

Tổn thương được cắt bỏ hoàn toàn tại bệnh viện chúng tôi và gửi sang phòng Giải phẫu bệnh. Sau khi tiếp nhận bởi bác sỹ Giải phẫu bệnh, khối u được phân tích và ghi nhận các hình thái vi thể trên tiêu bản nhuộm Hematoxylin-eosin khá thú vị. Tổn thương dạng kén, ranh giới rõ, hình bầu dục, thành kén lợp bởi nhiều hàng tế bào dạng đáy ưa bazơ, bào tương rộng, nhiều hạt nhiễm sắc, một số tế bào có nhân chia. Trên thành kén, có một số vùng nhỏ có tế bào dạng vảy đứng thành đám, gợi ý hình ảnh sừng hoá. Có một vùng trên thành kén thấy hình ảnh các tế bào dạng đáy ưa bazơ dần dần biến đổi, tế bào trở nên ưa ái toan hơn, bào tương rộng, nhân co nhỏ. Bên trong kén, có tổ chức dịch huyết thanh kèm rất ít chất sừng. Các bác sỹ Giải phẫu bệnh khi tiếp cận ca bệnh này ban đầu gặp khó khăn khi xác định nguồn gốc tế bào khối u da. Đồng thời, tổ chức dịch huyết thanh bên trong kén cũng khiến chúng tôi băn khoăn khi không phù hợp với một số các tổn thương kén dưới da thông thường. Qua phân tích hình thái vi thể của tế bào lót thành kén, chúng tôi thấy các tế bào này phù hợp với nguồn gốc tế bào ma trận của nang lông (hair follicle's matrix cells). Sau khi khoanh vùng các tổ chức u da và kén dưới da có nguồn gốc các tế bào ma trận của nang lông, chúng tôi thu nhỏ dần phạm vi các chẩn đoán phân biệt và đưa đến kết luận là pilomatricoma. Chúng tôi cũng tìm thấy trong y văn một số mô tả các ca bệnh pilomatricoma có thành phần dịch bên trong tổn thương và đã từng khiến bác sỹ lâm sàng chẩn đoán nhầm lẫn với tổn thương apxe dưới da.

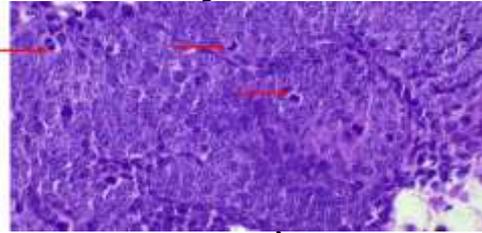


**Hình 3. Hình ảnh đại thể tổn thương với tổ chức kén hình bầu dục, ranh giới rõ, kén ở vùng trung bì sâu và xuống tận mô mỡ**



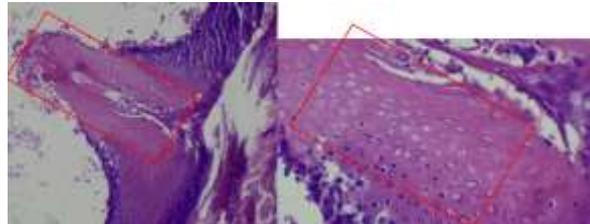
**Hình 4. Thành kén lợp bởi nhiều hàng tế bào ưa bazơ dạng đáy, có vùng nhỏ có đám sừng hoá**

Nhiều hàng tế bào ưa bazơ dạng đáy  
Đám sừng hoá



**Hình 5. Hình thái vi thể của các tế bào lợp thành kén: ưa bazơ dạng đáy, bào tương rộng, có các hạt nhiễm sắc, một số tế bào nhân chia**

Tế bào nhân chia



**Hình 6. Vùng các tế bào dần dần chuyển tiếp với tế bào bắt màu ái toan hơn, bào tương rộng, nhân dần co nhỏ**

Vùng các tế bào bắt màu ái toan, bào tương rộng, nhân dần co nhỏ

Trong hình ảnh mô bệnh học của ca bệnh này, chúng tôi không ghi nhận thấy hình ảnh của tế bào bóng ma thường thấy trong giai đoạn tiến triển sau của bệnh, cùng lắng đọng calci hay nhiều tổ chức sừng trong tổn thương thường được mô tả trong y văn của pilomatricoma. Đây cũng là một yếu tố quan trọng khiến các nhà giải phẫu bệnh bối rối và gặp khó khăn khi chẩn đoán xác định khối u. Do đó, chúng tôi viết báo cáo mô tả hình thái vi thể của ca bệnh này, tổn thương pilomatricoma giai đoạn sớm, với hình ảnh kén.

### III. BÀN LUẬN

Pilomatricoma, được Malherbe và Chenantais mô tả lần đầu tiên vào năm 1880, còn được gọi là u biểu mô vôi hóa của Malherbe[2]. Pilomatricoma là một khối u da lành tính, không có triệu chứng, phát triển chậm, biệt hóa từ tế bào ma trận của nang lông. Khối u được phủ bởi da bình thường hoặc da sung huyết, và thường có kích thước dao động từ 0,5 đến 3 cm[3]. Bệnh gặp chủ yếu ở vùng đầu và cổ (hơn 50% trường hợp) với tỷ lệ nữ mắc nhiều hơn nam. Các vị trí khác bao gồm chi trên, thân mình và chi dưới theo thứ tự giảm dần về tần suất. Chưa có trường hợp nào được báo cáo ở lòng bàn tay, lòng bàn chân hoặc vùng sinh dục[10]. Tổn

thường thường bị chẩn đoán nhầm trên lâm sàng do có nhiều đặc điểm lâm sàng trùng lặp với các khối u lành tính khác như u tuyến bã và u xơ, pilomatrixoma ngày càng thu hút sự quan tâm trong những năm gần đây do tỷ lệ chẩn đoán sai cao[1]. Mặc dù pilomatrixoma có thể phát triển ở bất kỳ lứa tuổi nào, bệnh cho thấy hai đỉnh xuất hiện rõ rệt ở thập kỷ thứ nhất và thứ sáu của cuộc đời. Tuy nhiên, 40% trường hợp xảy ra ở người bệnh dưới 10 tuổi và 60% trường hợp xuất hiện trong hai thập kỷ đầu đời. Nguyên nhân thuận lợi chính xác của pilomatrixoma hiện vẫn chưa được biết rõ. Bệnh có thể liên quan đến vết côn trùng cắn, chấn thương hoặc phẫu thuật[4]. Các nốt này không dính vào mô sâu và thường được phủ bởi da có màu sắc bình thường, màu ngọc trai hoặc hồng nhạt. Các tổn thương phần lớn không có triệu chứng, tuy nhiên đôi khi có thể xuất hiện đau và sưng do ngứa hoặc khi ấn [3].

Một số dấu hiệu điển hình trên lâm sàng của pilomatrixoma được mô tả trong y văn như dấu hiệu lều (tent sign) hoặc dấu hiệu bập bênh (teeter-totter). Kéo căng da phủ trên bề mặt khối u có thể thấy dấu hiệu "lều" với nhiều mặt và góc cạnh, đây là dấu hiệu đặc hiệu của pilomatrixoma. Ngoài ra, khi ấn vào một bên tổn thương sẽ khiến bờ đối diện nhô lên khỏi da giống như dấu hiệu "bập bênh". Trên lâm sàng, pilomatrixoma bị chẩn đoán nhầm lẫn với nhiều tổn thương u da và kén dưới da khác bao gồm: kén thượng bì, kén trung bì, xoang trước tai, phản ứng dị vật, u mỡ, fibroxanthoma thoái hóa, u xương da (osteoma cutis), tụ máu xương hóa (ossifying hematoma),...[10]

Về mặt mô bệnh học, pilomatrixoma bao gồm các đám tế bào biểu mô được cấu tạo từ hai loại tế bào chính: tế bào dạng đáy ưa bazơ và tế bào bóng ma ưa ái toan. Ở các tổn thương giai đoạn sớm, tế bào ưa bazơ chiếm ưu thế, có nhân tròn hoặc bầu dục, bắt màu bazơ đậm và bào tương rất ít, khiến cho các nhân nằm sát nhau, tập hợp thành từng đám ở một phía hoặc ngoại vi khối u. Khi khối u trưởng thành, các tế bào ưa bazơ tăng dần bào tương và thoái hoá co nhỏ nhân từng bước để trở thành các tế bào bóng ma ưa ái toan. Các tế bào này tạo nên phần trung tâm của khối u và thường có hiện tượng vôi hóa hay lắng đọng calci. Dần dần, các ổ vôi hóa này tăng lên, khiến cho tổn thương có độ chắc cứng giống xương. Pilomatrixoma được đặc trưng bởi các tế bào dạng đáy chuyển thành tế bào trung gian (tế bào chuyển tiếp), đôi khi có đặc điểm giống tế bào vảy. Ở một số vùng, sự chuyển tiếp từ tế bào ưa bazơ sang tế bào bóng

ma diễn ra đột ngột, trong khi ở những vùng khác sự chuyển tiếp này lại từ từ[9].

Có bốn giai đoạn hình thái học vi thể đặc trưng của pilomatrixoma được xác định như sau:

Giai đoạn sớm: tổn thương nhỏ, dạng kén; Giai đoạn phát triển đầy đủ: tổn thương lớn, dạng kén; Giai đoạn thoái triển sớm: còn ổ tế bào dạng đáy, tế bào bóng ma, xâm nhập viêm bạch cầu lympho và có thể có các tế bào khổng lồ đa nhân; Giai đoạn thoái triển muộn: có nhiều tế bào bóng ma, không còn tế bào dạng đáy và tế bào viêm, có thể thấy vôi hóa và cốt hóa.

Dựa trên các tiêu chí này, ca bệnh của chúng tôi thuộc giai đoạn sớm, với thành phần tế bào lót thành kén chủ yếu là tế bào dạng đáy ưa bazơ, tổn thương kén nhỏ. Trên tiêu bản nhuộm Hematoxylin-eosin, nhóm tác giả quan sát thấy vùng tế bào chuyển tiếp, tuy nhiên lại không thấy các tế bào bóng ma điển hình. Điều này gây khó khăn khi chẩn đoán trên mô bệnh học. Bên cạnh đó, bên trong kén có tổ chức dạng dịch huyết thanh và rất ít chất sừng, phù hợp với một số ca lâm sàng pilomatrixoma hiếm gặp được báo cáo với thành phần dịch viêm trong tổn thương hoặc không có tổ chức bên trong kén và gây chẩn đoán nhầm với apxe da trên lâm sàng. Đây là một ca bệnh thú vị, dù là bệnh lý u da không hiếm gặp, nhưng lại gây bối rối cho các nhà giải phẫu bệnh khi tiếp cận đến chẩn đoán cuối cùng. Chúng tôi báo cáo ca bệnh này và nhấn mạnh vào mô tả chi tiết về các giai đoạn tiến triển của pilomatrixoma, với mục đích góp phần giúp các nhà giải phẫu bệnh và da liễu học chẩn đoán dễ dàng hơn bệnh lý này. Pilomatrixoma không tự thoái lui và sự chuyển dạng ác tính rất hiếm gặp, phương pháp điều trị chuẩn là cắt bỏ toàn bộ tổn thương bằng phẫu thuật. Tái phát sau phẫu thuật ít gặp, với tỷ lệ từ 0% đến 3%. Sự chuyển dạng ác tính thành pilomatrixoma carcinoma cần được nghi ngờ trong những trường hợp tái phát tại chỗ nhiều lần.

#### IV. KẾT LUẬN

Tóm lại, mặc dù đã có nhiều báo cáo ca bệnh trong y văn mô tả đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán phân biệt và những khó khăn trong chẩn đoán của pilomatrixoma, nhưng tổn thương này vẫn tiếp tục gây thách thức đáng kể trong thực hành lâm sàng. Mục đích chính của bài báo này là cung cấp các hướng dẫn chi tiết hỗ trợ các bác sĩ Da liễu và Giải phẫu bệnh trong tiếp cận và đưa ra chẩn đoán cuối cùng trong bệnh u mầm lông (pilomatrixoma), đặc biệt trong giai đoạn sớm, khi tổn thương dễ gây nhầm lẫn với các khối u da khác. Đồng thời, nhóm tác giả nhấn

manh tầm quan trọng của việc thăm khám kỹ lưỡng trên lâm sàng và phân tích hình thái vi thể trên mô bệnh học qua 4 giai đoạn tiến triển của pilomatricoma, từ đó có thể giúp chẩn đoán xác định các trường hợp pilomatricoma ở giai đoạn sớm, khi triệu chứng không điển hình và chưa được nghi ngờ trên lâm sàng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kumaran N, Azmy A, Carachi R, Raine PAM, Macfarlane JH, Howatson AG.** Pilomatricoma—accuracy of clinical diagnosis. *J Pediatr Surg.* 2006;41(10): 1755-1758. doi:10.1016/j.jpedsurg.2006.05.005
2. **Forbis R.** Pilomatricoma (Calcifying Epithelioma). *Arch Dermatol.* 1961;83(4):606. doi:10.1001/archderm.1961.01580100070009
3. **Guinot-Moya R, Valmaseda-Castellon E, Berini-Aytes L, Gay-Escoda C.** Pilomatricoma. Review of 205 cases. *Med Oral Patol Oral Cirugia Bucal.* Published online 2011:e552-e555. doi:10.4317/medoral.16.e552
4. **Lan MY, Lan MC, Ho CY, Li WY, Lin CZ.** Pilomatricoma of the Head and Neck: A Retrospective Review of 179 Cases. *Arch Otolaryngol Neck Surg.* 2003;129(12):1327. doi:10.1001/archotol.129.12.1327
5. **Handler MZ, Derrick KM, Lutz RE, Morrell DS, Davenport ML, Armstrong AW.** Prevalence of Pilomatricoma in Turner Syndrome: Findings From a Multicenter Study. *JAMA Dermatol.* 2013;149(5): 559. doi:10.1001/2013.jamadermatol.115
6. **Hernández-Núñez A, Nájera Botello L, Romero Maté A, et al.** Estudio retrospectivo de pilomatricomas: 261 tumores en 239 pacientes. *Actas Dermo-Sifiliográficas.* 2014;105(7):699-705. doi:10.1016/j.ad.2014.01.003
7. **Pilomatricomas in children: Report of 149 cases.** A retrospective study at two children's hospitals. *Arch Argent Pediatr.* 2019;117(5). doi:10.5546/aap.2019.eng.340
8. **Rajalakshmi T, Correa M, Simi C.** Pilomatricoma: A tumor with hidden depths. *Indian J Dermatol Venereol Leprol.* 2010;76(5): 543. doi:10.4103/0378-6323.69086
9. **Pirouzmanesh A, Reinisch JF, Gonzalez-Gomez I, Smith EM, Meara JG.** Pilomatricoma: A Review of 346 Cases. *Plast Reconstr Surg.* 2003;112(7): 1784-1789. doi:10.1097/01.PRS.0000091160.54278.64
10. **Yencha MW.** Head and neck pilomatricoma in the pediatric age group: a retrospective study and literature review. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2001;57(2): 123-128. doi:10.1016/S0165-5876(00)00449-3

## VIÊM DA THIẾU KẼM: BÁO CÁO CA BỆNH HIẾM GẶP VÀ DỄ BỎ SÓT

Triệu Thị Huyền Trang<sup>1</sup>, Lê Thị Chi Phương<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị một trường hợp bệnh viêm da thiếu kẽm ở người trưởng thành tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả ca bệnh. Ca bệnh là nam giới, 24 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, 2 tháng gần đây người bệnh thường xuyên sinh hoạt thất thường, ăn đồ ăn tiện lợi, hút thuốc, đồ uống có gas, thức khuya. Người bệnh đi khám vì tổn thương dát đỏ da đầu, cổ, ngực và cánh tay trái không kèm theo rối loạn tiêu hóa hay rụng tóc. Ban đầu người bệnh được định hướng chẩn đoán viêm da đầu ở đầu và viêm da tự tạo cổ ngực và cánh tay trái cần phân biệt với nhiều bệnh da mạn tính: vảy nến, bệnh lý thượng bì bong nước mắt phải, nấm da, chốc, chàm vi khuẩn. Giải phẫu bệnh hai vị trí vùng da đầu và cánh tay trái cho kết quả giống nhau: phần nông của thượng bì hoại tử hoàn toàn, phần thượng bì tái tạo có xốp bào phù hợp với viêm da thiếu kẽm. Bệnh nhân đã được điều trị và đáp ứng hoàn toàn liệu pháp bổ sung kẽm. **Kết quả:** Người bệnh được chẩn đoán viêm da thiếu kẽm, dễ nhầm lẫn với bệnh lý da mạn tính thường gặp và hiếm gặp khác nhau. Điều trị bệnh

là chăm sóc tổn thương tại chỗ da, bổ sung kẽm và thay đổi lối sống kết hợp khám sàng lọc tìm nguyên nhân nguyên phát. **Kết luận:** Viêm da thiếu kẽm là bệnh lý hiếm gặp, dễ bị bỏ qua ở người trưởng thành. Bệnh có biểu hiện lâm sàng không điển hình, dễ nhầm với nhiều bệnh da liễu khác. Báo cáo này góp phần nhấn mạnh vai trò của vi chất trong các bệnh viêm da khó chẩn đoán hoặc kháng trị. **Từ khóa:** viêm da thiếu kẽm, người trưởng thành.

#### SUMMARY

##### ZINC DEFICIENCY DERMATITIS: A RARE AND EASILY MISSED DISEASE CASE

**Objective:** To describe the clinical, paraclinical, and treatment characteristics of a case of zinc deficiency dermatitis in an adult at Hanoi Dermatology Hospital. **Subjects and Methods:** Case report study. The patient was a 24-year-old male with a healthy medical history. For the past 2 months, he had frequently engaged in irregular activities, eating convenience foods, smoking, drinking carbonated beverages, and staying up late. The patient sought medical attention due to red patches on his scalp, neck, chest, and left arm, without accompanying digestive disorders or hair loss. Initially, the patient was diagnosed with seborrheic dermatitis on the head and self-induced dermatitis on the neck, chest, and left arm, requiring differentiation from many chronic skin diseases: psoriasis, acquired epidermolysis bullosa, tinea, impetigo, and microbial eczema.

<sup>1</sup>Bệnh viện Da Liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Thị Huyền Trang

Email: tranguyentrieu@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Pathological examination of two sites, the scalp and left arm, yielded similar results: complete necrosis of the superficial epidermis, and spongiosis in the regenerating epidermis, consistent with zinc deficiency dermatitis. The patient was treated and responded completely to zinc supplementation therapy. **Results:** The patient was diagnosed with zinc deficiency dermatitis, which can be easily confused with various common and rare chronic skin conditions. Treatment involves local skin lesion care, zinc supplementation, and lifestyle changes, combined with screening for primary causes. **Conclusion:** Zinc deficiency dermatitis is a rare disease that is often overlooked in adults. The disease has atypical clinical manifestations and can be easily confused with many other dermatological conditions. This report contributes to emphasizing the role of micronutrient cause in difficult-to-diagnose or refractory dermatitis.

**Keywords:** Zinc deficiency dermatitis, adults.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm da thiếu kẽm không phải là một bệnh lý phổ biến và được hiểu là tình trạng viêm da xảy ra do cơ thể thiếu kẽm, một vi chất rất quan trọng có vai trò cho sự phát triển, miễn dịch và cơ chế lành thương da [1]. Biểu hiện lâm sàng đặc trưng của bệnh là tam chứng gồm có: tổn thương đỏ da bong vảy ở các hốc tự nhiên, đầu cực và các chi, rụng lông tóc, tiêu chảy từng đợt. Ngoài ra có thể gặp các triệu chứng kèm theo: viêm kết mạc và hoặc suy giảm miễn dịch. Tỷ lệ gặp tổn thương da do thiếu kẽm phụ thuộc vào nguyên nhân thiếu kẽm bẩm sinh hay mắc phải. Nguyên nhân thiếu kẽm bẩm sinh là một thể bệnh hiếm gặp Acrodermatitis Enteropathica (AE) có tính chất di truyền ước tính 1/500.000 đến 1/1.000.000 trẻ sơ sinh thì tỷ lệ gặp tổn thương da 100% [2]. Nguyên nhân mắc phải có tổn thương da được hiểu là các tổn thương đơn thuần nguyên phát do thiếu kẽm không kết hợp với các bệnh lý da khác, không phải lúc nào cũng có biểu hiện lâm sàng dù thiếu kẽm có thể gặp 17% dân số toàn cầu, thậm chí nhóm thiếu kẽm mức độ nặng tỷ lệ gặp tổn thương da 10-20% tùy nghiên cứu [3]. Do đó việc chẩn đoán nhóm bệnh nhân này gặp nhiều khó khăn, các bác sĩ thực hành lâm sàng hoàn toàn có thể bỏ sót, thiếu tiếp cận toàn diện. Mặt khác các báo cáo case report cũng như nghiên cứu trực quan tổn thương da do căn nguyên thiếu kẽm hiện tại ở Việt Nam chưa có nhiều và cũng chưa có trường hợp báo cáo ca bệnh thiếu kẽm mắc phải ở người trưởng thành. Vì vậy chúng tôi xin được trình bày một trường hợp bệnh nam giới trưởng thành với biểu hiện lâm sàng với tổn thương da đơn độc tuy nhiên có tiền sử sinh hoạt có nguy cơ cao gây thiếu kẽm mắc phải, hình ảnh mô bệnh học độc đáo và đáp ứng tốt với điều trị bổ

sung kẽm đã giúp ích cho chẩn đoán.

## II. CASE LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam 24 tuổi, đi khám lần đầu vì tổn thương da nhiều vị trí đầu, mặt cổ, cánh tay trái. Bệnh nhân là con thứ 2 sinh thường phát triển hoàn toàn khỏe mạnh về thể chất và tinh thần, không có tiền sử mắc bệnh di truyền và các rối loạn tiêu hóa, tiền sử gia đình hoàn toàn khỏe mạnh. Người bệnh làm công việc kỹ sư công nghệ thông tin, trong thời gian 2 tháng gần đây do thay đổi lịch làm việc đáp ứng với yêu cầu mới, bệnh nhân thường xuyên có lịch sinh hoạt thay đổi không cố định, thường xuyên ăn đồ ăn tiện lợi, hút thuốc, đồ uống có gas, thức khuya. Người bệnh đi khám vì tổn thương khởi phát tự nhiên, tiến triển từ từ 2 tháng với các tổn thương ở các vị trí khác nhau, xuất hiện đồng thời trên cơ thể: hiện đồng thời các dát đỏ ở đầu, trên môi trên và quanh hai lỗ mũi, cổ, cánh tay trái từ kích thước nhỏ khoảng 2x2mm sau tăng lên xu hướng lan ra các vùng da lành lân cận. Về cơ năng: người bệnh thấy ngứa vừa, khó chịu, chần chọc, khó ngủ, đại tiểu tiện hoàn toàn bình thường. Người bệnh chưa điều trị gì trước khi đi khám.

Khám lâm sàng: Thể trạng tốt người bệnh cao 1m75 cân nặng: 71kg, BIM 23,18. Đầu, cổ, quanh hốc mũi các tổn thương đồng dạng cùng lứa tuổi: Các dát đỏ ranh giới rõ với vùng da lành, kích thước đa dạng, ngoại vi có bong vảy da mỏng, dính nhẹ. Cánh tay trái có 1 tổn thương: vùng trung tâm có nhiều mụn nước, mụn kèm vảy tiết vàng ứ đọng, nhạt màu hoặc vàng đục có ít giả mạc trắng đục trên nền da đỏ chột, loét ứ đọng, tự giới hạn với vùng da lành bằng viền đỏ da có vảy mỏng ở ngoại vi, tăng sắc tố đồng nhất màu nâu đậm (Hình ảnh 1,2,3,4). Lông tóc, móng không có dấu hiệu bất thường, test kéo tóc âm tính. Không có tổn thương trong các hốc tự nhiên. Cơ năng: ngứa nhẹ, không đau, khó ngủ. Không sốt, không sụt cân, đại tiểu tiện bình thường. Các cơ quan bộ phận khác chưa phát hiện gì đặc biệt.



**Ảnh 1, 2: Vùng tổn thương da đầu và mặt**



**Ảnh 3, 4: vùng tổn thương cổ ngực và cánh tay trái**

Người bệnh được đưa ra hướng chẩn đoán sơ bộ: hướng đến viêm da dầu ở đầu, viêm da tự tạo bội nhiễm ở mặt, cổ ngực, cánh tay trái. Và chẩn đoán phân biệt: Các tổn thương ở vùng da đầu, mặt, ngực: vết chột da nông, bong vảy mỏng, bề mặt màu đỏ nâu, ranh giới rõ với vùng da lành gặp trong tổn thương da nhiễm trùng nguyên phát: chốc, chàm vi khuẩn có hoặc không kèm theo bội nhiễm nấm, hoặc nhiễm nấm đơn thuần đặc biệt sau các trường hợp tự ý dùng thuốc mà không có chỉ định kê đơn của bác sĩ với các sản phẩm chứa ASA (là hoạt chất chứa thành phần Ethanol Natri salicylate và Acetylsalicylic acid). Các trường hợp ly thượng bì bong nước cũng gặp phải với các tổn thương gần tương tự. Tổn thương vùng da đầu cần loại trừ thêm với vảy nến. Với tổn thương đơn độc vùng cánh tay trái cần phân biệt trong trường hợp loét da mạn tính gặp do nhiều nguyên nhân: hoại tử da do Đái tháo đường nhiễm khuẩn, nhiễm trùng mạn tính do lao, các chủng nấm sâu,.. các trường hợp chấn thương sang chấn thường bị do vật lý chà sát, tự tạo; hoặc tổn thương mạch máu ngoại biên. Các xét nghiệm cận lâm sàng đề xuất: soi tươi tìm nấm, siêu âm ổ bụng, mô bệnh học nhuộm HE và PAS. Kết quả sơ bộ: soi tươi tìm nấm nhiều vị trí không thấy hình thái sợi hay bào tử nấm; siêu âm ổ bụng: gan nhiễm mỡ độ một, cấu trúc và kích thước tụy sơ bộ đánh giá trong giới hạn bình thường; giải phẫu bệnh 2 vị trí vùng da đầu cánh tay cho kết quả giống nhau: phần nông của thượng bì hoại tử hoàn toàn, phần thượng bì tái tạo có xếp bào. Trung bì xâm nhập viêm bạch cầu quanh mạch. PAS không thấy nấm; người bệnh đã được tư vấn làm xét nghiệm định lượng nồng độ kẽm trong huyết thanh tuy nhiên vì lý do cá nhân nên từ chối. Kết luận: Viêm da thiếu kẽm

Bệnh nhân đã được kê đơn: zincluderm 60 viên, ngày uống 1 viên x 2 lần sáng-tối, Fucidin (acid fucidic) 15g x 2 tuýp bôi tổn thương đầu, mặt, cổ, cánh tay trái ngày 2 lần. Diễn biến sau một tháng điều trị người bệnh sạch tổn thương tổn thương da lành hoàn toàn, không tái phát, bệnh nhân cảm thấy khỏe, ngứa hết, ngủ tốt hơn (Ảnh 5,6,7). Người bệnh đã được tư vấn

thăm khám tiếp tuy nhiên từ chối do lịch trình công việc chưa cho phép.



**Ảnh 4,5,6. Hình ảnh kết quả sau điều trị**

### III. BÀN LUẬN

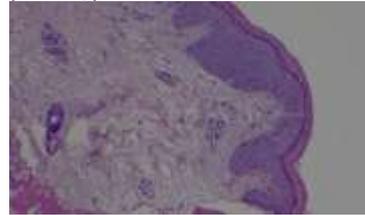
Kẽm (Zn) là một nguyên tố vi lượng thiết yếu, đóng vai trò cực kỳ quan trọng trong nhiều quá trình sinh học của cơ thể. Dù chỉ chiếm lượng rất nhỏ (khoảng 2–3 g trong cơ thể người trưởng thành), nhưng kẽm ảnh hưởng đến hơn 300 enzym và hàng loạt chức năng sinh lý toàn diện cơ thể sống [5]: tăng cường miễn dịch; yếu tố thúc đẩy cơ chế lành thương thông qua tác động mạnh mẽ lên quá trình phân bào, hỗ trợ phát triển tăng trưởng chiều cao, cân nặng và sinh lý sinh dục; tác động đến hệ thần kinh và nhận thức thông qua vai trò dẫn truyền thần kinh glutamate & GABA làm tăng khả năng tập trung và trí nhớ; duy trì ổn định chức năng sinh sản thông qua tác động lên quá trình phân chia, ổn định màng và cấu trúc DNA tế bào tinh trùng, tế bào noãn, mang thai và phát triển phôi; quan trọng quá trình chống oxy hóa và chống lão hóa với sự tham gia hoạt động enzym superoxide dismutase (SOD). Đặc biệt kẽm có vai trò quan trọng điều hòa quá trình sùng hóa, tăng sinh tế bào biểu mô, kiểm soát tình trạng viêm da. Do đó khi thiếu kẽm người bệnh có biểu hiện lâm sàng rất đa dạng [4].

Tuy nhiên trên trường hợp bệnh nhân này có một số điểm lâm sàng đáng chú ý: Thứ nhất, người bệnh với tổn thương da đơn độc và thiếu vắng hoàn toàn dấu hiệu rõ ràng về tình trạng rụng lông tóc cũng như biểu hiện rối loạn tiêu hóa, tiêu chảy từng đợt kéo dài vốn thường quan sát được ở bệnh nhân thiếu kẽm. Về độ tuổi để quan sát được tình trạng viêm da thiếu kẽm thường hay ở trẻ nhỏ, đặc biệt đối tượng có nguy cơ cao người suy dinh dưỡng, phụ nữ có thai trong khi bệnh nhân này thuộc nhóm tuổi trưởng thành. Thứ hai các tổn thương da với đặc điểm và hình thái trùng lặp với nhiều bệnh lý da thường gặp hơn và hiếm gặp khác [6]. Các tổn thương này có đặc điểm chung là tình trạng viêm cấp và bán cấp ở vùng đầu, quanh hốc mũi, đỏ da, nứt nẻ, ngứa, vị trí tổn thương cánh tay trái có thể là biểu hiện của bội nhiễm hoặc do nhiễm khuẩn nguyên phát. Các đặc điểm này

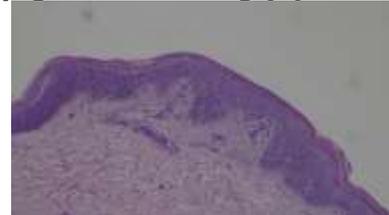
ngoài viêm da thiếu kẽm có thể gặp trong rất nhiều các bệnh lý da khác nhau [4]. Các vết chột nông ranh giới rõ có thể gặp trong bệnh lý da có bong nước, chốc. Mặt khác tổn thương viêm dạng chàm kết hợp khô, bong vảy, ngứa gặp trong viêm da cơ địa, viêm da tiếp xúc dị ứng. Hình dạng tổn thương đa dạng không cố định hình tròn, bầu dục, đa giác, dạng vòng, kích thước to nhỏ khác nhau gợi ý tổn thương do trà sát, chấn thương da tự tạo hoặc có thể sau sử dụng các hoạt chất gây hoại tử thượng bì như ASA, hoặc cồn điều trị nhiễm nấm da..., Vùng quanh 2 hốc mũi, rãnh mũi má, tổn thương da đầu, là vị trí đặc trưng viêm da đầu, đặc biệt gặp tổn thương dạng vảy nến: đỏ da, ranh giới rõ bong vảy trắng bề mặt tổn thương hoàn toàn có thể gặp trong bệnh vảy nến. Thứ ba, bên cạnh các đặc điểm trùng lặp người bệnh có cả đặc điểm không hoàn toàn phù hợp với các định hướng lâm sàng kể trên [6]. Đầu tiên, mặc dù có tính chất tổn thương bán cấp tiến triển từ từ kèm theo ngứa, tuy nhiên người bệnh không có cơ địa dị ứng hay tiền sử bản thân và gia đình có yếu tố dị ứng vốn thường được quan sát thấy ở bệnh nhân có tổn thương viêm da cơ địa hoặc viêm da tiếp xúc dị ứng. Hơn nữa tuổi khởi phát viêm da cơ địa thường gặp ở trẻ nhỏ, vị trí tổn thương ngoài hay gặp vùng mặt, cổ còn gặp ở các vùng nếp gấp, khuỷu tay, khoeo chân đối xứng hai bên, kèm theo rất ngứa bệnh cào gãi tạo các mảng dày da, khô nứt nẻ nhiều, tính chất mạn tính kéo dài với nhiều đợt tái phát. Khi so sánh biểu hiện người bệnh với nhóm bệnh lý đỏ da bong vảy thường thấy ở nam giới độ tuổi 20-30 hoặc trung niên, với tình trạng đỏ da bong vảy, tuy nhiên với viêm da đầu có thêm tình trạng tăng tiết dầu, vảy nhờn bóng xét nghiệm thường kèm theo tình trạng nhiễm nấm *Malassezia*, với vảy nến có vị trí đặc trưng ở vùng da tỳ đè, vùng đỏ da kèm vảy dày trắng khô và dễ bong, trong khi đó ở bệnh nhân này chúng tôi không gặp các triệu chứng này. Ở nhóm bệnh lý da thượng bì bẩm sinh hay gặp ở lứa tuổi nhỏ, mặc phải thường gặp ở người lớn tuổi, bệnh ở giai đoạn đầu. Thứ tư, vùng tổn thương cánh tay trái có đặc điểm vết loét chột da nhiễm khuẩn có thể nguyên phát hoặc thứ phát, để đánh chẩn đoán bệnh đôi khi là rất khó khăn [7]. Đặc điểm của tổn thương có tính chất vết chột loét nền ứ, viền đỏ da, mụn mủ nước bề mặt, bờ mềm. Nguyên nhân có thể kể đến hàng đầu loét do bệnh lý mạch máu: đối với tổn thương động mạch tổn thương nền khô, không ứ, đối với tổn thương tĩnh mạch viền ranh giới với da lành không rõ, tiết nhiều dịch, da xung

quanh xám, giãn tĩnh mạch, đặc biệt với nhóm bệnh lý này bệnh nhân có tiền sử bệnh lý mạch máu ngoại biên. Các nguyên nhân do thiếu dưỡng rối loạn do dinh dưỡng thiếu vi chất thường gặp vị trí tỳ đè, da khô và teo kèm nhiễm trùng tái diễn. Trường hợp tổn thương viêm kết với sùi và mủ kèm theo gặp trong lao da, nấm sâu. Cuối cùng các trường hợp loét có thể gặp trong các bệnh lý ung thư da. Trên bệnh nhân này các đặc điểm loét trượt kèm theo hiện tượng nhiễm khuẩn có tính chất không đặc hiệu làm cản trở định hướng chẩn đoán xác định cụ thể từ hình ảnh lâm sàng.

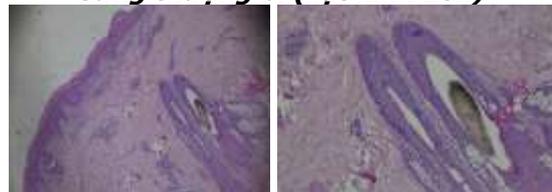
Trong mọi bệnh lý da kể trên, việc sinh thiết đều rất cần thiết, bên cạnh đó kết hợp với các xét nghiệm đặc hiệu khác để đưa ra chẩn đoán cuối cùng: soi tươi tìm nấm, soi AFB, nuôi cấy tìm vi khuẩn, tìm nấm, ANA trong trường hợp có bệnh lý tự miễn. Vai trò mô bệnh học đối với chẩn đoán bệnh nhân này giúp khẳng định chẩn đoán: tổn thương có đặc điểm của tình trạng viêm da thiếu dưỡng chất nuôi dưỡng: phần nông của thượng bì hoại tử hoàn toàn, phần thượng bì tái tạo có xếp bào. Trung bì xâm nhập viêm bạch cầu quanh mạch. Đặc biệt PAS không thấy nấm. Kết quả: Hình ảnh phù hợp Viêm da thiếu kẽm.



**Ảnh 5. Hình ảnh mô bệnh học: Vùng thượng bì bình thường (vật kính 40x)**



**Ảnh 6. Hình ảnh mô bệnh học: Vùng chuyển đổi bắt đầu có sự thoái hóa lớp sừng thượng bì (vật kính 10x)**



**Ảnh 7. Hình ảnh mô bệnh học: Hoại tử lớp thượng bì trong nang tóc (vật kính 10x, vật kính 40x)**

**Đôi chiếu kết quả này với các bệnh lý da cần phân biệt như sau [8]:**

Bệnh	Đặc điểm mô bệnh học
Viêm da thiếu kẽm	Thượng bì: - Thoái hóa tế bào sừng dạng bóng (ballooning degeneration) - Tăng sừng (hyperkeratosis) - Giảm hạt (hypogranulosis) - Hoại tử tế bào thượng bì (necrotic keratinocytes) - Bọng nước trong thượng bì (intraepidermal) Viêm nhẹ quanh mạch ở trung bì
Viêm da cơ địa (eczema)	- Spongiosis (xốp bào) rõ rệt - Thâm nhiễm lympho quanh mạch - Dày sừng và tăng gai trong mạn tính
Viêm da tiết bã	- Parakeratosis xen kẽ - Tăng gai nhẹ - Viêm quanh nang lông
Vảy nến	- Tăng gai (acanthosis) đều - Mất lớp hạt - Parakeratosis kèm vi áp xe Munro - Tần mạch và viêm trung bì nông
Viêm da tiếp xúc dị ứng	- Spongiosis lan rộng - Tế bào Langerhans tăng - Viêm quanh mạch
Ly thượng bì bọng nước mắt phải	- Bọng nước dưới thượng bì - Tế bào viêm hỗn hợp - Miễn dịch huỳnh quang: IgG tại màng đáy
Nhiễm nấm da	- Viêm thượng bì và trung bì - Nấm thấy trong lớp sừng (PAS+) - Spongiosis có thể có

Do vậy khi kết hợp đặc điểm Mô bệnh học và hình ảnh tổn thương da lâm sàng, liệu pháp điều trị bổ sung kẽm có đáp ứng tốt: người bệnh này hướng đến chẩn đoán Viêm da thiếu kẽm và người bệnh cần làm thêm xét nghiệm định lượng kẽm trong huyết thanh để khẳng định chẩn đoán. Về chẩn đoán nguyên nhân, chúng tôi nhận thấy rõ ràng về tuổi khởi phát, tiền sử bản thân và gia đình của bệnh nhân hoàn toàn không có bệnh lý di truyền. BMI là 23,18 trong giới hạn bình thường, diễn biến tình trạng viêm da từ từ, các triệu chứng mạn tính của viêm da thiếu kẽm là rụng tóc và tiêu chảy tái phát kéo dài hiện tại không có. Do đó chúng tôi định hướng nhiều đến người bệnh thiếu kẽm mắt phải đặc biệt có yếu tố nguy cơ cao trong 2 tháng gần nhất người bệnh có lối sống sinh hoạt thường xuyên thay đổi giờ giấc, thức đêm ít ngủ, ăn nhiều thực phẩm thức ăn nhanh đồ uống có gas giảm yếu tố vi lượng trong đó có kẽm. Tuy nhiên về lâu dài, để tầm soát toàn diện nguyên nhân gây thiếu kẽm cho người bệnh chúng tôi đề xuất việc

tái khám và bổ sung các chỉ định cận lâm sàng là rất thiết gồm có: Đánh giá tình trạng giảm hấp thu ruột: sụt giảm cân nặng, tiêu chảy phân mỡ, thiếu máu, phù, đau nhức xương, tê bì da, viêm lưỡi; xét nghiệm cận lâm sàng: tổng phân tích tế bào máu, albumin, protein toàn phần, định lượng sắt, ferritin, transferrin, kẽm, magnesium, Vitamin B12, acid folic, canxi, phosphor trong huyết thanh, INR đánh giá giảm hấp thu vitamin K, xét nghiệm tìm trụ mỡ, ký sinh trùng, calprotectin trong phân, siêu âm ổ bụng/CT/MRI ổ bụng đánh giá cơ quan nội khoa, nội soi đường tiêu hóa đánh giá bất thường cấu trúc, sinh thiết nếu cần. Đánh giá bệnh lý cầu thận: các dấu hiệu lâm sàng của tăng huyết áp, phù, đái máu đại thể và vi thể, thiếu niệu; định lượng protein niệu 24h, microalbumin niệu; tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, định lượng ure, creatinine, albumin, protein, điện giải đồ trong huyết thanh; xét nghiệm miễn dịch: ANA, dsDNA, C3C4, ANCA (c-ANCA, p-ANCA), Anti-GBM, Anti-PLA2R; siêu âm ổ bụng và siêu âm hệ tiết niệu, sinh thiết thận nếu cần. Đánh giá bệnh lý tuyến tụy: đánh giá tình trạng giảm hấp thu ruột như trên, hạ đường huyết, đau bụng, vàng da do tắc mật trước gan, đau bụng, nôn; xét nghiệm men tụy, định lượng insulin, C-peptide, glucose lúc đói, glucagon, somatostatin, VIP, CT/MRI ổ bụng, nội soi siêu âm tìm u tuyến tụy. Mặc dù việc định hướng chẩn đoán xác định và chẩn đoán nguyên nhân của người bệnh này có những khó khăn khi tiếp cận từ thời điểm ban đầu tuy nhiên việc đáp ứng với liệu pháp bổ sung kẽm, kết hợp với tư vấn thay đổi đã làm cải thiện tốt tình trạng viêm da.

**IV. KẾT LUẬN**

Viêm da thiếu kẽm ở người trưởng thành là trường hợp hiếm gặp, dễ bỏ sót đòi hỏi bác sĩ lâm sàng luôn có chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý da cấp và mạn tính khác, việc tái khám và tầm soát nguyên nhân là rất cần thiết cần có sự tuân thủ của người bệnh. Ca bệnh này góp phần nâng cao việc chẩn đoán và điều trị bệnh da thiếu kẽm bằng bổ sung kẽm giúp cải thiện triệu chứng và tránh biến chứng mạn tính.

**Lời cảm ơn:** Các tác giả xin chân thành cảm ơn Khoa Khám Bệnh, Khoa xét nghiệm, Bệnh viện Da liễu Hà Nội đã giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu.

**Cam kết không xung đột lợi ích:** Các tác giả xin cam kết không có xung đột lợi ích trong đề tài này.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

- Australia H.** Zinc deficiency. September 7, 2023. Accessed April 1, 2025. <https://www.healthdirect>.

- gov.au/zinc-deficiency
- Jagadeesan S, Kaliyadan F.** Acrodermatitis Enteropathica. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025. Accessed September 27, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK441835/>
  - Ogawa Y, Kinoshita M, Shimada S, Kawamura T.** Zinc and Skin Disorders. *Nutrients*. 2018;10(2):199. doi:10.3390/nu10020199
  - Baddam S, Maxfield L, Shukla S, Crane JS.** Zinc Deficiency. In: StatPearls. StatPearls Publishing; 2025. Accessed September 27, 2025. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK493231/>
  - Zou P, Du Y, Yang C, Cao Y.** Trace element zinc and skin disorders. *Front Med (Lausanne)*. 2023;9: 1093868. doi:10.3389/fmed.2022.1093868
  - Fitzpatrick's Dermatology, 9e | AccessMedicine | McGraw Hill Medical.** Accessed September 27, 2025. <https://accessmedicine.mhmedical.com/book.aspx?bookid=2570>
  - Janowska A, Dini V, Oranges T, Iannone M, Loggini B, Romanelli M.** <p>Atypical Ulcers: Diagnosis and Management</p>. *CIA*. 2019;14: 2137-2143. doi:10.2147/CIA.S231896
  - Smoller BR.** An atlas of histopathology of skin diseases. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 2000;42(3): 540-541. doi:10.1016/S0190-9622(00)90245-7

## CA BỆNH HIẾM GẶP ANNULAIRE ELASTOLYTIC GIANT CELL GRANULOMA: PHÁT HIỆN MỚI TRÊN LÂM SÀNG VÀ CƠ CHẾ BỆNH SINH

Lê Thị Chi Phương<sup>1</sup>, Đỗ Thùy Linh<sup>1</sup>,  
Trần Mẫn Chu<sup>1</sup>, Giang Bảo Hoàn<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và cơ chế bệnh sinh của ca bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma tại bệnh viện Da liễu Hà Nội, từ đó góp phần cung cấp chứng cứ cho giả thuyết viêm và cơ chế bệnh sinh liên quan tới bệnh lý chuyển hoá của bệnh. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả ca bệnh, ca bệnh nữ giới, 52 tuổi, có tiền sử đái tháo đường typ 2 với tổn thương lâm sàng không xuất hiện ở vùng phơi nhiễm ánh sáng là lòng bàn tay và cạnh bên ngón tay, không có tiền sử phơi nhiễm ánh sáng trong thời gian dài, trên hình ảnh mô bệnh học của bệnh nhân thấy phản ứng viêm dạng u hạt với hiện tượng ly giải sợi chun và thực bào sợi chun. Sự ly giải và thực bào sợi chun cũng được xác thực trên nhuộm chất nhuộm đặc biệt Van Gieson (EVG), các kết quả xét nghiệm và chất nhuộm đặc biệt khác loại trừ các tổn thương viêm da dạng u hạt khác. **Kết quả:** Ca bệnh được chẩn đoán xác định là bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma, thông qua so sánh ca bệnh trong báo cáo này với các ca bệnh kinh điển được mô tả trong y văn trước đó, chúng tôi bổ sung thêm chứng cứ ủng hộ giả thuyết viêm và liên quan tới bệnh lý chuyển hoá là đái tháo đường. **Kết luận:** Ca bệnh này nêu bật tính cấp thiết của các nghiên cứu chuyên sâu hơn với sự xác thực và soi sáng của mô bệnh học trong cơ chế bệnh sinh liên quan tới các bệnh lý chuyển hoá và giả thuyết viêm. **Từ khóa:** Annulaire elastolytic giant cell granuloma, ly giải sợi chun, thực bào sợi chun, viêm dạng u hạt, tổn thương hình nhẫn

### SUMMARY

#### A RARE CASE OF ANNULAIRE ELASTOLYTIC GIANT CELL GRANULOMA: NEW CLINICAL FINDINGS AND INSIGHTS INTO PATHOGENESIS

**Objectives:** To describe the clinical features, paraclinical findings, and pathogenesis of a case of annular elastolytic giant cell granuloma at Hanoi Dermatology Hospital, thereby contributing evidence to the inflammatory hypothesis and the metabolic disease-related pathogenesis of this condition. **Subjects and Methods:** Case report. The patient was a 52-year-old female with a history of type 2 diabetes mellitus, presenting with clinical lesions located in non-sun-exposed areas, including the palms and lateral aspects of the fingers. The patient had no history of prolonged sun exposure. Histopathologic examination showed granulomatous inflammatory response with elastolysis and elastophagocytosis. Elastolysis and elastophagocytosis were further confirmed by special staining Van Gieson (EVG). Other laboratory tests and special stains excluded other granulomatous dermatoses. **Results:** The case was definitively diagnosed as annular elastolytic giant cell granuloma. By comparing this case with classical cases previously described in the literature, we provide additional evidence supporting the inflammatory and metabolic-related hypothesis, particularly the association with diabetes mellitus. **Conclusion:** This case highlights the need for more in-depth studies with histopathologic validation to elucidate the role of inflammation and metabolic disorders in the pathogenesis of this condition. **Keywords:** Annulaire elastolytic giant cell granuloma, elastic fibers degeneration and lysis, elastic fibers phagocytosis, granulomatous inflammation, annulaire lesions.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Annulare elastolytic giant cell granuloma

<sup>1</sup>Bệnh viện Da liễu Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Chi Phương

Email: ltchiphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

(AEGCG) là một rối loạn viêm da mạn tính hiếm gặp, thường khá cục bộ, chủ yếu xảy ra ở các vùng tiếp xúc với ánh nắng mặt trời như lưng, mu bàn tay, bề mặt dưới của cánh tay, cẳng tay, mặt, cổ và ngực. Các đặc điểm mô bệnh học đặc trưng bao gồm sự hiện diện của phản ứng viêm dạng u hạt, trong đó các sợi chun bị các tế bào khổng lồ đa nhân thực bào[1]. Các tổn thương hình nhẫn trong da liễu và có hình ảnh mô bệnh học với phản ứng viêm dạng u hạt có thể gặp trong cả u hạt hình nhẫn, viêm phản ứng u hạt nhiễm khuẩn, phản ứng dạng sarcoidosis, necrobiosis lipoidica và AEGCG[2]. Trong các nghiên cứu gần đây, các ca bệnh liên quan đến bệnh lý chuyển hóa và không ở các vị trí phơi nhiễm ánh sáng, đặt ra câu hỏi về cơ chế bệnh sinh khác trong bệnh này, liên quan đến các yếu tố viêm là nguyên nhân gây ra hiện tượng ly giải và thực bào sợi chun chứ không phải do hiện tượng bức xạ ánh sáng như trong giả thuyết kinh điển của tác giả O'Brien[3], [4]. Việc phát hiện và điều trị cho những người bệnh này khá khó khăn, đặc biệt trong những trường hợp không chẩn đoán xác định được nguyên nhân cuối cùng. Trong nghiên cứu này, ca bệnh của một người bệnh nữ 52 tuổi với các tổn thương sẩn đỏ có mủ và vảy tiết vàng nổi gồ trên bề mặt da vùng lòng bàn tay và cạnh bên ngón tay, các vùng cơ thể không có phơi nhiễm ánh sáng được nghiên cứu. Ngoài ra, người bệnh có tiền sử đái tháo đường 10 năm, duy trì điều trị bằng thuốc uống nội khoa ổn định, người bệnh cũng không có tiền sử phơi nhiễm dưới bức xạ ánh sáng trong thời gian dài. Các phát hiện trên mô bệnh học và chất nhuộm đặc biệt trong ca bệnh này ủng hộ chẩn đoán xác định bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma. Mục tiêu của nghiên cứu là mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và cơ chế bệnh sinh của người bệnh.

## II. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Chúng tôi báo cáo ca bệnh được chẩn đoán xác định annulaire elastolytic giant cell granuloma với các đặc điểm tiền sử, dịch tễ, lâm sàng như trong bảng sau

**Bảng 1. Các đặc điểm dịch tễ và lâm sàng của ca bệnh báo cáo**

Đặc điểm	Ca bệnh
Tuổi	52
Giới	Nữ
Tiền sử phơi nhiễm ánh sáng mạnh	Không
Tiền sử bệnh lý	Đái tháo đường type 2 trong 10 năm
Vị trí	Lòng bàn tay, cạnh

	bên ngón tay
Thời gian biểu hiện bệnh	3 tháng

Người bệnh nữ giới, 52 tuổi, làm công việc văn phòng, không có tiền sử phơi nhiễm ánh sáng cường độ cao trong thời gian dài, vị trí tổn thương da không ở vùng phơi nhiễm ánh sáng (lòng bàn tay 2 bên và cạnh bên ngón tay). Tổn thương cơ bản là các sẩn đỏ có mủ kèm vảy tiết vàng, nổi gồ trên bề mặt da, rải rác trong lòng bàn tay 2 bên và cạnh bên ngón tay, tổn thương đau nhẹ khi ấn, sờ cứng. Người bệnh xuất hiện tổn thương khoảng 3 tháng. Tuy nhiên, người bệnh có tiền sử bệnh đái tháo đường tuýp 2 khoảng 10 năm, điều trị bằng thuốc uống nội khoa ổn định. Bệnh nhân được thăm khám bởi bác sĩ lâm sàng Da liễu tại khoa khám bệnh của bệnh viện Da liễu Hà Nội, với chẩn đoán sơ bộ ban đầu là theo dõi hội chứng Sweet. Người bệnh được chỉ định làm các xét nghiệm cơ bản như công thức máu, hoá sinh cơ bản, xét nghiệm huyết thanh và sinh thiết tổn thương da.



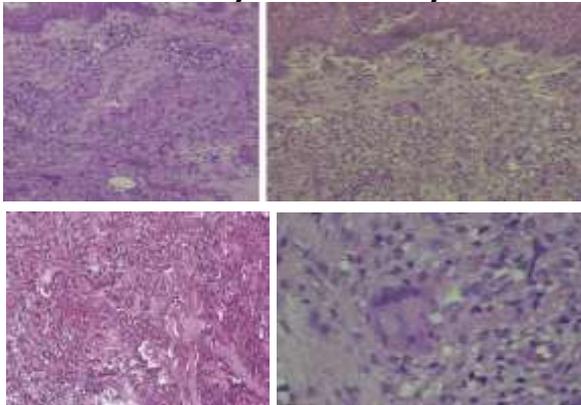
**Hình 1. Hình ảnh lâm sàng của ca bệnh**

Ca bệnh được làm xét nghiệm công thức máu, hóa sinh cơ bản, huyết thanh giang mai và không thấy phát hiện bất thường, chỉ số bạch cầu đa nhân trung tính không tăng như trong hội chứng Sweet. Người bệnh được thực hiện sinh thiết, nhuộm Hematoxylin – eosin, PAS, Xanh Alcian, Ziehl Neelsen và chất nhuộm đặc biệt bắt màu với sợi chun Van Gieson (EVG). Sau quá trình xử lý bệnh phẩm và đọc tiêu bản bởi các bác sĩ Giải phẫu bệnh, các bằng chứng trên mô bệnh học cho thấy phù hợp với chẩn đoán xác định là annulaire elastolytic giant cell granuloma. Trên hình ảnh nhuộm Hematoxylin – eosin, chúng tôi thấy trong mảnh bệnh phẩm có phản ứng viêm dạng u hạt với hiện tượng ly giải sợi chun, các tế bào đa nhân khổng lồ trong phản ứng viêm có hiện tượng thực bào sợi chun. Thành phần viêm của phản ứng viêm phù hợp với phản ứng viêm dạng u hạt không nhiễm khuẩn với sự tham gia chủ yếu của bạch cầu đơn nhân, mô bào, phản ứng xâm nhập viêm ở mức độ trung bình và xuất hiện từ trung bì nông đến trung bì sâu. Mảnh bệnh phẩm được cắt thêm và nhuộm với chất nhuộm đặc biệt bắt màu sợi chun trong mô liên kết là Van Gieson hay còn gọi là EVG. Hiện tượng ly giải sợi chun và thực bào

sợi chun được xác thực bằng chất nhuộm đặc biệt EVG, biểu hiện bởi các sợi chun bị thoái hoá và ly giải thành nhiều đoạn ngắn, mảnh, sắp xếp lộn xộn, mật độ tăng trong trung bì và trong phản ứng viêm. Bệnh cạnh đó, một số sợi chun bị thực bào cũng bắt màu với chất nhuộm EVG và bộc lộ trong bào tương của các tế bào đa nhân khổng lồ.

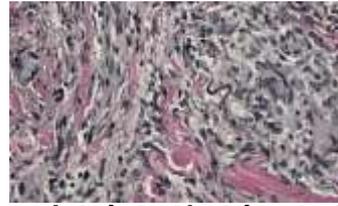
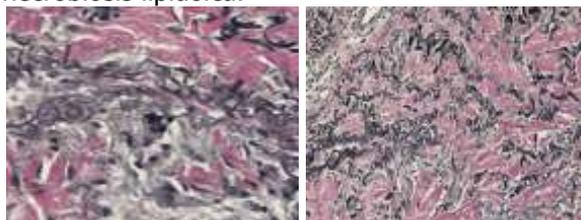


**Hình 2. Hình ảnh mô bệnh học Hematoxylin – eosin đại thể của ca bệnh**



**Hình 3. Hình ảnh tiêu bản nhuộm Hematoxylin – eosin vi thể của người bệnh**

Ngoài ra, nhằm có các bằng chứng khách quan cho chẩn đoán, chúng tôi tiến hành nhuộm các chất nhuộm đặc biệt khác để chẩn đoán phân biệt với các nhóm bệnh có phản ứng viêm dạng u hạt khác. Trên tiêu bản bệnh phẩm nhuộm PAS biểu hiện âm tính với nấm nấm, nhuộm Ziehl Neelsen âm tính với trực khuẩn kháng cồn kháng toan, nhuộm xanh Alcian âm tính với lắng đọng mucin trong phản ứng viêm của u hạt hình nhẫn. Từ các bằng chứng trên mô bệnh học, chúng tôi loại trừ các nhóm bệnh viêm dạng u hạt do nhiễm khuẩn như nấm sâu, lao, phong, trực khuẩn Mycobacterium không điển hình cũng như phản ứng viêm dạng u hạt không nhiễm khuẩn như u hạt hình nhẫn, sarcoidosis, necrobiosis lipidoica.



**Hình 4. Hình ảnh tiêu bản nhuộm chất nhuộm với sợi chun EVG của người bệnh**

Phối hợp các xét nghiệm cơ bản khác, dưới sự xác thực của mô bệnh học và chất nhuộm sợi chun EVG, ca bệnh báo cáo được chẩn đoán xác định là bệnh Annulaire Elastolytic Giant Cell Granuloma. Đây là một ca bệnh với đặc điểm lâm sàng không điển hình và rất dễ chẩn đoán nhầm với các nhóm bệnh da viêm khác.

### III. BÀN LUẬN

Annulaire elastolytic giant cell granuloma là một bệnh da viêm hiếm gặp, nguyên nhân chưa rõ, với các ca bệnh kinh điển đặc trưng bởi các mảng tổn thương dạng hình nhẫn chủ yếu xuất hiện trên vùng da phơi nhiễm ánh nắng[1]. Về lâm sàng, trong y văn kinh điển thường thấy các mảng, ban đỏ dạng hình nhẫn, phân bố ở vùng da phơi nắng, có trung tâm nhạt màu hoặc giảm sắc tố và bờ gồ cao [5]. Số lượng tổn thương da có thể có từ một tổn thương lớn đơn độc cho đến nhiều tổn thương nhỏ tập trung thành đám[6]. Trái ngược với hình ảnh điển hình dạng hình nhẫn, người bệnh của chúng tôi xuất hiện nhiều sẩn đỏ nổi gồ trên bề mặt da có mũ kèm vảy tiết vàng, rải rác trong lòng bàn tay 2 bên và cạnh bên ngón tay, tổn thương đau nhẹ khi ấn, sờ cứng, không có xu hướng liên kết thành mảng mà rải rác, đứng riêng rẽ.

Cơ chế bệnh sinh hiện chưa được hiểu rõ và vẫn còn chưa thống nhất. Một số giả thuyết đã được đưa ra, bao gồm:

Giả thuyết ánh sáng của O'Brien: Bức xạ mặt trời là yếu tố khởi phát ban đầu, gây tổn thương chọn lọc đến các sợi chun ở trung bì. Mô liên kết thoái hóa sau đó trở thành mục tiêu cho phản ứng miễn dịch qua trung gian tế bào (chủ yếu là tế bào CD4+), vốn nhằm sửa chữa tổn thương da nhưng cuối cùng lại dẫn đến phản ứng viêm dạng u hạt. Tuy nhiên, giả thuyết này đã bị Ragaz và Ackerman phản đối gay gắt, cho rằng những phản ứng viêm u hạt này chỉ đơn thuần là một biến thể giải phẫu của u hạt hình nhẫn (granuloma annulaire)[4], [7].

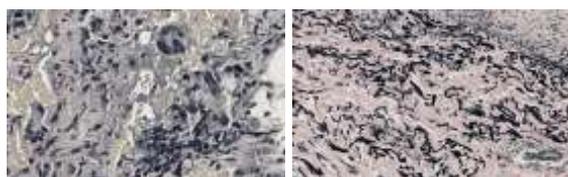
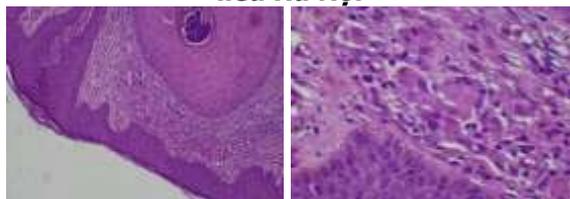
Giả thuyết viêm: Giả thuyết này cho rằng sự phá hủy sợi chun là do chính quá trình viêm u hạt gây ra, tức là viêm mới là yếu tố khởi phát chứ không phải bức xạ ánh sáng [4]. Giả thuyết này được củng cố bởi nghiên cứu của Kiken và

cộng sự, khi thử nghiệm chiếu nắng 4 ngày liên tiếp không thể tạo ra tổn thương mới ở người bệnh có bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma từ trước[3].

Yếu tố nguy cơ phổ biến nhất là phơi nắng cường độ cao hoặc sử dụng giường tắm nắng, thường gặp hơn ở người da sáng sống trong vùng khí hậu nắng nóng [8]. Các tình trạng nguy cơ hoặc bệnh kèm theo có thể bao gồm: đái tháo đường, sarcoidosis [9], viêm động mạch tế bào khổng lồ [6], viêm đa cơ dạng thấp, viêm sun, bạch biến [5], [10], thiếu máu, giảm bạch cầu, viêm gan C, xơ cầu thận ổ-cục bộ, viêm giáp Hashimoto, hồng ban nút và protoporphyria. Trong ca bệnh này, có thể thấy biểu hiện lâm sàng và tiền sử dịch tễ phù hợp với giả thuyết viêm hơn. Nhân ca bệnh này, tại bệnh viện của chúng tôi cũng gặp một ca bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma khác, tuy nhiên, với biểu hiện lâm sàng và vị trí tổn thương giống trong y văn kinh điển mô tả và phù hợp với giả thuyết ánh sáng của O'Brien [1], [4]. Ca bệnh là nam thanh niên 21 tuổi, làm nghề nghiệp lao động tự do và có tiền sử phơi nhiễm nắng trong thời gian dài và cường độ cao, xuất hiện các tổn thương mảng đỏ hình nhẫn ở vùng cổ, không ngứa không đau. Người bệnh có tiền sử khoẻ mạnh, bệnh kéo dài 6 tháng nay. Người bệnh sau đó cũng được làm các xét nghiệm như công thức máu, hoá sinh cơ bản, xét nghiệm huyết thanh giang mai, sinh thiết da và chẩn đoán xác định bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma trên bằng chứng mô bệnh học và chất nhuộm đặc biệt EVG, cũng như làm các xét nghiệm và nhuộm đặc biệt khác loại trừ các chẩn đoán phân biệt khác như PAS, Ziehl Neelsen, Xanh Alcian.



**Hình 5. Hình ảnh lâm sàng ca bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma khác phát hiện trước đó tại bệnh viện Da liễu Hà Nội**



**Hình 6. Hình ảnh mô bệnh học với nhuộm Hematoxylin – eosin và nhuộm bắt màu sợi chun EVG trong ca bệnh đôi chiếu phát hiện trước đó**

Nhóm tác giả có so sánh giữa ca bệnh báo cáo với ca bệnh phát hiện trước đó và trình bày các đặc điểm tiền sử, dịch tễ, lâm sàng như trong bảng sau

**Bảng 2. So sánh đặc điểm tiền sử, dịch tễ, lâm sàng của ca bệnh báo cáo và ca bệnh phát hiện trước đó**

Đặc điểm	Ca bệnh báo cáo	Ca bệnh so sánh
Tuổi	52	21
Giới	Nữ	Nam
Nghề nghiệp	Nhân viên văn phòng	Lao động tự do
Tiền sử phơi nhiễm ánh sáng mạnh	Không	Có
Tiền sử bệnh lý	Đái tháo đường type 2 trong 10 năm	Khoẻ mạnh
Vị trí	Lòng bàn tay, cạnh bên ngón tay	Cổ
Thời gian biểu hiện bệnh	2 tháng	6 tháng

Khi so sánh giữa ca bệnh trong báo cáo với ca bệnh phát hiện khác giống với kinh điển trước đó tại bệnh viện cũng như một số ca bệnh kinh điển khác mô tả trong y văn, nhóm tác giả thấy những biểu hiện ủng hộ cho giả thuyết viêm trong cơ chế bệnh sinh của bệnh này, với các dấu hiệu liên quan với tiền sử đái tháo đường typ 2, tổn thương lâm sàng không xuất hiện ở vị trí phơi nhiễm ánh sáng, người bệnh làm nhân viên văn phòng cũng không tiền sử tiếp xúc ánh sáng mặt trời trong thời gian dài và cường độ cao. Từ đó, chúng tôi cũng cung cấp một số bằng chứng cho giả thuyết viêm và những liên quan đến bệnh lý chuyển hoá của bệnh annulaire elastolytic giant cell granuloma, gợi nên tính cấp thiết của các nghiên cứu chuyên sâu hơn về cơ chế bệnh sinh theo giả thuyết viêm của căn bệnh da viêm hiếm gặp này.

#### IV. KẾT LUẬN

Annulaire elastolytic giant cell granuloma là một bệnh da viêm hiếm gặp, cơ chế bệnh sinh và căn nguyên chưa rõ ràng. Chúng tôi báo cáo ca bệnh này do thấy những biểu hiện lâm sàng

và tiền sử dịch tễ cung cấp thêm những bằng chứng mới cho giả thuyết viêm của bệnh. Một số thông tin về người bệnh này cần được lưu ý: người bệnh có tiền sử đái tháo đường, không phơi nhiễm ánh sáng mặt trời trong thời gian dài và cường độ cao, vị trí xuất hiện tổn thương da ở các vùng cơ thể không phơi nhiễm với bức xạ ánh sáng là lòng bàn tay, cạnh bên ngón tay, thay vì các tổn thương điển hình dạng hình nhân, tổn thương của người bệnh lại dạng sần, có mủ và vảy tiết vàng. Trên mô bệnh học, chẩn đoán xác định annulaire elastolytic giant cell granuloma với các hình ảnh ly giải sợi chun, thực bào sợi chun. Thiết nghĩ, cần có nhiều các báo cáo ca lâm sàng và nghiên cứu nhằm mở rộng hiểu biết y học của chúng ta về giả thuyết viêm và các bệnh lý chuyển hoá của căn bệnh này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **O'Brien JP.** Actinic Granuloma: An Annular Connective Tissue Disorder Affecting Sun and Heat-Damaged (Elastotic) Skin. *Arch Dermatol.* 1975;111(4): 460. doi:10.1001/archderm.1975.01630160050003
2. **McGrae JD.** Actinic Granuloma: A Clinical, Histopathologic, and Immunocytochemical Study. *Arch Dermatol.* 1986;122(1):43. doi:10.1001/archderm.1986.01660130047023
3. **Kiken DA, Shupack JL, Soter NA, Cohen DE.** A provocative case: phototesting does not reproduce the lesions of actinic granuloma. *Photodermatol Photoimmunol Photomed.* 2002; 18(6): 315-316. doi:10.1034/j.1600-0781.2002.02773.x
4. **O'Brien JP. Actinic Granuloma: The Expanding Significance: An Analysis of Its Origin in Elastotic ("Aging") Skin and a Definition of Necrobiotic (Vascular), Histiocytic, and Sarcoid Variants.** *Int J Dermatol.* 1985;24(8):473-490. doi:10.1111/j.1365-4362.1985.tb05826.x
5. **Thacker PM.** O'Brien's Granuloma- A Case Report. *J Clin Diagn Res.* Published online 2016. doi:10.7860/JCDR/2016/22772.8675
6. **Parikh SA, Que SKT, Holmes WD, Ferenczi K, Grant-Kels JM, Rothe MJ.** Infiltrated papules on the trunk and headaches: A case of actinic granuloma and a review of the literature. *Int J Womens Dermatol.* 2015;1(3): 131-135. doi:10.1016/j.ijwd.2015.06.001
7. **Ragaz A, Ackerman AB.** Is actinic granuloma a specific condition? *Am J Dermatopathol.* 1979; 1(1):43-50.
8. **Al-Hoqail IA, Al-Ghamdi AM, Martinka M, Crawford RI.** Actinic Granuloma is a Unique and Distinct Entity: A Comparative Study With Granuloma Annulare. *Am J Dermatopathol.* 2002;24(3): 209-212. doi:10.1097/00000372-200206000-00004
9. **Limas C.** The spectrum of primary cutaneous elastolytic granulomas and their distinction from granuloma annulare: a clinicopathological analysis. *Histopathology.* 2004;44(3):277-282. doi:10.1111/j.0309-0167.2004.01755.x
10. **Stein JA, Fangman B, Strober B.** Actinic granuloma. *Dermatol Online J.* 2007;13(1). doi:10.5070/D3440579JF

## KIẾN THỨC VỀ BỆNH SÙI MÀO GÀ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN NGƯỜI BỆNH SÙI MÀO GÀ ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU HÀ NỘI NĂM 2020

Vũ Huyền Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Hân<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Lan<sup>1</sup>, Cao Xuân Linh<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả kiến thức và phân tích một số yếu tố liên quan về bệnh sùi mào gà của người bệnh sùi mào gà được điều trị tại bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được thực hiện trên 206 người bệnh mắc bệnh sùi mào gà được điều trị tại khoa PT-Laser-VLTL-CSD từ tháng 5-10/2020. Đánh giá mức độ kiến thức về bệnh sùi mào gà của người bệnh thông qua bộ câu hỏi tự xây dựng bao gồm 14 câu hỏi liên quan chủ yếu tới các kiến thức về nguyên

nhân gây bệnh, nguy cơ mắc bệnh, các con đường lây truyền bệnh, triệu chứng lâm sàng, phương pháp điều trị, khả năng tái phát, mối liên quan tới virus HPV và các phương pháp phòng tránh. **Kết quả:** 16,5% đối tượng có kiến thức khá, tốt về bệnh sùi mào gà trong khi 62,6% có kiến thức chưa tốt. Kiến thức của người bệnh khá tốt về bệnh ở nhóm tuổi từ 18 đến 40 tuổi cao gấp 2,69 lần so với nhóm trên 40 tuổi với  $p < 0,05$ . Người bệnh sống ở tỉnh, thành phố có kiến thức đạt cao gấp 2,18 lần người bệnh sống ở nông thôn/miền núi/khác với  $p < 0,05$ . Người bệnh có trình độ học vấn tốt nghiệp từ trung học phổ thông trở lên có kiến thức khá tốt cao gấp 4,02 lần người bệnh có trình độ học vấn thấp hơn với  $p < 0,05$ . **Kết luận:** Tỷ lệ người bệnh có kiến thức khá, tốt về bệnh sùi mào gà còn thấp. Kiến thức về bệnh sùi mào gà của đối tượng có liên quan tới nhóm tuổi, học vấn và địa dư.

**Từ khóa:** kiến thức, sùi mào gà, bệnh viện Da liễu Hà Nội, 2020

<sup>1</sup>Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Huyền Anh

Email: huyenanhvu309@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

**SUMMARY****KNOWLEDGE OF GENITAL WART AND RELATED FACTORS AMONG PATIENTS TREATED AT HANOI HOSPITAL OF DERMATOLOGY IN 2020**

**Objectives:** To describe the knowledge of genital warts and identify associated factors among patients receiving treatment at Hanoi hospital of Dermatology in 2020. **Materials and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 206 patients treated with genital warts at the Department of Laser from May 2020 to October 2020. Patients' knowledge was assessed using a self-developed questionnaire comprising 14 items focusing on etiology, risk factors, transmission modes, clinical manifestations, treatment options, recurrence, HPV association, and preventive measures. **Results:** Knowledge assessment revealed that 16,5% of patients had a good understanding of genital warts, whereas 62,6% demonstrated insufficient knowledge. Patients aged 18–40 years exhibited knowledge levels 2.69 times higher than those over 40 years ( $p < 0.05$ ). Urban residents had knowledge levels 2,18 times higher than those from rural, mountainous, or other regions ( $p < 0.05$ ). Individuals with at least a high school education showed knowledge levels 4,02 times higher than those with lower educational attainment ( $p < 0.05$ ). **Conclusion:** The rate of patients with good knowledge about genital warts is still low. Knowledge about genital warts of the subjects is related to age group, education, and geography.

**Keywords:** Knowledge, Genital Warts, Hanoi hospital of Dermatology, 2020

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Hiện nay, trên thế giới cũng như ở Việt Nam, tình hình mắc các bệnh lây truyền qua đường tình dục (LTQĐTD) ngày càng gia tăng. Sùi mào gà (SMG) là một trong những BLTQĐTD phổ biến ở Việt Nam cũng như trên thế giới, do virus Human Papilloma Virus (HPV) gây ra. Trong số hơn 200 tuýp HPV, có khoảng 40 tuýp HPV gây bệnh sùi mào gà sinh dục, trong đó tuýp 6 và 11 chiếm 90% [1]. SMG là một trong những bệnh LTQĐTD ảnh hưởng rất nhiều đến tâm lý và sức khỏe tình dục như lo âu, mặc cảm hay lo sợ về khả năng sinh sản sau này. Hiện nay vẫn chưa có phương pháp nào điều trị triệt để được viurs HPV. Một số nghiên cứu gần đây ở trong nước và trên thế giới đã mô tả một số yếu tố liên quan đến bệnh sùi mào gà như: tuổi, giới, trình độ học vấn, nghề nghiệp, thu nhập cá nhân, nơi ở, lối sống [1-4].

Các phương pháp điều trị bệnh sùi mào gà nhằm mục tiêu điều trị triệu chứng và hạn chế tái phát cũng như tái nhiễm sau điều trị. Bởi vậy, trong những năm gần đây, tại Việt Nam cũng như các nước trên thế giới, các chiến dịch truyền thông và giáo dục về chăm sóc sức khỏe sinh

sản rất được chú trọng, trong đó có vấn đề phòng tránh các BLTQĐTD [1], [3].

Tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội, khi được khảo sát về các nhu cầu cần được tư vấn liên quan tới các BLTQĐTD, phần lớn người bệnh chưa hiểu biết nhiều về phương thức lây truyền, hiệu quả điều trị cũng như lối sống tình dục sau điều trị. Tuy nhiên, để có cơ sở khoa học cho công tác điều trị cũng như truyền thông phòng tránh lây nhiễm, nghiên cứu được thực hiện nhằm mô tả kiến thức về bệnh sùi mào gà của bệnh nhân sùi mào gà được điều trị tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội và phân tích một số yếu tố liên quan tới mức độ kiến thức của người bệnh sùi mào gà.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Phương pháp nghiên cứu:** tiến cứu mô tả cắt ngang

**Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh sùi mào gà được điều trị tại viện từ 18 tuổi trở lên tại khoa PT-Laser-VLTL-CSD của bệnh viện Da liễu Hà Nội

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, có khả năng chịu trách nhiệm về hành vi của mình và đồng ý tham gia vào nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:** các đối tượng từ chối tham gia nghiên cứu

**Phương pháp nghiên cứu**

Công thức tính cỡ mẫu:

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

*Trong đó:* p là tỷ lệ người mắc bệnh sùi mào gà có kiến thức tốt về bệnh sùi mào gà của nghiên cứu trước đó, lấy  $p = 0,4$  [2]

d là sai số mong muốn, chọn  $d = 0,07$

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$  (khoảng tin cậy 95%)

Theo công thức, cỡ mẫu tối thiểu tính được là  $n = 188$ . Trên thực tế cỡ mẫu của nghiên cứu là 206 người.

**Nội dung nghiên cứu**

Biến số nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu như giới tính, nhóm tuổi, nơi ở, tình trạng hôn nhân, tình trạng học vấn và nghề nghiệp. Đánh giá mức độ kiến thức của người bệnh dựa vào bộ câu hỏi tự xây dựng gồm 14 câu hỏi trên 9 mục chính là căn nguyên gây bệnh, yếu tố nguy cơ, con đường lây truyền bệnh, triệu chứng lâm sàng, phương pháp điều trị, khả năng tái phát và tái nhiễm, mối liên quan giữa HPV và ung thư, đối tượng tiêm phòng HPV và biện pháp phòng tránh mắc bệnh. Mỗi ý trả lời đúng được tính là '1 điểm', trả lời sai hoặc không biết thì tính là '0 điểm' cho ý đó. Tổng điểm là tổng số điểm đạt được khi trả lời tất cả 14 câu hỏi, được chia làm 3 mức độ: Chưa tốt:

điểm từ 0-49, Trung bình: điểm từ 50-69 và Khá, tốt: điểm từ 70-100. Để giúp cho việc phân tích các yếu tố liên quan, chúng tôi chia mức độ kiến thức thành 2 mức chung là: kiến thức đạt từ 70 điểm trở lên; kiến thức không đạt là dưới 70 điểm dựa trên tiêu chí đánh giá kiến thức theo thông tư 27/2020/TT-BGDĐT của Bộ giáo dục và đào tạo [3].

**Thu thập và phân tích số liệu:** Các số liệu được xử lý bằng phần mềm STATA 11.0. Sử dụng test Khi bình phương, Fisher's exact test, tính tỷ suất chênh và mô hình hồi quy logistic. Kết quả được trình bày dưới dạng tỷ lệ phổ biến, tỷ suất chênh với khoảng tin cậy 95%.

**Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua bởi ban giám đốc bệnh viện, thông tin đối tượng nghiên cứu được bảo mật, số liệu chỉ dùng trong nghiên cứu và không tác động đến đối tượng nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=206)**

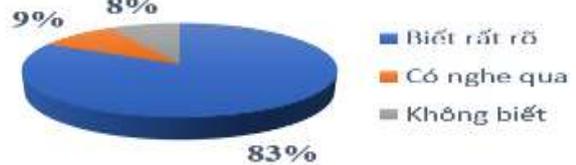
Thông tin chung	Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
<b>Giới</b>		
Nam	136	66,02
Nữ	70	33,98
<b>Nhóm tuổi</b>		
Từ 18 tới 25 tuổi	63	33,01
Từ 25 tới 40 tuổi	107	51,94
Trên 40 tuổi	36	15,05
<b>Nơi ở</b>		
Tỉnh, thành phố	158	76,7
Nông thôn	45	21,84
Miền núi/khác	3	1,46
<b>Tình trạng hôn nhân</b>		
Kết hôn	93	45,15
Độc thân	108	52,43
Ly dị/ly thân/khác	5	2,42
<b>Tình trạng học vấn</b>		
Không đi học hoặc học hết tiểu học/Tốt nghiệp trung học cơ sở	33	16,02
Tốt nghiệp trung học phổ thông hoặc hết trung học chuyên nghiệp	61	29,61
Đại học/sau đại học	112	54,37
<b>Nghề nghiệp</b>		

**Bảng 2. Kiến thức về căn nguyên gây bệnh, nguy cơ mắc bệnh, đường lây truyền, triệu chứng lâm sàng và điều trị của đối tượng nghiên cứu (n=206)**

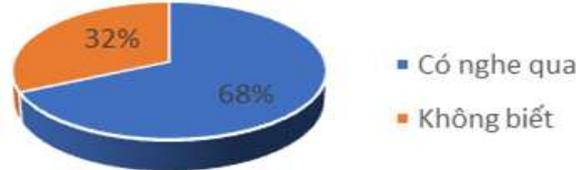
Kiến thức về bệnh sùi mào gà		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Căn nguyên gây bệnh	<b>Nguyên nhân gây bệnh sùi mào gà</b>		
	Virus	136	66,02
	Vi khuẩn/ Ký sinh trùng/ Nấm	15	7,28

Kinh doanh/buôn bán	114	55,34
Sinh viên	25	12,14
Công chức, viên chức, công nhân	50	24,27
Nông dân/Nội trợ/Hưu trí	17	8,25

Có 66,02% đối tượng nghiên cứu là nam giới, độ tuổi trung bình từ 25 tuổi tới 40 tuổi chiếm đa số (51,94%). Phần lớn người bệnh sống ở tỉnh, thành phố, chiếm 76,7%. Hầu hết người bệnh có trình độ học vấn cao, học hết đại học hoặc sau đại học chiếm 54,37%. Tuy nhiên, phần lớn các đối tượng làm kinh doanh, buôn bán chiếm 55,34%.

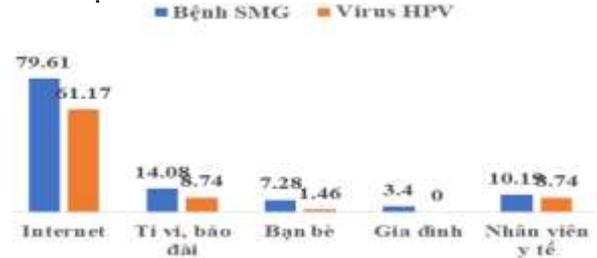


**Biểu đồ 1. Tỷ lệ người bệnh hiểu biết về bệnh sùi mào gà**



**Biểu đồ 2. Tỷ lệ người bệnh hiểu biết về virus gây bệnh sùi mào gà**

Có đến 92% đối tượng biết rất rõ/đã từng nghe qua về khái niệm bệnh sùi mào gà, trong khi chỉ có 68% đối tượng đã từng nghe qua về khái niệm virus HPV.



**Biểu đồ 3. Các kênh thông tin mà đối tượng nghiên cứu biết tới bệnh sùi mào gà và virus HPV**

Phần lớn các đối tượng tìm hiểu về bệnh sùi mào gà cũng như virus HPV qua Internet (lần lượt là 79,61% và 61,17%), tiếp đến là qua ti vi, báo đài và qua nhân viên y tế.

	Không biết	55	26,7
	<b>Một số tuýp virus HPV là nguyên nhân gây bệnh sùi mào gà</b>		
	Có biết	79	38,35
	Không biết	127	61,65
	<b>Những yếu tố nguy cơ để mắc bệnh sùi mào gà</b>		
Nguy cơ mắc bệnh	Đúng cả 5 đáp án	20	9,71
	Đúng 1 đến 4 đáp án	136	66,02
	Không đúng đáp án nào	50	24,27
	<b>Những con đường lây truyền của bệnh sùi mào gà</b>		
Đường lây truyền	Đúng cả 3 đáp án	50	24,27
	Đúng từ 1 đến 2 đáp án	112	54,36
	Không đúng đáp án nào/ Không biết	44	21,37

**Bảng 2. Kiến thức về căn nguyên gây bệnh, nguy cơ mắc bệnh, đường lây truyền, triệu chứng lâm sàng và điều trị của đối tượng nghiên cứu (n=206) (tiếp)**

Kiến thức về bệnh sùi mào gà		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng lâm sàng	<b>Thời gian ủ bệnh của bệnh sùi mào gà</b>		
	Sau 3 tuần – 8 tháng nhiễm virus HPV	95	46,12
	Không biết/Trả lời sai	111	53,88
	<b>Triệu chứng lâm sàng của bệnh sùi mào gà biểu hiện ở giới nào</b>		
	Cả 2 giới	159	77,18
	Chỉ chọn nam hoặc nữ	11	5,34
	Không biết	36	17,48
	<b>Vị trí thường gặp tổn thương sùi mào gà</b>		
	Đúng cả 4 đáp án	44	21,36
	Đúng 2 tới 3 đáp án	55	26,7
Đúng 1 đáp án	74	35,92	
Không đúng đáp án nào	33	16,02	
Điều trị	<b>Phương pháp điều trị bệnh sùi mào gà</b>		
	Đúng cả 6 đáp án	2	0,98
	Đúng từ 1 đến 5 đáp án	145	70,38
	Không biết	59	28,64
	<b>Việc điều trị cho bạn tình hoặc vợ (chồng) khi 1 người mắc bệnh sùi mào gà</b>		
Có điều trị	166	80,6	
Không điều trị/Không biết	40	19,4	

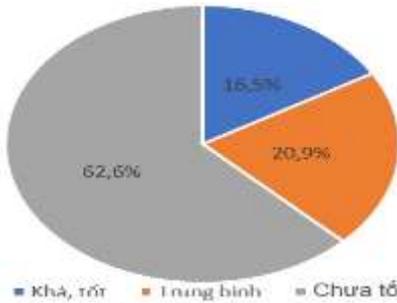
Về nguyên nhân gây bệnh sùi mào gà, khoảng 66,02% đối tượng hiểu rõ nguyên nhân gây bệnh sùi mào gà là do virus. Phần lớn đối tượng có kiến thức khá, tốt về một số nội dung như nguy cơ mắc bệnh, đường lây truyền, biểu hiện lâm sàng ở các giới và phương pháp điều trị.

**Bảng 3. Kiến thức về khả năng tái phát, tái nhiễm, mối liên quan giữa HPV và ung thư đối tượng nên tiêm phòng vacxin và biện pháp phòng bệnh của đối tượng nghiên cứu (n=206)**

Kiến thức về bệnh sùi mào gà		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Khả năng tái phát	<b>Khả năng tái phát bệnh sùi mào gà</b>		
	Có tái phát	145	70,39
	Không tái phát/Không biết	61	29,61
Khả năng tái nhiễm	<b>Khả năng tái nhiễm bệnh sùi mào gà</b>		
	Có tái nhiễm	130	63,11
	Không tái nhiễm/Không biết	76	36,89
Mối liên quan giữa HPV và ung thư	Đúng cả 3 đáp án	36	17,48
	Đúng từ 1 đến 2 đáp án	77	37,37
	Không biết	93	45,15
Đối tượng nên tiêm phòng vac xin HPV	Đúng cả 4 đáp án	6	2,91
	Đúng từ 1 đến 3 đáp án	82	39,81

	Không biết	118	57,28
<b>Phòng bệnh</b>	<b><i>Biện pháp phòng tránh mắc bệnh sùi mào gà</i></b>		
	Đúng cả 3 đáp án	77	37,38
	Đúng từ 1 đến 2 đáp án	90	43,69
	Không biết	39	18,93

Có 70,39% đối tượng biết khả năng tái phát của bệnh sùi mào gà trong khi 63,11% đối tượng biết về khả năng tái nhiễm của bệnh. Phần lớn đối tượng (81,07%) biết rõ ít nhất từ 1 phương pháp phòng bệnh. 57,28% người bệnh không biết nhóm đối tượng nào nên đi tiêm phòng vắc xin HPV.



**Biểu đồ 4. Mức độ kiến thức về bệnh sùi mào gà của đối tượng nghiên cứu**

Có 16,5% đối tượng có kiến thức khá tốt về bệnh sùi mào gà trong khi phần lớn đối tượng (62,6%) có kiến thức chưa tốt về bệnh sùi mào gà.

**Bảng 4. Tình trạng tìm kiếm dịch vụ y tế điều trị bệnh sùi mào gà của đối tượng nghiên cứu (n=66)**

Dịch vụ y tế	Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
<b>Cơ sở điều trị SMG</b>		
Cơ sở y tế nhà nước	58	87,9
Cơ sở y tế tư nhân	6	9,1
Tự điều trị	2	3
<b>Số lần điều trị bệnh SMG</b>		
1 lần	41	62,1
2 lần	11	16,7
Trên 3 lần	14	21,2
<b>Thời gian tái phát bệnh SMG</b>		
Dưới 1 tháng	27	40,9
1-3 tháng	23	34,9
Trên 3 tháng	16	24,2

Trong 66 người bệnh đã từng điều trị sùi mào gà trước đó, 87,9% đối tượng đã từng điều trị tại các cơ sở y tế nhà nước; phần lớn các đối tượng đã từng điều trị ít nhất 1 lần, chiếm 62,1%. Bên cạnh đó, hầu hết thời gian tái phát bệnh của các đối tượng dưới 3 tháng, chiếm 75,8%.

**Bảng 5. Phân tích hồi quy đa biến một số yếu tố liên quan đến mức độ kiến thức về bệnh sùi mào gà**

Yếu tố liên quan	Mức độ kiến thức	OR	95%CI	p
<b>Nhóm tuổi</b>	Trên 40 tuổi	1	1,03 – 7,00	0,043
	Từ 18 tới 40 tuổi	2,69		
<b>Giới</b>	Nam	1	0,37 – 1,26	0,225
	Nữ	0,68		
<b>Nơi ở</b>	Nông thôn/Miền núi/Khác	1	1,05 – 4,57	0,037
	Tỉnh, thành phố	2,18		
<b>Tình trạng hôn nhân</b>	Độc thân/ly dị/ly thân/khác	1	0,47 – 1, 53	0,584
	Kết hôn	0,85		
<b>Tình trạng học vấn</b>	Không đi học hoặc học hết tiểu học/Tốt nghiệp trung học cơ sở	1	1,47 – 10,95	0,007
	Tốt nghiệp trung học phổ thông hoặc hết trung học chuyên nghiệp/Đại học hoặc sau đại học/Khác	4,02		
<b>Nghề nghiệp</b>	Nội trợ/Nông dân/Hưu trí/Sinh viên	1	0,39 – 1,51	0,454
	Tự do/Tư nhân/Công chức, viên chức/Công nhân	0,77		

Đối tượng từ 18 tới 40 tuổi có kiến thức đạt về bệnh sùi mào gà cao gấp 2,69 lần đối tượng trên 40 tuổi ( $p < 0,05$ ). Các đối tượng sống ở tỉnh, thành phố có kiến thức đạt cao gấp 2,18 lần đối tượng sống ở nông thôn/miền núi/khác ( $p < 0,05$ ). Đối tượng có trình độ học vấn tốt nghiệp trung học phổ thông trở lên có kiến thức đạt cao gấp 4,02 lần đối tượng có trình độ học vấn thấp ( $p < 0,05$ ).

**IV. BÀN LUẬN**

Theo nghiên cứu, có tới 92% đối tượng đã từng nghe qua/biết rõ về bệnh sùi mào gà nhưng chỉ có 66,02% đối tượng biết đúng căn nguyên gây bệnh sùi mào gà là do virus. Kết quả này cũng khá tương đồng so với kết quả của Hoàng Thị Làn (2016) và Hồ Thị Thanh Thủy (2014) về tỷ lệ đối tượng biết căn nguyên gây

bệnh SMG lần lượt là 72,6% và 80,4% [2], [4]. Điều này cho thấy hiệu quả truyền thông ở các tỉnh thành phố lớn chưa đạt hiệu quả cao dù trình độ học vấn và điều kiện kinh tế của các đối tượng khá cao. 75,73% đối tượng biết ít nhất 1 yếu tố nguy cơ để mắc bệnh sùi mào gà. Số lượng đối tượng biết nguy cơ "Không dùng bao cao su khi quan hệ với bạn tình nhiễm virus HPV" chiếm tỷ lệ cao nhất với 57,28%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Trần Lan Hoàng Thị Làn (2016) và Trần Lan Anh (2004) [2], [5]. Điều này có thể được lý giải do hiệu quả đẩy mạnh truyền thông về vấn đề sử dụng bao cao su trong phòng chống các BLTQĐTD.

Về thời gian ủ bệnh của bệnh sùi mào gà, 46,12% đối tượng chọn đúng (từ 3 tuần tới 8 tháng sau khi nhiễm virus HPV). Về vị trí thường gặp các thương tổn sùi mào gà, chỉ có 21,36% đối tượng biết rõ cả 4 vị trí có thể gặp (bộ phận sinh dục, hậu môn, môi và họng/ vòm họng). Kết quả cho thấy hầu hết các đối tượng đều nhận thức được bệnh sùi mào gà thường có biểu hiện lâm sàng ở bộ phận sinh dục, tuy nhiên về thời gian ủ bệnh thì chưa nhiều đối tượng nắm rõ.

Trong 206 đối tượng nghiên cứu, 71,36% đối tượng biết từ 1 đến 5 phương pháp điều trị sùi mào gà. Trong số 6 biện pháp điều trị bệnh, laser CO2 là phương pháp có nhiều lượt lựa chọn nhất với 127 lượt lựa chọn chiếm 61,65%. Điều này có thể lý giải bởi hầu hết các đối tượng đều được các bác sỹ tư vấn và lựa chọn laser CO2 để điều trị tổn thương trước khi lên khoa điều trị. Phần lớn đối tượng (80,58%) thấy được sự cần thiết phải điều trị cho vợ (chồng) hoặc bạn tình. Kết quả này cũng khá tương đồng với kết quả của Hoàng Thị Lan (2016) với 87% [2]. Điều này cho thấy hiệu quả tốt trong việc tư vấn trước khi điều trị các BLTQĐTD.

Tỷ lệ đối tượng có kiến thức khá, tốt về bệnh sùi mào gà trong nghiên cứu đạt 16,5%, thấp hơn so với kết quả của Hoàng Thị Lan (2016) và Hồ Thị Thanh Thủy (2014) với tỷ lệ lần lượt là 28,6% và 31,2% [2],[4]. Điều này phản ánh thực trạng hiểu biết còn hạn chế của cộng đồng về bệnh sùi mào gà nói riêng và các bệnh lây truyền qua đường tình dục nói chung. Một trong những nguyên nhân có thể là do chủ đề bệnh lý này vẫn được xem là nhạy cảm, khiến nhiều người, đặc biệt là nữ giới và thanh thiếu niên, ngại tìm hiểu hoặc không chủ động tiếp cận thông tin. Ngoài ra, tại nhiều khu vực, các chương trình truyền thông giáo dục sức khỏe về BLTQĐTD còn rời rạc, thiếu tính hệ thống; các chiến dịch tiêm chủng vắc xin HPV chưa được triển khai rộng rãi, dẫn đến mức độ nhận thức

của người dân còn hạn chế. Bên cạnh đó, nguồn thông tin chính thống về bệnh còn ít, trong khi thông tin trên mạng xã hội còn thiếu tính kiểm chứng. Điều này cho thấy cần đẩy mạnh các hoạt động truyền thông – giáo dục sức khỏe, cung cấp thông tin chính xác, dễ tiếp cận và phù hợp văn hóa, nhằm nâng cao nhận thức và thay đổi hành vi để phòng bệnh.

Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng mức độ kiến thức của đối tượng phụ thuộc vào nhóm tuổi, nơi ở và trình độ học vấn. Kết quả này cũng dễ hiểu vì đối tượng từ 18 đến 40 tuổi hiện đang trong độ tuổi sinh sản nên các đối tượng thường quan tâm và tìm hiểu kiến thức về BLTQĐTD hơn là các đối tượng trên 40 tuổi. Bên cạnh đó, điều này có thể lý giải rằng phần lớn đối tượng đến khám và điều trị tại bệnh viện sống ở thành phố Hà Nội và các tỉnh thành quanh Hà Nội nên tỷ lệ người bệnh ở thành thị cao hơn ở nông thôn, miền núi. Bên cạnh đó, do người dân ở thành thị có điều kiện kinh tế khá hơn và khả năng tiếp cận với các kênh thông tin về bệnh SMG nhiều hơn người dân sống ở nông thôn do đó kiến thức về bệnh SMG của họ tốt hơn. Ngoài ra, những người có trình độ học vấn cao có cơ hội tiếp xúc thường xuyên với nhiều nguồn thông tin cũng giúp nâng cao nhận thức của đối tượng.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh có kiến thức khá, tốt về bệnh sùi mào gà còn thấp. Kiến thức về bệnh sùi mào gà của đối tượng có liên quan tới nhóm tuổi, học vấn và địa dư.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Thường**, chủ biên. Bệnh học Da liễu – Tập 2. Tái bản lần thứ 2. Hà Nội: Nhà xuất bản Y học; 2020.
2. **Hoàng Thị Làn**. Khảo sát kiến thức, thái độ, thực hành của người bệnh sùi mào gà tại bệnh viện Da liễu Trung Ương. [luận văn thạc sĩ y học]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2016.
3. **Bộ Giáo dục và Đào tạo**. Thông tư số 27/2020/TT-BGDĐT: Ban hành Quy định đánh giá học sinh tiểu học. Luật Việt Nam. Published September 4, 2020. Accessed October 13, 2025. Available from: <http://luatvietnam.vn/giao-duc/thong-tu-27-2020-tt-bgd-dt-bo-giao-duc-va-dao-tao-187845-d1.html>
4. **Hồ Thị Thanh Thủy**. Nghiên cứu kiến thức, hành vi nguy cơ và tìm kiếm dịch vụ y tế của người bệnh mắc STI đến khám tại bệnh viện Da liễu Trung Ương. [luận văn thạc sĩ y học]. Hà Nội: Trường Đại học Y Hà Nội; 2014.
5. **Trần Lan Anh, Nguyễn Thành**. Bước đầu khảo sát sự hiểu biết về bệnh lây truyền qua đường tình dục ở các người bệnh đến khám tại bệnh viện Da liễu Trung ương. Tạp chí nghiên cứu y học, 2004. 36:p.96-100.

# SỰ THAY ĐỔI HIỆU GIÁ KHÁNG THỂ KHÁNG *TREPONEMA PALLIDUM* TRƯỚC VÀ SAU ĐIỀU TRỊ BỆNH GIANG MAI GIAI ĐOẠN SỚM TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU HÀ NỘI, 2022-2023

Lê Đức Minh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Thủy<sup>1</sup>, Trần Anh Linh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá sự thay đổi hiệu giá kháng giang mai của hai xét nghiệm bán định lượng RPR và TPHA trước và sau điều trị bệnh giang mai giai đoạn sớm tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội, 2022-2024".  
**Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu mô tả trên cơ sở hồi cứu kết hợp với tiến cứu 118 người bệnh mắc giang mai sớm có xét nghiệm bán định lượng cả RPR và TPHA đến khám tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội từ 01/2022 đến 10/2023. **Kết quả:** Trước điều trị có 67,8% HGKT RPR  $\geq 1/16$ , 55,1% HGKT TPHA  $\geq 1/10240$ , sau điều trị: 01 tháng HGKT RPR và TPHA giảm  $\geq 4$  lần: 0 ca, sau 3 tháng: 30,8% HGKT RPR và 15,4% HGKT TPHA giảm  $\geq 4$  lần. Sau 6 tháng: 44,4% HGKT RPR và 33,3% HGKT TPHA giảm  $\geq 4$  lần. Sau 9 và 12 tháng: 100% HGKT RPR đã có sự chuyển đổi huyết thanh và 100% có HGKT TPHA giảm  $\geq 4$  lần.  
**Kết luận:** Xét nghiệm bán định lượng cả RPR và TPHA trước điều trị là rất cần thiết. Người bệnh mắc giang mai sớm cần được theo dõi HGKT sau 03, 06, 09, 12 tháng điều trị để đánh giá tiến triển của bệnh và phòng tránh lây nhiễm cho bạn tình.

**Từ khóa:** RPR, TPHA, giang mai

## SUMMARY

### CHANGES IN ANTI-*TREPONEMA PALLIDUM* ANTIBODY TITRES BEFORE AND AFTER TREATMENT FOR EARLY SYPHILIS AT HANOI DERMATOLOGY HOSPITAL, 2022-2023

**Objective:** To evaluate the change in syphilitic antibody titers of the two semi-quantitative tests, RPR and TPHA, before and after treatment. **Subjects and Methods:** This was a descriptive study combining retrospective and prospective analysis of 118 newly diagnosed syphilis patients with both semi-quantitative RPR and TPHA tests, who were examined at Hanoi Dermatology Hospital from January 2022 to October 2023. **Results:** Before treatment, 67.8% had RPR SATs  $\geq 1/16$ , and 55.1% had TPHA SATs  $\geq 1/10,240$ . After treatment: at 1 month, no cases had a  $\geq 4$ -fold reduction in RPR or TPHA SATs; at 3 months, 30.8% had  $\geq 4$ -fold reduction in RPR SATs and 15.4% in TPHA SATs. At 6 months, 44.4% had  $\geq 4$ -fold reduction in RPR SATs and 33.3% in TPHA SATs. At 9 and 12 months, 100% showed RPR seroconversion and 100% had  $\geq 4$ -fold reduction in TPHA SATs. **Conclusion:** Performing semi-quantitative RPR and TPHA tests before treatment is essential. Newly

diagnosed syphilis patients need follow-up antibody titers at 3, 6, 9, and 12 months after treatment to assess disease progression and prevent transmission to sexual partners. **Keywords:** RPR, TPHA, *Treponema pallidum*, Syphilis

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Người bệnh mắc giang mai không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời bệnh có thể bị biến [1] chứng bệnh giang mai đa dạng, khác với các kiểu điển hình nên dễ nhầm với các bệnh: Sùi mào gà, vảy nến, phát ban, ghẻ, herpes sinh dục... Chính vì vậy, để chẩn đoán xác định người bệnh có nhiễm *T.pallidum* cần phải dựa vào cả triệu chứng lâm sàng và xét nghiệm [1], [2]. Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) đã phê duyệt 13 xét nghiệm miễn dịch và 3 xét nghiệm truyền thống để chẩn đoán bệnh giang mai [3]. Tại Việt Nam các xét nghiệm đang được sử dụng là phương pháp phát hiện trực tiếp, gián tiếp và test nhanh.

Bệnh viện Da liễu Hà Nội là bệnh viện chuyên khoa Da liễu đầu ngành của thủ đô và hai xét nghiệm bệnh viện đang sử dụng để theo dõi sau điều trị là xét nghiệm bán định lượng Rapid Plasma Reagin (RPR) và *Treponema pallidum* Hemagglutination's Assay (TPHA). Người bệnh mắc giang mai thường có hiệu giá kháng thể (HGKT) RPR  $\geq 1/4$ , giang mai có HGKT cao RPR  $\geq 1/8$ , giang mai có HGKT thấp  $\leq 1/4$ , giang mai không hoạt động RPR âm tính (HGKT RPR  $< 1/4$  thường dương tính giả sinh học) [4] và HGKT TPHA ở mức cao  $\geq 1/10240$ , HGKT ở mức thấp  $\leq 1/5120$  [5]. (HGKT RPR và TPHA sẽ thay đổi theo từng thời kỳ của bệnh và mức độ đáp ứng thuốc của từng người bệnh). Xét nghiệm TPHA thường duy trì kết quả dương tính (85%) trong suốt cuộc đời của bệnh nhân, bất kể đã điều trị hay chưa. Do đó, xét nghiệm *Treponema* dương tính không phân biệt được giữa nhiễm trùng đang hoạt động và nhiễm trùng đã được điều trị trước đó [6]. Để có thể đánh giá đáp ứng sau điều trị hay xác định tình trạng nhiễm trùng cũ hay mới thì người bệnh cần được xét nghiệm đo hiệu giá kháng thể kháng lại *T. pallidum* trước và sau điều trị [1]. Các nghiên cứu theo dõi sự thay đổi HGKT kháng giang mai sau điều trị tại Việt Nam hiện nay vẫn còn hạn chế và kết quả vẫn còn khác biệt. Nghiên cứu

<sup>1</sup>Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Đức Minh

Email: ldminh69@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

được thực hiện nhằm đánh giá sự thay đổi hiệu giá kháng giang mai của hai xét nghiệm bán định lượng RPR và TPHA trước và sau điều trị tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội, 2022-2024.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Đối tượng nghiên cứu:** 118 người bệnh có kết quả dương tính với cả xét nghiệm RPR và TPHA, có thời gian mắc  $\leq 2$  năm được chỉ định xét nghiệm bán định lượng cả RPR và TPHA từ tháng 01/2022 đến 04/2023. Tiêu chuẩn lựa chọn người bệnh: Người bệnh được chẩn đoán xác định mắc giang mai sớm có xét nghiệm bán định lượng cả RPR và TPHA. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu và hồ sơ có đầy đủ thông tin. Tiêu chuẩn loại trừ: Người bệnh đã và đang điều trị giang mai

**Thu thập và xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và làm sạch trên Excel 2016 và xử lý bằng phần mềm SPSS 23.0.

**Đạo đức nghiên cứu:** Đề tài được Hội đồng đạo đức trường Đại học Y tế công cộng

thông qua theo quyết định số 133/2023/YTCC – HD3, ngày 23/03/2023 và được sự chấp thuận của Lãnh đạo Bệnh viện Da liễu Hà Nội đồng ý cho sử dụng số liệu trên hồ sơ xét nghiệm từ ngày 27/02/2023.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Kết quả xét nghiệm HGKT RPR và TPHA trước điều trị ở người bệnh mắc giang mai (n=118)**

Loại xét nghiệm	Giá trị hiệu giá kháng thể			
	(n=27)	(n=11)	(n=26)	(n=54)
RPR định lượng	$\leq 1/8$	$\leq 1/8$	$\geq 1/16$	$\geq 1/16$
TPHA định lượng	$\leq 1/5120$	$\geq 1/10240$	$\leq 1/5120$	$\geq 1/10240$
R	0,57			

Trước điều trị có 38 ca có HGKT RPR  $\leq 1/8$  (27/38 ca có HGKT TPHA  $\leq 1/5120$  và 11/38 ca có HGKT TPHA  $\geq 1/10240$ ). Có 80 ca có HGKT RPR  $\geq 1/16$  và trong đó có 26/80 ca có HGKT TPHA  $\leq 1/5120$  và 54/80 ca có HGKT TPHA  $\geq 1/10240$ . Hệ số tương quan Pearson giữa HGKT RPR và TPHA là R= 0,57.

**Bảng 2. Sự thay đổi hiệu giá kháng thể RPR và TPHA sau điều trị 1 tháng (n=15)**

Loại xét nghiệm	Sự thay đổi HGKT												Tổng
	Giảm						Giữ nguyên	Tăng					
	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	6 lần		1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	
RPR định lượng	5	1	0	0	0	0	6	2	1	0	0	0	15
TPHA định lượng	5	1	0	0	0	0	6	1	0	1	1	0	

Sau điều trị 01 tháng thấy HGKT RPR và TPHA chủ yếu giữ nguyên 6/15 (40%), tăng sau điều trị 3/15 (20%) và có 5 ca có HGKT giảm 2 lần (1 lần pha loãng), có 1 ca HGKT giảm 4 lần (2 lần pha loãng) còn HGKT TPHA

**Bảng 4. Sự thay đổi hiệu giá kháng thể RPR và TPHA sau điều trị 3 tháng**

Loại xét nghiệm	Sự thay đổi GHKT												Tổng
	Giảm						Giữ nguyên	Tăng					
	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	6 lần		1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	
RPR	5	2	2	0	0	0	3	1	0	0	0	0	13
TPHA	7	0	2	0	0	0	4	0	0	0	0	0	

Sau điều trị 03 tháng có: 4/13 (30,8%) có HGKT RPR giảm  $\geq 4$  lần, có 3/13 ca có HGKT RPR giữ nguyên và tăng 1 lần pha loãng. HGKT TPHA sau 3 tháng có 2/13 ca có HGKT TPHA giảm 8 lần (3 lần pha loãng) và 7/13 ca có HGKT giảm 2 lần (1 lần pha loãng).

**Bảng 5. Sự thay đổi hiệu giá kháng thể RPR và TPHA sau điều trị 6 tháng (n=9)**

Loại xét nghiệm	Sự thay đổi HGKT													Tổng	Ám tính
	Giảm						Giữ nguyên	Tăng							
	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	6 lần		1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần			
RPR định lượng	1	2	3	1	0	0	1	0	0	0	1	0	9	2	
TPHA định lượng	2	2	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1			

Sau điều trị 6 tháng có 9 người được chỉ định xét nghiệm thì có 2 ca có sự chuyển đổi huyết thanh và 4/9 (44,4%) ca giảm HGKT RPR so với ban đầu  $\geq 8$  lần. Sau điều trị 6 tháng HGKT TPHA cũng thay đổi với 3/9 (33,3%) HGKT giảm  $\geq 8$  lần pha loãng.

**Bảng 6. Sự thay đổi hiệu giá kháng thể RPR và TPHA sau điều trị 9 tháng**

Loại xét nghiệm	Sự thay đổi hiệu giá kháng thể				Tổng	Ám
	Giảm	Giữ	Tăng			

	<b>1 lần</b>	<b>2 lần</b>	<b>3 lần</b>	<b>4 lần</b>	<b>5 lần</b>	<b>6 lần</b>	<b>nguyên</b>	<b>1 lần</b>	<b>2 lần</b>	<b>3 lần</b>	<b>4 lần</b>	<b>5 lần</b>		<b>tính</b>
RPR định lượng	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	3
TPHA định lượng	0	2	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0		

Sau điều trị 9 tháng cả 3 đều có sự chuyển đổi huyết thanh RPR so với trước điều trị và HGKT TPHA cũng có cả 3 ca có HGKT giảm  $\geq 4$  lần.

**Bảng 7. Sự thay đổi hiệu giá kháng thể RPR và TPHA sau điều trị 12 tháng**

Loại xét nghiệm	Sự thay đổi HGKT													Tổng	Âm tính
	Giảm						Giữ nguyên	Tăng							
	1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần	6 lần		1 lần	2 lần	3 lần	4 lần	5 lần			
RPR định lượng	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	
TPHA định lượng	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0			

Sau điều trị 12 tháng cả 2 ca có HGKT RPR giảm 5 lần trong đó có 1 ca có sự chuyển đổi huyết thanh.

**IV. BÀN LUẬN**

Qua nghiên cứu 118 người có kết quả định tính cả RPR và TPHA dương tính cộng với thời gian mắc < 2 năm được xác định mắc giang mai sớm cho vào nghiên cứu thấy giữa HGKT RPR và HGKT TPHA có mối tương quan thuận với mức độ tương quan mạnh ( $0,50 < R = 0,57 < 1$ ). Tuy nhiên nếu sử dụng kết quả xét nghiệm HGKT RPR để suy luận ra kết quả HGKT của TPHA hay ngược lại là không chính xác vì có nhiều trường hợp kết quả HGKT RPR ở ngưỡng cao hoặc rất cao thì HGKT TPHA lại ở ngưỡng thấp và ngược lại. Ngoài ra HGKT xét nghiệm RPR giảm nhanh hơn TPHA do hai xét nghiệm này phát hiện các loại kháng thể khác nhau: Xét nghiệm RPR phát hiện kháng thể chống lại tế bào bị tổn thương (kháng thể lipid) còn xét nghiệm TPHA phát hiện kháng thể chống lại chính vi khuẩn *T. pallidum*. Các kháng thể đặc hiệu này thường xuất hiện muộn hơn so với kháng thể lipid. Xét nghiệm TPHA có độ đặc hiệu cao hơn và một khi dương tính thì thường sẽ dương tính suốt đời, bất kể tình trạng nhiễm bệnh đã được điều trị hay chưa [6]. Chính vì vậy người bệnh khi được xác định nhiễm giang mai cần được chỉ định xét nghiệm bán định lượng cả RPR và TPHA trước khi điều trị để tránh chẩn đoán nhầm hay bỏ sót. Người bệnh sau điều trị nên được xét nghiệm cả bán định lượng RPR và TPHA hoặc ít nhất được xét nghiệm bán định lượng RPR để theo dõi hiệu quả sau trị cũng như phát hiện các trường hợp tái nhiễm.

Sự thay đổi HGKT của xét nghiệm RPR đã được sử dụng như một công cụ để đánh giá sự đáp ứng sau điều trị bệnh giang mai. Theo hướng dẫn điều trị STIs của Trung tâm kiểm soát và phòng ngừa dịch bệnh năm 2021 nêu rõ rằng việc đánh giá lâm sàng và huyết thanh học nên được thực hiện vào thời điểm 6 và 12 tháng sau khi điều trị bệnh giang mai nguyên phát và thứ phát, và vào thời điểm 6, 12 và 24 tháng đối

với bệnh giang mai tiềm ẩn [7]. Theo Arlene và cộng sự nghiên cứu tại Hoa Kỳ việc theo dõi sự thay đổi của hiệu giá kháng thể đối với xét nghiệm không đặc hiệu RPR nên thực hiện ở các mốc 1, 3, 6, 9, 12 tháng để theo dõi đáp ứng sau điều trị [8]. Sự thay đổi HGKT RPR sau điều trị tăng/giảm  $\geq 4$  lần (hoặc 2 lần pha loãng ví dụ giảm từ 1/64 đến 1/16) là thay đổi có ý nghĩa và đáp ứng trong điều trị còn HGKT chỉ thay đổi  $\leq 2$  lần thì được xem không có ý nghĩa, không đáp ứng điều trị. Mặc dù việc theo dõi sự thay đổi của HGKT của xét nghiệm TPHA sau điều trị vẫn chưa được công nhận và nghiên cứu nhưng trong nghiên cứu này nhóm nghiên cứu cũng xin phép được theo dõi sự thay đổi HGKT của cả hai loại xét nghiệm RPR và TPHA. Do nghiên cứu tiến hành trong giai đoạn 01/ 2022 – 10/2023 khi việc cung cấp hóa chất bị gián đoạn do ảnh hưởng của dịch Covid-19 nên lượng mẫu nghiên cứu ít và không thuận nên trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 15 ca mắc giang mai sớm được chỉ định kiểm tra sau điều trị khoảng 1 tháng, có 13 ca kiểm tra sau điều trị 3 tháng, có 9 ca kiểm tra sau điều trị 6 tháng, 3 ca sau điều trị 9 tháng và 2 ca sau điều trị 12 tháng.

**Sự thay đổi HGKT RPR và TPHA sau điều trị 1 tháng:** Trong tổng số 15 ca mắc giang mai sớm được xét nghiệm bán định lượng RPR và TPHA sau 1 tháng điều trị có 5/15 có HGKT RPR giảm 2 lần (1 lần pha loãng) chiếm 33,3% trong đó có 1 ca có sự chuyển đổi huyết thanh từ 1/2 về âm tính, 40% HGKT RPR giữ nguyên. Tuy nhiên có 20% người bệnh có HGKT RPR đã tăng sau điều trị 1 tháng. Theo kết quả nghiên cứu của Theo Holman và cộng sự nghiên cứu tại Bắc Mỹ thì 20,2% người bệnh có HGKT tăng sau 14 ngày điều trị. Những người phát hiện mắc giang mai giai đoạn sớm có nhiều khả năng tăng HGKT RPR hơn so với các nhóm khác trong 2 tuần điều trị, khoảng 30,5% ở người bệnh giang mai thời kỳ nguyên phát và khoảng 17% ở giang mai thời kỳ thứ phát, 16% giai đoạn đầu [9]. Từ các kết quả trên cho thấy sự thay đổi HGKT RPR sau điều trị 1 tháng là sự

thay đổi chưa có ý nghĩa để đánh giá đáp ứng hay không đáp ứng sau điều trị. Sau điều trị 1 tháng HGKT TPHA chủ yếu giữ nguyên 6/15 (40%); có 3/15 (20%) tăng sau điều trị và có 5 ca có HGKT giảm 2 lần (1 lần pha loãng), có 1 ca HGKT giảm 4 lần (2 lần pha loãng). Cũng như HGKT RPR thì HGKT TPHA sau điều trị 1 tháng chưa có sự thay đổi có nghĩa để đánh giá sự đáp ứng sau điều trị 1 tháng. Tuy nhiên do lượng mẫu nhỏ có thể chưa phản ánh được chính xác sự thay đổi HGKT RPR và TPHA sau điều trị 1 tháng nên cần có những nghiên cứu với số mẫu nhiều hơn để đánh giá chính xác hơn mức độ đáp ứng sau điều trị. Để theo dõi đáp ứng sau điều trị bệnh giang mai cần đánh giá sau 3 tháng điều trị.

**Sự thay đổi HGKT sau điều trị giang mai 3 tháng:** Trong tổng số 13 ca được chỉ định xét nghiệm bán định lượng RPR và TPHA sau điều trị 3 tháng cho thấy so với HGKT RPR xét nghiệm trước điều trị thấy có 3 ca có sự chuyển đổi huyết thanh từ 1/2 và 1/4 về âm tính. Có 4/13 (30,8%) đã đáp ứng sau điều trị với kết quả giảm HGKT RPR  $\geq 4$  lần tương ứng với  $\geq 2$  lần pha loãng. Ngoài ra có 4/13 ca có HGKT RPR giữ nguyên và tăng 1 lần pha loãng. HGKT TPHA sau 3 tháng cũng có sự thay đổi đáng kể có 2/13 ca có HGKT TPHA giảm 8 lần (3 lần pha loãng và 7/13 ca có HGKT giảm 2 lần (1 lần pha loãng). Qua nghiên cứu của Arlene và cộng sự cho thấy rõ HGKT RPR sau 3 tháng điều trị giảm  $\geq 4$  lần so với trước điều trị là 88% [8]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có thể do số mẫu quá nhỏ nên chưa phản ánh chính xác sự thay đổi HGKT RPR sau điều trị 3 tháng nên cần có những nghiên cứu sâu hơn với số mẫu nhiều và thuần để theo dõi sau điều trị với đầy đủ các mốc thời gian.

**Sự thay đổi HGKT RPR và TPHA sau 6 tháng điều trị:** HGKT RPR sau 6 tháng điều trị có 66,6% đáp ứng điều trị; 22,2% có sự chuyển đổi huyết thanh và 44,4% ca HGKT RPR giảm  $\geq 8$  lần. 1 ca chưa đáp ứng và 1 ca tái nhiễm (Sau điều trị 3 tháng đã có sự chuyển đổi huyết thanh và sau 6 tháng HGKT tăng 4 lần pha loãng (Từ 1/4 lên 1/64) điều này cho thấy đây là 1 ca tái mắc giang mai sớm. Sau điều trị 6 tháng HGKT TPHA cũng thay đổi với 33,3% HGKT giảm  $\geq 8$  lần pha loãng. 1 ca có HGKT tăng 5 lần pha loãng trong khi HGKT RPR từ 1/16 giảm xuống 1/2. Từ kết quả nghiên cứu trên cho thấy HGKT RPR giảm nhanh sau điều trị còn HGKT TPHA giảm chậm hơn. Qua nghiên cứu của Arlene và cộng sự cho thấy sau 6 tháng điều trị HGKT RPR giảm  $\geq 8$  lần chiếm 77,8%. Kết quả nghiên cứu

của chúng tôi thấp hơn rất nhiều là do số mẫu nghiên cứu của chúng tôi quá nhỏ nên có thể chưa phản ánh được chính xác sự thay đổi HGKT sau điều trị.

Sau điều trị 9 tháng có 3 ca được chỉ định xét nghiệm đo HGKT RPR và TPHA thì cả 3 ca đều có sự chuyển đổi huyết thanh RPR so với trước điều trị. Kết quả nghiên cứu này cho thấy sau 9 tháng điều trị thì 100% sự thay đổi HGKT này có ý nghĩa, chứng tỏ người bệnh đáp ứng tốt với điều trị.

Sau 12 tháng điều trị có 2 ca được chỉ định xét nghiệm thì cả 2 ca có HGKT RPR giảm 32 lần (5 lần pha loãng) trong đó có 1 ca có sự chuyển đổi huyết thanh. HGKT TPHA sau điều trị 12 tháng cả hai ca có HGKT giảm  $\geq 4$  lần so với HGKT ban đầu. Kết quả nghiên cứu cho thấy sự thay đổi HGKT này là sự thay đổi có ý nghĩa và chứng tỏ người bệnh đáp ứng với điều trị.

Do số mẫu trong nghiên cứu theo dõi sự thay đổi HGKT RPR và TPHA sau điều trị 1,3,6, 9 và 12 tháng ít nên kết quả nghiên cứu có thể chưa thể phản ánh được sự thay đổi HGKT sau điều trị ở các thời điểm này.

## V. KẾT LUẬN

Xét nghiệm bán định lượng cả RPR và TPHA trước điều trị là rất cần thiết. Người bệnh mắc giang mai sớm cần được theo dõi HGKT sau 03, 06, 09, 12 tháng điều trị để đánh giá tiến triển của bệnh và phòng tránh lây nhiễm cho bạn tình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế**, "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh giang mai." Quyết định số 3548/QĐ-BYT ngày 22/7/2021.
2. **Cantisani C, Rega F, Ambrosio L, Grieco T, Kiss N, Meznerics FA, Bánvölgyi A, Vespasiani G, Arienzo F, Rossi G, Soda G, Pellacani G.** Syphilis, the Great Imitator-Clinical and Dermoscopic Features of a Rare Presentation of Secondary Syphilis. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 11;20(2):1339. doi: 10.3390/ijerph20021339. PMID: 36674095; PMCID: PMC9859468.
3. **Park IU, Tran A, Pereira L, Fakile Y.** Sensitivity and Specificity of Treponemal-specific Tests for the Diagnosis of Syphilis. *Clin Infect Dis*. 2020 Jun 24;71(Suppl 1):S13-S20. doi: 10.1093/cid/ciaa349. PMID: 32578866; PMCID: PMC7312216.
4. **Causer LM, Kaldor JM, Fairley CK, et al.** A laboratory-based evaluation of four rapid point-of-care tests for syphilis. *PLoS One*. 2014;9(3): e91504. Published 2014 Mar 11. doi:10.1371/journal.pone.0091504.
5. **Nguyễn Văn An và Cộng sự** (2023)., "Xác định hiệu giá kháng thể kháng *Treponema pallidum* bằng kỹ thuật TPHA và RPR tại bệnh viện Da liễu Trung ương.," *Tạp Chí Học Việt Nam*, no. Số 527, pp. 290-293.

6. **Hướng dẫn của WHO về Điều trị Treponema pallidum (Giảm).** Geneva: Tổ chức Y tế Thế giới; 2016. 1, giới thiệu. Có tại: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK384906/>
7. **Workowski KA, Bachmann LH, Chan PA, Johnston CM, Muzny CA, Park I, Reno H, Zenilman JM, Bolan GA.** Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines, 2021. MMWR Recomm Rep. 2021 Jul 23;70(4):1-187. doi: 10.15585/mmwr.rr7004a1. PMID: 34292926; PMCID: PMC8344968.
8. **Seña AC, Wolff M, Behets F, Martin DH, Leone P, Langley C, McNeil L, Hook EW 3rd.** Rate of Decline in Nontreponemal Antibody Titers and Seroreversion After Treatment of Early Syphilis. Sex Transm Dis. 2017 Jan;44(1):6-10. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000541. PMID: 27898575; PMCID: PMC5270385.
9. **Holman KM, Wolff M, Seña AC, Martin DH, Behets F, Van Damme K, Leone P, McNeil L, Gehrig ML, Hook EW 3rd.** Rapid plasma reagin titer variation in the 2 weeks after syphilis therapy. Sex Transm Dis. 2012 Aug;39(8):645-7. doi: 10.1097/OLQ.0b013e3182536574. PMID: 22801348; PMCID: PMC3399694.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NÁM MÁ BẰNG LASER PICOSECOND YAG 1064 NM TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU HÀ NỘI

Lê Tuyết Minh<sup>1</sup>, Nguyễn Quốc Hưng<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thùy My<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả và tính an toàn của Laser Pico Nd:YAG 1064 nm trong điều trị nám má tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng trên 18 người bệnh nữ  $\geq 25$  tuổi, chẩn đoán nám má được điều trị tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2021-2022. Người bệnh được chiếu Laser Pico Nd: YAG 1064 nm trong 6 buổi, mỗi buổi cách nhau 2 tuần. Kết quả điều trị được đánh giá bằng chỉ số MASI, thang Von Luschan, mức độ hài lòng và các tác dụng phụ. **Kết quả:** Tuổi trung bình người bệnh  $42,9 \pm 6,3$ ; tất cả là nữ. Thể nám hỗn hợp chiếm 55,6%. MASI trung bình giảm từ  $7,20 \pm 4,54$  trước điều trị xuống  $2,90 \pm 1,84$  sau 6 buổi, mức giảm 59,7%. Sau 6 buổi, 88,9% người bệnh đạt cải thiện "Tốt/rất tốt" theo thang Von Luschan. 100% người bệnh hài lòng, trong đó 55,6% rất hài lòng. Không ghi nhận tác dụng phụ nghiêm trọng. **Kết luận:** Laser Pico Nd:YAG 1064 nm là phương pháp hiệu quả, an toàn trong điều trị nám má, với mức độ hài lòng cao và ít tác dụng phụ. **Từ khóa:** Nám má; Pico Nd:YAG 1064 nm; Laser picosecond.

### SUMMARY

#### RESULTS OF MELASMA TREATMENT WITH PICOSECOND YAG 1064 NM LASER AT HANOI DERMATOLOGY HOSPITAL

**Objective:** To evaluate the results and safety of 1064 nm Pico Nd:YAG Laser in the treatment of melasma at Hanoi Dermatology Hospital in 2021-2022. **Subjects and methods:** Prospective study, clinical intervention on 18 female patients  $\geq 25$  years old, diagnosed with melasma, treated at Hanoi Dermatology Hospital (April 2021-March 2022).

<sup>1</sup>Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuyết Minh

Email: letuyetminh0801@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Patients were exposed to 1064 nm Pico Nd:YAG Laser in 6 sessions, 2 weeks apart. The results were assessed by MASI index, Von Luschan scale, satisfaction level and side effects recorded. **Results:** The average age of patients was  $42.9 \pm 6.3$  years; all were female. Mixed melasma accounted for 55.6%. The average MASI decreased from  $7.20 \pm 4.54$  before treatment to  $2.90 \pm 1.84$  after 6 sessions, a decrease of 59.7%. After 6 sessions, 88.9% of patients achieved "Good/very good" improvement according to the Von Luschan scale. 100% of patients were satisfied, of which 55.6% were very satisfied. No serious side effects were recorded. **Conclusion:** Pico Nd:YAG 1064 nm laser is an effective and safe method for treating melasma, with high satisfaction and few side effects. **Keywords:** Melasma; Pico Nd:YAG 1064 nm; Picosecond laser

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nám má là rối loạn sắc tố mắc phải thường gặp, ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống và tâm lý người bệnh; điều trị thường cần phối hợp đa phương thức và dễ tái phát [1]. Cơ chế bệnh sinh của nám má mang tính chất phức tạp và không đồng nhất giữa các người bệnh. Sự khác biệt có thể đến từ độ sâu lắng đọng của sắc tố, mức độ tham gia của thành phần mạch máu, tình trạng tổn thương màng đáy cũng như ảnh hưởng của các yếu tố nội tiết [2]. Chính sự đa dạng này khiến việc điều trị trở nên khó khăn và đòi hỏi phải có cách tiếp cận cá thể hóa [1-2].

Trong hoàn cảnh đó, điều trị nám má bằng Laser picosecond Nd:YAG 1064 nm nổi lên như một lựa chọn tiềm năng nhờ thời gian xung cực ngắn tạo hiệu ứng quang cơ và hiện tượng LIOB (laser-induced optical breakdown), giúp phân mảnh melanosome hiệu quả đồng thời hạn chế tổn thương nhiệt mô lân cận [3]. Bằng chứng lâm sàng trong những năm gần đây ghi nhận hiệu quả và độ an toàn của picosecond 1064 nm

trên da châu Á - nhóm da có nguy cơ tăng sắc tố sau viêm (Post-Inflammatory Hyperpigmentation – PIH) cao - khi được lựa chọn thông số và quy trình phù hợp [3-7]. Tuy nhiên, dữ liệu công bố trong nước về Laser picosecond Nd: 1064 nm trong điều trị nám má còn hạn chế. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá hiệu quả và tính an toàn của Laser Pico Nd:YAG 1064 nm trong điều trị nám má tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2021-2022.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

Cỡ mẫu: 18 người bệnh nữ  $\geq$  25 tuổi, chẩn đoán nám má dựa vào lâm sàng.

**Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện từ các bệnh nhân đến điều trị tại khoa trong thời gian nghiên cứu và đáp ứng tiêu chí chọn mẫu.

**Tiêu chí lựa chọn:** Người bệnh nữ được chẩn đoán bị nám da có đầy đủ thông tin quản lý; ảnh chụp trước mỗi lần điều trị đầy đủ; điều trị đầy đủ (ít nhất 6 lần điều trị) và tái khám đúng hẹn và đồng ý tham gia nghiên cứu. Tiêu chí loại trừ: Người bệnh có tiền sử mắc bệnh da nhạy cảm với ánh sáng ở vùng điều trị; mang thai hoặc đang cho con bú; sử dụng thuốc tránh thai hoặc liệu pháp hormon thay thế.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu tiến cứu, can thiệp lâm sàng so sánh trước-sau (pre-post), toàn bộ người bệnh đều nhận cùng một phác đồ điều trị bằng laser picosecond Nd:YAG 1064 nm. Đánh giá hiệu quả tại bốn mốc thời gian.

**2.3. Thời gian – địa điểm.** Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Laser, Bệnh viện Da liễu Hà Nội, từ 04/2021 đến 03/2022.

**2.4. Thiết bị.** Máy: Pico Discovery (Quanta System, Ý), Nd:YAG 1064 nm. Thông số máy: Năng lượng phát tia: 0,5- 0,95 J/cm<sup>2</sup>; Tốc độ phát tia: 1-10 Hz/giây; độ rộng xung 375-450ps; Kích thước tia: 2-7 mm

### 2.5. Quy trình điều trị – chăm sóc sau thủ thuật

Bước 1: Làm sạch da; bôi tê lidocain 5% trong 30 phút; lau sạch. Bước 2: Chiếu laser toàn bộ vùng tổn thương theo thông số trên; tránh vùng mắt; làm mát tức thì bằng gel lạnh. Bước 3: Sau thủ thuật: bôi kem dưỡng ẩm, chống nắng SPF 50+; dặn người bệnh tránh nắng, tẩy tế bào chết 48–72h đầu; tiếp tục chống nắng đều đặn trong suốt liệu trình.

**2.6. Phác đồ điều trị và tiêu chí đánh giá.** Người bệnh được điều trị bằng máy Pico Discovery (Quanta System, Ý), công nghệ laser Nd:YAG 1064 nm, thời gian xung 450 picosecond.

Thông số sử dụng: spot 7,5 mm; năng lượng 0,80–0,95 J/cm<sup>2</sup>; tần số 10 Hz; di chuyển đều với overlap khoảng 20–30%; điểm cuối lâm sàng là ban đỏ nhẹ và nang lông sáng màu [3]. Liệu trình gồm 6 buổi, cách nhau 2 tuần.

### Tiêu chí đánh giá:

**Tiêu chí chính:** chỉ số MASI (Melasma Area and Severity Index) được tính theo công thức gốc của Kimbrough và Pandya, gồm bốn vùng mặt (trán, má phải, má trái, cằm), mỗi vùng được chấm diện tích, mức độ đậm màu và đồng đều; điểm tổng hợp từ 0 đến 48 điểm [7]. Hai bác sĩ độc lập, không tham gia trực tiếp điều trị chấm điểm MASI qua hình ảnh của bệnh nhân tại 4 mốc thời gian: T0 (trước điều trị), T1 (sau 2 buổi), T2 (sau 4 buổi), và T3 (sau 6 buổi). Người chấm không được biết thứ tự thời điểm điều trị.

**Tiêu chí phụ:** thang Von Luschan (mức cải thiện so với trước khi điều trị: kém (giảm dưới 1 mức), trung bình (giảm 1 mức), tốt (giảm 2 mức), rất tốt (giảm 3 mức hoặc khôi hoàn toàn)); mức độ hài lòng (4 mức); và các tác dụng phụ (ban đỏ, châm chích, phù; PIH; giảm sắc tố; sẹo).

**2.7. Xử lý số liệu – thống kê.** Nhập liệu và phân tích bằng SPSS 20.0. Mô tả số liệu: trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn (ĐL), tần suất (%). So sánh T0 với T1–T3 bằng T-test ghép cặp; nếu giả định phân phối chuẩn không đạt (Shapiro–Wilk), dùng Wilcoxon signed-rank. Mức ý nghĩa  $\alpha = 0,05$ .

**2.8. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội, tuân thủ các nguyên tắc đạo đức trong nghiên cứu y sinh học theo quy định của Bộ Y tế. Tất cả người bệnh tham gia đều được giải thích rõ mục tiêu, quy trình, lợi ích và cam kết tự nguyện tham gia nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm người bệnh

**Bảng 1. Phân bố đặc điểm chung người bệnh (n=18)**

Đặc điểm	Giá trị	Số lượng	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình	42,9 $\pm$ 6,3 (33–60)	–	–
Giới tính	Nữ	18	100
Nghề nghiệp	Văn phòng	6	33,3
	Kinh doanh	7	38,9
	Nghề khác	5	27,8
Nơi cư trú	Thành thị	17	94,4
	Nông thôn	1	5,6

Tỷ lệ sống thành thị rất cao (94,4%), có thể liên quan bức xạ UV – ánh sáng nhìn thấy, ô nhiễm và thói quen trang điểm, khiến nhu cầu điều trị thẩm mỹ cao hơn. Phân bố nghề nghiệp

thiên về văn phòng/kinh doanh gợi ý mức độ phơi nhiễm ánh sáng gián tiếp kéo dài (thiết bị số, ánh sáng xanh) và stress, các yếu tố có thể ảnh hưởng tiến triển nám.

**Bảng 2. Phân bố thể lâm sàng bệnh nám má (n=18)**

Thể lâm sàng	Số lượng	Tỷ lệ %
Thương bì	3	16,7
Hỗn hợp	10	55,6
Kèm giãn mạch	2	11,1
Kèm tăng sắc tố	1	5,6
Kèm tăng và giãn sắc tố (mottled)	2	11,1

Thể hỗn hợp chiếm ưu thế (55,6%) – đây là kiểu hình khó điều trị hơn thương bì đơn thuần do có thành phần trung bì và dị thường màng đáy. Tỷ lệ nhỏ các thể kèm giãn mạch hoặc rối loạn sắc tố phổi hợp gợi ý nhu cầu cá thể hoá thông số và theo dõi tác dụng phụ kỹ hơn trong thực hành.

**3.2. Kết quả điều trị theo chỉ số MASI**

**Bảng 3. Kết quả điều trị nám má theo chỉ số MASI trung bình tại các thời điểm (n=18)**

Thời điểm	TB±ĐLC	Giảm so với T0 (%)	p value*
T0 (trước điều trị)	7,20±4,54	–	–
T1 (sau 2 buổi)	6,48±4,25	10,0	
T2 (sau 4 buổi)	4,52±3,39	37,2	

**Bảng 4. Kết quả cải thiện sắc tố theo thang điểm Von Luschan (n=18)**

Mức cải thiện	Sau 2 buổi	Sau 4 buổi	Sau 6 buổi	p
Rất tốt (≥3 mức hoặc khôi hoàn toàn)	2 (11,1%)	8 (44,4%)	13 (72,2%)	<0,001
Tốt (giảm 2 mức)	4 (22,2%)	5 (27,8%)	3 (16,7%)	0,38
Trung bình (giảm 1 mức)	7 (38,9%)	4 (22,2%)	2 (11,1%)	0,021
Kém (<1 mức)	5 (27,8%)	1 (5,6%)	0 (0%)	0,004

Ghi chú: Phân tích bằng kiểm định Cochran's Q cho dữ liệu định tính lặp lại (Q = 9,33; p = 0,009). Phân tích hậu nghiệm McNemar (hiệu chỉnh Bonferroni) cho thấy khác biệt có ý nghĩa giữa mốc 2 và 6 buổi (p = 0,004).

Tỷ lệ bệnh nhân đạt mức cải thiện rất tốt tăng rõ rệt theo thời gian, từ 11,1% sau 2 buổi lên 72,2% sau 6 buổi (p < 0,001), trong khi nhóm kém giảm dần từ 27,8% xuống 0% (p = 0,004). Nhóm trung bình cũng có xu hướng giảm có ý nghĩa thống kê (p = 0,021), còn nhóm tốt dao động nhẹ và không có khác biệt đáng kể (p = 0,38). Kết quả này phản ánh xu hướng cải thiện sắc tố rõ rệt và đồng nhất dần theo số buổi điều trị, đồng thời củng cố hiệu quả tích lũy của laser picosecond Nd:YAG 1064 nm trong cải thiện sắc tố theo đánh giá khách quan bằng thang màu Von Luschan.

**3.4. Hải lòng của người bệnh**

T3 (sau 6 buổi)	2,90±1,84	59,7	<0,001
-----------------	-----------	------	--------

Ghi chú: Phân tích bằng kiểm định Friedman cho dữ liệu lặp lại (4 thời điểm), kết quả cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các thời điểm điều trị ( $\chi^2 = 52,58$ ; p < 0,001). Phân tích hậu nghiệm Bonferroni cho thấy điểm MASI giảm có ý nghĩa ở các mốc T1, T2 và T3 so với T0.

Điểm MASI cho thấy xu hướng giảm dần rõ rệt theo thời gian điều trị. Sau 2 buổi đầu tiên, mức giảm MASI còn khiêm tốn (-10,0%), nhưng đến buổi thứ 4, chỉ số giảm thêm 37,2% (từ 7,20 ± 4,54 xuống 4,52 ± 3,39). Đặc biệt, tại thời điểm sau 6 buổi, MASI trung bình chỉ còn 2,90 ± 1,84, tương ứng mức giảm 59,7% so với trước điều trị. Độ lệch chuẩn thu hẹp dần qua các mốc cho thấy mức độ đáp ứng ngày càng đồng đều giữa các bệnh nhân.

Kiểm định Friedman cho dữ liệu lặp tại bốn thời điểm cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $\chi^2 = 52,58$ ; p < 0,001). Phân tích hậu nghiệm Bonferroni xác định sự cải thiện có ý nghĩa bắt đầu từ sau 2 buổi điều trị trở đi (T1 – T3 so với T0, p < 0,05). Đáng chú ý, mặc dù nhóm nghiên cứu có tỷ lệ cao bệnh nhân thuộc thể nám hỗn hợp – vốn đáp ứng kém với điều trị thông thường – nhưng mức giảm trung bình 59,7% sau 6 buổi vẫn được ghi nhận trên toàn bộ 18 trường hợp.

**3.3. Cải thiện sắc tố: thang Von Luschan**

**Bảng 5. Tỷ lệ người bệnh hài lòng sau liệu trình (n=18)**

Mức độ	Số lượng	Tỷ lệ %
Rất hài lòng	10	55,6
Hài lòng	8	44,4

100% hài lòng hoặc rất hài lòng, phù hợp với cải thiện khách quan (MASI; Von Luschan). Tỷ lệ "rất hài lòng" 55,6% cho thấy kỳ vọng thẩm mỹ đã được đáp ứng tốt—điểm quan trọng trong điều trị nám, nơi nhận thức màu da có tính chủ quan và chịu ảnh hưởng ánh sáng môi trường.

**3.5. Tác dụng phụ**

**Bảng 6. Tác dụng phụ trong và sau điều trị (n=18)**

Tác dụng phụ	Số lượng	Tỷ lệ %	Diễn biến
Không tác dụng phụ	12	66,7	
Ban đỏ thoáng qua	3	16,6	Hết 24-48h

Châm chích nhẹ	2	11,1	Thoáng qua
Phủ nhẹ	1	5,6	Tự hồi phục

Tác dụng phụ ghi nhận chủ yếu mức độ nhẹ, thoáng qua và tự khỏi trong 1–2 ngày. Không ghi nhận PIH/giảm sắc tố/sẹo, củng cố độ an toàn của picosecond trên da type III–IV nhờ cơ chế quang cơ – LIOB giúp giảm tổn thương nhiệt lan tỏa.

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy laser picosecond Nd:YAG 1064 nm mang lại hiệu quả cải thiện rõ rệt đối với nám má, thể hiện qua chỉ số MASI giảm trung bình 59,7% sau 6 buổi và phần lớn người bệnh (88,9%) đều đạt mức cải thiện “Tốt/rất tốt” theo thang Von Luschan. Mức độ hài lòng cũng rất cao khi 100% người bệnh hài lòng hoặc rất hài lòng. Đây là kết quả khả quan, phù hợp với xu hướng chung của y văn quốc tế về hiệu quả của laser picosecond trong điều trị rối loạn sắc tố [3].

So sánh với các nghiên cứu đã công bố, hiệu quả của chúng tôi tương đồng với Choi và cộng sự khi ghi nhận laser picosecond 1064/595 nm cải thiện sắc tố rõ rệt ở người bệnh châu Á, với tỷ lệ biến chứng thấp [4]. Hong và cộng sự, trong nghiên cứu split-face, chứng minh picosecond 1064 nm vượt trội hơn Q-switched 1064 nm về tốc độ và mức độ cải thiện lâm sàng, đồng thời ít tác dụng phụ hơn [5]. Lee và cộng sự cũng cho thấy laser picosecond 755 nm hiệu quả hơn QS 1064 nm ở người bệnh châu Á, khẳng định vai trò của picosecond như một lựa chọn ưu thế [6]. Các bằng chứng này củng cố tính nhất quán của kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi.

Điểm nổi bật cần nhấn mạnh là tính an toàn. Trong suốt liệu trình, chúng tôi chỉ ghi nhận các tác dụng phụ nhẹ như ban đỏ thoáng qua, châm chích hoặc phủ nhẹ, tất cả đều tự hồi phục sau 24–48 giờ mà không cần can thiệp. Không có trường hợp nào xuất hiện tăng sắc tố sau viêm, giảm sắc tố hay sẹo. Đây là lợi thế quan trọng của picosecond so với Q-switched truyền thống. Cơ chế tác động bằng hiệu ứng quang cơ, với thời gian xung cực ngắn, giúp tạo sóng xung kích phân mảnh melanosome và hình thành các vi khoảng quang học (LIOB), trong khi hạn chế tối đa tổn thương nhiệt. Ngược lại, Q-switched Nd:YAG dựa nhiều vào quang nhiệt, dễ gây tổn thương lan tỏa và kéo theo nguy cơ PIH hoặc mất sắc tố loang lổ, đặc biệt ở người da type III–IV [3,8].

Trong bối cảnh thực hành tại Việt Nam, kết quả nghiên cứu này có ý nghĩa lâm sàng quan

trọng. Thứ nhất, ngưỡng cải thiện rõ rệt thường bắt đầu từ buổi thứ 4, cho thấy cần duy trì ít nhất 6 buổi để đạt hiệu quả tối ưu, đồng thời giúp bác sĩ tư vấn người bệnh về tiến triển điều trị, tránh kỳ vọng quá sớm sau 1–2 buổi đầu. Thứ hai, thể nám hỗn hợp chiếm đa số trong nghiên cứu và thường đáp ứng kém hơn so với thượng bì, nhưng với picosecond, kết quả vẫn khả quan, điều này mở ra lựa chọn đáng tin cậy cho các ca khó. Thứ ba, việc không ghi nhận PIH trên toàn bộ người bệnh nhấn mạnh rằng picosecond là giải pháp phù hợp với đặc điểm da châu Á, nơi PIH là rào cản lớn trong điều trị bằng laser.

Tuy vậy, nghiên cứu cũng tồn tại một số hạn chế. Cỡ mẫu còn nhỏ, chỉ gồm 18 người bệnh, chưa đủ để khái quát cho cộng đồng rộng hơn. Thiết kế nghiên cứu không có nhóm đối chứng nên chưa so sánh trực tiếp được mức độ ưu thế của picosecond so với Q-switched hoặc các phương pháp khác. Thời gian theo dõi ngắn, chỉ dừng ở 6 buổi điều trị, nên chưa đánh giá được tỷ lệ tái phát – vốn là một thách thức đặc trưng của nám má. Ngoài ra, chúng tôi chưa sử dụng các chỉ số khách quan bổ sung như máy đo màu hay thang MELASQoL để lượng hóa toàn diện mức độ cải thiện.

Từ những phân tích trên, có thể thấy laser picosecond Nd:YAG 1064 nm là một lựa chọn hiệu quả và an toàn trong điều trị nám má cho người bệnh Việt Nam. Việc cải thiện sắc tố rõ rệt, mức độ hài lòng cao và hồ sơ an toàn thuận lợi gợi ý đây là hướng đi triển vọng, đặc biệt khi kết hợp với các biện pháp điều trị nền như chống nắng và dưỡng ẩm. Các nghiên cứu tiếp theo với cỡ mẫu lớn hơn, thiết kế ngẫu nhiên có đối chứng và theo dõi dài hạn sẽ giúp khẳng định giá trị lâu dài của phương pháp này.

#### V. KẾT LUẬN

Sử dụng Laser Pico Nd:YAG 1064 nm là phương pháp điều trị nám má hiệu quả, an toàn, với cải thiện sắc tố rõ rệt, mức độ hài lòng cao và ít biến chứng. Cần thực hiện các nghiên cứu đối chứng ngẫu nhiên, cỡ mẫu lớn và theo dõi dài hạn để đánh giá độ bền hiệu quả và tỷ lệ tái phát.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McKeseey J, Tovar-Garza A, Pandya AG.** Melasma treatment: An evidence-based review. *Am J Clin Dermatol.* 2020;21(2):173-225.
2. **Kwon SH, Hwang YJ, Lee SK, Park KC.** Heterogeneous pathology of melasma and its clinical implications. *Int J Mol Sci.* 2016; 17(6):824.
3. **Wu DC, Goldman MP, Wat H, Chan HH.** A systematic review of picosecond laser in dermatology. *Lasers Surg Med.* 2021;53(1):9-49.

4. **Choi YJ, Nam JH, Kim JY, et al.** Efficacy and safety of a novel picosecond laser using 1064 and 595 nm on patients with melasma. *Lasers Surg Med.* 2017;49(10):899-907.
5. **Hong JK, Shin SH, Park SJ, et al.** Split-face study comparing 1064-nm picosecond and Q-switched Nd:YAG laser toning in melasma. *J Dermatol Treat.* 2022;33(6):1-9.
6. **Lee MC, Lin YF, Hu S, et al.** Comparison of picosecond alexandrite laser and Q-switched Nd:YAG laser in the treatment of melasma in Asians. *Lasers Med Sci.* 2018;33(8):1733-1738.
7. **Pandya AG, Berneburg M, Ortonne JP.** Guidelines for clinical trials in melasma: Pigmentary Disorders Academy. *Br J Dermatol.* 2006;156(Suppl 1):21-28.
8. **Wattanakrai P, Mornchan R, Eimpunth S.** Low-fluence Q-switched 1064-nm Nd:YAG laser for facial melasma in Asians: a randomized, split-face study. *Lasers Surg Med.* 2010;42(2):97-102.

## THỰC TRẠNG NHIỄM NẤM MALASSEZIA, DERMODEX Ở NGƯỜI BỆNH TRỨNG CÁ ĐẾN KHÁM TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU HÀ NỘI NĂM 2024

Nguyễn Ngọc Diệp<sup>1</sup>, Vương Văn Thuận<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Đào<sup>1</sup>, Đào Thị Mai Hương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả tình trạng nhiễm nấm Malassezia, Demodex ở người bệnh trứng cá đến khám tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 80 người bệnh trứng cá. Tất cả người bệnh được soi tươi tìm Demodex và xét nghiệm KOH tìm nấm Malassezia. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ nhiễm là 35% nhiễm nấm Malassezia, Demodex, trong đó tỷ lệ nhiễm nấm Malassezia là 12,5% và Demodex 22,5%, không có trường hợp đồng nhiễm cả nấm Malassezia, Demodex. Tỷ lệ nữ giới chiếm 75%, độ tuổi 18–25 là 78,6% và người bệnh mức độ nặng là 75%. Các yếu tố liên quan có ý nghĩa thống kê gồm tiền sử dụng corticoid bôi, thói quen cạo lông mặt, da dầu, da nhạy cảm. Triệu chứng lâm sàng thường có liên quan đến tình trạng nhiễm nấm Malassezia, Demodex bao gồm ngứa chiếm 64,3%, cảm giác kiến bò chiếm 46,4%, mụn mủ chiếm 92,8% và đỏ da bong vảy chiếm 75%. **Kết luận:** Nhiễm nấm Malassezia, Demodex khá phổ biến ở người bệnh trứng cá, đặc biệt trong các trường hợp nặng. Việc tầm soát hai yếu tố này có ý nghĩa quan trọng trong định hướng điều trị.

**Từ khóa:** Trứng cá, nấm Malassezia, Demodex.

### SUMMARY

#### PREVALENCE OF MALASSEZIA FUNGAL, DEMODEX INFECTIONS IN ACNE PATIENTS ATTENDING HANOI DERMATOLOGY HOSPITAL IN 2024

**Objective:** To assess the prevalence of Malassezia, Demodex infections in acne patients attending Hanoi Dermatology Hospital in 2024. **Subject and methods:** A cross-sectional descriptive

study was conducted on 80 acne patients. All subjects underwent direct microscopic examination for Demodex and KOH testing for Malassezia detection. **Results:** Among 80 patients, 35% were positive for either Malassezia or Demodex, including 12.5% with Malassezia infection and 22.5% with Demodex; no co-infection was detected. Infections were more frequent in females (75%), patients aged 18–25 years (78.6%), and those with severe acne (75%). Significant associated factors included history of topical corticosteroid use, facial shaving, oily skin, and sensitive skin. Clinical manifestations associated with Malassezia, Demodex infection included pruritus (64.3%), crawling sensation (46.4%), pustules (92.8%), and erythema with scaling (75%). **Conclusion:** Malassezia, Demodex infections are relatively common in acne patients, especially in severe cases. Screening for these pathogens may provide useful guidance for more effective treatment strategies. **Keywords:** acne, Malassezia fungal, Demodex.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trứng cá là bệnh da liễu phổ biến với tỷ lệ mắc cao trên toàn cầu và có xu hướng gia tăng liên quan đến lối sống và môi trường. Theo dữ liệu từ GBD, tỷ lệ mắc mụn trứng cá toàn cầu ước tính khoảng 9,4% [1]; Ở Việt Nam, tỷ lệ mụn trứng cá ở người trưởng thành là khoảng 49,8% [2] Bệnh không chỉ gây ảnh hưởng đến thẩm mỹ mà còn tác động tiêu cực chất lượng cuộc sống người bệnh. Cơ chế bệnh sinh của trứng cá được biến đổi với các yếu tố như tăng tiết bã nhờn, rối loạn sừng hóa cổ nang lông, sự phát triển quá mức của Cutibacterium acnes và phản ứng viêm của cơ thể [3].

Tuy nhiên, nhiều bằng chứng khoa học đã chỉ ra rằng các yếu tố khác như sự hiện diện của Demodex folliculorum và các loài vi nấm da cũng có vai trò quan trọng trong việc thúc đẩy tiến triển cũng như làm nặng thêm các tổn thương mụn trứng cá. Một nghiên cứu tổng hợp của tác

<sup>1</sup>Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Diệp

Email: dieptrang1726@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

giả Zhao và cộng sự (2012), phân tích 63 bài báo theo dõi các đặc điểm và yếu tố nguy cơ của nhiễm Demodex, đã chỉ ra mối liên quan giữa Demodex trong cơ chế sinh bệnh của mụn trứng cá, dẫn đến tổn thương mụn trứng cá nặng hơn với tình trạng mụn trứng cá nghiêm trọng cao hơn 3,6 lần ở nhóm nhiễm Demodex [4].

Chính vì vậy, việc nghiên cứu mối liên quan giữa nhiễm nấm Demodex và các đặc điểm lâm sàng của bệnh trứng cá là cần thiết để làm rõ thêm vai trò của các yếu tố này trong quá trình phát triển bệnh. Điều này không chỉ giúp hiểu rõ hơn về cơ chế bệnh sinh mà còn hỗ trợ các bác sĩ trong việc chẩn đoán chính xác và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp, từ đó nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.2. Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh được chẩn đoán xác định là mụn trứng cá từ 18 tuổi trở lên đến khám và điều trị Bệnh viện Da liễu Hà Nội cơ sở 2 từ tháng 04 đến tháng 10 năm 2024 và được chỉ định xét nghiệm vi nấm Malassezia và soi tươi Demodex.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh được chẩn đoán xác định là mụn trứng cá từ 18 tuổi trở lên đến khám và điều trị Bệnh viện Da liễu Hà Nội cơ sở 2 từ tháng 04 đến tháng 10 năm 2024 và được chỉ định xét nghiệm vi nấm Malassezia và soi tươi Demodex. Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu. Người bệnh được chẩn đoán nhiễm nấm khi soi tươi bằng dung dịch KOH trên kính hiển vi phát hiện nấm Malassezia (dương tính khi  $\geq 4$  TB/ vi trường đối với Malassezia) [5] và được chẩn đoán nhiễm Demodex khi soi tươi bằng dung dịch KOH trên kính hiển vi phát hiện  $\geq 1$  Demodex/ vi trường [6].

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh mắc các bệnh lý da khác có tổn thương ở mặt, ngực, lưng.

**2.3 Thu thập và xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập từ bệnh án người bệnh. Sử dụng phần mềm thống kê Excel, SPSS phiên bản 25. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Bệnh Viện Da liễu Hà Nội.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Thực trạng nhiễm nấm Malassezia, Demodex trên người bệnh mụn trứng cá**

**Bảng 1: Phân bố đối tượng nghiên cứu theo tuổi, giới (n=80)**

Đặc điểm chung	Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Tuổi</b>		
18 - 25	58	72,5

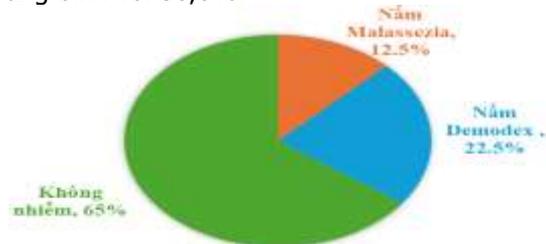
> 25	22	27,5
<b>Tuổi trung bình (Độ lệch chuẩn)</b>	24 (5,3)	
<b>Giới tính</b>		
Nam	25	31,3
Nữ	55	68,7
<b>Nơi sống</b>		
Chung cư	38	47,5
Nhà riêng	42	52,5

Người bệnh ở độ tuổi 18-25 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất 72,5%. Người bệnh chủ yếu là nữ giới, cao gấp khoảng 2 lần nam giới với tỷ lệ 68,7%. Hơn 50% số người bệnh đang sống ở nhà riêng.

**Bảng 2: Phân bố thể lâm sàng trứng cá và mức độ bệnh của người bệnh nghiên cứu (n=80)**

Đặc điểm		Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Thể lâm sàng</b>	Trứng cá thông thường	70	87,5
	Trứng cá tối cấp	1	1,3
	Trứng cá bọc	6	7,5
	Trứng cá do mỹ phẩm	3	3,7
<b>Mức độ bệnh</b>	Nhẹ - Trung bình	33	41,2
	Nặng - rất nặng	47	58,8

Trong số 80 người bệnh tham gia nghiên cứu, nhóm trứng cá thông thường chiếm tỷ lệ cao nhất 87,5%, các nhóm trứng cá khác ít gặp: trứng cá bọc 7,5%, trứng cá do mỹ phẩm 3,7%, trứng cá tối cấp 1,3%. Không gặp trứng cá do cơ học và yếu tố nghề nghiệp. Mức độ trứng cá nặng, rất nặng chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm nhẹ, trung bình với 58,8%.



**Hình 1: Tỷ lệ nhiễm nấm Malassezia, Demodex ở người bệnh mụn trứng cá (n=80)**

Trong số 80 người bệnh bị mụn trứng cá chúng tôi ghi nhận có 28 người bệnh có nhiễm nấm Demodex (chiếm 35%). Trong đó có 10 trường hợp nhiễm nấm Malassezia (chiếm tỷ lệ 12.5%), 18 trường hợp nhiễm Demodex (chiếm tỷ lệ 22.5%). Không ghi nhận trường hợp nào đồng nhiễm cả nấm Malassezia, Demodex.

**3.2 Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan nhiễm nấm Malassezia, Demodex trên người bệnh mụn trứng cá**

**Bảng 3: Mối liên quan giữa tiền sử điều trị và một số yếu tố sinh hoạt, điều trị, thói quen ở người bệnh trứng cá với tình trạng**

**nhiễm nấm Demodex**

Tiền sử	Nhiễm nấm Malassezia, Demodex		p-value*
	Âm tính n=52 (%)	Dương tính n=28 (%)	
<b>Tiền sử đã điều trị</b>			
Có	25 (48,1)	16 (51,1)	0,99
Không	27 (51,9)	12 (48,9)	
<b>Sử dụng thuốc bôi chứa corticoid</b>			
Có	1 (1,9)	2 (7,1)	0,016
Không	51 (98,1)	26 (92,9)	
<b>Không sử dụng sữa rửa mặt</b>			
Có	33 (63,5)	17 (60,7)	0,78
Không	19 (36,5)	11 (39,3)	
<b>Tiền sử dùng mỹ phẩm</b>			
Có	18 (53,8)	18 (64,3)	0,55
Không	34 (46,2)	10 (35,7)	
<b>Sống với chó mèo</b>			
Có	6 (11,5)	2 (7,1)	0,71
Không	46 (88,5)	26 (92,9)	
<b>Cạo lông mặt</b>			
Có	2 (3,8)	7 (25)	0,017
Không	50 (96,2)	21 (75)	
<b>Tự cạy nặn mụn</b>			
Có	37 (74)	23 (82)	0,25
Không	15 (26)	5 (18)	

\*Kiểm định X<sup>2</sup>

Tỷ lệ nhiễm nấm Malassezia hoặc Dermodex cao ở các người bệnh có tiền sử đã điều trị 51,1%, không sử dụng sữa rửa mặt 60,7%, sử dụng mỹ phẩm 64,3% và tự cạy nặn mụn. Các yếu tố như tiền sử sử dụng thuốc bôi chứa corticoid, cạo lông mặt có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với p<0,001) giữa nhóm có nhiễm nấm Malassezia, Dermodex so với nhóm không nhiễm.

**Bảng 4: Mối liên quan giữa nhiễm nhiễm nấm Malassezia, Demodex và các triệu chứng lâm sàng ở người bệnh mụn trứng cá (n=80)**

Triệu chứng lâm sàng	Nhiễm nấm Malassezia, Demodex		p-value*
	Âm tính Số lượng; (%)	Dương tính Số lượng; (%)	
<b>Cơ năng</b>			
Ngứa	5 (9,6)	18 (64,3)	0,002
Rát	3 (5,7)	2 (7,1)	0,72
Đau	4 (7,7)	2 (7,1)	0,768
Cảm giác kiến bò	2 (3,8)	13 (46,4)	<0,001
<b>Thực thể</b>			
Nhân	32 (61,5)	16 (57,1)	0,654
Sẩn	21 (40,4)	9 (32,1)	0,565
Mụn mủ	9 (17,3)	26 (92,8)	0,002

Nang	15 (28,8)	7 (25)	0,839
<b>Triệu chứng đi kèm</b>			
Da đỏ, bong vảy	5 (9,6)	21 (75)	<0,001
Viêm da quanh miệng	2 (3,8)	6 (21,4)	0,03

\*Kiểm định X<sup>2</sup>

Các triệu chứng ngứa (64,3% so với 9,6%) và cảm giác kiến bò (46,4% so với 3,8%) gặp nhiều hơn ở nhóm nhiễm; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05). Tổn thương mụn mủ chiếm 92,8%, cao gấp khoảng 5 lần nhóm không nhiễm (17,3%; p < 0,05). Triệu chứng khô, tróc vảy (75% so với 9,6%; p < 0,001) và viêm da quanh miệng (21,4%; p < 0,05) cũng phổ biến hơn ở nhóm nhiễm nấm Demodex.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Tình hình nhiễm nấm Malassezia, Demodex trên người bệnh mụn trứng cá.**

Trên 80 người bệnh trứng cá trong nghiên cứu chúng tôi, nhóm tuổi từ 18-25 tuổi chiếm đa số (72,5%), nữ giới nhiều hơn so với nam giới (68,7%). Thể lâm sàng thường gặp là trứng cá thông thường (87,5%) các thể trứng cá khác ít gặp hơn với tỷ lệ lần lượt: trứng cá bọc 7,5% trứng cá do mỹ phẩm 3,7%, trứng cá tối cấp 1,3%. Mức độ trứng cá nặng – rất nặng chiếm đa số (58,8%). Các đặc điểm này tương tự với nghiên cứu của tác giả Phạm Thị Bảo Trâm (2023) [7] và Akçınar [8] về nhiễm nấm và Demodex trên người bệnh mụn trứng cá.

Về tình trạng nhiễm nấm Malassezia, Demodex ở người bệnh trứng cá, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nhiễm chung là 35%, trong đó nhiễm nấm Malassezia chiếm 12,5% và nhiễm Demodex chiếm 22,5%. Không ghi nhận trường hợp đồng nhiễm cả hai loại. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây của Phạm Thị Bảo Trâm (2023) [7] và Huỳnh Thị Bạch Cúc (2015) [9], với tỷ lệ nhiễm nấm Malassezia, Demodex lần lượt là 30,7% và 29,1%. Tuy nhiên, có sự khác biệt ở chỗ tỷ lệ nhiễm nấm Malassezia trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với tỷ lệ nhiễm Demodex (12,5% so với 22,5%). Điều này có thể được giải thích bởi sự khác biệt về độ tuổi, thể bệnh hoặc đặc điểm loại da của nhóm người bệnh được chọn vào mẫu nghiên cứu. Một nguyên nhân khác có thể là liên quan đến tỷ lệ cao người bệnh có loại da dầu trong mẫu nghiên cứu. Da dầu là môi trường thuận lợi cho Demodex phát triển, do đó góp phần làm gia tăng tỷ lệ nhiễm ký sinh trùng.

**4.2. Đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan với nhiễm nấm Malassezia, Demodex trên người bệnh mụn trứng cá.**

Tiền sử điều trị là yếu tố quan trọng liên quan đến tình trạng nhiễm nấm *Malassezia*, *Demodex* ở người bệnh trứng cá. Kết quả nghiên cứu cho thấy nhóm người bệnh có sử dụng thuốc bôi không rõ thành phần hoặc thuốc bôi chứa corticoid có tỷ lệ nhiễm nấm *Malassezia*, *Demodex* cao hơn so với nhóm âm tính, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu của Phạm Thị Bảo Trâm [7] và Huỳnh Thị Bạch Cúc [9]. Điều này cho thấy việc sử dụng các chế phẩm bôi ngoài da không rõ thành phần, đặc biệt là corticoid, có liên quan rõ rệt đến tình trạng nhiễm nấm *Malassezia*, *Demodex*.

Một số yếu tố khác trong tiền sử như không sử dụng sữa rửa mặt, đã từng dùng mỹ phẩm hoặc có thói quen cạy nặn mụn thường gặp ở nhóm người bệnh nghiên cứu, nhưng không cho thấy sự khác biệt về tỷ lệ nhiễm nấm *Malassezia*, *Demodex*. Tuy nhiên nghiên cứu khác của tác giả Yaan Chao về sử dụng sản phẩm rửa mặt có làm giảm số lượng *Demodex* ở người bệnh mụn trứng cá nhẹ đến trung bình cho thấy việc sử dụng các chất làm sạch như sữa rửa mặt, sữa tắm hoặc dầu gội có thể làm giảm số lượng *Demodex Folliculorum*. [10] Thói quen cạo lông mặt ít gặp hơn nhưng có liên quan đến tỷ lệ nhiễm nấm *Malassezia*, *Demodex* cao hơn có ý nghĩa thống kê. Nguyên nhân có thể do hành vi này gây tổn thương bề mặt da và vùng quanh nang lông, tạo điều kiện cho vi nấm và ký sinh trùng phát triển.

Đối với các triệu chứng cơ năng, ở nhóm người bệnh dương tính với nấm *Malassezia*, *Demodex*, triệu chứng thường gặp nhất là ngứa (64,3%), tiếp theo là cảm giác kiến bò (46,4%). Hai triệu chứng này có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm âm tính. Các triệu chứng rất và đau ít gặp hơn (7,1%) và không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Dữ liệu từ bảng 3 cho thấy cảm giác kiến bò ở nhóm nhiễm nấm *Demodex* cao gấp 10 lần so với nhóm không nhiễm (46,4% so với 3,8%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu của Phạm Thị Bảo Trâm [7] và Huỳnh Thị Bạch Cúc [9] cũng ghi nhận ngứa và kiến bò là hai triệu chứng nổi bật. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với các tác giả, đồng thời gợi ý rằng cảm giác kiến bò ở người bệnh trứng cá có thể liên quan đến tình trạng bội nhiễm sinh vật khác và cần được xem xét chỉ định xét nghiệm tầm soát.

Về triệu chứng thực thể, tổn thương mụn mủ chiếm tỷ lệ cao nhất (92,8%), cao gấp 5 lần so với nhóm không nhiễm nấm *Demodex*; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Các dạng

tổn thương khác bao gồm nhân (57,1%), sẩn (32,1%) và nang (25%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Thị Bảo Trâm [7], trong đó mụn mủ chiếm ưu thế. Tuy nhiên, nghiên cứu của Huỳnh Thị Bạch Cúc [9] ghi nhận tỷ lệ sẩn chiếm đa số (77,6%). Nghiên cứu của Zhao cũng cho thấy mức độ nặng với triệu chứng mụn mủ tăng cao gấp 3,6 lần ở nhóm có nhiễm *Demodex*. Sự khác biệt có thể do đặc điểm tổn thương lâm sàng giữa các nghiên cứu khác nhau. Ngoài ra, ở nhóm người bệnh của chúng tôi, việc sử dụng corticoid và các thuốc bôi không rõ thành phần có thể làm tăng xuất hiện tổn thương mụn mủ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ở nhóm người bệnh nhiễm nấm *Malassezia*, *Demodex*, triệu chứng thường gặp nhất là da đỏ, bong vảy (75%), tiếp theo là viêm da quanh miệng (21,4%), cao hơn rõ rệt so với nhóm không nhiễm, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Huỳnh Thị Bạch Cúc [9] và Khưu Bạch Xuyên cũng ghi nhận đỏ da và bong vảy là biểu hiện nổi bật, với tỷ lệ cao hơn ở nhóm nhiễm. Các biểu hiện này có thể liên quan đến đặc tính sinh học của *Demodex*. Ký sinh trùng ký trú tại nang lông tuyến bã, tiết men lipase và khi tăng sinh quá mức có thể gây bít tắc, giảm tiết bã nhờn, dẫn đến khô da, bong vảy. [8] Do đó, các triệu chứng này có giá trị gợi ý trong lâm sàng, hỗ trợ quyết định xét nghiệm tầm soát phù hợp.

Nghiên cứu còn có một số hạn chế cần lưu ý. Thứ nhất, cỡ mẫu khảo sát còn nhỏ (80 người bệnh), nên kết quả có thể chưa phản ánh đầy đủ tình hình nhiễm *Demodex* và các yếu tố liên quan trên phạm vi rộng hơn của toàn bộ dân số bệnh trứng cá. Thứ hai, phương pháp nghiên cứu là nghiên cứu mô tả cắt ngang, chỉ tập trung vào xác định sự phân bố mà không thể khẳng định được mối quan hệ nhân quả giữa nhiễm *Demodex* và các đặc điểm lâm sàng.

Dựa trên kết quả khảo sát tỷ lệ nhiễm nấm *Malassezia*, *Demodex* trên người bệnh trứng cá, cần bổ sung xét nghiệm kiểm tra nấm *Malassezia*, *Demodex* cho người bệnh trứng cá, đặc biệt là trên nhóm người bệnh có tiền sử điều trị dùng thuốc có corticoid hoặc các thuốc chưa rõ thành phần. Xây dựng phác đồ điều trị cả nhiễm nấm *Malassezia*, *Demodex* cho người bệnh trứng cá thay vì chỉ tập trung vào mụn trứng cá thông thường. Tư vấn, giáo dục người bệnh về thói quen rửa mặt đúng cách, cạo lông mặt để tránh làm tăng nguy cơ nhiễm nấm *Malassezia*, *Demodex*. Tiến hành nghiên cứu trên số lượng người bệnh lớn hơn để xác định chính xác các yếu tố nguy cơ và mối liên quan

đến việc nhiễm nấm *Malassezia*, *Demodex* trên người bệnh trứng cá nói chung và trên các bệnh lý da liễu thường gặp khác.

**4.3. Hạn chế nghiên cứu.** Nghiên cứu của chúng tôi còn một số hạn chế. Thứ nhất, kích thước mẫu khảo sát là 80 bệnh nhân, nên kết quả có thể chưa phản ánh đầy đủ tình hình nhiễm nấm *Malassezia*, *Demodex* và ngoại suy kết quả trên phạm vi rộng hơn của toàn bộ quần thể bị bệnh trứng cá. Thứ hai, phương pháp nghiên cứu là nghiên cứu mô tả cắt ngang, chỉ tập trung vào xác định mối liên hệ mà không thể khẳng định được mối quan hệ nhân quả giữa nhiễm nấm *Malassezia*, *Demodex* với các đặc điểm lâm sàng. Cuối cùng, việc chuẩn đoán yêu cầu mật độ trên 20 tế bào nấm/vi trường để xác định nhiễm nấm. Trong nghiên cứu của chúng tôi mật độ 4 tế bào nấm/vi trường chỉ có thể ghi nhận sự hiện diện của nấm *Malassezia*. Vì vậy, mặc dù có nấm *Malassezia* được phát hiện, nhưng kết quả này không có ý nghĩa trong việc điều trị trứng cá do nấm *Malassezia* gây ra.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhiễm nấm *Malassezia*, *Demodex* khá cao (35%), chiếm ưu thế ở nhóm người bệnh từ 18 - 25 tuổi, nữ giới cao hơn nam giới, hơn nửa có tiền sử điều trị. Tỷ lệ nhiễm nấm *Malassezia*, *Demodex* liên quan có ý nghĩa thống kê với các đặc điểm lâm sàng như ngứa, cảm giác kiến bò, da đỏ, bong vảy và viêm da quanh miệng. Vì vậy, cần thực hiện xét nghiệm tìm kiếm vi sinh vật ở những người bệnh có các đặc điểm trên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alexis A., Tan J., Rocha M. và cộng sự. (2024). Is Acne the Same Around the World?. *J Clin Aesthet Dermatol*, 17(9), 16–22.
2. Anh N.M., Hai L.P.H., Thu N.T.A. và cộng sự. (2024). Acne status and associated factors among university students: A cross-sectional study. *YHCD*, 65(Tiếng Anh).
3. Vasam M., Korutla S., và Bohara R.A. (2023). Acne vulgaris: A review of the pathophysiology, treatment, and recent nanotechnology based advances. *Biochem Biophys Rep*, 36, 101578.
4. Zhao Y., Guo N., Xun M. và cộng sự. (2011). Sociodemographic characteristics and risk factor analysis of *Demodex* infestation (Acari: Demodicidae). *J Zhejiang Univ Sci B*, 12(12), 998–1007.
5. Spatz M. và Richard M.L. (2020). Overview of the Potential Role of *Malassezia* in Gut Health and Disease. *Front Cell Infect Microbiol*, 10, 201.
6. Norn M.S. (1971). *Demodex folliculorum*. Incidence, regional distribution, pathogenicity. *Dan Med Bull*, 18(1), 14–17.
7. Phạm Thị Bảo Trâm, Phạm Thanh Thảo, và Huỳnh Văn Bá (2023). Nghiên cứu tình hình nhiễm nấm, demodex, đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của mụn trứng cá tại bệnh viện da liễu cần thơ năm 2021. *Tạp chí Da liễu*, 38.
8. Akçınar U.G., Ünal E., và Doğruman Aİ F. (2018). *Demodex* spp. as a possible aetiopathogenic factor of acne and relation with acne severity and type. *Postepy Dermatol Alergol*, 35(2), 174–181.
9. Huỳnh Bạch Cúc (2015). Nghiên cứu tình hình nhiễm nấm, *Demodex* trên người bệnh mụn trứng cá trưởng thành đến khám tại bệnh viện Da Liễu Cần Thơ, Đại học y dược Cần Thơ.
10. Yuan C., Zheng S.-L., Ma Y.F. và cộng sự. (2017). Cleanser use could decrease numbers of *Demodex Folliculorum* in mild to moderate acne patients. *Dermatoendocrinol*, 9(1), e1348444.

## THỰC TRẠNG HÀI LÒNG TRONG CÔNG VIỆC CỦA NHÂN VIÊN Y TẾ TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU HÀ NỘI VÀ CÁC YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG

Nguyễn Trí Khánh Linh<sup>1</sup>, Lê Đức Minh<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Bích Liên<sup>1</sup>, Bùi Sĩ Hưng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Sự hài lòng trong công việc của nhân viên y tế là nhân tố quan trọng góp phần thúc đẩy và nâng cao hiệu quả làm việc. **Mục tiêu:** Mô tả mức độ hài lòng trong công việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2024 và các yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang với 117

nhân viên y tế. Sử dụng phần mềm SPSS 16 để thống kê mô tả và phân tích số liệu sơ cấp. **Kết quả:** Tỷ lệ NVYT có sự hài lòng chung về bệnh viện 92,3%. Mức độ hài lòng cao về công việc trong đó yếu tố "Sẽ gắn bó làm việc tại bệnh viện lâu dài" cao nhất đạt 96,6% và "cảm thấy tự hào khi làm việc tại bệnh viện" đạt 95,7%, hài lòng với chính sách phúc lợi đạt 95,7%. Các cơ hội phát triển nghề nghiệp được đánh giá tốt, với "tạo điều kiện nâng cao trình độ chuyên môn" đạt mức hài lòng 95,7%. Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, giới tính, chuyên môn, học vấn, thâm niên với hài lòng công việc. **Kết luận:** Nhân viên y tế tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội có sự hài lòng cao với công việc. Không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê giữa sự hài lòng và các yếu tố liên quan.

<sup>1</sup>Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính:

Email: phongtochucbvdlhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

**Từ khóa:** Mức độ hài lòng trong công việc, nhân viên y tế, Bệnh viện Da liễu Hà Nội.

## SUMMARY

### CURRENT STATUS OF JOB SATISFACTION LEVEL OF MEDICAL STAFF AT HANOI DERMATOLOGY HOSPITAL AND INFLUENCING FACTORS IN 2024

Job satisfaction of medical staff is an important factor contributing to promoting and improving work efficiency. **Objectives:** To describe the level of job satisfaction of medical staff at Hanoi Dermatology Hospital in 2024 and factors related. **Method:** A cross-sectional descriptive study with 117 medical staff. Using SPSS 16 software for descriptive statistics and analysis of primary data. **Results:** The rate of medical staff with general satisfaction with the hospital is 92.3%. The level of job satisfaction is high, in which the factor "Will stay with the hospital for a long time" is the highest at 96.6% and "feel proud to work at the hospital" is 95.7%, satisfaction with welfare policy is 95.7%. Career development opportunities are rated well, with "creating conditions to improve professional qualifications" reaching a satisfaction level of 95.7%, reflecting the support from the hospital. The study did not find a correlation between age, gender, expertise, education, seniority, and job satisfaction. **Conclusion:** Medical staff at Hanoi Dermatology Hospital have high job satisfaction. There was no statistically significant difference between satisfaction and related factors

**Keywords:** Job satisfaction, medical staff, Hanoi Dermatology Hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sự hài lòng trong công việc của nhân viên y tế (NVYT) là một yếu tố quan trọng trong việc duy trì chất lượng dịch vụ chăm sóc sức khỏe tại các cơ sở y tế. Đảm bảo sự hài lòng và động lực làm việc của nhân viên y tế là điều thiết yếu để cung cấp các dịch vụ y tế hiệu quả. Nghị quyết 46-NQ/TƯ ngày 23/02/2005 của Bộ Chính trị đã khẳng định nghề y là một nghề đặc biệt, cần được tuyển chọn, đào tạo, sử dụng và đãi ngộ đặc biệt. Ngành y tế đã và đang thực hiện những cải cách nhằm nâng cao sự hài lòng của người bệnh và chú trọng đến việc giải quyết mối quan hệ giữa cống hiến và nhu cầu sinh kế của cán bộ y tế thông qua các văn bản và hành động cụ thể. Nghị quyết 20-NQ/TƯ ngày 25/10/2017 tiếp tục nhấn mạnh quan điểm này, cho thấy sự quan tâm của nhà nước đến sự hài lòng trong công việc của nhân viên y tế.

NVYT là yếu tố quyết định đối với chất lượng và hiệu quả của các hoạt động chăm sóc sức khỏe tại các cơ sở y tế [2]. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước đã chỉ ra rằng sự hài lòng trong công việc của nhân viên y tế không chỉ giúp duy trì nguồn nhân lực mà còn nâng cao chất lượng dịch vụ y tế, đặc biệt trong bối cảnh thiếu

hụt nhân lực y tế trên quy mô toàn cầu, khu vực Châu Á - Thái Bình Dương và tại Việt Nam [2, 6, 8]. Một số nghiên cứu cũng chỉ ra các yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng với công việc của NVYT bao gồm: tuổi tác, tình trạng hôn nhân, vai trò là người thu nhập chính, trình độ chuyên môn, vị trí công tác, thâm niên, cơ hội đào tạo, thăng tiến và tính chất công việc [1, 4, 5, 8].

Bệnh viện Da liễu Hà Nội là một trong những bệnh viện uy tín của Hà Nội được nhiều người tin tưởng. Sự hài lòng của nhân viên y tế tại đây không chỉ giúp họ gắn kết hơn với tổ chức mà còn thúc đẩy sự phát triển tổ chức, giảm thiểu tình trạng chuyển việc, nghỉ việc và mất cân đối nhân lực. Tuy nhiên, cho đến nay có rất ít nghiên cứu về sự hài lòng của NVYT trong chuyên ngành da liễu cũng như tại các bệnh viện Hà Nội.

Những bằng chứng và số liệu thống kê trên cho thấy việc nghiên cứu sâu hơn về sự hài lòng của nhân viên y tế tại bệnh viện là hết sức cần thiết, nhằm nâng cao chất lượng môi trường làm việc và ổn định nguồn nhân lực. Nghiên cứu được thực hiện nhằm: *Mô tả mức độ hài lòng trong công việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2024 và xác định một số yếu tố ảnh hưởng.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nhân viên y tế đang công tác tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội và đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Loại trừ các nhân viên đang trong thời gian nghỉ thai sản, nghỉ việc không hưởng lương, đi học dài hạn hoặc đi công tác dài ngày.

**2.2. Thời gian thu thập số liệu:** Từ tháng 5/2024 – tháng 07/2024

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

**Cỡ mẫu:** Nghiên cứu cắt ngang với cỡ mẫu 117 là toàn bộ nhân viên y tế thỏa mãn tiêu chuẩn đang công tác tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2024.

**Phương pháp chọn mẫu:** Mẫu được chọn theo phương pháp lấy mẫu toàn bộ gồm 117 nhân viên y tế đang công tác tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2024.

**Nội dung nghiên cứu:** Nghiên cứu về sự hài lòng của nhân viên y tế đang công tác tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2024 dựa trên bộ câu hỏi khảo sát được xây dựng và phê duyệt theo Quyết định số 3186/QĐ-BYT ngày 29/11/2022 của Bộ Y tế về kiểm tra chất lượng bệnh viện và khảo sát sự hài lòng của người bệnh và nhân viên y tế.

**Công cụ và kỹ thuật thu thập số liệu:** Bảng khảo sát được gửi trực tiếp đến các nhân viên, sau khi được điền đầy đủ thông tin và đánh giá, thu lại bảng khảo sát để xử lý số liệu. Thang đo được đánh giá theo thang điểm Likert scale (1 - "rất không hài lòng", 2 - "không hài lòng", 3 - "bình thường", 4 - "hài lòng" và 5 - "rất hài lòng"). Tổng điểm trung bình = (Tổng số điểm của tất cả các câu hỏi khảo sát của các phần A, B, C, D, E) / (Tổng số câu hỏi). Điểm hài lòng trung bình chung của toàn bộ nhân viên y tế được tính dựa trên điểm trung bình của tất cả các phiếu khảo sát. Tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế đối với mỗi nội dung và tổng thể được tính dựa trên phần trăm số người có câu trả lời hài lòng ở mức  $\geq 4$  điểm.

**Phân tích số liệu:** Nghiên cứu sử dụng phần mềm SPSS 16.0 để xử lý số liệu, với các phương pháp thống kê mô tả và suy luận để hiểu rõ đặc điểm của mẫu nghiên cứu và đánh giá mức độ hài lòng công việc. Kiểm định Chi-square (so sánh tỷ lệ %) và p-value. Phương pháp này giúp xác định và đánh giá mức độ liên quan của các yếu tố độc lập như tuổi, giới tính, chuyên môn, và thời gian công tác đối với các khía cạnh hài lòng trong công việc.

**Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện theo các nguyên tắc đạo đức nhằm đảm bảo quyền lợi và bảo mật thông tin cho tất cả đối tượng tham gia. Trước khi thu thập dữ liệu, nghiên cứu đã được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Da liễu Hà Nội, nhằm xác minh tính hợp lý và an toàn cho đối tượng. Ngoài ra, lãnh đạo bệnh viện đã cho phép nghiên cứu tiếp cận và sử dụng dữ liệu trong bệnh viện, đảm bảo sự minh bạch và hợp pháp trong quá trình nghiên cứu. Trước khi tham gia, đối tượng được giải thích rõ ràng về mục đích và nội dung nghiên cứu, cũng như quyền tự nguyện tham gia hoặc từ chối mà không ảnh hưởng đến quyền lợi cá nhân. Mọi thông tin thu thập được mã hóa và

bảo mật, đảm bảo không tiết lộ danh tính của đối tượng. Nguyên tắc bảo mật thông tin được thực hiện nghiêm ngặt nhằm xây dựng niềm tin và tôn trọng quyền riêng tư của từng đối tượng tham gia.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 1. Phân bố đặc điểm nhân khẩu học (n=117)**

Biến số	Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	20 - 34	40	34,2
	35 - 49	57	48,7
	>50	20	17,1
Giới	Nam	23	19,7
	Nữ	94	80,3
Chuyên môn	Bác sĩ	41	35,0
	Dược sĩ	14	12,0
	Điều dưỡng, Y sĩ	49	41,9
	Kỹ thuật y	10	8,5
	Khác (Y tế công cộng)	3	2,6
Trình độ học vấn	Trung cấp	4	3,4
	Cao đẳng	29	24,8
	Đại học	44	37,6
	Sau đại học	40	34,2
Số năm công tác tại bệnh viện	Dưới 5 năm	19	16,2
	Trên 5 năm	98	83,8
<b>Tổng</b>		<b>117</b>	<b>100,0</b>

Về giới tính, tỷ lệ nam giới là 19,7% (23 người) và nữ giới là 80,4% (94 người). Về trình độ học vấn, 3,4% (4 người) có trình độ trung cấp, 24,8% (29 người) có trình độ cao đẳng, 37,6% (44 người) có trình độ đại học, 34,2% (40 người) có trình độ sau Đại học. Tỷ lệ nhân viên y tế có số năm công tác trên 5 năm tại bệnh viện là 83,8%.

**3.2. Sự hài lòng của nhân viên y tế tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội**

**Bảng 2. Điểm trung bình và tỷ lệ hài lòng của nhân viên y tế tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội**

Đặc điểm	TB $\pm$ ĐLC	Hài lòng	
		Số lượng	Tỷ lệ (%)
<b>Hài lòng chung với công việc của nhân viên y tế (n=117)</b>			
Cảm thấy tự hào khi được làm việc tại bệnh viện	4,45 $\pm$ 0,6	112	95,7
Tin tưởng vào sự phát triển của bệnh viện trong tương lai	4,45 $\pm$ 0,6	112	95,7
Sẽ gắn bó làm việc tại bệnh viện lâu dài	4,45 $\pm$ 0,5	113	96,6
Sự hài lòng chung về bệnh viện	30,71 $\pm$ 4,0	108	92,3
<b>Hài lòng với môi trường làm việc (n=117)</b>			
Phòng làm việc	4,62 $\pm$ 0,7	106	91,5
Môi trường học tập tạo điều kiện	4,61 $\pm$ 0,6	112	95,7
Môi trường làm việc đảm bảo an toàn	4,50 $\pm$ 0,8	108	92,3

Thái độ của người bệnh và người nhà	4,14 ± 0,6	108	92,3
<b>Hài lòng về lãnh đạo trực tiếp, đồng nghiệp (n=117)</b>			
Lãnh đạo có năng lực	4,43 ± 0,6	110	94,0
Lãnh đạo lắng nghe và tiếp thu ý kiến đóng góp	4,06 ± 0,5	109	93,2
Môi trường làm việc thân thiện, đoàn kết	4,20 ± 0,5	111	94,9
<b>Hài lòng về quy chế nội bộ, tiền lương phúc lợi (n=117)</b>			
Mức lương tương xứng	4,02 ± 0,6	110	94,0
Quy chế chi tiêu nội bộ công bằng, hợp lý, công khai	4,14 ± 0,7	109	93,2
Bảo đảm đóng BHXH, BHYT, khám sức khỏe, hỗ trợ ốm đau, thai sản	4,19 ± 0,6	112	95,7
Tổ chức tham quan, nghỉ dưỡng đầy đủ	4,08 ± 0,4	112	95,7
<b>Hài lòng về công việc, cơ hội học tập, thăng tiến (n=117)</b>			
Công việc chuyên môn đáp ứng nguyện vọng bản thân	4,15 ± 0,6	108	92,3
Tạo điều kiện cho NVYT nâng cao trình độ chuyên môn	4,34 ± 0,6	112	95,7
Có cơ hội thăng tiến khi nỗ lực làm việc	4,29 ± 0,6	109	93,2

Nhân viên y tế có mức độ hài lòng cao về môi trường làm việc và cam kết gắn bó với bệnh viện, với hầu hết các yếu tố đều đạt tỷ lệ hài lòng trên 92%. Mức độ hài lòng của nhân viên y tế với các yếu tố môi trường làm việc rất cao, với tỷ lệ hài lòng cho từng yếu tố đều trên 91%. Các yếu tố về lãnh đạo như "lãnh đạo có năng lực", "lãnh đạo lắng nghe và tiếp thu ý kiến đóng góp" đạt 94% và 93,2%. Nhân viên y tế thể hiện sự hài lòng cao đối với đồng nghiệp trong môi trường làm việc với tỷ lệ 94,9%. Chính sách về bảo đảm bảo hiểm xã hội, bảo hiểm y tế và các

hỗ trợ sức khỏe và thai sản có tỷ lệ hài lòng cao nhất ở mức 95,7%, tương tự tỷ lệ hài lòng đối với tổ chức tham quan, nghỉ dưỡng. Các yếu tố khác về thu nhập là mức lương và quy chế chi tiêu nội bộ đạt 94% và 93,2%. Yếu tố "tạo điều kiện nâng cao trình độ chuyên môn" đạt tỷ lệ hài lòng cao nhất với 95,7%. Các yếu tố khác như công việc đáp ứng nguyện vọng, cơ hội thăng tiến cũng được đánh giá tích cực.

### 3.3. Một số yếu tố liên quan đến hài lòng công việc của nhân viên y tế

**Bảng 3. Liên quan giữa một số yếu tố với sự hài lòng của NVYT (n=117)**

Yếu tố	Nhóm	Môi trường làm việc (%)	Lãnh đạo trực tiếp, đồng nghiệp (%)	Quy chế nội bộ, phúc lợi (%)	Công việc, cơ hội học tập, thăng tiến (%)
Nhóm tuổi	Dưới 35 tuổi	90,0	90,0	87,5	87,5
	Từ 35 tuổi trở lên	93,5	93,5	93,5	93,5
<b>P-value</b>		0,80	0,16	0,08	0,06
Giới tính	Nam	91,3	91,3	91,3	91,3
	Nữ	86,9	86,9	85,9	86,9
<b>P-value</b>		0,95	0,95	0,79	0,96
Bằng cấp	Đại học trở lên	92,9	92,9	92,9	92,9
	Cao đẳng trở xuống	90,9	90,9	87,9	87,9
<b>P-value</b>		0,21	0,21	0,13	0,15
Thâm niên công tác tại BV	Dưới 5 năm	89,5	89,5	89,5	89,5
	Từ 5 năm trở lên	90,8	90,8	90,8	91,8
<b>P-value</b>		0,99	0,99	0,59	0,62

Về môi trường làm việc, nhóm từ 35 tuổi trở lên, tỷ lệ hài lòng cao hơn so với nhóm dưới 35 tuổi. Tương tự, nhóm nhân viên có bằng cấp đại học trở lên cũng thể hiện tỷ lệ hài lòng cao hơn các nhóm còn lại. Thâm niên công tác trong ngành và tại bệnh viện từ 5 năm trở lên dường như có mối liên hệ tích cực với mức độ hài lòng, với tỷ lệ hài lòng đạt trên 90%. Mối liên quan không có ý nghĩa ( $p>0,05$ ).

Về lãnh đạo trực tiếp, đồng nghiệp, nhân viên nữ có tỷ lệ hài lòng tương tự như nam giới,

khoảng 91%. Nhóm có trình độ đại học trở lên cũng có tỷ lệ hài lòng cao hơn (92,9%) so với nhóm có trình độ thấp hơn. Thâm niên công tác dưới 5 năm có tỷ lệ hài lòng thấp hơn 89,5% so với 90,8%. Các mối liên quan không có ý nghĩa với  $p>0,05$ .

Về quy chế nội bộ, lương, phúc lợi, NVYT có độ tuổi từ 35 trở lên và thâm niên công tác từ 5 năm trở lên có mức độ hài lòng cao hơn về quy chế nội bộ, tiền lương, và phúc lợi, với tỷ lệ hài lòng của nhóm trên 35 tuổi đạt 93,5%. Nhân

viên có bằng đại học trở lên cũng có tỷ lệ hài lòng nhỉnh hơn so với những người có trình độ thấp hơn, lần lượt là 92,9% so với 87,9%. Sự khác biệt giữa giới tính về mức độ hài lòng là không đáng kể, với tỷ lệ hài lòng ở cả nam và nữ đều trên 90%. Các mối liên quan không có ý nghĩa với  $p > 0,05$ .

Về công việc, cơ hội học tập, thăng tiến, kết quả cho thấy nhóm nhân viên từ 35 tuổi trở lên có tỷ lệ hài lòng cao hơn (93,5%) so với nhóm dưới 35 tuổi (87,5%). Nhân viên có bằng cấp từ đại học trở lên và thâm niên công tác từ 5 năm trở lên cũng có xu hướng hài lòng cao hơn về công việc và cơ hội phát triển nghề nghiệp, với tỷ lệ hài lòng của nhóm có thâm niên công tác tại bệnh viện từ 5 năm trở lên đạt 91,8%. Tỷ lệ hài lòng của nam và nữ không có sự chênh lệch đáng kể, đều ở mức trên 91%. Các mối liên quan không có ý nghĩa với  $p > 0,05$ .

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Thực trạng về sự hài lòng của NVYT đang công tác tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội.** Kết quả về điểm đánh giá sự hài lòng cho thấy rằng nhân viên y tế đang công tác tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội hài lòng chung về Bệnh viện 92,3%. Trong đó yếu tố "Sẽ gắn bó làm việc tại bệnh viện lâu dài" chiếm tỷ lệ cao nhất 96,6% cho thấy sự tích cực về tinh thần của nhân viên bệnh viện. Cùng với đó yếu tố "môi trường học tập tạo điều kiện" với tỷ lệ hài lòng 95,7% cho thấy bệnh viện rất chú trọng tạo ra không gian phát triển cho nhân viên, giúp họ tiếp cận kiến thức mới và nâng cao năng lực chuyên môn, từ đó đóng góp vào hiệu quả điều trị và sự chuyên nghiệp trong phục vụ người bệnh. So với nghiên cứu của Hồ Chí Dũng và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Đa khoa huyện Cái Nước [3], nơi nhân viên đánh giá tích cực môi trường nhưng phải đối mặt với thiếu nguồn lực và áp lực cao, Bệnh viện Da liễu Hà Nội có sự chuẩn bị tốt hơn về cơ sở vật chất và nguồn lực, tạo môi trường làm việc ổn định và hỗ trợ tốt cho nhân viên.

Các yếu tố về lãnh đạo như "lãnh đạo có năng lực" và "lãnh đạo lắng nghe và tiếp thu ý kiến đóng góp" cũng đạt tỷ lệ hài lòng cao, lần lượt là 94% và 93,2%. Sự đánh giá tích cực này cho thấy lãnh đạo bệnh viện có vai trò rõ ràng trong việc xây dựng một môi trường làm việc thân thiện, hỗ trợ và thúc đẩy sự phát triển của nhân viên. So với nghiên cứu của Hồ Chí Dũng và cộng sự (2023) tại Bệnh viện Đa khoa huyện Cái Nước, nơi tỷ lệ hài lòng với lãnh đạo và đồng nghiệp đạt 64,1% [3], sự hài lòng tại Bệnh viện

Da liễu Hà Nội vượt trội hơn đáng kể. Sự khác biệt này có thể phản ánh văn hóa làm việc và khả năng quản lý tốt tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội, đặc biệt là trong việc khuyến khích sự hợp tác và hỗ trợ lẫn nhau. Bên cạnh đó, các yếu tố như "cảm thấy tự hào khi làm việc tại bệnh viện" và "tin tưởng vào sự phát triển của bệnh viện trong tương lai" cũng đạt tỷ lệ hài lòng cao 95,7%, thể hiện rõ sự hài lòng tổng thể của nhân viên với định hướng và không gian phát triển tại bệnh viện.

**4.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến mức độ hài lòng trong công việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội.** Kết quả phân tích cho thấy các mối quan hệ giữa các yếu tố nhân khẩu học như nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, thâm niên công tác với mức độ hài lòng của nhân viên y tế tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Ở Bệnh viện Da liễu Hà Nội, có thể các yếu tố môi trường này đã đạt đến một mức độ đáp ứng tốt, đồng đều cho các nhóm nhân viên khác nhau, dẫn đến sự hài lòng tương đối đồng đều giữa các nhóm tuổi, giới tính, học vấn, và thâm niên công tác. Điều này đồng nghĩa với việc nhân viên không bị phân biệt hay chịu ảnh hưởng khác biệt dựa trên nhân khẩu học mà được đánh giá và đối xử công bằng trong các khía cạnh công việc.

Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác lại cho thấy có mối liên hệ có ý nghĩa giữa các yếu tố nhân khẩu học và sự hài lòng công việc. Chẳng hạn, nghiên cứu của Hoàng Thị Hải Vân và cộng sự (2018) tại các bệnh viện tư nhân ở Việt Nam ghi nhận rằng nữ giới có mức độ hài lòng thấp hơn nam giới, có thể do áp lực công việc hoặc kỳ vọng nghề nghiệp khác biệt giữa hai giới [7].

Sự không có ý nghĩa thống kê trong mối quan hệ giữa các yếu tố nhân khẩu học và mức độ hài lòng trong nghiên cứu tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội có thể xuất phát từ việc bệnh viện đã xây dựng được một môi trường làm việc đồng đều và công bằng cho mọi nhân viên.

#### V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ nhân viên y tế tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội hài lòng chung trong công việc cao (92,3%). Nghiên cứu chưa tìm thấy mối liên quan giữa tuổi, giới tính, chuyên môn, học vấn, thâm niên với hài lòng công việc. Bệnh viện Da liễu Hà Nội cần triển khai các biện pháp cải tiến môi trường làm việc và ổn định nguồn nhân lực nhằm nâng cao chất lượng khám chữa bệnh.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. S. Tao và các cộng sự. (2021), "Satisfaction

- with Public Hospital Reform and Associated Factors Among Medical Staff: A Cross-Sectional Survey in Wuhan, China", Risk Manag Healthc Policy. 14, tr. 5071-5080.
- 2. Nguyễn Phương Hoa và Bùi Thị Duyên** (2010), "Khảo sát thực trạng nhân lực y tế tại tuyến y tế cơ sở, tỉnh Hòa bình năm 2010", Tạp chí nghiên cứu y học 80(3).
  - 3. Dũng Hồ Chí và Nghĩa Nguyễn Trung** (2023), "Nghiên cứu sự hài lòng và một số yếu tố liên quan với công việc của nhân viên y tế tại Bệnh viện Đa khoa Huyện Cái Nước, Tỉnh Cà Mau năm 2022-2023", Tạp chí Y học Việt Nam. 531(1B).
  - 4. Lê Thanh Hà, Nguyễn Hữu Thắng, Nguyễn Thị Thu Hà, Nguyễn Thị Phương Thảo, Dương Kim Tuấn, Ngô Trí Hiệp** (2015), "Sự hài lòng đối với công việc của nhân viên y tế tại Việt Nam: Nghiên cứu tổng quan có hệ thống, giai đoạn 2000-2014", Tạp chí Y học dự phòng. 6(166), tr. 245.
  - 5. Vũ Minh Tuấn** (2015), Sự hài lòng đối với công việc của bác sỹ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hưng Yên và một số yếu tố liên quan năm 2015, Trường Đại học Y tế công cộng, Luận văn thạc sĩ quản lý bệnh viện.
  - 6. Nguyễn Thanh Hương Thái Quốc Việt, Nguyễn Đức Thành, Nguyễn Minh Hoàng** (2018), "Hài lòng với công việc và một số yếu tố ảnh hưởng của nhân viên khối hành chính Bệnh viện đa khoa khu vực tỉnh An Giang năm 2018", Trường Đại học Y Tế Công Cộng Hà Nội.
  - 7. Hoàng Thị Hải Vân và các cộng sự.** (2022), "Sự hài lòng với công việc của nhân viên y tế tại các bệnh viện tư nhân ở Việt Nam năm 2018", Tạp chí Nghiên cứu Y học. 151(3), tr. 188-199.
  - 8. Vũ Thị Lan Hương Vũ Xuân Phú** (2011), "Thực trạng nguồn nhân lực và một số yếu tố ảnh hưởng đến sự hài lòng với công việc của nhân viên y tế, bệnh viện đa khoa Sóc Sơn", Y học thực hành. 5.

## THỰC TRẠNG RỐI LOẠN LIPID MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH VẢY NẾN TẠI BỆNH VIỆN DA LIỄU HÀ NỘI NĂM 2024

Đinh Thị Yến<sup>1</sup>, Phạm Ngọc Đức<sup>1</sup>, Nguyễn Thu Uyên<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan đến bệnh vảy nến. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 112 người bệnh được chẩn đoán xác định vảy nến tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2024. Số liệu được thu thập từ các bệnh án của người bệnh được điều trị tại Bệnh viện. Các chỉ số lipid máu được phân tích liên quan với đặc điểm lâm sàng. **Kết quả:** Tuổi trung bình người bệnh là  $40,2 \pm 13,0$ , nam giới chiếm 37,5%. Vảy nến thể mảng gặp nhiều nhất (85,6%), phần lớn có thời gian mắc bệnh trên 12 tháng. Tỷ lệ rối loạn lipid máu chung là 55,4%. Trong đó, tăng Cholesterol toàn phần và Triglycerid chiếm tỷ lệ cao nhất (24,1% và 23,2%). Nam giới có nồng độ Triglycerid cao hơn nữ có ý nghĩa thống kê. Các chỉ số lipid còn lại không khác biệt. Tỷ lệ uống rượu bia ở nam cao hơn nữ. **Kết luận:** Rối loạn lipid máu thường gặp ở người bệnh vảy nến (>50%). Kiểm soát yếu tố nguy cơ, đặc biệt thói quen sử dụng rượu bia, có ý nghĩa quan trọng. **Từ khóa:** Vảy nến, rối loạn lipid máu

### SUMMARY

#### DYSLIPIDEMIA AND SOME FACTORS ASSOCIATED WITH PSORIASIS AT HANOI DERMATOLOGY HOSPITAL IN 2024

**Objective:** To determine the prevalence of dyslipidemia and some related factors in patients with

psoriasis. **Subjects and Methods:** Cross-sectional study was conducted on 112 patients with a confirmed diagnosis of psoriasis at Hanoi Dermatology Hospital. Data were collected at the hospital. Blood lipid parameters were analyzed in relation to clinical characteristics. **Results:** The mean age was  $40.2 \pm 13.0$  years, with males accounting for 37.5%. Plaque psoriasis was the most common type (85.6%), and the most patients had disease duration over 12 months. The prevalence of dyslipidemia was 55.4%. The most common abnormalities were elevated total cholesterol (24.1%) and triglycerides (23.2%). Triglyceride levels were significantly higher in males, while other lipid indices showed no significant differences. The prevalence of alcohol use was higher in men than in women. **Conclusion:** Dyslipidemia is common in patients with psoriasis (>50%). Controlling risk factors, particularly alcohol consumption, plays an important role. **Keywords:** Psoriasis, dyslipidemia.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh vảy nến là một bệnh viêm da mạn tính, đặc trưng bởi sự tăng sinh quá mức tế bào sừng, liên quan đến rối loạn miễn dịch và yếu tố di truyền, thường khởi phát hoặc nặng lên do nhiễm trùng, stress, thuốc hay chấn thương cơ học. Hai đỉnh tuổi khởi phát là 16–22 và 57–60 với tỷ lệ nam nữ tương tự nhau, nhưng nam có xu hướng khởi phát sớm hơn [1]. Mặc dù bệnh không ảnh hưởng đến tính mạng nhưng bệnh vẫn ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống. Các triệu chứng lâm sàng thường gặp dát đỏ giới hạn rõ, phủ vảy trắng bạc, dễ bong, có thể chảy máu điểm khi cạo, tổn thương phân

<sup>1</sup>Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đinh Thị Yến

Email: drdinhyendlhn@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

bổ ở vùng tỳ đè, da đầu, móng, lòng bàn tay, bàn chân, niêm mạc và khớp [2].

Bệnh vảy nến được ghi nhận liên quan đến bất thường lipid máu, với Cholesterol toàn phần (TC), Triglycerid (TG), LDL-C tăng và HDL-C giảm hoặc ít thay đổi, làm tăng nguy cơ tim mạch [3]. Nhiều nghiên cứu quốc tế đã chỉ ra rằng vảy nến không chỉ là bệnh lý da liễu đơn thuần mà còn là yếu tố nguy cơ độc lập đối với nhồi máu cơ tim, đột quỵ, bệnh mạch vành và tử vong tim mạch, trong đó rối loạn lipid máu đóng vai trò quan trọng [4]. Trong đó, rối loạn lipid máu được xem là cơ chế trung gian quan trọng, góp phần thúc đẩy tình trạng viêm mạn tính toàn thân và tổn thương mạch máu. Tuy nhiên, kết quả các nghiên cứu về mối liên quan này vẫn còn chưa thống nhất và khác biệt giữa các quốc gia. Tại Việt Nam, số lượng khảo sát chuyên sâu về rối loạn lipid máu ở người bệnh vảy nến còn tương đối hạn chế, đòi hỏi thêm dữ liệu thực tiễn để đánh giá toàn diện hơn. Ở người bệnh vảy nến, nồng độ cytokine tiền viêm (TNF, IL-1, IL-6) tăng cao có thể tác động đến chuyển hóa lipid, góp phần thay đổi chỉ số lipid máu [5].

Bệnh viện Da liễu Hà Nội là cơ sở chuyên khoa đầu ngành về da liễu của Thủ đô với đội ngũ bác sĩ chuyên môn cao, thiết bị hiện đại, là nơi điều trị và quản lý ngoại trú cho số lượng lớn người bệnh vảy nến, trong đó có những người bệnh rối loạn lipid máu. Nhằm cung cấp bằng chứng cho thực tiễn lâm sàng, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu xác định tỷ lệ rối loạn lipid máu và một số yếu tố liên quan đến bệnh vảy nến tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2024.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả người bệnh được chẩn đoán xác định bệnh vảy nến đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.** Người bệnh được chẩn đoán xác định bệnh vảy nến đến khám và điều trị tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội từ tháng 05/2024 đến tháng 10/2024.

Người bệnh đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.** Người bệnh có tiền sử rối loạn lipid máu hoặc sử dụng thuốc hạ lipid máu trong vòng 6 tháng gần đây.

### 2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa Khám bệnh và Khoa Điều trị tổng hợp của Bệnh viện Da liễu Hà Nội.

Thời gian: Từ tháng 5/2024 đến tháng 10/2024.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

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

**2.3.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn**

**mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện: 112 người bệnh thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong giai đoạn nghiên cứu

### 2.3.3. Phương pháp thu thập số liệu:

Khảo sát đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của người bệnh vảy nến đến khám tại bệnh viện Da liễu Hà Nội theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

**2.4. Xử lý số liệu.** Số liệu được mã hóa và xử lý theo chương trình SPSS 20.0. Các số liệu định lượng được biểu hiện dưới dạng trung bình  $\pm$  SD. Phân tích tình trạng rối loạn lipid máu ở người bệnh vảy nến đến khám tại bệnh viện Da liễu Hà Nội. Các số liệu định tính được biểu hiện dưới dạng tỉ lệ phần trăm. So sánh giữa các biến số có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**2.5. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu này đã được phê duyệt theo quyết định số 549/QĐ-BVDL ngày 16/05/2024 của Bệnh viện Da liễu Hà Nội cho phép thực hiện. Các người bệnh được tư vấn và tự nguyện tham gia nghiên cứu. Việc này không ảnh hưởng gì đến việc điều trị và chăm sóc tại bệnh viện. Các thông tin cá nhân của người bệnh được giữ kín.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm đầu vào của nhóm nghiên cứu**

**Bảng 1. Phân bố một số đặc điểm chung của người bệnh vảy nến (n=112)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Tuổi (năm)	40,2 $\pm$ 13,0		
Nam giới	42	37,5	
Nữ giới	70	62,5	
Thời gian mắc bệnh	$\leq$ 1 tháng	12	10,7
	1-6 tháng	23	20,5
	7-12 tháng	32	28,6
	>12 tháng	45	40,2
Chỉ số khối cơ thể (BMI)	20,9 $\pm$ 3,2		

Tuổi trung bình bệnh nhân là 40,2  $\pm$  13,0; nam giới chiếm 37,5%, phản ánh nhóm tuổi trưởng thành tương đối cân bằng; 40,2% bệnh nhân mắc trên 12 tháng, phù hợp tính chất mạn tính; BMI 20,9  $\pm$  3,2, nằm trong ngưỡng bình thường.

**Bảng 2. Phân bố một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh nghiên cứu (n=112)**

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Mức độ ngứa ít	48	42,9
Tổn thương ở thân mình	91	81,3
Vảy nến thể mảng	96	85,6
Chất lượng cuộc sống (DLQI): Ảnh hưởng trung bình (6-10)	41	36,6

Mức độ bệnh PASI: Vảy nến thông thường		61	54,5
Bệnh lý kèm theo	Tăng huyết áp	41	36,6
	Đái tháo đường	27	24,1

Triệu chứng cơ năng ngứa ít chiếm tỷ lệ cao nhất (42,9%). Đa số người bệnh có vị trí tổn thương ở thân mình chiếm tỉ lệ 81,3%. Trong đó, vảy nến thể mảng chiếm tỷ lệ cao nhất (85,6%). Tăng huyết áp (36,6%) và đái tháo đường (24,1%) là hai tình trạng bệnh lý đồng mắc nhiều nhất.

### 3.2. Một số yếu tố liên quan với tình trạng rối loạn lipid máu ở người bệnh vảy nến

**Bảng 3. Nồng độ các loại lipid máu ở người bệnh vảy nến (n=112)**

Loại lipid máu	Nồng độ (mmol/L)
Cholesterol toàn phần (TC)	5,4 ± 1,1
Triglycerid (TG)	1,7 ± 1,2
LDL-C	1,3 ± 0,4
HDL-C	3,3 ± 0,9
Tỷ lệ Cholesterol TP/HDL-C	4,4 ± 0,7

Nồng độ Cholesterol toàn phần trung bình là 5,4 ± 1,1 mmol/L, Triglycerid trung bình 1,7 ± 1,2 mmol/L. Các chỉ số LDL-C và HDL-C lần lượt là 1,3 ± 0,4 và 3,3 ± 0,9 mmol/L. Tỷ lệ Cholesterol toàn phần trên HDL-C là 4,4 ± 0,7, phản ánh tình trạng rối loạn lipid máu thường gặp ở người bệnh vảy nến.

**Bảng 4. Tỷ lệ rối loạn lipid máu của người bệnh vảy nến (n=112)**

Loại rối loạn lipid máu	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Rối loạn lipid máu nói chung	62	55,4
Tăng Cholesterol TP	27	24,1
Tăng Triglycerid	26	23,2
Tăng LDL-C	17	15,2
Giảm HDL-C	24	21,4
Tỷ lệ Cholesterol TP/HDL-C >5	22	19,7
Lipid máu bình thường	50	44,7

Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở người bệnh vảy nến là 55,4%, chủ yếu tăng Cholesterol toàn phần (24,1%) và Triglycerid (23,2%). Điều này cho thấy rối loạn lipid máu là vấn đề toàn cầu cần lưu ý trong quản lý người bệnh.

**Bảng 5. So sánh nồng độ lipid máu theo giới tính (n=112)**

Loại lipid máu	Nam	Nữ	p
Cholesterol TP	5,3 ± 1,1	5,31 ± 1,2	> 0,05
TG	2,1 ± 1,2	1,6 ± 1,0	< 0,05
LDL-C	1,1 ± 0,3	1,2 ± 0,4	> 0,05
HDL-C	3,0 ± 0,9	3,1 ± 0,8	> 0,05

Nồng độ Triglycerid (TG) ở nam giới cao hơn nữ giới với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p < 0,05), trong khi các chỉ số lipid khác như

Cholesterol toàn phần, LDL-C và HDL-C không cho thấy sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm.

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan của người bệnh vảy nến đến khám tại bệnh viện Da liễu Hà Nội.

Trong tổng số 112 bệnh nhân vảy nến tham gia nghiên cứu, độ tuổi trung bình ghi nhận là 40,2 ± 13,0, với nam giới chiếm 37,5%. Giá trị trung bình của chỉ số khối cơ thể (BMI) đạt 20,9 ± 3,2, phần lớn nằm trong khoảng bình thường. Mức Cholesterol toàn phần (TC) trung bình đo được là 5,4 ± 1,1 mmol/L, trong khi LDL-C là 1,3 ± 0,4 mmol/L. Đáng chú ý, 40,2% số ca có thời gian mắc bệnh trên 12 tháng, cho thấy tính chất kéo dài và dễ tái phát của vảy nến, đúng như đặc điểm điển hình của bệnh lý viêm da mạn tính này. Diễn tiến lâu dài là một yếu tố thường gặp, do bệnh liên quan đến yếu tố miễn dịch và thường chịu ảnh hưởng của yếu tố môi trường cũng như tâm lý người bệnh.

Về triệu chứng lâm sàng, 83,9% bệnh nhân cho biết có cảm giác ngứa với các mức độ khác nhau. Ngứa nhẹ chiếm ưu thế với tỷ lệ 42,9%, dù không phải là đặc trưng bắt buộc của bệnh, song lại gây ảnh hưởng rõ rệt đến giấc ngủ và sinh hoạt thường ngày, làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tổn thương da phân bố chủ yếu ở vùng thân mình (81,3%), đây là vị trí phổ biến được ghi nhận trong nhiều khảo sát dịch tễ và thường có xu hướng lan rộng nếu không kiểm soát tốt.

Xét về thể bệnh, vảy nến thể mảng chiếm ưu thế tuyệt đối, với tỷ lệ lên tới 85,6%. Điều này tương thích với các nghiên cứu trong và ngoài nước, trong đó thể mảng luôn được ghi nhận là thể lâm sàng phổ biến nhất, có thể chiếm tới 90% tổng số ca. Về mức độ nặng nhẹ, chỉ số PASI cho thấy đa phần người bệnh ở mức trung bình (54,5%), nghĩa là tổn thương không quá lan rộng nhưng vẫn có tác động đáng kể đến chất lượng cuộc sống. Điểm số DLQI tập trung chủ yếu trong khoảng 6–10, phản ánh mức ảnh hưởng vừa phải đến các hoạt động hàng ngày, công việc và tâm lý người bệnh, đồng thời cho thấy sự cần thiết của việc chăm sóc toàn diện.

Phân tích một số yếu tố liên quan cho thấy không có sự khác biệt đáng kể giữa các nhóm về giới tính, BMI, hoạt động thể lực hoặc hút thuốc. Tuy nhiên, hành vi sử dụng rượu bia và thuốc lá ghi nhận chủ yếu ở nam giới; toàn bộ nhóm nữ không có thói quen này. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, cho thấy tỷ lệ tiêu thụ rượu bia ở bệnh nhân nam cao hơn rõ rệt, phần

nào phản ánh sự liên quan giữa vảy nến và yếu tố tâm lý – xã hội. Mặt khác, phần lớn người bệnh có mức độ vận động thể chất không đều đặn. Đây là yếu tố cần đặc biệt lưu tâm bởi lối sống ít vận động có thể làm tăng nguy cơ mắc các bệnh lý chuyển hóa kèm theo, trong đó có rối loạn lipid máu – vấn đề đang ngày càng được quan tâm ở người bệnh vảy nến.

**4.2. Phân tích tình trạng rối loạn lipid máu ở người bệnh vảy nến đến khám tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội.** Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ rối loạn lipid máu ở người bệnh vảy nến là 55,4%. Trong đó, tăng cholesterol toàn phần và tăng triglyceride là hai bất thường phổ biến nhất, lần lượt chiếm 24,1% và 23,2%. Tiếp theo là giảm HDL-C (21,4%), tỷ lệ cholesterol toàn phần/HDL-C > 5 (19,7%), và cuối cùng là tăng LDL-C (15,2%). Các bất thường này góp phần làm tăng nguy cơ mắc các bệnh tim mạch và các biến chứng chuyển hóa khác ở người bệnh. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân vảy nến trong các nghiên cứu trước đây dao động từ 6,4% đến 50,9% [6]. Wu Y. và cộng sự tiến hành nghiên cứu trên 1.127 bệnh nhân vảy nến và 1.127 người nhóm chứng cho thấy tỷ lệ đái tháo đường, tăng huyết áp, tăng lipid máu ở người bệnh vảy nến cao hơn nhóm chứng. Với kết quả của nghiên cứu lớn này, các tác giả khẳng định bệnh nhân vảy nến có tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch và những bệnh lý khác cao hơn so với người không bệnh vảy nến [3]. Tỷ lệ rối loạn lipid máu trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với nghiên cứu cắt ngang trên 120 bệnh nhân vảy nến người Pakistan, trong đó ghi nhận tỷ lệ là 55,8% [7]. Tuy nhiên, một nghiên cứu khác thực hiện trên 70 bệnh nhân vảy nến tại Bosnia và Herzegovina lại ghi nhận tỷ lệ cao hơn, lên đến 62,9% [5]. Nhìn chung, việc so sánh tỷ lệ rối loạn lipid máu giữa các nghiên cứu chỉ mang tính tương đối do sự khác biệt trong tiêu chuẩn định nghĩa rối loạn lipid máu giữa các tác giả. Xét theo giới tính, nồng độ Triglyceride ở nam cao hơn nữ có ý nghĩa thống kê, trong khi các chỉ số lipid khác không có sự khác biệt rõ rệt. HDL-C ở nữ cao hơn nam, điều này phù hợp với các nghiên cứu dịch tễ học trước đó trên dân số chung ở mọi nhóm tuổi [8]. Đáng chú ý, nhóm bệnh nhân vảy nến mới khởi phát thường có nồng độ lipid máu cao hơn nhóm chứng, cho thấy thời gian mắc bệnh không ảnh hưởng đáng kể đến sự biến đổi lipid máu ở các bệnh nhân. Do đó, một số tác giả cho rằng rối loạn lipid máu ở người bệnh vảy nến có thể liên quan nhiều hơn đến yếu tố di truyền

hơn là yếu tố mắc phải [9]. Tương tự, một số nghiên cứu quốc tế cũng không ghi nhận mối tương quan rõ ràng giữa mức độ rối loạn lipid máu và thời gian mắc bệnh vảy nến, cho thấy rằng các bất thường lipid máu có thể xuất hiện độc lập với tiến triển của bệnh. Kết quả này làm rõ khả năng rằng rối loạn lipid máu ở người bệnh vảy nến không đơn thuần là hậu quả tích lũy theo thời gian mà có thể liên quan đến các cơ chế bệnh sinh nền tảng như viêm mạn tính hệ thống hoặc yếu tố di truyền. Vì vậy, việc tầm soát sớm rối loạn lipid máu nên được thực hiện ngay cả ở bệnh nhân mới khởi phát, nhằm phát hiện sớm các nguy cơ chuyển hóa và hạn chế các biến chứng tim mạch.

## V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 112 người bệnh vảy nến cho thấy thể mảng chiếm ưu thế, tổn thương thường gặp ở vùng thân mình và phần lớn người bệnh có BMI trong giới hạn bình thường. Tỷ lệ rối loạn lipid máu ở bệnh nhân vảy nến khá cao (55,4%), trong đó tăng cholesterol toàn phần và Triglyceride phổ biến nhất, và nam giới có nồng độ Triglyceride cao hơn nữ. Cần tầm soát lipid máu định kỳ nhằm dự phòng sớm các biến chứng tim mạch nghiêm trọng và cải thiện chất lượng cuộc sống ở người bệnh vảy nến.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Golpour M., Hosseini S.H., Khademloo M., et al.** (2012). Depression and Anxiety Disorders among Patients with Psoriasis: A Hospital-Based Case-Control Study. *Dermatol Res Pract*, 2012, 381905.
2. **Bộ môn Da liễu - Trường Đại học Y Hà Nội** (2017). Bệnh vảy nến. *Bệnh học da liễu tập 1*. Nhà xuất bản y học, 103–113.
3. **Wu Y, Mills D, Bala M** (2008). Psoriasis: cardiovascular risk factors and other disease comorbidities. *JDD* 7 (4): 373-377.
4. **Thompson, G., Morrell, J., & Morrell, J.** (2006). *Dyslipidaemia in Clinical Practice* (2nd ed.).
5. **Salihbegovic EM, Hadzigrabic N, Suljagic E et al** (2015). Psoriasis and Dyslipidemia. *Mater Sociomed*; 27(1): 15-17.
6. **Daudén E, Castañeda S, Suárez C et al** (2013). Clinical practice guideline for an integrated approach to comorbidity in patients with psoriasis. *J Eur Acad Dermatol Venereol* 27, 1387-1404.
7. **Jamil A, Ahsan U, Malik LM et al** (2014). Frequency of dyslipidemia in patients with psoriasis. *Journal of Pakistan Association of Dermatologists* 24 (4):307-311.
8. **Châu Ngọc Hoa** (2005). Lipid và lipoprotein ở người bình thường. *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, Tập 9, phụ bản của số 1: 40-42.
9. **Mallbris L, Granath F, Hamsten A, et al** (2006). Psoriasis is associated with lipid abnormalities at the onset of skin disease. *J Am Acad Dermatol.*;54:614-21.

## SO SÁNH GIÁ TRỊ XÉT NGHIỆM RAPID PLASMA REAGIN VÀ TREPONEMA PALLIDUM HEMAGGLUTINATION'S TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ SÀNG LỌC BỆNH GIANG MAI

Nguyễn Thị Thu Thủy<sup>1</sup>, Trần Anh Linh<sup>1</sup>,  
Trần Kim Thanh<sup>1</sup>, Thang Tiến Huy<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh giá trị của xét nghiệm định tính RPR và TPHA trong chẩn đoán và sàng lọc bệnh giang mai tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Người bệnh đến khám được chỉ định xét nghiệm định tính đồng thời cả RPR và TPHA, với phương pháp so sánh, mô tả cắt ngang vừa hồi cứu và tiến cứu trên tổng số 173 mẫu tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội từ 01/2022-10/2023. **Kết quả:** Trong 173 mẫu dương tính, có 116 (67%) mẫu dương tính với TPHA và 87 (51,3%) mẫu dương tính với RPR. Sử dụng xét nghiệm đặc hiệu TPHA làm tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh giang mai thì xét nghiệm RPR có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm của xét nghiệm lần lượt là 74,1%; 98,2%; 98,9%; 65,1%. Tỷ lệ tương đồng và hệ số Cohen's Kappa giữa xét nghiệm TPHA và RPR là 82,1% và 0,68. **Kết luận:** Hai xét nghiệm TPHA và RPR là rất tin cậy trong hỗ trợ chẩn đoán và sàng lọc bệnh giang mai. Sử dụng xét nghiệm RPR và TPHA trong chẩn đoán và sàng lọc bệnh giang mai là rất cần thiết cần được chỉ định để tránh bỏ sót ca bệnh do dương tính giả sinh học hay âm tính giả trong giang mai thời kỳ I, II. **Từ khóa:** RPR, TPHA, Treponema pallidum, giang mai.

### SUMMARY

#### COMPARISON OF RAPID PLASMA REAGIN TEST VALUE OF RPR AND TREPONEMA PALLIDUM HEMAGGLUTINATION'S TPHA IN DIAGNOSIS AND SCREENING FOR SYPHILIS

**Objective:** To compare the value of qualitative tests RPR and TPHA in diagnosing and screening for syphilis at Hanoi Dermatology Hospital in 2023. **Method:** Patients coming for examination were assigned to qualitatively test both RPR and TPHA, with a comparative, descriptive cross-sectional method, both retrospective and prospective, on a total of 173 samples at Hanoi Dermatology Hospital from January 2022 to October 2023. **Results:** Of the 173 positive samples, 116 (67%) were positive for TPHA and 87 (51.3%) were positive for RPR. Using the TPHA specific test as the gold standard for diagnosing syphilis, the RPR test had a sensitivity, specificity, positive predictive value, and negative predictive value of 74.1%; 98.2%; 98.9%; and 65.1%, respectively.

<sup>1</sup>Bệnh viện Da liễu Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Thủy

Email: mlt2130058@studenthuph.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

The agreement rate and Cohen's Kappa coefficient between the TPHA test and the RPR test were 82.1% and 0.68. **Conclusion:** The results of the study show that the two tests TPHA and RPR are very reliable in supporting the diagnosis and screening of syphilis. Both RPR and TPHA tests should be ordered to avoid missing cases due to false positive biological results or false negative results in stage I and II syphilis. **Keywords:** RPR, TPHA, Treponema pallidum, syphilis

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh giang mai, tiếng Anh gọi là Syphilis hay Great Pox là một bệnh nhiễm trùng kinh điển do xoắn khuẩn có tên khoa học là Treponema pallidum (T.pallidum) gây nên. Đây là một trong những bệnh nhiễm trùng qua đường tình dục (STIs) hay mắc phải. Bệnh lây truyền chủ yếu qua quan hệ tình dục không an toàn; ngoài ra còn lây nhiễm qua đường truyền máu, mẹ truyền sang con... Nếu không được phát hiện sớm và điều trị kịp thời, bệnh giang mai có thể gây ra nhiều biến chứng rất nặng như sảy thai, thai chết lưu, đẻ non, tàn phế hay thậm chí gây tử vong [1]. Tuy nhiên biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, thay đổi so với các kiểu điển hình nên dễ nhầm với các bệnh ngoài da khác như sùi mào gà, vảy nến, phát ban, ghẻ, herpes sinh dục... Chính vì vậy để chẩn đoán, xác định căn nguyên gây bệnh giang mai thì ngoài việc dựa vào tiền sử, triệu chứng lâm sàng thì về cơ bản là phải dựa vào xét nghiệm [1-2]. Trên thế giới cũng như ở Việt Nam có nhiều phương pháp xét nghiệm để chẩn đoán bệnh giang mai. Tại Mỹ, Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Mỹ (FDA) phê duyệt 16 xét nghiệm, gồm 13 xét nghiệm miễn dịch và 3 xét nghiệm thủ công để hỗ trợ chẩn đoán bệnh giang mai [2]. Ở Việt Nam, các phương pháp xét nghiệm đang được sử dụng để phối hợp chẩn đoán bệnh giang mai chủ yếu là xét nghiệm trực tiếp, gián tiếp và test nhanh [1].

Bệnh viện Da liễu Hà Nội là một bệnh viện chuyên khoa đầu ngành của thủ đô có nhiệm vụ tiếp nhận khám và điều trị các bệnh ngoài da và các bệnh lây truyền qua đường tình dục (STIs) như lậu, chlamydia, HIV, viêm gan B, sùi mào gà... Một trong các bệnh STIs bệnh viện đang khám và điều trị đó là bệnh giang mai. Hai kỹ thuật xét nghiệm gián tiếp mà bệnh viện đang

thực hiện để hỗ trợ các bác sĩ lâm sàng trong chẩn đoán, sàng lọc bệnh giang mai đó là phản ứng không đặc hiệu Rapid Plasma Reagin (RPR) và phản ứng đặc hiệu Treponema pallidum Hemagglutination's Assay (TPHA). Phản ứng RPR được sử dụng phổ biến vì phản ứng dương tính sớm nên có thể phát hiện bệnh từ giai đoạn sớm, kỹ thuật dễ thực hiện, giá thành rẻ, kết quả nhanh nên được sử dụng trong xét nghiệm sàng lọc. Mặc dù vậy xét nghiệm RPR lại không đặc hiệu vì giang mai thời kỳ I, II có thể âm tính giả do chuyển đổi huyết thanh hay dương tính giả ở một số bệnh tự miễn hoặc phụ nữ có thai... cho nên phải sử dụng phản ứng huyết thanh đặc hiệu TPHA để xác định lại các kháng thể đặc hiệu T. pallidum. Tuy nhiên các kháng thể kháng T. pallidum đặc hiệu TPHA này thường tồn tại suốt đời trong huyết thanh người bệnh giang mai cho dù họ được điều trị hiệu quả. Chính vì vậy nhiều thuật toán, phác đồ chẩn đoán bệnh giang mai sử dụng xét nghiệm huyết thanh không đặc hiệu RPR để sàng lọc phát hiện bệnh sớm kết hợp với xét nghiệm huyết thanh đặc hiệu TPHA để xác định tình trạng nhiễm trùng quá khứ, sẹo huyết thanh hay tình trạng nhiễm mới [3][4]. Tại Việt Nam, vẫn chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Do vậy, đề tài được thực hiện nhằm so sánh giá trị của xét nghiệm định tính RPR và TPHA trong chẩn đoán và sàng lọc bệnh giang mai tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội năm 2023.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** 173 người bệnh đến khám và được thực hiện xét nghiệm đồng thời cả RPR và TPHA tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội từ 01/2023 đến 10/2023; lưu trong hồ sơ của Bệnh viện. Tiêu chuẩn chọn mẫu là toàn bộ 173 hồ sơ bệnh án người bệnh đến khám được chỉ định xét nghiệm định tính cả RPR và TPHA. Loại trừ những hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin nghiên cứu.

**2.2. Địa điểm, thời gian nghiên cứu**

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Da liễu Hà Nội.  
Thời gian nghiên cứu: từ 01/2022 đến 10/2023.

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Cỡ mẫu và chọn mẫu: 173 người bệnh được chỉ định xét nghiệm cả RPR và TPHA từ 01/2022 đến 10/2023 có kết quả xét nghiệm

**Bảng 2. Độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm định tính RPR và TPHA (n=173)**

Xét nghiệm	Dương tính thật	Dương tính giả	Âm tính thật	Âm tính giả	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị dư bảo (+) (%)	Giá trị dư bảo (-) (%)
RPR	86	1	56	30	74,1	98,2	98,9	65,1
TPHA	116	0	57	0	100	100	100	100

Khi sử dụng xét nghiệm huyết thanh đặc hiệu TPHA làm tiêu chuẩn vàng, kết quả nghiên

đương tính. Toàn bộ hồ sơ người bệnh được chỉ định xét nghiệm RPR và TPHA và có kết quả xét nghiệm.

**2.4. Phương pháp thu thập, phân tích số liệu:**

Thu thập số liệu bằng cách điền các thông tin từ hồ sơ khám bệnh và xét nghiệm vào phiếu thu thập thông tin. Phiếu thông tin được xây dựng và chạy thử 10 hồ sơ người bệnh trước khi đưa vào làm công cụ nghiên cứu. Nhập phiếu thu thập thông tin vào Excel 2016.

**2.5. Phương pháp phân tích số liệu:** Làm sạch số liệu bằng cách kiểm tra và đối chiếu lại các thông tin được thu thập cho đúng và đầy đủ các trường thông tin cần thu thập giống như hồ sơ gốc và đã loại bỏ những trường hợp trùng nhau. Nhập số liệu bằng phần mềm Excel. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên Excel 2016. Biến định tính: Trình bày dưới dạng số lượng, tính tỷ lệ

**2.6. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu đã tiến hành sau khi được Hội đồng đạo đức trường Đại học Y tế công cộng thông qua theo quyết định số 133/2023/YTCC – HD3, ngày 23/03/2023 và được sự chấp thuận của Lãnh đạo bệnh viện Da liễu Hà Nội cho phép sử dụng số liệu thu thập từ hồ sơ xét nghiệm. Các số liệu thông tin thu thập chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu không phục vụ cho mục đích nào khác. Kết quả thu thập số liệu được phản hồi ngay tới đơn vị và báo cáo cho Lãnh đạo bệnh viện và phòng xét nghiệm về giá trị chẩn đoán của 2 kỹ thuật.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Kết quả định tính xác định kháng thể bằng kỹ thuật TPHA và RPR (n=173)**

Xét nghiệm	Dương tính (Tỷ lệ %)	Âm tính (Tỷ lệ %)
RPR	87 (51,3)	86 (49,7)
TPHA	116 (67)	57 (33)
p	0,1599	

Trong số 173 ca được chỉ định xét nghiệm định tính cả RPR và TPHA, kết quả có 87 ca (51,3%) ca RPR dương tính và 116 ca (67%) TPHA dương tính. Tỷ lệ phát hiện kháng thể kháng T. pallidum bằng kỹ thuật RPR nhỏ hơn kỹ thuật TPHA có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê với p = 0,1599.

cứu cho thấy, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của kỹ thuật

RPR lần lượt là 74,1%; 98,2%; 98,9% và 65,1%.

**Bảng 3. So sánh kết quả xét nghiệm RPR và TPHA (n=173)**

Xét nghiệm	Dương tính	Âm tính	Tổng
RPR và TPHA	86	56	173
RPR và TPHA	1		
TPHA và RPR	30		
Tỷ lệ tương đồng (%)	82,1		
Cohen's Kappa	0,68		

Nghiên cứu tổng số 173 ca được chỉ định xét nghiệm đồng bộ cả 2 xét nghiệm RPR và TPHA kết quả thấy có 86 cặp cùng có kết quả xét nghiệm dương tính và 56 cặp cùng có kết quả xét nghiệm âm tính, có 31 cặp có kết quả xét nghiệm không tương đồng. Tỷ lệ tương đồng giữa xét nghiệm RPR và TPHA là 82,1% và giá trị Cohen's Kappa bằng 0,68.

#### IV. BÀN LUẬN

Để chẩn đoán bệnh giang mai thì ngoài dựa vào đặc điểm lâm sàng, nguy cơ lây nhiễm của bệnh giang mai thì còn dựa vào kết quả xét nghiệm. Có nhiều phương pháp để chẩn đoán bệnh giang mai trong phòng thí nghiệm nhưng mỗi phương pháp có ưu, nhược điểm khác nhau tuy nhiên chẩn đoán phát hiện bệnh giang mai trong phòng thí nghiệm vẫn chủ yếu dựa vào kết quả xét nghiệm huyết thanh học. Các xét nghiệm huyết thanh được sử dụng phổ biến nhất là xét nghiệm huyết thanh đặc hiệu treponema phối hợp với 1 xét nghiệm huyết thanh không đặc hiệu nontreponema để xác định hoạt động của bệnh giang mai [1]. Trong nghiên cứu chúng tôi đã sử dụng xét nghiệm huyết thanh đặc hiệu TPHA phối hợp với xét nghiệm không đặc hiệu RPR để chẩn đoán ca nhiễm giang mai.

Độ nhạy, độ đặc hiệu và giá trị tiên đoán của xét nghiệm huyết thanh RPR trong nghiên cứu này được đánh giá bằng cách sử dụng VEDALAB - TPHA làm tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán bệnh giang mai ở những người bệnh nghi ngờ mắc bệnh giang mai đến khám tại bệnh viện Da liễu Hà Nội.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy độ nhạy và độ đặc hiệu của kỹ thuật RPR so với xét nghiệm đặc hiệu TPHA trong phát hiện bệnh giang mai lần lượt là 74,1% và 98,2%. Giá trị tiên đoán dương (PPV) và giá trị tiên đoán âm (NPV) lần lượt là 98,9 và 65,1%. Nghiên cứu về "The laboratory Diagnosis of Syphilis" của Ferris Satyaputra và cộng sự tại Trung tâm Y tế Đại học Vanderbilt đăng trên Journal of Clinical Microbiology năm 2021 cho thấy độ nhạy của xét nghiệm RPR và TPHA khác nhau theo giai đoạn

bệnh: giai đoạn GM I thì xét nghiệm RPR có độ nhạy giao động từ 77-99% còn độ nhạy và độ đặc hiệu của xét nghiệm TPHA là 86%, giai đoạn GMII độ nhạy của cả 2 xét nghiệm RPR và TPHA đều rất cao 100% và thời kỳ GM kín sớm thì độ nhạy xét nghiệm TPHA (100%). Thời kỳ GM kín muộn thì xét nghiệm TPHA (99%) độ nhạy cao hơn xét nghiệm RPR (73%) cao hơn xét nghiệm RPR (95 – 100%) [5]. Trong phạm vi nghiên cứu của chúng tôi chỉ xét độ nhạy của hai xét nghiệm RPR và TPHA chung chứ không xét theo từng thời kỳ bệnh nên độ nhạy của xét nghiệm RPR có thấp hơn so với độ nhạy ở hai thời kỳ GMI, GMII tương đồng ở thời kỳ GM kín trong nghiên cứu của Ferris. Nghiên cứu của Ferris còn cho thấy độ đặc hiệu của xét nghiệm RPR là 98%, kết quả này tương đồng với kết quả nghiên cứu về độ đặc hiệu của kỹ thuật RPR trong nghiên cứu của chúng tôi (98,9%). Ngoài ra theo kết quả nghiên cứu ở bảng 3 cho thấy kết quả hệ số Cohen's Kappa bằng 0,68 và tỷ lệ tương đồng cao 82,1% khi so sánh kết quả xét nghiệm RPR với xét nghiệm TPHA cho thấy mức độ đồng thuận của hai kỹ thuật RPR và TPHA tốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả nghiên cứu của Markos Negash và CS năm 2018 tại Ethiopia khi So sánh RPR với TPHA trong chẩn đoán bệnh giang mai cho thì giá trị Kappa: 0,88 [4].

Qua các kết quả nghiên cứu của chúng tôi và các kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy mặc dù ưu điểm của xét nghiệm RPR là giá thành rẻ hơn, thao tác dễ hơn, thời gian trả kết quả nhanh hơn xét nghiệm TPHA nhưng độ nhạy và độ đặc hiệu lại thấp hơn xét nghiệm TPHA. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi ở bảng 1 còn cho thấy có 30/173 (17,3%) người có kết quả xét nghiệm RPR âm tính nhưng xét nghiệm TPHA dương tính nên chúng ta không thể chỉ xét nghiệm TPHA mà bỏ đi kỹ thuật RPR vì nếu chỉ dựa vào kết quả xét nghiệm TPHA thì chỉ biết được là nhiễm giang mai chứ không xác định được là người bệnh nhiễm giang mai đang trong giai đoạn hoạt động hay chỉ là sero huyết thanh. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn An và cộng sự năm 2021 tại Bệnh viện Da liễu Trung ương có 109 ca (33,4%) có kết quả xét nghiệm RPR âm tính nhưng xét nghiệm TPHA dương tính [7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn có thể là do tỷ lệ số mẫu dương trong nghiên cứu của chúng tôi (67%) cao hơn tỷ lệ mẫu dương trong nghiên cứu của Nguyễn Văn An (50,6%). Ngoài ra kết quả nghiên cứu ở bảng 1 của chúng tôi còn có 1 người dương tính giả với giang mai, đây là người bệnh nữ 62 tuổi có tiền sử viêm da

khớp, không có nguy cơ lây nhiễm các bệnh lây truyền qua đường tình dục nhưng người bệnh có triệu chứng lâm sàng dày sừng vòng tròn lòng bàn chân gần giống như đào ban nên được chỉ định xét nghiệm loại trừ bệnh giang mai. Kết quả xét nghiệm định tính RPR dương tính, định lượng RPR = 1/2, kết quả xét nghiệm định tính và định lượng TPHA âm tính. Người bệnh được điều trị thuốc kháng viêm và bat sừng và được hen tái khám sau 1 tháng. Sau 1 tháng lặp lại xét nghiệm thì kết quả xét nghiệm định tính RPR vẫn dương tính và xét nghiệm định lượng RPR = 1/2, kết quả xét nghiệm TPHA vẫn âm tính, tổn thương đã mờ, khoa xét nghiệm và các bác sĩ cuối cùng kết luận đây là 1 ca dương tính giả sinh học. Từ các kết quả nghiên cứu trên cũng cho thấy khi người bệnh có biểu hiện lâm sàng, có nguy cơ lây nhiễm và có triệu chứng lâm sàng nghi nhiễm giang mai cần được chỉ định xét nghiệm đồng thời cả hai kỹ thuật RPR và TPHA để tránh chẩn đoán nhầm hay bỏ sót ca bệnh.

#### V. KẾT LUẬN

Xét nghiệm huyết thanh không đặc hiệu RPR có độ nhạy và độ đặc hiệu thấp hơn xét nghiệm đặc hiệu TPHA. Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương và giá trị tiên đoán âm của xét nghiệm RPR lần lượt là 74,1%, 98,2%, 98,9% và 65,1%. Mức độ đồng thuận giữa xét nghiệm

TPHA và RPR tốt với giá trị Kappa là 0,68 và tỷ lệ tương đồng 82,1%. Trong những trường hợp có triệu chứng nghi nhiễm giang mai cần chỉ định xét nghiệm cả hai kỹ thuật RPR và TPHA để tránh bỏ sót ca bệnh do dương tính giả sinh học hay âm tính giả trong giang mai thời kỳ I, II.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế, Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh giang mai. 2021.
2. ark IU, Tran A, Pereira L, Fakile Y., "Sensitivity and Specificity of Treponemal-specific Tests for the Diagnosis of Syphilis. ;71(Suppl 1):S13-S20," Clin Infect Dis., June 2020, doi: doi:%2010.1093/cid/ciaa349.%20PMID:%2032578866;%20PMCID:%20PMC7312216.
3. Tsang RS, Radons SM, Morshed M., "Laboratory diagnosis of syphilis: A survey to examine the range of tests used in Canada.," 2011, doi: doi:%2010.1155/2011/627076. %20 PMID: %2022942884;%20PMCID:%20PMC3200370.
4. Markos Negash, Tadelo Wondmagegn and Demeke Geremew, "Comparison of RPR and ELISA with TPHA for the Diagnosis of Syphilis: Implication for Updating Syphilis Point-of-Care Tests in Ethiopia," 2018, doi: Volume%202018%207C%20Article%20ID%202978419%207C%20https://doi.org/10.1155/2018/2978419.
5. Ferris Satyaputra SH, Maxwell Braddick, Pirathaban Sivabalan, et al (2021)., "The Laboratory Diagnosis of Syphilis. Journal of Clinical Microbiology. Journal of clinical microbiology."

## GIÁ TRỊ CỦA PHƯƠNG PHÁP SOI PHÂN TÍCH MÓNG ONYCHOSCOPY TRONG CHẨN ĐOÁN NẤM MÓNG

Triệu Thị Huyền Trang<sup>1</sup>, Hồ Nam Liên<sup>1</sup>, Lâm Văn Cấp<sup>1</sup>,  
Trần Thị Kim Thanh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Ngọc Yến<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** So sánh độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chẩn đoán âm tính của soi phân tích móng Onychoscopy so với nuôi cấy xác định nấm trong chẩn đoán nấm móng. **Đối tượng và phương pháp:** Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán nhiễm nấm móng được chỉ định đồng thời 2 phương pháp soi phân tích móng Onychoscopy và nuôi cấy tìm nấm trong thời gian tiến hành nghiên cứu tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội. Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Giá trị đặc điểm hình ảnh soi

phân tích tìm tổn thương nấm móng Onychoscopy theo phương pháp nuôi cấy nấm xác định nấm: bàn móng cực quang (vàng đục móng, trắng đục móng, xanh đen móng) có độ nhạy 81,3-96,6%, độ đặc hiệu 51,4-84,6%, giá trị chẩn đoán dương tính 49,2-93,8%, giá trị chẩn đoán âm tính 61,1-97,2%, đường dọc móng độ nhạy 88,2%, độ đặc hiệu 84,8% giá trị chẩn đoán dương tính 92,3%, giá trị chẩn đoán âm tính 77,7%. Các đặc điểm hình ảnh không đặc hiệu dày sừng dưới móng có độ nhạy 75,8%, độ đặc hiệu 57,1%, giá trị chẩn đoán dương tính 76,9%, giá trị chẩn đoán âm tính 55,5% và đặc điểm tách móng với độ nhạy 66,7% độ đặc hiệu 39,02% giá trị chẩn đoán dương tính 61,5%, giá trị chẩn đoán âm tính 44,4%. **Kết luận:** Test chẩn đoán soi phân tích tìm đặc điểm tổn thương nấm móng Onychoscopy là test có giá trị cao. Có thể thực hiện phương pháp này trong thực hành lâm sàng tiếp cận chẩn đoán ở người bệnh nấm móng. **Từ khóa:** Soi phân tích móng Onychoscopy, nấm móng.

<sup>1</sup>Bệnh viện Da Liễu Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Tâm Anh

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Thị Huyền Trang

Email: tranguyentrieu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

**SUMMARY****THE VALUE OF ONYCHOSCOPY NAIL ANALYSIS IN THE DIAGNOSIS OF NAIL FUNGUS**

**Objective:** To compare the sensitivity, specificity, positive diagnostic value, negative diagnostic value of Onychoscopy nail analysis by fungal culture in the diagnosis of nail fungus.

**Subjects and methods:** All patients diagnosed with nail fungus infection were assigned to both Onychoscopy nail analysis and fungal culture during the study period at Hanoi Dermatology Hospital. A Cross-sectional descriptive study was applied.

**Results:** The value of the image characteristics of Onychoscopy analysis to find fungal lesions of the nail using the fungal culture method to determine the fungus: the aurora nail plate (yellow opaque nail, white opaque nail, blue-black nail) has a sensitivity of 81.3-96.6%, a specificity of 51.4-84.6%, a positive diagnostic value of 49.2-93.8%, a negative diagnostic value of 61.1-97.2%, a vertical nail line has a sensitivity of 88.2%, a specificity of 84.8%, a positive diagnostic value of 92.3%, and a negative diagnostic value of 77.7%. Non-specific imaging features of subungual keratosis have a sensitivity of 75.8%, a specificity of 57.1%, a positive diagnostic value of 76.9%, a negative diagnostic value of 55.5% and a nail separation feature with a sensitivity of 66.7%, a specificity of 39.02%, a positive diagnostic value of 61.5%, and a negative diagnostic value of 44.4%.

**Conclusion:** Onychoscopy is a valuable diagnostic test for nail fungus lesions. Therefore, this method can be applied in clinical practice to approach the diagnosis of patients with nail fungus.

**Keywords:** Onychoscopy, nail fungus

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Nấm là nguyên nhân gây bệnh cho 13 triệu trường hợp nhiễm trùng và 1,5 triệu ca tử vong mỗi năm trên toàn cầu [1]. Tại Hoa Kỳ, 2018 ước tính chi phí điều trị là 6,7 tỷ USD [2]. Trong các bệnh về nấm, bệnh nấm da, tóc, móng ảnh hưởng đến khoảng 25% dân số thế giới [3]. Nấm móng là bệnh viêm móng thường gặp do nấm gây ra thay đổi màu sắc bản móng, dày sừng dưới móng và tách móng ra khỏi giường móng, tiến triển âm thầm, mạn tính [3]. Bệnh do nhiều chủng nấm gây nên và có thương tổn lâm sàng đa dạng. Đây là căn bệnh rất phổ biến trên thế giới và tại Việt Nam [4-5]. Các nguyên nhân gây bệnh kể đến là *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton mentagrophyte*, nấm men (đặc biệt là *Candida albicans*) và nấm mốc *Fusarium spp.*, *Aspergillus spp.* Tại Việt Nam có khí hậu nhiệt đới, nóng ẩm rất thuận lợi cho bệnh nấm phát triển [4-5]. So với nấm da, nấm móng đặc biệt khó loại bỏ bằng điều trị bằng thuốc tác động tiêu cực đáng kể đến tâm lý người bệnh, tiêu tốn thời gian và tiền bạc cho việc điều trị [6].

Các phương pháp sử dụng phổ biến nhất để chẩn đoán bệnh nấm dựa trên việc xác định các

xét nghiệm vi sinh (soi tươi và nuôi cấy) và sinh hóa [3]. Một hướng tiếp cận chẩn đoán nhiễm nấm khá mới trong thời gian gần đây đang được chú ý bởi ưu điểm an toàn, nhanh chóng và không xâm lấn là phương pháp soi Dermoscope phân tích đặc điểm tổn thương về móng (Onychoscopy) bởi giá trị cao trong chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt nấm móng với các bệnh lý khác về móng như loạn dưỡng móng, u hắc tố móng [6-7]. Việc áp dụng kỹ thuật Onychoscopy tại Bệnh viện Da Liễu Hà Nội năm 2019 tạo điều kiện thuận lợi trong hỗ trợ chẩn đoán lâm sàng, nhưng chưa có nghiên cứu về kết quả chẩn đoán, nghiên cứu được thực hiện nhằm so sánh độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính, giá trị chẩn đoán âm tính của soi phân tích móng Onychoscopy theo nuôi cấy xác định nấm.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU****2.1. Đối tượng nghiên cứu**

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh chẩn đoán lâm sàng nhiễm nấm móng: dày sừng dưới móng, trắng móng, mụn móng, tách móng, đốm hoặc khía trắng bản móng; không mắc phối hợp các bệnh lý da dị ứng, các tổn thương móng khác; được chỉ định cùng một lúc tại thời điểm đến khám cả 2 phương pháp: soi phân tích móng onychoscopy nuôi cấy xác định nấm và đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:**

Từ tháng 5/2024 đến tháng 10/2024 tại Bệnh viện Da liễu Hà Nội

**2.3. Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang**2.4. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

101 người bệnh đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn. Chọn mẫu thuận tiện các người bệnh đến khám và được chẩn đoán nấm móng trong thời gian nghiên cứu tại Bệnh viện Da Liễu Hà Nội

**2.5. Các bước tiến hành nghiên cứu.**

Người bệnh đến khám tại phòng khám được chẩn đoán nhiễm nấm móng, đồng ý tham gia nghiên cứu sẽ được làm bệnh án nghiên cứu và được chỉ định đồng thời 2 xét nghiệm: nuôi cấy xác định nấm, sau đó soi onychoscopy tại vị trí đã lấy bệnh phẩm nuôi cấy ở móng. Nuôi cấy tìm nấm: mẫu bệnh phẩm được nuôi cấy trên môi trường Sabouraud.

Xét nghiệm chụp và phân tích tổn thương móng trên máy FotoFinder ATBM Master Model ATBM2666 của hãng FotoFinder-Germany với độ phóng đại 20X-140X được thực hiện bởi bác sĩ chẩn đoán hình ảnh: người bệnh được phân tích theo các đặc điểm sau: bản móng hình cực quang (vàng đục, trắng đục, xanh đen, đen), bờ

tự do (hình đỉnh ngắn, hình gai, nham nhở), bờ bên (tách móng, nham nhở), bản móng (mùn móng, dày sừng dưới móng, đường dọc móng, sắc tố đen hình tam giác ngược), xuất huyết dưới móng.

**2.6. Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata 3.1, sau đó được làm sạch, xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 21.0. Độ nhạy =  $A/(A+C)$ ; độ đặc hiệu =  $D/(B+D)$ ; giá trị chẩn đoán dương tính =  $A/(A+B)$ ; giá trị chẩn đoán âm tính =  $D/(C+D)$

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 1. Đặc điểm hình ảnh soi phân tích móng Onychoscopy ở người bệnh nấm móng**

Đặc điểm	Mô hình soi phân tích da	Số lượng	Tỷ lệ %
<b>Bản móng cực quang</b>	Trắng đục móng	61	60,4
	Vàng đục móng	75	74,2
	Đen móng	33	32,7
	Xanh đen móng	23	22,8
<b>Bờ tự do</b>	Hình gai, đỉnh ngắn	42	41,6
	Bờ tự do nham nhở không liên tục	46	45,5
<b>Bờ bên</b>	Tách móng	60	59,4
	Bờ bên nham nhở	46	45,5
<b>Bản móng</b>	Dày sừng dưới móng	66	65,3
	Mùn móng	32	31,7

**Bảng 3. Giá trị đặc điểm màu sắc bản móng khi soi phân tích onychoscopy theo phương pháp nuôi cấy xác định nấm**

Hình ảnh	Số lượng	Độ nhạy	Độ đặc hiệu	Giá trị chẩn đoán (+)	Giá trị chẩn đoán (-)	
<b>Bản móng cực quang</b>	Vàng đục	75	81,3	84,6	93,8	61,1
	Trắng đục	61	90,1	75	84,6	83,3
	Đen	33	96,9	51,4	49,2	97,2

Độ nhạy của của sắc tố đen là cao nhất (96,9%), tiếp đến là sắc tố trắng đục (90,1%), vàng đục (81,3%). Ngược lại độ đặc hiệu của đặc điểm màu sắc bản móng theo thứ tự cao xuống thấp lần lượt là vàng đục móng (84,6%),

	Đường dọc móng	68	67,3
	Sắc tố đen hình tam giác ngược	14	13,9
<b>Mạch máu</b>	Xuất huyết dưới móng	47	46,5

Đặc điểm hình ảnh soi phân tích móng chúng tôi thấy số trường hợp có sự thay đổi màu sắc bản móng cực quang vàng đục móng 75 (74,2%); trắng đục móng 61 (60,1%) xanh đen móng 23 (22,8%) đen móng 33 (32,7%). Trong nhóm hình ảnh bờ tự do số trường hợp gặp tổn thương bờ nham nhở không liên tục cao nhất là 46 (45,5%) tiếp đến số trường hợp có bờ tự do hình gai, hình đỉnh ngắn là 42 (41,6%). Nhóm tổn thương bản móng gặp số người bệnh có hình ảnh đường dọc móng là lớn nhất 68 (67,3%), hình ảnh sắc tố đen hình tam giác ngược là 14 (13,9%). Về đặc điểm hình ảnh tổn thương mạch dưới móng chúng tôi gặp 47(46,5%) trường hợp có xuất huyết dưới móng.

**Bảng 2. Phân bố kết quả nuôi cấy nấm**

Nuôi cấy	Số lượng	Tỷ lệ %
Dương tính	65	64,4
Âm tính	36	35,6
<b>Tổng</b>	<b>101</b>	<b>100</b>

Số trường hợp người bệnh có kết quả nuôi cấy tìm nấm nấm dương tính là 65 người bệnh (64,4%) và kết quả soi nấm âm tính 36 người bệnh (35,6%)

trắng đục móng (75%) và đen móng (51,4%). Giá trị chẩn đoán dương tính của đặc điểm vàng đục móng là cao nhất (93,8%). Giá trị chẩn đoán âm tính cao nhất là đặc điểm đen móng (97,2%).

**Bảng 4. Giá trị đặc điểm hình thái bờ tự do và bờ bên khi soi phân tích onychoscopy theo phương pháp nuôi cấy xác định nấm**

Hình ảnh	Số lượng	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị chẩn đoán (+)	Giá trị chẩn đoán (-)	
<b>Bờ tự do</b>	Hình gai, hình đỉnh ngắn	42	83,3	49,1	53,8	80,5
	Nham nhở	32	78,1	42,03	38,5	80,5
<b>Bờ bên</b>	Tách móng	60	66,67	39,02	61,5	44,4
	Nham nhở	46	73,7	43,6	52,3	66,67

Độ nhạy của các đặc điểm hình thái bờ tự do và bờ bên bản móng giao động từ 66,67% đến 83,3% trong đặc điểm có độ nhạy cao nhất của nhóm này là đặc điểm hình gai hình đỉnh ngắn. Tương tự độ đặc hiệu giao động 39,02% đến

49,1%. Giá trị chẩn đoán dương tính cao nhất là của đặc điểm hình thái tách móng bờ bên (61,5%). Giá trị chẩn đoán âm tính cao nhất là của đặc điểm hình thái tổn thương bờ tự do của bản móng (80,5%).

**Bảng 5. Giá trị đặc điểm hình thái và dấu hiệu đặc biệt bản móng khi soi phân tích onychoscopy theo phương pháp nuôi cấy xác định nấm**

Hình ảnh		Số lượng	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Giá trị chẩn đoán (+), (%)	Giá trị chẩn đoán (-), (%)
<b>Bản móng</b>	Mùn móng	32	75	40,5	36,9	77,7
	Dày sừng dưới móng	66	75,8	57,1	76,9	55,5
	Đường dọc móng	68	88,2	84,8	92,3	77,7
	Sắc tố đen hình tam giác ngược	14	85,7	39,1	18,5	94,4
<b>Mạch</b>	Xuất huyết dưới móng	47	74,4	44,4	53,8	66,6

Trong nhóm hình ảnh hình thái và dấu hiệu đặc biệt bản móng đặc điểm đường dọc móng có độ nhạy cao nhất (88,2%), đặc điểm xuất huyết dưới móng có độ nhạy thấp nhất (74,4%). Độ đặc hiệu các đặc điểm nhóm này dao động 39,1% đến 84,8%. Giá trị chẩn đoán dương tính đường dọc móng là cao nhất (92,3%). Giá trị chẩn đoán âm tính sắc tố đen hình tam giác ngược là cao nhất (94,4%).

#### IV. BÀN LUẬN

Dermoscope thường được sử dụng trong thực hành lâm sàng da liễu ở các nước phát triển để nghiên cứu về các tổn thương tăng sắc tố [8], chẩn đoán ung thư biểu mô đáy và nấm da đầu [4]. Càng ngày thiết bị này càng được nghiên cứu và ứng dụng nhiều hơn, những hình ảnh quan sát được trên dermoscope có độ nhạy và độ đặc hiệu khá cao trong chẩn đoán nấm móng (onychoscopy) theo nghiên cứu của Lim [4]. Về đặc điểm hình ảnh soi phân tích móng chúng tôi cũng ghi nhận sự đa dạng với các tỉ lệ khác nhau ở bảng 1. Về nhóm triệu chứng thay đổi màu sắc móng, hình ảnh bản móng cực quang vàng đục móng 75 (74,2%) trắng đục móng 61 (60,1%) xanh đen móng 23 (22,8%) đen móng 33 (32,7%). Trong nghiên cứu của Vũ Thị Hiền tỉ lệ này là 63,8-75,1% [5] và Litaïem à 70,4% [6]. Trong nhóm tổn thương bờ tự do và bờ bên bản móng, hình ảnh gặp nhiều nhất là tách móng ở 60 trường hợp (59,4%), sau đến nhóm tổn thương bờ móng nham nhỡ không đều hình gai, hình đỉnh ngắn với 46 trường hợp (45,5%) và 42 (41,6%). Trong nghiên cứu của Litaïem, các tỉ lệ này lần lượt là 58,2% và 57,3% [6]. Các nhóm hình ảnh đường dọc móng có kết quả là 68 (67,3%), mùn móng 32 (31,7%) khá tương đồng so với nghiên cứu của Litaïem là 1351 (64,9%) và 752 (36,1%) [6], trong khi tỉ lệ này trong nghiên cứu của Vũ Thị Hiền là 23 (21,9%) [5]. Đối với dấu hiệu đen móng hình tam giác ngược tỉ lệ kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,9% trong khi Litaïem là 23,9% [6]. Rối loạn sắc tố màu nâu thường gặp nhất khi soi da không phân cực (66,6% so với 24%;  $p=0,027$ ). Điểm chung của các tổn thương phổ biến trong

tất cả các nghiên cứu đều là biểu hiện của quá trình hủy hoại móng do nấm bởi loại gây bệnh phổ biến nhất là nấm sợi cần tiêu hủy là lấy keratin bản móng để phát triển.

Ở bảng 2, số trường hợp người bệnh có kết quả nuôi cấy tìm nấm dương tính là 65 (64,4%) và kết quả soi nấm âm tính 36 (35,6%) được xem là tiêu chuẩn vàng chẩn đoán nấm móng được chúng tôi sử dụng phân tích tính giá trị cho các đặc điểm soi phân tích móng.

Theo bảng 3, các đặc điểm về hình ảnh màu sắc bản móng đều cho giá trị cao trong chẩn đoán nấm móng. Cụ thể độ nhạy màu sắc đen bản móng có giá trị cao nhất là 96,9% tiếp theo là màu trắng đục 90,1% và vàng đục bản móng là 81,3%. Tuy nhiên về độ đặc hiệu của nhóm này chúng tôi nhận thấy màu vàng đục bản móng cho giá trị đặc hiệu cao nhất là 84,6%, màu trắng đục là 75% và màu đen bản móng có độ đặc hiệu tương đối thấp trong chẩn đoán nấm móng 51,4%. Tỉ lệ này có sự tương đồng với nghiên cứu của Lim sự thay đổi màu sắc thường có màu trắng hoặc vàng (độ nhạy 85,2%-95% và độ đặc hiệu 25%-75%) [4]. Còn trong nghiên cứu của Litaïem độ nhạy của nhóm triệu chứng này độ nhạy 85% và độ đặc hiệu là 100% [6]. Do đó, Onychoscopy là tối ưu hóa việc phát hiện lâm sàng bệnh nấm móng và fungal melanonychia [4].

Đối với kết quả giá trị các đặc điểm hình thái bờ tự do và bờ bên bản móng trong bảng 4 chúng tôi nhận thấy hình ảnh tổn thương móng hình gai, hình đỉnh ngắn có giá trị cao với độ nhạy 83,3% độ đặc hiệu 49,1%, giá trị dự báo dương tính 53,8% và giá trị dự báo âm tính 80,5%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lim [4] với độ nhạy 53,6%-86,4% và độ đặc hiệu 58,3%-100%.

Người bệnh nấm móng thường có thể có triệu chứng tách móng nguyên phát trước đó hoặc là hậu quả của bệnh. Trong bảng 3.4 chúng tôi nhận thấy độ nhạy là 66,7% độ đặc hiệu khá thấp 39,02% giá trị dự đoán dương tính 61,5% và giá trị dự đoán âm tính 77,7%. Các kết quả trong các nghiên cứu của Vũ Thị Hiền có độ nhạy 53% [5], của Litaïem<sup>6</sup> độ nhạy là

20,13% và độ đặc hiệu 61% [6]. Sự khác biệt trong các kết quả này có thể xuất phát từ sự khác biệt trong quần thể chọn mẫu. Trong nghiên cứu của Litaïem đánh giá thêm trên nhóm người bệnh có tổn thương rỗ móng vốn là dấu hiệu nghi ngờ cao bệnh vẩy nến [6]. Do đó, việc nhân định kết quả không căn cứ và riêng trạng thái tách móng của người bệnh do triệu chứng này có độ đặc hiệu không cao dù độ nhạy có thể đạt trên 60%.

Ở bảng 3.5, tình trạng bản móng có tình trạng dày sừng dưới móng và mụn móng trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt có độ nhạy 75,8%, 75% độ đặc hiệu 57,1%, 40,5% giá trị dự đoán dương tính 76,9%, 36,9% giá trị chẩn đoán âm tính 55,5%, 77,7%. Các kết quả này khác với kết quả nghiên cứu Lim có kết quả hình ảnh dày sừng dưới móng, sự phá hủy bản móng với độ nhạy 13,6%-85,2% và độ đặc hiệu 41,7%-98,8% [4] có thể là do các hình thái tổn thương này ngoài nguyên nhân nấm móng còn có các nguyên nhân khác có thể gặp vẩy nến móng, onychogryphosis, do đó cần đánh giá toàn diện triệu chứng này với các nhóm triệu chứng khác.

Đáng chú ý là sự xuất hiện đường dọc móng trong đặc điểm soi onychoscopy có giá trị cao, kết quả trong bảng 3.4 với độ nhạy 88,2%, độ đặc hiệu 84,8% giá trị dự đoán dương tính 92,3%, giá trị dự đoán âm tính 77,7%. Kết quả này khá tương đồng kết quả của Lim, các đường dọc móng (độ nhạy 25%-82,5% và độ đặc hiệu 83,3%-100%) [4]. Cùng với nhóm triệu chứng thay đổi màu sắc móng với dấu hiệu bản móng cực quang, đây là hai đặc điểm có độ mạnh nhất trong chẩn đoán nhóm bệnh lý này.

Đặc điểm hình ảnh cuối cùng chúng tôi ghi nhận trong nghiên cứu này là đặc điểm xuất huyết dưới móng với giá trị thấp hơn so với các nhóm đặc điểm hình ảnh khác: độ nhạy 74,4%, độ đặc hiệu 44,4%, giá trị dự đoán dương tính 53,8%, giá trị dự đoán âm tính 66,6%. Lý giải cho kết quả này bởi đây không phải triệu chứng chỉ có ở nấm móng, có thể có ở nhiều bệnh lý khác như vẩy nến móng, chấn thương móng Tuy nhiên với độ nhạy trên 70% khi kết hợp với các nhóm triệu chứng đặc hiệu khác, tần suất nhận diện tổn thương trở nên rõ ràng hơn và có ý nghĩa hơn trong chẩn đoán nhóm bệnh này.

Dermoscope trong soi tổn thương móng (onychoscopy) không phải tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán nấm móng. Nhưng so với các xét nghiệm cận lâm sàng khác, đây là phương pháp có nhiều ưu điểm như tiết kiệm thời gian, chi phí. Trong khi nuôi cấy có tỷ lệ âm tính giả cao,

soi tươi phụ thuộc rất nhiều vào kỹ thuật viên, dermoscope có thể giúp hỗ trợ quyết định lâm sàng và xét nghiệm bổ sung nhanh chóng.

## V. KẾT LUẬN

Test chẩn đoán soi phân tích tìm đặc điểm tổn thương nấm móng Onychoscopy là test có độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Các dấu hiệu chỉ điểm hàng đầu là đặc điểm bản móng cực quang thay đổi màu sắc bản móng (vàng đục móng, trắng đục móng, đen móng) có độ nhạy 81,3-96,6%, độ đặc hiệu 51,4-84,6%, giá trị chẩn đoán dương tính 49,2-93,8%, giá trị chẩn đoán âm tính 61,1-97,2%; đặc điểm đường dọc móng cũng có giá trị chẩn đoán cao với độ nhạy 88,2% độ đặc hiệu 84,8% giá trị chẩn đoán dương tính 92,3%, giá trị chẩn đoán âm tính 77,7%. Có thể thực hiện phương pháp này trong thực hành lâm sàng tiếp cận chẩn đoán ở người bệnh nấm móng.

**Lời cảm ơn:** Các tác giả xin chân thành cảm ơn Khoa Khám Bệnh, Khoa xét nghiệm, Bệnh viện Da liễu Hà Nội đã giúp chúng tôi hoàn thành nghiên cứu.

**Cam kết không xung đột lợi ích:** Các tác giả xin cam kết không có xung đột lợi ích trong đề tài này.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bongomin F, Gago S, Oladele RO, Denning DW.** Global and Multi-National Prevalence of Fungal Diseases—Estimate Precision. *Journal of Fungi*. 2017;3(4):57. doi:10.3390/jof3040057
- Rayens E, Norris KA.** Prevalence and Healthcare Burden of Fungal Infections in the United States, 2018. *Open Forum Infectious Diseases*. 2022;9(1):ofab593. doi:10.1093/ofid/ofab593
- Petrucelli MF, de Abreu MH, Cantelli BAM, et al.** Epidemiology and Diagnostic Perspectives of Dermatophytoses. *J Fungi (Basel)*. 2020;6(4):310. doi:10.3390/jof6040310
- Lim SS, Ohn J, Mun JH.** Diagnosis of Onychomycosis: From Conventional Techniques and Dermoscopy to Artificial Intelligence. *Front Med (Lausanne)*. 2021;8:637216. doi:10.3389/fmed.2021.637216
- Hiên VT, Vân TC, Sáu NH.** Đặc điểm tổn thương nấm móng qua phân tích bằng Dermosope. *YHCB*. 2024;65(2). doi:10.52163/yhc.v65i2.918
- Litaïem N, Mnif E, Zeglaoui F.** Dermoscopy of Onychomycosis: A Systematic Review. *Dermatol Pract Concept*. 2023;13(1):e2023072. doi:10.5826/dpc.1301a72
- Gupta AK, Hall DC, Cooper EA, Ghannoum MA.** Diagnosing Onychomycosis: What's New? *J Fungi (Basel)*. 2022;8(5): 464. doi:10.3390/jof8050464
- Wang H, Xu X, Lj X, Xi P, Ren Q.** Systematic Design of a Cross-Polarized Dermoscope for Visual Inspection and Digital Imaging. *IEEE Instrumentation & Measurement Magazine*. 2011; 14:26-31. doi:10.1109/MIM.2011.6086897

## PHẦN II: CÁC CHUYÊN NGÀNH KHÁC

## ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH HẸP TẮC ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TRÊN MÁY CẮT LỚP VI TÍNH 128 DÂY

Lê Mỹ Hạnh<sup>1</sup>, Trần Anh Tuấn<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm hình ảnh của hẹp tắc động mạch (ĐM) chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ) trên máy cắt lớp vi tính (CLVT) 128 dãy. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang trên 43 bệnh nhân (BN) ĐTĐ được chụp CLVT động mạch chi dưới trên máy CLVT 128 dãy tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2024 đến tháng 7/2025. **Kết quả:** tuổi trung bình 70,7±8,8 tuổi, ưu thế nhóm 51-70 tuổi (51,2), không có bệnh nhân <50 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ = 4,4/1. Vô hóa lan tỏa và đa tầng ở cả ba tầng động mạch. Vô hóa mức độ nặng chiếm tỷ lệ cao nhất, chiếm 48,1%. Động mạch chậu chung, đùi nông, động mạch chày trước có tỷ lệ vô hóa rất nặng cao nhất trong từng tầng động mạch tương ứng. Vô hóa dạng nốt gặp nhiều nhất ở cả ba tầng động mạch với tỷ lệ lần lượt là 97,7% ở tầng chủ - chậu, 95,4% ở tầng đùi - khoeo, 83,7% ở tầng dưới gối. Vô hóa dạng viền là dạng ít gặp nhất với tỷ lệ ở các tầng chủ - chậu, đùi - khoeo, dưới gối lần lượt là 11,6%, 14% và 9,3%. Xơ vữa mềm chiếm tỷ lệ cao, 74,4% ở tầng chủ - chậu, 83,7% ở tầng đùi - khoeo và 74,4% ở tầng dưới gối. Hẹp - tắc mạch gặp nhiều nhất ở tầng dưới gối. 67,4% bệnh nhân có tắc tầng dưới gối phải, 79,1% có tắc tầng dưới gối bên trái. Tầng chủ - chậu có hẹp mức độ nhẹ đến bình bình chiếm ưu thế (65,1% ở cả hai bên). Với tầng đùi - khoeo và dưới gối, hẹp mức độ rất nặng chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai bên, đặc biệt là bên trái với tỷ lệ 52,5% ở tầng đùi - khoeo và 76,8% ở tầng dưới gối.

**Từ khóa:** động mạch chi dưới, hẹp tắc động mạch, chụp động mạch chi dưới

## SUMMARY

## IMAGING CHARACTERISTICS OF LOWER LIMB ARTERIAL STENOSIS AND OCCLUSION IN DIABETIC PATIENTS ON 128-SLICE COMPUTED TOMOGRAPHY

**Objective:** To describe the imaging characteristics of lower limb arterial stenosis and occlusion in diabetic patients using 128-slice computed tomography (CT). **Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 43 diabetic patients who underwent lower limb CT angiography with a 128-slice CT scanner at Bach Mai Hospital between

November 2024 and July 2025. **Results:** The mean age was 70.7 ± 8.8 years, predominantly in the 51–70 age group (51.2%), with no patients younger than 50. The male-to-female ratio was 4.4:1. Diffuse and multi-segmental arterial calcification was observed across all three arterial levels. Severe calcification was the most frequent pattern (48.1%). The highest rates of very severe calcification in each arterial level were found in the common iliac, superficial femoral, and anterior tibial arteries, respectively. Nodular calcification was the most common morphology: 97.7% in the aorto-iliac, 95.4% in the femoro-popliteal, and 83.7% in the below-knee levels. Rim calcification was least frequent, observed in 11.6%, 14%, and 9.3% of the respective arterial levels. Soft atherosclerotic plaques were common, seen in 74.4% of the aorto-iliac, 83.7% of the femoro-popliteal, and 74.4% of the below-knee arteries. Stenosis and occlusion were most frequent in the below-knee arteries, with right-sided occlusion in 67.4% and left-sided occlusion in 79.1% of patients. Mild-to-moderate stenosis predominated in the aorto-iliac arteries (65.1% bilaterally), whereas very severe stenosis was most common in the femoro-popliteal and below-knee arteries, particularly on the left side (52.5% and 76.8%, respectively).

**Keywords:** lower limb arteries, arterial stenosis and occlusion, CT angiography of lower extremities

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một rối loạn chuyển hóa mạn tính đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết do thiếu insulin và/hoặc rối loạn sử dụng insulin, gây tổn thương nhiều cơ quan như thận, mắt, thần kinh, tim và hệ mạch ngoại biên. Trong đó, biến chứng mạch máu lớn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật, thường biểu hiện dưới dạng nhồi máu cơ tim, đột quỵ và bệnh động mạch ngoại biên (PAD).

Ở bệnh nhân đái tháo đường, tổn thương động mạch chi dưới thường lan tỏa, đa tầng và có mức độ vô hóa nặng, đặc biệt ở các động mạch dưới gối. Vô hóa thành mạch góp phần làm hẹp, tắc lòng mạch, đồng thời gây khó khăn cho can thiệp tái thông và đóng vai trò quan trọng trong việc lựa chọn phương pháp điều trị. Do đó, việc đánh giá sớm và chính xác đặc điểm tổn thương mạch máu ở nhóm bệnh nhân này có ý nghĩa lâm sàng quan trọng.

Trong các phương pháp chẩn đoán hình ảnh, chụp cắt lớp vi tính mạch máu (CTA) là kỹ thuật có giá trị, cho phép đánh giá chi tiết lòng mạch,

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Mỹ Hạnh

Email: hanh2431998@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 24.11.2025

thành mạch và mức độ vôi hóa. Đặc biệt, máy CLVT  $\geq 128$  dãy cung cấp hình ảnh chất lượng cao, giúp mô tả chính xác đặc điểm tổn thương động mạch.

Xuất phát từ ý nghĩa đó, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh vôi hóa và hẹp tắc ĐM chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường trên máy cắt lớp vi tính 128 dãy.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 43 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường, có bệnh án đầy đủ lưu trữ tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 11/2024 đến tháng 7/2025, được chụp CLVT động mạch chi dưới bằng máy CLVT 128 dãy và có chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) trong vòng 1 tháng.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Các trường hợp chụp CLVT ngoài thời gian nghiên cứu, không có kết quả CLVT hoặc DSA phù hợp, hoặc bệnh án thiếu dữ liệu cần thiết.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện

**2.3. Xử lý số liệu.** Số liệu được mã hóa và xử lý bằng phần mềm Stata 14.2

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm chung.** Tuổi trung bình  $70,7 \pm 8,8$ , nhỏ tuổi nhất là 55, lớn tuổi nhất là

89. Không có bệnh nhân  $< 50$  tuổi. Tỷ lệ hẹp tắc động mạch chi dưới gần tương đương giữa nhóm người trung niên (51-70) và nhóm người già (trên 70 tuổi), ưu thế hơn ở nhóm tuổi trung niên (51,2%). Tỷ lệ nam/nữ là 4,4/1.

### 3.2. Đặc điểm hình ảnh vôi hóa

**Bảng 1: Vị trí vôi hóa mạch máu ở bệnh nhân ĐTD**

Tầng ĐM	Đoạn mạch	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tầng chủ - chậu	Chậu chung	43	100
	Chậu trong	42	97,7
	Chậu ngoài	30	69,8
Tầng đùi - khoeo	Đùi chung	36	83,7
	Đùi nông	36	83,7
	Đùi sâu	21	48,8
	Khoeo	28	65,1
Tầng dưới gối	Chày trước	37	86,1
	Mu chân	35	81,4
	Chày sau	32	74,4

**Nhận xét:** Tỷ lệ vôi hóa động mạch chậu chung, động mạch chậu trong và động mạch chậu ngoài lần lượt là 100%, 97,7% và 69,8%. Ở tầng đùi khoeo, tỷ lệ vôi hóa ở động mạch đùi chung, động mạch đùi nông là 83,7%, động mạch khoeo là 65,1%. Vôi hóa ít gặp hơn ở động mạch đùi sâu với tỷ lệ 48,8%. Tỷ lệ vôi hóa động mạch chày trước, động mạch mu chân, động mạch chày sau lần lượt là 86,1%, 81,4% và 74,4%.

**Bảng 2: Mức độ vôi hóa các tầng động mạch chi dưới**

Tầng ĐM	Đoạn mạch	Mức độ hẹp							
		Nhẹ		Vừa		Nặng		Rất nặng	
		BN	Tỷ lệ	BN	Tỷ lệ	BN	Tỷ lệ	BN	Tỷ lệ
ĐM chủ chậu	ĐM chậu chung	11	25,6	13	30,2	14	32,6	5	11,6
	ĐM chậu trong	15	34,8	12	27,9	14	32,6	2	4,7
	ĐM chậu ngoài	26	60,4	11	25,6	6	14,0	0	0
ĐM đùi khoeo	ĐM đùi chung	27	62,8	11	25,6	5	11,6	0	0
	ĐM đùi nông	18	41,8	14	32,6	6	14,0	5	11,6
	ĐM đùi sâu	33	76,7	5	11,6	3	7,0	2	4,7
ĐM mu chân	ĐM khoeo	32	74,4	9	21,0	1	2,3	1	2,3
	ĐM chày trước	10	23,3	7	16,3	13	30,2	13	30,2
	ĐM mu chân	16	37,2	17	39,5	8	18,6	2	4,7
	ĐM chày sau	18	41,8	7	16,3	10	23,3	8	18,6

**Nhận xét:** Ở tầng chủ - chậu, vôi hóa mức độ vừa và nặng chiếm ưu thế tại ĐM chậu chung và chậu trong (30,2% và 32,6%). Ở tầng đùi - khoeo, ĐM đùi nông có tỷ lệ vôi hóa rất nặng cao nhất (11,6%). Ở tầng dưới gối, ĐM chày trước có tỷ lệ vôi hóa nặng và rất nặng cao nhất (30,2%).



**Hình 1: Vôi hóa mức độ rất nặng ĐM chậu ngoài và vôi hóa mức độ nặng ĐM đùi nông (mũi tên trắng)**

(Bệnh nhân Nguyễn Văn B. Mã BN 0002617372)

**Bảng 3: Dạng vôi hóa thành mạch máu**

Tầng ĐM	Dạng vôi hóa	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tầng chủ	Nốt	42	97,7

- chậu	Cung nhỏ	36	83,7
	Cung lớn	25	58,1
	Viền	5	11,6
Tầng đùi - khoeo	Nốt	41	95,4
	Cung nhỏ	25	58,1
	Cung lớn	14	32,6
Tầng dưới gối	Viền	6	14,0
	Nốt	36	83,7
	Cung nhỏ	21	48,8
	Cung lớn	4	9,3
	Viền	4	9,3

**Nhận xét:** Ở tầng chủ - chậu, vôi hóa dạng nốt chiếm ưu thế (97,7%), dạng viền ít gặp nhất (11,6%). Tại tầng đùi - khoeo, dạng nốt cũng chiếm tỷ lệ cao nhất (95,4%). Ở tầng dưới gối, cung lớn và viền đều hiếm gặp (9,3%).



**Hình 2: Vôi hóa dạng nốt ĐM chậu ngoài trái và vôi hóa dạng cung nhỏ ĐM chậu ngoài bên phải**

(BN Nguyễn Thọ V. Mã BN 0002324668)



**Hình 3: Vôi hóa dạng cung lớn và vôi hóa dạng viền**

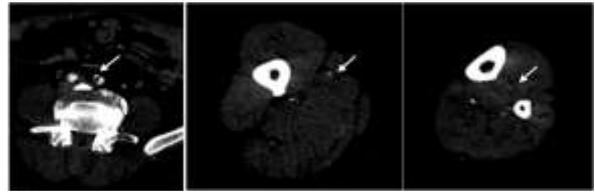
(Bệnh nhân Nguyễn Xuân T. Mã BN 0002795885)

**3.3. Đánh giá xơ vữa mềm ở bệnh nhân ĐTD**

**Bảng 4: Đánh giá xơ vữa mềm ở BN ĐTD**

Tầng ĐM	Xơ vữa mềm	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Chủ - chậu	Có	32	74,4
	Không	11	25,6
Tầng đùi - khoeo	Có	36	83,7
	Không	7	16,3
Tầng dưới gối	Có	32	74,4
	Không	11	25,6

**Nhận xét:** Xơ vữa mềm có ở 74,4% động mạch tầng chủ chậu. Tầng đùi - khoeo có tỉ lệ xơ vữa mềm nhiều hơn với 83,7%. 74,4% các trường hợp có xơ vữa mềm tầng dưới gối.



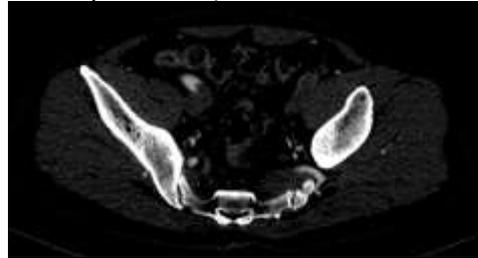
**Hình 4: Xơ vữa mềm ĐM chậu chung, chày trước trái và đùi nông phải**

(Bệnh nhân Đoàn Văn G. mã BN 0002662779)

**Bảng 5: Phân bố vị trí có hẹp và tắc ĐM chi dưới ở BN ĐTD**

Tầng ĐM	Bên	Số BN hẹp ĐM	Tỉ lệ (%)	Số BN tắc ĐM	Tỉ lệ (%)
Tầng chủ - chậu	Bên phải	30	69,8	7	16,3
	Bên trái	30	69,8	10	23,3
Tầng đùi - khoeo	Bên phải	36	83,7	13	30,2
	Bên trái	33	76,7	13	30,2
Tầng dưới gối	Bên phải	39	90,7	29	67,4
	Bên trái	37	86,1	34	79,1

**Nhận xét:** Ở tầng chủ - chậu, hẹp ĐM cân đối hai bên (69,8%). Ở tầng đùi - khoeo, hẹp bên phải chiếm 83,7%, cao hơn bên trái. Ở tầng dưới gối, hẹp bên phải chiếm 90,7%, trong khi bên trái là 86,1%. Về tắc mạch, tầng chủ - chậu ghi nhận 18,6% bên phải và 25,6% bên trái; tầng đùi - khoeo tắc mạch tương đương hai bên với 30,2%. Ở tầng dưới gối, tắc mạch chiếm 67,4% bên phải và 79,1% bên trái.



**Hình 5: Tắc hoàn toàn ĐM đùi ngoài trái**

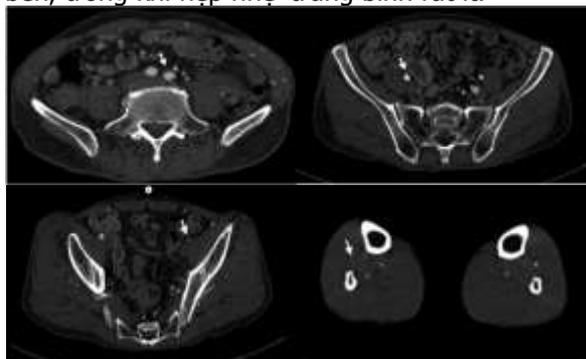
(BN Nguyễn Văn H. Mã BN 0002403311)

**Bảng 6: Mức độ hẹp ĐM chi dưới ở BN ĐTD**

Tầng ĐM	Bên	Mức độ hẹp	Số BN	Tỉ lệ (%)
Tầng chủ - chậu	Bên phải	Nhẹ	20	46,5
		TB	8	18,6
		Nặng	5	11,6
	Bên trái	Rất nặng	10	23,3
		Nhẹ	22	51,1
		TB	6	14,0
Tầng đùi - khoeo	Bên phải	Nặng	5	11,6
		Rất nặng	10	23,3
		Nhẹ	8	18,6
	Bên trái	TB	6	14,0
		Nặng	9	20,9
		Rất nặng	20	46,5
Tầng dưới gối	Bên phải	Nhẹ	12	27,9
	Bên trái	Vừa	3	7,0

<b>Tầng dưới gối</b>	Bên phải	Nặng	5	11,6
		Rất nặng	23	53,5
		Nhẹ	7	16,3
		TB	1	2,3
	Bên trái	Nặng	5	11,6
		Rất nặng	30	69,8
		Nhẹ	5	11,6
		TB	1	2,3
		Nặng	4	9,3
		Rất nặng	33	76,8

**Nhận xét:** Ở tầng chủ - chậu, hẹp chủ yếu mức độ nhẹ-trung bình (phải: 46,5% nhẹ, 18,6% trung bình; trái: 51,1% nhẹ, 14% trung bình), hẹp rất nặng tương đương hai bên (23,3%). Ở tầng đùi - khoeo, hẹp rất nặng chiếm ưu thế, đặc biệt bên trái 52,5%, cao hơn rõ rệt so với tầng chủ - chậu; hẹp trung bình chỉ 14% (phải) và 7% (trái). Ở tầng dưới gối, hẹp rất nặng chiếm tỉ lệ cao nhất (trái 76,8%, phải 69,8%), tổn thương nặng-rất nặng >80% hai bên, trong khi hẹp nhẹ-trung bình rất ít.



**Hình 6: Hẹp ĐM ở các mức độ nhẹ, vừa, nặng và rất nặng, ở tầng chủ - chậu và tầng dưới gối**

(BN Nguyễn Kim H. Mã BN 0002353504)

## IV. BÀN LUẬN

### 4.1. Đặc điểm chung

- Tuổi: Nghiên cứu cho thấy toàn bộ 43 bệnh nhân đều trên 50 tuổi, chủ yếu ở nhóm 51-70 tuổi (51,2%) và trên 70 tuổi (48,8%), với tuổi trung bình  $70,7 \pm 8,8$ ; không có trường hợp nào dưới 50 tuổi. Kết quả này phù hợp với dịch tễ học khi PAD hiếm gặp trước 60 tuổi và có thể ảnh hưởng ~20% người  $\geq 80$  tuổi, gánh nặng cao nhất ở nhóm 70-74 tuổi [3]. Nhìn chung, các nghiên cứu đều cho thấy PAD ở bệnh nhân ĐTD tập trung chủ yếu ở lứa tuổi trên 50, phù hợp với đặc điểm tiến triển mạn tính của bệnh.

- Giới tính: Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam giới chiếm 81,4% và nữ 18,6% (tỉ lệ nam/nữ  $\approx 4,4/1$ ), cho thấy nam giới chiếm ưu thế trong nhóm bệnh nhân ĐTD có hẹp/tắc động

mạch chi dưới. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trong nước của Nông Thùy Linh và Vũ Bích Nga ghi nhận 3,4/1 [1]. Nguyên nhân có thể liên quan đến yếu tố nguy cơ hút thuốc, khi tỉ lệ hút thuốc ở nam giới Việt Nam là 42,3% so với 1,7% ở nữ (WHO).

### 4.2. Đặc điểm hình ảnh vôi hóa

#### 4.2.1. Vị trí vôi hóa mạch máu ở BN ĐTD

Nghiên cứu của Trần Minh Hoàng (2023) ghi nhận vôi hóa động mạch chi dưới ở nhiều tầng, cao nhất tại tầng chủ - chậu (86,3%), tiếp theo đùi - khoeo (77,3%) và dưới gối (70,1%) [2]. Bourron (2014) trên 198 bệnh nhân ĐTD typ 2 cho thấy vôi hóa dưới gối liên quan đến tuổi, giới nam, tiền sử tim mạch và là vị trí trọng điểm của vôi hóa [7]. Kết quả của chúng tôi trên 43 bệnh nhân cũng cho thấy vôi hóa lan tỏa, rất cao ở tầng chủ - chậu (100% chậu chung, 97,7% chậu trong), đồng thời gặp nhiều ở đùi - khoeo (đùi chung và đùi nông 83,7%) và dưới gối (chày trước 86,1%, mu chân 81,4%, chày sau 74,4%). Kết quả này tương đồng với Trần Minh Hoàng khi vôi hóa tập trung chủ yếu ở tầng chủ - chậu, nhưng khác với Bourron do khác biệt về quần thể nghiên cứu và tiêu chuẩn chọn mẫu, khi nghiên cứu của chúng tôi chọn bệnh nhân có hẹp/tắc nặng được chụp hoặc can thiệp DSA.

#### 4.2.2. Mức độ vôi hóa mạch máu ở BN ĐTD

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy vôi hóa động mạch chi dưới mức độ nặng và rất nặng chiếm tỉ lệ cao (48,8% và 7,0%), trong khi mức độ ít chỉ 27,9%. Ở tầng chủ - chậu, vôi hóa vừa và nặng chiếm ưu thế (30,2% và 32,6%); ở tầng đùi - khoeo, động mạch đùi nông có tỉ lệ vôi hóa rất nặng cao nhất (11,6%); ở tầng dưới gối, động mạch chày trước thường gặp vôi hóa nặng và rất nặng (30,2%). Kết quả này khẳng định gánh nặng vôi hóa lớn và lan tỏa, làm giảm đàn hồi thành mạch và gia tăng nguy cơ tắc nghẽn, phù hợp với nghiên cứu của Trần Minh Hoàng (78,3% đoạn mạch có vôi hóa) [2]. Các nghiên cứu khác cũng nhấn mạnh vai trò tiên lượng của vôi hóa: Lee S (2024) xác định ngưỡng điểm vôi hóa dưới gối 188 Agatston liên quan thiếu máu chi mạn tính [4]; Yue Dong (2023) cho thấy vôi hóa ở bệnh nhân ĐTD liên quan tử vong cao và kết quả can thiệp nội mạch kém [6]. Do đó, cần đánh giá kỹ mức độ vôi hóa trên CLVT để tiên lượng và định hướng điều trị.

#### 4.2.3. Dạng vôi hóa thành mạch ở BN ĐTD

Trong nghiên cứu trên 43 bệnh nhân, vôi hóa dạng nốt chiếm ưu thế ở cả ba tầng (97,7% chủ - chậu, 95,4% đùi - khoeo, 83,7% dưới gối), trong khi cung lớn và cung nhỏ giảm dần từ đoạn gần đến xa (58,1%  $\rightarrow$  32,6%  $\rightarrow$  9,3%).

Vôi hóa dạng viền ít gặp (9,3–14%), gợi ý đa số là vôi hóa nội mạc hơn là vôi hóa áo giữa. Vôi hóa viền ở tầng đùi – khoeo liên quan kết quả can thiệp kém, song trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ này thấp (14%). So với một số nghiên cứu khác ghi nhận vôi hóa viền phổ biến hơn sự khác biệt có thể do cỡ mẫu và tiêu chuẩn chọn bệnh nhân. Các tổng quan gần đây nhấn mạnh vôi hóa viền lớp áo giữa làm tiên lượng bệnh xấu hơn, do đó cần lưu ý khi đánh giá trên CLVT để định hướng điều trị phù hợp.

### 4.3. Đặc điểm hình ảnh hẹp tắc ĐM chi dưới

#### 4.3.1. Đánh giá xơ vữa mềm ở BN ĐTD.

Trong 43 BN nghiên cứu, xơ vữa mềm xuất hiện phổ biến ở cả ba tầng mạch, cao nhất ở đùi – khoeo (83,7%), trong khi chủ - chậu và dưới gối đều 74,4%, cho thấy tổn thương lan tỏa, không chỉ khu trú ở đoạn xa. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu trong nước của Trần Minh Hoàng về tổn thương đa tầng [2], cũng như các nghiên cứu quốc tế. Ci He và cs. ghi nhận mảng xơ vữa, đặc biệt là xơ vữa mềm/hỗn hợp, gặp nhiều hơn ở bệnh nhân ĐTD và ưu thế ở đoạn xa [5], phù hợp với tỉ lệ 74,4% xơ vữa mềm dưới gối trong nghiên cứu của chúng tôi. Sự khác biệt về tầng ưu thế (đùi – khoeo so với dưới gối) có thể liên quan khác biệt đối tượng và phương pháp nghiên cứu.

**4.3.2. Đánh giá phân bố vị trí hẹp tắc ĐM ở BN ĐTD.** Nghiên cứu của Trần Minh Hoàng (2023) cho thấy tổn thương hẹp tắc ĐM ở bệnh nhân ĐTD thường lan tỏa, nhiều tầng, trong đó dưới gối chiếm tỉ lệ cao nhất với 19,8% ở ĐM chày trước và 18,7% ở chày sau [2]. Kết quả của chúng tôi trên 43 bệnh nhân cũng cho thấy tầng dưới gối là nghiêm trọng nhất, với hẹp động mạch 90,7% (phải) và 86,1% (trái), tắc mạch 67,4% (phải) và 79,1% (trái). Tầng đùi – khoeo có tỉ lệ hẹp 83,7% (phải) và 76,7% (trái), tắc mạch cân bằng hai bên (30,2%). Ở tầng chủ - chậu, hẹp động mạch chiếm 69,8%, tắc mạch thấp hơn (16,3% phải, 23,3% trái). Các kết quả trên khẳng định hẹp tắc động mạch ở bệnh nhân ĐTD lan tỏa nhiều tầng, nhưng nghiêm trọng nhất ở dưới gối do khẩu kính nhỏ, dễ bị bít tắc bởi mảng xơ vữa. Điều này phù hợp với nhận định của Alnima và cs., nhấn mạnh cần đánh giá kỹ tầng dưới gối khi bệnh nhân ĐTD có loét hoặc thiếu máu chi [8].

**4.3.3. Đánh giá mức độ hẹp tắc ĐM ở BN ĐTD.** Nghiên cứu trên 43 bệnh nhân cho thấy mức độ hẹp động mạch chi dưới tăng dần từ đoạn gần đến đoạn xa. Ở tầng chủ - chậu, hẹp nặng và rất nặng chiếm 34,9%; ở tầng đùi – khoeo, hẹp rất nặng chiếm ưu thế (46,5% bên

phải, 53,5% bên trái) với tổng tỉ lệ nặng–rất nặng trên 60%; tại tầng dưới gối, hẹp rất nặng vượt trội (69,8% bên phải, 76,8% bên trái), với tổng nặng–rất nặng >80%. Kết quả này tương đồng với Trần Minh Hoàng (2023) [2] và Ci He [5], đều khẳng định tổn thương đa tầng, nặng nhất ở đoạn xa, đặc biệt dưới gối. Tỉ lệ hẹp nặng cao trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do cỡ mẫu nhỏ và chọn lọc bệnh nhân có chỉ định chụp CLVT và DSA. Như vậy, cần đặc biệt chú ý đánh giá tưới máu cẳng – bàn chân ở bệnh nhân ĐTD, kết hợp siêu âm Doppler và CLVT khi chỉ số ABI không chính xác do vôi hóa, nhằm lập chiến lược tái thông kịp thời, giảm nguy cơ hoại tử và cắt cụt chi.

## V. KẾT LUẬN

- Đặc điểm chung: Tuổi trung bình 70,7±8,8 tuổi, ưu thế nhóm 51-70 tuổi (51,2), không có bệnh nhân <50 tuổi. Tỉ lệ nam/nữ = 4,4/1.

- Vôi hóa ĐM chi dưới có tính chất lan tỏa, đa tầng, mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao nhất (48,1%). Vôi hóa dạng nốt là hình thái thường gặp nhất ở cả ba tầng mạch, trong khi vôi hóa dạng viền ít gặp nhất.

- Tổn thương hẹp – tắc ĐM cũng xuất hiện đa tầng, trong đó tầng dưới gối là vị trí nặng nhất với tỉ lệ tắc cao (67,4% bên phải và 79,1% bên trái). Ở tầng chủ - chậu, hẹp chủ yếu mức độ nhẹ – trung bình; ngược lại, tầng đùi – khoeo và dưới gối thường có hẹp rất nặng, đặc biệt bên trái (52,5% và 76,8%).

## VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần chú trọng tầm soát và đánh giá sớm bệnh mạch máu chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường, đặc biệt ở người cao tuổi và nam giới.

Nên áp dụng CLVT ≥128 thường quy trong đánh giá hẹp – tắc động mạch chi dưới do có khả năng mô tả chi tiết hình thái và mức độ vôi hóa và hẹp lòng mạch.

Tầng ĐM dưới gối cần được quan tâm đặc biệt trong chẩn đoán và điều trị, vì đây là vị trí có tổn thương nặng nhất, nguy cơ cao dẫn tới thiếu máu chi trầm trọng và cắt cụt chi.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nông Thùy Linh và Vũ Bích Nga** (2021), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2", Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology, (46), tr. 123-128, doi: 10.47122/vjde.2021.46.12.
2. **Trần Minh Hoàng, Nguyễn Thị Phương Loan và Nguyễn Thị Thùy Tiên** (2023), "Nghiên cứu đặc điểm hình ảnh của chụp cắt lớp vi tính trong hẹp tắc động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường", Tạp chí Y học Việt Nam, 529(1B), doi: 10.51298/vmj.v529i1B.6380.

- X. Qiu, B. Hu, J. Ke và các cộng sự.** (2025), "Global, regional, and national trends in peripheral arterial disease among older adults: findings from the global burden of disease study 2021", *Aging Clin Exp Res*, 37(1), tr. 150, doi: 10.1007/s40520-025-03037-0.
- S. Lee, M. Tanaka, S. Patel và các cộng sự.** (2024), "Clinical Utility of Infrapopliteal Calcium Score for the Evaluation of Severity of Peripheral Artery Disease", *J Vasc Interv Radiol*, 35(3), tr. 370-376.e2, doi: 10.1016/j.jvir.2023.11.023.
- C. He, J. G. Yang, Y. M. Li và các cộng sự.** (2014), "Comparison of lower extremity atherosclerosis in diabetic and non-diabetic patients using multidetector computed tomography", *BMC Cardiovasc Disord*, 14, tr. 125, doi: 10.1186/1471-2261-14-125.
- Y. Dong, Y. Liu, P. Cheng và các cộng sự.** (2023), "Lower limb arterial calcification and its clinical relevance with peripheral arterial disease", *Front Cardiovasc Med*, 10, tr. 1271100, doi: 10.3389/fcvm.2023.1271100.
- O. Bourron, C. E. Aubert, S. Liabeuf và các cộng sự.** (2014), "Below-knee arterial calcification in type 2 diabetes: association with receptor activator of nuclear factor  $\kappa$ B ligand, osteoprotegerin, and neuropathy", *J Clin Endocrinol Metab*, 99(11), tr. 4250-8, doi: 10.1210/jc.2014-1047.
- T. Alnima, R. I. Meijer, H. M. H. Spronk và các cộng sự.** (2023), "Diabetes- versus smoking-related thrombo-inflammation in peripheral artery disease", *Cardiovasc Diabetol*, 22(1), tr. 257, doi: 10.1186/s12933-023-01990-6.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN XƠ GAN RƯỢU CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TẠI TRUNG TÂM TIÊU HÓA - GAN MẬT, BỆNH VIỆN BẠCH MAI NĂM 2024-2025

Nguyễn Công Long<sup>1,3</sup>, Nguyễn Thị Nhã<sup>2,4</sup>, Bùi Phương Thảo<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân xơ gan rượu có đái tháo đường. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang gồm 68 bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan rượu có đái tháo đường từ tháng 8/2024 đến tháng 5/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình 57,13 ± 8,05, 100% là nam giới, có tiền sử uống rượu trên 20 năm, 50% bệnh nhân có điểm AUDIT > 20 điểm. Triệu chứng lâm sàng suy chức năng gan bao gồm mệt mỏi, chán ăn (66,1%); vàng da (45,6%); nôn, đại tiện phân máu (38,2%), cổ trướng (57,4%), thiếu máu (55,8%). Đa số bệnh nhân có chỉ số hemoglobin, tiểu cầu, prothrombin giảm. Tại thời điểm nhập viện, 55,9% người bệnh có đường máu  $\geq 11,1$ mmol/l, chỉ có 1 bệnh nhân đường máu < 3,9mmol/l. Giá trị trung bình các enzym của gan xu hướng tăng: ALT: 81,52 ± 170,39 U/l, AST: 132,4 ± 189,19U/l, GGT: 471,54 ± 427,07U/l. Hình ảnh nội soi đa phần giãn tĩnh mạch thực quản, trong đó giãn độ III chiếm 58,8%. Về các biến chứng xơ gan, phổ biến nhất là cổ trướng 70,6%, xuất huyết tiêu hóa 38,2%; hội chứng não gan 19,1%; hội chứng gan thận 4,4%, và nhiễm trùng dịch cổ trướng 3,0%. **Kết luận:** Người bệnh xơ gan rượu có đái tháo đường đa phần nhập viện vì có tăng đường huyết hoặc hạ đường huyết đi kèm các biến

chứng của xơ gan. **Từ khóa:** xơ gan rượu, đái tháo đường, hạ đường huyết.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND LABORATORY FINDINGS IN PATIENTS WITH ALCOHOLIC CIRRHOSIS AND DIABETES MELLITUS AT GASTROENTEROLOGY AND HEPATOLOGY CENTER, BACH MAI HOSPITAL, 2024–2025

**Objective:** To investigate the clinical and subclinical characteristics of patients with alcoholic cirrhosis and diabetes. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study of 68 patients diagnosed with alcoholic cirrhosis and diabetes from August 2024 to May 2025. **Results:** The average age was 57.13±8.05, and 100% were male. They had a history of alcohol use for over 20 years, and 50% of patients had an AUDIT score > 20 points. Clinical symptoms of liver dysfunction included fatigue, loss of appetite (66.1%); jaundice (45.6%); vomiting, bloody stools (38.2%), ascites (57.4%), and anemia (55.8%). The majority of patients had reduced hemoglobin, platelets, and prothrombin levels. At the time of admission, 55.9% of patients had a blood glucose level  $\geq 11.1$  mmol/L, while only 1 patient had a blood glucose level < 3.9 mmol/L. The average values of liver enzymes tended to increase: ALT: 81.52±170.39 U/L, AST: 132.4±189.19 U/L, GGT: 471.54±427.07 U/L. Endoscopy images showed mostly esophageal varices, with grade III varices accounting for 58.8%. Regarding complications of cirrhosis, the most common were ascites (70.6%), gastrointestinal bleeding (38.2%); hepatic encephalopathy (19.1%); hepatorenal syndrome (4.4%), and spontaneous bacterial peritonitis (3.0%). **Conclusion:** Patients with alcoholic cirrhosis and diabetes were mostly hospitalized for hyperglycemia or hypoglycemia

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>4</sup>Bệnh viện Đa khoa Hoà Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Nhã

Email: nguyennhatb1992@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

accompanied by complications of cirrhosis. **Keywords:** alcoholic cirrhosis, diabetes, hypoglycemia.

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Xơ gan là bệnh lý nội khoa phổ biến trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Bên cạnh nguyên nhân hàng đầu là lạm dụng rượu, các nghiên cứu gần đây cho thấy có mối liên quan giữa xơ gan và hội chứng chuyển hóa, trong đó có rối loạn chuyển hóa glucose. Một số tác giả cho rằng, rượu và đái tháo đường có tác động tương hỗ lẫn nhau, làm trầm trọng thêm bệnh cảnh xơ gan. Nghiên cứu của Kumar và cộng sự (2018) đã chứng minh được có tới 27,6-71,1% người bệnh xơ gan rượu được phát hiện bệnh lý đái tháo đường đi kèm.<sup>1</sup> Một trong cơ chế chính gây nên tình trạng rối loạn dung nạp đường cũng như đái tháo đường là kháng insulin. Theo Carr và cộng sự, ngoài các yếu tố gây nên tình trạng kháng insulin ở bệnh nhân xơ gan nói chung, ở bệnh nhân xơ gan rượu còn có cơ chế gây kháng insulin của rượu.<sup>2</sup> Đái tháo đường xuất hiện ở bệnh nhân xơ gan rượu làm nặng các biến chứng của xơ gan, đồng thời, tần suất xuất hiện các biến chứng của bệnh đái tháo đường như hạ đường huyết có xu hướng tăng lên, đặt ra thách thức lớn trong việc quản lý người bệnh. Hiện nay nghiên cứu đặc điểm bệnh cũng như đường máu trên bệnh nhân xơ gan rượu có ĐTĐ còn ít, chính vì thế chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xét nghiệm nồng độ Glucose máu ở bệnh nhân xơ gan rượu có đái tháo đường.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu thực hiện trên 68 người bệnh xơ gan rượu điều trị tại Trung tâm Tiêu hóa-Gan mật, Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 8/2024 đến tháng 5/2025.

**Tiêu chuẩn chẩn đoán:**

- Chẩn đoán bệnh gan do rượu theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Gan mật châu Âu – EASL (2018)<sup>3</sup>: Tiền sử lạm dụng rượu ở mức có hại: Điểm AUDIT ở nam > 8 điểm, nữ > 4 điểm, lượng rượu sử dụng ở nam > 30g cồn/ngày, nữ > 20g cồn/ngày. Có bằng chứng lâm sàng và/hoặc cận lâm sàng của tổn thương gan. Loại trừ các nguyên nhân thường gặp của bệnh gan mạn tính ở Việt Nam (viêm gan virus B, viêm gan virus C).

- Chẩn đoán xơ gan khi có biểu hiện hội chứng suy tế bào gan và hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa.

- Chẩn đoán đái tháo đường được đưa ra nếu một bệnh nhân đã được chẩn đoán là ĐTĐ trước đó, hoặc nếu đường huyết lúc đói là ≥7.0 mmol/l trong 2 ngày khác nhau, hoặc đường máu bất kì

≥ 11.1 mmol/l kèm triệu chứng lâm sàng tăng đường máu hoặc nếu mức hba1c ≥ 6,5%<sup>4</sup>.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- Bệnh nhân được chẩn đoán xơ gan rượu
- Được chẩn đoán đái tháo đường
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin
- Đồng ý tham gia nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân xơ gan ung thư hóa hoặc nghi ngờ ung thư, bệnh nhân xơ gan hôn mê nghi ngờ do nguyên nhân khác (tai biến mạch não, ngộ độc), có bệnh lý nặng, xơ gan mất bù kèm theo như viêm tụy cấp, nhiễm toan ceton, tăng áp lực thẩm thấu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang
- Cỡ mẫu: Cách chọn mẫu thuận tiện, thực tế có 68 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn nghiên cứu.

**Các bước tiến hành nghiên cứu:**

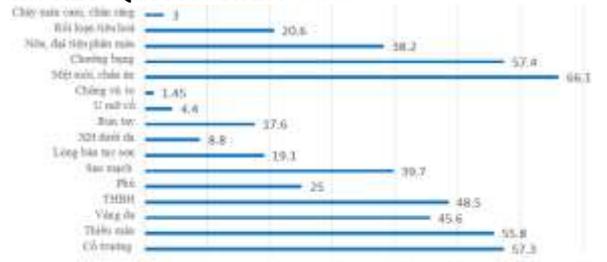
- Tất cả bệnh nhân chọn vào nghiên cứu được khai thác kỹ tiền sử bệnh (tiền sử xơ gan, đái tháo đường, thuốc dùng,...), khám lâm sàng: khám phát hiện các triệu chứng xơ gan, đái tháo đường, các biến chứng xơ gan.

- Bệnh nhân được thực hiện các xét nghiệm cần thiết (công thức máu, sinh hóa máu, đông máu cơ bản, HbA1C, Tổng phân tích nước tiểu, và xét nghiệm đường máu lúc vào, đường máu mao mạch: lúc đói, sau ăn 2 giờ trong 24 giờ đầu nhập viện, theo dõi đường máu trước các bữa ăn, 21 giờ, và 2 giờ/ 1 lần với bệnh nhân nặng rối loạn ý thức, hoặc khi có biểu hiện hạ đường máu.

**2.3. Xử lý số liệu.** Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo phương pháp thống kê y học trên máy tính theo chương trình SPSS 20.0. Sử dụng các test thống kê y học. Giá trị p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Đề tài được thông qua bởi hội đồng đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội. Các đối tượng và/hoặc gia đình đối tượng nghiên cứu (trong trường hợp bệnh nhân có hội chứng não gan) được giải thích rõ về nghiên cứu, lợi ích, trách nhiệm tham gia nghiên cứu.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**



**Biểu đồ 3.1.** Phân bố triệu chứng lâm sàng của

*bệnh nhân xơ gan rượu có đái tháo đường*

**Nhận xét:** Về triệu chứng cơ năng, đa số người bệnh có biểu hiện: mệt mỏi, chán ăn chiếm 66,1%; tiếp theo là chướng bụng 57,4%; nôn, đại tiện phân máu 38,2%; chỉ có 2 trường hợp chảy máu cam, chân răng 2,9%. Về triệu chứng thực thể, phổ biến nhất là cổ trướng: 57,3%; tiếp theo là thiếu máu: 55,8%; có 1 trường hợp chứng vú to, và 2 trường hợp u mỡ cổ: 4,4%.

**Bảng 3.1. Đặc điểm xét nghiệm huyết học của bệnh nhân xơ gan rượu có đái tháo đường**

	Chỉ số	n	%
<b>Hb (g/l)</b>	Giảm	60	88,2
	Bình thường	8	11,8
	X±SD (Min-Max)	102,7±21,93	(60-144)
<b>Tiểu cầu (G/l)</b>	Giảm	62	91,2
	Bình thường	6	8,8
	X±SD (Min-Max)	98,32±48,22	(25-245)
<b>PT (%)</b>	Giảm	53	77,9
	Bình thường	15	22,1
	X±SD (Min-Max)	56,43±19,49	(20,6-118)

**Nhận xét:** Đa số người bệnh có chỉ số hemoglobin giảm, tiểu cầu giảm và PT (%) giảm, chiếm tỉ lệ lần lượt là 88,2%; 91,2%; 77,9%.

**Bảng 3.2. Đặc điểm xét nghiệm sinh hóa của bệnh nhân xơ gan rượu có đái tháo đường**

	Chỉ số	n	%
<b>AST</b>	Tăng	58	85,3
	Bình thường	10	14,7
	X ± SD (Min- Max)	132,4±189,19	(17-1337)
<b>ALT</b>	Tăng	35	51,5
	Bình thường	33	48,5
	X ± SD (Min- Max)	81,52±170,39	(6-1364)
<b>GGT</b>	Tăng	65	95,6
	Bình thường	3	4,4
	X ± SD (Min- Max)	471,54±427,07	(23-1879)
<b>HbA1C</b>	Tăng	39	57,4
	Bình thường	29	42,6
	X ± SD (Min-Max)	6,68 ± 1,40	(4,2-13,7)
<b>Glucose</b>	≥11,1mmol/l	38	55,9
	3,9-<11,1mmol/l	29	42,6
	<3,9mmol/l	1	1,5
	X ± SD (Min- Max)	13,73±6,88	(3,1-33,3)

**Nhận xét:** Đa số người bệnh có chỉ số AST tăng, GGT tăng, HbA1C tăng chiếm tỉ lệ lần lượt là 85,3%, 95,6% và 57,4%.

**Bảng 3.3. Hình ảnh nội soi của bệnh nhân xơ gan rượu có đái tháo đường**

Đặc điểm hình ảnh nội soi	n	%	
<b>XHTH do TALTMC (có điểm chảy máu)</b>	20	29,4	
<b>Giãn tĩnh mạch thực quản</b>	Độ I	4	5,9
	Độ II	15	22,1
	Độ III	40	58,8
<b>Giãn TMTQ lan xuống DD</b>	GOV1	1	1,5
<b>Giãn TMTQ không liên tiếp với DD</b>	IGV1	13	19,1
<b>Tổn thương khác dạ dày (không do TALTMC)</b>	5	7,4	

**Nhận xét:** 29,4% người bệnh chảy máu do TALTMC trên nội soi. Hình ảnh nội soi dạ dày chủ yếu TALTMC; giãn TMTQ độ III chiếm 58,8%.

**Bảng 3.4. Đặc điểm biến chứng xơ gan của bệnh nhân xơ gan rượu có đái tháo đường**

Biến chứng	n	%
Hội chứng não gan	13	19,1
Nhiễm trùng dịch cổ trướng	2	3,0
Xuất huyết tiêu hóa	26	38,2
Hội chứng gan thận	3	4,4
Cổ trướng	48	70,6

**Nhận xét:** Biến chứng phổ biến nhất là cổ trướng 70,6%; tiếp theo là xuất huyết tiêu hóa là 38,2%; có 3 trường hợp hội chứng gan thận và 2 trường hợp nhiễm trùng dịch cổ trướng.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các triệu chứng lâm sàng hay gặp ở bệnh nhân: mệt mỏi, chán ăn: 66,1%; vàng da: 45,6%; nôn, đại tiện phân máu: 38,2%, cổ trướng: 57,4%, thiếu máu: 55,8% (Biểu đồ 3.1). Kết quả của chúng tôi tương đương với các nghiên cứu bệnh nhân xơ gan có đái tháo đường như Phạm Thị Thuý<sup>5</sup>. Bên cạnh đó cũng ghi nhận một số triệu chứng khá hiếm gặp: u mỡ: 4,4%, chứng vú to ở nam giới: 1,45%. Trên lâm sàng, bệnh nhân xơ gan do sử dụng rượu trong thời gian kéo dài kèm theo mức độ phụ thuộc rượu cao, vấn đề hội chứng cai khá phổ biến: run tay, rối loạn ý thức: nổi nhảm, hoang tưởng, triệu chứng toàn thân: mạch nhanh, huyết áp tăng. Hội chứng cai có thể có cả ở bệnh nhân có biến chứng não gan, nghiên cứu Ngô Thuý Dung tỷ lệ bệnh nhân mắc bệnh gan do rượu có hội chứng cai lên đến 41,9%<sup>6</sup>.

Hemoglobin trung bình: 102,7 ± 21,93; 88,2% hemoglobin giảm, kết quả xét nghiệm cho thấy tỷ lệ thiếu máu của đối tượng nghiên cứu cao hơn nhiều so với khám lâm sàng (Bảng 3.1). Số lượng tiểu cầu trung bình 98,32 ± 48,22; 91,2% bệnh nhân có lượng tiểu cầu giảm. Kết quả của chúng tôi tương đương với Phạm Thị Thuý<sup>5</sup> tỷ lệ thiếu máu trên bệnh nhân xơ gan

có đái tháo đường 83%. Tỷ lệ hemoglobin giảm của chúng tôi tương đương Behera và Bibhu Prasad tuy nhiên tỷ lệ giảm tiểu cầu lại cao hơn: 68,12%<sup>7</sup>. Thiếu máu trong bệnh lý xơ gan có nhiều nguyên nhân khác nhau: thiếu sắt, acid folic, vitamin, cường lách, đi kèm bệnh lý mạn tính đái tháo đường. Đặc điệt rượu được coi là chất gây ức chế quá trình tạo máu. Những bệnh nhân có thể thiếu hụt các acid folic, vitamin do kém hấp thu hay suy dinh dưỡng hoặc tác dụng độc hại trực tiếp tới quá trình tạo máu. Do đó người nghiện rượu nói chung có thể thiếu máu với nhiều mức độ: từ trung bình tới nặng, đặc trưng bởi hồng cầu to, bất thường về cấu trúc đi kèm với đó là tình trạng giảm tiểu cầu cao hơn so với bệnh nhân xơ gan thông thường. Tỷ lệ % prothrombin trung bình trong nghiên cứu  $56,43 \pm 19,49$  nhỏ hơn so với giá trị dưới, giá trị thấp nhất 20,6%, cao nhất 118%, đa phần đối tượng giảm: 77,9%, là một trong chỉ số đánh giá chức năng gan, kết quả của chúng tôi tương đồng với Ngô Thuỳ Dung<sup>6</sup>.

Về xét nghiệm đánh giá mức độ tổn thương tế bào gan thông qua các enzym gan, bảng 3.2 cho thấy giá trị AST trung bình  $132,4 \pm 189,19$  U/l; ALT trung bình  $81,52 \pm 170,39$  U/l; GGT trung bình:  $471,54 \pm 427,07$ U/l đa phần đều tăng so với giá trị bình thường. Kết quả của chúng tôi tương đương với Ngô Thuỳ Dung, tuy nhiên các giá trị trung bình chúng tôi nghiên cứu thấp hơn so với các giá trị nghiên cứu về xơ gan rượu của Phạm Thị Dung (2018): là  $233,81 \pm 494,65$  U/L và  $100,74 \pm 267,38$  U/L (AST/ALT >2); nồng độ GGT trung bình là  $526,29 \pm 571,28$  U/L<sup>8</sup>. Nồng độ AST tăng cao hơn ALT (~2 lần) và GGT tăng cao phù hợp với đặc điểm của bệnh gan mạn do rượu. Có sự khác biệt với nghiên cứu trước đó do các đối tượng xơ gan rượu trong nghiên cứu của chúng tôi, một số bệnh nhân đã ngưng sử dụng rượu trong một thời gian khi bệnh trở nặng. Giá trị HbA1C của nhóm đối tượng nghiên cứu trung bình  $6,68 \pm 1,40$ . Trên bệnh nhân xơ gan rượu có thiếu máu do nhiều nguyên nhân khác nhau, giá trị HbA1C tỏ ra kém chính xác, đặc biệt bệnh nhân XHTH được truyền máu. Đường máu trung bình lúc vào viện  $13,73 \pm 6,88$ ; giá trị  $\geq 11,1$ mmol/l: 55,9%; phần lớn bệnh nhân có đường máu bất kỳ cao.

Tình trạng tăng áp cửa ở bệnh nhân xơ gan trên nội soi thể hiện sự giãn các TMTQ tĩnh mạch dạ dày, hoặc bệnh dạ dày tăng áp điển hình. Kết quả ở bảng 3.3 chỉ ra 29,4% có tình trạng chảy máu do TALTMC, đa phần bệnh nhân có giãn TMTQ, giãn độ III nhiều nhất 58,5%, giãn TMTQ lan xuống dạ dày (giãn tĩnh mạch tâm vị) 1,5%

và 19,1% bệnh nhân có giãn tĩnh mạch phình vị. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng và phù hợp với y văn trước đó. Tăng áp lực tĩnh mạch cửa là hậu quả chính của viêm gan rượu và là nguyên nhân gây bệnh tật và tử vong liên quan đến gan. Rượu có thể trực tiếp gây tăng áp lực tĩnh mạch cửa thông qua nhiều cơ chế, bao gồm tăng lưu lượng máu vào tĩnh mạch cửa, tăng co mạch trong gan, viêm và những thay đổi trong mạch máu gan như xơ hóa quanh xoang và xơ cứng tĩnh mạch. Bên cạnh đó bằng chứng kết luận cho thấy ĐTĐ làm tăng nguy cơ xuất huyết giãn tĩnh mạch và dễ bị tái chảy máu giãn tĩnh mạch và diễn biến lâm sàng không ổn định, bao gồm tỷ lệ tử vong cao hơn<sup>9</sup>.

Các biến chứng xơ gan trong nghiên cứu của chúng tôi được trình bày ở bảng 3.5. Biến chứng phổ biến nhất là cổ trướng: 70,6%, XHTH do TALTMC: 38,2%; hội chứng não gan: 19,1%; hội chứng gan thận: 4,4%, nhiễm trùng dịch cổ trướng: 3,0%. Sự hiện diện của ĐTĐ và xơ gan ở cùng một bệnh nhân biểu hiện sự tổn thương bệnh lý kép đối với gan, tăng nguy cơ mắc biến chứng XHTH do TALTMC, bệnh não gan, nhiễm trùng với bất kể xơ gan do nguyên nhân gì<sup>2</sup>. Kết quả của chúng tôi tương đương nghiên cứu Nguyễn Thanh Nam<sup>10</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Người bệnh xơ gan rượu có đái tháo đường đa phần nhập viện vì có tăng đường huyết hoặc hạ đường huyết đi kèm các biến chứng của xơ gan.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Kumar R.** Hepatogenous Diabetes: An Underestimated Problem of Liver Cirrhosis. *Indian J Endocrinol Metab.* 2018;22(4):552-559. doi: 10.4103/ijem.IJEM\_79\_18
- Carr RM, Correnti J.** Insulin resistance in clinical and experimental alcoholic liver disease. *Annals of the New York Academy of Sciences.* 2015; 1353(1):1-20. doi:10.1111/nyas.12787
- Singal AK, Bataller R, Ahn J, Kamath PS, Shah VH.** ACG Clinical Guideline: Alcoholic Liver Disease. *Am J Gastroenterol.* 2018;113(2):175-194. doi:10.1038/ajg.2017.469
- EISayed NA, Aleppo G, Aroda VR, et al.** Improving Care and Promoting Health in Populations: Standards of Care in Diabetes—2023. *Diabetes Care.* 2023;46 (Supplement\_1): S10-S18. doi:10.2337/dc23-S001
- Phạm Thị Thuỳ.** Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan có đái tháo đường. Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội. 2004.
- Ngô Thuỳ Dung.** Khảo sát giá trị thang điểm ABIC trong tiên lượng bệnh gan do rượu. <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/8559/7576>. Published October 2023. Accessed May 21, 2025.

7. **Behera BP, Dash M.** An observational study of clinical and hematological profile of cirrhosis of liver. *Asian J Pharm Clin Res.* February 2020;149-152. doi:10.22159/ajpcr.2020.v13i4.36862
8. **Phạm Thị Dung.** Nghiên cứu nồng độ Homocystein huyết tương ở bệnh nhân xơ gan do rượu. Luận văn tốt nghiệp chuyên khoa cấp II. Học viện Quân Y. 2018.
9. **Coman LI, Coman OA, Bădărău IA, Păunescu H, Ciocirlan M.** Association between Liver Cirrhosis and Diabetes Mellitus: A Review on Hepatic Outcomes. *JCM.* 2021;10(2):262. doi:10.3390/jcm10020262
10. **Nguyễn Thanh Nam, Nguyễn Công Long HVC.** Biến chứng xơ gan ở bệnh nhân xơ gan mật bù có sỏi đường. *VMJ.* 2023;527(2). doi:10.51298/vmj.v527i2.5848

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH VIÊM TỤY CẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI THANH HÓA

Phạm Thị Quỳnh<sup>1,3</sup>, Lê Thị Vân Anh<sup>3</sup>,  
Nguyễn Văn Hoàng<sup>2,3</sup>, Nguyễn Thị Việt Hà<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Viêm tụy cấp là tình trạng tổn thương tế bào tụy do sự tiêu hủy của các men tụy với các mức độ từ nhẹ đến nặng với tình trạng hoại tử tụy, có thể gây tử vong nếu không xử trí kịp thời. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả trên 51 bệnh nhân được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn Atlanta sửa đổi 2012 điều trị tại khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. **Kết quả:** Tuổi trung bình mắc bệnh là  $7,7 \pm 3,9$  tuổi. Tỷ lệ trẻ trai/gái là 1,3:1. 25,5% trẻ mắc viêm tụy cấp thể nặng. 68,5% trường hợp không xác định được căn nguyên. Tỷ lệ trẻ có đau bụng, buồn nôn và/hoặc nôn lần lượt là 98% và 66,7%, không có sự khác biệt về các triệu chứng này giữa nhóm viêm tụy cấp thể nhẹ và nặng. Sốt xuất hiện sớm gợi ý tình trạng viêm tụy cấp nặng. Tỷ lệ trẻ có tăng amylase và lipase lần lượt là 52,9% và 76,7%. Tăng dấu ấn viêm như tăng số lượng bạch cầu và bạch cầu trung tính và CRP với tỷ lệ lần lượt là 66,7% và 56,9% và 41,2%. Tỷ lệ trẻ có hình ảnh bất thường trên siêu âm tụy và CT bụng lần lượt là 62,7% và 82,1%. **Kết luận:** Việc xác định nguyên nhân viêm tụy cấp ở trẻ em còn gặp nhiều khó khăn do các biểu hiện lâm sàng không điển hình. Xét nghiệm amylase, lipase và siêu âm là những thăm dò có giá trị trong chẩn đoán sớm viêm tụy cấp. **Từ khóa:** viêm tụy cấp, trẻ em, lâm sàng, cận lâm sàng, Thanh Hóa

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE PANCREATITIS IN CHILDREN AT THANH HOA PEDIATRIC HOSPITAL

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Phân hiệu Đại Học Y Hà Nội tại Thanh Hóa

<sup>3</sup>Bệnh viện Nhi Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà  
Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

Acute pancreatitis is a condition characterized by pancreatic cell injury caused by autodigestion from pancreatic enzymes, ranging in severity from mild to severe, with necrotizing pancreatitis that may be fatal if not treated promptly. **Aims:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of pediatric acute pancreatitis at Thanh Hoa Pediatric Hospital. **Materials and Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 51 children diagnosed with acute pancreatitis based on the revised Atlanta 2012 criteria. All patients received treatment at the Department of Gastroenterology, Thanh Hoa Children's Hospital. **Results:** The mean age at diagnosis was  $7.7 \pm 3.9$  years. The male-to-female ratio was 1.3:1. Severe acute pancreatitis accounted for 25.5% of cases. The prevalences of children presenting with abdominal pain and nausea and/or vomiting were 98% and 66.7%, respectively, with no significant differences in these symptoms between the mild and severe acute pancreatitis groups. Early onset of fever was suggestive of severe acute pancreatitis. Laboratory investigations revealed elevated serum lipase and amylase levels in 76.7% and 52.9%, respectively. Leukocytosis and neutrophilia were observed in 66.7% and 56.9% of patients, while increased C-reactive protein (CRP) was found in 41.2%. Imaging findings showed pancreatic abnormalities in 62.7% on abdominal ultrasound and in 82.1% on computed tomography (CT). **Conclusion:** The diagnosis of acute pancreatitis in children remains clinically challenging due to its nonspecific presentation. However, serum enzyme assays (amylase and lipase) and imaging modalities such as ultrasound and CT play a crucial role in early detection and management.

**Keywords:** acute pancreatitis, children, clinical characteristics, paraclinical characteristics, Thanh Hoa.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tụy cấp là tình trạng viêm cấp tính của tuyến tụy gây tổn thương tế bào tuyến do sự tiêu hủy của các enzyme tụy với mức độ từ nhẹ đến nặng, có thể gây tử vong.<sup>1</sup> Bệnh được xem là hiếm gặp ở trẻ em trước đây, nhưng hiện nay tỷ lệ mắc đang gia tăng toàn cầu với 3,6–

13,3/100.000 trẻ/năm, chiếm 50–65% bệnh lý tụy.<sup>1</sup> Nguyên nhân viêm tụy cấp ở trẻ em khá đa dạng, phần lớn là viêm tụy cấp thể phù nề, tiến triển lành tính, nhưng có thể biểu hiện cấp tính với tình trạng hoại tử tụy và các biến chứng nặng đe dọa tính mạng.<sup>2</sup> Biểu hiện lâm sàng của viêm tụy cấp ở trẻ em thường không điển hình, gây khó khăn trong chẩn đoán và phân loại mức độ bệnh. Các thang điểm tiên lượng của người lớn như: Ranson, Glasgow và Glasgow cải tiến, APACHE II không áp dụng được cho trẻ em vì có yếu tố tuổi. Thang điểm DeBanto cho phép đánh giá mức độ viêm tụy cấp ở trẻ em nhưng vẫn còn tồn tại một số hạn chế nhất định khi so sánh với các thang điểm trên.<sup>2</sup> Tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về viêm tụy cấp ở trẻ em, tuy nhiên phần lớn các nghiên cứu tập trung tại các cơ sở y tế lớn tại Hà Nội, Thành phố Hồ Chí Minh.<sup>3,4</sup> Các nghiên cứu về viêm tụy cấp ở trẻ em tại các bệnh viện tuyến tỉnh nơi còn hạn chế về kinh nghiệm lâm sàng và các phương tiện xét nghiệm chưa nghèo nàn. Bệnh viện Nhi Thanh Hóa là cơ sở chuyên khoa Nhi tuyến tỉnh, trong những năm gần đây tiếp nhận ngày càng nhiều trường hợp viêm tụy cấp nhập viện điều trị. Các xét nghiệm chẩn đoán tại bệnh viện tương đối đầy đủ, nhưng kinh nghiệm chẩn đoán, theo dõi diễn biến bệnh và quản lý bệnh nhân viêm tụy cấp còn hạn chế. Cho đến nay chưa có nghiên cứu nào về bệnh viêm tụy cấp ở trẻ em được thực hiện tại bệnh viện Nhi Thanh Hóa. Để nâng cao chất lượng chẩn đoán bệnh viêm tụy cấp ở trẻ em, việc tập hợp các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng một cách hệ thống, phát hiện các dấu hiệu quan trọng giúp tiên lượng sớm và nhanh diễn biến của bệnh nhằm hạn chế các diễn biến nặng và biến chứng là rất cần thiết. Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Tiêu Hóa, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa từ 01/01/2023 đến 31/07/2025 với tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau đây:

**Tiêu chuẩn chọn:** Bệnh nhân từ 1 tuổi đến 16 tuổi được chẩn đoán viêm tụy cấp theo tiêu chuẩn của Atlanta 2012.<sup>5</sup> Trẻ được làm xét nghiệm enzyme tụy tại thời điểm mới nhập viện để xác định chẩn đoán. Bệnh nhân và người giám hộ đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân bị viêm tụy cấp xảy ra trên nền viêm tụy mạn tính, viêm tụy tái

diễn hoặc viêm tụy cấp đến viện sau 7 ngày.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh. Chọn mẫu thuận tiện, 51 trẻ thỏa mãn các tiêu chuẩn được tuyển chọn trong thời gian nghiên cứu. Các biến số nghiên cứu bao gồm tuổi, giới, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng được ghi nhận tại thời điểm nhập viện.

**Xử lý và phân tích số liệu** bằng phần mềm SPSS 20.0

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua hội đồng thông qua đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội và được sự đồng ý cho phép tiến hành nghiên cứu của Bệnh viện Nhi Thanh Hóa.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả nghiên cứu được phân tích trên 51 trường hợp viêm tụy cấp thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn trong thời gian từ tháng 01/01/2023 đến tháng 31/07/2025.

**Bảng 1. Đặc điểm chung của trẻ bị viêm tụy cấp trong nghiên cứu**

Đặc điểm chung của trẻ trong nghiên cứu		n	%
Nhóm tuổi	< 6 tuổi	23	45,1
	6 – 10 tuổi	10	19,6
	>10 tuổi	18	35,3
Giới	Nam	29	56,9
	Nữ	22	43,1
Thời gian từ khi đau bụng đến khi nhập viện	< 2 ngày	19	37,3
	2 – 5 ngày	31	60,7
	>5 ngày	1	2,0
Nguyên nhân	Bệnh lý đường mật	5	9,8
	Bệnh lý tụy	2	3,9
	Chấn thương	1	2,0
	Nhiễm giun	2	3,9
	Do gen	3	5,9
	Do thuốc	1	2,0
	Rối loạn chuyển hóa acid béo	2	3,9
Không rõ nguyên nhân	35	68,5	

**Nhận xét:** Tuổi trung bình mắc viêm tụy cấp là  $7,7 \pm 3,9$  tuổi (1,5-15,5 tuổi) với 45,1% gặp ở trẻ < 6 tuổi. Tỷ lệ trẻ trai/gái mắc viêm tụy cấp là 1,3/1. 31,5% trường hợp xác định được căn nguyên trong đó viêm tụy cấp do bệnh lý đường mật và gen gặp với tỷ lệ lần lượt là 9,8% và 5,9%.

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng bệnh viêm tụy cấp**

Triệu chứng	Chung		Thể nhẹ		Thể nặng		p
	n	%	n	%	n	%	
Mức độ nặng của	51	100	38	74,5	13	25,5	

bệnh							
Đau bụng	50	98	37	97,4	13	100	>0,05
Buồn nôn và nôn	34	66,7	27	71,1	7	53,8	>0,05
Đại tiện phân lỏng	8	15,7	5	13,2	3	23,1	>0,05
Bụng chướng hơi	19	37,3	15	39,5	4	30,8	>0,05
Phản ứng thành bụng	3	5,9	2	5,3	1	7,7	>0,05
Sốt	12	23,5	5	13,2	7	53,8	0,003

**Nhận xét:** Đau bụng, buồn nôn và nôn là hai triệu chứng thường gặp nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 98% và 66,7%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các triệu chứng tiêu hóa: đau bụng, buồn nôn và nôn, đại tiện phân lỏng, bụng chướng hơi, phản ứng thành bụng giữa viêm tụy cấp thể nhẹ và thể nặng,  $p > 0,05$ . 23,5% trẻ có sốt trong đó tỷ lệ trẻ có sốt ở nhóm viêm tụy cấp nặng cao hơn nhóm nhẹ,  $p < 0,005$ .

**Bảng 3. Sự thay đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa ở trẻ viêm tụy cấp**

Sự biến đổi một số chỉ số huyết học và sinh hóa	n/N	%
Bạch cầu > 10 G/l	34/51	66,7
Bạch cầu đa nhân trung tính > 7 G/l	29/51	56,9
Hct < 37%	21/51	41,2
Lipase > 246 U/l	33/43	76,7
Amylase > 660 U/l	27/51	52,9
CRP > 6,00 mg/dl	21/51	41,2
Ca toàn phần < 2,2 mmol/l	1/51	2,0

**Nhận xét:** Tăng số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính với tỷ lệ lần lượt là 66,7% và 56,9%. 41,2 % có tăng CRP. 76,7% có nồng độ lipase máu tăng gấp 3 lần bình thường. Nồng độ amylase máu trung bình tại thời điểm nhập viện là  $775,5 \pm 587,5$  U/L. Tỷ lệ hạ calci máu rất thấp chỉ 2%.

**Bảng 4. Hình ảnh tổn thương tụy trên siêu âm và CT ổ bụng**

Hình ảnh tổn thương tụy	Siêu âm ổ bụng (n=51)		CT ổ bụng (n=28)	
	N	%	N	%
Tụy tăng kích thước	16	31,3	20	71,4
Nhu mô biến đổi	14	27,4	18	64,3
Ông tụy giãn	5	9,8	5	17,6
Dịch quanh tụy	8	15,6	15	53,6
Dịch ổ bụng	9	17,6	9	32,1

**Nhận xét:** Tất cả 51 bệnh nhân được siêu âm tụy ghi nhận thấy 62,7% bệnh nhân có hình ảnh bất thường như tăng kích thước tuyến tụy, biến đổi nhu mô và hiện diện dịch ổ bụng trên siêu âm. 28 bệnh nhân có kết quả siêu âm bình thường hoặc bất thường được chỉ định chụp CT bụng ghi nhận thấy 82,1% trẻ có bất thường trên CT ổ bụng.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 51 bệnh nhi viêm tụy cấp được chẩn đoán và điều trị tại khoa Tiêu hóa, Bệnh viện Nhi Thanh Hóa trong thời gian từ tháng 01/01/2023 đến tháng 31/07/2025.

Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy tuổi trung bình của bệnh nhi viêm tụy cấp là  $7,7 \pm 3,9$  tuổi. Lứa tuổi mắc viêm tụy cấp ở trẻ em khá dao động trong các nghiên cứu. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai tại bệnh viện Nhi Trung Ương  $6,2 \pm 3,3$  tuổi.<sup>3</sup> Nghiên cứu của Lautz nhận thấy tuổi trung bình mắc bệnh là  $10,94 \pm 4,88$ .<sup>2</sup> Tỷ lệ trẻ trai mắc viêm tụy cấp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn trẻ gái (1,3/1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như ghi nhận một số tác giả trên thế giới.<sup>6</sup> Tuy nhiên nghiên cứu trong nước lại ghi nhận thấy tỷ lệ trẻ gái nhiều hơn trẻ trai.<sup>3</sup>

Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên là đau bụng đến khi đến viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $1,9 \pm 0,96$  ngày và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa viêm tụy cấp thể nhẹ và thể nặng với  $p > 0,05$ . Kết quả nghiên cứu này của chúng tôi khác so với nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai ( $3,0 \pm 1,8$  ngày),<sup>3</sup> thời gian đến viện ngắn hơn ở thể nặng so với thể nhẹ và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p > 0,05$ . Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên cho tới khi đến viện trong nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn so với Chu Thị Phương Mai có thể do đối tượng nghiên cứu trong nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai là các bệnh nhân viêm tụy cấp nặng, đã qua thời gian điều trị tại các tuyến y tế cơ sở trước khi đến với bệnh viện Nhi Trung ương.

Kết quả từ bảng 3.1 cho thấy 31,5% trường hợp viêm tụy xác định được căn nguyên. Tỷ lệ trẻ viêm tụy cấp không xác định được căn nguyên trong nghiên cứu của chúng tôi khá cao và tương tự như các ghi nhận trên thế giới, với tỷ lệ viêm tụy cấp không rõ nguyên nhân dao động từ 30 đến 70%. Nghiên cứu của Lautz và cộng sự ghi nhận tỷ lệ viêm tụy cấp vô căn là 31,3%.<sup>2</sup> Tại Ấn Độ, viêm tụy cấp vô căn cũng được ghi nhận là nguyên nhân phổ biến nhất, với tỷ lệ dao động rộng từ 21% đến 82% tùy từng nghiên cứu.<sup>7</sup> Điều này có thể do khó khăn trong chẩn đoán khi bệnh viện Nhi Thanh Hóa còn chưa có các xét nghiệm chuyên sâu về di truyền, chuyển hóa hay hình ảnh học nâng cao. Khi tìm hiểu về các căn nguyên có thể gặp gây ra tình trạng viêm tụy cấp ở nhóm bệnh nhân xác định được nguyên nhân trong nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy bệnh lý đường mật chiếm tỷ lệ cao nhất (9,8%), chủ yếu là u nang ống mật chủ. Một số nguyên nhân khác gồm bất thường

tụy bẩm sinh (3,9%), di truyền (5,9%), rối loạn chuyển hóa acid béo (3,9%), nhiễm giun (3,9%), chấn thương và thuốc (mỗi nguyên nhân 2%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự kết quả của Chu Thị Phương Mai.<sup>3</sup> Đáng chú ý, nhiễm giun vẫn là yếu tố liên quan tại địa phương, trong khi ở nhiều quốc gia phát triển hầu như không gặp. Tại Việt Nam, nhiễm giun vẫn được xem là một trong những nguyên nhân gây viêm tụy cấp ở trẻ em.<sup>3</sup> Các nghiên cứu tại Hoa Kỳ và Châu Âu cho thấy nguyên nhân thường gặp nhất là do bệnh lý đường mật hoặc do thuốc còn ký sinh trùng hầu như không được đề cập.<sup>1,6</sup> Kết quả này cho thấy sự khác biệt về dịch tễ học giữa các vùng, gợi ý rằng yếu tố địa lý, điều kiện vệ sinh có thể ảnh hưởng đến nguyên nhân viêm tụy cấp ở trẻ em.

Kết quả từ bảng 2 cho thấy, đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất chiếm 98%, tiếp theo là triệu chứng buồn nôn và nôn 66,7%, các triệu chứng khác như tiêu chảy, chướng bụng và phản ứng thành bụng ít gặp hơn. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ các biểu hiện này giữa hai nhóm viêm tụy cấp thể nhẹ và nặng,  $p > 0,05$ , Kết quả này tương tự nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai ghi nhận đau bụng, buồn nôn và nôn lần lượt là 100%, 81%, 79%.<sup>3</sup> Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ trẻ có sốt gặp nhiều hơn ở nhóm thể nặng so với thể nhẹ và triệu chứng sốt xuất hiện khá sớm (53,8% so với 13,2%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,003$ ). Kết quả này tương tự kết quả nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai.<sup>3</sup> Kết quả này gợi ý rằng sốt xuất hiện sớm trong giai đoạn ban đầu có thể là biểu hiện của hội chứng đáp ứng viêm hệ thống xảy ra sớm. Đây là một dấu hiệu lâm sàng quan trọng gợi ý cho các bác sĩ đánh giá mức độ nặng của viêm tụy cấp ở trẻ em.

Kết quả từ bảng 3.3 cho thấy, nồng độ amylase và lipase huyết thanh tăng cao trên 3 lần ở phần lớn bệnh nhân viêm tụy cấp. Amylase tăng ở 52,9% trường hợp với nồng độ trung bình là  $775,5 \pm 587,5$  U/L, trong khi lipase tăng ở 76,7% trường hợp với trung vị là 843,18 U/L (IQR: 256,6 -2236). Điều này cho thấy xét nghiệm lipase có độ nhạy cao hơn amylase trong chẩn đoán viêm tụy cấp ở trẻ em, kết quả này phù hợp với nhận định của nhiều nghiên cứu trước đây ở trên thế giới và trong nước.<sup>3,8</sup> Một nghiên cứu khác tại Jordan cho thấy lipase có độ nhạy là 98%, cao hơn đáng kể so với amylase (67%).<sup>8</sup> CRP tăng cao trong máu là chỉ số dự báo mức độ nặng của bệnh chính vì vậy CRP được xem là một chỉ số viêm giúp tiên lượng mức độ nặng của viêm tụy cấp ở trẻ em. Trong nghiên cứu của

chúng tôi, tăng CRP gặp ở 41,2% bệnh nhi. Tại Việt Nam, trong nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai, nồng độ CRP có giá trị tiên lượng tương đối tốt mức độ nặng của VTC, điểm ngưỡng giữa thể nặng và thể nhẹ là 18,95 mg/dL (độ nhạy là 57,1%, độ đặc hiệu là 85,4%).<sup>3</sup>

Chẩn đoán hình ảnh là một phương pháp có giá trị trong chẩn đoán mức độ tổn thương và căn nguyên của viêm tụy cấp. Kết quả từ bảng 3.4 cho thấy siêu âm phát hiện viêm tụy cấp ở 62,7% trường hợp, trong khi CT ổ bụng đạt 82,1%. Điều này tương đồng với các công bố trong nước và quốc tế. Trong nghiên cứu của Orkin và cộng sự, siêu âm chỉ có độ nhạy 52%, nhưng CT hoặc MRI ổ bụng có độ nhạy lên tới 78%.<sup>9</sup> Mặc dù CT có độ nhạy cao hơn so với siêu âm trong chẩn đoán viêm tụy cấp, đặc biệt ở những trường hợp khó hoặc nghi ngờ biến chứng, siêu âm vẫn là phương tiện đầu tay do an toàn, sẵn có và không xâm lấn. Các hình ảnh, tăng kích thước tuyến tụy, biến đổi nhu mô và hiện diện dịch ổ bụng là các đặc điểm hình ảnh phổ biến nhất, hay gặp nhất trong siêu âm và CT ổ bụng khi quan sát tuyến tụy. CT ổ bụng xác định các tổn thương tụy ở bệnh nhi VTC với hình ảnh tăng kích thước tụy chiếm 71,4%, nhu mô tụy biến đổi 64,3%, ống tụy giãn 17,6%, dịch quanh tụy 53,6% và dịch ổ bụng 28,6%. Tỷ lệ phát hiện tổn thương trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu khác có thể do kinh nghiệm siêu âm của các bác sĩ chẩn đoán hình ảnh còn hạn chế trong khi siêu âm tụy cho trẻ em khá khó khăn do trẻ thiếu hợp tác, bụng chướng hoặc chỉ định xét nghiệm ở giai đoạn sớm.<sup>1</sup> Tỷ lệ trẻ có hình ảnh ống tụy giãn là 17,6% thấp hơn so với nghiên cứu của Morinville (46%).<sup>1</sup> 32,1% có dịch ổ bụng, tương tự nghiên cứu của Chu Thị Phương Mai.<sup>3</sup>

## V. KẾT LUẬN

Viêm tụy cấp ở trẻ em thường có biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, gây khó khăn trong chẩn đoán và xác định nguyên nhân. Các triệu chứng phổ biến gồm đau bụng, buồn nôn và nôn. Xét nghiệm men tụy, các chỉ số viêm và chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là siêu âm và CT, có vai trò quan trọng trong phát hiện sớm và hỗ trợ chẩn đoán. Việc kết hợp lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học giúp nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị viêm tụy cấp ở trẻ em.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Morinville VD, Husain SZ, Bai H, et al. Definitions of pediatric pancreatitis and survey of present clinical practices. *J Pediatr Gastroenterol Nutr.* 2012;55(3): 261-265. doi:10.1097/MPG.

- 0b013e31824f1516
2. **Lautz TB, Chin AC, Radhakrishnan J.** Acute pancreatitis in children: spectrum of disease and predictors of severity. *J Pediatr Surg.* 2011;46(6): 1144-1149. doi:10.1016/j.jpedsurg.2011.03.044
  3. **Chu Thị Phương Mai, Đỗ Thị Minh Phương, Nguyễn Thị Việt Hà và cs.** Kết quả điều trị bệnh viêm tụy cấp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung Ương. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2020;3:109-112.
  4. **Trần Thị Thanh Tâm, Tăng Lê Châu Ngọc (2007),** Đặc điểm viêm tụy cấp ở trẻ em ở bệnh viện Nhi Đồng 1 và bệnh viện Nhi Đồng 2, *Y học TP. Hồ Chí Minh,* 11 (1),143-147.
  5. **Banks PA, Bollen TL, Dervenis C, et al.** Classification of acute pancreatitis--2012: revision of the Atlanta classification and definitions by international consensus. *Gut.* 2013;62(1):102-111. doi:10.1136/gutjnl-2012-302779
  6. **Sánchez-Ramírez CA, Larrosa-Haro A, Flores-Martínez S, et al.** Acute and recurrent pancreatitis in children: etiological factors. *Acta Paediatr.* 2007;96(4): 534-537. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00225.x
  7. **Kumar S, Bhattacharya P, Gagan D.** Review of acute pancreatitis in children in India. *J Family Med Prim Care.* 2024;13(1):24-27. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc\_938\_23
  8. **Al Droubi B, Altamimi E.** Acute Pancreatitis in Jordanian Children: A Single Center Experience. *Front Pediatr.* 2022;10:908472. doi:10.3389/fped.2022.908472
  9. **Orkin SH, Trout AT, Fei L, et al.** Sensitivity of Biochemical and Imaging Findings for the Diagnosis of Acute Pancreatitis in Children. *J. Pediatr.* 2019;213:143. doi:10.1016/j.jpeds.2019.06.028

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ ĐỘT QUY THIẾU MÁU NÃO CẤP TÍNH DO TẮC MẠCH NHỎ TRONG 4,5 GIỜ ĐẦU BẰNG ALTEPLASE TÍNH MẠCH LIỀU 0,9MG/KG

Nguyễn Minh Lực<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả can thiệp và nhận xét các biến chứng trong điều trị đột quy thiếu máu não cấp tính do tắc mạch nhỏ trong 4,5 giờ đầu bằng alteplase tính mạch liều 0,9 mg/kg. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Người bệnh được chẩn đoán xác định nhồi máu não cấp tính do tắc mạch nhỏ dựa vào bằng chứng lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh học sọ não, được sử dụng thuốc rtPA liều 0,9 mg/kg trong 4,5 giờ sau khởi phát đột quy, tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc-Bệnh viện Hữu Nghị. **Kết quả:** Thời gian trung bình từ khi bệnh nhân nhập viện đến khi dùng thuốc tiêu sợi huyết là 40,64 phút. Điểm NIHSS trung bình giảm từ 9,92 xuống 5,11 sau 24 giờ dùng thuốc, 47% bệnh nhân có điểm NIHSS cải thiện giảm trên 4 điểm sau 24 giờ. Đánh giá kết cục lâm sàng theo thang điểm mRS, tỷ lệ bệnh nhân có kết cục lâm sàng tốt (mRS 0-1) là 52%; tỷ lệ tử vong là 2,6% không liên quan đến sử dụng rtPA. Đánh giá biến chứng liên quan đến điều trị, có 2 trường hợp xuất huyết nội sọ tương đương 5,3%, 1 trường hợp tử vong sau đột quy thiếu máu não cấp tính ngày thứ 40, không ghi nhận trường hợp có phù mạch và phản ứng phản vệ với thuốc rtPA. **Kết luận:** Điều trị đột quy thiếu máu não cấp tính do tắc mạch nhỏ trong 4,5 giờ đầu bằng thuốc tiêu huyết khối Alteplase đường tĩnh mạch liều 0,9 mg/kg cho thấy đạt hiệu quả cao và an toàn.

**Từ khóa:** đột quy thiếu máu não cấp tính, tắc mạch nhỏ, alteplase tính mạch, 4,5 giờ.

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Lực

Email: dr.nguyenminhluc@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

### SUMMARY

#### TREATMENT OUTCOMES OF ACUTE ISCHEMIC STROKE CAUSED BY SMALL ARTERY OCCLUSION WITHIN THE TIME OF 4.5 HOURS USING INTRAVENOUS ALTEPLASE AT A DOSE OF 0.9 MG/KG

**Objective:** To evaluate the outcomes and complications of intravenous alteplase at a dose of 0.9 mg/kg in the treatment of acute ischemic stroke due to small vessel occlusion within 4.5 hours of onset. **Subjects and Methods:** This was a retrospective descriptive study. Patients diagnosed with acute ischemic stroke due to small vessel occlusion, based on clinical findings and brain imaging, received intravenous rtPA at 0.9 mg/kg within 4.5 hours of symptom onset at the Department of Intensive Care and Poison Control, Friendship Hospital. **Results:** The mean door-to-needle time was 40.64 minutes. The mean NIHSS score decreased from 9.92 at baseline to 5.11 after 24 hours. Forty-seven percent of patients achieved an improvement of more than 4 points on the NIHSS within 24 hours. Good functional outcomes (mRS 0-1) were observed in 52% of patients. The overall mortality rate was 2.6%, with no deaths attributed to rtPA administration. Treatment-related complications included two cases of intracranial hemorrhage (5.3%) and one death on day 40 after acute ischemic stroke. No cases of angioedema or anaphylactic reactions to rtPA were reported. **Conclusion:** Intravenous alteplase at a standard dose of 0.9 mg/kg administered within 4.5 hours of onset demonstrated favorable efficacy and safety in the treatment of acute ischemic stroke due to small vessel occlusion. **Keywords:** acute ischemic stroke; intravenous alteplase; thrombolysis; small vessel occlusion; 4.5-hour window.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quy não là một bệnh gây tử vong đứng hàng thứ ba sau tim mạch, ung thư và là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế [1]. Hiện nay, đột quy não đang có xu hướng ngày càng trẻ hóa, gây ảnh hưởng nhiều đến những đối tượng bệnh nhân đang trong độ tuổi lao động và là trụ cột lao động chính trong mỗi gia đình [6]. Để giảm nguy cơ tử vong và tàn phế, can thiệp điều trị kịp thời là vô cùng quan trọng, đặc biệt điều trị nhằm tái thông lòng mạch. Trong những năm gần đây, điều trị nhồi máu não đã có những tiến bộ vượt bậc. Điều trị thuốc tiêu huyết khối Alteplase đường tĩnh mạch (IV rtPA) là một lựa chọn điều trị hàng đầu cho những bệnh nhân đột quy cấp tính trong 4,5 giờ đầu, đặc biệt là những bệnh nhân có triệu chứng nhẹ và trung bình [5].

Hiện nay, mặc dù đã có nhiều nghiên cứu về liều alteplase, tuy nhiên vẫn chưa có sự đồng thuận cao về hiệu quả và tính an toàn của alteplase liều 0,9 mg/kg so với 0,6 mg/kg ở người châu Á [4]. Tại Bệnh viện Hữu Nghị, alteplase tĩnh mạch được sử dụng với cả hai liều là 0,6 mg/kg và 0,9 mg/kg. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhận xét về hiệu quả và tính an toàn của alteplase tĩnh mạch liều 0,9 mg/kg trên nhóm bệnh nhân đột quy thiếu máu não cấp tính do tắc mạch nhỏ trong 4,5 giờ đầu.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên
- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu não cấp tính do tắc mạch nhỏ dựa vào bằng chứng trên lâm sàng và trên chẩn đoán hình ảnh học sọ não
- Bệnh nhân được điều trị bằng thuốc rtPA liều 0,9 mg/kg trong 4,5h sau khởi phát đột quy.

#### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân đột quy thiếu máu não do tắc mạch lớn, có can thiệp lấy huyết khối cơ học
- Chống chỉ định dùng thuốc Alteplase

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thời gian:** Từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2025

**Địa điểm:** Khoa Hồi sức tích cực và Chống độc - Bệnh viện Hữu Nghị

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

**Cỡ mẫu:** Toàn bộ (tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lựa chọn trong thời gian nghiên cứu). Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện, chúng tôi lựa chọn được 38 bệnh nhân đủ

tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu.

**Phương pháp thu thập số liệu và đánh giá:** Bộ câu hỏi câu hỏi điều tra thông tin chung: dựa trên bệnh án nghiên cứu và phỏng vấn bệnh nhân, người nhà.

**2.3. Xử lý số liệu:** Các số liệu nghiên cứu được xử lý bằng chương trình phần mềm SPSS 20.0

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Trước khi tiến hành nghiên cứu, chúng tôi đã giải thích về mục đích, ý nghĩa của việc nghiên cứu và được sự đồng ý tham gia hoàn toàn tự nguyện của người bệnh và gia đình. Các thông tin thu thập được từ các đối tượng nghiên cứu chỉ phục vụ mục đích nghiên cứu, không sử dụng cho mục đích khác và hoàn toàn được giữ bí mật.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm bệnh nhân trước điều trị

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Tuổi (năm)</b>		
<60 tuổi	3	8%
60 – 79 tuổi	14	37%
≥80 tuổi	21	55%
Tuổi trung bình (X ± SD)	80,5±10,57 (Min: 48,Max: 97)	
<b>Giới</b>		
Nam	24	63%
Nữ	14	37%
<b>Tiền sử bệnh trước nhập viện</b>		
Tăng huyết áp	20	53%
Đái tháo đường	12	43%
Rối loạn lipid máu	17	45%
Tiền sử nhồi máu não	3	8%
Bệnh lý van tim	4	10%
Suy tim	13	34%
Rung nhĩ	2	5%
<b>Các triệu chứng lâm sàng khi nhập viện</b>		
Rối loạn cảm giác nửa người	35	92
Liệt nửa người	37	97
Đau đầu	5	13
Buồn nôn và/hoặc nôn	2	5
Chóng mặt	3	8
Nói khó/thất ngôn	25	66
Liệt dây VII	20	53

Độ tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 80,5 ±10,57 tuổi, trong đó thấp nhất là 48 tuổi và cao nhất là 97 tuổi. Số bệnh nhân từ 80 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ đa số với 55%. Theo giới, tỷ lệ nam giới mắc bệnh cao gấp 1,7 lần nữ giới. Về tiền sử bệnh trước nhập viện, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo

đường, suy tim là những bệnh lý chiếm tỷ lệ mắc cao nhất, lần lượt là 53%, 45%, 43%, 34%. Về triệu chứng lâm sàng, đa số các bệnh nhân đều có rối loạn cảm giác nửa người (92%) và liệt nửa người (97%).

**3.2. Kết quả và biến chứng liên quan đến điều trị**

**Bảng 2. Đặc điểm về thời gian điều trị**

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
<b>Thời gian cửa sổ điều trị</b>		
Từ 0-3 giờ	15	39,5%
Từ 3-4,5 giờ	23	60,5%
<b>Thời gian khởi phát đột quỵ não đến khi nhập viện và đến khi điều trị</b>		
Thời gian khởi phát-nhập viện (phút) (X ± SD) (Min – Max)	118 ± 46,5 (30 – 240)	
Thời gian khởi phát-điều trị (phút) (X ± SD) (Min – Max)	135 ± 47,6 (45 – 265)	
Thời gian đến viện – bắt đầu dùng thuốc rtPA (phút) (X ± SD)	40,64 ± 17	

Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian cửa sổ điều trị từ 0-3 giờ chiếm 39,5%, từ 3-4,5h chiếm 60,5%. Thời gian trung bình từ khi khởi phát đến nhập viện là 118 ± 46,5 phút, từ khi khởi phát đến điều trị trung bình là 135 ± 47,6 phút, trong đó sớm nhất là 45 phút, muộn nhất là 265 phút. Thời gian trung bình từ khi đến viện đến thời điểm dùng thuốc tiêu sợi huyết là 40,64 ± 17 phút.

**Bảng 3. Thang điểm NIHSS trước và sau dùng rtPA**

Đặc điểm	Trung bình	Trung vị
Điểm NIHSS trước dùng thuốc (X ± SD) (Min – Max)	9,92 ± 4,15 (5 – 20)	9
Điểm NIHSS sau dùng thuốc 24 giờ (X ± SD) (Min – Max)	5,11 ± 3,65 (0 – 13)	5
<b>Thay đổi điểm NIHSS sau 24 giờ dùng rtPA</b>		
Điểm NIHSS giảm ≥ 4	10 (26%)	
0 – 3h (n, %)	3 – 4,5h (n, %)	8 (21%)

Điểm NIHSS trung bình trước dùng thuốc là 9,92 ± 4,15 điểm. Sau 24h dùng thuốc tiêu sợi huyết điểm NIHSS trung bình là 5,11 ± 3,65 điểm. 47% bệnh nhân điều trị thuốc tiêu sợi huyết Alteplase sau 24 giờ có điểm NIHSS giảm từ 4 điểm trở lên so với ban đầu.

**Bảng 4. Kết cục lâm sàng theo thang điểm đánh giá tàn tật Rankin sửa đổi (mRS) tại thời điểm 3 tháng**

Điểm Rankin sửa đổi	n	Tỷ lệ (%)
mRS từ 0 đến 1	20	52,6%
mRS từ 2 đến 3	5	13,2%
mRS từ 4 đến 5	12	31,6%
mRS bằng 6 (tử vong)	1	2,6%
<b>Tổng số</b>	<b>38</b>	<b>100%</b>

Kết cục phục hồi lâm sàng tốt sau 3 tháng là 52,6%. Số bệnh nhân đạt kết cục lâm sàng với mức tàn phế trung bình (mRS 2-3) là 13,2 %, tàn phế nặng (mRS 4-6) là 31,6 %. Có 1 trường hợp tử vong chiếm tỷ lệ 2,6% tại thời điểm 3 tháng sau tai biến.

**Bảng 5. Biến chứng trong quá trình nằm viện**

Biến chứng	Tần suất	Tỷ lệ %
Biến chứng chảy máu não	Có triệu chứng	1 2,6%
	Không có triệu chứng	1 2,6%
Chảy máu đường tiêu hóa	0	0%
Chảy máu đường tiết niệu	1	2,6%
Chảy máu ngoài da và niêm mạc	2	5,3%
Phản ứng phản vệ	0	0%
Tụ máu vị trí truyền rtPA	2	5,3%
Phù mạch	0	0%

Đánh giá biến chứng điều trị khi nằm viện, tỷ lệ bệnh nhân chảy máu não quan sát trên phim chụp CLVT/MRI là 5,3%, trong đó có 1 trường hợp chảy máu não có triệu chứng. Về các biến chứng khác, có 1 trường hợp đái máu đại thể, 2 trường hợp có tụ máu ngoài da, 2 trường hợp có tụ máu tại vị trí truyền rtPA, không ghi nhận trường hợp phù mạch và phản ứng phản vệ.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm bệnh nhân trước điều trị.**

Tuổi trung bình của các bệnh nhân là 80,5 ± 10,57 tuổi, trong đó số bệnh nhân ≥ 80 tuổi chiếm đa số với tỷ lệ 55%; tỷ lệ nam cao hơn nữ 1,7 lần. Tuổi trung bình trong nghiên cứu này cao hơn so với kết quả của tác giả Lê Văn Thành (57 tuổi) [2] và Nguyễn Huy Thăng (60,5 tuổi) [3]. Có thể thấy rằng, tuổi trung bình của bệnh nhân điều trị tiêu huyết khối có xu hướng tăng lên trong những năm gần đây. Sự thay đổi này có thể xuất phát từ tuổi thọ trung bình của người Việt Nam đang tăng lên cùng với xu hướng già hoá dân số, chất lượng đời sống cao, con người có xu hướng quan tâm và dự phòng các vấn đề đột quỵ tốt hơn. Bên cạnh đó, đặc điểm đối tượng bệnh nhân của bệnh viện Hữu Nghị chủ yếu là người cao tuổi.

Đánh giá các yếu tố nguy cơ và tiền sử bệnh tật của bệnh nhân nhồi máu não cấp rất quan trọng, không những giúp lựa chọn bệnh nhân đáp ứng các tiêu chuẩn điều trị mà còn là những yếu tố góp phần dự đoán tỉ lệ thành công khi điều trị. Theo nghiên cứu của chúng tôi, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, suy tim là những bệnh lý chiếm tỷ lệ mắc cao nhất, lần lượt là 53%, 45%, 43%, 34%. So sánh với các thử nghiệm Quốc tế về điều trị tiêu huyết

khối, tỷ lệ bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp trong nghiên cứu thử nghiệm ECASS III là 62,4% [7]. Sự khác biệt này có thể là do tại Việt Nam, nhiều bệnh nhân chưa có thói quen đi khám sức khỏe định kỳ trước khi bị đột quỵ não, do vậy những người này không biết chính xác liệu có bị tăng huyết áp hay không.

Về các triệu chứng lâm sàng khởi phát đột quỵ não, rối loạn cảm giác nửa người và liệt nửa người là hai triệu chứng chính khiến bệnh nhân phải nhập viện chiếm tỷ lệ 92% và 97%. Nói khó và thất ngôn cũng chiếm tỷ lệ 66%. Các triệu chứng ít gặp khác như đau đầu, chóng mặt, buồn nôn và nôn, thường xảy ra khi bệnh nhân có tổn thương ở hệ tuần hoàn não sau chiếm tỷ lệ lần lượt là 13%, 8% và 5%. Có thể thấy rằng, những bệnh nhân vào viện vì lý do rối loạn cảm giác nửa người, liệt nửa người, rối loạn lời nói, hầu như chắc chắn là bị đột quỵ não, tuy nhiên cần thận trọng với những bệnh nhân chỉ đơn thuần bị chóng mặt, nôn hoặc đau đầu. Những bệnh nhân này cần được nhanh chóng đánh giá và kết hợp với các xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán xác định cũng như lựa chọn để điều trị thuốc tiêu huyết khối sớm.

**4.2. Kết quả và biến chứng liên quan đến điều trị.** Xác định chính xác thời điểm bệnh nhân xảy ra cơn đột quỵ não rất quan trọng, cho phép tính được thời gian khởi phát đến lúc vào viện, cũng như thời gian từ lúc khởi phát đến lúc được điều trị. Khi điều trị thuốc tiêu huyết khối đường tĩnh mạch, thời gian là yếu tố quyết định quan trọng nhất, cho đến nay cửa sổ điều trị mở rộng đến 270 phút. Theo nghiên cứu này, thời gian khởi phát đột quỵ đến thời điểm bắt đầu dùng thuốc rTPA từ 0-3 giờ và 3-4,5 giờ chiếm tỷ lệ lần lượt là 39,5% và 60,5%. Thời gian trung bình từ khi bệnh nhân nhập viện đến khi bệnh nhân được điều trị thuốc tiêu huyết khối Alteplase đường tĩnh mạch trong nghiên cứu của chúng tôi là 40,64 phút, con số này thấp hơn khi so sánh với các nghiên cứu của tác giả trong nước Lê Văn Thành là 75 phút [2] và Nguyễn Huy Thăng là 69,1 phút [3].

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm NIHSS trung bình ban đầu của bệnh nhân là  $9,92 \pm 4,15$  điểm với trung vị là 9 điểm. Kết quả này thấp hơn khi so với kết quả nghiên cứu của các tác giả trong nước Lê Văn Thành (12 điểm) [2], Nguyễn Huy Thăng (trung vị 13 điểm) [3], tuy nhiên lại có sự tương đồng với kết quả nghiên cứu ECASS 3 tại Châu Âu (điểm NIHSS trung bình và trung vị lần lượt  $10,7 \pm 5,6$  điểm và 9 điểm) [7]. Giải thích cho sự khác biệt khi so sánh với các tác giả Việt Nam là do tiêu chuẩn lựa

chọn đối tượng trong nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp tính do tắc mạch nhỏ. Do vậy, các triệu chứng thần kinh sẽ nhẹ hơn so với những bệnh nhân trong nghiên cứu được dùng tiêu sợi huyết do tắc cả mạch lớn và mạch nhỏ. Về đánh giá sự phục hồi lâm sàng, trong nghiên cứu chúng tôi đánh giá mức độ cải thiện chức năng thần kinh theo thang điểm NIHSS với điểm NIHSS trung bình sau 24 giờ dùng thuốc là  $5,11 \pm 3,65$  điểm với trung vị là 5 điểm. Nếu so sánh sự thay đổi điểm NIHSS giảm từ mức 4 điểm trở lên thì tỷ lệ bệnh nhân đạt được mốc này là 47%. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Huy Thăng 72.73% [6].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả bệnh nhân điều trị thuốc tiêu huyết khối Alteplase đường tĩnh mạch đều được theo dõi sau ba tháng để đánh giá khả năng hồi phục các chức năng. Kết quả nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân có kết cục lâm sàng tốt (mRS 0-1) chiếm tỷ lệ 52,6%, cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Lê Văn Thành (liều chuẩn, 0-3 giờ, mRS 0-1 43%) [2], Nguyễn Huy Thăng (liều chuẩn, 0-3 giờ, mRS 0-1 45%) [3]. Có 1 bệnh nhân tử vong không liên quan đến biến chứng của điều trị thuốc tiêu huyết khối Alteplase, chiếm tỷ lệ 2,6%. Bệnh nhân này được chuyển đến bệnh viện khác để phục hồi chức năng sau đột quỵ, tuy nhiên, ngày thứ 30 sau khởi phát đột quỵ, bệnh nhân tử vong do biến chứng viêm phổi, suy hô hấp. Qua đây có thể thấy, sử dụng Alteplase liều 0,9 mg/kg điều trị cho bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não do tắc mạch nhỏ với cửa sổ điều trị 0-4,5 giờ có hiệu quả.

Đánh giá các biến chứng liên quan đến điều trị, chảy máu não là biến chứng đáng quan ngại nhất sau điều trị tiêu huyết khối vì có liên quan đến tỷ lệ tử vong và tàn phế cao. Để hạn chế được biến chứng này, điều quan trọng nhất là phải lựa chọn bệnh nhân rất thận trọng để điều trị thuốc Alteplase. Nhiều nghiên cứu cho thấy, có những yếu tố làm tăng nguy cơ chảy máu trong sọ sau khi điều trị thuốc tiêu huyết khối bao gồm tuổi cao, tăng huyết áp, tăng đường máu, thời gian từ khi khởi phát đến lúc dùng thuốc kéo dài, tổn thương lớn trên phim chụp CLVT sọ não, liều thuốc Alteplase... Theo nghiên cứu của chúng tôi, biến chứng chảy máu trong sọ sau điều trị thuốc tiêu sợi huyết Alteplase gặp ở 2 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 5,3%, trong đó có 1 bệnh nhân có biến chứng chảy máu trong sọ có triệu chứng (NIHSS tăng trên 4 điểm). Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Huy Thăng [3], tỷ lệ chảy máu não không triệu chứng là 2,6%, có

triệu chứng là 4,6%. Trong quá trình điều trị thuốc tiêu huyết khối Alteplase đường tĩnh mạch ở bệnh nhân đột quỵ não cấp, ngoài biến chứng chảy máu trong sọ, các thầy thuốc cũng phải đề phòng các biến chứng khác có thể nguy hiểm đến tính mạng của bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, hầu như không xảy ra các biến chứng nguy hiểm khác như phù mạch gây tắc nghẽn đường hô hấp, phản ứng phản vệ. Các biến chứng chảy máu tiết niệu, chảy máu tại vị trí truyền, chảy máu da niêm mạc mức độ nhẹ, không phải xử trí truyền máu.

## V. KẾT LUẬN

Điều trị tiêu huyết khối bằng alteplase đường tĩnh mạch liều 0,9 mg/kg trên nhóm bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não cấp tính do tắc mạch nhỏ trong 4,5 giờ đầu có hiệu quả giúp bệnh nhân phục hồi chức năng thần kinh và an toàn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hình Lê Đức.** Chẩn đoán sớm cơn đột quỵ não, Nội san Hội Thần kinh học Việt Nam, 2010; 6(1), tr.3-7.
2. **Thành Lê Văn.** Điều trị tiêu huyết khối đường

tĩnh mạch trên 121 bệnh nhân nhồi máu não cấp trong 3 giờ tại thành phố Hồ Chí Minh, Báo cáo tại hội nghị đột quỵ Việt Nam, 2010, 10/2010.

3. **Thắng Nguyễn Huy.** Điều trị thuốc tiêu sợi huyết rtPA đường tĩnh mạch trên bệnh nhân nhồi máu não cấp trong ba giờ đầu, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, 2013, 52-83.
4. **Anderson Craig S, Thomson Robinson, et al.** Low-Dose versus Standard-Dose Intravenous Alteplase in Acute Ischemic Stroke, N Engl J Med. 2016, 374(24):2313-23.
5. **Emberson J, Lees KR, Lyden P, et al.** Effect of treatment delay, age, and stroke severity on the effects of intravenous thrombolysis with alteplase for acute ischaemic stroke: a meta-analysis of individual patient data from randomised trials, Lancet 2014, 384:1929.
6. **Goldstein L. B. Amarenco P., Szarek M., et al.** Effects of intense low-density lipoprotein cholesterol reduction in patients with stroke or transient ischemic attack: the Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) trial, Stroke, 2007, 38(12), pp. 3198-3204.
7. **Hacke W, Kaste M, Bluhmki E, et al.** Thrombolysis with alteplase 3 to 4.5 hours at the acute ischemic stroke, N Engl J Med, 2008, 359, pp.1317-1329.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN BỆNH LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Quách Văn Nam<sup>1,3</sup>, Nguyễn Thị Việt Hà<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hồng Nhân<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Kim Dung<sup>2</sup>, Nguyễn Văn Long<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

Loét dạ dày tá tràng là bệnh có xu hướng gia tăng trên trẻ em, hay tái phát và gây ra nhiều biến chứng nếu không điều trị kịp thời. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến bệnh loét dạ dày tá tràng ở trẻ em tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang trên 68 trẻ bị viêm và 68 trẻ viêm kèm loét dạ dày tá tràng tại bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ 01/06/2024 đến 31/05/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của trẻ loét dạ dày tá tràng là 10,7 ± 3,0, tỷ lệ nam/nữ là 1,3/1. Triệu chứng phổ biến nhất của trẻ bị loét dạ dày tá tràng là đau bụng tái diễn (100%), buồn nôn và nôn (54,4%), và ợ hơi/ợ chua (41,2%). Yếu tố làm tăng nguy cơ loét dạ dày tá tràng là tiền sử gia đình có người bị loét (OR=3,5, 95%CI: 1,5 – 8,4), trẻ có tiền

sử dùng steroid (OR= 3,4; 95%CI: 1,2 – 11,4); thói quen ăn nhiều đồ nướng/chiên rán (OR= 2,7; 95%CI: 1,2 – 5,9) và uống nước có ga (OR= 3,1; 95%CI: 1,1 – 9,6). **Kết luận:** Triệu chứng lâm sàng thường gặp của loét dạ dày tá tràng ở trẻ em là đau bụng tái diễn, kèm theo các triệu chứng buồn nôn, nôn và ợ hơi, ợ chua. Các yếu tố làm tăng nguy cơ loét ở trẻ em bao gồm tiền sử gia đình có người bị loét dạ dày tá tràng, sử dụng steroid, thói quen ăn nhiều đồ nướng, chiên rán và uống nước có ga. **Từ khóa:** loét dạ dày tá tràng, trẻ em, nội soi, Helicobacter pylori.

### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF PEPTIC ULCER IN CHILDREN AT SAINT PAUL HOSPITAL

Peptic ulcer disease is showing an increasing trend in children, with frequent recurrences and potentially serious complications if not treated promptly. **Aims:** To describe the clinical characteristics and some related factors of peptic ulcer disease in children at Saint Paul Hospital. **Materials and Methods:** A prospective cross-sectional descriptive study was conducted on 68 children with gastritis and 68 children with gastric and duodenal ulcers at Saint Paul Hospital from June 1, 2024, to May 31, 2025. **Results:** The mean age of children

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

<sup>3</sup>Bệnh viện Nhi Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Việt Hà

Email: vietha@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

with peptic ulcer disease was  $10.7 \pm 3.0$  years, with a male-to-female ratio of 1.3:1. The most common symptoms of peptic ulcer in children were recurrent abdominal pain (100%), nausea and vomiting (54.4%), and belching/acid regurgitation (41.2%). Risk factors associated with peptic ulcer disease included a family history of ulcers (OR = 3.5, 95% CI: 1.5–8.4), previous use of steroids (OR = 3.4, 95% CI: 1.2–11.4), frequent consumption of grilled/fried foods (OR = 2.7, 95% CI: 1.2–5.9), and intake of carbonated beverages (OR = 3.1, 95% CI: 1.1–9.6). **Conclusion:** The most common clinical manifestations of peptic ulcer disease in children were recurrent abdominal pain accompanied by nausea, vomiting, and belching/acid regurgitation. Risk factors for pediatric peptic ulcer disease included family history of peptic ulcer, steroid use, frequent consumption of grilled or fried foods, and drinking carbonated beverages. **Keywords:** peptic ulcer disease, children, endoscopy, *Helicobacter pylori*.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Loét dạ dày tá tràng là bệnh thường gặp ở mọi lứa tuổi, hay tái phát và có thể gây những biến chứng nguy hiểm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và khả năng lao động của người bệnh. Ở trẻ em, loét dạ dày tá tràng gặp với tỷ lệ mắc bệnh thấp hơn so với người lớn. Tỷ lệ mắc bệnh dao động từ 2% đến 8%, có xu hướng tăng lên khi trẻ phải sử dụng thuốc chống viêm nonsteroid, corticosteroid và thuốc ức chế miễn dịch [1].

Nguyên nhân dẫn đến tình trạng loét dạ dày tá tràng ở trẻ em khá đa dạng nhưng chủ yếu là do tình trạng nhiễm *H. pylori* [2]. Trong những nghiên cứu gần đây, các nhà khoa học đề cập đến vai trò của các yếu tố tâm lý xã hội, stress có liên quan đến tình trạng tăng tiết dịch vị làm gia tăng tỷ lệ viêm loét dạ dày tá tràng. Levenstein và cộng sự ghi nhận thấy loét dạ dày tá tràng là sự tương tác phức tạp giữa các yếu tố tâm lý xã hội, hành vi và nhiễm *H. pylori*, trong đó các yếu tố tâm lý xã hội có thể đóng góp từ 30 - 65% vào cơ chế gây loét dạ dày tá tràng [3].

Khoa Nhi, Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn hàng năm tiếp nhận khoảng 15.000 trẻ đến khám vì các bệnh lý tiêu hoá trong đó 30% trẻ có liên quan đến bệnh lý dạ dày tá tràng. Đã có một số nghiên cứu về một số đặc điểm lâm sàng và điều trị viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em nhưng chưa có nghiên cứu nào đi sâu tìm hiểu các yếu tố liên quan tới loét dạ dày tá tràng ở trẻ em. Xuất phát từ vấn đề này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng và một số yếu tố liên quan đến bệnh loét dạ dày tá tràng ở trẻ em tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### - Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện trên trẻ em 3-15 tuổi được chẩn đoán viêm dạ dày, loét dạ dày tá tràng tại Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ tháng 01/06/2024 - 31/05/2025.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Chẩn đoán loét dạ dày tá tràng: có tình trạng hoại tử bề mặt niêm mạc tá tràng với đường kính tối thiểu là 0,5cm xuyên qua lớp cơ niêm.

+ Chẩn đoán viêm dạ dày: nội soi và giải phẫu bệnh xác định có tổn thương viêm mạn tính

+ Bệnh nhân và gia đình đồng ý tham gia nghiên cứu

#### - Tiêu chuẩn loại trừ:

+ Bệnh nhân đang điều trị các bệnh lý: tim mạch, hô hấp, gan, thận, bệnh ác tính hoặc có bệnh rối loạn đông cầm máu trước đó.

+ Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật thực quản, dạ dày, tá tràng.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

#### - Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện toàn bộ nhóm bệnh nhân được chẩn đoán loét dạ dày tá tràng trên nội soi. Bệnh nhân được chẩn đoán viêm dạ dày tá tràng dựa trên hình ảnh tổn thương trên nội soi và kết quả mô bệnh học. Các bệnh nhân này được lựa chọn theo phương pháp ngẫu nhiên đơn với tỷ lệ 1 bệnh: 1 chứng, tương đồng về tuổi và giới.

- **Xử lý và phân tích số liệu:** Số liệu được phân tích bằng phần mềm STATA 14.0 để cho ra các kết quả nghiên cứu. Nghiên cứu sử dụng thống kê mô tả, so sánh nhóm (Chi-square, t-test), phân tích mối liên quan (OR, 95%CI). Mức ý nghĩa thống kê:  $p < 0,05$ .

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành sau khi thông qua Hội đồng thông qua đề cương nghiên cứu khoa học của thạc sỹ Trường Đại học Y Hà Nội và được sự cho phép của Ban lãnh đạo Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn. Thông tin thu thập được từ các đối tượng chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu, hoàn toàn được giữ bí mật. Số liệu đảm bảo tính khoa học, tin cậy và chính xác.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Kết quả phân tích trên 68 bệnh nhi có tình trạng loét và 68 có viêm dạ dày tá tràng được chẩn đoán bằng nội soi tại khoa Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn trong thời gian từ 01/06/2024 đến 31/05/2025.

**Bảng 1. Đặc điểm chung của trẻ trong nghiên cứu**

Đặc điểm của trẻ	Nhóm	Loét + viêm (n=68)		Viêm (n=68)		p
		n	%	n	%	
Tuổi (Năm)	3 – 6	6	8,8	6	8,8	0,602
	7 – 10	29	42,7	35	51,5	
	11 – 15	33	48,5	27	39,7	
	X±SD	10,7±3,0		10,2±2,6		0,248
Giới tính	Nam	39	57,4	31	45,6	0,170
	Nữ	29	42,6	37	54,4	
Tình trạng nhiễm H. pylori	Có	64	94,1	56	82,4	0,033
	Không	4	5,9	12	17,6	

**Nhận xét:** Tuổi trung bình của trẻ loét dạ dày tá tràng là 10,7 ± 3,0, tỷ lệ trẻ nam/nữ là 1,3/1. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm tuổi, giới của trẻ giữa hai nhóm nghiên cứu (p>0,05). Tỷ lệ nhiễm H.pylori ở nhóm loét dạ dày tá tràng là 94,1% cao hơn so với nhóm viêm (82,4%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05).

**Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng của loét dạ dày tá tràng ở trẻ em**

Triệu chứng lâm sàng	Nhóm	Loét + viêm (n=68)		Viêm (n=68)		p
		n	%	n	%	
Đau bụng tái diễn		68	100	68	100	1,00
Khó tiêu, chướng bụng		18	26,5	17	25,0	0,844
Chán ăn		16	23,5	17	25,0	0,841
Nôn ra máu		6	8,8	2	2,9	0,274
Đi ngoài phân đen		13	19,1	2	2,9	0,003
Thiếu máu		15	22,1	3	4,4	0,002
Buồn nôn, nôn		37	54,4	33	48,5	0,493
Ợ hơi, ợ chua		28	41,2	26	38,2	0,726

**Nhận xét:** Các triệu chứng lâm sàng thường gặp nhất ở nhóm bệnh nhân loét là đau bụng tái diễn (100%). Tỷ lệ trẻ có biểu hiện buồn nôn, nôn và ợ hơi ợ chua lần lượt là 54,4% và 41,2%. Tỷ lệ trẻ có xuất huyết tiêu hóa là 27,9% trong đó đi ngoài phân đen là 19,1%; nôn ra máu là 8,8%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ trẻ đi ngoài phân đen, thiếu máu giữa nhóm viêm và nhóm loét (p<0,05).

**Bảng 3. Đặc điểm triệu chứng đau bụng của trẻ loét dạ dày tá tràng**

Tính chất đau bụng	Nhóm	Loét + viêm (n=68)		Viêm (n=68)		p
		n	%	n	%	
Vị trí đau bụng	Thượng vị	46	67,7	48	70,6	0,903
	Quanh rốn	19	27,9	18	26,5	
	Đau khắp bụng	3	4,4	2	2,9	
Thời điểm đau	Khi đói	48	70,6	49	72,1	0,950
	Sau ăn	6	8,8	6	8,8	
	Khi đói + Sau ăn	9	13,2	7	10,3	
	Không xác định	5	7,4	6	8,8	
Mức độ đau	Đau âm ỉ	68	100	65	65,6	0,244
	Đau dữ dội	0	0	3	4,4	
Thời gian đau	> 3 tháng	8	11,8	6	8,8	0,573
	≤ 3 tháng	60	88,2	62	91,2	

**Nhận xét:** Vị trí đau đau bụng phần lớn là thượng vị (67,7%); thời điểm đau chủ yếu là khi đói (70,6%); mức độ đau âm ỉ 100%. Thời gian đau bụng trung bình của trẻ trong nghiên cứu là 2,6±1,9 (tháng). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tính chất đau bụng giữa nhóm viêm và nhóm loét.

**Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến bệnh loét dạ dày tá tràng ở trẻ em**

Một số yếu tố liên quan		Loét + viêm (n=68)		Viêm (n=68)		OR (95%CI)
		n	%	n	%	
Tiêu sử sử dụng Steroid	Có	17	25,0	6	8,8	3,4 (1,2 – 11,4)
	Không	51	75,0	62	91,2	
Gia đình bị loét dạ	Có	29	42,6	12	17,6	3,5

<b>dày tá tràng</b>	Không	39	57,4	56	82,4	(1,5 – 8,4)
<b>Sử dụng kháng sinh trong 6 tháng</b>	Có	20	29,4	9	13,2	2,7
	Không	48	70,6	59	86,8	(1,1 – 7,4)
<b>Gia đình nhiễm H.pylori</b>	Có	12	17,6	5	7,4	2,7
	Không	56	92,4	63	92,6	(1,2 – 8,5)
<b>Thuốc ức chế miễn dịch</b>	Có	64	94,1	56	82,4	3,4
	Không	4	5,9	12	17,6	(1,0 – 14,1)
<b>Ăn nhiều đồ nướng, đồ rán</b>	Có	51	75,0	36	52,9	2,7
	Không	17	25,0	32	47,1	(1,2 – 5,9)
<b>Uống nước có ga, tăng lực</b>	Có	61	89,7	50	73,5	3,1
	Không	7	10,3	18	26,5	(1,1 – 9,6)
<b>Mất ngủ</b>	Có	18	26,5	8	11,8	2,7
	Không	50	73,5	60	88,2	(1,1 – 7,8)

**Nhận xét:** Các yếu tố làm tăng nguy cơ loét dạ dày tá tràng ở trẻ trong nghiên cứu là: Sử dụng corticoid (OR=3,4; 95%CI: 1,2 – 11,4), sử dụng kháng sinh trong vòng 6 tháng (OR=2,7; 95%CI: 1,1 – 7,4); gia đình có người nhiễm H. pylori (OR= 2,7; 95%CI: 1,2 – 8,5) và sử dụng thuốc ức chế miễn dịch (OR=3,4; 95%CI: 1,0 – 14,1). Các thói quen không lành mạnh là tăng nguy cơ loét dạ dày tá tràng là: Ăn nhiều đồ chiên rán hoặc nướng (OR=2,7; 95%CI: 1,2 – 5,9); uống nước có ga (OR=3,1; 95%CI: 1,1 – 9,6) và mất ngủ (OR=2,7; 95%CI: 1,1 – 7,8).

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 68 bệnh nhi được chẩn đoán viêm và kèm theo loét dạ dày tá tràng và 68 bệnh nhân viêm dạ dày tá tràng tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là  $10,7 \pm 3,0$  tuổi, trong đó nhóm từ 11–15 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 48,5%. Tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam/nữ là 1,3/1 (Bảng 1). Xu hướng mắc bệnh nhiều hơn ở nhóm trẻ trai cũng được ghi nhận qua nhiều nghiên cứu. Kết quả này nét tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thúy Dung [4] (tỷ lệ nam/nữ là 3/1).

Đau bụng là triệu chứng thường gặp trong nhiều bệnh lý tiêu hóa, đặc biệt ở trẻ nhỏ, việc xác định nguyên nhân gây đau trở nên phức tạp hơn. Vì vậy, việc nghiên cứu đặc điểm đau theo từng nguyên nhân gây bệnh là vô cùng cần thiết. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thấy 100% bệnh nhân loét dạ dày tá tràng có biểu hiện đau bụng, với các đặc điểm đa dạng (Bảng 2 và 3). Ở nhóm bệnh nhân loét này, vị trí đau bụng phần lớn là thượng vị (67,7%); thời điểm đau chủ yếu là khi đói (70,6%); mức độ đau âm ỉ 100% và với thời gian đau  $\leq 3$  tháng chiếm tỷ lệ cao nhất với 88,2%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Hữu Hiếu [5], khi tác giả cũng ghi nhận vị trí đau bụng phổ biến nhất là

vùng thượng vị (43%). Tính chất đau bụng khi đói là dấu hiệu gợi ý tình trạng viêm, loét dạ dày tá tràng ở những trẻ đau bụng tái diễn. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mỹ Lệ [6] cũng đã ghi nhận đau bụng là triệu chứng chiếm tỷ lệ cao nhất, đạt 76,7%, với thời gian đau dưới 3 tháng chiếm 67,9%. Như vậy, đặc điểm đau của bệnh loét dạ dày tá tràng thường tập trung ở vùng thượng vị, với thời gian đau chủ yếu dưới 3 tháng, trong khi các biểu hiện khác xuất hiện với tỷ lệ thấp hơn. Điều này cần được lưu ý để phân biệt với các bệnh lý tiêu hóa khác.

Triệu chứng lâm sàng tiếp theo sau đau bụng là buồn nôn hoặc nôn và xuất huyết tiêu hóa gặp với tỷ lệ lần lượt là 54,4% và 27,9%. Ở nhóm trẻ có biểu hiện xuất huyết tiêu hóa, 19,1% trẻ có đi ngoài phân đen và 8,8% trẻ có nôn ra máu (Bảng 2). Tình trạng này dẫn đến thiếu máu ở 22,1% trẻ. Tỷ lệ trẻ có biểu hiện xuất huyết tiêu hóa và thiếu máu trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn Nguyễn Thúy Dung [4] với 61,9% bệnh nhân có xuất huyết tiêu hóa chiếm tỷ lệ trong đó 45,9% trẻ có đi ngoài phân đen. Tác giả cũng ghi nhận triệu chứng nôn và buồn nôn cũng khá thường gặp, với tỷ lệ 50%. Tình trạng xuất huyết tiêu hóa, đặc biệt là đi ngoài phân đen, cũng được ghi nhận với tỷ lệ cao trong các nghiên cứu khác. Xuất huyết tiêu hóa thường biểu hiện một cách âm thầm, khó nhận biết đối với gia đình, đồng thời nhấn mạnh nhu cầu giáo dục sức khỏe để người dân nhận thức rõ hơn về các triệu chứng của xuất huyết tiêu hóa cũng như các dấu hiệu liên quan đến loét dạ dày tá tràng nói chung.

Trong nghiên cứu này chúng tôi nhận thấy có mối liên quan giữa tình trạng nhiễm H.pylori và loét dạ dày tá tràng. Tỷ lệ trẻ trong nghiên cứu bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm H.pylori là 94,1%, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm viêm (82,4%),  $p < 0,05$ . Nghiên cứu của Nguyễn Thúy Dung [4] cũng ghi nhận thấy nhóm trẻ bị

nhiễm H.pylori có nguy cơ loét dạ dày tá tràng tăng lên 3,19 lần so với nhóm không nhiễm. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu Mhaskar RS[7] và cộng sự. Trẻ nhiễm H.pylori có nguy cơ loét cao hơn 1,7 lần so với nhóm không nhiễm. Nghiên cứu của Rosenstock[8] cũng cho thấy nhiễm H.pylori làm tăng nguy cơ loét dạ dày tá tràng lên 4,3 lần. Kết quả này ghi nhận tầm quan trọng của việc xét nghiệm và điều trị triệt trừ H.pylori sớm ở trẻ có loét dạ dày tá tràng. Việc triệt trừ H.pylori không chỉ có tác dụng làm lành vết loét mà còn là biện pháp phòng ngừa tái phát hiệu quả, giúp giảm thiểu các biến chứng của loét như hẹp, thủng hay ung thư dạ dày tá tràng về sau này.

Khai thác tiền sử bệnh và các thuốc sử dụng đóng vai trò quan trọng trong tiếp cận bệnh nhân viêm loét dạ dày tá tràng. 16,9% (23/136) trẻ trong nghiên cứu của chúng tôi có tiền sử dùng corticoid với mục đích chủ yếu để điều trị bệnh hen, Schlolein Henoch, viêm khớp và một số bệnh khác. Trẻ có tiền sử dùng corticoid làm tăng nguy cơ loét dạ dày tá tràng cao gấp cao gấp 3,4 lần (95%CI: 1,2 – 11,4) so với nhóm không sử dụng (Bảng 4). Kết quả này của chúng tôi khá tương đồng so với nghiên cứu của Nguyễn Thúy Dung [4]. Trong nghiên cứu tại Nghệ An, trẻ có tiền sử dùng corticoid thì có biểu hiện loét dạ dày tá tràng tăng gấp 2,8 lần so với nhóm không sử dụng. Kết quả từ bảng 4 cũng cho thấy trẻ có tiền sử dùng kháng sinh trong vòng 6 tháng, gia đình có người nhiễm H. pylori và dùng thuốc ức chế miễn dịch có nguy cơ loét dạ dày tá tràng cao gấp cao gấp 3,4 lần (95%CI: 1,2 – 11,4); 2,7 (95%CI: 1,1 – 7,4); 2,7 (95%CI: 1,2 – 8,5) và 3,4 (95%CI: 1,0 – 14,1) lần so với nhóm không có các tiền sử này. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như ghi nhận của các tác giả khác trong nước. Trong nghiên cứu trên 79 trẻ loét dạ dày tá tràng tại Nghệ An, Nguyễn Thúy Dung [4] ghi nhận thấy 62,5% trẻ bị viêm loét dạ dày tá tràng có các thành viên trong gia đình (bố, mẹ hoặc anh, chị, em ruột) bị loét dạ dày tá tràng và nguy cơ loét dạ dày tá tràng ở nhóm trẻ có các thành viên bị viêm loét dạ dày tá tràng gấp 2,2 lần so với nhóm trẻ không có thành viên bị viêm loét dạ dày tá tràng.

Kết quả từ bảng 3.4 cho thấy, trẻ có thói quen ăn nhiều đồ chiên rán, nướng; uống nước có ga và mất ngủ làm tăng nguy cơ loét lên gấp 2,7 (95%CI: 1,2 – 5,9); 3,1 (95%CI: 1,1 – 9,6) và 2,7 (95%CI: 1,1 – 7,8) lần so với nhóm không có thói quen này. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với công bố của các

tác giả trong nước và trên thế giới. Nghiên cứu của Nguyễn Thúy Dung [4] ghi nhận thấy trẻ có thói quen hay uống nước có ga, nước ngọt, nước tăng lực có nguy cơ loét dạ dày tá tràng tăng lên 2,07 lần và trẻ có thói quen ăn nhiều đồ nướng, đồ rán có nguy cơ loét dạ dày tá tràng tăng lên 1,69 lần so với nhóm không có thói quen này. Graziella Guariso [9] cũng cho thấy có mối liên quan giữa trẻ bị tình trạng mất ngủ có tỷ lệ loét dạ dày tá tràng cao hơn so với nhóm không có vấn đề này. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc điều chỉnh chế độ ăn uống, sinh hoạt hàng ngày để bảo vệ sức khỏe hệ tiêu hóa của trẻ.

## V. KẾT LUẬN

Triệu chứng lâm sàng thường gặp của loét dạ dày tá tràng ở trẻ em là đau bụng tái diễn, kèm theo các triệu chứng buồn nôn, nôn và ợ hơi, ợ chua. Các yếu tố làm tăng nguy cơ loét ở trẻ em bao gồm nhiễm helicobacter pylori, tiền sử gia đình có người bị loét dạ dày tá tràng, sử dụng steroid, thói quen ăn nhiều đồ nướng, chiên rán và uống nước có ga. Kết quả của nghiên cứu này cho thấy vai trò của việc khai thác bệnh sử, yếu tố gia đình và lối sống để có thể tiếp cận chẩn đoán sớm và dự phòng loét dạ dày tá tràng ở trẻ em

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **X. Xie, K. Ren, Z. Zhou, C. Dang, et al**, The global, regional and national burden of peptic ulcer disease from 1990 to 2019: a population-based study. *BMC Gastroenterol*, 2022. 22(1): p. 58.
2. **Nguyễn Thị Việt Hà**, Tìm hiểu nguyên nhân và các biểu hiện lâm sàng đau bụng tái diễn ở trẻ em tại Bệnh Viện Nhi Trung ương. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2017. 451(1): p. 72-76.
3. **S. Levenstein, S. Rosenstock, R. K. Jacobsen, et al**, Psychological stress increases risk for peptic ulcer, regardless of Helicobacter pylori infection or use of nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 2015. 13(3): p. 498-506.e1.
4. **Nguyễn Thúy Dung, Phạm Thị Thanh Nga, Nguyễn Thị Việt Hà**. Tỷ lệ mắc và một số yếu tố nguy cơ bệnh loét dạ dày tá tràng ở trẻ em tại bệnh viện Sản Nhi Nghệ An. *Tạp Chí Y học Việt Nam*, 527(1B). <https://doi.org/10.51298/vmj.v527i1B.5761.5>.
5. **Nguyễn Hữu Hiếu và Nguyễn Thị Việt Hà**, Đặc điểm lâm sàng cận lâm sàng và tình trạng kháng kháng sinh của trẻ em bị loét dạ dày tá tràng có nhiễm helicobacter. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 2021. 143(7): p. 134-141.
6. **Nguyễn Thị Mỹ Lệ và Nguyễn Đình Tuyên**, Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh viêm loét dạ dày tá tràng ở trẻ em điều trị tại Bệnh viện Sản – Nhi tỉnh Quảng Ngãi. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022. 514(1): p. 186-190.
7. **R. S. Mhaskar, I. Ricardo, A. Azliyati, et al**,

Assessment of risk factors of helicobacter pylori infection and peptic ulcer disease. J Glob Infect Dis, 2013. 5(2): p. 60-7.

8. **S. Rosenstock, T. Jørgensen, O. Bonnevie, et al.,** Risk factors for peptic ulcer disease: a population based prospective cohort study

comprising 2416 Danish adults. Gut, 2003. 52(2): p. 186-93.

9. **G. Guariso, F. Brotto, D. Basso, et al.,** Organ-specific autoantibodies in children with Helicobacter pylori infection. Helicobacter, 2004. 9(6): p. 622-8.

## ĐẶC ĐIỂM VIÊM PHỔI DO STAPHYLOCOCCUS AUREUS Ở TRẺ EM TỪ 1 THÁNG ĐẾN 5 TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH PÔN

Nguyễn Thanh Hiền<sup>1</sup>, Ninh Quốc Đạt<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

Staphylococcus aureus (S.aureus) là một trong những nguyên nhân quan trọng gây viêm phổi nhập viện ở trẻ em dưới 5 tuổi với nhiều biểu hiện đa dạng, thường gặp diễn biến lâm sàng nặng có thể dẫn đến tử vong vì viêm phổi hoại tử và tình trạng kháng kháng sinh ngày càng gia tăng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và nhận xét kết quả điều trị viêm phổi do tụ cầu vàng ở trẻ em. **Đối tượng nghiên cứu:** 53 trẻ 1 tháng đến 5 tuổi mắc viêm phổi do S.aureus điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ 01/01/2023 đến 30/06/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu kết hợp tiền cứu, mô tả loạt ca bệnh. **Kết quả:** nhóm tuổi <2 tháng chiếm tỷ lệ cao nhất (50,94%), tỷ lệ nam/nữ xấp xỉ 1:1. Lý do nhập viện phổ biến nhất là ho (92%) và khó khè (56,6%). Các triệu chứng chính bao gồm ho, sốt, khó thở, thở nhanh và ran ẩm ở phổi. Hình ảnh Xquang phổi có tổn thương đồng đặc không thuần nhất chiếm tỷ lệ lớn (43,4%). Kết quả nuôi cấy dịch tỵ hầu cho thấy tỉ lệ S.aureus kháng methicillin (MRSA) chiếm ưu thế (56,6%). Các chủng MRSA kháng hoàn toàn với kháng sinh nhóm  $\beta$ -lactam, Carbapenem; kháng cao với Erythromycin (65,4%), Clindamycin (73,3%) và nhạy hoàn toàn với Vancomycin và Linezolid. Thời gian nằm viện trung bình là 11,11 ngày. Tỷ lệ điều trị thành công (khỏi/đỡ) là 96,2%. **Kết luận:** Nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời viêm phổi do S.aureus, đặc biệt trong bối cảnh gia tăng sự kháng thuốc của các chủng MRSA. **Từ khóa:** Staphylococcus aureus, S.aureus kháng methicillin, viêm phổi, trẻ em.

### SUMMARY

#### CHARACTERISTICS OF STAPHYLOCOCCUS AUREUS PNEUMONIA IN CHILDREN AT XANH PON GENERAL HOSPITAL

Staphylococcus aureus (S. aureus) is one of the important causes of hospital-acquired pneumonia in children under 5 years old, presenting with diverse

clinical manifestations. It often follows a severe clinical course, which can lead to death due to necrotizing pneumonia and the increasing issue of antibiotic resistance. **Objective:** To describe the clinical, paraclinical characteristics and evaluate treatment outcomes of pneumonia caused by Staphylococcus aureus in children. **Subjects:** 53 children aged 1 month to 5 years with S. aureus pneumonia treated at Saint Paul General Hospital from January 1, 2023 to June 30, 2025. **Methods:** Retrospective combined with prospective study, case series description. **Results:** The age group under 2 months accounted for the highest proportion (50.94%), with a male-to-female ratio of approximately 1:1. The most common reasons for admission were cough (92%) and wheezing (56.6%). Major symptoms included cough, fever, dyspnea, tachypnea, and pulmonary crackles. The chest X-ray image shows a significant proportion (43.4%) of heterogeneous consolidation. Nasopharyngeal culture revealed methicillin-resistant Staphylococcus aureus (MRSA) as the predominant strain (56.6%). MRSA isolates were completely resistant to  $\beta$ -lactam and carbapenem antibiotics, highly resistant to erythromycin (65.4%) and clindamycin (73.3%), while fully susceptible to vancomycin and linezolid. The average length of hospital stay was 11.11 days. The successful treatment rate (cured/improved) was 96.2%. **Conclusion:** The study highlights the importance of early diagnosis and timely treatment of S. aureus pneumonia, particularly in the context of increasing antibiotic resistance among MRSA strains.

**Keywords:** Staphylococcus aureus, S.aureus kháng methicillin, pneumonia, children.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ dưới 5 tuổi trên toàn cầu.<sup>1</sup> Trong đó, tụ cầu vàng (Staphylococcus aureus) là tác nhân quan trọng gây viêm phổi nhập viện, thường có diễn biến lâm sàng nặng và để lại di chứng nếu điều trị muộn hoặc không thích hợp. Một tổng quan 35 nghiên cứu được thực hiện trên 20.708 trẻ viêm phổi nhập viện ở lứa tuổi này vào năm 2019 chỉ ra rằng, tỷ lệ của viêm phổi do S.aureus là 3%, nhưng đây là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong.<sup>2</sup> Việc chẩn đoán và điều trị viêm phổi do S. aureus gặp nhiều khó khăn do hình thái

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ninh Quốc Đạt

Email: ninhquocdat@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

lâm sàng đa dạng, không đặc hiệu và tình trạng kháng kháng sinh ngày càng gia tăng.<sup>3</sup> Tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, nhiều trường hợp viêm phổi do *S. aureus* đã được tiếp nhận. Trong đó, phần lớn là các ca bệnh viêm phổi mức độ không nặng với các biểu hiện lâm sàng trùng lặp với các nguyên nhân khác. Bên cạnh đó, vẫn có các ca bệnh với diễn biến nặng trong thời gian nhanh đòi hỏi bác sĩ Nhi khoa phải tiên lượng bệnh và xử lý kịp thời. Chính vì vậy, nghiên cứu này nhằm mục đích tìm hiểu rõ hơn về "đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của viêm phổi do tụ cầu vàng ở trẻ em" từ đó góp phần nâng cao hiệu quả chẩn đoán và điều trị.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm 53 trẻ được chẩn đoán viêm phổi do *Staphylococcus aureus* điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn từ 01/01/2023 đến 30/06/2025.

**Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Tuổi: trẻ từ 1 tháng đến 5 tuổi.
- Chẩn đoán viêm phổi: Bệnh nhi được chẩn đoán viêm phổi trên lâm sàng theo hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam 2014<sup>4</sup>.
- Bệnh nhi có kết quả phân lập được *S. aureus* từ dịch tỵ hầu.

**Tiêu chuẩn loại trừ**

Không đủ thông tin nghiên cứu hoặc gia đình trẻ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

- **Thiết kế nghiên cứu:** Hồi cứu kết hợp tiến cứu, mô tả loạt ca bệnh
- **Cỡ mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện
- **Biến số nghiên cứu:**
  - + Biến số lâm sàng: tuổi, giới tính, sốt, ho, khó khè, khó thở, ran ở phổi.
  - + Biến số cận lâm sàng: X-quang phổi, kết quả cấy dịch tỵ hầu dương tính, kháng sinh đồ.
  - + Biến kết quả điều trị: tỷ lệ khỏi/đỡ/xin về/tử vong, thời gian nằm viện.

**2.3. Xử lý số liệu.** Sử dụng phần mềm thống kê y học SPSS 20.0, trong đó các test kiểm định sử dụng trong nghiên cứu bao gồm  $\chi^2$  test or Fisher test cho các biến định tính và Mann -Whitney U cho các biến định lượng. Với  $p < 0,05$  được cho là có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

**Bảng 2. Đặc điểm về X-quang phổi ở bệnh nhân viêm phổi do tụ cầu vàng**

Đặc điểm X-quang phổi		<2 tháng n(%)	2 tháng -<12 tháng n(%)	12 tháng - 5 tuổi n(%)	Tổng số bệnh nhân n(%)
<b>Vị trí tổn thương</b>	Một bên phổi	6(22,2%)	4(23,5%)	4(44,4%)	14(26,4%)
	Cả hai phổi	21(77,8%)	13(76,5%)	5(55,6%)	39(73,6%)
<b>Hình ảnh</b>	Nốt mờ rải rác	15(55,6%)	9(52,9%)	4(44,4%)	28(52,8%)

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành dưới sự tuân thủ về mặt y đức, thông qua hội đồng xét duyệt đề cương của Trường Đại học Y Hà Nội, Hội đồng đạo đức Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, quyết định số 2959/BVĐKXP-HĐĐĐ, ngày 10/09/2024.

Đây là nghiên cứu mô tả, không ảnh hưởng đến sức khỏe của bệnh nhi.

Các đối tượng nghiên cứu được thông báo trước về mục đích và nội dung nghiên cứu, đảm bảo có sự cam kết, tự nguyện của gia đình đối tượng nghiên cứu.

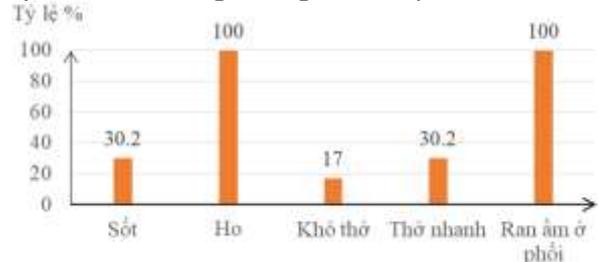
**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

Từ năm 01/01/2023 đến 30/06/2025 nghiên cứu thu thập được 53 trẻ viêm phổi do *S.aureus*, trong đó có 30 trẻ viêm phổi do MRSA (*S.aureus* kháng methicillin) (chiếm 56,6%) và 23 trẻ viêm phổi do MSSA (*S.aureus* nhạy methicillin) (chiếm 43,4%). Kết quả nghiên cứu được trình bày ở các bảng sau đây:

**Bảng 1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu**

Tuổi	Giới tính		Tổng	p
	Nam	Nữ		
<2 tháng	14(26,4%)	13(24,5%)	27(50,9%)	1
2 tháng - <12 tháng	8(15,1%)	9(17%)	17(32,1%)	
12 tháng - 5 tuổi	5(9,4%)	4(7,5%)	9(17%)	
Tổng	27(50,9%)	26(49,1%)	53(100%)	

**Nhận xét:** Lứa tuổi hay gặp nhất trong nhóm nghiên cứu là < 2 tháng, chiếm 50,9%. Tỷ lệ nam : nữ tương đương nhau xấp xỉ 1:1.



**Biểu đồ 1. Đặc điểm lâm sàng của viêm phổi tụ cầu vàng**

**Nhận xét:** Tất cả trẻ viêm phổi do *S.aureus* đều có ho và ran ẩm ở phổi, khoảng 1/3 số trẻ có sốt và thở nhanh (30,2%), số ít trẻ có khó thở.

<b>tổn thương</b>	Tổn thương đồng đặc không thuần nhất	10(37%)	8(47,1%)	5(55,6%)	23(43,4%)
	Tổn thương phối hợp (tổn thương đồng đặc + TDMP)	2(7,4%)	0(0%)	0(0%)	2(3,8%)

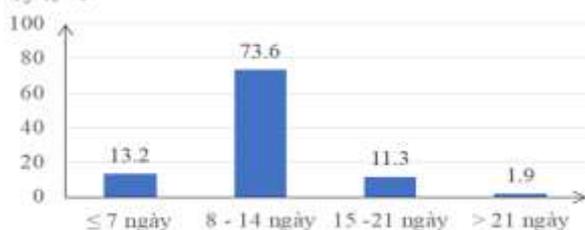
**Nhận xét:** Hình ảnh tổn thương trên X- quang của trẻ viêm phổi do S.aureus thường gặp ở cả hai bên phổi (73,6%) với tỷ lệ lớn là tổn thương đồng đặc không thuần nhất (43,4%), gặp chủ yếu ở lứa tuổi >2 tháng. Tổn thương phối hợp chiếm tỷ lệ nhỏ (3,8%) và chỉ gặp ở lứa tuổi < 2 tháng của nghiên cứu.

**Bảng 3. Kết quả kháng sinh đồ**

Kháng sinh	MSSA n=23			MRSA n=30			p
	S (%)	I (%)	R (%)	S (%)	I (%)	R (%)	
Ampicillin/Sulbactam	100	0	0	0	0	100	0
Piperacillin/Tazobactam	100	0	0	0	0	100	0
Cefuroxime	100	0	0	0	0	100	0
Cefotaxime	100	0	0	0	0	100	0
Ceftriaxone	100	0	0	0	0	100	0
Oxacillin	100	0	0	0	0	100	0
Erythromycin	72,7	0	27,3	30,8	3,8	65,4	0,008
Clindamycin	65,2	0	34,8	26,7	0	73,3	0,005
Meropenem	100	0	0	0	0	100	0
Imipenem	100	0	0	0	0	100	0
Levofloxacin	95,5	0	4,5	84,6	0	15,4	0,357
Ciprofloxacin	95,5	0	4,5	75	7,1	17,9	0,170
Vancomycin	100	0	0	100	0	0	0
Linezolid	95,7	0	4,3	100	0	0	0,434
TMP/SMZ	100	0	0	95,8	4,2	0	1
Doxycycline	95,2	0	4,8	69,2	7,7	23,1	0,088

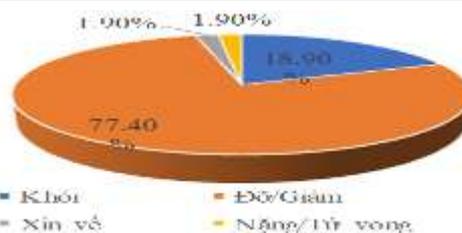
**Nhận xét:** Các chủng MRSA kháng hoàn toàn với kháng sinh nhóm  $\beta$ -lactam và Carbapenem; kháng nhiều loại kháng sinh như Erythromycin (65,4%), Clindamycin (73,3%) và nhạy cảm hoàn toàn với Vancomycin và Linezolid. So với MSSA, các chủng MRSA kháng Clindamycin và Erythromycin nhiều hơn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Mặt khác, các chủng MRSA ít nhạy cảm hơn với Ciprofloxacin và Levofloxacin, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

Tỷ lệ %



**Biểu đồ 2. Thời gian nằm viện điều trị**

**Nhận xét:** Thời gian nằm viện trung bình của nhóm nghiên cứu là  $11,11 \pm 3,71$  ngày. Phần lớn các trẻ viêm phổi do S.aureus có thời gian nằm viện từ 8 -14 ngày (chiếm 73,6%). 13,2% số bệnh nhân có thời gian nằm viện ≤ 7 ngày. Các trường hợp phải nằm viện ≥ 15 ngày chiếm tỷ lệ nhỏ.



**Biểu đồ 3. Kết quả điều trị**

**Nhận xét:** Tỷ lệ trẻ đáp ứng tốt với điều trị (khỏi/đờ/giảm) chiếm 96,2%. Có 1 trẻ xin vò (1,9%), 1 trẻ tử vong (1,9%).

#### IV. BÀN LUẬN

Có 53 bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu. Trong đó, nhóm trẻ < 2 tháng là chủ yếu, chiếm 50,9%. Tỷ lệ trẻ trai và trẻ gái mắc viêm phổi do S.aureus là tương đương nhau xấp xỉ 1:1. Kết quả này cũng phù hợp với một số nghiên cứu quốc tế.<sup>5</sup>

Các triệu chứng lâm sàng phổ biến của viêm phổi do S.aureus là sốt, ho, khó thở, thở nhanh, ran ẩm ở phổi. Kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu của Kyra A.Len và cộng sự khi nghiên cứu về viêm phổi do S.aureus mắc phải trong cộng đồng ở trẻ em nhập viện tại Hawaii.<sup>6</sup>

Hình ảnh tổn thương trên X- quang của trẻ viêm phổi do S.aureus thường gặp ở cả hai bên

phổi (73,6%) với tỷ lệ lớn là tổn thương đồng đặc không thuần nhất (43,4%), gặp chủ yếu ở lứa tuổi > 2 tháng. Tổn thương phổi hợp (tràn dịch màng phổi) chiếm tỷ lệ nhỏ (3,8%) và chỉ gặp ở lứa tuổi < 2 tháng. Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Guliz Erdem và cộng sự khi nghiên cứu về đặc điểm hình ảnh học của bệnh viêm phổi do CA-MRSA và CA-MSSA ở trẻ em tại Hawaii, chỉ ra rằng: 62% bệnh nhân CA-MRSA có tổn thương đồng đặc ở một bên phổi và 79% trường hợp CA-MSSA có tổn thương đồng đặc ở hai bên phổi; số ca bệnh có tràn dịch màng phổi của viêm phổi do CA-MRSA và CA-MSSA lần lượt là 85% và 64%.<sup>7</sup> Sự khác biệt này có thể do loạt ca bệnh trong nghiên cứu của Guliz Erdem được thực hiện ở trẻ em tại một vùng lưu hành bệnh nặng.

Tỷ lệ các chủng tụ cầu vàng được phân lập trong nghiên cứu này cho thấy MRSA chiếm ưu thế hơn (56,6%) so với MSSA (43,4%). Bên cạnh đó, các chủng MRSA có khả năng kháng nhiều loại kháng sinh, chẳng hạn như nhóm  $\beta$ -lactam (100%), Carbapenem (100%), Clindamycin (73,3%), Erythromycin (65,4%). Kết quả này tương tự như kết quả nghiên cứu của Trần Quang Khải và cộng sự khi nghiên cứu về tỷ lệ phân lập các chủng tụ cầu vàng và khả năng kháng kháng sinh của các chủng MRSA gây viêm phổi mắc phải tại cộng đồng ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ, trong đó phát hiện ra rằng tỷ lệ MRSA chiếm tỷ lệ lớn (78%); 100% các chủng MRSA kháng hoàn toàn Penicillin; kháng nhiều loại kháng sinh như Clindamycin (84,4%), Erythromycin (78,1%) và nhạy cảm hoàn toàn với Vancomycin và Linezolid.<sup>8</sup> So với MSSA, các chủng MRSA kháng Clindamycin và Erythromycin nhiều hơn ( $p < 0,05$ ). Ngoài ra, nghiên cứu này cho thấy các chủng MRSA hoàn toàn nhạy cảm với Vancomycin, Linezolid. Do đó, Vancomycin và Linezolid có thể là lựa chọn phù hợp cho viêm phổi cộng đồng nặng do MRSA gây ra.

Thời gian nằm viện trung bình là  $11,11 \pm 3,71$  ngày (ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 27 ngày). Phần lớn các trẻ viêm phổi do S.aureus trong nghiên cứu có thời gian nằm viện từ 8 -14 ngày (chiếm 73,6%). Tỷ lệ điều trị thành công là 96,2%, trong đó có 18,9% khỏi bệnh và 77,4% số trẻ có kết quả điều trị đỡ/giảm, 1 trường hợp tử vong (1,9%) có bệnh lý nền trước đó (tăng trương lực cơ bẩm sinh, chậm phát triển tâm thần vận động). Kết quả này khác với kết quả nghiên cứu của Kyra A.Len và cộng sự, chỉ ra rằng thời gian nằm viện trung bình là 26,2 ngày (dao động từ 6-138 ngày) và có 5% số ca bệnh tử vong.<sup>6</sup> Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian nằm

viện ngắn hơn và tỷ lệ điều trị thành công cao hơn so với nghiên cứu của Kyra A.Len. Điều này có thể giải thích do trong nghiên cứu của Kyra A.Len, các bệnh nhân có mức độ nặng hơn, tổn thương trên X- quang phổi có hình ảnh đồng đặc và tràn dịch màng phổi chiếm tỷ lệ lớn.<sup>7</sup>

## V. KẾT LUẬN

Viêm phổi do S.aureus gặp chủ yếu ở trẻ nhỏ dưới 2 tháng tuổi. Các triệu chứng lâm sàng phổ biến là sốt, ho, khó thở, thở nhanh, ran ẩm ở phổi. Hình ảnh tổn thương trên X- quang phổi thường gặp ở cả hai bên phổi (73,6%) với tỷ lệ lớn là tổn thương đồng đặc không thuần nhất (43,4%), chủ yếu ở lứa tuổi > 2 tháng. Tuy nhiên, một tỷ lệ nhỏ (3,8%) các ca bệnh viêm phổi do S.aureus có tổn thương phổi hợp (tràn dịch màng phổi) với diễn biến nặng nề và thời gian điều trị kéo dài. Mặt khác, chủng S.aureus gây viêm phổi cộng đồng ở trẻ em dưới 5 tuổi chủ yếu là MRSA có khả năng kháng nhiều loại kháng sinh. Do đó, cần chẩn đoán và điều trị sớm trong thực hành lâm sàng. Kết quả điều trị của nghiên cứu cho thấy có 96,2% bệnh nhân khỏi/ lui bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kallander K, Burgess DH, Qazi SA.** Early identification and treatment of pneumonia: a call to action. *Lancet Glob Health.* 2016;4(1):e12-13. doi:10.1016/S2214-109X(15)00272-7
2. **Kulkarni D, Wang X, Sharland E, Stansfield D, Campbell H, Nair H.** The global burden of hospitalisation due to pneumonia caused by *Staphylococcus aureus* in the under-5 years children: A systematic review and meta-analysis. *EClinicalMedicine.* 2022;44:101267. doi:10.1016/j.eclinm.2021.101267
3. **Alvarez A, Fernández L, Gutiérrez D, Iglesias B, Rodríguez A, García P.** Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* in Hospitals: Latest Trends and Treatments Based on Bacteriophages. *J Clin Microbiol.* 2019;57(12):e01006-19. doi:10.1128/JCM.01006-19
4. **Bộ Y tế** (2014). Hướng dẫn xử trí viêm phổi cộng đồng ở trẻ em.
5. **Bénet T, Sánchez Picot V, Messaoudi M, et al.** Microorganisms Associated With Pneumonia in Children <5 Years of Age in Developing and Emerging Countries: The GABRIEL Pneumonia Multicenter, Prospective, Case-Control Study. *Clin Infect Dis.* 2017;65(4):604-612. doi:10.1093/cid/cix378
6. **Len KA, Bergert L, Patel S, Melish M, Kimata C, Erdem G.** Community-acquired *Staphylococcus aureus* pneumonia among hospitalized children in Hawaii. *Pediatric Pulmonology.* 2010;45(9): 898-905. doi:10.1002/ppul.21269
7. **Erdem G, Bergert L, Len K, Melish M, Kon K, DiMauro R.** Radiological findings of community-acquired methicillin-resistant and methicillin-

susceptible *Staphylococcus aureus* pediatric pneumonia in Hawaii. *Pediatr Radiol.* 2010; 40 (11):1768-1773. doi:10.1007/s00247-010-1680-0

8. **Tran KQ, Nguyen TTD, Pham VH, Pham QM, Tran HD.** Pathogenic Role and Antibiotic

Resistance of Methicillin-Resistant *Staphylococcus aureus* (MRSA) Strains Causing Severe Community-Acquired Pneumonia in Vietnamese Children. *Adv Respir Med.* 2023;91(2):135-145. doi:10.3390/arm91020012

## ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG KHÔ MẮT SAU PHẪU THUẬT TẠO HÌNH MI MẮT

Lê Thị Vân Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hiền<sup>2</sup>, Vũ Quế Anh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** So sánh những thay đổi liên quan đến tình trạng khô mắt sau phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới và phẫu thuật kết hợp mi trên - mi dưới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiến cứu thực hiện trên 39 bệnh nhân, gồm 20 bệnh nhân phẫu thuật tạo hình mi dưới (nhóm 1) và 19 bệnh nhân phẫu thuật tạo hình mi trên - mi dưới (nhóm 2). Tất cả các ca phẫu thuật cùng được thực hiện bởi cùng một phẫu thuật viên. Tình trạng khô mắt được đánh giá trước mổ và sau mổ 1, 3 và 6 tháng qua các tiêu chí: chỉ số bệnh lý bề mặt nhãn cầu (OSDI), test Schirmer I, thời gian phá vỡ màng phim nước mắt (BUT), điểm viêm giác mạc chấm, tần số chớp mắt và tỷ lệ chớp mắt không kín. **Kết quả nghiên cứu:** Sau phẫu thuật 1 tháng, điểm OSDI giảm ở cả hai nhóm, rõ hơn ở nhóm 2 ( $p < 0,001$ ). Test Schirmer I ổn định ở nhóm 1 nhưng giảm đáng kể ở nhóm 2 ( $p < 0,05$ ). BUT giảm trong tháng đầu rồi hồi phục dần, đến 6 tháng nhóm 1 trở lại bình thường, nhóm 2 vẫn còn khô nhẹ. Viêm giác mạc chấm xuất hiện sớm sau mổ nhưng hầu hết hồi phục sau 6 tháng. Tần số và mức độ chớp mắt trở lại bình thường vào cuối nghiên cứu. **Bàn luận:** Phẫu thuật tạo hình mi mắt, đặc biệt là phẫu thuật kết hợp tạo hình mi trên - mi dưới, có thể dẫn đến tình trạng khô mắt cho bệnh nhân; tuy nhiên tình trạng này thường hết sau phẫu thuật 6 tháng. Cần đánh giá, quản lý bệnh lý bề mặt nhãn cầu trước và sau mổ để ngăn ngừa biến chứng và tối đa hóa hiệu quả của phẫu thuật. **Từ khóa:** khô mắt, phẫu thuật thẩm mỹ mi dưới, phẫu thuật thẩm mỹ mi trên và mi trên, màng phim nước mắt

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF DRY EYE SYMPTOMS FOLLOWING BLEPHAROPLASTY

**Purpose:** To evaluate the changes in dry eye parameters following cosmetic lower eyelid blepharoplasty and combined upper-lower eyelid blepharoplasty. **Methods:** A prospective study was conducted on 39 patients, including 20 who

underwent lower eyelid blepharoplasty (group 1) and 19 who underwent combined upper and lower eyelid blepharoplasty (group 2). All procedures were performed by the same oculoplastic surgeon. Dry eye status was assessed preoperatively and at 1, 3 and 6 months postoperatively using the Ocular Surface Disease Index (OSDI), Schirmer I test, tear film break up time (BUT), corneal fluorescein staining score, blink rate and incomplete blink ratio. **Results:** At 1 month, both groups showed a significant increase in OSDI scores, more pronounced in group 2 ( $p < 0,001$ ). Schirmer I values remained stable in group 1 but decreased significantly in group 2 at all postoperative visits ( $p < 0,05$ ). BUT decreased markedly at 1 month ( $p < 0,001$ ) and gradually recovered; at 6 months, group 1 reached baseline while group 2 remained lower. Corneal fluorescein staining score was observed in the early postoperative period and resolved by 6 months in most patients. Blink parameters normalized by the final follow-up. **Conclusion:** Cosmetic blepharoplasty, particularly combined upper-lower eyelid surgery, can induce transient dry eye symptoms that generally resolve within 6 months. Pre- and postoperative ocular surface management is essential to prevent complications and optimize outcomes. **Keywords:** Dry eye, lower eyelid blepharoplasty, combined upper and lower eyelid blepharoplasty

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở người cao tuổi, tình trạng da và mỡ thừa vùng mi trên - mi dưới không chỉ ảnh hưởng đến ngoại hình mà còn có thể cản trở thị trường, gây nặng mi và giảm chất lượng sống. Bên cạnh hiệu quả thẩm mỹ, nhiều nghiên cứu ghi nhận phẫu thuật thẩm mỹ mi mắt (blepharoplasty) có thể gây ra những biến đổi tạm thời hoặc kéo dài trên bề mặt nhãn cầu, trong đó khô mắt là biến chứng thường gặp nhất - một hậu quả gây ra bởi sự rối loạn của nhiều yếu tố như màng phim nước mắt và bề mặt nhãn cầu. Sau phẫu thuật mi mắt, các yếu tố như cắt bỏ da và cơ vòng mi, giảm tần số chớp mắt hoặc mắt nhắm không kín có thể góp phần khởi phát hoặc làm nặng thêm tình trạng khô mắt của bệnh nhân. Mức độ ảnh hưởng của phẫu thuật thẩm mỹ mi mắt phụ thuộc vào kỹ thuật mổ, mức độ can thiệp và khả năng phục hồi chức năng cơ vòng mi<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Mắt Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Vân Anh

Email: lethivananhmu94@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

Tại Việt Nam, các số lượng các nghiên cứu về vấn đề này còn hạn chế. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá sự thay đổi của tình trạng khô mắt sau phẫu thuật thẩm mỹ mí mắt tại các thời điểm 1, 3 và 6 tháng sau phẫu thuật.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả lâm sàng, không nhóm chứng.

**2.2. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân được phẫu thuật mí dưới và phẫu thuật mí dưới kết hợp mí trên ở khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu và khoa Tạo hình thẩm mỹ và vùng mặt Bệnh viện Mắt Trung ương từ tháng 10/2023 đến tháng 03/2025.

**2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:** Những bệnh nhân được phẫu thuật tạo hình mí mắt do có thừa mí thừa gáy ra những triệu chứng (như cảm giác nặng mí, hạn chế tầm nhìn) hay lo ngại về thẩm mỹ. Tất cả bệnh nhân đều đồng thuận tham gia nghiên cứu.

**2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có bệnh lý nhãn cầu hoặc mí mắt; hội chứng Sjogren; bệnh khô mắt; các bệnh lý hệ thống ảnh hưởng đến bề mặt nhãn cầu như thấp khớp, xơ cứng bì, lupus ban đỏ hệ thống; hội chứng Steven-Johnson; và có tiền sử phẫu thuật mí mắt được loại bỏ ra khỏi nghiên cứu. Ngoài ra, chúng tôi cũng không lựa chọn những bệnh nhân đã sử dụng kính tiếp xúc trước phẫu thuật.

**2.2.3. Phương tiện nghiên cứu:** Que nhuộm fluorescein (GloStrip®), đèn khe, que thử khô mắt Schirmer (Tear Touch), bộ câu hỏi đánh giá chỉ số bệnh lý bề mặt nhãn cầu (OSDI), và hồ sơ bệnh án.

**2.2.4. Quy trình nghiên cứu:** Bệnh nhân tham gia nghiên cứu được khám sàng lọc trước mổ. Tất cả bệnh nhân đều đủ tiêu chuẩn và đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Đồng thời, các ca phẫu thuật đều được thực hiện bởi cùng một bác sĩ giàu kinh nghiệm. Sau phẫu thuật, bệnh nhân được đánh giá lại tại các thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng.

**2.2.5. Các chỉ số nghiên cứu và đánh giá kết quả.** Tiêu chí chung của bệnh nhân như tuổi, giới và các tiêu chí khác liên quan đến triệu chứng khô mắt tại các thời điểm trước phẫu thuật, sau phẫu thuật 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng như: Điểm OSDI, kết quả Test Schirmer I (mm/5 phút), thời gian phá vỡ màng nước mắt (giây), kết quả đánh giá chức năng tuyến Meibomian (0 - dịch tiết trong, số lượng bình thường; 1 - dịch tiết đục và/hoặc số lượng dịch ít; 2 - không thấy dịch tiết), viêm giác mạc chấm

(0 - giác mạc bình thường, 1 - giác mạc có <15 chấm, 2 - giác mạc có 16-20 chấm và 3 - giác mạc có > 30 chấm), tần số chớp mắt (lần/phút) và tỷ lệ chớp mắt không kín (%).

**2.3. Xử lý số liệu:** Số liệu trong nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.00. Kiểm định t-test cho mẫu độc lập, kiểm định ANOVA một chiều lặp lại, kiểm định Freidman và kiểm định Bonferroni để so sánh, xác định sự khác biệt. Các kết quả có ý nghĩa thống kê với giá trị  $p < 0,05$ .

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được thông qua bởi Bộ môn Mắt và Hội đồng quản trị Trường Đại học Y Hà Nội cùng với Hội đồng quản trị Bệnh viện Mắt Trung ương và toàn thể cán bộ của khoa Khám chữa bệnh theo yêu cầu và khoa Tạo hình thẩm mỹ và vùng mặt. Đối tượng nghiên cứu được giải thích rõ ràng về tình trạng bệnh, phương pháp điều trị và tiên lượng. Bệnh nhân và gia đình tự nguyện chấp nhận điều trị. Số liệu thu thập một cách chính xác, khách quan theo biểu mẫu thống nhất.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

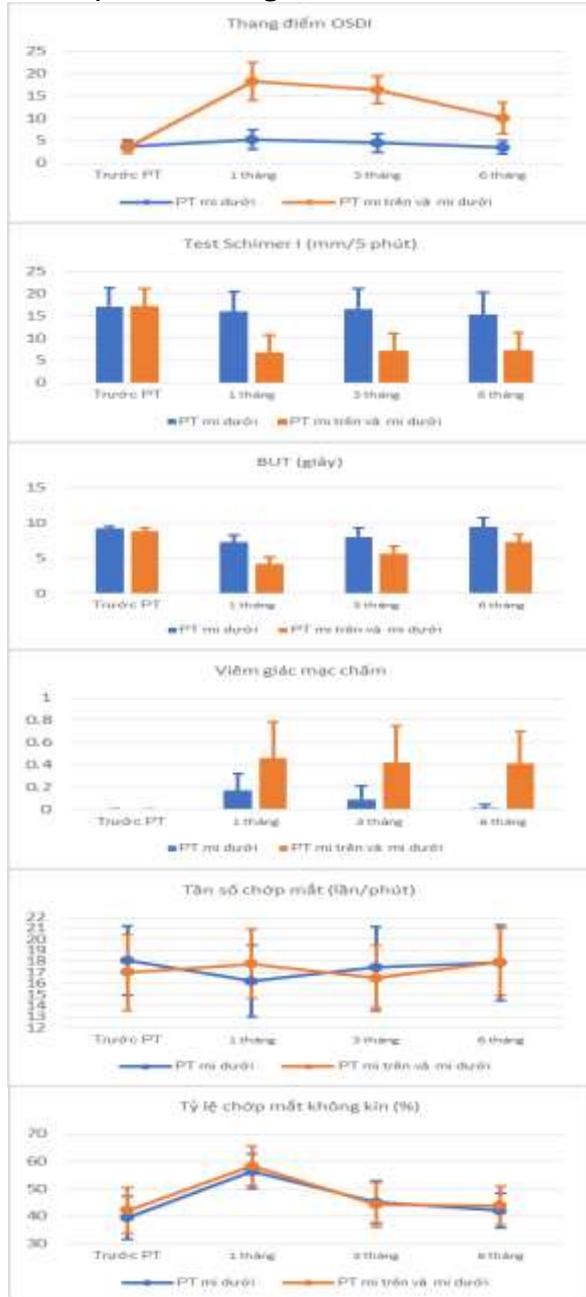
**Bảng 1: Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật**

	Nhóm chỉ PT mí dưới (n=20)	Nhóm PT mí dưới kết hợp mí trên (n=19)	p
Tuổi	65,64 ± 3,44	68,11 ± 3,31	0,292
Giới	12 nữ/8 nam	12 nữ/9 nam	
Điểm OSDI	3,66 ± 1,49	3,51 ± 1,25	0,098
Test Schirmer I (mm/5 phút)	17,09 ± 4,19	17,17 ± 3,87	0,481
BUT	9,19 ± 0,32	8,78 ± 0,53	0,082
Tuyến Meibomian	0,36 ± 0,49	0,43 ± 0,63	0,011
Tần số chớp mắt	18,08 ± 1,04	17,01 ± 0,98	0,435
Chớp mắt không hoàn toàn	39,54 ± 7,83	42,15 ± 8,26	0,695

Nghiên cứu bao gồm 39 bệnh nhân trong đó có 20 bệnh nhân chỉ phẫu thuật mí dưới (nhóm 1) và 19 bệnh nhân phẫu thuật cả mí trên và mí dưới (nhóm 2). Không tồn tại sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi giữa hai nhóm bệnh nhân ( $p = 0,292$ ).

Sau khi khảo sát các tiêu chí liên quan đến tình trạng khô mắt của bệnh nhân trước mổ, chúng tôi ghi nhận điểm OSDI trung bình, kết quả Test Schirmer I, thời gian phá vỡ màng nước mắt, tần số chớp mắt và tỷ lệ chớp mắt giữa 2 nhóm khảo sát không có sự khác biệt đáng kể ( $p > 0,05$ ). Tuy nhiên, kết quả khảo sát hoạt động của tuyến Meibomian cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm 1 và nhóm 2 ( $p = 0,011$ ).

**Bảng 2: Đánh giá tình trạng khô mắt sau phẫu thuật thẩm mỹ mi mắt tại các thời điểm 1, 3 và 6 tháng**



Sau phẫu thuật 1 tháng, điểm OSDI của cả hai nhóm tăng rõ rệt so với trước mổ ( $p = 0,023$ ;  $p = 0,002$ ), phản ánh tình trạng khô mắt sau mổ. Đến tháng thứ 3, điểm OSDI giảm nhẹ nhưng vẫn cao hơn trước phẫu thuật ( $p = 0,028$ ;  $p = 0,022$ ). Tại tháng thứ 6, nhóm 1 (chỉ phẫu thuật mi dưới) tiếp tục cải thiện, không còn khác biệt có ý nghĩa thống kê so với trước phẫu thuật ( $p = 0,083$ ), trong khi nhóm 2 (phối hợp mi trên

– mi dưới) vẫn cao hơn đáng kể ( $p = 0,031$ ).

**Test Schirmer I** cho thấy khả năng tiết nước mắt của nhóm 1 ổn định trong suốt thời gian theo dõi ( $p > 0,05$ ), trong khi nhóm 2 giảm rõ rệt ở tất cả các thời điểm, đặc biệt tại tháng thứ 1 ( $p = 0,037$ ). Khi so sánh giữa hai nhóm, giá trị trung bình test Schirmer I sau phẫu thuật của nhóm 1 luôn cao hơn nhóm 2 ( $p < 0,001$ ).

**Thời gian phá vỡ màng phim nước mắt (BUT)** giảm mạnh ở cả hai nhóm sau 1 tháng ( $p < 0,001$ ). Đến tháng thứ 3, BUT bắt đầu phục hồi: nhóm 1 gần như đạt lại giá trị trước phẫu thuật ( $p = 0,057$ ), còn nhóm 2 vẫn thấp hơn đáng kể ( $p = 0,003$ ). Sau 6 tháng, BUT tiếp tục cải thiện ở cả hai nhóm ( $p = 0,035$ ;  $p = 0,028$ ). Ở nhóm 1, giá trị trung bình thậm chí nhỉnh hơn so với trước mổ nhưng không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,062$ ), trong khi nhóm 2 vẫn thấp hơn rõ rệt ( $p < 0,001$ ). So sánh giữa hai nhóm, nhóm chỉ phẫu thuật mi dưới luôn có BUT cao hơn có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

**Tổn thương biểu mô giác mạc (SPK)** tăng đáng kể sau 1 tháng, đặc biệt ở nhóm phẫu thuật phối hợp. Sau 3 tháng, điểm SPK giảm rõ ở cả hai nhóm ( $p = 0,027$ ;  $p = 0,031$ ). Đến 6 tháng, phần lớn bệnh nhân nhóm 1 không còn biểu hiện viêm giác mạc chấm, trong khi nhóm 2 vẫn ghi nhận vài trường hợp nhẹ. Tại mọi thời điểm, SPK của nhóm phẫu thuật phối hợp luôn cao hơn nhóm 1 với ý nghĩa thống kê ( $p < 0,001$ ).

**Tần số chớp mắt** thay đổi nhẹ nhưng không có ý nghĩa thống kê. Sau phẫu thuật 1 tháng, nhóm 1 giảm nhẹ, còn nhóm 2 tăng so với trước mổ. Ở tháng thứ 3, xu hướng đảo ngược: nhóm 1 tăng nhẹ, nhóm 2 giảm nhẹ. Tại tháng thứ 6, cả hai nhóm đều tăng nhẹ so với tháng thứ 3, song khác biệt giữa các thời điểm và giữa hai nhóm đều không có ý nghĩa ( $p > 0,05$ ).

**Tỷ lệ chớp mắt không kín** tăng mạnh ở cả hai nhóm sau phẫu thuật 1 tháng ( $p < 0,001$ ), phản ánh tình trạng hở mi tạm thời do phù nề hoặc sẹo co rút. Từ tháng thứ 3 trở đi, tỷ lệ này giảm đáng kể và trở lại mức gần như ban đầu tại tháng thứ 6 ( $p = 0,398$ ). Không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm tại bất kỳ thời điểm nào ( $p > 0,05$ ).

**IV. BÀN LUẬN**

Đặc điểm chung trước mổ cho thấy hai nhóm nghiên cứu tương đồng về độ tuổi, giới và các chỉ số đánh giá khô mắt gồm điểm OSDI, test Schirmer I, BUT, tần số chớp mắt và tỉ lệ chớp mắt không kín. Sự đồng nhất này giúp loại bỏ ảnh hưởng của các yếu tố nền lên diễn biến sau mổ,

đảm bảo độ tin cậy khi so sánh. Tuy nhiên, điểm hoạt động tuyến Meibomian ở nhóm phẫu thuật phối hợp cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chỉ phẫu thuật mi dưới. Điều này có thể liên quan đến thay đổi sinh lý tuyến Meibomian theo tuổi và cấu trúc mi, như Moreno và cộng sự (2023)<sup>2</sup> đã mô tả, nhưng không đủ lớn để ảnh hưởng đến tình trạng khô mắt trước mổ.

Điểm OSDI tăng đáng kể sau phẫu thuật 1 tháng ở cả hai nhóm, rõ rệt hơn ở nhóm phẫu thuật phối hợp, phản ánh sự xuất hiện các triệu chứng khô mắt sớm sau mổ. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Yang và cộng sự (2020)<sup>3</sup> cho thấy rằng khô mắt sau phẫu thuật thẩm mỹ mi mắt là hậu quả của nhiều yếu tố kết hợp, làm giảm ổn định của màng phim nước mắt trong giai đoạn đầu nhưng có thể phục hồi sau vài tháng. Sau 3 tháng, điểm OSDI giảm dần nhưng vẫn cao hơn trước phẫu thuật, phản ánh quá trình hồi phục chưa hoàn toàn. Đến 6 tháng, nhóm phẫu thuật mi dưới gần như trở về mức bình thường, trong khi nhóm phẫu thuật phối hợp vẫn còn điểm OSDI cao hơn nên, gợi ý rằng phẫu thuật mi trên có thể gây ảnh hưởng kéo dài cảm giác khô mắt do thay đổi hoạt động cơ vòng mi và phản xạ tiết lệ.

Kết quả test Schirmer I cho thấy lượng nước mắt của nhóm chỉ phẫu thuật mi dưới hầu như không thay đổi có ý nghĩa thống kê, trong khi ở nhóm phẫu thuật phối hợp giảm đáng kể ở tất cả các thời điểm sau phẫu thuật, đặc biệt trong tháng đầu. Điều này phù hợp với nhận định của Türker và cộng sự (2020)<sup>4</sup>, rằng việc bóc tách và cắt cơ vòng mi trên có thể ảnh hưởng đến phản xạ tiết nước mắt thần kinh – cơ, phù nề quanh tuyến lệ hoặc gián đoạn tạm thời dòng chảy lệ. Mặt khác, phẫu thuật mi dưới đơn thuần ít tác động đến cấu trúc thần kinh ở quanh tuyến lệ chính nên lượng nước mắt tương đối ổn định. Sự khác biệt giữa hai nhóm tại các thời điểm sau mổ củng cố nhận định rằng can thiệp vùng mi trên là yếu tố nguy cơ gây giảm tiết lệ tạm thời sau phẫu thuật.

Thời gian phá vỡ màng phim nước mắt giảm đáng kể sau 1 tháng ở cả hai nhóm, phản ánh sự mất ổn định tạm thời của màng phim nước mắt do rối loạn lớp lipid của màng phim, phù nề và giảm hoạt động cơ vòng mi khiến tuyến Meibomian tạm thời giảm bài tiết. Sau 3 tháng, BUT dần cải thiện, đến 6 tháng, nhóm phẫu thuật mi dưới đạt mức cao hơn nhẹ so với trước mổ, trong khi nhóm phối hợp vẫn thấp hơn có ý nghĩa thống kê. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Prischmann và cộng sự (2013)<sup>5</sup>, cho thấy phẫu thuật đồng thời cả mi trên - mi dưới

làm tăng nguy cơ khô mắt và kéo dài thời gian hồi phục của màng phim nước mắt.

Viêm giác mạc chấm là một chỉ số khách quan phản ánh hậu quả của khô mắt. Trước mổ, không có trường hợp nào, nhưng sau 1 tháng, tỷ lệ này tăng lên rõ rệt, đặc biệt ở nhóm phẫu thuật phối hợp. Các tổn thương này liên quan đến giảm bảo vệ giác mạc do hở mi, giảm chớp mắt kín và mất ổn định màng phim nước mắt. Từ tháng thứ 3, SPK giảm dần và hầu như biến mất ở nhóm chỉ phẫu thuật mi dưới sau 6 tháng trong khi nhóm phẫu thuật phối hợp vẫn còn vài trường hợp viêm giác mạc chấm nhẹ. Kết quả này phù hợp với nhận xét của Prischmann (2013)<sup>5</sup> rằng tổn thương giác mạc nhẹ có thể kéo dài tới 6 tháng sau phẫu thuật mi trên, song đa số mang tính tạm thời và hồi phục hoàn toàn.

Tần số chớp mắt đóng vai trò quan trọng trong việc duy trì và phân bố màng phim nước mắt. Trong nghiên cứu này, nhóm mi dưới có tần số chớp mắt giảm nhẹ sau phẫu thuật 1 tháng, trong khi nhóm phẫu thuật phối hợp tăng nhẹ, có thể do kích thích cảm giác giác mạc hoặc phù nề mô quanh mi gây tăng phản xạ chớp mắt. Tuy nhiên, những thay đổi này không có ý nghĩa thống kê. Ngược lại, tỷ lệ chớp mắt không kín tăng rõ rệt ở cả hai nhóm trong tháng đầu, phản ánh tình trạng sưng nề và căng da mi tạm thời, làm hạn chế khép kín hai bờ mi. Từ tháng thứ 3, hiện tượng này giảm nhanh và trở về mức nền sau 6 tháng, phù hợp với nghiên cứu của Innocenti (2020)<sup>6</sup> về phục hồi chức năng cơ vòng mi sau phẫu thuật tạo hình mi mắt.

Phẫu thuật thẩm mỹ mi mắt, đặc biệt khi can thiệp đồng thời mi trên và mi dưới, có thể gây khô mắt tạm thời sau mổ với các biểu hiện như tăng triệu chứng chủ quan, giảm tiết lệ, giảm ổn định màng phim nước mắt và tổn thương biểu mô giác mạc. Các thay đổi này thường cải thiện dần và trở về gần mức bình thường sau 6 tháng, đặc biệt ở nhóm chỉ phẫu thuật mi dưới. Do đó, cần đánh giá kỹ tình trạng khô mắt trước mổ, nhất là ở bệnh nhân lớn tuổi hoặc có rối loạn tuyến Meibomian. Sau mổ nên hướng dẫn bệnh nhân sử dụng nước mắt nhân tạo, bôi trơn giác mạc và luyện tập nhắm mắt chủ động. Với phẫu thuật phối hợp, cần theo dõi sát hơn vì quá trình hồi phục màng phim nước mắt chậm hơn.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật thẩm mỹ mi mắt, đặc biệt khi can thiệp đồng thời mi trên và mi dưới, có thể gây ra các biến đổi tạm thời trên bề mặt nhãn cầu và màng phim nước mắt. Các biểu hiện thường gặp là tăng triệu chứng khô mắt, giảm tiết lệ, rút

ngắn thời gian phá vỡ màng nước mắt và xuất hiện viêm giác mạc chấm trong giai đoạn sớm sau mổ. Tuy nhiên, phần lớn các thay đổi này có xu hướng hồi phục dần và trở về gần mức bình thường sau 6 tháng, đặc biệt ở nhóm chỉ phẫu thuật mi dưới. Kết quả nghiên cứu cho thấy phẫu thuật mi trên là yếu tố làm kéo dài thời gian hồi phục của màng phim nước mắt, có thể liên quan đến giảm chức năng cơ vòng mi và rối loạn tạm thời tuyến Meibomian. Việc đánh giá tình trạng khô mắt trước mổ, hướng dẫn chăm sóc sau mổ và sử dụng các biện pháp bảo vệ bề mặt nhãn cầu là cần thiết để hạn chế biến chứng, nâng cao an toàn và hiệu quả thẩm mỹ.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Prischmann J, Sufyan A, Ting JY, Ruffin C, Perkins SW. Dry eye symptoms and chemosis following blepharoplasty: a 10-year retrospective review of 892 cases in a single-surgeon series. JAMA Facial Plast Surg. 2013;15(1):39-46. doi:10.1001/2013.jamafacial.1
2. Moreno I, Verma S, Gesteira TF, Coulson-Thomas VJ. Recent advances in age-related meibomian gland dysfunction (ARMGD). Ocul Surf. 2023;30: 298-306. doi:10.1016/j.jtos. 2023.11.003
3. Zhang SY, Yan Y, Fu Y. Cosmetic blepharoplasty and dry eye disease: a review of the incidence, clinical manifestations, mechanisms and prevention. Int J Ophthalmol. 2020;13(3): 488-492. doi:10.18240/ijo.2020.03.18
4. Türker İÇ. Evaluating the Effects of Upper Eyelid Blepharoplasty on Tear Film Quality and Intraocular Pressure. Beyoglu Eye J. Published online 2020. doi:10.14744/bej.2020.81300
5. Prischmann J, Sufyan A, Ting JY, Ruffin C, Perkins SW. Dry eye symptoms and chemosis following blepharoplasty: a 10-year retrospective review of 892 cases in a single-surgeon series. JAMA Facial Plast Surg. 2013;15(1):39-46. doi:10.1001/2013.jamafacial.1
6. Innocenti A, Dreassi E, Carla V, Melita D, Innocenti M. Evaluation of Residual Neuro-Muscular Integrity in the Orbicularis Oculi Muscle After Lower Eyelid Transcutaneous Blepharoplasty According to Reidy Adamson-s Flap. Aesthetic Plast Surg. 2020;44(5):1577-1583. doi:10.1007/s00266-020-01783-2

## KẾT CỤC SỚM Ở TRẺ SƠ SINH CỦA NHỮNG SẢN PHỤ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH - CƠ SỞ 2

Phạm Thị Diệu Trâm<sup>1</sup>, Lê Bảo Châu<sup>1</sup>, Trịnh Trần Thị Túy Vân<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Phương Thúy<sup>1</sup>, Phạm Thị Mộng Nghi<sup>1</sup>,  
Phạm Ngọc Trâm Anh<sup>2</sup>, Trịnh Châu Lập Minh<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Đái tháo đường thai kỳ có thể gây ra nhiều biến chứng cho cả mẹ và thai nhi, đặc biệt ở giai đoạn sơ sinh sớm. Nghiên cứu này nhằm mô tả kết cục ở trẻ sơ sinh của những sản phụ đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) giúp theo dõi và chăm sóc trẻ sơ sinh cũng như phát hiện sớm và dự phòng các biến chứng tốt hơn. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu, thực hiện thu thập hồ sơ bệnh án sản phụ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2 từ tháng 7/2024-5/2025. **Kết quả:** Có 148 cặp mẹ - con thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu. Sản phụ có tiền sử gia đình bị ĐTĐ 16,9%, con ra 54%, tiền căn sinh non 5,4%, tỷ lệ sanh mổ 75,7%, sản phụ có bệnh lý kèm theo 16,9% và điều trị ĐTĐTK bằng phương pháp tiết chế 94,6%.

Kết cục tho thấy tỉ lệ sinh non 5,4%, sinh quá ngày 3,4%, con nhẹ cân 2,7%, con to ( $\geq 4.000g$ ) chiếm 4,1%. Có 21 trẻ (14,2%) được xét nghiệm đường huyết mao mạch ngay sau sinh, tỉ lệ hạ đường huyết là 28,6% sau test đường huyết lần 1 và 0% sau test đường huyết lần 2 và 3. Tỷ lệ trẻ sơ sinh bị vàng da là 46,6% và vàng da cận chiếu đèn là 12,8%. Tỷ lệ suy hô hấp là 1,4%; nhiễm trùng sơ sinh là 2,7% và dị tật bẩm sinh 1,4%. **Kết luận:** Công tác chăm sóc sơ sinh sớm là rất cần thiết trong việc dự phòng, phát hiện sớm và xử trí kịp thời các biến chứng có thể xảy ra ở trẻ sơ sinh của những sản phụ bị đái tháo đường thai kỳ. **Từ khóa:** Trẻ sơ sinh, Đái tháo đường thai kỳ

### SUMMARY

#### EARLY NEONATAL OUTCOMES OF INFANTS BORN TO MOTHERS WITH GESTATIONAL DIABETES AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY - BRANCH 2

**Background:** Gestational diabetes mellitus (GDM) may cause numerous complications for both the mother and the neonate, particularly during the early neonatal period. This study aimed to describe neonatal outcomes among infants born to mothers with GDM to facilitate monitoring and care of newborns as well as early detection and prevention of

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2

<sup>2</sup>Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

<sup>3</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Diệu Trâm  
Email: tram.ptd@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

complications. **Methods:** A retrospective cohort study was conducted by reviewing the medical records of mothers at the University Medical Center Ho Chi Minh City - Branch 2, from July 2024 to May 2025. **Results:** A total of 148 mother-infant pairs meeting the inclusion criteria were included in the study. Among the mothers, 16.9% had a family history of diabetes, 54% had a multiparous history, 5.4% had a history of preterm birth, 75.7% underwent cesarean section, 16.9% had comorbidities, and 94.6% received dietary management for GDM. Neonatal outcomes included preterm birth (5.4%), post-term birth (3.4%), low birth weight (2.7%), and macrosomia ( $\geq 4,000$  g) in 4.1% of infants. Twenty-one neonates (14.2%) underwent capillary blood glucose testing immediately after birth; the incidence of hypoglycaemia was 28.6% after the first test and 0% after the second and third tests. The prevalence of neonatal jaundice was 46.6%, with 12.8% requiring phototherapy. Respiratory distress occurred in 1.4%, neonatal infection in 2.7%, and congenital anomalies in 1.4% of infants. **Conclusion:** Early neonatal care is crucial for preventing, detecting, and promptly managing potential complications in infants born to mothers with gestational diabetes. **Keywords:** Neonate, Gestational diabetes mellitus

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là tình trạng rối loạn dung nạp glucose xảy ra trong thời kỳ mang thai, thường được phát hiện ở tam cá nguyệt thứ hai hoặc thứ ba. Tỷ lệ mắc ĐTĐTK ngày càng gia tăng, đặc biệt tại các nước đang phát triển, trong đó có Việt nam. Theo nghiên cứu của Thibasni<sup>1</sup> tỷ lệ ĐTĐTK chiếm 21,3%, còn theo nghiên cứu của Lê Thị Tường Vi<sup>5</sup> tỷ lệ ĐTĐTK là 32,8%.

Thai phụ mắc ĐTĐTK sẽ tăng nguy cơ cùng mắc các bệnh khác như tăng huyết áp, tiền sản giật,... làm tăng tỉ lệ mổ lấy thai, sinh non, hay băng huyết sau sanh. ĐTĐTK có thể gây ra nhiều biến chứng cho cả mẹ và thai nhi và đặc biệt trong giai đoạn sơ sinh sớm.

Trẻ sinh ra từ mẹ bị ĐTĐTK là nhóm có nguy cơ cao với nhiều rối loạn trong giai đoạn sơ sinh sớm, bao gồm<sup>2</sup>: cân nặng lúc sinh cao làm gia tăng nguy cơ sang chấn sản khoa như kẹt vai, gãy xương đòn hoặc tăng tỉ lệ sinh mổ chủ động.

Hạ đường huyết sơ sinh: do sau khi cắt rốn, lượng glucose từ mẹ truyền qua nhau thai đột ngột ngưng lại, trong khi insulin của trẻ vẫn còn cao, hậu quả là hạ đường huyết có thể xảy ra; Ngoài ra trẻ có thể bị suy hô hấp sơ sinh do cân nặng thai nhi thường lớn hơn tuổi thai trong khi phổi chưa trưởng thành tương xứng, hoặc tăng nguy cơ dị tật bẩm sinh, vàng da sơ sinh.

Việc mô tả các đặc điểm của trẻ sơ sinh trong nhóm đối tượng này và mối liên quan giữa các tỷ lệ của sản phụ và trẻ sơ sinh có ý nghĩa

quan trọng giúp theo dõi và chăm sóc trẻ sơ sinh cũng như phát hiện sớm và dự phòng các biến chứng tốt hơn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu, thực hiện thu thập hồ sơ bệnh án sản phụ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2 từ tháng 7/2024-5/2025

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn chọn vào:** Hồ sơ bệnh án tất cả các trẻ sơ sinh được sinh ra từ các sản phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2 trong giai đoạn nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại ra:** Hồ sơ bệnh án các sản phụ bị bệnh đái tháo đường trước khi mang thai và trẻ sơ sinh của những sản phụ đó.

**2.3. Cỡ mẫu.** Có 148 hồ sơ bệnh án (trẻ sơ sinh và sản phụ bị đái tháo đường thai kỳ) sinh tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2 thỏa điều kiện chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu.

**2.4. Cách lấy mẫu nghiên cứu.** Chọn tất cả những hồ sơ bệnh án thỏa theo tiêu chuẩn lựa chọn trong nghiên cứu, dữ liệu được trích xuất từ hồ sơ bệnh án theo các biến số phục vụ cho phân tích kết quả nghiên cứu.

**2.5. Đạo đức trong nghiên cứu.** Nghiên cứu được chấp thuận bởi hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số 2590/HĐĐĐ- ĐHYD và được sự cho phép của Ban Lãnh đạo Bệnh viện.

**2.6. Phân tích thống kê.** Các biến liên tục được trình bày bằng trung bình nếu phân phối chuẩn, bằng trung vị nếu phân phối lệch. Các biến rời sẽ được trình bày bằng tỉ lệ (%). Sử dụng phép kiểm  $\chi^2$  nhằm so sánh hiệu quả điều trị. Giá trị của  $p < 0,05$  được xem là có ý nghĩa thống kê. Xử lý và phân tích dữ liệu bằng phần mềm Stata 15.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung của sản phụ đái tháo đường thai kỳ**

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Tuổi:</b> 21 – 44, tuổi trung bình: 31,8±4,5		
<25 tuổi	5	3,4%
25-34 tuổi	104	70,3%
$\geq 35$ tuổi	39	26,4%
<b>Địa chỉ</b>		
TP HCM	78	52,7%
Tỉnh khác	70	47,3%
<b>Tiền thai</b>		
Con so	76	51,3%
Con rạ	72	48,7%

BMI lúc sinh		
<23	13	8,8%
23 – 25	23	15,5%
>25	112	75,7%
Tăng cân trong thai kỳ		
Bình thường <12 kg	76	51,4%
Tăng cân nhiều ≥12 kg	72	48,6%
Tiền sử gia đình có ĐTĐ		
Có ĐTĐ	25	16,9%
Không ĐTĐ	123	83,1%
Tiền căn sinh con > 4000g		
Có	6	4%
Không	142	96%

Tuổi trung bình của sản phụ là  $31,8 \pm 4,5$  tuổi, trong độ tuổi từ 21 đến 44 tuổi, độ tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất là 25-34 tuổi là lứa tuổi sinh sản.

Cân nặng trung bình trước sinh là  $54,4 \pm 8,6$  kg. Tỷ lệ tăng cân nhiều trong thai kỳ  $\geq 12$  kg là 48,6%. BMI trung bình lúc sinh là  $66,9 \pm 9,2$  kg. Phần lớn sản phụ có BMI  $\geq 25$  (75,7%), cho thấy tỷ lệ thừa cân/béo phì khá cao – là yếu tố nguy cơ rõ ràng của ĐTĐTK. Ngoài ra, 16,9% sản phụ có tiền sử gia đình mắc ĐTĐ, 51,4% là con so và chỉ 5,4% có tiền sử sinh non, 4% từng sinh con > 4kg.



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ các kết cục thai kỳ trên mẹ**

Có 16,9% sản phụ mắc bệnh kèm theo (tuyến giáp, thận, viêm gan B, tăng huyết áp...). Các bệnh kèm theo như tiền sản giật sẽ làm tăng nguy cơ mổ lấy thai.

Tỷ lệ sinh mổ chiếm ưu thế (75,7%), điều này phù hợp với các nghiên cứu khác do ĐTĐTK thường có thai lớn, ngôi thai bất thường hoặc lo ngại về biến chứng trong chuyển dạ.

Về điều trị, đa số được kiểm soát đường huyết bằng điều trị tiết chế (94,6%), chỉ 5,4% cần điều trị bằng insulin cho thấy đa số ĐTĐTK ở mức độ nhẹ và trung bình.

Đa số sản phụ có diễn tiến hậu sản bình thường (99,3%). Chỉ có 1 trường hợp bị bằng huyết sau sinh (0,7%). Tỷ lệ tử vong mẹ và bé là 0%.

**Bảng 2. Đặc điểm nghiên cứu trên trẻ sơ sinh**

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi thai lúc sinh		
Non tháng (<37 tuần)	8	5,4%

Đủ tháng (37-40 tuần)	135	91,2%
Già tháng (>40 tuần)	5	3,4%
Cân nặng lúc sinh		
Nhẹ cân (<2500g)	4	2,7%
Bình thường (2500 – 4000g)	138	93,2%
Con to ( $\geq 4.000g$ )	6	4,1%
Bú lần đầu (trong vòng 60 phút sau sinh)		
Sữa mẹ	20	13,5%
Sữa công thức lượng ít ( $\leq 10$ ml)	13	8,8%
Sữa công thức (>10 – 40 ml)	115	77,7%
Đường huyết		
Số bé làm xét nghiệm đường huyết	21	14,2%
Hạ đường huyết (<2,6mmol/L) <sup>7</sup>	6	28,6%
Chỉ số APGAR 1 phút < 7 điểm		
Có	1	0,7%
Không	147	99,3%
Chỉ số APGAR 5 phút < 7 điểm		
Có	0	0%
Không	148	100%
Vàng da		
Có vàng da	69	46,6%
Vàng da cần chiếu đèn	19	12,8%

Phần lớn trẻ sinh đủ tháng 91,2%, chỉ có 5,4% là non tháng và già tháng là 3,4%. Cân nặng lúc sinh: 93,3% là cân nặng bình thường, nhẹ cân (<2500g) là 2,7%, con to  $\geq 4.000g$  là 4,1%. Điều này cho thấy kiểm soát đường huyết của thai kỳ tốt.

Chỉ 0,7% trẻ có chỉ số APGAR < 7 ở phút đầu tiên và không có trẻ nào APGAR < 7 điểm ở phút thứ 5, cho thấy tình trạng hô hấp ban đầu tốt. Nhịp tim trung bình  $142,49 \pm 7,39$  lần / phút, nhịp thở  $53,82 \pm 3,55$  lần / phút : phù hợp với giới hạn sinh lý bình thường ở trẻ sơ sinh.

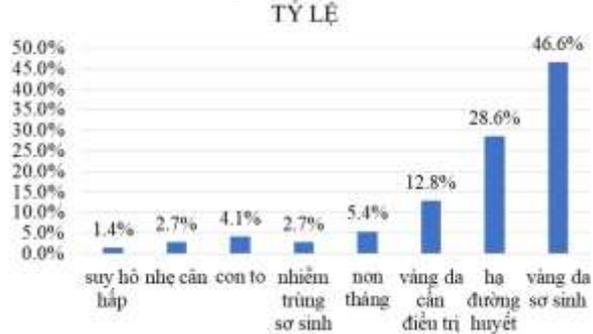
Có 21 trẻ (14,2%) được test đường huyết mao mạch bao gồm trẻ của sản phụ ĐTĐTK được điều trị bằng insulin hoặc trẻ non tháng và/hoặc nhẹ cân. Giá trị đường huyết mao mạch lần 1 và lần 2 trung bình lần lượt là  $3,52 \pm 0,71$  mmol/L và  $4,27 \pm 0,78$  mmol/L. Tỷ lệ hạ đường huyết sau sanh không triệu chứng lâm sàng khi test đường huyết lần 1 là 28,6%.

Tất cả các bé đều được cho bú sớm trong vòng 60 phút sau sanh. Có 13,5% các bé bú sữa mẹ ngay từ đầu tiên, tỷ lệ này tương đối thấp do tỷ lệ sinh mổ cao. Trong các bé bú sữa công thức, đa số (77,7%) bú sữa đầu khá tốt > 10 – 40 ml. Không có bé nào có triệu chứng lâm sàng của hạ đường huyết. Cho thấy việc cho bú sớm, kiểm soát đường huyết và theo dõi sát các bé có nguy cơ hạ đường huyết là rất quan trọng.

Tuy nhiên, các vấn đề khác như: suy hô hấp 1,4%, nhiễm trùng sơ sinh 2,7%, vàng da sơ sinh 46,6% và vàng da cần chiếu đèn điều trị là 12,8%. Có 2 trường hợp sang chấn em bé lúc

sinh: 1 bé bị gãy xương đòn và 1 bé bị tổn thương phần mềm vùng mặt.

Một số dị tật bẩm sinh hiếm gặp được ghi nhận (mỗi loại 0,7%), bao gồm: nang tuyến phổi type III, bất thường nhiễm sắc thể....



**Biểu đồ 2: Tỷ lệ các kết cục trên trẻ sơ sinh**

Biểu đồ cho thấy các biến chứng nặng như suy hô hấp thấp 1,4%, dù tỷ lệ hạ đường huyết không triệu chứng lâm sàng khá cao 28,6% nhưng tỷ lệ hạ đường huyết có triệu chứng lâm sàng là 0%. Dù non tháng chiếm 5,4% và vàng da là 46,6% nhưng vàng da cần chiếu đèn chỉ có 12,8%.

Kết quả phân tích cho thấy có mối liên quan giữa tiền căn sinh con to > 4 kg và tỷ lệ hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh có PR = 4,25 (1,32 – 13,73); mối liên quan này có ý nghĩa thống kê với p < 0,05.

Còn mối liên quan giữa tiền sử gia đình có ĐTD với kết cục phương pháp sinh ở sản phụ có PR = 0,76 (0,55 – 1,06), mối liên quan này có p = 0,071; mối liên quan này không có ý nghĩa thống kê. Có thể do quá trình theo dõi thai kỳ kiểm soát đường huyết tốt hoặc do cỡ mẫu chưa đủ lớn.

**IV. BÀN LUẬN**

Kết quả nghiên cứu "Kết cục sớm ở trẻ sơ sinh của những thai phụ ĐTDTK tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2" cho thấy tỷ lệ hạ đường huyết không triệu chứng lâm sàng ngay sau sanh là 28,6%, cao hơn nghiên cứu của Maha là 13% cho thấy nhóm trẻ này có nguy cơ cao hạ đường huyết sớm ngay sau khi cắt rốn do trước đó bé quen với môi trường trong tử cung có nồng độ glucose cao<sup>2</sup>. Và tỷ lệ hạ đường huyết khi test lần 2 trước cử bú tiếp theo là 0%, điều này cho thấy việc cho bú sớm và đầy đủ là biện pháp dự phòng hạ đường huyết rất quan trọng và hiệu quả. Khi được bú, nguồn glucose ngoại sinh bù đắp cho sự thiếu hụt, giúp ổn định đường huyết của trẻ. Như vậy phần lớn các trường hợp hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh, con của sản phụ

ĐTDTK là hạ đường huyết sớm, thoáng qua và có thể phòng ngừa bằng dinh dưỡng kịp thời.

Tỷ lệ vàng da ở trẻ sơ sinh con của mẹ ĐTDTK khá cao với 46,6%) phù hợp với các nghiên cứu trước đó giải thích do tăng hồng cầu và nguy cơ đa hồng cầu ở thai ĐTDTK. Và vàng da cần chiếu đèn là 12,8%, cao hơn tỷ lệ chiếu đèn của nghiên cứu Bùi Thị Kim Thảo có 3,4%<sup>4</sup>.

Tỷ lệ sinh non 5,4%, sinh nhẹ cân 2,7%, sinh con to 4%, thấp hơn một số nghiên cứu khác<sup>3,4</sup>, có thể do kiểm soát đường huyết trong thai kỳ tốt và các sản phụ bị ĐTDTK tại Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh - Cơ sở 2 tương đối nhẹ và trung bình. Có 1 ca chiếm 0,7% chuyển hồi sức sơ sinh và không có ca nào tử vong.

Nghiên cứu này cho thấy phần lớn trẻ sơ sinh từ mẹ ĐTDTK có kết cục sơ sinh tốt, nhưng vẫn tồn tại một tỷ lệ nhỏ trẻ có biến chứng như vàng da, suy hô hấp, nhiễm trùng và tổn thương bé khi sinh. Tỷ lệ sinh mổ cao phản ánh xu hướng can thiệp để dự phòng biến chứng, dù nhiều trường hợp có thể kiểm soát tốt bằng chế độ ăn.

Việc tầm soát ĐTDTK, theo dõi sát và xử trí hợp lý là rất quan trọng nhằm giảm thiểu các biến chứng cho mẹ và bé

**V. KẾT LUẬN**

Công tác chăm sóc sơ sinh sớm, đặc biệt 72 giờ đầu sau sinh là rất cần thiết để phát hiện sớm và xử trí kịp thời các biến chứng có thể xảy ra ở trẻ sơ sinh của những sản phụ bị ĐTDTK. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ vàng da, hạ đường huyết và một số biến chứng đường hô hấp hay nhiễm trùng vẫn còn hiện diện cho thấy nhóm trẻ này luôn cần được theo dõi sát trong những giờ và ngày đầu sau sinh gồm: Xét nghiệm đường huyết mao mạch sớm cho trẻ sơ sinh có mẹ bị ĐTDTK để phát hiện và xử trí hạ đường huyết sơ sinh kịp thời khi chưa có triệu chứng lâm sàng của hạ đường huyết; Chuẩn bị hỗ trợ hô hấp và chủ động phát hiện nhiễm trùng sơ sinh ở nhóm nguy cơ cao; Theo dõi sát vàng da trong 72 giờ đầu để chiếu đèn khi có chỉ định; Tăng cường phối hợp sản khoa – nhi khoa nhằm tối ưu hóa kết cục cho cả mẹ và con.

Kết quả nghiên cứu cũng đã nói lên tầm quan trọng của việc tầm soát và chẩn đoán sớm ĐTDTK, theo dõi sát đường huyết mẹ, tư vấn dinh dưỡng – vận động hợp lý và chỉ định điều trị kịp thời nhằm giảm nguy cơ biến chứng cho cả mẹ và bé.

Việc phối hợp chặt chẽ công tác khám sàng lọc và chăm sóc sơ sinh sẽ góp phần nâng cao chất lượng quản lý thai kỳ có ĐTD tại cơ sở y tế.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thubasni Kunasegaran, et al.** Gestational Diabetes Mellitus in Southeast Asia: A scoping Review Int. J. Environ. Res. Public Health 2021, 18 (3), 1272
2. **Maha Bamehrez, Front Pediatr.** 2023, Hypoglycemia and associated comorbidities among newborns of mothers with diabetes in an academic tertiary care center
3. **Mai P.T., et al.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ở trẻ sơ sinh có mẹ mắc đái tháo đường từ năm 2022 – 2023 tại Trung tâm nhi khoa – Bệnh viện Bạch Mai. Tạp Chí Y Học Dự phòng, 33 (7), 72-77.
4. **Bùi Thị Kim Thảo, et al.** (2023), kết cục thai kỳ của thai phụ đái tháo đường thai kỳ điều trị tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh – cơ sở 2. Tạp chí Y học Việt Nam, tập 532, tháng 11 – số chuyên đề 2023 (18-26)
5. **Lê Thị Tường Vi, Võ Minh Tuấn** (2021), “Tỷ lệ đái tháo đường thai kỳ và các yếu tố liên quan của thai phụ đến khám tại Bệnh viện Quận 1”. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Tập 25 (1), 108-113.
6. **Hà Mạnh Tuấn.** Hạ đường huyết ở trẻ sơ sinh. Bệnh học lâm sàng Nhi sơ sinh 2023. Nhà xuất bản Y học 2023:266 - 273

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ SỚM BỆNH NHI SUY TỦY XƯƠNG VÔ CĂN BẰNG PHÁC ĐỒ HATG KẾT HỢP CYCLOSPORIN A TẠI VIỆN HUYẾT HỌC-TRUYỀN MÁU TW GIAI ĐOẠN 2020-2025

Lê Thị Nguyệt<sup>1</sup>, Hoàng Thị Hồng<sup>1</sup>,  
Đặng Hoàng Hải<sup>1</sup>, Mai Lan<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

Điều trị suy tủy xương (STX) vô căn ở trẻ nhi bằng phác đồ ATG ngựa phối hợp cyclosporin A (CSA) mang lại hiệu quả cao và là lựa chọn hàng đầu cho bệnh nhi không thể ghép tế bào gốc đồng loài. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả điều trị sớm bệnh nhi STX vô căn bằng phác đồ hATG kết hợp cyclosporin A tại Viện Huyết Học-Truyền Máu TW giai đoạn 2020-2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả loạt ca bệnh 27 bệnh nhi STX được điều trị hàng đầu bằng phương pháp ức chế miễn dịch hATG phối hợp CSA, tại khoa bệnh máu trẻ em, Viện Huyết Học- Truyền máu Trung Ương, giai đoạn 1/2020 đến 3/2025. **Kết quả:** Tỷ lệ đáp ứng chung sau 3 tháng là 37%, 6 tháng là 66,7%, xác suất sống thêm toàn bộ trên 2 năm là 95,8%, tỉ lệ đáp ứng tích lũy ở 9 và 12 tháng là 75%. **Kết luận:** Phác đồ ATG ngựa phối hợp cyclosporin A là lựa chọn hàng đầu mang lại hiệu quả cao cho bệnh nhi STX vô căn không thể ghép tế bào gốc đồng loài. **Từ khóa:** Bệnh nhi, suy tủy xương, điều trị suy tủy xương, ATG ngựa, cyclosporine A.

## SUMMARY

**EARLY TREATMENT OUTCOMES OF PEDIATRIC PATIENTS WITH IDIOPATHIC APLASTIC ANEMIA USING THE hATG COMBINED WITH CYCLOSPORIN A REGIMENT AT THE NATIONAL INSTITUTE OF HEMATOLOGY AND BLOOD TRANSFUSION DURING THE 2020–2025 PERIOD**

<sup>1</sup>Viện Huyết học - Truyền máu Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Nguyệt

Email: bsnguyetnihbt@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

Treatment of Idiopathic Aplastic Anemia in Pediatric Patients Using Horse ATG Combined with Cyclosporin A: A Primary Therapeutic Option for Patients Ineligible for Allogeneic Stem Cell Transplantation. **Background:** Immunosuppressive therapy (IST) using horse anti-thymocyte globulin (hATG) in combination with cyclosporin A (CSA) has proven to be highly effective and is considered the first-line treatment for pediatric patients with idiopathic aplastic anemia (AA) who are not eligible for allogeneic stem cell transplantation. **Objective:** To evaluate early treatment outcomes of pediatric patients with idiopathic aplastic anemia receiving hATG plus CSA at the National Institute of Hematology and Blood Transfusion (NIHBT) during the period from 2020 to 2025. **Subjects and Methods:** This is a descriptive case series study involving 27 pediatric patients diagnosed with idiopathic aplastic anemia who received first-line treatment with immunosuppressive therapy using hATG in combination with CSA. The study was conducted at the Pediatric Hematology Department, NIHBT, from January 2020 to March 2025. **Results:** The overall response rate was 37% at 3 months and 66.7% at 6 months. The probability of overall survival beyond 2 years was 95.8%, and the cumulative response rate at 9 and 12 months was 75%. **Conclusion:** Horse ATG combined with cyclosporin A is an effective and first-line therapeutic option for pediatric patients with idiopathic aplastic anemia who are not candidates for allogeneic stem cell transplantation. **Keywords:** Pediatric patient, aplastic anemia, treatment of aplastic anemia, horse ATG, cyclosporine A.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tủy xương (STX) là bệnh của cơ quan tạo máu, bệnh được đặc trưng bởi sự giảm sản các tế bào tủy xương do cơ quan sinh máu bình thường bị thay thế hoặc bị lấn át bởi tổ chức mỡ

và gây nên giảm một, hai hoặc cả ba dòng tế bào máu ngoại vi<sup>1</sup>. Ghép tế bào gốc tạo máu đồng loài là phương pháp điều trị lựa chọn đầu tiên và tốt nhất cho bệnh nhân STX, có thể chữa khỏi bệnh, nhưng gặp nhiều khó khăn về nguồn người hiến hòa hợp Kháng nguyên bạch cầu người (Human Leukocyte Antigen – HLA) cũng như yêu cầu nguồn lực kinh tế, cơ sở vật chất. Trong khi đó, điều trị thuốc ức chế miễn dịch là phương pháp đơn giản, dễ áp dụng và mang lại hiệu quả cao. Phác đồ Anti - Thymocyte globuline (globulin kháng tế bào tuyến ức - ATG) kết hợp với cyclosporin A (CSA) đã trở thành phác đồ điều trị hàng đầu cho bệnh nhân suy tủy xương không đủ điều kiện ghép tế bào gốc. Do vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị sớm bệnh nhi STX vô căn bằng phác đồ hATG kết hợp cyclosporin A tại Viện Huyết Học - Truyền Máu TW giai đoạn 2020-2025.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Gồm 27 bệnh nhi từ 1 đến 16 tuổi chẩn đoán STX vô căn được điều trị hàng đầu bằng phương pháp ức chế miễn dịch sử dụng ATG ngựa phổi hợp CSA, tại khoa bệnh máu trẻ em, Viện Huyết học – Truyền máu Trung ương từ 1/2020 đến 3/2025.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** mô tả loạt ca bệnh.

**2.2.2. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:**

- 27 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn nghiên cứu.

- Phương pháp chọn mẫu: những bệnh nhi chẩn đoán suy tủy xương vô căn thể nặng, rất nặng và thể trung bình phụ thuộc truyền máu từ 1 đến 16 tuổi, không có chỉ định ghép tế bào gốc, điều trị lần đầu bằng phác đồ hATG phổi hợp CSA.

**2.2.3. Phác đồ áp dụng:** Phác đồ: ATG ngựa liều 40mg/kg/ ngày trong 4 ngày. CSA liều 10mg/ kg/ ngày chia 2 lần cách nhau 12h, trong 6 tháng đầu sau đó giảm dần 25% liều mỗi 3 tháng, duy trì thêm tối thiểu 6-12 tháng. Methylprednisolone 1mg/ kg/ ngày trong 14 ngày.

**2.2.4. Các tiêu chuẩn đánh giá:**

*a. Mức độ bệnh:*

+ Thể nặng: theo tác giả Cammitta 1975<sup>2</sup>: Mật độ tế bào tủy còn dưới 25% hoặc từ 25 đến 50% nhưng thấp hơn 30% so với mật độ tủy tế bào người bình thường và có hai trong ba chỉ số sau:

- Số lượng hồng cầu lưới <20 G/L
- Số lượng bạch cầu trung tính < 0.5 G/L

- Số lượng tiểu cầu < 20 G/L
- + Suy tủy xương thể rất nặng: theo tác giả Baccigalupo 1988<sup>3</sup>: tiêu chuẩn giống thể nặng nhưng số lượng bạch cầu trung tính <0.2 G/L.

+ Thể trung bình: không đủ các tiêu chuẩn trên.

*b. Tiêu chuẩn đáp ứng điều trị:*

• Đối với suy tủy xương thể nặng và rất nặng: Theo tiêu chuẩn của viện sức khỏe Hoa Kỳ 2009<sup>4</sup>

+ Đáp ứng hoàn toàn: Đạt đủ ba tiêu chí sau:

- Số lượng bạch cầu trung tính >1 G/L
- Nồng độ Hemoglobin > 100 g/L.
- Số lượng tiểu cầu > 100 G/L.

+ Đáp ứng một phần : các chỉ số máu không đủ tiêu chuẩn đáp ứng hoàn toàn nhưng không còn các tiêu chuẩn STX thể nặng.

+ Không đáp ứng: đủ tiêu chuẩn chẩn đoán suy tủy xương thể nặng.

+ Tái phát: giảm các tế bào máu sau khi đã có đáp ứng ban đầu hoặc phải tăng liều CsA hoặc phải điều trị lại bằng một đợt ATG khác.

• Đối với suy tủy xương thể trung bình: Theo tiêu chuẩn guideline của hội huyết học Anh 2024<sup>5</sup>

+ Đáp ứng hoàn toàn: giống suy tủy xương thể nặng và rất nặng

+ Đáp ứng một phần: không phụ thuộc truyền máu hoặc có cải thiện chỉ số máu so với ban đầu:

- Nồng độ Hemoglobin tăng 30 g/L ( nếu ban đầu < 60 g/L)
- Số lượng bạch cầu trung tính > 0.5 G/L.
- Số lượng tiểu cầu > 20 G/L.

+ Không đáp ứng: Không đạt tiêu chuẩn của đáp ứng hoàn toàn hoặc đáp ứng một phần.

**2.2.5. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:-** Thu thập các chỉ số theo mẫu nghiên cứu trước điều trị

- Các số liệu được nhập, lưu trữ bằng phần mềm Excel và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của bệnh nhi nghiên cứu**

	Đặc điểm	N (%)	Trung vị (Min-Max)
Giới tính	Nam	16 (59,3)	-
	Nữ	11 (40,7)	-
Tuổi	1 ≤ - 5 tuổi	0	-
	5 - ≤ 10 tuổi	14 (51,9)	-
	11 - < 16 tuổi	13( 48,1)	-
Tỉ lệ %	Nặng	14 ( 51,9)	-

mức độ bệnh	Rất nặng	5 (18,5)	-
	Trung bình	8 (29,6)	-
	Tổng	27 (100)	-
Số ngày nằm viện đợt điều trị		-	18 (10-26)

**Nhận xét:** Không có bệnh nhi nào dưới 5 tuổi, độ tuổi từ 5 đến 10 và từ 11 đến 16 gần tương đương nhau (chiếm 51,9% và 48,1%). Bệnh nhi có mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao nhất 51,9%. Trung vị số ngày nằm viện đợt điều trị ATG là 18, trong đó số ngày nằm viện ít nhất là 10 và bệnh nhân nằm viện lâu nhất là 26 ngày.

**3.2. Kết quả điều trị**

**Bảng 3.2. Đáp ứng điều trị theo thời gian**

Thời gian	Sau 3 tháng		Sau 6 tháng	
	n	%	n	%
Đáp ứng HT	3	11,1	5	18,5
Đáp ứng MP	7	25,9	13	48,2
Không ĐƯ	17	63	9	33,3
Tổng số	27	100	27	100

**Nhận xét:** Tại thời điểm 3 tháng sau điều trị chỉ có 37% bệnh nhân có đáp ứng trong đó chủ yếu đáp ứng một phần chiếm 25,9%. Tại thời điểm 6 tháng tỉ lệ đáp ứng tăng lên đáng kể chiếm 66,7% trong đó chủ yếu đáp ứng một phần chiếm 48,2%.

**Nhận xét:** Biểu đồ cho thấy xác suất sống thêm toàn bộ ở bệnh nhi nghiên cứu tại thời điểm 24 tháng khoảng 95,8%. Có 1 bệnh nhi tử vong tại thời điểm 6 tháng chiếm 3,7%.

**3.3. Một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị**

**Bảng 3.3. Mối liên quan giữa tỉ lệ đáp ứng theo thể bệnh và tuổi bệnh nhi tại thời điểm 3 tháng**

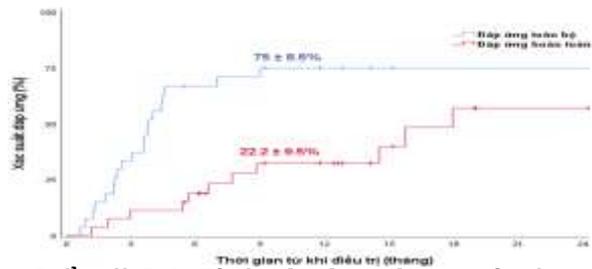
Đáp ứng chung	Có đáp ứng	Không có đáp ứng	p	OR 95% CI
<b>Theo thể bệnh</b>				
SAA và VSAA (n=19)	6 (31,6%)	13 (68,4%)	0,41	2,16 (0,4 – 11,7)
N-SAA (n=8)	4 (50%)	4 (50%)		
<b>Theo nhóm tuổi</b>				
≥10 tuổi (n=13)	6 (46,2%)	7 (53,8%)	0,44	0,46 (0,09 – 2,29)
<10 tuổi (n=14)	4 (28,6%)	10 (71,4%)		

**Nhận xét:** Tại thời điểm 3 tháng tỉ lệ đáp ứng nhóm suy tủy xương thể trung bình cao hơn thể nặng (50% so với 31,6%), trẻ lớn hơn 10 tuổi có tỉ lệ đáp ứng cao hơn trẻ dưới 10 tuổi (46,2% so với 28,6%), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p>0,05).

**Bảng 3.4. Mối liên quan giữa tỉ lệ đáp ứng theo thể bệnh và tuổi bệnh nhi tại thời điểm 6 tháng**

Đáp ứng chung	Có đáp ứng	Không có đáp ứng	p	OR 95% CI
<b>Theo thể bệnh</b>				
SAA và VSAA (n=19)	14 (73,7%)	5 (26,3%)	0,37	0,35 (0,06 – 1,99)
N-SAA (n=8)	4 (50%)	4 (50%)		
<b>Theo nhóm tuổi</b>				
≥10 tuổi (n=13)	9 (69,2%)	4 (30,8%)	1	0,8 (0,16 – 3,99)
<10 tuổi (n=14)	9 (64,3%)	5 (35,7%)		

**Nhận xét:** Tại thời điểm 6 tháng tỉ lệ đáp ứng nhóm suy tủy xương thể nặng và rất nặng cao hơn thể trung bình (73,7% so với 50%), ngược với thời điểm 3 tháng, tỉ lệ đáp ứng của



**Biểu đồ 3.1. Tỉ lệ đáp ứng tích lũy ở bệnh nhi nghiên cứu**

**Nhận xét:** Tỉ lệ đáp ứng tích lũy toàn bộ ở 9 và 12 tháng bệnh nhi nghiên cứu là 75% trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 22,2%. Tỉ lệ này cao hơn so với thời điểm 6 tháng cả về tỉ lệ đáp ứng và đáp ứng hoàn toàn.



**Biểu đồ 3.2. Xác suất sống thêm toàn bộ ở bệnh nhi nghiên cứu**

trẻ dưới 10 tuổi và trên 10 tuổi gần tương đương nhau, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### IV. BÀN LUẬN

❖ Đặc điểm chung của bệnh nhi nghiên cứu: ở nghiên cứu chúng tôi nghiên cứu trẻ dưới 16 tuổi, với % tuổi dưới 10 tuổi và trên 10 tuổi tương đương nhau, tỉ lệ nam nhiều hơn nữ (59,3% so với 40,7%). Yếu tố tuổi là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả điều trị ức chế miễn dịch. Theo dữ liệu của Nhóm Châu Âu về huyết học và Ghép Tủy (EBMT-European Group for Blood and Marrow Transplantation), tỷ lệ đáp ứng phác đồ hATG+CSA ở bệnh nhân trẻ tuổi có kết quả tốt hơn bệnh nhân lớn tuổi với tỉ lệ đáp ứng là 82% ở bệnh nhân dưới 20 tuổi và 58% ở bệnh nhân trên 40 tuổi<sup>6</sup>. Về mức độ bệnh ở nhóm nghiên cứu chúng tôi mức độ nặng chiếm tỉ lệ cao nhất (51,9%), mức độ trung bình chiếm 29,6% và mức độ rất nặng chiếm tỉ lệ thấp nhất 18,5%. Không có bệnh nhi nào thiếu hụt CD 55/59. Số ngày trung vị nằm viện đợt điều trị phác đồ là 18 ngày.

❖ Về kết quả đáp ứng điều trị: tỉ lệ đáp ứng sau 3 tháng là 37% trong đó tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 11,1%, tỉ lệ đáp ứng 1 phần là 25,9%, không đáp ứng là 63%. Tại thời điểm 6 tháng tỉ lệ đáp ứng tăng lên rõ rệt với tỉ lệ đáp ứng là 66,7% trong đó tỉ lệ đáp ứng hoàn toàn là 18,5%, tỉ lệ đáp ứng một phần là 48,2%, không đáp ứng là 33,3%. Tỉ lệ đáp ứng tích lũy toàn bộ ở 9 và 12 tháng bệnh nhi nghiên cứu là 75% trong đó đáp ứng hoàn toàn chiếm 22,2%. Tỉ lệ này cao hơn so với thời điểm 3 tháng và 6 tháng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương đương với các kết quả nghiên cứu trên thế giới. Nghiên cứu 314 trẻ em STX mắc phải thể nặng, điều trị hATG+CSA từ 2002-2014, nghiên cứu đa trung tâm Bắc Mỹ NAPACC (North American Pediatric Aplastic Anemia Consortium) cho kết quả 71,2% bệnh nhân đạt đáp ứng<sup>7</sup>, tỉ lệ sống toàn bộ sau 5 năm là 93%. Tỉ lệ sống toàn bộ sau 2 năm ở nghiên cứu chúng tôi là 95,8%. Tỉ lệ này cũng tương đương với các nghiên cứu trên thế giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân tử vong tại thời điểm 6 tháng với biến chứng tăng bilirubin, có 2 bệnh nhân tái phát: 1 bệnh nhân đạt đáp ứng 1 phần tại thời điểm 6 tháng và tái phát tại thời điểm 12 tháng, 1 bệnh nhân tái phát tại thời điểm 21 tháng và được điều trị ATG thỏ đợt 2, sau đó ổn định. Không có bệnh nhân nào tiến triển thành đái huyết sắc tố hoặc rối loạn sinh tủy, lơ xê mi cấp.

❖ Về mối liên quan giữa tỉ lệ đáp ứng với

tuổi và thể bệnh: Tại thời điểm 3 tháng, tỉ lệ đáp ứng suy tủy xương thể trung bình là 50% cao hơn so với suy tủy xương thể nặng và rất nặng là 31,6%, trong khi tại thời điểm 6 tháng tỉ lệ đáp ứng của nhóm suy tủy xương thể nặng và rất nặng là 73,7 % cao hơn thể trung bình là 50%. Tuy nhiên do số lượng bệnh nhân nghiên cứu ít, mối liên quan không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ). Về mối liên quan giữa nhóm tuổi và tỉ lệ đáp ứng tại thời điểm 3 tháng tỉ lệ nhóm dưới 10 tuổi đáp ứng 28,6% thấp hơn nhóm trên 10 tuổi với đáp ứng 46,2%, tại thời điểm 6 tháng tỉ lệ đáp ứng bệnh nhân dưới 10 tuổi là 64,3% thấp hơn nhóm bệnh nhân trên 10 tuổi là 69,2%. Tỉ lệ này ngược với các nghiên cứu trước đó là tuổi càng cao tỉ lệ đáp ứng càng thấp. Điều này có thể lí giải do cỡ mẫu bé và mối liên quan không có ý nghĩa thống kê ( $p > 0,05$ ).

#### V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 27 bệnh nhi điều trị phác đồ ức chế miễn dịch ATG ngựa kết hợp CSA cho thấy hiệu quả đáp ứng cao với 67% tại thời điểm 6 tháng và tỉ lệ sống toàn bộ trên 2 năm là 95,8%. Điều này cho thấy việc lựa chọn phác đồ điều trị ức chế miễn dịch ATG kết hợp CSA là lựa chọn ưu tiên đối với bệnh nhi không đủ điều kiện ghép tủy.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bacigalupo, A.** Aplastic Anemia: Pathogenesis and Treatment. *Hematology Am Soc Hematol Educ Program* 2007, 23–28. <https://doi.org/10.1182/asheducation-2007.1.23>.
2. **Camitta, B. M.; Rapoport, J. M.; Parkman, R.; Nathan, D. G.** Selection of Patients for Bone Marrow Transplantation in Severe Aplastic Anemia. *Blood* 1975, 45 (3), 355–363.
3. **Bacigalupo, A.; Hows, J.; Gluckman, E.; Nissen, C.; Marsh, J.; Van Lint, M. T.; Congiu, M.; De Planque, M. M.; Ernst, P.; McCann, S.; Ragavashar, A.; Frickhofen, N.; Wursch, A.; Marmont, A. M.; Gordon-Smith, E. C.** Bone Marrow Transplantation (BMT) versus Immunosuppression for the Treatment of Severe Aplastic Anaemia (SAA): A Report of the EBMT\* SAA Working Party. *British Journal of Haematology* 1988, 70 (2), 177–182. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2141.1988.tb02460.x>.
4. **Scheinberg, P.; Wu, C. O.; Nunez, O.; Scheinberg, P.; Boss, C.; Sloand, E. M.; Young, N. S.** Treatment of Severe Aplastic Anemia with a Combination of Horse Antithymocyte Globulin and Cyclosporine, with or without Sirolimus: A Prospective Randomized Study. *Haematologica* 2009, 94 (3), 348–354. <https://doi.org/10.3324/haematol.13829>.
5. **Kulasekararaj, A.; Cavenagh, J.; Dokal, I.; Foukaneli, T.; Gandhi, S.; Garg, M.; Griffin, M.; Hillmen, P.; Ireland, R.; Killick, S.; Mansour, S.; Mufti, G.; Potter, V.; Snowden, J.; Stanworth,**

- S.; Zuha, R.; Marsh, J.; the BSH Committee. Guidelines for the Diagnosis and Management of Adult Aplastic Anaemia: A British Society for Haematology Guideline. *Br J Haematol* 2024, 204 (3), 784–804. <https://doi.org/10.1111/bjh.19236>.
6. Bacigalupo, A. How I Treat Acquired Aplastic Anemia. *Blood* 2017, 129 (11), 1428–1436. <https://doi.org/10.1182/blood-2016-08-693481>.
7. Rogers, Z. R.; Nakano, T. A.; Olson, T. S.; Bertuch, A. A.; Wang, W.; Gillio, A.; Coates, T. D.; Chawla, A.; Castillo, P.; Kurre, P.; Gamper, C.; Bennett, C. M.; Joshi, S.; Geddis, A. E.; Boklan, J.; Nalepa, G.; Rothman, J. A.; Huang, J. N.; Kupfer, G. M.; Cada, M.; Glader, B.; Walkovich, K. J.; Thompson, A. A.; Hanna, R.; Vlachos, A.; Malsch, M.; Weller, E. A.; Williams, D. A.; Shimamura, A. Immunosuppressive Therapy for Pediatric Aplastic Anemia: A North American Pediatric Aplastic Anemia Consortium Study. *Haematologica* 2019, 104 (10), 1974–1983. <https://doi.org/10.3324/haematol.2018.206540>.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN TỬ VONG TRONG TUẦN ĐẦU NHẬP VIỆN Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN MẤT BÙ DO VIÊM GAN VIRUS B ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỐI TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Văn Tuấn<sup>1</sup>, Phạm Diệu Trang<sup>1</sup>, Đông Vũ Kiên<sup>1</sup>,  
Vũ Thị Hương Giang<sup>1</sup>, Tạ Thị Diệu Ngân<sup>1,2,3</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 149 bệnh nhân xơ gan mất bù do viêm gan virus B điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương giai đoạn 2020-2023 nhằm mô tả các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tử vong sớm trong tuần đầu sau nhập viện. **Kết quả:** Các biểu hiện lâm sàng thường gặp là mệt mỏi (96,6%), chán ăn (91,3%), hoàng đả (88,6%), cổ trướng (56,4%), phù chi (43,6%). Có 15,1% bệnh nhân có hôn mê gan. Các thay đổi cận lâm sàng chính gồm HBV-DNA  $\geq 10^6$  copies/ml (41,5%), albumin máu <28g/l (54,4%), tỷ lệ bệnh nhân có tăng AST, ALT và Bilirubin toàn phần trên 10 lần giá trị bình thường lần lượt là 29,5%; 24,8% và 53%. Điểm trung bình MELD-Na tại thời điểm nhập viện ở nhóm tử vong trong vòng 7 ngày đầu sau nhập viện cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn sống. Điểm cắt có giá trị chẩn đoán tốt nhất trong tiên lượng tử vong sớm trong vòng 7 ngày của MELD Na là 29 điểm, với diện tích dưới đường cong AUROC là 0,70; độ nhạy và độ đặc hiệu là 72,7% và 63,8%. **Kết luận:** Điểm MELD-Na cao có liên quan đến tử vong trong 7 ngày đầu sau nhập viện đối với bệnh nhân xơ gan mất bù do viêm gan virus B, tuy nhiên giá trị tiên lượng tử vong của MELD-Na còn yếu, vì vậy cần có các nghiên cứu với số lượng mẫu lớn hơn để có thể kết luận về vai trò của MELD-Na. **Từ khóa:** xơ gan mất bù, viêm gan virus B, tiên lượng, tử vong, MELD-Na

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARACLINICAL MANIFESTATION AND FACTORS RELATED TO MORTALITY IN THE FIRST WEEK AFTER HOSPITALIZATION IN PATIENTS WITH DECOMPENSATED HEPATITIS B CIRRHOSIS TREATED AT NATIONAL HOSPITAL FOR TROPICAL DISEASES

A cross-sectional descriptive study on 149 patients with decompensated cirrhosis due to hepatitis B treated at the National Hospital of Tropical Diseases in the period 2020-2023 to describe the clinical and paraclinical manifestations and to evaluate some factors related to mortality in the first week after hospitalization of these patients. **Results:** The main clinical symptoms were fatigue (96.6%), anorexia (91.3%), jaundice (88.6%), ascites (56.4%), edema (43.6%). There are 15.1% of patients with hepatic coma. Main paraclinical changes include HBV-DNA  $\geq 10^6$  copies/ml (41.5%), blood albumin <28g/l (54.4%), the rate of increase in AST, ALT and total Bilirubin more than 10 times compared to normal values are 29.5%; 24.8% and 53%, respectively. The average MELD-Na score at the time of hospitalization in the group that died within the first 7 days after admission was statistically significantly higher than in the group that survived. The cutoff point with the best diagnostic value in predicting early death within 7 days of MELD Na is 29 points, with an area under the curve of 0.7; sensitivity and specificity was 72.7% and 63.8%. **Conclusion:** High MELD-Na score is associated with mortality in the first 7 days after hospitalization for patients with decompensated cirrhosis due to hepatitis B virus, however the mortality prognostic value of MELD-Na is weak, so studies with larger sample sizes are needed to conduct for concluding the role of MELD-Na. **Keywords:** Decompensated cirrhosis, hepatitis B, mortality, MELD-Na

<sup>1</sup>Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân

Email: dr.dieungan@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xơ gan là một bệnh lý phổ biến, gia tăng ở nhiều quốc gia trên thế giới, là nguyên nhân gây tử vong cao do suy chức năng gan, tăng áp tĩnh mạch cửa, xuất huyết tiêu hóa và hội chứng não gan được cho là yếu tố liên quan đến dự báo tử vong gần.<sup>1</sup>

Việc đánh giá tiên lượng sớm có ý nghĩa quan trọng để chỉ định ghép gan hoặc các biện pháp điều trị mới trong giai đoạn xơ gan mất bù.<sup>2</sup> Tại Việt Nam, nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tử vong trong vòng 7 ngày sau nhập viện ở bệnh nhân xơ gan giãn vỡ tĩnh mạch thực quản là 28,9%,<sup>3</sup> xơ gan có hội chứng gan thận là 48,6%,<sup>4</sup> xơ gan Child Pugh C là 26,9%,<sup>5</sup> và xơ gan mất bù có nhiễm khuẩn huyết là 25% (8/32 bệnh nhân).<sup>6</sup> Nababan (2021) nghiên cứu trên 241 bệnh nhân xơ gan mất bù ghi nhận tỉ lệ tử vong nội viện là 12,03%.<sup>7</sup> Nghiên cứu của Vicco và cộng sự (2015) trên 180 bệnh nhân xơ gan rượu có hội chứng tăng áp lực tĩnh mạch cửa, tỉ lệ này là 10,5%.<sup>8</sup>

Mặc dù có nhiều nghiên cứu về xơ gan do viêm gan B, song dữ liệu về xơ gan mất bù và tử vong sớm sau nhập viện còn hạn chế. Do đó, việc khảo sát thay đổi ở bệnh nhân xơ gan mất bù sẽ giúp ích cho quá trình theo dõi, lập kế hoạch điều trị, tiên lượng kết cục và phòng ngừa biến chứng. Nghiên cứu này nhằm mô tả các biểu hiện lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố liên quan đến tử vong sớm trong tuần đầu ở bệnh nhân xơ gan mất bù điều trị tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương giai đoạn 2020-2023.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Là các bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương trong giai đoạn từ tháng 01/2020 đến tháng 07/2023, thoả mãn các tiêu chí sau:

➢ Được chẩn đoán xơ gan mất bù theo tiêu chuẩn của Hội Gan mật Châu Âu năm 2018 khi có một trong các biểu hiện sau:<sup>9</sup> (1) Cổ chướng; (2) Hoàng đả; (3) Bệnh não gan cấp tính; (4) Xuất huyết tiêu hóa cấp do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản; (5) Hội chứng gan thận.

➢ Được chẩn đoán nhiễm HBV mạn trước đó theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị viêm gan virus B của Bộ Y tế năm 2019:<sup>10</sup> (1) HBsAg và/hoặc HBV-DNA dương tính  $\geq$  6 tháng, hoặc (2) HBsAg dương tính và anti-HBc IgM âm tính.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** (1) Bệnh nhân có đồng nhiễm các virus viêm gan khác hoặc có viêm gan tự miễn; (2) Bệnh nhân có tiền sử uống rượu nhiều hoặc đã được chẩn đoán viêm gan do rượu; (3) Bệnh nhân có tiền sử suy thận,

suy tim nặng, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thời gian: 8/2022 - 7/2023

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả. Chọn tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu, thu thập thông tin vào bệnh án nghiên cứu. Bệnh nhân được theo dõi trong suốt thời gian điều trị nội trú.

- Đánh giá kết cục tại thời điểm xuất viện, đánh giá tình trạng tử vong trong vòng 7 ngày sau khi nhập viện. Thang điểm MELD, MELD-Na<sup>11</sup> được đánh giá dựa vào các thông số lâm sàng và xét nghiệm lúc nhập viện để so sánh.

- Xác định tử vong; qua hồ sơ bệnh án hoặc liên hệ thân nhân

- Giá trị tiên lượng của thang điểm MELD-Na được tính toán dựa vào diện tích dưới đường cong AUROC: Nếu AUROC  $>$  0,9: Giá trị tiên lượng tốt; Nếu AUROC  $>$  0,8 – 0,9: Giá trị tiên lượng khá; Nếu AUROC  $>$  0,7 – 0,8: Giá trị tiên lượng trung bình; Nếu AUROC  $\leq$  0,7: Giá trị tiên lượng yếu.

**2.3. Xử lý số liệu.** Các số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. Các thuật toán được sử dụng bao gồm: tính tỷ lệ %, trung bình và độ lệch chuẩn (SD), T-Student test để so sánh sự khác nhau giữa hai trung bình, kiểm định  $\chi^2$  để so sánh sự khác nhau giữa các tỷ lệ.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương phê duyệt theo quyết định số 27/HĐĐĐ-NĐTƯ, ngày 19 tháng 09 năm 2022.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu có 149 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia. Trung vị tuổi là 56 (IQR 48-64), 119 bệnh nhân nam (80%). Đa số bệnh nhân đã biết về tình trạng viêm gan virus B trước đó (77,9%), tuy nhiên chỉ có 85 bệnh nhân (57%) đã được điều trị kháng virus viêm gan B. Có 32,2% đã được chẩn đoán xơ gan trước đó. Trung vị thời gian mới được phát hiện nhiễm virus viêm gan B là 36 tháng (IQR 1-119). Có 11 bệnh nhân tử vong sớm trong vòng 7 ngày đầu sau nhập viện chiếm 7,4%.

**Bảng 3.1. Đặc điểm lâm sàng tại thời điểm nhập viện (n=149)**

Đặc điểm	Kết quả
<b>Triệu chứng cơ năng, n (%)</b>	
Mệt mỏi	144 (96,6)
Chán ăn	136 (91,3)
Buồn nôn nôn	21 (14,1)
Đau bụng	11 (7,4)
Tiểu ít	51 (34,2)

Triệu chứng thực thể, n (%)	
Hôn mê gan	21 (15,1)
Thiếu máu	34 (22,8)
Phù	65 (43,6)
Cổ trướng	84 (56,4)
Tuần hoàn bàng hệ	42 (28,2)
Sao mạch	32 (21,5)
Hoàng đả	132 (88,6)
Gan to	11 (7,4)
Lách to	35 (23,5)

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân khi nhập viện có cảm giác mệt mỏi, chán ăn, gần một nửa số bệnh nhân có biểu hiện phù chi rõ. Có 15,1% bệnh nhân có hôn mê gan.

**Bảng 3.2. Các mức thay đổi về sinh hoá máu tại thời điểm nhập viện (n=149)**

	Đặc điểm	Kết quả
Men gan và Bilirubin	Giá trị AST (UI/L), trung vị (IQR)	181 (103-508)
	Bình thường, n (%)	2 (1,3)
	Tăng <5 lần, n (%)	76 (51,1)
	Tăng 5-10 lần, n (%)	27 (18,1)
	Tăng >10 lần, n (%)	44 (29,5)
	Giá trị ALT (UI/L), trung vị (IQR)	140,3 (52-410)
	Bình thường, n (%)	23 (15,4)
	Tăng <5 lần, n (%)	67 (44,9)
	Tăng 5-10 lần, n (%)	22 (14,8)
	Tăng >10 lần, n (%)	37 (24,8)
	Bilirubin toàn phần ( $\mu\text{mol/l}$ ), trung vị (IQR)	222 (59-435)
	Bình thường, n (%)	9 (6)
	Tăng <5 lần, n (%)	37 (24,9)
	Tăng 5-10 lần, n (%)	24 (16,1)
	Tăng >10 lần, n (%)	79 (53)
	HBV-DNA, trung vị (IQR), n=94	1 (0-16)
	Dưới ngưỡng phát hiện, n (%)	20 (21,3)
	< $10^6$ copies/ml, n (%)	35 (37,2)
	$\geq 10^6$ copies/ml, n (%)	36 (38,3)
Vượt ngưỡng phát hiện, n (%)	3 (3,2)	
Glucose (mmol/L), X $\pm$ SD	8,10 $\pm$ 4,40	

**Bảng 3.4. Một số yếu tố liên quan đến tình trạng tử vong trong vòng 7 ngày sau nhập viện**

Đặc điểm tại thời điểm nhập viện	Chung	Tử vong 7 ngày		p
		Không, n=138	Có, n=11	
Hôn mê gan, n (%)	21 (14,1%)	19 (13,8%)	2 (18,2%)	0,7
Xuất huyết tiêu hoá, n (%)	132 (88,6%)	122 (88,4%)	10 (90,9%)	>0,9
Cổ trướng, n (%)	84 (56,4%)	78 (56,5%)	6 (54,5%)	>0,9
Hemoglobin, X $\pm$ SD	119,4 $\pm$ 19,1	119,7 $\pm$ 19,3	116,1 $\pm$ 17,9	0,5
Số lượng bạch cầu, X $\pm$ SD	7,8 $\pm$ 5,1	7,6 $\pm$ 5,1	10,0 $\pm$ 4,6	0,050
Số lượng tiểu cầu, X $\pm$ SD	112,8 $\pm$ 63,6	113,7 $\pm$ 63,9	102,1 $\pm$ 61,0	0,5
PT-INR, X $\pm$ SD	2,2 $\pm$ 1,0	2,2 $\pm$ 1,0	2,6 $\pm$ 1,1	0,090
PR%, X $\pm$ SD	43,2 $\pm$ 20,2	43,9 $\pm$ 20,4	33,4 $\pm$ 15,4	0,085
Albumin (g/L), X $\pm$ SD	28,4 $\pm$ 5,4	28,5 $\pm$ 5,4	27,7 $\pm$ 5,1	0,7
AST (U/L), trung vị (IQR)	181,0 (391,0)	187,5 (394,2)	178,9 (685,5)	0,2

Hạ đường huyết (<3,9mmol/L), n(%)	5 (3,4)
Tăng đường huyết (>10mmol/L),n(%)	30 (20,1)
Protein (G/L), X $\pm$ SD	53,42 $\pm$ 17,67
Albumin (G/L), X $\pm$ SD	28,41 $\pm$ 5,35
Hạ Albumin (<28G/L), n (%)	81 (54,4)
Ure (mmol/l), X $\pm$ SD	6,07 $\pm$ 3,62
Creatinin ( $\mu\text{mol/L}$ ), X $\pm$ SD	87,40 $\pm$ 43,53
< 130 $\mu\text{mol/L}$ , n (%)	136 (91,3)
130-300 $\mu\text{mol/L}$ , n (%)	11 (7,4)
301-500 $\mu\text{mol/L}$ , n (%)	2 (1,3)
>500 $\mu\text{mol/L}$ , n (%)	0
Natri (mmol/l), X $\pm$ SD	132,45 $\pm$ 5,09
Hạ Natri (Na<125mmol/L), n (%)	9 (6,0)
Kali (mmol/l), X $\pm$ SD	3,87 $\pm$ 5,09
Hạ Kali (K<2,5mmol/L), n (%)	1 (0,7)
Tăng Kali (K>5mmol/L), n (%)	3 (2,0)

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có tăng men gan và Bilirubin, tỉ lệ tăng men gan > 10 lần giới hạn trên đối với AST, ALT và Bilirubin toàn phần lần lượt là 29,5%; 24,8% và 53%. Có 41,5% bệnh nhân có tải lượng virus với tỉ lệ HBV-DNA  $\geq 10^6$  copies/ml.

Hạ albumin (<28g/L) gặp ở 54,4%, tăng đường huyết là 20,1%.

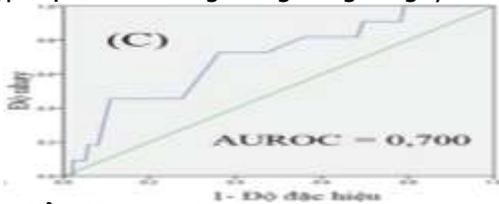
**Bảng 3.3. Đặc điểm nội soi thực quản dạ dày (n=108)**

Nội soi thực quản dạ dày	Kết quả	
	Số lượng	Tỉ lệ %
<b>Giãn tĩnh mạch thực quản</b>		
Không	42	38,9
Độ I	15	13,9
Độ II	45	41,7
Độ III	6	4,0
<b>Giãn tĩnh mạch dạ dày</b>		
Không	103	95,4
Có	5	4,6

**Nhận xét:** Tỉ lệ bệnh nhân được nội soi dạ dày là 72,5%. Đa số các bệnh nhân có giãn tĩnh mạch thực quản ở các mức độ khác nhau, với tỉ lệ độ I, II, III lần lượt là 13,9%; 41,7% và 4%.

ALT (U/L), trung vị (IQR)	140,3 (332,0)	141,7 (324,0)	135,0 (448,5)	0,5
Bilirubin toàn phần, trung vị (IQR)	222,2 (372,6)	219,9 (362,3)	433,0 (315,4)	0,074
HBV DNA, n (%)				0,9
Dưới ngưỡng phát hiện	55 (36,9%)	51 (37,0%)	4 (36,4%)	
< 10 <sup>6</sup> copies/ml	20 (13,4%)	18 (13,0%)	2 (18,2%)	
≥ 10 <sup>6</sup> copies/ml	3 (2,0%)	3 (2,2%)	0 (0,0%)	
Vượt ngưỡng phát hiện	71 (47,7%)	66 (47,8%)	5 (45,5%)	
Natri máu (mmol/l), X±SD	132,4 ± 5,1	132,5 ± 5,2	131,3 ± 3,6	0,2
Kali máu (mmol/l), X±SD	3,8 ± 0,7	3,8 ± 0,7	4,1 ± 0,6	0,13
Điểm MELD, X±SD	24,3 ± 8,4	24,0 ± 8,4	28,5 ± 8,2	0,10
Điểm MELD-Na, X±SD	26,3 ± 7,7	26,0 ± 7,7	31,0 ± 6,1	0,028

**Nhận xét:** Điểm MELD-Na ở nhóm tử vong trong 7 ngày cao hơn so với nhóm không tử vong (31,0 ± 6,1 so với 26,0 ± 7,7), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Ngoài ra, không có mối liên quan nào khác giữa các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tại thời điểm nhập viện với tử vong trong vòng 7 ngày.



**Biểu đồ 3.1. Giá trị tiên lượng tử vong trong 7 ngày thang điểm MELD-Na**

**Nhận xét:** MELD-Na có giá trị yếu trong tiên lượng tử vong trong vòng 7 ngày đối với bệnh nhân xơ gan mất bù do viêm gan virus B, với diện tích dưới đường cong AUROC là 0,7. Điểm cắt MELD-Na có giá trị chẩn đoán tốt nhất trong tiên lượng nguy cơ tử vong 7 ngày là 29 điểm, với độ nhạy/độ đặc hiệu là 72,7%/63,8%.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân có mệt mỏi (96,6%), chán ăn (91,3%) và có biểu hiện phù (43,6%), lách to (23,5%), tuần hoàn bàng hệ (28,2%). Như vậy, bệnh cảnh lâm sàng khá rầm rộ, chủ yếu biểu hiện suy tế bào gan và tăng áp lực tĩnh mạch cửa, phù hợp với kết quả của Lê Thị Lan năm 2021.<sup>12</sup>

Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả nồng độ men gan GOT, GPT, nồng độ bilirubin toàn phần và trực tiếp trong máu đều tăng cao. Tỷ lệ tăng men gan > 5 lần với AST, ALT lần lượt là 47,6% và 39,6%, cao hơn kết quả nghiên cứu của Lê Thị Lan (39,5%; 32,3%)<sup>12</sup>, và Nguyễn Tuấn Thành (40,6% và 21,9%)<sup>6</sup> cho thấy mức độ viêm và hoại tử tế bào gan nặng hơn rất nhiều ở các bệnh nhân trong nghiên cứu này. Có đến 88% bệnh nhân nhập viện có vàng da, gần 80% có tải lượng HBV DNA tăng cao, cho thấy viêm gan B tiến triển. Tình trạng ứ mật nặng,

kéo dài gây rối loạn đông máu, liên quan đến biến chứng nặng và tử vong như hôn mê gan, hội chứng gan – thận, xuất huyết tiêu hóa.<sup>4,13</sup>

Tỷ lệ tử vong trong vòng 7 ngày đầu sau nhập viện ở các bệnh nhân trong nghiên cứu này là 7,4% (11/149 bệnh nhân), thấp hơn so với nghiên cứu của Trần Thị Hạnh (26,9%)<sup>5</sup> Nguyễn Quang Huy (48,6%)<sup>4</sup>. Khi tìm hiểu các yếu tố có thể liên quan đến tình trạng tử vong sớm trong 7 ngày đầu sau nhập viện chúng tôi thấy điểm trung bình của MELD-Na lúc nhập viện cao hơn có ý nghĩa thống kê giữa nhóm tử vong trong 7 ngày đầu (31 điểm) so với nhóm còn sống (26 điểm). Tuy nhiên khi phân tích kỹ hơn giá trị tiên lượng tử vong của MELD-Na, chúng tôi nhận thấy MELD-Na khi nhập viện có giá trị yếu trong tiên lượng tử vong với diện tích dưới đường cong ROC là 0,7, ngưỡng cut off có giá trị tốt nhất tiên lượng tử vong là 29 điểm với độ nhạy/độ đặc hiệu là 72,7%/63,8%. Nghiên cứu của Puentes JCP cho thấy các bệnh nhân có điểm MELD-Na từ 30-39 điểm tỷ lệ tử vong là 52,6%, MELD-Na trên 40 điểm tỷ lệ tử vong là 71,3%. Trần Thị Hạnh<sup>5</sup> nghiên cứu trên 108 bệnh nhân xơ gan Child Pugh C cho thấy ngưỡng cut-off MELD-Na trong tiên lượng tử vong 7 ngày là 31,5 với độ nhạy 51,7% và độ đặc hiệu 92,4%. Sự khác biệt về ngưỡng cut off của MELD-Na có thể do tiêu chí lựa chọn đối tượng nghiên cứu khác nhau. Trong một bài báo xuất bản trước đây, chúng tôi cũng đã so sánh giá trị thang điểm MELD-Na trong tiên lượng tử vong trong vòng 90 ngày sau nhập viện và so sánh với các thang điểm khác là Child Pugh và MELD. Chúng tôi cũng nhận thấy thang điểm MELD-Na có giá trị trung bình trong tiên lượng tử vong trong vòng 90 ngày, với AUROC 0,732 với điểm cut off là 25 điểm, MELD-Na có giá trị tiên lượng tử vong trong vòng 90 ngày tốt hơn so với thang điểm Child-Pugh và MELD.

Một trong những hạn chế của nghiên cứu này là chỉ tính điểm MELD-Na tại thời điểm nhập viện mà chưa tính đến sự thay đổi của các thang điểm này theo thời gian trong quá trình nhập

viện, mặt khác số lượng bệnh nhân trong nhóm tử vong 7 ngày đầu còn ít nên cần có những nghiên cứu tiếp theo đánh giá toàn diện hơn và trên số lượng mẫu lớn hơn.

## V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm MELD-Na cao có liên quan đến tử vong trong 7 ngày đầu sau nhập viện đối với bệnh nhân xơ gan mất bù do viêm gan virus B. Cần có những nghiên cứu trên số lượng bệnh nhân lớn hơn và đánh giá ở nhiều thời điểm khác nhau tại bệnh viện để giúp tiên lượng bệnh nhân tốt hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bernardi M, Moreau R, Angeli P, Schnabl B, Arroyo V.** Mechanisms of decompensation and organ failure in cirrhosis: From peripheral arterial vasodilation to systemic inflammation hypothesis. *Journal of Hepatology.* 2015;63(5):1272-1284. doi:10.1016/j.jhep.2015.07.004
2. **Schepke M, Appenrodt B, Heller J, Zielinski J, Sauerbruch T.** Prognostic factors for patients with cirrhosis and kidney dysfunction in the era of MELD: results of a prospective study. *Liver Int Off J Int Assoc Study Liver.* 2006;26(7):834-839.
3. **Nguyễn Thị Linh.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và truyền dịch ở bệnh nhân shock mất máu do xơ gan giãn vỡ tĩnh mạch thực quản. Khóa Luận Tốt Nghiệp Bác Sĩ Y Khoa - Trường Đại học Y Hà Nội.
4. **Nguyễn Quang Huy.** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan có hội chứng gan thận. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học - Trường Đại Học Y Hà Nội. Published online 2014.
5. **Trần Thị Hạnh.** Nghiên cứu giá trị của chỉ số MELDNa trong tiên lượng bệnh nhân xơ gan Child-Pugh C. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học - Trường Đại Học Y Hà Nội. Published online 2013.
6. **Nguyễn Tuấn Thành.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn huyết ở bệnh nhân xơ gan mất bù. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học - Trường Đại Học Y Hà Nội. Published online 2012.
7. **Nababan SHH, Mansjoer A, Fauzi A, Gani RA.** Predictive scoring systems for in-hospital mortality due to acutely decompensated liver cirrhosis in Indonesia. *BMC Gastroenterol.* 2021;21(1):392.
8. **Vicco MH, Rodeles L, Ferini F, Long AK, Musacchio HM.** In-hospital mortality risk factors in patients with ascites due to cirrhosis. *Rev Assoc Médica Bras.* 2015;61(1):35-39.
9. **European Association for the Study of the Liver.** EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. *J Hepatol.* 2018;69(2):406-460.
10. **Bộ Y tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh viêm gan virus B (Ban hành kèm quyết định số 3310/QĐ-BYT ngày 29/07/2019 của Bộ Y tế. Published online 2019.

## TÁC ĐỘNG CỦA THỜI GIAN THIẾU MÁU LẠNH ĐẾN BIỂU HIỆN CỦA DẤU ẤN HER2 TRONG UNG THƯ VÚ

Đoàn Thị Phương Thảo<sup>1</sup>, Hà Phạm Yến Vy<sup>1</sup>,  
Luu Đức Tùng<sup>2</sup>, Dương Ngọc Thiên Hương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** HER2 (ERBB2) là thụ thể tyrosine-kinase trên màng tế bào u, đích của nhiều thuốc kháng HER2. Vì là kháng nguyên màng, cường độ/kiểu bắt màu HER2 rất nhạy với các yếu tố tiền phân tích, đặc biệt thời gian thiếu máu lạnh (cold ischemia time - CIT). CIT kéo dài gây tổn thương màng, thoái hóa protein, che khuất epitope, làm mất tính liên tục màng, giảm cường độ, dẫn đến kiểu biểu hiện không chính xác khi thực hiện đánh giá trên tiểu bản hóa mô miễn dịch, ảnh hưởng trực tiếp chỉ định điều trị. **Mục tiêu:** Đánh giá tác động của CIT đến biểu hiện HER2 trên mô ung thư vú nhuộm HMMD. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu thăm dò, chọn mẫu có chủ đích. Mô u được xẻ lát ~3 mm và

thời điểm cho vào formalin 10% đậm trung tính (pH 7.0) tại 6 mốc CIT: <1 giờ, 2 giờ, 3 giờ, 4 giờ, 6 giờ, 8 giờ. Thời gian mẫu trong dung dịch cố định từ 8-32 giờ, mô được xử lý, cắt 3-4  $\mu$ m, nhuộm HMMD HER2 và đánh giá theo tiêu chuẩn ASCO/CAP (0/1+/2+/3+). Chỉ số đánh giá: cường độ, tỉ lệ tế bào dương, tỉ lệ màng vỡ/không liên tục/khó xác định. **Kết quả:** Ở nhóm HER2 3+, không ghi nhận suy giảm cường độ giữa mốc đầu-cuối CIT. Ở nhóm HER2 2+, có trường hợp thành 1+ khi CIT kéo dài; không ghi nhận trường hợp mất hoàn toàn biểu hiện. Tỉ lệ dương và tỉ lệ "màng vỡ/không liên tục" dao động nhẹ, không theo xu hướng tuyến tính trong dải <1-8 giờ. **Kết luận:** Trong điều kiện khảo sát, HER2 (3+) tương đối ổn định trước CIT kéo dài, nhưng nhóm HER2 (2+) dễ bị giảm mức bắt màu màng, tăng nguy cơ đánh giá biểu hiện HER2 thấp hơn bản chất sinh học. Do đó, cần tuân thủ ASCO/CAP: CIT  $\leq$  1 giờ, kích thước mẫu đại thể dày 2-3 mm và cố định chuẩn để bảo toàn epitope màng và độ tin cậy khi đánh giá HER2 trên HMMD, đặc biệt khi cần nhắc HER2-low/chỉ định thuốc. **Từ khóa:** Thụ thể tăng trưởng của biểu bì ở người 2 (HER2), thời gian thiếu máu lạnh, ung thư vú, hóa mô miễn dịch.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Vạn Hạnh

Chịu trách nhiệm chính: Hà Phạm Yến Vy

Email: vy.hpy@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

**SUMMARY**

**IMPACT OF COLD ISCHEMIA TIME ON HER2 EXPRESSION IN BREAST CANCER**

**Background:** HER2 (ERBB2) is a receptor tyrosine kinase expressed on the tumor cell membrane and is the therapeutic target of multiple anti-HER2 agents. As a membrane antigen, HER2 immunoreactivity is highly susceptible to pre-analytical variables, particularly cold ischemia time (CIT). Prolonged CIT can induce membrane injury, protein degradation and epitope masking, leading to loss of membranous continuity, attenuation of staining intensity, and inaccurate IHC readouts, with direct implications for treatment selection. **Objectives:** To assess the impact of CIT on HER2 expression in breast carcinoma by immunohistochemistry (IHC). **Subjects and Methods:** Exploratory study with purposive sampling. Tumor tissue was grossed into ~3-mm slices and placed into 10% neutral buffered formalin (10% NBF; ~4% formaldehyde, phosphate buffer, pH 7.0) at six CIT points: <1 h, 2 h, 3 h, 4 h, 6 h, and 8 h. Specimens were then fixed for 8–32 h, processed routinely, sectioned at 3–4 μm, stained for HER2 IHC, and scored per ASCO/CAP criteria (0/1+/2+/3+). Endpoints included staining intensity, percentage of HER2-positive tumor cells, and the proportion of tumor cells with discontinuous/indistinct membranous staining ("membrane disruption"). **Results:** In HER2 (3+) cases, no decline in staining intensity was observed between the earliest and latest CIT points. In HER2 (2+) cases, some shifted to HER2 (1+) with prolonged CIT; no case demonstrated complete loss of expression. The percent positivity and rate of membrane disruption fluctuated slightly but without a consistent linear trend across the <1–8 h CIT window. **Conclusions:** Under these study conditions, HER2 (3+) immunoreactivity appears relatively stable despite CIT extension, whereas borderline HER2 (2+) cases are more vulnerable to attenuation of membranous staining, risking under-calling (with potential implications for HER2-low categorization and therapy). Strict adherence to ASCO/CAP pre-analytical recommendations – CIT ≤ 1 hour, gross slice thickness 2–3 mm, and standardized fixation – is essential to preserve membrane epitopes and ensure reliable HER2 IHC interpretation.

**Keywords:** Human epidermal growth factor receptor 2 (HER2); cold ischemia time; breast carcinoma; immunohistochemistry

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Hóa mô miễn dịch (HMMD) là trụ cột trong chẩn đoán và phân loại ung thư vú, cho phép xác định các dấu ấn sinh học thiết yếu. Trong đó, HER2 (ERBB2) giữ vai trò trung tâm ở cả 3 trục: Phân nhóm phân tử, tiên lượng và tiên

đoán đáp ứng lựa chọn, theo dõi hiệu quả của kháng thể đơn dòng/ADC kháng HER2. Sự xuất hiện khái niệm HER2-low càng đòi hỏi đo lường tinh tế cường độ bắt màu màng ở mức thấp.

Độ tin cậy của xét nghiệm HMMD phụ thuộc đáng kể vào các yếu tố tiền phân tích, trong đó thời gian thiếu máu lạnh- khoảng thời gian từ khi mô được lấy ra khỏi cơ thể đến khi bắt đầu cố định là yếu tố nổi bật<sup>1</sup>. Kéo dài thời gian này có thể dẫn đến thoái hóa protein, biến đổi epitope và sai lệch kết quả nhuộm<sup>2</sup>. Hướng dẫn của Hội Ung thư Lâm sàng Hoa Kỳ và Cao đẳng Giải phẫu bệnh Hoa Kỳ (ASCO/CAP) khuyến nghị thời gian thiếu máu lạnh không quá 1 giờ để bảo đảm tính toàn vẹn của kháng nguyên và độ chính xác của đánh giá<sup>2</sup>.

Tại Việt Nam, việc kiểm soát và ghi nhận thời gian thiếu máu lạnh vẫn chưa được chuẩn hóa. Nhiều mẫu mô ung thư vú trong thực tế có thời gian thiếu máu lạnh dao động từ 60 đến 180 phút, tiềm ẩn nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả đánh giá HER2 và tác động đến quyết định điều trị.

Xuất phát từ thực tế này, nghiên cứu được tiến hành nhằm khảo sát tác động của thời gian thiếu máu lạnh đến sự biến đổi biểu hiện HER2 trong ung thư vú bằng kỹ thuật HMMD, qua đó nhấn mạnh tầm quan trọng của kiểm soát yếu tố tiền phân tích trong thực hành giải phẫu bệnh, bảo đảm chẩn đoán chính xác và tối ưu hóa điều trị.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Thiết kế nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu thăm dò, chọn mẫu có chủ đích các tiêu bản mô ung thư vú và theo dõi sự thay đổi biểu hiện của kháng nguyên HER2 tương ứng với các khoảng thời gian thiếu máu lạnh khác nhau. Mục tiêu của nghiên cứu tập trung vào khía cạnh tiền phân tích, cụ thể là sự thay đổi cường độ và tỷ lệ biểu hiện HER2 khi thời gian thiếu máu lạnh kéo dài.

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Mẫu mô vú ung thư lớn trên 3cm và được chẩn đoán là UTV nguyên phát tại Khoa Giải phẫu bệnh – Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Các mẫu đã tân hoá trị hỗ trợ, mẫu sinh thiết kim, sinh thiết lõi, mẫu sau xử lý không đạt v.v.

**Xác định biên số:**

**Bảng 1. Các biến số cần thu thập trong nghiên cứu**

Tên biến số	Phân loại biến số	Giá trị của biến	Định nghĩa giá trị của biến
Thời điểm cố định	Biến số định lượng	Ngày và giờ	Dựa vào thời gian nhận mẫu mô tươi và các mốc thời gian thực hiện nghiên cứu
Tỷ lệ bắt màu		Từ 0% đến 100%	Dựa vào khảo sát các tiêu bản GPB và

Cường độ bắt màu		Từ 0 đến 3 điểm	HMMD đưa ra kết luận
Tỷ lệ màng tế bào vỡ/giới hạn không rõ		Từ 0 – 100%	

**Phương pháp nghiên cứu:** Mẫu mô tươi từ phần mô UTV còn lại sau chẩn đoán được cắt thành 6 phần với độ dày #3mm, kích thước tương đồng, để ở nhiệt độ phòng (25°C) và ngẫu nhiên được cố định trong dung dịch NBF 10% (pH 7.0) theo thứ tự tại thời điểm < 1 giờ, 2 giờ, 3 giờ, 4 giờ, 6 giờ và 8 giờ. Sau 8–32 giờ, các mẫu mô được xử lý, đúc thành khối trong paraffin, cắt mỏng, nhuộm H&E, khoanh vùng mô u xâm lấn trên lam, block và đục TMA (Tissue Micro Array)<sup>3</sup>. Khối TMA được cắt mỏng và nhuộm song song H&E và HMMD với kháng thể kháng HER2. Tất cả các lát cắt được nhuộm đồng thời cùng một quy trình trên hệ thống máy nhuộm tự động Ventana BenchMark ULTRA (Roche), sử dụng kháng thể nguồn Ventana dòng 4B5; sau đó so sánh biểu hiện của các dấu ấn trên mẫu được cố định ở các mốc thời gian khác nhau của cùng 1 bệnh nhân.

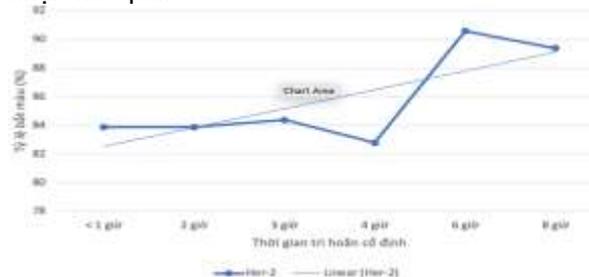
**Phương pháp đánh giá, đo lường kết quả:** Các tiêu bản H&E và HMMD HER2 được đánh giá độc lập bởi 2 Bác sĩ giải phẫu bệnh tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM, làm mù các mốc thời gian. Nghiên cứu sử dụng thang điểm ASCO/CAP hiện hành, sự khác biệt đáng kể sẽ được đối chiếu và trung bình của các tỷ lệ được tính là kết quả cuối cùng.

Các số liệu sau khi đánh giá được thu thập, xử lý bằng phần mềm StataMP 14 và Microsoft Excel.

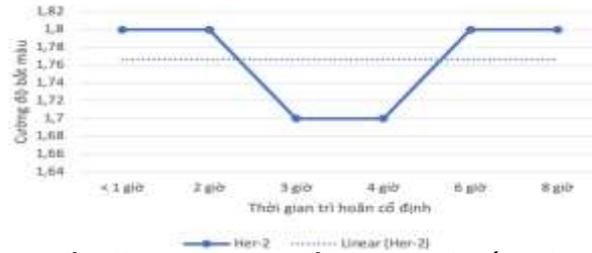
**Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh thẩm định, xét duyệt, số 859/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 23 tháng 12 năm 2021.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

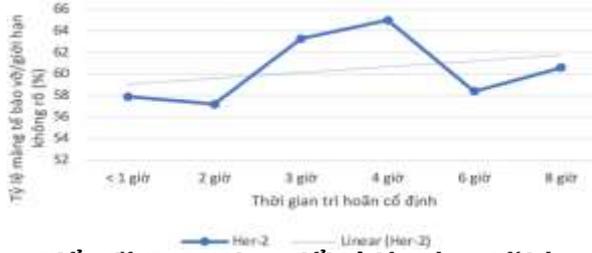
54 lát cắt mô (9 mẫu) cho biểu hiện nhuộm HMMD dương tính với kháng thể HER2 từ 20 mẫu thu thập ban đầu được đánh giá và ghi nhận kết quả.



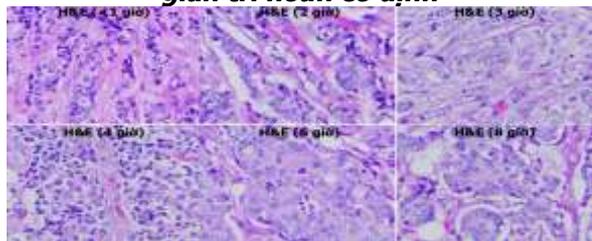
**Biểu đồ 1. Sự thay đổi tỷ lệ bắt màu (%) theo thời gian trì hoãn cố định**



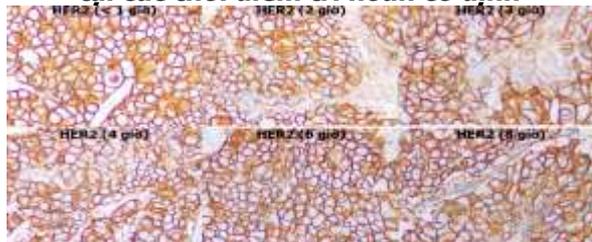
**Biểu đồ 2. Sự thay đổi cường độ bắt màu theo thời gian trì hoãn cố định**



**Biểu đồ 3. Sự thay đổi tỷ lệ màng tế bào vỡ/giới hạn không rõ (%) (HER2) theo thời gian trì hoãn cố định**



**Hình 1. Hình ảnh mô học (x40) các mẫu mô tại các thời điểm trì hoãn cố định**



**Hình 2. Sự biểu hiện của HER2 (3+) tại các thời điểm trì hoãn cố định**



**Hình 3. Sự biểu hiện của HER2 (2+) tại các thời điểm trì hoãn cố định**

**Bảng 2. Đặc điểm tổng quát các mẫu cho biểu hiện nhuộm HMMD dương tính**

Đặc điểm		Trường hợp	Tỷ lệ (%)
HER-2	Cường độ bắt màu	Giảm	1 11,1
		Không thay đổi	8 88,9
	Tỷ lệ bắt	Giảm	5 55,6

màu	Không thay đổi	2	22,2
		Tăng	2 22,2
	Tỷ lệ màng tế bào vỡ/giới hạn không rõ	Giảm	4 44,4
		Không thay đổi	4 44,4
	Tăng	1 11,2	

**Bảng 3. Cường độ và tỷ lệ bắt màu của HER2 tại thời điểm bắt đầu (<1 giờ) và kết thúc (8 giờ) trị hoãn cố định**

Đặc điểm	Tỷ lệ bắt màu						Trị số p		
	Giảm		Không thay đổi		Tăng				
	Trường hợp	Tỷ lệ (%)	Trường hợp	Tỷ lệ (%)	Trường hợp	Tỷ lệ (%)			
HER-2 (N=9)	Cường độ bắt màu	Giảm	1	100	0	0	0	0	1 (>0,05)
		Không thay đổi	4	50	2	25	2	25	

**Bảng 4. Tỷ lệ bắt màu và tỷ lệ màng tế bào vỡ/giới hạn không rõ của HER2 tại thời điểm bắt đầu (<1 giờ) và kết thúc (8 giờ) trị hoãn cố định**

Đặc điểm	Tỷ lệ màng tế bào vỡ/giới hạn không rõ						Trị số p		
	Giảm		Không thay đổi		Tăng				
	Trường hợp	Tỷ lệ (%)	Trường hợp	Tỷ lệ (%)	Trường hợp	Tỷ lệ (%)			
HER-2 (N=9)	Tỷ lệ bắt màu	Giảm	2	40	2	40	1	20	1 (>0,05)
		Không thay đổi	1	50	1	50	0	0	
		Tăng	1	50	1	50	0	0	

**Bảng 5. Cường độ bắt màu và tỷ lệ màng tế bào vỡ/giới hạn không rõ của HER2 tại thời điểm bắt đầu (<1 giờ) và kết thúc (8 giờ)**

Đặc điểm	Tỷ lệ màng tế bào vỡ/giới hạn không rõ						Trị số p		
	Giảm		Không thay đổi		Tăng				
	Trường hợp	Tỷ lệ (%)	Trường hợp	Tỷ lệ (%)	Trường hợp	Tỷ lệ (%)			
HER-2 (N=9)	Cường độ bắt màu	Giảm	0	0	0	0	1	100	0,11 (>0,05)
		Không thay đổi	4	50	4	50	0	0	

**IV. BÀN LUẬN**

Nghiên cứu của chúng tôi ở 9 trường hợp nhuộm HMMD HER2 dương tính bao gồm 3/9 trường hợp HER2 (3+), 3/9 trường hợp HER2 (2+) và 3/9 trường hợp HER2 (1+) nhận thấy có sự thay đổi không đáng kể về cường độ bắt màu trung bình giữa các thời điểm trị hoãn cố định. Cụ thể là cường độ bắt màu trung bình của 9 trường hợp ở cả 6 khung thời gian trị hoãn cố định không thay đổi ở 4/6 thời điểm và 2/6 thời điểm có chênh lệch 0,1 điểm – tương đồng với nghiên cứu của tác giả Neumeister VM và cs<sup>4</sup>, tác giả Pinhel IF và cs<sup>5</sup>, tác giả Khoury T và cs<sup>6</sup>. Đa số nghiên cứu nhận thấy ở trường hợp HER2 (3+) và HER2 (2+), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biểu hiện của HER2 liên quan đến các khoảng thời gian thiếu máu lạnh. Bên cạnh đó, ở các trường hợp HER2 (3+) và HER2 (2+), rất ít các trường hợp chuyển đổi trạng thái biểu hiện thành (1+) hoặc âm tính<sup>5,6</sup>; có nghiên cứu cho thấy không có trường hợp nào chuyển

đổi trạng thái biểu hiện thành (1+) hoặc âm tính<sup>7</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với các nghiên cứu trên, trong tất cả 9 trường hợp nhuộm HMMD HER2 dương tính của nghiên cứu, không có trường hợp nào chuyển đổi biểu hiện thành âm tính. Tuy nhiên, ghi nhận 01 trường hợp HER2 giảm biểu hiện về cả cường độ và tỷ lệ bắt màu, HER2 (2+) thành HER2 (1+), bắt đầu giảm ở thời điểm 6 giờ thiếu máu lạnh. Trường hợp này có thể giải thích do bản chất của khối u hoặc sự không đồng nhất không kiểm soát được, dẫn đến biểu hiện bị tác động bởi thời gian thiếu máu lạnh. Một nghiên cứu khác so sánh tình trạng biểu hiện của HER2 ở mẫu sinh thiết và phẫu thuật cắt tron trên cùng một bệnh nhân cho thấy kết quả HER2 nhất quán ở cả hai loại mẫu trong tất cả các trường hợp. Điều này đã chứng minh khi thời gian thiếu máu lạnh kéo dài, kết quả HER2 (3+) không bị ảnh hưởng trong số lượng mẫu hạn chế của nghiên cứu<sup>8</sup>. Nhìn chung, chúng tôi thấy rằng nhóm HER2

(3+) không bị ảnh hưởng bởi thời gian thiếu máu lạnh nhưng nhóm HER2 khác như (2+) có thể vẫn bị ảnh hưởng. Theo hướng dẫn ASCO/CAP 2023, HER2 được phân loại thành dương tính (3+), âm tính (0 hoặc 1+), và nhóm 2+ cần xét nghiệm FISH bổ sung; nếu FISH âm tính thì được xếp vào nhóm HER2-low. Do đó, những biến động ở nhóm HER2 (2+) có thể tác động đến việc phân loại bệnh nhân vào nhóm HER2-low, điều này có ý nghĩa lâm sàng trong lựa chọn điều trị.

Bên cạnh đó, tỷ lệ bắt màu trung bình của HER2 trong nghiên cứu của chúng tôi lại tăng lên ở 3/6 mốc thời gian khảo sát, so sánh ở thời điểm bắt đầu và kết thúc trì hoãn cố định thì tỷ lệ bắt màu tăng 5,5%. Sự xuất hiện một vài mốc thời gian cho biểu hiện bất thường về tỷ lệ bắt màu trong nghiên cứu được giải thích do sự không đồng nhất trong biểu hiện giữa các phần của mẫu mô hoặc do lỗi kỹ thuật. Sự không đồng nhất đề cập đến sự tồn tại chung của nhiều hơn một quần thể tế bào u với các đặc điểm khuếch đại HER2 riêng biệt trong cùng một khối u<sup>9</sup>. Chúng tôi thực hiện TMA những vùng có nhiều tế bào u đã được khu trú mà không phải lấy trọn mẫu mô do vậy biểu hiện không tương đồng giữa các vùng của cùng một mẫu mô khi nghiên cứu là có thể giải thích được<sup>10</sup>.

Theo lý thuyết, đối với mẫu mô khi trì hoãn thời gian cố định, trên tiêu bản nhuộm HER2 sẽ quan sát thấy hình thái màng tế bào vỡ/giới hạn không rõ và tỷ lệ này sẽ gia tăng qua mỗi mốc thời gian trì hoãn cố định. Tuy nhiên trong nghiên cứu của chúng tôi, khi so sánh giữa thời điểm bắt đầu và kết thúc trì hoãn cố định, tỷ lệ màng tế bào vỡ/giới hạn không rõ được nhận thấy là thay đổi không đáng kể, giữa các mốc thời gian còn có sự tăng giảm không theo trục thời gian trì hoãn cố định. Sự xuất hiện bất thường này có thể được giải thích do bản chất mẫu mô u và do số lượng mẫu khảo sát ít, do vậy, cần mở rộng số lượng mẫu để có kết luận chính xác và hiệu quả hơn. Khi so sánh tại thời điểm bắt đầu (< 1 giờ) và kết thúc (8 giờ), nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận: các nhóm cường độ bắt màu và tỷ lệ bắt màu của HER2 không có ý nghĩa thống kê vì kết quả nghiên cứu có sự thay đổi không đáng kể về cường độ bắt màu trung bình giữa các thời điểm trì hoãn cố định, tương đồng với nghiên cứu của tác giả Neumeister VM và cs<sup>4</sup>, tác giả Pinhel IF và cs<sup>5</sup>, tác giả Houry T và cs<sup>6</sup>. Do đó, kết quả của chúng tôi là phù hợp khi nhận thấy cường độ bắt màu và tỷ lệ bắt màu của HER2 là hai biến số độc lập, không có mối liên quan với nhau (kiểm

định Fisher exact,  $p > 0,05$ ). Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận các nhóm tỷ lệ bắt màu và tỷ lệ màng tế bào vỡ/giới hạn không rõ của HER2 cùng nhóm cường độ bắt màu và tỷ lệ màng tế bào vỡ/giới hạn không rõ của HER2 có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (kiểm định Fisher exact,  $p > 0,05$ ): tỷ lệ bắt màu và tỷ lệ màng tế bào vỡ/giới hạn không rõ của HER2 là hai biến số độc lập, cường độ bắt màu và tỷ lệ màng tế bào vỡ/giới hạn không rõ của HER2 là hai biến số độc lập, không có mối liên quan với nhau theo thời gian thiếu máu lạnh kéo dài.

## V. KẾT LUẬN

Mặc dù kết quả nghiên cứu này còn hạn chế vì thu thập lượng mẫu chưa đủ lớn vì số lượng bệnh nhân đến vì khối u >3cm và chưa có có điều trị hóa tân hỗ trợ rất ít, nhưng số liệu chưa cho thấy sự ảnh hưởng đáng kể của thời gian thiếu máu lạnh lên HER2 (3+). Riêng nhóm HER2 (2+) vẫn dễ bị tác động. Sai lệch kết quả HER2 có thể làm bệnh nhân mất cơ hội dùng điều trị đích, hoặc điều trị không cần thiết, đặc biệt nhóm HER2 low/ultralow có thể khiến bỏ lỡ chỉ định điều trị. Vì vậy cần tuân thủ ASCO/CAP, đảm bảo thời gian thiếu máu lạnh < 1 giờ và kiểm soát chặt tiền-phân tích để duy trì độ tin cậy của kết quả hóa mô miễn dịch.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Khoury T.** Delay to Formalin Fixation (Cold Ischemia Time) Effect on Breast Cancer Molecules. *American Journal of Clinical Pathology*. 2018; 149(4):275-292.
2. **Yaziji H, Taylor CR, Goldstein NS, et al.** Consensus recommendations on estrogen receptor testing in breast cancer by immunohistochemistry. *Appl Immunohistochem Mol Morphol*. 2008; 16:513-520.
3. **Rimm DL, et al.** Tissue microarray: a new technology for amplification of tissue resources. *Cancer J*. 2001; 7(1):24-31.
4. **Neumeister VM, Anaanostou V, Siddiqui S, et al.** Quantitative assessment of effect of preanalytic cold ischemic time on protein expression in breast cancer tissues. *J Natl Cancer Inst*. 2012;104(23):1815-1824. doi:10.1093/inci/djs438.
5. **Pinhel IF, Macneill FA, Hills MJ, Salter J, Detre S, A'hern R, Nerurkar A, Osin P, Smith IE, Dowsett M.** Extreme loss of immunoreactive p-Akt and p-Erk1/2 during routine fixation of primary breast cancer. *Breast Cancer Res*. 2010;12(5):R76.
6. **Khoury T, Sait S, Hwana H, et al.** Delay to formalin fixation effect on breast biomarkers. *Mod Pathol*. 2009;22(11): 1457-1467. doi:10.1038/modpathol.2009.117.
7. **Moatamed NA, Nanianqud G, Pucci R, et al.** Effect of ischemic time, fixation time, and fixative type on HER2/neu immunohistochemical and fluorescence in situ hybridization results in breast

- cancer. *Am J Clin Pathol.* 2011;136(5):754-761. doi:10.1309/AJCP99WZGBPKCXOO.
8. **Pekmezci M, Szpaderska A, Osipo C, Ersahin C.** The Effect of Cold Ischemia Time and/or Formalin Fixation on Estrogen Receptor, Progesterone Receptor, and Human Epidermal Growth Factor Receptor-2 Results in Breast Carcinoma. *Pathology Res Int.* 2012;2012:947041. doi:10.1155/2012/947041.
9. **Wolff AC, Hammond ME, Hicks DG, et al.** Recommendations for human epidermal growth factor receptor 2 testing in breast cancer: American Society of Clinical Oncology/College of American Pathologists clinical practice guideline update. *J Clin Oncol.* 2013;31(31):3997-4013. doi:10.1200/JCO.2013.50.9984.
10. **Khoury T, Zirpoli G, Cohen SM, et al.** Ki-67 Expression in Breast Cancer Tissue Microarrays: Assessing Tumor Heterogeneity, Concordance With Full Section, and Scoring Methods. *Am J Clin Pathol.* 2017;148(2): 108-118. doi:10.1093/ajcp/ aqx053.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NHIỄM KHUẨN SƠ SINH NON THÁNG TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Triệu Thị Diệu Linh<sup>1</sup>, Lê Minh Trác<sup>2</sup>,  
Nguyễn Thị Xuân Hương<sup>1</sup>, Trần Đức Tú<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh non tháng tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được thực hiện trên nhóm trẻ sơ sinh có tuổi thai từ 28 đến dưới 37 tuần được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh tại Trung tâm sơ sinh bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 1/2025 đến tháng 8/2025. Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Có 158 trẻ sơ sinh non tháng đủ tiêu chuẩn. Tỷ lệ trẻ được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh sớm 30,4%, muộn 69,6%. Tỷ lệ đẻ mổ là 89,2%. Đặc điểm lâm sàng thường gặp nhất là hô hấp 67,1%, chủ yếu là cơn ngừng thở. Đặc điểm cận lâm sàng không đặc hiệu. Tỷ lệ cấy máu dương tính là 27,2%. Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm hay gặp là *E. coli* và nhiễm khuẩn sơ sinh muộn là *K. pneumoniae*. **Kết luận:** Nhiễm khuẩn sơ sinh ở trẻ đẻ non chủ yếu là nhiễm khuẩn sơ sinh muộn, triệu chứng lâm sàng về hô hấp chiếm tỷ lệ cao và cấy máu vi khuẩn hay gặp nhất nhiễm khuẩn sơ sinh sớm là *E. Coli*, nhiễm khuẩn sơ sinh muộn là *K. pneumoniae*.

**Từ khóa:** Nhiễm khuẩn sơ sinh, non tháng, đặc điểm lâm sàng, đặc điểm cận lâm sàng.

### SUMMARY

#### CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF INFECTIONS IN PRETERM INFANTS AT THE NATIONAL HOSPITAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of neonatal infections in preterm infants at the National Hospital of Obstetrics

and Gynecology. **Subjects and Methods:** The study was conducted on preterm infants with a gestational age from 28 to less than 37 weeks who were diagnosed with neonatal infection at the Neonatal Center, National Hospital of Obstetrics and Gynecology, from January 2025 to August 2025. A cross-sectional descriptive design was applied. **Results:** A total of 158 preterm infants met the inclusion criteria. The prevalence of neonatal infection was 30.4% for early-onset and 69.6% for late-onset sepsis. The cesarean section rate was 89.2%. The most frequent clinical manifestation was respiratory disorder 67.1%, predominantly apnea. Clinical features were nonspecific. The rate of positive blood cultures was 27.2%. Early-onset sepsis was commonly associated with *Escherichia coli*, while late-onset sepsis was more frequently caused by *Klebsiella pneumoniae*. **Conclusion:** Neonatal infections in preterm infants predominantly presented as late-onset sepsis. Respiratory symptoms accounted for the majority of clinical manifestations. Blood culture findings revealed that *E. coli* was the leading pathogen in early-onset sepsis, whereas *K. pneumoniae* was the predominant organism in late-onset sepsis.

**Keywords:** Neonatal infection, prematurity, clinical characteristics, paraclinical characteristics.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn sơ sinh (NKSS) là tình trạng tổn thương viêm của một hay nhiều cơ quan trong cơ thể do nhiễm khuẩn gây ra trong thời kỳ sơ sinh. Nhiễm khuẩn sơ sinh có tỉ lệ tử vong cao đứng hàng thứ hai sau hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh [1]. Mỗi năm có tới 3,3 triệu trẻ sơ sinh tử vong và 23,4% số ca tử vong do nhiễm trùng sơ sinh [8]. Các bệnh nhiễm khuẩn thường gặp trong thời kỳ sơ sinh là viêm phổi, nhiễm khuẩn huyết, viêm da, viêm rốn, viêm màng não mủ...

Hiện nay mặc dù có nhiều phương pháp điều trị hiện đại với những kháng sinh mới ra đời nhưng tỉ lệ tử vong do nhiễm khuẩn vẫn còn cao

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Thị Diệu Linh

Email: linhdiu093@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

[1]. Tại Châu Á, tỉ lệ tử vong do nhiễm khuẩn sơ sinh là 10,4%, với 0,69 ca tử vong trên 1000 ca sinh sống [9]. Tại Việt Nam, tỉ lệ tử vong do nhiễm khuẩn sơ sinh chiếm 12,6%, trong đó trẻ đẻ non là 11,8% [6].

Chẩn đoán sớm nhiễm khuẩn sơ sinh và điều trị kịp thời sẽ làm giảm tỉ lệ bệnh nặng và hạ thấp tỉ lệ tử vong. Tuy nhiên các triệu chứng lâm sàng rất đa dạng, không điển hình, không đặc hiệu, cho nên để chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh đặc biệt là ở nhóm trẻ non tháng đang là một thách thức đối với các bác sĩ chuyên khoa sơ sinh. Vậy đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn sơ sinh ở trẻ đẻ non hiện nay như thế nào? Để trả lời câu hỏi này chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh non tháng tại bệnh viện Phụ Sản Trung Ương.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### 2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.

Tất cả các trẻ sơ sinh có tuổi thai từ 28 đến dưới 37 tuần chẩn đoán NKSS điều trị tại Trung tâm sơ sinh bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 1/2025 đến tháng 8/2025. Được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh dựa theo Bộ Y Tế 2015 (Ban hành kèm theo Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015).

- Kháng định biểu hiện nhiễm trùng trên lâm sàng kèm theo:

+ Xét nghiệm (+) => điều trị nhiễm trùng.

+ Không xét nghiệm hoặc xét nghiệm (-) => điều trị nhiễm trùng.

- Lâm sàng nghi ngờ và + Xét nghiệm (+) => điều trị.

+ Xét nghiệm (-) => theo dõi

- Những trẻ NKSS được chọn vào nghiên cứu được chia ra làm 2 nhóm:

+ Nhiễm khuẩn sơ sinh sớm: Bao gồm các trẻ non tháng được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh khi  $\leq 72$  giờ tuổi.

+ Nhiễm khuẩn sơ sinh muộn: Bao gồm các trẻ non tháng được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh khi  $> 72$  giờ tuổi.

#### 2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.

Trẻ sơ sinh có tuổi thai  $< 28$  tuần. Loại trừ các trường hợp đang điều trị tự ý xin chuyển viện theo yêu cầu của gia đình.

### 2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

2.2.1. Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1/2025 đến tháng 8/2025

2.2.2. Địa điểm nghiên cứu: Trung tâm sơ sinh bệnh viện Phụ sản Trung Ương.

### 2.3. Phương pháp nghiên cứu

- Phương pháp nghiên cứu: Mô tả loạt ca bệnh

- Phương pháp chọn mẫu thuận tiện: Chọn tất cả các trẻ sơ sinh đáp ứng đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu, thực tế chúng tôi thu thập được 158 trẻ.

### 2.4. Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Giới, tuổi thai, cân nặng, phương pháp đẻ.

- Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng hô hấp, triệu chứng tiêu hóa, triệu chứng tuần hoàn, triệu chứng thần kinh, triệu chứng da.

- Đặc điểm cận lâm sàng: Công thức máu (số lượng bạch cầu, tiểu cầu), CRP, khí máu được đo bằng phương pháp định lượng tại khoa huyết học và khoa sinh hóa bệnh viện Phụ sản Trung Ương. X-quang được thực hiện tại khoa sơ sinh. Tiêu chuẩn cấy máu lấy bệnh phẩm thực hiện tại khoa sơ sinh, người thực hiện là các bác sĩ và điều dưỡng đảm bảo đúng quy trình và kỹ thuật.

### 2.5. Phương pháp thu thập số liệu.

Thông qua hồ sơ bệnh án của bệnh nhân và bệnh án nghiên cứu.

2.6. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.7. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng y đức Bệnh viện Phụ sản Trung Ương (số 22/CN-PSTW) chấp nhận và thông qua. Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quá trình điều trị. Mọi thông tin của bệnh nhân đều được bảo mật và tôn trọng.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 158 trẻ sơ sinh non tháng được chẩn đoán mắc NKSS tại Trung tâm sơ sinh, bệnh viện Phụ sản Trung Ương từ tháng 1/2025 đến 8/2025. Có 43/ 158 ca có kết quả cấy máu dương tính chiếm tỷ lệ 27,2%. Trẻ nam mắc NKSS là 58,9%, cao hơn trẻ nữ 41,1%. Tỷ lệ trẻ được chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh sớm 30,4%, muộn 69,6%.

### 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Giới	Nam	93	58,9
	Nữ	65	41,1
Tuổi thai (tuần)	28 - < 32 tuần	112	70,9
	32 - < 34 tuần	30	19,0
	34 - < 37 tuần	16	10,1
	Trung bình	30,5 $\pm$ 2,1	
Cân nặng (gram)	< 1000	30	19,0
	1000-1499	67	42,4
	1500-2499	61	38,6
	Trung bình	1324,4 $\pm$ 448,8	

Phương pháp đẻ	Đẻ đường dưới	17	10,8
	Đẻ phẫu thuật	141	89,2

**Nhận xét:** Trẻ nam chiếm 58,9%, trẻ nữ 41,1%. Tuổi thai trung bình là 30,5 ± 2,1 tuần, nhóm trẻ có tuổi thai từ 28 - < 32 tuần chiếm tỷ lệ cao nhất 70,9%, thấp nhất là nhóm trẻ từ 34 - < 37 tuần 10,1%. Cân nặng lúc sinh trung bình là 1324,4 ± 448,8 gram, nhóm trẻ có cân nặng từ 1000 - 1499 gram chiếm 42,4%, tiếp đến là nhóm 1500 - 2499 gram 38,6%, trong khi nhóm < 1000 gram 19,0%. Tỷ lệ trẻ sinh mổ cao chiếm 89,2%, trong khi sinh thường chỉ chiếm 10,8%.

**Bảng 2. Đặc điểm chung của nhóm nhiễm khuẩn sơ sinh sớm và muộn**

Đặc điểm	Nhóm	NKSS sớm (n=48)		NKSS muộn (n=110)	
		SL	%	SL	%
Giới	Nam	25	52,1	68	61,8
	Nữ	23	47,9	42	38,2
Tuổi thai (tuần)	28 - < 32 tuần	32	66,7	80	72,7
	32 - < 34 tuần	12	25,0	18	16,4
	34 - < 37 tuần	4	8,3	12	10,9
Cân nặng (gram)	< 1000	9	18,8	21	19,1
	1000 - 1499	20	41,7	47	42,7
	1500 - 2499	19	39,6	42	38,2
Phương pháp đẻ	Đẻ đường dưới	3	6,3	14	12,7
	Đẻ phẫu thuật	45	93,8	96	87,3

**Nhận xét:** Đặc điểm chung của cả hai nhóm NKSS sớm và NKSS muộn cho thấy tỷ lệ trẻ nam cao hơn trẻ nữ, phần lớn trẻ có tuổi thai từ 28 - < 32 tuần và được sinh ra bằng phương pháp phẫu thuật là chủ yếu ở cả hai nhóm.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng**

**Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng nhiễm khuẩn sơ sinh**

Triệu chứng	Nhóm	NKSS sớm (n=48)		NKSS muộn (n=110)		P
		SL	%	SL	%	
Hô hấp		31	64,6	75	68,2	0.65
Tuần hoàn		20	41,7	44	40,0	0.84
Tiêu hoá		13	27,1	39	32,9	0.30
Da		20	41,7	25	22,7	0.01
Thần kinh		10	20,8	18	16,4	0.25

**Nhận xét:** Triệu chứng hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất ở cả hai nhóm, 64,6% ở NKSS sớm và 68,2% ở NKSS muộn. Triệu chứng thần kinh ít gặp nhất, với 20,8% ở NKSS sớm, 16,4% ở NKSS muộn. Các triệu chứng lâm sàng tiêu hóa và tuần hoàn không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Dấu hiệu về da ở nhóm NKSS sớm 41,7% cao hơn so với nhóm NKSS muộn 22,7%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

**3.3. Đặc điểm cận lâm sàng**

**Bảng 4. Đặc điểm cận lâm sàng nhiễm khuẩn sơ sinh**

Cận lâm sàng	Nhóm	NKSS sớm (n=48)		NKSS muộn (n=110)		P
		SL	%	SL	%	
Số lượng bạch cầu	Tăng	13	27,1	32	29,1	0,96
	Giảm	5	10,4	11	10,0	
Số lượng tiểu cầu	Giảm	5	10,4	15	13,6	0,57
CRP	>10 mg/l	27	56,3	61	55,5	0,92
	≤10 mg/l	21	43,8	49	44,5	
pH	Toan	39	81,3	97	88,2	0,24
Be	Giảm	9	18,8	7	6,4	0,02
X-quang	Có tổn thương	26	54,2	78	70,9	0,01

**Nhận xét:** Số lượng bạch cầu ở nhóm NKSS muộn 29,1%, cao hơn nhóm NKSS sớm 27,1%. Tỷ lệ giảm tiểu cầu NKSS sớm 10,4%, NKSS muộn 13,6%. Tỷ lệ CRP tăng khá tương đồng giữa NKSS sớm 56,3% và NKSS muộn 55,5%. Trẻ mắc NKSS đa số có rối loạn khí máu, chủ yếu là tình trạng toan. Be giảm ở nhóm NKSS sớm 18,8% cao hơn nhóm NKSS muộn 6,4%. Tỷ lệ có tổn thương x quang nhóm NKSS muộn là 70,9% cao hơn so với nhóm NKSS sớm 54,2%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p< 0,05.

**Bảng 5. Kết quả cấy máu dương tính**

Vi khuẩn	Nhóm	NKSS sớm		NKSS muộn	
		SL	%	SL	%
K. Pneumoniae		1	7,7	10	33,3
S. aureus		0	0,0	3	10,0
E. coli		7	53,8	2	6,7
S.agalactiae		2	15,4	4	13,3
P. aeruginosa		0	0,0	2	6,7
S. Faecalis		0	0,0	2	6,7
S.capitis		2	15,4	8	26,7
Vi khuẩn khác		0	0,0	2	6,7

**Nhận xét:** Ở nhóm NKSS sớm E. coli là vi khuẩn chiếm tỷ lệ cao nhất 53,8%. Ở nhóm NKSS muộn K. pneumoniae chiếm tỷ lệ cao 33,3%.

**IV. BÀN LUẬN**

Trong 158 trẻ non tháng mắc nhiễm khuẩn sơ sinh tham gia nghiên cứu, tỷ lệ mắc bệnh ở trẻ nam và nữ lần lượt là 58,9% và 41,1%. Phân bố theo giới tính trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với nghiên cứu của Ngô Thị Hiếu Minh năm 2019 tại bệnh viện nhi Trung Ương tỷ lệ nhiễm khuẩn sơ sinh ở trẻ nam 62,1% và nữ 37,9% [4]. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Tuấn Ngọc tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên cũng cho thấy tỷ lệ mắc nhiễm khuẩn sơ sinh ở nam cao hơn nữ [7]. Tỷ lệ trẻ sinh mổ cao 89,2%, trong khi sinh thường là

10,8%. Do bệnh viên phụ sản Trung Ương là tuyến cuối nên gặp nhiều ca sản bệnh lý, ca đẻ khó làm tỷ lệ mổ đẻ cao hơn.

Đặc điểm lâm sàng nhiễm khuẩn sơ sinh: Trẻ mắc nhiễm khuẩn sơ sinh muộn là 69,63% cao hơn nhóm NKSS sớm 30,37%. Kết quả này giống với nghiên cứu của tác giả Hà Đức Dũng năm 2020 tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương NKSS muộn 60,8% cao hơn NKSS sớm 39,2% [3]. Triệu chứng về hô hấp chiếm tỷ lệ cao nhất 68,2% ở NKSS muộn và 64,6% ở NKSS sớm, tỷ lệ triệu chứng về hô hấp gần như ngang nhau trong nhóm NKSS sớm và muộn, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Ngô Thị Minh Hiếu NKSS sớm 53,8%, muộn 54,0% [4]. Triệu chứng thần kinh ít gặp nhất, với tỷ lệ lần lượt là 20,8% ở NKSS sớm và 16,4% NKSS muộn, trong đó li bì là dấu hiệu hay nhất, giống với nghiên cứu của tác giả Phan Thị Huệ triệu chứng li bì chiếm tỷ lệ cao 57,7% [5], tác giả Ngô Thị Minh Hiếu triệu chứng li bì là 57,0% trong các triệu chứng về thần kinh [4]. Biểu hiện về da ở nhóm NKSS sớm 41,7% cao hơn so với nhóm NKSS muộn 22,7%, trong đó vàng da hay gặp nhất ở nhóm NKSS sớm 25,0%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0.05$ , kết quả này giống với nghiên cứu của tác giả Phan Thị Huệ dấu hiệu vàng da sớm hay gặp nhất là 48,1% [5]. Các biểu hiện lâm sàng tiêu hóa và tuần hoàn không có sự khác biệt giữa nhóm NKSS sớm và nhóm NKSS muộn. Về các biểu hiện toàn thân như sốt hay hạ nhiệt độ, mặc dù NKSS là bệnh nặng nhưng chỉ có 8 trẻ 5,1% có dấu hiệu sốt, có 15 trẻ 8,2% có hạ thân nhiệt, kết quả này cũng tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn Ngọc sốt 3,9%, hạ thân nhiệt 11% [7].

Đặc điểm cận lâm sàng: Số lượng bạch cầu tăng, tiểu cầu giảm và CRP tăng khá tương đồng giữa hai nhóm NKSS sớm và NKSS muộn. Các trẻ sơ sinh non tháng mắc nhiễm khuẩn, đa số có rối loạn khí máu, chủ yếu là tình trạng toan, kết quả này giống nghiên cứu của tác giả Hà Thị Hồng Ân tỷ lệ toan chiếm 71,2% [2]. Be giảm chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm NKSS sớm so với NKSS muộn, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê  $p < 0,05$ . Ở nhóm NKSS muộn, tỷ lệ có tổn thương x-quang là 70,9% cao hơn so với nhóm NKSS sớm 54,2%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ , nguyên nhân có thể do căn nguyên vi khuẩn trong NKSS muộn thường là các tác nhân gây viêm phổi bệnh viện, kết hợp với việc trẻ thường có nhiều thủ thuật và điều trị kéo dài như thở máy xâm nhập, nuôi dưỡng tĩnh mạch,... Bên cạnh đó, diễn biến ở nhóm muộn thường kéo dài hơn, cho phép tổn thương trên

x-quang bộc lộ rõ hơn. Kết quả cấy máu vi khuẩn hay gặp ở nhóm NKSS sớm là E. Coli 53,8%, vi khuẩn hay gặp ở nhóm NKSS muộn K. pneumoniae chiếm tỷ lệ 33,3%, kết quả này giống với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Vân tại bệnh viện Phụ sản Trung Ương cho thấy K. pneumoniae là căn nguyên vi khuẩn thường gặp nhất gây NKSS muộn 41,3%, E. coli là căn nguyên vi khuẩn thường gặp nhất gây NKSS sớm 47,4% [8].

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ trẻ sơ sinh non tháng mắc nhiễm khuẩn sơ sinh muộn 69,6% cao hơn NKSS sớm 30,4%. Tỷ lệ cấy máu dương tính là 27,2%. Tỷ lệ trẻ trai mắc NKSS sớm là 58,9% cao hơn so với trẻ gái 41,1%. Tỷ lệ trẻ sinh mổ cao 87,3%. Triệu chứng về hô hấp chiếm tỷ lệ cao ở cả nhóm NKSS sớm và muộn, ít gặp nhất ở cả hai nhóm là triệu chứng về thần kinh. Số lượng bạch cầu tăng, tiểu cầu giảm, CRP tăng thấy không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Các trẻ sơ sinh non tháng mắc nhiễm khuẩn đa số có rối loạn khí máu, chủ yếu là tình trạng toan. Tổn thương x-quang thấy ở nhóm NKSS muộn cao hơn nhóm NKSS sớm. Các trường hợp cấy máu dương tính vi khuẩn hay gặp trong NKSS sớm là E. Coli 53,8% và NKSS muộn là K. pneumoniae chiếm tỷ lệ 33,3%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ.** Nhiễm khuẩn sơ sinh, hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Sản phụ khoa. Quyết định số 315/QĐ-BYT ngày 29/01/2015.
- Hà Thị Hồng Ân, Ông Huy Thanh, Trương Ngọc Phước, Trịnh Thị Hồng Cúc.** Đặc điểm của nhiễm khuẩn huyết sơ sinh non tháng tại bệnh viện nhi đồng Cần Thơ. Tạp chí nghiên cứu y học Cần Thơ. 2022;50(3):210-217.
- Hà Đức Dũng, Nguyễn Thị Vân, Lê Minh Trác, Nguyễn Thị Việt Hà.** Tình trạng kháng kháng sinh của một số vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại Bệnh viện Phụ sản Trung Ương. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2020;131(7):93-8.
- Ngô Thị Minh Hiếu.** Mô hình nhiễm khuẩn sơ sinh và thực trạng sử dụng kháng sinh trong điều trị nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại bệnh viện nhi Trung Ương. Luận văn chuyên khoa cấp II. Trường đại học y Hà Nội. 2019.
- Phan Thị Huệ.** Nghiên cứu lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị của IL-6 và CRP trong chẩn đoán nhiễm khuẩn sơ sinh sớm. Luận văn Thạc sĩ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2005.
- Nguyễn Tuấn Ngọc.** Nghiên cứu đặc điểm nhiễm khuẩn sơ sinh tại khoa Nhi bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên. Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ, Đại học Thái Nguyên, 2009.
- Nguyễn Thị Vân.** Tính kháng kháng sinh của căn nguyên vi khuẩn gây nhiễm khuẩn huyết sơ sinh tại bệnh viện phụ sản trung ương. Tạp chí y học. 2025;548(3):153-155.
- Chan GJ, Lee AC, Baqui AH, Tan J, Black RE.**

Risk of early-onset neonatal infection with maternal infection or colonization: a global systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2013 Aug;10(8).

9. Tiskumara R, Fakharee SH, Liu CQ,

Nuntnarumit P, Lui KM, Hammoud M, Lee JK, Chow CB, Shenoi A, Halliday R, Isaacs D; **Asia-Pacific Neonatal Infections Studv.** Neonatal infections in Asia. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed.* 2009 Mar;94(2):F144-8.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TIM NHANH NHỈ ĐƠN Ổ Ở TRẺ EM BẰNG NĂNG LƯỢNG SÓNG TẦN SỐ RADIO TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Đoàn Quốc Hoàn<sup>1</sup>, Ngô Anh Vinh<sup>2</sup>,  
Đặng Hải Vân<sup>3</sup>, Trương Mạnh Tú<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả điều trị cơn nhịp nhanh nhĩ đơn ổ ở trẻ em tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang trên 32 bệnh nhân được chẩn đoán nhịp nhanh nhĩ đơn ổ bằng phương pháp thăm dò điện sinh lý. **Kết quả:** Tuổi can thiệp trung bình 54,2 ± 57,3 tháng (nhỏ nhất là 25 ngày tuổi và lớn nhất là 17 tuổi). Tỷ lệ nữ/nam 1,13/1. Ổ tim nhanh nhĩ chủ yếu xuất phát từ vùng nhĩ phải (chiếm 71,9%), trong đó vùng mào nhĩ chiếm tỉ lệ cao nhất (40,6%), tỉ lệ triệt đốt thành công lần đầu là 81,3%, tỉ lệ tái phát sau can thiệp lần đầu là 26,9%, thời gian tái phát cơn có trung vị là 65 ngày. Sau can thiệp hai tháng, các bệnh nhân có giảm chức năng tâm thu thất trái có cải thiện rõ rệt. Không có biến chứng nào trong quá trình tiến hành thủ thuật. **Kết luận:** Cơn nhịp nhanh nhĩ đơn ổ có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Ổ phát nhịp tim nhanh không xảy ra ngẫu nhiên trong toàn bộ tâm nhĩ mà có sự phân bố tập trung tại các điểm giải phẫu nhất định. Can thiệp điện sinh lý có tầm quan trọng trong điều trị nhịp nhanh nhĩ đơn ổ, giúp cải thiện tốt chức năng tâm thu thất trái, với tỉ lệ thành công cao và nguy cơ biến chứng thấp

**Từ khóa:** kết quả điều trị, nhịp nhanh nhĩ đơn ổ, năng lượng sóng tần số radio, trẻ em.

### SUMMARY

#### TREATMENT OUTCOMES OF FOCAL ATRIAL TACHYCARDIA IN CHILDREN USING RADIOFREQUENCY ENERGY AT THE NATIONAL CHILDREN'S HOSPITAL

**Objective:** To describe the clinical features, paraclinical findings, and characteristics of focal atrial tachycardia in children at the Cardiovascular Center - National Institute of Paediatrics. **Subjects and methods:** Cross-sectional study of 32 patients

diagnosed with monofocal atrial tachycardia by electrophysiological investigation. **Results:** The mean age at intervention was 54.2 ± 57.3 months (ranging from 25 days old to 17 years). The atrial tachycardia focus mainly originated from the right atrium (71.9%), with the crista terminalis being the most common site (40.6%). The initial ablation success rate was 81.3%. The recurrence rate after the first intervention was 26.9%, with a median recurrence time of 65 days. Two months after intervention, patients with impaired left ventricular systolic function showed significant improvement. No complications occurred during the procedure. **Conclusion:** Focal atrial tachycardia can occur at any age. The tachycardia focus is not randomly distributed throughout the atrium but tends to cluster at specific anatomical sites. Electrophysiological intervention plays an important role in the treatment of focal atrial tachycardia, leading to marked improvement in left ventricular systolic function, with a high success rate and a low risk of complications.

**Keywords:** treatment results, focal atrial tachycardia, radiofrequency ablation, children

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhịp nhanh nhĩ đơn ổ (Focal Atrial Tachycardia: FAT) là một rối loạn nhịp trên thất ít gặp, chiếm khoảng 5–15% các trường hợp nhịp nhanh trên thất (SVT).<sup>1</sup> Rối loạn nhịp này do một ổ phát nhịp bất thường tại tâm nhĩ gây nên, có thể xuất hiện từng cơn kịch phát, tự giới hạn hoặc tồn tại dai dẳng kéo dài.<sup>2</sup> Ở thể dai dẳng, FAT có thể dẫn đến bệnh cơ tim do nhịp nhanh và gây rối loạn huyết động nặng nề, đặc biệt nguy hiểm ở trẻ em do dự trữ tim mạch còn hạn chế.<sup>3</sup>

Trong những thập kỷ gần đây, cùng với sự phát triển của điện sinh lý học tim, can thiệp triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số radio (Radiofrequency ablation: RFA) đã trở thành một phương pháp điều trị quan trọng, mang lại hiệu quả cao và ít tái phát cho các bệnh nhân mắc nhịp nhanh nhĩ đơn ổ. Nhiều nghiên cứu quốc tế cho thấy tỉ lệ thành công của RFA trong điều trị FAT ở trẻ em dao động từ 70–90%, với biến chứng thấp.<sup>3, 4</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhi Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Nhi Trung ương

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Mạnh Tú

Email: tuhanwuoknhp@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

Tại Việt Nam, các báo cáo về kết quả điều trị nhịp nhanh nhĩ đơn ổ còn hạn chế, đặc biệt ở nhóm bệnh nhi. Việc nghiên cứu đánh giá hiệu quả và tính an toàn của phương pháp triệt đốt FAT bằng sóng radio tại các trung tâm tim mạch ở trẻ em là rất cần thiết, nhằm cung cấp thêm dữ liệu thực tiễn phục vụ điều trị và định hướng phát triển kỹ thuật trong nước. Xuất phát từ thực tiễn đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: Nhận xét kết quả điều trị nhịp nhanh nhĩ đơn ổ ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** 32 bệnh nhân được chẩn đoán nhịp nhanh nhĩ đơn ổ bằng phương pháp thăm dò điện sinh lý tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01/2016 đến tháng 5/2024.

**- Tiêu chuẩn lựa chọn:**

- + Tuổi: Trẻ ≤ 18 tuổi.
- + Bệnh nhi được chẩn đoán nhịp nhanh nhĩ đơn ổ trên thăm dò điện sinh lý.
- + Hồ sơ bệnh án đầy đủ.
- + Tiêu chuẩn chẩn đoán nhịp nhanh nhĩ đơn ổ trên thăm dò điện sinh lý: lập bản đồ nội mạc xác định thời gian hoạt hóa nội mạc sớm nhất nằm ở tâm nhĩ mà không phải nút xoang. Kích thích nhĩ gây cơn tim nhanh không làm thay đổi khoảng AH, AV, VA và độc lập với sự chậm trễ dẫn truyền nhĩ – thất ngay cả khi có block nhĩ thất.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu**

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả.
- Cỡ mẫu: Chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện
- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: Dữ liệu được thu thập vào một mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

**2.3. Các biến số nghiên cứu**

- Đặc điểm dịch tễ của nhóm đối tượng nghiên cứu: tuổi (năm), giới: nam/nữ.
- Đặc điểm vị trí của ổ phát nhịp nhĩ bất thường được xác định thông qua thăm dò điện

sinh lý

- Tỷ lệ triệt đốt thành công, thất bại, tái phát.

**2.4. Phân tích và xử lý số liệu.** Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình ± SD hoặc trung vị (IQR), biến định tính bằng tần số và tỷ lệ. So sánh giữa các nhóm dùng Chi-square hoặc Fisher's Exact test, thay đổi trước-sau can thiệp dùng McNemar; p < 0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

**2.5. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được phê duyệt bởi hội đồng khoa học trường Đại học Y Hà Nội và được chấp thuận bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học cơ sở của Bệnh viện Nhi Trung ương theo số 322/BVNTW-HĐĐĐ.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1 Đặc điểm nhân khẩu học và phân bố vị trí ổ nhanh nhĩ**

- Tuổi trung bình là 54,2 ± 57,3 tháng (nhỏ nhất là 25 ngày tuổi và lớn nhất là 17 tuổi).
- Tỷ lệ nữ/nam là 1,13/1.

**Bảng 1. Phân bố vị trí ổ nhịp nhĩ trên thăm dò điện sinh lý**

		Vị trí	Số lượng	Tỉ lệ %
<b>Nhĩ phải</b> <b>N=23</b>		Mào nhĩ	13	40,6
		Van ba lá	5	15,6
		Phần phụ nhĩ phải	1	3,1
		Quanh nút nhĩ thất	2	6,3
		Miệng lỗ xoang vành	2	6,3
<b>Nhĩ trái</b> <b>N=9</b>		Tĩnh mạch phổi	5	15,6
		Vòng van hai lá	2	6,3
		Phần phụ nhĩ trái	2	6,3
		<b>Tổng</b>	32	100

**Nhận xét:** Ổ nhịp nhĩ chủ yếu xuất phát từ bên tâm nhĩ phải chiếm 71,9% (23/32), trong đó, vùng mào nhĩ là chủ yếu chiếm 40,6%. Ổ nhĩ tâm nhĩ trái chiếm 28,1%, vị trí lỗ đổ tĩnh mạch phổi chiếm chủ yếu 15,6%.

**3.2. Kết quả điều trị can thiệp triệt đốt bằng năng lượng sóng tần số radio**

**Bảng 2. Liên quan giữa kết quả điều trị can thiệp triệt đốt với nhóm tuổi và cân nặng**

Thông số	Kết quả RF	Thành công (n=26)		Không thành công (n=6)		Tổng		P
		N	%	N	%	N	%	
<b>Tuổi</b>	<1 tuổi	7	70	3	30	10	100	ª0,346
	≥1 tuổi	19	86,4	3	13,6	22	100	
<b>Cân nặng</b>	<10 kg	10	76,9	3	23,1	13	100	ª0,666
	≥10 kg	16	84,2	3	15,8	19	100	

<sup>a</sup>: Fisher's Exact test

**Nhận xét:** Trẻ dưới 1 tuổi có tỉ lệ triệt đốt thành công là 70%, nhóm trẻ ≥ 1 tuổi có tỉ lệ triệt đốt thành công là 86,4%. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ triệt đốt thành công giữa hai nhóm cân nặng không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê.

**Bảng 3. Liên quan giữa kết quả điều trị can thiệp triệt đốt với vị trí ổ nhĩ nhĩ**

Vị trí ổ nhĩ	Kết quả RF	Thành công		Không thành công		Tổng		p
		N=26	%	N=6	%	N=32	%	
Nhĩ phải (n=23)	Mào nhĩ	10	76,9	3	23,1	13	100	0,314 <sup>a</sup>
	Van ba lá	5	100	0	0	5	100	
	Phần phụ nhĩ phải	1	100	0	0	1	100	
	Quanh nút nhĩ thất	2	100	0	0	2	100	
	Lỗ đổ xoang vành	2	100	0	0	2	100	
Nhĩ trái (n=9)	Tĩnh mạch phổi	4	80	1	20	5	100	
	Vòng van hai lá	1	50	1	50	2	100	
	Phần phụ nhĩ trái	1	50	1	50	2	100	

<sup>a</sup>: Fisher's exact test

**Nhận xét:** Vùng tâm nhĩ phải có tỉ lệ triệt đốt thành công là 87,0%, vùng tâm nhĩ trái có tỉ lệ triệt đốt thành công là 66,7%, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,314 > 0,05$ ). Các nguyên nhân của triệt đốt không thành công bao gồm: 2 trường hợp kích thích không gây được cơn tim nhanh và 4 trường hợp sau triệt đốt kích thích vẫn gây cơn tim nhanh.

**3.3. Theo dõi kết quả sau triệt đốt**

**Bảng 4. Tỉ lệ tái phát cơn tim nhanh nhĩ sau can thiệp triệt đốt**

Kết quả		Tim nhanh nhĩ
Tái phát sau can thiệp thành công		7
Thời gian tái phát sau can thiệp thành công (ngày)	Trung vị	65 (5,3 – 350)
	Min - max	0 – 703

**Nhận xét:** Có 7 trường hợp tái phát sau triệt đốt thành công, chiếm 26,9% các trường hợp can thiệp thành công. Thời gian tái phát cơn có trung vị là 65 ngày (IQR: 5,3 – 350).

**Bảng 5. Sự biến đổi chức năng tâm thu thất trái trước và sau điều trị ở nhóm can thiệp triệt đốt thành công**

Chức năng thất trái	T0 (N=24)		T1 (N=24)		T2 (N=16)		T3 (N=12)	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Giảm	8	33,3	5	20,8	2	12,5 <sup>b</sup>	0	0
Bình thường	16	66,7	19	79,2	14	87,5 <sup>b</sup>	12	100

<sup>b</sup>: McNemar,  $p = 0,031$

**Nhận xét:** Sau hai lần can thiệp, có 24 bệnh nhân can thiệp triệt đốt thành công. 6/8 (75%) bệnh nhân cải thiện chức năng tâm thu thất trái sau can thiệp 2 tháng, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê. ( $p = 0,031 < 0,05$ ).

**IV. BÀN LUẬN**

Trong 32 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có 23 bệnh nhân có ổ nhĩ nằm bên tâm nhĩ phải, chiếm 71,9%. Vị trí mào nhĩ là vị trí phổ biến nhất, chiếm 40,6% (Bảng 1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của Kistler (2021),<sup>1</sup> và một số nghiên

cứu khác như nghiên cứu của Gwilym MM (31,2% có ổ nhĩ vùng mào nhĩ),<sup>2</sup> nghiên cứu của Yusuf Turkmen (37% ổ nhĩ vùng mào nhĩ),<sup>5</sup> Phan Đình Phong (55% ở vùng mào nhĩ).<sup>6</sup> Tại tâm nhĩ trái, 9 bệnh nhân có ổ nhĩ nằm bên tâm nhĩ trái (chiếm 28,1%), phổ biến nhất hay gặp ở vị trí lỗ đổ tĩnh mạch phổi (15,6%). Kết quả này phù hợp với kết quả nghiên cứu của Kistler (19% ổ nhĩ ở vùng tĩnh mạch phổi),<sup>1</sup> Phan Đình Phong (10% ổ nhĩ vùng tĩnh mạch phổi).<sup>6</sup>

Trong 32 bệnh nhân can thiệp, tỉ lệ can thiệp triệt đốt thành công lần đầu là 81,3% (26 bệnh nhân), không thành công chiếm 18,7% (6 bệnh nhân), tỉ lệ tái phát sau triệt đốt thành công lần đầu là chiếm 26,9% (7 bệnh nhân). Có 6 trẻ được triệt đốt lần hai, bao gồm 3 trẻ tái phát sau triệt đốt thành công và 3 trẻ triệt đốt lần một không thành công, đưa tổng số lần triệt đốt là 35 lần, 5 bệnh nhân ở lần triệt đốt thứ hai thành công. Trong 6 bệnh nhân không can thiệp thành công, 2 trường hợp không gây được cơn tim nhanh, 4 trường hợp sau triệt đốt trong thời gian theo dõi kích thích vẫn lên cơn tim nhanh. Có 6 bệnh nhân được triệt đốt lần hai, bao gồm 3 bệnh nhân triệt đốt lần đầu thất bại và 3 bệnh nhân tái phát, 5/6 bệnh nhân triệt đốt lần hai thành công.

Tỉ lệ triệt đốt thành công ở trẻ <1 tuổi là 70%, ở nhóm ≥1 tuổi là 86,4%, với 6 trường hợp thất bại phân bố đều ở hai nhóm; sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,346$ ). Tương tự, ở trẻ <10 kg tỉ lệ thành công là 76,9%, so với 84,2% ở nhóm ≥10 kg; sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê ( $p = 0,666$ ). Nhóm trẻ lớn và cân nặng trên 10kg có tỉ lệ triệt đốt cao hơn, tuy nhiên không có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê, điều này có thể là do mẫu nghiên cứu của chúng tôi còn nhỏ (Bảng 2).

Tỉ lệ triệt đốt thành công ở vùng nhĩ phải là 87,0%, trong đó tỉ lệ triệt đốt thành công ở vùng mào nhĩ là 76,9% (Bảng 3). So sánh với nghiên cứu của tác giả Gwilym MM và cộng sự trên 171 bệnh nhân có ổ nhĩ nhanh nhĩ xuất phát từ vùng

mào nhĩ được can thiệp bằng phương pháp 3D có tỉ lệ thành công là 92,2%, tỉ lệ tái phát là 9,7% (theo dõi trong vòng 1 năm).<sup>2</sup>

Tỉ lệ triệt đốt thành công ở vùng van ba lá là 100% (5/5 bệnh nhân). So sánh với nghiên cứu của tác giả Morton JB và cộng sự có tỉ lệ thành công là 88,9%, tỉ lệ thất bại là 11,1%.<sup>7</sup> Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

Tỉ lệ tái phát sau can thiệp lần một là 26,9%. So sánh với nghiên cứu của Luik và cộng sự thấy tỉ lệ tái phát là 18%.<sup>8</sup> Sự khác biệt này có thể là do hiện tại trung tâm can thiệp đang sử dụng hệ thống triệt đốt là 2D, khó khăn trong việc mapping bằng tạo nhịp trong nhịp nhanh nhĩ cũng như việc đốt củng cố; trong khi đó xu hướng của các trung tâm can thiệp điện sinh lý trên thế giới đang chuyển dần sang hệ thống 3D, giúp định khu tổn thương tốt hơn, giảm thời gian can thiệp, thời gian chiếu xạ. Sau hai tháng kể từ lần can thiệp triệt đốt thành công, 75% các bệnh nhân có giảm chức năng tâm thu thất trái trước đó có cải thiện về chức năng tâm thu, sự thay đổi này có ý nghĩa thống kê.

## V. KẾT LUẬN

Cơn nhịp nhanh nhĩ đơn ổ có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Ổ phát nhịp tim nhanh không xảy ra ngẫu nhiên trong toàn bộ tâm nhĩ mà có sự phân bố tập trung tại các điểm giải phẫu nhất định. Can thiệp điện sinh lý có tầm quan trọng trong điều trị nhịp nhanh nhĩ đơn ổ, giúp cải thiện tốt chức năng tâm thu thất trái, với tỉ lệ thành công cao và nguy cơ biến chứng thấp

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kistler PM, Chieng D, Tonchev IR, et al.** P-wave morphology in focal atrial tachycardia: an updated algorithm to predict site of origin. *JACC Clin Electrophysiol.* 2021;7(12):1547-1556.
2. **Morris GM, Segan L, Wong G, et al.** Atrial tachycardia arising from the crista terminalis: detailed electrophysiological features and long-term ablation outcomes. *JACC Clin Electrophysiol.* 2019;5(4):448-458.
3. **Kugler JD, Danford DA, Deal BJ, Gillette PC, Perry JC, Silka MJ, Van Hare GF, Walsh EP;** Pediatric Electrophysiology Society. Radiofrequency catheter ablation for tachyarrhythmias in children and adolescents. *N Engl J Med.* 1994;330(22):1481-1487.
4. **Glatter KA, Cheng J, Dorostkar P, et al.** Electrophysiologic effects of adenosine in patients with supraventricular tachycardia. *Circulation.* 1999;99(8):1034-1040.
5. **Türkmen Y, Insulander P, Bastani H, et al.** Focal atrial tachycardia—the localization differences between men and women: a study of 487 consecutive patients. *Anatol J Cardiol.* 2020;24(6):405-409.
6. **Phan Đình Phong, Đặng Việt Phong, Lê Võ Kiên.** Ứng dụng lập bản đồ nội mạc hạ chiều buồng tim trong triệt đốt tim nhanh nhĩ ổ bằng năng lượng sóng có tần số radio. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024; 583(3): 275-279.
7. **Morton JB, Sanders P, Das A, Vohra JK, Sparks PB, Kalman JM.** Focal atrial tachycardia arising from the tricuspid annulus: electrophysiologic and electrocardiographic characteristics. *J Cardiovasc Electrophysiol.* 2001;12(6):653-659.
8. **Luik A, Schmidt K, Haas A, Unger L, Tzamalís P, Brüggengjürgen B.** Ablation of left atrial tachycardia following catheter ablation of atrial fibrillation: 12-month success rates. *J Clin Med.* 2022;11(4):1047.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ VI SINH Ở TRẺ EM MẮC VIÊM TAI GIỮA CẤP TÁI DIỄN HOẶC DẠI DẰNG

Lương Thị Liên<sup>1</sup>, Ngô Thị Huyền Trang<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Hà<sup>1,2</sup>,  
Phạm Văn Dương<sup>1,2</sup>, Trần Ngọc Hiếu<sup>1,2</sup>, Nguyễn Đình Thành<sup>1,2</sup>,  
Trần Duy Mạnh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Diệu Thúy<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Viêm tai giữa cấp tái diễn hoặc dai dẳng là một thách thức đối với bác sĩ lâm sàng. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và vi sinh ở trẻ mắc

viêm tai giữa cấp tái diễn hoặc dai dẳng. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả trên 62 bệnh nhân viêm tai giữa cấp tái diễn hoặc dai dẳng từ tháng 7/2024 đến tháng 6/2025. **Kết quả:** Trẻ nam mắc viêm tai giữa tái diễn hoặc dai dẳng gặp nhiều hơn trẻ nữ, với tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1 với đa số là trẻ dưới 2 tuổi chiếm 70,9%. Triệu chứng đợt cấp chủ yếu là chảy mũi và ho chiếm lần lượt là 98,4% và 95,2%, triệu chứng sốt chỉ chiếm 54,8%, triệu chứng tai tai ít gặp. Tổn thương thường xuất hiện ở cả 2 bên tai với tỷ lệ 79%, cần nguyên phân lập được chủ yếu là H. influenzae chiếm 53,2%. **Kết luận:** Viêm tai giữa cấp tái diễn hoặc dai dẳng chủ yếu gặp trong độ tuổi nhũ nhi. Trẻ

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Diệu Thúy

Email: nguyendieuthuyhu@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

thường biểu hiện bằng triệu chứng của các tổn thương lân cận như viêm mũi họng cấp, viêm VA, trong khi các triệu chứng tại tai hay toàn thân như sốt lại ít gặp. Căn nguyên chủ yếu phân lập được là *H. influenzae*. **Từ khóa:** Viêm tai giữa cấp, tái diễn, dai dẳng, trẻ em.

## SUMMARY

### THE CLINICAL AND MICROBIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH RECURRENT OR PERSISTENT ACUTE OTITIS MEDIA

**Background:** Recurrent or persistent acute otitis media remains a clinical challenge. **Objective:** To describe the clinical and microbiological characteristics of children with recurrent or persistent acute otitis media. **Methods:** A prospective descriptive study was conducted on 62 children with recurrent or persistent acute otitis media from July 2024 to June 2025. **Results:** Recurrent or persistent acute otitis media was more frequent in boys than in girls, with a male-to-female ratio of 1.7:1. The majority of patients were under 2 years old (70.9%). The most common symptoms during exacerbations were rhinorrhea (98.4%) and cough (95.2%), whereas fever was present in 54.8%, and ear-specific symptoms were less frequent. Bilateral ear involvement was observed in 79% of cases. *Haemophilus influenzae* was the most frequently isolated pathogen, accounting for 53.2% of isolates. **Conclusion:** Recurrent or persistent acute otitis media predominantly occurs in children under 2 years old. Children often present with symptoms related to adjacent lesions such as acute pharyngitis or adenoiditis, while ear-specific or systemic manifestations such as fever are less common. *H. influenzae* is the most commonly isolated pathogen. **Keywords:** Acute otitis media, recurrent, persistent, children, clinical characteristics.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm tai giữa cấp là viêm của niêm mạc tai giữa bao gồm cả hòm nhĩ, vòi nhĩ và thông bào chũm, biểu hiện với tình trạng khởi phát cấp tính các triệu chứng và dấu hiệu viêm ở tai giữa. Theo Viện hàn lâm Nhi khoa Hoa Kỳ (AAP) 2013, viêm tai giữa cấp tái diễn được định nghĩa là có ít nhất 3 đợt viêm tai giữa cấp tách biệt rõ ràng trong 6 tháng gần đây hoặc có ít nhất 4 đợt viêm tai giữa cấp trong 1 năm và trong đó có ít nhất 1 đợt cấp trong 6 tháng gần đây. Viêm tai giữa cấp dai dẳng là tình trạng viêm tai giữa kéo dài trên 1 tháng hoặc có 2 đợt viêm cấp trong 1 tháng.<sup>1</sup>

Viêm tai giữa cấp là bệnh phổ biến nhất trong các bệnh về tai. Bệnh có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng hay gặp nhất là trẻ nhỏ đặc biệt là trẻ < 3 tuổi vì có những đặc điểm phù hợp để vi khuẩn phát triển tại tai giữa. Tại Mỹ, 70% trẻ dưới 2 tuổi có ít nhất một đợt viêm tai giữa cấp, 20% số trẻ này có ít nhất 3 đợt viêm tai giữa cấp trước 5 tuổi và chi phí cho điều trị viêm tai giữa cấp tốn 2,8 tỷ USD mỗi năm.<sup>2</sup> Ở Việt Nam, viêm

tai giữa cấp cũng rất hay gặp chiếm 3 – 5% các bệnh lý ở trẻ em.

Viêm tai giữa cấp, nếu được chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, thường có thể hồi phục hoàn toàn mà không để lại di chứng. Tuy nhiên, điều trị không triệt để có thể dẫn đến tái phát nhiều lần, tình trạng kéo dài hoặc tiến triển thành viêm tai giữa mạn tính, gây suy giảm sức nghe và thậm chí dẫn đến các biến chứng nội sọ nguy hiểm đến tính mạng. Trong bối cảnh vi khuẩn kháng kháng sinh ngày càng gia tăng, việc lựa chọn và sử dụng kháng sinh hợp lý trong điều trị viêm tai giữa cấp có ý nghĩa đặc biệt quan trọng. Ở những bệnh nhân viêm tai giữa cấp tái diễn, ngoài việc điều trị tối ưu cho từng đợt bệnh, cần phân tích kỹ các đặc điểm lâm sàng để nhận diện yếu tố nguy cơ, từ đó xây dựng chiến lược dự phòng hiệu quả. Do đó, việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và vi sinh ở nhóm bệnh nhân viêm tai giữa cấp tái diễn hoặc dai dẳng có giá trị thiết thực, giúp bác sĩ lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp, rút ngắn thời gian điều trị và giảm nguy cơ tái phát.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Gồm 62 bệnh nhân được chẩn đoán xác định viêm tai giữa cấp tái diễn hoặc dai dẳng tại khoa Nhi – Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ ngày 01/07/2024 đến ngày 30/06/2025.

**Tiêu chuẩn lựa chọn.** Trẻ viêm tai giữa cấp tái diễn hoặc dai dẳng được chẩn đoán theo tiêu chuẩn viện Hàn lâm Nhi khoa Hoa Kỳ.<sup>1</sup>

**Tiêu chuẩn loại trừ.** Bệnh nhân có bệnh lý mạn tính kèm theo như viêm tai giữa mạn tính, bệnh phổi mạn tính, bệnh tim bẩm sinh, bệnh thận mạn tính, bệnh tiểu hóa mạn tính, bệnh rối loạn chuyển hóa, ...

Người nhà bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Chọn mẫu và cỡ mẫu thuận tiện, tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đều mời tham gia nghiên cứu.

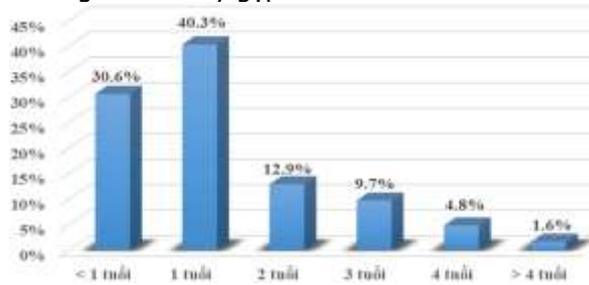
**Xử lý số liệu** theo phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 20.0.

**2.3. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu tuân thủ những quy tắc về đạo đức trong nghiên cứu y sinh. Đây là nghiên cứu quan sát mô tả không can thiệp vào quá trình chẩn đoán, điều trị của bệnh nhân, không làm tăng chi phí điều trị. Các thông tin đảm bảo chính xác được giữ bí mật. Bệnh nhân và người thân được quyền từ chối tham gia bất cứ lúc nào.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

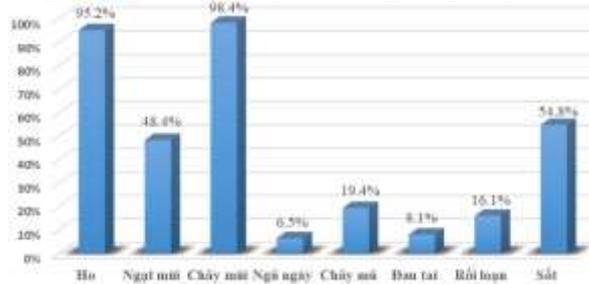
Trong thời gian từ tháng 7 năm 2024 đến tháng 6 năm 2025 có 62 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chẩn đoán viêm tai giữa tái diễn hoặc dai dẳng đồng ý tham gia nghiên cứu.

Trong nhóm nghiên cứu trẻ nam mắc viêm tai giữa tái diễn hoặc dai dẳng gặp nhiều hơn trẻ nữ, với tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1. Tỷ lệ trẻ có tiền sử đẻ non hay suy dinh dưỡng lần lượt là 8,1% và 4,8%. Tỷ lệ tiêm chủng vắc xin Hib rất cao chiếm 98,4%, tỷ lệ trẻ được tiêm vắc xin phế cầu là 72,6%. Có 14 bệnh nhân có thành viên trong gia đình cũng mắc viêm tai giữa cấp tái diễn hoặc dai dẳng (chiếm 22,6%). Đa đa số trẻ mắc viêm tai giữa cấp 2 bên, chỉ có 21% bệnh nhân có viêm tai giữa cấp 1 bên, trong đó tổn thương tai trái hay gặp hơn.



**Biểu đồ 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi**

Độ tuổi trong nhóm nghiên cứu đa số là trẻ dưới 2 tuổi chiếm 70,9%. Càng lớn tỷ lệ gặp viêm tai giữa cấp tái diễn hoặc dai dẳng càng thấp.



**Biểu đồ 2. Triệu chứng lâm sàng lúc nhập viện**

Triệu chứng thường gặp nhất khi vào viện là chảy mũi và ho chiếm lần lượt là 98,4% và 95,2%. Triệu chứng sốt chỉ chiếm 54,8%. Triệu chứng ít gặp nhất là đau tai và ngủ ngáy chiếm lần lượt là 8,1% và 6,5%.

**Bảng 1. Các bệnh đồng mắc**

Bệnh lý cơ quan lân cận	Số lượng bệnh nhân (n)	Tỷ lệ (%)
Viêm VA	28	45,1
Viêm Amydan	9	14,5
Viêm mũi họng cấp	52	83,9

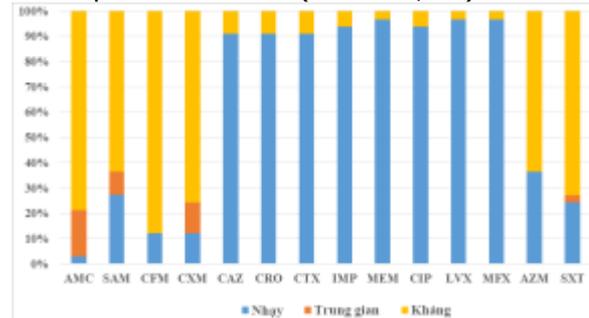
Trẻ mắc viêm tai giữa cấp tái diễn hoặc dai dẳng hay kèm theo có viêm mũi họng cấp và

viêm VA với tỷ lệ lần lượt là 83,9% và 45,1%.

**Bảng 2. Tỷ lệ các vi khuẩn được phân lập**

Chủng vi khuẩn	Nhuộm Gram	Số lượng	Tỷ lệ (%)
Haemophilus influenzae	-	33	53,2
Streptococcus pneumoniae	+	15	24,2
Moraxella catarrhalis	-	11	17,7
Pseudomonas aeruginosa	-	1	1,6
Staphylococcus aureus	+	1	1,6

Vi khuẩn phân lập được đa phần là gram âm (chiếm 72,5%) trong đó thường gặp nhất là Haemophilus influenzae (chiếm 53,2%).



**Biểu đồ 3. Tình trạng kháng kháng sinh của Haemophilus influenzae**

Các kháng sinh nhóm Carbapenem, Quinolon và Cephalosporin thế hệ 3 đường tiêm tĩnh mạch (như Ceftriaxone, Cefotaxime) vẫn duy trì tỷ lệ nhạy cảm cao với Haemophilus influenzae, với tỷ lệ còn nhạy cảm  $\geq 91\%$ . Ngược lại Haemophilus influenzae thể hiện kháng nhiều nhất với nhóm kháng sinh uống, trong đó Amoxicillin/ Clavulanate chỉ còn nhạy cảm trong 3% trường hợp, Cephalosporin thế hệ 3 đường uống như Cefixime chỉ còn nhạy cảm trong 12% số trường hợp.

**IV. BÀN LUẬN**

Viêm tai giữa cấp là một bệnh phổ biến ở trẻ em, không khó để chẩn đoán nhưng không phải điều trị lúc nào cũng thuận lợi. Đặc biệt nhóm trẻ mắc viêm tai giữa cấp tái diễn hoặc dai dẳng vẫn còn là một thách thức cho các bác sỹ lâm sàng.

Trong nhóm nghiên cứu trẻ nam mắc viêm tai giữa tái diễn hoặc dai dẳng gặp nhiều hơn trẻ nữ, với tỷ lệ nam/nữ là 1,7/1. Kết quả này tương đồng với nhiều tác giả khác như Hoàng Quý Sỹ (2019) thấy tỷ lệ nam/nữ là 1,85, hay như trong nghiên cứu của Hammare'n-Malmi (2005) là 1,4.<sup>3</sup> Điều này là do ảnh hưởng của hormone nữ giúp trẻ gái có miễn dịch niêm mạc hiệu quả hơn và đáp ứng miễn dịch tốt hơn, nhất là ở lứa tuổi nữ nhi.

Độ tuổi trong nhóm nghiên cứu đa số là trẻ dưới 2 tuổi chiếm 70,9%. Càng lớn tỷ lệ gặp viêm tai giữa cấp tái diễn hoặc dai dẳng càng

thấp. Điều này là do đặc điểm giải phẫu vòi nhĩ ở trẻ em ngắn hơn và nằm ngang hơn, lỗ vòi nhĩ có tỷ lệ rộng hơn so với người lớn. Mặt khác tổ chức VA phát triển nằm sát loa vòi gây chèn ép cơ học làm cho dịch tiết và vi khuẩn trong hòm nhĩ không được dẫn lưu ra ngoài. Sau 6 tháng đầu đời, kháng thể IgG giảm đi nhiều, trẻ bắt đầu tập ăn dặm, tiếp xúc với môi trường bên ngoài nhiều hơn, đi nhà trẻ trong khi hệ miễn dịch chưa được hoàn thiện nên cơ thể cũng nhạy cảm hơn với các bệnh lý nhiễm trùng.<sup>4,5</sup>

Triệu chứng thường gặp nhất khi vào viện trong nhóm nghiên cứu là các triệu chứng của viêm mũi họng như chảy mũi, ho, ngạt mũi. Triệu chứng tại tai ít gặp, trẻ thường đến vì chảy mủ tai do trẻ nhũ nhi chưa có khả năng diễn đạt bằng lời nên không mô tả được các triệu chứng khó chịu ở tai, dẫn đến chỉ phát hiện được khi tai đã vỡ mủ. Triệu chứng sốt chỉ chiếm 54,8%, ít hơn nhiều so với các nghiên cứu khác về viêm tai giữa cấp như Hayden là 84%, Nguyễn Hữu Hải là 90%, Vũ Thị Ly là 79,3%. Có thể trong nhóm viêm tai giữa tái diễn hay dai dẳng tổn thương thường được khu trú hơn nên ít có phản ứng toàn thân.<sup>6</sup>

Vi khuẩn phân lập được đa phần là gram âm (chiếm 72,5%) trong đó thường gặp nhất là *Haemophilus influenzae* (chiếm 53,2%). Kết quả này tương đồng với các tác giả như Kosuke Nagai (2019) HI chiếm 42,07%, Nguyễn Thu Hương (2021) là 52,4%. Trong viêm tai giữa, *S. pneumoniae*, *H. influenzae* và *M. catharrhalis* vẫn là 3 vi khuẩn thường gặp nhất. Trước giai đoạn có vắc xin thì phế cầu là tác nhân gây bệnh thường gặp nhất tuy nhiên sau khi có vắc xin lưu hành, tỷ lệ mắc bệnh do vi khuẩn này giảm đáng kể. Trái lại, vắc xin hiện nay chỉ phủ được *H. influenzae* tuýp B, mà không có tác dụng với *H. influenzae* không phân tuýp. Đặc biệt, khả năng tạo màng biofilm rất mạnh của *H. influenzae* không phân tuýp giúp vi khuẩn này dễ dàng kháng lại tác động của kháng sinh, làm cho việc điều trị trở nên khó khăn hơn.<sup>4,7</sup>

Các kháng sinh nhóm Carbapenem, Quinolon và Cephalosporin thế hệ 3 đường tiêm tĩnh mạch (như Ceftriaxone, Cefotaxime) vẫn duy trì tỷ lệ nhạy cảm cao với *Haemophilus influenzae*, với tỷ lệ còn nhạy cảm  $\geq 91\%$  tương đồng với các nghiên cứu của Ying-Chun Cho (2019), Kosuke Nagai (2019). Ngược lại *Haemophilus influenzae* kháng nhiều nhất với nhóm kháng sinh uống, trong đó Amoxicillin/Clavulanate chỉ còn nhạy cảm trong 3% trường hợp, Cephalosporin thế hệ 3 đường uống như Cefixime chỉ còn nhạy cảm

trong 12% số trường hợp thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu được đề cập. Nguyên nhân có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều là những trường hợp tái phát hoặc bệnh dai dẳng đã được điều trị nhiều đợt kháng sinh uống trước đó thất bại nên phải nhập viện điều trị.<sup>7,8</sup>

## V. KẾT LUẬN

Viêm tai giữa cấp tái diễn hoặc dai dẳng vẫn còn là một thách thức điều trị với bác sĩ lâm sàng. Tổn thương thường xuất hiện ở cả 2 bên tai, với căn nguyên phổ biến phân lập được là *H. influenzae*. Đáng chú ý, tình trạng kháng kháng sinh đường uống của *H. influenzae* ở nhóm bệnh nhân này rất cao, làm tăng nguy cơ nhập viện khi xuất hiện đợt cấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al.** The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*. 2013;131(3):e964-999. doi:10.1542/peds.2012-3488
2. **Monasta L, Ronfani L, Marchetti F, et al.** Burden of disease caused by otitis media: systematic review and global estimates. *PLoS One*. 2012;7(4): e36226. doi:10.1371/journal.pone.0036226
3. **Hammarén-Malmi S, Saxen H, Tarkkanen J, Mattila PS.** Adenoidectomy does not significantly reduce the incidence of otitis media in conjunction with the insertion of tympanostomy tubes in children who are younger than 4 years: a randomized trial. *Pediatrics*. 2005;116(1):185-189. doi:10.1542/peds.2004-2253
4. **Faden H.** The microbiologic and immunologic basis for recurrent otitis media in children. *Eur J Pediatr*. 2001;160(7): 407-413. doi:10.1007/s004310100754
5. **Berman S, Lee B, Nuss R, Roark R, Giclas PC.** Immunoglobulin G, total and subclass, in children with or without recurrent otitis media. *J Pediatr*. 1992;121(2): 249-251. doi:10.1016/s0022-3476(05)81197-7
6. **Hayden GF, Schwartz RH.** Characteristics of Earache Among Children With Acute Otitis Media. *Am J Dis Child*. 1985;139(7):721-723. doi:10.1001/archpedi.1985.02140090083037
7. **Nagai K, Kimura O, Domon H, Maekawa T, Yonezawa D, Terao Y.** Antimicrobial susceptibility of *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, and *Moraxella catarrhalis* clinical isolates from children with acute otitis media in Japan from 2014 to 2017. *J Infect Chemother Off J Jpn Soc Chemother*. 2019;25(3):229-232. doi:10.1016/j.jiac.2018.08.018
8. **Cho YC, Chiu NC, Huang FY, et al.** Epidemiology and antimicrobial susceptibility of non-typeable *Haemophilus influenzae* in otitis media in Taiwanese children. *J Microbiol Immunol Infect Wei Mian Yu Gan Ran Za Zhi*. 2019;52(1):75-80. doi:10.1016/j.jmii.2017.08.020

## HIỆU QUẢ CỦA NHĨ CHÂM TRONG ĐIỀU TRỊ ĐAU BỤNG KINH NGUYÊN PHÁT

Vũ Hà My<sup>1</sup>, Lê Thị Minh Phương<sup>2</sup>, Lê Thành Xuân<sup>2</sup>,  
Vũ Thị Thùy Linh<sup>3</sup>, Lương Thị Thu Huyền<sup>4</sup>, Lâm Quang Vinh<sup>5</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu được tiến hành trên 40 người bệnh đau bụng kinh nguyên phát (ĐBKNP) nhằm đánh giá đáp ứng điều trị bằng nhĩ châm theo thể bệnh Y học cổ truyền. Các thể bệnh ghi nhận gồm khí trệ huyết ứ (65%), hàn ngưng huyết ứ (22,5%) và khí huyết lưỡng hư (12,5%). Sau can thiệp, điểm VAS giảm có ý nghĩa ở cả ba thể ( $p < 0,01$ ), mức cải thiện dao động 1,77–2,25 điểm. Thời gian đau trung bình giảm từ  $2,19 \pm 0,89$  ngày xuống  $1,76 \pm 0,78$  ngày ( $p < 0,05$ ), trong khi số ngày hành kinh không thay đổi ( $p > 0,05$ ). Hệ số chất lượng cuộc sống EQ-5D-5L tăng từ 0,52–0,55 trước can thiệp lên 0,66–0,71 sau can thiệp, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở cả ba thể bệnh ( $p < 0,05$ ). Nghiên cứu bước đầu cho thấy nhĩ châm là phương pháp an toàn, hiệu quả trong giảm đau và cải thiện chất lượng cuộc sống cho người bệnh ĐBKNP. **Từ khóa:** Đau bụng kinh nguyên phát, nhĩ châm, thể bệnh y học cổ truyền, chất lượng cuộc sống.

### SUMMARY

#### CLINICAL OUTCOMES OF AURICULAR ACUPUNCTURE FOR PRIMARY DYSMENORRHEA ACCORDING TO TRADITIONAL MEDICINE SYNDROMES

This study was conducted on 40 patients with primary dysmenorrhea to evaluate the therapeutic response to auricular acupuncture according to Traditional Medicine syndromes. The main syndromes identified were qi stagnation and blood stasis (65%), cold retention and blood stasis (22.5%), and qi-blood deficiency (12.5%). After intervention, mean VAS scores decreased significantly across all three syndromes ( $p < 0.01$ ), with improvements ranging from 1.77 to 2.25 points. The mean duration of pain decreased from  $2.19 \pm 0.89$  to  $1.76 \pm 0.78$  days ( $p < 0.05$ ), while the number of menstrual days did not change significantly ( $p > 0.05$ ). Quality of life scores (EQ-5D-5L) improved from 0.52–0.55 at baseline to 0.66–0.71 post-intervention, with statistical significance in all groups. These findings indicate that auricular acupuncture is a safe and effective method for reducing menstrual pain and enhancing quality of

life in patients with primary dysmenorrhea, supporting its application in clinical practice. **Keywords:** Primary dysmenorrhea, Auricular acupuncture, Traditional medicine syndrome, Quality of life.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đau bụng kinh nguyên phát (ĐBKNP) là rối loạn phụ khoa phổ biến ở phụ nữ trong độ tuổi sinh sản, đặc trưng bởi các cơn đau hạ vị xuất hiện ngay trước hoặc trong những ngày đầu hành kinh mà không có tổn thương thực thể [8]. Tỷ lệ mắc ĐBKNP trên thế giới dao động từ 20% tới hơn 80% tùy từng quốc gia, độ tuổi và nhóm dân số nghiên cứu [6], tại Việt Nam cũng khá cao ở nữ sinh viên và thanh thiếu niên, ảnh hưởng rõ đến học tập, sinh hoạt và chất lượng cuộc sống [2]. Cơ chế bệnh sinh theo y học hiện đại chủ yếu do tăng prostaglandin từ nội mạc tử cung, gây co thắt tử cung, thiếu máu cục bộ và đau [5], [8]. Các phương pháp điều trị thường dùng hiện nay chủ yếu sử dụng thuốc chống viêm không steroid và thuốc tránh thai nội tiết [5], [8], tuy có hiệu quả giảm đau nhanh nhưng đi kèm nhiều tác dụng phụ như rối loạn tiêu hóa, ảnh hưởng chức năng gan thận, thay đổi nội tiết, và chống chỉ định trên một số đối tượng. Theo Y học cổ truyền (YHCT), ĐBKNP thuộc phạm vi “thống kinh”, do khí huyết vận hành không thông, Xung Nhâm bế tắc, thường gặp các thể khí trệ huyết ứ, hàn ngưng huyết ứ và khí huyết lưỡng hư [1]. Điều trị theo YHCT chú trọng điều hòa khí huyết, thông kinh hoạt lạc, nhiều phương pháp không dùng thuốc đã được ứng dụng, trong đó nhĩ châm nổi bật bởi tính đơn giản, hiệu quả và an toàn [3]. Tuy đã có báo cáo trong và ngoài nước, bằng chứng về nhĩ châm trong ĐBKNP, đặc biệt theo từng thể bệnh YHCT, còn hạn chế. Do vậy, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: *Đánh giá đáp ứng điều trị bằng nhĩ châm ở người bệnh đau bụng kinh nguyên phát theo thể bệnh y học cổ truyền.*

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1 Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh nữ ĐBKNP khám và điều trị ngoại trú tại Khoa Y học cổ truyền - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

#### Tiêu chuẩn lựa chọn:

(1) Phụ nữ tuổi từ 18 đến 35 được chẩn đoán ĐBKNP theo tiêu chuẩn chẩn đoán Số 345 của Hiệp hội Bác sĩ Sản-Phụ khoa Canada:

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược, ĐHQG Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Đại Nam

<sup>4</sup>Viện Nghiên cứu Y Dược học Tuệ Tĩnh

<sup>5</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Minh Phương

Email: lethiminhphuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 24.11.2025