Ngoại tiết niệu đã và đang phẫu thuật điều trị cho các bệnh nhân hẹp niệu quản. Tuy bước đầu nhận xét có những kết quả khả quan nhưng trên thực tế chưa có bất kỳ nghiên cứu, thống kê chính thức nào mô tả. Do vậy, nghiên cứu nhằm mục tiêu đánh giá kết quả ban đầu của điều trị hẹp niệu quản bằng phương pháp phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu.

Tất cả bệnh

nhân được chẩn đoán hẹp niệu quản và được phẫu thuật điều trị hẹp niệu quản đều được mời tham gia nghiên cứu trong khoảng thời gian từ tháng 06/2021 đến 06/2022 tại khoa Ngoại tiết niệu Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả theo dõi dọc không nhóm chứng.

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu. Cỡ mẫu toàn bộ, cách lấy mẫu thuận tiện không xác suất. Trong thời gian nghiên cứu lấy được 99 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn và loại trừ.

* Chẩn đoán xác định hẹp niệu quản [7]

Hẹp niệu quản có các dấu hiệu và triệu chứng phụ thuộc vào nơi tắc nghẽn xảy ra ở một phần hay toàn bộ đường ống niệu quản.

- Lâm sàng có thể bao gồm: Đau lưng, thay đổi lượng nước tiểu; khó đi tiểu; nhiễm trùng đường tiết niệu nhiều lần, tăng huyết áp; tiểu máu; một số trường hợp bệnh nhân đau đến mức không thể ngồi yên hoặc tìm một tư thế thoải mái; đau kèm theo sốt; bí tiểu.

- **Cận lâm sàng:**

+ Siêu âm: đánh giá hình thái của thận và niệu quản.

+ Nội soi bàng quang: Một ống nhỏ có camera và ánh sáng được đưa vào niệu đạo hoặc thông qua một vết mổ nhỏ. Hệ thống quang học cho phép nhìn thấy bên trong niệu đạo và bàng quang.

+ Chụp cắt lớp điện toán đa lát cắt (MSCT).

+ Chụp cộng hưởng từ (MRI).

2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu.

Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được thăm khám lâm sàng, làm các cận lâm sàng đầy đủ trước phẫu thuật. Sau phẫu thuật bệnh nhân được hẹn khám lại tối thiểu là sau 01 tháng. Các dữ kiện thu thập được ghi chép thống nhất theo bệnh án nghiên cứu.

Đánh giá kết quả điều trị sớm và theo dõi sau mổ 1 tháng: Dựa trên diễn biến về tình trạng toàn thân; diễn biến cơ năng; biến chứng; theo dõi chức năng thận (siêu âm, xét nghiệm, chụp MSCT).

Đánh giá kết quả theo tiêu chuẩn sau:

Kết quả tốt: Lâm sàng bệnh nhân không đau, không sốt, thận không to, không đái máu sau mổ; chức năng thận phục hồi tốt; siêu âm đài bể thận nhỏ hơn trước mổ.

Kết quả trung bình: Lâm sàng bệnh nhân ổn định; chức năng thận không tốt hơn trước mổ; siêu âm đài bể thận còn giãn; kiểm tra bằng chụp MCST cho thấy lưu thông niệu quản kém.

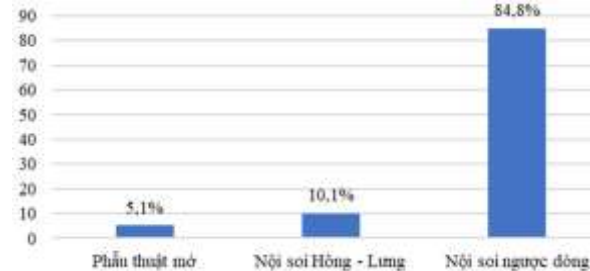
Kết quả xấu: Nhiễm khuẩn tiết niệu; chức năng thận xấu đi so với trước mổ; có biến chứng trong hoặc sau mổ phải can thiệp lại.

2.5. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và phân tích bằng SPSS 20. Xử lý số liệu bằng các thuật toán thống kê y học.

2.6. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua hội đồng đề cương của trường Đại học Y - Dược Thái Nguyên và hội đồng đạo đức của Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên (số 822/HĐĐĐ-BVTWTN ngày 19 tháng 9 năm 2022).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi trung bình của bệnh nhân là $52,5 \pm 13,3$ tuổi. Tỷ lệ bệnh nhân nam giới là 55,6% cao hơn bệnh nhân nữ là 44,4%, tỷ lệ nam/nữ: 1,2/1.



Biểu đồ 1. Các phương pháp điều trị hẹp niệu quản (n=99)

Chủ yếu bệnh nhân được phẫu thuật nội soi ngược dòng là 84,8%.

Bảng 1. Thời gian phẫu thuật theo phương pháp phẫu thuật (n=99)

Phương pháp phẫu thuật	Thời gian phẫu thuật (phút)				
	n	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Trung vị	Nhỏ nhất - Lớn nhất
Phẫu thuật mổ mở	5	153,23	16,23	160,00	125-160
Nội soi Hồng - Lưng	10	111,50	37,27	100,00	70-190
Nội soi ngược dòng	84	83,23	24,21	80,00	50-160
p-value	0,0001				

So sánh thời gian phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê thời gian phẫu thuật và phương pháp phẫu thuật: Thời gian phẫu thuật mổ mở kéo dài nhất ($153,23 \pm 16,23$ phút), tiếp đến nội soi Hồng - Lưng ($111,50 \pm 37,27$ phút), thời gian phẫu thuật nội soi ngược dòng ngắn nhất ($83,23 \pm 24,21$ phút), với $p < 0,001$.

*Tai biến, biến chứng trong phẫu thuật: Trong quá trình tiến hành phẫu thuật, chúng tôi không gặp tai biến, biến chứng nặng nề liên quan tới rách phúc mạc, rách màng phổi, thủng cơ hoành, tổn thương tĩnh mạch chủ dưới, và tổn thương các tạng khác.

Bảng 2. Phân bố thời gian có rút sonde

tiểu và loại phẫu thuật (n=99)

Thời gian nhu rút sonde tiểu	Tổng		PT nội soi		PT mổ mở		p
	n	%	n	%	n	%	
<2 ngày	82	82,8	80	85,1	2	40,0	0,034
>2 ngày	17	17,2	14	14,9	3	60,0	
X $\pm$ SD	2,14 $\pm$ 0,35		2,10 $\pm$ 0,26		2,90 $\pm$ 0,89		0,001
Tổng	99	100	94	94,9	5	5,1	

PT: Phẫu thuật

Thời gian có rút sonde tiểu và loại phẫu thuật cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê thời gian rút sonde tiểu và loại phẫu thuật: phẫu thuật mổ mở có thời gian rút sonde tiểu >2 ngày cao hơn so với phẫu thuật nội soi (60,0% và 14,9%), với $p < 0,05$.

* Biến chứng sau phẫu thuật: Theo dõi sau phẫu thuật chúng tôi không phát hiện trường hợp nào có biến chứng sau phẫu thuật liên quan tới chảy máu, tụ máu sau phúc mạc, tụ dịch, áp xe tồn dư sau phúc mạc, xì dò nước tiểu, nhiễm trùng đường tiết niệu và nhiễm trùng vết mổ.

Bảng 3. Thời gian nằm viện và loại phẫu thuật (n=99)

Thời gian nằm viện	Tổng		PTNS		PT mổ mở		p
	n	%	n	%	n	%	
<5 ngày	25	25,3	24	25,5	1	20,0	0,78
>5 ngày	74	74,7	70	74,5	4	80,0	
X $\pm$ SD	8,98 $\pm$ 4,51		8,84 $\pm$ 4,44		11,60 $\pm$ 5,55		0,18
Tổng	99	100	94	94,9	5	5,1	

Khi so sánh thời gian nằm viện và loại phẫu thuật cho thấy thời gian nằm viện ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật mổ mở dài hơn so với nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi ($5,20 \pm 1,78$ ngày và $4,05 \pm 1,96$ ngày), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 4. Mức độ ứ nước thận trên siêu âm trước mổ và khám lại sau mổ

Độ ứ nước	Trước phẫu thuật		Sau phẫu thuật - 1 tháng	
	n	%	n	%
Không ứ nước	3	3,0	65	65,7
Ứ nước độ I	70	70,7	26	26,3
Ứ nước độ II	21	21,2	8	8,1
Ứ nước độ III	5	5,1	0	0,00
p - value	<0,005			

Mức độ ứ nước độ I, độ II và độ III khi khám lại có sự thay đổi so với trước mổ. Trước mổ có 3% bệnh nhân không ứ nước, sau mổ là 65,7%; Trước mổ có 70,7% bệnh nhân ứ nước độ I, sau mổ là 26,3%; Trước mổ có 21,2% bệnh nhân ứ nước độ II, sau mổ là 8,1%; Trước mổ có 5,1% bệnh nhân ứ nước độ III, sau mổ là 0,0%.

Bảng 5. Kết quả điều trị và loại phẫu thuật (n=99)

Kết quả điều trị	Tổng		PTNS		PT mổ mở		p
	n	%	n	%	n	%	
Tốt	96	97,0	91	96,8	5	100	0,68
Trung bình	3	3,0	3	3,2	0	0,0	
Tổng	99	100	94	94,9	5	5,1	

Kết quả điều trị hẹp niệu quản bằng phẫu thuật cho thấy hầu hết bệnh nhân có kết quả điều trị hẹp niệu quản sau 01 tháng tái khám đều tốt, chỉ có 03 trường hợp bệnh nhân có kết quả điều trị trung bình (02 bệnh nhân vẫn còn đau nhẹ khi vận động và di chuyển, 01 trường hợp còn đái máu). Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê kết quả điều trị và loại phẫu thuật với $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 94,9% được phẫu thuật nội soi (chủ yếu được phẫu thuật nội soi ngược dòng là 84,8%, có 10,1% nội soi hông-lưng), chỉ có 5,1% phẫu thuật mổ mở. Nghiên cứu tại bệnh viện Việt Đức cho thấy có 4,0% được điều trị nội soi là 92,9% được điều trị phẫu thuật nội soi, có 7,1% phẫu thuật mổ mở. Nghiên cứu của Henry Tran tại Canada theo dõi 25 bệnh nhân với 29 chỗ hẹp niệu quản được xác định và điều trị, các phương thức điều trị được sử dụng bao gồm mổ niệu quản niệu quản ($n=2$), cấy ghép lại niệu quản ($n=3$), dẫn lưu nước tiểu ($n=3$), cấy ghép tự động ($n=1$), phẫu thuật nội soi niệu quản bằng laser và nong bóng ($n=8$), cắt bỏ thận ($n=2$), nong bóng đặt stent ($n=3$), cắt đoạn nối niệu quản bàng quang và đặt stent ($n=1$), thay đổi stent mãn tính ($n=4$) và theo dõi ($n=3$) [41]. Tuy nhiên với những tiến bộ trong Y học, các phương pháp điều trị nội soi, bao gồm nong bóng, rạch bằng dao lạnh và phẫu thuật nội soi bằng laser cũng đang được sử dụng. Tỷ lệ thành công của các kỹ thuật nội soi đã được báo cáo là từ 46–89% và thường có lợi ích là giảm tỷ lệ mắc bệnh và thời gian nằm viện, với thời gian hồi phục ngắn hơn [28], [29].

Thời gian phẫu thuật mổ mở kéo dài nhất ($153,23 \pm 16,23$ phút), tiếp đến nội soi Hông - Lưng ($111,50 \pm 37,27$ phút), thời gian phẫu thuật nội soi ngắn nhất ($83,23 \pm 24,21$ phút). Nghiên cứu của Ngô Xuân Thái cho thấy thời gian phẫu thuật trung bình là $48,7 \pm 20,9$ phút, đa số các bệnh nhân được phẫu thuật trong khoảng < 60 phút (65,7%) [8]. Tương tự nghiên cứu của Mao tại Trung Quốc đánh giá trên 14 bệnh nhân hẹp niệu quản (9 trường hợp mổ mở, 5 trường hợp mổ nội soi) cho thấy thời gian phẫu thuật bằng mổ mở là $95,6 \pm 22,0$ phút và thời gian phẫu thuật mổ nội soi trung bình là

$112,0 \pm 42,1$ phút [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi theo dõi sau phẫu thuật, trong thời gian nằm viện, chúng tôi không phát hiện trường hợp nào có biến chứng sau phẫu thuật liên quan tới chảy máu, tụ máu sau phúc mạc, tụ dịch, áp xe tồn dư sau phúc mạc, xì dò nước tiểu, nhiễm trùng đường tiết niệu và nhiễm trùng vết mổ. Nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức cũng cho thấy không có biến chứng trong và sau mổ và không có trường hợp nào phải can thiệp lại [9]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Bình Dân cũng cho kết quả tương tự [8]. Nghiên cứu tại Trung Quốc cũng cho thấy phẫu thuật nội soi sau phúc mạc được thực hiện thành công, không có trường hợp nào có biến chứng nặng sau mổ, rò rỉ nước tiểu sau phẫu thuật xảy ra ở một bệnh nhân [5]. Không có bất kỳ trường hợp hẹp niệu quản sau mổ ở những bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật nội soi sau phúc mạc.

Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi ở nhóm bệnh nhân phẫu thuật mổ mở dài hơn so với nhóm bệnh nhân phẫu thuật nội soi ($5,20 \pm 1,78$ ngày và $4,05 \pm 1,96$ ngày). Tại Bệnh viện Việt Đức cũng cho thấy thời gian nằm viện trung bình là $6 \pm 3,6$ ngày [9]. Tác giả Ngô Xuân Thái có thời gian nằm viện trung bình là $3,1 \pm 1,6$ ngày [8]. Nghiên cứu tại Trung Quốc có thời gian nằm viện trung bình của phẫu thuật mổ mở là $14,8 \pm 1,1$ ngày và thời gian hồi phục là $52,8 \pm 1,3$ ngày, thời gian nằm viện trung bình của phẫu thuật nội soi là $7,3 \pm 1,9$ ngày và thời gian hồi phục là $23,6 \pm 2,4$ ngày [5].

Mức độ ứ nước độ I, độ II và độ III khi khám lại có sự thay đổi so với trước mổ. Trước mổ có 3% bệnh nhân không ứ nước, sau mổ là 65,7%; Trước mổ có 70,7% bệnh nhân ứ nước độ I, sau mổ là 26,3%; Trước mổ có 21,2% bệnh nhân ứ nước độ II, sau mổ là 8,1%; Trước mổ có 5,1% bệnh nhân ứ nước độ III, sau mổ là 0,0%. Nghiên cứu của Hoàng Long cho thấy thận ứ nước độ II và III hồi phục tốt (giảm từ 28,7% trước mổ xuống còn 8% sau mổ 1 tháng). Đa số thận ứ nước độ I trở về bình thường sau mổ [9].

Khi bệnh nhân đến tái khám sau 01 tháng, hầu hết chúng tôi đều đánh giá chủ yếu bằng khám lâm sàng và siêu âm hệ tiết niệu. Kết quả của chúng tôi hầu hết bệnh nhân có kết quả điều trị hẹp niệu quản sau 01 tháng tái khám đều tốt (96,7%), chỉ có 03 (3,3%) trường hợp có kết quả điều trị trung bình (02 bệnh nhân vẫn còn đau nhẹ khi vận động và di chuyển, 01 trường hợp còn đái máu). Nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu tại Bệnh viện Việt Đức đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật hẹp niệu quản đến

khám lại sau 4,5 tháng có 88,3% tiến triển tốt, 9,1% trung bình, 2,6% xấu [9]. Có thể do nghiên cứu của chúng tôi mới đánh giá bệnh nhân sau 1 tháng điều trị, còn nghiên cứu của tác giả khác đánh giá xa hơn từ 2 - 13 tháng. Nghiên cứu tại bệnh viện Bình Dân thành phố Hồ Chí Minh có kết quả phẫu thuật tốt là 51,2%, trung bình 27,1%, xấu 21,7%, với thời gian theo dõi trung bình $13,5 \pm 8,4$ tháng [8].

V. KẾT LUẬN

Thời gian phẫu thuật mổ mở kéo dài nhất ($153,23 \pm 16,23$ phút), tiếp đến nội soi Hồng - Lưng ($111,50 \pm 37,27$ phút), thời gian phẫu thuật nội soi ngắn nhất ($83,23 \pm 24,21$ phút). Trong quá trình tiến hành phẫu thuật và theo dõi sau phẫu thuật không gặp tai biến, biến chứng nặng nề. Mức độ ứ nước trên siêu âm khi khám lại có sự thay đổi so với trước mổ. Trước mổ có 3% bệnh nhân không ứ nước, sau mổ là 65,7%. Hầu hết bệnh nhân có kết quả điều trị hẹp niệu quản sau 01 tháng tái khám đều tốt, chỉ có 03 trường hợp có kết quả điều trị trung bình, không có trường hợp nào xấu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chakraborty, J. N., Chawla, A., & Vvas, N. (2022). Surgical interventions in female urethral strictures: a comprehensive literature review. *International uroavnecolav journal*, 33(3), 459–485. <https://doi.org/10.1007/s00192-021-04906-8>
2. Elbers, J. R., Rodríguez Socarrás, M., Rivas, J. G., Autran, A. M., Esperto, F., Tortolero, L., Carrion, D. M., & Sancha, F. G. (2021). Robotic Repair of Ureteral Strictures: Techniques and Review. *Current urology reports*, 22(8), 39. <https://doi.org/10.1007/s11934-021-01056-8>
3. Gonzalez, A. N., Mishra, K., & Zhao, L. C. (2022). Buccal Mucosal Ureteroplasty for the Management of Ureteral Strictures: Patient Selection and Considerations. *Research and reports in urology*, 14, 135–140. <https://doi.org/10.2147/RRU.S291950>
4. El-Harrech, Y., Ghoundale, O., Kasmaoui, E. H., & Touiti, D. (2016). Transperitoneal Laparoscopic Pyloroplastomy for Retrocaval Ureter without Excision of the Retrocaval Segment: Experience on Three Cases. *Advances in urology*, 2016, 5709134. <https://doi.org/10.1155/2016/5709134>
5. Mao, L., Xu, K., Ding, M., Pan, J., & Guo, Z. (2017). Comparison of the efficacy and safety of retroperitoneal laparoscopic and open surgery for the correction of retrocaval ureter. *Therapeutics and clinical risk management*, 13, 697–701. <https://doi.org/10.2147/TCRM.S139113>
6. Liu, E., Sun, X., Guo, H., Li, F., Liu, S., Wang, K., & Hou, Y. (2016). Retroperitoneoscopic ureteroplasty for retrocaval ureter: report of nine cases and literature review. *Scandinavian journal of urology*, 50(4), 319–322. <https://doi.org/10.1080/21681805.2016.1177589>
7. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Thận – Tiết niệu ban hành kèm theo Quyết định số 3931/QĐ-BYT ngày 21/9/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế, 2015.
8. Ngô Xuân Thái, Võ Xuân Huy. (2021). Kết quả sớm điều trị hẹp niệu quản bằng phương pháp nội soi nong bóng. *Tạp chí Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 25 (1), Chuyên Đề Ngoại Khoa, tr. 233 -240.
9. Hạ Hồng Cường, Hoàng Long, Chu Văn Lâm, Nguyễn Đức Trường. (2015). Đánh giá kết quả điều trị hẹp niệu quản bằng Laser Holmium tại Bệnh viện Việt Đức. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 19(4), tr. 93 -100.

ĐẶC ĐIỂM DỊ TẬT KHE HỞ VÒM MIỆNG Ở TRẺ EM ĐẾN KHÁM VÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN E HÀ NỘI NĂM 2024

Nguyễn Hồng Nhung¹, Nguyễn Tấn Văn¹,
Chu Minh Quang¹, Hoàng Tuấn Hiệp¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm phân tích các đặc điểm nhân khẩu học, bao gồm cân nặng, tuổi, giới tính, mối liên hệ giữa số lần phẫu thuật và độ tuổi, cũng như các đặc điểm vùng miền ở trẻ mắc dị tật khe hở vòm miệng. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô

tả cắt ngang, 25 bệnh nhân được chọn theo phương pháp thuận tiện có dị tật khe hở vòm miệng tại Bệnh viện E Trung ương, Hà Nội. **Kết quả:** Nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là 10.56 tuổi, cân nặng trung bình 24.84 kg, với sự cân bằng giới tính (52% nam, 48% nữ). Đáng chú ý, 85% bệnh nhân thuộc các dân tộc thiểu số, chủ yếu từ vùng sâu, vùng xa. Khe hở vòm miệng chiếm tỷ lệ cao nhất (56%), 36% cần phẫu thuật lần hai, và thiếu sản vòm hầu (8%) có ảnh hưởng nghiêm trọng đến giao tiếp. **Kết quả:** Nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc sớm, cải thiện tiếp cận y tế tại vùng khó khăn, và đánh giá dinh dưỡng để nâng cao hiệu quả điều trị.

Từ khóa: khe hở vòm miệng, phẫu thuật tạo hình, dị tật bẩm sinh, Bệnh viện E.

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Nhung
Email: dr.rosy245@gmail.com
Ngày nhận bài: 8.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025
Ngày duyệt bài: 14.3.2025

SUMMARY**CHARACTERISTICS OF CLEFT PALATE DEFORMITIES IN CHILDREN VISITING AND RECEIVING TREATMENT AT E HOSPITAL, HANOI IN 2024**

Objective: To analyze demographic characteristics, including weight, age, gender, the relationship between the number of surgeries and age, as well as regional features in children with cleft palate deformities. **Methods:** A prospective descriptive study involving 25 patients with cleft palate deformities selected by a convenient sampling method at E Central Hospital, Hanoi. **Results:** The study revealed an average patient age of 10.56 years, an average weight of 24.84 kg, and a gender balance (52% male, 48% female). Notably, 85% of the patients were from ethnic minority groups, primarily living in remote and rural areas. Cleft palate was the most prevalent deformity (56%), with 36% requiring a second surgery, and velopharyngeal insufficiency (8%) significantly impacting communication. **Conclusion:** The findings underscore the importance of early screening, improved healthcare access in disadvantaged areas, and nutritional assessment to enhance treatment outcomes.

Keywords: cleft palate, reconstructive surgery, congenital anomalies, E Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dị tật khe hở vòm miệng (KHVM) là một trong những dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt phổ biến nhất ở trẻ em, ảnh hưởng nghiêm trọng đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống của trẻ. Theo thống kê, khe hở môi-vòm miệng (KHM-VM) là dị tật bẩm sinh vùng hàm mặt thường gặp ở Việt Nam cũng như ở Lào có thể vì đặc trưng văn hóa, lối sống cũng như địa lý khá tương đồng giữa hai dân tộc. Trên thế giới, tỷ lệ trẻ em mới sinh mắc phải loại dị tật này dao động từ 1/750 đến 1/1000. Ở Việt Nam, tỷ lệ mắc vào khoảng 1/1000-2/1000[1][2][3], Tại Việt Nam, ước tính mỗi năm có khoảng 3.000 trẻ em sinh ra bị khe hở môi, hở vòm miệng, tỷ lệ 1/500, trong đó khoảng 40% là khe hở vòm miệng [4], [3]. Dị tật khe hở vòm miệng có căn nguyên phức tạp, bao gồm cả yếu tố nội sinh (di truyền) và ngoại sinh (môi trường). Các tác nhân này gây trở ngại cho quá trình phát triển và hợp nhất của các nụ mặt, dẫn đến sự hình thành các khe hở ở môi trên hoặc vòm miệng. Các đặc điểm dịch tễ, tổn thương và yếu tố liên quan đến dị tật này cũng thay đổi theo từng giai đoạn phát triển của xã hội.

Việc đánh giá đặc điểm dị tật khe hở vòm miệng không chỉ giúp làm rõ hơn bệnh cảnh lâm sàng mà còn hỗ trợ phẫu thuật viên trong việc lựa chọn các phương pháp điều trị phù hợp. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu còn góp phần nâng

cao hiệu quả của các biện pháp tư vấn và sàng lọc trước sinh [5].

Xuất phát từ nhu cầu thực tiễn, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Đặc điểm dị tật khe hở vòm miệng ở trẻ em đến khám và điều trị tại Bệnh viện E Hà Nội năm 2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện trên 25 bệnh nhân có dị tật bẩm sinh khe hở vòm miệng, được khám và điều trị tại Bệnh viện E trong khoảng thời gian từ tháng 5/2024 đến tháng 9/2024.

- Tiêu chí lựa chọn:

- Trẻ em mắc dị tật khe hở vòm miệng đến khám và điều trị tại Bệnh viện E Trung ương Hà Nội.
- Trẻ có người chăm sóc trực tiếp đi cùng (cha mẹ, ông bà, hoặc người giám hộ).

- Tiêu chí loại trừ:

- Trẻ có người chăm sóc trực tiếp bị các bệnh lý tâm thần hoặc thần kinh, không đủ khả năng hỗ trợ tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân hoặc/và gia đình không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu thuận tiện
- Thời gian thực hiện: Từ tháng 05/2024 đến tháng 09/2024.

2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

- Cỡ mẫu được chọn theo phương pháp thuận tiện, bao gồm các bệnh nhân phù hợp với tiêu chí chọn mẫu và sẵn sàng tham gia nghiên cứu trong thời gian thu thập dữ liệu.
- Tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 25 bệnh nhân.

2.2.3. Các bước tiến hành. Nghiên cứu được thực hiện theo các bước sau:

- Khám lâm sàng: Khám toàn diện cho trẻ để xác định các dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng.

- Chẩn đoán:

- Chẩn đoán xác định loại dị tật khe hở vòm miệng (lỗ thông mũi miệng, lưỡi gà tách đôi, di chứng sau phẫu thuật khe hở vòm miệng, thiếu sản vòm hầu).

- Ghi nhận các dị tật khác (nếu có).

- Thu thập thông tin: Dữ liệu được thu thập trực tiếp thông qua phỏng vấn người chăm sóc và hồ sơ bệnh án.

2.2.4. Nội dung thu thập thông tin**- Phần hành chính:**

- Thông tin bệnh nhân:
 - Họ và tên, tuổi, giới tính, dân tộc.

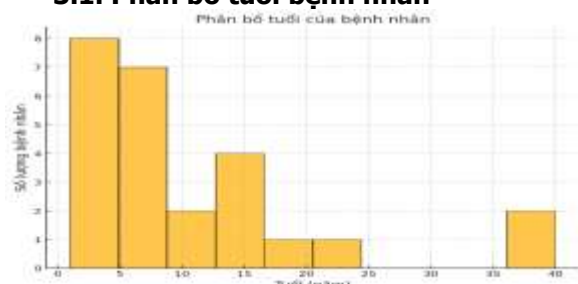
- o Địa chỉ gia đình, số điện thoại liên lạc.
- Thông tin gia đình:
 - o Họ và tên mẹ, bố.
 - o Tuổi, dân tộc, nghề nghiệp, nơi công tác của cha mẹ.
- Phần khai thác tiền sử bệnh:
 - Yếu tố di truyền trong gia đình: Ghi nhận các trường hợp trong gia đình (bố, mẹ, anh chị em ruột, họ hàng gần) có mắc các dị tật tương tự như bệnh nhân hay không.

2.2.5. Công cụ và phương pháp thu thập

- Công cụ:
 - Phiếu thu thập thông tin được thiết kế trước bao gồm các mục hành chính, tiền sử bệnh nhân, tiền sử gia đình, và các yếu tố di truyền.
 - Các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng chương trình phần mềm Epi Info 7, SPSS và Epical 2000.
- Phương pháp:
 - Phỏng vấn trực tiếp người chăm sóc.
 - Khám lâm sàng và ghi nhận thông tin.
 - Đối chiếu với hồ sơ bệnh án tại bệnh viện.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

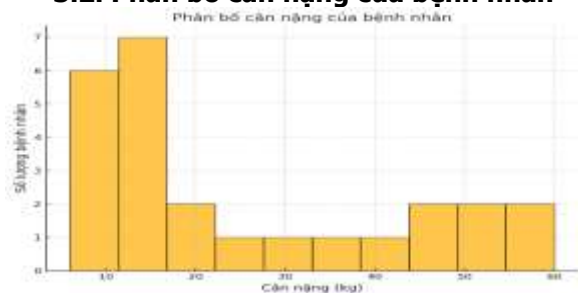
3.1. Phân bố tuổi bệnh nhân



Biểu đồ 1. Phân bố tuổi bệnh nhân

Phân tích tuổi của bệnh nhân cho thấy sự đa dạng với tuổi trung bình là 10.56 tuổi (± 10.54). Độ tuổi trải dài từ 1 tuổi đến 40 tuổi, tập trung chủ yếu trong khoảng 4-15 tuổi. Điều này nhấn mạnh nhu cầu can thiệp sớm ở trẻ nhỏ và kế hoạch điều trị dài hạn cho các trường hợp đặc biệt, bao gồm cả nhóm bệnh nhân lớn tuổi chưa được điều trị kịp thời.

3.2. Phân bố cân nặng của bệnh nhân



Biểu đồ 2. Phân bố cân nặng của bệnh nhân

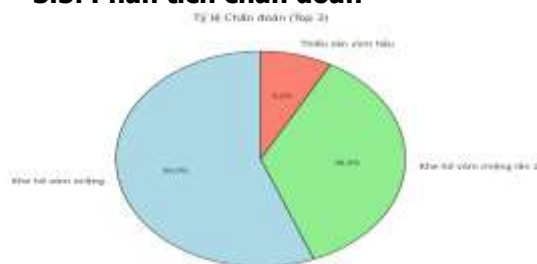
Phân tích cân nặng của bệnh nhân cho thấy cân nặng trung bình là 24.84 kg (± 17.54), dao động từ 6 kg đến 60 kg. Phần lớn bệnh nhân có cân nặng trong khoảng 12-41 kg, phản ánh đặc điểm của trẻ em và thanh thiếu niên. Một số bệnh nhân dưới 10 kg có thể gặp vấn đề suy dinh dưỡng, trong khi nhóm cân nặng trên 50 kg có khả năng thừa cân. Kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của việc đánh giá dinh dưỡng và thể trạng toàn diện để nâng cao hiệu quả điều trị.

3.3. Liên hệ giữa tuổi và cân nặng bệnh nhân. Cân nặng của trẻ trong nghiên cứu tăng dần theo tuổi, với sự đồng đều cao ở nhóm trẻ dưới 6 tuổi và sự biến thiên lớn hơn ở nhóm trên 10 tuổi. Một số trường hợp ngoại lệ về cân nặng được ghi nhận, có thể liên quan đến yếu tố bệnh lý hoặc dinh dưỡng. Kết quả này cho thấy tầm quan trọng của việc đánh giá cân nặng cùng các chỉ số khác như BMI để xây dựng kế hoạch chăm sóc toàn diện.

3.4. Phân bố giới tính của bệnh nhân:

- **Nam:** 13 bệnh nhân (52%)
- **Nữ:** 12 bệnh nhân (48%)

3.5. Phân tích chẩn đoán



Biểu đồ 3. Tỷ lệ chẩn đoán

Kết quả nghiên cứu cho thấy khe hở vòm miệng chiếm tỷ lệ cao nhất trong các dạng dị tật, phản ánh nhu cầu điều trị lớn tại cơ sở y tế. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân cần phẫu thuật lần 2 cũng đáng kể, cho thấy rằng việc phẫu thuật bước đầu chưa thể khắc phục hoàn toàn các vấn đề chức năng và thẩm mỹ. Đặc biệt, các trường hợp thiếu sản vòm hầu mặc dù chiếm tỷ lệ thấp nhưng có tác động nặng nề đến khả năng phát âm, nuốt và giao tiếp của bệnh nhân, cần được chú trọng nhiều hơn trong chẩn đoán và điều trị.

3.6. Phẫu thuật lần 2 hay những di chứng của lần phẫu thuật trước và mối liên quan đến tuổi. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ bệnh nhân cần phẫu thuật lần 2 chủ yếu tập trung ở trẻ em và vị thành niên (11-18 tuổi), phản ánh nhu cầu cao về điều trị bổ sung trong độ tuổi phát triển. Trong khi đó, thiếu sản vòm hầu, mặc dù hiếm gặp, chỉ xuất hiện ở nhóm bệnh nhân lớn tuổi (40 tuổi), nhấn mạnh tầm quan trọng

của việc theo dõi dài hạn. Các kết quả này khuyến nghị việc nâng cao khả năng chẩn đoán sớm và lập kế hoạch can thiệp toàn diện theo từng độ tuổi để cải thiện hiệu quả điều trị.

3.7. Phân bố vùng miền. Phân tích thành phần dân tộc cho thấy, chỉ có 15% bệnh nhân (4/25 trường hợp) thuộc dân tộc Kinh. Trong khi đó, đa số bệnh nhân (85%) là người dân tộc thiểu số như Tày, Nùng, Mông, Dao,... đến từ các khu vực vùng sâu, vùng xa. Điều này nhấn mạnh nhu cầu cấp thiết về tăng cường dịch vụ y tế tại các vùng khó khăn, nơi các nhóm dân tộc thiểu số đang sinh sống.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 10.56 ± 10.54 tuổi, với độ tuổi dao động từ 1 đến 40 tuổi. Phần lớn bệnh nhân nằm trong khoảng từ 4 đến 15 tuổi, điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây về đặc điểm độ tuổi trong nhóm trẻ mắc dị tật khe hở vòm miệng. Cân nặng trung bình của bệnh nhân là 24.84 ± 17.54 kg, dao động từ 6 đến 60 kg. Nhóm trẻ nhỏ dưới 6 tuổi có cân nặng đồng đều hơn, trong khi nhóm trên 10 tuổi có sự biến thiên lớn hơn, phản ánh các yếu tố ảnh hưởng như tình trạng dinh dưỡng và bệnh lý kèm theo. Tỷ lệ giới tính gần như cân bằng, với 52% nam và 48% nữ, tương tự như các báo cáo quốc tế về sự phân bố giới tính trong dị tật khe hở vòm miệng. Tuy nhiên, thành phần dân tộc cho thấy sự khác biệt lớn khi chỉ 15% bệnh nhân thuộc dân tộc Kinh, còn lại 85% là các dân tộc thiểu số như Tày, Nùng, Mông, Dao,..., chủ yếu đến từ vùng sâu, vùng xa. Kết quả này nhấn mạnh nhu cầu cải thiện tiếp cận y tế cho các cộng đồng dân tộc thiểu số, đặc biệt ở các khu vực khó khăn. Khe hở vòm miệng chiếm tỷ lệ cao nhất (56%), phù hợp với các báo cáo trước đây về sự phổ biến của loại dị tật này. Tỷ lệ bệnh nhân cần phẫu thuật lần 2 chiếm 36%, cho thấy nhu cầu lớn về các can thiệp bổ sung để cải thiện chức năng và thẩm mỹ. Thiếu sản vòm hầu, tuy chỉ chiếm 8%, nhưng ảnh hưởng nặng nề đến phát âm và giao tiếp, cần được chú trọng nhiều hơn trong chẩn đoán và điều trị. Phân tích cho thấy cân nặng tăng dần theo tuổi, phù hợp với quy luật phát triển sinh lý bình thường. Tuy nhiên, một số trường hợp cân nặng thấp hơn tiêu chuẩn có thể liên quan đến suy dinh dưỡng hoặc bệnh lý mạn tính, đặc biệt ở trẻ nhỏ. Ngược lại, nhóm bệnh nhân trên 50 kg có thể gặp tình trạng thừa cân, nhấn mạnh sự cần thiết của việc đánh giá toàn diện về tình trạng dinh dưỡng.

Trong thời gian nằm viện, trẻ được điều

dưỡng thực hiện đúng quy trình theo dõi và chăm sóc toàn diện kết hợp khi ra viện, gia đình được các nhân viên y tế hướng dẫn cách theo dõi và chăm sóc tiếp cho tới khi vết mổ lành thương hoàn toàn, không có bất kì rối loạn sau phẫu thuật là các bước không thể thiếu góp phần thành công trong điều trị cho mỗi bệnh nhi [6] [7]. Nghiên cứu có cỡ mẫu nhỏ (25 bệnh nhân), do đó kết quả có thể chưa đại diện cho toàn bộ quần thể bệnh nhân mắc dị tật khe hở vòm miệng tại Việt Nam. Ngoài ra, dữ liệu chiều cao chưa được thu thập để tính toán chỉ số BMI, dẫn đến khó khăn trong việc đánh giá đầy đủ tình trạng dinh dưỡng. Kết quả nghiên cứu phù hợp với các nghiên cứu trước đây về tỷ lệ khe hở vòm miệng và nhu cầu phẫu thuật lần 2 ở trẻ em và vị thành niên. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân thuộc các dân tộc thiểu số cao hơn so với các báo cáo trước, cho thấy đặc điểm riêng biệt tại khu vực nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN VÀ ĐỀ XUẤT

Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc sớm và lập kế hoạch điều trị dài hạn cho bệnh nhân dị tật khe hở vòm miệng, đặc biệt ở trẻ em và vị thành niên. Cần tăng cường các chương trình y tế tại vùng sâu, vùng xa để cải thiện tiếp cận dịch vụ cho các cộng đồng dân tộc thiểu số. Đánh giá toàn diện tình trạng dinh dưỡng và lập kế hoạch chăm sóc cá nhân hóa là yếu tố cần thiết để nâng cao chất lượng điều trị. Cần thực hiện thêm các nghiên cứu quy mô lớn hơn để khẳng định kết quả và đề xuất các chiến lược điều trị hiệu quả hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Ninh, Lê Thị Hòa, Vũ Đình Tuyền.** Kết quả phẫu thuật tạo hình khe hở môi một bên tại bệnh viện trung ương thái nguyên. Tạp Chí Học Việt Nam. 2021;501(2). doi:10.51298/vmj.v501i2.490
2. **Nghiên cứu cấy ghép implant ở bệnh nhân đã cấy ghép xương hàm sau phẫu thuật tạo hình khe hở môi và vòm miệng toàn bộ.** Luận Văn Y Học. Published October 24, 2018. Accessed May 24, 2023. <https://luanvanyhoc.com/nghien-cuu-cay-ghiep-implant-o-benh-nhan-da-cay-ghiep-xuong-ham-sau-phau-thuat-tao-hinh-khe-ho-moi-va-vom-mieng-toan-bo/>
3. **Nguyễn Văn Giáp, Nguyễn Thị Trang, Lâm Ngọc Tuyền và cộng sự** (2022). Đặc điểm dị tật khe hở môi và/hoặc vòm miệng ở trẻ em đến khám và điều trị tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội năm 2019-2021. Tạp chí Y học Việt Nam tập 514, tháng 5, số 1 năm 2022, tr. 128-132.
4. **Hlongwa P, Levin J, & Rispel LC** (2019). Epidemiology and clinical profile of individuals with cleft lip and palate utilising specialised academic treatment centres in

- South Africa. PLOS ONE 14(5): 0215931.
5. Elander A, Persson C, Lilja J & Mark H (2016). Isolated cleft palate requires different surgical protocols depending on cleft type. Journal of Plastic Surgery and Hand Surgery 51(4) 228-234.
6. Tăng Xuân Hải, Trần Minh Long, Lê Xuân Thu (2022). Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị khe hở vòm miệng hai bên toàn bộ bẩm

sinh theo kỹ thuật Push Back tại Bệnh viện Sản nhi Nghệ An 2018-2021. Tạp chí Y học Việt Nam (511), tháng 2, số 1 (2022), tr. 118-122.

7. Cleft lip and cleft palate - Symptoms and causes. Mayo Clinic. Accessed May 24, 2023. <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/cleft-palate/symptoms-causes/syc-20370985>.

KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN HÓA TRỊ TÂN BỒ TRỢ PHÁC ĐỒ PACLITAXEL-CARBOPLATIN UNG THƯ BIỂU MÔ BUỒNG TRỨNG GIAI ĐOẠN IIIC, IV TẠI BỆNH VIỆN K

Lê Thị Yến¹, Nguyễn Thị Mai Lương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC và IV thường đã tiến triển và có tiên lượng xấu, phẫu thuật ban đầu khó khăn. Hóa trị tân bổ trợ với phác đồ paclitaxel-carboplatin làm giảm kích thước các tổn thương, tạo điều kiện cho phẫu thuật được triệt để hơn, góp phần tăng thời gian sống thêm đồng thời giảm biến chứng trong và sau phẫu thuật. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 52 bệnh nhân ung thư buồng trứng điều trị tân bổ trợ phác đồ paclitaxel-carboplatin tại bệnh viện K từ 1/2017 - 1/2023. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 55,3 ± 8,9. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là "đau bụng-chướng bụng" chiếm 80,7%. Phần lớn bệnh nhân có kích thước u > 5 cm (86,5%), giai đoạn IIIC chiếm tỷ lệ cao là 71,2%, UTBM tuyến thành dịch chiếm tỷ lệ cao nhất (78,8%). Vị trí di căn xa hay gặp nhất là hạch sau phúc mạc (25%), màng phổi (13,5%), gan (13,5%). Đa số bệnh nhân nhận liệu trị > 90% so với liệu chuẩn (84,6%). Tỷ lệ kiểm soát bệnh trên lâm sàng đạt 100% sau 3 chu kỳ. Yếu tố ảnh hưởng đến đáp ứng điều trị của phác đồ được xác định là liệu điều trị, giai đoạn bệnh và tình trạng tràn dịch màng phổi. Tác dụng không mong muốn của phác đồ thường gặp trên hệ tạo huyết, chủ yếu là hạ bạch cầu (45,2%), hầu hết độ I-II. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy phác đồ hóa trị tân bổ trợ paclitaxel-carboplatin giúp cải thiện tỉ lệ đáp ứng và kéo dài thời gian sống thêm cho bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC và IV. Kết quả cũng gợi ý về vai trò quan trọng của hóa trị tân bổ trợ trên một số nhóm đối tượng bệnh nhân. **Từ khóa:** ung thư buồng trứng, điều trị tân bổ trợ, paclitaxel-carboplatin

SUMMARY

PRELIMINARY RESULTS AND RELATED FACTORS OF NEOADJUVANT CHEMOTHERAPY

¹Bệnh viện K, Hà Nội

²Bệnh viện Ung bướu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Yến

Email: leynbvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

WITH THE PACLITAXEL-CARBOPLATIN REGIMEN IN STAGE IIIC AND IV OVARIAN EPITHELIAL CANCER AT K HOSPITAL

Background: Advanced-stage ovarian cancer (stages IIIC and IV) is often characterized by poor prognosis and significant progression, making initial surgery challenging. Neoadjuvant chemotherapy with the paclitaxel-carboplatin regimen has been shown to reduce tumor size, facilitating more effective surgery, potentially extending survival, and reducing intraoperative and postoperative complications. **Subjects and Methods:** A retrospective descriptive study included 52 ovarian cancer patients who received neoadjuvant treatment with the paclitaxel-carboplatin regimen at K Hospital from January 2017 to January 2023. **Results:** The average patient age was 55.3 ± 8.9. The most common presenting symptom was "abdominal pain and distention," seen in 80.7% of cases. Most patients had tumor sizes > 5 cm (86.5%), with stage IIIC cases accounting for 71.2%. The highest incidence subtype was serous adenocarcinoma (78.8%). The most common metastatic sites were retroperitoneal lymph nodes (25%), pleura (13.5%), and liver (13.5%). The majority of patients received > 90% of the standard chemotherapy dose (84.6%). Clinical response rates reached 100% after 3 cycles. Factors influencing treatment response were identified as chemotherapy dose, disease stage, and pleural effusion status. The most frequent adverse effects were hematologic, particularly leukopenia (45.2%), primarily grade I-II. **Conclusion:** The study demonstrates that neoadjuvant chemotherapy with the paclitaxel-carboplatin regimen improves response rates and extends survival in patients with stage IIIC and IV ovarian epithelial cancer. The findings also suggest an important role of neoadjuvant chemotherapy for certain groups of patients. **Keywords:** ovarian cancer, neoadjuvant therapy, paclitaxel-carboplatin

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư buồng trứng (UTBT) là một trong những ung thư phụ khoa hay gặp ở phụ nữ. Hơn 70% bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn muộn (giai đoạn III, IV) nguyên nhân do buồng

trứng là cơ quan nằm ở sâu trong tiểu khung và các triệu chứng của bệnh thường mơ hồ, dễ nhầm với các bệnh nội khoa khác [1].

Điều trị chuẩn của UTBT giai đoạn III, IV thông thường là phẫu thuật triệt căn, phẫu thuật công phá u tối đa nhằm giảm thể tích u, tạo điều kiện cho hóa trị hỗ trợ phát huy tác dụng. Tuy nhiên, với bệnh nhân giai đoạn muộn mà phẫu thuật ban đầu khó khăn, hóa chất hỗ trợ trước làm giảm kích thước các tổn thương, tạo điều kiện cho phẫu thuật được triệt để hơn, góp phần tăng thời gian sống thêm, đồng thời góp phần giảm các nguy cơ biến chứng do phẫu thuật.

Gần đây, phẫu thuật sau một đợt ngắn hóa trị tân bổ trợ thường là ba chu kỳ, phác đồ chuẩn paclitaxel – carboplatin như trong hóa trị hỗ trợ đã trở thành một lựa chọn điều trị thay thế khả thi so với điều trị tiêu chuẩn ở những bệnh nhân giai đoạn III –IV không thể đạt được phẫu thuật tối ưu hoặc những bệnh nhân có thể trạng kém, không phải là ứng viên phẫu thuật ngay từ đầu nhưng có khả năng chịu được phẫu thuật sau hóa trị [2]. Vai trò của thuốc kháng tăng sinh mạch Bevacizumab còn hạn chế khi phối hợp với hóa chất phác đồ paclitaxel-carboplatin trong điều trị hỗ trợ trước. Một số nghiên cứu hồi cứu phân tích lợi ích trên nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao như tràn dịch màng phổi, màng bụng ác tính và không mang đột biến BRCA1/2 [3]. Tuy nhiên chi phí điều trị cũng là một vấn đề bệnh nhân cân nhắc trong khi quyết định điều trị nên hóa trị vẫn là nền tảng trong điều trị ở giai đoạn này.

Cho đến nay còn ít nghiên cứu về phác đồ này ở nhóm bệnh nhân giai đoạn muộn với bệnh nhân có thể trạng tốt. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm hai mục tiêu:

1. *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng giai đoạn IIIC-IV tại bệnh viện K.*

2. *Đánh giá đáp ứng và một số tác dụng không mong muốn của hóa trị hỗ trợ trước phác đồ paclitaxel-carboplatin nhóm bệnh nhân trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 52 BN có chẩn đoán xác định UTBMBT giai đoạn IIIC-IV được điều trị hỗ trợ trước bằng phác đồ paclitaxel-carboplatin từ tháng 1/2017 đến tháng 1/2023 tại bệnh viện K.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân nữ từ 18 đến 75 tuổi
- Được chẩn đoán xác định bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô.
- Bệnh nhân được chẩn đoán UTBMBT giai

đoạn IIIC, IV

- Điều trị ít nhất 3 chu kỳ hóa trị paclitaxel-carboplatin.

- Có hồ sơ bệnh án ghi chép đầy đủ và thông tin theo dõi sau điều trị.

- Không có bệnh UT khác kèm theo

- Không mắc các bệnh cấp và mãn tính trầm trọng có nguy cơ gây tử vong gần.

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN không đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn trên

- BN dị ứng với thuốc và không kết thúc được liệu trình điều trị không phải vì lý do bệnh tiến triển

- BN bỏ điều trị không phải vì lý do chuyên môn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu

- Cỡ mẫu: Cỡ mẫu thuận tiện

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Đánh giá đáp ứng trên lâm sàng tại thời điểm hoàn thành 3 chu kỳ hóa chất, có thể đánh giá tại bất kỳ thời điểm nào bệnh nhân có dấu hiệu bệnh tiến triển.

- Đánh giá độc tính trước mỗi chu kỳ hóa chất

Cách tiến hành. Bệnh nhân sau khi được chẩn đoán ung thư buồng trứng với đủ các tiêu chuẩn lựa chọn vào nghiên cứu được điều trị hỗ trợ trước phác đồ paclitaxel-carboplatin

Paclitaxel - Carboplatin

- Paclitaxel 175mg/m², TM, ngày 1

- Carboplatine AUC 6, TM, ngày 1

Chu kỳ 21 ngày x 3 CK

- Thu nhận thông tin theo mẫu bệnh án nghiên cứu

2.3. Xử lý số liệu

- Các thông tin thu thập được mã hóa, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Phương pháp thống kê được sử dụng bao gồm:

- Thống kê mô tả: trung bình, độ lệch chuẩn.

- So sánh tỷ lệ: dùng test χ^2 ($p < 0,05$) để kiểm định ý nghĩa thống kê.

2.4. Vấn đề y đức. Nghiên cứu đã được thông qua đề cương đề tài cơ sở cấp bệnh viện

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm bệnh nhân

Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân tham gia nghiên cứu

Đặc điểm		Kết quả	%
Tuổi trung bình		55,3	(29-74)
Tuổi	<40	7	13,5
	40-59	35	67,3
	≥60	10	19,2
ECOG	0	1	1,9

	1	42	80,8
	2	9	17,3
Triệu chứng cơ năng	Đau bụng- chướng bụng	42	80,8
	Mệt mỏi- sút cân	12	23,1
	Tức ngực- khó thở	4	7,6
	Sờ thấy u, hạch	6	11,4
	Ra máu âm đạo	1	1,9
Vị trí di căn	Di căn phúc mạc ngoài tiểu khung	51	98,1
	Di căn hạch sau phúc mạc (hạch chậu, hạch cạnh động mạch chủ)	13	25
	Di căn hạch ngoài ổ bụng	14	26,9
	Dịch màng phổi	7	13,5
	Di căn gan	7	13,5
	Di căn phổi	5	9,6
Kích thước u	> 10 cm	19	36,5
	5 – 10 cm	26	50
	< 5 cm	7	13,5
Giai đoạn bệnh	IIIC	37	71,2
	IV	15	28,8
Mô bệnh học	UTBM tuyến thanh dịch	41	78,9
	UTBM thể nhầy	4	7,7
	UT dạng nội mạc tử cung	2	3,8
	Khắc (TB sáng, dạng chuyển tiếp,...)	5	9,6

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $55,3 \pm 8,9$. Tuổi cao nhất là 74, tuổi thấp nhất 29. Nhóm tuổi từ 40 – 60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 67,3%. Nhóm bệnh nhân có chỉ số toàn trạng PS = 0-1 chiếm tỷ lệ cao 82,7%. Triệu chứng cơ năng hay gặp nhất là “đau bụng-chướng bụng” chiếm 80,7%, theo sau là “mệt mỏi-sút cân” chiếm 23,1%. Vị trí di căn xa hay gặp nhất là hạch sau phúc mạc (25%), màng phổi (13,5%), gan (13,5%). Nhóm bệnh nhân có kích thước khối u buồng trứng trong khoảng 5–10cm chiếm tỷ lệ nhiều nhất với 50%. Nhóm bệnh nhân được chẩn đoán ở giai đoạn IIIC chiếm tỷ lệ cao là 71,2%, nhóm bệnh nhân chẩn đoán giai đoạn IV chiếm 28,8%. UTBM tuyến thanh dịch chiếm tỷ lệ cao nhất 78,8%, UTBM thể nhầy chiếm 7,7%, UTBM dạng nội mạc tử cung chiếm 3,8%, ngoài ra các thể khác xuất hiện trong mẫu nghiên cứu chiếm 9,6% gồm UTBM tế bào sáng, UTBM tế bào chuyển tiếp, tế bào vảy, không biệt hóa...

3.2. Kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan

Bảng 2. Tỷ lệ đáp ứng của phác đồ điều trị

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Liều điều trị	>90%	44	84,6
	85 - 90%	8	15,4

Đáp ứng cơ năng	Không còn triệu chứng	21	40,4
	Thuyên giảm	29	55,8
	Không thay đổi	2	3,8
Đáp ứng thực thể	Nặng hơn	0	0
	Đáp ứng hoàn toàn	2	3,8
	Đáp ứng một phần	46	88,5
	Bệnh giữ nguyên	4	7,7
	Bệnh tiến triển	0	0

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nhận liều trị > 90% so với liều chuẩn chiếm 84,6%, nhóm bệnh nhân điều trị với liều 85 – 90% chiếm 15,4%. Sau 3 chu kỳ hóa chất, đáp ứng cơ năng đạt tỷ lệ triệu chứng không còn và thuyên giảm tới 96,2%, và không có bệnh nhân nào có triệu chứng cơ năng nặng hơn. Tỷ lệ đáp ứng của phác đồ sau 3 chu kỳ là 92,3% và lợi ích lâm sàng (tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn + tỷ lệ đáp ứng một phần + bệnh giữ nguyên) đạt 100% sau 3 chu kỳ.

Bảng 3. Một số yếu tố khác liên quan đến tỷ lệ đáp ứng

Yếu tố		Phân tích đơn biến (log-rank test)		
		Đáp ứng (n/(%))	Không đáp ứng (n/(%))	p
Tuổi	< 40	2 (100)	0 (0)	1,00
	40- 60	29 (82,9)	6 (17,1)	
	≥60	13 (86,7)	2 (13,3)	
Giai đoạn bệnh	IIIC	34 (91,9)	3 (8,1)	0,036
	IV	10 (66,7)	5 (33,3)	
ECOG	PS = 0 - 1	38 (88,4)	5 (11,6)	0,13
	PS = 2	6 (66,7)	3 (33,3)	
Liều điều trị	>90%	40 (90,9)	4 (9,1)	0,014
	85 - 90%	4 (50)	4 (50)	
Tràn dịch màng phổi	Không	41 (91,1)	4 (8,9)	0,007
	Có	3 (42,9)	4 (57,1)	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân < 40 tuổi có 2 bệnh nhân đều có đáp ứng với phác đồ điều trị, tỷ lệ đáp ứng đạt 100%, nhóm bệnh nhân 40 – 60 tuổi có tỷ lệ đáp ứng đạt 82,9%, nhóm ≥60 tuổi đáp ứng với điều trị là 86,7%. Sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng giữa 3 nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với $p = 1,00$. Tỷ lệ đáp ứng với phác đồ điều trị ở nhóm bệnh nhân giai đoạn IIIC là 91,9% cao hơn ở nhóm giai đoạn IV là 66,7%, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,036$. Nhóm bệnh nhân có chỉ số PS = 0 hoặc 1 có tỷ lệ đáp ứng là 88,4%, cao hơn tỷ lệ đáp ứng của nhóm PS = 2 là 66,7%, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,13$. Tỷ lệ đáp ứng của nhóm bệnh nhân điều trị với liều cao hơn 90% liều chuẩn là 90,9% cao hơn nhóm điều trị bằng liều 85 - 90% liều chuẩn là

50%, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,014$. Tỷ lệ đáp ứng của nhóm bệnh nhân không tràn dịch màng phổi là 91,1%, cao hơn nhóm có tràn dịch màng phổi là 42,9%, sự

khác biệt giữa 2 nhóm này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,007$.

3.3. Một số tác dụng không mong muốn của phác đồ Paclitaxel- Carboplatin

Bảng 4: Một số tác dụng không mong muốn của phác đồ

Độc tính (n=52)	Độ 1		Độ 2		Độ 3		Độ 4	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Thiếu máu (Hb)	10	19,2	3	5,8	1	1,9	0	0
Hạ bạch cầu	12	23,1	9	17,3	2	3,8	0	0
Hạ bạch cầu TT	8	15,4	12	23,1	4	7,7	2	3,8
Hạ tiểu cầu	6	11,5	1	1,9	0	0	0	0
Tăng men gan	12	23,1	0	0	0	0	0	0
Tăng creatinin	4	7,7	0	0	0	0	0	0
Buồn nôn, nôn	19	36,5	4	7,7	0	0	0	0
Tiêu chảy	3	5,8	1	1,9	0	0	0	0
Thần kinh cảm giác ngoại vi	5	9,6	3	5,8	0	0	0	0

Tỷ lệ hạ Hemoglobin độ 1,2 là 25%, riêng hạ độ 3 có 1 bệnh nhân chiếm 1,9%. Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 1,2 là 40,4%, có 2 bệnh nhân hạ bạch cầu độ 3 chiếm 3,8%, tỷ lệ hạ bạch cầu hạt độ 1,2 là 38,5%, độ 3,4 là 11,5%. Tỷ lệ hạ tiểu cầu độ 1,2 là 13,4%, không có bệnh nhân nào hạ tiểu cầu độ 3,4. Trong nghiên cứu chỉ gặp bệnh nhân tăng men gan độ 1, tăng AST chiếm 23,1%, tăng ALT chiếm 26,9%. Nôn và buồn nôn có tỷ lệ lần lượt là 15,4% và 44,2%, chỉ gặp độ 1, 2. Tiêu chảy gặp ở 4 bệnh nhân chiếm 7,7%, trong đó chỉ có 1 bệnh nhân gặp ở độ 2, không có bệnh nhân nào độ 3, 4. Rối loạn thần kinh cảm giác ngoại vi chỉ gặp độ 1, 2, chiếm tỷ lệ 15,4%. Không gặp bệnh nhân nào có độc tính trên thận.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành trên 52 bệnh nhân UTBMT giai đoạn IIIC-IV được điều trị bổ trợ trước bằng phác đồ paclitaxel-carboplatin tại bệnh viện K. Độ tuổi trung bình các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 55,3, bệnh nhân lớn tuổi nhất là 74, trẻ tuổi nhất là 29, nhóm tuổi từ 40 – 60 chiếm tỷ lệ cao nhất là 67,3%. “Đau tức bụng-chướng bụng” là triệu chứng rất hay gặp ở bệnh nhân UTBT. Khi ở giai đoạn muộn thì biểu hiện rõ rệt do u to chèn ép xâm lấn tổ chức xung quanh, bụng chướng, bệnh nhân tự sờ thấy khối u, tổn thương di căn phổi, màng phổi gây tức ngực-khó thở. Trong nghiên cứu của chúng tôi, “đau bụng-chướng bụng” chiếm 80,7%. Nhóm có kích thước u 5-10cm có tỷ lệ nhiều nhất 50%, nhóm có kích thước u > 10cm chiếm 36,5%, nhóm có kích thước u < 5cm chiếm 13,5%, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Trần Ngọc Dũng (2021) [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân ở giai đoạn IIIC chiếm 71,2%, giai đoạn IV

chiếm 28,8%. Kết quả này cũng phù hợp với nghiên cứu của các tác giả trong và ngoài nước, tỷ lệ nhóm bệnh nhân giai đoạn III luôn cao nhất. Có thể thấy hầu hết các bệnh nhân được chẩn đoán khi bệnh đã ở giai đoạn muộn. Như vậy việc chẩn đoán, phát hiện sớm UTBT còn gặp nhiều khó khăn không chỉ ở nước ta mà còn ở nhiều nước khác trên thế giới, cả các nước có nền kinh tế phát triển, y học hiện đại.

4.2. Đánh giá đáp ứng. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân điều trị hóa chất paclitaxel và carboplatin ít nhất 3 chu kỳ. Sau 3 chu kỳ đánh giá đáp ứng, nếu bệnh có đáp ứng tốt, có khả năng phẫu thuật cắt toàn bộ tử cung, buồng trứng, mạc nối, vét hạch hoặc phẫu thuật lấy u, nhân di căn tối đa. Nếu bệnh tiến triển sẽ chuyển phác đồ điều trị khác. Trong nghiên cứu chúng tôi 100% bệnh nhân điều trị đủ 3 chu kỳ hóa chất có đáp ứng và đủ điều kiện phẫu thuật đều được chuyển phẫu thuật. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với tác giả Châu Khắc Tú (2017) nghiên cứu 30 bệnh nhân UTBT giai đoạn IIIC-IV đều có đáp ứng tốt sau 3 chu kỳ hóa trị, các bệnh nhân này đều đủ điều kiện phẫu thuật sau hóa chất [5]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Thanh Loan trên 69 bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn III, IV được hóa trị tân bổ trợ phác đồ paclitaxel-carboplatin cho kết quả tỷ lệ kiểm soát bệnh trên lâm sàng đạt 100% và 92,8% bệnh nhân được phẫu thuật công phá u tối đa [6].

Qua đó có thể thấy hóa trị tân bổ trợ bằng phác đồ paclitaxel-carboplatin cho tỷ lệ đáp ứng khá quan trên lâm sàng.

4.3. Đánh giá đáp ứng và một số yếu tố liên quan. Nhóm bệnh nhân giai đoạn IIIC đáp ứng 91,9% cao hơn nhóm giai đoạn IV là 66,7%,

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p = 0,036$. Điều này cũng hoàn toàn phù hợp vì các bệnh nhân giai đoạn IIIC là giai đoạn sớm hơn giai đoạn IV, chưa có di căn xa, thể trạng bệnh nhân cũng tốt hơn, dễ hồi phục hơn sau mỗi chu kỳ điều trị. Nhóm điều trị bằng liều cao hơn 90% hoặc bằng 100% liều chuẩn đáp ứng 90,9%, cao hơn nhóm điều trị bằng 85-90% liều chuẩn là 50%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,014$. Điều này là do nhóm bệnh nhân có thể trạng tốt hơn, chịu được điều trị liều cao gần bằng liều chuẩn sẽ phát huy tối đa tác dụng của hóa chất nên sẽ đạt hiệu quả tốt nhất. Nhóm không tràn dịch màng phổi đáp ứng 91,1% cao hơn nhóm có tràn dịch màng phổi đáp ứng 42,9%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,007$. Kết quả này có thể được giải thích do nhóm có tràn dịch màng phổi thường là đã có di căn phổi hoặc màng phổi, nên các bệnh nhân nhóm này đều ở giai đoạn IV, đáp ứng sẽ kém hơn nhóm chưa có di căn.

Nhóm tuổi dưới 40 chỉ có 2 bệnh nhân đều đáp ứng đạt 100%, nhóm 40 -60 tuổi đáp ứng 82,9%, nhóm trên 60 tuổi đáp ứng 86,7%. Sự khác biệt về tỷ lệ đáp ứng giữa 3 nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê với $p = 1,00$. Liên quan chỉ số PS với đáp ứng: nhóm PS = 0-1 đáp ứng 88,4% cao hơn nhóm PS = 2 đáp ứng 66,7%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,13$.

4.4. Một số tác dụng không mong muốn của phác đồ paclitaxel-carboplatin. Bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC-IV, thể trạng ban đầu của bệnh nhân cũng kém hơn do bản thân bệnh ung thư giai đoạn muộn. Có 6 bệnh nhân chưa điều trị đã bị hạ Hemoglobin mức độ 1 do tình trạng bệnh, do dinh dưỡng kém. Tuy nhiên cũng không có bệnh nhân nào phải truyền máu trước khi điều trị. Trong quá trình điều trị hóa chất, chỉ có 1 bệnh nhân bị hạ Hemoglobin độ 3 chiếm 1,9%, hạ độ 1,2 chiếm tỷ lệ lần lượt là 19,2% và 5,8%. Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 1,2 chiếm 40,4%, hạ bạch cầu độ 3 chiếm 3,8%. Tỷ lệ hạ bạch cầu hạt độ 1,2 chiếm 38,5%, độ 3, 4 lần lượt là 7,7% và 3,8%. Theo Andreas (2006) tỷ lệ hạ bạch cầu độ 1, 2 là 18,9% và 45%, hạ độ 3,4 lần lượt là 25,1% và 1,1%. Tỷ lệ hạ bạch cầu trung tính độ 1,2 là 26,6%, hạ độ 3,4 là 30,7% và 25,1% [7]. Tác giả Vasey PA (2004) gặp tỷ lệ hạ bạch cầu độ 3,4 là 84% [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có kết quả hạ bạch cầu thấp hơn của các tác giả nước ngoài có thể do tỷ lệ các bệnh nhân được tiêm thuốc kích bạch cầu dự phòng của chúng tôi cao hơn nên độc tính hạ bạch cầu cũng thấp

hơn và gặp mức độ nhẹ hơn.

Trong 52 bệnh nhân nghiên cứu chỉ có 1 bệnh nhân bị tăng men gan trước điều trị, 51 bệnh nhân còn lại men gan AST, ALT trong giới hạn bình thường. Trong quá trình điều trị hóa chất có 26,9% bệnh nhân bị tăng men gan độ 1. Tất cả các thuốc đều được chuyển hóa qua gan vì vậy tế bào gan chịu nhiều tổn hại nhất, tất cả các bệnh nhân đều được dùng thuốc bổ gan trước, trong và sau khi truyền hóa chất, chống lại sự hủy hoại tế bào gan bởi hóa chất. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận độc tính nôn 15,4%; buồn nôn 44,2%; ỉa chảy 7,7%; rối loạn thần kinh cảm giác ngoại vi 15,4% và các độc tính đều ở độ 1, 2.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ Paclitaxel - Carboplatin hóa trị tân bổ trợ trên bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC-IV cho kết quả đáp ứng tốt trên lâm sàng, cụ thể tỉ lệ kiểm soát bệnh trên lâm sàng sau 3 chu kì là 100%. Các tác dụng không mong muốn của phác đồ chủ yếu xảy ra ở độ 1 hoặc 2, độc tính độ 3, độ 4 thấp và có thể kiểm soát được. Như vậy paclitaxel-carboplatin là phác đồ an toàn và hiệu quả trong điều trị hóa chất tân bổ trợ trên nhóm bệnh nhân ung thư buồng trứng giai đoạn IIIC-IV, phù hợp với điều kiện hiện tại của đa số các bệnh nhân ung thư vú tại Việt Nam, có thể xem xét áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Thuận, Lê Văn Quảng, Nguyễn Tiến Quang** (2019). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư thường gặp, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. **Wright AA, Bohlke K, Armstrong DK, et al.** Neoadjuvant chemotherapy for newly diagnosed, advanced ovarian cancer: Society of Gynecologic Oncology and American Society of Clinical Oncology Clinical Practice Guideline. *Gynecol Oncol.* 2016;143(1):3-15.
3. **You B, Purdy C, Copeland LJ, et al.** Identification of Patients With Ovarian Cancer Experiencing the Highest Benefit From Bevacizumab in the First-Line Setting on the Basis of Their Tumor-Intrinsic Chemosensitivity (KELIM): The GOG-0218 Validation Study. *J Clin Oncol.* 2022;40(34):3965-3974.
4. **Trần Ngọc Dũng, Nguyễn Thùy Linh và cộng sự** (2021). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân ung thư biểu mô buồng trứng tái phát. *Tạp Chí Y học Quân sự*, (352), 45-49.
5. **Châu Khắc Tú, Lê Sỹ Phương, Lê Minh Toàn và cộng sự** (2017). Ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư buồng trứng giai đoạn muộn sau hóa trị liệu tân bổ trợ. *Tạp Chí Phụ sản*, 16(2), 74 - 78.

6. **Nguyễn Thị Thanh Loan và cộng sự** (2023). Đánh giá kết quả hóa trị tân bổ trợ phác đồ paclitaxel – carboplatin trong ung thư buồng trứng giai đoạn III-IV tại Bệnh viện K. Tạp chí Y học Việt Nam, (530),166-170.
7. **Du Bois A, Weber B, Rochon J, et al.** Addition of epirubicin as a third drug to carboplatin-paclitaxel in first-line treatment of advanced ovarian cancer: a prospectively randomized gynecologic cancer intergroup trial by the Arbeitsgemeinschaft Gynaekologische Onkologie Ovarian Cancer Study Group and the Groupe d'Investigateurs Nationaux pour l'Etude des Cancers Ovariens. J Clin Oncol. 2006;24(7):1127-1135.
8. **Vasey PA, Jayson GC, Gordon A, et al.** Phase III randomized trial of docetaxel-carboplatin versus paclitaxel-carboplatin as first-line chemotherapy for ovarian carcinoma. J Natl Cancer Inst. 2004;96(22):1682-1691.

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG HẸP ĐƯỜNG MẬT KHẢO SÁT QUA NỘI SOI ỐNG MỀM Ở BỆNH NHÂN SỎI ĐƯỜNG MẬT CHÍNH TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Đỗ Sơn Hải¹, Nguyễn Xuân Khái¹, Nguyễn Anh Tuấn²,
Nguyễn Thị Diệu Liên³, Lê Thanh Sơn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm tổn thương hẹp đường mật (HDM) qua nội soi ống mềm ở bệnh nhân (BN) sỏi đường mật chính (ĐMC) tại bệnh viện Quân y 103. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả, tiền cứu, không nhóm chứng trên các BN sỏi ĐMC có HDM được điều trị lấy sỏi và nong hẹp qua nội soi đường mật (NSDM) tại Trung tâm phẫu thuật tiêu hóa- Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 07 năm 2021 tới tháng 07 năm 2024. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 62 BN. Độ tuổi trung bình: $60,1 \pm 14,1$; Tỷ lệ nữ/nam = 1,69/1; 75,8% số BN có tiền sử sỏi mật. Trong đó, 54,8% từng phẫu thuật, can thiệp sỏi mật. NSDM phát hiện 100% các vị trí HDM, vượt trội hơn các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác. HDM phần lớn là 1 vị trí (90,3%) và chủ yếu là HDM trong gan (88,7%), nhiều nhất là hẹp ống gan trái (32,3%). Sỏi thường nằm bao xung quanh vị trí hẹp. Hẹp đa phần có dạng hình nhẫn (97,1%), đường kính 3mm - <4mm (52,2%), độ dài 2-5mm (53,6%) và đều là hẹp lành tính. Độ dài và đường kính HDM trung bình lần lượt là: $3,9 \pm 2,9$ mm và $3,6 \pm 0,7$ mm. Phân loại hẹp: hẹp nhẹ chiếm tỷ lệ cao nhất (85,5%), kể đến là hẹp vừa (8,7%). Số lượng, đường kính và độ dài HDM có liên quan tới tỷ lệ sạch sỏi, hết hẹp đường mật sau phẫu thuật với $p < 0,05$. **Kết luận:** NSDM ống mềm là phương pháp hiệu quả để khảo sát HDM. Ở BN sỏi ĐMC thì phần lớn là hẹp nhẹ, hình nhẫn và lành tính; thường chỉ hẹp ở một vị trí với đường kính vừa phải và độ dài ngắn. Các đặc điểm số lượng, đường kính và độ dài HDM có liên quan tới tỷ lệ sạch sỏi, hết hẹp đường mật sau phẫu thuật.

Từ khóa: Nội soi đường mật ống mềm, hẹp đường mật, sỏi đường mật chính

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF BILARY STRICTURE INVESTIGATED THROUGH FLEXIBLE CHOLANGIOSCOPY IN PATIENTS WITH MAIN BILE DUCT STONES AT MILITARY HOSPITAL 103

Objectives: To investigate the characteristics of biliary stricture through flexible cholangioscopy in patients with main bile duct stones at Military Hospital 103. **Patient and methods:** Descriptive, prospective, non-controlled research on patients with primary bile duct stones with biliary stricture treated by flexible cholangioscopy at the Abdominal surgery centre - Military hospital 103 from July 2021 to July 2024. **Results:** Researched on 62 patients. Mean age: 60.1 ± 14.1 ; Female/male ratio = 1.69/1; 75.8% of patients had the history of biliary stone. Of these, 54.8% had biliary operations. Cholangioscopy detected 100% of stricture locations, so it was outstanding other diagnostic imaging methods. Most biliary stricture were in one position (90.3%), intrahepatic stricture (88.7%), and on the left hepatic duct (32.3%). Strictures were usually surrounded by stones. The stritrures were mostly ring-shaped (97.1%), 3mm - <4mm in diameter (52.2%), 2-5mm long (53.6%) and all of them were benign. The average length and diameter of the strictures werw: 3.9 ± 2.9 mm and 3.6 ± 0.7 mm, respectively. Classification: mild stricture accounted for the highest rate (85.5%), moderate stricture was the next one (8.7%). The number, diameter and length of stricture were factors related to the rate of biliary stone and stricture clearance after surgery with $p < 0.05$. **Conclusion:** Flexible cholangioscopy was an effective method to investigate the characteristics of biliary stricture. In patients with primary bile duct stones, the majority of stricture were mild, ring-shaped and all benign. They mostly were in one position with moderate diameter and short length. The number,

¹Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Bệnh viện Đa khoa Hà Đông - Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Sơn Hải

Email: dosonhai@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

diameter and length of stricture were related to the rate of biliary stone and stricture clearance after surgery. **Keywords:** Flexible cholangioscopy, biliary stricture, primary bile duct stones

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp đường mật (HDM) là một bệnh lý gặp nhiều ở vùng Đông Á, Đông Nam Á nói chung và Việt Nam nói riêng. Theo số liệu thống kê, tỷ lệ HDM ở bệnh nhân (BN) sỏi đường mật chính (ĐMC) có thể lên tới 45,6-70% [1]. Bệnh này ảnh hưởng rất nhiều tới kết quả điều trị sỏi mật và là nguyên nhân chính của sỏi tái phát, khiến BN phải mổ lại nhiều lần.

IHPBA (Hiệp hội Gan-mật-tụy thế giới) năm 2022 đã đưa ra định nghĩa: "HDM là sự giảm khu trú khẩu kính đường mật so với phần đường mật kế cận với nó, đi kèm với giãn đường mật bên trên vị trí hẹp" [2]. Ở BN sỏi mật có HDM thì vấn đề HDM là nguyên nhân hay hậu quả của sỏi mật cho đến nay vẫn chưa được minh chứng. Chúng kết hợp với nhau tạo nên vòng xoắn bệnh lý. Mặc dù HDM luôn được coi là một vấn đề lớn, đây thách thức, nhưng trước đây chẩn đoán và điều trị ít được nhắc đến do khó khăn về khảo sát hình ảnh trực tiếp. Phải đến năm 1970, khi Shore lần đầu tiên thực hiện nội soi đường mật (NSDM) ống mềm trong mổ, thì các vấn đề liên quan tới HDM mới dần được nhắc đến. Từ đó đến nay, nhờ khả năng cho thấy hình ảnh rõ ràng, NSDM đã trở thành phương pháp chẩn đoán và điều trị bệnh lý sỏi và HDM hiệu quả. Lee S.K dựa trên cơ sở của ống soi đường mật đã đề ra phân loại HDM được áp dụng rộng rãi cho đến nay [3].

Ở Việt Nam, cho đến nay, có rất ít tác giả trong nước công bố các công trình nghiên cứu đi sâu đánh giá kết quả điều trị HDM. Tại Bệnh viện Quân y 103, NSDM đã được thực hiện từ năm 2008 để điều trị sỏi mật. Những năm gần đây, chúng tôi đã phát triển thêm kỹ thuật đánh giá HDM qua NSDM. Vấn đề nghiên cứu được đặt ra với câu hỏi: Đặc điểm HDM ở những BN sỏi ĐMC là như thế nào? Chúng có liên quan gì tới kết quả điều trị? Từ những điều trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Khảo sát đặc điểm tổn thương hẹp đường mật qua nội soi ống mềm ở bệnh nhân sỏi đường mật chính tại Bệnh viện Quân y 103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

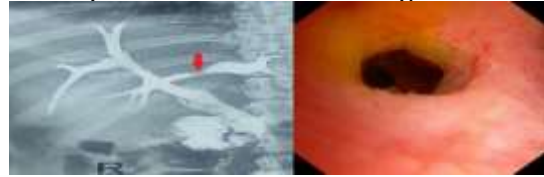
Nghiên cứu mô tả, tiến cứu, không nhóm chứng trên các BN sỏi ĐMC có HDM được điều trị bằng NSDM tại Trung tâm phẫu thuật tiêu hóa-Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 07 năm 2021 tới tháng 07 năm 2024.

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** BN được chẩn đoán xác định sỏi ĐMC kèm HDM và được điều trị bằng NSDM.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** - BN có u hoặc ung thư ở đường mật, gan, đầu tụy hay bóng Vater.

- BN có thang điểm ASA > 3 (Phân loại tình trạng sức khỏe của BN trước phẫu thuật theo hiệp hội Gây mê Hoa Kỳ).

***Quy trình nghiên cứu:** BN nhập viện được thăm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán trước mổ. Nếu BN có chẩn đoán sỏi ĐMC và HDM, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và nằm ngoài tiêu chuẩn loại trừ thì tiến hành can thiệp NSDM.



Hình 1. Hình ảnh hẹp đường mật gan trái trước mổ và trong NSDM

Phương pháp can thiệp

- Nếu BN chưa can thiệp: phẫu thuật mở ống mật chủ dẫn lưu Kehr, NSDM trong mổ bằng ống soi mềm

- Nếu BN đã có dẫn lưu đường mật qua da thì NSDM qua đường hầm bằng ống soi mềm.

*** Quy trình NSDM ống mềm để khảo sát HDM:** Chúng tôi sử dụng dàn NSDM với ống nội soi mềm CHF-V2 của hãng Olympus, đường kính 5 mm, kênh dụng cụ 2 mm kết hợp với đường tưới nước, đầu ống soi có thể điều khiển 2 chiều (lên 160° - xuống 130°).



Hình 2. Dàn nội soi đường mật



Hình 3. Ống soi mềm đường mật CHF- V2

Phẫu thuật viên cầm cần điều khiển bằng tay trái, cầm đầu ống soi bằng tay phải, tiến hành

đưa ống soi qua lỗ tiếp cận vào đường mật. Sử dụng dòng nước muối sinh lý NaCl 0,9% treo cao để tưới rửa liên tục, kết hợp với bơm hỗ trợ để đường mật giãn và tạo môi trường sạch trong khi soi. Tiến hành soi xuống ống mật chủ trước, lấy sỏi nếu có để kiểm tra cơ Oddi và lưu thông tá tràng. Sau đó mới đưa ống soi lên ống gan chung và vào các ống mật trong gan một cách tuần tự để kiểm soát được hết các nhánh. Với đường mật trong gan, thực hiện soi theo thứ tự lần lượt từ ống gan phải, phân thùy trước, hạ phân thùy 5, 8, phân thùy sau, hạ phân thùy 6, 7 rồi đến ống gan trái, hạ phân thùy 2, 3, 4 và 1.

Khi soi, tìm kiếm HDM, có thể phải tán và lấy sỏi lấp lỗ trước. Hình ảnh HDM sẽ có khẩu kính nhỏ hơn đường mật thông thường, xung quanh có nhiều màng viêm xơ, phía trên chỗ thắt đường mật bị giãn ra. Có thể nhìn thấy sỏi hoặc dịch mật viêm chảy ra từ bên trong đoạn hẹp. Nếu phát hiện HDM như trên thì tiến hành quan sát đánh giá đại thể vị trí hẹp, đo độ dài và đường kính hẹp bằng bóng đo và sinh thiết đường mật tức thì bằng kim sinh thiết.

- Đo độ dài và đường kính đoạn hẹp: Sử dụng bóng đo Tuftex Balloon cateter XSL1338 của hãng LeMaitre Vascular- Mỹ, kích thước 4Fx 80cm. Đưa bóng đo qua vị trí HDM. Trên bóng đo có chia sẵn kích thước để đo độ dài còn đường kính được đo bằng cách bơm bóng nóng ôm khít đoạn hẹp. Số liệu đường kính được xác định dựa trên số atm dùng để bơm bóng: cứ 1atm tương ứng với 1mm đường kính.



Hình 4. Đo độ dài và đường kính HDM

- Sinh thiết đường mật: Sử dụng kim sinh thiết Biopsy Forceps model FB-19SX-1, kích thước 2mm x 700mm của hãng Olympus-Nhật Bản. Đưa kim sinh thiết đi qua ống soi, tiếp cận vị trí hẹp để sinh thiết. Sinh thiết 2 vị trí khác nhau, một mảnh đọc kết quả tức thì và một mảnh gửi đọc kết quả theo quy trình thông thường.



Hình 5. Sinh thiết HDM

Dựa trên các kết quả đã khảo sát được mà tiến hành các phương pháp xử trí tiếp theo

- Trong nghiên cứu, chúng tôi phân loại HDM theo tác giả Lee S.K [3]. Dựa trên kích thước ống soi đường mật tiêu chuẩn (5mm), HDM được chia thành 3 mức độ:

+ Hẹp nhẹ: ống soi nhìn vào được chỗ hẹp nhưng chỉ qua được sau khi nong

+ Hẹp vừa: ống soi nhìn vào được chỗ hẹp và không thể qua được dù đã nong

+ Hẹp nặng: hẹp khít, ống soi không thể nhìn qua được

***Xử lý và phân tích số liệu:** Các thông tin được ghi chép, sắp xếp lại một cách chi tiết theo mẫu bệnh án nghiên cứu. Số liệu nghiên cứu được xử lý với phần mềm SPSS 20.0. Tỷ lệ phần trăm được tính và trình bày dưới dạng bảng. Tìm mối liên quan giữa hai yếu tố bằng kiểm định Independent Samples T – Test hoặc χ^2 chi bình phương (chi square), có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

*** Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu này đã được Hội đồng Đạo đức Bệnh viện Quân y 103 chấp thuận theo công văn số 69/CNCHT - HĐĐĐ ngày 17/10/2022. Chúng tôi cam kết không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu. BN đã được giải thích rõ ràng về những lợi ích và nguy cơ của phẫu thuật và đồng ý tham gia nghiên cứu. Thông tin của BN được bảo mật, không phân biệt đối xử với các BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 7/2021 đến tháng 7/2024, chúng tôi nghiên cứu trên 62 BN.

- Tuổi, giới: BN có độ tuổi từ 20 đến 86. Độ tuổi trung bình là $60,1 \pm 14,1$. Tỷ lệ nữ/nam = 1,69/1 (39/23). 75,8% số BN có tiền sử sỏi mật, trong đó 54,8% đã từng mổ sỏi mật.

- So sánh với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, NSĐM phát hiện 100% các trường HDM, kể đến là cộng hưởng từ mật tụy với tỷ lệ 92,9%, chụp Xquang đường mật là 83,3% và siêu âm chỉ phát hiện được 29% các trường hợp có HDM.

- Phương pháp phẫu thuật được áp dụng chủ yếu là NSĐM trong mổ mở ống mật chủ (90,3%). Với 6 BN đã có đường hầm dẫn lưu Kehr từ các lần phẫu thuật trước, chúng tôi tiến hành nội soi qua đường hầm sẵn có (9,7%).

Bảng 1. Vị trí hẹp đường mật khảo sát qua nội soi ống mềm

Vị trí	Có hẹp đường mật	
	Số BN (n=62)	Tỷ lệ%
Hạ phân thùy 1	0	0
Hạ phân thùy 2	9	14,5
Hạ phân thùy 3	5	8,1
Hạ phân thùy 4	1	1,6

Hạ phân thùy 5	4	6,5
Hạ phân thùy 6	1	1,6
Hạ phân thùy 7	1	1,6
Hạ phân thùy 8	1	1,6
Phân thùy trước	8	12,9
Phân thùy sau	10	16,1
Ổng gan phải	2	3,2
Ổng gan trái	20	32,3
Ổng gan chung	4	6,5
Ổng mật chủ	3	4,8

Đa số là HDM trong gan. Trong đó nhiều nhất là hẹp ống gan trái (32,3%). Có 69 vị trí hẹp trên 62 BN. Sỏi thường nằm cả trước và sau, bao quanh vị trí HDM.

Bảng 2. Đặc điểm HDM khảo sát qua ống nội soi mềm

Đặc điểm	Tỷ lệ % (n=69)
Số vị trí HDM	
1	90,3
2	8,1
3	1,6
Đường kính đoạn hẹp	
1mm - <2mm	4,3
2mm - <3mm	14,5
3mm - <4mm	52,2
4mm - <5mm	29,0
Độ dài đoạn hẹp	
<2mm	21,8
2mm - 5mm	53,6
>5mm - 10mm	15,9
>10mm	8,7
Hình ảnh đại thể của HDM	
Thế hình nhân	97,1
Thế loét	2,9
Kết quả sinh thiết HDM	
Viêm xơ chít hẹp mạn tính	95,7
Viêm chít HDM nguyên phát	4,3
Hẹp ác tính	0
Phân loại HDM	
Hẹp nhẹ	85,5
Hẹp vừa	8,7
Hẹp nặng	5,8

Đa phần các trường hợp là hẹp 1 vị trí: 90,3%, có đường kính từ 3mm- <4mm (52,2%), độ dài 2mm - 5mm (53,6%) và có hình nhân (97,1%). Tất cả các vị trí hẹp đều là lành tính. Độ dài HDM trung bình là: $3,9 \pm 2,9$ mm. Đường kính HDM trung bình là: $3,6 \pm 0,7$ mm.

Chúng tôi tiến hành kiểm định mối liên quan giữa tỷ lệ sạch sỏi, hết HDM sau phẫu thuật với một số yếu tố trên BN và đặc điểm HDM. Kết quả: Số lượng cũng như đường kính và độ dài HDM có liên quan tới tỷ lệ sạch sỏi và hết HDM sau mổ ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu cho thấy, HDM gặp ở BN có độ tuổi trung bình là $60,1 \pm 14,1$. Bệnh thường gặp ở nữ hơn nam giới, tỷ lệ 1,69:1. Trong nghiên cứu, 75,8% số BN có tiền sử sỏi mật, trong đó 54,8% đã từng mổ sỏi mật. Điều đó cho thấy đặc điểm nổi bật ở BN có HDM là tỷ lệ sỏi sỏi và tái phát sỏi sau mổ cao.

Để xác định vị trí của sỏi và HDM, tất cả các BN đều được siêu âm và chụp Xquang đường mật hoặc cộng hưởng từ mật tụy trước mổ. Tuy nhiên chúng tôi nhận thấy, các phương pháp này không phát hiện được hết các trường hợp HDM. Trong khi đó, NSDM phát hiện 100% các trường hợp HDM. Trong nghiên cứu của mình, Mauro A. cũng đồng thuận với chúng tôi khi thấy rằng: NSDM có tỷ lệ chẩn đoán chính xác sỏi và HDM cao hơn cộng hưởng từ mật tụy, chụp Xquang đường mật và siêu âm [4]. Nhờ cho thấy hình ảnh tổn thương trực tiếp, đây là phương pháp chẩn đoán ưu việt hơn so với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác.

Từ kết quả của bảng 1 cho thấy: Các vị trí HDM cũng phân bố hầu hết trong các ống gan (trừ hạ phân thùy 1). HDM ngoài gan chỉ có 7 trường hợp (11,3%) có đa số là HDM trong gan. Trong đó nhiều nhất là hẹp ống gan trái (32,3%). Li K. cũng nhận thấy tỷ lệ HDM gan trái cũng lớn hơn ở các vị trí khác. Tác giả cho rằng nguyên nhân là do ống gan trái dài và hẹp, lại là cửa ngõ của đường mật nên khả năng hẹp nhiều hơn [5].

Trong nghiên cứu, phần lớn các trường hợp là hẹp 1 vị trí (90,3%). Có 69 vị trí hẹp trên 62 BN. Sỏi thường nằm bao quanh vị trí HDM. Trong quá trình khảo sát, NSDM cho phép quan sát hình ảnh của HDM một cách rõ nét để xác định các đặc điểm cụ thể. Về hình ảnh đại thể của HDM, đa phần là thế hình nhân (97,1%), có đường kính từ 3mm- <4mm (52,2%), độ dài 2mm - 5mm (53,6%). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả các vị trí hẹp đều có kết quả sinh thiết tức thì là HDM lành tính. Trong đó, phần lớn là dạng viêm xơ chít hẹp mạn tính (95,7%). Park S.J. cho rằng đường kính HDM có ý nghĩa trong lựa chọn phương pháp xử trí còn độ dài HDM có ý nghĩa trong việc đặt stent dự phòng tái phát [6]. Alali A. nghiên cứu thấy: dạng viêm xơ chít hẹp mạn tính chiếm khoảng 80% các trường hợp lành tính, căn nguyên là do viêm và ứ trệ lâu ngày [7].

Chúng tôi phân loại HDM theo tác giả Lee S.K [3] (bảng 2). Kết quả cho thấy 81,2% hẹp nhẹ; 13% hẹp vừa và 5,8% hẹp nặng. Lê Văn

Lợi cũng áp dụng bằng phân loại này giống chúng tôi. Tác giả thấy tỷ lệ 13,1% là hẹp nặng [8]. Nhìn chung loại hẹp càng nặng thì tiên lượng càng khó khăn.

Chúng tôi kiểm định các yếu tố liên quan tới tỷ lệ sạch sỏi và hết HDM sau mổ. Kết quả tỷ lệ sạch sỏi, hết HDM sau mổ có liên quan tới số lượng cũng như đường kính và độ dài đoạn hẹp với $p < 0,05$. Như vậy, nếu số lượng hẹp nhiều, đường kính nhỏ và độ dài lớn thì nguy cơ còn sỏi và hẹp tăng cao. Tác giả Lê Văn Lợi cũng có quan điểm giống như chúng tôi, khi kết luận HDM là yếu tố chính ảnh hưởng tới tỷ lệ sạch sỏi [8].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên 62 BN sỏi ĐMC có HDM từ tháng 7/2021 đến tháng 7/2024, chúng tôi nhận thấy: NSDM bước đầu là một phương pháp hiệu quả để khảo sát HDM. Ở các BN sỏi ĐMC thì phần lớn là hẹp nhẹ, hình nhẵn và lành tính; thường chỉ hẹp ở một vị trí với đường kính vừa phải và độ dài ngắn. Các đặc điểm về số lượng, đường kính và độ dài HDM có liên quan tới tỷ lệ sạch sỏi, hết hẹp đường mật sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. S. Yadlapati, R. Mulki, S. A. Sánchez-Luna, et al. (2023). Clinical approach to indeterminate biliary strictures: Clinical presentation, diagnosis, and workup. *World J Gastroenterol*, 29(36): 5198-

- 5210.
2. Phonthep Angsuwatcharakon, Santi Kulpatcharapong, Jong H. Moon, et al. (2022). Consensus guidelines on the role of cholangioscopy to diagnose indeterminate biliary stricture. *HPB*, 24(1): 17-29.
3. S. K. Lee, D. W. Seo, S. J. Myung, et al. (2001). Percutaneous transhepatic cholangioscopic treatment for hepatolithiasis: an evaluation of long-term results and risk factors for recurrence. *Gastrointest Endosc*, 53(3): 318-23.
4. Aurelio Mauro, Stefano Mazza, Davide Scavini, et al. (2023). The Role of Cholangioscopy in Biliary Diseases. *Diagnostics*, 13(18): 2933.
5. K. Li, Y. Ding, N. Liu, et al. (2023). Relationship between postoperative biliary stricture and clinical characteristics of patients with benign and malignant biliary diseases. *Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne*, 18(1): 117-127.
6. S. J. Park, H. H. Chung, S. H. Lee, et al. (2019). Long-term balloon indwelling technique for the treatment of single benign biliary stricture. *Diagn Interv Radiol*, 25(1): 90-94.
7. A. Alali, M. Moris, M. Martel, et al. (2021). Predictors of Malignancy in Patients With Indeterminate Biliary Strictures and Atypical Biliary Cytology: Results From Retrospective Cohort Study. *J Can Assoc Gastroenterol*, 4(5): 222-228.
8. Lê Văn Lợi (2021). Nghiên cứu giá trị của cộng hưởng từ, phẫu thuật nội soi và nội soi tán sỏi qua ống nối mật-da điều trị sỏi đường mật chính. Luận án tiến sĩ y học. Viện nghiên cứu khoa học y được lâm sàng 108.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT DO SỎI

Nguyễn Hoàng Anh¹, Nguyễn Trọng Nhân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang năm 2023. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 51 bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang từ 2023- 2024. **Kết quả:** Thời gian phẫu thuật trung bình là 106,73 ± 44,69 phút. Thời gian nằm viện trung bình là 5,86 ngày, với độ lệch chuẩn 2,04 ngày với khoảng thời gian nằm viện rộng, từ 2 ngày đến 15 ngày. Đa số bệnh nhân (76,5%) không gặp biến chứng sau mổ. Chảy máu vết mổ là biến chứng phổ biến nhất, chiếm

15,7% bệnh nhân. Nhiễm trùng và chảy máu ổ bụng chỉ xảy ra ở 2% bệnh nhân. Kết quả tốt chiếm tỷ lệ 82,35% và 17,65% kết quả trung bình.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, kết quả điều trị, viêm túi mật, sỏi túi mật.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY TO TREAT CHOLECYSTITIS CAUSED BY STONES

Objective: The study has objectives: To evaluate the results of laparoscopic cholecystectomy for cholecystitis due to stones at Hau Giang General Hospital in 2023. **Methods:** Retrospective descriptive study design on 51 patients diagnosed with acute cholecystitis due to stones and treated by laparoscopic cholecystectomy at Hau Giang General Hospital from 2023-2024. **Result:** The average surgical time was 106.73 ± 44.69 minutes. The average hospital stay was 5.86 days, with a standard deviation of 2.04 days with a wide range of hospital stays, from 2 days to 15

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Hoàng Anh

Email: 8265915482@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

days. The majority of patients (76.5%) did not experience postoperative complications. Wound bleeding was the most common complication, accounting for 15.7% of patients. Infection and intra-abdominal bleeding occurred in only 2% of patients. Good results accounted for 82.35% and average results accounted for 17.65%. **Keywords:** laparoscopic surgery, treatment results, cholecystitis, gallstones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp là một cấp cứu ngoại khoa tiêu hoá nguy hiểm nếu không được xử trí kịp thời có thể dẫn đến tử vong. Việc điều trị viêm túi mật cấp cũng được phát triển qua từng thời kỳ, đi cùng đó là sự phát triển phương tiện trang thiết bị phẫu thuật ngày càng tiên tiến và hiện đại. Năm 1987 Philip Mouret (Pháp) là người đầu tiên thực hiện thành công ca phẫu thuật cắt túi mật nội soi và ngày nay kỹ thuật này được áp dụng rộng rãi khắp nơi toàn trên toàn thế giới nhờ vào nhiều ưu điểm vượt trội của nó so với cắt túi mật mở như giảm đau sau mổ, tính thẩm mỹ cao, người bệnh nhanh phục hồi, cũng như việc hạn chế các biến chứng sau mổ và những nguy cơ ở bệnh nhân có bệnh nền mạn tính,... [5]. Từ những yếu tố trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: các bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang từ 2023- 2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân trên 16 tuổi, được chẩn đoán: viêm túi mật do sỏi, được điều trị bằng: phẫu thuật nội soi cắt túi mật. Hồ sơ đủ dữ liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh lý nặng ở phổi, suy gan, suy thận, viêm phúc mạc.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang từ 2023- 2024 từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: cỡ mẫu tối thiểu cần có cho nghiên cứu. Z: hệ số t-in cậy.

α : mức ý nghĩa, $\alpha = 0,05$ thì $Z = 1,96$.

d: sai số cho phép, chọn $d = 5\%$.

$p = 0,973$ là tỉ lệ phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật do sỏi thành công theo tác giả Nguyễn Quang Huy (2023) [1]. Thay vào công thức tính được cỡ mẫu $n \approx 41$ bệnh nhân. Trên thực tế chúng tôi nghiên cứu trên 51 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Tiến hành chọn mẫu toàn bộ, lựa chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ 01/2023 đến tháng 12/2024 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang.

Nội dung nghiên cứu:

Đánh giá kết quả điều trị: Phương pháp cắt túi mật, ASA trước mổ, thời gian phẫu thuật, vị trí của sỏi túi mật, biến chứng trong mổ, thời gian nằm viện sau phẫu thuật, thời gian phục hồi lưu thông ruột, số ngày nằm viện, kết quả điều trị chung, biến chứng sau mổ.

Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Các số liệu được ghi nhận bằng phiếu thu thập thông tin, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

Xử lý số liệu bằng các thuật toán thống kê y học:

+ Các biến số định tính được mô tả bằng số lượng và tỷ lệ (%).

+ Các biến định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn.

+ Các biến định lượng có phân phối không chuẩn được mô tả bằng trung vị và khoảng tứ phân vị.

+ Kiểm định sự khác biệt giữa các biến định tính bằng phép kiểm Chi-Square. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê khi $p\text{-value} < 0,05$.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học. Tôn trọng quyền riêng tư của bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đánh giá kết quả phẫu thuật

Bảng 3.1. Phương pháp cắt túi mật

Phương pháp cắt túi mật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cắt ngược dòng	48	94,1
Cắt xuôi dòng	3	5,9
Tổng	51	100

Nhận xét: Phương pháp cắt túi mật của nhóm khảo sát cắt ngược dòng chiếm 94.1% với 48 người và cắt xuôi dòng chiếm 5.9% với 3 người.

Bảng 3.2. ASA trước mổ

ASA trước mổ	Số lượng	Tỷ lệ (%)
ASA 1	36	70,6
ASA 2	10	19,6
ASA 3	5	9,8
Tổng	51	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân được phân loại ASA 1, chiếm 70,6% (36/51). Điều này cho thấy đa số bệnh nhân là người khỏe mạnh, không có bệnh lý toàn thân.

Bệnh nhân được phân loại ASA 2 chiếm 19,6% (10/51), đại diện cho nhóm có bệnh hệ thống nhẹ.

Chỉ có một số ít bệnh nhân được phân loại ASA 3, chiếm 9,8% (5/51), thể hiện nhóm có bệnh hệ thống nặng.

Bảng 3.3. Thời gian phẫu thuật

Thời gian phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 60 phút	7	13,7
60 - 120 phút	31	60,8
> 120 phút	13	25,5
Tổng	51	100
TB ± ĐLC	106,73 ± 44,69	
Nhỏ nhất - Lớn nhất	60 - 315	

Nhận xét: Phần lớn các ca phẫu thuật (60,8% hay 31/51) kéo dài từ 60 đến 120 phút. Có 25,5% (13/51) ca phẫu thuật kéo dài trên 120 phút, một tỷ lệ đáng kể các ca phức tạp hơn hoặc gặp khó khăn trong quá trình phẫu thuật. Chỉ có 13,7% (7/51) ca phẫu thuật hoàn thành trong vòng dưới 60 phút, cho thấy ít ca được thực hiện nhanh chóng.

Thời gian phẫu thuật trung bình là 106,73 phút, với độ lệch chuẩn khá lớn (44,69 phút), sự biến thiên đáng kể giữa các ca từ 60 phút đến 315 phút (5 giờ 15 phút), cho thấy có sự khác biệt lớn giữa ca ngắn nhất và dài nhất.

Bảng 3.4. Vị trí của sỏi túi mật

Vị trí của sỏi túi mật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Cổ túi mật	13	25,5
Ông túi mật	0	0
Đáy túi mật	0	0
Lòng túi mật	38	74,5
Tổng	51	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân không có sỏi kẹt cổ túi mật, chiếm 74,5% (38/51) tổng số ca. Có 25,5% (13/51) bệnh nhân có sỏi kẹt cổ túi mật. Tỷ lệ này cho thấy sỏi kẹt cổ túi mật là một biến chứng không hiếm gặp trong bệnh lý sỏi túi mật.

Bảng 3.5. Biến chứng trong mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Không	49	96,1
Thủng	2	3,9
Chảy máu	0	0
Phạm vào OMC	0	0
Tổng	51	100

Nhận xét: Biến chứng thủng túi mật trong mổ chiếm 3,9% (2/51) ca. Tỷ lệ này cho thấy vẫn có biến chứng trong lúc mổ nhưng tỉ lệ thấp.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.6. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật

Thời gian nằm viện sau phẫu thuật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
≤ 3 ngày	2	3,9
3 - 6 ngày	18	35,3
> 6 ngày	31	60,8
Tổng	51	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân (60,8% hay 31/51) có thời gian hậu phẫu kéo dài trên 6 ngày. Có 35,3% (18/51) bệnh nhân có thời gian hậu phẫu từ 3 - 6 ngày, chỉ có một tỷ lệ rất nhỏ (3,9% hay 2/51) bệnh nhân có thời gian hậu phẫu ngắn, dưới hoặc bằng 3 ngày.

Bảng 3.7. Thời gian phục hồi lưu thông ruột

Thời gian phục hồi lưu thông ruột	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Ngày thứ 1	16	31,4
Ngày thứ 2	24	47,1
Ngày thứ 3	11	21,6
Tổng	51	100

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân (47,1% hay 24/51) phục hồi lưu thông ruột vào ngày thứ 2 sau phẫu thuật. Có 31,4% (16/51) bệnh nhân phục hồi lưu thông ruột ngay từ ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Có 21,6% (11/51) bệnh nhân phục hồi lưu thông ruột vào ngày thứ 3.

Bảng 3.8. Số ngày nằm viện

Số ngày nằm viện	Số lượng	Tỷ lệ (%)
< 7 ngày	42	82,4
≥ 7 ngày	9	17,6
Tổng	51	100
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	5,86 ± 2,04	
Nhỏ nhất - Lớn nhất	2 - 15	

Nhận xét: Đa số bệnh nhân (82,4% hay 42/51) có thời gian nằm viện dưới 7 ngày và chỉ có 17,6% (9/51) bệnh nhân có thời gian nằm viện từ 7 ngày trở lên. Thời gian nằm viện trung bình là 5,86 ngày, với độ lệch chuẩn 2,04 ngày với khoảng thời gian nằm viện rộng, từ 2 ngày đến 15 ngày.

Bảng 3.9. Kết quả điều trị chung

Kết quả chung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tốt	42	82,35
Trung bình	9	17,65
Xấu	0	0
Tổng	51	100

Nhận xét: Kết quả điều trị chung cho thấy, đa số bệnh nhân trong nhóm khảo sát đều có kết quả sau phẫu thuật được đánh giá là tốt chiếm tỷ lệ 83,35%, kết quả trung bình chiếm tỷ lệ 17,75%. Không có trường hợp nào được xếp vào nhóm kết quả xấu.

Bảng 3.10. Biến chứng sau mổ

Biến chứng sau mổ		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	Chảy máu vết mổ	8	15,7
	Chảy máu ổ bụng	1	2
	Nhiễm trùng	1	2
Không		41	76,5
Tổng		51	100%

Nhận xét: Đa số bệnh nhân (76,5% hay 41/51) không gặp biến chứng sau mổ. Chảy máu vết mổ là biến chứng phổ biến nhất, xuất hiện ở 15,7% (8/51) bệnh nhân. Nhiễm trùng và chảy máu ổ bụng chỉ xảy ra ở 2% (1/51) bệnh nhân.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phương pháp cắt túi mật và ASA.

Phương pháp cắt túi mật của nhóm khảo sát hoàn toàn là cắt gần toàn bộ, chiếm 100% với 51 người. Không có trường hợp nào được áp dụng phương pháp cắt ngược hoặc cắt xuôi trong nhóm này. Dựa trên bảng kết quả đánh giá ASA (American Society of Anesthesiologists) trước mổ, có thể nhận thấy: Phần lớn bệnh nhân được phân loại ASA 1, chiếm 70,6%. Điều này cho thấy đa số bệnh nhân là người khỏe mạnh, không có bệnh lý toàn thân. Bệnh nhân được phân loại ASA 2 chiếm 19,6%. Chỉ có một số ít bệnh nhân được phân loại ASA 3, chiếm 9,8%.

4.2. Kết quả phẫu thuật. Phần lớn các ca phẫu thuật (60,8%) kéo dài từ 60 đến 120 phút. Có 25,5% ca phẫu thuật kéo dài trên 120 phút, một tỷ lệ đáng kể các ca phức tạp hơn hoặc gặp khó khăn trong quá trình phẫu thuật. Chỉ có 13,7% ca phẫu thuật hoàn thành trong vòng dưới 60 phút, cho thấy ít ca được thực hiện nhanh chóng. Thời gian phẫu thuật trung bình là 106,73 phút, với độ lệch chuẩn khá lớn (44,69 phút), sự biến thiên đáng kể giữa các ca từ 60 phút đến 315 phút (5 giờ 15 phút), cho thấy có sự khác biệt lớn giữa ca ngắn nhất và dài nhất. Nguyễn Quang Huy và cộng sự (2023) thời gian mổ trung bình $94,64 \pm 34,11$ phút [1].

4.3. Đánh giá kết quả điều trị. Kết quả nghiên cứu chưa ghi nhận tai biến trong phẫu thuật. Tỷ lệ các tai biến trong phẫu thuật ở nghiên cứu Trần Kiến Vũ (2016) là 19,4%, những tai biến thường gặp là thủng túi mật và chảy máu không cầm được, trong đó tai biến quan trọng nhất cần lưu ý được y văn, các nghiên cứu trong và ngoài nước lưu ý là tổn thương đường mật, một trong những biến chứng trầm trọng nhất của cắt túi mật nội soi, tỷ lệ gặp trong cắt túi mật nội soi cao hơn so với cắt túi mật mở (khoảng 0,3 – 3% so với 0,2 – 0,5%) [4].

Tất cả các bệnh nhân trong nhóm khảo sát đều được xác nhận có sỏi, không có trường hợp

nào không mắc sỏi. Trong đó đa số bệnh nhân không có sỏi kẹt cổ túi mật, chiếm 74,5% tổng số ca. Có 25,5% bệnh nhân có sỏi kẹt cổ túi mật. Tỷ lệ này cho thấy sỏi kẹt cổ túi mật là một biến chứng không hiếm gặp trong bệnh lý sỏi túi mật. Có 51% bệnh nhân có dày thành túi mật và 49% không có dày thành túi mật.

Phần lớn bệnh nhân (60,8%) có thời gian hậu phẫu kéo dài trên 5 ngày. Có 35,3% bệnh nhân có thời gian hậu phẫu từ 3-5 ngày, chỉ có một tỷ lệ rất nhỏ (3,9%) bệnh nhân có thời gian hậu phẫu ngắn, dưới hoặc bằng 3 ngày. Thái Nguyên Hưng và cộng sự (2023) Thời gian hậu phẫu TB: $5,02 \pm 2,36$ ngày (từ 2-35 ngày) [2].

Phần lớn bệnh nhân (47,1%) phục hồi lưu thông ruột vào ngày thứ 2 sau phẫu thuật. Có 31,4% bệnh nhân phục hồi lưu thông ruột ngay từ ngày đầu tiên sau phẫu thuật. Có 21,6% bệnh nhân phục hồi lưu thông ruột vào ngày thứ 3. Tất cả bệnh nhân đều phục hồi lưu thông ruột trong vòng 3 ngày sau phẫu thuật.

Đa số bệnh nhân (82,4%) có thời gian nằm viện dưới 7 ngày và chỉ có 17,6% bệnh nhân có thời gian nằm viện từ 7 ngày trở lên. Thời gian nằm viện trung bình là 5,86 ngày, với độ lệch chuẩn 2,04 ngày với khoảng thời gian nằm viện rộng, từ 2 ngày đến 15 ngày. Tác giả Trần Kiến Vũ (2016) nghiên cứu phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp cho thấy thời gian nằm viện trung bình là $8,2 \pm 3,4$ ngày [4].

Đa số các bệnh nhân trong nhóm khảo sát đều có kết quả sau phẫu thuật được đánh giá là tốt chiếm tỷ lệ 82,35% và 17,65% kết quả trung bình. Không có trường hợp nào được xếp vào nhóm kết quả xấu. Trương Đức Tuấn (2011) nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi trên 248 bệnh nhân tại Đại học Y Hà Nội cho thấy: Kết quả điều trị (97,6%) [3].

Đa số bệnh nhân (76,5%) không gặp biến chứng sau mổ. Trong 23,5% trường hợp có tai biến thì chảy máu vết mổ là biến chứng phổ biến nhất, xuất hiện ở 15,7% bệnh nhân. Nhiễm trùng và chảy máu ổ bụng chỉ xảy ra ở 2% bệnh nhân. Thái Nguyên Hưng và cộng sự (2023) đánh giá kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi cấp cứu điều trị viêm túi mật cấp biến chứng chủ yếu là nhiễm trùng hay chảy máu chân trocar (24% bệnh nhân) [2].

V. KẾT LUẬN

Thời gian phẫu thuật trung bình là $106,73 \pm 44,69$ phút. Thời gian nằm viện trung bình là 5,86 ngày, với độ lệch chuẩn 2,04 ngày với khoảng thời gian nằm viện rộng, từ 2 ngày đến 15 ngày. Đa số bệnh nhân (76,5%) không gặp

biến chứng sau mổ. Chảy máu vết mổ là biến chứng phổ biến nhất, chiếm 15,7% bệnh nhân. Nhiễm trùng và chảy máu ổ bụng chỉ xảy ra ở 2% bệnh nhân. Kết quả tốt chiếm tỷ lệ 82,35% và 17,65% kết quả trung bình.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Quang Huy, Đặng Khải Toàn, Nguyễn Quốc Cường, Trần Thị Thu Hồng** (2023), "Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại Bệnh Viện Nhân Dân 115", Tạp Chí Y học Việt Nam, 529(2).
2. **Thái Nguyên Hưng, Trương Đức Tuấn, Phan Văn Linh** (2023), "Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi cấp cứu điều trị viêm túi mật cấp", Tạp Chí Y học Việt Nam, 524(2).
3. **Trương Đức Tuấn** (2011), Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt túi mật nội soi tại bệnh viện đại học y Hà Nội, Trường Đại Học Y Dược Hà Nội, Hà Nội.
4. **Trần Kiến Vũ** (2016), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp tại bệnh viện đa khoa Trà Vinh, Đại học Y dược Hà Nội, Hà Nội.
5. **Mora-Guzman I., M. Di Martino, A. Gancedo Quintana, E. Martin-Perez** (2020), "Laparoscopic Cholecystectomy for Acute Cholecystitis: Is the Surgery Still Safe beyond the 7-Day Barrier?", J Gastrointest Surg, 24, (8).

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở NGƯỜI BỆNH GIẢM THÍNH LỰC ĐỘT NGỘT TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT TIỆP NĂM 2024

Nguyễn Quang Hùng¹, Đoàn Thị Hồng Hoa², Đào Đình Thi³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh giảm thính lực đột ngột tại Bệnh viện Hữu Nghị - Việt Tiếp năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang, trên 101 người bệnh giảm thính lực đột ngột tại Bệnh viện Hữu Nghị - Việt Tiếp, thành phố Hải Phòng từ tháng 8/2024 đến tháng 12/2024. **Kết quả:** Có 48,5% bị ù tai, trong số đó có 61,3% đối tượng ù cả 2 tai và trên 90% đối tượng có các hành vi có dấu hiệu nghe kém. Về mức độ mức độ giảm thính lực đột ngột dựa trên kết quả đo thính lực đơn âm cho thấy, suy giảm thính lực mức độ nhẹ (2%), mức độ trung bình (50,0%), mức độ nặng (39,6%), mức độ sâu (7,9%). Có mối liên quan giữa mức độ giảm thính lực đột ngột với nhóm tuổi và tiền sử chấn thương của đối tượng nghiên cứu, với $p < 0,05$. **Kết luận:** Người bệnh suy giảm thính lực đột ngột có mức độ trung bình và nặng chiếm tỷ lệ cao. Do đó, cần dự phòng té ngã hạn chế chấn thương ở người cao tuổi nhằm hạn chế mức độ nặng của bệnh đảm bảo khả năng phục hồi.

Từ khóa: thính lực, giảm thính lực đột ngột, yếu tố liên quan, bệnh viện Hữu Nghị - Việt Tiếp

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH SUDDEN HEARING LOSS AT HUU NGHİ VIET TIỆP

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiếp

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện Tai Mũi Họng Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Hùng

Email: hungtintmh125@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

VIET TIỆP HOSPITAL IN 2024

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with sudden hearing loss at Huu Nghi - Viet Tiep Hospital in 2024. **Method:** cross-sectional study, on 101 patients with sudden hearing loss at Huu Nghi - Viet Tiep Hospital, Hai Phong city from August 2024 to December 2024. **Results:** 48.5% had tinnitus, of which 61.3% of subjects had tinnitus in both ears and over 90% of subjects had behaviors showing signs of hearing loss. Regarding the level of sudden hearing loss based on the results of monotone audiometry, hearing loss was mild (2%), moderate (50.0%), severe (39.6%), and profound (7.9%). There was a correlation between the level of sudden hearing loss and the age group and history of trauma of the study subjects, with $p < 0.05$. **Conclusion:** Patients with sudden hearing loss had a high proportion of moderate and severe levels. Therefore, it is necessary to prevent falls and limit trauma in the elderly to reduce the severity of the disease and ensure recovery.

Keywords: hearing, sudden hearing loss, related factors, Huu Nghi Viet Tiep Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy giảm thính lực là hiện tượng giảm một phần hay toàn bộ khả năng cảm nhận về âm thanh [1]. Tổ chức Y tế thế giới ước tính có 1,5 tỷ người trên toàn thế giới bị suy giảm thính lực ở các mức độ khác nhau, trong đó 430 triệu người bị suy giảm thính lực từ mức độ trung bình trở lên. Vào năm 2050 cứ 4 người lại có 1 người sẽ bị nghe kém ở mức độ nào đó và 1 trong 14 người (ít nhất 7%) cần chăm sóc thính học [1].

Suy giảm thính lực đột ngột (SGTLĐN) là một bệnh lý cấp cứu đặc trưng bởi tình trạng mất thính lực nhanh chóng trong vòng 72 giờ,

thường liên quan đến các nguyên nhân như rối loạn tuần hoàn, nhiễm virus, bệnh tự miễn hoặc chấn thương [1], [2]. Tại Việt Nam, một số nghiên cứu cho thấy SGTLDN gặp chủ yếu ở độ tuổi 30-60, với các yếu tố nguy cơ phổ biến bao gồm tiếng ồn lớn, bệnh lý mạch máu như tăng huyết áp, hoặc biến chứng sau nhiễm khuẩn. SGTLDN có thể gây khó khăn trong giao tiếp, giảm chất lượng cuộc sống, thậm chí ảnh hưởng đến tâm lý [2].

SGTLDN thường xảy ra ở một bên [3]. Nguyên nhân bao gồm các bệnh truyền nhiễm, rối loạn mạch máu và bệnh tự miễn; tuy nhiên, nguyên nhân gây bệnh không rõ ràng trong hầu hết các trường hợp SGTLDN [4]. Các chế độ cơ bản để điều trị cho người bệnh mắc SGTLDN bao gồm nghỉ ngơi, chế độ ăn ít muối và tiêm steroid liều cao trong thời gian ngắn [5]. Tỷ lệ phục hồi tự nhiên là 47-63% và trong hầu hết các trường hợp, người bệnh sẽ phục hồi trong vòng 2 tuần. Nhiều yếu tố tiên lượng đã được đánh giá về khả năng dự đoán khả năng phục hồi sau SGTLDN bao gồm tuổi, chóng mặt, mức độ mất thính lực giai đoạn đầu, loại mất thính lực, thời điểm bắt đầu điều trị và các bệnh toàn thân như đái tháo đường và tăng huyết áp [6].

Hiện nay, tại Việt Nam còn ít các nghiên cứu về SGTLDN, một số nghiên cứu tập trung trên đối tượng nguy cơ cao [7], [8]. Kết quả các nghiên cứu về các đặc điểm lâm sàng ở người bệnh SGTLDN chưa được tìm hiểu đầy đủ. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *"Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh giảm thính lực đột ngột tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp năm 2024"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán điếc đột ngột tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

- + Người bệnh bị mất thính lực >30 dB ở ít nhất 3 tần số liên tiếp xảy ra trong 3 ngày.
- + Người bệnh ≥60 tuổi.

- Tiêu chuẩn loại trừ: Những người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu, người bệnh có rối loạn ý thức, sa sút trí tuệ ảnh hưởng đến khả năng giao tiếp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn 101 người bệnh bị suy giảm thính lực đột ngột bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện tại bệnh viện Hữu nghị - Việt Tiệp trong thời gian

nghiên cứu (8/2024 đến tháng 12/2024) đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu chính: Thông tin chung đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính và hành vi nguy cơ (sống/làm việc ở trong môi trường có tiếng ồn lớn, hút thuốc lá, rượu bia, chấn thương).

Triệu chứng cơ năng

Kết quả khám, nội soi tai

Kết quả đo nhĩ lượng

Kết quả đo thính lực âm

Đánh giá mức độ suy giảm thính lực: Tính trung bình ngưỡng nghe đường khí ở 0,5, 1, 2 và 4kHz. Mức độ nhẹ: 26-40 dB, mức độ trung bình: 41-70 dB, mức độ nặng: 71-90 dB, mức độ sâu: ≥ 91dB [7].

Thu thập số liệu

- Kỹ thuật: Khám lâm sàng, cận lâm sàng, phỏng vấn trực tiếp đối tượng nghiên cứu.

- Cận lâm sàng: Đo thính lực đơn âm

- Công cụ thu thập số liệu: Bộ câu hỏi phỏng vấn thiết kế sẵn bao gồm các thông tin chung của đối tượng nghiên cứu, một số hành vi lối sống, môi trường sống.

Phân tích và xử lý số liệu

- Số liệu được làm sạch và nhập vào phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

- Thống kê mô tả: Tất cả các thông tin thu thập sẽ được trình bày mô tả theo tần số và tỷ lệ hoặc trung bình, độ lệch chuẩn hoặc trung vị, độ biến thiên.

- Thống kê phân tích: Phép kiểm Khi bình phương ở mức ý nghĩa $\alpha = 0,05$ được sử dụng để xác định mối liên quan giữa các nhóm khác nhau.

Đạo đức nghiên cứu: Các đối tượng tham gia được giải thích rõ mục đích, nội dung của nghiên cứu. Các thông tin thu thập được giữ bí mật và chỉ được sử dụng phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Thông tin chung đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
60-69	50	49,5
70-79	32	31,7
≥ 80	19	18,8
Giới tính		
Nam	45	44,6
Nữ	56	55,4
Tổng	101	100,0

Người bệnh suy giảm thính lực nhiều nhất ở

nhóm 60-69 tuổi 49,5%, 70 – 79 tuổi 31,7% và nhóm ≥ 80 tuổi 18,8%. Nữ có tỷ lệ 55,4% cao hơn so với nam 44,6%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh giảm thính lực đột ngột

Bảng 3.2. Triệu chứng cơ năng của người bệnh giảm thính lực đột ngột

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Ù tai		
Có	49	48,5
Không	52	51,5
Bên ù tai		
Trái	8	16,3
Phải	11	22,4
Cả hai tai	30	61,3
Cảm thấy người khác hay nói quá nhỏ hoặc lẫn nhảm trong miệng		
Có	92	91,1
Không	9	8,9
Cảm thấy khó nghe các âm sắc cao (giọng nữ)		
Có	94	93,1
Không	7	6,9
Cảm thấy khó nghe đặc biệt trong môi trường ồn		
Có	99	98,0
Không	2	2,0
Phải mở tiếng Tivi hoặc đài lớn hơn bình thường		
Có	98	97,0
Không	3	3,0
Phải nhìn khẩu hình người đối diện khi giao tiếp để nghe rõ hơn		
Có	95	94,1
Không	6	5,9

Có 48,5% ù tai, trong đó có 61,3% đối tượng ù cả 2 tai và trên 90% đối tượng có các hành vi có dấu hiệu nghe kém.

Bảng 3.3. Kết quả khám, nội soi tai

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tình trạng vành tai		
Bình thường	99	98,0
Dị tật bẩm sinh vành tai nhỏ	1	1,0
Khối nang	1	1,0
Tình trạng ống tai ngoài		

Bảng 3.4. Mối liên quan giữa mức độ giảm thính lực đột ngột và đặc điểm nhân khẩu học

Đặc điểm	Mức độ giảm thính lực đột ngột				p
	Nhẹ - Trung bình		Nặng – Sâu		
	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)	
Tuổi					
60-69	31	62,0	19	38,0	0,030
70-79	17	53,1	15	46,9	
≥ 80	5	26,3	14	73,7	
Giới tính					
Nam	21	46.7	24	53.3	0.295

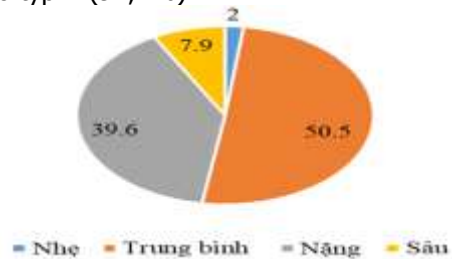
Bình thường	99	98,0
Dị vật	1	1,0
Viêm ống tai ngoài	1	1,0
Tình trạng màng nhĩ		
Bình thường	93	92,1
Thủng màng nhĩ	7	6,9
Khác	1	1,0
Tình trạng tai giữa		
Tai ướt	92	91,1
Vảy Cholesteatoma	2	2,0
Không quan sát được do bệnh tích	2	2,0
Khác	5	5,0

Kết quả khám, nội soi tai trên chỉ có một số trường hợp bất thường, cao nhất là 7 trường hợp thủng màng nhĩ chiếm 6,9%.



Biểu đồ 3.1. Kết quả đo nhĩ lượng

Nhĩ lượng phải có typ A (89,1%), Nhĩ lượng trái có typ A (92,1%).



Biểu đồ 3.2. Phân loại mức độ giảm thính lực đột ngột dựa trên kết quả đo thính lực âm

Phân loại mức độ giảm thính lực đột ngột dựa trên kết quả đo thính lực âm có 2 trường hợp Nhẹ (2%), 51 trường hợp Trung bình (50,0%), 40 trường hợp nặng (39,6%), 8 trường hợp sâu (7,9%)

3.3. Phân loại mức độ suy giảm thính lực theo một số đặc điểm cá nhân, hành vi lối sống của đối tượng nghiên cứu

Nữ	32	57,1	24	42,9	
Thường xuyên phải sống/làm việc ở trong môi trường có tiếng ồn lớn					
Có	10	58,8	7	41,2	0,565
Không	43	51,2	41	48,8	
Hút thuốc lá					
Có	4	36,4	7	63,6	0,271
Không	48	53,9	41	46,1	
Rượu bia					
Có	6	50,0	6	50,0	0,793
Không	47	54,0	40	46,0	
Tiền sử chấn thương					
Có	4	20,0	16	80,0	0,001
Không	49	60,5	32	39,5	
Tổng	53	52,5	48	47,5	

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ giảm thính lực đột ngột và tuổi với $p < 0,05$. Tuổi càng cao có mức độ nặng càng cao.

Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ giảm thính lực đột ngột và chấn thương với $p < 0,05$. Đối tượng có chấn thương có mức độ nặng cao hơn.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh giảm thính lực đột ngột. Có 48,5% ù tai, trong đó có 61,3% đối tượng ù cả 2 tai và trên 90% đối tượng có các hành vi có dấu hiệu nghe kém. Nghiên cứu chúng tôi cho thấy tỷ lệ ù tai ít hơn so với nghiên cứu Vũ Thị Ly (2021) triệu chứng đi kèm: ù tai (96,6%), đầy tai (49,6%), chóng mặt (14,5%)[7]. Nghiên cứu Lê Nguyễn Trọng Tín (2024) Người bệnh chủ yếu nghe kém một bên tai (89,1%) cùng với một số triệu chứng kèm theo như ù tai (82,5%) và chóng mặt (8,7%) [8]. Đây là một quả tương đối khác với các nghiên cứu, có thể lý giải do sự khác nhau về các nhóm đối tượng giữa các nghiên cứu. Tiếp theo đó, theo tác giả Oosterloo B. C (2021) quá trình lão hóa có thể không liên quan đến vấn đề ù tai [9].

Kết quả khám, nội soi tai trên chỉ có một số trường hợp bất thường, cao nhất là 7 trường hợp thủng màng nhĩ chiếm 6,9%. Nhĩ lượng phải có typ A (89,1%), Nhĩ lượng trái có typ A (92,1%). Nghiên cứu tác giả Khiếu Hữu Thanh (2024) cho thấy Các tai có thính lực đồ dạng A, B và C có tỷ lệ cải thiện thính lực toàn bộ tương ứng là 72,7%; 66,7% và 83,3% [2].

Phân loại mức độ giảm thính lực đột ngột dựa trên kết quả đo thính lực âm có 2 trường hợp Nhẹ (2%), 51 trường hợp Trung bình (50,0%), 40 trường hợp nặng (39,6%), 8 trường hợp sâu (7,9%). Nghiên cứu Vũ Thị Ly (2021) gặp chủ yếu nghe kém ở mức độ trung bình có 47/117 người bệnh chiếm 40,2%. Mức độ nhẹ gặp 22/117 người bệnh là ít nhất chiếm 18,8%

[7]. Với mức độ giảm thính lực đột ngột nặng, sâu cao có thể dự báo khả năng phục hồi của người bệnh kém hơn [2]. Nghiên cứu Lê Nguyễn Trọng Tín (2024) mức độ nghe kém là nhẹ chiếm đa số (45,5%) [8]. Do đó cần phải có biện pháp can thiệp sàng lọc sớm ở người cao tuổi ở mức độ nhẹ, trung bình.

4.2. Phân loại mức độ suy giảm thính lực theo một số đặc điểm cá nhân, hành vi lối sống của đối tượng nghiên cứu. Tuổi càng cao có mức độ nặng càng cao. Điều này có thể là do quá trình lão hóa dẫn đến sự thoái hóa các tế bào cảm giác thính giác, làm giảm khả năng phục hồi của tai khi gặp tổn thương [9]. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa mức độ giảm thính lực đột ngột và chấn thương với $p < 0,05$. Đối tượng có chấn thương có mức độ nặng cao hơn. Điều này cho thấy chấn thương, đặc biệt là chấn thương vùng đầu, có thể làm tổn thương trực tiếp các cấu trúc trong tai, gây ra hoặc làm trầm trọng thêm tình trạng giảm thính lực.

Trong khi đó, người cao tuổi là nguy cơ té ngã gây ra chấn thương cao hơn điều này làm gia tăng về việc giảm thính lực [10]. Để phòng ngừa và điều trị hiệu quả tình trạng này, cần đánh giá toàn diện các yếu tố nguy cơ ở từng bệnh nhân, đặc biệt là người cao tuổi và những người có tiền sử chấn thương.

Nghiên cứu thực hiện tìm hiểu được yếu tố liên quan đến mức độ giảm thính lực đột ngột tuy nhiên vẫn còn một số hạn chế. Thứ nhất, cỡ mẫu nghiên cứu đang tập trung đối tượng người cao tuổi cho nên các hành vi trong quá khứ có thể bị sai số. Thứ hai, nghiên cứu chưa khai thác sâu về các vấn đề tiền lượng, khả năng phục hồi của bệnh. Do đó, các nghiên cứu tiếp theo cần xem xét thực hiện toàn diện và đầy đủ hơn.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh giảm thính lực đột ngột: Có 48,5% ù tai, trong đó có 61,3% đối tượng ù cả 2 tai. Phân

loại mức độ giảm thính lực đột ngột dựa trên kết quả đo thính lực có 2 trường hợp nhẹ (2%), 51 trường hợp trung bình (50,0%), 40 trường hợp nặng (39,6%), 8 trường hợp sâu (7,9%). Có mối liên quan giữa mức độ giảm thính lực đột ngột với nhóm tuổi và tiền sử chấn thương của đối tượng nghiên cứu, với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Văn Đình, Lê Văn Hiếu, Nguyễn Ngọc Hà, Nguyễn Xuân Nam, Trần Mỹ Hương, Trần Quốc Cường, et al.** Tổng quan thực trạng và dự báo suy giảm thính lực trên thế giới. Tạp chí Y học Dự phòng. 2024;34(3):14-21.
2. **Khiều Hữu Thanh, Đặng Xuân Vinh, Chu Thị Hồng, Ngô Thanh Bình.** Kết quả điều trị điếc đột ngột tại Bệnh viện Đại học Y Thái Bình năm 2018 - 2019. Tạp chí Y học Dự phòng. 2024; 34(3):138-44.
3. **Van de Heyning P, Távorá-Vieira D, Mertens G, Van Rompaey V, Rajan GP, Müller J, et al.** Towards a Unified Testing Framework for Single-Sided Deafness Studies: A Consensus Paper. Audiology & neuro-otology. 2016;21(6):391-8.
4. **Usami SI, Kitoh R, Moteki H, Nishio SY, Kitano T, Kobayashi M, et al.** Etiology of single-sided deafness and asymmetrical hearing loss. Acta oto-laryngologica. 2017;137 (sup565):S2-S7.
5. **Perez Ferreira Neto A, da Costa Monsanto R, Dore Saint Jean L, Sonzzini Ribeiro de Souza L, de Oliveira Penido N.** Clinical Profile of Patients With Unilateral Sudden Sensorineural Hearing Loss: Correlation With Hearing Prognosis. Otolaryngology--head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2021;165(4):563-70.
6. **Tiong TS.** Prognostic indicators of management of sudden sensorineural hearing loss in an Asian hospital. Singapore medical journal. 2007; 48(1):45-9.
7. **Vũ Thị Ly, Hồ Chí Thanh, Nguyễn Thế Trọng, Đỗ Hữu Thực, Hà ĐTT.** Đặc điểm lâm sàng và yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân điếc đột ngột. Journal of 108-Clinical Medicine Pharmacy. 2021.
8. **Lê Nguyễn Trọng Tín, Nguyễn Phú Vinh.** Đặc điểm lâm sàng và thính lực đồ ở người bệnh điếc đột ngột tại bệnh viện tai mũi họng thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam. 2024;69(65).
9. **Oosterloo BC, Croll PH, Baatenburg de Jong RJ, Ikram MK, Goedegebure A.** Prevalence of Tinnitus in an Aging Population and Its Relation to Age and Hearing Loss. Otolaryngology--head and neck surgery: official journal of American Academy of Otolaryngology-Head and Neck Surgery. 2021;164(4):859-68.
10. **Mai Anh Đào.** Thương tích té ngã ở người cao tuổi tại thành phố Nam Định năm 2021. Tạp chí Y học Cộng đồng. 2022;63(3).

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TÚI THỪA DẠ DÀY PHỐI HỢP VỚI UNG THU DẠ DÀY: CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Thái Nguyên Hưng¹, Trịnh Thành Vinh², Không Văn Quang¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật túi thừa dạ dày trên bệnh nhân ung thư dạ dày (UTDD). 2. Điểm lại Y văn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** phương pháp hồi cứu mô tả ca bệnh lâm sàng hiếm gặp. **Kết quả nghiên cứu:** BN nữ, 59 T. Tiền sử loét hành tá tràng (HTT) và viêm phế quản. Lâm sàng đau bụng thượng vị không rõ ràng, gầy sút, kém ăn, không nôn, khám bụng không sờ thấy u. NSDD loét 1 cm bờ cong nhỏ (BCN) dạ dày, loét HTT. Kết quả sinh thiết AC kém biệt hóa. CLVT Bụng: Dày thành hang môn vị phía bờ cong lớn (BCL), dạ dày 10mm trên đoạn 27 mm. XN máu: HC 5,42 T/L; Hb 116 g/L, Hematocrit 0,36 L/L. BC: 7,64 G/L, TC 238 G/L. Sinh hóa: Ure 8,5 mmol/L; Creatinin 55,84 mmol/L; GOT

22,98 U/L; GPT 37 U/L, Albumin: 26,37 g/L, Bilirubine 8,5 mmol/L. Tổn thương trong mô: UT hang vị 3-4 cm, loét mặt trước HTT, túi thừa dạ dày phần cao thân vị, cách chỗ nối tâm vị thực quản 1-1,5cm kích thước túi thừa 3-4 cm, không rõ các dải cơ dọc, cơ vòng rất ít, mỏng, thiếu sản. Phẫu thuật (PT) cắt gần toàn bộ dạ dày, vét hạch D2, cắt túi thừa, khâu lại dạ dày trên sonde, tạo hình chỗ khâu bằng dây chằng tròn (patch), làm van chống trào ngược kiểu Nissen (Fondoplication). Diễn biến sau mổ: rò qua dẫn lưu dưới gan trái, vị trí thành dạ dày đã cắt túi thừa 500ml- 600ml ngày, dịch trắng đục (dịch từ từ quản, có bọt, không có mật), lượng dịch không giảm sau nhin ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, điều trị tích cực 7-10 ngày. Xử trí: Mở thông HT nuôi ăn, lượng dịch rò giảm dần, hết rò sau 3 tuần. **Kết luận:** Túi thừa phần cao thân vị (phía bờ cong nhỏ) kết hợp với ung thư dạ dày và loét HTT là bệnh lý hiếm gặp và khó chẩn đoán. Hai phương pháp chẩn đoán được ứng dụng nhiều là chụp dạ dày tá tràng với thuốc cản quang và nội soi dạ dày tá tràng. Túi thừa vùng tâm vị và phần cao thân vị có thể không có dải cơ dọc và nằm giữa 2 lá của mạc nối nhỏ bởi vậy khi nạo vét hạch trong phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư dạ dày nên chú ý tránh làm thủng túi thừa. Trong trường hợp cổ túi thừa rộng, thành dạ dày không có lớp cơ dọc và thiếu sản

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025

cơ vòng, có thể cắt túi thừa, khâu dạ dày trên sond, tạo hình bằng dây chằng tròn (patch) và làm van chống trào ngược (kiểu Nissen).

SUMMARY

GASTRIC DIVERTICULA ASSOCIATED WITH GASTRIC CANCER: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Study aim: 1. Clinical and paraclinical feature of gastric diverticula associated with gastric cancer and the surgical result. 2. Review of Literature. **Patient and method:** Retrospective study, Case report (Rare diseases). **Result:** - Female patient, aged of 59 years old, hospitalization due to epigastric pain and weightloss, nausea dyspepsia, belching, a vague sensation of postprandial fullness. Upon physical examination: no palpable abdominal mass. - Medical history: + Duodenal ulcer, coughing and sputum. - Upper gastroduodenal scopy revealed gastric cancer 1cm in diameter located at antrum.(AC poorly differentiated). - Abdominal CTScanned revealed tumor of antrum mesuring 10-27 mm. - Red blood cell counts: 5,42 T/L; Hb 116 g/L, Hematocrit 0,36 L/L. white blood cell counts: 7,64 G/L, Platelete 238 G/L. - Biochemistry: Ure 8,5 mmol/L; Creatinin 55,84 mmol/L; GOT 22,98 U/L; GPT 37 U/L, Albumin: 26,37 g/L, Bilirubine 8,5 mmol/L. - Plan operation for gastric cancer: subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy. - Intra operated lesion: +Gastric cancer located at antrum mesuring 2-3 cm. + Duodenal ulcer. + Gastric diverticule 1 cm from cardia in upper lesser sac mesuring 3-5 cm which had no longitudinal muscle fiber and thin circular muscle fiber with perforated during lymphadenectomy on group number 1. - Procedure performed: Subtotal gastrectomy with D2 lymphadenectomy. Gastric diverticectomy with interrupted suture of gastric wall and round ligament patch to the gastric wall along lesser curvature, Nissen fondoplication. - Histopathology: Adenocarcinoma moderated differentiated, 2 positive lymph node (22 nodes retrieved). - Complication: Fistula with 500-600 ml per day from resected lesion of gastric diverticula. Total parenteral nutrition in 2 week and jejunostomy for feeding. The fistula healed after 2 week post jejunostomy. - Upper gastroduodenal series showed no fistula. - Patient discharged after 1 month and half. **Conclusion:** Gastric diverticula located at upper lesser curvature associated with gastric cancer and duodenal ulcer was very rare disease. The gastric diverticula should be diagnosed preoperation in order not to be perforated during lymphadenectomy (for gastric cancer curative surgery). 2 methods should be used for diagnose of gastric diverticular were upper gastrointestinal radiologic study or upper gastroduodenal scopy. In case of wide neck of gastric diverticula that located at upper lesser curvature (inside lesser sac) and there were not longitudinal muscle fiber, care must be taken not to make it perforated during lymphadenectomy. **Keywords:** Gastric diverticula, digestive fistula, fondoplication.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Túi thừa dạ dày (TTDD) là bệnh lý hiếm gặp.

Có 2 loại túi thừa là túi thừa bẩm sinh (chiếm 75%) và túi thừa mắc phải. Biểu hiện LS của túi thừa thường xuất hiện muộn ở lứa tuổi 50-60 và thường chỉ xuất hiện ở túi thừa có kích thước lớn. Các biến chứng thường gặp là thủng túi thừa, chảy máu hoặc ác tính hóa.

- Ở nước ta bệnh lý túi thừa đại tràng đã được nghiên cứu khá nhiều nhưng bệnh lý túi thừa dạ dày, cơ chế bệnh sinh, biểu hiện lâm sàng cũng như các phương pháp chẩn đoán bệnh và xử trí còn chưa được đề cập đến và nghiên cứu. Bởi vậy chúng tôi báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp với 2 mục tiêu:

1. *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật túi thừa dạ dày trên bệnh nhân ung thư dạ dày (UTDD).*

2. *Điểm lại Y văn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Mô tả hồi cứu ca lâm sàng hiếm gặp

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

BN Lê Thị L, SN 1965

ĐC: Quảng Trạch, Quảng Xương, Thanh Hóa.

Ngày vào viện: 15/7/2024

Ngày mổ: 17/7/2024.

Ngày ra viện: 30/8/2024.

- Tiền sử: Chưa phẫu thuật ổ bụng.

Loét DD-TT nhiều năm.

Có đợt ho, viêm phế quản.

- Biểu hiện lâm sàng (LS):

Đau bụng thượng vị không rõ, gầy sút, kém ăn, không nôn.

Bụng: mềm, lõm, không sờ thấy khối U.

- Nội soi dạ dày (NSDD): Loét BCN 1 cm, sẹo loét HTT



Ảnh 1: UTDD kích thước 1 cm vùng hang vị phía BCN/loét HTT

- Sinh thiết: Ung thư biểu mô tuyến kém biệt hóa.

- Siêu âm bụng: Nang thận phải 11mm.

- CLVT Bụng: Dây thành hang môn vị phía BCL dạ dày 10mm trên đoạn 27 mm.

- XN máu: HC 5,42 T/L; Hb 116 g/L, Hematocrit 0,36 L/L. BC: 7,64 G/L, TC 238 G/L.

- Sinh hóa: Ure 8,5 mmol/L; Creatinin 55,84 mmol/L; GOT 22,98 U/L; GPT 37 U/L, Albumin: 26,37 g/L, Bilirubine 8,5 mmol/L.

- Đông máu: Prothrombin 121%; APTT 30s; IRN 0,89.

- Tổn thương trong mổ: UT hang vị 3-4 cm, loét HTT, túi thừa dạ dày phần cao thân vị, cách chỗ nối tâm vị-TQ 1-1,5 cm, kích thước túi thừa 3-4 cm, không rõ các thớ cơ dọc,

- PT cắt gần toàn bộ dạ dày, vết hạch D2, cắt túi thừa, khâu lại dạ dày trên sond, tạo hình chỗ khâu bằng dây chằng tròn, làm van chống trào ngược kiểu Nissen (Fondoplication).

- Diễn biến sau mổ: rò qua dẫn lưu dưới gan trái, vị trí thành dạ dày đã cắt túi thừa 500-600ml ngày, dịch trắng đục (dịch từ thực quản, có bọt, không có mật), lượng dịch không giảm sau nhịn ăn, điều trị tích cực khoảng 7-10 ngày

- Xử trí: Mở thông HT nuôi ăn, lượng dịch rò giảm dần, hết rò sau 3 tuần.



Ảnh 2: Chụp dạ dày bằng Telebrix, thuốc lưu thông tốt, hết rò

Kết quả GPB: AC biệt hóa vừa, PT1b, 2 hạch (+) /21 hạch, Loét HTT.

IV. BÀN LUẬN

- Túi thừa dạ dày là túi được của thành dạ dày hay gặp ở đáy vị hoặc thành sau dạ dày. Túi thừa dạ dày là bệnh hiếm gặp thường được phát hiện tình cờ trong quá trình chẩn đoán bệnh thường qui. Tỷ lệ phát hiện bệnh thay đổi theo các phương pháp chẩn đoán.

Đối với chụp dạ dày hàng loạt, với thuốc cản quang, tỷ lệ mắc túi thừa là 0,04% (165/380.000). Tỷ lệ phát hiện bệnh tăng lên từ 0,01-0,11 qua NSDD và tỷ lệ phát hiện TTDD là 0,02% qua mổ tử thi [1],[2]. Một số báo cáo rất sớm qua mổ tử thi thấy TTDD là 0,1-2,6% [3]. Tỷ lệ mắc bệnh giữa nam và nữ ngang nhau, tuổi mắc bệnh từ 50-70 tuổi.

Hầu hết người mắc TTDD không biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Một số ít thấy đau bụng thượng vị, ậm ạch khó chịu, buồn nôn, nôn, khó tiêu, nhanh no, đầy bụng sau ăn, ợ hơi, hôi miệng, chán ăn, khó nuốt. Có thể có biến chứng loét, xuất huyết tiêu hóa hoặc thủng TTDD hoặc ung thư hóa.

- Sinh bệnh học: Túi thừa dạ dày chia làm 2 thể: thể bẩm sinh hay còn gọi là túi thừa thực sự (true diverticula) và túi thừa mắc phải (false diverticula) trong đó túi thừa bẩm sinh hay gặp [4]. Túi thừa mắc phải chia thành túi thừa được tạo do lực nén hay áp lực (pulsion) và túi thừa do lực kéo (traction). Túi thừa do lực nén nên thường mắc khi tăng áp lực trong lòng dạ dày do ho thường xuyên hoặc béo phì. Ngược lại túi thừa do cơ kéo hay gặp bởi lực cơ cơ do quá trình viêm của tổ chức kế bên hoặc dính xung quanh dạ dày do các bệnh khác như loét đường tiêu hóa, viêm tụy cấp, viêm túi mật, ung thư hoặc hẹp môn vị, hay trào ngược thực quản [5]. Đặc biệt túi thừa do nén có thể gặp khi nối Roux en Y.

Về vị trí túi thừa bẩm sinh chiếm tỷ lệ 70-75% hay gặp ở mặt sau dạ dày vùng đáy vị hoặc 2-3 cm dưới chỗ nối tâm vị-TQ hoặc trên góc BCN 3 cm. Túi thừa trước môn vị có thể phối hợp với tụy lạc chỗ.

Túi thừa mắc phải (giả túi thừa) hay gặp ở hang vị.

- TTDD thường đơn độc, kích thước 1-5cm, hiếm gặp túi thừa kích thước 10-11cm. Các nghiên cứu nêu nên giả thiết túi thừa hình thành khi phân chia sợi cơ dọc ở tâm vị để lại các thớ cơ vòng ở thành dạ dày tạo thành điểm yếu tạo ra túi thừa ở thời kỳ bào thai [6].

- BN của chúng tôi thường bị ho kéo dài, cóTS bị trào ngược thực quản và nội soi dạ dày và sinh thiết có loét HTT. Đây là 1 số yếu tố thuận lợi có thể tạo ra túi thừa dạ dày

- Triệu chứng lâm sàng:

+ Hầu hết BN không có biểu hiện lâm sàng, một số khác đau bụng thượng vị, khó chịu, buồn nôn, nôn, khó tiêu, nhanh no, khó nuốt, đầy bụng sau ăn, ợ hơi, hôi miệng, chán ăn, khó nuốt. Hay gặp nhất là đau bụng thượng vị chiếm tỷ lệ 18-30%, thường đau mơ hồ. Đau bụng, nóng rát, nôn ngay cả khi dùng PPI. Các triệu chứng ợ hơi và hôi miệng kéo dài có thể do ứ đọng thức ăn trong túi thừa tạo điều kiện cho vi khuẩn phát triển.

Đau thường xảy ra ở BN có túi thừa cổ túi thừa hẹp do thức ăn bị ứ trệ trong túi thừa, những BN có túi thừa cổ rộng thức ăn và dịch dạ dày ít bị ứ đọng nên không đau bụng.

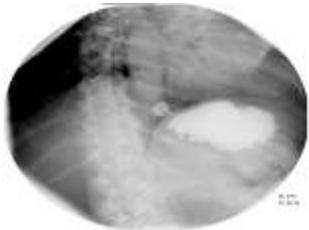
- Các biến chứng của túi thừa ít xảy ra: Loét túi thừa, xuất huyết tiêu hóa (XHTH), thủng túi thừa, ác tính hóa. Các báo cáo cho thấy do ứ đọng thức ăn và dịch dạ dày có thể gây viêm túi thừa, loét, chảy máu hoặc thủng. Các biến chứng apxe hay ác tính hóa ít xảy ra.

- Báo cáo của Palmer và cs cho thấy có

30/49 BN có triệu chứng LS. Các triệu chứng này được chẩn đoán bệnh tiêu hóa khác [7].

- Các phương pháp chẩn đoán: 2 phương pháp chẩn đoán quan trọng là chụp dạ dày tá tràng với thuốc cản quang và NSDD.

Nghiên cứu của Palmer và cs trên 262 túi thừa dạ dày có 14 ca không được chẩn đoán qua chụp dạ dày với thuốc cản quang (5%) [7]. Nguyên nhân chính túi thừa không ngấm thuốc cản quang có thể do cổ túi thừa hẹp bởi vậy các tác giả khuyên nên chụp từ phía nghiêng phải với BN tư thế Trendelenburg và hơi nghiêng trái. Chụp tư thế nghiêng để phát hiện túi thừa thành sau dạ dày.



Ảnh 3: Túi thừa dạ dày qua chụp dạ dày hàng loạt



Ảnh 4: Túi thừa dạ dày

- NSDD là cuốn vàng để chẩn đoán túi thừa dạ dày: vừa chẩn đoán xác định vị trí, KT túi thừa, vừa có thể sinh thiết.

- Chụp CLVT không được sử dụng rộng rãi để chẩn đoán túi thừa dạ dày. Y vẫn cho thấy túi thừa dạ dày dễ nhầm với mass tuyến thượng thân trái trên chụp CLVT [8]. Các tác giả khuyên chụp CLVT tư thế sấp để khí trong túi thừa có thể ở trên đỉnh túi thừa và tạo thành mức dịch-khí (air-fluid level) [8]. Một số tác giả khuyên nên chụp CLVT có uống thuốc cản quang có thể phân biệt túi thừa dạ dày với mass tuyến thượng thận trái.



Ảnh 5: Chụp CLVT có thuốc cản quang (túi thừa dạ dày)



Ảnh 6 Túi thừa dạ dày qua NSDD

- Điều trị túi thừa dạ dày:

+ Điều trị nội khoa: phần lớn túi thừa dạ dày là túi thừa bẩm sinh, kích thước nhỏ và ít biểu hiện hay không biểu hiện lâm sàng.

BN có triệu chứng lâm sàng nên điều trị PPI hoặc thuốc kháng H₂, thuốc kháng acid trong vài tuần. Một số BN chỉ hết triệu chứng tạm thời, tái phát sớm. Các túi thừa > 4cm ít đáp ứng với điều trị.

- Điều trị phẫu thuật:

Chỉ định mổ khi túi thừa > 4cm, các triệu chứng lâm sàng xuất hiện sớm hay ít cải thiện sau điều trị PPI hoặc có biến chứng như loét, XHTH, thủng hoặc ác tính hóa. Báo cáo của Palmer 6/9 BN có kết quả tốt, không có triệu chứng sau mổ.

Có thể mổ mở hay mổ nội soi. PTNS được báo cáo an toàn, khả năng mổ tốt, kết quả tốt chỉ định cho túi thừa có triệu chứng. Khó khăn của PTNS khi túi thừa dính vào cuống lách.

- Ca mổ của chúng tôi là BN nữ, có loét hành tá tràng (HTT), hay bị ho và viêm phế quản. Các triệu chứng lâm sàng khác mơ hồ: đau thượng vị, gầy sút, chán ăn, không nôn. NSDD trước mổ chỉ có UTDD hang vị KT 1 cm kèm theo loét tá tràng. Kết quả sinh thiết trước mổ là AC kém biệt hóa bởi vậy chúng tôi mổ phiên cắt gần TBDD triệt căn, vét hạch D2.

Khí nạo vét hạch nhóm 1 chúng tôi nhận thấy phần cao thân vị và tâm vị dường như không có xơ cơ dọc và cơ vòng khi phẫu tích vào trong lòng dạ dày ngay trên 1 đoạn dài >5 cm lên đến sát tâm vị (thủng khí nạo vét hạch nhóm 1) Không giống với những trường hợp chấn thương hay thủng dạ dày khác, thành dạ dày ở đây thiếu sản và không có thành dạ dày lành để khâu lại. Chúng tôi đặt sond dạ dày và khâu dọc trên sond 1 lớp toàn thể sau đó, làm van chống trào ngược kiểu Nissen. Với UTDD được cắt gần TBDD và nạo vét hạch D2. Sau 1 tuần dịch từ thực quản rò qua vết mổ và dẫn lưu (dịch không có mật, chỉ có dịch trắng đục và bọt từ miệng và thực quản) với số lượng nhiều 500-600ml/24 h.

Chúng tôi quyết định cho nhịn ăn nuôi dưỡng tĩnh mạch nhưng rò đỡ chậm, số lượng dịch nhiều 200-300 ml/ngày. Sau đó BN được

mở thông hồng tràng Witzel nuôi dưỡng. Lượng dịch rò giảm dần, diễn biến lâm sàng thuận lợi, BN ra viện sau mở thông hồng tràng 3 tuần.

Như vậy ca lâm sàng cho thấy túi thừa dạ dày phần đứng thân vị sát với thực quản không được chẩn đoán qua NSDD và CLVT trước mổ. Mặt khác khi nạo vét hạch nhóm 1 chúng tôi nhận thấy vùng này không có thành dạ dày, túi thừa nằm trong 2 lá của mạc nối nhỏ ở phần cao thân vị sát tâm vị trên dạ dày không có lớp cơ dọc, lớp cơ vòng vùng tâm vị rất ít, thiếu sản bởi vậy túi thừa vị trí này khó phát hiện và xử trí. Tuy nhiên khâu tạo hình vùng tâm vị và phần đứng bờ cong nhỏ dạ dày trên sond dạ dày kết hợp với tạo van chống trào ngược có thể làm cho dịch dạ dày không lên phía thực quản, tâm vị. Đồng thời chúng tôi đặt dẫn lưu ngay dưới thùy gan trái cho qua vết mổ vùng thượng vị. sond này dẫn lưu rất tốt, lượng dịch rò ra thẳng và ngắn. Mặt khác vùng tâm vị- phần đứng BCN dạ dày được patch bằng dây chằng tròn có thể làm cho miệng nối liền sẹo nhanh



Ảnh 7: Chụp thực quản -dạ dày sau mổ 4 tuần, thuốc lưu thông tốt, hết rò (Bn. Lê thị L.)

V. KẾT LUẬN

Túi thừa phần cao thân vị (phía bờ cong nhỏ dạ dày) kết hợp với ung thư dạ dày và loét HTT là bệnh lý hiếm gặp và khó chẩn đoán. Hai phương pháp chẩn đoán được ứng dụng nhiều là chụp dạ dày tá tràng với thuốc cản quang và nội soi dạ dày tá tràng. Túi thừa vùng tâm vị và phần cao thân vị có thể không có dải cơ dọc và nằm giữa 2 lá của mạc nối nhỏ bởi vậy khi nạo vét hạch trong phẫu thuật cắt dạ dày do ung thư dạ dày nên chú ý tránh làm thủng túi thừa. Trong trường hợp cổ túi thừa rộng, thành dạ dày không có lớp cơ dọc và thiếu sản cơ vòng, có thể cắt túi thừa, khâu dạ dày kết hợp tạo hình chỗ khâu thành dạ dày bằng dây chằng tròn và làm van chống trào ngược (kiểu Nissen).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gockel I, Thomschke D, Lozenz D:** Gastric diverticula. J gastroenterol.Hepatol. 2004 Feb; 19(2): 227.
2. **Rodeberg DA, Zaheer S, Moir CR,Ishitani MB.** Gastric diverticulum: a series of four pediatric patients. J Pediatr Gastroenterol. 2008 (feb;23(2): 336.
3. **Meeroff M, Gollan JR, Meeroff JC:** Gastric diverticula. Am J Gastroenterol. 1967,Mar; 47(3) 189-203.
4. **Schmidt HW, Waters W:** Diverticular of stomach. Surg Gynecol Obstet. 1935;60:106.
5. **Duboi B,Powell B, Voeller G.** Gastric dieverticulum" a wayside house of ill fame with laparoscopic solution. JSLs 2012 Jul-Sep;16(3): 473-7.
6. **Reich. NE.** Gastric diverticula.Am J Dig Dis.1941;8 (3): 7-6.
7. **Palmer ED.** Gastric diverticula. Int Abstr Surg. 1951 May; 92(5): 417-28.
8. **Feng YE, Zang Z.** Gastric diverticulum simulating a left adrenal mass:A case report and review of literature. Oncol.Lett. 2015 Oct; 10 (4): 2477-80.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IIIB TẠI BỆNH VIỆN PHỔI TRUNG ƯƠNG

Cần Xuân Hạnh¹, Đinh Văn Lượng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân ung thư phổi không tế

¹Bệnh viện Phổi Trung Ương

²Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cần Xuân Hạnh

Email: kaxuha@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

bào nhỏ giai đoạn IIIB. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 66 bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB điều trị tại Bệnh viện Phổi Trung ương. Các biến số bao gồm tuổi, giới, triệu chứng, chỉ số thể trạng, và kết quả chụp CT ngực. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là $57,2 \pm 7,2$, với tỷ lệ nam/nữ là 86,4% và 13,6%. Triệu chứng phổ biến nhất là đau ngực (71,2%) và sút cân (62,1%). Mô bệnh học cho thấy tỷ lệ ung thư biểu mô tuyến là 67,1% và ung thư biểu mô vảy là 32,9%. **Kết luận:** Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng này góp phần quan trọng trong định hướng điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân ung

thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB.

Từ khóa: Ung thư phổi không tế bào nhỏ, giai đoạn IIIB, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng, bệnh viện Phổi Trung ương

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF STAGE IIIB NON-SMALL CELL LUNG CANCER AT NATIONAL LUNG HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with stage IIIB non-small cell lung cancer (NSCLC) at the National Lung Hospital. **Methods:** A descriptive study was conducted on 66 patients diagnosed with stage IIIB NSCLC who were treated at the National Lung Hospital. Data collected included demographic characteristics, clinical symptoms, performance status, imaging findings, and histopathological classification. **Results:** The average age of the patients was 57.2 years, with a male-to-female ratio of 4.2:1. The most common symptoms were chest pain (71.2%), weight loss (62.1%), and cough (58.3%). Histopathological analysis revealed that adenocarcinoma accounted for 67.1% of cases, while squamous cell carcinoma represented 32.9%. **Conclusion:** The clinical and paraclinical characteristics identified in this study highlight key aspects of stage IIIB NSCLC in Vietnam, aiding in diagnostic and therapeutic planning.

Keywords: Stage IIIB non-small cell lung cancer, clinical characteristics, paraclinical characteristics, National Lung Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi là một trong những bệnh lý ác tính thường gặp nhất và là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong số các loại ung thư trên toàn cầu. Theo GLOBOCAN, năm 2022, UTP có tỷ lệ mắc mới và tử vong đứng thứ nhất trên thế giới, ước tính có gần 2,5 triệu ca mắc mới chiếm tỷ lệ 12,4% trong tổng số ca ung thư trên toàn cầu, số ca tử vong khoảng 1.8 triệu ca chiếm khoảng 18,7% trong tổng số ca ung thư trên toàn cầu¹. Tại Việt Nam, ung thư phổi cũng là loại ung thư có số ca mắc và tử vong cao, với hàng chục ngàn trường hợp mới mỗi năm.

Trong số các loại ung thư phổi, ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) chiếm khoảng 80–85% các trường hợp². Phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán khi bệnh đã ở giai đoạn tiến xa (giai đoạn III hoặc IV), khi các triệu chứng đã trở nên rõ rệt và khối u đã xâm lấn các cấu trúc lân cận hoặc di căn. Ở giai đoạn IIIB, các phương pháp điều trị thường bao gồm hóa xạ trị, kết hợp giữa liệu pháp toàn thân và tại chỗ để kiểm soát bệnh.

Việc xác định đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IIIB là rất cần thiết để hỗ trợ quá trình chẩn đoán, đưa ra phương pháp điều trị phù hợp và tiên lượng

tốt hơn cho bệnh nhân. Tại bệnh viện Phổi Trung ương, nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư phổi chưa được thực hiện nhiều, và dữ liệu đặc thù về các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IIIB còn hạn chế.

Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB tại bệnh viện phổi trung ương” nhằm góp phần bổ sung dữ liệu cho các nghiên cứu về bệnh lý ung thư phổi tại Việt Nam và hỗ trợ quá trình điều trị hiệu quả hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 2018 – 2023 tại Bệnh viện Phổi Trung ương.

2.2. Đối tượng: 66 bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB

2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định mắc UTPKTBN giai đoạn IIIB theo phân loại TNM lần thứ 7 năm 2017 của AJCC
- Tuổi ≥ 18
- Tình trạng toàn thân của bệnh nhân theo thang điểm ECOG mức 0, 1
- Có tổn thương đích có thể đo và đánh giá được trên hình ảnh cắt lớp theo tiêu chuẩn RECIST
- Chưa được điều trị bằng một phương pháp điều trị ung thư nào trước đó
- Số lượng bạch cầu $>4000/\text{mm}^3$, bạch cầu trung tính $>1500/\text{mm}^3$, Tiểu cầu $>100.000/\text{mm}^3$
- Chức năng gan (SGOT, SGPT, Bilirubin) và Chức năng thận (Creatinin) $< 1,5$ lần giới hạn trên bình thường

2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nặng hoặc mắc các bệnh ung thư khác
- Có bệnh lý kèm theo mà xạ trị lồng ngực và điều trị hóa chất nguy hại đến bệnh nhân như: nhồi máu cơ tim, suy tim, loạn nhịp tim, các bệnh lý nhiễm khuẩn chưa kiểm soát được
- Hồ sơ không đủ tiêu chuẩn nghiên cứu theo mẫu
- Bệnh nhân không hợp tác, không theo dõi được

2.3. Thiết kế nghiên cứu:

2.4. Cỡ mẫu và cách chọn mẫu

- Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ các bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn lựa chọn, loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

- Cỡ mẫu: 66 bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ.

2.5. Phương pháp thu thập số liệu. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh

nhân. Các thông tin được tổng hợp bao gồm:

- Đặc điểm nhân khẩu học: tuổi, giới tính.
- Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện: ho, khó thở, đau ngực, sút cân.
- Chỉ số thể trạng (PS): theo thang điểm ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), xác định khả năng thực hiện hoạt động thường ngày của bệnh nhân.

Đặc điểm cận lâm sàng:

- Hình ảnh học: xác định vị trí và kích thước u nguyên phát qua chụp CT ngực.
- Tổn thương phế quản: dựa trên kết quả nội soi phế quản.
- Phân loại mô bệnh học: bao gồm ung thư biểu mô tuyến và ung thư biểu mô vảy.

2.6. Nhập và xử lý số liệu. Số liệu được mã hóa và xử lý trên phần mềm thống kê SPSS phiên bản 22.0.

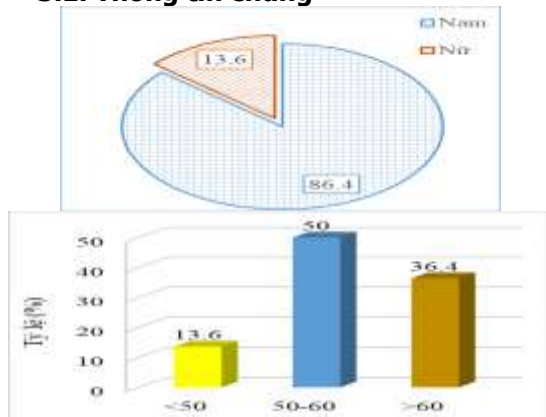
Thống kê mô tả: Biến số định lượng được biểu diễn dưới dạng số trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị min, max. Biến số định tính được biểu diễn dưới dạng tần số, tỷ lệ %.

Thống kê suy luận: Sử dụng các phép kiểm định như T-test hoặc Chi-square để so sánh đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa các nhóm bệnh nhân theo tuổi, giới tính hoặc loại mô bệnh học, với mức ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức y học, bảo đảm quyền riêng tư và bảo mật thông tin của bệnh nhân. Mọi thông tin chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu và được bảo mật theo quy định.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới tính và nhóm tuổi của đối tượng nghiên cứu (n=66)

Nhận xét: Giới tính: 57 trường hợp bệnh nhân nam (86,4%) và số bệnh nhân nữ chỉ có 9 trường hợp (13,6%). Tỷ lệ nam/nữ là 6,3/1.

Nhóm tuổi: Độ tuổi mắc trung bình là $57,2 \pm$

7,2 tuổi, với bệnh nhân cao tuổi nhất là 73 tuổi, thấp tuổi nhất là 41 tuổi. Tỷ lệ mắc UTPKTBN cao nhất ở nhóm 50-60 tuổi (50%) và thấp nhất ở nhóm < 50 tuổi (13,6%).

3.2. Triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 3.1. Triệu chứng lâm sàng khi nhập viện (n=66)

Triệu chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Ho khan	34	51,5
Ho đờm	16	24,2
Ho đờm máu	19	28,8
Ho máu	6	9,1
Sút cân	41	62,1
Đau ngực	47	71,2
Khó thở	20	30,3
Khan tiếng	2	3,0
Sốt	13	19,7
Mệt mỏi	40	60,6

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có triệu chứng đau tức ngực, sút cân và mệt mỏi khi nhập viện (tương ứng chiếm 71,2%, 62,1% và 60,6%). Các triệu chứng khác như ho khan (51,5%), khó thở (30,3%), ho đờm máu (28,8%), ho đờm (24,2%), và sốt (19,7%) cũng được ghi nhận, mặc dù tần suất thấp hơn. Khan tiếng là triệu chứng ít gặp nhất, chỉ xuất hiện ở 2 bệnh nhân (3,0%).

Bảng 3.2. Chỉ số thể trạng trước điều trị (n=66)

Chỉ số thể trạng (PS)	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
PS = 0	42	62,7
PS = 1	24	37,3
Tổng	66	100

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có thể trạng sức khỏe tốt (PS = 0) chiếm tỷ lệ cao 62,7%.

Bảng 3.3: Vị trí u nguyên phát (n = 66)

Vị trí U	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Phổi phải	32	48,6
Thùy trên	18	27,3
Thùy giữa	10	15,2
Thùy dưới	4	6,1
Phổi trái	34	51,4
Thùy trên	25	37,9
Thùy dưới	9	13,6

Nhận xét: Vị trí khối u gặp phổi trái cao hơn (51,4%), thùy trên chiếm tỷ lệ cao trong đó thùy trên phải chiếm 27,3%, thùy trên trái chiếm 37,9%. Vị trí ít gặp nhất là thùy dưới với thùy dưới phải chiếm 6,1% và thùy dưới trái chiếm 13,6%.

Bảng 3.4. Phân loại mô bệnh học và kích thước u nguyên phát (n = 66)

Típ mô bệnh	Số bệnh nhân (n-%)	KTTB (cm)	p-value
BM tuyến	35 (53,0%)	5,97	0,590

BM vảy	15 (22,7%)	5,93	
Loại khác	16 (24,2%)	6,0	
Tổng	66 (100,0%)	5,97	

Nhận xét: Ung thư biểu mô tuyến chiếm tỷ lệ cao nhất 53%, tít biểu mô vảy chiếm tỷ lệ thấp hơn 22,7%. Kích thước khối 5,97 cm, khối u có kích thước nhỏ nhất là 2 cm, khối u kích thước lớn nhất là 9 cm. Không có sự khác biệt về kích thước khối u giữa các nhóm tít mô bệnh với giá trị $p > 0,05$

Bảng 3.5. Hình ảnh tổn thương phế quản (n=66)

Hình ảnh tổn thương Phế quản	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Thâm nhiễm	25	43,1
U sùi	17	29,3
Chít hẹp	39	67,2
Chảy máu	3	5,2
Xung huyết	4	6,9
Tổng	66	100

Nhận xét: Các dạng tổn thương trong lòng phế quản thường gặp nhất là chít hẹp lòng phế quản chiếm 67,2%, tổn thương thâm nhiễm niêm mạc phế quản chiếm 43,1%, u sùi trong lòng phế quản chiếm 29,3%.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhóm bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB là 58, với nhóm tuổi từ 50 đến 60 chiếm tỷ lệ cao nhất (50%) và tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế (86,4%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trong nước, chẳng hạn như Bùi Công Toàn (2013) tại Bệnh viện K, nơi tuổi trung bình của bệnh nhân là 55,2 và tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn nữ³. Các nghiên cứu tại Bệnh viện 103 và Bệnh viện Chợ Rẫy cũng cho thấy xu hướng tương tự^{4,5}. So sánh với các nghiên cứu quốc tế, bệnh nhân ung thư phổi ở Việt Nam có xu hướng mắc bệnh ở độ tuổi trẻ hơn; nghiên cứu của Radzikowska ở Ba Lan và Fu ở Mỹ đều ghi nhận tuổi trung bình là 62–66, cao hơn so với Việt Nam^{6,7}. Sự khác biệt này có thể liên quan đến yếu tố dịch tễ học và chương trình sàng lọc ung thư tại các nước phát triển, nơi bệnh nhân có thể được phát hiện sớm hơn.

Chỉ số thể trạng (PS) của bệnh nhân là yếu tố quan trọng để đánh giá khả năng chịu đựng các phác đồ điều trị tích cực như hóa xạ trị đồng thời. Trong nghiên cứu này, 62,7% bệnh nhân có PS = 0, nghĩa là có thể trạng tốt và phù hợp với điều trị tích cực. Kết quả này có phần cao hơn với nghiên cứu SWOG9019 của Albain, trong đó tỷ lệ bệnh nhân PS = 0 chiếm 46%⁸. Việc

tuyển chọn bệnh nhân có chỉ số thể trạng tốt giúp tối ưu hóa hiệu quả điều trị và giảm thiểu tác dụng phụ.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng. Về triệu chứng lâm sàng, các triệu chứng phổ biến ở bệnh nhân ung thư phổi giai đoạn IIIB bao gồm đau ngực (71,2%), sút cân (62,1%), và ho khan (51,5%). Đây là các triệu chứng điển hình ở bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ. Nghiên cứu của Trần Đình Thanh tại Bệnh viện Phạm Ngọc Thạch cũng cho thấy tỷ lệ ho và đau ngực tương tự, khẳng định rằng đây là các dấu hiệu chính của bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB⁹. Những triệu chứng ít gặp hơn như khàn tiếng, thường xuất hiện khi khối u xâm lấn vào các cấu trúc lân cận.

Trên hình ảnh CT ngực, khối u chủ yếu nằm ở thùy trên (65,2%), với thùy trên trái chiếm 37,9% và thùy trên phải chiếm 27,3%. Tỷ lệ u ở phổi trái cao hơn một chút (51,4%) so với phổi phải (48,6%), điều này tương đồng với nghiên cứu của Lê Tuấn Anh tại Bệnh viện Chợ Rẫy, nơi thùy trên cũng chiếm tỷ lệ cao hơn⁴. Đỗ Quyết và cộng sự tại Bệnh viện 103 cũng cho thấy tỷ lệ u thùy trên tương tự, điều này cho thấy xu hướng u nguyên phát thường tập trung ở thùy trên phổi⁵.

Về kích thước khối u, kích thước trung bình của u trong nghiên cứu này là 5,97 cm và không có sự khác biệt đáng kể giữa các loại mô bệnh học. Ung thư biểu mô tuyến có kích thước trung bình 5,97 cm, biểu mô vảy là 5,93 cm, và các loại khác là 6,0 cm, với giá trị $p > 0,05$. Điều này cho thấy loại mô bệnh học không ảnh hưởng đáng kể đến kích thước u ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Tuấn Anh tại Bệnh viện Chợ Rẫy và Vũ Hữu Khiêm tại Bệnh viện Bạch Mai, nơi kích thước trung bình của khối u cũng không khác biệt đáng kể giữa các loại mô bệnh^{4,10}.

Về tổn thương phế quản qua nội soi, các dạng tổn thương phổ biến bao gồm chít hẹp phế quản (67,2%), thâm nhiễm niêm mạc (43,1%), và u sùi (29,3%). Các tổn thương này thường xuất hiện ở bệnh nhân ung thư biểu mô vảy, do loại ung thư này có xu hướng phát triển ở vùng trung tâm và gần các phế quản lớn. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Hồng Thái và Đỗ Quyết, trong đó thâm nhiễm và chít hẹp là những dạng tổn thương chính được ghi nhận. Nội soi phế quản đóng vai trò quan trọng trong chẩn đoán và đánh giá giai đoạn bệnh, đặc biệt khi cần xác định tổn thương trong lòng phế quản để tiến hành sinh thiết và đánh giá mô bệnh học.

Về đặc điểm mô bệnh học, ung thư biểu mô

tuyến là loại phổ biến nhất trong nghiên cứu này, chiếm tỷ lệ 53%, tiếp theo là biểu mô vảy (22,7%) và các loại khác (24,2%). Điều này tương đồng với các nghiên cứu tại Bệnh viện K và Bệnh viện Bạch Mai, nơi ung thư biểu mô tuyến chiếm ưu thế. Sự khác biệt về phân bố mô bệnh học giữa các khu vực có thể liên quan đến các yếu tố nguy cơ đặc thù. Tại châu Á, đặc biệt là ở nữ giới và những người không hút thuốc, ung thư biểu mô tuyến phổ biến hơn. Trong khi đó, ung thư biểu mô vảy thường gặp hơn ở châu Âu và Mỹ, nơi tỷ lệ hút thuốc lá cao hơn.

V. KẾT LUẬN

- Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 58, phần lớn là nam giới, phù hợp với các yếu tố dịch tễ học của ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Việt Nam.

- Các triệu chứng lâm sàng thường gặp bao gồm đau ngực, sút cân và ho khan, phản ánh mức độ xâm lấn của bệnh.

- Khối u chủ yếu nằm ở thùy trên, với tỷ lệ cao hơn ở phổi trái, và kích thước trung bình là 5,97 cm.

- Phân loại mô bệnh học cho thấy ung thư biểu mô tuyến chiếm ưu thế, tiếp theo là biểu mô vảy, phù hợp với xu hướng dịch tễ của ung thư phổi ở Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Freddie Bray, Mathieu Laversanne, Hyuna Sung, et al** (2024), Global Cancer Statistics 2022: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries, CA Cancer J Clin. 74(3), 229-263
2. **K. C. Thandra, A. Barsouk, K. Saginala, J. S. Aluru, và A. Barsouk**, "Epidemiology of lung

cancer", Contemp. Oncol. Onkol., vol 25, số p.h 1, tr 45–52, 2021, doi: 10.5114/wo.2021.103829.

3. **Bùi Công Toàn, Trần Văn Thuận, Bùi Vinh Quang, Đỗ Thị Kim Anh, Sang T., và Quốc V.**, "Nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị trong ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng hóa - xạ trị đồng thời", Tạp chí Y học thực hành, vol 899, tr 47–52, 2013.
4. **Lê Tuấn Anh**, "Đặc điểm lâm sàng và điều trị của 1158 bệnh nhân ung thư phổi tại Trung tâm ung bướu Chợ Rẫy", Tạp Chí Học Thực Hành, vol 878, tr 20–22, 2013.
5. **Đỗ Quyết và Đặng Đức Cảnh**, "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh ung thư phổi nguyên phát trên phim X quang chụp cắt lớp vi tính xoắn ốc", Tạp Chí Học Lâm Sàng, tr 250–257, 2003.
6. **J. B. Fu, T. Y. Kau, R. K. Severson, và G. P. Kalemkerian**, "Lung cancer in women: analysis of the national Surveillance, Epidemiology, and End Results database", Chest, vol 127, số p.h 3, tr 768–777, tháng 3 2005, doi: 10.1378/chest.127.3.768.
7. **E. Radzikowska, P. Głaz, và K. Roszkowski**, "Lung cancer in women: age, smoking, histology, performance status, stage, initial treatment and survival. Population-based study of 20561 cases", Ann. Oncol., vol 13, số p.h 7, tr 1087–1093, tháng 7 2002, doi: 10.1093/annonc/mdf187.
8. **K. S. Albain và c.s.**, "Radiotherapy plus chemotherapy with or without surgical resection for stage III non-small-cell lung cancer: a phase III randomised controlled trial", The Lancet, vol 374, số p.h 9687, tr 379–386, tháng 8 2009, doi: 10.1016/S0140-6736(09)60737-6.
9. **Hoàng Thị Quý và Trần Đình Thanh**, "Kết quả hóa trị ung thư trong lồng ngực từ 2005 đến 2007 tại bệnh viện Phạm Ngọc Thạch", Tạp Chí Học Thành Phố Hồ Chí Minh, vol 12, số p.h 4, tr 212–212, 2008.
10. **Vũ Hữu Khiêm**, "Đánh giá kết quả điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ bằng phác đồ hoá - xạ trị với kỹ thuật PET/CT mô phỏng", Luận án Tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội, 2017.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHỊ NHIỄM HO GÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHỊ TRUNG ƯƠNG

Trần Minh Điền¹, Đỗ Thị Thúy Nga¹,
Nguyễn Mạnh Cường², Phùng Thị Bích Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm bệnh nhị nhiễm ho gà điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhị dưới 16 tuổi được chẩn đoán xác định mắc ho gà bằng kỹ thuật real-time PCR,

điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 01/2019 đến 12/2020. **Kết quả:** Trẻ nhiễm vi khuẩn ho gà nhập viện chủ yếu nhóm dưới 4 tháng tuổi (75,7%), tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh ho gà cao hơn trẻ nữ (nam/nữ ≈ 1,23/1). Trẻ mắc ho gà hầu hết là trẻ chưa được tiêm chủng chiếm 85,9% (328/382). Số ca mắc ho gà rải rác quanh năm, tuy nhiên bệnh có xu hướng thấp hơn trong các tháng mùa đông. Ngày xét nghiệm Real-time PCR ho gà hay gặp nhất là ngày thứ 10, trung bình là ngày thứ 12,4. Có 23,6% (90/382) số trẻ mắc ho gà có bội nhiễm các căn nguyên vi sinh vật khác, trong đó chủ yếu là bội nhiễm vi rút 70,0% (63/90), vi khuẩn 40,0% (36/90) và nấm là 1,1% (1/90). Đặc biệt, có 17,8% (16/90) số trẻ bội nhiễm ít nhất 2 căn

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Điền

Email: dientm@nhp.org.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

nguyên vi sinh vật. **Kết luận:** Trẻ mắc ho gà nhập viện chủ yếu là nhóm trẻ dưới 4 tháng tuổi, và chưa đến tuổi tiêm phòng. Trẻ mắc ho gà chủ yếu bội nhiễm căn nguyên vi rút. Kỹ thuật real-time PCR có ý nghĩa trong chẩn đoán sớm bệnh nhi ho gà.

Từ khóa: ho gà, trẻ em, real-time PCR

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH WHOOPING COUGH TREATED AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: Describe the characteristics of children with pertussis treated at the National Children's Hospital. **Subjects and methods:** Children under 16 years old were diagnosed with pertussis by real-time PCR, and treated at the National Children's Hospital from January 2019 to December 2020. **Results:** The majority of children with whooping cough hospitalized were children under 4 months old (75.7%), the rate of boys with pertussis was higher than that of girls (male/female ratio $\approx 1.23/1$). Most children with whooping cough were unvaccinated, accounting for 85.9% (328/382). The number of whooping cough cases is scattered throughout the year, however, the disease tends to be lower in the winter months. The most common day for Real-time PCR testing for whooping cough was the 10th day, with an average of 12.4 days. 23.6% (90/382) of children with whooping cough had co-infections with microbial pathogens, mainly viral co-infection 70.0% (63/90), bacterial co-infection 40.0% (36/90) and fungal co-infection 1.1% (1/90). Notably, 17.8% (16/90) of children had superinfections with at least 2 microbial pathogens. **Conclusion:** The majority of children with whooping cough hospitalized were children under 4 months old, and had not reached the age of vaccination. The rate of children with whooping cough is predominant viral co-infection. Real-time PCR technique is meaningful in the early diagnosis of whooping cough in children. **Keywords:** whooping cough, children, real-time PCR

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho gà là bệnh truyền nhiễm lưu hành trên toàn thế giới, với các đợt bùng phát 3 - 5 năm một lần. Bordetella pertussis là nguyên nhân chính gây dịch bệnh và các đợt bệnh ho gà lẻ tẻ. Theo ước tính của WHO năm 2014 có 24,1 triệu ca mắc, với 160.700 ca tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi, chủ yếu liên quan đến trẻ sơ sinh [1]. Tại Việt Nam, bệnh ho gà lưu hành trong cả nước, thường xảy ra và phát triển thành dịch ở nhiều địa phương, đặc biệt nghiêm trọng ở miền núi là nơi có tình trạng kinh tế - xã hội phát triển thấp [2]. Tuy nhiên, từ năm 2015 trở lại đây số ca mắc ho gà có xu hướng tăng nhẹ, tỷ lệ mắc tăng dần từ 0,1/100.000 dân năm 2009 - 2014 lên 0,7/100.000 dân năm 2018 và lên mức hơn 1/100.000 năm 2019 (với 1013 ca mắc) [3] Bệnh thường diễn biến nặng, thời gian điều trị kéo dài do bội nhiễm căn nguyên vi sinh gây biến chứng

viêm phổi, nhất là ở trẻ dưới 5 tuổi và trẻ suy dinh dưỡng. Việc chẩn đoán phát hiện sớm tác nhân đồng nhiễm sẽ có ý nghĩa trong điều trị ho gà trong thực hành lâm sàng. Hiện nay kỹ thuật xét nghiệm Real-time PCR thường được dùng trong giai đoạn sớm 2-3 tuần đầu từ khi khởi phát triệu chứng bệnh, kỹ thuật chẩn đoán này có độ nhạy, độ đặc hiệu cao đồng thời rút ngắn được thời gian xét nghiệm có ý nghĩa trong điều trị, phòng chống, cách ly bệnh nhân, cải thiện chất lượng sống của trẻ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán xác định mắc ho gà điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương trong thời gian nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** trẻ chẩn đoán xác định mắc ho gà theo hướng dẫn của Bệnh viện Nhi Trung ương áp dụng Đồng thuận Ho gà toàn cầu 2011 [4][5]. Nghiên cứu được tiến hành tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 1/1/2019 đến 31/12/2020.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Chọn mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhi chẩn đoán lâm sàng mắc ho gà được xét nghiệm Real-Time PCR dịch tiết đường hô hấp (dịch tỵ hầu, dịch nội khí quản) tại bệnh viện Nhi Trung ương.

Phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập đã được mã hóa theo mẫu, nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh Bệnh viện Nhi Trung ương số VNCH-RICH-2019-60 ngày 31/10/2019

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi đã thu thập được thông tin của 382 trường hợp bệnh nhi mắc ho gà điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

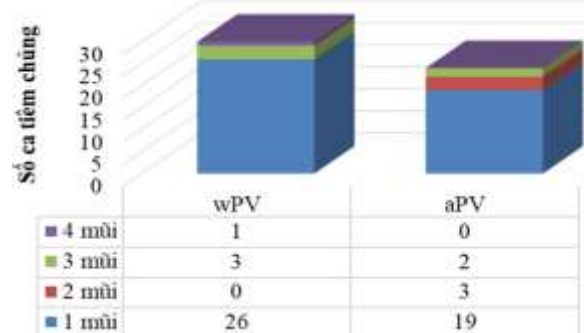
3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Bảng 3.1: Một số đặc điểm của nhóm nghiên cứu (n=382)

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ %	p
Tuổi (tháng)	Trung vị	2,5		
	Min	0,6 (19 ngày)		
	Max	116 (9 tuổi 8 tháng)		
	Mode	1,4		
	< 4 tháng	289	75,7	< 0,001
	≥ 4 tháng	93	24,3	
Giới	Nam	211	55,2	0,046
	Nữ	171	44,8	
Phổi nhiễm	Không phổi nhiễm	346	90,6	

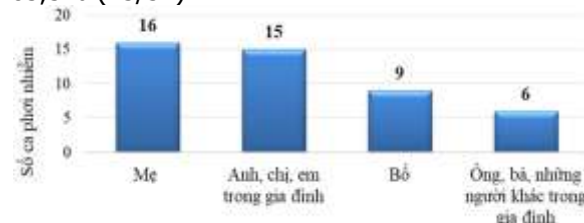
Tiêm chủng	Nghi ngờ phơi nhiễm	23	6,0
	Phơi nhiễm	13	3,4
	Chưa đủ tuổi tiêm chủng	163	42,7
	Không tiêm chủng	165	43,2
Sinh non	Có	26	6,8
	Không	356	93,2
Suy dinh dưỡng	Có	11	2,9
	Không	371	97,1
Bệnh lý nền	Có	31	8,1
	Không	351	91,9

Tuổi trung vị của nhóm nghiên cứu là 2,5 tháng tuổi, bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 19 ngày tuổi và lớn nhất là 116 tháng. Nhóm trẻ < 4 tháng chiếm 75,7% (289/382) cao hơn nhóm $\geq$ 4 tháng là 24,3% (93/382), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Tỷ lệ trẻ nam mắc bệnh ho gà cao hơn trẻ nữ (nam/nữ $\approx$ 1,23/1).



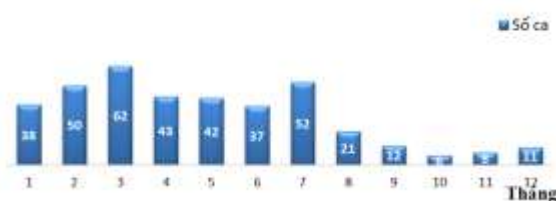
Hình 3.1: Loại vắc xin và số mũi tiêm chủng (n=54)

Trẻ mắc ho gà hầu hết chưa được tiêm chủng chiếm 85,9% (328/382), trong đó 43,2% (165/382) trẻ đã đủ tuổi tiêm chủng mà chưa được tiêm chủng vắc xin này. Trong 14,1% (54/382) trẻ đã được tiêm chủng thì chủ yếu trẻ mới được tiêm 1 mũi vắc xin phòng ho gà chiếm 83,3% (45/54).



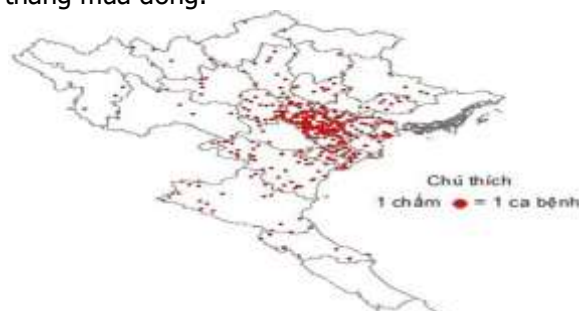
Hình 3.2: Nguồn phơi nhiễm (n=36)

Qua bảng 3.1 và hình 3.2: nghiên cứu chỉ xác định được nguồn phơi nhiễm của 3,4% (13/382) số ca, nghi ngờ nguồn phơi nhiễm của 6% (23/382) số ca, phần lớn số ca ho gà (90,6%) không xác định được nguồn phơi nhiễm.



Hình 3.3: Phân bố bệnh theo các tháng trong năm (n=382)

Số ca mắc ho gà rải rác quanh năm, tuy nhiên bệnh có xu hướng thấp hơn trong các tháng mùa đông.



Hình 3.4: Bản đồ phân bố ca bệnh ho gà (n=382)

Trẻ mắc bệnh ho gà chủ yếu đến từ các tỉnh miền Bắc và Bắc Trung bộ, trong đó tập trung chủ yếu tại các tỉnh phía Đông Bắc đặc biệt tập trung cao nhất tại Hà Nội (90 ca).

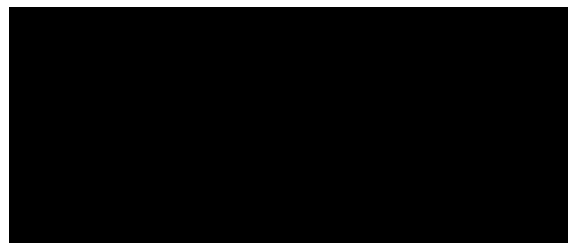
3.2. Xác định tỷ lệ trẻ mắc bệnh ho gà bằng kỹ thuật Real-time PCR

Bảng 3.2: Ngày làm xét nghiệm và giá trị Ct của xét nghiệm Real-time PCR ho gà (n=382)

	X $\pm$ SD	Min	Max	Mode
Ngày xét nghiệm Real-time PCR ho gà	12,4 $\pm$ 7,0	2	51	10
Ct	25,4 $\pm$ 6,1	11,9	38,0	

Ct: Giá trị chu kỳ ngưỡng (Cycle threshold)

Ngày xét nghiệm Real-time PCR ho gà hay gặp nhất là ngày thứ 10, trung bình là ngày thứ 12,4, ngày xét nghiệm muộn nhất cho kết quả dương tính là ngày thứ 51. Giá trị Ct trung bình là 25,4 chu kỳ, giá trị dương tính thấp nhất có thể phát hiện được là 11,9 chu kỳ.



Hình 3.5: Diễn biến của chu kỳ ngưỡng theo thời gian

Phân tích hồi quy tuyến tính (hình 3.6) ta thấy:
+ Tương quan đồng biến giữa ngày xét nghiệm Real-time PCR ho gà và giá trị Ct. Khi ngày bệnh tăng lên 1 ngày thì giá trị Ct tăng lên trung bình 0,21 - 0,38 chu kỳ.

+ $R^2 = 0,11 \rightarrow R = 0,332 > 0,33$. Như vậy, có mối liên quan nhẹ giữa giá trị Ct và ngày xét nghiệm Real-time PCR ho gà. Ngày bệnh chỉ giúp giải thích được 11,0% sự thay đổi của giá trị Ct, nghĩa là còn các yếu tố khác ảnh hưởng đến giá trị Ct.

3.3. Tình trạng bội nhiễm của bệnh nhi ho gà

Bảng 3.3: Tình trạng bội nhiễm căn nguyên vi sinh khác (n=382)

Tình trạng bội nhiễm		Căn nguyên	Số lượng (%)	Tổng số (%)	
Bội nhiễm	Vi rút	RSV	36	63 (70,0)	90 (23,6)
		Cúm	8		
		Sởi	6		
		Rhinovirus	4		
		Adenovirus	4		
		CMV	4		
		Các vi rút khác	3		
	Vi khuẩn	H. Influenza	12	36 (40,0)	
		S. pneumonia	10		
		S. aureus	9		
		M. pneumonia	4		
		A. baumannii	1		
		S. marcescens	1		
		Các vi khuẩn khác	4		
	Nấm	Candida Albican	1 (1,1)	1 (1,1)	
	Không bội nhiễm				
Tổng số				382 (100)	

Có 23,6% (90/382) số trẻ mắc ho gà có bội nhiễm các căn nguyên vi sinh vật khác, trong đó chủ yếu là bội nhiễm vi rút 70,0% (63/90), vi khuẩn 40,0% (36/90) và nấm là 1,1% (1/90). Đặc biệt, có 17,8% (16/90) số trẻ bội nhiễm ít nhất 2 căn nguyên vi sinh vật.

Bảng 3.4: Tỷ lệ bội nhiễm theo nhóm tuổi (n=382)

Tình trạng bội nhiễm	< 4 tháng		≥ 4 tháng		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Bội nhiễm	63	21,8	27	23,6	> 0,05
Không bội nhiễm	226	78,2	66	76,4	
Tổng số	289	100	93	100	

Tỷ lệ bội nhiễm ở các nhóm tuổi là như nhau (p > 0,05).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu. Trẻ mắc ho gà tập trung dưới 4 tháng tuổi chiếm 75,7% (289/382). Tỷ lệ này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Đỗ Thiện Hải và cộng sự trong giai đoạn năm 2012 – 2014, tỷ lệ trẻ sơ sinh đến 3 tháng là 78,7% [7], phù hợp với tác giả Phạm Thái Sơn nghiên cứu 139 trẻ mắc ho gà điều trị tại Bệnh viện Nhi Đồng 2 cũng thấy nhóm trẻ dưới 3 tháng tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất (72,66%) với tuổi trung vị là 2,1 tháng tuổi (IQR: 1,48-3,15) [8]. Tác giả Juana del Valle-Mendoza và cộng sự nghiên cứu 88 trẻ mắc ho gà dưới 5 tuổi ở Peru trong giai đoạn 2016-2017 cho thấy nhóm trẻ mắc ho gà dưới 3 tháng tuổi chiếm 80,5% [9]. Nhóm trẻ dưới 2 tháng tuổi chưa được tiêm phòng vắc xin và nhóm trẻ từ 2 tháng được tiêm mũi vắc xin cơ bản đầu tiên chưa đủ khả năng miễn dịch bảo vệ, trong khi đó miễn dịch của mẹ với bệnh ho gà thường thấp không đủ giúp trẻ phòng được bệnh này trong giai đoạn đầu đời [10]. Vì vậy, các biện pháp phòng bệnh hiện nay tập trung nhiều vào việc hạn chế tỷ lệ mắc của nhóm trẻ này như một số khuyến cáo cho rằng nên tiêm phòng vắc xin ho gà (vắc xin Tdap) cho bà mẹ mang thai sau 20 tuần hoặc sau 27 tuần giúp làm tăng nồng độ kháng thể trong máu mẹ và từ đó làm tăng lượng kháng thể truyền cho con, giúp làm giảm tỷ lệ mắc bệnh ho gà cho trẻ nhỏ.

Tỷ lệ trẻ chưa được tiêm phòng vắc xin ho gà là 85,9% (328/382), tương đồng với kết quả của tác giả Đỗ Thiện Hải và cộng sự (89,8%) [7], tác giả Phạm Thái Sơn và cộng sự (85,6%) [8]. Tại Trung Quốc, tác giả Limin Kang báo cáo 75,3% (171/227) trẻ mắc ho gà chưa được tiêm chủng, trong đó có 26,3% (45/171) trẻ ≥ 3 tháng tuổi không được tiêm vắc xin. Tỷ lệ trẻ chưa đến tuổi tiêm chủng (dưới 2 tháng tuổi tính đến thời điểm khởi phát bệnh) trong nghiên cứu là 42,7% (163/382), ngoài ra có 43,2% (165/382) trẻ dù đã đủ tuổi tiêm phòng vắc xin ho gà nhưng trẻ chưa được cho tiêm, nghiên cứu đã ghi nhận được một số lý do gia đình chưa cho trẻ tiêm chủng như: do tâm lý của bố mẹ e ngại tác dụng không mong muốn của vắc xin ho gà toàn tế bào (wPV) nên không đưa trẻ đi tiêm hoặc muốn chờ các cơ sở tiêm chủng có vắc xin ho gà vô bào (aPV) mới cho trẻ tiêm; có những thời điểm các cơ sở y tế bị ngắt quãng cung ứng vắc xin 5/1 (cả loại chứa wPV hoặc aPV); ngoài ra, một số trẻ có bệnh lý nền, hoặc hay ốm vặt nên bỏ lỡ lịch tiêm chủng,...

Kết quả nghiên cứu xác định được nguồn phơi nhiễm của nghiên cứu tương tự kết quả của

tác giả khác, với nguồn phơi nhiễm thường gặp nhất cũng là từ mẹ [9]. Như vậy, chiến lược tiêm phòng cho những người thân xung quanh có tiếp xúc với trẻ, đặc biệt là bà mẹ có thể gián tiếp giúp bảo vệ trẻ nhỏ khỏi nguồn phơi nhiễm bệnh. Tuy nhiên, chiến lược này cũng khó thực hiện và gây tốn kém.

Trong nghiên cứu này chúng tôi thấy, trẻ nam mắc ho gà cao hơn trẻ nữ với tỷ lệ 1,23/1 (sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$), kết quả này cũng tương đồng tác giả khác. Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ trai cao hơn trẻ gái có thể do tuổi mắc bệnh chủ yếu là dưới 1 tuổi, ở nhóm tuổi này trong quần thể tỷ lệ trẻ trai cũng thường cao hơn trẻ gái.

Bệnh ho gà xảy ra rải rác quanh năm, trong đó tỷ lệ mắc bệnh cao vào nửa đầu năm, giai đoạn mùa xuân và mùa hạ, giảm hơn trong giai đoạn mùa thu đông. Trẻ mắc ho gà điều trị tại bệnh viện Nhi Trung ương đến từ hầu khắp các tỉnh phía bắc từ Hà Tĩnh trở ra. Kết quả này tương đồng với kết quả của Đỗ Thiện Hải và cộng sự trong giai đoạn năm 2012 - 2014 [7]. Điều này cũng phù hợp với đặc tính sinh học của vi khuẩn ho gà là nhiệt độ thích hợp nhất cho sự phát triển của vi khuẩn là 35 - 37°C, vì vậy bệnh có xu hướng ít phát triển trong giai đoạn mùa thu đông với nền nhiệt độ thấp.

4.2. Tỷ lệ bệnh nhân nhiễm ho gà và tình trạng bội nhiễm với vi rút và vi khuẩn. Thời gian xét nghiệm Real-time PCR ho gà của nhóm nghiên cứu chủ yếu nằm trong khoảng từ ngày thứ 3 đến ngày thứ 28 của bệnh (chiếm 95,5%), thường gặp nhất là 10 ngày và trung bình là 12,4 ngày. Trường hợp phát hiện được sớm nhất vào ngày thứ 2 của bệnh. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với các khuyến cáo trong y văn về thời gian xét nghiệm Real-time PCR ho gà nên được chỉ định trong khoảng 4 tuần của bệnh, sau thời gian này xét nghiệm Real-time PCR ho gà có khả năng âm tính giả cao. Trong nghiên cứu này, có 1 trường hợp (5 tháng tuổi) xét nghiệm Real-time PCR ho gà dương tính vào ngày thứ 45 và 1 trường hợp (3,5 tháng tuổi) dương tính vào ngày thứ 51. Cả hai trường hợp đều có biểu hiện ho kéo dài khoảng 1,5 tháng, gia đình không đưa trẻ đi khám và trẻ không được sử dụng kháng sinh nhóm Macrolide trước khi nhập viện. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy có sự tương quan tuyến tính giữa ngày bệnh và giá trị Ct của xét nghiệm Real-time PCR ho gà. Tuy nhiên, qua phân tích cho thấy ngày bệnh chỉ giúp giải thích được 11% sự thay đổi của giá trị Ct, nghĩa là còn các yếu tố khác ảnh hưởng đến giá trị Ct của xét nghiệm. Trong nghiên cứu này,

chúng tôi thấy 23,6% (90/382) trẻ có bội nhiễm các căn nguyên vi sinh khác, trong đó phần lớn là bội nhiễm vi rút 70,0% (căn nguyên vi rút thường gây bội nhiễm là RSV, cúm, Rhinovirus, sởi, Adenovirus,...), bội nhiễm vi khuẩn là 40% (trong đó các căn nguyên vi khuẩn thường gặp là *H. influenzae*, *S. Aureus*, *S. Pneumonia*). Ngoài ra, có thể gặp căn nguyên nhiễm khuẩn bệnh viện như *Acinetobacter*, trực khuẩn mủ xanh, *Serratia marcescens*...). Báo cáo của Đỗ Thiện Hải và cộng sự năm 2016 cho thấy tỷ lệ đồng nhiễm là 20,3% [7].

V. KẾT LUẬN

Phần lớn trẻ mắc ho gà nhập viện là trẻ dưới 4 tháng tuổi, và trẻ dưới 2 tháng chưa đến tuổi tiêm phòng, tỷ lệ trẻ trai mắc bệnh cao hơn trẻ gái. Trẻ mắc ho gà chủ yếu bội nhiễm căn nguyên vi rút. Kỹ thuật real-time PCR có ý nghĩa trong chẩn đoán sớm bệnh nhi ho gà.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sarah S. Long, Kathryn M. Edwards, Jussi Mertsola** (2018). *Bordetella pertussis (Pertussis) and Other Bordetella Species. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases*. fifth edition, Elsevier, Philadelphia, p 4574-4618.
2. **Thành quả chương trình tiêm chủng mở rộng.** <<http://www.tiemchungmorong.vn/vi/content/thanh-qua.html>>, accessed: 12/17/2021.
3. **Báo cáo tổng kết Tiêm chủng mở rộng năm 2018** - Viện Vệ sinh dịch tễ trung ương.pdf. .
4. **Cherry J.D., Tan T., Wirsing von König C.-H., et al.** (2012). Clinical Definitions of Pertussis: Summary of a Global Pertussis Initiative Roundtable Meeting, February 2011. *Clin Infect Dis*, 54(12), 1756-1764.
5. Lê Thanh Hải (2020). Bệnh ho gà. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh trẻ em. Bệnh viện Nhi Trung ương, 262-267.
6. **Lanotte P., Plouzeau C., Burucoa C., et al.** (2011). Evaluation of Four Commercial Real-Time PCR Assays for Detection of *Bordetella* spp. in Nasopharyngeal Aspirates. *J Clin Microbiol*, 49(11), 3943-3946.
7. **Đỗ Thiện Hải, Dương Thị Hồng, Đỗ Thúy Nga, Hoàng Thị Thu Hà H.Y. học dự phòng V.** (2016). Đặc điểm dịch tễ học lâm sàng bệnh ho gà ở trẻ em được chẩn đoán ho gà tại bệnh viện Nhi trung ương, giai đoạn 2012 - 2014. *Tạp chí Y học Dự phòng*, 6(179), 35-41.
8. **Phạm Thái Sơn, Trần Ngọc Xuân, Phạm Thị Thuỳ Dung, Nguyễn Kim Thuỳ, Lê Việt Cường, Nguyễn Hoàng Phương Anh, Đỗ Châu Việt H.Y. học dự phòng V.** (2019). Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ở bệnh nhi mắc ho gà năm tại viện Nhi Đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2018. *Tạp chí Y học Dự phòng*, 29(11), 69-76.
9. **Valle-Mendoza J., Silva-Caso W., Aguilar-Luis M.A., et al.** (2018). *Bordetella pertussis* in children hospitalized with a respiratory infection: clinical characteristics and pathogen detection in household contacts. *BMC Res Notes*, 11.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN TIỀN LIỆT GIAI ĐOẠN DI CĂN NHẠY NỘI TIẾT BẰNG PHÁC ĐỒ ADT KẾT HỢP DOCETAXEL TẠI BỆNH VIỆN K

Đỗ Anh Tú¹, Trần Khắc Hùng¹, Nguyễn Thị Vân¹,
Trần Thị Diệu Huyền¹, Nguyễn Đình Lợi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị và mô tả một số tác dụng không mong muốn của phác đồ ADT kết hợp docetaxel trên bệnh nhân ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn nhạy nội tiết tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc tiến hành trên 55 bệnh nhân UTTLT giai đoạn mHSPC được điều trị bằng phác đồ ADT kết hợp docetaxel tại bệnh viện K từ tháng 1/2022 đến hết tháng 8/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $68,2 \pm 6,9$ tuổi (55-86). Triệu chứng thường gặp nhất là rối loạn tiểu tiện chiếm 38,2%. Tỷ lệ bệnh nhân có điểm Gleason ≥ 8 chiếm tỷ lệ 90,9%. Tỷ lệ bệnh nhân T4 là 43,6%. Trung vị PSA trước điều trị là 130ng/ml (Khoảng tứ phân vị: 100-804). Tỷ lệ bệnh nhân di căn xương là 92,7%. Tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị có 21,8% bệnh nhân đạt mức PSA $< 0,2$ ng/ml. Tỷ lệ bệnh nhân đạt được mức PSA nadir $< 0,2$ ng/ml là 34,5%. Tại thời điểm 24 tháng sau khi bắt đầu điều trị có 10 bệnh nhân tiến triển thành mCRPC chiếm tỷ lệ 18,2%. Tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị, bệnh nhân có mức PSA $< 0,2$ ng/ml có thời gian sống thêm BKTĐ thành CRPC dài hơn so với các nhóm khác có ý nghĩa thống kê ($p=0,002$). Nhóm bệnh nhân có mức PSA nadir $< 0,2$ ng/ml có thời gian sống thêm BKTĐ thành CRPC dài hơn so với nhóm bệnh nhân có mức PSA nadir $\geq 0,2$ ng/ml có ý nghĩa thống kê ($p=0,007$). Tỷ lệ thiếu máu độ 1 là 16,4%. Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 1 là 27,3%. Tỷ lệ hạ tiểu cầu độ 1 là 18,2%. Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết chủ yếu là tăng AST/ALT độ 1 chiếm 13,2%. **Kết luận:** Phác đồ điều trị ADT kết hợp docetaxel là một sự lựa chọn điều trị bệnh nhân UTTLT giai đoạn mHSPC đạt được hiệu quả điều trị và dung nạp tốt. Việc theo dõi định kỳ chỉ số PSA giúp đánh giá đáp ứng điều trị và tiên lượng bệnh.

Từ khóa: Ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn nhạy điều trị nội tiết, ADT kết hợp Docetaxel.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS OF METASTATIC HORMONE-SENSITIVE PROSTATE CANCER WITH ADT COMBINED WITH DOCETAXEL AT K HOSPITAL

Objective: To evaluate the treatment outcomes and description of some adverse effects of ADT

combined with docetaxel regimen in patients with metastatic hormone-sensitive prostate cancer at K hospital. **Patients and research methods:** A retrospective descriptive study with longitudinal follow-up was conducted on 55 patients with mHSPC treated with ADT combined with docetaxel at K hospital from January 2022 to the end of August 2024. **Results:** The mean age was 68.2 ± 6.9 years (55-86). The most common symptom was urinary disorder, accounting for 38.2. The proportion of patients with Gleason score ≥ 8 accounted for 90.9%. The proportion of T4 disease accounted for 43.6%. The median PSA before treatment was 130ng/ml (Interquartile range: 100-804). The proportion of patients with bone metastasis was 92.7%. At 6 months after starting treatment, 21.8% of patients achieved PSA < 0.2 ng/ml. The proportion of patients achieving PSA nadir < 0.2 ng/ml was 34.5%. At 24 months after starting treatment, 10 patients progressed to mCRPC, accounting for 18.2%. At 6 months after starting treatment, patients with PSA levels < 0.2 ng/ml had a longer survival time from CRPC than other groups with statistical significance ($p=0.002$). Patients with PSA nadir levels < 0.2 ng/ml had a longer survival time from CRPC than patients with PSA nadir levels ≥ 0.2 ng/ml with statistical significance ($p=0.007$). The rate of grade 1 anemia was 16.4%. The rate of grade 1 leukopenia was 27.3%. The rate of grade 1 thrombocytopenia was 18.2%. The main non-hematological adverse effects was grade 1 AST/ALT elevation, accounting for 13.2%. **Conclusion:** ADT combined with docetaxel is a treatment option for patients with mHSPC, achieving effective treatment and good tolerance. Regular monitoring of PSA index helps to evaluate treatment response and prognosis. **Keywords:** Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer, Docetaxel in combination with androgen deprivation therapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2022, ung thư tuyến tiền liệt (UTTLT) là loại ung thư phổ biến thứ hai ở nam giới trên toàn thế giới, có 1467854 ca mắc mới và 397430 ca tử vong vì căn bệnh này trong năm 2022.¹

UTTLT là bệnh có tiên lượng tốt nếu được chẩn đoán và điều trị triệt căn ở giai đoạn sớm. Tuy nhiên khi chẩn đoán ở giai đoạn di căn thì bệnh có tiên lượng xấu hơn đáng kể với tỷ lệ bệnh nhân sống sau 5 năm khoảng 35%. Tại Việt Nam, phần lớn bệnh nhân phát hiện bệnh khi đã di căn, điều này tạo nên gánh nặng bệnh tật và chi phí điều trị cho bệnh nhân và xã hội.

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Tú

Email: doanhtu.bvk@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

Trong suốt 80 năm qua, liệu pháp ức chế androgen (ADT) đóng vai trò là nền tảng trong điều trị bệnh nhân UTTTL ở giai đoạn tiến triển, di căn. Tuy nhiên với nhóm bệnh nhân chẩn đoán ban đầu ở giai đoạn di căn, bệnh thường tiến triển tới giai đoạn UTTTL di căn kháng cắt tinh hoàn (mCRPC) trong khoảng 12 tháng. Hiện nay, ADT kết hợp các thuốc nội tiết thể hệ mới (NHA) và docetaxel tại thời điểm bắt đầu liệu pháp toàn thân cho UTTTL giai đoạn mHSPC đã giúp kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (BKTT) thành mCRPC (HR, 0,50; 99,9% CI, 0,34–0,71; $P < .0001$) và thời gian sống thêm toàn bộ (HR, 0,75; 95,1% CI, 0,59–0,95; $P = .017$) so với những bệnh nhân chỉ dùng ADT và docetaxel.² Mặc dù kết quả điều trị tốt hơn ở nhóm sử dụng NHA nhưng do rào cản về chi phí điều trị phần lớn bệnh nhân UTTTL giai đoạn mHSPC được điều trị bằng phác đồ ADT kết hợp Docetaxel. Điều này thúc đẩy chúng tôi tiến hành nghiên cứu “Đánh giá kết quả điều trị ung thư tuyến tiền liệt giai đoạn di căn nhạy với điều trị nội tiết bằng phác đồ ADT kết hợp docetaxel tại bệnh viện K” với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị và độc tính của phác đồ trên bệnh nhân UTTTL giai đoạn mHSPC tại Bệnh viện K.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 55 bệnh nhân UTTTL giai đoạn mHSPC được điều trị bằng phác đồ ADT kết hợp docetaxel tại bệnh viện K từ tháng 1/2022 đến hết tháng 8/2024.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán UTTTL giai đoạn mHSPC đã được cắt tinh hoàn nội hoặc ngoại khoa, được điều trị ADT kết hợp docetaxel.
- Giải phẫu bệnh là carcinoma tuyến tiền liệt.
- Bệnh mHSPC có gánh nặng di căn lớn
- Tuổi ≥ 18 , điểm chỉ số toàn trạng ECOG: PS 0 – 2
- Chức năng gan, thận, huyết học trong giới hạn cho phép điều trị docetaxel.
- Có đầy đủ thông tin về hồ sơ bệnh án cho đến khi kết thúc nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh ung thư thứ hai.
- Bệnh nhân suy gan suy thận nặng hoặc mắc các bệnh lý phối hợp khác không đủ điều kiện để sử dụng docetaxel.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiền cứu có theo dõi dọc.

* **Mẫu nghiên cứu.** Cỡ mẫu toàn bộ (từ 01/2022 – 08/2024)

Chọn mẫu thuận tiện

* Quy trình nghiên cứu

+ Bệnh nhân được chẩn đoán UTTTL giai đoạn mHSPC đã được cắt tinh hoàn nội hoặc ngoại khoa được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng theo hồ sơ bệnh án

+ Điều trị thuốc docetaxel

- Liệu thuốc docetaxel 75mg/m² được truyền mỗi 3 tuần một lần tối đa 6 chu kỳ. Liều lượng thuốc được tính và thay đổi theo diện tích da cơ thể (dựa trên chiều cao, cân nặng của bệnh nhân).

- Biphosphonate được sử dụng cùng với mỗi chu kỳ điều trị hóa chất và tiếp tục điều trị mỗi tháng 1 lần sau khi kết thúc điều trị hóa chất.

+ Thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng sau mỗi 3 chu kỳ điều trị hóa chất và sau khi kết thúc điều trị: mức PSA, PSA nadir, tỷ lệ PSA <0,2ng tại thời điểm 6 tháng, thời gian sống thêm BKTT tiến triển thành CRPC, tỷ lệ mắc độc tính huyết học và ngoài hệ tạo huyết.

+ Đánh giá mối liên quan giữa mức PSA nadir, mức PSA tại thời điểm 6 tháng với thời gian sống thêm BKTT thành CRPC.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được thu nhập và ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu, được mã hóa và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	%
Tuổi	<70	36	65,5
	≥ 70	19	34,5
Tuổi trung bình	68,2 $\pm$ 6,9 tuổi (55-86)		
Triệu chứng lâm sàng	Đau xương	18	32,7
	Rối loạn tiểu tiện	21	38,2
	Đau xương+ rối loạn tiểu tiện	11	20
	Tự sờ thấy hạch cổ	1	1,8
	Không triệu chứng	4	7,3

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân <70 tuổi là 65,5%, tuổi trung bình là 68,2 $\pm$ 6,9 tuổi (55-86). Triệu chứng lâm sàng hay gặp nhất là rối loạn tiểu tiện chiếm 38,2%.

3.2. Một số đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.2. Một số đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	%
Điểm gleason	<8	5	9,1
	≥ 8	50	90,9
T	2-3	31	56,4

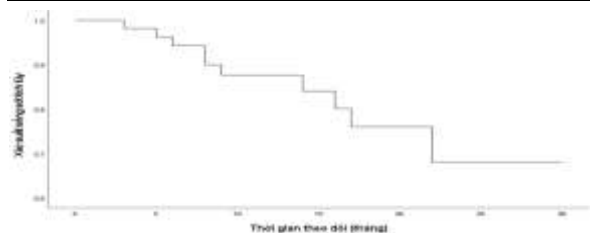
	4	24	43,6
Di căn	Di căn xương	51	92,7
	Di căn tạng	21	38,2
PSA trước điều trị	<130	27	49,9
	≥130	28	50,1
	Trung vị 130ng/ml (Khoảng tứ phân vị: 100-804)		

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có điểm Gleason 9-10 là 65,5%. Tỷ lệ bệnh T2-3 là 65,5%. Đa số bệnh nhân có mức PSA trước điều trị ≥130ng/ml chiếm tỷ lệ 50,1%. Trung vị PSA trước điều trị là 130ng/ml (Khoảng tứ phân vị: 100-804). Tỷ lệ bệnh nhân có di căn xương là 92,7%. Tỷ lệ di căn tạng là 38,2%.

3.3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển thành CRPC

Bảng 3.3. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển thành CRPC

Thời gian theo dõi	Số bệnh nhân tiến triển		Xác suất không tiến triển bệnh tích lũy
	n	%	
6 tháng	3	5,5	0,94
12 tháng	7	12,7	0,85
18 tháng	9	16,4	0,78
24 tháng	10	18,2	0,69



Biểu đồ 3.1. Thời gian sống thêm bệnh không tiến triển

Nhận xét: Tại thời điểm 24 tháng có 10 bệnh nhân tiến triển thành CRPC chiếm tỷ lệ 16,4%. Xác suất không tiến triển bệnh tích lũy tại thời điểm 24 tháng là 0,69.

3.4. Một số đặc điểm về mức PSA sau điều trị

Bảng 3.4. Một số đặc điểm về mức PSA sau điều trị

Đặc điểm		Số bệnh nhân (n)	%
PSA tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị (ng/ml)	<0,2 ng/ml	12	21,8
	0,2-4 ng/ml	20	36,4
	>4 ng/ml	23	41,8
PSA nadir	PSA nadir <0,2 ng/ml	19	34,5
	PSA nadir ≥0,2 ng/ml	36	65,5

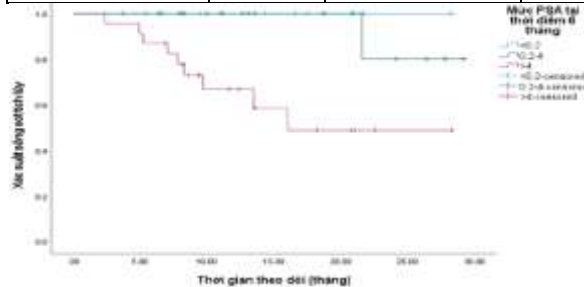
Nhận xét: Tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị có 21,8% bệnh nhân đạt mức PSA

<0,2 ng/ml. Tỷ lệ bệnh nhân đạt được mức PSA nadir <0,2 ng/ml là 34,5%.

3.5. Môi liên quan giữa mức PSA tại thời điểm 6 tháng với CRPC

Bảng 3.5. Môi liên quan giữa mức PSA tại thời điểm 6 tháng và thời gian sống thêm BKT thành CRPC

Mức PSA tại thời điểm 6 tháng (ng/ml)	Số bệnh nhân (n=55)	Số bệnh nhân tiến triển tại thời điểm 24 tháng	p
<0,2	12	0	0,002
0,2-4	20	1	
>4	23	9	



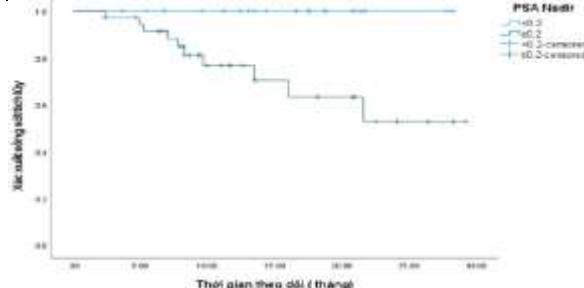
Biểu đồ 3.2. Môi liên quan giữa mức PSA tại thời điểm 6 tháng và thời gian sống thêm bệnh không tiến triển thành CRPC

Nhận xét: Tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị, bệnh nhân có mức PSA <0,2ng/ml có thời gian sống thêm BKT thành CRPC dài hơn so với các nhóm khác có ý nghĩa thống kê (p=0,002).

3.6. Môi liên quan giữa mức PSA nadir ≤0,2 và thời gian đến khi tiến triển thành CRPC

Bảng 3.6. Môi liên quan giữa mức PSA nadir ≤0,2 và thời gian sống thêm BKT thành CRPC

PSA nadir	Số bệnh nhân (n=55)	Số bệnh nhân tiến triển tại thời điểm 24 tháng	p
<0,2 ng/ml	19	0	0,009
≥ 0,2 ng/ml	36	10	



Biểu đồ 3.3. Môi liên quan giữa mức PSA nadir ≤0,2 và thời gian sống thêm BKT thành CRPC

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân có mức PSA nadir <0,2ng/ml có thời gian sống thêm BKT thành CRPC dài hơn so với nhóm bệnh nhân có mức PSA nadir ≥0,2ng/ml có ý nghĩa thống kê ($p=0,009$).

3.7. Tác dụng không mong muốn

Bảng 3.7. Tác dụng không mong muốn

	Độ 1 (%)	Độ 2 (%)	Độ 3 (%)	Độ 4 (%)
Tác dụng không mong muốn trên hệ tạo huyết				
Thiếu máu	9(16,4%)	4(7,3%)	0(0%)	0(0%)
Hạ bạch cầu hạt	15(27,3%)	5(9,1%)	0(0%)	0(0%)
Hạ tiểu cầu	10(18,2%)	2(3,6%)	0(0%)	0(0%)
Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết				
Tăng AST/ALT	7(13,2%)	0(0%)	0(0%)	0(0%)
Tăng creatinin	4(7,3%)	2(3,6%)	0(0%)	0(0%)

Nhận xét: Tỷ lệ thiếu máu độ 1 là 16,4%. Tỷ lệ hạ bạch cầu độ 1 là 27,3%. Tỷ lệ hạ tiểu cầu độ 1 là 18,2%. Tác dụng không mong muốn ngoài hệ tạo huyết chủ yếu là tăng AST/ALT độ 1 chiếm 13,2%. Có 2 bệnh nhân mắc tăng creatinin độ 2 chiếm 3,6%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân là 68,2±6,9 tuổi. Hầu hết bệnh nhân có tuổi <70 tuổi chiếm 65,5%. Có 21 bệnh nhân đến viện vì rối loạn tiểu tiện chiếm tỷ lệ 38,2%, 18 bệnh nhân đến viện vì đau xương chiếm tỷ lệ 32,7%. Kết quả của chúng tôi phù hợp với các nghiên cứu ở trong nước và quốc tế.^{1,4,5,6}

Hầu hết bệnh nhân có điểm gleason ≥9 chiếm tỷ lệ 92,7%. Giai đoạn khối u T2-3 là chủ yếu, chiếm tỷ lệ 65,5% Trung vị PSA ban đầu trước điều trị là 130ng/ml (Khoảng tứ phân vị: 100-804), có 51 bệnh nhân có di căn xương tại thời điểm chẩn đoán chiếm tỷ lệ 92,7%. Đặc điểm cận lâm sàng trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu đời thực khác.^{4,6,7}

Tỷ lệ bệnh nhân đạt mức PSA < 0,2 ng/ml tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị là 21,8%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Kwonoh Park J và cộng sự (CS) với tỷ lệ bệnh nhân đạt mức PSA <0,2 ng/ml tại thời điểm 6 tháng là 24%.³ Kết quả này cao hơn so với nghiên cứu của Lendorf ME và CS.⁵

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tại thời điểm 24 tháng có 10 bệnh nhân tiến triển thành CRPC, xác suất không tiến triển bệnh tích lũy là 0,69. Trung vị thời gian tiến triển thành CRPC trong nghiên cứu CHARRTED là 20,2 tháng (95% CI, 4,5- 6,5 tháng).⁶ Trong nghiên cứu STAMPEDE (nhóm C) có thời gian tiến triển

thành CRPC là 37 tháng. Thời gian tiến triển thành CRPC trong các nghiên cứu đời thực đều thấp hơn các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng. Trong nghiên cứu đời thực tại Hàn Quốc của tác giả Park K và CS, trung vị thời gian sống thêm BKT thành CRPC là 18 tháng.³ Một nghiên cứu đời thực khác tại Đan Mạch cho kết quả trên là 15,6 tháng (13,0-18,1 tháng).⁵ Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu, các đặc điểm bệnh trong nghiên cứu đời thực khác với các nghiên cứu ngẫu nhiên có đối chứng. Hiện nay, ADT kết hợp NHA và docetaxel tại thời điểm bắt đầu liệu pháp toàn thân cho UTTTL giai đoạn mHSPC đã giúp kéo dài thời gian sống thêm bệnh không tiến triển (BKT) thành mCRPC (HR, 0,50; 99,9% CI, 0,34–0,71; $P < .0001$) và thời gian sống thêm toàn bộ (HR, 0,75; 95,1% CI, 0,59–0,95; $P = .017$) so với những bệnh nhân chỉ dùng ADT và docetaxel.² Mặc dù kết quả điều trị tốt hơn ở nhóm sử dụng NHA nhưng do rào cản về chi phí điều trị phần lớn bệnh nhân UTTTL giai đoạn mHSPC vẫn được điều trị bằng phác đồ ADT kết hợp Docetaxel.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, nhóm bệnh nhân có mức PSA <0,2 ng/ml tại thời điểm 6 tháng sau khi bắt đầu điều trị có thời gian sống thêm BKT thành CRPC dài hơn so với các nhóm khác có ý nghĩa thống kê ($p=0,002$). Trong nghiên cứu của tác giả Lendorf ME và CS, thời gian trung bình tiến triển thành CRPC là 32,3 tháng (95% CI 22,4–42,4) đối với 26 bệnh nhân có PSA ≤0,2 ng/ml tại thời điểm 6 tháng, kéo dài hơn so với các nhóm khác.⁵ Nghiên cứu của tác giả Whi-An Kwon và CS cũng cho kết quả tương tự.⁷ Bên cạnh đó, nhóm bệnh nhân đạt được PSA nadir <0,2 ng/ml có thời gian sống thêm BKT thành CRPC dài hơn so với nhóm còn lại, có ý nghĩa thống kê ($p=0,007$). Do đó cần xét nghiệm định kỳ và theo dõi chỉ số PSA trong quá trình điều trị. Việc không đạt được PSA nadir <0,2 ng/mL sau khi điều trị dự đoán sự tiến triển sớm thành CRPC. Các nghiên cứu khác nhau gợi ý các yếu tố tiên lượng khác nhau. Tuy nhiên đáp ứng PSA, mức PSA nadir là các yếu tố thường được nhắc đến nhiều nhất trong các nghiên cứu.

Về tác dụng không mong muốn, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tác dụng không mong muốn chủ yếu trên hệ tạo huyết, không có bệnh nhân mắc độc tính độ 3-4 hoặc tử vong. Kết quả này chứng minh rằng phác đồ điều trị ADT kết hợp docetaxel trong UTTTL giai đoạn mHSPC là an toàn, ít độc tính, độc tính xảy ra chủ yếu ở mức độ nhẹ.

V. KẾT LUẬN

Phác đồ điều trị ADT kết hợp docetaxel là một sự lựa chọn điều trị bệnh nhân UTTTL giai đoạn mHSPC đạt được hiệu quả điều trị và dung nạp tốt. Việc theo dõi định kỳ chỉ số PSA giúp đánh giá đáp ứng điều trị và tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, Laversanne M, Sung H et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024;74:229–263
2. Fizazi K, Foulon S, Carles J et al. Abiraterone plus prednisone added to androgen deprivation therapy and docetaxel in de novo metastatic castration-sensitive prostate cancer (PEACE-1): a multicentre, open-label, randomised, phase 3 study with a 2 × 2 factorial design. *Lancet.* 2022 Apr 30;399(10336):1695–1707.
3. Park K, Kim IY, Park I et al. Effectiveness of Adding Docetaxel to Androgen Deprivation Therapy for Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer in Korean Real-World Practice. *Yonsei Med J.* 2023 Feb;64(2):86–93.
4. James N.D., Sydes M.R., Clarke N.W. Addition of docetaxel, zoledronic acid, or both to first-line long-term hormone therapy in prostate cancer (STAMPEDE): survival results from an adaptive, multiarm, multistage, platform randomised controlled trial. *Lancet* (London, England) 2016;387:1163–1177.
5. Lendorf ME, Peter Meidahl Petersen, Andrea Steen Svendsen et al. Effectiveness of Docetaxel for Metastatic Hormone-sensitive Prostate Cancer in Clinical Practice. *Eur Urol Open Sci.* 2021 Feb; 24: 25–33.
6. Sweeney CJ, Chen Y-H, Carducci M, Liu G, Jarrard DF, Eisenberger M. Chemohormonal therapy in metastatic hormone-sensitive prostate cancer. *N Engl J Med.* 2015;373(8):737–746.
7. Whi-An Kwon, Jae Young Joung, Jung Eun Lee et al. Use of docetaxel plus androgen deprivation therapy for metastatic hormone-sensitive prostate cancer in Korean patients: A retrospective study. *Investig Clin Urol.* 2019 May; 60(3): 195–201.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM KHỐI U GAN LÀNH TÍNH ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHẪU THUẬT CẮT GAN

Nguyễn Hoàng¹, Nguyễn Văn Việt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm một số loại u gan lành tính thường gặp được điều trị bằng phẫu thuật cắt gan tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả hồi cứu 86 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan do u gan lành tính tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2022. **Kết quả:** Ba loại u gặp trong nghiên cứu là: u máu, FNH (Focal nodular hyperplasia), adenoma với tỷ lệ lần lượt là 68,6%, 20,9%, 10,5%. Nữ/nam là 2,4/1, tuổi trung bình là 40,7 ± 12,6 tuổi (10 tuổi – 70 tuổi). Lý do vào viện chủ yếu là đau bụng (70,9%). Kích thước trung bình là 7,6 ± 2,7cm, nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 15cm. Các khối u chủ yếu có kích thước lớn từ 4 đến 10cm (73,3%). Các khối u có thể nằm ở 1 hạ phân thùy (HPT) hoặc nhiều HPT khác nhau, vị trí u hay gặp nhất là phân thùy bên. Phẫu thuật nội soi thường được dùng đối với các khối u ở vị trí hạ phân thùy II, III, IV, V, VI. **Kết luận:** Khối u gan lành tính hay gặp ở nữ giới và có thể nằm ở mọi vị trí của gan với các kích thước khác nhau. U máu là loại u gan lành tính hay gặp nhất. Vị trí, kích thước và bản chất khối u là những yếu tố quan trọng để lựa

chọn phương án điều trị phẫu thuật.

Từ khóa: U gan lành tính, cắt gan, u máu, u tuyến gan, nội soi

SUMMARY

EVALUATE OF FEATURES BENIGN LIVER TUMORS TREATED BY LIVER RESECTION

Objective: Describe the characteristics of some common benign liver tumors treated by liver resection surgery at Viet Duc Hospital. **Subject and Method:** A retrospective description of 86 patients who underwent liver resection surgery for benign liver tumors at Viet Duc Hospital from January 2018 to December 2022. **Results:** Three types of tumors found in the study were: hemangioma, FNH and adenoma, with respective rates of 68,6%; 20,9%; and 10,5%. The female/male ratio was 2,4/1; and the average age was 40,7 ± 12,6 years (ranging from 10 to 70 years). The main reason for hospitalization was abdominal pain (70,9%). The average tumor size was 7,6 ± 2,7 cm, with the smallest being 2,7 cm and the largest being 15 cm. Most tumors were large, ranging from 4 to 10 cm (73,3%). The tumors were located in one or multiple liver segments, with the most common location being the lateral segment. Laparoscopic surgery was often used for tumors located in segments II, III, IV, V, and VI. **Conclusion:** Benign liver tumors are more commonly found in women and can occur in any location of the liver with varying sizes. Hemangioma is the most common type of benign liver tumor. The location, size, and nature of the tumor are important factors in choosing the

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

appropriate surgical treatment approach.

Keywords: Benign liver tumors, hepatectomy, hemangioma, liver adenoma, endoscopy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U gan lành tính được hình thành từ các tế bào bình thường của gan, xuất phát từ tế bào biểu mô, không biểu mô và thường tăng trưởng chậm. Hay gặp nhất trên lâm sàng là u máu gan, ngoài ra còn có FNH, Adenoma, u cơ mỡ mạch...¹ Hầu hết các u gan lành tính là những khối u đơn độc, không gây triệu chứng trừ khi khối u lớn có biểu hiện chèn ép các tổ chức xung quanh và hầu hết các loại u này được phát hiện tình cờ. Việc chẩn đoán chủ yếu dựa vào các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, trong đó có cộng hưởng từ, với cộng hưởng từ có thể chẩn đoán chính xác lên đến 90-92% đối với các khối u máu và 70-90% đối với các khối FNH. Việc điều trị phẫu thuật đối với các khối u gan lành tính thường chỉ được đặt ra với những trường hợp có triệu chứng lâm sàng, khối u to nhanh về kích thước hoặc nghi ngờ có nguy cơ ung thư hóa, ngoại trừ với khối u Adenoma là được chỉ định mổ rộng rãi hơn.^{2,3} Các phương pháp điều trị được lựa chọn thường là các phương pháp gần như không có tỉ lệ tử vong, biến chứng sau mổ thấp và không phải truyền máu trong đó có phẫu thuật nội soi. Tại Việt Nam, có nhiều nghiên cứu về phẫu thuật điều trị u gan lành tính. Tuy nhiên để nhận xét đặc điểm khối u gan lành tính được điều trị bằng phẫu thuật cắt gan, chúng tôi thực hiện đề tài nhằm mô tả đặc điểm một số loại u gan lành tính được điều trị phẫu thuật tại BV Hữu Nghị Việt Đức.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân được chẩn đoán u gan lành tính, được phẫu thuật cắt gan điều trị u gan tại bệnh viện Việt Đức, có kết quả giải phẫu bệnh là u gan lành tính (U máu, FNH, Adenoma, u cơ mỡ mạch).

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** cắt gan kèm phẫu thuật các bệnh lý khác trong ổ bụng (phần phụ, tá tràng...), không đáp ứng được các tiêu chuẩn ở trên.

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2022.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Lựa chọn tất cả bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu (từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2022) có 86 bệnh nhân đáp ứng đủ các tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm chung

Có 3 loại u gan lành tính gặp trong nghiên cứu là: u máu, tăng sản nốt khu trú (FNH) và u tuyến tế bào gan (adenoma). Độ tuổi trung bình là $40,7 \pm 12,6$ tuổi (thấp nhất là 10 tuổi, cao nhất là 70 tuổi). Nữ hay gặp hơn với tỷ lệ nữ/nam: 2,4/1.

Bảng 1: Môi liên quan giữa u gan và giới tính (n=86)

Giới	GPB		U máu		Adenoma		FNH	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
Nam	13	22,0	4	50,0	8	42,1		
Nữ	46	78,0	4	50,0	11	57,9		
Tổng	59	100	8	100	19	100		
%(n=86)	68,6		9,3		22,1			

Nhận xét: Trong số các trường hợp được nghiên cứu, u máu gan là hay gặp nhất với tỷ lệ 68,6%, tiếp theo là FNH với 22,1% và Adenoma với 9,3%. Đa số trường hợp u máu gan gặp ở nữ với tỷ lệ 78%, FNH cũng hay gặp ở nữ hơn, trong khi đó Adenoma gặp ở cả nam và nữ với tỷ lệ tương đương nhau.

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng (n=86)

Triệu chứng	Tần suất	%
Không triệu chứng	24	27,91
Đau bụng	60	69,77
Tự sờ thấy khối u	1	1,16
Sốc mất máu do u vỡ	1	1,16

Nhận xét: triệu chứng hay gặp nhất là đau bụng chiếm 69,77%, 1 bệnh nhân sờ thấy khối u, 1 bệnh nhân vào viện cấp cứu vì sốc mất máu do khối u gan vỡ, có 27,91% bệnh nhân không triệu chứng.

3.2. Vị trí và kích thước khối u

Bảng 3: Vị trí u và phương pháp phẫu thuật (PPPT)

Vị trí u	PPPT			Tổng	
	Mổ mở	Nội soi	Nội soi chuyển mổ mở	N	%
HPT 1	5	0	0	5	5,8
HPT 2	0	6	0	6	7,0
HPT 3	0	2	0	2	2,3
HPT 4	0	2	0	2	2,3
HPT 5	1	2	1	4	4,7
HPT 6	5	2	1	8	9,3
HPT 7	4	0	0	4	4,7
HPT 8	3	0	0	3	3,5
Phân thủy bên (PTB)	6	11	2	19	22,1
Phân thủy trước (PTT)	2	0	0	2	2,3

Phân thủy sau (PTS)	8	0	0	8	9,3
Hạ phân thủy 4+7	1	0	0	1	1,2
Hạ phân thủy 4+8	1	0	0	1	1,2
Hạ phân thủy 5+6	4	2	0	6	7,0
Hạ phân thủy 7+8	7	0	0	7	8,1
PTB + PTS	1	0	0	1	1,2
Gan phải	7	0	0	7	8,1

Tổng	N	55	27	4	86	100
	%	64	31,4	4,6	100	

Nhận xét: Vị trí u hay gặp nhất là phân thủy bên với 27 trường hợp (8 trường hợp ở 1 HPT; 19 trường hợp ở cả 2 HPT II, III). Chỉ định mổ nội soi được chỉ định ở 31 bệnh nhân (36%), 55 bệnh nhân (64%) được chỉ định mổ mở từ đầu.

Bảng 4: Kích thước khối u trên CLVT (n=86)

Kích thước khối u (cm)	U máu (n=59)		FNH (n=19)		Adenoma (n=8)		Tổng	
	SL	%	SL	%	SL	%	SL	%
≤4	1	1,7	4	21,1	2	25	7	8,1
4 < u < 10	45	76,3	15	78,9	3	37,5	63	73,3
10 ≤ u	13	22	0	0	3	37,5	16	18,6
Trung bình	8,3 ± 2,5		5,6 ± 1,7		7,3 ± 3,7		7,6 ± 2,7	
Min-Max	3,9 - 15		2,7 - 9,6		3,3 - 12,1		2,7 - 15	

Nhận xét: Đa số trường hợp khối u có kích thước lớn từ 4-10cm (chiếm 73,3%), có 16 trường hợp có kích thước u khổng lồ từ 10cm trở lên (18,6%).

Bảng 5: Kích thước u và phương pháp phẫu thuật (n=86)

Kích thước khối u (cm)	PPPT	Mổ mở (n=55)	Nội soi (n=27)	Nội soi chuyển mổ mở (n=4)	Tổng	
					N=86	%
Trung bình		8,6 ± 2,7	5,9 ± 1,6		7,6 ± 2,7	
Min-max		3 - 15	2,7 - 9,3		2,7 - 15	
U ≤ 4		3	4	0	7	8,1
4 < u < 10		38	23	4	65	75,6
10 ≤ u		14	0	0	14	16,3
Tổng	N=86	55	27	4	86	100
	%	64,0	31,4	4,6	100	

Nhận xét: Kích thước khối u trung bình là 7,6 ± 2,7cm (nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 15cm). Ở nhóm bệnh nhân mổ nội soi, kích thước khối u trung bình là 5,9 ± 1,6cm (nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 9,3cm). Ở nhóm mổ mở, kích thước u trung bình là 8,6 ± 2,7cm (nhỏ nhất là 3cm, lớn nhất là 15cm).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Trong tổng số 86 bệnh nhân nghiên cứu, số bệnh nhân nữ chiếm nhiều hơn với tỷ lệ 2,4/1. Độ tuổi trung bình là 40,7 ± 12,6 trong đó thấp nhất là 10 tuổi, cao nhất là 70 tuổi. U gan lành tính có thể gặp ở bất kỳ độ tuổi nào, thậm chí là trong bào thai. Trong một thống kê trên 93.562 thai nhi của 92.126 phụ nữ, Jiao Ling (2018) đã công bố có 6 thai nhi có khối u máu gan lớn (tỷ lệ mắc 0,64/10.000)⁴. Loại u hay gặp nhất là u máu hay chiếm 68,6%, tiếp theo là FNH với 22,1% và Adenoma với 9,3%. Các khối u gan lành tính thường gặp ở nữ giới hơn, đặc biệt với u máu tỷ lệ nữ mắc phải loại u này cao hơn hẳn so với nam giới, chiếm tỷ lệ 78% u máu trong nghiên cứu, nhiều tác giả cho rằng có sự ảnh hưởng của hormon sinh dục nữ (cả nội sinh và ngoại sinh) đến sự phát triển của khối u⁵.

Tuy nhiên, cũng có nghiên cứu cho rằng hormon sinh dục nữ không ảnh hưởng tới sự phát triển của u máu và FNH bằng chứng là u máu gan và FNH âm tính với thụ thể estrogen và progesterone^{6,7}. Trong nghiên cứu của Efanov gồm 114 bệnh nhân được phẫu thuật cắt gan từ năm 2014 có tỉ lệ bệnh nhân nữ chiếm 83% và nam giới là 17%, tuổi nhỏ nhất là 23 tuổi và lớn nhất là 76 tuổi. Tỉ lệ mổ nội soi chiếm 92%, trong tổng số 114 bệnh nhân có 63 bệnh nhân là u máu, 20 bệnh nhân khối u là adenoma, 17 bệnh nhân là FNH và 16 bệnh nhân còn lại là cystadenoma.¹⁰ Về triệu chứng lâm sàng, triệu chứng đau bụng là gặp nhiều nhất với 69,7%, không có triệu chứng lâm sàng chiếm tỉ lệ 27,9%, có 1 trường hợp vào viện trong tình trạng sốc mất máu do u gan vỡ.

4.2. Kích thước, vị trí khối u và cách thức mổ. Kích thước khối u của 86 bệnh nhân nghiên cứu trung bình là 7,6 ± 2,7cm (nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 15cm). Nhóm u máu gan có kích thước trung bình là 8,3 ± 2,5cm, lớn nhất là 15cm, nhỏ nhất là 3,9cm, chủ yếu là u gan lớn (4 < u < 10cm) chiếm 76,3%, có 16 trường hợp có kích thước u khổng lồ từ 10cm trở lên (22%). Chỉ có 1 bệnh nhân có khối u máu nhỏ hơn 4cm. Tác giả Nguyễn Khắc Đức (2021) nghiên cứu

trên 69 bệnh nhân u máu gan được phẫu thuật cho thấy kích thước trung bình là $8,2 \pm 3$ cm (nhỏ nhất là 3,2cm, lớn nhất là 18cm)⁸. Theo Efanov chỉ định mổ thường được chỉ định trong trường hợp khối u có kích thước trên 10 cm, phát triển tăng về kích thước, có triệu chứng lâm sàng hoặc nghi ngờ ung thư.¹⁰ Nghiên cứu của Đoàn Ngọc Giao (2006) cho kết quả này là $7,9 \pm 4$ cm, nhỏ nhất là 4,3cm, lớn nhất là 27cm.³ Các kết quả này tương tự nghiên cứu của chúng tôi.

Nhóm FNH có kích thước trung bình là $5,6 \pm 1,7$ cm, nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 9,6cm, tập trung chủ yếu trong khoảng từ 4-10cm, không có khối u nào vượt quá 10cm. Adenoma có kích thước trung bình là $7,3 \pm 3,7$ cm, nhỏ nhất là 3,3cm, lớn nhất là 12,1cm. Ở nhóm mỡ mỡ, kích thước u trung bình là $8,6 \pm 2,7$ cm (nhỏ nhất là 3cm, lớn nhất là 15cm). Ở nhóm bệnh nhân chỉ định mổ nội soi: kích thước khối u trung bình là $5,9 \pm 1,6$ cm (nhỏ nhất là 2,7cm, lớn nhất là 9,3cm). Trong nghiên cứu của Paulo Herman gồm 100 trường hợp u gan lành tính được phẫu thuật nội soi thấy u nang tuyến chế nhầy của đường mật, u cơ mỡ mạch của gan, khối u FNH và u máu có kích thước trung bình lần lượt là 7.0, 7.8, 7.9, 5.8 và 7.6 cm.

Chúng tôi gặp u ở tất cả các hạ phân thùy của gan và phân thùy bên là vị trí hay gặp nhất với 27/86 trường hợp. Trong nghiên cứu của tôi có chỉ định mổ nội soi ở 31 bệnh nhân (36%) chủ yếu với các khối u nằm ở PTB, HPT IV, V, VI, trong số này có 4 bệnh nhân phải chuyển mổ mở, có 55 bệnh nhân (64%) được chỉ định mổ mở từ đầu. Phần lớn các bệnh nhân u gan lành tính không có triệu chứng, được phát hiện tình cờ qua siêu âm hoặc khám bệnh vì tổn thương cơ quan khác, chỉ cần theo dõi định kỳ và không cần điều trị gì. Tuy nhiên, có khoảng 15% các trường hợp u gan lành tính gây triệu chứng, tăng kích thước nhanh hoặc nguy cơ thoái hóa ác tính cần chỉ định điều trị³. Theo phân loại gần đây Adenoma được chia làm 4 dưới nhóm và thường được chỉ định mổ với những khối u có kích thước trên 5cm do nguy cơ ác tính đối với Adenoma khoảng 5-8% và tỉ lệ vỡ khối u, chảy máu khoảng 21-29% tùy từng thông báo và tỉ lệ ung thư hóa ở nam thường cao gấp 10 lần nữ do đó chỉ định mổ ở nam giới với khối u Adenoma có kích thước nhỏ hơn so với nữ giới. Trong nghiên cứu của Paulo Herman có 14 trường hợp u nang tuyến đường mật thì tất cả các trường hợp này khối u đều nằm ở gan trái. Khối u FNH rất hiếm khi được chỉ định phẫu thuật vì hầu hết không gây ra triệu chứng và không có nguy cơ vỡ hoặc ung thư hóa do đó chỉ chỉ định mổ với khối u

FNH khi khối u có kích thước lớn, nằm bên gan trái, phát triển nhanh về kích thước và gây chèn ép dạ dày. Với khối u máu thường chỉ định mổ khi bệnh nhân có triệu chứng mà dùng thuốc giảm đau không đỡ, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân hoặc bệnh nhân có hội chứng Kasabach-Merit hoặc khối u máu có kích thước lớn nằm bên gan trái gây chèn ép dạ dày. Đối với khối u cơ mỡ mạch tại gan thường được chỉ định mổ khi có nguy cơ ung thư hóa.¹¹

Theo Hội Gan mật Châu Âu 2016, Adenoma (u tuyến gan) là khối u có nguy cơ biến đổi ác tính cao hơn các loại còn lại nên cần có thái độ tích cực trong việc điều trị. Chỉ định mổ bệnh nhân có khối u tuyến gan là: nam giới (bất kể kích thước), nữ giới có khối u kích thước >5cm hoặc tăng kích thước trên 20% đường kính sau 6 tháng thay đổi lối sống. Các khối u khác chỉ định phẫu thuật được cân nhắc khi khối u gây triệu chứng, biến chứng, nghi ngờ ác tính⁹. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ định phẫu thuật chủ yếu là khối u có triệu chứng (đau bụng) chiếm 69,77%. Như vậy, chỉ định mổ cần cân nhắc trên từng bệnh nhân, xu hướng hiện nay là cá thể hóa điều trị. Có hai cách thức phẫu thuật thường áp dụng trong phẫu thuật u gan lành tính là mổ mở và mổ nội soi, trong đó việc lựa chọn cách thức nào thì cần phải dựa vào vị trí u, kích thước u, kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật. Các HPT II, III, IV, V, VI được cho là "hạ phân thùy nội soi" vì vị trí dễ tiếp cận, kích thước u không quá lớn cũng là chỉ định tốt cho phẫu thuật nội soi.

V. KẾT LUẬN

Khối u gan lành tính hay gặp ở nữ giới và có thể nằm ở mọi vị trí của gan với các kích thước khác nhau. U máu là loại u gan lành tính hay gặp nhất. Vị trí, kích thước và bản chất khối u là những yếu tố quan trọng để lựa chọn phương án điều trị phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gergely Nagy, Katalin Dezso, Gergely Kiss, et al.** Begin liver tumours - current diagnostics and therapeutic modalities. *Magy Onkol.* 2018 Mar 23; 62 (1): 5 - 13.
2. **Trịnh Hồng Sơn, Phạm Hoàng Hà.** Chẩn đoán và điều trị u cơ mỡ mạch của gan, báo cáo nhân một trường hợp. *Y học thực hành.* 2008; 2: 39-42.
3. **Đoàn Thanh Tùng, Đoàn Ngọc Giao.** U máu gan, chẩn đoán, chỉ định phẫu thuật và kết quả điều trị. *Y học Việt Nam.* 2006; 3(320): 9 - 17.
4. **Jiao-Ling L, Xiu-Ping G, Kun-Shan C. et al.** Huge fetal hepatic Hemangioma: prenatal diagnosis on ultrasound and prognosis. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18(1):2. Published 2018 Jan 2.

5. **Marrero, Jorge A MD1, Ahn, et al.** FACG3 on behalf of the Practice Parameters Committee of the American College of Gastroenterology. ACG Clinical Guideline: The Diagnosis and Management of Focal Liver Lesions. American Journal of Gastroenterology. 2014; 109(9): 1328-1347.
6. **Kim GE, Thunq SN, Tsui WM, et al.** Hepatic brus hemanqioma: underrecoagnized associated histologic features. Liver Int. 2006;26(3):334-338.
7. **Kubota T, Shimizu K, Sonovama T, et al.** Enlarged focal nodular hyperplasia of the liver under the influence of oral contraceptives. Hepatogastroenterology. 2001; 48(42):1736-1739.
8. **Nguyễn Mạnh Hùng, Nguyễn Khắc Đức.** Kết quả điều trị phẫu thuật bệnh u máu gan tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. Tạp chí y học Việt Nam. 2021: 508 - 11 -2.
9. **European Association for the Study of the Liver (EASL).** EASL Clinical Practice Guidelines on the management of benign liver tumours. J Hepatol. 2016;65(2):386-398.
10. **Efanov M, Alikhanov R, Vankovich A, et al.** Results of Minimally Invasive Liver Resection for Benign Tumors. HPB. 2021;23:S856. doi:10.1016/j.hpb.2021.08.389

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG GÂY XƯƠNG CHÍNH MŨI TẠI THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Nguyễn Triều Việt¹, Trần Hà Việt Thắng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Gãy xương chính mũi (XCM) là một chấn thương vùng mặt thường gặp, phần lớn do tai nạn giao thông. Chẩn đoán và can thiệp sớm giúp bệnh nhân phục hồi nhanh chóng và tránh được các biến chứng lâu dài. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị chấn thương gãy xương chính mũi tại Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tất cả bệnh nhân bị chấn thương mũi đến khám và nhập viện điều trị tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 11/2023 đến tháng 11/2024. **Kết quả:** Trong tổng số 62 bệnh nhân có 47 nam và 15 nữ, tuổi trung bình là $36,5 \pm 16,5$, nhóm dân số ở thành thị cao gấp 2 lần nông thôn. Triệu chứng cơ năng thường gặp nhất là đau nhức mũi 91,9% và chảy máu mũi 80,6%. Ấn đau chói tại ổ gãy chiếm 72,6% là triệu chứng thực thể thường gặp nhất. Trên phim X quang có 83,8% hình ảnh di lệch, trên phim cắt lớp vi tính mũi xoang, loại IIA chiếm tỷ lệ cao nhất 54,3%. **Kết luận:** Nắn kín XCM vẫn là phương pháp được sử dụng chủ yếu trong các trường hợp chấn thương mũi, can thiệp sớm mang lại hiệu quả điều trị cao.

Từ khóa: gãy xương chính mũi, nắn kín.

SUMMARY

EVALUATING THE RESULTS OF TREATMENT OF NASAL BONE FRACTURES AT CAN THO CITY

Background: Nasal bone fractures are a common injury, a large part of traffic accidents. Early diagnosis and treatment can help patients recover quickly and avoid long-term complications.

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Triều Việt

Email: ntviet@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

Objective: Determine the characteristics of ready and paraclinical disease prevention and evaluate the results of treatment of major nasal bone injuries at Can Tho City. **Materials and methods:** 62 patients with nose injuries came for medical examination and hospital treatment at the Department of Otorhinolaryngology, Can Tho City General Hospital and Can Tho University Hospital of Medicine and Pharmacy from November 2023 to November 2024. **Results:** In a total of 62 patients, there were 47 men and 15 women, the average age was 36.5 ± 16.5 , the urban population was 2 times higher than the rural population. The most common symptoms are nose pain 91.9% and epistaxis 80.6%. Sharp pain at the fracture site accounts for 70.3% and is the most common signs. On X-ray, 83.8% of images are misaligned. On sinus computed tomography, type IIA uses the highest rate of 54.6%. Patients is closed reduction with anesthesia using 81.1%. **Conclusion:** Closed reduction is still the method mainly used in cases of nasal trauma, and may not bring high treatment effectiveness early. **Keywords:** nasal bone fractures, closed reduction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mũi là cơ quan cảm giác và hô hấp đóng vai trò quan trọng trong việc bảo vệ cơ thể khỏi môi trường về mặt vật lý và miễn dịch. Mũi cũng có tác dụng tạo ra lời nói và là đơn vị chính của vẻ đẹp ở trung tâm khuôn mặt và tạo nên sự kết hợp và phối hợp của các bộ phận khác trên khuôn mặt như lông mày, má, trán và môi. [2]. Mũi dễ bị tổn thương bởi nhiều loại chấn thương vì nó nằm ở đường giữa của khuôn mặt và ở

phía trước các cấu trúc quan trọng trên khuôn mặt, và do cấu trúc mỏng manh và dễ vỡ của nó. Gãy xương mũi được định nghĩa là bất kỳ vết nứt hoặc gãy xương nào ở phần xương của mũi; chúng là loại gãy xương

phổ biến nhất ở khuôn mặt và là loại gãy xương phổ biến thứ ba của hệ thống xương

trong cơ thể. Gãy xương mũi thường do tác động vật lý, tai nạn sinh hoạt, chấn thương trong thể thao, tai nạn giao thông (TNGT). Tỷ lệ gãy xương mũi ở cả nam giới trẻ và già cao gần gấp đôi so với phụ nữ, với tỷ lệ cao nhất

ở thập kỷ thứ 2 và thứ 3 của cuộc đời. Trong các trường hợp gãy xương mũi thông thường, thường là phần trên của tháp mũi bị gãy. Xương này cũng bị gãy trong các chấn thương ở phần giữa của khuôn mặt.

Chẩn đoán dựa vào lâm sàng và các phương tiện hình ảnh, việc điều trị nên sớm được thực hiện giúp bệnh nhân phục hồi cấu trúc giải phẫu, trả lại sự thẩm mỹ và chức năng của mũi. Mặc dù chấn thương mũi thường không nghiêm trọng, nhưng việc bỏ qua việc điều trị đúng cách và kịp thời có thể dẫn đến các vấn đề lâu dài sau chấn thương, như biến dạng mũi, tắc nghẽn mũi, thủng vách ngăn mũi và các biến chứng khác như viêm xoang mãn tính [8]. Thời gian tốt nhất để can thiệp là trong hai tuần sau chấn thương, tùy theo mức độ tổn thương mà có các phương pháp can thiệp khác nhau [3].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân bị chấn thương mũi đến khám và nhập viện điều trị tại khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ và Phòng khám Tai Mũi Họng, Bệnh viện trường Đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 11/2023 đến tháng 11/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân từ 16 tuổi trở lên. Bệnh nhân có chẩn đoán xác định là gãy xương chính mũi (XCM): phim cắt lớp vi tính (CLVT) mũi xoang có hình ảnh gãy XCM. Bệnh nhân nhập viện có hồ sơ lưu trữ đầy đủ. Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân chấn thương mũi kèm với chấn thương nặng phải điều trị cấp cứu: tụ máu nội sọ, vỡ sán sọ, chấn thương ngực, bụng, chấn thương cột sống cổ. Bệnh nhân chấn thương biến dạng vùng hàm mặt nhiều: vỡ lún sọ trán, gãy sụp hàm gò má, vỡ sán ổ mắt, gãy LeFort. Bệnh nhân có di chứng chấn thương mũi trước đây. Bệnh nhân có khiếm khuyết, biến dạng mũi không do chấn thương.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu, mô tả, có can thiệp lâm sàng.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu. Chọn mẫu thuận tiện, trong thời gian nghiên cứu chọn được 62 mẫu thỏa điều kiện.

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, địa dư, nguyên nhân chấn thương.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

Lâm sàng: triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể.

Cận lâm sàng: X quang, CLVT phân loại theo Hwang K. và cs [4].

Đánh giá kết quả điều trị: Thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật, phương pháp vô cảm, phương pháp phẫu thuật, đau sau phẫu thuật, đánh giá sau 2 tuần và 4 tuần.

Phương pháp thu thập và đánh giá số liệu: Hồi bệnh sử và khám lâm sàng và chụp X quang CT scan mũi xoang trước can thiệp.

Tiến hành can thiệp điều trị, đánh giá trong lúc can thiệp điều trị.

Theo dõi, hẹn bệnh nhân tái khám sau 2 tuần và 4 tuần sau phẫu thuật. Ghi nhận đánh giá kết quả phẫu thuật tại thời điểm 2 tuần và 4 tuần.

Phương pháp xử lý và phân tích số liệu: sử dụng các test thống kê, tính tỉ lệ phần trăm bằng chương trình SPSS 20.0, kết quả trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ có kèm nhận xét.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 62 bệnh nhân với kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung. Tuổi trung bình là $36,5 \pm 16,5$ tuổi, nhỏ nhất: 17 tuổi, lớn nhất: 78 tuổi, nhóm tuổi từ 17 – 29 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 40,5%. Tỷ lệ nam/nữ là 3,11/1. Có 67,6% nhóm bệnh nhân đang sinh sống tại thành thị, nguyên nhân do TNGT chiếm 59,5%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Lâm sàng

Bảng 1: Triệu chứng cơ năng, thực thể (n=62)

		Số lượng	Tỷ lệ
Triệu chứng cơ năng	Đau nhức vùng mũi	57	91,9%
	Chảy máu mũi	50	80,6%
	Nghẹt mũi	45	72,6%
	Giảm hoặc mất ngửi	9	14,5%
	Tê bì vùng mũi	7	11,3%
Triệu chứng thực thể	Án đau chói ổ gãy	36	58,1%
	Sờ mất liên tục xương chính mũi	49	64,5%
	Sưng nề đơn thuần	25	40,3%
	Sụp thấp mũi kèm lệch sóng mũi	9	14,5%
	Sưng nề và bầm tím	6	9,7%
	Sụp thấp mũi đơn thuần	4	6,5%
	Vết thương mũi	3	4,8%

Nhận xét: Hầu hết bệnh nhân đều có triệu chứng đau nhức vùng mũi với 91,9% (57 bệnh nhân), ít gặp nhất là tê bì vùng mũi (11,3%). Triệu chứng thực thể ấn đau chói chiếm tỷ lệ cao nhất 58,1%, thấp nhất là vết thương mũi 4,8%.

Cận lâm sàng**Bảng 2: Cận lâm sàng (n=62)**

		Số lượng	Tỷ lệ
X quang mũi nghiêng	Gãy có di lệch	56	90,3%
	Gãy không di lệch	6	9,7%
Phân loại gãy XCM trên CLVT	I	0	0%
	IIA	34	54,3%
	IIBs	19	30,6%
	IIB	7	11,2%
	IIBs	1	1,6%
	III	1	1,6%

Nhận xét: Trên X quang có 83,8% gãy di lệch. Đa số các trường hợp gãy mức độ IIA chiếm 54,3% (với 34 bệnh nhân)

3.3. Đánh giá kết quả điều trị

- Thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật

Bảng 3: Thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật (n=62)

Thời gian	Số lượng	Tỷ lệ
1 – 3 ngày	30	48,4%
3-7 ngày	23	37,1%
> 7 ngày	9	14,5%

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân được phẫu thuật trong thời gian từ 1-3 ngày sau chấn thương với 30 trường hợp (48,4%), kể đến là trong khoảng thời gian từ 3-7 ngày với 23 trường hợp (37,1%). Có 09 trường hợp đến sau 07 ngày, trường hợp lâu nhất là hơn 03 tháng.

Bảng 4: Phương pháp vô cảm, phương pháp phẫu thuật (n=62)

		Số lượng	Tỷ lệ
Phương pháp vô cảm	Gây mê	2	3,2%
	Gây tê	60	96,8%
Phương pháp phẫu thuật	Nắn chỉnh đơn thuần	60	96,8%
	Nắn chỉnh XCM + phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn	2	3,2%

Nhận xét: Hầu hết các trường hợp được phẫu thuật dưới gây tê (96,8%). Phẫu thuật nắn chỉnh đơn thuần chiếm 96,8% và 3,2% bệnh nhân được nắn chỉnh XCN + phẫu thuật nội soi chỉnh hình vách ngăn.

Bảng 5: Đánh giá kết quả phẫu thuật tại thời điểm 4 tuần (n=62)

Đánh giá kết quả	Số lượng	Tỷ lệ
Tốt	60	96,8%
Khá	2	3,2%
Kém	0	0%

Nhận xét: Tại thời điểm 4 tuần sau phẫu thuật, kết quả đạt 94,6%, kết quả khá chiếm 5,4% và không có trường hợp nào có kết quả kém.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình của nhóm mẫu nghiên cứu là $36,5 \pm 16,5$, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 40,5% là từ 17 – 29 tuổi Tỷ lệ nam/nữ = 3,11/1. Tỷ lệ này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Rahim Davari với nhóm từ 15 - <30 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 46,2%, tỷ lệ nam/nữ = 2,71/1. Thành thị cũng là nhóm chiếm ưu thế khi có tới 75% trên tổng 52 bệnh nhân. TNGT là nguyên nhân chấn thương nhiều nhất với tỷ lệ 55,8%.

Các đặc điểm chung ghi nhận được là bệnh nhân nam, trẻ trong độ tuổi lao động, nguyên nhân do TNGT và thường xảy ra ở thành thị. Thành thị là nơi tập trung nhiều phương tiện giao thông, ở nước ta xe mô tô là phương tiện di chuyển chủ yếu. Nam giới trẻ tuổi là các đối tượng thường xuyên tham gia giao thông không đúng luật và gây tai nạn dẫn đến chấn thương.

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

4.2.1. Lâm sàng. Triệu chứng cơ năng, đau nhức vùng mũi là triệu chứng thường gặp, xuất hiện ở 60/62 bệnh nhân (91,9%), chảy máu mũi cũng chiếm tỷ lệ cao gặp ở 80,6% trường hợp, tiếp theo là triệu chứng nghẹt mũi có ở 72,3% bệnh nhân, giảm hoặc mất ngủ và tê bì vùng mũi gặp ở vài trường hợp chiếm tỷ lệ nhỏ lần lượt là 24,3% và 16,2%. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hwang [4], tác giả ghi nhận trên 60 trường hợp chảy máu mũi chiếm tỷ lệ cao nhất 93,3%, đau nhức mũi chiếm 90%, 86,7% bệnh nhân có nghẹt mũi, 23/60 bệnh nhân có giảm hoặc mất mùi (38,3%) và tê bì vùng mũi có ở 13 bệnh nhân.

Triệu chứng thực thể ấn đau chói ổ gãy và sờ mất liên tục là hai triệu chứng thường gặp nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 70,3% và 51,4%. Tỷ lệ này gần tương đồng với tác giả Tạ Phương Thuý [1] điểm đau chói chiếm 78,8% và biến dạng sống mũi chiếm 98,1%. Tác giả Hollins ghi nhận có 70% bệnh nhân có điểm đau chói khi ấn và 45% có mất liên tục.

4.2.2. Cận lâm sàng. Trên phim X quang mũi nghiêng có 31/37 trường hợp gãy có di lệch (83,8%), tỷ lệ cao này tương đồng với tác giả Tạ Phương Thuý [1], theo ghi nhận của tác giả có 42/44 bệnh nhân.

Trên phim CLVT có nhiều cách phân loại gãy xương mũi trên khác nhau, theo phân loại của Hwang K. và cs [4], mức độ IIA gây một bên đơn giản kèm theo di lệch và không cài vào nhau chiếm tỷ lệ cao nhất 64,9%. Qua các đặc điểm trên có thể thấy được sự đa dạng của tổn

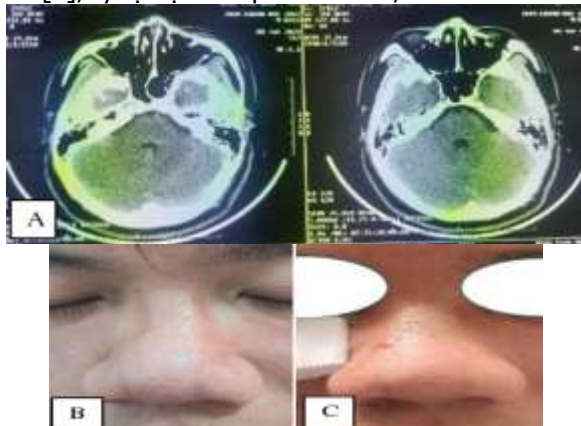
thương mũi.

4.3. Đánh giá kết quả điều trị

4.3.1. Thời gian từ khi chấn thương đến khi phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm bệnh nhân được phẫu thuật trong vòng 1 – 3 ngày sau chấn thương chiếm tỷ lệ cao (89,2%), chỉ có 4 bệnh nhân được can thiệp sau 3 – 7 ngày. Thời gian lý tưởng cho can thiệp nâng XCM sau chấn thương là từ 10 đến 14 ngày, việc can thiệp càng sớm mang lại hiệu quả càng cao [6].

4.3.2. Phương pháp điều trị. Phương pháp điều trị chủ yếu là nắn kín XCM với gậy tê tại chỗ với tỷ lệ 81,1%, tùy thuộc vào mức độ gãy và tổn thương phối hợp mà có các phương pháp điều trị khác nhau. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các tổn thương đơn giản chiếm đa số theo phân loại của Hwang K. và cs [4] tổn thương ở mức IIA và IIAs chiếm 89,2% tương đương với tỷ lệ được điều trị bằng phương pháp nắn kín XCM. Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Motamedi MH [7] trong tổng số 48 bệnh nhân có 34 bệnh nhân được nắn kín XCM (70,8%) và Tota S. M. [9] 77%. Các trường hợp có tổn thương vách ngăn và mỏm trán xương hàm trên cần được phẫu thuật dưới gậy mê nội khí quản.

4.3.3. Đánh giá kết quả điều trị. Đánh giá chung kết quả điều trị sau 4 tuần đa số các trường hợp có kết quả tốt (96,8%), chỉ có 2 trường hợp đạt kết quả khá. Tỷ lệ này cao hơn so với các tác giả khác ghi nhận tỷ lệ đạt là 79,2%, tương đồng với nghiên cứu của Kang C. M. [6], tỷ lệ đạt kết quả tốt là 94,4%.



Hình 1: Bệnh nhân nam 22 tuổi đến khám với tình trạng chấn thương mũi sau tai nạn sinh hoạt

(A) Hình CLVT lúc vào viện ghi nhận gãy XCM phải.
(B) Lệch trục mũi sau chấn thương. (C) Trục mũi trở về bình thường sau nắn kín XCM/ gậy tê.

V. KẾT LUẬN

Các triệu chứng cơ năng thường gặp là đau nhức 91,9%, chảy máu mũi 81,1%, nghẹt mũi 73%. Các triệu chứng thực thể thường gặp là ấn đau chóp ổ gãy 58,1% và sờ mất liên lục 70,3%.

Bệnh nhân chủ yếu được can thiệp xử lý sau chấn thương ở khoảng thời gian từ sau 1 – 3 ngày 48,4%. Trong đó có 01 bệnh nhân được nâng xương ở thời điểm hơn 03 tháng sau chấn thương. Phương pháp được sử dụng chủ yếu là nắn kín XCM/gậy tê tại chỗ chiếm 96,8%, các trường hợp còn lại được phẫu thuật mổ hở nâng XCM/Mê NKQ với 3,2%. Sau 4 tuần, không còn trường hợp nào than đau, tê bì dị cảm. Kết quả chung của phẫu thuật: kết quả tốt đạt 96,8%, khá 3,2%, không có trường hợp nào kết quả kém.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Phương Thủy, Nguyễn Công Hoàng, Trần Duy Ninh.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân gãy xương chính mũi tại khoa Tai Mũi Họng, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên, Tạp chí Tai Mũi Họng Việt Nam, 2023, (1), tr. 59 - 68. <https://doi.org/10.60137/tmhvn.v68i59.20>
2. **Flint P, Haughey B, Valerie L, et al.** Cummings Otolaryngology. Head and neck surgery. 6th ed. St. Saunders: Elsevier; 2015
3. **Hollins A., Pyfer B., Breeze J., Zhang G., Lohmeier, S. J.** Closed reduction of nasoseptal fractures: key concepts for predictable results. British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery, 2023, 61(5), 344-350. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2023.03.014>
4. **Hwang K., You S. H., Kim S. G., Lee, S. I.** Analysis of nasal bone fractures; a six-year study of 503 patients, J Craniofac Surg, 2006, 17 (2), pp. 261-264. <https://doi.org/10.1097/00001665-200603000-00010>
5. **Jalali M, Heidarzadeh A, Alvai N.** Evaluation of Satisfaction Rate of Patients and Physician from Closed Reduction of Nasal Fracture. J Guil Uni Med Sci 2009;18(69):47-52. [Full text in persian] URL: <http://journal.gums.ac.ir/article-1-267-en.html>
6. **Kang C. M., Han D. G.** Correlation between Operation Result and Patient Satisfaction of Nasal Bone Fracture. Archives of Craniofacial Surgery, 2017, 18, 25 - 29. <https://doi.org/10.7181/acfs.2017.18.1.25>
7. **Motamedi MH.** An assessment of maxillofacial fractures: a 5-year study of 237 patients. J Oral Maxillofac Surg. 2003 Jan;61(1):61- 64. doi: 10.1053/joms.2003.50049. PMID: 12524610
8. **Rhee SC, Kim YK, Cha JH, Kang SR, Park HS.** Septal fracture in simple nasal bone fracture. Plast Reconstr Surg. 2004 Jan;113 (1):45-52. doi: 10.1097/01. PRS.0000096705.64545.69. PMID: 14707621
9. **Tota S.M., Modi N.R.** Incidence, evaluation and management of nasal bone fracture: study of 60 cases. International Journal of Otorhinolaryngology and Head and Neck Surgery, 2021, 7(9), 1478-1481. <https://doi.org/10.18203/issn.2454-5929.ijohns20213283>

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KIỂU GEN Ở BỆNH NHÂN TĂNG CHOLESTEROL MÁU CÓ TÍNH GIA ĐÌNH

Cao Đình Hưng^{2,3}, Phạm Công Danh², Trần Vũ Minh Thư¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tăng cholesterol máu có tính chất gia đình (TCMCTGD) là một bệnh lý di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường đặc trưng bởi tình trạng tăng cholesterol tỷ trọng thấp (LDL-c). TCMCTGD nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời sẽ có nguy cơ tử vong hoặc nguy cơ xuất hiện các biến cố tim mạch lên đến 30% đối với nam giới trước 50 tuổi và 50% đối với nữ trước 60 tuổi, nhiều trường hợp nhồi máu cơ tim xuất hiện trước tuổi 45 có liên quan đến TCMCTGD. Việc xác định kiểu gen đột biến ở các cá thể được chẩn đoán chắc chắn hoặc có thể mắc TCMCTGD cung cấp nhiều thông tin quan trọng trong công tác quản lý điều trị bệnh nhân cũng như tiên lượng cho các thành viên khác trong gia đình. **Mục tiêu:** (1) Xác định tỉ lệ đột biến gen và kiểu gen ở người người được chẩn đoán có thể hoặc chắc chắn mắc tăng cholesterol máu có tính chất gia đình theo tiêu chuẩn của Mạng lưới lâm sàng Lipid Hà Lan (DLCN). (2) So sánh một số đặc điểm giữa nhóm có đột biến gen và không đột biến gen ở người được chẩn đoán có thể hoặc chắc chắn mắc tăng cholesterol máu có tính chất gia đình theo tiêu chuẩn của Mạng lưới lâm sàng Lipid Hà Lan (DLCN). **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang được thực hiện trên đối tượng được chẩn đoán có thể/chắc chắn mắc tăng cholesterol máu có tính gia đình (≥ 6 điểm) theo tiêu chuẩn Mạng lưới lâm sàng Lipid Hà Lan. Các đối tượng được tuyển chọn là bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh và Bệnh viện Tim Tâm Đức từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ đột biến gen ở người được chẩn đoán có thể hoặc chắc chắn mắc tăng cholesterol máu có tính chất gia đình theo tiêu chuẩn DLCN là 23,88%. Một số đặc điểm giữa nhóm có đột biến và không đột biến gen ở bệnh nhân tăng cholesterol máu gia đình: nhóm bệnh nhân có đột biến gen gây bệnh có tỷ lệ người < 50 tuổi, xuất hiện vòng giác mạc, nồng độ LDL-C và điểm số DLCN cao hơn nhóm không đột biến gen. Ngoài ra không ghi nhận sự khác biệt các yếu tố khác giữa 2 nhóm: đặc điểm giới tính, tỷ lệ tăng huyết áp, đái tháo đường hút thuốc lá, tiền căn gia đình và nồng độ cholesterol toàn phần, HDL-C, đường huyết, HbA1c. **Kết luận:** Cần tầm soát đột biến gen trên nhóm bệnh nhân có thể hoặc chắc chắn tăng cholesterol máu có tính chất gia đình theo tiêu chuẩn của Mạng lưới lâm sàng Lipid Hà Lan, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ như nhóm bệnh nhân < 50 tuổi,

có vòng giác mạc trên lâm sàng, điểm số DLCN cao.

Từ khóa: Tăng cholesterol máu có tính gia đình, Mạng lưới lâm sàng Lipid Hà Lan, đột biến gen

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL, AND GENOTYPIC FEATURES IN PATIENTS WITH FAMILIAL HYPERCHOLESTEROLEMIA

Background: Familial hypercholesterolemia (FH) is an autosomal dominant genetic disorder characterized by elevated low-density lipoprotein cholesterol (LDL-C) levels. If undiagnosed and untreated, FH poses a significant risk, with up to a 30% chance of mortality or cardiovascular events in men before the age of 50 and 50% in women before the age of 60. Myocardial infarction in individuals under 45 years old is often linked to FH. Identifying the specific genetic mutations in individuals with a confirmed or probable diagnosis of FH provides critical insights for patient management and prognostic evaluation for other family members. **Objective:** (1) To determine the mutation rate and genotypic distribution in individuals diagnosed with possible or definite familial hypercholesterolemia (FH) based on the Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) criteria. (2) To compare specific characteristics between individuals with and without genetic mutations diagnosed with possible or definite familial hypercholesterolemia (FH) according to the Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) criteria. **Method:** A cross-sectional study was conducted on individuals diagnosed with possible or definite familial hypercholesterolemia (FH), defined as a Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) score of ≥ 6 . The study population consisted of patients who presented at Tam Anh Hospital and Tam Duc Hospital between January 2023 and October 2023. **Result:** The prevalence of genetic mutations in individuals diagnosed with possible or definite familial hypercholesterolemia (FH) based on the Dutch Lipid Clinic Network (DLCN) criteria was 23.88%. Patients with pathogenic genetic mutations exhibited a higher proportion of individuals under 50 years old, a higher prevalence of corneal arcus, elevated LDL-C levels, and higher DLCN scores compared to the mutation-negative group. No significant differences were observed between the two groups in terms of other factors, including sex, BMI, prevalence of hypertension, diabetes mellitus, smoking status, family history, total cholesterol, HDL-C levels, blood glucose, HbA1c. **Conclusion:** Genetic mutation screening should be prioritized in patients diagnosed with possible or definite familial hypercholesterolemia based on the DLCN criteria, particularly those with high-risk features such as being under 50 years of age, the presence of corneal arcus, and elevated DLCN scores.

Keywords: Familial Hypercholesterolemia, Dutch Lipid Clinic Network, Genetic Mutations

¹Bệnh viện Tâm Anh

²Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

³Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

Chịu trách nhiệm chính: Cao Đình Hưng

Email: hungcd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng cholesterol máu có tính chất gia đình (FH, Familial hypercholesterolemia) là một bệnh lý di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường đặc trưng bởi tình trạng tăng cholesterol lipoprotein có tỉ trọng thấp (LDL-C). FH có thể biểu hiện nhiều kiểu hình lâm sàng, dựa vào các biến thể bệnh lý của gen. Tăng cholesterol máu gia đình thể dị hợp tử thường liên quan đến đột biến alen của 1 trong 3 gen chính liên quan (LDLR, APOB và PCSK9). FH nếu không được phát hiện và điều trị thì nguy cơ tử vong hoặc nguy cơ xuất hiện biến cố tim mạch không gây tử vong sẽ tăng cao gấp nhiều lần. Đáng chú ý có khoảng 20% ca nhồi máu cơ tim ở nam giới <45 tuổi là do FH⁵.

Hiện nay, chưa có tiêu chuẩn vàng cho chẩn đoán FH. Một số tiêu chuẩn với các tiêu chí khác nhau đã được đề cập trong khuyến nghị. Trong số đó tiêu chuẩn chẩn đoán Mạng lưới lâm sàng lipid Hà Lan (DLCN) được nhiều tác giả sử dụng trong nghiên cứu để xác định FH với độ tin cậy tương đối cao. Trên thế giới, mô hình cơ sở dữ liệu về FH ở các nước phát triển nhằm phát hiện trường hợp FH mới và đóng góp dữ liệu về gen đột biến vào ngân hàng gen. Tại Việt Nam, hiện chưa có số liệu thống kê đầy đủ về tình trạng này. Bên cạnh đó, nhóm bệnh nhân FH chưa được quan tâm đúng mức và đầy đủ, đặc biệt ở những bệnh nhân có BTMXV khởi phát sớm. Vậy liệu có sự khác biệt về biểu hiện lâm sàng và lipid máu, cũng như tiên lượng ở những người mang đột biến LDLR, đột biến APOB, đột biến PCSK9 cũng như không phát hiện gen đột biến gây bệnh FH? Xuất phát từ câu hỏi đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu đề tài: "*Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kiểu gen ở người tăng cholesterol máu có tính chất gia đình*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân đến khám tại Bệnh viện (BV) Đa khoa Tâm Anh và Bệnh viện Tim Tâm Đức được chẩn đoán có thể hoặc chắc chắn mắc tăng cholesterol máu có tính gia đình (≥ 6 điểm) theo tiêu chuẩn Mạng lưới lâm sàng Lipid Hà Lan (Bảng 1)

Bảng 1. Tiêu chuẩn Mạng lưới lâm sàng Lipid Hà Lan (DLCN)

Tiêu chuẩn		Điểm
Tiền sử gia đình	Họ hàng bậc 1 có:	1
	Sớm mắc bệnh mạch vành hoặc bệnh mạch máu khác (nam <55 tuổi; nữ <60 tuổi) Đã từng có kết quả LDL-C cao, trong nhóm >95% phân bố theo	

	tuổi và giới	
	Họ hàng bậc 1 có hình ảnh u vàng gân và/hoặc vòng giác mạc. Hoặc trẻ <18 tuổi có kết quả LDL-C cao, trong nhóm >95% phân bố theo tuổi và giới.	2
Lâm sàng	Người sớm mắc bệnh mạch vành (nam <55 tuổi; nữ <60 tuổi)	2
	Người bị tai biến mạch máu não hoặc bệnh động mạch ngoại biên sớm (nam <55 tuổi; nữ <60 tuổi)	1
Khám	- Có u vàng gân	6
	- Có vòng giác mạc từ trước 45 tuổi	4
LDL-C (mmol/L) chưa điều trị	- LDL-C ≥ 8.5	8
	- LDL-C 6.5-8.4	5
	- LDL-C 5.0-6.4	3
	- LDL-C 4.0-4.9	1
Xét nghiệm gen	- Có đột biến gen LDL-R, APOB, hoặc PCSK9	8
Chẩn đoán		Tổng
Chắc chắn		>8
Có thể		6-8
Nghĩ ngờ		3-5
Ít khả năng		<3

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân không có kết quả xét nghiệm gen.
- Bệnh nhân có các tình trạng gây tăng cholesterol máu thứ phát: suy giáp, hội chứng thận hư, viêm đường mật nguyên phát, suy tuyến yên

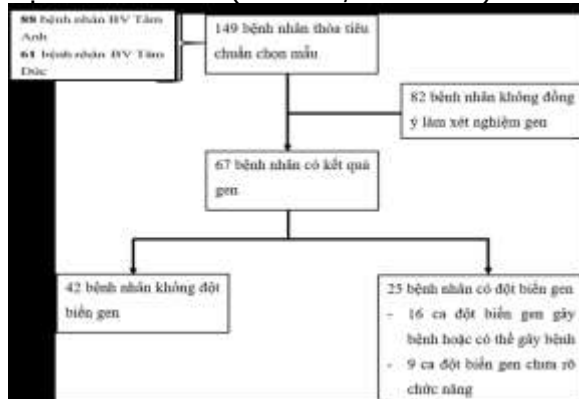
Biên số nghiên cứu:

- Yếu tố dịch tễ học (tuổi, giới, BMI), tiền sử bệnh lý (tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lý tim mạch, bệnh lý mạch máu ngoại biên, tiền sử bệnh mạch máu não), tiền sử hút thuốc lá.
- Tiền sử và thăm khám người thân trong gia đình (cha mẹ ruột, anh chị em ruột, con ruột) gồm bệnh lý tim mạch khởi phát sớm, dấu hiệu u vàng gân, vòng giác mạc
- Đo huyết áp, thăm khám các dấu hiệu lâm sàng: vòng giác mạc, u vàng gân, triệu chứng thực thể của bệnh tim mạch, bệnh mạch máu ngoại biên, bệnh mạch máu não.
- Xét nghiệm máu gồm bilan lipid máu, glucose máu đói và HbA1c
- Giải trình tự DNA bằng phương pháp NGS thế hệ 2 Illumina, bộ kit sử dụng để giải trình tự là Nextseq 500/550 High Output trên hệ thống NextSeq 550 (Illumina, Hoa Kỳ). Kết quả phân tích ghi nhận những biến thể di truyền trong 3 vùng gen mục tiêu. Sau đó căn cứ theo tiêu

chuẩn của Hiệp hội Di truyền Y học Hoa Kỳ để phân nhóm đột biến: (1) lành tính, (2) gần giống lành tính, (3) gây bệnh, (4) có khả năng gây bệnh, (5) không rõ chức năng. Việc xét nghiệm gen đột biến gen FH được thực hiện theo hướng dẫn của các hiệp hội trên thế giới khi bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ⁶:

1. Bệnh mạch vành khởi phát sớm (nam <55 tuổi, nữ <60 tuổi)
2. Thành viên trong gia đình có bệnh mạch vành khởi phát sớm có hoặc không gây tử vong.
3. Thành viên trong gia đình có u vàng ở gân
4. Bệnh nhân tăng LDL-C nặng >190 mg/dL (người lớn)

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu này chỉ được tiến hành khi đã trình qua và nhận được sự chấp thuận của Hội đồng chuyên môn, Hội đồng Y đức của trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch (Số 721/TĐHYKPNT-HĐĐĐ) và Bệnh viện Tim Tâm Đức (Số 16.23/GCN-BVTĐ).



Sơ đồ 1. Sơ đồ tóm tắt quá trình tuyển chọn và thu thập dữ liệu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm dân số chung

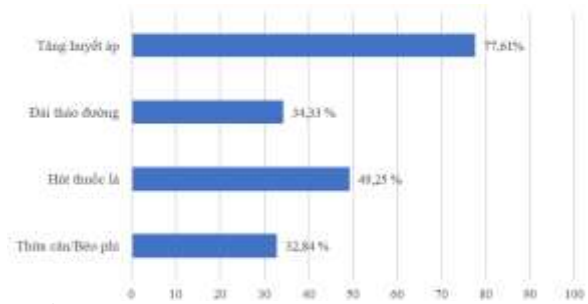
Bảng 1. Đặc điểm về phân bố tuổi và giới ở bệnh nhân FH

Đặc điểm	Tần số (% tỷ lệ)
Giới	Nam 32 (47,8)
	Nữ 35 (52,5)
Tuổi	≥ 50 52 (77,61)
	< 50 15 (22,39)

Nhận xét: Nghiên cứu ghi nhận các đối tượng FH trên 50 tuổi cao gấp 3 lần nhóm dưới 50, tỷ lệ nam và nữ không chênh lệch đáng kể.

Bảng 2. Đặc điểm kiểu gen của bệnh nhân có thể hoặc chắc chắn FH bị đột biến

STT	Gen	Biến thể phát hiện	Thể	Hệ quả	Phân lớp
1	LDLR	c.1747C>T (p.His583Tyr)	Dị hợp	Sai nghĩa	Gây bệnh
	LDLR	c.986G>A (p.Cys329Tyr)	Dị hợp	Sai nghĩa	Gây bệnh
2	LDLR	c.1765G>A (p.Asp589Asn)	Dị hợp	Sai nghĩa	VUS
	LDLR	c.769C>T (p.Arg257Trp)	Dị hợp	Sai nghĩa	Có thể gây bệnh



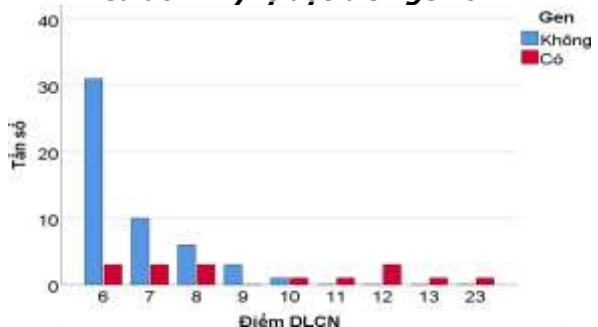
Biểu đồ 1. Tiền căn yếu tố nguy cơ xơ vữa ở BN FH

Nhận xét: Ghi nhận tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất trong dân số nghiên cứu của chúng tôi, xếp sau lần lượt là hút thuốc lá, đái tháo đường và thừa cân/béo phì. Hơn 1/3 đối tượng có hiện diện ít nhất 1 yếu tố.

3.2. Tỷ lệ đột biến gen ở bệnh nhân được chẩn đoán có thể hoặc chắc chắn mắc FH



Biểu đồ 2. Tỷ lệ đột biến gen ở FH



Biểu đồ 3. Phân bố đột biến gen theo điểm số DLCN

Nhận xét: Chúng tôi ghi nhận với chẩn đoán có thể/chắc chắn mắc FH theo tiêu chuẩn DLCN (≥6 điểm) có tỷ lệ đột biến gen được phân loại gây bệnh hoặc có thể gây bệnh là 23,88%, tương đương với 16 ca có đột biến gen dương tính và 51 ca có đột biến gen âm tính. Bên cạnh đó, các đối tượng có điểm số DLCN > 10 đều được phát hiện có đột biến gen.

3	LDLR	c.226G>C (p.Gly76Arg)	Dị hợp	Sai nghĩa	Gây bệnh
4	LDLR	c.2389G>A (p.Val797Met)	Dị hợp	Sai nghĩa	Gây bệnh
5	LDLR	c.2389G>A (p.Val797Met)	Dị hợp	Sai nghĩa	Gây bệnh
6	LDLR	c.311G>A (p.Cys104Tyr)	Dị hợp	Sai nghĩa	Gây bệnh
7	LDLR	c.311G>A (p.Cys104Tyr)	Dị hợp	Sai nghĩa	Gây bệnh
8	LDLR	c.664T>C (p.Cys222Arg)	Đồng hợp	Sai nghĩa	Có thể gây bệnh
	APOB	c.2828A>G (p.His943Arg)	Dị hợp	Sai nghĩa	VUS
9	LDLR	c.664T>C (p.Cys222Arg)	Dị hợp	Sai nghĩa	Có thể gây bệnh
10	LDLR	c.664T>C (p.Cys222Arg)	Dị hợp	Sai nghĩa	Có thể gây bệnh
11	LDLR	c.664T>C (p.Cys222Arg)	Dị hợp	Sai nghĩa	Có thể gây bệnh
12	LDLR	c.682G>A (p.Glu228Lys)	Dị hợp	Sai nghĩa	Gây bệnh
13	APOB	c.10579C>T (p.Arg3527Trp)	Dị hợp	Sai nghĩa	Gây bệnh
14	APOB	c.7386A>T (p.Lys2462Asn)	Dị hợp	Sai nghĩa	Có thể gây bệnh
15	APOB	c.44_50del (p.Pro15fs)	Đồng hợp	Dịch khung	Gây bệnh
16	APOB	c.44_50del (p.Pro15fs)	Dị hợp	Dịch khung	Gây bệnh
17	APOB	c.12890G>A (p.Arg4297His)	Dị hợp	Sai nghĩa	VUS
18	APOB	c.12667G>A (p.Glu4223Lys)	Dị hợp	Sai nghĩa	VUS
		c.12890G>A (p.Arg4297His)	Dị hợp	Sai nghĩa	VUS
19	APOB	c.12667G>A (p.Glu4223Lys)	Dị hợp	Sai nghĩa	VUS
		c.10700C>T (p.Thr3567Met)	Dị hợp	Sai nghĩa	VUS
20	APOB	c.7386A>T (p.Lys2462Asn)	Dị hợp	Sai nghĩa	VUS
21	LDLR	c.425C>T (p.Ser142Phe)	Dị hợp	Sai nghĩa	VUS
22	APOB	c.12890G>A (p.Arg4297His)	Dị hợp	Sai nghĩa	VUS
23	APOB	c.12890G>A (p.Arg4297His)	Dị hợp	Sai nghĩa	VUS
24	APOB	c.12667G>A (p.Glu4223Lys)	Dị hợp	Sai nghĩa	VUS
		c.12890G>A (p.Arg4297His)	Dị hợp	Sai nghĩa	VUS
25	APOB	c.12667G>A (p.Glu4223Lys)	Dị hợp	Sai nghĩa	VUS
		c.4298C>T (p.Ser1433Leu)	Dị hợp	Sai nghĩa	VUS

*VUS: Chưa rõ chức năng

Nhận xét: Có 1 trường hợp đột biến gen thể dị hợp dạng kết hợp trên gen LDLR, 2 trường hợp đột biến gen thể đồng hợp tử trên gen LDLR và gen APOB. Tỷ lệ đột biến gen LDLR chiếm đa số với tỉ lệ là 75%, đột biến gen APOB chiếm 25%, không ghi nhận đột biến trên gen PCSK9. Ở nhóm được phân loại gen gây đột biến không

rõ chức năng, đột biến gen APOB chiếm chủ yếu (8 trường hợp) so với gen LDLR (1 trường hợp).

3.3. So sánh một số đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng giữa nhóm có đột biến và không đột biến gen ở người được chẩn đoán có thể hoặc chắc chắn mắc FH

3.3.1. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng giữa 2 nhóm có không đột biến gen mắc FH

Đặc điểm	Đột biến (+) (n=16)	Đột biến (-) (n=51)	p
pCAD, n (%)	11 (68,75)	37 (72,55)	0,760
pPAD, n (%)	3 (18,75)	10 (19,61)	1,000
U vàng da/gân, n (%)	1 (6,25)	0	0,239
Vòng giác mạc, n (%)	10 (62,50)	15 (29,41)	0,017
Ban vàng mi mắt, n (%)	2 (12,50)	8 (15,69)	1,000
Nam, n (%)	6 (37,50)	26 (50,98)	0,346
>50 tuổi, n (%)	8 (50,00)	44 (86,27)	0,005
BMI, TB $\pm$ ĐLC (kg/m ²)	23,26 $\pm$ 3,34	23,87 $\pm$ 2,49	0,431
Tăng huyết áp, n (%)	13 (81,25)	39 (76,47)	1,000
Đái tháo đường, n (%)	6 (37,50)	17 (33,33)	0,759
Thừa cân/Béo phì, n (%)	6 (37,50)	16 (31,37)	0,649
Hút thuốc lá, n (%)	8 (50,00)	25 (49,02)	0,945

pCAD: Bệnh mạch vành khởi phát sớm (nam <55 tuổi, nữ <60 tuổi),

pPAD: bệnh xơ vữa động mạch ngoại biên khởi phát sớm (nam <55 tuổi, nữ <60 tuổi)

Nhận xét: Nhóm đột biến gen (+) có tuổi nhỏ hơn và ghi nhận xuất hiện vòng giác mạc cao hơn.

Bảng 4. Đặc điểm về tiền căn gia đình giữa 2 nhóm có và không đột biến gen mắc FH

Đặc điểm	Đột biến (+) (n=16)	Đột biến (-) (n=51)	p
Tiền căn gia đình			
pCAD, n (%)	9 (56,25)	37 (72,55)	0,220
U vàng da/gân/Vòng giác mạc	1 (6,25)	0 (0)	0,239

pCAD: Bệnh mạch vành khởi phát sớm (nam <55 tuổi, nữ <60 tuổi)

Nhận xét: không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có đột biến và không có đột biến gen về tiền căn gia đình có bệnh mạch vành khởi phát sớm, tiền căn gia đình có u vàng da/gân hoặc vòng giác mạc (với p >0,05).

3.3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 4. Đặc điểm về cận lâm sàng giữa 2 nhóm có và không đột biến gen mắc FH

Đặc điểm	Đột biến (+) (n=16)	Đột biến (-) (n=51)	P
Cholesterol TP, TB $\pm$ ĐLC (mmol/L)	9,63 $\pm$ 3,43	8,56 $\pm$ 2,29	0,228
HDL-C, TB $\pm$ ĐLC (mmol/L)	1,29 $\pm$ 0,30	1,58 $\pm$ 0,76	0,066
LDL-C, TB $\pm$ ĐLC (mmol/L)	7,17 $\pm$ 2,79	5,69 $\pm$ 1,14	0,022
Triglyceride, TB $\pm$ ĐLC (mmol/L)	2,02 $\pm$ 0,96	5,45 $\pm$ 11,79	0,047
Đường huyết, TB $\pm$ ĐLC (mmol/L)	7,12 $\pm$ 3,29	6,70 $\pm$ 2,39	0,792
HbA1c, TB $\pm$ ĐLC (%)	6,71 $\pm$ 1,75	7,47 $\pm$ 2,02	0,457
Điểm DLCN, TB $\pm$ ĐLC	9,75 $\pm$ 4,30	6,69 $\pm$ 1,03	<0,001

Nhận xét: Nhóm đột biến gen (+) có nồng độ LDL-c và điểm số DLCN cao hơn so với nhóm không đột biến gen.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ đột biến gen ở bệnh nhân được chẩn đoán có thể hoặc chắc chắn mắc FH. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 23,88% đối tượng thỏa tiêu chuẩn có thể hoặc chắc chắn mắc FH theo tiêu chuẩn DLCN có đột biến gen. Các các nghiên cứu trên khác cho thấy các kết quả khá khác biệt về tỷ lệ đột biến gen trên nhóm bệnh nhân FH. Nghiên cứu Charng ghi nhận tỷ lệ đột biến gen gây bệnh dẫn đến FH tại Đài Loan là 41,2%, con số này trong báo cáo của Shakhtshneider trên nhóm dân số người Nga là gần 48%^{3,7}. Các kết quả khác biệt này xuất phát từ sự khác biệt về đặc điểm di truyền, nhân chủng học của các nhóm dân số nghiên cứu.

Bên cạnh đó, chúng tôi còn ghi nhận phần lớn đột biến gen xuất hiện trên gen LDLR, ¼ có đột biến gen APOB và không có đối tượng nào đột biến gen PCSK9. Khi đối chiếu với các báo cáo trước đây tại Việt Nam, chúng tôi ghi nhận có một số sự khác biệt. Nghiên cứu của tác giả Trương Kim Phượng tại TP. Hồ Chí Minh ghi nhận đột biến gen APOB và LDLR với tỷ lệ là 32,42% và 35,10%². Trên nhóm bệnh nhân có bệnh lý mạch vành sớm, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Hoàng ghi nhận có 47,5% bệnh nhân mang đột biến LDLR¹. Sự khác biệt trong các kết quả trên cho thấy, những bệnh nhân mắc FH tại Việt Nam có thể có đặc điểm di truyền khá khác biệt.

4.2. So sánh một số đặc điểm về lâm sàng và cận lâm sàng giữa nhóm có đột và

không đột biến gen ở người được chẩn đoán có thể hoặc chắc chắn mắc FH. Những bệnh nhân có mang gen đột biến trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ xuất hiện vòng giác mạc cao hơn đáng kể so với nhóm không mang gen đột biến (62,5% so với 29,41%, p= 0,01). Kết quả này cho thấy triệu chứng vòng giác mạc là một triệu chứng đặc ở bệnh nhân FH. Chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt về tiền căn bệnh mạch vành khởi phát sớm, tiền căn có u vàng da hoặc gân hoặc vòng giác mạc trong gia đình giữa 2 nhóm bệnh nhân có và không có đột biến gen. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của tác giả Gidding khi ghi nhận tỷ lệ mắc bệnh lý tim mạch sớm trong gia đình của những bệnh nhân mang đột biến cao hơn so với nhóm không mang đột biến (36,1% so với 21,8%, p=<0,001)⁴. Sự khác biệt này đến từ việc nghiên cứu của chúng tôi thu thập dữ liệu về tiền căn gia đình chủ yếu được qua lời khai của bệnh nhân nên có thể có thông tin sai lệch việc sai số do nhớ lại trong quá trình thu thập dữ liệu.

Về các đặc điểm cận lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi không cho thấy sự khác biệt về các chỉ số cholesterol toàn phần, HDL-c, triglyceride, đường huyết và HbA1c giữa hai nhóm bệnh nhân có và không mang gen đột biến. Tuy nhiên, chúng tôi ghi nhận nhóm mang gen đột biến có nồng độ LDL-c cao hơn nhóm BN không mang gen đột biến. Các kết quả tương tự cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu Gidding khi ghi nhận nhóm mang đột biến có chỉ số cholesterol toàn phần, LDL-c nhưng chỉ số HLD-c và triglyceride thấp hơn so với nhóm không mang đột biến⁴. Các kết quả này, dù có khác biệt, nhưng đã cho thấy tương quan bệnh

sinh của tình trạng đột biến gen với tình trạng rối loạn dung mạo cholesterol máu trên bệnh nhân FH. Trong đó thụ thể LDL là điểm then chốt của quá trình chuyển hóa LDL-c thông qua việc kết hợp với LDL-c và vận chuyển nó đến lysosome. Do đó, các biến thể gây bệnh của LDLR, APOB làm rối loạn chức năng thụ thể LDL và dẫn tới rối loạn chuyển hóa LDL-c

V. KẾT LUẬN

Qua kết quả nghiên cứu của mình, chúng tôi nhận thấy những bệnh FH thường không có triệu chứng, do đó cần có một công cụ đủ mạnh nhằm hỗ trợ chẩn đoán và điều trị trên nhóm bệnh nhân. Ngay cả mức giảm nhẹ nồng độ LDL-c cũng có liên quan đáng kể đến việc giảm các biến cố tim mạch và kéo dài thời gian sống của bệnh nhân FH có mang đột biến di truyền. Do đó, kết quả di truyền không chỉ cung cấp thông tin tiên lượng và khả năng cá thể hóa phân tầng nguy cơ và hơn nữa thúc đẩy việc sử dụng các liệu pháp điều trị hạ lipid máu cho cả bệnh nhân và bác sĩ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Hoàng, Nguyễn Hồng Hà, Dương Ngọc Thanh Trúc và cộng sự. Đặc điểm rối loạn lipid máu và đột biến gen LDLR ở 2 phả hệ gia đình của người bệnh mắc sớm nhồi máu cơ tim tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh

2. Trương Kim Phượng, Nguyễn Bảo Toàn, Lê Huyền Ai Thúy. Tính chất đột biến gene APOB và LDLR trên bệnh tăng cholesterol máu ở người Việt Nam. Tạp chí Khoa học Đại học Mở TP Hồ Chí Minh – Kỹ thuật và Công nghệ 2021:52-63.
3. Chang MJ, Chiou KR, Chang HM, et al. Identification and characterization of novel low-density lipoprotein receptor mutations of familial hypercholesterolaemia patients in Taiwan. Eur J Clin Invest. 2006;36(12):866-74.
4. Gidding SS, Kirchner HL, Brangan A, et al. Yield of Familial Hypercholesterolemia Genetic and Phenotypic Diagnoses After Electronic Health Record and Genomic Data Screening. J Am Heart Assoc. Jul 4 2023
5. Hopkins PN, Toth PP, Ballantyne CM, et al. National Lipid Association Expert Panel on Familial H. Familial hypercholesterolemias: prevalence, genetics, diagnosis and screening recommendations from the National Lipid Association Expert Panel on Familial Hypercholesterolemia. J Clin Lipidol.2011:S9-17.
6. Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. Eur Heart J. 2020:111-188.
7. Shakhtshneider E, Ivanoshchuk D, Timoshchenko O, et al. Analysis of Rare Variants in Genes Related to Lipid Metabolism in Patients with Familial Hypercholesterolemia in Western Siberia (Russia). J Pers Med.2021;11(11)

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI CHỈ SỐ NHÃN ÁP SAU PHẪU THUẬT RELEX SMILE TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ CHIỀU DÀY GIÁC MẠC DÀY

Trương Như Hân¹, Phạm Ngọc Đông¹, Phan Trọng Dũng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi chỉ số nhãn áp sau phẫu thuật ReLEX Smile trên người bệnh có chiều dày giác mạc dày. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 40 mắt của 20 người bệnh có tật khúc xạ cận thị - loạn thị điều trị bằng phương pháp ReLEX Smile tại bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 3/2020 đến tháng 10/2020, thiết kế theo nghiên cứu tiến cứu, mô tả lâm sàng không có nhóm chứng. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 19,9±2,8 tuổi, thị lực tại các thời điểm đánh giá sau phẫu thuật đều >20/30; chiều dày giác mạc trung bình trước phẫu thuật là 575,1±25µm, sau phẫu thuật 3 tháng là 499,5±28µm; 50%

người bệnh có khúc xạ cầu tương đương trước phẫu thuật ở mức trung bình (-3,25D - -6D). Nhãn áp trước phẫu thuật là 16,35 ±2,53 mmHg, sau 3 tháng là 10,5±2,1 mmHg, sự khác biệt về nhãn áp giữa thời điểm 1 tuần, 1 tháng so với trước phẫu thuật có ý nghĩa thống kê với p<0,001. **Kết luận:** Nhãn áp trung bình sau phẫu thuật ReLEX Smile giảm so với mức nhãn áp trước phẫu thuật, điều này có liên quan chặt chẽ với độ khúc xạ cầu tương đương, lượng mô giác mạc cắt bỏ và chiều dày phần giác mạc còn lại. Vì vậy, theo dõi chặt chẽ bệnh nhân sau phẫu thuật khúc xạ bao gồm cả kiểm tra định kỳ nhãn áp rất quan trọng trong đánh giá chức năng nhãn cầu, cần đánh giá tiền sử người bệnh chặt chẽ để sàng lọc và đánh giá bệnh lý glôm. **Từ khóa:** Phẫu thuật ReLEX SMILE, nhãn áp, tật khúc xạ.

SUMMARY

CHANGES IN INTRAOCULAR PRESSURE INDEX AFTER RELEX SMILE SURGERY IN PATIENTS WITH THICK CORNEAL THICKNESS

Purpose: To evaluate the change in intraocular pressure after ReLEX SMILE surgery in patients with

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

²Bệnh viện ĐKKV Tây Bắc Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Trương Như Hân

Email: nhuhan.dk@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

thick corneal thickness. **Materials and methods:** The study was conducted on 40 eyes of 20 myopia – astigmatism patients treated by the ReLEX SMILE method at the National Eye Hospital from March 2020 to October 2020, designed as a prospective, clinically descriptive study without a control group. **Results:** The average age of the study group was 19.9 ± 2.8 years old, visual acuity at all the time of post-operative evaluation was $>20/30$; The average corneal thickness before surgery was $575.1 \pm 25 \mu\text{m}$, 3 months after surgery was $499.5 \pm 28 \mu\text{m}$; 50% of patients had an average preoperative spherical equivalent (-3.25D - -6D). Intraocular pressure before surgery was 16.35 ± 2.53 mmHg, after surgery 3 months it was 10.5 ± 2.1 mmHg. The difference in intraocular pressure between 1 week and 1 month compared to that before surgery is significant difference with $p < 0.001$. **Conclusion:** The average intraocular pressure after ReLEX Smile surgery decreased compared to the preoperative intraocular pressure level, which is closely related to the equivalent spherical refraction, the amount of corneal tissue removed and the thickness of the remaining cornea. Therefore, close monitoring of patients after refractive surgery, including periodic checking of intraocular pressure, is extremely important in assessing ocular function. It is necessary to closely evaluate the patient's history to screen and evaluate the glaucoma disease. **Keywords:** ReLEX SMILE surgery, intraocular pressure, refractive error.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tật khúc xạ là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây giảm thị lực trên bệnh nhân trên toàn thế giới cũng như ở Việt Nam. Ước tính đến năm 2050, 49,8% dân số thế giới (khoảng 4 tỉ người) có thể mắc tật khúc xạ. Phẫu thuật khúc xạ bằng laser được giới thiệu lần đầu từ những năm 90, đến nay đây vẫn là phẫu thuật được lựa chọn hàng đầu trên toàn thế giới cũng như tại Việt Nam. Hiện nay, các phương pháp phẫu thuật khúc xạ tác động lên giác mạc chia làm ba thể hệ: thể hệ một là phẫu thuật laser bề mặt PRK và các biến thể sau này như LASEK, EpiLASIK, Trans-PKK; thể hệ thứ 2 là phẫu thuật laser có tạo vạt giác mạc gồm LASIK, FemtoLASIK và thể hệ ba là phẫu thuật laser dạng túi – ReLEX SMILE hay còn được gọi là phẫu thuật SMILE.^{2,3} Tại bệnh viện Mắt Trung ương hiện nay, các phương pháp phẫu thuật tiên tiến, hiện đại như FemtoLASIK và ReLEX SMILE đã mang lại nhiều sự lựa chọn cho bệnh nhân, đặc biệt là những bệnh nhân cận thị nặng.

Đối với bệnh nhân cận thị, laser làm mỏng 1 vùng hình đĩa ở trung tâm giác mạc. Ở bệnh nhân viễn thị laser làm mỏng phần chu biên giác mạc theo dạng hình khuyên, còn với loạn thị laser lấy đi mô ở 2 bên trục cong nhất của giác mạc. Laser tác động trên giác mạc theo 2 vùng: vùng quang học (optical zone) và vùng chuyển

tiếp (transition zone). Vùng laser quang học chịu tác động laser tối đa và là vùng tạo tác dụng điều chỉnh tật khúc xạ. Phẫu thuật ReLEX SMILE là kỹ thuật điều trị khúc xạ tiên tiến và an toàn nhất hiện nay, với ưu điểm là không sử dụng dao, không lật vạt giác mạc giúp vào tồn tại đa cấu trúc giải phẫu và độ bền sinh học của giác mạc, giảm thiểu hiện tượng khô mắt sau phẫu thuật cũng như hạn chế tối đa nguy cơ nhiễm khuẩn và biến chứng cộm xoắn, chảy nước mắt sau phẫu thuật.⁴

Nhãn áp là yếu tố sinh lý quan trọng trong việc duy trì cấu trúc và chức năng của nhãn cầu. Việc đánh giá đúng chỉ số nhãn áp là vấn đề thiết yếu để phát hiện và điều trị sớm bệnh lý Glôcôm. Tại Việt Nam cũng như trên thế giới đã có những nghiên cứu về thay đổi trị số nhãn áp sau phẫu thuật khúc xạ Lasik, FemtoLASIK nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá cụ thể và chi tiết về chỉ số nhãn áp sau phẫu thuật ReLEX SMILE. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này trên nhóm bệnh nhân có tật khúc xạ cận thị, loạn thị có chiều dày giác mạc dày được phẫu thuật bằng phương pháp SMILE với mục tiêu: *Đánh giá sự thay đổi chỉ số nhãn áp sau phẫu thuật ReLEX SMILE trên bệnh nhân có chiều dày giác mạc dày.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 40 mắt của 20 người bệnh có tật khúc xạ cận thị - loạn thị điều trị bằng phương pháp ReLEX Smile tại bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 3/2020 đến tháng 10/2020.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Người bệnh cận loạn thị có chiều dày GM trên 555 Micromet
- Thời gian theo dõi sau phẫu thuật từ 1-3 tháng.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh có các bệnh lý khác tại mắt: chấn thương, viêm màng bồ đào...
- Các trường hợp bị giác mạc chóp.
- Bệnh nhân hoặc tiền sử gia đình bị bệnh Glôcôm

2.2. Thiết kế và quy trình nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả lâm sàng không có nhóm chứng.
- Phương tiện nghiên cứu: bảng thử thị lực, máy đo nhãn áp phụt hơi, máy sinh hiển vi khám, máy đo khúc xạ, máy chụp bản đồ GM. Hệ thống mô VisuMax, bộ dụng cụ phẫu thuật.
- Quy trình nghiên cứu



Sơ đồ 1. Quy trình nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

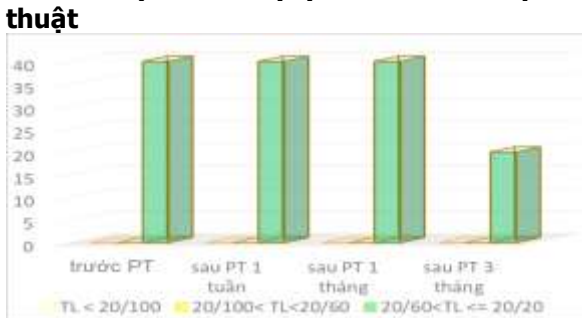
3.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm người bệnh theo tuổi và giới: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $19,9 \pm 2,8$ tuổi (18-27 tuổi). Có 17 bệnh nhân nam chiếm tỉ lệ 85%, tỷ lệ bệnh nhân nữ chiếm tỉ lệ 15%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.



Biểu đồ 1. Biểu đồ phân bố bệnh nhân theo giới

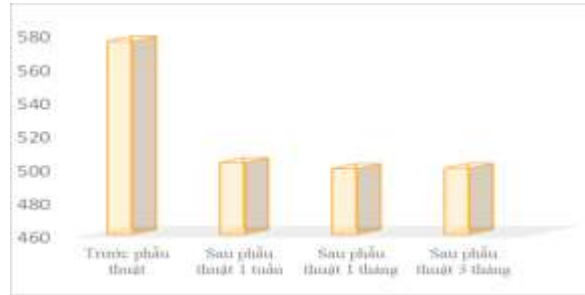
3.2. Đặc điểm thị lực trước và sau phẫu thuật



Biểu đồ 2. Biểu đồ phân bố thị lực trước và sau phẫu thuật

Thị lực chỉnh kính tối đa trước phẫu thuật của nhóm nghiên cứu đều $> 20/60$ (theo bảng phân loại thị lực Snellen). Sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 100% bệnh nhân đạt thị lực tối đa không chỉnh kính, không có bệnh nhân nào thị lực dưới 20/30.

3.3. Đặc điểm chiều dày giác mạc trung bình trước và sau phẫu thuật



Biểu đồ 3. Biểu đồ chiều dày giác mạc trung bình trước và sau phẫu thuật

Chiều dày giác mạc trung bình của nhóm nghiên cứu trước mổ là $575,13 \pm 25,22 \mu\text{m}$. Sau phẫu thuật 1 tuần chỉ số này là $502,78 \pm 26,27 \mu\text{m}$, sau 1 tháng là $499,3 \pm 25,96 \mu\text{m}$ và ổn định đến thời điểm 3 tháng là $499,50 \pm 28,28$. Chiều dày giác mạc bị ảnh hưởng sau phẫu thuật khúc xạ.

3.4. Đặc điểm khúc xạ cầu tương đương trước phẫu thuật

Bảng 1. Khúc xạ cầu tương đương trước phẫu thuật

Mức độ tật khúc xạ	Số mắt	%	SE trung bình (D)
Thấp ($-0.50\text{D} - < -3.00\text{D}$)	8	20%	$-1,92 \pm 0,74$
Trung bình ($-3.25\text{D} - < -6.00\text{D}$)	20	50%	$-4,52 \pm 0,82$
Cao ($\geq -6.00\text{D}$)	12	30%	$-7,32 \pm 1,33$
Tổng	40	100.0%	$-4,72 \pm 2,29$

50% bệnh nhân có khúc xạ cầu tương đương ở mức trung bình từ $-3.00\text{DS} - -6.00\text{DS}$.

3.5. Đánh giá sự thay đổi nhãn áp sau phẫu thuật ReLEX SMILE



Biểu đồ 4. Biểu đồ nhãn áp trung bình trước và các thời điểm khám sau phẫu thuật

Bảng 2. Mức giảm nhãn áp sau phẫu thuật so với trước phẫu thuật

Nhãn áp	n	$X \pm SD$ (mmHg)	p
Trước phẫu thuật so với sau phẫu thuật 1 tuần	40	$6,30 \pm 2,38$	$< 0,001$
Trước phẫu thuật so với sau phẫu thuật 1 tháng	40	$6,66 \pm 2,41$	$< 0,001$

Tại thời điểm trước phẫu thuật, nhãn áp trung bình của nhóm nghiên cứu là $16,35 \pm 2,53$ mmHg. Sau phẫu thuật 1 tuần nhãn áp trung bình đo được là $10,15 \pm 2,87$ mmHg, sau 1 tháng $9,68 \pm 2,64$ mmHg và ổn định đến thời điểm tái khám 3 tháng là $10,50 \pm 2,09$ mmHg. Sự khác biệt về nhãn áp giữa các thời điểm 1 tuần, 1 tháng sau phẫu thuật có ý nghĩa thống kê so với thời điểm trước phẫu thuật với giá trị $p < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong nghiên cứu là $19,9 \pm 2,8$ tuổi (18-27 tuổi) và tương đồng với các nghiên cứu thực hiện tại khu vực Châu Á như nghiên cứu của tác giả Jin Y (2016), tuổi trung bình là $22,7 \pm 5,6$.⁵ Ngược lại, các nước phương Tây lại có độ tuổi cao hơn, nghiên cứu ở Đan Mạch năm 2014 của tác giả Vestergaard AH khi so sánh giữa FS LASIK và SMILE trong điều trị cận thị cao thì độ tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu lên đến 35 ± 7 tuổi.⁷

Tỷ lệ nữ giới trong nghiên cứu chiếm ưu thế cũng tương đồng với các nghiên cứu trong và ngoài nước. Điều này cho thấy đối tượng nữ giới thường quan tâm đến khía cạnh thẩm mỹ hơn, do đó nhu cầu phẫu thuật khúc xạ để tháo kính gọng cũng là một nhu cầu cần thiết được giới nữ thực hiện nhiều hơn.

Sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 100% bệnh nhân đạt thị lực tối đa không chỉnh kính. Kết quả này cũng tương đồng với các nghiên cứu khác tại Việt Nam và trên thế giới. Hồ Đoàn Thanh Nhất (2019) cho kết quả 93% người bệnh có thị lực không kính sau mổ $\geq 10/10$ sau phẫu thuật khúc xạ bằng phương pháp SMILE tại thời điểm 3 tháng sau mổ. Các nghiên cứu khác trên thế giới cũng cho kết quả tương tự.¹

Chiều dày giác mạc sau phẫu thuật 1 tuần là $502,78 \pm 26,27 \mu\text{m}$, sau 1 tháng là $499,3 \pm 25,96 \mu\text{m}$ và ổn định đến thời điểm 3 tháng là $499,50 \pm 28,28$. Chiều dày giác mạc bị ảnh hưởng sau phẫu thuật khúc xạ. Phẫu thuật viên cần tính toán kỹ lưỡng để người bệnh sau mổ đạt được thị lực tốt nhất với lượng mô lấy đi thấp nhất. Vùng laser quang học chịu tác động laser tối đa và là vùng tạo tác động điều chỉnh tật khúc xạ. Sau các phẫu thuật khúc xạ, cấu trúc độ cong của giác mạc thay đổi, điều này làm chênh lệch giá trị phi cầu giác mạc trước và sau mổ, góp phần làm ảnh hưởng đến thị lực tương phản và quang sai.⁴

Độ cầu tương đương trung bình từ -3.00DS – -6.00DS cũng không khác biệt quá nhiều so với các nghiên cứu về phẫu thuật khúc xạ khác trên thế giới. Nghiên cứu của Jin Y (2016) cho kết quả

độ cầu tương đương ở mức trung bình lần lượt là $-4,68 \pm 1,29$ (D) và $-5,13 \pm 1,25$ (D).⁵

Valbon Ajazaj (2018) khi nghiên cứu về nhãn áp sau phẫu thuật khúc xạ bằng phương pháp LASIK cho kết quả rằng nhãn áp trung bình trước phẫu thuật là 16,4 mmHg và chỉ số này sau phẫu thuật là 11 mmHg ($p < 0,0001$).⁸

V. KẾT LUẬN

Sau phẫu thuật 1 tuần, 1 tháng, 3 tháng, 100% bệnh nhân đạt thị lực tối đa không chỉnh kính. Chiều dày giác mạc bị ảnh hưởng sau phẫu thuật khúc xạ. Phẫu thuật viên cần tính toán kỹ lưỡng để người bệnh sau mổ đạt được thị lực tốt nhất với lượng mô lấy đi thấp nhất. Nhãn áp trung bình sau phẫu thuật ReLEX Smile giảm so với mức nhãn áp trước phẫu thuật, điều này có liên quan chặt chẽ với độ khúc xạ cầu tương đương, lượng mô giác mạc cắt bỏ và chiều dày phần giác mạc còn lại. Vì vậy, theo dõi chặt chẽ bệnh nhân sau phẫu thuật khúc xạ bao gồm cả kiểm tra định kỳ nhãn áp rất quan trọng trong đánh giá chức năng nhãn cầu, cần đánh giá tiền sử người bệnh chặt chẽ để sàng lọc và đánh giá bệnh lý glaucoma.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Đoàn Thanh Nhất.** Khảo Sát Sự Thay Đổi Chất Lượng Thị Giác Trước và Sau Phẫu Thuật SMILE. Đại học Y dược TP.HCM; 2019.
2. **Pidro A, Biscevic A, Pjano MA, Mravcic I, Bejdic N, Bohac M.** Excimer Lasers in Refractive Surgery. Acta Inform Medica. 2019;27(4):278-283. doi:10.5455/aim.2019.27.278-283
3. **Sutton G, Hodge C.** Accuracy and Precision of LASIK Flap Thickness Using the IntraLase Femtosecond Laser in 1000 Consecutive Cases. J Refract Surg Thorofare NJ 1995. 2008;24:802-806. doi:10.3928/1081597X-20081001-06
4. **Agarwal A, Agarwal A, Jacob S.** Refractive surgery. 2nd ed. New Delhi: Jaypee Brothers Publishers, 2009; p. 152-154.
5. **Jin Y, Wang Y, Xu L, et al.** Comparison of the Optical Quality between Small Incision Lenticule Extraction and Femtosecond Laser LASIK. J Ophthalmol. 2016;2016:2507973.
6. **Lin F, Xu Y, Yang Y.** Comparison of the visual results after SMILE and femtosecond laser-assisted LASIK for myopia. J Refract Surg Thorofare NJ 1995. 2014;30(4):248-254.
7. **Vestergaard AH, Grauslund J, Ivarsen AR, Hjortdal JO.** Efficacy, safety, predictability, contrast sensitivity, and aberrations after femtosecond laser lenticule extraction. J Cataract Refract Surg. 2014;40(3):403-411.
8. **Ajazaj V, Kaçaniku G, Asani M, Shabani A, Dida E.** Intraocular Pressure After Corneal Refractive Surgery. Med Arch. 2018;72(5):341-343. doi:10.5455/medarh.2018.72.341-343

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ PHƯƠNG PHÁP GHÉP MÀNG ỒI ĐIỀU TRỊ BỆNH GIÁC MẠC BỌNG

Võ Thị Thu Hồng¹, Lê Xuân Cung¹, Trương Như Hân¹

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá hiệu quả giảm đau và cải thiện các triệu chứng cơ năng của phương pháp ghép màng ối điều trị bệnh lý giác mạc bong có triệu chứng và tiền lượng thị lực thấp. **Phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu loạt ca lâm sàng, gồm 12 mắt (trên 12 bệnh nhân) bị bệnh giác mạc bong có triệu chứng và tiền lượng thị lực thấp, được ghép màng ối điều trị tại Bệnh viện Mắt Trung Ương, từ tháng 1/2020 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Thời gian theo dõi trung bình là $45,5 \pm 43,4$ (từ 2-157 tuần). Đau giảm trong 91,7% mắt, trong đó 75% hết hoàn toàn triệu chứng đau. Các triệu chứng cơ năng kèm theo giảm đáng kể, không còn triệu chứng sợ ánh sáng (0,0%), cảm giác cộm vướng gắp ở một mắt (8,3%), chảy nước mắt nhẹ ở bốn mắt (33,3%). Thị lực ít thay đổi, cải thiện trong hai mắt (16,7%). Biểu mô hóa hoàn toàn ở tất cả các mắt ở thời điểm sáu tuần. Một mắt phải mù nội nhãn do loét và tăng nhãn áp sau ghép màng ối 10 tháng. **Kết luận:** Ghép màng ối là phương pháp an toàn và giảm đau hiệu quả trong điều trị bệnh lý giác mạc bong có triệu chứng. Cần tiến hành thêm các đề tài nghiên cứu và so sánh hiệu quả giảm đau của màng ối và các phương pháp điều trị khác. **Từ khóa:** ghép màng ối, bệnh giác mạc bong, đau.

SUMMARY

THE RESULTS OF AMNIOTIC MEMBRANE TRANSPLANTATION FOR SYMPTOMATIC BULLOUS KERATOPATHY

Purpose: To evaluate the effectiveness of amniotic membrane transplantation (AMT) in relieving pain and discomfort in patients with symptomatic bullous keratopathy and poor visual potential. **Methods:** A prospective study of a case series, including 12 eyes (12 patients) with painful bullous keratopathy and poor visual potential. Amniotic membrane transplantation was performed. Pain relief, epithelial healing, and visual changes were analyzed. **Results:** The mean follow-up was $45,5 \pm 43,4$ (range 2 to 157 weeks). Pain relief was achieved in 91,7%, of which 75% were completely free of pain. Associated symptoms subsided significantly in all patients, including foreign body sensation in 1 (8,3%), no photophobia (0,0%), and tearing in 4 (33,3%) eyes. Vision improved in 2 (16,7%) patients. Complete epithelialization in all eyes at 6 weeks. One eye required enucleation due to ulceration and glaucoma 10 months after AMT. **Conclusion:** Amniotic

membrane transplantation was a safe and effective treatment modality of pain relief in the eyes with symptomatic bullous keratopathy. Further studies and comparisons of AMT and other treatments are needed.

Keywords: Amniotic membrane transplantation, Bullous keratopathy, Painful.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh giác mạc bong là rối loạn gây ra bởi suy giảm chức năng nội mô giác mạc, đặc trưng bởi phù nhu mô giác mạc. Khi mật độ tế bào nội mô giảm chỉ còn 300 – 500 tế bào/mm², các tế bào không còn khả năng bù trừ. Nhu mô giác mạc ngấm nước, hình thành các bong biểu mô, khi vỡ gây đau và các triệu chứng khó chịu tại mắt do kích thích các đầu dây thần kinh trên giác mạc. Có nhiều nguyên nhân gây mất bù nội mô giác mạc, bao gồm các phẫu thuật nội nhãn, chấn thương, glôcôm không kiểm soát, ghép giác mạc và các nguyên nhân gây mất bù nội mô. Phù biểu mô kéo dài có thể gây viêm loét giác mạc, hình thành tân mạch giác mạc, sẹo dẫn đến những bất lợi trong can thiệp phẫu thuật sau này. Điều trị phụ thuộc mức độ, nguyên nhân gây bệnh và tiền lượng thị lực sau can thiệp điều trị. Đối với các mắt có tiền lượng thị lực tốt, ghép giác mạc sẽ ưu tiên được lựa chọn giúp giảm đau và phục hồi thị lực. Tuy nhiên với mắt tiền lượng cải thiện thị lực kém, sẽ hướng đến các phương pháp can thiệp điều trị tránh phải mổ nhãn cầu như dùng kính tiếp xúc, chọc nhu mô trước, laser bề mặt giác mạc, phủ vật kết mạc [1].

Màng ối được ứng dụng điều trị nhiều bệnh lý trong nhãn khoa do tác dụng kích thích biểu mô hóa, giảm viêm, giảm hình thành sẹo, tân mạch, cung cấp chất nền cho tế bào phát triển. Trong bệnh lý giác mạc bong, màng ối giúp giảm đau theo nhiều cơ chế khác nhau. Một số giả thiết được đề xuất giải thích cơ chế giúp giảm đau của màng ối trong bệnh giác mạc bong. Màng ối tăng lớp chiều dày nhu mô đệm, giúp tăng chiều dày nhu mô và chất nền ngoại bào làm giảm áp suất thẩm thấu. Các proteoglycans giàu heparin sulphate trong lớp màng đáy thực hiện chức năng như màng ngăn hạn chế tính thấm của màng ối. Màng ối cung cấp bề mặt mới tạo thuận lợi cho biểu mô hóa, lớp màng đáy phủ lên lớp rối thần kinh giúp giảm đau. Ngoài ra, khả năng chống viêm của màng ối cũng góp phần giúp giảm đau cho người bệnh. Năm 1999,

¹Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Võ Thị Thu Hồng

Email: hongqb2002@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

lần đầu tiên Pires R.T và cộng sự đã sử dụng thành công màng ối kiểm soát đau ở bệnh nhân bị bệnh giác mạc bong [5]. Nhiều nghiên cứu tiếp theo đã khẳng định tác dụng giảm đau, giảm viêm của màng ối trong điều trị bệnh giác mạc bong có triệu chứng. Tuy nhiên ở Việt Nam hiện chưa có nghiên cứu nào về ghép màng ối điều trị bệnh lý giác mạc bong, vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này với mục tiêu nghiên cứu: *Đánh giá hiệu quả phương pháp ghép màng ối điều trị bệnh giác mạc bong.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh đến khám và điều trị bệnh giác mạc bong được ghép màng ối tại Bệnh viện Mắt Trung Ương từ 01/2020 đến 12/2021.

* Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân bệnh giác mạc bong có triệu chứng, chờ ghép giác mạc xuyên hoặc không có điều kiện ghép giác mạc.
- Bệnh nhân mất thị lực hoặc có tiên lượng thị lực không cải thiện với điều trị.

* Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng cấp tính.
- Bệnh nhân tăng nhãn áp và không có triệu chứng đau tại thời điểm phẫu thuật.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

* Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu can thiệp, tiến cứu, loạt ca lâm sàng.

* Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

* Vật liệu ghép:

+ Màng ối tươi, được Ngân hàng Mắt tại Bệnh viện Mắt Trung ương thu nhận, xử lý và bảo quản ở tủ lạnh âm sâu -80°C.

+ Màng ối đã được bóc tách khỏi màng đệm và màng nuôi, được bảo quản trong ống Phanco chứa dung dịch MEM + Glycerin 99% với tỷ lệ 1:1, có nhỏ kháng sinh Oflovid.

+ Trước khi phẫu thuật 30 phút sẽ được lấy ra rửa đông và sử dụng.

* Các biến số nghiên cứu:

- Chỉ số về thị lực, nhãn áp.
- Đánh giá mức độ đau: chia thành 4 mức độ
Độ 0: Không đau.
Độ 1: Đau có thể chịu đựng được.
Độ 2: Đau có thể giảm với thuốc giảm đau.
Độ 3: Đau không giảm với thuốc giảm đau thông thường.

- Triệu chứng cơ năng: chảy nước mắt, sợ ánh sáng, cảm giác dị vật.

- Thời gian biểu mô hóa sau ghép màng ối.

- Tiêu chuẩn đánh giá kết quả: Phẫu thuật thành công khi bệnh nhân hết hoặc giảm đáng

kể triệu chứng đau và hết bong giác mạc hoặc tái phát bong mức độ nhẹ.

2.3. Quy trình phẫu thuật:

- Sát khuẩn, gây tê cạnh nhãn cầu.
- Khoan đánh dấu giác mạc đường kính 9-10mm, cách rìa 1-2mm.
- Bóc biểu mô bề mặt giác mạc bằng Gelaspon, forceps, dùng dao Cressent ở những vị trí biểu mô khó tách.
- Khoan cắt màng ối cùng kích thước đường kính giác mạc được đánh dấu (hoặc cắt màng ối bằng tay, theo diện biểu mô đã bóc sau khi đặt màng ối lên bề mặt giác mạc) với mặt biểu mô hướng lên trên.
- Khâu cố định màng ối bằng chỉ nylon 10-0 hoặc dán bằng keo sinh học.
- Đặt kính tiếp xúc.
- Tra thuốc kháng sinh và corticosteroid từ hai tuần đến một tháng sau phẫu thuật và giảm liều dần tùy tình trạng mắt.
- Cắt chỉ sau khi liền biểu mô tối thiểu một tuần.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm nhóm nghiên cứu: 12 bệnh nhân (9 nam, 3 nữ) tuổi trung bình là $69,1 \pm 11,5$ tuổi (từ 45 – 83 tuổi), thời gian bị bệnh trung bình trước phẫu thuật là $8,3 \pm 7,6$ tháng (từ 2 – 30 tháng), thời gian theo dõi trung bình sau phẫu thuật ghép màng ối là $45,5 \pm 43,4$ tuần (từ 2 – 153 tuần).

Nhãn áp tại thời điểm phẫu thuật của bệnh nhân được đo bằng phương pháp Icare, nằm trong giới hạn bình thường từ 15 – 20 mmHg, trung bình $17,3 \pm 1,6$ mmHg.

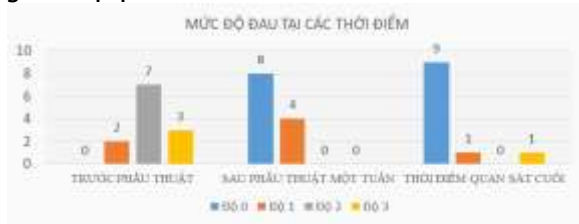
Bảng 1. Các nguyên nhân gây bệnh giác mạc bong

STT	Nguyên nhân gây bệnh giác mạc bong	n (mắt)	%
1	Phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh, đặt thể thủy tinh nhân tạo (Phaco + IOL)	6	50
2	Lấy thể thủy tinh ngoài bao	3	25
3	Phẫu thuật cắt bè củng mạc	2	16,7
4	Thất bại ghép nội mô giác mạc (DSEAK)	1	8,3
Tổng		12	100

Nguyên nhân gây bệnh giác mạc bong trong nhóm nghiên cứu gặp nhiều nhất là sau phẫu thuật tán nhuyễn thể thủy tinh, đặt thể thủy tinh nhân tạo (Phaco + IOL) chiếm 50%, sau lấy thể thủy tinh ngoài bao 25%, phẫu thuật cắt bè củng mạc điều trị bệnh lý glôcôm 16,7%, thất bại ghép sau phẫu thuật ghép giác mạc nội mô (DSEAK) 8,3% (bảng 1). Trong 12 mắt nghiên

cứ có 9 mắt (75%) có bệnh lý kèm theo ngoài nguyên nhân gây bệnh chính, trong đó bốn mắt có chấn thương cũ, năm mắt có tiền sử phẫu thuật cắt bẻ.

Bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tiên lượng thấp sau phẫu thuật, mức thị lực trước và sau phẫu thuật đều ở mức thấp từ ST (+) đến ĐNT 1m. Sau điều trị mức thị lực vẫn nằm khoảng từ ST (+) đến ĐNT 1m, thị lực không thay đổi ở 33,3% bệnh nhân, chỉ 16,7% bệnh nhân có sự cải thiện thị lực nhẹ, 50% bệnh nhân giảm thị lực.



Biểu đồ 1: Mức độ đau tại các thời điểm

Trước phẫu thuật có bảy bệnh nhân đau mức độ 2, ba bệnh nhân ở độ 3, mức độ đau đã giảm xuống đáng kể ngay một tuần sau phẫu thuật với tám bệnh nhân hết triệu chứng đau, bốn bệnh nhân còn đau ở độ 1. Kết quả này tiếp tục được giữ đến thời điểm quan sát cuối cùng với chín bệnh nhân hết triệu chứng đau, hai bệnh nhân còn đau ở mức độ 1 có thể chịu được không cần dùng thuốc giảm đau (Biểu đồ 1). Tuy nhiên có một bệnh nhân đau nhiều, liên quan đến tăng nhãn áp không kiểm soát được tại thời điểm sau phẫu thuật 10 tháng và phải bỏ mắt, bệnh nhân có tiền sử bệnh glôcôm trước phẫu thuật.



Biểu đồ 2: Thời gian liền biểu mô sau ghép màng ối

Thời gian liền biểu mô trung bình là $2,6 \pm 1,2$ tuần (từ 2-6 tuần) (Biểu đồ 2). Ở thời điểm quan sát cuối cùng, một mắt (8,3%) còn cảm giác cộm vướng, bốn mắt (33,3%) còn chảy nước mắt nhẹ.

Kết quả cuối cùng, theo tiêu chí nghiên cứu tỉ lệ thành công của phẫu thuật là 91,7% với 11 bệnh nhân, trong đó có chín bệnh nhân (75%) mắt hoàn toàn triệu chứng đau, hai bệnh nhân (16,7%) cải thiện một phần triệu chứng, và một bệnh nhân (9,3%) phải bỏ mắt do tăng nhãn áp.

Các dấu hiệu viêm không còn xuất hiện, một mắt phát triển mộng giả độ một, một mắt có co kéo màng ối, các biến chứng nhiễm trùng, hình thành u hạt, dính mi cầu không quan sát thấy.

IV. BÀN LUẬN

Bệnh giác mạc bong gây đau và khó chịu cho người bệnh với nhiều mức độ khác nhau theo giai đoạn bệnh. Lựa chọn điều trị phụ thuộc giai đoạn, nguồn lực và tiên lượng thị lực sau can thiệp. Giai đoạn đầu bệnh nhân được điều trị nội khoa bằng nước mắt nhân tạo, tăng liên biểu mô, nước muối ưu trương NaCl 5%. Khi bệnh tiến triển, nhiều phương pháp điều trị khác nhau được áp dụng tuy nhiên vẫn có một số hạn chế. Sử dụng kính tiếp xúc kéo dài dễ gây nhiễm khuẩn, kêu gọi tân mạch và cần theo dõi sát, vật kết mạc không đáp ứng được yếu tố thẩm mỹ và hậu phẫu gây đau nhiều, nguy cơ suy giảm tế bào nguồn vùng rìa, giảm hiệu quả nếu bệnh nhân cần can thiệp cắt bẻ và ảnh hưởng đến chất lượng ghép giác mạc thì hai ở những bệnh nhân còn khả năng phục hồi thị lực, phương pháp gọt giác mạc bằng laser PRK (Photorefractive Keratectomy) cần trang bị máy laser đắt tiền và nguy cơ nhiễm trùng, loét giác mạc thần kinh sau laser điều trị. Vì vậy các tác giả tiếp tục nghiên cứu tìm giải pháp điều trị tối ưu hơn, trong đó màng ối là lựa chọn với nhiều ưu điểm. Tất cả các bệnh nhân giác mạc bong trong nghiên cứu đều có tiên lượng thị lực thấp, đã điều trị nội khoa bằng dung dịch bôi trơn, tăng liên biểu mô và kính tiếp xúc thời gian dài tuy nhiên triệu chứng không cải thiện nên đã lựa chọn ghép màng ối giúp giảm đau tại thời điểm phẫu thuật [3,5,7].

Màng ối với nhiều đặc tính ưu việt được ứng dụng điều trị nhiều bệnh lý trong lĩnh vực nhãn khoa trong đó có bệnh lý giác mạc bong. Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghép màng ối điều trị giác mạc bong mang lại hiệu quả giảm đau trong tất cả các bệnh nhân, trừ một bệnh nhân phải bỏ mắt ở thời điểm 10 tháng sau phẫu thuật, do không kiểm soát được nhãn áp trên mắt có bệnh lý glôcôm đã phẫu thuật cắt bẻ. Nhiều nghiên cứu của các tác giả trên thế giới cũng cho thấy kết quả giảm đau hiệu quả của phẫu thuật ghép màng ối. Nghiên cứu phẫu thuật ghép màng ối điều trị bệnh giác mạc bong đầu tiên của tác giả Pires R.T và cộng sự tiến hành năm 1995, n=50, có 90% bệnh nhân mất hoàn toàn triệu chứng đau, bốn mắt (8%) giảm đau một phần và chỉ một mắt (2%) không cải thiện triệu chứng với thời gian theo dõi trung bình là 33,8 tuần [5]. Các nghiên cứu kế tiếp của các tác giả khác cũng

đưa ra kết luận tương tự về hiệu quả của màng ối trong điều trị bệnh giác mạc bọc. Các triệu chứng cơ năng về cảm giác dị vật, sợ ánh sáng, chảy nước mắt cũng giảm đáng kể. Tại thời điểm quan sát cuối cùng chỉ một bệnh nhân còn cảm giác cộm vướng, bốn bệnh nhân chảy nước mắt ít. Kết quả này cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của các tác giả khác [8]. Nghiên cứu năm 2003 của tác giả Espana EM và cộng sự tiến hành trên 18 mắt cũng cho thấy hiệu quả cao giúp giảm đau ở 88% mắt trong đó 66% giảm đau hoàn toàn, tỷ lệ còn các triệu chứng cảm giác dị vật gặp ở 5% mắt, chảy nước mắt 11% và sợ ánh sáng gặp ở 5% mắt [2].

Tác dụng giảm đau của màng ối cũng thể hiện qua thời gian liền biểu mô sớm sau ghép màng ối. Thời gian liền biểu mô hoàn toàn của các bệnh nhân trong nghiên cứu khá nhanh, trung bình là 2.6 tuần. Chúng tôi cho rằng 12 bệnh nhân trong nghiên cứu, mặc dù bảy mắt (58,3%) có tiền sử chấn thương hoặc đã phẫu thuật cắt bè điều trị bệnh lý glôcôm dẫn đến tiên lượng thị lực kém sau phẫu thuật, tuy nhiên không có mắt nào suy giảm tế bào nguồn vùng rìa gây ảnh hưởng đến thời gian liền biểu mô. Nghiên cứu loạt ca bệnh của tác giả Onur Furundaoturan và cộng sự (n=10, 2021) có thời gian liền biểu mô là 27.10 ± 13.05 , dài hơn nghiên cứu của chúng tôi, các tác giả cho rằng nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu đều có tiền sử sử dụng thuốc nhỏ mắt điều trị tăng nhãn áp, có độc tính lên bề mặt nhãn cầu gây nên tình trạng chậm liền biểu mô [6].

Thị lực trước và sau phẫu thuật của các bệnh nhân không có sự thay đổi đáng kể và đều ở mức thấp từ ST (+) đến ĐNT 1m, vì các bệnh nhân đều có tiên lượng thị lực kém sau can thiệp phẫu thuật. Không có bệnh nhân nào có chỉ định ghép màng ối trong thời gian chờ đợi ghép giác mạc do đó mức cải thiện thị lực không đáng kể. Một số nghiên cứu tiến hành trên nhóm đối tượng ghép màng ối trong thời gian chờ ghép giác mạc cho thấy màng ối ngoài tác dụng chống viêm, giảm đau, tăng liền biểu mô còn giúp cải thiện thị lực đáng kể. Nghiên cứu của tác giả Sirinavas S và cộng sự (n=7, 2006) có năm mắt (71,4%) tăng thị lực sau phẫu thuật từ BBT lên ĐNT trong ba mắt, từ 6/60 lên 6/24 ở một mắt và từ BBT lên 6/24 ở một mắt [7].

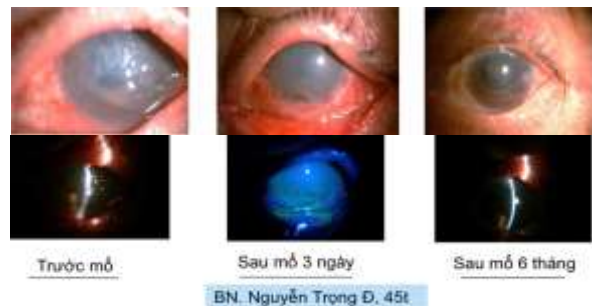
Kết quả của phẫu thuật ở thời điểm quan sát cuối cùng, tỷ lệ thành công đạt 91,7%, trong đó có 75% mắt hết hoàn toàn triệu chứng đau và không gặp biến chứng nghiêm trọng nào trừ một bệnh nhân phải bỏ mắt vì tăng nhãn áp tái phát. Các nghiên cứu về ghép màng ối điều trị bệnh

giác mạc bọc của các tác giả trên thế giới cũng có kết quả thành công cao, nghiên cứu của tác giả Onur Furundaoturan và cộng sự (n=10, 2021) cho thấy toàn bộ các mắt trong nghiên cứu đều có sự cải thiện triệu chứng cơ năng sau phẫu thuật ghép màng ối [6].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ghép màng ối là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả giúp giảm đau và giảm các triệu chứng cơ năng trong bệnh giác mạc bọc có tiên lượng thị lực thấp. Ghép màng ối được lựa chọn giúp giảm đau tạm thời và cải thiện một phần thị lực trong thời gian chờ ghép giác mạc, phương pháp điều trị này có thể áp dụng tại các cơ sở y tế về nhãn khoa trên toàn quốc ở những quốc gia có nguồn giác mạc hiến hạn chế.

Một số hướng nghiên cứu khác đánh giá hiệu quả điều trị bệnh giác mạc bọc có triệu chứng và tiên lượng thị lực thấp như phương pháp chọc nhu mô giác mạc, đây là một can thiệp đơn giản, hiệu quả so với phương pháp ghép màng ối [3,4]. Do đó, để nâng cao giá trị của nghiên cứu, cần theo dõi trên số lượng bệnh nhân lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và mở rộng nghiên cứu so sánh hiệu quả với các phương pháp điều trị khác như chọc nhu mô giác mạc hoặc đánh giá hiệu quả sự phối hợp hai phương pháp điều trị.



TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Đình Ngân.** Ghép màng ối trong điều trị về mặt nhãn cầu (Sách chuyên khảo. Nhà xuất bản Y học. 2020).
2. **Espana EM, Grueterich M, Sandoval H, và cộng sự.** Amniotic membrane transplantation for bullous keratopathy in eyes with poor visual potential. J Cataract Refract Surg. 2003; 29: p.279–284.
3. **Gregory ME, Spiteri-Cornish K, Hegarty B và cộng sự.** Combined amniotic membrane transplant and anterior stromal puncture in painful bullous keratopathy: clinical outcome and confocal microscopy. Can J Ophthalmol. 2011; 46: p.169–174.
4. **Paris F.S, E. D. Gonçalves, M. S. de Q. Campos và cộng sự.** Amniotic membrane transplantation versus anterior stromal puncture

- in bullous keratopathy: a comparative study. Br J Ophthalmol. 2013; 97: p.980–984.
5. **Pires RT, Tseng SC, Prabhasawat P, và cộng sự.** Amniotic membrane transplantation for symptomatic bullous keratopathy. Arch Ophthalmol. 1999; Pp.117:1291–1297.
 6. **Onur F, Melis P, Özlem B. S.** Palliative Efficacy of Intrastromal Amniotic Membrane Procedure in Symptomatic Bullous Keratopathy Patients. Turk J Ophthalmol. 2022;52:162-167.
 7. **Srinivas S, Mavrikakis E, Jenkins C.** Amniotic membrane transplantation for painful bullous keratopathy. European Journal of Ophthalmology / Vol. 17 no. 1, 2007; p.7-10
 8. **Siu GDYoung AL, Cheng II.** Long-term Symptomatic Relief Of Bullous Keratopathy with Amniotic Membrane Transplant. Int Ophthalmol. 2015; 35: p777–783.

MỨC ĐỘ NHẠY CẢM KHÁNG SINH CỦA CÁC CHỦNG MORAXELLA CATARRHALIS PHÂN LẬP ĐƯỢC TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TÂM ANH NĂM 2023

Nguyễn Văn An^{1,2}, Nguyễn Văn Đức³, Lê Hạ Long Hải^{4,5}

TÓM TẮT

Moraxella catarrhalis là một loại vi khuẩn Gram âm hiếu khí, có khả năng gây ra các nhiễm trùng đường hô hấp. Vi khuẩn này đã đề kháng với nhiều kháng sinh thông dụng, khiến việc điều trị ngày càng khó khăn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang nhằm xác định đặc điểm phân bố và mức độ nhạy cảm với kháng sinh của các chủng M. catarrhalis phân lập được tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh năm 2023. **Kết quả:** Trong 465 chủng M. catarrhalis phân lập được, tỷ lệ phân bố vi khuẩn này cao nhất ở nhóm 1-4 tuổi (82,8%), sau đó giảm dần với các độ tuổi lớn hơn. Các chủng M. catarrhalis phân bố chủ yếu ở nam giới (58,9%) và ở khoa Nhi (99,4%). Vi khuẩn này nhạy cảm thấp nhất với azithromycin (36,3%), cefuroxime (52,5%) và cao nhất với levofloxacin (99,7%). Chưa phân lập được chủng M. catarrhalis nào không nhạy cảm với meropenem và amoxicillin-clavulanate. **Kết luận:** M. catarrhalis chủ yếu gây ra các nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ nhỏ, có xu hướng phân bố giảm dần từ 5 tuổi trở đi. Nghiên cứu nhấn mạnh sự cần thiết của việc quản lý chặt chẽ việc sử dụng kháng sinh để kiểm soát hiệu quả tình trạng kháng kháng sinh do vi khuẩn này đã đề kháng ở mức độ cao một số kháng sinh thông dụng. Meropenem, amoxicillin-clavulanate và levofloxacin là những kháng sinh hiệu quả nhất để điều trị M. catarrhalis. **Từ khóa:** Moraxella catarrhalis, kháng kháng sinh, nhạy cảm, Bệnh viện đa khoa Tâm Anh.

SUMMARY

ANTIMICROBIAL SUSCEPTIBILITY PATTERNS OF MORAXELLA CATARRHALIS ISOLATES AT TAM ANH GENERAL HOSPITAL IN 2023

¹Bệnh viện Quân y 103

²Học viện Quân y

³Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

⁴Đại học Y Hà Nội

⁵Bệnh viện Đa khoa Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Hạ Long Hải

Email: lehalonghai@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025

Moraxella catarrhalis is an aerobic, gram-negative bacterium associated with respiratory tract infections. Its increasing resistance to commonly used antibiotics poses significant challenges to treatment. **Methods:** This cross-sectional study aimed to assess the distribution characteristics and antimicrobial susceptibility patterns of M. catarrhalis strains isolated at Tam Anh General Hospital in 2023. **Results:** Of 465 M. catarrhalis isolates, the highest distribution rate of M. catarrhalis was observed in children aged 1-4 years (82.8%), with a declining trend in older age groups. Most isolates were from male patients (58.9%), predominantly in the Pediatrics Department (99.4%). The strains exhibited the lowest susceptibility to azithromycin (36.3%) and cefuroxime (52.5%), while demonstrating the highest sensitivity to levofloxacin (99.7%). No resistance was detected to meropenem or amoxicillin-clavulanate among the isolates. **Conclusions:** M. catarrhalis primarily affects young children, with its prevalence decreasing from 5 years of age. The study highlights the importance of reasonable antibiotic use to mitigate the rise of antibiotic resistance. Meropenem, amoxicillin-clavulanate, and levofloxacin remain the most effective treatment options for M. catarrhalis infections.

Keywords: Moraxella catarrhalis, antimicrobial resistance, susceptibility, Tam Anh General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Moraxella catarrhalis (trước đây còn gọi là Branhamella catarrhalis hoặc Neisseria catarrhalis) là một loại vi khuẩn Gram âm hiếu khí, có khả năng gây ra các nhiễm trùng đường hô hấp bao gồm: viêm tai giữa, viêm xoang, viêm phế quản cấp tính và viêm phổi, với tỷ lệ giảm dần theo độ tuổi [4]. Trước năm 1976, chưa có báo cáo nào về việc vi khuẩn này có khả năng sinh enzyme beta-lactamase [5]. Tuy vậy, kể từ khi phát hiện được các chủng M. catarrhalis có khả năng sinh enzyme beta-lactamase, việc điều trị kháng sinh đối với vi khuẩn này ngày càng trở nên khó khăn hơn do chúng có xu hướng gia tăng tính kháng thuốc, điều đó có thể dẫn tới các khó khăn trong công tác điều trị các nhiễm khuẩn đường hô hấp do

M. catarrhalis gây ra [4]. Tại Việt Nam, tình trạng lạm dụng và sử dụng kháng sinh không hợp lý càng làm gia tăng tính kháng thuốc của các vi khuẩn nói chung và M. catarrhalis nói riêng, dẫn tới vi khuẩn này đã kháng lại nhiều kháng sinh, thậm chí có kháng sinh bị kháng lại với tỷ lệ 100% như Ampicillin và Amoxicillin [1]. Tuy vậy, các nghiên cứu về tính kháng thuốc của M. catarrhalis tại Việt Nam còn nhiều hạn chế. Do đó, việc giám sát liên tục các thay đổi về tình trạng kháng thuốc của vi khuẩn này là rất quan trọng, có thể ảnh hưởng đến việc lựa chọn các kháng sinh thường dùng để điều trị. Việc nghiên cứu các đặc điểm kháng kháng sinh của M. catarrhalis đặc biệt cần thiết khi đây là một trong những vi khuẩn phổ biến gây nhiễm khuẩn hô hấp, đặc biệt là ở trẻ nhỏ, giúp các bác sĩ lâm sàng điều trị hiệu quả cho người bệnh [6, 7]. Xuất phát từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Mức độ nhạy cảm kháng sinh của các chủng Moraxella catarrhalis phân lập được tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh năm 2023" nhằm mục tiêu: *Xác định đặc điểm phân bố và tính nhạy cảm với kháng sinh của các chủng M. catarrhalis phân lập được tại Bệnh viện.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các chủng M. catarrhalis phân lập được từ các mẫu bệnh phẩm dịch hô hấp của người bệnh đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Người bệnh đến khám và điều trị tại bệnh viện đa khoa Tâm Anh có kết quả nuôi cấy dương tính với M. catarrhalis. Để tránh sai lệch từ các mẫu cấy trùng lặp, nghiên cứu chỉ sử dụng chủng vi khuẩn được phân lập đầu tiên từ mẫu của người bệnh.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp thiếu kết quả kháng sinh đồ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2023.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Xét nghiệm, Bệnh viện đa khoa Tâm Anh.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, lựa chọn toàn bộ các mẫu đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Công cụ nghiên cứu: Sử dụng phần mềm Labconn để thu thập thông tin cần thiết như loại bệnh phẩm nuôi cấy, kết quả xét nghiệm nuôi cấy... Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS Statistics 27 (IBM Corp, Hoa Kỳ).

Thu thập bệnh phẩm: Thực hiện kỹ thuật

nuôi cấy, phân lập vi khuẩn theo hướng dẫn của Bộ Y tế [2].

Định danh và kháng sinh đồ: Các chủng vi khuẩn phân lập từ bệnh phẩm sẽ được định danh và xác định tính kháng kháng sinh trên hệ thống tự động Vitek-2 Compact (hãng Biomerieux-Pháp). Các kháng sinh sử dụng để khảo sát tính nhạy cảm của M. catarrhalis bao gồm:

- Nhóm penicillin và các chất phối hợp ức chế β -lactam/ β -lactamase: amoxicillin-clavulanate
- Nhóm Cephalosporin: cefuroxime, cefixime và ceftriaxone
- Nhóm Macrolide: azithromycin
- Nhóm Fluoroquinolone: levofloxacin
- Nhóm cạnh tranh Folate: trimethoprim-sulfamethoxazole (Co-trimoxazole)
- Nhóm Carbapenem: meropenem

Trong nghiên cứu này, các chủng có kết quả kháng sinh đồ trung gian hoặc đề kháng sẽ được ghi nhận là không nhạy cảm.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên các mẫu bệnh phẩm thu thập từ người bệnh, không có bất kì tác động can thiệp nào làm ảnh hưởng đến sức khỏe và an toàn của người bệnh. Các thông tin của người bệnh được bảo mật tuyệt đối. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích khoa học và phục vụ cho công tác chăm sóc sức khỏe người bệnh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

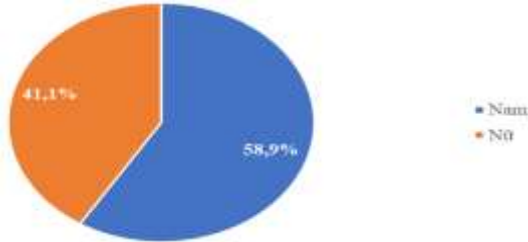
Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01/2023 đến hết tháng 12/2023, nghiên cứu đã tiến hành phân lập và xác định tính kháng kháng sinh của 465 chủng M. catarrhalis. Các chủng M. catarrhalis phân bố chủ yếu ở khoa Nhi (99,4%), trong nhóm 1-4 tuổi (chiếm 82,8%) và giảm dần ở các nhóm tuổi lớn hơn (bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm phân bố M. catarrhalis theo tuổi và khoa (n=465)

	Đặc điểm	Số chủng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<1	42	9,0
	1	95	20,4
	2	155	33,3
	3	82	17,6
	4	53	11,4
	5	21	4,5
	6	12	2,6
	7	3	0,6
	11	1	0,2
	53	1	0,2
Khoa	Nhi	462	99,4
	Tai mũi họng	2	0,4
	Hô hấp	1	0,2

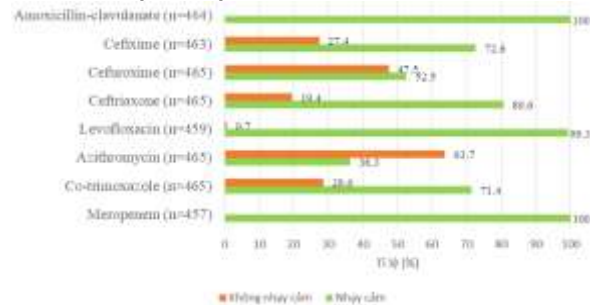
Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ phân bố các chủng M. catarrhalis phân lập được ở nam giới (58,9%, n=274) cao hơn so với ở nữ giới so

với (41,1%, n=191) (hình 1).



Hình 1. Phân bố các chủng *M. catarrhalis* theo giới tính (N=465)

Trong nghiên cứu, các chủng *M. catarrhalis* có tỷ lệ nhạy cảm cao nhất với các kháng sinh meropenem (100%), amoxicillin-clavulanate (100%), levofloxacin (99,3%) và ceftriaxone (80,6%). Ngược lại, vi khuẩn này không nhạy cảm với nhiều kháng sinh, chiếm tỷ lệ cao nhất là azithromycin (63,7%) và cefuroxime (47,5%). Các kháng sinh còn lại có tỷ lệ không nhạy cảm dưới 30% (hình 2).



Hình 2. Đặc điểm nhạy cảm với kháng sinh của các chủng *M. catarrhalis*

IV. BÀN LUẬN

Theo kết quả nghiên cứu, tỷ lệ phân bố các nhiễm khuẩn hô hấp do *M. catarrhalis* tập chung chủ yếu ở ở nhóm 1-4 tuổi và ở khoa Nhi. Nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Như Luyện và cộng sự khi nghiên cứu về các chủng *M. catarrhalis* tại bệnh viện Nhi Trung ương cũng cho thấy nhóm tuổi 1-5 chiếm tỷ lệ lớn nhất trong các nhóm tuổi. Kết quả này có thể là do ở độ tuổi này lượng kháng thể trong cơ thể trẻ suy giảm trẻ do trẻ bắt đầu thôi bú mẹ, cùng với đó, trẻ bắt đầu đến trường đi học, tiếp cận với môi trường mới, do đó, có thể dẫn đến việc trẻ dễ mắc các nhiễm khuẩn hô hấp. Sau độ tuổi này, phân bố tỷ lệ *M. catarrhalis* có xu hướng giảm dần khi trẻ lớn dần, hệ thống miễn dịch trưởng thành hơn làm giảm thiểu tỷ lệ mắc vi khuẩn này [4]. Tuy vậy, có sự khác biệt về tỷ lệ phân bố các chủng *M. catarrhalis* giữa hai nghiên cứu khi trong nghiên cứu này nhóm tuổi 1-5 chiếm tới 87,3% trong khi của tác giả Vũ Thị Như Luyện thì tỷ lệ này chỉ là 59,6% [1]. Ngược lại, nhóm

tuổi dưới 1 trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỷ lệ 9%, thấp hơn nhiều so với tỷ lệ 36,9% của tác giả Vũ Thị Như Luyện. Điều này cho thấy có sự khác biệt về phân bố các chủng *M. catarrhalis* theo độ tuổi giữa các nghiên cứu do sự khác biệt về mô hình bệnh tật giữa các cơ sở y tế.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ phân bố *M. catarrhalis* ở nam cao hơn ở nữ, với tỷ lệ lần lượt là 58,9% và 41,1%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Như Luyện khi cũng cho thấy tỷ lệ phân bố *M. catarrhalis* ở nam cao hơn ở nữ (53,4% so với 46,6%) [1]. Nghiên cứu của tác giả Trần Tuấn Anh tại bệnh viện Trung ương Thái Nguyên cũng cho thấy tỷ lệ phân bố *M. catarrhalis* lên tới 64,7% ở nam giới [3]. Một nghiên cứu đa trung tâm tại Đài Loan về *M. catarrhalis* cũng cho thấy phân bố tỷ lệ nam/nữ là 1,57/1 [4]. Điều này có thể là do sự khác biệt về hệ thống miễn dịch giữa hai giới. Ngoài ra, trẻ nam thường có xu hướng năng động, hay tiếp cận, ưa khám phá hơn so với trẻ nữ, do đó, có thể sẽ dẫn tới nguy cơ mắc các nhiễm khuẩn nói chung và nhiễm *M. catarrhalis* nói riêng hơn.

Kết quả nghiên cứu cho thấy 80,6% các chủng *M. catarrhalis* nhạy cảm với ceftriaxone, cao hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Như Luyện (54,8%). Với kháng sinh cefuroxime và cefixime, tỷ lệ nhạy cảm trong nghiên cứu này cũng cao hơn nhiều (52,5% và 72,6% so với 6,2% và 46,6%). Ngược lại, tỷ lệ nhạy cảm của vi khuẩn này với azithromycin trong nghiên cứu này lại thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Như Luyện (36,3% so với 80,0%) [1]. Sự khác biệt này một lần nữa nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tiến hành các nghiên cứu về giám sát kháng kháng sinh đối với *M. catarrhalis* tại từng cơ sở y tế. Mỗi đơn vị y tế có mô hình bệnh tật, đặc điểm dân cư cũng như thói quen sử dụng các kháng sinh để điều trị khác nhau, do vậy mỗi cơ sở y tế cần tiến hành các nghiên cứu cho riêng đơn vị mình, không nên sử dụng kết quả của các đơn vị khác để giảm thiểu các thất bại trong điều trị.

Trong nghiên cứu này, meropenem và amoxicillin-clavulanate là hai kháng sinh mà *M. catarrhalis* nhạy cảm hoàn toàn. Nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Như Luyện cũng cho thấy tỷ lệ nhạy cảm với các kháng sinh này của *M. catarrhalis* là 100%. Nghiên cứu của tác giả Hsu S. F tại Đài Loan và Srifuengfung S tại Thái Lan cũng chỉ ra amoxicillin-clavulanate là kháng sinh hữu hiệu trong điều trị các nhiễm khuẩn do *M. catarrhalis* gây ra [4, 8]. Nghiên cứu này cũng

chỉ ra vi khuẩn này có tỷ lệ nhạy cảm với levofloxacin lên tới 99,3%. Do đó, đây cũng là kháng sinh hiệu quả trong điều trị *M. catarrhalis*, trong trường hợp người bệnh có tiền sử dị ứng với các kháng sinh đã đề cập phía trên. Tuy vậy, nghiên cứu đã cho thấy sự xuất hiện của các chủng không nhạy cảm với levofloxacin, do vậy, các bác sĩ lâm sàng cần thận trọng khi sử dụng kháng sinh này.

So với các nghiên cứu khác trên thế giới, tỷ lệ nhạy cảm của *M. catarrhalis* trong nghiên cứu này với các kháng sinh khác hầu hết đều thấp hơn [4, 5, 8]. Điều này có thể là do thực tế tại Việt Nam, việc sử dụng kháng sinh trong cộng đồng rất dễ dàng, thậm chí có thể mua thuốc kháng sinh và sử dụng mà không cần theo đơn thuốc của bác sĩ. Do đó, kết quả nghiên cứu này nhấn mạnh sự cần thiết của các biện pháp quản lý kháng sinh chặt chẽ hơn tại bệnh viện, đồng thời hạn chế sử dụng kháng sinh bừa bãi trong cộng đồng và nâng cao ý thức cộng đồng trong việc sử dụng kháng sinh. Việc sử dụng hợp lý kháng sinh, dựa trên các kết quả kháng sinh đồ là biện pháp quan trọng để giảm thiểu sự lan rộng của các chủng vi khuẩn kháng thuốc.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cung cấp các thông tin quan trọng về đặc điểm phân bố và tính kháng kháng sinh của các chủng *M. catarrhalis* phân lập tại Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh năm 2023. Vi khuẩn này chủ yếu gây ra các nhiễm khuẩn hô hấp ở trẻ nhỏ, phân bố chủ yếu ở nhóm tuổi 1-4, sau đó có xu hướng giảm dần khi trẻ lớn lên. Đồng thời, nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của việc quản lý và sử dụng kháng sinh để

kiểm soát hiệu quả tình trạng kháng kháng sinh của *M. catarrhalis* do vi khuẩn này đã kháng lại một số kháng sinh thường dùng để điều trị. Meropenem, amoxicillin-clavulanate và levofloxacin là những kháng sinh hiệu quả nhất để điều trị các nhiễm khuẩn đường hô hấp do *M. catarrhalis* gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vũ Thị Như Huyền và Lê Thị Hồng Hạnh**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính kháng kháng sinh của *Moraxella catarrhalis* gây viêm phổi ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023. 533(1B): p. 63-66.
2. **Bộ Y tế**, Quyết định 26/QĐ-BYT về việc "Hướng dẫn quy trình kỹ thuật chuyên ngành vi sinh y học". 2014.
3. **Trần Tuấn Anh và cộng sự**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá tính nhạy cảm kháng sinh của *Moraxella catarrhalis* gây viêm phổi ở trẻ em dưới 5 tuổi tại Trung tâm Nhi khoa Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên. Tạp chí Y học Việt Nam, 2018. 471(1): p. 77-80.
4. **Hsu, S.F., et al.**, Antimicrobial resistance of *Moraxella catarrhalis* isolates in Taiwan. J Microbiol Immunol Infect, 2012. 45(2): p. 134-40.
5. **Shaikh, S.B., et al.**, Prevalence and resistance pattern of *Moraxella catarrhalis* in community-acquired lower respiratory tract infections. Infect Drug Resist, 2015. 8: p. 263-7.
6. **Rifai, M., et al.**, Infectious acute respiratory failure in patients under 5 years of age: a retrospective cohort study. BMJ Paediatr Open, 2024. 8(1).
7. **Li, Q., et al.**, Pediatric respiratory pathogen dynamics in Southern Sichuan, China: a retrospective analysis of gender, age, and seasonal trends. Front Pediatr, 2024. 12: p. 1374571.
8. **Srifuengfung, S., et al.**, Prevalence and antimicrobial susceptibility of *Haemophilus influenzae* and *Moraxella catarrhalis* isolated from patients in Bangkok, Thailand. J Glob Antimicrob Resist, 2016. 5: p. 86-7.

TÍNH GIÁ TRỊ, ĐỘ TIN CẬY CỦA THANG ĐO V- PROMIS-29 TRONG ĐÁNH GIÁ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG NGƯỜI BỆNH UNG THƯ

Nguyễn Thị Hiền¹, Nguyễn Thị Như Quỳnh¹,
Phạm Thị Kim Tuyền², Lê Tuấn Anh³, Nguyễn Văn Cường³

TÓM TẮT

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Chợ Rẫy – Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hiền

Email: hiennguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 12.3.2025

Mở đầu: Các triệu chứng của bệnh ung thư và tác dụng phụ của điều trị gây ảnh hưởng nặng nề về thể chất và tinh thần. Nghiên cứu đánh giá tính giá trị và khả năng ứng dụng của thang đo PROMIS-29 phiên bản tiếng Việt trong việc đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư. **Mục tiêu:** Đánh giá tính giá trị, độ tin cậy của thang đo PROMIS-29 và chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang mô tả. Nghiên cứu sử dụng thang đo chất lượng cuộc sống V-PROMIS-29, 6 chuyên gia trong lĩnh vực ung thư đánh giá tính giá trị thang đo

và 128 người bệnh ung thư tham gia nghiên cứu trong thời gian từ tháng 2 đến tháng 5/2024. **Kết quả:** Thang đo PROMIS-29 phiên bản tiếng Việt có I-CVI các mục đạt giá trị từ 0,83 trở lên, S-CVI/Ave của thang đo có giá trị từ 0,994 trở lên và S-CVI/UA đạt giá trị từ 0,966 ở ba nội dung đánh giá "rõ ràng", "dễ hiểu", "phù hợp và có thể áp dụng"; độ tin cậy của thang đo là 0,928. Điểm chất lượng cuộc sống của NBUT (126.27), thể chất (17.28), khả năng xã hội (17.05), lo âu (5.88), trầm cảm (5.16), mệt mỏi (8.5), rối loạn giấc ngủ (9.39), ảnh hưởng của đau (7.3), cường độ đau (2.77). Giới tính, hoạt động cá nhân: loại ung thư, giai đoạn bệnh có tổ liên quan đến chất lượng cuộc sống người bệnh. **Kết luận:** Thang đo PROMIS-29 phiên bản tiếng Việt có tính giá trị và độ tin cậy cao có thể áp dụng để đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư tại Việt Nam. Điểm tổng chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư khá tốt, vẫn đề mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ và ảnh hưởng của đau là vấn đề đáng quan tâm nhất.

Từ khóa: Thang đo Promis-29, chất lượng cuộc sống, người bệnh ung thư, tính giá trị, độ tin cậy.

SUMMARY

EVALUATION OF THE VALIDITY AND RELIABILITY OF THE V-PROMIS-29 SCALE IN ASSESSING QUALITY OF LIFE IN CANCER PATIENTS

Background: Cancer symptoms and side effects of treatment significantly affected patients' physical and mental health. This study evaluated the validity and applicability of the Vietnamese version of the PROMIS-29 scale in assessing the quality of life of cancer patients. **Objectives:** To assess the validity, reliability of the PROMIS-29 scale and evaluate the quality of life of cancer patients. **Methods:** The study employed a descriptive cross-sectional design. The PROMIS-29 quality of life scale was used, validated by six oncology experts, and tested on 128 cancer patients from February to May 2024. **Results:** The Vietnamese version of the PROMIS-29 scale demonstrated item-level content validity index (I-CVI) values of 0.83 or higher, a scale-level content validity index average (S-CVI/Ave) of 0.994 or higher, and a universal agreement (S-CVI/UA) of 0.966 for clarity, comprehensibility, and applicability. The scale's reliability coefficient was 0.928. Quality of life scores were: overall quality of life (126.27), physical function (17.28), social function (17.05), anxiety (5.88), depression (5.16), fatigue (8.5), sleep disturbance (9.39), pain interference (7.3), and pain intensity (2.77). Gender, personal activities, cancer type, cancer stage were related factor patient quality of life. **Conclusions:** The Vietnamese version of the PROMIS-29 scale has high validity and is suitable for assessing the quality of life of cancer patients in Vietnam. Overall quality of life scores among cancer patients were relatively good, but issues such as fatigue, sleep disturbances, and pain interference require the most attention. **Keywords:** PROMIS-2, Quality of Life, Cancer patient, Validity, Reliability

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư là bệnh mạn tính nguy hiểm với tỷ

lệ mắc tăng nhanh toàn cầu. Năm 2020, có 19,3 triệu ca mắc mới và 10 triệu ca tử vong trên thế giới, trong đó Việt Nam ghi nhận 182.563 ca mắc mới và 122.690 ca tử vong. Các triệu chứng như sụt cân, đau, suy mòn, và tác động từ khối u ảnh hưởng nặng nề đến sức khỏe thể chất và tinh thần người bệnh ung thư (NBUT). Phương pháp điều trị giúp kéo dài sự sống nhưng cũng làm giảm chất lượng cuộc sống (CLCS) người bệnh¹.

PROMIS-29 là thang đo do Viện Y tế Quốc gia Hoa Kỳ phát triển, đánh giá toàn diện CLCS qua nhiều khía cạnh như thể chất, lo âu, mệt mỏi, đau, rối loạn giấc ngủ và khả năng xã hội. Thang đo này đã được sử dụng rộng rãi ở nhiều quốc gia với độ tin cậy và tính giá trị cao. Tuy nhiên, tại Việt Nam, PROMIS-29 chưa được chuẩn hóa. Nghiên cứu này nhằm đánh giá khả năng ứng dụng thang đo PROMIS-29 phiên bản tiếng Việt trong đánh giá CLCS của NBUT².

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá tính giá trị, độ tin cậy của thang đo PROMIS-29 và chất lượng cuộc sống của người bệnh ung thư.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Dân số mục tiêu: NBUT tại Việt Nam.

Dân số chọn mẫu: NBUT tại bệnh viện Chợ Rẫy và bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM (CS1).

Tiêu chuẩn chọn vào. NB trên 18 tuổi, chẩn đoán bệnh từ 1 tháng trở lên, đã và đang điều trị ung thư tại khoa Hoá trị Ung thư, khoa Ngoại tiêu hoá của bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM; Trung tâm ung bướu của bệnh viện Chợ Rẫy. NB có khả năng đọc, viết và trả lời câu hỏi hoặc nghe và trả lời bằng câu hỏi (đối với NB không biết chữ).

Tiêu chuẩn loại ra. NB sử dụng chất kích thích, thuốc hướng thần, chống trầm cảm, lo âu trong thời gian thực hiện nghiên cứu. NB không đủ điều kiện sức khoẻ để trả lời bảng câu hỏi.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Tháng 11/2023 đến cuối tháng 11/2024

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Hoá trị ung thư, ngoại Tiêu hoá của bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM (CS1). Trung tâm Ung bướu của bệnh viện Chợ Rẫy TP HCM.

Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu sử dụng thiết kế cắt ngang mô tả.

Đánh giá tính giá trị nội dung bộ câu hỏi. Nhóm nghiên cứu đã thực hiện việc mua bản quyền thang đo (V- PROMIS-29) từ công ty Health Measures. Nghiên cứu đánh giá tính giá trị và độ tin cậy ở phiên bản tiếng Việt với đối

tượng là NB ung thư.

Đánh giá tính giá trị nội dung bộ câu hỏi của thang đo PROMIS-29 qua 6 chuyên gia gồm 2 tiến sĩ và 1 thạc sĩ Điều dưỡng, 2 tiến sĩ và 1 thạc sĩ bác sĩ điều trị ung thư trong lĩnh vực điều trị và chăm sóc NBUT có trình độ chuyên môn từ Thạc sĩ trở lên. Thang đo PROMIS-29 tiếng Việt được thử nghiệm trên 30 NBUT đáp ứng đúng tiêu chuẩn chọn mẫu để kiểm tra độ tin cậy (cỡ mẫu trung bình 30).

Tính giá trị nội dung của thang theo chỉ số (chỉ số giá trị nội dung của từng câu hỏi I-CVI, chỉ số giá trị nội dung của toàn bộ câu hỏi S-CVI). Nội dung đánh giá gồm 3 nội dung: tính rõ ràng, dễ hiểu, phù hợp và khả năng áp dụng. Các chuyên gia đánh giá theo thang Likert 4 mức độ tương ứng với (1) rất không đồng ý, (2) không đồng ý, (3) Đồng ý, (4) Rất đồng ý. I-CVI được tính bằng tỉ lệ giữa các chuyên gia đánh giá ở mức 3 hoặc 4/ tổng số chuyên gia. Để đạt yêu cầu thì phải có 5/6 chuyên gia đánh giá ở mức 3 hoặc 4. S-CVI được tính bằng S-CVI/UA và S-CVI/Ave.

Phân tích hệ số cronbach's alpha để đánh giá độ tin cậy của thang đo.

CLCS của NBUT với thang đo PROMIS-29

Cỡ mẫu:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot \frac{\sigma^2}{d^2}}{\sigma^2} = 80 \text{ (người)}.$$

Với tỷ lệ mất mẫu là 5% vậy cỡ mẫu $n = 80 + 4 = 84$ (người).

– σ là độ lệch chuẩn (kết quả nghiên cứu của Andre... M. Garratt (2021)⁶¹, $\sigma = 11.4$).

– d là mức sai số tuyệt đối chấp nhận, $d = 2.5$.

Quy trình thu thập số liệu. Sau khi có sự cho phép của lãnh đạo Bệnh viện và các khoa. Nghiên cứu viên đến tiếp cận NB theo danh sách thỏa mãn tiêu chí chọn lựa và cung cấp thông tin cho NB về nghiên cứu. Sau khi đồng ý, NB ký vào giấy chấp thuận. NB trả lời phiếu khảo sát khoảng 15-20 phút trong lúc chờ truyền thuốc hoá trị hay khi NB nghỉ ngơi tại phòng bệnh. NB nộp lại phiếu khảo sát và nghiên cứu viên kiểm tra thông tin, số lượng, lưu lại trong tệp hồ sơ.

Công cụ thu thập số liệu. Đánh giá đặc điểm cá nhân NB gồm 14 câu hỏi về. Đánh giá hoạt động cá nhân của NBUT bằng thang đo Barthel Activities of Daily Living Index của Mahoney và Barthel 1965, gồm 10 câu hỏi. Tổng điểm từ 0-60 là nhóm phụ thuộc, 61-100 là nhóm độc lập.

CLCS NB ung thư được đo bằng thang PROMIS-29-V, thang đo Likert scale gồm 29 câu hỏi chia thành 7 mục, mỗi mục gồm 4 câu theo

gồm: chức năng thể chất, lo âu, trầm cảm, sự kiệt sức, rối loạn giấc ngủ, khả năng tham gia vào các hoạt động xã hội, ảnh hưởng của cơn đau. Mức độ đau được xác định từ 0-10. Điểm của từng mục và tổng của thang đo được tính bằng tổng các câu. Đối với thang đo chức năng (chức năng thể chất, khả năng tham gia vào hoạt động xã hội) điểm càng cao càng tốt và đối với các triệu chứng (lo lắng, trầm cảm, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ và đau), điểm càng thấp càng tốt. Điểm CLCS tổng được tính sau khi đảo ngược các câu về triệu chứng. Điểm tổng CLCS càng cao CLCS càng tốt.

Phương pháp phân tích. Hiệu lực nội dung của thang đo gồm: I-CVI, S-CVI/UA, S-CVI/Ave và Modified Kappa (K).

I-CVI = $\frac{N}{A}$, A là số chuyên gia đánh giá ở mức độ 3, 4. N là tổng số chuyên gia. Lynn đã khuyến nghị hội đồng > 5 thì CVI là 0.83.⁶⁸ S-CVI/UA là tỷ lệ các mục được đánh giá đạt mức 3 hoặc 4. S-CVI/Ave là trung bình của tất cả I-CVI. Pc (Probability of chance occurrence): là xác suất xảy ra đồng thuận ngẫu nhiên.

$$Pc = \left[\frac{N!}{A!(N-A)!} \right] * 0.5^N$$

$$K = \frac{(I-CVI) - Pc}{(1 - Pc)}$$

CLCS người bệnh ung thư. Dữ liệu sẽ được đưa vào phần mềm SPSS 25.0 để thống kê mô tả.

Đặc điểm cá nhân NB được thống kê mô tả qua tần số và tỷ lệ. CLCS mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Phép kiểm phi tham số Mann Whitney và Kruskal Wallis để kiểm tra sự khác biệt về điểm số CLCS và các tiêu mục với đặc điểm người bệnh sử dụng. Phép kiểm có ý nghĩa thống kê với $\alpha=0.05$ với độ tin cậy 95%.

Y đức. Nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y dược TP.HCM (số 83/HĐĐĐ-ĐHYD), sự cho phép của ban lãnh đạo bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM, bệnh viện Chợ Rẫy và các khoa.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tính giá trị và độ tin cậy của thang đo PROMIS-29. Chỉ số giá trị nội dung của từng câu hỏi (I-CVI) trong thang đo có giá trị từ 0.83-1; trong đó câu thứ 4 "Bạn có thể đi đây đó làm việc vặt và mua sắm không?" có I-CVI là 0.83 về tính dễ hiểu. (Bảng 1)

Hệ số Kappa của từng câu trong bộ câu hỏi đều có giá trị là 1, trừ câu 4 là 0.812 do hệ số Pc (xác suất xảy ra đồng thuận ngẫu nhiên) của câu là 0.093. Tuy nhiên hệ số Kappa của câu vẫn nằm

trong giới hạn hoàn toàn đồng thuận. (Bảng 1)

Bảng 1: Chỉ số giá trị nội dung từng câu hỏi

	Rõ ràng				Dễ hiểu				Phù hợp và có thể áp dụng			
	A	I-CVI	Pc	K	A	I-CVI	Pc	K	A	I-CVI	Pc	K
Khả năng thể chất												
C1-C3	6	1	0.02	1	6	1	0.02	1	6	1	0.016	1
C4	6	1	0.02	1	5	0.83	0.09	1	6	1	0.016	1
Lo âu												
C5-C8	6	1	0.02	1	6	1	0.02	1	6	1	0.016	1
Trầm cảm												
C9-C12	6	1	0.02	1	6	1	0.02	1	6	1	0.016	1
Mệt mỏi												
C13-C16	6	1	0.02	1	6	1	0.02	1	6	1	0.016	1
Rối loạn giấc ngủ												
C17-C20	6	1	0.02	1	6	1	0.02	1	6	1	0.016	1
Khả năng xã hội												
C21-C24	6	1	0.02	1	6	1	0.02	1	6	1	0.016	1
Anh hưởng của đau												
C25-C29	6	1	0.02	1	6	1	0.02	1	6	1	0.016	1
Đau												
C29	6	1	0.02	1	6	1	0.02	1	6	1	0.016	1

Giá trị nội dung theo S-CVI/UA và S-CVI/Ave của mục lo âu, trầm cảm, mệt mỏi, rối loạn giấc ngủ, khả năng xã hội, ảnh hưởng của đau là 1 cho tính rõ ràng, dễ hiểu, phù hợp và có khả năng áp dụng. Đối với mục khả năng thể chất có S-CVI/Ave là 0.96 và S-CVI là 0.75 ở mức dễ hiểu, còn lại là 1 với tính rõ ràng, phù hợp và có thể áp dụng. Bộ câu hỏi có S-CVI/Ave là 0.99 và S-CVI/UA là 0.97 ở mức dễ hiểu, còn lại là 1 cho mục rõ ràng, phù hợp và có thể áp dụng. (Bảng 2)

Bảng 2: Chỉ số giá trị nội dung của từng mục và toàn bộ câu hỏi

		Rõ ràng	Dễ hiểu	Phù hợp và có thể áp dụng
Khả năng thể chất				
S-CVI	S-CVI/Ave	1	0.96	1
	S-CVI/UA	1	0.75	1
Lo âu				
S-CVI	S-CVI/Ave	1	1	1
	S-CVI/UA	1	1	1
Trầm cảm				
S-CVI	S-CVI/Ave	1	1	1
	S-CVI/UA	1	1	1
Mệt mỏi				
S-CVI	S-CVI/Ave	1	1	1
	S-CVI/UA	1	1	1
Rối loạn giấc ngủ				
S-CVI	S-CVI/Ave	1	1	1
	S-CVI/UA	1	1	1
Khả năng xã hội				
S-CVI	S-CVI/Ave	1	1	1
	S-CVI/UA	1	1	1
Anh hưởng của đau				

S-CVI	S-CVI/Ave	1	1	1
	S-CVI/UA	1	1	1
Bộ câu hỏi				
S-CVI	S-CVI/Ave	1	0.99	1
	S-CVI/UA	1	0.97	1

Độ tin cậy của thang đo PROMIS-29. Hệ số Cronbach's Alpha của cả thang đo là 0.93 và ở từng khía cạnh dao động trong khoảng từ 0.81-0.95, cho thấy thang đo PROMIS-29 có độ tin cậy cao. (Bảng 3)

Bảng 3: Hệ số Cronbach's alpha cho từng mục

Nội dung	Cronbach's Alpha
Khả năng thể chất	0.94
Sự lo âu	0.81
Trầm cảm	0.90
Sự mệt mỏi	0.87
Rối loạn giấc ngủ	0.81
Khả năng tham gia các hoạt động xã hội	0.95
Anh hưởng của đau	0.94
Toàn bộ câu hỏi	0.93

Điểm chất lượng cuộc sống của NBUT

Có 165 người bệnh ung thư tham gia đánh giá CLCS, điểm CLCS là 126.27 ± 16.68 , trong đó điểm thể chất (17.28 ± 4.19) và khả năng xã hội (17.05 ± 3.47) tốt nhất. Sự mệt mỏi (8.50 ± 3.15), rối loạn giấc ngủ (9.39 ± 3.40), ảnh hưởng của đau (7.30 ± 3.96) có điểm số khá cao so với vấn đề lo âu trầm cảm. CLCS chung của NBUT khá tốt. (Bảng 4)

Bảng 4: Điểm CLCS của NBUT (N=165)

CLCS	Trung bình	Độ lệch chuẩn
Khả năng thể chất	17.28	4.19
Sự lo âu	05.88	2.52
Trầm cảm	05.16	2.31
Sự mệt mỏi	08.50	3.15
Rối loạn giấc ngủ	09.39	3.40
Khả năng tham gia các hoạt động xã hội	17.05	3.47
Anh hưởng của đau	07.30	3.96
Đau	02.77	1.96
Tổng điểm	126.27	16.68

Đặc điểm cá nhân của NBUT và Môi liên quan giữa điểm số CLCS và đặc điểm

cá nhân của NBUT. Kết quả khảo sát 165 NBUT, nam (53.9%), trong đó 55.8% người từ 60 tuổi trở lên và trình độ học vấn dưới phổ thông trung học là 54.5%. Phần lớn NBUT hiện tại vẫn có công việc ổn định (56.4%), có nguồn thu nhập hàng tháng dưới 10 triệu đồng (83%). NBUT được chẩn đoán bệnh dưới 1 năm (89.1%) chiếm hơn $\frac{3}{4}$ dân số nghiên cứu, đa số là ung thư đại-trực tràng (60.6%). NBUT đang điều trị chủ yếu là phương pháp kết hợp phẫu thuật và hoá trị (44.9%). Bên cạnh đó, hầu hết NBUT không xác định chính xác giai đoạn bệnh (60.6%). Đa số NB vẫn độc lập trong thực hiện các hoạt động hằng ngày (93.3%).(Bảng 5)

Bảng 5: Môi liên quan giữa điểm CLCS và đặc điểm cá nhân của NBUT (N=165)

Thông tin chung	Tần số	Tỷ lệ (%)	Trung vị	Tứ phân vị (IQR)	P (post- hoc)
Loại					
Phổi ¹	19	11.6	120	100.00-134.00	0.027 ^b (1<4)
Vú ²	23	13.9	129	118.00-138.00	
Đại – Trực tràng ³	100	60.6	131	115.00-141.00	
Dạ dày ⁴	23	13.9	134	127.00-141.00	
Giới tính					
Nam	89	53.9	132.5	120.00-142.00	0.047 ^a
Nữ	76	46.1	127	112.50-138.00	
Nhóm tuổi					
Dưới 60	73	44.2	131.5	115.25-140.75	0.88 ^a
Từ 60 trở lên	92	55.8	130.5	118.00-139.00	
Trình độ học vấn					
<PTTH	90	54.5	128	113.75-138.00	0.08 ^a
≥PTTH	75	45.5	133.5	118.00-141.00	
Công việc					
Ổn định	93	56.4	130	117.00-138.00	0.05 ^b
Tạm thời	14	8.5	120	104.00-134.00	
Thất nghiệp	58	35.1	135.5	118.75-140.00	
Thu nhập					
<10 triệu đồng	137	83	131.5	115.25-139.00	0.44 ^a
10-30 triệu đồng	28	17	127.5	118.25-135.75	
Phương pháp điều trị					
Phẫu thuật	18	10.9	120	107.0-135.75	0.14 ^b
Hoá trị	54	32.7	129.5	118.0-138.00	
Phẫu thuật + hoá trị	74	44.9	132	113.5-140.50	
Khác	19	11.5	134	120.0-142.00	
Giai đoạn bệnh					
Giai đoạn 1 ¹	16	9.7	128	106.00-135.00	0.009 ^b
Giai đoạn 2 ²	19	11.5	123	118.00-136.00	4<5
Giai đoạn 3 ³	23	13.9	126	107.00-136.00	
Giai đoạn 4 ⁴	7	4.3	112	097.00-120.00	
Không xác định ⁵	100	60.6	134	120.00-141.00	
Hoạt động cá nhân					
Phụ thuộc	11	6.7	109	098.00-119.00	<0.001 ^a
Độc lập	154	93.3	132	119.50-139.00	
Thời gian bệnh					
≤ 1 năm	147	89.1	131	115.75-139.00	0.27 ^a
> 1 năm	18	10.9	122.5	118.00-135.25	

a: Mann-whitney U, b: Kruskal-Wallis

Điểm CLCS của NBUT dạ dày là cao nhất 134 (127-141) và thấp nhất là ung thư phổi 120 (100-134) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p=0.027$. NBUT không xác định được giai đoạn bệnh có mức điểm CLCS cao nhất 134 (120-141), và NBUT giai đoạn 4 có điểm CLCS thấp nhất là 112 (97-120) và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với ($p=0.009$). NBUT độc lập trong các hoạt động hằng ngày cũng cho thấy có CLCS là 132 (119.5-139) cao hơn ($p<0.001$) NBUT phụ thuộc 109 (98.-119) trong các hoạt động hằng ngày. CLCS ở nam giới 132.5 (120-142) cũng cao hơn rất nhiều so với CLCS của NBUT là nữ 127 (112.5-138), $p=0.047$. CLCS của NBUT có công việc tạm thời cũng thấp hơn so với NB có công việc ổn định.

IV. BÀN LUẬN

PROMIS-29 lần đầu được chuyển ngữ sang tiếng Việt với số lượng câu giữ nguyên như bản gốc, và đã được chỉnh sửa về từ ngữ theo góp ý từ các chuyên gia. Thang đo được đánh giá là rõ ràng, dễ hiểu và phù hợp cho bệnh nhân ung thư tại Việt Nam. Giá trị nội dung từng câu (I-CVI) đạt 1, chứng tỏ tính phù hợp cao để đo lường chất lượng cuộc sống (CLCS). Các câu

Độ tin cậy của các mục thang đo dao động từ 0.81 đến 0.95, tương đương với bản gốc tiếng Anh và tiếng Hàn của tác giả Ron D. Hays và cộng sự (2018)², tác giả Danbee và cộng sự (2022)³. Hệ số Cronbach's alpha của PROMIS-29 cao hơn thang đo SF-36 và QLQ-C30 tiếng Việt của tác giả Quyên Ngo-Metzger⁴.

Trong nghiên cứu này, điểm CLCS của NBUT về khả năng thể chất và tham gia vào các hoạt động xã hội cao hơn nhiều so với nghiên cứu của tác giả Youngha Kim trên đối tượng là NB mắc các bệnh về chi dưới⁵. Cho thấy NBUT có thể hoạt động cá nhân độc lập mà không cần sự trợ giúp. Hoạt động thể chất giúp cải thiện sức khỏe và giảm lo lắng.

Tuy nhiên, kết quả của nghiên cứu này cho thấy NBUT có điểm số cao về mệt mỏi và rối loạn giấc ngủ, phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ann M. Berger và Patrick Stone, cho thấy mệt mỏi là triệu chứng phổ biến nhất, đặc biệt ở giai đoạn muộn⁶. Sự khó chịu về thể chất, đau khổ, sợ hãi, lo lắng và trầm cảm ở bệnh nhân ung thư có liên quan đến chất lượng giấc ngủ. Khi NB có vấn đề rối loạn giấc ngủ cần được đánh giá nguy cơ trầm cảm vì vấn đề này thường đi đôi với nhau. Giấc ngủ bị xáo trộn gây ra rối loạn tâm trạng và là yếu tố gây ra trầm cảm.

Các triệu chứng lo âu, trầm cảm, rối loạn giấc ngủ trong nghiên cứu này có điểm số thấp

hơn trong nghiên cứu về CLCS người bệnh phổi mạn tính của Danbee và cộng sự (2021)³. Lo âu, trầm cảm là vấn đề thường xảy ra trên NBUT không phân biệt giai đoạn, loại ung thư, phương pháp điều trị.

Nam giới trong nghiên cứu này có điểm CLCS cao hơn nữ giới, phù hợp với nghiên cứu của tác giả Delara Laghousi⁷. NB điều trị kết hợp có CLCS cao hơn các phương pháp đơn lẻ, điều này có thể do các tác dụng phụ của điều trị ảnh hưởng lên CLCS của NBUT. Nghiên cứu của tác giả Đặng Thị Ngọc Dung và cộng sự cho rằng NB xạ trị, y học cổ truyền, không điều trị có CLCS kém hơn phẫu thuật hoặc kết hợp phẫu thuật và hóa trị do NB từ chối tuân theo kế hoạch điều trị của bác sĩ khiến bệnh nhân mất cơ hội được điều trị kịp thời và làm giảm CLCS⁸.

Hạn chế. Nghiên cứu chọn mẫu thuận tiện, không phân nhóm được từng bệnh ung thư theo giai đoạn nên không đánh giá được CLCS của NBUT theo từng giai đoạn của một loại bệnh.

V. KẾT LUẬN

Thang đo PROMIS-29 phiên bản tiếng Việt có giá trị cao (I-CVI $\geq 0,83$, S-CVI/Ave $\geq 0,994$, S-CVI/UA $\geq 0,966$) và độ tin cậy tốt (Cronbach's alpha = 0,928), đáp ứng các tiêu chí "rõ ràng", "dễ hiểu", "phù hợp và có thể áp dụng". Thang đo này phù hợp để đánh giá CLCS của NBUT tại Việt Nam.

Điểm CLCS trung bình của NBUT là 126,27, bao gồm: thể chất (17,28), lo âu (5,88), trầm cảm (5,16), mệt mỏi (8,5), rối loạn giấc ngủ (9,39), khả năng xã hội (17,05), ảnh hưởng của đau (7,3), cường độ đau (2,77). CLCS bị ảnh hưởng bởi các yếu tố cá nhân (giới tính, tuổi, học vấn, công việc, thu nhập, hoạt động cá nhân) và yếu tố bệnh (loại ung thư, phương pháp điều trị, giai đoạn, thời gian bệnh).

VI. LỜI CẢM ƠN

Chúng tôi xin chân thành cảm ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Đây là đề tài nhận được kinh phí tài trợ từ Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh theo hợp đồng số 58/2024/HĐ-ĐHYD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Roy PS, Saikia BJ. Cancer and cure: A critical analysis. Indian J Cancer. Jul-Sep 2016;53(3): 441-442. doi:10.4103/0019-509X.200658
2. Cella D, Riley W, Stone A, et al. The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS) developed and tested its first wave of adult self-reported health outcome item banks: 2005-2008. J Clin Epidemiol. Nov 2010; 63(11): 1179-94. doi:10.1016/j.jclinepi.

- 2010.04.011
3. **Kang D, Kim Y, Lim J, et al.** Validation of the Korean Version of the Patient-Reported Outcomes Measurement Information System 29 Profile V2.1 among Cancer Survivors. *Cancer Res Treat.* Jan 2022;54(1):10-19. doi:10.4143/crt.2020.1200
 4. **Ngo-Metzger Q, Sorkin DH, Mangione CM, Gandek B, Hays RD.** Evaluating the SF-36 Health Survey (Version 2) in Older Vietnamese Americans. *J Aging Health.* Jun 2008;20(4):420-36. doi:10.1177/0898264308315855
 5. **Kim Y, Kang D, Kang E, et al.** Psychometric validation of the Korean version of PROMIS 29 Profile V2.1 among patients with lower extremity problems. *BMC Sports Sci Med Rehabil.* Nov 24 2021; 13(1): 148. doi:10.1186/s13102-021-00374-1
 6. **Stone P, Candemi DE, Kandola K, et al.** Management of Fatigue in Patients with Advanced Cancer. *Curr Treat Options Oncol.* Feb 2023;24(2): 93-107. doi:10.1007/s11864-022-01045-0
 7. **Laghousi D, Jafari E, Nikbakht H, Nasiri B, Shamshirgaran M, Aminisani N.** Gender differences in health-related quality of life among patients with colorectal cancer. *J Gastrointest Oncol.* Jun 2019;10(3):453-461. doi:10.21037/jgo.2019.02.04
 8. **Ngoc Thi Dang D, Ngoc Thi Nguyen L, Thi Dang N, Quang Dang H, Ta TV.** Quality of Life in Vietnamese Gastric Cancer Patients. *Biomed Res Int.* 2019;2019:7167065. doi:10.1155/2019/7167065

MÔ TẢ HÌNH ẢNH SIÊU ÂM VIÊM RUỘT THỪA CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Nguyễn Thành Luân¹, Phạm Thị Thu Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh viêm ruột thừa cấp trên siêu âm. Đánh giá giá trị của siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng trước mổ là viêm ruột thừa. Được siêu âm bụng và giải phẫu bệnh tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Hải Dương. **Kết quả và kết luận:** Đặc điểm của viêm ruột thừa trên siêu âm bụng: Đường kính ruột thừa > 6mm chiếm 96,9%, thành ruột thừa dày >3mm chiếm 96,1%, 90,02 % các chất chứa trong lòng ruột thừa là dịch, thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa viêm chiếm 98%, dày thành manh tràng quanh gốc ruột thừa viêm là 35,3%. Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa: Tỷ lệ phát hiện đúng vị trí ruột thừa chiếm 81,2% trường hợp, nhóm kết luận viêm ruột thừa chiếm 82,2% với độ nhạy 82,3%, độ chính xác 79,7%, giá trị dự báo dương tính 96,2%.

Từ khóa: Viêm ruột thừa cấp

SUMMARY

DESCRIPTION OF ULTRASOUND IMAGING OF ACUTE APPENDICITIS AT HAI DUONG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: Describe the imaging characteristics of acute appendicitis on ultrasound. Evaluate the value of ultrasound in the diagnosis of acute appendicitis. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on patients clinically diagnosed with appendicitis before surgery. Underwent abdominal ultrasound and pathology at Hai Duong Provincial General Hospital. **Results and Conclusion:** Characteristics of

appendicitis on abdominal ultrasound: The diameter of the appendix >6mm in 96.9%, appendix wall thickness >3mm in 96.1%, 90.02% of the contents within the appendix lumen are fluid, peri-appendiceal fat infiltration in 98%, and cecal wall thickening around the appendix base in 35.3%. The correct detection rate of the appendix location is 81.2%, the group with a diagnosis of appendicitis accounts for 82.2%, with a sensitivity of 82.3%, accuracy of 79.7%, and a positive predictive value of 96.2%.

Keywords: Acute appendicitis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm ruột thừa là bệnh lý thường gặp nhất trong cấp cứu ngoại khoa ổ bụng. Bệnh gặp ở cả hai giới, với mọi lứa tuổi, mọi chủng tộc. Tỷ lệ viêm ruột thừa ở Mỹ là 250.000 ca/năm và ở Anh là 40.000 ca/năm [1],[2]. Ở Việt Nam tại bệnh viện Việt Đức viêm ruột thừa chiếm 53,8% (Tôn Thất Bách và cộng sự – 2004) số ca mổ cấp cứu bụng.

Viêm ruột thừa cấp có thể chẩn đoán bằng lâm sàng và xét nghiệm máu khi ruột thừa ở vị trí bình thường, biểu hiện toàn thân và tại chỗ rõ. Tuy nhiên những trường hợp không điển hình (biểu hiện lâm sàng không điển hình chiếm trên 30% [3]) hay ruột thừa ở vị trí bất thường việc chẩn đoán trở nên khó khăn.

Ngày nay nhờ sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật đã có nhiều phương pháp mới giúp hỗ trợ cho bác sĩ trong chẩn đoán viêm ruột thừa. Những phương pháp này giúp cải thiện đáng kể tỉ lệ chẩn đoán đúng và phát hiện sớm ruột thừa viêm, giảm tỉ lệ tử vong và biến chứng cho bệnh nhân. Trong đó, kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh như siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ngày càng thể hiện vai trò của mình với các nhà lâm sàng

¹Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thành Luân
Email: nguyenthanchuan27291@gmail.com
Ngày nhận bài: 2.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025
Ngày duyệt bài: 17.3.2025

học trong chẩn đoán viêm ruột thừa do độ chính xác cao, giá thành rẻ, dễ sử dụng có thể áp dụng ở hầu hết các bệnh viện[4],[5].

Hiện nay, trên thế giới và Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa. Tuy nhiên tại Hải Dương chưa có nghiên cứu được tiến hành nhằm đánh giá giá trị của siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân. Bệnh nhân được chẩn đoán lâm sàng trước mổ là viêm ruột thừa, được siêu âm ổ bụng và có kết quả giải phẫu bệnh tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương. Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đầy đủ được lưu trữ tại kho lưu trữ hồ sơ của Bệnh Viện đa khoa Tỉnh Hải Dương.

Tiêu chuẩn loại trừ. Phụ nữ có thai. Bệnh nhân không hợp tác. Bệnh nhân có rối loạn tâm thần. Hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin theo yêu cầu của bệnh án nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. Đối chiếu kết quả siêu âm ổ bụng với phẫu thuật và giải phẫu bệnh

Chọn mẫu: Áp dụng phương pháp chọn mẫu không xác suất (mẫu thuận tiện), lựa chọn tất cả các đối tượng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ tháng 10 năm 2019 đến tháng 3 năm 2020.

2.3. Phương tiện nghiên cứu

- Máy siêu âm ClearVue 650 của hãng Philips tại bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương, đầu dò Convex có tần số từ 2,5- 5MHz và Linear tần số từ 7-12MHz.

- Hồ sơ lưu trữ của các bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn tại kho lưu trữ hồ sơ bệnh viện đa khoa tỉnh Hải Dương.

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu thống kê được xử lý bằng phần mềm SPSS 16.0

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu

- Quá trình nghiên cứu đảm bảo không ảnh hưởng đến sức khỏe và quyền lợi của bệnh nhân.

- Các thông tin về bệnh nhân được mã hoá, nhập vào máy tính và được giữ bí mật.

- Đề tài nghiên cứu đã được hội đồng đạo đức của Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi tiến hành đánh giá một số chỉ số của ruột thừa trên 64 bệnh nhân.

Nghiên cứu của chúng tôi đã thu được kết quả sau: Có 62 bệnh nhân được chẩn đoán viêm ruột thừa sau phẫu thuật. Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $42,8 \pm 23,2$ tuổi, trong đó thấp nhất là 6 tuổi và cao nhất là 95 tuổi. Nữ chiếm tỷ lệ 51,6% và nam chiếm tỷ lệ 48,4% sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê $p > 0,05$.

3.2. Đặc điểm hình ảnh viêm ruột thừa trên siêu âm. Trong 64 bệnh nhân nghiên cứu có 56 bệnh nhân thấy được ruột thừa trên siêu âm chiếm 87,5%, 8 bệnh nhân không thấy ruột thừa trên siêu âm chiếm 12,5%.

Có 51 bệnh nhân chẩn đoán viêm ruột thừa trên siêu âm đúng với kết quả sau phẫu thuật.

3.2.1. Vị trí của ruột thừa trên siêu âm.

Trong số 56 bệnh nhân quan sát được ruột thừa trên siêu âm, có 52 bệnh nhân có vị trí đúng với kết quả phẫu thuật, trong đó tại vị trí hố chậu phải: 50 bệnh nhân chiếm 96%, sau manh tràng: 2 bệnh nhân chiếm 4%. Siêu âm không phát hiện thấy ruột thừa viêm ở các vị trí khác $P < 0,001$.

3.2.2. Đường kính ruột thừa viêm trên siêu âm

Bảng 1. Đường kính ruột thừa viêm trên siêu âm

ĐK ruột thừa viêm	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ phần trăm
>6mm	49	96,1%
≤6mm	2	3,9%
Tổng	51	100%

Nhận xét: Đường kính ruột thừa viêm trung bình là $9,32 \pm 2,03$ mm. Ruột thừa có đường kính nhỏ nhất là 5,5 mm và lớn nhất là 16 mm. Bệnh nhân có đường kính ruột thừa viêm > 6 mm là 49 chiếm 96,1%, bệnh nhân có đường kính ruột thừa ≤ 6 mm là 2 chiếm 3,9%. Với $P < 0,001$.

3.2.3. Độ dày thành ruột thừa viêm trên siêu âm

Bảng 2. Độ dày thành ruột thừa viêm trên siêu âm

Độ dày thành ruột thừa	Số lượng bệnh nhân	Tỉ lệ phần trăm
> 3mm	43	84,3%
≤ 3mm	8	15,7%
Tổng	51	100%

Nhận xét: Độ dày thành ruột thừa viêm trung bình là $3,23 \pm 0,998$ mm. Ruột thừa có độ dày thành nhỏ nhất là 1,9mm và lớn nhất là 5,6 mm.

Bệnh nhân có độ dày thành ruột thừa viêm ≤ 3 mm là 8 chiếm 15,7%, bệnh nhân có độ dày ruột thừa > 3 mm là 43 chiếm 84,3% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $P < 0,001$.

3.2.4. Chất chứa trong lòng ruột thừa viêm trên siêu âm

Bảng 3. Các chất chứa trong lòng ruột thừa viêm trên siêu âm

Chất chứa trong ruột thừa	Số lượng	%
Dịch	30	58,8
Khí	5	9,8
Dịch – Khí	2	3,9
Dịch - Sỏi	14	27,5
Dịch – Khí – Sỏi	0	0
Tổng	51	100%

Nhận xét: Chất chứa trong lòng ruột thừa viêm chủ yếu là dịch (> 90%). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $P < 0,001$.

3.2.5. Đặc điểm xung quanh ruột thừa viêm trên siêu âm**a. Thâm nhiễm mỡ****Bảng 4. Tỷ lệ thâm nhiễm mỡ xung quanh ruột thừa viêm trên siêu âm**

Thâm nhiễm mỡ	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ phần trăm
Có	50	98%
Không	1	2%
Tổng	51	100%

Nhận xét: Bệnh nhân có thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa viêm là 50 chiếm 98%, bệnh nhân không có thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa viêm là 1 chiếm 2% sự khác biệt có ý nghĩa thống kê $P < 0,001$.

b. Hạch viêm lân cận trên siêu âm**Bảng 5. Tỷ lệ hạch viêm lân cận trên siêu âm**

Hạch viêm lân cận	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ phần trăm
Có	33	64,7%
Không	18	35,3%
Tổng	51	100%

Nhận xét: Bệnh nhân có hạch viêm lân cận quanh ruột thừa viêm là 33 chiếm 64,7%, bệnh nhân không có hạch viêm lân cận quanh ruột thừa viêm là 18 chiếm 35,3%. Với $P < 0,05$.

c. Độ dày thành manh tràng của ruột thừa viêm trên siêu âm**Bảng 6. Độ dày thành manh tràng của ruột thừa viêm trên siêu âm**

Độ dày thành manh tràng	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ phần trăm
>5mm	18	35,3%
≤5mm	33	64,7%
Tổng	51	100%

Nhận xét: Độ dày thành manh tràng trung bình là $5,01 \pm 2,1$ mm. Manh tràng có độ dày thành nhỏ nhất là 2,2 mm và lớn nhất là 11 mm. Bệnh nhân có độ dày thành manh tràng ≤ 5 mm là 33 chiếm 64,7%, bệnh nhân có độ dày thành manh tràng > 5 mm là 18 chiếm 35,3% sự khác

biệt có ý nghĩa thống kê $P < 0,001$.

3.3. Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp so với kết quả sau phẫu thuật và giải phẫu bệnh**Bảng 7. Sự phù hợp của siêu âm trong chẩn đoán vị trí ruột thừa so với phẫu thuật**

PT	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Đúng vị trí	52	81,2
Sai vị trí	12	18,8
Tổng	64	100

Nhận xét: Số bệnh nhân được chẩn đoán đúng vị trí ruột thừa bằng siêu âm 52 chiếm 81,2%. Có 12 bệnh nhân có kết quả chẩn đoán vị trí trên siêu âm khác với kết quả sau mổ chiếm 18,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$.

Bảng 8. Kết luận của siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp

Chẩn đoán của SA	SA	
	Số lượng BN	Tỷ lệ %
VRT	53	94,6
Không VRT	3	5,4
Tổng	56	100

Nhận xét: 53 bệnh nhân được siêu âm đưa ra kết luận viêm ruột thừa chiếm tỷ lệ 94,6%, 3 bệnh nhân không viêm ruột thừa chiếm 5,4%.

Bảng 9. Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp so với giải phẫu bệnh

SA \ GPB	VRT	Không VRT	Tổng
Dương tính	51	2	53
Âm tính	11	0	11
Tổng	62	2	64

Nhận xét: Độ nhạy (Sn): 82%, độ chính xác (Acc): 79,6%, giá trị dự báo dương tính (PPV): 96,2%. Số bệnh nhân được chẩn đoán đúng viêm ruột thừa bằng siêu âm là 51 chiếm 79,7%, có 13 bệnh nhân có kết quả chẩn đoán trên siêu âm khác với kết quả sau mổ chiếm 20,3%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0,001$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu. Trong 62 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân nhỏ nhất là 6, cao tuổi nhất là 95 tuổi, tuổi trung bình là $40,39 \pm 19,41$ tuổi, hay gặp nhất là độ tuổi từ 16 - 59 và ít gặp hơn ở độ tuổi < 15 và > 60. Ở trẻ em ruột thừa hình tháp các nang bạch huyết mới bắt đầu tăng sinh để đạt cực đại ở tuổi trưởng thành, ở người già các tuyến và nang teo lại, niêm mạc biến thành mô sợi nên lòng ruột thừa rộng hơn nên ít bị tắc nghẽn và ít gây viêm ruột thừa.

Trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự

khác biệt về tỷ lệ viêm ruột thừa ở nam giới và nữ giới kết quả này cũng tương đồng với các báo cáo trước đây.

4.2. Đặc điểm hình ảnh của viêm ruột thừa cấp trên siêu âm

4.2.1. Quan sát thấy ruột thừa trên siêu âm. Theo Đinh Thu Hằng [6] nghiên cứu trên 158 bệnh nhân, tỉ lệ phát hiện được ruột thừa trên siêu âm 139 trường hợp chiếm 87,9%. Trong 64 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có 56 bệnh nhân thấy được ruột thừa trên siêu âm chiếm 87,5%, 8 bệnh nhân không thấy ruột thừa trên siêu âm chiếm 12,5%. Trong số bệnh nhân không quan sát được có 5 bệnh nhân được phẫu thuật khẳng định ruột thừa nằm ở các vị trí bất thường như sau manh tràng, dưới gan. Vậy ruột thừa không nằm ở vị trí bình thường cũng là một trong những nguyên nhân dẫn đến khó khăn trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp trên siêu âm. Ngoài ra trong quá trình thu thập số liệu chúng tôi thấy có những bệnh nhân chẩn đoán ban đầu là đau thượng vị hay đau bụng chưa rõ nguyên nhân cũng là lý do để siêu âm không chú ý tới tìm ruột thừa.

4.2.2. Vị trí ruột thừa viêm trên siêu âm. Trong 51 bệnh nhân viêm ruột thừa cấp chúng tôi thấy vị trí ruột thừa ở HCP có 50 bệnh nhân chiếm 98%, sau manh tràng: 1 bệnh nhân chiếm 2%, không quan sát thấy ruột thừa ở các vị trí khác. Theo Phạm Minh Đức [7] vị trí ruột thừa: 93,3% ở vị trí hố chậu phải, 1,9% nằm dưới gan phải và 4,8% nằm ở tiểu khung phải. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Sơn [8] 80,49% ruột thừa ở vị trí bình thường, 14,63% sau manh tràng, 4,88% ở dưới gan. Vị trí ruột thừa không nằm ở HCP cũng là một yếu tố không thuận lợi cho việc tìm kiếm ruột thừa trên siêu âm nhất là khi thành bụng bệnh nhân dày, nhiều hơi trong các quai ruột cản trở không nhỏ tới quá trình thăm khám.

4.2.3. Đường kính ruột thừa viêm trên siêu âm. Tiêu chuẩn kích thước là dấu hiệu quan trọng nhất trên siêu âm với độ nhạy được báo cáo 98%. Theo Thomas R và cs nếu đường kính ruột thừa đo được từ 6 mm trở lên thì khả năng chẩn đoán viêm ruột thừa với độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 68%, giá trị dương tính 63%, giá trị âm tính 100% và độ chính xác 79%. Theo Nguyễn Văn Sơn [8] nghiên cứu trên 82 bệnh nhân bị viêm ruột thừa cho kết quả 100% bệnh nhân viêm ruột thừa có đường kính > 6mm trong đó đường kính từ 6 - 10mm chiếm 82,93%. Theo Đinh Thu Hằng [6] tỉ lệ ruột thừa viêm có đường kính > 6mm chiếm tỉ lệ 87,8%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đường kính

ruột thừa > 6mm chiếm 96,9%, có 3,1% ruột thừa viêm có đường kính < 6mm. Đường kính ruột thừa là dấu hiệu trực tiếp để đánh giá ruột thừa có viêm hay không. Đường kính ruột thừa viêm trên siêu âm > 6mm, chỉ số này cũng được khẳng định trong nhiều nghiên cứu về hình thái ruột thừa viêm trên siêu âm[10]. Tuy nhiên, vẫn có 1 số trường hợp ruột thừa viêm có đường kính ≤ 6 mm, vì vậy ruột thừa tăng kích thước không phải là dấu hiệu duy nhất để chẩn đoán, cần phối hợp với các dấu hiệu khác nhằm giảm thiểu sai sót trong chẩn đoán.

4.2.4. Đặc điểm thành ruột thừa viêm trên siêu âm. Độ dày thành ruột thừa thường có liên quan mật thiết với đường kính ruột thừa. Ruột thừa bình thường có thành dày 1-2 mm, ruột thừa viêm có thành dày trên 3 mm[10]. Nghiên cứu 51 trường hợp thấy được ruột thừa trên siêu âm, chúng tôi thấy hầu hết có thành dày (chiếm 96,1%). Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của tác giả Đinh Thu Hằng tỉ lệ dày thành chiếm 89,9% và cao hơn Phạm Minh Đức [7] với độ dày của thành ruột thừa là 62,5%. Khi ruột thừa bị viêm thành ruột thừa phù nề xung huyết kèm theo hiện tượng tắc nghẽn mạch máu ruột thừa dẫn đến dày thành ruột thừa.

4.2.5. Chất chứa trong lòng ruột thừa viêm. Ruột thừa bình thường trong lòng chứa ít dịch, khí, ấn xẹp. Khi ruột thừa viêm làm thành ruột thừa phù nề, xuất tiết dịch vào trong lòng ruột thay thế dần khí. Nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ ruột thừa viêm chứa khí 9,8%, tỉ lệ chứa dịch trên siêu âm chiếm 90,2% trong đó tỉ lệ chứa dịch-sỏi 27,5%. Siêu âm có ưu điểm là khảo sát động được tình trạng ruột thừa như có thể ấn xẹp được ruột thừa, quan sát sự di chuyển của khí trong ruột thừa. Khi tình trạng viêm xảy ra gây tăng tiết dịch từ đó tăng áp lực trong lòng ruột thừa làm ruột thừa viêm căng tròn ấn không xẹp.

4.2.6. Các dấu hiệu viêm quanh ruột thừa trên siêu âm

a. Thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa trong viêm ruột thừa cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thâm nhiễm mỡ trên siêu âm chiếm 98%, 2% không thấy thâm nhiễm mỡ trong tổng số bệnh nhân viêm ruột thừa cấp. Theo nghiên cứu của Đinh Thu Hằng [6] tỉ lệ thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa là 82,3%. Thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa là dấu hiệu gợi ý quan trọng nhất để chẩn đoán viêm ruột thừa cấp, biểu hiện bằng hình ảnh thâm nhiễm các bờ mỡ quanh ruột thừa, đánh giá mức độ thâm nhiễm mỡ bằng cách so sánh đậm độ mỡ quanh ruột thừa

với đậm độ mỡ ở nơi nào đó trong vùng bụng chậu [42,7]. Trong 64 bệnh nhân được siêu âm có 1 bệnh nhân không được chẩn đoán viêm ruột thừa trên siêu âm nhưng có thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa sau phẫu thuật đã được giải phẫu bệnh trả lời có viêm ruột thừa. Như vậy đây cũng là một dấu hiệu gián tiếp có giá trị trong chẩn đoán viêm ruột thừa, là một dấu hiệu chỉ điểm gợi ý cho bác sĩ khi làm siêu âm sớm định hướng tới viêm ruột thừa tránh bỏ sót và tiết kiệm thời gian thăm khám.

b. Dày thành manh tràng quanh gốc ruột thừa viêm. Viêm manh tràng tạo nên do quá trình viêm từ ruột thừa lan vào thành manh tràng quanh gốc ruột thừa. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 35,3% bệnh nhân viêm ruột thừa cấp có dày thành manh tràng. Dày thành manh tràng gặp chủ yếu ở bệnh nhân có ruột thừa viêm sát gốc ruột thừa, những bệnh nhân có ruột thừa viêm khu trú ở thân hoặc đáy không quan sát thấy tăng kích thước thành manh tràng. Như vậy trong quá trình siêu âm nếu quan sát thấy dày thành đáy manh tràng ở những bệnh nhân đau bụng thì cần tìm và đánh giá kĩ ruột thừa.

c. Hạch viêm lân cận. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thấy hạch mạc treo trong viêm ruột thừa cấp chiếm 64,7%. Tỷ lệ này cao hơn so với kết quả của Đinh Thu Hằng (15,8%)

4.3. Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa

4.3.1. Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán vị trí ruột thừa: Trên siêu âm chúng tôi chẩn đoán đúng vị trí ruột thừa trong 81,2% trường hợp. Doãn Văn Ngọc [9] đưa ra tỉ lệ chẩn đoán đúng vị trí là 88%. Trong nghiên cứu của Đinh Thu Hằng [6] tỉ lệ chẩn đoán đúng vị trí ruột thừa trên siêu âm là 86,9%. Tỷ lệ chẩn đoán đúng thấp có thể do thời gian từ lúc siêu âm đến lúc phẫu thuật do nhu động của các quai ruột xung quanh hoặc áp lực ổ bụng khiến ruột thừa di chuyển khỏi vị trí ban đầu. Một nguyên nhân khác có thể là vấn đề kĩ thuật khi siêu âm không khảo sát hết được toàn bộ ruột thừa hoặc không tìm được ruột thừa do các biến thể giải phẫu của ruột thừa.

4.3.2. Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. Những năm gần đây siêu âm đã khẳng định được vị trí quan trọng trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp tính.

Trong nghiên cứu của chúng tôi siêu âm ổ bụng được tiến hành ở 100% bệnh nhân, hình ảnh ruột thừa viêm (hình ảnh ruột thừa ứ dịch, ấn không xẹp, cấu trúc một đầu tận đường kính > 6mm, có thâm nhiễm xung quanh) trên siêu

âm ở 51 bệnh nhân chiếm 98%, với độ nhạy 82,3%, độ chính xác 79,7%, giá trị dự báo dương tính 96,2%.

Theo Nguyễn Văn Sơn siêu âm có độ nhạy 97,6%, độ đặc hiệu 100%, độ chính xác 98% [7]. Kết quả của Trần Công Hoan nghiên cứu trên 127 bệnh nhân năm 2013, có độ nhạy 96,7%, độ đặc hiệu là 89,1%.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm của viêm ruột thừa trên siêu

âm: Đường kính ruột thừa >6mm chiếm 96,9%, thành ruột thừa dày >3mm chiếm 96,1%, 90,02% các chất chứa trong lòng ruột thừa là dịch, thâm nhiễm mỡ quanh ruột thừa viêm chiếm 98%, dày thành manh tràng quanh gốc ruột thừa viêm 35,3%.

Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán viêm ruột thừa

Tỉ lệ phát hiện đúng vị trí ruột thừa chiếm 81,2% trường hợp, nhóm kết luận viêm ruột thừa chiếm 82,2% với độ nhạy 82,3%, độ chính xác 79,7%, giá trị dự báo dương tính 96,2%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Deng, Y., et al.,** Seasonal and day of the week variations of perforated appendicitis in US children. *Pediatric surgery international*, 2010. 26(7): p. 691-696.
2. **Simpson, J., et al.,** Acute appendicitis—a benign disease? *The Annals of The Royal College of Surgeons of England*, 2008. 90(4): p. 313-316.
3. **Berry, J. & Malt, R. A.** (1984). Appendicitis near its centenary. *Ann Surg*, 200(5), 567-575.
4. **Puylaert, J. B.** (1986). Acute appendicitis: US evaluation using graded compression. *Radiology*, 158(2), 355-360.
5. **Rao, P. M., Rhea, J. T., Novelline, R. A., McCabe, C. J., Lawrason, J. N., Berger, D. L., et al.** (1997). Helical CT technique for the diagnosis of appendicitis: prospective evaluation of a focused appendix CT examination. *Radiology*, 202 (1), 139-144.
6. **Đinh Thu Hằng** (2017), Đánh giá giá trị của siêu âm và cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp đối chiếu với thang điểm Alvarado. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
7. **Phạm Minh Đức** (2017), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi 1 cổng trong điều trị viêm ruột thừa cấp. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược TƯ Huế.
8. **Nguyễn Văn Sơn** (2001), Nghiên cứu giá trị của siêu âm trong viêm ruột thừa qua đối chiếu lâm sàng. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
9. **Doãn Văn Ngọc** (2010), Nghiên cứu giá trị của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán viêm ruột thừa cấp. Luận văn Thạc sĩ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội, Hà Nội. 57
10. **Birnbaum, B.A. and S.R. Wilson.** (2000). Appendicitis at the millennium. *Radiology*. 215(2): p. 337-348.

SÂU RĂNG TRẺ EM VÙNG ĐÔNG NAM BỘ VIỆT NAM

Trịnh Đình Hải¹, Chu Thị Quỳnh Hương^{1,2},
Đinh Diệu Hồng¹, Trịnh Hải Anh^{1,2}

TÓM TẮT

Phân tích các số liệu và diễn biến sức khỏe răng miệng trẻ em vùng Đông Nam Bộ trong các thập kỷ qua để cung cấp các thông tin cần thiết cho kế hoạch dự phòng sâu răng cho trẻ em. Qua bàn luận các kết quả, chúng tôi rút ra các kết luận là: - Sau hai thập niên, tình trạng sâu răng sữa ở trẻ em 6 – 8 tuổi giảm xuống rõ rệt. - Trong hai thập niên qua, tình trạng sâu răng vĩnh viễn luôn gia tăng theo tuổi cả về tỷ lệ sâu và số răng sâu trung bình ở mỗi cá thể. - Sau hai thập niên, tình trạng sâu răng trẻ em vùng Đông Nam Bộ giảm xuống cả về tỷ lệ sâu và số răng sâu trung bình ở mỗi cá thể ở cả hàm răng sữa và hàm răng vĩnh viễn. - Tỷ lệ các răng sâu được điều trị bảo tồn rất thấp ở tất cả các nhóm tuổi, cả ở hàm răng sữa và hàm răng vĩnh viễn.

SUMMARY

CHILDREN'S CARIES IN SOUTHEAST REGION OF VIETNAM

We analyse the data of oral health of children in Southeast area over two decades to provide information for school-based dental preventive programme. The results show that: - After two decades, the situation of caries in the primary dentition of children reduced clearly. - In over last two decades, caries in permanent dentition increased by age both percentage of caries and dmft/DMFT. - After two decades, caries induced both percentage of career and dmft/DMFT both in the primary dentition and the permanent dentition. - The percentage of caries that have been filled in very low in all age group, both in primary dentition and permanent dentition.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vùng Đông Nam Bộ có sáu tỉnh, thành phố là Thành phố Hồ Chí Minh, Đồng Nai, Bà Rịa - Vũng Tàu, Bình Dương, Bình Phước và Tây Ninh. Vùng Đông Nam Bộ là khu vực có tỷ lệ dân số sống ở thành thị cao nhất cả nước do công nghiệp hóa nhanh. Các thay đổi phát triển kinh tế xã hội trong mấy thập kỷ qua kèm theo các thay đổi về môi trường, và nhiều yếu tố liên quan đến đời sống hằng ngày trong đó có các yếu tố liên quan đến sức khỏe răng miệng. Các yếu tố tác động tích cực đến sức khỏe răng miệng như các chương trình phòng bệnh, tuyên

truyền chăm sóc răng miệng, chương trình nha học đường... Nhưng cũng có các yếu tố liên quan đến nguy cơ sâu răng như mức độ tiêu thụ đường gia tăng nhanh ở thành thị... Vì vậy, chúng tôi tiến hành phân tích các thay đổi về diễn biến sâu răng ở trẻ em vùng Đông Nam Bộ để có các khuyến cáo phù hợp tăng cường sức khỏe răng miệng cho trẻ em.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phân tích các số liệu của hai lần điều tra sức khỏe răng miệng cho trẻ em vùng Đông Nam Bộ. Trong mỗi lần khám, các trẻ em được chọn ngẫu nhiên phân tầng nhiều giai đoạn. Sau khi chọn ngẫu nhiên các tỉnh là chọn ngẫu nhiên đến các huyện thị, sau đó chọn ngẫu nhiên đến các trường học. Tại mỗi trường, các em được chọn ngẫu nhiên dựa vào danh sách học sinh.

Các em đã được chọn, được khám đánh giá tình trạng sâu răng bởi các bác sĩ răng hàm mặt. Tất cả các bác sĩ tham gia khám răng miệng đều được tập huấn, định chuẩn để thống nhất cách đánh giá. Các trẻ em được khám răng miệng ở tư thế nằm ngửa trên bàn. Bác sĩ khám ngồi ở phía đầu, sử dụng nguồn ánh sáng tự nhiên phối hợp với đèn soi sợi quang học. Các bác sĩ sử dụng bộ khám răng miệng thông thường. Sử dụng chỉ số dmft/DMFT để đánh giá tình trạng sâu răng. Các số liệu sau khi thu thập, được xử lý theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Tình trạng sâu răng sữa. Các số liệu về tình trạng sâu răng sữa trẻ em vùng Đông Nam Bộ được trình bày ở các bảng 1 và 2.

Bảng 1. Sâu răng sữa ở trẻ em 6 – 8 tuổi

Năm	Tuổi	n	Tỷ lệ sâu (%)	dt	mt	ft	dmft
1999	6 – 8	110	88.2	5.52	0.56	0.03	5.71
2019	6 – 8	150	52.2	2.87	0.05	0.14	3.06

Kết quả ở bảng 1 cho thấy năm 1999, có 88.2% trẻ em 6 – 8 tuổi vùng Đông Nam Bộ có sâu răng sữa, trung bình mỗi em có 5.71 răng đã bị sâu. Sau 20 năm, tình trạng sâu răng sữa các trẻ em lứa tuổi này đã giảm xuống ($p < 0,05$) cả về tỷ lệ sâu và chỉ số dmft. Điều đáng lưu ý là năm 1999, chỉ có 0.53% các răng sâu được điều trị bảo tồn, sau hai thập niên thì tỷ lệ các răng sâu được điều trị bảo tồn tăng lên mức 4.58% nhưng vẫn là mức rất thấp. Như vậy, trong hai

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Đình Hải

Email: haitdnhos@yahoo.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

thập kỷ thì hầu hết các răng sữa sâu không được điều trị bảo tồn.

Bảng 2. Sâu răng sữa ở trẻ em 9–11 tuổi

Năm	Tuổi	n	Tỷ lệ sâu (%)	dt	mt	ft	dmft
1999	9 – 11	96	54.0	1.52	0.33	0.02	1.87
2019	9 – 11	99	34.4	1.86	0.11	0.06	2.04

Kết quả ở bảng 2 cho thấy năm 1999, trẻ em 9 – 11 tuổi vùng Đông Nam Bộ có tỷ lệ sâu răng sữa là 54.0%, trung bình mỗi trẻ em có 1.87 răng sữa đã bị sâu. Sau hai thập niên, tỷ lệ sâu răng sữa ở trẻ em lứa tuổi này giảm xuống mức 34.4% ($p < 0,05$) và trung bình mỗi em có 2.04 răng sữa đã bị sâu. Điều đáng lưu ý là tỷ lệ các răng sâu được điều trị ở cả hai thời điểm đều rất thấp, năm 1999 có 1.07% các răng sâu được điều trị, và năm 2019 có 2.94% các răng sâu được điều trị.

3.2. Tình trạng sâu răng vĩnh viễn trẻ em ở các nhóm tuổi. Tình trạng sâu răng vĩnh viễn ở trẻ em vùng Đông Nam Bộ được trình bày ở các bảng 3, 4, 5 và 6.

Bảng 3. Sâu răng vĩnh viễn ở trẻ em 6 – 8 tuổi

Năm	Tuổi	n	Tỷ lệ sâu (%)	DT	MT	FT	DMFT
1999	6 – 8	110	27.3	0.44	0.00	0.04	0.48
2019	6 – 8	111	38.5	0.45	0.01	0.02	0.35

Kết quả ở bảng 3 cho thấy năm 1999 trẻ em 6 – 8 tuổi vùng Đông Nam Bộ có 27.3% bị sâu răng vĩnh viễn và trung bình mỗi em có 0.48 răng vĩnh viễn đã bị sâu. Sau hai thập niên, năm 2019, tỷ lệ sâu răng ở trẻ em lứa tuổi này là 38.5% và trung bình mỗi em có 0.35 răng vĩnh viễn đã bị sâu. Năm 1999, có 8.33% các răng sâu được điều trị bảo tồn. Sau hai thập niên, có 5.71% các răng sâu được điều trị bảo tồn.

Bảng 4. Sâu răng vĩnh viễn ở nhóm tuổi 9 – 11 tuổi

Năm	Tuổi	n	Tỷ lệ sâu (%)	DT	MT	FT	DMFT
1999	9 – 11	103	56.4	0.12	0.03	0.09	1.24
2019	9 – 11	138	47.9	1.32	0.00	0.10	1.42

Kết quả ở bảng 4 cho thấy năm 1999 trẻ em 9 – 11 tuổi vùng Đông Nam Bộ có tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn là 56.4% và trung bình mỗi em có 1.24 răng vĩnh viễn đã bị sâu. Sau hai thập niên, năm 2019 tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn ở trẻ em lứa tuổi này là 47.9% và trung bình mỗi em có 1.42 răng đã bị sâu. Tỷ lệ các răng vĩnh viễn sâu được điều trị bảo tồn năm 1999 là 7.26% và năm 2019 là 7.04%.

Bảng 5. Sâu răng vĩnh viễn ở nhóm tuổi 12 – 14 tuổi

Năm	Tuổi	n	Tỷ lệ sâu (%)	DT	MT	FT	DMFT
1999	12 – 14	91	64.5	1.57	0.08	0.17	1.82
2019	12 – 14	169	58.9	2.23	0.04	0.25	2.52

Kết quả ở bảng 5 cho thấy năm 1999 trẻ em 12 – 14 tuổi vùng Đông Nam Bộ có tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn là 64.5% và trung bình mỗi em có 1.82 răng sâu. Năm 2019 tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn ở trẻ em lứa tuổi này là 58.9% và trung bình mỗi em có 2.52 răng vĩnh viễn đã bị sâu. Tỷ lệ các răng vĩnh viễn sâu được điều trị năm 1999 là 9.34% và năm 2019 là 9.92%.

Bảng 6. Sâu răng vĩnh viễn ở nhóm tuổi 15 – 17 tuổi

Năm	Tuổi	n	Tỷ lệ sâu (%)	DT	MT	FT	DMFT
1999	15 – 17	88	88.2	2.31	0.34	0.45	3.10
2019	15 – 17	144	50.0	2.21	0.06	0.37	2.65

Kết quả ở bảng 6 cho thấy năm 1999 trẻ em 15 – 17 tuổi vùng Đông Nam Bộ có 88.2% bị sâu răng vĩnh viễn. Sau hai thập niên, tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn trẻ em lứa tuổi này giảm xuống 50.0% ($p < 0,05$), và trung bình mỗi em có 2.65 răng đã bị sâu. Tỷ lệ các răng vĩnh viễn sâu được điều trị bảo tồn năm 1999 là 14.52% và năm 2019 là 13.96%.

3.3. Sâu răng vĩnh viễn trẻ em ở các lứa tuổi then chốt. Tình trạng sâu răng vĩnh viễn ở trẻ em ở các lứa tuổi then chốt được trình bày ở các bảng 7 và 8.

Bảng 7. Sâu răng vĩnh viễn ở trẻ em 12 tuổi

Năm	Tuổi	n	Tỷ lệ sâu (%)	DT	MT	FT	DMFT
1999	12	42	40.9	1.27	0.04	0.04	1.35
2019	12	55	57.9	1.80	0.05	0.49	2.34

Kết quả ở bảng 7 cho thấy năm 1999 trẻ em 12 tuổi vùng Đông Nam Bộ có 40.9% bị sâu răng vĩnh viễn, trung bình mỗi em có 1.35 răng sâu. Sau hai thập niên, đến năm 2019 thì tỷ lệ sâu răng vĩnh viễn ở trẻ em nhóm tuổi này tăng lên 57.9% và trung bình mỗi em có 2.34 răng đã bị sâu ($p < 0,05$).

Về điều trị phục hồi sâu răng, năm 1999 có 2,96% các răng sâu được điều trị, năm 2019 có 20.94% các răng sâu được điều trị ($p < 0,05$).

Bảng 8. Sâu răng vĩnh viễn ở trẻ em 15 tuổi

Năm	Tuổi	n	Tỷ lệ sâu (%)	DT	MT	FT	DMFT
1999	15	35	72.0	1.65	0.22	0.00	1.87
2019	15	43	44.8	1.35	0.01	0.16	1.52

Kết quả ở bảng 8 cho thấy năm 1999 trẻ em 15 tuổi ở vùng Đông Nam Bộ có 72.0% bị sâu

răng và trung bình mỗi em có 1.87 răng đã bị sâu. Năm 2019, tỷ lệ sâu răng trẻ em lứa tuổi này ở đây giảm xuống còn 44.8% và trung bình mỗi em có 1.52 răng sâu. Về điều trị phục hồi, năm 1999 tỷ lệ các răng sâu được điều trị là 0.00%. Năm 2019 thì tỷ lệ này là 10.53%.

Về tiến triển của tình trạng sâu răng vĩnh viễn theo tuổi, kết quả ở các bảng 3, 4, 5 và 6 cho thấy năm 1999 tình trạng sâu răng vĩnh viễn tăng dần theo tuổi qua bốn nhóm tuổi là các nhóm 6 – 8 tuổi, 9 – 11 tuổi, 12 – 14 tuổi và 15 – 17 tuổi với các tỷ lệ sâu răng tương ứng là 27.3%, 56.4%, 64.5% và 88.2%. Số răng sâu trung bình ở mỗi nhóm tuổi (DMFT) cũng tăng dần qua bốn nhóm tuổi nói trên là 0.48, 1.24, 1.82 và 3.10. Cũng tương tự như năm 1999, năm 2019 cũng có tình trạng gia tăng sâu răng vĩnh viễn theo tuổi qua ba nhóm tuổi với các tỷ lệ sâu răng lần lượt là 38.5%, 47.9%, 58.9%, và số răng sâu trung bình ở mỗi cá thể tăng theo nhóm tuổi lần lượt là 0.35, 4.42, 2.52, và 2.65.

IV. KẾT LUẬN

- Trong hai thập niên, tình trạng sâu răng sữa ở trẻ em 6 – 8 tuổi giảm xuống rõ rệt.

- Trong hai thập niên qua, tình trạng sâu răng vĩnh viễn luôn gia tăng theo tuổi cả về tỷ lệ sâu và số răng sâu trung bình ở mỗi cá thể.

- Sau hai thập niên, tình trạng sâu răng trẻ em vùng Đông Nam Bộ giảm xuống cả về tỷ lệ sâu và số răng sâu trung bình ở mỗi cá thể, cả ở hàm răng sữa và hàm răng vĩnh viễn.

- Tỷ lệ các răng sâu được điều trị bảo tồn rất thấp ở cả các nhóm tuổi, cả hàm răng sữa và hàm răng vĩnh viễn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Đình Hải, Nguyễn Hồng Minh, Trần Cao Bình.** National Oral Health Survey of Vietnam 2019. Medical publishing house. Hanoi 2019.
2. **Trịnh Đình Hải, Đào Ngọc Phong.** Phương pháp nghiên cứu dịch tễ học lâm sàng trong nha khoa. NXB Y học. 2014.
3. **Tran Van Truong, Trịnh Đình Hải, Lam Ngọc An et al.** National Oral Health Survey of Vietnam 2001. Medical publishing house. Hanoi 2002.
4. **Trịnh Đình Hải.** Dự phòng sâu răng cộng đồng bằng fluor. NXB Y học. 2014.
5. **Trịnh Đình Hải.** Oral Health promotion for school children in Vietnam. Medical publishing house. Hanoi 2011.

ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ CỦA ĐIỆN CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN HỖN HỢP LO ÂU VÀ TRẦM CẢM THỂ KHÍ UẤT HÓA HÓA

Lê Đình Việt¹, Trần Phương Đông¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị của điện châm trong điều trị rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm thể khí uất hóa hỏa. **Phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp tiến cứu, chọn mẫu có chủ đích, can thiệp lâm sàng, có so sánh trước và sau khi điều trị, có đối chứng. Trong nghiên cứu, chúng tôi lựa chọn cỡ mẫu tối thiểu là 60 bệnh nhân, chia làm hai nhóm. Nhóm I (Nhóm chứng): Điều trị bằng phác đồ YHHĐ. Nhóm II (Nhóm nghiên cứu): Điều trị bằng phác đồ YHHĐ + Điện châm. **Kết quả:** Về mức độ lo âu thuyên giảm theo thang điểm HARS nhóm can thiệp có 58,3% bệnh nhân thuyên giảm tốt khi không có rối loạn lo âu, 48% bệnh nhân có thuyên giảm và 1,7% số bệnh nhân không thuyên giảm. Với nhóm đối

chứng số bệnh nhân thuyên giảm tốt là 45%, thuyên giảm trung bình là 40% và số bệnh nhân không thuyên giảm là 15%. Về mức độ thuyên giảm trầm cảm theo thang điểm HDRS thì nhóm can thiệp mức độ thuyên giảm tốt là 60%, mức độ thuyên giảm trung bình là 35%, và không thuyên giảm là 5%, đối với nhóm đối chứng, thuyên giảm tốt là 46,7%, trung bình là 35% và không thuyên giảm là 18,3%. **Kết luận:** Phương pháp điện châm có hiệu quả tốt hỗ trợ điều trị rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm thể khí uất hóa hỏa. **Từ khóa:** Lo âu, Trầm cảm, Điện châm

SUMMARY

EVALUATION OF THE THERAPEUTIC SUPPORT EFFECT OF ELECTROACUPUNCTURE IN THE TREATMENT OF MIXED DISORDER OF ANXIETY AND DEPRESSION IN THE FIRE-BURNING TYPE

Objective: To evaluate the therapeutic support effect of electroacupuncture in the treatment of mixed disorder of anxiety and depression in the stagnation of qi produce the fire-blurring type. **Research method:** The research design was conducted according to the prospective method, purposeful sampling, clinical intervention, comparison before and after treatment,

¹Bệnh viện Châm cứu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Phương Đông

Email: dongmaitom@yahoo.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

and control. In the study, we selected a minimum sample size of 60 patients. divided into two groups. Group I (Control group): Treatment with the traditional medicine regimen. Group II (Research group): Treatment with the western medicine + Electroacupuncture regimen. **Results:** Regarding the level of anxiety relief according to the HARS scale, the intervention group had 58.3% of patients with good relief without anxiety disorders, 48% of patients with relief and 1.7% of patients with no relief. In the control group, the number of patients with good relief was 45%, the average relief was 40% and the number of patients with no relief was 15%. Regarding the level of relief according to the HDRS scale, the intervention group had a good level of relief of 60%, the average level of relief was 35%, and the number of patients with no relief was 5%. In the control group, the good level of relief was 46.7%, the average was 35% and the number of patients with no relief was 18.3%. **Conclusion:** The electroacupuncture method is effective in supporting the treatment of mixed anxiety disorder and depression in the stagnation of qi produce the fire-blurring type.

Keywords: Anxiety, Depression, Electroacupuncture

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm là một rối loạn thường gặp trong cộng đồng và trong thực hành lâm sàng. Trên thế giới tỷ lệ mắc bệnh từ khoảng 0.8 – 1.7% dân số, chiếm từ 10 đến 20% người bệnh nội trú tại các cơ sở chuyên khoa tâm thần

Y học cổ truyền với hàng nghìn năm kinh nghiệm, rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm nằm trong phạm vi chứng uất gồm các thể can khí uất kết, khí uất hóa hỏa, khí trệ đàm uất, tâm tỳ hư... trong đó thể khí uất hóa hỏa chiếm tỷ lệ cao. Các triệu chứng của bệnh được điều trị có hiệu quả bằng phương pháp dùng thuốc hoặc không dùng thuốc như châm cứu, cấy chỉ, xoa bóp bấm huyệt. Với mục đích mang lại một phương pháp điều trị có hiệu quả, ít tác dụng không mong muốn, chúng tôi quyết định tiến hành nghiên cứu "Đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị của điện châm trong điều trị rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm thể khí uất hóa hỏa" với mục tiêu sau:

1. Đánh giá tác dụng hỗ trợ điều trị của điện châm trong điều trị rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm thể khí uất hóa hỏa.

2. Tác dụng không mong muốn của phương pháp can thiệp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: BN từ 18 tuổi trở lên, được chẩn đoán rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm (F41.2) theo tiêu chuẩn ICD – 10 đáp ứng đầy đủ tiêu chuẩn lựa chọn theo YHCT

và YHCT và không có tiêu chuẩn loại trừ

- Tuân thủ đủ liệu trình 40 lần điện châm (56 ngày điều trị)

*** Tiêu chuẩn chọn BN theo Y học hiện đại**

- Theo tiêu chuẩn của bảng phân loại bệnh tật quốc tế ICD 10, tham khảo tiêu chuẩn DSM IV-TR™2000 với các biểu hiện:

- Điểm theo thang đánh giá lo âu Hamilton (HARS) từ 8 → 19 điểm. Điểm theo thang đánh giá trầm cảm Hamilton (HDRS) từ 8 → 18 điểm. Điểm theo Test Beck từ 14 → 29 điểm

- Thời gian xuất hiện triệu chứng trên 1 tháng và dưới 1 năm

*** Tiêu chuẩn chọn BN theo Y học cổ truyền.** Bệnh nhân được chẩn đoán bệnh danh theo YHCT là chứng uất thuộc thể Khí uất hóa hỏa

*** Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân có lo âu và lo lắng quá mức, không có triệu chứng thần kinh thực vật

- Triệu chứng trầm cảm lo âu kéo dài trên 1 năm. Có ý tưởng tự sát rõ rệt

- Bệnh nhân có bệnh lý thực thể ảnh hưởng đến động chức năng não, tổn thương thực thể não kèm theo (Chụp MRI sọ não có tổn thương thực thể, điện não đồ...)

- Không tuân thủ quy trình điều trị

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Từ tháng 4/2023 đến tháng 09/2024 tại Bệnh viện Châm cứu Trung ương và Bệnh viện Tâm thần Hà Nội

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu

- Được tiến hành theo phương pháp tiền cứu, chọn mẫu có chủ đích, can thiệp lâm sàng, có so sánh trước và sau khi điều trị, có đối chứng

2.3.2. Cỡ mẫu nghiên cứu. Trong nghiên cứu, chúng tôi lựa chọn cỡ mẫu tối thiểu là 60 bệnh nhân chi 2 nhóm

+ Nhóm I (Nhóm chứng): Điều trị bằng phác đồ YHHĐ

+ Nhóm II (Nhóm nghiên cứu): Điều trị bằng phác đồ YHHĐ + Điện châm

2.4. Phương tiện nghiên cứu

Công thức huyệt hỗ trợ điều trị rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm theo thể YHCT, khí uất hóa hỏa:

- Châm tả các huyệt

+ Bách hội

+ Thượng tinh

+ Thái dương

+ Phong trì

+ Hợp cốc

+ Đại chùy

- + Nội quan
- + Thần môn
- Châm bổ các huyết
- + Huyết hải
- + Tam âm giao
- + Quan nguyên
- + Khí hải
- Kim châm cứu: Có 2 loại kim 0,3x25 và 0,3x40 làm bằng thép không gỉ
- Máy điện châm M8 do Bệnh viện Châm cứu Trung ương sản xuất
- Bộ câu hỏi: Câu hỏi phỏng vấn thu thập thông tin được xây dựng dựa trên tiêu chuẩn chẩn đoán ICD 10, tham khảo DSM - IV-TR™2000. Thang đánh giá mức độ lo âu, thang đánh giá mức độ trầm cảm Hamilton, test Zung, test Beck.

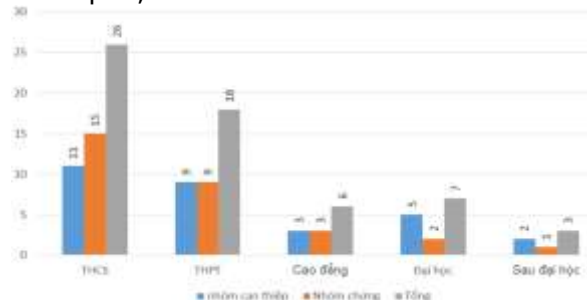
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Phân bố tuổi bệnh nhân nghiên cứu

Tuổi	Nhóm can thiệp (1)		Nhóm đối chứng (2)		Tổng		p(1-2)
	n	%	n	%	n	%	
18-39	9	30	8	26,6	17	28,3	0,256 >0,05
40-60	10	33,3	19	63,3	29	48,3	
>60	11	36,6	3	10	14	23,3	
Tổng	30	100%	30	100%	60	100%	
Tuổi TB	54,83 ± 15,68		53,12 ± 11,60		53,97 ± 13,63		0,497 >0,05

Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 53,97 ± 13,63 tuổi, tuổi thấp nhất là 18 tuổi, tuổi cao nhất là 80 tuổi. Nhóm tuổi từ 40 – 60, độ tuổi trung niên, chiếm tỉ lệ cao nhất 45,8%. Sự khác biệt giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng không có ý nghĩa thống kê với p>0,05



Biểu đồ 3.1 Phân bố trình độ học vấn bệnh nhân

Nhận xét: Nhóm có trình độ học vấn trung học cơ sở chiếm tỉ lệ cao nhất, tới 43,3 %, trình độ trung học phổ thông chiếm 30% đứng thứ 2. Tính chung nhóm chỉ học hết phổ thông, không học tiếp lên cao đẳng hay đại học chiếm 73,3%.

Có sự tương đồng về trình độ học vấn giữa hai nhóm nghiên cứu, với p > 0,05

Bảng 3.2. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Giới	Nhóm can thiệp (1)		Nhóm đối chứng (2)		Tổng		p(1-2)
	n	%	n	%	n	%	
Nam	6	20%	7	23,3%	13	21,6 %	0,827 >0,05
Nữ	24	80%	23	76,7%	47	78,4%	
Tổng	30	100%	30	100%	60	100%	

Nhận xét: Tỉ lệ bệnh nhân nữ trong nghiên cứu vượt trội với 78,4% trong khi tỉ lệ nam là 21,6%. Phân bố bệnh nhân theo giới giữa nhóm can thiệp và nhóm đối chứng là tương đồng nhau với p > 0,05

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm trước điều trị

3.2.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.3. Thời gian mắc bệnh

Thời gian (tháng)	Nhóm can thiệp (1)		Nhóm đối chứng (2)		Tổng		p ₍₁₋₂₎
	n	%	n	%	n	%	
1 - 3	7	11,7%	8	13,3%	15	12,5%	0,562 >0,05
4 - 6	14	23,3%	8	13,3%	22	18,3%	
7 - 9	3	5%	3	5 %	6	5 %	
10 - 12	36	60%	41	68,3%	77	64,2%	
TB	8,97 ± 3,47		9,08 ± 3,57		9,03 ± 3,51		

Nhận xét: Thời gian mắc bệnh chủ yếu rơi vào quãng thời gian từ 10 – 12 tháng chiếm 64,2%, đặc biệt khoảng thời gian 12 tháng chiếm tỉ lệ cao, gần 50%. Thời gian bệnh nhân phát hiện và điều trị sớm trong khoảng 1-3 tháng chiếm 12,5%. Thời gian mắc bệnh trung bình là 9,03 ± 3,51 tháng. Không có sự khác biệt về thời gian mắc bệnh giữa hai nhóm với p > 0,05.

3.2.2. Đặc điểm lâm sàng nhóm triệu chứng rối loạn lo âu

Bảng 3.4. Đặc điểm triệu chứng lo âu

Triệu chứng	Nhóm Can thiệp (1)		Nhóm Đối chứng (2)		Tổng		p(1-2)
	n	%	n	%	n	%	
Trạng thái lo âu	30	100	30	100	60	100	>0,05
Mất kiểm chế	26	88,3	26	88,3	52	86,6	>0,05
Cáu kỉnh	27	93,3	27	91,7	54	90	>0,05
Căng thẳng	21	73,3	18	60	39	65	>0,05

Nhận xét: Với nhóm triệu chứng lo âu, triệu chứng nào cũng có bệnh nhân, thấp nhất là triệu chứng căng thẳng có 39 bệnh nhân có triệu chứng, chiếm 65%, trạng thái lo âu với chủ đề không rõ ràng có ở 100% bệnh nhân, đây cũng

là triệu chứng nằm trong tiêu chuẩn chẩn đoán, có lo âu và có ít nhất một triệu chứng hoạt động quá mức hệ thần kinh tự trị. Các triệu chứng thuộc nhóm triệu chứng lo âu xuất hiện khá tương đồng trên bệnh nhân nhóm can thiệp và nhóm đối chứng, với $p > 0,05$.

Bảng 3.5. Thời gian tồn tại của cơn lo âu

Thời gian	Nhóm can thiệp (n=30) Phút ($\bar{X} \pm SD$)	Nhóm đối chứng (n=30) Phút ($\bar{X} \pm SD$)	p
Ngắn nhất	52,33 $\pm$ 11,53	50,17 $\pm$ 10,29	0,56 > 0,05
Dài nhất	107,08 $\pm$ 17,01	105,67 $\pm$ 12,57	0,605 > 0,05

Nhận xét: Thời gian cơn lo âu tồn tại mà bệnh nhân cảm nhận được, cơn ngắn nhất ở nhóm can thiệp kéo dài 52,33 $\pm$ 11,53 phút, ở nhóm đối chứng là 50,17 $\pm$ 10,29 phút. Cơn lo âu dài nhất ở nhóm can thiệp là 107,08 $\pm$ 17,01 và nhóm đối chứng là 105,67 $\pm$ 12,57. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm với $p > 0,05$.

3.3. Hiệu quả hỗ trợ điều trị một số thể rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm của điện châm.

3.3.1. Hiệu quả điều trị triệu chứng lo âu

Bảng 3.6. Hiệu quả điều trị theo chỉ số thang điểm HARS

Thời điểm	Nhóm can thiệp (1) (n=30) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm đối chứng (2) (n=30) $\bar{X} \pm SD$	$p_{(1-2)}$
D0	21,4 $\pm$ 2,74	20,85 $\pm$ 2,67	0,268 > 0,05
D14	19,53 $\pm$ 2,16	19,55 $\pm$ 2,15	0,966 > 0,05
D28	17,20 $\pm$ 1,93	18,25 $\pm$ 2,05	0,051 > 0,05
D42	14,47 $\pm$ 2,32	16,03 $\pm$ 2,05	0,000 < 0,05
D56	11,43 $\pm$ 2,32	14,48 $\pm$ 2,05	0,000 < 0,05
p			
P(D0-D14)	< 0,01	< 0,01	
P(D0-D28)	< 0,01	< 0,01	
P(D0-D42)	< 0,01	< 0,01	
P(D0-D56)	< 0,01	< 0,01	

Nhận xét: Đánh giá theo thang điểm lo âu Hamilton (HARS) thì tại thời điểm D14, D28, D42, D56 cả hai nhóm đều có sự thuyên giảm có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$. Với điểm đánh giá tại thời điểm D0 của nhóm can thiệp là 21,4 $\pm$ 2,74 giảm còn 11,43 $\pm$ 2,32 tại thời điểm D56, tương tự với nhóm đối chứng giảm từ 20,85 $\pm$ 2,67 xuống còn 14,48 $\pm$ 2,05.

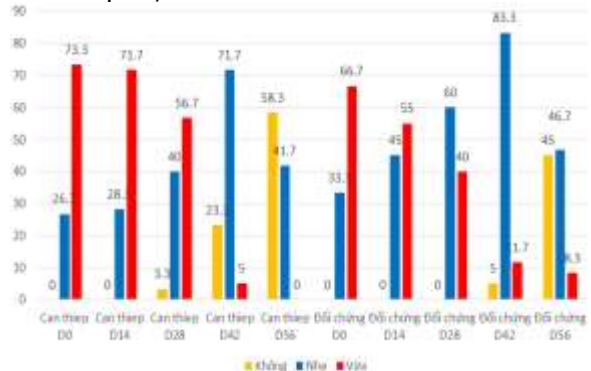
3.3.2. Hiệu quả điều trị triệu chứng trầm cảm

Bảng 3.7. Hiệu quả điều trị triệu chứng

trầm cảm qua thang điểm HDRS

Thời điểm	Nhóm can thiệp (1) (n=30) $\bar{X} \pm SD$	Nhóm đối chứng (2) (n=30) $\bar{X} \pm SD$	$p_{(1-2)}$
D0	16,1 $\pm$ 2,41	15,33 $\pm$ 2,13	0,067 > 0,05
D14	14,48 $\pm$ 2,67	14,10 $\pm$ 2,04	0,379 > 0,05
D28	12,7 $\pm$ 2,71	12,78 $\pm$ 2,16	0,853 > 0,05
D42	9,87 $\pm$ 2,57	11,17 $\pm$ 2,32	0,04 < 0,05
D56	7,47 $\pm$ 2,65	9,27 $\pm$ 2,99	0,001 < 0,05
P(D0 - D14)	< 0,01	< 0,01	
P(D0 - D28)	< 0,01	< 0,01	
P(D0 - D42)	< 0,01	< 0,01	
P(D0 - D56)	0,000 < 0,01	0,000 < 0,01	

Nhận xét: Tại thời điểm D0, D14, D28, D42, đã có sự cải thiện rõ rệt tình trạng trầm cảm theo thang điểm HDRS với $p < 0,01$. Tiếp tục duy trì cải thiện triệu chứng trầm cảm ở thời điểm D56 với $p < 0,01$.



Biểu đồ 3.2. Mức độ trầm cảm theo thang điểm HDRS

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở mức độ trầm cảm qua thang điểm HDRS ở thời điểm D28, D42, D56 giữa 2 nhóm, với $p < 0,05$.

3.4. Khảo sát tác dụng không mong muốn của điện châm hỗ trợ điều trị rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm

Khảo sát tác dụng không mong muốn của điện châm trên lâm sàng. Các tác dụng không mong muốn khác thường xuất hiện ở những ngày đầu can thiệp và ổn định ở các ngày kế tiếp. Các tác dụng không mong muốn chính bao gồm tình trạng đau, chảy máu, sưng/phù nề tại nơi điện châm được mô tả dưới đây.

Bảng 3.8. Tình trạng đau sau can thiệp điện châm (n=30)

Mức độ đau theo VAS	Số lượng	Tỷ lệ %
1 điểm	3	11,7
2 điểm	2	6,7
3 điểm	1	3,3
Tổng	6	21,7

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

4.1.1. Đặc điểm tuổi của bệnh nhân nghiên cứu. Theo bảng 3.1. độ tuổi bệnh nhân mắc rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm trong nghiên cứu từ 18 đến 80 tuổi. Độ tuổi hay bắt gặp nhất là từ 40 đến 60 tuổi chiếm tới 48,3%. Đây là độ tuổi lao động, có kinh nghiệm và giữ nhiều trọng trách trong xã hội. Đó là lí do khiến đối tượng trong độ tuổi này mắc rối loạn lo âu và trầm cảm nhiều nhất. Việc đối tượng này mắc bệnh khiến xã hội và gia đình chịu nhiều gánh nặng về kinh tế cũng như ổn định cuộc sống.

4.1.2. Đặc điểm giới của bệnh nhân nghiên cứu. Theo bảng 3.2, trong nghiên cứu tỉ lệ nam chiếm 21,6% và nữ chiếm tới 78,4%, như vậy nữ chiếm gấp hơn 3 lần nam. Tỉ lệ này khá phổ biến trong các nghiên cứu về rối loạn lo âu lan tỏa, rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm hay rối loạn trầm cảm.

4.1.3. Đặc điểm trình độ học vấn của bệnh nhân nghiên cứu. Theo bảng 3.3, trong nghiên cứu bệnh nhân có trình độ học hết trung học cơ sở chiếm tỉ lệ cao nhất 43,3%, tiếp theo là bệnh nhân có trình độ trung học phổ thông chiếm tỉ lệ 30%, tính chung đối tượng không học tiếp lên đại học hay cao đẳng chiếm tới 75,9%, trong hoàn cảnh xã hội Việt Nam hiện nay việc học tiếp sau khi tốt nghiệp phổ thông phổ biến thì đây là tỉ lệ khá cao và có ý nghĩa,

4.2. Hiệu quả điều trị rối loạn lo âu

4.2.1. Qua thang điểm Hamilton dành cho rối loạn lo âu (HARS). Theo bảng 3.8, cả hai nhóm nghiên cứu đều có sự cải thiện điểm số theo thang điểm HARS ở ngày D14 với nhóm can thiệp là từ $21,4 \pm 2,74$ ngày D0 xuống còn $19,53 \pm 2,16$, với nhóm đối chứng đó là từ $20,85 \pm 2,67$ xuống còn $19,55 \pm 2,15$, sự cải thiện này tiếp tục có ý nghĩa thống kê ở thời điểm D28, D42, D56.

4.2.2. Hiệu quả hỗ trợ điều trị của điện châm với rối loạn trầm cảm thông qua thang điểm Hamilton dành cho rối loạn trầm cảm (HDRS). Theo bảng 3.11. Điểm số theo thang điểm HDRS cải thiện qua các thời điểm đánh giá, sự cải thiện này có ý nghĩa thống kê ngay tại thời điểm D14 và tiếp tục tại thời điểm D28, D42, D56. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm đến vào thời điểm D42 và D56 với $p < 0,05$.

Thang điểm đánh giá mức độ trầm cảm Hamilton (HDRS) là thang điểm khá tin cậy để đánh giá tình trạng bệnh lí của bệnh nhân, giúp

các triệu chứng trên lâm sàng có thể lượng giá được.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu điều trị 60 bệnh nhân chia làm 2 nhóm mỗi nhóm 30 bệnh nhân nghiên cứu và đối chứng chúng tôi rút ra kết luận như sau

Xét về mức độ thuyên giảm theo thang điểm HARS chứng lo âu, nhóm can thiệp có 58,3% bệnh nhân thuyên giảm tốt khi không có rối loạn lo âu, 48% bệnh nhân có thuyên giảm và 1,7% số bệnh nhân không thuyên giảm. Với nhóm đối chứng số bệnh nhân thuyên giảm tốt là 45%, thuyên giảm trung bình là 40% và số bệnh nhân không thuyên giảm là 15%.

Xét về mức độ thuyên giảm theo thang điểm HDRS chứng trầm cảm thì nhóm can thiệp mức độ thuyên giảm tốt là 60%, mức độ thuyên giảm trung bình là 35%, và không thuyên giảm là 5%, đối với nhóm đối chứng, thuyên giảm tốt là 46,7%, trung bình là 35% và không thuyên giảm là 18,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Thị Thanh Hương.** (2018). Một số yếu tố liên quan tới lo âu, trầm cảm ở bệnh nhân ung thư vú tại Hà Nội. Tạp chí nghiên cứu y học,, 113(4), tr. 139-141.
2. **Phạm Thị Thu.** (2017). Đặc điểm lâm sàng trầm cảm, lo âu ở bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. Tạp chí y – dược học quân sự, 42(1), tr. 89-91.
3. **World Health Organization (WHO).** (1992). The ICD 10 (pp. 116 - 117). Geneva.
4. **Trần Hữu Bình** (2003). Nghiên cứu rối loạn trầm cảm ở những người có bệnh lý dạ dày - ruột thực thể và chức năng. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Hardeveld F, S. J.** (2014). Increased cortisol awakening response was associated with time to recurrence of major depressive disorder. Psychoneuroendocrinology, 50: 62–71. Kendler. (1987). Symptoms of anxiety and symptoms of depression: same gene, different
6. **Đinh Đăng Hòe.** (2000). Rối loạn lo âu. Bài giảng chuyển đề tâm thần học tr 28 - 31. Đại học Y Hà Nội.
7. **Bộ Y tế** (2020). Rối loạn hỗn hợp lo âu và trầm cảm. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp. tr 136 – 140. Nhà xuất bản Y học
8. **Bộ Y tế** (2015). Điện châm. Hướng dẫn quy trình khám bệnh, chữa bệnh chuyên ngành Châm cứu. tr 10-14. Nhà xuất bản Y học.
9. **Bộ Y tế (2020).** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh theo y học cổ truyền, kết hợp y học cổ truyền với y học hiện đại, tập 1. Nhà xuất bản Y học
10. **Nguyễn Kim Việt.** (2009). Lâm sàng và điều trị các rối loạn lo âu. Bộ môn tâm thần học, Đại học Y Hà Nội.

NGHIÊN CỨU MẬT ĐỘ XƯƠNG TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÍP 2

Võ Hoàng Thuận¹, Nguyễn Thanh Huân¹,
Nguyễn Thanh Vy¹, Nguyễn Đức Công²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khảo sát mật độ xương và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân cao tuổi có và không có đái tháo đường típ 2. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân ≥ 60 tuổi đến khám tại phòng khám Nội cơ xương khớp và phòng khám Lão khoa tại bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024. **Kết quả:** Bệnh nhân cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2 có mật độ xương cao hơn so với nhóm không có đái tháo đường típ 2 ($0,819 \pm 0,19$ g/cm² so với $0,751 \pm 0,16$ g/cm², $p = 0,004$). Bệnh nhân cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2 có tình trạng đồng mắc nhiều bệnh mạn tính hơn (đặc biệt là tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, bệnh tim thiếu máu cục bộ), tình trạng đa thuốc, phụ thuộc các hoạt động sống hằng ngày, tình trạng suy yếu cao hơn so với nhóm không có đái tháo đường típ 2. Phân tích hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy các yếu tố liên quan đến mật độ xương là tuổi ($\beta = -0,263$; $p < 0,001$), giới tính nữ ($\beta = -0,284$; $p < 0,001$), chiều cao ($\beta = 0,159$; $p = 0,014$), BMI ($\beta = 0,239$; $p < 0,001$), đái tháo đường típ 2 ($\beta = 0,222$; $p < 0,001$). **Kết luận:** mật độ xương ở bệnh nhân cao tuổi đái tháo đường típ 2 cao hơn so với nhóm chứng. Tuổi và giới tính nữ có tương quan nghịch với mật độ xương. Chiều cao, BMI và đái tháo đường típ 2 có tương quan thuận với mật độ xương.

Từ khóa: mật độ xương, loãng xương, đái tháo đường típ 2, người cao tuổi.

SUMMARY

BONE MINERAL DENSITY STUDY IN OLDER ADULTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS

Objective: Study the relationship between bone mineral density (BMD) and related factors in older adults with and without type 2 diabetes mellitus (T2DM). **Subjects and Methods:** Older adults aged ≥ 60 years visiting the Rheumatology and Geriatrics clinics at University of Medicine Center, Ho Chi Minh City, from September 2024 to December 2024. Data was collected using a survey questionnaire, including measurements of height and weight, biochemical tests and BMD. **Results:** Older adults with T2DM had higher BMD compared to those without T2DM (0.819 ± 0.19 g/cm² vs. 0.751 ± 0.16 g/cm², $p = 0.004$). Most older adults with T2DM had a higher incidence of comorbidities (particularly hypertension, dyslipidemia

and ischemic heart disease), polypharmacy, dependence on activities of daily living (ADLs) and frailty compared to those without T2DM. Multivariate linear regression analysis revealed that factors associated with BMD included age ($\beta = -0.263$; $p < 0.001$), female gender ($\beta = -0.284$; $p < 0.001$), height ($\beta = 0.159$; $p = 0.014$), BMI ($\beta = 0.239$; $p < 0.001$) and T2DM ($\beta = 0.222$; $p < 0.001$). **Conclusion:** BMD in older adults with T2DM is higher than in those without T2DM. Age and female gender are inversely correlated with BMD, while height, BMI and T2DM are positively correlated with BMD.

Keywords: Bone mineral density, osteoporosis, type 2 diabetes mellitus, older adult.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loãng xương là một rối loạn chuyển hóa của bộ xương đặc trưng bởi giảm khối lượng xương và phá hủy cấu trúc vi mô xương, do đó làm tăng sự mỏng manh của xương và tăng nguy cơ gãy xương. Gãy xương do loãng xương là một vấn đề nghiêm trọng của y tế vì gây đau đớn, tàn phế, giảm chất lượng cuộc sống, tăng nguy cơ tử vong và là gánh nặng lớn về kinh tế cho xã hội. Đái tháo đường (ĐTĐ) típ 2 ảnh hưởng đến hoạt động của nhiều cơ quan trong cơ thể trong đó có sức khỏe xương. Bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có nguy cơ gãy xương cao gấp 3 lần¹. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã tìm hiểu mối quan hệ của mật độ xương và đái tháo đường típ 2, tuy nhiên các nghiên cứu riêng biệt trên bệnh nhân cao tuổi vừa mới được chú ý trong thời gian gần đây. Tại Việt Nam, chỉ có nghiên cứu mật độ xương trên bệnh nhân ĐTĐ típ 2, chưa chú ý ở nhóm người cao tuổi (≥ 60 tuổi). **Mục tiêu:**

- Khảo sát đặc điểm của mật độ xương của bệnh nhân cao tuổi có và không có ĐTĐ típ 2.
- Khảo sát các yếu tố liên quan với mật độ xương trên bệnh nhân cao tuổi có và không có ĐTĐ típ 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Thời gian thực hiện: từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân ≥ 60 tuổi đến khám tại phòng khám Nội cơ xương khớp và phòng khám Lão khoa, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

2.4. Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu 2 trung bình.

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân

Email: huannguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

$$n_1 \geq \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 (\sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r})}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

$$n_2 = n_1 \times r$$

Trong đó: - Sai lầm loại 1 (α): 0,05. Sai lầm loại 2 (β): 0,1.

- μ_1, σ_1 : trung bình, độ lệch chuẩn của mật độ xương ở nhóm ĐĐT típ 2.

- μ_2, σ_2 : trung bình, độ lệch chuẩn của mật độ xương ở nhóm không có ĐĐT típ 2.

- r là tỉ số giữa nhóm không ĐĐT típ 2 và nhóm ĐĐT típ 2.

Trong các nghiên cứu liên quan trên thế giới, nghiên cứu của tác giả Hayón-Ponce² có giá trị $\mu_1 = 1,05$; $\sigma_1 = 0,2$; $\mu_2 = 0,9$; $\sigma_2 = 0,52$; $r = 2$. Cỡ mẫu chúng tôi tính được tối thiểu là 246 người, trong đó có 82 bệnh nhân ĐĐT típ 2 và 164 bệnh nhân không có ĐĐT típ 2.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu liên tục.

2.6. Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tiêu chuẩn nhận vào: bệnh nhân ≥ 60 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu và được đo mật độ xương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu nhận được 246 bệnh nhân ≥ 60 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Chung (n=246)	Đái tháo đường típ 2		p
		Có (n=82)	Không (n=164)	
Tuổi (năm) ^a	70,1 $\pm$ 6,5	70,3 $\pm$ 6,5	69,9 $\pm$ 6,5	0,622 [*]
Giới, n (%)				1,000 [†]
Nữ	207 (84,1)	69 (84,1)	138 (84,1)	
Nam	39 (15,9)	13 (15,9)	26 (15,9)	
Chiều cao (cm) ^a	154,9 $\pm$ 6,2	155,2 $\pm$ 6,4	154,7 $\pm$ 6,1	0,552 [*]
Cân nặng (kg) ^a	52,6 $\pm$ 8,8	55,4 $\pm$ 9,0	56,1 $\pm$ 9,8	0,566 [*]
BMI (kg/m ²) ^{a,b}	22,6 $\pm$ 3,5	22,9 $\pm$ 3,4	23,4 $\pm$ 3,8	0,351 [*]
Bệnh đi kèm, n (%)				
Tăng huyết áp	161 (65,4)	73 (89)	88 (53,7)	< 0,001 [†]
Rối loạn mỡ máu	151 (61,4)	72 (87,8)	79 (48,2)	< 0,001 [†]
Suy tim mạn	3 (1,2)	2 (2,4)	1 (0,6)	0,218 [†]
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	35 (14,2)	22 (26,8)	13 (7,9)	< 0,001 [†]

^{*}Kiểm định Chi bình phương; [†]Kiểm định Fisher; ^{*}Kiểm định t; ^aTrung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn

Nhận xét: Không có sự khác biệt về độ tuổi, giới tính, BMI ở hai nhóm. Nhóm ĐĐT típ 2 có tỷ lệ đồng mắc tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, bệnh tim thiếu máu cục bộ cao hơn nhóm chứng ($p < 0,001$).

Bảng 2. Đặc điểm mật độ xương tại cổ xương đùi và cột sống thắt lưng trên người cao tuổi có và không có đái tháo đường típ 2

Đặc điểm	Chung (n=246)	Đái tháo đường típ 2		p
		Có (n=82)	Không (n=164)	
Tại cổ xương đùi				
Mật độ xương (g/cm ²) ^a	0,563 $\pm$ 0,11	0,581 $\pm$ 0,12	0,554 $\pm$ 0,1	0,071 [*]
T-score ^a	-1,82 $\pm$ 0,9	-1,66 $\pm$ 0,97	-1,89 $\pm$ 0,86	0,061 [*]
Phân loại, n (%)				0,194 [†]
Bình thường	42 (17,1)	19 (23,2)	23 (14)	
Thiếu xương ^b	135 (54,9)	41 (50)	94 (57,3)	

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân được chẩn đoán loãng xương thứ phát: sử dụng các hormone sinh dục, các thuốc chứa corticocorticoid, cường giáp, cường cận giáp, hội chứng cushing, suy thượng thận mạn, bệnh lý rối loạn hấp thu, bệnh tạo xương bất toàn, suy sinh dục, đái tháo đường típ 1, bệnh nhân đang điều trị loãng xương.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân sẽ được thu thập thông tin bằng phiếu thu thập số liệu, đo chiều cao và cân nặng, ghi nhận kết quả xét nghiệm sinh hóa, kết quả mật độ xương đo bằng phương pháp đo hấp thụ tia X năng lượng kép (DEXA – dual energy X-ray absorptiometry) tại vị trí: cột sống thắt lưng (L1 – L4), cổ xương đùi.

2.8. Xử lý số liệu. Số liệu được lưu trữ bằng phần mềm excel và xử lý bằng phần mềm SPSS.

2.9. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 1834/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 06 tháng 08 năm 2024.

Loãng xương ^c	69 (28)	22 (26,8)	47 (28,7)	
Tại cột sống thắt lưng				
Mật độ xương (g/cm ²) ^a	0,774 ± 0,18	0,819 ± 0,19	0,751 ± 0,16	0,004 [†]
T-score ^a	-1,78 ± 1,63	-1,36 ± 1,77	-1,99 ± 1,51	0,004 [†]
Phân loại, n (%)				0,115 [†]
Bình thường	60 (24,4)	24 (29,3)	36 (22)	
Thiếu xương	92 (37,4)	34 (41,5)	58 (35,4)	
Loãng xương	94 (38,2)	24 (29,2)	70 (42,6)	
Tại 2 vị trí cổ xương đùi và cột sống thắt lưng				
Phân loại, n (%)				0,360 [†]
Bình thường	24 (9,8)	11 (13,4)	13 (7,9)	
Thiếu xương	108 (43,9)	36 (43,9)	72 (43,9)	
Loãng xương	114 (46,3)	35 (42,7)	79 (48,2)	

[†]Kiểm định chi bình phương; *Kiểm định t; ^aTrung bình ± Độ lệch chuẩn

^bThiếu xương khi $-2,5 < T\text{-score} \leq -1$; ^cLoãng xương khi $T\text{-score} \leq -2,5$

Nhận xét: Mật độ xương tại cổ xương đùi ở nhóm ĐTĐ típ 2 có xu hướng cao hơn nhóm chứng, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,071$).

Mật độ xương tại cột sống thắt lưng ở nhóm ĐTĐ típ 2 cao hơn nhóm chứng ($p = 0,004$).

Tỷ lệ thiếu xương, loãng xương của dân số nghiên cứu là 43,9% và 46,3%.

Bảng 3. Đặc điểm các yếu tố liên quan của mật độ xương trên người cao tuổi có và không có đái tháo đường típ 2

Đặc điểm	Chung (n = 246)	Đái tháo đường típ 2		p
		Có (n = 82)	Không (n = 164)	
Hút thuốc lá, n (%)	36 (14,6)	11 (13,4)	25 (15,2)	0,702 [†]
Uống rượu bia, n (%)	17 (6,9)	4 (4,9)	13 (7,9)	0,374 [†]
Hoạt động thể lực, n (%)	101 (41,1)	42 (51,2)	59 (36)	0,022 [†]
Té ngã trong 12 tháng, n (%)	24 (9,8)	11 (5,3)	13 (7,9)	0,171 [†]
Tiền căn gãy xương, n (%)	15 (6,1)	3 (3,7)	12 (7,3)	0,258 [†]
Số bệnh đồng mắc ^a	4,6 ± 2,0	5,9 ± 1,9	3,9 ± 1,7	<0,001 [†]
Đa bệnh, n (%)	242 (98,4)	82 (100)	160 (97,6)	0,304 [*]
Số thuốc đang sử dụng ^a	7,3 ± 3,0	8,8 ± 3,2	6,5 ± 2,6	<0,001 [†]
Đa thuốc, n (%)	202 (82,1)	75 (91,5)	127 (77,4)	0,007 [†]
Hoạt động sống cơ bản hằng ngày (ADL), n (%)				0,008 [†]
Độc lập	226 (91,9)	70 (85,4)	156 (95,1)	
Phụ thuộc	20 (8,1)	12 (14,6)	8 (4,9)	0,008 [†]
Hoạt động chức năng sinh hoạt hằng ngày (IADL), n (%)				0,039 [†]
Độc lập	167 (67,9)	49 (59,8)	118 (72)	
Phụ thuộc	79 (32,1)	33 (41,8)	46 (28)	0,053 [†]
Suy yếu, n (%) ^b	22 (8,9)	14 (17,1)	8 (4,9)	0,002 [†]
Nguy cơ suy dinh dưỡng, n (%) ^c	63 (25,6)	24 (29,3)	39 (23,8)	
Suy dinh dưỡng, n (%) ^c	8 (3,3)	4 (4,9)	4 (2,4)	
Thiếu cơ, n (%) ^d	47 (19,1)	21 (25,6)	26 (15,9)	0,067 [†]

[†]Kiểm định chi bình phương; *Kiểm định Fisher; ^{*}Kiểm định t; ^aTrung bình ± Độ lệch chuẩn;

^bCó suy yếu khi suy yếu mức độ trung bình trở lên theo thang điểm CFS;

^cĐánh giá dinh dưỡng theo thang điểm MNA-SF; ^dĐánh giá thiếu cơ theo thang điểm SARC-F

Nhận xét: Nhóm ĐTĐ típ 2 có tỷ lệ hoạt động thể lực, số bệnh đồng mắc, số thuốc đang sử dụng, tình trạng đa thuốc, phụ thuộc ADL, suy yếu cao hơn nhóm chứng ($p < 0,05$).

Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người cao tuổi có đái tháo đường típ 2

Đặc điểm	n (%)	Đái tháo đường típ 2
Thời gian mắc bệnh (năm) ^a	82 (100)	6,7 ± 5,1
< 5 năm	36 (43,9)	2,2 ± 1,1
5 – 9 năm	20 (24,4)	6,9 ± 1,2
≥ 10 năm	26 (31,7)	12,7 ± 3,5
Đường huyết đói (mmol/L) ^a	79 (100)	8,18 ± 5,06

HbA1c (%) ^a	78 (100)	7,8 ± 1,9
Kiểm soát đường huyết ^a	78 (100)	
Kiểm soát tốt: HbA1c < 7%	25 (32,1)	6,3 ± 0,4
Kiểm soát khá tốt: HbA1c 7 – 7,9%	27 (34,6)	7,4 ± 0,3
Kiểm soát kém: HbA1c ≥ 8%	26 (33,3)	9,7 ± 0,4

^aTrung bình ± Độ lệch chuẩn**Nhận xét:** đường huyết đói trung bình là 8,18 ± 5,06 mmol/L. HbA1c máu trung bình là 7,8 ± 1,9%.**Bảng 5. Mối liên quan giữa mật độ xương tại cột sống thắt lưng với một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi**

	Hồi quy tuyến tính đơn biến		Hồi quy tuyến tính đa biến	
	Hệ số hồi quy β	p	Hệ số hồi quy β	p
Tuổi	-0,127	0,046	-0,061	0,266
Giới tính nữ	-0,514	< 0,001	-0,452	< 0,001
Chiều cao	0,422	< 0,001	0,17	0,005
Cân nặng	0,395	< 0,001	-	-
BMI	0,21	0,001	0,253	< 0,001
Hút thuốc lá	0,48	< 0,001	-	-
Uống rượu bia	0,319	< 0,001	-0,027	0,418
Hoạt động thể lực	0,043	0,505	-	-
Tiền căn gãy xương	-0,093	0,144	-	-
Tê ngã	-0,46	0,475	-	-
ĐTĐ típ 2	0,184	0,004	0,222	< 0,001
Tăng huyết áp	-0,012	0,852	-	-
Rối loạn mỡ máu	0,048	0,454	-	-
Suy tim mạn	0,039	0,539	-	-
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	0,066	0,301	-	-
Số bệnh đồng mắc	0,003	0,968	-	-
Đa bệnh	-0,124	0,052	-0,097	0,053
Số thuốc đang sử dụng	0,003	0,960	-	-
Đa thuốc	-0,028	0,661	-	-
Phụ thuộc ADL	-0,126	0,049	-	-
Phụ thuộc IADL	-0,06	0,35	-	-
Suy yếu	-0,139	0,03	-0,076	0,202
Thiếu cơ	-0,105	0,099	-	-
Nguy cơ suy dinh dưỡng	-0,204	0,001	-0,043	0,472
Suy dinh dưỡng	-0,178	0,005	-0,032	0,599
Đường huyết đói	0,009	0,934	-	-
HbA1c máu	-0,017	0,885	-	-
Thời gian mắc bệnh	0,037	0,74	-	-

Nhận xét: Kết quả hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy giới tính nữ, chiều cao, BMI, ĐTĐ típ 2 có mối liên quan với mật độ xương tại cột sống thắt lưng (p < 0,05).**Bảng 6. Mối liên quan giữa mật độ xương tại cổ xương đùi với một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi**

	Hồi quy tuyến tính đơn biến		Hồi quy tuyến tính đa biến	
	Hệ số hồi quy β	p	Hệ số hồi quy β	p
Tuổi	-0,314	< 0,001	-0,263	< 0,001
Giới tính nữ	-0,377	< 0,001	-0,284	< 0,001
Chiều cao	0,347	< 0,001	0,159	0,014
Cân nặng	0,39	< 0,001	-	-
BMI	0,239	< 0,001	0,239	< 0,001
Hút thuốc lá	0,351	< 0,001	-	-
Uống rượu bia	0,306	< 0,001	0,069	0,32
Hoạt động thể lực	0,103	0,108	-	-
Tiền căn gãy xương	-0,101	0,114	-	-
Tê ngã	-0,077	0,226	-	-
ĐTĐ típ 2	0,115	0,071	-	-

Tăng huyết áp	-0,013	0,836	-	-
Rối loạn mỡ máu	0,056	0,384	-	-
Suy tim mạn	0,014	0,827	-	-
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	-0,012	0,851	-	-
Số bệnh đồng mắc	-0,04	0,536	-	-
Đa bệnh	-0,093	0,147	-	-
Số thuốc đang sử dụng	0,021	0,739	-	-
Đa thuốc	-0,031	0,627	-	-
Phụ thuộc ADL	-0,187	0,003	-	-
Phụ thuộc IADL	-0,179	0,005	-0,004	0,957
Suy yếu	-0,208	0,001	-0,097	0,164
Thiếu cơ	-0,138	0,031	0,053	0,492
Nguy cơ suy dinh dưỡng	-0,217	0,001	-0,013	0,849
Suy dinh dưỡng	-0,144	0,024	0,006	0,933
Đường huyết đói	0,002	0,988	-	-
HbA1c máu	-0,069	0,546	-	-
Thời gian mắc bệnh	-0,042	0,707	-	-

Nhận xét: Kết quả hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy tuổi, giới tính, chiều cao, BMI có mối liên quan với mật độ xương tại cổ xương đùi ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này thu thập được 246 bệnh nhân ≥ 60 tuổi. Dân số nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $70,1 \pm 6,5$ tuổi. Không có sự khác biệt về tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao, BMI giữa 2 nhóm. Nhóm ĐTĐ típ 2 có tỷ lệ đồng mắc tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, bệnh tim thiếu máu cục bộ cao hơn nhóm chứng.

4.1. Đặc điểm mật độ xương của bệnh nhân cao tuổi có và không có đái tháo đường típ 2. Các nghiên cứu trên thế giới ghi nhận mật độ xương ở bệnh nhân ĐTĐ típ 2 cao hơn so với nhóm không có ĐTĐ típ 2, tuy nhiên nguy cơ gãy xương ở nhóm ĐTĐ típ 2 lại cao hơn³. Điều này cho thấy các yếu tố khác ngoài mật độ xương như: sự thay đổi trong cấu trúc vi thể của xương bè (trabecular microstructure), độ xốp của xương vỏ (cortical bone porosity)... đóng vai trò quan trọng trong cơ chế tổn thương xương của ĐTĐ típ 2⁴. Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ khuyến cáo nên tiến hành điều trị loãng xương cho bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có mật độ xương T-score $\leq -2,0$ ⁵. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận mật độ xương tại cổ xương đùi của bệnh nhân ĐTĐ típ 2 có xu hướng cao hơn nhóm không có ĐTĐ típ 2, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($p = 0,071$). Trong khi đó, mật độ xương ở cột sống thắt lưng của bệnh nhân ĐTĐ típ 2 cao hơn so với nhóm chứng ($p = 0,004$). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của tác giả Hayón-Ponce² và Paul⁶.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ thiếu xương và loãng xương của dân số nghiên cứu lần lượt là 43,9% và 46,3%. Kết quả này

cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Trần Bùi Hoài Vọng⁷. Điều này có thể giải thích bởi dân số nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi).

4.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người cao tuổi đái tháo đường típ 2.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy không có mối liên quan giữa chỉ số đường huyết đói, HbA1c máu với mật độ xương. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Trương Đình Cẩm⁸. Ngoài ra, không có mối liên quan giữa thời gian mắc bệnh, mức độ kiểm soát đường huyết với mật độ xương. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của tác giả Trương Đình Cẩm⁸. Điều này có thể được giải thích bởi độ tuổi, tỷ lệ giới tính, thời gian mắc bệnh và mức độ kiểm soát đường huyết khác nhau giữa hai nghiên cứu.

4.3. Các yếu tố liên quan đến mật độ xương trên người cao tuổi. Chúng tôi tiến hành phân tích hồi quy tuyến tính giữa mật độ xương với các yếu tố liên quan. Kết quả cho thấy các yếu tố: tuổi, giới tính nữ có tương quan nghịch với mật độ xương. Chiều cao, BMI và ĐTĐ típ 2 có tương quan thuận với mật độ xương.

V. KẾT LUẬN

Mật độ xương ở bệnh nhân cao tuổi mắc đái tháo đường típ 2 cao hơn so với nhóm chứng.

Cần thực hiện nhiều nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn, mở rộng nhiều trung tâm hơn, theo dõi các biến cố gãy xương để làm rõ hơn mối liên quan giữa mật độ xương và đái tháo đường típ 2, đánh giá mối liên quan giữa các chỉ số chất lượng xương (chỉ số xương bè, độ xốp xương vỏ...) trên bệnh nhân đái tháo đường típ 2, đặc biệt là trên dân số người cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. A. K. Picke, G. Campbell, N. Napoli, L. C.

- Hofbauer, M. Rauner. Update on the impact of type 2 diabetes mellitus on bone metabolism and material properties. *Endocrine connections*. 2019;8(3):R55-r70.
2. M. Hayón-Ponce, B. García-Fontana, M. D. Avilés-Pérez, et al. Lower trabecular bone score in type 2 diabetes mellitus: A role for fat mass and insulin resistance beyond hyperglycaemia. *Diabetes & metabolism*. 2021;47(6):101276.
 3. H. Wang, Y. Ba, Q. Xing, J. L. Du. Diabetes mellitus and the risk of fractures at specific sites: a meta-analysis. *BMJ open*. 2019;9(1):e024067.
 4. C. Romero-Díaz, D. Duarte-Montero, S. A. Gutiérrez-Romero, C. O. Mendivil. Diabetes and Bone Fragility. *Diabetes therapy: research, treatment and education of diabetes and related disorders*. 2021;12(1):71-86.
 5. **Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Care in Diabetes - 2025.** *Diabetes care*. 2025;48(Supplement_1):S59-s85.
 6. J. Paul, V. Devarapalli, J. T. Johnson, et al. Do proximal hip geometry, trabecular microarchitecture, and prevalent vertebral fractures differ in postmenopausal women with type 2 diabetes mellitus? A cross-sectional study from a teaching hospital in southern India. *Osteoporosis international: a journal established as result of cooperation between the European Foundation for Osteoporosis and the National Osteoporosis Foundation of the USA*. 2021;32(8):1585-1593.
 7. Trần Bui Hoài Vọng, Trần Thừa Nguyên, Trần Quang Nhật, Trần Nhật Quang, J Vietnam Journal of Diabetes, Endocrinology. Khảo sát tỷ lệ loãng xương của phụ nữ tại bệnh viện Trung ương Huế. 2022(51):81-85.
 8. Trương Đình Cẩm. Liên quan giữa mật độ xương và nguy cơ gãy xương với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân đái tháo đường type 2. *Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy*. 2020;15(3).

PHÂN TÍCH TÁC ĐỘNG NGÂN SÁCH CỦA THUỐC CHỐNG ĐÔNG ĐƯỜNG UỐNG THỂ HỆ MỚI TRONG PHÒNG NGỪA ĐỘT QUỴ VÀ THUYỀN TẮC HỆ THỐNG Ở NGƯỜI BỆNH RUNG NHỊ KHÔNG DO VAN TIM TẠI VIỆT NAM

Nguyễn Thị Thu Thủy¹, Lê Diễm Quỳnh², Tô Huệ Nghi³,
Nguyễn Trần Như Ý¹, Võ Ngọc Yến Nhi¹, Phan Thanh Dũng⁴

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rung tâm nhĩ là một trong những rối loạn nhịp tim phổ biến nhất, có biểu hiện là nhịp tim không đều, thường gặp là tình trạng tim người bệnh (NB) đập nhanh hơn nhiều so với bình thường. Hiệu quả và độ an toàn của các thuốc chống đông đường uống thể hệ mới (NOACs) đã được chứng minh qua nhiều thử nghiệm lâm sàng lớn. Trong các thuốc NOACs, apixaban hiện tại chưa được bảo hiểm y tế (BHYT) chi trả, việc xem xét đưa thuốc apixaban vào danh mục chi trả cần phải dựa trên bằng chứng khoa học. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô hình Excel được xây dựng với dữ liệu đầu vào từ tổng quan tài liệu và tham vấn ý kiến các chuyên lâm sàng tại bệnh viện Chợ Rẫy, Bệnh viện Nhân dân 115, Viện Tim mạch Việt Nam, Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh, Bệnh viện Tim mạch Hà Nội dựa trên quan điểm BHYT. **Kết quả:** Phân tích kết quả tác động ngân sách (NS) 5 năm khi đưa apixaban vào danh mục chi trả BHYT trong phòng ngừa đột quỵ và thuyên tắc hệ thống ở NB rung nhĩ không do van tim cho thấy với tỉ lệ sử

dụng apixaban tăng từ 7,9% đến 27,9% giúp giảm 227 ca biến cố xảy ra đồng thời giúp tiết kiệm tổng NS BHYT 5 năm 5,35 tỉ VND và giúp tiết kiệm NS do NB chi trả 0,46 tỉ VND. **Kết luận:** Apixaban giúp tiết kiệm NS BHYT, tăng tỉ lệ tiếp cận điều trị và giúp giảm biến cố nên cần được cân nhắc để lựa chọn điều kiện và tỉ lệ thanh toán phù hợp khi đưa thuốc vào danh mục chi trả BHYT. **Từ khóa:** Apixaban, rung nhĩ không do van tim, tác động ngân sách.

SUMMARY

BUDGET IMPACT ANALYSIS OF NOVEL ORAL ANTICOAGULANTS FOR STROKE AND SYSTEMIC EMBOLISM PREVENTION IN ATRIAL FIBRILLATION IN VIETNAM

Background: Atrial fibrillation is one of the most common types of arrhythmias, characterized by irregular heartbeat, often occurring when the patient's heart beats much faster than normal. The efficacy and safety of NOACs have been proven through numerous large clinical trials, and the consideration of including the drug in the Vietnamese health insurance drug list needs to be based on scientific evidence. **Methods:** An Excel model was constructed with input data from a literature review and consultations with clinical experts at Cho Ray Hospital, People's Hospital 115, Vietnam National Heart Institute, Heart Institute, Ho Chi Minh City and Hanoi Heart Hospital based on a Vietnamese healthcare payer perspective. **Results:** Analysis of the 5-year budget impact results when including apixaban in the health insurance payment

¹Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

²Bệnh viện Đa khoa Đà Nẵng

³Đại học National Cheng Kung

⁴Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: thuyntt1@hiu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

list for stroke prevention and systemic embolism in patients with non-valvular atrial fibrillation showed that with the apixaban usage rate increasing from 7.9% to 27.9%, it helped reduce 227 concurrent events, saving a total 5-year health insurance budget of VND 5.35 billion and saving a patient-paid budget of VND 0.46 billion. **Conclusions:** Apixaban helps save health insurance budgets, increases treatment access rate, and helps reduce adverse events. Therefore, it should be considered to choose appropriate coverage rate and conditions when adding the drug to the Vietnamese health insurance drug list.

Keywords: Apixaban, non-valvular atrial fibrillation, budget impact.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung tâm nhĩ (AF) là một trong những loại rối loạn nhịp tim phổ biến nhất, có biểu hiện là nhịp tim không đều, thường gặp là tình trạng tim người bệnh (NB) đập nhanh hơn nhiều so với bình thường. Mặc dù AF có thể xảy ra mà không có bất kỳ dấu hiệu hoặc triệu chứng nào, nhưng đôi khi nó có thể gây ra mệt mỏi, đau ngực, tim đập nhanh, khó thở, huyết áp thấp, chóng mặt hoặc ngất xỉu [1]. Nghiêm trọng hơn, AF làm tăng nguy cơ hình thành cục máu đông và có thể dẫn đến đột quỵ do thiếu máu cục bộ, sa sút trí tuệ, rối loạn chức năng nhận thức và đe dọa đến tính mạng NB [2]. Theo các nghiên cứu (NC) dịch tễ, tỉ lệ mắc bệnh AF của dân số nói chung tăng theo độ tuổi (từ 0,12–0,16% ở những người dưới 49 tuổi; 1,7–4,0% ở những người 60–70; 13,5–17,8% ở những người trên 80 tuổi) và gây ra 158.000 ca tử vong mỗi năm [3]. Apixaban là một chất ức chế yếu tố Xa trực tiếp được chỉ định điều trị thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch và phòng ngừa thuyên tắc hệ thống ở NB rung nhĩ không do van tim (NVAF) với hiệu quả và độ an toàn đã được chứng minh qua nhiều thử nghiệm lâm sàng lớn như AVERROES, ARISTOTLE, AMPLIFY [4-6]. Việc xem xét đưa thuốc vào danh mục bảo hiểm y tế (BHYT) chi trả cần phải dựa trên bằng chứng khoa học, cụ thể là tác động ngân sách (TĐNS) của thuốc lên quỹ BHYT. Vậy nên, NC này được thực hiện giúp cơ quan ra quyết định chính sách y tế (Bảo hiểm xã hội, Vụ BHYT, Bộ Y tế) và các cơ quan liên quan trong việc xem xét chi trả cho thuốc apixaban tại Việt Nam. NC được thực hiện với các mục tiêu:

1. Xây dựng mô hình phân tích TĐNS của apixaban trong phòng ngừa đột quỵ và thuyên tắc hệ thống ở NB NVAF.

2. Ước tính TĐNS của apixaban trong phòng ngừa đột quỵ và thuyên tắc hệ thống ở NB NVAF.

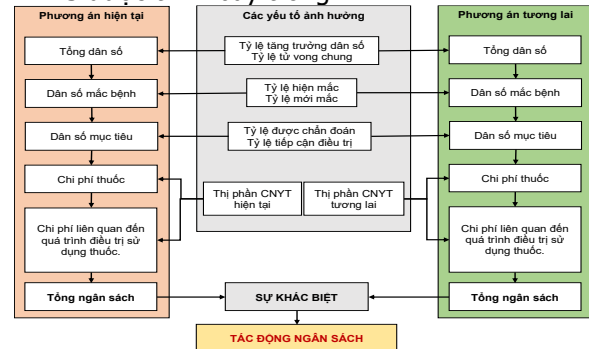
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. TĐNS của

việc bổ sung thuốc apixaban vào danh mục BHYT trong phòng ngừa đột quỵ và thuyên tắc hệ thống ở NB NVAF.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Khung đánh giá. Khung đánh giá TĐNS được trình bày trong Hình 1.



Hình 1. Khung đánh giá tác động ngân sách

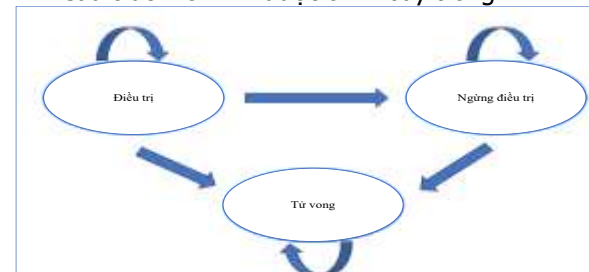
2.2.2. Mô hình nghiên cứu

Cấu trúc mô hình. Mô hình đánh giá TĐNS BHYT chi trả trong dự phòng đột quỵ và thuyên tắc hệ thống ở NB NVAF dựa trên sự chênh lệch ngân sách (NS) giữa hai phương án trong 5 năm:

- Phương án hiện tại: duy trì các liệu pháp chống đông đường uống đang được BHYT chi trả trong phòng ngừa đột quỵ và thuyên tắc hệ thống ở NB NVAF.

- Phương án tương lai: Bổ sung apixaban vào danh mục chi trả BHYT.

Cấu trúc mô hình được trình bày trong Hình 2.



Hình 2. Cấu trúc mô hình

Giả định của mô hình

- NB được giả sử đang dùng thuốc đúng theo chỉ định, do đó người thanh toán sẽ phải chịu toàn bộ chi phí (CP), cũng như các rủi ro liên quan đến đột quỵ, chảy máu và các biến cố khác.

- Tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân được áp dụng trong ước tính dân số để đảm bảo số lượng NB và TĐNS không bị đánh giá cao quá mức. Tỉ lệ tử vong được giả định không phụ thuộc vào điều trị, tức là tỉ lệ tử vong là như nhau đối với NB dùng và không dùng kháng đông. Các biến cố lâm sàng không trực tiếp gây ra tử vong.

- Giá của warfarin và acenocoumarol được giả định dựa trên giá trung bình mỗi mg của các

loại warfarin hiện có trong kết quả thử thuốc năm 2023.

- Vì acenocoumarol và warfarin đều thuộc nhóm thuốc kháng đông kháng vitamin K nên giả sử tỉ lệ biến cố lâm sàng của 2 thuốc này tương đương nhau.

Dữ liệu đầu vào. Phương pháp thu thập dữ liệu cho các tham số này được trình bày trong Bảng 1.

Bảng 1. Dữ liệu đầu vào

Tham số nghiên cứu	Phương pháp nghiên cứu
Nhóm dữ liệu dân số	Tổng quan tài liệu, tham khảo ý kiến chuyên gia
Tổng dân số	
Hiện mắc rung nhĩ	
Rung nhĩ không do van tim	
Sử dụng thuốc kháng đông	
Bao phủ BHYT	
Gia tăng dân số hàng năm	
Nhóm dữ liệu tỉ lệ sử dụng thuốc trong phương án hiện tại và tương lai	Tổng quan tài liệu, mô phỏng phác đồ điều trị, tham khảo ý kiến chuyên gia
Nhóm dữ liệu CP	
CP thuốc	
CP theo dõi	
CP điều trị biến cố	
Nhóm dữ liệu hiệu quả	Tổng quan tài liệu
Tỉ lệ xảy ra biến cố	

Ghi chú: CP: chỉ phí

Các tham số về thị phần. Tỉ lệ sử dụng các can thiệp trong 2 phương án hiện tại (được rút ra từ tham vấn ý kiến chuyên gia) và tương lai với apixaban được thanh toán 100% (dựa trên phỏng vấn về khả năng chi trả của NB và dự báo tỉ lệ trong tương lai bằng mô hình hồi quy mô phỏng tỉ lệ chấp nhận dựa trên khả năng chi trả của NB) được trình bày trong Bảng 2.

Bảng 2. Tỉ lệ sử dụng thuốc hiện tại và tương lai

	Năm 1	Năm 2	Năm 3	Năm 4	Năm 5
Phương án 1					
Apixaban	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Dabigatran 110mg	10,3%	10,3%	10,3%	10,3%	10,3%
Dabigatran 150mg	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%	10,0%
Rivaroxaban	29,7%	29,7%	29,7%	29,7%	29,7%
Warfarin	9,5%	9,5%	9,5%	9,5%	9,5%
Acenocoumarol	40,5%	40,5%	40,5%	40,5%	40,5%
Phương án 2					
Apixaban	7,9%	12,9%	17,9%	22,9%	27,9%
Dabigatran 110mg	7,2%	5,9%	4,7%	3,4%	2,2%
Dabigatran 150mg	6,9%	5,9%	4,9%	3,9%	2,9%
Rivaroxaban	28,1%	25,9%	23,6%	21,4%	19,1%
Warfarin	9,5%	9,3%	9,0%	8,8%	8,5%
Acenocoumarol	40,4%	40,2%	39,9%	39,7%	39,4%

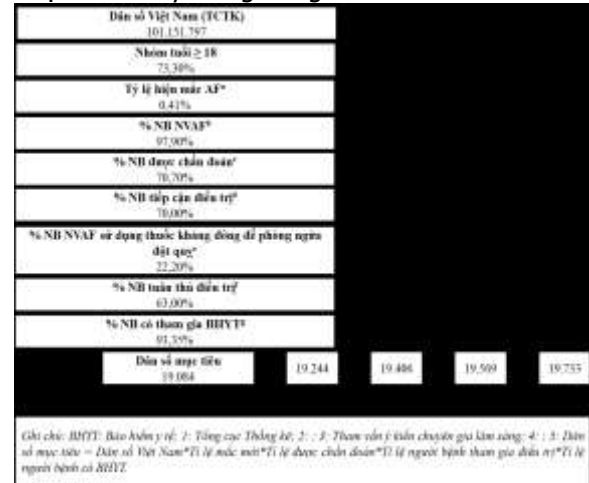
Kết quả phân tích dữ liệu đầu vào. CP điều trị và dữ liệu lâm sàng của các thuốc chống đông được trình bày trong Bảng 3. Tỉ lệ biến cố của apixaban được rút ra từ thử nghiệm ARISTOTLE và

2.3. Đạo đức nghiên cứu. NC tổng quan hệ thống kết hợp tham vấn ý kiến chuyên gia không có tác động trực tiếp đến NB. Do đó, khía cạnh đạo đức NC không được xem xét trong NC này.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Xây dựng mô hình

Các tham số về dịch tễ học. Dữ liệu các thông số dịch tễ và kết quả dân số mục tiêu được trình bày trong Bảng 2.



Hình 3. Dân số mục tiêu

Theo Hình 3, NC ước tính nhóm dân số mục tiêu từ năm 1 đến năm 5 lần lượt có giá trị 19.084, 19.244, 19.406, 19.569 và 19.733 người.

apixaban được giả định là giống với tỉ lệ được quan sát trong phân tích thứ cấp của AVERROES [7]. Tỉ lệ biến cố của các thuốc còn lại so với apixaban được ước tính bằng cách sử dụng tỉ số rủi ro HR từ phân tích so sánh gián tiếp từng cặp [9]. Ngoài ra, NC giả sử tỉ lệ biến cố lâm sàng đối với một số

phương án điều trị cụ thể được giả định có tỉ lệ tương đương với apixaban khi không có bằng chứng (HR = 1). CP điều trị các biến cố bất lợi được rút ra từ kết quả tổng quan y văn và tham vấn ý kiến chuyên gia do những dữ liệu này tại Việt Nam vẫn còn hạn chế.

Bảng 3. Thông số mô hình

Thông số CP đầu vào						
CP thuốc/ngày ^a	D110	D150	R20	W	A	API
	60.776	60.776	32.593	1.454	331	47.807
					CP (VND)	
					NOAC	VKA
CP quản lý bệnh ^b			Khám bệnh		37.000	37.000
			Theo dõi INR		0	54.567
CP điều trị biến cố			3.883.263 – 85.857.941			
% biến cố						
	API	D110	D150	R20	VKA	
ĐQTMCB	1,01%	1,17%	0,79%	1,04%	1,05%	
ĐQXH	0,25%	0,15%	0,14%	0,32%	0,52%	
XH nội sọ	0,08%	0,09%	0,24%	0,29%	0,28%	
XH tiêu hóa	0,68%	0,85%	1,19%	1,22%	0,91%	
XH ngoại trừ XH nội sọ và XH tiêu hóa	1,11%	1,23%	1,23%	1,49%	1,69%	
XH nhỏ liên quan lâm sàng	2,08%	2,08%	2,08%	3,17%	3,06%	
NMCT	0,53%	0,78%	0,77%	0,56%	0,61%	
Nhập viện do các bệnh tim mạch	10,46%	10,46%	10,46%	10,46%	10,46%	

Ghi chú: D110: Dabigatran 110mb; D150: Dabigatran 150mg; R20: Rivaroxaban 20mg; W: Warfarin 1mg; A: Acenocoumarol 1mg; API: Apixaban 5mg; ĐQTMCB: Đột quỵ thiếu máu cục bộ; ĐQXH: Đột quỵ xuất huyết; XH: Xuất huyết; NMCT: Nhồi máu cơ tim; a - Kết quả thuốc trúng thầu 2023; b - Thơ tư 22/2023 TT-BYT.

Theo Bảng 3, CP thuốc trung bình hàng ngày của dabigatran có giá trị cao nhất với 60.776 VND, kế tiếp là apixaban (47.807 VND) và rivaroxaban (32.593 VND). Các thuốc kháng vitamin K bao gồm warfarin và acenocoumarol có CP trung bình hàng ngày thấp nhất lần lượt 1.454 và 331 VND. Ngoài ra, xét nghiệm theo dõi INR được tiến hành kiểm tra định kỳ nếu NB sử dụng thuốc kháng vitamin K (warfarin, acenocoumarol).

NC ghi nhận tỉ lệ xuất huyết nội sọ và xuất huyết lớn với kết quả được trình bày trong Bảng 4.

Bảng 4. Phân bố tỉ lệ xuất huyết nội sọ và xuất huyết lớn

	XH nội sọ		XH lớn		Nguồn
	Đột quỵ XH	XH nội sọ khác	XH tiêu hóa	XH lớn khác	
Apixaban	77%	23%	38%	62%	(a)
Dabigatran (110mg)	64%	36%	41%	59%	(b)
Dabigatran (150mg)	41%	59%	49%	51%	(b)

Rivaroxaban	57%	43%	45%	55%	(c)
VKA	64%	36%	35%	65%	(a)

Ghi chú: XH: xuất huyết

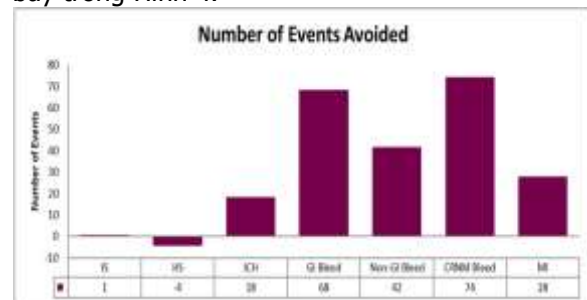
(a) Secondary Analysis of ARISTOTLE [7]

(b) Connolly SJ, Ezekowitz MD, Yusuf S, Eikelboom J, Oldgren J, Parekh A, et al. Dabigatran versus warfarin in patients with atrial fibrillation. New England Journal of Medicine. 2009;361(12):1139-51.

(c) Patel MR, Mahaffey KW, Garg J, Pan G, Singer DE, Hacke W, et al. Rivaroxaban versus warfarin in nonvalvular atrial fibrillation. New England Journal of Medicine. 2011;365(10):883-91.

3.2. Kết quả phân tích tác động ngân sách

Kết quả về số lượng các biến cố bất lợi tránh được. NC phân tích số lượng các biến cố tránh được trong 5 năm với kết quả được trình bày trong Hình 4.



Hình 4. Số lượng biến cố tránh được trong

5 năm

Ghi chú: IS - đột quỵ thiếu máu cục bộ; HS - đột quỵ xuất huyết; ICH - xuất huyết nội sọ; GI bleed - xuất huyết tiêu hóa; non-GI bleed - xuất huyết ngoại trừ xuất huyết tiêu hóa; CRNM bleed - xuất huyết nhỏ liên quan lâm sàng; MI - nhồi máu cơ tim; CV hosp. - nhập viện do các bệnh tim mạch.

Với tỉ lệ thanh toán BHYT 100%, apixaban giúp tránh được 202 ca biến cố xuất huyết, 28 ca

nhồi máu cơ tim và 1 ca đột quỵ thiếu máu cục bộ. Tổng số ca biến cố tránh được đạt 227 ca.

Kết quả tác động ngân sách. Kết quả phân tích TĐNS BHYT từng năm trong giai đoạn 5 năm thu được kết quả trình bày trong Bảng 5. NS chi trả BHYT được đánh giá dựa trên mức hưởng trung bình BHYT của NB NVAF (92,1% [10]), tỉ lệ chi trả BHYT cho apixaban (100%) và tính đến quyền lợi của người tham gia BHYT trên 5 năm.

Bảng 5. Kết quả phân tích tác động ngân sách BHYT của apixaban (tỉ VND)

	Năm 1	Năm 2	Năm 3	Năm 4	Năm 5	
Phương án hiện tại						
NS thuốc	143,08	144,28	145,49	146,72	147,95	
NS theo dõi quản lý bệnh	13,56	13,67	13,79	13,90	14,02	
NS điều trị biến cố	209,16	220,29	231,51	242,82	254,23	
Tổng	365,80	378,24	390,79	403,44	416,19	
Phương án tương lai						
NS thuốc	139,69	142,71	145,77	148,87	152,01	
NS theo dõi quản lý bệnh	13,55	13,60	13,66	13,71	13,77	
NS điều trị biến cố	208,81	219,58	230,35	241,13	251,90	
Tổng	362,05	375,89	389,78	403,71	417,68	
Tổng NS						
	Năm 1	Năm 2	Năm 3	Năm 4	Năm 5	Tổng 5 năm
TĐNS thuốc	-3,39	-1,58	0,27	2,15	4,06	1,51
TĐNS ngoài thuốc	-0,36	-0,78	-1,28	-1,88	-2,57	-6,87
TĐNS theo dõi quản lý bệnh	-0,01	-0,07	-0,13	-0,19	-0,25	-0,64
TĐNS điều trị biến cố	-0,35	-0,71	-1,15	-1,69	-2,32	-6,23
Tổng TĐNS	-3,76	-2,35	-1,01	0,27	1,49	-5,35

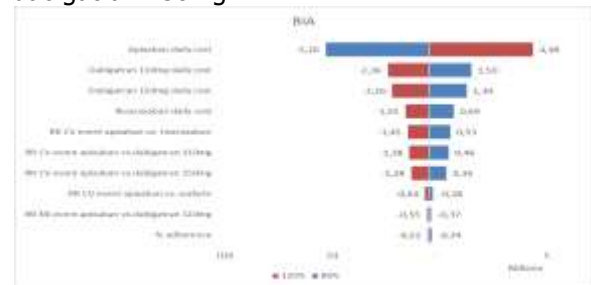
Ghi chú: NS: ngân sách; TĐNS: tác động ngân sách.

Theo Bảng 5, với tỉ lệ sử dụng apixaban tăng từ 7,9% đến 12,9% từ năm 1 đến năm 2, NS thuốc tiết kiệm 3,39 tỉ VND (năm 1) và 1,58 tỉ VND (năm 2). Trong 3 năm cuối của giai đoạn dự báo, tỉ lệ tiếp cận apixaban gia tăng lên đến 27,9% ở năm 5 làm gia tăng NS thuốc lên 4,06 tỉ VND ở năm 5, tổng 5 năm gia tăng 1,51 tỉ VND. Tuy nhiên, NS ngoài thuốc được tiết kiệm từ 0,36 tỉ ở năm 1 đến 2,57 tỉ VND ở năm 5, tổng 5 năm tiết kiệm 6,87 tỉ VND nên đã bù đắp được sự gia tăng NS thuốc, giúp NS chung tiết kiệm 5,35 tỉ VND.

Chi phí đồng chi trả của người bệnh. Kết quả phân tích ghi nhận CP đồng chi trả của NB tiết kiệm từ năm 1 đến năm 3 và tăng từ năm 4. Tổng CP đồng chi trả của NB tiết kiệm tổng 24.191 VND trong 5 năm.

Kết quả phân tích độ nhạy. Kết quả phân tích độ nhạy một chiều ghi nhận khi các thông số

thay đổi trong khoảng $\pm 20\%$ (bao gồm các thông số CP, dịch tễ và tỉ lệ biến cố), giá trị NS BHYT 5 năm dao động từ tiết kiệm 5,26 tỉ VND đến gia tăng 4,38 tỉ VND. Các thông số ảnh hưởng nhiều nhất đến tổng NS BHYT 5 năm bao gồm: CP thuốc hằng ngày của apixaban, CP thuốc hàng ngày của dabigatran 110mg và dabigatran 150mg.



Hình 5. Kết quả phân tích độ nhạy một chiều
Kết quả phân tích kịch bản. Kết quả phân tích kịch bản được trình bày trong Bảng 6.

Bảng 6. Kết quả phân tích kịch bản

Tỉ lệ BHYT	TĐNS 5 năm (tỉ VND)			Số NB dùng apixaban (năm 1)	Số NB tránh được biến cố
	BHYT	NB	Tổng		

30%	-115,76	102,49	-13,27	1.232	106
50%	-102,42	91,46	-10,96	1.296	140
70%	-74,70	65,92	-8,78	1.369	175
100%	-5,35	-0,46	-5,81	1.499	227

Ghi chú: BHYT: Bảo hiểm y tế; NB: người bệnh

Theo Bảng 6, tỉ lệ thanh toán BHYT cho apixaban gia tăng (30%, 50%, 70%, 100%), số NB tiếp cận điều trị tăng dần (từ 1.232 đến 1.499 NB). Ở tất cả các tỉ lệ thanh toán BHYT quan sát, đều ghi nhận sự tiết kiệm NS BHYT, tuy nhiên chỉ có ở tỉ lệ thanh toán BHYT 100% cho apixaban mới ghi nhận sự tiết kiệm NS cho NB. Ở các tỉ lệ thanh toán BHYT khác, mặc dù tiết kiệm NS cho BHYT nhưng NS của NB lại gia tăng tỉ lệ nghịch với tỉ lệ thanh toán BHYT.

IV. BÀN LUẬN

NC ghi nhận bổ sung apixaban vào danh mục BHYT với tỉ lệ thanh toán BHYT 100% giúp tiết kiệm NS BHYT trong 3 năm đầu nhưng tăng dần trong những năm tiếp theo (từ tiết kiệm 3,76 tỉ (năm 1) đến gia tăng NS 1,49 tỉ VND (năm 5)) với tổng NS BHYT 5 năm tiết kiệm 5,35 tỉ VND trong phòng ngừa đột quỵ và thuyên tắc hệ thống ở NB NVAf.

Đây là NC đầu tiên về TĐNS của apixaban sử dụng kỹ thuật mô hình hóa tại Việt Nam trong phòng ngừa đột quỵ và thuyên tắc hệ thống ở NB NVAf. Trên thế giới đã có các NC sử dụng kỹ thuật tương tự nhưng rất ít đề cập đến apixaban như NC hiện tại. Trong đó, NC được thực hiện tại Ý, ghi nhận trong số các NOAC hiện có, apixaban dự kiến sẽ ít tốn kém nhất ở mức 1, 2 và 3 năm với số lượng NB ước tính là 364.000 NB Ý, cho phép tiết kiệm hơn 5 triệu Euro vào năm thứ 3.

NC được thực hiện trên quan điểm cơ quan chi trả BHYT vì vậy chỉ bao gồm CP trực tiếp y tế, các CP khác không liên quan đến y tế hoặc các CP gián tiếp khác không bao gồm trong NC này. Vì vậy, nếu bao gồm các CP khác theo quan điểm xã hội kết quả có thể có sự khác biệt. Tại Việt Nam, với sự hạn chế về dữ liệu dịch tễ và dữ liệu về CP khác, NC đã sử dụng tổng quan hệ thống để tìm các dữ liệu tốt nhất cho mô hình. Nhiều dữ liệu không tìm được bằng y văn đã được thu thập thông qua tham vấn chuyên gia lâm sàng tại các bệnh viện.

V. KẾT LUẬN

Kết quả đánh giá TĐNS ghi nhận apixaban giúp tiết kiệm NS BHYT, tăng tỉ lệ tiếp cận điều trị của thuốc. Đồng thời, sử dụng apixaban làm giảm hầu hết các biến cố liên quan đột quỵ và xuất huyết. Vì vậy, apixaban cần được cân nhắc

để lựa chọn điều kiện và tỉ lệ thanh toán phù hợp khi đưa thuốc vào danh mục chi trả BHYT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **G. Boriani et al.**, "AF burden is important—fact or fiction?," (in b), *International journal of clinical practice*, vol. 68, no. 4, pp. 444-452, 2014.
2. **Brandes, M. D. Smit, B. O. Nguyen, M. Rienstra, and I. C. Van Gelder**, "Risk factor management in atrial fibrillation," (in b), *Arrhythmia & electrophysiology review*, vol. 7, no. 2, p. 118, 2018.
3. **M. Kavousi**, "Differences in Epidemiology and Risk Factors for Atrial Fibrillation Between Women and Men," (in b), *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, Mini Review vol. 7, 2020. [Online]. Available: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fcvm.2020.00003>.
4. **S. H. Hohnloser et al.**, "The effects of apixaban on hospitalizations in patients with different types of atrial fibrillation: insights from the AVERROES trial," (in b), *European Heart Journal*, vol. 34, no. 35, pp. 2752-2759, 2013, doi: 10.1093/eurheartj/ehd292.
5. **X. Liu, M. Johnson, J. Mardekian, H. Phatak, J. Thompson, and A. T. Cohen**, "Apixaban reduces hospitalizations in patients with venous thromboembolism: an analysis of the apixaban for the Initial management of pulmonary embolism and deep-vein thrombosis as first-line therapy (AMPLIFY) trial," (in b), *Journal of the American Heart Association*, vol. 4, no. 12, p. e002340, 2015.
6. **R. D. Lopes et al.**, "Apixaban for reduction in stroke and other Thromboembolic events in atrial fibrillation (ARISTOTLE) trial: design and rationale," (in b), *American heart journal*, vol. 159, no. 3, pp. 331-339, 2010.
7. **"Secondary Analysis of ARISTOTLE (CV185-030) to Support Apixaban Cost Effectiveness Modelling for the Indication of Stroke Prevention in Atrial Fibrillation; Data on File; DCN #Apix 016. 2012.."**
8. **B. Granger et al.**, "Apixaban versus Warfarin in Patients with Atrial Fibrillation," *New England Journal of Medicine*, vol. 365, no. 11, pp. 981-992, 2011, doi: 10.1056/NEJMoa1107039.
9. **G. Y. Lip et al.**, "Relative efficacy and safety of non-Vitamin K oral anticoagulants for non-valvular atrial fibrillation: Network meta-analysis comparing apixaban, dabigatran, rivaroxaban and edoxaban in three patient subgroups," (in eng), *International journal of cardiology*, vol. 204, pp. 88-94, Feb 1 2016, doi: 10.1016/j.ijcard.2015.11.084.
10. **Trần Cát Đông et al.**, "Phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị rung nhĩ không do van tim tại một số bệnh viện chuyên khoa giai đoạn 2019-2022," *Tạp chí Y học Việt Nam*, vol. 533, no. 1B, 2023.

CAN THIỆP BÍT LỖ THÔNG LIÊN NHĨ BẰNG DỤNG CỤ QUA DA TẠI BỆNH VIỆN SẢN NHI NGHỆ AN

Trần Thị Kiều Anh¹, Nguyễn Ngọc Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhân xét kết quả can thiệp bít lỗ thông liên nhĩ bằng dụng cụ qua da ở trẻ tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An giai đoạn 2018 - 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả mô tả cắt ngang có phân tích. **Kết quả:** Nghiên cứu 33 bệnh nhân được chẩn đoán thông liên nhĩ có chỉ định bít lỗ qua da điều trị tại khoa Tim mạch Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. Thông tin được thu thập bằng thăm khám và mẫu bệnh án thiết kế sẵn. Kết quả: tỷ lệ nữ/nam là 1,36/1, độ tuổi trung bình khi can thiệp bít lỗ qua da là $5,39 \pm 3,02$ tuổi. Phương pháp can thiệp bít lỗ thông liên nhĩ bằng dụng cụ qua da là phương pháp điều trị hiệu quả với tỉ lệ thành công cao, không có biến chứng trong quá trình phẫu thuật. Kết quả sau can thiệp phẫu thuật bít lỗ qua da lỗ thông liên nhĩ các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng được cải thiện rõ rệt, chỉ có hai trường hợp suy tim nhẹ (6,1%), nghe tim có tiếng thổi tâm thu còn 9,1% và không còn tiếng T2 tách đôi. Kết quả điện tim thấy tỷ lệ trục phải, block nhánh phải và tăng gánh thất phải đều giảm so với trước khi can thiệp và shunt tồn lưu hết hoàn toàn sau 3 tháng can thiệp. **Kết luận:** Bít lỗ thông liên nhĩ qua da là kỹ thuật tương đối phức tạp, tuy nhiên với sự phát triển của khoa học trong lĩnh vực y học, các trang thiết bị phục vụ chẩn đoán và điều trị, cho đến thời điểm hiện tại phương pháp bít lỗ TLN qua da bằng dụng cụ qua da tại Việt Nam đã bước đầu áp dụng và thu được kết quả rất tốt. Đặc biệt, việc điều trị đóng lỗ TLN ở lứa tuổi nhỏ, giai đoạn bệnh sớm khi có chỉ định giúp giảm tỉ lệ và mức độ nặng của các biến chứng cũng như làm tăng hiệu quả cải thiện về lâm sàng cho trẻ sớm sau can thiệp. **Từ khóa:** Thông liên nhĩ, Bít thông liên nhĩ qua da.

SUMMARY

INTERVENTION TO CLOSURE ATRIAL SEPTIC DEFECT WITH PERCUSSION AT NGHE AN OBSTETRICS AND PEDIATRIC HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of percutaneous atrial septal defect closure intervention in children at Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital in the period of 2018 – 2023. **Research Methods:** Cross-sectional descriptive study with analysis. **Results:** Study of 33 patients diagnosed with atrial septal defect with indication for percutaneous parachute closure treatment at the Cardiology Department of Nghe An Obstetrics and Pediatrics Hospital. Information was collected by

examination and pre-designed medical records. Results: The female/male ratio was 1.36/1, the average age at percutaneous parachute closure intervention was 5.39 ± 3.02 years old. Percutaneous parachute closure intervention is an effective treatment method with a high success rate, without complications during surgery. Results after surgical intervention to close the atrial septal defect through the skin, clinical and paraclinical symptoms were significantly improved, there were only two cases of mild heart failure (6.1%), systolic murmur was only 9.1% and there was no more split T2 sound. Electrocardiogram results showed that the right axis deviation, right bundle branch block and right ventricular hypertrophy were all reduced compared to before the intervention and the residual shunt was completely gone after 3 months of intervention. **Conclusion:** Closure of the atrial septal defect through the skin is a relatively complicated technique, however, with the development of science in the medical field, equipment for diagnosis and treatment, up to now, the method of closing the atrial septal defect through the skin with percutaneous instruments in Vietnam has been initially applied and achieved very good results. In particular, the treatment of closing the atrial septal defect in young children, early in the disease stage when indicated, helps reduce the rate and severity of complications as well as increase the effectiveness of clinical improvement for children soon after the intervention. **Keywords:** Atrial septal defect, Percutaneous atrial septal defect closure.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông liên nhĩ (TLN) là một bệnh tim bẩm sinh (TBS) có khiếm khuyết ở vách liên nhĩ gây nên luồng thông từ trái sang phải, chiếm tỉ lệ 10 - 15% bệnh TBS. Can thiệp tim mạch để điều trị bít lỗ TLN bằng dụng cụ qua da được thực hiện đầu tiên vào năm 1974 bởi King và cộng sự [1]. Từ đó mở ra một phương pháp mới có nhiều ưu điểm hơn so với phẫu thuật như bệnh nhân không phải phẫu thuật tim hở kèm chạy máy tim phổi nhân tạo, không phải hồi sức thở máy sau phẫu thuật, không chảy máu và giảm thời gian nằm viện, đặc biệt không để lại sẹo trên cơ thể nhất là đối với trẻ gái. Vì vậy, kỹ thuật này trở thành lựa chọn đầu tiên cho bít lỗ TLN khi có giải phẫu phù hợp. Ngày nay điều trị triệt để bệnh lý thông liên nhĩ bằng cách bít lỗ thông liên nhĩ lỗ thứ phát bằng dụng cụ là một trong những phương pháp chọn lựa hàng đầu. Tuy nhiên phương pháp này còn hạn chế với cân nặng của bệnh nhân khi làm can thiệp cũng như đường kính lỗ thông lớn và các gờ không đủ lớn để can

¹Trường Đại học Y khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Kiều Anh

Email: kieuanh@vnu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

thiệt bất lỗ TLN bằng dụng cụ qua da. Hoặc có một vài biến chứng như block nhĩ thất, tuột dụng cụ [2]. Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An đã áp dụng điều trị TLN từ năm 2017, đã có một số nghiên cứu đánh giá hiệu quả điều trị ngắn hạn và dài hạn của phương pháp can thiệp bất thông liên nhĩ bằng dụng cụ qua da. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào đánh giá đầy đủ về bệnh TLN, chính vì những lý do trên, tôi tiến hành nghiên cứu: Can thiệp bất lỗ thông liên nhĩ bằng dụng cụ qua da tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An, với mục tiêu: *Nhận xét kết quả can thiệp bất lỗ thông liên nhĩ bằng dụng cụ qua da ở trẻ tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An giai đoạn 2018 - 2023 từ đó có thể tư vấn và điều trị tốt nhất cho bệnh nhân thông liên nhĩ, giảm nguy cơ tăng nặng cũng như giảm chi phí điều trị cho người bệnh và cơ sở y tế.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 33 chẩn đoán xác định thông liên nhĩ lỗ thứ phát và điều trị can thiệp bất lỗ thông liên nhĩ bằng dụng cụ qua da tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

+ Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị thông liên nhĩ bằng dụng cụ qua da theo phác đồ của Hội Tim Mạch học Việt Nam đồng ý tham gia nghiên cứu.

+ Tiêu chuẩn loại trừ: có kèm theo các tổn thương trong tim phức tạp khác; có rối loạn đông máu nặng.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

+ Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2018 đến tháng 12 năm 2023.

+ Địa điểm nghiên cứu: Khoa Tim mạch Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

+ Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

+ Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện. Bệnh nhân đến khám và điều trị

tại khoa thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ.

2.4. Các tiêu chuẩn áp dụng trong nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới; Kết quả điều trị: biến chứng, thời gian thực hiện thủ thuật, lâm sàng, Điện tim, X-quang ngực, siêu âm tim, thời gian điều trị.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu: bộ câu hỏi thiết kế sẵn, mã hóa nhập số liệu bằng phần mềm SPSS Builder, xử lý và phân tích số liệu bằng SPSS 27.0.

2.6. Đạo đức trong nghiên cứu: Tuân thủ đầy đủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học quy định trong Thông tư 04/2020/TT-BYT của Bộ trưởng Bộ Y tế.

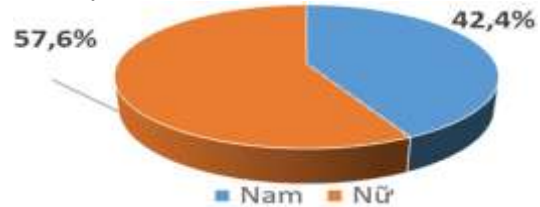
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm phân bố nhóm tuổi nghiên cứu (n=33)

Nhóm tuổi	Số lượng	Tỷ lệ %
< 5 tuổi	15	54,5
≥ 5 tuổi	18	45,5
Tổng	33	100,0
X=5,39±3,02; Min=2; Max=15		

Tuổi can thiệp bất lỗ qua da TB là 5,39 ± 3,02, thấp nhất 2 tuổi, cao nhất 15 tuổi.



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm phân bố giới nhóm nghiên cứu (n=33)

Tỷ lệ nữ/nam là 1,36/1.

3.2. Kết quả can thiệp bất lỗ thông liên nhĩ bằng dụng cụ qua da

Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng trước và sau can thiệp (n=33)

Triệu chứng lâm sàng	Trước can thiệp		Khi ra viện		Sau can thiệp 3 tháng		P
	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	
Suy tim	14	42,4	14	42,4	2	6,1	<0,001
Tiếng thổi tâm thu	33	100,0	12	36,4	3	9,1	
Tiếng T2 tách đôi	9	27,3	4	12,1	0	0	

Sau can thiệp 3 tháng dấu hiệu suy tim từ 42,4% giảm còn 6,1% trường hợp, tiếng thổi tâm thu giảm từ 100% xuống còn 9,1%. Tiếng T2 tách đôi không còn, p < 0,001.

Bảng 3.3. Kết quả điện tâm đồ trước và sau can thiệp (n=33)

Đặc điểm điện tâm đồ	Trước can thiệp		Khi ra viện		Sau can thiệp 3 tháng		P
	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	n	Tỷ lệ %	
Block nhánh phải không hoàn toàn	15	45,5	15	45,5	10	30,3	>0,005
Trục điện tim	Trục phải	22	66,7	22	66,7	12	36,4

	Trục trung gian	11	33,3	11	33,3	21	63,6	
	Tăng gánh thất phải	27	81,8	27	81,8	12	36,4	

Trước can thiệp và khi ra viện: điện tâm đồ không thay đổi; sau 3 tháng can thiệp bệnh nhân được theo dõi thì tỷ lệ trục phải, block nhánh phải và tăng gánh thất phải đều giảm hơn so với trước can thiệp.

Bảng 3.4. Kết quả siêu âm trước và sau can thiệp (n=33)

Triệu chứng	Trước can thiệp		Khi ra viện		Sau can thiệp 3 tháng		P
	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	Số lượng (n)	Tỷ lệ %	
Shunt tồn lưu	33	100	2	6,1	0	0	0,001
Giãn thất phải	20	60,6	20	60,6	7	21,2	0,001
Tăng áp ĐMP	15	45,5	12	36,4	4	12,1	0,003
Hở van ba lá	12	36,4	12	36,4	5	15,2	>0,005

Sau can thiệp 3 tháng mức độ giãn thất phải giảm từ 60,6% xuống 21,2%, tăng áp ĐMP giảm từ 45,5% xuống 12,2% và hở van ba lá giảm từ 36,4% xuống còn 15,2%.

Bảng 3.5. Kết quả của thủ thuật (n=33)

Các tiêu chí	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Thành công	33	100,0
Biến chứng (Tử vong, thuyên tắc hệ thống, rối loạn nhịp, tràn dịch màng ngoài tim, tan máu, nhiễm khuẩn,...)	0	0
Thời gian thực hiện thủ thuật	40 ± 15 phút	
Thời gian điều trị	5 ± 2,5 ngày, Min = 4, Max = 20	

Tỷ lệ thành công là 100%. Thời gian trung bình quá trình can thiệp là 40 ± 15 phút.

Thời gian điều trị tại bệnh viện trung bình là 5 ± 2,5 ngày.

IV. BÀN LUẬN

- **Tuổi:** kết quả bảng 3.1 các đối tượng trong nghiên cứu có tuổi trung bình 5,39 ± 3,02 tuổi; tuổi nhỏ nhất là 2 tuổi và tuổi cao nhất là 15 tuổi. Theo Trương Thanh Hương và cs [3] tuổi trung bình của bệnh nhân được đóng lỗ thông liên nhĩ là 26,13 ± 14,24. Nghiên cứu về độ tuổi trung bình để đóng lỗ thông liên nhĩ của chúng tôi có thấp hơn, điều này là do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An nên bệnh nhân đến khám có thể vì bệnh khác như chậm tăng cân, suy dinh dưỡng và viêm phổi... sau đó phát hiện ra bệnh TLN vì vậy nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi thấp hơn các trung tâm khác.

- **Giới:** (biểu đồ 3.1) tỉ lệ nữ/nam là 1,36/1. Nghiên cứu của Trương Quang Bình và cs [4] tỉ lệ nữ/nam là 2,7/1. Nghiên cứu của Smita Jategaonkar và cs [5] tỉ lệ nữ/ nam là 2,2/1. Như vậy, kết quả về mặt giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của các nghiên cứu dịch tễ học của thông liên nhĩ trong và ngoài nước.

- Kết quả lâm sàng sau bít thông liên

nhĩ: (bảng 3.2) sự thay đổi triệu chứng lâm sàng của bệnh nhân ngay sau bít là ít có ý nghĩa, tuy nhiên sau 3 tháng thì cải thiện rõ rệt. Nghe tim có tiếng thổi tâm thu giảm từ 100% xuống còn 9,1% và không còn tiếng T2 tách đôi. Mức độ suy tim được cải thiện đáng kể, chỉ có hai bệnh nhân thấy dấu hiệu suy tim nhẹ sau 3 tháng can thiệp (6,1%). Kết quả này tương tự nghiên cứu của tác giả Vũ Thị Chang (2021) không có trường hợp nào còn tiếng thổi tâm thu và T2 tách đôi. Mức độ suy tim lúc ra viện được cải thiện rõ rệt so với trước can thiệp đó là 96,0% trẻ không còn tình trạng suy tim lúc ra viện [6]. Như vậy sau khi đóng lỗ TLN, luồng shunt biến mất hoặc giảm đáng kể do đó giảm tải thể tích thất phải, từ đó cải thiện về mặt huyết động biểu hiện trên lâm sàng được cải thiện rõ rệt. Đặc biệt, việc điều trị đóng lỗ TLN ở lứa tuổi nhỏ, giai đoạn bệnh sớm khi có chỉ định giúp giảm tỉ lệ và mức độ nặng của các biến chứng cũng như làm tăng hiệu quả cải thiện về lâm sàng cho trẻ sớm sau can thiệp.

- **Điện tâm đồ:** (bảng 3.3) ĐTĐ tại thời điểm trước can thiệp và trước khi ra viện không thay đổi đáng kể, nhưng sau can thiệp 3 tháng thì tỷ lệ trục phải, block nhánh phải và tăng gánh thất phải đều giảm hơn so với trước can thiệp bít TLN. Kết quả của chúng tôi theo dõi sau 3 tháng cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tăng gánh thất phải là 36,4%, trục phải 36,4%, block nhánh phải không hoàn toàn 30,3%, so với trước can thiệp lần lượt là 81,8%, 66,7% và 45,5%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Phạm Mạnh Hùng [6] sau theo dõi 6 tháng đến 1 năm tỷ lệ bệnh nhân tăng gánh thất phải là 47,1%, trục phải 23,5%, block nhánh phải 29,4%. Như vậy, hầu hết các biến đổi trên điện tâm đồ do sự biến đổi huyết động của luồng thông trái - phải gây ra. Sau bít lỗ TLN, các biến đổi này biến mất hoặc giảm rõ rệt trong vòng 3-6 tháng sau can thiệp đặc biệt trên đối tượng trẻ em, qua đó thấy được lợi ích

của việc khám, phát hiện và can thiệp sớm cho bệnh nhân.

- **Siêu âm doppler tim:** (Bảng 3.4) thấy tỷ lệ còn shunt tồn lưu tại thời điểm ra viện là 2/33 (6,1%), không còn sau can thiệp 3 tháng. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu của Trương Quang Bình (2015) là 7,1% và 1,4% [4], Trương Tú Trạch (2006) là 9,46% và 1,1% [8]. Theo dõi các chỉ số giãn thất phải, tăng áp ĐMP và hở van ba lá trên siêu âm tim sau can thiệp đóng TLN kết quả sau can thiệp các chỉ số không thay đổi đáng kể, nhưng sau can thiệp 3 tháng mức độ giãn thất phải giảm từ 60,6% xuống 21,2% và hở van ba lá giảm từ 36,4% xuống còn 15,2%. Nói tóm lại sự thay đổi mức độ hở van ba lá cho phép đánh giá gián tiếp sự thu nhỏ của tim phải sau bất dụng cụ.

Kết quả khảo sát của chúng tôi thấy tăng áp ĐMP giảm từ 45,5% xuống 12,1% sau 3 tháng can thiệp. Nghiên cứu của Ngô Ngọc Sơn [9] cho thấy kết quả tương tự sau 1 tháng đóng thông liên nhĩ, áp lực động mạch phổi thì tâm thu giảm khá nhanh ở cả 2 nhóm: nhóm < 18 tuổi giảm 23,95% và nhóm ≥ 18 giảm 19,53%. Như vậy thông liên nhĩ là một bệnh ảnh hưởng nhiều đến buồng tim phải gây tăng lưu lượng máu ở buồng tim phải từ đó tăng áp lực động mạch phổi thì tâm thu. Khi lỗ thông liên nhĩ được đóng kín, lưu lượng máu tại thất phải giảm làm cho lượng máu từ thất phải qua van 3 lá chảy ngược về nhĩ phải giảm nghĩa là áp lực động mạch phổi thì tâm thu giảm. Sự thay đổi áp lực này còn tùy thuộc vào tình trạng tăng áp lực động mạch phổi thì tâm thu trước đóng, sự co hồi của thất phải sau đóng lỗ thông cũng như tình trạng van 3 lá tại thời điểm khảo sát. Từ kết quả chung nói trên, ta có thể thấy rằng với sự phát triển của khoa học trong lĩnh vực y học đặc biệt là sự hoàn thiện không ngừng của các trang thiết bị phục vụ chẩn đoán và điều trị, đi đôi với việc liên tục học hỏi, trao đổi, nghiên cứu, trau dồi kiến thức chuyên môn, không ngừng tích lũy kinh nghiệm, cho đến thời điểm hiện tại phương pháp bít lỗ TLN qua da bằng dụng cụ qua da tại Việt Nam nói chung và tại Bệnh viện Sản Nhi Nghệ An nói riêng đã bước đầu áp dụng và thu được kết quả rất tốt.

- **Kết quả của thủ thuật:** (bảng 3.5), tất cả 33 bệnh nhân (100%) đều thành công về thủ thuật thành công. Tỷ lệ này tương tự so với các nghiên cứu khác trên thế giới và Việt Nam như Nguyễn Lâm Hiếu là 94,2% [10], Trương Quang Bình là 96,5% [4], Trương Tú Trạch 100% [8]. 100% dụng cụ bít lỗ TLN đúng vị trí. Không có bệnh nhân nào bị viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn sau đóng lỗ TLN. Không có trường hợp

nào có biến chứng rối loạn nhịp tim và biến chứng liên quan mạch máu và đường vào. Tỷ lệ này thấp hơn so với các nghiên cứu Chan [3] là block nhĩ thất thoáng qua 1%, huyết khối tĩnh mạch sâu 1%, thiếu máu cục bộ thoáng qua 1%. Có một số lý do cho sự khác biệt này, các nghiên cứu trên chủ yếu ở những bệnh viện tuyến đầu, số lượng nghiên cứu lớn, có các ca bệnh phức tạp nên tỷ lệ biến chứng cao hơn, mặt khác hiện nay, nhờ sự phát triển của gây mê hồi sức, trình độ của kỹ thuật viên và trang thiết bị hiện đại, việc can thiệp bít lỗ TLN cho trẻ có hiệu quả và mang lại độ an toàn cao hơn. Theo tất cả các nghiên cứu trên thế giới và Việt Nam thì nguyên nhân chính của thất bại bít lỗ TLN bằng dù thường liên quan đến các yếu tố lỗ thông lớn, không có gờ TMC hoặc gờ TMC bất thường [4], [8]. Qua đây có thể nói lên vai trò quan trọng của siêu âm, góp phần quyết định sự thành công hoặc không thành công của một phương pháp điều trị. Biến chứng trong quá trình bít dù có thể gặp như tắc mạch do không khí hoặc huyết khối xử trí cần đờn khí, chú ý chống đông máu cho bệnh nhân, thủng tim gây tràn máu màng tim... liên quan tới thao tác kỹ thuật cần phải được phát hiện, chọc dẫn lưu sớm và có thể cần thiết phải phẫu thuật sớm. Biến chứng tan máu, thường do còn tồn lưu shunt, cách xử lý trong trường hợp này là theo dõi sát và truyền dịch đầy đủ cho bệnh nhân. Biến chứng rối loạn nhịp tim như block nhĩ thất cấp độ 3 cần theo dõi sát thời gian hậu phẫu và tái khám định kỳ theo hẹn, kịp thời phát hiện nhịp chậm và block nhĩ thất để xử trí. Như vậy thủ thuật bít lỗ thông liên nhĩ là kỹ thuật tương đối phức tạp. Khi được chỉ định thực hiện kỹ thuật này, bệnh nhân cần tuân thủ đúng mọi hướng dẫn của bác sĩ để giảm nguy cơ tai biến, đảm bảo hiệu quả điều trị bệnh.

V. KẾT LUẬN

Phương pháp can thiệp bít lỗ thông liên nhĩ bằng dụng cụ qua da là phương pháp điều trị hiệu quả với tỉ lệ thành công cao, không có biến chứng trong quá trình phẫu thuật. Kết quả sau can thiệp phẫu thuật bít dù qua da lỗ thông liên nhĩ các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng được cải thiện rõ rệt, chỉ có hai trường hợp suy tim nhẹ (6,1%), nghe tim có tiếng thổi tâm thu còn 9,1% và không còn tiếng T2 tách đôi. Kết quả điện tim thấy tỷ lệ trục phải, block nhánh phải và tăng gánh thất phải đều giảm so với trước khi can thiệp và shunt tồn lưu hết hoàn toàn sau 3 tháng can thiệp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. King TD et al (1976). Secundum atrial septal

- defect. Nonoperative closure during cardiac catheterization. JAMA, 235: p. 2506-9.
2. **Gaggin H.K, Januzzi J.L** (2014). MGH Cardiology Board review book. London: Springer.
 3. **Trương Thanh Hương** (2008). Đánh giá kích thước và chức năng thất trái bằng siêu âm – doppler tim trước và sau đóng lỗ thông liên nhĩ lỗ thứ phát tại bệnh viện Bạch Mai, Tạp chí nghiên cứu y học, số 55 (3), tr. 6 – 10.
 4. **Trương Quang Bình và cộng sự** (2015). Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp đóng thông liên nhĩ lỗ thứ phát bằng dụng cụ qua da, Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, (70), 15-22.
 5. **Smita Jategaonkar, Werner Scholtz, Henning Schmidt, Dieter Horstkotte** (2009). Percutaneous Closure of Atrial Septal Defects: Echocardiographic and Functional Results in Patients Older Than 60 Years, Circ Cardiovasc Intervent, 2, pp. 85-89.
 6. **Vũ Thị Chàng và cộng sự** (2021). Đánh giá kết quả sau phẫu thuật vá thông liên nhĩ ở trẻ dưới 10kg tại Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện E. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và lồng ngực Việt Nam, 34, 20-29.
 7. **Phạm Mạnh Hùng** (2012). Nghiên cứu kết quả trung hạn của phương pháp bít lỗ TLN qua da bằng dụng cụ kích thước lớn, Luận văn Thạc sỹ Y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
 8. **Trương Tú Trạch và cộng sự** (2006). Thủ thuật Bít Lỗ thông Liên Nhĩ Bằng Dụng Cụ Amplatzer. Tạp chí tim mạch học Việt Nam.
 9. **Ngô Ngọc Sơn** (2016). Đánh giá hình thái cơ tim – huyết động trước và sau thủ thuật đóng thông liên nhĩ bằng Amplatzer. Luận án Tiến sĩ Y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
 10. **Nguyễn Lâm Hiếu** (2018). Nghiên cứu đặc điểm thông liên nhĩ lỗ thứ hai có phình vách liên nhĩ và kết quả sớm can thiệp bít lỗ thông bằng dụng cụ qua da. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, tr. 261–262.

NGUY CƠ TỔN THƯƠNG MẠCH MÁU TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI KHỚP CỔ TAY ĐƯỜNG VÀO PHÍA MU TAY: NGHIÊN CỨU TRÊN XÁC

Trần Nguyễn Phương^{1,2}, Bùi Hồng Thiên Khanh^{1,2}, Đào Xuân Thành³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu này được thực hiện trên xác, xác định khoảng cách giữa các cấu trúc mạch máu chính với các cổng vào nội soi khớp cổ tay qua đường mu tay, từ đó đánh giá nguy cơ tổn thương mạch máu trong phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành trên 30 khớp cổ tay từ 15 xác (9 nam, 6 nữ). Khoảng cách từ động mạch quay và động mạch trụ đến các cổng nội soi (1-2, 3-4, 6R, 6U) được đo đạc và phân tích. Các so sánh được thực hiện giữa hai bên cổ tay và giữa hai giới bằng kiểm định thống kê. **Kết quả:** Khoảng cách trung bình từ động mạch quay đến cổng 1-2 là $12,65 \pm 3,08$ mm và đến cổng 3-4 là $23,37 \pm 3,01$ mm. Khoảng cách từ động mạch trụ đến cổng 6R và 6U lần lượt là $17,24 \pm 3,42$ mm và $11,42 \pm 3,14$ mm. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai bên cổ tay và giữa hai giới ($p > 0,05$). Cổng 1-2 và cổng 6U được xác định là các vị trí có nguy cơ cao tổn thương mạch máu khi thực hiện phẫu thuật. **Kết luận:** Động mạch quay và động mạch trụ có vị trí tương đối gần với các cổng nội soi, đó là cổng 1-2 với động mạch quay và 6U với động mạch trụ, cho thấy có nguy cơ tổn thương mạch máu khi thực hiện phẫu thuật. Việc xác định chính xác vị trí các cổng vào cũng như lưu ý khi thực hiện các thao tác trong phẫu thuật

có thể giúp giảm thiểu nguy cơ này, từ đó nâng cao tính an toàn trong nội soi khớp cổ tay.

Từ khóa: Phẫu thuật nội soi khớp cổ tay, động mạch quay, động mạch trụ, tổn thương mạch máu

SUMMARY

A CADAVERIC STUDY EVALUATED THE RISK OF VASCULAR INJURY DURING DORSAL PORTAL WRIST ARTHROSCOPY

Introduction: This study was conducted on cadavers, determining the distance between major vascular structures and the dorsal portals for wrist arthroscopy, thereby assessing the risk of vascular injury during surgery. **Materials and Methods:** The study was conducted on 30 wrist joints from 15 cadavers (9 males, 6 females). The distance from the radial artery and ulnar artery to the arthroscopic portals (1-2, 3-4, 6R, 6U) was measured and analyzed. Comparisons were made between the two wrists and between the two genders using statistical tests. **Results:** The average distance from the radial artery to portal 1-2 is 12.65 ± 3.08 mm and to portal 3-4 is 23.37 ± 3.01 mm. The distance from the ulnar artery to the 6R and 6U portals was 17.24 ± 3.42 mm and 11.42 ± 3.14 mm, respectively. There is no statistically significant difference between the two wrists and between the two genders ($p > 0.05$). Portals 1-2 and 6U were identified as high-risk positions for vascular injury during surgery. **Conclusion:** The radial artery and ulnar artery are relatively close to the wrist arthroscopic portals, specifically portals 1-2 for the radial artery and 6U for the ulnar artery, indicating a risk of vascular injury during surgery. Accurately determining the positions of the portals as well as being cautious during surgical procedures can help minimize this risk, thereby

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương

Email: phuong.tn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

enhancing the safety of wrist arthroscopy.

Keywords: wrist arthroscopy, radial artery, ulnar artery, vascular injury

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi khớp cổ tay từ khi được Chen¹ mô tả và thực hiện lần đầu năm 1979, đã được chấp nhận rộng rãi nhờ vào tính chất xâm lấn tối thiểu và khả năng cung cấp các hình ảnh trực tiếp về các tổn thương trong khớp. Việc hiểu rõ hơn về giải phẫu liên quan đến kỹ thuật càng trở nên quan trọng trong việc đảm bảo an toàn phẫu thuật.²

Đường vào khớp cổ tay phía mu tay với các cổng vào khớp có liên quan tới các thành phần mạch máu, thần kinh và tổ chức xung quanh. Các nghiên cứu gần đây đã thấy rằng các tai biến gây tổn thương mạch máu, dù hiếm gặp, có thể gây ra những hậu quả nghiêm trọng.³ Một nghiên cứu đa trung tâm của Leclecq và Mathoulin phân tích 10.107 ca nội soi khớp cổ tay thấy rằng trong khi tỉ lệ biến chứng tổng thể là 5.98%, các chấn thương mạch máu đại diện cho nhóm các biến chứng đặc biệt vẫn có thể xảy ra.⁴ Ahsan và Yao trong bài báo tổng quan về các biến chứng của nội soi khớp đã nhấn mạnh rằng các chấn thương mạch máu có thể không rõ ràng gây hậu quả ngay lập tức trong quá trình phẫu thuật nhưng có thể dẫn đến các biến chứng hậu phẫu nghiêm trọng bao gồm chảy máu, tụ máu, hội chứng khoang và thiếu máu nuôi các ngón tay.⁵

Các nghiên cứu giải phẫu gần đây đã chứng minh có sự biến đổi đường đi của các động mạch, điều này có liên quan tới sự tổn thương của các mạch máu khi thiết lập các cổng vào khớp nội soi tiêu chuẩn. Shymalan và cộng sự trong nghiên cứu trên xác và nghiên cứu tổng quan hệ thống được công bố năm 2016 đã xác định những biến thể trong giải phẫu mạch máu có thể ảnh hưởng tới sự an toàn của phẫu thuật.⁶ Hiểu rõ những sự thay đổi này là rất quan trọng để ngăn ngừa tổn thương có thể xảy ra.

Trong nội soi khớp cổ tay, cổng 3-4 được coi là cổng cơ bản, cổng 6R và 6U để can thiệp các vấn đề phía trụ cổ tay, cổng 1-2 được dùng để giải quyết các vấn đề phía quay. Mỗi cổng đều có độ rủi ro riêng theo tương quan với các thành phần mạch máu và thần kinh xung quanh nó.⁷ Mặc dù có tính chất quan trọng như vậy, vẫn còn thiếu các nghiên cứu cụ thể liên quan giữa các mạch máu chính vùng cổ tay tới các cổng. Y văn đã có một số nghiên cứu tập trung vào mối quan hệ giữa các cổng vào với các thần kinh trong khi đó, các nghiên cứu về giải phẫu mạch máu ít

nhận được sự chú ý hơn. Jung và cộng sự trong nghiên cứu tổng quan hệ thống năm 2021 đã chỉ ra khoảng trống nghiên cứu này đồng thời tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đi theo hướng tương tự.⁷ Đó cũng là lý do để chúng tôi thực hiện nghiên cứu trên xác này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bộ môn giải phẫu, Đại học Y được Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 5/2021 đến tháng 6/2021. 30 khớp cổ tay của 15 xác tươi của người Việt trưởng thành (trên 18 tuổi) được phẫu tích.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu: khớp cổ tay còn nguyên vẹn

- Tiêu chuẩn loại trừ: Khớp cổ tay có sẹo hay biến dạng vùng cổ tay, các thành phần của phức hợp sụn sọ tam giác bị tổn thương trong quá trình phẫu tích. Có u bướu hay thấy hình ảnh viêm xương khớp, huỷ xương trên đại thể, xác vô thừa nhận hay không phải của người Việt.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp mô tả hàng loạt ca

Quy trình thực hiện: Các mẫu xác được lựa chọn sẽ được đặt ở tư thế tiêu chuẩn, bàn tay úp xuống mặt bàn phẫu tích. Mỗi cổ tay được cố định để đảm bảo độ chính xác khi đo lường. Chúng tôi ghi nhận các thông số: tên, mã số xác, cổ tay trái hay phải, giới, tuổi, chiều cao (xác định bằng đo từ đỉnh đầu đến gót chân).

+ Rạch da đường dọc giữa cổ tay mặt mu tay và mặt gan tay từ chòm xương bàn ba đến trên nếp cổ tay 20cm, rạch da ngang cổ tay trên khớp quay trụ dưới 2cm để tránh làm tổn thương đến các thành phần liên quan.



Hình 1: Các cổng vào nội soi khớp cổ tay phía mu tay và liên quan với các thành phần xung quanh

Nguồn: Cổ tay phải xác số 3 (MSX 832)

+ Bộc lộ và xác định các mốc giải phẫu liên quan đến các cổng vào của nội soi khớp trên xác, xác định các cổng vào khớp cổ tay phía mu tay, phẫu tích các thành phần gân, mạch máu, thần kinh liên quan xung quanh các cổng tương ứng. (Hình 1)



Hình 2: Đo khoảng cách giữa động mạch trụ tới cổng 6R (A) và cổng 6U (B)

Nguồn: Cổ tay phải xác số 13 (MSX 846)

Thu thập số liệu: Đo khoảng cách gần nhất giữa các cổng vào nội soi khớp cổ tay với động mạch liên quan: động mạch quay, động mạch trụ. Sử dụng thước đo Vernier Caliper có độ chính xác 0,02mm. Đo 3 lần lấy giá trị trung bình để đảm bảo độ chính xác. (Hình 2).

Tất cả các thông số được ghi nhận trên bảng số liệu của từng khớp cổ tay được phân tích ghi kèm mã số xác.

2.3. Phân tích thống kê: Các dữ liệu được phân tích bằng phần mềm STATA phiên bản

14.0. Thống kê mô tả: sử dụng tần số và tỷ lệ % đối với các biến số định tính, trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) với các biến số định lượng. Kiểm định sự khác biệt các biến số/chỉ số định lượng giữa hai bên cổ tay bằng test Mann-Whitney U với ngưỡng có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức và đã được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học cấp cơ sở của Trường Đại học Y Hà Nội theo chứng nhận số 469/GCN-HĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 12/5/2021.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm cổ tay nghiên cứu: 30 khớp cổ tay từ 15 xác tươi, 9 nam và 6 nữ với độ tuổi trung bình là $72,2 \pm 11,16$. Chiều cao trung bình là $161,3 \pm 6,31$ mm.

3.1. Khoảng cách giữa động mạch quay và động mạch trụ tới các cổng nội soi

Bảng 1: Khoảng cách từ động mạch quay và động mạch trụ tới các cổng nội soi

Khoảng cách (mm)	Tay trái (n=15)	Tay phải (n=15)	Cả hai tay (n=30)	p ^(*)
	TB±ĐLC	TB±ĐLC	TB±ĐLC	
Từ ĐM quay				
Đến cổng 1-2	13,03±3,41	12,27±2,79	12,65±3,08	0,419
Đến cổng 3-4	23,56±3,33	23,19±2,77	23,37±3,01	0,788
Từ ĐM trụ				
Đến cổng 6R	17,18±3,41	17,30±3,55	17,24±3,42	0,820
Đến cổng 6U	10,74±2,95	12,09±3,28	11,42±3,14	0,237

TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn, (*) kiểm định T hai mẫu phương sai đồng nhất

Bảng 1 cho thấy khoảng cách trung bình từ ĐM quay đến cổng 1-2 và cổng 3-4 là 12,65 $\pm$ 3,08mm và 23,37 $\pm$ 3,01mm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 bên trái và phải ($p > 0,05$). Ngoài ra, khoảng cách từ ĐM trụ đến cổng 6R và 6U lần lượt là 17,24 $\pm$ 3,42mm và

11,42 $\pm$ 3,14mm, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa cổ tay bên trái so với bên phải ($p > 0,05$).

3.2. Khoảng cách từ các động mạch tới các cổng khác nhau theo giới tính

Bảng 2: Khoảng cách từ động mạch quay và động mạch trụ tới các cổng khác nhau theo giới tính

Khoảng cách (mm)	Nam (n=18)	Nữ (n=12)	Cả hai giới (n=30)	p(*)
	TB±ĐLC	TB±ĐLC	TB±ĐLC	
Từ ĐM quay				
Đến cổng 1-2	12,32 ± 3,51	13,15 ± 2,36	12,65 ± 3,08	0,582
Đến cổng 3-4	23,49 ± 3,64	23,20 ± 1,84	23,37 ± 3,01	0,612
Từ ĐM trụ				
Đến cổng 6R	16,80 ± 3,61	17,90 ± 3,15	17,24 ± 3,42	0,421
Đến cổng 6U	11,33 ± 3,04	11,55 ± 3,43	11,42 ± 3,14	0,767

TB: trung bình, ĐLC: độ lệch chuẩn, (*) kiểm định T hai mẫu phương sai đồng nhất

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về khoảng cách từ động mạch quay tới các cổng 1-2 và 3-4 theo giới tính ($p > 0,05$), tương tự, cũng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về khoảng cách từ động mạch trụ tới các cổng 6R và 6U theo giới tính ($p > 0,05$).

3.3. Đánh giá nguy cơ tổn thương mạch máu trong nội soi khớp cổ tay

• Kết quả cho thấy các động mạch quay và động mạch trụ có vị trí tương đối gần với các cổng nội soi thường được sử dụng trong phẫu thuật khớp cổ tay.

- Khoảng cách từ động mạch quay đến cổng 1-2 là khoảng 12,65 mm, cho thấy nguy cơ tiềm tàng khi đặt cổng này. Tương tự, cổng 6U cũng có nguy cơ cao vì khoảng cách từ động mạch trụ chỉ khoảng 11,42 mm.

- Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai bên tay cũng như giữa hai giới, cho thấy nguy cơ tổn thương mạch máu là tương đương ở cả nam và nữ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã trình bày các phép đo chi tiết về mối liên quan giữa các mạch máu chính vùng cổ tay tới các cổng nội soi lân cận. Các dữ liệu phân tích được trình bày trong các bảng 1, 2 cho thấy có một số phát hiện ảnh hưởng tới sự an toàn khi thiết lập cổng vào nội soi khớp cổ tay phía mu tay.

Các số liệu trong bảng 1 cho thấy khoảng cách trung bình từ động mạch quay đến các cổng 1-2 và 3-4 lần lượt là $12,65 \pm 3,08$ mm và $23,37 \pm 3,01$ mm. Sự khác biệt đáng kể này về khoảng cách ($p < 0,05$) cho thấy rằng cổng 1-2 nằm ở khu vực có nguy cơ cao hơn cho tổn thương động mạch quay so với cổng 3-4, nơi duy trì khoảng cách an toàn hơn. Phát hiện này hỗ trợ cho các quan sát ban đầu của Chen¹ về tầm quan trọng của việc thiết lập cổng cẩn thận, đặc biệt là ở mặt quay của cổ tay. Đối với động mạch trụ, các phép đo trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khoảng cách trung bình là $17,24 \pm 3,42$ mm đến cổng 6R và $11,42 \pm 3,14$ mm đến cổng 6U. Sự liên quan gần của cổng 6U với động mạch trụ cần được chú ý đặc biệt, như đã được nhấn mạnh bởi Mak và Ho trong các công bố của họ về các kỹ thuật mới trong phẫu thuật nội soi cổ tay.² Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu trước đó về nguy cơ tổn thương mạch máu trong phẫu thuật nội soi khớp cổ tay được đề cập bởi Longo và cộng sự.⁸ Các tác giả đã sử dụng hình ảnh cộng hưởng từ để đánh giá khoảng cách giữa các cổng nội soi với các cấu trúc thần kinh mạch máu và kết luận rằng cổng 1-2 và 6U có nguy cơ tổn thương cao nhất do khoảng cách gần với các bó mạch thần kinh.

Về nguy cơ giữa hai bên cổ tay và theo giới, bảng 1 và bảng 2 so sánh chi tiết khoảng cách giữa mạch máu tới các cổng nội soi theo các tiêu chí này, cho thấy phép đo rất nhất quán. Việc không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai bên và hai giới nam nữ ($p > 0,05$ cho tất cả các phép đo) cho thấy kỹ thuật thiết lập cổng tiêu chuẩn có thể áp dụng một cách an toàn với các nguy cơ tương tự nhau, không phụ thuộc vào vị trí cổ tay hay giới tính. Kết quả này phù

hợp với các quan sát của Giddins và cộng sự về lý thuyết thiết lập cổng an toàn.³ Một điều đặc biệt ở khoảng cách mạch máu tới cổng 6U, cho thấy khoảng cách trung bình là $10,74 \pm 2,95$ mm bên trái và $12,09 \pm 3,28$ mm bên phải ($p = 0,237$). Mặc dù không có ý nghĩa thống kê, sự biến đổi nhẹ này nên được xem xét khi phẫu thuật, đặc biệt là khi Leclercq và Mathoulin công bố về tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu đa trung tâm của họ.⁴ So sánh dựa trên giới tính được trình bày trong bảng 3 cũng có những chi tiết đáng lưu ý. Mặc dù có sự khác biệt về kích thước giải phẫu cổ tay giữa nam và nữ, khoảng cách tương đối từ các cấu trúc mạch máu tới vị trí các cổng vào nội soi vẫn giữ nguyên. Ví dụ, khoảng cách từ động mạch quay đến cổng 1-2 cho thấy sự biến đổi tối thiểu giữa nam giới ($12,32 \pm 3,51$ mm) và nữ giới ($13,15 \pm 2,36$ mm), $p = 0,582$. Sự nhất quán này hỗ trợ kết luận của Ahsan và Yao về độ tin cậy của các kỹ thuật đặt cổng tiêu chuẩn trên các quần thể bệnh nhân khác nhau.⁵ Các phép đo ở phía trụ cho thấy sự nhất quán tương tự giữa các giới tính, với cổng 6R duy trì khoảng cách trung bình là $16,80 \pm 3,61$ mm ở nam giới và $17,90 \pm 3,15$ mm ở nữ giới ($p = 0,421$). Dữ liệu này hỗ trợ các phát hiện của Shyamalan và cộng sự về độ tin cậy của các mốc giải phẫu cho việc thiết lập cổng vào khớp.⁶

Nghiên cứu của chúng tôi xác định hai khu vực có nguy cơ cao cần được chú ý: cổng 1-2 và cổng 6U. Với cổng 1-2, khoảng cách tối thiểu đến động mạch quay là 8.24 mm. Cổng 6U có khoảng cách tối thiểu đến động mạch trụ là 7.12 mm. Những khoảng cách nói lên các mạch máu tương ứng khá gần với các cổng tiêu chuẩn phía mu tay khi vào khớp cổ tay. Sự tương quan này được chú ý đặc biệt khi thiết lập cổng cũng như trong quá trình thao tác thực hiện kỹ thuật, phù hợp với những nhận xét về các biến chứng nội soi khớp cổ tay của Jung⁷ và cộng sự cũng như các khuyến nghị của Feitz⁹ và cộng sự về vấn đề này. Đồng thời, nghiên cứu cũng cho thấy cổng 3-4 có khoảng cách xa nhất tới các mạch máu lân cận và nên được xem xét là cổng vào khớp chính bởi tính an toàn của nó.

Nghiên cứu này có ý nghĩa lâm sàng nhất định. Việc xác định chính xác vị trí các cổng vào nội soi khớp là rất quan trọng để giảm thiểu nguy cơ tổn thương mạch máu và thần kinh. Việc xác định vị trí các cấu trúc mạch máu thần kinh bằng các kỹ thuật hình ảnh trước phẫu thuật như siêu âm Doppler giúp hỗ trợ trong việc lập kế hoạch phẫu thuật an toàn hơn. Ngoài ra, việc áp dụng phương pháp rạch da nhỏ, nông và

tách mô mềm cẩn thận cũng góp phần làm giảm nguy cơ tổn thương các cấu trúc quan trọng.

Mặc dù nghiên cứu của chúng tôi cung cấp các đặc điểm về mối liên quan giải phẫu giữa các cổng vào nội soi khớp tới các mạch máu chính, một vấn đề khá quan trọng nhằm nâng cao độ an toàn của phẫu thuật nội soi khớp, vẫn còn tồn tại một số hạn chế. Thứ nhất, nghiên cứu được thực hiện trên xác do đó không thể phản ánh hoàn toàn tình trạng sinh lý và biến đổi giải phẫu ở cơ thể sống. Thứ hai, số lượng mẫu hạn chế có thể ảnh hưởng tới tính khái quát của kết quả. Cuối cùng, nghiên cứu không đánh giá được sự co giãn và thay đổi vị trí của các mạch máu trong quá trình phẫu thuật thực tế.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu này cung cấp thêm bằng chứng về nguy cơ tổn thương mạch máu trong phẫu thuật nội soi khớp cổ tay qua đường mu tay, đặc biệt là khi sử dụng các cổng 1-2 và 6U. Việc hiểu rõ mối quan hệ giải phẫu giữa các cổng nội soi và các cấu trúc mạch máu, cùng với việc áp dụng các kỹ thuật phẫu thuật cẩn thận, là cần thiết để giảm thiểu nguy cơ biến chứng và nâng cao hiệu quả điều trị. Các phép đo của chúng tôi trên 30 mẫu cổ tay đã cho thấy các mối quan hệ mạch máu nhất quán và đáng tin cậy giữa các giới tính và bên, đồng thời xác định các khu vực cụ thể cần chú ý cao hơn trong phẫu thuật nội

soi khớp cổ tay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen YC.** Arthroscopy of the wrist and finger joints. *Orthop Clin North Am.* 1979;10(3):723-733.
2. **Mak CK, Ho PC.** Arthroscopic-assisted triangular fibrocartilage complex reconstruction. *Hand Clin.* 2017;33(3):625-637.
3. **Giddins G, Shewring D, Downing N.** Articular cartilage and soft tissue damage from radiofrequency thermal ablation wands at wrist arthroscopy. *J Hand Surg Eur Vol.* 2021;46(6):632-636.
4. **Leclercq C, Mathoulin C.** Complications of wrist arthroscopy: a multicenter study based on 10,107 arthroscopies. *J Wrist Surg.* 2016;5(4):320-326.
5. **Ahsan Z, Yao J.** Complications of wrist and hand arthroscopy. *Hand Clin.* 2017;33(4):685-692.
6. **Shyamalan G, Jordan R, Kimani P, Liverneaux P, Mathoulin C.** Assessment of the structures at risk during wrist arthroscopy: a cadaveric study and systematic review. *J Hand Surg Eur Vol.* 2016;41(8):852-858.
7. **Jung HS, Kim SH, Jung CW, et al.** Arthroscopic transosseous repair of foveal tears of the triangular fibrocartilage complex: a systematic review of clinical outcomes. *Arthroscopy.* 2021;37(5):1641-1650.
8. **Longo UG, Franceschi F, Ruzzini L, Rabitti C, Morini S, Denaro V.** Safety of the dorsal portals in wrist arthroscopy: an anatomical study. *J Bone Joint Surg Am.* 2008;90(5):986-991.
9. **Feitz R, Stip D, van der Oest M, Souer S, Hovius S, Selles R.** Prognostic factors in open triangular fibrocartilage complex repair. *J Hand Surg Glob Online.* 2021;3(3):176-181.

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI

Nguyễn Đăng Khoa¹, Nguyễn Văn Hoá¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang năm 2023. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 51 bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang từ 2023-2024. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Đau hạ sườn phải là triệu chứng phổ biến nhất với 86,3%. Sốt gặp ở 52,9%. Túi mật to ở 58,8% bệnh nhân. Dấu Murphy dương tính tỷ lệ

chiếm 41,2% bệnh nhân. Sinh hoá: Amylase tăng >220 chiếm tỷ lệ 56,9%; Bạch cầu tăng chiếm tỷ lệ 54,95%, Urea tăng có 54,9%; SGPT 49% và SGOT tăng 45,1%. Siêu âm: Túi mật căng to là dấu hiệu phổ biến nhất chiếm tỷ lệ 68,6%. Thành túi mật dày trên 3mm chiếm tỷ lệ 64,7% và thành túi mật mất liên tục chiếm tỷ lệ 11,8%. **Từ khóa:** lâm sàng, cận lâm sàng, bệnh nhân, viêm túi mật, sỏi túi mật.

SUMMARY

SURVEY OF CLINICAL AND PARA CLINICAL FEATURES IN PATIENTS WITH ACUTE CHOLECYSTITIS CAUSED BY STONES

Objective: The study has objectives: Describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with acute cholecystitis due to stones treated by laparoscopic surgery at Hau Giang General Hospital in 2023. **Methods:** Retrospective descriptive study design on 51 patients diagnosed with acute cholecystitis due to stones and treated by laparoscopic

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đăng Khoa

Email: 3353150061@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

cholecystectomy at Hau Giang General Hospital from 2023-2024. **Result:** Clinical and paraclinical characteristics: Right hypochondrium pain is the most common symptom with 86.3%. Fever occurs in 52.9%. Gallbladder enlargement occurs in 58.8% of patients. Murphy's sign is positive in 41.2% of patients. Biochemistry: Amylase increased >220 in 56.9%; Leukocytosis in 54.95%, Urea increased in 54.9%; SGPT increased in 49% and SGOT increased in 45.1%. Ultrasound: Gallbladder distension is the most common sign, accounting for 68.6%. Gallbladder wall thickness of more than 3mm accounts for 64.7% and continuous loss of gallbladder wall accounts for 11.8%. **Keywords:** clinical, paraclinical, patient, cholecystitis, gallstones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp là tình trạng nhiễm khuẩn cấp tính của túi mật do sự xâm nhập của vi khuẩn gây ra. Nhưng chủ yếu nhất là viêm túi mật cấp do sỏi với khoảng 90 – 95% các trường hợp. viêm túi mật cấp với các triệu chứng điển hình như bệnh nhân đau hạ sườn phải, Murphy (+), sốt, bạch cầu trong máu ngoại vi tăng cao, siêu âm và chụp cắt lớp vi tính thường thấy thành túi mật dày, có thể thấy nguyên nhân gây viêm túi mật đặc biệt là viêm túi mật do sỏi [1]. Phẫu thuật nội soi là phương pháp điều trị hiệu quả và ít xâm lấn đối với bệnh lý này. Tuy nhiên, việc đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân để tối ưu hóa quá trình chẩn đoán và điều trị vẫn là điều cần thiết. Từ những yếu tố trên, chúng tôi thực hiện đề tài với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân viêm túi mật cấp do sỏi điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: các bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp do sỏi và điều trị bằng phương pháp phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang từ 2023- 2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân trên 16 tuổi, được chẩn đoán: viêm túi mật do sỏi, được điều trị bằng: phẫu thuật nội soi cắt túi mật. Hồ sơ đủ dữ liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có bệnh lý nặng ở phổi, suy gan, suy thận, viêm phúc mạc.

Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang từ 2023- 2024 từ tháng 01/2023 đến tháng 12/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

Cỡ mẫu: Cỡ mẫu được tính theo công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\frac{\alpha}{2}}^2 \cdot p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: cỡ mẫu tối thiểu cần có cho nghiên cứu.

Z: hệ số tin cậy.

α : mức ý nghĩa, $\alpha = 0,05$ thì $Z = 1,96$.

d: sai số cho phép, chọn $d = 5\%$.

$p = 0,973$ là tỉ lệ phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật do sỏi thành công theo tác giả Nguyễn Quang Huy (2023) [2].

Thay vào công thức tính được cỡ mẫu $n \approx 41$ bệnh nhân. Trên thực tế chúng tôi nghiên cứu trên 51 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Tiến hành chọn mẫu toàn bộ, lựa chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu trong thời gian từ 01/2023 đến tháng 12/2024 tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hậu Giang.

Nội dung nghiên cứu: Một số đặc điểm chung của bệnh nhân: Tuổi, giới tính, tiền sử gia đình và bệnh mắc kèm, thời gian phát hiện sỏi.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Triệu chứng cơ năng (vị trí đau, sốt, nôn), triệu chứng thực thể (túi mật to, Murphy (+)), xét nghiệm sinh hóa máu, siêu âm túi mật.

Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Các số liệu được ghi nhận bằng phiếu thu thập thông tin, nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0.

Xử lý số liệu bằng các thuật toán thống kê y học:

+ Các biến số định tính được mô tả bằng số lượng và tỷ lệ (%).

+ Các biến định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn

+ Các biến định lượng có phân phối không chuẩn được mô tả bằng trung vị và khoảng tứ phân vị.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đảm bảo tuân thủ các nguyên tắc về đạo đức trong nghiên cứu y học. Tôn trọng quyền riêng tư của bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của bệnh nhân

Bảng 3.1. Phân bố bệnh nhân theo giới tính

Giới tính	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nam	5	9,8
Nữ	46	90,2
Tổng	51	100

Nhận xét: Có 46 nữ giới trong mẫu nghiên cứu, chiếm 90,2% tổng số người tham gia. Cao hơn nam giới, chỉ chiếm tỷ lệ 9,8%. Tỷ số nam:

nữ $\approx$ 1:9

Bảng 3.2. Phân nhóm tuổi của bệnh nhân

Tuổi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<30	3	5,9
31 - 40	4	7,8
41 - 50	13	25,5
51 - 60	17	33,3
>60	14	27,5
Tổng	51	100
TB $\pm$ ĐLC	52,88 $\pm$ 13,32	
Nhỏ nhất - Lớn nhất	25 - 85	

Nhận xét: Nhóm tuổi nhiều nhất là 51 - 60 với 17 người, chiếm 33,3% tổng số. Tiếp theo là nhóm trên 60 tuổi với 14 người, chiếm 27,5%. Nhóm tuổi 41 - 50 có 13 người, chiếm 25,5%. Nhóm tuổi 31 - 40 chỉ có 4 người, chiếm 7,8%. Cuối cùng, nhóm dưới 30 tuổi có 3 người, chiếm 5,9%. Tuổi trung bình là 52,88 $\pm$ 13,32 nhỏ nhất 25 tuổi và lớn nhất 85 tuổi.

Bảng 3.3. Tiền sử gia đình

Tiền sử gia đình	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Có	12	23,5
Không	39	76,5
Tổng	51	100

Nhận xét: Có 23,5% trong nhóm khảo sát có tiền sử gia đình mắc bệnh và 76,5% không có tiền sử gia đình mắc bệnh.

Bảng 3.4. Tiền sử bệnh

Tiền sử bệnh	Số lượng	Tỷ lệ (%)
tăng huyết áp	11	21,6
đái tháo đường type II	8	15,7
Basedow	1	2,0
Đã điều trị sỏi nội khoa	12	23,5

Nhận xét: Phần lớn nhóm khảo sát không có bệnh kèm theo, trong khi các bệnh kèm theo phổ biến nhất là tăng huyết áp (21,6%) và đái tháo đường type II (15,7%). Phần lớn nhóm khảo sát chưa từng trải qua điều trị trước đây. Trong đó, 12 người đã từng điều trị, chiếm 23,5% và có đến 39 người chưa từng điều trị, chiếm 76,5%.

Bảng 3.5. Thời gian phát hiện sỏi

Thời gian phát hiện sỏi	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<1 năm	33	64,7
1 - 5 năm	15	29,4
>5 năm	3	5,9
Tổng	51	100
Trung bình $\pm$ Độ lệch chuẩn	1,12 $\pm$ 1,75	
Nhỏ nhất - Lớn nhất	0,08 - 10	

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân phát hiện sỏi trong vòng 1 năm gần đây, chiếm 64,7% (33 người). Nhóm phát hiện sỏi từ 1-5 năm chiếm

29,4% (15 người), trong khi chỉ có 5,9% (3 người) phát hiện sỏi trên 5 năm. Thời gian phát hiện sỏi trung bình là 1,12 năm, với độ lệch chuẩn 1,75 năm. Khoảng thời gian phát hiện rộng, từ 0,08 năm (khoảng 1 tháng) đến 10 năm.

3.2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 3.6. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng	Đau hạ sườn phải	44	86,3
	Đau thượng vị	31	60,8
	Sốt	27	52,9
	Nôn	22	43,1
Triệu chứng thực thể	Túi mật to	30	58,8
	Murphy (+)	21	41,2
Tổng		51	100

Nhận xét:

- Về các triệu chứng cơ năng cho thấy:
 + Đau hạ sườn phải là triệu chứng phổ biến nhất, xuất hiện ở 86,3% (44/51) bệnh nhân.
 + Đau thượng vị có tỷ lệ chiếm 60,8% (31/51) bệnh nhân.
 + Sốt là triệu chứng ít gặp nhất trong số các triệu chứng được liệt kê, nhưng vẫn xuất hiện ở hơn nửa số bệnh nhân (52,9% hay 27/51).
 + Triệu chứng nôn gặp ở 43,1% bệnh nhân
 - Các triệu chứng thực thể khi thăm khám cho thấy
 + Túi mật to được phát hiện ở 58,8% (30/51) bệnh nhân
 + Dấu Murphy dương tính tỷ lệ chiếm 60,8% (31/51) bệnh nhân.

3.3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.7. Kết quả sinh hoá máu

Sinh hoá		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Bạch cầu	> 10.000/mm ³	28	54,9
	≤ 10.000/mm ³	23	45,1
SGOT	SGOT > 37 U/L	23	45,1
	SGOT ≤ 37 U/L	28	54,9
SGPT	SGPT > 40 U/L	25	49,0
	SGPT ≤ 40 U/L	26	51,0
Urea	> 7,5 mmol/l	28	54,9
	≤ 7,5 mmol/l	23	45,1
Amylase	> 220	29	56,9
	≤ 220	22	43,1
Glucose lúc đói	> 6,4 mmol/l	25	49,0
	≤ 6,4 mmol/l	26	51,0
Tổng		51	100

Nhận xét: Dựa trên bảng kết quả xét nghiệm sinh hóa, có thể thấy: Amylase tăng >220 là chỉ số bất thường phổ biến nhất, xuất hiện ở 56,9% (29/51) bệnh nhân.

Bạch cầu tăng và Urea tăng có tỷ lệ giống nhau, cùng chiếm 54,9% (28/51) bệnh nhân.

SGPT tăng và Glucose tăng có tỷ lệ tương đương nhau, gần 49% (25/51) bệnh nhân.

SGOT tăng là chỉ số ít gặp nhất, chỉ xuất hiện ở 45,1% (23/51) bệnh nhân.

Bảng 3.8. Kết quả siêu âm túi mật

Siêu âm túi mật	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Túi mật căng to	35	68,6
Thành túi mật dày	33	64,7
Thành túi mật mất liên tục	6	11,8

Nhận xét: Túi mật căng to là dấu hiệu phổ biến nhất, xuất hiện ở 68,6% (35/51) bệnh nhân. Đây là một tỷ lệ đáng kể, cho thấy sự phổ biến của triệu chứng này trong bệnh lý túi mật.

Thành túi mật dày trên 3mm cũng là một dấu hiệu thường gặp, xuất hiện ở 64,7% (33/51) bệnh nhân.

Ngược lại, thành túi mật mất liên tục là dấu hiệu ít gặp nhất, chỉ xuất hiện ở 11,8% (6/51) bệnh nhân. Điều này có thể chỉ ra rằng đây là một dấu hiệu nghiêm trọng hơn hoặc xuất hiện ở giai đoạn muộn của bệnh.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng

4.1.1. Triệu chứng cơ năng. Đau hạ sườn phải là triệu chứng phổ biến nhất, xuất hiện ở 86,3% (44/51) bệnh nhân. Kết quả tương đồng với các tác giả khác như Phan Khánh Việt tỷ lệ đau hạ sườn phải là 87,4% [4].

Ngoài ra các triệu chứng như: Đau thượng vị có tỷ lệ chiếm 60,8% (31/51) bệnh nhân. Sốt là triệu chứng ít gặp nhất trong số các triệu chứng được liệt kê, nhưng vẫn xuất hiện ở hơn nửa số bệnh nhân (52,9% hay 27/51), thực tế triệu chứng sốt cũng xuất hiện với tỉ lệ khá cao ở 3 nghiên cứu Trần Kiến Vũ (2016) 79,3% Lê Quang Minh (2011) [5].

4.1.2. Triệu chứng thực thể. Dấu Murphy dương tính tỷ lệ chiếm 60,8% (31/51) bệnh nhân. Dấu Murphy ở Lê Quang Minh (2011) 91,8%, Phan Khánh Việt là 100%, cho thấy đây là một dấu hiệu quan trọng cần chú ý khi thăm khám vì điểm túi mật chỉ đau khi túi mật bị viêm, cường độ đau phụ thuộc vào mức độ tổn thương của túi mật, nếu điểm túi mật đau kết hợp với phản ứng thành bụng hạ sườn phải thì nên nghĩ đến một viêm túi mật cấp đã có biến chứng như: viêm mủ, hoại tử, thủng hoặc đe dọa thủng. Nếu như triệu chứng đau bụng có ngay từ đầu và gặp ở tất cả bệnh nhân thì túi mật to không phải lúc nào cũng sờ thấy trong nghiên cứu của chúng tôi túi mật to được phát hiện ở 58,8% (30/51) bệnh nhân. Tỷ lệ sờ thấy túi mật trên lâm sàng khác nhau tùy từng nghiên cứu do phụ thuộc nhiều yếu tố như thành bụng

của bệnh nhân dày hay mỏng, mức độ to của túi mật và kinh nghiệm thăm khám của mỗi thầy thuốc [3], [4].

4.2. Đặc điểm cận lâm sàng

4.2.1. Kết quả sinh hoá. Chỉ số Amylase tăng cao hơn 220 là bất thường phổ biến nhất, xuất hiện ở 56,9% (29/51) bệnh nhân. Điều này cho thấy khả năng cao của viêm tụy cấp, một tình trạng thường đi kèm với sỏi túi mật. Việc tăng Amylase có thể phản ánh mức độ nghiêm trọng của bệnh và cần được quan tâm đặc biệt trong quá trình điều trị.

Tiếp theo, bạch cầu và Urea đều tăng ở 54,9% (28/51) bệnh nhân. Sự gia tăng này thường là dấu hiệu của phản ứng viêm nhiễm hoặc nhiễm trùng trong cơ thể. Bạch cầu tăng là một phản ứng của hệ miễn dịch đối với nhiễm trùng, trong khi tăng Urea có thể cho thấy chức năng thận bị ảnh hưởng hoặc sự phá hủy protein trong cơ thể.

Cùng với đó, SGPT và Glucose tăng ở khoảng 49% (25/51) bệnh nhân. SGPT là một enzym gan, và sự tăng cao của nó có thể chỉ ra tổn thương gan hoặc viêm gan. Tăng Glucose là dấu hiệu của rối loạn chuyển hóa, bao gồm cả bệnh tiểu đường, một yếu tố nguy cơ cao đối với bệnh nhân sỏi túi mật.

Chỉ số ít gặp nhất là SGOT, chỉ xuất hiện ở 45,1% (23/51) bệnh nhân. Giống như SGPT, tăng SGOT có thể chỉ ra tổn thương gan. Tuy nhiên, tỷ lệ thấp hơn so với các chỉ số khác cho thấy tổn thương gan không phải là yếu tố phổ biến nhất ở nhóm bệnh nhân này.

4.2.2. Siêu âm túi mật. Túi mật căng to là dấu hiệu phổ biến nhất, xuất hiện ở 68,6% (35/51) bệnh nhân. Đây là một tỷ lệ đáng kể, cho thấy sự phổ biến của triệu chứng này trong bệnh lý túi mật. Theo tác giả Nguyễn Quang Huy và cộng sự (2023) Hình ảnh siêu âm túi mật có sỏi là 98,6%, sỏi đường mật kết hợp 3,3%. Hình ảnh chụp cắt lớp Vi tính phát hiện sỏi 100% Và các biến chứng như hoại tử túi mật (6,6%), áp xe túi mật (3,3%) [2].

Thành túi mật dày trên 3mm cũng là một dấu hiệu thường gặp, xuất hiện ở 64,7% (33/51) bệnh nhân, thấp hơn so với nghiên cứu của Phan Khánh Việt là 87,4%, của Trần Kiến Vũ (2016) là 100% [4], [5].

Thành túi mật mất liên tục là dấu hiệu ít gặp nhất, chỉ xuất hiện ở 11,8% (6/51) bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi. Điều này có thể chỉ ra rằng đây là một dấu hiệu nghiêm trọng hơn hoặc xuất hiện ở giai đoạn muộn của bệnh.

V. KẾT LUẬN

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Đau hạ sườn phải là triệu chứng phổ biến nhất với 86,3%. Sốt gặp ở 52,9%. Túi mật to ở 58,8% bệnh nhân. Dấu Murphy dương tính tỷ lệ chiếm 41,2% bệnh nhân. Sinh hoá: Amylase tăng >220 chiếm tỷ lệ 56,9%; Bạch cầu tăng chiếm tỷ lệ 54,95%, Urea tăng có 54,9%; SGPT 49% và SGOT tăng 45,1%. Siêu âm: Túi mật căng to là dấu hiệu phổ biến nhất chiếm tỷ lệ 68,6%. Thành túi mật dày trên 3mm chiếm tỷ lệ 64,7% và thành túi mật mất liên tục chiếm tỷ lệ 11,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Hải** (2018), Viêm túi mật cấp - Cấp cứu ngoại tiêu hóa, NXB Thanh Niên, Tp.Hồ Chí Minh.
2. **Nguyễn Quang Huy, Đặng Khải Toàn, Nguyễn Quốc Cường, Trần Thị Thu Hồng** (2023), "Nhận xét kết quả sớm phẫu thuật nội soi điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại Bệnh Viện Nhân Dân 115", Tạp Chí Y học Việt Nam, 529(2).
3. **Lê Quang Minh** (2001), Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Hà Nội.
4. **Phan Khánh Việt** (2014), "Nghiên cứu thời điểm mổ và đánh giá kết quả điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật cắt túi mật nội soi", Tạp chí Y học Việt Nam, 421(1).
5. **Trần Kiên Vũ** (2016), Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật cắt túi mật nội soi trong điều trị viêm túi mật cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh, Đại học Y Dược Hà Nội, Hà Nội.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN VIÊM MÔ TẾ BÀO

Nguyễn Tiên Dũng¹, Phạm Ngọc Toàn¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm của bệnh nhân có vết thương do viêm mô tế bào. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 78 bệnh nhân viêm mô tế bào vào điều trị nội trú tại trung tâm liên vết thương, Bệnh viện Bỏng Quốc gia từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024. Bệnh nhân được xác định một số đặc điểm nhân khẩu học, lối sống, bệnh lý nền, giai đoạn bệnh và đặc điểm tại chỗ vết thương trong 12h sau khi nhập viện. **Kết quả:** BN viêm mô tế bào gặp nhiều ở độ tuổi 41-60 tuổi (65,4%), là nam giới (69,2%), sống ở nông thôn (67,9%), là nông dân (44,9%). BN có bệnh lý nền (100%), nghiện rượu (19,2%), hút thuốc lá (32,1%), thừa cân (44,9%) và béo phì (10,2%). BN sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (61,5%), tần số thở ≥ 22 nhịp/phút (60,2%), nhịp tim > 90 nhịp/phút (57,7%). 73,1% số BN ở giai đoạn 2 của bệnh (phân loại của Eron-2018). 100% BN có tứ chứng viêm (sưng, nóng, đỏ, đau) tại chỗ vết thương. Vết thương thường gặp ở chi dưới (69,5%), tổn thương độ III (55,5%), tiết dịch nhiều (58,7%). **Kết luận:** Bệnh nhân viêm mô tế bào thường gặp tuổi trung niên, ở nam giới, bệnh nhân thường có bệnh lý nền, thừa cân, có hội chứng viêm, vết thương hay gặp ở chi dưới và tổn thương sâu. **Từ khóa:** Viêm mô tế bào, triệu chứng lâm sàng, vết thương

SUMMARY

STUDYING SOME CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CELLULITIS

Objective: Aim of this study was to describe

some characteristics of patients with cellulitis wounds.

Subjects and methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 78 patients with cellulitis wounds who were hospitalized at the Wound Healing Center, National Burn Hospital from August 2023 to July 2024. Patients were evaluated for demographic characteristics, lifestyle factors, co-morbidities, disease stage, and local wound characteristics within 12 hours of admission. **Results:** Patients with cellulitis occurred in the 41-60 group (65.4%), males (69.2%), rural residents (67.9%), and farmers (44.9%). All patients had co-morbidities. These patients were also alcoholism (19.2%), smoking (32.1%), overweight (44.9%), obese (10.2%), and had fever $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (61.5%), respiratory rate ≥ 22 breaths/min (60.2%), heart rate > 90 beats/min (57.7%). 73.1% of patients were in stage II of the disease (Eron's classification-2018). All patients presented 4 signs of inflammation (swelling, heat, redness, pain) at the wound site. Wounds were commonly found in the lower extremities (69.5%), at grade III (55.5%), and had high exudate (58.7%). **Conclusion:** Cellulitis is commonly observed in middle-aged males with co-morbidities, overweight status, and inflammation syndrome. Wounds frequently occurred on the lower extremities and full-thickness damage.

Keywords: Cellulitis, Clinical sign, Wound

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mô tế bào là một trong những bệnh nhiễm trùng da do vi khuẩn, đặc trưng bởi tình viêm lan toả. Tại Mỹ hàng năm ước tính có 14,5 triệu ca viêm mô tế bào trong đó có 650 nghìn bệnh nhân phải nhập viện điều trị, tiêu tốn 3,7 tỷ USD chi phí cho điều trị ngoại trú. Phần lớn các trường hợp viêm mô tế bào không xác định được vi khuẩn gây bệnh, hoặc những vi khuẩn không biết đến. Chỉ có 15% các trường hợp viêm mô tế bào xác định được vi khuẩn và hầu hết là do liên

¹Bệnh viện Bỏng Quốc gia, Học viện Quân y
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tiên Dũng
Email: ntzung_0350@yahoo.com
Ngày nhận bài: 3.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025
Ngày duyệt bài: 17.3.2025

cầu khuẩn tan máu β và tụ cầu vàng kháng Methicillin [1]. Hiện nay, chẩn đoán nguyên nhân viêm mô tế bào vẫn là một thách thức đối với ngành y tế do việc chẩn đoán chủ yếu vẫn dựa trên biểu hiện lâm sàng của bệnh nhân với tình trạng nhiễm trùng da nguyên nhân không rõ ràng [2]. Những kiến thức về các đặc điểm của bệnh nhân bị viêm mô tế bào có thể giúp bác sĩ quyết định điều trị kháng sinh chính xác khi tiếp nhận bệnh nhân nghi ngờ bị nhiễm trùng. Tuy nhiên hiện nay chưa có một nghiên cứu nào mang tính hệ thống các đặc điểm của nhóm bệnh nhân này. Xuất phát từ các yếu tố trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *"Mô tả một số đặc điểm của bệnh nhân có vết thương do viêm mô tế bào khi nhập viện"*.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 78 Bệnh nhân (BN) người lớn trên 18 tuổi được chẩn đoán viêm mô tế bào vào điều trị nội trú tại Trung tâm Liên vết thương – Bệnh viện Bông Quốc gia từ tháng 8 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Viêm mô tế bào được định nghĩa là tình trạng nhiễm trùng da tới lớp hạ bì hoặc mô dưới da. Bệnh thường do xuất hiện một vết thương nhỏ trên da nơi vi sinh vật có thể xâm nhập [3]

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Một số bệnh có triệu chứng gần với viêm mô tế bào như: Huyết khối tĩnh mạch sâu (Deep vein thrombosis); Suy tĩnh mạch (Venous insufficiency); Xơ cứng da –mỡ (Lipodermatosclerosis); Viêm khớp nhiễm trùng (Septic arthritis); Viêm tĩnh mạch (Vasculitis); Viêm tĩnh mạch huyết khối (Thrombophlebitis).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, cắt ngang được thực hiện bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

Phương pháp nghiên cứu lâm sàng: Tất cả BN khi vào viện trong vòng 12h đầu tiên đã được xác định các chỉ tiêu sau:

- Đặc điểm chung: Tuổi, giới tính, nơi ở (nông thôn, thành thị), nghề nghiệp (công nhân, nông dân, văn phòng...), bệnh lý nền, chỉ số BMI (Body mass index), thói quen của BN: nghiện rượu, hút thuốc lá. BN được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết ở tuyến trước.

- Chẩn đoán giai đoạn bệnh: Chia làm 4 giai đoạn theo phân loại của tác giả Eron (2018) [3]:

+ Giai đoạn 1: Toàn thân khỏe mạnh không có triệu chứng của bệnh lý nền

+ Giai đoạn 2: Có triệu chứng toàn thân hoặc không có triệu chứng toàn thân nhưng có triệu chứng của bệnh lý nền còn kiểm soát được

+ Giai đoạn 3: Có hội chứng SIRS rõ rệt hoặc khó kiểm soát bệnh lý nền

+ Giai đoạn 4: Sốc nhiễm khuẩn/ nhiễm khuẩn đe dọa tính mạng

- Xác định đặc điểm tại chỗ vết thương:

+ Độ sâu của vết thương Chia làm 3 độ theo Shankar M (2014) [4]: Độ I (tổn thương bề mặt - Superficial): Tổn thương lớp thượng bì; Độ II (Tổn thương một phần – Partial thickness): Tổn thương đến lớp hạ bì; Độ III (Tổn thương toàn – Full thickness): Tổn thương toàn bộ lớp da và hoặc tổ chức dưới da.

+ Xác định vị trí, tính chất mô tại chỗ vết thương: Xác định vị trí, số lượng vết thương trên mỗi BN. Xác định tính chất mô nền vết thương là mô hoại tử, tổ chức hạt, lộ mô - tổ chức dưới da, kết hợp

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm Excel – Office 2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm BN nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của nhóm BN nghiên cứu (N=78)

Đặc điểm	Số lượng	Phần trăm
Tuổi		
18-40	6	7,7
41-60	51	65,4
≥ 61	21	42,4
	X $\pm$ SD: 53,6 $\pm$ 17,2	
Giới tính: Nam	54	69,2
Nữ	24	30,8
Nơi sống		
Thành thị	25	32,1
Nông thôn	53	67,9
Nghề nghiệp		
Công nhân	21	26,9
Nông dân	35	44,9
Văn phòng	12	15,3
Khác	10	12,8
Bệnh lý nền^(*)		
Đái tháo đường	25	32,1
Tim mạch	17	21,8
Viêm đa khớp	30	38,4
Hội chứng Cushing	45	57,7
Khác ^(**)	15	19,2
Thói quen		
Nghiện rượu	15	19,2
Hút thuốc lá	25	32,1
BMI: < 18,5	15	19,2
[18,5-25)	20	25,6
[25-30)	35	44,9
≥ 30	8	10,2

Ghi chú: ^(*) 100% BN có bệnh lý nền trong đó BN có 1 bệnh nền 42 (53,8%), BN có 2 bệnh

nền 21 (26,9 %), BN có 3 bệnh nền 15 (19,2 %). (**) Gout mạn tính, bệnh phổi mạn tính, bệnh thận mạn tính

Nhận xét: 78 BN có vết thương do viêm mô tế bào gặp nhiều ở độ tuổi 41-60 tuổi (65,4%) (trung bình $53,6 \pm 17,2$ tuổi), nam giới (69,2%), sống ở nông thôn (67,9%), là nông dân (44,9%). 100% BN có bệnh lý nền (hội chứng Cushing (57,7%), viêm đa khớp (38,4%), đái tháo đường (32,1%) – trong đó 53,8% BN có 1 bệnh, 26,9% BN có 2 bệnh và 19,2% BN có 3 bệnh nền), nghiện rượu (19,2%), hút thuốc lá (32,1%), bệnh nhân thừa cân 44,9% và béo phì 10,2%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng toàn thân

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng toàn thân của BN nghiên cứu (n=78)

Đặc điểm	Số lượng	Phần trăm
Sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$	48	61,5
$\text{SpO}_2 \leq 96\%$	34	43,6
Tần số thở ≥ 22 nhịp/phút	47	60,2
Nhịp tim > 90 nhịp/phút	45	57,7
Huyết áp tâm thu $\leq 100\text{mmHg}$	6	7,7
Giai đoạn bệnh		
Giai đoạn 1	-	-
Giai đoạn 2	57	73,1
Giai đoạn 3	19	24,3
Giai đoạn 4	2	2,6
Nhiễm khuẩn huyết trước khi vào viện		
Có	46	59,0
Không	32	41,0

Nhận xét: BN có vết thương do viêm mô tế bào có 61,5% BN sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$, 60,2% BN có tần số thở ≥ 22 nhịp/ phút, 57,7% BN có nhịp tim > 90 nhịp/phút. 73,1% số BN ở giai đoạn 2 của bệnh theo phân loại của Eron (2018). Có 59% số BN được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết ở tuyến trước.

3.3. Đặc điểm lâm sàng tại chỗ vết thương do viêm mô tế bào

Bảng 3. Độ sâu vết thương do viêm mô tế bào (n=92 vết thương)

Độ sâu vết thương	Số lượng	Phần trăm
Độ I	-	-
Độ II	41	44,5
Độ III	51	55,5

Nhận xét: Vết thương do viêm mô tế bào thường gặp tổn thương độ III (55,5%), không có BN có vết thương tổn thương độ I.

Bảng 4. Một số đặc điểm tại chỗ vết thương (n=92 vết thương)

Đặc điểm	Số lượng	Phần trăm
Vị trí VT		
- Thân	3	3,3

- Chi trên	25	27,2
- Chi dưới	64	69,5
Dịch tiết tại chỗ VT		
- Nhiều	54	58,7
- Vừa	31	33,7
- Ít	7	8,6
Viêm tại chỗ VT (sưng, nóng, đỏ, đau)		
- Có	92	100
- Không	-	-
Biểu mô		
- Có	6	6,5
- Không	86	93,5
Mô tại chỗ		
- Hoại tử	12	13,0
- Tổ chức hạt	10	10,9
- Mô tổ chức dưới da	13	14,1
- Kết hợp	57	62,0

Nhận xét: Vết thương do viêm mô tế bào gặp nhiều nhất ở vùng chi dưới (69,5%), tiết dịch nhiều (58,7%). 100% BN có tứ chứng viêm (sưng, nóng, đỏ, đau) tại chỗ vết thương. Không có biểu mô ở bờ mép vết thương (93,5%). Tổn thương kết hợp (giữa hoại tử, lộ mô tổ chức dưới da và tổ chức hạt) chiếm tỷ lệ lớn 62%.



Hình 1. Vết thương do viêm mô tế bào chi dưới có viêm tại chỗ, tổn thương kết hợp hoại tử khô, hoại tử ướt, tổ chức hạt và lộ mô dưới da

IV. BÀN LUẬN

Viêm mô tế bào (Cellulitis) là một bệnh lý cấp tính, để làm rõ những đặc điểm của nhóm BN này, chúng tôi đã lựa chọn những BN được định nghĩa bởi tác giả Tadgh Sullivan và cộng sự: Viêm mô tế bào là tình trạng nhiễm trùng da tới lớp hạ bì hoặc mô dưới da. Bệnh thường do xuất hiện một vết thương nhỏ trên da nơi vi sinh vật có thể xâm nhập [3]. Cũng cùng tiêu chuẩn lựa chọn BN nghiên cứu, tác giả Aaron K. W và cs khi nghiên cứu đặc điểm của 77 BN viêm mô tế bào nhận thấy gặp chủ yếu ở nam giới (58,8%), độ tuổi từ 61-80 tuổi (44,2%). BN trong nghiên cứu này chúng tôi cũng gặp chủ yếu ở nam giới (69,2%), nhưng độ tuổi trẻ hơn 41-60 tuổi (65,4%) [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi lại ngược với nghiên cứu của tác giả Figtree.M và cs khi thấy BN viêm mô tế bào chủ yếu gặp ở nữ

giới [6]. Các nghiên cứu hiện nay đều không chỉ ra những đặc điểm liên quan đến nhân khẩu học của những BN này. Trong nghiên cứu của chúng tôi khi đề cập đến nội dung này nhận thấy BN viêm mô tế bào gặp nhiều sống ở nông thôn và là nông dân, nhiều khả năng là do hệ thống y tế cũng như những hiểu biết về chăm sóc sức khỏe của người dân ở vùng nông thôn của chúng ta còn nhiều hạn chế. Do đó BN có viêm mô tế bào thường không được chẩn đoán và chăm sóc sớm, đúng cách nên thường đến bệnh viện tuyến trung ương khi đã có nhiễm khuẩn huyết, khi đã xuất hiện vết thương ở giai đoạn muộn.

Trong nghiên cứu này, 100% BN có bệnh lý nền, gặp nhiều là BN viêm đa khớp, có hội chứng Cushing do sử dụng Corticoid, đái tháo đường...tỷ lệ bệnh nhân thừa cân, béo phì chiếm tỷ lệ cao. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của tác giả Quirke.M và cs khi tiến hành review một cách hệ thống 3059 nghiên cứu liên quan đã chỉ ra bệnh nhân viêm mô tế bào hay gặp ở BN tiểu đường, béo phì. Theo tác giả Aaron K. Wiederhold và cs những BN có vết thương do viêm mô tế bào mặc dù có hội chứng nhiễm trùng toàn thân nhưng không biểu hiện rầm rộ như những BN có nhiễm trùng đường hô hấp và nhiễm trùng đường tiết niệu [7]. Trong nghiên cứu này những BN đến Bệnh viện Bông Quốc gia có tới 59% được chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết trước đó. Một tỷ lệ cao BN vẫn còn triệu chứng của hội chứng nhiễm khuẩn hoặc triệu chứng của những bệnh lý nền như sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (61,5%), thở nhanh >22 nhịp/ phút, nhịp tim > 90 nhịp/phút (57,7%), $\text{SpO}_2 \leq 90\%$ (43,6%). Những triệu chứng này phù hợp với tỷ lệ BN gặp nhiều ở giai đoạn 2 của bệnh theo phân loại của Eron -2018 [3] là những BN có triệu chứng toàn thân hoặc không có triệu chứng toàn thân nhưng có triệu chứng của bệnh lý nền còn kiểm soát được. Đây cũng là những nhận định của tác giả Aaron K. W và cs khi cho rằng, những bệnh nhân viêm mô tế bào giai đoạn I có thể được điều trị ngoài cộng đồng mà không cần nhập viện hoặc được điều trị ở những khoa lâm sàng khác mà không nhập viện vào điều trị ở khoa cấp cứu, việc này cũng ảnh hưởng tới thống kê những đặc điểm của nhóm BN này [3].

Đặc điểm tại chỗ vết thương: Viêm mô tế bào là một trong những tình trạng thường bị chẩn đoán nhầm nhất, với tới một phần ba số bệnh nhân được chẩn đoán không chính xác và cũng một phần ba số bệnh nhân nhập viện bị vết thương viêm mô tế bào ở chi dưới. 28% số BN mắc đồng thời một trong các bệnh lý da khác cần được điều trị [8]. Việc chẩn đoán nhầm này

rõ ràng tác động lên những kỳ vọng của người bệnh, gây chậm trễ trong điều trị và rủi ro sức khỏe cộng đồng do sử dụng kháng sinh không phù hợp. Một số bệnh lý dễ gây nhầm lẫn khi chẩn đoán lâm sàng tại chỗ vết thương với viêm mô tế bào đã được liệt kê trong tiêu chuẩn loại trừ khi chúng tôi lựa chọn bệnh nhân như: Huyết khối tĩnh mạch sâu (Deep vein thrombosis); Suy tĩnh mạch (Venous insufficiency); Xơ cứng da – mỡ (Lipodermatosclerosis); Viêm khớp nhiễm trùng (Septic arthritis); Viêm tĩnh mạch (Vasculitis); Viêm tĩnh mạch huyết khối (Thrombophlebitis).

Cũng giống như những vết thương cấp tính khác, vết thương do viêm mô tế bào cũng là những vết thương cấp tính có tứ chứng viêm (sưng, nóng, đỏ, đau) [9] trong nghiên cứu của chúng tôi 100% vết thương của BN đều có dấu hiệu này. Hầu hết BN đến muộn, đã được điều trị dài ngày trong tình trạng nhiễm khuẩn huyết (ở 59% số BN) trước khi vào Bệnh viện Bông Quốc gia điều trị vết thương. Nên vết thương có đặc điểm tổn thương sâu (độ III chiếm 55,5% số vết thương), tiết dịch nhiều và có nhiều hình thái tổn thương tại chỗ vết thương như hoại tử, kết hợp tổ chức hạt, mô tổ chức dưới da là chủ yếu. Kết quả này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của nhiều tác giả Mary E (2007) [9], Aaron K.W và cs (2024) [5] khi đều cho rằng vết thương do viêm mô tế bào phải nhập viện điều trị đều có tổn thương sâu, phức tạp, kèm theo nhiều biến chứng.

V. KẾT LUẬN

- BN có vết thương do viêm mô tế bào gặp nhiều ở độ tuổi 41-60 tuổi (65,4%), nam giới (69,2%), sống ở nông thôn (67,9%), là nông dân (44,9%). 100% BN có bệnh lý nền. Bệnh nhân có các triệu chứng toàn thân sốt $\geq 38^{\circ}\text{C}$, tần số thở ≥ 22 nhịp/ phút, nhịp tim > 90 nhịp/phút. BN ở giai đoạn 2 của bệnh theo phân loại của Eron (2018). BN thường có chẩn đoán nhiễm khuẩn huyết.

- Vết thương do viêm mô tế bào thường gặp tổn thương độ III (55,5%), ở chi dưới, tiết dịch nhiều, có tứ chứng viêm (sưng, nóng, đỏ, đau). Tổn thương kết hợp giữa hoại tử, lộ mô tổ chức dưới da và tổ chức hạt tại chỗ vết thương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Raff A.B, Kroshinsky D. Cellulitis. A Review (2016). JAMA. 316: 325–337.
2. Bruun T, Oppegaard O, Kittang B.R et al (2016). Etiology of Cellulitis and Clinical Prediction of Streptococcal Disease: A Prospective Study. Open Forum Infect. Dis. 3, ofv181.

3. Tadhg S, Eoghan B (2018). Diagnosis and management of cellulitis. *Clinical medicine*. 18(2):160-163.
4. Shankar M, Ramesh B, Kumar D. R et al (2014). Wound healing and its importance-a review. *Der Pharmacologia Sinica*. 1(1): 24-30.
5. Aaron K.W, Mariana B.C, Karin J et al (2024). Characteristics and Antibiotic Treatment of Patients with Cellulitis in the Emergency Department. *Antibiotics*. 13, 1021. <https://doi.org/10.3390/antibiotics13111021>.
6. Figtree M, Konecny P, Jennings, Z. Goh, C et al (2010). Risk stratification and outcome of cellulitis admitted to hospital. *J. Infect*. 60: 431–439.
7. Quirke M, Ayoub F, McCabe A, Boland F et al (2017). A. Risk factors for nonpurulent leg cellulitis: A systematic review and meta-analysis. *Br. J. Dermatol*. 177: 382–394.
8. Levell N.J, Wingfield C.G, Garioch J.J (2011). Severe lower limb cellulitis is best diagnosed by dermatologists and managed with shared care between primary and secondary care. *B J Dermatol*. 164(6): 1326–8.
9. Mary E (2007). Understanding cellulitis of the lower limb. *Wound Essentials*. 2: 34-44.

BƯỚC ĐẦU KHẢO SÁT BIỂU HIỆN HOÁ MÔ MIỄN DỊCH CỦA SLAIN2 TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAI NIÊM MẠC MIỆNG

Dương Thu Hương¹, Huỳnh Công Nhật Nam¹, Nguyễn Thị Kim Chi¹,
Đặng Huy Quốc Thịnh², Thái Anh Tú², Lưu Thị Thu Thảo¹

TÓM TẮT

Mở đầu: SLAIN2 (SLAIN motif-containing protein 2) là một protein đóng vai trò quan trọng trong việc điều chỉnh hình thái và di chuyển của tế bào, có mức độ biểu hiện khác nhau tùy vào từng loại ung thư. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào về biểu hiện của SLAIN2 trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai niêm mạc miệng (OSCC). **Mục tiêu nghiên cứu:** Bước đầu khảo sát biểu hiện và phân tích mối liên quan giữa mức độ biểu hiện SLAIN2 với các đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học trong OSCC. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu trên 52 mẫu mô bệnh phẩm đúc nền của bệnh nhân OSCC đến khám và điều trị tại Bệnh viện Ung bướu TPHCM. Các mẫu bệnh phẩm được cắt lát dày 3-4µm, nhuộm Hematoxylin-Eosin (HE) và nhuộm hóa mô miễn dịch với kháng thể đa dòng SLAIN2 để xác định mức độ biểu hiện SLAIN2 thông qua chỉ số H. **Kết quả:** Tỷ lệ biểu hiện SLAIN2 trong nghiên cứu là 30% biểu hiện mạnh và 70% biểu hiện yếu. Tiền sử hút thuốc và uống rượu có ảnh hưởng đến mức độ biểu hiện SLAIN2, trong đó nhóm bệnh nhân hút thuốc, uống rượu có biểu hiện SLAIN2 cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không hút thuốc, uống rượu ($p < 0,05$). Tỷ lệ di căn hạch lâm sàng ở nhóm biểu hiện SLAIN2 mạnh là 69,2%, trong khi ở nhóm có biểu hiện SLAIN2 yếu là 53,8% ($p = 0,037$). **Kết luận:** Biểu hiện của SLAIN2 có thể ảnh hưởng đến tình trạng di căn hạch đối với bệnh nhân OSCC thông qua tác động lên cơ chế xâm lấn của tế bào ung thư, từ đó ảnh hưởng đến tiên lượng và diễn tiến của bệnh. **Từ khóa:** SLAIN2, Hoá mô miễn dịch, Ung thư biểu mô tế bào gai niêm mạc miệng, OSCC

SUMMARY

INITIAL IMMUNOHISTOCHEMICAL SURVEY OF SLAIN2 IN PATIENTS WITH ORAL SQUAMOUS CELL CARCINOMA

Introduction: SLAIN2 (SLAIN motif-containing protein 2) is a protein that plays a crucial role in regulating cell morphology and movement, with varying levels of expression depending on the type of cancer. However, no studies have investigated the expression of SLAIN2 in patients with oral squamous cell carcinoma (OSCC). **Objective:** To survey the expression and analyze the relationship between SLAIN2 expression levels and clinical-pathological characteristics in OSCC. **Method:** A retrospective study was conducted on 52 paraffin-embedded tissue samples from OSCC patients who were examined and treated at Ho Chi Minh City Oncology Hospital. Tissue samples were cut into 3-4µm sections and stained with Hematoxylin-Eosin (HE) and immunohistochemistry using a polyclonal SLAIN2 antibody to determine SLAIN2 expression levels via the H-score. **Results:** The rate of SLAIN2 expression in the study was 30% strong expression and 70% weak expression. Smoking and alcohol consumption significantly impacted SLAIN2 expression levels, with smokers and drinkers showing strong expression compared to non-smokers and non-drinkers ($p < 0.05$). The clinical lymph node metastasis rate was 69.2% in the strong SLAIN2 expression group, compared to 53.8% in the weak expression group ($p = 0.037$). **Conclusion:** SLAIN2 expression may influence lymph node metastasis in OSCC patients by affecting the invasive mechanisms of cancer cells, thereby impacting prognosis and disease progression.

Keywords: SLAIN2, Immunohistochemistry, Oral squamous cell carcinoma, OSCC

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

OSCC là loại ung thư phổ biến nhất trong nhóm ung thư đầu cổ, và đứng thứ 16 trong danh sách các loại ung thư trên toàn thế giới.

¹Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Ung Bướu TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Công Nhật Nam

Email: namhuynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

Đây là loại ung thư ác tính có tỷ lệ di căn và tái phát cao. Nếu được phát hiện sớm, tỷ lệ sống còn sau 5 năm đạt từ 63% đến 83%, nhưng chỉ đạt 38% nếu phát hiện muộn.¹ Vì vậy, việc xác định các dấu hiệu tiên lượng mới và các cơ chế gây xâm lấn, di căn của OSCC là rất cần thiết. Bên cạnh đó, khả năng di chuyển trong không gian 3 chiều là một đặc điểm sinh lý của tế bào chưa biệt hóa cũng như đã biệt hóa, ngoài vai trò giúp hình thành mô và tham gia vào quá trình miễn dịch, sự di chuyển của tế bào còn liên quan đến tình trạng di căn trong các loại ung thư thể rắn.² Các gen liên quan đến sự phát triển cực dương của vi ống (MT microtubule), mã hóa một nhóm protein trong đó có SLAIN2, đóng vai trò sinh học quan trọng trong chu kỳ tế bào cũng như sự di chuyển của tế bào thông qua việc điều hòa tính di động của vi ống. SLAIN2 đã được nghiên cứu như một dấu ấn sinh học đáng tin cậy và độc lập để hướng dẫn các liệu pháp miễn dịch và hóa trị liệu cá nhân hóa cho một số loại ung thư như ung thư đại trực tràng, u thần kinh đệm.^{3,4} Tuy nhiên, chưa có nghiên cứu nào về SLAIN2 trên bệnh nhân OSCC. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm bước đầu khảo sát biểu hiện của SLAIN2 trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai niêm mạc miệng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu được tiến hành trên 52 mẫu mô bệnh phẩm vùi nển của bệnh nhân OSCC đến khám và điều trị tại khoa Ngoại 5 bệnh viện Ung bướu TPHCM từ ngày 1/6/2019 đến 1/6/2022.

Tiêu chuẩn chọn mẫu. Bệnh nhân có hồ sơ bệnh án đầy đủ và được chẩn đoán là OSCC nguyên phát chưa điều trị hóa trị hay xạ trị, mẫu mô bệnh phẩm có đủ thành phần mô ung thư để khảo sát hình ảnh giải phẫu bệnh và nhuộm hóa mô miễn dịch.

Đánh giá thông tin lâm sàng và giải phẫu bệnh. Thông tin được trích từ nghiên cứu trước đây của chúng tôi.⁵ Thông tin dịch tễ học và lâm sàng được trích từ hồ sơ bệnh án. Các mẫu FFPE được cắt và nhuộm H&E và đánh giá bởi 2 chuyên gia giải phẫu bệnh. Các biến số được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án bao gồm giới tính, tuổi, hút thuốc, uống rượu, giai đoạn lâm sàng, giai đoạn giải phẫu bệnh và một số đặc điểm mô bệnh học theo điểm số Bryne, phân loại WHO và mức độ nguy cơ BrandweinGensler.

Nhuộm hoá mô miễn dịch và đánh giá biểu hiện SLAIN2. Các mẫu mô bệnh phẩm vùi nển được cắt lát dày 3-4µm và nhuộm hóa mô

miễn dịch với kháng thể đa dòng SLAIN2 (PA5-66605, Invitrogen) bằng máy nhuộm hóa mô miễn dịch tự động Ventana (Mỹ).

Kết quả nhuộm hóa mô miễn dịch được khảo sát dưới kính hiển vi quang học. Biểu hiện SLAIN2 dương tính khi bào tương bắt màu nâu dạng lốm đốm; nhuộm âm tính khi bào tương có màu xanh của hematoxylin, không bắt màu nâu.

Mức độ biểu hiện SLAIN2. Mức độ biểu hiện SLAIN2 được đánh giá dựa trên chỉ số H-score (Histochemical Score), được tính dựa trên tỷ lệ phần trăm các tế bào bắt màu nhuộm dương tính và cường độ nhuộm với công thức như sau:

$$H\text{-score} = \sum_{i=0}^3 (i \times \%Pi)$$

Trong đó: i: cường độ biểu hiện SLAIN2, được chia làm 4 mức độ: 0, 1+, 2+, 3+ (Hình 1)

Pi: tỷ lệ phần trăm số tế bào bắt màu nhuộm theo mỗi mức cường độ i từ 0 đến 3

Kiểm soát sai lệch trong nghiên cứu. Để kiểm soát sai lệch thông tin, việc nhuộm hóa mô miễn dịch được thực hiện bằng máy nhuộm hóa mô theo quy trình chuẩn và thống nhất giữa các mẫu, mỗi lam nhuộm hóa mô đều có mẫu chứng dương và chứng âm đi kèm. Việc đánh giá kết quả nhuộm được thực hiện độc lập bởi 2 bác sĩ chuyên ngành giải phẫu bệnh, chỉ số đồng thuận Kappa cao hơn 0.8. Trong trường hợp kết quả không thống nhất sẽ cùng hội chẩn với một bác sĩ giải phẫu bệnh khác.

Phân tích thống kê. Phân tích thống kê được thực hiện bằng phần mềm JASP (bản 0.19.2). Dữ liệu được biểu diễn dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn (SD). Sự khác biệt về chỉ số H giữa các nhóm được phân tích bởi phép kiểm t độc lập hoặc Mann-Whitney và Chi bình phương. Giá trị P < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội Đồng Đạo Đức trong nghiên cứu y sinh, Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh (số 441/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 14/6/2021) và Hội Đồng Đạo Đức trong nghiên cứu y sinh học bệnh viện Ung Bướu TP. Hồ Chí Minh (quyết định số 89/BVUB-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

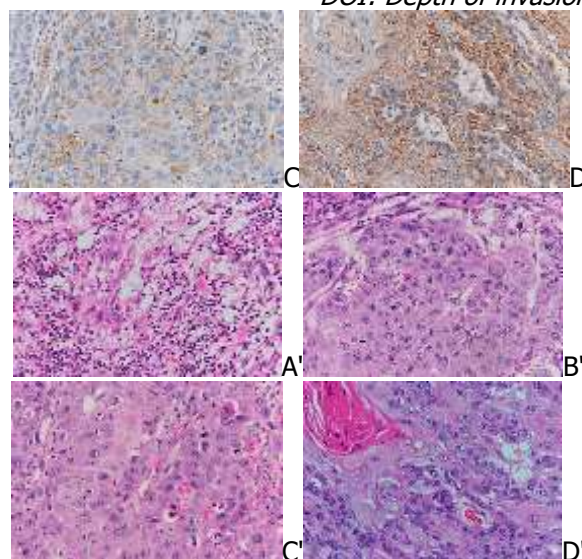
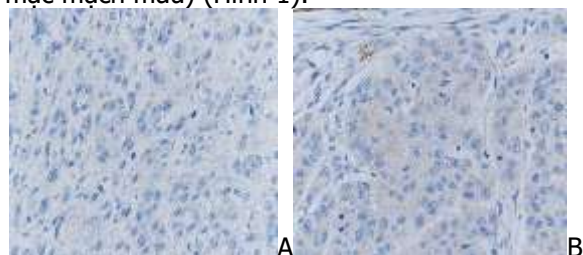
Thông tin dịch tễ, lâm sàng và đặc điểm mô bệnh học. Nghiên cứu thu thập được 52 mẫu FFPE. Sau khi trích xuất thông tin từ bệnh án, đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và kết quả nhuộm giải phẫu bệnh được tóm tắt trong bảng 1.

Bảng 1: Thông tin mẫu nghiên cứu

Dịch tể	Giới tính	1. Nam: 41 (78,8%) 2. Nữ: 11 (21,2%)
	Tuổi	50,8 ± 12
	Nhóm tuổi	1. <55: 28 (53,8%) 2. ≥55: 24 (46,2%)
	Hút thuốc	1. Không: 31 (59,6%) 2. Có: 21 (40,4%)
	Uống rượu	1. Không: 37 (71,2%) 2. Có: 15 (28,8%)
Lâm sàng và giải phẫu bệnh	Vị trí bướu nguyên phát	Luối: 38 (73,1%); sàn miệng: 9 (17,3%); còn lại: 5 (9,6%)
	Giai đoạn lâm sàng	I: 1 (1,9%); II: 8 (15,4%); III: 13 (25%); IV: 30 (57,7%)
	Giai đoạn giải phẫu bệnh	I: 1 (1,9%); II: 5 (9,6%); III: 12 (23,1%); IV: 34 (65,4%)
	Tiền sử gia đình	1. Không: 46 (88,5%) 2. Có: 6 (11,5%)
	Di căn hạch ngoại vi	1. Không: 44 (84,6%) 2. Có: 8 (15,4%)
Một số đặc điểm mô bệnh học	Kiểu tăng trưởng	1. Thâm nhiễm cứng: 32 (61,5%) 2. Chồi sùi: 20 (38,5%)
	Độ sâu xâm lấn (DOI*)	1. DOI ≤ 5mm: 4 (7,7%) 2. DOI > 5mm: 48 (92,3%)
	Điểm số Bryne	1. Mức 1: 31 (59,6%) 2. Mức 2: 20 (38,5%) 3. Mức 3: 1 (1,9%)
	Phân loại theo WHO	1. Grade 1 (biệt hoá tốt): 23 (44,2%) 2. Grade 2 (biệt hoá trung bình): 24 (46,2%) 3. Grade 3 (biệt hoá kém): 5 (9,6%)
	Mức độ nguy cơ BrandweinGensler	1. Nguy cơ thấp: 18 (34,6%) 2. Nguy cơ trung bình: 24 (46,2%) 3. Nguy cơ cao: 10 (19,2%)

*DOI: Depth of invasion

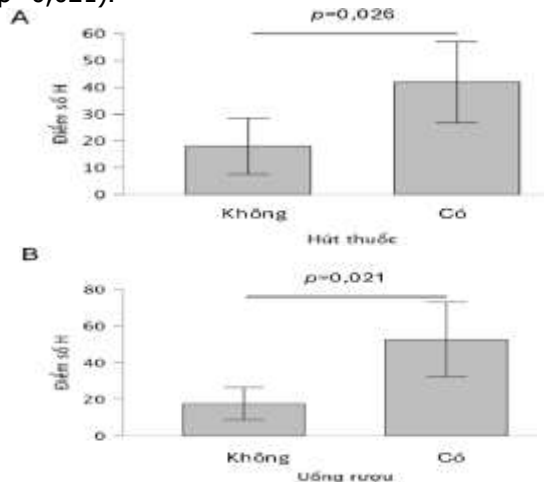
Biểu hiện hoá mô miễn dịch của SLAIN2. 70% số mẫu biểu hiện yếu với SLAIN2 (âm tính), 30% biểu hiện SLAIN2 các mức độ khác nhau với điểm số H từ 10-300, trung bình là 27. Nội chứng dương trong các lam nhuộm SLAIN2 là niêm mạc mạch máu, nội chứng âm là tế bào gai niêm mạc bình thường. SLAIN2 dương tính khi bắt màu nâu ở vùng bào tương của tế bào ung thư, với 4 mức độ nhuộm: không bắt màu nhuộm (bào tương có màu xanh của hematoxylin); bắt màu yếu (nhạt hơn màu nhuộm niêm mạc mạch máu); bắt màu trung bình (tương đương màu nhuộm niêm mạc mạch máu) và bắt màu mạnh (đậm hơn màu niêm mạc mạch máu) (Hình 1).

**Hình 1: Biểu hiện SLAIN 2 trong ung thư biểu mô tế bào gai niêm mạc miệng (SLAIN2, x400)**

A-D: lam nhuộm HE, A'-D': lam nhuộm SLAIN2 tương ứng. Trong đó: A'. Không biểu hiện; B'. Bắt màu yếu; C'. Bắt màu trung bình;

D'. Bắt màu mạnh.

Mối liên quan giữa biểu hiện SLAIN2 và các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, mô bệnh học. Bệnh nhân hút thuốc và uống rượu có biểu hiện trung bình của SLAIN2 cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chưa từng sử dụng (Hình 2). Cụ thể, hút thuốc có mức SLAIN2 trung bình với điểm số H là 42, so với không hút thuốc là 18 ($p=0,026$). Đối với uống rượu, điểm số H của SLAIN2 là 53 so với nhóm không sử dụng là 17,5 ($p=0,021$).



Hình 2: Hút thuốc lá và uống rượu có điểm số H của SLAIN2 cao hơn nhóm chưa từng sử dụng

Sử dụng điểm số H trung bình để phân nhóm biểu hiện SLAIN2 với nhóm 1 (yếu: biểu hiện yếu/không biểu hiện) <20 điểm và nhóm 2

Bảng 2: Liên quan giữa biểu hiện SLAIN2 và các đặc điểm lâm sàng về hút thuốc, uống rượu và đặc điểm giải phẫu bệnh (dị dạng nhân)

Đặc điểm	Phân nhóm	SLAIN2 Nhóm 1 (yếu)	SLAIN2 Nhóm 2 (mạnh)	Kiểm định Chi bình phương, giá trị p Tỷ số odds (khoảng tin cậy) 95%
Hút thuốc	1.Không	27 (69,2%)	4 (30,8%)	$p=0,014$ Tỷ số odds 1,62 (0,26-2,98)
	2.Có	12 (30,8%)	9 (69,2%)	
Uống rượu	1.Không	31 (79,5%)	6 (46,2%)	$p=0,022$ Tỷ số odds 1,51 (0,17-2,85)
	2.Có	8 (20,5%)	7 (53,8%)	
Di căn hạch lâm sàng (cN)	1.N0	18 (46,2%)	4 (30,8%)	$p=0,037$
	2.N1	8 (20,5%)	8 (61,5%)	
	3.N2	5 (12,8%)	0 (0%)	
	4.N3	8 (20,5%)	1 (7,7%)	
Dị dạng nhân	1.It (<25%)	14 (35,9%)	0 (0%)	$p=0,038$
	2.Vừa (25-50%)	17 (43,6%)	10 (76,9%)	
	3.Nhiều (50-75%)	5 (12,8%)	3 (23,1%)	
	4.Rất nhiều ($\geq 75\%$)	3 (7,7%)	0 (0%)	

IV. BÀN LUẬN

Đây là nghiên cứu đầu tiên khảo sát biểu hiện của SLAIN2 trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gai niêm mạc miệng bằng phương

(mạnh: biểu hiện trung bình/biểu hiện cao) ≥ 20 điểm. Hai phân nhóm này có độ tuổi trung bình tương tự nhau lần lượt là 50 và 55, không khác biệt có ý nghĩa. Phân tích cho thấy trong số các yếu tố dịch tễ, lâm sàng, giải phẫu bệnh, các đặc điểm về hút thuốc, uống rượu, di căn hạch lâm sàng và đặc điểm giải phẫu bệnh đa hình nhân là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 2). Đối với đặc điểm hút thuốc, nhóm không hút thuốc có tỷ lệ biểu hiện SLAIN2 yếu, nhóm có hút thuốc có tỷ lệ biểu hiện SLAIN2 trung bình-cao có ý nghĩa $p=0,014$, với tỷ số odds 1,62 (0,26-2,98) cho thấy nhóm có tiền sử hút thuốc có khả năng biểu hiện SLAIN2 cao 1,62 lần nhóm không hút thuốc. Tương tự, với đặc điểm uống rượu, nhóm không uống rượu có tỷ lệ biểu hiện SLAIN2 yếu, nhóm có uống rượu có tỷ lệ biểu hiện SLAIN2 trung bình-cao có ý nghĩa $p=0,022$, với tỷ số odds 1,51 (0,17-2,85), cho thấy uống rượu có khả năng biểu hiện SLAIN2 cao 1,51 lần không uống rượu.

Biểu hiện SLAIN2 cũng cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa đối với yếu tố di căn hạch lâm sàng ($p=0,037$), nhóm biểu hiện SLAIN2 mạnh có 69,2% là di căn hạch lâm sàng (N1-N3), trong khi tỷ lệ này ở nhóm biểu hiện SLAIN2 yếu chỉ chiếm 53,8%. Đặc điểm giải phẫu bệnh dị dạng nhân cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa $p=0,038$ về biểu hiện SLAIN2, với 76,9% và 23,1% số ca biểu hiện SLAIN2 mạnh có dị dạng nhân ở mức độ vừa (25-50%) và mức độ nhiều (50-70%).

pháp nhuộm hóa mô miễn dịch. Trong nghiên cứu này, tỷ lệ các ca có biểu hiện dương tính với SLAIN2 chiếm tỷ lệ 30%, còn 70% là biểu hiện rất yếu hoặc không biểu hiện. Tỷ lệ này thấp hơn

so với nghiên cứu của Zhuang và cs. (2019)⁴ với tỷ lệ dương tính mạnh chiếm 69% và yếu là 26%. Sự khác biệt này có thể do điểm cắt của mỗi nghiên cứu là khác nhau, và đối tượng nghiên cứu của Zhuang là mẫu mô ung thư đại trực tràng, việc biểu hiện SLAIN2 ở các mô khác nhau có thể khác biệt và hiện chưa có nghiên cứu nào về SLAIN2 ở bệnh nhân OSCC. Nghiên cứu được thực hiện trên bệnh nhân chưa xạ trị hoặc hoá trị, giúp đánh giá được biểu hiện SLAIN2 trên ung thư nguyên phát, từ đó có thể tìm hiểu được tầm quan trọng của SLAIN2 ảnh hưởng đến sự khởi phát và tiên lượng bệnh nhân OSCC. Chúng tôi không tìm thấy mối liên quan nào giữa biểu hiện SLAIN2 với các yếu tố lâm sàng như nhóm tuổi, giới. Tuy nhiên, khi so sánh biểu hiện SLAIN2 đối với tiền sử hút thuốc và uống rượu, kết quả cho thấy nhóm bệnh nhân hút thuốc và/hoặc uống rượu có tỷ lệ biểu hiện SLAIN2 cao hơn đáng kể so với nhóm không hút thuốc và/hoặc không uống rượu (với p tương ứng là 0,026 và 0,021). Những bệnh nhân này có thể chịu tác động từ các chất độc hại có trong thuốc lá và rượu, làm thay đổi biểu hiện gen và thúc đẩy các quá trình sinh học liên quan đến xâm lấn và di căn của ung thư. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ như hút thuốc và uống rượu để giảm thiểu nguy cơ phát triển và tiến triển ung thư OSCC.

Trong nghiên cứu này, nhóm biểu hiện SLAIN2 mạnh có 69,2% là di căn hạch lâm sàng (N1-N3), cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ 53,8% ở nhóm biểu hiện SLAIN2 yếu ($p=0,037$). Điều này có thể được giải thích do vai trò của vi ống trong việc kéo dài các chân giả trung mô trong di căn ung thư, chúng được coi là nền tảng tín hiệu và vận chuyển, điều chỉnh hình dạng tế bào bằng cách gián tiếp điều chỉnh Rho GTPase, sự bám dính vào chất nền và sự phân cực, từ đó có thể phá hủy hoặc làm rối loạn mạng lưới vi ống.⁶ SLAIN2 là một protein có tác động vào cực dương của vi ống (+TIP) và là chất ức chế phá hủy, cần thiết cho sự xâm lấn của tế bào trung mô nhờ khả năng chống lại lực nén tại các đầu vi ống. Bouchet và cs. (2016)⁷ đã nhận thấy SLAIN2 kết hợp với CLASP1 (một protein +TIP khác) có thể giúp tế bào trung mô hình thành các chân giả xâm lấn bằng cách thúc đẩy sự phát triển mạnh mẽ tại các cực dương của vi ống. SLAIN2 ức chế khả năng phá hủy đầu vi ống đặc biệt trong pha trung gian của tế bào bằng cách thúc đẩy polymerase ch-TOG và EB1 bám vào đầu vi ống. Việc bất hoạt SLAIN2 sẽ làm giảm sự định vị của ch-TOG tại các đầu vi ống. Các tác giả đã báo cáo rằng SLAIN2 có thể

thúc đẩy sự xâm lấn tế bào trung mô thông qua việc điều hòa sự phát triển của vi ống.⁸ Sự hiểu biết sâu hơn về cơ chế này có thể mở ra những cơ hội trong việc phát triển các liệu pháp nhắm trúng đích, giúp ngăn chặn quá trình di căn, cải thiện tiên lượng và hiệu quả điều trị bệnh.

Bên cạnh đó, đặc điểm giải phẫu bệnh dị dạng nhân ở mức độ vừa (25-50%) và mức độ nhiều (50-70%) có sự khác biệt có ý nghĩa về biểu hiện SLAIN2, với 76,9% và 23,1% số ca biểu hiện SLAIN2 mạnh ($p=0,038$). Các bất thường về nhân tế bào, như hình dạng hoặc kích thước nhân không đều, thường được sử dụng để đánh giá mức độ trầm trọng của ung thư, dị dạng nhân ở mức độ càng cao thường tương quan với giai đoạn ung thư và mức độ ác tính cao hơn. Nghiên cứu của Zhuang và cs. (2019)⁴ không nghiên cứu cụ thể về dị dạng nhân tế bào, nhưng lại nghiên cứu về giai đoạn ung thư. Kết quả cũng cho thấy biểu hiện SLAIN2 ở nhóm ung thư giai đoạn II, III (40,6%, 39,1%) cao hơn có ý nghĩa so với nhóm ung thư giai đoạn I (8,7%) ($p=0,017$). Điều này nhấn mạnh vai trò tiềm năng của SLAIN2 như một dấu ấn sinh học trong việc tiên lượng khả năng di căn ở bệnh nhân OSCC. Hiểu rõ hơn về cơ chế hoạt động của SLAIN2 có thể mở ra hướng mới cho việc phát triển các liệu pháp điều trị nhắm vào SLAIN2, giúp kiểm soát sự xâm lấn và di căn của tế bào ung thư hiệu quả hơn. Tuy nhiên, đây là nghiên cứu bước đầu khảo sát về biểu hiện SLAIN2 trên bệnh nhân OSCC nên chúng tôi còn có một số hạn chế về cỡ mẫu, cần mở rộng với số lượng mẫu lớn với các đối tượng bệnh nhân đa dạng hơn, có thể kết hợp phân tích sống còn để kết luận được vai trò của SLAIN2 trong tiên lượng bệnh OSCC.

V. KẾT LUẬN

SLAIN2 là một protein quan trọng trong sự phát triển cực dương của hệ thống vi ống trong tế bào, có thể thúc đẩy sự xâm lấn và di căn của tế bào trung mô. Kết quả nghiên cứu cho thấy SLAIN2 biểu hiện cao hơn ở nhóm hút thuốc và uống rượu, tỷ lệ di căn hạch lâm sàng ở nhóm có biểu hiện SLAIN2 mạnh cao hơn có ý nghĩa so với nhóm có biểu hiện SLAIN2 yếu ($p=0,037$). Khảo sát bước đầu phần nào cho thấy biểu hiện SLAIN2 càng mạnh thì càng tăng khả năng di căn hạch lâm sàng. Các nghiên cứu sâu hơn về biểu hiện và tương tác của SLAIN2 trong cơ chế xâm lấn và di căn của tế bào ung thư là cần thiết. Điều này sẽ giúp phát triển các chiến lược điều trị mới, cải thiện tiên lượng và chất lượng sống của bệnh nhân mắc OSCC.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu được tài trợ kinh phí bởi Sở Khoa Học Công Nghệ Thành Phố Hồ Chí Minh (DOST), theo hợp đồng số 07/2022/HĐ-QKHCN và quyết định 1038/QĐ-SKHCN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Imbesi Bellantoni M, Picciolo G, Pirrotta I, et al.** Oral Cavity Squamous Cell Carcinoma: An Update of the Pharmacological Treatment. *Biomedicine*. Apr 7 2023;11(4)doi:10.3390/biomedicine11041112
2. **Chaffer CL, Weinberg RA.** A perspective on cancer cell metastasis. *Science*. Mar 25 2011; 331(6024): 1559-64. doi:10.1126/science.1203543
3. **Wang W, Li W, Pan L, et al.** Dynamic Regulation Genes at Microtubule Plus Ends: A Novel Class of Glioma Biomarkers. *Biology (Basel)*. Mar 22 2023;12(3)doi:10.3390/biology12030488
4. **Zhuang M, Zhao S, Jiang Z, et al.** MALAT1 sponges miR-106b-5p to promote the invasion and metastasis of colorectal cancer via SLAIN2 enhanced microtubules mobility. *EBioMedicine*. Mar 2019;41: 286-298. doi:10.1016/j.ebiom.2018.12.049
5. **Duong HT, Huynh NC-N, Nguyen CT-K, et al.** Identify characteristics of Vietnamese oral squamous cell carcinoma patients by machine learning on transcriptome and clinical-histopathological analysis. *Journal of Dental Sciences*. 2024/12/01/ 2024;19:S81-S90. doi: https://doi.org/10.1016/j.jds.2024.08.013
6. **Clark AG, Vignjevic DM.** Modes of cancer cell invasion and the role of the microenvironment. *Curr Opin Cell Biol*. Oct 2015;36:13-22. doi:10.1016/j.ceb.2015.06.004
7. **Bouchet BP, Noordstra I, van Amersfoort M, et al.** Mesenchymal Cell Invasion Requires Cooperative Regulation of Persistent Microtubule Growth by SLAIN2 and CLASP1. *Dev Cell*. Dec 19 2016; 39(6): 708-723. doi:10.1016/j.devcel.2016.11.009
8. **Bose M, Barman B, Goswami A, Bhattacharyya SN.** Spatiotemporal Uncoupling of MicroRNA-Mediated Translational Repression and Target RNA Degradation Controls MicroRNP Recycling in Mammalian Cells. *Mol Cell Biol*. Feb 15 2017;37(4)doi:10.1128/MCB.00464-16

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN UNG THƯ Vòm MŨI HỌNG TÁI PHÁT TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Đăng^{1,2}, Nguyễn Anh Văn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tái phát tại Bệnh viện K giai đoạn tháng 06/2022 đến tháng 09/2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 39 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vòm mũi họng tái phát tại khoa Xạ Đầu cổ - Bệnh viện K giai đoạn 06/2022 - 09/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $53,9 \pm 10$ tuổi [39-78], tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Đau đầu là lý do vào viện thường gặp nhất, chiếm 33,3 %. Bệnh nhân giai đoạn trước điều trị III và IVa có tỉ lệ tái phát cao chiếm 76,9%. Giai đoạn lúc tái phát chủ yếu là IVa (25,6%). Thời gian tái phát trung bình là $30,3 \pm 16,6$ tháng [8,53-71,63]. **Kết luận:** Ung thư vòm mũi họng tái phát thường gặp ở bệnh nhân nam giới, trung tuổi, giai đoạn IVa và thường trong 2 năm đầu sau điều trị. **Từ khóa:** Ung thư vòm tái phát, gián đoạn xạ trị, PET/CT, MRI.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA-CLINICAL

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Đăng

Email: nguyenvandang@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

CHARACTERISTICS OF RECURRENT NASOPHARYNGEAL CARCINOMA: A STUDY AT K HOSPITAL

Objective: To describe some clinical and para-clinical features of patients with recurrent nasopharyngeal carcinoma at National Cancer Hospital from June 2022 to September 2024. **Patients and Methods:** A retrospective study was conducted on 39 patients diagnosed with recurrent nasopharyngeal carcinoma at the Head and Neck Radiation Department of K Hospital from June 2022 to September 2024. **Results:** The average age was 53.9 ± 10 years [39–78], with a male-to-female ratio of 2:1. Headache was the most common reason for hospital admission, accounting for 33.3%. Patients in stages III and IVa before initial treatment had a high recurrence rate, comprising 76.9% of the cases. At recurrence, the predominant stage was IVa (25.6%). The average time to recurrence was 30.3 ± 16.6 months [8.53–71.63]. **Conclusion:** Recurrent nasopharyngeal carcinoma is more commonly observed in middle-aged male patients, predominantly at stage IVa, and frequently occurs within the first two years after treatment.

Keywords: Recurrent nasopharyngeal carcinoma, radiotherapy interruption, PET/CT, MRI.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vòm mũi họng là bệnh ung thư phổ biến vùng đầu cổ, đặc biệt ở các vùng dịch tễ như Đông Nam Á và Nam Trung Quốc.¹ Tại Việt

Nam, theo số liệu GLOBOCAN năm 2022, ung thư vòm mũi họng đứng hàng thứ 9 về số ca mắc mới và thứ 8 về tỉ lệ tử vong ở cả 2 giới, nam mắc nhiều hơn nữ với một số yếu tố nguy cơ như virus Epstein – Barr (EBV), chế độ ăn, chủng tộc, di truyền.^{2,3}

Mặc dù có nhiều phương pháp điều trị tiên tiến như xạ trị điều biến liều (IMRT-Intensity Modulated Radiation Therapy) kết hợp với hóa trị, đã giúp cải thiện đáng kể tỷ lệ sống sót sau 5 năm đối với bệnh nhân ung thư vòm mũi họng, tỷ lệ tái phát vẫn dao động từ 10% đến 36%.⁴

Đặc điểm lâm sàng của ung thư vòm mũi họng tái phát bao gồm triệu chứng như chảy máu mũi, đờm có máu, các triệu chứng thần kinh sọ, đau đầu và các triệu chứng từ tổn thương cơ quan lân cận như suy giảm vận động do u lan rộng và xâm lấn các cấu trúc xung quanh. Bệnh nhân cũng có thể xuất hiện hạch cổ tái phát, đặc biệt nếu họ có di căn hạch lúc chẩn đoán ban đầu.^{1,4} Các cận lâm sàng dùng để chẩn đoán ung thư vòm mũi họng tái phát bao gồm⁴ cắt lớp vi tính độ phân giải cao, cộng hưởng từ (MRI), PET-CT

Khó khăn trong chẩn đoán ung thư vòm mũi họng tái phát bao gồm việc phân biệt các tổn thương do xạ trị với khối u tái phát, vì xạ trị có thể gây ra các biến đổi trong mô và xương, khiến các hình ảnh chẩn đoán dễ gây nhầm lẫn. Bên cạnh đó, khối u tái phát có thể nằm sâu, khó tiếp cận sinh thiết qua đường mũi. Thực tế, trong một số trường hợp phức tạp, chẩn đoán tái phát dựa trên các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như PET-CT và MRI.^{1,4}

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu về ung thư vòm mũi họng tái phát. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu chi tiết về vấn đề này. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tái phát tại Bệnh viện K giai đoạn tháng 06/2022 đến tháng 09/2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 39 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư vòm mũi họng tái phát tại khoa Xạ Đầu cổ - Bệnh viện K giai đoạn 06/2022 - 09/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Được chẩn đoán xác định ung thư vòm mũi họng bằng xét nghiệm mô bệnh học
- Chẩn đoán giai đoạn tái phát theo AJCC 2017 (định nghĩa "tái phát" trong nghiên cứu là bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định ung thư vòm mũi họng, đã được điều trị, đánh giá đáp

ứng hoàn toàn, cho ra viện và theo dõi, phát hiện tổn thương tái phát ít nhất 6 tháng sau khi ra viện của đợt điều trị trước đó).

- Chỉ số toàn trạng (PS) theo thang điểm ECOG = 0; 1
- Các tổn thương có thể đo được bằng các phương tiện chẩn đoán hình ảnh
- Có hồ sơ theo dõi đầy đủ và có thông tin sau điều trị.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Mắc bệnh ung thư thứ 2.
- Mắc các bệnh mạn tính hoặc cấp tính trầm trọng có khả năng gây tử vong trong thời gian ngắn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang hồi cứu.

Cỡ mẫu nghiên cứu: Chọn mẫu thuận tiện, chọn được 39 bệnh nhân vào nghiên cứu.

Thời gian, địa điểm nghiên cứu: Từ 06/2022 đến tháng 09/2024 tại Khoa Xạ đầu cổ, Bệnh viện K.

2.3. Các bước tiến hành

*** Nội dung nghiên cứu**

- Bệnh nhân được ghi nhận thông tin đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, lí do vào viện.
- Bệnh nhân được ghi nhận thông tin đặc điểm cận lâm sàng: giai đoạn u, hạch trên siêu âm và MRI; giai đoạn toàn bộ TNM theo AJCC 2017 trước điều trị và thời điểm tái phát; đặc điểm trên nội soi tai mũi họng; SUVmax trên PET-CT; phác đồ điều trị trước đó; thời gian xạ trị; thời gian tái phát.

*** Quy trình tiến hành nghiên cứu**

- Bước 1: Lập bệnh án nghiên cứu và lựa chọn bệnh nhân theo tiêu chuẩn nghiên cứu.
- Bước 2: Bệnh nhân được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng.
- Bước 3: Xử lý, phân tích số liệu và viết báo cáo.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Các thông tin được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

Các thuật toán thống kê: Mô tả.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích nâng cao chất lượng điều trị, không nhằm mục đích nào khác. Tất cả thông tin chi tiết về tình trạng bệnh tật, các thông tin cá nhân của người bệnh được bảo mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng thời điểm ban đầu

3.1.1. Đặc điểm lâm sàng. Kết quả nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhân là $53,9 \pm 10$ tuổi. Tuổi cao nhất là 78 tuổi và thấp nhất là 39 tuổi.

Đặc điểm về giới cho thấy, bệnh có tỷ lệ mắc cao hơn ở nam giới với tỷ lệ nam/nữ là 2/1.

IVb	6	15,4
Vị trí di căn (n=6)		
Xương	4	66,7
Gan	2	33,3
Não, màng não	2	33,3
Hạch bạch	1	16,7

Trong nhóm nghiên cứu, giai đoạn u tái phát T4 chiếm nhiều nhất với 20,5%, giai đoạn hạch tái phát N1 nhiều nhất chiếm 23,1%, giai đoạn toàn bộ tái phát nhiều nhất là IVa chiếm 25,6%.

Bảng 4: Thời gian bệnh nhân tái phát

	Bệnh nhân (n=39)	Tỷ lệ %
≤ 12 tháng	4	10,3
>12 tháng	35	89,7
Trung bình 30,3 ± 16,6 tháng, ngắn nhất 8,53 tháng, dài nhất 71,63 tháng		

Nhóm nghiên cứu, thời gian tái phát trung bình trung bình 30,3 ± 16,6 tháng, ngắn nhất 8,53 tháng, dài nhất 71,63 tháng, đa phần trên 12 tháng chiếm 89,7%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi, tuổi mắc bệnh trung bình 53,9 ± 10, tuổi cao nhất là 78 và thấp nhất là 39 tuổi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu Thái Đình Hiếu với độ tuổi trung bình mắc bệnh trung bình là 52,27 ± 11.⁵ So với nghiên cứu nước ngoài như Yung-Hsuan Chen, độ tuổi trung bình là 50,2 ± 12,1.¹ Kết quả chúng tôi cũng tương đồng với tác giả này.

Trong nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ mắc bệnh nam/nữ là 2/1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Thái Đình Hiếu, tỉ lệ nam/nữ là 2,4/1.⁵ Điều này cũng phù hợp do thói quen sinh hoạt của nam giới có nhiều nguy cơ hơn nữ giới như hút thuốc, lạm dụng bia rượu nên tỉ lệ ung thư vòm mũi họng ở nam cao hơn so với nữ giới.

Đau đầu là lý do vào viện chiếm cao nhất với 33,3 %. Kết quả chúng tôi gần tương đồng với nghiên cứu của Thái Đình Hiếu, triệu chứng đau đầu trong nghiên cứu này là 40,5%.⁵ Tuy nhiên, theo công bố của Z Peng, chảy máu mũi là triệu chứng phổ biến ở nhóm bệnh nhân ung thư vòm mũi họng tái phát⁴. Điều này có thể thấy thấy rằng, triệu chứng ung thư vòm mũi họng tái phát rất đa dạng, không có triệu chứng đặc hiệu. Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân đi tái khám thường xuyên phát hiện tái phát chiếm 20,5%. Do đó, việc hướng dẫn tái khám định kỳ cho bệnh nhân là bước quan trọng sau khi hoàn thành điều trị. Việc này giúp các bác sĩ lâm sàng phát hiện sớm tái phát ngay khi chưa có triệu chứng.

Giai đoạn toàn bộ thời điểm trước điều trị trong nghiên cứu chúng tôi nhiều nhất là III, IVa

chiếm 76,9%. Kết quả nghiên cứu Yung-Hsuan Chen giai đoạn III, IVa chiếm 83,9%.¹ Sự khác biệt kết quả này là cỡ mẫu chúng tôi ít hơn của Yung-Hsuan Chen.

Phác đồ điều trị nhiều nhất là hóa xạ trị đồng thời chiếm 51,3%. Giai đoạn bệnh trong nghiên cứu chúng tôi chủ yếu là giai đoạn III và IVa chiếm 76,9% (30 bệnh nhân). Theo hướng dẫn mạng lưới ung thư Hoa Kỳ-NCCN 2024, ung thư vòm mũi họng giai đoạn này điều trị ưu tiên là phác đồ hóa chất dẫn đầu theo sau là hóa xạ trị hóa xạ trị đồng thời, khuyến cáo mức 1. Ngoài ra cùng giai đoạn này, các chuyên gia NCCN khuyến cáo: khi bệnh nhân không điều trị phác đồ này có thể điều trị phác đồ hóa xạ trị đồng thời theo sau hóa chất bổ trợ. Trong nghiên cứu chúng tôi có 15/30 bệnh nhân giai đoạn III và IVa được điều trị phác đồ hóa xạ trị đồng thời theo sau hóa chất bổ trợ hoặc hóa chất dẫn đầu theo sau hóa xạ trị đồng thời. Giải thích về tỉ lệ hóa xạ trị cao ở nhóm nghiên cứu chúng tôi là nhóm bệnh nhân chúng tôi đa phần điều trị trước năm 2021. Trước năm 2021, NCCN hướng dẫn điều trị với giai đoạn III và IVa là phác đồ hóa xạ trị đồng thời theo sau hóa chất bổ trợ. Nhiều bệnh nhân sau khi hoàn thành giai đoạn hóa xạ trị đồng thời nhưng gặp một vài lý do như: biến chứng sau xạ trị, hóa trị nhiều; bệnh nhân tuổi cao; một số bệnh nhân khác thì ở xa cơ sở điều trị không quay lại điều trị tiếp. Nên những bệnh nhân này không thể hoàn thành đủ liệu trình điều trị như kế hoạch ban đầu.

Trên cùng giai đoạn III và IVa, Y Zang đã thực hiện nghiên cứu so sánh 2 phương pháp điều trị hóa chất dẫn đầu theo sau hóa xạ trị đồng thời và hóa xạ trị đồng thời. Kết quả cho thấy tỷ lệ sống sót không tái phát sau 3 năm là 85,3% trong nhóm hóa chất dẫn đầu theo sau hóa xạ trị, so với 76,5% trong nhóm hóa xạ trị đồng thời với p=0,001.⁷

Trong nhóm nghiên cứu chúng tôi, giai đoạn u tái phát T4 chiếm nhiều nhất với 20,5 %, giai đoạn u tái phát T1, T2, T3 bằng nhau chiếm 15,4%. Nghiên cứu của Rui You, giai u T3 chiếm nhiều nhất với 67%. Kết quả chúng tôi không tương đồng do cỡ mẫu chúng tôi nhỏ hơn của Rui You.

Kết quả nghiên cứu cho thấy, 71,8% bệnh nhân không phát hiện có di căn hạch trên siêu âm. So với chẩn đoán giai đoạn hạch cuối cùng, bệnh nhân không chẩn đoán hạch di căn chiếm 64,7%. Sự khác biệt này là có 3 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn hình thái trên siêu âm nhưng sau khi chúng tôi cho chọc hút tế bào bằng kim nhỏ (FNA) kết quả không phát hiện tế bào ung thư.

Trong nhóm nghiên cứu, MRI không phát

hiện hạch di giai đoạn N3 (dưới sụn nhĩ). So với chẩn đoán giai đoạn hạch cuối cùng, bệnh nhân chẩn đoán giai đoạn hạch N3 chiếm 7,7%. Giải thích điều này là do dữ liệu hình ảnh MRI gặp khó khăn khi khảo sát vùng dưới sụn nhĩ. Do đó, việc đánh giá giai đoạn hạch cần kết hợp nhiều phương pháp như thăm khám lâm sàng, kết hợp các cận lâm sàng khác như: siêu âm, PET-CT.

Trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi có 17 bệnh nhân chiếm 43,3% không phát hiện u trên nội soi tại mũi họng. Tuy nhiên, trên MRI tỉ lệ không phát hiện u giảm còn 14 bệnh nhân chiếm 35,9%. Lý do là có 3 bệnh nhân có tín hiệu u trên MRI những nằm vị trí sâu, không gần với bề mặt niêm mạc. 2 bệnh nhân trong số 3 bệnh nhân này chúng tôi tiến hành phẫu thuật sinh thiết, kết quả giải phẫu bệnh khẳng định có tế bào ung thư. Bệnh nhân còn lại do u nằm sâu không tiến hành phẫu thuật sinh thiết được nhưng sau đó chúng tôi chụp PET-CT kết quả tăng chuyển hóa rõ. Ngoài ra có 1 bệnh nhân không phát hiện u trên MRI, sau khi chúng tôi chụp PET-CT thì phát hiện mức tăng chuyển hóa rõ. Dựa trên các hướng dẫn, chúng tôi nhận định có tái phát tại u.⁴ Theo đó, trên chẩn đoán cuối đoán giai đoạn u cuối cùng của chúng tôi, tỉ lệ không tổn thương ác tính giảm xuống còn 13 bệnh nhân chiếm 33,3%.

Thời gian tái phát trên nhóm bệnh nhân tái phát tại chỗ, tại vùng trung bình $30,9 \pm 16,7$ tháng. Trong đó 90,9% bệnh nhân trong nhóm này tái phát trên 12 tháng. Khoảng thời gian tái phát cũng đã được chứng minh là một yếu tố tiên lượng độc lập về khả năng sống sót sau khi điều trị lại. Hwang lưu ý rằng khả năng sống sót sau 5 năm đối với những bệnh nhân tái phát lớn hơn-dưới 12 tháng lần lượt là 45%-17%.⁸ Tương tự như vậy, Teo và cộng sự đã báo cáo sự cải thiện đáng kể về khả năng sống sót của những bệnh nhân có khoảng thời gian tái phát trên 18 tháng.⁹ Liên quan đến các tác dụng phụ do xạ trị gây ra, khoảng thời gian giữa 2 lần điều trị bức xạ phải ít nhất là 12 tháng. Vì sau lần xạ trị đầu tiên, các mô lành xung quanh khối u (như não, tủy sống, dây thần kinh thị giác) cần thời gian để hồi phục. Nếu thực hiện xạ trị lại quá sớm (dưới 12 tháng), các mô này chưa kịp phục hồi đầy đủ và có nguy cơ bị tổn thương nghiêm trọng hơn, dẫn đến các biến chứng nặng nề như hoại tử mô, tổn thương thần kinh hoặc nguy cơ tử vong. Xạ trị cũng gây ra những tổn thương tích tụ trên mô lành. Việc chờ thời gian giúp giảm nguy cơ gặp các biến chứng nghiêm trọng như hoại tử hoặc tổn thương vĩnh viễn. Khối u tái phát quá sớm (dưới 12 tháng) thường cho thấy tính kháng

xạ hoặc khối u có đặc tính sinh học khó điều trị hơn. Do đó, tái xạ trị quá sớm có thể không mang lại hiệu quả cao vì khối u có thể không đáp ứng tốt với điều trị lại.¹⁰

V. KẾT LUẬN

Ung thư vòm mũi họng tái phát thường gặp ở bệnh nhân nam giới, trung tuổi, vào viện vì lý do đầu đầu là chủ yếu. Giai đoạn điều trị lần đầu là III, IVa có tỷ lệ tái phát cao. Chẩn đoán xác định tái phát dựa vào soi tại mũi họng kết hợp sinh thiết. Các trường hợp khó cần phối hợp các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Giai đoạn khi tái phát chủ yếu là IVa. Thời gian tái phát trung bình là sau 2 năm từ khi kết thúc điều trị lần đầu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chen YH, Luo SD, Wu SC, et al.** Clinical Characteristics and Predictive Outcomes of Recurrent Nasopharyngeal Carcinoma-A Lingering Pitfall of the Long Latency. *Cancers*. 2022; 14(15):3795. doi:10.3390/cancers14153795
2. **Tuân NA, Chinh HĐ, Biểu BQ, và cộng sự.** Kết quả hóa xạ trị điều biến liều ung thư vòm mũi họng giai đoạn II-III. *Tạp Chí Học Việt Nam*. 2023;530(1B). doi:10.51298/vmj.v530i1B.6752
3. **Argirion I, Zarins KR, Suwanrungruang K, et al.** Subtype Specific Nasopharyngeal Carcinoma Incidence and Survival Trends: Differences between Endemic and Non-Endemic Populations. *Asian Pac J Cancer Prev APJCP*. 2020;21(11): 3291. doi:10.31557/APJCP.2020.21.11.3291
4. **Peng Z, Wang Y, Fan R, et al.** Treatment of Recurrent Nasopharyngeal Carcinoma: A Sequential Challenge. *Cancers*. 2022;14(17):4111. doi:10.3390/cancers14174111
5. **Hiếu TĐ.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư vòm mũi họng giai đoạn tái phát hoặc di căn bằng phác đồ Gemcitabin - Cisplatin tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. *Tạp Chí Dược Thái Bình*. Published online November 6, 2023:99-107.
6. **Treatment by Cancer Type.** NCCN. Accessed October 24, 2024. https://www.nccn.org/guidelines/category_1
7. **Zhang Y, Chen L, Hu GQ, et al.** Gemcitabine and Cisplatin Induction Chemotherapy in Nasopharyngeal Carcinoma. *N Engl J Med*. 2019; 381(12): 1124-1135. doi:10.1056/NEJMoa1905287
8. **Hwang JM, Fu KK, Phillips TL.** Results and prognostic factors in the retreatment of locally recurrent nasopharyngeal carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1998;41(5):1099-1111. doi:10.1016/s0360-3016(98)00164-3
9. **Teo PM, Kwan WH, Chan AT, et al.** How successful is high-dose (> or = 60 Gy) reirradiation using mainly external beams in salvaging local failures of nasopharyngeal carcinoma? *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1998; 40(4): 897-913. doi:10.1016/s0360-3016(97)00854-7
10. **Ng WT, Soong YL, Ahn YC, et al.** International Recommendations on Reirradiation by Intensity Modulated Radiation Therapy for Locally Recurrent Nasopharyngeal Carcinoma. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2021;110(3):682-695. doi:10.1016/j.ijrobp.2021.01.041

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA VIÊM ÂM ĐẠO Ở PHỤ NỮ ĐẾN KHÁM TẠI PHÒNG KHÁM KHOA SẢN, BỆNH VIỆN ĐA KHOA QUẬN Ô MÔN NĂM 2024

Trần Nguyễn Hạ Vy¹, Nguyễn Văn Hóa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm âm đạo và một số yếu tố liên quan đến viêm âm đạo của phụ nữ đến khám tại Phòng khám Khoa Sản, Bệnh viện đa khoa quận Ô Môn. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang từ tháng 1/2024 đến tháng 6/2024, phỏng vấn 116 phụ nữ đồng ý tham gia nghiên cứu bằng bộ câu hỏi thiết kế sẵn. **Kết quả:** Tỷ lệ viêm âm đạo là 59,5%. Có mối tương quan giữa viêm âm đạo với trình độ học vấn, số lần vệ sinh hàng ngày, số lần vệ sinh khi hành kinh, vệ sinh âm đạo đúng cách và vệ sinh trước, sau khi quan hệ tình dục. Cụ thể, học vấn Trung học phổ thông và cao đẳng, đại học có tỷ số chênh lần lượt là 5,5 và 4,5 lần so với tiểu học; 20,5 và 9,7 lần lượt là tỷ số chênh cho vệ sinh 1-2 lần/ngày khi không có kinh và đang hành kinh so với nhóm không vệ sinh; vệ sinh âm đạo đúng cách và trước, sau khi quan hệ tình dục có tỷ số chênh chỉ 0,3 và 0,1 so với nhóm sai cách hoặc không thực hiện. **Kết luận:** Đa số đối tượng nghiên cứu có viêm âm đạo. Các yếu tố liên quan viêm âm đạo là trình độ học vấn, số lần vệ sinh hàng ngày, số lần vệ sinh khi hành kinh, vệ sinh âm đạo đúng cách và vệ sinh trước, sau khi quan hệ tình dục.

Từ khóa: Viêm âm đạo, yếu tố liên quan, vệ sinh.

SUMMARY

THE CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES OF VAGINITIS IN WOMEN VISITING FOR CHECK-UPS AT THE OBSTETRICS DEPARTMENT CLINIC, O MON DISTRICT GENERAL HOSPITAL, 2024

Aims: Describe the rate, clinical and paraclinical characteristics of vaginitis and describe associated factors among women visiting for check-ups at the Obstetrics Department Clinic, O Mon General Hospital. **Methods:** A cross-sectional study conducted from January 2024 to June 2024, involving interviews with 116 women who agreed to participate in the study using a designed questionnaire. **Results:** The prevalence of vaginitis was 59,5%. There was a correlation between vaginitis and educational level, daily hygiene frequency, hygiene during menstruation, proper vaginal hygiene, and pre- and post-intercourse hygiene. Specifically, women with a high school and college/university education had an odds ratio of 5,5 compared to those with primary education. The odds

ratios for practicing hygiene 1-2 times per day when not menstruating and during menstruation were 20,5 and 9,7, respectively, compared to no hygiene. Proper vaginal hygiene and pre-/post-intercourse hygiene had odds ratios of 0,3 and 0,1, respectively, compared to improper or no hygiene practices. **Conclusion:** The majority of study participants had vaginitis. Associated factors are vaginitis included educational level, daily hygiene frequency, hygiene during menstruation, proper vaginal hygiene, and pre- and post-intercourse hygiene practices.

Keywords: Vaginitis, associated factors, hygiene.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm âm đạo là vấn đề sức khỏe thường gặp ở phụ nữ, đặc biệt trong độ tuổi sinh sản. Dù không gây nguy hiểm đến tính mạng, nhưng các triệu chứng của bệnh nếu không được phát hiện kịp thời và điều trị triệt để, sẽ gây các triệu chứng khó chịu, ảnh hưởng xấu đến sinh hoạt và sức khỏe sinh sản.

Trên thế giới, hàng năm có từ 200-300 triệu ca viêm nhiễm đường âm đạo. Ở Việt Nam, các bệnh phụ khoa tăng từ 15-27% hàng năm, với 11% các trường hợp mắc đi mắc lại nhiều lần [7].

Một số nghiên cứu trước đây tại khu vực Đồng bằng sông Cửu Long, đặc biệt là Cần Thơ, ghi nhận tỷ lệ mắc viêm âm đạo dao động từ 34-46% ở các nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh sản [2], [3], [6]. Tuy nhiên, quận Ô Môn, nơi tập trung nhiều lao động nữ từ các khu công nghiệp, đến khám phụ khoa hàng năm tại Phòng khám Khoa sản, Bệnh viện đa khoa quận Ô Môn rất nhiều nhưng dữ liệu về tỷ lệ mắc và yếu tố nguy cơ còn hạn chế.

Từ những lý do trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng viêm âm đạo và một số yếu tố liên quan của phụ nữ đến khám tại Phòng khám Khoa Sản, Bệnh viện Đa khoa quận Ô Môn năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân từ 18-49 tuổi đến khám phụ khoa tại Phòng khám Khoa Sản, Bệnh viện đa khoa quận Ô Môn và được chẩn đoán viêm âm đạo.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân từ 18- 49 tuổi đến khám phụ khoa, không đặt thuốc âm đạo trong vòng 2 tuần trước khi đến khám, có đầy đủ thông tin, kết quả xét nghiệm có viêm

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Hạ Vy

Email: 6043222255@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

âm đạo và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có ít nhất một trong các ý sau: (i) không có đầy đủ thông tin, kết quả xét nghiệm; (ii) đang mang thai đến khám phụ khoa; (iii) không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ với độ chính xác tuyệt đối:

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

Trong đó:

- $Z_{(1-\alpha/2)} = 1,96$ là trị số của phân phối chuẩn tương ứng với độ tin cậy áp dụng cho nghiên cứu này là 95%.

- $p = 0,261$ theo kết quả nghiên cứu của Cao Ngọc Thành và cộng sự (2017) [1].

- $d = 5\%$ là sai số cho phép.

Áp dụng công thức, tính được cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là $n = 116$ bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Áp dụng chọn mẫu (bệnh nhân đến khám phụ khoa) ngẫu nhiên đơn cho toàn bộ nghiên cứu, đáp ứng tiêu chuẩn chọn và loại trừ trong thời gian từ tháng 4/2024 đến tháng 5/2024.

Quy trình thực hiện: Những phụ nữ đến khám và có chẩn đoán viêm âm đạo sẽ được mời tham gia nghiên cứu. Tiếp theo họ sẽ được phỏng vấn, thăm khám, lấy mẫu bệnh phẩm xét nghiệm và ghi nhận kết quả vào phiếu thu thập thông tin đã soạn sẵn.

Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm về bệnh nhân: nhóm tuổi, dân tộc, nghề nghiệp, trình độ học vấn.

Một số yếu tố liên quan đến viêm âm đạo: trình độ học vấn, số lần khám phụ khoa/năm, số lần vệ sinh hằng ngày, số lần vệ sinh khi hành kinh, vệ sinh âm đạo, vệ sinh trước và sau khi quan hệ tình dục.

Công cụ thu thập và xử lý số liệu: Sử dụng phiếu thu thập thông tin soạn sẵn. Nhập liệu bằng Epidata 3.0 và xử lý bằng SPSS 18.0. Sử dụng tần số, tỷ lệ %, OR để tìm mối tương quan và có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng xét duyệt đề cương Khoa Y, Trường Đại học Võ Trường Toàn. Nghiên cứu chỉ nhằm mục đích tăng cường khả năng quản lý và điều trị cho bệnh nhân. Thông tin của bệnh nhân được mã hóa và chỉ phục vụ cho nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung (n=116)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi		
≤ 30 tuổi	17	14,7
31 - 40 tuổi	36	31,0
> 40 tuổi	63	54,3
Dân tộc		
Kinh	114	98,3
Khác	2	1,7
Nghề nghiệp		
Buôn bán	32	27,6
Công chức - viên chức	19	16,4
Công nhân	29	25,0
Nội trợ	23	19,8
Nông dân	13	11,2
Trình độ học vấn		
Tiểu học	33	28,4
Trung học cơ sở	25	21,6
Trung học phổ thông	20	17,2
Cao đẳng, đại học	38	32,8

Nhận xét: Phụ nữ > 40 tuổi chiếm 54,3%, đa số là dân tộc Kinh 98,3%, hơn 1/4 là nghề buôn bán (27,6%) và cao đẳng, đại học cao nhất với 32,8%.

Bảng 2. Mô tả tiền sử cá nhân, số lần khám phụ khoa trên năm (N = 116)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số lần sinh con		
Chưa sinh con	16	13,8
Sinh 1-2 con	98	84,5
Sinh trên 2 con	2	1,7
Biện pháp tránh thai		
Có	75	65
Không	41	35
Nạo hút thai		
Có	8	7
Không	108	93
Số lần khám phụ khoa/năm		
Không khám	8	6,9
1 lần/năm	75	64,7
≥ 2 lần/năm	33	28,4

Nhận xét: Phần lớn đối tượng sinh 1-2 con (84,5%), sử dụng biện pháp tránh thai 65%, không nạo hút thai 93% và khám phụ khoa 1 lần/năm cao nhất với 64,7%.

Bảng 3. Mô tả thói quen vệ sinh (N=116)

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Số lần VS hàng ngày		
Không vệ sinh	21	18,1
1-2 lần/ngày	89	76,7
≥ 3 lần/ngày	6	5,2

Số lần VS khi hành kinh		
Không vệ sinh	13	11,2
1-2 lần/ngày	92	79,3
≥ 3 lần/ngày	11	9,5
VS âm đạo		
Đúng cách	96	83
Sai cách	20	17
VS trước & sau QHTD		
Có	106	91,4
Không	10	8,6

Nhận xét: Hơn 3/4 đối tượng vệ sinh 1-2 lần/ngày khi không hành kinh (76,7%) và khi hành kinh (79,3%), hơn 4/5 thực hành vệ sinh đúng cách (83%) và 91,4% vệ sinh trước và sau quan hệ tình dục.

3.2. Tỷ lệ viêm âm đạo. Tỷ lệ viêm âm đạo là 59,3%, trong khi chỉ 40,5% đối tượng không bị.

Bảng 5. Các yếu tố liên quan viêm âm đạo

Yếu tố	Viêm âm đạo		OR	KTC 95%	p
	Có	Không			
Trình độ học vấn					
Tiểu học	27 (81,8)	06 (18,2)	1	-	-
Trung học phổ thông	9 (45,0)	11 (55,0)	5,5	1,6 - 19,2	0,013
Cao đẳng, đại học	19 (50,0)	19 (50,0)	4,5	1,5 - 13,4	0,011
VS 1-2 lần/ngày	44 (58,7)	45 (50,6)	20,5	2,6 - 159	< 0,001
VS 1-2 lần/ngày khi hành kinh	51 (55,4)	41 (44,6)	9,7	1,2 - 77,3	0,025
VS âm đạo đúng cách	53 (55,2)	43 (44,8)	0,31	0,1 - 1,0	0,04
Có VS trước & sau QHTD	60 (56,5)	46 (43,4)	0,1	0,0 - 1,2	0,047

Nhận xét: Có mối liên quan giữa viêm âm đạo với trình độ học vấn, số lần vệ sinh hàng ngày, số lần vệ sinh khi hành kinh, vệ sinh âm đạo đúng cách và vệ sinh trước, sau khi quan hệ tình dục. Cụ thể, học vấn cao đẳng, đại học và THPT có OR lần lượt là 4,5 và 5,5 lần so với tiểu học; 20,5 và 9,7 là OR cho vệ sinh 1-2 lần/ngày khi không có kinh và đang hành kinh so với nhóm không vệ sinh; vệ sinh âm đạo đúng cách và trước, sau khi quan hệ tình dục có tỷ số chênh chỉ 0,3 và 0,2 so với sai cách hoặc không thực hiện.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Các đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Nhóm tuổi phổ biến nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là từ 41 tuổi trở lên (54,3%), tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Cao Hùng và Nguyễn Thị Tâm (2018) nhóm 35-49 chiếm 54,02% [4], Nguyễn Thị Kim Loan và Phạm Thị Tâm (2019) nhóm ≥ 40 tuổi với 44,7% [7].

Đa số đối tượng tham gia là buôn bán 27,6%, thấp nhất là nông dân (11,2%). Kết quả này khác biệt với nghiên cứu trước đây, khi nông dân chiếm tỷ lệ cao hơn đáng kể, từ 8,2% đến 65,8%, tùy theo nhóm nghiên cứu [4], [7].

Trình độ học vấn đa số là cao đẳng, đại học

Bảng 4. Nguyên nhân gây viêm âm đạo (N=116)

Nguyên nhân	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Candida albicans		
Có viêm âm đạo	41	35,3
Không viêm âm đạo	75	64,7
Trichomonas		
Có viêm âm đạo	28	24,1
Không viêm âm đạo	88	75,9

Nhận xét: Xấp xỉ 2/3 đối tượng nhiễm tác nhân nhưng không viêm âm đạo, nấm Candida albicans gây viêm âm đạo nhiều nhất với 35,3% và Trichomonas 24,1%.

3.3. Đánh giá một số yếu tố liên quan đến viêm âm đạo

(32,8%), kể đến là tiểu học 28,4%, trung học cơ sở 21,6%, trung học phổ thông 17,2%. Tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Nhựt và Lê Lam Hương (2018) cao đẳng, đại học nhiều nhất 48,5%, trung học cơ sở và trung học phổ thông là 32,3% và tiểu học là 20,8% [8] và khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Cao Hùng và Nguyễn Thị Tâm (2018) 74,71% trung học cơ sở, trung học phổ thông, 14,37% trình độ < trung học cơ sở, 10,92% > trung học phổ thông [4]. Tiền sử sinh 1-2 con chiếm 84,5%, còn lại là chưa sinh con và sinh trên 2 con. Khác biệt so với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Nhựt và cộng sự (2018) 40,77% sinh từ 1-2 con [8], và của Nguyễn Thị Kim Loan và Phạm Thị Tâm (2019) 55,8% [7].

Chúng tôi ghi nhận 93,0% phụ nữ chưa từng (không) nạo hút thai, 7% đã từng (có) nạo hút thai. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Loan và Phạm Thị Tâm (2019) 52,6% có tiền sử nạo hút thai và 47,4% không [7].

Số lần khám phụ khoa/năm ghi nhận 64,7% khám 1 lần/năm, 28,7% khám từ 2 lần/năm trở lên và còn 6,9% không khám. Cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Cao Hùng và Phạm Thị Tâm (2019) số lần khám: < 2 lần/năm 46,8%, ≥ 2 lần/năm 53,2% [4].

Số lần vệ sinh hàng ngày thể hiện 76,7% từ 1-2 lần/ngày, 5,2% ≥ 3 lần/ngày và 18,1% không vệ sinh hàng ngày. Vệ sinh âm đạo quá ít hoặc quá thường xuyên đều có thể dẫn đến viêm âm đạo.

Trong cộng đồng nghiên cứu có 9,5% vệ sinh ≥ 03 lần/ngày, 79,3% từ 1-2 lần/ngày và 11,2% không vệ sinh khi hành kinh. Kết quả này thấp hơn tác giả Nguyễn Thị Kim Loan và Phạm Thị Tâm (2019) 68,2% vệ sinh ≥ 3 lần/ngày và 31,8% từ 1-2 lần/ngày [7]. Vệ sinh âm đạo đúng cách chiếm 83,0% và sai cách 17,0%. Cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Loan và Phạm Thị Tâm (2019) 77,6%, vệ sinh rửa bên ngoài âm hộ, từ trước ra sau, lau khô bằng khăn, vải sạch [7].

Nghiên cứu cho thấy 91,4% có vệ sinh trước và sau khi quan hệ tình dục và 8,6% không. Kết quả này tương đồng và cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Vy và cộng sự (2014) 82,6% có vệ sinh cơ quan sinh dục trước và sau khi quan hệ tình dục [5] và của Nguyễn Thị Kim Loan và Phạm Thị Tâm (2019) 69,5% [7].

4.2. Tỷ lệ viêm âm đạo. Qua nghiên cứu, chúng tôi thu thập được số liệu cho thấy viêm nhiễm do nấm *Candida albicans* 35,3% và *Trichomonas vaginalis* 24,1%. Tương đồng với một số tác giả khác: Nguyễn Cao Hùng và Phạm Thị Tâm (2019) với *Candida albicans* (27,89%) và *Trichomonas* (21,77%) [4]; Dương Mỹ Linh và cộng sự (2020) với 13,0% viêm âm đạo do nấm *Candida albicans* và 1,7% viêm âm đạo do *Trichomonas vaginalis* [2]. Ngược lại, khác biệt so với các báo cáo của: Nguyễn Đức Vy và cộng sự (2014) với 14% viêm do nấm *Candida albicans*, cao nhất trong nghiên cứu [5]; Cao Ngọc Thành và cộng sự (2017) cho thấy 2,4% tạp khuẩn, 17,3% *Candida albicans* đơn thuần, 7,5% tạp khuẩn và *Candida albicans* và 0% *Trichomonas vaginalis* [1]; Nguyễn Thị Kim Loan và Phạm Thị Tâm (2019) với 29,8% nấm *Candida albicans*, 4,7% *Trichomonas vaginalis* [7]. Nhìn chung có sự tương đồng về tác nhân so với các nghiên cứu của nhiều tác giả trước [1], [2].

Với 2 tác nhân trên, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ viêm âm đạo chung là 59,5% và 40,5% đối tượng không viêm âm đạo. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Đức Vy và cộng sự (2014) với tỷ lệ viêm âm đạo chung là 73,7% [5]. Bên cạnh đó, cao hơn so với các tác giả: Cao Ngọc Thành và cộng sự (2017) với 26,1% [1]; Nguyễn Tiến Nhựt và cộng sự (2018) là 34% [8]; Nguyễn Quang Thông và cộng sự (2019) 39,9% mắc viêm âm đạo [6]; Dương Mỹ Linh và cộng sự (2020) và Đặng Thị Thùy Mỹ và cộng sự (2021) cũng có tỷ lệ viêm âm đạo lần

lượt là 35,5% và 46,3% [2], [3]. So với nhiều báo cáo gần đây, tỷ lệ viêm âm đạo trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, có thể do phụ nữ thường chỉ đi khám khi xuất hiện các triệu chứng bất thường hoặc dấu hiệu viêm nhiễm âm đạo rõ rệt [2], [6].

4.3. Các yếu tố liên quan đến viêm âm đạo. Qua nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận mối liên quan giữa trình độ học vấn và viêm âm đạo (viêm/không viêm) ($p = 0,018$). Tương đồng với nghiên cứu của Dương Mỹ Linh và cộng sự (2020) ($p = 0,007$) [2].

Chúng tôi thấy qua khảo sát, có ý nghĩa thống kê giữa viêm âm đạo và số lần vệ sinh hàng ngày ($p = 0,000$), số lần vệ sinh khi hành kinh ($p = 0,038$). Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Kim Loan và cộng sự (2019) khi cũng ghi nhận có mối liên quan giữa bệnh viêm nhiễm đường sinh dục dưới và hành vi vệ sinh sinh dục phụ nữ là số lần vệ sinh/ngày (không; 1-2 lần/ngày; ≥ 3 lần/ngày) (OR = 1,89; $p = 0,023$ giữa vệ sinh 1-2 lần/ngày so với ≥ 3 lần/ngày), vệ sinh lúc hành kinh (1-2 lần/ngày và ≥ 3 lần/ngày) (OR=1,75; $p = 0,018$) [7].

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa viêm âm đạo và vệ sinh khi quan hệ tình dục (OR = 0,1; $p = 0,047$). Tương đồng với báo cáo của Nguyễn Đức Vy và cộng sự (2014) thói quen vệ sinh (vệ sinh trước/sau khi quan hệ tình dục) liên quan đến viêm nhiễm đường sinh dục dưới ($p < 0,05$) [5]; Cao Ngọc Thành và cộng sự (2017) với vệ sinh cả trước và sau quan hệ tình dục thì tỷ lệ viêm nhiễm đường sinh dục dưới là 29,3%, không vệ sinh là 56,6% và vệ sinh sau quan hệ tình dục có viêm nhiễm đường sinh dục dưới là 34,2% ($p = 0,001$) [1].

Mặc dù cách thực hành vệ sinh có mối liên quan ý nghĩa thống kê với viêm âm đạo trong nghiên cứu của chúng tôi (OR = 0,3; $p = 0,04$), nhưng kết quả này khác biệt so với tác giả Nguyễn Thị Kim Loan và cộng sự (2019) ($p = 0,494$) [7].

Tuy nhiên, chúng tôi không tìm thấy mối liên quan giữa viêm âm đạo và các yếu tố như nhóm tuổi, dân tộc, nghề nghiệp, số lần khám phụ khoa/năm, tiền sử nạo hút thai, tiền sử sinh đẻ, biện pháp tránh thai ($p > 0,05$).

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ viêm âm đạo chung là 59,5%, phần lớn tác nhân được ghi nhận là vi nấm 35,3%. Có mối liên quan giữa viêm âm đạo và trình độ học vấn, số lần vệ sinh hàng ngày, số lần vệ sinh khi hành kinh, vệ sinh âm đạo đúng cách và vệ sinh trước,

sau khi quan hệ tình dục.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cao Ngọc Thành và các cộng sự.** (2017), "Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục thấp ở phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ có chồng ở huyện A Lưới, Thừa Thiên Huế", Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế. Tập 7 (số 4), 83-89.
2. **Dương Mỹ Linh, Hồng Thị Thanh Tâm, Nguyễn Thị Thảo Linh** (2020), "Nghiên cứu tình hình viêm âm đạo ở phụ nữ có chồng đến khám tại Bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ và Bệnh viện Phụ sản Cần Thơ", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 27, 53-59.
3. **Đặng Thị Thùy Mỹ và các cộng sự.** (2021), "Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới của phụ nữ trong tuổi sinh sản tại Bệnh viện Sản Nhi Trà Vinh", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 39, 105-111.
4. **Nguyễn Cao Hùng, Nguyễn Thị Tâm** (2018), "Tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng từ 15-49 tuổi huyện Đầm Dơi, tỉnh Cà Mau năm 2017-2018". Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 18, 1-7.
5. **Nguyễn Đức Vy, Dương Lan Dung, Phan Thị Hạnh** (2014), "Thực trạng viêm nhiễm đường sinh dục dưới và tìm hiểu yếu tố liên quan đến thói quen vệ sinh của phụ nữ tại 13 xã - Huế và Quảng Trị năm 2013", Tạp chí Phụ sản. 12, 28-31.
6. **Nguyễn Quang Thông và các cộng sự.** (2019), "Thực trạng và yếu tố liên quan đến nhiễm trùng đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng tuổi từ 18 - 49 tại thành phố Cần Thơ năm 2016", Tạp chí Y học dự phòng. Tập 29(số 11), 79-86.
7. **Nguyễn Thị Kim Loan, Phạm Thị Tâm** (2019), "Nghiên cứu tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ có chồng đến khám, điều trị tại Bệnh viện đa khoa Thống Nhất, tỉnh Đồng Nai năm 2018-2019", Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 19, 1-8.
8. **Nguyễn Tiến Nhựt, Lê Lam Hương** (2018), "Tình hình viêm nhiễm đường sinh dục dưới ở phụ nữ trong tuổi sinh sản đến khám tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế", Tạp chí Y Dược học, Trường Đại học Y Dược Huế. Tập 8 (số 5), 102-107.

TỶ LỆ TRẦM CẢM THEO PHQ4 Ở NGƯỜI CÓ TIỀN SỬ NHIỄM COVID-19 ĐẾN KHÁM SỨC KHỎE TỔNG QUÁT TẠI PHÒNG KHÁM ĐA KHOA TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y KHOA PHẠM NGỌC THẠCH

Trần Đức Sĩ¹, Lê Thị Kiều Hân¹, Nguyễn Thái Hằng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, những người đã từng mắc COVID-19 có nguy cơ cao gặp phải các rối loạn tâm lý, thậm chí được xem như các triệu chứng của "Hội chứng hậu COVID". Nghiên cứu nguy cơ trầm cảm trên đối tượng hậu nhiễm Covid-19 giúp kiểm chứng điều này. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, sử dụng phương pháp phỏng vấn trực tiếp với thang đánh giá trầm cảm nhanh PHQ4 ở người có tiền sử nhiễm Covid-19 đến khám sức khỏe tổng quát tại Phòng khám Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch. **Kết quả:** Tổng cộng có 266 người được khảo sát. Kết quả 25,6% có khả năng trầm cảm từ nhẹ trở lên, trong đó 53 người (19,9%) được xác định có nguy cơ trung bình- nặng theo PHQ4. Tỷ lệ bệnh nhân có > 4 triệu chứng nhiễm Covid-19 là 70,7%; có sự tương quan giữa số triệu chứng và tổng điểm PHQ4 ($\beta = 0,13$; $p = 0,015$). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy những người từng có tiền sử mắc Covid-19 dù nhẹ vẫn có nguy cơ có trầm cảm. Ngoài tiền sử có các rối loạn tâm thần kinh từ trước, thì số lượng triệu chứng khi nhiễm Covid-19 càng nhiều, nguy cơ trầm cảm càng cao. **Từ khóa:** trầm cảm, PHQ4, hậu Covid, khám tổng quát

SUMMARY

THE PREVALENCE OF DEPRESSION, ANXIETY, STRESS IN HIGH SCHOOL STUDENTS IN TAN AN CITY, LONG AN PROVINCE

Background: Many studies have shown that individuals who have previously had COVID-19 are at higher risk of experiencing psychological disorders, which are even considered one of the symptoms of "long COVID." Research on depression risk in post-COVID-19 individuals helps to verify this. **Objective and Methodology:** This cross-sectional study used direct interviews with the PHQ4 rapid depression screening scale among individuals with a history of COVID-19 infection who came for general health check-ups at the Family Medicine Clinic, Pham Ngoc Thach University of Medicine. **Results:** A total of 266 individuals were surveyed. The results showed that 25.6% had mild to moderate depression, with 53 individuals (19.9%) identified as having a moderate to severe risk based on the PHQ4. The rate of patients experiencing more than four symptoms of COVID-19 infection was 70.7%. There was a correlation between the number of symptoms and the PHQ4 score ($\beta = 0.13$; $p = 0.015$). **Conclusion:** The study found that individuals with a history of COVID-19, even with mild cases, have an increased risk of depression. In addition to pre-existing mental health disorders, the higher the number of symptoms during COVID-19 infection, the greater the risk of anxiety and depression. **Keywords:** depression, PHQ4, post-COVID, general health check-up.

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Sĩ

Email: sitd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

COVID-19 không chỉ ảnh hưởng đến sức khỏe thể chất mà còn gây ra những tác động sâu sắc đến sức khỏe tinh thần của con người. Những biện pháp giãn cách xã hội, cô lập, lo sợ về sức khỏe và tương lai, cùng với những thay đổi đột ngột trong công việc và cuộc sống đã khiến nhiều người cảm thấy căng thẳng, lo âu. Cảm giác mất kiểm soát và nỗi sợ hãi về dịch bệnh, mất mát người thân có thể dẫn đến rối loạn stress sau chấn thương (PTSD), trầm cảm và các vấn đề tâm lý khác. Nhiều nghiên cứu chỉ ra rằng, những người đã từng mắc COVID-19 có nguy cơ cao gặp phải các triệu chứng trầm cảm, thậm chí là các rối loạn tâm lý kéo dài, như là một phần của "hội chứng hậu COVID."

Tại Việt Nam, chỉ tính riêng đợt dịch thứ 4 kéo dài từ ngày 27 tháng 04 đến ngày 22 tháng 11 năm 2021 ghi nhận tổng số ca mắc là hơn 1 triệu ca, trong đó tỷ lệ tử vong là 2,1%. Dịch bệnh gây ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe và đời sống của người dân trên nhiều phương diện, tuy nhiên hiện chưa có nhiều nghiên cứu được công bố về những tác động kéo dài của đại dịch COVID-19 tại Việt Nam.

Để góp thêm vào tổng quan về tác động của đại dịch COVID-19 đối với sức khỏe người dân, đồng thời kiểm chứng lại một trong những tác động kéo dài của việc nhiễm COVID, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu tỷ lệ trầm cảm ở người có tiền sử nhiễm Covid-19.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu cắt ngang mô tả. Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân đến khám sức khỏe tổng quát tại Phòng khám đa khoa trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, được ghi nhận có tiền sử mắc COVID – 19 trước đó. Tiêu chuẩn loại trừ bao gồm: 1) Bệnh nhân đang mắc phải

các bệnh lý cấp tính hoặc bệnh mạn tính nặng (chấn thương đầu, đột quỵ, động kinh, các bệnh lý nội ngoại khoa khác); 2) Bệnh nhân đang có các biến cố gia đình, xã hội khác; 3) Nghiện rượu hoặc sử dụng chất gây nghiện (ma túy, thuốc lắc). Chọn mẫu thuận tiện tất cả khách hàng đến khi đủ cỡ mẫu tối thiểu 266 người theo công thức tính cỡ mẫu dựa trên 1 tỉ lệ. Sau khi xác nhận các tiêu chuẩn chọn vào và loại trừ, bệnh nhân sẽ được giải thích và mời tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân đã đồng ý sẽ được phỏng vấn trực tiếp với bảng câu hỏi soạn sẵn.

Mức độ trầm cảm được đánh giá bằng thang điểm PHQ4 (Patient Health Questionnaire) bản rút gọn từ PHQ9. Tổng điểm dao động từ 0 – 12; phân loại mức độ như sau: 0 – 2 điểm: không có trầm cảm; 3 – 5 điểm: trầm cảm nhẹ; 6 – 8 điểm: trung bình và từ 9 – 12 điểm: trầm cảm nặng.

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.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng có 266 người được khảo sát. Xấp xỉ 2/3 dân số nghiên cứu ở độ tuổi < 30 tuổi trong đó 61.7% là nam giới. Tuổi trung bình trong dân số nghiên cứu của chúng tôi là $28,8 \pm 11,6$ (nhỏ nhất 18 tuổi, lớn nhất 81 tuổi) với nhóm tuổi < 30 chiếm đa số (66,9%). Số ít (33 người – 11,7%) trong dân số nghiên cứu có tiền căn bệnh mãn tính (không kể các vấn đề tâm thần tâm lý), trong đó nhiều nhất là tăng huyết áp (7 ca), viêm dạ dày- tá tràng (5 ca) và rối loạn chuyển hóa lipid (4 ca). Kết quả có 25,6% khả năng trầm cảm từ nhẹ trở lên, trong đó 53 người (19.9%) được xác định có nguy cơ trung bình- nặng theo PHQ4. Một số yếu tố tiền sử Covid-19 và tiền căn trước Covid-19 thể hiện sự liên quan:

Bảng 1: Tiền căn rối loạn giấc ngủ - rối loạn tâm thần trước mắc COVID-19

	Chung (N=266)	PHQ4 ≤ 5 (n=213)	PHQ4 > 5 (n=53)	Giá trị p
RLGN trước mắc COVID				0,002(d)
Không	204 (76,7%)	172 (80,85)	32 (60,4%)	
Mất ngủ-RLGN	54 (20,3%)	38 (17,8%)	16 (30,2%)	
Ngưng thở khi ngủ	4 (1,5%)	1 (0,5%)	3 (5,7%)	
HC chân không yên	4 (1,5%)	2 (0,9%)	2 (3,8%)	
RLTT trước mắc COVID				0,021(d)
Không	249 (93,6%)	203 (95,3%)	46 (86,8%)	
Rối loạn lo âu	8 (3,0%)	6 (2,8%)	2 (3,8%)	
Trầm cảm	7 (2,6%)	2 (1,4%)	4 (7,5%)	
Tăng động giảm chú ý	1 (0,4%)	1 (0,5%)	0 (0%)	
PTSD	1 (0,4%)	0 (0%)	1 (1,9%)	
SD thuốc ngủ trước mắc				0,389 (c)
Có	9 (3,4%)	6 (2,8%)	3 (5,7%)	
Không	257 (96,6%)	207 (97,2%)	50 (94,3%)	

Hơn 1/5 BN có mất ngủ-rối loạn giấc ngủ trước khi mắc COVID. Tỷ lệ có chẩn đoán rối loạn tâm thần-tâm lý trước mắc COVID là 6,4%.

Các đặc điểm liên quan đến tiền sử nhiễm COVID. Thời gian kể từ lần cuối được xác định nhiễm COVID đến thời điểm trả lời khảo sát là 7,39 tháng (+/- 4.03); ca gần nhất là trước đó 1 tháng, lâu nhất là 27 tháng.

Hơn 80% BN được chẩn đoán COVID19 bằng test nhanh.

Bảng 2: Các đặc điểm liên quan tiền căn nhiễm COVID-19

	Chung (N=266)	PHQ4 ≤ 5 (n=213)	PHQ4 > 5 (n=53)	Giá trị p
Phân loại triệu chứng				<0,001(c)
Dưới 4 triệu chứng	78 (29,3%)	69 (32,4%)	9 (17,0%)	
4-5 triệu chứng	80 (30,1%)	66 (31,0%)	14 (26,4%)	
6-7 triệu chứng	64 (24,1%)	54 (25,4%)	10 (18,9%)	
Từ 8 triệu chứng trở lên	44 (16,5%)	24 (11,3%)	20 (37,7%)	
Triệu chứng kéo dài				0,002 (c)
Có	95 (35,7%)	66 (31,0%)	29 (54,7%)	
Không	171 (64,3%)	147 (69,0%)	24 (45,3%)	
Test dương kéo dài				0,139 (c)
Có	96 (36,1%)	82 (38,5%)	14 (26,4%)	
Không	170 (63,9%)	131 (61,5%)	39 (73,6%)	
Nhập viện				0,661 (d)
Có	8 (3,0%)	6 (2,8%)	2 (3,8%)	
Không	258 (97,0%)	207 (97,2%)	51 (96,2%)	
Người thân mắc COVID				0,888(c)
Có	225 (84,6%)	181 (85,0%)	44 (83,0%)	
Không	41 (15,4%)	32 (15,0%)	9 (17,0%)	
Người thân mất do COVID				0,113(c)
Có	27 (10,2%)	18 (8,5%)	9 (17,0%)	
Không	239 (89,8%)	195 (91,5%)	44 (83,0%)	

Số triệu chứng trung bình khi mắc COVID-19 là 5,1. Thời gian trung bình từ khi mắc đến khi bệnh nhân tự ghi nhận hết triệu chứng là 12,3 ngày (độ lệch chuẩn: 19,3) và thời gian từ khi mắc đến khi test COVID-19 âm tính là 8,4 (ĐLC: 4,1). Thời gian hết triệu chứng dài nhất lên đến 250 ngày. Đa số bệnh nhân (258/266 người) được điều trị ngoại trú.

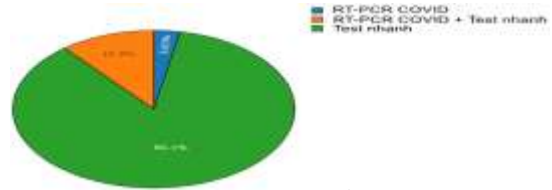
Bảng 3: Hồi quy tuyến tính đa biến các yếu tố liên quan đến điểm PHQ4

Biến phụ thuộc	Điểm PHQ4	
	β	p
Số triệu chứng	0,13	0,015
RLTT trước mắc COVID	1,12	0,042

Sau khi phân tích đa biến, xác định 2 yếu tố liên quan độc lập là: số triệu chứng nhiễm Covid-19 của bệnh nhân và tiền sử rối RLTT từ trước khi mắc Covid-19. Các yếu tố như thời gian kéo dài triệu chứng hay mất người thân có sự tương quan không đủ ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian từ tháng 09 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022, chúng tôi đã chọn được 266



Hình 1: Phương pháp chẩn đoán xác định Covid-19

bệnh nhân hội đủ tiêu chuẩn để đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình trong dân số nghiên cứu của chúng tôi là $28,8 \pm 11,6$ với nhóm tuổi < 30 chiếm đa số. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hai Nguyen Thanh^[8] trên đối tượng cộng đồng/ bệnh nhân ngoại trú có tiền căn COVID-19, với tuổi trung bình $29,46 \pm 12,17$ và phần lớn cũng tập trung ở nhóm 21-30 tuổi.

Có 61,2%, tức gần 2/3 dân số nghiên cứu của chúng tôi là nam. Tỷ lệ này khá cao so với các nghiên cứu gần đây. Một số nghiên cứu tương đồng có tỷ lệ nam chiếm ưu thế như nghiên cứu của Ilaria Mastroianni (53%).^[5] Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu với đối tượng bệnh nhân ngoại trú khác gần đây cho tỷ lệ nữ cao hơn nam, như nghiên cứu của Tim J. Hartung (55% so với 45%)^[3], Giao Huynh (61,8% so với 38,2%)^[4]. Trên thực tế có sự khác biệt về đối tượng nghiên cứu. Chúng tôi khảo sát trên những người đi khám tổng quát nên có thể nữ giới quan tâm nhiều đến sức khỏe hơn.

Mức độ lo âu, trầm cảm. Khảo sát về hậu quả lâu dài của Covid-19 trên bệnh nhân không

có hoặc ít triệu chứng, Burmistrova và cộng sự tổng hợp 22 báo cáo với 6743 người cho thấy rối loạn lo âu, trầm cảm và rối loạn giấc ngủ phổ biến hơn so với nhóm dân số không từng nhiễm^[1]. Tỷ lệ nhiễm ở Việt Nam cao nên chúng tôi không thiết kế nghiên cứu với nhóm chứng nhưng kết quả cũng cho thấy sự tương quan về số lượng triệu chứng Covid-19 trước đó của bệnh nhân và mức độ nguy cơ lo âu trầm cảm hiện tại. Mỗi liên quan còn có ý nghĩa thống kê mạnh hơn cả tiền sử RLTT trước đó.

Tổng quan phân tích của Destin Groff năm 2021 về di chứng của COVID-19 cho tỉ lệ rối loạn lo âu lan tỏa hiện diện khá cao 29,6% (KTC 95% 14,0%-44,0%).^[2] Theo tổng quan phân tích của Niloofar Seighali năm 2024, tỷ lệ hiện mắc gộp của trầm cảm và lo âu ở bệnh nhân có hội chứng hậu COVID-19 trên toàn cầu bằng nhau và bằng 23% (KTC 95% 20%-26%).^[6] Theo Vincenza Sansone, 100% bệnh nhân từng mắc COVID-19 có căng thẳng từ nhẹ đến rất nặng (mức độ rất nặng chiếm 77,2%), 100% bệnh nhân trầm cảm và lo âu mức độ từ trung bình đến rất nặng, trong đó stress rất nặng chiếm 86% và trầm cảm rất nặng chiếm 71,1%) (theo DASS-21).^[7]

Theo nghiên cứu của Huỳnh Giao & cs ở tại phòng khám của 2 bệnh viện tại thành phố Hồ Chí Minh, tỉ lệ lo âu, trầm cảm và căng thẳng của bệnh nhân phục hồi sau COVID-19 (theo thang điểm HADS và PSS-10) lần lượt là 20,3%, 30,8% và 23,4%.⁶ Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ lo âu, trầm cảm (theo PHQ-4) là 25,6%, trong đó mức trung bình- nặng chỉ chiếm 19,9%.^[4] Sự khác biệt lớn về kết quả giữa các nghiên cứu là do thời điểm và đối tượng nghiên cứu khác nhau. Phần lớn các nghiên cứu về hậu quả COVID-19 triển khai trên các bệnh nhân có tiền sử bệnh Covid-19 nặng, từng nhập viện do Covid-19 hoặc bệnh nhân hậu Covid-19 đi khám vì các bệnh lý khác nhau nên có tỉ lệ lo âu, trầm cảm cao. Đối tượng nghiên cứu của chúng tôi dù không hoàn toàn đại diện cho cộng đồng, nhưng giảm thiểu các yếu tố cấp tính tác động lên kết quả đo lường lo âu trầm cảm.

Điểm mạnh của đề tài là khảo sát lâu sau khi đại dịch qua đi, tránh được những tác động nhiễu do tâm lý đám đông cũng như phản ứng stress cấp tính, tạm thời trong dịch. Dù chọn mẫu thuận tiện, không nhóm chứng là một hạn chế, việc phỏng vấn những người đến với mục đích khám tổng quát cũng là một điểm mạnh khác của đề tài. Thang điểm PHQ4 được dịch và thử nghiệm với nhóm nghiên cứu, nhưng có ưu điểm là ngắn gọn, dễ hiểu và phù hợp với việc tầm soát, nghiên cứu dịch tễ.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy những người từng có tiền sử mắc Covid-19 dù nhẹ vẫn có nguy cơ có lo âu, trầm cảm. Ngoài tiền sử có các rối loạn tâm thần kinh từ trước, thì số lượng triệu chứng khi nhiễm Covid-19 càng nhiều, nguy cơ lo âu trầm cảm càng cao. Thời gian tồn tại triệu chứng kéo dài thì nguy cơ lo âu trầm cảm sau này càng cao; mất người thân trong dịch cũng là một yếu tố nguy cơ, nhưng 2 yếu tố này chưa đủ ý nghĩa thống kê. Cần có thêm những nghiên cứu khác với quy mô lớn hơn nhằm đánh giá hậu quả lâu dài của nhiễm Covid-19 đến sức khỏe nói chung và tâm thần kinh nói riêng. Kết quả thu được có thể hỗ trợ những bệnh nhân nếu cần và hiểu rõ hơn về cơ chế bệnh, giúp hạn chế hậu quả trong những đại dịch tương tự nếu có.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Burmistrova NW, Solomon T, Braude P, Strawbridge R, Carter B.** Long-term effects of COVID-19 on mental health: A systematic review. *J Affect Disord.* 2022 Feb 15;299:118-125. doi: 10.1016/j.jad.2021.11.031. Epub 2021 Nov 16. PMID: 34798148; PMCID: PMC8758130.
2. **Groff D, Sun A, Ssentongo AE, et al.** Short-term and Long-term Rates of Postacute Sequelae of SARS-CoV-2 Infection: A Systematic Review. *JAMA Netw Open.* Oct 1 2021;4(10):e2128568. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.28568
3. **Hartung TJ, Neumann C, Bahmer T, et al.** Fatigue and cognitive impairment after COVID-19: A prospective multicentre study. *Eclinical Medicine.* Nov 2022;53:101651. doi:10.1016/j.eclinm.2022.101651
4. **Huynh G, Nguyen HV, Vo LY, Le NT, Nguyen HTN.** Assessment of Insomnia and Associated Factors Among Patients Who Have Recovered from COVID-19 in Vietnam. *Patient Prefer Adherence.* 2022;16:1637-1647. doi:10.2147/PPA.S371563
5. **Mastrososa I, Del Duca G, Pinnetti C, et al.** What is the impact of post-COVID-19 syndrome on health-related quality of life and associated factors: a cross-sectional analysis. *Health Qual Life Outcomes.* Mar 22 2023;21(1):28. doi:10.1186/s12955-023-02107-z
6. **Seighali N, Abdollahi A, Shafiee A, et al.** The global prevalence of depression, anxiety, and sleep disorder among patients coping with Post COVID-19 syndrome (long COVID): a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry.* Feb 6 2024;24(1): 105.doi:10.1186/s12888-023-05481-6
7. **Sansone V, Angelillo S, Paduano G, Pileggi C, Nobile CGA, Di Giuseppe G.** Quality of sleep after COVID-19 infection: a cross-sectional study in the Southern Italy. *Front Psychiatry.* 2024;15:1428423. doi:10.3389/fpsy.2024.1428423
8. **Thanh HN, Minh DC, Thu HH, Quang DN.** Symptoms, Mental Health, and Quality of Life Among Patients After COVID-19 Infection: A Cross-sectional Study in Vietnam. *J Prev Med Public Health.* Mar 2024;57(2):128-137. doi:10.3961/jpmph.23.511

ĐÁNH GIÁ NHẬN THỨC CỦA NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYPE 2 VỀ DỰ PHÒNG BIẾN CHỨNG THẦN KINH NGOẠI BIÊN

Vũ Thị Dung¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kiến thức dự phòng biến chứng thần kinh ngoại biên của người bệnh đái tháo đường type 2 tại bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bộ câu hỏi tự điền nhằm mô tả thực trạng kiến thức của người bệnh. **Kết quả:** 78,2% người bệnh biết rằng ĐTDĐ type 2 gây biến chứng thần kinh ngoại biên, 46,2% người bệnh biết nguyên nhân gây biến chứng thần kinh ngoại biên. 60,3% người bệnh không biết khi nào có thể xảy ra biến chứng và 67,9% người bệnh không biết thời gian cần khám tầm soát biến chứng thần kinh ngoại biên. 71,2% người bệnh nhận định được bộ phận hay gặp biến chứng, 81,4% người bệnh nhận biết đúng triệu chứng biến chứng. 67,3% người bệnh biết biện pháp tốt nhất để ngăn ngừa biến chứng thần kinh ngoại biên. 64,7% người bệnh biết vị trí dễ loét, nhiễm khuẩn khi có biến chứng thần kinh và 67,3% người bệnh biết biện pháp tốt nhất để ngăn ngừa biến chứng thần kinh. **Kết luận:** Kiến thức về biến chứng thần kinh ngoại biên của người bệnh đái tháo đường type 2 còn hạn chế với 32,7% người bệnh có kiến thức chưa đạt. **Từ khóa:** biến chứng, thần kinh ngoại biên, kiến thức.

SUMMARY

ASSESSMENT OF PEOPLE WITH TYPE 2 DIABETES' AWARENESS OF PREVENTION OF PERIPHERAL NEUROPATHY

Objectives: Evaluation of knowledge of peripheral neuropathy prevention in type 2 diabetes patients at the Central Endocrinology Hospital in 2023. **Methods:** Cross-sectional descriptive study with convenient sampling method, self-completed questionnaire to describe the current status of knowledge of patients. **Results:** 78.2% of patients know that type 2 diabetes causes peripheral neuropathy, 46.2% of patients know the causes of peripheral neuropathy. 60.3% of patients do not know when complications may occur and 67.9% of patients do not know the time to screen for peripheral neuropathy. 71.2% of patients identify the organs that are often affected by complications, 81.4% of patients correctly identify the symptoms of complications. 67.3% of patients know the best measures to prevent peripheral neuropathy. 64.7% of patients know the location of ulcers and infections when there are neurological complications and 67.3% of patients know the best measures to prevent neurological

complications. **Conclusion:** Knowledge about peripheral neurological complications of type 2 diabetes patients is limited with 32.7% of patients having inadequate knowledge. **Keywords:** complications, peripheral nerves, knowledge.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTDĐ) là bệnh rối loạn chuyển hóa thường gặp, đang trở thành căn bệnh phổ biến và gia tăng nhanh trên thế giới. Theo thống kê của Liên đoàn Đái tháo đường quốc tế năm 2019, tỷ lệ hiện mắc bệnh đái tháo đường toàn cầu năm 2019 ước tính là 9,3% (tương đương 463 triệu người), tăng lên 10,2% (578 triệu người) vào năm 2030 và 10,9% (700 triệu người) vào năm 2045¹. Tỷ lệ mắc bệnh ở thành thị (10,8%) cao hơn so với nông thôn (7,2%) và ở các nước có thu nhập cao (10,4%) so với các nước có thu nhập thấp (4,0%). ĐTDĐ đã và đang gây ảnh hưởng không nhỏ tới sức khỏe, tăng gánh nặng cho ngành y tế, tổn thất về kinh tế và thời gian điều trị cho người bệnh, gia đình và xã hội. Tại Việt Nam, tỷ lệ mắc đái tháo đường ở người trưởng thành ước tính là 6%, tương đương với khoảng gần 5 triệu. Trong đó, số đã được chẩn đoán chỉ chiếm khoảng 31,1% và số đang được quản lý, điều trị tại các cơ sở y tế chiếm 28,9%².

Mặc dù ĐTDĐ không phải là nguyên nhân trực tiếp gây tử vong cho người bệnh nhưng ĐTDĐ lại gây ra những biến chứng nặng nề ảnh hưởng đến cuộc sống và có thể gây tử vong cho họ. Biến chứng thần kinh ngoại biên là một trong những biến chứng hay gặp ở người mắc đái tháo đường, là thủ phạm chính gây tàn phế và nguyên nhân hàng đầu gây ra việc cắt cụt chân ở người bệnh ĐTDĐ. Khảo sát cho thấy khoảng 60-70% người bệnh ĐTDĐ có biến chứng thần kinh, chủ yếu là biến chứng thần kinh ngoại biên và biến chứng thần kinh thực vật, đồng thời tỷ lệ mắc tăng tương đồng với độ tuổi của người bệnh (NB) với 5% ở NB 25-29 tuổi nhưng tăng cao tới 44,2% ở những người 70-79 tuổi³.

Bệnh viện Nội tiết Trung ương là bệnh viện tuyến cuối trong điều trị bệnh lý nội tiết, bên cạnh việc tiếp nhận và điều trị nội trú các ca bệnh nặng, biến chứng nguy hiểm, tại đây còn quản lý điều trị ngoại trú cho các bệnh lý nội tiết mạn tính, trong đó ĐTDĐ chiếm tỷ lệ cao nhất. Mặc dù tỷ lệ người bệnh khi phát hiện đái tháo đường đã có biến chứng thần kinh là tương đối

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Dung

Email: hoagao72@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

cao, nhưng đến nay việc hỗ trợ, hướng dẫn người bệnh phòng tránh biến chứng cũng như điều trị duy trì biến chứng không tiến triển còn chưa được chú trọng. Việc đánh giá thực trạng kiến thức của người bệnh đái tháo đường trong việc phòng ngừa biến chứng sẽ giúp xây dựng những kế hoạch hoạt động phù hợp trong việc điều trị, nâng cao chất lượng cuộc sống cho người bệnh. Xuất phát từ những lý do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "Thực trạng kiến thức về biến chứng thần kinh ngoại biên ở người bệnh đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2023" với mục tiêu: *Mô tả thực trạng kiến thức về biến chứng thần kinh ngoại biên ở người bệnh đái tháo đường type 2 tại Bệnh viện Nội tiết Trung ương năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Đối tượng: Người bệnh mắc ĐTĐ type 2 được nhận định chưa có biến chứng thần kinh ngoại biên điều trị ngoại trú tại BV Nội tiết Trung Ương.

- Thời gian: từ tháng 8/2023 đến tháng 10/2023

- Địa điểm: Bệnh viện Nội tiết Trung ương.

2.3. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ. Dựa theo danh sách người bệnh đái tháo đường type điều trị ngoại trú tại Bệnh viện, lựa chọn được 156 người bệnh đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu: - Bộ câu hỏi gồm 6 câu hỏi tìm hiểu các thông tin cá nhân, thông tin bệnh lý của đối tượng nghiên cứu và 8 câu hỏi về kiến thức chung và triệu chứng biến chứng thần kinh ngoại biên.

- Cách tính điểm: có 2 loại câu hỏi là câu hỏi Đúng/Sai và câu hỏi lựa chọn đáp án đúng. Căn cứ vào kiến thức của người bệnh để lựa chọn các câu trả lời. Mỗi câu trả lời đúng được tính là 1 điểm, câu trả lời sai không được điểm. Người bệnh được tính là có kiến thức đạt khi trả lời đúng 70% câu hỏi trở lên (từ 6/8 câu hỏi trở lên).

- Các bước thu thập số liệu:

+ Bước 1: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) theo tiêu chuẩn, nhận định người bệnh đã mắc biến chứng thần kinh ngoại biên hay chưa.

+ Bước 2: Giới thiệu mục đích, ý nghĩa, phương pháp và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu. Nếu đồng ý, đối tượng nghiên cứu ký vào bản đồng thuận và được phổ biến về hình thức tham gia nghiên cứu.

+ Bước 3: Hướng dẫn ĐTNC trả lời câu hỏi và chúng kiến ĐTNC trả lời Bộ câu hỏi.

2.5. Phương pháp phân tích số liệu: Mã hóa, nhập liệu, làm sạch và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Phân tích mô tả tần số

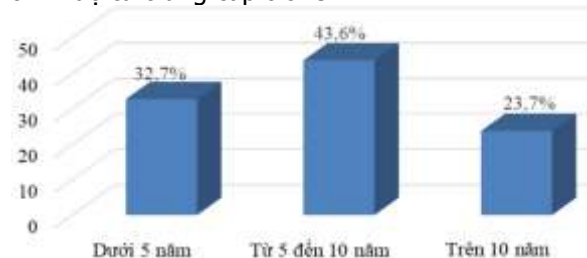
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố ĐTNC theo một số đặc điểm chung (n=156)

Đặc điểm chung của ĐTNC		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	≤ 40	22	14,1
	40 – 60	43	27,6
	> 60	91	58,3
Giới tính	Nam	107	68,6
	Nữ	49	31,4
Trình độ học vấn	THCS và thấp hơn	72	46,1
	THPT	73	46,8
	Từ trung cấp trở lên	11	7,1

Nhận xét: Có 91 ĐTNC trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 58,3%. Nhóm tuổi từ 40 đến 60 tuổi và dưới 40 tuổi chiếm tỷ lệ ít hơn lần lượt là 27,4% và 14,1%. ĐTNC là nam giới nhiều hơn nữ, tỷ lệ tương ứng là 68,6%/31,4%. Trình độ học vấn của nhóm ĐTNC chủ yếu là trung học cơ sở và thấp hơn chiếm 46,1%, 46,8% ĐTNC có trình độ trung học phổ thông, chỉ có 11/156 đối tượng có trình độ từ trung cấp trở lên.



Biểu đồ 1. Phân bố ĐTNC theo thời gian phát hiện bệnh (n=156)

Nhận xét: Nhóm người bệnh ĐTĐ mắc bệnh từ 5 đến 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất với 43,6%. Tiếp đến là nhóm mắc bệnh dưới 5 năm và mắc trên 10 năm tỷ lệ lần lượt là 32,7% và 23,7%.

Bảng 2. Nguồn tiếp cận thông tin của người bệnh (n=156)

Nguồn thông tin	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Không tiếp cận	7	4,5
Từ nhân viên y tế	86	55,1
Truyền thông	32	20,5
Từ bạn bè, người cùng điều trị	27	17,3
Nguồn khác	4	2,6

Nhận xét: người bệnh nhận thông tin tiếp

cận về bệnh lý từ nhân viên y tế chiếm tỷ lệ cao nhất với 55,1%. Tiếp đến là từ truyền thông, từ bạn bè và những người cùng điều trị, từ nguồn khác chiếm tỷ lệ lần lượt là 20,5%/17,3%/2,6%.

3.2. Thực trạng kiến thức và yếu tố liên quan

Bảng 3. Kiến thức chung về biến chứng thần kinh ngoại biên của ĐTNC (n=156)

Nội dung	Trả lời đúng		Trả lời sai	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
ĐTĐ type 2 có gây ra biến chứng trên hệ thần kinh không	122	78,2	34	21,8
Biến chứng thần kinh xảy ra sau khi mắc ĐTĐ bao lâu	62	39,7	94	60,3
Thời gian người bệnh nên khám tầm soát biến chứng thần kinh	52	32,1	104	67,9
Nguyên nhân gây biến chứng thần kinh ở người bệnh ĐTĐ	72	46,2	84	53,8

Nhận xét: 78,2% người bệnh biết rằng ĐTĐ type 2 gây biến chứng thần kinh ngoại biên, nhưng biến chứng xảy ra khi nào và thời gian người bệnh cần khám tầm soát biến chứng thần kinh ngoại biên thì nhiều người bệnh còn trả lời sai.

Bảng 4. Kiến thức về triệu chứng của biến chứng thần kinh ngoại biên (n=156)

Nội dung	Trả lời đúng		Trả lời sai	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Bộ phận dễ gặp biến chứng thần kinh ngoại biên ở người bệnh ĐTĐ	111	71,2	45	28,8
Triệu chứng của biến chứng thần kinh ngoại biên ở người bệnh ĐTĐ	127	81,4	29	18,6
Vị trí dễ loét, nhiễm khuẩn khi người bệnh ĐTĐ gặp biến chứng thần kinh	101	64,7	55	35,3
Biện pháp ngăn ngừa biến chứng thần kinh ngoại biên ở người bệnh ĐTĐ	105	67,3	51	32,7

Nhận xét: 71,2% người bệnh nhận định được bộ phận hay gặp biến chứng, 81,4% người bệnh nhận biết biến chứng, 67,3% người bệnh biết biện pháp tốt nhất để ngăn ngừa biến chứng thần kinh ngoại biên.

Bảng 5. Thực trạng kiến thức về biến chứng thần kinh ngoại biên của ĐTNC

(n=156)

	Trả lời đạt		Trả lời chưa đạt	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Kiến thức	105	67,3	51	32,7

Nhận xét: Có 67,3% người bệnh có kiến thức đúng về phòng ngừa biến chứng thần kinh ngoại biên ở người bệnh ĐTĐ type 2

Bảng 6. Mối liên quan giữa đặc điểm các nhân và kiến thức của người bệnh (n=156)

		Kiến thức đạt	
		Số lượng	Tỷ lệ %
Giới tính	Nam	65/107	60,7
	Nữ	40/49	81,6
Thời gian mắc bệnh	Dưới 5 năm	32/51	62,7
	5 – 10 năm	45/68	66,2
	Trên 10 năm	28/37	75,7
Nguồn nhận thông tin	Từ nhân viên y tế	68/86	70,1
	Phương tiện truyền thông	21/32	65,6
	Bạn bè, người cùng điều trị	16/27	52,3
	Nguồn khác/Không nhận thông tin	0/11	0

Nhận xét: Trong số 105 người bệnh có kiến thức đạt, người bệnh nữ có tỷ lệ kiến thức đạt cao hơn nam tương ứng 81,6%/60,7%. Người bệnh mắc bệnh trên 10 năm chiếm tỷ lệ kiến thức đạt cao nhất với 75,7% và người bệnh nhận thông tin tư vấn từ nhân viên y tế có tỷ lệ kiến thức đạt cao hơn các nguồn thông tin khác.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu. Trong số 156 người bệnh tham gia nghiên cứu, ĐTNC là nam giới chiếm tỷ lệ 68,6% cao gấp hơn 2 lần với 31,4% nữ giới. Kết quả này tương ứng với các khảo sát trước đó như Nguyễn Thị Thanh Tú năm 2023 với tỷ lệ nam/nữ tương ứng 69,3%/30,7⁴. Chúng tôi nhận thấy rằng tuổi của người bệnh trong nghiên cứu này tương đối cao, có tới 58,3% người bệnh trên 60 tuổi, 27,6% người bệnh từ 40 đến 60 tuổi và 14,1% người bệnh dưới 40 tuổi. Tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của Lê Thị Hoa với 89,5% người bệnh trên 60 tuổi⁵, tuy nhiên cùng phản ánh thực tế là lứa tuổi mắc ĐTĐ tương đối cao. Kết quả khảo sát cũng thu được trong số 156 ĐTNC được lựa chọn thì nhóm mắc bệnh từ 5 đến 10 năm chiếm tỷ lệ cao nhất là 43,6%, tiếp theo là nhóm mắc bệnh dưới 5 năm với 32,7% và nhóm mắc trên 10 năm là 23,7%.

4.2. Thực trạng kiến thức về biến chứng thần kinh của người bệnh. Mục tiêu đầu tiên trong điều trị người bệnh ĐTĐ là giảm

hàm lượng đường trong máu về chỉ số giới hạn, tuy nhiên không phải càng giảm càng tốt. Đặc biệt việc kiểm soát đường huyết chính là yếu tố cốt lõi trong việc phòng ngừa biến chứng thần kinh ngoại biên ở người bệnh ĐTĐ. Việc đầu tiên người bệnh cần được cung cấp các kiến thức cơ bản về biến chứng này. Khi được hỏi về việc ĐTĐ type 2 có gây biến chứng trên hệ thần kinh ngoại biên hay không, 122/156 người bệnh tương ứng 78,2% đã trả lời đúng và còn 21,8% người bệnh trả lời sai. Có thể thấy gần ¼ người bệnh còn thiếu hụt kiến thức cơ bản nhất về biến chứng thần kinh ngoại biên xảy ra ở người bệnh ĐTĐ. Đôi khi người bệnh không nhận biết được vấn đề hệ thần kinh có thể bị ảnh hưởng khi mắc ĐTĐ, người bệnh còn lầm tưởng biến chứng của ĐTĐ chỉ là các vấn đề tim mạch, huyết áp. Trên thực tế, tỷ lệ người bệnh ĐTĐ mắc biến chứng thần kinh ngoại biên là rất lớn. Nghiên cứu của Alfred Anselme Dabilqou và cộng sự năm 2018 tại bệnh viện ở Burkina Faso cho thấy tỷ lệ người bệnh ĐTĐ mắc biến chứng thần kinh là 66%, nghiên cứu của Trần Thị Thùy Linh năm 2022 tại bệnh viện Cần Thơ, tỷ lệ mắc biến chứng thần kinh là 58,1%³.

Có tới 60,3% người bệnh trả lời sai trong câu hỏi bao lâu sau khi mắc ĐTĐ người ĐTĐ có thể gặp biến chứng thần kinh hay 67,9% người bệnh không biết bao lâu một lần họ nên đi khám tầm soát biến chứng thần kinh. Tuy nhiên, đôi khi người bệnh đái tháo đường không phải phát hiện bệnh ngay khi mắc mà thường phát hiện trong một lần khám định kỳ hay bệnh lý khác. Do đó, nhiều người bệnh đái tháo đường khi phát hiện mắc bệnh thì chỉ số đường huyết đã tương đối cao và thời gian mắc có thể rất lâu trước đó, chỉ khi có biến chứng của bệnh mới phát hiện ra. Điều này vô cùng nguy hiểm, gây nhiều khó khăn cho việc điều trị chăm sóc.

Mặc dù người bệnh ĐTĐ đã nhận thức được khả năng gây biến chứng trên hệ thần kinh, tuy nhiên còn 53,8% người bệnh không biết được nguyên nhân gây ra biến chứng này. Mặc dù chưa có định nghĩa cụ thể nào về nguyên nhân gây biến chứng thần kinh ở người bệnh ĐTĐ nhưng có nhiều ý kiến cho rằng nồng độ đường máu cao làm tổn thương các mạch máu nhỏ nuôi dưỡng thần kinh do đó là chức năng hoạt động của hệ thần kinh bị ảnh hưởng. Như vậy, chúng ta lại càng thấy tầm quan trọng của việc kiểm soát đường máu đối với người bệnh ĐTĐ.

Người bệnh ngoài việc cần biết các kiến thức chung về biến chứng bệnh tiểu đường, thì còn cần biết các triệu chứng của biến chứng. Như vậy người bệnh sẽ chủ động kiểm tra, tầm soát

nguy cơ mắc biến chứng ĐTĐ của mình. Đối với câu hỏi bộ phận nào dễ gặp biến chứng thần kinh ngoại biên nhất, có 71,2% người bệnh lựa chọn đúng và vẫn còn 28,8% người bệnh trả lời chưa chính xác. Hay khi được hỏi về các triệu chứng khi xảy ra biến chứng thần kinh thì vẫn còn 18,6% người bệnh trả lời sai hoặc nhận biết chưa đầy đủ. Đôi khi các triệu chứng diễn biến chậm như cảm giác tê bì đầu chi, nóng ran, ngứa rât nhưng không dữ dội hoặc thoáng qua sẽ dễ bị người bệnh bỏ qua.

Một vấn đề mà người bệnh đái tháo đường hay gặp phải đó chính là tình trạng nhiễm khuẩn dẫn tới loét bàn chân. Tuy nhiên ở vấn đề này, có tới 35,3% người bệnh còn trả lời chưa chính xác, người bệnh còn nhầm lẫn về vị trí dễ xảy ra nhiễm khuẩn, loét khi gặp biến chứng thần kinh. Tổn thương loét bàn chân hoặc vết thương lâu lành ở người bệnh đái tháo đường chính là hậu quả của việc tổn thương các thần kinh ngoại biên lâu ngày mà người bệnh không có biện pháp xử lý triệt để.

Khi được hỏi về biện pháp ngăn ngừa biến chứng thần kinh ngoại biên, nhiều người bệnh còn trả lời chưa đúng. Chỉ có 67,3% người bệnh biết rằng biện pháp tốt nhất để ngăn ngừa biến chứng này chính là kiểm soát tốt đường huyết. Vì vậy, chúng tôi nhận thấy rằng việc tuyên truyền cung cấp và bổ sung kiến thức bệnh lý cho người bệnh là điều rất cần thiết, người bệnh ĐTĐ cần được hướng dẫn nhận biết các dấu hiệu sớm của biến chứng bởi vì chính những biến chứng của ĐTĐ mới là nguyên nhân gây thương tật nặng và tử vong ở người bệnh.

Trong nghiên cứu chúng tôi cũng nhận thấy mối liên quan giữa một số đặc điểm cá nhân với mức độ kiến thức của người bệnh. Trong số 105/156 người bệnh có kiến thức đạt thì tỷ lệ người bệnh nữ có kiến thức tốt hơn nam, người bệnh mắc bệnh càng lâu thì mức độ kiến thức càng tốt và những người bệnh được nhận thông tin tư vấn từ nhân viên y tế có kiến thức tốt hơn hết.

V. KẾT LUẬN

- Kiến thức về biến chứng thần kinh của người bệnh đái tháo đường type 2 chưa tốt với 67,3% người bệnh có kiến thức đạt và 32,7% người bệnh có kiến thức chưa đạt

- Yếu tố giới tính, thời gian mắc bệnh, nguồn tiếp cận thông tin có ảnh hưởng tới mức độ kiến thức của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alfred A.D, Hervé T, et al. Frequency, Risk Factors and Clinical Forms of Neuropathies in Diabetics in Hospitals in Burkina Faso. Journal of

- Diabetes Mellitus. 2018;Vol.08 No.03.
- Bộ Y tế Quyết định 5481/QĐ-BYT.** Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị đái tháo đường type 2". 2020.
 - Trần Thị Thủy Linh, Trần Ngọc Dung.** Tỷ lệ biến chứng thần kinh ngoại biên và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang năm 2021 – 2022. Tạp chí Y dược học Cần Thơ. 2022; 53(11/2022), tr 40 – 48.
 - Nguyễn Thị Thanh Tú, Tô Thị Vân Giang.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân biến chứng thần kinh ngoại vi do đái tháo đường type 2 tại bệnh viện Nội tiết Trung ương. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023; 528 (2), tr 37 – 40.
 - Lê Thị Hoa** (2018). Khảo sát sự hiểu biết về bệnh đái tháo đường type 2 tại BVĐK Trung ương Thái Nguyên, Tạp chí Khoa học Điều dưỡng, 2018; 1 (4-2018).
 - Sun H, Saeedi P, Karuranga S, Pinkepank M, Ogurtsova K, Duncan BB, et al.** IDF diabetes Atlas:Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045. Diabetes Research and Clinical Practice. 2022; 183.

HẠ ĐƯỜNG HUYẾT VỀ ĐÊM Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2: VAI TRÒ CỦA THIẾT BỊ THEO DÕI ĐƯỜNG HUYẾT LIÊN TỤC

Nguyễn Thị Ngọc Trinh¹, Ngô Văn Truyền¹,
Đoàn Thị Kim Châu¹, Ngô Đức Lộc¹, Bùi Xuân Trà²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hạ đường huyết về đêm là biến chứng nghiêm trọng, thường bị bỏ sót trong quản lý đái tháo đường typ 2. Thiết bị theo dõi đường huyết liên tục (CGM) giúp phát hiện và quản lý dạng hạ đường huyết này, giúp giảm nguy cơ biến chứng nguy hiểm. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ và đặc điểm của hạ đường huyết về đêm ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2 dựa trên thiết bị theo dõi đường huyết liên tục. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 41 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, sử dụng hệ thống theo dõi đường huyết liên tục. **Kết quả:** Trong số 41 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, 19 bệnh nhân (46,34%) có hạ đường huyết về đêm. Các đặc điểm liên quan đến hạ đường huyết về đêm là chỉ số quản lý đường huyết (GMI) thấp và mức biến thiên đường huyết (CV) cao. **Kết luận:** CGM phát hiện tỷ lệ lớn bệnh nhân gặp hạ đường huyết về đêm (46,34%), đồng thời xác định GMI thấp và CV cao là các đặc điểm nguy cơ. **Từ khóa:** Đái tháo đường typ 2, hạ đường huyết về đêm, theo dõi đường huyết liên tục.

SUMMARY

NOCTURNAL HYPOGLYCEMIA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS: THE ROLE OF CONTINUOUS GLUCOSE MONITORING DEVICES

Background: Nocturnal hypoglycemia is a severe complication that is often overlooked in the management of type 2 diabetes mellitus (T2DM). Continuous glucose monitoring (CGM) devices play a

crucial role in detecting and managing this form of hypoglycemia, thereby reducing the risk of serious complications. **Objectives:** To determine the prevalence and characteristics of nocturnal hypoglycemia in patients with type 2 diabetes mellitus using continuous glucose monitoring devices. **Materials and methods:** This cross-sectional descriptive study was conducted on 41 patients with type 2 diabetes mellitus receiving treatment at Can Tho City General Hospital, utilizing continuous glucose monitoring systems. **Results:** Among the 41 participants, 19 patients (46.34%) experienced nocturnal hypoglycemia. Factors associated with nocturnal hypoglycemia included a low glucose management indicator (GMI) and high glycemic variability (CV). **Conclusions:** Continuous glucose monitoring identified a significant proportion of patients (46.34%) with nocturnal hypoglycemia, highlighting low GMI and high CV as key risk factors.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, nocturnal hypoglycemia, continuous glucose monitoring

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hạ đường huyết về đêm là một biến chứng nghiêm trọng nhưng thường bị đánh giá thấp trong quá trình quản lý bệnh đái tháo đường typ 2 [2]. Hạ đường huyết về đêm đặc trưng bởi mức đường huyết thấp trong lúc ngủ, tiềm ẩn nhiều nguy cơ nguy hiểm do tính chất không triệu chứng và khả năng dẫn đến các biến cố nghiêm trọng như rối loạn tim mạch hoặc suy giảm chất lượng cuộc sống. Các phương pháp theo dõi đường huyết truyền thống thường không đủ nhạy để phát hiện kịp thời các đợt hạ đường huyết về đêm, khiến bệnh nhân dễ bị bỏ sót và không được can thiệp đúng lúc [7], [3]. Thiết bị theo dõi đường huyết liên tục (Continuous Glucose Monitoring - CGM) đã nổi lên như một công cụ đột phá trong quản lý bệnh đái tháo đường. Với khả năng cung cấp dữ liệu đường huyết theo thời gian thực và toàn diện,

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Trường Đại học Nam Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Ngọc Trinh

Email: ntntyc@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

CGM cho phép phát hiện chính xác các đợt hạ đường huyết về đêm, kể cả khi không có triệu chứng rõ ràng. Việc phát hiện sớm các trường hợp này đóng vai trò quan trọng trong việc can thiệp kịp thời và giảm thiểu nguy cơ biến chứng nghiêm trọng [10],[9],[4]. Tuy nhiên, ở Việt Nam, ứng dụng CGM trong phát hiện và đánh giá hạ đường huyết về đêm vẫn còn hạn chế, do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm xác định tỷ lệ và đặc điểm hạ đường huyết về đêm qua đó góp phần cải thiện hiệu quả quản lý đường huyết và giảm rủi ro cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân đái tháo đường type 2 nhập viện điều trị tại Khoa Nội tiết Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân đã được chẩn đoán đái tháo đường type 2, theo mã số chẩn đoán khi xuất viện E11, có chỉ định gần đây theo dõi đường huyết liên tục.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân ĐTĐ type 1, đang bị nhiễm ceton-acid, tăng áp lực thẩm thấu, đang mang thai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Phương pháp chọn mẫu và cỡ mẫu: nghiên cứu trên 41 bệnh nhân đái tháo đường type 2, được chọn bằng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Cỡ mẫu tính theo công thức ước lượng một tỉ lệ.

Trong đó: n: cỡ mẫu nghiên cứu.

$Z=1,96$ tương ứng với độ tin cậy mong muốn của nghiên cứu là 95%.

p: tỉ lệ bệnh nhân hạ đường huyết về đêm 10% dựa vào kết quả báo cáo nghiên cứu Richa Redhu Gehlaut và cộng sự (2015) [6].

d: sai số cho phép ($d=0,1$).

Thay các số và công thức ta được cỡ mẫu làm tròn là $n=35$ bệnh nhân. Thực tế chúng tôi thu thập mẫu là 41 bệnh nhân.

Nội dung nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh ĐTĐ, tiền sử HDH, HbA1c và điều trị hiện tại.

Bảng 2. Hạ đường huyết

Đặc điểm	Tần số	Số cơn tối thiểu	Số cơn tối đa	Trung bình	Độ lệch chuẩn	Thời gian (phút)
HDH	24	1	25	1,41	0,49	117±54
HDH ban ngày	20	1	12	1,51	0,50	
HDH không triệu chứng	24	1	18	1,41	0,49	
HDH về đêm	19	1	11	1,54	0,50	

Nhận xét: Tổng số bệnh nhân có HDH là 24 (58,50%) với số cơn tối thiểu 1 và số cơn tối đa 25. Trung bình mỗi bệnh nhân có $1,41 \pm 0,49$ cơn.

+ Đặc điểm của HDH về đêm trên bệnh nhân ĐTĐ type 2: Tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh ĐTĐ, HbA1c, TBR, TIR, CV, GMI, điều trị hiện tại.

Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý số liệu dựa trên phần mềm SPSS 22.0. Giá trị các chỉ số định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ($\bar{X}$)±độ lệch chuẩn (SD), đánh giá sự khác biệt giữa 2 giá trị trung bình bằng kiểm định T-test. Giá trị biến số định tính trình bày bằng tỷ lệ phần trăm (%), dùng kiểm định χ^2 để so sánh 2 tỷ lệ, với $p < 0,05$: sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Đạo đức nghiên cứu: Đề tài nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Y Đức Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

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 bệnh nhân (n=41)		Tần số (N)	Tỷ lệ (%)	
Giới tính	Nam	16	39,00	
	Nữ	25	61,00	
Nhóm tuổi	<65 tuổi	21	48,80	
	≥65 tuổi	20	51,20	
Thời gian phát hiện ĐTĐ type 2	<10 năm	27	65,90	
	≥10 năm	14	34,10	
Tiền sử HDH	Có	24	58,50	
	Không	17	41,50	
HbA1c	<7%	5	12,20	
	≥7%	36	87,80	
Điều trị	Dùng thuốc	Không insulin	4	9,76
		Insulin	34	82,93
		Không dùng thuốc	3	7,31

Nhận xét: Phần lớn là nữ giới với 25 bệnh nhân (61,00%). Số bệnh nhân ≥65 tuổi là 20 (51,20%). Thời gian phát hiện bệnh <10 năm chiếm ưu thế với 27 bệnh nhân (65,90%). Có 24 bệnh nhân (58,50%) có tiền sử hạ đường huyết. Đa số bệnh nhân có HbA1c ≥7% với 36 người (87,80%) và dùng insulin là phổ biến nhất, 34 bệnh nhân (82,93%).

3.2. Đặc điểm hạ đường huyết về đêm

Thời gian kéo dài trung bình của các cơn HDH là 117 ± 54 phút. HDH ban ngày được ghi nhận ở 20 bệnh nhân (48,80%) với số cơn tối đa 12, trung

binh $1,51 \pm 0,50$. HbA1c không triệu chứng xuất hiện ở 24 bệnh nhân (58,50%) với số cơn tối đa 18. HbA1c về đêm xảy ra ở 19 bệnh nhân (46,34%) với số cơn tối đa 11, trung bình $1,54 \pm 0,50$.

Bảng 3. Đặc điểm của hạ đường huyết về đêm

Đặc điểm	Có HbA1c về đêm	Không HbA1c về đêm	Giá trị p
Giới tính	Nam	6 (37,50)	0,522
	Nữ	13 (52,00)	
Nhóm tuổi	<65 tuổi	8 (38,10)	0,354
	≥65 tuổi	11 (55,00)	
Thời gian phát hiện ĐTĐ	<10 năm	14 (51,90)	0,747
	≥10 năm	13 (48,10)	
Tiền sử HbA1c	Có	12 (50,00)	0,752
	Không	7 (41,20)	
Điều trị	Dùng thuốc	17 (44,70)	0,588
	Không dùng thuốc	2 (66,70)	
Điều trị insulin	Có	14 (41,20)	0,219
	Không	5 (71,40)	
Chỉ số quản lý đường huyết	$7,02 \pm 1,13$	$7,86 \pm 1,23$	0,046
Biến thiên đường huyết	$36,60 \pm 9,58$	$31,51 \pm 4,59$	0,042
TIR	$62,71 \pm 26,65$	$52,86 \pm 27,65$	0,254
HbA1c	$10,16 \pm 2,72$	$10,74 \pm 3,12$	0,532

Nhận xét: Tỷ lệ nữ giới và nhóm tuổi ≥65 có HbA1c về đêm cao hơn, nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Thời gian mắc bệnh, tiền sử HbA1c, và điều trị insulin không cho thấy mối liên hệ rõ ràng với các dạng HbA1c này. Tuy nhiên, chỉ số GMI thấp và biến thiên đường huyết (CV) cao có liên quan có ý nghĩa thống kê đối với HbA1c về đêm ($p = 0,046$ và $p = 0,042$). Các yếu tố khác như HbA1c và TIR không có sự khác biệt đáng kể.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của bệnh nhân đái tháo đường type 2. Nhóm ≥65 tuổi chiếm tỷ lệ cao hơn trong nghiên cứu của chúng tôi (51,2%) so với Torimoto (2018) [8] (47,3%), cho thấy nguy cơ hạ đường huyết tăng ở người lớn tuổi do suy giảm chức năng gan, thận và khả năng điều hòa glucose. Về giới tính, nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ nữ cao hơn nam (61% so với 39%), trong khi Torimoto ngược lại (60,2% nam). Điều này có thể ảnh hưởng đến nguy cơ hạ đường huyết, vì nữ giới thường nhạy cảm hơn với hạ đường huyết. Thời gian mắc bệnh trung bình dài hơn trong nghiên cứu Torimoto (10,6 năm) so với nhóm bệnh nhân phần lớn dưới 10 năm (65,9%) trong nghiên cứu của chúng tôi, tuy nhiên nhóm ≥10 năm (34,1%) vẫn có nguy cơ cao do suy giảm chức năng tế bào beta. Tỷ lệ tiền sử hạ đường huyết cao trong nghiên cứu của chúng tôi (58,5%) nhấn mạnh mối liên hệ giữa điều trị tích cực và nguy cơ tái phát, đặc biệt với nhóm sử dụng insulin chiếm tỷ lệ rất cao (82,93%), so với chỉ 16,3% trong Torimoto. Ngoài ra, mức HbA1c ≥7% phổ biến ở cả hai

nghiên cứu (87,8% trong chúng tôi và trung bình 8,6% ở Torimoto), nhưng nhóm HbA1c <7% trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn có nguy cơ hạ đường huyết cao hơn do điều trị tích cực. Sự khác biệt trong chiến lược điều trị, với tỷ lệ sử dụng insulin cao ở nghiên cứu của chúng tôi và tỷ lệ sử dụng metformin, DPP-4 inhibitors cao trong Torimoto, phản ánh các yếu tố nguy cơ khác nhau đối với hạ đường huyết. Những điều này nhấn mạnh sự cần thiết của việc điều chỉnh phương pháp điều trị phù hợp với đặc điểm dịch tễ học và nguy cơ cụ thể của từng nhóm bệnh nhân.

4.2. Đặc điểm hạ đường huyết về đêm trên bệnh nhân đái tháo đường type 2.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nữ giới có tỷ lệ hạ đường huyết về đêm cao hơn nam giới (52%), phù hợp với kết quả của van Beers và cộng sự (2021) [9], nhấn mạnh rằng nữ giới có nguy cơ cao hơn do đặc điểm sinh lý và đáp ứng điều trị insulin khác biệt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tuổi trung bình của nhóm có hạ đường huyết ban đêm là $61,6 \pm 10,3$ tuổi, so với $63,75 \pm 9,78$ tuổi ở nhóm không có hạ đường huyết ban đêm ($p = 0,354$). Trong nghiên cứu của Simona Clus (2018) [5], tuổi trung bình của nhóm có hạ đường huyết ban đêm là $61,6 \pm 10,3$ tuổi, so với $63,75 \pm 9,78$ tuổi ở nhóm không có hạ đường huyết ban đêm ($p = 0,44$). Cả hai nghiên cứu đều không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi giữa hai nhóm, cho thấy tuổi không phải là yếu tố dự đoán đáng kể nguy cơ hạ đường huyết ban đêm.

Thời gian mắc đái tháo đường trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $11,45 \pm 6,68$

nằm ở nhóm có hạ đường huyết ban đêm và $12,15 \pm 7,3$ năm ở nhóm không có hạ đường huyết ($p=0,747$). Tương tự, nghiên cứu của Simona Clus (2018) ghi nhận thời gian mắc bệnh trung bình của cả hai nhóm là $11,7 \pm 6,64$ năm ($p=0,64$). Cả hai nghiên cứu đều không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thời gian mắc bệnh và nguy cơ hạ đường huyết ban đêm. Tuy nhiên, trong thực tế, bệnh nhân mắc ĐTD lâu năm có thể đối mặt nguy cơ cao hơn về tổn thương thần kinh tự chủ và hạ đường huyết không nhận thức được.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian mắc bệnh ≥ 10 năm không khác biệt đáng kể giữa nhóm hạ đường huyết về đêm và không hạ đường huyết về đêm (48,1% so với 42,9%, $p=0,747$). Tuy nhiên, Torimoto (2018) ghi nhận thời gian mắc bệnh dài hơn đáng kể ở nhóm hạ đường huyết ($17,3 \pm 11,7$ năm so với $10,1 \pm 10,1$ năm, $p=0,003$). Điều này phù hợp với Allen & Frier (2003) [1], khi họ chỉ ra rằng thời gian mắc bệnh lâu làm tăng nguy cơ hạ đường huyết do suy giảm chức năng điều hòa glucose và phản ứng đối kháng.

Dựa trên các kết quả thu thập được, HbA1c trung bình ở nhóm có hạ đường huyết ban đêm là $10,16 \pm 2,72\%$, so với $10,74 \pm 3,12\%$ ở nhóm không có hạ đường huyết ($p=0,532$). Tương tự, nghiên cứu của Simona Clus (2018) cho thấy HbA1c trung bình ở nhóm có hạ đường huyết ban đêm là $7,9 \pm 1,68\%$, thấp hơn nhóm không có hạ đường huyết ($8,78 \pm 1,56\%$), nhưng sự khác biệt không mang ý nghĩa thống kê ($p=0,058$). Trong khi đó, Torimoto (2018) lại ghi nhận HbA1c thấp hơn đáng kể ở nhóm hạ đường huyết ($7,7 \pm 0,9\%$ so với $8,6 \pm 1,7\%$, $p < 0,0005$). Những kết quả này phù hợp với nhận định của Allen & Frier (2003), rằng mức HbA1c thấp thường liên quan đến nguy cơ cao hơn của hạ đường huyết, đặc biệt ở những bệnh nhân điều trị tích cực bằng insulin.

Phân tích dữ liệu cũng cho thấy biến thiên đường huyết ở nhóm hạ đường huyết cao hơn đáng kể ($36,6 \pm 9,58$) so với nhóm không hạ đường huyết ($31,51 \pm 4,59$, $p=0,042$). Torimoto (2018) ghi nhận CV (Coefficient of Variation) cao hơn rõ rệt ở nhóm hạ đường huyết ($26,8 \pm 6,5\%$ so với $20,6 \pm 6,5\%$, $p < 0,00007$). Allen & Frier (2003) cũng nhấn mạnh rằng biến thiên đường huyết cao là một yếu tố nguy cơ quan trọng, đặc biệt ở bệnh nhân sử dụng insulin, điều này cho thấy việc giảm dao động đường huyết là cần thiết để phòng ngừa hạ đường huyết.

Tỷ lệ sử dụng insulin cũng cao hơn ở nhóm có hạ đường huyết về đêm (71,4%) so với nhóm

không hạ đường huyết (28,6%, $p=0,219$), mặc dù không có ý nghĩa thống kê. Theo báo cáo của Torimoto (2018), tỷ lệ này cao hơn đáng kể ở nhóm hạ đường huyết (38,1% so với 14,7%, $p=0,011$), đặc biệt ở những bệnh nhân sử dụng insulin nền kết hợp với bolus ($p=0,009$). Allen & Frier (2003) nhấn mạnh rằng insulin, đặc biệt là insulin nền sử dụng vào buổi tối, có thể làm tăng nguy cơ hạ đường huyết về đêm nếu không được điều chỉnh đúng cách, nhấn mạnh sự cần thiết của các chiến lược điều trị và theo dõi hiệu quả.

Thời gian trong khoảng đường huyết mục tiêu (TIR - Time in Range) ở nhóm hạ đường huyết về đêm là $62,71 \pm 26,65\%$, cao hơn so với nhóm không hạ đường huyết ($52,86 \pm 27,65\%$), nhưng không mang ý nghĩa thống kê ($p=0,254$). Mặc dù Torimoto (2018) không trực tiếp đề cập đến TIR, thời gian đường huyết < 70 mg/dL lại cao hơn rõ rệt ở nhóm hạ đường huyết ($3,0 \pm 2,9\%$ so với 0% , $p < 0,0005$), gián tiếp phản ánh sự giảm TIR. Dù không sử dụng TIR làm chỉ số chính, Allen & Frier (2003) vẫn nhấn mạnh vai trò của biến thiên đường huyết đối với TIR và nguy cơ hạ đường huyết, cho thấy TIR có thể là một công cụ hữu ích trong quản lý và phòng ngừa hạ đường huyết.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ hạ đường huyết về đêm còn cao, chiếm 46,34% trong số các bệnh nhân đái tháo đường type 2 tham gia. Các đặc điểm liên quan đến HbA1c về đêm bao gồm sử dụng insulin (71,4%), biến thiên đường huyết (CV) cao ($36,6 \pm 9,58$), và chỉ số quản lý đường huyết (GMI) thấp ($7,02 \pm 1,13$). Trong khi đó, các yếu tố như tuổi, giới tính, thời gian mắc bệnh đái tháo đường, HbA1c, tiền sử hạ đường huyết không cho thấy mối liên hệ đáng kể với HbA1c về đêm. Kết quả này nhấn mạnh sự cần thiết của việc ứng dụng công nghệ theo dõi đường huyết liên tục (CGM) để phát hiện sớm và quản lý hiệu quả HbA1c, từ đó cải thiện kiểm soát đường huyết và giảm nguy cơ biến chứng cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. K. V. Allen & B. M. Frier (2003), "Nocturnal hypoglycemia: clinical manifestations and therapeutic strategies toward prevention", *Endocr Pract*, 9 (6), pp. 530-43.
2. Committee American Diabetes Association Professional Practice (2025), "6. Glycemic Goals and Hypoglycemia: Standards of Care in Diabetes-2025", *Diabetes Care*, 48 (Supplement 1), pp. S128-S145.
3. J. P. Bae, R. Duan, H. Fu & B. J. Hoogwerf (2017), "Risk Factors for Nocturnal Hypoglycemia

- in Insulin-treated Patients With Type 2 Diabetes: A Secondary Analysis of Observational Data Derived From an Integrated Clinical Trial Database", *Clin Ther*, 39 (9), pp. 1790-1798 e7.
4. **A. S. Boureau, B. Guyomarch, P. Gourdy, I. Allix, C. Annweiler, N. Cervantes, G. Chapelet, I. Delabriere, S. Guyonnet, R. Litke, M. Paccalin, A. Penfornis, P. J. Saulnier, M. Wargny, S. Hadjadj, L. de Decker&B. Cariou** (2023), "Nocturnal hypoglycemia is underdiagnosed in older people with insulin-treated type 2 diabetes: The HYPOAGE observational study", *J Am Geriatr Soc*, 71 (7), pp. 2107-2119.
 5. **Simona Clus, Gabriela Crețeanu, and Amarin Popa**. (2018), "Nocturnal hypoglycemia in type 2 diabetes.", *Romanian Journal of Diabetes Nutrition and Metabolic Diseases*, 25 (1), pp. 99-103.
 6. **R. R. Gehlert, G. Y. Dogbey, F. L. Schwartz, C. R. Marling&J. H. Shubbrook** (2015), "Hypoglycemia in Type 2 Diabetes--More Common Than You Think: A Continuous Glucose Monitoring Study", *J Diabetes Sci Technol*, 9 (5), pp. 999-1005.
 7. **K. Jauch-Chara&B. Schultes** (2010), "Sleep and the response to hypoglycaemia", *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab*, 24 (5), pp. 801-15.
 8. **K. Torimoto, Y. Okada, M. Hajime, K. Tanaka&Y. Tanaka** (2018), "Risk Factors of Hypoglycemia in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A Study Based on Continuous Glucose Monitoring", *Diabetes Technol Ther*, 20(9), pp.603-612.
 9. **C. A. van Beers&J. H. DeVries** (2016), "Continuous Glucose Monitoring: Impact on Hypoglycemia", *J Diabetes Sci Technol*, 10 (6), pp. 1251-1258.
 10. **L. Vu, S. Kefayati, T. Ide, V. Pavuluri, G. Jackson, L. Latts, Y. Zhong, P. Agrawal&Y. C. Chang** (2019), "Predicting Nocturnal Hypoglycemia from Continuous Glucose Monitoring Data with Extended Prediction Horizon", *AMIA Annu Symp Proc*, 2019 pp. 874-882.

UNG THƯ TÚI LỆ: BÁO CÁO MỘT CA BỆNH HIẾM GẶP

Nguyễn Đức Liên^{1,2}, Hoàng Văn Luyện¹

TÓM TẮT

Ung thư túi lệ là khối u ác tính rất hiếm gặp, thường được bác sĩ nhãn khoa phát hiện, phương pháp điều trị chính là cắt bỏ toàn bộ khối u và ống lệ ty, sau đó được xạ trị với trường hợp diện cắt còn u hoặc khối u xâm lấn vào hốc mắt, khoang mũi và nền sọ. **Báo cáo ca bệnh:** chúng tôi báo cáo về một trường hợp đi khám vì chẩn đoán tắc ống lệ ty, được bác sĩ chuyên khoa mắt phẫu thuật đặt ống thông lệ ty, và sinh thiết túi lệ phát hiện ung thư biểu mô vảy của túi lệ. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ túi lệ và ống dẫn lệ, trường hợp này khối u được cắt bỏ toàn bộ đảm bảo kết quả sinh thiết diện cắt không còn khối u. Bệnh nhân ổn định và không tái phát.

Từ khóa: ung thư túi lệ, u hốc mắt, phẫu thuật

SUMMARY

LACRIMAL SAC CARCINOMA: A RARE CASE REPORT

Lacrimal sac cancer is a very rare malignant tumor, usually detected by ophthalmologists. The main treatment is to completely remove the tumor and the lacrimal duct, followed by radiation therapy in cases where the resection area still has a tumor or the tumor invades the eye socket, nasal cavity and skull base. Case report: We report a case of a patient who was diagnosed with lacrimal duct obstruction, who underwent surgery to place a lacrimal duct catheter, and a lacrimal sac biopsy revealed squamous cell

carcinoma of the lacrimal sac. The patient underwent surgery to completely remove the lacrimal sac and lacrimal duct. In this case, the tumor was completely removed, ensuring that the biopsy results of the resection area were clear of the tumor. The patient was stable and had no recurrence.

Keywords: Squamous cell carcinoma, orbital tumor, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư biểu mô của túi lệ là loại ung thư hiếm gặp, thường được phát hiện bởi bác sĩ chuyên khoa mắt. Tổng cộng có 539 trường hợp được báo cáo trong tài liệu từ năm 1960 đến năm 2019, trong đó ung thư biểu mô tế bào vảy, với 296 trường hợp, là loại được mô tả phổ biến nhất^{1,2,3}. Biểu hiện lâm sàng của ung thư biểu mô tế bào vảy túi lệ (LSSCC) giống với viêm túi lệ mạn tính, không gây khó chịu cho đến khi xuất hiện các triệu chứng cụ thể, chẳng hạn như chảy nước mắt hoặc sờ thấy cục u, khối u tiến triển ở vùng túi lệ hoặc ống dẫn lệ mũi. Do đó, chẩn đoán thường bị trì hoãn, một số trường hợp chẩn đoán bị bỏ sót ngay cả trong phẫu thuật mở thông túi lệ mũi thông thường. Khối u có thể phát triển vào các xoang liên kề và khoang mũi gây ra bệnh tật đáng kể. Chụp MRI hốc mắt hoặc xoang cạnh mũi là xét nghiệm được ưu tiên để chẩn đoán khối u túi lệ. Phẫu thuật cắt bỏ hoàn toàn, bảo tồn nhãn cầu kết hợp tạo hình, sau đó xạ trị là phương thức điều trị chính, chỉ có 18% cần khoét bỏ nhãn cầu bệnh lý. Phẫu thuật cắt bỏ toàn bộ khối u túi lệ kết hợp cắt bỏ xương hàm trên đã mang lại kết quả tốt trong

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

việc giảm tỷ lệ tái phát của những trường hợp u túi lệ xâm lấn tổ chức xung quanh. Khoét bỏ nhãn cầu, cắt bỏ xoang cạnh mũi hoặc nạo vét hạch được thực hiện trong một số trường hợp bệnh tiến triển.

Với sự phát triển của chụp cộng hưởng từ đã giúp chẩn đoán chính xác vị trí u, định hướng chẩn đoán, định hướng chiến lược điều trị bệnh. Về điều trị, với tiến bộ trong vi phẫu thần kinh, phẫu thuật nội soi và hệ thống định vị thần kinh đã giúp tiếp cận các loại khối u túi lệ một cách chính xác và an toàn. Phẫu thuật là lựa chọn đầu tiên nhằm mục đích chẩn đoán giải phẫu bệnh, giải quyết tổn thương. Chọn lựa đường mổ được làm chủ yếu dựa trên vị trí, loại tổn thương, mức độ lan tỏa của u cũng như mục đích của phẫu thuật.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp ung thư biểu mô tế bào vảy đã được điều trị thành công tại Bệnh viện K và hồi cứu lại y văn.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp mô tả ca bệnh hiếm và nhìn lại y văn về đặc điểm mô bệnh học, chẩn đoán, điều trị ung thư túi lệ

III. BÁO CÁO CA BỆNH

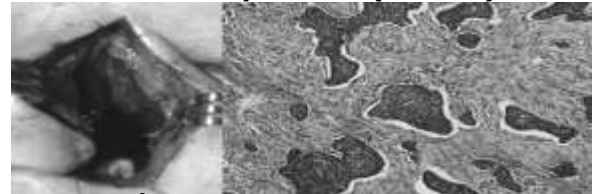
Bệnh nhân nữ, 55 tuổi. Vào viện vì lý do: Chảy nước mắt bên phải khoảng 1 năm nay. Bệnh nhân đi khám tại bệnh viện mắt được chẩn đoán là tắc tuyến lệ, đã phẫu thuật nối thông lệ mũi, trong mổ thấy có khối tổn thương trong túi lệ, đã được sinh thiết u làm xét nghiệm giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào vảy. Sau 1 tuần, bệnh nhân nhập lại viện khoa ngoại thần kinh bệnh viện K, còn triệu chứng chảy nước mắt bên phải hàng ngày và khối lồi cạnh trong góc mắt bên phải. Hình ảnh cộng hưởng từ sọ mặt đánh giá ống lệ mũi và túi lệ bên phải dày kèm ngấm thuốc mạnh không đồng nhất sau tiêm, gây bí tắc lòng ống lệ, thâm nhiễm nhẹ xung quanh. Hình ảnh siêu âm tuyến lệ đánh giá vị trí cạnh trong góc mắt phải có ổ giảm âm đường kính 14mm, bờ không đều, thâm nhiễm nhẹ tổ chức xung quanh, ranh giới rõ với nhãn cầu phải. Hình ảnh xạ hình xương, cắt lớp vi tính lồng ngực, siêu âm hạch vùng cổ: chưa phát hiện bất thường. Xét nghiệm máu và chỉ số marker ung thư: các chỉ số trong giới hạn bình thường. Phẫu thuật cắt túi lệ được thực hiện bằng cả phương pháp nội soi và phương pháp tiếp cận bên ngoài. Quy trình bao gồm việc: cắt bỏ toàn bộ túi lệ, ống lệ ty được định vị dựa vào hệ thống định vị Neuronavigation trong mổ, cắt bỏ một phần cuốn mũi giữa, cũng như cắt bỏ niêm mạc mũi quanh ống lệ ty. Phần da khuyết hổng được tạo hình bằng vạt xoay tại chỗ bởi bác sĩ chuyên

khoa phẫu thuật tạo hình. Phân tích mô học các diện cắt lấy trong quá trình phẫu thuật, bao gồm sọ ở vùng da dưới ổ mắt, diện cắt quanh hố lệ và niêm mạc quanh xương, cho thấy không có mô ung thư.

Các xét nghiệm mô bệnh học sau phẫu thuật cho thấy ung thư biểu mô vảy. Khối u cho thấy một tổ vảy chứa các hạt keratin và các tế bào tầng sừng với dị sản nhân ($\times 100$, nhuộm H&E), không có mô u bất thường hiện diện dưới kính hiển vi trong các rìa phẫu thuật (R0). Nhuộm hóa mô miễn dịch cho thấy dương tính với cytokeratines (CK), CK5/6, p53 và p40, nhưng âm tính với u hắc tố đen ở người-45 (HMB-45) và kháng nguyên chung của bạch cầu (LCA). Không có dấu hiệu tiết chất nhầy trong bất kỳ mẫu nào được kiểm tra.



Hình 1: Hình ảnh khối ung thư túi lệ trên MRI của bệnh nhân (mũi tên)



Hình 2: Ảnh cắt toàn bộ túi lệ, ống lệ ty và niêm mạc mũi quanh ống lệ ty, sinh thiết diện cắt không còn u

Giải phẫu bệnh ung thư túi lệ: Khối u cho thấy một tổ vảy chứa các hạt keratin và các tế bào tầng sừng với nhân tế bào dị sản ($\times 100$, nhuộm H&E).

Trong lần tái khám 4 tuần sau khi phẫu thuật, kết quả của bệnh nhân nằm trong phạm vi bình thường, vết thương liền tốt. Khám lại 3 tháng sau phẫu thuật, tiến hành chụp MRI kiểm tra, chụp cắt lớp phát xạ positron (PET) xác nhận không có khối bất thường. Hội chẩn đa chuyên khoa gồm bác sĩ phẫu thuật, hóa chất, xạ trị, giải phẫu bệnh, chẩn đoán hình ảnh, người bệnh được chẩn đoán ung thư túi lệ (P) giai đoạn T1N0M0. Khối u được cắt bỏ toàn bộ, đảm bảo diện cắt R0, người bệnh được ra viện và theo dõi định kỳ.

IV. BÀN LUẬN

Các khối u biểu mô nguyên phát của túi lệ là những khối u cực kỳ hiếm gặp và không phổ biến với tỷ lệ tái phát đáng kể. Theo ghi nhận

của Singh và Ali trong số các khối u biểu mô ác tính nguyên phát của túi lệ, ung thư biểu mô tế bào vảy là phổ biến nhất (61%), tiếp theo là ung thư biểu mô tế bào chuyển tiếp (15%) và ung thư biểu mô niêm mạc (7%). Do hiếm gặp nên không có dữ liệu lâm sàng mở rộng về cách xử trí và tiên lượng của chúng. Tỷ lệ tử vong do khối u ác tính túi lệ phụ thuộc vào giai đoạn và loại khối u, và tỷ lệ trung bình là 38%. Triệu chứng của ung thư túi lệ có nhiều điểm tương đồng với triệu chứng của bệnh lành tính ở hệ thống tuyến lệ. Do những khối u này hiếm gặp nên thường không có chẩn đoán chính xác trong thời gian dài vì chúng bị nhầm lẫn với viêm túi lệ. Sưng ở vùng góc mắt trong, chảy nước mắt và đau là những triệu chứng thường gặp nhất. Khối ung thư túi lệ thường phát triển qua ống dẫn lệ mũi, xâm lấn vào các cơ quan và cấu trúc ngoại vi. Những bệnh nhân này thường được chuyển đến muộn sau khi phát hiện khối u ác tính trên sinh thiết túi lệ được thực hiện khi viêm túi lệ tái phát. Trong trường hợp này, Bệnh nhân nữ, 55 tuổi có triệu chứng chảy nước mắt bên phải khoảng 1 năm nay, đi khám được chẩn đoán là tắc tuyến lệ, đã phẫu thuật nối thông lệ mũi, trong mổ thấy có khối tổn thương trong túi lệ, đã được sinh thiết u làm xét nghiệm giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào vảy.

Kumar và cộng sự khuyến cáo khám lâm sàng kỹ lưỡng và chụp cắt lớp vi tính túi lệ, chụp cắt lớp vi tính ổ mắt, hoặc chụp cộng hưởng từ có thể giúp chẩn đoán khối u túi lệ. Chụp cộng hưởng từ là rất cần thiết để xác định vị trí, kích thước và mức độ tổn thương, đánh giá mức độ nghiêm trọng của bệnh và phân biệt khối u với các tổn thương viêm và nhiễm trùng. Chụp cắt lớp vi tính ổ mắt hoặc xoang cạnh mũi, vùng hàm mặt để chẩn đoán khối u túi lệ và đánh giá các thay đổi tiêu xương cũng như các mô xung quanh bị xâm lấn.

Điều trị đa mô thức bao gồm phẫu thuật, xạ trị và hóa trị, miễn dịch là phương thức điều trị chính. Phẫu thuật cắt bỏ khối u túi lệ rộng lấy u, bảo tồn nhãn cầu và tạo hình tỷ lệ thành công cao trong việc kiểm soát bệnh tại chỗ. Phẫu thuật cắt bỏ khối u túi lệ rộng kết hợp cắt bỏ xương hàm trong hoặc cắt bỏ toàn bộ xương hàm hoặc phẫu thuật cắt bỏ hốc mắt, cắt bỏ xoang cạnh mũi hoặc nạo vét hạch được thực hiện trong một số trường hợp u tiến triển. Theo nghiên cứu của tác giả Song và cộng sự báo cáo rằng kết quả của phương pháp điều trị đa mô thức khá khả quan và tỷ lệ sống sót chung sau 5 năm và tỷ lệ sống sót không tiến triển sau 5 năm lần lượt là 87,6% ± 4,8% và 76,3% ± 6,4%.

Cho đến nay cũng không có bằng chứng hiệu quả cao nào về việc sử dụng hóa trị liệu trong ung thư túi lệ tiến triển. Tóm lại, thiếu sự đồng thuận và bằng chứng về các chiến lược điều trị tiêu chuẩn cho ung thư túi lệ tiến triển. Các phương thức điều trị hỗ trợ bao gồm xạ trị chùm tia ngoài, xạ trị tại chỗ, liệu pháp proton, hoặc liệu pháp miễn dịch.

V. KẾT LUẬN

U biểu mô tế bào vảy của túi lệ là loại ung thư hiếm gặp, chẩn đoán ban đầu thường bởi bác sĩ chuyên khoa mắt, do có biểu hiện như viêm tắc ống lệ tỵ. Điều trị đa mô thức bao gồm phẫu thuật, hóa trị và xạ trị, miễn dịch là phương thức điều trị chính. Phẫu thuật cắt bỏ khối u rộng, cắt bỏ toàn bộ ống lệ tỵ và niêm mạc mũi quanh ống lệ tỵ, bảo tồn nhãn cầu được khuyến cáo cho ung thư giai đoạn sớm. Xạ trị thường được chỉ định với trường hợp diện cắt còn u hoặc khối u xâm lấn vào hốc mắt, khoang mũi và nền sọ

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Montalban A, Liétin B, Louvrier C, et al.** Malignant lacrimal sac tumors. Eur Ann Otorhinolaryngol Head Neck Dis. 2010;127(5):165-172.
2. **Skinner HD, Garden AS, Rosenthal DI, et al.** Outcomes of malignant tumors of the lacrimal apparatus: the university of Texas MD Anderson cancer center experience. Cancer. 2011;117(12):2801-2810.
3. **El-Sawy T, Frank SJ, Hanna E, et al.** Multidisciplinary management of lacrimal sac/nasolacrimal duct carcinomas. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2013;29(6):454-457.
4. **Singh S, Ali MJ.** Primary malignant epithelial tumors of the lacrimal drainage system: a major review. Orbit. 2021;40(3):179-192.
5. **Kadir SMU, Rashid R, Sultana S, et al.** Lacrimal sac tumors: a case series. Ocul Oncol Pathol. 2022;8(1):42-51.
6. **Song X, He H, Zhu Y, et al.** Treatment outcomes after definitive radio(chemo)therapy for 17 lacrimal sac squamous cell carcinoma. Br J Radiol. 2020;93(1115):20190633.
7. **Song X, Wang J, Wang S, Wang W, Wang S, Zhu W.** Clinical analysis of 90 cases of malignant lacrimal sac tumor. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2018;256(7):1333-1338.
8. **Kumar VA, Esmaeli B, Ahmed S, Gogia B, Debnam JM, Ginsberg LE.** Imaging features of malignant lacrimal sac and nasolacrimal duct tumors. AJNR Am J Neuroradiol. 2016;37(11):2134-2137.
9. **Alabiad CR, Weed DT, Walker TJ, et al.** En bloc resection of lacrimal sac tumors and simultaneous orbital reconstruction: surgical and functional outcomes. Ophthalmic Plast Reconstr Surg. 2014;30(6):459-467.
10. **Kuo CY, Tsai CC, Kao SC, Hsu WM, Liu CJL.** Comparison of clinical features and treatment outcome in benign and malignant lacrimal sac tumors. Biomed Res Int. 2020;2020:3545839.

KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG SAI LỆCH KHỚP CĂN CỦA SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC TRÀ VINH

Nguyễn Mỹ Huyền¹, Nguyễn Thị Tâm Duyên¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sai lệch khớp cắn có thể ảnh hưởng nhiều đến sức khỏe như sang chấn khớp cắn, giảm chức năng nhai, tạo điều kiện cho một số bệnh răng miệng phát triển, gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ, phát âm và tâm lý. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả tình trạng sai lệch khớp cắn và xác định nhu cầu điều trị chỉnh nha của sinh viên Trường Đại học Trà Vinh theo chỉ số IOTN. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 250 sinh viên (106 nam và 144 nữ). **Kết quả:** 83,6% sinh viên có khuôn mặt cân xứng; Tỷ lệ sai lệch khớp cắn trong nghiên cứu là 89,2% trong sai lệch khớp cắn loại I chiếm tỷ lệ cao nhất là 61,2%, sai lệch khớp cắn loại II chiếm tỷ lệ thấp nhất là 10%. Nhu cầu điều trị chỉnh nha theo IOTN về thẩm mỹ răng ghi nhận có 64% sinh viên không/ ít cần điều trị chỉnh nha. Ngoài ra, nghiên cứu cho thấy có 85,6% sinh viên cần điều trị chỉnh nha về mặt sức khỏe răng. **Kết luận:** Tình trạng sai lệch khớp cắn và nhu cầu điều trị chỉnh nha chiếm tỷ lệ cao trong sinh viên.

Từ khóa: Sai lệch khớp cắn, nhu cầu điều trị

SUMMARY

RESEARCH ON MALOCCLUSION OF STUDENTS AT TRA VINH UNIVERSITY

Background: Bite misalignment can have many health impacts such as bite trauma, reduced chewing function, creating conditions for some dental diseases to develop, affecting aesthetics, pronunciation and mental health. **Research objective:** Describe the state of malocclusion and determine the need for dental correction of students at Tra Vinh University according to the IOTN index. **Research subjects and methods:** Cross-sectional descriptive study on 250 students (106 men and 144 women). **Results:** 83.6% of students had symmetrical faces; The rate of malocclusion in the study was 89.2%, with class I malocclusion accounting for the highest rate of 61.2%, class II malocclusion accounting for the lowest rate of 10%. The need for orthodontic treatment according to IOTN on dental aesthetics recorded that 64% of students do not/little need orthodontic treatment. In addition, research shows that 85.6% of students need orthodontic treatment for dental health. **Conclusion:** The state of malocclusion and the need for orthodontic treatment accounts for a high rate among students. **Keywords:** malocclusion, orthodontic treatment needs

¹Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mỹ Huyền

Email: nmhuyen@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổ Chức Y Tế Thế Giới (1947) đã định nghĩa "Sức khỏe là một trạng thái thoải mái hoàn toàn về thể chất, tinh thần và xã hội chứ không đơn thuần chỉ là một tình trạng không có bệnh hay tàn tật" [7], trong đó sức khỏe răng miệng cũng chiếm một phần rất quan trọng không thể thiếu trong nội dung sức khỏe nói chung. Xã hội ngày càng phát triển, nhu cầu về chỉnh hình răng mặt (CHRM) cũng tăng cao với mong muốn tự tin, thoải mái với hàm răng đều đẹp và thực hiện được chức năng ăn nhai tốt. Tại Ấn Độ, Nghiên cứu của Deepak Chauhan & et al (2018) đánh giá mức độ phổ biến của sai lệch khớp cắn và nhu cầu điều trị chỉnh nha (IOTN) trên 1188 học sinh 9 và 12 tuổi ghi nhận tỷ lệ sai lệch khớp cắn nói chung là 12,5% cần điều trị chỉnh nha và 87,5% không cần điều trị [6]. Ngoài ra, Nghiên cứu của Lê Nguyễn Anh Minh (2023) ghi nhận tỉ lệ sai lệch khớp cắn của học sinh ở một số trường trung học cơ sở tại thành phố Thanh Hóa là 88,3% [3]. Kết quả nghiên cứu của Lưu Văn Tường (2023) ở sinh viên năm 3 trường Đại học Y Dược – Đại học quốc gia Hà Nội cho thấy tỉ lệ sai lệch khớp cắn là 85,3%, nhu cầu điều trị chỉnh nha theo thẩm mỹ răng là 57,4% và theo sức khỏe răng là 82,4% [4]. Vì vậy, để cung cấp thêm những bằng chứng khoa học trong chẩn đoán xác định tỉ lệ và nhu cầu điều trị chỉnh hình răng mặt chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với 2 mục tiêu:

1. Mô tả tình trạng sai lệch khớp cắn.

2. Xác định nhu cầu điều trị chỉnh nha của sinh viên Trường Đại học Trà Vinh theo chỉ số IOTN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

❖ **Tiêu chuẩn chọn mẫu.** Sinh viên khóa 23 của trường Đại học Trà Vinh, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Không mắc bệnh dị tật bẩm sinh

Chưa điều trị chỉnh hình răng mặt và phục hình

Không bị mất tổ chức cứng của răng theo chiều gần xa

Đủ răng cối lớn thứ nhất và răng nanh

❖ **Tiêu chuẩn loại trừ.** Sinh viên đã qua chỉnh hình răng mặt, phục hình răng giả

Sinh viên không hợp tác

Sinh viên vắng mặt lúc điều tra

Có tiền sử chấn thương vùng hàm mặt ảnh hưởng đến khớp cắn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Trường Đại học Trà Vinh từ tháng 05/2024 – 12/2024.

Mẫu nghiên cứu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

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

Trong đó: n: là cỡ mẫu nghiên cứu ước lượng.

α : là mức ý nghĩa $\leq 0,05$ (xác suất sai lầm loại 1), độ tin cậy 95%.

Z: là trị số từ phân phối chuẩn ($Z_{0,975} = 1,96$ với $\alpha=0,05$).

p: Tỷ lệ sai lệch khớp cắn, theo nghiên cứu của Đồng Khắc Thẩm, $p = 0,832$

d: sai số cho phép của nghiên cứu, chọn $d = 5\%$. Dựa vào công thức trên, tính ra được $n = 215$.

Lấy thêm 10% mẫu là 237 sinh viên, làm tròn vậy cỡ mẫu nghiên cứu là 250 sinh viên.

2.3. Nội dung nghiên cứu. Nội dung nghiên cứu bao gồm các thông tin chung của đối tượng nghiên cứu, đặc điểm lâm sàng bao gồm sự cân xứng khuôn mặt

Tình trạng sai lệch khớp cắn: được ghi nhận theo phân loại của Angle gồm các giá trị như khớp cắn trung tính, khớp cắn sai loại 1, khớp cắn sai loại 2, khớp cắn sai loại 3. Bên cạnh đó xác định các giá trị độ cắn chìa, cắn phủ, cắn ngược, cắn hở, cắn chéo, thay đổi vị trí răng.

Xác định chỉ số nhu cầu điều trị (IOTN): IOTN là chỉ số nhu cầu điều trị CHRM của Shaw và Brook (1989). Hiện nay IOTN đang được dùng nhiều trong các nghiên cứu dịch tễ CHRM. IOTN gồm 2 thành phần đánh giá dựa trên sức khỏe răng và thẩm mỹ răng. Chỉ số này có thể dùng trong khám trực tiếp hoặc khám trên mẫu răng. Trong đề tài này chúng tôi chỉ dùng chỉ số IOTN khám trên mẫu răng.

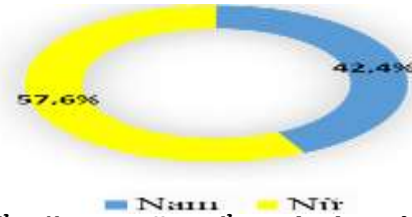
Ghi nhận chỉ số sức khỏe răng IOTN: Mức 1-2: không cần điều trị/ cần điều trị ít; mức 3: cần điều trị trung bình; mức 4-5: cần điều trị.

Ghi nhận chỉ số thẩm mỹ răng IOTN: Hình 1-2: không cần điều trị; hình 3-4: ít cần điều trị; hình 5 – 7: cần điều trị mức độ trung bình; hình 8 – 10: rất cần điều trị

2.4. Phương pháp xử lý và phân tích số liệu. Các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 18.0. Thống kê mô tả (tần số, phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn) và thống kê suy luận được sử dụng để mô tả thông tin chung và các yếu tố liên quan.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng Khoa học & đào tạo của Khoa Răng Hàm Mặt và Hội đồng Y Đức của Trường Đại học Trà Vinh thông qua. Giải thích rõ cho đối tượng nghiên cứu về mục đích nghiên cứu, trách nhiệm của người nghiên cứu, trách nhiệm và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu chỉ tiến hành trên những đối tượng tự nguyện tham gia nghiên cứu, không ép buộc. Mọi thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu đều được giữ bí mật, chỉ công bố dưới hình thức số liệu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1. Đặc điểm giới tính của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu được tiến hành trên 250 sinh viên Trường Đại học Trà Vinh, có 106 nam giới 42,4% và 144 nữ giới chiếm 57,6%.

Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng sự cân xứng khuôn mặt

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Cân xứng	209	83,6
Lệch trái	17	6,8
Lệch phải	24	9,6

Nhận xét: Qua nghiên cứu trên 250 sinh viên, ghi nhận có đến 83,6% sinh viên có khuôn mặt cân xứng; 9,6% sinh viên có khuôn mặt lệch phải.

Bảng 3.2. Tỷ lệ sai lệch khớp cắn của mẫu nghiên cứu

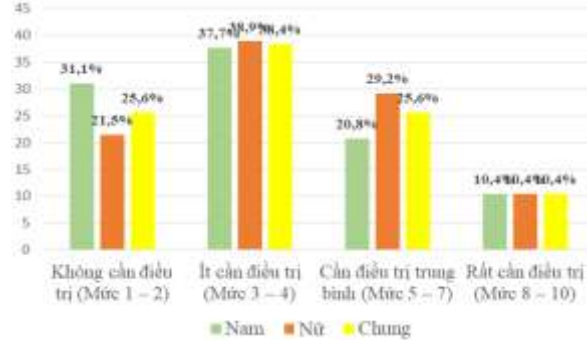
Sai lệch khớp cắn	Tổng n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)	p
Không	27(10,8)	13(12,3)	14(9,7)	0,522
Có	223(89,2)	93(87,7)	130(90,3)	

Tỷ lệ sai lệch khớp cắn trong nghiên cứu là 89,2%, trong đó nam giới chiếm 87,7% và nữ giới chiếm 90,3%.

Bảng 3.3. Phân loại sai lệch khớp cắn theo Angle

Phân loại khớp cắn	Tổng n (%)	Nam n (%)	Nữ n (%)	p
Khớp cắn bình thường	27 (10,8)	13 (12,3)	14 (9,7)	0,46
Khớp cắn sai lệch loại I	153 (61,2)	61 (57,5)	92 (63,9)	
Khớp cắn sai lệch loại II	25 (10,0)	9 (8,5)	16 (11,1)	
Khớp cắn sai lệch loại III	45 (18,0)	23 (21,7)	22 (15,3)	

Sai lệch khớp cắn loại I theo Angle chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,2% (nam: 57,5%; nữ: 63,9%) và thấp nhất là sai lệch khớp cắn loại II theo Angle chiếm 10,0% (nam: 8,5%; nữ: 11,1%).



Biểu đồ 3.2. Nhu cầu điều trị chỉnh nha về thẩm mỹ răng của IOTN theo giới

Nghiên cứu ghi nhận có 25,6% sinh viên trong nghiên cứu không cần điều trị chỉnh hình răng mặt; 38,4% sinh viên ít cần điều trị và 10,4% sinh viên rất cần điều trị.

Bảng 3.4. Nhu cầu điều trị chỉnh nha theo sức khỏe răng của IOTN theo giới

	Nam		Nữ		Tổng		P
	n	%	n	%	N	%	
Mức 1	20	18,9	16	11,1	36	14,4	0,422
Mức 2	21	19,8	34	23,6	55	22,0	
Mức 3	30	28,3	50	34,7	80	32,0	
Mức 4	26	24,5	32	22,2	58	23,2	
Mức 5	9	8,5	12	8,4	21	8,4	

Kết quả nghiên cứu về sức khỏe răng của IOTN có 14,4% sinh viên không cần điều trị chỉnh nha; 22,0% sinh viên ít cần điều trị và 63,6% cần điều trị. Không có sự khác biệt về nhu cầu điều trị chỉnh nha theo sức khỏe răng ở hai giới với $P > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được tiến hành trên 250 sinh viên trong đó sinh viên nam chiếm 42,4% và sinh viên nữ chiếm 57,6%. Thẩm mỹ của mặt đóng một vai trò quan trọng trong chẩn đoán và xác định nhu cầu điều trị. Qua khám lâm sàng ngoài mặt theo hướng mặt thẳng, chúng tôi ghi nhận có 209 sinh viên (83,6%) có khuôn mặt cân xứng và 24 sinh viên (9,6%) có khuôn mặt lệch phải và 17 sinh viên (6,8%) có khuôn mặt lệch trái (bảng 3.1).

Trong 250 sinh viên chúng tôi thu được kết quả có 10,8% sinh viên có khớp cắn bình thường và 89,2% sinh viên có lệch lạc khớp cắn. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với kết quả nghiên cứu của Lê Nguyễn Anh Minh (2023) ghi nhận tỷ lệ sai lệch khớp cắn là 88,3% [3]. Kết quả tỷ lệ sai lệch khớp cắn trong nghiên cứu của chúng tôi

thấp hơn nghiên cứu của tác giả Lê Linh Chi (2023) là 91,8% [1]. Nghiên cứu của tác giả Trần Thị An Huy (2022) cho thấy tỷ lệ lệch lạc khớp cắn của sinh viên tại trường Đại học Y Dược Hải Phòng lên tới 91,1% [2]. Đồng thời, thấp hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Lưu Văn Tường (2023) ghi nhận tỷ lệ sai lệch khớp cắn là 85,3% [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ sai khớp cắn loại I chiếm tỷ lệ cao nhất là 61,2% và thấp nhất là loại II 10%. Lệch lạc khớp cắn loại III ở nam nhiều hơn nữ, lệch lạc khớp cắn loại I, II ở nữ nhiều hơn nam. Tuy nhiên, không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này khá tương đồng với Nghiên cứu của Lưu Văn Tường (2024) tỷ lệ sai lệch khớp cắn là 85,3% trong đó tỷ lệ sai khớp cắn loại I chiếm tỷ lệ cao nhất với 58,8%, tiếp đến là sai khớp cắn loại III 19,1%, sai khớp cắn loại II là 7,4% [4]. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với nghiên cứu của Lê Linh Chi (2023) [1] và Phạm Thanh Hải (2021) [2]. Trong nghiên cứu của tác giả Lê Linh Chi (2023) ghi nhận loại II chiếm tỉ lệ cao nhất là 39,8%, loại III là 34,7% và thấp nhất là loại I với 17,4% [1]. Nguyên nhân của sự khác biệt này có thể được lý giải do đối tượng nghiên cứu của tác giả Lê Linh Chi là học sinh 14 tuổi, giai đoạn này xương hàm đang phát triển dẫn đến khớp cắn chưa ổn định, các răng vẫn còn dịch chuyển ra phía trước để sắp xếp cho sát khít kể răng, ổn định khớp cắn theo chiều trên dưới và gần xa.

Trên thế giới cũng có nhiều nghiên cứu về tỷ lệ sai lệch khớp cắn như nghiên cứu của Lecturer (2020) tại Malaysia 87,4% [9]. Tuy nhiên, ở các nước phát triển như Ai Cập, nghiên cứu Ahmed Ibrahim (2020) ghi nhận có 78,7% học sinh được khám có khớp cắn bình thường và không có chỉ định điều trị [5]. Tại Nhật Bản, tỷ lệ sai lệch khớp cắn là 32% [8]. Sự khác biệt này do vùng địa lý nghiên cứu khác nhau, ở những quốc gia phát triển nền y tế được quan tâm thì công tác dự phòng sai lệch khớp cắn được thực hiện hiệu quả.

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ nhu cầu điều trị thẩm mỹ răng theo chỉ số IOTN có 25,6% sinh viên không cần điều trị; 38,4% sinh viên ít cần điều trị; 25,6% sinh viên cần điều trị; 10,4% sinh viên rất cần điều trị. Không có sự khác biệt về nhu cầu điều trị chỉnh hình răng mặt theo thẩm mỹ răng ở hai giới với $p > 0,05$. Kết quả tỷ lệ sinh viên ít/ không cần điều trị chỉnh nha về khía cạnh thẩm mỹ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Lê Linh Chi (2023) là 82,7% [1]. Về nhu cầu điều trị theo sức khỏe răng, nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ sinh viên không cần điều trị chỉnh nha là 14,4% và tỷ

lệ sinh viên cần điều trị chỉnh nha là 85,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu của Lưu Văn Tường (2023) 82,4% [4] và Phạm Thanh Hải là 84,3% [2].

Nghiên cứu được thực hiện trên 250 sinh viên ghi nhận nhu cầu điều trị về mặt thẩm mỹ răng ở mức ít cần điều trị (mức 3 - 4) chiếm tỷ lệ cao nhất 38,4%. Về mặt sức khỏe răng, nhu cầu điều trị ở mức 3 chiếm tỷ lệ cao nhất là 32%. Tỷ lệ sinh viên không cần điều trị về mặt sức khỏe răng và thẩm mỹ răng là 14,0%; tỷ lệ này thấp hơn khi đánh giá từng mặt riêng lẻ trong chỉ số IOTN. Điều này cũng tương đồng với các nghiên cứu của Lê Linh Chi (2024) [1] và Trần Thị An Huy (2022) [2]. Qua đó ta thấy nếu chỉ đánh giá dựa và thẩm mỹ răng để quyết định nhu cầu điều trị chỉnh nha sẽ bỏ qua một lượng lớn sinh viên có sai lệch khớp cắn không được điều trị. Sở dĩ tỷ lệ không cần điều trị về mặt thẩm mỹ răng lại cao hơn nhiều khi đánh giá về mặt sức khỏe răng vì có nhiều trường hợp nhóm răng thẩm mỹ là các răng cửa, răng nanh hàm trên và hàm dưới được sắp xếp đều đặn. Tuy nhiên, các răng phía sau ít thấy hoặc không được bộc lộ rõ thì lại ở trong tư thế bị lệch lạc, những di lệch này có thể là răng bị xoay trục, răng mọc kẹt, nghiêng gần, nghiêng xa, lệch ngoài trong, cắn chéo... gây ảnh hưởng đến khớp cắn và chức năng. Chỉ số IOTN đánh giá hai mặt sức khỏe và thẩm mỹ của răng, hai khía cạnh này bổ sung cho nhau trong khi chỉ số sức khỏe răng thể hiện tính khách quan về tình trạng khớp cắn của bệnh nhân thì thẩm mỹ răng góp phần làm đẹp cho khuôn mặt đồng thời cũng là yếu tố quan trọng giúp bệnh nhân quyết định điều trị chỉnh hình răng mặt.

V. KẾT LUẬN

Sai lệch khớp cắn chiếm tỷ lệ 89,2% trong

đó sai lệch cắn loại I chiếm đa số. Nhu cầu điều trị chỉnh nha chiếm tỷ lệ cao về mặt thẩm mỹ răng 36,0% và sức khỏe răng là 63,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Linh Chi.** Thực trạng lệch lạc khớp cắn và nhu cầu điều trị chỉnh nha của học sinh 14 tuổi tại Trường Trung học cơ sở Hoàng Long, Hà Nội năm 2023. Tạp chí y học Việt Nam. 2024: 250 - 257.
2. **Trần Thị An Huy và Phạm Thanh Hải.** Khảo sát tình trạng lệch lạc khớp cắn và nhu cầu điều trị chỉnh nha của sinh viên năm nhất Đại học Y dược Hải Phòng năm 2018. Tạp chí Y học Việt Nam. 2022: 99 - 104.
3. **Lê Nguyễn Anh Minh.** Thực trạng lệch lạc khớp cắn của học sinh ở một số trường trung học cơ sở tại thành phố Thanh Hóa. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023: 215-218.
4. **Lưu Văn Tường.** Thực trạng lệch lạc khớp cắn và nhu cầu điều trị chỉnh nha của sinh viên năm thứ 3 Trường Đại học Y Dược Đại học Quốc Gia Hà Nội năm 2023. Tạp chí y học Việt Nam. 2024: 111 - 115.
5. **Ahmed Ibrahim El Dosoky and Mohamed Hassan El Bayomy.** Malocclusion and Orthodontic treatment needs among tanta secondary school students. Egyptian Dental Journal. 2020: Vol.66, No.4.
6. **Deepak Chauhan & et al.** A Study of malocclusion and orthodontic treatment needs according to dental aesthetic index among school children of a hilly state of India. Journal of International society of preventive and community Dentistry. 2018; Vol.3, No.1, 32-37.
7. **Habersack Marion,** "WHO-definition of health must be enforced by national law: a debate", BMC Medical Ethics, 2013: Vol 14, 24.
8. **Kataoka K & et al.** Association Between Self – Reported Bruxism and Malocclusion in University Students: A cross- sectional study. J Epidemiol. 2025;25(6):423-43.
9. **Lecturer & et al.** Prevalence of malocclusion and occlusal traits of Malay adults (18-23 years) in Shah Alam, Malaysia. Int J Dent Res.2020; 5(2):81-85.

SỰ THAY ĐỔI ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN TRƯỞNG THÀNH BỊ RỐI LOẠN KHỚP THÁI DƯƠNG HÀM (TMD) ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG MÁNG ỔN ĐỊNH (SS) 6 THÁNG

Trương Đình Khởi¹, Phan Thị Hạnh¹

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Khởi
Email: bskhoirhm@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025
Ngày duyệt bài: 17.3.2025

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân trưởng thành bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) được điều trị bằng máng ổn định (SS) 6 tháng năm 2022-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu có can thiệp trên 31 bệnh nhân trưởng thành (7 nam và 24 nữ) được điều trị bằng máng ổn định cứng (SS), so sánh đặc điểm lâm sàng trước và sau điều trị trị 6 tháng. **Kết quả:** Phân bố tỉ lệ triệu chứng lâm sàng: Đau khớp trước điều trị 90,32%; sau điều trị: 16,12%. Đau cơ trước

điều trị: 80,65%; sau điều trị: 9,68%. Có tiếng kêu khớp trước điều trị: 83,87%; sau điều trị: 61,29%. Biên độ há miệng hạn chế trước điều trị: $33,62 \pm 2,34$ mm; sau điều trị: $38,71 \pm 2,65$ mm. Đau cơ thái dương trước điều trị: 88%; sau điều trị: 32%. **Kết luận:** Triệu chứng cơ năng bao gồm đau khớp, có tiếng kêu khớp và đau cơ là những triệu chứng thường gặp nhất; vùng đau tại chỗ quanh khớp bao gồm đau khớp và đau cơ thái dương, cơ cắn thường gặp nhất. Sau điều trị các triệu chứng cơ năng giảm đáng kể có ý nghĩa thống kê sau điều trị bằng máng ổn định (SS) 6 tháng. Chỉ số đau VAS trên những bệnh nhân có biểu hiện cơ năng bao gồm đau cơ, đau khớp và có tiếng kêu khớp giảm rõ rệt trên thang đo.

Từ khoá: Rối loạn khớp thái dương hàm, máng nhai ổn định

SUMMARY

CHANGES IN CLINICAL CHARACTERISTICS IN ADULT PATIENTS WITH TEMPOROMANDIBULAR DISORDERS (TMD) TREATED WITH A STABILIZATION SPLINT (SS) FOR 6 MONTHS

Objective: To evaluate certain clinical characteristics in adult patients with temporomandibular disorders (TMD) treated with a stabilization splint (SS) over a 6-month period from 2022 to 2024. **Subject and methods:** This interventional study was conducted on 31 adult patients (7 males and 24 females) treated with a hard stabilization splint (SS). Clinical characteristics were compared before and after 6 months of treatment. **Results:** Joint pain (arthralgia) before treatment: 90,32%; after treatment: 16,12%. Myofascial pain before treatment: 80,65%; after treatment: 9,68%. Joint sounds before treatment: 83,87%; after treatment: 61,29%. Limited mouth opening before treatment: $33,62 \pm 2,34$ mm; after treatment: $38,71 \pm 2,65$ mm. Temporal muscle pain before treatment: 88%; after treatment: 32%. **Conclusions:** Functional symptoms, including joint pain, joint sounds, and muscle pain, were the most common. Localized pain around the joint, particularly in the temporomandibular joint, temporalis muscle, and masseter muscle, was most frequently observed. After 6 months of treatment with a stabilization splint (SS), there was a statistically significant reduction in functional symptoms. The VAS pain score in patients with functional symptoms such as muscle pain, joint pain, and joint sounds showed a marked decrease.

Keywords: Temporomandibular joint disorders (TMD), Stabilization Splint (SS)

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn khớp thái dương hàm (Temporomandibular joint disorders - TMD) thường được chẩn đoán dựa vào thăm khám lâm sàng ban đầu bao gồm đau hệ thống nhai, có tiếng kêu khớp hoặc hạn chế há miệng khi hoạt động chức năng¹, mặc dù vậy theo dõi các triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị bệnh vẫn là một thách thức đối với bác sĩ thực hành lâm

sàng ngày nay. Điều này do rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) là một thuật ngữ tương đối rộng với nhiều nguyên nhân phức tạp và biểu hiện ở những mức độ lâm sàng khác nhau¹. Một số biểu hiện lâm sàng có thể tự biến mất mà không cần điều trị, trong khi có những triệu chứng vẫn kéo dài trong thời gian dài cho dù đã áp dụng nhiều biện pháp điều trị khác nhau. Phương pháp điều trị bằng máng cứng ổn định (SS) đã được áp dụng rộng rãi, mang lại những cải thiện triệu chứng lâm sàng tốt hơn nhưng chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về những thay đổi lâm sàng trước và sau khi điều trị.

Nguyên nhân thực thể của bệnh rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) có thể được đánh giá bằng phim chụp cắt lớp tia hình nón (CBCT)^{2,3}, tuy nhiên nhiều trường hợp nghiên cứu cho thấy triệu chứng lâm sàng có liên quan mật thiết với các yếu tố sinh học, sinh lý và tâm lý xã hội đáng kể với những triệu chứng tâm lý đi kèm như lo âu hoặc trầm cảm. Vì vậy, việc đánh giá những thay đổi triệu chứng cơ năng trên lâm sàng vừa để theo dõi diễn biến điều trị, mặt khác cũng tạo tâm lý tích cực cho người bệnh tiếp tục tham gia điều trị ở những giai đoạn sau^{1,3}.

Trên thế giới đã có một số nghiên cứu đánh giá triệu chứng lâm sàng như nghiên cứu của Neill Mc C (1997)¹ góp phần xây dựng tiêu chuẩn để chẩn đoán bệnh rối loạn khớp thái dương hàm (TMD). Nghiên cứu của El-Moraissi A (2020)² đã đánh giá kết quả điều trị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) bằng máng ổn định cứng (SS) trên lâm sàng và trên phim CBCT. Nghiên cứu của Dion Tik Shun Li (2021)³ đưa ra những đánh giá về triệu chứng lâm sàng và quản lý, theo dõi bệnh nhân khi điều trị bằng nhiều phương pháp khác nhau.

Tại Việt Nam cũng đã có một số nghiên cứu về triệu chứng lâm sàng như nghiên cứu của Nguyễn Phúc Vinh (2022)⁴, nghiên cứu của Nguyễn Hữu Nhân (2022)⁵, nghiên cứu của Phạm Thu Trang (2023)⁶, nghiên cứu của Lê Nguyên Lâm (2023)⁷ và nghiên cứu của Huỳnh Lê Hiệp Nghĩa (2023)⁸. bước đầu đã đánh giá được một số thay đổi triệu chứng lâm sàng trước và sau điều trị có sử dụng máng ổn định (SS), mặc dù vậy số lượng nghiên cứu chưa nhiều và số lượng cỡ mẫu còn nhỏ, khu trú ở một số nhóm bệnh nhân có địa dư nhất định, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "Nhận xét thay đổi triệu chứng trên lâm sàng của bệnh nhân trưởng thành bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) được điều trị bằng máng ổn định dạng cứng (SS) 6 tháng", góp phần bổ sung

thêm những bằng chứng về sự cải thiện hoặc biểu hiện lâm sàng trước và sau điều trị ở những thời điểm khác nhau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu theo phương pháp nghiên cứu can thiệp so sánh trước và sau 6 tháng điều trị bằng máng ổn định (SS).

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 5 năm 2022 đến tháng 8 năm 2024.

Địa điểm: Trung tâm Nha khoa Hà Thủy và Khoa Răng Hàm Mặt BV ĐK Nông Nghiệp, xử lý số liệu tại Khoa Răng Hàm Mặt, ĐHY Dược-ĐHQGHN.

2.3. Đối tượng nghiên cứu. Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân được chẩn đoán bệnh rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) theo chẩn đoán McNeil (1997)^{1,2} bao gồm ít nhất một trong ba triệu chứng sau: Đau tại chỗ khớp thái dương hàm, hệ thống cơ nhai và/hoặc vùng xung quanh, đau tăng lên khi sờ nắn hoặc hoạt động chức năng; lệch hàm khi há miệng, có thể kèm theo tiếng kêu khớp hoặc hạn chế há miệng dưới 40mm.

2.4. Cỡ mẫu và kỹ thuật chọn mẫu.

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện và có chủ đích, toàn bộ bệnh nhân tại BV và Trung tâm Nha khoa. Chúng tôi đã khám lâm sàng ở hai thời điểm trước điều trị và sau điều trị 6 tháng bằng máng ổn định (SS) trên 31 bệnh nhân (bao gồm 24 nữ và 7 nam).

2.5. Biến số/chỉ số/ nội dung/chủ đề nghiên cứu

- Thăm khám lâm sàng trước và sau điều trị bằng máng ổn định (SS) 6 tháng, phát hiện các triệu chứng cơ năng: Đau khớp; đau cơ; tiếng kêu khớp; hạn chế há miệng; trật khớp; triệu chứng cơ năng khác (ù tai, mồm hàm, đau cổ vai gáy).

- Đo biên độ há miệng (mm) và chỉ số đau theo thang VAS trước và sau điều trị 6 tháng; phân loại đường há ngậm miệng ghi nhận bằng đĩa ghi khớp và chuyển động xương hàm dưới bằng Quick master Seri M (xuất xứ Pháp), biên độ được đo bằng thước kẹp đo khoảng cách giữa hai điểm trong không gian.

- Phân loại vị trí đau cơ chi tiết bao gồm vị trí đau cơ thái dương, cơ cắn, cơ ức đòn chũm, cơ nhị thân và cơ khác vùng đầu-mặt.

- Phân loại vùng đau bao gồm vùng khớp thái dương hàm, vùng thái dương, vùng gò má-ổ mắt, vùng góc hàm dưới, vùng cổ vai gáy và vùng khác đầu-mặt.

2.7. Xử lý số liệu. Các số liệu đo đạc được nhập vào máy tính bằng phần mềm chuyên dụng

và xử lý bằng các thuật toán xác suất thống kê thích hợp trên phần mềm SPSS 23.0.

2.8. Đạo đức nghiên cứu. Các bệnh nhân được giải thích rõ ràng về nghiên cứu này và hoàn toàn tự nguyện tham gia, thông tin nghiên cứu được giữ bí mật và chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi điều trị trên 31 đối tượng từ 24,6 đến 50,2 tuổi ở Thành phố Hà Nội, độ tuổi trung bình điều trị: $37,4 \pm 12,8$ tuổi, trong đó 24 nữ (77,42%), 7 nam (22,58%).

Bảng 3.1: Phân bố tỉ lệ theo triệu chứng cơ năng trên lâm sàng (n=31)

Triệu chứng cơ năng	Trước điều trị		Sau điều trị 6 tháng		p
	n	%	n	%	
Đau khớp	28	90,32%	5	16,12%	< 0,05
Đau cơ	25	80,65%	3	9,68%	
Tiếng kêu khớp	26	83,87%	19	61,29%	
Hạn chế há miệng	14	45,16%	2	6,45%	
Trật khớp	4	12,90%	2	6,45%	
Ù tai	6	19,35%	1	3,23%	
Mồm hàm	2	6,45%	1	3,23%	
Đau cổ vai gáy	3	9,68%	2	6,45%	

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng đau khớp (90,32%), tiếng kêu khớp (83,87%) và đau cơ (80,65%) thường gặp nhất. Sau điều trị 6 tháng, đau khớp, hạn chế há miệng và đau cơ giảm tỉ lệ lớn nhất, tiếng kêu khớp có tỉ lệ giảm ít hơn. Triệu chứng khác (ù tai, mồm hàm, đau cổ vai gáy) có thay đổi đáng kể sau điều trị với $p < 0,05$.

Bảng 3.2: Biên độ há miệng và chỉ số đau VAS trước và sau điều trị (n=31)

Chỉ số đo đạc	Trước điều trị		Sau điều trị 6 tháng		p
	n	($\bar{X} \pm SD$)	n	($\bar{X} \pm SD$)	
Biên độ há miệng hạn chế (mm)	14	$33,62 \pm 2,34$	14	$38,71 \pm 2,65$	<0,05
Chỉ số VAS bệnh nhân đau cơ	25	$3,74 \pm 0,96$	25	$1,87 \pm 0,68$	<0,05
Chỉ số VAS bệnh nhân đau khớp	28	$5,88 \pm 1,26$	28	$1,33 \pm 0,62$	<0,05
Chỉ số VAS bệnh nhân tiếng kêu khớp	26	$6,12 \pm 1,41$	26	$1,37 \pm 0,65$	<0,05
Chỉ số VAS bệnh nhân hạn chế há miệng	14	$2,73 \pm 1,38$	14	$2,26 \pm 1,09$	>0,05

Nhận xét: Biên độ há miệng ở những bệnh nhân có hạn chế há miệng cải thiện rõ ràng sau

6 tháng điều trị, chỉ số VAS trên bệnh nhân đau cơ, đau khớp, có tiếng kêu khớp cải thiện rõ ràng với $p < 0,05$; tuy nhiên chỉ số VAS trên bệnh nhân hạn chế há miệng không có sự khác biệt trước và sau điều trị.

Bảng 3.3: Phân loại tỉ lệ vị trí đau cơ trước và sau điều trị (n=25)

Nhóm đau cơ	Trước điều trị		Sau điều trị 6 tháng		p
	n	%	n	%	
Đau cơ thái dương	22	88,00%	8	32,00%	<0,05
Đau cơ cắn	11	44,00%	3	12,00%	<0,05
Đau cơ ức đòn chũm	8	32,00%	3	12,00%	<0,05
Đau cơ nhị thân	4	16,00%	2	8,00%	<0,05
Đau cơ khác vùng mặt	4	16,00%	2	8,00%	<0,05

Nhận xét: Trong số 25 bệnh nhân có đau cơ, trước điều trị, đau cơ thái dương thường gặp nhất (88%), đau cơ cắn (44%); đau cơ nhị thân và cơ khác vùng mặt ít gặp (16%). Tỉ lệ vị trí đau cơ vùng đầu-mặt có sự khác biệt với $p < 0,05$ trước và sau điều trị 6 tháng.

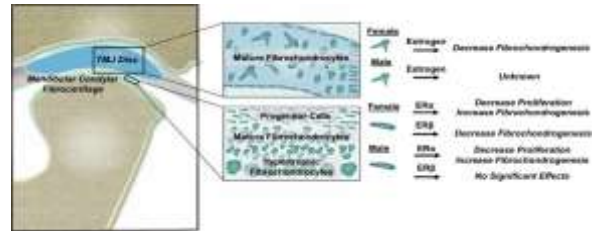
Bảng 3.4: Phân bố tỉ lệ vùng đau trước và sau điều trị (n=31)

Vùng đau	Trước điều trị		Sau điều trị 6 tháng		p
	n	%	n	%	
Khớp thái dương hàm	28	90,32%	5	16,13%	<0,05
Thái dương	22	70,97%	8	25,81%	<0,05
Gò má-ổ mắt	2	6,45%	1	3,23%	<0,05
Góc hàm dưới	15	48,39%	5	16,13%	<0,05
Vùng khác đầu-mặt	6	19,35%	4	12,90%	<0,05

Nhận xét: Trước điều trị, vùng đau khớp thái dương hàm có tỉ lệ cao nhất (90,32%), đau vùng thái dương (70,97%), vùng gò má-ổ mắt có tỉ lệ thấp nhất (6,45%). Sau điều trị 6 tháng, tỉ lệ phân bố vùng đau khác biệt có ý nghĩa thống kê trước và sau điều trị với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Phân bố tỉ lệ giới tính có sự chênh lệch rõ rệt, tỉ lệ 24 nữ (77,42%) mắc bệnh rối loạn khớp thái dương hàm (TMD), trong khi chỉ có 7 nam (22,58%). Nghiên cứu của Jenifer LR (2020)⁹ và Grzeorz Zielinski (2024)¹⁰ chỉ ra rằng hormone Estrogen là một trong những yếu tố nguy cơ làm tăng triệu chứng đau vùng đầu-mặt ở nữ giới, đặc biệt bề mặt đĩa khớp của khớp thái dương hàm dưới chứa các cơ quan thụ cảm Estrogen (receptors) có vai trò thúc đẩy hoặc tăng nặng tình trạng rối loạn khớp thái dương hàm (TMD).



Hình 4.1. Các cơ quan thụ cảm (receptors) của Estrogen ở khớp thái dương hàm dưới^{9,10}

Phân bố triệu chứng cơ năng trước điều trị trên bệnh nhân bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) cho thấy đau khớp, đau cơ và tiếng kêu khớp thường gặp nhất, theo nghiên cứu của McNeil (1997)¹ thì đa số bệnh nhân tới khám do triệu chứng đau gây khó chịu trong quá trình sinh hoạt và hoạt động chức năng của khớp thái dương hàm gây ra, trong đó đau tại vị trí xung quanh vùng khớp thái dương hàm ở một bên hoặc cả hai bên. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Nhân (2022)⁵ về triệu chứng tiếng kêu khớp, tuy nhiên đau khớp và đau cơ thì tỉ lệ thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi, sự khác biệt này do hầu hết các bệnh nhân bị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) khi đến khám trong nghiên cứu này đều có biểu hiện đau (bao gồm đau cơ và/hoặc đau khớp). Khi so sánh với nghiên cứu của Lê Nguyên Lâm (2023)⁷ thì triệu chứng đau khớp và tiếng kêu khớp phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi.

Bảng 4.1. So sánh tỉ lệ triệu chứng cơ năng trước điều trị của một số tác giả

Triệu chứng cơ năng	Nghiên cứu của chúng tôi (n=31)		Nguyễn Hữu Nhân (2022) ⁵ (n=80)		Lê Nguyên Lâm (2023) ⁷ (n=35)	
	n	%	n	%	n	%
Đau khớp	28	90,32%	45	56,3%	35	100%
Đau cơ	25	80,65%	35	43,8%	NA	NA
Tiếng kêu khớp	26	83,87%	69	86,3%	29	82,9%

Sau điều trị bằng mangan ổn định (SS) các triệu chứng giảm rõ rệt, đặc biệt các triệu chứng đau cơ và đau khớp hoặc cải thiện tình trạng hạn chế há miệng, tuy vậy tiếng kêu khớp vẫn còn tồn tại ở hầu hết các bệnh nhân tham gia điều trị (giảm từ 83,87% xuống còn 61,29%). Điều này phù hợp với đặc điểm của phương pháp điều trị bằng mangan ổn định (SS), đóng vai trò thư giãn thần kinh-cơ liên quan, giúp khớp giảm áp lực nén khi hoạt động chức năng, cân bằng lại trạng thái của hệ thống cơ nhai. Chính vì vậy, các tổn thương nội khớp dạng thực thể thì ít có khả năng phục hồi trong thời gian điều trị 6 tháng. Điều này

cũng được El-Moraissi A et al (2020)² đưa ra khi nghiên cứu hệ thống hoá (meta-analysis) của 16 nghiên cứu can thiệp trên 744 bệnh nhân TMD có nguồn gốc đau khớp và 19 nghiên cứu can thiệp của 946 bệnh nhân TMD có nguồn gốc đau cơ.

Sự giảm các triệu chứng đau cũng tương đồng với nghiên cứu của Lê Nguyên Lâm (2023)⁷ khi cho thấy các chỉ số đau VAS trên các bệnh nhân có triệu chứng đau cơ, đau khớp và có tiếng kêu khớp đều giảm rõ rệt sau 6 tháng điều trị, nhưng bệnh nhân hạn chế há miệng thì chỉ số đau VAS không thay đổi đáng kể trước và sau điều trị. Điều này có thể do tổn thương nội khớp ở bệnh nhân TMD có hạn chế há miệng nặng hơn, cùng với đó là ảnh hưởng của việc cưỡng chế hoạt động chức năng của bệnh nhân cũng có khả năng làm giảm hiệu quả điều trị. Mặc dù vậy, biên độ há miệng vẫn được cải thiện đáng kể sau điều trị, tương đồng với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Phúc Vinh (2022)⁴, Lê Nguyên Lâm (2023)⁷ và Huỳnh Hiệp Nghĩa (2023)⁸.

Đau cơ thái dương và cơ cắn là cơ thường gặp ở những bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm (TMD), tương ứng vùng đau thường gặp là vùng thái dương, vùng khớp thái dương hàm dưới và vùng góc hàm dưới. Trong nghiên cứu của Phạm Thu Trang (2023) cho thấy đau vùng khớp 86,7% và đau vùng thái dương 56,7%; tuy nhiên đau vùng góc hàm chỉ chiếm 20%, sự khác biệt với nghiên cứu của chúng tôi có thể do tỉ lệ bệnh nhân đến khám và điều trị có triệu chứng đau cơ cắn chiếm tỉ lệ cao hơn so với những nghiên cứu khác. Sau điều trị rối loạn khớp thái dương hàm (TMD) bằng máng ổn định (SS) cho thấy mức độ cải thiện rõ rệt khi giảm sự phân bố đau cơ và vùng đau trước và sau điều trị 6 tháng. Nghiên cứu của El-Moraissi A et al (2020)² cũng cho thấy máng ổn định giúp giảm triệu chứng đau, cải thiện tỉ lệ vùng gây đau khi hoạt động chức năng tốt sau điều trị 6 tháng. Kết quả giảm vị trí đau và vùng đau cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Phúc Vinh (2022) và Lê Nguyên Lâm (2023), điều này củng cố thêm rằng điều trị rối loạn khớp thái dương hàm có sử dụng máng cứng ổn định (SS) đạt hiệu quả tốt, mặc dù vậy nghiên cứu này cỡ mẫu còn nhỏ cũng là một trong những hạn chế, do đó cần có thêm những nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để đánh giá chính xác hơn.

V. KẾT LUẬN

- Triệu chứng cơ năng bao gồm đau khớp, có tiếng kêu khớp và đau cơ là những triệu chứng thường gặp nhất; sau điều trị 6 tháng thì

triệu chứng cơ năng được cải thiện rõ rệt, triệu chứng cơ năng đau khớp (90,32%), tiếng kêu khớp (83,87%) và đau cơ (80,65%)

- Biên độ há miệng được cải thiện tốt sau điều trị: Trước điều trị: $33,62 \pm 2,34$ mm; sau điều trị 6 tháng: $38,71 \pm 2,65$ mm.

- Chỉ số đau VAS trên những bệnh nhân có biểu hiện cơ năng bao gồm đau cơ, đau khớp và có tiếng kêu khớp giảm rõ rệt trên thang đo, bệnh nhân há miệng hạn chế chỉ số đau VAS ít cải thiện nhất.

- Vùng đau tại chỗ quanh khớp bao gồm đau khớp và đau cơ thái dương, cơ cắn thường gặp nhất, giảm đau rõ rệt sau điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Neill Mc C (1997). Temporomandibular Disorders: Guidelines for Classification, Assessment, and Management, Quintessence Publishing.
2. El-Moraissi A et al (2020). Effectiveness of occlusal splint therapy in the management of temporomandibular disorders: network meta-analysis of randomized controlled trials, Int J Oral Maxillofac Surg, 49(8), 1042-1056.
3. Dion Tik Shun Li, Yiu Yan Leung (2021). Temporomandibular Disorders: Current concepts and controversies in diagnosis and management, Diagnosis J (Basel), 11(3), 459-465.
4. Nguyễn Phúc Vinh, Trần Thị Phương Đan (2022). Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp chùm tia hình nón và đánh giá kết quả điều trị rối loạn khớp thái dương hàm bằng máng nhai tại BV Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm 2021-2022, Tạp chí Y dược học Cần Thơ, 52, 192-198.
5. Nguyễn Hữu Nhân, Nguyễn Hữu Ân, Trần Ngọc Quảng Phi (2022). Đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân rối loạn khớp thái dương hàm, Tạp chí Y học Việt Nam, 518(1), 284-289.
6. Phạm Thu Trang, Phạm Thị Hồng Thuý, Trịnh Vũ Hải (2023). Đặc điểm lâm sàng và khảo sát các yếu tố nguy cơ của rối loạn chức năng khớp thái dương hàm, Tạp chí Y học Việt Nam, 529(1), 164-168.
7. Lê Nguyên Lâm, Nguyễn Phúc Vinh (2023). Đánh giá kết quả điều trị rối loạn khớp thái dương hàm bằng máng nhai tại BV Trường Đại học Y Dược Cần Thơ, Vietnam Journal of Community Medicine, 64(5), 223-231.
8. Huỳnh Lê Hiệp Nghĩa và CS (2023). Nghiên cứu triệu chứng rối loạn khớp thái dương hàm và các yếu tố tâm lý thói quen trên sinh viên nha khoa, Trường ĐH Y Dược Cần Thơ, Tạp chí Y dược học Cần Thơ, 57, 30-37.
9. Jenifer L Robinson et al (2020). Estrogen signaling impacts temporomandibular joint and periodontal disease pathology, Odontology J, 108(2), 153-165.
10. Grzeorz Zielinski et al (2024). Association between Estrogen Levels and Temporomandibular Disorders: An Updated Systematic Review, Int J Mol Sci, 25(18), 9867-9875.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM U BUỒNG TRỨNG LÀNH TÍNH ĐƯỢC PHẪU THUẬT NỘI SOI TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

Trần Thị Thu Hương¹, Lê Trí Tiến Thành²,
Đào Thị Hoa³, Nguyễn Tuấn Minh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân u buồng trứng lành tính được phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Thanh Nhàn. **Đối tượng nghiên cứu:** 147 bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1 năm 2022 – tháng 12 năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** U buồng trứng lành tính thường ở độ tuổi sinh sản. Triệu chứng cơ năng u buồng trứng lành tính thường nghèo nàn chủ yếu phát hiện khi khám phụ khoa, đau bụng và rối loạn kinh nguyệt là các nguyên nhân thường gặp tiếp theo. u chủ yếu là dễ di động (83,7%); ranh giới rõ (82,3%); Các trường hợp có nhú hoặc vách chiếm tỷ lệ thấp nhất với 11,6% trên siêu âm. Kích thước u trung bình là 6,6cm, khối lớn nhất là 15,1cm, khối nhỏ nhất là 3,0cm. Đa số trường hợp có u kích thước từ 5-10cm (80,3%). Nồng độ trung bình của CA 125 và HE4 trong giới hạn bình thường. **Kết luận:** Triệu chứng cơ năng u buồng trứng lành tính thường nghèo nàn, chủ yếu phát hiện khi khám phụ khoa. Đa số trường hợp có u kích thước từ 5-10cm (80,3%). Nồng độ trung bình của CA 125 và HE4 trong giới hạn bình thường. **Từ khóa:** U buồng trứng, lâm sàng, cận lâm sàng, lành tính.

SUMMARY

THE CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH BENIGN OVARIAN TUMORS WHO UNDERWENT LAPAROSCOPIC SURGERY AT THANH NHAN HOSPITAL

Objective: To describe certain clinical and paraclinical characteristics of patients with benign ovarian tumors who underwent laparoscopic surgery at Thanh Nhan Hospital. **Study population:** A total of 147 patients with ovarian tumors who underwent laparoscopic surgery at Thanh Nhan Hospital from January 2022 to December 2023. **Methods:** Retrospective descriptive study. **Results:** Benign ovarian tumors were most common in reproductive-age women. The clinical symptoms of benign ovarian tumors were often nonspecific, with most cases detected during gynecological examinations. Abdominal pain and menstrual disorders were the next

most frequent reasons for diagnosis. The tumors were predominantly mobile (83.7%) with well-defined margins (82.3%). Cases with papillary projections or septations accounted for the lowest proportion (11.6%) on ultrasound. The average tumor size was 6.6 cm, with the largest measuring 15.1 cm and the smallest 3.0 cm. Most tumors (80.3%) were between 5–10 cm in size. The mean concentrations of CA 125 and HE4 were within normal limits. **Conclusion:** The clinical symptoms of benign ovarian tumors are often nonspecific and are primarily detected during gynecological examinations. Most tumors were between 5–10 cm in size (80.3%), and the mean concentrations of CA 125 and HE4 were within normal limits. **Keywords:** Ovarian cyst benign, clinical, paraclinical

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U buồng trứng lành tính là loại hay gặp nhất và cũng chiếm tỉ lệ cao nhất trong phẫu thuật nội soi u buồng trứng. U buồng trứng lành tính triệu chứng rất nghèo nàn.

Các khối u buồng trứng được phân loại dựa theo nguồn gốc của chúng, khả năng tăng sinh, mức độ biệt hoá tế bào và có hay không sự xâm lấn cơ quan, u buồng trứng có thể được phân ra làm: u buồng trứng lành tính, u buồng trứng giáp biên, ung thư buồng trứng.¹

Hiện nay với sự phát triển của khoa học công nghệ vào chẩn đoán hình ảnh như siêu âm, MRI, CT scanner thì để chẩn đoán u nang buồng trứng thường không khó. Điều quan trọng là phải xác định được đó là nang cơ năng hay thực thể. Nếu là nang cơ năng thì cần theo dõi và chỉ can thiệp khi có biến chứng, còn nếu là u thực thể cần xác định là u lành tính, hay ung thư để từ đó sẽ có hướng xử trí thích hợp, tránh việc bỏ sót tổn thương nhất là trong trường hợp ung thư buồng trứng. Vì vậy nghiên cứu thực hiện với mục tiêu: *Mô tả một số đặc điểm bệnh nhân u buồng trứng lành tính được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Thanh Nhàn.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 147 bệnh nhân u buồng trứng được phẫu thuật nội soi Bệnh viện Thanh Nhàn từ tháng 1 năm 2022 – tháng 12 năm 2023 thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh sau.

Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được khám, siêu âm chẩn đoán

¹Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương

²Bệnh viện Thanh Nhàn

³Bệnh viện Phụ Sản trung ương

⁴Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tuấn Minh

Email: tuanminh0306@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

U buồng trứng tại bệnh viện Thanh Nhàn.

- Phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Thanh Nhàn.
- Kết quả giải phẫu bệnh là: U buồng trứng lành tính.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu
- Thời gian và địa điểm nghiên cứu
- + Thời gian: từ tháng 1 năm 2022 đến tháng 12 năm 2023.
- + Địa điểm nghiên cứu: Khoa Phụ Sản Bệnh viện Thanh Nhàn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Phân bố tuổi của đối tượng trong nghiên cứu

Bảng 1. Phân bố tuổi

Tuổi	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
≤ 19	3	2,1
20 – 29	48	32,6
30-39	59	40,2
40-49	29	19,7
≥ 50	8	5,4
$\bar{X} \pm SD$	34,9 ± 9,1	
Min-Max	17-55	
Tổng	147	100,0

Nhận xét: - Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 34,9; độ tuổi nhỏ nhất là 17, lớn nhất là 55

- Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 30-39; tiếp đến là 20-29. Nhóm ≤ 19 tuổi chiếm tỷ lệ rất thấp.

3.2. Triệu chứng cơ năng

Bảng 2. Triệu chứng cơ năng

Hoàn cảnh	Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Khám định kỳ	50	34,0
Đau bụng	39	26,5
Rối loạn kinh nguyệt	26	17,7
Tự đi siêu âm	25	17,0
Tự sờ thấy u	7	4,8
Tổng	147	100,0

Nhận xét: Không có triệu chứng, chỉ biết u khi khám định kỳ rất cao. Đau bụng và rối loạn kinh nguyệt là các nguyên nhân thường gặp tiếp theo.

Bảng 3. Triệu chứng thực thể

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mật độ u	Mềm	88	59,9
	Chắc	59	40,1
Di động u	Dễ	123	83,7
	Hạn chế	6	4,1
	Không di động	18	12,2
Ranh giới u	Rõ	121	82,3
	Không rõ	26	17,7
Khám khối u đau	Đau	113	76,9
	Không đau	34	23,1
Phản ứng	Có	15	10,2

thành bụng	Không	132	89,8
Tổng		147	100,0

Nhận xét: U BT chủ yếu là dễ di động (83,7%); ranh giới rõ (82,3%); khám đau tức nhẹ (76,9%) và không có phản ứng thành bụng (89,8%). Kết quả siêu âm

Bảng 4. Kết quả siêu âm

Đặc điểm		Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Âm vang trên siêu âm	Tăng âm	37	18.4
	Trống âm	31	21.1
	Giảm âm	19	19.7
	Hỗn hợp âm	43	29.3
	Có vách/nhú	17	11.6
Vị trí u	Trái	68	46,3
	Phải	60	40,8
	2 bên	19	12,9
Số lượng u	1	126	85,7
	≥ 2	21	14,3
Kích thước u	< 5cm	21	14,3
	5-10 cm	118	80,3
	>10cm	8	5,4
	X±SD (Min-max)	6,6 ± 1,9 (3,0-15,1)	
Tổng số		147	100,0

Nhận xét: - Các trường hợp có nhú hoặc vách chiếm tỷ lệ thấp nhất với 11,6%.

- Đa số trường hợp u ở 1 bên buồng trứng, tỷ lệ u ở mỗi bên xấp xỉ tương đương nhau. Kích thước u trung bình là 6,6cm, khối lớn nhất là 15,1cm, khối nhỏ nhất là 3,0cm. Đa số trường hợp có u kích thước từ 5-10cm (80,3%).

3.3. Chất chỉ điểm khối u

Bảng 3.5. Chất chỉ điểm khối u

Chất chỉ điểm khối u		Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
CA 125	<35	123	83,7
	≥ 35	24	16,3
	X ± SD (Min-max)	23,6 ± 11,7 (5,0-57,2)	
HE4	<70	131	89,1
	≥ 70	16	10,9
	X ± SD (Min-max)	52,2 ± 14,6 (12,1-80,4)	
Tổng		147	100,0

Nhận xét: Nồng độ trung bình của CA 125 và HE4 trong giới hạn bình thường. Đa số trường hợp có nồng độ CA 125 <35 UI/ml (83,7%) và HE4 < 70 pmol/l (89,1%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Phân bố tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu này là 34,9. độ tuổi nhỏ nhất là 17, lớn nhất là 55, nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 30-39 (40,2%); tiếp đến là 20-29 (32,6%). Nhóm ≤ 19 tuổi chiếm tỷ lệ rất thấp với 2,1% trường hợp. Trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy xu hướng độ tuổi của nhóm nghiên cứu tập trung từ 18-45, kết quả này tương đồng với đa số các nghiên cứu trong và ngoài nước về phẫu

thuật nội soi u buồng trứng lành tính. Nghiên cứu dịch tễ cho thấy tỷ lệ hiện hành của u nang buồng trứng từ 14-18% ở nhóm tiền mãn kinh, và khoảng 7% ở nhóm đang ở độ tuổi sinh đẻ.²

Độ tuổi trung bình và nhóm tuổi có tỷ lệ cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi có điểm tương đồng với các tác giả khác. Nguyễn Thị Hồng và cs báo cáo nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 30-39 (38,2%). nhóm tuổi từ 20-29 chiếm 31,1%. Độ tuổi trung bình của các bệnh nhân là $37,02 \pm 12,6$. Bệnh nhân có tuổi thấp nhất là 12 và cao nhất 78 tuổi.³ Trần Thị Len và cs cũng ghi nhận độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là 37,7; và nhóm tuổi từ 20-49 chiếm 81,0%.⁴ Kết quả này cũng tương tự với các nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Minh (2023).⁵

4.2. Triệu chứng lâm sàng. Đau bụng cấp chiếm 5–10% trong số tất cả các khối u quái thai trưởng thành và thường do xoắn buồng trứng gây ra. Bệnh nhân cũng có thể bị buồn nôn, nôn, sốt và chảy máu bất thường.⁶ Triệu chứng đau thường ở mức độ trung bình-nhiều, và thường xảy ra do biến chứng vỡ u hoặc xoắn vặn buồng trứng. Các triệu chứng này xuất hiện nhanh chóng, mới xuất hiện và dai dẳng.⁷ Khi các triệu chứng này xuất hiện, bất kỳ 1 triệu chứng nào xuất hiện hơn 12 ngày mỗi tháng trong tối đa 1 năm đều có liên quan đến ung thư buồng trứng với độ nhạy 56,7% đối với bệnh ở giai đoạn đầu, độ nhạy 79,5% đối với bệnh ở giai đoạn muộn. Xét về độ tuổi, độ đặc hiệu 90% đối với phụ nữ trên 50 tuổi và độ đặc hiệu 86,7% đối với phụ nữ dưới 50 tuổi.⁸ Mặc dù khám thực thể có độ nhạy thấp trong việc phát hiện khối u phụ, nhưng nó có thể cung cấp một số tiêu chí để phân biệt giữa các tổn thương lành tính và ác tính.

Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận tỷ lệ cao nhất phát hiện bệnh là khám phụ khoa định kỳ (34,0%), tiếp đến là các dấu hiệu như đau bụng và rối loạn kinh nguyệt (lần lượt chiếm 26,5% và 17,7%). Các dấu hiệu khác như cảm giác căng tức vùng bụng, sờ thấy khối hạ vị, đau khi quan hệ... chiếm khoảng 1/5 nhóm nghiên cứu. Bên cạnh đó, các khối u phần phụ thường không có dấu hiệu gì rõ rệt do đó hoàn cảnh phát hiện tình cờ trở nên thường gặp là điều dễ hiểu. Đau bụng là dấu hiệu chủ quan của người bệnh, nguyên nhân gây đau có thể do u làm giãn dây chằng rộng, u to gây chèn ép, thiếu máu trong u, cũng có thể là triệu chứng các tạng khác trong ổ bụng. Phần lớn đau âm ỉ không thường xuyên ở vùng hạ vị. Các triệu chứng như căng tức hay sờ thấy khối thường xuất hiện ở những trường hợp u lớn, nên tần suất không thường gặp. Khám thực thể cho thấy tính chất

khối u của nhóm nghiên cứu chủ yếu là dễ di động; ranh giới rõ, những đặc điểm này phù hợp với GPB sau mổ là u lành tính. Đau bụng ít là dấu hiệu cơ năng nổi trội, tuy nhiên khám thực thể có đến 76,9% bệnh nhân có triệu chứng đau tức nhẹ vùng khối u, Nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng và cs ghi nhận hoàn cảnh phát hiện ra khối u trong nghiên cứu chủ yếu là do đau tức bụng dưới và khi đi khám chiếm tỷ lệ lần lượt là 53,8% và 43,7%. Hoàn cảnh phát hiện do rối loạn kinh nguyệt (1,7%) và siêu âm (0,8%).³ Kết quả này cũng khá tương đồng với nghiên cứu của Trần Thị Len, khi ghi nhận đau bụng hoặc tức bụng dưới chiếm tỷ lệ 47%, sau đó là bệnh nhân tự đi khám phụ khoa 29%, siêu âm phát hiện ra khối u nang buồng trứng 7,5%.⁴ Trong khi đó, tác giả Nguyễn Văn Tuấn cho kết quả khá tương đồng với chúng tôi, với có 37,2% bệnh nhân phát hiện u tình cờ khi đi khám, đau tức bụng dưới ở 29,44%; rối loạn kinh nguyệt và siêu âm là 11,67% và 21,67%.⁹

4.3. Cận lâm sàng

- Siêu âm. Siêu âm qua ngã âm đạo là phương pháp hiệu quả nhất để đánh giá khối u buồng trứng.³ Ưu điểm nổi bật của siêu âm là một thăm dò không xâm nhập, giá thành thấp, để thực hiện nên siêu âm phổ biến ở nhiều tuyến y tế, thuận lợi cho sự tiếp cận của người dân trong việc khám sức khỏe. Để đánh giá các đặc điểm mạch máu của các tổn thương ở khung chậu, siêu âm Doppler màu có thể hữu ích.⁴ Các khía cạnh hình thái hiện diện trên SA qua âm đạo gợi ý tình trạng ác tính là (1) thành và vách ngăn không đều và dày; (2) các phần nhô ra của nhú; (3) tổn thương đặc; (4) độ hồi âm vừa phải khi siêu âm.

Các phát hiện Doppler màu cải thiện đánh giá hình thái về nguy cơ ung thư buồng trứng có thể hữu ích. Trong nghiên cứu này, ghi nhận hỗn âm và trống âm là các đặc điểm thường gặp nhất trên siêu âm. Tiếp đến là giảm âm và tăng âm. Các trường hợp có nhú hoặc vách chiếm tỷ lệ thấp nhất với 11,6% trường hợp. Tùy vào tỷ lệ các dạng GPB trong quần thể nghiên cứu mà tỷ lệ các đặc điểm tính chất hồi âm cũng thay đổi. Với các dạng u nang bì sẽ thường có phần hỗn âm, thậm chí có các thành phần tăng âm, phần âm khi có các cấu trúc vôi hóa. Có thể ghi nhận dạng mức dịch-dịch, với cấu trúc âm của lớp dịch phía trên dạng bã nhờn sẽ phân tách rõ với cấu trúc thanh dịch ở dưới. Các u thanh dịch, u nang nước có thể biểu hiện dạng trống âm. Các dạng tăng âm có thể quan sát nhiều ở 1 phần u nang bì hoặc u lạc nội mạc.¹⁰

Nghiên cứu của Trần Thị Len cũng cho tỷ lệ

tương tự; hình ảnh âm vang chủ yếu là trống âm giảm âm với tỷ lệ 40,5%; hỗn hợp âm 32%; tăng âm 17,5%; có vách, có nhú 10%.⁴ Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn cho tỷ lệ tương đối khác một chút, khi ghi nhận khối u có tính chất phản âm hỗn hợp chiếm tỉ lệ cao nhất 37,78%, khối u có tính chất trống âm và giảm âm có tỉ lệ là 21,67% và 29,44%, có tính chất tăng âm chiếm 9,0%, còn lại buồng trứng có vách nhú chiếm 6,11%. Tuy có sự khác biệt đôi chút về tỷ lệ các đặc tính giảm, trống âm/tăng âm, tuy nhiên kết quả trong các nghiên cứu đều đồng thuận rằng tỷ lệ u dạng nhú vách và tăng âm trên siêu âm trước PT là thấp nhất, do đây là các đặc tính của khối u ác tính hơn là lành tính.

- Đặc điểm về chất chỉ điểm khối u.

Glycoprotein xuyên màng CA125 tăng cao trong 80% ung thư biểu mô buồng trứng, đặc biệt là ở các khối u tiến triển. Dấu ấn khối u này được sử dụng nhiều nhất để phân biệt các khối phần phụ lành tính và ác tính. Tỷ lệ nhạy cảm của CA125 trong việc phân biệt tình trạng lành tính và ác tính dao động từ 61% đến 90%. Tỷ lệ đặc hiệu dao động từ 71% đến 93%. Giá trị tiên đoán dương và âm lần lượt nằm trong khoảng từ 35% đến 91% và 67% đến 90%. CA125 tăng ở ít hơn một nửa số phụ nữ mắc ung thư biểu mô buồng trứng ban đầu và có thể tăng ở những phụ nữ mắc các bệnh tiền mãn kinh lành tính, bao gồm các tình trạng sinh lý, lạc nội mạc tử cung, mang thai và kinh nguyệt.⁹ trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận nồng độ CA 125 trung bình trước PT là 23,6 UI/ml, đa số trường hợp có nồng độ CA125 < 35UI/ml (83,7%). Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu của Nguyễn Thị Hồng (83,2% trường hợp CA125 < 35UI/ml).³

Ngoài CA 125, HE4 cũng là 1 marker được sử dụng phổ biến để đánh giá mức độ ác tính của 1 khối u buồng trứng, cũng như chẩn đoán phân biệt trước mổ trong một số trường hợp. HE4 rất hữu ích trong việc phân biệt các khối u phần phụ với CA 125 tăng cao và gợi ý lạc nội mạc tử cung, vì nó không trải qua những thay đổi lớn trong tình trạng sau. HE4 là một loại protein liên quan đến sự trưởng thành của tinh trùng, tăng lên trong một số loại khối u ác tính ở buồng trứng và đã được sử dụng trong chẩn đoán phân biệt các khối u ở phần phụ. Ngoài các khối u ác tính, các yếu tố khác cũng ảnh hưởng đến nồng độ HE4 trong huyết thanh. Trong nghiên cứu này, chúng tôi cũng đánh giá nồng độ HE4 trước PT của nhóm bệnh nhân. Kết quả cho thấy tương tự CA 125, nồng độ HE4 trung bình nằm trong giới hạn bình thường (52,2) với

89,1% trường hợp có nồng độ <70 pmol/l.

V. KẾT LUẬN

U buồng trứng lành tính thường ở độ tuổi sinh sản. Triệu chứng cơ năng u buồng trứng lành tính thường nghèo nàn chủ yếu phát hiện khi khám phụ khoa, đau bụng và rối loạn kinh nguyệt là các nguyên nhân thường gặp tiếp theo. u chủ yếu là dễ di động (83,7%); ranh giới rõ (82,3%); Các trường hợp có nhú hoặc vách chiếm tỷ lệ thấp nhất với 11,6% trên siêu âm. Kích thước u trung bình là 6,6cm, khối lớn nhất là 15,1cm, khối nhỏ nhất là 3,0cm. Đa số trường hợp có u kích thước từ 5-10cm (80,3%). Nồng độ trung bình của CA 125 và HE4 trong giới hạn bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Gynecology.** Practice Bulletin No. 174: Evaluation and Management of Adnexal Masses. Obstet Gynecol. 2016;128(5):e210-e226. doi:10.1097/AOG.0000000000001768
2. **Mimoun C, Fritel X, Fauconnier A, Deffieux X, Dumont A, Huchon C.** [Epidemiology of presumed benign ovarian tumors.]. Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction. 2013;42.
3. **Nguyễn Thị Hồng.** Nghiên cứu điều trị u buồng trứng bằng phẫu thuật nội soi tại bệnh viện Phụ Sản Hải Phòng. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2020.
4. **Trần Thị Len** (2016). Nhận xét chẩn đoán và kết quả phẫu thuật U buồng trứng lành tính tại bệnh viện Đại Học Y Thái Bình. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2016.
5. **Minh NT, Đạt ĐT, Nguyệt ĐTM.** Kết quả phẫu thuật u biểu mô buồng trứng tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. VMJ. 2023;528(2). doi:10.51298/vmj.v528i2.6081
6. **Saleh M, Bhosale P, Menias CO, et al.** Ovarian teratomas: clinical features, imaging findings and management. Abdom Radiol (NY). 2021;46(6): 2293-2307. doi:10.1007/s00261-020-02873-0
7. **Carvalho JP, Moretti-Marques R, Filho AL da S.** Adnexal mass: diagnosis and management. Rev Bras Ginecol Obstet. 2020;42(7):438-443. doi:10.1055/s-0040-1715547
8. **Goff BA, Mandel LS, Drescher CW, et al.** Development of an ovarian cancer symptom index: possibilities for earlier detection. Cancer. 2007;109(2):221-227. doi:10.1002/cncr.22371
9. **Nguyễn Văn Tuấn.** Nghiên cứu kết quả phẫu thuật nội soi u buồng trứng tại bệnh viện Đại Học Y Hà Nội. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. Published online 2012.
10. **Puri S.** Sonographic Assessment of Ovarian Cysts and Masses. In: Ojha K, Jayaprakasan K, Polanski L, eds. Gynaecological Ultrasound Scanning: Tips and Tricks. Cambridge University Press; 2020:100-120. doi:10.1017/9781108149877.008

LIỆT ĐÁM RỐI CÁNH TAY SAU PHẪU THUẬT CẮT U SẮC TỔ BẨM SINH VÙNG LƯNG: BÁO CÁO 1 TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Nguyễn Duy Khánh¹, Phạm Quang Minh^{1,2}, Lưu Xuân Võ¹,
Nguyễn Thị Hạnh Thúy¹, Trần Thanh Hùng¹,
Lê Văn Tiến¹, Nguyễn Thanh Huyền¹

TÓM TẮT

Biến chứng liệt thần kinh sau phẫu thuật là biến chứng hiếm gặp tuy nhiên có thể để lại hậu quả nghiêm trọng cho người bệnh cũng như các vấn đề pháp lý lớn cho bác sĩ gây mê hồi sức. Ngoài nguyên nhân rõ ràng là các tổn thương trực tiếp gây ra trong quá trình mổ hay làm thủ thuật, thì kéo căng hay đè ép trực tiếp dây thần kinh cũng là nguyên nhân chính được nhiều tác giả thừa nhận có thể gây tổn thương thần kinh ngoại vi chu phẫu. Bác sĩ gây mê hồi sức cần hiểu rõ cơ chế để hạn chế tối đa nguy cơ có khả năng gây tổn thương thần kinh sau mổ. Phát hiện sớm các triệu chứng để can thiệp đúng đắn cũng cực kỳ quan trọng nhằm tăng cường hồi phục tổn thương thần kinh. Chúng tôi báo cáo một trường hợp bệnh nhân 5 tuổi, liệt đám rối thần kinh cánh tay 1 bên do đám rối cánh tay bị kéo căng sau phẫu thuật cắt u sắc tố bẩm sinh vùng lưng dưới gây mê toàn thân. Bệnh nhân đã được phát hiện dấu hiệu liệt thần kinh sau thoát mê, được chỉ định xử trí cắt chỉ vùng khâu mép da để giải phóng chèn ép cũng như tập phục hồi chức năng ngay sau mổ. Bệnh nhân hồi phục hoàn toàn cảm giác và vận động tay tổn thương sau 12 tuần.

Từ khóa: liệt đám rối thần kinh cánh tay, u sắc tố bẩm sinh, gây mê toàn thân.

SUMMARY

BRACHIAL PLEXUS PARALYSIS AFTER SURGERY FOR CONGENITAL MELANOCYTIC NEVI IN THE BACK: A CASE REPORT

Postoperative nerve paralysis is a rare complication but can result in severe consequences for patients and pose significant legal challenges for anesthesiologists. In addition to clear causes such as direct injury during surgery or procedures, nerve stretching or compression is widely recognized by many authors as a primary cause of perioperative peripheral nerve damage. Anesthesiologists must understand these mechanisms to minimize the risk of postoperative nerve injuries. Early detection of symptoms and timely intervention are critical to promoting nerve recovery. We report a case involving a 5-year-old patient who developed unilateral brachial plexus paralysis caused by stretching of the brachial plexus following the surgical excision of a congenital melanocytic nevus in the back under general

anesthesia. Signs of nerve paralysis were detected immediately after extubation, and intervention was promptly implemented. Sutures at the skin margins were removed to relieve compression, and physical rehabilitation was initiated early postoperative. The patient fully recovered sensation and motor function within 12 weeks. **Keywords:** brachial plexus paralysis, congenital melanocytic nevus, general anesthesia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tổn thương thần kinh ngoại vi sau phẫu thuật là biến chứng nặng nề, có thể để lại hậu quả nghiêm trọng cho bệnh nhân và vấn đề pháp lý cho bác sĩ gây mê hồi sức. Các tổn thương thần kinh ngoại vi hay gặp nhất được báo cáo là tổn thương thần kinh trụ, tổn thương đám rối cánh tay, tổn thương thần kinh mác chung [1]... Các tổn thương này thường do nguyên nhân gây kéo căng hay chèn ép thần kinh trong mổ do tư thế. Sự hồi phục sau mổ tùy thuộc nhiều yếu tố: mức độ tổn thương thần kinh, thời gian phát hiện, điều trị sau tổn thương... Bác sĩ gây mê cần tiên lượng được nguy cơ có thể xảy ra tổn thương thần kinh trong phẫu thuật cũng như phát hiện sớm nếu có tổn thương sau mổ để có biện pháp xử trí hợp lý, nhằm hạn chế tối đa tổn thương thần kinh ngoại vi của bệnh nhân. Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi nhằm báo cáo 1 trường hợp hiếm gặp liệt đám rối cánh tay do kéo căng đám rối gây ra bởi sự co kéo da vùng cổ sau phẫu thuật cắt bán phần u sắc tố khổng lồ vùng lưng tại bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Bệnh nhân được phát hiện sớm, sau đó tiến hành cắt chỉ vùng lưng để giải phóng chèn ép và tập phục hồi chức năng tích cực tay tổn thương sau phẫu thuật. Bệnh nhân hồi phục hoàn toàn chức năng vận động và cảm giác tay tổn thương sau 12 tuần.

II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân nam 5 tuổi, tiền sử có u sắc tố khổng lồ bẩm sinh chiếm gần toàn bộ vùng lưng, đã phẫu thuật thu nhỏ khối u 2 lần (cách 2 năm và 1 năm) dưới gây mê nội khí quản. Bệnh nhân nhập viện chỉ định cắt khối u lần thứ 3 tiếp tục thu nhỏ phần lớn khối u tiến tới cắt bỏ hoàn toàn cho lần mổ kế tiếp. Khám trước mổ, bệnh nhân nặng 18kg, cao 70cm, ASA I, không có bất thường trong quá trình gây mê và phẫu thuật

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Khánh

Email: nguyenduy.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

của hai lần mổ trước đó. Mạch 90 lần/ phút, huyết áp 90/55 mmHg. Trẻ phát triển tâm thần vận động phù hợp độ tuổi, vận động cảm giác tứ chi bình thường. Bệnh nhân được chuẩn bị quy trình mổ thường quy. Khởi mê bằng 0.06 mg fentanyl, 70 mg propofol, 12 mg esmeron, duy trì mê bằng sevoflurane duy trì MAC 0.8 – 1. Bệnh nhân được kê tư thế nằm sấp, đầu trung gian, hai tay dạng khoảng 80-90°, cẳng tay gấp khoảng 70° và lòng bàn tay sấp. Có đệm nhỏ mềm vùng hai bên khuỷu, hai đệm mềm vùng ngực và hai đệm mềm vùng hông. Phẫu thuật cắt rộng u xung quanh và tiếp tục kéo hai mép da hai bên che kín vùng khuyết da. Vì cắt rộng vùng khối u nên khi kéo hai mép da để khâu che kín vùng da khuyết rất khó khăn, vùng da cổ hai bên và vùng nách hai bên bị kéo mạnh ra sau. Phẫu thuật kéo dài 3 giờ. Trong mổ huyết động ổn định, duy trì huyết áp 85/50 – 100/60 mmHg. Không có tỳ đè hay kéo căng cánh tay và cổ bệnh nhân trong phẫu thuật. Sau mổ bệnh nhân được chuyển ra khu hồi tỉnh, và rút nội khí quản sau khoảng 30 phút. Ngay sau thoát mê, khám xét thấy bệnh nhân mất hoàn toàn vận động vùng cánh cẳng bàn tay tay trái, khó đánh giá cảm giác vì bệnh nhi khó hợp tác, sơ bộ còn cảm giác đau cánh cẳng bàn tay. Bệnh nhân được chỉ định làm điện cơ, kết quả điện cơ xác định theo dõi tổn thương đám rối cánh tay vùng trên đòn tay trái. Điện cơ tay phải chưa phát hiện bất thường. Tiến hành hội chẩn đa chuyên khoa gồm bác sĩ gây mê hồi sức, bác sĩ phẫu thuật và bác sĩ nội thần kinh. Kết quả hội chẩn định hướng tổn thương đám rối thần kinh cánh tay do đám rối bị kéo căng ra sau vùng trên đòn. Quyết định cắt chỉ tháo mép vết thương vùng mép bên trái sau rút nội khí quản khoảng 2 giờ, nhằm giải phóng kéo căng và chèn ép đám rối cánh tay. Sau phẫu thuật khoảng 4-5 tiếng, bệnh nhân bắt đầu có cử động gấp các ngón tay, và sau 24 giờ bệnh nhân có thể cử động nhẹ bàn tay, cổ tay, nhưng vẫn mất hoàn toàn vận động vùng khuỷu và các cử động đai vai, liệt ưu thế thân trên và thân giữa đám rối cánh tay. Bệnh nhân sau đó được chỉ định tập phục hồi chức năng tay trái. Vùng khuyết da do cắt chỉ 2 mép da bên trái được che phủ bởi da đầu, phẫu thuật lần 2 được tiến hành cách 10 ngày sau phẫu thuật lần thứ nhất. Bệnh nhân vẫn tiếp tục được tập hồi chức năng tay trái. Các bài tập phục hồi chức năng bao gồm: điện xung, xoa bóp vùng, tạo thuận thần kinh cơ cảm thụ bản thể chức năng và tập vận động có kháng trở. Sau 12 tuần, vận động và cảm giác tay trái phục hồi hoàn toàn.



Ảnh 1: Bệnh nhân phẫu thuật lần 1 cắt thu nhỏ khối u sắc tố vùng lưng



Ảnh 2: Bệnh nhân phẫu thuật lần 2 lấy da đầu ghép vùng khuyết da

III. BÀN LUẬN

Tỉ lệ tổn thương thần kinh ngoại vi được báo cáo khoảng 0.03% - 1.4% liên quan đến phẫu thuật và gây mê, trong đó tổn thương đám rối cánh tay là một trong các tổn thương thường gặp nhất, chiếm khoảng 20% trong tổng số các tổn thương thần kinh ngoại vi. Các tổn thương thần kinh ngoại vi có nhiều cách phân loại, trong đó phân độ của Sunderland được áp dụng rộng rãi [2].

Bảng 1: Phân độ tổn thương thần kinh ngoại vi theo Sunderland

Độ 1	Tổn thương khu trú ở bao Myelin. Phục hồi trong vài tuần đến vài tháng. Tiên lượng tốt.
Độ 2	Gián đoạn tính liên tục của sợi trục với thoái hóa Waller. Cần sự tái tạo sợi trục để phục hồi. Tiên lượng tốt.
Độ 3	Mất tính liên tục của sợi trục và ống nội thần kinh. Bao bó thần kinh (perineurium) và vỏ dây thần kinh (epineurium) vẫn được bảo tồn. Sự hình thành sẹo có thể ảnh hưởng đến phục hồi. Tiên lượng dè dặt. Có thể cần phẫu thuật.
Độ 4	Mất tính liên tục của sợi trục, tổn thương ống nội thần kinh và bao bó thần kinh. Vỏ dây còn nguyên vẹn. Cần phẫu thuật. Tiên lượng kém.
Độ 5	Dây thần kinh bị đứt hoàn toàn. Cần phẫu thuật. Tiên lượng rất kém.

Tổn thương thần kinh ngoại vi trong gây mê và phẫu thuật có thể do một hoặc vài nguyên nhân cùng phối hợp [3]. Một số tổn thương thần kinh ngoại vi sau phẫu thuật chưa được hiểu rõ, đặc biệt trong trường hợp tổn thương thần kinh trụ.

Bảng 2: Các nguyên nhân gây tổn thương thần kinh ngoại vi chu phẫu

Do phẫu thuật	Dụng cụ phẫu thuật, kim tê khi gây tê vùng, nhiệt độ cao.
Do chèn ép hoặc kéo căng	Tư thế không đúng, đệm không đầy đủ, garo, thiết bị phẫu thuật, khối máu tụ/áp xe.
Do thiếu máu cục bộ	Thường gặp hơn trong các ca phẫu thuật kéo dài, sử dụng garo, có thể liên quan đến thuốc tê gây co mạch
Do độc tính dung dịch tiêm	Thuốc tê có thể gây tổn thương dây thần kinh, đặc biệt khi sử dụng nồng độ cao, tiêm vào trong bao thần kinh, hoặc tiếp xúc kéo dài với thuốc tê cục bộ.
Tổn thương dây thần kinh sẵn có	Dây thần kinh đã bị chèn ép hoặc tổn thương trước đó do các bệnh lý hiện có như viêm khớp dạng thấp hoặc tiểu đường có nguy cơ bị tổn thương cao hơn bởi các yếu tố trong và sau phẫu thuật.

Đám rối cánh tay là vị trí thần kinh ngoại vi dễ bị tổn thương trong quá trình gây mê và phẫu thuật. Đám rối này không có khả năng vận động và nằm gần các cấu trúc xương như xương sườn số 1, xương đòn, mỏm quạ và đầu xương cánh tay khiến nó dễ bị chèn ép khi bệnh nhân không được đặt đúng tư thế [4]. Điều này càng dễ xảy ra trong quá trình gây mê toàn thân, khi trương lực cơ đã giảm do thuốc giãn cơ và thuốc gây mê [5]. Hơn nữa, bệnh nhân được gây mê không thể cảm nhận được cơn đau phát sinh do kéo căng và chèn ép. Tổn thương đám rối cánh tay thường được báo cáo do tay dạng quá mức, cánh tay xoay ngoài, cổ bệnh nhân xoay quá mức về 1 phía hoặc bị chèn ép bởi các cấu trúc như xương sườn 1 và thân xương cánh tay...Tổn thương đám rối cánh tay chu phẫu đều có thể xảy ra ở các tư thế trong phẫu thuật như nằm ngửa, nằm nghiêng hay nằm sấp. Với tư thế nằm sấp, để hạn chế tổn thương thần kinh cũng như các biến chứng liên quan đến tư thế, đầu bệnh nhân được khuyến cáo giữ ở vị trí trung tính, không gập, ngửa hoặc xoay quá mức. Tay bệnh nhân nên được dạng ra với góc tối đa là 90°, khuỷu tay gập nhẹ, lòng bàn tay hướng xuống để duy trì sự thẳng hàng trung tính của tay và cổ tay. Có đệm mềm lót vùng 2 khuỷu để tránh chèn ép thần kinh trụ [6]. Với tư thế này, đám rối cánh tay vùng liên bậc thang, vùng trên đòn và nách không bị kéo căng quá mức và không bị giảm tưới máu nuôi dưỡng. Thần kinh trụ chỗ khuỷu cũng được bảo vệ.

Đám rối cánh tay cũng có thể bị tổn thương liên quan đến một số phẫu thuật đặc thù, điển

hình như tổn thương đám rối cánh tay sau phẫu thuật tim hở được báo cáo có thể lên đến 5%. Tổn thương này do trong quá trình bóc lộ phẫu trường, xương ức kéo sang 2 bên, xương sườn 1 bị đẩy lên cao gây chèn ép vào đám rối thần kinh cánh tay gây nên tổn thương thần kinh sau mổ. Nếu như thân trên và thân giữa đám rối cánh tay hay bị tổn thương do lực kéo căng hay đè ép do tư thế thì trong phẫu thuật tim thường gây ra tổn thương thần kinh dưới của đám rối [7]. Sự chèn ép cũng đóng vai trò chính trong tổn thương đám rối cánh tay khi bệnh nhân nằm ở tư thế nằm nghiêng làm đám rối thần kinh bị ép vào lồng ngực bởi chỏm xương cánh tay.

Các bệnh nhân có bệnh lý dẫn truyền thần kinh từ trước cũng có thể dẫn đến các tổn thương thần kinh sau mổ cao hơn. Đặc biệt trên các bệnh nhân bị tổn thương thần kinh trụ tiến triển sau mổ, người ta tìm thấy có vấn đề về dẫn truyền của thần trụ ở tay đối diện trên các bản ghi điện cơ, và dường như tổn thương thần kinh tiến triển nặng hơn sau cuộc mổ [8]. Các bệnh nhân có bệnh lý nền kém tưới máu tổ chức như bệnh mạch máu ngoại vi, bệnh đái tháo đường cũng có thể góp phần gây tổn thương thần kinh sau mổ.

Mặc dù chưa có các bằng chứng rõ ràng, song các yếu tố toàn thân như tụt huyết áp, tụt nhiệt độ, thời gian phẫu thuật kéo dài...cũng có thể góp phần làm tăng khả năng liên quan đến tổn thương thần kinh chu phẫu [3].

Về ca bệnh của chúng tôi, vì khối u lớn chiếm gần hết vùng lưng nên dự kiến cắt rộng u tối đa mỗi lần phẫu thuật để tránh bị phẫu thuật quá nhiều lần. Bệnh nhân đã từng trải qua 2 lần phẫu thuật trước không có biến chứng liệt thần kinh. Lần phẫu thuật thứ 3 là lần cắt rộng tổn thương nhất dẫn đến cần kéo căng các mép da để khâu che phủ vết thương. Sau cắt và khâu các mép da, vùng da ở cổ và quanh nách bị kéo căng ra sau gây ra 1 sự kéo căng và chèn ép đáng kể vùng đám rối trên đòn và liên bậc thang, gây ra thiếu dưỡng đám rối dẫn đến liệt đám rối thần kinh cánh tay sau phẫu thuật. Bệnh nhân chỉ tiến triển liệt 1 bên trái khả năng do u vùng bên trái được cắt rộng hơn dẫn đến sự co kéo mạnh hơn vùng bên phải. Thời gian phẫu thuật trong trường hợp của chúng tôi cũng kéo dài, tổng thời gian gây mê và phẫu thuật là 3 tiếng. Đây cũng có thể là yếu tố làm tăng nguy cơ tổn thương đám rối cánh tay chu phẫu, càng làm cho thời gian đám rối bị kéo căng và chèn ép kéo dài. Dưới gây mê nội khí quản có giãn cơ, sự kéo căng đám rối càng dễ dàng do trương lực cơ giảm. Bệnh nhân khi phẫu thuật được kê tư thế nằm sấp với tay dạng khoảng 80-90°, căng

tay gấp nhẹ và đắp sấp, cố ở tư thế trung gian. Tư thế này làm giảm tối thiểu các tổn thương thần kinh cánh tay liên quan đến tư thế. Mặc dù tư thế nằm sấp không phải là tư thế hay gây tổn thương đám rối cánh tay hơn các tư thế khác và bệnh nhân cũng được kê nằm sấp theo tư thế khuyến cáo, tuy nhiên do lo ngại khả năng bị chèn ép thêm đám rối khi kê ở tư thế này, vì thế với phẫu thuật lần 2 chúng tôi đã kê bệnh nhân tư thế nằm nghiêng với tay trái được để lên trên nhằm loại trừ hoàn toàn các chèn ép có thể gây ra bởi đệm kê hay bàn mổ, gây tổn thương đám rối cánh tay thêm sau mổ. Do định hướng nguyên nhân tổn thương thần kinh trong phẫu thuật lần đầu do đám rối bị kéo căng, với phẫu thuật lần 2 vùng da hở được che phủ bởi vật da lấy ở vùng đầu, tránh gây co kéo da vùng trên đám rối dẫn đến tổn thương như phẫu thuật lần 1. Bệnh nhân sau phẫu thuật lần 2 không có dấu hiệu bị tổn thương nặng hơn đám rối cánh tay. Chúng tôi cũng loại trừ khả năng bệnh nhân có rối loạn dẫn truyền thần kinh trước phẫu thuật do khám lâm sàng trước mổ và bản ghi điện cơ sau mổ ở tay phải hoàn toàn bình thường. Bệnh nhân được phát hiện liệt đám rối cánh tay ngay sau thoát mê, được cắt chỉ mép vết mổ bên trái giải phóng chèn ép sớm làm giảm thiểu tối đa tổn thương thần kinh. Khi được giải phóng chèn ép kèm tập phục hồi chức năng phù hợp, vận động và cảm giác tay tổn thương đã dần hồi phục. Bệnh nhân sau phẫu thuật đã được tập phục hồi chức năng liên tục sau đó và hồi phục hoàn toàn chức năng vận động và cảm giác tay trái sau 12 tuần.

IV. KẾT LUẬN

Tổn thương thần kinh ngoại vi nói chung và

tổn thương đám rối cánh tay nói riêng mặc dù hiếm gặp trong phẫu thuật nhưng có thể để lại hậu quả nghiêm trọng. Bác sĩ gây mê cần đánh giá và tiên lượng các yếu tố liên quan đến tư thế phẫu thuật, các yếu tố của cuộc mổ có thể gây tổn thương thần kinh sau phẫu thuật. Các phẫu thuật như u sắc tố bẩm sinh khổng lồ cần tính toán phẫu thuật chia nhỏ nhiều lần, tránh phẫu thuật cắt quá rộng u trong một lần gây co kéo da nhiều vùng xung quanh, nguy cơ tổn thương các thần kinh ngoại vi. Cần theo dõi và đánh giá sát các triệu chứng tổn thương thần kinh sau mổ để có phương án điều trị kịp thời.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Cheney, F.W., et al.,** Nerve injury associated with anesthesia: a closed claims analysis. *Anesthesiology*, 1999. 90(4): p. 1062-9.
2. **Webster, K.,** Peripheral nerve injuries and positioning for general anesthesia. *Anesthesia tutorial* the week 258 7th May 2012. 2012.
3. **Webster, K.J.A.T.o.t.W.,** Peripheral nerve injuries and positioning for general anesthesia. 2012. 258.
4. **Parks, B.J.J.S.,** Postoperative peripheral neuropathies. 1973. 74(3): p. 348-357.
5. **Desai, D.C. and A.J.A.S. Uribe,** Brachial plexus injury due to compression: An alternative. 1997. 63(6).
6. **Alexander's Care of the Patient in Surgery,** 9th edition Meeker M Huth Rothrock JC Alexander's Care of the Patient in Surgery, 9th edition Mosby /YearBook 1058pp £38.00 0-8016-3387-7. Nurs Stand, 1992. 7(7): p. 55.
7. **Hewson, D.W., N.M. Bedford, and J.G. Hardman,** Peripheral nerve injury arising in anesthesia practice. *Anaesthesia*, 2018. 73 Suppl 1: p. 51-60.
8. **Lalkhen, A.G., K.J.C.E.i.A. Bhatia,** Critical Care, and Pain, Perioperative peripheral nerve injuries. 2012. 12(1): p. 38-42.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ TUÂN THỦ SỬ DỤNG THUỐC CỦA NGƯỜI BỆNH ĐỘNG KINH TẠI CỘNG ĐỒNG THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH NĂM 2023

Đỗ Thị Thu Hiền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thực trạng tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh động kinh tại cộng đồng thành phố Nam Định năm 2023. **Phương pháp:** Nghiên cứu

mô tả cắt ngang với phương pháp chọn mẫu thuận tiện, bộ câu hỏi tự điền để xác định mức độ tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh động kinh. **Kết quả:** Tuổi trung bình của người bệnh động kinh là 42,6 tuổi, đa số người mắc bệnh lâu năm, trên 10 năm chiếm 86,3%. 7,4% người bệnh đôi khi quên uống thuốc, 1,5% người bệnh có ngày không uống thuốc trong 2 tuần qua. 9,8% người bệnh cảm thấy phiền toái vì ngày nào cũng phải uống thuốc. 21,6% người bệnh đôi khi thấy khó nhớ các loại thuốc đang uống. 3,4% người bệnh luôn luôn thấy khó nhớ các loại thuốc đang uống. **Kết luận:** Mức độ tuân thủ sử dụng

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định
Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Thu Hiền
Email: dothuhien@ndun.edu.vn
Ngày nhận bài: 3.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025
Ngày duyệt bài: 17.3.2025

thuốc của người bệnh động kinh tương đối tốt với 8.8% tuân thủ mức thấp, 46,1% mức trung bình và 45,1% ở mức cao. **Từ khóa:** tuân thủ, động kinh

SUMMARY

ASSESSMENT OF MEDICATION COMPLIANCE OF PEOPLE WITH EPILEPSY IN THE COMMUNITY OF NAM DINH CITY IN 2023

Objective: Assessment of drug compliance of epilepsy patients in Nam Dinh city community in 2023.

Method: Cross-sectional descriptive study with convenient sampling method, self-administered questionnaire to determine the level of medication adherence of epilepsy patients. **Results:** The average age of epilepsy patients is 42.6 years old, most of whom have had the disease for a long time, over 10 years, accounting for 86.3%. 7.4% of patients sometimes forget to take medication, 1.5% of patients have days when they do not take medication in the past 2 weeks. 9.8% of patients feel annoyed because they have to take medication every day. 21.6% of patients sometimes find it difficult to remember the medications they are taking. 3.4% of patients always find it difficult to remember the medications they are taking. **Conclusion:** The level of medication adherence of epileptic patients was relatively good with 8.8% low adherence, 46.1% medium adherence and 45.1% high adherence.

Keywords: adherence, epilepsy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Động kinh là một trạng thái bệnh lý của não bộ do sự phóng điện đột ngột quá mức của tế bào thần kinh gây ra các cơn co giật cục bộ hoặc lan tỏa trong thời gian từ vài giây đến vài phút, có tính chất lặp đi lặp lại^{1,2}. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới (WHO) năm 2018 trên thế giới có khoảng 50 triệu người mắc bệnh động kinh, chiếm tỷ lệ từ 0,4% - 0,5% dân số toàn cầu, tỷ lệ này cũng đã tăng cao hơn ở những năm gần đây, chiếm khoảng 0,5% - 2% dân số. Đồng thời, hầu hết nhóm người mắc bệnh động kinh tập trung ở các nước nghèo và đang phát triển³. Thống kê cho thấy bệnh động kinh gặp nhiều hơn ở các nước châu Á, châu Phi so với châu Âu gấp 4 đến 5 lần⁴. Nghiêm trọng hơn đó là tỷ lệ động kinh ở trẻ em chiếm khoảng 0,35% tổng số người bệnh động kinh⁵. Đánh giá năm 2019 của WHO bệnh động kinh chiếm 0,75% gánh nặng bệnh tật toàn cầu⁶. Đồng thời, đây là bệnh lý mạn tính, thời gian điều trị kéo dài, bệnh làm giảm khả năng lao động dẫn đến kinh tế gia đình của người bệnh đa số là khó khăn.

Từ đầu thế kỷ XX điều trị động kinh được chuyển hướng từ các bệnh viện, các trung tâm sang hướng quản lý, điều trị tại cộng đồng. Xu hướng điều trị này tạo điều kiện thuận lợi đối với người bệnh, nâng cao hiệu quả điều trị, đặc biệt là sự tái hòa nhập của người bệnh động kinh với

cộng đồng. Hình thức điều trị này được triển khai ở Việt Nam từ những năm 1970.

Tại tỉnh Nam Định, mạng lưới quản lý, điều trị người bệnh (NB) động kinh tại cộng đồng được thiết lập từ năm 1997 và đã đạt được những thành tích nhất định. Theo thống kê của bệnh viện Tâm thần tỉnh Nam Định tháng 12 năm 2022 thì tổng số NB động kinh của cả tỉnh Nam Định đang được quản lý và điều trị tại cộng đồng là 2695 người, chiếm tỷ lệ 0.14% dân số của tỉnh, tại thành phố Nam Định là 235 người chiếm tỷ lệ 0.1% dân số của thành phố, tỷ lệ này thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu tại các tỉnh khác.

Tuy nhiên cho đến nay tại tỉnh Nam Định chưa có đề tài nghiên cứu nào về mức độ tuân thủ điều trị và phục hồi chức năng của NB động kinh tại cộng đồng ở Nam Định. Xuất phát từ những lý do trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Đánh giá mức độ tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh động kinh tại cộng đồng ở thành phố Nam Định, tỉnh Nam Định năm 2023" với mục tiêu: *Đánh giá thực trạng tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh động kinh tại cộng đồng ở thành phố Nam Định năm 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Đối tượng, thời gian và địa điểm nghiên cứu

- *Đối tượng:* Người bệnh động kinh đang được quản lý và điều trị tại cộng đồng ở thành phố Nam Định.

+ *Tiêu chuẩn lựa chọn:* Người bệnh động kinh đang sinh sống tại thành phố Nam Định và chịu sự quản lý, điều trị ngoại trú tại bệnh viện Tâm thần Nam Định. Người bệnh không mắc các bệnh lý nặng làm suy giảm nhận thức.

+ *Tiêu chuẩn loại trừ:* Người bệnh động kinh mắc kèm các bệnh lý tâm thần làm suy giảm nhận thức, giao tiếp. Người bệnh từ chối tham gia nghiên cứu.

- Thời gian: từ tháng 2/2023 đến tháng 10/2023

- Địa điểm: Thành phố Nam Định

2.3. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

Chọn mẫu toàn bộ

Dựa theo danh sách người bệnh động kinh đang được quản lý và điều trị tại cộng đồng do bệnh viện Tâm thần Nam Định quản lý, lựa chọn được 204 người bệnh đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia.

2.4. Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

- Thang điểm đánh giá tuân thủ điều trị MMAS - 8 gồm 8 mục: từ mục 1 đến mục 7 là dạng câu hỏi có/không. Mục 8 là câu hỏi lựa chọn theo Likert 5 mức.

- Cách tính điểm: Từ mục 1 đến mục 7 mỗi lựa chọn "không" được tính 1 điểm, mỗi lựa chọn "có" tính 0 điểm, mục 5 tính ngược lại "không" tính 0 điểm và "có" tính 1 điểm.

- Phân loại mức độ tuân thủ điều trị:

+ <6 điểm: tuân thủ thấp

+ 6 – 8 điểm: tuân thủ trung bình

+ 8 điểm: tuân thủ cao

- Các bước thu thập số liệu:

+ Bước 1: Lựa chọn đối tượng nghiên cứu (ĐTNC) theo tiêu chuẩn.

+ Bước 2: Giới thiệu mục đích, ý nghĩa, phương pháp và quyền lợi của người tham gia nghiên cứu. Nếu đồng ý, đối tượng nghiên cứu ký vào bản đồng thuận và được phổ biến về hình thức tham gia nghiên cứu.

+ Bước 3: Hướng dẫn ĐTNC trả lời câu hỏi và chứng kiến ĐTNC trả lời Bộ câu hỏi.

+ Bước 4: Th thập và tổng hợp phiếu, nhập và xử lý dữ liệu

2.5. Phương pháp phân tích số liệu: Mã hóa, nhập liệu, làm sạch và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0.

Phân tích mô tả tần số

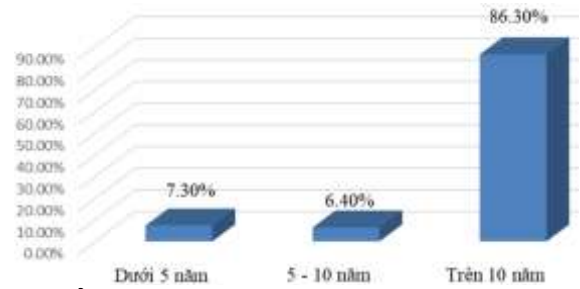
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Thông tin chung về đối tượng nghiên cứu

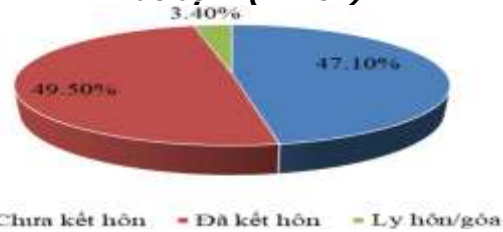
Bảng 1. Phân bố ĐTNC theo một số đặc điểm chung (n=204)

Đặc điểm chung của ĐTNC		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 20 tuổi	8	3,9
	20 – 40 tuổi	57	27,9
	41 – 60 tuổi	73	35,8
	> 60 tuổi	66	32,4
Giới tính	Nam	135	66,2
	Nữ	69	33,8
Nghề nghiệp	Học sinh, sinh viên	4	2
	Nông dân	5	2,5
	Công nhân/lao động tự do	71	34,7
	Viên chức/cán bộ	1	0,5
	Hưu trí	25	12,3
	Thất nghiệp	98	48

Nhận xét: ĐTNC thuộc nhóm dưới 20 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,9%. Người bệnh nam chiếm tỷ lệ cao hơn người bệnh nữ, tỷ lệ tương ứng 66,2%/33,8%. ĐTNC không có việc làm chiếm tỷ lệ cao nhất 48%, đối tượng viên chức/cán bộ chiếm tỷ lệ thấp nhất chỉ 0,5%.



Biểu đồ 1. Phân bố ĐTNC theo thời gian mắc bệnh (n=204)



Biểu đồ 2. Phân bố ĐTNC theo tình trạng hôn nhân (n=204)

Nhận xét: Người bệnh chưa kết hôn chiếm tỷ lệ nhiều nhất 49,5%, người bệnh ly hôn/góa chiếm tỷ lệ thấp nhất 3,4%.

3.2. Mức độ tuân thủ điều trị của đối tượng nghiên cứu

Bảng 2. Thực trạng tuân thủ sử dụng thuốc của ĐTNC (n=204)

STT	Nội dung	Tần số "có"	Tỷ lệ%
1	Đôi khi quên uống thuốc	15	7,4
2	Có ngày không uống thuốc trong 2 tuần qua	3	1,5
3	Ngừng thuốc hoặc giảm liều mà không báo trước cho bác sĩ vì cảm thấy mệt hơn khi uống thuốc	11	5,4
4	Quên mang thuốc khi đi xa	11	5,4
5	Ngày hôm qua không uống hết thuốc	13	6,4
6	Ngừng uống thuốc khi cảm thấy khỏe hơn	5	2,5
7	Cảm thấy phiền toái vì ngày nào cũng phải uống thuốc	20	9,8

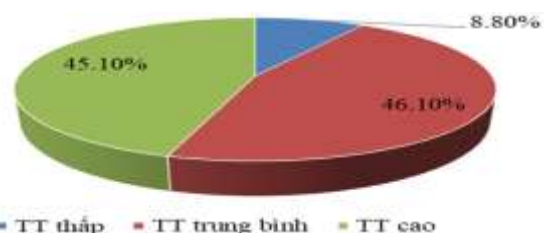
Nhận xét: có 9,8% người bệnh cảm thấy phiền toái vì ngày nào cũng phải uống thuốc, 7,4% người bệnh đôi khi còn quên uống thuốc. 6,5% người bệnh ngày hôm qua không uống hết thuốc, 1,5% người bệnh có ngày bỏ thuốc trong 2 tuần qua.

Bảng 3. Mức độ khó nhớ các loại thuốc đang uống của ĐTNC (n=204)

STT	Mức độ	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
1	Không bao giờ thấy khó nhớ	100	59

2	Hầu như không bao giờ khó nhớ	46	22,6
3	Đôi khi khó nhớ	44	21,6
4	Thường xuyên khó nhớ	7	3,4
5	Luôn luôn khó nhớ	7	3,4

Nhận xét: Đa số người bệnh cảm thấy không bao giờ khó nhớ các loại thuốc đang uống chiếm 59%, 22,6% cảm thấy hầu như không bao giờ, 21,6% người bệnh đôi khi khó nhớ các loại thuốc. 3,4% người bệnh thường xuyên khó nhớ và 3,4% người bệnh luôn luôn khó nhớ các loại thuốc đang uống.



Biểu đồ 2. Phân loại mức độ tuân thủ sử dụng thuốc của ĐTNC (n=204)

Nhận xét: Có 8,8% người bệnh tuân thủ sử dụng thuốc ở mức thấp, 46,1% người bệnh tuân thủ mức trung bình và 45,1% người bệnh tuân thủ mức cao.

Bảng 4. Mối liên quan giữa đặc điểm cá nhân và mức độ tuân thủ sử dụng thuốc

		TT thấp	TT trung bình	TT cao	p
Giới tính	Nam	15/135 (11,1%)	72/135 (53,3%)	48/135 (35,6%)	<0,05
	Nữ	3/69 (4,3%)	22/69 (31,9%)	44/69 (63,8%)	
Thời gian mắc bệnh	< 5 năm	0/15	0/15	15/15 (100%)	<0,05
	5 – 10 năm	1/13 (7,7%)	2/13 (15,4%)	10/13 (76,9%)	
	> 10 năm	17/176 (9,7%)	92/176 (52,3%)	82/176 (46,6%)	
Tình trạng hôn nhân	Chưa kết hôn/ly hôn/góa	18/103 (17,5%)	49/103 (47,6%)	36/103 (34,9%)	<0,05
	Đã kết hôn	0/101	44/101 (43,6%)	57/101 (56,4%)	

Nhận xét: Người bệnh nữ có mức độ tuân thủ sử dụng thuốc cao hơn người bệnh nam tỷ lệ tương ứng là 63,8%/35,6%. Người bệnh mắc bệnh càng lâu thì mức độ tuân thủ càng thấp và người bệnh đang kết hôn có tỷ lệ tuân thủ cao tốt hơn người bệnh độc thân.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu. Trong số 204 người bệnh động kinh tham gia nghiên cứu, 3,9% thuộc nhóm trẻ dưới 20 tuổi, 27,9% thuộc nhóm 20 – 40 tuổi, còn lại người bệnh thuộc nhóm trung niên cao tuổi. Nghiên cứu được tiến hành tại cộng đồng, do đó sự phân bố độ tuổi có sự rải đều các nhóm tuổi. Về giới tính, người bệnh nam mắc nhiều hơn hẳn người bệnh nữ, tỷ lệ nam:nữ tương ứng 2:1. Tỷ lệ tương đương với nghiên cứu của Mai Nhật Quang, Lê Văn Tuấn tại An Giang⁷. Không có nguyên nhân cụ thể chứng minh nam giới mắc động kinh nhiều hơn nữ, tuy nhiên nhiều nghiên cứu cho thấy tỷ lệ nam giới mắc động kinh thường nhiều hơn nữ, có thể do đặc điểm sinh lý, các yếu tố môi trường sống. Về nghề nghiệp, đa số người bệnh thất nghiệp hoặc làm các công việc lao động vất vả như nông dân, lao động tự do. Có thể thấy, vấn đề bệnh lý có phần nào ảnh hưởng tới việc học tập cũng như cuộc sống của người bệnh. Nếu phát bệnh động kinh từ thời thơ ấu có thể ảnh hưởng nghiêm trọng tới cuộc sống, khiến trẻ hạn chế phát triển

bản thân và học tập. Đồng thời, người bệnh động kinh cũng khó tham gia vào các công việc yêu cầu trình độ chuyên môn cao hoặc tập trung cao độ trong công việc, dẫn tới họ chỉ có thể tham gia các công việc lao động chân tay, thời vụ. Đây là vấn đề khó khăn lớn mà những người bệnh đang gặp phải, cần sự hỗ trợ từ gia đình và xã hội để họ có thể phát triển bản thân.

Về thời gian mắc bệnh, phần lớn người bệnh đã mắc trên 10 năm chiếm tỷ lệ 86,3%. Thời gian mắc bệnh phù hợp với phân bố độ tuổi của ĐTNC. Tình trạng hôn nhân của ĐTNC cho thấy, hơn 1 nửa thuộc nhóm chưa kết hôn hoặc ly hôn/góa. Có thể thấy, tình trạng bệnh tật cũng ảnh hưởng phần nào tới cuộc sống hôn nhân của người bệnh. Nhiều khi người bệnh mắc cảm bệnh tật mà lựa chọn sống độc thân thay vì kết hôn.

4.2. Mức độ tuân thủ dùng thuốc của ĐTNC và một số yếu tố liên quan. Động kinh là bệnh lý điều trị lâu dài và hầu hết người bệnh điều trị ngoại trú. Do đó, việc nhận thức của người bệnh và gia đình về bệnh, tuân thủ dùng thuốc đóng vai trò quyết định trong liệu trình điều trị. Điều trị động kinh còn kéo dài ngay cả khi người bệnh đã giảm số lượng và mức độ nghiêm trọng của cơn động kinh, người bệnh vẫn cần tuân thủ liệu trình điều trị để ngăn ngừa nguy cơ tái phát cơn động kinh. Tuy nhiên, việc sử dụng thuốc lâu dài thường gây tâm lý chán nản, bỏ quên thuốc đặc biệt là đối tượng trẻ tuổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sử dụng

thang đo MMAS-8 để đánh giá mức độ tuân thủ của người bệnh, có 7,4% người bệnh công nhận rằng đôi khi họ quên uống thuốc. Như vậy, vẫn có những người bệnh quên uống thuốc trong liệu trình điều trị, điều này có thể gây ảnh hưởng tới kết quả điều trị bệnh hoặc làm tăng nguy cơ tái phát cơn động kinh. Nghiêm trọng hơn, một số người bệnh còn tự ý điều chỉnh liều dùng thuốc. 5,4% xác nhận đã ngừng uống thuốc hoặc giảm liều mà không thông qua ý kiến của bác sĩ vì cảm thấy mệt hơn khi uống thuốc. Có thể thấy, đặc thù của thuốc điều trị động kinh là các loại thuốc có liên quan đến hướng thần, do đó người bệnh thường có xu hướng mệt mỏi, tinh thần trì trệ khi dùng thuốc. Vì vậy một số người bệnh tự ý dùng thuốc hoặc giảm liều khi cảm thấy mệt mỏi.

Trong nghiên cứu, có tới 9,8% người bệnh cảm thấy phiền toái vì ngày nào cũng phải uống thuốc. Xuất phát từ tâm lý cảm thấy phiền toái vì điều trị lâu dài là tác động trực tiếp đến việc không tuân thủ điều trị của người bệnh. Vì vậy cần có kế hoạch tư vấn, động viên hỗ trợ để người bệnh thực hiện tuân thủ dùng thuốc. Trong nghiên cứu, khoảng 1/3 người bệnh cũng cảm thấy khó nhớ các loại thuốc đang uống. Trong đó 6,8% người bệnh ở mức độ thường xuyên và luôn luôn thấy khó nhớ và 21,6% đôi khi thấy khó nhớ các loại thuốc đang uống.

Phân loại chung mức độ tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh động kinh, chúng tôi thu được có 8,8% người bệnh tuân thủ mức thấp, 46,1% tuân thủ mức trung bình và 45,1% tuân thủ mức cao. Kết quả tương đối tốt về mức độ tuân thủ của người bệnh động kinh. Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Trần Văn Trí⁸, sự khác biệt có thể do khác nhau về địa bàn, thời gian và đối tượng nghiên cứu.

Ngoài ra, trong nghiên cứu chúng tôi tìm được một số yếu tố liên quan tới mức độ tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh. Về mối liên quan giữa giới tính và mức độ tuân thủ, chúng tôi thấy rằng người bệnh nữ có mức tuân thủ dùng thuốc tốt hơn người bệnh nam. Trong số những người bệnh tuân thủ cao, tỷ lệ người bệnh nữ chiếm 63,8% và nam là 35,6%. Trái lại, ở mức tuân thủ thấp và trung bình, người bệnh nữ luôn ít hơn người bệnh nam. Có thể giải thích về mối liên quan do đa số người bệnh nữ thường có sự tỉ mỉ, quan tâm tới sức khỏe nhiều hơn so với người bệnh nam. Về thời gian mắc bệnh, chúng tôi nhận thấy rằng thời gian mắc bệnh càng lâu mức độ tuân thủ dùng thuốc càng giảm. Thực tế cho thấy, động kinh là bệnh lý mãn tính và điều trị suốt đời, ở giai đoạn ổn định

bệnh, người bệnh thường có tâm lý chủ quan, giảm hoặc bỏ dùng thuốc dẫn đến kết quả tuân thủ dùng thuốc giảm đi. Hay một mối liên quan khác được xác nhận đó là liên quan giữa tình trạng hôn nhân và mức độ tuân thủ dùng thuốc. Theo đó, người bệnh chưa kết hôn, ly hôn/góa có mức tuân thủ kém hơn người bệnh đã kết hôn. Có thể thấy đó là phản ánh thực tế từ việc ảnh hưởng, quan tâm của gia đình tới quá trình điều trị của người bệnh. Những người sống độc thân thường có khả năng cao quên dùng thuốc, tự ý bỏ dùng thuốc dẫn tới kết quả tuân thủ dùng thuốc không cao. Các mối liên quan giữa giới tính, thời gian mắc bệnh, tình trạng hôn nhân với mức độ tuân thủ có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Bên cạnh đó, không tìm thấy tương quan giữa các yếu tố tuổi, nghề nghiệp với mức độ tuân thủ dùng thuốc.

V. KẾT LUẬN

- Mức độ tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh động kinh đang được quản lý, điều trị tại cộng đồng thành phố Nam Định tương đối tốt với 8,8% tuân thủ mức thấp, 46,1% mức trung bình và 45,1% ở mức cao.

- Yếu tố giới tính, thời gian mắc bệnh, tình trạng hôn nhân có ảnh hưởng tới mức độ tuân thủ sử dụng thuốc của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện Bạch Mai.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số rối loạn tâm thần thường gặp, NXB Y học, Hà Nội. 2019:tr. 204-210
2. **Bệnh viện Tâm thần Trung ương I.** Bài viết chuyên môn về bệnh Động Kinh. <https://bvttw1.gov.vn/dong-kinh/>.
3. **Cao Tiên Đức.** Động kinh, các rối loạn tâm thần trong động kinh và điều trị, Nhà xuất bản Y Học, Hà Nội. 2017:Tr.7- 8.
4. **Đỗ Văn Dũng.** Thực trạng công tác quản lý, điều trị người bệnh động kinh tại 4 phường/xã của tỉnh Ninh Bình năm 2012
5. **Học viện Quân y.** Động kinh tâm thần và các rối loạn tâm thần trong động kinh. Giáo trình Bệnh học tâm thần, NXB Quân đội nhân dân, Hà Nội, 2016: tr 126-164.
6. **Tổ chức y tế thế giới.** Bệnh chu kỳ và kịch phát. Bản phân loại bệnh tật quốc tế, bản dịch tiếng Việt. Nhà xuất bản Y học;2020.
7. **Mai Nhật Quang, Lê Văn Tuấn.** Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng động kinh tại tỉnh An Giang. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2020;509(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v509i1.1764>.
8. **Trần Văn Trí và cộng sự.** Đánh giá kết quả quản lý, sự tuân thủ điều trị, phục hồi chức năng trên người bệnh động kinh tại huyện Mỏ Cày Bắc tỉnh Bến Tre. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2022; 517(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v517i2.3224>

DỪNG THAI NGHÉN Ở THAI QUÁ NGÀY DỰ SINH TẠI KHOA ĐẸ BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG: KẾT QUẢ, NHỮNG YẾU TỐ NGUY CƠ CHO TRẺ SƠ SINH VÀ SẢN PHỤ

Đoàn Thị Phương Lam¹, Phan Thành Nam¹,
Nguyễn Mạnh Thắng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả sản khoa và sơ sinh trường hợp thai quá ngày sinh (≥ 40 tuần + 1 ngày) tại khoa Đẻ bệnh viện phụ sản trung ương, tìm hiểu ảnh hưởng của thai quá ngày sinh lên kết cục sơ sinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thai phụ có tuổi thai ≥ 40 tuần + 1 ngày vào khoa Đẻ từ tháng 1/2023 đến tháng 12/2023, dừng thai nghén bằng các phương pháp khác nhau: mổ lấy thai, chuyển dạ tự nhiên xuất hiện, gây chuyển dạ (truyền oxytocin, đặt ống thông hai bóng Foley cải tiến, đặt propess). **Kết quả nghiên cứu:** Có 754 thai phụ quá ngày dự sinh dừng thai nghén trong năm 2023 tại khoa Đẻ, chiếm 4,48% tổng số ca đủ tháng tại khoa (754/16.289). Tỷ lệ đẻ đường âm đạo chiếm 80,5%, mổ lấy thai chiếm 19,5%. Hầu hết các trẻ sơ sinh đều khỏe mạnh, chỉ có 1 trường hợp bị ngạt và 1 trường hợp phải hồi sức tích cực nhưng sau đó đều ổn định. Tuy nhiên do số liệu thống kê trong nghiên cứu không đủ lớn nên không đưa ra kết luận về kết quả sơ sinh cũng như những bất lợi gặp phải ở trẻ sơ sinh hay những tai biến có thể gặp ở sản phụ sau sinh. **Kết luận:** nghiên cứu của chúng tôi cho thấy dừng thai nghén ở tuổi thai ≥ 40 tuần + 1 ngày tại khoa Đẻ bệnh viện Phụ sản Trung ương cho kết quả kết quả sản khoa và sơ sinh gần như tốt hoàn toàn, chỉ có 1 trường hợp trẻ biến chứng nguy hiểm nhưng sau khi hồi sức thì khỏe mạnh.

Từ khóa: gây chuyển dạ, thai quá ngày dự sinh, trẻ sơ sinh.

SUMMARY

INTRODUCTION OF LABOUR FOR BEYOND 40 WEEKS GESTATION AT DEPARTMENT OF DELIVERY - NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY: OUTCOMES, RISK FACTORS FOR NEONATAL AND MOTHER

Objectives: To assess the maternal and perinatal outcomes of pregnancies beyond 40 weeks gestation at Department of Delivery – National Hospital of Obstetrics and Gynecology and to investigate the impact of beyond 40 weeks pregnancies on neonatal outcomes. **Patients and methods:** Pregnant women beyond 40 weeks

gestation underwent induction of labor at Department of Delivery from January 2023 to December 2023 with methods of induction based on fetal condition at admission, including cesarean section (fetal macrosomia, fetal distress), spontaneous labor, induction of labor (oxytocin, modified Foley double balloon catheter, propess). **Results:** A total of 754 pregnant women beyond 40 weeks gestation underwent induction of labor in 2023, accounted for 4.48% of full-term births at Department of Delivery (754/16.289). Regarding the results of induction of labor, the rate of vaginal delivery was 80.5%, whereas only 19.5% of participants experienced cesarean section. There were one case of birth asphyxia and one case of neonatal resuscitation in our study. However, no conclusion can be drawn about adverse perinatal outcomes and maternal complications after delivery due to insufficient data. **Conclusions:** Our study showed that induction of labor in pregnancies beyond 40 weeks gestation resulted in almost completely good obstetric and neonatal. There was only one case of birth asphyxia but later he was fine.

Keywords: induction, beyond gestation, neonatal.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trẻ sơ sinh sinh ra sau thời gian mang thai kéo dài hơn 41 tuần có nguy cơ mắc bệnh và tử vong cao. Tỷ lệ tử vong chu sinh (được định nghĩa là thai chết lưu cộng với tử vong sơ sinh sớm) ở tuần thứ 42 thai kỳ tăng gấp đôi so với ở tuần thứ 40 và tăng gấp 3 ở tuần thai thứ 43 [1]. Ở nhiều quốc gia, việc khởi phát chuyển dạ được khuyến cáo bắt đầu từ tuần thứ 41 thai kỳ để giảm tỷ lệ mắc bệnh và tử vong chu sinh, còn tổ chức Y tế Thế Giới khuyến cáo nên gây chuyển dạ ở tuần thai thứ 41 [2]. Tổng quan hệ thống Cochrane mới cập nhật gần đây về các nghiên cứu có đối chứng ngẫu nhiên trong gây chuyển dạ của Middleton và cộng sự với 20 nghiên cứu về kết quả khởi phát chuyển dạ ở thai 41 tuần so với việc quản lý theo dõi cho đến thai 42 tuần đã cho kết quả khởi phát chuyển dạ ở thai 41 tuần làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong chu sinh, nhập viện chăm sóc tích cực sơ sinh và bệnh lý nặng ở trẻ sơ sinh[3].

Tại bệnh viện Phụ sản trung ương, hầu hết các trường hợp thai quá ngày sinh từ > 40 tuần + 1 ngày đều được cho nhập viện để khởi phát chuyển dạ, tuy nhiên chưa có một nghiên cứu thống kê nào về kết quả cũng như những tai biến, biến chứng với sản phụ và trẻ sơ sinh

¹Bệnh viện Phụ sản Trung ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Thị Phương Lam

Email: doanphuonglam.nhog@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

những trường hợp thai kỳ kéo dài này. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với hai mục tiêu:

1. Kết quả sản khoa và sơ sinh ở thai quá ngày dự sinh tại khoa Đẻ bệnh viện phụ sản trung ương năm 2023.

2. Tìm hiểu mối liên quan giữa thai quá ngày sinh với tai biến, biến chứng ở trẻ sơ sinh.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm tất cả những thai phụ có tuổi thai từ trên 40 tuần (≥ 40 tuần 1/7 ngày) tại khoa Đẻ trong thời gian từ tháng 1 năm 2023 đến hết tháng 12 năm 2023 thỏa mãn tiêu chuẩn: một thai sống, ngôi chỏm. Loại trừ khỏi nghiên cứu những trường hợp: thai ≤ 40 tuần, có tiền sử mổ lấy thai trước đó, thai bất thường, ngôi thai bất thường, đái tháo đường thai nghén nặng, cao huyết áp nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: mô tả theo dõi dọc.

2.3. Các bước tiến hành: Chúng tôi chia nhóm nghiên cứu thành 2 nhóm gồm nhóm 1 có tuổi thai 40 tuần 1/7 ngày đến 40 tuần 7/7 ngày và nhóm 2 có tuổi thai từ 42 tuần trở lên. Từ hai nhóm nghiên cứu chúng tôi thực hiện các chỉ tiêu nghiên cứu sau sau: hướng xử trí, phương pháp khởi phát chuyển dạ và kết quả sản khoa đạt được, kết quả trẻ sơ sinh khỏe mạnh, trẻ sơ sinh ngạt với điểm Apgar 1 phút < 4 và 5 phút < 7 điểm, thai lưu và chết chu sinh, trẻ sơ sinh bị hội chứng hít phân su, trẻ sơ sinh phải chăm sóc đặc biệt,

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1 năm 2023 đến hết tháng 12 năm 2023 chúng tôi ghi nhận có 754 trường hợp thai phụ từ trên 40 tuần (754/16.289 ca đẻ đủ tháng) tại khoa Đẻ bệnh viện Phụ sản trung ương. Phân tích số liệu nghiên cứu chúng tôi thu được các kết quả như sau:

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

Đặc điểm chung	Thai 41	Thai 42	p
----------------	---------	---------	---

Bảng 4. Kết quả sản phụ và trẻ sơ sinh trong nghiên cứu

Kết quả thai phụ và trẻ sơ sinh		Thai 41 tuần		Thai ≥ 42 tuần		p
		n	%	n	%	
Kết quả sau sinh sản phụ	Khỏe mạnh	721	97,8	17	94,4	1,0*
	Băng huyết sau sinh	2	0,3	0	0,0	
	Nhiễm khuẩn	14	1,9	1	5,6	
	Khác	0	0,0	0	0,0	
Kết quả trẻ sơ sinh	Khỏe mạnh	735	99,8	18	0	0,339*
	Ngạt	1	0,1	0	0	
	Hội chứng hít phân su	0	0	0	0	
	Hồi sức tích cực	1	0,1	0	0	

		tuần		tuần		
		n	%	n	%	
Tuổi sản phụ	< 35 tuổi	671	91,2	14	77,8	0,074*
	≥ 35 tuổi	65	8,8	4	22,2	
Số lần sinh	Lần 1	455	61,8	6	33,3	0,025*
	Lần ≥ 2	281	38,2	12	66,7	
Tổng		736	97,6	18	2,4	

*Fisher's exact test

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ thai quá ngày sinh ở nhóm sinh con lần đầu so với nhóm sinh con lần 2 trở đi. Cụ thể nhóm sinh con so có số lượng thai quá ngày sinh gấp đôi nhóm sinh con dạ ở tuổi thai 41 tuần.

Bảng 2: Phương pháp xử trí thai quá ngày sinh

Xử trí thai quá ngày dự sinh		Thai 41 tuần (N)	Thai ≥ 42 tuần (N)	P
Mổ lấy thai (n=62)	Thai to	58	0	0,0001*
	Suy thai	4	0	
Khởi phát chuyển dạ (n=590)	Truyền oxytocin	165	2	
	Đặt ống thông hai bóng	384	4	
	Đặt propess	35	0	
Chuyển dạ tự nhiên (n=102)		90	12	

*Fisher's exact test

Nhóm tuổi thai 41 tuần sử dụng các phương pháp khởi phát chuyển dạ chiếm tỷ lệ cao hơn rất nhiều so với nhóm tuổi thai từ 42 tuần trở lên, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê.

Bảng 3: Kết quả cuộc chuyển dạ thai quá ngày sinh

Kết quả cuộc chuyển dạ	N	%
Mổ lấy thai	147	19,5%
Đẻ đường âm đạo (đẻ thường, đẻ thủ thuật)	607	80,5%
Tổng số	754	100%

Nhận xét: Số lượng thai phụ quá ngày dự kiến sinh đẻ được đường âm đạo chiếm tỷ lệ cao đạt 80,5%.

*Fisher's exact test

Không có sự khác biệt về kết quả sản khoa và sơ sinh trong nhóm thai quá ngày dự sinh 41 tuần so với nhóm thai già tháng ≥ 42 tuần.

IV. BÀN LUẬN

Trong năm 2023 tại khoa Đẻ bệnh viện Phụ sản Trung ương ghi nhận có 754 thai phụ quá ngày dự sinh nhập viện trên tổng số 16.829 ca sinh đủ tháng tại khoa, chiếm tỷ lệ 4,48% tổng số ca đẻ đủ tháng trở lên tại khoa. Trong tổng số 754 số thai phụ của nghiên cứu thì tuổi thai 41 tuần chiếm 97,6%, số thai phụ 42 tuần chiếm 2,4% (bảng 1). Kết quả này cho thấy tại bệnh viện Phụ sản trung ương hầu hết những trường hợp thai quá ngày sinh được dừng thai ở tuần 41, chỉ có một số trường hợp nhỏ dừng thai ở tuần thứ 42. Qua tìm hiểu về thai 42 tuần chúng tôi nhận thấy hầu hết các trường hợp này không quản lý thai tại viện, chỉ khi thấy quá ngày sinh lâu chưa chuyển dạ, lo lắng mới nhập viện. Về tuổi sản phụ có thai quá ngày sinh trong nghiên cứu gặp nhiều nhất là dưới 35 tuổi và hai phần ba trong số thai phụ này sinh con lần đầu.

Về hướng xử trí thai quá ngày sinh và kết quả sản khoa thu được thể hiện qua bảng 2 và bảng 3 cho thấy có 62 trường hợp phải mổ lấy thai vì thai to hoặc tim thai có nhịp chậm (chiếm 8,2%), 102 trường hợp thai quá ngày sinh tự chuyển dạ tự nhiên không cần can thiệp gì – chiếm 13,5%, còn lại 590 thai phụ được khởi phát chuyển dạ bằng các phương pháp thông dụng theo phác đồ điều trị của bệnh viện tùy theo điểm Bishop cổ tử cung của thai phụ tại thời điểm vào khoa như: truyền oxytocin tĩnh mạch, đặt ống thông hai bóng Foley cải tiến, đặt thuốc proress. Kết quả cuộc chuyển dạ ở thai quá ngày sinh trong nghiên cứu của chúng tôi thu được tỷ lệ đẻ đường âm đạo đạt 80,5%, chỉ có 19,5 % trường hợp phải mổ lấy thai. Điều này cho thấy hiệu quả các phác đồ điều trị thai quá ngày sinh tại bệnh viện Phụ sản trung ương cho kết quả thành công đẻ đường âm đạo cao.

Về kết quả sản phụ sau đẻ chúng tôi ghi nhận có 2 sản phụ bị băng huyết sau đẻ và 15 sản phụ bị nhiễm khuẩn sau đẻ (bảng 4). Tìm hiểu nguyên nhân dẫn đến băng huyết, nhiễm khuẩn chúng tôi nghi ngờ do chuyển dạ kéo dài và tất cả những trường hợp này đều được gây chuyển dạ bằng đặt bóng hoặc đặt proress. Kết quả này của chúng tôi tương tự với kết quả nghiên cứu của một số báo cáo khác là tỷ lệ sản phụ mắc nhiễm khuẩn hoặc băng huyết sau đẻ hay gặp ở nhóm gây chuyển dạ [4] [5].

Về kết quả trẻ sơ sinh ra đời kết quả nghiên cứu cho thấy: hầu hết các trẻ sơ sinh đẻ ra khỏe mạnh, chỉ có một trường hợp sơ sinh ngạt và 1 trẻ sơ sinh phải điều trị hồi sức tích cực ngay sau sinh và cả hai trường hợp này đều sinh ở tuổi thai 41 tuần (bảng 4) và sau đó khỏe mạnh sau hồi sức ngày thứ 2. Theo nghiên cứu của Anita và cộng sự cũng cho thấy việc khởi phát chuyển dạ ở thai tuần thứ 41 trở đi làm giảm tỷ lệ tử vong chu sinh, giảm tỷ lệ trẻ sơ sinh phải hồi sức cấp cứu hơn so với thai 42 tuần trở đi [6].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc kết thúc thai kỳ ở tuổi thai từ 40 tuần + 1 ngày tại khoa Đẻ bệnh viện phụ sản trung ương cho kết quả người mẹ và trẻ sơ sinh tốt, không có trường hợp nào bị tử vong chu sinh do thai quá ngày sinh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Wennerholm U-B, Saltvedt S, Wessberg A, Alkmark M, Bergh C, Wendel SB, et al.** Induction of labour at 41 weeks versus expectant management and induction of labour at 42 weeks (SWEdish Post-term Induction Study, SWEPIIS): multicentre, open label, randomised, superiority trial. *BMJ*. 2019; 20:367,l6131. <https://doi.org/10.1136/bmj.l6131> PMID: 31748223
2. **Kortekaas JC, Scheuer AC, de Miranda E, van Dijk AE, Keulen JKJ, Bruinsma A, et al.** Perinatal death beyond 41 weeks pregnancy: an evaluation of causes and substandard care factors as identified in perinatal audit in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2018 Sep 20; 18 (1):380. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1973-0> PMID: 30236080.
3. **Middleton P, Shepherd E, Crowther CA.** Induction of labour for improving birth outcomes for women at or beyond term. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 5:CD004945. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD004945.pub4> PMID: 29741208
4. **Thomas J, Fairclough A, Kavanagh J, Kelly AJ.** Vaginal prostaglandin (PGE2 and PGF2a) for induction of labour at term. *Cochrane Database Syst Rev* CD003101. 2014. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003101.pub3> PMID: 24941907
5. **Du YM, Zhu LY, Cui LN, Jin BH, Ou JL.** Double-balloon catheter versus prostaglandin E2 for cervical ripening and labour induction: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BJOG*. 2017; 124:891–9. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.14256> PMID: 27533177
6. **Anita C. J. Ravelli, Joris A. M. van der Post, Christianne J. M. de Groot, Ameen Abu-Hannal.** Does induction of labor at 41 weeks (early, mid or late) improve birth outcomes in low-risk pregnancy? A nationwide propensity score-matched study. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2023;102:612–625.

THỰC TRẠNG KÍCH ĐỘNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH HỒI SỨC TÍCH CỰC TẠI KHOA NỘI - HỒI SỨC THẦN KINH, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Nguyễn Thị Phương¹, Nguyễn Anh Tuấn^{1,2},
Dương Minh Đức¹, Phạm Thị Ngọc², Trần Đăng Thanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ xuất hiện kích động trên người bệnh Hồi sức tích cực (ICU) và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tại Khoa Nội - Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu được tiến hành trên 74 người bệnh ICU. Bộ công cụ Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) được sử dụng để xác định tình trạng kích động trên người bệnh. **Kết quả:** Tỷ lệ người bệnh có tình trạng kích động trong 7 ngày đầu tiên sau nhập ICU là 55,4%. Các yếu tố bao gồm: tiền sử lạm dụng rượu, thông khí nhân tạo, có buộc giữ, thời gian thở máy, điểm Glasgow, điểm CPOT của người bệnh có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng xuất hiện kích động. Trong đó, điểm Glasgow và điểm CPOT là các yếu tố dự đoán có ý nghĩa thống kê với sự xuất hiện của tình trạng kích động. **Kết luận:** Để nâng cao chất lượng điều trị và chăm sóc thì việc đào tạo cho nhân viên y tế đặc biệt là Điều dưỡng ICU đánh giá tình trạng kích động từ đó có những biện pháp phòng ngừa và kiểm soát kích động sớm là vô cùng cần thiết. **Từ khóa:** Thang đo kích động - an thần Richmond (RASS), yếu tố dự đoán, người bệnh ICU

SUMMARY

AGITATION AND RELATED FACTORS AMONG INTENSIVE CARE UNIT PATIENTS AT THE DEPARTMENT OF NEUROLOGY AND NEURO INTENSIVE CARE, VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Determine the incidence of agitation and explore related factors among ICU patients at the Department of Neurology and Neuro Intensive Care, Viet Duc University Hospital. **Methodology:** Prospective cohort study was conducted in 74 ICU patients. Richmond Agitation Sedation Scale (RASS) was used to determine agitation status in patients. **Results:** The incidence of agitation in patients during the first 7 days after ICU admission is 55.4%. Factors such as a history of alcohol abuse, mechanical ventilation, use of physical restraints, and duration of mechanical ventilation, GCS score, and CPOT score are significant and related the occurrence of agitation. Among these, the GCS and CPOT score are significant predictive factors for the occurrence of agitation.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phương

Email: nguyennphuong5610@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.2.2025

Ngày duyệt bài: 17.3.2025

Conclusion: It is essential to train healthcare staff, especially ICU nurses, to assess agitation in order to improve the quality of treatment and care. This will facilitate the implementation of preventive measures and the early control of agitation.

Keywords: RASS, predictors, ICU patients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Kích động là một rối loạn chức năng nhận thức cấp tính thường thấy ở những người bệnh được đưa vào điều trị tại ICU. Các nghiên cứu cho thấy rằng từ 31,8 – 56,7% người bệnh ICU có biểu hiện kích động.^{1,2} Kích động có liên quan đến các kết quả bất lợi như tỷ lệ tự rút ống nội khí quản ngoài kế hoạch cao hơn, nguy cơ rút các ống thông tiểu, ống thông dạ dày, ven truyền, tháo bỏ thiết bị, ngã và bị thương; hơn nữa, những trường hợp bị kích động có thể cần buộc giữ hạn chế về vận động để kiểm soát sự kích động và cần nhiều thuốc an thần và giảm đau hơn, dẫn tới kéo dài thời gian nằm trong ICU, gia tăng chi phí điều trị và tăng tỷ lệ tử vong.^{3,4}

Khoa Nội - Hồi sức Thần kinh trực thuộc Trung tâm Phẫu thuật Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức có tổng 16 giường ICU. Là một khoa Hồi sức chuyên sâu về Thần kinh, có rất nhiều nguyên nhân tiềm ẩn gây kích động trên nhóm người bệnh này; tuy nhiên, dữ liệu về các yếu tố dự đoán kích động trên nhóm người bệnh này còn hạn chế. Do đó, nghiên cứu đã được thực hiện với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ xuất hiện kích động trên người bệnh ICU và tìm hiểu một số yếu tố liên quan tại Khoa Nội - Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

• Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Tất cả người bệnh được điều trị nội trú tại đơn vị Hồi sức tích cực, Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện hữu nghị Việt Đức năm 2023.

- Người bệnh ≥ 18 tuổi.

• Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh điều trị nội trú tại đơn vị Hồi sức tích cực dưới 24 giờ.

- Người bệnh rối loạn tâm thần.

- Gia đình người bệnh không đồng ý cho

người bệnh tham gia vào nghiên cứu.

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 04/2023 đến tháng 12/2023

Phương pháp nghiên cứu: tiến cứu, mô tả.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu toàn bộ, có 74 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu.

Bộ công cụ nghiên cứu: Gồm 2 phần:

- Phần 1: Đặc điểm lâm sàng của người bệnh, bao gồm: Tuổi, giới, BMI, bệnh mãn tính (đái tháo đường, tăng huyết áp, tim mạch, hô hấp), hút thuốc, lạm dụng rượu, nguyên nhân nhập ICU, thở máy, điểm Glasgow, đánh giá đau theo thang điểm CPOT, số ngày thở máy, số ngày nằm ICU.

- Phần 2: Thang đo kích động – an thần Richmond (RASS): được phát triển từ năm 2002, ngày càng được sử dụng nhiều trên thế giới. RASS có thể được sử dụng ở tất cả người bệnh nhập viện để mô tả mức độ tỉnh táo hoặc kích động của họ. Thang điểm RASS đã đưa ra được nhiều mức độ kích động - an thần khác nhau, việc mô tả giữa các mức độ kích động - an thần cũng rất rõ ràng, chi tiết, dễ hiểu. RASS là thang điểm với 10 mức độ, trong đó: có 4 cấp độ lo lắng hoặc kích động (RASS +1 đến RASS +4); 1 mức độ biểu thị trạng thái bình tĩnh và tỉnh táo (RASS 0); và 5 cấp độ an thần (RASS -1 đến RASS -5).

Phương pháp phân tích và xử lý số liệu.

Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến liên tục được trình bày dưới dạng giá trị trung bình (M) và độ lệch chuẩn (SD). Biến phân loại được tính theo tần số (n) và tỷ lệ phần trăm (%). Một số thuật toán thống kê phân tích (Independent Sample T-test, Chi-square, Fisher's exact test) được sử dụng để tìm hiểu một số yếu tố liên quan. Multiple Logistic Regression được sử dụng để tìm ra các yếu tố dự đoán tình trạng kích động của người bệnh. Với tất cả các phân tích, giá trị $p < 0,05$ chỉ ra sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

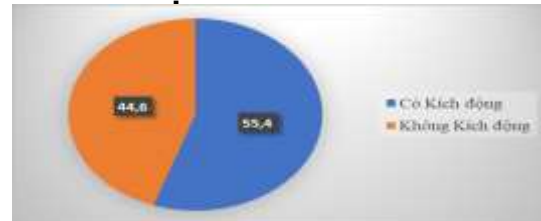
Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu tuân thủ các quy định về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Thông tin cá nhân của người tham gia sẽ được mã hóa để xác định người tham gia. Tất cả các biểu mẫu thu thập và dữ liệu được bảo mật và chỉ nhà nghiên cứu mới có thể truy cập vào dữ liệu. Nghiên cứu viên chỉ quan sát không can thiệp hay thay đổi bất cứ quy trình nào tại đơn vị thực hiện. Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học của Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức

thông qua theo quyết định số 1275/QĐ-VD ngày 29/5/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

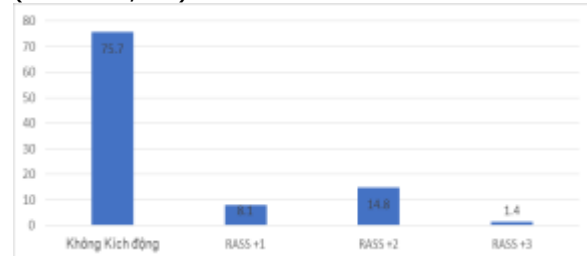
Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Tuổi trung bình của người bệnh là $46,07 \pm 18,80$; với đa số là nam giới (74,3%). Hơn một nửa số người bệnh đều không có tiền sử hút thuốc lá và uống rượu (lần lượt là 54,1% và 83,8%). Phần lớn người bệnh có tình trạng phẫu thuật sọ não (68,9%). Thời gian thở máy và thời gian nằm ICU trung bình lần lượt là $12,61 \pm 9,06$ ngày và $16,76 \pm 9,71$ ngày, với 70,3% người bệnh có tình trạng thông khí nhân tạo. Điểm Glasgow và điểm CPOT trung bình là $6,96 \pm 1,56$ và $2,20 \pm 1,84$ điểm.

Thực trạng kích động trên người bệnh Hồi sức tích cực



Biểu đồ 1: Tình trạng kích động của người bệnh trong 7 ngày đầu nhập ICU (n = 74)

Nhận xét: Có 41 người bệnh xuất hiện tình trạng kích động (đạt điểm từ +1 tới +4 trên thang điểm RASS) trong 7 ngày đầu nằm ICU (chiếm 55,4%).



Biểu đồ 2: Mức độ kích động của người bệnh trong ngày đầu tiên nhập ICU (n=74)

Nhận xét: Biểu đồ 1 cho thấy trong 24 giờ đầu nhập khoa, có 1,4% số người bệnh có kích động đạt điểm +3 trên thang điểm RASS (giật kéo nội khí quản, catheter hoặc có hành vi quá khích với nhân viên y tế); có tới 14,8% số người bệnh có kích động đạt điểm +2 trên thang điểm RASS (thường xuyên giãy giụa hoặc thở chống máy); có 8,1% số người bệnh có kích động đạt điểm +1 trên thang RASS (lo lắng hoặc sợ hãi nhưng không giãy giụa quá mức).

Một số yếu tố liên quan đến sự xuất hiện tình trạng kích động

Bảng 1: Một số yếu tố liên quan đến tình trạng kích động trên người bệnh ICU (n=74)

		Có (n=41)	Không (n=33)	Tổng (n=74)	t/X ²	p value
Tiền sử lạm dụng rượu	Có	10 (83,3)	2 (16,7)	12 (16,2)	4,521	0,033
	Không	31 (50,0)	31 (50,0)	62 (83,8)		
Thông khí nhân tạo	Có	22 (42,3)	30 (57,7)	52 (70,3)	12,144	< 0,001
	Không	19 (86,4)	3 (13,6)	22 (29,7)		
Có buộc giữ không	Có	30 (68,2)	14 (31,8)	44 (59,5)	7,100	0,007
	Không	11 (36,7)	19 (63,3)	30 (40,5)		
Thời gian thở máy		10,10 ± 9,04	15,73 ± 8,19	12,61 ± 9,06	2,777	0,007
Điểm Glasgow		7,63 ± 1,63	6,14 ± 0,97	6,96 ± 1,56	-4,865	< 0,001
Điểm CPOT		3,02 ± 1,77	1,17 ± 1,36	2,20 ± 1,84	-4,954	< 0,001

Nhận xét: Kết quả cho thấy tiền sử lạm dụng rượu, thông khí nhân tạo, có buộc giữ không, thời gian thở máy, điểm Glasgow, điểm CPOT của người bệnh có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng xuất hiện kích động ($p = 0,033$; $p < 0,001$; $p = 0,007$, $p = 0,007$; $p < 0,001$; $p < 0,001$).

Các yếu tố dự đoán tình trạng kích động

Bảng 2: Các yếu tố dự đoán tình trạng kích động trên người bệnh ICU (n = 74)

Biến	B	SE	Odds ratio	p
Tiền sử lạm dụng rượu	-1,955	1,014	3,715	0,054
Thông khí nhân tạo	-0,776	0,886	0,767	0,381
Có buộc giữ không	0,458	0,684	0,448	0,503
Thời gian thở máy	0,001	0,039	0,001	0,979
Điểm Glasgow	0,629	0,299	4,435	0,035
Điểm CPOT	0,041	0,018	5,356	0,021

Nagelkerke R Square = 0,536

Nhận xét: Hồi quy logistic được sử dụng để đánh giá liệu các biến dự đoán gồm tiền sử uống rượu, thông khí nhân tạo, có buộc giữ không, thời gian thở máy, điểm Glasgow, điểm CPOT có dự đoán có ý nghĩa thống kê với tình trạng xuất hiện kích động (giả định về quan sát các biến độc lập và phụ thuộc có tương quan tuyến tính với log được kiểm tra và đáp ứng). Khi tất cả các biến này được xem xét cùng nhau chúng dự đoán có ý nghĩa thống kê liệu tình trạng kích động có xuất hiện hay không với $X^2 = 39,058$, $df = 8$, $n = 74$, $p < 0,001$. Bảng 2 cho thấy nguy cơ xuất hiện tình trạng kích động tăng lên khi điểm Glasgow và điểm CPOT tăng lên.

IV. BÀN LUẬN

Tình trạng kích động trên người bệnh ICU. Người bệnh có tổn thương thần kinh thường dẫn đến rối loạn ý thức, và khi trong tình trạng hôn mê có thể biểu hiện hành vi vận động bất thường, đặc trưng bởi tăng động, chuyển

động không có mục đích và kích động gây gián đoạn, ảnh hưởng đến việc chăm sóc người bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ người bệnh có tình trạng kích động trong quá trình điều trị 7 ngày đầu tiên sau nhập ICU khá cao với tỉ lệ 55,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của David 2020 với tỉ lệ kích động trên người bệnh chấn thương sọ não (CTSN) điều trị tại ICU là 56,7%.¹ Nghiên cứu của tác giả Wang năm 2021 cũng cho thấy tỉ lệ kích động trên 308 người bệnh ICU sau CTSN là 52,6%.⁵ Tuy nhiên kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Thiago năm 2016 với tỉ lệ kích động của người bệnh trong 7 ngày đầu sau nhập ICU là 31,8%,² nghiên cứu của tác giả Singh thực hiện trên 146 người bệnh chấn thương sọ não cho thấy tỉ lệ kích động là 36,3%.⁶ Sự thay đổi về tỉ lệ kích động này có thể được giải thích bằng sự khác biệt trong tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh, sử dụng các bộ công cụ sàng lọc kích động khác nhau (RASS, ABS, Ramsay score), thời gian đánh giá kích động sau khi nhập ICU, và nhận thức không đầy đủ hoặc quá mức về những hành vi này.

Các yếu tố liên quan đến tình trạng kích động. Kết quả cho thấy tiền sử lạm dụng rượu có liên quan với tình trạng xuất hiện kích động. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Jaber với việc chỉ ra tiền sử nghiện rượu làm tăng nguy cơ kích động lên 3 lần.⁷ Nghiên cứu của tác giả Burk 2014 cũng cho thấy tiền sử nghiện chất có nguy cơ làm tăng tỉ lệ kích động lên 2,5 lần.⁸

Thông khí nhân tạo có liên quan đến tình trạng xuất hiện kích động, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Almeida.⁹ Lý do có thể giải thích cho mối liên quan này bao gồm sự hiện diện của ống nội khí quản/mở khí quản, dịch tiết đường hô hấp và sự không đồng bộ với máy thở.

Đa phần người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi đều được buộc giữ để hạn chế tình trạng người bệnh rút ống, và tình trạng buộc giữ cũng được chỉ ra là có mối liên quan đến tình trạng xuất hiện kích động. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Burk.⁸ Mặc dù khó có thể xác định liệu việc sử dụng biện pháp buộc giữ diễn ra trước hay sau khi bị kích động, tuy nhiên mối liên hệ giữa biện pháp buộc giữ và tình trạng kích động là rõ ràng, việc hạn chế vận động bằng biện pháp buộc giữ về mặt thể chất sẽ làm tăng tình trạng căng thẳng, từ đó có thể làm tăng tình trạng kích động.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra điểm Glasgow và điểm đau theo CPOT của người có liên quan với tình trạng xuất hiện kích động, trong đó nhóm người bệnh có tình trạng kích động có điểm Glasgow, điểm CPOT cao hơn nhóm người bệnh không có tình trạng kích động. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu khác trước đó.^{2,3,4,9} Phần lớn người bệnh tham gia trong nghiên cứu của chúng tôi đều có tình trạng phẫu thuật (68,9%), điều này cho thấy họ có khả năng cao trải qua cơn đau trong vòng 7 ngày đầu tiên theo dõi. Đau vừa hoặc nặng thường phổ biến hơn ở những người bệnh kích động, tuy nhiên nghiên cứu không chỉ ra liệu cơn đau của người bệnh có xảy ra trước khi kích động hay không, bên cạnh đó việc đo lường cơn đau, đặc biệt là ở một nhóm người bệnh không có khả năng giao tiếp là khó khăn và việc đánh giá tính hợp lệ thường khó nắm bắt.⁸

Nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn tồn tại một số hạn chế. Nghiên cứu với cỡ mẫu nghiên cứu nhỏ, được thực hiện tại một đơn vị ICU (chuyên về thần kinh) do đó kết quả của chúng tôi có thể không khái quát chung được đối với các ICU khác - nơi hệ thống chăm sóc sức khỏe bao gồm các đặc điểm về bệnh nhân, cơ sở vật chất, nguồn lực nhân viên y tế có sự khác biệt. Bên cạnh đó, tỉ lệ xuất hiện kích động của người bệnh ICU có sự khác biệt giữa các nghiên cứu xuất phát từ lý do đối tượng nghiên cứu được lựa chọn, bộ công cụ được sử dụng để sàng lọc và thời gian được sử dụng để theo dõi tình trạng kích động vẫn chưa có sự thống nhất giữa các nghiên cứu. Một hạn chế khác là nghiên cứu của chúng tôi đã không ghi lại liều lượng và thuốc an thần, giảm đau được sử dụng hàng ngày và thuốc gây mê trong thời gian phẫu thuật cho người bệnh (mà hơn một nửa số người bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi có tình trạng phẫu thuật), do đó chúng tôi không thể đánh giá

ảnh hưởng của thuốc an thần, giảm đau và thuốc gây mê trong nhóm đối tượng này.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu trên tổng số 74 người bệnh ICU tại Khoa Nội – Hồi sức Thần kinh, chúng tôi thu được các kết quả chính như sau: Tỉ lệ người bệnh có tình trạng kích động trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao (55,4%). Các yếu tố tiền sử lạm dụng rượu, thông khí nhân tạo, có buộc giữ không, thời gian thở máy, điểm Glasgow, điểm CPOT của người bệnh có liên quan có ý nghĩa thống kê với tình trạng xuất hiện kích động ($p < 0,05$). Trong đó, điểm Glasgow và điểm CPOT là các yếu tố dự đoán có ý nghĩa thống kê với sự xuất hiện của tình trạng kích động.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Williamson DR, Cherifa SI, Frenette AJ, et al.** Agitation, confusion, and aggression in critically ill traumatic brain injury-a pilot cohort study (ACACIA-PILOT). Pilot and feasibility studies. Dec 11 2020;6(1):193. doi:10.1186/s40814-020-00736-5
2. **Thiago M. L. A., Luciano C. P. A., Paulo M. G. N., et al.** Risks factors for agitation in clinical ill patients. Res Bras Ter Intensiva. 2016;28(4):413-419.
3. **O'Connor H, Al-Qadheeb NS, White AC, et al.** Agitation during prolonged mechanical ventilation at a long-term acute care hospital: risk factors, treatments, and outcomes. Journal of intensive care medicine. Jul-Aug 2014;29(4):218-24. doi:10.1177/0885066613486738
4. **Luk E, Sneyers B, Rose L, et al.** Predictors of physical restraint use in Canadian intensive care units. Critical care (London, England). Mar 24 2014;18(2):R46. doi:10.1186/cc13789
5. **Wang Z, Winans NJ, Zhao Z, et al.** Agitation Following Severe Traumatic Brain Injury Is a Clinical Sign of Recovery of Consciousness. Original Research. 2021-April-21 2021;8doi: 10.3389/fsurg.2021.627008
6. **Singh R, Venkateshwara G, Nair KP, et al.** Agitation after traumatic brain injury and predictors of outcome. Brain injury. 2014;28(3): 336-40. doi:10.3109/02699052.2013.873142
7. **Jaber S, Chanques G, Altairac C, et al.** A prospective study of agitation in a medical-surgical ICU: incidence, risk factors, and outcomes. Chest. Oct 2005;128(4):2749-57. doi:10.1378/chest.128.4.2749
8. **Burk RS, Grap MJ, Munro CL, et al.** Predictors of agitation in critically ill adults. American journal of critical care: an official publication, American Association of Critical-Care Nurses. Sep 2014; 23(5):414-23. doi:10.4037/ajcc2014714
9. **Almeida TM, Azevedo LC, Nosé PM, et al.** Risk factors for agitation in critically ill patients. Rev Bras Ter Intensiva. Oct-Dec 2016;28(4):413-419. Fatores de risco para desenvolvimento de agitação em pacientes críticos. doi:10.5935/0103-507x.20160074

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHI HO GÀ ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Minh Điển¹, Đỗ Thị Thúy Nga¹,
Nguyễn Mạnh Cường², Phùng Thị Bích Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhi ho gà tại Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán xác định mắc ho gà điều trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương. Nghiên cứu mô tả tiến cứu loạt ca bệnh được thực hiện từ 01/01/2019 đến 31/12/2020. **Kết quả:** Đặc điểm lâm sàng thường gặp ở trẻ mắc bệnh ho gà có tam chứng: ho tăng dần (99,7%), ho thành cơn kịch phát (97,9%), tăng xuất tiết đờm sau khi ho (96,6%). 69,9% trẻ mắc bệnh có triệu chứng tím tái, chỉ 6,0% trẻ có tiếng rít. Một số biến chứng hay gặp là viêm phổi (48,7%), suy hô hấp (34,6%). Tăng áp lực động mạch phổi là biến chứng nặng có thể đe dọa tính mạng với tỷ lệ gặp là 9,7%. Trẻ dưới 4 tháng hay gặp triệu chứng tím tái, cơn ngừng thở và các biến chứng viêm phổi, suy hô hấp hơn. Số lượng WBC và bạch cầu Lympho tăng dần từ cuối tuần thứ nhất, tăng cao nhất ở tuần thứ hai và giảm dần từ tuần thứ ba của bệnh. Tổn thương chủ yếu trên phim chụp X-quang ngực là hình ảnh tăng đậm các nhánh phế quản cạnh tim hai bên (58,1%). **Kết luận:** Trẻ ho gà thường xuất hiện với dấu hiệu ho tăng dần, tím tái và ngừng thở, bệnh nặng thường dẫn tới viêm phổi suy hô hấp và tử vong. Số lượng WBC và bạch cầu Lympho giảm dần, có hình ảnh tổn thương phổi trên phim X-quang.

Từ khóa: bệnh ho gà, biến chứng, trẻ em

SUMMARY

THE CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH WHOOPING COUGH AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics of children with whooping cough at the National Children's Hospital. **Subjects and methods:** Children under 16 years old were diagnosed with whooping cough and treated at the National Children's Hospital. A prospective descriptive study of a series of cases was conducted from January 1, 2019 to December 31, 2020. **Results:** Common clinical characteristics in children with whooping cough include the triad: increasing cough (99.7%), paroxysmal cough (97.9%), increased sputum secretion after coughing (96.6%). 69.9% of children with the disease had symptoms of cyanosis, only 6.0%

of children had wheezing. Some common complications are pneumonia (48.7%), respiratory failure (34.6%). Increased pulmonary artery pressure is a serious complication that can be life-threatening with an incidence of 9.7%. Children under 4 months often have symptoms of cyanosis, apnea, and complications of pneumonia and respiratory failure. WBC and lymphocytes increases gradually from the end of the first week, peaks in the second week, and decreases gradually from the third week of the disease. The main lesion on chest X-ray is the image of increased density of the bronchial branches next to the heart on both sides (58.1%). **Conclusion:** Whooping cough patients often present with increasing cough, cyanosis and respiratory arrest. Severe illness often leads to pneumonia, respiratory failure and death. Paraclinical signs include a gradual decrease in total leukocytes and lymphocytes, and lung lesions on X-rays. **Keywords:** Children, whooping cough, complications

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ho gà là bệnh truyền nhiễm cấp tính lây qua đường hô hấp, có khả năng gây dịch, do vi khuẩn *Bordetella pertussis* gây ra, thường gặp ở trẻ nhỏ. Theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới năm 2014, mỗi năm trên toàn cầu có khoảng 24,1 triệu ca mắc, 160.700 ca tử vong ở trẻ em dưới 5 tuổi, phần lớn liên quan đến trẻ sơ sinh (53%) [1]. Hơn nữa, trong ba thập kỷ qua các báo cáo dịch tễ tại nhiều quốc gia cho thấy xu hướng tái bùng phát bệnh ho gà, kể cả các quốc gia phát triển có tỷ lệ bao phủ vắc xin cao [2]. Thực trạng tái nổi bệnh ho gà đã đặt ra cho y tế cộng đồng nhiều thách thức trong kiểm soát bệnh [3]. Trẻ mắc ho gà có các biến chứng khó kiểm soát như viêm phổi nặng, suy hô hấp, tổn thương não, đặc biệt tình trạng tăng áp lực động mạch phổi (TADMP) là vấn đề khó khăn trong hồi sức bệnh ho gà và ngày càng được quan tâm chẩn đoán, điều trị [4]. Tại Việt Nam, bệnh ho gà cũng chưa hoàn toàn được kiểm soát, đặc biệt từ năm 2015 số ca báo cáo mắc ho gà có xu hướng gia tăng mặc dù đã áp dụng tiêu chuẩn chẩn đoán mới [5-7]. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu "Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhi ho gà tại Bệnh viện Nhi Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhi dưới 16 tuổi được chẩn đoán xác định mắc ho gà điều

¹Bệnh viện Nhi Trung ương

²Học viện Quân Y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Minh Điển

Email: dientm@nhp.org.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

trị tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ 1/1/2019 đến 31/12/2020

Tiêu chuẩn lựa chọn: trẻ được chẩn đoán xác định mắc ho gà theo hướng dẫn của Bệnh viện Nhi Trung ương áp dụng Đồng thuận Ho gà toàn cầu 2011(GPI 2011) [8]

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu loạt ca bệnh

Cỡ mẫu, chọn mẫu: Tính cỡ mẫu cho nghiên cứu mô tả xác định một tỷ lệ:

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

Trong đó: n: Cỡ mẫu tối thiểu ước tính.

Z: Hệ số tin cậy, với độ tin cậy 95% thì $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$; p: Tỷ lệ ước đoán của quần thể, $p = 0,747$ (tỷ lệ trẻ có triệu chứng tím tái trong nhóm mắc ho gà) theo Trần Minh Điển (2015)

ε : Sai số tương đối cho phép, lấy $\varepsilon = 0,06$

Vậy cỡ mẫu ước tính là 362 bệnh nhi.

Cỡ mẫu thực tế chúng tôi thu thập được là 382 bệnh nhi.

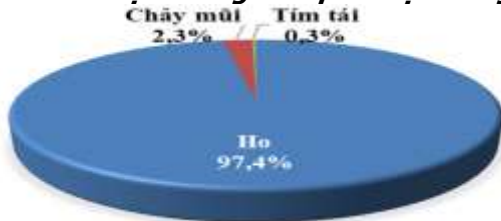
Phân tích số liệu. Số liệu sau khi thu thập đã được mã hóa theo mẫu, nhập và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0

Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được sự đồng ý của Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh Bệnh viện Nhi Trung ương số VNCH-RICH-2019-60 ngày 31/10/2019.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng bệnh ho gà

3.1.1. Triệu chứng khởi phát bệnh ho gà



Hình 1: Các triệu chứng khởi phát (n=382)

Triệu chứng chính khởi phát bệnh là ho (97,4%), đặc biệt có trường hợp trẻ không rõ các triệu chứng đường hô hấp nhưng khởi phát bệnh có biểu hiện cơn tím tái toàn thân.

3.1.2. Thời điểm nhập viện điều trị

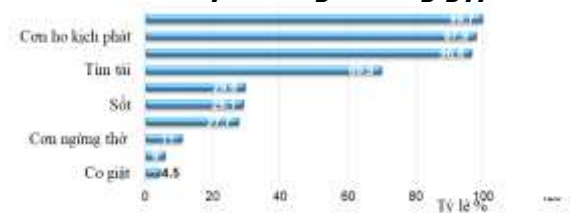
Bảng 1: Thời điểm nhập viện của trẻ mắc ho gà

Thời điểm nhập viện	Nhóm nghiên cứu		Trẻ < 4 tháng		Trẻ ≥ 4 tháng	
	Số lượng	%	Số lượng	%	Số lượng	%
$\bar{X} \pm SD$ (ngày)	12,35	± 7,24	11,2	± 6,41	16,0	± 8,38

Ngày 1-3	11	2,9	11	3,8	0	0
Ngày 4-7	91	23,8	83	28,7	8	8,6
Ngày 8-14	170	44,5	128	44,3	42	45,2
Ngày 15-21	76	19,9	51	17,7	25	26,9
Từ ngày 22 trở đi	34	8,9	16	5,5	18	19,3
Tổng số	382		100		93	100

Trẻ mắc ho gà nhập viện cao nhiều vào tuần thứ hai (44,5%), thời gian nhập viện ở nhóm trẻ < 4 tháng sớm hơn nhóm trẻ ≥ 4 tháng (11,2 ± 6,41 và 16,0 ± 8,38 ngày, $p < 0,05$).

3.1.3. Các triệu chứng thường gặp



Hình 2: Các triệu chứng cơ năng thường gặp (n=382)

Triệu chứng ho tăng dần, cơn ho kịch phát, xuất tiết đờm sau cơn ho gặp ở hầu hết các trường hợp bệnh, các cơn ho nặng có tím tái có thể gặp ở 69,9% trường hợp.



Hình 3: Một số triệu chứng thực thể thường gặp (n=382)

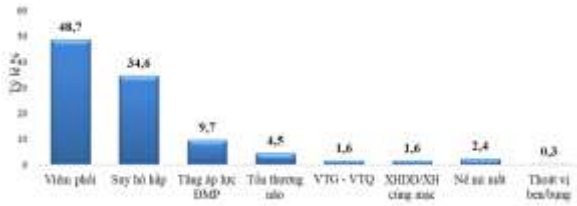
Triệu chứng nhịp thở nhanh và nhịp tim nhanh theo tuổi với tỷ lệ 34,6% và 18,6%

Bảng 2: Các triệu chứng bệnh theo nhóm tuổi (n=382)

Triệu chứng	<4 tháng (n ₁ =289)		≥4 tháng (n ₂ =93)		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Ho cơn kịch phát	284	98,3	90	96,8	0,38
Xuất tiết đờm sau ho	281	97,2	88	94,6	0,3
Tím tái	215	74,4	52	55,9	0,001
Chảy mũi	71	24,6	42	45,2	<0,001
Sốt	70	24,2	41	44,1	<0,001
Nôn sau ho	78	27,0	28	30,1	0,5
Cơn ngừng thở	41	14,2	1	1,1	<0,001
Ho có tiếng rít	13	4,5	10	10,8	0,027
Co giật	14	4,8	3	3,2	0,7

Các triệu chứng tím tái và cơn ngừng thở gặp ở nhóm trẻ nhỏ < 4 tháng (74,4% và 14,2%) cao hơn nhóm trẻ lớn ≥ 4 tháng (55,9% và 1,1%).

3.1.4. Một số biến chứng của bệnh ho gà



Hình 4: Một số biến chứng của bệnh ho gà (n=382)

VTG: viêm tai giữa, VTQ: viêm thanh quản, XHDD: Xuất huyết dưới da, ĐMP: động mạch phổi. Các biến chứng thường gặp viêm phổi, suy hô hấp (48,7%; 34,6%), các biến chứng nặng như TADMP, bệnh lý não ít gặp hơn (9,7% và 4,5%).

Bảng 3: Một số biến chứng thường gặp theo nhóm tuổi (n = 382)

Biến chứng	<4 tháng (n=289)		≥4 tháng (n=93)		p
	Số lượng	%	Số lượng	%	
Viêm phổi	150	51,9	36	38,7	0,038
Suy hô hấp	110	38,1	22	23,7	0,011
TADMP	32	11,1	5	5,4	0,1
Tổn thương não	15	5,2	2	2,2	0,2

TADMP: Tăng áp động mạch phổi

Biến chứng viêm phổi, suy hô hấp ở trẻ < 4 tháng tuổi (51,9% và 38,1%) cao hơn rõ rệt so với trẻ ≥ 4 tháng (38,7% và 23,7%).

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng bệnh ho gà

3.2.1. Công thức máu

Bảng 4: Số lượng WBC và bạch cầu Lympho trong máu ngoại vi (n=382)

Chỉ số	WBC		L	
	Số lượng	Tỷ lệ %	Số lượng	Tỷ lệ %
Trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (G/l)	20,7 ± 13,9		13,2 ± 8,1	
≤ 10 (G/l)	55	14,4	167	43,7
>10 - 20 (G/l)	193	50,5	157	41,1
> 20 - 30 (G/l)	74	19,4	38	9,9
> 30 - 50 (G/l)	44	11,5	19	5,0
> 50 (G/l)	16	4,2	1	0,3
Tổng số	382	100	382	100

WBC (White Blood Cell): số lượng bạch cầu, L: bạch cầu Lympho

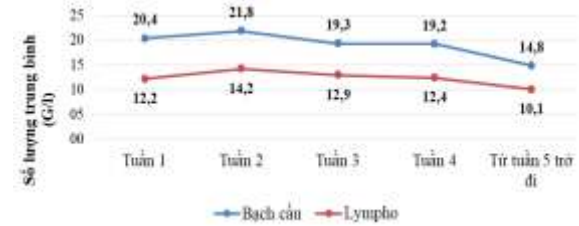
Trẻ mắc ho gà có WBC ≥ 20 G/l (35,1%), trong đó WBC ≥ 50 G/l chỉ có 4,2% trường hợp. Có 56,3% trẻ ho gà có bạch cầu Lympho tăng trên 10 G/l, trong đó chủ yếu là Lympho tăng trong khoảng 10-20 G/l (41,1%).

Bảng 5: Số lượng WBC và bạch cầu Lympho trong máu ngoại vi theo nhóm tuổi (n=382)

Chỉ số	<4 tháng (n ₁ =289)	≥4 tháng (n ₂ =93)	p
--------	--------------------------------	-------------------------------	---

		Số lượng	%	Số lượng	%	
WBC	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (G/l)	19,9±13,4		22,5±15,2		0,12
	> 20 (G/l)	95	32,9	40	43,0	0,07
L	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$) (G/l)	12,7±7,4		14,8±10,1		0,07
	> 10 (G/l)	159	55,0	57	61,3	0,29

Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tình trạng tăng WBC và bạch cầu lympho trong máu ngoại vi giữa các nhóm tuổi (p>0,05).



Hình 5: Giá trị trung bình WBC và bạch cầu Lympho trong máu ngoại vi theo thời gian (n=382)

Số lượng WBC và bạch cầu Lympho tăng dần từ cuối tuần thứ nhất (20,4 và 12,2 G/l), tăng lên cao nhất ở tuần thứ 2 (21,8 và 14,2 G/l), từ tuần thứ 3 số lượng WBC và bạch cầu lympho giảm dần.

Bảng 6: Số lượng các loại bạch cầu theo tình trạng bội nhiễm (n=382)

Chỉ số	Không bội nhiễm (n ₁ =292)	Bội nhiễm (n ₂ =90)	p
	$\bar{X}_1 \pm SD$	$\bar{X}_2 \pm SD$	
WBC (G/l)	19,8 ± 13,1	23,0 ± 16,1	0,055
L (G/l)	13,1 ± 7,8	13,7 ± 8,9	0,5
N (G/l)	4,6 ± 4,5	6,8 ± 5,7	0,015

WBC: Bạch cầu toàn phần, L: Bạch cầu Lympho, N: Bạch cầu trung tính

Chỉ số bạch cầu trung tính ở nhóm trẻ mắc ho gà có bội nhiễm căn nguyên vi sinh khác cao hơn nhóm trẻ không bội nhiễm (p < 0,05).

Bảng 7: Số lượng tiểu cầu (n = 382)

Tiểu cầu	Số lượng	Tỷ lệ %
Trung bình (n=382, IQR: 118-1129) (G/l)	472,6 ± 163,5	
≤ 500 10 ⁹ /L	238	62,3
> 500 10 ⁹ /L	144	37,7

Số lượng tiểu cầu trung bình là 472,6 ± 163,5 G/l, và tỷ lệ trẻ mắc ho gà có số lượng tiểu cầu tăng trên 500 G/l là 37,7%.

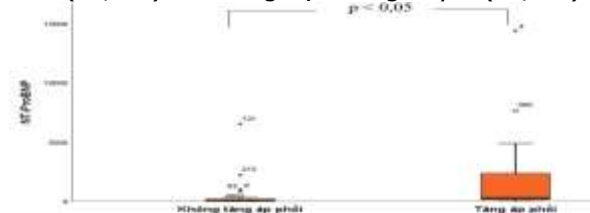
3.2.2. Một số chỉ số xét nghiệm máu khác

Bảng 8: Một số chỉ số xét nghiệm máu

Chỉ số	Số lượng	Tỷ lệ (%)	p
CRP (IQR: 0,1-222,4) ≤6	328	85,9	<0,001

(mg/l) (n=382)	>6	54	14,1	
Glucose máu (IQR: 2,6-9,7) (mmol/l) (n=110)	<3,9	8	7,3	<0,001
	≥3,9	102	92,7	

CRP (C-reactive protein): Protein phản ứng C
Hầu hết trẻ mắc ho gà không tăng chỉ số CRP (85,9%) và không hạ đường huyết (92,7%).



Hình 6: Chỉ số NT-proBNP ở nhóm tăng và không tăng áp lực động mạch phổi

Giá trị trung vị NT-proBNP của nhóm TADMP là 271 (IQR: 12,8-14359) (pmol/l) cao hơn nhóm không TADMP 75,4 (IQR: 8,6-6493) (pmol/l) ($p < 0,05$).

3.2.3. Chẩn đoán hình ảnh - X-quang ngực



Hình 7: Hình ảnh tổn thương phổi trên phim X-quang ngực (n=382)

Hình ảnh tổn thương phổi trên phim X-quang ngực của trẻ mắc ho gà chủ yếu là hình ảnh tăng đậm các nhánh phế quản vùng rốn phổi hai bên chiếm 58,1% (222/382).

IV. BÀN LUẬN

Triệu chứng khởi phát bệnh chính là triệu chứng ho (chiếm 97,4%), tần số thở nhanh theo lứa tuổi (34,6%), hoặc nhịp tim nhanh theo lứa tuổi (18,6%). Tuy nhiên triệu chứng ho ở trẻ nhỏ, trẻ sơ sinh có thể không điển hình, các cơn ho có tím hoặc cơn tím kịch phát không rõ ho có thể xuất hiện sớm, thời kỳ khởi phát thường ngắn không rõ rệt. Trẻ nhập viện gấp cao nhất vào tuần thứ 2 (chiếm 44,5%), thời điểm nhập viện trung bình của nhóm nghiên cứu là $12,35 \pm 7,24$ ngày. Nhóm trẻ nhỏ dưới 4 tháng thường khởi phát bệnh ngắn và thời gian nhập viện sớm hơn nhóm trẻ lớn ($11,2 \pm 6,41$ và $16,0 \pm 8,38$ ngày, $p < 0,05$). Tỷ lệ trẻ dưới 4 tháng nhập viện trong tuần đầu (32,5%) cao hơn nhóm ≥ 4 tháng (8,6%) ($p < 0,05$), đặc biệt trong nhóm trẻ dưới 4 tháng có 3,8% trẻ nhập viện ngay trong 3 ngày đầu của bệnh. Nghiên cứu của tác

giả Limin Kang cũng cho thấy, tỷ lệ trẻ nhập viện vào tuần thứ hai và tuần thứ ba của bệnh chiếm tỷ lệ cao nhất tương ứng là 36,1% và 33,5% [4]. Điều này phù hợp với diễn biến các giai đoạn bệnh, thời kỳ khởi phát thường kéo dài từ 1-2 tuần, thời điểm nhập viện thường là khi trẻ bước sang thời kỳ toàn phát của bệnh. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với tiêu chuẩn GPI 2011 cho thấy hướng tới chẩn đoán lâm sàng bệnh ho gà khi trẻ có triệu chứng ho kéo dài ít nhất 1 tuần (trẻ ≥ 4 tháng), hoặc ho ở bất kỳ thời điểm nào mà không cải thiện (trẻ 0 - 3 tháng) và kèm theo một trong các triệu chứng: ho cơn có tím, ngừng thở, nôn sau ho hay co giật, viêm phổi. Như vậy, với kết quả nghiên cứu này cho thấy việc sử dụng tiêu chuẩn GPI 2011 trong chẩn đoán bệnh ho gà là phù hợp, tránh bỏ sót các ca bệnh lâm sàng, đặc biệt ở nhóm trẻ sơ sinh và trẻ nhỏ [8].

Biến chứng hay gặp nhất là viêm phổi, suy hô hấp (48,7% và 34,6%), biến chứng TADMP và thần kinh ít gặp hơn (lần lượt là 9,7% và 4,5%). Nghiên cứu của Phạm Thái Sơn và cộng sự có 43,17% trẻ ho gà tiến triển suy hô hấp [6]. Các kết quả này tương đồng với kết quả của Varun K. Phadke và cộng sự cho thấy biến chứng viêm phổi gặp ở 63,6% [9]. Biến chứng thần kinh thường biểu hiện co giật, thay đổi tri giác, sau đó đều hồi phục không có di chứng. Các nghiên cứu khác báo cáo mức độ tổn thương thần kinh rất khác nhau từ biến đổi DNT đến viêm não tủy rải rác do sự tổn thương hoặc chưa trưởng thành của hàng rào máu não ở trẻ nhỏ bị ho gà [10].

Số lượng WBC và Lympho trung bình là $20,7 \pm 13,9$ G/l và $13,2 \pm 8,1$ G/l, tỷ lệ trẻ có số lượng WBC trên 20 G/l chiếm 35,1%, WBC trên 50 G/l chỉ chiếm 4,2%. Tương ứng với chỉ số tăng WBC, tỷ lệ trẻ ho gà có tăng bạch cầu Lympho trong khoảng 10-20 G/l và trên 50 G/l là 41,1 và 0,3%. Mặc dù chỉ có 35,1% trẻ có tăng WBC trên 20 G/l, tuy nhiên có đến 56,3% trẻ có tăng bạch cầu Lympho trên 10 G/l, như vậy ở trẻ mắc ho gà tăng bạch cầu Lympho trên 10 G/l hay gặp hơn chỉ số tăng bạch cầu toàn phần trên 20 G/l. Tỷ lệ tăng WBC và bạch cầu Lympho ở nhóm trẻ lớn (43% và 61,3%) cũng có xu hướng cao hơn ở nhóm trẻ nhỏ (32,9% và 55,0%). Nghiên cứu của Limin Kang và cộng sự cho thấy trẻ ≥ 3 tháng có trung bình bạch cầu là $25,06 \pm 16,01$ G/l và trẻ nhỏ dưới 3 tháng là $21,14 \pm 12,50$ G/l, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) [4]. Diễn biến của giá trị trung bình của WBC và bạch cầu Lympho theo thời gian cho thấy số lượng WBC và bạch cầu Lympho tăng

dẫn từ cuối tuần thứ nhất, tăng cao nhất ở tuần thứ hai sau đó giảm dần từ tuần thứ 3, từ sau tuần thứ 5 trở đi số lượng WBC và bạch cầu Lympho giảm gần như bình thường.

Trong nghiên cứu chỉ có 14,1% trẻ có tăng CRP trên 6 mg/l. Điều này cho thấy, khi nhiễm vi khuẩn ho gà không gây ra phản ứng viêm mạnh như trong nhiễm trùng các căn nguyên vi khuẩn gây bệnh đường hô hấp khác. Ngoài ra, chúng tôi thấy hầu như trẻ không hạ đường huyết (92,7%). Hình ảnh tổn thương phổi thường gặp nhất trên phim chụp X-quang ngực thẳng là hình ảnh tăng đậm các nhánh phế quản vùng rốn phổi hai bên (chiếm 58,1%). Hình ảnh này phù hợp với tổn thương trong cơ chế bệnh sinh của ho gà, là các dạng tổn thương viêm, hoại tử niêm mạc đường thở do độc tố vi khuẩn và y văn cũng mô tả hình ảnh tổn thương trên phim X-quang ngực là hình ảnh tổn thương vùng cạnh tim hai bên [4].

V. KẾT LUẬN

Trẻ ho gà thường biểu hiện ho tăng dần, triệu chứng tím tái và ngừng thở, bệnh nặng thường dẫn tới viêm phổi, suy hô hấp, TADMP và thậm chí tử vong. Số lượng WBC và lympho giảm dần, có hình ảnh tổn thương phổi trên phim X-quang.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Yeung K.H.T., Duclos P., Nelson E.A.S., et al. (2017). An update of the global burden of pertussis in children younger than 5 years: a modelling study.

- Lancet Infect Dis, 17(9), 974–980.
2. Jackson D.W. and Rohani P. (2014). Perplexities of pertussis: recent global epidemiological trends and their potential causes. Epidemiology & Infection, 142(4), 672–684.
3. Melvin J.A., Scheller E.V., Miller J.F., et al. (2014). Bordetella pertussis pathogenesis: current and future challenges. Nat Rev Microbiol, 12(4), 274–288.
4. Kang L., Cui X., Fu J., et al. (2022). Clinical characteristics of 967 children with pertussis: a single-center analysis over an 8-year period in Beijing, China. Eur J Clin Microbiol Infect Dis, 41(1), 9–20.
5. Báo cáo tổng kết Tiêm chủng mở rộng năm 2018 - Viện Vệ sinh dịch tễ Trung ương.
6. Phạm Thái Sơn, Trần Ngọc Xuân, Phạm Thị Thủy Dung (2019). Đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ở bệnh nhi mắc ho gà năm tại viện Nhi Đồng 2, thành phố Hồ Chí Minh năm 2018. Tạp chí Y học Dự phòng, 29(11), 69–76.
7. Đỗ Văn Đồng, Bùi Thị Huyền Diệu, Đặng Thị Bích Thủy (2021). Đặc điểm dịch tễ học bệnh ho gà ở trẻ em tại tỉnh Nam Định từ năm 2017 – 2020. Tạp chí Y học Dự phòng, 31(7), 18–24.
8. Cherry J.D., Tan T., Wirsing von König C.-H., et al. (2012). Clinical Definitions of Pertussis: Summary of a Global Pertussis Initiative Roundtable Meeting, February 2011. Clin Infect Dis, 54(12), 1756–1764.
9. Phadke V.K., McCracken J.P., Kriss J.L., et al. (2018). Clinical Characteristics of Hospitalized Infants With Laboratory-Confirmed Pertussis in Guatemala. J Pediatric Infect Dis Soc, 7(4), 310–316.
10. Namachivayam P., Shimizu K., and Butt W. (2007). Pertussis: severe clinical presentation in pediatric intensive care and its relation to outcome. Pediatr Crit Care Med, 8(3), 207–211.

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN KẾT QUẢ CHĂM SÓC NGƯỜI BỆNH SAU MỔ CẮT CỔ TỬ CUNG BẰNG ĐƯỜNG BỤNG TẠI KHOA PHỤ SẢN BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2023

Hà Thị Bích¹, Phạm Thị Thu Thủy¹,
Nguyễn Thu Dung¹, Lê Thu Hiền¹, Ngô Minh Đạt²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định một số yếu tố liên quan đến kết quả chăm sóc người bệnh sau mổ cắt cổ tử cung bằng đường bụng tại Khoa Phụ sản Bệnh viện Bạch Mai năm 2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 119 người bệnh sau mổ cắt tử cung bằng đường bụng tại khoa Phụ sản – Bệnh

viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 4 đến tháng 8 năm 2023. Bộ công cụ được xây dựng dựa trên 12 nhiệm vụ chuyên môn về chăm sóc người bệnh được quy định tại Thông tư 31/2021/TT-BYT. Bộ công cụ được đánh giá độ tin cậy bằng thang đo Cronback Alpha và kết quả đạt 0,75. **Kết quả:** Tỷ lệ chăm sóc tốt người bệnh sau mổ cắt tử cung đường bụng đạt 74,8%. Có mối liên quan liên quan giữa kết quả chăm sóc người bệnh sau mổ cắt tử cung bằng đường bụng với các yếu tố là tình trạng đau (OR=4,72, KTC95%: 1,80 - 12,4) và tình trạng giấc ngủ (OR=1,37; KTC95%: 1,17 -1,60), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05. **Kết luận:** Tình trạng đau và tình trạng giấc ngủ sau mổ có liên quan với kết quả chăm sóc người bệnh. **Từ khóa:** Chăm sóc, cắt tử cung đường bụng, Bệnh viện Bạch Mai

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Công ty Cổ phần Vắc xin Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Minh Đạt

Email: minhdatdht@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025