

phản ánh toàn diện về tình trạng phù mạch trên đối tượng CSU Việt Nam. Ngoài ra, nghiên cứu cũng chưa tìm hiểu được về nhóm CSU chỉ có biểu hiện phù mạch. Do đó, cần có các nghiên cứu đa trung tâm với quy mô toàn quốc để đánh giá toàn diện hơn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy 1/3 số bệnh nhân CSU có triệu chứng phù mạch với vị trí hay gặp nhất là môi và mi mắt, đa số tự phát với mức độ nhẹ. Nhóm CSU có phù mạch có tuổi hiện tại trẻ, tuổi khởi phát bệnh sớm, thời gian diễn biến bệnh ngắn, tỷ lệ ASST dương tính, nồng độ CRP, IgE toàn phần cao hơn nhóm CSU không phù mạch. Tăng IgE và tăng UAS7 là các yếu tố nguy cơ của phù mạch trong CSU. Kết quả cho thấy sự phối hợp giữa đáp ứng miễn dịch típ 1, típ 2b và viêm toàn thân trong cơ chế bệnh sinh của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zuberbier T, Abdul Latiff AH, Abuzakouk M, et al. The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*. 2022;77(3): 734-766. doi:10.1111/all.15090
2. Weerasubpong P, Jiamton S, Phumariyapong P, Ungprasert P, Kulthanan K. Prevalence of concomitant angioedema in chronic spontaneous urticaria: A systematic review and meta-analysis. *Asia Pac Allergy Immunol*. 2023;41(1):12-19. doi:10.12932/AP-180522-1394
3. Kaplan AP. Angioedema. *World Allergy Organ J*. 2008;1(6): 103-113. doi:10.1097/WOX.0b013e31817c3e06
4. Ornek S, Kocaturk E. Angioedema indicates a different endotype of chronic spontaneous urticaria. *Asthma Allergy Immunol*. 2022;20(2): 65-70. doi:10.21911/aai.722
5. Giang CTH, Hong HNT, Le Huyen M, Mai HNT, Le Huu D, Nguyen MV. Đặc điểm hình thái, chức năng tuyến giáp và kháng thể kháng thyroïd peroxidase ở bệnh nhân mày đay mạn tính tự phát. *Tạp Chí Da Liễu Học Việt Nam*. 2023;40(1):[26-34].
6. Hanh PTH, Chuyen NTH. Nồng độ immunoglobulin E toàn phần huyết thanh trên bệnh nhân mày đay mạn tính. *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108. 2023;[18(3/2023)]:[69-76].
7. Sabaté-Brescó M, Rodríguez-Garijo N, Azofra J, et al. A comparative study of sex distribution, autoimmunity, blood, and inflammatory parameters in chronic spontaneous urticaria with angioedema and chronic histaminergic angioedema. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2021;9(6): 2284-2292. doi:10.1016/j.jaip.2020.12.044
8. Rodríguez-Garijo N, Sabaté-Brescó M, Azofra J, et al. Angioedema severity and impact on quality of life: Chronic histaminergic angioedema versus chronic spontaneous urticaria. *J Allergy Clin Immunol Pract*. 2022;10(11):3039-3043. doi:10.1016/j.jaip.2022.07.017
9. Sussman G, Abuzakouk M, Bérard F, et al. Angioedema in chronic spontaneous urticaria is underdiagnosed and has a substantial impact: Analyses from ASSURE-CSU. *Allergy*. 2018;73(8): 1724-1734. doi:10.1111/all.13405
10. Vikramkumar AG, Kuruvila S, Ganguly S. Autologous serum skin test as an indicator of chronic autoimmune urticaria in a tertiary care hospital in South India. *Indian Dermatol Online J*. 2014; 5(Suppl 2):S87-S91. doi:10.4103/2229-5178.146173

HỘI CHỨNG TIM MẠCH - CHUYỂN HOÁ VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG CỦA BỆNH NHÂN BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ

Trần Hà Uyên^{1,2}, Trần Văn Thi^{1,2},
Nguyễn Thị Nhung¹, Đoàn Lê Minh Hạnh¹

TÓM TẮT

Tổng quát: Hội chứng tim mạch - chuyển hoá (HCTMCH) là một trong các bệnh đồng mắc quan trọng của bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) với tỷ lệ lên đến 50%. Sự đồng mắc này ảnh hưởng đáng

kể đến diễn tiến tự nhiên của BPTNMT và làm giảm chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. **Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm ước tính tỷ lệ mắc HCTMCH và đánh giá ảnh hưởng của hội chứng này đến chất lượng cuộc sống (CLCS) của bệnh nhân BPTNMT. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang thu thập thông tin từ 128 bệnh nhân BPTNMT điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương bằng bộ câu hỏi đánh giá triệu chứng hô hấp Saint George dành cho bệnh nhân BPTNMT (SGRQ-C). **Kết quả:** Tuổi trung vị của nghiên cứu là 66 tuổi (61-71), đa số là nam giới (82%) và hầu hết có bệnh đồng mắc (94,5%). Phần lớn bệnh nhân có mức độ tắc nghẽn trung bình đến nặng (82,1%) và phân nhóm E (53,1%). Điểm SGRQ-C trung bình là 39,41±20,62, trong đó điểm theo ba cấu phần triệu

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hà Uyên

Email: uyentranha98@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 13.10.2025

chứng, hoạt động, tác động lẫn lượt là $47,75 \pm 18,72$; $52,23 \pm 24,02$ và $28,92 \pm 22,95$. Tỷ lệ bệnh nhân BPTNMT mắc HCTMCH là 62,5% và 97,7% bệnh nhân có ít nhất 1 tiêu chí chẩn đoán HCTMCH, với tiêu chí thường gặp nhất là Tăng huyết áp. Bệnh nhân BPTNMT có HCTMCH có chất lượng cuộc sống kém hơn đáng kể so với nhóm không HCTMCH ($42,35 \pm 20,29$ so với $34,5 \pm 20,44$; $p=0,029$), nhất là khía cạnh hoạt động. Đặc biệt, sự suy giảm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân BPTNMT có liên quan đến số lượng tiêu chí chẩn đoán HCTMCH đạt được, đồng thời, bệnh nhân HCTMCH có nguy cơ có chất lượng cuộc sống kém (điểm $SGRQ \geq 25$) cao gấp 3 lần nhóm không HCTMCH ($p=0,007$). **Kết luận:** Hội chứng tim mạch-chuyển hoá và sự gia tăng các rối loạn chuyển hoá liên quan đến tiêu chí chẩn đoán của nó đều gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân BPTNMT. Kết quả này cần được làm sáng tỏ hơn trong các nghiên cứu tiếp theo. **Từ khóa:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, chất lượng cuộc sống, SGRQ-C, COPD, Hội chứng tim mạch - chuyển hoá

SUMMARY

CARDIOMETABOLIC SYNDROME AND QUALITY OF LIFE IN OUTPATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE

Backgrounds: Cardiometabolic syndrome (CMS) is one of the leading comorbidities of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) with a prevalence of up to 50%. CMS may significantly affect the natural course of COPD and reduce the quality of life of patients with COPD. **Objective:** This study aimed to investigate the prevalence of CMS and its correlation with quality of life (QoL) in COPD patients. **Methods:** A cross-sectional study collected information from 128 outpatients with COPD at Nguyen Tri Phuong Hospital by using the Saint George respiratory symptom assessment questionnaire for patients with COPD (SGRQ-C). **Results:** The median age of the patients was 66 (61-71), with the majority being male (82%) and most having comorbidities (94,5%). Most patients had moderate to severe airflow obstruction (82,1%) and were in group E (53,1%). The mean SGRQ-C score was $39,41 \pm 20,62$, in which the scores of three components of symptoms, activities, impacts were $47,75 \pm 18,72$; $52,23 \pm 24,02$ and $28,92 \pm 22,95$, respectively. CMS occurred in 62,5% of COPD patients, and 97,7% of patients had at least one diagnostic criterion for CMS with hypertension being the most common criterion. COPD patients with CMS had significantly lower QoL than those without CMS ($42,35 \pm 20,29$ vs. $34,5 \pm 20,44$; $p=0,029$), particularly in the Activity component. Notably, the deterioration in QoL of COPD patients was associated with the number of CMS diagnostic criteria, and patients with CMS had a 3-fold higher risk of having poor QoL (SGRQ score ≥ 25) compared to those without CMS ($p=0,007$). **Conclusion:** Both CMS and the increase of the number of metabolic abnormalities related to its diagnostic criteria impaired the QoL of COPD patients. The results of this study should be further elucidated in future studies. **Keywords:** Chronic obstructive pulmonary disease, COPD, quality of life, SGRQ-C, Cardiometabolic syndrome, CMS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT) không chỉ là một trong ba nguyên nhân tử vong hàng đầu toàn cầu mà còn là một bệnh thường gặp tại Việt Nam với tỷ lệ mắc cao nhất khu vực Đông Nam Á (9,4%). Gần đây, nhiều bằng chứng cho thấy BPTNMT là một bệnh hệ thống phức tạp và thường có nhiều bệnh lý đi kèm gây ảnh hưởng đến diễn tiến và tiên lượng bệnh. Hội chứng tim mạch - chuyển hoá (HCTMCH) là một bệnh đồng mắc phổ biến ở bệnh nhân BPTNMT khi có khoảng 21-62% bệnh nhân BPTNMT mắc HCTMCH, cao gấp đôi so với dân số chung.⁴ Theo các quan điểm mới đây, HCTMCH là khái niệm rộng hơn và có thể thay thế hội chứng chuyển hoá do cơ chế bệnh sinh có thể mở rộng đến một số yếu tố nguy cơ không được mô tả trong hội chứng chuyển hoá. Những ghi nhận gần đây cho thấy bệnh nhân BPTNMT có HCTMCH thường có biểu hiện lâm sàng nặng hơn với nhiều đợt cấp, chức năng hô hấp xấu hơn và giảm chất lượng cuộc sống.

Hiện chưa có nghiên cứu khảo sát chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân BPTNMT có HCTMCH bằng bộ câu hỏi SGRQ-C dành cho bệnh nhân BPTNMT. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm cung cấp thêm thông tin hỗ trợ các bác sĩ trong việc điều trị và nâng cao chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân BPTNMT, nhất là nhóm đồng mắc HCTMCH.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang trên 128 bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định điều trị ngoại trú tại bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 10/2024 đến tháng 07/2025.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân được chẩn đoán BPTNMT theo tiêu chuẩn của Sáng kiến toàn cầu về BPTNMT (GOLD 2024)⁸ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các đối tượng bị loại khỏi nghiên cứu khi có bàng bụng hoặc không đủ khả năng tham gia nghiên cứu (dưới 18 tuổi, không minh mẫn, nhận thức kém không thể trả lời bảng câu hỏi).

Công cụ thu thập và tiêu chí đánh giá: Nghiên cứu sử dụng bộ câu hỏi đánh giá triệu chứng hô hấp Saint George dành cho bệnh nhân BPTNMT (SGRQ-C). Bộ câu hỏi gồm 36 câu hỏi chia làm 3 phần: triệu chứng (7 câu), hoạt động (9 câu), tác động (20 câu). Vì bộ câu hỏi SGRQ-C là phiên bản được phát triển từ phiên bản gốc SGRQ, điểm giữa hai bộ câu hỏi có thể chuyển đổi tương đương qua công thức có sẵn. Điểm tối đa cho mỗi phần là 100 điểm, điểm càng cao,

CLCS càng thấp.⁶ Chẩn đoán HCTMCH theo tiêu chuẩn của đồng thuận JIS 2009, cần ít nhất ba trong các tiêu chí sau: (1) Vòng eo ≥ 90 cm ở nam và ≥ 80 cm ở nữ; (2) Triglyceride $\geq 1,7$ mmol/L hoặc đang điều trị tăng Triglyceride; (3) HDL-c $< 1,0$ mmol/L ở nam và $< 1,3$ mmol/L ở nữ; (4) Đường huyết đói $\geq 5,6$ mmol/L hoặc đang điều trị thuốc hạ đường; (5) Huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 85 mmHg hoặc đang điều trị thuốc hạ áp.³

Phương pháp xử lý số liệu: Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 26. So sánh sự khác biệt giữa 2 biến định lượng bằng phép kiểm Student và nhiều biến định lượng bằng ANOVA (nếu các biến thuộc phân phối chuẩn). So sánh sự khác biệt giữa 2 biến định lượng bằng phép kiểm Mann-Whitney và nhiều biến định lượng bằng Kruskal-Wallis (nếu các biến không thuộc phân phối chuẩn). So sánh sự khác biệt giữa 2 hay nhiều biến định tính dùng phép kiểm χ^2 ; phép kiểm Fisher's exact đối với những bảng 2x2 có 20% ô có tần số kỳ vọng < 5 . Khảo sát mối tương quan tuyến tính giữa 1 biến thứ tự và 1 biến định lượng bằng tương quan hạng Spearman rho. Phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức Bệnh viện Nguyễn Tri Phương chấp thuận theo quyết định số 2080/ NTP-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 10/2024 đến 7/2025 tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương, nghiên cứu đã thu được 128 bệnh nhân BPTNMT thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không thỏa tiêu chuẩn loại trừ.

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Tuổi trung vị là 66 tuổi (61-71), thấp nhất là 38 tuổi, cao nhất là 86 tuổi, nam giới chiếm đa số (82%). BMI trung vị là 21,52 kg/m² (19,14-24,13), trong đó, nhóm có BMI $< 18,5$ chiếm 21,09%. Phần lớn bệnh nhân có tiền sử hút thuốc lá (82,8%). Hầu hết bệnh nhân có bệnh đồng mắc (94,5%), trong đó các bệnh đồng mắc thường gặp nhất là tăng huyết áp (83,6%), rối loạn mỡ máu (61,7%), và bệnh mạch vành (40,6%). Đa số bệnh nhân có < 5 năm mắc BPTNMT (54,7%) và chỉ 6,3% bệnh nhân mắc > 10 năm. Về mức độ tắc nghẽn đường thở theo GOLD, phần lớn bệnh nhân tắc nghẽn mức trung bình đến nặng (43,8% và 38,3%), mức nhẹ và rất nặng chỉ chiếm 9,4% và 8,6% tương ứng. Đối với phân nhóm ABE, tỷ lệ ở mỗi nhóm A,B và E lần lượt là 26,6%, 20,3% và 53,1%.

Đặc điểm chất lượng cuộc sống (CLCS) ở bệnh nhân BPTNMT

Bảng 1: Đặc điểm CLCS theo nhóm tuổi và giới

Yếu tố	Điểm CLCS			
	Triệu chứng	Hoạt động	Tác động	Chung
Tuổi				
<55	41,83 ±20,43	36,85 ±27,39	18,87 ±19,99	28,45 ±20,28
55-60	46,84 ±14,77	50,10 ±14,69	26,42 ±19,1	37,3 ±15,17
>60	48,69 ±19,12	54,64 ±24,26	30,69 ±23,71	41,23 ±21,16
Giới				
Nữ	51,75 ±22,96	60,31 ±21,8	40,52 ±24,76	48,58 ±21,4
Nam	46,87 ±17,67	50,49 ±24,22	26,38 ±21,84	37,4 ±19,99

Nhận xét: Bảng 1 cho thấy nhìn chung điểm trung bình CLCS chung và các cấu phần triệu chứng, hoạt động, tác động ở nữ cao hơn ở nam và có xu hướng tăng dần theo tuổi.

Bảng 2: Đặc điểm CLCS của nhóm nghiên cứu

Khía cạnh đánh giá	SGRQ-C	SGRQ
Triệu chứng	47,75±18,72	48,21±18,53
Hoạt động	52,23±24,02	52,45±20,9
Tác động	28,92±22,95	27,63±20,2
Chung	39,41±20,62	38,57±18,56

Nhận xét: Bảng 2 cho thấy điểm CLCS chung và điểm SGRQ-C trung bình của các cấu phần triệu chứng, hoạt động, tác động lần lượt là 39,41±20,62; 47,75±18,72; 52,23±24,02 và 28,92±22,95.

Đặc điểm lâm sàng hội chứng tim mạch - chuyển hoá ở bệnh nhân BPTNMT

Bảng 3: Tỷ lệ các tiêu chí thành phần trong tiêu chuẩn chẩn đoán HCTMCH

Thành phần	Tỷ lệ (%)	Có HCTMCH	Không HCTMCH
Béo bụng	58,6%	69(86,3%)	6
Tăng triglyceride	67,2%	70(53,8%)	16
Giảm HDL-c	17,2%	20(25%)	2
Tăng huyết áp	85,2%	76(95%)	33
Rối loạn đường huyết đói hoặc đái tháo đường	62,5%	62(77,5%)	18
Tổng		80(62,5%)	48

Nhận xét: Tăng huyết áp là tiêu chí thường gặp nhất (85,2%), kế đến là tiêu chí tăng triglyceride (67,2%), rối loạn đường huyết đói (62,5%), béo bụng (58,6%) và thấp nhất là giảm HDL-c (17,2%). Đối với nhóm bệnh nhân có HCTMCH, các tiêu chí thường gặp theo thứ tự giảm dần gồm: Tăng huyết áp (95%), béo bụng (86,3%), rối loạn đường huyết đói (77,5%), tăng

triglyceride (53,8%) và giảm HDL-c (25%).

Bảng 4: Tỷ lệ số lượng tiêu chí chẩn đoán của HCTMCH

Số lượng tiêu chí	Số bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Không có	3	2,3
Có 1 tiêu chí	14	10,9
Có 2 tiêu chí	31	24,2
Có 3 tiêu chí	32	25
Có 4 tiêu chí	39	30,5
Có 5 tiêu chí	9	7

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân mắc HCTMCH là 62,5% và tỷ lệ bệnh nhân có ít nhất 1 tiêu chí của HCTMCH là 97,7%.

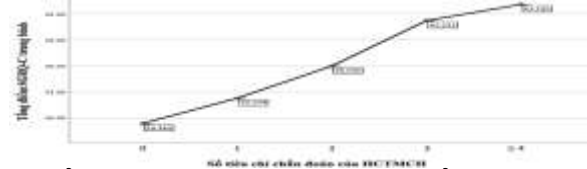
Liên quan giữa hội chứng tim mạch - chuyển hoá với chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân BPTNMT

Bảng 5: Liên quan giữa HCTMCH với điểm SGRQ-C trung bình chung và các thành phần

SGRQ-C	Có HCTMCH	Không HCTMCH	p
Điểm triệu chứng	50,10±19,21	43,82±17,37	0,158
Điểm tác động	31,58±23,34	24,5±21,8	0,051
Điểm hoạt động	56±22,02	45,94±26,07	0,042
CLCS chung	42,35±20,29	34,5±20,44	0,029

* Mann-Whitney

Nhận xét: Bảng 5 cho thấy điểm CLCS chung và điểm SGRQ-C hoạt động trung bình ở nhóm có HCTMCH (42,35±20,29 và 56±22,02) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có HCTMCH (34,5±20,44 và 45,94±26,07 tương ứng).



Biểu đồ 1: Tương quan giữa điểm SGRQ-C trung bình và số tiêu chí chẩn đoán HCTMCH

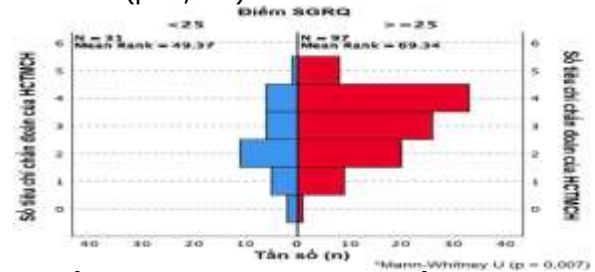
Nhận xét: Biểu đồ 1 cho thấy điểm SGRQ-C trung bình (CLCS chung) có xu hướng tăng dần theo số tiêu chí chẩn đoán HCTMCH đạt được. Khi phân tích tương quan giữa hai yếu tố này bằng hệ số tương quan Spearman, kết quả cho thấy điểm CLCS chung có tương quan thuận với số tiêu chí HCTMCH có ý nghĩa thống kê, mức độ tương quan yếu ($\rho = 0,185$; $p = 0,036 < 0,005$).

Bảng 6: Liên quan giữa HCTMCH với điểm SGRQ≥25

* Chi bình phương

		SGRQ<25	SGRQ≥25	
HCTMCH	Không	18	13	P=0,007 OR 3,092
	Có	30	67	

Nhận xét: Bảng 6 cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm có và không có HCTMCH liên quan đến điểm SGRQ≥25. Bệnh nhân mắc HCTMCH có khả năng có điểm SGRQ≥25 cao gấp 3 lần bệnh nhân không có HCTMCH ($p=0,007$).



Biểu đồ 2: Liên quan giữa điểm SGRQ≥25 và số tiêu chí chẩn đoán HCTMCH

Nhận xét: Khi so sánh giữa hai nhóm có điểm SGRQ<25 và ≥25, bệnh nhân có điểm SGRQ≥25 đạt nhiều tiêu chí chẩn đoán HCTMCH hơn so với nhóm có điểm SGRQ<25 có ý nghĩa thống kê ($p=0,007$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 128 bệnh nhân BPTNMT giai đoạn ổn định với tuổi trung vị là 66 tuổi (61-71), thấp nhất là 38 tuổi, cao nhất là 86 tuổi và nam giới chiếm đa số (82%). Kết quả này khá tương đồng với các nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của tác giả Vũ Thanh Bình (2022) với độ tuổi trung bình 70,8±9,2 và nam giới chiếm 78,7%, nhưng thấp hơn nghiên cứu của tác giả Fekete (2020) tại Hungary với tuổi trung vị 67 tuổi (61-73) và nam giới chiếm 47,6%.⁵ Điều này có thể do sự khác biệt về tuổi thọ và nữ giới hút thuốc lá phổ biến hơn ở các nước phát triển.

Điểm SGRQ-C trung bình của CLCS chung và các thành phần triệu chứng, hoạt động, tác động trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 39,41±20,62; 47,75±18,72; 52,23±24,02 và 28,92±22,95. Về điểm CLCS chung, nghiên cứu của chúng tôi có điểm thấp hơn so với nghiên cứu của các tác giả Trần Thị Thu Hường (2024) là 63,3±14,5;² Lê Thị Vân (2020) là 50,9±19,0;¹ Trần Thị Lý (2021) là 46,2±17,8; Harun Erdal (2023) là 52,06±21,06; Xiaotong Cheng (2024) là 53,97±14,17. Tương tự, điểm SGRQ-C triệu chứng của nghiên cứu chúng tôi là 47,75±18,72, thấp hơn nghiên cứu của các tác giả Trần Thị Thu Hường (2024) là 71,2±17,4;² Lê Thị Vân (2020) là 50,9±19,0;¹ Harun Erdal (2023) là 62,39±24,88 và Xiaotong Cheng (2024) là 61,00±20,00. Điểm hoạt động trong nghiên cứu của chúng tôi (52,23±24,02) cao hơn các nghiên

cứ của tác giả Lê Thị Vân (2020) là $46,8 \pm 16,8$;¹ Xiaotong Cheng (2024) là $51,51 \pm 17,86$ nhưng thấp hơn nghiên cứu của Trần Thị Thu Hường (2024) là $79,4 \pm 17,6$.² Về khía cạnh tác động, điểm SGRQ-C tác động trong nghiên cứu này là $28,92 \pm 22,95$, thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu của Trần Thị Thu Hường (2024) là $50,64 \pm 16,7$;² Lê Thị Vân (2020) $44,3 \pm 22,7$ ¹ và Xiaotong Cheng (2024) là $53,17 \pm 14,37$. Kết quả này có thể do đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu ở giai đoạn 2-3 (chiếm 82,1%) và đang trong giai đoạn ổn định ở thời điểm tham gia nghiên cứu. Ngoài ra, điểm SGRQ-C về CLCS chung và các cấu phần triệu chứng, hoạt động, tác động trong nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng cao hơn ở nữ và tăng dần theo tuổi, tương tự nghiên cứu của tác giả Trần Thị Lý (2024).

Về đặc điểm HCTMCH, tỷ lệ bệnh nhân BPTNMT mắc HCTMCH trong nghiên cứu của chúng tôi là 62,5% và có đến 97,7% bệnh nhân có ít nhất 1 tiêu chí chẩn đoán HCTMCH. Kết quả này cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của tác giả Vũ Thanh Bình (2022) là 30,3% và tỷ lệ bệnh nhân có ít nhất 1 tiêu chí chẩn đoán là 85,8%; tác giả Keeratichananont (2023) tại Thái Lan là 37,4% và tác giả Fekete (2020) là 59,1%.⁵ Điều này có thể do chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán từ đồng thuận JIS 2009 với ngưỡng vòng eo thấp hơn dành cho người Châu Á và không có tiêu chí bắt buộc.

Về đánh giá mối liên quan giữa HCTMCH và chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân BPTNMT bằng bộ câu hỏi SGRQ-C, kết quả cho thấy điểm SGRQ-C chung ở nhóm có HCTMCH ($42,35 \pm 20,29$) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có HCTMCH ($34,5 \pm 20,44$, $p=0,029$), trong đó, điểm SGRQ-C hoạt động cũng có ảnh hưởng tương tự ($56 \pm 22,02$ so với $45,94 \pm 26,07$, với $p=0,042$). Bên cạnh đó, phân tích tương quan Spearman cũng cho thấy mối tương quan thuận có ý nghĩa giữa điểm SGRQ-C chung và số tiêu chí chẩn đoán HCTMCH mà bệnh nhân đạt được ($\rho=0,185$, $p=0,036$). Mặc dù mức độ tương quan yếu, nhưng điều này cho thấy việc có nhiều tiêu chí chẩn đoán HCTMCH có thể có chất lượng cuộc sống kém hơn. Tương tự, khi phân tích về ngưỡng điểm $\text{SGRQ} \geq 25$, được quy đổi từ điểm SGRQ-C, bệnh nhân mắc HCTMCH có khả năng có điểm $\text{SGRQ} \geq 25$ cao gấp 3 lần bệnh nhân không có HCTMCH. Theo GOLD 2024, điểm $\text{SGRQ} \geq 25$ cho thấy bệnh nhân có các triệu chứng BPTNMT ảnh hưởng nhiều đến cuộc sống hàng ngày của họ và cần can thiệp. Do đó, kết quả phân tích cho thấy tác động đáng kể của HCTMCH lên chất lượng cuộc sống của bệnh

nhân. Điều này tương đồng với kết quả từ nghiên cứu của tác giả Fekete (2020)⁵ với bộ câu hỏi SGRQ-C và nghiên cứu của tác giả Priyadharshini (2020)⁷ với bộ câu hỏi SGRQ đều cho thấy chất lượng cuộc sống kém hơn có ý nghĩa ở bệnh nhân BPTNMT đồng mắc HCTMCH. Ngoài ra, nghiên cứu của chúng tôi còn cho thấy các bệnh nhân có điểm $\text{SGRQ} \geq 25$ có nhiều tiêu chí chẩn đoán HCTMCH hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm $\text{SGRQ} < 25$. Mặc dù nghiên cứu của chúng tôi còn nhiều hạn chế như cỡ mẫu nhỏ, thiết kế cắt ngang không thể hiện được nhân quả, nhưng không thể phủ nhận mối liên quan giữa chất lượng cuộc sống kém và sự gia tăng các rối loạn chuyển hoá liên quan HCTMCH.

V. KẾT LUẬN

Hội chứng tim mạch - chuyển hoá là một trong các bệnh đồng mắc quan trọng của BPTNMT với tỷ lệ lên đến 62,5% trong nghiên cứu của chúng tôi. Bệnh nhân BPTNMT đồng mắc HCTMCH có khả năng có chất lượng sống kém cao hơn gấp 3 lần nhóm không có HCTMCH, với điểm SGRQ-C chung ở nhóm HCTMCH là $42,35 \pm 20,29$ cao hơn điểm toàn nghiên cứu là $39,41 \pm 20,62$. Ngoài ra, chất lượng cuộc sống kém ở bệnh nhân BPTNMT có liên quan đến sự gia tăng các rối loạn trong tiêu chuẩn chẩn đoán HCTMCH.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lê Thị Vân, Nguyễn Văn Hưng, Nguyễn Thị Kim Ngân.** Chất lượng cuộc sống và một số yếu tố liên quan của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Phổi Hà Nội năm 2020. Tạp chí Phát triển khoa học công nghệ. 2021;5(6):9-17.
2. **Trần Thị Thu Hường, Nguyễn Thị Mỹ Duyên, Vũ Minh Thúy, và cộng sự.** Đánh giá chất lượng cuộc sống của người bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính điều trị nội trú tại Hà Nội năm 2024. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;544(2)
3. **Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, et al.** Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. Circulation. Oct 20 2009;120(16):1640-5.
4. **Chan SMH, Selemidis S, Bozinovski S, Vlahos R.** Pathobiological mechanisms underlying metabolic syndrome (MetS) in chronic obstructive pulmonary disease (COPD): clinical significance and therapeutic strategies. Pharmacol Ther. Jun 2019;198:160-188.
5. **Fekete M, Szollosi G, Tarantini S, et al.** Metabolic and Inflammatory Profile in Patients with COPD. 2020;

6. Paul WJ, Yvonne F. ST GEORGE'S RESPIRATORY QUESTIONNAIRE FOR COPD PATIENTS (SGRQ-C) Manual 2016. St George's, University of London; 2018.
7. Priyadharshini N, Renusha RC, Reshma S, Sindhuri Sai M, Koushik Muthu RM, Rajanandh MG. Prevalence of metabolic syndrome in patients with chronic obstructive pulmonary disease: An observational study in South Indians. Diabetes Metab Syndr. Jul-Aug 2020;14(4):503-507.
8. Venkatesan P. GOLD COPD report: 2024 update. The Lancet Respiratory Medicine. 2024;12(1):15-16.

ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG ĐIỀU TRỊ DẪN ĐẦU MODIFIED-DCF KẾT HỢP HÓA XẠ TRỊ TRIỆT CĂN TRONG UNG THƯ THỰC QUẢN GIAI ĐOẠN T3-T4B/ N1-2/ M0 TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Phùng Thùy Dương¹, Trịnh Lê Huy^{1,2},
Lê Thị Khánh Tâm³, Nguyễn Văn Hùng²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư thực quản (UTSQ) thường được phát hiện ở giai đoạn tiến triển, với điều trị chính là hóa xạ trị. Phác đồ mDCF được kết hợp hóa xạ trị nhằm tăng khả năng kiểm soát bệnh. Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phác đồ m-DCF dẫn đầu kết hợp hóa xạ trị triệt căn UTSQ giai đoạn T3-T4b/N1-2/M0 tại bệnh viện ĐHY Hà Nội. **Phương pháp:** Mô tả chùm ca bệnh. Đối tượng: UTSQ giai đoạn T3-T4b/N1-2/M0, không phẫu thuật. Điều trị 4-6 chu kỳ hóa chất m-DCF (docetaxel 40 mg/m², cisplatin 40 mg/m², leucovorin 400 mg/m², fluorouracil 2400 mg/m² chu kỳ 14 ngày) theo sau bởi hóa xạ trị 50.4 Gy với phác đồ Paclitaxel – Carboplatin. **Kết quả:** Từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2024, có 43 bệnh nhân phù hợp. Khối u T4 chiếm 51.16% và 61.47% có hạch N2. Tuổi trung bình là 61.0 ± 9.2. Tỷ lệ đáp ứng chung (ORR) là 95.4%, trong đó đáp ứng hoàn toàn trên lâm sàng là 23.3%. Mức độ co nhỏ tổn thương tối đa sau xạ có trung bình là 67.14% ± 22.4, có sự tương quan và có thể được dự đoán dựa trên mức độ đáp ứng sau hóa chất dẫn đầu. Độc tính độ 3 hay gặp nhất là hạ bạch cầu (25.6%), không có bệnh nhân nào có độc tính độ 4. Các độc tính khác ít gặp và kiểm soát được. **Kết luận:** Điều trị dẫn đầu mDCF kết hợp hóa xạ trị triệt căn là phác đồ an toàn, dung nạp tốt và chứng minh hiệu quả trong kiểm soát bệnh UTSQ giai đoạn T3-T4b/N1-2/M0. **Từ khóa:** ung thư thực quản, dẫn đầu, mDCF, hóa xạ trị

SUMMARY

RESPONSE TO INDUCTION MODIFIED-DCF COMBINED WITH DEFINITIVE CHEMORADIATION THERAPY FOR

LOCALLY ADVANCED ESOPHAGEAL CANCER: A RETROSPECTIVE ANALYSIS

Introduction: Esophageal cancer (ESCC) is often diagnosed at advanced stages, with chemoradiotherapy serving as the primary treatment modality. The modified docetaxel, cisplatin, and fluorouracil (m-DCF) regimen is introduced with chemoradiotherapy to augment disease control. This study aimed to evaluate the efficacy and safety of induction m-DCF followed by definitive chemoradiotherapy in patients with T3-T4b/N1-2/M0 ESCC at Hanoi Medical University Hospital. **Methods:** This descriptive case series included patients with unresectable ESCC stages T3-T4b/N1-2/M0. Patients received 4-6 cycles of induction m-DCF (docetaxel 40 mg/m², cisplatin 40 mg/m², leucovorin 400 mg/m², fluorouracil 2400 mg/m² administered every two weeks) followed by concurrent chemoradiation 50.4 Gy with a paclitaxel-carboplatin regimen. **Results:** From January 2020 to June 2024, 43 eligible patients were enrolled. T4 tumors constituted 51.16% of cases, and N2 lymph node involvement 61.47%. Mean age was 61.0 ± 9.2. The overall response rate (ORR) was 95.4%, with a complete clinical response observed in 23.3% of patients. A mean depth of tumor regression after chemoradiation was 67.14% ± 22.4, correlating with the regression achieved after induction chemotherapy. The most common grade 3 toxicity was neutropenia (25.6%), with no grade 4 toxicities. Other adverse events were infrequent and manageable. **Conclusion:** modified-DCF combined with definitive chemoradiotherapy represents a safe, well-tolerated, and effective regimen for disease control in patients with locally advanced ESCC.

Keywords: locally advanced ESCC, induction mDCF, chemoradiotherapy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2022, ung thư biểu mô thực quản (UTBMTQ) đứng thứ 11 về số ca mới mắc, nhưng đứng thứ 7 về số ca tử vong do ung thư trên toàn cầu, trong đó nhóm dân số châu Á đứng đầu về cả tỉ lệ mắc và tỉ lệ tử vong.[1] Tỷ lệ ung thư thực quản phát hiện ở giai đoạn sớm

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: tringlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.8.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025

Ngày duyệt bài: 17.10.2025